

ეძღვნება სარწმუნოებისა, მამულისა
და დედა ენისათვის თავდადებულთ

Dedicated to preservers
of great human values:
Faith, Homeland and Native Language

Посвящается служителям
великих человеческих ценностей:
Веры, Отечества и Родного Языка

არქიმანდრიტი ადამი
(ვახტანგ ახალაძე)

ბიოეთიკა: გენეზისი, არსი, მერმისი

საქართველოს საპატრიარქოს წმიდა თამარ მეფის
სახელობის სასწავლო უნივერსიტეტი

კონრად ადენაუერის სახელობის ფონდი

თბილისი
2012

Archimandrite Adam
(Vakhtang Akhaladze)

Bioethics:

Genesis, Essence, Futurity

Tbilisi

2012

Архимандрит Адам
(Вахтанг Ахаладзе)

Биоэтика:

генезис, сущность, будущность

Тбилиси

2012

წიგნის განდუკი

ავტორის წინასიტყვაობა	19
შესავალი	24
1. ბიოეთიკის გენეზისი და მისი ამოცანები ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე	30
1.1. ბიოეთიკის წარმოშობის ისტორიული პირობები, თავისებურებები და კანონზომიერებები	32
1.2. ბიოეთიკის საგანი და მისი ადგილი სამედიცინო, საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებებისა და ჯანდაცვის სისტემაში	50
1.3. ბიოეთიკის დამოუკიდებელ მეცნიერებად ჩამოყალიბების ისტორიული, მეცნიერული და ფილოსოფიური წანამძღვრების დადგენა და შეფასება	62
1.3.1. ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, წარმოშობის ისტორიული წანამძღვრები	63
1.3.2. ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, წარმოშობის ფილოსოფიური და სხვა ინტელექტუალური წანამძღვრები და მათი ურთიერთმიმართება	71
1.4. ბიოეთიკური კომპონენტის შემოტანის ძირითადი პრინციპები ჯანდაცვის სისტემაში	82
2. ბიოეთიკის, როგორც სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, გენეზისის თეორიული საფუძვლები	86

2.1.	სწავლებანი ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე	88
2.2.	სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ შეხედულებათა ისტორიული განვითარება და დღევანდელი მდგომარეობა	98
2.3.	ძირითადი კონცეფციები ადამიანის, მისი არსისა და ბუნების შესახებ სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სწავლებებში	123
2.3.1.	ფუნდამენტური ანთროპოლოგიური შეხედულებები მედიცინასა და ბიოლოგიაში	126
2.3.2.	სწავლება ადამიანის შესახებ ფილოსოფიაში (ფილოსოფიური ანთროპოლოგია)	143
2.3.3.	ქრისტიანული ანთროპოლოგია და მისი ძირითადი ცნებები	151
3.	ბიოეთიკური პრობლემების გადაწყვეტის მეცნიერული საფუძვლები ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში	158
3.1.	სიცოცხლე, სიკვდილი, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა, როგორც ბიოეთიკის ძირითადი კატეგორიები	161
3.1.1.	სიცოცხლე როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	162
3.1.2.	სიკვდილი როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	165
3.1.3.	ჯანმრთელობა როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	174

3.1.4.	ავადმყოფობა როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	180
3.2.	სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაცია	191
4.	ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის კონცეფცია და მისი მნიშვნელობა თანამედროვე მედიცინისათვის	200
4.1.	ადამიანი, როგორც ბუნებისმეცნიერული და ჰუმანიტარული ანთროპოლოგიური მეცნიერებების კვლევის ობიექტი	202
4.2.	ადამიანის ბუნების არსის კვლევის პრინციპები სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სწავლებებში	210
4.3.	ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის კონცეფციის არსი	220
5.	ბიოეთიკური პრობლემები და დილემები მსოფლიო საზოგადოებრიობის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე	230
5.1.	თანამედროვე ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების ქარაქტეროლოგია	234
5.1.1.	ქირურგიული მეცნიერებისა და პრაქტიკის განვითარების თანამედროვე ეტაპი და ბიოეთიკა	234
5.1.2.	ტრანსპლანტოლოგიის ბიოეთიკა: პოსტმოდერ- ნისტული დისკურსი და ქრისტიანული ასპექტები	243

5.1.3. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების ისტორია და დღევანდელი ბიოეთიკის ფუნდამენტური პრინციპების შუქზე	259
5.1.4. ადამიანის მუცლადყოფნის პერიოდი ბიოეთიკურ რეალიაში	266
5.1.5. პრენატალური და პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა: პოზიციის ეთიკური არგუმენტაცია	277
5.1.6. ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების ნამდვილი და მითოსური სახეები	284
5.1.7. "სუროგატული დედობის" სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები	290
5.1.8. ევთანაზიის ბიოეთიკური არსი	296
5.1.9. ექიმისა და საზოგადოების დამოკიდებულება ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მიმართ, როგორც ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაცია	301
5.1.10. ბიოეთიკა და საქმიანი ეთიკა: ურთიერთ-მიმართება ბიომედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროებში	308
5.2. ბიომედიცინის მოსაზღვრე არეალებში არსებული ბიოეთიკური პრობლემები	316
5.2.1. წამება, როგორც ტრანსდისციპლინური ცნება და ბიოეთიკური კატეგორია, აზროვნების სეკულარიზებულ და საკრალურ განზომილებებში	316
5.2.2. სქესობრივი აღზრდის ბიოეთიკური კონცეფციის საფუძვლები	322

5.2.3. ძალადობის პრევენცია ბავშვთა და მოზარდთა შორის: ეკლესიური ცნობიერებისა და აღზრდის როლის ბიოეთიკური არგუმენტაცია	332
5.2.4. ბიოეთიკა და ბიოუსაფრთხოება	337
5.2.5. ტრადიციული და არატრადიციული ოჯახური პარადიგმა	343
6. პროგნოზირება და პრევენცია, როგორც ბიოეთიკის ფუნქციები კაცობრიობის გლობალურ პრობლემებთან მიმართებაში	354
7. სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლგაგებათა ინტეგრაციის შესაძლებლობანი ფუნდამენტურ ბიოეთიკაში	366
8. რეზიუმე ინგლისურ ენაზე	392
9. რეზიუმე რუსულ ენაზე	437
10. ბიბლიოგრაფია	487
11. ცნობები წიგნის ავტორის შესახებ	539

CONTENTS

PREFACE	19
Introduction	24
1. Genesis of Bioethics and Its Goals on the Modern Stage of Development of Biomedicine and Health Care System	30
1.1. Historical Conditions, Features and Regularities of Origin of Bioethics	32
1.2. Subject of Bioethics and Its Place in System of Natural Sciences and the Humanities and Public Health Services	50
1.3. Establishment and Evaluation of Historical, Scientific and Philosophic Preconditions of the Genesis of Bioethics as Independent Science	62
1.3.1. Historical Preconditions of the Genesis of Bioethics as Independent Science	63
1.3.2. Scientific, Philosophical and Other Intellectual Preconditions of the Genesis of Bioethics and Their Interrelations	71
1.4. Governing Principles of the Introduction of the Bioethical Component into the Public Health Services	82
2. Theory of Bioethics as Science and Practical Discipline	86
2.1. Issues of History of Development of the Studies about Disease and Health	88

2.2. Historical Development and Present State of the Views about Life and Death	98
2.3. Main Conceptions of Human Being, his Essence and Nature in Medical-Biological and Anthropological Studies	123
2.3.1. Fundamental Anthropological Views in Medicine and Biology	126
2.3.2. Studies about Human Being in Philosophy (Philosophical Anthropology)	143
2.3.3. Object of Christian Anthropology and Its Main Concepts	151
3. Scientific Basis of Bioethical Problem-Solving in Biomedicine and Health Care System	158
3.1. Life, Death, Health and Disease as Bioethical Categories	161
3.1.1. Life as Bioethical Category	162
3.1.2. Death as Bioethical Category	165
3.1.3. Health as Bioethical Category	174
3.1.4. Disease as Bioethical Category	180
3.2. Transformation of the Medical and Biological Concepts into the Bioethical Categories	191
4. The Conception of Bioethical Anthropology and Its Meaning for Modern Medicine	200

4.1. Human Being as the Subject of Studies in the Natural-Science and Humanitarian Anthropological Sciences	202
4.2. Human Nature Research Principles in Medicine, Biology and Anthropology	210
4.3. The Essence of the Conception of Bioethical Anthropology	220
5. Bioethical Problems and Dilemmas on the Contemporary Stage of the World Community Development	230
5.1. The Characterology of Bioethical Problematic Situations of Modern Biomedicine and Health Care	234
5.1.1. Contemporary Development Stage of Surgical Science and Practice and Biomedical Ethics	234
5.1.2. Bioethics of Transplantology: Some Christian Perspectives	243
5.1.3. History of the Development and the Present State of the Cardiovascular Surgery and Fundamental Principles of Bioethics	259
5.1.4. Prenatal Period of Human Life in Bioethical Reality	266
5.1.5. Prenatal and Pre-Implantation Diagnostics: Ethical Argumentation of Positions	277
5.1.6. The Assisted Reproductive Technologies: The Religious and Bioethical Views	284

5.1.7. Spiritual and Moral Problems of “Surrogate Motherhood”	290
5.1.8. Bioethical Essence of Euthanasia	296
5.1.9. The Relation of the Physicians and the Society to Mental Patients As Bioethical Problematic Situation	301
5.1.10. Bioethics and Business Ethics: Interrelations in the Spheres of Biomedicine and Public Health Care	308
5.2. Bioethical Problems Existing Outside Biomedicine	316
5.2.1. Torture as a Transdisciplinary Concept and Bioethical Category in Measurement of Secularised and Sacral Thinking	316
5.2.2. The Bioethical Conception of Sexual Education	322
5.2.3. Prevention of Violence among Children and Adults: Bioethical Argumentation of the Role of the Church, Ecclesiastical Ideology and Child-Rearing	332
5.2.4. Bioethics and Biosecurity	337
5.2.5. Traditional and Non-Traditional Paradigmas of the Family	343
6. Prognostic and Preventive Functions of Bioethics in Originating of Biomedical and Other Global Problems of Mankind	354
7. Potential Prospective of Integration of Religious and Scientific Outlooks in Fundamental Bioethics	366

8.	Resume (in English)	392
9.	Resume (in Russian)	437
10.	Bibliography	487
11.	About the Author	542

Содержание книги

Предисловие автора	19
Введение	24
1. Генезис биоэтики и ее задачи на современном этапе развития биомедицины и здравоохранения	30
1.1. Исторические условия, особенности и закономерности возникновения биоэтики	32
1.2. Предмет биоэтики и ее место в системе медицинских, естественных и гуманитарных наук и здравоохранения	50
1.3. Определение и оценка исторических, научных и философских предпосылок формирования биоэтики как самостоятельной науки	62
1.3.1. Исторические предпосылки возникновения биоэтики как самостоятельной дисциплины	63
1.3.2. Научные, философские и другие интеллектуальные предпосылки возникновения биоэтики как самостоятельной дисциплины и их взаимоотношения	71
1.4. Основные принципы введения биоэтического компонента в систему здравоохранения	82
2. Теоретические основы генезиса биоэтики, как научно-практической дисциплины	86
2.1. Учения о болезни и здоровье на различных этапах развития общества	88

2.2. Историческое развитие и сегодняшнее состояние воззрений о жизни и смерти	98
2.3. Основные концепции о человеке, его сущности и природе в медико-биологических и антропологических учениях	123
2.3.1. Фундаментальные антропологические воззрения в медицине и биологии	126
2.3.2. Учение о человеке в философии (Философская антропология)	143
2.3.3. Предмет и основные понятия христианской антропологии	151
3. Научные основы решения биоэтических проблем в биомедицине и системе здравоохранения	158
3.1. Жизнь, смерть, здоровье, болезнь, как основные категории биоэтики	161
3.1.1. Жизнь как биоэтическая категория	162
3.1.2. Смерть как биоэтическая категория	165
3.1.3. Здоровье как биоэтическая категория	174
3.1.4. Болезнь как биоэтическая категория	180
3.2. Технология трансформации медицинских и биологических понятий в биоэтические категории	191
4. Концепция биоэтической антропологии и ее значение для современной медицины	200

4.1. Человек как объект исследований в естественнонаучных и гуманитарных антропологических науках	202
4.2. Принципы исследований сущности человеческой природы в медико-биологических и антропологических учениях	210
4.3. Сущность концепции биоэтической антропологии	220
5. Биоэтические проблемы и дилеммы на современном этапе развития мировой общественности	230
5.1. Характерология биоэтических проблемных ситуаций современной биомедицины и здравоохранения	234
5.1.1. Современный этап развития хирургической науки и практики и биоэтика	234
5.1.2. Биоэтика трансплантологии: постмодернистский дискурс и христианские аспекты	243
5.1.3. История развития и сегодняшнее состояние сердечно-сосудистой хирургии в свете фундаментальных принципов биоэтики	259
5.1.4. Внутриутробный период жизни человека в биоэтической реальности	266
5.1.5. Пренатальная и преимплантационная диагностика: этическая аргументация позиции	277
5.1.6. Истинное и мифическое лица искусственных репродуктивных технологий	284

5.1.7. Духовно-нравственные проблемы «суррогатного материнства»	290
5.1.8. Биоэтическая сущность эвтаназии	296
5.1.9. Отношения врача и общества к психическим больным, как биоэтическая проблемная ситуация	301
5.1.10. Биоэтика и деловая этика: взаимоотношения в сфере биомедицины и общественного здравоохранения	308
5.2. Биоэтические проблемы, существующие в пограничных с биомедициной ареалах	316
5.2.1. Пытка, как трансдисциплинарное понятие и биоэтическая категория в сакральном и секулярном измерениях мышления	316
5.2.2. Основы биоэтической концепции полового воспитания	322
5.2.3. Превенция насилия и агрессивности среди детей и подростков: биоэтическая аргументация роли церковного сознания и воспитания	332
5.2.4. Биоэтика и биобезопасность	337
5.2.5. Традиционная и нетрадиционная парадигмы о семье	343
6. Прогнозирование и превенция как функции биоэтики в отношении возникновения глобальных проблем человечества	354
7. Возможности интеграции вероученческого и	

	научного мировоззрений в фундаментальной биоэтике	366
8.	Резюме на английском языке	392
9.	Резюме на русском языке	437
10.	Библиография	487
11.	Об авторе	545

ავტორის წინასიტყვაობა

წინამდებარე მონოგრაფიას საფუძვლად უდევს სადოქტორო დისერტაცია, რომელიც 2003 წლის დასაწყისში დავიცავი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე.

მას შემდეგ ცხრა წელზე მეტი გავიდა. მიზეზთა გამო მონოგრაფიის გამოქვეყნება აქამდე ვერ მოვახერხე, თუმცა ამის სურვილი ჩემში არასოდეს განელებულა. სურვილს ისიც ასაზრდოებდა, რომ მსოფლიოში არსებული ბიოეთიკური რეალია მუდამ მაფიქრებდა და ეს ბიოეთიკური სინამდვილე კაცობრიობის მომავლის გამო სერიოზულ შეშფოთებას ბადებდა.

იმასაც ვფიქრობდი, რომ დრო (ვგულისხმობთ, უპირველეს ყოვლისა, დროის, როგორც კატეგორიის, იმ კომპონენტს, რომელიც პირდაპირ კორელაციაშია მიღებული ინფორმაციის მოცულობასა და მის კრიტიკულ ანალიზთან) მეტნაკლებად, ასე თუ ისე, ძნელად, მაგრამ მაინც გამოაფხიზლებდა ადამიანებს, მსოფლიო საზოგადოებრიობას, დააფიქრებდა მათ და კეთილსა და ბოროტს შორის ღირსეულ არჩევანს გააკეთებინებდა.

საკუთარ ინტუიციას ბოლომდე არ ვენდობოდი და ვვარაუდობდი, იქნებ იმავე დრომ ჩვენი ზოგიერთი უმძიმესი და

უსერიოზულესი პროგნოზი მაინც არ გაამართლოს-მეთქი.

სამწუხაროდ, ბიოეთიკური პრობლემებითა და დილემებით დაყურსულმა და შეიარაღებულმა ავანგარდმა უკან როდი დაიხია. ან კი რატომ დაიხევდა?!

მრავალმა ადამიანმა (როგორც „ავანგარდის“ შიგნით, ისე მასთან დაახლოებულმა, იმათაც, ვინც თანაუგრძნობს „ავანგარდს“ და იმათაც, რომელნიც საერთოდ არ იცნობენ მას) ამ პრობლემებთან დამოკიდებულებაში გამოჩენილი განურჩევლობის წყალობით კარიერულ კიბეზე საფეხურები აიარა, სხვებმა გამდიდრების წყურვილი მოიკლეს, ბევრმა სინდისის ხმა ჩაიხშო ფრიად სამწუხარო ზნეობრივი კომპრომისის მისაღწევად, სხვებმა ეკლესიის წინააღმდეგ არგუმენტებად გამოიყენეს ამ პრობლემათა არსებობა, მავანთ კი საკუთარ უტილიტარულ ინტერესებს მოარგეს ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა, ხოლო ზოგიერთებმა ვერ გაიცნობიერეს, რომ ეს ყველაფერი მათ, მათ პირად ცხოვრებას, ოჯახებს, შვილებსა და ქვეყანას ეხებოდა...

ამ ხნის მანძილზე ათობით დისკუსიაში მივიღე მონაწილეობა. არაფერს ვამბობ მეცნიერულ ფორუმებსა და ლექციებზე... უბრალო ადამიანები, ექიმები, ამა თუ იმ ბიოეთიკური პრობლემის წინაშე მყოფი საზოგადოების სხვადასხვა ფენის წარმომადგენლები, ფსიქოლოგები, სასულიერო პირები, იურისტები, ჟურნალისტები, სტუდენტები, ჩვენი ოპონენტები და კიდევ სხვა მრავალნი მომმართავდნენ და დღესაც მომმართავენ შეკითხვებით:

- როგორ უნდა შევხედოთ ამა თუ იმ სიახლეს ბიომედიცინაში?
- რა არის დასაშვები და რა – არა?
- რას ფიქრობენ მეცნიერები, ეკლესია, პირადად მე, ან კიდევ სხვანი ამა თუ იმ ბიოეთიკურ საკითხზე...

სამწუხაროდ, უხშირესად ადამიანებს სურვილი აქვთ იმგვარი პასუხი მოისმინონ, როგორიც მათ აძლევს ხელს და კომფორტულ სულიერ-მშვიდგონებრივ მდგომარეობაში ამყოფებს (კონფორმისტულშიც). საწინააღმდეგო აზრის გონებაში გატარებას, ღრმა განსჯასა და ჭეშმარიტების აღიარებას უფრთხიან და შემდგომშიაც კვლავ ეძიებენ ხელსაყრელ პასუხს იმ კითხვაზე, რომელზედაც „არასასურველი“ პასუხი – შემფოთებისა და არაკომფორტულობის მიზეზი – უკვე მიიღეს...

ყოველივე ამის გამო ხშირად უარი მითქვამს ინტერვიუზე, არ გამოვხმაურებივარ ზოგიერთ საჯარო გამოსვლას, მით უმეტეს, რომ ხშირად ჩემს აზრს შინაარსს აცვლევენებენ ხოლმე, მათ კუთვნილ სივრცეში რომ აღმოჩნდება, და არც შეუკვეცავად გამოაქვთ ხოლმე მზის სინათლეზე...

არადა, განა შეიძლება ადამიანები მხოლოდ ამქვეყნიურს, წარმავალს მიეჯახკონ და დაკარგონ ლტოლვა სულიერისაკენ, ამაღლებულისაკენ, მშვენიერისაკენ, ზეციურისაკენ, ღვთაებრივისაკენ?!

ამიტომაც მადლობას მოვახსენებ ყველას, ვინც იზიარებდა ჩემს დამოკიდებულებას ბიოეთიკური დილემებისადმი, ჩემს მოსაზრებებსა და არგუმენტებს, ვინც იკვლევდა, სწავლობდა, ათვითცნობიერებდა სიტუაციის კრიზისულობას და ფიქრობდა კაცობრიობის ხვალინდელ დღეზე, ადამიანთა სულების გადარჩენაზე...

ვმადლობ ღმერთს, რომ ჩემი ცხოვრების ბიოეთიკურ გზაზე შემახვედრებდა ხოლმე იმ ადამიანებს, რომლებიც მეხმარებოდნენ ლოცვით და მაგულიანებდნენ არ მიმეტოვებინა ბრძოლა სიბნელისა და ბოროტების წინააღმდეგ ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სივრცეში; ვინც მეთანხმებოდა, რომ ადამიანის პრობლემა მოცემულ სივრცეში, ამ პრობლემის გადაწყვეტის გზების ძიება ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს საზრუნავად უნდა იქცეს, ერთი მხრივ, სამოქალაქო საზოგადოებისა და ერისათვის, მეორე მხრივ – ეკლესიისათვის, ღვთისმეტყველებისათვის, ქრისტიანეთათვის...

განა არ უნდა დაგფიქრდეთ იმაზე, თუ რა არის ზნეობრივი და რა – არა? რა არის სიკეთე და რა არის ბოროტება? სადამდის წვდება ნათელი და სადაა ჩასაფრებული ბნელი?

წარმოუდგენელია იფიქრო, რომ მიზნის მისაღწევად ყველა საშუალების გამოყენება შეიძლება.

განა ყოველივე ამის შესახებ მეცნიერებას არ ეწოდება ეთიკა?!

განა ყველაფერი, რაც შესაძლებელია სინამდვილედ იქცეს, ტექნიკურად განხორციელდეს ცხოვრებაში ან მედიცინაში ან, საერთოდ, მეცნიერებაში, მისაღებია სულიერ-ზნეობრივი თვალსაზრისით?!

რა თქმა უნდა, არა!

მინდა გავაგებინო ადამიანებს, როგორი უნდა იყოს ჩვენი დამოკიდებულება თანამედროვე მითოსშემოქმედებისადმი, იმ მოსაზრებისადმი, რომ თუ არ გავამწვავებთ ამ ზნეობრივ და სულიერ საკითხებზე დისკუსიებს, სამაგიეროდ გვექნება ბევრი “სასიკეთო” რამ:

- სიცოცხლე დაავადებების გარეშე,
- სიკვდილი ტანჯვის გარეშე,
- გვეყოლება შვილები დედისა და მამის ურთიერთსიყვარულის გამოხატულების აუცილებლობის გარეშე: ისინი გაჩნდებიან

და გაიზრდებიან ე. წ. არატრადიციულ (მათ შორის ჰომოსექსუალურ) ოჯახებშიც;

- დაიბადებიან ბავშვები, რომელთა მამები დიდი ხნის წინ გარდაიცვალნენ, ხოლო ქვრივები დაკონსერვებული სპერმით ან “გაყინული” ემბრიონის ჩანერგვით დაფეხმძიმდებიან;
- ჩვენი შვილები ვერასოდეს იხილავენ იმ დედას, რომლის წიაღშიაც მუცლადყოფნის პერიოდი ანუ დაბადებამდელი ბავშვობა გაატარეს, რადგან ის ქალი დედად დაქირავებული (!) იყო მხოლოდ ცხრა თვით და “პატიოსნად” აღასრულა რა კონტრაქტით გათვალისწინებული მოვალეობანი, ახლა მშვიდად ცხოვრობს თავის ოჯახში, რადგან, თურმე, არაფერი აკავშირებს იმ არსებასთან, ცხრა თვეს რომ მუცლით ატარებდა;
- გენური მედიცინა მომავალში, ალბათ, იმასაც უზრუნველყოფს, რომ აღარ დაიბადონ ბავშვები თანდაყოლილი და მემკვიდრული დაავადებებით: ავადმყოფნი, დავრდომილნი, ყრუ-მუნჯნი, ულამაზონი, ფიზიკური სიმახინჯის მქონენი აღარ იქნებიან და აღარც შეგვახსენებენ, რომ ვიღაცას ჩვენი თანაგრძნობა, ჩვენი სიყვარული, ჩვენი ლოცვა, ჩვენი ადამიანური თანადგომა სჭირდება...

სამწუხაროდ, ამ საზარელი მითების ავტორი არა მხოლოდ რწმენისაგან, ზნეობისაგან, პასუხისმგებლობისაგან თავისუფალი მეცნიერებაა, არამედ საზოგადოებაც!

თითქოს კაცობრიობა თავისი ეგოიზმისა და თვითგანდიდების მწვერვალებზე დგას და კვლავ წინ მიიწევს, რადგან ავიწყდება, რომ მწვერვალებს შორის უფსკრულებიცაა...

უფსკრულებში გადაჩეხვისაგან გადასარჩენად, მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროისათვის ტრადიციული სამედიცინო ეთიკა თავისი არსებობის ოცდაოთხ–ოცდახუთ საუკუნეს მაინც ითვლიდა, მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში აუცილებელი აღმოჩნდა აღმოცენება და ჩამოყალიბება ახალი ეთიკური აზროვნებისა, ახალი ცნობიერებისა, ახალი ეთიკური მსოფლხედვისა...

ეს გახლდათ ბიოეთიკა.

წარმოდგენილი მონოგრაფიაც თავისი შინაარსით, რა თქმა უნდა, ბიოეთიკის დარგს განეკუთვნება... მაგრამ ჩემთვის იგი უფრო მეტს ნიშნავს!

წინამდებარე წიგნი, ალბათ, ერთგვარი სიყვარულისა და მაღლიერების ჰიმნიცაა, მიძღვნილი როგორც ბიოეთიკისადმი,

ასევე ადამიანის სიცოცხლისადმი, როგორც ერთ–ერთი უმაღლესი ღირებულებისადმი, და, რაც მთავარია, სულიერებისა და ზნეობრიობისადმი, რასაც უნდა ეფუძნებოდეს ადამიანის არჩევანი...

ეს არის სიყვარულისა და მადლიერების ჰიმნი, უპირველეს ყოვლისა, სიყვარულისადმი – სიცოცხლის შემოქმედისადმი, რომელმაც შექმნა “კაცი სახედ თვისად და ხატად ღმრთისა” (დაბ. 1, 27).

მინდა მადლიერება გამოვხატო და დავლოცო ყველა, ვისი ლოცვითა და შრომითაც ამ წიგნმა მკითხველამდე მოაღწია!

ღმერთმა გაგვინათოს გონება, რათა შევიძლოთ გონიერ გულში სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლმხედველობათა ურთიერთშეჯერება, რწმენისა და ცოდნის შერწყმა!

უფალო, იესო ქრისტე, ძეო ღვთისაო, ღვთისმშობელისა და ყოველთა წმიდათა მიერ შეგვიწყალენ ჩვენ ცოდვილნი!

მწ. ქაბაძე

შესავალი

მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედში ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ზოგადმსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-ზნეობრივი შეფასების აუცილებლობამ წარმოშვა ბიოეთიკა, რომლის მიერ დასმულ არც ერთ პრობლემას დღესდღეობით არ დაუკარგავს აქტუალობა: ყოველი მათგანი საჭიროებს შემდგომ ღრმა კვლევასა და მათი გადაჭრის გზების ძიებას [P.Angelos, 1999; R.Cohen-Almagor, 2000; E.-H.W.Kluge, 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ლიტერატურაში იშვიათადაა განხილული, სხვადასხვაგვარადაა განსაზღვრული და დაზუსტებას მოითხოვს მრავალი ბიოეთიკური საკითხი, როგორიცაა: ბიოეთიკის საგანი, ამოცანები, კვლევის მეთოდოლოგია, ინსტიტუციონალიზაცია, მისი ადგილი და როლი კაცობრიობის კულტურული და მეცნიერული ღირებულებების სისტემაში [K. Vaux, 1974; Pellegrino E. D., 1987,1990; B. Порус, 1998; Ю. И. Кундиев, 2001; Ю. М. Лопухин, 2001; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; Адам, архимандрит, 2001, 2003, 2010].

საკითხთა ამ სპექტრის მეცნიერული კვლევა წინამდებარე ნაშრომის ერთ ნაწილს წარმოადგენს. ცხადია, ამგვარი კვლევის გარეშე წარმოუდგენელი იქნება ბიოეთიკის, როგორც სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, შემდგომი განვითარება.

ბიოეთიკის ფუნდამენტური პრინციპები ამ დარგის ფუძემდებლებმა ბიოსამედიცინო ცოდნის ადამიანურ ღირებულებებთან შეერთების პრინციპებად მოიაზრეს [K. Vaux, 1974]. შემდგომში მკვლევარებმა დაიწყეს ბიოეთიკური პრობლემების ისტორიულ-ტრადიციული, თეოლოგიური, კულტუროლოგიური, ეკოლოგიური, სამართლებრივი, ეთნოლოგიური, პრაქტიკული და სხვა ასპექტების ანალიზი [T. M. de Chalain, 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999; B. M. Dickens, 2000; Adam, archimandrite, 2001; Адам, архимандрит, 2001, 2001 (в); И. В. Силуянова, 2001; М. Я. Яровинский, 2002; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

თანამედროვე ეტაპზე ბიოეთიკის წინაშე დადგა ახალი ამოცანები, რამაც მოითხოვა:

1. ძირითად კატეგორიათა და ცნებათა შინაარსის გაფართოება და დაზუსტება კაცობრიობის მიერ მოპოვებული უახლესი ცივილიზაციური მიღწევების გათვალისწინებით,
2. ტრადიციული პრობლემების პრინციპულად განსხვავებული, ნოვაციური თვალსაზრისით გააზრება,
3. ბიომედიცინის ტექნოლოგიზაციის პროცესების როგორც პოზიტიური, ისე ნეგატიური შედეგების სრული სპექტრის ანალიზი,
4. ახალი პრობლემატიკის განჭვრეტა, წარმოჩენა და განზოგადება.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ პრობლემების სხვადასხვა ასპექტების შესწავლასთან დაკავშირებული ცალკეული მეცნიერული შრომების რიცხვი არც თუ მცირეა, მათ შორის ვერ შეხვდებით იმგვარ სპეციალურ, კომპლექსურ მეცნიერულ გამოკვლევებს, რომლებიც მიძღვნილი იქნებოდა ბიოეთიკის კონცეპტუალური ბირთვის (ცნებებისა და კატეგორიების) დეფინიციის, ბიოეთიკურ განზომილებათა სისტემაში ტრანსდისციპლინური ანალიზისა და ინტერპრეტაციის პრინციპების, ბიოეთიკურ პრობლემათა მეცნიერული (როგორც საბუნებისმეტყველო, ასევე ჰუმანიტარული), ფილოსოფიური, საღვთისმეტყველო ასპექტების შესწავლისადმი, და რომლებიც თავისი ხასიათითა და არსით იქნებოდა საკუთრივ ბიოეთიკური სამეცნიერო ნაშრომი [E. D. Pellegrino, 1998; F. M. Kamm, 1999; D. N. Irving, 2000; J. S. Zaremba et al., 2001].

გარდა ამისა, როგორც ბიოეთიკური ლიტერატურის დიდი ნაწილის ანალიზი გვიჩვენებს, ავტორები უპირატესად ჰუმანიტარული მეცნიერების შემეცნების პრინციპებს მისდევენ.

თანამედროვე ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების არსის წვდომა კი განაპირობებს კვლევის ბუნებათმეცნიერებების, კერძოდ, ბიომედიცინის ეპისტემოლოგიურ პრინციპებზე დაფუძნების აუცილებლობას.

წარმოდგენილი მონოგრაფიული ნაშრომის მიზანია თანამედროვე ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების არსისა და გენეზისის კვლევა, მათი გადაჭრის პრაქტიკული გზების მოძიება და მეცნიერული არგუმენტაცია.

ამ მეცნიერული სამუშაოს შესრულებისათვის შემდეგი ამოცანები დავსახეთ:

ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში ბიოეთიკური პრობლემატიკის აღმოცენების პროცესის ანალიზი და მისი კვლევა მედიცინის სხვადასხვა დარგის წიაღში;

- ბიოეთიკის წარმოშობის ისტორიული პირობების, თავისებურებებისა და კანონზომიერებების გამოკვლევა ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე;
- ბიოეთიკის როლისა და ადგილის განსაზღვრა სამედიცინო, საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებებისა და ჯანდაცვის სისტემაში;
- ბიოეთიკური პრობლემების გადაწყვეტის მეცნიერული საფუძვლების შემუშავება სიცოცხლის, სიკვდილის, ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის, ადამიანის არსისა და ბუნების შესახებ ძირითადი სწავლებებისა და შეხედულებების ისტორიული განვითარების კვლევის გზით;
- ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის ეთიკურ-სამართლებრივი, სულიერ-ზნეობრივი და ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური პრობლემების დამლევს შესაძლებლობების შეფასება ისტორიულ-რელიგიურ და კულტუროლოგიურ-სოციოლოგიურ მემკვიდრეობასა და კაცობრიობის მომავლის პროგნოზირებასთან მიმართებაში.

საკვლევი მასალების მოძიება, მათი განზოგადება და ინტერპრეტაცია ეფუძნება ურთიერთქმედების, განვითარების, ისტორიზმის, უნივერსალიზმის, ინდივიდუალიზმის, რედუქციონიზმის, ჰოლიზმის, აქტიურობის, სუბიექტურობის, თვითორგანიზაციის, აქსიოლოგიურობის, ემერჯენტულობის, რეკონსტრუქციისა და დეტერმინიზმის საყოველთაოდ აღიარებულ სამეცნიერო-მეთოდოლოგიურ პრინციპებს [Th. Kuhn, 1977; П. К. Анохин, 1978; Ю. М. Плюсин, 1997; Психология как наука, 2001].

კვლევის მეთოდები შეესაბამება ბუნებათმეცნიერული და ჰუმანიტარული (სამედიცინო-ბიოლოგიური, კლინიკური, ბიოლოგიური, ანთროპოლოგიური, ფილოსოფიური) მეცნიერებების მიერ აპრობირებულ და მიღებულ თანამედროვე წესებს [Th. Kuhn, 1977; П. К. Анохин, 1978; А. Н. Лук, 1985].

საკვლევი მასალა წარმოადგენს ბიბლიოგრაფიულ წყაროებს: მონოგრაფიებს, სახელმძღვანელოებს, ენციკლოპედიურ გამოცემებს, სამეცნიერო სტატიებს, სადისერტაციო შრომებს, პრესის მასალებს, საღვთისმეტყველო ლიტერატურას, ისტორიულ-წყაროთმცოდნეობით თხზულებებს, ინტერნეტის საშუალებით მოძიებულ ინფორმაციებს, აგრეთვე გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, ევროპის საბჭოსა და მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის დოკუმენტებს, სხვადასხვა ქვეყნების საკანონმდებლო აქტებს ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის წარმოების სფეროში, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნებულ სტატისტიკურ, სარეკომენდაციო, ანალიტიკურ და სხვა მასალებს.

მონოგრაფიას საფუძვლად დაედო ავტორის სადისერტაციო ნაშრომი [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003], რომელიც ცოდნის ახალი, სწრაფად განვითარებადი დარგის – ბიოეთიკის პრობლემებისადმი მიძღვნილი პირველი ფუნდამენტური მეცნიერული გამოკვლევა გახლავთ ქართული სამედიცინო აზროვნების რეალიაში.

ნაშრომის მეცნიერული სიახლე იმაშიც მდგომარეობს, რომ მასში პირველადაა მოცემული, ჩამოყალიბებული და მიკვლეული:

- ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბიოეთიკური პრობლემების გადაწყვეტის მეცნიერული არგუმენტაცია;
- ბიოეთიკის, როგორც სამეცნიერო დარგისა და სასწავლო დისციპლინის, ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის, გამოყენებითი, პრაქტიკული და პოპულარული ბიოეთიკის დეფინიციები; განსაზღვრული და გამიჯნულია მათი როლი, შინაარსი, საგანი და ამოცანები;
- ბიოეთიკის, როგორც სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, გენეზისის თეორიული საფუძვლები;
- ბიოეთიკური მეცნიერული კვლევის ეპისტემოლოგიური პრინციპები;
- ბიომედიცინაში პოსტინდუსტრიული ტექნოლოგიების დანერგვის შედეგად წარმოშობილი არატრადიციული, სპეციფიკური, ხშირად პარადოქსული, პრობლემების, დილემების, კოლიზიებისა და სხვა რთული კონფლიქტური

სიტუაციების არსის ანალიზისა და ინტერპრეტაციის სამედიცინო-ბიოლოგიური, ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური, ისტორიულ-კულტუროლოგიური ასპექტების მეცნიერული ქარაქტეროლოგია;

- სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების (სიცოცხლე, სიკვდილი, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა) ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის გნოსეოლოგიური ტექნოლოგიური პროცესის კანონზომიერების ძირითადი დებულებები;
- ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების, როგორც კაცობრიობის გლობალური კრიზისის კერძო გამოვლინების, გენეზისის ზოგადი სქემა ამ პროცესის ძირითადი (წინააღმდეგობის, კონფლიქტის, კრიზისის, კატასტროფის) ფაზების დახასიათებით;
- ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების, როგორც ტრადიციული სულიერ-ზნეობრივი ორიენტაციის დარღვევის შედეგის დეფინიცია ამ დარღვევის სიმპტომების აღწერით;
- ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის კონცეფციისა და პრინციპების ჩამოყალიბება;
- ბიოეთიკის სხვა ფუნქციათა შორის პროგნოზირებისა და პრევენციის ფუნქციების განსაზღვრა კაცობრიობის მომავლის განჭვრეტისა და პერსპექტიული ბიოეთიკური და სხვა გლობალური პრობლემების წარმოშობის კანონზომიერებათა ამოხსნის თვალსაზრისით.

ბიოეთიკა ამ ნაშრომში პირველად განიხილება როგორც ტრანსდისციპლინური მეცნიერული კვლევის მიმართულება, რომელიც ავლენს და იკვლევს სამყაროს (უნივერსუმის) არსისა და მასში ადამიანის ყოფიერების (კერძოდ, ბიომედიცინის სფეროში მოღვაწეობის) მსოფლმხედველობრივ, მეცნიერულ-მეთოდოლოგიურ, გნოსეოლოგიურ, ონტოლოგიურ და აქსიოლოგიურ პრობლემებს ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, სიკვდილის ფენომენთა შესწავლის გზით.

ბიოეთიკის საგანი ასე მასშტაბურად და მრავლისმომცველად პირველადაა განსაზღვრული და ჩამოყალიბებული წარმოდგენილ მონოგრაფიულ ნაშრომში.

ავტორის მიერ შესრულებული მეცნიერული კვლევის შედეგად მიღებული შედეგები შეიძლება გამოყენებულ იქნას:

- პრევენციული მედიცინის, ჯანდაცვის მენეჯმენტის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, მედიცინის ისტორიის, მედიცინის სამართლისა და ბიოეთიკის, როგორც სასწავლო

დისციპლინების, სწავლების პროცესში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში, სამედიცინო უნივერსიტეტებში, აგრეთვე უმაღლესი სასწავლებლების სამედიცინო, ფარმაცევტულ, სამედიცინო-ბიოლოგიურ, ბიოლოგიურ, ბიოტექნოლოგიებისა და ბიოინფორმატიკის, ფსიქოლოგიურ, ფილოსოფიურ, სოციალურ მეცნიერებათა, მენეჯმენტის, სამართალმცოდნეობის, საღვთისმეტყველო და სხვა მიმართულებებსა და ფაკულტეტებზე;

- სარეკომენდაციოდ და სახელმძღვანელოდ ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოსა და სხვადასხვა დონის ეთიკური (ბიოეთიკური) კომიტეტებისათვის;
- სახელმძღვანელოდ და საფუძვლად ბიომედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში სამართლებრივი და საკანონმდებლო ბაზის შექმნის პროცესში;
- საზოგადოების ცნობიერებაში ბიოსამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული პრინციპების დამკვიდრებისათვის ხელის შესაწყობად;
- სამედიცინო და მისი მომიჯნავე დარგების წარმომადგენლებსა და პაციენტებს, მათ ახლობლებს, ნათესავებს შორის სოციალური ურთიერთობების ბიოეთიკურ საფუძველზე მოწესრიგებისაკენ ორიენტირებისათვის;
- სახელმძღვანელოდ სხვადასხვა სოციალურ დონეზე კონკრეტული ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების გადაწყვეტის გზების ძიების პროცესში.

თავი პირველი

ბიოეთიკის გენეზისი და მისი დანიშნულება
ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის განვითარების
თანამედროვე ეტაპზე

1.1. ბიოეთიკის წარმოშობის ისტორიული პირობები, თავისებურებები და კანონზომიერებები	32
1.2. ბიოეთიკის საგანი და მისი ადგილი სამედიცინო, საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებებისა და ჯანდაცვის სისტემაში	50
1.3. ბიოეთიკის დამოუკიდებელ მეცნიერებად ჩამოყალიბების ისტორიული, მეცნიერული და ფილოსოფიური წანამძღვრების დადგენა და შეფასება	62
1.3.1. ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, წარმოშობის ისტორიული წანამძღვრები	63
1.3.2. ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის, წარმოშობის ფილოსოფიური და სხვა ინტელექტუალური წანამძღვრები და მათი ურთიერთმიმართება	71
1.4. ბიოეთიკური კომპონენტის შემოტანის ძირითადი პრინციპები ჯანდაცვის სისტემაში	82

ბიოეთიკა, როგორც ახალი დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დისციპლინა, მეოცე საუკუნის უკანასკნელ მესამედში აღმოცენდა და ჩამოყალიბდა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროისათვის ტრადიციული სამედიცინო ეთიკა თავისი არსებობის ოცდაოთხ-ოცდახუთ საუკუნეს მაინც ითვლიდა [ვ. თ. მატვეევი, 1987; А. А. Грандо, 1988; А. Я.Иванюшкин, и др., 1989; H. T. Engelhardt, 2000; დ. გეგეშიძე და თანაავტ., 2001; E. Sgreccia, V. Tambone, 2002; Адам, архимандрит, 2001, 2003, 2010; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010; H. T. Engelhardt, Jr., 2011 (a)].

ცხადია, ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების განსახილველ ეტაპზე კაცობრიობის ინტელექტუალური კულტურის სივრცეში ბიოეთიკის დაბადებას წინ უსწრებდა მასთან ფუნქციურ და მიზეზობრივ კავშირში მყოფი გარკვეული მოვლენების, საფუძვლების, ფაქტორების არსებობა და მოქმედება, რომელთა შესწავლაც დავისახეთ წინამდებარე მეცნიერული გამოკვლევების ერთ-ერთ საგნად.

ბიოეთიკამ კუთვნილი ადგილი დაიკავა როგორც სამედიცინო, საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებების, ისე ჯანდაცვის სისტემაში, რაც განპირობებული იყო იმ ამოცანებით, რომელთა გადაწყვეტის სამსახურში უნდა ჩამდგარიყო ეს ახალი სამეცნიერო-პრაქტიკული დისციპლინა.

1.1. ბიოეთიკის წარმოშობის ისტორიული პირობები, თავისებურებები და კანონზომიერებები

ბიოეთიკა მეცნიერების ის დარგია, რომელიც შეისწავლის სიცოცხლის ბუნებრივ მსვლელობაში ადამიანის ხელოვნური ჩარევის შედეგად წარმოშობილ სულიერ-ზნეობრივ პრობლემებს. ბიოეთიკა იკვლევს არამარტო ბიოსამედიცინო სივრცეს, არამედ გარემომცველ ბუნებასაც და სვამს საკითხს, თუ რამდენად მართებულია ადამიანის ქცევა ამ განზომილებაში. ბიოეთიკა არა მარტო მედიცინის, არამედ, საერთოდ, სიცოცხლის შემსწავლელ მეცნიერებათა ეთიკაცაა. როგორც ზემოთ წარმოაჩინეთ,

ბიოეთიკის მიერ მოცული საკვლევი სფერო, კვლევის ასპექტები და პრობლემატიკა იმდენად შემოუსაზღვრელია, რომ ნებისმიერი საკითხის შესწავლა მოითხოვს ტრანსდისციპლინური მეცნიერული კვლევების მეთოდოლოგიაზე დაფუძნებულ მრავალფაქტორულ ანალიზს.

არსებული ლიტერატურის ანალიზისა და ისტორიულ ეპოქაზე (პირველ რიგში - მეცნიერების, ტექნიკის, მედიცინის, ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიის რეალიებზე) დაკვირვებისა და მისი მეთოდოლოგიური შეცნობის საფუძველზე ჩვენ დავადგინეთ, რომ ბიოეთიკის წარმოშობის მიზეზები, უპირველეს ყოვლისა, ფუნდამენტური სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებების მიღწევებში უნდა ვეძებოთ [В.Баранов, 2000; А.П. Огурцов, 1994; А.С. Спирин, 1998; Л.Л. Киселев, 1999 (a); Ю.М. Лопухин, 2001].

ამავე დროს ბიოეთიკის გენეზისის კანონზომიერებათა კვლევისას არ შეიძლება უგულვებელყოფილ იქნას მეცნიერებისა და ტექნიკის ისტორიაში მომხდარი ისეთი მნიშვნელოვანი მოვლენა, როგორიცაა თანამედროვე მსოფლიოში, განსაკუთრებით, განვითარებულ, ე.წ. “პირველი მსოფლიოს” ქვეყნებში, მეცნიერების სტატუსის იმგვარი ტრანსფიგურაცია, როცა მეცნიერება, რომელიც ყოველთვის ითვლებოდა მთელი კაცობრიობის ერთ-ერთ ფუნდამენტურ მონაპოვრად [W. van den Daele, 1977; R.Yeo, 1981; А.А. Закордонец, 1989; А.П. Огурцов, 1994], მე-20 საუკუნის დასასრულისათვის ახალ ტექნოლოგიებთან ერთად ელიტარულობის შარავანდედს გარკვეულწილად მეტი პოპულარულობისა და გამოყენებითობის შარავანდედზე ცვლის და თანამედროვე საზოგადოების ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანეს და აუცილებელ ელემენტად იქცევა [С. Г. Кара-Мурза, 1990; E. Kretschmer, 1995; А.С. Кравец, 1996; Е.Н. Шульга, 1997; R. Smith, 2000].

მეცნიერება შეიჭრა ჩვენი ცხოვრების ყველა სფეროში და რევოლუციურად გარდაქმნა ადამიანთა მოღვაწეობის მთელი სპექტრი, რითაც სახე უცვალა ერების, ეროვნებების, ხალხების, საზოგადოების ფენებისა და კლასების უნივერსალური მოღვაწეობის ყველა სფეროს: პოლიტიკურს, რელიგიურს, ისტორიულ-ტრადიციულს, საზოგადოებრივს, საგანმანათლებლოს, სოციალურს, საწარმოს, ინფორმაციულს და, საერთოდ, მთელ თანამედროვე კულტურას [А.А. Закордонец, 1989; С. Г. Кара-Мурза, 1990; Г.Б. Жданов, 1996; Г.Я. Мякишев, 1996; Л.Ю. Писарчик, 1998; В. Порус, 1998; Я.А. Силин, 2001].

თანამედროვე კულტურის სციენტისაციის ეს ფენომენი

გამოხატულია მეცნიერების პოლიტიზაციით, მეცნიერულ-ტექნიკურ პროგრესზე ორიენტირებული ეკონომიკით, არა მარტო მეცნიერულ მიღწევებზე დაფუძნებული, არამედ მასზე დამოკიდებული წარმოებით, მეცნიერების შეჭრით სოციალურ სფეროში (შრომისა და დასვენების ორგანიზაცია, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა, სოციალური უზრუნველყოფა, კვებისა და მსუბუქი მრეწველობა, ტრანსპორტი, კავშირგაბმულობა და ა. შ.), სამთავრობო და საერთაშორისო (სახელმწიფოთაშორისო) გადაწყვეტილებების მიღებაში მეცნიერების როლის გაზრდით [С. Г. Кара-Мурза, 1990; А.С. Кравец, 1996; Я.А. Слинин, 2001].

მეცნიერების წყალობით კაცობრიობამ შეაბიჯა თვისებრივად და არსებრივად ახალ, პოსტინდუსტრიულ ერაში, რომელშიც ბატონობს ინფორმაციული ტექნოლოგიები [Ю.М. Лопухин, 2001; В. В. Марков, 2001].

ამრიგად, მეცნიერება იქცა მსოფლიოს წამყვანი ქვეყნების ეკონომიკური განვითარებისა და საერთო პროგრესის განმსაზღვრელ უზარმაზარ სოციალურ-პოლიტიკურ ძალად [С. Г. Кара-Мурза, 1990; К. Popper, 1992; Р.А. Аронов, В. М. Шемякинский, 1996; Г.Я. Мякишев, 1996; В. Порус, 1998].

დღეს მსოფლიოში საყოველთაოდაა აღიარებული პრინციპი, რომლის თანახმადაც მეცნიერების ინვესტირება სასიცოცხლო აუცილებლობად იქცა უპირველეს ყოვლისა იმის გამო, რომ სწორედ ის იძლევა იმ ნამდვილ და ერთ-ერთ უმოკლეს გზას, რომელსაც სიღარიბის დაძლევაში და დაავადებათა შემცირებამდე მივყავართ.

2000 წელს წამყვან სახელმწიფოებში მეცნიერების დაფინანსებამ მთლიანი შიდა პროდუქტის 3,0-3,5% შეადგინა. მიუხედავად არსებული ფინანსურ-ეკონომიკური კრიზისისა ეს ტენდენცია შენარჩუნდა უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში.

2010 წლისათვის დასავლეთის წამყვან ქვეყნებში სამეცნიერო-კვლევითი მიმართულებით დანახარჯებმა მთლიანი შიდა პროდუქტის 2-3% შეადგინა: აშშ-ში ეს მაჩვენებელი 2,7%-ია, იაპონიაში, შვედეთსა და ისრაელში – 3,5-4,5%. ევროსაბჭომ ამოცანად დაისახა ამ ხარჯების 3%-მდე გაზრდა. საყურადღებოა, რომ მეცნიერებაზე სწრაფად ზრდის ხარჯებს ასევე ჩინეთი, ბრაზილია და ინდოეთი [Science ..., 2008; OECD Science ..., 2009].

კერძო სექტორის წილი ფუნდამენტური მეცნიერებების დაფინანსებაში აშშ-ში მხოლოდ 4%-ია. ფუნდამენტურ კვლევათა 59%-ის ხარჯებს თავისთავზე იღებს ფედერალური ბიუჯეტი. სახელმწიფო კანონმდებლობითაა ვალდებული ხელი შეუწყოს

სამეცნიერო-ტექნიკურ და ინოვაციურ მოღვაწეობას [В. Б. Сурян, 2009].

ფინანსურ-ეკონომიკური კრიზისის პირობებში ბარაკ ობამას ადმინისტრაციამ მიიღო გადაწყვეტილება მკვეთრად გაზარდოს სახელმწიფოს დანახარჯები მეცნიერების განვითარებისათვის.

2009 წლის 27 აპრილს მეცნიერებათა ეროვნულ აკადემიაში გამოსვლისას აშშ-ის პრეზიდენტმა ობამამ განაცხადა, რომ ეს მაჩვენებელი გაიზრდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 3%-მდე, ხოლო 21 სექტემბერს ხელი მოაწერა დოკუმენტს „ამერიკის ინოვაციური სტრატეგია“, რომელშიაც გაცხადებულია ამოცანა - „დაიბრუნოს ამერიკამ ლიდერობა ფუნდამენტურ კვლევებში“. ეს უნდა იყოს „ისტორიაში ფუნდამენტური კვლევების ყველაზე მასშტაბური ზრდა, რაც საფუძველს ჩაუყრის ახალი ტექნოლოგიების გაჩენას, რომლებიც გააუმჯობესებენ ჩვენს ცხოვრებას და შექმნიან მომავლის ინდუსტრიას“ [A Strategy for..., 2009].

ამგვარი სამეცნიერო-ტექნიკური ნახტომი უზრუნველყოფს აშშ-ის ლიდერობას ოცდამეერთე საუკუნის გლობალურ ეკონომიკაში. მხედველობაში გვაქვს ახალი ტექნოლოგიური გარემო, რომელშიც წამყვანი იქნება ეკოლოგია, „მწვანე“ ენერგეტიკა, ჯანდაცვა, განათლება, ინფორმაციული სფერო [С. М. Порог, 2010].

აშშ-ში, იაპონიასა და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში უკანასკნელ წლებში მუდმივად ზრდიან სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების ფინანსირებას, რომელთა დიდ წილს მიმართავენ სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევების სასარგებლოდ [D. Blumenthal, 1996; Federal Funding for ..., 2009].

აშშ-სა და ევროპაში მეცნიერებისათვის გამოყოფილი საბიუჯეტო ხარჯების მესამედი ბიოლოგიურ დარგებში ჩასატარებელ კვლევებზე მოდის [А. С. Спирин, 1998; Ю. М. Лопухин, 2001; Е.Онищенко; М. Е. Blume-Kohout, et al., 2009].

სიცოცხლის შესახებ მეცნიერებები დღეს აღიარებული და ძირითადი პრიორიტეტებია [В. Г. Борзенков, 1997; М. Е. Blume-Kohout, et al., 2009]. ისინი მოექცნენ დღევანდელი მსოფლიოს წამყვანი პოლიტიკური ძალებისა და ფინანსური ოლიგარქიის ყურადღების ცენტრში. ცნობილია, რომ ადამიანის გენომის გაშიფრვის შესახებ კაცობრიობას ამცნეს აშშ-ის პრეზიდენტმა და დიდი ბრიტანეთის პრემიერ-მინისტრმა.

ეს შემთხვევითი როდია.

კაცობრიობას აქვს გამოცდილება, რომელმაც აჩვენა,

რომ მეცნიერების მეოხებით, მისი მიღწევების პრაქტიკული გამოყენებით თანამედროვე სამყაროს სახე შეიძლება შეიცვალოს როგორც უკეთესობისაკენ (სიკეთისაკენ), ისე უარესობისაკენ (ბოროტებისაკენ) [E. Janch, 1974; A. A. Загордонец, 1989; А.П. Огурцов, 2011; Companion to the History ..., 1996; Я.А. Силин, 2001].

სწორედ ამის დასტურია ბირთვული ენერგიის გამოყენების ტრაგიკული მაგალითები [L. Kowarsky, 1977; Г.И. Царегородцев, А.В.Шмаков, 1983; Е.А. Мамчур, 1996; Б. В. Марков, 2001].

მეოცე საუკუნეში ადამიანებმა იწვნის ქიმიისა და ფიზიკის დარგებში მოპოვებული მიღწევების როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი შედეგები [C. Г. Кара-Мурза, 1990; R. Oldershaw, 1990; Companion to the History ..., 1996].

ბევრმა მეცნიერმა ჯერ კიდევ გასულ ასწლეულში გამოაცხადა ოცდამეერთე საუკუნე ბიოლოგიური საფრთხეების საუკუნედ, რაც, როგორც ჩვენს ნაშრომში ქვემოთ იქნება დადასტურებული, უპირველეს ყოვლისა, გენურ ტექნოლოგიებს უკავშირდება [C. Г. Кара-Мурза, 1990; An Encyclopedia of..., 1996; Б. Мюллер-Хилл, 1997; А.С. Спирин, 1998; Г.В. Шпаковский, 2000; W.F. Anderson, 1993].

მანამდე გაგაცნობთ ამონარიდს გერმანიაში (გფრ) გენურ-ინჟინერული ტექნოლოგიით ინსულინის მიღების აკრძალვის შესახებ სასამართლოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილებიდან: “გენური ინჟინერია წარმოადგენს “ახალ განზომილებასა და ხარისხს” ტექნოლოგიაში, რომელიც დაკავშირებულია “ადამიანის არსებობის რისკთან”, რაც ამჟამად შეუძლებელია შეფასდეს ადეკვატურად” [C. Г. Кара-Мурза, 1990].

საერთაშორისო ორგანიზაციამ „ექიმები და მეცნიერები გენეტიკურად მოდიფიცირებული საკვები პროდუქტების წინააღმდეგ“ ინტერნეტ-სივრცეში წამოიწყო ფართო კამპანია. გამოქვეყნდა დეკლარაცია, რომელშიაც ვკითხულობთ: „ჩვენ ვითხოვთ გამოცხადდეს მსოფლიო მორატორიუმი გარემოში გენური ინჟინერიის საშუალებით მოდიფიცირებული ორგანიზმების გავრცელებაზე, ასევე გენური ინჟინერიის გზით მოდიფიცირებული საკვები პროდუქტების გამოყენებაზე იმ დრომდე, ვიდრე არ დაგროვდება საკმარისი ცოდნა იმისათვის, რომ გავამართლოთ ამ ტექნოლოგიის ექსპლუატაცია და დავამტკიცოთ მისი უვნებელობა ადამიანის ჯანმრთელობისა და გარემოსათვის“ [Предостережение о продуктах ..., 1999].

ახლა კი იმის გათვალისწინებით, რომ ამ ეტაპზე ჩვენი გამოკვლევის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს ბიოეთიკის გენეზისში ფუნდამენტური სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებების

განვითარების როლის შესწავლა, სწორედ ამ ფაქტორის დახასიათებასა და ანალიზს შევუდგებით.

მეოცე საუკუნის ერთ-ერთ ყველაზე დიდ სამეცნიერო მიღწევად უნდა ჩაითვალოს ადამიანის გენომის სტრუქტურის შესწავლა [Л.Л. Киселев, 1999, 1999 (a); А.С. Спирин, 1998].

გენეტიკის წიაღში აღმოცენდა ახალი დარგები: ბიოინფორმატიკა, გენომიკა და პროტეომიკა [Н. П. Бочков, 1978; Н. П. Дубинин, 1981; А.М. Егоров и др., 1999; Л. Л. Киселев, 1999 (a); А. И. Арчаков, 2000, 2002; В. Баранов, 2000]. ეს ტრიადა განეკუთვნება მეცნიერებებს სიცოცხლის შესახებ, რომელთაც განსაზღვრეს ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისი ისევე, როგორც მოლეკულურმა ბიოლოგიამ, იმუნოლოგიამ და ბიოტექნოლოგიამ განსაზღვრა მეოცე საუკუნის დასასრული.

გენომიკა 1980–90–იან წლებში გენომის სეკვენირების პირველ პროექტებთან ერთად გაჩნდა ბიოინფორმატიკასა და პროტეომიკაზე ადრე. შეიძლება დავასახელოთ მისი დაბადების უფრო ზუსტი დრო – 1990 წლის ოქტომბერი – პროექტ „ადამიანის გენომზე“ ხელმოწერის დრო.

გენომიკაში რამდენიმე მიმართულებას განარჩევენ: სტრუქტურული გენომიკის მიზანია შეისწავლოს ცნობილი სტრუქტურის გენები (მათი ფუნქციების გაგების მიზნით), ასევე ძირითადი ცილოვანი მოლეკულების სივრცობრივი აგებულება; ფუნქციონალური გენომიკა სწავლობს გენომში ჩაწერილი ინფორმაციის რეალიზაციის პროცესს, ხოლო შედარებითი გენომიკა დაკავებულია სხვადასხვა ორგანიზმების გენომების ორგანიზაციისა და შედგენილობის შედარებითი შესწავლით.

უპირველეს ყოვლისა, მიმდინარეობს დაავადებებთან შეჭიდული გენების ინვენტარიზაციის პროცესი. უმნიშვნელოვანეს ამოცანად ითვლება დაავადებების გამომწვევი მიკროორგანიზმების გენომების გაშიფრვა, რის საფუძველზეც ამ დაავადებათა სამკურნალოდ შეიქმნება ახალი საშუალებანი.

გენომიკის მეშვეობით შეისწავლა კაცობრიობამ გენომი, თუმცა ვერ ახსნა ის, თუ რეალურად რაგვარად ექსპრესირდება გენური ინფორმაცია და გენომის რომელი მონაკვეთია წარმმართველი კონკრეტულ შემთხვევაში.

ამ მიებაში გენომიკიდან ამოიზარდა ახალი დარგი – პროტეომიკა, რომელიც ცილების – უჯრედის რეალური მუშა მანქანების – ინვენტარიზაციას ახდენს. ეს ამოცანა, რა თქმა უნდა, გენომურზე ბევრად უფრო რთული შესასრულებელია. ამიტომაც თუ ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისისათვის მონაცემთა ბაზა

შეიცავდა 4 მილიონ სეკვენირებულ გენომურ თანამიმდევრობას, შესწავლილი სამგანზომილებიანი სტრუქტურის რიცხვი მხოლოდ 10 ათასს აღწევდა 2 ათასი ცილისათვის.

ცილების შესწავლაში გადატრიალება მოახდინა ბიოინფორმატიკამ, რომელიც აკეთებს იმასვე, რასაც კლასიკური ბიოქიმია, მოლეკულური ბიოლოგია და ბიოტექნოლოგია, ოღონდაც არა სინჯარაში, არა რენტგენოსტრუქტურული ან სხვა სახის ანალიზების გამოყენებით, არამედ კომპიუტერული პროგრამების მეოხებით.

ბიოინფორმატიკა უსწრაფესად ჩაინერგება ფარმაცოლოგიაში. არაჩვეულებრივი პროგრესი აღინიშნა სამკურნალწამლო საშუალებების სინთეზის კომპიუტერული მეთოდების შემუშავების საქმეში [A.И. Арчаков, 2000, 2002; A.M. Егоров, Ю. О. Сазыкин, 1999].

ასე რომ, მეცნიერულ ტრიადაში – გენომიკა–პროტეომიკა–ბიოინფორმატიკა – იკვეთება მომავლის ახალი მედიცინის შექმნა: თვისობრივად ახალ სამკურნალწამლო საშუალებათა წარმოება და დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდების შემუშავება.

დიდ წარმატებებს მიაღწია უჯრედის ბიოლოგიამ, რამაც გავლენა მოახდინა სიცოცხლის შემსწავლელ არაერთ მეცნიერებაზე: ფიზიოლოგიაზე, გენეტიკაზე, მოლეკულურ ბიოლოგიასა და სხვ. ამ მიღწევების მნიშვნელობა გამოიკვეთა მედიცინისთვისაც: როგორც დაავადების პათოგენეზის გაგებისათვის, ასევე დიაგნოსტიკის, მკურნალობის მეთოდის შერჩევისა და პრევენციისათვის. უჯრედის ბიოლოგიამ შეისწავლა რეცეპციის [J. O. Pickles, D. P. Corey, 1992; T. A. Gilberson, 1993; Y. Koutlos, K.-W. Yaw, 1993], ფუზიის [K. U. Dee, et al., 1995], ინტერნალიზაციის [M.J. Hannah, 1999; R. C. Carroll, et al., 2001; L. Hicke, 2001; Y.A. Ioannou, 2002; Titorenko V. I. , Rachubinski R. A., 2001] , ტრანსმემბრანული გადაადგილებისა [J. Gruenberg, 2001; M. Zerial, H. McBride, 2001] და სხვა მექანიზმები [Л. Л. Киселев, 1999 (a); В.Баранов,2000]. გაჩნდა იმუნოლოგიის არსებითად ახალი დარგი – მოლეკულური [M. A. Alexander-Miller et al., 1996; Wun Hau-Ling et al., 2001; C. L. Ortman, et al., 2002;]. დღეისათვის უკვე გაშიფრულია ორგანიზმის ფიზიოლოგიური ფუნქციების ნეირო-ენდოკრინული რეგულაციის მრავალი მექანიზმი.

თვით ეს მეცნიერული რევოლუცია ბიომედიცინაში თავისთავად ახალი ეთიკური აზროვნების გენეზისის აუცილებლობისათვის საკმარისი არგუმენტი, ცხადია, ვერ იქნებოდა, თუკი იგი ლაბორატორიებისა და სამეცნიერო ჟურნალების ფარგლებს არ გასცდებოდა. კიდევ ერთი ფაქტორი,

რომელმაც ეს აუცილებლობა განაპირობა, გახლდათ თანამედროვე თეორიული მეცნიერების მიღწევებისა და სიახლეების ინტენსიური, აქტიური, ხშირად აგრესიული დანერგვა პრაქტიკაში, რასაც არაერთი კარდინალური ძვრა მოჰყვა კლინიკურ მედიცინაში, სამედიცინო მრეწველობასა, და საერთოდ, ჯანდაცვის მთელ სისტემაში [А.П. Огурцов, 1994; D. Blumenthal, 1996; J. Lantos, 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

მოგე საუკუნის 60-იან წლებში იმუნოლოგიის, გენეტიკისა და ქირურგიის საზღვარზე დაიბადა ახალი კლინიკური მიმართულება – ტრანსპლანტოლოგია [D. Hamilton, 1984]. გასული ასწლეულის ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში არნახულად განვითარდა ანესთეზიოლოგია, რეანიმატოლოგია, ინტენსიური თერაპია, კრიტიკული მედიცინა, რამაც შექმნა შესანიშნავი პირობები თანამედროვე ქირურგიის მრავალი დარგის (გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვების, ნეირო-, მიკრო-, პლასტიკური, რეკონსტრუქციული და ა.შ.) ტექნოლოგიური და ინტელექტუალური მდგომარეობის სრული ტრანსფორმაციისათვის კლინიკაში მეცნიერულ ნოვაციათა მაღალი სიხშირითა და სისწრაფით იმპლანტაციის გზით [В.И. Бураковский, 1988]. ჩამოყალიბდა იმუნოფარმაკოლოგია [Le Yingying, 2002; A. Teranishi, et al., 2002], შემუშავდა იმუნომოდულაციისა და იმუნოსუპრესიის მეთოდები, შეიქმნა შესაბამისი პრეპარატები [T. Abo, 2001; M.H. Zuhair, E. Massoumeh, 2001; B. Rocca, G.A. FitzGerald, 2002; J.Zhang, et al., 2002].

ჰემოდიალიზის კვალდაკვალ გაჩნდა სხვა ექსტრაკორპორული მეთოდები: ჰემოსორბცია, პლაზმოფერეზი, ჰემოკორექცია და ა.შ. 1992 წელი ოფიციალურად გამოცხადდა გენური თერაპიის დაბადების წლად. განვითარდა გენური ფარმაკოლოგია [Gene Therapy, 1997; U. Scherf, et al., 2000; С.Б. Середенин, 2001]. მიმდინარეობს ხელოვნური ვაქცინების შექმნის პროცესი [Ю.М. Лопухин, 2001(a)].

ჟურნალმა “Science” სიცოცხლის შემსწავლელ მეცნიერებებში ყველაზე მნიშვნელოვან მოვლენად დნმ-ის ორმაგი სპირალისა და ადამიანის გენომის გაშიფრვის შემდეგ ღეროვანი უჯრედების აღმოჩენა აღიარა. ღეროვანი უჯრედების გამოყენების პერსპექტივები მედიცინაში სულ უფრო მასშტაბური ხდება. თვლიან, რომ ამ უჯრედებს აქვთ უნარი ყველა ორგანოსა და ქსოვილში განაახლონ ან ჩაანაცვლონ დაზიანებული უჯრედები. მათი დანიშნულებაა დაბადებიდანვე მიიღონ მონაწილეობა ადამიანის ორგანიზმის რეგენერაციაში.

ღეროვანი უჯრედების ტექნოლოგიები თავისი არსით

რევოლუციურია, რომელთაც შეცვალეს მრავალი უმძიმესი დაავადების მკურნალობისადმი მიდგომა. გადაიდგა ნაბიჯები ტოტიპოტენტური (ღეროვანი) უჯრედების გამოყენებისათვის ტრანსპლანტაციის მიზნით მათგან დიფერენცირებული ქსოვილებისა და, სავარაუდოდ, ცალკეული ორგანოების მისაღებად. ონკოპემატოლოგიური დაავადებების მკურნალობის მიზნით დაიწყო კლინიკური გამოყენება პოლიპოტენტური ღეროვანი უჯრედებისა, რომლებიც მიიღება ძვლის ტვინიდან და ახალშობილთა ჭიპლარის სისხლიდან [Ю.М. Лопухин, 2001, 2001(a)]. მეცნიერები მუშაობენ ღეროვანი უჯრედების გამოყენებაზე იმგვარი დაავადებების მკურნალობისას, როგორებიცაა შაქრიანი დიაბეტი, ათეროსკლეროზი, გულის იშემიური დაავადება, ჰეპატიტები, სახსრების ქრონიკული დაავადებანი, ძველი ტრავმები, ღვიძლის ციროზი, ალცჰაიმერის, პარკინსონის, აუტოიმუნური დაავადებანი, ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი, გაფანტული სკლეროზი, მამაკაცებისა და ქალების უშვილობა, ონკოლოგიური სნეულებანი...

ასე რომ, ღეროვანი უჯრედების თემამ ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში შექმნა სრულიად ახალი სოციალური, მეცნიერულ-ექსპერიმენტული და კლინიკური გარემო, რომელიც შეიძლება დღეს დახასიათდეს, როგორც ფრიად პერსპექტიული, მაგრამ ამავე დროს – შემცველი იმგვარი განზომილებისა, როდესაც როგორც ეთიკური, ასევე მეცნიერული თვალსაზრისით, ზუსტად ვერ ხერხდება მისი შეფასება არასაკმარისი ცოდნის გამო ამ სფეროში.

ამრიგად, ბიომედიცინაში, უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო-კლინიკურ პრაქტიკაში, თვისებრივად და არსობრივად ახალი, პრინციპული ცვლილებები მოხდა:

1. მედიცინის ახალი შესაძლებლობები დაკავშირებული აღმოჩნდა არა მხოლოდ მკურნალობასთან, არამედ ადამიანის სიცოცხლის მართვასთანაც [Н.П. Бочков, 1978; Н.П. Дубинин, 1981; М. Larpe, 1993; F. M. Kamm, 1999; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2003; И.В. Силуянова, 2001(б)].

თანამედროვე მედიცინის განკარგულებაში დღეს მოიაზრება რეალური შესაძლებლობები

- “შექმნას” ცოცხალი არსება, ან მისი ნაწილები: ქსოვილები და ორგანოები (კლონირების ტექნოლოგია, ღეროვანუჯრედული თერაპია (ტრანსპლანტაცია));
- “მისცეს” ადამიანის სიცოცხლეს დასაწყისი (ხელოვნური განაყოფიერების (დამხმარე რეპროდუქციული)

ტექნოლოგიები);

- განსაზღვროს და შეცვალოს მისი ხარისხობრივი (ვალუოლოგიური, მემკვიდრეობითი, სოციალური, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და ა.შ.) პარამეტრები (გენური (მოლეკულური) მედიცინა, ტრანსსექსუალური, პლასტიკური და ესთეტიკური ქირურგია, გენეტიკური ტესტირება, ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია და ა. შ.);
- “გადაწიოს” სიკვდილის მომენტი (კრიტიკული მედიცინა, რეანიმაცია და ინტენსიური თერაპია, ტრანსპლანტოლოგია, გერონტოლოგია-გერიატრია, ფარმაცოლოგია, გენური თერაპია, თერაპიული კლონირება, გენური ფარმაცოლოგია და ა. შ.) [M. Lappe, 1993; Gene Therapy, 1997; U. Scherf et al., 2000; С. Б. Середенин, 2001; И. В. Силуянова, 2001(6)].

2. მეტამორფოზა განიცადა თვით მედიცინამ, როგორც დარგმა: თანამედროვე პირობებში იგი კარგავს საექიმო ხელოვნების ნიშნებს და გარდაიქმნება, ერთი მხრივ, სამეცნიერო გამოკვლევების, ექსპერიმენტების, კლინიკური ცდებისა და, მეორე მხრივ, პაციენტებთან კონტრაქტული ან სხვა არაპატერნალისტური დამოკიდებულების, მკაცრ ეკონომიკურ და სამართლებრივ ჩარჩოებში მოქცეულ სამკურნალო საქმედ [J. M. Finnis, 1991; J. LaPuma, E. F. Iawior, 1993; A. W. McThenia, 1993; S. H. Miles, 1993; R. Cohen-Almagor, 2000(a); Адам, архимандрит, 2001(з), 2002; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

3. ჯანდაცვის სისტემა დადგა დაგეგმარების, მართვის, ორგანიზაციის, სოციალური და სამართლებრივი უზრუნველყოფის, ეთიკური პრობლემების გადაწყვეტის ამოცანების წინაშე, რომლებიც დაკავშირებულია როგორც ახალი სამედიცინო დარგების - ტრანსპლანტოლოგიის, რეპროდუქტოლოგიის, გენური მედიცინისა და სხვათა გაჩენასთან, ასევე ტრადიციულ დარგებში უახლესი ტექნოლოგიების დანერგვასთან.

ბიომედიცინის ზემოთ ჩამოთვლილი მიღწევებისა და ახალი ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებას, გამოყენებასა და კლინიკაში დანერგვას უკავშირდება არა უბრალოდ მსოფლიო საზოგადოებრიობის მიერ ეთიკური დილემების გადაწყვეტის აუცილებლობა, არამედ, აგრეთვე როგორც აშკარა, ისე შესაძლო მოულოდნელი, არაპროგნოზირებადი ან სხვა სახის, გლობალური ნეგატიური შედეგების სხვადასხვა გამოვლინებები: ბიოლოგიური ომი, ტერორისტული აქტები ბიოლოგიური იარაღის გამოყენებით, გეოპოლიტიკური, დემოგრაფიული, ნაციონალური, სოციალური, ეპიდემიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, ანთროპოლოგიური,

ეკოლოგიური, ეკონომიკური კატასტროფები [W.F. Anderson, 1985; A. M. Гиляров, 1998; В. Победин, 1998].

ზოგიერთი (განსაკუთრებით გენური) ტექნოლოგიის პრაქტიკული განხორციელების საშიშროება იმაშია, რომ მსოფლიო არჩევანის წინაშე დგება: კაცობრიობის გადარჩენა ან აპოკალიფსური ფინალის აღსრულების ინტენსიფიკაცია [M. Lappe, 1993; A.C. Спирин, 1998; Ю.И. Кундиев, 2001; Ю.М. Лопухин, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ღვთისმეტყველნი ერთ-ერთ ყველაზე რთულ პროცესად სწორედ პასუხისმგებლობის შეგრძნებასა და ავისა და კარგის სწორად გარჩევას თვლიან [ილია მეორე (ღუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997].

ეს კი, ცხადია, ეთიკის სფეროსაც განეკუთვნება.

წარმოდგენილი რეფლექსია დადასტურებდა იმისა, რომ მეცნიერების ტექნიკური და ტექნოლოგიური შესაძლებლობები ხშირად არ ემთხვევა სასურველის, დასაშვების, ჰუმანურის შესახებ ეთიკურ, სულიერ-ზნეობრივ, ტრადიციულ-კულტუროლოგიურ და სოციოლოგიურ წარმოდგენებს [A. И. Смольняков, 1988; С. Г. Кара-Мурза, 1990; T. F. Ackerman, 1993].

სწორედ ეს არაკონგრუენტულობა ხდება საგანი ბიოეთიკური ანალიზისა, როგორც მიზეზი ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების აღმოცენებისა.

ყოველივე ამას დიდი სიზუსტით, საოცარი მიგნებითა და სულიერი სიღრმით აღწერენ ღვთისმეტყველებაში: “საზოგადოების ზრუნვა ეკონომიკის წინსვლისათვის არ არის საშიში, თუ მასთან ერთად განვითარდება ადამიანის სულიერი და ინტელექტუალური შესაძლებლობები: ჭეშმარიტი სარწმუნოება, ეკლესიურობა, ზნეობა, მეცნიერება, ხელოვნება. ჩვენ არა გვაქვს უფლება თანამედროვე ცივილიზაციის ყველა უბედურების საწყისად მეცნიერება დავსახოთ. ადამიანი უბრალოდ სულიერად მოუშადადებელი შეხვდა მეცნიერულ აღმოჩენებს. პიროვნების სულიერი განვითარების პროცესი მეტად ჩამორჩა ტექნიკურ პროგრესს და რადგან ერთი მეორეს არ განაპირობებს, დაირღვა წონასწორობა; ამან კი წარმოშვა საშიშროება და ჩვენს წინაშე დააყენა მრავალი გადაუჭრელი პრობლემა” [ილია მეორე (ღუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997].

ამგვარ, სულიერ-ზნეობრივი თვალსაზრისით მეტად რთულ ვითარებაში ბიოეთიკის წარმოშობას ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ჩვენ განვიხილავთ როგორც “ეთიკური უკმარისობის მანიფესტირებული კლინიკური

სურათის” ზუსტ დიაგნოსტიკებასა და ადეკვატურ, მაშასადამე, ერთდროულად ეტიოლოგიურ და პათოგენეზურ, “ვიტალურ ინტენსიურ თერაპიას” არსებულ ისტორიულ სიტუაციაში.

თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ ბიოეთიკა თავისი სპეციფიკურობის გამო არ ისაზღვრება ოდენ სამედიცინო მეცნიერებითა და პრაქტიკით და მისი თვალსაწიერი კაცობრიობის მოღვაწეობის თითქმის ყველა სფეროს მოიცავს, “კლინიკური სურათი” კიდევ უფრო მძიმდება ეთიკურთან ერთად თანაარსებული “სულიერ-ზნეობრივი უკმარისობის” სიმპტომოკომპლექსით.

საჭიროდ მივიჩნევთ განვმარტოთ, რომ “ეთიკურ უკმარისობაში”, უპირველეს ყოვლისა, ნაგულისხმევი გვაქვს ტრადიციული სამედიცინო და საექიმო ეთიკისა და დეონტოლოგიის უკმარისობა (არაკომპეტენტურობა, მათი მოქმედების არეალის შეზღუდულობა) იმ პრობლემათა, დილემათა, კოლიზიათა, კაზუსთა, პარადოქსთა ინტერპრეტირებისათვის, რომელთა ექსპრესია ბიომედიცინაში თვალსაჩინო შეიქნა გასული საუკუნის ბოლო ათწლეულებსა და ჩვენი საუკუნის პირველ ათწლეულში.

ასე რომ, ჩვენ ვადასტურებთ სამედიცინო ეთიკის, როგორც ზოგადი ეთიკის ერთ-ერთი დარგის, კრიზისულ მდგომარეობას, რომელმაც დღის წესრიგში დააყენა ახალი სამეცნიერო-პრაქტიკული დისციპლინის წარმოშობის საკითხი [Мы и биоэтика, 1990; Введение в биоэтику, 1998; А.П. Огурцов, 1994; Б.Г. Юдин, 1998; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

მეორე მხრივ, მეოცე საუკუნის 70-80-იან წლებში თვით ეთიკურმა აზროვნებამ გაიარა რთული და მნიშვნელოვანი გზა, გზა აბსტრაქტული ეთიკური თეორიიდან – მეტაეთიკიდან “ცოცხალ” ეთიკამდე, რომელიც მიისწრაფვის ასახოს და გაიაზროს ყველა პრაქტიკული პრობლემა, გზა გამოყენებითი ეთიკის არნახულ განვითარებამდე, განსაკუთრებით მისი იმ მიმართულებისა, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის, მედიცინის, ადამიანის ბიოლოგიის არაჩვეულებრივად რთულ და დამაბუღლ პრობლემებს უკავშირდება [Мы и биоэтика, 1990; E. Pellegrino, 1990; А.П. Огурцов, 1994; Л.В. Коновалова, 1997; Encyclopedia of Social ..., 1998; R. Cohen-Almagor, 2000(a); დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ჩვენ მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აღმოგვაჩენინა ერთი კანონზომიერება: როდესაც ეთიკა (ისევე როგორც ზოგიერთი სხვა დისციპლინა – ფილოსოფია, ფსიქოლოგია, სოციოლოგია და ა. შ.) შეეხება ადამიანის ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის, სიცოცხლისა

და სიკვდილის საკითხებს, როდესაც იგი პირისპირ დადგა ადამიანის ტანჯვის, განსაცდელის, მისი უსუსურობის ფაქტების წინაშე, როცა ეთიკოსთა “ლაბორატორიებმა” გადაინაცვლეს საავადმყოფოებსა და ლაზარეთებში, ავადმყოფის საწოლთან და განუკურნებელი დაავადებების წინაშე უძლური ექიმების სამუშაო ადგილებთან, პაციენტების იმედგამეჭრალ ახლობლებთან და უძილობისაგან ძალაგამოცლილ მომვლელებთან, და ამგვარად დაიწყო ბიომედიცინაში არსებულ საკამათო დებულებათა და გარემოებათა შესწავლა და კვლევა, მან, როგორც მეცნიერებამ და სწავლებამ, განიცადა ძირეული მეტამორფოზა აკადემიური ფილოსოფიური დისციპლინიდან იმგვარ დარგამდე, რომელიც ეხება ადამიანის, საზოგადოების, კაცობრიობის სასიცოცხლო ინტერესებს.

ეს მეტამორფოზა როდი აღმოჩნდა სივრცობრივად შემოსაზღვრული საავადმყოფოთი, პოლიკლინიკით, სამშობიარო სახლით ან გენეტიკური კვლევის ცენტრით; იგი ხორციელდება ყველგან და ყოველთვის, როდესაც კი ეთიკა უშუალოდ უახლოვდება ადამიანს მისი მოღვაწეობის ნებისმიერ სფეროში: პოლიტიკაში, ეკონომიკაში, კულტურულ საქმიანობაში, შრომის ორგანიზაციაში, ბიზნესში, სილატაკესა და შიმშილობასთან ბრძოლაში, ბუნების დაცვასა და ა. შ. ამიტომაც ზოგჯერ შეიძლება ადამიანებმა ეთიკური მოთხოვნები საპროტესტო გამოსვლებისა და დემონსტრაციების მოთხოვნებადაც კი აქციონ (გლობალიზმის, ეკოლოგიური, მათ შორის “მწვანეთა”, აბორტების, სექსუალური “თავისუფლების”, ადამიანის კლონირების, ევთანაზიის, რასობრივი, ეთნიკური კონფლიქტების, რელიგიური, საკანონმდებლო და სხვა პრობლემები) [J. M. Finnis, 1991; Л. В. Коновалова, 1997; R. Cohen-Almagor, 2000(a); S. D. Lane et al., 2000; M. J. Cherry, 2011].

აქედან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ეთიკა მიმართავს ადამიანებისათვის საჭირობო სოციალურ, ზნეობრივ, პოლიტიკურ თუ სხვა სახის დილემებს [ა. ზურაბაშვილი, 1988; Биологические основы психики, 2001], იგი “ცოცხლდება”, იწყებს სისხლსავსე ცხოვრებას. ეს ფენომენი, როგორც მეოცე საუკუნის მიწურულის ეთიკის დამახასიათებელი ნიშანი, გაცხადდა ბიოეთიკის გენეზისის ისტორიულ პროცესში.

1969 წელს ვან რანსელერ პოტერის მიერ “ბიოეთიკის” ცნების შემოტანამ, რასაც სწრაფადვე მოჰყვა ამ პრობლემით დაინტერესებულ მკვლევართა მიერ “ბიოეთიკური კრედოს” ძირითადი პრინციპების ჩამოყალიბება, საფუძველი ჩაუყარა ახალი

სამეცნიერო დისციპლინის – ბიოეთიკის – გაჩენას [Введение в биоэтику, 1998; Б. Г. Юдин, 1998; J. Suaudeau, 2001(a); დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ახალმა მეცნიერებამ ახლებურად გაიაზრა მედიცინასა და ბიოლოგიაში უკვე დაგროვილი ეთიკური პრობლემატიკა, აღმოაჩინა ახალიც, მაგრამ გამოკვეთა ისიც, რომ მათი გადაწყვეტისათვის კაცობრიობა მზად არ არის [Я.Иванюшкин, и др., 1989; Мы и биоэтика, 1990, 1991; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; Ю.И. Кундиев, 2001; Ю.М. Лопухин, 2001; J. Suaudeau, 2001(a); И.В. Силуянова, 2001(б); დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ამრიგად, წარმოიშვა სიტუაციები, რომლებიც მორალურად შეგნებულ არჩევანს მოითხოვდა. ამ უკანასკნელს კი დაუპირისპირდა უკვე ჩამოყალიბებული სტერეოტიპები და წარსულის იმგვარი გამოცდილება, რომლებიც ყოველთვის როდი ეფუძნებოდა ეთიკური საკითხების ზოგადმსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიურ განსჯას:

1. ადამიანის სიცოცხლეს, როგორც ღირებულებას, დაეტყო გაუფასურების ტენდენცია, როცა სასწორის მეორე მხარეს ექიმის ან მისი კლიენტის (პაციენტის) მატერიალური კეთილდღეობის, ან სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეზღუდული ბიუჯეტის საკითხი დაიდო. ეს ტენდენცია გაცხადდა ისეთ ფენომენებში, როგორებიცაა: აბორტი, ხელოვნური განაყოფიერება, სატრანსპლანტაციო ორგანოები, ძვირადღირებული სამკურნალო საშუალებები: დიალიზი, ინტენსიური თერაპია-რეანიმაცია, ქირურგიული, გინეკოლოგიური და არაინვაზიური ოპერაციები ღეროვანუჯრედული თერაპია და სხვ. [D. Callahan, 1993; L. R. Kass, 1993; Council on Ethical ... 1995; E. D. Pellegrino, 1998; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; F. M. Kamm, 1999; Ю.М. Лопухин, 2001; J. Suaudeau, 2001(a); И.В. Силуянова, 2001(б), დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010];

2. ექიმი, რომელიც მოწოდებულია “უსაზღვრო პატივი სცეს ადამიანის სიცოცხლეს მისი ჩასახვისთანავე” (მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია), “არ მისცეს არცერთ მთხოვნელს მომკვდინებელი საშუალება და არცა გზა ასწავლოს ასეთი ზრახვის შესრულებისა; ასევე არ მისცეს არცერთ ქალს მუცლის მოსაშლელი პესარიუმი” (ჰიპოკრატეს ფიცი), ხელს უწყობს ევთანაზიის იდეის გავრცელებასა და სამედიცინო ევთანაზიის განხორციელებას, აბორტს (მათ შორის კონტრაცეპციულს), ქალთა და მამაკაცთა სტერილიზაციას, კლინიკურ გამოკვლევებს (“ცდებს ადამიანებზე”) და ა. შ. [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; М.

C. Karan, 2001; J. Suaudeau, 2001(a); Б.Г. Юдин, 1998; P.A. Clark, 2000; R. Cohen-Almagor, 2000(a); J.M. Finnis, 199; D.N. Irving, 2000; M. H. Kottow, 1988; T.E. Quill, et al., 1997];

3. ექვის ქვეშ დადგა ისეთი მკურნალობის საჭიროების საკითხი, როგორიცაა გახანგრძლივებული ინტენსიური თერაპია–რეანიმაცია, რომელიც საშუალებას იძლევა შევინარჩუნოთ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანის სიცოცხლე იმისდა მიუხედავად, არსებობს თუ არა მისი “ნორმალური” ცხოვრებისაკენ მობრუნების რეალური შანსი. ბევრმა, მათ შორის ეკონომიკური მოსაზრებითაც, ასეთ შემთხვევებში მხარი დაუჭირა ევთანაზიასა და ე.წ. “ღირსეული სიკვდილის უფლებას” [Введение в биоэтику, 1998; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; J. Suaudeau, 2001(a); R. Cohen-Almagor, 2000(a); J.M. Finnis, 1991; H. Jonas, 1993; W. E. May, 1978; T. E. Quill 1993; T. A. Shannon, J. J. Walter, 1993];

4. შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლა მსოფლიოში მიმდინარეობს სრული ზნეობრივ-მორალური ვაკუუმის – სექსუალური “თავისუფლების”, ალტერნატიული სქესობრივი, განსაკუთრებით, მამაკაცთა ჰომოსექსუალური, ცხოვრების წესის აშკარა პროპაგანდის ფონზე, რის შედეგიცაა პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა უილაჯობა – შიდსის ეპიდემია და მის ფონზე განუკურნებადი ტუბერკულოზის ფორმების გაჩენა [R. Staub, 1988; A. M. Анохин, 1990; R. Bayer, 1993; P.Guinan, T. Jagielo, 1996; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; C. Burke, 2000; J. Suaudeau, 2001(a)].

5. თანამედროვე მედიცინაში, უპირველეს ყოვლისა, დრამატულად იკვეთება ადამიანის მიერ სხეულის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე (“ზორციელ უკვდავებაზე”) ზრუნვა ადამიანის სულის მოთხოვნილებათა იგნორირების ფონზე (ტრანსპლანტოლოგია, გენური მედიცინა, კრიონიკა, ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია...) [Gene Therapy, 1997; B. Wowk, 2002]. მაგალითად, ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვა აღიარებულია პანაცეად და გზად სხეულის უკვდავებისაკენ, რომელიც გაგებულია, როგორც გენური ტექნოლოგიების მეოხებით შექმნილი ორგანოებითა და ქსოვილებით დაავადებული ორგანოების შეცვლის პერიოდულად განმეორებად პროცედურებში მყოფი ადამიანის მდგომარეობა [R. Abila, 1995; И. В. Силуянова, 1998; H.M. Schulweis, 2011; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა), 2003, 2010].

რაღა თქმა უნდა, ასეთი გაგება სიცოცხლისა, სიკვდილისა და უკვდავებისა ეწინააღმდეგება არა მარტო ქრისტიანულ და სხვა რელიგიურ მსოფლმხედველობებს, არამედ ადამიანის ონტოლოგიურ არსს, მის ზნეობრივ ნორმებს, უმაღლესი სულიერი

ღირებულებებისადმი დამოკიდებულებას, ადამიანის ღვთაებრივ დანიშნულებას.

ამ პრობლემათა (ცხადია, წარმოდგენილი ნუსხა სრული როდია!) წინაშე კაცობრიობა დაბნეულია [Мы и биоэтика, 1990, 1991; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999; R. Cohen-Almagor, 2000(a); M.C. Каган, 2001; Ю.М. Лопухин, 2001; J. Suaudeau, 2001(a)].

თუმცა კაცობრიობა თავად ასე არ თვლის, რასაც ადასტურებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სხვადასხვა ორგანიზაციებისა და ქვეყნების მიერ მიღებული საკანონმდებლო აქტები, კოდექსები, დებულებები, დეკლარაციები, რეზოლუციები, რომლებიც აღიქმება, როგორც “შეშფოთება იმით, რომ არაიშვიათად სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენლები და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა მუშაკები ეწევიან საქმიანობას, რომელიც ძნელად თუ შეუთავსდება სამედიცინო ეთიკას” (“გაეროს სამედიცინო ეთიკის პრინციპები”, 1983წ.) [ვ. ზაბუხაძე, 1981].

რეალური ცხოვრება უფრო ზუსტ, მკაცრ და დაუნდობელ დეფინიციებს გვაძლევს, რასაც ადასტურებს მოზღვაკებული ბიოეთიკური ლიტერატურა [K. Vaux, 1974; T.A. Shannon, 1993; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; Введение в биоэтику, 1998; (Шаховской), архиепископ, 1999; Ю.И. Кундиев, 2001; А.П. Огурцов, 1994; В. Победин, 1998; И.В. Силуянова, 2001(б); J. Suaudeau, 2001 (a); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ვიკვლევთ რა წარმოდგენილ ნაშრომში ბიოეთიკის წარმოშობისა და ჩამოყალიბების ისტორიულ პროცესში თანამედროვე საზოგადოებაში მეცნიერების მიერ მოპოვებული სტატუსის მნიშვნელობას, აუცილებელია ხაზი გაესვას იმ გარემოებას, რომ თანამედროვე ფუნდამენტური მეცნიერებებისა და მათზე დაფუძნებული პოსტინდუსტრიული ტექნოლოგიების მიერ გამოწვეული შედეგები მნიშვნელოვან-წილადაა დამოკიდებული თვით საზოგადოების სულიერ-ზნეობრივ მრწამსზე, იმაზე, თუ რომელ ღირებულებებს მიიჩნევს იგი უმაღლესად, თუ რამდენად დროული, ბრძნული, მორალური და ადეკვატური იქნება მისი რეაქცია ეთიკური დილემების გადასაწყვეტად, ანუ თუ რაგვარი იქნება მისი ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა.

დღესდღეობით მსოფლიო საზოგადოებრიობის წამყვანი ძალები გამოსავალს გლობალიზაციის პროცესებში ხედავენ, რომელთა მნიშვნელობის გააზრება და ჭეშმარიტი არსის წვდომა ზოგადსაკაცობრიო, ტრადიციული, ეთნონაციონალური, რელიგიური, კულტურული, სულიერი ფასეულობების სისტემაში, აგრეთვე კაცობრიობის სამედიცინო-ბიოლოგიური და სხვა

გლობალური პრობლემების თავიდან აცილების საქმეში ბიოეთიკის პრევენციული ფუნქციის თვალსაზრისით დროის აუცილებელი მოთხოვნაა.

ამგვარ ისტორიულ სიტუაციაში ბუნებრივად დაბადებული კითხვა – თუ რამდენად საიმედოდაა დაცული კაცობრიობა დღევანდელ წინააღმდეგობრიობით სავსე სამყაროში სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერების შეცდომებისა და ლაფსუსებისაგან, მეცნიერების მიღწევების ადამიანების საზიანოდ გამოყენებისაგან, ვინ აგებს პასუხს ყოველივე ამაზე ისტორიის, ადამიანების, ღმერთის წინაშე – სამწუხაროდ, მთელი ამ ხნის განმავლობაში უპასუხოდაა დარჩენილი. საბუნებისმეტყველო მეცნიერებები თავიანთი მეთოდოლოგიური და ტექნოლოგიური სრული არსენალის გამოყენების შემთხვევაშიც კი ვერ სცემენ ამას პასუხს.

ასეთ ვითარებაში შეიქმნა ობიექტური აუცილებლობა, რათა ინტეგრაციული (ტრანსდისციპლინური) ბუნებისმეცნიერული და ჰუმანიტარული სამეცნიერო აზროვნება შერწყმულიყო გლობალურ, ფილოსოფიურ, ეთიკურ და ისტორიულ-ტრადიციულ (მათ შორის რელიგიურ და ეროვნულ) მსოფლმხედველობასთან, ხოლო ამ შერწყმის შედეგად მიღებული ცოდნა მოქცეულიყო ზნეობრიობისა (როგორც ბუნებითი, ისე გამოცხადებითი ზნეობრივი გრძნობისა) და სულიერებისათვის (უმაღლესი ღირებულებებისათვის) პრიმატის მიმნიჭებელ ცნობიერებაზე დაფუძნებულ ერთ მთლიან მწყობრ სწავლებაში [K. Vaux, 1974; A.И. Смольняков, 1988].

ასეთ პოტენციურ სწავლებად მოგვევლინა ბიოეთიკა.

ამ ფაქტს წინ უძღოდა თანამედროვე მეცნიერებასა და პრაქტიკაში შექმნილი სიტუაცია, რომელიც მეცნიერებისა და ექსპერიმენტატორებისაგან მოითხოვდა უფრო მეტი ყურადღების მიქცევას ინტერ-, მულტი- და ტრანსდისციპლინური გამოკვლევების ჩატარებისათვის, რადგან ისინი შეიძლება საფუძვლად დასდებოდა ახალი არატრადიციული ცოდნის დარგებისა და მეცნიერებაში მთელი მიმართულებების აღმოცენებასა და ჩამოყალიბებას [Г. Я. Мякишев, 1996; А. Т.Шаталов, Ю. В. Олейников, 1997].

ერთ-ერთი ამგვარი ახალი მიმართულებაა ბიოეთიკური მეცნიერული კვლევა.

ბიოეთიკამ უახლოეს მომავალში, შესაძლოა, კუთვნილი ადგილი დაიმკვიდროს თანამედროვე მსოფლიო კულტურის სისტემაში, ხოლო ბიოეთიკურმა მსოფლმხედველობამ უნიკალური როლი შეასრულოს მსოფლიო ცივილიზაციის განვითარების

პროცესში, რადგან იგი ორიენტირებულია ბიომედიცინის საკაცობრიო პრობლემების არსის, ფუნდამენტური ბიოეთიკური კატეგორიების (სიცოცხლე, სიკვდილი, ავადმყოფობა, ჯანმრთელობა) მრავალმხრივ (ბუნებისმეტყველებრივ, ჰუმანიტარულ, ფილოსოფიურ, თეოლოგიურ, ისტორიულ, კულტუროლოგიურ და ა.შ.) გამოკვლევებზე დაფუძნებული გააზრების, შესწავლისა და ანალიზისაკენ და ეყრდნობა ადამიანის მთლიანი პიროვნების, მისი ბუნების არსის გაგებას ბუნებასთან, საზოგადოებასთან, ცივილიზაციასთან, ღმერთთან, სამყაროსთან მიმართების გათვალისწინებით.

ამრიგად, ჩვენ მიერ ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ ბიოეთიკის წარმოშობა მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედში წარმოადგენდა კანონზომიერ მოვლენას, რომელიც, როგორც შედეგი, განპირობებული იყო მედიცინის განვითარების ისტორიის ამ ეტაპზე არსებული შემდეგი პირობებითა და გარემოებებით:

1. ზოგადად მეცნიერებისა, და, კერძოდ, ფუნდამენტური სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებების განვითარების მაღალი დონე (რევოლუციური აღმოჩენები);

2. მკურნალობისა და სიცოცხლის მართვის თვისებრივად ახალი სამედიცინო საშუალებების შექმნა კლინიკურ საქმიანობაში თეორიული მეცნიერების მიღწევების აქტიური დანერგვის შედეგად;

3. თანამედროვე კულტურის სციენტიზაცია: მეცნიერებისა და პოსტინდუსტრიული ტექნოლოგიების, როგორც თანამედროვე საზოგადოების ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანესი და აუცილებელი ელემენტის, როლის გაზრდა სამყაროს პოტენციური ტრანსფორმაციის, კაცობრიობის მომავლის (ფინალური მდგომარეობის, აპოკალიფსის) ფორმირების პროცესში;

4. კაცობრიობის უმნიშვნელოვანეს ტრადიციულ-კულტურულ პროცესებზე, ღირებულებებსა და მრწამსზე ბიომედიცინის მიღწევების გავლენის როგორც შესაძლებელი, ისე უკვე გამოვლინებული ნეგატიური შედეგები;

5. სამედიცინო და საექიმო ეთიკისა და დეონტოლოგიის ტრადიციულ დამოკიდებულებათა და ნორმათა დიდი ნაწილის კრიზისი მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედის ბიოსამედიცინო რეალიაში;

6. ეთიკის ზოგადეთეორიული სისტემის “უკმარისობა” წარმოქმნილი ბიოეთიკური პრობლემების გადასაჭრელად;

7. მსოფლიოში ადამიანის (პაციენტის) უფლებების დაცვის პრიორიტეტულობა;

8. ტრანსდისციპლინური სამეცნიერო აზროვნების (კვლევის) აუცილებლობა მსოფლიო ცივილიზაციის ისტორიული განვითარების თანამედროვე ეტაპის ბიოეთიკური სურათის შესაქმნელად.

1.2. ბიოეთიკის საგანი და მისი ადგილი სამედიცინო, საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარულ მეცნიერებებსა და ჯანდაცვის სისტემაში

ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილმა პარადოქსულმა სულიერ-ზნეობრივმა რეალობამ მოითხოვა ბიოეთიკის – მეცნიერებისა და პრაქტიკული დარგის – არსისა და ბუნების ზუსტი შეფასება, რაც მოიცავს ბიოეთიკის ურთიერთმიმართების ღრმა მეცნიერულ ანალიზს სხვა მეცნიერებებთან – საბუნებისმეტყველო, ჰუმანიტარულ, ფილოსოფიურ და საღვთისმეტყველო დარგებთან.

პირველ რიგში, უნდა ვუპასუხოთ კითხვას, თუ თავისი ხასიათით რომელ მეცნიერულ განშტოებას განეკუთვნება ბიოეთიკა, ანუ როგორია მისი ურთიერთმიმართება საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებების მსოფლმხედველობასთან, მეთოდოლოგიასთან, ეპისტემიოლოგიასა და ინსტიტუციონალიზაციასთან.

ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად უნდა გავიხსენოთ, რომ მეცნიერული დისციპლინების მკაცრი დაყოფა საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარულ დარგებად არა მარტო ხელს არ უწყობს თანამედროვეობის გლობალური პრობლემების გაგებასა და გადაწყვეტას, არამედ აფერხებს კიდევ მეცნიერული და ფილოსოფიური აზრის იმგვარი მიმართულებებით განვითარებას, რომელთა აუცილებლობა დაბეჯითებითაა ნაკარნახევი დღევანდელი ბიოეთიკური რეალიებით.

ამგვარ მიმართულებას წარმოადგენს ტრანსდისციპლინური და ინტერდისციპლინური მეცნიერული კვლევების განვითარება მთელი საკაცობრიო ცოდნის სინთეზისა და ინტეგრაციის გზით.

ამგვარ ვითარებაში, სამწუხაროდ, საყოველთაოდ ცნობილი ხდება თეზისი ჰუმანიტარული და საბუნებისმეტყველო მეცნიერული ცოდნის სულ უფრო მეტი დაშორიშორების შესახებ და ზოგჯერ უკრიტიკოდ ვრცელდება აქსიომური იერით შეფერილი სახითაც კი [Н. Н. Моисеев, 1992].

არადა, თუ მეცნიერებისა და ტექნიკის ისტორიის უფრო ღრმა

ანალიზს შევუდგებით, ცხადად დავინახავთ, რომ, მართალია, სამეცნიერო მიზეზების არეალის გაფართოებასთან ერთად მიმდინარეობს მეცნიერების ამ ორი განშტოების გარდაუვალი განცალკევების პროცესი, მეორე მხრივ, ბუნებისმეტყველება და ტექნიკა თავად განიცდიან ჰუმანიზაციას და მიიღწევიან ფილოსოფიური რეფლექსიისაკენ, ხოლო ჰუმანიტარული მეცნიერებები სულ უფრო ღრმად ითავისებენ საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა მეთოდოლოგიას, ეპისტემოლოგიასა და მსოფლგანებას. ასე რომ, ჩვენ წინაშეა ნათლად გამოხატული რეალური და სიღრმისეული კავშირი ბუნებისმეტყველებას, ფილოსოფიასა და ჰუმანიტარულ მეცნიერებებს შორის [K. Popper, 1992; P. A. Аронов, В. М. Шемякинский, 1996; Companion to the History ..., 1996 В.Г. Борзенков, 1997; R. Smith, 2000]. ამასვე ადასტურებს მეოცე საუკუნის მეცნიერების ისტორიის ანალიზიც.

ამგვარად ყალიბდება მეცნიერებაში სინთეზურ–ინტეგრაციული, ანუ ჰოლისტური აზროვნების ტიპი, რაც, ჩვენეული დეფინიციით, გულისხმობს ინფორმაციის ერთდროულ აღქმას, გადამუშავებასა და შეფასებას ბუნებათმეტყველურ, ჰუმანიტარულ, ფილოსოფიურ და საღვთისმეტყველო განზომილებებში. აზროვნების ამგვარ ტიპს, ასევე მეცნიერების დარგს, რომელიც ამგვარ აზროვნებას იყენებს, ტრანსდისციპლინური ეწოდება.

მეცნიერული აზროვნების სინთეზურ–ინტეგრაციული ტიპის ჩამოყალიბების გზაზე კაცობრიობისათვის საუკეთესო მაგალითებად მოგვევლინა ანრი ბერგსონის (1859–1941), ეპისკოპოს გაბრიელ ქიქოდის (1825–1896), ივან სეჩენოვის (1829–1905), ვლადიმერ სოლოვიოვის (1853–1900), მამა სერგეი ბულგაკოვის (1871–1944), პაველ ფლორენსკის (1882–1943), ალფრედ უაითჰედის (1861–1947) და კიდევ მრავალ სხვა მეცნიერთა და მოაზროვნეთა შემოქმედება, რომელთაც უდიდესი, თუმცა არაერთგვაროვანი და არა მხოლოდ პოზიტიური როლი შეასრულეს ბუნებათმეტყველური, ჰუმანიტარული, ფილოსოფიური და საღვთისმეტყველო ცოდნის დაახლოებასა და შერწყმაში [И. И. Блауберг, 1990; В. Г. Борзенков, 1997].

ასე მაგალითად, პიერ ტეიარ დე შარდენის კონცეფციამ ზეცხოვრებისა და ნოოსფეროს ფინალური მდგომარეობის, ანუ ჰეგელის ენით თუ ვიტყვით, ისტორიის ერთგვარიდასასრულის შესახებ, როდესაც მოხდება ყველა ხალხის, ბუნებისა და ღმერთის შერთვა [Тейяр де Шарден, 1965], – გავლენა მოახდინა – თუმცა არაერთმნიშვნელოვანი ან, პირდაპირ რომ ვთქვათ, უპირატესად ნეგატიური – მეოცე საუკუნის მთელი ფილოსოფიური და

ბუნებათმცნიერული აზრის განვითარებაზე. ტეიერდიზმი ამავე დროს მოგვევლინა ევოლუციონიზმის მემკვიდრეობად და ორიგენიზმის, არიანელობის, გნოსტიციზმისა და იოანე იტალის ერეტიკულ სწავლებათა გაგრძელებად [Александр (Мень), протоиерей, 1990; Серафим (Роуз), иеромонах, 2009].

მეცხრამეტე საუკუნის მეორე ნახევარში აღმოცენებული “რუსული კოსმიზმი” ნაყოფიერი ნიადაგი აღმოჩნდა ვერნადსკის ფენომენის ჩამოსაყალიბებლად [В. И. Вернадский, 1988, 1991]. მთელი ბუნების ერთიანობისა და ადამიანის, როგორც კოსმოსის განუყოფელი ნაწილის, ღრმა შინაგანმა შეგრძნებამ გარკვეულწილად განაპირობა რუსული ბუნებათმცნიერების ორიენტაცია მეცნიერული პრობლემების სინთეზურ (ზოგადსისტემურ) გადაწყვეტაზე. ამის მაგალითი იყო სეჩენოვის გამოკვლევები, რომლებშიც მეცნიერი მიისწრაფოდა, შეესწავლა ადამიანი “სხეულის, სულისა და ბუნების” ერთიანობაში.

ჩვენ ობიექტურ აუცილებლობად მიგვაჩნია ისტორიული კვლევის იმ შედეგის წინა პლანზე წამოწევა, რომლის მიხედვითაც გაცხადდა, რომ ზოგიერთმა ზემოჩამოთვლილმა და კიდევ სხვა ცნობილმა მოაზროვნემ განახორციელა თეოლოგიური, ფილოსოფიური და მეცნიერული ცოდნის ერთიანობის (სინკრეტულობის) რეანიმაციის გაბედული და წარმატებული მცდელობანი.

საილუსტრაციოდ შეიძლება დავასახელოთ ეპისკოპოს გაბრიელის (ქიქოძის - ეკლესიის მიერ წმინდანად შერაცხული მღვდელმთავრის) ნაშრომი “ცდისეული ფსიქოლოგიის საფუძვლები”, არქიეპისკოპოს ლუკას (ცნობილი ქირურგის, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, პროფესორის, სახელმწიფო (სტალინური) პრემიის ლაურეატის ვ. ფ. ვოინო-იასენეცკის, აწ ასევე კანონიზებული წმიდა აღმსარებლისა და მღვდელმთავრის) წიგნი “სული, სამშვინველი, სხეული” და სხვ.

სამეცნიერო და საღვთისმეტყველო ცოდნის შერწყმის საუკეთესო ნიმუშად რჩება წმიდა გაბრიელ ეპისკოპოსის ნაშრომი “ცდისეული ფსიქოლოგიის საფუძვლები”, რომლის შესწავლაზე, კომენტირებასა და ინტერპრეტირებაზე მუშაობდნენ აკადემიკოსები ვიტალი კაკაბაძე და თამაზ ბუაჩიძე. 1993 წელს ქართულ ენაზე გამოცემილი წიგნის წინასიტყვაობაში ოთარ ტაბიძე, თამაზ ბუაჩიძე და ვაჟა გოგობერიშვილი (რომლებიც ამავე დროს ნაშრომის რუსული ენიდან მთარგმნელებიც არიან), წერენ: “შეუძლებელია, არ გაგვაკვირვოს ახალგაზრდა ავტორის ერუდიციამ - განსაკუთრებით მისმა განსწავლულობამ ფიზიკის, ფიზიოლოგიის, ფსიქოლოგიის, ფილოსოფიის დარგში” [გაბრიელი

(ქიქოძე), ეპისკოპოსი, 1993].

სხვაგვარად, თვინიერ ცოდნათა სინთეზისა, ავტორი მიზანს ვერ მიაღწევდა.

გაბრიელ ეპისკოპოსს დიდ დამსახურებად უნდა ჩაეთვალოს ისიც, რომ მატერიალიზმისა და “ფიზიოლოგიზმის” აგრესიული შემოტევების ხანაში მან შეძლო დაეცვა სულის, სულიერი მოვლენებისა და სულიერი ცხოვრების თვითმყოფადობა და პირველადობა. სული და სულიერი ფენომენები არ დაიყვანება მხოლოდ სხეულებრივად, ფიზიოლოგიურად. სულს თავისი საკუთარი ცხოვრება და კანონზომიერება აქვს. ხილულ სამყაროში ჩვენი ორგანიზმი სულის იარაღია.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ეპისკოპოსი გაბრიელი იცავდა პოზიციას: ფსიქოლოგიამ უნდა შეისწავლოს სული მის სხვადასხვა გამოვლინებაში. მან დასვა საკითხი, თუ სად უნდა დაედოს ზღვარი ფიზიოლოგიურ კვლევას და დაიწყოს ფსიქოლოგიური ძიება.

შეგრძნებების ანალიზის დროს ავტორი ხსნის, რომ თუმცა თავის ტვინში მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესების გარეშე არ არსებობს შეგრძნება, საჭიროა ვიცოდეთ, რომ შეიგრძნობს არა მატერია, არა ნერვი ან თავის ტვინი, არამედ ადამიანის სული.

წიგნში წარმოდგენილია ავტორისეული ღრმა მეცნიერული გააზრებანი საფუძვლიან ზნეობრივ და რელიგიურ მსჯელობებთან კონტექსტში. გაბრიელ ეპისკოპოსი აყალიბებს თვალსაზრისს სიკეთესა და ბოროტებაზე, სიყვარულსა და შურიანობაზე, იმედსა და სასოწარკვეთილებაზე, სირცხვილსა და ამპარტავნებაზე, რელიგიურ სიხარულსა და მწუხარებაზე, სულის უკვდავებასა და ადამიანის დანიშნულებაზე.

ამიტომაც მივიჩნევთ უზუსტესად ეპისკოპოს გაბრიელის ილიასეულ დახასიათებას: “მე არ ვიცი იმისთანა სხვა კაცი, საერო თუ სამღვდლო, რომლის გულშიაც მომეტებულის მშვიდობის-ყოფით, მომეტებულის და-მშობით ერთად დაბინავებულიყოს სამოქმედოდ მეცნიერება და სარწმუნოება” [ილია მართალი (ჭავჭავაძე) 1977].

“ცდისეული ფსიქოლოგიის საფუძვლები” მართლაც იმგვარი მოაზროვნის ქმნილებას წარმოადგენს, რომელიც ჭეშმარიტად რომ “სარწმუნოებას ამეცნიერებდა და მეცნიერებას ასარწმუნოებდა”.

ახლა მივუბრუნდეთ მეორე მაგალითს.

„სულის, სამშვიდობისა და სხეულის“ ავტორი – არქიეპისკოპოსი ლუკა (ვოინო-იასენეცკი) წერდა: „ვიცი, ძალზე ბევრ ადამიანს ვერ გაუგია, როგორ შეძლო ცნობილი მეცნიერისა

და საკმაოდ დიდი ქირურგის სახელის მოპოვების შემდეგ დამეტოვებინა ეს ყველაფერი და ქრისტეს სახარების მქადაგებლად ვქცეულიყავი. ვინც ასე ფიქრობს, ღრმად ცდება, რადგან თვლის, რომ მეცნიერებისა და რელიგიის შეთავსება შეუძლებელიაო. ეს სრულიად უმართებულო პოზიციაა. მეცნიერების ისტორიიდან ცნობილია, რომ გალილეის, ნიუტონის, კოპერნიკის, პასტერის, პავლოვის მსგავსი გენიალური მეცნიერები ღრმად რელიგიური ადამიანები იყვნენ. ვიცი, რომ დღევანდელ პროფესორებს შორისაც ბევრი მორწმუნეა, რომლებიც ჩემგან კურთხევას იღებენ. ჩვენ ვერ გადავარწმუნებთ იმათ, ვინც მე მკილავს იმის გამო, რომ მღვდელი და ეპისკოპოსი გავხდი. თავი დავანებოთ მათ. ის კი უნდა გითხრათ, რომ თვით ჩემთვისაც საოცარია და მიუწვდომელი ყველაფერი, რაც ღვთის ნებით თავს გადამხდა“ [М. Поповский, 1979].

საბუნებისმეტყველო მეცნიერებების, უპირველეს ყოვლისა, მედიცინისა და ბიოლოგიის ინტეგრაცია ჰუმანიტარულ დისციპლინებთან, ინტერ- და ტრანსდისციპლინური კვლევის ჩატარება აუცილებელ მოთხოვნილებად იქცა სიცოცხლის გახანგრძლივების, სიცოცხლის აზრის, სიკვდილის, უკვდავების, ადამიანში ბიოლოგიურის, სოციალურის, კულტურულისა და სულიერის ურთიერთკავშირებისა და ურთიერთდამოკიდებულებების, სამყაროს უნივერსალური სურათის შექმნის, კაცობრიობის მომავლის – ფინალური მდგომარეობის [Н.Н. Моисеев, 1992; Б. Гройс, 1993] და მრავალი სხვა პრობლემის გადასაწყვეტად [И.А. Пионтковский, 1977; П. Е. Заблудовский, Ю. А. Шилинис, 1986; А.А. Закордонец, 1989; С. Г. Кара-Мурза, 1990; А.Т.Шаталов, Ю.В. Олейников, 1997].

ყოველივე ამის შედეგად მეცნიერების წიაღში აღმოცენდა ისეთი ინტერდისციპლინური მიმართულებები, როგორიცაა: მედიცინის ფილოსოფია, ბიოლოგიის ფილოსოფია, მედიცინის თეორია, ბიოფილოსოფია, ბიოესთეტიკა, ბიოპოლიტიკა, ეკოლოგიური მეცნიერებების კომპლექსი (ადამიანის ეკოლოგია, სოციალური ეკოლოგია, გლობალური ეკოლოგია), ადამიანის შესახებ (ანთროპოლოგიურ) სწავლებათა მთელი სისტემა (კულტურის ანთროპოლოგია, პოლიტიკის ანთროპოლოგია, ბიოსოციალური ანთროპოლოგია და მისთ.), ბიოსოციალური ფილოსოფია, ბიოსოციოლოგია და ა.შ. [М. Ruse, 1988; В.Г. Борзенков, 1997].

ინტერდისციპლინური ხასიათი შეიძინეს მეცნიერების ისტორიამ, ტექნიკის ისტორიამ და მედიცინის ისტორიამ, რომლებიც ტრადიციულად ბუნებათმეცნიერების წიაღში

ვითარდებოდა, ახლა კი კუთვნილი ადგილი დაიმკვიდრა ჰუმანიტარულ მეცნიერებათა შორისაც [R. Smith, 2000].

მეოცე საუკუნის მიწურულს ზემომოყვანილ ჩამონათვალს დაემატა კიდევ ერთი ახალი სამეცნიერო დისციპლინა – ბიოეთიკა, რომელსაც ჩვენ განვიხილავთ არა მარტო როგორც ვიწრო ეთიკურ ან ფილოსოფიურ დარგს, არც მხოლოდ ინტერდისციპლინურ ჰუმანიტარულ სწავლებას, არამედ როგორც უპირატესად სამედიცინო-ბიოლოგიური ორიენტაციის ბუნებათმეცნიერებასაც.

ბიოეთიკა ააშკარავებს და იკვლევს სამყაროს (უნივერსუმის) არსსა და მასში ადამიანის ყოფიერების მსოფლმხედველობრივ-მეთოდოლოგიურ, გნოსეოლოგიურ, ონტოლოგიურ და აქსიოლოგიურ პრობლემებს ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, სიკვდილის ფენომენტთა შესწავლის გზით.

ამგვარადაა ჩვენს მიერ განსაზღვრული და ჩამოყალიბებული ბიოეთიკის საგანი.

ბიოეთიკის მიერ შესასწავლ პრობლემათა სპექტრი საკმაოდ ფართოა: ბიოეთიკის საგნის ზოგადი ხედვიდან მისი მსოფლმხედველობრივ-მეთოდოლოგიური შინაარსის მთელი სიმდიდრის მიკვლევა-გამოვლინებამდე, ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების ანალიზის, შესწავლისა და გადაწყვეტის გზების ძიებიდან ბიოეთიკის ადგილისა და როლის განსაზღვრამდე მეცნიერების, ინფორმაციული ტექნოლოგიების, ბიომედიცინისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, ფილოსოფიის, სულიერი კულტურის, მთლიანად ცივილიზაციის განვითარების პროცესში.

ბიოეთიკა უნდა განვიხილოთ როგორც მედიცინის თეორიის, მედიცინის ფილოსოფიის, ბიოლოგიის ფილოსოფიის, ბიოსამედიცინო ეთიკისა და აქსიოლოგიის ერთი მთლიანობა.

ბიოეთიკის საგნის ასეთი ფართო განსაზღვრება იმაზეც მიუთითებს, რომ ბიოეთიკურ კვლევაში მონაწილეობა უნდა მიიღონ არა მარტო თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის, ბიომედიცინის, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვისა და ორგანიზაციის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის, სამედიცინო და, საერთოდ, საუნივერსიტეტო განათლების სპეციალისტებმა, ბიოლოგებმა და ფილოსოფოსებმა, ან ეთიკოსებმა, არამედ ფსიქოლოგებმაც, ეკოლოგებმაც, ეტოლოგებმაც, ვეტერინარებმაც, ბიოფიზიკოსებმაც, ბიოქიმიკოსებმაც, ბიოგეოქიმიკოსებმაც, ანთროპოლოგებმაც, კიბერნეტიკოსებმაც, მათემატიკური მოდელირების, საინფორმაციო და სხვა თანამედროვე ტექნოლოგიების სფეროში მომუშავე

სპეციალისტებმაც, კულტუროლოგებმაც, ეთნოგრაფებმაც, სოციოლოგებმაც, ისტორიკოსებმაც, ისტორიოგრაფებმაც, პოლიტოლოგებმაც, ღვთისმეტყველებმაც...

ეს გარემოება აყენებს მკვლევართა დიდი პასუხისმგებლობის საკითხს ბიოეთიკის კონცეპტუალური საფუძვლების მეცნიერული შესწავლისას.

ჩვენი აზრით, ყველა მკვლევარი ბიოეთიკურ მეცნიერულ საქმიანობაში უნდა ხელმძღვანელობდეს ქვემოთოყვანილი დებულებით, რომელიც ჩვენ მიერაა ჩამოყალიბებული:

ბიოეთიკის კონცეპტუალურ ბირთვს წარმოადგენს ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, სიკვდილის ცნებები, რომლებიც ბიოეთიკის მეცნიერულ რეალიაში სრულიად ახლებურად გააზრების (გნოსეოლოგიური ინტელექტუალური ტექნოლოგიური პროცესის) შედეგად ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმირდებიან და იძენენ სამყაროს არსისა და მასში ადამიანის არსებობისა და მოღვაწეობის (მათ შორის ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის სფეროშიც) გაგების ფუძემდებლური პრინციპების სტატუსს.

ბიოეთიკაში, როგორც ჭეშმარიტების შემეცნებისკენ ორიენტირებულ მეცნიერულ დისციპლინაში, სამეცნიერო კვლევის ჩატარება აუცილებლად საჭიროებს მისი ეპისტემოლოგიური საფუძვლების ღრმა გააზრებას [B.A. Лекторский, 1983; R. Smith, 2000].

გამომდინარე იმ ფაქტიდან, რომ ბიოეთიკა ინტეგრაციული ბუნებათმეცნიერულ-ჰუმანიტარული დისციპლინაა, იგი უნდა ეყრდნობოდეს როგორც საბუნებისმეტყველო, ასევე ჰუმანიტარული სამეცნიერო შემეცნების პრინციპებს. მიუხედავად ამისა, როგორც ბიოეთიკური ლიტერატურის დიდი ნაწილის ანალიზი გვიჩვენებს, ავტორები უპირატესად ჰუმანიტარული მეცნიერების შემეცნების პრინციპებს მისდევენ, თუმცა ჩვენ ვადასტურებთ, რომ ყოველთვის განიცდიან ბიოსამედიცინო მეცნიერებების ზემოქმედებას და მნიშვნელოვნად იხრებიან კიდევ მათკენ [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; И.В. Силуянова, 2001(6); А.И. Смольняков, 1988; J. Suaudeau, 2001, 2001(a); R. Cohen-Almagor, 1996; C. Fluehr-Lobban, 2000].

ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ეს პროცესი არაერთგვაროვნებითა და წინააღმდეგობრივობით ხასიათდება, რადგან დღეს არსებული სახით ბიოეთიკა ეთიკის სხვა დარგების მსგავსად უფრო ჰუმანიტარული ეპისტემოლოგიისაკენ მიისწრაფის, თუმცა ამ გზაზე მას დიდი წინააღმდეგობები ხვდება. ეს, უპირველეს

ყოვლისა, ბიოეთიკაში არსებული შემეცნების ის სპეციფიკური თავისებურებებია, რომლებიც ბუნებათმეცნიერებების შემეცნებით პრინციპებს ესაზღვრება.

ბიოეთიკა, ცხადია, უნდა მიმართავდეს ჰუმანიტარული მეცნიერებისათვის არადამახასიათებელ პრინციპებსაც, რადგან იგი იკვლევს იმ პრობლემატიკას, რომელიც წარმოშობით ბუნებათმეცნიერული, კერძოდ, სამედიცინო-ბიოლოგიური ხასიათისაა.

საბუნებისმეტყველო ცოდნისათვის დამახასიათებელი ჯერ კიდევ დეკარტეს მიერ შემოთავაზებული შემეცნების პრინციპების ტრიადა – უნივერსალიზმი, ინდივიდუალიზმი, რედუქციონიზმი – შემდგომში მიღებულ დეტერმინიზმის, ურთიერთქმედებისა და განვითარების, ჰოლიზმის, აქტიურობის, სუბიექტურობის, რეკონსტრუქციის პრინციპებთან ერთად საშუალებას გვაძლევს აღიწეროს და დახასიათდეს ბიოეთიკაში მისი შესწავლისა და კვლევის საგანი, დამუშავდეს მეცნიერული კვლევის ტექნოლოგიური პროცედურები მასალის მისაღებად, განსაზოგადებლად და ინტერპრეტაციისათვის ისევე, როგორც ჰუმანიტარულ სწავლებებში არსებული ისტორიზმის, თვითორგანიზაციის, აქსიოლოგიურობის, ემერჯენტულობის, სუბიექტურობის (იგი საერთოა მეცნიერების ორივე განშტოებისათვის) გნოსეოლოგიური პრინციპები [Ю.М. Плюсин, 1997; Психология как наука, 2001].

რაც შეეხება იმ ფაქტს, რომ ბიოეთიკაში არც თუ იშვიათად მკვლევარები ბუნებათმეცნიერებების შემეცნებით პრინციპებს არ განიხილავენ და არ აანალიზებენ [ბ. მამულაშვილი, 1997; Л.В. Коновалова, 1997; И.В. Силуянова, 2001(6)], ეს როდი ნიშნავს იმას, რომ ისინი (პრინციპები) არ წარმოადგენენ ამ დარგში ცოდნის მიღების ფუძემდებელ საშუალებას.

ერთიანი გამართული მეცნიერული თეორიის ჩამოსაყალიბებლად აუცილებელია საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული გნოსეოლოგიური პრინციპების ინტეგრაცია, რომლის გარეშე ჰარმონიულად ვერ განვითარდება ვერც ერთი ტრანსდისციპლინური სამეცნიერო დარგი, მათ შორის ბიოეთიკა.

ზემომოყვანილი რეფლექსია ბიოეთიკის საგნის, მისი ამოცანების, ეპისტემოლოგიური საფუძვლების, კონცეპტუალური ბირთვის, ბუნებათმეცნიერული და ჰუმანიტარული სწავლებების სისტემაში ადგილის, მეცნიერული შემეცნების ბუნების, სხვა სამეცნიერო დისციპლინებთან მიმართების შესახებ – გვაძლევს საფუძველს, რომ ჩვენ მიერ გაკეთებული იქნეს შემდეგი დასკვნა:

ბიოეთიკა ინტეგრაციული ტრანსდისციპლინური – ფილოსოფიური, ეთიკური, სოციოლოგიური, კულტუროლოგიური, მეცნიერების ისტორიული, სამედიცინო, ბიოლოგიური, ანთროპოლოგიური – საბუნებისმეტყველო-ჰუმანიტარული მეცნიერებაა, რომელიც ბიომედიცინის მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-ღირებულებით-ეთიკურ პრობლემათა კვლევაში ეყრდნობა როგორც ჰუმანიტარული, ისე ბუნებისმეტყველების ეპისტემოლოგიურ (გნოსეოლოგიურ) საფუძვლებს და აქსიოლოგიურად ორიენტირებულია ადამიანურ, ტრადიციულ-ისტორიულ, ეროვნულ, რელიგიურ, საკაცობრიო და ღვთაებრივ ღირებულებებზე [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

არსებული ბიოეთიკური ლიტერატურის ანალიზის, ბიოეთიკის ისტორიული განვითარების თავისებურებებზე დაკვირვების, ბიოეთიკის საგნის, მისი ამოცანების, ეპისტემოლოგიური საფუძვლების, კონცეპტუალური ბირთვის შეცნობის საფუძველზე ჩვენ დავადგინეთ, ბიოეთიკა, როგორც ცოდნის ახალი დარგი თავისი მრავალფეროვანი შინაარსობრივი და გამოყენებითი ასპექტების, შესწავლისა და კვლევის საგნის გათვალისწინებით უნდა განიხილებოდეს როგორც:

1. სამეცნიერო დისციპლინა (ფუნდამენტური ბიოეთიკა);

საკუთარი მეცნიერული შინაარსისა და სხვადასხვა სამეცნიერო დარგებთან ურთიერთკავშირის მიხედვით ფუნდამენტური ბიოეთიკა წარმოადგენს

- ა. სამედიცინო,
- ბ. სამედიცინო-ბიოლოგიურ,
- გ. ბიოლოგიურ,
- დ. ვეტერინარულ-სამედიცინო,
- ე. სასოფლო-სამეურნეო,
- ვ. ეკოლოგიურ,
- ზ. ბიოგეოქიმიურ და სხვა ბუნებათმეცნიერულ,
- თ. ანთროპოლოგიურ,
- ი. სოციოლოგიურ,
- კ. მეტამეცნიერულ და
- ლ. ფილოსოფიურ სამეცნიერო დისციპლინას.

ამგვარი დაყოფა თვალნათლივ გვიჩვენებს, თუ სამეცნიერო დარგების რა ფართო სპექტრი საჭიროებს არსებული პრობლემების გააზრებას ბიოეთიკის ფუნდამენტური პრინციპების

გატვალისწინებით.

2. გამოყენებითი ეთიკის დარგი (გამოყენებითი ბიოეთიკა).

გამოყენებითი ბიოეთიკა კონკრეტულ ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციებს სწავლობს და ბიოეთიკის მიერ მოპოვებულ ფუნდამენტურ ცოდნას მიმართავს ამ სიტუაციებზე მეცნიერულად და მსოფლმხედველობრივად დასაბუთებული რეაგირების – პიროვნული, ოჯახობრივი, პროფესიული, საზოგადოებრივი, ეროვნული, სამართლებრივი, სახელმწიფოებრივი, გლობალური დამოკიდებულების – სარეკომენდაციო სისტემის შესაქმნელად.

3. პრაქტიკული დისციპლინა (პრაქტიკული ბიოეთიკა)

პრაქტიკული ბიოეთიკა ფუნდამენტური და გამოყენებითი ბიოეთიკის ცოდნას იყენებს კონკრეტული ამოცანების გადაწყვეტისათვის ბიოეთიკის საბჭოების, კომიტეტებისა და კომისიების მუშაობის პროცესში;

ბიოეთიკა, როგორც გამოყენებითი ეთიკის დარგი და პრაქტიკული დისციპლინა, თავის თავზე იღებს მრავალფეროვანი და უმნიშვნელოვანესი ფუნქციების შესრულებას. ეს ფუნქციებია:

- ა. ჯანდაცვის სისტემის მართვა და ორგანიზაცია,
- ბ. სამართლებრივი საფუძვლების შექმნა,
- გ. პროფესიულ-ეთიკური პრობლემების გადაწყვეტა,
- დ. ადამიანთა უფლებების დაცვა,
- ე. გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვა,
- ვ. ცხოველთა და ყველა ცოცხალ არსებათა დაცვა,
- ზ. მოქალაქეთა ბიოეთიკური ცნობიერების ჩამოყალიბება,
- თ. გლობალური კრიზისული მოვლენების პროგნოზირება და პრევენცია.

4. ბიოეთიკა, როგორც მსოფლმხედველობა (ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა)

ბიოეთიკა ხელს უწყობს ზოგადი მსოფლმხედველობის ბიოეთიციზაციასა და საზოგადოებაში ბიოეთიკური ცნობიერების დამკვიდრებას. ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის ჩამოყალიბებაზე მრავალი ფაქტორი ახდენს გავლენას.

თვით ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა ჩვენ მიერ განსაზღვრულია, როგორც (ა) შეხედულებების

ს ის ტ ე მ ა სამყაროსა და მასში ადამიანის ადგილზე ბიოსამედიცინო სფეროში მოღვაწეობის პოზიციებიდან, ადამიანის დამოკიდებულებებზე გარემო სინამდვილესთან, როგორც ბიოეთიკურ რეალიასთან და თავის თავთან, როგორც ბიოსამედიცინო სივრცეში მყოფ ორბუნებოვნების მატარებელ უმაღლეს არსებასთან, (ბ) აგრეთვე როგორც ადამიანების ა მ შ ე ხ ე დ უ ლ ე ბ ე ბ ი თ გ ა ნ პ ი რ ო ბ ე ბ უ ლ ი ძირითადი ცხოვრებისეული პოზიციები, მრწამსი, იდეალები, შემეცნებისა და მოღვაწეობის პრინციპები და ღირებულებითი ორიენტაციები, რომლებიც საფუძვლად უდევს ჩვენს დამოკიდებულებას სიცოცხლის, სიკვდილის, ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის ფენომენების ყოველგვარ გამოვლინებასთან და, საბოლოო ჯამში, ჩვენს მიმართებას შემოქმედთან, საკრალურთან, ბუნებასთან, კოსმოსთან, სოციუმთან.

ამრიგად, იკვეთება მყარი ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის არსებობის მნიშვნელობა სახელმწიფოებრივი და ეროვნული იდეოლოგიის ჩამოყალიბებისათვის. ის, თუ როგორია ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა, განსაზღვრავს არა მარტო თითოეული ქვეყნის, ერისა და ხალხის, არამედ მთელი მსოფლიოსა და კაცობრიობის მომავალს.

5. ბიოეთიკა, როგორც კულტურა (ბიოეთიკური კულტურა)

აქ ჩვენ ვუბრუნდებით ჩვენეულ კონცეფციას, რომლის თანახმადაც, ბიოეთიკა წარმოადგენს კაცობრიობის ერთიანი კულტურის ორგანულ ნაწილს.

ამ საკითხთან დაკავშირებით მცირე ადგილს ვუთმობთ დისკურსს კულტურის, ზოგადად, და აქედან გამომდინარე – ბიოეთიკური კულტურის – შესახებ. კერძოდ, გავიხსენოთ, რომ სოციალური და კულტურული ანთროპოლოგიის თვალსაწიერადან ცნება “კულტურაში” მოიაზრება არა თეორია ან მოდელი, რომელიც საშუალებას გვაძლევს მართებულად ავხსნათ სამყაროში ადამიანის არსებობასა და მოღვაწეობასთან დაკავშირებული ფენომენები, არამედ ისეთი თეორიული ველი, რომლის სივრცეშიაც ამ ფენომენების გააზრება ხდება ისე, რომ თავიდან იქნას აცილებული არაადეკვატური რედუქციონიზმი ნებისმიერი მიმართულებით. რაც შეეხება კულტურის თეორიებს, ისინი წარმოადგენენ ლოგიკურ კონსტრუქციას, რომლებიც აგებულია მოცემულ სფეროში მოპოვებული მონაცემთა საფუძველზე და მიმართულია მასში მომხდარი მოვლენების ინტერპრეტაციისაკენ [Ethics and Anthropology..... 2000].

ამ კონტექსტში სავსებით გასაგები ხდება, რომ ბიოეთიკური კვლევა მართლაც აზროვნების განსაკუთრებულ სისტემაში ხორციელდება, რომელიც მოიცავს არა მარტო სხვადასხვა სამეცნიერო დარგის მიერ მოპოვებული ცოდნის, არამედ კაცობრიობის მოღვაწეობისა და ურთიერთობათა რეალიების, კულტურის ყველა კომპონენტის (ისტორიულ-ტრადიციული, ეთიკური, ეთნოლოგიური, ნაციონალური, რელიგიურ-თეოლოგიური, სოციალური (ოჯახური, გვაროვნული, მოქალაქეობრივი), პოლიტიკური, ჰუმანისტური) ანალიზს, ინტერპრეტაციას, ინტეგრაციასა და სინთეზს.

ასეთი რთული გზით, სპეციფიკური ბიოეთიკური კულტურის თეორიის ფარგლებში უნდა გადაისინჯოს ფუნდამენტური ბიოეთიკური ცნებებიც და ახალ ცნებათა ფორმულირება-დეფინიციებიც.

ამგვარად წარმოგვიდგენია მოკლედ ბიოეთიკის კულტუროლოგიური თეორიის შინაარსი.

6. ბიოეთიკა, როგორც სასწავლო დისციპლინა

ბიოეთიკა უნდა ისწავლებოდეს სამედიცინო უნივერსიტეტების, სასულიერო სემინარია-აკადემიებისა და საღვთისმეტყველო უნივერსიტეტების ყველა ფაკულტეტზე, აგრეთვე უნივერსიტეტების მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მენეჯმენტის, საექთნო საქმის, ფარმაციის, ბიოლოგიურ, საბუნებისმეტყველო, სამართლის (იურიდიულ), სოციალურ, ფილოსოფიურ, ფსიქოლოგიურ, რელიგიათმცოდნეობის, საღვთისმეტყველო ფაკულტეტებზე.

7. პოპულარული ბიოეთიკა

პოპულარული ბიოეთიკის მიზანია ფუნდამენტური, გამოყენებითი და პრაქტიკული ბიოეთიკის ცოდნის გამარტივებული სახით (სამეცნიერო-ფილოსოფიური ტერმინოლოგიის გარეშე) გადაცემა ფართო აუდიტორიისათვის და ამ გზით საზოგადოების (მოქალაქეების, სხვადასხვა პროფესიის ადამიანების, საზოგადოების, ერის, ხალხის) ბიოეთიკური კულტურის ფორმირების პროცესისათვის ხელის შეწყობა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003, 2010].

რაც შეეხება ჯანდაცვის სისტემაში ბიოეთიკის ინსტიტუციონალურ ადგილს, იგი განსაზღვრულია სხვადასხვა ტიპისა და დონის ბიოეთიკური კომიტეტების (საბჭოების, კომისიების) არსებობით, რომლებიც “არ კისრულობენ

ხელმძღვანელ, წარმმართველ და მაკონტროლებელ ფუნქციებს. ისინი არ იღებენ კონკრეტულ, სავალდებულოდ შესასრულებელ გადაწყვეტილებებს ამა თუ იმ რთული კლინიკური შემთხვევის ეთიკური მხარის განხილვისას” (სამედიცინო ეთიკის კომისიის წესდებიდან). მათი შექმნის მიზანია:

- ჯანდაცვის სფეროში ადამიანისა და მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების უფლებების დაცვა,
- ბიოეთიკის ნორმების შემუშავებასა და მათ დარღვევასთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობის მიღება,
- რეკომენდაციების შემუშავება პრაქტიკული და სამეცნიერო-კვლევითი საქმიანობის პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრისას.

ამ მიმართულებებით ბიოეთიკური საბჭოების მუშაობის პროცესი საჭიროებს არა მარტო არსებული გამოცდილების გაზიარებასა და საკუთარი გამოცდილების დაგროვებას, არამედ ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების დარგის განვითარებას და მისი მიღწევების, როგორც მეცნიერულად არგუმენტირებული თეორიული საფუძვლების, გამოყენებას საკუთარი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში.

1.3. ბიოეთიკის დამოუკიდებელ მეცნიერებად ჩამოყალიბების ისტორიული, მეცნიერული და ფილოსოფიური წანამძღვრების დადგენა და შეფასება

ბიოეთიკა ხშირად განმარტებულია, როგორც გამოყენებითი ეთიკის ნაწილი, ფილოსოფიური დისციპლინა, რომელიც სწავლობს მორალის პრობლემებს ადამიანსა და ყველა ცოცხალ არსებასთან მიმართებაში [Л. В. Коновалова, 1997; Ю. И. Кундиев, 2001; М. Я. Яровинский, 2002]. თუმცა ბიოეთიკა არ არის ოდენ ფილოსოფიური და, მით უმეტეს, ოდენ გამოყენებითი დარგი. ჩვენი კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, ვადასტურებთ არა მარტო იმას, რომ ბიოეთიკას აშკარად გამოხატული ინტერ-, მულტი- და ტრანსდისციპლინური ხასიათი აქვს, არამედ იმასაც, რომ იგი უნდა განიხილებოდეს, როგორც მედიცინის, ბიომედიცინის, ბიოლოგიის, ეკოლოგიის, ანთროპოლოგიის, სოციოლოგიის და ა. შ. ერთ-ერთი მიმართულებათაგანი [Т. Н. Павлова, 1997; Введение в биоэтику, 1998; Б. Г. Юдин, 1998; Анатолий (Берестов), иеромонах, 2001; Ю. И.

Кундиев , 2001].

ბიოეთიკა არ არის არც სამედიცინო ეთიკა, არც კლინიკური ეთიკა. ეს აღრევა ბიოეთიკის “მამის” – ვან რანსელერ პოტერის იდეის დამახინჯებასთან ან ვერგაგებასთანა დაკავშირებული.

“მე გთხოვთ თქვენ, - მოგვმართავს პოტერი, - მოიაზროთ ბიოეთიკა, როგორც ახალი ეთიკური სწავლება, რომელიც აერთიანებს თავმდაბლობას, პასუხისმგებლობასა და კომპეტენტურობას, როგორც მეცნიერება, რომელიც აერთიანებს ყველა კულტურას და აფართოვებს სიტყვა “ჰუმანიზმის” მნიშვნელობას” [М. Я. Яровинский, 2002].

ამრიგად, ჩვენ ჩამოვყალიბეთ ის პრინციპი, რომელიც საფუძვლად უნდა დაედოს (წარმოდგენილ მონოგრაფიაში კი უკვე საფუძვლად უდევს) სამეცნიერო კვლევას ბიოეთიკის დამოუკიდებელ მეცნიერებად ჩამოყალიბების ისტორიული, მეცნიერული და ფილოსოფიური წანამდღვრების დადგენისა და შეფასების მიზნით.

1.3.1. ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის წარმოშობის ისტორიული წანამდღვრები

მეცნიერების განვითარებისა და ცოდნის დაგროვების პროცესში შეუფასებელია ისტორიის როლი. თ. კუნის მიხედვით, ისტორია უნდა განვიხილოთ არა მხოლოდ როგორც ქრონოლოგიურად დალაგებული ფაქტების საცავი, არამედ როგორც საფუძველი იმისა, რომ ძირეულად გარდაიქმნას მეცნიერების შესახებ აქამდე არსებული შეხედულებები [Th. S. Kuhn, 1977].

კვლევას ბიოეთიკის გენეზისის წანამდღვრების შესახებ ვიწყებთ ისტორიული წანამდღვრების თემის გააზრებით. ისტორიულ წანამდღვრებში ჩვენ ვგულისხმობთ იმ ობიექტურ, კანონზომიერ სოციალურ-ეკონომიკურ, პოლიტიკურ, იდეოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, ისტორიულ მოვლენებსა და ფაქტორებს, რომელთა განსაკუთრებულ პირობებში შერწყმისა და თანაარსებობის შედეგად დაიბადა მსოფლმხედველობრივად და არსობრივად ახალი სამეცნიერო დარგი, რომელმაც უნდა უპასუხოს სულიერ-ზნეობრივად კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი კაცობრიობის კითხვებს, დაბნეულობებს, მოთხოვნებს, იმედებს ბიომედიცინისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში [ადამი,

არქიმანდრიტი, 2003 (ვ)].

ბიოეთიკა აღმოცენდა არა მარტო განსაზღვრულ ისტორიულ დროში, არამედ სავსებით განსაზღვრულ სივრცეშიც. ცხადია, ეს სივრცე არ შეიძლება ცარიელიდარჩენილიყო: მასში არსებობდა ის ფუნდამენტური, სიცოცხლისმიმცემი ნიადაგი, რომელზედაც აღმოცენების შესაძლებლობა მიეცა ამ ახალ მეცნიერებას და რომელიც თავისი ნოყიერებით ახლადაღმოცენებულ ბიოეთიკას ფორმირებასა და განვითარებაშიც შეუწყობდა ხელს.

მეოცე საუკუნის უკანასკნელი მესამედის (რა თქმა უნდა, მემკვიდრეობითად – ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისისაც) ბიოსამედიცინო პრობლემატიკის გადაწყვეტისათვის საჭირო გახდა ეთიკის (და არა მარტო ეთიკის) მთელი თეორიული არსენალის მოხმობა, რათა თავი დაგვეღწია ეთიკური აბსტრაქციების ჩიხისათვის.

ამ მიზნით დასავლეთის ეთიკა მკვეთრად შემოზღუდდა ადამიანისაკენ (შეადარეთ: ანთროპოლოგიური შემოზღუდვა ფილოსოფიაში მეოცე საუკუნის დასაწყისში), მისი ყველაზე საჭირობო და სასიცოცხლო პრობლემებისაკენ, რომელთა შორის ერთ-ერთ პირველ ადგილზე ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის, სიცოცხლისა და სიკვდილის მარადიული, ზოგადსაკაცობრიო პრობლემები დგას. მათ წინაშე ადამიანი გრძნობს თავის მოწყვლადობას, რადგან ისინი ამავე დროს ყველაზე კონკრეტულნი, მტკივნეულნი, ძნელადგადასაწყვეტნი, პირადულნი, ინდივიდუალურნი, ინტიმურნიც კი არიან, და ამას გარდა, რაც ერთობ მნიშვნელოვანია, – ყველაზე დრამატულნი, ხოლო ხშირად – ყველაზე ტრაგიკულნიც.

ეთიკას სწორედ ამ მიმართულებით შეუძლია (შეეძლო) ბევრი რამის გაკეთება, ადამიანისათვის დახმარების ხელის გაწვდენა და სულიერი საყრდენის მიცემა მართებული გამოსავლის ძებნაში.

ამ შესაძლებლობების იმედით მიმართა ეთიკამ ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის, სიცოცხლისა და სიკვდილის საკითხებს და შექმნა საფუძველი ახალი ეთიკური ცნობიერებისათვის ახალ ისტორიულ სიტუაციაში. სწორედ ასეთი ფართო გაგებით მოიაზრება (უნდა მოიაზრებოდეს!) დღეს ბიოეთიკა.

რაც შეეხება ტრადიციულ სამედიცინო ეთიკას, მის წარმოშობას, არსებობასა და განვითარებას განვიხილავთ, როგორც ბიოეთიკის ჩამოყალიბების ისტორიულ წანამძღვარს და ამასთან აღვნიშნავთ, რომ მას, როგორც პროფესიულ ეთიკას, აქტუალობა არ დაუკარგავს: საკითხთა მთელი სპექტრის ბიოეთიკური

ინტერპრეტაცია თავისთავად მოიცავს სამედიცინო-ეთიკურ ანალიზსაც.

თვით სამედიცინო ეთიკის ცნებაც გაფართოვდა თანამედროვე მედიცინაში მომხდარი ისტორიული ცვლილებების მეოხებით. მასში შევიდა ფილოსოფიურ-ეთიკური შინაარსის დილემათა ფართო წრე:

- რა არის ადამიანის არსი და როგორია მისი ბუნება;
- რა ადგილი უჭირავს ადამიანს სამყაროში;
- რა არის სიცოცხლის არსი;
- სად გადის საზღვარი სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის;
- როდის ხდება ადამიანი ადამიანი – ჩასახვისას თუ დაბადების დროს;
- რა არის პიროვნება;
- როგორია ადამიანის უფლებები ;
- როგორი უნდა იყოს ადამიანის მიმართება ღმერთთან;
- რაში მდგომარეობს ადამიანის ღირსება (მათ შორის სიკვდილთან დამოკიდებულებაში – რა არის ე. წ. „ღირსეული სიკვდილის უფლება“);
- რაგვარია კავშირი ტანჯვასა და ბედნიერებას, სიკეთესა და ბოროტებას შორის;
- რა არის უკვდავება. . . [H. Jonas, 1993; T.E. Quill 1993; T.A. Shannon, 1993; T.A. Shannon, J. J. Walter, 1993; R. Cohen-Almagor, 1996; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; J. Suaudeau, 2001(a); И.В. Силуянова, 2001(б), ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ამგვარად გაჩნდა ბიოეთიკის ცნება.

მედიცინის დოქტორი, მონსენიორი ჟაკ სუდო თვლის, რომ სწორედ ნიურნბერგის პროცესზე დაიწყო ბიოეთიკის ისტორია, როდესაც ნაცისტ ექიმთა ანტიადამიანური საქმიანობის შესახებ შეიტყო გაოგნებულმა კაცობრიობამ [H. Деккер, И. Кестнер, 1987; Ю.М. Лопухин, 2001; J. Suaudeau, 2001(a)].

ექიმთა ხელით სიცოცხლეს გამოესაღმა 70 ათასი ადამიანი, რომელთაგან ზოგიერთს ესა თუ ის ფიზიკური ნაკლი ჰქონდა, სხვები სულიერად ავადმყოფები იყვნენ, მრავალნი “საზოგადოებრივად უსარგებლოდ” ნაცისტებმა თავიანთი შეხედულებებით ჩათვალეს, ბევრიც ეროვნული ნიშნით გამოარჩიეს. ნაცისტ ექიმებს შემუშავებული ჰქონდათ ევთანაზიის მთელი პროგრამა. გარდა ამისა, ისინი ცდებნ ატარებდნენ ტყვეებზე და ამგვარად ექვევქვე დააყენეს ექიმთა კეთილსინდისიერების საკითხი საერთოდ.

ნიურნბერგის პროცესზე საქვეყნოდ მოხდა დემონსტრირება იმისა, თუ რა სუსტია და არასაიმედო ის მორალურ-ეთიკური ზღვარი, სიკეთეს რომ ჰყოფს ბოროტებისაგან. არც ჰიპოკრატეს ფიცი აღმოჩნდა საკმარისი ბარიერი გერმანელი ექიმების ერთი ნაწილისათვის, არაადამიანური ცდები რომ არ ჩაეტარებინათ დატყვევებულ და დეპორტირებულ პირებზე [R.J. Lifton, 1984; Б.Г. Юдин, 1986; Н.В. Эльштейн, 1986; Т. Ахим, 1987; Н. Деккер, И. Кестнер, 1987; Б.Г. Юдин, 1998; J. Suaudeau, 2001(a)]. ამიტომაც ნიურნბერგის კოდექსში პირველ რიგში ჩაიწერა:

“1. ადამიანის ნებაყოფლობითი თანხმობა სრულიად აუცილებელია... გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად კარგად უნდა იცოდეს და გააზრებული ჰქონდეს კვლევაში მონაწილეობის არსი...”

და შემდეგ:

“... 2. ექსპერიმენტი ისეთი სარგებლობის მომტანი უნდა იყოს საზოგადოების კეთილდღეობისათვის, რაც სხვა მეთოდებით ან საშუალებებით მიუღწევადია. ის არ უნდა იყოს შემთხვევითი და უსარგებლო.

... 4. ექსპერიმენტი ისე უნდა ჩატარდეს, რომ თავიდან იქნეს აცილებული ზედმეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ტანჯვა და ზიანი.

... 6. კვლევასთან დაკავშირებული რისკი არ უნდა აღემატებოდეს ექსპერიმენტით გადასაწყვეტი პრობლემების ჰუმანისტურ მნიშვნელობას”.

ცნობილია, რომ მეორე მსოფლიო ომის დროს საზარელ ბოროტმოქმედებას სჩადიოდნენ ექიმები იაპონიაშიც. გასული საუკუნის 40–იანი წლების დასაწყისიდან 1945 წლის აგვისტომდე იაპონური მილიტარისტული წარმონაქმნი „რაზმი 731“ ამუშავებდა, აწარმოებდა და იყენებდა ბაქტერიოლოგიურ იარაღს. ამ მიზნით ცოცხალ ადამიანებზე ატარებდნენ ექსპერიმენტებს. მეორე მსოფლიო ომის დამთავრების შემდეგ მათ ამერიკის არმიაში პოვეს თავშესაფარი [С. Моримур, 1983; J. Suaudeau, 2001(a)].

საბჭოთა კავშირში გასული საუკუნის 30–40–50–იან წწ.–ში შინსახკომის საპრობილეებსა და ბანაკებში (ე. წ. “გულაგში”) პატიმართა მიმართ, ასევე ფსიქიატრიულ და სხვა საავადმყოფოებში დისიდენტებისა და პოლიტიკურად არაკეთილსაიმედო პირების მიმართ 60–70–80–იან წლებში სრულად იყო იგნორირებული ადამიანთა უფლებები, რასაც ადასტურებს სამედიცინო დახმარების აღმოუჩენლობის, იძულებითი „მკურნალობის“ და სხვა ანტიჰუმანურ ქმედებათა მილიონობით ფაქტი [В.Я. Бирштейн,

1998; Введение в биоэтику, 1998].

რაც შეეხება მდგომარეობას მეორე მსოფლიო ომისშემდგომ მსოფლიოში, აქ ბიოეთიკური პარადოქსები უპირატესად სამკურნალწამლო საშუალებების წარმოებასთან იყო დაკავშირებული.

უკვე 50-იანი წლების ბოლოსა და 60-იანი წლების დასაწყისისათვის ბაზარზე 20 ათასზე მეტი სხვადასხვა ფარმაცოლოგიური პრეპარატი იყიდებოდა. 1958 წელს მოხდა პირველი ფარმაცოლოგიური ტრაგედია: გერმანიაში იმ დედებისაგან, რომლებიც საძილე საშუალებად ტალიდამიდს იყენებდნენ, დაახლოებით 20 ათასამდე ბავშვი გაჩნდა სხვადასხვა თანდაყოლილი სიმახინჯეებით. 1960 წელს იაპონიაში წამალი, რომელსაც კუჰ-ნაწლავის აშლილობის სამკურნალოდ იყენებდნენ, დაავადება “სმონის” განვითარების მიზეზად იქცა [Ю.М. Лопухин, 2001].

შემდეგი შემთხვევები ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოხდა მიუხედავად იმისა, რომ ეს ქვეყანა თავად იყო ინიციატორი ნაცისტ ექიმთა დანაშაულებრივი საქმიანობის შესახებ მონაცემების გამოქვეყნებისა და ხმამაღლა გაიმახოდა ადამიანის უფლებებისადმი საკუთარი პატივისცემის შესახებ [J. Suaudeau, 2001(a)].

მსოფლიო საზოგადოებრიობისათვის განსაკუთრებით თავზარდამცემი აღმოჩნდა ორი შემთხვევა: 1963 წელს ბრუკლინში ქრონიკულ ავადმყოფთათვის განკუთვნილ ებრაულ საავადმყოფოში მოხუცებული პაციენტების ორგანიზმში მათი თანხმობის გარეშე შეჰყავდათ აქტიური სიმსივნური უჯრედები; ხოლო 1965-71 წლებში უილოუბრუკის სახელმწიფო საავადმყოფოში (ნიუ-იორკი) ვირუსული ჰეპატიტების კვლევითი სამუშაოების ჩატარებისას ჰეპატიტების გამომწვევი ვირუსები შეჰყავდათ ამავე საავადმყოფოში მოთავსებული ფიზიკური ნაკლის მქონე ბავშვებისათვის.

ამ და კიდევ სხვა მრავალი სკანდალური შემთხვევების შემდეგ ნათელი გახდა, თუ სანამდე შეიძლება მიგვიყვანოს ბიოსამედიცინო კვლევებმა, როდესაც ისინი კლინიკური ექსპერიმენტის სახეს იღებენ.

ამიტომაც განიხილავს ბიოეთიკის აღმოცენებას ჟ. სუდო როგორც პასუხს იმ ადამიანებისათვის, რომლებიც დახმარებას, შველას ითხოვდნენ, რადგან სამედიცინო და ბიოლოგიური გამოკვლევების რისკისა და უარყოფითი შედეგების პირისპირ აღმოჩნდნენ; თანაც ხშირად ამ რისკისა და შედეგებისაგან როგორც

თავდაცვის, ისე თავის დაღწევის შესახებ ექიმებმა და მეცნიერებმა ან არაფერი იცოდნენ, ან ყოველთვის არც კი სურდათ კვლევების რისკისა და შედეგების გაკონტროლება [J. Suaudeau, 2001(a)].

განგაში ატეხა მედიკოსთა მსოფლიო ასოციაციამ. 1964 წელს ჰელსინკში მიღებულ იქნა დეკლარაცია, რომელიც 11 წლის შემდეგ კიდევ შეივსო მრავალი ახალი დებულებით ტოკიოში:

„ექიმის მოვალეობაა ადამიანთა მოდგმის სამსახური, განურჩევლად ყველას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა და აღდგენა, პაციენტისათვის ნუგეშისცემა და ტანჯვის შემსუბუქება. ადამიანის სიცოცხლისადმი უსაზღვრო პატივისცემა მუქარამაც კი ვერ უნდა დათრგუნოს, ხოლო მედიცინის ცოდნა არ უნდა იქნეს გამოყენებული ჰუმანიზმის პრინციპების საწინააღმდეგოდ“.

დღის წესრიგში დადგა საკითხი ხელახლა გაგვეაზრებინა და შეგვეფასებინა საუკუნოვანი მოსაზრება ადამიანზე ექსპერიმენტის ჩატარების აუცილებლობის შესახებ ფუნდამენტური კვლევების ფარგლებში: ითვლებოდა, რომ იგი მედიცინის მთელი ისტორიის მტკიცებულებებით იყო გამყარებული. ასეთ კვლევებს ატარებდნენ ედუარდ ჯენერი, ლუი პასტერი და მრავალი სხვა ქრესტომათიული მეცნიერი–მედიკოსი. ამ მოსაზრების დროშის ქვეშ გაიარა დიდი გზა თითქმის მთელმა თანამედროვე ქირურგიამ. მხოლოდ ახლა გადაწყდა ადამიანებზე ბიოსამედიცინო კვლევის ჩატარების რეგულირების დაწესება.

ამგვარი ისტორიული წინამორბედებით მზადდებოდა ბიოეთიკის გენეზისი კაცობრიობის ისტორიაში[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ვ)].

1980-იანი წლებში ისტორიულ სამეცნიერო კვლევაში მნიშვნელოვანი ძვრა მოხდა, რომელიც გამოიხატა ისტორიკოსების მიერ თავისი მეცნიერების საგნისადმი ახლებური დამოკიდებულებით: მათ ისტორიის საგნად წარსულის მატერიალურ რეალობასთან ერთად იმის განხილვაც დაიწყეს, თუ რას განიცდიან ადამიანები, რისი სწამთ, რას თვლიან ჭეშმარიტებად. ასე რომ ისტორიულ მეცნიერებას გაუჩნდა ახალი საგანი, რომელიც თავისი შინაარსით ძალიან ახლოს დგას მეცნიერების ისტორიის საგანთან – ცოდნასთან: რწმენა, ღირებულებები, განცდები, რომლებსაც კრებით სახელად რეპრეზენტაციები ეწოდა. ამით მეცნიერების ისტორია კულტუროლოგიასა და კულტურის ისტორიას დაუახლოვდა, რითაც საშუალება მიეცა თავისი წვლილი შეიტანოს ადამიანის მრავალმხრივი მოღვაწეობის, ცივილიზაციის შესწავლაში [R. Smith, 2000].

თუ ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების, გენეზისის საკითხს, ამგვარი თვალსაზრისით განვიხილავთ, მის ისტორიულ წანამძღვრად შეიძლება ჩაითვალოს მთელი ბიოსამედიცინო არეალში ფიქსირებადი და, საერთოდ, არსებული რეპრეზენტაციები ისტორიული დროის შესასწავლ მონაკვეთში, რომელთა კვლევისა და ანალიზის შესაძლებლობის პოტენცია თავმოყრილია ისტორიული, ბიოგრაფიული, მემუარული, ეპისტოლური, დოკუმენტური, სამეცნიერო-პოპულარული, ესეისტური, პუბლიცისტური, მხატვრული და სხვა სახის ლიტერატურაში [ს. იუდინი, 1968; Н. М. Амосов, 1976; М. Поповский, 1979; მ. შენგელია, 1980; ვ. ბაბუხაძია, 1981; გ. ბახტაძე, 1984; ფ. უგლოვი, 1985; ნ. ელშტეინი, 1988; ა. ზურაბაშვილი, 1988; В.И. Бураковский, 1988; რ. ქუმსიაშვილი, 1989; J. Lantos, 2000].

ბიოეთიკის დაბადებას უცილობლად შეუწყო ხელი სინთეზური, ინტეგრაციული ბუნებათმეცნიერულ-ჰუმანიტარულ-ფილოსოფიურ-საღვთისმეტყველო ცნობიერების არსებობამ (ეპისკოპოსი გაბრიელი (ქიქოძე), არქიეპისკოპოსი ლუკა (ვოინო-იასენეცკი), ტეიარ დე შარდენი, ალფრედ უაითჰედი, სტივენ ტულმინი, ფიოდორ დოსტოევსკი, მაქს პლანკი) [Н. Бердяев, 2001; В.Н. Порус, Е.Л. Черткова, 1978; S. E. Toulmin, 1978, 1984; М. Поповский, 1979; Л.Ю. Писарчик, 1998; A. N. Whitehead, 1989, 1990], რაც ჩვენ მიერ წარმოდგენილი მონოგრაფიის შესაბამის პარაგრაფებშია განხილული. აქ კი ამ საკითხის ერთ ისტორიულ ასპექტს შევხებით.

ამგვარი ტრანსდისციპლინური ცოდნისადმი მისწრაფებასა და ჭეშმარიტების ინტეგრაციულ შემეცნებასთან ერთად არსებობდა და ჩნდებოდა იმგვარი ისტორიული, იდეოლოგიური, პოლიტიკური და სხვა ტენდენციები, რომელთათვისაც ჭეშმარიტების ძიება არ იყო მთავარი მამოძრავებელი ძალა, რასაც შედეგად მოჰყვებოდა სინთეზის (სინკრეტიზმის) შეცვლა არა უბრალოდ ლიზისით, არამედ ანტაგონიზმითაც. მაგალითებად შეიძლება დავასახელოთ: სეკულარიზმი, მარქსიზმი, ლენინიზმი, მაოიზმი, კოლონიალიზმი, ათეიზმი, ანტიათეიზმი, ეკუმენიზმი, სოციალისტური რეალიზმი, ნიჰილიზმი, ევოლუციონიზმი-დარვინიზმი, მექანიციზმი, მატერიალიზმი... თანამედროვე ლიტერატურის ანალიზი და ისტორიული სიტუაციის კვლევა გვიჩვენებს, რომ ცივილიზაციისათვის ნეგატიური შედეგების მომტანი ამ ტენდენციების ეკზისტენცია არათუ მარტო ნამყოფი დროით არ შემოსაზღვრულა, არამედ კაცობრიობას მომავალშიც მოუხდება მათთან თანაარსებობა [С. Г. Кара-Мурза, 1990; Б. Гройс, 1993; Серафим (Роуз), иеромонах, 1995; Г. Я. Мякишев, 1996]. ეს

თანაარსებობა (სიმბიოზი) თავისი ბუნებით არც მუტუალიზმია და არც სინოკია ან კომენსალიზმი, არამედ – პარაზიტიზმი.

ამრიგად, ბიოეთიკის, როგორც ახალი დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დისციპლინისა და დარგის, წარმოშობა განაპირობა მრავალი ისტორიული წანამდღვრის ერთობლიობამ, რომელთა შორის ჩვენი კვლევის შედეგების მიხედვით მოაზრებული უნდა იქნეს:

- ტრადიციული სამედიცინო და საექიმო ეთიკა და დეონტოლოგია (ჰამურაბის კანონები, ეგვიპტური პაპირუსები, “ნეი-ძინი”, მანუს კანონები, ჰიპოკრატეს კრებული, “სალერნოს ჯანმრთელობის კოდექსი”, ქანანელის “უსწორო კარაბადინი”, ხოჯაყოფილის “წიგნი სააქიმოი”, ავიცენას “სამკურნალო მეცნიერების კანონი” და ა.შ.)
- ეთიკა (ეთიკის ტრადიციული მიმართულებები, მეტაეთიკა, გამოყენებითი ეთიკა);
- კაცობრიობის ისტორიულ-ტრადიციული და რელიგიური მემკვიდრეობა და გამოცდილება (ქრისტიანული (მართლმადიდებლური, კათოლიკური, პროტესტანტული), იუდაისტური, ბუდისტური და სხვა რელიგიური პოზიციები ეთიკურ ღირებულებებთან მიმართებაში, დასავლეთის, აღმოსავლეთისა და “ახალი სამყაროს” კულტურულ-აქსიოლოგიური ორიენტაციები და ა.შ.);
- ნიურნბერგის პროცესის განაჩენში ასახული სამედიცინო-ეთიკური კოდექსი;
- საერთაშორისო დოკუმენტები, რომლებშიც ასახულია სამედიცინო-ეთიკური პრინციპები (ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია (1948), ევროპის კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების შესახებ (1950), მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი (ლონდონი, 1949 წელი) და ჰელსინკისა და ტოკიოს, დეკლარაციები);
- ისტორიული ფაქტები მთელი მეოცე საუკუნის სამედიცინო პრაქტიკიდან;
- კაცობრიობის ბიოსამედიცინო მოღვაწეობის არეალში არსებული რეპრეზენტაციები;
- მეოცე საუკუნის ისტორიული, პოლიტიკური, იდეოლოგიური ფაქტორები, ტენდენციები და მიმდინარეობები.

1.3.2. ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის წარმოშობის ფილოსოფიური და სხვა ინტელექტუალური წანამდღვრები და მათი ურთიერთმიმართება

ბიოეთიკის წარმოშობის მეცნიერული, ფილოსოფიური და სხვა თეორიული წანამდღვრების კვლევა-ძიების დროს ყოველთვის მხედველობაში უნდა გვქონდეს ის ფაქტი, რომ ცოდნის სამყარო (რომლის წიაღშიაც აღმოცენდა და ვითარდება მეცნიერების ახალი დარგი – ბიოეთიკა) არა მარტო მდიდარია, არამედ მრავალფეროვანიც და მრავალმხრივიც. იგი მოიცავს (შეადარეთ Знание, 1983; ვ. ერქომაიშვილი, 1987; K. Popper, 1995):

ა. სამეცნიერო ცოდნას, რომელიც პირობითად იყოფა ბუნებათმეცნიერულ (ბიომედიცინა, ფიზიკა, კიბერნეტიკა, ასტრონომია და ა.შ.) და ჰუმანიტარულ (იურისპრუდენცია, მეცნიერებისა და ტექნიკის ისტორია, კულტუროლოგია, სოციოლოგია და ა.შ.) ცოდნად;

ბ. ფილოსოფიურ ცოდნას თავისი მრავალსახეობით (ანთროპოლოგიური, ფენომენოლოგიური, ჰერმენევტიკული, ეკზისტენციალური, “სიცოცხლის ფილოსოფიის”, მეცნიერების ფილოსოფიისა და სხვა კონცეფციები);

გ. საღვთისმეტყველო ცოდნას (რელიგიური ცოდნიდან ჩვენ მხოლოდ მას განვიხილავთ. შესაბამისად, გამოვრიცხავთ ოკულტურ, ტოტალიტარულ-სექტანტურ, წარმართულ-რელიგიურ და პარარელიგიურ ცოდნას);

დ. მხატვრულ, ანუ ხელოვნებისა და ლიტერატურის მიერ სამყაროს შემეცნების შედეგად მოწოდებულ ცოდნას;

ე. კაცობრიობის მიერ დაკვირვების, შედარების, შეპირისპირების, აღწერის გზით [П. П. Стокродский, 1975] მიღებულ და დაგროვილ, საღი აზრის თვალსაჩინოებაზე დაფუძნებულ ემპირიულ (პრაქტიკულ) მეცნიერებამდე ცოდნას [В. В. Миронов, 1997]. მასში უნდა ვიგულისხმოთ: ისტორიული, ეროვნული, საზოგადოებრივი, პირადი გამოცდილება; საყოფაცხოვრებო, სოციალური, საბრძოლო-სამხედრო, საოჯახო-სამედიცინო, აღებ-მიცემობის, სასოფლო-სამეურნეო და სხვა საქმიანობის (ნადირობის, მეთევზეობის, მოგზაურობისა და მისთ.) ტრადიციები, ჩვევები, ადათ-წესები და სხვ.

თუმცა თითქმის ყოველთვის, როცა ლაპარაკობენ ან წერენ ცოდნის შესახებ, როგორც წესი, მასში, უპირველეს ყოვლისა, მეცნიერულ ცოდნას გულისხმობენ. ამგვარი მიდგომა ცოდნის

შინაარსისადმი განპირობებულია ადამიანთა ცხოვრებაში მეცნიერების მიერ მოპოვებული განსაკუთრებული ადგილით. უფრო მეტიც, შეიძლება ითქვას, რომ მეცნიერება თანდათანობით იმკვიდრებს კულტურის ერთგვარი ეპიცენტრის სტატუსს, რადგან სულ უფრო მზარდ გავლენას ახდენს ადამიანთა მიერ ყოფიერების შემეცნებაზე [Л. Ю. Писарчик, 1998].

ბიოეთიკის მეცნიერული წანამდვრების შესწავლისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ იმ ფაქტითაც, რომ ბიოეთიკურ ცნებათა (კატეგორიათა) აპარატი (კონცეპტუალური ბირთვი) წარმოდგენილია ტეტრადით: ავადმყოფობა–ჯანმრთელობა–სიცოცხლე–სიკვდილი. ამდენად მეცნიერული წანამდვრებიც ამ კატეგორიული ტეტრადის თითოეული ელემენტის შესახებ არსებულ ყველა სწავლებაში (როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიურ, ე.ი. თეორიულ, ისე პრაქტიკულ სამედიცინო დისციპლინებში) უნდა ვეძებოთ [Adam, archimandrite, 2001; Адам, архимандрит, 2001 (в) ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2003 (ა) (დ) (ე)].

ამასთანავე თუკი მხედველობაში მივიღებთ იმასაც, რომ ბიოეთიკური გამოკვლევები დაფუძნებული უნდა იყოს ადამიანის, როგორც ორბუნებოვანი არსების დიფერენცირებულ-ინტეგრირებული სტრუქტურისა და ორგანიზაციის ყველა დონის – სუბატომურიდან მეტაფსიქოლოგიურ (მისტიკურ-საკრალურ) დონემდე – შესწავლის, გააზრებისა და გამოკვლევისაკენ, ადამიანის არსის გაგებისაკენ ბუნებასთან, საზოგადოებასთან, ცივილიზაციასთან, ღმერთთან, სამყაროსთან მიმართების გათვალისწინებით, ცხადია, მეცნიერული წანამდვრების კიდევ ერთი ჯგუფი წარმოდგენილი იქნება ანთროპოლოგიურ მეცნიერებათა (როგორც ბუნებათმეცნიერულ, ისე ჰუმანიტარულ), სწავლებათა და შეხედულებათა სისტემების სრული სპექტრით [Адам, архимандрит, 2001 (е)].

რა თქმა უნდა, ავადმყოფობას, სიკვდილს, ჯანმრთელობას, სიცოცხლეს, თვით ადამიანს, უპირველეს ყოვლისა, ფუნდამენტური სამედიცინო, სამედიცინო-ბიოლოგიური, სამედიცინო-კლინიკური, სამედიცინო-სოციალური, სამედიცინო-პროფილაქტიკური დისციპლინები შეისწავლიან. თუმცა ამავე დროს ისინი არიან ბიოლოგიის, ფსიქოლოგიის, ანთროპოლოგიის, ფილოსოფიის, თეოლოგიის, სოციოლოგიის, კულტუროლოგიის და სხვა მეცნიერებების შესწავლის ობიექტებიც.

ამ თვალსაზრისით მეცნიერების ყველა ეს დარგი ჩვენს მონოგრაფიულ ნაშრომში საჭიროებისამებრ არის კიდევ განხილული თითოეული ბიოეთიკური კატეგორიისა და მათ შესახებ მეცნიერული სწავლებების ისტორიული განვითარების

ანალიზის პროცესში (იხ. წინამდებარე წიგნის მეორე და მესამე თავები).

ამჯერად ჩვენი მიზანია ბიოეთიკის თეორიული წანამდგვრების არა ზედმიწევნითი დახასიათება, არამედ მხოლოდ დადგენა, შეფასება და მათი ურთიერთმიმართების კვლევა.

ამ პროცესში მნიშვნელოვანია კვლევის ობიექტის შესახებ სხვადასხვა წყაროებით მიღებული ცოდნის დიფერენცირება, რადგან ყოველგვარი ცოდნა – მეცნიერული იქნება ის, ფილოსოფიური, თეოლოგიური თუ ემპირიული – როდია ჭეშმარიტი. ასეთ სიტუაციაში მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, ჯერ ერთი, თუ რით განსხვავდება მეცნიერება სამყაროს შეცნობის სხვა ფორმებისაგან, და მეორე – რა გნოსეოლოგიური ღირებულებისაა არამეცნიერული (ფილოსოფიური, თეოლოგიური, მხატვრული და ა.შ.) ცოდნა [G. Cantor, 1975; Ю.Б. Молчанов, 1996; Г. Я. Мякишев, 1996].

ბიოეთიკის, როგორც სამეცნიერო დარგის, აგრეთვე ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის ჩამოყალიბების პროცესის ანალიზისას ჩვენ გამოვარკვეით, რომ მისთვის “აუცილებელი გახდა სიცოცხლის ფილოსოფიასთან კავშირის დამყარება... გაჩნდა მოწიწების ეთიკის შემუშავების საჭიროება. ამდენად, ბიოეთიკა დაუკავშირდა კულტურულ ღირებულებებს. საჭირო გახდა მისთვის მითოსურ აზროვნებაში, მსოფლიო რელიგიებსა და ფილოსოფიაში “საკვების” შერჩევა” [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001].

სწორედ ამ უმდიდრესი ინტელექტუალური მემკვიდრეობის, როგორც ბიოეთიკის თეორიული წანამდგვრების – სწორი ინტერპრეტაცია, მისი დიფერენცირებისა და მიზნობრივი გამოყენების მართებული ორიენტირების დადგენა არის ჩვენი კვლევის მიზანი ამ ეტაპზე.

არამეცნიერული ცოდნის მეცნიერულთან შეჯერება, რაც ბიოეთიკური შემეცნების აუცილებელი და ძირითადი ელემენტია, რთული პროცესია, რომელსაც გარკვეული ისტორიული ფესვები გააჩნია.

უპირველეს ყოვლისა, გასათვალისწინებელია ისტორიულად ჩამოყალიბებული დილემა “სციენტიზმი-ანტისციენტიზმი” [B. B. Миронов, 1997; Л. Ю. Писарчик, 1998], რის გარეშეც შეუძლებლად მიგვაჩნია ბიოეთიკის თეორიული წანამდგვრების დადგენა-შეფასება.

სციენტიზმი პოზიტივისტური ტრადიციების ჩარჩოებში წარმოიშვა. იგი აღიარებს, რომ კონკრეტული სამეცნიერო ცოდნის ერთობლიობა მეცნიერული კვლევა-ძიების შედეგებთან,

ასევე გამოყენებულ მეთოდებთან, წარმოადგენს უმაღლეს კულტურულ ღირებულებას და სავსებით თვითკმარია ადამიანის მსოფლმხედველობრივი ორიენტაციისათვის [В.Швырев, Э. Юдин, 1970].

როგორც ვხედავთ, სციენტისმისათვის დამახასიათებელია მეცნიერების როლის გადაჭარბებით შეფასება და კულტურის სხვა სფეროების უგულვებელყოფა, რაც, ცხადია, ვერ გამოდგებოდა ბიოეთიკის გენეზისის მსოფლმხედველობრივ ორიენტაციად თეორიული წყაროების შერჩევისათვის.

სციენტისმის ხსენებულმა პოზიციამ გამოიწვია საპირისპირო მიმართულების მსოფლგაგების გაჩენა, რომელიც ანტისციენტისმად მონათლეს. ეს უკანასკნელი ეჭვის თვალით უცქერის მეცნიერებისა და გონების შესაძლებლობებს, აკრიტიკებს შემეცნების მეცნიერულ მეთოდებს და უპირატესობას ანიჭებს ყოფიერების შემეცნების არამეცნიერულ საშუალებებს, განსაკუთრებით მითს, სიმბოლოს, ხელოვნებას.

ანტისციენტისტურმა მიმართულებამ განვითარება ჰპოვა ისეთ მოაზროვნეთა კონცეფციებში, როგორებიც იყვნენ: შელინგი, შოპენჰაუერი, კირკეგორი, ნიცშე, გუსერლი, ჰაიდეგერი, იასპერსი და სხვ.

დიდმნიშვნელოვანი იყო ბერგსონის სწავლება, რომელიც აღიარებდა მხატვრული ინტუიციის უდავო უპირატესობას პრაქტიკულ ინტელექტთან მიმართებაში, მის შესაძლებლობებს ფარდა ახადოს ყოფიერების საიდუმლოებებს [И. И. Блауберг, 1990; В. В. Миронов, 1997; Л. Ю. Писарчик, 1998].

ეკზისტენციალიზმზე დაფუძნებული ანტისციენტისტური შეხედულებები ჩამოაყალიბეს ჟან-პოლ სარტრმა (Jean-Paul Charles Aymard Sartre, 1905–1980) და ალბერ კამიუმ (Albert Camus, 1913–1960). ისინი თვლიდნენ, რომ ხელოვნება, მათ შორის ლიტერატურის ისეთი ფორმა, როგორიც გახლავთ რომანი, იძლევა ეკზისტენციის არსში წვდომის განსაკუთრებულ საშუალებას [Existentialism and phenomenology, 1978].

ამგვარივე მიმართულებას ავითარებდნენ ფრანკფურტის სკოლის წარმომადგენლებიც: თ. ადორნო, ვ. ბენიამინი, მ. ჰორკჰაიმერი [გ. თევზაძე, 2002].

ეს არაორდინალური ფილოსოფიური და მხატვრული მემკვიდრეობა, რომელშიაც, მართალია, ანტისციენტისტური განწყობებია ასახული, მაგრამ თავისი არსით არ არის პირდაპირი გაგებით ანტისციენტისტური, შევიდა ბიოეთიკის ცოდნის არსენალში, გაამდიდრა იგი და ხელი შეუწყო ბიოეთიკურ

ცნებებში, კატეგორიებსა და პრობლემურ სიტუაციებში მოაზრებული შინაარსის დეფინიციასა და ანალიზს.

ჩვენ აუცილებლობად ვთვლით იმის აღნიშვნას, რომ ბიოეთიკური ცნობიერებისა და აზროვნებისათვის მიუღებელია როგორც მკაცრად შემოსაზღვრული, “ჩაკეტილი”, „შეურევნელი“, მხოლოდ სციენტისტური, ისე ამგვარივე ანტისციენტისტური შეხედულებები [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ზ)].

სციენტიზმსა და ანტისციენტიზმს შორის არსებულ განხეთქილებას აქვს გარკვეული ობიექტური საფუძველი: საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარულ მეცნიერებათა შემეცნების მეთოდებსა და საგნებს შორის არსებითი განსხვავება, რომელიც კიდევ უფრო მეტადაა გამოხატული, როდესაც ერთმანეთს ვუდარებთ ცოდნის მეცნიერულ და არამეცნიერულ ფორმებს.

ამ განსხვავებამ განაპირობა ბუნებისმეტყველების, ჰუმანიტარული მეცნიერებების, ფილოსოფიის, ხელოვნების, ღვთისმეტყველების (რელიგიის) იმგვარი დაშორიშორება, რომ ისინი ჩამოყალიბდნენ კიდევ კაცობრიობის კულტურის დამოუკიდებელ ნაწილებად, ზოგჯერ (როგორც ეს მეცნიერებისა და ხელოვნების შემთხვევაში მოხდა) როგორც ორი კულტურა ერთ საზოგადოებაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

რაც შეეხება ბიოეთიკას, იგი არა მარტო აღმოცენდა ამ კულტურათა და კულტურის სხვადასხვა ნაწილების ერთობლიობის ნიადაგზე, არამედ თავისი არსებობითაც შეუწყო ხელი ამ ერთობლიობის შემდგომ განვითარებას.

თუ მეცნიერების ისტორიას გადავხედავთ, ვნახავთ, რომ უკვე მეთვრამეტე საუკუნის ბოლოსათვის გაჩნდა შეხედულებები, რომლებიც გამოხატავდნენ უკმაყოფილებას ადამიანისა და მისი სულიერი სამყაროს შესწავლისათვის გამოყენებული მეცნიერული მეთოდების არასრულყოფილებით. ამ შეხედულებები მოგვიანებით აისახასხვდასხვა ფილოსოფიურ (ფენომენოლოგიურ, ჰერმენევტიკულ, რომანტიკულ, ანთროპოლოგიურ, ეკზისტენციალისტურ, “სიცოცხლის ფილოსოფიურ” და სხვა) კონცეფციაში, რომლებიც ორიენტირებულნი იყვნენ შემეცნების უფრო სხვაგვარ ფორმებსა და მეთოდებზე, ვიდრე მეცნიერება.

ამასთან დაკავშირებით ჩვენ აუცილებლობით განპირობებულად გვეჩვენება მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში გავრცელებული კიდევ ერთი ტენდენციის – მეცნიერებასთან ე. წ. “ანტიმეცნიერების” დაპირისპირების არსებობის გაანალიზება [Л.Ю. Писарчик, 1998].

ანტიმეცნიერებას პრეტენზია აქვს ორიენტირებული

იყოს ნათელ, მკაფიო, კონსტრუქციულ და ფუნქციონალურ, პოტენციურად ყველაფრისმომცველ ალტერნატიულ მსოფლმხედველობაზე, რომლის ჩარჩოებშიც მოიაზრება კლასიკური დასავლურისაგან განსხვავებული მეცნიერება. ამ უკანასკნელს ანტიმეცნიერება უპირისპირებს კონკურენტებს – ხელოვნებას, მითს, ყოფიერების ფილოსოფიურ წვდომას, პარამეცნიერებას, რელიგიას, პარარელიგიას და ა.შ.

ანტიმეცნიერების აღმოცენების, გასული ასწლეულის ბოლოს მეცნიერების შეზღუდვის, მისთვის საზღვრების დაწესების მცდელობის, მისი “ბატონობის დაძლევის” ტენდენციების გაჩენის მიზეზი, უპირველეს ყოვლისა, საშიშროებისა და საფრთხის ის შეგრძნება იყო, რომელიც ადამიანთა დიდ ნაწილს გაუჩნდა მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის უარყოფით შედეგებთან დაკავშირებით [C. Г. Капа-Мырза, 1990].

ამ “ანტიმეცნიერულ” განწყობილებებსა და მოსაზრებებს, როგორც ვხედავთ, საერთო აქვს ბიოეთიკის წარმოშობის განმსაზღვრელ ფაქტორებთან, თუმცა ბიოეთიკა თავის გენეზისში იმთავითვე ეყრდნობოდა მეცნიერულ საფუძვლებს (წანამძღვრებს), ორგანულად ითავისებდა რა მთელს მეცნიერებისგარეშე ინტელექტუალურ ცოდნასაც.

ამგვარმა სინთეზმა და ინტეგრაციამ განაპირობა ახალი სამეცნიერო დარგის – ბიოეთიკის – უნარი, პრობლემური სიტუაციები შეაფასოს მთელი ბიოსამედიცინო ცოდნის ახლებურად, არატრადიციულად გააზრების საფუძველზე.

ცოდნის ეს ინტეგრაცია ეყრდნობა იმ თვალსაზრისს, რომლის თანახმადაც მართალია, მეცნიერება, ერთის მხრივ, და ფილოსოფიური, რელიგიური, მხატვრული აზროვნება, მეორე მხრივ, არსობრივად განსხვავდება ერთმანეთისაგან და თანამედროვე კულტურის ორ პოლუსსაც კი წარმოადგენს, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მათ შორის არ არსებობს გადაულახავი ზღვარი. პირიქით, მათ ბუნებაში არსებობს ის საყრდენი, რომელზედაც ამ ორი მხარის დაახლოების ტენდენციები აღმოცენდა.

ამ თვალსაზრისის მივყავართ ილია მართლის (ჭავჭავაძის), ფ. დოსტოვესკის, ნ. რერიხის, პ. ტეიარ დე შარდენის, ა. ნ. უაითჰედის და სხვათა იდეებამდე, რომელთაც, ჩვენი აზრით, თავისი თეორიული წანამძღვრების არსენალში უცილობლად უნდა მოიაზრებდეს ბიოეთიკა, რადგან ამგვარი ინსტრუმენტალიის გარეშე (ცხადია, ღირებულებითი შეფასების შემდეგ) ბიოეთიკურ პრობლემათა დეფინიცია, მათი არსის დაზუსტება და მათი გადაწყვეტის გზების ძიება ვერ მოხერხდება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ზ)].

ფ. დოსტოევსკი თვლიდა, რომ კაცობრიობისათვის აუცილებელია მოძრაობა ერთიანი, მთლიანი ჰარმონიული კულტურისაკენ, კეთილი გონისაკენ. თუკი ჭეშმარიტება (მეცნიერება) და იესო ქრისტე (სიკეთე) ერთმანეთს დაშორდება, მაშინ მწერალი ამჯობინებდა დარჩენას სიკეთესთან და არა ჭეშმარიტებასთან. იგი აკრიტიკებდა მეცნიერებას (ანუ როგორც თავად უწოდებდა “ნახევრადმეცნიერებას”) სწორედ იმის გამო, რომ ხშირად მასში არ არის ჰუმანიზმი, სიკეთე. კეთილი საწყისის გარეშე გონება მას აფიქრებდა და ძაბავდა. ასეთ რაციონალიზმს არ ღებულობდა, რადგან გრძნობდა, რომ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ისახებოდა მისი სციენტისაზიის ტენდენციები და გამოდიოდა იმის წინააღმდეგ, რომ მეცნიერება არ ჩათვალათ ადამიანისა და სამყაროს შემეცნების ერთადერთ სისტემად [Н. Бердяев, 2001; Ю. Селезнев, 1988].

ჩვენ მიერ დამოწმებული დოსტოევსკის შემოქმედებისეული ეს თეზისები, როგორც ვხედავთ, მჭიდროდ უკავშირდება ბიოეთიკურ მსოფლგანებას და ხელს უწყობს მისი პოზიციების გაძლიერებას.

რაც შეეხება ნ. რერიხის იდეებს, მათი მიხედვით, საზოგადოების ფერისცვალება უნდა მოხდეს ორი კულტურის – დასავლურისა და აღმოსავლურის შერწყმის შედეგად, რაც მოიტანს ჭეშმარიტების, სიკეთისა და მშვენიერების ჰარმონიას. თუმცა ცხადია, ამგვარი შერწყმის შედეგად რომ საფრთხე შეიძლება გაჩნდეს, რადგან სხვადასხვა წარმოშობის იდეების გაერთიანება (განსაკუთრებით რელიგიურ სწავლებათა მექანიკური სინთეზი) სიღრმისეული მეცნიერული, ფილოსოფიური, თეოლოგიური კრიტიკული ანალიზის, ნატიფი დიფერენცირების, მკაცრი დეფინიციების შემუშავების გარეშე – არ იქნება წილნაყარი ჭეშმარიტებასთან და თავად შეიძლება გახდეს წყარო ფსევდომეცნიერული, ცრუფილოსოფიური, პარარელიგიური სწავლებებისა [Андрей (Кураев), диакон, 1994].

ასეც მოხდა. რერიხთა სწავლება საფუძვლად დაედო იმ სექტის წარმოშობას, რომელიც არა მარტო შეუთავსებელია ქრისტიანობასთან, არამედ ანტიქრისტიანულიცაა (მაგალითად, სახარებისეულ სწავლებებს აცხადებენ როგორც არაჭეშმარიტს) და ანტიჰუმანისტურიც (რერიხისეული ახალი წესრიგი გულისხმობს, მაგალითად, მცირე ხალხების უარყოფას თავისი ისტორიითა და კულტურით და ა. შ.).

ზემომოყვანილი მოსაზრებანი გასათვალისწინებელია ტეიარ დე შარდენის საექვო ღირებულების მემკვიდრეობის მეცნიერული კვლევისას და მისი, როგორც ბიოეთიკის თეორიული წანამძღვრის,

განხილვის დროსაც.

ტეიარ დე შარდენი სწავლობდა მეცნიერებისა და რელიგიის დაახლოება-შერწყმის აუცილებლობის საკითხს. ამ მიზნით მეცნიერების მიღწევებს იგი თავის ქრისტიანულ დოქტრინაში იყენებდა და ქმნიდა “გამეცნიერებულ” ევოლუციურ ქრისტიანობას. ცხადია ეს გახლდათ ქრისტიანული მოდერნიზმი [Рафаил (Карелин), архимандрит, 1999], რომელიც ეძიებდა რელიგიის, რწმენისა და ცოდნის ახალ სახეს – რელიგიის, მეცნიერების, ხელოვნებისა და მორალის ახალ სინთეზს.

ტეიარ დე შარდენის მოძღვრებაში რელიგია ცოდნის კიდევ ერთ, განსხვავებულ სისტემად იქცევა. ეს არის ცოდნა უნივერსუმის საზღვრის, სრულყოფილების, აბსოლუტის, პროგრესის, იდეალის, სიკეთის, სამყაროს ერთიანობის შესახებ. წიგნში “ადამიანის ფენომენი” ტეიარ დე შარდენმა მეცნიერების, ეთიკისა და რელიგიის ამ სინთეზს, რომელიც მხოლოდ მაშინ იბადებოდა, “სულის კონვენცია” უწოდა [T. de Chardin, 1965].

ამ რეფლექსიის მიღმა დგას ავტორი, რომელიც ბევრს მსჯელობდა რელიგიასა და ქრისტიანობაზე, უფრო მეტიც, თავად იყო იეზუიტი მღვდელმსახური, მაგრამ აღიარებდა არა შესაქმეს, არამედ ევოლუციას და აცხადებდა: „ღმერთი მოქმედებს მხოლოდ ევოლუციური გზით; ეს პრინციპი, ვიმეორებ, ჩემი აზრით, აუცილებელია და საკმარისი მთელი ქრისტიანული სარწმუნოებრივი სწავლების მოდერნიზაციისა და მისი ახალი ძალებით შევსებისათვის“. ტეიარ დე შარდენი თითქმის არც უარყოფდა ცოცხალ ღმერთს, მაგრამ „ართმევდა“ მას შემოქმედის ფუნქციას და აღიარებდა, “ჩემი ბუნებით ყოველთვის პანთეისტი ვიყავი” [T. de Chardin, 1965].

მეოცე საუკუნის ქრისტიან ავტორთაგან ყველაზე ზუსტად და საფუძვლიანად ტეიარდინში მღვდელმონაზონმა სერაფიმე როუზმა შეაფასა წიგნში „დაბადება: სამყაროს შექმნა და ძველი აღქმის პირველი ადამიანები“.

მამა სერაფიმეს შეხედულებანი სამყაროსა და ადამიანის შექმნის, სამოთხისა და ცოდვით დაცემის შემდეგდროინდელი ქვეყნიერების შესახებ ეყრდნობა წმიდა წერილსა და მართლმადიდებელი ეკლესიის საღვთისმეტყველო ტრადიციებს. ეკლესიის მამები არ ეთანხმებიან იმ ავტორთა შეხედულებებს, რომლებიც ცდილობენ ბიბლიური ტექსტი ღმერთის მიერ სამყაროს ქექვს დღეში შექმნის შესახებ წავიკითხოთ და გავიგოთ ალეგორიულად და არა პირდაპირი მნიშვნელობით.

წმიდა მამათა მემკვიდრეობაში არცაა ცნობილი სხვაგვარი

დამოკიდებულება. ამას ასწავლიდა ეკლესია კონსტანტინე დიდამდელ ეპოქაში, ასეთივე იყო სწავლება მსოფლიო კრებათა ეპოქაში, ასე ასწავლიდნენ გვიანდელი ბიზანტიელი მამები. განსხვავებული აზრი არ არსებულა დარვინის თანამედროვე ეპოქაშიც, რასაც მოწმობს თეოფანე დაყუდებულისა და ეგნატე ბრიანჩანინოვის შრომები.

ყველა წმიდა მამის ამგვარი ერთიანობა უფლებას გვაძლევს ვამტკიცოთ, რომ ევოლუციურ მოსაზრებათა მიუღებლობა და უარყოფა კერძო საღვთისმეტყველო აზრი როდია, არამედ იგი გახლავთ არსებითი და განუყოფელი ნაწილი სამოციქულო მართლმადიდებლური სწავლებისა.

მღვდელმონოზონი სერაფიმე (როუზი) ამტკიცებდა: „დაბადებაში“ არსად გვხვდება ევოლუციური იდეები. ამ წიგნის მიხედვით, „გააჩინა ღმერთმა ნადირი თავ-თავისი გვარისდა მიხედვით, საქონელი თავ-თავისი გვარისდა მიხედვით და ქვემძრომი თავ-თავისი გვარისდა მიხედვით“. იგი აფრთხილებდა ყველას, რომ მამათა ჭეშმარიტი სწავლება ამ საკითხზე სერიოზულ წინააღმდეგობებს შეუქმნის მათ, ვისაც სურვილი აქვს „დაბადება“ განმარტოს თანამედროვე სწავლებათა და ამსოფლიური სიბრძნის მიხედვით.

მამათა შრომები შეუძლებელს ხდის დაბადების დამწერის აზრთა ევოლუციურ-დარვინისტულ თეორიასთან ჰარმონიზაციას... სწავლება იმის თაობაზე, რომ ადამი შექმნილია არა მიწის მტვრისაგან, არამედ სხვა არსებისაგან, სრულიად ახალი და უცხო სწავლებაა, რომელსაც არაფერი აქვს საერთო ჭეშმარიტებასთან.

ევოლუციური თეორია მიუღებელია მრავალი მეცნიერისთვისაც. მეცნიერულ სივრცეშიც აღიარებენ ამ თეორიის არამეცნიერულობასა და სიყალბეს, რასაც ჩვენ ქვემოთ შევხებით (იხ. პარაგრაფი 2. 3. 1. ფუნდამენტური ანთროპოლოგიური შეხედულებები მედიცინასა და ბიოლოგიაში).

მეცნიერებისა და რელიგიის ურთიერთმიმართების შესახებ ახალი იდეები მოგვაწოდა ა. უაითჰედმა (Alfred North Whitehead, 1861–1947). ისინი შეიძლება მივაკუთვნოთ ბიოეთიკური მსოფლგაგების უმნიშვნელოვანეს წინამორბედთა რიგს. მისი აზრით, მეცნიერებასა და რელიგიას შორის არსებული უძველესი კონფლიქტი უნდა დაიძლიოს, რადგან ამაზეა დამოკიდებული ისტორიის შემდგომი განვითარება, რადგან არაფერი ახდენს ისეთ ძლიერ ზემოქმედებას ადამიანებზე, როგორც ეს ორი ძალა.

უაითჰედი თავად იყო გამოჩენილი მეცნიერი,

მათემატიკოსი და ფილოსოფოსი. იგი უარყოფდა თეზისს, თითქოს რელიგია ყოველთვის ცდებოდა, ხოლო მეცნიერება ყოველთვის მართალი იყო. განიხილავდა სხვადასხვა მაგალითს მეცნიერების ისტორიიდან და ამის საფუძველზე ასკვნიდა, რომ სამყაროს მეცნიერული და რელიგიური სურათები არც თუ ისე ეწინააღმდეგება ერთმანეთს, როგორც ეს ხშირად ითვლებოდა. უაიტჰედი წერს, რომ არსებობს უფრო სრული ჭეშმარიტებანი და უფრო სასიკეთო პერსპექტივები, რომელთა წიაღში შესაძლებელია ჭეშმარიტ რელიგიურ შეხედულებებსა და ნატიფ მეცნიერულ ხედვას შორის ყოველგვარი დაპირისპირების დამლევა. აქედან გამომდინარე, უაიტჰედი თვლის, რომ მეცნიერებასა და რელიგიას ძალუძთ ერთობ წარმატებულად შეავსონ ერთმანეთი, რადგან მეცნიერება სწავლობს ფიზიკურ მოვლენათა საერთო კანონზომიერებებს, ხოლო რელიგია ჭკრეტს მორალურ-ეთიკურ და ესთეტიკურ ღირებულებებს [A. N. Whitehead, 1989, 1990].

ეს უაიტჰედისეული იდეები არა მარტო ორგანულად უკავშირდება თანამედროვე ბიოეთიკური ცნობიერების რეალიებს, არამედ, ისიც უნდა ვაღიაროთ, რომ ისტორიულად მათ ხელი შეუწევს კიდევ მის აღმოცენებას.

არც თუ იშვიათად ანალოგიურად უდგებიან მეცნიერებისა და არამეცნიერული სფეროს თანაფარდობის საკითხს თანამედროვე მეცნიერების მეთოდოლოგიები. მაგალითად, სტ. ტულმინი (Stephen Edelston Toulmin, 1922– 2009) მსჯელობს იმის შესახებ, რომ მეცნიერებას აუცილებლად ესაჭიროება დახმარება ყოფიერების გააზრების სხვა ფორმებისაგანაც.

ფილოსოფოს-ანალიტიკოსთა უმეტესობა ჩვეულებისამებრ განაცალკავებს მსჯელობას ზნეობის შესახებ აზრებისაგან მეცნიერების შესახებ. ეს, რა თქმა უნდა, ართულებს იმ ფაქტის გაგებას, რომ როგორც ეთიკის, ისე მეცნიერების ფილოსოფიის ცენტრალური პრობლემა არის შეფასების (ღირებულებების) პრობლემა [M. A. Киссель, 1983].

ადამიანის ქცევა შესაძლებელია შევაფასოთ როგორც მისაღები ან მიუღებელი, მართებული ან მცდარი, მოგვეწონოს ან გაცვიფრდეს ღირსად ჩავთვალოთ. იგივე შეიძლება ითქვას ადამიანების იდეების, თეორიებისა და განმარტებების შესახებ [B. H. Попыс, E. Л. Черткова, 1978; S. E. Toulmin, 1978, 1984].

ამგვარადვე განიხილავენ ცოდნის სხვადასხვა სახეების ურთიერთმიმართების პრობლემას კუნი (Thomas Samuel Kuhn, 1922–1996), პოპერი (Karl Raimund Popper, 1902 – 1994), მალკეი (Michael Joseph Mulkay, 1936) და სხვ. [Th. Kuhn, 1977; K. Popper, 1995].

თ. კუნის მიხედვით, განმეორებით უნდა დადგინდეს დემარკაციული ხაზი მეცნიერებასა და არამეცნიერებას შორის ყოველთვის, როგორც კი მეცნიერებაში დამკვიდრდება მორიგი პარადიგმა. იგი მიგვითითებს, რომ პარადიგმისაგან დამოუკიდებელი ფაქტები, შესაბამისად, დაკვირვების ნეიტრალური ენა არ არსებობს. პირიქით, მეცნიერები, რომელნიც ამა თუ იმ პარადიგმის შინაარსით არიან შეიარაღებულნი, სამყაროს მხოლოდ ამ პარადიგმისეული თვალსაწიერიდან აღიქვამენ და იკვლევენ. ფაქტები კი არ ადგენენ თეორიას, არამედ თეორია განსაზღვრავს, თუ რომელი ფაქტი მოხვდება გააზრებული ექსპერიმენტის წიაღში. აქედან გამომდინარეობს თეზისი, რომ ცოდნა, რომელიც წინა პარადიგმის დროს დაგროვდა, მის უკანა პლანზე გადასვლასა და ნგრევასთან ერთად, უარყოფილ იქნება. ასევე სამეცნიერო მოღვაწეობის არენას დატოვებს წინა სამეცნიერო საზოგადოება და ადგილს დაუთმობს ახალი პარადიგმის შემოქმედ ახალ სამეცნიერო საზოგადოებას.

ეს პრობლემატიკა განსაკუთრებით ინტენსიურად მუშავდება ცოდნის სოციოლოგიაში, რომელიც მიისწრაფვის “გადოს ხიდები” “ჭეშმარიტებასა” და ღირებულებებს შორის [Л. Ю. Писарчик, 1998].

მეცნიერებისა და სამყაროს შემეცნების არამეცნიერული ფორმების ურთიერთშერწყმის პრობლემას განსაზღვრავს თვით მეცნიერების ხასიათი, მეცნიერული რაციონალურობის ტიპის ცვლილებები [B. G. Doran, 1975; K. Popper, 1983; R. Y. Sternberg, 1986].

მეცნიერული რაციონალურობის კლასიკური ტიპი, რომელიც ნიუტონის მექანიკის საფუძველზე ჩამოყალიბდა, ობიექტის შესწავლისას იმისკენ იყო მიმართული, რომ ყველაფრის ელიმინაცია მოეხდინა, რაც კი შემეცნების სუბიექტთან იყო დაკავშირებული. შეფასებისა და ღირებულებების სამყარო მეცნიერებისაგან გარიყული იყო. მხოლოდ მეოცე საუკუნეში შეიცვალა მდგომარეობა, როცა აღმოაჩინეს თუ რა ღრმად და ყოველმხრივ იყო ჩაქსოვილი ადამიანის რწმენის, განცდების, ფასეულობების სამყარო ობიექტური ცოდნისა და სინამდვილის სამეცნიერო-ტექნიკური გარდაქმნის სტრუქტურებში [С. Н. Эрлик, 1997; Евгений (Решетников), архиепископ, 2001].

ყოველივე აქედან კარგად ჩანს, თუ როგორ მომწიფდა ყოფიერების გააზრების სხვადასხვა ტიპის კოორდინაციის აუცილებლობა თანამედროვე კაცობრიობის სულიერი ცხოვრების რეალიაში. ამ აუცილებლობის დემონსტრირება ჩვენი კვლევის საფუძველზე ბიოეთიკის მაგალითზე განვახორციელებთ, ხოლო მონოგრაფიის შემდეგ თავებში იგი განვიხილავთ ფუნდამენტური

ბიოეთიკური პრინციპების, ბიოეთიკის კატეგორიული აპარატის, პრობლემური სიტუაციების ანალიზის დროს.

1.4. ბიოეთიკური კომპონენტის შემოტანის ძირითადი პრინციპები ჯანდაცვის სისტემაში

დღეს მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემაში გადაწყვეტილებების მიღების ერთ–ერთი უმნიშვნელოვანესი ინსტიტუტი გახლავთ ბიოეთიკა, როგორც საზოგადოებრივი დისკუსიების სფერო და როგორც მეცნიერული კვლევის მიმართულება, რასაც უნდა დაემატოს ბიოეთიკის ინსტიტუციონალიზაციის შემდეგი ეტაპი.

ჯანდაცვისა და მედიცინის სივრცის გამდიდრება ბიოეთიკური კომპონენტით მიზნად ისახავს ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის მართვის თანამედროვე სისტემების ორგანიზების პრინციპების და მოდელების სრულყოფას; ამ მიზნით საინფორმაციო და კომუნიკაციური ტექნოლოგიების მიზანდასახული და ეფექტური გამოყენების კვალდაკვალ საჭირობოტო თემა ბიოეთიკის საფუძვლების წარმოდგენაც და დასაბუთებული შემოტანაც.

თანამედროვე ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის მართვის, დაგეგმარების, ორგანიზაციის, სამართლებრივ, სოციალურ და სხვა აქტუალურ საკითხთა გააზრებასა და პრაქტიკული გადაწყვეტაში აუცილებელია თანმიმდევრული და მეცნიერულად არგუმენტირებული პოლიტიკის გატარება. ამ პროცესმა უნდა მოიცვას ის ინსტრუმენტალიაც, რომელსაც თავისი წიადიდან სთავაზობს თანამედროვე ბიოეთიკა.

ბიოეთიკური კომპონენტის შემოტანის პრობლემა ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში გულისხმობს ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპებისა და წესების დანერგვას. ეს პროცესი უნდა ემყარებოდეს მეცნიერულ მოსაზრებებზე დაფუძნებულ მეთოდებსა და რეკომენდაციებს.

ბიოეთიკის ძირითად პრინციპებში იგულისხმება: ”არ ავნო”, ”აკეთე სიკეთე”, პაციენტის (კლიენტის) ავტონომიის პატივისცემა, სამართლიანობა, ძირითად ეთიკურ წესებში კი მოიაზრება სიმართლის დაცვისა და მართლისთქმის, კონფიდენციალობის, გათვითცნობიერებული თანხმობის წესები [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001].

ჩვენი სახელმწიფოსა და საზოგადოების განვითარების მოცემულ ეტაპზე ბიოეთიკურ მსოფლმხედველობაზე

დაფუძნებულ ჯანდაცვის პოლიტიკას უდავოდ შეუძლია შეასრულოს არსებითი როლი სამართლებრივი სახელმწიფოსა და სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბების, სოციალურ ურთიერთობათა გაჯანსაღებისა და ჰუმანიზაციის, მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფისა და სოციალური დაცვის გაუმჯობესების პროცესებში.

როგორი მდგომარეობაა ჩვენს ქვეყანაში?

საქართველოში არსებული ბიოეთიკური ორგანიზაციული სტრუქტურების (ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს, უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების შესაბამისი კათედრების (მიმართულებების), საქართველოს ბიოეთიკისა და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოების, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრის ბიოეთიკის განყოფილების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, მით უმეტეს, ეთიკური საბჭოებისა და სხვ.) მუშაობაში, ერთი მხრივ, არ მოიაზრება მეცნიერული კვლევა, მეორე მხრივ – გამოუყენებელია ბიოეთიკის, როგორც საზოგადოებრივი დისკუსიისა და სოციალურ საკითხებში სახელმწიფო პოლიტიკის დეტერმინანტის პოტენციალი.

გასათვალისწინებელია ისიც, რომ თვით ბიოეთიკური პოლიტიკის გენეზისისა და განვითარებისათვის საჭიროა დემოკრატიის, ცივილური ბაზრის, ინტელექტის, საზოგადოებრივი მორალის ადეკვატური დონის არსებობა. ამდენად, განვითარებულ ქვეყნებში ბიოეთიკა აღწევს თავისი განვითარების სრულიად განსხვავებულ სიმაღლეებს მაშინ, როდესაც ჩვენში ბიოეთიკის ანალოგიური კულტივირების (და აგრეთვე ინსტიტუციონალიზაციის) საშუალება შეზღუდულია და მიმდინარეობს მხოლოდ ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის ადაპტაციის რთული პროცესები.

სანაცვლოდ ჩვენი ქვეყნის რეალიაში არსებობს უმდიდრესი ისტორიულ-ტრადიციული და სულიერ-ზნეობრივი გამოცდილება, აგრეთვე დღეს არსებული ინტელექტუალური პოტენციალი, რომელიც წარმოადგენს როგორც თეორიულ, ასევე პრაქტიკულ წანამძღვრებს ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის რეალური აღორძინებისათვის.

ამგვარ გარემოში ბიოეთიკური კომპონენტის შემოტანის მიზანია:

- ბიოსამედიცინო მეცნიერებებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების პოლიტიკის კონცეპტუალური საფუძვლების შემუშავება;
- ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის, ექიმისა და პაციენტის

უფლებების, ექიმთა პროფესიული საქმიანობის ეთიკური და სამართლებრივი საფუძვლებისა და ამ სფეროში მოქმედი კანონმდებლობის სრულყოფა;

- მონაწილეობა ქვეყნის ჰუმანიტარული (ადამიანური) პოტენციალის შენარჩუნებისა და რეალიზაციის პროგრამების შექმნასა და განხორციელებაში;
- ბიოეთიკის ინსტიტუციონალიზაცია;
- კვალიფიციური კადრების მომზადება ბიომედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჯანდაცვის მენეჯმენტის, მედიცინის სამართლისა და სხვა მომიჯნავე სფეროებში.

მოგეხსენებათ, ბიოეთიკა შეისწავლის არა მხოლოდ ეთიკურ, არამედ მსოფლმხედველობრივ, აქსიოლოგიურ, ანთროპოლოგიურ პრობლემებს და ამ პრობლემათა დამლევის გზებს [Адам, архимандрит, 2003]. აქედან გამომდინარე ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპებისა და წესების დამკვიდრებით მედიცინაში წინა პლანზე წამოიწევეს ისეთი პრიორიტეტები, როგორებიცაა:

- მოსახლეობის სიცოცხლის ხარისხი;
- ბიოსამედიცინო მეცნიერებების განვითარების სტრატეგიის ადეკვატური განსაზღვრა;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების ოპტიმიზაცია და ბიოეთიკიზაცია;
- ბიოეთიკის სფეროში საზოგადოების საინფორმაციო მზაობის (ბიოეთიკური ცნობიერების) ჩამოყალიბება;
- მოსახლეობისათვის არსებულ რეალობასთან შესაფერისი ხარისხის ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრაქტიკულად განხორციელება;
- ახალი ტექნოლოგიების დანერგვის მიზანშეწონილობა;
- პროფესიული საქეიმო (მთლიანად სამედიცინო) საქმიანობის ხარისხი;
- კვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადება;
- არსებული სამედიცინო რესურსების მაღალეფექტური გამოყენება;
- მეცნიერული კვლევების ოპტიმიზაცია;
- სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევების დაგეგმვის ეთიკური სრულყოფა;
- ბიოსამედიცინო მეცნიერებების დარგში სამეცნიერო ხარისხების მინიჭების პოლიტიკის განსაზღვრის ბიოეთიკური მხარე;

- ადამიანის (ექიმისა და პაციენტის) უფლებებისა და ღირსების დაცვა.

ბიოეთიკა, როგორც ვნახეთ, დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებელ მრავალ ფაქტორთან – ბიოსამედიცინო ცოდნის ზრდასთან, მეცნიერული კვლევების ორგანიზაციის სრულყოფასთან, ახალი ტექნოლოგიებისა და მეთოდების დანერგვასთან, საზოგადოებრივ პლურალიზმთან, საბაზრო ეკონომიკასა და მენეჯმენტთან და ა. შ. ამ სიტუაციაში პროფესიულ სამედიცინო ეთიკაში მომხდარი ცვლილებები შეეხო ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობებსაც: გაჩნდა პაციენტის ავტონომიის იდეა, მიღებულია გათვითცნობიერებული თანხმობის დოქტრინა, ჯანდაცვის რესურსების განაწილებაში ყურადღება ექცევა სამართლიანობის პრინციპს. ასე რომ ბიოეთიკის თემა საინტერესო ხდება მთელი საზოგადოებისათვის. მისი პრობლემების მეცნიერული კვლევა და შესწავლა კი იქცა ქვაკუთხედად, რომელსაც უნდა დაეფუძნოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყველა პრობლემური საკითხის გადაწყვეტა, უპირველეს ყოვლისა, განვითარების პრიორიტეტების განსაზღვრა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

თავი მეორე

ბიოეთიკის, როგორც
სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის,
გენეზისის თეორიული საფუძვლები

2.1. სწავლებანი ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე	88
2.2. სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ შეხედულებათა ისტორიული განვითარება და დღევანდელი მდგომარეობა	98
2.3. ძირითადი კონცეფციები ადამიანის, მისი არსისა და ბუნების შესახებ სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სწავლებებში	123
2.3.1. ფუნდამენტური ანთროპოლოგიური შეხედულებები მედიცინასა და ბიოლოგიაში	126
2.3.2. სწავლება ადამიანის შესახებ ფილოსოფიაში (ფილოსოფიური ანთროპოლოგია)	143
2.3.3. ქრისტიანული ანთროპოლოგია და მისი ძირითადი ცნებები	151

ადამიანის, მისი არსისა და ბუნების, ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, სიკვდილის შესახებ სამედიცინო-ბიოლოგიურ (საერთოდ, ბუნებათმეცნიერულ), ფილოსოფიურ, ჰუმანიტარულ, საღვთისმეტყველო სწავლებათა ძირითადი კონცეფციები ის ნიადაგია, რომლისგანაც უნდა ამოიზარდოს ბიოეთიკურ დილემათა გადაწყვეტის ფუნდამენტური პრინციპები; ხოლო თვით ამ სწავლებების განვითარების, მეცნიერული და იდეოლოგიური შეხედულებების ცვლილებების, მათი ბაზისური თეორიების წარმოშობისა და ჩამოყალიბების ისტორიას ჩვენ განვიხილავთ როგორც კაცობრიობის დროსა და სივრცეში არსებობის იმ არეალს, რომელშიაც შეიქმნა ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების ახალი დარგის, თეორიული წანამდგვრები და აღმოცენდა კიდევ თავად ეს მეცნიერება, რომელსაც მისმა შემქმნელმა ბიოეთიკა უწოდა და რომელიც განსაზღვრა, როგორც “მომავლის ხიდი” [Cultures in Contact, 1982; А.Я. Иванюшкин, и др., 1989; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; J. Suaudeau, 2001(a); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

2.1. სწავლებანი ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე

ავადმყოფობა, პათოლოგიური პროცესი და მდგომარეობა ცოცხალი სამყაროს მოვლენათა რიგს განეკუთვნება. ამდენად მათი შესწავლა ექვემდებარება სიცოცხლის ყველა სხვა გამოვლინებათა შემეცნების კანონებს, რომელთაც შეისწავლის ბიოლოგიური, ქიმიური, ფიზიკური, სამედიცინო მეცნიერებანი. თუმცა, აქვე უნდა დავძინოთ, რომ პათოლოგიურ მოვლენათა შემეცნებითი პროცესი არ შეიძლება ამოიწუროს მხოლოდ საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა მეოხებით მიღწეული ცოდნის გამდიდრებითა

და ჭეშმარიტებასთან მიახლოებით. ამიტომაც ჩვენი სამეცნიერო კვლევის მიზანი ამ ეტაპზე გახლავთ როგორც საბუნებისმეტყველო, ისე ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში, აგრეთვე ფილოსოფიასა, ღვთისმეტყველებასა და კაცობრიობის გამოცდილებით დაგროვილ ემპირიულ ცოდნაში არსებული თეორიული წანამდგრების მოძიება ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის ცნებების ბიოეთიკურ რეალიაში გააზრების მიზნით.

როგორც ჩვენ მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა გვიჩვენა, ადამიანის შესახებ სამედიცინო, ბიოლოგიური, ფილოსოფიური, ფსიქოლოგიური, თეოლოგიური და სხვა სწავლებებისა და შეხედულებების ისტორიული განვითარებისა და მეტამორფოზების პროცესში ყოველთვის ცდილობდნენ, განესაზღვრათ ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის არსი [Адам, архимандрит, 2001 (в)].

ამის თვალსაჩინო დადასტურებაა ჩვენ მიერ ქვემოთ წარმოდგენილი ყველა ძირითად სწავლებათა (თეორიათა, მიმდინარეობათა) სისტემატიზებული ჩამონათვალი, რომელიც ასახავს ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ ადამიანის გონის მიერ შემუშავებულ სრულიად განსხვავებულ წარმოდგენებს მათი წარმოშობის ისტორიული დროის, მსოფლგაგების, ფუნდამენტურობისა და სამეცნიერო პროგრესის დონის მიხედვით [Адам, архимандрит, 2001 (в); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ ძირითად სწავლებათა (თეორიათა, მიმდინარეობათა) სისტემატიზირებული ჩამონათვალი

1. უძველესი სამედიცინო ცოდნა:

ა) პირველი ადამიანების ცოდნა (ამ ცოდნის წყარო გახლდათ უშუალოდ შემოქმედი. „და ესმათ ჳმაჲ უფლისა ღმრთისა, მავალისაჲ სამოთხეს შინა“, – ვკითხულობთ წმიდა წერილში (დაბ. 3, 8). ყოველივეს ღმერთისაგან სწავლობდა ადამი და შემდგომ ადამისაგან – მისი შთამომავლები);

ბ) ძველი აღთქმის (ბიბლიური) მედიცინა;

გ) ემპირიულად და დაკვირვების შედეგად მიღებული მეცნიერებამდელი, პრაქტიკული სამედიცინო ცოდნა;

დ) ფსევდორელიგიური და მისტიკური სამედიცინო ცნობიერება (ანიმიზმი, ტოტემიზმი, ასტრალური

მსოფლმხედველობა, მაგიური მედიცინა და ა.შ.) [მ. შენგელია, 1980; П.Е. Заблудовский и др., 1981; ბიბლია, 1989].

2. ძველი მსოფლიოს ქვეყნების (ეგვიპტის, მესოპოტამიის, ჩინეთის, ინდოეთისა და კოლხეთ-იბერიის) სამედიცინო სწავლებები:

ა) ჰუმორულ, სოლიდურ, პნევმატურ შეხედულებათა ჩანასახები;

ბ) ანატომიური ცოდნა;

გ) სწავლება გარე სამყაროს ფაქტორების, ცხოვრებისა და შრომის პირობების როლის შესახებ

დ) უძველესი კოლხურ-იბერიული მედიცინა:

i. Cura Mediana (სამკურნალო მცენარეები, სხვა სამკურნალო საშუალებები, ჰემოტრანსფუზიის იდეები, ტოქსიკოლოგიის საწყისები, კოსმეტიკური საშუალებები...);

ii. მითრიდატე პონტოელი (შხამები, ანტიდოტები, მითრიდატუმი)

[მ. შენგელია, 1979, 1980, П.Е. Заблудовский и др., 1981].

3. ჰუმორალიზმი:

ა) ჰიპოკრატესა და კოსის სკოლის სწავლება;

ბ) კ. გალენის სწავლება;

გ) იბნ-სინას “სამკურნალო მეცნიერების კანონი”, ჯაბირ-იბნ-ხაიანის (დაახ. 721-815) და რაზის შრომები;

დ) არნალდო დე ვილანოვას (დაახ. 1235-1311) “სალერნოს ჯანმრთელობის კოდექსი”;

ე) პარაცელსის (1493-1541) მოღვაწეობა;

ვ) ი. ვან-გელმონტის (1577-1644) იატროქიმიკი;

ზ) ფ. სილვიუსის (1614-1672) იატროქიმიური თეორია;

თ) ტ. ვილიზიუსის “Pharmaceutice rationalis” (1674-1675);

ი) რ. გრააფის, ჯ. პეიერისა (1653-1712) და სხვა იატროქიმიკოსთა მიერ ჯირკვლების აგებულებისა და ფუნქციების კვლევა;

კ) ვ. ვედელის (1645-1721) “Pathologia medica dogmatica” (1692);

ლ) გ. შტალის (1659-1734) ანიმიზმის იდეალისტური დოქტრინა, ფლოგისტონის თეორია, მისტიკურ-თეოლოგიური შეხედულებები;

მ) მეთვრამეტე-მეცხრამეტე საუკუნეების ჰუმორალიზმი;

ნ) კ. როკიტანსკის ჰუმორალიზმი;

ო) თანამედროვე ჰუმორალიზმი

[И.А. Пионтковский, 1977; Б. Слабы, 1987].

4. სოლიდარიზმი:

ა) ლევეკიპეს, დემოკრიტესა და ეპიკურეს ატომისტიკა, როგორც სოლიდარიზმის თეორიული წანამდღარი;

ბ) ალექსანდრიელი ექიმის ერაზისტრატეს შეხედულებები;

გ) მედიცინის საკითხები ლუკრეციუსის პოემაში “საგანთა ბუნებისათვის”;

დ) ასკლეპიადეს სამედიცინო დოქტრინა;

ე) ასკლეპიადეს მიმდევრები: ტემისონი, მისი მეთოდოლოგიური სისტემა (სკოლა) და სხვა მეთოდოლოგი-სოლიდარისტები (თესალი, სორან ეფესელი და სხვ.);

ვ) ცელიუს ავრელიანეს ტრაქტატი “De morbis acutis et chronicis”;

ზ) ნ. კუზანუსის “დიალოგი სტატიკის შესახებ” (1450);

თ) გ. გალილეის იდეები;

ი) ი. კეპლერის წვლილი;

კ) ს. სანტორიოს “De statica medicina” (1614);

ლ) რ. დეკარტეს ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ტრაქტატი “ადამიანის სხეულის აგებულების შესახებ”;

მ) ჰ. ბურჰავეს იატროფიზიკა;

ნ) ფ. გოფმანის შრომები (ფუნქციონალიზმი);

ო) ა. გალერის სოლიდარისტული იდეები (ფიზიოლოგიური მიმართულება);

პ) უ. ჰარვეის წიგნი “ანატომიური გამოკვლევა გულისა და სისხლის მოძრაობის შესახებ ცხოველებში” (1628);

ჟ) ჯ. ბორელის “ცხოველთა მოძრაობის შესახებ” (1680);

რ) ჯ. ბალივის ნაშრომები ფიზიოლოგიაში;

ს) მეთვრამეტე საუკუნის იატრომექანიკა;

ბ. რამაცინის “მედიკო-მექანიკური ტრაქტატი” (1700), ლ.
ჰაისტერის “მექანიკური მედიცინის შესახებ” (1748) და სხვ.;
ტ) უ. კულენის “ნერვული პრინციპი”;
უ) ჯ. ბროუნისა და ფ. ბრუსეს შრომები;
ფ) ანატომიურ-ლოკალისტური მიმართულება
(პათოლოგიური ანატომიის საფუძვლების ჩაყრა);
ქ) რ. ვირხოვის ცელულური პათოლოგია;
ღ) ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მიმართულების
სოლიდარიზმი რუსეთში (ს. ზიბელინი, ე. მუხინი, ი. დიადკოვსკი,
ს. ბოტკინი და სხვ.)
[Ю.А. Шилинис, 1984; П. Е. Заблудовский, 1986; П. Е. Заблудовский,
Ю. А. Шилинис, 1986; Б. Слабы, 1987].

5. იდეალისტური, დუალისტური და ვიტალისტური სწავლებანი:

ა) პლატონის სწავლებაზე დაფუძნებული სამედიცინო
სკოლები;
ბ) პნევმატიკოსთა სკოლა;
გ) არისტოტელეს სწავლება;
დ) გალენის სწავლება;
ე) ქრისტიანულ-ანთროპოლოგიური შეხედულებანი
მედიცინაში;
ვ) პარაცელსის კონცეფცია არქეის შესახებ;
ზ) ი. ვან-გელმონტის შეხედულებები;
თ) გ. შტალი სულის გონიერი მოქმედების შესახებ;
ი) მონპელიეს უნივერსიტეტის საექიმო სკოლა;
კ) ვიტალიზმი გერმანიაში მეთვრამეტე საუკუნის ბოლოსა და
მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში (ა. ფონ ჰალერი, ი. ბლუმენბახი,
გ. ტრევირანუსი);
ლ) რ. ვირხოვისა და კ. ბერნარის ვიტალიზმი;
მ) ჰ. დრიშის ნეოვიტალიზმი;
ნ) ი. რაინკეს ნეოვიტალიზმი;
ო) ფსიქოლამარკიზმი;
პ) თანამედროვე ვიტალიზმი
[А.Я. Ильин, 1976; В.Л. Воейков, 1997; А.В. Олескин, 1997].

6. ფსიქოლოგიზმი, ფსიქოფიზიკური პრობლემა,
ფსიქოსომატიკა მედიცინაში:

- ა) პავლოვის სწავლება უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესახებ;
- ბ) ნერვიზმის თეორია;
- გ) კორტიკო-ვისცერალური პათოლოგიის თეორია;
- დ) სწავლება სტრესისა და ზოგადი ადაპტაციური სინდრომის შესახებ;
- ე) ფსიქოდინამიკური კონცეფცია;
- ვ) ფროიდის ფსიქოანალიზი;
- ზ) პოსტფროიდიზმი ფსიქოანალიზში (ადლერი, იუნგი, ფრომი, ლაკანი და სხვ.);
- თ) კ. იასპერსის ეკზისტენციალიზმი, ნეოთომიზმი და სხვა ფილოსოფიური კონცეფციები ფსიქოსომატიკაში;
- ი) თანამედროვე ფსიქოსომატური მედიცინა;
- კ) სამედიცინო ფსიქოლოგია [Ю.П. Лисицын, 1981; M.F. Basch, 1994; A. Грюнбаум, 1997; M. Eigen, 2000].

7. მედიცინის სხვა თეორიები:

- ა) ეკოლოგიური მედიცინა;
- ბ) კონსტიტუციური მედიცინა. ნეოჰიპოკრატიზმი. ბიოტიპოლოგია;
- გ) ეტოლოგიური კონცეფცია მედიცინაში;
- დ) “ცივილიზაციის დაავადებათა” თეორია;
- ე) ევოლუციური (დარვინისტული) მედიცინა;
- ვ) სოციალური დეზადაპტაციის თეორია;
- ზ) გენური მედიცინა.

ჩვენ მიერ შემუშავებული და წარმოდგენილი ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ სწავლებათა სისტემატიზირებული ჩამონათვალი, როგორც ხედავთ, არ ეყრდნობა მხოლოდ ისტორიულ პრინციპს, თუმცა ეს უკანასკნელი დაცულია ჩამონათვალის ძირითად სისტემურ ერთეულებში.

მედიცინის ისტორიის სათავეებს სხვადასხვა მეცნიერი (მეიერ-შტაინეგი და ზუდჰოფი, გ. ზიგერისტი, ბ. მულტანოვსკი, ბ. პეტროვი, ი. ლისიგინი, მ. ბარსუკოვი, პ. ზაბლუდოვსკი, მ. შენგელია და სხვ.) პირველყოფილ მედიცინაში ეძებს, რაშიც

გულისხმობენ პირველყოფილი თემური წყობილების ხანას პირველი ადამიანების გამოჩენიდან კლასობრივი საზოგადოების წარმოშობამდე [М.И. Барсуков, 1959; მ. შენგელია, 1979, 1980; П.Е. Заблудовский и др., 1981]. ბროკჰაუზისა და ეფრონის ენციკლოპედიაში მას ისტორიამდელი მედიცინა ეწოდება.

კაცობრიობის ისტორიის ბიბლიურ გაგებაზე დაყრდნობით ჩვენ პირველ ადამიანებში მოვიაზრებთ ღვთის მიერ შექმნილ ადამიანებს, ადამიანთა მთელი მოდგმის საერთო წინაპრებს – ადამსა და ევას, რომელთა ცოდვით დაცემითა და სამოთხის დატოვებით იწყება მედიცინის ისტორია, რამეთუ სწორედ მაშინ შემოვიდა სამყაროში ავადმყოფობა და სიკვდილი [Н. Малиновский (протоиерей), 1911; ბიბლია, 1989; Об искушениях, 1994; Серафим (Евгений Роуз), иеромонах, 1998; А.В. Недоступ, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

სამედიცინო ცოდნა, რომელიც ადამმა და მისმა შთამომავლებმა მოიპოვეს, ეყრდნობოდა ადამის მიერ სამოთხეში მიღებულ ღვთაებრივ ცოდნას [Н. Малиновский (протоиерей), 1911; Серафим (Евгений Роуз), иеромонах, 1998; А.В. Недоступ, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003]. მაგრამ დროთა განმავლობაში ეს ღვთაებრივი ცოდნა შეიცვალა, რადგან ნაწილობრივ ჩანაცვლდა საკუთარი გამოცდილებითა და საღი აზრის თვალსაჩინოებაზე დაფუძნებული, დაკვირვების შედეგად მიღებული ცოდნით, რომელიც დაზღვეული არ იყო შეცდომებისაგან. ამგვარად არა მარტო იცვლებოდა, არამედ მახინჯდებოდა ან სრულიადაც იკარგებოდა ჭეშმარიტი წარმოდგენები ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის სულიერი საწყისების შესახებ [Адам, архимандрит, 2001 (в)].

გავიდა დრო და საჭირო გახდა ამ იდეების რეანიმაცია. გაჩნდა სხვადასხვა სწავლებანი არამატერიალური სასიცოცხლო ძალებისა და მათი როლის შესახებ პათოგენეზში. ამ მომენტს ჩვენ განსაკუთრებული ყურადღება მივაქცევთ ჩვენს სისტემატიკაში და ცალკე გამოვყავით კიდევ: (I) იდეალისტური, დუალისტური და ვიტალისტური სწავლებანი; (II) ფსიქოლოგიზმი, ფსიქოფიზიკური პრობლემა, ფსიქოსომატიკა მედიცინაში, რომლებიც ჩვენ მიერ მიჩნეულია, როგორც ადამიანის ბუნებაში სულიერი საწყისის მნიშვნელობის აღდგენისა და მისი შესწავლის მცდელობები.

ჩვენ კვლევაში შესწავლილი სხვადასხვა სამედიცინო თეორიები, კონცეფციები, ჰიპოთეზები, პრინციპები, მიმართულებები საკმარისად ყოვლისმომცველი როდია იმისათვის, რომ მათ საფუძველზე შევქმნათ ერთიანი წარმოდგენა ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ. ისინი შეიძლება

საფუძვლად დაედოს მედიცინის ერთიანი კონცეპტუალური თეორიული სისტემის ჩამოყალიბებას, რაც ხელს შეუწყობს იმ ფუნდამენტური პრობლემების დამუშავებას, რომლებიც დაკავშირებულია ნორმისა და პათოლოგიის პირობებში ცხოველქმედების შესწავლასთან, ავადმყოფობის დაწყების, განვითარების კანონზომიერებების, დიაგნოსტიკის, პრევენციის საკითხების კვლევასთან, ჯანმრთელობის დაცვისა და შენარჩუნების უზრუნველყოფასთან.

ასეთი ერთიანი კონცეპტუალური თეორიული სისტემის შესაქმნელად საჭიროა გარკვეული ამოცანების გადაწყვეტა:

- პირველ რიგში, აუცილებელია მეცნიერული ცოდნის ინტეგრაცია მედიცინის “შიგნით”, ე. ი. ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ მთელი სამედიცინო ცოდნის ანალიზი და სინთეზი, და მხოლოდ შემდეგ ეტაპზე – ტრანსდისციპლინური ინტეგრაცია კაცობრიობის მთელი სამეცნიერო, ფილოსოფიური, ისტორიული, სოციალური გამოცდილების მოხმობით.
- კვლევის გაღრმავება როგორც ადამიანის ცხოველქმედების, ისე მთლიანი პიროვნების შესწავლის მიმართულებით იმ პრინციპულ კანონზომიერებათა გამოვლენის მიზნით, რომლებიც მოქმედებენ ადამიანში ყველა დონეზე – სუბატომურიდან (წინარეზიოლოგიურიდან) სულიერამდე (მეტაზიოლოგიურამდე), რომლებიც სცილდებიან ადამიანის არსების საზღვრებს, გადიან გარე სამყაროში და განაპირობებენ შემოქმედთან ერთიანობას [Адам, архимандрит, 2001 (в)].

“შიდასამედიცინო” ცოდნის ინტეგრაცია ხშირად მოითხოვს დროს ახალი იდეების გაჩენისათვის, შეხედულებათა ჭეშმარიტების შემოწმებისათვის და ა.შ. ასე მაგალითად, უჯრედულმა თეორიამ არა მარტო დიდი აღიარება მოიპოვა, არამედ უდიდესი როლიც შეასრულა მედიცინის წინსვლაში, მაგრამ დრომ მოიტანა ამ თეორიის განვითარების აუცილებლობა. ამ მიმართულებით პროგრესული ნაბიჯი გადადგა გერმანელმა პათოლოგმა რუდოლფ ვირხოვმა (Rudolf Ludwig Karl Virchow, 1821-1902). მან 1858 წელს გამოსცა შრომა “ცელულური პათოლოგია, როგორც ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ ჰისტოლოგიაზე დაფუძნებული სწავლება”.

რ, ვირხოვამდე ყოველგვარი დაავადებისა და პათოლოგიური პროცესის საფუძველს ხედავდნენ ორგანიზმში არსებული ოთხი სითხის შედგენილობაში მომხდარ ცვლილებებსა და ორგანიზმის არამატერიალური ძალების ბრძოლაში. რ. ვირხოვი პათოლოგიური

პროცესის ახსნას “მატერიალისტურად” მიუდგა, აჩვენა რა მისი კავშირი ორგანიზმის მორფოლოგიურ სტრუქტურებთან, უჯრედების სტრუქტურაში განვითარებულ ცვლილებებთან. ამ გამოკვლევებმა დასაბამი მისცა კიდევ ერთ ახალ მეცნიერულ დისციპლინას, რომელსაც პათოლოგია ეწოდა. იგი გახდა როგორც თეორიული, ისე კლინიკური მედიცინის საფუძველი.

თუმცა რ. ვირხოვის შეხედულებები არ იყო დაზღვეული შეცდომებისაგან. უკვე თ. შვანის ნაშრომში შეიმჩნეოდა ორგანიზმის, როგორც უჯრედებისაგან შემდგარი ერთგვარი ჯამური წარმონაქმნის, როგორც უჯრედთა და მათ ფუნქციათა ჯამის, განხილვის ტენდენცია. რ. ვირხოვმა და, განსაკუთრებით, მისმა მიმდევრებმა, არა თუ არ თქვეს უარი ამ შეხედულებებზე, არამედ განავითარეს კიდევ. მაგალითად, გერმანელი ფიზიოლოგი მ. ფერვორნი (Max Verworn, 1863–1921) ორგანოს ფუნქციას უყურებდა, როგორც უჯრედთა ფუნქციის ჯამს, ხოლო მეორე გერმანელი ზოოლოგი – დარვინისტი ერნსტ ჰეკელი (Ernst Heinrich Haeckel, 1834–1919) ყოველგვარ მრავალუჯრედიან ორგანიზმს განიხილავდა, როგორც უჯრედთა რაღაც “სახელმწიფოს”, რომელშიაც თითოეული უჯრედი “ცხოვრობს” თავისი დამოუკიდებელი ცხოვრებით. აქედან გამომდინარეობდა მცდარი დასკვნა იმის შესახებ, თითქოს ორგანიზმში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები ცალკეული უჯრედის ცხოველმოქმედების დარღვევების ჯამია, რომ თითქოს პათოლოგიური პროცესი ადგილობრივი, ლოკალური პროცესი იყოს.

რ. ვირხოვი და მისი მიმდევრები ვერ ხედავდნენ თვისობრივ განსხვავებას მთლიანსა და ნაწილს შორის, ორგანიზმს კი განიხილავდნენ მისი არსებობის პირობების გაუთვალისწინებლად. რუსი მეცნიერი ი. მ. სეჩენოვი (Иван Михайлович Сеченов, 1829–1905) უკვე 1860 წელს აღნიშნავდა, რომ რ. ვირხოვი შეისწავლიდა ორგანიზმს გარემოსაგან, ხოლო ორგანოებს – ორგანიზმისაგან მოწყვეტილად. ევოლუციონისტებს კი მიაჩნიათ, რომ რ. ვირხოვის მიმდევრების შეცდომა ისიც იყო, რომ ორგანიზმს მისი “ისტორიული განვითარების” ასპექტით არ განიხილავდნენ და ისიც ავიწყდებოდათ, რომ ვირხოვი არ ყოფილა არც მატერიალისტი და არც მით უმეტეს ევოლუციონისტი, პირიქით – იგი აშკარად გამოდიოდა ჩ. დარვინის ევოლუციური მოძღვრების წინააღმდეგ.

ი. მ. სეჩენოვმა, ი. პ. პავლოვმა (Иван Петрович Павлов, 1849–1936) და ს. პ. ბოტკინმა (Сергей Петрович Боткин, 1832–1889) გვიჩვენეს, რომ ორგანიზმი ერთი მთლიანია და რომ მისი ნაწილების ინტეგრაცია ნერვული სისტემის მეოხებით

ხდება პირველ რიგში. ი. პ. პავლოვმა დაადგინა ორგანიზმში ცენტრალური ნერვული სისტემის წამყვანი მაკოორდინირებელი როლი.

“შიდასამედიცინო” ინტეგრაციის პრინციპი მედიცინაში სრულიად განსხვავებული მიმდინარეობებისა და მიმართულებების არაერთი წარმომადგენლისათვის იყო დამახასიათებელი. მაგალითად, კ. გალენი (Galēnus Claudius, 129/131 – 200/210), ვისი შრომებიც 15 საუკუნის განმავლობაში გავლენას ახდენდა მედიცინის განვითარებაზე, ჰუმორალიზმს უთავსებდა სოლიდარიზმის წარმოდგენებს. გარდა ამისა, იგი აღიარებდა არამატერიალური სასიცოცხლო ძალების, პნევმის არსებობას. ამრიგად, გალენი ავადმყოფობას განიხილავდა, როგორც ქაოსს, უწყვეტილობას, რომელიც იჭრება მკვრივი ნაწილების, სითხეებისა და პნევმის ჰარმონიასა და წონასწორობაში [И. А. Пионтковский, 1977].

შვეიცარელი ბუნებისმეტყველი და ექიმი ალბრეხტ ფონ ჰალერი (Albrecht von Haller, 1708—1777), რომელიც თავის მასწავლებელ ჰერმან ბურჰავესთან (Hermann Boerhaave, 1668-1738) ერთად ადამიანის როგორც ჯანმრთელ, ისე ავადმყოფ ორგანიზმში მიმდინარე პროცესების ახსნისას მექანიკურ პოზიციებზე იდგა, მიუთითებდა, რომ ფიზიოლოგი უნდა სწავლობდეს არა მარტო მატერიალური ნაწილების (ფიბრების), არამედ აგრეთვე სითხეების (ჰუმორული პრინციპი) მოძრაობისა და გარდაქმნის კანონებს. ამავე დროს იგი ვიტალისტიც იყო ისევე, როგორც ბევრი სხვა იატროფიზიკოსი [В.Л. Меркулов, 1981].

ერთგვარი თეოლოგიური შეფერილობის ვიტალისტურ შეხედულებებს ავითარებდა იატროქიმიკოსი გ. შტალი (Stahl Georg Ernst, 1659 - 1734). იგი ლაპარაკობდა გარკვეული მიზანშეწონილობის არსებობაზე ცოცხალ არსებათა აგებულებაში [Н. Деккер, И. Кестнер, 1987].

ტელეოლოგიზმის იდეებს იზიარებდნენ აგრეთვე კ. ბერნარი (Claude Bernard, 1813-1878) და რ. ვირხოვი, რითაც უარყოფდნენ დარვინის ევოლუციონიზმს. ეს შეხედულებები მთლიანად უკუაგდებდა რა მექანიკურ მატერიალიზმს, ხელს უწყობდა სიცოცხლის არსის უფრო ღრმა და ჭეშმარიტ გაგებასა და ადამიანის ბუნების შემდგომ კვლევას [Н. Деккер, И. Кестнер, 1987; Д.С. Саркисов, 1988].

ი. პ. პავლოვის სწავლებამ ფიზიოლოგიაში, ნერვიზმმა, კორტიკო-ვისცერული პათოლოგიის თეორიამ, აგრეთვე ფსიქოსომატიკამ და ფსიქოანალიზმა, პიროვნების თეორიებმა და ფსიქოლოგიის სხვა მიღწევებმა ნაწილობრივ ამოხსნა ადამიანის

ბუნების სულიერი საწყისის არაერთი საიდუმლო.

თანამედროვე სიცოცხლის შემსწავლელ მეცნიერებებში მოლეკულურმა ბიოლოგიამ გაკვალა გზა ახალ (მოლეკულურ, ატომურ, სუბატომურ) დონეზე სასიცოცხლო პროცესების მიმდინარეობის კანონზომიერებების აღმოჩენისაკენ [Л. Л. Киселев, 1999 (a)].

გენეტიკის ახალმა დარგებმა – გენომიკამ, პროტეომიკამ და ბიოინფორმატიკამ – საფუძველი ჩაუყარა არამარტო სიცოცხლის, ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის არსის შესწავლის ახალ მიმართულებას გენეტიკური მასალის ქიმიური სტრუქტურის შესწავლის გზით, არამედ შექმნეს მომავლის მედიცინისადმი (პრინციპულად სხვა მედიცინისათვის) აუცილებელი ახლებური მიდგომები: ახალი წამლები, დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდები [А. И. Арчаков, 2000].

ამრიგად, ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ სწავლებათა ღრმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მთელი სამედიცინო ცოდნა, მისი ისტორიული განვითარების, მეცნიერული პროგრესის დონისა და მსოფლმხედველობის გათვალისწინებით ქმნის კეთილსაიმედო ნიადაგს მედიცინის ერთიანი კონცეპტუალური თეორიული სისტემის შესაქმნელად, რაც თავისთავად გარკვეულ პრინციპებს უნდა ეფუძნებოდეს:

- ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის, ნორმისა და პათოლოგიის პირობებში ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე სასიცოცხლო პროცესების შესახებ არსებული მთელი ცოდნის ტრანსდისციპლინურ ინტეგრაციას;
- ბიოლოგიურის, სოციალურის, კულტურულისა და სულიერის (ფსიქოლოგიურისა და მეტაფსიქოლოგიურის) ერთიანობას ადამიანში;
- დეტერმინიზმის შერწყმას ტელეოლოგიზმთან სიცოცხლე-სიკვდილისა და ავადმყოფობა-ჯანმრთელობის არსისა და მათ შესახებ სწავლებათა განვითარების ისტორიულ კანონზომიერებათა გამოკვლევის მიზნით.

2.2. სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ შეხედულებათა ისტორიული განვითარება და დღევანდელი მდგომარეობა

სიცოცხლისა და სიკვდილის ურთიერთმიმართებას იკვლევენ: ფილოსოფოსები, სოციოლოგები, ფსიქოლოგები;

იგი აღელვებს მწერლებს, პოეტებს, მხატვრებს და, საერთოდ, ყველა მოაზროვნე ადამიანს; ამ პრობლემისადმი მიძღვნილი ლიტერატურა ერთობ მრავალფეროვანია [П. В. Корнеев, 1975]; მთელი ამ ცოდნის გათვალისწინება, ცხადია, აუცილებელია იმ ბიოეთიკური დილემების შესწავლისათვის, რომელთა გადაწყვეტის ქვაკუთხედი სიკვდილისა და სიცოცხლის არსის კომპეტენტური, ტრანსდისციპლინური დეფინიციის განზომილებაში მდებარეობს, სადაც პრიორიტეტი, ბუნებრივია, სამედიცინო-ბიოლოგიურ ცოდნას ენიჭება. ამგვარ შეხედულებებს ეყრდნობა ამ თავში წარმოდგენილი ჩვენეული რეფლექსია სიკვდილისა და სიცოცხლის შესახებ სწავლებათა განვითარებისა და მეტამორფოზების გარშემო.

“სიცოცხლის არსი” საწყისი მსოფლმხედველობრივი ცნებაა როგორც ბიოლოგიური, ისე სამედიცინო მეცნიერებებისათვის, რადგან არ შეიძლება მხოლოდ ბიოლოგიამ აიღოს თავის თავზე სიცოცხლის ზოგადი თეორიის შექმნის ფუნქცია [А. И. Алешин, 1973; Н. В. Кивенко, 1988].

ეს უკანასკნელი მოიაზრება, როგორც სიცოცხლის ორგანიზაციისა და განვითარების, ორგანული (“განსულიერებული” [J. Lejeune, 1993]) მატერიის ძირითადი სტრუქტურული დონეების ურთიერთქმედების პრინციპთა სისტემა [А. И. Алешин, 1973].

ბიოლოგიის ფარგლებში შეიძლება ვილაპარაკოთ ბიოლოგიური სისტემების ორგანიზაციის მხოლოდ ზოგად პრინციპებზე, მაგრამ არა სიცოცხლის ყველაფრისმომცველ დეფინიციაზე მისი გამოვლინებების სრული სპექტრით, რომელთა შორისაც წამყვანი და გამორჩეული ადგილი უჭირავს ადამიანის სიცოცხლეს.

ბიოლოგიის, როგორც მეცნიერების, ამოცანაა შეიმეცნოს სიცოცხლის არსი და თვისებები, მისი წარმოშობისა და განვითარების კანონზომიერებანი. მაგრამ აქვე უნდა გავითვალისწინოთ, რომ “სიცოცხლის” ცნება მოიცავს არა მარტო მცენარეთა და ცხოველთა სამყაროს, არამედ ადამიანის მთელ მოღვაწეობას, ცხოვრებას და შემოქმედებას. ამასთან ცოცხალი ბუნება განუწყვეტელ კავშირშია როგორც არაორგანულ ბუნებასთან, ისე სოციალურთან, ადამიანთა საზოგადოებასთან, რომელშიაც თავისი, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი, თვისებრივად ახალი, უფრო მაღალი დონის კანონზომიერებანი მოქმედებს.

ამიტომაც სიცოცხლის ფუნდამენტური მეცნიერული კვლევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ მთელი ცოდნის ინტეგრაციის საფუძველზე, რომელიც სიცოცხლის გამოვლინების ყველა ფორმას მოიცავს უმარტივესი ცოცხალი ორგანიზმების ცხოველქმედებიდან

ადამიანის სულიერი მოღვაწეობის ჩათვლით.

ამრიგად, წარმოდგენილი რეფლექსიის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ:

1. სიცოცხლე უნდა განვიხილოთ როგორც მრავალსაფეხურებრივი დინამიკური ფენომენი, რომლის სხვადასხვა დონეების ერთობლიობა ცოცხალი მატერიის იერარქიული კიბის შესატყვისი გამოხატულებაა.
2. სიცოცხლის, როგორც ცნების, დეფინიცია, შეუძლებელია, რაიმე უნივერსალური ფორმულის სახით, რომელიც ამომწურავად გამოხატავდა სიცოცხლის არსს. იგი თავისი შინაარსით უფრო ბიოლოგიური ობიექტების – ყველა ცოცხალი ორგანიზმის – არსებითი მახასიათებლების შემცველ განსაზღვრებათა სისტემად, დეფინიციათა ერთობლიობად შეიძლება წარმოვიდგინოთ.
3. მისწრაფება ცხოველმოქმედების ყველა და ყოველგვარი გამოვლინების შესწავლისაკენ, რომელიც ეყრდნობა სიცოცხლის ისეთ გაგებას, როცა ცხოველქმედებაში უნდა ვიგულისხმოთ ადამიანის სიცოცხლეს და ცხოვრებას მთელი თავისი სირთულითა და მრავალფეროვნებით, არის ის ამოსავალი მსოფლმხედველობრივი დებულება, რომელსაც უნდა დაეყრდნოს სამედიცინო მეცნიერება და, მაშასადამე, პრაქტიკული ჯანდაცვაც, სიცოცხლის არსთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტის პროცესში. ამგვარი მიდგომა ხელს უწყობს ადამიანის ბიოლოგიის განვითარებას, ბიოლოგიური და სამედიცინო კვლევის ინტეგრაციასა და ჰუმანიტარიზაციას, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ბიოეთიკის თეორიული საფუძვლების ჩამოყალიბებისათვის [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001(გ)].

ჩვენი აზრით, სიცოცხლის შესახებ სწავლებათა ანალიზისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ამ სწავლებათა მიერ შემუშავებულ შეხედულებებს შემდეგი საკითხების ირგვლივ:

- სიცოცხლის წარმოშობა,
- ადამიანის სიცოცხლის დასაწყისი (ჩასახვა და მუცლადყოფნის პერიოდი),
- სიცოცხლის ფინალი (სიკვდილი) და უკვდავება.

ამათგან პირველი, თუ არ ჩავთვლით ფილოსოფიასა და ღვთისმეტყველებას, წარმოადგენს ბუნებათმეცნიერებების პრობლემას, რომელთაგან ჩვენ, პირველ რიგში, ბიოლოგიური მეცნიერებები გვაინტერესებს. რაც შეეხება ადამიანის სიცოცხლის დასაწყისის განსაზღვრის დილემას, იგი პირველ საკითხზე უფრო მეტად იჭრება მედიცინის სფეროში და მისი პრაქტიკული მნიშვნელობაც აქ უფრო მკვეთრად იკვეთება. იგივე ითქმის

სიკვდილის, როგორც სიცოცხლის ფინალის გაგებაზე. მას სამედიცინო პრობლემათა გრძელი ნუსხა უკავშირდება [R. Devine, 2000; B.M Dickens, 2000; E. van Leeuwen, G. Kimsma, 2000; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; И.В. Силуянова, 2001(6); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

დიდ სამეცნიერო ინტერესს იწვევს საკითხი ადამიანის უკვდავების შესახებ. მცდარია მოსაზრება, თითქოს იგი მხოლოდ თეოლოგიის, ფილოსოფიისა და ხელოვნების საგანს წარმოადგენს.

“რამდენიმე სიტყვა სულის უკვდავების შესახებ” – ასე უწოდა თავისი მეცნიერული ნაშრომის “ცდისეული ფსიქოლოგიის საფუძვლები” (1858 წ.) ერთ-ერთ თავს გაბრიელ ქიქომე [გაბრიელი (ქიქომე), ეპისკოპოსი, 1993].

1918 წელს კი ვ. მ. ბეხტერევმა დაწერა ნაშრომი “ადამიანის პიროვნების უკვდავება, როგორც მეცნიერული პრობლემა” [В. М. Бехтерев, 1999].

ჩვენი სამეცნიერო კვლევის ინტერესს, უწინარეს ყოვლისა, ამ პრობლემის სწორედ მეცნიერული მხარე წარმოადგენს. ჩვენ ვთვლით, რომ ადამიანის უკვდავების თემა აუცილებლად უნდა განიხილებოდეს იქ, სადაც სიცოცხლე და სიკვდილი სამეცნიერო კვლევის საგანი ხდება.

პირველი ადამიანების ცოდნა სიცოცხლის გენეზისის შესახებ ღვთაებრივი წარმოშობისა იყო [ბიბლია, 1989; Серафим (Евгений Ройз), иеромонах, 1997, 1998].

ეს ცოდნა კაცობრიობის ისტორიის ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე იცვლებოდა თეორიებით, შეხედულებებით, იდეებით, რომელთაგან განსხვავებით ამ ცოდნას რელიგიური ეწოდებოდა. იგი სიცოცხლის, სამყაროს, ადამიანის წარმოშობას შემოქმედი ღმერთის “შესაქმეს” აქტებს უკავშირებს. ამგვარ შეხედულებათა სისტემა კრეაციონიზმის სახელითაა ცნობილი.

კრეაციონისტულ კონცეფციათა საპირისპიროდ გაჩნდა იდეა სიცოცხლის თავისთავად სხვადასხვა მატერიალურ წარმონაქმნთაგან (მიწის, ნემომპალის, ნარჩენებისა და სხვა ობიექტებისაგან) წარმოშობის შესახებ. ამ თვალსაზრისს იზიარებდნენ არისტოტელე, პარაცელსი, უ. ჰარვეი, ი. ვან-გელმონტი, ნ. კოპერნიკი, გალილეი, გოეთე, რ. დეკარტე, შელინგი და სხვ. ამ მეცნიერთა და ფილოსოფოსთა ავტორიტეტმა განაპირობა სიცოცხლის თვითჩასახვის იდეის დღეგრძელობა და ფართოდ გავრცელება. საკმარისია ითქვას, რომ ვერც რედის (F. Redi, მე-17 ს.), ვერც სპალანცანის (L. Spallanzani, მე-18 ს.) მიერ ჩატარებულმა ცდებმა ვერ მოახდინეს ვერავითარი

გავლენა სიცოცხლის სპონტანური თვითჩასახვის გაბატონებულ კონცეფციაზე.

მხოლოდ მეცხრამეტე საუკუნის 60-იან წლებში მოხერხდა ამ შეხედულების უსაფუძვლობის მეცნიერული დასაბუთება, რაც დაკავშირებული იყო ფუშესა (F. A. Pouchet) და ლუი პასტერს შორის გაჩაღებულ დისკუსიასთან. პასტერის ცდებმა საფუძველი ჩაუყარა იდეას იმის შესახებ, რომ ყოველივე ცოცხალი წარმოშობილია მხოლოდ ცოცხალისაგან.

დაახლოებით იმავე დროს (1865 წ.) გერმანელმა მეცნიერმა რიხტერმა (H. E. Richter) ჩამოაყალიბა ჰიპოთეზა დედამიწაზე ცოცხალ არსებათა კოსმოსიდან შემოტანის შესახებ (პანსპერმია).

ამ კონცეფციის თანახმად, უმარტივეს ორგანიზმთა ჩანასახები დედამიწაზე შესაძლებელია შემოტანილიყო მეტეორიტებთან ან კოსმოსურ მტვერთან ერთად, რითაც საფუძველი ჩაეყარა სიცოცხლის ევოლუციას, რამაც, თავის მხრივ, წარმოშვა დედამიწაზე სიცოცხლის მთელი ეს მრავალფეროვნება. პანსპერმიის კონცეფციას იზიარებდნენ ისეთი დიდი მეცნიერები, როგორებიც იყვნენ ს. არენიუსი, უ. ტომსონი, გ. ჰელმჰოლცი. თანამედროვე მეცნიერთაგან შეიძლება დავასახელოთ ნობელის პრემიის ლაურეატი ფრენსის კრიკი, “ქიმიური ევოლუციის” (1971) ავტორი მ. კალვინი.

ამ ჰიპოთეზას უპირისპირდება მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ უმარტივესები და ცოცხალ ორგანიზმთა ჩანასახები კოსმოსში დაილუპებოდა ულტრაიისფერი და კოსმოსური სხივების ზემოქმედების შედეგად. აქვე დავსძენთ, რომ პანსპერმიის იდეა ვერ ხსნის სიცოცხლის წარმოშობის საკითხს, როგორც ასეთს, სამაგიეროდ მჭიდროდ უკავშირდება სიცოცხლის მარადიულობის იდეას, უარყოფს არაორგანულისაგან ორგანული ბუნების წარმოშობის იდეას, რითაც უახლოვდება პრობლემის თეოლოგიურ და იდეალისტურ ინტერპრეტაციებს.

სიცოცხლის წარმოშობის პრობლემის დიალექტიკურ მეთოდოლოგიაზე დაფუძნებული მატერიალისტური გადაწყვეტის კონცეფციები შეიმუშავა ფრ. ენგელსმა. მან უარყო სიცოცხლის თვითჩასახვის ჰიპოთეზა და მას მატერიის მოძრაობის ბიოლოგიური ფორმის ქიმიურისაგან წარმოშობის „კანონზომიერი“ დიალექტიკური ხასიათი დაუპირისპირა, ხოლო თვით სიცოცხლის წარმოშობა განსაზღვრა როგორც ხანგრძლივი ისტორიული პროცესი და ასე ახსნა ცოცხალი მატერიის განვითარება არაორგანულისაგან. იგი ვიტალისტური მიდგომის წინააღმდეგაც გამოვიდა და ჩამოაყალიბა დებულება ცილის, როგორც სიცოცხლის მატერიალური მატარებლის, შესახებ.

დიალექტიკურ-მატერიალისტური მიდგომის საფუძველზე საბჭოთა მეცნიერმა ა. ი. ოპარინმა შექმნა ჰიპოთეზა, რომელიც ჩამოაყალიბა წიგნში “სიცოცხლის წარმოშობა” (1924). მან პირველმა შეიმუშავა ამ პრობლემის ექსპერიმენტული კვლევის სამეცნიერო პროგრამა.

კოსმოლოგიის, ორგანული ქიმიის, გეოფიზიკის, ბიოქიმიის, გეომორფოლოგიის, ასტროფიზიკისა და სხვა მეცნიერებების მიღწევათა ანალიზის საფუძველზე მან შემოგვთავაზა ჰიპოთეზა, რომლითაც შეეცადა აეხსნა ქიმიური ევოლუციის კანონზომიერი ხასიათი სულ უფრო რთული პროდუქტების წარმოქმნის მიმართულებით თვით უმარტივესი ცოცხალი ორგანიზმების გაჩენის ჩათვლით. ოპარინი მივიდა დასკვნამდე, რომ სიცოცხლის წარმოშობა ბედნიერი შემთხვევითობა კი არაა, არამედ სავსებით კანონზომიერი მოვლენაა – სამყაროს ზოგადი ევოლუციის შემადგენელი ნაწილი. მან ჩათვალა, რომ ეს დასკვნა საშუალებას აძლევდა სიცოცხლის წარმოშობის შემეცნება სავსებით ობიექტურ მეცნიერულ შესწავლაზე დაქვემდებარებულად გამოეცხადებინა და უარეყო სამყაროს შექმნის წინასწარარსებული გეგმის საჭიროების აუცილებლობა [И. Т. Фролов и др., 1988].

ოპარინის პარალელურად მსგავსი აზრები ე. წ. კოაცერვაციების – ორგანული მოლეკულების ნარევის შესახებ გასული ასწლეულის 20-იანი წლების ბოლოს დასავლეთში ჯ. ბ. ჰოლდენიმაც გამოთქვა. მოგვიანებით, 50-იან წლებში, ამერიკელმა მეცნიერებმა სტენლი მილერმა და ჰაროლდ იურიმ, ისევე, როგორც ლესლი ორგელმა, ზოგიერთი რთული მოლეკულა ლაბორატორიულ პირობებში მიიღეს, თუმცა შემდგომში ეს ექსპერიმენტები სერიოზულ მეცნიერულ არგუმენტებად გამოუსადეგარი აღმოჩნდა [S. J. Maynard, E. Szathmary, 1996; ლ. გველესიანი, 2000].

სიცოცხლის წარმოშობის ყველა თანამედროვე თეორია პირობითად შეიძლება სამ მიმართულებას მივაკუთვნოთ: სუბსტრატულს (ოპარინი და მისი მიმდევრები), ენერგეტიკულს (ი. პრიგოჟინი, ლ. ა. ბლუმენფელდი, მ. ვ. ვოლკენშტაინი, კ. ს. ტრინჩერი და სხვ.) და ინფორმაციულს (ა. კოლმოგოროვი, ა. ლიაპუნოვი, მ. აიგენი (M. Eigen), ფრ. კრიკი და სხვ.).

გარდა ოპარინისა და ჰოლდენის ჰიპოთეზებისა, აღიარება ჰპოვა კასტლერის ჰიპოთეზამ რეპლიკაციის თვისების მქონე პოლინუკლეოტიდის მოლეკულის ევოლუციის, კალვინის იდეამ ზოგიერთი ბიოპოლიმერის ავტოკატალიზის თვისების მოლეკულური ევოლუციის, ჯ. ბერნალის კონცეფციამ ადსორბციული აპკების ქიმიური ევოლუციის, ს. ფოქსისა და კ. დოუზის ჰიპოთეზამ პროტეინოიდული მიკროსფეროების

ევოლუციის, მანფრედ აიგენისა და რუთ ვინკლერის თეორიამ ცილებისა და პოლინუკლეოტიდების სინთეზის სისტემების თვითგანახლებადი ჰიპერციკლის ევოლუციის, მეკლერის კონცეფციამ ჯვარედინი სტერეოკომპლემენტარობის (გენეტიკური ინფორმაციისა და კოდის კვლავწარმოების მექანიზმის) შესახებ და ა. შ. [И. Т. Фролов и др., 1988; ლ. გველესიანი, 2000; M. Eigen, 2000].

განსხვავებულ თვალთახედვათა მიუხედავად ყველა ჩამოთვლილი კონცეფცია მეთოდოლოგიური მიდგომით ერთმანეთს ამსგავსება – ისინი ე. წ. ისტორიული ექსტრაპოლაციის მეთოდს იყენებენ, ე. ი. სიცოცხლის განვითარების ისტორიის ახსნას ცდილობენ თანამედროვე ცოცხალი სისტემების სუბსტრატული, ენერგეტიკული და ინფორმაციული მახასიათებლების მეოხებით. ამგვარი მიდგომა ხასიათდება უუნარობით, აღმოაჩინოს ქიმიური ევოლუციის კანონები, რომლებიც განსაზღვრავენ მის პირობებს, შესაძლებლობებს, მიზეზებსა და მიმართულებებს. გაუგებარია, თუ რა განაპირობებს ქიმიურ ევოლუციას; რით განსხვავდება იგი არაორგანიზებული ქიმიური პროცესებისაგან; რატომაა ევოლუცია, მათი მტკიცებით, მიმართული მარტივიდან რთულისაკენ, არაორგანულიდან ორგანული ნივთიერებებისაკენ, ხოლო ორგანულიდან ბიოპოლიმერებისაკენ და ა. შ. [И. Т. Фролов и др., 1988; J. M. Smith, E. Szathmary, 1999].

ახალი შეხედულებების გაჟღერება სიცოცხლის გენეზისის შესახებ ბოლო დრომდე არ წყდება. არის აზრი, რომ სიცოცხლე ოკეანის ფსკერზე, სიღრმესა და სიბნელეში წარმოიშვა; აირნს-სმითის თეორია ცდილობს დაამტკიცოს ცოცხალის წარმოშობა კრისტალური თიხის სტრუქტურებისაგან; არსებობს ასევე მოდელები, რომლის თანახმადაც სიცოცხლე წარმოიქმნა ღრუბლებში ან მიწის ზედაპირზე; კანადელ მეცნიერს ფორდ დულიტლს ბოლოდროინდელი გამოკვლევების ფონზე მიაჩნია, რომ სიცოცხლის და, კერძოდ, ბაქტერიათა წარმოშობის ისტორია ხელახლა დასაწერია, რადგანაც წარსულში სულ სხვა პროცესები მიმდინარეობდა, ვიდრე ეს ამჟამადაა მეცნიერთა მიერ მიღებული; ბიოქიმიკოსი მ. ბიჰი, საერთოდ, არასერიოზულად მიიჩნევს დარვინისტულ მიდგომას სიცოცხლის წარმოშობისადმი [A. Ю. Авсюк, 1995; S. J. Maynard, E. Szathmary, 1996; J. M. Smith, E. Szathmary, 1999; ლ. გველესიანი, 2000].

ვაჯამებთ რა სიცოცხლის შესახებ არსებული შეხედულებების არაერთგვაროვნებას, შეიძლება დასკვნის სახით ჩამოვაყალიბოთ აზრი იმის შესახებ, რომ სიცოცხლე რჩება ჯერ კიდევ შეუცნობელ ფენომენად. მეცნიერებისათვის ბურუსითაა მოცული საკითხი სიცოცხლის წარმოშობის შესახებ; ამასთან მეცნიერება არ ფლობს

შესაბამის მეთოდოლოგიას ამ პრობლემის შესწავლისათვის და ამიტონაც იძულებულია შემოიფარგლოს მრავალრიცხოვანი ჰიპოთეზების მოწოდებით [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

თითოეული ჰიპოთეზა აუხსნელს ტოვებს სიცოცხლის გაჩენის “პირველი ბიძგის” საკითხს. ყველა ეს თეორია და მოდელი გულისხმობს, რომ უკვე არსებობს რაღაც, რაც შეიძლება ცოცხალ სამყაროს მივაკუთვნოთ, მაგრამ არ აღიარებს ღვთაებრივი ძალის მონაწილეობას. თანამედროვე მეცნიერების (მოლეკულური ბიოლოგიის, გენეტიკის) მიღწევები ნათლად მეტყველებს იმაზე, რომ სიცოცხლე არ შეიძლება წარმოშობილიყო თავისთავად. “დღეს არსებული ტრანსლირების აპარატი იმდენად რთულია, იმდენად უნივერსალურია და იმდენად დიდ როლს ასრულებს, რომ ძნელია წარმოვიდგინოთ მისი წარმოშობა, ან ის, რომ უიმისოდ სიცოცხლე არსებობდა” (მაინარდ სმიტი) [M. Smith, 1998].

„ბუნებას თავისთავად არც დრო და არც მოლეკულები არ ეყოფოდა იმისათვის, სიცოცხლე შემთხვევით რომ შეექმნა”, – წერს ვ. დრეესი [W. B. Drees, 1996].

ჰანს დრიში ასევე უაზრობად მიიჩნევს ორგანიზმთა ფუნქციების წარმოქმნას შემთხვევითობის საფუძველზე [И. Т. Фролов и др., 1988].

ვიფარგლებით რა სიცოცხლის წარმოშობის შესახებ წარმოდგენილი რეფლექსიით, გადავდივართ შემდეგ საკითხზე ადამიანის სიცოცხლის დასაწყისის შესახებ.

განაყოფიერების, ანუ მამრობითი და მდედრობითი სასქესო გამეტების ურთიერთასიმილაციის შედეგად მიღებული განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი, ანუ ზიგოტა, ემბრიოლოგიაში განმარტებულია, როგორც “თვისებრივად ახალი ორგანიზმი” [მ. ი. სუბოტინი, ე. ფ. კოტოვსკი, 1977].

მაშასადამე, ზიგოტის სახით არსებობს ახალი სიცოცხლე, ორგანიზმი ხომ მხოლოდ ცოცხალ არსებებს ეწოდება. ასე რომ, ცხადია, ადამიანის სიცოცხლე იწყება განაყოფიერებით [А. И. Брусиловский, 1984].

მიუხედავად ამისა, როცა შესწავლის ობიექტი ადამიანის ზიგოტა, ჩანასახი, ემბრიონი ან ნაყოფია, სხვადასხვა მეცნიერთა შეხედულებები იმის შესახებ, განიხილონ თუ არა ისინი როგორც ადამიანური არსებები, საპირისპირო და ერთმანეთისაგან განსხვავებულია. არადა სწორედ ამ მეცნიერულ საზრისზეა დამოკიდებული ბიოეთიკურად უმნიშვნელოვანესი დილემების გადაწყვეტის ბედი არა მარტო თეორიულად, არამედ სამართლებრივადაც [J. S. Zaremba, et al., 2001].

სამეცნიერო კვლევების მიხედვით, განაყოფიერების მომენტიდან დაწყებული ადამიანის ემბრიონს უკვე მოეპოვება ადამიანური ინდივიდუუმის ყველა მახასიათებელი:

- მინიჭებული აქვს ახალი, სპეციფიკური ბიოლოგიური არსი სიცოცხლისა და განვითარების საკუთარი პროგრამით;
- აქვს გენომით განსაზღვრული და გენომისვე მიერ მართვადი, მოზრდილი ადამიანის ფორმირებამდე თანდათანობით განვითარებისაკენ მიმართული შინაგანი დინამიზმი;
- არსებობს დამოუკიდებელი ორგანიზმის ე. ი. ორგანიზებული ბიოლოგიური ერთობლიობის სახით, რომელიც ცხოველქმედებს და მრავლდება მკაცრად განსაზღვრული წესითა და რიგით;
- არის დამოუკიდებელი, რაც ნიშნავს, რომ არ საჭიროებს გარეშე ძალებს საკუთარი ცოცხალი სტრუქტურების შესანარჩუნებლად;
- არის თვითმაკონტროლირებელი საკუთარი გენეტიკური პროგრამის განხორციელების პროცესში;

გამეტები, რომელთაგანაც იგი გაჩნდა, ამტკიცებს, რომ ადამიანის ჩანასახი, ასევე ემბრიონი, ნაყოფი ადამიანთა მოდგმას განეკუთვნება, რაც ასევე ნათლად დასტურდება მისი გენეტიკური სტრუქტურის (გენომის) თავისებურებებით [J. Suaudeau, 2001].

ეპიგენეტიკური პროცესის, ანუ ჩანასახის, ემბრიონისა და შემდგომში ნაყოფის განვითარების პროცესის შესწავლა ავლენს მისი დინამიკის მკაცრ წესრიგს, რეგულარულობას, კოორდინაციას, ერთიანობასა და თანამიმდევრულობას. დავაკვირდეთ იმასაც, რომ ერთი და იგივე ორგანიზმი აღწევს თანდათანობით თავის საბოლოო ფორმებს მრავალი უწყვეტი მოვლენის მონაწილეობით, და ასე თანდათანობით გადადის სიცოცხლის ორგანიზაციის მარტივი ფორმებიდან სულ უფრო რთულისაკენ.

ყველა ამ უდავო მტკიცებულებათა საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ მუცლადმყოფ ადამიანურ არსებას – ჩანასახს, ემბრიონს, ნაყოფს – აქვს ადამიანის პიროვნების სრული ღირსება: ისიც, თუ როგორი იქნება ეს ადამიანი მომავალში, ისიც, თუ ვინ გამოვა მისგან, როცა ჩამოყალიბდება როგორც ზრდასრული ადამიანი, ეს ყოველივე უკვე ჩადებულია ემბრიონში და მზადაა ფაქტობრივად გამოვლინდეს მაშინ, როცა სრულად იქნება რეალიზებული მისი გენომი [J. Lejeune, 1993; J. Suaudeau, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2007; Nikolaos Hatzinikolaou, Fr., 2008; S. E. Antonarakis, 2008].

მხოლოდ ბიოლოგიური მონაცემების საფუძველზე ჩვენ მაინც

არ შეგვიძლია სრულყოფილად დავამტკიცოთ, რომ “ემბრიონი არის ადამიანური პიროვნება”, რადგან ადამიანი ორბუნებოვანი არსებაა და ამიტომაც მსგავსი მტკიცება უნდა მოიცავდეს მსჯელობას სულზეც, რომელიც ადამიანის სხეულშია ხორცშესხმული. ბიოლოგიური მონაცემების შევსება საჭიროა ცნებით ადამიანის (როგორც სხეულებრივი სუბიექტის) ანთროპოლოგიური არსის შესახებ, რომელიც ადამიანს განიხილავს როგორც განსულიერებულ სხეულს.

ეკლესიის წმიდა მამები წერენ, რომ ადამიანი იმიტომ არის ადამიანი, რომ იგი შედგება არა მარტო სულის, არამედ სხეულისგანაც. წმ. ირინეოს ლიონელის მიხედვით, “სული და სხეული ცალ-ცალკე შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ ადამიანის ნაწილებად, მაგრამ არავითარ შემთხვევაში – ადამიანად, რამეთუ თავისთავად არც ხორცია სრული ადამიანი და არც სული” [ადამი, არქიმანდრიტი, 2007].

არ შეიძლება ჩანასახი ან ემბრიონი განვიხილოთ მხოლოდ როგორც სხეული ან სხეულის ნაწილი, რომელიც არ წარმოადგენს ძირითად ღირებულებას პიროვნებასთან მიმართებაში, ვინაიდან, როგორც ზემოთ აღინიშნა, სხეულიც აუცილებელი პირობაა ამ ქვეყნად ცხოვრებისათვის და არა მხოლოდ ინსტრუმენტი გარე სამყაროსთან კომუნიკაციისათვის.

თანამედროვე ფილოსოფიური ანთროპოლოგიაც ასევე ნათლად აყალიბებს “სხეულებრივი პიროვნების” იდეას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2007].

სინამდვილეში არ არსებობს ადამიანი, რომელიც არ იყოს ერთდროულად “მე” ხორციელი და “მე” სულიერი. ამ გაგებით სხეულებრივი სფერო წარმოადგენს ერთიანი ორბუნებოვანი ადამიანური არსების ყოფიერების გამოვლინებას.

ამრიგად, სწორედ საღვთისმეტყველო და ფილოსოფიური მტკიცებულებანი ადამიანის უნიკთო გონიერი სულისა და ნივთიერი სხეულის ერთიანობისა და განუყოფლობის შესახებ სიცოცხლის დასაწყისიდან სიკვდილამდე დასტურია იმისა, რომ ადამიანის სხეულებრივი სფეროს ჩამოყალიბების დასაწყისი ნიშნავს ადამიანის პიროვნების ცხოვრების დასაწყისს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2007].

ახლა კი გადავდივართ სიკვდილის შესახებ არსებული სწავლებებისა და შეხედულებების განხილვაზე.

“სიკვდილის პრობლემა იმდენად დიდია, რომ სიცოცხლის შესახებ სწავლების – ბიოლოგიისათვის უნდა დაგვეპირისპირებინა სწავლება სიკვდილის შესახებ – თანატოლოვია”, – წერდა ცნობილი

ქირურგი და კლინიცისტი, ტრენდელენბურგის მოწაფე გ. პერტესი (1869-1927), რომლის მრავალმხრივი მეცნიერული ინტერესების სფეროში მოექცა სიკვდილის პრობლემაც [G. Perthes, 1927; P. Д. Штерн, 1984; G. Vachicouras, 2008; K. S. J. Flannery, 2011].

სიკვდილის შესახებ სწავლებაში თავისი წვლილი შეაქვს ყველა კლინიკურ და თეორიულ სამედიცინო დისციპლინას, რომელთა კვლევის შედეგების განზოგადება ადამიანის კვდომის პროცესის საერთო კანონზომიერებათა, გარემოებათა და მიზეზთა დადგენის მიზნით, ასევე კონკრეტული პათოლოგიების დროს განვითარებული შეუქცევადი ცვლილებების შესწავლა არის მედიცინის განსაკუთრებული დარგის – თანატოლოგიის საგანი [G. Perthes, 1927; С. С. Вайль, 1974; И. Т. Фролов, 1984; P. Д. Штерн, 1984; Д. С. Саркисов и др., 1985; Д. С. Саркисов, 1988; Adam, archimandrite, 2001].

თანატოლოგია შეიძლება განმარტებულ იქნას, როგორც თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის დარგი, რომელიც სწავლობს ორგანიზმის მდგომარეობას ავადმყოფობის არაკეთილსასურველი გამოსავლის საბოლოო სტადიაზე, კვდომის პროცესის დინამიკასა და მექანიზმებს, სიკვდილის უშუალო მიზეზებს, ორგანიზმის ცხოველქმედების თანმიმდევრობითი შეწყვეტის კლინიკურ, ბიოქიმიურ, ბიოფიზიკურ, მორფოლოგიურ გამოვლინებებს ყველა სტრუქტურულ დონეზე – სუბმოლეკულურიდან მთლიანი ორგანიზმის დონემდე [С. С. Вайль, 1974; Д. С. Саркисов и др., 1985].

ამრიგად, ცხადი ხდება მედიცინის სხვადასხვა დარგის, მათ შორის, რეანიმატოლოგიისა და თანატოლოგიის შესასწავლ რეალიათა საერთოობა. თუმცა ჩვენს კვლევაში მათთან ერთად არ შეიძლება არ გავანალიზოთ სიკვდილის შესახებ სწავლების განვითარების ისტორიის მრავალსაუკუნოვანი რეანიმატოლოგიამდელი ერის ძირითადი კონცეფციები უძველესი დროიდან (ბიბლიის მიხედვით, ქრისტიანული და იუდაისტური ტრადიციის თანახმად – პირველი ადამიანების ცოდვით დაცემის დროიდან, როცა სამყაროში შემოვიდა სიკვდილი, როგორც ბოროტება ჩვენს დრომდე [Н. Малиновский (протоерей), 1911; Библия, 1989; ადამი, არქიმანდრიტი, 2001(ა)].

თანატოლოგიას ტრადიციულად აინტერესებს, უპირველეს ყოვლისა, შეისწავლოს თანატოგენები – სიკვდილის მიზეზებიც და მისი დადგომის მექანიზმებიც. ამ მიზნით ადამიანის გვამის გაკვეთის შედეგად მიღებული მასალის დაგროვება მეთექვსმეტე საუკუნიდან დაიწყო.

იტალიელი ანატომის ჯ. მორგანის ნაშრომის სახელწოდება

“ანატომიის მიერ გამოაშკარავებულ ავადმყოფობათა ლოკალიზაციისა და მიზეზების შესახებ” (1761 წ.) მოასწავებდა არა მხოლოდ პათოლოგიური ანატომიის ცალკე დისციპლინად დამკვიდრებას [ო. ხარძიშვილი, 2001] არამედ მის ამოცანად სიკვდილის ფენომენის, მისი მიზეზების შესწავლის განსაზღვრასაც.

მეცხრამეტე საუკუნის მეორე ნახევრის დასაწყისში ფუნქციონალური და ექსპერიმენტული მიმართულების განვითარებასთან დაკავშირებით მედიცინაში, კერძოდ, ზოგადი პათოლოგიის, როგორც მეცნიერების დარგის, სისტემაში დამოუკიდებელ დისციპლინად გამოიყო პათოლოგიური ფიზიოლოგია. ამან კი საშუალება მოგვცა სიკვდილის ცნების გააზრებას მივდგომოდით არა მხოლოდ პათოლოგიური ანატომიისა და კლინიკურ-ანატომიური შეპირისპირების პოზიციებიდან, არამედ ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციის შეწყვეტის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმების ახსნისა და კვდომის პროცესის თანმიმდევრობითი ეტაპების შესწავლის საფუძველზეც [Д. С. Саркисов, 1988].

თანატოლოგიის პრობლემების შესწავლის ძირითადი პრინციპები მეოცე საუკუნის პირველ მესამედში ჩამოაყალიბა ლენინგრადელმა პათანატომმა გ. ვ. შორმა სრულიად რუსეთის პათოლოგთა I ყრილობაზე (1923) თავის მოხსენებაში “თანატოლოგია (სწავლება სიკვდილის შესახებ) პათოლოგიური ანატომიის თვალთახედვით” და თავის ცნობილ მონოგრაფიაში “ადამიანის სიკვდილის შესახებ (თანატოლოგიის შესავალი)” (1925) [Г. В. Шоп, 1925].

პარალელურად სიკვდილის პრობლემაზე მუშაობდა ცნობილი გერმანელი ქირურგი, ქირურგიის კათედრის გამგე (ქ. ტიუბინგენი) გ. პერტესი, რომელიც 1919 წლის 4 თებერვალს ვიურტემბერგში მეცნიერული ცოდნის განვითარების საზოგადოების ყოველწლიურ სხდომაზე გამოვიდა მოხსენებით “ადამიანის სიკვდილის შესახებ”. ეს მოხსენება მისი დაუმთავრებელი მონოგრაფიის ტექსტთან ერთად, რომელსაც “დაბერებისა და სიკვდილის შესახებ” ერქვა, ცალკე წიგნად გამოიცა 1927 წელს პერტესის სიკვდილის შემდეგ [G. Perthes, 1927; P. Д. Штерн, 1984].

გ. პერტესმა ყურადღება მიაქცია ფართოდ გავრცელებულ შეხედულებას იმის შესახებ, რომ სიკვდილი დგება ადამიანის უკანასკნელ ამოსუნთქვასთან ერთად და აჩვენა კიდეც მისი მცდარობა დამზრჩვალთა და მოშთობილთა გაცოცხლების უამრავი მაგალითით. ასევე მიუთითა იმაზეც, რომ სუნთქვის შეწყვეტისა

და გულის გაჩერების მიუხედავად, გარკვეული ხნით, ორგანიზმში სიცოცხლე გრძელდება და ამ ხნის განმავლობაში შესაძლებელია ორგანოების გაცოცხლება in vitro მათი ფუნქციების შენარჩუნებით [G. Perthes, 1927; P. Д. Штерн, 1984].

გ. პერტესის პირველი იდეა თავისი არსით რეანიმატოლოგიის, ხოლო მეორე – ტრანსპლანტოლოგიის სფეროს განეკუთვნებოდა.

თანატოლოგიის უმნიშვნელოვანეს საკითხთაგანია სიკვდილის მიზეზის პოვნა, რაც ხშირად ძნელი ან საკვსებით შეუძლებელიცაა. ეს იმით აიხსნება, რომ მნიშვნელოვანი (არატოტალური) დაზიანების დროსაც კი ორგანო ჯერ კიდევ ინარჩუნებს ფუნქციონირების გარკვეულ შესაძლებლობას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ორგანოს ან ქსოვილის პათომორფოლოგიური სურათი ყოველთვის არ გამოიხატება იმგვარი შეუქცევადი ცვლილებებით, როგორიც თითქმის უნდა ყოფილიყო სიკვდილის მომენტისათვის.

გავიხსენოთ, რომ ყველა ბიოლოგიური სისტემა, როგორც სისტემა, კვდება იმაზე ადრე, ვიდრე მისი შემადგენელი ელემენტები სრულად ამოწურავდეს თავის სასიცოცხლო რესურსებს. თანატოგენეზში წინა პლანზე გამოდის ინტეგრაციის ფაქტორი, ანუ იმ კავშირთა ფაქტორი, რომლებიც განაპირობებენ სისტემის მთლიანობას, მის ერთიანობას. ბიოსისტემის ამ შიდა კავშირების შენარჩუნება მოითხოვს თითოეულ ორგანოში იმაზე მეტი მატერიალური და ვიტალური რესურსების არსებობას, ვიდრე ის მინიმუმია, რომელსაც ჯერ კიდევ შეუძლია უზრუნველყოს ამ ორგანოების “დამოუკიდებელი” ცხოველმოქმედება. ამიტომაც სისტემის დაშლა წინ უსწრებს მისი შემადგენელი ნაწილების დაღუპვას. ორგანიზმის, როგორც ერთი მთლიანობის, პრობლემის სირთულე, ორგანოებში და ორგანოებს შორის არსებული ურთიერთმიმართებების თითქმის უსაზღვრო მრავალფეროვნება, ქსოვილებისა და ორგანოების ფართო ფუნქციური ურთიერთშენაცვლების შესაძლებლობები ხდება იმის მიზეზი, რომ შემთხვევათა მნიშვნელოვან ნაწილში ვერ ხერხდება ზუსტად განისაზღვროს იმ ფინალურ მოვლენათა ჯაჭვის ყველა რგოლი, რამაც მიგვიყვანა სიკვდილის დადგომამდე [Д. С. Саркисов и др., 1985, 1988].

თანატოგენეზის საკითხების სირთულე კიდევ უფრო გაამძაფრა თანამედროვე პირობებში ფართო ფარმაცოლოგიური არსენალის ხშირად ხანგრძლივმა გამოყენებამ (განსაკუთრებით ინტენსიური თერაპიის, გერიატრიის და ა. შ. პრაქტიკაში), მასშტაბურმა ოპერაციულმა ჩარევებმა დაავადების ადრეულ

სტადიებში, თანამედროვე ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფის მრავალკომპონენტურობამ, ხელოვნური ორგანოებითა და სამედიცინო აპარატურით უმნიშვნელოვანესი სასიცოცხლო ორგანოების ფუნქციების პროტეზირებამ და ა. შ. [Д. С. Саркисов, 1988; Adam, archimandrite, 2001].

ამიტომაც არა მარტო თეორიულად, არამედ კლინიკაშიც თანატოგენეზის მართებული გაგებისათვის აუცილებელია კომპლექსური მიდგომა: პათოლოგანატომის მიერ მოპოვებული მონაცემების შეჯერება ქირურგის, თერაპევტის, ანესთეზიოლოგის, რეანიმატოლოგის, ბიოქიმიკოსის, ჰემატოლოგის, რადიოლოგიური, ულტრაბერითი, მაგნიტურ-რეზონანსული, რენტგენოქირურგიული და სხვა გამოკვლევების სპეციალისტების, მკურნალობის პროცესში მონაწილე ყველა ექიმის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციასთან.

თანატოგენეზის შესახებ შეხედულებების მკვეთრი ცვლილებები გამოიწვია რეანიმატოლოგიის, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო მეცნიერულ-პრაქტიკული დარგის ჩამოყალიბებამ. ეს მოვლენა იქცა კაცობრიობის ერთ-ერთი უძველესი იდეის (ფიქრის, ოცნების) ხორცშესხმად, მოეხერხებინა უეცრად გარდაცვლილი ადამიანის გაცოცხლება.

მედიცინის ისტორიიდან შეიძლება გავიხსენოთ, რომ:

- ხელოვნური სუნთქვა “პირით პირში” ცნობილი იყო ჩვ. წ. -მდე II-III ათასწლეულში;
- ჩრდილოამერიკელი ინდიელებისაგან ევროპელებმა ისწავლეს “გაცოცხლების” უძველესი მეთოდი ბუშტში დაგროვილი თამბაქოს კვამლის ჩაბერვის გზით;
- ძველ ეგვიპტურ პაპირუსებში აღწერილია პოსტურალური დრენაჟი წყალში დამრხჩვალთა გადასარჩენად;
- შუა საუკუნეებში უკვე ფლობდნენ ტრაქეოსტომიის ტექნიკას: ანდრეას ვეზალიუსს (1514-1564) ლერწმის ღეროთი შეჰყავდა ჰაერი ტრაქეაში;
- თეოფრასტე პარაცელსი (1493-1541) იყენებდა საბერველსა და ჰაერგამტარებს სასუნთქი გზების გამავლობის აღსადგენად;
- 1831 წელს ინგლისელმა ექიმმა Thomas Aitchison Latta-მ (179?-1833) მარილთა შემცველი ხსნარების ინფუზიის გზით ქოლერით დაავადებული პაციენტი გამოიყვანა უმძიმესი მდგომარეობიდან: აღინიშნებოდა ჰიდრო-იონური და მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევის მძიმე ფორმა (ჰიპოქლორემია, ჰიპოკალიემია, ალკალოზი);
- 1874 წელს ექსპერიმენტში გულის პირდაპირი მასაჟი

განხორციელდა (Moritz Schiff (1823-1896), ბერნის უნივერსიტეტი);

- 1880 წელს კლინიკაში ქლოროფორმის ნარკოზით ჩიყვის გამო ოპერაციის დროს პირდაპირი მასაჟი გამოიყენა Paul Niehaus-მა ბერნში (მართალია, უშედეგოდ), ხოლო მოგვიანებით ბერლინში Langenbuch-მა;
- მეცხრამეტე-მეოცე საუკუნეების მიჯნაზე – 1891 წელს (მაასი) და შემდგომ 1901 წელს (Kristen Igelsrud, ნორვეგია, ტრანსი) გულის არაპირდაპირი მასაჟი წარმატებით განხორციელდა კლინიკაში;
- 1914 წელს დოქტორი G. W. Crile (კლივლენდი, აშშ) აქვეყნებს ექსპერიმენტულ მონაცემებს გულის მუშაობის მედიკამენტოზური და ელექტრონული სტიმულაციისა და კალიუმით გამოწვეული გულის გაჩერების შესახებ;
- მეოცე საუკუნის II ნახევარში რეანიმატოლოგიამ მიაღწია სასიცოცხლო ფუნქციების უმეტესი ნაწილის ხელოვნურად ჩანაცვლების შესაძლებლობებს.

თითოეული ამ ნაბიჯთაგანი, რომელსაც მეოცე საუკუნეში წარმოშობილი რეანიმატოლოგია თავისი განვითარების გზაზე დგამდა, განაპირობებდა სამედიცინო და სხვა მოსაზღვრე მეცნიერებების წიაღში არსებული ტრადიციული შეხედულებების გადახედვის აუცილებლობას ისეთი უმნიშვნელოვანესი ცნებების შესახებ, როგორიცაა “სიცოცხლე”, “სიკვდილი”, “პათოლოგიური მდგომარეობის შე(უ)ქცევადობა” და ა. შ. [Адам, архимандрит, 2007]

მეორე მხრივ, როგორც კრიტიკულ მდგომარეობათა, ისე კვდომისა და სიცოცხლის აღდგენის პროცესების ფუნდამენტური გამოკვლევები, დღესაც რჩება თანამედროვე რეანიმატოლოგიის (კრიტიკული მედიცინის) უმნიშვნელოვანეს პრობლემათა რიგში, რაც განაპირობებს სიკვდილის შესახებ სწავლების სფეროში ყოველგვარი მეცნიერული ძიების როგორც მნიშვნელობას, ისე აქტუალობას.

უპირველეს ყოვლისა, რეანიმატოლოგიურმა ერამ თანატოლოგიასა და, საერთოდ, მეცნიერებაში შემოიტანა კლინიკური სიკვდილის ცნება: რეანიმაციულ მეთოდებთან ერთად გაჩნდა ტერმინალური მდგომარეობის შემდგომი განვითარების შეჩერებისა და დარღვეული ფუნქციების აღდგენის შესაძლებლობები.

ასეთი გამოცდილება მოწმობდა, რომ ორგანოები, რომელთაც თითქოსდა ამოწურეს თავიანთი შესაძლებლობები და ამით განაპირობეს კიდევ კლინიკური სიკვდილის დადგომა,

გარკვეულ პირობებში მაინც ინარჩუნებენ თავიანთ ფუნქციებს და სიცოცხლისაკენ აბრუნებენ ორგანიზმს, როგორც ერთიან მთლიან სისტემას [Д. С. Саркисов, 1988].

ეს ფაქტი დადასტურებაა თეზისისა იმის შესახებ, რომ, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ბიოლოგიური სისტემა კვდება იმაზე უფრო ადრე, ვიდრე საბოლოოდ ამოიწურებოდეს მისი შემადგენელი ნაწილების საარსებო რესურსები.

თუ 1931 წელს ა. პოპოვის მიერ ტერმინალური პერიოდი ორ – უფრო ხანგრძლივ წინარეაგონიურ და უფრო ხანმოკლე აგონიურ – ნაწილად იყო გაყოფილი [А. П. Попов, 1931], კლინიკური სიკვდილის ცნების შემოტანამ განაპირობა:

- თვით სიკვდილის პროცესის ორ ეტაპად დაყოფა – კლინიკური სიკვდილი, რომელიც შექცევადია, და მისი მომდევნო ბიოლოგიური, ანუ ჭეშმარიტი სიკვდილი, რომელიც შეუქცევადია;
- კლინიკური სიკვდილის, როგორც ტერმინალური მდგომარეობის სტადიის, ადგილი განისაზღვრა წინარეაგონიური სტადიის შემდეგ, რომელსაც, თავის მხრივ, წინ უსწრებს ე.წ. ტერმინალური პაუზა და აგონია

[Д. С. Саркисов и др., 1985, 1988; Adam, archimandrite, 2001].

გულის გაჩერება და სუნთქვის შეწყვეტა უკვე აღარ ითვლება სიკვდილის დადგომის მთავარ ნიშნებად [И. Т. Фролов, 1984]. ამ ფაქტმა კიდევ უფრო გაამწვავა საკითხი სიკვდილის მომენტის დადგენის შესახებ, რომელიც ყოველთვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენდა [А. П. Зильбер, 1998]. ლიტერატურაში აღწერილია სიკვდილის მცდარი დიაგნოსტიკის უამრავი შემთხვევა [А. К. Mant, 1968].

რეანიმატოლოგიის, კრიტიკული მედიცინის, ინტენსიური თერაპიის, ტრანსპლანტოლოგიის, მაღალტექნოლოგიური ქირურგიის არსებობის პირობებში აღნიშნულმა საკითხმა სრულიად განსხვავებული ასპექტები შეიძინა:

1. ორგანიზმის, როგორც მთლიანი სისტემის გაცოცხლების ამოცანის გადაწყვეტა, დაკავშირებული აღმოჩნდა ისეთ სირთულესთან, როგორიც უქანგზადობის მიმართ თავის ტვინის ძალიან მაღალი მგრძნობელობაა: კლინიკური სიკვდილის შემდეგ გაცოცხლებული, ისე ტერმინალური ან კრიტიკული მდგომარეობიდან გამოყვანილი ორგანიზმის მკურნალობის სიმძნელე განპირობებულია მთელს ორგანიზმში, ყველა ორგანოსა (და არა მარტო თავის ტვინში) და ყველა სისტემაში (არა მარტო ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში) მომხდარი პათოლოგიური

ცვლილებების ერთობლიობით [B. A. Неговский и др., 1979].

ასე გაჩნდა ახალი სამედიცინო სიტუაციები, რომელთაც დააყენეს, ერთი მხრივ, რეანიმირებული ორგანიზმის კომპლექსური მკურნალობის, ხოლო, მეორე მხრივ, ამგვარი მკურნალობის “მიზანშეწონილობის” განსაზღვრის პრობლემა ე.წ. “ვეგეტაციური” მდგომარეობების დროს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (ა)].

2. სიკვდილის დიაგნოსტიკის პრობლემა გადავიდა კრიტიკული მდგომარეობის (მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის, ტვინის სიკვდილის) შეუქცევადობის დროული და დასაბუთებული განსაზღვრის განზომილებაში, რაც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია რეანიმაციულ ღონისძიებათა და ინტენსიური თერაპიის შეწყვეტასთან, მსზე უარის თქმასა ან მის შეზღუდვასთან. ამგვარ სიტუაციებში საქმე გვაქვს საექიმო საქმიანობის ძნელად გადასაწყვეტ ეთიკურ და იურიდიულ საკითხებთან [S. J. Youngner, 1992; G. R. Scofield, 1993; A. П. Зильбер, 1998 (ა); И. В. Силуянова, 2001(б); Adam, archimandrite, 2001].

ახლა შევუდგეთ ადამიანის სიკვდილისა და შეუქცევადი კრიტიკული მდგომარეობების (მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის, თავის ტვინის სიკვდილის) იგივეობრივობის პრობლემის განხილვას.

თავის ტვინის სიკვდილისაგან მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის ძირითადი (და არა სრული!) განსხვავება მდგომარეობს შემდეგში: ტვინის სიკვდილის შემთხვევაში ითვლება, რომ საქმე გვაქვს მთელი თავის ტვინის ნეკროზულ მდგომარეობასთან, როდესაც ყოველგვარი რეგენერაცია და ფუნქციური აღდგენა შეუძლებელია, მაშინ, როცა მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის შემთხვევაში თავის ტვინის სხვადასხვა ნაწილი სხვადასხვა ხარისხითაა დაზიანებული, და, თუმცა ნეირონების რეგენერაცია არ ხდება, გარკვეული ფუნქციური აღდგენის შესაძლებლობა თეორულად დასაშვებია [L. P. Ivan, 1990; J. L. Bernat, 1992, 1992 (ა); The Multi-Society Task Force, 1994; A. П. Зильбер, 1998 (ა)].

ამდენად, დღეს გაბატონებული შეხედულებების მიხედვით, მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის შემთხვევაში განხილვის საგანია არა ადამიანის სიკვდილი, არამედ მდგომარეობა, როცა ინდივიდი შეიძლება ჩაითვალოს როგორც “არაცოცხალი”, რადგან მას არა აქვს ისეთი პიროვნული მახასიათებლები, როგორებიცაა შემეცნებისა და ცნობიერების პროცესების არარსებობა, ადამიანებთან კონტაქტის უნარი, ხოლო იმის გათვალისწინებით, რომ მისი მკურნალობა უპერსპექტივოდაა

შეფასებული, შესაძლებელია, თავის ტვინის სიკვდილის ფენომენის მსგავსად, ხშირ შემთხვევაში ისედაც შეზღუდული სამკურნალო ღონისძიებები შეწყდეს, ხოლო ორგანოები აღებულ იქნას გადანერგვის მიზნით და ა. შ. [A. Grenvik, et al., 1978; S. Harakas, 1982; J. Nudeshima, 1991; A. П. Зильбер, 1998 (a); Adam, archimandrite, 2001; Адам, архимандрит, 2007].

ცხადია, ეს დილემა მოითხოვს უფრო ღრმა გააზრებას ტრანსდისციპლინური თანატოლოგიური ცოდნის მოხმობის გზით. მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობა ზოგიერთი ავტორის მიერ განსაზღვრულია, როგორც სიკვდილის შესატყვისი მდგომარეობა, რადგან ისინი სიკვდილს მოიაზრებენ როგორც ადამიანის არსებობის ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორების – პიროვნულობისა და ცნობიერების პერმანენტულ დაკარგვას, მაგრამ ამ პოზიციას ყველა მეცნიერი როდი იზიარებს [G. J. Agich, R. P. Jones, 1980; D. R. Field, et al., 1988; A. Shewmon, 1997, 1998; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; И. В. Силуянова, 2001(б); Адам, архимандрит, 2007].

საჭირო ხდება სიკვდილ-სიცოცხლის ე. წ. “მოსაზღვრე მდგომარეობათა” მახასიათებელი ნიშან-თვისებების უფრო ღრმა ინტერდისციპლინური შესწავლა. ასე რომ, მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის განხილვისას ჩვენ ვადასტურებთ სიკვდილის დეფინიციისადმი მეცნიერული (ინტეგრირებული საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული), ფილოსოფიური და თეოლოგიური სინთეზური მიდგომის ობლიგატურობას, რაც კიდევ უფრო გლობალურ ხასიათს იძენს “თავის ტვინის სიკვდილის” შემთხვევაში, რომლის განხილვისას ამ საკითხს უფრო დეტალურად შევხებით.

ცნება “თავის ტვინის სიკვდილი” არ არის “ბიოლოგიური სიკვდილის” ცნების იდენტური, თუმცა, ითვლება, რომ ამ შემთხვევებში ბიოლოგიური სიკვდილის დადგომა უახლოეს დროში მედიცინის დღევანდელი მდგომარეობის პირობებში პრაქტიკულად გარდაუვალია [Л. М. Попова, 1983].

განვითარებული ქვეყნების უმეტეს ნაწილში, აგრეთვე ჩვენს ქვეყანაში, დღეს თავის ტვინის სიკვდილი იურიდიულად ადამიანის სიკვდილთანაა გაიგივებული [გ. ჯავაშვილი და სხვ., 2001].

სამეცნიერო ლიტერატურაში არსებობს სიკვდილისა და თავის ტვინის სიკვდილის სრულიად განსხვავებული კონცეფციები, რომელთა ანალიზისა და ურთიერთშეჯერების გარეშე წარმოუდგენელია საკითხის ობიექტური გაშუქება. ასე რომ ოთხი-ხუთი ათეული წლის წინ დაწყებული დისკურსი ტვინის

სიკვდილის შესახებ ჯერ კიდევ შორსაა დასასრულისაგან [A. H. Ropper, 1984; D. R. Field, et al., 1988; S. J. Youngner, et al., 1989; A. П. Зильбер, 1998 (a); И. В. Силуянова, 2001(б); Адам, архимандрит, 2007; ადამი, არქიმანდრიტი, 2010].

ქვემოთ მოგვყავს თავის ტვინის სიკვდილის ქარაქტეროლოგია, რომელშიაც გათვალისწინებულია და გაანალიზებული საკითხისადმი შესაძლებელი მიდგომის სრულიად სხვადასხვა ასპექტები:

1. სოციოლოგიური ასპექტი:

ადამიანი აღარ არის საზოგადოების აქტიური, სრულფასოვანი წევრი. თუმცა უნდა ვაღიაროთ, რომ ასეთი წევრების რიცხვი საზოგადოებაში ძალიან დიდია: მაგალითად, ჭკუასუსტობისა და ფსიქიკურ დაავადებათა სხვადასხვა გამოვლინებების მქონე ადამიანები, ბავშვები, მოხუცები, მაგრამ არავის მოდის აზრად ისინი გამოაცხადოს არასრულფასოვნებად, როგორც ცოცხალი არსებები. ასე რომ, ეს არგუმენტი საკმარისად სუსტია [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (ა), 2010].

2. ფსიქოლოგიური ასპექტი:

“თავის ტვინის სიკვდილის” ზოგად, ბიოლოგიურ სიკვდილთან გაიგივების მყარ არგუმენტად მიჩნეულია ის ფაქტი, რომ ადამიანი კარგავს ინდივიდის არსებით თვისებებს, პიროვნულობას [R. Cohen-Almagor, 1997(a)]. მაგრამ ასეთი განსაზღვრება შეიძლება მიუდგეს მრავალ გონებრივად შეურაცხად ადამიანს, რომლებსაც არაფერი აქვთ საერთო ტვინის სიკვდილის მდგომარეობასთან.

ჩვენი აზრით, ამგვარი დამოკიდებულება ახდენს პიროვნების რედუცირებას ცნობიერების არსებობამდე, ხოლო ცნობიერების რედუცირებას, თავის მხრივ, თავის ტვინის ელექტროქიმიური აქტივობის მატერიალურ პროდუქტამდე ან ეპიფენომენამდე [M. Green, D. Wikler, 1980; A. Shewmon, 1998] და ამდენად არაკომპეტენტურად მიგვაჩნია [Adam, archimandrite, 2001].

3. ბიოლოგიური ასპექტი:

ითვლება, რომ ე. წ. “ტვინის სიკვდილის” შემთხვევაში დაკარგულია ორგანიზმის ინტეგრალური მთლიანობა. საჭიროა განვმარტოთ, რომ ორგანიზმი ინტეგრალურად მთლიანია, თუ მას აქვს თუნდაც ერთი ისეთი თვისება, რომელიც ან გამოხატავს

ორგანიზმის სხვადასხვა ნაწილების ურთიერთქმედებას, ან თავად წარმოადგენს არა რომელიმე ნაწილის, ან ნაწილების, არამედ მთელი ორგანიზმის მოქმედების გამოვლინებას [A. Shewmon, 1998].

თუმცა ინტეგრული მთლიანობის დარღვევა არის ის საფუძველი, რომელსაც ეყრდნობა თავის ტვინის სიკვდილის მდგომარეობის გაიგივება ადამიანის ზოგად ბიოლოგიურ სიკვდილთან, ტვინის სიკვდილის ოფიციალური დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებით ნებადართულია შენარჩუნებული იყოს ზოგიერთი სომატურად ინტეგრალური ფუნქცია: მაგალითად, ჰიპოთალამუსისა და უკანა ჰიპოფიზის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სტაბილურობის, კანის განაკვეთისას ოპერაციულ სტრესზე ავტონომიური და ენდოკრინული პასუხის ფუნქციები [H. Schrader, et al., 1980; R.C. Wetzel, et al., 1985; M.M. Grigg, et al., 1987; Quality Standards, 1995; R.D. Truog, 2000].

ამდენად, თავის ტვინის სიკვდილის შემთხვევაში ორგანიზმის ინტეგრალური მთლიანობის დაკარგვაზე მსჯელობა გადაჭარბებულად მიგვაჩნია.

4. ფილოსოფიური ასპექტი:

სიკვდილი არის ყოველგვარი ცოცხალი ორგანიზმის არსებობის ბუნებრივი ფინალი. ადამიანი, განსხვავებით სხვა ცოცხალ არსებათაგან იცნობიერებს თავის მომაკვდავობას [Existentialism ..., 1978; П.П. Гайденко, 1983].

სწორედ სიკვდილის, როგორც ადამიანის ცხოვრების დამამთავრებელი მომენტის, საზრისის გაცნობიერების თვალსაზრისით განიხილავს ფილოსოფია სიკვდილს [П.П. Гайденко, 1983; А.П. Зильбер, 1998 (ა); И.В. Силуянова, 2001(ბ); ადამი, არქიმანდრიტი, 2001(ა)].

როცა ვიკვლევთ საკითხს – არის თუ არა ტვინის სიკვდილი ადამიანის სიკვდილის ეკვივალენტური – ამ განსჯისას ორი მომენტი ნამდვილად არის ფილოსოფიური: (1) სიკვდილის დეფინიციის საკითხი და (2) სიკვდილის ანატომიური კრიტერიუმის საკითხი, რომელიც თავისი არსით ერთდროულად არის როგორც სამედიცინო, ასევე ფილოსოფიური პრობლემა.

ჩვენ ზემოთ მოვიყვანეთ სიკვდილის დეფინიცია, როგორც ფენომენისა, რომელიც ხასიათდება ადამიანის ორგანიზმის მიერ ინტეგრალური მთლიანობის დაკარგვით. რაც შეეხება სიკვდილის ანატომიურ კრიტერიუმს, A. Shewmon მას ცვლის, ავრცელებს რა ერთი ადგილიდან (თავის ტვინიდან) მთელ ორგანიზმზე და განსაზღვრავს როგორც მთელს ორგანიზმში მოლეკულურ დონეზე

განვითარებული დაზიანების კრიტიკულ ხარისხს [A. Shewmon, 1997, 1998].

5. რელიგიური და საღვთისმეტყველო ასპექტები:

სიკვდილის ჟამს ადამიანის (რომელიც ორბუნებოვანია და სხეულისა და სულისაგან შედგება) ერთიანობა იშლება შემადგენელ ელემენტებად საიდუმლოებრივი გზით [Н. Малиновский (протоерей), 1911; Н. Василиадис, 1998].

სიკვდილი მაშინ დგება, როცა სულიერი პირველსაფუძველი, რომელიც ინდივიდუუმის ერთიანობას უზრუნველყოფს, ვეღარ ასრულებს თავის ფუნქციებს ვრც სხეულში (ორგანიზმში) და ვერც სხეულის (ორგანიზმის) მიმართ, რის გამოც ორგანიზმის ელემენტები აღარ ემორჩილება მას და სისტემა იშლება [A. Shewmon, 1998; Adam, archimandrite, 2001].

ხშირად სიცოცხლისა და სიკვდილის პირველსაფუძველების მსგავსი გაგება სეკულარულ არენაზეც ისმის ხოლმე. თუმცა აქ არ ახსენებენ სულიერ განზომილებას. მაგალითად, სიკვდილი განიმარტება, როგორც ორგანიზმის, როგორც ერთი მთლიანობის, ფუნქციონირების, მისი თავისთავადი და თანდაყოლილი აქტივობისა და გარემო პირობებზე რეაგირების მდგრადი შეწყვეტა, რაც სიცოცხლეში ორგანიზმის ყველა ან უმეტესი ქვესისტემის ინტეგრაციით ხორციელდებოდა [J. L. Bernat, et al., 1981].

ადამიანის სიცოცხლეზე ამგვარი შეხედულებებიდან გამომდინარეობს ორი ლოგიკური დასკვნა: (1) თუ კი არსებობს ადამიანის ცოცხალი სხეული, მაშასადამე, *ipso facto* არსებობს ცოცხალი ადამიანიც, და (2) ცნობიერების არარსებობა თავისთავად, მაშინაც კი, როცა ეს პროცესი შეუქცევადია, ონტოლოგიურად მხოლოდ შემეცნებით უუნარობას ნიშნავს, და არა სიკვდილს [Adam, archimandrite, 2001].

ამრიგად, ტვინის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს სულის ინტელექტუალური და ნებელობითი თვისებების დათრგუნვა, მაგრამ სრულიადაც არ არის აუცილებელი შეწყდეს ინფორმაციის გაცვლა (ურთიერთქმედება) სულსა და სხეულს შორის. სწორედ ამ ინფორმაციული ურთიერთკავშირის არსებობა ადამიანის სულიერ და ხორციელ საწყისებს შორის არის საფუძველი სიცოცხლისა [J. Lejeune, 1993; A. Shewmon, 1998; Мелхиседек (Артюхин), игумен, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2010].

6. სამედიცინო ასპექტები:

სიკვდილის გაგება სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკაში

არაერთმნიშვნელოვანია [R. C. Wetzel, et al., 1985; M. M. Grigg, et al., 1987; R. D. Truog, 2000], რაც იმ ამოცანებზეა დამოკიდებული, რომლებიც მედიცინის ამა თუ იმ დარგის წინაშე დგას. ამ თვალსაზრისით გამოვყოფთ ჩვენი სამეცნიერო კვლევის შედაგად წარმოჩენილ ზოგიერთ მნიშვნელოვან მომენტს:

ა. საკმატო რჩება სიკვდილის პრობლემის იმგვარი გადაწყვეტის ოპტიმალურობა, რითაც ცდილობენ ევთანაზიის დანერგვას თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში [D. Callahan, 1988; G. R. Scofield, 1993; S. Wolf, 1996; D. Orentlicher, 1997; B. M. Dickens, 2000; E. van Leeuwen, G. Kimsma, 2000; Адам, архимандрит, 2007].

ბ. რეანიმატოლოგიისა და ტრანსპლანტოლოგიის ერაში სიკვდილის დადგომის ტრადიციული განსაზღვრებები (გულის გაჩერება, სუნთქვის შეწყვეტა) ადგილს უთმობს (თუმცა არასაბოლოოდ) ე. წ. თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმებს [S. J. Youngner, et al., 1989; C. Wieland, 1994; A. П. Зильбер, 1998];

გ. ვერც პერინატოლოგიის, ვერც ულტრაბერითი გამოკვლევების მიღწევებმა ვერ დაამკვიდრეს ჩანასახის, ემბრიონის, ნაყოფის სიცოცხლის შეწყვეტის, როგორც სიკვდილის, გაგება (აბორტი, ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიები, ფეტალური თერაპია, ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია და ა.შ.) [J. M. Finnis, 1973; S. K. Henshaw, 1990; J. A. Robertson, 1990; B. Steinbock, 1992; G. Williams, 1994; A. Tsao, 1998; G. J. Annas, et al., 1999; Adam, archimandrite, 2001; J. S. Zaremba, et al., 2001; Adamations G. Avgoustidis (Protopresbyter), 2008; M. J. Cherry, 2011]

დ. პათოლოგიურ ანატომიაში დღემდე ბიოლოგიური სიკვდილის უტყუარ ნიშნებად სიკვდილისშემდგომი ცვლილებები ითვლება [А.И. Струков, В.В. Серов, 1979; ო. ხარბეიშვილი, 2001].

7. სამართლებრივი (იურიდიული) ასპექტები:

თითქმის ყველა ქვეყნის კანონმდებლობით თავის ტვინის სიკვდილი ადამიანის სიკვდილთანაა გაიგივებული [А.П. Зильбер, 1998; А.П. Зильбер, 1998 (ა); И.В. Силуянова, 2001(6); გ. ჯავაშვილი და სხვ., 2001].

8. ეთიკური ასპექტი:

არ არსებობს სიკვდილის ერთგვაროვანი ეთიკური ხედვა. თითოეული ეთიკური თეორია საკითხს განსხვავებულად უყურებს [R. Cohen-Almagor, 1995].

ამდენად განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ბიოეთიკაში სიკვდილის ტრანსდისციპლინურ კვლევაზე დაფუძნებული გაგების შემუშავება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (ა), 2003].

9. კულტუროლოგიური ასპექტი:

თანატოლოგიურ პრობლემათა შეფასებისას ერთობ მნიშვნელოვანია კულტუროლოგიური ასპექტის კვლევა. კულტურა, როგორც ორგანული მთლიანობა, ერთგვარად უპირისპირდება ცივილიზაციას, რომელიც მრავალ შემთხვევაში, სამწუხაროდ, სიცოცხლისადმი მექანიკური და უტილიტარული დამოკიდებულებას ამკვიდრებს. არადა, თითოეულ ერს, ხალხს, ქვეყანას აქვს სიკვდილის, სიცოცხლის, გარდაცვალების, მარადიული ცხოვრების, მომაკვდავთა და გარდაცვალებულთადმი დამოკიდებულების თავისი ისტორიული და ტრადიციული, რიტუალური და სულიერ-ზნეობრივი მეტად მდიდარი და მრავალფეროვანი გამოცდილება, რაც საშუალებას გვაძლევს ადამიანის სიკვდილის ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში განვიხილოთ სიკვდილის გაგების ინდივიდუალური, უნიკალური მოდელი.

ამრიგად, ბიომედიცინის სივრცეში თავის ტვინის სიკვდილის, როგორც მთელი ორგანიზმის სიკვდილის, გაგება როგორც ლოგიკურად, ისე ფიზიოლოგიურად, არ შეიძლება ჩაითვალოს ერთმნიშვნელოვნად გადაწყვეტილად. ისინი, ვისაც ტვინის სიკვდილის ცნების დანერგვა სურდა, აპირებდნენ სიკვდილის ცნების რედეფინიციას იმ მიზნით, რომ გაფართოებულიყო ხელოვნური სუნთქვის აპარატების გამოთიშვისა და გადასანერგი ორგანოების აღების შესაძლებლობები [A. Shewmon, 1998].

სხვა მოსაზრებით ამის გაკეთება სავსებით ზედმეტი იყო. მიუხედავად იმისა, რომ “თავის ტვინის სიკვდილი” იურიდიულად მიღებული და დამკვიდრებული ცნებაა, საკითხი იმის შესახებ, თუ რომელი მხარისაკენ გადაიხრება შედეგები, რომელიც მან მოგვცა (კვლავ შეიძლება მოგვცეს) – სიკეთისა თუ ბოროტებისაკენ, საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის.

სწორედ ამაში მდგომარეობს ბიოეთიკურ დილემათა შეფარდებითი მარადიულობა მაშინ, როცა სხვა სახის დილემები უკვე გადაწყვეტილია. და აი, რატომ:

1. პროფესიონალთა ერთი ნაწილი, ვინც ტრანსპლანტოლოგიის სფეროში მუშაობს, ბოლომდე არაა დარწმუნებული იმაში, რომ ადამიანები თავის ტვინის სიკვდილის დიაგნოზით ნამდვილად გარდაცვლილები არიან [A. K. Mant, 1968;

R. M. Arnold, S. J. Youngner, 1993; Guidelines ..., 1997; A. Shewmon, 1998; R. Devine, 2000].

ცნობილია, რომ ხშირად სინდისის ხმა უფრო ადვილად იხშობა, როცა ექიმი თავადაა დაინტერესებული, მონაწილეობს რა ორგანოთა გადანერგვაში. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ, როცა საზოგადოება იწონებს უდავოდ მომავლად ადამიანთა მოკვდინებას თუნდაც “საკმარისად კარგი” მიზნით და ეს მორალურად მისაღები ხდება, ამან შეიძლება ხელი შეუწყოს სიცოცხლისადმი, როგორც სიწმიდისადმი, დამოკიდებულების შეცვლას, მისდამი მოწიწების დაკნინებას.

2. სულ უფრო საკამათო ხდება თავის ტვინის სიკვდილის ფიზიოლოგიური არსი [M. M. Grigg, et al., 1987; D. R. Field, et al., 1988; J. Weisbard, 1993; J. Lynn, 1993; A. Shewmon, 1997, 1998; M. Lock, 2000].

მისმა მომხრეებმა, საკუთარი აზრი რომ დაეცვათ, მიმართეს ერთადერთ არგუმენტს – “თავის ტვინის სიკვდილის” შემთხვევაში ე. წ. პიროვნულობის დაკარგვას მატერიალისტურ-რედუქციონისტული გაგებით. ასე რომ, სწავლება თავის ტვინის სიკვდილის შესახებ განვითარებას ასეთ პოზიციასთან შეჯერებით იწყებს, რითაც უპირისპირდება იდეას სიცოცხლის მაღალი აქსიოლოგიური, რელიგიური და ზოგადსაკაცობრიო ღირებულების შესახებ. ასე მაგალითად, სერიოზული განსჯის საგანი გახდა ანენცეფალიით დაზარებულ ცოცხალ ახალშობილთა, მყარ ვეგეტაციურ მდგომარეობაში მყოფ ადამიანთა გამოყენება გადანერგვისათვის საჭირო ორგანოების წყაროებად, რაც ცოტა ხნის წინ წარმოდგენელი იყო [A. Halevy, B. Brody, 1993; S. Schneider, 1996; A. Shewmon, 1998].

3. “თავის ტვინის სიკვდილის” ცნებამ დაზადა თავისი “სარკული გამოსახულება” ე.წ. “ტვინის სიცოცხლის” ცნება. ეს უკანასკნელი გამოიყენეს აბორტებისა და ადამიანის ემბრიონებზე ცდების ჩატარების გასამართლებლად [A. Shewmon, 1997, 1998].

თუმცა არაფერი არ შეიძლება ჩაითვალოს იმაზე უფრო მთლიან და ერთიან ორგანიზმად, ვიდრე განვითარებაში მყოფი ემბრიონის პრენატალური ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე თავის ტვინის არარსებობის მიუხედავად [A. И. Брусиловский, 1984; J. Suaudeau, 2001].

“თავის ტვინის სიცოცხლის” იდეა ეწინააღმდეგება ინტეგრირებული ერთიანობის შესახებ ფიზიოლოგიურ წარმოდგენებს და გამომდინარეობს სიკვდილის გაგებისადმი რედუქციონისტული, ცნობიერებისა და პიროვნულობის

დაკარგვაზე დაფუძნებული მიდგომიდან, რაც წარმოადგენს თავის ტვინის სიკვდილის კონცეფციის რაციონალურ საფუძველს.

4. სიკვდილის ზუსტი განსაზღვრის მიზნით არ შეიძლება ადამიანების რწმენის, მათი მრწამსის წინააღმდეგ წასვლა და მათი ფუნდამენტური უფლებების დარღვევა. მხედველობაში გვყავს არა მარტო რელიგიური ადამიანები (მართლმადიდებლები, კათოლიკები, ებრაელი ორთოდოქსები თუ მუსულმანები), არამედ ყველანი, ვინც რაიმე სხვა არარელიგიური, ზნეობრივი, მეცნიერული, ტრადიციული, ეთნოლოგიური, ფილოსოფიური, დეონტოლოგიური მიზეზებით უარყოფს და არ ღებულობს “თავის ტვინის სიკვდილის” ცნებას [R S. Olick, 1991; M. Lock, 2000].

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ჩვენ წინაშე დგას დილემა – ხომ არ აჯობებდა თანამედროვე მედიცინაში გადასინჯულიყო დოგმა „თავის ტვინის სიკვდილის“ შესახებ და შეგვეცვალა იგი ისეთი ცნებით, რომელიც როგორც მეცნიერულად, ისე ფილოსოფიურად, უფრო მეტ ნდობას დაიმსახურებდა, რომელიც არა მარტო არ შებღალავდა ადამიანის სიცოცხლის ღირებულებასა და სიწმიდეს, არამედ თანამედროვე მედიცინასაც ბიოეთიკური თვალსაზრისით ნაკლებად მოწყვლადს გახდიდა.

ამრიგად, ჩვენ განვიხილეთ სიკვდილის შესახებ მედიცინაში არსებული ცოდნის ძირითადი საკითხები, რომლის საფუძველზეც შეიძლება გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები:

1. თანამედროვე თანატოლოგია წარმოადგენილია როგორც თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის ნაწილი, თუმცა არ არსებობს თანატოლოგიის ლაბორატორიები ან განყოფილებები, არც ექიმ-თანატოლოგის სპეციალიზაცია. მას ქმნის სხვადასხვა სამედიცინო დარგის სპეციალისტების კლინიკური და თეორიული გამოცდილების შედეგად მოპოვებული ცოდნა.

2. საჭირო გახდა სიკვდილის არატრადიციული (რე) დეფინიციების დიფერენცირება და ამ მიზნით ისეთი ცნებების სამედიცინო და ბიოლოგიური არსის კვლევა, როგორებიცაა: ა). “თავის ტვინის სიკვდილი” და მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობა, როგორც ზოგადი სიკვდილი; ბ). პრენატალური სიკვდილი; გ). ემბრიონის სიკვდილი in vitro; დ). ევთანაზიური სიკვდილი.

3. მედიცინისა და ბიოლოგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპის თავისებურებებიდან გამომდინარე, ჩვენ ვაყალიბებთ პოზიციას, რომლის თანახმადაც, თანატოლოგიას მოვიაზრებთ როგორც ერთიან სწავლებას არა მხოლოდ სიკვდილის მიზეზების, სიკვდილის პროცესის დინამიკისა და მექანიზმების, კლინიკური, ბიოქიმიური, ბიოფიზიკური, მორფოლოგიური გამოვლინებების

შესახებ, არამედ მივიჩნევთ, რომ მასში, როგორც მეცნიერულ სისტემაში, შეტანილ უნდა იქნეს რეფლექსია სიკვდილის, როგორც სოციალური, ფილოსოფიური, თეოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სამართლებრივი, ტრადიციულ-რელიგიური, კულტუროლოგიურ-ისტორიული ფენომენის შესახებ, როგორც მცდელობა თანატოლოგიური აზრის ყოველგვარი გამოვლინების ინტეგრაციისა ერთ მთლიანობაში, ორგანიზებულ მწყობრ სწავლებაში.

მხოლოდ ასეთი ინტეგრირებული მეცნიერული ცოდნითაა შესაძლებელი დაიძლიოს თანამედროვე ბიომედიცინის მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური პრობლემები და დილემები.

2.3. ძირითადი კონცეფციები ადამიანის, მისი არსისა და ბუნების შესახებ სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სწავლებებში

ცნობილია, რომ კრიზისული ეპოქები აძლიერებს ადამიანის ინტერესს საკუთარი თავის, საკუთარი სიცოცხლის, ცხოვრების, მისი მიზნებისა და ღირებულებების მიმართ [П. В. Корнеев, 1975; Знание, 1983; М. С. Каган, 2001].

დღევანდელი ეპოქის ბუნებრივი, სოციალური და ფსიქოსტრესული კატაკლიზმები, უკანასკნელი ათწლეულების სამედიცინო-ბიოლოგიურ მეცნიერებათა აღმოჩენები და მათი კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვის რეალიები ქმნიან განსაკუთრებულ აუცილებლობას, შევიცნოთ და ღრმად ჩავწვდეთ ადამიანის ბუნებას, მისი ყოფიერების არსს.

ჩვენი მეცნიერული კვლევის ობიექტი სწორედ ადამიანი გახლავთ.

ვინაიდან ადამიანს მეცნიერულ დისციპლინათა დიდი ჯგუფი სწავლობს, ეს ფაქტი არა მარტო აისახა ჩვენს კვლევაში, არამედ კვალი დაატყო შესასწავლი საკითხებისადმი ჩვენეულ მიდგომას და პრობლემის კვლევის სირთულეც განაპირობა.

სხვადასხვა მეცნიერული მოძღვრება, ფილოსოფიური მიმდინარეობა და ცალკეული მოაზროვნე სხვადასხვაგვარად განსაზღვრავს ადამიანს. ამიტომაც გადავწყვიტეთ, ადამიანის, როგორც ჩვენი სამყაროს ყველაზე სრულყოფილი და ყველაზე რთული არსების დეფინიციის საკითხს ჯერჯერობით არ შევეხოთ, არამედ განვიხილოთ და გავაანალიზოთ სხვადასხვა

ანთროპოლოგიურ, უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო და ბიოლოგიურ, მეცნიერებათა შესწავლის (შემეცნების) საგანი, მათი ამოცანები ამ გზაზე, კვლევის ობიექტები და მეთოდები, აგრეთვე ის ფუნდამენტალური მსოფლმხედველობრივი პრინციპები, რომლებსაც ისინი ეყრდნობიან.

კვლევის წარმოდგენილ ნაწილში ჩვენს მიზანს შეადგენს ბიომედიცინის სფეროში ბიოეთიკური ორიენტაციის განმაპირობებელი ფაქტორების წარმოჩენა ანთროპოლოგიურ (სამეცნიერო და ფილოსოფიურ) ასპექტში.

ანთროპოლოგიურ პრობლემას კაცობრიობის მეცნიერული აზრი ხშირად შეჰყავდა ჩიხში. ამის დამლევა მხოლოდ პრობლემის ახლებურად დაყენების გზით – ახალი ანთროპოლოგიური კონცეფციის ჩამოყალიბების მეოხებით ხდებოდა, რაც განაპირობებდა ადამიანის არსის გააზრებისა და გაგების ახალი მიმართულებით წარმართვის მცდელობას [А. М. Анохин, 1990; В. Ф. Сержантов, 1990; С. Н. Эрлик, 1997].

კაცობრიობის აზრი ყოველთვის და ყოველმხრივ იდეოლოგიებისა და მსოფლმხედველობების სიმრავლითა და ნაირსახეობით იყო და არის გარშემორტყმული, რომელთაგან თითოეული “ადამიანის ხატების” განსაზღვრულ, თავის სახეობას წარმოგვიდგენს, რომელიც “სისხლია სისხლთაგანი” და “ხორცი ხორცთაგანი” იმ მსოფლგაგებისა, რომლის წიაღშიაც ის ჩაისახა და შემდეგ მზის სინათლეზეც გამოიტანეს.

ამ დებულების პოსტულირება მიზანშეწონილად ჩავთვალებთ იმ ფაქტის გამო, რომ ეს იდეოლოგიები და მსოფლმხედველობები ხშირად გაუცნობიერებლად, ზოგჯერ სახელმწიფო ან გლობალური პოლიტიკის ზეწოლის შედეგად, ხან კი თვით ცალკეულ მკვლევართა მეცადინეობით, შეაღწევნენ რა საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებების შიგნით, მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მათ შემდგომ განვითარებაზე [С. Б. Крымский, В. И. Кузнецов, 1983; Б. Мюллер-Хилл, 1997; В. Порус, 1998; Я. А. Слинин, 2001].

საკმარისია გავიხსენოთ ბიოლოგიური მეცნიერებების, მათ შორის გენეტიკის, ბიოსამედიცინო კვლევების, ფსიქიატრიისა და სხვა სამედიცინო დარგების განვითარების ისტორია და ბედი საბჭოთა კავშირში, ნაცისტურ გერმანიაში, მილიტარისტულ იაპონიაში, კომუნისტურ ჩინეთში, ჩილესა და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში, ან პოსტინდუსტრიული ტექნოლოგიების დამკვიდრების კანონზომიერებანი და პერსპექტივები თანამედროვე მსოფლიოში [С. Б. Крымский, В. И. Кузнецов, 1983; Б. Мюллер-Хилл, 1997; В. Я. Бирштейн, 1998; В. В. Власов, 1998].

ჩვენი ყოველდღიური ცხოვრების მაგალითები: უპირატესად სხეულის ჯანმრთელობასა და მატერიალურ ფასეულობებზე ორიენტირებული თანამედროვე მედიცინა, ფსიქონალიზი, რეკლამა, მოდა, ეროტიკა, პორნოგრაფია, სხეულის გაფეტიშება (ბოდი-ბიულდინგი, შეიფინგი, ბოდი-არტი: პირსინგი, ტატუ-არტი, ნეილ-არტი...), თანამედროვე სპორტი, საყოფაცხოვრებო ქცევების ეთიკა, ტრადიციებისადმი დამოკიდებულება, მასობრივი კულტურა, ტელევიზია, კომუნიკაციური კულტურის ახალსახეობები (ინტერნეტი) და ა. შ. – ჩვენ წინაშე წარმოადგენენ ადამიანის თვითშემეცნებისა და თვითგაგების სხვადასხვა, არც თუ იშვიათად საეჭვო სულიერ-ზნეობრივი ღირებულების ნიმუშებს [Cultures in contact, 1982; С. Б. Крымский, В. И. Кузнецов, 1983; О. С. Суворова, 1997; В. Ю. Сухачёв, 1997; В. Порус, 1998; Б.В. Марков, 2000], რომელთა ექსპანსიის შეჩერება შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი ტრანსდისციპლინურ მეცნიერულ ცოდნაზე დაფუძნებულ რაციონალურ, არგუმენტირებულ ანთროპოლოგიურ კონცეფციას ჩამოვაყალიბებთ.

ამ მიზნის მისაღწევად კვლევა მივმართეთ ადამიანის შესახებ სამედიცინო-ბიოლოგიურ, ფილოსოფიურ და სხვა სწავლებათა ისტორიული განვითარების ანალიზისა და ფუნდამენტურ ანთროპოლოგიურ თეორიათა ურთიერთშეჯერებისაკენ.

საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული ანთროპოლოგიური სწავლებების, როგორც ბიოეთიკის თეორიული წინამძღვრების, განხილვა არ არის მეცნიერების დარგების ურთიერთმიმართების თეორიული საკითხი. აქ თვალსაჩინოვდება ის უმნიშვნელოვანესი აზრი, რომ ადამიანის სამყარო მარტო სოციალური როდია, ან მხოლოდ სხეულებრივი საწყისი, არამედ მისი ფსიქიკური სფერო, გონება, რწმენა, გული, ანუ მთელი სულიერი ბუნება [П. В. Корнеев, 1975; Б. П. Вышеславцев, 1990; В. Ф. Сержантов, 1990; Киприан (Керн), архимандрит, 1996; А. И. Сидоров, 1996; Р. С. Карпинская, 1997; Лука (Войно-Ясенецкий В.Ф.), архиепископ, 1997; М. С. Каган, 2001].

კვლევის შედეგად მივედით დასკვნამდე, რომ ადამიანის ბუნების ამგვარი გაგება მის შესახებ არსებულ ცოდნათა ყველა დონის სინთეზისა და ინტეგრაციის შედეგი შეიძლება იყოს მხოლოდ.

ადამიანის შესწავლის პროცესში აუცილებელია გაიმიჯნოს ცნებები ადამიანის არსისა და მისი ბუნების შესახებ [Знание, 1983; М.С. Каган, 2001].

ადამიანის არსი მიუთითებს ბიოსფეროში, სამყაროში, კოსმოსში ადამიანის განსაკუთრებულობასა და თავისებურებებზე სხვა ცოცხალ არსებებთან შედარებით და არ უგულვებელყოფს

სიცოცხლის იმ საერთო მახასიათებლებს, რომლებიც ადამიანს საერთოდ ცოცხალ სამყაროსთან აკავშირებს. ამ ანალიზის პროცესში მსჯელობა ადამიანის არსებობასაც უნდა შეეხოს, როგორც მის მოღვაწეობას, ისევე ცხოველქმედებას, ანუ მისი აქტიურობის მახასიათებლებს.

რაც შეეხება ცნებას “ადამიანის ბუნება”, იგი გამოხატავს ბიოსფეროსადმი, სამყაროსადმი, კოსმოსისადმი ადამიანის როგორც კუთვნილებას, ისე დამოკიდებულებას, მასში ადამიანის ადგილს, მასთან ერთობასა და ერთიანობას [Знание, 1983].

ადამიანის ბუნების მოაზრება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რაგვარი ინტერპრეტაცია ეძლევა მის ადგილს ცოცხალ და, საერთოდ, მთელს ბუნებაში, მისი პასუხისმგებლობის საზომს დედამიწაზე სიცოცხლის, თვით კაცობრიობის გადარჩენაში.

სწორედ ადამიანის ყოფიერების, მისი ცხოვრების არსებრივად ღრმა ფენების გათვალისწინება გვაძლევს საშუალებას ვილაპარაკოთ, ერთი მხრივ, დედამიწაზე სიცოცხლის, როგორც ფენომენის, მთლიანობაზე, ცოცხალ არსებათა ერთიანობაზე, რომელთა შორისაც მოიაზრება ადამიანიც, ხოლო, მეორე მხრივ, ადამიანის განსაკუთრებულობაზე, მის გამორჩეულ ადგილზე სამყაროში, მის მიმართებაზე ღმერთთან (შემოქმედთან, აბსოლუტთან).

2.3.1. ფუნდამენტური ანთროპოლოგიური შეხედულებები მედიცინასა და ბიოლოგიაში

ადამიანის, როგორც ბიოლოგიური ინდივიდის, როგორც ცოცხალი ორგანიზმის შესახებ მთელი ცოდნა მოეპოვება სამედიცინო-ბიოლოგიურ მეცნიერებებს. ისინი სწავლობენ ადამიანის სხეულის როგორც მაკრო-, ისე მიკროსკოპულ აგებულებას (ანატომია, ჰისტოლოგია), მის ორგანიზმში მიმდინარე სასიცოცხლო პროცესებს, ორგანიზმის, მისი ყველა ორგანოთა სისტემისა და ცალკეული ორგანოების ფუნქციებსა და ცხოველქმედების კანონზომიერებებს, ასევე ნივთიერებათა ცვლას ორგანიზმსა და გარემოს შორის (ფიზიოლოგია, ბიოქიმია, ბიოფიზიკა), ავადმყოფური პროცესების წარმოშობას, განვითარებას, მიმდინარეობასა და გამოსავალს (პათოლოგიური ანატომია, პათოლოგიური ფიზიოლოგია), ადამიანის ორგანიზმზე სამკურნალო საშუალებებისა და სხვა ნივთიერებების სამკურნალო და ტოქსიკურ მოქმედებას (ფარმაკოლოგია და ტოქსიკოლოგია), ინფექციურ და პარაზიტულ დაავადებათა

გამომწვევებს (სამედიცინო მიკრობიოლოგია და პარაზიტოლოგია), მემკვიდრეობითობისა და ცვალებადობის მოვლენებს ადამიანის პათოლოგიასთან კავშირში (სამედიცინო გენეტიკა) [К. М. Быков и др., 1955; ი. ი. აფანასიევი, 1977; ვ. ვ. ელისევი, 1977; А. А. Слюсарев, 1978; ი. ხარძეიშვილი, 2001].

ადამიანის სხეულის აგებულება ანატომიის, ჰისტოლოგიის, ციტოლოგიის, ემბრიოლოგიის შესწავლის საგანია [ვ. გ. ელისევი, 1977].

ეს მეცნიერებები მორფოლოგიურ დისციპლინებს განეკუთვნება; მორფოლოგია კი მოძღვრებაა ცოცხალ ორგანიზმთა ფორმისა და აგებულების შესახებ.

ბიოსფეროში ცოცხალი ორგანიზმების დიდი მრავალფეროვნება, ანუ თვით სიცოცხლე, მიკროორგანიზმთა უზარმაზარი ნაირგვარობით, ნახევარ მილიონამდე სახეობის მცენარეებით, მილიონნახევარზე მეტი სახეობის ცხოველებითა და ადამიანითაა წარმოდგენილი [В. Ф. Зайцев, И. А. Михайлова, О. Б. Бондаренко, 1999].

აქედან გამომდინარე, ადამიანის მორფოლოგიასთან ერთად, ბუნებრივია, რომ არსებობს მცენარეთა მორფოლოგია, ანუ ფიტომორფოლოგია და ცხოველთა მორფოლოგია, ანუ ზოომორფოლოგია.

მცენარეთა მორფოლოგია მხოლოდ ამ ძალიან მრავალფეროვანი სამყაროს – ერთუჯრედიანი მიკროორგანიზმებიდან (მიკრობიოლოგია) და წყალმცენარეებიდან (ალგოლოგია) გიგანტურ ხეებამდე და ალპურ ბუჩქებამდე (დენდროლოგია) – გარეგანი და შინაგანი აგებულების კანონზომიერებებს როდი შეისწავლის. აქ მორფოლოგიური კვლევის ამოცანას ისიც შეადგენს, ზუსტად განისაზღვროს, თუ რა მორფოლოგიური ნიშნებითაა გაერთიანებული მთელი ეს უზარმაზარი სამყარო, სახეობათა ასეთი სიმრავლე ერთად, ერთ სამეფოში [И. А. Михайлова, О. Б. Бондаренко, 1999].

ასევეა ცხოველთა მორფოლოგიაშიც. ცხოველური ორგანიზმები მრავალ ტიპებადაა დაყოფილი: უმარტივესები, ნაწლავდრუიანები, ფეხსახსრიანები, მხარფეხიანები, რბილტანიანები, ქორდიანები. . .

მხოლოდ ადამიანის მორფოლოგიაშია განსაზღვრული შესწავლის ობიექტი ერთი სახეობითა და ერთი წარმომადგენლით.

რა თქმა უნდა, ჩვენ ამ მსჯელობას ადგილს ვუთმობთ იმდენად, რამდენადაც ჩვენი ამოცანაა, ჩამოვაყალიბოთ საკუთარი კონცეფცია იმის შესახებ, თუ როგორ და სად არის ამ სისტემატიკაში

განსაზღვრული ადამიანის ადგილი.

ამ საკითხს ჩვენს კვლევაში შემდგომშიც შევხებით, მაგრამ, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, ამ ეტაპზეც სავსებით ნათლად გამოვხატოთ ჩვენი პოზიცია: სისტემატიკის (როგორც ცოდნის დარგის, რომელიც აწესრიგებს და აღწერს რეალურად არსებული ობიექტებისა და მათი რთული, განშტოებული და დიფერენცირებული სისტემების ერთობლიობას [B. Φ. Зайцев, 2000] ასპექტში დასმული ყოველგვარი კლასიფიკაციური და ტაქსონომიური ამოცანის გადაწყვეტისას ჩვენი ამოსავალი თეზისებია:

- ადამიანი არის არა ცოცხალი სამყაროს ჰიპოთეზური დარვინისტულ-ევოლუციური მითიური განვითარების შედეგი, არამედ ღმერთის მიერ შექმნილი უნიკალური, უმაღლესი და ყველაზე სრულყოფილი ორბუნებოვანი (ორსუბსტანციური) – ერთდროულად სულიერი და სხეულებრივი (ხორციელი) არსება.
- ამდენად ყოველგვარ კლასიფიკაციაში ადამიანის ადგილი არის არა ცხოველების გვერდით, არა ცხოველთა სამეფოში, არა ქორდიანთა ტიპში, არა ხერხემლიანთა ქვეტიპში, არა მუძუმწოვართა კლასში, არა პრიმატების რიგში, როგორც ამას დარვინისტული ბიოლოგიური მეცნიერება აღიარებს, არამედ ყველა სხვა ცოცხალი ორგანიზმისაგან განცალკავებულად, როგორც განსაკუთრებული ტაქსონომიური კატეგორია – კიდევ ერთი სამეფო ერთი სახეობითა და ერთი წარმომადგენლით – Homo sapiens.
- ადამიანი, რომელიც ერთდროულად არის ხატი ღვთისა და სარკე სამყაროსი (კოსმოსისა), და რომელსაც მიცემული აქვს თავისუფალი ნება, უნარი, გააკეთოს არჩევანი, ხორცი შეასხას მრავალგვარ იდეას თავისი შემოქმედებითი მოღვაწეობის მეოხებით, შეიძლება გახდეს სულიერ-ზნეობრივი თვალსაზრისით ცხოველზე უარესი ან უკეთესი, მაგრამ არასოდეს – მისი ტოლფარდი

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

გასაგებია, რომ ჩვენ, მით უფრო ამ ბოლო თეზისით, თეოლოგიური და ფილოსოფიური ანთროპოლოგიის სფეროში გადავინაცვლეთ, რასაც ჩვენ ნაშრომში აუცილებლად ვეხებით. ახლა კი დავუბრუნდეთ ბიოსამედიცინო დისციპლინებში მოცემულ სწავლებებს ადამიანის შესახებ.

ადამიანი ორგანული ბუნების ყველაზე სრულყოფილი ქმნილებაა, მაგრამ იგი მასში გაერთიანებულია მილიონობით

სრულიად განსხვავებულ ცოცხალ არსებებთან ერთად. ისმის კითხვა: რაში მდგომარეობს ეს განსხვავება? ან რა არის ის ფენომენი (მორფოლოგიური, ფიზიოლოგიური, ბიოქიმიური, ბიოფიზიკური ან კიდევ სხვა), რის საფუძველზეცაა განსაზღვრული მათი მსგავსება-ერთიანობა?

საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა სისტემაში ცოცხალი ბუნების ერთიანობის შესახებ წარმოდგენათა ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა უჯრედულმა თეორიამ, როგორც ამ მეცნიერებათა ერთ-ერთმა უმნიშვნელოვანესმა და ყველაზე ღრმა განზოგადებამ.

უჯრედული თეორია მისმა ფუძემდებელმა გერმანელმა მკვლევარმა თეოდორ შვანმა (1810-1882) წარმოადგინა შრომაში “მიკროსკოპული გამოკვლევები მცენარეთა და ცხოველთა სტრუქტურისა და ზრდის შესაბამისობის შესახებ”, რომელიც 1839 წელს გამოქვეყნდა.

ამ თეორიის განვითარების შემდეგი, უსათუოდ პროგრესული და თვისობრივად ახალი საფეხური იყო გერმანელი პათოლოგის რუდოლფ ვირხოვის (1821-1902) მიერ 1858 წელს გამოცემული შრომა “ცელულური პათოლოგია, როგორც ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ ჰისტოლოგიაზე დაფუძნებული სწავლება”.

ვირხოვის დებულება – “*omnis cellulae cellula*” – ბიოლოგიის შემდგომმა განვითარებამაც დაადასტურა. დღესდღეობით არაა ცნობილი სხვა საშუალება ახალი უჯრედების გაჩენისა, თუ არა უკვე არსებული უჯრედების გაყოფა. არც ერთი თანამედროვე ტექნოლოგია – არც დამხმარე რეპროდუქციული, არც კლონირების – არ გულისხმობს უჯრედის „შექმნას“.

არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა არც ვირხოვის კიდევ ერთ დებულებას იმის შესახებ, რომ უჯრედის გარეშე არ არსებობს სიცოცხლე. მართალია, მრავალუჯრედიან ორგანიზმებში არსებობს არაუჯრედული სტრუქტურებიც (მაგალითად, სისხლის პლაზმა), მაგრამ ისინი უჯრედებისაგან არიან წარმოქმნილი. რაც შეეხება არაუჯრედულ ორგანიზმებს – ვირუსებს, ისინი სიცოცხლისა და გამრავლებისუნარიანნი ხდებიან მხოლოდ მას შემდეგ, რაც შეაღწევენ უჯრედში.

დღეს უჯრედის ბიოლოგიის დარგში მიღწეულია უზარმაზარი წარმატებები: შესწავლილია რეცეპციის, ფუზიის, ინტერნალიზაციის, ტრანსმემბრანული გადაადგილებისა და სხვა მექანიზმები [T.A. Gilbertson, 1993; Y. Koutlos, K.-W. Yaw, 1993; K. U. Dee, et al., 1995; J. Gruenberg, 2001; Y. A. Ioannou, 2002].

ამრიგად, თანამედროვე უჯრედული თეორია ემყარება

წარმოდგენას ორგანიზმის მთლიანობის შესახებ, რომლის საფუძველიც მისი შემადგენელი უჯრედების ურთიერთქმედებაა. ადამიანისა და ცხოველების ორგანიზმების მთლიანობას განაპირობებენ ნერვული და ჰუმორული სისტემები, მცენარეებში – უჯრედების უშუალო ციტოპლაზმური კავშირი (პლაზმოდესმებით და ფიტოპორმონებით).

ცოცხალი სამყაროს ერთიანობის თვალსაზრისით, ძალიან მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ დამტკიცებულია ორგანელების უნივერსალობა მცენარეულ, ცხოველურ და ადამიანის უჯრედებში.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარეობს დასკვნა, რომელიც ასე შეიძლება ჩამოყალიბდეს: უჯრედული აღნაგობა არის ის მორფოლოგიური ფენომენი, რომელიც საერთოა ადამიანის ორგანიზმსა და მთელ დანარჩენ ცოცხალ სამყაროს შორის.

ბიოფილოსოფოსთა ინტერპრეტაციით, სიცოცხლე, როგორც მთლიანობა, პოტენციურად ყოველ ცოცხალ უჯრედში მოთავსებული: გარკვეული აზრით, თითოეულ უჯრედში შეიძლება მთელი ბიოსფეროს, მთელი უნივერსუმის სტრუქტურის დანახვა [E. H. Шулъга, 1997].

თანამედროვე ბიოლოგიამ მოიპოვა მთელი ცოცხალი ორგანიზმების საერთოობის დამადასტურებელი უმნიშვნელოვანესი, კიდევ ერთი, არა მორფოლოგიური, არამედ გენეტიკური ფენომენი: გენომების შედარების შედეგად აღმოჩენილი მსგავსებანი, რომელთაც ჩვენ ქვემოთ განვიხილავთ, როცა გენომიკის მიღწევების მნიშვნელობაზე ვისაუბრებთ ანთროპობიოლოგიური პრობლემების გადაწყვეტისას.

მას შემდეგ, რაც განისაზღვრა საერთოობა, საჭირო ხდება განსხვავებათა შესწავლა, უპირველესად, შედარებითი მორფოლოგიური ანალიზი.

ადამიანის ანატომიას (ანთროპოტომიას) დარვინისტული ევოლუციური თეორიის მომხრეები ცხოველთა ანატომიის ნაწილად განიხილავენ [A. B. Крaев, 1978].

თავის მხრივ, ეს მიუღებელია კრეაციონისტული მსოფლმხედველობის მეცნიერთათვის.

ამ თვალსაზრისით ცხოველთა მორფოლოგიის განხილვისას აუცილებლად მიგვაჩნია, ყურადღება გავამახვილოთ კიდევ ერთ მომენტზე – ცხოველთა მორფოლოგიაში ცალკე დარგად გამოყოფილი ცხოველთა შედარებითი ანატომიის ამოცანებსა და მეთოდებზე.

შედარებით ანატომიაში განარჩევენ ორგანოლოგიას (შეისწავლის ცხოველთა სამყაროს სხვადასხვა ჯგუფის ცალკეულ

ორგანოებსა და მათ სისტემებს), არქიტექტონიკას (შეისწავლის მთლიანი ორგანიზმებისა და მათი აგების სქემის ევოლუციას, ცხოველთა კლასებისა და ტიპების წარმოშობასა და ევოლუციას) და მის ზოგად ნაწილს – ევოლუციურ მორფოლოგიას. ამგვარია დარგინის შემდგომი შედარებითი ანატომიის არსი [B. H. Беклемишев, 1952; A. A. Любищев, 1962].

შედარებითი ანატომიის საფუძვლები საკუთრივ ადამიანისა და ცხოველების ანატომიაში ცოდნის დაგროვებასთან შედარებით გაცილებით გვიან ჩამოყალიბდა. თვით დარგს – შედარებით ანატომიას საფუძველი არისტოტელემ ჩაუყარა (ძვ. წ. მე-4 ს.). ორგანოთა განვითარებას იგი თეოლოგიურად ხსნიდა. შედარებითი ანატომიის ცალკეულ საკითხებს ეხებიან თავიანთ შრომებში გალენი და ვეზალიუსიც.

შედარებითი ანატომიური მეთოდის განვითარება და შედარებითი ანატომიის, როგორც მეცნიერების, ჩამოყალიბება იწყება მეჩვიდმეტე საუკუნიდან. სევერინოსა (1580-1656) და ვილისის (1621-1675) შრომებში ერთმანეთთან იყო შედარებული ადამიანისა და ცხოველების აგებულება. მეთვრამეტე საუკუნეში ჰოლანდიაში კამპერმა (1722-1789), ინგლისში ჰანტერმა (1728-1793), ხოლო საფრანგეთში ვიკ დ'აზირმა (1748-1794) შეისწავლეს და თვალსაჩინოდ დაადასტურეს ადამიანისა და ცხოველების ორგანოებისა და ორგანოთა სისტემების აგებულებასა და დანიშნულებაში არსებული მსგავსებანი [A. B. Краев, 1978; A. A. Любищев, 1962].

შედარებითი ანატომიის ისტორიულ განვითარებაში ახალ საფეხურადაა მიჩნეული მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისი, როდესაც ჟორჟ კიუვიემ (1769-1832) თანამედროვე და ნამარხ ცხოველთა შესახებ დაგროვილი მასალა განაზოგადა ნაშრომში “ლექციები შედარებით ანატომიაში” (ტტ. 1-5, 1800-05 წწ.) და ჩამოაყალიბა მოძღვრება ცხოველთა ტიპების შესახებ. კიუვიე კრეაციონიზმის მტკიცე მიმდევარი იყო. მას ეკუთვნის ე. წ. კატასტროფების თეორია, რომელიც სხვადასხვა გეოლოგიურ შრეში განსხვავებული ორგანიზმების არსებობის ასახსნელად შექმნა. იგი არ ცნობდა ბუნების ევოლუციას და დისკუსია ჰქონდა ეტიენ ჟოფრუა სენტ-ილერთან (1772-1844), რომელიც აკრიტიკებდა კიუვიეს მოძღვრებას სახეობათა უცვლელობის შესახებ, თუმცა თავად ჩამოაყალიბა მეტაფიზიკური სწავლება ცხოველთა სამყაროს ყველა ტიპის ორგანიზაციის ერთიანი გეგმის შესახებ. თავისი გამოკვლევები სენტ-ილერმა განაზოგადა წიგნში “ანატომიის ფილოსოფია” (1822 წ.) [É. G. Saint-Hilaire, 1970].

შედარებითი ანატომიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი

წვლილი შეიტანა ი. ვ. გოეთემ (1749-1832), რომელმაც სენტ-ილერისაგან დამოუკიდებლად ჩამოაყალიბა ე.წ. კონექსიების პრინციპი.

თანამედროვე შედარებითი ანატომია მიზნად ისახავს ცხოველთა ორგანიზაციის შედარებით ანატომიურ და ისტორიულ ახსნას, ადგენს ცხოველთა სამყაროს ჯგუფების წარმოშობას, ევოლუციურ მიმართულებებს და ევოლუციურ მორფოლოგიურ კანონზომიერებებს [B. H. Беклемишев, 1952; C. Wieland, 1994].

ასე რომ, შედარებითი ანატომია მთლიანად დარვინისტული ევოლუციური თეორიის სამსახურში დგას და მეცნიერული კვლევისას მისი მსოფლმხედველობითაა შეიარაღებული.

ამიტომაც მოახერხა შედარებითმა ანატომიამ “მოეპოვებინა” ევოლუციური თეორიის “მტკიცებულებანი”: ჰომოლოგიური, ატავისტური და რუდიმენტული ორგანოები და შეექმნა ჰიპოთეზურ-მითიური კონცეფციები მათ შესახებ, რომელთა მსხვერევას დასჭირდა ბიოლოგიური და სამედიცინო მეცნიერებების მოღვაწეთა დიდი ძალისხმევა [Б. Ф. Поршневу, 1974; C. Wieland, 1994].

ევოლუციური მითოსშემოქმედება ამით არ შემოსაზღვრულა: ისინი შეიჭრნენ ადამიანის მუცლადყოფნის პერიოდში და შეთხზეს სრულიად ანტიმეცნიერული “ბიოგენეტიკის ძირითადი კანონი” [Б. Ф. Поршневу, 1974; A. A. Слюсарев, 1978].

გარდა ამისა, შეიქმნა მთელი “ანთოლოგია” ევოლუციონისტურ-პალეონტოლოგიური ზღაპრებისა მაიმუნსა და ადამიანს შორის შუალედური რგოლის შესახებ, რომელიც დაამტკიცებდა დარვინისტულ მზა “თეორიას” ადამიანის წარმოშობის შესახებ თანმიმდევრული ევოლუციური გარდაქმნების შედეგად.

ქვემოთ მოგვყავს რამდენიმე ნიმუში ამ “ანთოლოგიიდან”:

1. *Pithecanthropus erectus* – ეჟენ დიუბუას “იაველი პითეკანთროპი” (1891-92 წწ.);

2. *Homo heidelbergensis* – გამოიგონეს გერმანიაში, მაუერის მახლობლად აღმოჩენილი ადამიანის დიდი ზომის ყბის საფუძველზე, რომელმაც თავისი ადგილი შემდეგ “იაველი ადამიანის” დანაკლის ნაწილთა შორის ჰპოვა (1907 წ.);

3. *Eoanthropus dawsoni* – ნოტარიუს დოუსონის, სერ ვუდვორდისა და ტეიარ დე შარდენის პილტდაუნელი “ადამიანი” (1908-13 წწ.), რომლის ადგილი ნაყალბევის გამომჟღავნების შემდეგ ბრიტანულ მუზეუმში შეცვალა ექსპოზიციამ “მისტიფიკაციის მხილება”;

4. *Hespero-pithecus garoldcook* – პროფესორ გაროლდ კუკისა და პროფესორ ჰენრი ოსბორნის გამონაგონი ნებრასკას შტატში აღმოჩენილი ერთადერთი ნამარხი კბილის საფუძველზე (1922 წ.). მოგვიანებით (1927 წ.) აღმოჩნდა, რომ ეს კბილი ეკუთვნოდა გარეულ ღორს *Chatagonus ameghino*;

5. *Sinanthropus pekinesis* – დევიდსონ ბლეკისა და ტეიარ დე შარდენის “ჩინელი ადამიანი” (1929 წ.), რომლის “მაიმუნობა” აჩვენა ფრანგმა პროფესორმა ბრეილმა პეკინში ორგზის მოგზაურობისა და საკუთარი გამოკვლევების შედეგად (1931 და 1934 წწ.) და მისთ. [C. Wieland, 1994; A. B. Недоступ, 2001].

ახლა კი ჩამოვაყალიბოთ ის ანატომიური მსგავსებანი და განსხვავებანი, რომლებიც არსებობს ადამიანსა და იმ ცხოველებს შორის, რომელთა გვერდითაც ცხოველთა სისტემაში მეცნიერთა ერთმა ნაწილმა ადგილი მიუჩინა ადამიანს, ეყრდნობოდა რა პალეონტოლოგიის, ანატომიის, შედარებითი ანატომიის, ბიოლოგიისა და ემბრიოლოგიის მონაცემების ევოლუციონისტურ ინტერპრეტაციასა და, რა თქმა უნდა, თვით ანთროპოგენეზის დარვინისტულ კონცეფციას:

მ ს გ ა ვ ს ე ბ ა ნ ი

ადამიანისა და ცხოველების აგებულებაში:

1. სხეულის ბილატერალური სიმეტრიულობა
2. კანზე თმოვანი საფარველის არსებობა, რომელიც ადამიანში რედუცირებულია სხეულის მნიშვნელოვან ნაწილზე
3. კანში საოფლე ჯირკვლების არსებობა, რომლებიც მონაწილეობენ ორგანიზმის თერმორეგულაციის პროცესებში
4. გულმკერდისა და მუცლის ღრუების გაყოფა ერთმანეთისაგან დიაფრაგმით
5. სარძევე და მუდმივი კბილების მონაცვლეობისა და კბილების სამი ჯგუფის (ძჳრელები, ეშვები და საღეჭი, ანუ ძირითადი კბილები) არსებობა
6. ადამიანს არ აქვს არც ერთი ისეთი ძვალი, რომელიც არ ჰქონდეს ძუძუმწოვართა კლასის წარმომადგენლებს
7. ჩონჩხის მსგავსება გამოხატულია ერთნაირად 7 კისრის მაღის, ხერხემალთან შესასახსრებლად კეფის ძვალზე 2 როკის (*Condylus occipitalis*), 3 სასმენი ძვლის არსებობით
8. ოთხსაკნიანი გული
9. აორტის ერთი (მარცხენა) რკალი
10. მომწიფებული ერითროციტები არ შეიცავენ ბირთვს

11. “ადამიანისმსგავს” მაიმუნებთან მსგავსება კი დამატებით გამოხატულია:

- თითების დორსალურ ზედაპირებზე კანის წარმონაქმნების არსებობით ფრჩხილების სახით,
- ხელის და ფეხისგულების კანში გამოხატული დვრილოვანი ქედებისა და ღარების (კაპილარული ხაზების) არსებობა,
- წინა/ზემო კიდურის პირველი თითი (ცერი) შეიძლება დაუპირისპირდეს ყველა დანარჩენ თითს,
- ადამიანის 23 წყვილი ქრომოსომიდან 13 პრაქტიკულად ერთნაირია [A. A. Слюсарев, 1978; R. C. Williams, et al., 1992].

ადამიანის აგებულების განსხვავება

ცხოველებისაგან:

1. სხეულის ვერტიკალური მდგომარეობა
2. სწორი, გამართული სიარული ორ ფეხზე
3. ხერხემლის დამახასიათებელი გამრუდებები: ლორდოზი, კიფოზი
4. თაღისებური ტერფი
5. შედარებით ფართო მენჯი
6. ძლიერ განვითარებული ქვედა კიდურების კუნთები
7. ბარძაყის ძვალი ადამიანის ჩონჩხის ყველაზე მძლავრი ძვალია (შეუძლია 1650 კგ-მდე დატვირთვის ატანა)
8. მტევნის განსაკუთრებული დინამიურობა მისი მეტად დიფერენცირებული მუსკულატურის ხარჯზე
9. შედარებით დიდი პირველი თითი
10. ზემო კიდურების გარკვეული ასიმეტრიულობა: ადამიანების 75%-ს მარჯვენა ხელი მარცხენაზე გრძელი აქვს, 18%-ს ერთნაირები აქვს და მხოლოდ 7%-ს აქვს მარცხენა ხელი მარჯვენაზე უფრო გრძელი.
11. თავის ქალას ტვინის ნაწილი ზომებით მნიშვნელოვნად აღემატება სახის ნაწილს
12. შედარებით პატარა ქვედაყბა და სახის შეცვლილი ფორმა
13. კბილები სხეულის ზომებთან შედარებით ძალიან პატარაა
14. თავის ტვინის დიდი მოცულობა და მასა: ადამიანის თავის ტვინის საშუალო მასაა 1350-1500 გრამი, გორილასი – 460 გ, შიმპანზესი – ასევე 460 გ, ორანგუტანისა – 430 გ.
15. ძალიან დიდია ადამიანის თავის ტვინის ზედაპირის

ფართობიც (საშუალოდ 1250 კვ. სმ, მაშინ როცა ყველაზე განვითარებული ტვინის მქონე შიმპანზეს ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 395 კვ. სმ-ს შეადგენს)

16. შემცირებული თმოვანი საფარველი კანზე [A. A. Слюсарев, 1978; C. Wieland, 1994].

ადამიანის სხეულის ძუძუმწოვრებისაგან, მათ შორის მაიმუნებისაგან, განმასხვავებელი ჩამოთვლილი მორფოლოგიური ნიშნები ნათლად მეტყველებენ იმაზე, რომ არსებული განსხვავება არსებითია და ძირითადი. ეს, ევოლუციონისტების აღიარებითაც კი, იმას მოწმობს, რომ ადამიანი არ შეიძლება წარმოშობილიყო რომელიმე თანამედროვე მაიმუნისაგან; ჩვენ კი დავუმატებთ: ისევე, როგორც არც რომელიმე სხვა ცხოველისაგან ან დარვინის თეორიის მიმდევრების მიერ გამოგონილი “საერთო წინაპრებისაგან”.

თავის დროზე დარვინიზმის წინააღმდეგ ხმა აღიმალდა რ. ვირხოვმა, რომელმაც 1877 წელს მიუნხენში გამართულ ბუნებისმეტყველთა ყრილობაზე მოითხოვა დარვინიზმის, როგორც “დაუმტკიცებელი თეორიის” სწავლების შეზღუდვა, განაცხადა დარვინიზმის საშიშროებისა და დამლუპველი გავლენის შესახებ. მაგრამ ვინაიდან მისი ძირითადი შეტყვის ობიექტი იყო იდეა “მაიმუნ-ადამიანზე”, დარვინმა კი მოასწრო მაიმუნსა და ადამიანს შორის შუალედური რგოლის არსებობის შესახებ იდეის მიჩქმალვა, დარვინის მომდგრების ნეგატივიზმი შენიღბული აღმოჩნდა. დარჩა მხოლოდ ჰექსლის თეზისი დღეს არსებული ანთროპოიდების მსგავსი მაიმუნიდან ადამიანის წარმოშობის შესახებ, თუმცა ეს თეზისი უკვე შესწორებული და შერბილებული იყო მოსაზრებით ადამიანის დრიოპითეკის მსგავსი წინაპრის დიდი ხნის წინათ გადაშენების შესახებ. ეს ხერხი მემკვიდრეობით მიიღო ჰომინიდების პალეოლოგიამ მეოცე საუკუნეში: მათ უკანასკნელი მაიმუნის სიცოცხლის დასასრულისა და პირველი ადამიანის დედამიწაზე გამოჩენის თარიღი ერთიდან რამდენიმე მილიონ წლამდე გაზარდეს, რითაც სურდათ ეჩვენებინათ, რომ მათ მიერვე შეთხზული საიდუმლო ისტორიის გონებით მიუწვდომელ სიღრმეებშია დამარხული [Б. Ф. Поршнев, 1974].

დარვინის ორიგინალურ აზრები ჩამოყალიბებულია წიგნში “ადამიანის წარმოშობა და სქესობრივი შერჩევა” (1871), სადაც დახასიათებულია:

- ადამიანისა და სხვა ცხოველების, უპირატესად ანთროპომორფული მაიმუნების, სხეულის აგებულებისა და ფუნქციების მსგავსებანი, რითაც ავტორმა ჰექსლისა და ფოხტის იდეები ძირითადად გაიზიარა;

- ადამიანისა და სხვა ცხოველების ემბრიოლოგიური მსგავსება, რითაც ჰეკელს დაეთანხმა;
- რუდიმენტული ორგანოები, როგორც ცხოველებისაგან ადამიანის წარმოშობის მოწმობები, რითაც კანესტრინის მიმდევრად წარმოგვიდგა;
- ატავიზმის ფაქტები, რომლებიც ფოხტის მსგავსად შეაფასა.
- გარდა ამისა, ამ და მომდევნო წიგნში (“ემოციების გამოხატვის შესახებ ცხოველებსა და ადამიანში”, 1872) მთავარი ადგილი დარვინმა ადამიანის ცხოველთა სამყაროსთან ფსიქიკურ და სოციალურ ერთგვარობას მიუჩინა.

უკვე “სახეობათა წარმოშობაში” დარვინი ჰერბერტ სპენსერის (1820-1903) ფსიქოლოგიისა და სოციოლოგიის მომხრედ მოგვევლინა, რაც სრულად გამომჟღავნა ზემოთნახსენებ ორ თხზულებაში. მისი აზრით, ადამიანში ცხოველებთან შედარებით არაფერია ახალი, არსებობს მხოლოდ რაოდენობრივი განსხვავებები, რომლებიც ადამიანს თანდათანობით დაუგროვდა (იგულისხმება ევოლუციის პროცესში). ადამიანის მორალისა და საზოგადოებრივი ქცევის წყაროს დარვინი ცხოველების საზოგადოებრივ ინსტიქტებში ხედავს: თურმე არც ადამიანის გონება, არც თვითსრულყოფისა და თვითშემეცნების უნარი, არც იარაღების გამოყენება, არც ესთეტიკური გრძნობა, არც ღვთის რწმენა, რომ არაფერი ვთქვათ ისეთ შედარებით უბრალო ფსიქოლოგიურ კატეგორიებზე, როგორიც, მაგალითად, წარმოსახვა, არ წარმოადგენს ადამიანის სპეციფიკურ მახასიათებელს – თურმე ეს ყველაფერი ცხოველებშიც არსებობს, ოღონდაც ბუნებრივმა გადარჩევამ ადამიანში ეს ყველაფერი გაამძიერა [Б. Ф. Поршнев, 1974; Е. Н. Шульга, 1997; Ч. Дарвин, 2001].

ამრიგად, იმ დროიდან, რაც დარვინიზმისაგან ადამიანის წარმოშობის საკითხში დარჩა მხოლოდ თეზისი, რომ ადამიანი წარმოიშვა მაიმუნისაგან შუალედური ზოოლოგიური რგოლის გარეშე, დარვინიზმი დამარცხებული აღმოჩნდა “საკითხთა საკითხში”, რადგან ასეთ ვითარებაში ადამიანსა და მაიმუნს შორის ან სასწაულის ადგილი რჩებოდა, ან საჭირო იყო მაიმუნისა და სხვა ცხოველებისათვის ადამიანის ყველა ძირითადი ფსიქიკური თვისების მიწერა.

იაველი პითეკანთროპის შემდეგ მეცნიერები ალაპარაკდნენ უფრო მეტად “გარდამავალ არსებებში” მაიმუნისა და ადამიანის ფიზიკური ნიშნების თანაფარდობაზე და არა თვით არსებებზე, რომლებიც ფიზიკურად თითქმის ადამიანის მსგავსნი უნდა

ყოფილიყვნენ, მაგრამ არ გააჩნდათ მეტყველების უნარი, გონება და არ წარმოადგენდნენ საზოგადოებრივ არსებებს.

ამასთან ერთად გამოჩნდნენ “ღვთისმეტყველნი”, რომელთაც შესაქმეს აქტი მოიაზრეს, როგორც დროში გახანგრძლივებული პროცესი. მათ ევოლუციონიზმი ქრისტიანობასთან “შეაჯერეს” და ადგილი დატოვეს პითეკანთროპის, პრეზინჯანთროპისა თუ ავსტრალოპითეკისათვის.

ასე რომ, ყველაფერი, რის შესახებაც კაცობრიობას ჯერ კიდევ 1877 წელს აფრთხილებდა რ. ვირხოვი, ასრულდა და დღემდე ინერციით ითხოვს, პირველ რიგში, ინტელექტუალურ ანთროპოლოგიურ “მსხვერპლს”, მტვერს აყრის რა ჭეშმარიტებას ადამიანისა და სამყაროს წარმოშობის შესახებ [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

აქვე აუცილებლად უნდა შევეხოთ საკითხის სხვა, არამორფოლოგიურ ასპექტებსაც. ფიზიოლოგიის კვალდაკვალ ცოცხალი ორგანიზმების ცხოველმოქმედების კანონზომიერებებს სწავლობს ბიოქიმია და ბიოფიზიკა. მიუხედავად ყოველივე ცოცხალის ბიოქიმიური ერთიანობისა, ცხოველურ და მცენარეულ ორგანიზმებს შორის არსებობს ძირეული განსხვავებებიც: ეს უპირველეს ყოვლისა ნივთიერებათა ცვლის ხასიათს შეეხება [E. M. Крeпс, 1979; E. M. Крeпс, 1979 (a); Л. А. Орбели, 1979].

ქვემოთ მოგვყავს ცოცხალ ორგანიზმთა ოთხი სამეფოს დახასიათება-კლასიფიკაციის ერთ-ერთი ჩვენ მიერ მოდიფიცირებული ვარიანტი, რომელიც ეყრდნობა მათ ზოგიერთ ბიოლოგიურ თავისებურებას:

მცენარეები:

1. ავტოტროფული ორგანიზმებია, ზოგჯერ – მეორადი ჰეტეროტროფები;
2. უჯრედებს აქვთ მკვრივი გარსი, რომელიც ჩვეულებრივ შედგება ცელულოზისაგან, იშვიათად – ქიტინისაგან;
3. სამარაგო ნივთიერებები გროვდება სახამებლის სახით.

სოკოები:

1. პირველადად ჰეტეროტროფული ორგანიზმებია;
2. უჯრედებს აქვთ კარგად გამოხატული გარსი, რომელიც შედგება ქიტინისაგან, იშვიათად ცელულოზისაგან;
3. სამარაგო ნახშირწყლები გროვდება გლიკოგენის სახით;
4. ჩვეულებრივ, უძრავი, მიმაგრებული ორგანიზმებია.

ცხოველები:

1. პირველადად ჰეტეროტროფული ორგანიზმებია;
2. უჯრედებს არ აქვთ მკვრივი გარსი;
3. სამარაგო ნახშირწყლები გროვდება გლიკოგენის სახით;
4. ჩვეულებრივ, აქტიურად მოძრავი ორგანიზმებია, თუმცა შესაძლებელია იყოს მიმაგრებულიც.

ადამიანი:

1. პირველადად ჰეტეროტროფული ორგანიზმია;
 2. უჯრედებს მკვრივი გარსი არ აქვთ;
 3. სამარაგო ნახშირწყლები გროვდება გლიკოგენის სახით;
 4. აქტიურად მოძრავია;
 5. აქვს ადამიანურ ყოფასა და საქმიანობასთან დაკავშირებული მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი ანთროპო-ბიოლოგიური (მორფოლოგიურ-ანატომიური), ფიზიოლოგიური, გენეტიკური თავისებურებები, რომლებიც ადამიანის უმაღლეს ნერვულ მოქმედებასა, აზროვნებასა და ურთულეს ფსიქიკურ და სულიერ (მეტაფსიქოლოგიურ) პროცესებთანაა დაკავშირებული.
- როგორც ვნახეთ, ადამიანის შედარებისას დანარჩენ ცოცხალ სამყაროსთან მეცნიერება უზშირესად ეყრდნობა ფენოტიპურ, კერძოდ, ანატომიურ ნიშნებს. დღევანდელი ბიომედიცინა კი ამ მხრივაც პრიორიტეტს უკვე გენეტიკას ანიჭებს [Л. Л. Киселев, 1999, 1999 (a), 2000].

შიმპანზესა და ადამიანის გენომთა შედარებამ აჩვენა, რომ მათ შორის არსებობს მსგავსება. ევოლუციონისტები ამ მსგავსებას ნაჩქარევად იდენტურობად აღიქვამენ [Л. Л. Киселев, 2000] და ამგვარად გენეტიკურად “განმტკიცებულ” ადამიანურ-შიმპანზურ უახლოეს “ნათესავობას” უდავო ჭეშმარიტებად აღიარებენ. თუმცა, უპირველეს ყოვლისა, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ გენომების შედარება სრულყოფილად არ ჩატარებულა იმ უბრალო მიზეზის გამო, რომ არც ადამიანის, არც შიმპანზეს გენომი ბოლომდე გაშიფრული არ არის. რაც შეეხება არსებული მონაცემების შედარებას, აქ განსხვავების ხარისხი სამჯერ აღემატება იმ განსხვავებას, რომელიც არსებობს სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელ ადამიანურ ინდივიდებს შორის. ამგვარ შედეგებს გვაწვდის გენომიკა, რომელთა ინტერპრეტაცია განსხვავებულია მეცნიერთა არაერთგვაროვანი (ევოლუციონისტური ან კრეაციონისტული) მსოფლგანების გამო.

ამჟამად მსოფლიო საზოგადოებრიობის, სამეცნიერო ინსტიტუტებისა და მსხვილი კერძო ფირმების მოწადინებით პრაქტიკულად დამთავრებულია ადამიანის გენომის “შავი” გაშიფრვა. უფრო სრულ სეკვენირებას ჯერ 2003 წლისათვის ელოდებოდნენ. არსებობს პრინციპული გარემოებაც, რომლის გამო რთულდება ეს პროცესი: ადამიანის გენებში არის ცვალებადი, ვარიაციური უბნები, რომლებშიც ხშირად ჩნდება მუტაციები. მათი რიცხვი 3%-ს შეადგენს. ასე რომ, ჩვენ უნდა ველოდოთ გარკვეული განზოგადებული გენომის გაშიფრვას, რითაც, ცხადია, წერტილი არ დაესმება ამ უკიდურეს ძიების პროცესს [Л. Л. Киселев, 2000; Ш. Кляйн, 2001; Н. Колчанов, С. Пименова, 2000].

მხოლოდ 1998 წელს დასრულდა პირველი მრავალუჯრედიანი ცხოველის, მრგვალი ჭიის, ნემატოდას (*Caenorhabditis elegans*) გენომის აგებულების გაშიფრვის რვაწლიანი სამუშაო. ორმა კვლევითმა ცენტრმა, რომელთაც გადაწყვიტეს ეს სირთულის თვალსა-ზრისით გიგანტური ამოცანა და შეიძინეს უნიკალური გამოცდილება, განაცხადა, რომ ისინი მზად არიან ამოხსნან ადამიანის გენომის ნახევრის სტრუქტურის საიდუმლო, ე.ი. შეასრულონ 15-ჯერ უფრო ტევადი სამუშაო, ვიდრე ნემატოდაზე ჩაატარეს. ამ ჭიის გენომი 97 მილიონი წყვილი ნუკლეოტიდისაგან შედგება, ხოლო ადამიანისა – 3 მილიარდისაგან (როგორც მეცნიერთა უმეტესი ნაწილი აფასებს), რაც 30-ჯერ მეტია ჭიის გენომთან შედარებით [Л.Л. Киселев, 1999, 2000].

მრგვალი ჭიების ერთი წარმომადგენლის გენომის სეკვენირება, რა თქმა უნდა, სცილდება იმის ფარგლებს, რასაც ადამიანის გენომის გაშიფრვის პოლიგონი შეიძლება ეწოდოს. *Caenorhabditis elegans* პირველი მრავალუჯრედიანი ორგანიზმია, რომლის გენომი პრაქტიკულად სრულადაა შესწავლილი. თუ გავიხსენებთ იმას, რომ ამ მიღწევას მხოლოდ ორი წელი ამორებდა პირველი ეუკარიოტული ორგანიზმის – საფუარი სოკოს – გენომის გაშიფრვისაგან, შეიძლება ითქვას, რომ გენომიკამ გაიარა გიგანტური დისტანცია, ევოლუციონისტების აზრით – ევოლუციის კიბეზე, ხოლო კრეაციონისტების აზრით – უბრალოდ, სიცოცხლის იერარქიული კიბის შემეცნების გზაზე, სიცოცხლის მატარებელი არსებებისა და, შესაბამისად, მათი გენომების შედარებით მარტივ და ურთულეს ფორმებს შორის [S. Aaron, 1993; Л. Л. Киселев, 1999].

მეცნიერება ფლობს საინტერესო მონაცემებს იმის შესახებ, რომ ზოგჯერ მონათესავე სახეობებიც კი მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ქრომოსომებში დნმ-ის რაოდენობით, ასევე არ არსებობს პირდაპირი კორელაცია სახეობის ევოლუციურ მდგომარეობასა და დნმ-ის რაოდენობას შორის [А. П. Акифьев,

1995; A. Campbell, et al., 1999; J.L. Boore, W.M. Brown, 2000].

არსებობს უნიკალური შესაძლებლობა, განხორციელდეს ბაქტერიების, საფუარი სოკოებისა და ნემატოდას არა მარტო გენებისა და გენური ანსამბლების, არამედ მთელი გენომების შედარებითი შესწავლა. ამგვარ შანსს ბიოლოგია ჯერ კიდევ ორი-სამი ათეული წლის წინ არ ფლობდა. ასე რომ, გენომიკის მიღწევების ანალიზმა და ღრმა გააზრებამ უნდა მოგვცეს პრინციპულად ახალი კონცეფციები სიცოცხლის წარმოშობის, განვითარების ბიოლოგიისა და ანთროპოგენეზის სფეროში.

ცოცხალ ორგანიზმთა სხვადასხვა სახეობებში ცილების ფრაგმენტების შედარებამ, რომლებიც ცილების სინთეზში ერთსა და იმავე ფუნქციას ასრულებენ, საშუალება მისცა მეცნიერებს გამოეყენებინათ საერთო სტრუქტურული მოტივი. შედარებითი და სტრუქტურული გენომიკის მონაცემების საფუძველზე დასტურდება ცოცხალი სამყაროს ერთიანობა, რომლის ორგანული ნაწილია ადამიანი თავისი ბიოლოგიური ბუნებით. რაც შეეხება დარვინისტებს, ისინი ამ ფაქტების საფუძველზე ალაპარაკდნენ ორგანიზმების მოლეკულურ ევოლუციასა და ევოლუციურ გენომიკაზე [M. Bocchetta, et al., 2000 ; C. B. Cameron, et al., 2000; Л. Л. Киселев, 2000].

გენომების შედარებამ ცხადყო, რომ რაც უფრო მაღალგანვითარებულია ცოცხალი ორგანიზმი, მისი დნმ-ის სიგრძის ერთეული შეიცავს მით უფრო ცოტა ინფორმაციას ცილებისა და რნმ-ის სტრუქტურის შესახებ და მით უფრო ბევრ ინფორმაციას “არაფრის” შესახებ, ანუ ჩვენთვის გაუგებარ, ვერწაკითხულ ინფორმაციას. ევოლუციონისტები ამას ევოლუციის ამოუხსნელ კანონზომიერებად თუ პარადოქსად მიიჩნევენ [152, 387, 782]. ფ. კრიკი დნმ-ის ამ “ზედმეტ” ნაწილს “ეგოისტურს”, “ნაგავს” უწოდებდა. მიაჩნდა, რომ იგი ევოლუციის განაფლანგია, რომელიც გროვდებოდა გენომში იმის გამო რომ არ ხდებოდა გენეტიკური პროცესების ბოლომდე სრულყოფა. ეძახდა “ბალასტსაც”, საფასურს, რომელიც იქნა გადახდილი გენომის დარჩენილი ნაწილის ჩამოყალიბებისათვის. ზოგიერთი მეცნიერის აზრით, ეს “ნედლი” გენეტიკური მასალა ევოლუციისათვის [А. П. Акифьев, 1995; М. Голубовский, 2001].

ლ. კისელიოვი კი ფიქრობს, რომ შეიძლება ადამიანისა და სხვა მაღალგანვითარებული ცოცხალი არსებების დნმ-ის რაღაც მცირე “ეგოისტური” ნაწილი მართლაც იყოს ასეთი, თუმცა თვლის, რომ უფრო მისაღები ის აზრი უნდა იყოს, რომლის მიხედვითაც ეს “ეგოისტური” უბნები ევოლუციის პროცესში ნარჩუნდებოდა და იზრდებოდა კიდევ, რადგან სწორედ ისინი აძლევდნენ

ევოლუციურ უპირატესობებს მათ მფლობელ ორგანიზმებს [Л. Л. Киселев, 1999; A. Campbell, et al., 1999; A. Becker, et al., 2000].

აქვე უნდა შევეჩინააღმდეგოთ ამ დებულებათა ავტორებს. ჯერ ერთი, ისინი ცდილობენ ყველა მონაცემი შეაჯერონ ევოლუციონიზმთან ან მას დაუკავშირონ მიუხედავად იმისა, რომ ზოგჯერ აბსურდულ მტკიცებებამდე მიდიან; მეორე – ყოველთვის არ ჰყოფნიან გამბედაობა აღიარონ არსებული მეცნიერული ცოდნის შეზღუდულობა.

ასე მაგალითად, საინტერესოა, რომ ნემატოდას გენომში 47% უჭირავს გენთაშორის უბნებს, გამეორებებს, რომელთა ფუნქციები დღეს მეცნიერებისათვის უცნობია. უნდა ვივარაუდოთ, რომ სწორედ “ეგოისტური” დნმ (დნმ-ის უბნების მოკლე გამეორებები: ალუ-ელემენტები, ალფა-სატელიტური დნმ და სხვ.), რომელთა სტრუქტურა აბსოლუტურად კონსერვატულია (მათი მუტაციები არ ნარჩუნდება), არის უმნიშვნელოვანესი, თუმცა ჯერჯერობით ბიოლოგიური მეცნიერებისათვის უცნობი როლის შემსრულებელი [L. Aravind, et al., 2000; J. W. Fell, et al., 2000; S. Zauner, et al., 2000; M. Голубовский, 2001].

ადამიანის გენომიკაში შემუშავებული იდეები და მეთოდები უნივერსალური მნიშვნელობისაა. მათი გამოყენება შეიძლება მრავალი პრობლემის გადასაწყვეტად ადამიანის ბიოლოგიის, სიცოცხლისა და ადამიანის წარმოშობის, ბიოფილოსოფიის, ბიოსოციოლოგიის, ბიოსამედიცინო ეთიკისა და მთლიანად ბიომედიცინის სფეროში.

ადამიანის წარმოშობის საკითხებთან ერთად ბიოლოგიურ მეცნიერებებში ამოუხსნელი რჩება უმაღლესი ნერვული მოქმედების მოლეკულური ბუნება, რადგან ეს პრობლემა რთული ბიოლოგიური სისტემის ქცევას ეხება. გენომიკა საშუალებას იძლევა გენურ დონეზე აიხსნას ზოგიერთი კერძო საკითხი: ჯერ ცხოველებში (მაგალითად, ჯიშთან მალეობში) გენომის სეკვენირების შემდეგ გამოავლენენ გენებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან აგრესიულობაზე, პატრონის ერთგულებაზე, წვრთნაზე (სხვადასხვა ქცევის შესწავლაზე) და ა.შ. რაც შეეხება ადამიანის გენომის სრულ გაშიფრვასა და მის შედარებას პრიმატების გენომებთან, ეს კიდევ უფრო მიგვაახლოვებს ადამიანის ბიოლოგიური არსის გაგებასთან [F. Crick, 2000; Г. В. Шпаковский, 2000; М. Голубовский, 2001].

პიროვნების იდენტიფიკაციის გენომური მეთოდები (გენომური ანალიზი, გენომური დაქტილოსკოპია) შეუცვლელია კრიმინალისტიკაში. ნათესაური კავშირების იდენტიფიკაცია დღეს წყვეტს მამობისა და დედობის, უფლებებისა და ქონების

მემკვიდრეობით გადაცემის პრობლემებს. განსაკუთრებული ინტერესის საგანია გენომიკის შეჭრა კაცობრიობის ისტორიის, ეთნოგრაფიის, ლინგვისტიკისა და ჰუმანიტარული ცოდნის სხვა სფეროებში. თავის დროზე ამგვარი დაახლოების მიზეზი გამოიწვია ანთროპოლოგიამ, პალეონტოლოგიამ, ევოლუციონიზმმა და კრეაციონიზმმა. ძველი მსოფლიოს ცივილიზაციების ისტორიის უამრავი საკამათო საკითხი (მაგალითად, ერებისა და ხალხების წარმოშობისა და მიგრაციის შესახებ) შეიძლება ისტორიკოსებთან ერთად გენომმცოდნეებმაც გადაწყვიტონ გენომური მარკერების შესწავლის გზით (ეთნოგენომიკა) [T. R. Disotell, 2000; Л. Л. Киселев, 2000].

როგორც ვნახეთ, ადამიანის გენომის შესწავლა გვაახლოვებს ადამიანის წარმოშობის საიდუმლოებასთან, სრულყოფს ჩვენს სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ჰუმანიტარულ ანთროპოლოგიურ ცოდნას, გვიქმნის რა სრულიად ახალ წარმოდგენას ადამიანის არსისა და ბუნების შესახებ. ადამიანის გენომის სეკვენირების დამთავრება ეპოქალური მიზნის მიღწევა იქნება – კაცობრიობა შეიმეცნებს ადამიანის მთელ მემკვიდრეობით მასალას ზუსტი ქიმიური აგებულების დონეზე. ალბათ ძნელია ადამიანთა მოდემის ისტორიაში იპოვო რაიმე მსგავსი მეცნიერული მიღწევა თავისი ზოგადთეორიული შედეგებისა და პრაქტიკული მნიშვნელობის გათვალისწინებით, რომელიც აღნიშნავს ერთი ერის დასასრულს და ახლის დასაწყისს როგორც ბიოლოგიასა და მედიცინაში, ისე მთელს ბუნებათმეცნიერებაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ამრიგად, ჩვენ ჩამოვაცალიბეთ ძირითადი ანთროპოლოგიური შეხედულებები, რომლებიც ისტორიული განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე ბატონდებოდა ბიოლოგიასა და მედიცინაში. თუ მეტად დავაკონკრეტებთ – ჩვენს მიერ განხილული შეხედულებები ეხება ადამიანის წარმოშობასა და მის ადგილს ცოცხალ სამყაროში. ამ მიზნით მონოგრაფიის წარმოდგენილ ნაწილში გავაანალიზეთ:

- საკითხი ადამიანის ადგილის შესახებ ცოცხალი სამყაროს სისტემატიკაში;
- მორფოლოგიური სწავლებანი ადამიანის შესახებ;
- უჯრედული თეორია, როგორც მოწმობა ცოცხალი სამყაროს ერთიანობის შესახებ;
- ევოლუციონისტ-დარვინისტთა ანთროპოგენეზური და მსოფლმხედველობრივი მითოსშემოქმედების ძირითადი პოსტულატები;
- შედარებითი ანატომიის როლი ანთროპოლოგიაში;
- თანამედროვე ბიომედიცინის, კერძოდ, გენომიკის მიღწევები,

პერსპექტივები და როლი სიცოცხლისა და ადამიანის წარმოშობის პრობლემის გადაწყვეტაში.

ყველა ეს მონაცემი განეკუთვნება ადამიანის, როგორც ბიოლოგიური არსების, შესწავლის სფეროს. თუმცა მათი ინტერპრეტაცია, როგორც ჩვენმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, მთლიანადაა დამოკიდებული მეცნიერების მსოფლმხედველობაზე. ამიტომაც არ ვიფარგლებით ოდენ სამედიცინო-ბიოლოგიური ანთროპოლოგიით, არამედ ამ ასპექტით ვსწავლობთ ცოდნის სხვა დარგებსაც. მით უმეტეს მაშინ, როცა კვლევის ამოცანას ახალი ტრანსდისციპლინური მეცნიერების – ბიოეთიკის თეორიული წყაროების დადგენა და შეფასება შეადგენს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

2.3.2. სწავლება ადამიანის შესახებ ფილოსოფიაში (ფილოსოფიური ანთროპოლოგია)

ბიოეთიკა, როგორც ერთ-ერთი გამოვლინება ადამიანის პრობლემისადმი ინტერ- და ტრანსდისციპლინური ინტერესისა, იძენს სრულიად ახალ ჟღერადობას უპირველეს ყოვლისა იმის გამო, რომ მას განკუთვნილი აქვს ადგილი ახალ თეორიულ სივრცეში, რომელიც, ჩვენი აზრით, უნდა მოიცავდეს ადამიანის სიცოცხლისა და ცხოვრების როგორც ბუნებრივ-ბიოლოგიურ, ასევე კოგნიტიურ, ფსიქოლოგიურ, ზნეობრივ და მეტაფიზიკურ (მისტიკურ-საკრალურ) მხარეებს.

ამას წინ უძღოდა არაერთი ფილოსოფიური “იდეოლოგიის” მონაცვლეობა. ასე მაგალითად, მარქსისტულ-ლენინური ფილოსოფია ხასიათდებოდა არა მარტო იდეალისტური საწყისის პირველადობის უარყოფით, არამედ ცხოვრების ყოფითი, სუბსტრატული, საგნობრივი ან სხვა მატერიალური გამოვლინებების სათანადოდ ვერშეფასებითაც. ამასთანავე იგი ამტკიცებს, რომ ნორმალურ ადამიანში ფსიქიკის ცნობიერი მდგომარეობაა გაბატონებული [ფ. ვ. კონსტანტინოვი და თანაავტ., 1985].

საინტერესოა, რომ მეოცე საუკუნის დასავლეთის ქვეყნებშიც რაციონალური საწყისი იგივედებოდა მთლიანად ადამიანის არსთან. ყოველ შემთხვევაში ფილოსოფიას ადამიანში უპირატესად აინტერესებდა ყველაფერი ის, რაც მის ცნობიერებასთან იყო დაკავშირებული. ფროიდის იდეების პოპულარულობაც იმით შეიძლება ახსნილიყო, რომ ქვეცნობიერის სფეროთი, ადამიანის

ფსიქიკის ღრმა ინვარიანტებით დაინტერესება შეუდარებლად ახლოს იყო ადამიანის მიერ სიცოცხლის შეგრძნებასთან, ცხოვრების გაგებასთან, ვიდრე ადამიანისადმი, როგორც შემეცნების იარაღისადმი, მხოლოდ ლოგიკური მიდგომა [С. Н. Эрлик, 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

შეიძლება პარადოქსულად აღიქმებოდეს ორი განსხვავებული იდეოლოგიის ეს ფილოსოფიური განუსხვავებლობა, მაგრამ დასავლეთის სოციალური ცხოვრების ფილოსოფიური შედეგები კიდევ სხვა ასპექტითაცაა ანალოგიური კომუნისტური ორიენტაციის ქვეყნებში მიმდინარე ტოტალიტარული კოლექტივიზმის პროცესისა. ეს მსგავსება გამოიხატა საზოგადოებრივი ცხოვრების სეკულარიზაციაში, ნიჰილიზ-მში, ადამიანის სულიერ-ზნეობრივ კრიზისში [С. Г. Кара-Мурза, 1990; Серафим (Евгений Роуз), иеромонах, 1995; С. Н. Эрлик, 1997].

ამ ფონზე მეოცე საუკუნის ბოლოს ბუნებათმეცნიერებებში გაჩნდა აქამდე არნახული ინტერესი კაცობრიობის ბედის, მომავლის, აპოკალიფსური ფინალის ან მისი ალტერნატივის მიმართ. ეს დაინტერესება გამოიხატა ეთიკური დილემების (სოციობიოლოგია, ბიოეთიკა, ადამიანის ეკოლოგია), თანამედროვეობის სოციალურ-ფილოსოფიური პრობლემების (ადამიანის ეკოლოგია, სოციოეთნოგენეზი, ქცევის გეოგრაფია, ბიოპოლიტიკა) კვლევაში, რამაც, თავის მხრივ, მოითხოვა ბუნებათმეცნიერ-მკვლევართა მენტალიტეტის განვითარებისა და ცვლილებების მიმართულებების დადგენა, შესწავლა და შეფასება. დღის წესრიგში დადგა მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური ორიენტაციის განსაზღვრის საკითხი [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001].

განვიხილავთ რა ფილოსოფიურ ანთროპოლოგიურ პარადიგმას ისტორიულ ტრანსფორმაციათა ფონზე, ჩვენ გამოვდივართ იმ მოსაზრებიდან, რომ ადამიანი, მისი ბუნება, ადგილი სამყაროში, ყოფიერების საზრისი – ყველაფერი ეს იმთავითვე ძირეულ ფილოსოფიურ პრობლემათა რიცხვს განეკუთვნება და თავისთავად უნდა განიხილებოდეს ფილოსოფიური ცოდნის ყველა დარგის მიერ [В.Ф. Сержантов, 1990].

ადამიანის, როგორც ბიოლოგიური არსებისა და სოციალურად ორგანიზებული კაცობრიობის, პრობლემას, განიხილავს ფილოსოფიური ონტოლოგია და აქსიოლოგია, ხოლო რაც შეეხება გნოსეოლოგიასა და ლოგიკას, მათი კავშირი ადამიანის პრობლემასთან განისაზღვრება არა მარტო მათი ძირითადი შინაარსითა და მიმართულებით, არამედ ადამიანის

ბუნების გათვალისწინების საჭიროებითაც შემეცნების პროცესის კანონზომიერებებისა და ფორმების კვლევისას. როცა ადამიანის პრობლემას განვიხილავთ ადამიანის, როგორც ინდივიდის ასპექტში, ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენ საქმე გვაქვს პიროვნების ფილოსოფიურ თეორიასთან.

იმ ფილოსოფიური მემკვიდრეობიდან, რომელსაც ბიოეთიკა, როგორც მეცნიერება, ეფუძნება თავის არსებობასა და განვითარებაში, ჩვენ უპირატესად მეოცე საუკუნის ფილოსოფიური ანთროპოლოგიის ძირითად იდეებს განვიხილავთ, რადგან, როგორც ქვემოთ დავინახავთ კიდევ, სწორედ მათში წარმოჩინდა ადამიანის ისეთი ფილოსოფიური გაგება, რომლის მიხედვითაც ადამიანის ცხოვრებასა და მოღვაწეობას გონებასა და თავისუფალ ნებასთან ერთად უმაღლესი გრძნობებისა და განცდების ერთიანობა და უმაღლესი – ღვთაებრივი და ზოგადსაკაცობრიო – ღირებულებებისადმი დამოკიდებულება განაპირობებს. ამგვარი გაგება, ცხადია, წარმოადგენს ერთ-ერთი იმ საფუძველთაგანს, რომელზედაც შესაძლებელი გახდა ბიოეთიკური ცნობიერების აღმოცენება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001].

ანთროპოლოგია, რომელიც, როგორც მეცნიერება ადამიანის შესახებ, მეჩვიდმეტე საუკუნეში ჩაისახა, იმთავითვე რელიგიურ-ფილოსოფიურ სწავლებას წარმოადგენდა ადამიანის ორბუნებოვნების, ანუ ადამიანში სულიერი და ხორციელი ბუნების თანაარსებობის შესახებ, რითაც იგი ჯერ კიდევ ქრისტიანული ანთროპოლოგიის პოზიციას ინარჩუნებდა [A. Matveev, 1969; Б. Григорьян, 1982] .

უკვე მეცხრამეტე საუკუნეში სხვადასხვა სამეცნიერო დარგები – ბიოლოგია, არქეოლოგია, ეთნოგრაფია – აცხადებდნენ პრეტენზიას, წოდებულიყვნენ ადამიანის შესახებ სწავლებებად. ერთი, რაზეც ისინი არ კამათობდნენ, ეს იყო ადამიანის შესახებ მეტაფიზიკური იდეა. რაც შეეხება ფილოსოფიურ ანთროპოლოგიას, იგი ანტიკურ დროში შექმნილ საძირკველზე ჩამოყალიბდა, ხოლო შემდგომში ანთროპომორფიზმისა და ჰუმანიზმის იდეები გაითავისა და მთლიანად გაემიჯნა თეოლოგიურ ცნობიერებას [გ. თევზაძე, 2002].

მეცხრამეტე-მეოცე საუკუნეების მიჯნა სულიერ-ზნეობრივი კრიზისით აღინიშნა. დადგა ახალი მოძღვრების შექმნის საკითხი, რომელიც გასცემდა პასუხს კითხვაზე, თუ რა არის ცხოვრების საზრისი. ფილოსოფიაში მოხდა ანთროპოლოგიური გარდატეხა (შემოზრუნება), რაც გამოიხატა ფილოსოფიის მიერ არა მარტო თავისი უფლების გამოცხადებით, შეისწავლოს ადამიანი, არამედ ადამიანის ბუნების გააზრებისადმი მხოლოდ ბუნებისმეცნიერული

მიდგომის კრიტიკითაც [Б. Григорьян, 1982].

ფილოსოფიის მიერ ადამიანის უნიკალურობის აღმოჩენის პრეტენზიას მოჰყვა მეცნიერთა მკვეთრი წინააღმდეგობა იმის თაობაზე, რომ ადამიანი იმაზე მეტად როდი განსხვავდება ცხოველებისაგან, ვიდრე ყველა სხვა დანარჩენი არსებანი განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. ამ კამათმა ხელი შეუწყო ორივე პოზიციის ცალმხრივობის გაცნობიერებას. საკითხი ადამიანში ბუნებრივისა (მეტვრამეტე საუკუნიდან კი უფრო ზუსტად შეიძლება ითქვას – ბიოლოგიურისა) და სოციალურის (ყველაფერი, რაც დაკავშირებულია მისი ფსიქიკის ფუნქციებთან, ცნობიერებასთან, პიროვნებასთან) შეფარდების შესახებ მედიცინაში მისი განვითარების მანძილზე არაერთხელ იდგა და ყოველთვის, როცა მის გადაწყვეტას ერთი რომელიმე ფაქტორის სასარგებლოდ ცდილობდნენ, შეცდომებიც გარდაუვალი იყო. ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის, მედიცინისა და სამედიცინო მოღვაწეობის ნებისმიერი საკითხის გადაწყვეტისას, ყველა შემთხვევაში, ჩვენ აღმოვაჩენთ ბიოლოგიურისა და სოციალურის ურთიერთკავშირს [П.В. Корнеев, 1975; В.П. Петленко, 1989; Р.С. Карпинская, 1997].

ადამიანის ბიოლოგიური ბუნების როლის გადაჭარბებით შეფასებამ (ბიოლოგიზაციამ) სოციალურ-ფილოსოფიურ ასპექტით შეიძლება რეაქციულ თეორიებად (მაგ., რასიზმი, ევგენიკა) მიგვიყვანოს [Т. Ахим, 1987; Н. Деккер, И. Кестнер, 1987; Т. Радил, 1987], ხოლო ბუნებათმეცნიერული ხაზით – ადამიანის, როგორც ცხოველის, განხილვამდე, რომელიც მოკლებულია სიცოცხლის სოციალურ-კულტურულ ორგანიზაციას. ადამიანის ავადმყოფობა განსხვავდება ცხოველის ავადმყოფობისაგან, რადგან მასში ბიოლოგიური სოციალურით და არამარტო სოციალურითაა გაშუალებული. შენიღბული და აშკარა ბიოლოგიზაციის ელემენტები შეინიშნება თანამედროვე მედიცინის ბიოეთიკურ პრობლემათა დიდი ნაწილის შინაარსში: დამოკიდებულება ადამიანის ჩანასახისადმი (ფეტალური თერაპია, ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია, აბორტი და კონტრაცეფცია), გარდაცვლილის სხეულისადმი, “ტვინის სიკვდილის” მდგომარეობაში მყოფი ადამიანის სიცოცხლისადმი (ტრანსპლანტოლოგია, რენიმატოლოგია) და ა.შ.

3. პლესნერმა შრომაში “ორგანულის საფეხურები და ადამიანი” (1928 წ.) უზარმაზარი ბიოლოგიური მასალისა და ფილოსოფიური რეფლექსიის სინთეზის საფუძველზე განაცხადა, რომ ფილოსოფიის გარეშე ბიოლოგია ბრმაა, ხოლო ფილოსოფია ბიოლოგიის გარეშე – ცარიელი [H. Plessner, 1931].

პლესნერის ეს თეზისი შეიძლება ჩაითვალოს ერთ-ერთ იმ

კონცეფციად, რომელზედაც შემდგომში, როგორც მზა ნიადაგზე, ადვილად მოხერხდა ბიოეთიკის დაკავშირება ფილოსოფიურ მეცნიერებასთან: სიცოცხლე-სიკვდილის, ჯანმრთელობა-ავადმყოფობის პრობლემათა ზოგადმსოფლმხედველობრივი ახსნის მცდელობა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001].

ფილოსოფიური ანთროპოლოგია ადამიანს განიხილავს, როგორც კულტურულ და სოციალურ არსებას და მის ფსიქოფიზიოლოგიურ და სოციალურ სტრუქტურებამდე რედუცირებას არ ახდენს, არამედ თვლის თავისუფალ და პასუხისმგებელ სუბიექტად თავის მოქმედებებსა და გადაწყვეტილებებში. ვ. სოლოვიოვის, მ. შელერის, ჰ. პლესნერის, მ. ბუბერის, ვ. ნესმელოვის, ნ. ბერდიაევის და სხვათა მიერ აუცილებლობად იქნა მიჩნეული ცვლილებების შეტანა კლასიკურ ფილოსოფიაში: არა მარტო გონება და ჭეშმარიტების ძიება, არამედ უმაღლეს ღირებულებებთან დაკავშირებული სულიერი განცდები (მისწრაფება სიყვარულისა, რწმენისა და სასოებისაკენ, ზნეობრივი მხარდაჭერისაკენ და სხვ.) განასხვავებს ადამიანს ცხოველებისაგან [Н. А. Бердяев, 1931; Н. Plessner, 1931; Л. А. Чухина, 1966; В. В. Спиров, 1969].

დ. გეგეშიძე და თანაავტორები წერენ: “თანამედროვე მედიცინის გრანდიოზულ შენობაში სულ უფრო ძნელდება ისეთი ექიმის პოვნა, რომელიც შეძლებდა ავადმყოფისათვის ეჭვი გაეფანტა, წუხილი შეემცირებინა და განემტკიცებინა მისთვის საიმედო მომავლის რწმენა. ავადმყოფი ხშირად განიხილება არა როგორც პიროვნება მთელი თავისი განუმეორებლობით, არამედ როგორც დაზიანებული ორგანოს მქონე არსება, როგორც კლინიკური “შემთხვევა”... ამიტომ წინა პლანზე წამოიწია ავადმყოფის უფლებამ – განაგებდეს თავის სიცოცხლეს და ჰქონდეს არჩევანის უფლება. მედიცინაში ადამიანის თავისუფლების ასეთი სახით გამოვლენამ, ახალმა სამედიცინო ტექნოლოგიებმა, სიცოცხლის ჩასახვის შესახებ ახალმა მონაცემებმა განაპირობა ძველი პრობლემების ახლებური გააზრება და მათი შეფასება როგორც სამედიცინო მეცნიერების, ისე ეთიკის პოზიციებიდან” [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001].

სწორედ თანამედროვე შეცვლილი ღირებულებების ფონზე დაიბადა ახალი მეცნიერება – ბიოეთიკა, რომელიც პატივისცემით ეკიდება როგორც ტრადიციებს, ისე მეცნიერულ და ფილოსოფიურ წანამძღვრებს.

ფილოსოფიურმა ანთროპოლოგიამ აითვისა რა სამედიცინო-ბიოლოგიური და ეთნოგრაფიული მეცნიერული მონაპოვრები, მაინც დარჩა იმ პოზიციაზე, რომელიც ადამიანს განიხილავს

არა როგორც ობიექტს, არამედ თვითრეფლექსიის უნარის მქონე გრძნობად და განცდად არსებას. ასეთი მიდგომა გამოიკვეთა რუსულ ფილოსოფიაში, რომლის წარმომადგენლებმაც – ვ. სოლოვიოვმა, ნ. ბერდიაევმა, ს. ფრანკმა, პ. იურკევიჩმა, ი. ილინმა და სხვებმა არსებითად გააფართოვეს ადამიანის ფილოსოფიური გაგება იმით, რომ სხეულებრივ (ხორციელ) და გონებრივ თვისებათა ტრადიციული ნაკრები შეავსეს სულიერ განცდათა კანონზომიერების განმსაზღვრელი სულიერი კონსტანტებით [Н. А. Бердяев, 1931; В. В. Спиров, 1969; Н. К. Гаврюшин, 1990; С. Л. Франк, 1992].

თუკი ადრე ფიქრობდნენ, რომ საყოველთაო და აუცილებელი წარმოდგენები და პრინციპები მიიღწევა მხოლოდ გონების მეოხებით, და რომ ადამიანთა გრძნობები და განცდები ინდივიდუალურია და წინააღმდეგობრივი, ზემოდასახელებულმა მოაზროვნეებმა მიუთითეს გულის საკმარისად მყარ მოწესრიგებულობაზე, რომელიც პიროვნების ღირებულებით სტრუქტურაში გამოიხატება [С. Л. Франк, 1923; Н. А. Бердяев, 1931; В. В. Спиров, 1969]. ს. ფრანკი გულს განიხილავდა, როგორც ორი სამყაროს შეხების ადგილს და წერდა გულისმიერი ცოდნის (გული გონიერის) შესახებ [С. Л. Франк, 1956, 1964].

ი. ილინმა გულის თემას მიუძღვნა ესე “გულისმიერი ჭვრეტის შესახებ” [И. А. Ильин, 1953].

ამით ისინი ქრისტიანული ანთროპოლოგიისა და ქრისტიანული ეთიკის იდეებს ეხმიანებოდნენ, რომლის თანახმადაც, ზნეობრივი პიროვნების შინაარსზე, შესაძლოა, ვიმსჯელოთ გონებასა და თავისუფალ ნებასთან ერთად გულის მოქმედების მდგომარეობის, როგორც გრძნობათა ერთიანობის, მიხედვით [А. Матвеев, 1969]. “გულის ფილოსოფიის” საკითხებზე ნაყოფიერად მუშაობდა ბ. პ. ვიშესლავცევიც [Б. П. Вышеславцев, 1990; Н. К. Гаврюшин, 1990].

იგი თავისი იდეების საყრდენს გრძნობდა მ. შელერისა და შელერის მიერ აღმოჩენილი ბლეზ პასკალის აზრებში, კერძოდ, “გულის ლოგიკაში”, რომელშიც მართლმადიდებლური შეხედულებების გამოძახილი ისმის [Serge (Yazadjieff), archimandrite, 1961].

ანრი ბერგსონიც, პასკალის კვალდაკვალ, რომელიც ერთ-ერთ უდიდეს მოაზროვნედ ითვლება, გულს შემეცნებაში გამორჩეულ ადგილს ანიჭებს: გული ჭეშმარიტებას შეიმეცნებს თავისი განსაკუთრებული გზით, თავისი განსაკუთრებული ინტუიციით, რომელიც ჩვენი ტვინისათვის მოუხელთებელია და მიუწვდომელი [И. И. Блауберг, 1990; Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий),

архиепископ, 1997]; ხოლო ცნობილი ქირურგი ვ. ვოინო-იასენეცკი (არქიეპისკოპოსი ლუკა) ეყრდნობა რა ივან პავლოვის მოძღვრებას, წერს, რომ არსებული ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცოდნა გულის შესახებ არა თუ არ ეწინააღმდეგება, პირიქით, ხელს უწყობს იმ აზრს, რომ გული არის მრავალგვარი სულიერი გრძნობის, სხვადასხვა განცდისა და ვნების ცენტრი, გრძნობების უმაღლესი ორგანო [Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997].

ჩვენი გონება გარედან მიღებულ ინფორმაციას აგზავნის გულში, სადაც ხდება ყოველივე ამის ზნეობრივი განსჯა. ასე რომ გულში ყალიბდება და მწიფდება პიროვნების ზნეობრივი საფუძვლები, რომელნიც შემდეგ ადამიანის ცხოვრებაში იჩენს თავს. ასეთიანრად უკავშირდება ზემოთხსენებული რუსი ფილოსოფოსების აზრები ეთიკის სფეროს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001, 2003].

ადამიანი სიყვარულითა და რწმენით სცილდება ცხოველურ ინსტინქტებს და საკუთარ სურვილებს განსაზღვრავს უმაღლესი ღირებულებებით, რომელთაც იგი ან ღვთაებრივად, ან ზოგადსაკაცობრიოდ მიიჩნევს. ასეთია ფილოსოფიური ანთროპოლოგიის პოზიცია [Б. Григорьян, 1982].

ამ თემებთან ახლოს მივიდნენ ეგზისტენციალური ფილოსოფიის წარმომადგენლებიც. ცხოვრებაში, რომელსაც შემეცნების დაპირისპირებულობად განიხილავდნენ, ბრმა ვნებებისა და ეგოისტური ინტერესების არეულ ბრძოლაში, მათ “აღმოაჩინეს” შიში, ზრუნვა, განგაში, თავისუფლება, პასუხისმგებლობა და სამყაროში ადამიანის ყოფის, სიკვდილისაკენ მიმართული ყოფის, სხვა მათი მსგავსი მოდუსები. რა თქმა უნდა, ადამინთა ყოფის ასეთი სახის ანალიზი არაა უნივერსალური ნებისმიერი კულტურისათვის, თუმცა ახასიათებს თანამედროვე განცდათა სტრუქტურას. ეგზისტენციალიზმში აისახა ადამიანისა და ყოფიერებაში მისი ადგილის არსებითი მახასიათებლები:

- ადამიანი განსხვავდება ცხოველებისაგან თავისი მომაკვდავობის გაცნობიერებით;
- ადამიანი სუსტია და დაუცველი და იგი უტოლდება ძლევამოსილ ბუნებას (ქრისტიანული ანთროპოლოგიის ენაზე – ავლენს ღვთის ხატებასა და მსგავსებას) შემეცნებისა და კულტურული შემოქმედების – სულიერი მოღვაწეობის წყალობით [Existentialism ..., 1978].

შემოქმედება და თავისუფლება უკვე ანტიკურ ფილოსოფიაში ითვლებოდა ადამიანის ფუნდამენტალურ მახასიათებლებად. აღორძინების ეპოქაში განსაკუთრებული ღირებულება შეიძინა

პიროვნებამ, რომლის ვოლუნტარიზმი გაწონასწორებული იყო ქრისტიანული მოვალეობის გრძნობით. თუ პლატონსა და არისტოტელესთან ადამიანი თავად ირჩევს სიცოცხლის “პარადიგმას” და ილტვის სრულყოფილი სიკეთისაკენ, მაგრამ ფლობს მხოლოდ არჩევანის თავისუფლებას, და არა თვით ნორმების შემოქმედების უნარს, ახალი დროის თვითშეგრძნება გამსჭვალულია შემოქმედების თავისუფლების გრძნობით და სამყაროში ადამიანის მდგომარეობის უნიკალურობის განცდით.

გერმანულ კლასიკურ ფილოსოფიაში კანტმა, მოვალეობის ცნებიდან გამომდინარე, თავისუფლების გაგება არსებითად შეზღუდა. მხოლოდ კირკეგორმა გაზედა, თავიდანვე ჩაეყენებინა ადამიანი შემოქმედებით სიტუაციაში. მან ნათლად დაინახა ადამიანის მარტოობა, როდესაც მას ღვთაებრივსა და მიწიერს შორის უდიდესი და უძნელესი არჩევანის გაკეთება უხდება. ყველაზე რადიკალურად ეს იდეა სარტრმა განავითარა: ადამიანი თავად ახდენს თავის პროექტირებას, იგი თავისუფლებისათვისაა განწირული და ეს მას განსაკუთრებული პასუხისმგებლობით ტვირთავს [Existentialism..., 1978].

არჩევანის, პასუხისმგებლობის, თავისუფლების მთელი სიმძიმე დააწვა ადამიანს (ექიმს, მედიცინასთან მომიჯნავე დარგების სპეციალისტებს, ავადმყოფს, საზოგადოებას) იმ თავისი შემოქმედებითი მოღვაწეობის წყალობით, რომელიც მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში განავითარა მან ბიოლოგიისა და მედიცინის სფეროში, რომლის ახალი შესაძლებლობები, როგორც ჩვენ მიერ არაერთხელ იყო აღნიშნული წინამდებარე ნაშრომში, დაკავშირებულია არა იმდენად მკურნალობასთან, რამდენადაც ადამიანის სიცოცხლის მართვასთან: სიცოცხლის “გაჩენასთან”, მისი ხარისხობრივი მაჩვენებლების განსაზღვრასთან და შეცვლასთან, სიკვდილის მომენტის “გადაწევასთან”. გლობალური კრიზისი კიდევ უფრო ძლიერად გამომჟღავნდა ადამიანის კლონირების იდეაში, რომელმაც საფრთხე შეუქმნა ადამიანის ღირსებას, უნიკალურობასა და პირად ხელშეუხებლობას.

ამრიგად, ჩვენი კვლევისა და ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ **ადამიანის ყოველი ქმედება (ქცევა) უნდა განიხილებოდეს როგორც მისი ზნეობისა (ბუნების, თავისუფლების) და მორალური ნორმების (მოვალეობა, ვალდებულება), ასევე გულისა (გრძნობათა ერთიანობის) და გონების (ცოდნათა ერთიანობის) ურთიერთქმედების (წინააღმდეგობისაც) შედეგი, მათ შორის ბიოსამედიცინო მოღვაწეობის სფეროშიაც [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].**

ამ თეზისს, ჩვენი აზრით, უნდა ეყრდნობოდეს პრობლემური

სიტუაციების ანალიზი ბიოეთიკაში, რომლის ფილოსოფიურ წანამდგრებს შორის უპირატესობა მივანიჭეთ ფილოსოფიურ ანთროპოლოგიას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001].

ადამიანისა და მისი ყოფიერების არსისა და დანიშნულების ფილოსოფიურ-ანთროპოლოგიური გაგება შეიძლება მოვიაზროთ, როგორც ადამიანის შესახებ ბიოეთიკური კონცეფციის ფილოსოფიური საფუძველი.

2.3.3. ქრისტიანული ანთროპოლოგია და მისი ძირითადი ცნებები

ქრისტიანული ანთროპოლოგია საღვთისმეტყველო დარგია, რომელიც შეიმცნებს ადამიანის ბუნებას, მის წარმოშობას, უკვდავებას, სულიერი ცხოვრების წესებს, აგებულებას, მეტაფიზიკურ დანიშნულებას, თავისუფლებას, ტიპოლოგიას, მოწოდებას შემოქმედებისა და თვითშემოქმედებისადმი, როგორც სამყაროში ღვთის თანამოქმედი არსებისა.

ქრისტიანული ანთროპოლოგიის, ანუ ადამიანის შესახებ ქრისტიანული სწავლების საფუძვლები, ეკლესიის მამების მიერაა მოწოდებული და განვითარებული და გამომდინარეობს ბიბლიური – ძველი და ახალი აღქმის – სწავლებებიდან ადამიანის შესახებ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ეკლესიის მამების მიერ გაშუქებულია ანთროპოლოგიის მხოლოდ ყველაზე ძირითადი თემები, რაც იმით აიხსნება, რომ წმიდა მამათა შემოქმედებაში საღვთისმეტყველო დოგმატური საკითხების განხილვაა მთავარი და მხოლოდ ამ კონტექსტშია წარმოჩენილი ანთროპოლოგიური პრობლემები.

ქრისტიანობის ისტორიის მანძილზე არაერთმა მსოფლმხედველობრივმა პრობლემამ წამოიწია წინა პლანზე, რომლის გადაწყვეტისათვის არსებითი მნიშვნელობა ჰქონდა ეკლესიის მამათა შეხედულებებს ადამიანის წარმოშობის, არსისა და ბუნების შესახებ. ამ საკითხებში ხშირად შეიმჩნეოდა თანხვედრა ბერძნულ ფილოსოფიურ შეხედულებებთან, განსაკუთრებით სტოიციზმთან, ხოლო ზოგჯერ – გავლენაც. შემდგომში ევროპულ, განსაკუთრებით ახალ და უახლეს ფილოსოფიაში, ანთროპოლოგიამ მიიპყრო უპირველესი ყურადღება, ხოლო დასავლურ ქრისტიანულ სისტემებში ცენტრალური ადგილი დაიკავა სწორედ ადამიანის შესახებ სწავლებამ.

მეცხრამეტე-მეოცე საუკუნეებში ბუნებათმეცნიერებებმა, ანთროპოლოგიამ, ფსიქოლოგიამ უდიდესი, თუმცა ღირებულებათა

თვალსაზრისით არაერთგვაროვანი გავლენა მოახდინა ანთროპოლოგიის განვითარებაზე [Адам, архимандрит, 2001 (დ)].

ყველაფრის მიუხედავად, შეურყეველი აღმოჩნდა ეკლესიის მამათა მიერ ჩაყრილი ანთროპოლოგიური ფუნდამენტი. დღეს მრავალი მკვლევარი იღვწის ამ მიმართულებით: ცდილობს განახორციელოს თანამედროვე მეცნიერული და ფილოსოფიური ცოდნის შერწყმა–შეჯერება ქრისტიანულ სწავლებასთან ადამიანის შესახებ. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ეს სამუშაო უფრო პერსპექტიული ხასიათისაა და როგორც მეცნიერებს, ასევე ღვთისმეტყველებს გასაკეთებელი ჯერ კიდევ ბევრი აქვთ.

ახლა შევუდგეთ ქრისტიანული ანთროპოლოგიის ძირითადი პოსტულატების განხილვას.

ამ პარაგრაფში შევეცდებით ვაჩვენოთ, რომ ადამიანის არსისა და ბუნების ქრისტიანულ–ანთროპოლოგიური გააზრება და გათავისება ყველა ადამიანის ცხოვრებაში, შემოქმედებაში, მეცნიერულ მოღვაწეობაში აუცილებელი და უმნიშვნელოვანესი, უფრო მეტიც – შეუცვლელი მომენტია: ეს ამქვეყნად არა მარტო საკუთარი ადგილისა და დანიშნულებას ნიშნავს, არამედ ჭეშმარიტებისაკენ სვლას და ამ გზაზე სარწმუნოებრივი და მეცნიერული მსოფლმხედველობის ურთიერთდაახლოებას, რწმენისა და ცოდნის შეჯერებას, რელიგიისა და მეცნიერების შერწყმას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ბ)].

კაცობრიობის აზროვნებამ, ე. ი. მეცნიერებამაც უნდა გაითავისოს არა მხოლოდ ის, რომ ადამიანის ბუნებაში სულია უმაღლესი, ხოლო სხეული უმდაბლესი, ანუ ის, რომ სხეული ხრწნადია, წარმავალი და ხანმოკლე სიცოცხლის მქონე, სული კი უკვდავია და მარადიული, არამედ ისიც, რომ ადამიანის სიცოცხლე, ანტონ დიდის სიტყვებით რომ ვთქვათ, არის შეთანხმება, არის შერწყმა სულისა, სამშვინველისა და სხეულისა. ბასილი დიდი კი ბრძანებს, სული და სხეული და–მმანი არიანო. ამით იმის თქმა გვსურს, რომ სულის უპირატესობასთან ერთად უნდა წარმოვაჩინოთ სხეულის მნიშვნელობა, მისი დანიშნულება და მშვენიერება, რათა შევიქმნათ სწორი წსრმოდგენა, რათა არ დავივიწყოთ, რომ ადამიანს სულიცა და ხორციც უფლისაგან აქვს ნაბოძები და ამიტომ ორივეს უნდა გაუფრთხილდეს.

ადამიანის სხეული, მართალია, ენათესავება სხვა ცოცხალ არსებათა სხეულებს და მათი მსგავსია, მაგრამ ადამიანის სხეულის ღირსება შეუდარებლად უფრო დიდია ყველა სხვა არსებათა სხეულებთან შედარებით, ისევე როგორც ადამიანის სული შეუდარებლად აღმატებული ყველა იმ სულიერ არსებასთან შედარებით, რაც კი შემოქმედის სიტყვით შექმნილა დედამიწაზე...

[Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997].

სხეულისა და სულის შესახებ სწორი წარმოდგენა რომ ვიქონიოთ, კიდევ ერთხელ გავიხსენოთ მოსე წინასწარმეტყველის მიერ აღწერილი ისტორიული ამბავი პირველი ადამიანების შექმნის შესახებ [Малиновский Н. (протоиерей), 1911].

ღმერთის მიერ ადამიანის შექმნა ნიშანდობლივად განსხვავდება ყველა სხვა არსების შექმნისაგან. მანამდე ყველაფერი ჩნდებოდა ოდენ შემოქმედის სიტყვით: და თქუა ღმერთმან იქმენინ ნათელი! და იქმნა ნათელი (შეს. 1, 3), ვკითხულობთ “წიგნში შესაქმისაი”, ხოლო შემდეგ ასე წერია: და თქუა ღმერთმან: გამოილედ წყალთა ქუეწარმავლები სამშვინველთა ცხოველთა და მფრინველნი მფრინვალენი ქუეყანასა ზედა სამყაროსაებრ ცისა. და იქმნა ეგრეთ (შეს. 1, 20) [ბიბლია, 1989].

ადამიანის შექმნას კი წინ უძღვის თვით შემოქმედი ღმერთის ბჭობა: და თქუა ღმერთმან: ვქმნეთ კაცი ხატებისაებრ ჩუენისა და მსგავსებისაებრ (დაბ. 1, 26) [ბიბლია, 1989]. ეს იყო ბჭობა თვით ყოვლადღმდიად სამებაში, ანუ სამჰიპოსტასიანი ღმერთის პირებს შორის და არა ღმერთისა ანგელოსებთან, რაც ადამიანისადმი ღმრთის დამოკიდებულების განსაკუთრებულობაზე მეტყველებს. წმიდა მამები ყურადღებას აქცევენ იმ ფაქტს, რომ ადამიანის შექმნა მეექვსე დღეს – ყველა დანარჩენი ქმნილების შემდგომ მისი სამეუფეო ღირსებისა და დანიშნულების დასტურია [Малиновский Н. (протоиерей), 1911; იოანე დამასკელი, 2000].

სამყარო, წერს ღირსი მაქსიმე აღმსარებელი, რომელიც ხილული და უხილავი არსებებისგან შედგება, მსგავსია ადამიანისა, ხოლო ადამიანი – სულისა და სხეულისაგან შემდგარი, სამყაროდ იწოდება. იგია მიკროკოსმოსი, სამყაროს სამკაული, მისი ცენტრი, მასში ერთიანდება ხილული და უხილავი ბუნება [Максим Исповедник, 2004].

ქრისტიანული ანთროპოლოგიის ცენტრალური და ძირითადი იდეა არის სწავლება ღვთის ხატების შესახებ ადამიანში. რაც შეეხება სწავლებას ცოდვის შესახებ, მის გარეშე წარმოუდგენელია გაიგო ადამიანი რეალურ ცხოვრებაში, მაგრამ მან არ უნდა დაჩრდილოს მთავარი – გამოცხადება ღვთის ხატების შესახებ ადამიანში, როგორც, სამწუხაროდ, ეს ხდება კათოლიკურ და პროტესტანტულ ქრისტიანულ დოგმატიკაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანამდე შექმნილი ყველა არსება გამოხატავდა მათი შემოქმედის უსაზღვრო სრულყოფილებას, არც ერთ მათგანს არ ჰქონდა მინიჭებული თავის ბუნებაში არანაირი მსგავსება ღმერთთან. ადამიანის სახით კი დედამიწაზე უნდა

მოსულიყო არსება, რომელიც იქნებოდა ხატება და მსგავსება ღმრთისა. და ბოლოს იმასაც უნდა მივაქციოთ ყურადღება, რომ ღმერთმა ადამიანი სხვა მიწიერი არსებებივით მხოლოდ ერთი სიტყვით, ერთი მოქმედებით როდი შექმნა, არამედ განსაკუთრებული ქმედებით, კერძოდ, თავად აიღო მიწის მტვერი და გამოსახა მისგან ადამის სხეული, ხოლო ამრიგად მომზადებულ სხეულში შთაბერა სული, არა სიტყვით იქმენინ, არა ბრძანებით - წარმოშვას მიწამ სულდგმული (დაბ. 1, 24), არამედ თავად ღმერთმა შთაბერა მის ნესტოებს სიცოცხლის სუნთქვა და იქცა ადამი ცოცხალ არსებად (დაბ 2, 7) [ბიბლია, 1989].

ადამის შექმნის შემდეგ ასევე ყოვლადწმიდა სამების ზქობის შედეგად, განსაკუთრებული შემოქმედებითი აქტით უფალი ქმნის დედაკაცს, ისე, რომ მისი სხეული ჩნდება მამაკაცის – ადამის ნეკნისაგან ნიშნად იმისა, რომ იგი უნდა ყოფილიყო ძვალი მისი ძვალთაგანი და ხორცი მისი ხორცთაგანი.

ამგვარია ადამიანის შექმნის ღვთაებრივი ისტორია.

არ შეიძლება არ დავინახოთ, რომ წარმოდგენილი ბიბლიური სწავლება ადამიანის წარმოშობისა და ღირსების შესახებ არა მარტო ჭეშმარიტია, არამედ იგი აშკარად უპირატესიცაა თავად ადამიანის მიერ გამოგონილ ათასგვარ მონაჩმახთან შედარებით. წმიდა წერილი ადამიანს არ ამდაბლებს და არ აყენებს ცხოველების გვერდით, როგორც ამას ძველი და ახალი დროების მატერიალისტური ცრუსწავლებანი აკეთებენ; ამასთან არც ღმერთთან ათანაბრებს მას, როგორც ამას აკეთებს პანთეიზმი, ანუ მრავალღმერთიანობა [Малиновский Н. (протоиерей), 1911].

მიწის მტვრისაგან შექმნილი ადამიანი თავისი სხეულითა და თავისი გარეგნული ცხოვრებით ხილულ, მატერიალურ სამყაროს მიეკუთვნება და არის მხოლოდ გვირგვინი მთელი მიწიერი შესაქმესი; ხოლო სულით იგი მთელ მიწიერ ბუნებაზე მაღლა დგას, რადგან სული მისი არის ღვთისაგან შთაბერილი სიცოცხლის სუნთქვა, ე. ი. მასში არის მსგავსება ღვთისა, რის გამოც ადამიანი წმიდა წერილში ნათესავად ღმრთისა იწოდება [იოანე დამასკელი, 2000].

ადამიანი, რომელიც დასაბამური მეტაფიზიკური ცვლილებების პროცესში შეიქმნა, ცვალებადი არსებაა და პერმანენტულად იმყოფება ჩამოყალიბების პროცესში. ადამიანური ბუნების ცვალებადობა სიკეთის ბოროტებით შეცვლასაც გულისხმობს. ღმრთაებრივი ბუნება კი მარადიული, უცვლელი და თვითიგივეობრივად კეთილია. ადამიანს მხოლოდ მაშინ ძალუძს იმყოფებოდეს სიკეთეში, როდესაც შემოქმედისაკენ ისწრაფვის, როგორც ჭეშმარიტი სიკეთისაკენ. ღმრთაებრივი სიკეთის

უსასრულობა ადამიანს უსასრულო და აბსოლუტურ ამოცანას უსახავს, ხოლო ამ დაუსრულებელ გზაზე და განუზრეღ სწრაფვაში აისახება და რეალიზდება ის ღვთაებრივი თვისებები, რომლებიც „ხატებაშია“ მოცემული.

წმიდა მამათა სწავლება მოიცავს ორ ურთიერთშემავსებელ შეხედულებას ადამიანის ბუნებაზე: ტრიქოტომიურს (სული, სამშვინველი, სხეული) და დიქოტომიურს (სული, სხეული). ცხადია, ამ მოსაზრებათა შორის წინააღმდეგობა არ არსებობს, რადგან სული განიხილება, როგორც ადამიანის ბუნების სულიერი საწყისის უმაღლესი, ხოლო სამშვინველი – როგორც უმდაბლესი ნაწილი. ტრიქოტომიური სული და სამშვინველი ერთად წარმოადგენს დიქოტომიურ სულს, რომელიც სხეულთან შედარებით უმაღლესი ნაწილია დიქოტომიური ადამიანური ბუნებისა [Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997].

ამგვარი დაყოფა გვიანდელი დროის სამეცნიერო-საღვთისმეტყველო კლასიფიკაციის შედეგია. ადრეულ ქრისტიანულ ლიტერატურაში არ გვხვდება ასეთი სქემატური დაყოფა. ძველი ქრისტიანი მოაზროვნეები არ იყოფოდნენ ორ ერთმანეთთან დაპირისპირებულ მხარედ, სკოლად ან მიმდინარეობად. დიქო-ტრიქოტომიურ კამათს პატრისტიკის ისტორია არ იცნობს. თუ ზოგიერთი საეკლესიო მწერალი წერდა ადამიანის ორნაწილიანობაზე, ეს მათ ხელს არ უშლიდა, სხვა შემთხვევაში ტრიქოტომიაზე ემსჯელათ.

ეკლესიის სწავლების მიხედვით, სხეული სულთან შედარებით უმდაბლესი ნაწილია ადამიანის ბუნებაში. სულის გარეშე სხეული მკვდარია: ხორცნი თვინიერ სულისა მკუდარ არიან (იაკ. 2, 26), – ამბობს მოციქული [ბიბლია, 1989]. სულის გარეშე სხეული მტვერია, როგორიც იყო კიდეც სულის შთაბერვამდის და როგორიც შეიქმნება სულისა და სხეულის გაყრის შემდეგ: მიიქცეოდეს მტვერი მიწად, როგორც იყო, და სული დაუბრუნდებოდეს ღმერთს, რომელმაც შთაბერა (ეკლ. 12, 7), – ამბობს ეკლესიასტე [ბიბლია, 1989]. მიუხედავად ამისა, მაინც სხეული ადამიანის ბუნებაში არსებითი და მნიშვნელოვანი ნაწილია: იგია ტაძარი და ჭურჭელი სულისა. ადამიანს არსებობა, ცხოვრება და მოქმედება ამსოფლად, ხილულ ქვეყანაში თვინიერ სხეულისა არ შეუძლია, რადგან უსხეულოდ იგი არ არის სრულყოფილი ადამიანი: უსხეულო არსებანი – ეს უკვე ანგელოსები არიან, ხოლო სხეულიანი, ოღონდაც ღვთისმსგავსი სულის გარეშე – უსიტყვო ცხოველები.

სხეულის დანიშნულება სულის განუყრელი თანამგზავრობაა და თანამშრომლობა მის ყველა მოქმედებასა და მოძრაობაში. იგი

სულის იარაღია და მას უნდა ემსახურებოდეს. წმიდა წერილი მოუწოდებს ადამიანს, იღვაწოს, ვიდრე დღე არსლა, ე. ი. მანამ გრძელდება მიწიერი ცხოვრება, რადგან მოვალს ღამე, ე. ი. შეწყდება ამქვეყნიური ცხოვრება, ოდეს ვერვის ხელეწიფოს საქმედ (იოან. 9,4) [ბიბლია, 1989]. ხოლო საყოველთაო განსჯის ჟამს თითოეული მიიღებს სიკეთესა და ბოროტებას იმის შესაბამისად, თუ ხორცთა ამათვან რაიცა იგი ჰქმნა (2 კორ. 5, 11) [ბიბლია, 1989].

სულის კავშირი სხეულთან მარადიული კავშირია. სხეულის სიკვდილი, ანუ გაყრა სულისა და სხეულისა დროებითი მოვლენაა, რადგან ყველა სხეული ოდესღაც აღდგება სულთან ერთად მარადიული ცხოვრებისათვის. ამიტომაც ყველა ქრისტიანს მოუწოდებს პავლე მოციქული: გემუდარებით, ძმანო, ღმრთის მოწყალებით, ცოცხალ, წმიდა, კეთილსასურველ მსხვერპლად უძღვენით თქვენნი სხეულნი ღმერთს რათა წარუდგინეთ ხორცნი ეგე თქვენნი მსხვერპლად ცხოველად, წმიდად, სათნოდ ღმრთისა (რომ. 12, 1) [ბიბლია, 1989]. ასეთნი სხეულნი, ამქვეყნიური ცხოვრების სიამეთ განრიდებულნი და ღვთისათვის ბევრის დამთმენნი, უფლის მიერ საყოველთაო აღდგომამდე განიდიდება, როგორც ამას გვიდასტურებს წმიდანთა სხეულების სასწაულებრივი განუხრწნელობა.

ამგვარი სწავლება სხეულის მნიშვნელობის შესახებ მკვეთრად ემიჯნება როგორც არაბუნებრივ, ცრუ ასკეტიზმს, რომელიც იმ უგუნურ აზრს ეყრდნობა, თითქოს სხეული ბოროტ საწყისს წარმოადგენდეს, ასევე მეორე უკიდურესობას, რომლის არსი ბოროციელ გრძნობათა უსაზღვრო მონობაა.

ამგვარი ჭეშმარიტი სწავლება ადამიანის სხეულის შესახებ უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს ადამიანის ზნეობრივი ცხოვრების მართებულად წარმართვის საქმეში.

ადამიანი თავისი ორბუნებოვნებით ორი სამყაროს საზღვარზე დგას: სხეულით იგი ხილულ, მატერიალურ სამყაროს ეკუთვნის, ხოლო სულით - უხილავ, სულიერ სამყაროს. ასე რომ ადამიანი არც მარტო სხეულია, მაგრამ არც მხოლოდ სული, არამედ იგია ერთობა სულისა და სხეულისა, რომელნიც ერთმანეთთან, სვიმეონ ახალი ღვთისმეტყველის თქმით, შეურევნელად, შეურწყმელად და აღურევნელადაა შენივთებული.

თავი მესამე

ბიოეთიკური პრობლემების გადაწყვეტის
მეცნიერული საფუძვლები ბიომედიცინასა
და ჯანდაცვის სისტემაში

3.1. სიცოცხლე, სიკვდილი, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა, როგორც ბიოეთიკის ძირითადი კატეგორიები	161
3.1.1. სიცოცხლე როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	162
3.1.2. სიკვდილი როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	165
3.1.3. ჯანმრთელობა როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	174
3.1.4. ავადმყოფობა როგორც ბიოეთიკური კატეგორია	180
3.2. სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაცია	191

ბიოეთიკის საგანი ბიომედიცინაში არსებული ზნეობრივი, მორალური, სოციალური კოლიზიების, კონფლიქტებისა და პრობლემების ანალიზი და მათი გადაწყვეტის მეცნიერულად არგუმენტირებული გზების ძიებაა. ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციათა უდიდესი ნაწილი უპირველესად საჭიროებს მათი არსის კვლევასა და დეფინიციას [Мы и биоэтика, 1991; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999, И.В. Силуянова, 2001(6); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ამ ამოცანის გადაწყვეტისას გვხვდება წინააღმდეგობა, რომელიც ფუნდამენტურ ბიოეთიკურ კატეგორიათა ყოველმხრივ დახვეწილი და ყოვლისმომცველი ქარაქტეროლოგიის არარსებობაში მდგომარეობს. ამას მოწმობს ჩვენ მიერ შესწავლილი ბიოეთიკური ლიტერატურა [J. L. Bernat, et al., 1981; S. Aaron, 1993; A. Halevy, B. Brody, 1993; A. П. Огурцов, 1994; Л. В. Коновалова, 1997; A. П. Зильбер, 1998 (a); Введение в биоэтику, 1998; P. Angelos, 1999; R. Cohen-Almagor, 2000(a); J. R. Devine, 2000; T. B. Грачева, 2001; И. В. Силуянова, 2001(6); J. Suaudeau, 2001(a); E. Sgreccia, V. Tambone, 2002; Engelhardt, H.T. Jr, 2011, 2011 (a)].

მონოგრაფიის ამ თავში ჩვენი კვლევის ობიექტი ძირითადი ბიოეთიკური კატეგორიებია: სიცოცხლე, სიკვდილი, ავადმყოფობა და ჯანმრთელობა.

კაცობრიობის ისტორიული განვითარების პანორამას თუ გადავხედავთ, ჩვენ თვალწინ გადაიშლება ადამიანის მთლიანი პიროვნების შემეცნების გზის ამსახველი სრულიად საპირისპირო მსოფლმხედველობათა, ცოდნის განსხვავებულ დონეთა და გამოცდილების არაერთგვაროვან ინტერპრეტაციათა პერმანენტული ცვალებადობის სურათები.

შეხედულებათა ამგვარი ტრანსფორმაციები არეკლილია სხვადასხვა ისტორიულ-სოციალურ-კულტურულ რეალიებში სიცოცხლის, სიკვდილის, ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის არსის გააზრების ხარისხის ჰეტეროგენურობაში. დღევანდელი რეალია კი იმგვარია, რომ მან შვა მოთხოვნილება, არა უბრალოდ დაიწეროს ზემოჩამოთვლილი ძირითადი ცნებების ბიოეთიკური

“პორტრეტები” მეცნიერებისა და ფილოსოფიის ტრადიციათა ჟანრში, არამედ შეიქმნას მათი სრულფასოვანი ბიოეთიკური “ჰოლოგრამები” ცივილიზაციის გლობალური სულიერ-ზნეობრივი კრიზისის დაძლევისა და კაცობრიობის გადარჩენის სულისკვეთების შესაფერისად, რაც მთელი (უპირველეს ყოვლისა, ამ ცნებათა შესახებ არსებული) სამედიცინო-ბიოლოგიური ცოდნის ახლებურ გააზრებას გულისხმობს.

3.1. სიცოცხლე, სიკვდილი, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა, როგორც ბიოეთიკის ძირითადი კატეგორიები

უკანასკნელი ათწლეულების ბიომედიცინის რევოლუციური აღმოჩენები და მათი კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვის რეალიები ქმნიან განსაკუთრებულ აუცილებლობას, შევიცნოთ და ღრმად ჩავწვდეთ ადამიანის ბუნებას, მისი ყოფიერების აზრს, რაც თავის მხრივ დაკავშირებულია სიცოცხლისა და სიკვდილის, ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის არსის კვლევისა და თვით “სიცოცხლის”, “სიკვდილის”, “ჯანმრთელობის”, “ავადმყოფობის” ცნებებში მოაზრებული შინაარსის ტრანსდისციპლინური ინტერპრეტაციის გნოსეოლოგიურ პროცესებთან, როგორც ბიოეთიკური ცნობიერების კატეგორიული აპარატის გენეზისის ობლიგატურ პირობასთან [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; Адам, архимандрит, 2001(в)].

წარმოდგენილი რეფლექსიის მნიშვნელობა ბიოეთიკური გამოკვლევებისათვის განისაზღვრება არა მხოლოდ ლოგიკური ანალიზის სკრუპულოზურობით, არა მხოლოდ სიკვდილ-სიცოცხლისა და ჯანმრთელობა-ავადმყოფობის დილემათა და პრობლემათა ინტერდისციპლინური გააზრების დეტალიზებით, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, დასახული მიზნით, დემონსტრირებული და მეცნიერულ-მეთოდოლოგიურად არგუმენტირებული იქნეს (ა) სიცოცხლის, სიკვდილის, ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის არსის მეცნიერული შემეცნების ობლიგატურობა, (ბ) ამ ცნებათა კვლევის ძირითადი მიმართულებანი ფილოსოფიური და სამედიცინო ანთროპოლოგიისა და, საერთოდ, ადამიანთმცოდნეობის სფეროში, აგრეთვე სიცოცხლის ფილოსოფიასა და სიცოცხლის ეთიკაში [Адам, архимандрит, 2001(в)].

ჩატარებული ლიტერატურის კვლევა უფლებას გვაძლევს სამედიცინო თეორიისა და პრაქტიკის განვითარების თანამედროვე

(მეოცე საუკუნის ბოლოსა და ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისის) ისტორიული სიტუაცია თამამად დავახასიათოთ, როგორც ბიოეთიკური [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; А.Я. Иванюшкин и др., 1989, Engelhardt, H.T. Jr, 2000; И.В. Силуянова, 2001(6)], რომელშიაც ჩვენი ორიენტაციის ხარისხსა და მიმართულებას მთლიანად განსაზღვრავს, ერთის მხრივ, მეცნიერული აზროვნების სწორი სტილი, რომელიც მოცემული მეცნიერული დარგის კატეგორიულ (ცნებათა) აპარატში ფიქსირდება, და, მეორე მხრივ, ადამიანური ღირებულებებისადმი დამოკიდებულებები. ეს უკანასკნელი მანიფესტირდება საზოგადოების პოლიტიკურ, სოციალურ, კულტურულ და რელიგიურ ცხოვრებაში.

3.1.1. სიცოცხლე როგორც ბიოეთიკური კატეგორია

სიცოცხლე აღარ შეიძლება წარმოვიდგინოთ იმგვარ ცნებად, რომლის შესახებაც ინფორმაციის ძირითადი და ხშირად ერთადერთი წყარო მხოლოდ ბიოლოგიური მეცნიერებებია. აუცილებლობად მივიჩნევთ, რომ ეს საკითხი როგორც საბუნებისმეტყველო, ასევე ჰუმანიტარული და ფილოსოფიური მეცნიერებების მიერ განხილულ იქნას იმგვარ მსოფლმხედველობრივ დონეზე, როდესაც სიცოცხლის ფენომენი ჩვენს აზროვნებაში წარმოდგება, როგორც ხილული და უხილავი სამყაროს, ბუნებისა და სოციალური ყოფიერების ფუნდამენტური ფაქტი. ასეთ შემთხვევაში სიცოცხლე შეიძლება განვიხილოთ არა მხოლოდ როგორც ბიოლოგიური, არამედ მრავალგანზომილებიანი (საკრალური, მეტაფიზიკური, კოსმოსური, ანთროპოლოგიური, ონტოლოგიური, სოციალური, ფილოსოფიური, მხატვრული და ა. შ.) რეალობა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (გ)].

სინამდვილის ასეთ სურათში კარგად ჩანს ადამიანის სიცოცხლის გამოვლინების სხვადასხვა ფორმები: ცხოველქმედებიდან (ბიოლოგიური განზომილება) დაწყებული შემოქმედთან, კოსმოსთან, ბიოსფეროსთან, სოციალურთან ურთიერთობათა ჩათვლით. ეს ურთიერთობანი მოიცავს ადამიანის მიერ სამყაროს შეცნობას, შესწავლას, ურთიერთობათა შეცვლის მცდელობებს, შემოქმედებით მოღვაწეობას. შესაბამისად სიცოცხლის ფენომენი მოიცავს მთელ სამყაროს.

ამრიგად, სიცოცხლის ცნება სხვა ძირითად სამედიცინო-ბიოლოგიურ ცნებებთან (როგორებიცაა: სიკვდილი, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა, ადამიანის არსი და ბუნება) ერთად გვევლინება

იმგვარი მაინტეგრირებელი ფუნქციის მქონე მეცნიერულ კატეგორიად, რომელიც გადებს ხიდეებს მეცნიერული და მეტამეცნიერული ცოდნის სხვადასხვა დარგებს შორის და ხელს შეუწყობს თანამედროვეობის ურთულესი ტრანსდისციპლინური პრობლემების გააზრებასა და გადაწყვეტას ადამიანის მოღვაწეობის ყველა სფეროში, მათ შორის ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (გ)].

სიცოცხლის ცნებას სამეცნიერო ბიოეთიკურ კვლევაში განსაკუთრებული სტატუსი აქვს. ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების, ჩვენ მიერ წარმოდგენილ განსაზღვრებაში, სიცოცხლის ფენომენის შემეცნება (სიკვდილის, ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის ფენომენებთან ერთად) უნივერსუმის არსისა და მასში ადამიანის ყოფიერების პრობლემათა შესწავლის გზაა. ასე რომ, სიცოცხლის ცნება ძირითადი ბიოეთიკური კატეგორიაა და ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის, სიკვდილის ცნებებთან ერთად ქმნის ბიოეთიკურ კატეგორიულ აპარატს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (გ), 2003].

წარმოდგენილ პარაგრაფში ჩვენი მიზანია სიცოცხლის, როგორც ბიოეთიკური კატეგორიის, კვლევის მეცნიერული, ფილოსოფიური და მეტამეცნიერული ასპექტების დადგენა.

ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციათა დიდი ნაწილი დაკავშირებულია დღევანდელ მსოფლიო საზოგადოებრიობაში სიცოცხლის, როგორც ბიოეთიკური ფენომენისადმი სრულიად განსხვავებული, ურთიერთგამომრიცხველი და საპირისპირო დამოკიდებულებების არსებობით [R. J. Lifton, 1984; B. L. Wilder, 1995; R. Cohen-Almagor, 1996; B.C. Савельев, 1998; J. R. Devine, 2000; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; Engelhardt, H.T. Jr, 2011, 2011 (a)].

სიცოცხლისადმი დამოკიდებულებები თავის მხრივ ხასიათდება:

- მორალური ჰეტეროგენურობით,
- ეთიკური პლურალიზმით, რომელსაც ახასიათებს უტილიტარიზმისა და პრაგმატიზმის სიჭარბე,
- საკანონმდებლო და მსოფლმხედველობრივი დისონანსით ეთნონაციონალურ მენტალიტეტსა და ტრადიციებთან,
- რელიგიური ტოლერანტობის თანაარსებობით სექტანტობის (“უმცირესობების”) “პრიორიტეტულობასთან” და,
- ყოველივე აქედან გამომდინარე – სულიერ-ზნეობრივ-ღირებულებითი ორიენტაციის დაზიანებით [J. S. Mill, 1976; W. E. May, 1978; R. M. Dworkin, 1983; D. W. Solomon, 1992; В. Порус, 1998, ; Ж. Бодрийар, 2000; Б. В. Марков, 2000; И.

В. Силуянова, 2001(б), J. Suaudeau, 2001(a); М. С. Уваров, ;
Церковно-общественный Совет, 2001, 2001(a) (в) (г)].

ბიოეთიკა, როგორც სამეცნიერო დარგი და გამოყენებითი ეთიკის სფერო, საჭიროებს სიცოცხლის – ერთ-ერთი ძირითადი ცნების – ყველა ასპექტის კვლევას. წარმოდგენილი სამეცნიერო გამოკვლევის შედეგად ჩვენს მიერ ჩამოყალიბებულია სიცოცხლის, როგორც ბიოეთიკური კატეგორიის, შესწავლის შემდეგი ასპექტები:

1. სიცოცხლის ფენომენის კვლევის მეთოდოლოგიური პრობლემები (ინტუიტიური, მეტამეცნიერული, არაკლასიკური გნოსეოლოგიის საკითხები) [В. Г. Борзенков, 1997; А. В. Варапутин, 1997; А. А. Силин, 1997];

2. სიცოცხლისშემსწავლელი კლასიკური და არაკლასიკური მეცნიერული დისციპლინების (სიცოცხლის შესწავლისადმი სხვადასხვა მიდგომის) ურთიერთმიმართება [А. Ю. Авсюк, 1997; А. В. Варапутин, 1997; К. Лисеев, 1997; В. Олескин, 1997];

3. სიცოცხლის წარმოშობის საკითხი (ჩვენ მიერ განხილულია წინამდებარე მონოგრაფიის მე-2 თავის მე-3 პარაგრაფში);

4. სიცოცხლის არსის წვდომა საკვლევი ობიექტის (ცოცხალი ორგანიზმის, ბიომედიცინაში – ადამიანის), როგორც ორგანულად ერთიანი, მთლიანი და ამავე დროს სხვადასხვა ბიოორგანიზაციული სტრუქტურული დონეების მქონე სისტემისადმი დიფერენციაციულ-ინტეგრაციული მიდგომით [А. В. Олескин, 1997];

5. ცოცხალი სისტემის ტელეოლოგიური მიზანშეწონილობისა და დეტერმინაციის პრობლემები;

6. სიცოცხლის აქსიოლოგიური არსი [Л. В. Фесенкова, 1997];

7. ადამიანი, როგორც ცოცხალი არსება და მისი ადგილი ცოცხალ ორგანიზმთა სისტემაში;

8. ადამიანის ჩასახვის, როგორც ადამიანის სიცოცხლის დასაწყისის გაგების საკითხი;

9. ადამიანის მუცლადყოფნის პერიოდის, როგორც მისი უადრესი, მუცლადყოფნისდროინდელი ბავშვობის მოაზრება;

10. ორსულობის, როგორც პრენატალური დედობის მოაზრება;

11. დაბადება, როგორც სიცოცხლის გაგრძელების აქტი და არა სიცოცხლის დასაწყისი;

12. ადამიანის დაბადება და ჩასახვა, როგორც ბიოსამედიცინო, ფსიქოლოგიური, ფილოსოფიური და მისტიკური ფენომენი;

13. ადამიანის სიცოცხლე, როგორც ღირებულება პლურალისტულ საზოგადოებაში;

14. სიცოცხლის გაუფასურების ტენდენციები და გამოვლინებები თანამედროვე მსოფლიოში;

15. “სიცოცხლის უფლება”: საკითხის ისტორიული, ეთიკური, პოლიტიკური და სამართლებრივი მხარე [E. J. Emmanuel, L. L. Emmanuel, 1993];

16. სიკვდილის, როგორც სიცოცხლის ფინალის, პრობლემა ადამიანისმცოდნეობით (ანთროპოლოგიურ) ბუნებისმეცნიერულ და ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში;

17. სიცოცხლისა და სიკვდილის მარადიულობისა და წარმავლობის მეცნიერული, ფილოსოფიური, ფსიქოლოგიური, თეოლოგიური და რელიგიური გააზრება [H. Plessner, 1931; A. B., Добрякова и др., 1997; Бехтерев, 1999; Биологические основы психики, 2001];

18. ზღვარი სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის, როგორც გლობალური მეცნიერული და მეტამეცნიერული პრობლემა;

19. “ტვინის სიკვდილისა” და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის დეფინიციის დილემა;

20. სიცოცხლის სიწმიდესა (ღვთაებრიობასა, ზებუნებრივობასა) და სიცოცხლის ხარისხს (განპირობებულს ავადმყოფობის, ტანჯვის, სიკვდილის მოახლოების, სასოწარკვეთილების, მძიმე სოციალური მდგომარეობისა და სხვა ნეგატიური ფენომენებით) შორის ურთიერთმიმართებანი [H. Jonas, 1993; E. Quill 1993];

21. სიცოცხლე და სიკვდილი კაცობრიობის კულტურულ ტრადიციებში;

22. ადამიანის სიცოცხლის ფილოსოფიურ-ეგზისტენციალური არსის კვლევა [И. К. Лисеев, 1997; В. Олескин, 1997; А. А. Силин, 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (გ), 2003, 2010].

3.1.2. სიკვდილი როგორც ბიოეთიკური კატეგორია

სიკვდილის შესახებ სწავლების – თანატოლოგიის – წინაშე აშკარად დგას როგორც ტრადიციული, ისე თანამედროვე ბიომედიცინის პრობლემატიკით განპირობებული ახალი ამოცანები, რომელთა შინაარსის გააზრება წარმოადგენს აუცილებელ პირობას ჩვენი კვლევის მიზნის მისაღწევად – ბიოეთიკის კატეგორიული აპარატის გენეზისის საფუძვლების ჩამოსაყალიბებლად.

ბიოეთიკაში პრობლემურ სიტუაციათა მთელი წყება (აბორტი, ევთანაზია, ტვინის სიკვდილი, მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობა, ორგანოების ან ქსოვილების დონორობა, in vitro გაჩენილი ემბრიონების განადგურება და/ან გამოყენება და ა.შ.) დაკავშირებულია სიკვდილის ცნების ყველა ასპექტის ღრმა და მრავალმხრივ შესწავლასთან [C. Pallis, 1984; H. Jonas, 1993; T. E. Quill 1993; T. A. Shannon, J. J. Walter, 1993; J. R. Devine, 2000].

მეოცე საუკუნემ შეცვალა სიკვდილის კრიტერიუმები.

სიკვდილის დადგენის მთავარი ნიშნები ყოველთვის გულის გაჩერება და სუნთქვის შეწყვეტა იყო [A. П. Попов, 1931; ო. ხარძეიშვილი, 2001; Д. С. Саркисов и др., 1985; M. S. Pernick, 1988].

რეანიმატოლოგიის ერამ ამ საკითხის გადახედვა მოითხოვა, რადგან თავისი მეთოდებით მან შეძლო ტერმინალური მდგომარეობის განვითარების შეჩერება და დარღვეული ფუნქციების აღდგენა, თუმცა ამ უკანასკნელის ხარისხი ყოველთვის ერთნაირი არ არის.

1965 წელს მარსელში ჩატარებულმა კოლოქვიუმმა, რომელიც სიცოცხლისა და სიკვდილის არსის განსაზღვრას მიემდგნა, მიიღო დადგენილება, რომელშიც ეწერა: “ახალი სამედიცინო სიტუაციები მოითხოვს ორი მდგომარეობის გამოყოფას: ხანგრძლივი კომა და შეუქცევადი კომა. ხანგრძლივი კომა – ეს არის მდგომარეობა, როცა ვეგეტაციური ფუნქციები შენახულია და რომელიც შეიძლება პროგრესირდეს შეუქცევად კომამდე, ან განვითარდეს მდგომარეობის გაუმჯობესების მიმართულებით. შეუქცევადი კომის დროს ტვინის მარეგულირებელი ფუნქციები სამუდამოდაა დაკარგული, ხოლო ვეგეტაციური ფუნქციები (სუნთქვა და სხვ.) შენარჩუნებულია ხელოვნურად” [P. Mollaret, M. Goulon, 1959; Report of ..., 1968; A. П. Зильбер, 1998].

შეუქცევადი კომის შემთხვევებში გადასაწყვეტი რჩება საკითხი: ჩაითვალოს თუ არა მკვდრად ასეთ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი? საჭიროა თუ არა გაგრძელდეს რეანიმაციული და ინტენსიურ-თერაპიული ღონისძიებები და თუ უნდა გაგრძელდეს, რამდენ ხანს?

აქ თანატოლოგიის ერთ-ერთ უძირითადეს პრობლემას – სიკვდილის საყოველთაოდ მიღებული კრიტერიუმების დადგენას – უერთდება ბიოეთიკური პრობლემების რიგი [W. A. Gray, et al., 1993; T. A. Shannon, J. J. Walter, 1993; R. Cohen-Almagor, 2000(a); დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; И. В. Силуянова, 2001, 2001(6); J. Suaudeau, 2001(a)].

საკითხი მყარ ვეგეტაციურ მდგომარეობაში მყოფი

პაციენტების მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ არაერთგვაროვანია [Report of ..., 1968; A. Grenvik, et al., 1978; J. E. Ruark, T. A. Raffin, 1988; B. Lo, 1995; E. H. Moskowitz, J. L. Nelson, 1995; J. C. Joerden, 2000].

ეს არის ურთულესი იურიდიული და ეთიკური სიტუაცია. ჩვენ ვთვლით, რომ მასში გარკვევისათვის აუცილებელია მსგავს შემთხვევებში შესაძლო ყველა სამედიცინო მოქმედებისა და გადაწყვეტილების (მკურნალობის გაგრძელება სიკვდილის დადგომამდე, მისი შეწყვეტა მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის დიაგნოზის დასმის შემდეგ, მათ შორის შესაბამისი რეციპიენტის (რეციპიენტების) გამოჩენის შემდეგაც პაციენტის ორგანოების ტრანსპლანტაციის მიზნით) ყოველმხრივი, ინტერდისციპლინური გამოკვლევა, შეფასება და განსაზღვრა და სახელმძღვანელო კონცეფციის მხოლოდ ამგვარ საფუძველზე შემუშავება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

განსახილველი პრობლემის თავისებურებას წარმოადგენს თავად ის ფაქტი, რომ (1) მოცემულ სიტუაციაში სამედიცინო ზრუნვის ობიექტი არის არა გარდაცვლილი ადამიანი, არამედ ავადმყოფი მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის დიაგნოზით; (2) ასევე სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ღონისძიებათა შეწყვეტის მოტივები (მკურნალობის არაპერსპექტიულობა, ადამიანური და მატერიალური რესურსების დიდი დანახარჯები, ზრუნვა სხვა, უფრო პერსპექტიულ ავადმყოფებზე, რომელთაც ეს ავადმყოფები “ართმევენ” სამედიცინო უზრუნველყოფის ნაწილს, აგრეთვე ნათესა-ვებსა და ახლობლებზე, რომლებიც იტანჯებიან, ე.წ. “ღირსეული სიკვდილის უფლება” და ა. შ.) [J. Arras, 1982; S. Miles, A. August, 1990; R. Cohen-Almagor, 1995(b); T. L. Beauchamp, 2000; J. P. Bishop, E. L. Bedford, 2011; J. P. Bishop, D. R. Morrison, 2011] ვერ უძლებენ ელემენტურ კრიტიკასაც კი ეთიკური, დეონტოლოგიური, ჰუმანისტური, უბრალოდ, ადამიანური თვალსაზრისით [W. E. May, 1978; R. Yeo, 1981; D. W. Solomon, 1992; R. Cohen-Almagor, 1996; J. M. Finnis, 1997; Адам, архимандрит, 2007; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

სიკვდილის შესახებ სწავლების რეანიმატოლოგიურმა ასპექტმა განსაკუთრებული აქტუალობა შეიძინა უტილიტარული მიზეზის გამო: ტრანსპლანტოლოგიის ერამ მოითხოვა მომკვდავთა ორგანოები [C. Pallis, 1984; F. Schauer, 1985; M. H. Schaeffer, et al., 1996; U. Scheffler, 1997].

თუ 1988 წელს აშშ-ში ორგანოთა გადანერგვას 13 766 პაციენტი ელოდებოდა, 1998 წლის დასაწყისისათვის ამ მონაცემმა 54 500 შეადგინა. მათივე მონაცემებით, დაახლოებით 4 000 ადამიანი

ყოველწლიურად კვდება გადასანერგი ორგანოების მოლოდინში [B. B. Казютинский, 1996; P. C. Карпинская, 1997].

ამავე მიზეზმა განაპირობა ზემოხსენებული მარსელის კოლოკვიუმის ჩატარება, რომლის გადაწყვეტილების დარჩენილ ნაწილს ახლა მოვიტანთ: “ეს [შეუქცევადი კომის] დიაგნოზი უნდა დაამტკიცოს კლინიკურმა და ლაბორატორიულმა გამოკვლევებმა, რომელთაც უნდა დაამოწმოს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემა ნამდვილად დაიღუპა. 48 საათის განმავლობაში ეს გამოკვლევები უნდა განმეორდეს, და თუ მათ მოგვცეს იგივე შედეგი, ასეთი ავადმყოფი გარდაცვლილად უნდა გამოცხადდეს, ხოლო მისი ორგანოები შეიძლება აღებულ იქნას ტრანსპლანტაციისათვის” [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999].

ამრიგად, სასიცოცხლო თვისებათა მატარებლად გამოცხადდა თავის ტვინი და გაჩნდა ახალი ტერმინი “ტვინის სიკვდილი” [A. Ю. Авсюк, 1995; J. M. Smith, E. Szathmary, 1999; M. C. Karan, 2001; B. B. Миронов, 2000]. დღეს თითქმის ყველა საკანონმდებლო აქტში იგი ადამიანის სიკვდილთანაა გაიგივებული [Иоанн (Шаховской), 1999; გ. ჯავაშვილი და სხვ., 2001; E. Sgreccia, V. Tambone, 2002; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

1990 წელს დანია იყო ერთადერთი ევროპული ქვეყანა, რომელიც არ დაეთანხმა ამ იდეას და ჩათვალა, რომ სიკვდილი დგება მხოლოდ გულისცემის შეწყვეტის შემდეგ [B. Steinbock, 1992].

ამ აზრს იზიარებს ბევრი მეცნიერი [R. S. Dresser, J.A. Robertson, 1989; A. Ю. Авсюк, 1995; F. E. Nunes, Y. M. Delph, 1997; C. Ngweni, 1997; B. И. Кулаков, и др., 2000], ასევე ქირურგი-ტრანსპლანტოლოგი, რომლებიც ორგანოებს მხოლოდ მას შემდეგ გადანერგავენ, რაც დონორის სიკვდილი დადგინდება გულისცემის შეწყვეტით [R. S. Dresser, J. A. Robertson, 1989; B. B. Казютинский, 1996; D. Orentlicher, 1997(a)].

იაპონიაში, რომლის მოსახლეობის დიდი ნაწილი ბუდიზმის მიმდევარია და სწამს რეინკარნაციისა, მხოლოდ 1997 წელს იქნა გაუქმებული გადაწყვეტილება დონორისათვის ტვინის სიკვდილის დადგენის შემთხვევაში ორგანოების აღების აკრძალვის თაობაზე [K. M. Outwater, M. A. Rockoff., 1984; Ubel P. A., Caplan A. L., 1998; Природная и социальная детерминация..., 2001].

აუცილებლად მიგვაჩნია თანატოლოგიის კიდევ ერთი, პერი(ანტე)ნატოლოგიური ასპექტის განხილვა.

თუ მეოცე საუკუნის 40-იან წლებამდე პირველ პლანზე დედისა და ახალშობილის სიკვდილიანობის პრობლემა იდგა, შემდგომში გამოიკვეთა მუცლად ყოფნის პერიოდში სიკვდილით

დაინტერესების ტენდენცია.

ახალი დარგის – პერინატალური მედიცინის ჩამოყალიბებით შემუშავდა ნაყოფის (ჩანასახის, ემბრიონის) პათოლოგიის შესწავლის კრიტერიუმები, ნაყოფის საშიში მდგომარეობების, დაავადებებისა და სიკვდილიანობის კლინიკური კლასიფიკაციები, რამაც ხელი შეუწყო დიაგნოსტიკური ფეტოპათიის, რეტარდაციის, ჰემოლიზური დაავადების და მისთ. ეტიოლოგიურ დიაგნოსტიკას. თუმცა პერინატალური სიკვდილიანობა კვლავ მაღალი რჩება [Интенсивный родовой блок, 1979]. მისი მიზეზების დადგენა თანატოლოგიის ამოცანად იმდენად გვესახება, რამდენადაც ეს მონაცემები შეავსებს თანატოლოგიის საერთო სურათს, რადგან სიცოცხლის შეუქცევადი შეწყვეტა იწოდება სიკვდილად მის ნებისმიერ სტადიაზე – განაყოფიერებიდან ღრმა მოხუცებულობამდე.

მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის სიკვდილი შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით განპირობებული ნაყოფის პათოლოგიით, სპონტანური აბორტით და ე.წ. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტით, ანუ ხელოვნური აბორტით.

ეს უკანასკნელი წარმოადგენს დემოგრაფიულ, სოციალურ, ეროვნულ, რელიგიურ პრობლემას და ბიოეთიკური დისკუსიების საგანია: ყოველ კონკრეტულ ქვეყანაში მას არეგულირებს კანონმდებლობა, ხოლო ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში – ზნეობრივი კანონები [P. Stephenson, 1991; J. Lejeune, 1993; S. Aaron, 1993; D. Callahan, 1993; L. Casas-Becerra, 1997; F.E.Nunes, Y.M. Delph, 1997; G. Ramaseshan, 1997; J. Suaudeau, 2001; E. Sgreccia, V. Tambone, 2002; Адам, архимандрит, 2007].

თანატოლოგიური ანალიზის პრინციპებს რომ აყალიბებდა, 1924 წელს გ. ვ. შორი ვერც კი ივარაუდებდა, რომ საუკუნის ბოლოსათვის სიკვდილის შესახებ სწავლება თუ პრაქტიკულად არა, თეორიულად მაინც შეეხებოდა სიკვდილის ისეთ შემთხვევებს, როგორიცაა დედის ორგანიზმის გარეთ, *in vitro* ხელოვნური განაყოფიერების შედეგად მიღებული “ჭარბი” ემბრიონების განადგურება. ემბრიონი სიცოცხლის და ადამიანური ღირსების მატარებელი არსებაა, მისი განადგურება ცოცხალი არსების მოკვდინებას ნიშნავს [А.П. Зильбер, 1998; დ. გეგეშიძე და სხვ, 2001; И.В. Силуянова, 2001(6)].

როგორც ვხედავთ, თვალუწვდენელია ბიოეთიკური სამყაროს თანატოლოგიური ველი. მისი მიმოხილვითი ქარაქტეროლოგიის მიზნით ქვემოთ მოგვყავს სიკვდილის, როგორც ცნების, ინტეგრაციული ბიოეთიკური კვლევის ასპექტების ჩვენს მიერ შემუშავებული ჩამონათვალი:

თანატოლოგიური კვლევა

სიკვდილის, როგორც ცნების,
ბიოეთიკური კვლევა

1. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

სამედიცინო-ბიოლოგიური ასპექტი:

- ა. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების შემუშავება;
- ბ. ბიოლოგიური სიკვდილის მეცნიერული (ბიოლოგიური) არსი;
- გ. “ტვინის სიკვდილი”, როგორც დილემა: ბიოლოგიური, თანატოლოგიური, თუ ტრანსპლანტოლოგიური ფენომენი;
- დ. მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის თანატოლოგიური განზომილება;

2. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

რეანიმატოლოგიური ასპექტი:

- ა. ტერმინალური მდგომარეობები (კლინიკური სიკვდილი, აგონია, პრეაგონია);
- ბ. “ტვინის სიკვდილი” და მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობა, როგორც “რეანიმატოლოგიური (ინტენსიურთერაპიული) ნოზოლოგიები”;

3. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

პერინატოლოგიური ასპექტი:

- ა. ახალშობილთა სიკვდილიანობა, როგორც ბიოეთიკური პრობლემა;
- ბ. ახალშობილთა ევტანაზია;
- გ. ახალშობილები, როგორც ორგანოების დონორები ტრანსპლანტოლოგიაში [R. D. Truog, 1989; R. Kimura, 1989; J. Nudeshima, 1991; Committee on Bioethics ..., 1992; AMA Council on Ethical, 1995; C. W. Plows, 1996];

4. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

პრენატალური (ანტენატალური) ასპექტი:

- ა. სპონტანური აბორტი [R. J. Cook, 2000];

ბ. ხელოვნური აბორტი [J. M. Finnis, 1973; R. J. Cook, et al., 1999; ადამი, არქიმანდრიტი, 2007];

გ. აბორტი სამედიცინო ჩვენებით;

დ. აბორტი სოციალური ჩვენებებით [S. Cole, M. Shea, 1975; A. Furnham, S. Bochner, 1986; H. Schrader, et al., 1980];

ე. კონტრაცეფციული აბორტი;

ვ. სელექციური აბორტი, ე. ი. აბორტი, როგორც შედეგი გენეტიკური ტესტირების ან სხვა პრენატალური დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენებისა (ბავშვის შესაძლო ავადმყოფობის გამო), ანუ პრენატალური ევტანაზია;

ზ. შიდსი და აბორტი [B. Almond, C. Ulanowsky, 1993];

5. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის რეპროდუქტოლოგიური ასპექტი:

ა. in vitro ე. წ. ჭარბი ემბრიონების სიკვდილი მათი განადგურებით ან მეცნიერულ კვლევაში გამოყენების მიზნით [J.A. Robertson, 1990];

ბ. in vitro ემბრიონების მოკვდინება პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის შედეგად, ანუ ევტანაზია in vitro;

გ. დედის, “სუროგატული დედის” საშვილოსნოში იმპლანტირებული “უვარგისი” ემბრიონების აბორტირება;

6. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის ტრანსპლანტოლოგიური ასპექტი:

ა. დონორის სიკვდილთან დაკავშირებული დილემები (“ტვინის სიკვდილი”, მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობა, წყვილი ორგანოების ნებაყოფლობითი დონორობის სიცოცხლესთან დაკავშირებული რისკი);

ბ. დონორისა და რეციპიენტის ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, ავადმყოფობისა და სიკვდილის მორალური შეფასება და ღირებულებითი თანაფარდობა;

7. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის ევტანაზიური ასპექტები:

ა. განუკურნებელი სენით დაავადებულთა, ძლიერ გატანჯულ ქრონიკულ სნეულთა, უიმედოდ ავადმყოფთა, ავადმყოფ ღრმა მოხუცებულთა მოკვდინება ევთანაზიის გზით;

ბ. ახალშობილთა ევთანაზია;

გ. ევთანაზია მუცლად ყოფნისას;

დ. ემბრიონის მოკვდინება – ევთანაზია in vitro;

8. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

გერონტოლოგიური ასპექტი:

ა. ბუნებრივი სიკვდილი;

ბ. სიკვდილი ავადმყოფობის შედეგად;

9. ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური ასპექტი:

ა. სიკვდილის აქსიოლოგიური არსი;

ბ. სიკვდილი, როგორც ფილოსოფიური ფენომენი სხვადასხვა ფილოსოფურ სისტემაში [Ю. В. Хех, 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003];

10. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

ფსიქოლოგიური ასპექტი:

ა. ევთანაზიის ფსიქოლოგიური პრობლემები;

ბ. დონორის, რეციპიენტისა და საზოგადოების ფსიქოლოგიური პრობლემები ტრანსპლანტოლოგიაში;

გ. აბორტთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური პრობლემები (დედის, მამის, შვილების, ოჯახის, სამედიცინო პერსონალის, საზოგადოების);

დ. სიკვდილის დეფინიციის ფსიქოლოგიური ასპექტები;

ე. სამედიცინო პერსონალის ფსიქოლოგიური პრობლემები პაციენტების, დონორების, დაუზადებელი ბავშვების და ა.შ. სიკვდილთან დაკავშირებით;

11. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის

სამართლებრივი ასპექტი:

ა. “თავის ტვინის სიკვდილი” საკანონმდებლო აქტებში;

ბ. აბორტის ლეგალიზაციის პრობლემები [J.F. Childress, 1993];

გ. ევთანაზიის დაკანონების საკითხი;

დ. გარდაცვლილი ადამიანის სხეულის ნაწილებისა და ქსოვილების განკარგვის სამართლებრივი რეგულირება;

12. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის კულტურულ-ისტორიული ასპექტი:

ა. ადამიანის გარდაცვალებასთან დაკავშირებული ეთნოლოგიური, ტრადიციული, ეროვნული, ისტორიული და სხვა რიტუალებისა და სხვა თავისებურებების (დაკრძალვის წესი, გარდაცვლილის სხეულისადმი მოპყრობა და ა. შ.) გათვალისწინების აუცილებლობა ბიოეთიკურ კვლევასა და პრაქტიკაში;

ბ. ადამიანის სიკვდილთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტის ისტორიული გამოცდილების ანალიზის შედეგების გამოყენება ბიოეთიკაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010];

13. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის სოციალური ასპექტი:

ა. აბორტი და აბორტისადმი ლიბერალური დამოკიდებულება, როგორც სოციალურად საშიში ფენომენი;

ბ. ევთანაზია (მისი ყველა სახე და გამოვლინება), როგორც სოციალური ბოროტება;

გ. სიცოცხლისა და სიკვდილისადმი უტილიტარული დამოკიდებულების სოციალური საშიშროება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010];

14. სიკვდილის ბიოეთიკური კვლევის საღვთისმეტყველო და რელიგიური ასპექტები:

ა. სიკვდილი, როგორც მისტიკურ-რელიგიური ფენომენი: სულიერი და ხორციელი სიკვდილი [Adam, archimandrite, 2001];

ბ. სიკვდილი, როგორც ახალი ცხოვრების დასაწყისი და მარადიული სიკვდილი;

გ. სიკვდილი და პირველი ადამიანები;

დ. უკვდავება [გაბრიელი (ქიქოძე), ეპისკოპოსი, 1993, B.M. Бехтерев, 1999].

3.1.3. ჯანმრთელობა როგორც ბიოეთიკური კატეგორია

ჯანმრთელობა და ავადმყოფობა ურთიერთდაკავშირებული ცნებებია, რომლებიც ადამიანის ორგანიზმის ცხოველქმედების ორ თვისებრივად განსხვავებულ მდგომარეობას ასახავს და რომელთა არსის განსაზღვრა სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებების ფუნდამენტური პრობლემაა, ხოლო მათ გააზრებას ბიოეთიკური ცნობიერების განზომილებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ბიომედიცინაში სხვადასხვა ეთიკურ დილემათა არსის ანალიზისა და შეფასებისას [Б. Н. Ильин, 1988; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001].

ადამიანის ჯანმრთელობის, როგორც სამეცნიერო ცნების, დეფინიცია დღეს გადაუწყვეტელი საკითხია [Б. Н. Ильин, 1988, Mc. Gibson, 2000]. ითვლება, რომ “ჯანმრთელობის” საყოველთაოდ მიღებული განმარტების შემუშავება არა მარტო ბიომედიცინის, არამედ ფილოსოფიის, ფსიქოლოგიის, სოციოლოგიის, თეოლოგიის ამოცანაცაა [Б. Н. Ильин, 1988; Сергей (Филимонов), священник, 1999; И. В. Силуянова, 2001(6)].

ცნება „ჯანმრთელობა“ ადამიანის არსებობის, სიცოცხლისა და ცხოვრების ერთ-ერთ ძირითად მახასიათებლად შეიძლება ჩაითვალოს. ამიტომაც, ბუნებრივია, რომ ამ ცნების ხელახალი გააზრების აუცილებლობა თვალსაჩინოვდება ყოველთვის, როდესაც საზოგადოების ცხოვრებაში ხდება ფუნდამენტური ძვრები, რომლებიც ეხება არა მარტო საზოგადოებრივ ურთიერთობებს, არამედ კაცობრიობის ტექნიკურ შესაძლებლობებსაც.

თანამედროვე მედიცინაში არსებული ბიოეთიკური სიტუაციური პრობლემების გადასაწყვეტად საჭიროა ისეთი დეფინიციების (მათ შორის ჯანმრთელობის ცნების დეფინიციის) შემუშავება, რომლებიც უნდა გამოხატავდნენ ამ მოვლენათა არსსა (მიზეზობრიობას, მიზანშეწონილობას) და მნიშვნელობას (აქსიოლოგიურს, სულიერ-ზნეობრივს, სოციალურს, ეკონომიკურს) ადამიანისა და საზოგადოებისათვის. გარდა ამისა, მათი გამოყენება უნდა შეიძლებოდეს ნებისმიერ კონკრეტულ დაავადებასა, შემთხვევასა და პრობლემასთან დაკავშირებით, როგორებიცაა, მაგალითად: მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობა, შიდსი და აივ-ინფექცია, უიმედოდ ავადმყოფთა და მომაკვდავთა, ემბრიონის, ნაყოფისა და ახალშობილისადმი დამოკიდებულება, დონორისა და რეციპიენტის სიცოცხლის, ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის ღირებულებითი თანაფარდობის გააზრება და ა. შ. [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის შესახებ სწავლებებში აქამდე არ არსებობს ძირითად ცნებათა ყოველმხრივ დამუშავებული და გააზრებული, ყოვლისმომცველი და ყველა დარგისათვის მისაღები განმარტებები [Ю. П. Лисицын, В. П. Петленко, 1987].

დიდი სამედიცინო ენციკლოპედია ასეთ ინფორმაციას გვაწვდის: “ცნება “ინდივიდუუმის ჯანმრთელობა” არ არის ზუსტად დეტერმინირებული, რაც დაკავშირებულია ორგანიზმის ცხოველქმედების უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებლების ინდივიდუალური გადახრების დიდ დიაპაზონთან, აგრეთვე ადამიანის ჯანმრთელობის განმაპირობებელი ფაქტორების მრავალფეროვნებით. ამასთან ერთად თანამედროვე მეცნიერების მიერ ჯერ კიდევ არაა დადგენილი ინდივიდუუმის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი ფაქტორები” [В. А. Фролов, 1978].

ჯანმრთელობის ცნების ბიოეთიკური ცნობიერების სისტემაში გასააზრებლად საინტერესო მონაცემებს იძლევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის განსაზღვრება:

“ეს [ჯანმრთელობა] არის კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური და ეკონომიკური მაჩვენებელი, რომლის აღწერისათვის საჭიროა ადამიანთა საზოგადოებისათვის დამახასიათებელი დემოგრაფიული, სოციალური და ბიოლოგიური პროცესების ინტეგრაცია. იგი გამოხატავს საზოგადოების ეკონომიკური და კულტურული განვითარების დონეს, სამედიცინო დახმარების მდგომარეობას, განიცდის ტრადიციების, ისტორიულ-ეთნოგრაფიული და ბუნებრივ-კლიმატური პირობების ზეგავლენას. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, მოსახლეობის ჯანმრთელობა – ეს არის გარე სამყაროს (ამ სიტყვების ყველაზე ფართო გაგებით) ხარისხის ინდიკატორი” [А. В. Недоступ, 2001].

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის წესდების პრეამბულაში ჯანმრთელობა განსაზღვრულია, როგორც “სრული ხორციელი, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მარტო დაავადებებისა და ფიზიკური დეფექტების არარსებობა”.

ეს დეფინიცია შეიძლება არ იყოს სრულყოფილი, მაგრამ მისი უდავო უპირატესობაა საკითხის მრავალი ასპექტის გათვალისწინების აუცილებლობის ფორმულირება: ხორციელი, ანუ სხეულის ჯანმრთელობა სომატური დაავადებების, აგრეთვე სიმახინჯეებისა და ინვალიდობის არსებობას გამორიცხავს, ე. ი. მთლიანად წარმოადგენს სამედიცინო და ნაწილობრივ სოციალურ ასპექტს; სულიერი ჯანმრთელობა გულისხმობს არა მარტო ფსიქიატრიული დაავადებების, არამედ ე. წ. მოსაზღვრე

მდგომარეობათა და ფსიქოლოგიურ პრობლემათა არარსებობას, აგრეთვე ჯანსაღ სულიერ მდგომარეობას რელიგიური ეკლესიური სწავლების პოზიციებიდანაც [გიორგი (გამრეკელი), პროტოპრესვიტერი, 1992; Сергей (Филимонов), священник, 1999; Анатолий (Берестов), иеромонах, 2000].

რაც შეეხება სოციალურ კეთილდღეობას, მას განეკუთვნება საზოგადოებაში არსებული ჯანსაღი სოციალური გარემო, ადამიანის უფლებების დაცვის მაღალი ხარისხი, მათ შორის ბიომედიცინის სფეროში [გ., ჯავაშვილი და სხვ., 2001], შრომითი დასაქმებისა და ანაზღაურების კეთილსაიმედოობა და ა.შ.

და მაინც, როგორი შეიძლება იყოს ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის ღირებულებითი დახასიათება?

გასათვალისწინებელია, რომ ადამიანის დამოკიდებულება ჯანმრთელობის მიმართ გარკვეულწილად განსაზღვრავს მისი ღირებულებითი ორიენტირების, უპირატესობებისა და მიზნების სისტემას, რომლის გარეშეც ადამიანის არსებობის საზრისი იკარგება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ცნობილია, რომ თითოეული ადამიანისათვის, მთელი საზოგადოებისთვისაც ჯანმრთელობა პირველხარისხოვან ღირებულებას წარმოადგენს. ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვა და გაუმჯობესება მედიცინის პროფილაქტიკური მიმართულების არსია. დღეს მსოფლიოში ფართოდ გავრცელდა პრევენციული მედიცინის სხვადასხვა ასპექტის უგულებელყოფის ფაქტები სხვადასხვა მოტივით (ეკონომიკური, პოლიტიკური, სოციალური, გლობალური, ეთნიკური და ა. შ.), რითაც მანიფესტირდება ადამიანის სიცოცხლის გაუფასურებისა და მისდამი უტილიტარული დამოკიდებულების ტენდენცია.

ადამიანის აზრი ყოველთვის მისწრაფოდა არა მარტო ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის სამედიცინო-ბიოლოგიური არსის წვდომისაკენ, არამედ მათი შეფასებისკენაც სიკეთესა და ბოროტებასთან, მშვენიერსა და არაესთეტიკურთან, კარგსა და ცუდთან, დაშვებულსა და დაუშვებელთან, ჭეშმარიტებასა და სიცრუესთან, სამართლიანობასა და უსამართლობასთან მიმართებაში.

ამგვარი შეფასება ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის ფაქტების სუბიექტურ ინტერპრეტაციაა ეთიკის, კულტურისა და რელიგიის კატეგორიებში [И. Т. Фролов и др., 1988]. და იგი არ უნდა დაიჩრდილოს ამ ცნებების გნოსეოლოგიური და თეორიულ-შემეცნებითი (სამედიცინო-ბიოლოგიური) განხილვისა და ანალიზის აუცილებლობის მიზეზით. სხვაგვარად

წარმოდგენელია ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის, როგორც ბიოეთიკური კატეგორიების, გაცნობიერება, ბიოეთიკურ პრობლემათა განსაზღვრების მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური კრედოს შემუშავება და ფორმულირება.

თუკი ჯანმრთელობას პირველხარისხოვანი ღირებულება აქვს მინიჭებული, ხოლო ავადმყოფობა განიხილება როგორც ჯანმრთელობის დარღვევა, კეთდება დასკვნა, რომ მას აქვს მხოლოდ ნეგატიური ღირებულება. თუმცა არც თუ იშვიათად ავადმყოფობა ორგანიზმს ანიჭებს დაავადებებისადმი მდგრადობას, მაგალითად, იმუნიტეტის გამომუშავების გზით.

ცნობილია, რომ არსებობს დაავადებები, რომელნიც “კატეგორიულ უარს აცხადებენ ერთმანეთთან თანაარსებობაზე” (დაავადებათა დისტროპიის ფენომენი). ამ ცოდნაზე დაყრდნობით წარსულში ფრანგი ექიმები პროგრესირებადი დამბლით დაავადებულებს ურჩევდნენ ალჟირში გამგზავრებას და იქ ტროპიკული მაღარიით დასნებოვნებას. ეს უკანასკნელი, აღწევდა რა ორგანიზმში, ზღუდავდა თავის წინამორბედ სნეულებას, რომლის გამოვლინებანიც მკვეთრად სუსტდებოდა.

საინტერესოა აფრიკის მცხოვრებთა შორის გავრცელებული ნამგლისებურუჯრედოვანი ანემიისა და ტროპიკული მაღარიის ანტაგონისტური ურთიერთმიმართებები, რამაც მათში ევზოგენურ სისხლის პარაზიტებთან მრავალსაუკუნოვან მუდმივ ბრძოლაში გენეტიკური ნიშნის მნიშვნელობა შეიძინა [A. A. КРЫЛОВ, 2000].

ღირებულებითი ორიენტირების შემდგომი კვლევისათვის გასათვალისწინებელია ფილოსოფიური მემკვიდრეობა. გავიხსენოთ სიორენ კირკეგორის (Søren Aabye Kierkegaard, 1813–1855) შეხედულებანი. იგი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებდა კონკრეტული ადამიანის ცხოვრების საზრისს, სიკვდილსა და სიცოცხლეზე შეხედულებებს, მის სუბიექტურ ცხოვრებას თავისი განცდებით, ღმერთისადმი დამოკიდებულებით.

კირკეგორი ადამიანის ცხოვრებაში გამოყოფს სამ სტადიას – ესთეტიკურს, ეთიკურსა და რელიგიურს. ესთეტიკურ სტადიაზე მყოფი ადამიანი აღწევს ემოციურ ტკბობას ისე, რომ უარყოფს ღვთაებრივ ჭეშმარიტებას და არ ცდილობს მის მოპოვებას.

ამ უარყოფას, როგორც წესი, თან სდევს საკუთარი თავით უკმაყოფილება და გარკვეული სასოწარკვეთილება კი, რომელიც ჯერ კიდევ არ არის ჭეშმარიტი სასოწარკვეთილება. ამ უკანასკნელის ჟამი დგება ეთიკურ სტადიაზე, რასაც ადამიანი მიჰყავს საკუთარი პიროვნების რელიგიური მნიშვნელობის

გაცნობიერებამდე. სხვა გზა ღმერთისაკენ, ცხოვნებისაკენ, კირკეგორის მიხედვით, არ არსებობს [П. Гайденко, 1970].

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ადამიანი ავადმყოფობის დროს მეტად, ვიდრე ჯანსაღად ყოფნისას, შეპყრობილია განცდებითა და ფიქრებით საკუთარ ბედზე, ცხოვრების აზრზე, მომავალზე, შესაძლო სიკვდილზე, ახლობლების მდგომარეობაზე და ა. შ., უნდა ჩავთვალოთ, რომ ავადმყოფობა უფრო მეტად აახლოვებს ადამიანს ღმერთთან [Анатолий (Берестов), иеромонах, 2000; Сергей (Филимонов), священник, 2001].

ავადმყოფობის ღირებულების დადებითი მომენტების წამოწევა წინა პლანზე როდი ნიშნავს ჯანმრთელობისადმი ნეგატიურ დამოკიდებულებას. ასე მაგალითად, ქრისტიანულ ანთროპოლოგიაში ავადმყოფობა განიხილება, როგორც სულიერი ზრდის, ცხოვნების, სინანულის, საკუთარი ცოდვების შეცნობის, სულიერი მდგომარეობის გაცნობიერების, “გულის” გამოკვლევის საშუალება (ეს ერთ-ერთი ასპექტია), ხოლო ჯანმრთელობა და დღეგრძელობა, როგორც ღმერთის მიერ მინიჭებული ჯილდო და კურთხევა [Александр (Грачев), священник, 1993; Анатолий (Берестов), иеромонах, 2000; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; Об искушениях, 1994; И.В. Силуянова, 1998(а); Сергей (Филимонов), священник, 1999, 2001].

ამრიგად, ჯანმრთელობის შესახებ ბიოეთიკური რეფლექსია განუყოფელია ავადმყოფობის შესახებ ბიოეთიკური რეფლექსიისაგან, რადგან ისევე როგორც მთელს მედიცინაში, მის ბიოეთიკურ რეალიებშიც ორგანულადაა გადაჯაჭვული ადამიანის პიროვნული ცხოვრებისა და ცხოველქმედების კვლევის აქსიოლოგიური, ეთიკური, ფილოსოფიური, რელიგიური, ისტორიულ-ტრადიციული და სხვა ასპექტები ნორმისა და პათოლოგიის არსებობის პირობებში. ჯანმრთელობის, როგორც ბიოეთიკური კატეგორიის ყოველმხრივი გააზრება ბიოეთიკური კოლიზიების შესწავლისა და გადაჭრის აუცილებელი პირობაა.

ამრიგად, ჯანმრთელობის აქსიოლოგიური დახასიათება მრავალ ასპექტს მოიცავს. თუმცა, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ადამიანის ცხოვრებაში მისი ღირებულებითი არსის, სტრუქტურისა და როლის გამოკვლევა.

თავისი ღირებულებითი არსით ჯანმრთელობა სიკეთეა, ე.ი. ადამიანებისათვის აქვს დადებითი მნიშვნელობა, შეესაბამება და პასუხობს კიდევ მათ მოთხოვნილებებსა და ინტერესებს.

ამავდროულად, ჯანმრთელობა, როგორც ღირებულება, წარმოადგენს ერთ-ერთ საშუალებას ხელი შეუწყოს სიცოცხლის

არსებობას. მართალია, შეიძლება იცოცხლოს არაჯანმრთელმა ადამიანმა, მაგრამ წარმოუდგენელია ადამიანი იყოს ჯანმრთელი და არ ცოცხლობდეს.

აქსიოლოგიური იერარქიით ჯანმრთელობა უმაღლესი, უნივერსალური ფასეულობების რიგს განეკუთვნება. მისი ანტიპოდია ავადმყოფობა, როგორც ანტიღირებულება, თუმცა, როგორც ვნახეთ, ამგვარი შეფასება უნივერსალური არ არის.

ჯანმრთელობის ცნებაში, როგორც ფასეულობაში, მოიაზრებენ მრავალ ქვეფასეულობას. ცხადია, რომ ჯანმრთელობა არის სიამოვნება, სილამაზე, ბედნიერება, წარმატება, სიკეთე... უფრო ზუსტად, იგი ამ ფასეულობათა ერთგვარი გარანტი ან ხელისშემწყობი ღირებულებაა. ამიტომაც მასზე შეიძლება მსჯელობა, როგორც უნივერსალურ ღირებულებაზე.

ჯანმრთელობის მატარებელნი, შესაბამისად, ღირებულებით ურთიერთობათა სუბიექტები, შეიძლება იყვნენ ცალკეული პიროვნებები, სხვადასხვა სოციალური ჯგუფები, საზოგადოება, ერი, ხალხი, კაცობრიობა...

შესაბამისად უნდა განვარჩიოთ ჯანმრთელობის შემდეგი სახეები:

- ინდივიდუალური,
- სოციუმის (კოლექტივის, სოციალური ჯგუფის, ეთნოსის და ა. შ.),
- ნაციონალური (ერთი ქვეყნის მოსახლეობის),
- ზენაციონალური (კონტინენტის, ან სხვა გეოგრაფიული რეგიონის (მაგალითად, აღმოსავლეთ ევროპის, ხმელთაშუა ზღვის რეგიონის და ა. შ.) შემადგენლობაში არსებული სახელმწიფოების მოსახლეობის),
- საერთო-საკაცობრიო (პლანეტარული).

თითოეული მათგანის აქსიოლოგიური დახასიათება წარმოაჩენს დამოკიდებულებას ადამიანის ჯანმრთელობისადმი, ანუ იმას, აქვს თუ არა ადგილი ადამიანის ჯანმრთელობის, როგორც ფასეულობის, დევალვაციას.

ჯანმრთელობის ცნება ინტეგრაციულია. იგი მრავალ კომპონენტს მოიცავს. ასე მაგალითად, ჯანმრთელობის, როგორც ღირებულების, სუბიექტური კომპონენტი მოიაზრებს იმას, თუ როგორია ადამიანის დამოკიდებულება, მოტივაცია ან ღირებულებითი ორიენტირები ქცევაში საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ; ხოლო ობიექტური კომპონენტი მოიცავს იმ შესაძლებლობათა ერთობლიობას, რომელიც რეალიზდება

სრულყოფილი ჯანმრთელობის არსებობის შემთხვევაში (საზოგადოებრივი მდგომარეობა, პროფესიონალიზმი, კარიერა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა, ოჯახური ბედნიერება და ა. შ.). მეორე მხრივ, ჯანმრთელობა მოიცავს ფიზიკურ (ბიოლოგიურ), ვიტალურ, სოციალურ, სულიერ–კულტურულ და სულიერ–საკრალურ კომპონენტებს. ამგვარი დაყოფა ემსახურება ჯანმრთელობის, როგორც ცნების, ინტეგრირებულ კვლევასა და წარმატების მიღწევას მისი ყოვლისმომცველი დეფინიციის შექმნის გზაზე.

3.1.4. ავადმყოფობა როგორც ბიოეთიკური კატეგორია

ტერმინი “ავადმყოფობა” გამოიყენება (1) ცალკეული ადამიანის ავადმყოფობის, (2) ავადმყოფობის ცნების, როგორც ნოზოლოგიური ერთეულისა და (3) ავადმყოფობის განზოგადებული ცნების, როგორც ბიოლოგიური და სოციალური მოვლენის აღსანიშნავად [П.Н. Веселкин, 1976]. თუმცა მრავალი ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციის ანალიზის დროს საჭიროა ავადმყოფობის უფრო გავრცობილი და სრულყოფილი დეფინიციით სარგებლობა, რაც ხელს შეუწყობდა მათ გადაწყვეტას:

I. ხშირად საკითხი იმდენად რთულია, რომ გასარკვევია ისიც, წარმოადგენს თუ არა მოცემული (განსახილველი) მდგომარეობა, რომელშიაც ადამიანი იმყოფება, ავადმყოფობას თავისი სამედიცინო-ბიოლოგიური არსით.

ამგვარ სიტუაციებს განეკუთვნება:

ა. ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილი“ და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა;

ბ. მუცლადყოფნის პერიოდში დიაგნოსტირებული ნაყოფის განვითარების მანკები და სხვა პათოლოგიები;

გ. სქესობრივი გაუკუღმართებები (დევიაცია, პერვერზია).

ზემოჩამოთვლილ მდგომარეობათა არაერთგვაროვნების გამო ისინი სხვადასხვა პოზიციებიდან უნდა იქნეს განხილული.

ა. „თავის ტვინის სიკვდილი“ და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა კრიტიკულ მდგომარეობათა რიცხვს განეკუთვნება. პაციენტები, რომელთა მდგომარეობა ამ დიაგნოზებითაა

განსაზღვრული, როგორც წესი, ინტენსიური თერაპიისა და რეანიმაციის პალატებში იმყოფებიან (ზოგიერთი ავადმყოფი მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის დიაგნოზით შეიძლება სამკურნალო დაწესებულების გარეთ, სახლშიც იმყოფებოდეს). თუმცა სადღეისოდ გადასაწყვეტი მაინც რჩება საკითხი იმის შესახებ, თუ რამდენად მართებულია „თავის ტვინის სიკვდილისა“ და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის, როგორც ადამიანის მთელი ორგანიზმის სიკვდილის შესატყვის მდგომარეობათა, მოაზრება. აქ სხვადასხვა მეცნიერთა შეფასებანი, როგორც ლოგიკური, ისე ფიზიოლოგიური, მეტად არაერთგვაროვანია [C. Pallis, 1984, D. Wikler, A.J. Weisbard, 1989; S.J. Youngner, et al., 1989; A. Shewmon, 1998; Adam, archimandrite, 2001].

მოცემულ პრობლემურ სიტუაციაში სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებების ამოცანა „ტვინის სიკვდილისა“ და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის, როგორც ავადმყოფობის, ბიოლოგიური არსის გამოკვლევასა და ამგვარი დეფინიციის ბუნებათმეცნიერულ არგუმენტაციაში მდგომარეობს.

გასათვალისწინებელია, რომ ამ ცნებათა, განსაკუთრებით, ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილის“ ცნების, შემოტანით ვარაუდობდნენ, რადიკალურად შეეცვალათ, ხელახლა განესაზღვრათ სიკვდილი ისეთი სხვა ცნების დახმარებით, რომელიც პერმანენტული უგონო მდგომარეობის შედეგად პიროვნულობის დაკარგვას აღიარებდა, რათა მიეღწიათ უტილიტარული მიზნებისთვის: შეიქმნას ხელოვნური სუნთქვის აპარატების გამოთიშვისა და ორგანოთა გადანერგვის შესაძლებლობის პირობები. სიკვდილის რედეფინიცია სხვა მოსაზრებებით სრულიად ზედმეტი და არასაჭირო იყო [A. Shewmon, 1998].

ამრიგად, ჩვენ იმგვარ სიტუაციაში აღმოვჩნდით, როდესაც ავადმყოფობის ცნების დეფინიციისადმი მიდგომა უნდა იყოს „არატრადიციული“. მხედველობაში გვაქვს ის გარემოება, რომ უპირატესად „ავადმყოფობის“ ცნების განსაზღვრისათვის მას „ჯანმრთელობის“ ცნებას უპირისპირებენ ხოლმე, რაც სავსებით ლოგიკურია. ასე მაგალითად, თუ ჯანმრთელობა განმარტებულია, როგორც ცხოველქმედების მორფოფიზიოლოგიური და ფსიქოემოციური ოპტიმუმი, ამაზე დაყრდნობით ავადმყოფობა განიმარტება, როგორც ამ ოპტიუმის დარღვევა [Г. И. Царегородцев, В. Г.Ерохин, 1986].

რაც შეეხება განსახილველ სიტუაციებს, აქ კრიტიკული მდგომარეობის, როგორც ავადმყოფობის, არსის გამოკვლევა საჭიროა მისი შედარებითა და დაპირისპირებით არა

ჯანმრთელობის, არამედ სიკვდილის ცნების გაგებასთან, ანუ, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, „ტვინის სიკვდილი“ და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა უნდა განვიხილოთ როგორც “ავადმყოფობა, რომელიც ჯერ კიდევ არ არის სიკვდილი”. ამგვარი სამეცნიერო კვლევის ბიოეთიკური ღირებულება სიცოცხლისშემანარჩუნებელი სამკურნალო ღონისძიებების შეწყვეტის შესახებ დისკუსიათა მოტივაციების (მკურნალობის უპერსპექტივობა, ადამიანური და მატერიალური რესურსების ხარჯვა, ზრუნვა სხვა, პერსპექტიულ ავადმყოფებზე, რომელთაც მყარ ვეგეტატიურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები სამედიცინო უზრუნველყოფის ნაწილს “ართმევენ”, ზრუნვა ავადმყოფის ახლობლებზე, რომლებიც იტანჯებიან, ე.წ. “ღირსეული სიკვდილის უფლება” და ა.შ.) შეფასებაში მდგომარეობს [D.P.Price, 1997 (a)].

წარმოდგენილი მოტივაციები ვერ უძლებს ელემენტარულ კრიტიკას ვერც ეთიკური, ვერც ჰუმანისტური, ვერც დეონტოლოგიური და ვერც უბრალოდ ადამიანური თვალთახედვით [Мы и биоэтика, 1990, 1991; T.E. Quill, et al., 1997; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ბ. ამჯერად ვიწყებთ მუცლადყოფნის პერიოდში დიაგნოსტიკურებული ნაყოფის განვითარების მანკებისა და სხვა პათოლოგიების განხილვას.

ცნობილია, რომ ნაყოფის შესწავლის მეთოდების დანერგვა კლინიკურ პრაქტიკაში საშუალებას იძლევა დაისვას მრავალი ქრომოსომული პათოლოგიის, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევების, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზიის, ნერვული მილის განვითარების მანკების, კანის მაღალლექტალური თანდაყოლილი დაავადებების (იქტიოზის ფორმის ერითროდერმია, ბულოზური ეპიდერმოლიზი), დაუნის ავადმყოფობის, ხოლო დნმ-ის ანალიზის საფუძველზე – ჰემოფილიის, დიუშენის მიოპათიის, მუკოვისციდოზის, თირკმლების თანდაყოლილი პოლიკისტოზისა და ზოგიერთი სხვა დაავადების დიაგნოზი, აგრეთვე შემცირდეს პერინატალური სიკვდილიანობა, რაც თანამედროვე ნეონატალურ ტექნოლოგიებთან ერთად მიიღწევა განვითარების ამა თუ იმ მანკის დიაგნოზისადმი უკიდურესად მნიშვნელოვანი ზეგავლენის საკითხის “მარტივი” გადაწყვეტით – მათთვის სასიკვდილო განაჩენის გამოტანით [Интенсивный родовой блок, 1979; M. Levy, et al., 1994; N. Glover, S. Glover, 1996; В.И.Кулаков, и др., 2000].

ამ პრობლემური სიტუაციის ბიოეთიკური არსი

ერთდროულად რამდენიმე ცნების – “სიცოცხლის”, “სიკვდილის”, “ჯანმრთელობის”, “ავადმყოფობის”, “პიროვნების ერთიანობისა და მთლიანობის” – არაერთგვაროვან ან არასრულყოფილ გაგებაში მდგომარეობს. შეგახსენებთ, რომ თუმცა ამ ქვეთავში ჩვენი ყურადღება მთლიანად “ავადმყოფობაზეა” აქცენტირებული, შეუძლებელია ერთი რომელიმე ცნების დეფინიციის პრობლემის გადაწყვეტა სხვა ცნებებისაგან იზოლირებულად [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ცნობილია, რომ ზოგადბიოლოგიურ ასპექტში ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის ერთიანობა იმით განისაზღვრება, რომ სიცოცხლის ეს ორი მდგომარეობა თავისი ბიოლოგიური არსით ცოცხალი ბუნების განვითარების ზოგად კანონზომიერებებს ემორჩილება. ნორმა და პათოლოგია სასიცოცხლო პროცესების გამოვლინების სხვადასხვა ფორმას წარმოადგენენ [И.Т.Фролов и др., 1988].

ამრიგად, თუკი ნაყოფი წარმოადგენს ცოცხალ არსებას [А.И. Брусиловский, 1984; J. Lejeune, 1993; J. Suaudeau, 2001], ყოველგვარი გადახრა ნორმისაგან ანუ პათოლოგია, რომელსაც მას აღმოუჩენთ (მოვახდენთ დიაგნოსტიკას), უნდა ჩაითვალოს დაავადებად, ხოლო დაავადება საჭიროებს მკურნალობას.

ამისაკენ მოგვიწოდებს ექიმობის – თავისი არსით ნამდვილი ქრისტიანული პროფესიის – ჰუმანიზმი, და არა საზოგადოების “გაწმენდისა” და “გათავისუფლებისაკენ” ავადმყოფებისაგან, რასაც ფაქტობრივად ემსახურება აგრეთვე გენეტიკური სკრინინგი, პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა და ა. შ. [E. Rodriguez, 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ბ)].

ნაყოფს მუცლადმყოფ პაციენტსაც უწოდებენ ხშირად [Интенсивный родовой блок, 1979]. ამიტომაც ე.წ. “ანომალური ნაყოფის ელიმინაცია” [А. И. Брусиловский, 1984] მემკვიდრეობითი ან სხვა დავადებების დიაგნოზის დასმის შემდეგ ჩვენ მიერ სავსებით სამართლიანად, სრული უფლებამოსილებით იწოდება როგორც **ევთანაზია მუცლადყოფნობის ჟამს, ანუ პერინატალური ევთანაზია**.

ადამიანური არსების სიცოცხლე კვერცხუჯრედის განაყოფიერების მომენტიდანვე იწყება და ღრმა სიბერემდე (როგორც წესი) ან სხვაგვარ ფინალამდე გრძელდება [J. Lejeune, 1993; J. Suaudeau, 2001]. სიცოცხლის შეწყვეტა ნებისმიერი ფორმით მთელი ამ დროის მანძილზე სიკვდილს წარმოადგენს, ხოლო სიცოცხლის ყოველგვარი შეწყვეტა ძალმომრეობით, ფიზიკური ხელყოფის გზით – მკვლელობას.

მეორე მხრივ – სიცოცხლე იწყება დედის საშვილოსნოში (ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენებისას – სინჯარაში) და შეიძლება დასრულდეს ჰაერში, წყალში, ხმელეთზე, სამყაროს ნებისმიერ წერტილში ან დედის მუცელშივე.

მამასადამე, სიცოცხლის შეწყვეტა წარმოადგენს სიკვდილს მთელს სივრცეში. შესაბამისად, სიცოცხლის ნებისმიერი ძალმომრეობითი შეწყვეტა, მიუხედავად სივრცობრივი განზომილებისა (სინჯარაში, საშვილოსნოში, ახალშობილთა პალატაში თუ სააბორტო საპროცედუროში), და ჩვენი მსოფლმხედველობისა, არის მკვლელობა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2007, 2010].

გ. შემდეგი ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაცია, რომელსაც ჩვენ ვიკვლევთ, სქესობრივი ცხოვრების გაუკუღმართებულ სახეებს უკავშირდება, უფრო ზუსტად იმას, ჩაითვალოს თუ არა ისინი დაავადებებად.

ჯერ კიდევ ჯანმოს დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციის 1965 და 1975 წლების (შესაბამისად მე-8 და მე-9) შესწორებების მიხედვით, ფსიქიკური დარღვევების ერთ-ერთ სახე განსაზღვრული იყო როგორც “სქესობრივი გაუკუღმართობანი” (ჰომოსექსუალიზმი, ტრანსვესტიზმი, ეროტომანია, ფეტიშიზმი და ა. შ.). დაავადებების კლასიფიკაციის 1993 წელს მიღებული მე-10 შესწორების შედეგად კი ცნება “სქესობრივი გაუკუღმართობები” უბრალოდ გაქრა და მათ ნაცვლად “სექსუალური ცხოვრების არატრადიციული სახეები” აღიარეს [И. В. Силуянова, 2001(6)]. გაჩნდა ტერმინები: “სქესობრივი მჯობინება (უპირატესობის მინიჭება)”, “სექსუალური ორიენტაცია”, “სექსუალური უმცირესობები” [C. Burke, 2000; P. J. Riga, 2000; Адам, архимандрит, 2001 (r)].

ამ ცვლილებებს მივყავართ არსებით ძვრებამდე “ავადმყოფობის”, როგორც სამედიცინო ცნებისა და როგორც ბიოეთიკური კატეგორიის გააზრებაში. სქესობრივი გაუკუღმართობების დროს ადამიანის ფსიქიკასა და პიროვნების სტრუქტურაში განვითარებული ცვლილებების შესახებ სამედიცინო, ფსიქიატრიული, ფსიქოლოგიური სამეცნიერო აზრის უგულვებელყოფა და მისი ჩანაცვლება თანამედროვე სექსოლოგიური და სექსოპათოლოგიური სუბიექტური აზრით, ახალი “სექსუალური ცნობიერებით” იქცა არსებული მორალურ-ეთიკური დეზორიენტაციის გამოხატულებად [C. Burke, 2000; P. J. Riga, 2000]. ასე მანიფესტირდება ცივილიზაციის ის გლობალური სულიერ-ზნეობრივი კრიზისი, რომელიც აპოკალიფსური

მომავლისაკენ მიემართება [Б. Гро́йц, 1993].

II. სამყაროს ბიოეთიკური სურათის დარჩენილი პრობლემური სიტუაციები ავადმყოფობის აქსიოლოგიური შეფასების საჭიროების აუცილებლობით ხასიათდება.

პასუხი კითხვაზე, თუ რაში მდგომარეობს ადამიანის ავადმყოფობის აზრი და ღირებულება, წარმოადგენს გადაწყვეტ მომენტს მრავალი ბიოეთიკური დილემის შესწავლისა და გადაწყვეტის დროს.

ეს დილემები ჩვენ ორ ჯგუფში გავაერთიანეთ:

ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების პირველი ჯგუფი ევთანაზიასთანაა დაკავშირებული:

1. უიმედო ავადმყოფთა, ღრმად მოხუცებულთა და ძლიერ გატანჯულ ავადმყოფთა ევთანაზია;
2. მემკვიდრეობითი დაავადებებით, განვითარების მანკებითა და სიმახინჯეებით დაბადებულ ახალშობილთა ევთანაზია;
3. დაავადებების პრენატალური დიაგნოსტიკა მუცლადმყოფობის დროს ევთანაზიის განხორციელების მიზნით.

ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების მეორე ჯგუფი დაკავშირებულია ტრანსპლანტოლოგიასთან:

1. დონორისა და რეციპიენტის ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, ავადმყოფობისა და სიკვდილის მორალური შეფასება და ღირებულებითი თანაფარდობა;
2. დონორობის სულიერ-ზნეობრივ-ფსიქოლოგიური პრობლემები;
3. რეციპიენტობის სულიერ-ზნეობრივ-ფსიქოლოგიური პრობლემები;
4. “საზოგადოება-ტრანსპლანტოლოგის” არსებული და მომავალი სულიერ-ზნეობრივ-ფსიქოლოგიური პრობლემები.

ავადმყოფობის სამედიცინო და ბიოლოგიურ არსის შესწავლისას ადამიანთა მეცნიერული და ფილოსოფიური აზრი ყოველთვის იმისაკენ მიისწრაფოდა, რომ მას მარადიული ღირებულებების, სიკვდილისა და სიცოცხლის იდემალების, ადამიანის ყოფიერებისა და მისი ამ სამყაროში დანიშნულების კონტექსტში ჩასწვდომოდა. ეს მისწრაფება – შეიცნო და შეაფასო

ავადმყოფი ადამიანის ტანჯვის მდგომარეობა (“Pathos” სწორედ “ტანჯვას” ნიშნავს) – არასოდეს გაქრება სამედიცინო მოღვაწეობის სფეროდან, რადგან იგი ადამიანის განცდებთან, ემოციებთან, როგორც ავადმყოფის, ისე მისი ახლობლებისა და ნათესავების ტკივილებთან, სატანჯველსა და მწუხარებასთანაა დაკავშირებული. ავადმყოფობის ფაქტის ამგვარი სუბიექტური ინტერპრეტაცია ყოველთვის ეთიკური, ზნეობრივ-ღვთისმეტყველური, ისტორიულ-ტრადიციულ-კულტუროლოგიური, რელიგიური კატეგორიების მეოხებით უნდა მოხდეს.

საყოველთაოდაა აღიარებული, თითქოს ავადმყოფობას ოდენ ნეგატიური ღირებულება ჰქონდეს [И. Т. Фролов и др., 1988], თუმცა მსგავსი შეხედულებები თავისი არსით ცალმხრივია. ცნობილია, რომ ავადმყოფობა არის ადამიანის ორგანიზმის ცხოველქმედების დარღვევა, რომელსაც გარდაუვალად თან სდევს ადამიანის სოციალური ღირებულების დაქვეითება და მისი შრომისუნარიანობის შეზღუდვა [П. Н. Веселкин, 1976].

თუმცა არსებობს განსხვავებული აზრიც ავადმყოფობის არსზე. მაგალითად, კარლ მარქსი ავადმყოფობას განმარტავს, როგორც სიცოცხლის თავისუფლებაზეზღუდულ მდგომარეობას. ამგვარი დეფინიცია ადამიანისათვის ავადმყოფობის მნიშვნელობის უფრო დიფერენცირებული, მოქნილი შეფასებისა და ყველა კერძო შემთხვევასა და სხვადასხვა დაავადებასთან მიმართებაში მისი აზრობრივი კონკრეტიზაციის საშუალებას იძლევა.

ნებისმიერი დაავადების დროს, უეჭველია, გარკვეული აზრით, იზღუდება სიცოცხლის თავისუფლება. ავადმყოფობის დროს ადამიანის ორგანიზმის ცხოველქმედების ეს შეზღუდვა, ფუნქციური არასრულფასოვნება, ზოგჯერ რაიმეთი ძალიან სერიოზულიც კი, ყოველთვის როდი ვრცელდება ადამიანის მოღვაწეობის ყველა ფორმაზე. ყოველთვის ზღუდავს რა ადამიანის სიცოცხლის თავისუფლებას, ავადმყოფობა ამავე დროს ყოველთვის როდი ამუხრუჭებს ადამიანის მთლიან მოღვაწეობას. პირიქით, მისი მოღვაწეობის ზოგიერთი გამოვლინება შეიძლება უფრო ინტენსიური და ნაყოფიერიც კი გახდეს [Функциональные состояния ..., 2001].

ამგვარი კონცეფცია სავსებით მისაღებია როგორც ქრისტიანული, ისე ფილოსოფიური და სამედიცინო ანთროპოლოგიის თვალსაზრისით. სწორედ ადამიანი და მისი ავადმყოფობაა სამედიცინო ანთროპოლოგიის საგანი [А. М. Анохин, 1990].

ვ. ვაიცზეკერი თვლის, რომ პათოლოგიის შესახებ სწავლებაში ბიოლოგიამ უნდა გაითვალისწინოს ადამიანის ტანჯვის

სპეციფიკა და მისი ეკზისტენციური აზრი. ჯანმრთელმა ადამიანმა შეიძლება პერიოდულად დაივიწყოს, რომ რადგან ცოცხლობს, მაშასადამე, უახლოვდება სიკვდილს; ავადმყოფი ადამიანი კი ამას განსაკუთრებულად ნათლად იცნობიერებს [A. M. Анохин, 1990; S. Wendell, 1993].

აი, კონცეფცია, რომელსაც ივიწყებენ ევთანაზიის მომხრეები: ავადმყოფის სატანჯველისაგან ხსნის, წამებისა და ტკივილებისაგან გათავისუფლების მოტივით ე.წ. “გულმოწყალე მკვლელობის” აუცილებლობას რომ ამართლებენ და ქადაგებენ.

ევთანაზიის იდეა ხომ სწორედ იმითაა საშიში, რომ იგი ავადმყოფ ადამიანს ართმევს საშუალებას, უარი არ განაცხადოს “ზიდოს საკუთარი ჯვარი” (ქრისტიანული მსოფლმხედველობით) [ილია მეორე (დუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997], განვლოს თავისი ცხოვრების დარჩენილი, თუნდაც სრულიად მცირე ნაწილი, იმ სიცოცხლისა, რომელსაც მხოლოდ შემოქმედი ღმერთი იძლევა, თანაც მხოლოდ ერთხელ, უარყოს თავისი “მე”, საკუთარი თავი, მართალია, უიმედოდ ავადმყოფი, ბიოლოგიური სიკვდილისათვის უკვე განწირული, იმგვარად რომ იტანჯება, აღარაფრის ძალა რომ აღარ შესწევს, მაგრამ მაინც განუმეორებელი, ერთადერთი, სხვა არავის მსგავსი “ხატი ღვთისა”, რომელსაც არ ჩაქრობია ხსნის იმედი [Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин, 1986; Мы и биоэтика, 1990; Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999; Адам, архимандрит, 2001 (г); И. В. Силуянова, 2001(6)].

ევთანაზიის მომხრეები კიდევ ერთ მოტივს ასახელებენ თავიანთი პოზიციის გასამაგრებლად და გასამართლებლად. ეს გახლავთ აზრი, რომელიც მძიმე ავადმყოფის ნათესავებისა და ახლობლების განცდების შემსუბუქებას, მათ “დანდობას” ეხება, რაც ასევე მიუღებელია, უბრალოდ, ადამიანური თვალსაზრისითაც. ახლობელი ადამიანის ტანჯვის არდანახვის სურვილი სავსებით ბუნებრივი მოვლენაა ნებისმიერი ადამიანისათვის და იგი გამოიხატება ჩვენს მისწრაფებაში, შევუმსუბუქოთ მდგომარეობა, მაგრამ თუ ეს არ ძალგვიძს, მაშინ ის-ღა დაგვრჩენია, ავადმყოფთან ერთად განვიცადოთ, გადავიტანოთ ტკივილი, წუხილი, ვანუგეშოთ იგი, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და დახმარება აღმოვუჩინოთ.

რაც შეეხება გადაწყვეტილების მიღებას, სიცოცხლე მოვუსწრაფოთ ავადმყოფს “ჰუმანური” მოსაზრებებით – ეს არის არჩევანი ადამიანისა, რომელიც ვერ იმდაბლებს თავს იმის წინაშე, რაც მასზედ მაღლა დგას, რომელიც პატივს არ მიაგებს ჭეშმარიტებას, არ სურს მიიღოს იგი, და რომელმაც მომავალში შეიძლება განიცადოს “რასკოლნიკოვის კოშმარი”, გაიზიაროს დოქტორ ჯონ კრააის ბედი ან ექიმ ჯეკ კევორკიანის ტრაგედია

[Мы и биоэтика, 1990; J.M. Finnis, 1993; R. Cohen-Almagor, 1996; Orlando Sentinel Online. Kevorkian ... , 1997; T.E. Quill, et al., 1997; B. H. Kevorkian, 1998; R. Cohen-Almagor, 2000; H.T. Jr, Engelhardt, 2011].

ევთანაზიის გლობალური ნეგატიური სოციალური შედეგები იწინასწარმეტყველა სან-ფრანცისკოს არქიეპისკოპოსმა იოანე შახოვსკოიმ წიგნში “ადამიანის სიცოცხლის საიდუმლოების შესახებ”: “თუკი ადამიანები “ჰუმანურობის” გრძნობიდან გამომდინარე სამედიცინო მკვლევარების გამართლებისა და ლეგალიზაციის გზას დაადგებიან, ისინი ადვილად შეეგუებიან ამგვარი “გულმოწყალების” მიზანშეწონილობის გრძნობასაც, ხოლო ამ გრძნობით სულ ადვილად მიაღებებიან მოყვასთა მოკვდინების განხორციელებასაც ყველაზე ფართო, ტოტალიტარული მასშტაბებით. ეკონომიკური მიზანშეწონილობის, რასობრივი “სიწმინდის”, კლასობრივი პოლიტიკისა და სხვა ამათი მსგავსი იდეები, როგორც კერპები, განუწყვეტლივ მოითხოვენ ადამიანთა მსხვერპლს” [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999].

ვ. ვაიცზეკერი წერს იმის შესახებაც, რომ ადამიანთა ტანჯვა-განსაცდელის გაანალიზება და შეცნობა საჭიროებს იმგვარ თეორიას, რომელიც ეყრდნობა არამართო მოქმედი ადამიანის სახეს, როგორც ეს ბიოლოგიური ანთროპოლოგიისათვისაა დამახასიათებელი, არამედ ტანჯულისა [A. M. Анохин, 1990; S. Wendell, 1993].

ჩვენი სამეცნიერო კვლევა სწორედ ვ. ვაიცზეკერის მიერ დასახულ ამ ამოცანას შეესატყვისება, ოღონდაც იმ განსხვავებით, რომ იგი პროეცირებულია ბიოსამედიცინო ეთიკის სიბრტყეში (ბიოეთიკურ განზომილებაში).

სამედიცინო ანთროპოლოგიის კიდეც ერთი წარმომადგენლის ფ. ბაიტენდეიკის თანახმად, ექიმი ავადმყოფ ადამიანში ხვდება ცნობიერსა და არაცნობიერ ცხოვრებასა, სხეულებრივ განპირობებულობასა და გარეგან ნებელობას შორის არსებული ერთიანობისა და დაპირისპირებულობის საიდუმლოს.

თუმცა ექიმი ახლოს აკვირდება ტკივილსა და ტანჯვას, მაინც არსებობს იმის საშიშროება, რომ მედიკოსი ვერ შეძლებს ერთი შეხედვით სრულად აღიქვას ტკივილის (ავადმყოფობის) ყველაფრისმომცველი ურთიერთკავშირი ბუნებასთან ან ადამიანურ სინამდვილესთან, მისი ეკზისტენცია, მისი ფიზიკური (ხორციელი) ყიფიერება სამყაროში [A. M. Анохин, 1990].

ვაანალიზებთ რა რეტროსპექტულად ფ. ბაიტენდეიკის ამ მოსაზრებას, ვასკვნით, რომ მეცნიერის მიერ 1955 წელს გამოთქმული ეს გაფრთხილება მრავალი გადაუჭრელი საარსებო

პრობლემით დაყურსული მთელი ბიოეთიკური ეპოქის წინასწარმეტყველებად იქცა.

ამრიგად, ჩვენ გამოვიკვლიეთ ავადმყოფობის აქსიოლოგიური ღირებულების არაერთი ასპექტი, რითაც ცოდნის გარკვეულ დონეს მივაღწიეთ. ამჯერად ჩვენი მიზანი ამ საკითხის კიდევ ერთი სრულიად განსხვავებული თვალსაზრისით განხილვა გახლავთ.

ტრანსპლანტოლოგიის სფეროსთან დაკავშირებული ბიოეთიკური კოლიზიების ზემოთ მოყვანილი ჩამონათვალიდან ნათლად იკვეთება, რომ პრობლემის არსი უპირატესად ადამიანისა და საზოგადოების ზნეობრივ-მორალურ არჩევანში ან უპირატესობის მინიჭებაში (თუ ვინ რას ამჯობინებს) მდგომარეობს.

ამჯერად ჩვენ გვერდზე გადავდეთ ყველა თეორიული არგუმენტი, დროებით უარი ვთქვით მასზე, და, შესაბამისად, ყველაზე თვალსაჩინო და აშკარა ილუსტრაციად გთავაზობთ კონკრეტულ შემთხვევას, ცხოვრებისეულ მაგალითს, ეპიზოდს “კაცის ბედიდან”.

გასული საუკუნის 80-იან წლებში, როდესაც ჯერ კიდევ სტუდენტი ვიყავი, მომიხდა ერთი ავადმყოფის ბინაზე მონახულება. ეს იყო ახალგაზრდა კაცი, 20-22 წლის, თირკმლების ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოზით. მისი უფროსი ძმა ამავე დაავადებით წლინახევრის გარდაცვლილი იყო. ოჯახში ერთადერთი შვილის სამკურნალოდ (სიცოცხლის გადასარჩენად!) მოსკოვში შესაძლო წაყვანის საკითხს განიხილავდნენ. როგორც ჩანს, საუბარი თირკმლის გადანერგვის შესაძლებლობასაც ეხებოდა, რადგან ავადმყოფი, რომელიც მთელი ამ ხნის განმავლობაში ჩაფიქრებული იყო, ცოტას ლაპარაკობდა და ნაკლებად ცდილობდა იქ მყოფებთან ურთიერთობას, თუმცა ჩვენთან ერთად უჯდა სუფრას, უეცრად გამოცოცხლდა და საუბარში ჩაერთო: „დიახ, ჩვენ დაგვპირდნენ, რომ მოგვათავსებენ საავადმყოფოში, იქაც კი, სადაც თირკმლებს ნერგავენ. როგორმე უნდა მოვხვდე იქ, ეს კი ძალიან მწელია... შემდეგ კი საჭიროა ლოდინი, ვიდრე გამოჩნდება, ვის ამოუღონ თირკმელი... რამდენ ხანს დაგვჭირდება ლოდინი, არავინ იცის, ან ფული რამდენი დაგვჭირდება. შეიძლება იქ რამდენიმე თვეც კი ვიცხოვროთ... მაგრამ თუ ვინმე ავარიაში მოხვდება... უნდა ელოდო წვიმიან ამინდს, როცა ასფალტი სველია... ასეთ დროს ავარიაც უფრო ხშირად ხდება...“ (!)

ჩვენ, რა თქმა უნდა, თავს ვიკავებთ კომენტარებისაგან. არც ავადმყოფობითა და უიმედობით გატანჯულ ადამიანს განვიკითხავთ, რომელმაც არა მარტო იცოდა, არამედ საკუთარი თვალებით ჰქონდა ნანახიც (ძმის სიკვდილის მეოხებით), თუ რა მოელოდა უახლოეს მომავალში. ჩვენი მიზანია მოვახდინოთ

იმ რეციპიენტთა შესაძლო უმძიმესი, კრიზისული სულიერ-ზნეობრივი და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის კონსტანტირება-დემონსტრაცია, რომელნიც აზვირთებულ ზღვას დამსგავსებული ამ ცხოვრების ტრანსპლანტოლოგიურ ნავთსაყუდელთა მოსაცდელ დარბაზებში ასე მრავლად იმყოფებიან [Адам, архимандрит, 2001 (r)].

ტრანსპლანტაციური დონორობის სულიერ-ზნეობრივი ბიოეთიკური პრობლემების ანალიზი ასევე ჩვენი კვლევის მიზანია, მაგრამ იგი წინამდებარე მონოგრაფიის სხვა თავშია წარმოდგენილი.

რაც შეეხება საზოგადოების საკითხს, რომელიც ჩვენ მიერ წოდებულია როგორც საზოგადოება-“ტრანსპლანტოლოგი”, ანუ საზოგადოება, რომელიც ლიბერალურად ღებულობს და ითავისებს თანამედროვე ტრანსპლანტოლოგიური მეცნიერებისა და პრაქტიკის ყველა კონცეფციას, ამჯერად სან-ფრანცისკოს არქიეპისკოპოს იოანეს კიდევ ერთი ციტირებით შემოვიფარგლებით. იგი წერს: “თუ ჩვენ დღესდღეობით დავაკანონებთ “უიმედო ავადმყოფთა” სიცოცხლის გამოსალმებას ხელოვნურად (მაგალითად, ტვინის სიკვდილისა და მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის დიაგნოზის მქონე ავადმყოფების მოკვდინება ორგანოების დონორობის მიზნით) თუნდაც ერთი საათით ადრე სავარაუდო უკანასკნელ ამოსუნთქვამდე, მაშინ ხვალ ამგვარი კაცთმოყვარეობა მივიდოდა დასკვნამდე, რომ აუცილებელია ავადმყოფების სიცოცხლე ხელოვნურად შევწყვიტოთ ერთი კვირით ადრე შესაძლო სიკვდილამდე. შემდგომში – ერთი თვით ადრე, მერე – ერთი, ათი, ოცდახუთი წლით ადრე...” [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999].

კაცობრიობის მარადიული იდეალები და ჭეშმარიტი ღირებულებები ეწინააღმდეგება იმგვარ პრინციპს, რომელიც ნებისმიერი სიკეთის (იქნება ეს ჯანმრთელობა, სიცოცხლე, თუ კიდევ სხვა რამ) მიღების შესაძლებლობას მოყვასისადმი, მისი სიცოცხლისა და სიკვდილისადმი უტილიტარული და პრაგმატული დამოკიდებულების გზით გულისხმობს ან აღიარებს.

ამრიგად, ჩვენ გამოვიკვლიეთ ავადმყოფობის, როგორც ბიოეთიკური კატეგორიის არსი.

ჩატარებულმა სამეცნიერო-საკვლევმა სამუშაომ საშუალება მოგვცა გაგვეკეთებინა შემდეგი დასკვნები:

1. ავადმყოფობის ბიოეთიკურ რეალიაში კვლევა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ეფუძნებოდეს, სამედიცინო და ბიოლოგიურ ცოდნას (ა) ავადმყოფობის, როგორც ცალკეული ადამიანის

ავადმყოფობის (კონკრეტული შემთხვევის), (ბ) ავადმყოფობის ცნების, როგორც ნოზოლოგიური ერთეულისა (კონკრეტული დაავადების, პათოლოგიის) და (გ) ავადმყოფობის განზოგადებული ცნების, როგორც ბიოლოგიური, სოციალური და ა. შ. მოვლენის, შესახებ.

2. ბიოეთიკური კვლევა, ავადმყოფობის ცნების ახლებური (ბიოეთიკური განზომილებების სისტემაში) გააზრება სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებებისა და პრაქტიკული მოღვაწეობის მონაპოვრებსა და მონაცემებთან ერთად აუცილებლად უნდა ეყრდნობოდეს: ა) ადამიანის შესახებ არსებული ფილოსოფიური, ჰუმანიტარული და თეოლოგიური სწავლებებისა (ინტერ- და ტრანსდისციპლინური პრინციპი) და ბ) კაცობრიობის ეთნონაციონალური, ისტორიულ-რელიგიური, კულტუროლოგიური, საზოგადოებრივ-სოციალური, მორალურ-სამართლებრივი ტრადიციების ანალიზს;

3. ავადმყოფობა ყოველთვის უნდა მოიაზრებოდეს, როგორც ბიოეთიკური კატეგორია, რომელსაც გარდა ყველასათვის ცნობილი ნეგატიურისა, ნაკლებად გამოკვლეული პოზიტიური აქსიოლოგიური ღირებულებაც აქვს, რომლის ექსპრესია ადამიანის მიერ ცხოვრების საზრისის ეკზისტენციალისტური ძიების, თვითრეფლექსიის, ადამიანის ყოფიერების შესახებ დისკურსისა და “ღვთაებრივსა და მიწიერს შორის უდიდესი არჩევანის (ე. წ. “ან-ან” ს. კირკეგორის მიხედვით) გზაზე სულიერ-ზნეობრივი გამოცდილების შეძენისას (სულიერი გარდაქმნის პროცესში, საკუთარი თავის შეცვლისაკენ მისწრაფებაში) წარმოჩინდება.

3.2. სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაცია

ბიოსამედიცინო ეთიკა ერთგვარ უნივერსალურობას იძენს იმის მეოხებით, რომ მისი, როგორც სამეცნიერო-პრაქტიკული დარგის საგანი არის ადამიანი (ავადმყოფი, ექიმი, მშობელი, სუროგატული დედა, მეურვე, ტრანსპლანტაციური დონორი და რეციპიენტი, ჯერ კიდევ არდაბადებული ადამიანი: ჩანასახი, ემბრიონი, ნაყოფი, უშვილო, მომკვდავი, უიმედოდ ან განუკურნებელი სენით დაავადებული, “თავის ტვინის სიკვდილის” ან მყარ ვეგეტაციურ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი, ნარკომანი, სქესობრივი დევიანტი და ა.შ.), რომელიც თავისი ორბუნებოვნებით, დუალიზმის გამოვლინების ყველა ფორმით, თავისი ურთიერთკავშირებით გარე სამყაროსთან,

სოცუმთან, უნივერსუმთან, აბსოლუტთან – წარმოადგენს ბიოეთიკის – როგორც აზროვნებისა და ცოდნის განსაკუთრებული, უნივერსალური სისტემის – კვლევისა და შესწავლის მიზანს, საფუძველსა და უმთავრეს შინაარსს.

ბიოეთიკური ცნობიერება უნივერსალურია იმ გაგებით, რომ იგი უნდა გულისხმობდეს, მოიცავდეს, რეალურად წარმოადგენდეს და ეფუძნებოდეს კიდევ არა მარტო სხვადასხვა, როგორც საბუნებისმეტყველო, ისე ჰუმანიტარული, სამეცნიერო დარგების მიერ მოპოვებული ცოდნის, არამედ კაცობრიობის მოღვაწეობისა და ურთიერთობათა რეალიების, კულტურის ყველა კომპონენტის (ისტორიულ-ტრადიციული, ეთიკური, ეთნოლოგიური, ნაციონალური, რელიგიურ-თეოლოგიური, სოციალური (ოჯახური, გვაროვნული, მოქალაქეობრივი), პოლიტიკური, ჰუმანისტური) მეთოდოლოგიური ანალიზისა, ინტერპრეტაციისა, კოორდინაციისა, ინტეგრაციისა და სინთეზისაკენ მისწრაფებას.

ამ მეთოდოლოგიური პროცედურების განხორციელებისათვის აუცილებელია ადეკვატური ინსტრუმენტარია, ანუ შესაბამისი ცნებებით (მეცნიერული კატეგორიებით) შეიარაღება.

ამდენად ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების დამოუკიდებელი დარგის, გენეზისის პროცესის უპირველესი ამოცანა უნდა განისაზღვროს, როგორც ძირითად ცნებათა აპარატის კონსტრუირება: ფუნდამენტურ ცნებათა გადასინჯვა და ახალ ცნებათა ფორმულირება.

ადამიანის არსის, სიცოცხლისა და სიკვდილის, ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ ამომწურავ ცოდნას ვერ იძლევა ვერც საბუნებისმეტყველო (მათ შორის სამედიცინო-ბიოლოგიური), ვერც ჰუმანიტარული მეცნიერებები. უფრო მეტიც, ამ ცნებათა მეტნაკლებად ამომწურავი დეფინიციის მისაღებად დღის წესრიგში დგება საკითხები, რომელთა გადაწყვეტა სცილდება საერთოდ მეცნიერულ სფეროს და მოითხოვს ღრმა და ყოველმხრივ მეტამეცნიერულ (ფილოსოფიურ, თეოლოგიურ, მეტაფსიქოლოგიურ და ა.შ.) კვლევასა და გააზრებას.

ამ ცნებათა ინტერ- და ტრანსდისციპლინური რეფლექსიის ინიციატია, რა თქმა უნდა, მათ შესახებ საბუნებისმეტყველო ცოდნის კრისტალიზაციით უნდა რეალიზდებოდეს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ყოველგვარი კვლევა ბიოეთიკურ რეალიაში, ცნებათა და მოვლენათა ახლებური (ბიოეთიკური განზომილებების სისტემაში) გააზრება, უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო-ბიოლოგიური და სხვა საბუნებისმეტყველო მეცნიერებებისა და პრაქტიკული მოღვაწეობის მონაპოვრებსა და მონაცემებს,

მათ მეთოდოლოგიურ ანალიზს უნდა ეფუძნებოდეს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (დ)].

ამ დებულებას საფუძვლად დავუდეთ შემდეგი რეფლექსია:

იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ბიოეთიკა წარმოადგენს ტრანსდისციპლინურ დარგს, იგი კვლევისას უნდა იყენებდეს როგორც საბუნებისმეტყველო, ისე ჰუმანიტარული მეცნიერებების გნოსეოლოგიურ პრინციპებს (იხ. წინამდებარე ნაშრომი, თავი I). მაგრამ აქ იზადება კითხვა იმის შესახებ, თუ როგორია ან როგორი უნდა იყოს თანაფარდობა ამ პრინციპებს შორის.

ჩვენ მიერ ჩატარებული ლიტერატურის კვლევა ცხადყოფს, რომ დღევანდელ ბიოეთიკას, ეთიკის სხვა დარგების მსგავსად, გამოხატული აქვს ტროპიზმი უფრო ჰუმანიტარული ეპისტემოლოგიისაკენ, მაგრამ ამ სწრაფვის პროცესში იგი სირთულეებსაც აწყდება, რაც განპირობებულია ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების, საგნის თავისებურებით – გამოიკვლიოს პრობლემატიკა, რომელიც თავისი წარმოშობით ბუნებათმეცნიერული, კერძოდ, სამედიცინო-ბიოლოგიური ხასიათისაა. ამიტომაც მიგვაჩნია, რომ უპირატესობა ბიოეთიკურ დისკურსში უნდა მიენიჭოს შემეცნებით პროცესს ბუნებათმეცნიერული გნოსეოლოგიური პრინციპების საფუძველზე, რაც საშუალებას მოგვცემს, ნათელი მოვფინოთ ბიოეთიკური საკითხის საბუნებისმეტყველო (სამედიცინო-ბიოლოგიურ) არსს [B. C. Савельев, 1998].

ბიოეთიკური განზომილებების რეალიაში სამედიცინო და ბიოლოგიურ ცნებათა არსის კვლევის გნოსეოლოგიური პროცესი მთელი ინტერ- და ტრანსდისციპლინური ცოდნის კრიტიკული ანალიზისა და სინთეზის გზით ჩვენს მიერ იწოდება როგორც სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაცია, ხოლო ამ პროცესის მეთოდოლოგია, როგორც სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის ტექნოლოგია [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (დ), 2003].

ამ ფენომენთა დემონსტრირებისას უპირატესად “ავადმყოფობის” და “ჯანმრთელობის” მაგალითებს დავყვრდნობით.

ცნობილია, რომ როგორც ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესები, ისე დაავადებები, პათოლოგიური პროცესები და მდგომარეობები შეისწავლება ბუნებათმეცნიერული დისციპლინების მიერ, რადგან მათი შემეცნება ექვემდებარება სიცოცხლის ზოგად გამოვლინებათა შემეცნების კანონებს.

თუმცა ნორმალურ და პათოლოგიურ მოვლენათა არსის კვლევა არ შეიძლება შემოიფარგლოს ამ სფეროში არსებული ცოდნის გამდიდრებითა და ჭეშმარიტებასთან მიახლოებით მხოლოდ ბუნებათმცნიერებების საშუალებებით. ამ კვლევის (შემეცნების პროცესის) ძირითადი მიმართულება მოვლენათა გარეგნული ნიშნებიდან თანდათანობით უშუალო დაკვირვებისაგან დაფარულ მის შინაგან მხარეზე, არსზე გადასვლაში მდგომარეობს. ეს გადასვლა, ისევე როგორც შემეცნების მთელი პროცესი, გულისხმობს, ერთი მხრივ, თითოეული ცალკე აღებული დაავადების არსის შესწავლასა და იმ ზოგადი პათოგენეზური მექანიზმების ამოხსნას, რომლებიც საფუძვლად უდევს სხვადასხვა ნოზოლოგიური ფორმების დაწყებასა და განვითარებას [Д. С. Саркисов, 1988]; მეორე მხრივ – ავადმყოფობის გაგებასა და დეფინიციაში ტრანსდისციპლინური კვლევითი აზრის სულ უფრო ღრმა შეღწევას [Ю. П. Лисицын, В. П. Петленко, 1987], როცა ავადმყოფობა მოიაზრება არა როგორც მხოლოდ ზოგადბიოლოგიური მოვლენა, არამედ როგორც ადამიანური ფენომენი, და ხდება მისი ადგილისა და მნიშვნელობის ზოგადმსოფლმხედველობრივი გადაზრება კაცობრიობის ღირებულებათა სისტემაში.

მხოლოდ სამედიცინო-ბიოლოგიურ მეცნიერებებს არ ძალუძთ უპასუხონ იმ კითხვებს, რომლებიც ეხება ავადმყოფობასა და ჯანმრთელობას, როგორც ბიოეთიკურ კატეგორიებს. სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების (მათ შორის “ავადმყოფობისა” და “ჯანმრთელობის”) ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის ტექნოლოგია ეფუძნება ამ ცნებების ახლანდელი (არსებული) და მომავალი (პროგნოზული) ასპექტების სრული სპექტრის მრავალფაქტორულ ანალიზს მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის თანამედროვე ეტაპის, დღევანდელი მსოფლიო პლურალისტური საზოგადოებისა და გლობალური პოლიტიკის თავისებურებათა გათვალისწინებით.

საკვლევი ცნებების ასპექტების სრული სპექტრი მოიცავს ისტორიულ, ონტოლოგიურ, გნოსეოლოგიურ, კულტუროლოგიურ, რელიგიურ-ტრადიციულ, თეოლოგიურ, სოციალურ, ეროვნულ-ეთნიკურ, ფსიქოლოგიურ, ბიოლოგიურ, სამედიცინო, ეთიკურ, სამართლებრივ, ფილოსოფიურ, აქსიოლოგიურ, სოციოლოგიურ, პოლიტოლოგიურ, ანთროპოლოგიურ, ეკოლოგიურ და ა. შ. თვალსაზრისებს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (დ), 2003].

ანალიზის მრავალფაქტორობა უნდა გამოიხატოს ყველა, სრულიად ურთიერთსაპირისპირო აზრებისა და შეხედულებების აუცილებელ გათვალისწინებასა და ურთიერთშეჯერებაში

განსახილველი ცნების არსის გაგების თითოეული ასპექტის შიგნით.

ასე მაგალითად, რელიგიურ-ტრადიციულ ასპექტში საჭიროა მართლმადიდებლური, კათოლიკური, პროტესტანტული, იუდაისტური, მუსულმანური, ბუდისტური წარმოდგენების ანალიზი, ეთიკურ ასპექტში – ეთიკური თეორიების სხვადასხვა ტიპთან დაკავშირებული ყველა კონცეფციის დამუშავება, სამედიცინო ასპექტში – როგორც ზოგადსამედიცინო თეორიის, ისე კლინიკური და თეორიული მედიცინის თითოეული დარგის თავისებურებების გათვალისწინება და ა. შ.

შემთხვევითი არ არის შესასწავლ ასპექტთა გაყოფა არსებულ და პროგნოზულ ასპექტებად. ბიომედიცინის მიღწევებმა მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში განაპირობეს ადრე არარსებულ პრობლემათა (თავის ტვინის სიკვდილი, ადამიანის ემბრიონებზე ცდების ჩატარება, კლონირება, დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიები, ტრანსპლანტოლოგია და ა. შ.) წარმოშობა, რამაც თავის მხრივ მოითხოვა ცივილიზაციის მთელი ცოდნისა და გამოცდილების სინთეზი და ახლებური ტიპის მიდგომის აუცილებლობა ისეთი ცნებებისადმი, როგორებიცაა სიკვდილი, სიცოცხლე, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა, ადამიანის ბუნება, პაციენტის უფლებები, ზოგადსაკაცობრიო ღირებულებები და ა. შ. [T. A. Shannon, 1993; R. Cohen-Almagor, 2000(a); დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (დ), 2003].

ჩვენ ვთვლით, რომ ასევე მოხდება მომავალშიც: მეცნიერული პროგრესი, პოსტინდუსტრიული ტექნოლოგიზაცია, კომპიუტერიზაცია, გენომიკის, პროტეომიკისა და ბიოინფორმატიკის პერსპექტივები, გლობალიზაცია, კულტუროლოგიური პარადოქსები, სულიერ-ზნეობრივი ფასეულობების მეტამორფოზები უეჭველად წარმოქმნიან ახალ პრობლემებსა და დილემებს, რომელთა გადაწყვეტისათვის საჭირო შეიქნება ბიოსამედიცინო ცნებებისა და ბიოეთიკური კატეგორიების შესწავლის, გაცნობიერებისა და შეფასების სრულიად ახალი ასპექტები.

როგორც ვნახეთ, სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის ტექნოლოგიური პროცესის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს სხვადასხვა ცოდნის სინთეზი, ინტეგრაცია, ურთიერთშეჯერება წარმოადგენს.

ეს კომპონენტი განმეორებადია ამ გნოსეოლოგიურ პროცესში და თავისი სპეციფიკაც ახასიათებს. თვით პროცესი ჩვენ მიერ მოაზრებულია როგორც მრავალ-საფეხურებრივი და რამდენიმეეტაპიანი.

თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ ბიოეთიკა წარმოადგენს ინტეგრაციულ ბუნებათმეცნიერულ-ჰუმანიტარულ დისციპლინას, აქედან გამომდინარე, ტრანსფორმაციის ძირითადი ეტაპები უნდა განისაზღვროს შემდეგნაირად:

I ეტაპი – ცნების ბუნებათმეცნიერული (მულტიდისციპლინური) შინაარსის განსაზღვრა;

II ეტაპი – ცნების ჰუმანიტარული ქარაქტეროლოგიის შექმნა;

III ეტაპი – ბუნებათმეცნიერული და ჰუმანიტარული ცოდნის ინტეგრაცია არასამეცნიერო (თეოლოგიურ, ფილოსოფიურ, მეტაფიზიკოლოგიურ, პრაქტიკულ და ა. შ. ცოდნასთან);

IV ეტაპი – ცნების აქსიოლოგიური გააზრება ზოგადსაკაცობრიო, ღვთაებრივ, ადამიანურ, ეროვნულ, სოციალურ, კულტურულ, ეთიკურ ღირებულებათა სისტემებში;

VI ეტაპი – საკუთრივ ბიოეთიკური ტრანსფორმაცია, როგორც წინა ოთხი გნოსეოლოგიური ეტაპის ინტეგრაცია და ბიოეთიკური კატეგორიის გენეზისის დასკვნითი ეტაპი.

პირველი ეტაპის პირველივე საფეხურზე იწყება ცოდნის “შიდასამედიცინო” ინტეგრაცია, რაც გულისხმობს თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის სხვადასხვა დარგებში დაგროვილი ცოდნის სინთეზს.

ამავე ეტაპის შემდეგ საფეხურზე უნდა მოხერხდეს ბიოლოგიური მეცნიერებების წიაღში არსებული ცოდნის მოპოვება და მისი შეჯერება ინტერდისციპლინურ სამედიცინო ცოდნასთან.

მომდევნო საფეხურზე იკვეთება საჭიროება სხვა ბუნებათმეცნიერული დისციპლინების (ფიზიკის, ქიმიის, გეოლოგიის, ასტრონომიის და ა.შ.) ინტელექტუალური მარაგის მოხმობისა და კვლევის ობიექტის – ბიოსამედიცინო ცნების სრული ბუნებათმეცნიერული ქარაქტეროლოგიის ჩამოყალიბებისა. ასე რომ, ამ საფეხურზე მთავრდება ცნების ბუნებათმეცნიერული არსის განსაზღვრა.

ცნებათა ტრანსფორმაციის მეორე ეტაპზე უნდა შეიქმნას ბიოეთიკური კატეგორიის ქარაქტეროლოგიური სურათი შესასწავლი ცნების შესახებ ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში არსებული მთელი ცოდნის საფუძველზე. მაგრამ ეს საფეხურიც არ არის შემეცნების პროცესის დასასრული. მომდევნო მესამე ეტაპიც შეიცავს სირთულეს.

როგორც კვლევამ გვიჩვენა, არამეცნიერულთან მეცნიერული ცოდნის შერწყმის პროცესი როგორც ზოგადად, ისე ბიოეთიკური აზროვნების გენეზისის პროცესშიც, კერძოდ, დაკავშირებულია მეთოდოლოგიურ პრობლემებთან – განსხვავებასთან მეცნიერული

და არამეცნიერული შემეცნების მეთოდებსა, ფორმებსა და ა. შ. შორის.

მაგალითისათვის მოვიყვანთ ადამიანისა და სამყაროს წარმოშობის სხვადასხვა თეორიების მომხრეთა შორის დისკუსიას, რომლის წიაღშიც ხშირად ცდილობენ საღვთისმეტყველო და მეცნიერული აზრების ურთიერთდაპირისპირებასა და შედარებას. ამგვარი მცდელობა ყოველთვის კრახით მთავრდება, რადგან შეცდომაა ორი განსხვავებული გენეზისის იდეათა შედარება, საჭირო და შესაძლებელია მხოლოდ მათი შეჯერება და შერწყმა.

მამა სერაფიმე (როუზი) ერთ-ერთ ნაშრომში წერს, თუ რა ხდება მიზეზი წინააღმდეგობისა მეცნიერულ თეორიებსა და რელიგიურ, გამოცხადებით მიღებულ ცოდნას შორის:

“ექვსი დღის განმავლობაში იქმნებოდა თვით ბუნება. ბუნების ახლანდელი კანონების ჩვენეულ ცოდნას არაფრით არ შეუძლია გაგვაგებინოს ის, თუ როგორ დგინდებოდა თვით ეს კანონები. ყოველგვარი ყოფიერების, ბოლო მიზეზთა, საწყისთა საკითხი მეცნიერების სფეროს ცილდება. ამ სივრცეში რომ შედის, მეცნიერი ქმნის ვარაუდებსა და მოსაზრებებს ნებისმიერი ძველი კოსმოლოგიის მსგავსად; ეს კი არა მარტო აშორებს მას სერიოზული სამუშაოსაგან, შეისწავლოს ჩვენი სამყაროს ბუნებრივი პროცესები, – არამედ აქცევს მას კიდევ რელიგიური გამოცხადებითი ცოდნის მეტოქედ, რომელიც ყველაფრის დასაწყისის შესახებ ნამდვილი ცოდნის ერთადერთი შესაძლო წყაროა ჩვენთვის, ზუსტად ისევე, როგორც იგივე არის ყველაფრის დასასრულის შესახებ ცოდნის ერთადერთი წყარო ჩვენთვის” [Серафим (Евгений Ройз), иеромонах, 1998].

ამრიგად, მეცნიერული და საღვთისმეტყველო ცოდნის შერწყმის პროცესში უნდა ვიხელმძღვანელოთ მოსაზრებით: არც ერთ მეცნიერულ თეორიას არ შეუძლია რაიმე გვითხრას შესაქმეს ექვსი დღის შესახებ, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა ღვთაებრივი აქტისა ან სასწაულის შესახებ. მეცნიერება ეყრდნობა იმ კანონზომიერებებს, რომლებიც მან აღმოაჩინა ბუნებაში, მაგრამ უკვე ისეთში, როგორიც ის დღეს არის. ხოლო შესაქმეს ექვსი დღე ამგვარი ბუნებრივი პროცესი როდი იყო. ისინი თავისი შინაარსით წარმოადგენენ იმას, რაც იყო მანამ, ვიდრე დაიწყებოდა ღვთის მიერ უკვე შექმნილ სამყაროში ბუნებრივი პროცესები. ამიტომაც იმის ახსნა, თუ რა მოხდა იმ ექვს დღეში, თუ რა და როგორ მოიცვა ღვთაებრივმა აქტმა, მეცნიერებას არ შეუძლია. თავისი არსით ის ექვსი დღე იყო სასწაულებრივი, რომელთაც, რა თქმა უნდა, ვერ დაიტევს ის ბუნებრივი კანონები, რომლებიც დღეს განაგებენ ჩვენთვის ხილულ სამყაროს.

იგივე შეიძლება ითქვას კაცობრიობის ისტორიის სამოთხის პერიოდზე, როცა სამყაროში ჯერ კიდევ არ არსებობდა ხრწნადობა, ცოდვა, ავადმყოფობა და სიკვდილი.

ამგვარ ღრმა გააზრებათა სერიით – ბიოსამედიცინო ცნებათა შესახებ არსებული ყოველგვარი ცოდნის ინტეგრაციით თანდათანობით მივუახლოვდებით სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის ინტელექტუალური გნოსეოლოგიური ტექნოლოგიური პროცესის დასკვნით ეტაპს.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ, მართალია, განვლილი ეტაპები სრულად აკმაყოფილებს მოთხოვნებს, რომელთაც აყენებს ამა თუ იმ ცნებათა (ჩვენს მაგალითში – ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის) ტრანსდისციპლინურ დეფინიციათა შემუშავების აუცილებლობა, უნდა ითქვას, რომ აზროვნების ამგვარ სისტემაში არ არსებობს ერთი აუცილებელი კომპონენტი, რომლის გარეშეც წარმოდგენილია ამ საკვანძო სამედიცინო ცნებათა ფუნდამენტურ ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის პროცესის ფენომენური გაფორმება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001 (დ)].

ეს კომპონენტი გახლავთ საკითხის აქსიოლოგიური გააზრება ზოგადსაკაცობრიო, ღვთაებრივ, ადამიანურ, ეროვნულ, სოციალურ, კულტურულ, ეთიკურ ღირებულებათა სისტემებში.

სწორედ ღირებულებებთან დაკავშირებული პრობლემებია უმნიშვნელოვანესი ყველა იმ მეცნიერებისათვის, რომელიც სწავლობს ადამიანს, საზოგადოებას. ასეთ მეცნიერებათა რიცხვს განეკუთვნება ბიოეთიკაც და მედიცინაც. ღირებულებითი საფუძვლების რღვევას გარდუვალად მივყავართ კრიზისამდე. ეს კრიზისი ეხება როგორც პიროვნებას, ისე საზოგადოებას, ერს, ეთნიკურ, რელიგიურ, სხვა კულტურულ და სოციალურ ჯგუფებს, მთელს კაცობრიობას [С. Г. Кара-Мурза, 1990; Д. А. Леонтьев, 1996].

ასეთი კრიზისის ილუსტრაციაა ბიოეთიკურ კოლიზიათა ფართო სპექტრი, რომლის წინაშეც დგას დღეს კაცობრიობა და თითოეული ჩვენგანი.

შემეცნების რთული გზით – ოთხი გნოსეოლოგიური ეტაპის გავლის შედეგად – მოპოვებული მთელი ამ ცოდნის საბოლოო ინტეგრაცია წარმოადგენს ბიოეთიკური კატეგორიების გენეზისის დასკვნით მეხუთე ეტაპს, რომელზედაც თითოეული ცნება ბიოეთიკურ მეცნიერულ განზომილებათა რეალიაში სრულიად ახლებურად გააზრების – გნოსეოლოგიური ინტელექტუალური ტექნოლოგიური პროცესის შედეგად უკვე ტრანსფორმირდება ბიოეთიკურ კატეგორიად და იძენს სამყაროს არსისა და მასში

ადამიანის არსებობისა და მოღვაწეობის გაგების ფუძემდებლური პრინციპების სტატუსს.

ასეთი სახით ჩამოვყალიბეთ სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმაციის ინტელექტუალური გნოსეოლოგიური ტექნოლოგიური პროცესის კანონზომიერების ძირითადი დებულებები, რომლებიც ჩვენ მიერ განიხილება როგორც ბიოეთიკური პრობლემების პრაქტიკული გადაწყვეტის ალგორითმული სქემა და თეორიული საფუძველი.

თავი მეოთხე

ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის
კონცეფცია და მისი მნიშვნელობა
თანამედროვე მედიცინისათვის

4.1.	ადამიანი, როგორც ბუნებისმეცნიერული და ჰუმანიტარული ანთროპოლოგიური მეცნიერებების კვლევის ობიექტი	202
4.2.	ადამიანის ბუნების არსის კვლევის პრინციპები სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სწავლებებში	210
4.3.	ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის კონცეფციის არსი	220

ადამიანის პრობლემა მრავალწახნაგოვანია და ამოუწურავი. ამიტომაც კიდევ ერთი ანთროპოლოგიური კონცეფციის გაჩენა სრულიად ბუნებრივი პროცესია, მით უმეტეს ისეთი სამეცნიერო დისციპლინის წიაღში, რომლის კვლევის საგანი სწორედ ადამიანი, საზოგადოება და ადამიანთან დაკავშირებული პრობლემებია.

ამგვარ სიტუაციაში გასათვალისწინებელია, უპირველეს ყოვლისა ის, რომ ადამიანი კომპლექსური პრობლემაა და მისი შემსწავლელი სხვადასხვა ანთროპოლოგიური სამეცნიერო დარგების ინტეგრაციის პროცესისათვის დამახასიათებელი კავშირების გამორკვევისა და შესწავლისათვის აუცილებელია იმ ლოგიკურ-მეთოდოლოგიური პრინციპების დადგენა, რომლებზედაც ეს კავშირებია დაფუძნებული, მეორეც – განიხილება რა ადამიანი, როგორც ანთროპოლოგიური სწავლებების საგანი, ამით განისაზღვრება და გამოვლინდება ამ მეცნიერებების, როგორც სულიერი კულტურის შემადგენელი ნაწილების, სპეციფიკა.

4.1. ადამიანი, როგორც ბუნებისმეცნიერული და ჰუმანიტარული ანთროპოლოგიური მეცნიერებების კვლევის ობიექტი

დღესდღეობით კაცობრიობას დაგროვილი აქვს საკმარისად ბევრი ცოდნა ადამიანის შესახებ. ყოველდღიურად ანთროპოლოგიური ცოდნა ივსება მეცნიერების სხვადასხვა დარგში, ადამიანთა შემოქმედებითი, ფილოსოფიურ-ინტელექტუალური და მექანისტურ-ტექნიკური მოღვაწეობის ნაირგვარ სფეროში მოპოვებული ახალი მიღწევებითა და აღმოჩენებით. დიახ, ყოველდღიურად! ამის მაგალითია ადამიანის გენომის გაშიფრვის სამუშაოების ინტენსივობა: ამერიკულმა ფირმამ “Celera” ყოველდღიურად ათი მილიონი ნუკლეოტიდების წყვილის სეკვენირება შეძლო და ასეთი ფანტასტიკური სისწრაფით უახლოვდება ადამიანის მთელი მემკვიდრეობითი მასალის ზუსტი ქიმიური აგებულების შემეცნების 3 მილიარდწყვილიანი

მარათონული დისტანციის ფინიშს [Л. Л. Киселев, 2000].

მიუხედავად ამისა, კითხვა “რას წარმოადგენს ადამიანი?” არ კარგავს თავის აქტუალობასა და მნიშვნელობას. “ამ კითხვას ჩვენს მიერ ცხოვრების შემეცნებისათვის იმაზე ნაკლები მნიშვნელობა როდი აქვს, ვიდრე კითხვებს ღმერთის იდეის საზრისისა და ღმერთის არსებობის შესახებ”, – წერდა სემიონ ფრანკი [С. Л. Франк, 1992].

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემის მცდელობები თანამედროვე ადამიანთმცოდნეობაში – როგორც ბუნებათმეცნიერულ, ისე ჰუმანიტარულ განზომილებაში, განაპირობებს მისი ყველა დარგის (ბიომედიცინის, ბიოეთიკის, სოციობიოლოგიის, ადამიანის ეკოლოგიის, ბიოპოლიტიკის, ფილოსოფიის, ფსიქოლოგიის, სოციოლოგიის, კულტუროლოგიის, პოლიტოლოგიის, ისტორიის და ა. შ.) კონცეპტუალური ბირთვის ღრმა და ყოველმხრივი გააზრების საზღვრებს [Адам, архимандрит, 2001 (ж)].

ჩვენი ნაშრომი ტრანსდისციპლინური გამოკვლევაა არა ოდენ ბიოეთიკის, არამედ ასევე მედიცინის ისტორიის, მედიცინის ფილოსოფიისა და თეორიის დარგშიც. ამიტომაც, უპირველესად, ეფუძნება ადამიანის ბუნებითი (ბიოლოგიური, ფიზიკური, სხეულებრივი) არსის ანალიზს, რომელიც ჩვენ მიერ განიხილება, როგორც სასტარტო მოედანი, საიდანაც ყოველთვის ადვილი როდია განჭვრიტო ადამიანში ზეხორციელი, ზებუნებრივი, ზესოფლიური ინსტანციები [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

თუმცა სწორედ ბუნებათმეცნიერებებმა, რომელთაც თავისი ისტორიული განვითარების პროცესში მოიპოვეს უნივერსალური და უნიკალური მასალა ამ სასტარტო მოედნის დამონტაჟებისა და კონსტრუირებისათვის, ამავე დროს მოახდინეს საკუთარი თვითუკმარობის დემონსტრირებაც იმ თვალსაზრისით, რომ მხოლოდ მათ, ჰუმანიტარულ მეცნიერებებთან ინტეგრირებული და, განსაკუთრებით, მეტამეცნიერული, ფილოსოფიური, თეოლოგიური, მეტაფსიქოლოგიური რეფლექსიისა და ემპირიის გარეშე, არ შესწევთ უნარი, დაგვეხმარონ, რათა ამ სასტარტო მოედანზე ასვლის შემდეგ მკვლევართა აზრი წარმართოს შეუდარებლად მაღლა, სულიერისა და ტრანსცენდენტულის სფეროსაკენ, რომელთანაც ადამიანის მიმართება სირთულეებითაა სავსე და სადაც მანიფესტირდება თანამედროვე ადამიანთმცოდნეობის გადაუჭრელ პრობლემათა და დილემათა უსაზღვრო სპექტრი [Адам, архимандрит, 2001 (ж)].

ჩვენ მიერ წარმოდგენილი დისკურსიდან გამომდინარე, წარმოდგენილი კვლევის მიზანი ამ ეტაპზე შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ადამიანის – ორსუბსტანციური

ბუნების მქონე არსების – დიფერენცირებულ-ინტეგრირებული სტრუქტურისა და ორგანიზაციის ყველა დონის შესწავლა-გამოკვლევა მათი ურთიერთმიმართების, ურთიერთზეგავლენის, ურთიერთდამოკიდებულებისა და ურთიერთკავშირის გათვალისწინებით მეცნიერული, ფილოსოფიური და მეტამეცნიერული ანთროპოლოგიური პარადიგმების მეტაანალიზის საფუძველზე.

ამ მიზნით ჩვენ გამოვიკვლიეთ ბიბლიოგრაფიული წყაროები ბუნებათმეცნიერული, სამედიცინო-ბიოლოგიური, სამედიცინო-კლინიკური, ჰუმანიტარული, ფილოსოფიური, ისტორიული, სოციოლოგიური, კულტუროლოგიური, თეოლოგიური, ფსიქოლოგიური, ბიოეთიკური და გამოცდილებით-ინტუიციური ცოდნის დარგში შემდეგი საკითხების ირგვლივ:

1. ადამიანის არსი და ბუნება;
2. ადამიანის, როგორც ერთიანი ბიოლოგიური, სოციალური, კულტურული და მეტაფიზიკური არსების (სისტემური ობიექტის) მთლიანი და დანაწევრებული სტრუქტურული ორგანიზაცია;
3. მეცნიერების, ფილოსოფიისა და რელიგიის ანთროპოლოგიურ სწავლებათა განვითარების ისტორიის საკითხები;
4. მონო-, მულტი-, ინტერ- და ტრანსდისციპლინური ანთროპოლოგიური კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძვლები [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003; Адам, архимандрит, 2001 (ж)].

წარმოდგენილ სამეცნიერო შრომაში ვეფუძნებით ემპირიული და რეფლექსიური მასალის მიღების, განზოგადების, ანალიზისა და ინტერპრეტაციის პროცედურების აგების საერთომეცნიერულ მეთოდებს, ვიყენებთ რა მეცნიერულ კვლევაში მიღებულ ფუძემდებელ დებულებებს, წინაპირობებსა და კონცეფციებს (განმარტებით პრინციპებს) საკვლევი ობიექტის სავარაუდო თვისებებისა და მახასიათებლების შინაარსობრივი აღწერისათვის [Th. Kuhn, 1977; K. Popper, 1983; Психология как наука, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ჩვენი კვლევის მიზნიდან გამომდინარე ჩნდება ზოგიერთი ცნების, უპირველეს ყოვლისა, სტრუქტურისა და ორგანიზაციის დეფინიციებისადმი მიდგომის დაზუსტების აუცილებლობა.

სტრუქტურაში ვიგულისხმებთ ელემენტური ობიექტების, მდგრადი კავშირებისა და მათ შორის ისეთი ურთიერთქმედებების ერთობლიობას, რომელთა წყალობითაც მოცემული ერთობლიობა წარმოქმნის ერთიან ობიექტს, რომელსაც გააჩნია თავისი განსაზღვრული ხარისხობრივი მაჩვენებლები და

დეტერმინირებულია დროსა და სივრცეში.

ასეთი ობიექტი თავისი ელემენტების მიმართ არის სისტემა. გავიხსენოთ, რომ სისტემა ინარჩუნებს თავის სტრუქტურას, ძირითად თვისებებს სხვადასხვა შინაგანი და გარეგანი ცვლილებების პირობებშიც სისტემის არსებობის მთელ მანძილზე.

რაც შეეხება ორგანიზაციას, იგი მოიცავს სისტემის როგორც სტრუქტურულ, ისე დინამიკურ ქარაქტეროლოგიას, რომელიც უზრუნველყოფს მის მიზანმიმართულ ფუნქციონირებას [Th. Kuhn, 1977; K. Popper, 1983; В.Ф. Сержантов, 1990].

ცოცხალი ორგანიზმის ცხოველქმედების როგორც ფიზიოლოგიური, ისე პათოლოგიური პროცესები არსებობს ბიოლოგიურია, ხოლო მისი სუბსტანციური საფუძვლები ბუნებათმცნიერულ განზომილებაში – ფიზიკურ-ქიმიური.

ყოველივე ზემოთქმულის, აგრეთვე იმის გათვალისწინებით, რომ ნორმისა და პათოლოგიის პირობებში ცხოველქმედების პროცესების შესწავლის დონე ყოველთვის არ არის ცოცხალი ორგანიზმის ორგანიზაციის დონის ანალოგიური, ადამიანის ორგანიზმის, როგორც ბიოლოგიური სისტემის, შესწავლის დროს პრინციპულად აუცილებელი ხდება, გადაწყდეს მეთოდოლოგიური ამოცანები:

ა) ადამიანის ორგანიზმის შესწავლის მორფოფუნქციური სტრუქტურული ერთეულების დადგენა;

ბ) როგორც ფიზიოლოგიური, ისე პათოლოგიური პროცესების კვლევის ელემენტური ბიოლოგიური ერთეულის გამოყოფა, რომელმაც კონკრეტულად უნდა გადაწყვიტოს სისტემის კვლევის ბიოლოგიური დონის მიმართება ფიზიკურ-ქიმიურ და ნებისმიერ სხვა დონესთან;

გ) განცალკავებით დგას ადამიანის მთლიანი პიროვნების, ადამიანის ბუნებაში სულიერი საწყისის, მთელი ფსიქიკური სფეროს (მისი უმაღლესი მეტაფსიქოლოგიური ინსტანციების გათვალისწინებით) კვლევის პრობლემა.

ადამიანის ორგანიზმის ფიზიკურ-ქიმიური სუბსტანციური საფუძვლები შესწავლილ უნდა იქნას ყველა დონეზე, რაშიც ვგულისხმობთ ელემენტური ნაწილაკების, კვანტურ-მექანიკურ, ატომების, იონების, “მცირე” მოლეკულებისა და მათი ბლოკების, პოლიმერების, მაკრომოლეკულების დონეებს. ეს გახლავთ **კვლევის ბიოლოგიურამდელი, ანუ პრებიოლოგიური (ბიოფიზიკურ-ბიოქიმიური) დონე** [Адам, архимандрит, 2001 (ж)].

ორგანიზმს, როგორც სისტემას, აქვს განსაზღვრული სტრუქტურა, რომელიც წარმოადგენს მისი ელემენტებისა და მათი

სისტემის მორგანიზებული კავშირების ერთობლიობას [А. С. Батуев, Л. В. Соколова, 1997; О. С. Суворова, 1997; С. Н. Эрлик, 1997]. რაც შეეხება ადამიანის ორგანიზმის სტრუქტურის აღწერას, მის მორფოლოგიურ აგებულებას, ამ საკითხების შესწავლა სამედიცინო, ბიოლოგიურ და სხვა ბუნებათმეცნიერულ დისციპლინებში სხვადასხვა დონეებზე ხდება. ეს დონეებია:

ა. ორგანიზმული,

ბ. სისტემური,

გ. ორგანული,

დ. ქსოვილოვან-სისტემური,

ე. ქსოვილოვანი,

ვ. უჯრედული,

ზ. სუბუჯრედული (ულტრასტრუქტურული) და

თ. მოლეკულური [ო. ხარბეიშვილი, 2001; А. В. Олескин, 1997].

ეს უკანასკნელი (მოლეკულური დონე) ბიოფიზიკისა და ბიოქიმიის შემეცნების საგანიცაა. უფრო მეტიც – მისი შესწავლა სრულიად დამოუკიდებელი დარგების ამოცანადაა გამოყოფილი. ეს დარგებია: მოლეკულური ბიოლოგია და მოლეკულური გენეტიკა [А. А. Баев, 1999; Л. Л. Киселев, 1999 (а); Ю. М. Лопухин, 2001], რომლებიც სწავლობენ ბიოლოგიურ სისტემებს, სტრუქტურებსა და მათ ფუნქციონირებას მოლეკულურ დონეზე. კვლევისათვის აღნიშნული მეცნიერული დისციპლინები იყენებენ სუბუჯრედულ სტრუქტურებს, აგრეთვე პროკარიოტებსა და ცოცხალ ორგანიზმთა არაუჯრედულ ფორმებს – ვირუსებს, ბაქტერიოფაგებს, ზოგიერთ ბაქტერიას. ისინი სწავლობენ აგრეთვე ცვლილებებს მოლეკულების სტრუქტურაში, რაც წარმოადგენს არაერთი დაავადების არსს.

ამრიგად, ბიოლოგიური სისტემების, მათ შორის ადამიანის, ორგანიზაციის **მოლეკულური დონე** შეიძლება მივაკუთვნოთ არა მარტო ბიოლოგიურამდელ (პრებიოლოგიურ), არამედ ბიოლოგიურ დონესაც. აქედან გამომდინარე, მოლეკულურ დონეზე კვლევის სფერო შეიძლება დავეყოს ჩვენ მიერ დასახელებულ **ბიოლოგიურ და პრებიოლოგიურ სტრუქტურულ დონეებს შორის, სამეცნიერო ძიებათა ფიზიკურ-ქიმიურ და მოლეკულურ-ბიოლოგიურ (მოლეკულურ-გენეტიკურ) “ზონებად”** [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

გავიხსენოთ, რომ ყველაზე ელემენტარული ბიოლოგიური სისტემის ორგანიზაციის სირთულის ქვედა ზღვარი არ შეიძლება იყოს ნუკლეოპროტეიდსა (ეობიონტსა, ვირუსსა) და უჯრედზე

უფრო დაბლა, ხოლო ადამიანის ორგანიზმისა – მხოლოდ უჯრედისაზე. თუმცა ბიოლოგიური სისტემის (ადამიანის ორგანიზმის) ორგანიზაციის სტრუქტურული დონეები მოიცავს სტრუქტურული ორგანიზაციის უფრო დაბალ საფეხურებსაც – სუბუჯრედულს (უჯრედის ორგანელები) და მოლეკულურს (დნმ, რნმ, ცილები). რაც შეეხება უჯრედს, იგი აღიარებული უნდა იქნას ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური პროცესების ამოსავალ საფუძვლად და ელემენტარულ ბიოლოგიურ ერთეულად [A. A. Баев, 1999].

ჩვენ მიერ ჩამოთვლილი დონეები – ელემენტარული ნაწილაკების დონიდან ვიდრემდე ორგანიზმულამდე, ბიოლოგიურამდელი და ბიოლოგიური დონეების ერთიანობა შეადგენს ადამიანის ორსუბსტანციური ბუნების ფიზიკურ, ბიოლოგიურ, სომატურ, ხორციელ ანუ სხეულებრივ საწყისს [Адам, архимандрит, 2001 (ж)].

ამის შემდეგ გადავდივართ ადამიანის ბუნების სულიერი საწყისის კვლევის საკითხებზე.

სწორედ ამ ეტაპზე ბუნებრივად იბადება კითხვა: როგორ უნდა განხორციელდეს ეს გადასვლა სხეულებრივი (მატერიალური) სფეროდან სულიერის (იდეალურის) სფეროში? ან სხვაგვარად რომ ვთქვათ, როგორ გადავიდეთ ფიზიკური სიდიდეებიდან და ქიმიური რეაქციებიდან ფსიქიკური მოვლენების სამყაროში? აი, ეს გახლავთ ის, რასაც მეცნიერებაში ფსიქოფიზიოლოგიური პრობლემა, ანუ სულისა და სხეულის ურთიერთმიმართების პრობლემა ეწოდება [დ. უზნაძე, 1998; Ю. И. Александров и др., 1997; Б. Н. Безденежных, 1997; Биологические основы психики, 2001].

ჩვენ განვიხილავთ ამ საკითხის მხოლოდ სტრუქტურულ-ორგანიზაციულ მხარეს.

აქვე შემოგვაქვს **ცნება ანთროპოლოგიური კვლევის ფსიქობიოლოგიური დონის შესახებ** [Адам, архимандрит, 2001 (ж)]. ამით ჩვენ ვცდილობთ გადავდგათ კიდეც ერთი ნაბიჯი ადამიანის ბუნების კვლევის სომატური (პრეზიოლოგიური და ბიოლოგიური) და სულიერი (ფსიქიკური, მეტაბიოლოგიური) დონეების ურთიერთმიმართებისა და თანაფარდობის პრობლემის გადაწყვეტის გზაზე. ფსიქობიოლოგიურს ჩვენ განვმარტავთ როგორც დონეს, რომელზედაც მაქსიმალურად ხდება ბიოლოგიურთან ფსიქიკური სფეროს ყველა კავშირის ექსპრესია.

ფსიქობიოლოგიური დონის კვლევებს ჩვენ მივაკუთვნებთ:

ა) ფიზიოგნომიკას, ანუ ტიპოლოგიას – სწავლებას ადამიანის გარეგნულ შესახედაობასა და მის ხასიათს შორის, რომელიც

გაგებულია როგორც ადამიანის მორალურ-ზნეობრივი და ნებელობითი თვისებების ერთობლიობა [დ. უზნაძე, 1998; E. Kretschmer, 1995; Природная и социальная детерминация ..., 2001; В. М. Русалов, 1979];

ბ) ფსიქოფიზიოლოგიას, ანუ ფსიქობიოლოგიას – ნეირომეცნიერების სფეროს, რომელიც სწავლობს ფსიქიკურ მოვლენათა ბიოლოგიურ (ფიზიოლოგიურ) მექანიზმებს [Ю. И. Александров и др., 1997; В.М. Русалов, 1979];

გ) ფსიქოგენეტიკას (Behavioral Genetics) – ცოდნის დარგი, რომლის შესწავლის საგანს ადამიანის ფსიქოლოგიური და ფსიქოფიზიოლოგიური ფუნქციების ვარიაციულობის მემკვიდრეობითი და გარე სამყაროსეული დეტერმინანტები წარმოადგენენ [С. Б. Малых, и др., 1998; Природная и социальная детерминация ..., 2001; И. А. Равич-Щербо, и др., 1999];

დ) ნეიროფსიქოლოგიას – მეცნიერებას თავის ტვინსა და ფსიქიკას, თავის ტვინსა და ადამიანის ქცევას შორის კავშირის შესახებ [А. Р. Лурия, 1973; Е. Д. Хомская, 1994; Ю. В. Микадзе, 2002].

ნეიროფსიქოლოგიას ან ფსიქოფიზიოლოგიას, ბუნებრივია, არ შეუძლია ადამიანის პიროვნების შესწავლა, რადგან პიროვნების რედუცირება მხოლოდ ფსიქიკურ პროცესებამდე არ შეიძლება. როდესაც ნეიროფსიქოლოგიურ დიაგნოსტიკაში იყენებენ ისეთ კატეგორიას, როგორიცაა ემოციურ-პიროვნული დარღვევები, მასში ადამიანის ყოფიერების ყველა პიროვნული პარამეტრი როდი მოიაზრება, არამედ ოდენ ცნობიერება და ემოციები. იგი წარმოადგენს მეცნიერული ანალიზის მცდელობას, ნაწილების შესწავლის საფუძველზე შეიქმნას მთელის მოდელი [Е.Д. Хомская, 1994; Ю.В. Микадзе, 2002].

კიდევ ერთხელ აღვნიშნავთ, რომ ადამიანი, ერთი მხრივ, წარმოადგენს ორგანიზმს, მეორე მხრივ, პიროვნებას. როცა ადამიანს ვსწავლობთ ორგანიზმის დონეზე, შესაძლებელია რამდენიმე ქვედონის გამოყოფა.

ასე მაგალითად, **ნეიროფიზიოლოგიურ დონეზე** სწავლობენ თავის ტვინის სხვადასხვა უბნების ბიოელექტრულ აქტივობას. ეს ცალკეული უჯრედებისა და მათი ფუნქციების დონეა, რომელზედაც შეუძლებელია აღქმის პროცესების მიზეზებისა და მექანიზმების ახსნა. ამ მიზნით ანალიზის საგანი უნდა გახდეს უჯრედების პოპულაციები, ნეირონული ანსამბლები, რაც უკვე **ფსიქოფიზიოლოგიურ დონეს** წარმოადგენს. შემდეგ, ნეიროფსიქოლოგიურ დონეზე შეისწავლება თავის ტვინის მთელი სტრუქტურები, ხდება გარკვეული სტრუქტურების დაზიანების

შედარება ამ დაზიანების შედეგად განვითარებულ ფსიქოლოგიურ დარღვევასთან [Ю.В. Микадзе, 2002].

თუ ადამიანს ვსწავლობთ, როგორც პიროვნებას და არა რაღაც ფსიქიკურ გამოვლინებათა ერთობლიობას, ჩვენ უკვე გადავდივართ ზეინდივიდუალური კატეგორიების განხილვაზე. პიროვნების ცვლილებების თვალსაზრისით ადამიანს განიხილავს პათოფსიქოლოგია, ფსიქოპათოლოგია, ფსიქიატრია. კიდევ ერთი რამის გათვალისწინებაა საჭირო: ადამიანი პიროვნება ხდება სხვა ადამიანებთან (საზოგადოებასთან) ურთიერთობების შედეგად. ეს უკვე სოციალური დონეა, რომელზედაც ადამიანი უნდა განვიხილოთ, როგორც დიდი სოციალური სტრუქტურის ერთი რგოლი. პათოლოგია ამ დონეზე მჟღავნდება ადამიანთა დევიაციურ ქცევასა და ანტიჰუმანურ მოღვაწეობაში.

ამრიგად, ჩვენ მივედით მეტაბიოლოგიურ დონემდე, რომლის გამოვლინების პირველი საფეხური გავაანალიზეთ ფსიქობიოლოგიურ დონეზე.

ფსიქოლოგიის საგნის სპეციფიკურობა თანამედროვე ფსიქოლოგების მიერ განსაზღვრულია იმგვარად, რომ არ უშვებენ არც რედუქციას ქვემოთ – ნეიროფიზიოლოგიისაკენ, არც ზემოთ – სოციოლოგიური ან სხვა მეცნიერებებისაკენ, რომელთაგან ყველას გააჩნია კვლევის საკუთარი საგანი, მაგრამ მოითხოვენ მათთან შეთანხმებას.

დღეს დასავლეთში არსებული ოთხი ძირითადი ფსიქოლოგიური მიმართულებიდან (ბიჰევიორიზმი, ფროიდიზმი, ჰუმანისტური და ტრანსპერსონალური ფსიქოლოგია) თითოეულს აქვს თავისი უდავო მიღწევები, თითოეულს შეუძლია მისცეს ადამიანს რაღაც მნიშვნელოვანი, დაეხმაროს შინაგანი პრობლემების გადაწყვეტაში კლასიკური ფსიქოანალიზის ან ჰუმანისტური ფსიქოლოგიის მსგავსად ან უჩვენოს რაიმე პერსპექტივა, როგორც ამას აკეთებს ტრანსპერსონალური ფსიქოლოგია, მაგრამ ყველა მათგანს აქვს ერთი ნაკლი: ადამიანის მთლიანობა რჩება მათი თვალთახედვის ველს გარეთ. ისინი სწავლობენ ჯანსაღ და ავადმყოფ გონებას, ისინი განიხილვენ ფსიქიკის მოტივაციურ სტრუქტურებს და ადამიანის ქცევის ხერხებს სხვადასხვა სიტუაციაში, გონების დამოკიდებულებას სოციალურ გარემოსა და ოჯახურ ისტორიაზე, ბავშვობის ფსიქიკურ ტრავმებსა და ყოველნაირ კომპლექსებს; მათ შეუძლიათ მიუთითონ მისტიკური მომენტების არსებობის შესაძლებლობებზეც კი, მაგრამ **მთლიანი ადამიანი მათთვის მიუწვდომელი რჩება (ისევე როგორც თანამედროვე ანთროპოლოგიური სწავლებების უმეტესი ნასწილისათვის), ხოლო**

მისი სულიერი საწყისი (სული) განიხილება მხოლოდ როგორც მენტალური სტრუქტურების კომპლექსის ეპიფენომენი [რ. ნათაძე, 1977; დ. უზნაძე, 1998; Психология как наука, 2001; Свами Сатъям Упахар, 2010].

ამგვარად მივედით შემდეგ ინსტანციამდე ადამიანის ფსიქიკის სტრუქტურაში, რომელიც ჩვენ მიერ წოდებულია, როგორც **მეტაფსიქოლოგიური**.

რა არის მეტაფსიქოლოგია ჩვენი გაგებით? პრეფიქსი “მეტა” აღნიშნავს: რაღაცის შემდეგ, საზღვრებს იქით, უფრო ფართოდ, უფრო ღრმად. მაშასადამე, მეტაფსიქოლოგიური ნიშნავს ტრადიციული ფსიქოლოგიის, დასავლეთის კულტურის წიაღში ჩასახული ფსიქოლოგიური სკოლების საზღვრებს მიღმას. ტრანსპერსონალური ფსიქოლოგიის ერთ-ერთი წამყვანი წარმომადგენლის კ. უაილბერის აღიარებით, დასავლეთის ფსიქოლოგიამ დაივიწყა საკუთარი სული [S. Grof, 2003].

“ფსიქე” ხომ ბერძნულად სულს სიშნავს და არა ჭკუას, ან გონებას, ან ინტელექტს. მიუხედავად იმისა, რომ გონებას, ჯანსაღსა და დაზიანებულს, სხვადასხვა ფსიქოლოგიური სკოლა შეისწავლის, ანთროპოლოგიურ ძიებათა დღის წესრიგიდან არ იხსნება კითხვა: ვინ დაუბრუნებს ადამიანს (მეცნიერებებს ადამიანის შესახებ) დაკარგულ სულს?

ჩვენი წინადადებაა, მეტაფსიქოლოგიურ საფეხურზე ადამიანის ორბუნებოვანი არსის **სულიერი საწყისის ორი შემეცნებითი დონის გამოყოფა: ფილოსოფიურ-ანთროპოლოგიურისა და რელიგიურის (მისტიკურ-საკრალურის)**. ამ ორი დონის შესწავლის გარეშე შეუძლებელია გადაწყდეს პრობლემები და დილემები არა მარტო ბიოეთიკისა და ბიომედიცინის, არამედ კაცობრიობის მოღვაწეობის ყველა სფეროში, რომელსაც დღეს განსაზღვრავს გლობალიზაციის პროცესი და ანთროპოლოგიურ კატასტროფად წოდებული კრიზისული სიტუაციების ეკზისტენცია [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003; Адам, архимандрит, 2001 (ж)].

4.2. ადამიანის ბუნების არსის კვლევის პრინციპები სამედიცინო-ბიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სწავლებებში

მონოგრაფიის ამ პარაგრაფში მიზნად დავისახეთ იმ კრიტერიუმების გამოვლენა და გააზრება, რომლებმაც

ადეკვატურად უნდა გამოხატონ ადამიანის ბუნების კვლევის მთელი სირთულე მეტაფიზიკური სიღრმეების გათვალისწინებით ადამიანის შესახებ სხვადასხვა სწავლებების ანალიზის საფუძველზე [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ამგვარი კვლევა შეიძლება იქცეს კიდევ ერთ ნაბიჯად ისეთი ერთიანი ინტეგრირებული (სინთეზური) ანთროპოლოგიური სამეცნიერო დარგის შექმნის გზაზე, რომლის ამოცანა იქნებოდა ადამიანის – არა მარტო როგორც ცოცხალი სისტემის, არამედ მთლიანი პიროვნების – ყოველმხრივ გაღრმავებული შესწავლა და რომელიც ადამიანს განიხილავდა როგორც ფიზიკურისა (სხეულებრივისა) და სულიერის, ბუნებითის, სოციალურისა და კულტურულის, მემკვიდრეობითისა და შეძენილის, წარმავალისა და ღვთაებრივის ერთობას [Адам, архимандрит, 2001 (e)].

ადამიანი, როგორც ბუნების ნაწილი, ექვემდებარება ბუნების კანონების მოქმედებას. ადამიანისა და ბუნების ბიოლოგიური (ფიზიკურ-ქიმიურთან ერთად) ურთიერთმიმართებების შესწავლა ამოსავალი პუნქტია ბუნებათმეცნიერულ ანთროპოლოგიურ სწავლებებში. იგი მოიცავს ადამიანების არსებობის ბიოტურ და აბიოტურ პირობებს, ბუნებასთან განუწყვეტელ ნივთიერებათა ცვლასა და ადამიანთა მოდგმის რეპროდუქციას. ადამიანის ბიოლოგიური შემეცნების თანამედროვე ეტაპი ხასიათდება ფართო დიფერენციაციით, რომელსაც მივყავართ კოლოსალური რაოდენობის ემპირიული მონაცემების დაგროვებამდე, რომელსაც შეუძლია და უნდა გახდეს კიდევ ბაზისი თეორიული სინთეზისათვის, რაც გულისხმობს სხვადასხვა მეცნიერებების ცოდნის გაერთიანებასა და ფილოსოფიურ განზოგადებას [А. С. Батуев, Л. В. Соколова, 1997; С. Н. Эрлик, 1997].

ანთროპოლოგიური პრობლემა მრავალმხრივია, მრავალწახნაგოვანი, მრავალპროფილური, კომპლექსური, ინტერ-და ტრანსდისციპლინური. ადამიანის შემსწავლელი მეცნიერული დარგების კომპლექსის შიგნით კავშირებისა და კვლევის მეთოდების დადგენის მიზნით აუცილებელია ამგვარი კავშირების მათემატიკური ლოგიკურ-მეთოდოლოგიური პრინციპების ჩამოყალიბება [Адам, архимандрит, 2001 (e)].

თანამედროვე ადამიანთმცოდნეობაში, ჩვენი აზრით, მიღებული უნდა იყოს და არა მხოლოდ განიხილებოდეს, არამედ უნდა მუშავდებოდეს კიდევ ანთროპოლოგიური პრობლემის კვლევის შემდეგი ასპექტები:

1. ბუნებათმეცნიერული: ბიოლოგიური, ფიზიოლოგიური, ფიზიკურ-ქიმიური;

2. სამედიცინო;
3. სოციალური;
4. რელიგიურ-საღვთისმეტყველო;
5. ფსიქოლოგიური;
6. ფილოსოფიური;
7. კულტუროლოგიური;
8. ეთნოლოგიური;
9. ეკოლოგიური;
10. პოლიტიკური;
11. ეკონომიკური;
12. ისტორიული;
13. ბიოეთიკური;
14. ფუტუროლოგიური (პროგნოსტიკული).

ჩატარებულმა ანალიზმა ცხადყო, რომ ამ ასპექტების წარმოდგენილი ფართო სპექტრი უზრუნველყოფს უმნიშვნელოვანესი ანთროპოლოგიური პრობლემების გადაწყვეტას მისი ყველაზე კრიტიკული და გლობალური გამოვლინებების შემთხვევებშიაც [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

მეცნიერებისა და ფილოსოფიის მისია, შექმნას სამყაროს განზოგადებული სურათი თავისი დროის მიღწევების საფუძველზე, ანთროპოლოგიზირებული უნდა იქნას, რაც გამოიხატება სამყაროს ისეთი სურათის გენერაციაში, რომელშიაც უბრალოდ გათვალისწინებული კი არ არის ადამიანი, არამედ განსაზღვრულია მისი ბუნება, არსი, მიმართებები, დამოკიდებულებები, ადგილი, მნიშვნელობა და დანიშნულება [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ადამიანის გარემომცველი სამყაროს კომპოზიცია წარმოდგენილია მრავალდონიანი სტრუქტურის სახით:

I დონე – ბუნება (ცოცხალი და არაცოცხალი);

II დონე – სოციუმი და ადამიანი;

III დონე – საკრალური (კოსმოსის, სამყაროს ზეადამიანური საწყისი, რომელიც მსოფლმხედველობის მიხედვით იწოდება ნოოსფერულად, იდეალურად, ზებუნებრივად, ღვთაებრივად) [А. С. Батуев, Л. В. Соколова, 1997; В. И. Вернадский, 1944].

ყველა ზემოჩამოთვლილი სტრუქტურული დონე ერთმანეთთან ურთიერთკავშირშია და ქმნის ერთიან კოსმოსს. ამავე დროს თითოეული მათგანი გარკვეულწილად

განცალკევებულიცაა და აქვს თავისი სპეციფიკური მახასიათებლები. პ. ა. ფლორენსკის სიტყვებით, სამყარო თავის თავში უხამებს ერთმანეთს “ფენოვნებასა” და “გამჭოლობას”. ამ აზრის პერიფრაზირების საფუძველზე ჩვენ შეგვიძლია ვთქვათ, რომ კოსმოსის სტრუქტურული დონეები თავის თავში აერთიანებს გამტარებლობასა და გაუმტარებლობას.

ახალი დროის ევროპულმა კულტურამ ტრადიციული გახადა წარმოდგენა სამყაროს სტრუქტურული დონეების განცალკევებულობის შესახებ – ბუნება–სოციალური–საკრალური – რამაც გამოდევნა ადამიანთა აზროვნებიდან ისტორიულად უფრო ადრინდელი იდეები: სამყაროს მთლიანობაში აღქმა, მისი ნაწილების შერწყმული ხედვა. ამგვარი წარმოდგენა არსებობდა რელიგიაში, მითოლოგიაში, ნატურფილოსოფიაში, ალქიმიაში, ასტროლოგიაში.

თუმცა ლიტერატურაში გვხვდება აზრი, რომელიც სამყაროს დონეების განცალკევებას ერთმნიშვნელოვნად მიაწერს წმიდა წერილსა და ქრისტიანულ რელიგიას [A. B. Олескин, 1990], რაც არასწორად და არაობიექტურად მიგვაჩნია და აი, რატომ: ადამის ცოდვით დაცემის შემდეგ სამყაროში შენარჩუნდა იგივე სისტემა დონეებისა, რაც სამოთხეში არსებობდა ცოდვით დაცემამდე: შემოქმედი–ადამიანი–ბუნება, მაგრამ არსებობდა ეს უკვე პრინციპულად სხვა სისტემა. მართლაც ცოდვით დაცემამდე ყველა ეს დონე უფრო მეტად იყო შერწყმული. ცოდვის გაჩენას სამყაროში მოჰყვა როგორც შემოქმედი–ადამიანის დონეების, ისევე ადამიანი–ბუნების დონეების დაშორიშორება, რაც გამოიხატა პირველ შემთხვევაში ადამიანის მიერ პირველქმნილი უზრუნველობისა და უკვდავების დაკარგვითა და ღმერთთან უშუალო სამოთხისეული ურთიერთობის შეწყვეტით, სულიერი და ფიზიკური დაშორებით ღმერთისა და სამშობლოსაგან – სამოთხისაგან, სადაც პირველი ადა–მიანი შექმნა შემოქმედმა, ხოლო მეორე შემთხვევაში – ადამიანის ბუნებაზე მბრძანებლობის დასასრულით: მას აღარ ემორჩილებოდნენ ცხოველები, როგორც სამოთხეში, არამედ ახლა მათგან თავის დაცვაც სჭირდებოდა უკვე [Серафим (Евгений) Рощ, иеромонах, 1997, 1998; Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

შემოქმედი–ადამიანი–ბუნების ერთობის რეკრეაცია პოტენციურად გახდა შესაძლებელი მხოლოდ უფლისა და მაცხოვრისა ჩვენისა იესო ქრისტეს მიერ საკუთარი თავის მსხვერპლად შეწირვით, სისხლის დაღვრით, ჯვარცმით, რითაც გამოსყიდულ იქნა მთელი კაცობრიობის ცოდვები და გაიხსნა ადამიანებისათვის გზა ზეცისაკენ, სულიერი გადარჩენისა და

ღმერთთან ერთობისაკენ. სწორედ ღმერთის სიყვარულის ამ გამოვლინებამ გაჭრა სარკმელი კოსმოსის “ფენებს” შორის და გვიჩვენა მათ შორის არსებული საზღვრების ფარდობითობა, პირველ რიგში – შემოქმედსა და ადამიანს შორის ამ უკანასკნელის განღმრთობის გზით [Н. Малиновский (протоиерей), 1911; А. В. Олескин, 1990; С. Л. Франк, 1992; Киприан (Керн), архимандрит, 1996; А. И. Сидоров, 1996; Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997; Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

დაივიწყეს რა ჭეშმარიტება, მეოცე საუკუნეში ევროპულსა და მსოფლიო კულტურაში გაჩნდა “ახალი” იდეებისა და მოწოდებების სპირიტუალისტური, “წოლსფერული”, ჰუმანისტური და სხვა ვარიანტები სამყაროს სტრუქტურული ელემენტების შეერთებისაკენ ახალ, უფრო სწორად, სხვა დონეზე. ამ იდეების შინაარსი ადამიანის არსის სიღრმისეული წვდომის საშუალებით სტრუქტურულ ელემენტებს შორის საზღვრების გადალახვაში მდგომარეობს, რადგან სწორედ ადამიანია ის შემაერთებელი რგოლი, რომელსაც შეიძლება დაეფუძნოს სამყაროს ყველა დონის სინთეზი [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ამგვარი მიდგომა გულისხმობს იმას, რომ ადამიანი მიეკუთვნება სოციალურ, მაგრამ ამავე დროს მასში არის ბუნების ელემენტებიც (ადამიანის ფიზიკურ-ბიოლოგიური საფუძველი), ხოლო მოაზროვნე, შემეცნებადი, მგრძნობიარე, მისტიკური თვისებებით დაჯილდოებული სული განეკუთვნება საკრალურს [Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997; А. В. Олескин, 1990].

ადამიანში ბიოლოგიურისა და სოციალურის მიმართების საკითხი ხშირად იყო ანთროპოლოგიური დისკუსიების საგანი [А. С. Батуев, Л. В. Соколова, 1997; Р. З. Иванов, П. И. Писклаков, 1988]. 70-80-იან წლებში საბჭოთა სინამდვილეში მეტად საყურადღებო აზრთა გაცვლა-გამოცვლა გაიმართა, რომელიც ადამიანის ბიოსოციალურ ბუნებას ეხებოდა [В. П. Петленко, 1989].

მართალია, ბიოსოციალურ კონტექსტში გაურბოდნენ ისეთი ცნებების გამოყენებას, როგორებიცაა “არსი” და “ბუნება”. ადამიანთმცოდნეობაში გაბატონებული იყო მარქსისტული ფორმულა ადამიანის შესახებ, რომელიც ადამიანს განიხილავდა როგორც საზოგადოებრივ ურთიერთობათა ერთობლიობას, ამიტომ “არსს” არ შეიძლებოდა ჰქონოდა ისეთი ატრიბუტი, როგორიცაა “ბიოსოციალური”. ასე ფიქრობდნენ ბიოსოციალური მიდგომის მოწინააღმდეგეები. ამასთან ერთად ხაზი ესმებოდა მის ისეთ

ნაკლს, როგორადაც მათ დუალიზმი მიაჩნდათ. ჩვენ შევჩერდით ამ საკითხზე იმიტომ, რომ იგი ტიპური მაგალითია ადამიანის ბუნებისა და არსის შესახებ ყველა დროის დისკუსიისა, როცა მეცნიერულ აზრს არ სურს მიიღოს ჭეშმარიტება, საწინააღმდეგო დებულება ან აზრი სულიერი საწყისის შესახებ ადამიანის ბუნებაში.

თუ დავუბრუნდებით ცნებას “ადამიანის ბიოსოციალური ბუნება”, მასში შეიძლება მართლაც ვიპოვოთ “ნედლი” აზრის ან საგანგებოდ პოლარიზებული ექსპრესიის ელემენტები, თუმცა ჩვენი აზრით ამ ცნების ნაკლი მხოლოდ მის არასრულყოფილებაშია. ის კი არ უნდა იქნას უარყოფილი, რომ ადამიანში ერთდროულადაა წარმოდგენილი ბიოლოგიური და სოციალური, არამედ ის, რომ მარტო ისინი როდი შეადგენენ ადამიანის არსს, არამედ მათთან ერთად კიდევ სხვა კომპონენტებიც [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

სხვადასხვა კულტურაში ყველაზე ხშირად ადამიანის ბუნება განისაზღვრებოდა არა ორი, არამედ სამი შემადგენლით - სხეული, სული და სამშვინველი. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ეს სამი ცნება დამკვიდრებული იყო როგორც რელიგიურ, ისე სასაუბრო ყოველდღიურ ენაშიც [Р. С. Карпинская, 1997].

რაც შეეხება რელიგიურ მსოფლმხედველობას, სწორედ მის წიაღში ხდებოდა და ხდება სხეულის, სამშვინველისა და სულის მიმართების სხვადასხვა ვარიანტების განხილვა, თუმცა ყველა შემთხვევაში საერთოა იერარქიის ვერტიკალის არსებობა, რომელშიაც სხეულს ყველაზე დაბალი ადგილი უჭირავს, სულიერი საწყისს კი რელიგიურ ცნობიერებაში ენიჭება გაბატონებული, ადამიანის ბუნების განმსაზღვრელი სტატუსი [Н. Малиновский (протоиерей), 1911; Киприан (Керн), архимандрит, 1996; Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997; Серафим (Евгений Роуз), иеромонах, 1998; Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

რელიგიის ზოგადკულტურული ზეგავლენა იმდენად ძლიერია, რომ თეზისს სულიერის პრიორიტეტის შესახებ საზოგადოების განათლებული ნაწილის უმეტესობა აღიარებს რელიგიისადმი მათი დამოკიდებულების მიუხედავად. ფილოსოფიაში კი აღიარებულია მხოლოდ ცნობიერების პრიორიტეტი: ადამიანის ყოფიერების, მისი ცხოვრების მრავალფეროვნება უკანა პლანზეა გადაწეული და, შესაბამისად, ყველაფერს უკავშირებენ ერთ რამეს – ადამიანის თვითრეფლექსიას ყოფიერებასთან მიმართებაში. უმნიშვნელოვანესი ცხოვრებისეული პრობლემები ადამიანის, როგორც მოაზროვნე არსების, სივრცისაგან

განსხვავებულ განზომილებაშია მოქცეული [Р. С. Карпинская, 1997; Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

არსებობს სხვაგვარი აზროვნებაც, რომელიც ეწინააღმდეგება ადამიანის ყოფიერებაში სულიერებაზე ყურადღების კონცენტრაციას, რადგან მიაჩნია, რომ ადამიანის კომპლექსური ჰოლისტური შესწავლა მისი ბუნების გაგების მიზნით უნდა ეფუძნებოდეს კონცეფციას სულიერისა და ხორციელის, როგორც თეორიული და ფილოსოფიური აზროვნების ობიექტების, თანაბრობის შესახებ [Р. С. Карпинская, 1997].

ეს აზრები აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული, როდესაც ბუნებათმეცნიერული და ჰუმანიტარული აზროვნების დაახლოებასა და შერწყმაზე, ჰუმანისტური პრობლემატიკის მეცნიერული მიდგომით გადაწყვეტაზე ვსაუბრობთ.

ადამიანში ბიოლოგიურისა და სოციალურის შესახებ კონცეფცია კიდევ იმიტომ მოექცა ჩიხში, რომ იგი ჰყოფს რა ადამიანის ბუნებას, ტოვებს მას გაერთიანების შესაძლებლობის გარეშე. აუცილებელი ხდება “მესამის” ძიება, რომელიც იმთავითვე უნდა გამოხატავდეს ადამიანის ბუნების ერთიანობას. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, ეს შეიძლება იყოს ეკზისტენციის, ცხოვრების გზის, გადარჩენის, ამქვეყნად ყოფნის დროისა და სხვა ცნებები. ბიოპოლიტიკაში ამგვარ გამაერთიანებელ ცნებად შემოთავაზებულია “bios”. ფილოსოფოსთა ერთი ნაწილი გვთავაზობს კულტურულის მოაზრებას ამ კონტექსტში [Адам, архимандрит, 2001 (e); М. С. Каган, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ჩვენი აზრით, ადამიანის არსის განსაზღვრა ბიოლოგიურ-სოციალურ-კულტურულით საჭიროებს უმთავრესი ელემენტის – სულიერის – შემოტანას ამ დეფინიციაში. ამის გარეშე უგულვებელყოფილი იქნება ადამიანის საკრალური, მეტაფიზიკური, მეტაფსიქოლოგიური, რელიგიური საწყისი [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

მთელი ამ წარმოდგენილი მსჯელობის შემდეგ შევუდგებით იმ პრინციპების ჩამოყალიბებას, რომლებიც ჩვენი მეცნიერული გამოკვლევის შედეგების მიხედვით უნდა დაედოს საფუძვლად ადამიანის ინდივიდუუმის შესახებ ერთიანი შეხედულებების (მისი მთლიანობის) – ადამიანის ბუნების დუალიზმის გამოვლინებების: ორგანიზმისა და პიროვნების, ცხოველქმედებისა და ფსიქიკის, სულისა და სხეულის – მეცნიერულ-ანთროპოლოგიურ ტრანსდისციპლინურ კვლევას [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ადამიანთმცოდნეობითი გამოკვლევების პრინციპების შინაარსი დეტერმინირებულია მეცნიერებასა და ფილოსოფიაში შემდეგი უმნიშვნელოვანესი პრობლემების გადაწყვეტის ხასიათით:

1. ფილოსოფიური საკითხი: მატერიალიზმი თუ იდეალიზმი;
2. სიცოცხლის წარმოშობის საკითხი: კრეაციონიზმი თუ დარვინიზმ-ევოლუციონიზმი;
3. ფსიქოფიზიოლოგიური პრობლემა.

ფილოსოფიური პრობლემა მატერიალურისა და იდეალურის, ყოფიერებისა და აზროვნების, სულისა და ბუნების ურთიერთმიმართების შესახებ ანთროპოლოგიურ სივრცეში ექსპრესირდება როგორც სულისა და სხეულის, ანუ ფსიქოფიზიოლოგიური (ფსიქოფიზიკური) პრობლემა [B.Φ. Сержантов, 1990; დ. უზნაძე, 1998].

ცნობილია, რომ ისტორიულად ადამიანის მთელი შინაგანი სამყაროს შესწავლა არ ყოფილა დაკავშირებული ბუნებათმეცნიერული მეთოდებით თავის ტვინის ფუნქციონირების შესწავლასთან. ფსიქიკურის შესწავლაში არსებობდა ორი მიდგომა.

პირველ შემთხვევაში სუბიექტური სამყაროს აღწერისათვის დამკვირვებელი იყენებდა საკუთარ შინაგან სამყაროსთან ანალოგიას, რასაც მივყავდით ისეთი ფსიქოლოგიური ტერმინების გამოყენებასთან, როგორებიცაა: ნება, მიზანი, გრძნობები, გონება და ა. შ. მაგრამ ეს არ გვეხმარებოდა ფსიქიკური მოვლენების მატერიალური მექანიზმების გაგებაში.

განსხვავებული იყო მეორე მიდგომა, რომელიც იყენებდა მხოლოდ და მხოლოდ ბუნებათმეცნიერულ მეთოდებსა და ცნებებს, რასაც იქამდე მიჰყავდა საქმე, რომ სრულად ქრებოდა ფსიქიკურის ფენომენი: თუ, მაგალითად, მეხსიერება განიხილება ნეირონული პასუხების, ბიოფიზიკური და ბიოქიმიური რეაქციების პლასტიკურობის კონტექსტში, რა თქმა უნდა, მსგავს დაკვირვებებს აქვს უეჭველი მეცნიერული გნოსეოლოგიური ღირებულება, მაგრამ დგება პრობლემა – თუ როგორაა შესაძლებელი ფიზიკური სიდიდეებიდან და კანონზომიერებებიდან, ქიმიური რეაქციებიდან, მაკრომოლეკულებისა და პოლიმერების სტრუქტურებიდან გადავიდეთ ფსიქიკური მოვლენების სამყაროში? აი, ეს არის ფსიქოფიზიოლოგიური პრობლემა, ანუ სულისა და სხეულის ურთიერთმიმართების პრობლემა [Ю. И. Александров и др., 1997].

აზრი გარემო ბუნებასა და სხეულის ცხოველქმედებაზე ფსიქიკის (სულიერ გამოვლინებათა) დამოკიდებულების შესახებ ჯერ კიდევ ძველბერძნულ ნატურფილოსოფიაში გაჩნდა. განსაკუთრებული ინტენსივობით კი ფსიქოფიზიკური პრობლემის

შესწავლა დაიწყო ახალ დროში, როდესაც მეჩვიდმეტე საუკუნის ფილოსოფიაში შეიქმნა სამყაროს მექანიკური სურათი და ფსიქიკური მოვლენების განხილვა დაიწყო, როგორც სხეულისაგან განუყოფელი ფენომენებისა, რომლებიც ექვემდებარება მთელი სამყაროსათვის დამახასიათებელ ერთიან კანონებს.

იმავე მეჩვიდმეტე საუკუნეში წარმოიშვა ფსიქოფიზიკური პრობლემის გადაწყვეტის ორი ვარიანტი, რომელთაც შემდგომში დიდი გავლენა მოახდინეს ფილოსოფიური და მეცნიერული აზრის განვითარებაზე: ფსიქოფიზიკური ურთიერთზემოქმედება (დეკარტი) და ფსიქოფიზიკური პარალელიზმი (ლაიბნიცი) [დ. უზნაძე, 1998].

უკანასკნელმა (ლაიბნიცის პარალელიზმმა) პოპულარობა მოიპოვა მეცხრამეტე საუკუნეში, როდესაც იმხანად აღმოჩენილი ენერგიის მუდმივობის კანონის საფუძველზე შეუძლებლად მიიჩნიეს განეხილათ ცნობიერება, როგორც განსაკუთრებული ძალა, რომელსაც უნარი აქვს ნებისმიერად შეცვალოს ორგანიზმის სხეულებრივი ქცევა.

მაღე პრობლემამ საგნობრივი აზრი შეიძინა, რომელიც ნეიროფიზიოლოგიის ენაზე ამგვარად შეიძლება გაჟღერდეს: როგორაა დაკავშირებული ცნობიერება თავის ტვინთან?

დამკვიდრებული ფილოსოფიური აზრის მიხედვით, ცნობიერება არ არსებობს თავის ტვინის გარეშე, ხოლო რამდენადაც თავის ტვინი ფიზიკური სისტემაა, მისი შესწავლა იმ შემთხვევებში, როცა ჩვენი კვლევის საგანი გახლავთ აზრები ან სურვილები, ცნობიერების მსგავსად არ შეიძლება [Д. Журавский, 1991].

ამრიგად, სული, რომელიც წინათ ცნობიერების სუბსტანციად ითვლებოდა, მეცხრამეტე საუკუნეში განდევნილ იქნა ინტელექტუალური სცენიდან, და ცნობიერების გაგება დაიწყო როგორც ნერვული სისტემის ფუნქციისა, რომელიც ექვემდებარება ახსნას მექანიკური ფიზიკის ხერხებით.

ფსიქიკის, როგორც სასიცოცხლო პროცესების რეგულაციის აქტიური ფაქტორის შემეცნებამ თავისებური გარდატეხა განიცადა ფსიქოფიზიკური ურთიერთქმედების ახალ ვარიანტებში უ. ჯეიმსის ნაშრომებში, რომელიც მუშაობდა ერთიანი ფსიქოლოგიური დოქტრინის შექმნაზე, მაგრამ ამ მიზანს ვერ მიაღწია [Council on Ethical..., 1995].

იმავე პრობლემას მეცხრამეტე საუკუნის 90-იან წლებში მიმართა ზ. ფროიდმა, რომელმაც შემოგვთავაზა მისი გადაწყვეტის საკუთარი სპეკულაციური სქემა და მერე აღარასოდეს არ დაბრუნებია ამ საკითხს.

რაც შეეხება ივან პავლოვს, 1903 წელს ფიზიოლოგთა კონგრესზე მან განაცხადა, რომ მათ მკაცრად ფიზიკალისტურ მეცნიერებას (ფიზიოლოგიას) აქვს უნარი და შესაძლებლობა, მთლიანად ამოხსნას ე. წ. ფსიქიკური ფენომენები [Д. Журавский, 1991].

მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოსა და მეოცე საუკუნის დასაწყისში გავრცელებული იყო მახიზმის იდეები, რომელთა მიხედვითაც, სული და სხეული “აგებული” არიან ერთი და იგივე “ელემენტებისაგან” (შეგრძნებებისაგან), და ამიტომაც უნდა ვილაპარაკოთ არა რეალური, ფიზიოლოგიური და ფსიქიკური პროცესების თანაფარდობაზე, არამედ “შეგრძნებათა სხვადასხვა კომპლექსებზე” [Биологические основы психики, 2001]. სხვა შეხედულება ფსიქიკურსა და ფიზიოლოგიურს განიხილავს, როგორც ერთი და იგივე სისტემური პროცესის ორ არსს [Ю. И. Александров и др., 1997].

ამრიგად, ცხადი ხდება, რომ ფსიქოფიზიკური პრობლემის გადაწყვეტა მხოლოდ საბუნებისმეტყველო მეცნიერულ საფუძველზე შეუძლებელია.

მოცემული არგუმენტაცია ეფუძნება თავის ტვინსა და ცნობიერებას შორის არსებულ აშკარა და დაკვირვებისათვის გასაგებ ხარისხობრივ განსხვავებას, რომელიც “არ გაქრება იმის გამო, რომ ოდესღაც ნეიროფიზიოლოგები დეტალურად დაადგენენ, თუ რომელი ნეირონული ქსელი და ანსამბლი უზრუნველყოფს სიმდერის, მეტყველების ან სიტყვათა მექანიკური სინთეზის პროცესებს” [Д. Журавский, 1991].

პრობლემა შეიძლება გადაწყდეს მხოლოდ მისი კვლევისადმი ტრანსდისციპლინური მიდგომით მეტაბიოლოგიური, მეტაფსიქოლოგიური და მეტამეცნიერული ცოდნის მოხმობით [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ასე მაგალითად, მეოცე საუკუნეში არაერთმა მეცნიერმა შეიმუშავა თეორიები არამატერიალური ველების არსებობის შესახებ, რომლებიც შეიცავს სრულ ინფორმაციას ორგანიზმის შესახებ, ზემოქმედებენ ორგანიზმზე (მატერიალურ სუბსტრატზე), მაგრამ მეცნიერების თანამედროვე მიღწევების პირობებში არ ექვემდებარებიან ფიზიკური გაზომვების მეთოდებს [R. Sheldrake, M. Fox, 1996].

ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ:

1. ადამიანის მრავალმხრივი პრობლემის თეორიული სტრუქტურისა და ინფრასტრუქტურის კონსტრუირების ვარიანტულობა მეტად მრავალფეროვანი, ყველანაირიც კი

შეიძლება იყოს, მაგრამ ჩვენ ვეყრდნობით შემდეგ კონცეპტუალურ თეზისებს:

ა) თეზისი ადამიანის ღვთაებრივი (კრეაციონისტული) შექმნის შესახებ;

ბ) თეზისი ადამიანის ბუნების დუალიზმის (ორბუნებოვნების) შესახებ;

გ) თეზისი ადამიანის ტრანსდისციპლინური კვლევის არსებითი მნიშვნელობის შესახებ მისი სოციუმთან, ცივილიზაციასთან, ბუნებასთან, მაკროკოსმოსთან კავშირის მთელი სირთულის გათვალისწინებით;

დ) თეზისი მეცნიერული და მეტამეცნიერული ანთროპოლოგიური გამოკვლევების აუცილებელი პარალელიზმისა და შესაძლო ინტეგრირების შესახებ;

ე) სულიერის პრიმატის კონცეფცია როგორც ალტერნატივა ჩვენი ცივილიზაციის ჰუმანიზაციისა და პროგნოზირებად მომავალში აპოკალიფსური ფინალის პრევენციის პროცესში;

2. განვიხილავთ რა ბიოეთიკასა და ჩვენ მიერ შემოთავაზებულ ბიოეთიკურ ანთროპოლოგიას, როგორც სამყაროს მრავალდონიანი სტრუქტურის რეუნიონიზმის კიდევ ერთ კონცეფციას [Философия и медицина, 1986], მათ უმთავრეს ამოცანად გვესახება ადამიანის ფიზიოლოგიის, პიროვნების მთლიანობის, ადამიანის ორბუნებოვნების ტრანსდისციპლინური კვლევა იმ პრინციპულ კანონზომიერებათა აღმოჩენის მიზნით, რომლებიც მოქმედებენ ადამიანში მისი დიფერენცირებულ-ინტეგრირებული ორგანიზაციის ყველა დონეზე სუბატომურიდან მეტაბიოლოგიურამდე და მეტაფსიქოლოგიურამდე და განაპირობებენ მის მიმართებას ბუნებასთან, კოსმოსთან, საკრალურთან, შემოქმედთან [Адам, архимандрит, 2001 (e); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

4.3. ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის კონცეფციის არსი

საკითხები ადამიანის არსისა და ბუნების, მისი წარმოშობისა და დანიშნულების, სამყაროში მისი ადგილის (მიკროკოსმოსი დემოკრიტეს მიხედვით, “ღვთის ხატება და მსგავსება” ქრისტიანულანთროპოლოგიური სწავლებით, “ბუნების პირველი აზატი” გერდერის მიხედვით...), ადამიანის, როგორც დედამიწაზე ცოცხალ ორგანიზმთა იერარქიის უმაღლესი საფეხურის, მისი

ცხოველქმედების ყველა გამოვლინების (დაბადების, ზრდის, განვითარების, სიკვდილის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, ავადმყოფობის, რეპროდუქციის), ადამიანის, როგორც სოციალურ-ისტორიული და სულიერი მოღვაწეობის, კულტურის სუბიექტის, საყოველთაო იდეალური საწყისის მატარებლის შესახებ, არის მეცნიერების სხვადასხვა სფეროს – ბიოლოგიის, ფსიქოლოგიის, ფიზიოლოგიის, მედიცინის, პედაგოგიკის, რელიგიათმცოდნეობის, სოციოლოგიის, ფილოსოფიის, ეთიკის, ესთეტიკის, ხელოვნებათმცოდნეობის, თეოლოგიის, კულტუროლოგიის, ეთნოლოგიის, პალეონტოლოგიის, არქეოლოგიის, პოლიტოლოგიის, იურისპრუდენციის, პარაფსიქოლოგიის, ისტორიის, ისტორიოგრაფიის, ეკოლოგიის და ა. შ. – საგანი [Программа «Человек-наука-общество», 1992; А. Г. Спиркин, 1983; М. С. Уваров, 1997; Адам, архимандрит, 2001 (დ); ადამი, არქიმანდრიტი, 2005 (ა)].

ეს მეცნიერებები შეისწავლიან ანთროპოლოგიის ერთმანეთისაგან განსხვავებულ პრობლემატიკას, განსხვავებულ ასპექტებს, რითაც თავისი წვლილი შეაქვთ ადამიანის შესახებ საერთო ტრანსდისციპლინურ ცოდნაში. ამიტომაც ისინი მიეკუთვნებიან ანთროპოლოგიურ მეცნიერულ დარგებს. ასე რომ, საქმე გვაქვს ბიოლოგიურ და სამედიცინო (ანატომიურ, სასამართლო-სამედიცინო, ასაკობრივ, სპორტულ, რასობრივ, პალეონტოლოგიურ და ა. შ.), ფილოსოფიურ, რელიგიურ, სოციალურ, პოლიტიკურ, ეთიკურ, ქრისტიანულ, ეთნოლოგიურ, ეკოლოგიურ და ა. შ. ანთროპოლოგიასთან [А. Г. Спиркин, 1983; Б. А. Никитюк, 1987; ადამი, არქიმანდრიტი, 2005 (ა)].

გავიხსენოთ, რომ ანთროპოლოგია, როგორც მეცნიერება ადამიანის შესახებ, მეჩვიდმეტე საუკუნეში იქნა შემოთავაზებული როგორც რელიგიურ-ფილოსოფიური სწავლება ადამიანის სულიერ-ხორციელი ბუნების შესახებ. ამის შემდეგ ეს ტერმინი “ისესხა” ბიოლოგიამ და დაიწყო ადამიანის წარმოშობის პრობლემის დამუშავება დარვინიზმის პირდაპირი, ვულგარული გავლენით.

პროფესიონალიზმის პოზიციებიდან არაერთგვაროვნად შესაფასებელმა არქეოლოგიურმა გათხრებმა, რომელთა მიზანი ადამიანისა და მაიმუნების საერთო წინაპრების არსებობის დამადასტურებელი მასალის მოძიება იყო, განაპირობა ანთროპოლოგიური საზოგადოებების ჩამოყალიბება მეცხრამეტე საუკუნეში. მათი მიზანი – მოეხდინათ ჰომინიდების ისტორიის რეკონსტრუქცია – განუხორციელებელ უტოპიად შემორჩა ისტორიას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ადამიანის შესახებ ცოდნის მოპოვების კიდეც ერთი წყარო გახდა ეთნოლოგია. ამ დარგის მიერ მოპოვებული ძიების შედეგები დღესაც აქტუალურია სოციალური და პოლიტიკური ანთროპოლოგიისათვის [Encyclopedia of Social ..., 1998; C. Wieland, 1994].

დავუბრუნდეთ იმ ფაქტს, რომ მეჩვიდმეტე საუკუნეში ანთროპოლოგიის წარმოშობა მოულოდნელი მოვლენა როდი იყო. ანთროპოლოგია არც თეოლოგიური ცნობიერების ეპოქის შემდეგ გაბატონებული ანთროპომორფიზმისა და ჰუმანიზმის პროდუქტი გახლავთ. სწორედ ქრისტიანობა, პირველი საუკუნიდან მოყოლებული ასწავლიდა ჭეშმარიტებას ადამიანის სულიერი საწყისის შესახებ. განსაკუთრებულია მნიშვნელობა წმიდა პავლე მოციქულის ეპისტოლეებისა, რაც შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სათავე ქრისტიანული ანთროპოლოგიისა. აქედან მოყოლებული ქრისტიანული ღვთისმეტყველება მუდამ ეხებოდა ადამიანის ბუნების შედგენილობის, მისი სულის ნაწილების, მათი ფუნქციების, ნების, მეხსიერების, შემეცნებითი უნარის და ა. შ. საკითხებს, აინტერესებდა რა ადამიანის ამოუცნობი საიდუმლო, მისი სულიერი არსი, კავშირი სულიერ და ხორციელ საწყისებს შორის [გ. ქიქოძე, Н. Малиновский (протоиерей), 1911; ბიბლია, 1989; Б.П. Вышеславцев, 1990; Н.К Гаврюшин, 1990; А. И. Сидоров, 1996; Киприан (Керн), архимандрит, 1996; Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ, 1997; Адам, архимандрит, 2001 (დ); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

თუმცა ანთროპოლოგიას უფრო ღრმა ფესვებიც აქვს. ტერმინი “ანთროპოლოგია” ჯერ კიდევ ანტიკურ სამყაროში არსებობდა. სწორედ იმ დროში ჩამოყალიბებული მიდგომები განსაზღვრავს ძირითადად ანთროპოლოგიური დისკუსიების პრინციპულ საკითხებს ჩვენს დრომდე. ისინი გამოყოფდნენ ადამიანის ცხოველისაგან განმასხვავებელ ორ მთავარ ნიშანს: მეტყველების უნარსა (მოლაპარაკე არსება) და საზოგადოებრივი ცხოვრების უნარს (პოლიტიკური არსება). მართლაც ამ ორ ძირითად ფუნდამენტს ეყრდნობოდა ფილოსოფიური ანთროპოლოგია, თუმცა დღეს სწორედ ის გახდა დისკუსიების საგანი.

ახალი დროის დასაწყისში ჯერ კიდევ არ იდგა კითხვის ქვეშ პრობლემების ადამიანური პოზიციებიდან განხილვის აუცილებლობა. რა თქმა უნდა, მეცხრამეტე საუკუნეშიაც გრძელდებოდა დავა სხვადასხვა კონკრეტული სამეცნიერო დარგების (ბიოლოგიის, არქეოლოგიის, ეთნოგრაფიის) წარმომადგენლებს შორის იმის შესახებ, თუ რომელი მათგანს ეწოდებოდა ადამიანის თეორია, სამაგიეროდ ისინი არ დავობდნენ

ადამიანის შესახებ მეტაფიზიკური იდეის ირგვლივ, არამედ იბრძოდნენ უფლებისათვის სწორედ მას, და არა სხვა დისციპლინას მოეხდინა ამ იდეის რეპრეზენტაცია [Encyclopedia of Social ..., 1998].

ამკარაა, რომ ამ ფრონტზე კრიტიკოსები მხოლოდ კონკრეტულ განსაზღვრებებს წარმოადგენდნენ და ეს ყველაფერი მეტაფიზიკის სასარგებლოდ მუშაობდა: მეტაფიზიკა მოექცა პრივილეგირებული ტოტალიტარული დისკურსის როლში. ამიტომაც როცა საქმე ფილოსოფიურ ანთროპოლოგიამდე მივიდა, მაქს შელერმა ცნობილ ნაშრომში “ადამიანის მდგომარეობა კოსმოსში” მისი ამოცანა განსაზღვრა, როგორც ადამიანის ერთიანი სისტემური თეორიის შექმნა სხვადასხვა მეცნიერებების ცოდნის საფუძველზე [Л. А. Чухина, 1966; Адам, архимандрит, 2001 (д)].

რაც შეეხება ჩვენს იდეას ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის ცნების შემოტანის თაობაზე, ჩვენ მივისწრაფვით, რათა მთელი ანთროპოლოგიური (ბუნებათმეცნიერული, ჰუმანიტარული, ფილოსოფიური, თეოლოგიური, მხატვრული, პრაქტიკულ-ემპირიული) ცოდნის საფუძველზე შევქმნათ სრულიად ახალი განშტოება ადამიანის შესახებ სწავლებაში, რომლის ამოცანა იქნება არა მარტო “პასიური” – ელემენტური და ფილოსოფიური, არამედ “აქტიური” მეცნიერული (პირველ რიგში სამედიცინო-ბიოლოგიური) რეფლექსია, რომლის მეოხებითაც აიხსნება ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციათა არსი, და რომელიც შემეცნების ფორმად გამოიყენებს არა მარტო კრიტიკულ, არამედ ევრისტიკულ პრინციპსაც: გახდეს ადამიანის შესახებ ახალი ცოდნის წყარო [Адам, архимандрит, 2001 (д); . ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2005 (ა)].

ცხადია, ჩნდება კითხვა, თუ რატომ გახდა საჭირო ამ ახალი ანთროპოლოგიური კონცეფციის ჩამოყალიბება მაშინ, როდესაც უკვე არსებობს თვით ბიოეთიკა? ან რაშია ასეთი ღრმა ანთროპოლოგიზაციის არსი, მიზანი და საჭიროება?

ცნობილია, რომ მეცნიერების ამა თუ იმ დარგში კვლევითი ამოცანებისა და მეთოდური მიდგომების ანთროპოლოგიზაციის მოთხოვნილება შეიძლება გაჩნდეს ისეთი პრობლემური სიტუაციების გაჩენასთან დაკავშირებით, რომელთა ცენტრში დგას ადამიანი. მსგავსი რამ მოხდა მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში მედიცინასა და ბიოლოგიაში ბიოტექნოლოგიზაციის, უნიკალური ტექნიკური სიახლეების დანერგვის, თვისებრივად ახალი მეცნიერული აღმოჩენების, აქამდე არარსებული მიმართულებების ჩამოყალიბების, კლინიკური მედიცინის დარგების უდიდესი მიღწევების, შიდსისა და აივ-ინფექციის, ჰეპატიტების, ნარკომანიის, სქესობრივი ცხოვრების არატრადიციული სახეების

გავრცელების შედეგად [L. R. Kass, 1993; Л. В. Коновалова, 1997; P. Angelos, 1999; F. M. Kamm, 1999; R. Cohen-Almagor, 2000(a); B. M Dickens, 2000; P. J. Riga, 2000; J. Suaudeau, 2001(a); Ю. И. Кундиев, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

აღწერილი სიტუაციური სურათი, რომელიც ბიომედიცინის სფეროში შეიქმნა, გახდა ახალი აზროვნების აღმოცენების, გასული საუკუნის ბოლო მესამედში წარმოშობილი სულიერ-ზნეობრივი, ეთიკური და ზოგადსაკაცობრიო დილემების ხელახალი მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური გააზრების საჭიროების მიზეზი. გაფართოვდა სამედიცინო ეთიკის ცნება [E. Pellegrino, 1990; Адам, архимандрит, 2002, 2003, 2010]. მან მოიცვა ფილოსოფიურ-ეთიკური, ტრადიციულ-ჰუმანისტური, ისტორიულ-რელიგიური ხასიათის დისკურსი და რეფლექსია და ა. შ. და ა. შ.

ასეთია ბიოეთიკის გენეზისის საერთო გეგმა (ამ საკითხისადმი მიძღვნილი წინამდებარე მონოგრაფიული ნაშრომის პირველი თავი).

როგორც დავინახეთ, ბიოეთიკის აღმოცენება არ აღმოჩნდა ანთროპოლოგიზაციის პროცესის დასასრული. ბიოეთიკა დეფინიცირებულ იქნა, როგორც “მომავლის ხიდი” [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; J. Suaudeau, 2001(a)], “ბიოლოგიური ცოდნისა და ადამიანური ღირებულებების შეერთება” [А.Я. Иванюшкин и др., 1989], ინტერდისციპლინური მეცნიერება, რომელიც მოწოდებულია ახსნას ადამიანის ბუნება “დინამიკურ ხარისხში” [K. Vaux, 1974], “ბიოლოგიის საუკუნის” შესაბამისი ახალი მსოფლმხედველობა, “ახალი კულტურა” [D. Callahan, 1973], “სამედიცინო ეთიკის ისეთი დონე, როცა მის საგანში გამოხატულია მედიცინისა და გამოყენებითი ბიოლოგიის ახალი ზნეობრივი პრობლემები... როცა მათ გადაწყვეტაზე გარდუვალადაა დამოკიდებული ჰუმანიზმის ბედი” [А. Я. Иванюшкин и др., 1989].

ამავე დროს მისი განსაზღვრა შეიძლება როგორც ახალი ანთროპოლოგიური მეცნიერებისა, მით უმეტეს, რომ ბიოეთიკა არსებული პრობლემების გადაწყვეტის გზაზე საჭიროებს ადამიანის შესახებ არსებული მთელი ტრანსდისციპლინური ცოდნის ინტერპრეტაციას [Адам, архимандрит, 2002].

ამ პარაგრაფში წარმოდგენილი მთელი დისკურსის საფუძველზე ჩვენ მიზანშეწონილად და მართებულად მიგვაჩნია შემოვიტანოთ ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის, როგორც ახალი ანთროპოლოგიური მეცნიერული დისციპლინის, ცნება.

რა თქმა უნდა, ვითვალისწინებთ იმასაც, რომ ბევრს

გაუჩნდება ეჭვი არა მარტო ახალი დარგის – ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის – კონცეფციის მიზანშეწონილობისა და მართებულობის, არამედ მისი საჭიროების შესახებაც.

და აი, რატომ: თვით ბიოეთიკა წარმოადგენს ახალ დარგს; მიუხედავად ამისა, იგი უკვე ბადებს ანთროპოლოგიური მეცნიერების ახალ განშტოებას. ცნობილია, რომ ბიოეთიკის ჩამოყალიბება ხდებოდა თანამედროვე მედიცინისა და ბიოლოგიის ტრადიციულ ჰუმანისტურ აზროვნებასთან შესაყარზე. მისი ყველა პრობლემის გადაწყვეტა დაკავშირებულია პიროვნების (დონორის, მომკვდავი ადამიანის, ემბრიონისა და ნაყოფის, უბრალოდ პაციენტის) მოქალაქეობრივი უფლებების დაცვასა და გარანტიებთან. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ პიროვნების მოქალაქეობრივი უფლებების კატეგორია ხდება თანამედროვე კაცობრიობის ცნობიერების ერთგვარი “ღერძი”, შესაძლებელია და კიდევ უნდა მოველოდეთ, რომ ბიოეთიკური პრობლემატიკის გადაწყვეტა უპირატესად და უმეტესად სამართლებრივ სფეროში გადაინაცვლებს ისევე, როგორც ეს უკვე ხდება ბევრ შემთხვევაში [E. Pellegrino, 1990; A. П Зильбер, 1998, 1998 (a); M. де Гилленшмидт, 1999; P. Angelos, 1999; გ. ჯავაშვილი გ. კიკნაძე, 2001, 2001 (ა); გ. ჯავაშვილი და სხვ., 2001; Адам, архимандрит, 2001 (д)].

სამეცნიერო პროგრამების ბიოეთიკური ნაწილის ამოცანები უპირატესად საკანონმდებლო (სამართლებრივი) და ორგანიზაციული (ინსტიტუციონალიზაციის მიმართულებით) მოღვაწეობითაა განსაზღვრული [Мы и биоэтика, 1990, 1991; Программа «Человек-наука-общество», 1992;].

ასეთივე სიტუაცია აღინიშნება სხვადასხვა პუბლიკაციების, ბიოეთიკური კომისიებისა და საბჭოების გადაწყვეტილებების, დებულებების განხილვისას: აქცენტი ყველგან კეთდება პრაქტიკულ მოღვაწეობაზე; ბიოეთიკა გაგებულია როგორც სამედიცინო ეთიკის მხოლოდ სახესხვაობა, როგორც ვიწრო სპეციალიზაციის გამოყენებითი დარგი [E. Pellegrino, 1990; Введение в биоэтику, 1998; Б. Г. Юдин, 1998].

შექმნილ მდგომარეობაში ბიოეთიკა, როგორც სამეცნიერო დისციპლინა, შეიძლება დაზარალდეს. შემოგვაქვს რა ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის ცნება, ჩვენ კიდევ ერთხელ ვუსვამთ ხაზს ბიოეთიკის სამეცნიერო-კვლევით ბუნებას.

ანთროპოლოგიზაცია გულისხმობს კვლევის ცენტრში ადამიანის დაყენებას, დილემის გადაწყვეტას ადამიანის პოზიციიდან. თუმცა ბიოეთიკა თავად წარმოიშვა იმ პრობლემურ სიტუაციებთან დაკავშირებით, რომელთა ცენტრში დგას ადამიანი. ასეთ ვითარებაში ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის

ცნების შემოღება ემსახურება ადამიანის ორბუნებოვნების ყველა გამოვლინების, მისი სულიერი საწყისის, პიროვნების სტრუქტურის, მეტაფსიქოლოგიური დონეების ყოველმხრივი მეცნიერული შესწავლის მეთოდოლოგიის გამომუშავებას. ბიოეთიკურმა ანთროპოლოგიამ თავის თავში უნდა მოიცვას მთელი ინტეგრირებული ცოდნა ადამიანის შესახებ, გამოიმუშავოს შესასწავლი საკითხების ანალიზის თვისობრივად ახალი მეთოდოლოგია, მეცნიერულად დაგეგმოს და განსაზღვროს მომავალი გამოკვლევების სტრატეგია [Адам, архимандрит, 2001 (დ)].

გვერდი არ უნდა ავუაროთ იმ გარემოებას, რომ ასოციაციურად ჩნდება ანალოგია ფილოსოფიურ ანთროპოლოგიასთან. ამასთან დაკავშირებით უნდა ითქვას, რომ ფილოსოფიური ანთროპოლოგია არის სწავლება ადამიანის არსისა და ბუნების შესახებ, რომელიც გადაამუშავებს და იყენებს ყველა ანთროპოლოგიური დარგის მრავალფეროვან მონაცემებს, ხელახლა გაიაზრებს მათ და აძლევს თავისებურ (ფილოსოფიურ) ინტერპრეტაციას, მაგრამ მას არ ძალუძს შეცვალოს ბიოეთიკური ანთროპოლოგია იმის გამო, რომ არ ფლობს მთლიანი ადამიანის, ბიოლოგიური არსებისა და პიროვნების სტრუქტურისა და ორგანიზაციის ყველა დონის კვლევის მეთოდოლოგიას იმ მასშტაბითა და ხარისხით, რაც გააჩნია ბუნებათმეცნიერულ კვლევას (ჰუმანიტარულთან, თეოლოგიურთან და ა. შ. ინტეგრირებულად) და რომელიც აუცილებელია თანამედროვე მედიცინასა და ბიოლოგიაში არსებული მრავალ პრობლემურ სიტუაციათაგან თითოეულის არსის ჩაწვდომისათვის. სხვა ანთროპოლოგიური ცოდნის დარგებს უფრო ვიწრო სპეციალიზაციის გამო მსგავსი პრეტენზიები არც კი შეიძლება გააჩნდეთ [Адам, архимандрит, 2001 (დ)].

ადამიანი, როგორც კვლევის ობიექტი, იმდენად რთულია, რომ დღევანდელი ტრანსდისციპლინური კვლევა წარმოადგენს ადამიანის ბუნებათმეცნიერული, სოციალური, თეოლოგიური, კულტუროლოგიური, ფილოსოფიური და სხვა ანთროპოლოგიური შემეცნების მოტივების მხოლოდ გარკვეულ “თანაარსებობას” [А. Г. Спиркин, 1983; Программа «Человек-наука-общество», 1992; Адам, архимандрит, 2001 (დ); В. В. Парцвания, 2001; В. Ю. Сухачев, 2001].

საგანგებო ყურადღებას იმსახურებს ადამიანის შემეცნების პრობლემის მთლიანობაში აღქმა. ბუნებათმეცნიერებათა ჰუმანიზაცია, მოსაზღვრე დისციპლინების გაჩენა (სოციობიოლოგია, ეკოლოგიური ეთიკა, ბიოპოლიტიკა და ა. შ.) და მათი შეიარაღება როგორც ბუნებათმეცნიერული,

ისე ჰუმანიტარული გნოსეოლოგიური პრინციპებით, არის საფუძველი ანთროპოლოგიის ახალი მიმართულებების გაჩენისა ბიოლოგიისა და მედიცინის ჰუმანიტარულ მეცნიერებებსა და ღვთისმეტყველებასთან შესაყარზე ამ სინთეზის ფილოსოფიური გააზრების გზით. [H. T. Engelhardt, 2000, 2011 (a); Адам, архимандрит, 2001 (д); J. Breck, L. Breck, 2005; Antony Iljin, Fr, 2008; A.S.Iltis , 2011; C. Tollefsen, 2011].

ქვემოთ გთავაზობთ ჩვენი ანალიზისა და ძიების შედეგს – ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის დარგში მეცნიერული კვლევის ძირითად პერსპექტიულ მიმართულებათა ჩამონათვალს:

- ადამიანის, მისი ღირსებისა და ადამიანის პიროვნების თვითღირებულების პრიორიტეტის კონცეფცია გლობალისტიკაში, როგორც ცივილიზაციის კრიტერიუმი და პროგრესის საზომი;
- ბუნებათმეცნიერული, ჰუმანიტარული, ფილოსოფიური, თეოლოგიური, მხატვრული და პრაქტიკულ-ემპირიული ცოდნის ინტეგრაცია და ტრანსდისციპლინური კვლევის მეთოდოლოგიის შემუშავება;
- ადამიანის ჩასახვის პრობლემა, როგორც ადამიანური ინდივიდუუმის სიცოცხლის დასაწყისი;
- პრენატალური პერიოდისა და ორსულობის ფსიქოლოგია, ფსიქოფიზიოლოგია და პედაგოგიკის ფიზიოლოგია: მუცლად ყოფნის პერიოდის ბავშვობა და პრენატალური დედობა;
- ადამიანის დაბადება, როგორც ბიოსამედიცინო, ფსიქოლოგიური, ფილოსოფიური, ბიოეთიკური, სოციალური, ეთნოლოგიური, საღვთისმეტყველო, რელიგიური და მისტიკური ფენომენი;
- ადამიანის ორგანიზმის (ბიოლოგიური სისტემის) ტელეოლოგიური მიზანშეწონილობისა და დეტერმინაციის პრობლემები;
- ადამიანის სიცოცხლის, ცხოვრების, ზრდისა და განვითარების ბუნებრივი და ბიოლოგიური ფაქტორები;
- ადამიანის ორგანიზმის ცხოველქმედება ნორმისა და პათოლოგიის პირობებში, როგორც სიცოცხლის ორი მდგომარეობა;
- ავადმყოფობის აქსიოლოგიური არსი;
- სიკვდილის ყველა გამოვლინების (ბიოლოგიური, კლინიკური, სულიერი, პრენატალური სიკვდილი, თანატოგენეზის სტადიები) ტრანსდისციპლინური

კონცეფციები;

- გენეტიკის, გენომიკის, პროტეომიკისა და ბიოინფორმატიკის ბიოეთიკა;
- პიროვნების ბიოეთიკურ-ანთროპოლოგიური სოციოლოგია (სოციოკულტურული ტრადიციები, ეროვნული თვითშეგნება, მოქალაქეობრივი პასუხისმგებლობა, რელიგიური ცნობიერება, ოჯახური ურთიერთობები);
- ადამიანის მთლიანი პიროვნების ფსიქოლოგია და მეტაფსიქოლოგია და თეოლოგია (ქრისტიანული და ბიოეთიკური ანთროპოლოგია);
- ტრანსდისციპლინური სწავლება ადამიანის ორსუბსტანციურ ბუნებაში სულიერი საწყისის შესახებ;
- ადამიანი კულტურულ სივრცეში: ტრადიციები, შემოქმედება, ეთნონაციონალური კომპონენტი, პოლიტიკური კულტურა, სხეულებრიობის ფილოსოფია, ჰუმანისტური მოღვაწეობა;
- ადამიანისა და სოციალური ანტიჰუმანური მოღვაწეობისა და დევნიაციური ქცევის წარმოშობის კანონზომიერებები და პირობები [Адам, архимандрит, 2001 (д)].

ანთროპოლოგიური პრობლემის წარმოდგენილი მიმართულებებით დამუშავებისა და მის მეტაფიზიკურ სიღრმეებში წვდომის დონე დღევანდელ კულტურულ რეალიაში უფლებას გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ ბიოეთიკური ანთროპოლოგია წარმატებებს მოიპოვებს სხვადასხვა ანთროპოლოგიურ სწავლებებთან ერთად და ხელს შეუწყობს მეცნიერებაში ადამიანის ღმერთთან ერთიანობის იდეის დამკვიდრებას [Адам, архимандрит, 2001 (д); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ამრიგად, ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის ცნების შემოტანის მიზანი ადამიანის შესახებ სწავლებების სისტემაში არის ადამიანის, როგორც ტრანსდისციპლინური ფენომენის, გააზრება და კვლევა, უპირველეს ყოვლისა, ადამიანის სამყაროსა და შემოქმედთან მიმართებისა და ერთიანობის განმსაზღვრელი კანონზომიერებების დადგენის მიზნით, რაც წარმოადგენს ფუნდამენტურ პრინციპს დღევანდელი ბიოსამედიცინო რეალიის სულიერ-ზნეობრივი პრობლემების, დილემების, კოლიზიებისა და პარადოქსების ანალიზისა და დაძლევის პროცესებში.

თავი მეხუთე

ბიოეთიკური პრობლემები და დილემები
მსოფლიო საზოგადოებრიობის
განვითარების თანამედროვე ეტაპზე

5.1. თანამედროვე ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების ქარაქტეროლოგია	234
5.1.1. ქირურგიული მეცნიერებისა და პრაქტიკის განვითარების თანამედროვე ეტაპი და ბიოეთიკა	234
5.1.2. ტრანსპლანტოლოგიის ბიოეთიკა: პოსტმოდერ- ნისტული დისკურსი და ქრისტიანული ასპექტები	243
5.1.3. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების ისტორია და დღევანდელობა ბიოეთიკის ფუნდამენტური პრინციპების შუქზე	259
5.1.4. ადამიანის მუცლადყოფნის პერიოდი ბიოეთიკურ რეალიაში	266
5.1.5. პრენატალური და პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა: პოზიციის ეთიკური არგუმენტაცია	277
5.1.6. ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების ნამდვილი და მითოსური სახეები	284
5.1.7. "სუროგატული დედობის" სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები	290
5.1.8. ევთანაზიის ბიოეთიკური არსი	296

5.1.9. ექიმისა და საზოგადოების დამოკიდებულება ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მიმართ, როგორც ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაცია	301
5.1.10. ბიოეთიკა და საქმიანი ეთიკა: ურთიერთ– მიმართება ბიომედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროებში	308
5.2. ბიომედიცინის მოსაზღვრე არეალებში არსებული ბიოეთიკური პრობლემები	316
5.2.1. წამება, როგორც ტრანსდისციპლინური ცნება და ბიოეთიკური კატეგორია, აზროვნების სეკულარიზებულ და საკრალურ განზომილებებში	316
5.2.2. სქესობრივი აღზრდის ბიოეთიკური კონცეფციის საფუძვლები	322
5.2.3. ძალადობის პრევენცია ბავშვთა და მოზარდთა შორის: ეკლესიური ცნობიერებისა და აღზრდის როლის ბიოეთიკური არგუმენტაცია	332
5.2.4. ბიოეთიკა და ბიოუსაფრთხოება	337
5.2.5. ტრადიციული და არატრადიციული ოჯახური პარადიგმა	343

ადამიანთა მოდგმის წინაშე მთელი მისი ისტორიული არსებობის მანძილზე მუდამ იდგა დილემა, თუ რა შეიძლება იყოს ზნეობრივად მისაღები ადამიანებისათვის და რა არა. თანამედროვე სამყაროში (ჩვენს კვლევაში – ბიომედიცინის რეალიაში) იგი შეცვლილ ჟღერადობას იძენს: ყველაფერი, რისი განხორციელებაც შესაძლებელია ტექნიკურად, მისაღებია თუ არა ეთიკურად? ეს კითხვა ჩვენ წინაშე დაისმის ყოველთვის, როცა ხდება ესა თუ ის მეცნიერული აღმოჩენა, უფრო მეტად კი – როცა დგება საკითხი ამა თუ იმ მეცნიერული ნოვაციის პრაქტიკაში დანერგვის შესახებ.

დღეს ეს დილემა აქტუალურია ისე, როგორც არასდროს, რადგან ადამიანი დაეუფლა ცოცხალი მატერიის – გენომის, უჯრედის ორგანოების, თვით უჯრედის, ქსოვილის, ჩანასახის და ა.შ. – არსებობისა და განვითარების პროცესში ჩარევის მექანიზმებსა და საშუალებებს. და ეს მარტოოდენ ადამიანს როდი ეხება: გაჩნდა საშიშროება მთელი ბუნების, მცენარეთა და ცხოველთა სამყაროს კლონირებისა, რასაც კატასტროფული ფინალი შეიძლება მოჰყვეს [Ю. П. Алтухов, 2001; Церковно-общественный Совет, 2001(a); G. Hottois, 1998; Адам, архимандрит, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ჩვენი მონოგრაფიის წინამდებარე თავში ვიკვლევთ როგორც ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სფეროში, ასევე მათ საზღვრებს გარეთ არსებულ (ან მოსაზღვრე) კონკრეტულ ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციებს.

შევეცადეთ, ჩაწვდომოდით მათ არსს ბიოეთიკური ანთროპოლოგიური კვლევის პრინციპების, ტრადიციულ-ისტორიული, ეროვნული, რელიგიური, საკაცობრიო ღირებულებებისა და ძირითადი ბიოეთიკური კატეგორიების გათვალისწინებით. ამ ფონზე გავიაზრეთ ბიოეთიკის პრევენციული ფუნქცია თანამედროვეობის გლობალურ პრობლემებთან მიმართებაში და შევაფასეთ ფუნდამენტურ ბიოეთიკაში სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლგაგებათა ინტეგრაციის შესაძლებლობანი.

5.1. თანამედროვე ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების ქარაქტეროლოგია

სამედიცინო ეთიკური დილემები არასოდეს ყოფილა ისე ცვალებადი, ძნელად გადასაწყვეტი და არაერთგვაროვნად ინტერპრეტირებული, როგორც ეს მედიცინისა და ბიოლოგიის განვითარების დღევანდელ ისტორიულ ეტაპზეა.

ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციები, რომლებსაც ჩვენ ამ თავში გავაანალიზებთ, სპეციალურად შერჩეული როდია. ვთვლით, რომ თანაბარი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს ყველა ბიოეთიკურ დილემასა და კოლიზიას, რადგან ყოველი მათგანის ცენტრში კონკრეტული ადამიანი, ადამიანთა ჯგუფი ან მთელი საზოგადოება და კაცობრიობაც კი დგას. წარმოდგენილი ბიოეთიკური სიტუაციები თუკი რაიმეთი გამოირჩევიან, მხოლოდ იმით, რომ ისინი მჭიდროდ არიან გადაჯაჭვულნი ავტორის მოღვაწეობასთან საეკლესიო და საერო ჯანდაცვის სფეროში, მის სამედიცინო-კლინიკურ და მეცნიერულ საქმიანობასა და ცხოვრებისეულ გამოცდილებასთან.

5.1.1. ქირურგიული მეცნიერებისა და პრაქტიკის განვითარების თანამედროვე ეტაპი და ბიოეთიკა

ამ პარაგრაფში წარმოვადგენთ ჩატარებული მეცნიერული კვლევის იმ ნაწილს, რომლის მიზანი გახლავთ (1) თანამედროვე ქირურგიის მიღწევების, მისი ტექნოლოგიური, ინტელექტუალური მდგომარეობის გლობალური ბიოეთიკური გააზრებისა და (2) ქირურგიაში მოღვაწე სპეციალისტებისათვის ბიოეთიკურ საკითხებში კომპეტენტურობის აუცილებლობის დემონსტრირება.

კვლევის მეთოდოლოგია ეფუძნება ქირურგიული მედიცინის ძირითადი, ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების განმავლობაში კრიტერიუმების ანალიზს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001(ბ); Адам, архимандрит, 2001(з)]. ეს კრიტერიუმებია:

ა) ქირურგიის, როგორც განსაკუთრებული ტიპის სამედიცინო დარგის, მაღალი სამეცნიერო-ინტელექტუალური, სამედიცინო, ტექნოლოგიური, ტექნიკური, შრომითი და ფილოსოფიურ-ეთიკური პოტენციალი [F. D. Moore, 1988];

ბ) კლინიკური სიტუაციების ობიექტივიზაციის სიმწელები, რაც შესაფასებელი კრიტერიუმების სუბიექტურობითაა (რისკი, “ადამიანური ფაქტორი”, ხელოვნების ელემენტების არსებობა ქირურგიაში და სხვ.) დეტერმინირებული [Н. М. Амосов, 1976; И. С. Сук, 1984; ფ. უგლოვი, 1985; რ. ქუმსიაშვილი, 1989; С. Я. Долецкий, 1992; L. Andrews, et al., 1997];

გ) ნოვაციათა იმპლანტაციის მაღალი სიხშირე და სისწრაფე: დროის საკმარისი ინტერვალი არამარტო ახალი სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო მეთოდების, არამედ ახალი დამოუკიდებელი სპეციალობების გენეზისისთვისაც კი განვითარების თანამედროვე ეტაპზე სულ რამდენიმე წლით განისაზღვრება [В. И. Бураковский, 1988; P. Angelos, 1999];

დ) ქირურგიის *sine qua non* თანაარსებობის თავისებურებები სხვა (მომიჯნავე, დამხმარე, ტექნიკურ და ა. შ.) დარგებსა და სპეციალობებთან [В. И. Бураковский, 1988; С. Я. Долецкий, 1992; P. Angelos, 1999];

ე) ქირურგიული განათლების, პროფესიონალთა მომზადებისა და აღზრდის პრობლემატიკის მულტიასპექტურობა (სოციალური, ფსიქოლოგიური, ეთიკურ-მორალური, ეკონომიკური, კლინიკური და ა. შ.) [И. С. Сук, 1984; M. J. Newton, 1986; В. И. Бураковский, 1988; რ. ქუმსიაშვილი, 1989; M. T. Downing, et al., 1997; P. Angelos, 1999].

ჩვენი კვლევის შედეგები იმ ბიოეთიკურ დილემათა, პრობლემათა, პარადოქსთა და კოლიზიათა გამოვლინებაა, რომელთა შესწავლა, ინტერპრეტაცია და დამლევა აუცილებელი პირობაა არა მარტო ქირურგიული მეცნიერებისა და პრაქტიკის განვითარებისათვის, არამედ საზოგადოდ სამედიცინო-ბიოლოგიური და სხვა გლობალური კრიზისული მოვლენების პრევენციისთვისაც [Адам, архимандрит, 2001(3)].

ქირურგიული მეცნიერებისა და პრაქტიკის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე გამოვეყოფთ შემდეგ ბიოეთიკურ საკითხებს:

- I. ტრანსპლანტოლოგიის ბიოეთიკური სურათები;
 - II. კარდიოქირურგია ძირითად ბიოეთიკურ კატეგორიათა შუქზე;
 - III. ტრანსსექსუალური ქირურგიის ბიოეთიკური ქარაქტეროლოგია;
 - IV. პლასტიკური და ესთეტიკური ქირურგიის ბიოეთიკური ასპექტები;
 - V. უსისხლო ქირურგიის ეთიკური საკითხები.
- ამათგან პირველ ორს ცალკე პარაგრაფები დავუთმეთ

(იხ. ქვემოთ – პარაგრაფები 5. 1. 2. და 5. 1. 3.) და ამდენად მათ აქ არ განვიხილავთ. შესაბამისად, ამჯერად ტრანსსექსუალური ქირურგიის ბიოეთიკურ დახასიათებას შევუდგებით.

ქირურგია, ისევე როგორც მთელი მედიცინა, კაცობრიობის შემოქმედებითი მოღვაწეობის ნაწილია და ამდენად დაკავშირებულია აუცილებლობის გადალახვასა და ბუნებრივი და სოციალური იძულებისაგან განთავისუფლებასთან. ამიტომაც იგი, ბევრ შემთხვევაში, თუკი არ იქნა შეზღუდული იდეალური, ღვთაებრივი ან ზნეობრივი ნორმებით, შეიძლება გადავიდეს ადამიანის თვითნებობაზე დაფუძნებული შემოქმედების სახეობაში, რისი რადიკალური ექსპრესია მოხდა კიდევ ტრანსსექსუალურ ქირურგიაში [Адам, архимандрит, 2001(3)].

მივიჩნევთ, რომ ამ დარგში არსებობს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის პრინციპის დარღვევის შესაძლებლობები, რადგან სამედიცინო განათლების არმქონე პირისათვის (როგორც პაციენტის, ისე მისი ახლობლებისა და, საერთოდ, მთელი საზოგადოებისათვის) ძნელია გარკვევა, თუ რა სამედიცინო-ბიოლოგიური საფუძველი აქვს ამგვარ რთულ ქირურგიულ ტრანსფორმაციულ ჩარევას [J. Eldh, 1997; Kim Minhee, 1998; Адам, архимандрит, 2001(3); A. Lawrence, 2012].

ჯერ კიდევ გასული საუკუნის ბოლო ათწლეულის დასაწყისში, ტრანსსექსუალიზმის გამოვლინებანი განიხილებოდა, როგორც სქესობრივი გაუკუღმართება და თანდაყოლილი ჰომოსექსუალიზმის ყველაზე მკვეთრად გამოხატული კონსტიტუციური („ბირთვული“) ჯგუფი. ჯანმოს ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვამ იგი სქესობრივი იდენტიფიკაციის დარღვევებს მიაკუთვნა.

დღეისათვის ტრანსსექსუალიზმი განმარტებულია, როგორც პიროვნების პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლის არსი ბიოლოგიური (ანატომიური) და სამოქალაქო სქესობრივი კუთვნილების პოლარულ განსხვავებაში მდგომარეობს ფსიქიკურ სქესობრივ კუთვნილებასთან მიმართებაში. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დარღვეულია სქესობრივი თვითიდენტიფიკაცია: პიროვნება დარწმუნებულია იმაში, რომ არსებობს შეუსაბამობა მის „ჭეშმარიტ“ სქესსა და მისსავე სასქესო ორგანოებს შორის, ე. ი. იმაშია შინაგანად დარწმუნებული, რომ იგი საპირისპირო სქესს მიეკუთვნება.

ტრანსსექსუალიზმის არსებული დეფინიციების თანახმად, ამ დროს (1) არ არსებობს ფსიქოზური სიმპტომატიკა, (2) დამახასიათებელია საკუთარი ბუნებრივი სასქესო ნიშნების სიძულვილი და ზიზღი, (3) მისწრაფება ასიმილირდეს

საპირისპირო სქესის წარმომადგენელთა საზოგადოებაში, (4) სხეულებრივი სქესის ტრანსფორმაციის დაჟინებული მოთხოვნა.

ტრანსსექსუალიზმი ითვლება თანდაყოლილ პათოლოგიურ მდგომარეობად, რომელიც, მრავალი ავტორის აზრით, ყალიბდება მუცლადყოფნის ადრეულ ეტაპზე, ხოლო გამომჟღავნდება ადრეული ასაკიდან მოყოლებული სხავდასხვა ასაკში.

ცხადია, რომ პიროვნების ანატომიური სქესი მისი ჭეშმარიტი სქესობრივი კუთვნილებაა. ამიტომაც ტრანსსექსუალიზმის მძიმე პათოლოგიით შეპყრობილი კონკრეტული პიროვნების მიერ არჩეული სქესის აღიარება ნამდვილად სქესობრივ კუთვნილებად ჩვენ არ შეგვიძლია.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ტრანსსექსუალური ქირურგია უნდა განვიხილოთ, როგორც შესაძლებლობა, რომელიც მედიცინამ მისცა ფაქტობრივად შემოქმედის წინააღმდეგ განწყობილ ადამიანებს, რომლებიც უარს ამბობენ მის განგებულებაზე – იმ სქესობრივ კუთვნილებაზე, რომელიც მათ ღმერთმა უწყალობა [Адам, архимандрит, 2001(3)].

პროგნოზულად ტრანსსექსუალიზაციის შედეგი შეიძლება იყოს მხოლოდ დამღუპველი გავლენა პიროვნების განვითარებაზე: ფსიქოლოგიურ პრობლემათა გაღრმავება და გამოუვალი შინაგანი კრიზისული მდგომარეობის ჩამოყალიბება.

პრობლემის ბიოეთიკური ანალიზისას გასათვალისწინებელია ამ პაციენტთა მძიმე სულიერი და ფსიქოლოგიური მდგომარეობაც [O. Bodlund, G. Kullgren, 1996; P. T. Cohen-Kettenis, S. H. M. van Goozen, 1997]. წარმოადგენს რა პერსპექტიული ქირურგიული “მეტამორფოზა” ტრანსსექსუალის დაჟინებული სურვილის რეალიზაციის, სოციალური და ფსიქოლოგიური ადაპტაციის, მათი აზრით, ერთადერთ შანსს, ისინი ადვილად თანხმდებიან ამგვარ ოპერაციებზე [B. M. Маслов и др., 1983; S. Bradley, K.J. Zucker, 1997; С. Шерман, 1999; Б. В. Марков, 2000; Адам, архимандрит, 2001(3); A. Lawrence, 2012].

ამავდროულად მხედველობაშია მისაღები მათი ფსიქოლოგიური, ფსიქოსოციალური და ფსიქოთერაპიული დახმარების უპერსპექტივობაც: ლიტერატურაში ჩვენ ვერ შევხვდით იმგვარ შემთხვევათა აღწერის ფაქტებს, რომლებიც დაადასტურებენ, რომ ტრანსსექსუალებს ეცვლებათ აზრი – შინაგანი დარწმუნებულობა საკუთარი სხეულის სქესობრივი ტრანსფორმაციის აუცილებლობაში [Адам, архимандрит, 2001(3)].

ბიოეთიკური კვლევისას ერთობ მნიშვნელოვანია განიმარტოს ქირურგიული მეცნიერებისა და პრაქტიკის აღნიშნული დარგის

არსის მითოსურობა. ბიოლოგიური თვალსაზრისით ეს არ არის ჭეშმარიტი ტრანსსექსუალიზაცია. ე. წ. “სქესის შეცვლა” რეალურად მხოლოდ ზოგიერთი გარეგნული, სექსუალურობის „განმსაზღვრელი“ ნიშნის ოდენ საეჭვო ფორმალურ შეცვლაში მდგომარეობს: (ა). ასოს, სათესლე ჯირკვლების, საშვილოსნოს, სარძევე ჯირკვლების მოკვეთა-ამოკვეთა; (ბ). “სასქესო ასოს” შექმნა კანის, კუნთის პლასტიკის გზით, კლიტორის, თითის, პროტეზის, ხოლო “ქალის გენიტალიებისა” – ასოს კანის, სათესლე პარკის, ნაწლავის სეგმენტის გამოყენებით.

პაციენტები ტრანსსექსუალური ოპერაციების შემდეგაც საჭიროებენ აუცილებელ ჰორმონოთერაპიას, ხშირად – ევილაციას, ხმოვან იოგებზე ოპერაციასაც კი და მრავალფეროვან სხვა „სარეაბილიტაციო“ პროცედურას.

ამგვარად, მიიღწევა მხოლოდ ტრანსსექსუალიზაციის ილუზია, რადგან, ცხადია, ახალი სქესის რეპროდუქციული ფუნქცია კი არ ყალიბდება და ამოქმედდება, არამედ, პირიქით, ამგვარი ტრანსსექსუალიზაცია ოპერაციამდე არსებული რეპროდუქციული ფუნქციის ჩახშობას განაპირობებს [B. M. Маслов и др., 1983; C. Шерман, 1999; J. Eldh, 1997; Rehman, al., 1999; Адам, архимандрит, 2001(з)].

მრავალ სირთულესთანაა დაკავშირებული ოპერაციის შემდგომი სოციალური ადაპტაცია და რეაბილიტაცია. ცნობილია, რომ ტრანსსექსუალური ოპერაციული და თერაპიული ჩარევების შედეგად მცირდება პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა. ეს არგუმენტი ხშირად მიჩქმალულია დისკუსიებში, რომლებიც ტრანსსექსუალური ქირურგიის შეფასებას ეძღვნება [Адам, архимандрит, 2001(з)].

მსგავსი ქირურგიული ქმედების ზოგიერთი კომპონენტის განხორციელება მიზანშეწონილია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა იგი სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიის გამო არასწორი სქესობრივი იდენტიფიკაციის მკურნალობას ეხება, მაგრამ არა როგორც სექსოპათოლოგიური ან სექტანტურ-რელიგიური ორიენტაციის მხარდამჭერი აქტი [J. Suaudeau, 2001(a)].

და გადავდივართ შემდეგ საკითხზე.

პლასტიკური და ესთეტიკური ქირურგიის ბიოეთიკური ასპექტების განხილვისას აუცილებლად მიგვაჩნია იმ ფაქტის კონსტატირება, რომ ეს დარგი ფლობს უეჭველ ბიოეთიკურ პრიორიტეტს, ისახავს რა მიზნად თანდაყოლილი ან შეძენილი დეფექტების (სიმახინჯეების) კორექციას, დაკარგული ფუნქციის, შრომის უნარის აღდგენას [T. M. de Chalain, 1997].

თუმცა ამავე დროს იგი იქცა მრავალრიცხოვანი კლიენტების ეგოისტური, ამპარტავნული, სექსუალური, კარიერისტული და სხვა ფანტაზიებისა და სურვილების დასაკმაყოფილებელ საშუალებად მათი სხეულების სხვადასხვა ნაწილების ფორმისა და ზომის შეცვლის გზით.

ამგვარად გარდაიქმნა მედიცინის ეს დარგი „ქირურგიული ბოდი-ბიულდინგის“ ხელოვნებად, ანუ „ქირურგიულ ბოდი-არტად“ (ხშირად მას „ფაუსტურ ქირურგიულ ალქიმიასაც“ უწოდებენ), რომელსაც ასაზრდოებს როგორც მედიცინის წარმომადგენელთა ფინანსურ-ეკონომიკური ინტერესები, ისე თანამედროვე ადამიანის დარღვეული სულიერ-ზნეობრივი ორიენტაცია [O. C. Cyborova, 1997; Б. В. Марков, 2000; J. Suaudeau, 2001(a); ადამი, არქიმანდრიტი, 2005 (ბ)].

ქირურგიული საქმიანობის ამ მიმართულების თავისებურება ისიცაა, რომ ოპერაციულ ჩარევაზე თანხმობა მიიღება სომატურად პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანებისაგან, მაშინ, როდესაც ჩვეულებრივი ქირურგიული ავადმყოფები, როგორც წესი, ყველა ალტერნატივას გადასინჯავენ ხოლმე, ოღონდაც თავიდან აიცილონ ან გარკვეული ვადით გადაწიონ მაინც ნებისმიერი სახის ქირურგიული ჩარევა. ამ მოტივაციათა ფსიქოლოგიური ანალიზისა და მისი შედეგების შეფასების აუცილებლობა, ჩვენი აზრით, არ უნდა იქნას უგულვებელყოფილი პლასტიკური და ესთეტიკური ქირურგიის ბიოეთიკურ ქარაქტეროლოგიაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ყურადღების ღირსია ის გარემოებაც, რომ ესთეტიკურ და პლასტიკურ ოპერაციათა დიდი წილი მოდის დაბერების პროცესის შემნიღბავ ქირურგიულ ჩარევებზე. ამგვარ ოპერაციათა მომხრეები თვით ამ ქირურგიულ მეთოდებს განიხილავს ისეთი ქირურგიული მკურნალობის ანალოგიურად, როგორებიცაა კორონარულ სისხლძარღვთა შუნტირება ან კატარაქტის ექსტრაქცია. ამგვარი არარსებული ანალოგიის წარმოჩენის მიზანია „გერიატრიული“ პლასტიკური ქირურგიის არგუმენტირებული „ეთიკური რეაბილიტაცია“.

გვსურს კიდევ ერთხელ შევახსენოთ ყველას, რომ მედიცინის უპირველესი მიზანი პაციენტთა მკურნალობა და დაავადებათა პრევენციაა. ყველა იმ შემთხვევების გამო, როდესაც მედიცინა ემსახურება ასაკობრივი, ესთეტიკური და სხვა სხეულებრივი პარამეტრების და, შესაბამისად, ადამიანის ცხოვრების მეტამორფოზას, მას პასუხის გაცემა მოუწევს შესაძლო ნეგატიურ სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, ვალეოლოგიურ, კულტურულ, სულიერ და სხვა შედეგებზე. ბიოეთიკა ვალდებულია ეს

განცხადება გააკეთოს და დააფიქროს მსოფლიო საზოგადოებრიობა.

ამჯერად გადავდივართ უსისხლო ქირურგიის საკითხების განხილვაზე.

ეს მიმართულება განსაკუთრებულად აქტუალური გახდა სექტანტური ორიენტაციის მატარებელი საზოგადოების ერთმა ნაწილმა, რის გამოც დაიჩრდილა პრობლემის სამედიცინო-ბიოლოგიური არსის შემეცნების აუცილებლობა.

უსისხლო ქირურგია მოიცავს ფარმაცევტული, თერაპიული და ქირურგიული მეთოდების ერთობლიობას, რომლებიც უზრუნველყოფენ როგორც სისხლის დაკარგვის თავიდან აცილებას, ისე ორგანიზმის ფუნქციონირებას სისხლისა და მისი კომპონენტების მოცულობის შემცირების პირობებში [Б. И. Петровский, 2000; Ю. В. Таричко, 2000].

იგი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა განვიხილოთ როგორც მხოლოდ სექტანტური ორიენტაციის ადამიანებისათვის საჭირო სამედიცინო დახმარება [М. Аджиноџе, 2000].

უსისხლო მედიცინის ცენტრების გაჩენა განაპირობა მთელმა რიგმა ობიექტურმა ფაქტორებმა:

1. შიდსისა და აივ-ინფექციის ეპიდემია;
2. სისხლის გზით გავრცელებადი სხვა ინფექციების (მაგალითად, C-ჰეპატიტის) აღმოჩენა;
3. სხვადასხვა (მათ შორის ინფექციური) გართულებების კავშირის დადგენა სისხლის გადასხმასთან;
4. დონორული სისხლის უკმარისობის ზრდის ტენდენცია;
5. სისხლის პრეპარატების სიძვირე [А. В. Бутров, 2000; Б. И. Петровский, 2000].

უსისხლო მედიცინას აქვს უეჭველი ღირსებანი, რომელთა რიცხვი გაიზრდება ალტერნატიული მეთოდებისა და პრეპარატების დახვეწისა და პრაქტიკაში ფართოდ დანერგვის შედეგად [Б. И. Петровский, 2000].

„იეღოვას მოწმეების“ სექტის წარმომადგენელთა უარყოფითი დამოკიდებულება სისხლის გადასხმის მიმართ დღის წესრიგში აყენებს არა მარტო უსისხლო ქირურგიის განვითარების, არამედ პაციენტთა და ექიმთა უფლებების დაცვის, ადამიანის სიცოცხლისადმი (ადამიანის ცხოვრების ყველა ეტაპზე – ჩასახვიდან სიკვდილამდე) დამოკიდებულების პრობლემების განხილვის აუცილებლობას ბიოეთიკურ რეალიებში.

საქართველოს კანონმდებლობით აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების

მიღების უნარის მქონე პაციენტისათვის მისი ნების წინააღმდეგ, «იძულებითი წესით» რაიმე სამკურნალო პროცედურის, მათ შორის, ჰემოტრანსფუზიის ჩატარება.

სხვაგვარად წყდება საკითხი იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ქმედუუნაროა (ე. ი. არასრულწლოვანია, ან სასამართლოს მიერ არის მიჩნეული ქმედუუნაროდ ფსიქიკური დაავადების ან ჭკუასუსტობის გამო) და საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ან სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაშია.

კანონში «პაციენტის უფლებების შესახებ» დეტალურადაა განხილული ასეთი შემთხვევები. კერძოდ, 25-ე მუხლის მესამე პუნქტში მითითებულია, რომ: «თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გაწევის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად».

ამრიგად, თუ კონკრეტული პირი (პაციენტი) არასრულწლოვანია ან სასამართლოს მიერ მიჩნეულია ქმედუუნაროდ, ამასთან მას აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა ან ის საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, რომლის გარეშეც გარდაუვალია სიკვდილი, სამედიცინო პერსონალი უფლებამოსილია გადაუსხას მას სისხლი. ეს უფლება ძალაშია იმ შემთხვევაშიც, როცა სამედიცინო პერსონალმა ვერ მოიძია პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი (ანუ არ იცის მათი აზრი) და მაშინაც, როცა ეს უკანასკნელნი სამედიცინო ჩარევის წინააღმდეგნი არიან (მაგალითად, „იელოვას მოწმეების“ სექტის მიმდევრობის მოტივაციით) [კ. ასლანიშვილი და სხვ., 2011].

არსებობს განსხვავებული კლინიკური სიტუაციებიც. ხშირად ქმედუუნარო და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე კონკრეტულ პირს (პაციენტს) არ აღენიშნება არც სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და არც გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აუცილებლობა, მაგრამ მიუხედავად ამისა არსებობს სამედიცინო-კლინიკური ჩვენება ამა თუ იმ სამედიცინო ჩარევის (მათ შორის ჰემოტრანსფუზიის) საჭიროებისა, რომლის ჩატარებაზეც უარს აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი.

რა გზას უნდა დაადგეს სამედიცინო პერსონალი ამგვარ შემთხვევებში? საქართველოს კანონში «პაციენტის უფლებების

შესახებ» გაცხადებულია, რომ «სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელს (ექიმებს, მედდას, სტომატოლოგს ან ჯანდაცვის სფეროს სხვა პროფესიონალ წარმომადგენლებს, – ა.ა.) უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ქმედუუნარო, ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება, თუ იგი ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს» (მუხლი 25, პუნქტი 1).

„იელოვას მოწმეებთან“ დაკავშირებით ამ მუხლის ინტერპრეტაცია შემდეგნაირად შეიძლება: თუ პაციენტი ქმედუუნაროა ან არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და ესაჭიროება სისხლის გადასხმა, რისი წინააღმდეგიცაა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი („იელოვას მოწმეების“ სექტის მიმდევრები), ამავე დროს, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ არის სიცოცხლისათვის საშიში და არ მოითხოვს გადაუდებლად სისხლის გადასხმას, სამედიცინო პერსონალს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს, მოითხოვოს პაციენტისათვის სისხლის გადასხმის უფლება [კ. ასლანიშვილი და სხვ., 2011].

„იელოვას მოწმეთა“ მიერ სისხლის გადასხმაზე უარის გაცხადების პრობლემა კიდევ სხვა ასპექტებს მოიცავს. ამჯერად განვიხილავთ მშობიარის მიერ ჰემოტრანსფუზიაზე უარის თქმის პრობლემურ სიტუაციას.

პერინატოლოგიასა და მეანობაში არის შემთხვევები, როდესაც მშობიარისათვის სისხლის გადასხმა ნაყოფის სიცოცხლის შენარჩუნების ერთადერთი გზაა. ასეთი გარემოების არსებობისას საქმე გვაქვს კონფლიქტთან დედის ავტონომიასა და ნაყოფის სიცოცხლეს შორის.

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით მშობიარე ვერ განაცხადებს უარს ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც ნაყოფს სიცოცხლეს შეუნარჩუნებს, ხოლო დედის ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს არავითარ საფრთხეს არ უქმნის. კერძოდ, კანონში «პაციენტის უფლებების შესახებ» ამ პრობლემის მარეგულირებელი ნორმა შემდეგნაირადაა მოცემული: «მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას და რომელიც მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია» (მუხლი 36, პუნქტი 2) [კ. ასლანიშვილი და სხვ., 2011].

ამრიგად, საქართველოს კანონმდებლობა, აღიარებს რა პაციენტის ავტონომიის უზენაესობის პრინციპს, უფლებას

აძლევს ქმედუნარიან და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის მქონე პირებს თავად განსაზღვრონ, ჩაუტარდეთ თუ არა მათ ესა თუ ის სამედიცინო ჩარევა, მათ შორის, სისხლის გადასხმა. მეორე მხრივ, კანონი იცავს ქმედუნარო პირებს, მათ შორის არასრულწლოვანებს, აგრეთვე გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის არმქონე მოქალაქეებს მათი ნათესავების ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილებისაგან (უარის გაცხადება სისხლის გადასხმაზე), რომელიც საფრთხეს უქმნის მათ სიცოცხლეს. ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ კანონმდებლობა აგრეთვე იცავს ჯერარდაბადებული ნაყოფის სიცოცხლეს, როცა მშობიარე სისხლის გადასხმის წინააღმდეგია [კ. ასლანიშვილი და სხვ., 2011].

ამრიგად, თანამედროვე ქირურგიულ მეცნიერებასა და პრაქტიკაში ბიოეთიკის თვალსაზრისით აქტუალური პრობლემური სიტუაციების ანალიზმა ცხადყო ამგვარი კვლევის აუცილებლობა.

ქირურგიის უახლესი მიმართულებებისა და ბიომედიცინის სხვა დარგების მიღწევებმა ცივილიზაციის ყველა სფეროში არსებული პროგრესის ფონზე შეიძლება გააღრმავოს შექმნილი სულიერ-ზნეობრივი კრიზისი, რომლის პრევენციაში განსაკუთრებული როლი ეკისრება ბიოეთიკას [Адам, архимандрит, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

5.1.2. ტრანსპლანტოლოგიის ბიოეთიკა: პოსტმოდერნისტული დისკურსი და ქრისტიანული ასპექტები

თანამედროვე ბიოსამედიცინო რეალიაში არსებული ეთიკური პრობლემების გააზრება პოსტმოდერნისტული დისკურსის წიაღში ხდება. ჩვენი მიზანია აზროვნების პოსტმოდერნისტული ტიპის ალტერნატივად წარმოვადგინოთ ქრისტიანულ ღირებულებებზე დაფუძნებული ბიოეთიკური ცნობიერება და მსოფლგაგება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2002 (ა)].

ნიცშესეული მინიშნებანი “ღმერთის სიკვდილზე” “წინასწარმეტყველური” აღმოჩნდა იმ თვალსაზრისით, რომ კაცობრიობამ დაკარგა რა თავისი სულიერ-ზნეობრივი ორიენტირები, იგრძნო თავისუფალი ყოფის დაუშვებელი სიმსუბუქე, როცა როგორც პირად, ისე საზოგადოებრივ თავისუფლებას აღარ აქვს არავითარი საზღვარი.

სწორედ ამგვარმა ზღვარდაუდებელმა თავისუფლებამ, რომელიც საგანმანათლებლო ჰუმანიზმის მცდარად გაგებული პოსტულატების უშუალო შედეგი გახლდათ, შეასრულა თავისი დესტრუქციული როლი და თვალნათლივ დაგვანახა, რომ ჰუმანიზმის სახელით შესაძლებელია ჩადენილ იქნას ყველაზე ბარბაროსული დანაშაულობანი კაცობრიობის (ადამიანის) წინააღმდეგ.

ამ იდეათა პრიზმაში ჩვენ შევეცდებით წარმოვიდგინოთ ოცდამეერთე საუკუნის ბიომედიცინის რეალისტურ ჟანრში შესრულებული სურათები.

დღევანდელი მედიცინა წარმოუდგენელია ურთულესი ტექნიკური აღჭურვილობის, კომპიუტერული სისტემებით გამართული აპარატურის, ფარმაკოლოგიის უახლეს მიმართულებათა მიღწევების, თანამედროვე ბიოტექნოლოგიების გარეშე.

მსოფლიო მედიცინის სასწაულები – კრიტიკული მედიცინის, ანესთეზიოლოგიის, გერონტოლოგიის, ტრანსპლანტოლოგიის, ონკოლოგიის, კარდიოქირურგიის და ა. შ. მიღწევები – დღეს სიცოცხლეს უნარჩუნებს ათასობით დაავადებულ ადამიანს, რომლებიც რამდენიმე ათეული წლის ან ხშირად ბევრად უფრო მცირე ხნის წინაც კი განწირულნი იქნებოდნენ მედიცინის უძლურების გამო ამ სწეულებათა წინაშე [An Encyclopedia of..., 1996; Companion to the History..., 1996; Companion Encyclopedia..., 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2003; R. Cohen-Almagor, 2000(a)].

რასაკვირველია, მადლობას ვწირავთ უფალს კეთილი გონის ასეთი განსაცვიფრებელი მიღწევებისათვის, მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის პარალელურად ადამიანი სულიერად არ განვითარდა, შესაძლებელია მისი მიღწევები ასეთი ადამიანების საზოგადოებაში გამოიყენებოდეს კაცობრიობის საწინააღმდეგოდ, რადგან სულიერ-ზნეობრივად არასრულყოფილ კაცობრიობას ხშირად არა აქვს არც საკუთარ გადაწყვეტილებებზე პასუხისმგებლობის გრძნობა და არც სწორი განსჯის უნარი.

ადამიანები გონებით ცდილობენ რელიგიურ საიდუმლოებათა ამოხსნას და უარყოფენ ყოველივეს, რაც სცილდება სამყაროს შესახებ არსებულ სამეცნიერო-ტექნიკურ შეხედულებათა ფარგლებს. აქ ღმერთთან ცოცხალი სულიერი კავშირის ნაცვლად მხოლოდ ვერბალური აბსტრაქციებით კმაყოფილდებიან. მისტიკური გრძნობა კი ვლინდება პარაფსიქოლოგიური ფენომენებისადმი ინტერესში, რასაც ხშირად ოკულტიზმსა და მაგიამდე მიჰყავს ისინი. ამგვარად,

სეკულარიზაციის პროცესის შედეგად ადამიანთა ცხოვრებაში ზეციური იცვლება მიწიერით, სულიერი – მშვიინვიერით, მარადიული – წარმავალით...

ყოველივე ზემოთქმულის შედეგად ვასკვნიტ, რომ კაცობრიობა მედიცინის განვითარების დღევანდელ დონეზე დადგა მრავალი სულიერ-ზნეობრივი დილემის წინაშე, რომელთა გადაწყვეტას განსაზღვრავს ის, თუ რაგვარ მეცნიერულ, ფილოსოფიურ, რელიგიურ მსოფლგაგებას ეფუძნება ჩვენი დამოკიდებულება ადამიანის სიცოცხლის, მისი რაობისა და საიდუმლოებებისადმი [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003].

რელიგიურ მსოფლგაგებაში ჩვენს მიერ, უპირველეს ყოვლისა, მოიაზრება ის პოზიცია, ვიზიარებთ თუ არა მართლმადიდებელი ეკლესიის სწავლებას სამყაროსა და ადამიანის შექმნის, ადამიანის ორბუნებოვნების, სულისა და სხეულის ურთიერთმიმართების, ადამიანის სულის უკვდავებისა და გადარჩენის (ცხოვნების) შესახებ.

ამ კონტექსტში მედიცინის უამრავ დარგთა შორის განსახილველად ამოვირჩიეთ ტრანსპლანტოლოგია, რამეთუ სწორედ ამ სფეროში, როგორც ფოკუსში, მოიყარა თავი თითქმის ყველა უმნიშვნელოვანესმა სულიერ-ზნეობრივმა პრობლემამ, რომლებიც თანამედროვე მედიცინის სხვადასხვა უახლესი მიმართულების ჩვეულებრივ, პრაქტიკულ დარგებად ჩამოყალიბების შემდეგ წარმოიშვა ადამიანთა მოდგმის წინაშე, და რომელთა კვლევა, შესწავლა და ანალიზი იქცა ახალი სამეცნიერო დარგის – ბიოეთიკის ამოცანად [D. Hamilton, 1984; R. M. Veatch, 1991; L. R. Kass, 1993; J. Y. Stuart, et al., 1993; J. R. Devine, 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003; M. J. Cherry, 2011].

ბიოეთიკა უნდა მოიცავდეს და ერთმანეთთან აჯერებდეს არა მარტო მეცნიერულ (საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარულ), ფილოსოფიურ (თავისი მრავალსახეობით), მხატვრულ (ლიტერატურულ, სახვით, სიმბოლურ, მეტაფორულ და ა. შ.), და ემპირიულ (პრაქტიკულ, მეცნიერებამდელ), არამედ საღვთისმეტყველო ცოდნასაც, რომელიც ბიოეთიკურ დისკურსში ფლობს ყველა სხვა დანარჩენ კომპონენტთან თანაბარ და არა “სათათბირო ხმის” უფლებას.

ჩვენს კვლევაში ტრანსპლანტოლოგიის მაგალითზე შევეცადეთ წარმოგვეჩინა ბიოეთიკურ პრობლემათა საეკლესიო–მსოფლმხედველობრივი (ქრისტიანულ–ანთროპოლოგიური) მხარე, უფრო ზუსტად – ოდენ ქრისტიანული ასპექტები.

ხაზს ვუსვამთ იმ გარემოებას, რომ საერთაშორისო

დოკუმენტებსა და ამერიკულ და ევროპულ ბიოეთიკურ ლიტერატურაში ხშირად სწორედ მართლმადიდებელი ეკლესიის შეხედულებები არ განიხილება, მაშინ როდესაც ზედმიწევნითაა გაანალიზებული იუდაისტური, კათოლიკური, პროტესტანტული, ისლამური, ბუდისტური, ინდუისტური და სხვა რელიგიების პოზიციები, აგრეთვე სექტანტური იდეოლოგიაც.

წინამდებარე კვლევის მიზანი ამ უსამართლო და არაობიექტური ტრადიციის დამლევაც გახლავთ [И. В. Силуянова, 2001(6); J. S. Zaremba, et al., 2001]. თუმცა აქვე აღვნიშნავთ, რომ რამდენიმე უცხოელ ავტორს ამ მიმართულებით გამოქვეყნებული აქვს საინტერესო მეცნიერული ნაშრომები.

ჩატარებული კვლევის შედეგებმა გამოაშკარავა, რომ ტრანსპლანტოლოგია მედიცინის იმ დარგებს განეკუთვნება, სადაც სოციალურ-სამართლებრივი, ეთიკურ-დეონტოლოგიური, სულიერ-ზნეობრივი შეცდომების საშიშროება განსაკუთრებულად იზრდება [D. Hamilton, 1984; L. R. Kass, 1993; Council on Ethical ... 1995; J. R. Devine, 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003, 2010; И. В. Силуянова, 2001(6)].

ეს ყოველივე კი სეკულარიზებულ საზოგადოებაში ქმნის როგორც ავადმყოფების, ისე მათი ახლობლების, და რა თქმა უნდა, სამედიცინო პერსონალის ნებსითი და უნებლიეთი, სიტყვით და საქმით, ცნობით და უმეცრებით სხვადასხვა ცოდვით დაცემისათვის ხელშემწყობ პირობებს [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003, 2010; J. Suaudeau, 2001(a); И. В. Силуянова, 2001(6)].

ამ პარაგრაფში განვიხილავთ ტრანსპლანტოლოგიის მედიცინის ჩვეულებრივ დარგად ჩამოყალიბების შედეგად კაცობრიობის წინაშე წარმოქმნილ სულიერ-ზნეობრივ პრობლემებს:

I. ადამიანის სხეულის გამოყენება დონორად ე. წ. “თავის ტვინის სიკვდილის” შემთხვევაში

დღეისათვის გადაუჭრელი რჩება დილემა, თუ რამდენად მართებულია ე. წ. “თავის ტვინის სიკვდილისა” და მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის, როგორც ადამიანის მთელი ორგანიზმის სიკვდილთან გათანაბრებულ მდგომარეობათა, მოაზრება [J. Lynn, 1993; J. Weisbard, 1993; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999]. მეცნიერთა არგუმენტები და შეფასებანი, როგორც ლოგიკური, ისე ფიზიოლოგიური, მეტად არაერთგვაროვანია [J. Y. Stuart, et al., 1993; University of Pittsburgh Medical..., 1993; A. Shewmon, 1998; J. Suaudeau, 2001(a); ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003, 2010].

„თავის ტვინის სიკვდილის“ პირობებში ჯერ კიდევ ფუნქციონირებს სხვა ორგანოები (თუმცა არც თავის ტვინის ფუნქციებია ბოლომდე შეწყვეტილი [R S. Olick, 1991; A. Shewmon, 1997; A. Shewmon, 1998]), ასევე ცემს გული (უფრო მეტიც, გადასანერგად ამ ორგანოს გამოყენების შემთხვევაში, იგი სპეციალური მხარდამჭერი მედიკამენტების – ე. წ. კარდიოტონიკების გარეშე უნდა მუშაობდეს) [A. Halevy, B. Brody, 1993; J. Y. Stuart, et al., 1993; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999; J.R. Devine, 2000]. მაშასადამე, სული ჯერ არ გაყრია სხეულს: ცნობილია, რომ სამშვინველის გარეშე ორგანიზმის ფიზიოლოგიური ფუნქციონირება წყდება [Адам, архимандрит, 2007].

აქედან გამომდინარე, თუ დონორ ორგანოებს ვიღებთ ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოზის დასმით, ფაქტიურად ჩვენ ვაჩქარებთ, უშუალოდ ვიწვევთ ბიოლოგიურ სიკვდილს, ხელვყოფთ სხვის სიცოცხლეს, რითაც ჩვენს თავზე ჩვენი ნებით ვიღებთ იმას, რაც მხოლოდ უზენაესის გადასაწყვეტია, ჩვენ გადავდივართ ადამიანებისათვის და მედიცინისთვისაც დაწესებულ ზღვარს [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2010].

კიდევ ერთი მსჯელობაცაა მნიშვნელოვანი: თუ დავეთანხმებით აზრს, რომ ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილი“ შეიძლება გაიგივებული იქნას ბიოლოგიურ სიკვდილთან, საღვთისმეტყველო თვალსაზრისით უნდა ვაღიაროთ, რომ სული და სხეული აღარ თანაარსებობენ, არამედ ადამიანის სულიერმა სუბსტანციამ დატოვა ფიზიკური სხეულებრივი საწყისი. ვინაიდან განსახილველ სიტუაციაში სხეულის ყველა სხვა დანარჩენი ნაწილი, სხვა ორგანოები (თავის ტვინის გარდა) ფუნქციონირებს, სიკვდილის ფაქტის აღიარების შემთხვევაში იძულებული შევიქნებოდით გაგვეკეთებინა მცდარი ლოგიკური დასკვნა, რომ სულის ადგილსამყოფელი თითქოს თავის ტვინი იყოს.

მართალია, ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილის“ კრიტერიუმები დღესდღეობით მიღებულია ოფიციალურად, მაგრამ ყველა პროფესიონალი, მედიცინის მუშაკი ან საზოგადოების წარმომადგენელი როდი ღებულობს მათ კრიტიკის გარეშე. ამის მიზეზი ძალიან ბევრია. დავასახელებთ თუნდაც იმ ტრადიციულ წარმოდგენებს სიკვდილ–სიცოცხლეზე, რომლის თანახმადაც, გული მთავარი სასიცოცხლო ორგანოა. ამის გამო ადამიანებისათვის მიუღებელი ხდება იმგვარი დამოკიდებულება და წარმოდგენა, რომლის მიხედვითაც, თითქოს სიკვდილი შეიძლება დადგეს მაშინაც, როდესაც ადამიანის გული ჯერ კიდევ ცემს [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2003; Адам, архимандрит, 2007].

ბევრი ექიმი, მათ შორის – ქირურგი, თვლის, რომ

პაციენტი არ შეიძლება ჩაითვალოს გარდაცვლილად, თუ გული მუშაობს და სისხლისმიმოქცევა შენარჩუნებულია. ამდენად ისინი წინააღმდეგნი არიან, დაისვას დიაგნოზი „თავის ტვინის სიკვდილი“ [R. M. Arnold, S. J. Youngner, 1993; J. Y. Stuart, et al., 1993; Guidelines ..., 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999; J. R. Devine, 2000].

პოზიციითა არათანხედრილობას აღრმავებს ისიც, რომ ხშირად წინააღმდეგობაა რენიმატოლოგთა და ტრანსპლანტოლოგთა მიზნებსა და მოტივაციებს შორის. ექიმი–რენიმატოლოგი იბრძვის პაციენტის სიცოცხლისათვის მინიმალური შანსის არსებობის შემთხვევაშიც კი, ხოლო გადასანერგი ორგანოების ექსპლანტაციის ბრიგადის წევრი ექიმები ცდილობენ, რაც შეიძლება ადრე ამოიღონ ორგანოები, როგორც კი ამის უფლება მიეცემათ.

ხშირად, როდესაც ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოზი დასმულია, ექიმები ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში აგრძელებენ ხელოვნურ სუნთქვასა და სხვა სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ღონისძიებებს. რამდენიმე საათის ან დღის შემდეგ გული შეიძლება გაჩერდეს და დადგეს სიკვდილი ტრადიციული გაგებით. ამას ვერ ეგუებიან ტრანსპლანტაციის მომხრენი, რადგან ადამიანის ორგანოთა უმეტესობა (ალბათ, თირკმელების გარდა) აღებულ უნდა იქნას გადასანერგად ჯერ კიდევ მაშინ, როდესაც გული ცემს და შენარჩუნებულია სისხლისმიმოქცევა. სხვა შემთხვევაში ორგანოები უვარგისია ტრანსპლანტაციისათვის [ადამი, არქიმანდრიტი, 2010; Л. Б. Ляуш, 2011].

ასეთია შექმნილი წინააღმდეგობის არსი სხვადასხვა პოზიციის მქონე ადამიანთა შორის, როგორც კლინიკურ სივრცეში, ასევე მსოფლგაგებათა ჭიდილისას.

საყურადღებოა, რომ დანიაში, ასევე ნიუ–იორკისა და ნიუ–ჯერსის შტატებში და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში, თუ ადამიანი სიცოცხლეში ან მისი ახლობლები ადამიანის გარდაცვალების შემდეგ არ ეთანხმებიან ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილის“ კრიტერიუმებს, კანონმდებლობა უფლებას აძლევს მათ, უარი თქვან ამ კრიტერიუმების საფუძველზე სიკვდილის კონსტატაციაზე.

II. დონორობა, რომელსაც შეიძლება იძულებითი ეწოდოს

მოყვასისათვის მსხვერპლის გაღება, მისთვის თავის გაწირვა ადამიანის საკუთარი ნებიდან უნდა გამომდინარეობდეს.

“თავის ტვინის სიკვდილის” შემთხვევაში, თუ გარდაცვლილმა სიცოცხლეში არ მისცა ამის უფლება, ან უბრალოდ არც უფიქრია ამაზე, მისი დონორობის საკითხს წყვეტენ ნათესავები, ხოლო თუ ისინი არ გამოჩნდნენ გარკვეული დროის განმავლობაში (მაგალითად, ავტოავარიის შემთხვევა და პაციენტის ვინაობა უცნობია), საავადმყოფოს პერსონალი მთელ რიგ ქვეყნებში მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით, უფლებამოსილია დაუკავშირდეს ტრანსპლანტოლოგიის ცენტრებს და აცნობოს, რომ არსებობს დონორი [J. R. Devine, 2000].

ისევ დაწესებული ზღვრიდან გადასვლა, ისევ სხვა ადამიანის სხეულისა და სულის ზედში ჩარევის უხეში მცდელობა ღვთის გარეშე!

აშშ-ში ბევრი ქირურგი ორგანოებს მხოლოდ მას შემდეგ გადანერგავს, როცა სიკვდილი გულისცემის შეწყვეტით დადგინდება [R. M. Arnold, S. J. Youngner, 1993; J. Y. Stuart, et al., 1993; Guidelines ..., 1997; J. R. Devine, 2000].

ახალი ტექნიკა შემოიტანა Regional Organ Bank of Illinois-მა (აშშ). იმ შემთხვევაში, როცა ადამიანი კვდება ინტენსიური თერაპიის პალატაში ან საოპერაციოში, ექიმებს შეუძლიათ სპეციალური საკონსერვაციო სითხე შეიყვანონ „გვამის“ (?) მუცელში, რათა შესაძლებელი გახდეს ორგანოების გამოყენება ტრანსპლანტაციისათვის. გარდაცვლილის ოჯახის წევრებს კი ამის შემდეგ მიმართავენ თხოვნით ორგანოების აღებაზე ნებართვის შესახებ.

ეს პროცედურა ეთიკოსების კრიტიკის საგანი გახდა იმის გამო, რომ გაჩნდა ძნელად საპასუხო კითხვები: როგორ განისაზღვროს სიკვდილი? რა ჩაითვალოს მისი დადგომის მომენტად?

ასეთმა აგრესიულმა მიდგომამ საზოგადოების განცვიფრება გამოიწვია, როგორც მაგალითმა იმისა, თუ რავგარი, თითქმის მტაცებლური მეთოდებით ცდილობს მედიცინა გადასანერგი ორგანოების მოპოვებას [G. G. Wood, E. Martin, 1995].

III. "ნებაყოფლობითი" დონორობა

"ნებაყოფლობითი" დონორობა ვუწოდეთ საკუთარ ორგანოთა გაყიდვას სოციალურად დაუცველ ადამიანთა მიერ, რომლებიც ეკონომიკური სიდუხჭირის გამო ყიდნიან თავიანთ ორგანოებს [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999] და საფრთხეში იგდებენ ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს. ასეთი იაფი დონორები

მრავლდება ისეთ ქვეყნებში, როგორც თუნდაც საქართველოა დღეს [J. Suaudeau, 2001(a); G. G. Wood, E. Martin, 1995; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999].

საკუთარი ორგანოების გაყიდვა–დონაცია დაკავშირებულია დიდ რისკთან, სამედიცინო გართულებებთან, ითვლება საკუთარი სიცოცხლის ხელყოფად და თუ ეს მოყვასისათვის უანგარო თავგანწირვა არ არის, დიდი ცოდვაა და შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში თვითმკვლელობას მიემსგავსოს.

როდესაც (გასული საუკუნის 90–იან წლებში) პირველ ნაშრომებს ვაქვეყნებდით ტრანსპლანტოლოგიის სულიერ–ზნეობრივ პრობლემებზე და ვამხელდით „ნებაყოფლობით“ დონორობას [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999], საერთაშორისო საზოგადოებაში, სამწუხაროდ, ცოტანი ლაპარაკობდნენ აშკარად იმ “სიკეთეებზე”, რომლებიც საკუთარ ორგანოთა ტრანსპლანტაციის მიზნით გაყიდვას მოჰყვებოდა. ოცი წელიც არ გასულა მას შემდეგ. ამჯერად მევანნი აბსოლუტურად უტილიტარული მოსაზრებებით სრულიად განსხვავებულად წარმოგვიდგენენ საკითხს და ჩვენთვის მიუღებელ ეთიკურ ნორმებს სთავაზობენ კაცობრიობას.

ასე მაგალითად, 2009 წელს ელექტრონულ ჟურნალში European Electronic Newsletter — Economic Sociology პროფესორი Mark J. Cherry წერს: ლეგალური და სახელმწიფოს კონტროლს დაქვემდებარებული ბაზრის შექმნისათვის არსებობს ორი წინააღმდეგობა, რომელნიც ემყარებიან ადამიანთა რწმენას, რომ ადამიანის ორგანოები არ შეიძლება გახდეს ყიდვა–გაყიდვის ობიექტი და რომ ორგანოთა გასხვისება ყოველთვის ალტრუისტული აქტი უნდა იყოს და არ უნდა გულისხმობდეს ეკვივალენტური გასამრჯელოს მიღებას [M. J. Cherry, 2009].

ამ გზით „შემოგვაპარა“ პროფესორმა აზრი, რომ თურმე ადამიანთა რწმენა არასწორი, თუკი თვლიან, რომ მათი ორგანოები არ შეიძლება დაექვემდებაროს ყიდვა–გაყიდვას. შემდეგ იგი ქება–დიდებას ასხამს ორგანოთა ბაზარს და საკუთარ მოსაზრებებს ამართლებს:

„დონორობის უკმარისობის საბაზრო კომპენსაცია საშუალებას მოგვცემს გავზარდოთ ორგანოებისა და სხეულის სხვა ნაწილების მისაწვდომობა, რადგან იგი აღარ შეიზღუდება ალტრუიზმით, სახელმწიფო იძულებით, მანიპულაციური საგანმანათლებლო კამპანიებით და არალეგალური ბაზრის ბინძური შუამავლებით. ღია ბაზარი და ფინანსური წახალისების პრინციპები უზრუნველყოფენ იმას, რომ აუცილებელი სტიმულები შეიქმნება ადამიანებისათვის, რომლებიც მერყეობენ საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებამდე და რომლებზეც დამოკიდებულია

სხვა ადამიანების სიცოცხლე. ამავე დროს ალტრუიზმიც არაა უგულვებელყოფილი. ბაზარზე დამყარებული თავისუფლება მოიცავს იმ ადამიანთა მოტივებს, რომლებიც ცდილობენ სარგებლის ნახვას, მაგრამ არ იზღუდება მხოლოდ ანგარებით. ადამიანებს კვლავაც, როგორც ადრე, შეეძლებათ მისცენ თავიანთი ორგანოები საკუთარი ოჯახის წევრებს ან სხვებს“ [M. J. Cherry, 2009].

ამგვარად ცდილობენ, შექმნან ტრანსპლანტოლოგიის რადიკალურად ლიბერალური ბიოეთიკა და დაგვაფიწყონ ის დისკუსიები და მსჯელობანი, რომლებიც წინ უძღოდა თუნდაც არსებული კანონმდებლობის შექმნას, რომელიც გვიწესებს გარკვეულ ზნეობრივ ნორმებს. აი, მაგალითიც:

საქართველოს კანონი

ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ

თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1

ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ორგანოებს, ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის ადამიანის სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ ერთი ან

ერთზე მეტი ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და უჯრედების ნებაყოფლობით გაცემის, მათი აღების, შენახვის, განაწილებისა და სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის მიზნით და ადგენს ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობის აკრძალვას.

...

თავი XII. ორგანოებით ვაჭრობის აკრძალვა

მუხლი 52

აკრძალულია ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობა.

IV. სულიერი მდგომარეობა რეციპიენტებისა, რომელნიც დიდი ხნის განმავლობაში ელოდებიან დონორს (დონორულ ორგანოებს)

რეციპიენტებმა, როგორც წესი, კარგად იციან, თუ საიდან უნდა გამოჩნდეს გადასანერგი ორგანო, მაგრამ სინდისის ხმას თანდათან ახშობენ, რითაც უზიანდებათ კიდეც ფსიქიკა; სამწუხაროდ, ზოგჯერ ნატრობენ კიდეც სხვის უბედურებას (ოღონდ შეფარული ფორმით, აბსტრაქტულად), თუმცა ყველა შემთხვევაში საქმე კონკრეტულ ადამიანს ეხება [ადამი,

არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003].

მოგეხსენებათ, ისინი უკიდურესად მძიმე ავადმყოფები არიან, რომელთა სიცოცხლის შესაძლო გახანგრძლივების იმედი მხოლოდ და მხოლოდ დონორის აღმოჩენაა.

ამიტომაც ჩვენი სეკულარიზებული საზოგადოება თანაგრძნობას უცხადებს მათ, “წყალობის” თვალთ უყურებს, მსხვერპლზე კი არ ფიქრობს: ე. წ. “პიროვნულობის ნიშნების არმქონენი”, “უგონო მდგომარეობაში მყოფნი” გარდაცვლილებად არიან მიჩნეულნი და ისინი აღარავის სჭირდება.

ყველა, ვინც კი აღსარების საიდუმლოში მონაწილეობს და სულიერი მდგომარეობის უმარტივესი ანალიზი მაინც შეუძლია, დაგვეთანხმება, თუ რა მძიმე სულიერ მდგომარეობაში არიან ეს ადამიანები... იხილეთ მაგალითი, რომელიც აღწერილია წინამდებარე მონოგრაფიის მე-3 თავის ერთ-ერთ პარაგრაფში – 3. 1. 4. ავადმყოფობა, როგორც ბიოეთიკური კატეგორია [გვ. 190].

V. ტრანსპლანტოლოგია და კრიმინალური პრობლემები

ტრანსპლანტოლოგიამ შვა მსოფლიოში მანამდე არარსებული კრიმინალური პრობლემები: პოტენციური დონორების მოტაცება, დეფექტური ბავშვებისა და მოზარდების მოკვდინება, საჭირო ბიოლოგიური მონაცემების მქონე ადამიანების დონორებად იძულებით გამოყენება, ადამიანების ორგანოებით ვაჭრობა... კანონმდებლობა უძლურია აღკვეთოს ყოველივე ეს. დანაშაულებრივმა კომერციალიზაციამ მედიცინის ეს დარგი უამრავი შემადრწუნებელი შემთხვევის, მკვლელობის, მრავალი ადამიანის ფიზიკური და სულიერი დაღუპვის მიზეზი გახადა [W. Bjork, 1988; A. C. Кравец, 1996; ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002(ა), 2003, 2010].

აქ გვერდს ვერ ავუვლით საზოგადოების (სახელმწიფოს) მიდგომას, რომელიც აკანონებს ორგანოთა გადანერგვას. იგი ჩვენს მიერ წოდებულია როგორც საზოგადოება-“ტრანსპლანტოლოგი”, ანუ საზოგადოება, რომელიც ლიბერალურად ღებულობს და ითავისებს თანამედროვე ტრანსპლანტოლოგიური მეცნიერებისა და პრაქტიკის ყველა კონცეფციას, არ ითვალისწინებს, რომ კაცობრიობის მარადიული იდეალები და ჭეშმარიტი ღირებულებები ეწინააღმდეგება იმგვარ პრინციპს, რომელიც გულისხმობს ან აღიარებს ნებისმიერი სიკეთის (იქნება ეს ჯანმრთელობა, სიცოცხლე, თუ კიდევ სხვა რამ) მიღების შესაძლებლობას მოყვასისადმი, მისი სიცოცხლისა

და სიკვდილისადმი უტილიტარული და პრაგმატული დამოკიდებულების გზით.

ტრანსპლანტოლოგიური ბარბაროსობის არნახული მაგალითია ჩინეთი, სადაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია გადასანერგავ ორგანოებს იღებენ სიკვდილმისჯილი პაციმრებისგან. იყო შემთხვევები, როდესაც ორგანოებს იღებდნენ ბიოლოგიური სიკვდილის დადგომამდე. ჩინეთის კომუნისტურმა პარტიამ ჯერ სახელმწიფოს მტრებად გამოაცხადა ფალუნგუნის მიმდევრები, ხოლო შემდეგ სიკვდილით დასჯილი პაციმრების სხეულებიდან ორგანოთა ექსპლანტაცია ადვილად ჩაანაცვლა ფალუნგუნის მიმდევრების სხეულებიდან სიცოცხლეშივე ორგანოთა ექსპლანტაციით [О. Фэй, С. Сысянь, Л. Чжаньсян, 2010].

ადამიანების ორგანოებით ვაჭრობის შემთხვევები გვხვდება ისეთ რთულ პოლიტიკურ რეგიონში, როგორიცაა კოსოვო. პირველად ამ ფაქტებზე ოფიციალური განცხადებები გააკეთა საეთაშორისო ტრიბუნალის ექს-პროკურორმა კარლა დელ პონტემ, მაგრამ მხოლოდ დიკ მარტის მოხსენების შემდეგ 2010 წელს გახმაურდა 1998–1999 წლების შეიარაღებული კონფლიქტის დროს ჩადენილი ეს დანაშაულები. საქმე ეხება არაალბანური წარმოშობის ადამიანების გამოყენებას გადასანერგი ორგანოების ამოსაღებად შემდგომი ვაჭრობისათვის. ამ საშინელებაში ჩარეული იყვნენ ადამიანები კოსოვოს პრემიერ-მინისტრ ხაშიმუ ტაჩის გარემოცვიდანაც კი.

2008 წელს სკანდალი შეეხო პრიშტინის კერძო კლინიკა „მედიკუსს“. აქ თურქეთის 23 წლის მოქალაქის იძულებითა და მოტყუებით დონორად გამოყენების მცდელობის ფაქტი დადასტურდა. სხვა დონორებს დამნაშავენი ეძებდნენ ყაზახეთში, მოლდოვაში, აზერბაიჯანში, რუსეთში. ამ კლინიკაში თავისი „ფრანკენშტაინული“ საქმიანობა გააგრძელა „ექიმ ვამპირად“ წოდებულმა თურქმა ქირურგმა იუსუფ ერჩინ სონმეზმა, რომლის საქმიანობას 2011 წელს იძიებდნენ თურქი და საერთაშორისო გამომძიებლები [Two Kosovo..., 2008].

შექმნილი ანტიჰუმანისტური და კრიმინალური სიტუაცია 1990–იანი წლების კოსოვოს შეიარაღებული კონფლიქტის მიერაა შობილი და ახლა თავის გაგრძელებას პოულობს.

VI. ადამიანის სიცოცხლესთან დაკავშირებული პრობლემების უტილიტარისტული გადაწყვეტა

ადამიანებისათვის და მედიცინისათვისაც დაწესებული

ზღვრის თვითნებური გადასვლა, რაც ადამიანის (დონორის) სიცოცხლის საკითხის ჩვენი შეხედულებისამებრ, ღვთის ნების გაუთვალისწინებლად გადაწყვეტას გულისხმობს, ხელს უწყობს ადამიანის სიცოცხლისადმი ზედაპირული, უტილიტარული დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას, „სამედიცინო მკვლევარების“ გამართლებას (ევთანაზია, ემბრიონულ ღეროვან უჯრედთა ტრანსპლანტაცია, ფეტალური თერაპია, დეფექტურ ბავშვთა მოკვდინება და ა. შ.).

ხშირად ვერ გაგვიგია შეუზღუდველი ადამიანური „სიბრალულის“ სავალალო შედეგები. რატომღაც გვგონია, რომ სიბრალული ან სხვა გრძნობა შეიძლება დადგეს საღვთო შჯულზე ან ადამიანურ კანონებზე უფრო მაღლა [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა), 2003].

არქიეპისკოპოს იოანეს (შახოვსკოი) აზრით, თუ დღეს დავაკანონებთ “უიმედო სნეულთა” სიცოცხლის ხელოვნურად შეწყვეტას თუნდაც ერთი საათით ადრე მის სავარაუდო უკანასკნელ ამოსუნთქვამდე, ხვალ ასეთი “კაცთმოყვარეობა” მივა დასკვნამდე, რომ უმჯობესია ერთი კვირით ადრე გავაკეთოთ ეს, რომ არც პაციენტმა “იწვალოს” და არც სხვებმა. არა მარტო უკანასკნელი საათის, არამედ მთელი ერთი კვირის ტანჯვის აცილება – აი, ნამდვილად უფრო “ჰუმანური” ქმედება, დაასკვნიან ამის შემდგომ და ასე გაუთავებლად... [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999].

აქ მთელი სიგრძე-სიგანით დგება კონკრეტული ადამიანის სიცოცხლის, როგორც ფასეულობის, და ამ სიცოცხლის მნიშვნელობის პრობლემა სოციუმისათვის (საზოგადოებისათვის, ოჯახისათვის, სახელმწიფოსათვის...) . აი, ამ საკითხისადმი - ადამიანის სიცოცხლის საჭიროების, მისი დანიშნულების საკითხისადმი დამოკიდებულება არ შეიძლება იყოს არც ზედაპირული და არც უტილიტარული, რამეთუ ის, რაც ადამიანს ხშირად ნაკლებმნიშვნელოვნად ეჩვენება, შესაძლებელია სინამდვილეში ერთობ საჭირო, მნიშვნელოვანი და აუცილებელი იყოს როგორც კაცობრიობისათვის, ისევე ღვთის საქმეთათვის ამქვეყნად [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა), 2003].

პრობლემის ფილოსოფიური ასპექტის წარმოსაჩენად გავიხსენოთ, რომ სიორენ კირკეგორი ადამიანის ღმრთისაკენ სავალ გზაზე სამ სტადიას გამოყოფდა: ესთეტიკურს, ეთიკურსა და რელიგიურს. ვინაიდან ყველა ადამიანი არ გადის თავის ცხოვრებაში სამივე სტადიას, შესაძლებელია, იგი მოვიაზროთ, როგორც ცხოვრებისადმი დამოკიდებულების სამი ტიპი.

კირკეგორი პირველს (ესთეტიკურს) არ განიხილავდა,

როგორც ხსნის გზას; უფრო მეტიც - ფილოსოფოსის აზრით, “ესთეტიკურად” მცხოვრები ტკბობას აღწევს მხოლოდ ემოციური გრძნობებით, სიამოვნების მიღებით, გართობით. ასე მიილტვის იგი უტილიტარული ღირებულებებისაკენ და უარს ამბობს ჭეშმარიტებაზე, მის შემეცნებაზე.

VII. ტრანსპლანტოლოგია, როგორც კლონირების იდეის კატალიზატორი

გენური ტექნოლოგიების განვითარების ეპოქაში ქრისტიანული მსოფლმხედველობისაგან თავისუფალი მეცნიერება, ერთი მხრივ – მედიცინის მიერ სიცოცხლის მართვის შესაძლებლობების (კრიტიკული მედიცინა, ხელოვნური განაყოფიერებისა და კლონირების ტექნოლოგიები, გერონტოლოგია, გენეტიკური ტესტირება და დიაგნოსტიკა, ტრანსსექსუალური, ესთეტიკური და პლასტიკური ქირურგია, გენური მედიცინა და ა.შ.) ათვისებამ, მეორე მხრივ, დონორების მიებამ მიიყვანა ადამიანის კლონირებისა და სატრანსპლანტაციო “ლაბორატორიული ორგანოების” შექმნის იდეებამდე გენური ტექნოლოგიების განვითარებით [И.В. Силуянова, 1998 (a); ადამი, არქიმანდრიტი, 2004 (დ), 2004(ე)].

როგორც ჟან ბოდრიარი წერს ესეში: “და რადგან თავისებურად ერთადერთი სილამაზე სხეულის პლასტიკურმა ქირურგიამ შვა, ვინაიდან თავისებურად ერთადერთი ურბანისტული სილამაზე მწვანე სივრცეების ესთეტიკურმა პრეპარირებამ შექმნა, ხოლო აზრი – კვლევის პლასტიკურმა ქირურგიამ... ახლა დადგა ჟამი გენეტიკური გარდაქმნებისა, ჟამი სახეობის პლასტიკური ქირურგიისა” [J. Baudrillard, 2000].

ესაა ბიოეთიკურ პრობლემათა ღრმად გააზრების ნიმუში, გენომიკის ეთიკურ კოლიზიათა გენეზისის სხარტი ფილოსოფიური სქემა.

ადამიანის გენეტიკურად იდენტური, გადანერგვისათვის ვარგისი “ასლების” შექმნა კლონირების ერთ-ერთი მიზანი. ამ დროს უბრალოდ გამრავლება კი არ ხდება, არამედ მოქმედებს ამ ტექნოლოგიის უნიკალური უნარი, შენარჩუნდეს გენეტიკური ერთგვარობა, ერთნაირობა, იდენტურობა, რაც ხელოვნური გამრავლების არც ერთ სხვა ფორმასა და მეთოდს არ გააჩნია. კლონირების ტექნოლოგია მოწოდებულია შექმნას ახალი სიცოცხლე განსაზღვრული, ადამიანისათვის საჭირო და სასურველი ხარისხობრივი მაჩვენებლებით, ტრანსპლანტოლოგიის

სივრცეში – “კლონი-დონორისა” და “ტყუპისცალი-რეციპიენტის” ქსოვილოვანი შეთავსებულობის პარამეტრებით [И.В. Силуянова, 1998 (ა); ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა), 2003].

ადამიანი, ფლობს რა კლონირების ტექნოლოგიას, ქმნის ადამიანს სიყვარულის გარეშე თავისი მომხმარებლური მიზნებისათვის არა ღვთის, არამედ თავის “მსგავსად”. მას ღმერთი აღარ სჭირდება! ასე ყალიბდება უღმერთო ადამიანი და მის მიერ შექმნილი “ტყუპისცალი”, რომელიც ემსახურება უღმერთო ადამიანის “ხორციელ სურვილებს”: შეიქმნას კეთლმოწყობილი გარემო და გაიხანგრძლივოს ამქვეყნიური სიცოცხლე. აქ ღმერთისთვის ადგილი აღარ რჩება: ყალიბდება უღმერთო ადამიანი, არა ათეისტი, არამედ ანტიათეისტი [И.В. Силуянова, 1998 (ა); ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა), 2003].

წმიდა წერილი მოწმობს: *“შენმა ხელებმა გამომსახეს და შემქმნეს მე ყველაფერთან ერთად, რაც გარს მარტყია... გაიხსენე, თიხისაგან რომ შემქმენი და მტვრად მაქციე! განა რძესავით არ გადმომღვარე და ყველივით არ შემადედე? ტყავითა და ხორციით შემმოსე, ძვლებითა და ძარღვებით მომქსოვე. სიცოცხლე და წყალობა მოავლინე ჩემზე და შენი ზრუნვა ინახავდა ჩემს სულს”* (იობი, 10, 8-12) [ბიბლია, 1989].

VIII. სულისა და სულიერების იგნორირება

მედიცინის ამ დარგში, უპირველეს ყოვლისა, დრამატულად იკვეთება ადამიანის მიერ სხეულის ჯანმრთელობასა და უკვდავებაზე ზრუნვა, უკვდავი სულის მოთხოვნილებათა იგნორირება.

ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაცია აღიარებულია პანაცეად და გზად სხეულის უკვდავებისაკენ, მით უმეტეს, რომ მეცნიერები ამუშავებენ “ლაბორატორიული ორგანოების” შექმნისა და მათი ქირურგიული ჩანერგვის ტექნოლოგიებს. ასე რომ, უკვდავება მათ მიერ გაგებულია, როგორც მწყობრიდან გამოსული ორგანოების “ლაბორატორიულით” შეცვლის პერიოდულად განმეორებად, მაგრამ მუდმივ პროცედურებში მყოფი ადამიანის მდგომარეობა [И. В. Силуянова, 2001(ა)].

რალა თქმა უნდა, ასეთი გაგება სიკვდილისა და უკვდავებისა ეწინააღმდეგება არა მხოლოდ ქრისტიანულ მსოფლმხედველობას, ადამიანის ღვთაებრივ დანიშნულებას, არამედ ყოველგვარ ზნეობრივ ნორმასაც. არავინ იცის, რა სიახლეს მოგვითმას

ადამიანის დამახინჯებული “მეცნიერული” აზროვნება ხვალ...

ჩვენთვის უცნობი როდია ორგანოთა გადანერგვის გზით გადარჩენილ სიცოცხლეთა აურაცხელი მაგალითი დედების, დამის, მეგობრების თავგანწირვის, უკეთილშობილეს განზრახვათა მეოხებით: რომ არა ტრანსპლანტალოგია, ეს არ იქნებოდაო, ასეთია ტრანსპლანტაციის მომხრეთა არგუმენტები. ჩვენ მათ ვეთანხმებით, მაგრამ ისევ ყველაფერ იმას ვიმეორებთ, რაც ზემოთ ვთქვით. ჩვენი აზრით, ერთად უნდა აიწონოს ორივე მხარის მოსაზრებები და მათი ღირებულებები [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა), 2003].

ძალიან დიდი ხომ არ არის გაღებული ან გასაღები მსხვერპლი?!

ჩვენი ამოცანა მხოლოდ ტრანსპლანტოლოგიაში არსებული სულიერ-ზნეობრივი პრობლემების განხილვა იყო და არა მედიცინის ამ დარგის შეფასება. ეს პრობლემები იკვეთება მედიცინის თითქმის ყველა სფეროში, ოღონდაც სხვადასხვა მასშტაბებით. დამოკიდებულება კი მათ მიმართ არაერთგვაროვანია, რაც განპირობებულია იმ რეალობით, რომელშიაც ჩვენ გვიხდება ცხოვრება.

რეალობაა ის, რომ დღეს ჩვენ სეკულარიზებულ საზოგადოებაში ვცხოვრობთ, ე. ი. საზოგადოებაში, სადაც მეცნიერება, კულტურა, ადამიანის მოღვაწეობის ყველა სფერო, მათ შორის მედიცინაც, და, რაც მთავარია, ადამიანთა ინდივიდუალური შეგნება გამოთავისუფლებულია ეკლესიის გავლენისაგან. სეკულარიზებული საზოგადოება არ მიმართავს ეკლესიას, გვერდს უვლის მას. არადა ეკლესია და მხოლოდ ეკლესია არის ის ერთადერთი ადგილი, სადაც ჩვენი სულისა და სხეულის აურაცხელ წყლულს სალბუნს ადებს ზეციური მკურნალი. ამრიგად, ჩვენ ვიმოკლებთ ამქვეყნიურ სიცოცხლეს და არ ვზრუნავთ იმქვეყნიური მარადისობისათვის [Н. Малиновский (протоиерей), 1911; ილია მეორე, კათოლიკოს-პატრიარქი (ღუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997].

ეს რეალობაა, მაგრამ რეალობაა ისიც, რომ, მიუხედავად იმისა, გვინდა ჩვენ ეს თუ არა, ვიცით ეს თუ არა, ვფიქრობთ ამაზე თუ არა, ჩვენი სული მაინც უკვდავია, გარდაცვალების შემდეგ იგი აუცილებლად წარსდგება ღვთის წინაშე, მის სამსჯავროზე და პასუხს აგებს მთელი თავისი ცხოვრების ყოველ წამზე, ყოველ საქციელზე, ყოველ გულისთქმაზე. ეს შეხვედრა გარდაუვალია!

ჩვენ ღვთისაგან გვაქვს მოცემული თავისუფალი ნება ავირჩიოთ, თავად გადავწყვიტოთ: საჭიროდ ვთვლით თუ არა, ვემზადოთ ამ შეხვედრისათვის.

ამ ჩვენს არჩევანზე, ამ ჩვენს გადაწყვეტილებაზეა დამოკიდებული ისიც, თუ რა მნიშვნელობას მივანიჭებთ იმ ბიოეთიკური პრობლემების გადაწყვეტაზე ზრუნვას, რომელთა წინაშე მესამე ათასწლეულის დასაწყისში დგას ბიომედიცინა და რომელთა განხილვასაც ეძღვნა ჩვენი წინამდებარე ნაშრომი [ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2003, 2010].

და ბოლოს მედიცინის ერთ სიახლეზე მინდა შევაჩერო ყურადღება. 2012 წლის მარტში აშშ-ში, ქალაქ ბოსტონის საავადმყოფოში Brigham and Woman's hospital 30 ქირურგისაგან შემდგარმა ბრიგადამ 25 წლის დალას ვინსს გადაუნერგა გარდაცვლილი დონორის სახე მთლიანად: ცხვირი, ტუჩები, წარბები, კანი, კუნთები, ნერვები.

ამგვარი ოპერაციის ანთროპოლოგია, ფილოსოფია და ბიოეთიკა მთლიანად სცდება ტრანსპლანტოლოგიის ფარგლებს. სახე ხომ პიროვნების თვითშეგრძნების კრისტალიზაციაა. იგი ინდივიდუალურობის აბსოლუტის გამოხატულებაცაა და ამა თუ იმ სოციუმის კუთვნილების დემონსტრირებაც. ადამიანის სხეულის არც ერთი სხვა ნაწილი არაა შექმნილი ისე, რომ იგი საშუალებას იძლეოდეს იმსჯელო ადამიანის, მისი წარმომავლობის, მიდრეკილებების, ხასიათის შესახებ. ადამიანი გვახსენდება სახით, ამ სახითვე ვცნობთ, გვიყვარს, გვენატრება. ამიტომაც სახის გადანერგვის ოპერაციის ფსიქოლოგიური განზომილება სხვა ტრანსპლანტაციურ ჩარევებზე უფრო რთული სტრუქტურისაა.

მექანიკური შეხედულებების საწინააღმდეგოდ უნდა ითქვას, რომ განკურნებისათვის არაა საკმარისი ერთი ადამიანის სხეულის ერთი ნაწილი გადანერგო მეორე ადამიანის სხეულში. თავისთავად ტრანსპლანტაცია იწვევს ცვლილებებს რეციპიენტის პიროვნულ თვითშეგრძნებაში. ნებისმიერი ნიჭის ან ძღვენის მიღება ხომ უკუგებასაც გულისხმობს. პიროვნული ღირსება გვკარნახობს, რომ რაღაც გასაღებია. ამდენად ორგანოთა გადანერგვა წინა პლანზე წევს საკითხს მსხვერპლის გაღების შესახებ. რას ვაკეთებთ იმის სანაცვლოდ, რომ გვეძლევა სიცოცხლის გახანგრძლივება, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ან დამახინჯებული სახისა და ამასთან დაკავშირებული ტანჯვის ნაცვლად – უფრო სრულყოფილი სახით ტკბობა.

საზოგადოებას, რომელმაც მოირგო ამგვარი ტრანსპლანტაციური და რესტავრირებული სახე, „ბიოეთიკურ სარკეშიც“ მართებს ხოლმე ჩახედვა, რათა არც ონტოლოგიური სახე დაავიწყდეს და არც ის, რომ ახალი სახე მას ახალ შეგრძნებებსა და განცდებს შესძენს.

5.1.3. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების ისტორია და დღევანდელი ბიოეთიკის ფუნდამენტური პრინციპების შუქზე

სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის მიღწევებმა დაგვარწმუნა, რომ დღეს კაცობრიობას ძალუძს არა მარტო სიკვდილისაგან იხსნას, არამედ ჩვეულ ცხოვრებას დაუბრუნოს ათასობით ადამიანი, რომლებიც ერთი-ორი ათეული წლის წინ, სამწუხაროდ, განწირულნი იყვნენ. ეს მოსაზრება მედიცინის სხვა დარგებთან ერთად, პირველ რიგში, უდავოდ ეხება გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიასაც, რომელმაც გულის ჭრილობის პირველი წარმატებული გაკერვიდან (1896 წ.), პირველი წარმატებული კომისუროტომიიდან (1923 წ.), ფალოს ტეტრადის ოპერაციული მკურნალობის პირველი მცდელობის ფაქტიდან – ბლელოკ-ტაუსიგის ანასტომოზის დადებიდან (1944 წ.), სისხლისმიმოქცევიდან გამოთიშული გულის წინაგულთაშორისი დეფექტის პირველი გაკერვიდან ჰიპოთერმიის პირობებში (1952 წ.) ოცდამეერთე საუკუნის სიმაღლეებამდე დიდებული გზა განვლო [В. И. Бураковский, 1988; Н. М. Амосов, 1976; Л. А., Бокерия, Р. Г. Гудкова, 2000; Адам, архимандрит, 2001 (а) 2001 (6)].

მონოგრაფიის წარმოდგენილ პარაგრაფში მიზნად ვისახავთ, წარმოვაჩინოთ, თუ როგორ განაპირობებს გულსისხლძარღვთა ქირურგიის მიღწევები, მისი ახლანდელი ტექნოლოგიური და ინტელექტუალური მდგომარეობა ბიოეთიკური თვალსაწიერიდან ამ დარგის ისტორიის ზედმიწევნითი ანალიზის აუცილებლობას.

გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის წარმოშობისა და განვითარების კანონზომიერებებისა და პირობების გლობალური გააზრება ბიოეთიკური კატეგორიების (სიცოცხლის, სიკვდილის, ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის, პაციენტის, ექიმის) შუქზე არაა საკმარისი და შემდგომში მოითხოვს ამ ელიტარული ქირურგიული დარგის წინაშე არსებული პრობლემატიკის სრული სპექტრის (კლინიკური, მეთოდოლოგიური, ისტორიული, რელიგიური, კულტუროლოგიური, ეთიკური და ა. შ. პრობლემების) ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური ინტერპრეტაციის მცდელობას [F. Schauer, 1985; M.A. Drickamer, M.S. Lachs, 1992; B.B. Власов, 1998; L. Comitas, 2000; Адам, архимандрит, 2001 (а) 2001 (6)].

გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების ისტორიის შესწავლამ და კვლევამ საშუალება მოგვცა გამოგვეყო შემდეგი უმთავრესი მომენტები, რომელთა ანალიზი და შეფასება აუცილებელია ბიოეთიკური კონცეფციების პოზიციებიდან:

1. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის უპირობო ბიოეთიკური პრიორიტეტია მისი წვლილი საერთო სამედიცინო ამოცანების – ადამიანთა სიცოცხლის გახანგრძლივებისა და მოსახლეობის სიკვდილიანობის შემცირების გადაწყვეტაში გამოჯანმრთელების ახალი, ადრე არარსებული შესაძლებლობების – კარდიოლოგიური და ანგიოლოგიური ნოზოლოგიების ქირურგიული მკურნალობის მეთოდების – შემუშავებითა და პრაქტიკაში დანერგვით. თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ბევრ ქვეყანაში (ძირითადად “მესამე მსოფლიოსა” და პოსტკომუნისტური სივრცის ქვეყნებში) კარდიო- და ანგიოქირურგიული დახმარების სიმცირისა და მედიცინის ამ დარგის არასაკმარისი ფინანსირების გამო ავადმყოფები ხშირად მოკლებულნი არიან სპეციალიზირებული დახმარების მიღების შესაძლებლობას.

ასეთ სიტუაციებში ბიოეთიკის ამოცანაა ისეთი კონცეფციების შექმნა, რომლებიც ეხება (1) სახელმწიფოს მოვალეობის – იზრუნოს თავისი მოქალაქეების ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეზე – იმგვარ გაგებას, რომელიც გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ ამ მოვალეობის, როგორც მთელი კაცობრიობისა (საერთაშორისო, საერთოევროპული და სხვა ორგანიზაციების) და ღმერთის წინაშე მოვალეობისა და პასუხისმგებლობის აღქმას; (2) თითოეული ადამიანის სიცოცხლის სიწმინდისა და განუმეორებლობის რეალურ აღიარებასა და პასუხისმგებლობას მისი ნებისმიერი სახით შეზღუდვის – როგორც ზოგადსაკაცობრიო დანაშაულის გამო [Адам, архимандрит, 2001 (a) 2001 (6)].

ლიბერალური იდეოლოგია ადამიანს, ინდივიდუუმს ცენტრალურ ადგილს მიუჩენს: მისგან გამოდის ყველაფერი და ასევე ყოველივე მისკენ მიედინება. იმ ტრადიციის მიხედვით, რომელიც ჩამოყალიბდა ჯ. ლოკის, ტ. პეინის, ალ. ტოკვილის, ჯ. მილის, ასევე ჯ. როალზისა და რ. დვორკინის ფილოსოფიაში, ინდივიდი და არა კოლექტივი წარმოადგენს სახელმწიფოს ბაზისს [J.S. Mill, 1976; R. M. Dworkin, 1983; R.M. Dworkin, 1983 (a)].

სახელმწიფო, თავის მხრივ, განიხილება ისეთ იარაღად, რომელიც ინდივიდის ინტერესებს ემსახურება. სახელმწიფოს ფუნქციაა ხელი შეუწყოს ინდივიდთა უკეთეს ყოფიერებას, მათ შორის მაშინაც, როდესაც ისინი ავადმყოფობენ, რადგან სიცოცხლის უფლება მიჩნეულია პრიორიტეტულ უფლებად. [J.S. Mill, 1976; R.M. Dworkin, 1983 (a); R. M. Dworkin, 1983; R. Cohen-Almagor, 1997; R. Cohen-Almagor, 2000(a)].

ლოკის მიმდევრები მას ბუნებრივ უფლებას უწოდებენ, რომელიც არსებობდა სამყაროში სახელმწიფოს გაჩენამდე.

2. უდიდესი ქირურგის, თეოდორ ბილროტის, გაფრთხილება,

რომ, ვინც გულს შეეხება ოპერაციის ჩასატარებლად, სამუდამოდ დაკარგავს კოლეგების პატივისცემას, იმდენად გადაჭარბებული აღმოჩნდა, რომ სწორედ კარდიოქირურგია იქცა ყველაზე “ელიტარულ” ქირურგიად.

გულ-სისხლძარღვთა ქირურგია დაიბადა წინააღმდეგობებისა და ძიებების, კურიოზული და დრამატული სიტუაციების წიაღში ისევე, როგორც იბადება ნებისმიერი სიცოცხლე, რომელიც გარკვეული დროის შემდეგ ისტორიის საკუთრება და მისი ნაწილი ხდება.

ქირურგიის ეს დარგი შვეს გამბედავმა, ნიჭიერმა, საქმის ერთგულმა ადამიანებმა, რომლებმაც გაუსწრეს დროს. ასეთივე ადამიანები ღებულობდნენ მათგან ესტაფეტას, თავიანთი შემართებით გადალახავდნენ უამრავ მეცნიერულ, კლინიკურ, ორგანიზაციულ, ტექნიკურ, საკადრო, ეთიკურ პრობლემებს და ამგვარად ავითარებდნენ გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიას [Н.М. Амосов, 1976; В.И. Бураковский, 1988; Л. А., Бокерия, Р. Г. Гудкова, 2000; Адам, архимандрит, 2001 (а) 2001 (б)].

გულის ქირურგიის წარმოშობამ და ჩამოყალიბებამ განაპირობეს გულისა და სისხლისმომოქცევის შესახებ არსებული მთელი სამედიცინო და ბიოლოგიური ცოდნის ახლებურად გააზრება [Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова, 2000; В. И. Бураковский, 1988].

გაჩნდა ახალი ცნებები: სისხლისმომოქცევიდან გამოთიშული გულის დაცვა, ფარმაკოლოგიური და ჰიპოთერმიული კარდიოპლევია, ხელოვნური სისხლისმომოქცევა, კარდიოსტიმულაცია, ელექტროდეფიბრილაცია, კარდიოვერსია, კონტრპულსაცია, ხელოვნური მარცხენა პარკუჭი, ხელოვნური გული და ა. შ. [Адам, архимандрит, 2001 (а) 2001 (б)].

გულ-სისხლძარღვთა ქირურგია წარმოჩინდა როგორც დადასტურება საერთოდ ქირურგიული მეცნიერებისა და ტექნიკის მაღალი დანიშნულებისა, როგორც ახალი ტიპის, ახალი ეპოქის ქირურგია, რომლის ფუნდამენტია ისეთი სამეცნიერო-ინტელექტუალური, სამედიცინო, ტექნოლოგიური, შრომითი (მთელი პერსონალის, ყველა მოსახლდრე სპეციალობის, ყველა მონაწილე დაწესებულების) და ფილოსოფიურ-ეთიკური პოტენციალი, როგორიც არ გააჩნია ქირურგიის არც ერთ სხვა დარგს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

3. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის პროგრესმა ხელი შეუწყო მომიჯნავე თეორიული და კლინიკური დისციპლინების – ანესთეზიოლოგიის, რენანიმატოლოგიის, ინტენსიური თერაპიის,

პერფუზიოლოგიის, კარდიოლოგიის, პედიატრიის, გერიატრიის, ფარმაცოლოგიის, ექსპერიმენტული მედიცინის, პათოლოგიური, ტოპოგრაფიული და ნორმალური ანატომიის, პათოლოგიური და ნორმალური ფიზიოლოგიის, ელექტროფიზიოლოგიის, ბიოქიმიისა და ბიოფიზიკის, ტრანსფუზიოლოგიის, სამედიცინო მრეწველობის – კარდიოსტიმულატორების, გულის სარქველებისა და სისხლძარღვთა ხელოვნური პროტეზების, ბიოპროტეზების, ხელოვნური სისხლისმიმოქცევის აპარატების, ქირურგიული ინსტრუმენტებისა და საკერავი მასალისა და ა. შ. წარმოების – განვითარებას, რომელთაც თავის მხრივ მიღწევებთან ერთად გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის პრაქტიკაში მოიტანეს საკუთარი ბიოეთიკური დილემებიც: მანკებით დაზადებული ახალშობილების, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების მქონე მოხუცებისა (რომელთაც ხანგრძლივი და ძვირი მკურნალობა სჭირდებათ) და უიმედო ავადმყოფების სიცოცხლისადმი დამოკიდებულება, კლინიკური გამოკვლევების (სამედიცინო ექსპერიმენტების) ჩატარება და ა. შ. [Адам, архимандрит, 2001 (а), 2001 (б); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

4. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის ისტორია აღსავსეა დრამატიზმით ისევე, როგორც მთელი მედიცინის, განსაკუთრებით, ქირურგიის ისტორია. მისი თვალის გადავლება ჩვენს წინაშე აცოცხლებს საექიმო და სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრობლემებს, რომლებიც დაკავშირებულია პირველი ოპერაციების დამუშავებასა და ჩატარებასთან, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვასთან, ლეტალური და უიღბლო შემთხვევების მორალური და ზნეობრივი თვალსაზრისით უძნელეს ანალიზთან, ექიმებსა და სხვა პერსონალს შორის ურთიერთობებთან [Н. М. Амосов, 1976; В. И. Бураковский, 1988; W. Rappaport, et al., 1991; Л.А., Бокерия, Р.Г. Гудкова, 2000].

დღეს მედიცინა შორდება პატერნალიზმის პრინციპს, რომელიც გულისხმობდა ექიმის ავტორიტეტის უპირატესობასა და უდავოობას, როდესაც ექიმი პაციენტის მონაწილეობის გარეშე ღებულობდა ყველა გადაწყვეტილებას, ნიშნავდა მკურნალობას (მათ შორის ჯერ კიდევ ბოლომდე არააპრობირებულს), ირჩევდა დიაგნოსტიკის მეთოდებს (მათ შორის ყველაზე ახლებს, რომლებიც ჯერ კიდევ გამოცდის სტადიაზე იყვნენ) და ა. შ. [J. F. Childress, 1990].

ასეთი მოდელი ავადმყოფის ავტონომიას ხედავს, როგორც მხოლოდ ექიმის დასკვნებზე თანხმობას. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების პროცესში სწორედ პატერნალისტურმა მოდელმა – ქირურგის მიერ თავის

თავზე უდიდესი პასუხისმგებლობისა და მორალური ტვირთის აღებამ ექსტრემულ, ურთულეს, ავადმყოფის სიცოცხლისათვის უკიდურესად საშიშ სიტუაციებში – გადაარჩინა პაციენტები, სრულყო ოპერაციული ტექნიკა, ხელი შეუწყო დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში ახალი მიმართულებების დანერგვას. პატერნალიზმი დღესაც რჩება ერთადერთ, გამართლებულ და შეუცვლელ ვარიანტად ანალოგიურ სიტუაციებში [R. Cohen-Almagor, 2000(a); Адам, архимандрит, 2001 (a) 2001 (6); И. В. Силуянова, 2001(6)].

5. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიაში, განსაკუთრებით კი კარდიოქირურგიაში, მწვავედაა დასმული კადრების მომზადების საკითხი, რადგან ჯერჯერობით ჩამოუყალიბებული პროფესიონალი ახალგაზრდა ექიმების მონაწილეობა ოპერაციებში პაციენტთა ინტერესებიდან, აგრეთვე ოპერაციებში მონაწილე ექიმებისადმი ძალიან მაღალი მოთხოვნილებებიდან გამომდინარე, როგორც წესი, მკვეთრადაა შეზღუდული. ერთი მხრივ, საჭიროა ერთგვარი ზეწოლა ახალგაზრდა მედიკოსებზე, რომ მათ კარდიოქირურგობა აირჩიონ; ამავე დროს კანდიდატები უნდა შეირჩეს მაქსიმალურად მკაცრად; სწავლება მეტად ხანგრძლივია და გულზე ოპერაციებში მონაწილეობის მისაღებად უშვებენ მხოლოდ აუცილებელი ჩვევების ათვისების ხარისხის ზედმიწევნით შემოწმების შემდეგ; ექიმს გავლილი უნდა ჰქონდეს ოთხწლიანი ზოგადქირურგიული პრაქტიკა მაინც; მომავალი კარდიოქირურგი ერთნაირად ღრმად უნდა სწავლობდეს დიაგნოსტიკის, კლინიკის, ინტენსიური თერაპიის, რეაბილიტაციის საკითხებს; კარდიოქირურგის მომზადების ძირითად ნაწილად ყოველთვის რჩება მუშაობა საოპერაციოში, სადაც იგი უნდა ამაგრებდეს, ხვეწდეს, აფართოებდეს თავის შესაძლებლობებს ოპერაციული ტექნიკის სფეროში [M. J. Newton, 1986; В. И. Бураковский, 1988; Адам, архимандрит, 2001 (a) 2001 (6)].

ამ ყოველივეს უნდა დაემატოს ბიოეთიკური განათლების აუცილებლობა მომავალში მრავალი თვალსაზრისით უპრობლემო და წარმატებული პრაქტიკული მოღვაწეობის მიზნით.

6. თითოეული ქირურგის, ექიმის, ნებისმიერი სპეციალისტის დამოკიდებულება თავისი მასწავლებლისადმი არის არა მარტო პირადი ეთიკური შეხედულებების, არამედ საზოგადოების მორალური მრწამსის გამოვლინება. მისგან გამომდინარეობს ისიც, თუ როგორ განვითარდება კარდიოქირურგია, რომელიც სრულყოფილი ქირურგიული მეთოდებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების მუდმივი განახლების პირობებში ეფუძნება მათ მემკვიდრეობითობასა და თანამიმდევრულობას, თუ რა მომავალი

ექნება მასწავლებელთა მიერ შექმნილ სკოლებს, თუ როგორი იქნება მზადყოფნა განიხილონ და გადაწყვიტონ არსებული და მოსალოდნელი ბიოეთიკური პრობლემები. მასწავლებელთა მიმართ მაღალზნეობრივი დამოკიდებულების მშვენიერი მაგალითია აკადემიკოს ვ. ბურაკოვსკის წიგნი “პირველი ნაბიჯები” [В. И. Бураковский, 1988].

7. ქირურგიული და თერაპიული კარდიოლოგიის, გულის თანდაყოლილი მანკების პალიატიური, რადიკალური და ჰემოდინამიკური კორექციების, გულის იშემიური დაავადების დროს ლაზერული რევასკულარიზაციის, ენდოვასკულური, მინიინვაზიური და ტრადიციული ქირურგიული მიდგომების, სისხლიანი და უსისხლო ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის, სისხლის ტრანსფუზიისა და მისი ალტერნატივების გამოყენების, ოპერაციისშემდგომი პერიოდის გაურთულებელი და სხვადასხვა გართულებებით (მათ შორის პოლიორგანული დისფუნქციის განვითარებით) მიმდინარეობის, ფინანსური რესურსების რაციონალური გამოყენების სხვადასხვა მეთოდების თანაარსებობა განაპირობებს გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიაში მომუშავე ექიმის დიდ პასუხისმგებლობას, რათა დაიცვას ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე ავადმყოფის თავისუფალი და გათვითცნობიერებული თანხმობის მიღების პრინციპი, რაც წარმოადგენს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების ე. წ. ინფორმაციული, ინტერპრეტაციული და სათათბირო მოდელების პრაქტიკულ ხორცშესხმას.

თითოეული ამ არაპატერნალისტური მოდელის კლინიკაში დანერგვა არის სწორედ ადამიანის (ავადმყოფის) უფლებებისა და ღირსების დაცვაზე რეალური ზრუნვა [Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова, 2000; დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; Адам, архимандрит, 2001 (ა), 2001 (ბ)].

8. ბავშვთა, განსაკუთრებით ახალშობილთა და ადრეული ასაკის ბავშვთა, გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიაში მიღწეული წარმატებები – გულის რთული თანდაყოლილი მანკების ქირურგიული კორექციის პრობლემის გადაწყვეტა – შეიძლება განვიხილოთ როგორც აშკარა ანტითეზა იმ არსებული ტენდენციებისა, რომლებიც ბიომედიცინის სულიერ-ზნეობრივ პრობლემებს გამოხატავენ: (1) ხელი არ შევუშალოთ სერიოზული მანკებითა და სიმახინჯეებით დაზადებული ახალშობილების სიკვდილს დაზადებისას ან დაზადების შემდეგ (ევთანაზია) და (2) აბორტის გზით მოვაკვდინოთ ნაყოფი, რომელსაც ასეთი მანკი აქვს [В. И. Кулаков и др., 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 2007].

9. გულის გადანერგვის სხვადასხვა ასპექტების შესწავლასა და

კვლევასთან დაკავშირებით გულ-სისხლძარღვთა ქირურგია დადგა ტრანსპლანტოლოგიის ბიოეთიკურ პრობლემათა სრული სპექტრის წინაშე, რომელთა განხილვას ჩვენი მონოგრაფიის დამოუკიდებელი პარაგრაფი ეძღვნება.

10. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის კომპიუტერული, ტელეკომუნიკაციური და სხვა ტექნოლოგიზაცია სხვა ტექნიკურ-საინჟინრო მიღწევების დანერგვასთან ერთად ქმნიან ექიმსა და ავადმყოფს შორის ურთიერთობათა ისეთ უნიკალურ ფენომენთა გაქრობის საშიშროებას, როგორებიცაა: ემპათია, პაციენტისათვის ფსიქიკური ვენტილაციის შესაძლებლობის მიცემა, ტრანსფერის კონცეფციის გამოყენება და ა. შ. [P. Конечный, М. Боухал, 1983].

დღეს სულ უფრო რთულია ისეთი ექიმის პოვნა, რომელიც ავადმყოფს მძიმე ხვედრს შეუმსუბუქებდა. უფრო ხშირად პაციენტს უყურებენ არა როგორც პიროვნებას თავისი განუმეორებლობითა და ღირსებით, არამედ როგორც კიდეც ერთ კლინიკურ შემთხვევას. ამიტომაც ჩვენს დროში წინა პლანზე გადმოინაცვლა პაციენტის უფლებამ განაგოს თავისი სიცოცხლე, მისმა უფლებამ, თავად გააკეთოს არჩევანი [J. F. Childress, 1990; R. Cohen-Almagor, 2000(a); დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001].

პიროვნების თავისუფლების ამგვარმა გამოვლინებამ მედიცინის სფეროში, ახალმა სამედიცინო ტექნოლოგიებმა, მეცნიერების ახალმა შეხედულებებმა ისეთ ცნებებზე, როგორებიცაა სიცოცხლე და სიკვდილი, განაპირობა ბიომედიცინაში არსებული ყველა პრობლემის გადაფასების აუცილებლობა არა მარტო სამედიცინო და მთელი ბუნებათმეცნიერების, არამედ ფილოსოფიის, ფსიქოლოგიის, რელიგიის, სოციოლოგიის, ეთიკის პოზიციებიდან [ადამი, არქიმანდრიტი, 2001, 2003].

ამრიგად, ჩვენ შევეცადეთ (1) გაგვეაზრებინა გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის ისტორია და დღევანდელი მდგომარეობა ბიოეთიკური კონცეფციებისა და კატეგორიების შუქზე, როგორებიცაა: პაციენტის ავტონომია, ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობათა მოდელები, სიცოცხლე, როგორც ღირებულება, საექიმო და სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის საყოველთაოდ მიღებული ნორმები, ისტორიულ-ტრადიციული სამეცნიერო-კულტურული მეშვეობით დადგენილი დამოკიდებულების პრინციპები, ამასთან ერთად (2) გაგვეანალიზებინა გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის როგორც უდავო ბიოეთიკური პრიორიტეტები, ისე პრობლემები და დილემები.

5.1.4. ადამიანის მუცლადყოფნის პერიოდი ბიოეთიკურ რეალიაში

ადამიანის მუცლადყოფნის პერიოდის (ანუ დაბადებამდე, ანუ პრენატალური, ანუ ანტენატალური პერიოდის) სრული ქარაქტეროლოგია, მისი სამედიცინო-ბიოლოგიური, სოციოლოგიურ-კულტუროლოგიური და აქსიოლოგიური არსის წვდომა არის აუცილებელი პირობა არა მარტო იმისათვის, რომ მართებულად გადაწყდეს პრენატალურ პერიოდთან დაკავშირებული ბიოეთიკური დილემები, არამედ იმისათვისაც, რომ მოულოდნელი კატასტროფებისაგან დაიცვას როგორც ცალკეული ადამიანის დაბადების შემდგომი სიცოცხლე, ისე საზოგადოების ცხოვრება და, უფრო მეტიც, კაცობრიობის მომავალი [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ი), 2007].

სიცოცხლის შესახებ სწავლებების მიმოხილვისას განვიხილეთ საკითხი ადამიანის სიცოცხლის დაწყების მომენტის გაგებისათვის (იხ. წინამდებარე მონოგრაფიული ნაშრომი, ქვეთავი 2. 2. სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ შეხედულებათა ისტორიული განვითარება და დღევანდელი მდგომარეობა), რომელშიც წარმოვადგინეთ ბიოლოგიური და ფილოსოფიური მონაცემები ემბრიონის შესახებ, როგორც სავსებით დამაჯერებელი არგუმენტაცია იმისა, რომ (1) ადამიანის სიცოცხლე იწყება განაყოფიერებული კვერცხუჯრედიდან, (2) ემბრიონი და ნაყოფი წარმოადგენს მუცლადყოფ ადამიანს მთელი თავისი ადამიანური და პიროვნული ღირსებებით.

ბიოლოგიურ მონაცემებსა და ფილოსოფიურ აზრს არა მარტო მივყავართ დასკვნამდე, რომ ემბრიონი (და მით უმეტეს ნაყოფი) არის პიროვნება, არამედ ისინი ადასტურებენ ემბრიონის, როგორც კონკრეტული ინდივიდუუმის, სრულ პირად ღირსებასა და ადამიანურ ღირებულებას: ემბრიონი უკვე ადამიანთა მოდგმას განეკუთვნება და ჩვენს მისდამი დამოკიდებულებაში ეს უნდა იგრძნობოდეს.

ამის მიუხედავად, სვამენ კითხვას: მაინც რა აზრით შეიძლება ვამტკიცოთ, რომ ემბრიონი წარმოადგენს პიროვნებას? პიროვნება ხომ ნიშნავს კონკრეტულ ინდივიდუუმს, რომელშიც ადამიანური ბუნება რეალურად არსებობს. პიროვნების ქვეშ იგულისხმება ყველაფერი ის, რაც არის ადამიანური – ე. ი. სხვა არსებებისაგან განსხვავებული, – და წარმოადგენს მისი სამართლებრივი სტატუსის წყაროს, მაგრამ არა აბსტრაქტული გაგებით, არამედ კონკრეტული ადამიანის უფლებებთან მიმართებაში.

პიროვნება არის “ინდივიდუუმი”, მაგრამ ამავე დროს მასში

ჩადებულია “ურთიერთობაც”. ეს უნარი განასხვავებს მას სხვა სუბსტანციური ინდივიდუუმებისაგან. მოცემულ შემთხვევაში არა არის აუცილებელი, რომ ურთიერთობის უნარი იყოს აქტიურ მდგომარეობაში, მქლავნდებოდეს ფაქტობრივად, ვლინდებოდეს მოქმედების სახით. საკმარისია, რომ იგი არსებობდეს სხვა პირებთან ურთიერთობის შესაძლებლობის სახით, როგორც, მაგალითად, ეს არის მძინარე, ან კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანის (რომელსაც გამოჯანსაღების შანსი აქვს), ან ბავშვის (რომელსაც ჯერ არ უსწავლია ლაპარაკი) შემთხვევებში [J. Suaudeau, 2001].

ცხადია, რომ თითოეული პიროვნება ვლინდება ადამიანებთან ურთიერთობისა და კონტაქტების საშუალებით, მაგრამ ეს სულაც არ ნიშნავს, რომ მხოლოდ ეს გამოვლინებები შეადგენენ თავისთავად პიროვნებას. პიროვნების დეფინიციის ბაზისური კრიტერიუმი მისი ურთიერთობის უნარის გამოვლინება როდია, არამედ პიროვნების (როგორც ზოგადი ცნების) ბუნება, ინდივიდუუმის შინაგანი არსი [ადამი, არქიმანდრიტი, 2007].

ფილოსოფიური თვალსაზრისით, ადამიანის, როგორც პიროვნების, მთელი ღირსება ონტოლოგიურად მოცემულია ემბრიონში, ჩასახვის მომენტიდან დაწყებული. ის ფაქტი, რომ ამ ონტოლოგიური და ეკზისტენციალური რეალობის გამოვლინება თანდათანობით ხდება ადამიანის მთელი ცხოვრების მანძილზე, არ გვაძლევს უფლებას ვიფიქროთ, თითქოს “ის, რაც იქნება შემდეგ” ჯერ არ არსებობს და არ გამომდინარეობს “იმისაგან, რაც არის ახლა”: “ჯერ კიდევ არასა” და განსრულებულ “უკვეს” შორის ძვეს ადამიანისათვის მიცემული ცხოვრების დროის მთელი მონაკვეთი, მაგრამ ჩვენ დანამდვილებით არ შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ამ დროის მანძილზე ხდებოდეს რაიმე ხარისხობრივი, ონტოლოგიური ნახტომი. ადამიანის განვითარების წყარო არის მასში პიროვნულობის ეკზისტენცია ჩასახვიდანვე: ადამიანის პიროვნების “მე” რეალურად არსებობს და მოქმედებს მაშინაც, როდესაც ჯერ კიდევ არ ჩამოყალიბებულა თვითცნობიერება და არ დამდგარა ჟამი სოციალური აღიარებისა.

ამგვარი მსჯელობა, ლოგიკა და დასკვნა მიუღებელია იმათთვის, ვისაც არ სურს სხვადასხვა მიზეზების გამო გაიზიაროს აზრი ემბრიონის ადამიანურობის შესახებ, თუმცა ეთანხმება მის ბიოლოგიურ ინდივიდუალობას. ამიტომაც წარმოდიდგენთ იმ იდეებს, რომლებიც ემბრიონისა და ნაყოფის პიროვნულ და ადამიანურ დახასიათებას ეხება [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2007].

ემბრიონის ადამიანურ არსებად აღიარების ერთ-ერთი საწინააღმდეგო აზრი იმ ფაქტს ეყრდნობა, რომ ჩასახვიდან

მე-8 კვირამდე მას არა აქვს ჯერ კიდევ მთლიანად ადამიანს მიმსგავსებული სახის გამომეტყველება. ამდენად, ისინი თვლიან, რომ მანამ, ვიდრე ემბრიონის სხეული არ მიიღებს ზუსტად განსაზღვრულ ადამიანურ ფორმებს, იგი არ შეიძლება ჩაითვალოს ადამიანურ ინდივიდუუმად. ამ დრომდე იგი არის მხოლოდ “ადამიანი პოტენციაში”, მაგრამ ჯერ კიდევ არ არის რეალური ადამიანური ინდივიდუუმი.

გავიხსენოთ, რომ არისტოტელეს მიხედვით, პოტენციის ცნება პირდაპირ კავშირშია აქტთან: პოტენციური არის ის, რასაც (თუკი მას ხელს არაფერი შეუშლის) შეუძლია გამოვლინდეს თავისთავად და მოახდინოს თვითაქტუალიზაცია.

ადრეული ემბრიონის ადამიანური ინდივიდუალურობის მოწინააღმდეგეების ლოგიკაში სიტყვა “პოტენცია” იხმარება აშკარად რედუქციული მნიშვნელობით და აღნიშნავს მხოლოდ თეორიულ შესაძლებლობას. მაგრამ ემბრიონი არსებობს რეალურად, როგორც ნამდვილი ადამიანური არსება. პოტენციაში არსებობს არა მისი არსი ან ინდივიდუუმის ადამიანურობა, არამედ მისი შინაგანი შესაძლებლობების სრული გამოვლინება, რომლებიც ემორჩილებიან თანდათანობითი ბიოლოგიური მომწიფების პროცესს. ზიგოტას აქვს აქტიური პოტენცია, თავისთავად, წინააღმდეგობების არარსებობის შემთხვევაში, მისგან ვითარდება სრულყოფილი ადამიანი. როგორც ამბობდა ტერტულიანე: “უკვე ადამიანია ის, ვინც ადამიანი იქნება”.

არსებობს სხვა აზრიც, რომლის თანახმადაც, ემბრიონი ჩასახვიდანვე არის ადამიანური არსება, მაგრამ პიროვნებად ყალიბდება განვითარების შემდეგ ეტაპზე. ამ იდეის მომხრეთა აზრით, პიროვნება არის მხოლოდ ის, ვისაც აქვს ცნობიერება, ფსიქოლოგიურად აქტიურია და აზროვნებს. რამდენადაც არც ერთი ამ უნართაგანი ემბრიონში განვითარებული ჯერ კიდევ არ არის, ის, მათი აზრით, არც წარმოადგენს პიროვნებას. ეს პოზიცია გულისხმობს იმასაც, თითქოს სულიერი სფერო სხეულს უერთდება მხოლოდ მაშინ, როცა ეს უკანასკნელი აღწევს სიმწიფის გარკვეულ დონეს. მასში ის აზრიც არის გატარებული, რომ სულიერი თვისებები ბიოლოგიურ სტრუქტურას გარედან უერთდება. მათ მიერ გათვალისწინებული არ არის მთავარი მოსაზრებები:

– ემბრიონის განვითარებაში ადგილი რომ ჰქონდეს ბიოლოგიური (რომელიც ზიგოტიდან იწყება) და ადამიანური (რომელიც თითქოს, სხვადასხვა მოსაზრებით, მე-14 დღეს ან უფრო გვიან იწყება) სიცოცხლის გაცალკევებას, მაშინ არსებულა დიქტომია პიროვნულ “მესა” და მის სხეულს შორის, რაც ეწინააღმდეგება ადამიანის არსის იმგვარ გაგებას, რომლის

თანახმადაც სხეულიც ადამიანის “მეს” ნაწილია;

– სულიერი სფეროს არსებობაზე რომ ვილაპარაკოთ, არაა აუცილებელი ველოდოთ, თუ როდის მიაღწევს თავის სრულ განვითარებას ადამიანის ორგანული შესაძლებლობები. ამის დადასტურებაა ის, რომ ადამიანის სულის სპეციფიკური თვისებები – გონება და ნება – ვლინდება ბევრად უფრო გვიან, თვით დაბადების მომენტიდანაც, მაგრამ არავის ეპარება ეჭვი ახალშობილ ბავშვში სულის არსებობაზე. გენეტიკური განვითარება ემბრიონის ბუნებაში ცვლილებებს კი არ იწვევს, არამედ იმ თვისებების თანდათანობით განვითარებას, რომლებითაც ემბრიონი დასაწყისშივე იყო დაჯილდოებული [J. Suaudeau, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2007].

თანამედროვე ემბრიოლოგია თვალნათლივ გვიჩვენებს, რომ ემბრიონის განვითარება, დაწყებული ჩასახვიდან, თვითმართვადი და თვითკონტროლირებადი პროცესია და ხასიათდება სრული ავტონომიურობით. ემბრიონის ფორმაციის წამყვანი ძალა მასში არსებული ადამიანის სულია. ის, რაც აუცილებელია სულისა და სხეულის შეერთებისა და ურთიერთმიმართებისათვის, უკვე მოცემულია ზიგოტაში და არსებობს გენომის პროგრამაში.

გამომდინარე იქიდან, რომ ადამიანურ ემბრიონს და, მით უმეტეს, ნაყოფს, გააჩნია ადამიანური ინდივიდუალურობა და პიროვნული არსი, სავსებით ნათელი ხდება, თუ როგორ უნდა იქნეს გადაწყვეტილი ის ბიოეთიკური პრობლემები და დილემები, რომელთა ცენტრშიც ემბრიონი (ნაყოფი) დგას.

ქვემოთ გთავაზობთ იმ პარადოქსული სიტუაციებისა და კოლიზიების ჩამონათვალს, რომელნიც ადამიანის ჩანასახს, ემბრიონს, ნაყოფს ეხება:

1. აბორტი:

- ა. ხელოვნური აბორტი სამედიცინო ჩვენებებით;
- ბ. ხელოვნური აბორტი სოციალური ჩვენებებით;
- გ. აბორტი ორსულობის გვიან ვადებში;
- დ. სპონტანური აბორტი;
- ე. პრენატალური დიაგნოსტიკის ეთიკური დილემები (პრენატალური დიაგნოზისშემდგომი აბორტი);
- ვ. პოსტიმპლანტაციური აბორტი.

2. ხელოვნური განაყოფიერების, ანუ ე. წ. არატრადიციული რეპროდუქციული ტექნოლოგიები:

- ა. in vitro არსებული “ჭარბი” ემბრიონების ბედი;

ბ. დედის საშვილოსნოში იმპლანტირებული “უვარგისი”
ემბრიონების ბედი (პოსტიმპლანტაციური აბორტი);

გ. პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის ეთიკური დილემები;

დ. ოჯახური ტრადიციული ურთიერთობებისა და
საზოგადოების ზნეობრივი ორიენტაციის დარღვევები:

- „სუროგატული“ და გენეტიკური დედების
ურთიერთმიმართება;
- „სუროგატული“ დედა, სპერმისა და კვერცხუჯრედის
დონორები, როგორც ცოლქმრულ ურთიერთობაში შეჭრილი
მესამე მხარე;
- ტრადიციული ოჯახის ჩანაცვლება არატრადიციული, მათ
შორის “ერთსქესიანი” წყვილების “ოჯახებით”;
- ბავშვის უფლებების დარღვევა, ჰყავდეს ორივე მშობელი
– დედა და მამა, მარტოხელა ქალების, ჰომოსექსუალი
“მშობლების”, მარტოხელა მამაკაცების შემთხვევებში
რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენებისას;

ე. არატრადიციული რეპროდუქციული ტექნოლოგიებით
მიღებული ოჯახური, საზოგადოებრივი ურთიერთობებისა და
სამედიცინო პერსონალის ფსიქოლოგიური და სულიერ-ზნეობრივი
პრობლემები;

3. ადამიანის ჩანასახის, ემბრიონისა და ნაყოფის გამოყენება სამკურნალო, კვლევითი და სხვა მიზნებით:

ა. ფეტალური თერაპია;

ბ. ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია;

გ. ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების შედეგად
მიღებული “ჭარბი” ემბრიონების გამოყენება სამეცნიერო-კვლევით
სამუშაოებში;

დ. ადამიანის ჩანასახის, ემბრიონისა და ნაყოფის სხეულის
გამოყენება მედიკამენტების დასამზადებლად;

ე. ე. წ. “სააბორტო მასალის” გამოყენება კოსმეტიკაში

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2007].

ხელოვნურმა რეპროდუქციულმა ტექნოლოგიებმა მეცნიერებს
ფართოდ გაუხსნა გზა უნიკალური „მასალის“ – ადამიანის სასქესო
უჯრედებისა და ემბრიონის კვლევისაკენ. მათ განკარგულებაში
ხშირად იმაზე მეტი ემბრიონია, ვიდრე ამას რეპროდუქციული
„საჭიროება“ მოითხოვს, რაც მეცნიერს აყენებს ცთუნების წინაშე,
გამოიყენოს ისინი კვლევისათვის. ემბრიონების შესწავლა

ცხოველებზე ხანგრძლივი ექსპერიმენტების გარეშე მისცემდა საშუალებას მიეღო პასუხი მრავალ საჭირობოროტო კითხვაზე, რომლებიც ადამიანის რეპროდუქციის ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიას ეხება. ეს კვლევა ისევ ხელოვნური რეპროდუქციული ტექნოლოგიების სრულყოფას სჭირდება. ბევრ მკვლევარს მოსვენებას არ აძლევს ის ფაქტი, რომ ჩანასახის ქსოვილები და უჯრედების კოლონიები „მშვენიერი“ საშუალებაა მრავალი დაავადების სამკურნალოდ. სამწუხაროდ, დღესაც არსებობენ ექსპერტები, რომელნიც ფიქრობენ, რომ მორალურად დასაშვებია ემბრიონების „მფლობელების“ მიერ ამ პაწია ადამიანური არსებების „შეწირვა“ სამეცნიერო-კვლევითი მიზნებისათვის [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2007].

1998 წლის ნოემბერში გამოჩნდა პუბლიკაციები, რომლებიც იუწყებოდნენ აშშ-ში ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების მიღების თაობაზე in vitro გამოყვანილი „ჭარბი“ ემბრიონებისა და აბორტული მასალისაგან. მაშინვე დაიწყო დისკუსია ამგვარი ტექნოლოგიების ეთიკური და სამართლებრივი საკითხების ირგვლივ. სამწუხაროდ, „ჭარბი“ ემბრიონების ღეროვანუჯრედული თერაპიის მიზნით გამოყენების პრობლემა სხვადასხვაგვარად წყდება სხვადასხვა ქვეყანასა და სხვადასხვა მეცნიერის მიერ. ასე მაგალითად, აშშ-მ მალევე თქვა უარი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ამგვარი კვლევების დაფინანსებაზე.

როდესაც ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების „თერაპიული სასწაულების“ პროპაგანდა ჩვენშიც დაიწყო და უცხოურ გრანტებს მოწყურებულმა მეცნიერებმა ეთიკური მოსაზრებანი გვერდზე გადადეს, 2002 წლის ივნისში გაზეთ „ლიტერატურულ საქართველოში“ გამოვაქვეყნეთ წერილი, რომელიც ამ პრობლემას ეძღვნებოდა და რომელსაც უცვლელად გთავაზობთ ქვემოთ.

სამედიცინო სფეროს მოღვაწეთა ერთი ჯგუფის ღია წერილი სრულიად საქართველოს

მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედში მედიცინაში მოხდა თვისებრივად და არსებრივად რევოლუციური ცვლილებები, რამაც არაერთ უმძიმეს სენზე გამარჯვება განაპირობა.

რასაკვირველია, ჩვენ მივესალმებით კეთილი გონის ამგვარ განსაცვიფრებელ მიღწევებს მეცნიერებისა და ტექნიკის სფეროში და მადლობას ვსწირავთ უფალს ამისათვის, მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის პარალელურად არ ხდება ადამიანთა სულიერი

წინსვლა და განვითარება, ეს მიღწევები ასეთი ადამიანების საზოგადოებაში შესაძლებელია კაცობრიობის საწინააღმდეგოდ კი გამოიყენებოდეს.

ახალი საუკუნისა და ათასწლეულის გადასახედიდან უკეთ იქნა დანახული ის ფაქტი, რომ მედიცინის ინოვაციური შესაძლებლობები დაკავშირებული აღმოჩნდა არა მხოლოდ მკურნალობასთან, არამედ ადამიანის სიცოცხლის მართვასთანაც (კლონირების, ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიები, გენური (მოლეკულური) მედიცინის, ტრანსპლანტოლოგიის, გერონტოლოგიის, ფარმაკოლოგიის, იმუნოლოგიის და ა.შ. მიღწევები).

როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, ბიოსამედიცინო რევოლუციის ზოგიერთი მომენტის გათავისება წინასწარი ყოველმხრივი განსჯისა და ღრმა გააზრების გარეშე, ხშირად შეიძლება დაკავშირებული იყოს საკაცობრიო, სახელმწიფოებრივი, ეროვნული, ტრადიციული, რელიგიური, ზნეობრივი ღირებულებების სისტემაში დისონანსის შეტანასთან, რასაც როგორც შედეგი მოსდევს სულიერ-ზნეობრივი კრიზისული სიტუაციის შექმნა. ეს კი ისეთი პატარა ქვეყნისა და ისეთი მცირერიცხოვანი ერისათვის, როგორიც საქართველო და ქართველებია, შესაძლებელია გამოუსწორებელი შეცდომების მიზეზი გახდეს.

ამ ღია წერილში ჩვენ ვეხებით ერთ პრობლემას, რომელთანაც მრავალი თანამედროვე ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიაა დაკავშირებული. ეს გახლავთ ადამიანის ცხოვრების, სიცოცხლის მუცლადყოფნის პერიოდის ღირებულებითი არსი.

მიგვაჩნია, რომ დაუყოვნებლივაა გადასაწყვეტი დილემა, თუ რაგვარ სულიერ-ზნეობრივ ორიენტაციას უნდა ანიჭებდეს უპირატესობას დღევანდელი ქართული სამედიცინო-ბიოლოგიური, ზოგადად სამეცნიერო, ფილოსოფიური, მთლიანად ინტელექტუალური, აზრი დედის მუცელში მყოფი ცოცხალი არსების აქსიოლოგიური ღირებულების გააზრებასა და დადგენაში. სწორედ ეს არჩევანი განაპირობებს ჩვენს დამოკიდებულებას არა მარტო ზოგადად აბორტის, არამედ კიდევ მრავალი სხვა ბიოეთიკური პრობლემისადმი, რომელთა შორის უნდა ვიგულისხმოთ:

- ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის (აბორტის) გზით მუცლადმყოფი ადამიანური არსების (ჩანასახის, ემბრიონის, ნაყოფის) მოკვდინების შედეგად მიღებული “მასალის” (ამ სიტყვით მკრეხელობამდე მისული ვულგარიზმით მოიხსენიებენ მავანნი მოკლული ადამიანის სხეულის

ნაწილებს) – ემბრიონული უჯრედების, ნაყოფის ქსოვილების – სამკურნალო მიზნით გამოყენება (ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია, ფეტალური თერაპია);

- “სინჯარაში” ხელოვნური განაყოფიერების გზით მიღებული “ზედმეტი” ემბრიონების ბედი: კიდევ რამდენიმე წლით მათი სიცოცხლის გახანგრძლივება (კრიოკონსერვაცია), “არასაჭირო” ემბრიონების განადგურება, მათზე ცდების ჩატარება, ან მოკვდინება მათგან აღებული უჯრედებისა და ქსოვილების თერაპიული და ექსპერიმენტული მიზნებით გამოსაყენებლად.

დაგვეთანხმებით, ერთობ მწელია იმაზე უფრო შემადრწუნებელი სურათის წარმოდგენა, ამ ორიოდ აზვაცში რომ დავხატეთ. ყოველივე ამისადმი ზნეობრივი განურჩევლობა და სულიერი გულგრილობა ჩვენ საშიშ ტენდენციად მიგვაჩნია, რამეთუ მისი არსი ადამიანის სიცოცხლისადმი უტილიტალურ დამოკიდებულებაში, სიცოცხლის, როგორც ღვთისაგან მონიჭებული უდიდესი ჯილდოს, გაუფასურებაში, ადამიანის სულის იმგვარ დაზიანებაში მდგომარეობს, როდესაც მისთვის აზრს მოკლებული ხდება უმაღლესი ღირებულებები: რწმენა და სიყვარული, მოკრძალება და თავმდაბლობა იმის წინაშე, რაც ადამიანზე მაღლა დგას.

ამიტომაც ჩვენ ყველანი კარგად უნდა დავფიქრდეთ, რათა აღარ გავიმეოროთ საბედისწერო შეცდომა, როცა ადამიანი შეეცადა დაეკავებინა ის ადგილი, რომელიც ისტორიულად იდეებს, ბუნებას, თვით ღმერთს, ხოლო ონტოლოგიურად მხოლოდ ღმერთს ეკუთვნოდა.

ამიტომაც მიგვაჩნია თავი მოვალედ, ღვთისა და ერის წინაშე განვაცხადოთ:

- ჩვენ არასოდეს დავეთანხმებით ადამიანის სიცოცხლის იძულებით ხელყოფის იდეას, როგორ შეფარულად და მზაკვრულადაც არ უნდა იყოს იგი მოწოდებული, იმის მიუხედავად, თუ როდის და სად ხდება ეს უდიდესი დანაშაული კაცობრიობის წინაშე (რომელიც ამავე დროს ჩვენი სულებისათვის მომაკვდინებელი ცოდვაა ღვთის წინაშე): მუცლადყოფნისას თუ დაბადების შემდეგ, დედის მუცელში, თუ სინჯარაში;
- ჩვენ წინააღმდეგნი ვართ ზოგიერთი ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიისა და მეთოდის დანერგვისა, ასევე ექსპერიმენტისა, რაოდენ გარეგნულად კეთილშობილურ მიზნებსაც არ უნდა ისახავდნენ ისინი, თუ კი მათი

განხორციელებისათვის აუცილებელია ადამიანის (ჩანასახის, ემბრიონის, ნაყოფის) მოკვდინება, გამოვდივართ რა იქიდან, რომ ბოროტება, კაცის კვლა არ შეიძლება გახდეს წყარო კეთილი ნაყოფის გამოღებისა;

- ჩვენ ასევე ვერ დავეთანხმებით იმგვარ სიახლეთა შემოტანას კლინიკურ პრაქტიკაში (ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია, ფეტალური თერაპია და სხვ.), რომელთა პოზიტიური შედეგები ეჭვს აღძრავს მეცნიერული თვალსაზრისით.

“რაც შეეხება ემბრიონული ღეროვანი უჯრედებისა და კლონირების სფეროში კვლევას, ჩემი აზრით, ჩვენ ჯერჯერობით ძალიან ცოტა ვიცით ცხოველების ღეროვან უჯრედებზეც კი, რომ დავიწყოთ ცდები ადამიანებზე”, - გვიდასტურებს ნობელის პრემიის ლაურეატი, ტიუბინგენის მაქს პლანკის სახელობის განვითარების ბიოლოგიის ინსტიტუტის დირექტორი კრისტიანა ნიუსლიაინ-ფოლჰარდი.

- დღეს, როდესაც საქართველო დემოგრაფიული კატასტროფისა და მრავალი სხვა განსაცდელის წინაშე დგას, ყოველგვარი იდეის დეკლარირება, რომელიც პირდაპირ თუ ირიბად ემსახურება აბორტის – უმწეო და დაუცველი პაწია ადამიანის მოკვლის ზნეობრივ გამართლებას, არის დანაშაული ერის, ქვეყნისა და შემოქმედის წინაშე.

ვახტანგ ახალაძე, გიორგი გვაზავა, გურამ კაციტაძე,
ბადრი ჩლაიძე, დავით გეგეშიძე, რომან მახარაძე,
გულნარა ჩაფიძე, ნინული ნინუა, ნინო მიქაბერიძე,
რეზო თაბუკაშვილი, ელზა ვაშაკიძე, ირინე კვაჭაძე,
გიორგი ჩახუნაშვილი, მედეა მახარაძე (მონოზონი
ევგენია), გიორგი გრიგოლია, ნინო ყიფიანი, ქეთევან
ჭუბაბრია, ქეთევან ვარდოსანიძე, ნანა თოფური, ქეთევან
რუხაია, ლეილა ჩიტაიშვილი, ნიკოლოზ კაჭარავა და
სამედიცინო სფეროს ასობით წარმომადგენელი.

2002 წლის აპრილი-მაისი.

ენების კვირა - ბრწყინვალე შვიდეული

დახმარებისათვის მივმართეთ ქართული საზოგადოებრიობის, მეცნიერების, განათლების, სპორტის, ხელოვნებისა და კულტურის სფეროს მრავალ მოღვაწესა და წარმომადგენელს იმ იმედით, რომ ისინი გაიაზრებდნენ პრობლემის საჭირობოტოლობას და მხარს დაგვიჭერდნენ. „ლიტერატურული საქართველოს“ იმავე ნომერში დაიბეჭდა მათი თანადგომის წერილიც:

თ ა ნ ა დ გ ო მ ა

სამედიცინო სფეროს მოღვაწეთა ერთი ჯგუფის ღია წერილთან დაკავშირებით, რომლითაც მათ მიმართეს სრულიად საქართველოს

დღევანდელ დამძიმებულ ყოფაში, ადამინურ ღირებულებათა დევალვაციისა და ახალი კერპთაყვანისმცემლობის ხანაში “ღია წერილი” ჩვენს მიერ აღიქმება, როგორც მამულიშვილობის, კაცთმოყვარეობის, მომავლის წინაშე პასუხისმგებლობის გრძნობებითა და ღვთის რწმენით ნაკარნახევი ზნეობრივი აქტი.

ვიცნობიერებთ რა იმ საშიშროებას, რომლის წინაშე დგას დღეს ადამიანთა მოდგმა, ვაცხადებთ, რომ ჩვენი ერის, ისევე როგორც მთელი კაცობრიობის, მომავალი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მორალურ იმპერატივებს მივანიჭებთ პრიორიტეტს, თუ როგორ აღვადგენთ ჰარმონიულობას ადამიანის სულიერ-ზნეობრივ ცხოვრებასა და მის სამეცნიერო-ტექნიკურ და, საერთოდ, ინტელექტუალურ მოღვაწეობას შორის.

მიგვაჩნია რა უდიდეს ბოროტებად ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის გზით ჩვენ მიერ ჩასახულ ღვიძლ შვილთა – უმანკო ჩვილთა მკვლელობა, ვთვლით, რომ ამ ქმედების შესახებ იმგვარი გადაწყვეტილების მიღება, აგრეთვე აზრის აღიარება, რომელიც რაიმე ფორმით, ფარულად ან აშკარად ემსახურება აბორტის გამართლებას, ზნეობრივად მიუღებელია ჩვენთვის, ჩვენი ერისა და ქვეყნისათვის.

ანა კალანდაძე, ჭაბუა ამირეჯიბი, ოთარ ჭილაძე, თამაზ ჭილაძე, გურამ დოჩანაშვილი, თამაზ წივწივაძე, გურამ ბენაშვილი, რეზო ჩხეიძე, ელიზბარ ჯაველიძე, ბაჩანა ბრეგვაძე, ლაშა თაბუკაშვილი, რევაზ თვარაძე, როინ მეტრეველი, დავით მუსხელიშვილი, რევაზ ბარამიძე, ზურაბ კიკნაძე, რევაზ სირაძე, მაია ჩიბურდანიძე, ნანა იოსელიანი, რამაზ ჩხიკვაძე, ნატალია ჩხიკვაძე, გივი ალხაზიშვილი, გოდერძი ჩოხელი, ნანა მჭედლიძე, იდა თვარაძე (მონოზონი ზოილე), თეიმურაზ დოიაშვილი, ქეთი დოლიძე, მარინე რჩეულიშვილი, მერაბ ელიოზიშვილი (დიაკონი ელიოზი), ერლომ ახვლედიანი, ნესტან კირთაძე, მანანა კაკაბაძე, ნესტან სულავა, დამანა მელიქიშვილი, ანასტასია ზაქარიაძე, ნინო ღამბაშიძე, ხათუნა გიორგობიანი, თამარ ჭოხონელიძე.

2002 წელი. თბილისი.

2011 წლის ნოემბერში (ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების მიღებიდან ზუსტად 13 წლის შემდეგ) ვატიკანში გამართულ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე – „ზრდასრული ადამიანის ღეროვანი უჯრედები: მეცნიერება და ადამიანისა და კულტურის მომავალი“ – წარმოდგენილი 30-ზე მეტი მოხსენება მთლიანად ზრდასრული ადამიანის ღეროვანი უჯრედების გამოყენებას მიეძღვნა. რაც შეეხება ემბრიონულ ღეროვან უჯრედებს, სიმპოზიუმის მონაწილეებმა ერთხმად განაცხადეს, რომ დაუშვებლად მიაჩნიათ ადამიანის სიცოცხლის ხელყოფა. ზრდასრულთა ღეროვანი უჯრედების შემთხვევაში დილემა თავიდანაა აცილებული. რეგენერაციული მედიცინა ზრდასრულთა ღეროვან უჯრედებზეა დამყარებული. დამსხვრეულია მითი, რომლის მიხედვითაც თვლიდნენ, რომ ერთადერთი გზა მრავალი დაავადებული ადამიანის საშველად იყო ემბრიონული ღეროვანი უჯრედები.

დღეს ლეიკემიის, პარკინსონიზმის, ალცჰაიმერის დაავადების, გაფანტული სკლეროზის, შაქრიანი დიაბეტის, სხვადასხვა სახის ართრიტების მკურნალობის პროცესში ზრდასრულთა ღეროვანი უჯრედებით ჩატარებული ინტერვენცია კარგ შედეგებს იძლევა, რასაც ადასტურებენ თავად პაციენტები, რომლებმაც საკუთარ თავზე გამოსცადეს იგი. ზრდასრულთა ღეროვანი უჯრედები უხვად მოიპოვება ჩვენს ორგანიზმში: ძვლის ტვინში, სისხლში... ამგვარად ჩნდება შესაძლებლობა ეთიკური ნორმების დარღვევის გარეშე შევუმსუბუქოთ ავადმყოფ ადამიანებს ტკივილი, მწუხარება, ტანჯვა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2011].

ადამიანის ჩანასახის, ემბრიონისა და ნაყოფის მოკვდინება ნებისმიერი მეთოდითა და მიზნით წარმოადგენს ადამიანის უფლებებისა და მისი პირადი ღირსების უხეშ დარღვევას, რაც საზოგადოების მიერ უნდა აღიქმებოდეს, როგორც სავსებით სრულფასოვანი ადამიანური სიცოცხლის სისხლისსამართლებრივი ხელყოფა. მაშინაც კი, თუ ადამიანებს გაუჩნდებათ ეჭვი იმის თაობაზე, რომ განაყოფიერებული კვერცხუჯრედიდან მოყოლებული უკვე არსებობს პიროვნება, სინდისის ხმა, პირადი ზნეობა და საზოგადოების მორალი უნდა აიძულებდეს ყველას პატივი სცეს კაცობრიობის კიდევ ერთ წარმომადგენელს, რომლის სიცოცხლე უკვე ჩასახულია და თავი შეიკავოს ყოველგვარი აგრესიისაგან მუცლად მყოფი ბავშვის მიმართ, როგორი „მეცნიერულად გამართული“, შინაარსობრივად ბურუსმოცული და გამოსათქმელად მაღალფარდოვანი ტერმინითაც არ უნდა შენიღბონ ამ აგრესიის არსი [Адам, архимандрит, 2001 (г); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2007, 2010].

5.1.5. პრენატალური და პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა: პოზიციის ეთიკური არგუმენტაცია

დღევანდელ სამყაროში ბიოეთიკური დილემების რიცხვი აურაცხელია. ბიოეთიკამ თავისი ტერიტორია პედიატრიულ და ნეონატოლოგიურ სამყაროშიც იპოვა. ისიც უნდა ითქვას, რომ საზოგადოებას შეუძლია გათავისუფლდეს არაერთი ბიოეთიკური დილემისაგან, თუ მას გათავისებული ექნება ბიოეთიკურ პრობლემათა გადაწყვეტის საჭირობოტოობა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ბ), 2007, 2010] .

საქართველოში არსებობს ექიმთა მიერ დაარსებული ფონდი, რომლის მისწრაფებები მანიფესტირებულია მისსავე დევიზში: „ჩანასახიდან ბავშვს აქვს უფლება იყოს დაცული“. ამ დევიზში ჩაქსოვილია უმაღლესი საკაცობრიო, ადამიანური, ზნეობრივი და ღვთაებრივი ღირებულებები – ადამიანის სიცოცხლის ხელშეუხებლობა, სიცოცხლის უფლება... [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ბ)].

ამჯერად შევეხებით პრენატალური და პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის ბიოეთიკურ ასპექტებს.

თქვენ წინაშე წარმოვადგენთ და განვიხილავთ სტატიას “მემკვიდრეობითი და თანდაყოლილი დაავადებების პრენატალური დიაგნოსტიკა რუსეთში. რეალობა და პერსპექტივები”, რომლის ავტორები ობიექტურად და მაქსიმალური გულწრფელობით ახდენენ იმის ექსპრესიას, რასაც ფიქრობენ [B. C. Баранов, 1998].

სტატიიდან: “პლანეტის მოსახლეობის 5%-ზე მეტში ვლინდება ე.წ. გენეტიკური “ტვირთი”. თუკი იმასაც დავუმატებთ, რომ ახალშობილთა სიკვდილიანობისა და ბავშვობიდან ინვალიდობის 40-50% მემკვიდრული ფაქტორებითაა განპირობებული, ხოლო საბავშვო სტაციონართა საწოლების დაახლოებით 30% დაკავებულია მემკვიდრეობითი პათოლოგიების მქონე ბავშვებით, გასაგები ხდება თანდაყოლილი და მემკვიდრეობითი დაავადებების მართებულად და რაციონალურად ორგანიზებული ადრეული დიაგნოსტიკის უპირობო აუცილებლობა. ამ საქმეში გადამწყვეტი როლი უნდა შეასრულონ სამედიცინო-გენეტიკურმა სამსახურებმა, და, პირველ რიგში, იმ განყოფილებებმა, რომლებიც უზრუნველყოფენ პრენატალურ დიაგნოსტიკას. ეს უკანასკნელი საშუალებას იძლევა არა მარტო დაისვას დიაგნოზი ჯერ კიდევ დაბადებამდე, არამედ თავიდან იქნეს აცილებული განვითარების მძიმე მანკებისა და სოციალურად მნიშვნელოვანი სასიკვდილო გენური და ქრომოსომული

დაავადებების მქონე ბავშვების გაჩენა.

15-16 კვირის ორსულების სისხლში ალფაფეტოპროტეინის, ქორიონული გონადოტროპინისა და თავისუფალი ესტრადიოლის – მარკერული ემბრიონული ცილების განსაზღვრა (სამი ტესტ-სისტემა) საშუალებას გვაძლევს აღმოვაჩინოთ შინაგან ორგანოთა განვითარების დეფექტები 80%-ში და 65%-მდე – ქრომოსომული დაავადებები. ბუნებრივია, რომ ასეთი მაღალი ეფექტურობა და შესაბამისი ეკონომიკური რენტაბელობა (ხაზგასმა ჩვენია – ავტ.) პროგრამების ჩატარებისას მიიღწევა მხოლოდ ყველა ორსულის მასობრივი სკრინინგის შემთხვევაში კომპიუტერული პროგრამების გამოყენებით: დაუნის ერთი ბავშვი სპეცინტერნატში აშშ-ში წლის განმავლობაში 40-50 ათას დოლარამდე ჯდება.

ქრომოსომული დაავადებების ციტოგენეტიკური დიაგნოსტიკისათვის ყველაზე ხელსაყრელი მე-10-12 კვირას, როდესაც საჭიროების შემთხვევაში ჯერ კიდევ შეიძლება სამედიცინო აბორტის გაკეთება.

საერთაშორისო მონაცემებით ქრომოსომულ დაავადებათა პრენატალური დიაგნოსტიკა საშუალოდ 5%-ია და მეტი წილი 21-ე ქრომოსომის სიჭარბეზე, ანუ დაუნის დაავადებაზე მოდის. დათვლილია, რომ მხოლოდ ეს დიაგნოზი რომ დაისვას, რენტაბელობა მაინც აშკარა იქნებოდა“ [B. C. Баранов, 1998].

ორიოდე სიტყვა პრეიმპლანტაციურ დიაგნოსტიკაზეც უნდა ვთქვათ.

პრეიმპლანტაციურ ციტოგენეტიკურ, მოლეკულურ-ციტოგენეტიკურ, მოლეკულურ-გენეტიკურ და ბიოქიმიურ დიაგნოსტიკას ექვემდებარება ოოციტთა პოლარული სხეულაკები ან ცოცხალი ემბრიონის ერთი უჯრედი.

პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა პირველად გასული საუკუნის 90-იანი წლების დასაწყისში განხორციელდა. საქმე ეხებოდა წყვილს, რომელსაც დიდი რისკი ჰქონდა იმისა, რომ X-შეჭიდული გენეტიკური დაავადების მქონე ბავშვი გაუჩნდებოდა.

დიაგნოსტიკის ეს მეთოდები საშუალებას გვაძლევს აღმოვაჩინოთ ქრომოსომული ანომალიები და ზოგიერთი გენური მუტაცია ექსტრაკორპორული განაყოფიერების შედეგად მიღებული ცოცხალი ემბრიონის ერთ უჯრედში ამ ემბრიონის ქალის საშვილოსნოში გადატანამდე (როგორც ხშირად წერენ, ჯერ კიდევ ფეხმძიმობის დადგომამდე). ასევე შესაძლებელია 8 ბლასტომერის სტადიაზე მყოფი ემბრიონის სქესის განსაზღვრა და X-შეჭიდული დაავადებების არსებობის შემთხვევაში მამრობითი სქესის

ემბრიონთა ელიმინაცია [A. Frank, 2007].

ასე რომ, პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა განსაკუთრებულად „ღირებულია“ იმ შემთხვევებში, როდესაც არსებობს რისკი, მემკვიდრეობითი თანდაყოლილი ანომალიებით დაიბადონ ახალშობილნი. სამწუხაროდ, გამოსავალი თანამედროვე მედიცინამ (ისევე როგორც პრენატალური დიაგნოსტიკის შემთხვევაში) ამ ემბრიონთა მოკვდინებასა და ამ გზით აბორტების, ნაადრევი მშობიარობებისა და თანდაყოლილი გენეტიკური „ტვირთით“ დაბადებულ ბავშვთა რაოდენობის შემცირებაში ჰპოვა.

მოყვანილი მაგალითები იმგვარ ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციებს წარმოადგენს, რომლებშიც თანამედროვე ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის მსოფლმხედველობრივ, ზნეობრივ, რელიგიურ, სამართლებრივ დილემათა მთელი სპექტრია თავმოყრილი. ამ სიტუაციათა ანალიზი საშუალებას გვაძლევს, ჩამოვაყალიბოთ განსახილველ საკითხთა წყება:

- რას ნიშნავს გამოთქმა „თავიდან იქნას აცილებული... დაავადებების მქონე ბავშვების გაჩენა“? ცხადია, აბორტების ჩატარებას ორსულთათვის.
- იმაზეც დავფიქრდეთ, როდესაც არ ვუშვებთ ავადმყოფი ბავშვების დაბადებას, ანუ ვახდენთ სელექციას, ხომ არ არის ეს ევგენიკის სახე?
- რამდენად ზნეობრივია ეკონომიკური რენტაბელობით თავის მოწონება მუცლადმყოფი არსებების მოწყვეტისა და ავადმყოფი ბავშვების მოვლაზე უარის თქმის გზით?
- როგორია ჩვენი დამოკიდებულება სიცოცხლის, როგორც უმაღლესი ღირებულებისადმი? ჩვენს მაგალითებში აშკარად იკვეთება სიცოცხლის გაუფასურების ტენდენცია, როცა სასწორის მეორე მხარეს ეკონომიკური და პირადი („ჯგუფურ-ოჯახური“) ინტერესები დევს.
- რას ემსახურება პრენატალური და პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა? როგორც ვხედავთ, ავტორები არც კი ცდილობენ შეგვიქმნან ილუზიები იმის თაობაზე, რომ პრენატალური და პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის მომდევნო ეტაპი თითქოს მკურნალობა იყოს სხვადასხვა თანამედროვე ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენებით. ერთადერთი გამოსავალი ანომალური ნაყოფის ელიმინაცია, ანუ აბორტის გზით მოკვდინებაა, ხოლო პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის შემთხვევაში – დაწუნებულ ემბრიონთა ელიმინაცია, ამგვარ ემბრიონზე შემდგომი ექსპერიმენტებისა და კვლევების ჩატარება, ან მათი გაწირვა ხანგრძლივი

ექსტრაკორპორული არსებობისათვის.

- შესასწავლია საკითხის კიდევ ერთი, სოციალური ასპექტი: განსახილველი პრობლემური სიტუაცია მიგვითითებს ერთობ საშიშ ტენდენციაზე, როდესაც ყალიბდება მისწრაფება ისეთი საზოგადოების შექმნისაკენ, სადაც მისი ყველა წევრი ჯანმრთელი უნდა იყოს, ხოლო დედა ვალდებულია შვას მხოლოდ ჯანმრთელი ბავშვი.
- არიან თუ არა ემბრიონი და ნაყოფი ადამიანური არსებები? ერთის მხრივ, ხშირად ექიმები ნაყოფს მუცლადმყოფ პაციენტს უწოდებენ, მეორე მხრივ – მათი “არგუმენტებული” მოკვდინება ხშირად არაა მიჩნეული არც ზნეობრივ, მით უმეტეს, არც სამართლებრივ დანაშაულად.
- აქვს თუ არა ადამიანს უფლება, იყოს დაცული ჩანასახიდანვე?
- როგორია დაბადებამდელი სიცოცხლის ღირებულება?
- რა ცოდნასა და გამოცდილებას ფლობს კაცობრიობა დაბადებამდელი დედაშვილობის შესახებ?
- რა სულიერი, ზნეობრივი, რელიგიური, სამართლებრივი, ზოგადადამიანური შეხედულებებისა და ფასეულობების შემოტანაა საჭირო ბიოეთიკური ცნობიერების განზომილებაში მსგავსი პრობლემური სიტუაციების ანალიზის მიზნით?

ამ და მრავალ სხვა მსგავს კითხვას უნდა გაეცეს პასუხი, როდესაც ბიოეთიკური დილემების არსს ვიკვლევთ ან მათი გადაწყვეტის პრაქტიკული გზებსა და რეკომენდაციებს ვეძიებთ [ადამი, არქიმანდრიტი, 2010].

ასეთია ბიოეთიკური აზროვნების თავისებურებები. იგი არა მარტო ანალიზური, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, სინთეზურიცაა. გავიხსენოთ, რომ ბიოეთიკური ცოდნა აერთიანებს საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარულ მეცნიერებებს, ფილოსოფიას, სამართალმცოდნეობას, ღვთისმეტყველებას, ხელოვნებასა და ლიტერატურას და თავის დასკვნებს აფუძნებს ისტორიულ-ტრადიციულ, ეროვნულ, რელიგიურ და ზოგადსაკაცობრიო ღირებულებებზე. შემეცნების ამგვარი უნიკალურობა ბიოეთიკოსს საშუალებას აძლევს თავისი მეცნიერული კვლევა აიყვანოს სამყაროს არსისა და მასში ადამიანის დანიშნულების ძიების სიმაღლეებამდე [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

თუკი ნაყოფი წარმოადგენს ცოცხალ არსებას, ყოველგვარი გადახრა ნორმისაგან ანუ პათოლოგია, რომელსაც მას აღმოვუჩინთ არსებული დიაგნოსტიკური საშუალებების

გამოყენებით, უნდა ჩაითვალოს ნაყოფის – ჩვენი პაციენტის – დაავადებად, ხოლო დაავადება საჭიროებს მკურნალობას. ამისაკენ მოგვიწოდებს ექიმობის (თავისი არსით ნამდვილი ქრისტიანული პროფესიის) ჰუმანიზმი, და არა საზოგადოების “გაწმენდისა” და “გათავისუფლებისაკენ” ავადმყოფებისაგან, რასაც გარკვეულ შემთხვევებში ფაქტობრივად ემსახურება გენეტიკური სკრინინგი, პრეიმპლანტაციური და პრენატალური დიაგნოსტიკა და ა. შ. ამიტომაც ე. წ. “ანომალური ნაყოფის ელიმინაცია” მემკვიდრეობითი ან სხვა დავადებების დიაგნოზის დასმის შემდეგ ჩვენ მიერ სავსებით სამართლიანად, სრული უფლებამოსილებით იწოდება, როგორც ევთანაზია მუცლადყოფნობის ჟამს, ანუ პრენატალური ევთანაზია [ადამი, არქიმანდრიტი, 2010].

ადამიანური არსების სიცოცხლე კვერცხუჯრედის განაყოფიერების მომენტიდანვე იწყება და ღრმა სიბერემდე, ბუნებრივ სიკვდილამდე ან სხვაგვარ ფინალამდე გრძელდება [A. И. Брусиловский, 1991; J. Lejeune 1993; J. Suaudeau, 2001] ადამი, არქიმანდრიტი, 2007]. სიცოცხლის შეწყვეტა ნებისმიერი ფორმით მთელი ამ დროის მანძილზე სიკვდილს ნიშნავს, ხოლო სიცოცხლის ყოველგვარი შეწყვეტა ძალმომრეობით, ფიზიკური ხელყოფის გზით – მკვლელობას.

მეორე მხრივ, სიცოცხლე იწყება დედის საშვილოსნოში (ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენებისას – სინჯარაში) და შეიძლება დასრულდეს ჰაერში, წყალში, ხმელეთზე, სამყაროს ნებისმიერ წერტილში ან დედის მუცელშივე. მაშასადამე, სიცოცხლის შეწყვეტა წარმოადგენს სიკვდილს მთელ სივრცეში. შესაბამისად, სიცოცხლის ნებისმიერი ძალმომრეობითი შეწყვეტა მიუხედავად სივრცობრივი განზომილებისა (სინჯარაში, საშვილოსნოში, ახალშობილთა პალატაში თუ სააბორტო საპროცედუროში) და ჩვენი მსოფლმხედველობისა – არის მკვლელობა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2007].

დღის წესრიგიდან მოხსნილი როდია არატრადიციული რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გაუმჯობესებისა და შემდგომი სრულყოფის საკითხი. ამიტომაც პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის ეთიკური საკითხების განხილვის შემთხვევებშიც ავტორები ხაზგასმით აღნიშნავენ ემბრიონებზე კვლევთა ჩატარების აუცილებლობას როგორც ამ მიზნით, ასევე გენეტიკური დეფექტების გამოვლინებისა და „გადაღავის“ მიზნითაც.

ამრიგად, ნათლად გამოიკვეთა იმის საშიშროება, რომ ადამიანის ემბრიონებზე ექსპერიმენტებმა და კვლევების ჩატარებამ შეიძლება მიგვიყვანოს ევგენიკის, კლონირებისა და გენური ინჟინერიის ახალ ფორმებამდე. ასე მაგალითად, შეიძლება ერთი

კვერცხუჯრედის ექსტრაკორპორული განაყოფიერების შემდეგ იგი გაყონ 4 ბლასტომერად (ოთხივე მათგანი განვითარების ზუსტად თანაბარ პოტენციას ფლობს) და შესაბამისად მიიღონ 4 ერთნაირი ემბრიონი. ეს, ცხადია, გაზრდის დაფეხმძიმების შანსს, რომელიც ჩვეულებრივ საკმარისად მცირეა. თურმე ამგვარ მიდგომას წარმატებით იყენებენ მეცხოველეობაში. ეს ყველაფერი წარმოშობს მრავალ სულიერ-ზნეობრივ პრობლემას, რომელთა მიჩქმალვა შეიძლება საბედისწერო აღმოჩნდეს კაცობრიობისათვის.

დღის წესრიგიდან არ იხსნება კითხვები:

- რა არის ჩვენი – მედიკოსების მოღვაწეობის მიზანი?
- რას უნდა ემსახურებოდეს და რას ემსახურება მედიცინა?

ბიოეთიკა მოგვიწოდებს, ყველანი დავფიქრდეთ ამაზე, რადგან ჩვენ პასუხს ვაგებთ, რადგან მომავლის წინაშე დანაშაულის ჩადენის უფლება არავის აქვს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2010].

იმაზეც ვიფიქროთ, თუ რატომ ეძლევა ადამიანს დაავადება.

ისიც გავიხსენოთ, თუ რა ტანჯვაში, შეჭირვებასა და სულიერ ბრძოლებში იზადებოდა მსოფლიო კულტურის, ხელოვნებისა და ლიტერატურის გენიოსთა შედეგები. გავიხსენოთ ბეთჰოვენის, ფიროსმანის, ვაჟა-ფშაველას, გოგოლის, დოსტოევსკის, ვან გოგის, მიქელანჯელოს, გალაკტიონის, ლადო ასათიანისა და სხვათა ცხოვრება...

ადამიანს ამქვეყნად არავინ დაჰპირებია სამოთხეს. ის სამოთხიდანაა გამოძევებული და ამიტომ სჭირდება მის სულს გამოწრთობა ისე, როგორც ოქროს ცეცხლში... განკაცებული ღმერთი – უფალი და მაცხოვარი ჩვენი იესო ქრისტე გაჭირვებაში იზრდებოდა. ახალშობილს ბაგაში ცხოველთა სუნთქვა ათბობდა. ღვთისმშობელს ხშირად არ ჰყოფნიდა საჭმელი ყრმის გამოსაკვებად... დედა ღვთისმშობლის ცხოვრება აღსავსე იყო ტანჯვით, განსაცდელებით...

ეს თუმცა იმას როდი ნიშნავს, რომ ადამიანმა არ უნდა იგემოს და არ გამოსცადოს სიხარული, სიყვარული, ნუგეშისცემა, ტკბობა... თუმცა ყველაზე მეტად იმაზე უნდა იზრუნოს, რომ ადამიანებს, მოყვასთ, სხვათ და არა საკუთარ თავს აჩუქოს ეს სიხარული და სასოება: ტკივილი დაუამოს, წყურვილი მოუკლას, სატკივარს საღბუნად დაედოს, გაჭირვებულს დაეხმაროს, განსაცდელში მყოფს გვერდში ამოუდგეს... და ამ ყველაფრის გაკეთების საშუალება ყველაზე ხშირად ექიმს ეძლევა. გვახსოვდეს ეს და ვმადლობდეთ ამისათვის უფალს – ღმერთსა და შემოქმედს ჩვენსას.

და ბოლოს, ერთი მაგალითი:

ნაცისტურ გერმანიაში ასობით ათასი მოხუცებული,

სულიერად ავადმყოფი და დეფექტური ადამიანი მოათავსეს ოთხ ჰოსპიტალში, საიდანაც ახლობლები ღებულობდნენ მხოლოდ გარდაცვალებისა და სხეულის კრემაციის შესახებ მოწმობებს. ვერავის მიმართავდი, ვერსად იჩივლებდი. ვისაც შეეძლო, უკანასკნელ კაპიკებს აგროვებდა და კერძო კლინიკებში ათავსებდა თავის ახლობლებს.

ამ დროს გამოჩნდა პასტორი ბოდელშვინგი, ბილეველდის შორიახლოს არსებული დეფექტურ ადამიანთა თავშესაფრის – ბეტელის – დირექტორი. მან ცალკე პატარა დასახლება შექმნა ამ ადამიანებისათვის.

არქიეპისკოპოსი იოანე (შახოვსკოი) იგონებს: “მახსოვს სუფთა, მყუდრო ოთახში შემოყვანეს, სადაც ქათქათა საწოლში იწვა საშინლად დეფორმირებული არსება, რომელსაც ძნელია უწოდო ბავშვი. შეიძლება, დედა ორსულობის დროს რაღაც ისეთს აკეთებდა, რაც ადამიანს მადლს ართმევს... და აი, სიყვარულის უკმარისობის დასტურად ქვეყანას მოევლინა ნაყოფი, რომელიც ჩვენგან განსაკუთრებულ სიყვარულს მოითხოვს... და ეს სიყვარული, რომლის მიცემა არ უნდოდათ, ან ვერ მისცეს მშობლებმა, ამ საწყალ ბავშვს ჭეშმარიტმა ქრისტიანებმა გაუზიარეს.

მე ვხედავდი, რა გაბრწყინებული სახეებით, რა სიყვარულით უვლიდნენ ამ მახინჯ არსებას, რომელშიაც ცოცხლობდა ადამიანის უკვდავი სული. და ეს სული, შესაძლებელია, ღვთის წინაშე ამ ქალაქში, ამ ქვეყანაში, მთელ დედამიწაზე ადამიანთა მიერ განდიდებული მრავალი ადამიანის სულზე ბევრად ამაღლებული და ძვირფასი იყო...

ეს იყო საკუთარ სხეულში ქრისტესავით ჯვარცმული სული.

...და ეს უკვდავი სული, დავანებული უფორმო სხეულში, გარემოცული იყო განსაკუთრებული ზრუნვითა და სიყვარულით!

საწოლს ზემოთ ასეთი გულისშემძვრელი რამ ეწერა: “ღმერთს მეც ვუყვარვარ”!

და აქ ეს არ ჟღერდა რიტორიკად!

ეს სიტყვები სინამდვილედ აქციეს ადამიანებმა ქრისტეში სიყვარულით. მათ ამ არსებისათვის მარტო თავიანთი კი არა, ღმერთის სიყვარულიც მიჰქონდათ. და ეს იყო კაცობრიობის ერთადერთი შესაძლებელი, უსათუოდ სწორი პასუხი ამა სოფლის ყველა განსაცდელსა და სიმახინჯეზე: აჩუქო სიყვარული... [Иоанн (Шаховской), архиепископ, 1999]

ასე ცხადდება ადამიანის სიცოცხლის საზრისის პრობლემა რეალურ ცხოვრებაში.

5.1.6. ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების ნამდვილი და მითოსური სახეები

ფუნდამენტურ მეცნიერებათა (უპირველეს ყოვლისა – მოლეკულური ბიოლოგიის, გენეტიკის, ციტოლოგიისა და ემბრიოლოგიის) წარმატებებმა, ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიების შექმნამ და სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგვამ წარმოშვეს მორალურ–ეთიკური, სულიერი და სამართლებრივი დილემები, რომლებიც დაკავშირებულია როგორც ექიმის, ასევე მეცნიერის პასუხისმგებლობასთან საზოგადოების წინაშე მათი მოღვაწეობის გამო, ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენების რეგულირებასთან და შესაძლო უარყოფით სოციალურ, ეკოლოგიურ, სამედიცინო და სხვა შედეგებთან.

სულიერ–ზნეობრივი პრობლემები ჩნდება როგორც რეპროდუქციული ტექნოლოგიების, ასევე სამედიცინო–გენეტიკური კონსულტირების, გენოთერაპიის და გენური ინჟინერიის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებისას [J. Lejeune, 1993; J. Suaudeau, 1999; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ი), 2005 (გ), 2007].

რას მიაღწია და რა ამოცანებს ისახავს გენური მედიცინა?

მისი მიზანია მემკვიდრული მატერიალური სუბსტრატის ნატიფი ბუნების ახლებურად კონსტრუირება, უცხო მემკვიდრული ერთეულების, გენების შეტანა წინასწარ დასახული გეგმის მიხედვით, რის შედეგადაც უჯრედი, ორგანიზმი ახალ ნიშან–თვისებებს იძენს.

1968 წელს პირველად გამოყვეს გენი, ხოლო 1072 წელს პირველად შეძლეს ხელოვნური მანიპულაციების, გენურ–ინჟინერული ექსპერიმენტების ჩატარება, რის შემდეგადაც დაასკვნეს, რომ მუტაციების დადებითი გზით წარმართვა კაცობრიობის წინაშე ახალ ფანტასტიკურ ჰორიზონტს გადაშლიდა.

მაღე აღმოჩნდა, რომ კაცობრიობის წინაშე გენური ინჟინერიის მიერ გადაშლილი ახალი ჰორიზონტი მართლაც ფანტასტიკურია, ოღონდაც ეს, უფრო მეტად, საშინელი და საზარელი, სიყვარულისგან დაცლილი სამყაროს ფანტასტიკურობაა: პირველივე ექსპერიმენტებს გენურ ინჟინერიაში ბიოლოგიური ომის ახალი საშიშროება მოჰყვა. გავიხსენოთ, რომ დღემდის არავის უარუყვია მოსაზრება იმის თაობაზე, შიდსის გამომწვევიც სავარაუდოდ ლაბორატორიებიდან გაპარული ვირუსი რომ შეიძლება იყოს. ოცდამეერთე საუკუნისათვის კი ამ დარგის სპეციალისტები ადამიანების სურვილებისა და მიზნების მიხედვით გენეტიკურად დაპროგრამებულ ბაიებს გვპირდებოდნენ „სინჯარებიდან“; ხოლო ინტელექტუალური

მონაცემების მემკვიდრეობით გადაცემის პროცესების მართვის შესაძლებლობის პერსპექტივამ მათ გამოჩენილ ადამიანთა სპერმის სპეციალური ბანკი შეაქმნევინა. რაც შეეხება მომავალი ბავშვის სქესის რეგულირებას გენურ-ინჟინრული მეთოდებით, იგი არა მარტო ადამიანის მიერ ღვთის ნების ერთ-ერთი ყველაზე უხეში უარყოფაა, არამედ კაცობრიობის მომავლის საფრთხეში ჩაგდებაც [J. Lejeune, 1993; J. Suaudeau, 1999; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ი), 2005 (გ), 2007].

ყველა ეს „ფანტასტიკურობანი“ ექსპერიმენტებისა და პრაქტიკული განხორციელების სხვადასხვა სტადიებში იმყოფება. უმეტესი ნაწილი, რაღა თქმა უნდა, ფართო საზოგადოებისათვის გასაიდუმლოებულია. მაგრამ ის, რისკენ და საითკენაც მიისწრაფის გენური მედიცინა, სულიერებას, ღმერთსა და ეკლესიას განშორებული კაცობრიობის ინტელექტუალური და პოლიტიკური ელიტა, სამწუხაროდ, ზეცა და ღვთის სასუფეველი ნამდვილად არ არის. ამიტომაც, როგორც მოციქული გვაფრთხილებს, „განიფრთხუეთ, მღვიძარე იყუენით, რამეთუ წინა მოსაჯული თქუენი ეშმაკი, ვითარცა ღომი მყვირალი მიმოვალს და ეძებს ვინმცა შთანთქა“ (1 პეტ. 5,8). მსოფლიო საზოგადოებრიობა ფრთხილად უნდა იყოს, რადგან, როგორც ამბობენ, ჯოჯოხეთისაკენ მიმავალნი ყოველთვის თანამგზავრთ ეძებენ.

თუმცა ამჯერად აქ შევჩერდეთ. ჩვენ ყველაზე „უბრალო“ და კეთილშობილურის გვირგვინით შემკული ტექნოლოგიების ნამდვილ სახეს წარმოგიდგენთ.

უშიშროების მკურნალობის ახალი შესაძლებლობები გაჩნდა არნახული სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის, უპირველეს ყოვლისა, მაღალტექნოლოგიურ მოწყობილობათა შექმნის შედეგად. ეს გახლდათ: ულტრაბგერითი აპარატურა, CO₂-ინკუბატორები, ნიადაგები კულტურებისათვის და სხვა საშუალებანი სასქესო უჯრედებისა და ემბრიონების ცხოველქმედების მხარდასაჭერად ორგანიზმის გარეთ.

1978 წლის 25 ივლისს ინგლისში, ოლდჰემში, დაიბადა ლუიზა ბრაუნი – პირველი ბავშვი, რომელიც დედის ორგანიზმის გარეთ, „სინჯარაში“ ჩაისახა ერთადერთი ოოციტის განაყოფიერების შედეგად, რომელიც სპონტანური ციკლის პირობებში იქნა ასპირირებული, ხოლო უკვე განაყოფიერებული, რამდენიმე დღის ემბრიონის მიღების შემდეგ გადაიტანეს დედის საშვილოსნოში.

მას აქეთ ათასობით ბავშვი მოევლინა ქვეყნიერებას ხელოვნური განაყოფიერების კიდევ უფრო „დახვეწილი“ მეთოდებით. ამგვარად მოხდა გადატრიალება არა მარტო

უშვილობის მკურნალობაში, არამედ ადამიანის გამრავლების შესახებ არსებულ წარმოდგენებშიც [Церковно-общественный Совет..., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003 (ი), 2005 (გ)].

ყოველივე ამის შედეგად კი 1997 წელს შოტლანდიაში როსლინის უნივერსიტეტის პროფესორის ი. უილმუტის ხელმძღვანელობით ჩატარებული კვლევების შედეგად დაიბადა კლონირებული ბატკანი დოლი, რამაც საფუძველი დაუდო დისკუსიებს ადამიანის კლონირების ზნეობრიობის შესახებ.

შოტლანდიის კათოლიკურმა ეკლესიამ უმაღლესე უარყოფითად შეაფასა ამგვარი ექსპერიმენტები და კატეგორიულად გაილაშქრა ნებისმიერი მოტივით ადამიანის ემბრიონის ხელოვნურად შექმნის წინააღმდეგ.

1998 წლის იანვარში ევროსაბჭომ ხელმოსაწერად წარმოადგინა ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ კონვენციის დამატებითი ოქმი “ადამიანის კლონირების აკრძალვის შესახებ”.

ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიებმა მალევე შეიძინა სხვა ეპითეტები: ერთნი მას „დამხმარეს“, ხოლო მეორენი „არატრადიციულს“ უწოდებენ, რაც გამოხატავს ამ ტექნოლოგიების სულიერ-ზნეობრივ შეფასებებში არსებულ განსხვავებულობებს.

ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების შექმნამ, რომელთაც დააკმაყოფილეს ადამიანის ამპარტავნული აზრი, თავად გადაწყვიტოს, ჰყავდეს თუ არა შვილი, ერთი მხრივ, გარკვეულწილად დაძლია უშვილობის პრობლემა, მაგრამ შვილიერების სიხარულთან ერთად მეცნიერების განვითარების ამ ნაყოფმა კაცობრიობას “აჩუქა” სრულიად ახალი, მანამდე არარსებული დილემები [Церковно-общественный Совет..., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ი)]. ახლა ამ დილემებზე უნდა შევაჩეროთ მკითხველის ყურადღება.

მოცემული თემის განხილვისას თვალშისაცემია, უპირველეს ყოვლისა, აღნიშნული ტექნოლოგიის ზემოქმედება ადამიანის სქესობრივ ცხოვრებაზე: ბავშვის ჩასახვა ხდება მეუღლეების სულიერ-მშვიინვეირი მონაწილეობის გარეშე. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ირღვევა ცოლქმრული ურთიერთობის მთლიანობა: არა მარტო ბიოლოგიური კომპონენტის არაბუნებრივ დაშორებას აქვს ადგილი ემოციურისა და პიროვნულისაგან, არამედ თვით ბიოლოგიური კომპონენტიც არასრულყოფილადაა წარმოდგენილი მეუღლეების კავშირისათვის დამახასიათებელი ფიზიოლოგიური სქესობრივი რეაქციების გარეშე. ამგვარად იქცა ჩასახვა ცოლქმრული სიყვარულის ნაყოფიდან კვერცხუჯრედის

სპერმატოზოიდებით განაყოფიერების ლაბორატორიულ პროცედურად დედის სხეულის გარეთ [ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003 (ი), 2005 (გ)].

საყურადღებოა კიდევ ერთი მომენტი: განაყოფიერების აქტში მესამე მხარის – ფიზიკური პირის (ან პირთა) მონაწილეობა, რაც არღვევს ცოლქმრული ურთიერთობის საკრალურობასა და საიდუმლოებრიობას.

თუ ხელოვნური განაყოფიერება ხდება დონორული კვერცხუჯრედის ან სპერმატოზოიდების გამოყენებით, ბიოეთიკური პრობლემების რიცხვი უფრო მეტად იზრდება.

დონორული გამეტები საჭირო გახდა უნაყოფოების ისეთი ფორმების სამკურნალოდ, როდესაც ცოლ-ქმრის ან ერთ-ერთ მათგანის ორგანიზმში ჯანსაღი გამეტები არ წარმოიქმნება, რის გამოც ქალი არ ფეხმძიმდება. სპერმის დონორობას დიდი ხნის ისტორია აქვს. ხელოვნური ინსემინაციის პირველი მცდელობა 1790 წელს განეკუთვნება. თუმცა მისი ფართოდ გამოყენება მხოლოდ მეოცე საუკუნის შუა წლებიდან დაიწყო. არატრადიციული რეპროდუქციული ტექნოლოგიების განვითარებასთან ერთად პრაქტიკაში დაინერგა კვერცხუჯრედების დონორობაც. დღის წესრიგში დადგა სასქესო უჯრედების დონორთა ანონიმურობის, ასევე ბიოლოგიური მშობლების შესახებ ინფორმაციის დონორობის დახმარებით გაჩენილი შვილებისათვის მიწოდების საკითხი. დაუცველია მეუღლეთა კავშირის მთლიანობა და სიწმინდე; ირღვევა მომავალი ბავშვის უფლება, დაიბადოს მხოლოდ გენეტიკური მშობლების სიყვარულით შეერთების შედეგად; გართულებულია ისეთი მრავალი ასპექტით უმნიშვნელოვანესი კავშირების დადგენა ადამიანებს შორის, როგორცაა დედაშვილობა, მამაშვილობა, დამძომა და სისხლით ნათესაობის სხვა სახეები, რაც ზრდის ინცესტის და, შესაბამისად, შთამომავლობისათვის გენეტიკური ზიანის მიყენების საშიშროებას [Церковно-общественный Совет..., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003 (ი), 2005 (გ)].

არატრადიციული რეპროდუქციული მეთოდების ზნეობრივ მიუღებლობაზე ამახვილებენ ყურადღებას ფემინისტური მოძრაობის აქტივისტები, ფსიქოლოგები და იურისტები. ისინი ვარუდობენ, რომ იმდენად, რამდენადაც ხელოვნური რეპროდუქციული პროცედურების წარმატებული გამოსავლის სიხშირე არც თუ ისე მაღალია, არ არის მიზანშეწონილი მათი ასე ფართოდ დანერგვა პრაქტიკაში. მათივე აზრით, ამგვარი მეთოდები ქალის ორგანიზმზე ჩატარებულ თავისებურ ექსპერიმენტულ კვლევასა და ქალის წინააღმდეგ ტექნოლოგიური აგრესიის

განხორციელებას წარმოადგენს. გარდა ამისა, დაუსაბუთებლად თვლიან მამაკაცთა სუბფერტილობის შემთხვევების ჩართვას ამ ტექნოლოგიების გამოყენების არეალში, რადგან იმის ნაცვლად, რომ მამაკაცს უმკურნალონ უშვილობის გამო, პრობლემის გადაწყვეტას ქალის ორგანიზმის გამოყენებით ცდილობენ [M. J. Varela, V. Stoleke, 1989; O. A. Пересада, A. B. Лебедько, 2005].

როდესაც ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების ბიოეთიკურ არსზე ვმსჯელობთ, არ შეიძლება არ გავითვალისწინოთ ისიც, რომ ოვულაციის ჰიპერსტიმულაციის მიზნით სხვადასხვა ნივთიერების გამოყენება ქალებში ქმნის ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების საშიშროებას, ხოლო ამ გზით ჩასახულ ბავშვებს აღენიშნებათ ჯანმრთელობის დარღვევის ხშირი გამოვლინებები.

საჭიროა მივუთითოთ იმ შედეგებზე, რაც შეიძლება მოიტანოს ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების ფართო დანერგვამ: ადამიანის ბუნების მანიპულირება, სქესის, გენო- და ფენოტიპური ნიშნების არჩევა, „გენურ-მოლეკულური კომმარი“, ხანდაზმული მშობიარეებისა და დედების გაჩენა და ა. შ. [E. Chargaff, 1987].

სრულიად მიუღებელია აზრი გენური ინჟინერიის ფართოდ გამოყენების შესახებაც არატრადიციული რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენების მასშტაბების ზრდასთან ერთად, რომლის მიზანია ადამიანის ბუნების „გაუმჯობესება“, რადგან იგი წარმოადგენს ევგენიკის მხოლოდ განახლებულ ვარიანტს.

ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების კიდევ ერთი ბიოეთიკური პარადოქსი ე. წ. „სუროგატულ“ დედობასთანაა დაკავშირებული, რომლის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაცია ხდება სხვა ქალის საშვილოსნოში, რომელიც წინასწარ დადებული კონტრაქტის საფუძველზე ვალდებულია მშობიარობის შემდეგ ბავშვი გენეტიკურ მშობლებს დაუბრუნოს.

ეს მეთოდი უგულვებელყოფს იმ ღრმა სულიერ და ემოციურ სიახლოვეს, რომელიც ორსულობის დროს მყარდება დედასა და შვილს შორის და წინასწარ წირავს ბავშვს ფსიქოლოგიური კრიზისული სიტუაციისათვის, გადაწყვეტოს, თუ რომელი დედაა ნამდვილი (იხილეთ წინამდებარე მონოგრაფიის პარაგრაფი 5. 1. 7. „სუროგატული დედობის“ სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები).

ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიების სულიერ-ზნეობრივი საშიშროება მათში იმთავითვე პროაბორტული იდეოლოგიის მატარებლობაცაა: ეს მეთოდიკა წინასწარვე

ითვალისწინებს ემბრიონების მოკვდინებას, რადგან წარმატების უზრუნველსაყოფად საშვილოსნოში ხდება არა ერთი, არამედ რამდენიმე ემბრიონის სინქრონული იმპლანტაცია, რომელთაგან ამოირჩევა ერთი, დანარჩენები კი აბორტირდება [Церковно-общественный Совет..., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003 (ი), 2005 (გ)].

განადგურებას ექვემდებარება სინჯარებში მიღებული ემბრიონების ის “ჭარბი” რაოდენობაც, რომელთა იმპლანტაციაც არ მოხდა. როგორც წესი, ამ ემბრიონებს აკონსერვებენ გაყინვის გზით. თუკი ამგვარად გაყინული ემბრიონები ცოლ-ქმრის მიერ არ იქნა გამოყენებული შემდგომი ორსულობისათვის, სხვადასხვა ქვეყნის კანონმდებლობა ითვალისწინებს მათ განადგურებას 5-10 წლის შემდეგ. ასე მაგალითად, 1996 წლის 1 აგვისტოს დიდ ბრიტანეთში სასიკვდილო განაჩენი 3300 შენახულ ემბრიონს გამოუტანეს.

“ჭარბი” ემბრიონების ბედში ჩარევის უფლებას ითხოვენ მეცნიერებიც: მათ ეს უმწეო ადამიანური არსებები სხვადასხვა კვლევისათვის ან დონორებად სჭირდებათ მოკვდინების შემდეგ მათგან აღებული უჯრედებისა და ქსოვილების თერაპიული და ექსპერიმენტული მიზნებით გამოსაყენებლად.

ქრისტიანული თვალსაზრისით, ადამიანის ჩასახვა ღვთის სასწაულიცაა და საჩუქარიც. ამიტომაც ჩასახვის მომენტიდან მოყოლებული, ნებისმიერი ძალმომრეობა ადამიანურ არსებაზე – ჩანასახზე, ნაყოფზე და ა. შ. – დანაშაულია.

ადამიანის ჩანასახების კრიოკონსერვაციაც რთულ მორალურ-ეთიკურ და სამართლებრივ საკითხებს აღძრავს. ამ სახით ემბრიონების შენახვა შეიძლება განუსაზღვრელი ვადით. ასევე შესაძლებელია მათი გადაგზავნა შორ მანძილზე, ან გაყიდვა შემდგომი იმპლანტაციის მიზნით უნაყოფო ქალის ორგანიზმში. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ბევრ ქვეყანაში ემბრიონების გაყიდვა აკრძალულია.

კრიოკონსერვაციამ შექმნა არაერთი რთული ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაცია: ცოლ-ქმრის ან უნაყოფო ქალის მიერ ემბრიონის იმპლანტაციაზე უარის თქმა; განქორწინების შემთხვევები იმპლანტაციამდე; ერთი ან ორივე მეუღლის სიკვდილი ემბრიონის ჩანერგვამდე. ასეთი სიტუაციებისათვის, სამწუხაროდ, მოუშაადებელი აღმოჩნდა, როგორც საკანონმდებლო ბაზა თითქმის ყველა ქვეყანაში, ასევე ფსიქოლოგები, ბიოეთიკოსები, რეპროდუქციული ცენტრები.

იმთავითვე ცხადი იყო, რომ უნაყოფობის დაძლევის არატრადიციული მეთოდები ღვთაებრივ საქმეში უხეშ ჩარევას

წარმოადგენდა [J. Lejeune, 1993; J. Suaudeau, 2001; Церковно-общественный Совет..., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003 (ი), 2005 (გ)]. ამიტომაც, როგორც მოსალოდნელი იყო, ეს მეთოდები დაარღვევდნენ ადამიანის ჩასახვის საიდუმლოებრიობას, ცოლქმრულ მთლიანობას და მთლიანად განდევნიდნენ თავისი არეალიდან სიყვარულს და სხვა ადამიანურ ღირებულებებს; შედეგად კი მივიღებდით ახალ სულიერ-ზნეობრივ პრობლემებს, რომელთა პროგნოზირებაც კი თავიდან შეუძლებელი იყო.

ამიტომაც დისკუსიები ხელოვნური განაყოფიერების ბიოტექნოლოგიების ირგვლივ კი არ წყდება, პირიქით – ფართოვდება და მრავალფეროვნდება. საჭირო გახდა პრობლემის ხელახალი და ახლებური გააზრება ეთიკური, მორალური, ფილოსოფიური, ისტორიულ-ტრადიციული, რელიგიური, ანთროპოლოგიური, საღვთისმეტყველო, ბიოსამედიცინო ასპექტების გათვალისწინებით. გართულდა ურთიერთობანი ექიმს, საზოგადოებასა და პაციენტს შორის. ამ ურთიერთობებმა მოიცვეს ექიმთა, ბიოტექნოლოგთა, იურისტთა, სოციალურ მუშაკთა, სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენელთა, ფსიქოლოგთა და ეთიკოსთა მთელი არმია, სასქესო უჯრედებისა და ემბრიონების დონორები, ე. წ. „სუროგატული“ დედები, in vitro ბავშვები, არატრადიციული, ოჯახური ტიპის მიკროსოციუმის წევრები, ბიოლოგიური და იურიდიული მშობლები, ე. წ. „სუროგატული“ შვილები, სუროგატული ობლები და ა. შ. [Adam, archimandrite, 2011].

აქ კი არ ვამთავრებთ, მხოლოდ ვწყვეტთ რეპროდუქციული ტექნოლოგიების ბიოეთიკურ ქარაქტეროლოგიას. ჩვენი აზრით, წარმოდგენილი დისკურსიც სავსებით ჰფენს ნათელს საკითხს.

5.1.7. „სუროგატული დედობის“ სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები

არატრადიციულმა რეპროდუქციულმა ტექნოლოგიებმა არა მხოლოდ უშვილო ადამიანების სურვილები დააკმაყოფილეს შეძლებისდაგვარად, არამედ მათი და კიდევ რეპროდუქციულად ჯანმრთელი მრავალი ადამიანის ამპარტავნული მოთხოვნილებაც, თავად გადაწყვიტონ როდის და რამდენი შვილი ჰყავდეს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003 (ი); Nikolaos (Hatzinikolaou), metropolitan, 2008; K. Aramesh, 2009; Adam, archimandrite, 2011].

რა გასაკვირია, თუ ასეთი ბიოტექნოლოგია ღმერთის

განგებულების უგულვებელმყოფელ კაცობრიობას „საჩუქრად“ სრულიად ახალ, მანამდე არარსებულ სულიერ-ზნეობრივ დილემებსა და პრობლემებს მთარმევდა.

ერთი მათგანია ე. წ. „სუროგატული დედობა“.

საყოველთაოდაა ცნობილი ქრისტიანთა მკვეთრად უარყოფითი დამოკიდებულება ამ ფენომენისადმი. მიუხედავად ამისა, სეკულარიზებულ საზოგადოებაში დისკუსიები ამ საკითხის ირგვლივ არ წყდება.

სამწუხაროდ, კანონმდებლობა არც ჩვენში და არც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ხელს არ უშლის ამ სამწუხარო მოვლენის დამკვიდრებას. თუმცა გამოცდილება გვკარნახობს, რომ არც აკრძალვაა პანაცეა. აკი ეკლესია ყოველთვის გვეხმარება, რათა გავერკვეთ ამა თუ იმ მოვლენის ჭეშმარიტ არსში. ამასთან იგი იძლევა იმგვარ რჩევებს, რომლებიც გვეხმარება თავი ავარიდოთ ცოდვებს. არჩევანი ყოველთვის ჩვენი გასაკეთებელია: ადამიანს აქვს თავისუფალი ნება.

ქვემოთ წარმოვაჩენთ ე. წ. „სუროგატული“ დედობის ნამდვილ და მითოსურ სახეებს. როგორც წმიდა წერილი ამბობს: „რომელსა ასხენ ყურნი სმენად, ისმინენ!“ (მარკ. 4, 9).

... და მაინც რა არის ე. წ. „სუროგატული“ დედობის ბიოეთიკური არსი ? გთავაზობთ ჩვენეულ დეფინიციას:

ე. წ. „სუროგატული“ დედობა არის როგორც უშვილობის პრობლემის მქონე, ასევე ასეთი პრობლემების არმქონე ადამიანის ან ადამიანების გენეტიკური შვილის ყოლის სურვილის დაკმაყოფილების გზა არატრადიციული რეპროდუქციული ბიოტექნოლოგიების ჩართვით, რომელსაც საფუძვლად უდევს სიცოცხლის, დედობისა და ოჯახისადმი – როგორც უმაღლესი ადამიანური ღირებულებებისადმი – პრაგმატული და უტილიტარული დამოკიდებულება [Adam, archimandrite, 2011].

სწორედ პრაგმატიზმი და უტილიტარიზმია უმთავრესად მიუღებელი ქრისტიანული მსოფლგაგებისათვის. სწორედ ეს ფილოსოფიური ხედვა და ეთიკური (მორალური) განცდა ასულდგმულებს ე. წ. „სუროგატული“ დედობის მომხრეებსა და აპოლოგეტებს.

განსახილველი ფენომენი კაცობრიობას მრავალი სამედიცინო, სულიერ-ზნეობრივი, სამართლებრივი, ბიოეთიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური პრობლემის წინაშე აყენებს და, რაც მთავარია, არა მარტო თავად წარმოადგენს ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიურ ინოვაციას, არამედ თავად ქმნის ტრადიციულის ნაცვლად ახალ სოციალურ და ეთიკურ რეალიას [Nikolaos

(Hatzinikolaou), metropolitan, 2008; K. Aramesh, 2009].

დასაწყისშივე განვმარტოთ სიტყვა „სუროგატული“. იგი ნაწარმოებია სიტყვისაგან „სუროგატი“, რომელიც ამგვარადაა განმარტებული უცხო სიტყვათა ლექსიკონში:

სუროგატ-ი [ლათ. surrogatus – სხვის ნაცვლად მოთავსებული]
– 1. რისამე შემცვლელი, რომელსაც ნამდვილი საგნის, პროდუქტის მხოლოდ ზოგიერთი თვისება აქვს. 2. (გადატ.). ყალბი, ფალსიფიცირებული რამ.

აქვე შეგახსენებთ საქართველოს კანონს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რომელიც, უნდა ვივარაუდოთ, ჰგავს სხვა მრავალი ქვეყნის ანალოგიურ კანონს. XXIII თავში „ოჯახის დაგეგმვა“ ვკითხულობთ:

მუხლი 136.

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო.

დიდი დისკურსი არ უნდა სჭირდებოდეს იმის აღმოჩენას, ამგვარი უცნაური უფლება სულ ცოტა უხერხულად რომ „იგრძნობს“ თავს ქრისტიანული მსოფლგაგების არეალში.

სწორედ ამგვარმა დამოუკიდებულებამ – ღვთის ნებისა და განგებულების გაუთვალისწინებლობამ წარმოშვა ისეთი სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები, როგორებიცაა: აბორტი, კონტრაცეფცია, ხელოვნური განაყოფიერება, ე. წ. „სუროგატული“ დედობა, ე. წ. არატრადიციული „ოჯახები“...

უღმერთობით გატანჯული პრაგმატული ადამიანის ლოგიკური დასკვნები ღვთის ნებასა და შვილების შობასთან დაკავშირებით მრავალფეროვანია:

- ზოგიერთი ცოლ-ქმარი ვარაუდობს, რომ ერთი-ორი შვილი ეყოლება და უფრო ღრმად არ ფიქრდება შვილიერებაზე;
- სხვებს კი (მართალია, მათი რიცხვი არც თუ დიდია) მრავალშვილიანობა სურთ;
- არიან მეუღლეები, რომლებიც ცდილობენ, უპირველესად ყოფითი პრობლემები (ბიზნესი, კარიერა, განათლება, მატერიალური მდგომარეობა, ბინა და ა. შ.) მოაწესრიგონ და მხოლოდ ამის შემდეგ იფიქრონ შვილების ყოლაზე;
- სხვა წყვილები თავს იმართლებენ: „თანამედროვე ცხოვრება ადვილი არ არის. ერთი ბავშვი გვეყოლება, ესეც გვეყოფა. ახლა ხომ ამ ერთის გაზრდაც ძნელია“ და ერთზე მეტ შვილს არ აჩენენ;

- ზოგიერთი დაქორწინებისას არც ფიქრობს იმაზე, რომ ცოლქმრული ცხოვრების მიზანი უპირველესად სწორედ შვილების შობა და მათი ქრისტიანული აღზრდაა;
- ზოგჯერ შვილები იმიტომ არ უნდათ, რომ არ დაიმძიმონ ცხოვრება ზედმეტი საზრუნავით, ბოლოს კი ოჯახებში კატებსა და ძაღლებს ან ეგზოტიკურ ცხოველებს უვლიან და ინახავენ, ან სხვა ჰობს გაიჩენენ;
- ზოგიერთ ადამიანს ოჯახის შექმნა სრულ უაზრობად მიაჩნია. ამიტომ ასეთი ადამიანები არ ქორწინდებიან, თუმცა შვილის ყოლაზე ყველა მათგანი როდი ამბობს უარს.
- დაქორწინებულნი ხშირად თავს არიდებენ შვილების შობას. ისინი აბორტებით კლავენ საკუთარ შვილებს და ამით თვითონვე ანადგურებენ საკუთარ მოდგმას, ან კონტრაცეფციის გამოყენებით აღწევენ მიზანს

[Adam, archimandrite, 2011].

ასეთი პლურალისტური სურვილებისა და მიზნების პირობებში ადამიანები, სამწუხაროდ, მიმართავენ პრობლემის გადაწყვეტის ნებისმიერ გზას – მათ შორის „სუროგატული დედობის“ ტექნოლოგიასაც, რომელმაც მოასწრო თავისი არსებობის განმავლობაში დაეხვავებინა ბიოეთიკურ პრობლემათა, პარადოქსთა, დილემათა და კოლიზიათა მთელი წყება.

წარმოგიდგენთ ზოგიერთ მათგანს:

- მშობიარობის შემდეგ ე. წ. „სუროგატული“ დედის მიერ ბავშვის გადაცემა ე. წ. გენეტიკური მშობლებისათვის უგულვებელყოფს იმ ღრმა სულიერ, ფსიქოლოგიურ, ემოციურ, ფიზიოლოგიურ და ბიოლოგიურ სიახლოვეს, რომელიც ორსულობის პერიოდში მყარდება დედასა და შვილს შორის;
- იგნორირებულია თანამედროვე მეცნიერების (ფსიქოლოგიის, ნაყოფის მედიცინის, პერინატოლოგიის, ემბრიოლოგიის და სხვ.) მიერ მოპოვებული მონაცემები ორსულობისდროინდელი დედაშვილობისა და პრენატალური ბავშვობის კვლევის მიმართულებით;
- ე. წ. „სუროგატული“ დედისა და მის საშვილოსნოში მთელი ორსულობის განმავლობაში მყოფი ბავშვის სიახლოვის უგულვებელყოფა ხდება „შემკვეთი მხარის“ მიერაც, რაც გამოიხატება გულგრილობაში (ჭეშმარიტი თანაგრძნობის არარსებობაში) „სუროგატული დედისადმი“. ეს კი აჩენს კითხვებს ე. წ. გენეტიკური მშობლების სულიერ-ზნეობრივ ღირებულებებთან მიმართებაში;

- ჩნდება ახალი ცნება „სუროგატული ორსულობა“ თავისი ფსიქოლოგიური, სულიერ–ზნეობრივი და ბიოლოგიური თავისებურებებით;
- „სუროგატული ორსულობის“ სულიერ–ზნეობრივ და ფსიქოლოგიურ პრობლემატურობას აღრმავებს „სუროგატული დედის“ ფინანსური დაინტერესება, ოჯახური მდგომარეობა, სოციალური სტატუსი, განათლება, ასაკი, ცხოვრებისეული გამოუცდელობა (ვთქვათ, აქამდე არ ყოფილა დედა), ნათესაობა (როდესაც „სუროგატული დედა“ არის ბავშვის ბებია, დეიდა, მამიდა ან სხვა ნათესავი) და ა. შ.;
- იმ შემთხვევებში, როდესაც „სუროგატული დედა“ არის ე. წ. გენეტიკური დედის ან მამის დედა (მომავალი ბებია), ან და (მომავალი დეიდა ან მამიდა) ან სხვა ახლო ნათესავი, ჩვენი აზრით, ამგვარ რთულ სიტუაციათა შექმნით ხელს ვუწყობთ ისეთი ადამიანური და სოციალური ღირებულებისადმი ტრადიციული დამოკიდებულების მეტამორფოზას გაუფასურებისაკენ, ისეთი საკრალური ფასეულობის დევალვაციას, როგორიცაა ოჯახი;
- სუროგატულ განზომილებაში ჩნდება „სუროგატული მამის“ ცნება. ამ ტერმინს იყენებენ მარტოხელა მამების მიმართ, რომლებიც დაიქირავებენ არა მარტო „სუროგატ დედას“, არამედ კვერცხუჯრედის დონორსაც;
- მარტოხელა „სუროგატული მამის“ სუროგატულ შვილს დაბადების მოწმობაში შეუვსებელი რჩება გრაფა „დედა“, ხოლო ასეთი შემთხვევებისათვის დაბადების მოწმობის სპეციალური ფორმების შემოღების შემთხვევაში (რაც საკვებით გასაგები მიზეზების გამო უცილობლად მოხდება) უბრალოდ გაქრება გრაფა და სიტყვა „დედა“;
- „სუროგატულმა დედობამ“ არატრადიციულ რეპროდუქციულ ტექნოლოგიებთან ერთად შექმნა პრეცედენტი ე. წ. არატრადიციულ ოჯახებზე ანუ ერთსქესიან წყვილებზე „ზრუნვისა“, რათა მათაც „დაიკმაყოფილონ“ შვილის ყოლის სურვილი. რა თქმა უნდა, ამგვარი ქმედება მიგვაჩნია ქრისტიანული სამყაროსათვის კატეგორიულად მიუღებელ მოვლენად და უდიდეს ცოდვად;

როდესაც საზოგადოებაში ყალიბდება „სუროგატული დედობის“ კომერციული ინსტიტუტი, ცხადია იგი არსობრივად ემსგავსება მომსახურების სფეროს და შესაბამისად ხელს უწყობს დედაშვილობისადმი, როგორც სიწმიდისადმი, საკრალური დამოკიდებულების გაქრობასა და დედობის, როგორც უმაღლესი,

შეუდარებელი ადამიანური, საკაცობრიო და ღვთაებრივი ღირებულების დევალვაციას;

- ეს ტექნოლოგია წინასწარ წირავს ბავშვს ფსიქოლოგიური კრიზისული სიტუაციისათვის, გადაწყვიტოს, თუ რომელი დედაა ამ შემთხვევაში ნამდვილი;
- სუროგატული რეპროდუქცია არ ითვალისწინებს ბავშვის უფლებას, დაიბადოს და გაიზარდოს ტრადიციულ ოჯახში, დედისა და მამის სიყვარულის გარემოცვაში, არ მიიღოს მენტალური დაზიანება არატრადიციულ – ერთსქესიანი წყვილის, მხოლოდ დედის ან მხოლოდ მამის მიკროსოციუმში და ა. შ.;
- რეპროდუქციის ეს ხელოვნური სახე არის წყარო ე. წ. „სუროგატული ობლობისა“ იმ შემთხვევებში, როდესაც უკვე გაჩენილი ბავშვების შვილობა შემკვეთებმა – ე. წ. გენეტიკურმა მშობლებმა გადაიფიქრეს, ან უარი თქვეს იმის გამო, რომ ახალშობილს ესა თუ ის დაავადება აღმოაჩნდა, ან ორი–სამი სუროგატული ახალშობილიდან აირჩიეს მხოლოდ ერთი. აქვე განიხილება ტრაგიკული შემთხვევებიც ერთი ან ორივე გენეტიკური მშობლის გარდაცვალებისა. მსგავსი მაგალითები აღწერილია ყოფილი საბჭოთა კავშირის ტერიტორიაზე წარმოქმნილ სახელმწიფოებში, მათ შორის, რუსეთში, ასევე აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში;
- სუროგატულმა რეპროდუქციულმა ტექნოლოგიამ წარმოშვა ადამიანის სიკვდილის შემდგომი მამობისა და დედობის ფენომენები, რაც გულისხმობს კონსერვაციის გზით შენახული გამეტების გამოყენებას ამ მიზნით. ხშირად ამგვარი მიდგომა შთამომავლობის გაჩენისადმი არაქრისტიანული მსოფლმხედველობის ადამიანების მიერ უკვდავების ასპექტშიც კი განიხილება; ვვარაუდობთ, რომ თაობათა შორის დროითი და სივრცობრივი ბუნებრივი წონასწორობის ამგვარი დარღვევა, არატრადიციული კომპონენტების მოჭარბება ადამიანთა – ბიოლოგიურ, სოციალურ, კულტურულ და სულიერ არსებათა – რეპროდუქციის სფეროში, გამოიწვევს ისეთ კატაკლიზმებს, რომელთა განჭვრეტა და, მით უმეტეს, პრევენცია შეუძლებელია ამ ფენომენების კვლევის მონაცემების არარსებობის, ნაწილობრივ შეუძლებლობისა და უგულვებელყოფის გამო;
- პრობლემათა სიმრავლეა სამართლებრივადაც. მაგალითად, გაურკვეველია, თუ რა ბედი ეწევა ბავშვს, რომლის ბიოლოგიური მშობლები გარდაიცვალნენ ან გაიყარნენ „სუროგატული“ ორსულობის პერიოდში; რაგვარი

სამართლებრივი სტატუსი აქვს „სუროგატულ“ მარტოხელა მამას; როგორ და ვის შეუძლია სუროგაციისათვის გამოიყენოს გარდაცვლილი ადამიანის – ნათესავის სასქესო უჯრედები და სხვ.; უნდა განისაზღვროს ე. წ. „სუროგატული“ დედობის საკანონმდებლო და სამართლებრივი ნორმატივები. აქვე შევნიშნავთ, რომ ჩვენს ქვეყანაში არსებული სამართლებრივი რეალია მოითხოვს სრულყოფის მიზნით ერთიან გადამუშავებას და სულიერ–ზნეობრივ ჰარმონიზაციას ტრადიციებთან, ეროვნულ, ადამიანურ და ღვთაებრივ ფასეულობებთან

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ი), 2005 (გ), 2007; Adam, archimandrite, 2011].

ამრიგად, ე. წ. „სუროგატული“ დედობა არატრადიციულ რეპროდუქციულ ტექნოლოგიებთან ერთად წარმოადგენს ახალ, ბოლომდე ჯერ კიდევ შეუცნობელ განზომილებასა და ხარისხს კაცობრიობის ბიოლოგიური, სოციალური, კულტურული და სულიერი არსებობის რეალიაში, რომელიც დაკავშირებულია ღვთის მიერ შექმნილი ადამიანის არსებობისა და გადარჩენის (ეკზისტენციალურ და სოტეროლოგიურ) რისკთან, რომელიც ამჟამად შეუძლებელია შეფასდეს ადეკვატური სიზუსტით მეცნიერული ცოდნის შემოსაზღვრულობის გამო, მაგრამ კატეგორიულად მიუღებელია ქრისტიანული და ტრადიციული ღირებულებების თვალსაზრისით. ამიტომაც ვერ მივესალმებით უშვილობის პრობლემის გადაწყვეტის ამგვარ გზას და ვერ მივიღებთ „სუროგატულ“ პარადიგმას თავისი აურაცხელი სულიერ–ზნეობრივი „სუროგატული“ პრობლემით.

5.1.8. ევთანაზიის ბიოეთიკური არსი

პლურალისტულმა და დემოკრატიული იდეალებისადმი არაგულწრფელად მიდრეკილმა კაცობრიობამ თანამედროვე მედიცინაში ქრისტიანული ღირებულებებისათვის ადგილი არ დატოვა [Cohen-Almagor, 1995(a); ადამი, არქიმანდრიტი, 1999, 2002 (ა); И. В. Силуянова, 2001(б); J. Suaudeau, 2001(a); J.P. Bishop, E. L. Bedford, 2011; J.P. Bishop, D.R. Morrison, 2011].

ჯერ ჩათვალოს, რომ დასაშვებია ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა, რითაც შეირყა სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტი. “ზედმეტი” ბავშვების პრობლემა რომ გადაწყდა, ჯერი “ზედმეტი” მოხუცებსა და, საერთოდ, “ზედმეტი” ადამიანებზე მიდგა [M. A. M. Watcher, 1989; R. Cohen-Almagor, 1996; J. M. Finnis, 1997; Иоанн

(Шаховской), архиепископ, 1999; Adam, archimandrite, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ევთანაზიის – უიმედო პაციენტების უმტკივნეულო მოკვდინების – ზნეობრივი გამართლების საკითხი დიდი ხნის განმავლობაში განიხილება. მასზე ბევრს წერენ [W. Gailin et al., 1988; M. A. M. Watcher, 1989; C. A. Stevens, R. Hassan, 1994; G. G. Wood, E. Martin, 1995; დ. გეგეშიძე, 2002; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (დ)].

უფრო მეტიც, ა. ზილბერი გვთავაზობს ახალ ტერმინსაც კი – “საექიმო დახმარება თვითმკვლელობის აღსრულებაში” და თვლის, რომ სწორედ ანესთეზიოლოგებსა და რეანიმატოლოგებს, თავიანთი პროფესიის სპეციფიკურობის გამო, მოუხდებათ საკუთარ თავზე აიღონ ევთანაზიოლოგის ფუნქციები, როცა დადგება ნათელი მომავალი – როგორც ავადმყოფების, ისე ექიმებისათვის უსაფრთხო და კანონიერი ევთანაზიის დრო [A. П. Зильбер, 1998 (ა)].

ი. სილუიანოვას მოჰყავს სოციოლოგიური გამოკვლევების მონაცემები, რომელთა თანახმადაც 21-დან 30 წლამდე ასაკის ექიმთა 49%, ხოლო სტუდენტ-მედიკოსთა 80-90% (სხვა გამოკვლევის მიხედვით კი – 78,4%) – ევთანაზიას დასაშვებად მიიჩნევს [И. В. Силуянова, 1998(ა)].

ჩვენში ასეთი გამოკვლევები ჩამოყალიბებული სოციოლოგიური გამოკითხვების სახით არ არსებობს. ცალკეული პუბლიკაციები კი ქმნიან საკმარისად ჭრელ სურათს, რაც ევთანაზიის ბიოეთიკური არსის მეცნიერული კვლევის მნიშვნელობასა და აუცილებლობას განსაზღვრავს [დ. გეგეშიძე, 2002; რას ფიქრობთ ევთანაზიაზე, 2002].

შევეცდებით ავხსნათ ევთანაზიოლოგიური ტენდენციების გენეზისი.

ამ პროცესის უმთავრესი მიზეზი, რა თქმა უნდა, მსოფლიო საზოგადოების სეკულარიზაციაა. თანამედროვე ექიმების დიდი ნაწილი თვითმკვლელობას არ თვლის შემოქმედის წინაშე ბოროტმოქმედებად, რადგანაც არ სწამს ღმერთის, არც იმპერეციური ცხოვრების.

ქრისტიანული მსოფლმხედველობის არარსებობა დაბრკოლებას ქმნის ავადმყოფობის, ტკივილის, ტანჯვის, სხვადასხვა სულიერ განცდათა ეკზისტენციისა და გახანგრძლივების აქსიოლოგიური მნიშვნელობის (სოტეროლოგიური) გაგების გზაზე [Анатолий (Берестов), иеромонах, 2001; Ф. В. Кондратьев, 2001; Церковно-общественный Совет, 2001(в); ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (დ)].

შემდეგ მიზეზად ვასახელებთ ევთანაზიის პროპაგანდას

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით, განსაკუთრებით ტელევიზიით, ინტერნეტით, კინოფილმების, მხატვრული ნაწარმოებების და ა. შ. გამოყენებით.

გასაბჭოებელი საქართველო გახდა ამგვარი ისტორიული ფაქტის თანაზიარი: 1922 წელს მიღებული ბოლშევიკური რუსეთის სისხლის სამართლის კოდექსის 143-ე მუხლს გააჩნდა შენიშვნა, რომლის თანახმადაც ადამიანის მკვლელობა, რომელიც მისივე თხოვნითაა ჩადენილი, არ ექვემდებარებოდა დასჯას. ამ შენიშვნის ავტორები იყვნენ ევთანაზიის ლეგალიზაციისათვის ბრძოლის ნამდვილი პიონერები. თუმცა უკვე იმავე 1922 წლის 11 ნოემბერს სრულიად რუსეთის ცაკ-ის IV სესიამ ეს შენიშვნა ამოიღო კოდექსიდან ხშირად მისი ბოროტად გამოყენების შესაძლებლობის გამო.

ასე რომ, სამხედრო კომუნიზმის “ჰუმანისტებმაც” კი ოპერატიულად შეაფასეს “თხოვნით მკვლელობების” სოციალური შედეგები. თანამედროვე კაპიტალისტური და პოსტკომუნისტური სივრცეების ბინადარი “ჰუმანისტები” კი თავგანწირულად იბრძვიან ზნეობრივი და რელიგიური “ცრურწმენების” წინააღმდეგ და ამტკიცებენ შეთანხმებითი მკვლელობის პროგრესულობას, მისი, როგორც “სიყვარულის აქტის”, კაცთმოყვარეობის გამოვლინების მიზანშეწონილობას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (დ)].

ევთანაზიოლოგიური ცნობიერების ჩამოყალიბებაში დიდ როლს ასრულებს სოციალური ფაქტორები: მოსახლეობის, მისი სოციალური უზრუნველყოფისა და ჯანდაცვის სისტემის დუხჭირი მდგომარეობა.

განვითარებულ ქვეყნებში საკითხი სხვაგვარად დგას: სამედიცინო დახმარებაზე უარის თქმა (პასიური ევთანაზიის დაშვება) დაკავშირებულია იმის გადაწყვეტასთან, გამოიღებს თუ არა მკურნალობა შედეგს მოცემულ შემთხვევაში; ხოლო ჩვენში პასიური ევთანაზიის დაშვება უხშირესად ეკონომიკური ხასიათისაა: პრობლემა სამედიცინო დახმარების ხშირად სახელმწიფოსაგან დაუფინანსებლობასა და მოსახლეობის გადამხდელუუნარიანობაში მდგომარეობს.

ამგვარ ვითარებაში ექიმი იძულებულია ხელი არ შეუშალოს მომავლეს გარდაცვალებაში არა იმიტომ, რომ მას მკურნალობა უსარგებლოდ და დამამძიმებლად, ან პაციენტისათვის ზედმეტ დატვირთვად მიაჩნია, არამედ იმიტომ, რომ არც მას (ჯანდაცვის სისტემას), არც ავადმყოფს (მოსახლეობას) არ აქვს ეკონომიკური საშუალება, უზრუნველყოს ავადმყოფის ადეკვატური მოვლა-მკურნალობა.

სილატაკის ზღვართან (ამ საზღვრის ორივე მხარეს) ახლოს მყოფი სახელმწიფო, მისი ჯანდაცვა და მოსახლეობა ადვილად ითავისებს ევთანაზიურ იდეოლოგიას, თვლის რა, რომ სიკვდილზე სამედიცინო ნების დართვა და სიცოცხლის გამოსაღებაც კი უფრო ღირსეულად გამოიყურება, ვიდრე უიმედო ავადმყოფების ტანჯვის ცქერა, რომლებზედაც ზრუნვა საზოგადოებას არ ძალუძს [W. E. May, 1978; J. M. Finnis, 1991; D. W. Solomon, 1992 T. E. Quill, et al., 1997; ჰუმანური განვითარების ანგარიში: საქართველო, 2002; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

ისტორიულად სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები თავიანთ დანიშნულებას ხედავდნენ იმაში, რომ “ემკურნალათ, როცა ეს შესაძლებელი იყო, ეზრუნათ ყოველთვის და არასოდეს არ მოეკლათ” (რელიგიისა და საზოგადოებრივი ცხოვრების ინსტიტუტის რამსეის კოლოქვიუმის დეკლარაცია ევთანაზიის შესახებ, ნიუ-იორკი, 1992 წ.). გავიხსენოთ ჰიპოკრატეს ფიციც.

ასე რომ, ევთანაზიის დაშვება ან აღიარება ექიმის ძალზედ სერიოზული მორალური შეცდომაა. მისი განსხვავება ნებისმიერი სხვა თეორიული ან მეცნიერული შეცდომისაგან იმაში მდგომარეობს, რომ იგი იმგვარ ადამიანურ ქცევებში რეალიზდება, რომელთა შედეგები შეუქცევადი ხასიათისაა როგორც ექიმის, ისე ავადმყოფისა და მთელი საზოგადოებისათვის.

ექიმის ფიცის სხვადასხვა ვარიანტები, საერთაშორისო ორგანიზაციების დოკუმენტები, საერთაშორისო სამედიცინო ასოციაციის დეკლარაციები ევთანაზიის შესახებ, მრავალი ქვეყნის ექიმთა ეთიკური კოდექსები შეიცავენ ევთანაზიისადმი ცალმხრივ უარყოფით შეფასებასა და დამოკიდებულებას [F. M. Kamm, 1999; D. W. Solomon, 1992].

საქართველოს კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” აცხადებს, რომ “სამედიცინო პერსონალს, აგრეთვე, ნებისმიერ სხვა პირს ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება” (მუხლი 151) [გ. ჯავაშვილი და სხვ., 2001].

ევთანაზიის ლეგალიზაციის ნებისმიერი მცდელობა ჩვენ მიერ მიჩნეულია დანაშაულებრივ ქმედებად და ბოროტებად ერის, საზოგადოების, თვით შემოქმედის წინაშე. ევთანაზია თავისი არსით წარმოადგენს ან მკვლელობის (თუ იგი ხორციელდება ექიმების გადაწყვეტილების ან ნათესავების მოთხოვნის საფუძველზე), ან თვითმკვლელობის (თუ იგი პაციენტის თხოვნით ხორციელდება), ან ერთისა და მეორის აღრევის განსაკუთრებულ ფორმას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (დ)].

ჩვენ წინააღმდეგი ვართ ევთანაზიის ნებისმიერი

სახისა, გამომდინარე იქიდან, რომ მის დაკანონებას მოჰყვება მრავალფეროვანი ნეგატიური შედეგები:

I. ადამიანის სიცოცხლის გაუფასურების ტენდენციების გაღრმავება მისგან გამომდინარე სულიერ-ზნეობრივი კრიზისული სიტუაციის მასშტაბურობის გაზრდით;

II. ჯანმრთელობის დაცვის ინსტიტუტისადმი სოციალური ნდობის დაკარგვა;

III. მედიცინის სფეროს კრიმინალიზაცია;

IV. ზოგიერთი სექტანტური ორიენტაციის კაცთმომღელ იდეოლოგიის წისქვილზე ევთანაზიოლოგიური წყლის დასხმა;

V. ექიმობის, ამ უძველესი, თავისი არსით ჭეშმარიტად ქრისტიანული პროფესიის დანიშნულების გაუკუღმართება;

VI. ექიმისადმი ნდობისა და ექიმობის ღირსების გაქრობა საზოგადოებაში;

VII. სამედიცინო მეცნიერების განვითარების შეფერხება, განსაკუთრებით იმ კვლევებისა, რომლებიც ეხება რენიმატოლოგიას, ინტენსიურ თერაპიასა და კრიტიკულ მედიცინას, განუკურნებელი დაავადებების სამკურნალო საშუალებების შექმნას და ა. შ.

[T. D. Kinsella, 1989; W. van der Burg, 1991; A. R. Jonsen, 1993; R. McHugh, 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2003 (დ)].

ავადმყოფის თხოვნა სიკვდილის დაჩქარების შესახებ განპირობებული შეიძლება იყოს დეპრესიით, ინდივიდუალური ფსიქოლოგიური თავისებურებებით, ინტელექტუალური და რელიგიური ცნობიერებით. არ შეიძლება იმის დავიწყებაც, რომ ადამიანს შეუძლია შეცვალოს თავისი გადაწყვეტილება ნებისმიერ დროს, აქვს რა არჩევანის თავისუფლება სიცოცხლის უკანასკნელ წუთამდე [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2003 (დ), 2010].

ამიტომაც ევთანაზიას მივიჩნევთ ზნეობრივად მიუღებელ აქტად და უარყოფითად ვაფასებთ ყოველგვარი საკანონმდებლო პროექტის განხილვას, რომელიც კი ცდილობს იურიდიულად გააფორმოს ევთანაზიის დანერგვის შესაძლებლობები და ამით საზოგადოების ცნობიერებაში დაამკვიდროს მკვლელობის ან თვითმკვლელობის განხორციელების შესაძლებლობა მედიცინის ხელშეწყობითა და მონაწილეობით [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2003 (დ), 2010].

5.1.9. ექიმისა და საზოგადოების დამოკიდებულება ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მიმართ, როგორც ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაცია

კაცობრიობა სხვადასხვა ეპოქაში სხვადასხვა ქვეყანასა და საზოგადოებაში სრულიად განსხვავებულ დამოკიდებულებას ამჟღავნებდა ფსიქიკურჯანმრთელობაშერყეული ადამიანების მიმართ: ზოგიერთს, “უცნაურობების” მიუხედავად, ჩვეულებრივად ოჯახებში აცხოვრებდნენ, სხვებს შეზღუდვას უწესებდნენ, ზოგს წმინდანად თვლიდნენ, ზოგს პირიქით – ეშმაკულად და კოცონზე დასაწვავად იმეტებდნენ, სხვებს ციხეებში ამწყვდევენ, მრავალნი თავისუფლად დახეტიალობდნენ ქალაქებსა და სოფლებში...

ძველ საბერძნეთში ფსიქიკურ დაავადებას უკეთეს შემთხვევაში არასასურველ მოვლენად მიიჩნევდნენ, უარეს შემთხვევაში კი სულით ავადმყოფებს სიკვდილით სჯიდნენ.

მეთვრამეტე საუკუნის 80-იან წლებში ლონდონში ერთი პენსის ფასად ყველა მსურველს შეეძლო ეხილა კედლებზე მიჯაჭვული მთლად შიშველი “შეშლილი” ადამიანები, რომლებსაც ავადმყოფებადაც კი არავინ თვლიდა და აზრადაც არავის მოსდიოდა, დაეცვა ისინი შეურაცხყოფისა და დამცირებისაგან.

მხოლოდ 1793 წელს, პირველად ფსიქიატრიის ისტორიაში, ფრანგმა ექიმმა ფილიპ პინელმა ჯაჭვებისაგან გაათავისუფლა სულით ავადმყოფნი, რომელნიც პარიზის სახელმწიფო საავადმყოფოში იმყოფებოდნენ. პინელი თავის პაციენტებს ბავშვებს ადარებდა და მათი ნდობის მოპოვებისა და დამორჩილების მიზნით ექიმებს პაციენტებთან ურთიერთობის მრავალგვარი ფორმის (მზრუნველობის, მფარველობის, ალერსის, შემწყნარებლობის, თავმდაბლობის, დამოძღვრის, სიმკაცრის, დაყოლიების, დარწმუნების, გახუმრების, სითამამის და ა. შ.) გამოყენებას სთავაზობდა. “დამაწყნარებელ პერანგსა” და იზოლაციას პინელი მხოლოდ განსაკუთრებულად მწვავე შემთხვევების დროს უშვებდა.

შემდეგი მნიშვნელოვანი შემობრუნება ფსიქიატრიაში უკვე მეოცე საუკუნეში მოხდა. 1955 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტმა გამოთქვა აზრი ფსიქიკურ ავადმყოფთა საზოგადოებისაგან იზოლაციის გარეშე მკურნალობის მიზანშეწონილობის გაფართოების შესახებ.

1960-70-იან წლებში აშშ-ში დაიწყო ფსიქიკურ ავადმყოფთა სტაციონარებიდან აქტიური გამოყვანის (დეინსტიტუციალიზაციის) პოლიტიკა. იმ დროისათვის ცხადი

გახდა, რომ ფსიქოტროპული საშუალებების წარმატებულმა გამოყენებამ მრავალი ავადმყოფის მდგომარეობა გააუმჯობესა. ასე რომ, ისინი აღარ საჭიროებდნენ სტაციონარში მკურნალობას, მაგრამ ინერციით მათ კვლავ არავინ წერდა საავადმყოფოდან. ახალი პოლიტიკა არსებულ სისტემას ადანაშაულებდა რეაბილიტაციური მიმართულების სისუსტეში, რადგან ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ძალიან ბევრ ავადმყოფზე იყო გათვლილი და როგორც წესი, პაციენტის საცხოვრებელი ადგილიდან შორს მდებარეობდა. აქ ავადმყოფის მიმართ ზრუნვა, სამწუხაროდ, მის არად ჩაგდებასთან ან უფრო უარეს დამოკიდებულებასთან იყო ხოლმე შერწყმული.

ამ პროცესების პარალელურად ევროპასა და ამერიკაში მეოცე საუკუნის 60-იან წლებში გაჩნდა ე. წ. ანტიფსიქიატრიული მოძრაობა, რომელმაც გამოხატული გროტესკული ხასიათი მიიღო. ამ მოძრაობის მიმდევართა აზრით, ექიმ-ფსიქიატრთა პრაქტიკული მოღვაწეობა მიზნად ისახავდა “შეშლილის” სტატუსით გარკვეული ადამიანების გარიყვას, სოციალური იზოლაციას, რეპრესიას, დისკრედიტაციას. ყოველივე ამის დასაძლევად ანტიფსიქიატრები მოითხოვდნენ ნებისმიერი იერარქიულ-რეპრესიული ნიშნის გაქრობას საავადმყოფოების ყოფიდან (ამ მიზნით ხსნიდნენ საკეტებს კარებიდან, გისოსებს ფანჯრებიდან და ა. შ.), ფსიქოტროპული საშუალებების გამოყენების შეწყვეტას, მედპერსონალის “ახალ როლებში” ხილვას, პაციენტის მიერ თავისი კრიზისის ახლებურად გაგებისათვის ხელშეწყობას. ისინი თვლიდნენ, რომ არ არსებობს ფსიქიკური დაავადება, არამედ მხოლოდ ე. წ. “მიკროსოციალური კრიზისული სიტუაციები”. ეს ანტიფსიქიატრიული განწყობილებები შესანიშნავადაა აღწერილი კენ კიზის რომანში “ვიღაცამ გუგულის ბუდეს გადაუფრინა”.

ანტიჰოსპიტალურმა და ანტიფსიქიატრიულმა მოძრაობებმა ხელი შეუწვეს უმნიშვნელოვანესი ძვრების დაწყებას ფსიქიატრიაში 1970-80-იან წლებში. ფსიქიატრიული დახმარების სოციალური კონტექსტი განისაზღვრა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციითა და სულით ავადმყოფ ადამიანთა უფლებების დაცვის იდეებით.

ამ ხნის მანძილზე ბევრი სასარგებლო კანონი შემუშავდა ფსიქიკურად დაავადებულთა უფლებების განსამტკიცებლად და დასაცავად. დღეს ეს ადამიანები უფრო დაცულად გრძნობენ თავს. ამჟამად გაცილებით ბევრგან და გაცილებით ხშირად ითვალისწინებენ მათ ინტერესებს.

ადამიანთა უფლებების დაცვისადმი მიძღვნილ დოკუმენტებში ჩაიწერა, რომ “ყველა პიროვნებას, რომელიც

ფსიქიკური დაავადებითაა შეპყრობილი, ჰუმანურად და მისი პიროვნული ღირსებისადმი პატივისცემით უნდა მოვეპყრათ”.

სულით ავადმყოფთა უფლებების დაცვაზე ზრუნვა გამოიხატა თითქმის ყველა საერთაშორისო დოკუმენტში, რომელიც კი ეხება ბიომედიცინისა და ზოგიერთ სხვა სფეროში ეთიკურ-სამართლებრივ საკითხებს.

ფსიქიატრიულ ავადმყოფთა სოციალური გაუცხოება-გარიყვა, სტიგმატიზაცია, უფლებათა გაუმართლებელი შეზღუდვა (დისკრიმინაცია, ექსპლუატაცია), აგრეთვე მათი ადამიანური ღირსების შელახვის ნებისმიერი სხვა ფორმა ამჟამად სამართლებრივ შეფასებას ექვემდებარება და იურიდიული მექანიზმების გამოყენებით უნდა მოწესრიგდეს.

რაც შეეხება ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას, იგი მიმართულია ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მიერ საზოგადოებრივი, ოჯახური და პირადი ცხოვრებისათვის აუცილებელი ფიზიკური, ემოციური, სოციალური და ინტელექტუალური უნარების შესწავლისა და გამომუშავებისაკენ. ამ უნართა დეფიციტამდე პაციენტები მიჰყავს ძირითადი ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომებს, როგორებიცაა ბოდვა, ჰალუცინაცია, დეპრესია, მანიაკალური აშლილობა, ასევე პაციენტთა შემეცნებით სისუსტეს და მათთან ურთიერთობის დეფიციტისა და სტიგმის არსებობას. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მიზანია სწორედ ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების ჩამოთვლილი პრობლემების იმგვარი მოგვარება, რომ მათ თავი “ნორმალურ” ადამიანებად იგრძნონ.

ამრიგად, ძალიან მოკლედ წარმოგიდგინეთ გზა, რომელიც გაიარა ფსიქიატრიამ ავადმყოფების ჯაჭვებისაგან გათავისუფლების თამამი ჰუმანური გადაწყვეტილებიდან ფსიქიკური პაციენტების უფლებების დაცვასა და ფსიქოსოციალური მდგომარეობის ოპტიმიზაციაზე ზრუნვის მეთოდების დახვეწამდე.

ამ სირთულეებით სავსე განვლილი გზის ანალიზი საინტერესოა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულების სხვადასხვა ტიპის (ინფორმაციული, პატერნალისტური, ინტერპრეტაციული, სათათბირო) მოდელების გათვალისწინებითაც [ადამი, არქიმანდრიტი, 2005].

ურთიერთობათა ჩამოთვლილ მოდელთაგან თითოეულს განსხვავებული ღირებულება აქვს როგორც საერთოდ ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში, ასევე ფსიქიატრიაში. ამ სფეროში ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულება განსაკუთრებული თავისებურებებით ხასიათდება.

დიღემური რჩება ნებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის, გათვითცნობიერებული თანხმობის, კვლევისა ჩატარების, კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხები.

ჰიპოკრატეს ფიცში ნათქვამია: “ჩემი ძალ-ღონისა და მიხვედრილობის შესაბამისად მხოლოდ და მხოლოდ სასარგებლო განწესება დავეუდგინო ავადმყოფს და ავერიდო ყოველგვარი ვნების მიყენებას და უსამართლობას”. აი, ამგვარია სამედიცინო პრაქტიკის მრავალსაუკუნოვანი ტრადიცია: ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში სწორედ ექიმი წყვეტს, თუ რა არის პაციენტისათვის ყველაზე უფრო სიკეთის მომტანი. ასეთ მიდგომას ეწოდება პატერნალისტური (ლათ. pater – მამა), ვინაიდან ექიმი ამ დროს გამოდის მამის როლში, რომელიც არა მარტო ზრუნავს თავისი “უგუნური ბავშვის” კეთილდღეობაზე, არამედ თავად განსაზღვრავს იმასაც, თუ რაში მდგომარეობს ეს კეთილდღეობა. ასე იზღუდება პაციენტების უფლებები და თავისუფლებები.

სამედიცინო პატერნალიზმი თვლის, რომ ექიმმა საკუთარ შეხედულებებზე დაყრდნობით უნდა განსაზღვროს პაციენტის ინტერესები და მოთხოვნილებები მკურნალობის, ინფორმირების, კონსულტაციების, კლინიკური გამოკვლევების პროცესებში. ამგვარი მოდელი – ექიმის მიერ გადაწყვეტილებების ერთპიროვნულად მიღება, პაციენტის უფლებების შეზღუდვა და მისი ავტონომიის მინიმალიზაცია – გასული საუკუნის მეორე ნახევრამდე არავის დაუყენებია ეჭვქვეშ, მით უმეტეს, ფსიქიატრიაში.

პატერნალიზმის კრიზისის გამოიწვია “ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე ათწლიანმა შეტევამ”, რის გამოც მასობრივად დაიხურა ფსიქიატრიული საავადმყოფოები. ამერიკაში, სამწუხაროდ, ამას მოჰყვა უსახლკარო და მაწანწალა სულით ავადმყოფთა მრავალრიცხოვანი არმიის გაჩენა. ასევე უარყოფითი მხარე ჰქონდა მცირეხნიან ჰოსპიტალიზაციასაც – მკვეთრად გაიზარდა სტაციონარში განმეორებითი მოთავსების შემთხვევები. ამიტომაც გახდნენ იძულებულნი ნაწილობრივ მაინც დაბრუნებოდნენ ჰოსპიტალურ ფსიქიატრიას, რაც იმას ნიშნავდა, რომ პატერნალისტურმა მოდელმა ამ სივრცეში თავი გარკვეულწილად მაინც შეინარჩუნა, თუმცა ეჭვები მის მიმართ საბოლოოდ როდი გაიფანტა.

ექიმის მიერ პაციენტის კეთილდღეობის განსაზღვრის უპირობო და განსაკუთრებული კომპეტენტურობის შესახებ აზრს დაუპირისპირდა პაციენტის პიროვნების ავტონომიის პატივისცემის კონცეფცია – ბიოეთიკაში მიღებული ერთ-ერთი ძირითადი დებულება, რადგან მხოლოდ ავტონომიურ

პიროვნებას ძალუძს თავისუფალი არჩევანის გაკეთება და მხოლოდ იქ, სადაც ამგვარი არჩევანი არსებობს, შეიძლება ლაპარაკი პასუხისმგებლობაზე და, საერთოდ, ეთიკური კატეგორიების ხორცშესხმა.

როგორაა ამ მხრივ საქმე ფსიქიატრიაში?

როდესაც ექიმი ფსიქიკურად დაავადებულს სთავაზობს მკურნალობის ამა თუ იმ სქემას, ეს იმას როდი ნიშნავს, რომ პაციენტს უნდა ჰქონდეს ის სპეციალური ცოდნა, ფსიქიატრს რომ აქვს, რათა მან გააკეთოს ავტონომიური არჩევანი. მისთვის სავსებით საკმარისია ესმოდეს საქმის არსი და არა ყველა დეტალი. პაციენტს შეუძლია შემდეგ თავის ახლობლებსაც კი მიმართოს რჩევისათვის და ალბათ ისინი გარკვეულ ზეგავლენასაც მოახდენენ მასზე, მაგრამ თუ მათ მოსაზრებებს პაციენტი აღიქვამს არა როგორც ბრძანებას, არამედ როგორც დამატებით ინფორმაციას, რომელიც მას გადაწყვეტილების მიღებაში უნდა დაეხმაროს, მისი საბოლოო არჩევანი ავტონომიური იქნება. იგი შეიძლება დაეთანხმოს ან არ დაეთანხმოს, მიიღოს ან არ მიიღოს ექიმის მოსაზრებები და შემოთავაზებული წინადადებები, მაგრამ მაშინაც, როდესაც მას ეთანხმება, იგი ფაქტობრივად ახდენს ექიმის განზრახვის ავტორიზებას, ანუ აქცევს მას საკუთარ გადაწყვეტილებად. თუ პაციენტი ხელმძღვანელობდა ექიმის ავტორიტეტით, ამ შემთხვევაშიც მის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება ავტონომიურია. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ავტონომიურობის პრინციპი მართო მისი აღიარებით კი არ შემოისაზღვრება, არამედ მოიცავს უფრო მეტს – პაციენტის ავტონომიის პატივისცემასაც: ექიმის შემდგომ მოქმედებას უნდა განსაზღვრავდეს პაციენტის არჩევანი, რაოდენ განსხვავებულიც არ უნდა იყოს იგი მისი პოზიციისაგან.

ფსიქიატრიაში დიდი ხნის განმავლობაში კრიტიკულად არავინ განიხილავდა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის ფენომენს. ისიც ცხადია, რომ მას ყოველთვის გვერდს ვერ აუვლი, როცა საქმე ეხება ღრმა ფსიქიკური დაზიანებით აღბეჭდილ პირებს, როდესაც სერიოზულადაა დარღვეული განსჯის უნარი, რეალობის შეფასება და ქცევა. სადაო არ არის, რომ ამ შემთხვევებშიც პაციენტს გარანტირებული უნდა ჰქონდეს საკუთარი უფლებების დაცვის უზრუნველყოფა.

არანებაყოფლობითი სამედიცინო დახმარების ეს ასპექტი რამდენიმე თავისებურებით ხასიათდება: ჯერ ერთი, მკურნალობის ნებაყოფლობითობის დაცვის უფლება აქვს პოტენციურად ყველა ავადმყოფს, რაც ნიშნავს რომ ჰოსპიტალიზაციის ყველა შემთხვევაში (არაქმედითუნარიანობის იურიდიულად

განსაზღვრული შემთხვევების გარდა) ექიმი ვალდებულია პირველ რიგში პაციენტისაგან გამოითხოვოს თანხმობა; მეორე – ავადმყოფს, რომელიც არანებაყოფლობით იქნა ჰოსპიტალიზირებული, რჩება უფლება (როდესაც მისი ფსიქიკური მდგომარეობა გამოსწორდება), გადავიდეს განსხვავებულ მორალურ-იურიდიულ სტატუსში, რაც გულისხმობს ნებაყოფლობით მკურნალობას. ასე რომ, მკურნალობაზე უარის გაცხადებას მოჰყვება მისი სტაციონარიდან გაწერა. და მესამე – რომელიმე ავადმყოფის არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში შეიძლება დაშვებულ იქნას მხოლოდ კანონიერების უმკაცრეს ჩარჩოებში. თვით ეს ჩარჩოები კი არა მარტო განსაზღვრული უნდა იყოს სამედიცინო-კლინიკური და იურიდიული სტანდარტებით, არამედ აუცილებლად უნდა იქნას მიღებული საერთაშორისო ორგანიზაციების, მსოფლიო საზოგადოებრიობის მიერ. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ხელს შევუწყობთ ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენების ფაქტებს, მაგალითად, რომელიმე რეაქციული სახელმწიფო რეჟიმის მიერ საკუთარი მოქალაქეების წინააღმდეგ (როგორც ეს ხდებოდა საბჭოთა კავშირში ან რუმინეთში დისიდენტებისა და სხვა პირთა, ან ფაშისტურ გერმანიაში ფსიქიკურად დაავადებულთა მიმართ).

ადამიანთა ცნობიერებასა და ქცევაში, სამწუხაროდ, ჩამოყალიბებულია სოციალური გაუცხოების მძლავრი რეაქციები იმ პირთა მიმართ, რომლებმაც “მიიღეს” დიაგნოზები: “შიზოფრენიკი” (“გიჟი”), “სიმსივნეიანი” (“კიბოიანი”), “ჰლექიანი”, “შიდსიანი” და ა. შ. ასეთი დიაგნოზი, როგორც სტიგმა ადამიანს საზოგადოებისაგან დევნილად აქცევს. მისსა და მისი ოჯახის ირგვლივ ჩნდება სოციალური ვაკუუმი – მეგობრები აღარ ურეკავენ, ნაცნობები ძველებურად აღარ შემოირბენენ ხოლმე, არც ნათესავები ეპატიჟებიან. მაშინაც კი როდესაც ავადმყოფს თავისი ფსიქიკური და ფიზიკური მონაცემებით შეუძლია მშვენივრად და ნაყოფიერად გაართვას თავი სამუშაოს, მათ ამის საშუალება აღარ აქვთ ხოლმე, არც სწავლაში უწყობს ვინმე ხელს, ასეთს არც სამსახურში დააწინაურებს ვინმე.

სტიგმატიზაციაში “დამნაშავე” დიაგნოზი დაუნდობლად ანადგურებს ყველა იმედს, სურვილს, ინტერესს, მოლოდინს, სწრაფვას. ამიტომაც პაციენტისათვის სიმართლის თქმა დაავადების შესახებ ნიშნავს მის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სოციალურ სიკვდილსაც. ყველა მედიკოსს როდი ძალუძს ფსიქიატრიული განაჩენის ხმამაღლა გაცხადებით ამოაგდოს ადამიანი ცხოვრების მდინარიდან და ქვებზე გარიყოს. ვერც ყველა პაციენტი გაუძლებს ამგვარი სიმართლის გაცნობიერებას და აღიარებას,

რომ ყველაფერი, რითაც იგი აქამდე ცხოვრობდა, აზრს კარგავს, რომ მისი ჩვეულებრივი ცხოვრება დამთავრდა და ერთადერთი რაც დარჩა – ეს ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ცივი კედლებით შემოსაღებულ, სულის შემხუთველ, აუტანელი ტანჯვით დაყურსულ, პალატად წოდებულ ბუნაგში არსებობაღა... [ადამი, არქიმანდრიტი, 2005].

არარელიგიური, ე. ი. თანამედროვე ადამიანების უმეტესობის სეკულარული ცნობიერებისათვის ტანჯვას აზრი ან რაიმე პოზიტიური ღირებულება არ აქვს. ამიტომაც ინსტიტუტურად პაციენტიცა და მის ირგვლივ მყოფნიც გაურბიან სიმართლეს და იწყება ერთობლივი წარმოდგენა თემაზე “განა რა მოხდა? არაფერიც! ჰოპლა, ჩვენ ვცოცხლობთ!”. მაგრამ ისმის კითხვა: საჭიროა თუ არა ეს ტყუილი?!

კორექტული პასუხის გაცემისათვის იმის შეფასებაცაა საჭირო, თუ რას აძლევს ან ვერ აძლევს ჩვენ მიერ შეთავაზებული ტყუილი ავადმყოფს. ცხადია, იგი ვერ იცავს მას მძიმე სნეულების დიაგნოზისა და ტრაგიკული პროგნოზისაგან. ადრე თუ გვიან ყველა ავადმყოფი, როგორც ფსიქიატრიული, ასევე ონკოლოგიური ან სხვა, იგებს მეტნაკლებად ზუსტ ინფორმაციას თავისი აწმყოსა და მომავლის შესახებ.

როგორც ლეიკოზით დაავადებულებზე ჩატარებულმა სამედიცინო-ფსიქოლოგიურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, სკოლამდელი ასაკისა და მით უმეტეს სასკოლო ასაკის ბავშვებიც კი მკურნალობის ერთი წლის შემდეგ ასე თუ ისე, მაგრამ მაინც არიან ინფორმირებულნი იმის თაობაზე, რომ მათი ავადმყოფობა სიცოცხლისათვის საშიშია. ამიტომაც ხშირად, როდესაც სიმართლეს არ ვეუბნებით, ჩვენ ავადმყოფს ვტოვებთ ოდენ ამ ტყუილის ამარა, მართოს თავის სასოწარკვეთილებასთან, ფიქრებთან “უაზრო” სიცოცხლეზე, სიკვდილსა და, შესაძლოა, თვითმკვლელობაზეც კი. გასათვალისწინებელია, რომ ჩვენ თავსაც ვიტყუებთ და სინამდვილეში გავურბივართ პაციენტებთან ყოველდღიური, ხანგრძლივი ურთიერთობების, საუბრის, მათი გამხნევების, თანადგომის სირთულეებს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2005].

მნიშვნელოვანია იმგვარი გაერთიანებებისა და სხვადასხვაგვარი ორგანიზაციების შექმნა, სადაც როგორც პაციენტის ახლობლები, ასევე მთელი საზოგადოება სწავლობს სხვადასხვა კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ (ამ შემთხვევაში – სულით ავადმყოფ) პაციენტებთან ურთიერთობის წესებს, რაც ნიშნავს სულიერი ტანჯვის უღლის ტარებაში თანადგომისათვის მზადყოფნას – ადამიანური, საექიმო, მეგობრული,

ფსიქოლოგიური, სოციალური, რელიგიური დახმარების გაწევას.

ამ დახმარების სურვილი რომ გაჩნდეს, საჭიროა ვიზრუნოთ, რათა ფსიქიკური დაავადებების მიმართ ფესვგადგმულმა შიშმა, გაუგებრობებმა, დეზინფორმაციამ და ფსიქომოციურმა პრობლემებმა ნელ-ნელა დათმონ პოზიციები. მაშინ საზოგადოებაში, ადამიანთა შორის დაიბადება სურვილი, მეტი გაიგონ ფსიქიკური დაავადებების შესახებ, მათ აღარ შეეშინდებათ, უფრო ახლოს მივიდნენ ამ პრობლემასთან და გულისხმიერებითა და კეთილგანწყობით მოეკიდნონ მათ, ვისაც ეს დაავადებები აწუხებს [ადამი, არქიმანდრიტი, 2005].

5.1.10. ბიომედიცინა და საქმიანი ეთიკა: ურთიერთმიმართება ბიომედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროებში

ეთიკა ბიომედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მართვისა და მენეჯმენტის სფეროებში არ შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც მხოლოდ გარკვეული მორალური ნორმების ნაკრები, რომლებიც არ სცილდება ტრადიციული სამედიცინო ეთიკის ფარგლებს, არამედ იგი უნდა წარმოადგენდეს იმ ინსტრუმენტალიას, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნებისმიერი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ამ სფეროების განვითარების, მართვისა და ორგანიზაციის პრიორიტეტების განსაზღვრისას.

ექიმისა და პაციენტის უფლებების დარღვევა, მათი ღირსების შელახვა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა მიერ პროფესიული ცოდნისა და სამსახურებრივი მდგომარეობის გამოყენება არაზნეობრივი და არაჰუმანური მიზნებით, საექიმო საქმიანობის აბსოლუტური და არაჯანსაღი კომერციალიზაცია, სამედიცინო, უპირველეს ყოვლისა გადაუდებელი და სასწრაფო დახმარების ხელმიუწვდომლობა არის ჯანმრთელობის დაცვის მთელი სისტემის დეფორმაციის მიზეზი, როდესაც იზრდება მოსახლეობის ავადობიანობისა და სიკვდილიანობის რისკი.

რეკლამა ან ნებისმიერი სახის სხვა ინფორმაციის გავრცელება, რომელიც არ შეესაბამება სრულ სიმართლეს საექიმო მომსახურების, ყოველგვარი სამედიცინო საქმიანობის, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მენეჯმენტის, სამკურნალო საშუალებების შესახებ, აგრეთვე ექიმთა ან სამედიცინო დაწესებულებათა დისკრიმინაცია არაპროფესიონალური – სოციალური (კარიერისტული, სუბიექტური, საპენსიო

უზრუნველყოფის და სხვ.), პოლიტიკური (კორუფციული, პარტიული, საერთაშორისო ორგანიზაციების ზეგავლენით და სხვ.), ფინანსური და ა.შ. – მოსაზრებებით, ასევე ამახინჯებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთელ სისტემას. არაობიექტური, ანუ არაეთიკური ნორმების დაშვებით ჩატარებული ტენდერებისა და კონკურსების საფუძველზე მიღებული გრანტული სამუშაოები, სახელმწიფო შეკვეთები, თანამდებობები, შენობები, სხვადასხვა სტრუქტურები, საკანონმდებლო აქტებში “ხელსაყრელი” ცვლილებების შეტანა კი მთლიანად ანგრევს მას.

ეთიკური ფაქტორის შეტანა და დამკვიდრება ჯანდაცვის მენეჯმენტის პრაქტიკაში უნდა ეფუძნებოდეს მეცნიერულად არგუმენტირებულ მეთოდებსა და რეკომენდაციებს. თანამედროვე რეალიაში ამ მისიის შესრულებას, ჩვენი კონცეფციის თანახმად, თავის თავზე იღებს ბიოეთიკა.

მხედველობაში გვაქვს ბიომედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს ის მორალური ასპექტები, რომლებიც დაკავშირებულია არა მარტო მენეჯმენტთან, მარკეტინგთან და რეკლამასთან, ერთი მხრივ, ან უახლესი ბიოტექნოლოგიების დანერგვისა და გამოყენების ნეგატიურ შედეგებთან, მეორე მხრივ, არამედ:

- პროფესიული საექიმო მომსახურების დონესთან,
- ექიმთა უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა, აგრეთვე მათი ავტონომიის უზრუნველყოფასთან,
- ინტელექტუალური საკუთრების გამოყენებასა და დაცვასთან,
- პაციენტთა გათვითცნობიერებულ თანხმობასთან,
- სხვადასხვა (პირადი, მეცნიერული, ჯანმრთელობის შესახებ და ა. შ.) ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვის შესაძლებლობებთან,
- სამედიცინო პერსონალისა და ქვეყანაში არსებული სხვა სახის სამედიცინო რესურსების (სამედიცინო დაწესებულებების, შენობების, აპარატურის, ინვენტარის, ექსპერიმენტული კვლევის ბაზების, ბიბლიოთეკების და მისთ.) გამოყენების კეთილგონიერულობასთან,
- მეცნიერული სამუშაოს, კლინიკური ექსპერიმენტებისა და, საერთოდ, სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის დაგეგმვასთან,
- მაღალტექნოლოგიური მედიცინის დარგების განვითარების მიზანშეწონილობასთან,
- უცხოელ პარტნიორებთან თანამშრომლობის საზოგადოების

ინტერესებისაკენ მიმართვასთან,

- ბიოსფეროს დაცვასთან,
- ადამიანის ინტერესებისა და კეთილდღეობის უზენაესობის აღიარებასა და გარანტირებულობასთან,
- მოსახლეობისათვის არსებულ რეალობასთან შესაფერისი ხარისხის ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრაქტიკულად განხორციელებასთან და ა. შ.

მირითადი ბიოეთიკური პრინციპების პრაქტიკაში დასაწერგად, ე. ი. ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის სფეროებში ბიოეთიკურად გამართლებული გადაწყვეტილებების მისაღებად, აუცილებელია საამისოდ ორი პირობა მაინც არსებობდეს: ეს ადამიანები გულისხმიერად ეკიდებოდნენ ეთიკურ პრობლემატიკას და ამ სფეროში დამკვიდრებული იყოს მაღალი ორგანიზაციული (მენეჯმენტის) კულტურა.

პირველ პირობას აკმაყოფილებენ ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სფეროს ის ხელმძღვანელი მუშაკები, რომელთაც კარგად აქვთ გათვითცნობიერებული, რომ სულიერ-ზნეობრივი კრედო არის ქვაკუთხედი ყოველგვარი წარმატებისა, რომელნიც თავიანთ საქმიანობაში სტრატეგიისა და ტაქტიკის წარმართვას უმორჩილებენ საზოგადოების, მოსახლეობის, ქვეყნის, ერისა და პროგრესული კაცობრიობის ინტერესებსა და ისტორიულ-ტრადიციულ (მათ შორის ზნეობრივ და რელიგიურ) იდეალებს. საყოველთაოდ მიღებულია აზრი, რომ ეთიკური კულტურა აძლიერებს პროფესიულ და ორგანიზაციულ კულტურას და მათთან ერთად საწინდარი ხდება წარმატებული მომავალი საქმიანობისა.

საბაზრო ეკონომიკის პირობებში მრავალი სამედიცინო პრობლემის გადაჭრაში წამყვანი როლი ეკონომიკურ-ფინანსურ დასაბუთებას მიენიჭა, რამაც წარმოშვა დეონტოლოგიურ და სამედიცინო-ეთიკურ დილემათა მთელი რიგი. ჯანდაცვის ორგანიზატორთა და ხელმძღვანელ მუშაკთა პოზიცია, არ დაინახონ ეს დილემები, რომლებთანაც უშუალო შეხება უფრო მეტად პრაქტიკოს ექიმებს აქვთ, და ხსენებული პოზიცია ფინანსური ფაქტორით ახსნან, აბსოლუტურად მცდარია და მიუღებელი. ოპტიმალური გადაწყვეტილებების მიღება წარმოუდგენელია ეთიკური ფაქტორის პრიმატის აღიარების გარეშე. ბიოეთიკა თავის თავზე მსაჯულის ფუნქციებს როდი იღებს: იგი მხოლოდ ყოველმხრივ არგუმენტირებული და გამართლებული გადაწყვეტილებების მიღებისკენაა მიმართული.

მოვიყვანოთ ზოგიერთ მაგალითს.

ცხადია, ბოლომდე გამოუცდელი, დაბალი ხარისხის, ნაკლებეფექტური სამკურნალწამლო საშუალებების გაყიდვა ერთობ მომგებიანი ბიზნესია, მაგრამ იგი დაუშვებელია ზნეობრივი, სამართლებრივი, სოციალური, სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით. იგივე ითქმის ალკოჰოლური სასმელებისა და თამბაქოს რეკლამაზე, რაც ხელს უწყობს მათი მომხმარებლების რიცხვის ზრდას არასრულწლოვანთა შორისაც.

ე. წ. “აბორტული მასალის” სამკურნალო, სამეცნიერო ან კოსმეტიკური მიზნებით გამოყენება სწრაფად მზარდ ინდუსტრიად შეიძლება იქცეს, თუ არ მოხდა მისი, როგორც პროაბორტული იდეოლოგიის წახალისების, დემოგრაფიული კატასტროფის სტიმულაციის, სიცოცხლის, როგორც უნიკალური, მისტიკურ-საკრალური ფენომენის დევალვაციის, ადამიანურ ღირებულებათა იერარქიის დესტრუქციის – ადეკვატური შეფასება.

ეთიკური ასპექტის სიმწვავეს, ე. ი. მისი გათვალისწინების აუცილებლობას, განსაზღვრავს პროგნოზირებადი ფაქტორების ერთობლიობა. მხედველობაში გვაქვს:

- როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მორალური შედეგების მასშტაბურობა;
- სოციალური კონსენსუსი – საზოგადოების, კოლექტივის, ცალკეული ადამიანების, საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიერ მიღებული გადაწყვეტილების შეფასების ხასიათი და ხარისხი;
- შედეგების გამოვლინების სურვილი და სისწრაფე;
- გადაწყვეტილების მიღების შედეგად დაინტერესებული მხარეების, ჯგუფებისა და ცალკეული პიროვნებებისათვის ზიანის მიყენების ან სარგებლის ნახვის ალბათობა;
- შედეგების კონცენტრაცია, ანუ იმ პირთა პროცენტი, რომლებსაც უშუალოდ შეეხებათ მიღებული გადაწყვეტილების შედეგები;
- ფსიქოლოგიური, კულტურული, სამსახურებრივი იერარქიული დისტანცია იმ პირთა შორის, რომელთაც ერთი მხრივ უნდა მიიღონ ეს გადაწყვეტილება, ხოლო მეორე მხრივ, რომლებზედაც ვრცელდება გადაწყვეტილება.

ცნობილია, რომ არსებობს ეთიკური არგუმენტაციის აგების ორი ყველაზე გავრცელებული პრინციპი – უტილიტარიზმისა და ზნეობრივი იმპერატივის.

უტილიტარიზმის პრინციპის თანახმად, ქმედება

მორალურად გამართლებულად ითვლება, თუ მას მოჰყვება მაქსიმალური სარგებელი მაქსიმალურად მრავალი ადამიანისათვის. როცა ჯამური სარგებელი შეჯერდება ზიანის მოცულობასთან, გადაწყდება, ეთიკურია თუ არა გადაწყვეტილება. თუ ყველა ალტერნატიული მოქმედება ამა თუ იმ ხარისხის ზიანს მაინც იწვევს, უმჯობესია ამორჩეულ იქნას “უმცირესი ბოროტება”.

ზნეობრივი იმპერატივის პრინციპი გულისხმობს მორალური გადაწყვეტილებების დამოუკიდებლობას კონკრეტული რეზულტატისაგან: ნებისმიერი პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანება ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ბევრი ადამიანის; ადამიანის სიცოცხლის ხელყოფა, როგორი სახითაც და როგორ ვითარებაშიც არ უნდა იქნას ჩადენილი, არის მკვლელობა და ა. შ.

მსოფლიო გლობალიზაციის, საერთაშორისო კომპანიებისა და ერთობლივი ინტერნაციონალური სამედიცინო დაწესებულებების დიდი რიცხვის არსებობის პირობებში აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული ბიოეთიკურ ნორმათა მოქმედების მასშტაბურობის იერარქიული დონეები: 1. საერთაშორისო, ანუ მსოფლიო; 2. ნაციონალური და 3. ლოკალური.

საერთაშორისო ბიოეთიკური ნორმები (ჰიპერნორმები) ეფუძნება საკაცობრიო, ზოგადადამიანურ ღირებულებებს და დაფიქსირებულია საერთაშორისო დოკუმენტებში.

ბიოეთიკური ნორმების ნაციონალური, ანუ სახელმწიფო დონე (მაკრონორმები) გარდა საკაცობრიო ღირებულებებისა ეყრდნობა ეროვნულ-სახელმწიფოებრივ, ისტორიულ-ტრადიციულ, ეთნოლოგიურ, რელიგიურ ფასეულობებსაც და ამდენად შეიძლება განსხვავებული იყოს საერთაშორისო ნორმებისაგან.

ბიოეთიკური ნორმების ლოკალური დონე (მიკრონორმები) გულისხმობს ცალკეულ სამედიცინო დაწესებულებებში (რაიონულ და საქალაქო საავადმყოფოებში, ვიწრო პროფილის სამკურნალო ცენტრებში, სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებში და ა.შ.) არსებული შრომისა და მკურნალობის პირობების, გარემოსა და პაციენტთა კონტიგენტის თავისებურებების აუცილებელ გათვალისწინებას. ამ დონეზე ყველაზე ხშირად წყდება კერძო ეთიკური კონფლიქტური სიტუაციები.

საიდუმლო როდია, რომ სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტმა სხვადასხვა მიზეზის (დროის უკმარისობის, ეფექტურობის რიცხოზრივი მაჩვენებლების პრიორიტეტის და ა. შ.) გამო შესაძლებელია უგულვებელყოს ეთიკური კომპონენტის შემოტანის აუცილებლობა. ხშირად ძნელია სამივე დონის ეთიკური

ნორმების ჰარმონიზაცია. ამიტომაც საჭიროა ბიოეთიკური კომპონენტის გაძლიერება სამენეჯმენტო განათლების სექტორში (იხ. წინამდებარე მონოგრაფია, 1.4. ბიოეთიკური კომპონენტის შემოტანის ძირითადი პრინციპები ჯანდაცვის სისტემაში).

სხვადასხვა დონის ეთიკური ნორმების შეუთავსებლობის შემთხვევაში გადაწყვეტილება უნდა მიიღონ პრიორიტეტულობის საფუძველზე. ასეთი კონფლიქტი შესაძლებელია გაჩნდეს ახალი ბიოტექნოლოგიური კლინიკებისა და ლაბორატორიების ჩამოყალიბების, რეპროდუქციული ქცევის რეგულაციის მეთოდების დანერგვის და სხვა პროცესებში განსხვავებული კულტურის ქვეყნებში. უპირატესად კი თვლიან, რომ უნდა დომინირებდეს ჰიპერნორმები და მაკრონორმები, მაშინ, როდესაც აუცილებელია მიკრონორმების გათვალისწინებაც.

მაგალითი: დღეს დემოგრაფიულად მზარდ ქვეყნებში მოსახლეობა სწრაფად მრავლდება მაშინ, როდესაც ოცამდე ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში, მიმდინარეობს დეპოპულაცია. თუ გაეროსა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების სოციალურ-დემოგრაფიული პოლიტიკა მოსახლეობის საკითხებში დარჩება ერთგვაროვანი ყველა ქვეყნისათვის (ჰიპერნორმები) და არ იქნება გათვალისწინებული დემოგრაფიული პროცესების თავისებურებანი თითოეულ ქვეყანაში (მაკრო- და მიკრონორმები), ამის შედეგი იქნება დემოგრაფიული აფეთქების სრული ჩანაცვლება „დეპოპულაციის ბომბით“.

ბიოეთიკური ნორმების ნაციონალური და ლოკალური დონეების გათვალისწინებაა საჭირო ამა თუ იმ ქვეყანაში ისეთი სამედიცინო დარგების განვითარების პერსპექტივების შესაფასებლად, როგორებიცაა, მაგალითად, ტრანსპლანტოლოგია, ტრანსსექსუალური ქირურგია, ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია, სუროგაცია და სხვა ხელოვნური რეპროდუქციული ბიოტექნოლოგიები და ა. შ. გავიხსენოთ, რომ ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილის“ კონცეფციას დიდი ხნის განმავლობაში არ იზიარებდა დანია და იაპონია; ადამიანის ემბრიონების სამეცნიერო და სამკურნალო მიზნით გამოყენებას ეწინააღმდეგებიან ქრისტიანული კონფესიების წარმომადგენლები; მრავალ ქვეყანაში (გერმანია, საფრანგეთი, ისრაელი...) აკრძალული ან მკვეთრად შეზღუდულია სუროგაციული დედობის პრაქტიკა და ა. შ. ცხადია, მეორე მხარეს წარმოადგენენ ამ დარგების მენეჯერები, რომლებიც ეთიკური არგუმენტაციის მიუღებლობის ფონზე თავიანთ ბიზნეს-ინტერესებს არ ღალატობენ და აგრძელებენ თავიანთ საქმიანობას.

ყველა შემთხვევაში საჭიროა ჰიპერნორმების ტრანსფორმაცია ნაციონალური და ლოკალური ეთიკური ნორმების გათვალისწინებით.

როგორც მოგეხსენებათ, თანამედროვე საქმიანი ეთიკის საფუძველი არის სოციალური კონტრაქტი და სოციალური პასუხისმგებლობა კონკრეტული პიროვნებებისა და მთელი საზოგადოების წინაშე.

რა თქმა უნდა, მართვის პროცესში იდეალური გადაწყვეტილების შემუშავება, რომელიც აბსოლუტურად მისაღები იქნება ყველა დაინტერესებული მხარისათვის, პრაქტიკულად შეუძლებელია. სამაგიეროდ, სტანდარტული, ეთიკურად გამართლებული მეთოდების ცოდნა მენეჯერს საშუალებას აძლევს აუხსნას მიღებული გადაწყვეტილების ოპტიმალურობა დაინტერესებულ მხარეებს, ხოლო ამ უკანასკნელთ შეუძლიათ შეაფასონ მორალურ-ეთიკურ არგუმენტთა ხარისხი.

მაგალითად, სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების მომატება, ერთი მხრივ, პაციენტებისა და სადაზღვევო კომპანიებისათვის არახელსაყრელია, თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ მედიკამენტებსა და სამედიცინო საგნებზე ფასების ზრდის პირობებში მომსახურების გაძვირებაზე უარის თქმა მეორე მხარეს – სამედიცინო დაწესებულებას – ემუქრება თანამშრომლებისათვის ხელფასების გაუცემლობით, კომუნალური გადასახადების გადაუხდელობით და ა. შ., ანუ საქმიანობის გაგრძელების შეუძლებლობით.

მართვის (მენეჯმენტური) გადაწყვეტილებების შემუშავებისას უნდა განვიხილოთ და ავწონ–დავწონოთ მათი ეკონომიკური, ტექნოლოგიური, პოლიტიკური, სოციალური, ეთიკური მხარეები. თუ მხედველობაში მივიღებთ ამ ასპექტების უმრავლესობას ან სულაც ყველას, გადაწყვეტილება შეიძლება დასაბუთებულად ჩაითვალოს. მიუხედავად ამისა, მიღებულმა გადაწყვეტილებამ შეიძლება შელახოს სხვადასხვა ადამიანების ან ადამიანთა ჯგუფის ან დაწესებულების ინტერესები. ასე რომ „სწორი“ გადაწყვეტილება ყოველთვის როდი დევს ეთიკის (მორალის) არეალში.

მაგალითად, ადამიანური რესურსების რესტრუქტურირაცია (შტატების შემცირება) მორალურად ყოველთვის საეჭვო გადაწყვეტილებაა, თუმცა სასწორის მეორე მხარეს შეიძლება დაიდოს მისი პოზიტიური შედეგები (პარტნიორების თვალში პრესტიჟის ამაღლება, პერსონალის პროფესიონალიზმის ზრდა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, სამუშაო გარემოსა და მატერიალური დანახარჯების ოპტიმიზაცია და ა. შ.). ამიტომაც ძნელია განვსაზღვროთ, საჭიროებს თუ არა

ყველა გადაწყვეტილება პირდაპირ მორალურ შეფასებას, თუ შესაძლებელია, ზოგიერთი მათგანი იყოს უალტერნატივო.

თუ ეკონომიკური ან ტექნოლოგიური მიზეზების გამო სამედიცინო მომსახურების დონე ვერ უმჯობესდება, ეთიკური მოთხოვნები კი არ ქრება, არამედ ნაწილობრივ შენარჩუნდება (ვთქვათ, აუცილებლად დაცული უნდა იყოს პრინციპები: „არ ავნო“, პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა, სამართლიანობა, ინფორმირებული თანხმობის მიღება და სხვ., უნდა შეწყდეს ამ დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის რეკლამაცია და ა. შ.).

საერთოდ, გადაწყვეტილების მიღების ეკონომიკური და ეთიკური ფაქტორები ერთმანეთს აძლიერებენ ან ასუსტებენ. Fritzsche გვთავაზობს გადაწყვეტილების შეფასების სამ დონეს: სასურველს, მინიმალურად მისაღებსა და მიუღებელს.

სასურველი მორალური ეფექტი მჭიდროდაა დაკავშირებული სასურველი მოგების ნორმასთან: სამართლიანობის პრინციპების დაცვა დასაქმების სფეროში საწინდარია მაღალკვალიფიციური მუშაკების დაქირავებისა და აღარ საჭიროებს დამატებითი ხარჯების ჩადებას. სოციალური წახალისების ფორმის გამოყენებას თან სდევს ეკონომიკური შედეგიც: შრომის ნაყოფიერების ამაღლება, ლოიალობა მომხმარებელთა მხრიდან. პროდუქციის (მომსახურების) შესახებ ობიექტური ინფორმაციის მიწოდებამ შეიძლება უმნიშვნელოდ შეამციროს მოგება, მაგრამ შეინარჩუნოს მოთხოვნის დონე [D. P. Fritzsche, 1997].

Fritzsche –ს მიხედვით მორალური ნორმებისაგან მინიმალური გადახვევა გამოიწვევს უფრო მეტად მოგების შემცირებას მინიმალურად მისაღებ დონემდე, ვიდრე მის გაზრდას. კორუფცია, ტყუილი, დისკრიმინაცია და სხვა ნეგატიური ფენომენები წარმოშობს მწვავე ეთიკურ პრობლემებს, რომელთაც აუცილებლად მოჰყვებათ ფინანსური დანაკარგები [D. P. Fritzsche, 1997].

ამრიგად, წარმოდგენილი რეფლექსიის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ:

1. საქმიანი ეთიკის საფუძვლების ცოდნა და მისი მოქნილი გამოყენება არ ეწინააღმდეგება ეთიკური ფაქტორის პოტენციალის რეალიზებას და საშუალებას გვაძლევს არ შეიქმნას ეთიკურად კონფლიქტური სიტუაციები;

2. თანამედროვე ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის ოპტიმალური განვითარების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს არსებული ეთიკური ნორმების დაცვა და ჯანდაცვის მენეჯმენტისა და პოლიტიკის სფეროში გადაწყვეტილების მიღების ბიოეთიკური დასაბუთება.

5.2. ბიომედიცინის მოსაზღვრე არეალებში არსებული ბიოეთიკური პრობლემები

5.2.1. წამება, როგორც ტრანსდისციპლინური ცნება და ბიოეთიკური კატეგორია აზროვნების სეკულარიზებულ და საკრალურ განზომილებებში

წამების დეფინიცია, ჩვენი კონცეფციის თანახმად, უნდა წარმოადგენდეს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ამოცანას ადამიანის ინტელექტუალური და პრაქტიკული კონსტრუქციული მოღვაწეობის თითქმის მთელი სპექტრისათვის (ადამიანის უფლებების დაცვის სფერო, სამოქალაქო განათლება, კულტუროლოგია, ფილოსოფია, პოლიტოლოგია, სოციოლოგია, ადამიანის ბიოლოგია, სასამართლო მედიცინა, კრიმინალისტიკა, ფსიქოლოგია, ფსიქიატრია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოსომატური მედიცინა, რეაბილიტაცია, კლინიკური მედიცინა, იურისპრუდენცია, ბიოეთიკა, ადამიანის ეკოლოგია, კონფლიქტოლოგია, სამხედრო მედიცინა და ა. შ.). ჩამოთვლილთაგან თითოეულ დარგი ფლობს პოტენციას, სრულყოფს მეცნიერული წარმოდგენა ამ ცნების შესახებ.

1984 წლის 10 დეკემბერს გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო კონვენცია „წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური თუ დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ“ [ადამიანის უფლებათა ლექსიკონი, 1999].

გაეროს წამების საწინააღმდეგო კონვენციის პირველი მუხლის მიხედვით წამებად ჩაითვლება “ნებისმიერი ქმედება, რომლითაც რომელიმე პირს განზრახ მიეყენება ძლიერი ტკივილი ან ტანჯვა, ფიზიკური ან მორალური, იმ მიზნით, რომ მიღებულ იქნას მისგან, ან მესამე პირისაგან ცნობები, ან აღიარება, რათა დაისაჯოს იმ ქმედებისათვის, რომელიც მან ან მესამე პირმა ჩაიდინა, ან რომლის ჩადენაშიცაა იგი ეჭვმიტანილი, ან დააშინონ, ან აიძულონ ის, ან მესამე პირი, ან სხვა მიზნით, რაც ემყარება ნებისმიერი სახის დისკრიმინაციას, როდესაც ასეთ ტკივილს, ან ტანჯვას ადგილი აქვს სახელმწიფო თანამდებობის პირის, ან სხვა პირის მხრიდან, რომელიც ოფიციალურ რანგში გამოდის, ან როდესაც ადგილი აქვს წაქეზებას მათი მხრიდან, ან მდუმარე თანხმობას”. წამებად არ ჩაითვლება ტკივილი, ან ტანჯვა, რომლებიც კანონიერი სანქციების გამოყენების შედეგია, თან სდევს მის გამოყენებას, ან შემთხვევითია, თუ გამოყენებულია იმ ხარისხით, რომელიც არ ეწინააღმდეგება პატიმრებთან მოპყრობის მინიმალურ სტანდარტებს. წამება გამოიყენება როგორც სახელმწიფოს

სახელით, ასევე შეიარაღებული ოპოზიციის მიერ და ხშირად წინ უსწრებს პოლიტიკურ მკვლევარებსა და ადამიანთა გაუჩინარებას [ადამიანის უფლებათა ლექსიკონი, 1999].

წამების, როგორც ტრანსდისციპლინური ცნებისა და ბიოეთიკური კატეგორიის გენეზისი მოიცავს საკვლევი ფენომენის შესახებ არსებული ყველა შესაძლო თვალსაზრისის (ასპექტის) როგორც წარმოჩენას, ასევე თითოეული ამ წარმოჩენილი თვალსაზრისის მრავალფაქტორულ ანალიზს [Adam, archimandrite, 2005].

ამგვარი გნოსეოლოგიური ტექნოლოგია საშუალებას გვაძლევს მეცნიერული კვლევა მივმართოთ წამების შესახებ ცოდნის დარგში არსებული დეფიციტის შევსებისაკენ. ამ მიზნის მისაღწევად იქმნება აუცილებლობა კონსტრუირდეს წამების ფენომენის (ცნების, კატეგორიის) მეცნიერული შესწავლის ძირითად მიმართულებათა ჩამონათვალი.

გთავაზობთ ჩვენს მიერ შემუშავებულ ნუსხას:

1. ცნების მეცნიერული დეფინიცია;
2. წამება, როგორც ტრანსდისციპლინური ანთროპოლოგიური კვლევის საგანი;
3. მეცნიერული კვლევის მეთოდოლოგიის შემუშავება (ეპისტემოლოგიური პრინციპების დადგენა, მრავალფაქტორული ანალიზი, მეცნიერული და არამეცნიერული ცოდნის სინთეზის თავისებურებების გათვალისწინება და ა.შ.);
4. წამების შესახებ წარსული და თანამედროვე ისტორიული (როგორც საქართველოს, ისე მსოფლიო), ლიტერატურული (მათ შორის ფოლკლორული), კრიმინალური, საყოფაცხოვრებო (ოჯახში, სკოლაში, სამსახურში, ქუჩაში, საერთო საცხოვრებლებში, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში და ა.შ.) და სხვა რეალური ფაქტების შეგროვება, სისტემატიზაცია და ანალიზი (ინფორმაციული ბანკის შექმნა);
5. წამების სუბიექტის ფსიქოლოგიური, სოციოლოგიური, კულტუროლოგიური, კლინიკური (ფსიქიატრიული, სომატური) ქარაქტეროლოგია;
6. წამების მსხვერპლის ქარაქტეროლოგია;
7. წამების სუბიექტისა და ობიექტის მიერ მოვლენის შეფასების შედარებითი კვლევა;
8. საზოგადოების სხვადასხვა ეთნიკური, კულტურული, რელიგიური, ასაკობრივი, ფსიქოლოგიური, ფსიქოსომატური, პროფესიული და სხვა ნიშნით გაერთიანებული (განსხვავებული)

ჯგუფების მიერ წამების შეფასებისა და აღქმის თავისებურებათა კვლევა;

9. წამების ადგილი და დრო – მრავალფაქტორული ანალიზი;

10. წამება, როგორც საზოგადოების არშემდგარი ესთეტიკური, ეთიკური და სულიერი მობილიზაციის ნაყოფი;

11. წამება, როგორც სოციუმის ანტიჰუმანური მოღვაწეობის გამოვლინება;

12. წამება, როგორც ადამიანისა და სოციუმის დევიაციური ქცევა;

13. წამებისა და სხვა ანტიჰუმანური და დევიაციური ფენომენების შედარებითი კვლევა;

14. წამება ქრისტიანული ანთროპოლოგიისა და ზნეობრივი ღვთისმეტყველების განზომილებაში;

15. წამება სხვადასხვა რელიგიური და თეოლოგიური სწავლებების შუქზე;

16. წამება და სხეულებრიობის ფილოსოფია;

17. წამების ფენომენის ფილოსოფიურ-ანთროპოლოგიური ხედვა;

18. წამება, როგორც ბიოეთიკური კატეგორია და როგორც ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაცია;

19. წამების წარმოშობის პოლიტიკური, სოციალური, სამართლებრივი, ეკონომიკური, ფსიქოლოგიური, ინტელექტუალური, სულიერ-ზნეობრივი, სამედიცინო, ისტორიული, კულტურული და სხვა მიზეზები;

20. წამების, როგორც შემდგარი აქტის, კლინიკური ასპექტები;

21. წამების, როგორც ცნების დახასიათება სიცოცხლისა და სიკვდილის ცნებებთან მიმართებაში (მეტამეცნიერული განზომილება);

22. წამების, როგორც ცნების დახასიათება ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის ცნებებთან მიმართებაში;

23. წამება და ადამიანის ძირითადი უფლებები;

24. წამების აქსიოლოგია [Adam, archimandrite, 2005].

ცხადია, ეს ჩამონათვალი სრული როდია. ჩვენი მიზანი გახლდათ, უფრო გლობალურად წარმოგვეჩინა წამების კვლევის პროცესის პოტენციური სიღრმე და მასშტაბურობა.

თავად ამგვარი ტრანსდისციპლინური კვლევის ღირებულება კი იმაში მდგომარეობს, რომ მხოლოდ ის იძლევა ობიექტური შეფასების, ქმედით ღონისძიებათა შემუშავების, პრევენციისა

და პროგნოზირების საშუალებას. ტრანსდისციპლინური კვლევა რეალიზდება ოდენ სრულყოფილი ინფორმაციული ბანკის არსებობის პირობებში, რაც გულისხმობს როგორც წარსული, ასევე დღევანდელი საერთაშორისო, სახელმწიფო და საზოგადოებრივი ცხოვრების ჭეშმარიტ გამჭვირვალობას.

ჩვენ ვადასტურებთ, რომ ნეგატიურ სოციალურ მოვლენათა, მათ შორის წამების ფაქტების გამრავლება, იმ პარადოქსული მსოფლხედვის შედეგია, რომელიც მწერის მოზაიკურ მხედველობასთან უფროა ახლოს, ვიდრე სამყაროს ჰოლისტურ აღქმასთან. საამისო მაგალითებით უხვად გვამარაგებს წარსულის, აწმყოსა და მომავლის ისტორია:

ა) ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისში მსოფლიო საზოგადოებრიობა ალაპარაკდა ამერიკელი სამხედრო მოსამსახურეების ერთი ჯგუფის მიერ ერაყელი სამხედრო ტყვეების წამების საშინელ ფაქტებზე, მაგრამ ერაყის ომის დაწყების მოწინააღმდეგენი მაინც “*persona non grata*”-დ მოიაზრებიან “პროამერიკულ” აზროვნებაში მაშინ, როდესაც სწორედ ომმა, როგორც ბოროტებამ, გამოიღო ადამინთა წამების ეს შემადრწუნებელი ნაყოფი;

ბ) 2001 წლის 11 სექტემბრის ტერაქტების შემდეგ კუნძულ კუბაზე გუანტანამოს ბაზა შეერთებულმა შტატებმა ტერორიზმში ეჭვმიტანილთა დაკავების ცენტრად აქცია. დღემდე გუანტანამოს ციხის დახურვას უფლებადამცველები დაჟინებით ითხოვენ, თუმცა მომხრეები ამბობენ, რომ გუანტანამო ტერორიზმის წინააღმდეგ ომში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. უკვე ლეგენდადქცეული საპყრობილის დეტალების გარკვევას შეუდარებელი მნიშვნელობა ექნება თანამედროვე მსოფლიოში წამების პრევენციის საკითხების გადაწყვეტაში.

აშშ-ს პრეზიდენტმა ბარაკ ობამამ პირობა დადო, რომ, მიუხედავად კონგრესის წინააღმდეგობისა, არ შეცვლის თავის დაპირებას და გუანტანამოს ციხეს მაინც დახურავს. მისი თქმით, ტერორიზმში ეჭვმიტანილთა ციხის არსებობამ მსოფლიოში ამერიკის მორალურ ავტორიტეტს ზიანი მიაყენა. ერთ-ერთი საარჩევნო დაპირების, გუანტანამოს საპყრობილის დახურვის (ერთი წლის განმავლობაში) შესახებ ბრძანებას ბარაკ ობამამ პრეზიდენტობის მეორე დღესვე მოაწერა ხელი. ამისთვის კი საჭიროდ მიიჩნია 80 მილიონი დოლარი, თუმცა სენატის დემოკრატებმა მისი მოწოდება უარყვეს. მათი აზრით, პრეზიდენტის ადმინისტრაციამ დეტალური გეგმა უნდა შეიმუშაოს პატიმრების მომავალთან დაკავშირებით, რადგან საპყრობილეში მყოფი 240 პატიმრიდან ნებისმიერის თუნდაც სხვა საპატიმროში

გადაყვანა აშშ-ს უსაფრთხოებისთვის რისკს შეიცავს [Sh. Schmickle, 2009];

გ) პოლიციელთა მიერ მოქალაქეების წამების შემთხვევები ჩვენში გასული საუკუნის 90-იანი წლების მეორე ნახევრიდან მოყოლებული პირდაპირი შედეგია სამოქალაქო ომისა და ომისშემდგომ ხანაში სხვადასხვა შეიარაღებული ფორმირებების ვანდალური თარეშისა მთელს საქართველოში, რომლის დროსაც მოსახლეობის აწიოკებდნენ, ძარცვავდნენ. ადამიანებს, მათ შორის ქალებსა და ბავშვებს განსაკუთრებული სისასტიკით აწამებდნენ, მიმართავდნენ სქესობრივ (ხშირად – პერვერზიულ) ძალადობას და ა. შ. უნდა ვიგულისხმოთ, რომ ამ დამნაშავეთა ნაწილი დაუსჯელი დარჩა და, შესაძლოა, ზოგიერთმა სასჯელადსრულებით დაწესებულებებსა და პოლიციურ სტრუქტურებშიც მოიკალათა. მათი “გამოცდილების” კვალი კარგად ჩანს წამების ცნობილ ფაქტებში [წამებისა და ..., 2010; ლ. დუმბაძე, 2012; ჯ. რეხვიაშვილი, 2012].

საქართველოს სახალხო დამცველის საანგარიშო მოხსენებაში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ (2005) გამოქვეყნდა რეკომენდაციები წამების შემთხვევებთან დაკავშირებით:

- წამებისა და სასტიკი მოპყრობის აღმოფხვრა შენარჩუნებულ იქნას ხელისუფლების სტრატეგიულ პრიორიტეტად;
- უზრუნველყოფილ იქნას ადეკვატური დაცვა იმ დაკავებულთათვის, ვინც შეიტანენ საჩივარს წამების ან სასტიკი მოპყრობის თაობაზე, რათა მათ ჰქონდეთ საშუალება საჩივარი შეიტანონ სამომავლო დევნისა ან შურისძიების შიშის გარეშე;
- სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები გაიწვრთნან წამების გარეშე გამოძიების მეთოდების გამოყენებაში, მათ ასევე შეასწავლონ დაკავების დროს მხოლოდ კანონიერი და პროპორციული მეთოდების გამოყენება;
- უზრუნველყოფილ იქნას სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლების მიერ საიდენტიფიკაციო ნიშნების მუდმივად ტარება დაპატიმრებისას, ასევე დაკავების დაწესებულებისა და თავისუფლების აღკვეთის ადგილების მონახულებისას და აგრეთვე დაკავებულებსა და პატიმრებთან შეხვედრისას;
- აიკრძალოს ნიღბებისა და სხვა პოლიციელის ვინაობის დამფარავი საშუალების გამოყენება. გამოწვევის შეიძლება დაიშვას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ასეთი აუცილებლობა

აიხსნება პოლიციის თანამშრომლის უსაფრთხოების მოსაზრებით. ამ შემთხვევაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ყოველ თანამშრომელს, მათ შორის სპეცდანიშნულების რაზმის წევრებსაც, ეკეთათ პირადი განმასხვავებელი ნიშანი, მაგალითად პირადი ნომერი, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელია პირის ამოცნობა [საქართველოს სახალხო დამცველის..., 2007; ს. სუბარი, 2009].

წლების მანძილზე საქართველოშიც არაერთი ნაბიჯი გადაიდგა წამების აღმოფხვრისათვის – ხელი მოეწერა წამების საწინააღმდეგო არაერთ საერთაშორისო თუ რეგიონულ დოკუმენტს, წამების საწინააღმდეგო კონვენციის ხელმოწერის შემდგომ შეიცვალა სისხლის სამართლის ეროვნულ კანონმდებლობაში მოცემული წამების დანაშაულის კვალიფიკაცია და იგი წამების საწინააღმდეგო კონვენციის დეფინიციას მიუახლოვდა, შეიქმნა პრევენციის ეროვნული მექანიზმი და ა.შ. დღეს უკვე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ადამიანის წამება საქართველოში აღარ არის მარტივი და დაუსჯელი ქმედება, თუმცა კიდევ ძალიან ბევრი რჩება გასაკეთებელი იმისთვის, რომ წამების ფაქტები სრულად აღმოიფხვრას საქართველოს რეალობიდან [საქართველოს სახალხო დამცველის..., 2007; ს. სუბარი, 2009].

დ) კაცობრიობა დიდი ხნის განმავლობაში კომფორტულად გრძნობდა თავს, როდესაც 1973 წლის ტრაგედიის შემდეგ ჩილეში “გამარჯვებული” პინოჩეტის ხუნტა არა მარტო თავის ქვეყანაში, არამედ მთელს მსოფლიოში არაპირდაპირად ამკვიდრებდა და ამართლებდა კიდევ ძალადობისა და ანტიჰუმანურობის, წამებისა და სამხედრო-პოლიტიკური კანიალიზმის, ადამიანთა ღირსებისა და პიროვნული თვითღირებულების ყოველგვარი გამოვლინების ფეხქვეშ გათელვის “იდეალებს”.

ისმის კითხვა: შეიძლება თუ არა მოხდეს წამების ტოტალური პრევენცია? ამგვარ კითხვაზე, ჩვენი აზრით, პასუხი კითხვითვე შეიძლება გავცეთ. ეს კითხვა კი ასე ჟღერს: ექნება თუ არა უახლოეს მომავალში ან ოდესმე მაინც მსოფლიო საზოგადოებასა და მის წარმმართველ ძალებს ერთმნიშვნელოვნად გამოხატული ნება, აღიკვეთოს წამების ყოველგვარი გამოვლინება და ამ მიზნით თავად აღარასოდეს ჩაიდინოს ანტიჰუმანური ქმედება და არც მისი პროვოცირება მოახდინოს?

მოგვყავს გაეროს გენერალური მდივნის პან გი მუნის განცხადება 2011 წელს გაეროს წამების მსხვერპლთა დახმარების საერთაშორისო დღესთან დაკავშირებით: „როდესაც მრავალი ქვეყნის წარმომადგენელი ადამიანები ლეგიტიმურად იღწვიან თავისუფლებისკენ, ღირსეული და უკეთესი ცხოვრებისკენ,

ისინი ხშირად ხდებიან ძალადობის და რეპრესიის მსხვერპლნი. მოვუწოდებ ყველა სახელმწიფოს, პატივი სცენ თითოეული ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს. წამება და სხვა სახის სასტიკი, დამამცირებელი და არადადამიანური მოპყრობა არც ერთ შემთხვევაში არ შეიძლება იყოს გამართლებული“ [26 ივნისი..., 2011].

არსებულ რეალიაში წამების პრევენციის (ისევე როგორც წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის) ვექტორი აზროვნების საკრალიზებულ განზომილებაში უნდა პროეცირდებოდეს [Adam, archimandrite, 2005].

5.2.2. სქესობრივი აღზრდის ბიოეთიკური კონცეფციის საფუძვლები

მოზარდთა სქესობრივი აღზრდის პრობლემას კონკრეტული, ოპტიმალური და დროული გადაწყვეტა ესაჭიროება. ამ აუცილებლობას მრავალი გარემოება განაპირობებს:

- დემოგრაფიული ვითარება საქართველოში;
- ტრადიციულ კულტურულ სივრცეში იმგვარი ფსევდოსუბკულტურის შემოჭრა, რომლის მიზანია ჩამოაყალიბოს სექსუალური ადამიანი – Homo Sexualis, ე. ი. ადამიანი, რომლის ცნობიერებასა და ფსიქიკაში გაბატონებული, განმსაზღვრელი ადგილი სქესობრივ ლტოლვას უჭირავს;
- სკოლებში ე. წ. სქესობრივი განათლების სხვადასხვა პროგრამების შემოტანისა და დანერგვის მრავალჯერადი მცდელობანი;
- ქართულ ენაზე ე. წ. სქესობრივი განათლების სახელმძღვანელოს რამდენიმე ვარიანტის არსებობის ფაქტი;
- არასამთავრობო და სამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ამ სფეროში ჩატარებული და დაგეგმილი კვლევების, სოციოლოგიური გამოკითხვების, საგანმანათლებლო მუშაობის ეთიკური, ბიოეთიკური და პროფესიული არაკომპეტენტურობა;
- მოზარდ თაობაზე მავნე ზემოქმედების შესახებ კანონის ამოქმედებასა და ეფექტურობასთან დაკავშირებული პრობლემები;
- ვაკუუმში სახელმწიფო და ეროვნული იდეოლოგიური სივრცის შესაზამის ნიშაში;

- სახელმწიფოსა და საზოგადოების ინტელექტუალური, ნებელობითი და ქმედითი უუნარობა, სწორად გადაწყვიტოს სქესობრივი განათლების პრობლემა;
- ჯანდაცვის სისტემის უპირობო დაინტერესება მოსახლეობის (განსაკუთრებით – მოზარდი თაობის) რეპროდუქციული ჯანმრთელობითა და, საერთოდ, ცხოვრების ჯანსაღი წესის საფუძვლების არსებობით;
- სოციალური ხასიათის დაავადებებით განპირობებული დაავადებიაწილობის, ინვალიდიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების გადაუდებლობა (ამგვარ დაავადებებში სხვებთან ერთად მოიაზრება სქესობრივი გზით გადამდები, ფსიქიატრიული, ნევროპათოლოგიური, შიდსის ვირუსით გამოწვეული დაავადებები...);
- სქესობრივი აღზრდისა და ცხოვრების გამთლიანებული საზოგადოებრივი ცნობიერების არქონა;
- მართებული წარმოდგენა ადამიანის უფლებებზე ამ სფეროში (სამოქალაქო განათლება)

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

დასაწყისში, ვფიქრობთ, უნდა შევთანხმდეთ კონცეფციის შინაარსზე, კონკრეტულად იმაზე, თუ

(1) რას ვგულისხმობთ სქესობრივ აღზრდაში;

(2) რა მეცნიერულ და თეორიულ (პედაგოგიკურ, ბიოლოგიურ, სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ, სოციოლოგიურ, ეთნოლოგიურ, კულტუროლოგიურ) საფუძვლებს უნდა ეყრდნობოდეს სქესობრივი აღზრდა;

(3) რა სახით უნდა ხდებოდეს ეს აღზრდა – ანუ საჭიროა თუ არა სქესობრივი აღზრდის ელემენტების შეტანა სასკოლო სწავლების სისტემაში;

(4) კონკრეტულად რაგვარი და რა მოცულობის ცოდნის მიწოდებაა შესაძლებელი ამ სფეროდან ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფების გათვალისწინებით ისე, რომ მენტალური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, ფსიქიკური, სომატური (სამედიცინო-კლინიკური) ზიანი არ მივაყენოთ მომავალ თაობას, ოჯახებს, საზოგადოებას, ერს, ქვეყანას .

ყველაფერი ეს ნიშნავს, რომ უნდა შევიმუშავოთ სქესობრივი აღზრდის კონცეფცია, რომელიც სახელმწიფოებრივ და ეროვნულ იდეოლოგიას დაეფუძნება და გამსჭვალული იქნება ეკლესიური ცნობიერებით [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

წარმატება დამოკიდებულია საზოგადოების სულიერ-

ზნეობრივ მრწამსზე, იმაზე, თუ რომელ ღირებულებებს მიიჩნევს იგი უმაღლესად. გამართული და ეფექტური კონცეფციის ჩამოსაყალიბებლად მოზარდთა სქესობრივი აღზრდის სფეროში არსებული და მოპოვებული ცოდნა უნდა მოვაქციოთ ერთ მთლიან მწყობრ სწავლებაში, რომელიც ზნეობრიობისა და სულიერებისათვის პრიმატის მიმნიჭებელ ცნობიერებაზე დაეფუძნება.

ჩვენ მეცნიერულად ვასაბუთებთ, რომ კონცეფცია თავისი ხასიათით ბიოეთიკური უნდა იყოს, რამეთუ ამგვარი თეორიული საფუძვლების არსებობის პირობებში შესაძლებელი იქნება მასში მეცნიერული, ფილოსოფიური და საღვთისმეტყველო (სარწმუნოებრივ-რელიგიური) კომპონენტების თანაბარშეწონილობის დაცვა.

(1) დავიწყოთ პირველი საკითხით – რა არის სქესობრივი აღზრდის მიზანი და შინაარსი?

თანამედროვე ეპოქა ხასიათდება იმგვარი არაჯანსაღი სქესობრივი დამაბულობით, რომ ამ პირობებში მომავალი თაობის სულიერ-ზნეობრივი და ნერვულ-ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება უმნიშვნელოვანეს ამოცანად გვესახება.

სხვადასხვა წყაროებიდან (ტელევიზია, ჟურნალ-გაზეთები, ინტერნეტი, შოუ, ქუჩა...) მიღებულ საექვო ღირებულებისა და შინაარსის ინფორმაციას უნდა დაუპირისპირდეს იმგვარი მყარი სულიერი და ზნეობრივი სწავლება, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის ყოველმხრივ (მასში არსებული ყველა ძალის) ჯანსაღ განვითარებას და რომელსაც შეუძლია ადამიანის სულიერი სფეროს წონასწორობის შენარჩუნება [ი. ბიბილეიშვილი, ნ. ასათიანი., 2002; ზ. ეკალაძე., 2002; დ. ზურაბაშვილი., 2002; ბ. ჩლაიძე., 2002].

ასე რომ, სქესობრივი აღზრდა არ გულისხმობს და, უფრო მეტიც, გამორიცხავს ცოლქმრული ურთიერთობების საიდუმლოების გაშიშვლებას, მის დემონსტრირებასა და მეთოდოლოგიურ სწავლებას. იგი არ შეიძლება შეიცავდეს ასევე ინფორმაციას კონტრაცეფციის, აბორტის, ქორწინებამდელი და ქორწინებისგარეშე სქესობრივი ცხოვრების, ე. წ. სქესობრივი არჩევანისა და სქესობრივ გაუკუღმართებათა (ჰომოსექსუალიზმისა და სხვათა) შესახებ.

აღზრდის ეს სისტემა ქრისტიანული და პედაგოგიკური აღზრდის განუყოფელ ნაწილად უნდა წარმოვიდგინოთ. იგი ეკლესიური ქორწინების, ოჯახური ცხოვრების, უმანკოების, სიწმინდის გზაზე უნდა აყენებდეს მოზარდს.

ამგვარი გზა უტოპია, ილუზია, გულუბრყვილო ადამიანთა

მონაგონი როდია. ეს გზა არც ცხოვრების რეალობისაგან გაქცევაა. პირიქით, აღზრდის ამგვარი სისტემა არის მამაკაცად და დედაკაცად შექმნილ ადამიანში არსებული სქესის საიდუმლოებრივი და შემოქმედებითი ძალისა და ენერგიის ჯანსაღი მოწესრიგებისა და წარმართვის გზა.

ეს არა მარტო ზნეობრივ-მორალური მოთხოვნაა, არამედ მთელი თანამედროვე ანთროპოლოგიური ცოდნის ანალიზის საფუძველზე აღმოცენებული მეცნიერული და ფილოსოფიურ-მსოფლმხედველობრივი პოზიციაცაა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

როგორც წესი, სქესობრივი განათლების პროგრამებში აუცილებელია ჩამოთვლილ ელემენტთა ჩართვა:

1. მეცნიერულ ცოდნაზე დაფუძნებული ინფორმაცია სქესისა და რეპროდუქციის ბიოლოგიური ასპექტების შესახებ;

2. ძირითადი მონაცემები (როგორც ნეგატიური, ასევე პოზიტიური) შობადობის კონტროლისა და ე. წ. ოჯახის დაგეგმარების შესახებ;

3. ცხოველებისა და ადამიანების სქესობრივ ქცევას შორის არსებული განსხვავება; რაგვარ სქესობრივ ქცევებს მოელის საზოგადოება ადამიანებისაგან;

4. ბიოლოგიური, სოციალური, პიროვნული და კულტურული სქესობრივ-როლებრივი განსხვავება ქალსა და მამაკაცს, მათ სქესობრივ რეაქციებსა და ქცევებს შორის;

5. ფაქტებზე დაფუძნებული მეცნიერული ცოდნა ონანიზმის შესახებ, რათა აღმოიფხვრას არასწორი წარმოდგენები მასტურბაციის პოზიტიური როლის შესახებ ადამიანის ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე;

6. ტრანსდისციპლინური ცოდნა ჰომოსექსუალიზმისა და სხვა სქესობრივი პერვერზიების შესახებ; საუბრები სექსოპათოლოგიური ორიენტაციის ადამიანების განსაკუთრებული სოციალური პრობლემებისა და ეკლესიურ მსოფლმხედველობასთან მიმართების შესახებ;

7. ცოდნა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ, რათა დავეხმაროთ მოზარდებს დაიცვან საკუთარი ჯანმრთელობა ამ რეალურად არსებული და მეტისმეტად ფართოდ გავრცელებული საშიშროებისაგან, ასევე იმ შედეგებისაგან, რომელთაც ეს დაავადებები იწვევს;

8. სქესობრივი ცხოვრების ფსიქოლოგიური, ფიზიოლოგიური, სომატური, სოციალური და სხვა პარამეტრები; მოზარდზე ზეგავლენის როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი შედეგები;

9. ქცევები, რომლებმაც შეიძლება მიიყვანოს მოზარდები არასასურველ სქესობრივ კონტაქტამდე;

10. სქესობრივ ურთიერთობათა ადგილი ოჯახურ ცხოვრებაში;

11. სქესობრივ ურთიერთობათა ადგილი მოზარდთა სოციალურ ცხოვრებაში;

12. ცხოვრებისეული და ლიტერატურული მაგალითები იმის გასაცნობიერებლად, რომ ერთი ადამიანის განცდები და გრძნობები შესაძლებელია სულაც არ ემთხვეოდეს მეორე ადამიანის განცდილსა და ნაგრძნობს (თანაგრძნობის, თანაღმობის, თანაგანცდის აღზრდა) [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

(2) ამჯერად განვიხილავთ მეორე საკითხს.

სქესობრივი განათლების პროგრამების ბიოეთიკურმა ექსპერტიზამ ანალიზისას უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი პოზიციები:

1. მეცნიერული (ბიოლოგიური, სამედიცინო, ფსიქოლოგიური, სოციოლოგიური, თეოლოგიური) კომპეტენცია;

2. ფილოსოფიურ-კულტუროლოგიური საფუძვლების სანდოობა;

3. მოზარდი თაობისა და მთელი საზოგადოების სულიერ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების პროგნოსტიკა.

თუ სკოლებში სექსოლოგიის გაკვეთილების დაშვებაზე ვინმე სერიოზულად ფიქრობს და ოცნებობს, მას გვინდა შევახსენოთ, რომ ამგვარი სწავლების მეცნიერულ საფუძვლად უნდა მოვიაზროთ მედიცინის შესაბამისი (სხვათა შორის, არც თუ ისე დიდი ხნის ისტორიის მქონე) დარგები – სექსოლოგია და სექსოპათოლოგია [Силуянова И.В., 2001.(6)]. მათი საგანი ოდენ ცოლქმრული ურთიერთობები როდია, არამედ სექსუალური დაკმაყოფილების მიღწევის საშუალებები და ფორმები. აქ ადამიანის სქესი კარგავს თავის ონტოლოგიურ და ღვთაებრივ ფუნქციას – ემსახუროს კაცობრიობის გამრავლებას და ოჯახის სიმტკიცეს. იგი ცდილობს შექმნას ახალი სექსუალური ცნობიერება, რომელიც ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის აღსადგენად და შესანარჩუნებლად პაციენტებს (კლიენტებს) სთავაზობს ქორწინებისგარეშე პარტნიორების ძიებას, საკუთარ თავზე დაკვირვებას ცოდვით დაცემათა სხვადასხვა სახეობების (განსაკუთრებით – მასტურბაციის) მოსინჯვის გზით და ა. შ. ასე რომ, პაციენტის ჯანმრთელობასა და ზნეობრივი ნორმების დაცვას შორის არჩევანი არ კეთდება ამ უკანასკნელის – მორალურისა და სულიერის – სასარგებლოდ.

თანამედროვე სექსოლოგიის აპოლოგეტები მაგალითად და გამართლებად წარმართი სამყაროს გარყვნილებას ასახელებენ. ამავე დროს ჩრდილშია მოქცეული ძველი საბერძნეთისა და რომის მკვლევართა მოსაზრებები [Василий, протойерей (Зеньковский), 1991].

გილბერტ ჩესტერტონი (1874—1936) წერდა: “როცა სექსი აღარ არის მსახურის როლში, ის მეყსეულად დესპოტად იქცევა... ჯერ ვერავინ შეძლო სექსობრივი ცხოვრების შეზღუდვისა და გაწმენდის გარეშე მიეღწია რაიმესათვის... ქრისტიანობა შემოვიდა წარმართულ სამყაროში, რათა სწორედ ამისაგან განეკურნა იგი”.

ჰენრი მილერი (1891–1980) აღნიშნავდა: “განსაცვიფრებელია, თუ რამდენი რამ გააკეთა ამ პერიოდში ეკლესიამ სექსობრივი ცხოვრების მოწესრიგებისათვის და ამ გზით მთელი საზოგადოებრივი ორგანიზმის გაჯანსაღებისათვის. სწორედ ეს იყო ყველაზე შორსწასული და მძიმე სენი ანტიკური ეპოქისა”.

თანამედროვე სექსოლოგია არა მარტო სექსუალურობის წარმართული არსის აღდგენას ცდილობს, არამედ სექსუალურ ფუნქციას განიხილავს ძირითადად როგორც სიამოვნებათა წყაროს და მას სამედიცინო მეცნიერების დამოუკიდებელი შესასწავლი საგნის სტატუსს ანიჭებს. ასე რომ, ამგვარ მეცნიერებაზე სასკოლო დისციპლინის დაფუძნება რომ წარმოუდგენელია, ყველასათვის ნათელი ხდება.

(3) მიგვაჩნია, რომ სექსობრივი აღზრდის ელემენტების შეტანა ზოგადსაგანმანათლებლო სისტემაში დამოუკიდებელი საგნის სახით დაუშვებელია.

“სექსუალური განათლების გაკვეთილების” ან მისი მსგავსი სახელწოდების გაჟღერებაც კი უკვე შეიცავს არაჯანსაღი დაინტერესების საშიშროებას. მისი დაშვება ცნობილი მიზეზების გამო შემდეგში ამ საგნის სწავლების პროცესის მიერ ინიცირებული შედეგების პროგნოზირების შეუძლებლობით გვემუქრება.

ალტერნატივად გვესახება ზნეობრიობისა და სულიერების კურსის, გნებავთ ოჯახური ტრადიციებისა და საზოგადოებრივი ეთიკის გაკვეთილების შემოღება, რომლებზედაც მოზარდ თაობას ვასწავლით ეროვნული და სარწმუნოებრივი ტრადიციებით გამდიდრებულ და გასხივოსნებულ, ჭეშმარიტების ცოდნით აღჭურვილ, ზნეობრივ, სულიერ, ამაღლებულ ცხოვრებას.

ამრიგად, ჩვენს მიერ შემუშავებული კონცეფციის ძირითადი დებულება ასე შეიძლება გაჟღერდეს: მოზარდთა სექსობრივი აღზრდა ვაქციოთ საერთო სულიერ-ზნეობრივი, მოქალაქეობრივი და კულტურული აღზრდის სისტემის შემადგენელ ნაწილად

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

რას ეყრდნობა ჩვენი ეს მოსაზრება? ფსიქოლოგიისა და პათოფსიქოლოგიის მონაცემებით, ადამიანის სქესთან დაკავშირებული პრობლემების მთელ სირთულეში გასარკვევად იმის გაგებაა საჭირო, რომ არსებობს ერთმანეთისაგან განსხვავებული სქესის ენერგია და სქესობრივი ენერგია [Василий, протойерей (Зеньковский), 1991].

პირველს (სქესის ენერგიას) განეკუთვნება ყველაფერი ის, რასაც სქესი წარმოშობს ადამიანში – როგორც მის სხეულში, ისე სულში; ხოლო სქესობრივი ენერგია დაკავშირებულია ადამიანის სასქესო სისტემის ფუნქციონირებასთან.

ასე რომ, როგორც ვხედავთ სქესის ენერგია უფრო ბევრისმომცველი ცნებაა. მართლაც, იგი მთლიანად როდი გარდაიქმნება სქესობრივ ენერგიაში. მისი უდიდესი და, შესაძლოა, ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი აუვლის რა გვერდს სქესობრივ სფეროს, გადადის ჩვენი არსებობის, ცხოვრებისა და მოღვაწეობის სხვა სივრცეებში. სწორედ ამ იუნგისეულ ფსიქოლოგიურ აღმოჩენას ეფუძნება სქესობრივი თავშეკავების უდიდესი მნიშვნელობა, როცა ადამიანისათვის შემოქმედისაგან ბოძებული სქესის ენერგია გამოთავისუფლდება შემოქმედებითი მოღვაწეობის უმაღლესი ფორმების სასარგებლოდ ადამიანის მეტაფსიქოლოგიურ, საკრალურ და ფილოსოფიურ-ანთროპოლოგიურ დონეებზე. ეს გახლავთ სწორედ ის ფენომენი, ფსიქოლოგიაში სუბლიმაციად რომ იწოდება.

(4) ახლა იმაზე ვიმსჯელოთ, კონკრეტულად რაგვარი და რა მოცულობის ცოდნის მიწოდებაა შესაძლებელი ამ სფეროდან ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფების გათვალისწინებით?

არსებობს არგუმენტი, რომელიც ეყრდნობა იმ ფაქტებს, რომ ზოგჯერ დაქორწინებულნი აღმოჩნდებიან ცოლქმრული ურთიერთობებისათვის უუნარონი შესაბამისი სფეროს ელემენტური საკითხების უცოდინრობის გამო. ამ საკითხის გადასაწყვეტად მიზანშეწონილია ჯანდაცვის სისტემაში საოჯახო საკონსულტაციო ქსელის არსებობა, ასევე სპეციალური ლიტერატურის მიწოდება მათთვის, ვინც ქორწინებისათვის ემზადება.

ჩვენი კონცეფცია ეძღვნება სასკოლო ასაკის მოზარდებისა და ახალგაზრდების სქესობრივ აღზრდას. ამიტომაც უნდა განვაცხადოთ, რომ ცოლქმრულ (სქესობრივ) ურთიერთობათა საიდუმლოებების სისტემური “სწავლება” მიზანშეუწონელია იმ ახალგაზრდებში, რომელთაც ქორწინების ასაკისათვის

არ მიუღწევიათ. სასკოლო ასაკის მოზარდებში ინტერესების გაღვივებამ სქესის საკითხებზე შეიძლება არაჯანსაღი, ანომალური ან პერვერზიული ხასიათი მიიღოს. ვფიქრობთ, ამ პოზიციას არგუმენტირება არ სჭირდება. დაუშვებელია ადამიანის (საზოგადოების) თვალსაწიერი რედუცირდეს სქესობრივი ცნობიერების ადამიანის მსოფლმხედველობამდე.

ჩვენ მხოლოდ უნდა ვიფრთხილოთ, თუ მართლა მომავალზე ვფიქრობთ. ამიტომაც ნუ დავაწყებინებთ ბავშვებს ფიქრს ცოლქმრულ ურთიერთობებზე. ქორწინებამდე ხომ ჯერ შორსაა: ისინი ქორწინებისა და შვილოსნობისათვის ძალის მოკრებას იწყებენ მხოლოდ. წარმოგიდგენიათ რა მოუვა კოკორს, ძალით რომ გაშალო, ვარდის დანახვა მინდაო? ასეთი ბარბაროსობის შედეგი ის იქნება, რომ კოკორს სიცოცხლეს მოვუსწრაფებთ და ვერც მისგან გაშლილ ვარდს ვნახავთ ვეღარასოდეს. იმ მშვენიერი გაუშლელი კოკორის მსგავსად ჩვენი ბავშვების სულში დამალულია უდიდესი ნიჭი ცოლქმრული სიყვარულისა. და ნუ შევეცდებით მის ნაადრევ გაშლას; ჯერ ხომ არ დამდგარა მისი ყვავილობის ჟამი... უნდა ვიფრთხილოთ ღვთის გულისათვის, ჩვენი ქვეყნის მომავლისათვის!

სქესობრივ აღზრდაში დაშვებული შეცდომები გამოუსწორებელია. ცოლქმრულ ურთიერთობათა რღვევა, არატრადიციული ოჯახებისა და სხვა გაუკუღმართებათა დამკვიდრება და გამრავლება, რასაც დღეს მრავალი საერთაშორისო სექტა და ორგანიზაცია ემსახურება, პირდაპირაა მიმართული ადამიანის მოდგმის განადგურებისაკენ. ისინი ამას ხმამაღლა აცხადებენ, ქადაგებენ რა თვითმკვლელობებს, აბორტსა და სოდომიას. Homo Sapiens-ის ტრანსფორმაცია Homo Sexualis-ად – აი, მათი იდეოლოგია [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

ამ ანთროპოლოგიურ საშიშროებას ჩვენ მხოლოდ მომავალი თაობის სქესობრივი აღზრდის ჯანსაღი, ჭეშმარიტებაზე დაფუძნებული კონცეფცია შეიძლება დავუპირისპიროთ, რომლის ეკზისტენცია ობლიგატურია რიგ კოლიზიებთან, როგორებიცაა:

1. სკოლებში სქესობრივი განათლების პრობლემის გადაწყვეტა;
2. ქვეყნის საგანმანათლებლო სისტემის იდეოლოგიური საფუძვლების დამუშავების პროცესში ჩართვა;
3. მოზარდ თაობაზე მავნე ზემოქმედების შესახებ კანონის სრულყოფა და ამოქმედება;
4. რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ საკანონმდებლო აქტების (მათ შორის

დამოუკიდებელი კანონის) მეცნიერული და იდეოლოგიური ფუნდამენტის შექმნა;

5. ადამიანის სქესობრივ ცხოვრებასა და ოჯახის დაგეგმარებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი საკანონმდებლო დოკუმენტის გადახედვა ან ახლის შექმნა;

6. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასთან დაკავშირებული პროექტების შესაბამისობის საკითხი;

7. სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბების უმნიშვნელოვანესი (საკანონმდებლო, მეცნიერული, ბიოეთიკური, სულიერ-ზნეობრივი, ისტორიულ-კულტუროლოგიური, აქსიოლოგიური) ელემენტების დამკვიდრება;

8. სქესობრივი გზით გადამდებ და შიდსის ვირუსით გამოწვეულ დაავადებათა პრევენცია;

9. თანაარსებულ სოციალურ პრობლემათა დამლევის პროგრამების დამუშავება;

10. ნარკომანიის წინააღმდეგ სახელმწიფოსა და ერის კონსოლიდაციის ღონისძიებების განხორციელება;

11. სატელევიზიო, კინო-, ვიდეო-, მასმედიის, ბეჭდვითი და სხვა პროდუქციისმიერ ინტელექტუალურ-ფსიქოლოგიური გარყვნის მექანიზმების შეჩერება;

12. დემოგრაფიული, ანთროპოლოგიური და აპოკალიფსური კატასტროფის პრევენცია

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (ლ)].

ქრისტიანობა ადამიანებს სქესობრივი თავშეკავებისაკენ მოუწოდებს. თანამედროვე სექსუალური განათლების აპოლოგეტების დიდი ნაწილი კი მოზარდთა სქესობრივი ცხოვრების პრობლემების გადაჭრის გზას კონტრაცეფციის მეთოდების სწავლებასა და გამოყენებაში ხედავს [Sex Education.,1993].

ასე რომ, პრაქტიკულად საქმე გვაქვს პრობლემის ორ ურთიერთდაპირისპირებულ მსოფლხედვასთან. ქვემოთ გთავაზობთ ამერიკელი მეცნიერების მიერ შემუშავებულ ამ ორი კონცეფციის შედარებით დახასიათებას და ამით ვამთავრებთ საკითხზე მსჯელობას.

აშშ სექსუალური განათლების ორი კონცეფციის ძირითად დებულებათა შედარებითი დახასიათება

1. კონტრაცეფციის სწავლება	1. სქესობრივი ცხოვრებისაგან თავშეკავების სწავლება
2. სქესობრივი თავშეკავება – კონტრაცეფციის ერთ-ერთი სახეა	2. სქესობრივი თავშეკავება – ცხოვრების დადებითი სტილია, ავითარებს თვითკონტროლს
3. ბავშვების სქესობრივი აქტივობა იწყება ადრე და მისი პრევენცია შეუძლებელია	3. ყველა ბავშვს, მოზარდს, ყმაწვილს სჭირდება ქორწინებამდე სქესობრივი თავშეკავების ღირებულების განმარტება
4. პიროვნების სუბიექტური ღირებულებები მიჩნეულია ძირითად ღირებულებებად	4. ძირითად ღირებულებებად აღიარებულია სიკეთე, ჭეშმარიტება, ოჯახი
5. სქესობრივი უფლება-მოვალეობანი ემყარება საკუთარ ღირებულებებსა და სკოლაში მიღებულ ინფორმაციას	5. სქესობრივი უფლება-მოვალეობანი მჭიდროდაა დაკავშირებული საზოგადოების მოთხოვნილებებსა და მორალთან
6. მშობელთა მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს სურვილი, გავლენა იქონიონ თავიანთ შვილებზე	6. მშობელთა გავლენა არსებითია
7. მასწავლებელი მხოლოდ ინფორმაციით უზრუნველყოფს მოზარდებს და მართავს ჯგუფურ პროცესებს სკოლაში	7. მასწავლებელი ლიდერია და მაგალითი, მისი პრინციპები ნათელია
8. სწავლების მეთოდი დირექტივული არ არის	8. სწავლების მეთოდი დირექტივულია
9. ეხება მხოლოდ სექსუალობას	9. ეხმარება ალკოჰოლის, თამბაქოსა და ნარკოტიკების მოხმარებისაგან თავშეკავების გამომუშავებაში

[O. McGraw, M. Whitehead, 1991].

5.2.3. ძალადობის პრევენცია ბავშვთა და მოზარდთა შორის: ეკლესიური ცნობიერებისა და აღზრდის როლის ბიოეთიკური არგუმენტაცია

საქართველოს პარლამენტის მიერ გამოქვეყნებული რაოდენობრივი კვლევის ანალიზი – „საზოგადოების დამოკიდებულება მოზარდთა აგრესიისა და ძალადობის მიმართ. 2008 წლის თებერვლის მონაცემები“ – გვამცნობს იმის შესახებ, რომ საზოგადოება აღიარებს ჩვენს ქვეყანაში მოზარდთა აგრესიისა და ძალადობის პრობლემის სიმწვავეს, მაგრამ ეკონომიკურ და პოლიტიკურ პრობლემებთან შედარებით, ამ საკითხს ნაკლებად მნიშვნელოვნად მიიჩნევს. გამოკითხულთა მნიშვნელოვან ნაწილს უჭირს იმ მიზეზების დასახელება, რამაც მოზარდთა აგრესიისა და ძალადობის პრობლემის გამწვავება განაპირობა. გამოკითხულთა შედარებით მასშტაბური ჯგუფები თვლიან, რომ მოზარდთა აგრესიისა და ძალადობის პრობლემის გამწვავებას ზოგადი აგრესიული ფონი და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები იწვევს [საზოგადოების დამოკიდებულება..., 2008].

იმის მიუხედავად, რომ რესპონდენტებს გაუჭირდათ დამოუკიდებლად დაესახელებინათ მოზარდთა აგრესიისა და ძალადობის გამომწვევი მიზეზები, კითხვარში შეთავაზებული სავარაუდო თითოეული მიზეზის მნიშვნელობა საკმაოდ მაღალი ქულით შეაფასეს. ფაქტორული ანალიზის შედეგად, 27 სავარაუდო მიზეზი 8 ზოგადი ხასიათის ფაქტორად დაჯგუფდა:

1. აგრესიისა და ძალადობის შემცველი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა

- აგრესიის, ძალადობისა და დანაშაულის შემცველი ინფორმაციის, სიუჟეტების ხელმისაწვდომობა
- ძალადობის შემცველი მხატვრული ფილმები
- ინტერნეტის მეშვეობით აგრესიის, ძალადობისა და დანაშაულის შემცველი ინფორმაციის, სიუჟეტების ხელმისაწვდომობა

2. ცხოვრების ახალ წესთან დაკავშირებული ცვლილებები

- მოზარდის თავისუფლების გაზრდა
- არატრადიციული დამოკიდებულება სქესობრივი თავისუფლების მიმართ
- კომპიუტერულითამაშები

➤ მასმედია

3. სოციალურ ინსტიტუტებთან დაკავშირებული პრობლემები

- განათლების სისტემაში არსებული პრობლემები
- ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები
- სულიერი ფასეულობების ნაკლებობა

4. სამართალდამცავ ორგანოებში არსებული პრობლემები
სოციალურ-ეკონომიკურიგარემო

- ეკონომიკური გასაჭირი
- სოციალური გასაჭირი
- ეკონომიკური უთანასწორობა
- სოციალური უთანასწორობა

5. ოჯახთან დაკავშირებული პრობლემები

- მშობლების უყურადღებობა
- მშობლებს შორის არსებული კონფლიქტი
- მშობლების დაკავებულობა

6. დევიანტური რისკ-ფაქტორები

- სხვა მოზარდების ცუდი გავლენა
- კრიმინალური ავტორიტეტების არსებობა
- ქურდული მენტალიტეტი

7. სოციალიზაციასთან დაკავშირებული პრობლემები

- ცხოვრებაში საკუთარი ადგილის პოვნის სირთულე
- კანონთან კონფლიქტში მყოფ ბავშვთა რეაბილიტაციის პრობლემა
- სტიგმატიზება

8. ძველი ცხოვრები სწესის რღვევა

- ტრადიციების დარღვევა
- უმუშევრობა

[მ. მესტიაშვილი, 2011].

ნაშრომის პირველ ნაწილში შევეცდებით წარმოვადგინოთ

ბავშვებსა და მოზარდებში ძალადობისა და აგრესიულობისადმი განწყობის გენეზისის ზოგადი სქემა, შემდგომში კი ამ სქემის ფარგლებში წარმოვაჩენთ ძალადობის პრევენციის ჩვენეულ ხედვას და მის არგუმენტირებას.

ბავშვი და მოზარდი მომავალი მოქალაქე, ე. ი. მამულიშვილი, მეუღლე, ოჯახის მამა ან დედა, მორწმუნე ქრისტიანი, მეგობარი და პროფესიონალია. ასე რომ, მას წინ უდევს დიდი გზა – გზა ბავშვობიდან მოქალაქეობამდე, გზა, რომლის სიგრძე ადამიანის თითქმის მთელ ცხოვრებას უდრის.

ძალადობისადმი მიდრეკილების განვითარებას ენდოგენურთან ერთად (მემკვიდრეობითობა, ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა ხარისხის დაზიანება, სულიერი, ფსიქიკური და ფსიქოსომატური თავისებურებანი და ა. შ.) ხელს უწყობს ეკზოგენური ფაქტორები, რომელთა შორის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს თანამედროვე პირობებში გარე სამყაროდან მიღებული ინფორმაცია, რომელსაც აქვს თავისი რაოდენობრივი და ხარისხობრივი (თვისებრივი) პარამეტრები. ინფორმაციულ წყაროებად გვევლინება: ინტერნეტი, ტელევიზია, ტელეფონი, კომპიუტერული, მუსიკალური, ბეჭდვითი, ვერბალური, ანიმაციური, კომუნიკაციური და სხვა პროდუქცია.

მოზარდზე ინფორმაციის ზემოქმედების რეზულტატი შეიძლება მოდიფიცირებულ იქნას იმ ფილტრის მიერ, რომელიც წარმოდგენილია მოზარდის სულიერი, მშენივნური, მენტალური, ფსიქიკური ძალებით. რა თქმა უნდა, ეს ფილტრი არ არის ჯერ კიდევ ბოლომდე ჩამოყალიბებული. უფრო მეტიც, იგი ადვილად მოწყვლადია და მსხვერველად, მაგრამ სწორედ აღზრდას შეუძლია მისი დაცვა, გაძლიერება და სრულყოფა.

აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ ეს მოხდება, თუ აღზრდის პროცესი დაყურსული იქნება სულიერ-ზნეობრივი თვალსაზრისით პოზიტიური კომპონენტებით, რაც დღევანდელ ვითარებაში ჩვენს ქვეყანაში დეფიციტური პრობლემაა თავისთავად იმ ნეგატივის მოძალების ფონზე, რომელიც ქმნის ბავშვებსა და მოზარდებში აგრესიულ და ძალადობრივ განწყობას ოჯახში, სკოლაში, ბავშვთა სახლში, ქუჩაში, ვირტუალურ სამყაროში, საზოგადოებრივ ადგილებში და ა. შ. და ამკარად არ ასხამს წყალს ჩვენი შვილების ქრისტიანულად აღზრდის წისქვილზე.

ამრიგად, თუ ინფორმაციული ზემოქმედების უარყოფითი ეფექტი ვერ უკუივდება მოზარდში არსებული სულიერი ძალების ერთობლიობით, მოზარდის სულიერი ჰომეოსტაზი ირღვევა. ამ დარღვევის შედეგების გამოსწორება შეუძლია აღზრდას.

საზოგადოდ, მოზარდზე ზეგავლენის მოხდენისათვის მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ ვინ არის მის ცნობიერებაში ავტორიტეტი. იგი არჩევანს აკეთებს მშობლებს (ოჯახს), მასწავლებლებს (სკოლას), მოძღვარს (ეკლესიას), ასაკით უფროს ნაცნობებს, თანატოლებს, ამხანაგებს (ქუჩას, უბანს, ნათესაობას), ცნობად სახეებს, კინოფილმების, ლიტერატურული ნაწარმოებების, ტელესერიალებისა და ტელეშოუების გმირებს, პოლიტიკურ, საზოგადოებრივ და კულტურის მოღვაწეთა... შორის.

სულიერი ჰომეოსტაზის შენარჩუნება, ხოლო მისი დარღვევის შემთხვევაში – აღდგენა, შეუძლია ეკლესიურ აღზრდას, რადგან ეკლესია გახლავთ ის ერთადერთი გარემო, სადაც არ არსებობს აგრესიისა და ძალადობისადმი განწყობის ჩამოყალიბების არცერთი წინაპირობა. ეს გახლავთ ის გარემო, სადაც ღვთის მაღლი და წყალობა ადამიანში აღადგენს ადამიანის ონტოლოგიურ სულიერ-ზნეობრივ სტატუსს.

აგრესია და ძალადობა ადამიანის ცოდვაა, ცოდვითი მიდრეკილებაა. ამიტომაც ვრცელდება სულიერი ფენომენის არსებობისათვის დამახასიათებელი კანონზომიერებებით. ძალადობა და აგრესია იბუდებს და ბარტყობს იქ, სადაც თანაგრძნობის, თანაღმობის, თანადგომის, უფროსების, დედისა და მამის პატივისცემის, ესთეტიკური აღქმის, სილამაზის, სიყვარულის, კეთილშობილების დეფიციტია.

წმიდა აღმსარებელი და მღვდელმთავარი, მთელს მსოფლიოში განთქმული ქირურგი და მეცნიერი ლუკა ვოინო-იასენეცკი წერს: “ხომ ვიცით, რომ ჯანმრთელი ადამიანი დიდხანს თუ იცხოვრებს გადამდები სნეულებით დაავადებული ადამიანის გვერდით, თავადაც დაავადდება. შეიძლება გაგიკვირდეთ, მაგრამ ამგვარადვე ხდება სულიერ ცხოვრებაშიც. თუ ადამიანი ბოროტ, დაცემულ სულთა, ცდუნებათა, უპატიოსნობისა და გარყვნილების, მოუთოკავ პირუტყვულ ვნებათა, უხამსობისა და უგუნურობის ატმოსფეროში ცხოვრობს, შეუძლებელია ამ ატმოსფეროში არ დაასნებოვანოს მისი სული. დღითიდღე სუნთქავს იგი ამ შხამიანი ჰაერით, რომელშიაც მრავლად ფუთფუთებენ დაცემული სულები. ასე სნეულდება საწყალი სული...” [Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий) архиепископ., 1997].

წმიდა ლუკას კვალდაკვალ ჩვენც ვადასტურებთ, რომ მოზარდში აგრესიისა და ძალადობისადმი მიდრეკილების ჩამოყალიბებაში თავის როლს ასრულებს გარემოში არსებული შესაბამისი განწყობანი, რომელთაც ხშირად ჩვენ სწორად არ ვაფასებთ. არა-და ყველა მასშტაბის, სოციალური ყველა დონეზე (ან დონეთა შორის) ძალადობის გამოვლინებას შეაქვს

თავისი წვლილი ბავშვთა და მოზარდთა აგრესიულობისა და მოძალადეობის გენეზისში. ეს გახლავთ ერთი სახელმწიფოს მიერ მეორე სახელმწიფოს მიმართ, სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის ან მოქალაქეთა ჯგუფის მიმართ, ერთი სოციალური ფენის მიერ მეორის მიმართ განხორციელებული ძალადობა ან მისი მცდელობა.

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკი ფრიად მოწყვლადია ნეგატიური ზემოქმედებისათვის. მინდა შეგახსენოთ ერთი უნიკალური ისტორიული ფაქტი, რომელიც მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში მოხდა. კამბოჯაში არსებულმა ანტიჰუმანისტურმა რეჟიმმა ჯალათებად 10-15 წლის ყმაწვილები გამოიყენა. საზარელი დოკუმენტები მოგვითხრობენ იმ სისასტიკეთა და დაუნდობლობათა შესახებ, რასაც მოზარდები იჩენდნენ ადამიანთა ტანჯვა-წამების დროს. ეს ჭეშმარიტად სატანისტური გადაწყვეტილება იყო, რომელსაც საფუძვლად ედო ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის ფსიქოლოგიური და სულიერი ძალების ჩამოუყალიბებლობისა და მათი ბოროტებისაკენ მიმართვის სიადვილის ზუსტი ცოდნა.

ასე რომ, აუცილებელი და საშური სწორედ პრევენციაა – ჩვენი შვილების დაცვა ჯალათობისა და მოძალადეობისაგან. მერე შეიძლება გვიანი იყოს. ბევრი რამ შეიძლება ვერ გამოსწორდეს, ხოლო ჩადენილი ბოროტებანი მძიმე ტვირთად დააწვება მოზარდის ისედაც სუსტ მხრებს.

პრევენციის უბრალოდ პრიორიტეტად გამოცხადება გამოსავალი როდია [Адам, архимандрит, 2001]. სეკულარიზებულ საზოგადოებაში მრავალი წინააღმდეგობა არსებობს [ნ. მახაშვილი, 2008]. მთავარია ყველა არარეაქციული და ჰუმანისტური ძალის კონსოლიდაცია და ამ პროცესის განხორციელება ეკლესიის წიაღში და ეკლესიის ირგვლივ.

სწორედ ეკლესიური აზროვნება და ცნობიერება მოიცავს თვინიერ რაციონალურისა ცოდნის ირაციონალურ, მისტიკურ და საკრალურ განზომილებებს. ამასთან სწორედ ეკლესიური აღზრდა მოიცავს ზემოქმედების ვერბალურ (წმიდა წერილი, წმიდა გარდამოცემა, ეკლესიის მამათა ნაშრომები, ქადაგება, მოძღვრის დარიგება...) და ქმედით (პიროვნული მონაწილეობა საღვთო მსახურებაში, საიდუმლოებათა აღსრულებაში...) კომპონენტებს, ინდივიდუალურ (პირადი ლოცვა, პირადი პასუხისმგებლობის შეგრძნება კონკრეტულ სიტუაციებში და ზოგადად) და კოლექტიურ (ეკლესიის მრევლის, როგორც ერთობის წევრობა) ურთიერთობებს.

ჩვენს საზოგადოებაში (რომელიც თავისი არსით სეკულარიზებულია და სკოლაც, შესაბამისად,

გამოთავისუფლებულია ეკლესიური ზეგავლენისაგან), განათლების სისტემაში გაძლიერებული სეკულარიზაციის პროცესი ხელს შეუშლის ძალადობის პრობლემის გადაწყვეტას. 90-იან წლებში დაწყებული სკოლათა საკრალიზაციის პროცესი უნდა განახლდეს და გაგრძელდეს, უკეთეს ჩვენ გულწრფელად გვსურს ჩვენი შვილები აღიზარდნონ იმ სამყაროში, რომლისთვისაც უცხო იქნება ძალადობა და აგრესია [ადამი, არქიმანდრიტი, 2004 (გ)].

ეკლესიურ აღზრდას საფუძვლად უდევს ქრისტიანული ზნეობა, რომლის უპირატესობაზე თუ ვიმსჯელებთ სხვადასხვა მეცნიერულ პედაგოგიურ და ფსიქოლოგიურ შეხედულებებთან შედარებით, უნდა გავიხსენოთ, რომ ადამიანმა საკუთარი გონებით ვერ შეძლო ვერც მორალის შექმნა, ვერც ამ მორალით ცხოვრების საშუალებებზე მითითება. ეს შეძლო მხოლოდ უფალმა და მაცხოვარმა ჩვენმა იესო ქრისტემ და არა რომელიმე მეცნიერებამ, რომლის შესწავლის სფერო მთლიანად სამყაროა, სამყაროს მოვლენები, მათი არსებობის თანამიმდევრობის, მიზეზებისა და კანონზომიერებების ახსნა.

ის, რაც ცდის გარეშე დგას, იგი იმყოფება აგრეთვე ჭეშმარიტი მეცნიერების ზღვრულს გარეთაც და ეს სფერო მოიცავს ცხოვრებისა და ცოდნის ყველა უმაღლეს საკითხს, ყოველივე იმას, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჩვენი, როგორც მარადიული, ისე ამქვეყნიური ცხოვრების მოწყობაში. აქ მეცნიერება ადგილს უთმობს ფილოსოფიას, მხატვრულ (ლიტერატურულ და ხელოვნებისეულ) აზროვნებას, რელიგიას და შეერწყმის მათ [ადამი, არქიმანდრიტი, 2008].

სულიერის პრიმატის აღიარების ნიშნით სარწმუნოებრივი და მეცნიერული მსოფლმხედველობის ინტეგრაცია არის საკრალიზაციის ეტაპი სეკულარიზებულ საზოგადოებაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2004 (ა)]. საკრალიზაცია კი ის ფუნდამენტია, რომელიც წარმოადგენს ყველა სულიერ-ზნეობრივი პრობლემის, მათ შორის – ბავშვთა და მოზარდთა შორის ძალადობისა და აგრესიის პრევენციის – გასაღებს.

5.2.4. ბიოეთიკა და ბიოუსაფრთხოება

სულ ახლო წარსულში ბიოსამედიცინო კვლევებისა და სიცოცხლის შემსწავლელი მეცნიერებების ლექსიკაში სიტყვა „ბიოუსაფრთხოება“ მხოლოდ მიკროორგანიზმებისა და მათი მიზეზით გამოწვეული ზიანისაგან დაცვას გულისხმობდა. ამჟამად უპირატესად საუბრობენ ბიოტექნოლოგიურ (გენურინჟინრულ

და გენურთერაპიულ) საშიშროებაზე. ამიტომაც დასაწყისშივე განვმარტავთ, თუ რა მოიაზრება ბიოლოგიური საშიშროების და, შესაბამისად, ბიოუსაფრთხოების ქვეშ.

ბიოუსაფრთხოება გულისხმობს ადამიანისა და გარემოს დაცვის მიზნით ცოცხალი ორგანიზმების მიერ თავიანთი ბიოლოგიური არსის, ბიოლოგიური თვისებების, კავშირებისა და მახასიათებლების შენარჩუნებას, აგრეთვე ბიოლოგიური მთლიანობის ფართომასშტაბიანი დაკარგვის თავიდან აცილებას, რაც შესაძლებელია გამოიწვიოს:

- სიცოცხლის უცხო ფორმების შემოჭრამ ჩამოყალიბებულ ეკოსისტემაში;
- უცხო ვირუსული და ტრანსგენური გენებისა და პრიონების შემოჭრამ;
- საკვების ბაქტერიულმა დაბინძურებამ;
- გენური თერაპიის ან ინჟინერიის, ან ვირუსების ზემოქმედებამ ორგანიზმსა და ქსოვილებზე;
- ბუნებრივი რესურსების (წყლისა და ნიადაგის) დაბინძურებამ;
- უცხო მიკროორგანიზმების შესაძლო ჩანერგვამ კოსმოსიდან ან სხვა წყაროებიდან

[ბიოლოგიური მრავალფეროვნების..., 2000].

როგორც ვხედავთ, ტრადიციულ საშიშროებებთან ერთად, ბიოუსაფრთხოებამ შეგვახსენა თანამედროვე სიცოცხლის შემსწავლელი მეცნიერებების არაჩვეულებრივი მიღწევები, მაგრამ ამავედროულად გაგვაფრთხილა, რომ შეიძლება ეს პროგრესი გამოიყენონ კაცობრიობის საწინააღმდეგოდ – წინასწარგანზრახული ზიანის მისაყენებლად. ეს კი ნიშნავს, რომ საერთაშორისო საზოგადოება ამ სფეროშიც დგას ცნობილი დილემის წინაშე. ამიტომაც ჩავთვალებთ, რომ არ შეიძლებოდა ჩვენს მონოგრაფიაში არ ასახულიყო ბიოუსაფრთხოების ბიოეთიკური განზომილება.

ზემოთ ჩამოთვლილ ბიოლოგიურ საფრთხეებს მსოფლიო საზოგადოებრიობამ ბიოუსაფრთხოების საერთაშორისო სისტემის შექმნით უპასუხა და გლობალურ მოქმედებათა პროგრამა შეიმუშავა. ცხადია, პრობლემა ამით არ გადაწყვეტილა. ბიოუსაფრთხოების საერთაშორისო ექსპერტები განუწყვეტილად მუშაობენ, რათა მოამზადონ აუცილებელი რეკომენდაციები და განიხილონ ყველაწარმოადგენელი შესაძლებლობანი, საერთაშორისო თანამშრომლობა ამ სფეროში რომ ნაყოფიერი აღმოჩნდეს [ბიოლოგიური მრავალფეროვნების..., 2000].

ბიოუსაფრთხოება განუყოფელია ჯანდაცვის პრობლემებისაგან. ამიტომაც იგი ყველა მსხვილი სახელმწიფოს ყურადღების ცენტრში მოექცა. ინფექციური დაავადებები, მათ შორის ახლად გაჩენილებიც, კაცობრიობის განვითარებას სერიოზულ საფრთხეს უქმნის: მსოფლიოში ყოველწლიური სიკვდილის შემთხვევათა საერთო რაოდენობის მესამედი სწორედ მათ მიერაა გამოწვეული. ისეთი დაავადებები, როგორებიცაა ტუბერკულოზი და შიდსი/აივ-ინფექცია, ბოლო დროს კიდევ – სხვადასხვა გრიპის ეპიდემიები, სერიოზულ გავლენას ახდენს ქვეყნების ეკონომიკურ და სოციალურ განვითარებაზე, აღრმავებენ დამაბულობას განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის.

ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტაში დახმარების გაწევა საერთაშორისო საზოგადოებრიობის ზრუნვის განუყოფელ ნაწილს შეადგენს. ამიტომაც 2000 წლიდან მოყოლებული ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის საკითხები არ იხსნება შესაბამისი საერთაშორისო ფორუმების დღის წესრიგიდან. მითუმეტეს, რომ სერიოზულია ინფექციური დაავადებების უკონტროლო გავრცელების საფრთხე. ტრადიციული შიში იმის გამო, რომ ბიოტერორისტული შეტევებისათვის კვლავ გამოიყენებენ ინფექციურ აგენტებს (ციმბირის წყლულის, ყვავილისა და სხვა დაავადებებთან გამომწვევებს), არ გამქრალა.

დღეს მსოფლიო დგას რეალური შესაძლებლობების წინაშე, ადამიანის ორგანიზმში შეაღწევიან უცხო გენებს (გენეტიკური იარაღი).

ნაშრომები გენმოდირეცირებული ორგანიზმების (გმო) ზემოქმედების შესახებ ადამიანისა და თბილსისხლიანი ცხოველების ორგანიზმებზე პირველმა ბრიტანელმა მეცნიერმა ა. პუშტაიმ გამოაქვეყნა. მან აღმოაჩინა ცვლილებები ვირთხების ორგანიზმში 9 თვის განმავლობაში ტრანსგენური კარტოფილითა და მოდიფიცირებული ლიპტინით კვების შემდეგ: ღვიძლის ნაწილობრივი ატროფია, ტვინის მოცულობის შემცირება, ნაწლავების, ფარისებრი ჯირკვლისა და ელენთის პათომორფოფუნქციური ცვლილებები [S. W. Ewen, A. Pusztai, 1999]. ეს მონაცემები დაადასტურა მკვლევართა დამოუკიდებელმა ინტერნაციონალურმა ჯგუფმა, რომელშიც 22 ცნობილი მეცნიერი შედიოდა.

რუსეთის უმაღლესი ნერვული მოქმედების ინსტიტუტის ლაბორატორიებში ი. ვ. ერმაკოვას მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ გენმოდირეცირებული სოიით კვებამ ექსპერიმენტში გამოიწვია სიკვდილიანობის ზრდა და უნაყოფობა [I. Ermakova, 2006].

ტრანსგენური და გენმოდირეცირებული პროდუქტების საკვებად გამოყენებამ ადამიანებსა და ცხოველებში შეიძლება გამოიწვიოს შემდეგი უარყოფითი შედეგები:

1. გენმოდირეცირებული ორგანიზმების ტოქსიკური და ალერგენული ტრანსგენური ცილების უშუალო ზემოქმედება;
2. რისკი, რომელიც დაკავშირებულია ტრანსგენებისა და მათ მიერ კოდირებული ცილების პლეოტროპულ ზემოქმედებასთან მცენარეების გენომსა და მეტაბოლიზმზე;
3. ტრანსგენური კონსტრუქციების, მათ შორის ანტიბიოტიკების მიმართ მდგრადობის გენების, ჰორიზონტული გადატანის რისკი ადამიანებისა და ცხოველებისათვის სიმბიოზური ბაქტერიების გენომში;
4. გენმოდირეცირებული ორგანიზმების გამოყენებით ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების წარმოებასთან დაკავშირებული რისკი.

2008 წლის ოქტომბრის ბოლოს იტალიის ქალაქ ტურინში გაიმართა მესამე საერთაშორისო ფორუმი, რომელშიც მონაწილეობდა 160 ქვეყნის 8 ათასზე მეტი წარმომადგენელი და რომელმაც მიიღო მანიფესტი კლიმატის ცვლილებისა და სასურსათო უსაფრთხოების შესახებ. მასში ჩაიწერა, რომ გენმოდირეცირებული ორგანიზმების გავრცელება საშიში მოვლენაა, რომელიც მიგვიყვანს გარემოს კიდევ მეტ გაუარესებამდე და კლიმატის შეუქცევად ცვლილებებამდე. გენმოდირეცირებული პროდუქტები, საწვავი, მასალები გზას გვიკვალავს მონოკულტურულობისაკენ, ბიოლოგიური განსხვავებულობის დაკარგვისაკენ, გარემოს სტრესული დაზიანებისაკენ, წყლისა და პესტიციდების გამოყენების ზრდისაკენ.

ბიოეთიკური თვალსაწიერიდან ბიოუსაფრთხოების განმტკიცებისა და სავალალო შედეგების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა მრავალრიცხოვანი პრობლემის შესწავლა და გადაწყვეტა. ჩვენ მხოლოდ ნაწილს ჩამოვთვლით:

- ვაქცინები ახალ ბიოლოგიურ საშიშროებათა თავიდან აცილების სისტემაში;
- ახალ ინფექციათა პრევენცია და კონტროლი;
- ახალ და ხელახალ ბაქტერიულ ინფექციათა გამოვლენის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მეცნიერული კვლევის თანამედროვე მიმართულებანი;
- სხვადასხვა სახის გრიპის მაღალპათოგენური ვირუსების გავრცელების მიზეზები, შედეგები და თავისებურებანი;

- ინფექციურ დაავადებათა საშიშროების თავიდან აცილების საერთაშორისო სისტემები;
- ბიოტერორიზმის წინააღმდეგ საერთაშორისო სისტემის შექმნა;
- ბიოლოგიური ომის საშიშროებათა ანალიზი;
- (ბიო)მეცნიერული კვლევების აქსიოლოგია;
- ბიოტექნოლოგიების „ორგვარი სარგებლობის“ (პოზიტიური და ნეგატიური) დილემის კვლევა;
- სიცოცხლის პატივისცემის პრობლემა ბიოტექნოლოგიების რეალიაში;
- ბიოუსაფრთხოების საგანმანათლებლო პროგრამები;
- ბიოუსაფრთხოებისა და ბიოდაცვის რეგიონული სასწავლო ცენტრების შექმნის სტრატეგია;
- სიცოცხლის შემსწავლელი მეცნიერებების ეთიკური კოდექსის შემუშავება და ა. შ.

დღევანდელი სამეცნიერო საზოგადოება აღიარებს იმას, რომ საჭიროა აქსიოლოგიურ მსჯელობაზე დაფუძნებული არჩევანი, თუ რომელი კვლევების ჩატარებაა შესაძლებელი და რომლის – არა. თუმცა ზოგიერთი მეცნიერი მაინც ფიქრობს, რომ ახალი ცოდნის მიებას არაფერმა არ უნდა შეუშალოს ხელი და იგი არც არაფერმა არ უნდა შეზღუდოს, რადგან ეთიკური დისკუსია მხოლოდ ამ ცოდნის შემდგომ პრაქტიკულ გამოყენებას ეხება. თუმცა უნდა ითქვას, რომ არც იმ ფაქტს უარყოფს ვინმე, ბიოლოგიური მეცნიერული კვლევები უსაფრთხო და ეთიკური რომ უნდა იყოს. ამ მოსაზრებას მხარს უჭერენ სხვადასხვა ორგანიზაციები: მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალური ასამბლეა, ბრიტანული სამედიცინო ასოციაცია, აშშ ნაციონალური საბჭო მეცნიერული კვლევების დარგში, დიდი ბრიტანეთის პარლამენტი, აზიის წყნარი ოკეანის რეგიონში თანამშრომლობის ორგანიზაციის ლიდერები [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

სამწუხაროდ, დღეს მეცნიერებამ არასწორი მართვის შემთხვევაში შეიძლება ბევრად უფრო დიდი ზიანი მიაყენოს კაცობრიობას, ვიდრე წარსულში.

ამ ზიანის თავიდან აცილებაში განსაკუთრებული როლი შეუძლია ითამაშოს ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა. ბიოუსაფრთხოება და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ერთმანეთზე გადაჯაჭვული ფენომენებია. ამიტომაც ჯანდაცვისათვის ხელის შეწყობა, ბიოუსაფრთხოების ტექნიკის დაცვა ბიოლოგიური მეცნიერული კვლევების ჩატარებისას,

ერთი მხრივ, და ბიოტერორიზმისაგან თავდაცვა, მეორე მხრივ, – ორი ურთიერთდაკავშირებული და ურთიერთშემავსებელი მოღვაწეობის სფეროებია.

თანამედროვე მსოფლიო ხასიათდება ღირებულებითი ანარქიით. ის, რაც საკრალურს განეკუთვნება ერთი კულტურისათვის, სულაც არ არის ასეთივე მეორისათვის. იმისათვის, რომ სიცოცხლის შემსწავლელმა მეცნიერებებმა და მისმა ორგანიზატორებმა პატივი სცენ სიცოცხლეს, მითუმეტეს – ადამიანის სიცოცხლეს, საჭიროა ერთიანი (ცალკეული პიროვნებების, ორგანიზაციების, საზოგადოებრივი გაერთიანებების...) რთული და შეთანხმებული მოქმედება ყველა დონეზე. ამას კი კაცობრიობის სულიერი და ზნეობრივი ორიენტაციის გაჯანსაღება სჭირდება.

ამრიგად, ბიოუსაფრთხოების ბიოეთიკური ასპექტების შესწავლა საშუალებას გვაძლევს:

- დავასაბუთოთ ბიოლოგიური და ბიოსამედიცინო მეცნიერული კვლევების დაგეგმვისა და მიმდინარეობის ეთიკური ანალიზის აუცილებლობა;
- ხელი შევუწყოთ გარემოს დაცვას ბაქტერიული და გენეტიკური დაბინძურებისაგან;
- დავასაბუთოთ ბიოუსაფრთხოების მნიშვნელობა ჯანდაცვის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე;
- ხელი შევუწყოთ მკვლევარებს გადაწყვეტილების მიღებაში, უარი თქვან ამა თუ იმ პროექტში მონაწილეობაზე ზნეობრივი მოსაზრებით;
- ამ სფეროში ბიოეთიკური ცოდნის პოპულარიზაციით საზოგადოებრივ და ორგანიზაციულ დონეებზე შევძლოთ მეცნიერების სფეროში გადაწყვეტილებების მიღებაზე ზემოქმედება;
- მეცნიერების გამჭვირვალობის პრეზუმფციის პირობებში გამონაკლისად ჩაითვალოს ის შემთხვევები, როდესაც რეალური საფრთხე იქმნება მეცნიერული ცოდნის პრაქტიკული გამოყენების შედეგად;
- შევიმუშავოთ სიცოცხლის შემსწავლელი მეცნიერული კვლევების სფეროში მოქმედი ეთიკური კოდექსის საფუძვლები.

5.2.5. ტრადიციული და არატრადიციული ოჯახური პარადიგმა

1948 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ მიღებულ ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში ვკითხულობთ:

მუხლი 16.

1. სრულსაკოვნებას მიღწეულ კაცებსა და ქალებს უფლება აქვთ რასის, ეროვნების ან რელიგიის ნიშნით რაიმე შეზღუდვის გარეშე, დაქორწინდნენ და ოჯახი დააფუძნონ. ისინი სარგებლობენ ერთნაირი უფლებებით დაქორწინებისას, ქორწინებაში ყოფნის დროს და განქორწინებისას.

2. დაქორწინება შესაძლებელია მხოლოდ ორივე მექორწინე მხარის თავისუფალი და სრული თანხმობისას.

3. ოჯახი არის საზოგადოების ბუნებრივი და ძირითადი უჯრედი და მას უფლება აქვს დაცული იყოს საზოგადოებისა და სახელმწიფოს მხრივ.

ექვს ათეულ წელზე მეტი ხნის განმავლობაში არავის შეუტანია ცვლილებანი ზემომოყვანილ ტექსტში. ის, რომ ოჯახი საზოგადოების ბუნებრივი უჯრედი, ახლაც აღიარებულია, მაგრამ, სამწუხაროდ, ცდილობენ ამ ბუნებრიობის საზღვრების გაფართოებას, ანუ იმას, რომ ოჯახის ტრადიციული პარადიგმის საპირწონედ წარმოგვიდგინონ და შემდგომ დაამკვიდრონ კიდევ მოდერნისტული, სუროგატული, არაბუნებრივი, არატრადიციული, ზნეობრივად საეჭვო, ხშირად ანტიჰუმანისტური და დევიაციური პარადიგმა [ქ. გაფრინდაშვილი, რ. ფხაკაძე, 2002; მ. წერეთელი, 2006].

თანამედროვე რეალობამაც შეცვალა წარმოდგენები ოჯახზე. ამაში თავისი წვლილი შეიტანა ბიომედიცინამ, რომელმაც თავის თავზე აიღო ადამიანის სიცოცხლისა და ცხოვრების მართვისა და კორექტირების არატრადიციული ფუნქციები.

თავისი წესები შესთავაზა თანამედროვე ადამიანს ტრადიციული ღირებულებების იერარქიის რღვევამ, მენტალიტეტის ტრანსფორმაციამ, სექსუალურმა რევოლუციამ, აქსელერაციამ, ცხოვრების სოციალური და ეკონომიკური წესების შეცვლამ, გლობალიზაციამ.

თუმცა ოჯახის ამგვარი მეტაფორფოზაც არ იძლევა საფუძველს ვთქვათ, რომ თითქოს ჩამოყალიბდა ოჯახის ერთი თანამედროვე ტიპი, ვინაიდან დღევანდელი ოჯახი ერთობ მრავალფეროვანია და ნაირსახოვანი.

გამოყოფენ ტრადიციული და არატრადიციული ოჯახური თანაცხოვრების მრავალ სახეობას:

1. ბირთვული, ფუძე მონოგამიური ოჯახი – დედა, მამა და დამოკიდებული შვილ(ებ)ი (ძირითადად 18-წლამდე);
2. მარტოხელა მშობლით წარმოდგენილი ოჯახი (ბავშვ(ებ)ს ზრდის მხოლოდ ერთი მშობელი, უხშირესად – დედა);
3. დიდი ოჯახი – ძირითად ოჯახში მცხოვრებ წევრებთან ერთად მასში შედიან ბებია, ბაბუა, ბიძა, დეიდა, მამიდა, ბიძაშვილები ან სხვა ადამიანები, რომლებიც ბირთვულ ოჯახში არ მოიაზრებოდნენ;
4. პოლიგამიური (პოლიგინიური და პოლიანდრიული) ოჯახი;
5. მამაკაცისა და ქალის თანაცხოვრება;
6. ჰომოსექსუალების თანაცხოვრება;
7. უცოლო და გაუთხოვარი ცხოვრება;
8. უშვილო ოჯახი;
9. ოჯახი, სადაც შვილ(ებ)ი ნაშვილებია;
10. ოჯახი–კომუნა;
11. მეორე ქორწინებაში მყოფთა ოჯახები;
12. სვინგინგი და ჯგუფური ქორწინება;
13. გაფართოებული ოჯახი (შედგება რამდენიმე არამონათესავე წყვილისაგან);
14. სინერგამიული ოჯახი.

ამ პარაგრაფში განვიხილავთ თანამედროვე ოჯახის იმგვარ არატრადიციულ ვარიანტებს, რომელთა აღმოცენება, უპირველეს ყოვლისა, ბიოტექნოლოგიურმა რეპროდუქციულმა და გენურმა ტექნოლოგიებმა განაპირობეს, თუმცა მათ გაჩენაში თავისი წვლილი სხვა ბიოეთიკურმა და სულიერ–ზნეობრივმა პრობლემებმა და დილემებმაც შეიტანეს, რომელთა შორის უნდა ვიგულისხმოთ:

- ადამიანის, სიცოცხლისა და სხვა უმაღლესი ღირებულებების დევალვაცია,
- აბორტი,
- კონტრაცეფცია,
- ფეტალური თერაპია,
- დედის მუცლადმყოფი ბავშვის – ემბრიონისა და ნაყოფის – ონტოლოგიური ადამიანური, სოციალური და

- სამართლებრივი სტატუსის უგულვებელყოფა,
- მუცლადმყოფ ჩვილთა მოკვდინება პრენატალურ დიაგნოსტიკაზე დაყრდნობით,
- in vitro ემბრიონების გაწირვა სიკვდილისათვის პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკის საფუძველზე,
- ინვალიდი და შეზღუდული შესაძლებლობის, ასევე სხვადასხვა თანდაყოლილი და მემკვიდრეობითი დაავადებების მქონე ჩვილ ბავშვთა მიტოვება დედ-მამის მიერ,
- ევგენიკური იდეოლოგია,
- მეცნიერული ეთიკის უკმარისობა,
- ოჯახის, როგორც ტრადიციული, ღვთაებრივი და ადამიანური ღირებულების გაუფასურება და ა. შ.

ჩვენი კვლევა ეძღვნება თანამედროვეობის ე. წ. სუროგატული ოჯახური პარადიგმის ფენომენს, რომელიც კაცობრიობას აყენებს მრავალი სამედიცინო, სულიერ-ზნეობრივი, სამართლებრივი, ბიოეთიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სხვა პრობლემის წინაშე.

„სუროგატული“ ოჯახი არა მარტო წარმოადგენს ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიურ ინოვაციას, არამედ თავად ქმნის ტრადიციულის ნაცვლად ახალ სოციალურ და ეთიკურ რეალიას, რომელშიაც წარმოჩინდება მშობლებისა და შვილების ურთიერთმიმართებათა მეტამორფოზა – შეცვლილი როლები.

ახალ „სუროგატულ“ პარადიგმას ჩვენ ვუპირისპირებთ ტრადიციულ ოჯახურ პარადიგმას. ამ პარაგრაფში განვიხილავთ ორივე პარადიგმის ძირითად, კონცეპტუალურ შეხედულებებს.

ტრადიციულ ოჯახურ პარადიგმაში ჩვენ მოვიაზრებთ ოჯახურ კეთილდღეობას უპირველეს ყოვლისა სულიერ-ზნეობრივ განზომილებაში. ეს კი მოიცავს დედის, მამის, შვილების (შვილის), აგრეთვე ოჯახის სხვა წევრების (ბებიის, პაპის, ბიძის, დეიდის, მამიდის...) ჰარმონიულ ყოფას (თანაცხოვრებას) სულიერისა და ზნეობრივის პრიმატის აღიარების მიკროსოციალურ გარემოში, ურთიერთსიყვარულსა და ურთიერთპატივისცემაზე დაფუძნებულ ურთიერთობებს ოჯახის წევრთა შორის, საოჯახო, სამოქალაქო, განათლების, საქმიანობის, სოციალური საკითხების გადაწყვეტას, საცხოვრებელი ადგილის არჩევას, თანასაკუთრებაში არსებული ქონების მართვასა და განკარგვას ღვთაებრივი, ადამიანური, ეროვნული და სხვა ტრადიციული ღირებულებების აღიარებისა და პატივისცემის პირობებში.

ე. წ. „სუროგატულ“ დედობას წინამდებარე მონოგრაფიაში ცალკე პარაგრაფი მივუძღვენით (იხ. 5. 1. 7. „სუროგატული დედობის“ სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები). იქვე შემოვიტანეთ ცნება „სუროგატული“ ოჯახის შესახებაც, ანუ იმგვარი ოჯახის შესახებ, რომელშიაც შვილი ჩნდება არატრადიციული სუროგატული რეპროდუქციული ტექნოლოგიის დახმარებით, ან რომელსაც აქვს ამგვარ ტექნოლოგიაში მონაწილეობის სხვა გამოცდილება (ოჯახის წევრი ერთხელ ან მეტჯერ ყოფილა დაქირავებული „სუროგატ“ დედად, ან აქვს სასქესო გამეტების დონაციის, ან სუროგაციის ცენტრებთან თანამშრომლობის სხვა გამოცდილება).

შეგახსენებთ ე. წ. „სუროგატული“ დედობის ჩვენეულ დეფინიციასაც:

ე. წ. „სუროგატული“ დედობა არის როგორც უშვილობის პრობლემის მქონე, ასევე ასეთი პრობლემების არმქონე ადამიანის (ტრადიციულ ან არატრადიციულ ქორწინებაში არმყოფი – უცოლო/გაუთხოვარი, განქორწინებული, ასევე ქვრივი მამაკაცის/ქალის) ან ადამიანების (ცოლ–ქმრის, ჰეტეროსექსუალური ან ჰომოსექსუალური წყვილის) გენეტიკური შვილის ყოლის სურვილის დაკმაყოფილების გზა არატრადიციული რეპროდუქციული ბიოტექნოლოგიების გამოყენებით, რომელსაც საფუძვლად სიცოცხლის, დედობისა და ოჯახისადმი – როგორც უმაღლესი ადამიანური ღირებულებებისადმი – პრაგმატული და უტილიტარული დამოკიდებულება უდევს [Adam, archimandrite, 20011].

სუროგატული ოჯახის ზემოთ მოყვანილი ჩვენეული განსაზღვრებიდან გამომდინარე, უნდა გავარჩიოთ ამგვარი ოჯახის რამდენიმე ტიპი.

I ტიპი – სუროგაციას გენეტიკური შვილის ყოლის მიზნით მიმართავს უშვილო ოჯახი იმის გამო, რომ ქალის სტერილობას (უნაყოფობას) აქვს სამედიცინო მიზეზი, ანუ საქმე გვაქვს შვილის ყოლის უუნარობასთან შესაბამისი სამედიცინო ჩარევის გარეშე [Рекомендации ВОЗ..., 2011].

ეს შეიძლება იყოს ქალის პირველადი უშვილობის შემთხვევები, როდესაც უშვილობის საფუძველი თანდაყოლოლი დაავადებები, ან განვითარების ანომალიებია (ორქიანი საშვილოსნო, უნაგირისებრი საშვილოსნო), ინფანტილიზმი (პატარა, განუვითარებელი საშვილოსნო), საშვილოსნოს უჩვეულო მდებარეობა, სპერმატოზოიდებისათვის საშვილოსნოში მოსახვედრად მექანიკური წინააღმდეგობის არსებობა). ამავე ჯგუფში შედის ჰორმონული დარღვევები და ენდოკრინული

სისტემის პათოლოგიები.

სხვა შემთხვევებში საქმე გვაქვს ქალის მეორად უშვილობასთან, როცა ქალი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ყოფილა ორსულად, თუნდაც ეს ორსულობა არ დასრულებულიყო მშობიარობით, ხოლო შემდგომში უნაყოფობა განაპირობა სხვადასხვა მიზეზმა: ქალის სასქესო სისტემის ანთებით-ინფექციური დაავადებებმა, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდებმა დაავადებებმა; ქალის სასქესო ორგანოების დაზიანებამ ტრავმების, ქირურგიული ჩარევების, აბორტების დროს; სასქესო სისტემის სიმსივნურმა დაავადებებმა, მათ შორის ენდომეტრიოზმა, პოლიპოზმა, საშვილოსნოს მიომამ; ჰორმონალურმა დისბალანსმა; იმუნობიოლოგიურმა უშვილობამ (პარტნიორების შეუთავსებლობამ); რადიაციულმა დაზიანებამ; ფსიქოსექსუალურმა დარღვევებმა; ნაყოფის ხშირმა მოშორებამ (სპონტანურმა აბორტებმა).

არსებობს ასევე აბსოლუტური უშვილობის ცნება, რომელიც გულისხმობს ქალის სასქესო ორგანოების ისეთ დაზიანებას, როცა ნაყოფის ტარება და მშობიარობა გამორიცხულია (მათ შორის შემთხვევებს, როდესაც რაიმე მიზეზით სასქესო ორგანოები ამოღებული იყო ქირურგიული წესით) [Рекомендации ВОЗ..., 2011].

ჩვენ აქ დაწვრილებით ჩამოვთვალეთ უნაყოფობის მიზეზები, რათა დავადასტუროთ, რომ ჩვენი პოზიცია სუროგატული ტექნოლოგიის გამოყენების მიმართ ითვალისწინებს პრობლემის ყველა ასპექტს: კერძოდ, გათავისებული გვაქვს ოჯახის უნაყოფობის მთელი დრამატულობა.

ამიტომაც გვსურს შევახსენოთ „პროსუროგატულ“ საზოგადოებას, რომ ოჯახური ბედნიერების საყრდენი, უპირველეს ყოვლისა, ქმარსა და ცოლს შორის არსებული სწორი ზნეობრივი ურთიერთობებია, რომელიც გულისხმობს ერთმანეთის სიყვარულს, ერთგულებას, პატივისცემას. მხოლოდ ამგვარი ცოლქმრული ურთიერთობა გამოიღებს ნაყოფს – შვილს – დედ-მამის ერთხორც, სულიერად და ზნეობრივად ჯანსაღ არსებას. დიახ, ეს ხდება მაშინ, როდესაც ერთი ზნეობრივი სული (ერთი მეუღლე) მიენდობა მეორეს მარადიული სიყვარულით, რათა ერთუბრთში ჰპოვონ ნუგეში, სიხარული, შველა, დახმარება, დასაყრდენი ამქვეყნიური ცხოვრების ურთულეს გზაზე. მართლმადიდებელი ეკლესია ქორწინებას მიაკუთვნებს უდიდეს საიდუმლოთა შვიდეულს. ამ საიდუმლოს აღსრულების შედეგად ცოლ-ქმარზე გადმოდის სულიწმიდის მადლი, რომელიც განწმენდს მათ კავშირს, ურთიერთობას, შვილის ჩასახვას, დაბადებას და ქრისტიანულ აღზრდას.

ამდენად ცოლქმრული ურთიერთობის საკრალურობის, საიდუმლოებრიობის, ინტიმურობის შებღალვა დაუშვებლად მიგვაჩნია, რადგან იგი უცილობლად იწვევს დესტრუქციულ ცვლილებებს საზოგადოებაში, ერში, კაცობრიობაში. აკი ოჯახი საზოგადოების უჯრედია, ის მცირე სოციალური წარმონაქმნი, რომლის კეთილდღეობის გარეშე წარმოუდგენელია უფრო მასშტაბური სოციალური კეთილდღეობა.

არატრადიციული რეპროდუქციული ტექნოლოგიების პირობებში ხდება ცოლქმრულ კავშირში მესამე მხარის დაუდევარი შეჭრა ამ კავშირის მოწყვლადობის გაუთვალისწინებლად. რაც შეეხება სუროგატულ ტექნოლოგიას, აქ ამ შეჭრის დაუდევრობისა და მოწყვლადობის რეალიზაციის ხარისხი შეუდარებლად მაღალია.

მიუხედავად იმ მიზეზისა, რომლის გამოც ცოლ–ქმარმა მიმართა უნაყოფობის პრობლემის გადაწყვეტის სუროგაციულ გზას, საქმე გვაქვს ოჯახთან, რომელმაც უგულვებელყო ცოლქმრობის საიდუმლოებრიობა და ინტიმურობა, დედობისა და ოჯახის საკრალურობა, დაქირავებული ქალის – ე. წ. „სუროგატული“ დედის – გესტაციური კურიერის დედობრივი გრძნობები და ღრმა ფსიქოლოგიური პრობლემები, შვილის უფლებები და სულიერ–ზნეობრივი კრიზისის განვითარების რეალური შესაძლებლობა.

მრავალი სუროგატული ოჯახის მაგალითზე დღეს უკვე შესაძლებელია დავინახოთ, რომ ოჯახური ბედნიერება მიუღწეველი დარჩა, რადგან ოჯახის წევრებს (დედას, მამას, შვილ(ებ)ს), როგორც მოსალოდნელი იყო, გაუჩნდა არაერთი პირადი, სოციალური, ფსიქოლოგიური, სულიერი და სხვა პრობლემა.

II ტიპი – ცოლ–ქმარი მიმართავს სუროგაციულ გზას მიუხედავად იმისა, რომ ქალი უნაყოფო არ არის. მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა: კარიერა, უპასუხისმგებლობა მომავალი შვილის, საზოგადოების, ოჯახის, საკუთარი თავის როგორც დედის წინაშე, იდეოლოგიური და ზნეობრივი მოსაზრებანი, საკუთარ ჯანმრთელობაზე „ზრუნვა“ და ა. შ.

აქ არ შეიძლება არ გავიხსენოთ ის ნეგატიური ტენდენცია, რომელიც გასული საუკუნის ბოლო მესამედში ეპიდემიად მოედო „ცივილურ“ საზოგადოებას: დედები მშობიარობის შემდეგ უარს ამბობდნენ ახალშობილთა ძუძუთი კვებაზე. ბევრი ქალი გაურბის ბუნებრივი გზით მშობიარობას და ირჩევს საკეისრო კვეთას. ფართოდ გავრცელდა მშობიარობა გაუტკივარებით სამედიცინო ჩვენების გარეშე.

ყველა შემთხვევაში საქმე გვაქვს დედობის სიწმიდის, შვილის წინაშე პასუხისმგებლობის, სიყვარულისათვის უმცირესი მსხვერპლის გაღების აუცილებლობის გაუაზრებლობასთან. ამას ხელს უწყობს არაკომპეტენტური სამედიცინო კონსულტაციები, როდესაც სუროგაციის ცენტრები მოტივირებულნი არიან რაც შეიძლება მეტი კლიენტი მიიზიდონ. ბიზნესად ქცეული სუროგაციული ტექნოლოგია არაფერს იშურებს რეკლამისათვის და მის კლანჭებში ხშირად ცნობილი ადამიანები აღმოჩნდებიან ხოლმე, რაც გავლენას ახდენს საზოგადოების ცნობიერებაზე.

ცხადია, ობიექტური და სრულყოფილი ინფორმაცია სუროგაციული რეპროდუქციული მეთოდების შესახებ ადამიანებმა შესაძლებელია მიიღონ არა სუროგაციის ცენტრებსა და რეპროდუქციულ ინსტიტუტებში, არამედ პროფესიონალი კონსულტანტებისაგან, რომლებიც მათ გაარკვევენ სუროგაციის თანამდევ ყველა სოციალურ, ეთიკურ, სულიერ, ფსიქოლოგიურ და სამედიცინო პრობლემაში. ამის რეგულაცია კი კანონმდებლობაში უნდა უზრუნველყოს.

III ტიპი – გაუთხოვარი, ან განქორწინებული ან ქვრივი ქალი, რომელიც ღებულობს გადაწყვეტილებას, იყოლიოს შვილი, დღეს არჩევანის წინაშე დგება. სუროგაცია ამ სურვილის დაკმაყოფილების მხოლოდ ერთ-ერთი გზაა.

ცნობილია, რომ ერთმშობლიანი ოჯახები მეტი პრობლემის მატარებელია, როგორც არასრულფასოვანი მიკროსოციალური გარემო. მათ ხშირად დაბალი შემოსავალი აქვთ, მით უმეტეს, რომ ერთმშობლიანი ოჯახი ძირითადად აქვთ ქალებს (დედებს). ამგვარი ოჯახებიდან გამოსული ბავშვები ჩამორჩებიან ხოლმე თანატოლებს სწავლის დონით, არიან დეპრესიულები, აქვთ მიდრეკილება ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისაკენ, სუიციდისაკენ, კრიმინალური აქტივობისკენ. აღმოჩენილია მომავალში განქორწინების შედარებით მაღალი რისკი. ამ პრობლემების ძირითადი მიზეზი შვილის მშობლებთან კონტაქტისა და ურთიერთობის დეფიციტია. მიგვაჩნია, რომ სუროგაცია თავისი ნეგატივიზმით მხოლოდ გააძლიერებს ამ პრობლემებს (იხ. წინამდებარე მონოგრაფიის პარაგრაფი 5. 1. 7. "სუროგატული დედობის" სულიერ-ზნეობრივი პრობლემები).

IV ტიპი – უცოლო, ან განქორწინებული ან ქვრივი მამაკაცის მიერ სუროგაციული შვილის აყვანის შემთხვევა კიდევ უფრო მეტადაა გაჯერებული პრობლემებით. „სუროგატული მამობა“ მიზეზია იმისა, რომ საკანონმდებლო გაურკვევლობის პირობებში ბავშვის დაბადების მოწმობაში გრაფა „დედა“ უბრალოდ შეუვსებელი რჩება, რაც დედობის, როგორც ერთ-ერთი უმაღლესი

საკაცობრიო ღირებულების დევალვაციას პირდაპირ უწყობს ხელს. ამგვარ ოჯახში დაბადებული ბავშვი არა მარტო დედის სითბოსა და მზრუნველობასაა მოკლებული, არამედ თავიდანვე განწირული მარტოხელა მამისეული ოჯახისათვის დამახასიათებელი ყველა კრიზისული სიტუაციისათვის.

V ტიპი – სუროგაცია იქცა გზად, ბავშვი დაიბადოს ერთსქესიანი წყვილის თანაცხოვრების პირობებშიც. ბევრ ქვეყანაში, სამწუხაროდ, ლეგალიზდა ერთსქესიანი „ქორწინებები“. ამგვარმა საკანონმდებლო აღიარებამ და სოციალურმა დაცვამ მოამზადა საფუძველი სუროგატული შვილის აყვანისა და შვილობილობისთვისაც. გამარტივდა ქონების მემკვიდრეობით გადაცემის საკითხიც. ასეთ ჰომოსექსუალურ „ოჯახებში“ მოსალოდნელია მოზარდების არაჯანსაღი ფსიქოლოგიური, ზნეობრივი და სულიერი განვითარება, რაც ბავშვთა უფლებების აშკარა დარღვევაა. ცხადია, სოდომური ცოდვის სოციალური „რეაბილიტაციის“ და დამკვიდრების მცდელობანი აბსოლუტურად მიუღებელია ქრისტიანული მსოფლგაგებისათვის. ჯერ კიდევ მრავალი სახელმწიფო იკავებს თავს ამ ტიპის „ქორწინებების“ აღიარებისაგან.

VI ტიპი – არის შემთხვევები, როდესაც პირველი ტიპის სუროგატულ ოჯახში „სუროგატული“ დედის როლს ასრულებს უახლოესი ნათესავი – დიდი ოჯახის წევრი: დედის ან მამის და (მომავალი ბავშვის დეიდა ან მამიდა), დედა (მომავალი ბავშვის ბებია) ან სხვა ახლო ნათესავი. ამგვარი გადაწყვეტილება შეიძლება ასახავდეს არაჯანსაღ (ხშირად ფარულ) ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს ოჯახის წევრთა შორის. არც იმის წარმოდგენაა რთული, თუ როგორ ფსიქოლოგიურ კრიზისულ სიტუაციაში შეიძლება აღმოჩნდეს სუროგატული შვილი (და მთელი ოჯახი!), როდესაც იგი შეიტყობს ამბავს „ორი დედის“ შესახებ.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ოჯახი ქორწინებისა და სისხლის ნათესაობის ნიადაგზე შექმნილი სოციალური სისტემაა – მცირე ჯგუფი, რომლის წევრები ერთმანეთთან დაკავშირებული არიან ყოფა-ცხოვრების ერთიანობით, ურთიერთდახმარებით, მორალური ურთიერთპასუხისმგებლობით და სულიერ–ზნეობრივი ურთიერთმხარდაჭერით. ეს კავშირები ხასიათდება განსაკუთრებული სიფაქიზით, მგრძნობელობით, მოწყვლადობით. ამიტომაც ოჯახის მიერ მიღებული ყოველი კომპრომისული გადაწყვეტილება სულიერ–ზნეობრივი თვალსაზრისით აკნინებს მის სიმტკიცეს, ღირებულებასა და სიწმინდეს. ამგვარ როლს, ცხადია, ასრულებს ნათესაური კავშირების სუროგატული აღრევის აღწერილი შემთხვევები.

VII ტიპი – ცალკე უნდა აღიწეროს ოჯახები, სადაც „სუროგატული“ ბავშვ(ებ)ი დედის, ან მამის ან ორივე მშობლის გარდაცვალების შემდეგ ჩნდება. ეს გლობალურად საშიში და პროგნოზულად კატასტროფული ბიოტექნოლოგიური სოციალური ფენომენია, რომელიც გულისხმობს მშობლებისა და შვილების (უფრო ფართოდ – სუროგაციაში მონაწილე ადამიანების) თაობებს შორის ონტოლოგიურად არსებული ბუნებრივი დროითი და სივრცობრივი წონასწორობის დარღვევას.

რა შედეგებამდე შეიძლება მიიყვანოს კაცობრიობა ამ ფენომენის მასშტაბურობის გაზრდამ? ჩვენი აზრით, ზუსტად ამის განსაზღვრა მეცნიერებას არ შეუძლია. საჭიროა მეცნიერული აზრის მიმართვა ამ პრობლემის ტრანსდისციპლინური კვლევისაკენ, მიღებული შედეგების სხვადასხვა გენეზის ცოდნათა სინთეზზე დაფუძნებული შესწავლა, საღი აზრის თვალსაჩინოობისა და მისტიკურ–საკრალური განზომილების გათვალისწინება.

VIII ტიპი – ამ ტიპს განეკუთვნება იმგვარი ოჯახი, რომლის წევრებსაც აქვს სუროგატულ რეპროდუქციულ ტექნოლოგიაში მონაწილეობის გამოცდილება:

- ოჯახის ერთი ან მეტი წევრი ერთხელ ან მეტჯერ ყოფილა დაქირავებული ე. წ. „სუროგატ“ დედად;
- ოჯახის წევრ(ებ)ს აქვს სასქესო გამეტების დონაციის გამოცდილება;
- ოჯახის წევრ(ებ)ს აქვთ სუროგაციული ტექნოლოგიისადმი აქტიური პოზიტიური განწყობა, რაც გამოიხატება ამ იდეის პროპაგანდაში ან აქვთ სუროგაციის ცენტრებთან თანამშრომლობის სხვა გამოცდილება.

თითქოს დავამთავრეთ პრობლემის ძირითადი მიმოხილვა, მაგრამ ფიქრები ისევ გვეძალება...

დარწმუნებულნი ვართ, რომ ისევ გველოდება უძილო ღამეები, გაუზიარებელი გულისტკივილი, დედობაშებლალულ კაცობრიობაზე დარდი...

ამიტომაც დიალოგს საკუთარ თავთან (მკითხველთანაც, თუ ინებებს) ვაგრძელებთ:

- ამასაც მოვესწარით!
- რატომ გიკვირს? რამდენ ხანს გრძელდებოდა შვილების ხოცვა–ჟლეტა?
- ახლაც გრძელდება!
- ჰო–და დადგა ჟამი მტრის შურისძიებისა! ცოტაა დედების ფიზიკურ არსებობას დაემუქრონ! მათ სურთ დედობა მოკლან!

დ ე დ ო ბ ა ! გესმის?

– მესმის და იმასაც ვხვდები, ვის სურს... მაგრამ მსხვერპლნი რომ დაბრმავებულან და დაყრუებულან?!

– არა, გულები აქვთ გაქვავებული.

– გულები? იქნებ ეს მაინც გონების დაბინდვაა?

– განა სულის ღრმა დაზიანების გარეშე, გულში უსიყვარულობისა და ურწმუნობის თავისუფალი პარპაშის გარეშე შეიძლება წმიდათაწმიდა სიტყვა “დედა” შებღალო და მას გვერდში ამოუყენო დამამცირებელი სიტყვა „სუროგატული“?

– აკი თქვი, დედობა უნდათ მოკლანო. ჰო–და, ეს პირველ მცდელობად უნდა აღვიქვათ, ალბათ... უარესი წინ გველის... ეს პირველია მხოლოდ...

– პირველი... მეორე... მესამე... მოტყუებულ მსხვერპლთა რიცხვი იზრდება... აი, კიდევ ერთი გამოჩნდა...

– ნეტავ ამის გადარჩენა მაინც თუ შეიძლება?!

– შეიძლება, თუ პასუხს გასცემ მის შეკითხვებს, თუ დაუპირისპირდები მის ეჭვებს შენი მოსაზრებებით, იმით, რაც ჭეშმარიტებით იკვებება... თუ აუხელ გულისთვალს დაბრმავებულს... აკი გითხარი, რაციონალურ გონებას უნდა სძლიო და გაქვავებულ გულში უნდა შეაღწიო–თქო.

– მე უბრალოდ ვაპირებ ავუხსნა, რომ დედაშვილობა იწყება შვილის ჩასახვისთანავე და რომ ვერავინ და ვერაფერი წაშლის ორსულობის ხანის დედაშვილობის კვალს ვერც დედის და ვერც შვილის სულში... და რომ არ შეიძლება შვილი გაწირო იმგვარი არჩევანისათვის, რომელმაც შეიძლება სულ ერთიანად შეძრას მთელი მისი არსება და ნანგრევებად უქციოს ფაქიზი სული... არ შეიძლება არ იფიქრო შვილზე, რომელსაც შენ ადრე თუ გვიან აიძულებ დადგეს საშინელი არჩევანის წინაშე, თუ ვინ არის მისი ნამდვილი დედა: ... ის, ვინც ცხრა თვე თავისი მუცლით ატარა და ზარდა, თუ ის, ვინც მხოლოდ თავისი სხეულის უჯრედი გასცა ამისათვის... ის, ვინც ეს ცხრა თვე სულმოუთქმელად ელოდებოდა, როდის დადგებოდა ის დღე, როდესაც „ბიოლოგიური“ დედა ბავშვის მუცლად ტარების სანაცვლო გასამრჯელოს ჩაუჩხრიალებდა ჯიბეში, თუ ის, ვინც ერთი წუთით არ დაფიქრებულა იმაზე, როგორ სულიერ მდგომარეობაში შეიძლება აღმოჩნდეს ქალი–დედა, რომელმაც მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელი შვილი შვა, მაინც მარტო უბრუნდება თავის ოჯახს.

– ამგვარ დღეში შვილი არ უნდა ჩააგდო! ამაზე ღირს დაფიქრება!

– ვინა არის ნამდვილი დედა? ამ კითხვას იქნებ სულ სხვა პასუხი ექნეს. იქნებ დედად ვერ აღიქვან ვერც ის, ვინც ცხრათვიან დაქირავებულ სარფიან დედობაზე ცვლის სიხარულს, რომელიც მთელი ცხოვრება შეიძლებოდა გაგრძელებულიყო, და ვერც ის, ვინც მხოლოდ იმიტომ თვლის მას ღვიძლ შვილად, რომ იმ დღეს „კლინიკაში“ დატოვა თავისი სხეულიდან აღებული რამდენიმე უჯრედი და დაეთანხმა იმას, რომ შვილი შეიძლება ჩაისახოს სიყვარულისა და დედ–მამის გარეშე უამრავი უცხო ადამიანის „მონაწილეობით“, მერე ემბრიონსაც უცხო ქალს ჩაუნერგავენ მის წიაღში და ატარებს შვილის (ოღონდ საკითხავია – ვისი შვილის?) დაბადებამდე?.. იქნებ მან გამცეს პასუხი ამ კითხვებზე, რომელთაც აუცილებლად დაუსვამს მას ცხოვრება. ცხოვრებაც და შვილიც... დიახ, შვილები დაგვისვამენ ამ შეკითხვებს ჩვენ ყველას, ეს ხმა მოსვენებას არ უნდა გვაძლევდეს – ჩვენი სუროგატული შვილების ხმა მომავლიდან: მითხარით, რა არის ის, რასაც დედაშვილობა ჰქვია და სად გაჰქრა იგი? რატომ მოგვპარეთ ჩვენ და ჩვენნაირებს ეს სიყვარული? რატომ გაგვიმეტეთ თქვენს მიერვე გამოგონილი „სუროგატული ბედნიერებისათვის“?.. რატომ?!

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, თანამედროვე კაცობრიობა ამკვიდრებს ახალ, ჩვენ მიერ სუროგატულად წოდებულ ოჯახურ პარადიგმას, რომლის ოდენ ზოგიერთი კონცეპტუალური იდეა გავაჟღერეთ წარმოდგენილ ნაშრომი.

თავი მეექვსე

პროგნოზირება და პრევენცია,
როგორც ბიოეთიკის ფუნქციები
კაცობრიობის გლობალურ
პრობლემებთან მიმართებაში

ბიოეთიკა სამყაროს არსის, მასში ადამიანის არსებობისა და მოღვაწეობის, სიცოცხლის ფილოსოფიურ-აქსიოლოგიური გააზრების სრულიად ახალი მიმართულებაა. იგი იკვლევს ბიომედიცინის სფეროში ადამიანის ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის, სიცოცხლის, სიკვდილის, დედამიწაზე სიცოცხლის შენარჩუნებისა და კაცობრიობის გადარჩენის გზების ძიების, ადამიანთა სულიერ-ზნეობრივი ორიენტაციის, მეცნიერების (მეცნიერული კვლევის) ხასიათის, მისი იდეალების, ნორმების, შესაძლებლობათა განხორციელების მიზანშეწონილობის პრობლემატიკას [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

მეცნიერული კვლევის ღირებულებითი (აქსიოლოგიური) ორიენტაცია ბიომედიცინის განვითარების პერსპექტივათა განსაზღვრის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია. ამასთანავე უნდა ითქვას, რომ ეს ღირებულებითი ორიენტაცია გარე ფაქტორებს კი არ ემორჩილება, არამედ ცნობიერდება და ყალიბდება თვით ბიოსამედიცინო აზროვნების სივრცეში.

ამის დადასტურებაა ბიოეთიკის აღმოცენება, რომლის საბოლოო მიზანი ბიომედიცინაში არსებული ეთიკური პრობლემების ანალიზისა და მათი არსის გამოკვლევის საფუძველზე კაცობრიობის მომავლის შესახებ კონცეფციების შემუშავებაა [დ. გეგეშიძე და სხვ., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2010].

დედამიწაზე სიცოცხლის შენარჩუნებით, აპოკალიფსური ფინალის აღსრულების ინტენსიურობის შენელებით, უპირველეს ყოვლისა, ადამიანი უნდა იყოს დაინტერესებული. მხოლოდ მას შეუძლია რაიმე მოიმოქმედოს გლობალური კატასტროფის თავიდან ასაცილებლად [Адам, архимандрит, 2001].

თანამედროვე პოსტინდუსტრიული, ტექნოგენური და პოსტჰუმანისტური ცივილიზაციის რეალობა კი ისეთია, რომ კაცობრიობის აქტივობით განპირობებული ადამიანისა და ბუნების, ადამიანისა და სოციალური, ადამიანისა და აბსოლუტის თანაფარდობათა ასიმეტრია კიდევ უფრო ძლიერდება.

რამდენადაც უსაზღვროა ადამიანის ცნობისმოყვარეობა,

გონების მამიებლობა ბუნების, საკრალურის, საკუთარი თავის მიმართ, იმდენად უსაზღვროა მისი ლტოლვა თვითრეალიზაციისაკენ, სამყაროზე ბატონობისაკენ, საკუთარი ინტერესებისა და სურვილების დაკმაყოფილებისაკენ, რომელთა სიწმიდე, უანგარობა, სიკეთესა და სიყვარულზე დაფუძნებადობა, ზნეობრივი სიმაღლე და სულიერი სისპეტაკე ძალიან ხშირად აღძრავს ექვს [Адам, архимандрит, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

მონოგრაფიის ეს ნაწილი მიზნად ისახავს ბიოეთიკის სხვა არსებით ფუნქციებთან ერთად შეისწავლოს პროგნოზირებისა და პრევენციის ფუნქციები, რაც დაგვეხმარება კაცობრიობის მომავლის განჭვრეტისა და პერსპექტიული ბიოეთიკური და სხვა გლობალური დილემებისა და პრობლემების წარმოშობის კანონზომიერებათა ამოხსნაში.

ბიოეთიკა თავისი არსებობის დასაწყისშივე დადგა აუცილებლობის წინაშე, შეიძინოს გამოცდილება, რათა მსოფლმხედველობრივად მართებულად შეაფასოს კაცობრიობის მოღვაწეობის მთელი სპექტრი (თავისი მრავალფეროვანი გამოვლინებებით) არა მარტო მედიცინასა და ბიოლოგიაში, და არა მარტო თანამედროვე ეტაპზე.

აქვე ყურადღება უნდა გავამახვილოთ იმ გარემოებაზე, რომ კაცობრიობის ბიოეთიკური პრობლემების ირგვლივ წარმოქმნილი ყველა აქსიოლოგიური, მენტალური და მსოფლმხედველობრივი აზრთა სხვადასხვაობის, ასევე სულიერ, ონტოლოგიურ და ეკზისტენციალურ ძიებათა მრავალფეროვნების სათავე ადამიანთა მოდემის მომავალზე ზრუნვისადმი განსხვავებული დამოკიდებულებებია [А. Я. Иванюшкин, и др., 1989; C. Fluehr-Lobban, 2000; J. Suaudeau, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2005 (ბ)].

წარსული, აწმყო და მომავალი ისტორიული განვითარების ჯაჭვის რგოლებია. წარსულის (მეცნიერული, ფილოსოფიური და თეოლოგიური ანთროპოლოგიური აზრის ისტორიის) შესწავლა გვეხმარება უკეთ შევიმეცნოთ აწმყო (თანამედროვე ბიომედიცინის მდგომარეობა და მისი ბიოეთიკური არსი), გვაძლევს მისი შეფასების მასშტაბს (ღირებულებებითი ცნებების ახლებური გააზრება ტრადიციებისა და თანამედროვე პლურალისტული შეხედულებების შუქზე); ხოლო წარსულის კანონზომიერებათა (მედიცინის, ბიოლოგიის, ფილოსოფიისა და ბიოეთიკის ისტორიის) შესწავლა გვეხმარება უკეთ გავიგოთ და მეცნიერულად განვჭვრიტოთ განვითარების შესაძლო გზები მყოფადში (ჩვენი მომავლის რეალურობის, კაცობრიობის გადარჩენის, აპოკალიფსის პროგნოზირება) [Адам, архимандрит, 2001].

პროგნოსტიკა, მით უმეტეს ნეგატიური, არ შეიძლება ფუტუროლოგიურად ღირებული იყოს, თუკი არ გვექნება გამომუშავებული და ჩამოყალიბებული მომავალში მოსალოდნელი (პროგნოზირებული) კონკრეტული პრობლემებისა და დილემების წარმოშობის თავიდან აცილების დასაბუთებელი ღონისძიებების შინაარსი და იდეები.

ამრიგად, ჩვენ მივუახლოვდით პრევენციის საკითხს.

ვიდრე ბიოეთიკის პრევენციული ფუნქციის საკითხის განხილვას შევუდგებოდეთ, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მისი შესწავლისათვის ერთობ მნიშვნელოვანია მეცნიერული თვალსაზრისით ხარისხიანი და მეთოდოლოგიურად გამართული პროგნოზირება; ხოლო პროგნოზების წარმატებით დამუშავება მოითხოვს შემდეგი ამოცანების ეტაპობრივ გადაწყვეტას: (1) წინაპროგნოზული ორიენტაციის შემუშავება, (2) პროგნოზული ფონის შესწავლა და (3) საწყისი მოდელის შექმნა [И. В. Бестужев-Лада, 1983].

წინაპროგნოზული ორიენტაცია გულისხმობს ობიექტის, საგნის, პრობლემის, მიზნისა და ამოცანის განსაზღვრას [E. Janch, 1974; И. В. Бестужев-Лада, 1983]

ჩვენი კვლევის ობიექტი არის როგორც **სოციალური** (საზოგადოება, ადამიანური ურთიერთობები, მათ შორის ექიმსა და ავადმყოფს, დანარჩენ სამედიცინო და სხვა პერსონალსა და პაციენტს, ექიმსა და ავადმყოფის ნათესავებსა და მეურვეებს, პაციენტსა და მის ოჯახს, დონორსა და რეციპიენტს შორის), ისე ბუნება (სიცოცხლე და სიკვდილი, ავადმყოფობა და ჯანმრთელობა, ადამიანის ბუნების სულიერი და ხორციელი საწყისი, მაკროკოსმოსი, გარემო, ბუნება და მათი ეკოლოგიური დახასიათება) [Адам, архимандрит, 2001].

პროგნოზირების საგნისა და მიზნის განსაზღვრისას, საკითხს ერთგვარ ნათელს ჰყენს დეფინიცია, რომელიც ბიოეთიკას განიხილავს, როგორც “სამედიცინო ეთიკის ისეთ დონეს, რომელშიაც ასახულია სამეცნიერო-ტექნიკური რევოლუციის ეპოქის მედიცინისა და გამოყენებითი ბიოლოგიის ახალი ზნეობრივი პრობლემები, როდესაც მათ გადაწყვეტაზე დამოკიდებული ჰუმანიზმის მომავალი” [А. Я. Иванюшкин и др., 1989] და აქედან გამომდინარე – მთელი კაცობრიობისა და სამყაროს ბედი და მომავალი.

ამ კონტექსტში ბიოეთიკის ამოცანა შეიძლება განისაზღვროს როგორც ახალი პროფესიული და საზოგადოებრივი მორალური ნორმების, ნორმატიული კოდექსების, კანონების ფილოსოფიურ-

აქსიოლოგიური და ისტორიულ-ტრადიციული (მათ შორის რელიგიური) დასაბუთება.

მსოფლიო წესრიგისა და ღირებულებითი ორიენტაციის, შემოქმედებით და შემეცნებით მოღვაწეობაში კაცობრიობის მიღწევების, მეცნიერებისა და ტექნიკის დარგში აღმოჩენების მიმართ განსაკუთრებული მგრძნობელობა და ლაბილურობა და მათ ზემოქმედებაზე რეაგირების უნარი არის სამყაროს ბიოეთიკური სურათის პროგნოზული ფონის ძირითადი ქარაქტეროლოგია, რომელიც ყოველთვის განაპირობებს მის დეტერმინაციასა და იწვევს მის ტრანსფორმაციას.

საწყისი მოდელი, ანუ კაცობრიობის თანამედროვე ბიოეთიკური სტატუსი, წარმოდგენილია აურაცხელი ბიოეთიკური პრობლემის არსებობით: შეუქცევადი მდგომარეობის განვითარებისა და სიკვდილის დადგომის კრიტერიუმების დადგენის განუსაზღვრელობა, რეანიმაციული და ინტენსიურთერაპიული დახმარების აღმოჩენის, მასზე უარის თქმის, მისი შეზღუდვის ან შეწყვეტის, მისი მოცულობისა და ხასიათის განსაზღვრის, ექიმთა ქცევის პრობლემები ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილისა“ და მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის კონსტატაციისას, კლინიკური ცდების (მათ შორის ადამიანის ემბრიონებზე ექსპერიმენტების, ფეტალური თერაპიის, ევთანაზიის, ტრანსსექსუალური ქირურგიის, გენური მედიცინის) და სხვა დილემები.

ეს ჩამონათვალი წარმოაჩენს თანამედროვე ბიომედიცინასა და, საერთოდ, კაცობრიობის ცხოვრებაში არსებული პრობლემური სიტუაციის გამოვლინებას, რომელიც, მიუხედავად ერთი შეხედვით დანახული მრავალფეროვნებისა და სიჭრელისა, შეიძლება განვიხილოთ როგორც სულიერ-ზნეობრივი ორიენტირების მიმართ თანამედროვე ადამიანის მიერ დაშვებული ცდომილებებისა და განდგომების გამოვლინება:

1. ადამიანის სიცოცხლის გაუფასურება და მისდამი უტილიტარული დამოკიდებულების გამომჟღავნება („გამართლებული“ სამხედრო კონფლიქტები, მოქმედებები და ოპერაციები, მთელს მსოფლიოში გავრცელებული ტერორიზმი, ადამიანთა გატაცების ფაქტები, სუიციდების რიცხვის ზრდა და ამგვარი ქმედებებისაკენ წაქეზება, კრიმინალური მკვლელობები, აბორტები, ექსპერიმენტები ემბრიონებზე, ფეტალური თერაპია, ევთანაზიის ყველა სახე, ე. წ. „თავის ტვინის სიკვდილისა“ და მყარი ვეგეტაციური მდგომარეობის გამოყენება „არასრულფასოვანი“ სიცოცხლის შეწყვეტისა და ორგანოების გადასანერგად გამოყენების მიზნით და ა. შ.);

2. ადამიანის თავმდაბლობის გაქრობა იმის წინაშე, ვინც მასზე მაღლა დგას, ე. ი. ღმერთის, აბსოლუტის წინაშე, რაც გამოიხატა ადამიანის ნების შეუზღუდველობით, იდეალური, ღვთაებრივი, ზნეობრივი ნორმების უგულვებელყოფით. ეს ფენომენი ყველაზე აშკარად გამოვლინდა ადამიანის კლონირების იდეაში;

3. კულტურული და რელიგიური ტრადიციებისა და ზნეობრივი ფასეულობების უგულვებელყოფა (კოსმოპოლიტიზმი, სეკულარიზმი, ნიჰილიზმი, გლობალიზმი, კომუნიზმი, ურბანიზაცია, ოჯახის დაგეგმარება. . .);

4. ადამიანის სიცოცხლის უფლების იგნორირება სახელმწიფო და საზოგადოებრივ დონეზე;

5. მეცნიერულ-ისტორიული არაკომპეტენტურობა – ფალსიფიკაცია იდეოლოგიის სამსახურში, რომლის გამოვლინებებია: დარვინიზმი, ევოლუციონიზმი, პანსპერმია, მატერიალიზმი, ათეიზმი, პანთეიზმი, ეკუმენიზმი, მისტიციზმი, პროტესტანტიზმი, სექტანტობა და ა. შ.

6. ახალი კერპთაყვანისმცემლობის იდეოლოგია (ფული, რეკლამა, კარიერა, სექსი, გარემოს დიზაინი, ავტომობილები, კაზინოები, ტელევიზია, საკუთარი სხეულებრივი იმიჯი: ბოდი-არტი, ბოდი-ბიულდინგი, ტატუ, ნეილ-არტი, პლასტიკური, ესთეტიკური და ტრანსსექსუალური ქირურგია და სხვ., ვირტუალური სამყარო, ინტერნეტი, მოგზაურობები, მოდა, პორნოგრაფია, ეროტიკა, შოუ . . .);

7. ადამიანის ყოფიერების ტოტალური კომერციალიზაცია;

8. ინტელექტუალური დეფიციტი: გონიერებისა და სიბრძნისადმი განურჩევლობა [Адам, архимандрит, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003, 2001 (დ), 2002].

წარმოდგენილი სურათი იმის ილუსტრაციაა, თუ რა დიდი უფსკრული გაჩნდა, ერთი მხრივ, მეცნიერულ-ტექნიკურ მიღწევებს, შესაძლებლობებს, ცივილიზაციის პროგრესსა, და, მეორე მხრივ, კაცობრიობის სულიერ-ზნეობრივ განვითარებას შორის [ილია მეორე (ღუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002].

ამრიგად, პროგნოზირების თეორიული საკითხების განხილვასთან ერთად, საჭიროდ მიგვაჩნია გამოვარჩიოთ და ვაჩვენოთ ის უარყოფითი სულიერ-ზნეობრივ-ღირებულებები, რომლებიც განმსაზღვრელ როლს ასრულებს კაცობრიობის გლობალური (მათ შორის ბიომედიცინის სფეროში არსებული) პრობლემების როგორც წარმოშობაში, ჩამოყალიბებასა და რეალიზაციაში, ისე ამ პრობლემების პრევენციაში.

ამ ფენომენებთან დაკავშირებული პრობლემატიკის სიღრმისეულ მეცნიერულ, ფილოსოფიურ და რელიგიურ-თეოლოგიურ გააზრებაზე, ჩამოთვლილ პრობლემათა დამლევის გულწრფელ სურვილსა და თითოეული ადამიანისა და მსოფლიო საზოგადოებრიობის ამგვარი გადაწყვეტილების სიმყარეზეა დამოკიდებული პრობლემების პრევენცია, ე. ი. ადამიანთა მოდგმის გადარჩენის პროგნოზის სასიკეთობა [Адам, архимандрит, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003].

პრევენციისა და პროგნოსტიკის შემდეგი განმსაზღვრელი პირობა ბიოეთიკის ამოცანების გადაწყვეტის დონეა, ანუ ის, კერძოდ, თუ როგორი გადაწყვეტილებები, ნორმატიული აქტები, კანონები, დეკლარაციები იქნება მიღებული მსოფლიო და რეგიონული სამედიცინო და საკანონმდებლო ორგანიზაციებისა და ასოციაციების მიერ კლონირების, ფეტალური თერაპიის, ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების, ევთანაზიისა და სიცოცხლის სიწმინდის შემზღალავ სხვა პარადოქსულ ბიოეთიკურ საკითხებში [J. Suaudeau, 1999; გ. ჯავაშვილი და სხვ., 2001; Церковно-общественный Совет..., 2001, 2001(a), 2001(б), 2001(в); J. S. Zaremba et al., 2001; H.T. Engelhardt, 2011, 2011 (a)].

რაც შეეხება პროგნოსტიკულ ფონს, იგი ისეთი მგრძნობიარეა, რომ რეაგირებს ნებისმიერ ცვლილებაზე კაცობრიობის ცნობიერებაში, ზნეობრიობასა და მოღვაწეობაში (როგორც შემოქმედებით, ისე მექანიტურ-ტექნიკურ, როგორც აღმშენებლობით, ისე დესტრუქციულ საქმიანობაში).

როგორი იქნება ეს ცვლილებები მომავალში? ეს კითხვა თავისი შინაარსით ფაქტიურად არის კითხვა კაცობრიობის ისტორიის აპოკალიფსური ფინალის აღსრულება-არაღსრულების შესახებ პროგნოზირებად მომავალში.

თანამედროვეობის ბიოეთიკური და სხვა ფუნდამენტური პრობლემების გადაწყვეტა წარმოუდგენელია მხოლოდ რაციონალისტური მსოფლალქმის საფუძველზე: ადამიანის გონება ცდილობს გახდეს ერთადერთი მნიშვნელოვანი ძალა სოციალური თვალსაზრისით; ამიტომაც შესაძლებელია თავად იქცეს ცივილიზაციის სულიერ-ზნეობრივი კრიზისის გაღრმავების მიზეზად [A. Singer, 1992; Димитрий (Смирнов), протоиерей, 2001; ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2002 (ბ)].

დღეს მსოფლიო საზოგადოებრიობის წამყვანი ძალები გამოსავალს გლობალიზაციის პროცესებში ხედავენ, რომელთა ჭეშმარიტ არსში წვდომა, მათი მნიშვნელობის გააზრება ზოგადსაკაცობრიო, ტრადიციული, ეთნონაციონალური, რელიგიური, კულტურული, სულიერი ფასეულობების

სისტემისათვის [C. Fluehr-Lobban, 2000], აგრეთვე კაცობრიობის სამედიცინო-ბიოლოგიური და სხვა გლობალური პრობლემების თავიდან ასაცილებლად ბიოეთიკის პრევენციული ფუნქციის თვალსაზრისით დროის აუცილებელი მოთხოვნაა.

ადამიანის ურთიერთობები ბუნებასთან, საზოგადოებასთან, ღმერთთან, როგორც წესი, ხასიათდება წინააღმდეგობების არსებობით. ამ ანტაგონიზმს ვხვდებით ურთიერთობათა ყოველგვარ ფორმაში, როგორც ადამიანთა დესტრუქციული მოღვაწეობისას, ისე ჩვენი მცდელობისას – გამოვიჩინოთ სიბრძნე, წინდახედულება, რწმენა, სიყვარული, თავმდაბლობა და მოკრძალება იმის წინაშე, ვინც ადამიანზე მაღლა დგას [Адам, архимандрит, 2001].

ცხადია, ურთიერთობათა ამგვარი, პირობითად ჰარმონიული ფორმის შემთხვევაში, ნაკლებადაა მოსალოდნელი ბუნებასთან, ადამიანთა მოდგმასთან, ღმერთთან ერთიანობის დარღვევა. მაგრამ როგორც კაცობრიობის ისტორია გვიჩვენებს, ადამიანი ყოველთვის არღვევს სამყაროსთან ჰარმონიულობის წესებს.

სამყარო ჩვენ მიერ სტრუქტურული დონეების ტრიადითაა წარმოდგენილი:

III დონე – საკრალური

II დონე – სოციალური

I დონე – ბუნება

ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციები არსობრივად მოიცავს ადამიანის ანტაგონისტური ურთიერთობების გამოვლინებებს როგორც ბუნების, ისე სოციალურ და საკრალურ მიმართ. ადამიანი არღვევს სამყაროს “მოწესრიგებულობას” და ქმნის პროგნოზულად საშიშ კონფლიქტურ სიტუაციებს, რომლებიც თავისი შინაარსით შეიძლება იყოს ეკოლოგიური, ბიოეთიკური, ბიოპოლიტიკური, ბიოფილოსოფიური, სოციალბიოლოგიური და ა. შ.

ამ პრობლემური სიტუაციების გენეზისში შეიძლება გამოიყოს 4 ძირითადი ფაზა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

პირველი – წინააღმდეგობის ფაზა – ხასიათდება არა მარტო მომხმარებლური დამოკიდებულებით ბუნებასთან, სოციალურ, საკრალურთან, არამედ ამ დამოკიდებულებების საშუალებით

მიღებული შედეგებით გამოწვეული უკმაყოფილებითაც. ეს უკმაყოფილება აღძრავს ადამიანებს მოღვაწეობისაკენ, რომელიც მიმართულია:

1. ბუნების გარდაქმნის, ანუ ხელოვნური ბუნების შექმნისაკენ, რომელიც თანდათანობით გამოდევნის ბუნებრივ გარემოს. ირღვევა ბიოსფეროს მდგრადობა: მოხმარების ტემპების აჩქარების გამო ბიოსფერო ვერ ასწრებს თვითგანახლებას;

2. სოციალური გარდაქმნებისაკენ – რევოლუციების, ომების, სახელმწიფო გადატრიალებების, კოლონიალიზაციის, ეროვნულ-განმათავისუფლებელი მოძრაობების, აჯანყებების, სახელმწიფო წყობილების შეცვლის, მსოფლიო პოლიტიკის გლობალიზაციისა და სხვა უფრო ნაკლებმასშტაბური პროცესებისაკენაც, როგორებიცაა: კონსტიტუციური და საკანონმდებლო ცვლილებები ქვეყანაში, ამა თუ იმ ფენის პრივილეგიების დაკანონება, სამთავრობო სტრუქტურების კორუმპირება, ქონებისა და სხვადასხვა რესურსის პრივატიზაციის ტენდენციურობა და ა. შ.

3. საკრალურთან ურთიერთობის შეცვლისაკენ, რაც გამოიხატება

- ღმერთისაგან განდგომით, რომელმაც შვა წარმართობა და კერპთაყვანისმცემლობა;
- რელიგიისაგან განდგომით, რისი შედეგიცაა ათეიზმი;
- მართლმადიდებლობისაგან განდგომით, რომელმაც აღმოაცენა კათოლიციზმი;
- ეკლესიისაგან განდგომით, რომელმაც პროტესტანტიზმი მისცა კაცობრიობას;
- ქრისტესაგან განდგომით, რამაც წარმოშვა მისტიკა და რაციონალიზმი;
- ადამიანურ (ოჯახურ, საზოგადოებრივ, ეკლესიურ) მოვალეობებზე უარის თქმით, მოვალეობათაგან განდგომით, რასაც მოჰყვა საყოველთაო ამორალიზმი და უზნეობა;
- თვით სიცოცხლეზე უარის თქმის ტენდენციებით – თვითმკვლელობათა გამართლება, ევთანაზიის დაკანონება, აბორტებისა და კონტრაცეფციის ტოტალური გავრცელება, ევგენიკა და ა. შ.
- ადამიანთა უფლებების დარღვევით სხვადასხვა სფეროსა და სხვადასხვა დონეზე, სოციალური უსამართლობის მრავალგვარი გამოვლინებით, რომელიც აკნინებს სიცოცხლის, როგორც უმაღლესი ღირებულების, სიწმინდეს და ართმევენ ადამიანებს სიცოცხლის უფლებას

[ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003, 2004].

ამრიგად, ადამიანის ბუნებასთან, სოციუმთან, საკრალურთან ურთიერთობა შევიდა მეორე ფაზაში – კონფლიქტის ფაზაში.

შექმნილი სიტუაცია ადამიანის ბუნებისადმი დამოკიდებულების თვალსაზრისით ხასიათდება პლანეტის ბიორესურსების გამოფიტვით, როცა იქმნება აუცილებლობა ადამიანთა მოთხოვნილებების შეზღუდვისა მხოლოდ ისეთი ანთროპოგენური მოთხოვნილებებით, რომლებიც ადამიანის ბუნებიდან გამომდინარეობს და განაპირობებს მისთვის შესაბამის კულტურულ-ისტორიულ პირობებში არსებობას.

რეალურ ცხოვრებაში ადამიანს აქვს აგრეთვე, ერთი მხრივ, გაზრდილი, არაადეკვატური, შეცვლილი ანთროპოგენური (მაგალითად, იშვიათი მცენარეებისა და ცხოველებისაგან მომზადებული ძვირადღირებული კერძები), მეორე მხრივ, არაანთროპოგენური, ბიოლოგიურ საჭიროებასა და კულტურულ ტრადიციებთან შეუთავსებელი მოთხოვნილებებიც, როგორებიცაა, მაგალითად, თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების, დევიაციური სქესობრივი ცხოვრების, აზარტული თამაშებისა და მიდრეკილებების, საკუთარი სხეულისადმი არატრადიციული დამოკიდებულების (მაგალითად, ბოდი-არტი) და სხვა მოთხოვნილებები [არქიმანდრიტი ადამი, 2003, 2010].

ამგვარი მიდრეკილებები და მისწრაფებები განაპირობებს და თავად არიან განპირობებულნი სოციუმთან და საკრალურთან წინააღმდეგობით – კონფლიქტური ფაზის არსებობით, რაც ბიოსამედიცინო რეალიაში ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების სახით კრისტალდება.

ამგვარი ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების რიგს განეკუთვნება:

- აბორტი, როგორც საშუალება (ა) ოჯახის დაგეგმარებისა ადამიანის პირადი ეგოისტური სურვილების შესაბამისად, (ბ) შეუზღუდავი სქესობრივი ცხოვრებისა, (გ) არასასურველი ან ფიზიკურად არასრულყოფილი (რაიმე პათოლოგიის ან სიმახინჯის მქონე) ბავშვის მოკვდინებისა;
- ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიები, რომელთაც დააკმაყოფილეს ადამიანის ამპარტავნული აზრი, თავად გადაწყვიტოს, ჰყავდეს თუ არა შვილი, და რომელთაც თითქოს გადაჭრეს უშვილობის პრობლემა, მაგრამ იმავდროულად კაცობრიობას “აჩუქეს” ჯერარნახული დილემები “ჭარბი” ემბრიონების ბედის, ე. წ. „სუროგატული“ დედის და ა. შ. სახით;

- ტრანსსექსუალური ქირურგია, რომელიც ადამიანის სურვილის შესაბამისად ცვლის სხეულსა ან მის ნაწილებს გენეტიკურად საპირისპირო სქესისათვის დამახასიათებელი მაჩვენებლებით;
 - ევთანაზია, რომლითაც ცდილობენ ყველაზე საშიში ტენდენციის – ადამიანის სიცოცხლის დევალვაციის დანერგვასა და მკვლევლობებისა და თვითმკვლევლობების განხორციელებას მედიცინის დახმარებით.
- შექმნილმა პარადოქსულმა რეალობამ მეცნიერებისაგან ზუსტი შეფასება მოითხოვა.

ბიოეთიკის სფეროში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ჩვენ ვამოწმებთ, რომ კაცობრიობა შევიდა მესამე, კრიზისის ფაზაში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003].

დღეისათვის გადაუწყვეტელია ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების გამოყენების, ფეტალური თერაპიის (ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად, რუსეთში), აბორტის, ევთანაზიის, აგრეთვე ტრანსპლანტოლოგიასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ბიოეთიკური დილემა.

სოციალურ საშიშროებას შეიცავს თანამედროვე გენეტიკის ისეთი მიმართულება, რომელიც გულისხმობს ადამიანთა ხელოვნურ “გამოყვანას” წინასწარ შეკვეთილი, ადამიანებისათვის სასურველი მონაცემებით.

ეთიკური თვალსაზრისითა და სოციალურ-ეკონომიკური შედეგების მიხედვით საკამათოდ ითვლება ოცდამეერთე საუკუნეში ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა 150 წლამდე, რაც ფუტუროლოგიურადაც საეჭვო უნდა იყოს. თუმცა ეს საკითხი აქტიური განხილვის საგნად იქცა.

განგაშს იწვევს გენური ფარმაკოლოგიის მიღწევები, რომელიც მიმართულია ამა თუ იმ გენის ფუნქციების რეგულაციისა ან სუპრესიისაკენ. კლინიკაში ასეთი პრეპარატების სწრაფმა და გაუკონტროლებელმა დანერგვამ შეიძლება მიგვიყვანოს ადამიანთა მოდემისათვის ისეთ ტრაგიკულ, ან გამოუსწორებელ შედეგებამდე, რომელთა შედარება მხოლოდ ატომური ომის შედეგებთან თუ შეიძლება [C. Г. Кара-Мурза, 1990; А. С. Спирин, 1998].

გლობალური კრიზისი კიდევ უფრო ძლიერად გამოემყდვნდა ადამიანის კლონირების იდეაში [И. В. Силуянова, 1998; J. Harris, 2000; ადამი, არქიმანდრიტი, 2004 (დ), 2004 (ე)], რომელმაც საფრთხე შეუქმნა ადამიანის ღირსებას, უნიკალურობასა და პირად ხელშეუხებლობას, რადგან მემკვიდრეობითობა გარეშე ჩარევისაგან დაუცველი გახდა. ფართომასშტაბიანი კლონირება

ადამიანის პოპულაციის მემკვიდრეობითი მრავალგვარობის (მისი სოციალური და ბიოლოგიური კეთილდღეობის ბუნებრივი საფუძველის) დარღვევასა და, აქედან გამომდინარე, გარემო ფაქტორებისა და დაავადებებისადმი ადამიანის მდგრადობის შესუსტებას გამოიწვევს, რასაც, შესაძლებელია, მოჰყვეს კაცობრიობის დეგრადაცია და დაღუპვა.

დღეს ყველაფერი იმაზეა დამოკიდებული, თუ რა ღირებულებებს მისცემს კაცობრიობა უპირატესობას, ეყოფა თუ არა ზნეობრივი და მორალური ძალები, რომ წინ აღუდგეს ადამიანთა მცირე ნაწილის სიცოცხლის გახანგრძლივებისა და კიდევ ერთი ნაწილის გამდიდრების ცთუნებას სხვა ადამიანთა განადგურების, მათი პოტენციურ დონორებად, ბიომასად ქცევის ხარჯზე [J. A. Robertson, 1999, 2000; R. Cohen-Almagor, 2000(a); E.-H.W. Kluge, 2000; И. В. Силуянова, 1998; J. Suaudeau, 2001(a)].

ცივილიზაციის ეკზისტენცია რღვევად ბიოსფეროში, კაცობრიობის სულიერი და ინტელექტუალური ცხოვრების სულ უფრო მკაცრი და ღრმა კრიზისის ნიშნების გამოჩენა იძლევა პროგნოზირების საშუალებას: შემდეგი ფაზა იქნება კატასტროფის ფაზა (აპოკალიფსი).

კატასტროფის პრევენციისათვის მნიშვნელოვანია გათვალისწინება იმისა, რომ პლანეტაზე კაცობრიობის ცხოვრებისა და მოღვაწეობის ყველა სფეროს ჰუმანიზაციისა და ჰარმონიზაციისაკენ მიმავალი გზა გადის იმგვარ ცვლილებებზე, რომელნიც უნდა განხორციელდეს უმნიშვნელოვანეს სფეროებში: (ა) ადამიანის სიცოცხლესთან დამოკიდებულება, (ბ) სულიერ-ზნეობრივი ღირებულებების იერარქია, (გ) სიცოცხლის ფილოსოფიის მიმართება მოღვაწეობის ფილოსოფიასთან, (დ) საკრალიზაციისა და სეკულარიზაციის პროცესების თანაფარდობა, (ე) რწმენისა და ცოდნის ურთიერთმიმართება.

თავი მეშვიდე

სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ
მსოფლგაგებათა ინტეგრაციის
შესაძლებლობანი
ფუნდამენტურ ბიოეთიკაში

“ჩვენ ვერასდროს ვერ მივაღწევთ ღვთიური საწყისის პირდაპირსა და ადეკვატურ გაგებას, მაგრამ ჩვენ შეგვიძლია მივაღწიოთ ხილულ ყოფიერებასთან ანალოგიებზე დაფუძნებულ არაადეკვატურ გაგებას... ჩვენი რწმენა დაფუძნებულია როგორც საღმრთო წერილზე, ასევე ბუნების შეცნობაზე, რადგანაც გარემომცველი სამყაროს – ქმნილებების შეცნობა ლოგიკურ საფუძველს წარმოადგენს შემოქმედზე დასკვნის გასაკეთებლად”

ილია მეორე,
სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქი.

“თხოვნით მოგმართავთ, მოიაზროთ ბიოეთიკა, როგორც ახალი ეთიკური სწავლება, რომელიც აერთიანებს თავმდაბლობას, პასუხისმგებლობასა და კომპეტენტურობას, როგორც მეცნიერება, რომელიც, აკავშირებს ყველა კულტურას და აფართოვებს სიტყვა “ჰუმანიზმის” მნიშვნელობას”.

ვან რენსელერ პოტერი,
ბიოეთიკის ფუძემდებელი.

წარმოდგენილი კვლევის ამ ნაწილის მიზანია წარმოაჩინოს და მეცნიერულად დაასაბუთოს იმგვარ ინტელექტუალურ (როგორც რაციონალურ, ისე ირაციონალურ) შესაძლებლობათა არსებობა ფუნდამენტურ ბიოეთიკაში, რომელთაც პოტენციურად ძალუძთ თავისი წვლილი შეიტანონ დღევანდელობის იმ საშური მისიის აღსრულებაში, რასაც რწმენისა და ცოდნის, სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლმხედველობათა შერწყმა-შეჯერება შეიძლება ეწოდოს.

ბიოეთიკურ პრობლემათა და დილემათა პრაქტიკული თუ თეორიული გადაწყვეტა გულისხმობს არჩევანს განსხვავებული ღირებულების მქონე სხვადასხვა შესაძლო ვარიანტს შორის და, უპირველეს ყოვლისა, იგი რომელიმე მსოფლმხედველობის გამოხატულებაა. ამიტომაც ბიოეთიკაში უაღრესად საჭირობოტოა სხვადასხვა მსოფლმხედველობათა პოტენციური ინტეგრაციის პრობლემა, მით უმეტეს, არსებული პლურალიზმის პირობებში [ადამი, არქიმანდრიტი, 2002, 2003, 2003 (დ), 2003 (თ)].

მართებული მსოფლმხედველობა არა მარტო ინტელექტუალური ან მხოლოდ პიროვნული, არამედ ეროვნული, სახელმწიფოებრივი და ზოგადსაკაცობრიო ღირებულებაა. მკვლევარისათვის საჭიროა იმის გაცნობიერება, რომ მართებული მსოფლმხედველობა უცილობლად უნდა მოიცავდეს როგორც კოსმოლოგიურ (გარემომცველი სამყაროს შესახებ), ასევე ანთროპოლოგიურ (ადამიანის შესახებ, ანუ პიროვნულ, ფსიქოლოგიურ, მეტაფსიქოლოგიურ, სოციოლოგიურ, კულტუროლოგიურ, რელიგიურ და ა. შ.) განზომილებებს. იგი ასევე უნდა ხსნიდეს რეალობის როგორც მატერიალურ, ისე იდეალურ ასპექტებს [С. Б. Крымский, В. И. Кузнецов 1983; B. A. Little, 2003]. თუკი მსოფლმხედველობა ოდენ ერთ განზომილებაში ყალიბდება, იგი არასრულფასოვანია, რადგან ასეთ შემთხვევაში იქმნება ვითარება, როდესაც კოსმოლოგია ინტერპრეტირდება ერთი, ხოლო ანთროპოლოგიური არეალი მეორე მსოფლმხედველობრივ პრინციპებზე დაყრდნობით, მაგრამ ადამიანი ორ სხვადასხვა რეალობაში როდი არსებობს და მოღვაწეობს, არამედ ერთ მყოფობს მთლიან რეალურ სამყაროში.

როგორც ვხედავთ, მსოფლმხედველობათა განხილვა-შეფასების საზღვრები სცილდება მეცნიერული დისკუსიის ფარგლებს, რადგან მსოფლმხედველობა თავის თავში მოიცავს უფრო ღრმა აზრობრივ ქვეტექსტს (ლატენტურ იდეოლოგიას), რითაც გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ მოაწყობენ პირად ცხოვრებას ცალკეული ადამიანები, ესა თუ ის საზოგადოება ან მთელი კაცობრიობა მომავალში.

ამრიგად, თითოეული მსოფლმხედველობა სინამდვილის ასახვის ერთიან თეორიას გვთავაზობს, რომელიც არა მარტო სამყაროსა და ადამიანის წარმოშობისა და არსის შესახებ გვაწვდის სისტემურ შეხედულებებს, არამედ გვპასუხობს ადამიანის, როგორც ბიოლოგიური, სოციალური, კულტურული და სულიერი არსების, ყოფიერებასთან დაკავშირებულ კითხვებზე. აქედან გამომდინარე, მსოფლმხედველობრივ განსხვავებათა არსებობას მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა როდი აქვთ, არამედ იგი

ფუნდამენტური და პრინციპული ფასეულობის მქონე ფენომენია.

ამ მსჯელობას თუ ბიოეთიკურ სივრცეში გადავიტანთ, რომელშიც მომავლის განმსაზღვრელი პირობა ბიოეთიკის წინაშე მდგომი ამოცანების გადაწყვეტის დონეა, კერძოდ: როგორი გადაწყვეტილებები, ნორმატიული აქტები, კანონები, დეკლარაციები იქნება მიღებული მსოფლიო და რეგიონული სამედიცინო და საკანონმდებლო სტრუქტურების, ორგანიზაციებისა და ასოციაციების მიერ კლონირების, გენომიკის, ფეტალური თერაპიის, ემბრიონული ღეროვანი უჯრედების, ტრანსპლანტოლოგიის, ევთანაზიისა და სხვა პარადოქსულ ბიოეთიკურ საკითხებთან დაკავშირებით [E. Rodriguez, 2000; R. D. Truog, 2000; J. S. Zaremba, et al, 2001; Церковно-общественный Совет..., 2001; ადამი, არქიმანდრიტი., 2010], ვნახავთ, რომ ყოველივე ამაზე აქაც გაბატონებული მსოფლმხედველობა ახდენს გავლენას.

განვიხილოთ კონკრეტული ბიოეთიკური პრობლემა – ადამიანის კლონირების იდეა, რაშიც რადიკალურად გამოიქვანდა გლობალური კრიზისი და რომელმაც საფრთხე შეუქმნა ადამიანის ღირსებას, უნიკალურობასა და პირად ხელშეუხებლობას, გახდა რა მემკვიდრეობითობა გარეშე ჩარევისაგან დაუცველი. ფართომასშტაბიანი კლონირება ადამიანის პოპულაციის მემკვიდრეობითი მრავალგვარობის (მისი სოციალური და ბიოლოგიური კეთილდღეობის ბუნებრივი საფუძველის) დარღვევას და, აქედან გამომდინარე, გარემო ფაქტორებისა და დაავადებებისადმი ადამიანის მდგრადობის შესუსტებას გამოიწვევს, რასაც, შესაძლებელია, კაცობრიობის დეგრადაცია და დაღუპვა მოჰყვას [И. В. Силуянова, 1998; J. Harris, 2000]. დღეს ყველაფერი იმაზეა დამოკიდებული, თუ რა ღირებულებებს მისცემს კაცობრიობა უპირატესობას, ეყოფა თუ არა ზნეობრივი და მორალური ძალები წინ აღუდგეს ადამიანთა მცირე ნაწილის სიცოცხლის გახანგრძლივებისა და კიდევ ერთი ნაწილის გამდიდრების ცდუნებას სხვა ადამიანთა განადგურების, მათი პოტენციურ დონორებად, ბიომასად ქცევის ხარჯზე, ანუ რომელი მსოფლმხედველობა მოიპოვებს იმპერატივულ მდგომარეობას.

გავიხსენოთ, რომ ბიოეთიკა წარმოშვა მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედში ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ზოგადმსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-ზნეობრივი შეფასების აუცილებლობამ. ცოდნის ამ დარგის მიერ დასმულ არც ერთ პრობლემას არ დაუკარგავს დღემდე განსაკუთრებული აქტუალობა და გამორჩეულობა როგორც თეორიულ (მეცნიერულ-ფილოსოფიურ-თეოლოგიურ), ისე პრაქტიკულ (ცხოვრებისეულ, შემოქმედებით, მოღვაწეობით) არეალში: ყოველი მათგანი

საჭიროებს შემდგომ ღრმა კვლევასა და მათი გადაჭრის გზების ძიებას მეცნიერულ შეხედულებათა სულიერებისა და ზნეობრიობის განზომილებაში პროექტირების გზით [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

აღიარებულია, რომ ზნეობრიობა სამედიცინო მოღვაწეობის, ექიმთა პროფესიონალიზმისა და ბიომედიცინის, როგორც კულტურის ერთ-ერთი სფეროთაგანის, განუყრელი ნაწილია. ჰიპოკრატეს ხომ “მედიცინის მამას” იმიტომ არ უწოდებენ, რომ მან შექმნა რაღაც უნიკალური წამალი ან გამოიგონა მკურნალობის არაჩვეულებრივი, მანამდე არარსებული მეთოდი, არამედ იმიტომ, რომ მან ჩამოაყალიბა საექიმო ეთიკის ძირითადი პრინციპები.

აქ ჩვენ მოგვყავს ე.წ. “ჰიპოკრატეს ფიცის” (VI-V სს. ჩვ. წ.–მდე) ტექსტი, რომელიც იშვიათად ქვეყნდება და მისი ორიგინალური შინაარსი არ არის ცნობილი ფართო სამეცნიერო (მით უმეტეს არასამედიცინო) საზოგადოებისათვის:

“ვფიცავ აპოლონ მკურნალსა, ასკლეპიოსსა, ჰიგიასა და პანაკეას და ყველა ღმერთსა და ქალღმერთს, მოწმებად ვრაცხ რა მათ, რომ კეთილსინდისიერად, ჩემის ძალ-ღონისა და ჩემის მიხვედრილობის შესაბამისად აღვასრულო ქვემოთ აღთქმა და წერილობითი ვალდებულება: ვინც შემასწავლა მკურნალობის ხელოვნება, ჩემი მშობლების თანასწორად მივიჩნიო იგი, გაგუნაწილო მას ჩემი მონაგარი და საჭიროებისას შევეწეო გასაჭირში; მისი შთამომავალი ჩემს ძმებად მივიღო, და ეს ხელოვნება, თუკი ისინი მის დაუფლებას მოისურვებენ, შევასწავლო უსასყიდლოდ და ყოველგვარი პირობების გარეშე; რჩევა-დარიგებანი, ზეპირი გაკვეთილები და ყოველივე დანარჩენი მოძღვრების ვამცნო ჩემსა ძეთ, ძეთ ჩემი მასწავლებლისა და მოწაფეებსაც, რომელნიც შემკულნი არიან ვალდებულებითა და ფიცითა საექიმო კანონისდა კვალობაზე, და არავის ვამცნო სხვას.

ჩემი ძალ-ღონის და მიხვედრილობის შესაბამისად მხოლოდ და მხოლოდ სასარგებლო განწესება დავუდგინო ავადმყოფს და ავერიდო ყოველგვარი ვნების მიყენებას და უსამართლობას. არ მივცე არცერთ მთხოვნელს მომაკვდინებელი საშუალება და არცა გზა ვასწავლო ასეთი ზრახვის შესრულებისა; ასევე არ მივცე არცერთ ქალს მუცლის მოსაშლელი პესარიუმი. სპეტაკად და უმწიკვლოდ მოვიხმარო ჩემი ცხოვრება და ჩემი ხელოვნება. რომელ სახლშიც შევიდე, მხოლოდ ავადმყოფის სასიკეთოდ შევადო ამ სახლის კარი და არ იყოს გულსა ჩემსა წინაგანზრახვა, უმართებულობა და ავი სურვილი, მითუმეტეს ზრახვანი სამიჯნურონი ქალთა მიმართ და მუშაობის წდომა კაცთა მიმართ, არცა აზატთა და არცა მონათა მიმართ.

ოდეს მკურნალობის ჟამს – ან თუ სხვა დროს – ყური მოგვრა

ანდა ვიხილო რაიმე კაცთა ცხოვრებიდან, რაიცა არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩნიო და არავის გავუმხილო იგი.

და მე, განუხრელად შემსრულებელსა ფიცისა, ბედნიერება მხვდეს ცხოვრებაში და ჩემს ხელოვნებაშიც, და მაღიდონ კაცთა უკუნითი უკუნისამდე; ხოლო უკეთუ დავარღვიო ფიცი ანდა ცრუ აღთქმა დავდო, პირუკუ მომეგოს მე”.

თუ კაცობრიობის ისტორიის გარკვეულ პერიოდში საექიმო საქმიანობის ზნეობრივი ნორმების ფიცში (ამ შემთხვევაში ჰიპოკრატეს ფიცში) ოდენ გაცხადებაც კი საკმარისი იყო, რათა ოპტიმალურად შეესრულებინა როგორც ექიმსა და ავადმყოფს შორის, ისევე ექიმსა და მის კოლეგებს, ექიმსა და საზოგადოებას შორის ურთიერთობათა მორალურ საფუძვლებზე დამყარებული მარეგულირებლის როლი, შემდგომში ვითარება მკვეთრად შეიცვალა იმ თვალსაზრისით, რომ, ჯერ ერთი, საჭირო გახდა ზემოხსენებულ ურთიერთობათა სამართლებრივ საფუძვლებზე მოწესრიგება სახელმწიფოს ჩარევის გზით, და მეორე ის, რომ განუწყვეტელ და მრავალსახოვან მეტამორფოზებს განიცდიდა თვით კაცობრიობის სულიერ-ზნეობრივი ორიენტირები და ეთიკური სწავლებანი (პრაგმატულიდან დეონტოლოგიურამდე (კანტიანური გაგებით)).

მემატიანეთ იციან და მსოფლიოსაც კარგად ახსოვს (ყოველ შემთხვევაში ძალიან კარგად უნდა ახსოვდეს!) ის ისტორიული მომენტები, როდესაც მედიცინა და ზნეობრიობა ვითარდებოდა პრაგმატული ეთიკის გზით, რისი ერთ-ერთი უკიდურესი გამოვლინება გახლდათ ფაშისტური იდეოლოგია, რომლის ძირითადი პრინციპიც ნაცისა და სახელმწიფოსათვის “სარგებლიანობის პრინციპი” იყო. საინტერესოა, რომ ამ იდეოლოგიას საკუთარი “ლოგიკა” წარმაეთავს, “ლოგიკა”, რომელიც “გამართულად მუშაობდა” კიდევ წლების განმავლობაში კონკრეტული სახელმწიფოს კულტურულ რეალიაში და შემდგომშიც ჰყავდა და დღევანდლამდე ჰყავს თავისი აპოლოგეტები და თეორეტიკოსები.

ცხადია, პრაგმატულს ყოველთვის უპირისპირდებოდა დეონტოლოგიური ეთიკა: ექიმები ყოველდღიურად ასრულებდნენ თავიანთ პროფესიულ მოვალეობას მიუხედავად სიტუაციური წინააღმდეგობებისა და ცდუნებებისა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ექიმები თავიანთი საქმიანობის პროცესში საკუთარი იდეოლოგიის (სინდისის) შესაბამისად ღებულობდნენ სხვადასხვა გადაწყვეტილებებს, მათ შორის ზნეობრივსაც. აქედან ნათლად იკვეთება ექიმთა ბიოეთიკური – თანამედროვე ეპოქის შესაბამისი

ეთიკური ცოდნით შეიარაღების აუცილებლობა, რაც საშუალებას მისცემს მათ, ფლობდნენ საკმარისი მოცულობის რაციონალურ ინფორმაციას, რათა შეძლონ მართებული გადაწყვეტილებების მიღება ადამიანური, ღვთაებრივი, კულტურული და ისტორიულ-ტრადიციული ღირებულებების გათვალისწინებით.

ექიმის მიერ ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების ალგორითმული სქემის შექმნა ბიოეთიკის ერთ-ერთი უძირითადესი ამოცანაა. ამ პროცესში წარმატების მიღწევა წარმოდგენილია მეცნიერული და პროფესიული მსოფლმხედველობის სარწმუნოებრივ (რელიგიურ-მისტიკურ, ეკლესიურ) მსოფლმხედველობასთან შეჯერების გარეშე, იმ უზრალო მიზეზის გამო, რომ თავად ზნეობა არ არის ოდენ რაციონალური ფენომენი. ისიც უნდა მივიღოთ მხედველობაში, რომ ადამიანს ნაბოძები აქვს გამოცხადებითი ზნეობა, რასაც საფუძვლად უდევს არა ადამიანის მიერ გამოგონილი კანონები, არამედ ის კანონები, რომლებიც კაცს თვით ღმერთმა გამოუცხადა. ზნეობის ამ სახის შესახებ ცოდნას ქრისტიანული ზნეობათმოდღვრება (ზნეობრივი ღვთისმეტყველება) იძლევა, თუმცა ამ უკანასკნელისათვის ამავე დროს სასარგებლო და აუცილებელიცაა ის მეცნიერული კვლევა ადამიანური ბუნებისა, ადამიანის ბუნებითი ძალებისა და უნარისა, რომელიც ბუნებითი ზნეობის საფუძველთა შესწავლისთვისაა დამახასიათებელი [A. Matveev, 1969].

მართლაც, დღეს ფილოსოფიური დასკვნები და ფსიქოლოგიური დაკვირვებანი სულ უფრო ხშირად გამოიყენება ქრისტიანული ზნეობის დასასაბუთებლად, ხოლო ლოგიკისეულმა, იურისპრუდენციისეულმა, აგრეთვე კულტუროლოგიურმა, სოციოლოგიურმა, ეთნოლოგიურმა ცნებებმა, კატეგორიებმა, დეფინიციებმა, ტერმინებმა ხელი შეუწყვეს ქრისტიანულ ზნეობათმოდღვრებას, როგორც მეცნიერებას და სისტემურ დისციპლინას, სრულად, ზუსტად და სიღრმისეულად ჩამოეყალიბებინა და განემარტა თავისი საგანი, ძირითადი მიმართულებანი, პრინციპები და ხასიათი თანამედროვე სეკულარიზებული კაცობრიობისათვის [A. Matveev, 1969]. თავის მხრივ, ზნეობათმოდღვრებისა და, საერთოდ, საღვთისმეტყველო მეცნიერებათა ფართო განვითარებას ამა თუ იმ ქვეყანასა თუ საზოგადოებაში კვალდაკვალ მოჰყვება, როგორც წესი, ცოდნისა და მეცნიერების სხვადასხვა დარგების სრული აყვავება და გავრცელება. ამის მიზეზი ის მჭიდრო ონტოლოგიური კავშირია, მეცნიერულ და სარწმუნოებრივ შემეცნებათა შორის რომ არსებობს.

ეს კავშირი საგანგებო ხარისხს იძენს ბიოეთიკის სამყაროში.

აქ სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლგაგებათა ინტეგრაციის შესაძლებლობანი სცილდება ზნეობის ფენომენოლოგიას და მოიცავს რეფლექსიას რწმენისა და ცოდნის ურთიერთდაახლოების, მეცნიერული განსჯის არათვითკმარობისა და მეტამეცნიერული დისკურსის უსათულობის, აქსიოლოგიური გააზრების მნიშვნელობის, ადამიანურ და ღვთაებრივ ღირებულებათა და სულიერების პრიმატის, მეცნიერული, ფილოსოფიური და საღვთისმეტყველო ცოდნათა და კვლევა-ძიებათა თანაბარშეწონილობის აღიარების შესახებ კონკრეტულ, ბიომედიცინაში არსებულ სულიერ და ზნეობრივ პრობლემათა და დილემათა კრიტიკული ანალიზის პროცესში.

მეცნიერულ და სარწმუნოებრივ მსოფლშეხედულებათა ურთიერთშეჯერების თემა - ერთ-ერთი ყველაზე საინტერესო და ამავე დროს რთული თემა - ხშირად გაისმის ბიოეთიკურ პოლიფონიაში იმიტომაც, რომ ცოდნის, რწმენის, ჭეშმარიტების მოტივების გარეშე წარმოუდგენელია იქმნებოდეს არა მარტო მეცნიერული და ფილოსოფიური ოპუსები, არამედ ნებისმიერი ცხოვრებისეული ეტიუდიც კი როგორც რეალური, ისე მხატვრული სამყაროდან, ერთი სიტყვით, ყველაფერი, სადაც კი რაიმე გადაწყვეტილების მიღებაა საჭირო, სადაც კი ცნობიერება მოქმედებს.

ეს ბოლო არგუმენტი კომენტარს არ საჭიროებს, რამეთუ ბიოეთიკა სწორედ ბიოსამედიცინო სივრცეში შემოჭრილი ცხოვრებისეული პრობლემების მეცნიერული, ფილოსოფიური და რელიგიური ხედვაა.

ახლა კი, ვგონებ, დადგა დრო, რომ შევუდგეთ სამყაროს ბიოეთიკური სურათის აპოკალიფსურობის გათვალისწინებით ბიოეთიკური რეფლექსიის ზემოთმოყვანილ კომპონენტთა ესკიზურ ქარაქტეროლოგიას.

დაახლოებით ოცდაორი წლის წინ, 1990 წლის საახალწლო ეპისტოლეში სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქი უწმიდესი და უნეტარესი ილია მეორე წერდა:

“მაინც რა გისურვოთ საახალწლოდ, რითი დაგლოცოთ?

ერთხელ ერთ მეცნიერს ჰკითხეს, თუ რა მიაჩნდა თავის აღმოჩენათა შორის უმნიშვნელოვანესად.

ყველას ეგონა, რომ ის თავის ცნობილ გამოკვლევას დაასახელებდა, რომელმაც ხალხს მრავალი სიკეთე მოუტანა. მან კი უპასუხა: ჩემთვის ყველაზე დიდი აღმოჩენა არის იესო ქრისტე, ჩემი მხსნელი და ჩემი ღმერთი.

ვისურვებდი, ყველა ქართველს მალე დადგომოდეს ამ დიდი

აღმოჩენის დღე” [ილია მეორე (ღუდუშაურ–შიოლაშვილი), 1997].

ღრმა და ბევრისდამტევია ეს დალოცვა, რამეთუ კათოლიკოს-პატრიარქი ოდენ რწმენით ცხოვრების დაწყებას როდი უსურვებს სრულიად საქართველოს სამწყსოს, არამედ იმას, რასაც ჩვენმა დიდმა წინაპარმა და წმინდანმა “განათლებული რწმენა, გამეცნიერებული სარწმუნოება და გასარწმუნოებული მეცნიერება” უწოდა [ილია მართალი (ჭავჭავაძე), 1977].

აკი შემდგომში კათოლიკოს-პატრიარქი წერდა კიდევ ერთ-ერთ თავის საშობაო ეპისტოლეში იმის შესახებ, რომ თვინიერ ცოდნის შეძენისკენ სწრაფვისა ადამიანი ვერ შეძლებს ღვთაებრივ საქმეთა წვდომას: “. . . რომ შევიცნოთ და შევისისხლხორცოთ ეს უდიდესი საიდუმლო [იგულისხმება საიდუმლო იმისა, თუ როგორ განხორციელდა ღმერთი – ძე ღვთისა, შემოქმედი და განმგებელი ხილული და უხილავი სამყაროსი ქალწულ მარიამისაგან იშვა ბეთლემის გამოქვაბულში. – ავტ.], ამისათვის სარწმუნოებაზე დაფუძნებული ცოდნა უნდა შეესძინოთ ჩვენს გულს, ჩვენს გონებას, იმდაგვარად უნდა ავმაღლდეთ, რომ მაღალ დონეზე სუფევდეს ჩვენში სარწმუნოება და ცოდნა. სარწმუნოება უნდა ანათებდეს ჩვენს შინაგან სამყაროს და შინაგანი სამყაროც მზად უნდა იყოს, რომ შეიცნოს, თუ საიდან მოდის ეს ნათელი, და მიიღოს იგი. . . მაშასადამე, სარწმუნოების ნათელს გულმა და გონებამ თავისი ნათელი უნდა დაახვედროს; ამ ორი გზით იგი ღვთისაგან ბოძებული მაღალი გონებით იხილავს ღმერთს” [ილია მეორე (ღუდუშაურ–შიოლაშვილი), 1997].

როგორც ვხედავთ, უწმინდესი და უნეტარესი ილია მეორე ავითარებს აზრს არა მარტო სარწმუნოებისა და ცოდნის შერწყმის აუცილებლობის შესახებ, არა მარტო რწმენის პრიმატის შესახებ, არამედ გულის (უმაღლეს გრძნობათა ერთიანობის) და გონების (ცოდნათა, მსოფლხედვათა და აზრთა ერთიანობის) ურთიერთქმედების შესახებ ზნეობისა და მორალური ნორმების ურთიერთმიმართებათა განზომილებებაში და ამ გზით მიყვავართ დასკვნამდის: “ადამიანური ყოფის მთელი აზრიც ზნეობრივ ამაღლებასა და სრულყოფაშია” [ილია მეორე (ღუდუშაურ–შიოლაშვილი), 1997].

ჩვენს გამოკვლევას მეტად მნიშვნელოვანი და ღირებული მონაცემებით ავსებს ის გარემოება, რომ სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის ეპისტოლეებში გაცხადებული კიდევ ერთი საგულისხმო ვითარება: დიდი მეუფე სავსებით იზიარებს მეორე საუკუნის ცნობილი მეცნიერის კლიმენტი ალექსანდრიელის შეხედულებებს და მას ცოდნისა და რწმენის შერწყმის საუკეთესო მაგალითად მიიჩნევს. კლიმენტი ალექსანდრიელის ნაწერებში

ხომ ერთ მთლიანობაშია გაერთიანებული წმიდა წერილიდან მიღებული ცოდნა, ღვთისმეტყველური გონებით დანახული და გაანალიზებული ძველი ფილოსოფია და პირადი სულიერ-მისტიკური მოღვაწეობა.

ეს ყველაფერი საოცარი სიღრმითა და უზუსტესი მიგნებებითაა გადმოცემული 1995 წლის სააღდგომო ეპისტოლეში, რომელშიც ვკითხულობთ, რომ კლიმენტი ალექსანდრიელის თანახმად, ღმერთი და ჩვენი ყოფის ღვთაებრივი აზრი რწმენისა და გონების გადაკვეთაზე უნდა ვეძებოთ [ილია მეორე (ღუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997]. მეორე საუკუნის აპოლოგეტების მსგავსად, იგი ხშირად აღნიშნავდა, რომ პლატონის მასწავლებელი მოსე წინასწარმეტყველი იყო და წერდა: “როგორც წმიდა ზეთი იღვრებოდა აარონის თავიდან წვერზე და მისი სამოსლის ბოლოებზე, ასევე ჭეშმარიტების ღვთაებრივი მირონი ლოგოსისაგან – მარადიული პირველმღვდელმსახურისაგან თავდაპირველად გარდამოედინებოდა მის რჩეულ ერზე, შემდეგ კი გავრცელდა ბერძნულ ფილოსოფიაზე”.

ეპისტოლეში მოყვანილია კლიმენტი ალექსანდრიელის მიერ ქრისტიანების ორ ჯგუფად დაყოფის აზრი სახარების საფუძველზე. პირველნი არიან მონანი ღვთისა – რწმენის შესახებ პრიმიტიული ცოდნის მქონე მორწმუნენი, რომელნიც მარტივად განიხილავენ წმიდა წერილს, არ უღრმავდებიან მის საკრალურ აზრს და კმაყოფილდებიან იგავთა და სიმბოლოთა პირდაპირი გაგებით; ხოლო მეორე ჯგუფს განეკუთვნებიან მეცნიერნი, რომელნიც რწმენითა და ცოდნის წყალობით ადიან მაღალი სულიერი და მისტიკური ჭვრეტის საფეხურებზე. მათ კლიმენტი ალექსანდრიელი უფლის მეგობრებს უწოდებს. “ასე რომ, – ასკვნის კათოლიკოს-პატრიარქი ილია მეორე, – ადამიანმა უნდა განვლოს სრულყოფის გზა ღვთის მონიდან ღვთის მეგობრამდე, თუ სურს გააცნობიეროს თავისი ნამდვილი ადგილი და დანიშნულება ამ ქვეყანაზე” [ილია მეორე (ღუდუშაურ-შიოლაშვილი), 1997].

აქ ამით ვწყვეტთ ჩვენეულ დისკურსს სარწმუნოებისა და ცოდნის ურთიერთმიმართების შესახებ ფუნდამენტალურ მწყემსმთავრულ აზრთა და ხედვათა გათვალისწინებით და მათზევე დაყრდნობით, რომელმაც ნათელი მოჰფინა იმ მეცნიერის სიტყვების მნიშვნელობას, თავისი სულისათვის ღმერთის მაცხოვარების აღიარება ყველაზე დიდ აღმოჩენად რომ მიაჩნდა თავის ცხოვრებაში. ასე რომ იგი უკვე შესდგომოდა “სრულყოფის იმ გზას”, “ღვთის მონიდან ღვთის მეგობრამდე” რომ აღგვამალვებს.

მკვლევარისათვის, ვგონებ, არც აქ უნდა დამთავრდეს ძიება. ალბათ, ლოგიკური და გამართლებული იყო ჩვენი დაინტერესება

ამ მეცნიერის პიროვნების იდენტიფიკაციით.

როგორც ჩატარებული კვლევა-ძიების შემდეგ აღმოვაჩინეთ, ეს მეცნიერი გახლდათ ჯეიმს იანგ სიმფსონი (1811-1870) – ცნობილი შოტლანდიელი ექიმი-მეანი, რომელმაც განსაკუთრებული წვლილი ანესთეზიოლოგიის განვითარებაში შეიტანა: აღმოაჩინა ქლოფორმის (იმ დროს ასევე ახალადმოჩენილი ნივთიერების) ანესთეტიკური (საძილე და ტკივილგამაყუჩებელი) თვისებები და 1847 წელს განახორციელა კიდეც პირველი ნარკოზი მისი გამოყენებით: 19 იანვარს სიმფსონმა, რომელსაც საკუთარ თავზე უკვე გამოეცადა ახალი სანარკოზო საშუალების მოქმედება, მშობიარე ქალს ქლოროფორმი ასუნთქებინა, რისთვისაც ამ ნივთიერებით, დაახლოებით ნახევარი კოვზის ოდენობით, დაასველა ცხვირსახოცი და ნილბის მსგავსად დააფარა სახეზე პაციენტს. ასე რომ სიმფსონს ეკუთვნის იდეა ქლოროფორმის გამოყენების შესახებ გაუტკივარების მიზნით მშობიარობის დროს, რომელმაც დიდ ბრიტანეთში მეცხრამეტე საუკუნის ორმოციანი წლების მეორე ნახევარში ფართო დისკუსია გამოიწვია. ამ დისკუსიაში მონაწილეობდნენ არა მხოლოდ სამედიცინო საზოგადოების წარმომადგენლები, არამედ სასულიერო პირები და თვით დედოფლის კარიც კი [R. J. Kitz, L. D. Vandam, 1986; B. A. Губанов, 1996; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (თ)].

ლიტერატურაში ჩვენ ვერ აღმოვაჩინეთ დაწვრილებითი ინფორმაციული მასალები ამ დისკუსიის შესახებ, რაც დიდ დანაკლისად არ მოგვიპოვებია ჩვენი კვლევის შედეგებისათვის, რადგან წარმოდგენილი ნაშრომი მედიცინის ისტორიული როდია. მნიშვნელოვანია თავად ის ფაქტი, რომ სიახლის, უფრო ზუსტად, საკმარისად ფაქიზი სიახლის შემოტანა სამედიცინო, კერძოდ, სამეანო მეცნიერებასა და პრაქტიკაში, მეცხრამეტე საუკუნის ბრიტანეთში სერიოზული განსჯის საგანი ხდებოდა. ისიცაა გასათვალისწინებელი, რომ ამ საკითხის (მშობიარობის გაუტკივარების) მრავალ ასპექტს დღესაც არ დაუკარგავს აქტუალობა და მას მრავალ, როგორც მეცნიერულ ნაშრომს, ასევე პოპულარულ სტატიას უძღვნიან [J. Dick-Read, 1997; Наследие Евы..., 2003; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (თ)].

ჩვენ შევეცდებით დავადასტუროთ ამ საკითხის აქტუალობა. დასმულ ამოცანას კი იმ შეკითხვათა ჩამონათვალით გადავწყვეტთ, რომლებიც ბუნებრივად ჩნდება, როცა იწყება მსჯელობა მშობიარობის გაუტკივარების შესახებ. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ შეკითხვების ავტორებში უნდა მოვიაზროთ არა მარტო ექიმი-მეანები და ანესთეზიოლოგები ან მათი პაციენტები, არამედ თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის, აგრეთვე მეცნიერების

სხვადასხვა დარგის წარმომადგენლები, ფილოსოფოსები, თეოლოგები, სტუდენტები, მომავალი დედები და მათი ახლობლები, იურისტები, ჟურნალისტები და ა. შ.

აი, სანიმუშო ჩამონათვალი იმ კითხვებისა, რომლებიც ალბათ უნდა დაიბადოს ამგვარ დისკუსიებში.

I. რამდენად საშიშია მშობიარის ჯანმრთელობისათვის გაუტკივარება სხვადასხვა პრეპარატების შეყვანის გზით?

II. ხომ არ ზიანდება ამ დროს ახალშობილის სასიცოცხლო ფუნქციები?

III. რა სახის გართულებების განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს როგორც ზოგადმა, ისე ეპიდურულმა (ადგილობრივმა) ანესთეზიამ?

IV. რამდენად კარგად ფლობენ ჩვენში ანესთეზიოლოგები ამ მეთოდებს?

V. შეიძლება თუ არა გაუტკივარების გამოყენება ნებისმიერი (მაგალითად, გაურთულებელი, ე.წ. ფიზიოლოგიური) მშობიარობის დროს?

VI. ხომ არ ახდენს რაიმე გავლენას უმტკივნეულო მშობიარობა დედის ფსიქოლოგიურ განწყობაზე (დედობრივი გრძნობების განვითარებაზე) მომავალში?

VII. რამდენად მისაღებია იდეა იმ ტკივილების გაყუჩების შესახებ, რომლებიც ბუნებრივია ყველა მშობიარე ქალისათვის, უფრო მეტიც, რომლის არსებობაც არა მარტო განსაზღვრულია, არამედ ხაზგასმით, ვერბალურადაა გამოხატული წმიდა წერილში?

VIII. რა შემთხვევებში შეიძლება მისაღებად ჩაითვალოს მშობიარობის გაუტკივარება ეკლესიური ცნობიერების ადამიანებისათვის?

IX. რომელი სახის ანესთეზიაა უპირატესი და რატომ?

X. აქვს თუ არა ბავშვს უფლება დაიბადოს მხნე და ბუნებრივად ფხიზელი და არა სანარკოზო ნივთიერებებით მოდუნებული და გაბრუნებული?

XI. აქვს თუ არა დედას მორალური უფლება, მოითხოვოს სამშობიარო ტკივილების გაყუჩება სამედიცინო ჩვენების არარსებობის შემთხვევაში?

XII. რამდენად ანგარიშგასაწევია 70-იანი წლების დასავლეთის ქვეყნების ქალთა მოძრაობა მოწოდებებით ექიმებისადმი: “ბუნებრივი მშობიარობა ყველასათვის!” და როგორ შეიძლება შეფასდეს ამგვარ შეხედულებათა მოტივაციები?

XIII. რატომ ითვლება იდეალურად ანესთეზიოლოგიური

ჩარევის გარეშე მიმდინარე ბუნებრივი მშობიარობა?

XIV. არის თუ არა სიკეთე ყოველგვარი ტკივილის გაყუჩება?

XV. რა მნიშვნელობა ენიჭება ორსული დედის წინასწარ მომზადებას მშობიარობისათვის (ტკივილისა და დისკომფორტის სწორი აღქმისათვის)?

XVI. რა ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები მონაწილეობენ სამშობიარო ტკივილების გენეზისში?

XVII. რაგვარ კორელაციაშია მშობიარე დედის ფსიქოლოგიური განწყობა და ცნობიერების ეკლესიურობა (რელიგიურობა) სამშობიარო ტკივილებისა და მათი აღქმის ხარისხთან?

და ა. შ.

წარმოდგენილ კითხვათა სიმრავლე ნათლად მეტყველებს, რომ მშობიარობის გაუტკივარების არსის დეფინიცია ნიშნავს ამ ფენომენის მრავალფაქტორულ ანალიზსა და კვლევას სამედიცინო, ფიზიოლოგიური, ბიოლოგიური, ფილოსოფიური, ფსიქოლოგიური, ეთნოლოგიური, ანთროპოლოგიური, სოციოლოგიური, სამართლებრივი, კულტუროლოგიური, მეტამეცნიერული, მისტიკური, თეოლოგიური, ისტორიულ-ტრადიციული ასპექტების გათვალისწინებით.

ეს დასკვნა ვრცელდება ყველა საკითხზე, რომლის შესწავლასაც არ უნდა შევეცადოთ თანამედროვე ბიომედიცინის ურთულეს და ერთობ მრავალსახოვან რეალიაში: ხელოვნური განაყოფიერების მიზანშეწონილობიდან კლონირების იდეის აპოკალიფსურობამდე, სიკვდილ-სიცოცხლის “მართვის” ბიოსამედიცინო განზომილებებიდან სქესობრივი სფეროს ფსიქოსომატური პარამეტრების სუბიექტივიზაციამდე, ადამიანის ჩასახვის მისტიკიდან მისი პლასტიკურქირურგიული პრეპარირების ესთეტიკამდე, დაბადებამდელი დედა-შვილობის ტრაგიკული კოლიზიებიდან უიმედოდ სნეულ და დეფექტურ ადამიანთა სიცოცხლის უმაღლეს ღვთაებრივ ფასეულობად გააზრებამდე. . . [Адам, архимандрит, 2003].

ბიოეთიკაა სწორედ მეცნიერების ის დარგი, რომელიც თავისი კვლევა-ძიებისა და შესწავლის საგნად პრობლემათა მთელ ამ სპექტრს თვლის, პოტენციურად მათი გადაჭრისაკენაა მიმართული და იმგვარ ცნობიერებას ეყრდნობა, რომელიც უპირატესობას სულიერებასა და ზნეობრიობას ანიჭებს.

ჩვენი შემდგომი კვლევისათვის მნიშვნელოვანია ჩვენ მიერ შემუშავებული კონცეფციის გაცხადება, რომლის თანახმადაც, ბიოეთიკა, როგორც ცოდნის ახალი დარგი,

თავისი მრავალფეროვანი შინაარსობრივი და გამოყენებითი ასპექტების, შესწავლისა და კვლევის საგნის გათვალისწინებით უნდა განიხილებოდეს როგორც სამეცნიერო დისციპლინა (ფუნდამენტური ბიოეთიკა), გამოყენებითი ეთიკის დარგი, პრაქტიკული დისციპლინა, მსოფლმხედველობა, პოპულარული სწავლება და სასწავლო დისციპლინა [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

ასე რომ, ნებისმიერი ბიოეთიკური საკითხი თავისი მნიშვნელობით არა მარტო აქტუალურია როგორც სასიცოცხლო და არსებითი პრობლემა, დილემა ან კოლიზია, არამედ მათი შესწავლა და მეცნიერული კვლევა ამავედროულად იძენს უდიდეს პრაქტიკულ, გამოყენებით, სასწავლო-პედაგოგიურ და თეორიულ-მსოფლმხედველობრივ დატვირთვასაც.

ახლა ვუბრუნდებით ისევ კონკრეტულ ბიოეთიკურ პრობლემას – მშობიარობის გაუტკივარებას, რომელიც, როგორც ზემოთ ნახეთ, დოქტორ სიმფსონის ცხოვრებისა და მოღვაწეობის გამოკვლევის პროცესში წარმოჩინდა და სხვა რომელიმე მიზეზით არ გამოგვიჩვენია ჩვენი ძიების ობიექტად.

ხსენებული პრობლემის გადაწყვეტა მოითხოვს მეცნიერულ არგუმენტირებას. ეს კი რთული მრავალსაფეხურებრივი და რამდენიმეეტაპიანი პროცესია.

უპირველეს ყოვლისა, საწყის საფეხურზე უნდა მოხდეს მშობიარობის გაუტკივარების შესახებ არსებული მთელი სამედიცინო ცოდნის ინტეგრაცია, რაც გულისხმობს თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის სხვადასხვა დარგებში (მეანობა, გინეკოლოგია, ანესთეზიოლოგია, ინტენსიური თერაპია, ფარმაკოლოგია, ფიზიოლოგია, ემბრიოლოგია, სამედიცინო ფსიქოლოგია და ფსიქოთერაპია, პრენატალური დიაგნოსტიკა, ბიოქიმია და ა. შ.) დაგროვილი ცოდნის მოხმობასა და ურთიერთშეჯერებას, რათა პასუხი გაეცეს ჩვენს მიერ დასმულ კითხვათა ერთ ნაწილს (I–V, IX, XVI).

შემდეგ საფეხურზე აუცილებელია ბიოლოგიური მეცნიერებებისა და სხვა ბუნებათმეცნიერული დისციპლინების წიაღში არსებული ინტელექტუალური მარაგის მოპოვება და მისი შეჯერება ინტერდისციპლინურ სამედიცინო ცოდნასთან. ამრიგად მიიღწევა კვლევის ობიექტის – ბიოსამედიცინო ცნების “მშობიარობის გაუტკივარება” – სრულყოფილი ბუნებათმეცნიერული ქარაქტეროლოგია (პასუხი გაეცემა ნაწილობრივ XIII, XIV, XV, XVII კითხვებს), ანუ ამ საფეხურზე დამთავრდება საკითხის ბუნებათმეცნიერული არსის განსაზღვრა.

მომდევნო საფეხური, ჩვენი აზრით, მშობიარობის

გაუტკივარების შესახებ ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში არსებული მთელი ცოდნის ინტეგრაცია უნდა იყოს. აქ გამოვიკვლევთ შესასწავლი ფენომენის ისტორიულ-ტრადიციული, სოციოლოგიური, კულტუროლოგიური, სამართლებრივი ასპექტები, რისი მეოხებითაც პასუხი შეიძლება გაეცეს IV, X, XI, XII კითხვებს და არა მარტო შეივსოს ჩვენი ცოდნა, არამედ გაჩნდეს პრობლემის გაშუქების შესაძლებლობანი სრულიად ახალი თვალთახედვითაც.

ამ მხრივ საინტერესო მონაცემების მოწოდება შეუძლია ეთნოლოგიას სხვადასხვა ეთნიკური წარმომავლობის ხალხში ორსულობის, მშობიარობისა და დაბადებისადმი როგორც ტრადიციული დამოკიდებულებების, ასევე არსებული გამოცდილების შესახებ.

საკვლევ საკითხზე თანამედროვე საზოგადოების შეხედულებათა შესწავლის მიზნით ინფორმაციის მოპოვების უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა სოციოლოგიური გამოკითხვები და კვლევები. ამ გზით გამოვლენილი თავისებურებები (ფსიქოლოგიური, ასაკობრივი, რელიგიური და ა. შ.), კანონზომიერებები (მეორე მშობიარობის შიში, კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების უიმედობა ანესთეზიის გამოყენების შემთხვევაში და სხვ.), სტატისტიკური მონაცემები (ასაკის, სოციალური წარმომავლობისა და მდგომარეობის, განათლების, ეკლესიურობის, მშობიარობის ირგვლივ სარწმუნო ინფორმაციის ფლობის და სხვ. შესახებ) და სხვა ინფორმაციული ერთეულები გვეხმარება კვლევის ოპტიმალური მიმართულებით წარმართვასა და გადაწყვეტილებების მიღებისათვის საჭირო ბაზისის შექმნაში.

ვამუშავეთ რა ბიოეთიკაში საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული ცოდნის სინთეზის პრობლემას, შეუძლებელია არ დავადასტუროთ ის გარემოება, რომ მეცნიერული დისციპლინების მკაცრი დაყოფა საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარულ დარგებად არა მარტო ხელს არ უწყობს თანამედროვეობის გლობალური პრობლემების გაგებასა და გადაწყვეტას, არამედ აფერხებს კიდევ მეცნიერული და ფილოსოფიური აზრის იმგვარი მიმართულებებით განვითარებას, რომელთა აუცილებლობა დაბეჯითებითაა ნაკარნახევი თანამედროვე ბიოეთიკური რეალიებით.

ამგვარ მიმართულებად წარმოგვიდგენია მულტი-, ტრანს- და ინტერდისციპლინური სამეცნიერო კვლევა მთელი საკაცობრიო ცოდნის სინთეზისა და ინტეგრაციის გზით (იხ. წინამდებარე მონოგრაფიაში ქვეთავები 1.2. და 3.2.).

საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული ცოდნის

ინტეგრაცია ბიოეთიკური კვლევის ახირება როდი გახლავთ, არამედ მეცნიერული მიზნის გაღრმავებითა და გაფართოებით განპირობებული ობიექტური მოვლენა [Адам, архимандрит, 2003].

უფრო მეტიც, ეს არ არის ბიოეთიკური შემეცნების პროცესის შემაჯამებელი ეტაპი. მომდევნო საფეხური ბუნებათმეცნიერული და ჰუმანიტარული ცოდნის შერწყმა-შეჯერება გახლავთ არასამეცნიერო (თეოლოგიურ, ფილოსოფიურ, მეტაფსიქოლოგიურ, მეტამეცნიერულ, პრაქტიკულ, მხატვრულ და ა. შ.) ცოდნასთან.

კაცობრიობას ინტელექტუალური მოღვაწეობის (აზროვნების) სინთეზური ტიპის საუკეთესო მაგალითებად მოევლინა ლერუას, ანრი ბერგსონის, ტეიარ დე შარდენის, სეჩენოვის, ვერნადსკის, სოლოვიოვის, ბულგაკოვის, ფლორენსკის, უაითჰედის და კიდევ მრავალ სხვა მეცნიერთა და მოაზროვნეთა შემოქმედება. მათ უდიდესი, თუმცა არაერთგვაროვანი, როლი შეასრულეს ჰუმანიტარული და ბუნებათმეცნიერული კულტურების დაახლოებასა და მათ მეტამეცნიერული კულტურის სფეროსთან შერწყმაში.

ობიექტურ აუცილებლობად მიგვაჩნია ისტორიული კვლევის იმ შედეგის წინა პლანზე წამოწევა, რომლის მიხედვითაც გაცხადდა, რომ ზოგიერთმა ზემოთჩამოთვლილმა და კიდევ სხვა ცნობილმა მოაზროვნეებმა განახორციელეს თეოლოგიური, ფილოსოფიური და მეცნიერული ცოდნის ერთიანობის (სინკრეტულობის) რეანიმაციის გაბედული და წარმატებული მცდელობანი. საილუსტრაციოდ შეიძლება დავასახელოთ ეპისკოპოს გაბრიელის (ქიქოძის – ეკლესიის მიერ წმინდანად შერაცხული მღვდელმთავრის) “ცდისეული ფსიქოლოგიის საფუძვლები” და არქიეპისკოპოს ლუკას (ცნობილი ქირურგის, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, პროფესორის, სახელმწიფო (სტალინური) პრემიის ლაურეატის ვ. ფ. ვოინო-იასენეცკის, აწ ასევე კანონიზირებული წმიდა აღმსარებლის) ნაშრომი “სული, სამშენებელი, სხეული”.

რაც შეეხება სინკრეტული ცოდნისაკენ სწრაფვის სხვა მაგალითებს, ისინი უნდა გახდნენ სერიოზული დამოუკიდებელი მეცნიერულ-საღვთისმეტყველო კვლევის საგანი და ამიტომაც აქ ჩვენ მხოლოდ ზოგიერთ მათგანზე და მხოლოდ სქემატურად შევჩერდებით.

მეცხრამეტე საუკუნის მეორე ნახევარში აღმოცენებულმა მთელი ბუნების ერთიანობისა და ადამიანის, როგორც კოსმოსის განუყოფელი ნაწილის, ღრმა შინაგანმა შეგრძნებამ გარკვეულწილად განაპირობა რუსული ბუნებათმეცნიერების ორიენტაცია მეცნიერული პრობლემების სინთეზურ

(ზოგადსისტემურ) გადაწყვეტაზე. ამის მაგალითი იყო სეჩენოვის გამოკვლევები, რომლებშიც მეცნიერი მიისწრაფოდა შეესწავლა ადამიანი “სხეულის, სულისა და ბუნების” ერთიანობაში. რუსული “კოსმიზმი” ნაყოფიერი ნიადაგი აღმოჩნდა აგრეთვე ვერნადსკის ფენომენის ჩამოსაყალიბებლადაც [В. И. Вернадский, 1991].

დიდი ინტერესით შეხვდა მეცნიერთა ერთი ნაწილი პიერ ტეიარ დე შარდენის კონცეფციას ზეცხოვრებისა და ნოოსფეროს ფინალური მდგომარეობის, ანუ ჰეგელის ენით თუ ვიტყვით, ერთგვარი ისტორიის დასასრულის შესახებ, როდესაც შეერთდებიან ბუნება, ღმერთი და ყველა ადამიანი. ტეიარ დე შარდენმა ამ კონცეფციითა და მთელი თავისი შემოქმედებით მნიშვნელოვანი გავლენა (თუმცა არაერთმნიშვნელოვანი და არა ოდენ პოზიტიური!) მოახდინა მეოცე საუკუნის მთელი ფილოსოფიური და ბუნებათმეცნიერული აზრის განვითარებაზე. თუმცა, სამწუხაროდ, ყველამ როდი მოახერხა ე. წ. ტეიარდიზმში ქრისტიანული მოდერნიზმისა და რწმენასთან შედარებით “ratio”-ს პრიმატის დანახვა და გამოაშკარავება [Александр (Мень), протоиерей., 1990; ადამი, არქიმანდრიტი, 2003 (თ)].

მეტად საფრთხილოა ნიკოლაი რერიხის იდეები. იგი ვერ ხედავს სხვადასხვა კულტურათა შერწყმის საშიშროებას, იმას, რომ სხვადასხვა წარმომავლობის იდეების გაერთიანება, განსაკუთრებით რელიგიურ სწავლებათა და მისტიკურ გამოცდილებათა მექანიკური სინთეზი, სიღრმისეული მეცნიერული, ფილოსოფიური, თეოლოგიური კრიტიკული ანალიზის, ნატიფი დიფერენცირების, მკაცრი დეფინიციების შემუშავების გარეშე – არ და ვერ იქნება წილნაყარი ჭეშმარიტებასთან და თავად შეიძლება გახდეს ფსევდომეცნიერული, ცრუფილოსოფიური, პარარელიგიური სწავლების წყარო [ადამი, არქიმანდრიტი, 2003].

როგორც ვხედავთ, მეცნიერული ცოდნის არამეცნიერულ (ფილოსოფიურ, მხატვრულ, საღვთისმეტყველო, პრაქტიკულ და სხვ.) ცოდნასთან შერწყმის გნოსეოლოგიური ფაზა წინარე საფეხურებთან შედარებით კიდევ უფრო მეტ სირთულეს შეიცავს და იგი როგორც ზოგადად, ისე, კერძოდ, ბიოეთიკური აზროვნების გენეზისის პროცესშიც, დაკავშირებულია მეთოდოლოგიურ პრობლემებთან – განსხვავებასთან მეცნიერული და არამეცნიერული შემეცნების მეთოდებს, ფორმებსა და პრინციპებს შორის.

მაგალითისათვის ზემოთ მოვიყვანეთ დისკუსია ადამიანისა და სამყაროს წარმოშობის სხვადასხვა თეორიის მომხრეთა შორის (იხ. 3.2. სამედიცინო და ბიოლოგიური ცნებების ბიოეთიკურ

კატეგორიებად ტრანსფორმაცია).

ამრიგად, მეცნიერული და საღვთისმეტყველო ცოდნის შერწყმის პროცესში ჩვენ უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგი მოსაზრებით: არც ერთ მეცნიერულ თეორიას არ შეუძლია რაიმე გვითხრას შესაქმეს ექვსი დღის შესახებ, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა ღვთაებრივი აქტის ან სასწაულის შესახებ. მეცნიერება ეყრდნობა იმ კანონზომიერებებს, რომლებიც მან აღმოაჩინა ბუნებაში, მაგრამ უკვე ისეთში, როგორიც ის დღეს არის; ხოლო შესაქმეს ექვსი დღე ამგვარი ბუნებრივი პროცესი როდი იყო. ისინი თავისი შინაარსით წარმოადგენენ იმას, რაც იყო მანამ, ვიდრე დაიწყებოდა ღვთის მიერ უკვე შექმნილ სამყაროში ბუნებრივი პროცესები.

სამოთხეში ადამიანთა ცხოვრების დასასრულის შესახებ ცოდნა, რასაც უშუალოდ უკავშირდება მშობიარობის გაუტკივარება, როგორც ბიოეთიკური პრობლემა, მხოლოდ გამოცხადებითი შეიძლება იყოს. მისი წყაროა წმიდა წერილი. ბიბლიის პირველი წიგნის “დაბადების” მესამე თავშივე ვკითხულობთ: “დედაკაცს უთხრა [უფალმა]: სატანჯველს გაგიმრავლებ და გაგიძნელებ ორსულობას, ტანჯვით შობ შვილებს...” [დაბ. 3,16]. თუმცა ძნელ ორსულობასა და მშობიარობის ტანჯვას ხელი არ შეუშლია ევასათვის, ღმერთისადმი მადლიერებითა და სიხარულის გრძნობით აღვსილიყო მისი გული, კენი როდესაც შვა, და ეთქვა: “კაცი შემემძინა უფლისაგან” [დაბ. 4,1].

ჩვენი წმიდა და მართალი წინაპრის – ევას ამ სიტყვებში ორი არსებითი აზრია გაჟღერებული: პირველი ის, რომ ქვეყნად ახალი ადამიანის – შვილის დაბადებით გამოწვეული სიხარულითა და მღელვარებითაა სავსე, სიხარულით, რომელიც გასაგებია ყველა დედისათვის, მაგრამ მაინც განსაკუთრებული უნდა ყოფილიყო ეს გრძნობა ევასათვის – ქვეყნად მცხოვრები ყველა ადამიანის დედისათვის, პირველი დედისათვის დედამიწის ზურგზე; მეორე კი ის, რომ ევამ აღიარა, რომ შვილი შვა ღვთის წყალობით, მისი წმიდა ნებით და მეოხებით, და არა ოდენ ადამიანისაგან, რომელმაც (ადამმა) “შეიცნო იგი, თავისი დედაკაცი” (დაბ. 4,1).

სამწუხაროდ, ეს აღიარება ადამიანთა დიდ ნაწილს არ ახასიათებს. ამიტომაც არაეკლესიური ცნობიერების ადამიანებმა შეიძლება დაუფიქრებლად ჩაწერონ საკანონმდებლო აქტშიც კი მაგალითად ასეთი რამ: “საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო” [გ. ჯავაშვილი და სხვ, 2001]. მოყვანილი ფაქტის პარადოქსი ადამიანებისათვის იმგვარი უფლების

“მინიჭებაში” მდგომარეობს, რომელიც მის შესაძლებლობებს აღემატება ობიექტურად, არსებრივად, ონტოლოგიურად.

ამ მაგალითის ანალოგიურად, თუ ღრმად არ გაანალიზდება და მართებულად არ შეფასდება მშობიარობის გაუტკივარებაც, იგი დაკარგავს თავის ადგილს და მნიშვნელობას. ანესთეზია ხომ მხოლოდ მაშინაა გამართლებული, თუ სწორად გამოიყენება იგი. სხვა შემთხვევაში მან შეიძლება მხოლოდ შენიღბოს ტკივილი, ტრავმა ან დაზიანება და თუ იგი შაბლონურად გამოიყენება ნორმალურად მიმდინარე მშობიარობის დროსაც კი, თუ მისი მიზანი მხოლოდ ბუნებრივ პროცესებსა და ღვთის განგებულებაში კორექტივების შეტანაა – ეს გახლავთ ზნეობრივი, სულიერი, მორალური, ეთიკური, ფიზიოლოგიური და სამედიცინო შეცდომა [J. Dick-Read, 1997].

სიმფსონის აღმოჩენამ სიხარულიც გამოიწვია და აღშფოთებაც. მშობიარობის გაუტკივარების იდეის გავრცელებას წინ აღუდგნენ სასულიერო პირები და ექიმები, რომელთაც მიაჩნდათ, რომ მშობიარობის დროს ტკივილის დათმენა ქალის მიერ ბუნების მოთხოვნილებაა დასაბამიდან და ამ კანონზომიერების დარღვევა ამორალურად უნდა ჩაითვალოს. თუმცა იმის უარყოფაც არ შეიძლება, რომ არც ერთ ქალი არ უნდა ვაიძულოთ იტანჯოს პათოლოგიური მშობიარობისათვის დამახასიათებელი მძიმე ტკივილებისაგან. ამ დროს ტკივილების დაამება მედიცინის მოვალეობაა, ხოლო თუ ანალგეტიკები და ანესთეტიკები გამოიყენება ძლიერი დისკომფორტის არარსებობისას, ეს დაუშვებელია. დანაშაულია, დატოვო ტკივილებით გატანჯული მშობიარე დედა დახმარების გარეშე, მაგრამ არანაკლები დანაშაულია, ხელოვნურად დაუბინდო მას ცნობიერება მაშინ, როდესაც ყველაფერზე მეტად ამქვეყნად შვილის დაბადების სიხარულის გაცნობიერება სურს, როგორც მისი ამდენი მონდომებისა და განსაცდელის სანაცვლო ღვთაებრივი ჯილდოსი. სამწუხაროდ, ორივე ეს დანაშაული საკმაოდ ხშირად ხდება მედიცინაში.

სიმფსონის აღმოჩენის ღირებულება ისიცაა, რომ მან ბიძგი მისცა სრულყოფილი საანესთეზიო საშუალებებისა და მეთოდების ძიებას, რომლებიც უვნებელი იქნებოდნენ როგორც დედის, ასევე ბავშვისათვის. ამ მხრივ გადაიდგა მრავალი პროგრესული ნაბიჯი. ეს პროცესი დღესაც გრძელდება.

თუმცა გასული (მეოცე) საუკუნის ორმოცდაათიან-სამოციან წლებში არსებული “იდილია” დაირღვა. ქალები გამოფხიზლდნენ. მათ განაცხადეს, რომ სურდათ არა მარტო ყველაფერი სცოდნოდათ მშობიარობის შესახებ, არამედ დისკომფორტისა და ტკივილების

მიუხედავად, ყველაფერი ეგრძნოთ კიდევ.

გავიხსენოთ მაცხოვრის სიტყვები იოანეს სახარებიდან: “დედაკაცი რაჟამს შობნ, მწუხარე არნ, რამეთუ მოიწია ჟამი მისი. ხოლო რაჟამს შვის ყრმაი, არღარა მოეხსენის ჭირი იგი სიხარულითა მით, რამეთუ იშვა კაცი სოფელსა შინა” (იოანე, 16, 21). ამდენად ბუნებრივია ის, რაც დედებმა მოიწადინეს: რათა მათი შვილები ისეთივენაირად დაზადებულიყვნენ, როგორც თავად დაიზადნენ – მხნენი, ფხიზელნი და არა საანესთეზიო საშუალებებით გაბრუებულნი.

შემდგომში სამოცდაათიანი წლების დედებმა უკვე მოწოდებები გაუზავნეს ექიმებს და საბრძოლო ლოზუნგად გაიხადეს სიტყვები: “ბუნებრივი მშობიარობა ყველასათვის!”

აქვე ერთ ფსიქოლოგიურ არგუმენტზეც ვამახვილებთ ყურადღებას: ქალებს, რომელთაც ანესთეზიის გარეშე იმშობიარეს, დედობრივი გრძნობები უვითარდებათ უფრო სწრაფად და ძლიერად. ამას ადასტურებს ექსპერიმენტული მონაცემებიც. ცნობილია, რომ ცხენ-ირემი ან ძროხა თუ ანესთეზიით იმშობიარებს, თავის ზაქს (ხბოს) ბედისანაბარა ტოვებს. ამ ცხოველთა ასეთი უცნაური საქციელი ახსნილი ჯერჯერობით არ არის. არსებობს ჰიპოთეზა, რომ დედობრივი გრძნობის განვითარება ფიზიოლოგიურ დონეზე დაკავშირებულია ენდოგენური ოქსიტოცინის დონეზე, რაც შემდგომ შესწავლას მოითხოვს [Н. В. Боровикова, 2003].

ითვლება, რომ იდეალურია სწორედ ბუნებრივი მშობიარობა, მაგრამ, ცხადია, არსებობს ანესთეზიის გამოყენების აუცილებლობაც, როდესაც საქმე გვაქვს გახანგრძლივებულ, ან პირიქით – სწრაფ მშობიარობასთან, რასაც შეიძლება სხვადასხვა გართულება მოჰყვეს, დედის პათოლოგიური ფსიქოლოგიური აგზნებისა და ზოგიერთი დაავადების დროს და ა. შ.

ბევრი ფიქრობს, აბსურდულია ქალს მოათმენინო სამშობიარო ტკივილები, როცა შეიძლება გაუტკივარება. სინამდვილეში ნორმალური მშობიარობის დროს არსებული ტკივილების გაკონტროლება თვით დედას შეუძლია. ტკივილი ხომ სიგნალია, რომლის მეოხებითაც მშობიარე გრძნობს ყველაფერს, თუ რა ხდება მისი შვილისა და მის თავს. ამდენად აქტიურად შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს შვილის დაზადებაში. იგი იმასაც კარგად იგრძნობს, თუ რაიმე მთლად რიგზე არ იქნება [J. Dick-Read, 1997].

საჭიროა გაგვრთხილდეთ და არ დავუშვათ არსებული პრაქტიკის გავრცელება, როდესაც მშობიარე დედებს კლინიკური ჩვენების გარეშე ეძლევათ ტკივილდამაყუჩებელი და

დამამშვიდებელი მედიკამენტები, ან გამოიყენება ანესთეზიის ესა თუ ის მეთოდი.

ჩვენს ამ მოსაზრებას ადასტურებს რობერტ ჰინგსონის უდიდესი აღმოჩენა: საანესთეზიო ნივთიერების თავზურგტვინის არხში შეყვანის წარმატებულობა. ამ გზით ხომ მრავალი სიცოცხლის გადარჩენა მოხერხდა, მაგრამ, სამწუხაროდ, ამ მეთოდის ენთუზიასტებმა გაართულეს მრავალი ნორმალური მშობიარობა ამ პროცედურის დაუსაბუთებლად და გაუმართლებლად გამოყენების გზით. თითქმის ყველა ბავშვის დაბადებისათვის საჭირო გახდა სამეანო მაშების გამოყენება. უმეტეს შემთხვევებში მშობიარეთ ჩაუტარდათ შორისის ქირურგიული გაკვეთის პროცედურა, ასევე ხშირად – საკეისრო კვეთა. ამდენ იატროგენულ გართულებასთან ერთად დედები მოკლებული იყვნენ ბუნებრივი მშობიარობის სიხარულის განცდას, რადგან უმტკივნეულო მშობიარობას თან არ ახლავს განსაკუთრებული სულის საამებელი შეგრძნებები, დედობრივი სიამაყის გრძნობა გადატანილი სიმწელების გამო.

ამიტომაც კვლავ ისმის კითხვები: აქვს კი რაიმე ისეთი უპირატესობა გაუტკივარებას ასეთი საგრძნობი და მნიშვნელოვანი დანაკარგები რომ აუნაზღაუროს დედას? კიდევ დიდხანს უნდა გაგრძელდეს ყველანაირი მშობიარობის დაუსაბუთებელი გაუტკივარების აბსურდი მომხრეთა ახირების გამო? რას გამოიგონებენ და შემოგვთავაზებენ მომავალში საანესთეზიო ნივთიერებათა მაგივრად? საჭიროა თუ არა სულ მუდამ ისეთი ელექსირის დაჟინებითი ძიება, ყოველგვარი დაავადებას რომ ერთნაირად წაადგება და ყველა შემთხვევაში რომ უნდა გამოიყენებოდეს უცილობლად?

გ. დიკ-რიდი წიგნში “მშობიარობა შიშის გარეშე” წერს: “მე არავის დავპირებივარ და არც ვპირდები უმტკივნეულო მშობიარობას. მართალია, ზოგიერთი ქალი მშობიარობს ტკივილების გარეშე, მაგრამ ისინი მაინც გრძნობენ დისკომფორტს, განსაკუთრებით, თუ ეს პირველი მშობიარობაა, ჩნდება ტკივილი ზურგის არეში ან სხვა გაბმული ტკივილები. მაგრამ იმ დედებს შორის, რომელთაც ესმით, თუ როგორ უნდა გადალახონ ეს არასასიამოვნო შეგრძნებები, ასიდან მხოლოდ სამი ან ოთხი თუ მოისურვებს ან საჭიროებს ნაწილობრივ ან სრულ ანესთეზიას” [J. Dick-Read, 1997].

წარმოდგენილი მსჯელობანი, თუ კარგად დავაკვირდებით, ვნახავთ, რომ სცილდება მხოლოდ ვიწრო სამეანო ან უფრო ფართო – სამედიცინო-კლინიკურ ჩარჩოებს და იჭრება ფილოსოფიის, ლოგიკის, სოციოლოგიის, კულტუროლოგიის, ფსიქოლოგიის,

ღვთისმეტყველების სფეროებში. ასე რომ, ეს მსჯელობანი გახლავთ ჩვენ მიერ ზემოთ წარმოდგენილი ბიოეთიკური პრობლემის გადაწყვეტის მრავალსაფეხურიანი პროცესის პრაქტიკული ხორცშესხმა.

ამგვარ ღრმა გააზრებათა სერია, ერთი შეხედვით, სრულიად აკმაყოფილებს ჩვენ მიერ დასმულ მიზანს – მოგვებდინა საკვლევი პრობლემის – მშობიარობის გაუტკივარების შესახებ არსებული მთელი ცოდნის სინთეზი. მაგრამ აზროვნების ამგვარ სისტემაში არ არსებობს ერთი აუცილებელი კომპონენტი, რომლის გარეშეც წარმოდგენილია საკითხის ფენომენური გაფორმება და რომელსაც რეალურად ჩვენ ვერც ავუარეთ გვერდი ჩვენს მეცნიერულ მსჯელობებში. ეს კომპონენტი გახლავთ საკითხის აქსიოლოგიური გააზრება ზოგადსაკაცობრიო, ღვთაებრივ, ადამიანურ, ეროვნულ, სოციალურ, კულტურულ, ეთიკურ ღირებულებათა სისტემებში.

ამით ჩვენ დავასრულეთ ბიოეთიკური პრობლემების პრაქტიკული გადაწყვეტის ალგორითმული სქემისა და თეორიული საფუძვლების ჩამოყალიბება, რომელშიაც ექსკლუზიური ადგილი უჭირავს საკითხს მეცნიერულ და სარწმუნოებრივ მსოფლმხედველობათა ინტეგრაციის შესახებ.

რაც შეეხება ღირებულებებს, სწორედ მათთან დაკავშირებული პრობლემებია უმნიშვნელოვანესი ყველა იმ მეცნიერებისათვის, რომელიც სწავლობს ადამიანს, საზოგადოებას. ასეთ მეცნიერებათა რიცხვს განეკუთვნება ბიოეთიკაც და მედიცინაც. ღირებულებითი საფუძვლების რღვევას გარდუვალად მივყავართ კრიზისამდე. ეს ეხება როგორც პიროვნებას, ისე საზოგადოებას, ერს, ეთნიკურ, რელიგიურ, სხვადასხვა კულტურულ და სოციალურ ჯგუფებს, მთელს კაცობრიობას. ასეთი კრიზისის ილუსტრაციას წარმოადგენს ბიოეთიკურ კოლიზიათა ფართო სპექტრი, რომლის წინაშეც დგას დღეს კაცობრიობა და თითოეული ჩვენგანი.

მშობიარობის გაუტკივარების ბიოეთიკური კვლევის პროცესში გამოიკვეთა დედისა და ბავშვის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის, დედობრივ გრძნობათა და მოვალეობათა, ღვთის სიტყვისადმი დამოკიდებულების, შემოქმედის წინაშე ადამიანის თავმდაბლობის, მშობიარე დედათა და ჯერ კიდევ არდაბადებულ ბავშვთა უფლებების, მეცნიერულთან ერთად მეტამეცნიერული (ფილოსოფიური, საღვთისმეტყველო, პრაქტიკული) ცოდნის, როგორც ღირებულებების, პრობლემა. იმაზე, თუ რა ადგილს მივაკუთვნებთ მათ ღირებულებების იერარქიაში, დამოკიდებულია მსოფლიო ცივილიზაციის მომავალი.

დავუბრუნდეთ სიმფსონისდროინდელ დიდ ბრიტანეთს.

საინტერესოა, თუ როგორ გადაწყდა მაშინ დაწყებული დავა. როგორც მემამულიანნი გვაუწყებენ, სულ მალე დედოფალმა ვიქტორიამ (1819-1901) იმშობიარა ქლოროფორმის ნარკოზით და თავის ქვეყანას მოუვლინა პრინცი ლეოპოლდი. ანესთეზიოლოგი გახლდათ ჩარლზ სნოუ (1818-1853) [R. J. Kitz, L. D. Vandam, 1986]. ამგვარად დედოფალმა ოფიციალურად დართო ნება ამ მეთოდის გამოყენებას. ასე რომ, სამართლიანი იქნებოდა, მეცხრამეტე საუკუნის ინგლისური ლიტერატურის, ხელოვნების, ყოფა-ცხოვრების, ზნე-ჩვეულებათა დარად მშობიარობის ქლოროფორმით გაუტკივარებისთვისაც “ვიქტორიანული” ეწოდებინათ.

დედოფლის გადაწყვეტილება საკანონმდებლო აქტის ტოლფასი გახლდათ. საგულისხმოა, რომ ბიოეთიკურ პრობლემათა და დილემათა გადაწყვეტა ხშირად სწორედ იურიდიულად უნდა მანიფესტირდეს. მაგრამ ისიც მივიღოთ მხედველობაში, რომ სწორედ კანონმდებლობის ტრანსფორმაციაა ძალიან ძნელი. ერთხელ, სხვადასხვა გზებით დამკვიდრებული ნორმის შეცვლა ძნელი პროცედურაა. უფრო ძნელია იმის გაგება, თუ რა მოსაზრებებით ხელმძღვანელობდნენ ძლიერნი ამა ქვეყნისაწინი, როდესაც ამა თუ იმ გადაწყვეტილებას იღებდნენ უმაღლეს ღირებულებათა გვერდის ავლით. რაკი-ღა ინგლისის დედოფალი უკვე ვახსენეთ, მოდით მის კარს ნუ მოვწყდებით, მხოლოდ მეცხრამეტე საუკუნის ორმოციანი წლებიდან მეოცე საუკუნის მიწურულში გადმოვინაცვლოთ.

ცნობილია, რომ ადამიანი ვერასოდეს გახდებოდა ადამიანი, რომ არ ჩასახულიყო როგორც ადამიანი, ანუ ადამიანი ასეთ ქმნილებას წარმოადგენს ჩასახვისთანავე, დაწყებული განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის წარმოქმნიდან. ამ ფაქტს ადასტურებს მთელი თანამედროვე ბუნებათმეცნიერებათა კომპლექსი, მაგრამ ხშირად მავანთ არ სურთ ამ მეცნიერულ ჭეშმარიტებათა აღიარება და მათ გვერდს უვლიან. ასე მოიქცნენ დიდ ბრიტანეთში, როდესაც ექსპერიმენტატორებს კანონით დართეს ნება ეწარმოებინათ ჩანასახების ვივისექცია. საქმე იმაში გახლდათ, რომ ლორდთა პალატამ გადაწყვიტა, ხოლო ინგლისის დედოფალმა დაამტკიცა მათი გადაწყვეტილება იმის შესახებ, რომ დიდი ბრიტანეთის ქვეშევრდომები ჩასახვიდან თოთხმეტი დღის ასაკის მიღწევამდე არ წარმოადგენენ ადამიანურ არსებებს. ამის თაობაზე ცნობილი მეცნიერი, ციტოგენეტიკის ფუძემდებელი ჟერომ ლეჟენი წერდა:

“ალბათ დედოფალი ფიქრობდა, რომ ახალი “ღმერთის” – პლურალიზმის საპატივცემულოდ, მას უნდა მოეწერა ხელი

ამ პლურალისტულ გადაწყვეტილებაზე, რომელიც ამტკიცებს რომ ადამიანური არსებანი არ არიან ადამიანები, ან შესაძლოა საერთოდ არსებები, ვიდრე არ მიაღწევენ თოთხმეტი დღის ასაკს. მაგრამ თუკი პლურალიზმი აპირებს მეცნიერების საწინააღმდეგო გადაწყვეტილებანი მოგვახვიოს თავს, სულაც არა აქვს მნიშვნელობა იმას, თუ როგორ იქნა ისინი მიღებული – პარლამენტის წესების დაცვით, თუ პირიქით. თუკი კანონი იმდენად უსამართლოა, რომ ზედავს ამტკიცოს, თითქოსდა თვდაპირველად ადამიანური ჩანასახი სულაც არ არის ადამიანური არსება – მაშინ ეს სულაც არ არის კანონი. მას შეიძლება დაერქვას საზოგადოებრივი აზრის მანიპულირება, პარლამენტის კაპიტულაცია გაბატონებული იდეოლოგიის წინაშე, ოღონდაც არა ჭეშმარიტების მტკიცება. ჩვენ ძალიან ადვილად გიჩვენებთ ჩვენს უტყუარობას. თუ კანონი ამბობს სიმართლეს, მაშინ გამოდის, რომ მისი უდიდებულესობის ყველა ქვეშევრდომი თავისი არსებობის პირველი თოთხმეტი დღის განმავლობაში წარმოადგენდა არაადამიანურ ცოცხალ არსებას, ისევე როგორც თავად დედოფალი, მისი მამა და ყველა მისი წინაპარი. ამრიგად, ამ არაადამიანური შუალედური რგოლის არსებობის პერიოდში დინასტიური მემკვიდრეობა წყდებოდა ყოველ თაობაში. იგივე ითქმის პარლამენტის წევრ ღორღებზე. ამიტომაც წინდაუხედაობა იქნებოდა კეთილშობილი ერის ბედი ყოფილი არაადამიანური არსებებისათვის მიგვენდო. აშკარაა, რომ დედოფალიც და ყველა ბრიტანელიც ჩასახვიდანვე წარმოადგენდნენ ადამიანურ არსებებს, სხვაგვარად ფიქრსაც კი უაზრობამდე მივყავართ” [J. Lejeune, 1993].

ჟ. ლეჟენი თავის მსჯელობაში მოსაზრების ჭეშმარიტებასთან მიმართების გასარკვევად იყენებს ლოგიკური საფუძვლიანობისა და არაწინააღმდეგობრიობის კრიტერიუმს. მართლაც ყველაფერი საოცრად მარტივი და ლოგიკურია. მიუხედავად ამისა, მავანთ შეუძლიათ მაინც არ აღიარონ არც ლოგიკა და არც მეცნიერება. მათ შეუძლიათ განაცხადონ, რომ ურჩევნიათ იყვნენ უმეცარნი და უარყონ ახალი აღმოჩენები ბუნებათმეცნიერებაში. შესაძლებელია ეს “პოლიტიკურად კორექტული პიზიციაც” კი იყოს ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგრამ ამგვარი თვალსაზრისი მტერია მეცნიერებისა, ხოლო მეცნიერება, როგორც მოგეხსენებათ, ვერ იტანს ობსკურანტიზმს.

ისევ ჟ. ლეჟენის ციტირებას მივმართავთ: “. . . და ბოლოს. თუ თქვენ ღვთის რწმენა გაქვთ, მაშინ არ გჭირდებათ გენეტიკის შესწავლა. თქვენ ისედაც კარგად უწყით, როგორ მოიქცეთ. თქვენ ისეთ შეკითხვებზეც იცით პასუხები, როგორებიცაა: რა არის ადამიანური არსება? როგორ უნდა დავიცვათ იგი? როგორი

პატივი უნდა მივაგოთ ადამიანურ არსებას? დასაშვებია თუ არა მანიპულაციები ადამიანის ჩანასახებზე [J. Lejeune, 1993].

მართლაც, იმ ადამიანებისათვის, ვისთვისაც სარწმუნოებრივი მსოფლმხედველობა უცხო არ არის, ერთი პატარა ცნებაც საკმარისია, რომელიც გვიკარნახებს, რა უნდა გავაკეთოთ ან რა არ უნდა გავაკეთოთ ნებისმიერ სიტუაციაში. ამას არც კენჭისყრა სჭირდება და არც გადაწყვეტილებათა მიღების რთული პროცედურა, არც რადიოთი და ტელევიზიით კომენტარების მოსმენა აუცილებელი, არც ინტერნეტით ინფორმაციის მოძიება. მთავარია, ჩვენს გულში ჟღერდეს ის ერთადერთი ფრაზა. თუკი კანონმდებელნი და ბუნებისმეტყველნი, მედიკოსები და ბიოეთიკოსები ისწავლიან ამ ღვთაებრივი აზრის, იესოსეული ცნების პატივისცემას, ჩვენც შეიძლება გავბედოთ და იმის იმედი ვიქონიოთ, რომ იმ წუთიდან მეცნიერება კეთილსინდისიერად და პატიოსნად ემსახურება კაცობრიობას.

ეს ფრაზა მართლაც ძალიან უბრალოა, მაგრამ ის წყვეტს ყველაფერს: *“რაოდენი უყავთ ერთსა ამას მცირეთაგანსა ძმათა ჩემთასა, იგი მე მიყავით”* (მათე. 25, 40) [ბიბლია, 1989].

ამ სიტყვებზე, როგორც კლდეზე, შეიძლება დაეფუძნოს სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლმხედველობათა ინტეგრაცია ფუნდამენტურ ბიოეთიკასა და მთლიანად ბიომედიცინაში.

ქრისტიანული სამყაროსათვის მეცნიერებასთან დიალოგი ერთ–ერთი ფუნდამენტურ საკითხია. ცხადია, ჩვენ არ ვეწინააღმდეგებით მეცნიერებას, ხოლო კრიტიკულად განვიხილავთ არა იმას, რაც ბუნებაშია, არამედ ადამიანის ნამოქმედარს, თუკი ის სულიერ–ზნეობრივი თვალსაზრისით მიუღებელია და ადამიანის სასიკეთოდ არ არის მიმართული... ამჟამად სხვადასხვა სამეცნიერო დარგი ეთიკური სტანდარტების შემუშავების პროცესშია. ამიტომაც უნდა შევისწავლოთ მეცნიერების მიღწევები, ექსპერიმენტული მეცნიერების შედეგებიც, რათა სწორად შევაფასოთ ვითარება: გავამხნევოთ ისინი, თუკი ამას იმსახურებენ და წავახალისოთ კიდევ იმგვარი ბიოსამედიცინო კვლევა–ძიება, რომელიც პასუხობს ბიოეთიკის თანამედროვე მოთხოვნებს, გულისხმიერებას იჩენს ანთროპოლოგიური, მათ შორის ქრისტიანულ–ანთროპოლოგიური პოზიციების მიმართ და ემსახურება უკეთილშობილეს მიზანს – ღვთის შეწევნით შევუმსუბუქოთ სნეულ ადამიანებს ტკივილი, მწუხარება, ტანჯვა.

შემოქმედება (ჩვენს შემთხვევაში – მეცნიერული და პრაქტიკული – კლინიკური და ექსპერიმენტული მოღვაწეობა) დაკავშირებულია აუცილებლობის გადალახვასთან, ბუნებრივი და სოციალური იძულებისაგან განთავისუფლებასთან. ამიტომაც იგი ხშირად გადადის თვითნებობაში.

პლატონი, არისტოტელე, კანტი, ჰეგელი და სხვა კლასიკოსი ფილოსოფოსები ადამიანის ნებას იდეალური, ღვთაებრივი ან ზნეობრივი ნორმებით ზღუდავდნენ.

ადამიანმა თავი ახალ ღირებულებათა შემოქმედად და ძველთა გამქარწყლებლად ჩათვალა და შეეცადა დაეკავებინა ის ადგილი, რომელიც ისტორიულად იდეებს, ბუნებასა და თვით ღმერთს, ხოლო ონტოლოგიურად მხოლოდ ღმერთს ეკუთვნოდა, რადგან

შემოქმედება კი მხოლოდ ახლის შექმნა როდია. იგი აუცილებლის შესრულებაცაა, იმის მსახურებაცაა, ვინც (რაც) ადამიანზე მაღლა დგას და იმავდროულად მის წინაშე თავმდაბლობაცაა.

მხოლოდ ბუნების, სხვა ადამიანების, უკვე არსებული კულტურული ტრადიციებისა და ქმნილებების ღირებულებათა აღიარების შემთხვევაშია შესაძლებელი კაცობრიობის გადარჩენა და განვითარება.

BIOETHICS: GENESIS, ESSENCE, FUTURITY

RESUME

Bioethics, alongside with the development of biomedicine and system of healthcare, gave rise to various problems of visionary-philosophical and ethical character that still remain vital. Each issue needs to be thoroughly investigated and properly assessed.

Lots of bioethical issues, like the subject and task of bioethics, its place and importance in the system of cultural and scientific achievements of mankind, are seldom discussed in literature; they are interpreted differently and need to be specified more accurately.

The represented monograph highlights all the abovementioned issues. It's obvious that the further development of bioethics, as a scientific-applied (practical) discipline, is impossible without such kind of detailed investigations.

The initiators of bioethics identified the fundamental principles of bioethics as the unification of biomedical knowledge and valuables that are common to all mankind.

Consequently the investigators made the analysis of historical-traditional, theological. Cultural, ecological, legal, ethnological and other aspects of bioethical problems.

Current stage of the development of biomedicine and the system of health care gives birth to the new tasks of bioethics that implies the enhancement and specification of the basic categories and conceptions of its content with the regard of the latest achievements of the civilization, advanced comprehension of traditional problems as well as the analysis of the full specter of positive and negative consequences of the process of biomedical technology and revelation of new problematic issues.

Notwithstanding the fact that there are lots of scientific publications dedicated to the investigation of different aspects of bioethical problems, it'll be difficult to find special complex scientific research among them that will define the conceptual basics, give trans-

disciplinary analysis and outline the principles of interpretation within the system of bioethical dimension and will be dedicated to the study of scientific, philosophical and theological aspects of these problems representing genuine bioethical scientific works.

Moreover, the analysis of the most part of bioethical literature showed that the authors mostly adhere to humanitarian-scientific, gnoseological principles. Perception of the essence of the contemporary bioethical problems makes it essential to rely on natural-scientific, namely – biomedical principles of truth perception.

The presented monographic work is aimed at investigation of the gist and genesis of bioethical problematic situations of the contemporary biomedicine and healthcare system and showing the practical ways of their decision.

For achievement of our goal we've dealt with the following tasks:

1. Investigate the process of arising bioethical problems in biomedicine, healthcare and other spheres of medicine;
2. Investigate historical appropriateness of the genesis of bioethics on the current stage of development of bioethics and the systems of medical, natural, humanitarian sciences and healthcare;
3. Determine the role and the place of bioethics within the systems of medical, natural and humanitarian sciences and healthcare;
4. Develop scientific basis for dealing with bioethical problems via investigation of historical development of basic studies of life, death, health, illness, essence and nature of a human being;
5. Properly evaluate the possibilities of dealing with ethical-legal, spiritual-moral and philosophical-axiological problems from historical-religious and cultural-social point of view and via prognostication of the future of mankind.

Investigation, generalization and interpretation of the given material was based on scientific-methodological and gnoseological principles of inter-relation and development, on historical research, , universalism, individualism, reductionism, holism, activity, subjectivity, self-organization, axiology, emergency-evaluation, on reconstruction and determination.

Methods of investigation comply with the rules recognized by natural and humanitarian sciences (biomedical, clinical, biological, anthropological, and philosophical).

Materials of the research are taken from both retrospective and current sources of information in the form of monographs, text-books,

encyclopedias, scientific articles, dissertation works, media materials, theological literature, internet, as well as documentation of UN, EU and World Medicine Association, bylaws of different countries in the spheres of healthcare and medical-biological investigation, statistical, introductive, analytical and other materials.

Presented dissertation is the first scientific investigation in the reality of Georgian medical lucidity of mind that is dedicated to the problems of the new, developing trend of knowledge – bioethics.

The fact that the given work represents the innovation from the scientific point of view can be proved from the following:

It is the first time when the following tasks are represented, formulated and revealed here:

Scientific substantiation of practical decision of the problems of bioethics, biomedicine and healthcare system;

Definition of bioethics, as a scientific field and educational discipline, of bioethical vision, applied and popular bioethics; determination and separation of their roles, content, subject and task;

Theoretical basis of bioethical genesis as scientific-practical discipline;

Epistemological principles of scientific investigations in bioethics;

Scientific characteristic of medico-biological, philosophical-axiological and historical-cultural aspects of analysis and interpretation of the gist of problems, dilemmas. Collisions and other conflict situations emerged in the result of progress of modern biomedicine;

Basic standards of regularity of gnoseological technological process of transformation of medical and biological conceptions (life, death, health, illness) within the bioethical categories;

General scheme of the genesis of bioethical problematic situations in the view of separate revelation of global crisis of humanity with the description of the basic phases of this process;

Conception of bioethical anthropology;

Determination of the function of prognostication and prevention of bioethics in the relation with future humanity and rise of bioethical and other types of global problems.

It's the first time when bioethics clarifies itself as the trend of trans-disciplinary scientific investigation that reveals and explores ideological, gnoseological, ontological and axiological problems of the Universal set and existence of a human in it, particularly, his activity in the biomedical sphere through the exploration of phenomena of illness, health, life and

death. Thus, the subject of bioethics is determined and formulated in this monograph for the first time.

The results we've achieved might be used:

In the training process while teaching preventive medicine, management of healthcare, public healthcare, social hygiene, the history of medicine, medical law and bioethics at the medical universities, at the medical, pharmaceutical, medical-biological, biological, psychological, philosophical, theological, judicial faculties as well as at the faculties of social sciences, management, biotechnologies, bio-information sciences and so on.

As a recommendation for national Council in bioethics and ethical (bioethical) committees of different levels;

For creation of legal and judicial base in the sphere of biomedicine;

For establishment of conventional principles of biomedical ethics in the public awareness;

As a reference point for regulation of social inter-relations among the representatives of medical sphere and patients, their relatives, guardians, etc;

In search of finding resolutions for definite bioethical problematic situations;

The monograph consists of the author's preface, Introduction, 7 chapters, conclusion, bibliography and resume in the English and Russian languages.

The first chapter – “Genesis of bioethics and its tasks on the contemporary level of development of biomedicine and healthcare” – consists of four sub-chapters.

In the first sub-chapter – “Historical conditions, specifications and regulations of derivation of bioethics” – on the ground of analysis of literary sources as well as observation and methodological knowledge of historical epoch (first of all – historical realities of medicine, science, techniques, system of healthcare), it has been ascertained that introduction of achievements of fundamental medical-biological sciences was followed by substantially qualitative fundamental changes in the spheres of biomedicine and healthcare:

1. Real possibilities not only for treatment, but for driving the human life as well:

“To create” the human being or its parts: organs and tissues (cloning technology);

“Give birth to” human life (reproductive technologies);

Determine and change its qualitative (value logical, hereditary, social, physical, psychological etc.) parameters (genetic medicine, plastic, aesthetic and transsexual surgery, genetic testing);

“Suspend” the moment of death (critical medicine, reanimation and intensive therapy, transplantology, gerontology, genetic therapy);

2. The medicine itself was subjected to metamorphosis: gradually yielding the acquisitions of medical arts, it becomes totally occupied with scientific investigations, experiments, clinical testing and is thoroughly involved in contractual and non-paternalistic relations with patients that is strictly confined into economical and legal frames of relationship;

3. In the connection with the establishment of new spheres of medicine and the introduction of the up-to-date technologies in the traditional spheres, the system of healthcare has to deal with the problems of planning, management, organization, social, legal and ethical protection;

Alongside with the achievements in the sphere of biomedicine, development, applying and introduction of postindustrial technologies in hospitals, global negative consequences can be discerned that makes the world community think about different ethical dilemmas. The danger of practical realization of some (particularly genetic) technologies implies that the world has to choose between: the survival of mankind or intensification of approach of apocalyptic ending. Theologians consider the perception of responsibility and differentiation of good and evil as one of the most complex processes. And this definitely is connected to the sphere of ethics.

The situations emerged in which making morally sensible choice became determinative. Stereotypes and experiences of the past that were not always based on ideological-philosophical-axiological reflection of ethical issues were put in contrast to them.

1. In relation with human life the tendency of its devaluation can be easily discerned, while within the process of decision-making of ethical dilemmas the interests of materialistic welfare of insurance company officer, doctor or a patient and his relatives can be put on one side of the scales and the limited budget of the government system of healthcare (abortion, artificial insemination, organs for transplantation, expensive medical remedies: dialysis, intensive therapy-reanimation, surgery etc) on the other side of the scales.;

2. A doctor who follows his vocation “to respect human life since the very moment of conception” (Geneva Declaration of the World

Medical Association), “Not to give required mortal remedy to any patient and not to show the possibilities of such intention; as well as not to give abortive pessarium to any woman” (the oath of Hippocrates), assists dissemination of the ideas of euthanasia, abortion, clinical testing and so on.

3. The necessity of long-term reanimation and intensive therapy also is put under question. Lots of them, according to the economical point of view, supported euthanasia and so called “right for worthy death”.

4. The struggle against AIDS is carried out on the background of total ethical-moral vacuum, - that’s the sheer propaganda of “liberated sexuality”, alternative homosexual orientation, particularly among men. In the result of the abovementioned facts all kinds of preventive measures have failed to be actual and the epidemics of AIDS and incurable forms of tuberculosis have become rampant;

5. In the modern medicine human being dramatically cares about his health and life prolongation (“flesh immortality”) and ignores spiritual needs (Transplantology, genetic medicine, cryonics).

In this situation objective necessity of reunification of integrated trans-disciplinary natural and humanitarian scientific thinking with global, philosophical, ethical and historical-traditional (religious and national) ideology has emerged. Thus, the accumulated knowledge that was based on cognitive approach, giving the advantage to ethical and spiritual values, prepared the ground for creation of unified system of studies. Bioethics represents such kind of study.

Investigations, we carried out, showed that the appearance of bioethics in the last third of the twentieth century was an absolutely ordinary phenomenon and the result we’re having on the contemporary stage of the history of the development of medicine, was conditioned by the following factors:

1. Revolutionary scientific discoveries, in the sphere of fundamental medical-biological sciences among them;

2. Creation of qualitatively new medical remedies for cure and life control via active application of theoretical scientific achievements in the clinical practice;

3. Synthesis of modern culture: promotion of the importance and the role of science and post-industrial technologies as the most significant and necessary element for public functioning within the process of potential transformation of the world and formation of futurity (final condition, apocalypses) of humanity;

4. Existed and prospective negative consequences of the influence of achievements in biomedicine on traditional-cultural processes, values and convictions of humanity;

5. Crisis of the most of the part of traditional relations and norms of medical ethics and deontology in biomedical reality of the last third of the twentieth century;

6. “Insufficiency” of general theoretic system of ethics for settlement of bioethical problems;

7. Priority of human right’s protection in the whole world;

8. Necessity of trans-disciplinary scientific thinking (investigation) for creation of bioethical picture of the contemporary stage of historical development of the world civilization.

In the second sub-chapter–“The subject of bioethics and its place in the system of natural and humanitarian sciences and healthcare” – bioethics is characterized not as the narrow ethical or philosophical trend, or inter-disciplinary humanitarian study, but as natural science with the medical-biological orientation.

The subject of bioethics is formulated and determined in the following way: Bioethics exposes and investigates the essence of the world (universe) and ideological, gnoseological, ontological and axiological problems of human existence in it via studying phenomena of illness, health, life and death.

Bioethics covers the wide range of problems: beginning from the common vision of its subject it reveals the whole riches of its ideological and methodological essence. It analyses and studies problematic situations and tries to find proper ways for their decision until the place and role of bioethics is found in the process of the development of science, information technologies, biomedicine, system of healthcare, philosophy, spiritual cultures and the whole civilization.

As long as bioethics is a scientific discipline that is oriented on truth perception its scientific investigation must be implemented under thorough consideration of its epistemological basics.

Due to the fact that bioethics represents integrated natural-humanitarian discipline, it must be based on cognitive principles of both natural and humanitarian sciences. As the analysis of bioethical bibliography shows, the authors mainly follow humanitarian gnoseological principles, however, from our point of view; they always feel the influence of biomedical science and are noticeably inclined to it. It’s worth mentioning that this process is characterized

with heterogeneity and contradiction, as bioethics today, striving for humanitarian epistemology, meets more and more obstacles on its way. These are those specifications of bioethics that are contiguous with scientific cognitive principles. Bioethics must use gnoseological principles that are unusual for humanitarian sciences as it studies the problems that, according to their essence, have scientific, namely, medical-biological nature.

Formation of the unified and accurate scientific theory undoubtedly requires integration of natural and humanitarian scientific gnoseological principles.

At the same time the scientists and researchers face the great responsibility within the process investigation of conceptual basics of bioethics.

Within the process of scientific investigations related to the bioethical issues we suggest using the position that is formulated in the following way: the notions –“illness”, “health”, “life”, “death” represent the conceptual background of bioethics, which, through the completely new approach of cognition (gnoseological intellectual technological process) in the bioethical scientific reality, are transformed and obtain the status of basic principles of perception of the essence of world and existence and activity of a human being (in the sphere of biomedicine and system of healthcare among them).

The place of bioethics in the system of health care is determined via existence of bioethical committees (commissions, councils) of different types and levels, which don't undertake the function of management or control. They don't take concrete decisions that are compulsory to be executed within the discussion process of this or that complex clinical cases. The aim of their creation is: 1) protection of human rights and separate groups of population in the sphere of healthcare, 2) participation in the decision process during the violation of bioethical norms, 3) elaboration of recommendations while determination of priority directions of practical and scientific-research activity. In this aspect bioethical committees are not only required to accumulate their experiences and use them in practice but also they have to develop bioethics as a scientific discipline and use its achievements, considering them to be well-reasoned theoretical and methodological basics, within the process of taking their own decisions.

We've ascertained that bioethics inhere the following functions:

- a. Management and organization of healthcare;
- b. Creation of legal base;

- c. Decision of professional-ethical problems;
- d. Protection of human rights (of a doctor, patient);
- e. Protection of environment and natural resources;
- f. Protection of animals and all kinds of living beings;
- g. Formation of bioethical cognition among the population;
- h. Prognostication and prevention of global critical phenomena;

We've also ascertained that bioethics, as a new sphere of knowledge, considering its subject of studying and investigation, its different aspects according to their content and maintenance, must be viewed as:

- a. Scientific discipline (fundamental bioethics);
- b. Branch of applied ethics: applied bioethics studies concrete bioethical problematic situations and uses the knowledge gained from fundamental bioethics for creation the system of recommendations related to scientific ally and ideologically proved reaction on problematic situations (on cultivating personal, family, professional, public, national, legal, and global relations);
- c. Practical (applied) discipline: applied bioethics uses the knowledge of fundamental and applied bioethics for the resolution of concrete task within the working process of bioethical councils, committees and commissions;
- d. Ideology: Bioethics encourages the process of bioethization of the ideology and endorsement of bioethical cognition;
- e. Popular bioethics – its task is popularization of knowledge in the spheres of fundamental, applied and practical bioethics in the simplified way (without scientific-philosophical terminology) within the wide auditorium and facilitation of the formation of bioethical culture of the community (citizens, people of different professions, nations and race);
- f. Educational discipline that needs to be taught in medical universities, theological seminaries and academies as well as at the biological, judicial, philosophical, psychological, theological faculties of universities;

The third sub-chapter – “Determination and assessment of historical, scientific and philosophical preconditions of the formation of bioethics as an independent science” – consists of two paragraphs: “Historical preconditions of the origin of bioethics as an independent discipline” and “Scientific, philosophical and other intellectual preconditions of origination of bioethics as an independent discipline and their inter-relationship”.

Investigation of preconditions of the genesis of bioethics is initiated from the comprehension of the issue of historical preconditions of the formation of bioethics as an independent science, under which we imply those objective, ordinary phenomena and factors (social, economic, political, ideological, psychological, historical), the existence of which supported the creation of a new science, which must find the answers on different issues and uncertainties in the sphere of biomedicine that the humanity, being in the condition of spiritual-ethical crisis, has raised.

Bioethics emerged on the specific historical ground and definite period that can't be considered as void. Those concrete circumstances paved the way for the origination and formation of this new science.

Thus origination of bioethics, as a new independent scientific-practical discipline and branch, was the result of the unification of various historical preconditions, under which the following can be implied:

Traditional medical and therapeutic ethics and deontology;

Ethics (its traditional trends, meta-ethics, applied ethics);

Historical-traditional and religious heritage and human experience (Christian (orthodox, catholic, protestant), Judaic, Buddhist, other religious ideologies in relation to ethical values, cultural-axiological orientations of the West, East, "New World" ,etc);

Medical ethical code, included in the documentations of Nurnberg process;

Historical facts from the history of medical practice of XX century;

Representations existed in the sphere of human medical activity;

Historical, political, ideological factors, tendencies and trends.

Studying the scientific preconditions of bioethics we must remember that the conceptual apparatus of bioethics is represented via quaternion: illness- health-life-death. Accordingly all the scientific preconditions must be found in all studies existed in this category of quaternion –both in theoretical and practical medical disciplines.

At the same time, if we take into consideration the fact that bioethical research should be based on the study, comprehension and investigation of all levels of differentiated and integrated structure and organization of a human being, as a creature with dual nature, - from subatomic till meta-psychological (mystical-sacral), and rely on the understanding of the essence of a human being in relation with the nature, community, civilization, God, universe, it will be clear that we'll have to deal with another group of scientific preconditions with its full

specter of natural and humanitarian anthropological studies.

Within the process of the formation of bioethical ideology it became absolutely necessary to establish connections with different philosophical trends, cultural values and world religions. In relation with this we've been trying to give the correct interpretation to this wealthiest intellectual heritage, considering it to be the theoretical precondition of bioethics, the righteous orientation of our work implying its differentiation and purposeful implementation.

Comparison of scientific and non-scientific studies, which is the essential and basic element of bioethical comprehension, is a very complicated process, which has definite historical roots. First of all, historical dilemma – "scientizm – antiscentizm – must be taken into account as it's impossible to give the proper assessment of the bioethical preconditions. We consider it necessary to note that bioethical comprehension doesn't recognize strictly defined, purely scientific or not-scientific visions.

Existence of another tendency which has stood in the opposition to the science since II part of XX century, the so called "anti-science", is also considered to have emerged due to conditioned necessity. It arrogates to itself the role of clear, constructive, functional, potentially universal alternative ideology in the frames of which – arts, myths, philosophical comprehension of existence, para-science, religion, para-religion, etc. – are represented as competitors to the classical western science.

The reason of the origination of anti-science, as well as creation of tendencies that restrict science trying to subdue its dominant position, can be found in human perception of danger that was caused by negative consequences of scientific-technical progress. These "anti-scientific" tendencies and opinions obviously have much in common with the factors that promoted origination of bioethics; however, bioethics in its genesis has always relied on scientific basics, organically adopting extra-scientific intellectual knowledge. Such synthesis and integration gave the new scientific discipline – bioethics – the possibility to assess problematic situations through the new, non-traditional understanding of the whole biomedical knowledge.

This integration of knowledge is based on the outlook in which science and philosophical, religious and artistic thinking substantially differ and represent two poles of modern culture. There are no insurmountable borders between them. These both tendencies are stuck to one and the same roots. Such opinion drove us to the ideas of Ilia the Righteous (Chavchavadze), F. Dostoevsky, A. N. Whitehead and others who, from our point of view, represent theoretical preconditions of

bioethics, as otherwise definition of bioethical problems, ascertainment of their essence and looking for the ways of their resolution, are practically impossible.

The problem of inter-relation of scientific and extra-scientific forms of perception of the world and a human being can be explained via modification of the character of the science itself, via mutation of the type of scientific rationalization. Classical type of scientific rationalization that was based on Newton's mechanics implied elimination of all kinds of connections with the subject of cognition. Criteria of assessment and values were beyond the scientific bounds. The situation changed in XX century when it was discovered how deeply the human world was involved into the structures of objective knowledge and scientific-technical transformation of reality.

From the abovementioned facts it became obvious that coordination of different types of comprehension of human existence that have their own criteria in the contemporary spiritual life of mankind was absolutely necessary. Demonstration of this necessity on the basis of our investigations was made on the example of bioethics.

In the fourth subchapter the author sets forth the main principles of the introduction of the bioethical component in the system of healthcare. The aim of medical bioethization is clarified:

Elaboration of conceptual basics of the policy of development of biomedicine and public healthcare;

Development of ethical and legal basics of inter-relationship between a doctor and a patient, their rights, professional activity of doctors and legislation in this sphere;

Participation in creation and realization of programs on preservation and realization of humanitarian (human) potential;

Institutionalization of bioethics;

Training of qualified staff in the sphere of biomedicine, public healthcare, management of healthcare and medical rights.

In the second chapter of dissertation –“Theoretical basics of genesis of bioethics, as scientific- practical (applied) discipline” our position related to the given issue is stated: basic conceptions of medical-biological and humanitarian studies of a human being, his essence and nature, illness, health, life and death represent the ground on which fundamental principles of the resolution of bioethical dilemmas were formulated; We've considered the history of development of this studies, metamorphosis of scientific and ideological viewpoints, origination and

formation of basic theories as the areal of human existence in time and space in which theoretical preconditions of a new science were created and the new science itself was formulated that was called bioethics and was defined as “The bridge in future”.

This chapter consists of three sub-chapters. The first subchapter – “Studies about Illness and Health on different stages of community development” – is dedicated to the investigations of theoretical preconditions that exist in natural and humanitarian sciences as well as in philosophy and in human experimental-intuitive empirical knowledge aiming at proper understanding of the conception of “illness” and “health” in the bioethical reality. Integrated list of basic studies is given here that show how human vision pertained to the health and illness was changing in accordance to time variations and scientific progress.

According to the viewpoint of different scientists (Zigerist, Mayer-Shteineg and Zudhoff, B. Petrov, I. Lisitsin, M. Barsukov, P. Zabłudovski, M. Shengelia and others), the origins of the history of medicine come from ancient, pristine medicine that existed in the period of primordial social system, from the time of appearance of the first humans till the origination of class community. In the encyclopedia of Brockhouse and Efron it’s called the pre-historic medicine. We follow the biblical interpretation of human history and consider Adam and Eve the first humans created by our Lord and the history of medicine began after their Fall, when illness and death appeared in the world.

Medical knowledge that was gained by Adam and his descendants was based on divine knowledge that was obtained in heaven. In the course of time this knowledge augmented as it was added by human experience, intuitive comprehension that was accumulated in the result of human observations. This knowledge wasn’t secured from mistakes. Thus genuine understandings of spiritual origins of illness and health suffered distortions and consequently the issue of reanimation of these ideas was raised. Different studies about intangible life forces and their role in pathogenesis emerged. In connection to this in our systematic list of main medical studies we’ve distinguished 1) Idealistic, dualistic and vitality studies, 2) Psychology, psycho-physical problem, psychosomatics in medicine, that can be viewed as attempts of regeneration and study of spiritual origins in the human nature.

Different medical theories, conceptions, hypothesis, principles, trends that aren’t considered to be overwhelming for creation of the complete picture of illness and health just represent the basics of the integrated conceptual theoretical system of medicine, with the help of which it becomes feasible to elaborate fundamental problems of vital

activity in conditions of norm and pathology, as well as appearance of illness, regularity of its development, its recognition, prevention and healthcare.

We think that for creation of such kind of unified conceptual theoretical system it's necessary to deal with the following tasks:

1. Integration of scientific knowledge “within” the medicine, i.e. analysis and synthesis of the whole medical knowledge about illness and health and only on the following stage trans-disciplinary integration recruiting the whole scientific, philosophical, historical and social experiments of mankind.

2. Intensification of investigations of human vital activity and integration of human personality for development of principal regularities within a human being on all levels of functioning - from subatomic (up-to-biological) till spiritual (metabolic) that goes in the world that is beyond the limits of human cognition – the Universe, where he is connected with Absolute.

We suggest that creation of such kind of theoretical system and resolution of aforementioned tasks must be based on definite principles:

- Trans-disciplinary integration of knowledge about illness, health, vital activity of human organism in norms and its pathological condition into one whole system;
- Unification of biological, social, cultural and spiritual (psychological and meta-psychological) qualities within the human being;
- Correlation of determinism and teleology;

In the second subchapter –“Historical development and contemporary viewpoint on life and death” – reflection about development and metamorphosis of basic studies of life and death is represented that relies on elaborated conception about necessity of analysis of the whole knowledge of these concepts in the bioethical reality for investigations of dilemmas and collisions which might be decided only through competent, trans-disciplinary definition of bioethical essence of life and death.

We consider life as multi-stage dynamic phenomenon, as unification of different levels that complies with hierarchical ladder of living material. We can't define life, as a conception, via one universal formula that might thoroughly express its essence. It must be represented as unification of definitions, system of classification in which essential characteristics of biological objects –of all living creatures –are contained.

Urge towards studying of all manifestation of life activity that implies human life and activity with its whole complexity and variations,

represent that visionary starting point on which both medical science and practical healthcare must be based within the process of problem solving related to the essence of life. Such approach assists the development of human biology, integration and humanitarization of biological and medical investigations that plays the essential role in formation of theoretical fundamentals of bioethics.

We consider that within the process of analysis of life proper attention should be paid to the following issues a) beginning of life, b) origin of human life (pre-natal period), c) the bend of life and immortality.

The issue of the origin of life, if we don't consider philosophy and theology, is the problem of natural sciences and biological sciences first of all. As for the dilemma that determines the beginning of human life is referred to the medical sphere and its practical significance is expressed in considerably striking manner. The same can be said about death as a final point of life with which the numbers of medical problems are connected.

Great scientific interest is connected with the issue of human immortality. It's incorrect to think that it is only the subject of theology, philosophy and arts. "Several words about spiritual immortality" –this is the title of one of the chapters of the scientific treatise of Gabriel Kikodze (1858-) – "The basics of experimental psychology". In 1918 V.M. Bechterev wrote his work – "Immortality of human personality as a scientific problem". We think that the problem of human immortality should always remain the issue for discussion, moreover if the subject of investigation implies the issues of life and death.

The problem of death diagnostics has transferred into the dimension of time-lined, opportune and well-reasoned definition of irreversibility of critical conditions (stable vegetative condition and brain death), that is connected with cessation, non-realization or restriction of reanimation activities as well as intensive therapy. In such situations complicated ethical and legal issues connected with medical activities rise that are difficult to be solved.

Despite the fact that death of brain is legally accepted the issue whether this conception entailed more good than evil still remains disputable. (Therefore bioethical dilemmas remain eternal as they implied the same unsolved problem while other types of dilemmas have already been solved). And here's the reason why:

1. Many professionals working in the sphere of transplantology aren't completely sure whether people with the diagnosis of "brain death" are really dead. Conscience might sometimes concede if

somebody himself turns to be a participant of transplantation of human organs. However, the fact that the society supports the mortification of indisputably incurable people and it becomes morally acceptable, might change human attitude towards life and stop considering it as sacred.

2. Dispute pertained to the physiological meaning of the brain death becomes more and more acute. However its supporters, trying to defend their opinion in bioethical aspect, are inclined towards the single argument that is called loss of personality in materialistic-reductionist interpretation. Consequently, studies about the brain death develop in this direction and in contrast to high axiological, religious and other human values of life. For example, suggestions related to the utilization of newborn children with anencephaly, or patients with stable vegetative condition, as sources for transplantation of organs that was absolutely unthinkable in the past, are seriously discussed today.

3. The notion of “brain death” gave birth to its “mirror reflection” – “life of brain” that serves as justification of abortion and other kinds of experiments on human embryos. Though there’s no brain within the developing embryo, it’s difficult to find more intact and cohesive organism. The idea of “brain life” contradicts with physiological imagination about integrated unification and comes from reductionist approach towards death that implies loss of conscious and personality that is the rational foundation of the concept “brain death”.

4. In order to give precise definition to death we must regard peoples’ viewpoints and try not to violate their fundamental rights. We don’t mean only religious people (orthodox Christians, Catholics or orthodox-Jews), but all people who reject brain death due to some other irreligious, ethical, scientific, traditional, ethnological, philosophical, deontological reasons. Considering all abovementioned facts we have to discuss the following issue – wouldn’t it be better if we substitute the dogma about the brain death with something more scientific and philosophical that would be more trustworthy and wouldn’t touch the values and sanctity of human life and in this way would make modern biology and medicine less vulnerable from the bioethical point of view. The results of our investigations on fundamental issues of medical studies about death give us the right to make the following conclusions:

1. Modern Thanatology contains the part of theoretical and practical medicine, though neither thanatological departments and laboratories nor the specialization of a doctor-thanatologist can be found. Only due to the clinical and theoretical experience gained by specialists working in different spheres of medicine might this specialization exist.

2. Modern biomedicine and system of healthcare faced the

necessity to differentiate non-traditional definition of death and investigate the essence of such biomedical conceptions like: a) “death of brain” and stable vegetative condition, B) pre-natal death, C) death of an embryo in vitro, D) Death via euthanasia.

3. Thanatology should be considered as:

- As a combined study of not only clinical, biochemical, biophysical, morphological revelations of the reason, dynamics and mechanisms of death process, but also considers death as social, philosophical, theological, psychological, judicial, traditionally-religious, cultural-historical phenomenon.;
- The attempt of integration of all revelations of thanatological ideas into one whole study.

In the third subchapter - “Main conceptions about a human, his essence and nature in medical-biological and anthropological studies” – the results show that consideration of natural and humanitarian anthropological studies in the specter of theoretical preconditions of bioethics doesn’t involve only theoretical issue of inter-relation of different scientific disciplines. The main idea here is that the human world goes far beyond the human society and its somatic origin, it also involves human psychological sphere, human intellect, belief, heart, etc. –the whole spiritual nature of a human being. We came to the conclusion that such interpretation of human nature is the result of synthesis and integration of existed knowledge about a human being of all levels. In this subchapter three paragraphs are distinguished: “Fundamental anthropological attitudes (viewpoints) in medicine and biology”, “studies about human in Philosophy (philosophical anthropology)”, and “The subject and basic conceptions of Christian anthropology”.

In the first subchapter the main anthropological viewpoints are represented that were dominant in biology and medicine on different stages of historical development. Our investigations generally refer to the origin of human being and his place in the animate nature.

With this aim in the submitted part of the dissertation the following is analyzed:

- a) Issue pertained the place of human in the system of animate nature;
- b) Morphological study about human;
- c) Cellular theory, as a proof of unification of animate nature;
- d) Basic postulates of entropic -genetic and ideological myth-creation of evolutionist-Darwinists.;

e) The role of comparative anatomy in anthropology;

f) Achievements, perspectives and the role of modern biomedicine and particularly genomics in the problem solving of the issues pertained to origination of life and a human being;

All represented data are referred to the studies of a human as a biological creature. However, the interpretation of these data, according to our investigation, wholly depends on scientific vision. Therefore we aren't confined within the frames of medical-biological anthropology; we've investigated other fields of studies as well. From the philosophical heritage on which bioethics is based and has developed as a science, in the second paragraph of our work we've investigated the main ideas of philosophical anthropology of the XX century according to which life and activity of a human being is determined not only by his intelligence and free will, but also by unification of his highest feelings and emotional experience towards superior –divine values that are common to all mankind. Such interpretation facilitated the origination of bioethical awareness.

In the result of our investigation we can conclude that any human conduct, in the sphere of biomedicine as well, must be considered as the result of interaction (and contradiction) not only of ethical (nature, freedom) and moral (duty, obligations) norms, but also of a heart (entity of feelings) and mind (entity of knowledge).

This thesis can be considered as a guidebook for the analysis of bioethical problematic situations. Namely philosophical-anthropological understanding of a human being, his existence and destiny in the world is considered as philosophical basis of bioethical conception about a human.

In the third paragraph, which is dedicated to Christian anthropology, we've demonstrated the significance of Christian-anthropological perception of human essence and nature in life and creative activity of every human. We suggest that without such comprehension it's impossible to realize the place and destination of a human in this world, it's impossible to perceive the truth as well as it is impossible to integrate Christian and scientific viewpoints and coordinate co-existence of religion and science, combine faith and knowledge.

In the third chapter of the monograph - "Scientific basics of the resolution of bioethical problems in biomedicine and the system of healthcare" – the main bioethical categories -life, death, illness and health –represent the object of our investigation.

The most part of ethical collisions and conflicts in biomedicine needs to be defined and investigated according to their bioethical essence.

The obstacle for the decision of this problem can be found in absence of thoroughly elaborated and universal characterization of fundamental bioethical categories.

Studied literature might serve as evidence of all aforesaid.

Looking through the panorama of historical development of humanity we can observe constant change of vision, level of knowledge, and interpretation of experience in theory of integrity of human personality. These transformations of viewpoints are reflected in heterogeneity of the quality of comprehension of the essence of life, death, illness, health and other historical-social realities. Present reality generated the need of making not only the simple portrait of aforesaid basic conceptions in the genre of traditions of science and philosophy, but also the need of creation their valuable “hologram” in the manner of getting over the global-spiritual-ethical crisis of civilization and survival of humanity that requires new interpretation of the whole medical-biological knowledge (first of all around these conceptions).

Investigation that we’ve carried out gives us the opportunity to determine the contemporary historical situation within the development of medical science and practice, as bioethical, the orientation of which, from one side depends on the style of scientific thinking (that is fixed in the categorical apparatus of science), and from the other side depends on the attitude towards human values (that is manifested in political, social, cultural and religious life of the society).

In the subchapter – “Life, death, health, illness as basic categories of bioethics” – separate paragraph is dedicated to the investigation of each indicated category.

In the result of scientific analysis we’ve formulated the following aspects of life investigation as bioethical category:

1. Methodological problems of investigation of life phenomenon (issues of intuitive, meta-scientific, non-classical gnoseology);
2. Interrelations between classical and non-classical sciences that study life;
3. The issue about the origin of life;
4. Study of life via differentiated-integrated approach towards the investigated objects (living organisms, in biomedicine –towards human being), as organically unified, intact system which simultaneously has different structural levels of bio-organization;
5. Problems of teleology and determination of living systems;
6. Axiological essence of life;

7. Human as a living creature and his place in the system of living organisms;
8. The issue of perception of conception as the origin of human life;
9. Understanding of pre-natal period as the very first, pre-natal childhood of a human being;
10. Awareness of the period of pregnancy as pre-natal maternity;
11. Birth, as continuation of life, and not its commencement;
12. Conception and birth of a human, as biomedical, psychological, philosophical and mystical phenomena;
13. Human life as a values in pluralistic society;
14. Tendencies and revelations of devaluation of life in contemporary world;
15. "The right on life": historical, ethical, political and legal aspects of the issue;
16. The problem of death as the end of life in natural and humanitarian anthropological sciences;
17. Scientific, philosophical, psychological, theological and religious comprehension of eternity and finiteness of life and death;
18. The boundary between the life and death as scientific and meta-scientific problem;
19. Dilemma of definition of "the death of brain" and stable vegetative condition;
20. Interrelation between holiness (divinity, super-naturalness) of life and its quality conditioned by illness, suffering, death approach, despair, hard social situation and other negative phenomena;
21. Life and death in cultural traditions of humanity;
22. Investigation of philosophical-existential essence of life;

In the next paragraph – "Death as bioethical category" – with the purpose of characterizing of immense thanatological field of bioethical world the list of different aspects of trans-disciplinary bioethical conceptions of "death" is submitted:

1. Medical-biological:
 - Elaboration of diagnostic criteria;
 - Scientific (biological) essence of biological death;
 - "death of brain" as dilemma: biological, thanatological or transplantological phenomenon;

- Thanatological measurement of stable vegetative condition;
- 2. Reanimatological aspect:
 - Terminal condition (clinical death, agony, fore-agony);
 - Death of brain and stable vegetative condition as reanimatological nosologies;
- 3. Perinatologic aspect:
 - Death of newborns as bioethical problem;
 - Euthanasia of newborns;
 - Newborns as donors of organs for transplantation;
- 4. Prenatal aspect:
 - Spontaneous abortion;
 - Artificial abortion;
 - Abortion according to medical specifications (due to mother's illness);
 - Abortion according to social specifications;
 - Contraceptive abortion;
 - Selective abortion, i.e. abortion as the consequence of genetic testing or other prenatal diagnostic methods, - so called prenatal euthanasia;
 - AIDS and abortion;
- 5. Reproductive aspect:
 - Death of so called "extra" embryos in vitro via elimination or utilization with the purpose of scientific investigations;
 - Elimination of embryos in vitro after pre-implantation diagnosis or euthanasia in vitro;
 - Abortion of "extra" embryos implanted in the mother's uterus or in the uterus of surrogated mother ;
- 6. Transplantological aspect:
 - Dilemmas connected with the death of donor (death of brain, stable vegetative condition, risk of death during the donor interaction of

twin organs);

- Moral assessment and correlation of values of health, life, illness, and death of donor and recipient;

7. Euthanasia:

- Killing through the euthanasia of incurable, suffering hopeless patients, senile;
- Euthanasia of newborns;
- Prenatal euthanasia;
- Elimination of embryos – euthanasia in vitro;

8. Gerontological aspect:

- Natural death;
- Death after illness;

9. Philosophical –axiological aspect:

- Axiological essence of death;
- Death as philosophical phenomenon in different philosophical systems;

10. Psychological aspect:

- Psychological problems of euthanasia;
- Psychological problems of donors, recipients and society in transplantology;
- Psychological problems of mother, father, children, family, medical staff and society in connection with abortion;
- Psychological aspects of death definition;
- Psychological problems of medical staff connected with death of donors, recipients, newborn children, chronic p[patients, etc.

11. Legal aspect:

- Death of brain in legislative acts;
- Problems of legalization and restriction of abortions;
- Issue of legalization of euthanasia;
- Legal regulation of allocation of parts of body and tissues of deceased;

12. Cultural-historical aspect:

- Necessity of considering ethnological, traditional, national, historical and other rituals and characteristics connected with human death in bioethical investigations and practice;
- Usage of results of analysis of historical experience in problem solving in connection with human death;

13. Social aspect:

- Abortion and liberal attitude towards it as socially dangerous phenomenon;
- All types of euthanasia as social evil;
- Social danger of utilitarian attitude towards life and death;

14. Theological and religious aspect:

- Death as mystical-religious phenomenon: physical and spiritual death;
- Death as the beginning of new life and eternal death;
- Death and ancestors of humanity;
- Immortality;

As for comprehension of “illness” as a notion in bioethical reality, the separate paragraph is dedicated to it – “Illness as bioethical category”. In lots of cases the dilemma implies whether the situation in which the patient finds himself is the illness or not according to its medical-biological (natural-scientific and anthropological) essence; The following is referred to such situations: I. Death of brain and stable vegetative condition; II. Observation of pathology of the fetus and defects of development in prenatal period; III. Sexual perversions;

Other problematic situations of bioethical picture should be assessed from axiological point of view. The question – What is the sense and value of human illness? – is the decisive for studying the number of bioethical dilemmas which we’ve divided into two groups:

The first group of problematic situations is connected with euthanasia:

1. Euthanasia of incurable patients, senile and martyrs;
2. Euthanasia of newborns with hereditary illnesses, defects in

development and with deformities;

3. Prenatal diagnostics of illness for prenatal euthanasia.

The second group of problematic situations is connected with transplantology:

1. Ethical assessment and value correlation of health, life, illness and death of donor and recipient;

2. Spiritual-ethical-psychological problems of donor;

3. Spiritual-ethical-psychological problems of recipient;

4. Current and future Spiritual-ethical-psychological problems of “Society and transplantologist”.

Studying and investigating the medical and biological essence of Illness, human ideology (scientific, philosophical) has always been striving to perceive it in the context of eternal values, innermost secrets of life and death, human existence and the mission of a human in the world; This aspiration to understand, and assess the state of suffering of a sick person (the word “pathos” means “suffering”) will always be preserved in medicine as it is connected with emotional experiences, pain, torture and sorrows of a sick person and his relatives. This subjective interpretation of the fact of illness is always preserved within the frames of ethics, ethical theology, religion and system of historical-cultural traditions.

Illness, according to the general opinion, carries only negative evaluation. However, as a matter of fact, this opinion is one-sided. We know that illness is disruption of life activity that is inevitably accompanied with devaluation of social values of a human being, with limitation of his ability to work. But K. Marx gives us another characterization of illness. He says that it's the form of life that is constrained in its freedom, that gives more differentiate and flexible evaluation to the meaning of illness for a human being and it equally refers to each concrete situation and different illnesses.

During any illness we certainly have restrictions of life freedom in definite respect. This restriction, constraint of life activity, functional disability of a human during the illness, even if it is rather serious, is not always applied to all kinds of his activities; Of course illness always restricts life activity of a human in this or that form but it seldom degrades its whole activity; moreover, some illnesses even intensify this or that kind of human activity making it even more productive. Such kind of conception is fully acceptable from Christian, philosophical and medical anthropology.

Investigating the illness, as a bioethical category, we've come to the

following conclusions:

1. Investigation of illness as bioethical category, first of all, must be based on biological and medical knowledge of 1) disease, as the illness of separate patient (concrete case), 2) illness as nosological entity (concrete diseases, nosology) and 3) Illness as biological, social etc. phenomenon.

2. Interpretation of axiological essence (values) of illness, besides medical-biological knowledge, must be based on the analysis of 1) medical, biological, philosophical, psychological, humanitarian and theological studies about human (trans-disciplinary principle) and 2) on ethno-national, historical-religious, cultural, social and ethical-legal traditions of humanity.

3. Illness must be perceived as bioethical category having both negative and positive axiological values expression of which is completed with spiritual-ethical experience (process of degeneration, aspiration for self-modification) of a human on the way of existentialistic search of the sense of life, self-reflection, discussion about human existence and “Great choice between divine and mundane”. (Kierkegaard);

In the second sub-chapter – “Technology of transformation of medical and biological conceptions in bioethical categories” – generalization of the personal experience in the decision of the foremost issue – the genesis of bioethics as independent scientific category, as well as the scheme of the main comprehensive apparatus and reconsideration of fundamental formulation of new conceptions, are represented.

Gnoseological process of investigation of medical and biological conceptions via critical analysis and synthesis of the whole inter and trans-disciplinary knowledge within the realities of bioethical dimension is called by us - transformation of medical and biological categories and the methodology of this process – technology of transformation of medical and biological conceptions in bioethical category.

This technology is based on multi-factor analysis of the whole specter of existed and prognostic aspects considering specifications of contemporary stage of scientific-technical progress, modern pluralistic society and global politics.

Synthesis, integration and unification of different knowledge represent one of the most important components of discussed technological process. This component is revised in the given gnoseological process and is characterized by its own specification. We characterize the process itself as multi-level and multi-stage.

The main levels of transformation might be determined in the

following way:

I level – determination of multi-disciplinary natural-scientific context of investigated conception;

II level – Constitution of humanitarian characterization of conception;

III level – Integration of natural-scientific and humanitarian knowledge with non-scientific (theological, philosophical, meta-psychological, practical, etc.) knowledge;

IV level – axiological perception of conception of ethical values in general-human, divine, national, social, cultural and ethical systems;

V level – bioethical transformation, as integration of the first four gnoseological levels, and the total level of genesis of bioethical category.

Such are the main regularities of the technological process of transformation of medical and biological conceptions into biological categories, which are considered by us as theoretical basics and algorithm of practical decision of bioethical problems.

The fourth chapter – “Conception of bioethical anthropology and its importance for the contemporary medicine” – is dedicated to problems of bioethical investigations of essence and nature of a human being. It consists of three sub-chapters.

In the first sub-chapter – “Human as the object of investigation in natural-scientific and humanitarian anthropological sciences” – our vision of problem is formulated: being the trans-disciplinary investigation in the sphere of history, philosophy and theory of medicine and biomedical ethics, the presented work, first of all is based on the analysis of natural (biological, physical and somatic essence of a human, which is considered by us as a firing pad from which it is not always easy to observe hyper-somatic, hyper-natural, hyper-peaceful instances within a human. However, precisely natural sciences which within the process of their development gave universal material for construction of the abovementioned firing pad, demonstrated their all-sufficiency, i.e. that they, without the integration with humanitarian sciences, meta-scientific, philosophical, theological, meta-psychological reflection and empirism, aren't able to help us to develop our investigative conception, with which humans have rather complicated attitude, to the spiritual and transcendental spheres, to the boundless specter of unsettled problems of the contemporary study of human nature.

From the abovementioned discursive theory in this sub-chapter all levels of differentiated-integrated structures and the organization of

dual-type essence of human creature with their interrelations, inter-l influence, interdependence and interconnection on the basis of meta-analysis of scientific, philosophical and meta-scientific anthropological paradigms.

With this purpose we investigated literature sources in natural-scientific, medical biological, clinical-medical, humanitarian, philosophical, social-logical, cultural-logical, theological, psychological, bioethical and experimental-intuitive studies about 1) the essence of human nature, 2) structural organization of a human as a whole-separated system, 3) history of science, philosophy, religion, 4) methodological basics of mono, inter and trans-disciplinary anthropological investigations.

Taking into account that the level of studying of the process of living activity, within the norms and pathology, doesn't often coincide with the level of organization of a human, it becomes principally necessary to decide the following methodological issues:

- a. Establishment of morpho-functional structural entities (elements) of investigation of human organism.
- b. Separation of elementary biological entity of investigation of pathological or physiological process as a whole system, in which the problem of correlation of biological and physical-chemical, as well as other levels of investigation of the system, are specifically decided;
- c. The problem of investigation of values of human personality, spiritual origin of human nature, the whole mental sphere taking into account its highest meta-psychological instances, remains aloof.

Physical-chemical substantial fundamentals of human organism must be studies on all levels: on the level of elementary particles, of quantum-mechanical, of atomic, ionic, micro- molecular and their blocks, polymeric, macro-molecular. This represents pre-biological (biophysical-chemical) level of investigation.

As for the description of the structure of human organism, its morphological constitution, studying of these issues in medical, biological and other natural-scientific disciplines, is carried out on different levels: on the level of the organism, systemic, organic, tissue-systemic, tissue, cellular, sub-cellular (ultra-structural) and molecular.

Enumerated levels from elementary particles till the level of the whole organism, the entity of pre- biological and biological levels, consist of physical, biological, somatic or corporal origin of the dual nature of a human. Later we'll investigate spiritual origin of the essence of a human and suggest introducing the conception of psychobiological level

of anthropological investigations. Thus we've made an attempt to solve the problem of inter-relation and correlation of somatic (pre-biological and biological) and spiritual (psychological, meta-biological) levels of investigation of the nature of a human being. We've defined the psycho-biological level as the level on which all the connections of psychological and biological spheres are expressed at full extent. To the investigations of psycho-biological level we refer: physiognomy, or typology, psychophysiology or psychobiology, psychogenetic (behavioral genetics) and neuro-psychology.

Investigating the human as a person and not the copulation of some psychological revelations, we start to consider over-individual categories. From the point of view of modification of personality, human being represents the subject of patho-psychology, psycho-pathology, and psychiatrics. Eventually, a human becomes an individual only in the communication. This is a social level on which a human is considered as a part of a big social structure. Pathology on this level is revealed in deviant behavior and anti-human activity.

Thus we've arrived to meta-biological level, and psycho-biological level represents the first stage of its revelation. The next stage is psychological.

Each of basic psychological theories existed in the West today (behaviorism, Freudism, humanitarian and trans-personal psychologies), has its own indisputable achievements, each can give a person something important and help to decide inner problems (like classical psychological analysis or humanitarian psychology), or show new perspectives (like trans-personal psychology). However, they all have one common imperfection: human intactness remains beyond their field of vision. They study ill and healthy intellect, consider motivated structures of human mentality as well as the ways of human behavior in different situations, conditionality of mind on social environment and family history, infant psychological traumas and all kinds of complexes; They might even indicate on the possibility of mystical enlightenment, coming out from the boundaries of personal conditionality, but an intact human still remains incomprehensible for them, and his spiritual origin (soul) – remains only epiphenomenon of the complex of mental structures.

Thus we've approached the next instance in the structure of human mentality, which we call meta-psychological. On this stage we suggest the allocation of two cognitive stages of spiritual origin of dual human essence: philosophical-anthropological and religious (mystical-sacral), without investigation of which it's impossible to solve the problems and dilemmas not only of biomedical ethics and the entire bio-medicine, but

also of the whole mankind being in the process of globalization and crisis that is defines as anthropological catastrophe.

In the second sub-chapter – “Principles of investigation of the essence of human nature in medical-biological and anthropological studies” - the criteria that adequately reflect the whole complexity of investigation of human nature with its meta-physical depth on the basis of meta-analysis of different studies about human, are discovered and interpreted.

The mission of science and philosophy to create general picture of the world on the basis of current achievements, must be based on anthropological conceptions that will be depicted in generation of such picture of the universe in which the human will not only be involved, but also his nature, relations, place and destination in the universe must be determined.

According to the gained results, the essence of the principles of anthropological investigations is determined through the character of solving of the most significant problems in philosophy and science:

1. Philosophical Issue: materialism or idealism;
2. The problem of life origin: creationism or Darwinism, evolutionism;
3. Psycho-physiological problem;

Variety of creation of theoretical structure and infrastructure of multi-stage human problem is rather big; however, we proceed from the following principal, conceptual thesis:

- a. Thesis about divine (creationistic) creation of a human being;
- b. Thesis about duality of human nature;
- c. Thesis about the urgency of inter and trans-disciplinary investigations of a human with all complexity of his correlation with society, civilization, nature and macro-space;
- d. Thesis about necessity of parallel (integrated) scientific and meta-scientific anthropological investigations;
- e. Conception of spiritual primacy as the alternative in the process of humanization of our civilization and prevention of apocalyptic final in the prognosticated future.

Old conception of partition of structural levels of the world (nature –society –sacral) that was traditional for European culture of “The New Era”, ousted considerably earlier conception of world perception (Judah and Christian ideology, mythology, natural-philosophy, alchemy, astrology).

In XX century, in the European and World cultures, there were calls for the unification of structural elements of the world on the new level (more precisely, in the new form) of spiritualistic, “new-sphere”, , humanitarian and other variants. The question refers to overcoming the boundaries between the structural elements of Space via deep human comprehension that synthesizes all levels. Such approach considers a human to be a link among the levels: Belonging to the social, it carries the elements of nature (its physical-biological basis), and the soul that can think, perceive, comprehend, feel and have the ability of mystic contact, is considered to be sacral.

Considering bioethics and suggesting bioethical anthropology as another conception of re-unionism of multi-level structure of the universe, we define the main task as deep trans-disciplinary investigation of the life activity of a human, intactness of human personality, human nature human duality for the development of the principal regularities functioning within the human on all levelsof his differentiated-integrated structure.

In the third sub-chapter - “Essence of the conception of bioethical anthropology” – introducing the notion (conception) of bioethical anthropology and on the basis of anthropological knowledge (natural-scientific, humanitarian, philosophical, theological), we’re trying to create the new branch of the study about human the task of which will imply not only “the passive” – elementary and philosophical, but also “the active” scientific (and first of all medical-biological) reflections, that will develop the essence of bioethical problematic situations, using not only critical, but also the euristic principle as the form of comprehension: appear as the source of new knowledge about a human.

Problematic situations in the center of which is a human, his nature and values might entail the necessity of considering the objectives of investigation and methodological approach in this or that sphere of science from anthropological point of view. The same happened in the second half of XX century in medicine and biology in the result of highly-developed computer, ultra-sound, laboratory, clinical, experimental, tele-communicative technologies, as well as in the result of introduction of engineering-technical novelties, scientific discoveries in pharmacology, embryology, micro-biology, molecular biology, genetics (genetic engineering), achievements in surgery, organ transplantation reanimatology, intensive surgery, reproductology, dissemination of Aids, hepatitis, drug-addiction, unconventional forms of sexuality, etc.

In the result of the development of biomedicine the new subject

– bioethics emerged. It's a subject of innovative thinking, of ideological-philosophical and axiological re-comprehension of all spiritual-ethical, moral and other kinds of problems, dilemmas and collisions that are common to all mankind that have paradoxically generated in the last third of the past century. Bioethics can also be defined as a new anthropological science that is in need of interpretation of the whole trans-disciplinary knowledge about human while deciding all existed problems. On the basis of represented discussion we consider it expedient and approved to introduce the conception of bioethical anthropology, as a new anthropological discipline.

Scientific programs in the field of bioethics define their problems in relation to legal and organizational activity. We can observe such kind of situation considering different publications, decisions, positions of bioethical commissions: the emphasis is made on practical activity. Bioethics is perceived as a variety of medical ethics, as strictly-specialized study. In the given situation, bioethics, as a scientific discipline, might suffer. Introducing the notion of bioethical anthropology we underline again the scientific-investigative nature of bioethics.

However, the seeming analogy with philosophical anthropology is clearly observed. In relation to this issue we must note that philosophical anthropology, being the study about the human nature which revises and uses varied data of all anthropological sciences and gives them definite interpretation, is not able to substitute bioethical anthropology, as it can't investigate the whole human personality in those standards of natural-scientific investigations, which is necessary for comprehension of the essence of each problematic situation of contemporary biomedicine. Other anthropological studies, due to their strict specialization, might not even have such pretension.

From all aforesaid, we suggest the main prospective trends in investigations in the sphere of bioethical anthropology:

- Conception of human priority (dignity, self-assessment of human personality) in globalistics, as a criteria of civilization ("measures of progress");
- Of natural-scientific, humanitarian, theological knowledge with the experienced knowledge of mankind (methods and forms of trans-disciplinary investigations);
- Problem of human conception, as the origin of human life;
- Psychology, psycho-physiology and physiology of pedagogics of prenatal period and pregnancy (pre-natal "childhood" and prenatal motherhood);

- Birth, as a biomedical, psychological, philosophical and mystic phenomenon;
- Problems of teleological expediency and determination of sentient system (of a human being);
- Natural-biological factors of human development, as an individual;
- Life activity of human organism in the norms and pathology, as two life conditions;
- Axiological essence of illness;
- Trans-disciplinary conception of death in all its revelations (biological, clinical, spiritual, stages of death – Thanato-genesis);
- Sociology of an individual (social-cultural traditions, national, self-consciousness, civil liabilities, religious confession, family relations);
- Psychology and meta-psychology of the whole human personality and theology (Christian anthropology);
- Trans-disciplinary knowledge about human origin within dualistic nature of a human;
- Hyman in culture (traditions, activity, ethno-national component, political culture, philosophy of a human body, human activity);
- Regularities and conditions of creation of anti-human activity and deviant behavior of human and human societies.

In the fifth chapter – “Bioethical problems and dilemmas on the current stage of the development of the world community” – we’ve investigated concrete bioethical problematic situations and their essence in the light of bioethical anthropological investigation principles, traditionally-historical, national, religious; in the light of values that are common to all mankind and in the light of bioethical categories; we’ve also interpreted the contents of preventive function of bioethics in relation to global problems of humanity. We’ve distinguished two sub-chapters.

The first sub-chapter – “Characterization of bioethics problematic situations of modern biomedicine and healthcare” – is represented in five paragraphs in which problematic situations of different spheres of biomedicine and healthcare are investigated.

In the first paragraph – “Contemporary stage of development of surgical science and practice and bioethics” – methodology of investigation is based on the analysis of criteria that conditioned the existence of basic bioethical problematic situations in surgical medicine:

- a. Scientific –intellectual, medical, technological, technical,

working and philosophical-ethical potential of surgery as a specific medical branch;

b. Difficulties of objectivity of clinical situations that is determined by subjectivity of criteria of their assessment (risk, “human factor”, existence of art elements in surgery, etc);

c. Frequency and speed of implantation of innovations: temporary interval, that is enough for genesis of not only enhanced medical-diagnostic methods, but also new independent branches that are on the current stage of development and have existed only for several years;

d. Specifications of sine qua non in surgery and their correlation with other (corresponding, auxiliary, technical, etc) specializations and fields;

e. Multi-aspect character (social-psychological, moral-ethical, economical, clinical and other aspects) of problems of surgical education, training and education of professionals.

In this section we’ve analyzed bioethical issues of trans-sexual, plastic, aesthetic and bloodless surgery.

Surgery, and the whole medicine, is represented as a part of creative activity of a humanity and therefore is connected with overcoming of the necessity and liberation from natural and social compulsion. That is the reason that frequently surgery, that is not restricted within the ideal, divine or ethical norms can transfer to the kind of creativity that is based on human arbitrariness. Radical expression of this suggestion took place in transsexual surgery.

In this field there’s the danger of violation of the principle of informative consent of a patient as for the human without any medical education, it’s rather difficult to understand medical-biological essence of such complicated surgical transformational involvements. We must also take into account the patient’s spiritual and psychological condition. The easily give their consent on prospective “metamorphosis” and consider it as the only opportunity for realization of their urgent requests (demands) and for their social and psychological “adaptation”.

Explanation of mythological essence of transsexual surgery is rather important as well. From biological point of view we don’t mean genuine trans-sexuality. In reality change of sex is confined in changing of some external features. Patients are in need of hormone-therapy, frequently in depilation, surgery of vocal chords and so on. Thus only the illusion of trans-sexuality is reached: there is no formation of reproductive function of a “new”, “acquired” sex.

However, such kind of surgical assistance is justified as the means

of medical treatment in wrong identification of sexual attributes in early childhood that caused pathology (anomaly) of genitals and not as the means of support of sex-pathological or sectarian-religious orientations.

Plastic and aesthetic surgery aiming at correction of different innate or acquired defects as well as reconstruction of lost functions and work ability indisputably has bioethical priority. However, namely plastic and aesthetic surgery is the means of satisfaction of conceited, sexual, career and other types of fantasies and wishes of great number of clients who try to change the forms and sizes of different parts of their body via surgical involvements. In this way the given sphere of medicine has transformed into the art of surgical body-building that, alongside with the economical interests, is nourished by the spiritual-ethical orientation of contemporary human.

The issues of bloodless surgery became acute “owing to” representatives of the societies with sectarian orientation, which receded in the background the necessity of the comprehension of medical-biological essence of the problem.

Bloodless surgery shouldn't be considered as medical assistance only for people with sectarian orientation. Its introduction is conditioned by lots of objective factors:

1. Epidemic of AIDS and immune-deficiency infections;
2. Dissemination of other infections (for example, hepatitis), through blood transfusion;
3. Connection of blood transfusion with different complications (infectious, immunological and so on);
4. Insufficiency of donor blood according to the national and world standards;
5. High cost of blood medications;

Next paragraph is dedicated to the analysis of aspects of bioethical characterization of organ transplantation (transplantology) that is related to those fields of medicine in which the danger of socially-legal, ethical-deontological, spiritually-moral mistakes is considerably high.

The number of spiritually-moral problems has emerged in the filed of organ transplantation:

1. Usage of the human body as a donor in case of so called brain death;
2. Existed models of obtaining the consent for being a donor is far beyond the criticism. In most cases people are forced to be donors. Thus, trying to decide the matters of life and death of other people and deal

with other people's bodies and souls, we overstep the established limits of humanity;

3. Psychological and spiritual condition of recipients waiting for organs for transplantation for long period of time;

4. Organ transplantation created criminal problems that had never occurred in the world before like: kidnapping, euthanasia of disabled and defected children and adults, selling the organs, etc. Legislation isn't able to prevent all this. Due to criminal commercialization this sphere of medicine became the cause of various facts of murder, physical and spiritual death of people;

5. The process of looking for donors brought the science, which is far from Christian ideology, to the idea of cloning (circulation of genetically identical "copies") and creating "laboratory organs". Technological cloning allows "making" life with definite qualitative specifications according to the wish of a customer; in case of organ transplantation – it depends on the parameters of tissue compatibility of "clone-donor" and "twin-recipient". Through cloning the human decided to make a human without the feeling of love, not in a divine way, according to his "image and likeness", for satisfaction of his consumer interests: create "mundane enjoyment" and prolong his own life.

In the third paragraph the fundamental moments of the development of cardiovascular surgery from the position of bioethical conception are analyzed and assessed:

1. Unconditioned bioethical priority of cardiovascular surgery can be considered in its contribution to decide general medical issues – prolongation of human life and reduction of death-rate of population due to elaboration and introduction of different possibilities of recovery that have never existed before – surgical methods of curing of cardiovascular and anthological nosologies (diseases);

2. Creation and formation of cardio-surgery gave the possibility to reconsider and give new interpretation to the whole medical and biological knowledge about the heart and blood circulation. The notions about the defense of so called switched off heart from blood circulation, pharmaceutical and cold cardioplegia, operations on fibrillate heart, artificial blood circulation, cardio-stimulation, electrical defibrillation and cardio-version, counter-pulsation, artificial left-ventricle, artificial heart and etc.

3. Progress of cardio-vascular surgery assisted the development of adjacent disciplines of theoretical and clinical medicine, which, together with the developments brought to practice of cardio-vascular surgery

their own dilemmas: attitude towards the lives of newborn children with defects, towards senile people with pathologies of cardiovascular system who need long and expensive medical treatment, as well as hopeless patients, carrying out clinical investigations (medical experiments) etc.

4. Attitude of each surgeon, physician, specialist towards his or her teacher is not only expression of his or her ethical viewpoints, but the expression of the moral credo of the society, on which the development of cardio-surgery is depended and that was based on natural succession and consequence of alternative surgical methods and medical technologies as well as on future schools created by experienced teachers and readiness to decide emerged and expected bioethical problems;

5. The responsibility of a doctor working in the sphere of cardio-vascular surgery is increased for observing the principle of acceptance of free and informative consent of a patient on any kind of involvement that represents practical realization of so called informative, interpretative and discursive models of interrelation between the doctor and a patient;

6. Records in the sphere of cardiovascular surgery among children, especially infants and newborns –decision of problems of surgical correction of inane heart diseases, can be considered as sheer antithesis towards existed tendencies reflecting spiritual-moral problems of biomedicine: 1) let the children with serious defects of development die at the moment of birth (euthanasia) and 2) abortion of fetus having the same defects (screening);

7. Computer, telecommunicational and other type of technology of cardio-vascular surgery alongside with technical-engineering discoveries creates the danger of disappearance of such unique phenomena in relations between a doctor and a patient as empathy, giving the patient mental ventilation, trust, applying the conception of transfer, etc.

In the fourth paragraph – “Prenatal period of a human in bioethical reality” – the result of investigations of those paradoxical situations and collisions in the center of which there's the embryo, germ, fetus, is represented:

1. Abortion:

- Non-natural abortion according to medical attestations;
- Non-natural abortion according to social attestations;
- Abortion in the late period of pregnancy;
- Spontaneous abortion;

2. Reproduction technologies;

- “Extra” embryos in vitro;
 - “Extra” embryos, implanted in uterus;
 - Ethical dilemmas of pre-implantation diagnostics;
 - Violation of traditional family relations and moral orientation of society;
- I. Interrelation between the surrogate and genetic mothers;
- II. Surrogated mother, donor of sperm and ovule as the third party of matrimonial relations;
- III. Danger of substitution of traditional families with non-traditional families of unisex couples;
- IV. Violation of the right of a child to have father and mother while applying reproductive technologies with single women and homosexual “parents”;
- V. Psychological and spiritual-moral problems of family and social interrelations after applying new reproductive technologies;

3. Utilization of human embryo, germ, fetus for medical, investigative and other purposes:

- Fatal therapy;
- Transplantation of tube cells of an embryo;
- Utilization of “extra” embryos obtained in vitro for scientific and investigative works;
- Utilization of human germ, fetus, embryo for preparation of medicine;
- Utilization of so called abortion material in cosmetics.

Violent death of human embryo for any purpose and any means, even if this purpose is noble (for example, for medication) is considered to be a murder. Society must perceive such kind of action not only as outrageous violation of rights and dignity of a human being, but also as a crime. Human must be protected from the very first moment of conception.

The fifth paragraph is dedicated to ethical argumentation of our position in relation to prenatal and pre-implantation diagnostics. Different methods of diagnostics of embryo pathologies are carried out with the purpose of their extermination aiming at optimization of different statistical data, achievement of economical profitability and deliverance of the society from sick and invalid population. Thus, under

the pretence of technological progress anti-humanism is implanted in medicine carrying dangerous eugenic spirit.

The sixth paragraph - The true and mythical faces of artificial reproductive technologies –reveals specifications and danger of modern biotechnological progress in the field of overcoming of infertility from the position of the ancient ideology pertained to the “mystery of conception”, non-intervention of a human in “God’s affairs” and raises the issue of trans-disciplinary perception of the number of ethical, moral and legal attitudes towards the relations between the patient, society and a doctor, as well as between the rest circle of people (donors of human cells and embryos, biological and legal parents, surrogated mothers, children that were born in the result of application of non-traditional reproductive technologies, etc), being involved in complex processes of auxiliary reproduction.

Reproductive technologies changed sexual life of a human. Conception of a child takes place without physical and spiritual participation of parents: in this case we not only deal with the unnatural separation of the biological component from emotional and personal, but also the biological component is represented as defective without characteristic physiological sexual reactions of spouses. In this way, conception of human life has turned into laboratory procedure of connection of sex cells outside the organism of a mother.

It must be taken into consideration that in the act of laboratory insemination the third party is also involved -the legal person (persons) – employees of reproduction clinics; all this violates the sacral ritual and mystery of conception and matrimonial life. The more donor gametes are used for artificial insemination, the more is the number of bioethical problems.

Wide application of artificial reproductive technologies might entail serious consequences: manipulation with human nature, sex selection, selection of genetic characteristics and phenotype, “genetic-molecular disaster”, existence of old women in childbirth, etc.

The seventh paragraph is dedicated to the reproductive technologies of so called surrogated motherhood that advanced in bringing too many bioethical problems, dilemmas and collisions:

- Delivery of a newborn child from surrogated mother to his genetic parents disregards that deep spiritual, psychological, emotional, physiological and biological intimacy that is generated between a mother and a child during the pregnancy;

- Scientific data in psychology, perinatology, embryology in the sphere of prenatal childhood and motherhood during the pregnancy period is neglected;
- Customers ordering children also disregard the intimacy of surrogated mother and child, being in the mother's womb during the whole period of pregnancy, that undoubtedly brings up a question related to spiritual-ethical values of genetic parents;
- The new conception – “surrogated pregnancy” appears with its psychological, spiritual-ethical and biological specifications;
- Spiritual-ethical and psychological problems are deepened by financial interest, social status, education, age, lack of life experience (it might be the first pregnancy) of a surrogated mother, or she might be a relative of genetic parents (surrogated mother might be sister or mother of genetic parents), etc;
- In our opinion, kinship of surrogated mother with genetic parents facilitates creation of such complicated situations that lead to the metamorphosis of traditional relations towards such human and social values and devaluation of such sacral values that are implied in a family;
- In a contemporary “surrogated world” the new conception of surrogated fatherhood appeared. This term implies single fathers who appeared single in the result of hiring not only surrogated mothers but also donors of ovules;
- When a surrogated child is born from a surrogated father in the column of “a mother” in the birth certificate of a child there's a dash; In future, when special forms will be elaborated for the similar situations, the corresponding column and the word “mother” will also disappear;
- “Surrogated” motherhood created the precedent of “care” about unisexual couples (about so called non-traditional “families”). Now they also have the possibility to satisfy their wishes and have their “own” children. Of course, such activities are categorically unacceptable for Christian ideology and are considered to be a deadly sin;
- The occurrence of the commercial institute of “surrogated” motherhood looks like a service sphere that facilitates the disappearance of sacral attitude towards the phenomenon of motherhood considering it to be the object of worship and supports the devaluation of the most important, incomparable and common to the whole mankind divine value – relation between mother and

child;

- The given technology involves the child into the hard psychological crisis situation from the very beginning: to make the choice who is the real mother;
- Surrogated reproduction doesn't give its due to the rights of a child – be born and raised in the traditional family, in the warm environment of both parents, not to be mentally hurt in the micro-society of unisexual, single mother or father;
- The given artificial reproduction might become the cause of so called surrogated orphanage; it happens when customers change their minds to adopt surrogated children due to the innate illness or diagnosed pathologies of a newborn, or when they choose to adopt the only one child among the ordered twins or triples; here we must consider tragic situations of death of one or both genetic parents as well; similar situations can be often found in our post-soviet space;
- Surrogated reproduction technology using preserved gametes, gave birth to the phenomena of posthumous fatherhood and motherhood; very often people of non-Christian ideology consider such kind of artificial births of descendants in the aspect of immortality; we suggest that such violation of natural, provisional and spatial balance between the generations of parents and their children, as well as affluence of non-traditional components in the sphere of human reproduction – of the biological, social, cultural and spiritual creature – might entail such cataclysms, the full prognostication and prevention of which will be impossible due to lack and infeasibility to gain the true investigative information or due to improper assessment of this or that investigative data;
- There are lots of legal problems; for example, we don't know the fate of a child whose parents died during the surrogated pregnancy; what is the legal status of a single surrogated father; who and how can use the genetic cells of a deceased person for surrogating; legal and rightful normative of surrogated "motherhood" aren't determined yet; harmonization of legal norms with spiritual-moral, national, human and divine values is needed.

In this way, surrogated motherhood coupled with non-traditional, artificial reproductive technologies represent quite a new measurement and quality in the reality of biological, social, cultural and spiritual existence of humanity, which for the time being, can't be evaluated with adequate exactness due to the lack of scientific knowledge, though it's categorically unacceptable from Christian and traditional point of view as

well as according to existed scientific data.

From all aforesaid facts, we can't support the way via which the problem of childlessness is solved and can't accept the surrogated paradigm of the present period together with the number of spiritual-moral surrogated problems.

In the eighth paragraph –“bioethical essence if euthanasia” we've investigated those different negative consequences that might follow the legalization of euthanasia. Each attempt of legalization of euthanasia is considered to be the evil and criminal act towards people, society, future and even God.

As a matter of fact, euthanasia represents ether murder (if it is carried out according to the decision of doctors or according to the demand of a patient's relatives), or a suicide (if it is carried out according to the request of the patient himself), or the special form of their mixture.

Ideology of euthanasia is considered to be morally and ethically unacceptable. If we legalize the attempts of applying euthanasia and register them in the legislative acts, that means that we permeate the human consciousness with the idea that murder and suicide are admissible with the help of medicine (healthcare), that definitely will cause the loss of confidence towards the institute of healthcare and provoke the misinterpretation of its professional obligation.

In the ninth paragraph – Relation of a doctor and a society with mentally diseased patients, as biologically problematic situation – the historical survey of the development of these relations is given. The importance of studying the rules of communication with such patients is underlined. This will reveal the readiness of the society to help the patient to overcome the hard lot of mental sufferings. In order to assist such patients one must recoil the existed fear, disinformation and misunderstanding in relations with mental diseases.

The tenth paragraph is dedicated to critical analysis of interrelations of bioethics and business ethics in the sphere of biomedicine and public healthcare. In the situation of market economy, economical and financial substantiation plays the most important role in decision of various medical issues that brought to the origination of number of deontological and medical-ethical dilemmas. Position of organizers and managers of healthcare system is absolutely wrong and unacceptable as they try to neglect the problems with which doctors-

practitioners often come across and explain these problems only from the financial point of view. Optimal decisions are made only when the primacy of ethical factor is recognized. Bioethics is not able to take the function of a judge: it's oriented to accept only comprehensively argumentative and justified decisions.

In the second sub-chapter of the fifth chapter – “Bioethical problems existed in natural habitat that is close to biomedicine” – interesting and actual problematic issues of contemporary life are discussed, which, to our mind, aren't biomedical, but we think that they must be included in the sphere of scientific investigations in bioethics. Separate paragraph is dedicated to each of them: 5.2.1. Torture, as trans-disciplinary conception and bioethical category in sacral and secular dimension of thinking; 5.2.2. Basics of bioethical conception of sexual education; 5.2.3. Prevention of violence and aggressiveness among children and adolescents: bioethical argumentation of the role of ecclesiastical awareness and education; 5.2.4. Bioethics and Bio-safety-5.2.5; Traditional and non-traditional paradigms in a family.

In the sixth chapter of the monograph – “Prognostication and prevention as the functions of bioethics in relation to origination of global problems of mankind” – errors and deviations of modern human are investigated in relation to spiritual-moral orientations that provoke emergence of bioethical problematic situations in the contemporary world:

1. Devaluation of human life in favor of utilitarian attitude towards it (“justified” military conflicts and actions, terrorism, kidnapping, suicides and their encouragement, criminal murders, abortion, experiments over embryos and fatal therapy, euthanasia and all brutal revelations of this “merciful murder”, evaluation of brain death and stable vegetative condition as the reason for termination of “inferior” life and utilization of organs for transplantation, etc.)

2. Absence of human humility towards what is above him, or absence of limits of human will within its norms (ideal, divine or moral). This phenomenon is vividly seen from idea of human cloning;

3. Non-recognition of cultural and religious traditions and moral values (cosmopolitism, secularism, nihilism, urbanization, family planning);

4. Disregard of human rights to live on governmental and community levels;

5. Scientific-historical incompetence (falsification due to ideology):

Darwinism, atheism, communism, mysticism, sectarianism.

6. Appearance of” new “ idols (money, career, body, sex, self-image, design surrounding us, cars, TV, virtual word, internet, travelling, fashion, show);

7. Total commercialization of human existence;

8. Deficit of intellect: lack of attention towards argumentations of intellect and wisdom.

The represented picture illustrates the gap that has appeared between scientific-technical achievements and progress and possibilities, from one hand, and spiritual-moral development of a human –from the other.

Past, Present and future – are links and chains of historical development. Studying past (the history of scientific, philosophical and theological anthropological ideas) helps to understand present better (condition of modern biomedicine, its bioethical essence), gives the leeway for its assessment (new vision of valuable perceptual apparatus in the view of traditions and modern pluralistic ideas). At the same time, the perception of regularities of preceding development (of bioethics, biology and history of medicine) and clarification of current situation (spiritual-moral, bioethical, global problems and dilemmas) that help to perceive and scientifically foresee, prognosticate the ways of development in future (reality of our future, survival of humanity, apocalypses). Prognostication, particularly negative, can't be futurologically valuable if special measures (ideas) of prevention of prognosticated concrete problems and dilemmas of future aren't elaborated and formulated. In this way, we approached the issue of prevention.

Starting the discussion of the preventive function of bioethics we must note that in order to study it better we need qualified scientific and methodologically correct prognostication (predication).

For successful development of predication the following tasks must be realized:

- Elaboration of pre-predication orientation.
- Studying the background of predication
- Creation of initial model.

Under pre-predication orientation we mean the determination of the object, thing, problem, aim and task. As for the predication background of the bioethical picture of the world it can be characterized with: the constant openness to imminent changes of the world, valuable

orientation, human achievements in creative and cognitive activities, scientific and technical discoveries that we'll always determine and transform the given picture.

The initial model, i.e. modern bioethical status of humanity – is represented through number of bioethical problems that reflect conflict situations existed in contemporary biomedicine and system of healthcare as well as in human life in common.

Bioethical problematic situations are reflections of antagonistic correlations of human and nature, society and sacral. Human violates steadiness, intactness and order of the world and assists re appearance of prognostic dangerous conflict situations which, according to their essence, might be ecological, bioethical, bio-political, bio-philosophical, social-biological, etc.

In the genesis of problematic situations we might distinguish four main phases. The first phase – the phase of contradiction – is characterized not only with its consumer attitude towards the nature, society, sacral, but also with its dissatisfaction with the results gained from such correlations. This dissatisfaction instigates towards the activity that changes the nature, society and attitude towards sacral. The last is revealed through the escape from God, religious, church: paganism, idolatry, atheism, Protestantism, the tendencies of repudiation of life: suicide, abortion and contraception, euthanasia, eugenics, etc.

Thus, correlation of human and nature, society and sacral entered the second phase – the phase of conflict that is conditioned by dissemination of neanthropic , requirements that are incompatible with biological and cultural traditions, and biomedical reality they are crystallized in the form of bioethical problematic situations (abortion, euthanasia, trans-sexual surgery, reproductive technologies, ideas of cloning, etc).

Created paradoxical situation required precise scientific assessment. On the basis of carried investigations in the sphere of bioethics, we can ascertain that the humanity has entered the third, critical phase. Prevention of global problems, i.e. favorable prognosis in relation to the survival of humanity depends on sincerity of the wish of its overcoming, strength of determination of each human and the whole world community, and which values will be predominant.

Existence of civilization within deteriorating biosphere, revelation of symptoms of deep crisis gives us the right to predict: the next phase will be the phase of catastrophe (apocalypses). For its prevention its' important to take into consideration that the way to humanization of all

spheres of life and human activity on the planet goes through changes within the hierarchy of spiritual-moral-values, in correlation of human and life, in correlation between the life philosophy and philosophy of activity.

Creative activity of a human (in our investigation –scientific and practical: clinical and experimental activity), is connected with overcoming of necessity and liberation from natural and social duress. Therefore it easily turns into arbitrariness. Plato, Aristotle, Kant, Hegel and other philosophers- classics restricted the human will in the frames of ideal, divine and moral norms. But in XX century human tried to take the place that historically belonged to ideas, nature and God, and ontologically – only to God. Human considered himself the creator of new values and subvertor of old ones. At the same time, creation doesn't imply simply making new things, it also implies implementation of essentials, serve Him, that is above human and humility towards Him. Only through recognition of the values of world, nature, other people and existed cultural traditions (national and religious among them), humanity can be preserved, sustained and developed.

In the seventh chapter of the book – “Possibilities of integration of canonic and scientific ideologies in fundamental bioethics” - the author tries to reveal and scientifically prove the existence of such intellectual possibilities in fundamental bioethics that potentially can contribute to the integration of faith and knowledge, religious –theological and scientific ideologies.

Practical and theoretical decision of bioethical problems isn't only the choice between the variants that differ according their values; it also depicts this or that world vision. Therefore in bioethics the problem of integration of different viewpoints is very important, moreover in the conditions of infinity of modern pluralism.

Connection of scientific vision and knowledge with non-scientific (philosophical, artistic, theological, experimental-intuitive, etc), in the process of genesis of bioethical thinking represents very complex gnoseological process and implies decision of methodological problems connected with the existed difference between methods, forms and principles of scientific and non-scientific cognition. Discussion between the supporters of different theories about the world and human creation might serve as an example of the abovementioned fact. Basically they're trying to compare theological idea with scientific. Certainly such attempt always fails as it's a mistake to oppose and compare two ideas that are different according to genesis. Only their confluence, their inter-permeation and concordance on parity basis is possible.

Биоэтика: генезис, сущность, будущее

Резюме

Ни одна из проблем, поставленных перед человечеством биоэтикой, учением о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии, не потеряла своей актуальности: каждая из них нуждается в дальнейших глубоких исследованиях и поисках путей решения.

В настоящее время в научной литературе многие биоэтические вопросы (предмет и задачи биоэтики, ее место и значение в системе культурных и научных достижений человечества) достаточно широко обсуждаются, но понимаются и толкуются настолько разнообразно, что требуют обозначения предмета, уточнения методов, основных принципов, всего того, что определяет биоэтику как особую дисциплину.

Очевидно, что без поиска морально обоснованных и социально приемлемых решений дальнейшее развитие биоэтики как научно-практической дисциплины неосуществимо. Представленная монография исследует междисциплинарные этические, философские и антропологические проблемы, связанные с прогрессом биомедицинских знаний и внедрением новейших технологий в практику здравоохранения. В научный обиход термин «биоэтика» впервые ввёл и определил её основные направления американский биолог-биохимик и ученый-гуманист Ван Ренсселер Поттер (1911-2001гг.) По мнению В.Р. Поттера, применение этики не должно ограничиваться одной сферой человеческих отношений - ее следует распространить на всю биосферу как целое с целью регуляции вмешательства человека в область разнообразных проявлений жизни. Обосновывая этот тезис он писал: «Если существуют “две культуры”, которые, по-видимому, не способны к диалогу - наука и гуманитарное знание - и если это является одной из причин того, что будущее представляется скорее сомнительным, чем возможным,

то все же мы можем построить “мост в будущее” при помощи этой новой дисциплины как моста между двумя культурами». В дальнейшем исследователями был предпринят анализ историко-традиционных, богословских, культурологических, экологических, правовых, этнологических и других аспектов биоэтических проблем. В наше время «биоэтика» является междисциплинарной областью человеческого знания, в формировании которой участвуют медики, биологи, юристы, социологи, фило-софы, религиоведы и представители других профессий.

Современный этап развития биомедицины и системы здравоохранения ставит все новые задачи перед биоэтикой, что требует расширения и уточнения содержания основных категорий и понятий с учетом новейших достижений цивилизации, принципиально нового осмысления традиционных проблем, анализа полного спектра как позитивных, так и негативных последствий процесса технологизации биомедицины, выявления новой проблематики. Несмотря на большое количество научных публикаций, посвященных исследованию различных аспектов биоэтических проблем, среди них нет специальных комплексных научных исследований, которые были бы посвящены дефиниции концептуальных основ, трансдисциплинарному анализу и принципам интерпретации в системе биоэтических измерений, изучению научных, философских и теологических аспектов этих проблем и по своему характеру и сути были бы собственно биоэтическими научными трудами.

Кроме того, анализ биоэтической литературы выявил, что большинство авторов следуют гуманитарнонаучным гносеологическим принципам. Постижение же сути современных биоэтических проблем ставит перед необходимостью основываться на естественнонаучных, а именно – биомедицинских принципах познания истины.

В работе биоэтика определяется, как направление трансдисциплинарного научного исследования, которое выявляет и исследует мировоззренческие, гносеологические, онтологические и аксиологические проблемы Универсума и бытия человека в нем, в частности, деятельности в биомедицинской сфере, путем изучения феноменов болезни, здоровья, жизни, смерти.

Целью монографического труда явилось исследование сути и генезиса биоэтических проблемных ситуаций современной биомедицины и системы здравоохранения, изыскание и научное обоснование практических путей их решения, а также становления

христианской биоэтики.

Для достижения поставленной цели исследовались: а) условия возникновения биоэтической проблематики в биомедицине, системе здравоохранения и различных областях медицины; б) исторические закономерности генезиса биоэтики на современном этапе развития биомедицины и системы здравоохранения; в) становление христианской биоэтики; г) историческое развитие основных учений о жизни, смерти, здоровье, болезни, сущности и природе человека; кроме того, определялись: а) роль и место биоэтики в системе здравоохранения и в области медицинских, естественных и гуманитарных наук; б) научные основы решения биоэтических проблем; оценивались возможности преодоления этического-правовых, духовно-нравственных и философско-аксиологических проблем с точки зрения историко-религиозного и культурно-социального наследия, а также прогнозирования будущего человечества.

Изыскание, обобщение и интерпретация материалов исследований осуществлялись на основе научно-методологических гносеологических принципов взаимодействия и развития, историзма, универсализма, индивидуализма, редукционизма, холизма, активности, субъективности, самоорганизации, аксиологичности, эмерджентности, реконструкции и детерминизма.

Исследование проводилось по материалам как ретроспективных, так и текущих источников информации (монографий, учебников, энциклопедических изданий, научных статей, диссертаций, материалов прессы, богословской литературы, информации из интернета, а также документов ООН, Евросовета, Всемирной медицинской ассоциации, законодательных актов различных стран в сфере здравоохранения и проведения медико-биологических исследований, статистических, рекомендательных, аналитических и других материалов ВОЗ).

Представленная монография является первым опытом всестороннего анализа проблем биоэтики в реалиях грузинской медицинской мысли. В ней даны:

- научное обоснование практического решения биоэтических проблем биомедицины и системы здравоохранения;
- дефиниция биоэтики, как научной отрасли и учебной дисциплины, биоэтического мировоззрения, прикладной, практической и популярной биоэтики; определение и разграничение их роли, содержания, предмета и задач;

- теоретические основы генезиса биоэтики, как научно-практической дисциплины;
- эпистемологические принципы научных исследований по биоэтике;
- научная характеристика медико-биологического, философско-аксиологического и историко-культурологического аспектов анализа и интерпретации сути проблем, дилемм, коллизий и других сложных конфликтных ситуаций, возникших в результате прогресса современной биомедицины;
- основные положения закономерности гносеологического технологического процесса трансформации медицинских и биологических понятий (жизнь, смерть, здоровье, болезнь) в биоэтические категории;
- общая схема генезиса биоэтических проблемных ситуаций, как частного проявления глобального кризиса человечества с описанием основных фаз этого процесса;
- концепция биоэтической антропологии;
- становления христианской биоэтики;
- определение функции прогнозирования и превенции биоэтики в отношении будущего человечества и возникновения биоэтических и других глобальных проблем.

Книга состоит из семи глав, резюме на русском и английском языках, списка использованной литературы.

Глава первая – «Генезис биоэтики и её задачи на современном этапе развития биоэтики, биомедицины и здравоохранения» - состоит из четырёх подглав.

В первой подглаве – «Исторические условия, особенности и закономерности возникновения биоэтики» - на основе анализа литературных источников, наблюдений и методологии научного познания исторических реалий эпохи (в первую очередь – медицины, науки, техники, системы здравоохранения) делается вывод о том, что внедрение достижений фундаментальных медико-биологических наук привело к принципиальным изменениям в области биомедицины и здравоохранения:

1. Сегодня медицине подвластно не только лечение любых болезней, но и управление жизнью людей:

- Производство живого существа или его частей: органов и тканей (технология клонирования);
- «дать» начало человеческой жизни (репродуктивные

технологии);

- определить и изменить ее качественные (валеологические, наследственные, социальные, физические, психологические и т.д.) параметры (генная медицина, пластическая, эстетическая и транссексуальная хирургия, генетическое тестирование);
- «отложить» момент наступления смерти (критическая медицина, реанимация и интенсивная терапия, трансплантология, геронтология, генная терапия).

2. Метаморфозе подверглась сама медицина: она все больше теряет признаки врачебного искусства и превращается с одной стороны, в область научных исследований, экспериментов, клинических опытов, а с другой - в лечебное дело контрактных и других непатерналистских отношений к пациентам, строго ограниченное экономическими и правовыми рамками.

3. В связи с возникновением новых отраслей медицины и внедрением новейших технологий, перед системой здравоохранения встали проблемы планирования, управления, а также организации социального, правового и этического обеспечения.

С достижениями биомедицины, развитием, применением и внедрением в клинику постиндустриальных технологий связаны глобальные негативные последствия, которые требуют от мирового сообщества решения этических дилемм. Опасность практического осуществления некоторых (особенно генных) технологий заключается в том, что мир встает перед выбором: выживание человечества или интенсификация наступления апокалиптического финала. Богословы одним из самых сложных процессов считают понимание ответственности и различие добра и зла. А это, несомненно, относится к сфере этики.

Возникли ситуации, которые требовали сделать нравственно осмысленный выбор. Этому противопоставлены были такие сформировавшиеся стереотипы и опыт прошлого, которые не всегда основывались на мировоззренческо-философско-аксиологической рефлексии этических вопросов:

1. В отношении человеческой жизни, как ценности, наблюдается тенденция обесценивания, когда при решении этических дилемм на одной чаше весов поставлены интересы материального благополучия страховой компании, врача или пациента и его родственников, а на другой ограниченный бюджет государственной системы здравоохранения (аборт, искусственное оплодотворение, органы для трансплантации, дорогостоящие

лечебные средства: диализ, интенсивная терапия-реанимация, хирургическое лечение и т. д.).

2. Врач, который призван «безгранично уважать человеческую жизнь с момента зачатия» (Женевская декларация всемирной медицинской ассоциации), «не дать никому просимого смертельного средства и не показать пути для подобного замысла; точно так же не вручать никакой женщине абортивного пессария» (клятва Гиппократ), способствует распространению идей эвтаназии, аборта, клинических опытов и т. д.

3. Сомнению подверглась необходимость длительной реанимации и интенсивной терапии. Многие, в том числе и по экономическим соображениям, поддерживали эвтаназию и так называемое «право на достойную смерть»;

4. Борьба против СПИДа во всем мире ведется на фоне полного нравственно-морального вакуума – явной пропаганды «освобожденной сексуальности», альтернативной, особенно, мужской гомосексуальной ориентации. Результатом чего является несостоятельность профилактических мер – эпидемия СПИДа и возникновение неизлечимых форм туберкулеза;

5. В современной медицине драматически вырисовывается особая забота человека о здоровье тела и продлении жизни («телесном бессмертии») на фоне игнорирования потребностей духа человека (трансплантология, генная медицина, крионика).

В такой ситуации возникла объективная необходимость воссоединения интегрированного трансдисциплинарного естественного и гуманитарного научного мышления с глобальным, философским, этическим и историко-традиционным (религиозным и национальным) мировоззрением, основывая полученное таким образом знание на осознании преимущества нравственности и духовности (высших человеческих ценностей) для создания единого системного учения. Таким учением стала биоэтика.

Возникновение биоэтики обусловлено следующими факторами:

1. революционными научными открытиями, в том числе в области фундаментальных медико-биологических наук;
2. созданием качественно новых медицинских средств лечения и управления жизнью путем активного внедрения теоретических научных достижений в клиническую практику;
3. сциентизацией современной культуры: повышением значения науки и постиндустриальных технологий, как значительного и необходимого элемента функционирования

общества в процессе потенциальной трансформации мира и формирования будущего (финального состояния, апокалипсиса) человечества;

4. негативными последствиями влияния достижений биомедицины на традиционно-культурные процессы, ценности и убеждения человечества;

5. кризисом большей части традиционных отношений и норм медицинской и врачебной этики и деонтологии в реалиях современной биомедицины;

6. «недостаточностью» общетеоретической системы этики для решения возникших биоэтических проблем;

7. приоритетностью защиты прав человека;

8. необходимостью трансдисциплинарного научного мышления (исследования) для создания биоэтической картины современного этапа исторического развития мировой цивилизации.

Во второй подглаве – «Предмет биоэтики и её место в системе естественных и гуманитарных наук и здравоохранения» - биоэтика охарактеризована не только как узкая этическая или философская отрасль, или интердисциплинарное гуманитарное учение, а как естественная наука с преимущественно медико-биологической ориентацией.

Предмет биоэтики сформулирован и определен следующим образом: биоэтика выявляет и исследует сущность мира (Универсума) и мировоззренческие, гносеологические, онтологические и аксиологические проблемы человеческого бытия в нем путем изучения феноменов болезни, здоровья, жизни, смерти.

Спектр проблем, изучаемых биоэтикой, достаточно широк: от общего видения предмета биоэтики до выявления всего богатства ее мировоззренческо-методологической сути; от анализа и изучения проблемных ситуаций и изысканий путей их решения до определения места и роли биоэтики в процессе развития науки, информационных технологий, биомедицины, системы здравоохранения, философии, духовной культуры и всей цивилизации.

Научно-исследовательская работа по биоэтике, как научной дисциплине, которая ориентирована на познание истины, несомненно нуждается в глубоком осмыслении своих эпистемологических основ.

Исходя из того, что биоэтика представляет собой интеграционную естественно-гуманитарную научную дисциплину,

она должна основываться на познавательных принципах как естественных, так и гуманитарных наук. Как показывает анализ биоэтической библиографии, авторы преимущественно следуют гуманитарным гносеологическим принципам, однако, испытывают влияние биомедицинской науки. Следует отметить и то, что этот процесс характеризуется неоднородностью и противоречивостью, так как, биоэтика на сегодняшний день стремясь к гуманитарной эпистемологии, встречает большие препятствия. Это, в первую очередь, те специфические особенности биоэтики, которые граничат с естественнонаучными познавательными принципами. Биоэтика естественно должна использовать несвойственные гуманитарным наукам гносеологические принципы, так как ею исследуется проблематика, которая по своей сути имеет естественнонаучную, а именно, медико-биологическую природу.

Формирование единой исправной научной теории вне сомнения требует интеграцию естественных и гуманитарных научных гносеологических принципов. Так как иначе немыслимо гармоничное развитие ни одной трансдисциплинарной научной отрасли, в том числе и биоэтики.

Вместе с этим ставится вопрос о большой ответственности ученых-исследователей в отношении исследования концептуальных основ биоэтики. Автор предлагает в научных изысканиях по вопросам биоэтики руководствоваться следующим положением: концептуальной основой биоэтики являются понятия - «болезнь», «здоровье», «жизнь», «смерть», которые через совершенно новое осмысление (гносеологический интеллектуальный технологический процесс) в биоэтической научной реальности, трансформируются и приобретают статус основополагающих принципов понимания сущности мира и бытия и деятельности человека (в том числе в сфере биомедицины и системе здравоохранения) в нем.

Место биоэтики в системе здравоохранения определено существованием биоэтических комитетов (комиссий, советов) различного типа и уровня, которые не берут на себя функции руководства, управления либо контроля. Они не принимают конкретные, обязательные для исполнения решения во время обсуждения биоэтической стороны тех или иных сложных клинических случаев. Целью их создания является (1) защита прав человека и отдельных групп населения в сфере здравоохранения, (2) участие в принятии решений по нарушению биоэтических норм, (3) выработка рекомендаций при определении приоритетных направлений практической и научно-исследовательской

деятельности. В этом плане биоэтические комитеты нуждаются не только в накоплении своего опыта и использовании уже существующего, но и в развитии биоэтики, как научной дисциплины и применении ее достижений, как научно аргументированных теоретических и методологических основ, в процессе принятия своих решений.

Автор считает, что биотике присущи следующие функции: а) управления и организации здравоохранения, б) создания правовой базы, в) решения профессионально-этических проблем, г) защиты прав человека (врача, пациента), д) защиты окружающей среды и природных ресурсов, е) защиты животных и всех живых существ, ж) формирования биоэтического сознания населения, з) прогнозирования и превенции глобальных кризисных явлений.

В монографии биоэтика, рассматривается, как:

а. научная дисциплина (фундаментальная биоэтика);

б. отрасль прикладной этики: прикладная биоэтика изучает конкретные биоэтические проблемные ситуации и использует полученные в фундаментальной биоэтике знания для создания системы рекомендаций по научно и мировоззренчески обоснованному реагированию (по выработке личностных, семейных, профессиональных, общественных, национальных, правовых, государственных, глобальных отношений) на проблемные ситуации;

в. практическая дисциплина: практическая биоэтика использует знания фундаментальной и прикладной биоэтики для решения конкретных задач в процессе работы биоэтических советов, комитетов и комиссий;

г. мировоззрение: биоэтика способствует процессу биоэтицизации мировоззрения и утверждения биоэтического сознания;

д. популярная биоэтика – ее целью является распространение знаний фундаментальной, прикладной и практической биэтики в упрощенном виде (без научно-философской терминологии) среди широкой аудитории и содействие формированию биоэтической культуры общества (граждан, людей различных профессий, нации, народа);

е. учебная дисциплина, которую необходимо преподавать в медицинских университетах, духовных семинариях и академиях и на медицинских, биологических, юридических, философских, психологических, богословских факультетах университетов.

Третья подглава – «Определение и оценка исторических, научных и философских предпосылок формирования биоэтики как самостоятельной науки» - состоит из двух параграфов: «исторические предпосылки возникновения биоэтики как самостоятельной дисциплины» и «научные, философские и другие интеллектуальные предпосылки возникновения биоэтики как самостоятельной дисциплины и их взаимоотношения».

Исследование предпосылок генезиса биоэтики начинается с осмысления вопроса исторических предпосылок формирования биоэтики как самостоятельной науки, под которыми авторы подразумевают те объективные, закономерные явления и факторы (социальные, экономические, политические, идеологические, психологические, исторические), сосуществование которых способствовало рождению новой науки, которая должна ответить на вопросы и сомнения в области биомедицины, возникшие у находившегося в состоянии духовно-нравственного кризиса человечества. Биоэтика родилась в определенном историческом времени и пространстве, которое не было пустым. В нем существовала почва, которая способствовала возникновению и формированию этой новой науки. Таким образом, возникновение биоэтики, как новой самостоятельной научно-практической дисциплины и отрасли, по мнению автора, обусловлено единством многих исторических предпосылок, среди которых по результатам исследований подразумеваются:

- традиционная медицинская и врачебная этика и деонтология;
- этика (ее традиционные направления, метаэтика, прикладная этика);
- историко-традиционное и религиозное наследие и опыт человечества (христианские (православные, католические, протестантские), иудаистские, буддийские и другие религиозные мировоззрения в отношении этических ценностей, культурно-аксиологические ориентации Запада, Востока, «Нового Света» и т. д.);
- медицинский этический кодекс, содержащийся в документах Нюрнбергского процесса;
- исторические факты из истории медицинской практики XX века;
- существующие в области медицинской деятельности человечества репрезентации;
- исторические, политические, идеологические факторы, тенденции и течения.

В монографии отмечается, что при изучении научных предпосылок биоэтики, надо помнить, что понятийный аппарат (концептуальные основы) биоэтики представлен тетрадой: болезнь-здоровье-жизнь-смерть. Соответственно и научные предпосылки следует искать во всех существующих об этой категориальной тетраде учениях - как теоретических, так и практических медицинских дисциплинах. Вместе с этим, если принять во внимание тот факт, что биоэтические исследования должны быть основаны на изучении, осмыслении и исследовании всех уровней дифференцированно-интегрированной структуры и организации человека, как существа с дуальной природой, - от субатомного до метапсихологического (мистико-сакрального), так же на понимании сущности человека вкупе с его отношениями к природе, обществу, цивилизации, Богу, миру, очевидно, что еще одна группа научных предпосылок будет представлена полным спектром естественных и гуманитарных антропологических учений. В процессе формирования биоэтического мировоззрения появилась необходимость установления связей с различными философскими течениями, культурными и другими высшими ценностями, мировыми религиями. В связи с этим автором решались вопросы интерпретации этого богатейшего интеллектуального наследия, как теоретической предпосылки биоэтики, правильной ориентации при его дифференциации и целевом использовании. Сопоставление научного знания с ненаучным, как необходимый и основной элемент биоэтического познания, – сложный процесс, который имеет определенные исторические корни. Прежде всего необходимо учесть историческую дилемму «сциентизм-антисциентизм», без которой невозможна оценка теоретических предпосылок биоэтики. Считаем необходимым отметить, что для биоэтического сознания и мышления неприемлемы как строгоопределенные чисто сциентистские, так и антисциентистские воззрения. Автор считает обусловленной необходимостью так же анализ существования еще одной тенденции, которая противостояла науке со второй половины XX века - так называемую «антинауку». Она претендует на роль ясного, конструктивного, функционального, потенциально всеобъемлющего альтернативного мировоззрения, в рамках которого классической западной науке противопоставляются в виде конкурентов – искусство, миф, философское постижение бытия, паранаука, религия, парарелигия и т.д. Причиной возникновения антинауки, так же того, что в конце прошлого века участились тенденции ограничения науки, преодоления его господствующего положения, явилось прежде всего ощущение

той опасности, которая появилась у большинства людей в связи с негативными последствиями научно-технического прогресса. Эти «антинаучные» настроения и мнения, как видно, имеют общее с обуславливающими факторами возникновения биоэтики, однако в своем генезисе биоэтика всегда опиралась на научные основы, органически осваивая и все вненаучное интеллектуальное знание. Такой синтез и интеграция обусловили способность новой научной дисциплины – биоэтики, оценить проблемные ситуации путем нового нетрадиционного осмысления всего биомедицинского знания. Эта интеграция знания основывается на таком воззрении, согласно которому наука, с одной стороны, и философское, религиозное, художественное мышление, с другой, существенно отличаются и представляют два полюса современной культуры. Между ними нет непреодолимых границ. В их природе существует та опора, на которой держатся тенденции сближения этих двух сторон. Такое воззрение привело к идеям Ильи Праведного (Чавчавадзе), Ф. Достоевского, А. Н. Уайтхеда и других, которые, по нашему глубокому убеждению являются теоретическими предпосылками биоэтики, так как иначе невозможны дефиниция биоэтических проблем, уточнение их сути и изыскания путей их разрешения. Проблема взаимопроникновения науки и вненаучных форм познания мира и человека объясняется изменением самого характера науки, изменением типа научной рациональности. Классический тип научной рациональности, сложившийся на основе механики И.Ньютона, стремился при изучении объекта элиминировать все, что связано с субъектом познания. Мир оценок и ценностей выводился за пределы науки. Только в науке XX века изменилось положение дел, когда обнаружилось, насколько глубоко и всесторонне оказался вовлеченным мир человека в структуры объективного знания и научно-технического преобразования действительности. Из вышеизложенного очевидно, насколько назрела необходимость и потребность координации различных типов осмысления бытия, имеющих самоценную природу в современной духовной жизни человечества. Демонстрация этой необходимости на основе наших исследований сделана на примере биоэтики.

В четвёртой подглаве «Основные принципы введения биоэтичного компонента в систему здравоохранения» автором излагаются цели биоэтизации медицины:

- разработка концептуальных основ политики развития биомедицины и общественного здравоохранения;
- усовершенствование этических и правовых основ

взаимоотношений между врачом и пациентом, их прав, профессиональной деятельности врачей и действующего законодательства в этой области;

- участие в создании и осуществлении программ по сохранению и реализации гуманитарного (человеческого) потенциала;
- институционализация биоэтики;
- подготовка квалифицированных кадров в области биомедицины, общественного здравоохранения, менеджмента по здравоохранению, медицинского права.

Во второй главе диссертации – «Теоретические основы генезиса биоэтики, как научно-практической дисциплины» представлены основные концепции медико-биологических и гуманитарных учений о человеке, его сущности и природе, болезни, здоровье, жизни, смерти. Они по мнению автора являются той почвой, на основе которой формулировались фундаментальные принципы решения биоэтических дилемм; сама история развития этих учений, метаморфозы научных и идеологических взглядов, возникновение и формирование базисных теорий автором рассмотрены как ареал существования человечества во времени и пространстве, в котором создались теоретические предпосылки новой науки и возникла сама эта наука, которая ее основоположником названа биоэтикой и определена как «мост в будущее».

Вторая глава состоит из трех подглав. В первой подглаве – «Учение о болезни и здоровье на различных этапах развития общества» - с целью осмысления понятий «болезнь», «здоровье» в контексте биоэтических реалий сегодняшнего дня анализируются теоретические предпосылки, существующие в естественных и гуманитарных науках, в философии и приобретенном человечеством опытно-интуитивном эмпирическом знании. Представлен систематизированный перечень основных учений, выражающих различные по историческому времени происхождения, мировоззрению, фундаментальности, уровню научного прогресса, представления человеческой мысли о болезни и здоровье.

Истоки истории медицины по мнению ученых (Зигерист, Мейер-Штайнег и Зудхофф, Б. Мултановский, Б. Петров, И. Лисицын, М. Барсуков, П. Заблудовский, М. Шенгелия и др.) восходят к первобытной медицине, под которой понимают период первобытно-общинного строя от появления первых людей до возникновения классового общества. Энциклопедия Брокгауза и

Эфрона ее называет доисторической медициной. Автор монографии, основываясь на библейском понимании истории человечества, под первыми людьми подразумевает созданных Творцом людей, прародителей рода человеческого - Адама и Еву, после грехопадения которых началась история медицины, так как именно тогда вошли в мир болезнь и смерть. Медицинское знание, приобретенное праотцом Адамом и его потомками, основывалось на божественном знании, полученном праведным Адамом в Рае. Но со временем это знание соединялось со знанием, которое человечество накапливало своим опытом, интуитивным познанием в результате наблюдений. Такое знание, естественно, не было застраховано от ошибок. Так подверглись изменениям и искажениям истинные представления о духовных началах болезни и здоровья. Впоследствии встал вопрос реанимации этих идей. Появились различные учения о нематериальных жизненных силах и их роли в патогенезе. В связи с этим в нашем систематизированном перечне основных медицинских учений выделены отдельно (1) идеалистические, дуалистические и виталистические учения и (2) психологизм, психофизическая проблема, психосоматика в медицине, как попытки восстановления значения и изучения духовных начал в природе человека. Различные медицинские теории, концепции, гипотезы, принципы, направления не являясь достаточно всеобъемлющими для создания целостного представления о болезни и здоровье, предстают перед нами в качестве основ единой концептуальной теоретической системы медицины, с помощью которой возможна разработка фундаментальных проблем как жизнедеятельности в условиях нормы и патологии, так и возникновения, закономерности развития, распознавания, предупреждения болезней и охраны здоровья. Для создания такой единой концептуальной теоретической системы, по мнению автора, требуется:

1. интеграция научного знания в первую очередь «внутри» медицины, т.е. анализ и синтез всего медицинского знания о болезни и здоровья, и только на следующем этапе – трансдисциплинарная интеграция с привлечением всего научного, философского, исторического, социального опыта человечества;

2. углубление исследований как жизнедеятельности человека, так и целостной человеческой личности для раскрытия принципиальных закономерностей, действующих в человеке на всех уровнях от субатомического (добиологического) до духовного (метабио-логического), выходящих за пределы человека в мир его окружающий, Вселенную и соединяющих с Абсолютом.

Создание такой теоретической системы и решение вышеперечисленных задач должно основываться на следующих принципах:

- трансдисциплинарной интеграции знаний о болезни, здоровье, жизнедеятельности человеческого организма в норме и патологии в единую систему;
- единства биологического, социального, культурного и духовного (психологического и метапсихологического) в человеке;
- сочетания детерминизма с телеологизмом.

Во второй подглаве – «Историческое развитие и сегодняшнее состояние воззрений о жизни и смерти» - представлена рефлексия о развитии и метаморфозах основных учений о жизни и смерти, которая основывается на разработанной нами концепции о необходимости анализа всего знания об этих понятиях в биоэтической реальности для исследования тех дилемм и коллизий, которые могут быть разрешены только через компетентную, трансдисциплинарную дефиницию биоэтической сущности жизни и смерти. Жизнь рассматривается как многоступенчатый динамический феномен, единство различных уровней которой соответствует иерархической лестнице живой материи. Определение жизни, как понятия, невозможно какой-либо универсальной формулой, которая досканально выражала бы ее суть. Жизнь следует представить как единство дефиниций, систему определений, содержащих существенные характеристики биологических объектов – всех живых существ. Стремление к изучению всех проявлений жизнедеятельности (под жизнедеятельностью понимается и жизнь и деятельность человека со всей сложностью и разнообразием), является тем исходным мировоззренческим положением, на котором должны основываться как медицинская наука, так практическое здравоохранение, в процессе решения проблем связанных со сущностью жизни. Такой подход способствует развитию биологии человека, интеграции и гуманизации биологических и медицинских исследований, что имеет решающее значение для формирования теоретических основ биоэтики. В процессе анализа учений о жизни особое внимание уделяется вопросам: а) возникновения жизни, б) начала человеческой жизни (внутриутробном периоде), в) финала жизни и бессмертия. Вопрос о возникновении жизни, если не считать философию и теологию, является проблемой естественных наук, в первую очередь биологических. Что касается дилеммы

определения начала человеческой жизни, то этот вопрос, вторгается в сферу медицины и его практическая значимость выражается рельефнее. То же самое можно сказать и о понятии смерти, как финале жизни, с которым связан ряд актуальных медицинских проблем.

Большой научный интерес вызывает также вопрос о бессмертии человека. Ошибочно мнение, согласно которому он является предметом только теологии, философии и искусства.

«Несколько слов о бессмертии души» - так назвал одну из глав своего научного трактата «Основы опытной психологии» Гавриил Кикодзе (1858 г.), а В.М.Бехтерев в 1918 г. написал труд – «Бессмертие человеческой личности, как научная проблема». Тему человеческого бессмертия необходимо обсуждать всегда, если предметом научного исследования является жизнь и смерть.

В связи с получением новых фактических данных о жизнедеятельности организма и их анализом появились новые критерии границы жизни и смерти – признаком смерти является необратимая гибель всего головного мозга – мозга как целого. Но смерть это последовательно протекающий биологический процесс, изменение человеческого организма, переходящего из бытия в небытие. Проблема диагностики смерти перешла в измерение своевременного и аргументированного определения необратимости критических состояний (стойкого вегетативного состояния и смерти мозга), что, в свою очередь, связано с прекращением, непроведением или ограничением реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. В таких случаях возникают сложные для решения этические и юридические вопросы врачебной деятельности. Несмотря на то, что эквивалентность смерти мозга и смерти человека юридически признана, вопрос о том, это признание породило больше добра или вреда, по сей день не решен. (В этом и заключается относительная вечность биоэтических дилемм, когда другого рода дилеммы уже решены). И вот почему:

1. многие профессионалы, работающие в области трансплантологии окончательно не уверены, являются ли умершими люди с диагнозом «смерть мозга». Совесть может пойти на компромисс в случае, если кто-либо сам является участником пересадки органов. Однако тот факт, что общество одобряет умерщвление бесспорно умирающих и это становится морально приемлемым, может способствовать изменению отношения к жизни как святости.

2. Физиологический смысл смерти мозга становится все более

спорным. Однако ее сторонники, пытаясь защитить свое мнение в биоэтическом аспекте, повернули в сторону единственного довода, который именуют потерей личности в материалистическо-редукционистском понимании. Следовательно, учение о смерти мозга начинает развиваться в согласии с такой позицией в противовес высокой аксиологической, религиозной и общечеловеческой ценности жизни. Например, предположения об использовании живых новорожденных с анэнцефалией или больных со стойким вегетативным состоянием в качестве источника органов для пересадки, немыслимые в недалеком прошлом, сегодня серьезно обсуждаются.

3. Понятие «смерть мозга» породило свое «зеркальное отображение» в виде понятия так называемой «жизни мозга», как оправдания аборт и экспериментов на человеческих эмбрионах. Несмотря на отсутствие мозга не отыскать более целостного и единого организма, чем развивающийся эмбрион. Идея «жизни мозга» противоречит физиологическим представлениям об интегрированном единстве и вытекает из редукционистского подхода к смерти как потери сознания и личности, что является рациональной основой концепции «смерти мозга».

4. Для точного определения смерти нельзя идти вопреки убеждениям людей и нарушать их фундаментальные права. Речь идет не только о религиозных людях (православных христианах, католиках или евреях-ортодоксах), но обо всех, кто отвергает смерть мозга по каким-либо другим нерелигиозным - нравственным, научным, традиционным, этнологическим, философским, деонтологическим причинам.

Обобщая вышеизложенное автор заключает:

1. современная танатология представляет собой часть теоретической и практической медицины, хотя не существуют ни танатологические отделения и лаборатории, ни специализация врача-танатола. Ее создает знание приобретенное в результате накопления клинического и теоретического опыта специалистами различных медицинских областей.

2. Современная биомедицина и система здравоохранения встали перед необходимостью дифференцировать нетрадиционные определения смерти и с этой целью исследовать сущность таких биомедицинских понятий, как: а) «смерть мозга» и стойкое вегетативное состояние, б) пренатальная смерть, в) смерть эмбриона *in vitro*, г) смерть через эвтаназию.

3. Танатологию следует рассматривать:

о как единое учение не только о клинических, биохимических, биофизических, морфологических проявлениях причин, динамики и механизмов процесса смерти, но и о смерти, как социальном, философском, богословском, психологическом, юридическом, традиционно-религиозном, культурно-историческом феномене;

о как попытку интеграции всех проявлений танатологической мысли в одно целое учение.

В третьей подглаве – «Основные концепции о человеке, его сущности и природе в медико-биологических и антропологических учениях» - обсуждаются полученные результаты исходя из того, что рассмотрение естественных и гуманитарных антропологических учений в качестве теоретических предпосылок биоэтики, не является просто теоретическим вопросом взаимоотношений различных научных дисциплин. Здесь становится очевидной та важная мысль, что мир человека не есть только социум или телесное начало, но и психическая сфера, разум, вера, сердце, т.е. вся духовная природа. Автор считает, что такое понимание природы человека является результатом синтеза и интеграции существующих знаний о человеке всех уровней.

В третьей подглаве выделены три параграфа: «Фундаментальные антропологические воззрения в медицине и биологии», «Учение о человеке в философии (философская антропология)» и «Предмет и основные понятия христианской антропологии».

В первом из них сформулированы основные антропологические представления, которые господствовали в биологии и медицине на различных этапах исторического развития. В монографии исследуются вопросы происхождения человека и его места в живой природе.

С этой целью проанализированы:

а) вопрос о месте человека в систематике живой природы; б) морфологические учения о человеке; в) клеточная теория, как доказательство единства живой природы; г) основные постулаты антропогенетического и мировоззренческого мифотворчества эволюционист-дарвинистов; д) роль сравнительной анатомии в антропологии; е) достижения, перспективы и роль современной биомедицины, особенно, геномики в решении проблем происхождения жизни и человека.

Все представленные нами данные относятся к сфере изучения

человека, как биологического существа. Однако интерпретация этих данных, как показало исследование, всецело зависит от научного мировоззрения. Поэтому автор не ограничился медико-биологической антропологией, а исследовал и другие отрасли знаний.

Из того философского наследия, на котором основывается в своем существовании и развитии биоэтика, как наука, во втором параграфе исследованы основные идеи философской антропологии XX века, так как, именно в них представлено такое философское понимание человека, согласно которому жизнь и деятельность человека определяется не только разумом и свободной волей, но и единством высших чувств и переживаний и отношением к высшим – божественным и общечеловеческим ценностям. Такое понимание, безусловно является одной из основ возникновения биоэтического сознания.

Автор, основываясь на результатах своих исследований заключает, что любой поступок человека, в том числе в сфере биомедицинской деятельности, следует рассматривать как результат взаимодействий (так же противоречий) не только нравственности (природы, свободы) и моральных норм (долг, обязанности), но и сердца (единства чувств) и разума (единства знаний).

Этот тезис следует считать руководством при анализе биоэтических проблемных ситуаций. Именно философско-антропологическое понимание человека, его бытия и назначения в мире рассматривается автором как философская основа биоэтической концепции о человеке.

В третьем параграфе, который посвящён христианской антропологии, продемонстрирована значимость христианско-антропологического осмысления человеческой сущности и природы в жизни, творчестве и научной деятельности каждого человека. По мнению автора, без такого осмысления невозможны ни понимание своего места и назначения в этом мире, ни продвижение к истине, ни необходимые для этого интегрирование христианского и научного мировоззрений, ни согласованное сосуществование религии и науки, ни слияние веры и знания.

В третьей главе монографии - «Научные основы решения биоэтических проблем в биомедицине и системе здравоохранения» - объектом исследования являются основные биоэтические категории – жизнь, смерть, болезнь, здоровье.

Большая часть нравственных коллизий и конфликтов

биомедицины в первую очередь нуждается в дефиниции и исследовании их биоэтической сущности. Препятствием на пути решения этой задачи является отсутствие всесторонне разработанных и всеобъемлющих характерологий фундаментальных биоэтических категорий. Об этом свидетельствует проанализированная автором литература.

Рассматривая панораму исторического развития человечества нашему взору открывается постоянная изменяемость мировоззрений, уровней знаний и интерпретаций опыта по познанию целостной человеческой личности. Эти трансформации взглядов отражены в неоднородности качества осмысливания сущности жизни, смерти, болезни, здоровья в различных историко-социальных реалиях. Настоящая реалья породила потребность не просто написания биоэтического «портрета» вышеназванных основных понятий в жанре традиций науки и философии, а создания их полноценной биоэтической «голограммы» в духе преодоления глобально-духовно-нравственного кризиса цивилизации и выживания человечества, что ставит перед необходимостью нового осмысления всего медико-биологического (в первую очередь – вокруг этих понятий) знания.

Проведенные автором исследования позволяют современную (конца XX-начала XXI вв.) историческую ситуацию в развитии медицинской науки и практики определить, как биоэтическую, ориентация которой зависит, с одной стороны, от стиля научного мышления (фиксированного в категориальном аппарате науки), а с другой, от отношений к человеческим ценностям (манифестированного в политической, социальной, культурной и религиозной жизни общества).

В подглаве - «Жизнь, смерть, здоровье, болезнь как основные категории биоэтики» - исследованию каждой из указанных категорий посвящен отдельный параграф.

В результате научного анализа сформулированы следующие аспекты исследования жизни, как биоэтической категории:

1. методологические проблемы исследования феномена жизни (вопросы интуитивной, метанаучной, неклассической гносеологии);
2. взаимоотношения между классическими и неклассическими науками, изучающими жизнь;
3. вопрос о происхождении жизни;
4. изучение жизни путем дифференцированно-интегративного подхода к исследуемым объектам (живым организмам, в биомедицине – человеку), как органически единой, целостной

системе, которая одновременно имеет различные структурные уровни биоорганизации;

5. проблемы телеологизма и детерминации живых систем;
6. аксиологическая сущность жизни;
7. человек, как живое существо и его место в системе живых организмов;
8. вопрос понимания зачатия, как начала человеческой жизни;
9. понимание внутриутробного периода, как самого раннего, внутриутробного детства человека;
10. понимание периода беременности женщины, как пренатального материнства;
11. рождение, как продолжение жизни, а не ее начало;
12. зачатие и рождение человека, как биомедицинские, психологические, философские и мистические феномены;
13. жизнь человека, как ценность в плюралистическом обществе;
14. тенденции и проявления обесценения жизни в современном мире;
15. «право на жизнь»: исторический, этический, политический и правовой аспекты вопроса;
16. проблема смерти, как финала жизни, в естественных и гуманитарных антропологических науках;
17. научное, философское, психологическое, теологическое и религиозное осмысление вечности (бесконечности) и конечности жизни и смерти;
18. граница между жизнью и смертью, как научная и метанаучная проблема;
19. дилемма дефиниции «смерти мозга» и стойкого вегетативного состояния;
20. взаимоотношения между святостью (божественностью, сверх-естественностью) жизни и ее качеством, обусловленным болезнью, страданием, приближением смерти, отчаянием, тяжелым социальным положением и другими негативными феноменами;
21. жизнь и смерть в культурных традициях человечества;
22. исследование философско-экзистенциальной сущности жизни.

В параграфе – «Смерть как биоэтическая категория» - с целью характеристики необъятного танатологического поля биоэтического

мира приводится разработанный автором перечень различных аспектов трансдисциплинарных биоэтических исследований понятия «смерть»:

1. Медико-биологический:

- разработка диагностических критериев;
- научная (биологическая) сущность биологической смерти;
- «смерть мозга» как дилемма: биологический, танатологический или трансплантологический феномен;
- танатологическое измерение стойкого вегетативного состояния;

2. Реаниматологический аспект:

- терминальные состояния (клиническая смерть, агония, предагония);
- смерть мозга и стойкое вегетативное состояние, как реаниматологические нозологии;

3. Перинатологический аспект:

- смертность новорожденных, как биоэтическая проблема;
- эвтаназия новорожденных;
- новорожденные, как доноры органов для пересадки;

4. Пренатальный аспект:

- спонтанный аборт;
- искусственный аборт;
- аборт по медицинским показаниям (по болезни матери);
- аборт по социальным показаниям;
- контрацептивный аборт;
- селективный аборт, т.е. аборт как следствие генетического тестирования или других пренатальных диагностических методов, - так называемая пренатальная эвтаназия;
- СПИД и аборт;

5. Репродуктологический аспект:

- смерть так называемых «лишних» эмбрионов in vitro путем уничтожения или использования в научно-исследовательских

целях;

- уничтожение эмбрионов *in vitro* после преимплантационной диагностики, или эвтаназия *in vitro*;
- абортирование имплантированных в матку матери или суррогатной матери «лишних» эмбрионов;

6. Трансплантологический аспект:

- дилеммы, связанные со смертью донора (смерть мозга, стойкое вегетативное состояние, риск смерти при донорстве парных органов);
- моральная оценка и ценностное соотношение здоровья, жизни, болезни и смерти донора и реципиента;

7. Эвтаназия:

- убийство через эвтаназию неизлечимых, сильно страдающих, безнадежно больных, престарелых;
- эвтаназия новорожденных;
- внутриутробная эвтаназия;
- уничтожение эмбрионов – эвтаназия *in vitro*;

8. Геронтологический аспект:

- естественная смерть;
- смерть после болезни;

9. Философско-аксиологический аспект:

- аксиологическая сущность смерти;
- смерть как философский феномен в различных философских системах;

10. Психологический аспект:

- психологические проблемы эвтаназии;
- психологические проблемы донорства, реципиентства и общества в трансплантологии;
- психологические проблемы матери, отца, детей, семьи, медицинского персонала, общества, связанные с абортom; психологические аспекты дефиниции смерти;

- психологические проблемы медицинского персонала, связанные со смертью доноров, реципиентов, нерожденных детей, хронических больных и т. д.

11. Правовой аспект:

- смерть мозга в законодательных актах;
- проблемы легализации и ограничения аборт;
- вопрос узаконения эвтаназии;
- правовое регулирование распределения частей тела и тканей умершего человека;

12. Культурно-исторический аспект:

- . необходимость учитывания этнологических, традиционных, национальных, исторических и других ритуалов и особенностей в связи с умиранием человека в биоэтическом исследовании и практике;
- использование результатов анализа исторического опыта по решению проблем, связанных со смертью человека;

13. Социальный аспект:

- аборт и либеральное отношение к аборту, как социально опасный феномен;
- все виды и проявления эвтаназии, как социальное зло;
- социальная опасность утилитарного отношения к жизни и смерти;

14. Богословский и религиозный аспект:

- смерть, как мистико-религиозный феномен: телесная и духовная смерть;
- смерть, как начало новой жизни и вечная смерть;
- смерть и прародители человечества;
- бессмертие.

Вопросу осмысления «болезни», как понятия в биоэтической реальности, посвящен отдельный параграф – «Болезнь как биоэтическая категория». В ряде случаев дилемма заключается в том, чтобы выяснить является ли обсуждаемое состояние, в котором находится человек, болезнью по своей медико-биологической

(естественнонаучной и антропологической) сущности. К таким ситуациям относятся: а. смерть мозга и стойкое вегетативное состояние; б. обнаруженные у плода патологии и пороки развития во внутриутробном периоде; в. половые извращения.

Остальные проблемные ситуации биоэтической картины мира требуют аксиологической оценки болезни. Вопрос – каковы смысл и ценность человеческой болезни? – является решающим для изучения ряда биоэтических дилемм, которые нами разделены на две группы:

Первая группа проблемных ситуаций, связанная с эвтаназией:

1. эвтаназия безнадежно больных, престарелых и сильно страдающих больных;
2. эвтаназия новорожденных с наследственными заболеваниями, пороками развития и уродствами;
3. пренатальная диагностика болезней для внутриутробной эвтаназии.

Вторая группа проблемных ситуаций, связанная с трансплантологией:

1. нравственная оценка и ценностное соотношение здоровья, жизни, болезни и смерти донора и реципиента;
2. духовно-нравственно-психологические проблемы донорства;
3. духовно-нравственно-психологические проблемы реципиентства;
4. настоящие и будущие духовно-нравственно-психологические проблемы «общества- трансплантолога».

Изучая и исследуя медицинскую и биологическую сущность болезни, человеческая (научная, философская) мысль всегда стремилась постичь её в контексте вечных ценностей, сокровенных тайн жизни и смерти, человеческого бытия и его призвания в мире. Это стремление понять и оценить состояние страданий (ведь “pathos” обозначает именно «страдание») больного человека никогда не уйдёт из медицины, ибо оно связано с переживаниями, эмоциями, болью, муками и печалью больного и его близких. Эта субъективная интерпретация факта болезни всегда происходит в категориях этики, нравственного богословия, религии, системы историко-культурных традиций.

Болезнь, по общепринятому мнению, имеет только негативную ценность. Однако это представление, по сути своей, одностороннее. Известно, что болезнь – это нарушение жизнедеятельности, которое неизбежно сопровождается

понижением социальной ценности человека, ограничением его трудоспособности. Но есть и указанная К. Марксом характеристика болезни, как стесненной в своей свободе жизни, которая допускает более дифференцированную, гибкую оценку значения болезни для человека и смысловую ее конкретизацию применительно ко всем частным случаям и различным болезням.

При любом заболевании, несомненно, имеет место ограничение свободы жизни в определенных отношениях. Это ограничение, стеснение жизнедеятельности, функциональная неполноценность человека при болезни, даже в чем-то очень серьезная, не всегда распространяется на все возможные виды его деятельности. Всегда в чем-то ограничивая свободу жизни человека, болезнь не всегда снижает всю его деятельность, а некоторые ее виды даже интенсифицируются и становятся более плодотворными. Такая концепция полностью приемлема с точки зрения и христианской, и философской, и медицинской антропологии.

Исследуя болезнь, как биоэтическую категорию, автор пришёл к следующим выводам:

1. исследование болезни как биоэтической категории в первую очередь должно основываться на биологическом и медицинском знании (а) болезни, как заболевании отдельного человека (конкретного случая), (б) болезни как нозологической единицы (конкретного заболевания, нозологии) и (в) болезни как биологическом, социальном и т. д. явлении.

2. Интерпретация аксиологической сущности (ценности) болезни, помимо медико-биологического знания о ней должна основываться на анализе (а) медицинских, биологических, философских, психологических, гуманитарных и теологических учений о человеке (трансдисциплинарный принцип) и (б) этнонациональных, историко-религиозных, культурных, общественно-социальных, морально-правовых традиций человечества.

3. Болезнь должна осмысливаться как биоэтическая категория имеющая наряду с негативной, и позитивную аксиологическую ценность, экспрессия которой совершается в духовно-нравственном опыте (процессе перерождения, стремлении к самоизменению) человека на пути экзистенциалистического поиска смысла жизни, саморефлексии, дискурса о человеческом бытии и «великого выбора «или-или» между божественным и земным» (Кьеркегор).

Во второй подглаве – «Технология трансформации

медицинских и биологических понятий в биоэтические категории» – обобщен собственный опыт по решению первостепенной задачи процесса генезиса биоэтики, как самостоятельной научной дисциплины – конструирования основного понятийного аппарата, пересмотра фундаментальных и формулирования новых понятий. Гносеологический процесс исследования медицинских и биологических понятий путем критического анализа и синтеза всего интер- и трансдисциплинарного знания в реалиях биоэтических измерений нами именуется трансформацией медицинских и биологических понятий в биоэтические категории, а методология этого процесса – технологией трансформации медицинских и биологических понятий в биоэтические категории.

Эта технология основывается на многофакторном анализе полного спектра существующих и прогностических аспектов с учетом особенностей современного этапа научно-технического прогресса, современного плюралистического общества и глобальной политики.

Одним из важнейших компонентов обсуждаемого технологического процесса является синтез, интеграция, соединение различных знаний. Этот компонент повторяется в данном гносеологическом процессе и характеризуется своей спецификой. Сам процесс определяется автором как многоступенчатый и многоэтапный.

Основные этапы трансформации определяются следующим образом:

I – определение мультидисциплинарного естественнонаучного содержания исследуемого понятия;

II – составление гуманитарной характеристики понятия;

III – интеграция естественнонаучного и гуманитарного знания с ненаучным (теологическим, философским, метапсихологическим, практическим и т. д.) знанием;

IV – аксиологическое осмысление понятия в системах общечеловеческих, божественных, национальных, социальных, культурных, этических ценностей;

V – собственно биоэтическая трансформация, как интеграция 4-х предыдущих гносеологических этапов и итоговый этап генезиса биоэтической категории.

Таковы основные закономерности технологического процесса трансформации медицинских и биологических понятий в биоэтические категории, которые автором рассматриваются

как теоретическая основа и алгоритм практического решения биоэтических проблем.

Четвертая глава – «Концепция биоэтической антропологии и её значение для современной медицины» - посвящена проблемам биоэтических исследований сущности и природы человека. Она состоит из трех подглав.

В первой подглаве – «Человек как объект исследований в естественнонаучных и гуманитарных антропологических науках» - автор представил своё видение проблемы: являясь трансдисциплинарным исследованием в области истории, философии и теории медицины и биомедицинской этики, оно, в первую очередь, основывается на анализе природной (биологической, физической, телесной) сущности человека, которая рассматривается как стартовая площадка, с которой не всегда легко разглядеть сверхтелесную, сверхприродную, сверхмирную инстанции в человеке. Однако, именно естественные науки, которые в процессе своего исторического развития дали универсальный материал для конструирования этой стартовой площадки, продемонстрировали свою несамодостаточность, т. е. то, что они, без интеграции с гуманитарными науками, метанаучной, философской, теологической, метапсихологической рефлексией и эмпирией, не способны помочь нам стремительно понести нашу исследовательскую мысль ввысь в область духовного и трансцендентного со всеми сложностями отношений с ней человека в безграничном спектре нерешенных проблем современного человековедения.

Исходя из представленного дискурса в этой подглаве исследуются все уровни дифференцированно-интегрированной структуры и организации двуединого существа человека с их взаимоотношениями, взаимовлияниями, взаимозависимостью и взаимосвязью на основе метаанализа научных, философских и метанаучных антропологических парадигм.

С этой целью исследована научная литература в области естественнонаучных, медико-биологических, клинко-медицинских, гуманитарных, философских, социологических, культурологических, теологических, психологических, биоэтических и опытно-интуитивных знаний о сущности человеческой природы, структурной организации человека, как целостно-расчлененной системы, истории науки, философии, религий, методологических основах моно-, интер- и трансдисциплинарных антропологических исследований.

Учитывая, что уровень изучения процесса жизнедеятельности в норме и патологии не всегда совпадает с уровнем организации живого, становится принципиально необходимым решение методологических задач:

а) установление морфо-функциональных структурных единиц исследования человеческого организма;

б) вычленение элементарной биологической единицы исследования патологического либо физиологического процесса как целостной системы, в чем конкретно решается проблема соотношения биологического и физико-химического, также других уровней исследования системы;

в) обособленно стоит проблема исследования целостной человеческой личности, духовного начала человеческой природы, всей психической сферы с учетом её высших метапсихологических инстанций.

Физико-химические субстанциальные основы человеческого организма необходимо изучать на всех уровнях: элементарных частиц, квантово-механических, атомов, ионов, малых молекул и их блоков, полимеров, макромолекул. Это является добиологическим (биофизико-химическим) уровнем исследования.

Что касается описания структуры человеческого организма, его морфологического строения, то изучение этих вопросов в медицинских, биологических и других естественнонаучных дисциплинах проводится на разных уровнях: организменном, системном, органном, тканево-системном, тканевом, клеточном, субклеточном (ультраструктурном) и молекулярном.

Перечисленные уровни от элементарных частиц до организменного, единство добиологического и биологического уровней составляют физическое, биологическое, соматическое или телесное начало двойственной природы человека. В дальнейшем нами исследуется духовное начало сущности человека и предлагается ввести понятие о психобиологическом уровне антропологических исследований. Таким образом, нами сделана попытка решения проблемы взаимоотношения соматического (пребиологического и биологического) и духовного (психического, метабиологического) уровней исследования природы человека. Психобиологический уровень определен нами, как уровень, на котором максимально экспрессируются все связи психической сферы с биологическим. К исследованиям психобиологического уровня мы относим: физиогномику, или типологию, психофизиологию,

или психобиологию, психогенетику (behavioral genetics) и нейropsychологию.

Исследуя человека как личность, а не совокупность неких психических проявлений, мы переходим к рассмотрению надындивидуальных категорий. С точки зрения изменений личности человек является предметом патопсихологии, психопатологии, психиатрии. Наконец, человек становится личностью только в общении. Это социальный уровень, на котором человек рассматривается как звено большой социальной структуры. Патология на этом уровне проявляется в девиантном поведении и антигуманной деятельности.

Таким образом, мы подошли к метабиологическому уровню, первой ступени проявления которого является психобиологический уровень, а следующей ступени - собственно психологический.

Из четырех основных психологических направлений, существующих сегодня на Западе (бихевиоризм, фрейдизм, гуманистическая и трансперсональная психологии), каждое имеет свои неоспоримые достижения, каждое из них может дать человеку что-то важное, помочь в решении внутренних проблем (подобно классическому психоанализу или гуманистической психологии) или указать новую перспективу (подобно трансперсональной психологии). Однако все они имеют общий недостаток: человеческая целостность остается вне их поля зрения. Они изучают больной и здоровый ум, рассматривают мотивационные структуры психики и способы поведения человека в различных ситуациях, обусловленность ума социальной средой и семейной историей, детские психические травмы и всевозможные комплексы; они даже могут указать на возможность мистического просветления, выхода за пределы личностной обусловленности, но целостный человек остается для них непостижимым, а его духовное начало (душа) - не более чем эпифеноменом комплекса ментальных структур.

Таким образом, мы подошли к следующей инстанции в структуре человеческой психики, которую автор называет метапсихологической. На метапсихологической ступени выделяются два познавательных уровня духовного начала дуальной человеческой сущности: философско-антропологическую и религиозную (мистическо-сакральную), без исследований которых невозможно решение проблем и дилемм не только биомедицинской этики и биомедицины в целом, но и всего человечества, находящегося в процессе глобализации и кризисной ситуации, определенной, как антропологическая катастрофа.

Во второй подглаве – «Принципы исследований сущности человеческой природы в медико-биологических и антропологических учениях» – выявлены и осмыслены критерии, которые адекватно отражают всю сложность исследований человеческой природы с ее метафизической глубиной на основе метаанализа различных учений о человеке.

Миссия науки и философии, воссоздать обобщенную картину мира на основе достижений своего времени, должна быть антропологизирована, что будет выражаться в генерации такой картины Вселенной, в которую не просто включен человек, но определены его природа, отношения, место, значение и назначение в мироздании.

Согласно полученным нами результатам, сущность принципов антропологических исследований детерминирована характером решения следующих важнейших проблем в философии и науке:

1. философский вопрос: материализм или идеализм;
2. проблема происхождения жизни: креационизм или дарвинистский эволюционизм;
3. психофизиологическая проблема.

Признавая вариантность конструирования теоретической структуры и инфраструктуры мультиплановой проблемы человека, автор исходит из следующих концептуальных тезисов:

- а) о Божественном (креационистском) творении человека;
- б) о дуальности человеческой природы;
- в) о насущности интер- и трандисциплинарных исследований человека со всей сложностью его взаимоотношений с социумом, цивилизацией, природой, макрокосмом;
- г) тезис о необходимости параллельных (по-возможности интегрированных) научном и метанаучном антропологических исследованиях;
- д) концепция примата духовного как альтернатива в процессе гуманизации нашей цивилизации и превенции апокалиптического финала в прогнозирующем будущем.

Традиционным для европейской культуры Нового времени было представление о разделенности структурных уровней мира (природа – социум – сакральное), вытеснившее более ранний слитный взгляд на мир (иудаистское и христианское мировоззрение, мифология, натурфилософия, алхимия, астрология).

В XX веке в мировой культуре раздались призывы к воссоединению структурных элементов мира на новом (точнее ином) уровне в спиритуалистическом, «ноосферном», гуманистическом и других вариантах. Речь идёт о преодолении границ между

структурными элементами Космоса через глубинное постижение человека, синтезирующего все уровни. Такой подход подразумевает отношение к человеку как связующему звену между уровнями: принадлежа к социуму, в тоже время он несет в себе элементы природы (его физико-биологическая основа), а мыслящая, познавающая, чувствующая, способная к мистическому общению душа причастна к сакральному

Рассматривая биоэтику и предложенную нами биоэтическую антропологию в качестве ещё одной концепции реунионизма многоуровневой структуры мироздания, основную задачу мы определяем как углубленное трансдисциплинарное исследование жизнедеятельности человека, целостной человеческой личности, человеческой природы с его дуальностью для раскрытия принципиальных закономерностей, действующих в человеке на всех уровнях его дифференцированно-интегрированной структуры.

В третьей подглаве – «Сущность концепции биоэтической антропологии» - автор, вводя понятие о биоэтической антропологии, стремится на основе всего антропологического знания (естественнонаучного, гуманитарного, философского, теологического) создать новую ветвь в учении о человеке, задачи которой будут заключаться не только в «пассивной» - элементарной и философской, но и в «активной» научной (в первую очередь медико-биологической) рефлексии, раскрывающей сущность биоэтических проблемных ситуаций, используя как форму познания не только критический, но и эвристический принцип: выступить как источник нового знания о человеке.

Потребность в антропологизации исследовательских задач и методических подходов в той или другой области науки может возникнуть вследствие возникновения проблемных ситуаций, в центре которых находится человек, его природа, ценности. Так случилось во второй половине XX в. в медицине и биологии в результате высокоразвитой компьютерной, ультразвуковой, лабораторной, клинической, экспериментальной, телекоммуникационной технологизации, внедрения инженерно-технических новшеств, научных открытий в фармакологии, эмбриологии, микробиологии, молекулярной биологии, генетики (генной инженерии), достижения успехов в хирургии, трансплантологии, реаниматологии, интенсивной терапии, репродуктологии, распространения СПИДа, гепатитов, наркомании, нетрадиционных видов сексуальности и т. д.

Представленная картина развития биомедицины стала

причиной возникновения биоэтики – нового мышления, мировоззренческо-философско-аксиологического переосмысления всех духовно-нравственных, этических и общечеловеческих проблем, дилемм и коллизий, парадоксально породившихся последней третью минувшего столетия. Биоэтику также можно определить как новую антропологическую науку, так как она в ходе решения существующих проблем нуждается в интерпретации всего трансдисциплинарного знания о человеке. На основе представленного дискурса вводится понятие о биоэтической антропологии, как новой антропологической дисциплине.

Научные программы по части биоэтики свои задачи определяют преимущественно законодательной и организационной (по институционализации) деятельностью. Такая ситуация наблюдается и при рассмотрении различных публикаций, решений, положений биоэтических комиссий: акцент делается на практическую деятельность. Биоэтика понимается как всего лишь разновидность медицинской этики, как узкоспециализированное знание. В создавшейся ситуации биоэтика, как научная дисциплина может пострадать. Вводя понятие о биоэтической антропологии мы еще раз подчеркиваем научно-исследовательскую природу биоэтики.

Возникает однако кажущаяся аналогия с философской антропологией. Касаясь этого вопроса, автор отмечает, что, являясь учением о природе человека, которая перерабатывает и использует многообразные данные всех антропологических наук и дает им определенное осмысление, философская антропология не может заменить биоэтическую так как, не располагает возможностями исследования целостной человеческой личности в том масштабе естественнонаучных исследований, который необходим для постижения сущности каждой из множества проблемных ситуаций современной биомедицины. Остальные антропологические знания, ввиду их узкой специализации, подобные претензии не могут даже иметь.

Исходя из всего вышеизложенного, автор определяет основные перспективные направления исследований в области биоэтической антропологии:

- концепция приоритета человека (достоинства и самоценности человеческой личности) в глобалистике, как критерия цивилизации («меры прогресса»);
- интеграция естественнонаучного, гуманитарного, теологического знания с опытным предметным знанием человечества (методы и формы трансдисциплинарных

исследований)

- проблема зачатия человека, как начала человеческой жизни;
- психология, психофизиология и физиология педагогики пренатального периода и беременности (внутриутробное «детство» и пренатальное материнство);
- рождение, как биомедицинский, психологический, философский и мистический феномен;
- проблемы телеологической целесообразности и детерминации живой системы (человеческого организма);
- природно-биологические факторы развития человека, как индивида;
- жизнедеятельность человеческого организма в норме и патологии, как два состояния жизни;
- аксиологическая сущность болезни;
- трансдисциплинарная концепция смерти во всех ее проявлениях (биологическая, клиническая, духовная, стадии смерти - танатогенеза);
- социология личности (социокультурные традиции, национальное самосознание, гражданская ответственность, религиозное сознание, семейные отношения);
- психология и метапсихология целостной человеческой личности и теология (христианская антропология);
- трансдисциплинарное знание о духовном начале в дуалистической природе человека;
- человек в культуре (традиции, творчество, этнонациональный компонент, политическая культура, философия телесности, гуманистическая деятельность);
- закономерности и условия возникновения антигуманной деятельности и девиантного поведения человека и человеческих обществ.

В пятой главе – «Биоэтические проблемы и дилеммы на современном этапе развития мировой общественности» - автором исследованы конкретные биоэтические проблемные ситуации и их сущность в свете биоэтических антропологических принципов, традиционно-исторических, национальных, религиозных, общечеловеческих ценностей и основных биоэтических категорий, а также осмыслено содержание превентивной функции биоэтики в отношении глобальных проблем человечества. Выделены две подглавы.

Первая подглава – «Характерология биоэтических проблемных ситуаций современной биомедицины и здравоохранения» - представлена пятью параграфами, в которых исследуются проблемные ситуации различных сфер биомедицины и здравоохранения.

В первом параграфе – «Современный этап развития хирургической науки и практики и биоэтика» - анализируются критерии, обуславливающие существование основных биоэтических проблемных ситуаций в хирургической медицине:

а) научно-интеллектуальный, медицинский, технологический, технический, трудовой и философско-этический потенциал хирургии, как специфической медицинской отрасли;

б) трудности объективизации клинических ситуаций, что детерминировано субъективностью критериев их оценки (риск, «человеческий фактор», существование элементов искусства в хирургии и т. д.);

в) частота и скорость имплантации новаций: временной интервал, достаточный для генезиса не только новейших лечебно-диагностических методов, но и новых самостоятельных отраслей, на современном этапе развития определяется всего несколькими годами;

г) особенности *sine qua non* сосуществования хирургии с другими (пограничными, вспомогательными, техническими и т.д.) специальностями и отраслями;

д) мультиаспектность (социальный, психологический, морально-этический, экономический, клинический и другие аспекты) проблематики хирургического образования, подготовки и воспитания профессионалов.

В этом разделе проанализированы биоэтические вопросы транссексуальной, пластической, эстетической и бескровной хирургии.

Хирургия, как и вся медицина, представляется как часть творческой деятельности человечества и поэтому связана с преодолением необходимости и освобождением от природного и социального принуждения. Именно поэтому, часто, она, будучи неограниченной идеальными, божественными или нравственными нормами, может переходить в основанный на произволе человека вид творчества. Радикальная экспрессия этого предположения произошла в транссексуальной хирургии.

В этой отрасли существуют опасность нарушения принципа

информированного согласия пациента, поскольку человеку с немедицинским образованием крайне трудно разобраться в медико-биологической сущности таких сложных хирургических трансформационных вмешательств. Следует иметь ввиду и духовное и психологическое состояние пациентов. Они легко соглашаются на перспективную «метаморфозу», которую считают единственным шансом реализации своих настоятельных желаний (требований), также социальной и психологической «адаптации».

Весьма значимо объяснение мифологической сущности транссексуальной хирургии. С биологической точки зрения мы не имеем дело с истинной транссексуализацией. Так называемая смена пола на самом деле ограничивается изменением некоторых внешних признаков. Пациенты нуждаются в гормонотерапии, часто эпиляции, хирургии на голосовых связках и т.п. Таким образом достигается только иллюзия транссексуализации: репродуктивная функция «нового», «приобретенного» пола не формируется.

Подобная хирургическая помощь оправдана лишь как средство лечения при неправильной идентификации половой принадлежности в раннем детском возрасте, вызванной патологией (аномалией) развития половых органов, но не как способ поддержания сексопатологических или сектантско-религиозных ориентаций.

Пластическая и эстетическая хирургия, ставя перед собой целью коррекцию различных врожденных или приобретенных дефектов, восстановление потерянной функции и трудоспособности, бесспорно имеет биоэтический приоритет. Однако, именно она стала средством удовлетворения тщеславных, сексуальных, карьеристических и других фантазий и желаний многочисленных клиентов путем хирургического изменения формы и размеров различных частей тела. Таким образом, данная область медицины превратилась в искусство хирургического body-bulding, которую наряду с экономическими интересами питают поврежденная духовно-нравственная ориентация современного человека и новые формы телесности современной цивилизации.

Вопросы бескровной хирургии стали крайне актуальными «благодаря» представителей общества с сектантской ориентацией, что необходимость постижения медико-биологической сути проблемы отодвинуло на второй план.

Бескровная хирургия не должна рассматриваться как медицинская помощь только для людей с сектантской ориентацией. Ее появление обусловлено наличием ряда объективных факторов:

1. Эпидемия СПИДа и ВИЧ-инфекции;
2. Распространение других инфекций (например, С-гепатита), передаваемых гематогенным путем;
3. Связь переливания крови с различными (инфекционными, иммунологическими и др.) осложнениями;
4. Недостаточность донорской крови в национальных и мировых масштабах;
5. Дороговизна использования препаратов крови.

Следующий параграф посвящен анализу христианских аспектов биоэтической характеристики трансплантологии, которая относится к тем отраслям медицины, в которых опасность социально-правовых, этико-деонтологических, духовно-нравственных ошибок особо возрастает.

В области трансплантологии возник целый ряд духовно-нравственных проблем:

1. Использование тела человека в качестве донора в случае так называемой смерти мозга;
2. существующие модели получения согласия на донорство не выдерживают этической критики. В большинстве случаев место имеет фактически принудительное донорство. При этом мы переходим установленную для человека грань, пытаясь решать вопросы жизни и смерти других людей и распоряжаться чужими телом и душой;
3. психологическое и духовное состояние реципиентов, ожидающих органы для пересадки длительное время;
4. трансплантология породила в мире несуществующие до этого криминальные проблемы в связи с использованием в качестве доноров людей с соответствующими биологическими данными: похищение, умерщвление дефективных детей и взрослых, торговля органами. Законодательство неспособно предотвратить все это. Преступная коммерциализация превратила эту область медицины в причину множества потрясающих фактов убийства, физической и духовной гибели людей;
5. поиски доноров свободную от христианского мировоззрения науку привели к идеям клонирования (тиражирования генетически идентичных «копий») и создания «лабораторных органов». Технологическое клонирование позволяет «творить» жизнь с определенными качественными показателями по желанию заказчиков, в случае трансплантации – с параметрами тканевой

совместимости «клона-донора» и «близнеца-реципиента». Путем клонирования человек решил создать человека без любви, не по Божьему, а по своему «образу и подобию», для удовлетворения своих потребительских интересов: устроить «здешнее наслаждение» и продлить себе жизнь.

В третьем параграфе проанализированы и оценены основные моменты развития сердечно-сосудистой хирургии с позиций биоэтических концепций:

1. Безусловным биоэтическим приоритетом сердечно-сосудистой хирургии является ее вклад в решение общемедицинских задач – продление жизни человека и снижение смертности населения за счет разработки и внедрения ранее несуществующих возможностей выздоровления – хирургических методов лечения кардиологических и ангиологических нозологий;

2. Рождение и формирование хирургии сердца позволили по-новому переосмыслить все медицинское и биологическое знание о сердце и кровообращении. Появились понятия о защите выключенного из кровообращения сердца, фармакологической и холодовой кардиоплегии, операциях на фибриллирующем сердце, искусственном кровообращении, кардиостимуляции, электродефибрилляции и кардиоверсии, контрпульсации, искусственном левом желудочке, искусственном сердце и др.

3. Прогресс сердечно-сосудистой хирургии способствовал развитию смежных дисциплин теоретической и клинической медицины, которые, в свою очередь, вместе с достижениями привнесли в практику сердечно-сосудистой хирургии свои биоэтические дилеммы: отношение к жизни новорожденных с пороками, людей старческого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы, требующей длительного и дорого-стоящего лечения, и безнадежных больных, проведение клинических исследований (медицинских экспериментов) и т.д.

4. Отношение каждого хирурга, врача, любого специалиста к своему учителю является выражением не только собственных этических взглядов, но и нравственных убеждений общества, от чего зависит и развитие кардиохирургии, базирующееся на естественной преемственности и последовательности сменяющих друг друга предельно совершенных хирургических методов и медицинских технологий, и будущность созданных учителями школ, и готовность обсуждать и решать возникшие и ожидаемые биоэтические проблемы;

5. Повышается ответственность врача, работающего в области сердечно-сосудистой хирургии, в соблюдении принципа получения свободного и информированного согласия больного на любое вмешательство, что является практическим воплощением так называемых информационной, интерпретационной и совещательной моделей взаимоотношения врача и пациента;

6. Успехи в области детской сердечно-сосудистой хирургии, особенно детей раннего возраста и новорожденных - решение проблем хирургической коррекции сложных врожденных пороков сердца можно рассмотреть как явную антитезу существующим тенденциям, отражающим духовно-нравственные проблемы биомедицины: (1) позволить детям с серьезными пороками развития умереть при рождении (эвтаназия) и (2) аборт-ировать зародыш, имеющий такие пороки (скрининг);

7. Компьютерная, телекоммуникационная и другая технологизация сердечно-сосудистой хирургии наряду с техническими инженерными открытиями создает угрозу исчезновения таких уникальных феноменов во взаимоотношениях между врачом и больным, как эмпатия, предоставление больному психической вентиляции, доверие, использование концепции трансфера и т.п.

В четвертом параграфе – «Внутриутробный период человека в биоэтической реальности» представлены результаты исследований тех парадоксальных ситуаций и коллизий, в центре которых стоит зародыш, эмбрион, плод:

1. Аборт: искусственный аборт по медицинским показаниям; искусственный аборт по социальным показаниям; аборт на поздних сроках беременности; спонтанный аборт; постимплантационный аборт);

2. Репродуктивные технологии: «лишние» эмбрионы *in vitro*; «лишние» эмбрионы, имплантированные в матку; этические дилеммы предимплантационной диагностики; нарушения традиционных семейных отношений и нравственной ориентации общества:

- взаимоотношения между суррогатным и генетическим матерями;
- суррогатная мать, доноры спермы и яйцеклеток, как третья сторона супружеских взаимоотношений;
- опасность замены традиционных семей на нетрадиционные семьи однополых пар;
- нарушение прав ребенка иметь папу и маму при использовании

репродуктивных технологий у одиноких женщин, гомосексуальных «родителей»;

- психологические и духовно-нравственные проблемы семейных и общественных взаимоотношений после применения новых репродуктивных технологий;
- использование человеческого зародыша, эмбриона, плода для лечебных, исследовательских и других целей: (фетальная терапия; трансплантация эмбриональных стволовых клеток; использование в научно-исследовательских работах «лишних» эмбрионов полученных in vitro; использование человеческого зародыша, эмбриона, плода для изготовления лечебных средств; использование так называемого абортивного материала в косметике).

Насильственное прекращение жизни человеческого зародыша, эмбриона, плода любым способом и с любой целью, как бы эта цель не казалась благородною (например, для лечения) является убийством. Общество должно воспринимать подобный акт не только как грубое нарушение прав и достоинства человека, но и как преступление. Человек должен быть защищен с момента зачатия его жизни.

Пятый параграф посвящён этической аргументации в отношении пренатальной и преимплантационной диагностики. Чаще всего различные методы диагностики патологий эмбриона используются для их уничтожения, для оптимизации разных статистических показателей, добиться экономической рентабельности или избавить общество от больных и инвалидов. Так, под видом технологического прогресса вкрадывается в медицину антигуманизм и его страшное проявление в виде евгенических настроев.

Шестой параграф – «Истинное и мифическое лицо искусственных репродуктивных технологий» – обличает нетрадиционность характера и опасность современных биотехнологических способов преодоления бесплодия с позиций веками сложившихся представлений о «таинстве зачатия», невмешательстве человека в «Божьи дела» и ставит вопрос о необходимости глубокого трансдисциплинарного осмысления целого ряда этических, моральных и правовых представлений об отношениях между пациентом, обществом и врачом, а также между остальным кругом лиц (доноры половых клеток и эмбрионов, биологические и юридические родители, суррогатные матери, дети, родившиеся в результате использования методов нетрадиционных

репродуктивных технологий и др.), вовлекаемых в сложные процессы вспомогательной репродукции.

Репродуктивные биотехнологии изменили половую жизнь человека. Ведь зачатие ребёнка происходит без физического и духовного участия родителей: имеется не только противоестественное отделение биологического компонента от эмоционального и личностного, но и биологический компонент представлен неполноценно без характерных физиологических половых реакций супругов. Таким образом, зачатие человеческой жизни из плода родительской любви превратилось в лабораторную процедуру соединения половых клеток вне организма матери.

Обращает внимание на себя и тот факт, что в акте лабораторного оплодотворения участвует третья сторона – физическое лицо (лица) – сотрудники репродуктивных клиник, что нарушает сакральность и таинство и зачатия, и супружеской жизни. Если же для искусственного оплодотворения используются донорные гаметы, то число биоэтических проблем ещё больше возрастает.

Широкое внедрение искусственных репродуктивных технологий чревато опасными последствиями: манипулированием с природой человека, выбором пола, гено- и фенотипических признаков, «генно-молекулярным кошмаром», появлением родильниц и матерей пожилого возраста и т. п.

Седьмой параграф посвящён репродуктивной технологии так называемого «суррогатного» материнства, которая успела породить кучу биоэтических проблем, дилемм, парадоксов и коллизий: а) передача новорожденного ребёнка от суррогатной матери генетическим родителям пренебрегает ту глубокую духовную, психологическую, эмоциональную, физиологическую и биологическую близость, которая устанавливается между матерью и ребёнком во время беременности; б) игнорируются научные данные по психологии, перинатологии, эмбриологии в области пренатального детства и материнства во время беременности; в) пренебрегается близость суррогатной матери и ребёнка, который во время всей беременности жил в её матке, также заказчиками, что без сомнения ставит вопросы, касающиеся духовно-нравственных ценностей генетических родителей; г) появляется новое понятие – «суррогатная беременность» со своими психологическими, духовно-нравственными и биологическими особенностями; д) духовно-нравственную и психологическую проблематичность усугубляет финансовая заинтересованность, социальное положение,

образование, возраст, жизненная неопытность (может быть ещё никогда не была матерью) суррогатной матери, или её родство с генетическими родителями (суррогатная мать является, например, матерью или сестрой генетических родителей) и т. п. е) родство суррогатной матери с генетическими родителями, по нашему мнению, способствует созданию таких сложных ситуаций, которые ведут к метаморфозе традиционных отношений к таким человеческим и социальным ценностям, девальвации таких сакральных ценностей, каковым является семья; ж) в суррогатном измерении современного «суррогатного» мира возникло новое понятие – суррогатное отцовство. Этим термином обозначаются одинокие отцы, которые таковыми стали через нанимание не только суррогатной матери, но и донора яйцеклеток; з) после рождения суррогатного ребёнка у суррогатного отца в свидетельстве о рождении в графе «мать» ставится прочерк; в будущем же при разработке специальных форм свидетельств о рождении для подобных случаев исчезнет соответствующая графа и слово «мать»; и) «суррогатное» материнство создало прецедент «заботы» об однополых парах (о так называемых нетрадиционных «семьях»). Теперь они тоже имеют возможность удовлетворить свои желания иметь «собственных» детей. Конечно, такие действия категорически неприемлемы для христианского миропонимания и представляют собой проявления смертельной греховности; к) создавая в обществе коммерческий институт «суррогатного» материнства, этот феномен приобретает сходство со сферой обслуживания и соответственно способствует исчезновению сакрального отношения к материнству, как святыне, и девальвации высшей, несравненной общечеловеческой и божественной ценности, каковой являются отношения между матерью и ребёнком; л) данная технология изначально обрекает суррогатного ребёнка на тяжёлую психологическую кризисную ситуацию: решить (сделать выбор), кто является истинной матерью; м) суррогатная репродукция не отдаёт должное правам ребёнка, родиться и вырасти в традиционной семье, в окружении любви матери и отца, не получив ментального повреждения в однополую, одинокого отца или одинокой матери микросоциуме; н) данная искусственная репродукция может стать причиной так называемого суррогатного сиротства; это происходит в тех случаях, когда заказчики передумали взять суррогатного ребёнка к себе, в том числе из-за болезни или диагностированной патологии новорожденного, или они среди заказанных двух-трёх суррогатных детей выбрали одного; здесь же рассматриваться должны трагические случаи смерти одного или обоих генетических

родителей; подобные примеры несложно отыскать в нашем постсоветском пространстве; о) суррогатная репродукционная технология используя законсервированные гаметы, породила феномены посмертных отцовства и материнства; часто такого рода искусственное появление на свет потомков, наследников, людьми нехристианского миропонимания рассматривается в аспекте бессмертия; Предполагаем, что такое нарушение природного временного и пространственного равновесия между поколениями родителей и детей, изобилие нетрадиционных компонентов в сфере воспроизводства человека – существа биологического, социального, культурного и духовного – будет чревато такими катаклизмами, полноценное прогнозирование и тем более превенция которых будет невозможно из-за недостаточности, частично – невозможности получить, также пренебрежения данных истинных научных исследований; п) существует множество правовых проблем; например, неизвестна судьба ребёнка, генетические родители которого умерли во время суррогатной беременности; каков правовой статус одинокого суррогатного отца; кто и как может использовать половые клетки умершего человека для суррогации; не определены правовые и законные нормативы суррогатного «материнства»; требуется гармонизация правовых норм с духовно-нравственными, национальными, человеческими и божественными ценностями.

Таким образом, так называемое суррогатное материнство вкуче с нетрадиционными, искусственными репродуктивными технологиями является новым, до конца не познанным измерением и качеством в реалиях биологического, социального, культурного и духовного бытия человечества, которое на данный момент невозможно адекватно оценить из-за недостаточности научного знания и категорически неприемлемо с точки зрения христианских и традиционных ценностей.

Поэтому мы не можем приветствовать такого рода решения проблемы бездетности и не можем принять суррогатную парадигму современности со своими многочисленными духовно-нравственными суррогатными проблемами.

В восьмом параграфе – «Биоэтическая сущность эвтаназии» – исследованы те многообразные негативные последствия, которые могут последовать за узаконением эвтаназии. Любая попытка легализации эвтаназии автором оценивается, как зло и преступное деяние перед народом, обществом, будущим, самым Господом.

По своей сути эвтаназия является либо убийством (если осуществляется по решению врачей или требованию родственников),

либо самоубийством (если осуществляется по просьбе больного), либо особой формой их смешания.

Идеология эвтаназиология по мнению автора морально и нравственно не приемлема. Попытки юридически оформить в законодательных актах возможность применения эвтаназии по своей сути равнозначны внедрению в общественное сознание допустимости убийства или самоубийства с помощью медицины (здравоохранения), что неизбежно приведет к потере доверия к институту здравоохранения и извращению смысла его профессионального долга.

В девятом параграфе – «Отношение врача и общества к психическим больным, как биоэтическая проблемная ситуация» – даётся исторический обзор развития этих отношений. Подчёркивается важность изучения опыта общения с духовно больными людьми и готовность общества помочь больному в несении тяжёлого ига духовных страданий.

Десятый параграф посвящён критическому анализу взаимоотношений биоэтики с деловой этикой в сфере биомедицины и общественного здравоохранения. В условиях рыночной экономики в решении многих медицинских проблем ведущее значение приобретают экономическое и финансовое факторы, что порождает ряд деонтологических и медицинско-этических дилемм. Оптимальные решения принимаются только в условиях признания примата этического фактора. Биоэтика же не может взять на себя функцию судьи: она направлена на принятие всесторонне аргументированных и оправданных решений.

Во второй подглаве «Биоэтические проблемы, существующие в пограничных с биомедициной ареалах», обсуждаются актуальные вопросы современности, которые, хотя не являются по сути собственно биомедицинскими, но должны быть включены в сферу научных исследований по биоэтике. Эти вопросы рассматриваются по параграфам: 5.2.1. «Пытка, как трансдисциплинарное понятие и биоэтическая категория в сакральном и секулярном измерениях мышления». 5.2.2. «Основы биоэтической концепции полового воспитания». 5.2.3. «Превенция насилия и агрессивности среди детей и подростков: биоэтическая аргументация роли церковного сознания и воспитания». 5.2.4. «Биоэтика и биобезопасность». 5.2.5. «Традиционная и нетрадиционная парадигмы о семье».

В шестой главе – «Прогнозирование и превенция как функции биоэтики в отношении возникновения глобальных проблем человечества» – отступления современного человека в отношении

духовно-нравственных ориентиров рассматриваются как причины возникновения биоэтических проблемных ситуаций:

1. обесценивание жизни человека в пользу утилитарного отношения к ней («оправданные» военные конфликты и действия, терроризм, опыты похищения людей (киднеппинг), суициды и их поощрение, криминальные убийства, аборт, эксперименты на эмбрионах и фетальная терапия, эвтаназия во всех жестокостях проявления этого «милосердного убийства», оценка смерти мозга и стойкого вегетативного состояния, как повода для прекращения «неполноценной» жизни и использования органов для пересадки и др.);

2. отсутствие смирения человека перед тем, что выше его; неподчинение человеческой воли духовно-нравственным ориентирам (идеальными, божественными или нравственными). Особенно четко этот феномен проявился в идее клонирования человека;

3. непризнание культурных и религиозных традиций и нравственных ценностей;

4. игнорирование права человека на жизнь;

5. научно-историческая некомпетентность.

6. появление «новых» идолов;

7. тотальная коммерциализация человеческого бытия;

8. интеллектуальный дефицит: отсутствие внимания доводам рассудка и мудрости.

Выявлен разрыв между достижениями научно-технического прогресса и духовно-нравственным развитием человечества. Прошрое, настоящее и будущее – звенья в цепи исторического развития. Изучение истории развития научной, философской, теологической и антропологической мысли способствует лучшему пониманию современной биомедицины и биоэтической сущности, расширяет возможности её оценки. Даёт возможность переосмыслить ценностно - понятийный аппарат в свете традиций и современных плюралистических взглядов. Вместе с тем познание закономерностей предшествующего развития (биоэтики, биологии и истории медицины) и уяснение современного состояния (духовно-нравственных биоэтических, глобальных проблем и дилемм) помогают лучше понять, способствуют научному предвидению и прогнозированию дальнейшего развития (реальность нашей будущности, выживание человечества, апокалипсис). А прогностика, особенно негативная, не может быть футурологически ценностна,

если не разработаны обоснованные меры предупреждения возникновения конкретных прогнозируемых проблем и дилемм будущего. Касаясь превентивной функции биоэтики, автор отмечает, что для её изучения крайне важно уметь выбрать правильный, научно обоснованный метод прогнозирования.

Для успешного прогнозирования необходимы: а) разработка предпрогнозной ориентации, б) изучение прогнозного фона, в) создание исходной модели.

Под предпрогнозной ориентацией подразумевается определение объекта, предмета, проблемы, цели и задач. Что касается прогнозного фона биоэтической картины мира, то основой его характерологии является постоянная открытость грядущим изменениям мирового порядка, общая ценностная ориентация человечества в своей творческой и познавательной деятельности, которая всегда будет детерминировать и трансформировать его.

Исходная модель, т.е. современный биоэтический статус человечества представлен наличием целого ряда биоэтических проблем, которые являются отражением существующей в современной биомедицине и системе здравоохранения, а также в жизни человечества в общем, конфликтных ситуаций.

Биоэтические проблемные ситуации являются отражением антагонистических взаимодействий человека с природой, социумом и сакральным. Человек нарушает устойчивость, целостность и порядок мира и способствует появлению прогностически опасных конфликтных ситуаций, которые по сути своей могут быть экологическими, биоэтическими, биополитическими, биофилософскими, социобиологическими и т. д.

В генезисе проблемных ситуаций автор выделяет четыре основные фазы. Первая фаза – фаза противоречия. Она характеризуется не только потребительским отношением к природе, социуму, сакральному, но и неудовлетворенностью результатами, полученными от таких взаимоотношений. Эта неудовлетворенность побуждает к преобразованию природы, социума, изменению отношений к сакральному. Последнее выражается в отступлении от Бога, религии, церкви: язычестве, идолопоклонстве, атеизме, протестантизме, в тенденциях отказа от самой жизни: самоубийства, аборты и контрацепция, эвтаназия, эвгеника и т. д.

Дальнейшее взаимодействие человека с природой, социумом, сакральным привели ко второй фазе – фазе конфликта. Она обусловлена широким распространением неантропогенных,

несовместимых с биологическими, также культурными традициями, потребностей, а в биомедицинской реальности кристаллизуется в виде биоэтических проблемных ситуаций (аборт, эвтаназия, транссексуальная хирургия, репродуктивные технологии, идеи клонирования и т. д.).

В настоящее время человечество вступило в третью, кризисную фазу. От искренности желания ее преодоления и твердости такой решимости мирового сообщества и каждого человека, от того, каким ценностям будет отдано преимущество зависит превенция глобальных проблем, т.е. благоприятность прогноза в отношении выживания человеческого рода.

Экзистенция цивилизации в разрушающейся биосфере, появление симптомов все более углубляющегося кризиса позволяет прогнозировать, что следующая фаза будет фазой катастрофы (апокалипсис). Для ее превенции важно учитывать, что путь к гуманизации и гармонизации всех сфер жизни и деятельности человечества на планете проходит через происходящие изменения в духовно-нравственно-ценностной иерархии, в отношениях человека к жизни, философии жизни к философии деятельности.

Творчество человека (научная и практическая; клиническая и экспериментальная деятельность) связано с преодолением необходимости и освобождением от природного и социального принуждения. Поэтому оно легко переходит в произвол. Платон, Аристотель, Кант, Гегель и другие философы-классики ограничивали волю человека идеальными, божественными или нравственными нормами. Но в XX столетии человек попытался занять место, исторически принадлежавшее Идеям, Природе и Богу, а онтологически – только Богу. Он сам стал считать себя творцом новых и ниспровергателем старых ценностей. Между тем творчество — это не просто создание нового, но и исполнение необходимого, служение Тому, кто выше человека и его смирение перед Ним. Только в случае признания ценности мира, природы, других людей и уже имеющихся культурных (в том числе национальных и религиозных) традиций и творений возможно сохранение, выживание и развитие человечества.

В седьмой главе – «Возможности интеграции вероученического и научного мировоззрений в фундаментальной биоэтике» – автор даёт научнообоснованное доказательство существования таких интеллектуальных возможностей в фундаментальной биоэтике, которые потенциально могут внести свой вклад в дело интеграции веры, знания, религиозно-теологического и научного

миропониманий.

Практическое и теоретическое решение биоэтических проблем, по сути, является не просто выбором между различными вариантами по ценностным отношениям, но и выражением того или иного миропонимания. Поэтому в биоэтике крайне значима проблема интеграции различных мировоззрений, особенно в условиях безграничности современного плюрализма.

Соединение научного миропонимания и знания с ненаучным (философским, художественным, богословским, опытно-интуитивным и т. д.) в процессе генезиса биоэтического мышления является сложным гносеологическим процессом и подразумевает решение методологических проблем, связанных с существующим различием между методами, формами и принципами научного и ненаучного познания. Примером может послужить дискуссия между сторонниками различных теорий о происхождении мира и человека. В основном они пытаются богословскую мысль противопоставить и сравнить с научной. Конечно же такая попытка всегда терпит крах, ибо ошибкой является сопоставление и сравнение двух идей, различных по генезису. Требуется их взаимосолияние, взаимопроникновение и согласование на паритетной основе.

В заключении автор формулирует итоги исследования:

- определение приоритетных направлений развития системы здравоохранения и медицинской науки должно основываться на трансдисциплинарных научных исследованиях биоэтических проблем теоретической и клинической медицины;
- биоэтику, учитывая многообразность ее сущности, следует рассматривать как научную дисциплину (фундаментальная биоэтика), раздел прикладной этики (прикладная биоэтика), практическую дисциплину (практическая биоэтика), популярную науку (популярная биоэтика), мировоззрение и учебную дисциплину;
- Возникновение биоэтики в последней трети двадцатого столетия было обусловлено объективными факторами и обстоятельствами на данном этапе развития биомедицины и системы здравоохранения: революционными открытиями в фундаментальных медико-биологических науках, созданием существенно и качественно новых средств лечения и управления жизнью, негативными последствиями влияния

достижений медицины на традиционно-культурные процессы и ценностные системы человечества;

- фундаментальные принципы организационного, социального, морального, правового решений биоэтических проблем современной биомедицины и системы здравоохранения должны исходить из основных концепций медико-биологических и гуманитарных учений о человеке, его сущности и природе, болезни, здоровью, жизни, смерти;
- Теоретической основой исследований биоэтических проблемных ситуаций является единство всех знаний биомедицины и системы здравоохранения, интегрированное с анализом философских, гуманитарных и теологических учений о человеке и этнонациональных, историко-религиозных, культурных, социальных, моральных и правовых традиций человечества;
- Концептуальными основами биоэтики являются понятия болезни, здоровья, жизни, смерти, которые через осмысление в биоэтической научной реальности – гносеологический технологический процесс – трансформируются в биоэтические категории и приобретают статус основополагающих принципов понимания сущности мира (Универсума) и бытия и деятельности человека в нем;
- В процессе решения биоэтических проблем, связанных со сущностью жизни, медицинская наука и практическое здравоохранение должны основываться на мировоззренческой концепции, согласно которой жизнь понимается таким образом, что под жизнедеятельностью подразумевается как жизнь, так и деятельность человека со свойственной сложностью и многообразием;
- С целью решения дилемм существующих на танатологическом поле биоэтического мира, в танатологию должна быть внесена рефлексия о смерти, как социальном, философском, психологическом, теологическом, юридическом, традиционно-религиозном, культурно-историческом феномене;
- В процессе исследований биоэтических проблем, болезнь следует осмыслить, как биоэтическую категорию, которая наряду с известной негативной ценностью имеет и менее исследованную позитивную ценность, экспрессия которой происходит на пути экзистенциалистических исканий смысла жизни в процессе приобретения духовно-нравственного опыта;

- Введение понятия «биоэтическая антропология» создает новое направление в системе трансдисциплинарного учения о человеке, целью которого является углубление исследований как жизнедеятельности человека, так и целостной человеческой личности для раскрытия принципиальных закономерностей, действующих в человеке на всех уровнях от субатомического (добиологического) до духовного (метабиологического), выходящих за пределы человека в мир его окружающий, Вселенную и соединяющих с Богом (Абсолютом);
- Среди прочих функций биоэтики нами определена еще одна - функция превенции и прогнозирования, сущность которой заключается в научном предвидении будущности человечества и выяснении закономерностей возможного возникновения перспективных биоэтических и других глобальных проблем и дилемм и научной аргументации поиска путей их предотвращения.
- Соединение научного миропонимания и знания с ненаучным (философским, художественным, богословским, опытно-интуитивным и т. д.) в процессе генезиса биоэтического мышления является сложным гносеологическим процессом и подразумевает решение методологических проблем, связанных с существующим различием между методами, формами и принципами научного и ненаучного познания. Ошибочным является намерение сопоставить и сравнить двух идей, различных по генезису. Необходимо и возможно взаимослияние, взаимопроникновение и согласовывание научного и вероученического мировоззрений только на паритетной основе. Фундаментальная биоэтика таит в себе немало возможностей для подобной интеграции.

ბიბლიოგრაფია

1. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ადამიანის სიცოცხლის საიდუმლოებათა შესახებ. - სამეცნიერო კონფერენციის “ქრისტიანობა და მედიცინა” მასალები. - თბ., 1999, გვ. 7-8.
2. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. თანამედროვე მედიცინის ბიოეთიკური ორიენტაციის ფილოსოფიურ-ანთროპოლოგიური ასპექტები. - საქართველოს სამედიცინო მოამბე, - 2001, N3-4, გვ. 192-197.
3. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. თანატოლოგიის ისტორია და პრობლემები. - საქართველოს სამედიცინო მოამბე, - 2001, N3-4, გვ. 198-202 (ა).
4. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ქირურგიული მედიცინის ბიოეთიკური ქარაქტეროლოგია: ისტორია, დღევანდელი მდგომარეობის ხედვა. - საერთაშორისო კონფერენციის “ქირურგიის პრობლემები III ათასწლეულში” შრომათა კრებული. - თბ., 2001, გვ. 21-23 (ბ).
5. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. სიცოცხლე როგორც ბიოეთიკური კატეგორია. - თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტ. XXXVII, 2001, გვ. 33-35 (გ).
6. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ტრანსდისციპლინური ცოდნა ბიომედიცინაში და ფუნდამენტური ბიოეთიკური ცნებები. - თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტ. XXXVII, 2001, გვ. 36-39 (დ).
7. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკა როგორც მსოფლგაგება და მეცნიერება ბიომედიცინის სფეროში კაცობრიობის სულიერ-ზნეობრივი ორიენტაციის შესახებ. - რწმენა და ცოდნა. - 2002, N5 (9), გვ. 27-31.
8. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკა ათასწლეულების

- მიჯნაზე: ტრანსპლანტოლოგიის ქრისტიანული ასპექტები. - რელიგია, 2002, N7-8-9, გვ. 82-91 (ა).
9. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. რწმენისა და ცოდნის ურთიერთმიმართების საკითხები სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის ილია მეორის ეპისტოლეებში. - რელიგია, 2002, N10-11-12, გვ. 13-23 (ბ).
10. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკის გენეზისი და მისი როლი ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე: ავტორეფ. დის. ... მედ. მეცნ. დოქტ.: 14.00.33. - თბ., 2003. - 48 გვ.
11. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკური ცნობიერება და მსოფლმხედველობა თანამედროვე ბიოსამედიცინო რეალიაში. - სოციალური პედიატრია, 2003, N3, გვ. 22-24 (ა).
12. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. პრენატალური დიაგნოსტიკის ბიოეთიკური არსი. - სოციალური პედიატრია, 2003, N3, გვ. 30-32 (ბ).
13. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი, დ. გეგეშიძე, ა. ზაქარაძე, ი. სილუიანოვა, რ. შენგელია. ევთანაზია - თანამედროვეობის პრობლემა (მრგვალი მაგიდა). - რელიგია, 2003, N4-5-6, გვ. 72-87 (გ).
14. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკა: მეცნიერება, მსოფლმხედველობა, კულტურა. - გელათის მეცნიერებათა აკადემიის ჟურნალი, 2003, N7, გვ. 3-24. (დ).
15. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ჯანმრთელობის ცნების გააზრება ბიოეთიკურ განზომილებათა სისტემაში. - თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტ. XXXIX, 2003, გვ. 19-22 (ე).
16. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკის დამოუკიდებელ დარგად წარმოშობის ისტორიული წანამდგვრები. - თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტ. XXXIX, 2003, გვ. 22-25 (ვ).
17. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკის გენეზისის ინტელექტუალურ წანამდგვრათა ურთიერთმიმართება. - რელიგია, 2003, N10-11-12, გვ. 84-93 (ზ).
18. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. სარწმუნოებრივ და მეცნიერულ მსოფლმხედველობათა ინტეგრაციის შესაძლებლობანი ფუნდამენტურ ბიოეთიკაში. - გელათის მეცნიერებათა აკადემიის ჟურნალი, 2003, N10, გვ. 23-55 (თ).
19. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ხიდი პრობლემებით დატვირთულ აწმყოსა და სულიერ ფასეულობათა დამამკვიდრებელ მომავალს შორის (ჟურნალისტ ხათუნა რაქვიაშვილის ინტერვიუ). - გაზ. "საპატრიარქოს უწყებანი", 2003, N48, გვ.11-13; N49, გვ. 12-13; N50, გვ. 14-16 (ი).
20. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ევთანაზიის ბიოეთიკური არსი. - "სამედიცინო გაზეთი", 2003, N4 (77), გვ. 8-9 (კ).
21. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. სქესობრივი აღზრდის ბიოეთიკური კონცეფცია. - "სამედიცინო გაზეთი", 2003, N5, გვ. 12 (ლ).
22. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიომედიცინისა და ბიოეთიკის ფუნდამენტურ ცნებათა გააზრების პრობლემა სეკულარიზებულ კულტურულ სივრცეში. - საერთაშორისო კონფერენცია "რელიგია და საზოგადოება - რწმენა ჩვენს ცხოვრებაში". - თბ., 2004. - გვ. 137-138.

23. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. სულიერის პრიმატის კონცეფცია ბიოეთიკაში. - რელიგია, 2004, N7-8-9, გვ. 84-90 (ა).
24. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ადამიანის, როგორც ორსუბსტანციური არსების, დიფერენცირებულ-ინტეგრაციული ორგანიზაცია. - ჟურნ. "ფსიქიკა: პრობლემები, პერსპექტივები", 2004, N1(4), გვ. 46-51 (ბ).
25. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. თანამედროვე სეკულარიზებული კულტურული სივრცე და ფუნდამენტურ ბიოსამედიცინო ცნებათა გააზრების ტექნოლოგია. - ჟურნ. "ლოგოსი", 2004, N3, გვ. 88-94 (გ).
26. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. კლონის მოლოდინში. - ჟურნ. "არქიდეა", 2004, N1, გვ. 28-29 (დ).
27. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. კლონირება, როგორც სეკულარიზებული და ანტიეთიკური ცნობიერების ნაყოფი. - ჟურნ. "ხვამლი", N4(8), 2004, გვ. 28-31 (ე).
28. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ექიმისა და საზოგადოების დამოკიდებულება ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მიმართ - ფსიქიკური პრობლემები ყოველდღიურ ცხოვრებაში. - თსსუ ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის კათედრა. - თბ., 2005. - გვ. 12-17.
29. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ანთროპოლოგიური პარადიგმებიდან ბიოეთიკური ანთროპოლოგიის კონცეპციამდე. - რელიგია, 2005, N10-11-12, გვ. 71-78 (ა).
30. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკა კაცობრიობის ტკივილის შესახებ მედიცინისა და ჯანდაცვის სივრცეში. - გაზ. "თაბორი", N60, 2005, გვ. 2-3 (ბ).
31. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ხელოვნური განაყოფიერების ტექნოლოგიის ნამდვილი და მითოსური სახეები. - ჟურნ. "ხვამლი", N3(11), 2005, გვ. 21-22 (გ).
32. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. დაბადებამდელი ბავშვობის სიხარული და მწუხარება. - ბიოეთიკური კვლევისა და კულტურის ცენტრისა და სულიერი და სოციალურ-კულტურული განვითარების ფონდის გამოცემა, თბ., 2007. - 161 გვ.
33. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ბიოეთიკის გენეზისის ინტელექტუალური განზომილება. - ჟურნ. "ლოგოსი", 2008, N3, გვ. 88-94.
34. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. Psyche ადამიანის, როგორც ორსუბსტანციური არსების, სტრუქტურაში. - საერთაშორისო კონფერენცია "დიდაქარობა". მასალები. - ხულო-დიდაქარა, 2009. - გვ. 452-455.
35. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ანთროპოლოგიზაციის პროცესის ქარაქტეროლოგია ბიოეთიკაში. - საერთაშორისო კონფერენცია "დიდაქარობა". მასალები. - ხულო-დიდაქარა, 2009. - გვ. 455-457 (ა).
36. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. ადამიანი ბიოეთიკურ დროსა და სივრცეში. - საქ. საპატრ. წმ. თამარ მეფის უნ-ტი, კონრად ადენაუერის ფონდი. - თბ., 2010. - 246 გვ.
37. ადამი (ვახტანგ ახალაძე), არქიმანდრიტი. საერთაშორისო სიმპოზიუმი „ზრდასრული ადამიანის ღეროვანი უჯრედები: მეცნიერება და ადამიანისა და კულტურის მომავალი“. - 2011 წლის 15 ნოემბერი. - http://www.king-tamar.net/index.php?option=com_content&view=article&id=218&Itemid=56

38. ადამიანის უფლებათა ლექსიკონი / [შეადგინა ფრიდონ საყვარელიძემ; რედ. ანა ჭაბაშვილი] - თბ. : დასი, 1999, - 128გვ.
39. არისტოტელე. სულის შესახებ. – თარგმანი და შესავალი წერილი თ. კუკავასი. – თბ., 2001. – 79 გვ.
40. ასლანიშვილი კ., ჯიბუტი მ., იმედაშვილი ა., ჯავაშვილი გ., კიკნაძე ნ., მეიშვილი ზ., მირზიკაშვილი ნ. ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. – თბ.: ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო.– 2011. – 256 გვ.
41. აფანასიევი ი. ი. მოკლე ნარკვევი ჰისტოლოგიის განვითარების შესახებ. // ჰისტოლოგია. – ვ. გ. ელისევის, ი. ი. აფანასიევის, ი. ნ. კოპაევის, ნ. ა. იურიანას რედაქციით. – თბ.: განათლება, 1977. – გვ. 23-31.
42. ბაბუხაძე ვ. ერთგულება ექიმის ფიცისა. – თბ., 1981. – 112 გვ.
43. ბახტაძე გ. ექიმობა ჩემი პროფესიაა. – თბ., 1984. – 264 გვ.
44. ბიბილიეშვილი ი., ასათიანი ნ. სექსუალური ჯანმრთელობის დაცვის უცხოური პროგრამების მოკლე მიმოხილვა. – მაგნე ფაქტორების ზეგავლენა თანამედროვე საზოგადოების ზნეობაზე. – თბ.: საქართველოს საპატრიარქო, 2002. – გვ. 23-26.
45. ბიბლია. – თბ.: საქართველოს საპატრიარქო, 1989. – 1216 გვ.
46. ბიოლოგიური მრავალფეროვნების კონვენციის ბიოუსაფრთხოების კარტახენის ოქმი. – მონრეალი, 29/01/2000. – http://www.aarhus.ge/uploaded_files/kartaxena.pdf
47. გაბრიელი (ქიქოძე), ეპისკოპოსი. ცდისეული ფსიქოლოგიის საფუძვლები. – თბილისის სასულიერო აკადემიისა და სემინარიის გამოცემა, 1993. – 268 გვ.
48. გაფრინდაშვილი ქ, ფხაკაძე რ. ძალადობა ოჯახში [გენდერული პრობლემატიკა საქართველოში].– ქალთა განათლებისა და ინფორმაციის საერთაშორისო ცენტრი.– თბ., 2002
49. გეგეშიძე დ. რელიგიური ფილოსოფია, მიმდინარეობები და არსი. – რელიგია. – 1994. – N1-2. – გვ. 23-33.
50. გეგეშიძე დ. ნარკომანია: ადამიანთა სულის სატყვიარი. – თბ.: ლეგა, 2000. – 348 გვ.
51. გეგეშიძე დ., ვეკუა გ., მამულაშვილი ბ. ბიოეთიკა. – თბ.: ლეგა. - 2001. - 406 გვ.
52. გეგეშიძე დ. როგორ უნდა გადაწყდეს ევთანაზიის პრობლემა? – ოჯახის მკურნალი. – 2002, N11. – გვ. 20-21.
53. გველესიანი ლ. Ecce Homo: ანთროპოლოგიური ესსეები. – თბ., 2000. – 176 გვ.
54. გიორგი (გამრეკელი), პროტოპრესვიტერი. ჯანმრთელობა და სულიერობა. - ჟურნ. ჯანმრთელობა. – 1992. – N1. – გვ. 15.
55. დოგმატურ-ისტორიული საკითხები. – თბ.: თბილისის სასულიერო აკადემია, 1984. – 156 გვ.
56. დუმბაძე ლ. წამება და არაადამიანური მოპყრობა. – გაზ. „ბათუმელები“, 2012 წლის 23 თებერვალი. – <http://batumelebi.ge/2012/02/23/წამება-და-არაადამიანური/>
57. ეკალაძე ზ. ჰომოსექსუალიზმი, როგორც უმძიმესი ცოდვა. – მაგნე ფაქტორების ზეგავლენა თანამედროვე საზოგადოების ზნეობაზე. – თბ.:

- საქართველოს საპატრიარქო, 2002. – გვ. 40-46.
58. ელისევეი ვ. გ. ჰისტოლოგიის საგნის შინაარსი, მისი ამოცანები და მედიცინა-ბიოლოგიის სხვა მეცნიერებებთან კავშირი, მისი მნიშვნელობა მედიცინისათვის. – ჰისტოლოგია. – ვ.გ. ელისევეის, ი.ი. აფანასიევის, ი.ნ. კოპაევის, ნ.ა. იურიანას რედ. – თბ.: განათლება, 1977. – გვ. 7-9.
59. ელშტეინი ნ. დიალოგი მედიცინაზე. – თბ.: საბჭოთა საქართველო, 1988. – 240 გვ.
60. ერქომაიშვილი ვ. ცოდნა // ქართული საბჭოთა ენციკლოპედია. – ტ. 11. – თბ., 1987. – გვ. 240.
61. ზურაბაშვილი ა. ფსიქიატრია. – თბ.: განათლება, 1980. – 360 გვ.
62. ზურაბაშვილი ა. სამედიცინო დეონტოლოგია ფსიქიატრიაში. – თბ., 1988. – 108 გვ.
63. ზურაბაშვილი დ. ბავშვთა ნევროზები და სოციალური. – მავნე ფაქტორების ზეგავლენა თანამედროვე საზოგადოების ზნეობაზე. – თბ.: საქართველოს საპატრიარქო, 2002. – გვ. 20-22.
64. თევზაძე გ. XX საუკუნის ფილოსოფიის ისტორია. – თბ.: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამ-ბა, 2002. – 608 გვ.
65. ილია მეორე (დუდუშაურ-შიოლაშვილი), სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქი. ეპისტოლენი, სიტყვანი, ქადაგებანი. – წიგნი 1. – თბ.: საქართველოს საპატრიარქოს გამ-ბა. – 1997. – 424გვ.
66. ილია მართალი (ჭავჭავაძე). სიტყვა თქმული გელათის მონასტერში გაბრიელ ეპისკოპოსის დასაფლავების დღეს. – თხზ. 2 ტომად. – მე-2 ტ. – თბ., 1977. – გვ.236-240.
67. იოანე დამასკელი. მართლმადიდებლური სარწმუნოების ზედმიწევნითი გადმოცემა. – თარგმნა, შესავალი და შენიშვნები დაურთო ე. ჭელიძემ. – თბილისის სასულიერო აკადემიის გამ-ბა, 2000. – 216 გვ.
68. იუდინი ს. წარსულის სილუეტები. – თბ.: საბჭოთა საქართველო, 1968. – 72 გვ.
69. კონსტანტინოვი ფ. ვ. და თანაავტ. მარქსისტულ-ლენინური ფილოსოფიის საფუძვლები (სახელმძღვანელო) / ფ. ვ. კონსტანტინოვი, ა. ს. ზოგომოლოვი, გ. მ. გაკი და თანაავტ. – თბ.: განათლება, 1985. – 704 გვ.
70. ლუკრეციუსი. საგანთა ბუნებისათვის. – თარგმ. ლათინურიდან პ. ბერამისა. – თბ.,1958. – 58 გვ.
71. მამულაშვილი ბ. ეთიკის ზოგადთეორიულ სისტემაში ბიოეთიკის აქსიოლოგიური დაფუძნების ასპექტები: ავტორეფ. ფილოს. მეცნ. კანდ. სამეც. ხარისხის მოსაპოვებლად. – თბ., 1997. – 34 გვ.
72. მატევეი ვ. თ. სამედიცინო ფსიქოლოგიის, ეთიკისა და დეონტოლოგიის საფუძვლები. – თბ.: განათლება. – 1987 – 192 გვ.
73. მაქსიმე (კოზლოვი), დეკანოზი, ზაქარიაძე ა. ქრისტიანობა და მითოსი. – რელიგია. – 2001, N7-8-9. – გვ. 86-92.
74. მახაშვილი ნ. ბავშვთა და მოზარდთა შორის ძალადობა – რამდენიმე მოსაზრება პრობლემის მოგვარების შესახებ. – კონფერენცია “ბავშვთა და მოზარდთა შორის ძალადობა – პრობლემის გადაწყვეტის გზების ძიება”, 2008 წლის 27-28 თებერვალი. – http://www.parliament.ge/files/1113_18770_574906_Makhashvili.pdf.
75. მესტიაშვილი მ. მოზარდთა შორის გახშირებული სისასტიკის,

- ძალადობის, აგრესიისა და სადიზმის მიზეზები. – ვერსია, 23 ნოემბერი, 2011. – <http://www.versia.ge/index.php/2009-03-16-12-31-57/971-2011-11-23-14-37-40.html>
76. ნათაძე რ. ზოგადი ფსიქოლოგია. – თბ.: თბილისის უნივერსიტეტის გამბა. – 1977. – 684 გვ.
77. რას ფიქრობთ ევთანაზიაზე? . – ოჯახის მკურნალი. – 2002. – N11. – გვ. 4-5.
78. რეხვიაშვილი ჯ. წამება და ჩვენ. (მეათე სტუდია, შაბათი, 5 მაისი, 2012 თბილისის დრო 13:52). – <http://www.radiotavisupleba.ge/content/article/24259338.html>
79. რეხილაძე ვ. ქრისტიანობა და საქართველო საუკუნის გადასახედიდან. – რელიგია. – 2001, N7-8-9. – გვ. 3-29.
80. საზოგადოების დამოკიდებულება მოზარდთა აგრესიისა და ძალადობის მიმართ. 2008 წლის თებერვლის მონაცემები. რაოდენობრივი კვლევის ანალიზი. – http://www.parliament.ge/files/1113_18770_939753_Durglishvili.pdf
81. საქართველოს სახალხო დამცველის საანგარიშო მოხსენება საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ. 2005 წლის მეორე ნახევარი. – <http://www.ombudsman.ge/files/downloads/ge/evvmtbhcrrxwpyuhrvg.pdf>. 2007.
82. სტუდიტსკი ა. ნ. მოძღვრება უჯრედზე. – ჰისტოლოგია. – ვ. გ. ელისევის, ი. ი. აფანასიევის, ი. ნ. კოპაევის, ნ. ა. იურიანს რედაქციით. – თბ.: განათლება, 1977. – გვ. 32-82.
83. სუბარი ს. წამების პრევენციისთვის. სახალხო დამცველის სპეციალური მოხსენება (ანგარიში მოიცავს 2004-2007წწ.)– <http://www.ombudsman.ge/files/downloads/ge/ernflvxmshkmgppftkx.pdf>. 2009.
84. სუბოტინი მ. ი. ადამიანის ემბრიოლოგიის საფუძვლები. – ჰისტოლოგია. – ვ. გ. ელისევის, ი. ი. აფანასიევის, ი. ნ. კოპაევის, ნ. ა. იურიანს რედაქციით. – თბ.: განათლება, 1977. – გვ. 672-689.
85. სუბოტინი მ. ი., კოტოვსკი ე. ფ. შედარებითი ემბრიოლოგიის საფუძვლები. – ჰისტოლოგია. – ვ. გ. ელისევის, ი. ი. აფანასიევის, ი. ნ. კოპაევის, ნ. ა. იურიანს რედაქციით. – თბ.: განათლება, 1977. – გვ. 83-110.
86. უგლოვი ფ. ქირურგის გული. – თბ., 1985. – 480 გვ.
87. უზნაძე დ. ზოგადი ფსიქოლოგია. – დ.უზნაძე. შრომები. – ტ. III-IV. – თბ., 1998. – 640 გვ.
88. ქართული ენის განმარტებითი ლექსიკონი. – მთ. რედ. ა. ჩიქობავა. – თბ.: ქსე მთავარი სამეცნიერო რედაქცია, 1986. – 592 გვ.
89. ქუმსიაშვილი რ. ეგნატე ფიფია. ცხოვრება და შემოქმედება. – თბ.: მეცნიერება, 1989. – 368 გვ.
90. შენგელია მ. უძველესი კოლხურ-იბერიული მედიცინა. – თბ.: საბჭოთა საქართველო, 1979. – 208 გვ.
91. შენგელია მ. ქართული მედიცინის ისტორია. – თბ.: განათლება, 1980. – 392 გვ.
92. ჩლაიძე ბ. “მოდო და გიჩვენებ სამსჯავროს მრავალ წყალზე მჯდომი დიდი მებავისა”. – მაგნე ფაქტორების ზეგავლენა თანამედროვე საზოგადოების ზნეობაზე. – თბ.: საქართველოს საპატრიარქო, 2002. – გვ. 27-29.
93. წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტები საქართველოში.

- სახალხო დამცველის გამოსვლა კონფერენციაზე „ერთობლივად წამების წინააღმდეგ“. – 26 ივნისი, 2010 წელი. – www.ombudsman.ge/files/downloads/.../fulgyhawacnfmughmdmv.d...
94. წერეთელი მ. გენდერი-კულტურული და სოციალური კონსტრუქტი: სალექციო კურსი სოც. მეცნ. მაგისტრატურისათვის – თბ. : სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი, 2006.
95. ხარბეიშვილი ო. ზოგადი პათოლოგიური ანატომია. – თბ., 2001. – 394 გვ.
96. ჯავაშვილი გ., კიკნაძე გ. საქართველოს კანონი “პაციენტის უფლებების შესახებ”. – თბ.: საქ. ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზ-ბა, 2001. – 28 გვ.
97. ჯავაშვილი გ., კიკნაძე გ. პაციენტის ომბუდსმენი: იდეიდან რეალიზაციამდე. – თბ.: საქ. ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზ-ბა, 2001. – 28 გვ.
98. ჯავაშვილი გ., კიკნაძე გ., ბარკალაია ა. საქართველოს კანონმდებლობა ადამიანის უფლებების შესახებ ბიომედიცინის სფეროში. – თბ.: საქ. ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზ-ბა, 2001. – 94 გვ.
99. ჰუმანური განვითარების ანგარიში: საქართველო, 2001-2002 წლები / გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა. – თბ., 2002. – 124 გვ.
100. 26 ივნისი – გაეროს წამების მსხვერპლთა დახმარების საერთაშორისო დღე. – 3 ივლისი, 2011. – <http://www.healthrights.ge/support-of-victims-of-torture/>
101. Aaron S. The Choice in “Choose Life”. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems. – Edited by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press. – 1993. – P. 61-68.
102. Abila R. The Gift of the Golden Key. – 1995. – http://www.swmed.edu/hone_pages/publish/magazine/transplant.html.
103. Abo T. Extrathymic pathways of T-cell differentiation and immunomodulation. – Intern. Immunopharm. – 2001. – Vol. 1. – №. 7. – P. 1261-1273.
104. Abrams F.R. The Quality of Mercy: An Examination of The Proposition “Doctors Must Not Kill” / R. I. Misbin (Ed.). Euthanasia The Good of the Patient, the Good of Society. – 1992. – Frederick, MD: University Publishing Group. – P.43-51.
105. Ackerman T.F. Balancing Moral Principles in Federal Regulations on Human Resaerch. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems. – Ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press. – 1993. – P. 286-299.
106. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. Guidelines for the Determination of Death. – J. of the Am. Med. Assoc. – 1981. – Vol.246. – P.2184-2186.
107. Adam-Vakhtang Akhaladze, Archimandrite. Problems of thanatology: the history and present of the issue and its relationship with the biomedical ethics. – Annals of Biomedical Research and Education (Tbilisi State Medical University), 2001. - Vol.1, N4. – P.188-191
108. Adam-Vakhtang Akhaladze, Archimandrite. Torture as a transdisciplinary concept and bioethical category in measurement of secularised and sacral thinking - Book-album “Exploring Torture”. – Georgian Center for Psychosocial and

- Medical Rehabilitation of Torture Victims (GCRT). – Tbilisi, 2005. – P. 163-164.
109. Adam-Vakhtang Akhaladze, Archimandrite. Parents and Children: “Surrogate” Paradigm of Modernity. – Georgian Medical News. – 2011, N6. – P. 7-10.
110. Agich G.J., Jones R.P. Personal identity and brain death: a critical response. – Philosophy and Public Affairs. – 1980. – Vol. 9. – P. 105-133.
111. Alexander-Miller M. A., Parker K. C., Tsukui T. et al. Molecular analysis of presentation by HLA-A2.1 of a promiscuously binding V3 loop peptide from the HIV-envelope protein to human cytotoxic T-lymphocyte // Int. Immunol. – 1996. – Vol. 8. – P. 641-649.
112. Almond B., Ulanowsky C. HIV and Pregnancy. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / Ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press. – 1993. – P. 69-80.
113. Alvarez-Buylla E. R. , Pelaz S., Liljegren S. J. et al. Evolution An ancestral MADS-box gene duplication occurred before the divergence of plants and animals // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2000. – Vol. 97. – № 10. – P. 5328-5333.
114. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. The Use of Anencephalic Neonates as Organ Donors // JAMA. – 1995. – Vol. 273. – P. 1614-1618.
115. AMA Council on Scientific Affairs. Good Care of the Dying Patient // JAMA. – 1996. – Vol.175. – P. 474-478.
116. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Guidelines on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment // Pediatrics. – 1994. – Vol.93. – №. 3. – P. 532-536.
117. American College of Surgeons. Statement on advance directives by patients: “do not resuscitate” in the operating room // Bull. Am. Coll. Surg. – 1994. – Vol.79. – P. 29-31.
118. Anderson W. F. Human gene Therapy: Scientific and Ethical Considerations. – Recombinant DNA Technical Bulletin. – 1985. – №.8. – P. 55-63.
119. Anderson W. F. Human gene Therapy: Why Draw a Line? // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 140-151.
120. Andrews L., Stocking C. B., Krizek T. et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P. 309-313.
121. An Encyclopedia of the History of Technology / ed. by Ian McNeil. - Routledge: Routledge Companion Encyclopedias, 1996. – 1062 p.
122. Angell M. The case of Helga Wanglie. A new kind of “right to die” case // New England J. Med. – 1991. – Vol.325. – P.511-512.
123. Angelos P. Annotated Bibliography of Ethics in Surgery // J. Am. Coll. Surg. – 1999. – Vol.188. – No.5. – P.538-544.
124. Annas G. She’s Going to Die: The Case of Angela C. // Hastings Center Report. – 1988. – Vol.18. – P. 23-25.
125. Annas G., Elias S. The Politics of Transplantation of Human Fetal Tissue // New England Journal of Medicine. – 1989. – Vol. 320. – P. 1079-1082.
126. Annas G. J., Caplan A., Elias S. Stem cell politics, ethics and medical progress // Nat. Med. – 1999. – Vol.5. – P.1339-1341.

127. Annas G. J. Ulysses and the Fate of Frozen Embryos – Reproduction, research, or Destruction? // *Legal Issues in Medicine*. – 2000. – Vol. 343. – No.5. – P. 373-376.
128. Antonarakis, S. E. Genome and postgenome; present and future. Human genome variability and disorders // *Eglise et bioethique. La raison de la science et la raison de la religion/ Congres scientifique de bioethique*. Chambesy, Geneve, 11-15 septembre 2002. – Editions du centre orthodoxe du patriarcat eucumenique chambesy, 2008. – P. 82-86.
129. Aramesh K. Iran's experience with surrogate motherhood: an Islamic view and ethical concerns. - *J Med Ethics*. - 2009. - May, 35(5). - P. 320-322.
130. Aravind L., Walker D. R., Koonin E. V. Conserved domains in DNA repair proteins and evolution of repair systems // *Nucleic Acids Research*. – 2000. - Vol. 27. – No.5. - P. 1223-1242.
131. Arnason U., Gullberg A., Gretarsdottir S. et al. The Mitochondrial Genome of the Sperm Whale and a New Molecular Reference for Estimating Eutherian Divergence Dates // *J. Mol. Evol.* – 2000. – Vol. 50. – P. 569-578.
132. Arnold R. M., Youngner S. J. Back to the Future: Obtaining Organs from Non-Heart-Beating Cadavers // *Kennedy Inst. of Ethics J.* – 1993. – Vol. 3. – P. 103-111.
133. Arnold R. M., Youngner S. J. The Dead Donor Rule: Should We Stretch It, Bend It, or Abandon It // *Kennedy Inst. Of Ethics J.* – 1993. – Vol. 3. – P. 263-278.
134. Arras J. The Right to Die on the Slippery Slope // *Social Theory and Practice*. – 1982. – Vol. 8. – P. 285-328.
135. Asch D. A., Dekay M. L. Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes and social and professional correlates // *Med. Care*. – 1997. – Vol.35. – № 9. – P. 890-900.
136. Asch D. A., Shea J. A., Jedrzejewski M. K. et al. The limits of suffering: critical nurses' views of hospital care at the end of life // *Soc. Sci. Med.* – 1997. – Vol. 45. – №11. – P. 1661-1668.
137. Ashwal S., Caplan A., Cheatham W. et al. Social and Ethical Controversies in Pediatric Heart Transplant. – *J. of Heart and Lung Transplantation*. – 1991. – Vol. 10. – P. 860-876.
138. Avgoustidis Adamations G. (Protopresbyter). Bridge-building proposal for the opponents and advocates of research using embryonic stem cells// *Eglise et bioethique. La raison de la science et la raison de la religion/ Congres scientifique de bioethique*. Chambesy, Geneve, 11-15 septembre 2002. – Editions du centre orthodoxe du patriarcat eucumenique chambesy. - 2008. – P. 212-216.
139. Barelli A., Della Corte F., Calimici R. et al. Do braistem auditory evoked potentials detect the actual cessation of cerebral functions in brain dead patients? // *Crit. Care Med*. – 1990. – Vol. 18. – P. 322-323.
140. Basch M. F. Psychoanalysis, Science and Epistemopogy // *The Bulletin of the Institute for psychoanalysis (Chicago)*. – 1994. – Vol.4. – № 2. – P. 1-19.
141. Batavia A. I. Disability and Physician-Assisted Suicide // *New England J. of Medicine*. – 1997. – Vol. 336. – P. 1671-1673.
142. (Baudrillard J.) Бодрийяр Ж. Америка. – СПб.: Владимир Даль, 2000. – 99 с.
143. Bayer R. Public Health Policy and the AIDS Epidemic: An End to HIV Exceptionalism? // *Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Shannon Th. A.* –

- 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 517-526.
144. Beauchamp T., Faden R. History of Informed Consent / ed. by W. Th. Reich Encyclopedia of Bioethics. – New York: Simon and Schuster Macmillan, 1995. – P. 1230-1239.
145. Beauchamp T. L. The Autonomy Turn in Physician-Assisted Suicide // Medical ethics at the dawn of the 21st century. Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 913. – P. 111-126.
146. Becker A., Winter Kai-U., Meyer B. et al. MADS-Box Gene Diversity in Seed Plants 300 Million Years Ago // Mol. Biol. Evol. – 2000. – Vol. 17. – № 10. – P. 1425-1434.
147. Berghmans R. L. P. Ethical Hazards of the Substituted Judgment Test in Decision Making Concerning the End of Life of dementia Patients // International J. of Geriatric Psychiatry. – 1997. – Vol. 12. – P. 283-287.
148. Berghmans R. Advance Directions and Dementia // Medical ethics at the dawn of the 21st century. Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 913. – P. 105-110.
149. Bernat J. L. , Culver C.M., Gert B. On the Definition and Criterion of Death.// Annals of Internal Med. - 1981. - Vol.94. - P. 389-394.
150. Bernat J. L. Brain death occurs only with destruction of the cerebral hemispheres and the brain stem // Arch. Neurol. – 1992. – Vol. 49. – P. 569-570.
151. Bernat J. L. How much of the brain must die in brain death? // J. Clin. Ethics. – 1992. – Vol. 3. – P. 21-26.
152. Bishop, J. P. , Bedford, E. L. Medically assisted nutrition and hydration: the vegetative state and beyond // Christian Bioethics. – 2011. – V. 17 (2). – P. 97-104.
153. Bishop J. P., Morrison D. R. The Roman Catholic Church, biopolitics, and the vegetative state // Christian Bioethics. – 2011. – V.17 (2). – P. 165-184.
154. Bjork D.W. William James: the center of his vision. – N.Y., 1988. – 177 p.
155. Blackhall L. J. Must we always use CPR? // New England J. of Medicine. – 1987. – Vol. 317. – P. 1281-1285.
156. Blume-Kohout M. E., Kumar K. B., Sood N. Federal Life Sciences Funding and University R&D. NBER Working Paper No.15146, July 2009. – <http://8081321933764101347-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/mblumekohout/documents/w15146.pdf>.
157. Blumenthal D., Caosino N., Campbell E., Louis K. S. Relationships between academic institutions and industry in the life sciences – an industry survey // New England J. of Medicine. – 1996. – Vol. 334. – P. 368-373.
158. Bocchetta M., Gribaldo S., Sanangelantoni A., Cammarano P. Phylogenetic Depth of the Bacterial Genera Aquifex and Thermotoga Inferred from Analysis of Ribosomal Protein, Elongation Factor, and RNA Polymerase Subunit Sequences // J. Mol. Evol. – 2000. – Vol. 50. – P. 366-380.
159. Bocher S. [Ed.]. Cultures in Contact: Studies in Cross-Cultural Interaction. – Oxford; New York: Pergamon Press, 1982. – 232 p.
160. Bock Ph. Continuities in Psychological anthropology: a historical introduction. – San-Francisco: W. H. Freeman, 1980. – 288 p.
161. Bodlund O., Kullgren G. Transsexualism – general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of

- changing sex // Arch. Sex. Behav. – 1996. – Vol. 25. – No. 3. – P. 303-316.
162. Bok S. Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life // Encyclopedia of Bioethics / ed. By W. T. Reich. – New York: The Free Press, 1978. – Vol. 1. – P. 267-268.
163. Boore J. L., Brown W. M. Mitochondrial Genomes of Galathealium, Helobdella, and Platynereis: Sequence and Gene Arrangement Comparisons Indicate that Pogonophora Is Not a Phylum and Annelida and Arthropoda Are Not Sister Taxa // Mol. Biol. Evol. – 2000. – Vol. 17. – № 1. – P. 87-106.
164. Bopp J., Coleson R. E. Roe v. Wade and the Euthanasia Debate // Issues in Law & Medicine. – 1977. – Vol.12. – P. 343-345.
165. Bouchard L., Renaud M., Kremp O., Dalliare L. Selective Abortion: A New Moral Order? Consensus and Debate in the Medical Community // International J. of Health Services. – 1995. – Vol. 25. – № 1. – P. 65-84.
166. Bradley, S., Zucker, K. J. Gender identity disorder: a review of the past 10 years // J. of Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36. – № 7. – P. 872-879.
167. Breck J., Breck L. Stages on life's way: Orthodox thinking on bioethics St. Vladimir's Orthodox Theological Seminary (Crestwood, Tuckahoe, Westchester County, N.Y.) - 2005. - 249 p.
168. Brock D.W., Wartman S. A. When Competent Patients Make Irrational Choices // New England J. of Medicine. – 1990. – Vol. 322. – P. 1595-1599.
169. Brody B.A. The President's Commission: the need to be more philosophical // J. Med. Philos. – 1989. – Vol. 14. – P. 369-383.
170. Brody H. Assisted death – a compassionate response to medical failure // New England J. of Medicine. – 1993. – Vol. 327. – P. 1384-1388.
171. Brody H. Messenger Case: Lessons and Reflections // Ethics-In-Formation. – 1995. – Vol. 5. – P. 8-9.
172. Brody H., Campbell M. L., Faber-Langendoen K., Ogle K. S. Withdrawing intensive life-sustaining treatment: Recommendations for compassionate clinical management // New England J. of Medicine. – 1997. – Vol. 336. – P. 652-657.
173. Buchanan A. Advance Directives and the Personal Identity Problem // Philosophy & Public Affairs. – 1988. – Vol.17. – № 4. – P.277-302.
174. Burdick J. F., Klein A. S., Harper A. M. The debate over liver allocation in the USA: the UNOS perspective // Clin. Transpl. – 1996. – Vol. 1. – P. 322-324.
175. Burg W. van der. The Slippery Slope Argument // Ethics. – 1991. – Vol. 102. – P. 42-65.
176. Burgess J. A. The Great Slippery-Slope Argument // J. of Med. Ethics. – 1993. – Vol. 19. – P. 169-174.
177. Burke C. Psychiatry: A "Value-Free" Science? // The Linacre Quarterly. – 2000. Vol. 67. – №1. – P. 59-88.
178. Burt R. Rationality and Injustice in Physician-Assisted Suicide // Western New England Law review. – 1997. – Vol. 19. – P. 353-369.
179. Burt R. A. (a) The Supreme Court Speaks: Not Assosted Suicide But A Constitutional Right to Palliative Care // New England J. of Medicine. – 1997. – Vol. 336. – P. 1234-1239.
180. Callahan D. Tyranny of Survival. - N. Y., 1973. - 155 p.
181. Callahan D. Vital Distinctions, Mortal Questions: Debating Euthanasia and

- Health Care Costs. – Commonweal. – 1988. – Vol. 115. – P. 397-404.
182. Callahan D. An Ethical Challenge to Prochoice Advocates. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems. – Ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 21-35.
183. Callahan T. C., Durfy S. J., Jonsen A. R. Ethical reasoning in clinical genetics: a survey of cases and methods // J. Clin. Ethics. – 1995. – Vol. 6. – P. 248-253.
184. Cameron C. B., Garey J.R., Swalla B.J. Evolution of the chordate body plan: New insights from phylogenetic analyses of deuterostome phyla // Proc. Natl. Acad. Sci. – 2000. – Vol. 97. – № 9. – P. 4469-4474.
185. Campbell A., Mrazek J., Karlin S. Genome signature comparisons among prokaryote, plasmid, and mitochondrial DNA // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1999. – Vol. 96. – №16. – P. 9184-9189.
186. Campbell A.V. Bioethics ten years on – what has changed? // Bioethics – 2011. – V. 25, № 8. – P. ii-iii.
187. Cantor G. The reception of the wave theory of light in Britain: a case study illustrating the role of methodology in scientific debate // Hist. Stud. Phys. Sc. – 1975. – Vol. 6. – P. 109-132.
188. Cantor N. L. Prospective Autonomy: On the Limits of Shaping One's Postcompetence Medical Fate // J. of Contemporary Health Law & Policy. – 1992. – Vol.13. – P. 34-48.
189. Capron A. M. Which Ills To Bear? Reevaluating the "Threat" of Modern Genetics. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 488-516.
190. (de Chardin T.) Шарден Тейар де. Феномен Человека. – М., 1965. – 398 с.
191. Carr M. L., Robinson G.E., Stewart D. E., Kussin D. A Survey of Canadian Psychiatric Residents Regarding Resident-Educators Sexual Contact // Am. J. of Psychiatry. – 1991. – Vol. 148. – P. 216-220.
192. Carroll R. C., Beattie E.C., von Zastrow M., Malenka R. C. Role of AMPA Receptor Endocytosis in Synaptic Plasticity // Nature Reviews Neuroscience. – 2001. – №2 – p. 315-324.
193. Casas-Becerra L. Women Prosecuted and Imprisoned for Abortion in Chile // Reproductive Health Matters. – 1997. – Vol.9. – P. 29-34.
194. Castor T. D., Meier D. E., Levy R. N. Ethical aspects of care of the geriatric orthopaedic patient // Clinical Orthopedy. – 1995. – Vol. 316. – P. 93-98.
195. Chalain T. M. de. Ethical recourse allocation and the quest for normalcy: is pediatric reconstructive surgery justified? // Plast. Reconstr. Surg. – 1997. – Vol. 99. – P. 1184-1191.
196. Cherry M. J. Honestly Embracing Markets in Human Organs for Transplantation. - economic sociology_the european electronic newsletter. Volume 11, Number 1 (November 2009). - http://econsoc.mpifg.de/archive/econ_soc_11-1.pdf#page=17 .
197. Cherry M. J. Sex, abortion, and infanticide: the gulf between the secular and the divine // Christian Bioethics. – 2011. – V. 17, № 1. – P. 25-46.
198. Childress J. F. Civil Disobedience, Conscientious Objection, and Evasive Noncompliance: A Framework for the Analysis and Assessment of Illegal Actions in Health Care // J. of Medicine and Philosophy. – 1985. – Vol. 10. – P. 63-83.

199. Childress J. F. The Place of Autonomy in Bioethics // The Hastings Center Report. – Vol. 20. – No. 1. (January-February 1990). – P.12-17.
200. Childress J. F. Ethics, Public Policy, and Human Fetal Tissue Transplantation Research. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 434-460.
201. Chin A. E., Hedberg K., Higginson G. K., Fleming D. Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon: The First Year's Experience // New England J. of Medicine. – 1999. – Vol. 340. – № 7. – P. 577-583.
202. Christensen K.T. Ethically important distinctions among managed care organizations. – J. Law med. Ethics. – 1995. – Vol. 23. – P. 223-229.
203. Clark P. A. Methotrexate and Tubal Pregnancies: Direct or indirect Abortion? // The Linacre Quarterly. – 2000. – Vol. 67. – № 1. – P. 7-24.
204. Clayton E.W., Steinberg K.K., Khoury M.J. et al. Informed consent for genetic research on stored tissue samples // JAMA. – 1995. – Vol. 275. – P. 1786-1792.
205. Cohen-Almagor R. Autonomy, Life as an Intrinsic Value, and Death with Dignity // Science and Engineering Ethics. – 1995. – Vol. 1. – № 3. – P. 261-272.
206. Cohen-Almagor R. (a) Liberalism, and the Limits of Pluralism // Terrorism and Political Violence. – 1995. – Vol. 7. – № 2. – P. 25-48.
207. Cohen-Almagor R. (b) Reflections on the Intriguing Issue of the Right to Die in Dignity // Israel Law Review. – 1995. – Vol. 29. – P. 677-701.
208. Cohen-Almagor R. The Patients' Right to Die in Dignity and the Role of their Beloved People // Annual Rev. of Law and Ethics. – 1996. – Vol. 4. – P. 213-232.
209. Cohen-Almagor R. Ends and Means in J. S. Mill's On Liberty // The Anglo-American Law Review. – 1997. – Vol. 26. – № 2. – P. 141-174.
210. Cohen-Almagor R.(a) Some Observations on Post-Coma Unawareness Patients and on Other Forms of Unconscious Patients: Policy Proposals // Medicine and Law. – 1997. – Vol. 16. – № 3. – P. 451-471.
211. Cohen-Almagor R. (b) Why Tolerate? Reflections on the Millian Truth Principle // Philosophia. – 1997. – Vol. 25. – № s.1-4. – P. 131-152.
212. Cohen-Almagor R. A. Circumscribed Plea for Voluntary Physician-Assisted Suicide //Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century. Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 913. – P. 127-149.
213. Cohen-Almagor R.(a) Introduction //Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century. Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 913. – P. 1-22.
214. Cohen-Almagor R., Shmueli M. Can Life Be Evaluted? The Jewish Halachic Approach vs. the Quality of Life Approach in Medical Ethics: A Critical View // Theoretical Medicine and Bioethics. – 2000. – № 1. – P. 34-51.
215. Cohen-Kettenis P. T., Goozen S. H. M van. Sex reassignment of adoles-cent transsexuals: a follow-up study // J. of Am. Acad. Child. adolescent. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36. – № 2. – P. 263-271.
216. Cole S., Shea M. Voluntary Euthanasia: A Proposed Remedy // Albany Law Rev. – 1975. – Vol. 39. – P. 826-856.
217. Comitas L. Ethics in Anthropology: Dilemmas and Conundrums. //Ethics and Anthropology: Ethics Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural

- Property // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 925. – P. 196-210.
218. Committee on Bioethics. Infants with Anencephaly as Organ Sources: Ethical Considerations // Pediatrics. – 1992. – Vol. 89. – № 6. – P. 1116-1119.
219. Companion Encyclopedia of the History of Medicine / ed. by W. F. Bynum and Roy Porter. – Routledge: Routledge Companion Encyclopedias, 1997. – 1848 p.
220. Companion to the History of Modern Science / ed. by R. C. Olby, G. N. Cantor, J. R. R. Christie, M. J. S. Hodge. – Routledge: Routledge Companion Encyclopedias, 1996. – 1120 p.
221. Cook R. J., Dickens B. M. A Decade of International Change in Abortion Law: 1967-1977 // Am. J. of Public Health. – 1978. – Vol. 68. – P. 637-644.
222. Cook R. J., Dickens B. M. International Developments in Abortion Law: 1977-88. // Am. J. of Public Health. – 1988. – Vol. 78. – P. 1305-1311.
223. Cook R. J., Dickens B. M., Bliss L. E. International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998 // Am. J. of Public Health. – 1999. – Vol. 89. – P. 579-586.
224. Cook R. J. Developments in Abortion Laws. Comparative and International Perspectives // Medical ethics at the dawn of the 21st century. Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 913. – P. 74-87.
225. Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA. Guidelines for the appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders // JAMA. – 1991. – Vol. 265. – P. 1868-1871.
226. Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA. Ethical considerations in the allocation of organs and other scarce medical resources among patients // Arch. Intern. Med. – 1995. – Vol. 155. – P. 29-40.
227. Cox D. M., Sachs G. A. Advance Directives and the Patient Selfdetermination Act // Clin. Geriatr. Med. – 1994. – Vol. 10. – P. 431-433.
228. Crafoord C. C. Cerebral death and the transplantation era // Dis. Chest. – 1969. – Vol. 55. – № 2. – P. 141-145.
229. (Crick F.) Крик Ф. Молекулярная биология в 2000 году // Биоорганическая химия. – 2000. – Т. 26. – № 10. – С. 756-760.
230. Crile G. W. Anemia and Resuscitation. 321 pp. New York: Appleton, 1914. cited in: Editorial. Crile on Cardiac Resuscitation. // N Engl J Med – 1963; 269:321 August 8, 1963.
231. Cuperus-Bosma J. M. Physician-assisted Death: Policy Making by the Assembly of Prosecutors General in the Netherlands // European J. of Health Law. – 1997. – Vol. 4. – P. 225-238.
232. Daele W. van den. The social construction of science: institutionalisation and definition of positive science in the latter half of the seventeenth century // The social production of scientific knowledge. – Boston: Dordrecht. – 1977. – P. 41-62.
233. Daniels N. Equity of Access to health Care: Some Conceptual and Ethical Issues // Securing Access to Medical Care. – Vol. 2: The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health services. – Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983. – P. 41-47.
234. Dee K. U., Hammer D. A., Shuler M. L. A model of the binding, entry, uncoating, and RNA synthesis of semliki forest virus in baby hamster kidney (BHK-21) cells // Biotechnol. and Bioeng. – 1995. – Vol. 46. – № 5. – P. 485-496.

235. Devine J. R. Good Care, Painful Choices: Medical Ethics for Ordinary People. – 2nd ed. – New York/Mahwah, N.J.: Paulist Press, 2000. – 268 p.
236. (Dick-Read J.) Дик-Рид Г. Роды без страха. – Спб.: Питер Пресс. – 1997.
237. Dickens B.M. “Medicaly” Assisted Death: Nancy B. v. Hotel-Dieu de Quebec // McGill Law Journal. – 1993. – Vol. 38. – P. 1053-1070.
238. Dickens B.M. Legal Approaches to Health Care Ethics and the Four Principles // Principles of Health Care Ethics / ed. by R.Gillon. – Chichester, New York: John Wiley, 1994. – P. 305-317.
239. Dickens B. M. The Continuing Conflict Between Sanctity of Life and Quality of Life: From Abortion to Medically Assisted Death. // Medical ethics at the dawn of the 21st century. - Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. - Vol. 913. - P. 88-104.
240. Dickens B. M., Pei N., Taylor K.M. Legal and ethical issues in genetic testing and counseling for susceptibility to breast, ovarian and colon cancer // Canadian Medical Assoc. J. – 1996. - Vol. 154. – P. 813-818.
241. Disotell T. R. Molecular Anthropology and Race.//Ethics and Anthropology: Ethics Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural Property // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 925. – P. 9-24.
242. Djamel A. Loucif: “Moritz Schiff: la vie et les carnets de laboratoire d’un physiologiste du XIXème siècle”. Thèse de Médecine, N° 206. Université Louis Pasteur. Strasbourg, 2003.
243. Doran B.G. Origins and consolidation of fluid theory in nineteenth century Britain. From the mechanical to the electromagnetic view of Nature // Hist. Stud. Phys. Sc. – 1975. – Vol. 6 – P. 109-132.
244. Dorner D. Jurisprudence in the Age of Biotechnology: An Israel Case Analysis // Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 913. - P.188-197.
245. Downing M.T., Way D.E., Caniano D.A. Results of a national survey on ethics education in general surgery residency programs // Amer. J. Surg. – 1997. – Vol. 174. – P. 364-368.
246. Drees W.B. Religion, science and naturalism. - Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 314 p.
247. Dresser R.S., Robertson J.A. Quality of Life and Non-Treatment Decisions for Incompetent Patients: A Critique of the Orthodox Approach // Law, Medicine & Health Care. – 1989. – Vol. 17. – № 3. – P. 234-244.
248. Dresser R.S. Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy // Hastings Center Report. – 1995. – Vol. 25. – P. 32-38.
249. Drickamer M.A., Lachs M.S. Should Patients with Alzheimer’s Disease Be Told Their Diagnosis? // The New England J. of Medicine. – 1992. – Vol. 326. – P. 947-951.
250. Dworkin R.M. In Defence of Equality // Social Philosophy and Policy. – 1983. – Vol. 1. – P. 24-40.
251. Dworkin R.M. (a) Why Liberals Should Believe in Equality? // The New York Review of Books. – 1983. – No.1. – P. 32-34.
252. Eagle M. The Dynamics of Theory Change in Psychoanalysis // Philosophical Problems of the Internal and External Worlds: Essays on the Philosophy of Adolf Grunbaum / ed by J. Earman et al.. – Pittsburgh and Konstanz: University of

- Pittsburgh Press and Universitätsverlag Konstanz, 1993. – P. 373-408.
253. Eigen M. Biological Information and Phase Transitions // International Workshop on Biological Evolution and Statistical Physics. - May 10-14, 2000. – <http://www.mpiPKS.dresden.mpg.de/~evolutio.eigen.html>.
254. Eldh J., Berg A., Gustafsson M. Long-term follow up after sex reassignment surgery // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg. – 1997. – Vol.31. – №1. – P.39-45.
255. Elliott C., Elliott B. From the Patient's Point of View: Medical Ethics and the Moral Imagination // J. of Medical Ethics. – 1991. – Vol. 17. – P. 173-178.
256. Elliott D. Genetic Testing, Organ Transplantation, and an End to Nondirective Counseling // Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century. - Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. - Vol. 913. - P. 240-247.
257. Emmanuel E. J., Dubler N. N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care // JAMA. – 1995. – Vol. 273. – P. 323-329.
258. Emmanuel E. J., Emmanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // JAMA. – 1992. – Vol. 267. – P. 2221-2226.
259. Emmanuel E. J., Emmanuel L. L. Living Wills: Past, Present and Future. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 224-251.
260. Emmanuel E. J., Emmanuel L. L., Stoeckle J. D. et al. Advance directives: stability of patients' treatment choices // Arch. Intern. Med. – 1994. – Vol. 154. – P. 209-217.
261. Emmanuel E. J., Patterson W. B., Hellman S. Ethics of randomized clinical trials // J. Clin. Oncol. – 1998. – Vol. 16. – P. 365-371.
262. Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology // ed. by Alan Barnard and Jonathan Spencer. - Routledge: Routledge Companion Encyclopedias, 1998. - 688 p.
263. Engelhardt H.T. The foundations of Christian bioethics. – Swets and Zeitlinger Publishers, 2000. – 414 p.
264. Engelhardt, H. T. Jr. The culture wars in bioethics revisited // Christian Bioethics. – 2011. – V. 17, № 1. – P. 1-8.
265. Engelhardt, H. T. Jr. Christian bioethics after Christendom: living in a secular fundamentalist polity and culture // Christian Bioethics. – 2011. – V. 17, № 1. – P. 64-95 (a).
266. Ermakova I. Influence of genetically modified soya on the birth-weight and survival of rat pups // Proceedings «Epigenetics, Transgenic Plants and Risk Assessment». – 2006 – P. 41-48.
267. Ethics Committee of the Society of Critical care Medicine. Consensus Statement of the Society of Critical care Medicine's Ethics Committee Regarding Futile and Other Possibly Inadvisable Treatments // Critical Care Medicine. – 1997. – Vol. 25. – P. 887-891.
268. Ewen SW., Pusztai A., "Effect of diets containing genetically modified potatoes expressing Galanthus nivalis lectin on rat small intestine". Lancet. - 1999. - 354 (9187). - P. 1353-4.
269. Existentialism and phenomenology. A guide for research // Comp. by L. Orr. - N.Y., 1978.

270. Federal Funding for Biomedical and Related Life Sciences Research FY 2009. – Federation of American Societies for Experimental Biology, Board of Directors. – www.faseb.org/portals/0/pdfs/opa/2008/FedFund09.pdf.
271. Fell J. W., Boekhout T., Fonseca A. et al. Biodiversity and systematics of basidiomycetous yeasts as determined by large-subunit rDNA D1/D2 domain sequence analysis // *Int. J. Syst. and Evol. Microbiol.* - 2000. - Vol. 50. - P. 1351-1371.
272. Field D. R., Gates E. A., Creasy R. K. et al. Maternal Brain death During Pregnancy. Medical and Ethical Issues // *J. of the Am. Med. Assoc.* - 1988. - Vol. 260. - №. 6. - P. 816-822.
273. Finkelstein D., Wu A.W., Holtzman N. A., Smith M. K. When a physician harms a patient by a medical error: ethical, legal, and risk-management considerations // *J. Clin. Ethics.* - 1997. - Vol. 8. - P.3 30-335.
274. Finnis J. M. The Rights and Wrongs of Abortion: a Reply to Judith Thomson // *Phil. Pub. Aff.* - 1973. - Vol. 2. - P. 117-145.
275. Finnis J. M. A Philosophical Case Against Euthanasia // *Euthanasia Examined* / ed. by J. Keown (Ed.). - Cambridge: Cambridge University Press, 1977. - P. 23-35.
276. Finnis J. Intention and Side-Effects // *Liability and Responsibility* / ed by R. G. Frey and C. Morris. - Cambridge: Cambridge University Press, 1991. - P. 32-46.
277. Finnis J. Bland: Crossing the Rubicon? // *Law Quarterly Review.* - 1993. - Vol.109. - P. 329-337.
278. Finnis J. A Philosophical Case Against Euthanasia // *Euthanasia Examined* / ed. by J. Keown. - Cambridge: Cambridge University Press, 1997. - P. 23-35.
279. Fiser D.H., Jimenez J.F., Wrape V., Woody R. Diabetes insipidus in children with brain Death // *Crit. Care Med.* - 1987. - Vol. 15. - P. 551-553.
280. Flannery K. S. J. Making Christian life and death decisions // *Christian Bioethics.* - 2011. - V.17 (2). - P. 140-152.
281. Fluehr-Lobban C. Globalization of Research and International Standards of Ethics in Anthropology // *Ethics and Anthropology: Ethics Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural Property: Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000. - Vol. 925. - P. 37-44.
282. Fosy N. Decisions Regarding Treatment of Seriously Ill Newborns // *JAMA.* - 1999. - Vol. 281. - №. 21. - P. 2041-2043.
283. Fox E. Predominance of the Curative Model of Medical care: A Residual Problem // *JAMA.* - 1997. - Vol. 278. - P. 761-763.
284. Fritzsche D.P. Business Ethics. A Global and Managerial Perspective. - New York: The McGraw-Hill Co. - 1997.
285. Fuchs V.R. The “rationing” of medical care // *New England J. of Medicine.* - 1984. - Vol. 311. - P. 1572-1573.
286. Furnham A., Bochner S. Culture Shock: Psychological reactions to unfamiliar environments. - London, New York: Methuen, 1986. - 298 p.
287. Gailin W., Kass L.R., Pellegrino E.C. et al. Physicians must not kill // *JAMA.* - 1988. - Vol. 259. - No.14, April 8. - P. 1992-1998.
288. Ganaitis T. Justifying Prenatal Screening and Genetic Amniocentesis Programs by Cost-Effectiveness Analysis. - *Medical Decision-Making*, 1996. - Vol.16. - N 1. - P. 45-50.
289. Gelfand G. Living Will Statutes: The First Decade // *Wisconsin Law Rev.* - 1987.

- Vol 11. – P. 737-822.
290. Gene Therapy / August Th., Coyle J., Andres M.W. (Eds). // *Advances in Pharmacology*. – Vol. 40. – N. Y. – Academic Press, 1997. – 508 p.
 291. Gert B., Bernat J. L., Mogielnicki R. P. Patient Refusal of Hydration and Nutrition // *Archives of Internal Medicine*. – 1993. – Vol. 153. – P. 2723-2728.
 292. Gert B., Bernat J. L., Mogielnicki R. P. Distinguishing Between Patients' Refusals and Requests // *Hastings Center Report*. – 1994. – Vol. 24. – P. 13-15.
 293. Gert B., Bernat J. L., Mogielnicki R. P. The Distinction Between Active and Passive Euthanasia // *Arch. of Intern. Med.* – 1995. – Vol. 155. – P. 1322-1333.
 294. Gibson J. Mc. Genetic Research: Conversation across Cultures. // *Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century: Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000. – Vol. 913. – P. 218-228.
 295. Gilbertson T. A. The physiology of vertebrate taste transduction // *Curr. Opin. Neurobiol.* – 1993. – №3. – P. 532-539.
 296. MacGillivray N. Dr Thomas Latta: the father of intravenous infusion therapy // *Journal of Infection Prevention* September. – 2009. – Vol. 10. – N.1. – Suppl. s3-s6.
 297. Ginsberg G., Blau H., Kerem E. et al. Cost Benefit Analysis of Program a Screening National for Cystic Fibrosis in an Israeli Population // *Health Economics*. – 1994. – Vol. 3. – P. 5-23.
 298. Glannon W. Responsibility, alcoholism, and liver transplantation // *J. Med. Philos.* – 1998. – Vol. 23. – P. 31-49.
 299. Glock H. J. The Euthanasia Debate in Germany. What's the Fuss // *Journal of Applied Philosophy*. – 1994. – Vol. 11. – №.2. – P. 213-224.
 300. Glover N., Glover S. Ethical and Legal Issues Regarding Selective Abortion of Fetuses with Down Syndrome // *Mental Retardation*. – 1996. – Vol. 34. – №.4. – P. 207-214.
 301. Gray W. A., Capone R. J., Most A. S. Unsuccessful Emergency Medical Resuscitation: Are Continued Efforts in the Emergency Department Justified? // *Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 199-212.*
 302. Green M., Wikler D. Brain Death and Personal Identity // *Philosophy and Public Affairs*. – 1980. – Vol. 9. – №. 2. – P. 105-133.
 303. Grenvik A., Powner D. J., Snyder J. V. Cessation of therapy in terminal illness and brain death // *Crit. Care Med.* – 1978. – Vol. 6. – P. 284-291.
 304. Grigg M. M., Kelly M. A., Celesia G. G. et al. Electroencephalographic Activity After Brain Death // *Archives of Neurology*. – 1987. – Vol. 44. – P. 948-954.
 305. (Grof S.) Гроф С. Области человеческого бессознательного. Данные исследований ЛСД. – К.: PSYLIB, 2003. – <http://psylib.org.ua/books/grofs01/>
 306. Growe G. H. The Evolution of a Hospital Ethics Committee. // *Medical ethics at the dawn of the 21st century: Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000. – Vol. 913. – P. 63-73.
 307. Gruenberg J. The endocytic pathway: A mosaic of domains // *Nature Reviews Molecular Cell Biology*. – 2001. – Vol. 2. – P. 721-730.
 308. Grünwald B. Peter Singer's Objectivism und seine versteckte Subjektstheorie // *Jahrbuch für Recht und Ethik*. – 1995. – Vol.3. – P. 405-414.

309. Guidelines are urged in using organs of heart-dead patients. – New York Times. – 21 December 1997.
310. Guinan P., Jagielo T. Introduction to Medical Ethics // Core Reading in Medical Ethics / Compiled by T. Jagielo and P. Guinan. – Catholic Physicians' Guild of Chicago, 1996. – P. 6.
311. Habgood J. S. Euthanasia – A Christian View // J. of the Royal Society of Health. – 1974. – Vol. 3. – P. 124-129.
312. Hackler C. Is rationing of health care ethically defensible? // Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century / ed. by J.F.Monagle, D.C.Thomasma. – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1998. – P. 371-377.
313. Hadorn D. C. The Oregon Priority-Setting Exercise: Quality of Life and Public Policy // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 419-433.
314. Halevy A., Brody B. Brain Death: Reconciling definitions, criteria and tests // Ann. Intern. Med. – 1993. – Vol. 119. - № 6. - P. 519-525.
315. Hamilton D. Kidney Transplantation: A History // Kidney Transplantation. Principles and Practice / ed. by P. J. Morris. – London, 1984. – P. 1-13.
316. Hanlon C. R. Ethics in Surgery // J. Am. Coll. Surg. – 1998. - Vol. 186. - P. 41-46.
317. Hannah M. J., Schmidt A. F., Huttner W. B. Synaptic Vesicle Biogenesis // Ann. Rev. Cell. Dev. Biol. – 1999. – Vol. 15. – p. 733-798.
318. Harakas S. Contemporary moral issues facing the Orthodox Christian. – Minneapolis, Minn.: Light and Life, 1982. – P. 90.
319. Harmon B. Kevorkian: I'll put law on trial. Suicide advocate says he'll fight attempts to rein him in. – The Detroit News, Metro (1 January 1998). URL: <http://detnews.com>.
320. Haroz A. E. South Africa's 1996 Choice on Termination of Pregnancy Act: Expanding Choice and International Human Rights to Black South African Women // Vanderbilt J. of Transnational Law. – 1997. – Vol.30. – P. 879-883.
321. Harris J. Is Cloning an Attack on Human Dignity // Nature. – 1997, 19 June. – Vol. 387. – P. 754.
322. Harris J. Cloning and Human Dignity // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 1998. – Vol. 7. – P. 163-167.
323. Harris J. Goodbye Dolly: The Ethics of Human Cloning // The J. of Med. Ethics. – 1999. – Vol. 23. – №. 6. – P. 353-361.
324. Harris J. Clones, Genes, and Reproductive Autonomy: The Ethics of Human Cloning. //Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. - Vol. 913. - P. 209-217.
325. Hartogh G. den. Euthanasia: Reflections on the Dutch Discussion. //Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 174-187.
326. Hatzinikolaou Nikolaos, Fr. The embryo and its development in regards to its formation as a complete human being // Eglise et bioethique. La raison de la science et la raison de la religion/ Congres scientifique de bioethique. Chambesy, Geneve, 11-15 septembre 2002. – Editions du centre orthodoxe du patriarcat eucumenique chambesy, 2008. – P. 47-58.

327. Hebert P. H., Meslin E. M., Dunn E. V. Measuring the Ethical Sensitivity of Medical Students: A Study at the University of Toronto // J. of Med. Ethics. – 1992. – Vol. 18. – P. 142-147.
328. Henshaw S.K. Induced Abortion: A World Review // Family Planning Perspectives. – 1990. – Vol. 22. – P. 76-89.
329. Herter F. P., Forde K., Mark L. C. et al. (Eds.). Human and Ethical Issues in the Surgical Care of Patients With Life-Threatening Disease / Herter F.P., Forde K., Mark L.C. et al. (Eds.). – Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1986.
330. Hicke L. Protein regulation by monoubiquitin // Nature Reviews Molecular Cell Biology. – 2001. – № 2. – P. 195-201.
331. Hinkley A. E. Kierkegaard's ethics of agape, the secularization of the public square, and bioethics // Christian Bioethics. – 2011. – V. 17, № 1. – P. 54-63.
332. Hohenegger M., Vermes M., Mauritz W. et al. Serum vasopressin (AVP) levels in polyuric brain-dead organ donors // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. – 1990. – Vol. 239. – P. 267-269.
333. Holloran S. D., Starkey G. W., Burke P. A. et al. An educational intervention in the surgical intensive care unit to improve ethical decisions // Surgery. – 1995. – Vol. 118. – P. 294-299.
334. Hottois G. Is cloning the absolute evil? // Human Reproduction Update. – 1998. – Vol. 4. – P. 787-790.
335. Iljin Antony, Fr. Church and bioethical problems // Eglise et bioethique. La raison de la science et la raison de la religion/ Congres scientifique de bioethique. Chambesey, Geneve, 11-15 septembre 2002. – Editions du centre orthodoxe du patriarcat eucumenique chambesey, 2008. – P. 28-30.
336. Iltis A. S. Bioethics and the culture wars // Christian Bioethics. – 2011. – V. 17, № 1. – P. 9-24.
337. Inglehart J. K. Medical care of the poor: a growing problem. // New England J. of Medicine. – 1985. – Vol. 313. – P. 59-63.
338. Ioannou Y. A. Multidrug permeases and subcellular cholesterol transport // Nature Reviews Molecular Cell Biology. – 2002. – No.2. – P. 657-668.
339. Irving D. N. Abortion: Correct Application of Natural Law Theory //The Linacre Quarterly. – 2000. – Vol. 67. – N1. – P. 45-55.
340. Ivan L. P. The persistent vegetative state // Transplant. Proc. – 1990. – Vol. 22. – P. 993-994.
341. (Janch E.) Янч Э. Прогнозирование научно-технического прогресса / Пер. с англ. и общ. редакция Д. М. Гвишиани. М.: Изд.-во «Прогресс», 1974.- 586 с.
342. Jecker N.S., Pearlman R.A. An Ethical Framework for Rationing Health Care. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Shannon Th. A. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 527-542.
343. Joerden J.C. Peter Singer's Theories and Their Reception in Germany. //Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 150-156.
344. Johnson G. Scalia: Let Congress, not court, decide abortion, assisted suicide. – The Associated Press. – 9 March 1998. – <http://www.nytimes.com>.
345. Jonas H. The Burden and Blessing of Mortality // Bioethics: basic writings on the

- key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 155-166.
346. Jonsen A. Watching the Doctor // New England J. of Medicine. – 1983. – Vol. 308. – P.1531-1535.
347. Jonsen A. R. Initiative 119: What Is at Stake? // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A.Shannon – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 252-258.
348. Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W. J. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. – 4th ed. – N.Y.: McGraw-Hill, 1998.
349. Jonson A. R., Siegler M., Winslade W. J. Clinical Ethics. - 2nd ed.- New York, N.Y.: Macmillan Publishing Co. Inc., 1986.
350. Juengst E. T. The ethics of prediction: genetic risk and the physician-patient relationship // Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century / ed. by J.F.Monagle, D.C.Thomasma (Eds).. – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1998. – P. 212-227.
351. Kadish S. Letting Patients Die; Legal and Moral reflections // California Law Review. – 1992. – Vol. 80. – P. 857-888.
352. Kamisar Y. Some Non-Religious Views Against Proposed “Mercy Killing Legislation” // Minnesota Law Rev. – 1978. – Vol. 42. – №. 6. – P. 969-1042.
353. Kamisar Y. Against Assisted Suicide – Even a Very Limited Form // The University of Detroit Mercy L. Rev. – 1995. – Vol. 72. – P. 736-739.
354. Kamm F.M. Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of Double Effect, and the Ground of Value // Ethics. – 1999. – Vol. 109. – №. 3. – P. 586-591.
355. Karlawish J. H. T., Quill T., Meier D. E. A Consensus-Based Approach to Providing Palliative Care to Patients Who Lack Decision-Making Capacity // Annals of Internal Medicine. – 1999. – Vol. 130. – P. 835-840.
356. Kass L. R. Organs for Sale? Propriety, Property, and the Price of Progress // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 468-487.
357. Kent G. Shared Understandings for Informed Consent: The Relevance of Psychological Research on the Provision of Information // Social Science Medicine. – 1996. – Vol.43. – №. 10. – P. 1517-1523.
358. Keown J. Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope? // Euthanasia Examined / ed. by J. Keown. – Cambridge: Cambridge University Press, 1977. – P. 279-288.
359. Keown J. The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands // Law Quarterly Review. – 1992. – Vol. 108. – P. 51-57.
360. Kimura R. An encephalic organ donation: a Japanese case // J. of Medicine and Philosophy. – 1989. – Vol. 14. – P. 97-102.
361. Kinsella T. D., Singer P. A., Siegler M. Legalized Active Euthanasia: An Aesculapian Tragedy // Bull. Am. Coll. Surg. – 1989. – Vol. 74. – P. 6-9.
362. Kitz R. J., Vandam L. D. A History and the Scope of Anesthetic Practice. – In: Anesthesia. – Ed. Miller R. D. – Churchill Livingstone, 1986. – Vol 1. – P. 3-26.

363. Kluge E.-H. W. Social Values, Socioeconomic Resources, and Effectiveness Coefficients: An Ethical Model for Statistically Based Resource Allocation // Medical ethics at the dawn of the 21st century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 23-31.
364. Kottow M.H. Euthanasia after the Holocaust – Is it Possible? // Bioethics. – 1988. – Vol. 2. – №. 1. – P. 58-69.
365. Koutlos Y., Yaw K.-W. A rich complexity emerges in phototransduction // Curr. Opin.Neurobiol. – 1993. – №3. – P. 513-519.
366. Kowarsky L. New Form of Organization in Physical Research after 1945 // History of Twentieth Century Physics. – N.Y.- L., 1977. – P. 367-398.
367. (Kretschmer E.) Кречмер Э. Строение тела и характер. – М.: Педагогика-Пресс, 1995. – 607 с.
368. (Kuhn Th. S.) Кун Т. Структура научных революций / пер. с англ. И. З. Налетова; под общ. ред. Д. Микуленского. – 2-е изд. – М.: Прогресс, 1977. – 300 с.
369. Lane S. D., Rubinstein R. A., Cibula D., Webster N. Towards a Public Health Approach to Bioethics // Ethics and Anthropology: Ethics Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural Property: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 925. – P. 25-36.
370. Lantos J. Open Heart [Shiva M'Hodu] // Medical ethics at the dawn of the 21st century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 41-51.
371. Lantos J. D., Singer P. A., Walker R. M. et al. The Illusion of Futility in Clinical Practice // Am. J. Med. – 1989. – Vol. 87. – P. 81-84.
372. Lanza R. P., Cibelli J. B., West M. D. Human therapeutic cloning // Nat. Med. – 1999. – Vol. 5. – P. 975-977.
373. Lappe M. Ethical Issues in Manipulating the Human Germ Line. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 123-139.
374. La Puma J., Iawior E. F. Quality-Adjusted Life-Years: Ethical Implications for Physicians and Policymakers. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems. – Ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press. – 1993. – P. 404-418.
375. La Puma J. Managed Care Ethics: Essays on the Impact of Managed Care on Traditional Medical Ethics. – New York: Hatherleigh Press, 1998.
376. Lawrence A Sex Reassignment Surgery (SRS). Transsexual Surgery: Its Pros and Cons // http://www.genderdysphoria.org/genderdysphoria_srs.html date: 1/8/2012
377. Le Yingying. Receptors for chemotactic formyl peptides as pharmacological targets // Intern. Immunopharm. – 2002. – Vol. 2. – No. 1. – P. 1-13.
378. Lee M.A., Nelson H.D., Tilden V.P. et al. Legalizing Assisted Suicide – Views of Physicians in Oregon. // New England J. of Medicine. – 1996. – Vol. 334. – №.5. – P. 310-315.
379. Leeuwen E. van, Kimsma G. Problems Involved in the Moral Justification of Medical Assistance in Dying: Coming to Terms with Euthanasia and Physician-Assisted Suicide.// Medical ethics at the dawn of the 21st century: Annals of the

- New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 157-173.
380. Leffall L. D. Jr. Ethics in research and surgical practice // *Am. J. of Surgery.* – 1997. – Vol. 174. – P. 589-591.
381. (Lejeune J.) Лежен Ж. Когда наука говорит о жизни человека / Пер. с англ. А. Хаварда. Под ред. И. И. Гузова // Доклад на конф. «Человек, религия и культура», Таллинн, 29 мая 1993. <http://plach.lv/medicin2.shtml>
382. Levine R. J. Ethics of clinical trials: do they help the Patient? // *Cancer.* – 1993. – Vol.72. – P.2805-2810.
383. Levine C., Dubler N. N., Levine R. J. Building a New Consensus: Ethical Principles and Policies for Clinical Research on HIV/AIDS. // *Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems* / ed. by Th. A. Shannon – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press. – 1993. – P. 300-341.
384. Levy M., Pirson Y., Boudailliez B. et al. Evalution in Patients with Alport Syndrome of Knowledge of the Disease and Attitudes Toward Prenatal Diagnosis // *Clinical Nephrology.* – 1994. – Vol. 42. – №. 4. – P. 211-220.
385. Liest A. Bioethics in a Low Key: A report from Germany // *Bioethics.* - 1993. – Vol. 7. – № 2/3. – P. 271-279.
386. Lifton R. J. The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide. – New York: Basic Books, 1984.
387. (Little B. A.) Литтл Б.А. Повесть о двух мировоззрениях. – <http://www.evpatoria.com/~creation.htm>. - 2003.
388. Lo B. End-of-Life Care after Termination of SUPPORT // *Hastings Center Report.* – Special Suppl. – 1995. – Vol. 25. – №. 6. – P. S6-S8.
389. Lo B. (a) Improving Care Near the End of Life: Why Is It So Hard? // *JAMA* – 1995. – Vol. 274. – P. 1634-1636.
390. Lock M. The Problem of Brain Death: Japanese Disputes about Bodies and Modernity // *The Definition of Death: Contemporary Controversies* / ed by S. J. Youngner, R. M. Arnold, R. Schapiro. – Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 2000. – P. 239-256.
391. Lowy F. H. The Ethical Professor of Medicine: Challinges for the Twenty-first Century // *Medical ethics at the dawn of the 21st century: Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000. - Vol. 913. - P. 32-40.
392. Luce J. M. Ethical Principles in Critical Care // *JAMA.* – 1990. – Vol. 263. – №. 5. – P. 696-700.
393. Lumley J., Bastian H. Competing or complementary? Ethical considerations and equality of randomized trials // *Int. J. Technol. Assess Health Care.* – 1996. – Vol. 12. – P. 247-263.
394. Lynn J. Are the Patients Who Become Organ Donors Under the pittsburgh Protocol for “Non-Heart-Beating donors” Really Dead? // *Kennedy Inst. of Ethics J.* – 1993. – Vol. 3. – P. 167-178.
395. Maas P. J. van der, Wal G. van der, Havercate I. et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. // *N. Engl. J. Med.* – 1996. – Vol. 335. – P. 1699-1705.
396. Macklin R. Which Way Down the Slippery Slope? Nazi Medical Killing and Euthanasia Today // *When Medicine Went Mad: Bioethics and Holocaust* / ed. by A. L. Caplan. – Totowa, NJ: Humana Press, 1992. – P. 173-200.

397. Mant A. K. The medical definition of death // "Man's concern with death" / ed. by A. Toynbee et al. – London, 1968. – P. 13-24.
398. Mariner W.K. Rationing health care and the need for credible scarcity: why Americans can't say no // Am. J. Public Health. – 1995. – Vol. 85. – P. 1439-1445.
399. May W. E. Double Effect // Encyclopedia of Bioethics / ed by W. T. Reich. – Vol. 1. – New York: The Free Press, 1978. – P. 316-3119.
400. Maynard S. J., Szathmary E. Evolution, Prozesse, Mechanismen, Modelle. – Heidelberg, 1996. – 198 p.
401. McCormick R. A. Therapy or Tampering: The Ethics of Reproductive Technology and The Development of Doctrine. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 97-122.
402. McCunney R. J. Preserving confidentiality in occupational medical practice // Am. Fam. Physician. – 1996. – Vol. 53. – P. 1751-1756.
403. McGraw O., Whitehead M. Foundations for Family Life Education. – Educational Guidance Institute, 1991. – Цит. по: Маслов В.А. Сравнительный анализ двух моделей полового просвещения американских школьников (доклад). – <http://life.orthomed.ru/an/Raznoe/cz-cd/HTML/WWW/material/mat186.htm>.
404. McHugh P. R. The Kevorkian Epidemic. – The American Scholar. – 1997, Winter. – P. 15-27.
405. McThenia A.W. Deciding for Others: Issues of Consent. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 261-279.
406. Meisel A. The Legal Consensus about Forgoing Life-Sustaining Treatment: Its Status and its Prospects // Kennedy Inst. of Ethics J. – 1992. – Vol. 2. – P. 309-345.
407. Merkel R. Teilnahme am Suizid, Totung auf Verlangen, Euthanasie, Fragen an die Strafrechtsdogmatik // Zur Debatte über Euthanasie / eds. R. Hegelsmann, R. Merkel. – Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991. – P. 71-127.
408. Milch R. A., Dunn G. P. The Surgeon's Role in Palliative Care // Bull. Am. Coll. Surg, 1997. – Vol. 82. – P. 12-14.
409. Miles S., August A. Courts, gender and "The Right to Die" // Law, Medicine and Health Care. – 1990. – Vol. 18. – P. 85-95.
410. Miles S. H. Informed Demand for "Non-Beneficial" Medical Treatment. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 280-285.
411. Mill J. S. Utilitarianism, Liberty, and Representative Government. Law of Libel and Liberty of the Press. // John Stuart Mill on Politics and Society / ed by G. L. Williams. – Glazgow: Fontana, 1976. – P. 143-169.
412. Minhee K. Sex Reassignment Surgery (SRS) of Transsexuals," (1998). – <http://www.intersexualite.org/SRS.html>. (2004/07/23).
413. Mitsch W. Euthanasia and Modern German Criminal Law // Tel Aviv University Studies in Law. – 1997. – Vol. 13. – P. 63-73.
414. Mollaret P., Goulon M. Le coma depasse // Rev. Neurrol. – 1959. – Vol. 101. – P. 3-15.

415. Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st century / eds. J. F. Monagle, D. C. Thomasma. – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1998. – 286 p.
416. Moore F. D. Three ethical revolutions: ancient assumptions remodulated under pressure of transplantation // *Transplant. Proc.* – 1988. – Vol. 20. – Suppl. 1. – P. 1061-1067.
417. Moore F. D. The desperate case: CARE (costs, applicability, research, ethics) // *JAMA.* – 1989. – Vol. 261. – P. 1483-1484.
418. Moskowitz E. H., Nelson J. L. The Best Laid Plans. Dying Well in the Hospital: The Lessons of SUPPORT // *Hastings Center Report.* – Special Suppl. – 1995. – Vol. 25. – No. 6. – P. S3-S6.
419. Murray H., Gillese E., Lennon M. et al. Ethical Principles in University Teaching // *Society for Teaching and Learning in Higher Education.* – Toronto: York University, 1996. – P. 48-61.
420. Neumann U. Die Moral des Rechts // *Jahrbuch für Recht und Ethik.* – 1994. – Vol. 2. – P. 81-94.
421. Newton M. J. Moral dilemmas in surgical training: intent and the case for ethical ambiguity // *J. Med. Ethics.* – 1986. – Vol. 12. – P. 207-209.
422. Ngwena C. South Africa's New Abortion Law: a Break with the Past. IAB News // *The Newsletter of the International Association of Bioethics.* – 1997. – Vol. 6. – P. 4-14.
423. Nikolaos (Hatzinikolaou), metropolitan. The Greek Orthodox position on the ethics of assisted reproduction – RBM Online. – 2008. – V.17, Suppl. 3. 2008: 25-33 Reproductive biomedicine Online; www.rbmonline.com/Article/3548 01.10.2008
424. Novack D. H., Plumer R., Smith R. L. et al. Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient // *JAMA.* – 1979. – Vol. 241. – P. 897-900.
425. Novitzky D., Wicomb W. N., Cooper D. K. et al. Electrocardiographic, hemodynamic and endocrine changes occurring during experimental brain death in the chacma baboon // *J. Heart Transplant.* – 1984. – Vol. 4. – P. 63-69.
426. Nudeshima J. Obstacles to Brain Death and Organ Transplantation in Japan // *Lancet.* – 1991. – Vol. 338. – P. 1063-1064.
427. Nunes F. E., Delph Y. M. Making Abortion Law Reform Work: Steps and Slips in Guyana // *Reproductive Health Matters.* – 1997. – Vol.9. – P. 66-76.
428. Ogden R. Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care? // *J. of Palliative care.* – 1994. – Vol. 10. – P. 82-85.
429. Oldershaw R. What's wrong with the new physics? // *New Scientist.* – 1990. – Vol. 128. – P. 1748-1749.
430. Olick R. S. Brain Death, Religious Freedom and Public Policy: New Jersey's Landmark Legislative Initiative // *Kennedy Inst. of Ethics J.* – 1991. – Vol.1. – P. 275-288.
431. O'Neil J., Mundinger M. Health Service funding cuts and the declining health of the poor // *New England J. of Medicine.* – 1985. – Vol. 313. – P. 44-47.
432. Orentlicher D. The Legalization of Physician-Assisted Suicide: A Very Modest Revolution // *Boston College Law Review.* – 1997. – Vol. 38. – P. 443-475.
433. Orentlicher D. The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide: Rejecting Assisted Suicide But Embracing Euthanasia // *New England J. of Medicine.* – 1997. – Vol. 336. – P. 1236-1239.

434. Orlando Sentinel Online. Kevorkian responds to new allegations (31 December 1997). URL: <http://www.orlandosentinel.com>.
435. Orlowski J. P., Kanoti G. A., Mehlman M. J. The ethics of using newly dead patients for teaching and practicing intubational techniques // New England J. of Medicine. – 1988. – Vol. 319. – P. 439-441.
436. Ortman C. L., Dittmar K. A., Witte P. L., Le P. L. Molecular characterization of the mouse involuted thymus: aberrations in expression of transcription regulators in thymocyte and epithelial compartments // Int. Immunol. – 2002. – Vol. 14. – P. 813-822.
437. OECD Science, Technology and Industry: Outlook 2008. Global dynamics in science, technology and innovation. - 2008. - www.oecd.org/dataoecd/18/32/41551978.pdf.
438. OECD Science, Technology and Industry Scoreboard 2009. 15 December 2009. - www.oecd.org/dataoecd/47/16/44212130.pdf.
439. Outwater K. M., Rockoff M. A. Diabetes insipidus accompanying brain death in children // Neurology. – 1984. – Vol. 34. – P. 1243-1246.
440. Pallis C. ABC of Brain stem Death. The arguments about the EEG // British Med. J. – 1983. – Vol. 286. – P. 284-287.
441. Pallis C. Brainstem Death: The Evolution of a Concept. // Kidney Transplantation. Principles and Practice / ed. by P. J. Morris. – London, 1984. – P. 101-127.
442. Paris J. J., Reardon F. E. Dilemmas in intensive care medicine: an ethical and legal analysis // J. of Intensive Care Med. – 1986. – No.1. – P. 75-90.
443. Pellegrino E.D. Altruism, Self Interest and Medical Ethics // JAMA. – 1987. – No. 258. – P. 1939-1940.
444. (Pellegrino E. D.) Пеллегрини Э. Медицинская этика в США: настоящее и будущее / пер. с англ. // Человек. – 1990. – №2. – С. 47-55.
445. Pellegrino E. D. Doctors must not kill // Euthanasia. The Good of the Patient, the Good of Society / ed. by R. I. Misbin. – 1992. – Frederick, MD: University Publishing Group. – P. 27-41.
446. Pellegrino E. D. Rationing health care: the ethics of medical gatekeeping.// Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century / J. F.Monagle, D. C.Thomasma, eds. – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1998. – P. 413-420.
447. Peppin J. F. Pharmaceutical sales representatives and physicians: ethical considerations of a relationship // J. of Medicine and Philosophy. – 1996. – Vol. 21. – P.83-99.
448. Pera M. F., Reubinoff B., Trounson A. Human embryonic stem cells // J. Cell Sci. – 2000. – Vol.113. – P. 5-10.
449. Pernick M.S. Back from the Grave: Recurring Controversies over Defining and Diagnosing Death in History// Death: Beyond Whole-Brain Criteria / R. M. Zaner. – Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988. – P. 17-74.
450. Perthes G. Uber den Tod. – Stuttgartadt, 1927. – 178 p.
451. Peterson L. M. AIDS: Ethical dilemma for surgeons // Law Med. Health Care. – 1989. – Vol. 17. – P. 139-144.
452. Pickles J. O., Corey D. P. Mechanoelectrical transduction by hair cells // Trend. Neuroscience. – 1992. - №15 – P. 254-259.

453. Pinch W. J., Spielman M. L. The Parents' Perspective: Ethical Decision-Making in Neonatal Intensive Care // J. of Advanced Nursing. – 1990. – Vol. 15. – P. 712-719.
454. Plessner H. Macht und menschliche Natur. - Berlin, 1931. – 138 p.
455. Plows C.W. Reconsideration of AMA Opinion on Anencephalic Neonates as Organ Donors // JAMA. – 1996. – Vol. 275. – P. 443-444.
456. (Popper K.) Поппер К. Нищета историцизма // Вопр. философии. - 1992. - №9. – С.41.
457. Popper K. Knowledge and the body-mind problem: in defense of interaction. – London: Routledge, 1995. – 158 p.
458. Prendergast T. J., Luce J. M. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critical ill // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 1997. – Vol. 155. – P. 15-20.
459. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Guidelines for the determination of death // JAMA. – 1981. – Vol. 246. – P. 2184-2186.
460. Price D. P. Euthanasia, Pain Relief and Double Effect // Legal Studies. – 1997. – Vol. 17. – P. 323-342.
461. Price D. P. Organ Transplant Initiatives: The Twilight Zone // J. of Med. Ethics. – 1997. – Vol. 23. – P. 170-175.
462. Quality Standarts Subcommittee of AAN. Practice Parameters for Determining Brain Death in Adults (Summary Statement) // Neurology. – 1995. – Vol. 45. – P. 1012-1014.
463. Quill T. E. Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems // by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 167-172.
464. Quill T. E., Dresser R., Brock D. W. The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making // New England Journal of Medicine. – 1997. - Vol. 337. – P. 1768-1771.
465. Quinn K. P. Assisted Suicide and Equal Protection “ In Defence of the Distinction Between Killing and Letting Die // Issues in Law & Medicine. – 1997. – Vol. 13. – P. 145-171.
466. Raffin T.A. Value of the living will // Chest. – 1986. – Vol. 90. – P. 444-446.
467. Ramaseshan G. Women Imprisoned for Abortion in Nepal: Report of a Forum Asia Fact-finding Mission // Reproductive Health Matters. – 1997. – Vol. 10. – P. 133-138.
468. Rappaport W., Prevel C., Witzke D. et al. Education about death and dying during surgical residency // Am. J. Surg. – 1991. – Vol. 161. – P. 690-692.
469. Rehman J., Lazer S., Benet A. E., et al. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients // Arch. Sex. Behav. – 1999. – Vol. 28. – No.1. – P. 71-89.
470. Reilly P. ASHG Statement on Genetics and Privacy: Testimony to United States Congress // Am. J. of Human Genetics. – 1992. – No.50. – P. 640-642.
471. Reilly P. R., Boshart M. F., Holzman S.H. Ethical issues in genetic research: disclosure and informed consent // Nat. Genet. – 1997. – Vol. 15. – P. 16-20.

472. Reiser S. R., Dyck A. J., Curran W. J. (Eds.). *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns* / Reiser S. R., Dyck A. J., Curran W. J. (Eds.). – Cambridge, MA: MIT Press, 1977.
473. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *A Definition of Irreversible Coma* // J. of the Am. Med. Assoc. – 1968. – Vol. 205. – P. 337-340.
474. Revel R. Ongoing research on mammalian cloning and embryo stem cell technologies: Bioethics of their potential medical applications // *Israel Medical Association Journal*. – 2000. – No. 2. – Suppl. – P. 8-14.
475. Rhoden N. How Should We View the Incompetent? // *Law, Medicine & Health Care*. – 1989. – vol.17. – No.3. – P. 264-268.
476. Riga P. J. The Granick-Nugent Affair // *The Linacre Quarterly*. – 2000. Vol. 67. – N1. – P.41-44.
477. Rix B. A. Danish ethics council rejects brain death as the criterion of death // *J. Med. Ethics*. – 1990. – Vol. 16. – P. 5-7.
478. Roberts J. Doctor Charged for Switching Off His Baby's Ventilator // *British Medical J*. – 1994. – Vol. 309. – P. 430-5.
479. Robertson J. A. Prior Agreements for Disposition of Frozen Embryos // *Ohio State L. J.*, 1990. – Vol. 51. – P. 407-420.
480. Robertson J. A. Genetic Selection of Offspring Characteristics // *Boston University Law Rev*. – 1996. – Vol. 76. – P. 421-482.
481. Robertson J. A. Wrongful Life, Federalism, and Procreative Liberty: A critique of the NBAC Cloning Report // *Jurimetrics*. – 1997. – Vol. 38. – P. 69-82.
482. Robertson J. A. Two Models of Human Cloning // *Hofstra Law Rev*. – 1999. – Vol. 27. – P. 604-638.
483. Robertson J. A. Reproductive Liberty and the Right to Clone Human Beings. // *Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century: Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000. - Vol. 913. - P. 198-208.
484. Rocca B., FitzGerald G.A. Cyclooxygenases and prostaglandins: shaping up the immune response // *Intern. Immunopharm*. - 2002. - Vol. 2. - No.5. - P. 603-630.
485. Rodin E., Tahir S., Austin D., Andaya L. Brainstem Death // *Clinical Electroencephalography*. – 1985. –Vol. 16. – P. 63-71.
486. Rodriguez E. Social Attitudes and the Human Genome Project: Ethical Implications // *The Linacre Quarterly*. – 2000. – Vol.67. – N1. – P. 28-40.
487. Ropper A. H. Unusual Spontaneous Movements in Brain-Dead Patients // *Neurology*. – 1984. – Vol. 34. – P. 1089-1092.
488. Rosenberg S. A. Secrecy in Medical Research // *New England J. of Medicine*. – 1996. – Vol. 334. – P. 392-394.
489. Rosner F. Hospital medical ethics committees: a review of their development // *JAMA*. – 1985. – Vol. 255. – P. 2693-2697.
490. Ross L. F., Rubin D. T., Siegler M. et al. Ethics of a paired-kidney-exchange program // *New England J. of Medicine*. – 1997. – Vol. 336. – P. 1752-1755.
491. Rossant J., Nagy A. In search of the tabula rasa of human cells [news] // *Nat. Biotechnol*. – 1999. – No. 17. – P. 23-24.
492. Ruark J.E., Raffin T.A. The Stanford University Medical Center Committee on Ethics. Initiating and Withdrawing Life Support: Principles and Practice in Adult

- Medicine // New England J. of Medicine. – 1988. – Vol. 318. – P. 25-30.
493. Ruse M. Philosophy of Biology Today. – Albany: State University of New York Press. – 1988. – 488 p.
494. Ryan M. A. The Argument for Unlimited Procreative Liberty: A Feminist Critique // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press. – 1993. – P. 81-96.
495. Sabat S. R., Harre R. The Construction and Deconstruction of self in Alzheimer's Disease // Ageing and Society. – 1992. – Vol. 12. – P. 443-461.
496. Saigal S., Stoskopf B. L., Feeny D. Differences in Preferences for Neonatal Outcomes among Healthcare Professionals, Parents, and Adolescents // JAMA. – 1999. – Vol. 281. – No.21. – P. 1991-1997.
497. (É. G. Saint-Hilaire) Сент-Илер Э.Ж. Избранные труды. – М.: Наука. - 1970. – 388 с.
498. Schaeffer M. H., Krantz D. S., Wichman A. et al. The impact of disease severity on the informed consent process in clinical research // Am. J. Med. – 1996. – Vol. 100. – P. 261-268.
499. Schauer F. Slippery Slopes // Harvard Law Rev, 1985. – Vol.99. – P. 361-383.
500. Scheffler U. Die "Heiligkeit des Lebens" in der Philosophie. Eine juristische Kritik // Jahrbuch für Recht und Ethik. – 1997. – Vol. 5.- P. 481-487.
501. Scherf U., Ross D. T., Waltham M. A. et al. (Genomics and Bioinformatics Group). Gene Expression Database for the Molecular Pharmacology of Cancer // Nature Genetics. – Vol. 24. – No. 3. – 2000. – P.236-244. <http://discover.nci.nih.gov/nature2000/naturemain.html>.
502. Schmickle Sh. Obama's ban on torture: Minnesotans played a role. – <http://www.minnpost.com/politics-policy/2009/01/>.
503. Schneider S. Traditional Transplant Standards Don't Apply to Anencephalic Organ Donation (Letter to the Editor) // Am. Med. News. - Feb.19, 1996, at 21.
504. Schneiderman L. J., Jacker N. S., Jonsen A. R. Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications // Ann. Intern. Med. – 1990. – Vol. 112. – P. 949-954.
505. Schneiderman L.J., Spragg R. G. Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation // New England J. of Medicine. – 1988. – Vol. 318. – P. 984-988.
506. Schone-Seifert B., Rippe K.-P. Silencing the Singer: Antibioethics in Germany // Hastings Center Report. – 1991. – Vol.21. – No.6. – P. 20-27.
507. Schrader H., Krogness K., Aakvaag A. et al. Changes of Pituitary Hormones in Brain Death // Acta Neurochirurgica (Wien). – 1980. – Vol. 52. – P. 239-248.
508. Schulweis H. M. Resurrection through organ transplantation. – 2011. – Valley Beth Shalom. – <http://www.vbs.org/page.cfm?p=802>
509. Schweitzer A. The mystery of the kingdom of God: the secret of Jesus' Messiahship and passion; transl. with an introduction by Walter Lowrie - Publisher: Buffalo, N.Y. : Prometheus Books, 1985.
510. Schweitzer A. Kultur und Ethik. – Publisher: C.H. Beck, 1996. – 372 p.
511. Scofield G. R. Is Consent Useful When Resuscitation Isn't? // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems. – Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 342-357.

512. Scott P. A. Autonomy, Power, and Control in Palliative Care // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 1999. – Vol. 8. – No. 2. – P. 139-147.
513. Serge (Yazadjieff), archim. Quelques traits orthodoxes chez Blaise Pascal // Вестник Русского зап.-европ. экзархата». – 1961. – №38-39. – С. 105-120.
514. Sex Education: The Catholic Scene by Margaret M. Whitehead / Foreword/ 1993/ <http://www.wf-f.org/Whitehead-SexEdintro.html>
515. (Sgreccia E., Tambone V.) სგრეჩა ე., ტამბონე ვ. ბიოეთიკა. – Библейско-богословский институт св. Апостола Андрея, 2002. – 413 с.
516. Shannon T. A. Introduction – Thematic Ethical Issues. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 3-20.
517. Shannon T. A., Walter J. J. The PVS Patient and the Forgoing/Withdrawing of Medical Nutrition and Hydration. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems // ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 173-198.
518. Shannon T. A., Wolter A. B. Reflections on the Moral Status of the Pre-Embryo // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 36-60.
519. Sheldrake R., Fox M. Die Seele ist ein field. – Bern, 1996.
520. Shewmon A. Anencephaly: Selected Medical Aspects // Hastings Center Report. – 1988. – Vol. 18, № 5. – P. 11-19.
521. Shewmon A. Recovery From “Brain Death”: A Neurologist’s Apologia. // Linacre Quart, 1997. – Vol. 64. – P. 30.
522. Shewmon A. “Brainstem Death”, “Brain Death” and “Death”: A Critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence // Issues in Law & Medicine, 1998. – Vol. 14. – № 2– P. 125-145.
523. Siegler M. Pascal’s Wager and the Hanging of Crepe // New England J. of Medicine. – 1975. – Vol. 293. – P. 853-857.
524. Siegler M. Confidentiality in Medicine: A Decrepit Concept // New England J. of Medicine. – 1982. – Vol. 307. – P. 1518-1521.
525. Siegler M. Decision Making Strategy for Clinical Ethical Problems in Medicine // Archives of Internal Medicine. – 1982. – Vol. 142. – P. 1899-1902.
526. Siegler M. Identifying the Ethical Aspects of Clinical Practice // Bull. Am. Coll. Surg. – 1996. – Vol. 86. – P. 23-25.
527. Silverman H.J. Ethical considerations of ensuring as informed and autonomous consent in research involving critically ill patients // Am. J. Respir. Critical Care Medicine. – 1996. – Vol. 154. – P. 582-586.
528. Silverman S. Ethical Dilemmas: What’s New, What’s Not. Comitas L. Ethics in Anthropology: Dilemmas and Conundrums. // Ethics and Anthropology: Ethics Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural Property // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2000. – Vol. 925. – P. 211-216.
529. Singer P. Bioethics and Academic Freedom // Bioethics. – 1990. – Vol. 4. – № 1. – P. 33-44.

530. Singer P. A German Attack on Applied Ethics: A Statement by Peter Singer // Journal of Applied Philosophy. – 1992. – Vol. 9. – №.1 – P. 85-91.
531. Singer P. A., Siegler M., Whittington P. F. et al. Ethics of liver transplantation with living donors // New England J. of Med. – 1989. – Vol. 321. – P. 620-622.
532. Smith J. M. Evolutionary Genetics. – Oxford Univers. Press, Inc., 1998. – 248 p.
533. Smith J. M., Szathmari E. The Origins of Life: From the Birth of Life to the Origin of Language. – Oxford University Press, Inc., 1999. – 180 p.
534. (Smith R.) Смит Р. Разнообразие историко-научных исследований в Великобритании // Вопросы истории естествознания и техники. – 2000. – №2. – С. <http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/HISTORY/SMITH.HTM> (2005/01/11).
535. Solomon D. W. Double Effect.// Encyclopedia of Ethics / ed. by L. C. Becker. – New York and London: Garland Publishing, 1992. – Vol. 1. – P. 268-269.
536. Solter D., Gearhart J. Putting stem cells to work // Science. – 1999. – Vol. 283. – P. 1468-1470.
537. Spindelman M. Are the Similarities Between a Woman's Right to Choose an Abortion and the Right to Assisted Suicide Really Compelling // University of Michigan J. of Law Reform. – 1996. – Vol. 29. – P. 775-827.
538. Sprung C. Changing Attitudes and Practices in Forgoing Life-Sustaining Treatments // J. of the Am. Med. Association. – 1990. – Vol. 263. – №.16. – P. 2210-2217.
539. Sprung C. L., Eidelman L. A., Steinberg A. Is the Physician's Duty to the Individual Patient or to Society? // Critical Care Medicine. – 1995. – Vol. 23. – No. 4 – P. 618-620.
540. Sprung C. L. Changes in Forgoing Life-Sustaining Treatments in United States: Concern for the Future // Mayo Clin. Proceedings. – 1996. – Vol. 71. – P.512-516.
541. Staub R. The Hot Rubber Story. – AIDS. Prevention and Control. Invited presentations and papers from the World Summit of Ministers of Health on Programmes for AIDS Prevention. – WHO, Geneva. – 1988.
542. (Suaudeau J.) Судо Ж.. От оплодотворения in vitro до клонирования// Семья и биоэтика. Материалы международного симпозиума. СПб.: Изд-во «Март», 1999. – http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/invitro.htm.
543. (Suaudeau J.) Судо Ж. Аборт. – http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/aborto2.htm. – 2001.
544. (Suaudeau J.) Судо Ж. История биоэтики. Дискусии. Этическая ориентация. – 2001. – http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/biohist.htm. 2001 (a).
545. (Suaudeau J.) Судо Ж. Эвтаназия. – http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/bioeutan.htm. – 2001.) Судо Ж. От оплодотворения in vitro до клонирования. – http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/invitro.htm. – 2001 (b).
546. A Strategy for American Innovation: Driving Towards Sustainable Growth and Quality Jobs. – W., September 2009, pp.I-II. – www.whitehouse.gov/administration/eop/nec/StrategyforAmericanInnovation/
547. Steinberg A. The terminal Ill – Secular and Jewish Ethical Aspects // Israel J. Med. Sci. – 1994. – Vol. 30. – No.1 – P. 130-135.
548. Steinbock B. Life Before Birth: The Moral and Legal status of Embryos and Fetuses. – New York: Oxford University Press, 1992. – P. 155-160.
549. Stephenson P. Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion:

- Lessons from Romania // Am. J. of Public Health. – 1991. – Vol. 82. – P. 1328-1331.
550. Sternberg R. Y. Inside intelligence // American Scientist. – 1986. – Vol. 74. – No. 32. – P. 137-143.
551. Stevens C. A., Hassan R. Management of death, dying and euthanasia; attitudes and practices of medical practioners in South Australia // Jour. Med. Ethics. – 1994. – Vol.20. – P.41-46.
552. Stuart J. Y. et al. Ethical, Psychosocial and Public Policy Implications of Procuring Organs from Non-Heart-Beating Cadaver Donors // JAMA, 269:21, June 2, 1993. – P. 2769.
553. Sulmasy D., Geller G., Levine D., Faden R. Medical House Officers' Knowledge, Attitudes and Confidence regarding edical Ethics // Archives of Internal Medicine. – 1990. – Vol. 150. – P. 2509-2513.
554. Surbone A. Truth telling //Medical ethics at the dawn of the 21st century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 52-62.
555. Swigart V., Lidz C., Butterworth V., Arnold R. Letting Go: Family Willing-ness to Forgo Life Support // Heart and Lung. – 1996. – Vol.25. – № 6. – P. 489-495.
556. Teranishi A., Akada S., Saito S. et al. Macrophage colony-stimulating factor restored chemotherapy-induced granulocyte dysfunctions: role of IL-8 production by monocytes // Intern. Immunopharm. – 2002. – Vol. 2. – No. 1. – P. 83-94.
557. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State // New England J. Med. – 1994. – Vol. 330. – P. 1499-1508.
558. Thompson I.E. Fundamental Ethical Principles in Health Care // British Medical Journal. – 1987. – No. 295. – P. 1461-1465.
559. Titorenko V.I. , Rachubinski R.A. The life cycle of the peroxisome // Nature Reviews Molecular Cell Biology. – 2001. – No. 5. – P.357-368.
560. Tollefsen C. Mind the gap: charting the distance between Christian and seculae bioethics // Christian Bioethics. – 2011. – Vol. 17. – № 1. – P. 47-53.
561. (Toulmin S. E.) Тулмин Ст. Концептуальные революции в науке // Структура и развитие науки. – М., 1978. – С. 170-189.
562. (Toulmin S. E.) Тулмин Ст. Человеческое понимание. – М.: Прогресс. – 1984.
563. López Trujillo, A. SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE FAMILIA Y BIOETICA El Consejo Pontificio para la Familia analiza en San Petersburgo los retos de clonación SAN PETERSBURGO, 19 jun (ZENIT). – 1998.
564. Pontificio Consiglio per la Famiglia. Reflection by Card. Alfonso López Trujillo “Partial-birth abortion” http://www.intratext.com/IXT/ENG1012/_P1.HTM Last updated 2007.06.12.
565. Truog R. D. Annecephalic newborns. Can organs be transplated before brain death? // New England J. of Medicine. – 1989. – Vol. 321. – P. 388-390.
566. Truog R. D., Brett A. S., Frader J. The Problem with Futility // New England J. of Medicine. – 1992. – Vol. 326. – P. 1560-1564.
567. Truog R. D., Fackler J. C. Rethinking Brain Death // Critical Care Medicine. – 1992. – Vol. 20. – No. 12. – P. 1705-1713.
568. Truog R. D. Is It Time to Abandon Brain Death? // Hastings Center Report. – 1997. – Vol. 27. – No.1. – P. 29-37.
569. Truog R. D. Organ transplantation without Brain Death // Medical Ethics at the

- Dawn of the 21st Century: Annals of the New York Academy of Sciences, 2000. – Vol. 913. – P. 229-239.
570. Tsao A. Fetal Homicide Laws: Shield against Domestic Violence or Sword to Pierce Abortion Rights? // Hastings Constitutional Law Quarterly. – 1998. – Vol. 25. – P. 457-481.
571. Two Kosovo Doctors Detained, Accused of Performing Illegal Organ Transplants – Fox News, 05.11.2008. – <http://www.foxnews.com/story/0,2933,447208,00.html>.
572. Ubel P. A., Arnold R. M., Caplan A. L. Rationing failure: the ethical lessons of the re-transplantation of scarce vital organs // JAMA. – 1993. – Vol. 270. – P. 2469-2474.
573. Ubel P. A., Caplan A. L. Geographic favoritism in liver transplantation – unfortunate or unfair? // New England J. of Medicine. – 1998. – Vol. 339. – P.1322-1325.
574. University of Pittsburgh Medical Center Policy and Procedure Manual: Management of Terminally Ill Patients Who May Become Organ Donors After Death // Kennedy Inst. of Ethics J. – 1993. – Vol. 3. – P. A1-A15.
575. Uvarov M. Religious anthropology in Postmodern situation (то же - на английском языке) // Science and Faith. The problem of Human Being in Science and Theology. St.Petersburg, 2001. – P. 101-109
576. Vachicouras G. The mystery of death and bioethics: An Orthodox perspective // Eglise et bioethique. La raison de la science et la raison de la religion/ Congres scientifique de bioethique. Chambesy, Geneve, 11-15 septembre 2002. – Editions du centre orthodoxe du patriarcat eucumenique chambesy, 2008. – P. 240-255.
577. Vaux K. Biomedical Ethics: Morality for the New Medicine. – New York., 1974. – 351 p.
578. Veatch R. M. Routine Inquiry About Organ Donation: An Alternative to Presumed Consent // The New England Journal of Medicine. – 1991. - Vol. 325. – P. 1246-1249.
579. Veatch R. M. The impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death // Hastings Center Report. – 1993. – Vol. 4. – P. 18-24.
580. Vogel G. Harnessing the Power of stem cells [news] // Science. – 1999. – № 283. – P. 1432-1434.
581. Wakayama T., Rodriguez I., Perry A. C. et al. Mice cloned from embryonic stem cells // Proc. Nat. Acad. Sci. USA. – 1999. – Vol. 96. – P. 14984-14989.
582. Watcher M. A. M. de. Active euthanasia in the Netherlands // JAMA. – 1989. – Vol. 262. – № 23. – P. 3316-3319.
583. Weisbard J. A Polemic on Principles: Reflections on the Pittsburgh Protocol // Kennedy Inst. of Ethics J. – 1993. – Vol.3. – P.217-230.
584. Weitzman M. The Ethics of Using Nazi Medical Data: A Jewish Perspective // Second Opinion: Health, Faith, and Ethics. – 1990. – Vol. 14. – P. 26-38.
585. Wendell S. Toward a Feminist Theory of Disability // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Th. A. Shannon– 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 381-403.
586. Wenger N. S., Oye R. K., Bellamy P. E. et al. Prior capacity of patients lacking decision making early in hospitalization: implications for advance directive administration // J. Gen. Intern. Medicine. – 1994. – Vol. 9. – P. 539-543.

587. Wertz D. C., Fletcher J. C. Privacy and Disclosure in Medical Genetics Examined in an Ethics of Care. // Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems. – ed. by Th. A. Shannon. – 4th ed. – Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. – P. 358–378.
588. Wetzel R.C., Setzer S., Stiff J.L., Rogers M.C. Hemodynamic Responses in Brain Dead Organ Donor Patients // Anesthesia and Analgesia. – 1985. – Vol. 64. – P. 125–128.
589. (Whitehead A. N.) Уайтхед А.Н. Истоки современной науки. //Философия и социология науки и техники. Ежегодник. – М., 1989. – С. 205–223.
590. (Whitehead A. N.) Уайтхед А.Н. Религия и наука. //Заблуждающийся разум? – М., 1990. – С.448–462.
591. Wieland C. Stones and Bones: Powerful evidence against evolution. – Creation Science Foundation Ltd, A.C.N, 1994. – P. 84.
592. Wikler D., Weisbard A. J. Appropriate Confusion over “Brain Death” // J. of the Am. Med. Association. – 1989. – Vol. 261. – No. 15. – P. 2240–2246.
593. Wilder B. L. Ethical issues related to the new reproductive technologies // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 7. – P. 199–202.
594. Williams G. The Foetus and the Right to Life // Cambridge Law Journal. – 1994. – No. 33. – P. 71–78.
595. Williams J. R. How is the New Statement on Resuscitative Interventions Different from the Original? // Canadian Med. Assoc. J. – 1994. – Vol. 151. – P. 1182–1183.
596. Williams R. C., Knowler W. C., Pettit D. J. et al. The magnitude and Origin of European-American Admixture in the Gila River Indian Community of Arizona: A Union of Genetics and Demography // Am. J. of Human Genetics. – 1992. – Vol. 51. – P. 101–110.
597. Wittmann R. Metaethische Überlegungen zu dem Diskurs über P. Singers “Praktische Ethik” // Zur Debatte über Euthanasie / R. Hegelsmann, R. Merkel eds.. – Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991. – P. 246–251.
598. Wolf S. Gender, Feminism, and Death: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia // Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction / ed by S. Wolf. – New York: Oxford University Press, 1996. – P. 282–317.
599. Wolf S. Physician-Assisted Suicide, Abortion and treatment Refusal: Using Gender to Analyze the Difference // Physician-Assisted Suicide / ed. by R.F.Weir. – Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1997. – P. 167–201.
600. Wood G.G., Martin E. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Canadian intensive care unit // Can. J. Anaesth. – 1995. – Vol. 42. – P. 188–191.
601. Wowk B. Issues and Technologies for Long-Term Tissue Storage // Fifth Alcor Conference on Extreme Life Extension. Speaker abstracts. <http://www.alcor.org/conferences/2002/abstracts/html>.
602. Wun Hau-Ling, Leung D.Tze-Ming, Wong Kong-Chiu et al. Molecular mimicry: anti-DNA antibodies may arise inadvertently as a response to antibodies generated to microorganisms // Int. Immunol. – 2001. – Vol. 13. – P. 1099–1107.
603. Yeo R. Scientific method and the image of science: 1831–1891 // The parliament of science: The Brit. Assoc. for the advancement of science, 1831–1891. – Njrt-Wood. – 1981. – P. 65–88.
604. Yoon S.-Y. If Anthropology Is Global, Then So Are Its Ethical Dilemmas //

- Ethics and Anthropology: Ethics Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural Property // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2000. – Vol. 925. – P. 70-77.
605. Youngner S. J., Barlett E. T. Human death and high technology. The failure of the whole-brain formulations // *Ann. Intern. Med.* – 1983. – Vol. 99. – P. 252-258.
606. Youngner S. J., Lewandowski W., McClish D. K. et al. “Don’t resuscitate” orders // *JAMA*. – 1985. – Vol. 253. – P. 54-57.
607. Youngner S. J., Landefeld C. S., Coulton C. J. et al. “Brain death” and Organ Retrieval: A Cross-sectional Survey of Knowledge and Concepts among Health Professionals // *J. of the Am. Med. Association*. – 1989. – Vol. 261. – No. 15. – P. 2205-2210.
608. Youngner S. J. Defining death. A superficial and fragile consensus // *Arch. Neurol.* – 1992. – Vol. 49. – P. 570-572.
609. Zaremba J. S., McCall Smith A., Revel M. et al. The Use of Embryonic Stem Cells In Therapeutic Research // The 7th Session of the IBC (Qito, Equador, 7-9 November, 2000) and the meeting of the Extended Working Group on the Ethical Aspects of Embryonic Stem Cell Research (UNESCO Headquarters, 29 January and 2 February 2001). – BIO-7/00/GT-1/2 (Rev. 3). – Paris, 6 April 2001. http://www.unesco.org/ibc/en/reports/embryonic_ibc_report.pdf.
610. Zauner S., Fraunholz M., Wastl J. et al. Chloroplast protein and centrosomal genes, a tRNA intron, and odd telomeres in an unusually compact eukaryotic genome, the cryptomonad nucleomorph // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2000. – Vol. 97. – № 1. – P. 200-205.
611. Zavacki B. E. ICU physician’s ethical role in distributing scarce resources // *Crit. Care Med.* – 1985. – Vol. 13. – P. 57-60.
612. Zavada W. M., Cibelli J. B., Choi P. K. et al. Somatic cell cloned transgenic bovine neurons for transplantation in parkinsonian rats // *Nat. Med.* – 1998. – Vol. 4. – P. 569-574.
613. Zerial M., McBride H. Rab Proteins as Membrane Organizers // *Nature Reviews Molecular Cell Biology*. – 2001. – №. 2. – P. 107-117.
614. Zhang J., Du E. E.-J., Watson R.R. Side-stream cigarette smoke accentuates immunomodulation during murine AIDS // *Intern. Immunopharm.* – 2002. – Vol. 2. – №. 6. – P. 759-766.
615. Zimmermafl J. E., Knaus W. A., Sharpe S. M. et al. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units // *JAMA*. – 1986. – Vol. 255. – P. 351-356.
616. Zuhair M. H., Massoumeh E. Modeling for immunosupression by sulfur mustard // *Intern. Immunopharm.* – 2001. – Vol. 1. – №. 3. – P. 605-610.
617. Авсюк А. Ю. Попперовский анализ эволюционной концепции дарвинизма // *Логика, методология, философия науки: XI Международная конференция*. М. – Обнинск, 1995. – Вып. 8. – С. 4-5.
618. Авсюк А. Ю. Философская рефлексия над биологией как составляющая представлений о жизни: по материалам работы А. Розенберга «Структура биологической науки» // *Биофилософия*. – М.: ИФРАН. – 1997. – С. 96-106.
619. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Превентивная функция биоэтики в отношении возникновения медико-биологических и других глобальных проблем человечества. – *Georgian Medical News*. – 2001. – № 7-8. – P. 79-81.

620. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Некоторые вопросы истории развития сердечно-сосудистой хирургии в свете фундаментальных принципов биомедицинской этики // Медицинское право и этика. – 2001. – №4. – С. 71–76 (а).
621. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Вопросы истории развития сердечно-сосудистой хирургии в свете фундаментальных принципов биомедицинской этики. – Тезисы докладов и сообщений Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов: Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – 2001. – Т. 2. – № 6. – С. 293 (б).
622. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. История развития учений о болезни и здоровье: от медицинских понятий до биоэтических категорий // Georgian Medical News. – 2001. – №9. – Р. 80–84 (в).
623. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Аксиологическая сущность болезни // Georgian Medical News. – 2001. – №9. – Р. 85–90 (г).
624. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Научная, философская и теологическая парадигмы о человеке и концепция биоэтической антропологии // Georgian Medical News. – 2001. – №10. – Р. 93–96 (д).
625. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Принципы исследований сущности человеческой природы в медико-биологических и антропологических учениях // Georgian Medical News. – 2001. – №10. – Р. 97–100 (е).
626. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Человек как объект исследований в естественнонаучных и гуманитарных антропологических науках // Georgian Medical News. – 2001. – №11. – Р. 115–119 (ж).
627. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Современный этап развития хирургической науки и практики и биомедицинская этика // Georgian Medical News. – 2001. – №11. – Р. 120–124 (з).
628. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Биоэтика: её истоки в контексте истории медицины // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А.Семашко РАМ. – 2002. – Вып.1. – С. 127–132.
629. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Предмет биоэтики и ее место в системе естественных и гуманитарных наук и здравоохранения. – Georgian Medical News. – 2003. – № 4. – Р. 91–96.
630. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Реаниматологические аспекты истории развития учения о смерти и осмысление понятия смерти как биоэтической категории. – Georgian Medical News. – 2007. – № 4. – Р. 67–72.
631. Адам-Вахтанг Ахаладзе, архимандрит. Формирование биоэтики как научной дисциплины и ее сущность. – Georgian Medical News. – 2010. – № 5. – Р. 25–31.
632. Аджибойе М. Центры бескровной медицины – почему врачи начали обходиться без донорской крови // Бескровная хирургия на пороге XXI века: Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2000. – С. 108–110.
633. Акифьев А.П. Острова в океане или парадоксы эволюции генома // Знание–сила. – 1995. – № 8. – С. 28–38.
634. Александр (Грачев), священник. Когда болеют дети. – М.: Трим. – 1993. – 80 с.

635. Александр (Мень), протоиерей. О Тейаре де Шардене // Вопр. философии. – 1990. – №12. – С. 89-102.
636. Александров И. О. Психология как наука // Психология / под ред. В.Н.Дружинина. – СПб.: Питер. – 2001. – С. 12-27.
637. Александров Ю. И. Системная психофизиология / Ю. И. Александров, Д. Г. Шевченко, И. О. Александров // Основы психофизиологии. – М., 1997. – С. 266-313.
638. Алешин А. И. Методологические проблемы теоретического исследования в биологии. – Горький: Волго-Вят. кн. изд-во, 1973. – 184 с.
639. Алтухов Ю. П. О клонировании человека. // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998–1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь». – 2001. – С. 67–71.
640. Амосов Н. М. Мысли и сердце. – Изд. 2-е. – М.: Молодая гвардия, 1976. – 320 с.
641. Анатолий (Берестов), иеромонах. Грех, болезнь и исцеление: беседы с православным врачом. – М.: Душепопечительский центр во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского. – 2000. – 112 с.
642. Анатолий (Берестов), иеромонах. Проблема эвтаназии в контексте пастырского и врачебного опыта. // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998–1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь». – 2001. – С. 23–27.
643. Андрей (Кураев), диакон. Об отлучении Рерихов от Церкви // Церковь и «церкви». – Вып.4. – СПб.: Сатисъ. – 1994. – 40 с.
644. Анохин П. К. Философские аспекты функциональной системы: избранные труды. – М.: Наука, 1978. – 286 с.
645. Анохин А. М. Идеи и проблемы медицинской антропологии // Вестн. АМН СССР. – 1990. – № 4. – С. 51–56.
646. Аронов Р. А., Шемякин В. М. Адаптация физики в системе культуры // Физика в системе культуры. – М.: ИФРАН, 1996. – С. 54–72.
647. Арчаков А. И. Биоинформатика, геномика, протеомика — науки о жизни // Вопр. мед. химии. – 2000. – Т. 46. – № 1. – С. 3–7.
648. Арчаков А.И. Геномика, протеомика и биоинформатика — науки XXI столетия // Мед. кафедра. – 2002. – № 3. – С. 6.
649. Ахим Т. История развития и последствия биологизаторских воззрений в немецкой медицине // Вестн. АМН СССР. – 1987. – №3. – С. 62–73.
650. Баев А. А. Мир – познание – личность // Лекции лауреатов Демидовской премии (1993–2004). – Екатеринбург: изд-во Уральского университета. – 2006. – С. 50-58.
651. Баранов В. С. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней в России. Реальность и перспективы. – Соросовский образовательный журнал. – 1998. – №10. – С. 32-36.
652. Баранов В. Медицина на пороге революции // Наука и жизнь. – 2000. – № 9. – С. 8-12.
653. Боровикова Н. В. Боль при родах и ее подавление. – <http://www.pregnancy.hl.ru/birth/obezbolivanie/podavlenie.htm>, 2003.
654. Барсуков М. И. Вопросы истории и теории медицины в свете решений

- внеочередного XXI съезда КПСС // Вопросы истории и теории медицины. – М.: Медгиз, 1959. – С. 1-30.
655. Батуев А. С., Соколова Л. В. Философия жизни в концепции А. А. Ухтомского // Биофилософия. – М.: ИФРАН, 1997. – С. 35–68.
656. Безденежных Б. Н. Методы психофизиологических исследований // Основы психофизиологии: Учеб. пособ. – М.: изд. дом «Инфра-М», 1997. – С. 24–40.
657. Беклемишев В. Н. Основы сравнительной анатомии беспозвоночных. – М.: Советская наука. – 1952. – 698 с.
658. Бердяев Н. А. Миросозерцание Достоевского. – Прага: YMCA-Press. – 1923. – 238 с. – Переиздано: Париж, 1968. – 239 с. – http://krotov.info/library/02_b/berdyayev/1923_018_00.htm (2011/12/01)/
659. Бердяев Н.А. О назначении человека. – Париж. – 1931. – http://www.odinblago.ru/filosofiya/berdyayev/o_naznacheni_cheloveka/ (2011/12/01).
660. Бестужев-Лада И. В. Прогнозирование. //Филос. энциклоп. словарь. – М., 1983. – С. 533-534.
661. Бехтерев В. М. Бессмертие человеческой личности как научная проблема // Бехтерев В. М. Психика и жизнь: избранные труды по психологии личности. – СПб.: Алетейя, 1999. – <http://ru.philosophy.kiev.ua/library/ivanov/behterev.html> (2010/09/12).
662. Бирштейн В. Я. Эксперименты на людях – не только в нацистской Германии // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. — М.: Эдиториал УРСС, 1998. — С. 192-211.
663. Бирюков С. Д. Природная и социальная детерминация психического развития // Психология / под ред. В. Н. Дружинина. – СПб.: «Питер». – 2001. – С. 70–85. – 1998. – 384 с.
664. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Б. Г. Юдин, П. Д. Тищенко, А. Я. Иванюшкин и др. / Отв. ред. Б. Г. Юдин. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – 472 с.
665. Блауберг И. И. «Откуда мы пришли? Кто мы? Куда мы идём» // Вопр. филос. – 1990. – №1. – С. 155-161.
666. Бодров М. А. Функциональные состояния субъекта труда //Психология / под ред. В. Н. Дружинина. – СПб.: «Питер», 2001. – С. 431-456.
667. Бокерия Л. А. К 110-летию со дня рождения А. Н. Бакулева. Операция на сердце: историческое будущее // Грудная и сер.-сосуд. хир. – 2000. – №6. – С. 4– 8.
668. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Распространенность и хирургическое лечение заболеваний системы кровообращения в Российской Федерации (1999 г.) // Грудная и сер.-сосуд. хир. – 2000. – №6. – С. 9 – 23.
669. Борзенков В.Г. От философии жизни к биофилософии? // Биофилософия. – М.: ИФРАН. – 1997. – С. 22-34.
670. Бочков Н. П. и др. Медицинская генетика / Н. П. Бочков, А. Ф. Захаров, В. И. Иванов / рук-во для врачей / АМН СССР. – М.: Медицина, 1984. – 368 с.
671. Брусиловский А. И. Жизнь до рождения. – Изд. 2-е., перераб. и доп. – М : Знание. – 1991. – 224 с.
672. Бураковский В. И. Первые шаги. Записки кардиохирурга. Очерки и размышления. – М.: Знание. – 1988. – 240 с.
673. Бутров А.В., и др. Применение инфукола для коррекции гиповолемии в

- интраоперационном периоде /А. В. Бутров, С. Г. Цимбалов, В. И. Морозов, И. А. Олийниченко // Бескровная хирургия на пороге XXI века: материалы международной научно-практической конференции. – М., 2000. – С. 34-40.
674. Вайль С. С. Танатология и её значение для клиники // Клин.мед. – 1974. – №1. – С. 34-36.
675. Варапутин А. В. Методология познания жизни. Размышления над книгой R. Sattler Biophilosophy (N.Y.; Tokyo, 1986) // Биофилософия. – М.:ИФРАН. – 1997. – С. 85-95.
676. Василиадис Н. Смерть вторгается в мир // Таинство смерти. – Свято-Троицкая Сергиева Лавра. – 1998. – С. 45-92.
677. Василий, протоиерей (Зеньковский). На пороге зрелости. Беседы с юношеством о вопросе пола. – М.: Воскресение. – 1991. – 88 с.
678. Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина и П. Д. Тищенко. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 384 с.
679. Вернадский В. И. Несколько слов о ноосфере // Успехи современной биологии. – 1944. – № 18. – Вып. 2. – С. 113-120.
680. Вернадский В. И. Из истории идей // В. И. Вернадский. Труды по всеобщей истории науки. – 2-е изд. – М.: Наука. – 1988. – <http://www.trypillia.kiev.ua/vernadskiy/idey.htm> (2009/09/23).
681. Вернадский В. И. Научная мысль как планетное явление / отв. ред. А. Л. Яншин. – М.: Наука. – 1991. – <http://vernadsky.lib.ru/e-texts/archive/thought.html> (2008/11/21)
682. Веселкин П. Н. Болезнь // БМЭ. – 3-е изд. – Т.3. – М.: Советская энциклопедия. – 1976. – С. 283-292.
683. Власов В.В. Этические проблемы советской медицины на страницах зарубежной медицинской печати // Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина и П. Д. Тищенко. – М.: Прогресс-Традиция. – 1998. – 384 с.
684. Воейков В.Л. Витализм: может ли он служить исследовательской программой? // Биофилософия. – М.: ИФРАН. – 1997. – С. 202-214.
685. Возьмите мое сердце. Я умер! / Материалы круглого стола // Человек. – 1991. – № 4. – С. 93-101.
686. Войно-Ясенецкий В.Ф (архиепископ Лука). Дух, душа, тело. М.: Изд. дом «Грааль». – 1997. – 137 с.
687. Волгин О. С. Развитие и жизнь // Биофилософия. – М.:ИФРАН. – 1997. – С. 166-181.
688. Вышеславцев Б. П. Сердце в христианской и индийской мистике // Вопр. филос. – 1990. – №4. – С. 62-87.
689. Гаврюшин Н. К. Б. П.Вышеславцев и его «философия сердца» // Вопр. филос. – 1990. – №4. – С. 55-62.
690. Гайденок П. П. Трагедия эстетизма. Опыт характеристики мирозерцания Сёрена Кьеркегора. – М: Мысль, 1970. – 356 с.
691. Гайденок П. П. Смерть // Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия. – 1983. – С. 617- 618.
692. Гайденок П. П. Христианство и генезис новоевропейского естествознания // Философско-религиозные истоки науки. – М., 1997. – С. 44-87.
693. Геттинг Г. Встречи с Альбертом Швейцером // Альберт Швейцер - великий

- гуманист XX века. Воспоминания и статьи. – М.: «Наука», 1970. – С. 86-88.
694. Гилленшмидт М де. Юридические аспекты альтернатив переливанию крови / Материалы международного сателлитного симпозиума «Альтернативы переливанию крови в хирургии». VI Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов // Анестезиол. реаниматол. – 1999. - №1. – С. 164-173.
695. Гиляров А.М. Экология, обретающая статус науки // Природа. – 1998. - № 2. – С. 89.
696. Гиляров А. М. Экология в поисках универсальной парадигмы // Природа. – 1998. - № 3. – С. 73.
697. Головин С. Л. Эволюция мифа: как человек стал обезьяной. – М.: Паломник, 1999. – 128 с.
698. Голубовский М. Д. Геном человека и соблазны детерминизма // Информационный вестник ВОГиС. – 2001. – № 17. – С. 11-15.
699. Голубовский М. Д. Программа “Геном человека”: реальная польза или великий соблазн? [Текст] : литературный обзор // Химия и жизнь – XXI век. – 2002. – №12. – С. 32-38.
700. Грандо А.А. Врачебная этика и деонтология. – Киев: Выща школа. Головное изд-во, 1988. – 192 с.
701. Грачева Т. В. Об опасных тенденциях в современном медицинском законодательстве // Православие и проблемы биоэтики. – Вып.1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь». – 2001. – С. 95-103.
702. Греченко Т.Н. Биологические основы психики // Психология / Под ред. В.Н.Дружинина. – СПб.: Питер, 2001. – С.57-69.
703. Григорьян Б. Философская антропология: критический очерк. – М. - 1982. – 256 с.
704. Грицанов А.А. Швейцер (Schweitzer) Альберт (1875–1965) // Новейший философский словарь / Главный научный редактор и составитель А.А.. Грицанов – Минск: 1999. – С. 811
705. Гройс Б. Да, апокалипсис, да, сейчас // Вопр. филос. –1993. – №3. –С.28-35.
706. Грюнбаум А. Сто лет психоанализа: итоги и перспективы // Вопр. филос. - 1997. – №7. – С.85-98.
707. Данилов М.А. Трансплантация сердца и легких // Трансплантация органов и тканей / под ред. А. И. Шнирельмана / Итоги науки и техники (Серия Морфология человека и животных). – Т. 12. – М.: ВИНТИ. - 1986. – С.67-129.
708. Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных. – СПб.: Питер. – 2001. – 320 с.
709. Деккер Н., Кестнер И. О некоторых тенденциях и новых результатах исследований состояния медицины в Германии во время фашистской диктатуры. // Вестн. АМН СССР. – 1987. - №3. – С.79-83.
710. Димитрий (Смирнов), протоиерей. «Богом дан человеку разум...» // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 122-126.
711. Добрякова А.В., Каганова З.В., Сивоконь П.Е. Понятие ритм в концепциях глобального эволюционизма. // Биофилософия. – М.:ИФРАН. – 1997. – С.215-223.

712. Долецкий С.Я. Риск в хирургическом и общем плане // Хирургия.–1992. – №3. – С. 3-11.
713. Донцов А.И., Баксанский О.Е. Схемы понимания и объяснения физической реальности // Вопр. филос. – 1998. – №11. – С. 75-90.
714. Дриш, Ганс. Витализм [Текст] : его история и система / Г. Дриш ; пер. с нем. А. Г. Гурвича ; с доп. к рус. изд. авт. и пер. - Изд. 2-е. - М. : URSS : Изд-во ЛКИ, 2007. - 278 с. - (Из наследия мировой философской мысли: философия науки). - Пер. изд. : Der Vitalismus als Geschichte und als Lehre / Hans Driesch.
715. Дубинин Н.П. Генетика вчера, сегодня и завтра - М.: Советская Россия, 1981. – 224 с.
716. Дубинин Н.П. Общая генетика - М.: Наука, 1976. – 590 с.
717. Евгений (Решетников), архиепископ Верейский. Православие и медицина: проблемы диалога // Православие и проблемы биоэтики.-Вып.1(1998-1999гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 9-13.
718. Егоров А.М. , Сазыкин Ю.О. , Иванов В.П. Развитие антимикробной химиотерапии и новые парадигмы. Вклад геномики в их создание. / Государственный научный центр антибиотиков, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, http://www.antibiotic.ru/smac/2001_3_2/098_text.htm
719. Сазыкин Ю.О., Егоров А.М. Антимикробные агенты в будущем. Вклад геномики в их создание // Антибиотики и химиотерапия, 1999.- N 12.-С.5-14.
720. Жалко-Титаренко В.Ф. Сердечно-сосудистая и мозговая реанимация. – Киев, 1986. – 53 с.
721. Жданов Г.Б. Размышления о статусе физики в мировой культуре // Физика в системе культуры / отв.ред. Ю.В.Сачков - М.: ИФРАН, 1996. – С. 21-36.
722. Жилыева Е.П., Заика Н.М., Прокинова А.Н. Программа работы ВОЗ на ближайшую перспективу (2002-2005 гг.) // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 2002. – Вып.1. – С.144-148.
723. Журавский Д. Неосуществимый проект Ивана Павлова // Вопр. филос. – 1991. – №9. – С.14 –31.
724. Заблудовский П.Е., др. История медицины / П.Е., Заблудовский Г.Р., Крючок, М.К., Кузьмин, М.М. Левит. – М.: Медицина. – 1981. – 352 с.
725. Заблудовский П.Е. Ятромеханика // БМЭ. – 3-е изд. – Т.28. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – С.538-539.
726. Заблудовский П.Е., Шилинис Ю.А. Ятрохимия // БМЭ. – 3-е изд. – Т.28. – М.: Советская энциклопедия. – 1986. – С. 539-540.
727. Зайцев В. Ф. Систематика, морфология и филогения как основа изучения биоразнообразия // “Теоретические основы биоразнообразия”, материалы семинара 19-20 мая 2000 г., СПбГУ. Санкт-Петербург, 2000. – С. 17-18. <http://biospace.nw.ru/biodiversity/thesis.htm> <http://biospace.nw.ru/biodiversity/zajcev.htm>
728. Закордонец А.А. Взаимосвязь культуры, мировоззрения и творчества в развитии научного знания //Философские вопросы медицины и биологии. – Вып.21. – Киев, 1989. – С. 10-16.
729. Зилгалвис П. Этические аспекты – перспективы для Европы. Права пациента / Материалы международного сателлитного симпозиума

- «Альтернативы переливанию крови в хирургии». VI Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов // Анестез. реаниматол. – 1999. – №1. – С. 174-180.
730. Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии. – Петрозаводск, 1998. – 464 с.
731. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний // Этюды критической медицины. – т.4. – Петрозаводск, 1998. – 560 с.
732. Знание //Филос. энцикл. словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С.192.
733. Иванов Р.З., Писклаков П.И. Соотношение биологического и социального в человеке и механизм их взаимодействия // Вестник АМН СССР. – 1988. – №4. – С.19-28.
734. Иванюшкин А.Я., и др. О соотношении понятий «медицинская этика» и «биоэтика» // А.Я. Иванюшкин, Г.И. Царегородцев, Е.В. Карамзина // Вестник АМН СССР. – 1989. – №4. – С.53-60.
735. Иванюшкин А. Я. СПИД и этика // Вестник АМН СССР. – 1990. – №4. – С. 46-51.
736. Ильин И.А. Аксиомы религиозного опыта. – Т. 1. – Париж, 1953. – С.70-83; С. 244-251.
737. Ильин А. Я., и др. Витализм / А.Я. Ильин, В.И. Кремянский, Ф.Т. Михайлов. – БМЭ. – 3-е изд. – Т.4. – М.: Советская энциклопедия. – 1976. – С. 255-257.
738. Ильин Б.Н. О понятии «здоровье» человека // Вестник АМН СССР. – 1988. – №4. – С. 15-18.
739. Интенсивный родовой блок / под ред. Л.Лампэ. – Будапешт: изд-во АН Венгрии, 1979. – 377 с.
740. Иоанн (Шаховской Д.А.) (архиепископ Сан-Францисский). О тайне человеческой жизни. – М: Изд-во: Лодья, 1999. – 192 с..
741. Иоанн (Шаховской Д.А.) (архиепископ Сан-Францисский). О тайне человеческой жизни и эвтаназии // Медицинское право и этика. – 2000. – №4. – С. 55-59.
742. Каган М.С. И вновь о сущности человека //Отчуждение человека в перспективе глобализации мира / под ред. Б.В. Маркова, Ю.П. Солониной, В.В. Парцвания. – Вып.1. – Спб.: Петрополис, 2001. – С.48-67.
743. Казютинский В.В. Вселенная в “человеческом измерении” // Физика в системе культуры / отв.ред. Ю.В.Сачков. – М.: ИФРАН, 1996. – С. 117-137.
744. Кара-Мурза С. Г. Наука и кризис цивилизации // Вопр. филос. – 1990. – №9. – С.3-15.
745. Карпинская Р.С. Биофилософия – новое направление исследования // Биофилософия. – М.:ИФРАН, 1997. – С.107-115.
746. Кивенко Н.В. Проблема сущности жизни и гуманизация медико-биологического знания // Философские вопросы медицины и биологии. Респ. межведомственный сборник МЗ УССР. – Вып. 20. – Киев, 1988.– С. 88-97.
747. Киприан (Керн), архимандрит. Антропология св. Григория Паламы. – М.: Паломник. – 1996. – 452 с.
748. Киселев Л.Л. Впервые огромный генетический «чертеж» многоклеточного существа прочитан полностью // Наука и жизнь. – 1999. – №3. – С.2-7.
749. Киселев Л.Л. Эпоха биологии // Знание – сила. – 1999. – № 4. – С. 2-8 <http://>

- www.natuerlich.ru/news/html/551.html
750. Киселев Л.Л. Геном человека и биология XXI века // Вестн. Российской АН. – 2000. – Т. 70, № 5. – С. 412–424.
751. Киссель М.А. Ценностей теория // Филос. энциклоп. словарь. – М.: Советская Энциклопедия, 1983. – С. 763–764.
752. Кляйн Ш. Погоня за призраком абсолютного знания // 26 . XII . 02. http://www.jnana.ru/science/absolute_knowledge.html <http://www.jnana.ru/science.html>
753. Колчанов Н., Пименова С. Расшифровать геном человека сложнее, чем человеку высадиться на Луну. – Новая Сибирь(Новосибирск). – 28.07.2000 – http://www.newsib.cis.ru/2000_30/helth_n.html.
754. Кондратьев Ф.В. Православно-этические аспекты эвтаназии // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 27-32.
755. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983. – 406 с.
756. Коновалова Л.В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). – Вып.1. – Биоэтика и экоэтика. – М.: ИФРАН, 1997. –<http://www.ethicscenter.ru/biblio/konovalova.html>
757. Константин (Горянов), епископ Тихвинский. Библейская антропология и медицина //Православие и проблемы биоэтики. – Вып.1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 14–23.
758. Корнеев П.В. Противоречивость биологической природы человека и современная философская антропология. // Научные труды Рязанского мед. ин-та им. Павлова МЗ РСФСР. – Т.51. – Рязань, 1975. – С.54–69.
759. Кравец А.С. Социокультурная ниша науки // Физика в системе культуры / отв.ред. Ю.В.Сачков. – М.: ИФРАН, 1996. – С. 5-20.
760. Краев А.В. Анатомия человека. – Том 1. – М.: Медицина, 1978. – 496 с.
761. Крепс Е.М. Об эволюционной физиологии // Эволюционная физиология / под ред. Е. М. Крепса. – Ч.1. – Л.: Наука, 1979. – С.3-11.
762. Крепс Е.М. О путях развития эволюционной биохимии // Эволюционная физиология / под ред. Е. М. Крепса. – Ч.1. – Л.: Наука, 1979. – С. 394-425. (а)
763. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний // Клини. мед. – 2000. – № 1. – С. 56-63.
764. Крымский С.Б., Кузнецов В.И. Мировоззренческие категории в современном естествознании. – Киев, 1983. – С. 59-83, С. 94-153, С. 184-186.
765. Кузин В. С. Психология / под ред. Б. Ф. Ломова. – М.: Высшая школа. – 1982. – 256 с.
766. Кулаков В.И., и др. Алгоритм пренатального мониторинга / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, В.Н. Демидов и др. // Акуш. и гин. – 2000. – № 5. – С. 56-59.
767. Кундиев Б.И. Биоэтика – веление времени // Лікування та діагностика. – 2000-2001. – № 4-1. – С. 8-11.
768. Курило Л. Ф. Репродуктивные технологии и технологии получения эмбриональных стволовых клеток человека как отрасль медицины. // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 45-57.

769. Лекторский В.А. Теория познания //Филос. энцикл. словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С.678-680.
770. Леонтьев Д.А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // Вопр.филос. –1996. – №4 – С.15-26.
771. Лисеев И.К. Философия жизни – путь к новой парадигме культуры. // Биофилософия. – М.:ИФРАН, 1997. – С.116-128.
772. Лисицын Ю.П. Нервизм // БМЭ. – 3-е изд. – Т.16. – М.: Советская энциклопедия, 1981. – С.364-366.
773. Лисицын Ю.П., Петленко В.П. Философия и детерминационная теория медицины // Вестн. АМН СССР. – 1987. – №3. – С.9-19.
774. Лопухин Ю.М. Биоэтика в России // Вестн. РАН. – 2001. - том 71. - №9 – С. 771-774.
775. Лопухин Ю.М. Этика научных исследований: четыре группы проблем // Мед. газ. – 2001. – № 55. – С.
776. Лук А.Н. Проблемы научного творчества // Сб. аналитических обзоров: АН СССР, ИНИОН. – М.: ИНИОН, 1985. – Вып.4. – 98 с.
777. Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий), архиепископ. Дух, душа и тело. М. - 1997. – 138 с.
778. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 374 с.
779. Любичев А.А. Понятие сравнительной анатомии // Вопросы общей зоологии и медицинской паразитологии. – М: 1962. - С. 189-214.
780. Ляуш Л.Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. Том 2, 2011 / http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1205%3A2011-06-01-21-15-17&catid=25%3Athe-project&Itemid=1
781. Максим Исповедник. Избранные творения. - М., Паломник. - 2004. - 497 с.
782. Максим (Обухов), священник. Аборт и «трудные случаи» // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 107-110.
783. Максим (Обухов), священник. Переступит ли человечество «роковую черту»? // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 64-67.
784. Максим (Обухов), священник. Этический аспект манипуляций над эмбрионами. // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 57-61.
785. Малиновский Н. (протоіерей). Очеркъ православнаго догматическаго богословія. – Сергіевъ Посадъ, 1911. – 474 с.
786. Малых С.Б., и др. Основы психогенетики / С.Б. Малых, М.С.Егорова, Т.А. Мешкова – М.: Эпидавр, 1998. – 206 с.
787. Мамчур Е.А. Физика и Этика // Физика в системе культуры / отв. ред. Ю.В. Сачков. – М.: ИФРАН, 1996. – С. 99-117.
788. Марков Б.В. Реквием сексуальному (предисловие к: Бодриар Ж. Забыть Фуко). – СПб., 2000. С. 5–34.
789. Марков Б.В. Человек и глобализация мира // Отчуждение человека в перспективе глобализации мира / под ред. Б.В. Маркова, Ю.Н. Солонина, В.В. Парцвания. – Вып.1– СПб.: Петрополис, 2001. – С.100-122.

790. Маслов В.М., и др. Нарушения психосексуального развития / В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко // Частная сексопатология / под ред. Г.С. Васильченко. – Т.2. – М., 1983. – С.27-115.
791. Матвеев А. Нравственное Богословие. – Л., 1969.
792. Матвеев, П. Е. Моральные ценности : диссертация ... доктора философских наук : 09.00.05 / Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова Москва, 2007. – 452 с.
793. Медведев Г. Чернобыльская тетрадь // Новый мир.–1989. - №6. – С. 3-108.
794. Медицинская генетика / под ред. Н.П. Бочкова. – Изд-во: Гэотар Медицина, Гэотар- Медиа, 2010. – 624 с.
795. Мелхиседек (Артюхин), игумен. О «клятвах» и «клятвоотступничестве» в Священном Писании и Священно Предании // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико – просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 74-81.
796. Меркулов В.Л. Альбрехт Галлер, 1708-1777.– Л., 1981. – 78 с.
797. Микадзе Ю.В. Нейропсихология: возможности и границы. – <http://www.neuropsychologie.cz/Mikadze.htm> (2002/07/03).
798. Миронов В.В. Образы науки в современной культуре и философии. – http://www.philos.msu.ru/mironov/win/miro_k_12.html.
799. Михайлова И.А., Бондаренко О.Б. Система органического мира // Соросовский образовательный журнал. – 1999. - №2. - С. 42-51.
800. Мойсеев Н.Н. Идеи естествознания в гуманитарной науке // Человек. – 1992. - №2. – С.5-16.
801. Молчанов Ю.Б. Научная интуиция. Ее эволюция и перспективы // Физика в системе культуры / отв.ред. Ю.В.Сачков. – М.: ИФРАН, 1996. – С. 185-196.
802. Мы и биоэтика // Человек. – 1990. - №6. – С.92-102.
803. Мы и биоэтика (продолжение) (а) // Человек. – 1991. - №1. – С.72-77.
804. Мюллер-Хилл Б. Генетика человека и массовые убийства // Человек. – 1997. – №4. – С.
805. Мюнтцинг А. Человек и законы наследственности // А. Мюнтцинг Генетика человека: общая и прикладная / пер с англ. / под ред. В.И. Столетова. – М.: Мир, 1967. – С. 539-570.
806. Мякишев Г.Я. Научное мировоззрение и его роль в системе культуры. // Физика в системе культуры. – М.: ИФРАН, 1996. – С. 54-72
807. Наследие Евы : эпидуральная анестезия при родах. – Журнал «Мама «инфо». – <http://nord.co/il/redicul.htm>., 2003.
808. Неговский В.А., и др. Постреанимационная болезнь / В.А. Неговский , А.М. Гурвич, Е.С. Золотокрылина. – М., 1979. – 384 с.
809. Неговский В.А., Мороз В.В. Теоретические и клинические проблемы реаниматологии //Анест. и реаниматол. – 2000. – №6. – С.4-6.
810. Недоступ А.В. Реформы здравоохранения: проблемы и перспективы // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 91-94.
811. Некрасова Н.А., Горяинов А.А. Феномен человеческой телестности // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 1 – С. 21-23. URL: www.science-education.ru/9-24 (дата обращения: 28.06.2011).

812. Нестерова С. Понятие о здоровье населения. // Народонаселение и природа. – М., 1984. – Вып. 46. – С. 3-12.
813. Никитюк Б.А. Советская медицинская антропология за 70 лет // Арх. анат., гистол. и эмбриол. – 1987. – Т.93. – №11. – С.27-36.
814. Николай (Балашов), протоиерей. Репродуктивные технологии: дар или искушение? // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 34-44.
815. Об искушениях, скорбях, болезнях и утешение в них. – М.: Паломник, 1994. – С. 220-236.
816. Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы // Биоэтика: проблемы и перспективы // Вопр.филос.– 1994. – №3. – С.
817. Огурцов А.П. Бертло М. Наука и нравственность / верс. док. от 24.12.2011. Оригинал: http://elib.org.ua/philosophy/ua_show_archives.php?subaction...
818. Олескин А.В. Голограмма мира // Человек. – 1990. – №3. – С. 31-39.
819. Олескин А.В. Неклассическая биология, уровни биоса и биофилософия. // Биофилософия. – М.:ИФРАН, 1997. – С.129-145.
820. Олесницкий М.М. Нравственное богословие или христианское учение о нравственности. Нравственное богословие. – 4-е. изд. – СПб., 1907 http://pstgu.ru/library/item_6014/
821. Онищенко Е. Финансирование науки в России и за рубежом. – 2001. – <http://www.scientific.ru/journal/news/no31201.html>.
822. Орбели Л.А. Основные задачи и методы эволюционной физиологии // Эволюционная физиология / под ред. Е. М. Крепса. – Ч.1. –Л.: Наука, 1979. – С.12-23.
823. Павлова Т.Н. Биоэтика в высшей школе: уч. пос. – М.: МГАВМиБ им. К. И. Скрябина, 1997. – 148 с.
824. Парцвания В.В. Метод исследования в человековедении // Отчуждение человека в перспективе глобализации мира / под ред. Б. В. Маркова, Ю. Н. Солонина, В. В. Парцвания. – Вып.1. – СПб.: «Петрополис», 2001. – С.123-135.
825. Пересада О.А., Лебедько А.В. Вспомогательные репродуктивные технологии: этические и юридические проблемы. журнал Медицинские новости. – 2005.
826. Петленко В.П. Диалектика биологического и социального в человеке: медицинский аспект проблемы // Вестн. хир. – 1989. – №10. – С.3-6.
827. Петренко Ф.Ф., Петрицкий В.А. Швейцер (Schweitzer) Альберт (1875–1965) — философ, этик, теолог, музыкант, практикующий гуманист // Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С.778-779.
828. Петровский Б.И. Ни минуты боли, ни лишней капли крови у пациента. // Бескровная хирургия на пороге XXI века. Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2000. – С.13-16.
829. Пиаже Ж. Характер объяснения в психологии и психофизиологический параллелизм // Экспериментальная психология / под ред. П.Фресса и Ж.Пиаже. – М.: Прогресс, 1966. – Вып.1-2. – С. 185-189.
830. Пименова С. Расшифровка генома человека: работе не будет конца // <http://www.nnews.ru/2003/7/17/health/921.php3>

831. Пионтковский И. А. Гуморальная патология // БМЭ. – 3-е изд. – Т.6. – М.: Советская энциклопедия, 1977. – С.564-565.
832. Писарчик Л.Ю. Наука в контексте современной культуры // «Credo». – 1998. – №4(10). – <http://www.orenburg.ru/culture/credo/10/44.html>.
833. Платон (Игумнов) Архимандрит. Православное нравственное Богословие
834. <http://nravbogoslovie.orthodoxy.ru/platon.html> (09 июня 2009)
835. Плюснин Ю.М. Проблемы построения теории социальной биологии // Биофилософия. – М.: ИФРАН, 1997. – С. 224-239.
836. Победин В. Биофашизм // газ. «Завтра». – 1998 (15 сентября). – №37(250).
837. Попов А.П. Основные положения танатологии // Клини. мед. – 1931. – №1. – С.13-16.
838. Попов Ю.Н., Спиркин А.Г. Человек // Филос. энцикл. словарь. – М., 1983. – С. 769-771.
839. Попова Л.М. Нейрореаниматология. – М., 1983. – 269 с.
840. Поповский М. Жизнь и Житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. – Париж: YMCA-PRESS, 1979. – 518 с.
841. Поппер К. Логика и рост научного знания. Избранные работы / сост. Н. Садовский. – М.: Прогресс, 1983. – 605 с.
842. Порус В.Н., Черткова Е.Л. Концепция эволюции науки Стивена Тулмина // Философские науки. – 1978. – №5. – С. 130-139.
843. Порус В. Мы имеем науку, какую заслуживаем // Знание – сила. – 1998. – №5.
844. Поршнев Б.Ф. О начале человеческой истории (Проблемы палеопсихологии). – М.: Мысль, 1974. – 73 с.
845. Потоцкая И.И., Шемионко С.И. Мировоззренческое значение принципа целостности для научного медицинского познания // Философские вопросы медицины и биологии. Республиканский межведомственный сборник. – Вып. 21. – Киев, 1989. – С.16-22.
846. Предостережение о продуктах питания, модифицированных с помощью генной инженерии. Декларация организации «Врачи и учёные против генетически модифицированных продуктов питания» (ВУПГМП). – 1999. – Web.1-veda.ru/_ge/psagef.html.
847. Программа «Человек-наука-общество» // Человек. – 1992. – №2. – С.173-176.
848. Равич-Щербо И. А., Марютина Т. М., Григоренко. Психогенетика: учебник. – М.: Аспект-Пресс, 1999. – 447 с.
849. Радил Т. Методологические аспекты критики идеологических и социально-психологических предпосылок формирования фашистской медицины // Вестн. АМН СССР. – 1987. – №3. – С.73-79.
850. Рафаил (Карелин), архимандрит. Христианство и модернизм. – М.: изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1999. – 464 с.
851. Рогов С.М. Россия должна стать научной сверхдержавой. Невостребованность науки – угроза национальной безопасности России. – Наука и технологии РФ. 23 марта 2010 года. – www.strf.ru/organization.aspx.
852. Рекомендации ВОЗ: терминология ВРТ. Журнал «Проблемы Репродукции». Издательство «Медиа Сфера». Архивировано из первоисточника 15 февраля 2012. Проверено 18 мая 2011. <http://www.mediasphera.ru/journals/reproduction/>

- p>detail/289/4375/
853. Русалов В. М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. – М.: Наука, 1979. –137 с.
 854. Рьюз М. Наука и религия: по-прежнему война? // Вопр. филос. – 1991. – №2. – С. 36-57,
 855. Савельев В. С. Старая, старая «Сказка для научных сотрудников младшего возраста» // Знание – сила. - 1998. - №5. – С.
 856. Саркисов Д.С., и др. Танатология / Д.С. Саркисов, Н.К.Пермяков, О.Я. Кауфман // БМЭ. – – 3-е изд. -Т.24. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – С. 499-504.
 857. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. – М.: Медицина, 1988. – 336 с.
 858. Свами Сатъям Упахар. Метапсихология Ошо Раджниша. - <http://rudiche.parod.ru/ED2/metopsi.htm> (2010/04/02).
 859. Свердлов Е.Д. Фрэнсис Крик в его прогнозе на 2000 год был почти абсолютно прав // Биоорганическая химия. – 2000. – Т. 26, №10. – С. 761-766.
 860. Свешников Владислав, Протоиерей. Очерки христианской этики
 861. <http://pstgu.ru/download/1187182794.ocherki.pdf>
 862. Селезнев Ю. Достоевский // Серия биографий «Жизнь замечательных людей» - М.: Молодая гвардия, 1988. – 543 с.
 863. Серафим Платинский (Евгений Роуз), иеромонах. Человек против Бога. – М.: Рос. Отд-ние Валаамского Общ-ва Америки, 1995. – 96 с.
 864. Серафим Платинский (Евгений Роуз), иеромонах. Православный взгляд на эволюцию. – М.,1997. – 96 с.
 865. Серафим Платинский (Евгений Роуз), иеромонах. Православное свято-отеческое понимание книги Бытия. – М.: Рос. Отд-ние Валаамского Общ-ва Америки, 1998. – 128 с.
 866. Сергей (Филимонов), священник. Церковь, больница, больной. – СПб.: Общ-во святителя Василия Великого, 1999. – 272 с.
 867. Сергей (Филимонов), священник. Православный взгляд на онкологию. – СПб.: Общ-во святителя Василия Великого, 2001. – 64 с.
 868. Середенин С. Б. Геном раскрыт. Что дальше? // Мед. вестн. – 2001. – № 5 (168). – С.
 869. Серенко А.Ф., и др. Социальная гигиена и организация здравоохранения/ А.Ф. Серенко, В.В. Ермаков, И.Г. Лаврова и др.. – М.: Медицина, 1977. – 672 с.
 870. Сержантов В.Ф. Человек, его природа и смысл бытия. – Л. : изд-во Ленинградского университета, 1990. – 360 с.
 871. Сидоров А.И. Архимандрит Киприан Керн и традиция православного изучения поздневизантийского исихазма / предисловие // Архимандрит Киприан Керн. Антропология св. Григория Паламы. – М.: Паломник, 1996. – С. VIII-LXXVIII.
 872. Силин А.А. Живое в концепции информационных отображений // Биофилософия. – М.: ИФРАН, 1997. – С.182-201.
 873. Силуянова И.В. “Вызов биоэтики сегодня”: католический симпозиум по биоэтике в России. Вещи в себе и для себя? // Альфа и омега. – 1998. - № 4 (18).

874. Силуянова И.В. Испытание «клонированием» или человек как подобие человека. Этические проблемы современной генетики. – М.: изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998. – 78 с. (а).
875. Силуянова И.В. Человек и болезнь. – М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998. – 92 с. (б)
876. Силуянова И.В. Клятва врача России в контексте морального сознания Православия // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 81-89.
877. Силуянова И.В. О некоторых особенностях отношения к плодизгнанию в нравственном богословии Православия // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 111-118. (а).
878. Силуянова И.В. Этика врачевания. Современная медицина и православие. – М.: изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. – 320 с. (б).
879. Симкин Г.Н. Атомы поведения или этология культуры // Человек. – 1990. – №2. – С.17-31.
880. Слабы Б. Некоторые методологические вопросы создания теории медицины // Вестн. АМН СССР. – 1987. – №3. – С.55-62.
881. Слинин Я.А. Наука, культура и будущее общество // Отчуждение человека в перспективе глобализации мира / под ред. Б.В. Маркова, Ю.Н. Солонина, В.В. Парцвания. – Вып. I. – СПб.: Петрополис, 2001. – С. 87-99.
882. Слоним А.Д. Физиологические процессы, характеризующие размножение // Учебник физиологии для мед. ин-тов / К.М. Быков, Г.Е. Владимиров, В.Е. Делов и др.; под ред. К.М. Быкова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медгиз, 1955. – С.519-521.
883. Слюсарев А.А. Биология с общей генетикой. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1978. – 472 с.
884. Смольняков А.И. Мировоззренческие и философско-методологические аспекты внедрения достижений фундаментальных наук в медицинскую практику // Философские вопросы медицины и биологии. – Вып. 20. – Киев, 1988. – С. 34-39.
885. Соловьев З.П. Вопросы социальной гигиены и здравоохранения. Избранные произведения. – М.: Медицина, 1970. – 528 с.
886. Сотирова Д., Попова С. Прикладная этика и культура православия // Человек. – 1996. – №1. – С.
887. Спирин А.С. Современная биология и биологическая безопасность // Человек. – 1998. – № 5. – С.
888. Спиркин А.Г. Человек. // Филос. энцикл. словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С. 769-771.
889. Спиров В.В. Философия истории Вл. Соловьёва в её развитии и преемственности // Из истории русской философии 19-го – начала 20 в. – М., 1969. – С.
890. Стокроцкий П.П. Диалектика процесса познания причинности в истории медицины // Научные труды Рязанского мед. ин-та им. Павлова МЗ РСФСР. – Т.51. – Рязань, 1975. – С. 78-91.
891. Сточик А.М., Яровинский М.Я. Медицинская этика как наука и предмет

- преподавания // Медицинская помощь. – 2000. – №2. – с. 45-48.
892. Струков А. И., Серов В. В. Патологическая анатомия. – М.: Медицина. – 1979. – 528 с.
893. Суворова О. С. Телесность человека как основа его жизни и единства с природой. // Биофилософия. – М.:ИФРАН. – 1997. – С.248-256.
894. Сук И. С. Врач как личность. – М.: Медицина, 1984. – 64 с.
895. Супян В.Б. Наука и образование в США: главные приоритеты в «экономике знаний» // США – Канада: экономика-политика-культура. – 2009. – №8. – с. 57-69.
896. Сухачёв В. Ю. Герметизм тел и герменевтика телесной практики. Метафизические исследования. // Альманах Лаборатории метафизических исследований при филос. фак-те Санкт-Петербургского ГУ – Вып.1. Понимание. – СПб, 1997. – С. 128-137.
897. Сухачев В. Ю. Знаки человека // Отчуждение человека в перспективе глобализации мира / под ред. Б. В.Маркова, Ю. Н. Солонина, В. В. Парцвания – Вып.1. – СПб.: «Петрополис», 2001. – С. 318-332.
898. Таричко Ю.В. Предисловие // Бескровная хирургия на пороге XXI века. Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2000. – С. 3 - 4.
899. Тен Хаге Хенк. Деятельность Юнеско в области биоэтики. - <http://www.remedium.ru/section/marketing/detail.php?ID=31601> (08.12.2009)
900. Уваров М.С. Пространства священного (христианская антропология на рубеже веков) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 6. Вып. 3 (N 20). 1998. С. 30-38.
901. Уваров М.С. Религиозная антропология в ситуации постмодерна (статья) // Наука и вера. Проблема человека в науке и богословии. Т. 2. СПб.: изд-во ВРФШ, 2001. – С. 54-61. - <http://anthropology.ru/ru/texts/uvarov/rapostm.html>
902. Фесенкова Л. В. Ценности в науках о жизни и биофилософия // Биофилософия. – М.: ИФРАН, 1997. – С. 240-248.
903. Философия и медицина // под ред. В.Ф. Сержантова и А.А. Королькова, – Л., 1986. – 214 с.
904. Франк С. Л. Живое знание. – Берлин, 1923.
905. Франк С. Л. Реальность и человек. – Париж, 1956. – 205 с.
906. Франк С. С нами Бог. – Париж, 1964. – 117 с.
907. Франк С. Л. Человек и Бог: Двуетное существо человека и идея Богочеловечности // Человек. – 1992. – №1. – С.103-113.
908. Фролов В.А. Здоровье // БМЭ. – 3-е изд. – Т.8. – М.: Советская энциклопедия, 1978.- С.1047-1051.
909. Фролов И.Т. Смерть // БМЭ. – 3-е изд. – Т.23. – М.: Советская энциклопедия, 1984.- С.448-451.
910. Фролов И.Т., и др. Философские проблемы биологии и медицины / И.Т. Фролов, В.Д. Жирнов, Ю.П. Лисицын и др. // БМЭ. – 3-е изд. – Т.29. – М.: Советская энциклопедия, 1988. – С.21-46.
911. Фэй О., Сысянь С., Чжаньсян Л. Вынужденные доноры: опровержение ссылок официальным Пекином на «органы казненных заключенных» (часть1

- 8). – газ. Великая Эпоха, 11 марта 2010 года. – <http://www.epochtimes.ru/content/34830/4/>
912. Харакас С. Православие и биоэтика // Человек – 1994. - №2. – С.
913. Хен Ю. В. Биофилия и проблема смерти. // Биофилософия. – М.: ИФРАН, 1997. – С.257-262.
914. Хомская Е. Д. Нейропсихологическая диагностика. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – 226 с.
915. Царегородцев Г.И., Шмаков А.В. Этико-деонтологические проблемы медицины в условиях научно-технической революции // Медицинская этика и деонтология / под ред. Г.В. Морозова и Г.И. Царегородцева. Совместное издание СССР-НРБ-ГДР-ЧССР-СРР. – М.: Медицина, 1983. – С.260-270.
916. Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и теоретические основы медицины. /Г.И. Царегородцев, В.Г. Ерохин. - М., 1986. - 288 с.
917. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата. Заявление «О морально-этической недопустимости клонирования человека» // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 32-33.
918. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата. Заявление «О нравственных проблемах, связанных с развитием «новых репродуктивных технологий» // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 61-63. (а)
919. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата. Заявление «О проекте федерального закона «О здравоохранении в Российской Федерации» // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 104-106. (б)
920. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата. Заявление «О грехе детоубийства». // Православие и проблемы биоэтики. – Вып. 1 (1998-1999 гг.). – М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2001. – С. 119-121. (в)
921. Чухина Л.А. Феноменологическая аксиология Макса Шелера // Проблема ценности в философии. – М.-Л., 1966. – С. 326.
922. Шабаета В. Обзор зарубежной прессы. 3 марта 1999 г. – Национальная электронная библиотека. –
923. Шаталов А.Т., Олейников Ю.В. К проблеме становления биофилософии. // Биофилософия. – М.:ИФРАН, 1997. – С. 2-24.
924. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. — М.: Прогресс, 1992. — 573 с.
925. Швейцер (Schweitzer), Альберт // Лауреаты Нобелевской премии: Энциклопедия: Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1992.
926. Швырев В., Юдин Э. Г. Сциентизм // Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С. 667-668.
927. Шерман С. Транссексуалы и операция по изменению пола // http://gazeta.lenta.ru/dossier/04-08-1999_trans.htm
928. Шилинис Ю. А. Солидарная патология // БМЭ. – изд. 3-е. – Т.23. – М.: Советская

- 929. Шор Г.В. О смерти человека (Введение в танатологию). – Л.: Кубуч, 1925. – 272 с.
- 930. Шпаковский Г.В. Движителями физико-химической биологии первой трети XXI века по-прежнему будут беспримерная сложность биологических систем и удивительное разнообразие живых организмов // Биоорганическая химия. – 2000. – Т. 26, №10. – С. 786-788.
- 931. Штерн Р.Д. К истории учения о старении и смерти человека //Арх. патол. – 1984. –Т.46, Вып. 6. – С.82-86.
- 932. Шульга Е. Н. Генезис идеи коэволюции // Биофилософия. – М.:ИФРАН, 1997. – С. 69-84.
- 933. Шульц П. Философская антропология. Введение для изучающих психологию. – Новосибирск: НГУ, 1996. – 58 с.
- 934. Эльштейн Н.В. Этика медицинская // БМЭ. – 3-е изд. – Т.28. – М.: Медицина. – 1986. – С. 368-371.
- 935. Энгельс Ф. Диалектика природы. – Сочинения. – 2-е изд. – Т.20. – С. 339.
- 936. Эрлик С.Н. Биофилософия и человекознание // Биофилософия. – М.: ИФРАН, 1997. – С.146-165.
- 937. Эфроимсон В.П. Введение в медицинскую генетику. – М.: гос. изд-во медицинской литературы, 1964. – 489 с.
- 938. Юдин Б.Г. Этика // БМЭ. – 3-е изд. – Т.28. – М.: Медицина, 1986. – С. 366-367.
- 939. Юдин Б.Г. Предисловие // Биоэтика: принципы, правила, проблемы / пред.и сост. Б.Г. Юдин. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – 472 с.
- 940. Яровинский М. Я. Благоговение перед жизнью // Медицинский вестник. – 2002. – №3. – С.

ცნობები წიგნის ავტორის შესახებ

არქიმანდრიტი ადამი (ერისკაცობაში - ვახტანგ მიხეილის ძე ახალაძე) საქართველოს საპატრიარქოს ჯანდაცვის დეპარტამენტის თავმჯდომარეა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი.

დაიბადა 1962 წლის 1 მარტს. 1978 წელს დაამთავრა ქ. ბათუმის 23-ე სკოლა.

1984 წელს წარჩინების დიპლომით დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტი და სწავლა განაგრძო კლინიკურ ორდინატურაში მოსკოვში, ა. ნ. ბაკულევის სახელობის გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის ინსტიტუტში. 1990 წელს იქვე დაიცვა დისერტაცია მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად.

1991 წელს დაბრუნდა საქართველოში და მუშაობა განაგრძო აკად. კ. ერისთავის სახელობის ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ინსტიტუტის გულის ქირურგიის კლინიკაში.

1994-1999 წლებში მუშაობდა საქართველოს საპატრიარქოში ექიმად. იყო საპატრიარქოსთან არსებული საქველმოქმედო საბჭოს წევრი.

1999-2005 წლებში იყო ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ქირურგიის კათედრის ასისტენტი, დოცენტი, პროფესორი. 2003 წლიდან – თბილისის

სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს წევრი, ქართული სამედიცინო ენციკლოპედიის სამეცნიერო-საკონტროლო რედაქციის გამგე.

1994-2002 წლებში ხელმძღვანელობდა საპატრიარქოსთან არსებულ სატელევიზიო შემოქმედებით ჯგუფს. შექმნა 30-მდე საავტორო ტელეგადაცემა.

2001 წელს ჩამოაყალიბა არასამთავრობო ორგანიზაცია - ბიოეთიკური კვლევისა და კულტურის ცენტრი. ამ ცენტრმა საფუძველი ჩაუყარა მოწყალების დების სასწავლებელს, რომლის ბაზაზედაც 2006 წელს თბილისის სასულიერო აკადემიასთან დაარსდა წმინდა თამარ მეფის სახელობის მოწყალების დებისა და სოციალური მედიცინის ინსტიტუტი.

2006 წლის სექტემბერში უწმიდესისა და უნეტარესის სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის ილია მეორის ბრძანებით დაინიშნა სრულიად საქართველოს საპატრიარქოს ჯანდაცვის დეპარტამენტის თავმჯდომარედ და წმიდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამშობიარო სახლის გენერალურ დირექტორად.

არის ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოსა (CCM) და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს წევრი.

2006 წელს არჩეულ იქნა საქართველოს პრევენციული მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის ნამდვილ წევრად - აკადემიკოსად.

2009 წლის 3 ივნისს აირჩიეს საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის ნამდვილ წევრად - აკადემიკოსად.

2004 წლის 4 აპრილს აღიკვეცა ბერმონოვნად თბილისის თაბორის მთის ფერისცვალების მამათა მონასტერში. იმავე წლის 19 დეკემბერს ყოვლადწმიდა სამების სახელობის ლავრის საკათედრო ტაძარში უწმიდესისა და უნეტარესის სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის ილია მეორის მიერ ხელდასხმულ იქნა მღვდელმონოვნად.

2005 წლის 27 სექტემბერს ჯვართამაღლების დღესასწაულზე უწმიდესმა და უნეტარესმა ილია მეორემ აღიყვანა ილუმენის, ხოლო 2008 წლის 21 დეკემბერს - არქიმანდრიტის ხარისში.

2012 წლის 4 მარტს, მართლმადიდებლობის ზეიმზე, სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქმა, უწმიდესმა და უნეტარესმა ილია მეორემ დააჯილდოვა ორი განმშვენებული ჯვრის ტარების უფლებით.

2009 წლის 12 მარტს დაინიშნა საქართველოს საპატრიარქოს წმიდა თამარ მეფის სახელობის სასწავლო უნივერსიტეტის რექტორად.

2009 წლის 24 მაისს დაინიშნა თბილისის წმიდა იოანე ღვთისმეტყველის სახელობის ტაძრის წინამძღვრად.

ეწევა პედაგოგიურ მოღვაწეობას, არის სრული პროფესორი.

2012 წლის 23 მარტს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის აკადემიურმა საბჭომ მიანიჭა საპატიო დოქტორის წოდება.

არის 4 წიგნის, 60-ზე მეტი სამეცნიერო შრომისა და 70-ზე მეტი მხატვრული და პუბლიცისტური სტატიის ავტორი.

მამა ადამის მეცნიერული კვლევის სფეროებია: საბუნებისმეტყველო, სამედიცინო და ჰუმანიტარულ მეცნიერებათა თეორია, ფილოსოფია და ისტორია, რწმენისა და ცოდნის ურთიერთმიმართება, ბიოეთიკა, სოციალური ეთიკა, ანთროპოლოგია, სოციალური და პრევენციული მედიცინა, ჯანდაცვის მენეჯმენტი, მედიცინის სამართალი, სამედიცინო და სოციალური ფსიქოლოგია, სამედიცინო განათლების პედაგოგიკა.

About the Author

Archimandrite Adam (Vakhtang Akhaladze) is a head of the Health Care Department in the Georgian Patriarchate, MD, PhD, SciD, professor.

He was born in 1962, March 1, in Batumi.

In 1984 Father Adam graduated from the Tbilisi State Medical Institute with honors, and then he continued his studies in the Moscow Bakulev Institute of Cardiovascular Surgery as a resident trainee.

In 1990 Father Adam defended his thesis was awarded the degree of candidate of Medical Sciences, in Moscow.

In 1991, he returned to Georgia and began to work in the Eristavi Institute of Experimental and Clinical Surgery, at the Cardiac Surgery Clinics.

During the years of 1994-1999 he worked as a physician at the Patriarchate and was a member of Charity Board.

In 1999-2005 he was a professor at the faculty of Surgery in the Ivane Javakhishvili State University.

Since 2003 has been a member of dissertation board at the Tbilisi medical University and chief editor of Georgian Medical Encyclopedia.

From 1994 to 2002 Father Adam headed TV working team at Patriarchate and produced about 30 authorized programs.

In 2001 he created Non-Governmental Organization (NGO) – Bioethical Research and Cultural Centre that contributed to the Sisters of Mercy School foundation, on the base of which St. Tamar Institute of Sisters of Mercy and Social Medicine was founded in 2006, at Tbilisi Theological Academy.

In September, 2006 with the blessing of his Holiness and Beatitude Catholicos-Patriarch of all Georgia, Ilia II, Father Adam was appointed Head of the Health Care Department at Patriarchate and Director-general of St. Joachim and Ann's Maternity House.

He is a member of National Bioethics Board, Country Coordinating Council (CCM) and National Council for Reproductive Health.

In 2006 Father Adam was nominated a full member of Academy of Sciences in Preventive Medicine.

On June 3, 2009 he was nominated a full member of Arts and Humanities Academy of Sciences.

On April 4, 2004 Father Adam took the monastic's vows in Transfiguration Monastery, on Tbilisi Mountain Tabore.

The same year, on December 19, under prayers and blessing of his Holiness and Beatitude Catholicos-Patriarch of All Georgia, Ilia II, he was consecrated to Priesthood in the Church of Holy Trinity.

In 2005 (September 27), on Cross Ascension Celebrated his Holiness and Beatitude Catholicos-Patriarch of All Georgia, Ilia II, raised Father Adam to the rank of Hegumen and in 2008 (December 21) to the rank of Archimandrite.

In 2012 (March 4) he was awarded the right to wear two crosses with decorations.

In 2009 (March 12), he was appointed Rector of St. Tamar University of Medicine of Georgian Patriarchate.

In 2009 (May 24) Father Adam was appointed Dean of St. John Divine Church.

He is the author of more than 60 scientific book, about 70 science popularizing and literary articles. He does teaching as full professor at the Tbilisi State Medical and Patriarchate's St. Tamar King Universities.

In 2012 (March 23) Tbilisi State Medical University has conferred the title of Doctor Honoris Causa to Father Adam.

His research embraces a wide range of subjects such as: Theory, Philosophy and History of Science and Medicine, Bioethics, Social Ethics, belief and knowledge interrelationship, Social and Preventive Medicine, Anthropology, Healthcare management, Medical and Social Psychology, Medical Education Pedagogy.

Об авторе

Архимандрит Адам (в миру – Ахаладзе Вахтанг Михайлович) – председатель департамента здравоохранения Грузинской Патриархии, доктор медицинских наук, профессор.

Родился 1 марта 1962 года. В 1978 году окончил школу в г. Батуми.

В 1984 году с отличием окончил Тбилисский Государственный Медицинский Институт и продолжил учебу в клинической ординатуре в Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева в Москве, где защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

В 1991 г. возвращается в Грузию и продолжает работу в кардиохирургической клинике Института экспериментальной и клинической хирургии им. акад. К. Эристави.

В 1994-99 гг. параллельно работал врачом в Грузинской Патриархии. Был членом Благотворительного Совета при Патриархии.

С 1999 г. - ассистент, доцент, профессор кафедры хирургии Тбилисского Государственного Университета. С 2003 г. – заведующий научно-контрольной редакцией грузинской медицинской энциклопедии и член диссертационного совета Тбилисского Государственного Медицинского Университета.

В 1994-2001 гг. руководил творческой телевизионной группой при Патриархии. Создал около 30 авторских телепередач.

В 2001 г. основал неправительственную организацию – Центр биоэтических исследований и культуры. Этот центр в 2004 г. явился учредителем училища сестер милосердия, на базе которого в 2006 г. был открыт Институт сестер милосердия и социальной медицины им. св. Царицы Тамар.

С сентября 2006 г. назначен председателем департамента здравоохранения и генеральным директором родильного дома им. свв. Иоакима и Анны Грузинской Патриархии.

Является членом Национального Совета по Биоэтике, Координационного Совета Страны (ССМ) и Национального Совета по репродуктивному здоровью.

4 апреля 2004 года в Преображенском мужском монастыре на горе Фавор г. Тбилиси был пострижен в монахи. В том же году рукоположен в иеромонахи.

27 сентября 2005 года Католикосом-Патриархом Всея Грузии Святейшим и Блаженнейшим Ильей II возведен в сан игумена, а 21 декабря 2008 года – в сан архимандрита.

4 марта 2012 г. награжден правом ношения двух крестов с украшениями.

В 2006 году избран настоящим членом – академиком Академии Профилактической Медицины Грузии.

3 июня 2009 избран настоящим членом – академиком Академии Гуманитарных наук и Изящных искусств Грузии.

12 марта 2009 года назначен ректором Университета им. св. Царицы Тамар Грузинской Патриархии.

Занимается педагогической деятельностью - является полным профессором.

23 марта 2012 г. Академический Совет Тбилисского Государственного Медицинского Университета присвоил звание Почетного Доктора.

Является автором 4-х книг, более 60 научных трудов и более 70 художественных и публицистических статей.

Сферами научных исследований отца Адама являются: теория, философия и история естественных, медицинских и гуманитарных наук, биоэтика, социальная этика, антропология, взаимоотношения между верой и знанием, социальная и превентивная медицина, организация здравоохранения, медицинское право, медицинская и социальная психология, педагогика медицинского образования.

არქიმანდრიტი ადამი
(ვახტანგ ახალაძე)

ბიოეთიკა: გენეზისი, არსი, მერმისი



საქართველოს საპატრიარქოს
წმიდა თამარ მეფის სახელობის
სასწავლო უნივერსიტეტი



კონრად ადენაუერის
სახელობის ფონდი

რედაქტორ–კორექტორი
ინგლისურ ენაზე მთარგმნელები
დამკაზადონებლები

მანანა ტუსკია
ნინო სანიკიძე
ცისანა–მარიამ ბოცვაძე
ცოტნე–გიორგი ომიძე
ირაკლი ოქიტაშვილი

მადლობა საქართველოს ილია ჭავჭავაძის სახელობის
საერთაშორისო კავშირს “საზოგადოება ცოდნას”

დაიბეჭდა “სტამბის სახელი”

ISBN 978-9941-411-56-4

UDC (შპ) 614.253

www.king-tamar.net

www.kas.de/suedkaukasus

ყველა საავტორო უფლება დაცულია

© არქიმანდრიტი ადამი (ვახტანგ ახალაძე)



პირველი ავტორიზირებული უნივერსიტეტი საქართველოში

“წარსულისა და მომავლის ერთგულება აწმყოში”

ბაკალავრიატი

1. ფარმაცია და ტრადიციული მედიცინა
2. პრევენციული და სოციალური მედიცინისა და
ჯანდაცვის მენეჯმენტი
3. ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია
4. სოციალურ მეცნიერებათა (ფსიქოლოგია)
5. საექთნო საქმე

მაგისტრატურა

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფსიქორეაბილიტაცია და
ფსიქოთერაპია (კლინიკური ფსიქოლოგია)
2. თურქოლოგია
3. ფარმაციის მენეჯმენტი
4. ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია
(რეაბილიტაციის მრჩეველი)
5. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა
ჯანდაცვის პოლიტიკა, ბიოეთიკა

ტელ.: (+995 32) 210 23 14

(+995 32) 210 23 15

ელ. ფოსტა: info@king-tamar.net

ვებ-გვერდი: www.king-tamar.net