



ƏDİLƏ
NAMAZOVA

QOŞQAR
ƏLİYEV

Təbabət etikası



5 | Nilai A

Tetabst dikasi

Baki 2004

23	10	2007	2007
10	10	2007	2007
16	10	2007	2007

2004-

ƏDİLƏ NAMAZOVA
akademik

QOŞQAR ƏLİYEV
fəlsəfə elmləri doktoru, professor

TƏBABƏT ETİKASI

DƏRS VƏSAİTİ



«TƏHSİL» NƏŞRİYYATI
BAKİ—2004

28 Аз я 72
N 20

Elmi redaktor:

M.Ə.Salmanov

Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının müxbir üzvü

Rəyçilər:

M.Ə.Tağıyev, *fəlsəfə elmləri doktoru, professor*

M.Ə.Paşayev, *fəlsəfə elmləri namizədi, dosent*

S.M.Məmmədzadə, *fəlsəfə elmləri namizədi*

N 20 Ədilə Namazova, Qoşqar Əliyev. Təbabət etikası. Bakı,
«Təhsil», 2004, 240 səh.

Akademik Ədilə Əvəz qızı Namazova və fəlsəfə elmləri doktoru, professor Qoşqar Cəlal oğlu Əliyev ATU-da uzun illər oxuduqları mühazirələr və elmin son nailiyyətləri əsasında hazırladıqları «Təbabət etikası» dərs vəsaiti dəyərli bilgi mənbəyidir. «Təbabət etikası» fənninin predmetini, vəzifələrini və əsas problemlərini əhatə edən bu dərs vəsaiti Tibb Universitetinin tələbələri, aspirantlar, ordinatorlar, əczaçılar, elmi işçilər, səhiyyə sistemində çalışan həkim və digər mütəxəssislər geniş oxucular üçün faydalı ola bilər.

N 4101000000 2004
053

28 Аз я 72

© «Təhsil», 2004

**«Həkim üçün ... ən əsas
keyfiyyət yüksək mənəviyyətdir».**

Heydər ƏLİYEV
Azərbaycan xalqının
ümummilli lideri

ÖN SÖZ

Təqdim edilən dərs vəsaiti yeni elm sahələrindən olan təbabət etikasının əsaslarının öyrənilməsinə həsr olunmuşdur. Burada şərh edilən mövzuların xeyli hissəsi ənənəvi xarakter daşıyır və tarixin dərinliklərinə gedib çıxır. Bununla yanaşı onlar müasir dövr üçün son dərəcə aktualdır və mühüm əhəmiyyətə malikdir. Məsələn bundadır ki, XX əsrin 70-ci illərindən başlayaraq tibbi və bioloji elmlərdə əldə edilən misilsiz nailiyyətlər **«təbabət etikasası»**, **«həkimlik etikasası»** haqqında ənənəvi təsəvvürləri müasir dövrün reallıqlarını nəzərə almaqla yenidən mənalandıрмаğı tələb edir. Təsadüfi deyildir ki, təbabət etikasının xüsusi elm sahəsi kimi formalaşması da bu dövrün məhsuludur. O vaxtdan etibarən həmin elm sürətli inkişaf yolu keçmiş və bu gün də durmadan genişlənməkdədir. Ənənəvi etika və peşə etikasının əsaslarını əxz edən bu elm təbabətin yeni-yeni sahələrinin, mütləq tibbi texnologiyaların törətdiyi əxlaqi-etik problemlərin həlli yollarını göstərir. Son dövrlərdə tibbi klinik praktikada, gen mühəndisliyində, biotexnologiyada, bədən müxtəlif üzvlərinin transplantasiyası sahəsində qazanılmış böyük uğurlar, onlara təkəcə insanın sağlamlığı nöqteyi-nəzərindən deyil, həm də mənəvi etik baxımdan yanaşmağı zəruri edir.

Bu münasibətlə akademik **Zərifə xanım Əliyevanın** aşağıdakı fikri çox səciyyəvidir. O, özünün «Yüksək əqidə» adlı əsərində yazırdı: «Lakin müalicə və diaqnostikanın texniki təminatı

nə qədər mükəmməlləşsə də, həmişə olduğu kimi insan sağlamlığı keşiyində duran canlı həkim əsas yeri tutur. Təbabət gündən-günə inkişaf edir, o dəyişməyə, yeniləşməyə bilməz, yeganə dəyişməyən həkimin qarşısında duran yüksək mənəvi-etik, peşəkarlıq tələbləridir». (Z.Əliyeva. Yüksək əqidə. B. 2003. səh.8).

Yuxarıda qeyd olunan mülahizələrdən çıxış edərək, biz oxucunu yeni elm kimi geniş öyrənilən təbabət etikasının əsasları ilə tanış etmək məqsədini qarşıya qoymuşuq.

Göstərməlidir ki, təbabət etikasında nəzərdə keçirilən problemlərin bilavasitə mənbəyini XX əsrin sonlarından başlayaraq inkişaf etməkdə olan biotibbi elmlərin və texnologiyaların irəli sürdüyü texniki, humanist və əxlaqi dəyərlər təşkil edir. Ola bilsin ki, bu fikirdə müəyyən mübahisəli məqamlar var. Məsələ burasındadır ki, insanın iztirablarını yüngülləşdirmək, onun həyatının keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq və ömrünü uzatmaq naminə – yalnız bu xeyirxah ideal xatirinə atılan addımların və mülahizələrin özü bir sıra ciddi problemlər mənbəyinə çevrilir. Axı yaxın tariximiz bəşəriyyətə yeni biliklərin və onların yaratdığı hərəkət vasitələrinin insanları yeni-yeni çətinliklər və qayğılar orbitinə cəlb etməsi barədə külli sayda nümunələr vermiş və verməkdədir.

Buna görə də həmin problemlər müasir cəmiyyətdə çoxlu müzakirələr və mübahisələr doğurur. Onların həllində insanlar çox vaxt təkcə rəşional arqumentləri deyil, həm də ənənələrin, dəyər yönümlərinin və emosiyaların diktə etdiyi prinsipləri rəhbər tuturlar. Odur ki, dərs vəsaitində həmin problemlərin müxtəlif çalarlarını açıb göstərmək, imkan dairəsində təhlil etmək və onların həlli üçün müxtəlif mümkün yanaşmaları axtarmaq mərkəzi yer tutur. Bu baxımdan nəzərdən keçirilən problemlərin həllinin birmənalı olmadığı fikri vurğulanır. Həm də qeyd olunur ki, həmin qəbildən olan problemlərin həlli yalnız həkimlik ixtisası sahəsi ilə məşğul olan mütəxəssislərin deyil, habelə, hər bir insanın və vətəndaşın öhdəsinə düşür. Çünki təbabətin uğurları kimi, onun doğurduğu problemlər də cəmiyyətin bütün üzvlərinin həyatı və taleyi ilə bilavasitə bağlıdır. Hə

bir sənət kimi həkimliyin də özünün xüsusi mənəviyyətə malik olması birmənalı qəbul olunmalıdır.

Təbabət etikasını müstəqil tədqiqat sahəsi, ictimai diskussiyalar və əxlaqi qərarlar müstəvisi olaraq ölkəmizdə özünün ilk addımlarını atır. Respublikada bu elm üzrə demək olar ki, monoqrafik əsər nəşr olunmamışdır. Doğrudur, prof.Q.C.Əliyev özünün «**Təbabət fəlsəfəsi**» kitabında (B.2000) həmin sahə ilə bağlı müəyyən qisim problemlərə toxunmuşdur. Lakin bu gün təbabət etikasına artan marağı nəzərə alaraq, onun problemlərini araşdıran xüsusi tədqiqatlar aparmağı məqsəduyğun hesab edirik. Təqdim olunan əsər bu istiqamətdə atılan ilk addımlardandır. Burada biotibbi və təbabət etikasını problemləri müasir elmi - nəzəri və metodoloji səviyyədə təhlil olunur.

Kitabın strukturu problemlərin mahiyyəti və tədqiqatın məntiqi ilə müəyyən edilir.

İlk növbədə etikanın predmeti, tarixi, görkəmli filosofların və düha sahiblərinin təbabət və onunla bağlı əxlaqi görüşlərinin şərhə verilir. Təbabət etikasının müasir dövrdə xüsusi aktualıq kəsb edən mövzularını təhlil edərkən müəllif bu elmin çağdaş mədəniyyət sistemində rolunu açmağa cəhd göstərmişdir. Başlıca diqqət isə müasir elmi-texniki tərəqqinin, xüsusən də tibb və biologiya elmlərində qazanılmış böyük nailiyyətlərin cəmiyyət tərəfindən birmənalı qarşılanmayan və mübahisə doğuran problemlərinin şərhinə yönəldilmişdir. Həmin yeniliklərin müasir cəmiyyətdə törətdiyi əxlaqi dilemmaların, insan həyatının ən dramatik məqamlarına təsirinin analitik təhlilinə geniş yer verilmişdir. Qeyd olunmalıdır ki, təbabət etikasını elm sahəsi kimi yeni olsa da, onun meydana gəlməsi, təşəkkül tapması və müasir biçimə düşməsi dərin tarixi köklərə malikdir. Odur ki, kitabda bu elmin formalaşması ilə bağlı hüquqi və etik problemlərlə yanaşı müasir dövrdə insan üzərində aparılan tibbi eksperimentlərin əxlaqi mahiyyəti açıqlanır. Bununla əlaqədar hazırda klon əldə etməyin mövcud olan və hələlik mümkün olmayan məqamları nəzərdən keçirilir, süni yolla insanların dəqiq surətini əldə etmək kimi ən müasir problemin perspektivləri mənəvi – etik baxımdan səciyyələndirilir.

Belə bir məqamı da qeyd etmək istərdik: müəlliflər bu əsəri hazırlamağa başlayarkən «İnsan» («Человек») jurnalında çıxan materiallarla yanaşı, «Bioetikanın problemləri», «Биомедицинская этика», «Медицинская этика» adlı kitablardan və postsovet məkanında fəaliyyət göstərən digər mütəxəssislərin tədqiqatlarından bəhrələnmişdir.

Ayrı-ayrı fəsillərdə və bölmələrdə təbabət etikasının əsas prinsipləri həkim, tibb işçiləri və xəstə arasındakı münasibətlərin etik normaları, hamiləliyin pozulmasının etik səpgisi təhlil edilir, yeni reproduktiv texnologiyaların tətbiqində, transplantologiyada, tibbi genetikada və sair sahələrdə mənəvi-əxlaqi tələblərin mahiyyəti şərh olunur. Bütün bu qeyd olunan məsələlər müstəqillik şəraitində ölkəmizin səhiyyə sistemində həyata keçirilməkdə olan əsaslı islahatlar prizmasından işıqlandırılır.

Bütövlükdə, «Təbabət etikasısı» fənninin predmetini, vəzifələrini və əsas problemlərini əhatə edən bu dərs vəsaiti Tibb Universitetinin tələbələri, aspirant və ordinatorları, eləcə də digər tibb işçiləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

MÜƏLLİFLƏRDƏN

I FƏSİL

ƏXLAQIN MAHİYYƏTİ, FUNKSIYALARI VƏ NORMALARI

§ 1. ƏXLAQIN MAHİYYƏTİ VƏ STRUKTURU

Etika əxlaq nəzəriyyəsi olmaq etibarilə çox mürəkkəb daxili məzmunu malikdir. Burada ümumnəzəri fəlsəfi səviyyə ilə yanaşı peşə etikasısı məsələlərinin öyrənilməsi də xüsusi rol oynayır.

Sonuncu səpgi müasir elmi-texniki və sosial inkişaf şəraitində daima diqqəti cəlb edir və böyük əhəmiyyət kəsb edir. Peşə əxlaqı, peşə etikasısı nə deməkdir? Bu suala cavab verərkən öncə göstərməlidir ki, hər bir cəmiyyətdə insanlar müxtəlif əmək fəaliyyəti növləri ilə məşğul olurlar. Bu prosesdə onlar arasında çoxsaylı əmək münasibətləri yaranır. Beləliklə, cəmiyyətdə peşə bölgüsü formalaşır. Hər bir peşə fəaliyyəti növü özünəməxsus xarakter kəsb etdiyindən, burada çalışan işçilər arasındakı mənəvi-əxlaqi münasibətlər də digər sahələrdə olduğundan fərqlənir. Əlbəttə, əsas əxlaqi normalar və tələblər (mənavi borc, şərəf, doğruchulluq və sair) bütün peşələr üçün ümumi xarakter daşıyır. Bununla yanaşı müvafiq konkret peşə fəaliyyətində qərarlaşan real münasibətlərə uyğun olaraq həmin əxlaq normaları spesifik şəkildə çıxış edir. Bu baxımdan müəllimin mənavi borcu ilə həkimlik sənətinin və digər peşələrdə çalışanların mənavi borcu arasında müəyyən fərqlər vardır. Məsələn, müəllimin borcu gənc nəsə elmi biliklər vermək və dünyagörüşü formalaşdırmaqdır. Tibb işçilərinin mənavi borcu isə öz məzmununa görə daha dərin mənə kəsb edir. Çünki burada söhbət insan üçün ən müqəddəs nemət olan insan

orqanizminin sağlamlığının qorunmasından və bərpa edilməsindən gedir.

Peşə etikasını ilə bağlı məsələləri aydın təsəvvür etmək üçün hər şeydən əvvəl, əxlaqın mahiyyətinə bələd olmaq tələb olunur.

Əxlaq mürəkkəb sosial fenomen olmaqla cəmiyyətin həyatını, insanlar arasındakı münasibətləri tənzim etməyin spesifik üsuludur. O, insanların davranış və hərəkətlərini ictimai rəyin nüfuzu və qismən də könüllülük əsasında idarə edir. Məhz bu keyfiyyətinə görə əxlaqi tənzimləmə hüquqi tənzimlənmədən fərqlənir. Məlum olduğu kimi, hüquq ictimai münasibətləri dövlətin və insanların mənafe və iradəsini məcburi və zorakı vasitələrlə (müxtəlif cəza tədbirləri, hüquqi sanksiya və sair) tənzim edir.

Qeyd olunmalıdır ki, ictimai rəyin nüfuzuna arxalanması əxlaqi tənzimlənmənin təsir dairəsini və gücünü azaltmır. Əslində bu forma mənəvi cəhətdən daha tutarlı məzmunla malikdir və çox vaxt müxtəlif hüquqi tənzimləmə vasitələrinə nisbətən daha yüksək səmərə verir. Səbəbi də odur ki, əxlaqi tənzimləmə insanın spesifik şüurlu varlıq kimi səciyyələnən sosial mahiyyəti ilə daha sıx bağlıdır. Başqa sözlə deyilsə, əxlaq məşhur «**yaxşı nədir, pis nədir**» aforizmini insanlara özünə-məxsus humanist üsullarla təlqin edir. Əxlaqın cəmiyyət həyatında və ictimai tərəqqidə oynadığı mühüm rol hər şeydən əvvəl bununla izah edilməlidir. O, insanlar arasında normal birgəyaşayış formalarını, normalarını və qaydalarını irəli sürərək adət və ənənələrin gücünü də özündə əhatə edir, bu isə onun təsir dairəsini daha da genişləndirir.

Əxlaq olduqca mürəkkəb struktura malikdir. Bəzən əxlaq sadəcə ictimai şüur forması kimi göstərilir. Bu dəqiq deyildir, çünki sosial həyatda varlıq ilə şüur bir-birindən ayrılıqda deyil, sıx vəhdətdə çıxış edir. Cəmiyyətdə şüur ilə fəaliyyət bütöv bir tamı təşkil etdiyi üçün əxlaqa da şüurlu insan fəaliyyətinin ayrılmaz səpkisi, tərəfi kimi yanaşılmalıdır. Belə olduqda əxlaqın mürəkkəb strukturu aşkara çıxır. Onun məzmununda insanın

əməli davranışı, xisləti, əxlaqi münasibətləri, davranış motivi və sair tərəflər sıx qarşılıqlı təsirdə mövcuddur.

Davranışın əxlaqi, mənəvi tərəfə malik olmasını göstərərək qeyd olunmalıdır ki, o, tam müstəqil fəaliyyət növü demək deyildir. Söhbət ümumi fəaliyyətin subyekt modifikasiyası baxımından dəyərləndirilməsindən, onun nəticələrinin ictimai mövqedən qiymətləndirilməsindən gedir. Başqa sözlə deyilsə, əxlaqi münasibətlər insanların fəaliyyətinin bütün sahələrini əhatə edən spesifik səpki kimi özünü göstərir. Odur ki, cəmiyyətdəki bütün münasibətlər və fəaliyyət növlərində müəyyən əxlaqi məzmun vardır. Deyilənlərdən aydın olur ki, əxlaqın strukturunun kökləri mövcud cəmiyyətin real mənəvi münasibətlərindədir.

Bununla yanaşı, əxlaq həm də mühüm ictimai şüur formasıdır. O, gerçəklikdəki predmetləri əks etdirmə üsulu və özünün inkişaf qanunları baxımından digər şüur formalarından fərqlənir. Bununla yanaşı ictimai şüura xas olan əsas keyfiyyətlər (obyektiv gerçəkliyin müəyyən tərəfi haqqında informasiya verməsi, həqiqiliyi, yalanlılığı və sair) ona da xasdır.

Bütövlükdə, ictimai şüurun strukturunda ifadə olunan ünsürlər həm də əxlaqi şüurda təzahür edir. Məsələn, əxlaqi şüurda subyektin kimliyindən asılı olaraq aşağıdakı şəxsiyyət göstəricilərini ayırd etmək olar: bu və ya digər davranışın motivləri ilə bağlı fərdi hisslər (həya hissi, vicdan hissi, özünü qiymətləndirmək qabiliyyəti və s.). Burada həm də öz məzmununun dərinliyi ilə səciyyələnən ictimai tərəf (əxlaqi normalar, prinsiplər və ideallar) də vardır. Əxlaqi şüurun strukturunda psixoloji tərəf aşağıdakıları əhatə edir: əxlaqi təsəvvürlər, anlayışlar, əxlaqi inam, emosional və iradi ünsürlər. Əgər əxlaqi şüurun strukturu insanın öz davranışını və hərəkətini nə dərəcədə başa düşməsindən asılı olaraq təsnif edilsə, onda aşağıdakı struktur bölgələrini aşkar etmək mümkündür: davranış və fəaliyyətin şüuraltı və qeyri-şüuri sövqediciləri, adi əxlaqi şüur və ən yüksək forma – əxlaqi əqidə və ya ideologiya.

§ 2. ƏXLAQIN FUNKSİYALARI VƏ NORMALARI

Əxlaqın mövcud cəmiyyətdə oynadığı rol onun yerinə yetirdiyi funksiyalarda təzahür edir. Onlar öz təsirini əxlaqi normalar, prinsiplər və kodekslər vasitəsilə göstərir. Əxlaqın funksiyaları həm də insanların davranışını dəyərlər mövqeyindən qiymətləndirir, cəmiyyətin dəyərlər haqqındakı təsəvvürlərini ifadə edir, əxlaqi ideal ilə bağlı məsələlərə toxunur. Əxlaqın funksiyalarında digər bir ümumi cəhət budur ki, onlar insanlara mövcud normaları, dəyərləri və qanunauyğunluqları adekvat və həqiqi dərk etməkdə köməklik göstərir. Nəhayət, əxlaq mühüm tərbiyəvi funksiya yerinə yetirir. Bu o deməkdir ki, əxlaqi bilik və təsəvvürlərə yiyələnmə prosesində şəxsiyyət əxlaqi təcübəni mənimsəyir, özündə müsbət əxlaqi hisslər, əqidə və ideal formalaşdırır.

Etik-fəlsəfi ədəbiyyatda əxlaqın aşağıdakı beş funksiyası göstərilir: humanistləşdirici, tənzimləyici, dəyərləndirici, səmtləşdirici, idraki və tərbiyəvi.

Birinci funksiya o deməkdir ki, əxlaq insanın humanist məhiyyətini açır. Onu yaşadığı gündəlik həyatın nöqsan və məhdudluqlarından azad edərək əsl insan olmağa çağırır. Əxlaq öyrədir ki, hər bir insan həqiqi humanist həyat tərzini keçirməyə layiqdir. Bu mənada o, heç bir vətəndaşı insanlıqdan kənara atmır. Müəyyən cismani xətalara malik olan əlilləri və başqa qüsurları olan şəxsləri də əsl humanizmə, xeyirxahlığa çağırır. Beləliklə, əxlaq ayrı-ayrı seçilmiş təbəqələri və insanları deyil, hər bir adamı, bütövlükdə bəşəriyyəti humanizmə dəvət edir. Bu baxımdan yanaşdıqda insanın cəmiyyətdəki konkret vəziyyəti, peşəsi və yerinə yetirdiyi rol (kişi və ya qadın olması, uşaq və ya yaşlı olması, vəzifə sahibi və adi vətəndaş, satıcı və ya alıcı olması və sair) əxlaq üçün elə bir əhəmiyyət kəsb etmir. İnsanlar arasında bu göstərilən və qeyd olunmayan digər fərqlər heç kimi ümumi insani prinsip - mənəvi-əxlaqi borcu yerinə yetirməkdən, xeyirxah olmaqdan azad etmir.

Beləliklə, əxlaqın humanist rolu bunda təzahür edir ki, o, insanı bütöv bir tam kimi, həqiqi sosial məhiyyətə malik ümumbəşər övladı kimi götürür.

Əxlaqın tənzimləyici funksiyası da çox mühüm yer tutur. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi əxlaq ayrılıqda götürülmüş hər bir insanın və bütövlükdə, cəmiyyətin davranış və rəftarını tənzim edir. Əvvəlki səhifələrdə əxlaqi tənzimləmənin xüsusiyyətləri və özünəməxsusluğu haqqında söhbət açıldığından, burada onları bir də təkrarlamağa ehtiyac duymuruq. Lakin onu qeyd edək ki, əxlaqi tənzimləmə məhiyyətə tamamilə fərqlidir. Belə ki, burada ayrıca bir fərd və yaxud insanlar qrupu digərləri üzərində nəzarət funksiyası həyata keçirmir. Söhbət hər bir insanın, hər bir vətəndaşın öz daxili tənzimləyici mövqeyindən gedir. Yəni əxlaqi tənzimləmədə şəxsiyyətin özünün malik olduğu əxlaqi sərvətlərə və dəyərlərə müvafiq olaraq mövcud sosial mühitdə və konkret situasiyada davranışı əsas götürülür. Başqa sözlə desək, bu şəxsiyyətin öz-özünü tənzim etməsi deməkdir. Burada kənar, xarici qüvvələrin təsiri çox azdır və demək olar ki, heç yoxdur. Əxlaqi tənzimləmənin mexanizmi belədir ki, insan bir növ həm öz hərəkət və davranışına müəyyən tələblər irəli sürür və həm də onları yerinə yetirir. Əxlaq insana müstəqil davranış xətti seçmək (heç bir nüfuza və hətta, bəzən qanuna da məhəl qoymadan) imkanı verir. Buna görə də əxlaq insanın bəzən düşdüyü böhranlı vəziyyətlərdə onun yeganə mənəvi dayağı rolunu oynayır. Təsədüfi deyildir ki, insanların əksəriyyəti ölüm alternativini qarşıya çıxdıqda belə öz canlarını qorumaqdansa, ləyaqətini xilas etməyi üstün tuturlar.

Əxlaqın yerinə yetirdiyi **dəyərləndirici-səmtləşdirici** funksiya da çox vacibdir. Onun məhiyyəti bundadır ki, insan bu və ya digər davranışı seçərkən malik olduğu əxlaqi dəyərlərə arxalanır. Məhz bu dəyərlər onun konkret hərəkəti üçün yol göstərən mayak rolunu oynayır. Buradan aydındır ki, əxlaq insanı onun üçün həyati əhəmiyyət kəsb edən oriyentirlər ilə təmin edir. Onların sırasında həyatın mənası, insanlıq amalı, bəşəriyyətin taleyini düşünmək, insanpərvərlik və sair əsas yer tutur. Doğrudur, adi gündəlik həyatda biz heç də həmişə həmin

dəyərlər barədə fikirləşmirik. Lakin həyatı əhəmiyyət kəsb edən dönüş məqamlarında, ağır böhranlı vəziyyətlərdə biz daimi olaraq, yenidən və bir daha onlara müraciət edirik. Belə bir suala cavab verməyə çalışırıq ki, «mən nə üçün yaşayıram?».

Deyilənlər sübut edir ki, əxlaqın mühüm bir vəzifəsi gündəlik həyatda o qədər də ciddi əhəmiyyət vermədiyimiz məsələləri yüksək səviyyədə mənalandırmaq, onları cari baxımdan deyil, ideal perspektivlər mövqeyindən dəyərləndirməkdir. Əxlaqın növbəti funksiyası **idraki funksiya** adlanır. Bu o deməkdir ki, əxlaqi şüur öz normaları, dəyərləri və prinsipləri vasitəsilə gerçəklikdəki hadisə və proseslərin adekvat, həqiqi mənalandırılmasına kömək edir. Həmin vasitə ilə insanlarda yeni bilik və təsəvvürlərin yaranmasına yol açır. Əlbəttə, dünyanın obyektiv elmi təhlilini vermək əxlaqın vəzifəsi deyildir, bu işi ayrı-ayrı elmlər görür. Lakin əxlaq dünyaya özünün əsas anlayışları olan xeyir və şər, mənəvi borc, məsuliyyət prizmasından yanaşır. Həmin mövqedən çıxış etməklə insanlara sosial proseslərin mahiyyətini başa salmağa çalışır. Qeyd edək ki, bu istiqamətdə qazanılan biliklər insanın həyat fəaliyyətində çox mühüm rol oynayır. Əxlaqi şüur ətrafda cərəyan edən proseslərə əsl insanilik ölçülərindən yanaşdığına görə onları məhz, həmin meyardan çıxış edərək dəyərləndirir və qiymətləndirir. Beləliklə də insanlara müəyyən konkret hərəkət və əməl üstündə müvafiq məsuliyyət hissi daşımağı aşılayır. Doğrudur, bəzən əxlaqi biliklər və təsəvvürlər obyektiv olmur, çünki hər bir adam ətrafda baş verənləri öz subyektiv mənəvi – əxlaqi inkişaf səviyyəsindən çıxış etməklə mənalandırır. Lakin bu fakt əxlaqi bilik və təsəvvürlərin ümumi idraki inkişaf üçün böyük əhəmiyyətini azaltmır.

Nəhayət, əxlaqın yerinə yetirdiyi funksiyalardan danışarkən onun mühüm tərbiyəvi rolunu qeyd etməmək olmaz. Məsələ burasındadır ki, əxlaq tərbiyəsi insanda yüksək əxlaqi keyfiyyətlər aşılamaq, bütün dövrlərdə (əlbəttə, eyni səviyyədə yox) tərbiyə prosesinin əsasında duran məsələlərdəndir. Bu təsadüfi olmayıb, tamamilə təbiidir. Çünki məhz əxlaq insana insanlığa nail olmağın yollarını, sözün həqiqi mənasında necə

insan olmağın vasitələrini öyrədir. Özü də əxlaq müəyyən davranış normaları və qaydalarının məcmusunu əzbərləməklə məşğul olmur. Onun əsas məqsədi insanda yüksək əxlaqi normalar və təsəvvürlər əsasında fəaliyyət göstərmək qabiliyyəti tərbiyə etməkdir. Beləliklə də əxlaq insanın özünüinkışafının, özünü təkmilləşdirməsinin qüdrətli amili rolunu oynayır.

Göstərməlidir ki, əxlaqın yuxarıda qeyd olunan funksiyaları bir-birindən ayrılıqda deyil, sıx əlaqədə fəaliyyət göstərir. Yəni, əxlaq eyni zamanda insanları həm humanistləşdirir, onun davranış və hərəkətlərini tənzim edir, ona **dəyərləndirici – səmtləşdirici** yol göstərir, sosial həyat, burada insanın yeri və mahiyyəti haqqında gərəqli biliklər verir, həm də onda yüksək mənəvi prinsiplər və keyfiyyətlər tərbiyə edir.

Əxlaqın strukturunda normalar da çox mühüm əhəmiyyətə malikdir.

Əslində əxlaqi normalar onun tənzimləyici təsirinin gücünü ifadə edir. Ən adi əxlaq normaları bunlardır: **«öldürmə!», «oğurluq etmə!», «xeyirxah ol!»**. Onlar insanların əsrlər boyu təkrar olunan təcrübə və müşahidələrindən toplanılmış təsəvvürlərin cövhərini təşkil edir. Əxlaq normaları insanlara konkret hallarda necə hərəkət etməyi, başqaları ilə münasibətdə hansı qaydaları əldə rəhbər tutmağı öyrədir. Biz onları yerinə yetirməyin vacibliyini hələ uşaqlıq dövründən başlayaraq tədricən anlayırıq. Əxlaq normalarını mənimsəməklə insan özündə yeni mənəvi keyfiyyətlər (ağıllı olmaq, doğruluq, halallıq, xeyirxahlıq, əzəmətlilik, səxavət göstərmək və s.) aşılayır. Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, hələ qədim yunan müdrikləri bu keyfiyyətləri insanın mənəvi yetkinliyinin əsası hesab edirdilər.

Əxlaq normalarına riayət etməmək, onları pozmaq yaxın ətrafdakıların və bütövlükdə cəmiyyətin məzəmmətinə, həmin şəxsin ictimai rəydə nüfuzunun aşağı düşməsinə gətirib çıxarır. Bəzi hallarda isə onu adam yerinə qoymurlar, hətta onunla salamlaşmaq belə istəmirlər.

Əxlaq normaları cəmiyyətin mənəvi-əxlaqi sisteminin əsasını təşkil edən amillərdəndir. Başqa normalar kimi onlar da iradi formada, əmr formasında çıxış edir. İnsanların öz dav-

ranışına müəyyən göstərişlər verir, tələblər irəli sürür və bəzi məhdudiyyətlər qoyur. Əxlaq normalarının digər bir xüsusiyyəti onların universal əhatə dairəsinə malik olmasıdır. Bu o deməkdir ki, həmin normalar bu və ya digər seçilmiş insan qrupları üçün deyil, cəmiyyətin hər bir üzvü üçün nəzərdə tutulur.

Əxlaq normaları müxtəlif mənbələr əsasında formalaşır. Onların sırasında adət və ənənələr, əxlaqi nüfuz, ictimai rəy başlıca yer tutur. Ümumilikdə götürdükdə, əxlaq normaları real sosial münasibətlərin məhsulu kimi çıxış edir. Beləliklə, əxlaq normalarının spesifik xarakteri aşağıdakı cəhətlərdə ifadə olunur: hər şeydən əvvəl, onlar davranışı tənzim edən digər vasitələrdən fərqli olaraq insanları mənəvi təkmilləşməyə, sözün geniş mənasında xeyirxah olmağa sövq edir. Digər tərəfdən əxlaq normaları öz mənşəyinə görə təbii səbəblərin deyil, məhz sosial mühitin, insanın azad, iradi fəallığının nəticəsidir. Sonra, bu normalar utilitar xarakter daşımır, yəni insanlara fayda vermək məqsədi güdmür. Əksinə, onlar insanın öz qarşısına hansı praktiki məqsədi qoymalı olduğunu ifadə edir.

Növbəti spesifiklik bundadır ki, əxlaq normaları qeyd şərti məzmunu malik olmaqla, bütün insanları həqiqi birgəyaşayış qaydalarına əməl etməyə sövq edir. Bunu müəyyən mənadı onların vəzifəsi kimi irəli sürür (eynilə də insanın davranışının müəyyən çərçivəyə salır, ona bəzi qadağalar qoyur).

Nəhayət, əxlaq normaları digər normalardan fərqli olaraq daha çox avtonom xarakter daşıyır. Onların irəli sürdüyü tələblər insanlığın daxili təbiətindən irəli gəlir. Bu normalar xüsusi orqanlar deyil, məhz xalq «işləyib hazırlayır», onları sanksiyalaşdırır və yerinə yetirilməsi üzərində mənəvi nəzarət həyata keçirir.

II FƏSİL

ETİK BİLİKLƏR VƏ TƏBABƏT

§ 1. ETİKA ƏXLAQ HAQQINDA FƏLSƏFİ ELMDİR

Müasir biotibbi etikanın əsasını təşkil edən müddəaların ilkin rüşeymləri ümumi etik təsəvvürlər ilə sıx bağlıdır. Buna görə onları qısa da olsa nəzərdən keçirmək məqsədəuyğundur. Adi danışqda «etika» termini daha çox «əxlaq» anlayışının sinonimi kimi işlədilir. Məsələn, biz «etik davranış» barədə söhbət açarkən əxlaqi cəhətdən əsaslandırılmış, bəraət qazandırılmış, ləyaqətli davranışı başa düşürük. Bundan fərqli olaraq etikanın elmi anlamı ona əxlaq nəzəriyyəsi kimi yanaşır, onu etik prinsiplərin, kateqoriyaların, normaların və idealların bitkin sistemi kimi nəzərdən keçirir. Biz də həmin ənənəyə sadıq qalaraq etikanı daha çox elm mənasında işlədirik. Bununla yanaşı kitabda yeri gəldikcə adi əxlaqi dəyərlərə, ümumbəşəri davranış normalarına istinad edilir.

Qeyd edək ki, insanların ümumi birgəyaşayış qaydaları və əxlaq haqqında təsəvvürləri çox qədim tarixə malikdir. Bu mənada əxlaq ictimai şüurun ilkin formalarından olub cəmiyyət yarandığı gündən insanlar arasında münasibətləri mənəvi cəhətdən tənzim etməyin mühüm vasitəçisi rolunu oynayır.

Hələ «İncil»də, «Avesta»da, «Quran-i Kərim»də və digər müqəddəs kitablarda dini qanunlar və göstərişlər formasında nığah haqqında, qidada müxtəlif heyvanların ətindən istifadənin qadağan olunması barədə (görünür taunun, sibir yarasının, bağıracaq qurdlarının və s. qarşısını almaq məqsədilə) minilliklərin təcrübəsinə əsaslanan digər tövsiyələr irəli sürülür. Bu ümumi məsələlərlə yanaşı cəmiyyətdə əxlaqi davranış qaydaları barədə də maraqlı fikirlər söylənilmişdir. Məsələn, Musa peyğəmbərin (Moiseyin) məşhur «On vəsiyyət»ində valideynlərə hörmət etmək əsaslandırılır, qətl və oğurluq etməmək,

şöhrətə uymamaq, yalandan şahidlik etməmək və s. kimi məsləhətlər göstərilir. Bütün bunlar tədricən əxlaq haqqında ilkin təsəvvürlərin yaranmasına və inkişafına təsir göstərmişdir.

Bütövlükdə ilkin və qədim, fundamental əxlaqi dəyərlərin dərk olunması zamanca cəmiyyətin fiziki və zehni əmək bölgüsü dövrünə aiddir. Məhz həmin dövrdən başlayaraq mifologiyasının, biliyin və adi şüurun sintezindən ibarət ilkin fəlsəfi təsəvvürlərdə əxlaqi-etik tərəflər böyük yer tutmuşdur. Belə ki, I minilliyin ortalarında qədim Yunanıstanda, Hindistanda, Çində insan tərbiyəsi, düzgün davranış qaydaları və mənəvi kamilləşmə yolları geniş müzakirə olunurdu. Doğrudur, bütövlükdə Şərq fəlsəfəsi və buradakı etik təlimlər hələ kifayət dərəcədə dərinlən öyrənilməmişdir, lakin, qədim Yunanıstanın klassik dövründə əxlaqi problemlərin, etikanın elm kimi və fəlsəfənin tərkib hissəsi olaraq təşəkkülü barədə daha çox bilirik. Son dövrlərdə aparılmış araşdırmalar isə sübut edir ki, qədim Babilistanın, yaxın Şərq ölkələrinin, o cümlədən Azərbaycanın qədim ictimai-fəlsəfi fikrində bir çox maraqlı etik mülahizələr irəliləmişdir. Qədim Babilistanın «Müdrək Axikar haqqında» mədəniyyət abidəsində toplanmış yüzdən artıq etik nəsihət «Avesta»da, buddizmdə və Konfusunin təlimlərində irəliləmişdir. Müşibətəməz davranış qaydaları (düzgünlük, doğruçuluq, təvazökarlıq, əməyi sevmək və s.) və mənəvi tərbiyə məsələləri bunu sübut edir. Əlbəttə, bütün bunlar etik biliklərin yaranması və inkişafında qədim Yunanıstanın böyük rolunu istisna etmir. Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, məşhur həkim, filosof və teoloq A.Şveytsarın «Mədəniyyət və etika» əsərində bu barədə çox maraqlı və elmi baxımdan tutarlı informasiya verilmişdir.

Antik dövrdə etikanın «atası» Sokrat (e.ə.469-399) hesab olunur. O, insanların davranışı, onların bu və ya digər vəziyyətlərdə necə hərəkət etmələri barədə müdrək tövsiyələr və göstərişlər vermişdir. O, hesab edirdi ki, insan təbiətə xeyli yaxındır və əgər o, mənəviyyata zidd hərəkətə yol verirsə, deməli, onun elmi səviyyəsi zəifdir, kifayət qədər etik biliklərə malik deyildir. Sokrat etikasının birinci və əsas prinsipi xeyirxahlıq bilimin üzvi surətdə əlaqələndirilməsidir. Onun fikrincə, mənə

viyyətin mənbəyi və yaradıcı başlanğıcı xeyirxah əməldir. Bunu dərk etmək hər bir kəsin borcudur. Kim bu həqiqəti dərk edirsə, o, əxlaq və mənəviyyatca xeyirxah insan adlandırılabilir. Sokrata görə ağıllı hərəkət həqiqi insani davranışın sinonimidir. Əxlaqi baxımdan hamı tərəfindən qəbul edilən və tanınan əməllər «insana layiq» məzmun kəsb edir. Zəka iradəni idarə etmək qabiliyyətinə, ehtirasları və instinktləri cilovlamaq keyfiyyətinə malik olduğundan şəxsiyyətin əxlaqi (ağıllı, müdrək davranış) insana əzəli verilən «təbii başlanğıcın» fəvqündə dura bilməsi səviyyəsi ilə müəyyən edilir.

Antik dövrün görkəmli filosoflarından olan Platon (e.ə.427-347) da etik fikir tarixində görkəmli yer tutur. O, hesab edirdi ki, ideyalardan bəhrələnən və fəaliyyətə əsaslanan insan əxlaqi ideyanı, yəni xeyirxahlığı həyata keçirməyə qadirdir. Platona görə etik təlimin başlanğıc ideyası olan xeyirxahlıq və ləyaqət ruhun əhəngdarlığıdır. Yunan filosofunun etik təlimində yaxşılığın dörd əsas növü, - müdrəklik, mərdlik (cəsarət), ağıllı davranış (özünü ələ alma) və ədalətlik, - başlıca yer tuturdu. Platonun «ideal dövlət» nəzəriyyəsi və burada yaşayacaq təkmil insan yaratmaq ideyası utopik xarakter daşısa da, onun yüksək etik dəyəri başqa fəaliyyət sahələrində olduğu kimi təbəbətə də öz əhəmiyyətini qoruyub saxlamaqdadır.

Təbəbətin «atası» sayılan Hippokrat «Həkim haqqında» əsərində israr edirdi ki, həkim hər bir şəraitdə ədalətli olmalıdır. Bu əxlaqi keyfiyyət onun bütün hərəkətlərində gərəklidir. Yaxın xəstə ilə münasibətlərdə bu daha vacibdir.

Ədalət prinsipi bəşər mədəniyyətində, xüsusilə tibbi etikada ən mühüm keyfiyyətlərdəndir. Bütün yaxşılıqlar, xeyirxahlıqlar, ləyaqətli əməllər cəmiyyət üçün son dərəcə zəruridir, dövlətin özü də bu vəzifəyə xidmət etməlidir. İnsanın ali məqsədi xeyirxahlıq ruhunda formalaşmaq vasitəsilə özünü qoruyub saxlamaqdır.

Avropa etik fikrində Aristotelin (e.ə.384-322) «Nikomax etikası», «Evdem etikası» («Böyük etika»), «Siyasət» əsərləri geniş yayılmışdır. İlk dəfə elmlərin təsnifatını verən Aristotel etikasını dünya haqqında nəzəri bilikdən fərqli olaraq praktiki fəlsəfə

(müdrilik) hesab etmişdir. Aydın ki, hər bir nəzəri bilik son nəticədə praktiki əhəmiyyət kəsb edir. Aristotelin fikrincə, etikanın səciyyəviliyi bundadır ki, o, insanı ətraf aləmə və burada yaşayan insanlara təsir göstərmək metodları və vasitələri ilə silahlandırır. O, buna xeyir və şər, yüksək ideallar haqqında ideyalar formalaşdırmaq vasitəsilə nail olur. Beləliklə, Aristotelin fəlsəfi görüşlərində etika insan həyatının təyinatı və mənası, əxlaqi prinsiplər və davranış normaları haqqında təlim və baxışlar sistemi kimi çıxış edir.

Aristotel şəxsiyyətin davranışına iradənin və xarakterin təsirini kifayət qədər qiymətləndirməyən Sokratı və Platonu tənqid edərək «Böyük etika» əsərində göstərirdi ki, Sokrat ehtiras və adətə lazımı qədər yer ayırmamışdır. Onun fikrincə, mənəviyyatın təbiətinin dərk olunması, nəyin xeyir və nəyin şər olduğu, onun müəyyənləşdirilməsi heç də həmişə labüd olaraq yaxşı hərəkət etməklə müşayiət olunmur. Xeyirxahlığa nail olmaq üçün həm də əxlaqi dəyanət, mənəvi prinsiplilik, eləcə də emosional-iradi əqidəlilik tələb olunur. Aristotel yazırdı ki, ehtiraslarla yaşayan insan çox guman ki, onların ikrah doğurduğu nəticələrinə qulaq asır və məhəl qoymur. Onun fikrincə, ümumiyyətlə, ehtiraslı mülahizələr daha çox zorakılıq ilə bağlıdır. Buna görə də əvvəlcədən xeyirxahlığı, gözəlliyi sevən insanda xoş xasiyyət və xoş niyyət olmalıdır.

Platonun «öz-özündə» rifah ideyasını xalis abstraksiya məzmunuz və qeyri-müəyyən anlayış kimi tənqid edən Aristotel hesab edir ki, o, faydasız ideya olduğu üçün tətbiq olunması imkanlarından məhrumdur. Onun fikrincə bu ideyanı dərk etmə sayəsində həkim necə yaxşı həkim ola bilər?! Axı həkim sağlamlığa mücərrəd bir şey kimi (yəni, ümumiyyətlə, sağlamlıq kimi) yanaşmır, o, bunu konkret fərdin, ayrıca insanın sağlamlığı kimi götürür. Aristotelin fikrincə, əsl yaxşılıq insanın öz hərəkətlərində və davranışlarında həyata keçirdiyi xeyirxahlıqdır.

Qeyd olunmalıdır ki, Antik dövrdən başlayaraq etik fikir tarixində **iki problem** fərqləndirilir: a) əxlaqın mənşəyi və mahiyyəti barədə nəzəri məsələlər (fəlsəfi etika), b) insanın bu və digər vəziyyətlərdə davranması problemləri. Əslində b

normativ etikanın, yaxud deontologiyanın yaranması, daha geniş mənada götürsək, praktik fəlsəfənin meydana gəlməsi demək idi. Lakin Aristotel bunu da qeyd edirdi ki, əxlaq normaları, qanunları müdrək, təcrübəli şəxsiyyətlər tərəfindən işlənilməlidir. O, «Nikomax etikası»nda göstərir ki, qanunlar bir növ sənət əsərinə bənzəyir. Biz bunlardan hansının daha yaxşı olması üzərində düşünməliyik. Onun fikrincə həkimlər bu istəyə yalnız təlimat sayəsində nail olurlar. Onlar hər şeydən əvvəl, insanların xarakterini öyrənir, onu tədricən mənimsəməklə konkret xəstəliyi və ayrılıqda hər bir xəstəni müalicə etmək sənətinə yiyələnirlər.

Beləliklə, həmin dövrdən başlayaraq sistemləşməkdə olan etik bilik tarixində yeni sahə – tibbi etika, yaxud deontologiya yarandı və onu «həkim müdriliyi» adlandırmağa başladılar.

Buradan aydın olur ki, hələ iki min il bundan əvvəl qədim cəmiyyətlərdə başa düşürdülər ki, xəstəyə fərdi yanaşmaq, müalicə prosesində onun psixi və fiziki vəziyyətini mütləq nəzərə almaq lazımdır. İxtisasca həkim olan Aristotel də məhz belə düşünürdü. Hippokrat da həkim şəxsiyyətinə yüksək qiymət verərək deyirdi ki, «həkim filosof ALLAHA bərabərdir». Bununla, o, xəstəyə can yandıran müdrək həkim nümunəsini nəzərdə tuturdu. İnsan fəaliyyətinin ağıla söykənməsini və xeyirxahlığa istiqamətlənməsini göstərən Aristotel hesab edirdi ki, hər bir fəaliyyətin məqsədi olduğu kimi, həkimliyin də ən ümdə məqsədi insanın sağlamlığıdır. Hər işdə olduğu kimi bu sahədə də xeyirxahlıq başlıca qayə olmalıdır. Yunan filosofu özünün «Böyük etika» əsərində qeyd edir ki, zəka xeyirxahlığı və ruhi xeyirxahlıq insana təbiət tərəfindən verilmir, bu keyfiyyətləri o, həyatı boyu özü qazanmalıdır. Aristotel təvazökarlıq, müdrəklik, səriştəlilik, bacarıq, ləyaqətli həyat, yumor hissi kimi, xeyirxahlıq növlərini sadalayır və göstərir ki, mənəviyyat biliklərdən asılı olsa da, onun köklərini xoş məramda, insanın iradəsində axtarmaq lazımdır. Belə ki, hər kəs nəyin yaxşı, nəyin pis olduğunu bilir, lakin əsas məsələ yaxşı hərəkət etməyə cəhd göstərmək, bunu iradənin hökmü və istəyi ilə etməkdir. Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, Antik dövrdə həkimin peşə davranışına verilən

yüksək əxlaqi tələblər bu gün üçün də çox əhəmiyyətlidir və müasir tibbi etikanın tədqiqat predmetlərindən birini təşkil edir.

Ən qədim tibbi-etik sənədlərdən biri hamıya məlum olan «Hippokrat andı»dır. Məşhur Asklepi məktəbinin müdavimləri bu andı içirdilər. Yunan mənbələrinə görə məktəbin adı təbabə allahı Asklepinin adından götürülmüşdür. Həmin məktəbin ən məşhur müdavimi II Böyük Hippokrat (e.ə.460-cı ildə anadan olmuşdur) idi. Hippokratın dövründə fəaliyyət göstərən tibb məktəblərində, birliklərdə həkimin çox ləyaqətlə davranması onun həkimlik statusuna yaraşmayan bütün neqativ hərəkətlərdən uzaq olması tələbi irəli sürülürdü. Bu andın ən önəmli etik mahiyyəti bundan ibarətdir ki, həkimləri öz fəaliyyətləri ilə cəmiyyətdə həkimlik peşəsinə, həkim humanizminə etimad formalaşdırmağa çağırır. Təsadüfi deyildir ki, Hippokratın «Orvəsiyyətinə» bəzən Moiseyin on vəsiyyəti ilə müqayisə edirlər. «Andın» preambulasında o dövrdə həkim davranışının tənzimlənməsi barəsində deyilir: «Appolon həkimə, Asklepiyə, Qiqiəyə və Panaseyə və bütün allahlara və ilahələrə and içirəm ki, onları özümə şahid götürərək öz qüvvələrim imkanında və öz ağılıma görə aşağıdakı andı və yazılı iltizamnaməni vicdanlı yerinə yetirəcəyəm».

Homerdən sonrakı dövrdə Appolon bütün allahların həkimi Appolonun oğlu Asklepi (Qədim Romada Eskulap) həkimlik sənətinin allahı, onun qızı Qiqiye (gigiyena sözü buradan götürülüb) sağlam simalı, əlində ilan su içdiyi cam tutan müdriklik simvolu olan qız kimi təsvir edirdilər. Sağlamlıq ilahəsi, Asklepinin o biri qızı Panaseya (hər şeyi müalicə edən) bütün xəstəliklərin dərmanı hesab olunurdu. Təsadüfi deyildir ki, orta əsr alkimyagərləri hər şeyi müalicə edən bu dərmanın – panaseyanın sirrini axtarmaqla məşğul olmuşlar.

Hippokrat tərəfindən verilən «And»da maraqlı məqamlardan biri də həkim peşəsinin ailəvi sənət kimi təbliğ olunmasıdır. Sənəddən məlum olur ki, həkimlik peşəsi müəyyən ailələrdə ənənə şəklini almışdı. O, atadan oğula irsən ötürülmüş, yalnız sonralar həkimlər özlərinə şagirdi kənardan götürərmişlər. Platonun və Qalenin dediklərindən aydın olur ki, onların dövründə həkim

lər pullu təbabətə və təhsilə üstünlük verirmişlər, yəni onlar tibbi bilikləri şagirdlərinə haqqı ödənilmək şərtlə öyrədərmişlər. Doğrudur, məsələnin bu cəhəti barədə «And»da heç bir şey deyilmir. Amma burada göstərilir ki, şagird həkimlər müəllimin ailəsinə özü daxil olmalı və ehtiyac duyulduqda müəlliminə yardım göstərməli idi. Lakin xüsusi pul müqaviləsi tərtib olunmurdu. Başlıca cəhət bu idi ki, Hippokrat andı həkimə xəstənin həyat tərzini öyrənməyi və müalicə prosesində bunu nəzərə almağı tövsiyə edirdi. Burada «**Ziyan vurma!**» kəlamına riayət olunması məsləhət bilinirdi. Həkimlik peşəsinə yiyələnən şəxsə təlqin edilirdi ki, insan həyatı müqəddəsdir, onu insana ALLAH bəxş edir və o həkimin deyil, ALLAHIN hökmü ilə sona çatır. Buna görə də, müalicə edən həkim təmiz və qüsursuz olmalı, öz peşəsinə müqəddəs sənət kimi yanaşmalıdır. Maraqlıdır ki, Qədim Yunanıstanda (daha əvvəl Qədim Misirdə) həkimlər arasında müəyyən ixtisaslaşma vardı. Bir xəstəliyi müalicə edən həkimin başqa xəstəlik sahəsinə müdaxilə etməsinə yol verilmirdi. «And»da deyilir ki, «Mən heç zaman daş xəstəliyinə mübtəla olmuş xəstəni (sidik kisəsində olan daşın salınması nəzərdə tutulur) yarmayacaq və bunu həmin işlə məşğul olanlara həvalə edəcəyəm». Çünki bu peşə sahəsində az məlumatı olan həkimin işə müdaxiləsi «**Ziyan vurma!**» prinsipi ilə ziddiyyət təşkil etmiş olardı. Həkimlik etikasına dərin hörmətin bariz nümunəsi olaraq Qədim Yunanıstanda və Romada məşhur həkimlərə heykəl ucaldırdılar.

Beləliklə, həkimlik peşəsinin özlərinin həyat amalı seçmiş insanların – həkimlərin əxlaq kodeksinin başlıca prinsiplərinin formalaşması yunan həkim - filosoflarının, xüsusilə Hippokratın əsərlərində öz təcəssümünü daha geniş tapmışdır.

Təbabət etikası tarixində müsəlman Şərfinin mütəfəkkir filosoflarının tibbi bilikləri də dərin iz buraxmışdır. Əl-Ruhavinin «Həkimin praktik etikası», İbn-Əbu Üseybinin «Təbabətin hökmü», İbn Sinanın «Təbabət qanunu», «Firuznamə» əsərləri Avropada əsrlər boyu diqqətlə öyrənilmiş, onlardan Qərbin məşhur universitetlərində tibb fənnləri üzrə dərslər kimi istifadə olunmuşdur.

dur. Həmin əsərlərdən bir çox iqtibaslar edilirdi, onlar aforizmi kimi yayılaraq latın və Avropa dillərinə tərcümə olunurdu.

Bəşər tarixində monoteist dinlərin meydana gəlməsi ilə tibbi biliklərin geniş yayılması dövrü başlanmışdır. Buddizmin banisi Siddxarhi Qautama (sonralar Budda tərəfindən «nurlandırılaraq» Şakya-Muni adlandırılmışdır) dörd xeyirxahlığa, yaxşılığa söykənən təlimi təbliğ etmişdir. Bunlardan başlıcası məhəbbətdir (pali-metita): «Necə ki, ana öz yeganə övladını bütün həyatı boyu tərbiyə edib böyüdür, qoy insan da özünün əs məhəbbəti ilə bütün canlı varlıqları sevsin. Qoy onun dünyaya məhəbbəti hədudsuz, əbədi olsun, düşməncəsinə olmasın, qoy hər bir an onun fikrində-zikrində məhəbbət olsun, çünki bu elə bir andır ki, insanlar onu ülvəi ovqat adlandırırlar. Budda təlimi tələqin edir ki, heç kəs bir-birini aldatmasın, başqaları barədə zərrə qədər olsa da pis fikirləşməsin, kinli olmasın. Həkimli peşəsi ilə bağlı Buddanın irəli sürdüyü ən mühüm prinsip belə səslənir: «qardaşlar, sizin nə atanız, nə ananız var, sizə qayğı göstərən də yoxdur. Əgər siz özünüz bir-birinizə qayğı göstərməsiniz, bunu başqası edərmisə? Qardaşlar, kim mənə ehtiram bəsləyirsə, xəstəyə də ehtiram göstərsin». Əfsanədə deyilir ki Buddanı bu tövsiyəni verməyə vadar edən onun rastlaşdığı kədərli həyat hadisələri olub. Deyilənə görə, Budda rahibləri hücrələrini gəzərkən bir nəfərin yatalaq xəstəliyindən pis vəziyyətə düşdüyünü, hətta özünü murdarladığını görür və qəddar mütəəssir olur. Xəstəni qaldıraraq onu başdan ayağa qədərlə yuyundurub təmiz yatağa uzandırır. Bundan sonra o, ətrafındakılara tövsiyə edir ki, xəstələrə mərhəmətlə yanaşsınlar, onlara yardım göstərsinlər. Həmin vaxtdan etibarən bu tövsiyə icması üçün təbabət elminin sirrlərini daha dərinlən öyrənməyə başlayırlar.

Sonralar Qərbi Avropada xristianlığın əxlaqi prinsiplərinin bərqərar olması gedişində yaranmış bir çox «Cəngavər ordenləri» öz fəaliyyətlərini xəstələrə qulluq göstərməyə həsr etmişlər. Yerusəlimdəki «Müqəddəs Lazar ordeni» xəstələrə təmənnasız qulluq etməsinə görə böyük şöhrət qazanmışdı.

gəlmişkən deyək ki, lazaret sözü həmin müqəddəs ordenin adından götürülmüşdür. XI əsrdə Almanyanın və Niderlandın bir çox şəhərlərində özlərini beqinn adlandıran (almanca – başlamaq sözündəndir) qadın və qız icmaları yaranmışdı. XX əsrin əvvəllərində fəaliyyət göstərmiş bu ordenlər xəstələrə qulluq edirdilər. XII əsrdən başlayaraq hospitallarda xəstələrə qulluq göstərən «Mərhəmət qardaşları» (1540, İspaniya) cəmiyyətləri yaranır. 1634-cü ildə Fransada müqəddəs Vinsen-de Pol «Mərhəmətli bacılar» icması fəaliyyətə başlamışdı.

Qədim rus dövlətində xristianlığın qəbul edilməsindən sonra monastrların nəzdində xəstəxana palataları yaradılırdı. Ağrının insanı üzüqoylu yıxdığı yer (rusca «нищ») xəstəxana adlanırdı («больница» sözü buradandır). İlk belə xəstəxanalar monastrların nəzdində təşkil edilirdi.

Göründüyü kimi tibbi etikanın inkişafı dünya dinlərinin budizmin, xristianlığın və islamın formalaşması ilə də bağlı olmuşdur. Təsədüfi deyildir ki, bir müddət həkimlik peşəsi din xadimlərinin fəaliyyətinin əsas istiqamətlərindən biri olmuşdur. Lakin sonralar tibbi biliklərin inkişafı sayəsində Universitetlərdə xüsusi tibb fakültələri yaranmış, peşəkar həkimlərin hazırlanmasına geniş imkanlar açılmışdır. Bu hadisəni də tibbi etikanın inkişafında əhəmiyyətli mərhələ hesab etmək olar. X əsrdə Salerno şəhərində açılmış tibb məktəbində tədris işi ərəb müəlliflərinin təbabətə dair əsərləri (latın dilinə tərcümə edilməklə) əsasında aparılırdı. Bu artıq kilsə məktəbi deyil, dünyəvi tədris mərkəzi (ocağı) idi. Tədris proqramına görə, gələcək həkimlər üç il fəlsəfəni, 5 il tibb elmini öyrənir və bir il praktika dərslərində iştirak edirdilər. Müdavimlər bir növ «Hippokrat andı»nı xatırladan «Fakültə vədi» verirdilər.

XVI-XVII əsrlərdən etibarən Avropada, sonralar isə Rusiyada tibbi biliklərin inkişafı ilə bağlı əxlaq problemlərinin təbliğinə geniş yer verilirdi. XIX əsrin əvvəlində Mançestrli ingilis alimi T. Persival özünün «Təbabət etikasına» əsərində hospitallarda çalışan və həkim praktikası ilə məşğul olanlar üçün xüsusi qaydalar və tövsiyələr işləyib hazırlamışdı. O, qeyd edirdi ki, tibbi qanunvericilikdə bütün hallar üçün qanunlar yaratmaq

mümkün deyildir, çünki təbabətdə həkimin vicdanı və həmkarların onun haqqında mülahizələri də çox əhəmiyyətlidir. İngilis filosofu və hüquqşünası İ.Bentam «Deontologiya, yaxud əxlaq haqqında elm» (1834) əsərində göstərirdi ki, deontologiya əsasında fayda prinsipi yerləşir. Başqa sözlə, müəyyən hərəkətin yaxşı, yaxud pis, ləyaqətli, yaxud ləyaqətsiz olması, bəyənilib bəyənilməməsi, ictimai faydanın miqdarını artırması, yaxud azaltması meyli əsas götürülür. Ümumiyyətlə o, utilitarizm istiqamətinin görkəmli nümayəndəsi kimi etik fikir tarixində çox dərin iz buraxmışdır. A.Şveytser özünün «Bəşər fikrinin inkişafı gedişində etika problemləri» məqaləsində göstərirdi ki, yaxın dövrlərə məhəbbətlə yanaşmanın zəkanın tələblərinə uyğunluğunu əsaslandırmağa cəhd edərkən İ.Bentam və digər mütefəkkirlər doğru olaraq faydalılıq arqumentindən istifadə etmişlər. Onun fikrincə, burada söhbət düzgün başa düşülməmiş ekoizmdən gedir. Onlar bu ekoizmi bununla əsaslandırırdılar ki, həm fərdin, həm də cəmiyyətin rifahının dəyərliyi insanları bir-birlərinə xoş ünsiyyətlə yanaşdıqları təqdirdə mümkündür. Lakin bir qədər mücərrəd humanizm mövqeyindən söylənilən bu ideya sonralar İ.Kant və şotland filosofu D.Yum tərəfindən qəbul edilməmişdi.

Etikanın ləyaqətini müdafiə edən və yüksək qiymətləndirən İ.Kant israr edirdi ki, bu elmdə faydalılıq əsas diqqət mərkəzinə də durmamalıdır. Alman filosofunun qəti imperativ təlimi görə etika mütləq tələblər formalaşdırmaq hüququna və hakimiyyətinə malikdir. Onun fikrincə, bizim vicdanımız nəyin pis, nəyin yaxşı olduğunu xəbər verir və ona görə də biz onun səsinə qulaq asmalıyıq. Təbiətimizə xas olan əxlaqi qanun bizdə eləcə də bir qənaət yaradır ki, biz təkcə zaman və məkanda mövcud olan aləmə məxsus deyilik, həm də mənəvi dünyanın vətəndaşlarıyıq.

D.Yum da hesab edirdi ki, insan praktikası etikanın utilitarist xarakterini qəbul etmir. O, etikanın hərəkətverici qüvvələri təhlil edərək göstərirdi ki, bu elm daha çox mərhəmət hissi ilə bağlıdır. Şotland filosofunun fikrincə, təbiət bizə başqalarının taleyini hiss etmək - yaşantı qabiliyyətini bəxş etmişdir. On

görə də biz digər soydaşlarımızın iztirablarını, sevincini, qaygılarını özümüzünkü kimi başa düşməli və dərk etməliyik. D.Yum obrazlı şəkildə deyirdi ki, insan başqalarının səsilə həmahəng səsləşən aləmdir. O, həmçinin hesab edirdi ki, insan etik hisslərini cəmiyyətlə də uzlaşdırmalıdır və bu onun bilavasitə vətəndaşlıq borcudur.

XIX əsrin sonu etik mərhəmət hissinin geniş təbliği sayəsində çoxlu sayda xeyriyyəçi tibb müəssisələri, yoxsullar və qara fəhlələr üçün xəstəxanalar açılması ilə səciyyələnir. O dövrdə demək olar ki, bütün xəstəxanalar xeyriyyəçilik hesabına fəaliyyət göstərir, varlılar isə ev şəraitində müalicə olunurdular. İnsanın tibbi sağlamlığına diqqətin artması ilə əlaqədar Avropa tədqiqatçıları deontologiya bütünü peşə adamları üçün zəruriliyini göstərir, onu mənəvi borc, əxlaqi tələbləri və normativləri öyrənən etika sahəsi kimi inkişaf etdirirdilər. Artıq bu dövrdə tibbi deontologiya predmeti həkimlik etikası adlandırılırdı. Bununla da tibbi etikanın inkişafında deontoloji tarixi mərhələ başladı. Lakin qeyd olunmalıdır ki, tibbi etikanın inkişafında yeni mərhələnin meydana gəlməsi təkcə həmin bilik sahəsinin tibbi deontologiya adlandırılması ilə bağlı deyildir. O, daha çox inkişaf etməkdə olan kapitalizmin həkimlə cəmiyyət, həkimlə pasiyent, tibbi mühitdə eyni peşə sahibləri arasındakı münasibətlərdə yaratdığı köklü dəyişikliklərin nəticəsi idi. Tanınmış tibb tarixçisi Q.Siqerist haqlı olaraq yazır ki, kapitalizmin meydana gəlməsi, cəmiyyətdə başqa konsepsiya, başqa mənəvi mühit yaratdı. Bu isə özünün müvafiq əksini tibbi etikada da tapmaya bilməzdi. Doğrudur, sonralar bu cəmiyyətin ovqatı ənənəvi mənəvi dəyərlərin tibb işçilərinin peşə davranışına təsiri səmərəsinin getdikcə azalmasına doğru apardı. İnsanın peşə fəaliyyətində iqtisadi aspektlər ön plana çıxdı. Həkimlik peşəsi getdikcə daha çox qazanc, yaşayış vasitəsinə çevrilməyə başladı. Beləliklə də prinsipcə yeni əxlaq tərz, etik-deontoloji təsəvvürlər yarandı. Qeyd olunan vəziyyət qismən bu gün də özünü göstərir. Təbiidir ki, müasir dövrdə təbiət elmlərinin, həmçinin texnikanın coşğun inkişafı, sənayeləşmənin geniş miqyas alması bütün dünyada təbabətin tərəqqisini

təmin edən mühüm amil rolunu oynayır. Bu prosesdə sosial, iqtisadi, siyasi və mədəni şərtlər də mühüm yer tutur. Hazırda dünyanın mənzərəsi haqqında köhnə təsəvvürlər elə dəyişmişdir ki, həkim sərt iqtisadi zərurətlə idarə olunan yeni aləmdə bir sıra ciddi problemlərlə üzləşir. Həkimlərin sayı artdıqca rəqabət də genişlənir, onlar bu gün öz xidmətlərini satmağa məcbur olurlar. Nəticədə səhiyyə bazarı formalaşır. Təbabətin səmərəsi artdıqca onun xidməti də bahalashır, həkimin isə pulsuz müalicə aparması daha da çətinləşir. Buna görə də indi tibbi xidmət sisteminin təşkilinin yeni növlərini axtarib tapmaqla yanaşı müxtəlif səmərəli tarixi formaları bərpa etmək tələbatı yaranır.

Beləliklə, yuxarıda verilmiş qısa icmal göstərir ki, hələ qədim dövrlərdə cəmiyyətdə ilk tibbi biliklərin meydana gəlməsi insan sağlamlığı barədə əxlaqi ideyaların formalaşması ilə müşayiət olunmuş, təbabət etikasının rəasional əsaslarının təşəkkülünü və təkamülünü hazırlamışdır.

Ciddi mənada yanaşıldıqda, etika – əxlaq və mənəviyyat hadisələrini öyrənən spəsifik fəlsəfi bilik sahəsidir. Bu təbiidir, nə qədər ki, əxlaq və mənəviyyat hadisələri mövcuddur, deməli, onları izah edən və öyrənən elm də olmalıdır. Buna bənzər başqa fenomenləri də götürmək olar: insanların həyat hadisələrinə olan münasibəti biologiya elmini, psixi, ruhi həyat haqqındakı təsəvvürləri isə psixologiya fənnini meydana gətirmişdir.

Lakin hazırda etika üzrə mütəxəssislər arasında qızğın mübahisəyə səbəb olan başlıca problem «əxlaq» və «mənəviyyat» anlayışlarının nisbəti məsələsidir. Çox zaman bu anlayışları sinonim kimi işlədirlər. Halbuki onlar arasında müəyyən fərqlər vardır. Belə ki, bəzi tədqiqatçılara görə, əxlaq mövcud cəmiyyətdə qəbul olunmuş və hamı tərəfindən bəyənilən normaların, qadağaların, idealların, tələblərin, göstərişlərin nizamlanmış məcmusudur. Həmin normalar cəmiyyətin mədəniyyətinə təsbit olunaraq sabit şəkildə nəsillərdən nəsillərə ötürülür.

Əxlaqın belə anlamı kontekstində mənəviyyat insanların real davranışını, onun həmin normalara nə dərəcədə uyğun gəlməsi baxımından xarakterizə edir. Bu halda mövcud cəmiyyətdə qəbul olunmuş normalardan kənar hərəkət edən insan

fəaliyyəti yaxud davranışı «əxlaqsız» kimi qiymətləndirilir. Məsələn, qədim afinalıların nəzərində gələcək nəsillər üçün mə-nəviyyat mücəssəməsi hesab olunan Sokrat vaxtı ilə məhkəmə tərəfindən ölümə məhkum edildikdə o, bunu cəmiyyət tərəfin-dən mə-nəviyyatsız davranışına görə günah kimi qəbul etmişdir.

Ümumiyyətlə, götürdükdə, əxlaq normaları sistemi real ger-çəklikdə bu və ya digər dərəcədə təcəssüm tapan ideal kimi başa düşülsə də, bu ideal insan praktikasında tam həyata keçirilmir. Biz tez-tez ictimai əxlaqın tənəzzülü, insanların mə-nəviyyatca pozulması barədə gileylər eşidərkən adətən, əxlaqi ideallar və normalar ilə insanların davranışı arasında yolveril-məz dərəcədə böyük uçurum olduğunu hiss edirik. Elə bir vəziyyəti nəzərimizə gətiririk ki, bu halda əxlaq normalarından kənaraçıxma, onların pozulması kütləvi xarakter alır.

Dərindən diqqət yetirdikdə məlum olur ki, etika elminin öy-rəndiyi aləm sanki xüsusi tərzdə qurulmuşdur: o, fizikanın, kim-yanın, biologiyanın, yaxud psixologiyanın öyrəndiyi reallıqlar-dan əsaslı surətdə fərqlənir. Bu fərq təbiətdə baş verən hadisələr ilə cəmiyyətin əxlaqını müqayisə edərkən istifadə etdiyimiz dil səviyyəsində açıq-aşkar təzahür edir. Məsələn, «su oksigenlə hidrogenin kimyəvi birləşməsidir», yaxud «yad-daş keçmişdə olmuş hadisə və təəssüratların şüurda canlan-dırma qabiliyyətidir» mülahizələri onların mahiyyətini ifadə edir. Lakin deyəndə ki, «həkim xəstənin iztirablarını yüngülləşdirmə-lidir» bu əxlaq sahəsinə aid olur, çünki burada söhbət mövcud vəziyyəti qeyd etməkdən deyil, daha çox nəyə riayət etmək-dən, hərəkətdə gözlənilməli olan vaciblik əlamətindən gedir.

Əgər başqa elmlər bizim yaxşı və ya pis hesab etməyimiz-dən asılı olmayaraq daha çox obyektiv mövcud olanları öyrə-nirsə, etika üçün əsas məsələ nəyin yaxşı və ya pis, yolveril-məz, yaxud ləyaqətli olmasını göstərməkdir. Etikanın başlıca qayəsi hadisələri qeydə almaq, təsvir və izah etmək deyil, onlara fəal münasibət bildirmək, yəni onları qiymətləndirmək-dir. Doğrudur, etika ilə yanaşı məntiq də qiymətləndirmə funk-siyasına malikdir, çünki o da bizim gerçəklik hadisələri barədə mülahizələrimizi onların həqiqiliyi, yaxud yanlışlığı baxımından

tədqiq edir və qiymətləndirir. Bunu estetikə barədə də söyləmək olar: bu fəlsəfi bilik sahəsi həyat hadisələrinə «gözəllik» və «eybəcərlik» kateqoriyaları mövqeyindən yanaşır. Lakin fəal qiymətləndirmə etikada daha geniş yer tutur, bu elm hər cür davranışı instrumental anlayışlar - «Xeyir» və «Şər» kateqoriyaları vasitəsilə dəyərləndirir.

Bir daha qeyd edək ki, etika fəlsəfi fəndir. Hər şeydən əvvəl, ona görə ki, o, zəruri olanla real mövcud olan arasında prinsipial fərqi şərtləndirən nəzəri hədudlara diqqət yetirir. Ənənəvi olaraq fəlsəfənin bütün əsas bölmələri aləm, varlıq (metafizika, ontologiya), insan (antropologiya), idrak haqqında (məntiq, epistemologiya, qnoseologiya) təlimlər nəzəri fəlsəfə sahəsinə aid edilir.

Etika spesifik fəlsəfi elm olmaqla daha çox insana öyüd verən, onun özünü necə aparmasını öyrədən elmdir və buna görə də onu çox vaxt praktik fəlsəfə adlandırırlar. Nəzərdən keçirilən kontekstdə praktika deyilərkən insanın başqa insanlarla münasibətlərində təzahür edən real davranışları və hərəkətləri başa düşülür. Bunu da qeyd edək ki, müasir fəlsəfədə «sosial praktika» anlayışı da geniş işlədilir. O, insanlar arasında qarşılıqlı münasibətlərin təşəkkül tapmış nizamlı məcmusunu ifadə edir. Məsələn, həkimlə pasiyentin qarşılıqlı münasibətləri sahəsində çoxlu sayda belə sosial praktika çalarları mövcuddur. Xüsusi səhiyyə qanunvericiliyinin sənədləri buna əyani sübutdur.

Zaman keçdikcə fəlsəfə etikaya olan iddialarını bir qədər zəiflətməli olmuşdur. Çünki aydın olmuşdur ki, insanlar zərurət barədə təsəvvürlərə tək fəlsəfi risalələrdən deyil, həm də başqa mənbələrdən də yiyələnirlər. Deməli, etikanın vəzifəsi həmin mənbələrin tədqiqi, insanların zərurət və mənəvi bərdə haqqında təsəvvürlərinin onların real davranışı ilə necə uzlaşdırıldığını öyrənməkdir. Bununla birlikdə etika insanlara necə davranmaları barədə boş moizələr aşılamaqdan imtina edir.

Etikada əsas yer tutan qiymətləndirmə münasibətlərinin özü müəyyən struktura malikdir. Fikrimizə aydınlıq gətirmək üçün «həkim xəstənin iztirablarını yüngülləşdirməlidir» mülahizəsinə

qayıdaq və onu «həkim xəstənin iztirablarını yüngülləşdirir» mülahizəsi ilə müqayisə edək. Hər iki mülahizədən bunları görmək olur: a) kimsə (indiki halda «həkim»), b) müəyyən hərəkəti («yüngülləşdirir») həyata keçirir (yaxud həyata keçirmir), bu hərəkət isə c) müəyyən obyektə («xəstənin iztirablarına») yönəlmişdir.

Əgər ikinci halda mülahizə yalnız müəyyən hadisəni təsvir edərsə, onda həmin mülahizəni deskriptiv, yəni təsviri mülahizə adlandırırlar. Birinci halda biz konkret hadisəyə münasibətdə yerinə yetirilməli olan keyfiyyəti ifadə edirik, çünki bu mülahizə real vəziyyətlərdə riayət olunan, yaxud riayət olunmayan göstərişi, normanı qeydə alır və beləliklə də çoxlu sayda konkret hərəkətlərin qiymətləndirilməsi üçün meyar, ölçü kimi çıxış edir. Belə mülahizəni normativ (yaxud ireskriptiv) adlandırırlar.

Əlbəttə, cəmiyyətdəki bütün normalar əxlaqi təbiətə malik deyildir. Biz bir qədər sonra hüquq normalarından da bəhs edəcəyik. Bundan əlavə, təbabətdə, eləcə də insan fəaliyyətinin digər sahələrində əxlaq və hüquq normaları ilə yanaşı xüsusi, texniki xarakter daşıyan normalar da mövcuddur. Həmin normalara əməl etməklə bir qayda olaraq, fəaliyyət prosesində meydana çıxan vəzifələrin həlli təmin olunur. Səciyyəvi cəhət budur ki, çox zaman, özü də xüsusilə təbabətdə, söhbət başqalarının maraqlarına toxunan hərəkətlərdən gedir. Belə halda normaların pozulması yalnız uğur, yaxud uğursuzluq baxımından deyil, daha çox əxlaq mövqeyindən qiymətləndirilir.

Konkret olaraq həkim-xəstə münasibətlərinə gəldikdə göstərməlidir ki, iztirabların yüngülləşdirilməsi xəstə üçün böyük nemətdir. Belə olduqda nəzərdən, keçirilən normativ mülahizənin mənasını ümumi formada aşağıdakı kimi ifadə etmək olar: həkim xəstəyə bu neməti bəxş etməlidir, yəni onun üçün həqiqi xeyirxahlıq etməlidir.

§ 2. TƏBABƏT ƏXLAQ VƏ HÜQUQ PRİZMASINDA

Hələ ibtidai dövlətlərdə mülki və cinayət qanunvericiliyi ilə yanaşı o dövrün əxlaqi bilikləri ilə sıx əlaqədə olan «tibbi

qanunvericilik» də mövcud olmuşdur. Qədim Babilistanda «Hammurapi qanunları»na əsasən (e.ə. XVIII əsr) xəstənin əlini kəsən, lakin onun xəstəliyini müalicə edə bilməyən cərrahın özünün ya əlini kəsir, ya da ondan iri məbləğdə cərimə alırdılar. Burada həm də tibbi xidmətlərin əvəzini maddi prinsiplərlə ödəmək işi qanunvericilik əsasında tənzimlənirdi. Həkim bu işi bəzən xəstənin öz razılığı və təklifləri əsasında həyata keçirirdi. Beləliklə, ilk dəfə olaraq təbabət praktikasında peşə davranışını tənzimləmək məqsədilə qanunvericilik və iqtisadi mexanizmlər tətbiq edilməyə başlayır.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, monoteist dinlər bərqərar olduqca din xadimləri həkimin funksiyalarını da özündə birləşdirirdi. Məsələn, Bibliyada göstərilir ki, kimin bədəninin dərisində şiş, dəmrov, yaxud da ləkə, yara əmələ gələrsə xəstə Aarona, ya da keşiş oğlanlarından birinə müraciət etməlidir. Maraqlıdır ki, burada dəri xəstəliklərinin «differensial diaqnostikası»ndan da söhbət gedir və bu barədə tövsiyələr verilir.

Deyilənlər sübut edir ki, başqa fəaliyyət növlərində olduğu kimi həkimlikdə də peşə borcu və öz vəzifəsini yerinə yetirmək qaydaları hüquq normalarında (məsələn, qanunvericilikdə) təsbit oluna bilər. Müvafiq normaları lazımcı yerinə yetirməmək hüquqi, inzibati, yaxud digər qanuni sanksiyalarla cəzalandırılır.

Məlum olduğu kimi, hüquqi sanksiyalar məhkəmə qaydasında tətbiq olunur. Məhkəmə bəzi hərəkətləri, məsələn, xəstəyə vaxtında yardım göstərməməyi, yaxud gizli informasiyanı (həkimlik sirrini) açıqlanmasını hüquq pozuntusu kimi təfsil edir. Bu cür sanksiyalara pullu cərimə, həkimlik praktikası ilə məşğul olmağın qadağan edilməsi (azadlıqdan məhrum edilməyə qədər) və s. aiddir.

İnzibati sanksiyalar irad tutmaq, töhmət vermək, az maaş vəzifəyə keçirmək, həkimlik fəaliyyətinin müəyyən növləri ilə məşğul olmağı qadağan etmək kimi formalarda həyata keçirilir. Özü də bunlar ümumi qanunla, tibb müəssisəsinin daxili rəqləmenti ilə, eləcə də icra hakimiyyətinin yerli, regional orqanlar və tibb işçilərinin fəaliyyətinə nəzarət edən səlahiyyətli hüquq orqanları tərəfindən yerinə yetirilir.

Lakin nəzərdə tutulmalıdır ki, borc və vəzifə öz təbiətinə görə təkcə hüquqi deyil, daha çox əxlaqi məzmun daşıyır. Belə halda sanksiyanın mənbəyi və xarakteri də başqa olur. Əgər hüquqi sanksiyalar xüsusi, dəqiq müəyyənləşmiş rəsmi səlahiyyətlərə malik şəxslər, yaxud dövlət orqanları tərəfindən tətbiq edilsə, mənəvi sanksiyalar bu cür rəsmi «təbiətə», hüquqa malik deyildir. Onlar peşəkar tibbi təşkilatlar, birliklər və ictimai rəy vasitəsilə həyata keçirilir. Həmin təşkilatlar öz həkim həmkarlarından tibbi-etik qaydaları pozanların fəaliyyətini pisləyir. Bu funksiyanı bəzən həmin birliklərdə qeyri-formal, yəni həkimlərin qəbul etdiyi lider həkim də yerinə yetirir. Ümumiyyətlə, əxlaqi mühakiməni, yaxud əxlaqi qiyməti yalnız buna mənəvi səlahiyyəti çatan hər bir kəs verə bilər. Təbiidir ki, belə qiymətləndirmə eyni olmur, yəni bəzilərinin verdiyi qiymət başqalarından daha sanballı olur. Belələri barədə deyirlər: o, mənəvi nüfuz sahibidir.

Deməli, hüquqi sanksiyaların arxasında həmişə dövlət hakimiyyəti durursa, əxlaqi sanksiyalar isə bundan fərqli olaraq cəmiyyətin mənəvi nüfuzuna, ictimai rəyə söykənir. Sonra, hüquqi sanksiyalar məcburetmə gücünə əsaslanır, əxlaqi sanksiyalar isə pisləmə, məzəmmət etmə və s. metodlarına arxalanır. Buna görə də məhkəmənin hökmü ilə mühakimə olunmaqla yanaşı olaraq əxlaqi pislənmə anlayışını da işlədirlər. Dövlət qanunları, səlahiyyətli şəxslərə məcburetmə vasitələrindən istifadə etmək hüququ verir. Əxlaqi sanksiyalara gəldikdə isə, bunlar mahiyyətə kütləvi, açıq xarakter daşıyır, yəni belə halda sanksiyaların yönəldiyi şəxs öz peşə həmkarları arasında nüfuzunu itirmiş adama çevrilir. Onu da deyək ki, əxlaqi sanksiyaların tətbiq olunduğu subyekt ayrıca insan olmaya da bilər. Belə subyekt kimi xəstəyə vicdan çərçivəsində yanaşılmadığı, həkimlik biganəliyinin mövcud olduğu kollektivlər də (xəstəxana, poliklinika və s.) çıxış edə bilər. Burada belə bir məqam da qeyd olunmalıdır. Cəmiyyətin həkimlik peşəsinə münasibəti heç də sabit və dəyişməz deyildir. Bu etimadın səviyyəsi aşağı olduqca və ya aşağı düşdükcə müalicədə türkəçara üsullarından istifadə edən, ekstrasenslərin xidmətinə müraciət edən,

başqa sözlə, «qeyri-rəsmi təbabətə» meyl göstərən xəstələrin sayı da artır. Buna görə də cəmiyyət tərəfindən həkimə göstərilən etimadın dəstəklənməsi və möhkəmlənməsi həm həkimlərin birliyi, həm də hər bir ayrıca insan üçün çox aktual və vacib bir məsələdir. Unudulmamalıdır ki, qəbul edilmiş ümumi normaların həkimlər tərəfindən pozulması cəmiyyətlə təbabət arasında ki etimada, bütövlükdə həkimlik peşəsinin özünə kölgə salır.

Əxlaqla hüquq arasında fərqdən söhbət düşərkən bəzən belə fikir söylənilir ki, hüquqi normalar daha ciddi və sərt, əxlaq normaları isə belə deyil, ona görə də onları müəyyən mənadada cəzasız qoymaq olar. Əlbəttə, belə mövqe ilə razılaşmaq olmaz, çünki əxlaqla hüquq arasında başlıca fərq sanksiyaların yumşaqlığı, yaxud sərtliyi dərəcəsində deyil, onların həyata keçirilməsi mexanizmlərində və prinsiplərindədir. Əslində, normal cəmiyyətdə əxlaqi tələblərin gücü son dərəcə böyük olur, bu tələblərdən kənara çıxmaq isə olduqca sərt qaydada məzəmmətə məruz qalır. Məsələn, əgər insan öz yaxın və əziz adamları tərəfindən pislənsə, o, bu «əxlaqi sanksiyanı» çox ağır keçirir. Yaxud əksinə, qanunu pozan şəxs öz hərəkətlərinə yüksək mənəvi bəraət qazandırarsa və bunu bacarırsa o, sanksiyaları nisbətən yüngül «yaşayır». Bu isə o deməkdir ki, əxlaq və hüquq heç də həmişə bir-birini tamamlamırlar, bəzən elə vəziyyət yaranır ki, onların tələbləri müəyyən ziddiyyət təşkil edir.

Əxlaqi normaların fəaliyyəti kənardan tətbiq olunan sanksiyalarla bitmir. Burada xarici nəzarət mahiyyətə şəxsiyyətin daxilindən gələn nəzarətin davamı kimi çıxış edir. Psixoloq və sosioloqlar, belə halda deyirlər ki, əxlaq normaları şəxsiyyəti daxili nəzarətdə saxlayan, onun xarakterini müəyyən edən əqidəyə və dərin dəyərlərə çevrilir. Bunların əleyhinə getmək insan üçün çox çətin olur, bəzən isə heç mümkün olmur. Belə daxili nəzarəti, öz niyyətlərini, yaxud davranışını əxlaq normalarına uyğun qiymətləndirmə insan qəlbinin daxili ali hakimi – vicdan adlandırılır.

Beləliklə, əxlaq və hüquq çoxcəhətli həyat vəziyyətlərində insanlar arasında qarşılıqlı münasibətlərin iki müxtəlif tənzim-

ləmə vasitələridir. Bu o deməkdir ki, birincisi, əxlaq və hüquq normaları insanlar arasında ünsiyyətin və qarşılıqlı təsirin cərəyan etdiyi mühiti əks etdirir. Bizim ünsiyyətimiz və münasibətlərimiz həmin normalar sayəsində nizamlanır, mütəşəkkil xarakter kəsb edir. İnsanların qəbul etdikləri normalar sanki ümumi dil kimi qarşılıqlı anlaşmanı təmin edir, başqasından, yeni öz ünsiyyət tərəfdaşından bu və ya digər vəziyyətdə nəyi gözləməyi əvvəlcədən müəyyən etməyə imkan verir. Buradan aydındır ki, həmin normalarsız ünsiyyətimiz çox çətin olardı.

Həqiqətən də hər bir adam yeni daxil olduğu insanlar qrupunda, kollektivdə ilk dəfə adaptasiya prosesinin necə çətin keçdiyini xatırlayır. Bu isə çox vaxt kollektivə təzəgələnin mülahizələri və davranışının düzgün qiymətləndirilməməsi, ətrafdakıların onun hərəkətlərinə səhv yanaşması təhlükəsini yaradır. Halbuki kollektivin yeni üzvü öz hərəkət və davranışlarını nümayiş etdirərkən adətən hörmətsizlik etmək fikrindən uzaq olur. İkincisi, bu həm də o deməkdir ki, bizim hərəkət və davranışlarımızın heç də hamısı deyil, yalnız başqalarına münasibətlə bağlı olan tərəfləri əxlaqi və yaxud hüquqi qiymətləndirilməyə məruz qalır. Məsələn, mən şəhər nəqliyyatına məxsus yarıboş avtobusda gedərkən oturmağımın, yaxud ayaq üstə durmağımın heç kimə dəxli olmur. Çünki mən bu halda başqaları ilə hər hansı münasibətdən kənardayam. Başqa bir nümunə: əgər mən ifrat dəbdə geyinməmişəmsə əxlaqi pislənmə obyekt olmuram. Doğrudur, mənim geyimimin ayrı-ayrı detalları bir-birinə uyuşmaya bilər və istər-istəməz ətrafdakıların zövqü baxımından xoş qarşılanmaz, lakin bu bilavasitə etik sahəyə aid olmayıb, daha çox estetik qiymətləndirmə obyektidir. Bunu da qeyd edək ki, bəzən insanın hərəkətləri kimlərinə mənafeələrinə birbaşa toxunmasa da cəmiyyətdə qəbul olunmuş əxlaq və hüquq normaları ilə ziddiyyət təşkil edə bilər. Məsələn, konkret halda həkimin pasiyenti aldatması xəstəyə birbaşa ziyan gətirməyə bilər, bəlkə də bu hərəkət onun tərəfindən xeyirxahlıq naminə edilir. Lakin hər bir halda yalan, aldatma (hətta xeyirxahlıq naminə olsa belə) ümumbəşəri əxlaq normasının, «yalan danışma!» kəlamının pozulmasıdır və

buna görə də həkimlə pasiyentin münasibətlərində etimadsızlıq mühiti yaradır.

İnsanların hüquqi və əxlaqi davranışlarının müəyyən sərhəddə bəst sahəsi də vardır. Bu sahə xüsusi spesifik normalarla müdafiə olunur. Məsələn, hüquqda belə bir «norma» qüvvədədir: vətəndaş qanunun qadağan etmədiyi hər bir işi görə bilər. Bu halda, qanunvericilikdə bütün qadağalar və məhdudiyyətlər insanın hərəkət edə biləcəyi çərçivədə yetərinə aydın ifadə olunmalıdır. Bu elə bir sahə olmalıdır ki, mən burada istədiyimi kimi hərəkət edə bilim. Lakin qanun özünün çox vaxt son dərəcə əhəmiyyətliyinə baxmayaraq, - insanın bu və ya digər dərəcədə necə hərəkət edəcəyini birmənalı şəkildə təsbit etmir, tənzimləmir. O, yalnız vətəndaşın hüquq - mühafizə orqanları ilə toqquşmasına imkan verməmək naminə nəyi etməyinin hududlarını göstərir.

Əxlaq sahəsində də bu cür spesifik normalar mövcuddur. Onların məqsədi şəxsi həyatın müdafiəsinə yönəlmişdir. Belə normalar insanın ətrafında sanki heç kəsin nüfuz etməsinə yol verməyən müəyyən məkan yaradır. İnsan təbiəti isə elədir ki, o, çox və ya az dərəcədə ünsiyyətə meyli olur. Əgər onda bu keyfiyyət yoxdursa, onunla zorla ünsiyyət yaratmaq da mənasızdır, belə halda o, deyəcəkdir: «Xahiş edirəm, məni rahat buraxın».

Müasir dövrdə əxlaq və hüquq normalarının keyfiyyətinə verilən tələblər yeni məzmun kəsb edir. Cəmiyyət özünün (bütövlükdə sosioloji anlayış kimi) elə bir yetkinlik dərəcəsinə çatmışdır ki, indi onu idarəetməyin özü də son dərəcə mürəkkəbləşmişdir. Bu digər fəaliyyət növləri kimi səhiyyəyə və təbabətə də aiddir.

Buna görə də həmin sahələrdə qanunvericiliyin genişləndirilməsi və təkmilləşdirilməsi çox zəruridir. Lakin təbabət xüsusi peşə sahəsi kimi özü özünü tənzimləməyə cəhd göstərir və bu prosesə maneçilik hallarını aradan qaldırmağa çalışır. Bu səbəbdən də özünü tənzimləmə və kənardan müdaxilə amilləri arasında müəyyən bir tarazlıq yaranır. Lakin ölkəmizdə sovet dövründən miras qalmış bürokratik inzibati – amirlik sistemi

tibb sahəsinin idarə olunmasında olduqca böyük çətinliklər yaratmış, nəticədə çox mühüm sosial əhəmiyyət kəsb edən bu sahənin səmərəli idarə olunma imkanları xeyli məhdudlaşmışdır. Qeyd edək ki, analoji vəziyyət qismən başqa ölkələrdə də özünü göstərir. Hətta «həkim azadlığına» geniş meydan verilən dövlətlərdə belə tibb fəaliyyətinin nizama salınması və vahid şəkllə salınması məsələlərinin həlli daim təkmilləşməkdədir. Bu prosesin vahid şəkllə salınması, tənzimlənməsi isə birbaşa deyil, professional və elmi təşkilatlar vasitəsilə həyata keçirilir. Milli müstəqillik əldə edildikdən sonra Azərbaycanda da bu istiqamətdə əhəmiyyətli addımlar atılmaqdadır. Hazırda dövlət qanunvericilik əsasında ərzaq məhsullarının, dərmanların keyfiyyət və təhlükəsizliyini, həkimlik praktikasını, sanitar və karantin nəzarəti normalarını və yaşayış yerlərinin abadlaşdırılmasını, ekoloji normativlərin reqlamentləşdirilməsi işini durmadan təkmilləşdirir. Səhiyyədə cəmiyyət tərəfindən qanunvericiliklə tənzim olunan sahələr üzrə həkimlərin və tibb müəssisələrinin lisenziyalaşdırılması həyata keçirilir. Bu işi müvafiq hökumət orqanları, professional tibbi xəstəxanalar və digər assosiasiyalar tərəfindən yerinə yetirilir.

Ümumilikdə götürdükdə həkim diplomu iki cəhətə malikdir: birincisi, o, təhsil və qazanılmış biliklərin göstəricisidir; ikincisi, öz sahibinə tibbi praktika ilə məşğul olmağa əsas verir. Birinci cəhət – tədris müəssisəsinin və həkim imtahan komissiyasının funksiyasıdır, ikinci tərəf isə vətəndaşları əliyəri və peşəkarlıqdan uzaq müalicə edənlərdən müdafiə etməyə borclu olan dövlət hakimiyyəti strukturlarının vəzifəsidir.

Onu da qeyd edək ki, bir çox ölkələrdə həmin funksiyalar bir-birindən ayrılıqda mövcuddur. Bu isə çox vaxt dövlət tərəfindən, öz həkimlərini xarici həkimlərin rəqabətindən müdafiəsinə də istifadə edilir. Ölkəmizdə yaxın keçmiş qədər həmin funksiyalar birləşdirilmiş və uzlaşdırılmışdır, bu da bir çox hallarda tibbi praktikada müəyyən anlaşılmazlıqlar yaradırdı. Məsələn, sovet ali məktəbinin verdiyi həkim diplomu avtomatik olaraq ölkənin bütün ərazisində tibbi praktika ilə məşğul olmaq üçün hüquqi təminat yaradırdı.

Bu vəziyyətin tənzim olunmasında dövlətin və qanunvericilik orqanlarının rolu həm də bundadır ki, onlar təbabətin maliyyələşdirilməsi üçün vəsait ayırmaqla elmi-tibbi tədqiqatların və araşdırmaların istiqamətlərinə də tənzimləyici təsir göstərirlər. Bu əlbəttə, təqdirəlayiqdir, lakin daha önəmlisi odur ki, dövlətin həkimlərin və alimlərin peşəkar elmi və praktik təşkilatları arasında yetərinclə anlaşma yaradılsın, onlar arasında normal qarşılıqlı münasibətlər təmin edilsin.

Deyilənlər sübut edir ki, hazırda ölkəmizdə səhiyyə sahəsində əsaslı islahatlar aparılmaqda olduğu bir vaxtda beynəlxalq qanunvericilik və etik tənzimləmə təcrübəsini yaradıcılıqla öyrənmək və ondan rəşional istifadə etmək, sağlamlıq hüququnun rəal təminatı şəraitini dərindən tədqiq etmək və onu yaxşılaşdırmaq son dərəcə vacibdir.

§ 3. ƏXLAQİ SEÇİM, MƏNƏVİ MƏSULİYYƏT VƏ PEŞƏ BORCU

Sosial praktikada insanların şəxsi həyatına müdaxiləyə qadağa qoymaq, əslində nəyin mümkünlüyünü və nəyin yol veriləməzliyini nümayiş etdirən əxlaq norması kimi çıxış edir. Bir qayda olaraq, rəal həyatda rastlaşdığımız əxlaq normalarının çoxu qadağa formasında ifadə olunmuşdur. Bunun bariz nümunəsi «İncil»də, eləcə də «Qurani-Kərim»də öz əksini tapmış «öldürmə!», «nəfsini aşma!», «oğurluq etmə!» kimi prinsiplərdir. Onlar bu gün də insanların mənəviyyatı üçün mühüm əxlaqi əhəmiyyət kəsb edir. Ən ümumi şəkildə qadağaların etik mənası və mahiyyəti «başqasına ziyan yetirmə!» kəlamında öz aydın ifadəsini tapmışdır.

Lakin başqa tipli əxlaq normaları da mövcuddur. Həmin normalar qadağa qoymur, əksinə, əxlaqi göstərişlər formasında, dəqiq desək, nəyin yol verilən, nəyin yol verilməz olduğunu bildirən mənəvi tövsiyələr kimi çıxış edirlər. Ən yumşaq normalar ideal anlayışı ilə xarakterizə olunan normalardır. Bu normalar ətrafdakılar tərəfindən bəyənildiyindən ona asanlıqla riayət olunur. Onlar həm də bu və ya digər hərəkət, davranış

Üçün sövqedici motiv rolunu oynayır. Lakin bu da unudulmamalıdır ki, hər hansı bir norma ideal mahiyyət kəsb etsə də, heç kəsi onu zorla yerinə yetirməyə məcbur etmək olmaz. Əslində bu yumşaq ideal normaların maksimum yüksək tələbkarlığı ilə müşayiət olunur. Beləki, bu yolda ideala yetişmək naminə ağır izzirablar keçirmək, hətta bəzən həyatı qurban vermək lazım gəlir. Aydınır ki, belə normaları həyata keçirmək heç də hər kəsə nəsib olmur. İdeal əxlaqi normanı yerinə yetirən şəxs xalqın yaddaşında qəhrəman kimi yaşayır.

Ən sərt göstəriş normaları bu və ya digər şəxsdən hər hansı bir davranış üsulunu yerinə yetirməyi tələb edir. Bundan kənara çıxmaq borcu pozmaq, onu yerinə yetirməmək kimi yozulur. Bu norma özünün bariz ifadəsini yuxarıda araşdırdığımız «həkim xəstənin izzirablarını yüngülləşdirməlidir» mülahizəsində tapır.

İndi isə bu mülahizəni başqası ilə, dəqiq desək, «hər bir insan öz izzirablarını yüngülləşdirməlidir» fikri ilə müqayisə etməyə çalışaq. Aydınır ki, bu mülahizəni əvvəlki kimi hamı başa düşür, dərk edir, yəni hamı belə bir mövqe ilə razıdır. Lakin bununla belə qeyd edək ki, bunlar arasında müəyyən fərq də vardır. Söhbət təkcə subyektlərin müxtəlifliyindən, yəni birinin həkim, digərinin sırayı vətəndaş olmasından getmir. Burada məsələ «etməlidir», «yüngülləşdirməlidir» sözlərinin kontekstə görə mənə fərqi vardır. Birinci mülahizədə «yüngülləşdirməlidir» sözü ikinci mülahizə ilə müqayisədə mahiyyətə daha çox məcburilik xarakteri kəsb edir. Belə halda söhbət peşə borcundan gedir, həkimlik fəaliyyətinin mahiyyəti də bundadır: əgər həkim öz borcunu yerinə yetirmirsə, onu çox çətin ki, həqiqi mənada həkim hesab etmək olar. İkinci halda isə, «yüngülləşdirməlidir» anlamı həqiqətən də bir qədər «yüngül» mənaya malikdir. Çünki həkim olmayan şəxs düşünür ki, mütəxəssis müdaxiləsi xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirməkdənsə, daha da ağırlaşdırır bilər. Ona görə də o, belə bir müdaxilədən imtina edərkən heç də mənafeqsiz kimi hərəkət etmir. Lakin bizim üçün maraq kəsb edən məsələnin başqa tərəfidir: xəstəyə kömək etməyən həkimin hərəkəti daha ciddi

pislənməli və əgər şərait tələb edərsə, ona hüquqi sanksiya tətbiq edilməlidir. Yaxud həkim xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirərkən lazım olan hər şeyi edərsə, belə halda o məcburiyyət qarşısında kənara çıxır və ictimai əxlaq baxımından arzu olunan, təqdirləyiq və bəyənilən hərəkət etmiş olur.

Beləliklə, göstəriş normaları nəzərdə tutulma və məcburilik dərəcəsinə görə xeyli fərqləndiklərindən, tələbedici normalar və tövsiyə normaları barədə ayrı-ayrılıqda danışmaq olar. İnsanların müəyyən hərəkətlərini qadağan etməyən, əksinə, onlara icazə, verən sahə isə əxlaqi baxımdan neytral olanı, həmçinin bəyənilən, eləcə də tələb olunan normaları birləşdirir. Lakin qeyd etmək ki, real vəziyyətlərdə bunları fərqləndirmək o qədər də asan olmur.

Biz artıq qeyd etmişik ki, insanın heç də bütün hərəkətləri etik qiymətləndirilməyə, ümumiyyətlə, etik müzakirəyə məruz qalmamalıdır. Bu sahənin daha bir spesifikasiyi onunla bağlıdır ki, etikanı yalnız insanın bu və ya başqa cür hərəkəti onun real və azad seçiminə əsaslanır. Buna görə də insanın məcburi hərəkətini, məsələn, mənim istəmədiyim bir hərəkəti etməyə məcbur edib, onu xeyrixah, yaxud şər, əxlaqi, yaxud qeyri-əxlaqi hərəkət hesab etmək olmaz, çünki onun etik ölçüsü yoxdur. Belə halda məni, bu hərəkətə məcbur edən əxlaqi məsuliyyət daşıyır.

Seçim, elə alternativləri nəzərdə tutur ki, bunlardan hər birinin öz mənası vardır. Ona görə də, belə halda, iki alternativdən birini seçmək dilemmasından da danışmaq olar. Məsələn, əgər mən hər hansı bir məsafəni santimetrlə, yaxud düymə ölçürəmsə burada, əlbəttə, alternativin əxlaqi qiymətləndirilməsindən söhbət gedə bilməz, çünki bu sırf texniki seçimdir. Lakin bəzən işin texniki cəhəti arxasında əxlaqi seçim vəziyyəti gizlənə bilər. Deyək ki, həkim xəstəyə diaqnoz qoyaraq belə qənaətə gəlir ki, iki müxtəlif müalicə metodundan istifadə etmək olar. Daha səmərəli vasitələrə və proseduralara müraciət edərək o, seçim vəzifəsini xalis texniki vəzifə kimi qəbul edə bilər. İndi isə məsələnin şərtlərini bir qədər dəyişək: «A» müalicə metodu çox vaxt sərfəlidir, lakin alternativ «B» müalicə

metodu böyük ehtimallıqla pasiyent üçün əlavə ağırlaşma ilə müşayiət olunur. Belə halda problem yalnız texniki deyil, hələ əxlaqi xarakter kəsb edir. Ona görə ki, burada xəstənin yaxşılaşması üçün nəyin – daha tez müalicənin, yoxsa təhlükəsiz müalicənin vacibliyini müəyyənləşdirmək və dəqiqləşdirmək lazım gəlir.

Əgər alternativlərdən hər biri mənim imkanlarım çərçivəsindədirsə, onda seçim real olacaqdır. Mən neçə metr, məsələn, 2.6 metrə tullanacağımı seçə bilmərəm. Sonra, əgər mənə iki alternativdən birini seçməyə məcbur edən xarici təsir yoxdursa, onda seçim azad olacaqdır. Və yaxud əgər kimsə mənim davranışımın nəticələri barədə məndə yanlış fikir yaradıbsa, belə halda da seçimim azad hesab olunmaz. Belə olduqda, adətən deyirlər: mənim seçimimlə manipulyasiya ediblər.

Nəhayət, əgər mövcud alternativlər barədə yetərinə informasiyaya malik deyiləmsə, mənim seçimim həqiqi azad seçim olmayacaqdır, baxmayaraq ki, həmin alternativlər barədə müəyyən məlumatım vardır. Hesab edək ki, həkim pasiyentə onun xəstəliyinin müalicəsinin iki alternativini barədə məlumat verir. Belə şəraitdə mütəxəssis olmayan və yetərinə aydın, lazımi informasiya əldə etməyən pasiyent bu iki alternativdən hər hansı birinin faydası barədə azad, düşünülmüş seçim edə bilərmi? Yəqin ki, yox. Həkim pasiyentə hər bir metodun üstünlüklərini və qüsurlarını müqayisəli şəkildə izah etməlidir və yalnız bundan sonra xəstə özünün yaxşılaşması üçün faydalı olan metodlardan birini artıq özünün informativ təsəvvürləri mövqeyindən seçim edə bilər. Bu da pasiyentin hüquqlarına daxildir.

Düşünülmüş seçim məsələsinin xüsusi müzakirəyə ehtiyacı vardır. Ümumiyyətlə, bizim hər bir seçimimizi iki cür müəyyənləşdirmək olar: bu və ya digər hərəkətin nəticələri barədə rəşional mülahizələrlə, ya da emosional düşüncələrlə. Doğrudur, konkret halda hər iki səviyyənin (rəşional və emosional) müəyyən uzlaşması müşahidə olunur, lakin seçimdə rəşional başlanğıc üstünlük təşkil edərsə, belə seçim azad və məsuliyyətli olacaqdır.

Digər halda, yeni seçimi emosiyalar, ehtiraslar diqtə edirsə, onda mürəkkəb vəziyyət yaranır. Belə vəziyyətdə insan bəzən, öz seçiminin mümkün nəticələrini dərk etmək iqtidarında olmur. Belə seçimi bir şərtlə azad hesab etmək olar: azadlıq anlayışına öz emosiyalarına tam nəzarət etmək qabiliyyəti daxil edilsin. Ümumiyyətlə isə emosiyaların sövq etdiyi davranış azad hərəkət sayılmır, yəni bu dar mənada azadlıq hesab olunur. Seçimin azad olmadığı hallarda insan ona uyğun edilən hərəkət üçün məsuliyyət də daşımır. Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, çox zaman hakimlər müttəhimin günah və məsuliyyət dərəcəsini müəyyən edərkən onun emosional vəziyyətini də nəzərə alırlar.

Deyilənlərdən belə nəticəyə gəlmək olar ki, insan konkret şəraitin irəli sürdüyü alternativlərdən birini seçərkən etdiyi hərəkətin məsuliyyətini dərk etməli, belə seçimin məsuliyyət hissi ilə bilavasitə bağlılığını başa düşməlidir. Buna görə də məhz insanın seçimi və deməli, öz hərəkətləri və bunun nəticələri üçün məsuliyyəti ilə bağlı vəziyyətlər etika üçün birinci dərəcəli əhəmiyyət kəsb edir. Qeyd olunan məqamı əsas götürərək çox vaxt belə deyirlər: etikanı avtonom insan və avtonom hərəkət maraqlandırır.

İnsan avtonomiyasından, yaxud muxtariyyətindən danışarkən, biz bunu nəzərdə tuturuq ki, o, öz hərəkətlərini müstəqil, azad və məsuliyyətlə seçməyə qabildir. Belə halda o, cəmiyyətdə qəbul olunmuş ənənəvi normalara tamamilə müvafiq hərəkət edə bilir. Bu onun rəasional, düşünülmüş seçimi olacaqdır. Sağlam olmaması üzündən özünə nəzarət edə bilməyən, yaxud müstəqil seçimi bir çox hallarda məhdud olan, çox şeyləri, xüsusilə qanunu dərk etməyənlərə məsuliyyətli hərəkəti həvalə etmək olmaz.

Ümumiyyətlə, heç kəs öz hərəkətlərində mütləq mənada avtonom, azad ola bilməz, çünki avtonomluq çox zaman bu və ya digər dərəcədə insanın nəzarət edə bilmədiyi xarici şərtlərlə məhdudlaşdırılır. Buna görə də hətta sağlam düşüncəyə malik, yetkin adam da bir çox qeyri-avtonom, qeyri-müstəqil hərəkətlərə yol verməli olur. Bu o zaman baş verir ki, biz ya adət

etdiyimiz, dəfələrlə üzləşdiyimiz vəziyyətdə adi, standart tərzdə avtomatik hərəkət edir, ya da vaxtın çatışmazlığı ucbatından sadəcə öz seçiminin bütün tərəflərini və aspektlərini ölçüb-biçmək iqtidarında olmur.

Bunun tam əksinə olan vəziyyət də mümkündür, yəni ümumiyyətlə, qeyri-avtonom olan şəxs müəyyən vəziyyətlərdə tamamilə avtonom seçim edə bilər. Deyək ki, əmək qabiliyyətini itirmiş hesab olunan ruhi xəstədən, pasiyentdən bu və ya digər insan ilə, yaxud yaxını ilə görüşmək istəyini soruşarkən, o, yetərinə avtonom olaraq öz qərarını qəbul edə bilər. Qeyd edək ki, biz özümüz də adi söhbətlərimizdə «şəxsiyyət» anlayışından istifadə edərək avtonom və qeyri-avtonom fərdlər arasında fərq qoyuruq. Həmin anlayışı «insan» anlayışından dar mənada götürür, onu yalnız müstəqil və məsuliyyətli seçim qabiliyyətinə malik olanlara aid edirik.

Bir elm kimi etikanı maraqlandıran digər məqam müəyyən hallarda əxlaqi baxımdan öz-özlüyündə aydın olan seçimin olduğu vəziyyətlərdir. Məsələn, əgər mövcud alternativlərdən biri qəti surətdə qəbul edilməz, qəbahətli hərəkəti, deyək ki, borcu yerinə yetirməməyi, yaxud da cinayəti nəzərdə tutursa, onda burada hər şey bayağı xarakter daşımış olur. Belə ki, etik müzakirə üçün maraq kəsb edən problemə sadəcə olaraq yer qalmır. Çox tez-tez hallarda həyat bizi elə vəziyyətlərlə üzləşdirir ki, hər bir alternativ yaxşıılıqla yanaşı özü ilə müəyyən neqativ ünsürlər də gətirir. Nəticədə hər bir seçim bu və ya digər dərəcədə mənəvi pislənməyə məruz qala bilər.

Deyilənlərlə əlaqədar müasir təbabətdə geniş yayılmış belə bir vəziyyəti təsəvvür edək. Pasiyent intensiv terapiya şöbəsində yatır, onun bədənində həyatı saxlayan aparatlar qoşulmuşdur. Həkim də bilir ki, pasiyentin şüuru həmişəlik itmişdir və onun bütün söyləri xəstəni uzun müddət qalacağı sabit vegetativ vəziyyətdən çıxarmağa imkan vermir. Bu o deməkdir ki, həm tibbi personalın söylərindən, həm də lazımi tibbi avadanlıqdan müəyyən müddət ərzində digər pasiyentlərə, yəni normal həyata qaytarılması mümkün olan xəstələrə yardım üçün istifadə etməyə şərait olmur.

Belə vəziyyətdə həkimlər olduqca çətin seçimlə üzləşir: ya həyatı saxlayan müalicəni, həmin pasiyentin həyatı uğrunda mübarizəni davam etdirməli, ya da həyatının xilas edilməsi mümkün olan xəstələrə yardım göstərmək məqsədilə ümitsiz xəstənin ömrünü uzatmaq söylərini dayandırıb, aparatı söndürmək seçimi qarşısında qalır.

Göründüyü kimi, hər bir alternativ üçün mənəvi bəraət qazandırmaq, «hə» arqumentini təklif etmək o qədər də çətin iş deyildir. Lakin həm birinci, həm də ikinci seçimin neqativ, əxlaqi baxımdan qəbahətli tərəflərinin olması da şəksizdir.

Analoji vəziyyətdə müxtəlif cür düşünmək olar. İlk baxışda belə bir fikrə gəlmək olar ki, əgər qüsursuz hərəkət, davranış yoxdursa, onda istənilən seçimə haqq qazandırmaq mümkündür. Bu isə kəskin əxlaqi problemdən qaçmaq deməkdir və bu hal mənəvi pislənmə və real seçim üçün sanksiyanın tətbiqini də istisna etmir. Başqa bir mövqe isə bu və ya digər seçimi əsaslandıran əlavə arqumentlər axtarmağa cəhd edilməsidir. Alternativlərdən bəzilərinin vacibliyini əsaslandıran, digərlərini zəiflədən dəlilləri, yaxud əks arqumentləri axtarıb tapmaq, bilavasitə etika sahəsinə aiddir.

Beləliklə, etikanı maraqlandıran tək cə əxlaqi seçim deyil, həmçinin həmin seçimin rəasional əsaslandırılması problemidir. Bu və ya digər mövqenin xeyrinə dəlillərin və əks dəlillərin etik təhlili göstərir ki, müəyyən qərar qəbul edənə və ona uyğun seçim edənə, guya məsuliyyətdən azad etmək barədə fikir səhvdir. Əksinə, belə təhlil, seçimi daha azad və düşünölmüş, deməli daha məsuliyyətli və məqsədyönlü hesab etməyə imkan verir.

Təhlil gedişində həm də əvvəllər qüsursuz görönnən mövqedəki əyintilər aşkar edilir və məlum olur ki, ilk nəzərdə alternativsiz görönnən vəziyyətdə, əslində bir neçə real seçim imkanı mövcud imiş. Bunu yuxarıda nəzərdən keçirdiyimiz nümunədə görmək olar. Əgər həkimlər həmin pasiyent və onun yaxın adamları ilə əlaqədar mülahizələrlə məşğuldurlarsa, digər pasiyentlər üçün bunların hərəkətlərinin nəticələri barədə düşünmək imkanları bağılı qalır. Belə şəraiti dərk etmək də olar.

etməmək də. Bu zaman aydındır ki, onun dərk olunması seçim problemini daha mürəkkəb və məsuliyyətli edir.

Deyilənlərdən daha bir nəticə çıxır ki, etikanı, etik təhlili qətiyyənlə nəsihətçilik, öyüdvermə ilə qarışdırmaq olmaz. Onun mahiyyəti bunda ifadə olunur: etika insanlara vəziyyətin çoxcəhətli, dolaşq və ziddiyyətli tərəflərini, əxlaqi aspektlərini başa düşüb izah etdikdən sonra onu obyektiv qiymətləndirməyi öyrədir.

§ 4. ETİKADA UTILİTARİZM CƏRƏYANI

Etikanın iki min il yarımından artıq tarixi sübut edir ki, bu elmin əsas predmetinə dair hamı tərəfindən qəbul olunmuş vahid nəzəriyyə yoxdur. Əksinə, o, bir-birilə rəqabətdə olan çoxlu sayda nəzəriyyələrin tarixidir. Buna görə də biz bütün etik fikir tarixini nəzərdən keçirmək niyyətində deyilik və bu imkanımız xaricindədir. Odur ki, yalnız araşdırdığımız problem baxımından xüsusi yer tutan utilitarizm etikasının başlıca məsələlərinə toxunacağıq.

Bununla əlaqədar utilitarizm və deontologiya nəzəriyyələrinin qısaca araşdırılmasını məqsəduyğun sayırıq. «Utilitarizm» termini latınca – fayda, mənfəət sözündəndir. Utilitarizm təliminin baniləri Britaniya filosofu D.Yum (1711-1776), İ.Bentam (1748-1832) və C.Mill (1806-1873) hesab olunurlar. Lakin bu nəzəriyyə ilə bağlı bir çox təsəvvürlər hələ əvvəllər də mövcud olmuşdur. Utilitarizmin mərkəzində duran başlıca prinsip bundan ibarətdir ki, hər bir hərəkətin, davranışın əxlaqi qiymətləndirilməsində əsas meyar onun faydalılığı (yaxud ziyanı), yəni fəaliyyətin nəticəsidir. Bu cərəyan həmçinin hesab edir ki, əxlaqi qiymətləndirmə baxımından yanaşdıqda hərəkət və davranışın müəyyənədicisi amili məqsəddir. Buna görə də utilitarizmi çox vaxt teleoloji (yunanca – məqsəd) təlim də adlandırırlar. Burada fəaliyyət subyektinin niyyətlərinə, motivlərinə aid olan hər şey məqsədə təbə edilir. Onu seçərkən hansı əxlaqi mülahizələrin rəhbər tutulması ikinci plana keçir və bu məqama az diqqət yetirilir.

Utilitarizm baxımından hərəkətin yaxşı, yaxud pis olması yalnız onun nəticələrinə görə qiymətləndirilir. Bu halda gözəllik, sağlamlıq, bilik, həzz əsas götürülür. Ona görə də insan fəaliyyətinin incəsənət, təbabət, elm və s. sahələri də əxlaqi baxımdan dəyərləndirilir və etik mövqedən qiymətləndirilir.

Kütləvi şüurda «utilitarizm» termini çox zaman bəsit başa düşülür, hətta təhrif edilir. Məsələn, bəziləri belə əqidədədir ki, guya utilitarist baxış «məqsəd vasitəyə bəraət qazandırır» prinsipini əsaslandırır və o, mahiyyətə mənəviyyatsız hərəkətlərin nəticələrinə bəraət qazandırılmasına xidmət edir. Onlara görə başlıca qayə «daha çox fayda gətirən hərəkət düzgündür» prinsipidir. Xüsusilə geniş yayılmış fikir bundan ibarətdir ki, utilitarizmin başlıca məqsədi «daha çox insanlar üçün daha çox fayda əldə etməkdir».

Lakin bu təsəvvürlər utilitarizmin əsl mahiyyətini açma bilmir. Əslində həmin nəzəriyyədə qəbul olunan yeganə etik meyar – fayda (faydalılıq) prinsipidir. Bunu belə ifadə etmək olar: biz həmişə elə hərəkət etməliyik ki, hərəkətimizin «pozitiv» və «neqativ» nəticələri arasında mümkün nisbətlərdən ən yaxşısına nail olaq. Əgər bizim hər bir hərəkət variantımızda nəticə «neqativ» olacaqsə onda ən az ziyanla razılaşmalıyıq. Başqa sözlə, seçdiyimiz variant digərlərindən nə qədər çox yaxşılıq, nemət və rifah gətirirsə, həmin seçimə də bir o qədər çox bəraət qazandırmaq olar. Qeyd edək ki, bu cür yanaşmanı tam doğru hesab etmək olmaz. Ən azı ona görə ki, hər bir seçim halında aşağıdakılar da nəzərdə tutulmalıdır: a) adətən bizim hərəkətimiz bir deyil, bir neçə nəticə törədə bilər. Bunların içərisində həm «neqativ», həm də «pozitiv» nəticələr də ola bilər; b) bizim hərəkətimiz yalnız yönəldiyi insanların deyil, başqalarının mənafelərinə də toxuna bilər (yuxarıda həyatı müvəqqəti saxlamaq üçün bədənə aparat qoşulmuş pasiyent nümunəsini yadımıza salaq); c) biz fikrimizdə bütün nəticələri, onların məcmu balansını götür-qoy etməliyik.

Əlbəttə, bu deyilənləri hərfi mənada başa düşmək lazım deyil, əks halda biz hər bir mümkün alternativlərin mənfi və müsbət cəhətlərini ötürü qiymətləndirmiş olarıq. Əslində isə

dövrümüz çox mürekkəbdir və insanlar irimiqyaslı tədbirləri planlaşdırarkən müasir hesablama texnikasının vasitələrinə müraciət etməlidirlər.

Hesab edək ki, hər hansı bir infeksiyadan qoruyan, lakin bir sıra hallarda əlavə çətinliklər yaradan vaksin yaradılmışdır. Onda belə bir sual ortaya çıxır: vaksinləşməni həyata keçirmək lazımdır mı? Əgər buna ehtiyac duyulacaqsə, onun əhalinin hansı kateqoriyası içərisində həyata keçirilməsi utilitarizm mövqeyindən həll olunmalıdır?! Bundan ötrü müxtəlif əhali qrupları arasında xəstələnmə riskini, baş verə biləcək ağır nəticələrin ehtimalılığı və təhlükəlilik dərəcəsini müəyyənləşdirmək lazım gələcək və yalnız bu əsasda hansı varianta, alternativə üstünlük verilməsi aşkarlanacaqdır.

Bu nümunə göstərir ki, çoxlu insanların maraqlarına toxunan yüksək məsuliyyətli və ciddi qərarları əsaslandırarkən mütləq utilitarizmə müraciət etmək lazım gəlir. Qeyd edək ki, praktikada bir çox səmərəli qərarların hazırlanması, o cümlədən riskin statistik prosedurları utilitarizm prinsiplərinin rəhbər tutulması sayəsində mümkün olmuşdur.

İndi isə utilitarizmin mərkəzi kateqoriyası olan «fayda» anlayışını bir qədər geniş nəzərdən keçirək. Həmin anlayışın hansı nəzəri səviyyədə araşdırılmasından asılı olmayaraq bunu demək vacibdir ki, ümumiyyətlə bir nəfər üçün faydalı olan başqası üçün faydalı olmaya bilər. Bununla əlaqədar «daxili nemət» (sərvət), «daxili fayda» anlayışı qəbul olunur. Bu növ fayda fikir və niyyət fərqlərindən asılı olmayaraq hamı tərəfindən qəbul edilir. Məsələn, təbəbətə belə sərvət insan sağlamlığıdır. Bu halda sağlamlığın bərpasına, yaxud ağrının yüngülləşdirilməsinə yönəlmiş hərəkətlər xeyirxahlıq hesab olunur.

Etikada fayda, xeyirxahlıq, nemət problemlərinə toxunarkən utilitarizmə yaxın hedonizm (başlıca neməti həzz almaqda görən etik baxışdır) təlimindən də söhbət getməlidir. Əgər hər hansı nemət, rifah yalnız həzz almaq üçün edilirsə, həzz xarakterli belə etik mövqe monist hedonizm adlanır. Onun nümayəndələri olan İ. Bentam və C. Mill faydanı bütünlüklə xoşbəxtliyə, yaxud həzzə münəcər edirdilər. Məsələn, Bentam həzz

§ 5. DEONTOLOJİ ETİKA

Utilitarizm nəzəriyyələrindən fərqli olaraq deontoloji təlimlər hərəkətləri qiymətləndirərkən yalnız onların nəticələrini deyil, habelə, fəaliyyət subyektlərinin motivlərini, niyyətlərini, fikirlərini, onların reallaşma vasitələrinin seçimini də nəzərə alırlar. Deontologiya (yunanca «denotos» - lazımlı, vacib olan «loqos» - kəlam, anlayış, təlim deməkdir, bütövlükdə vaciblik haqqında təlim kimi səslənir). Mövcud ədəbiyyatda bu təlimin spesifik növü olan «tibbi deontologiya» (bəzən də «həkimlik deontologiyası») geniş yayılmışdır.

Deontoloji nəzəriyyələrin mənbəyi etik fikir tarixinin qədim qatlarında, xüsusilə dini təlimlərin əxlaqi ideyalarındadır. Lakin sözün əsl mənasında deontoloji təlim alman filosofu İ.Kantın (1774-1804) fəlsəfəsində işlənib hazırlanmışdır. Onun təlimindəki mühüm deontoloji ideya bundan ibarətdir: biz başqa cür deyil, ona görə məhz bu cür hərəkət edirik ki, bu, yalnız bizə və ya başqa birinə fayda gətirir və deməli, biz öz borcumuzu, vəzifəmizi yerinə yetiririk. Beləliklə, İ.Kant ilk dəfə olaraq tibbi deontologiyada mühüm yer tutan əxlaqi borc və vəzifə kateqoriyalarından istifadə etmişdir.

Həmin kateqoriyaların tibbi praktikada müstəsna rol oynadığını aşağıdakı misaldan da görmək olar. Tutaq ki, pasiyenti aldatmaq təkcə ona görə düzgün deyildir ki, bu onun özü üçün, yaxın adamları və bütövlükdə ictimai əxlaq üçün neqativ nəticələrə gətirib çıxara bilər. Ümumiyyətlə, yalan lazımsız davranışdır. Hətta əgər konkret halda həkimin yalanı sayəsində həqiqətən də xəstə sağ qalmışsa da, bu hərəkət demək olar ki, neqativ qarşılanır. Deontologiya bu qəbildən olan əmələ bütövlükdə bəraət qazandırsa da, onun neqativ cəhətlərinə də göz yummur.

Qeyd olunan vəziyyət xeyli dərəcədə bununla izah edilir ki, biz bəzi hallarda konkret situasiyaya kifayət qədər nəzarət etmək iqtidarında olmuruq. Elə xarici maneələr və əngəllər qarşıya çıxır ki, onların ucbatından hərəkətimizin real nəticələri nəzərdə tutduğumuzdan başqa cür, özü də yaxşı olmayan istiqə-

mətdə gedir. Əgər utilitarizm mövqeyindən neqativ nəticə bu cür hərəkəti pisləmək üçün başlıca əsasdırsa, deontologiya tərəfdarı belə davranışa bəraət qazandırır. Ona görə ki, neqativ səmərənin səbəbi fəaliyyət subyektinin niyyətində və onun seçdiyi vasitələrdə deyil, nəzarət oluna bilməyən xarici amillərdədir.

Deontologiya təliminin də daxilində monist və plüralist cərəyanlar fərqləndirilir. Birinci aşağıdakı prinsipə əsaslanır: şəxsiyyətə hörmət etikanın «qızıl qayda»sıdır və bütün əxlaq qaydaları da məntiqi olaraq buradan götürülür. «Qızıl qayda» (incil): «başqalarının sən ilə necə davranmağını rəva bilirsənsə, sən də başqaları ilə elə davran» kəlamı özünün bariz fəlsəfi yozumunu İ.Kantın «qəti imperativ» təlimində tapmışdır. İ.Kantın fikrincə, imperativ elə obyektiv prinsipdir ki, burada zəkanın hökmü iradə üçün məcburidir. Bu prinsipə görə hərəkətimizin ləyaqəti onunla ölçülür ki, nə cür hərəkət etməyi bilirik (əlbəttə belə bilik subyektivdir, ona görə də o, tam mötəbər ola bilməz, yəni yanlış da ola bilər), belə hərəkət bizim iradəmizi obyektiv zəkanın göstərişlərinə uyğun istiqamətləndirir. Məhz bu obyektiv qanuna tabe olmaq hərəkətimizi əxlaqi edir. Qəti imperativ bu və ya digər hərəkəti hansısa məqsədə nail olmaq vasitəsi deyil, özlüyündə obyektiv zəruri hərəkət kimi təqdim edir. Beləliklə, İ.Kant qəti imperativi belə şərh edir. Yalnız «elə yüksək davranış etalonuna – Q.Ə. uyğun hərəkət et ki, bunu rəhbər tutmaqla sən, eyni zamanda onun ümumi qanun olmasını arzu edəsən». Burada «arzu edəsən» anlayışı fəaliyyətdə olan şəxsin azad seçimini, hərəkət edərkən onun azad olduğunu, məhz qeyri-azad hərəkət etmədiyini bildirir. Lakin belə azadlığın subyektiv özbaşınalıqla heç bir əlaqəsi yoxdur, əksinə, insan azad hərəkət edərkən təkcə konkret insanlar qarşısında deyil, bütün bəşəriyyət qarşısında üzərinə çox böyük məsuliyyət, ağır borc yükü götürür. Beləliklə, alman filosofu hesab edirdi ki, insan yalnız bu etik prinsipə riayət etməklə özünü avtonom şəxsiyyət kimi təsdiq etdirə bilər.

İ.Kantın qəti imperative arxalanan etik nəzəriyyəsini monist deontologiyanın klassik nümunəsi hesab etmək olar. Lakin o,

qəti imperativin bir neçə izahını vermişdir. Doğrudur, bunların hər birinin öz məqamı vardır. Məsələn, bir yozumda deyilir ki, insan həm özünə, həm də başqasına ali məqsəd kimi yanaşmalı, onu vasitə kimi qiymətləndirməməlidir. Əlbəttə, İ.Kantın qəti imperativ konsepsiyasının müxtəlif şərhləri heç də bir-birilə ziddiyyət təşkil etmir, lakin burada müxtəlif, bir-birinə müncər olunmayan prinsiplər yerləşir. Bu baxımdan onun deontoloji nəzəriyyəsini müəyyən qədər plüralist hesab etmək olar. Plüralist deontologiya digər əsl nümunəsi XX əsrin birinci yarısında amerikalı etika alimi U.Rossun irəli sürdüyü nəzəriyyədir. Onun fikrincə, bir neçə fundamental, lakin bir-birinə müncər olunmayan əxlaq prinsipləri mövcuddur. Ross buraya vədə sədaqətli olmaq, xeyirxahlıq borcu, ədalətə riayət etmək və s. kimi dəyərləri daxil edir. Ümumiyyətlə, deontoloji etikada plüralist yanaşmanın üstünlüyü bundadır ki, o, bizim gündəlik əxlaq təcrübəmizə daha yaxındır, çünki hərəkətlərimizi izah edərkən bizi vahid, yeganə prinsipə və qaydaya riayət etmək qayğısından azad edir. Lakin plüralist mövqenin müəyyən qüsuru da vardır. Belə ki, bu təlim müxtəlif prinsiplərin diktə etdiyi vəziyyətdə tələbatların bir-birilə münaqişəyə girə bildiyini nəzərə almır. Məsələn, elə ola bilər ki, biz öz üzərimizə götürdüyümüz öhdəliyi yerinə yetirmək zərurəti ilə xeyirxahlıq etmək arasında seçim etmək istəyirik. Bu halda xeyirxahlıq naminə hərəkətimiz öhdəliyimizi pozmağa da sövq edə bilər.

İ.Kant öz qəti imperativinə mütləqlik xarakteri verirdi. Onun təliminə görə şəxsiz ədalət bütün mümkün şəraitdə təsdiq olunmalı, gərəkli və lazımlı fenomen kimi mütləq dəyər hesab olunur. Qeyd edək ki, utilitarizmin özündə də faydalılıq prinsipinin mütləqlik mahiyyəti kəsb etdiyi göstərilir.

Əxlaq prinsiplərinin şərhində yuxarıda qeyd olunandan fərqli başqa bir yanaşma da mövcuddur. Həmin mövqeyə görə biz bu prinsipləri təhlil edərkən aydın olur ki, onlar bizim üzərimizə heç də həmişə mütləq xarakterli borc, vəzifə qoymur. Başqa sözlə, biz nə konkret vəziyyətin özünəməxsusluğunu tam nəzərə almaq xatirinə, nə də prinsip və qaydalara riayət naminə müəyyən hərəkətdən imtina etmirik. Burada bir növ

«nisbət» ölçüsü meyar kimi götürülür. «Nisbət» prinsipinin mahiyyəti bundadır ki, o digər prinsiplərdən irəli gələn bəzi öhdəlikləri inkar etmir. Lakin müəyyən hallarda onları tam əsaslandırılmış şəkildə pozmağın mümkünlüyünü də göstərir. Buna onun üçün yol verilir ki, onlar başqa prinsiplə diktə edilən öhdəliklərlə münaqişəyə girirlər. Bu halda pozmağa məcbur olduğumuz öhdəliklər bir fakt kimi kənara atılmaz, əksinə, bu və ya digər dərəcədə diqqətimizdə olur. Qeyd olunan məqam bəzən də «əxlaqi iz» anlayışı ilə ifadə olunur. Yəni öhdəliklərin pozulması nəticəsində vicdanda müəyyən nisgil, mənəvi yük qaldığı bildirilir. «Nisbət» prinsipi üzrə yanaşma heç də ümumi mühüm qaydaların və prinsiplərin müəyyənləşdirilməsində bəzilərinin əsas, başqalarının isə tabe mənə kəsb etməsi demək deyildir. Nəzərdə tutulmalıdır ki, hər bir prinsip insan üzərinə müvafiq öhdəlik və məsuliyyət qoyur. Lakin ona hər bir konkret vəziyyətdə digəri ilə münaqişəyə girmədiyi təqdirdə riayət olunmalıdır. Hətta «İncil»in özündə də «öldürmə!» prinsipi hər bir ölümə deyil, əsaslandırılmamış qətlə qadağa qoyur. Özünü müdafiə xatirinə, müharibə şəraitində qətl, təbii ki, bəraət qazandırılmış mənəvi prinsipdir.

Yuxarıda deyilənlərdən bir daha aydın olur ki, tibbi deontologiya həkimin bu və ya digər konkret şəraiti hərtərəfli nəzərə almaqla etdiyi seçimə və real hərəkətə əxlaqi cəhətdən bəraət qazandırır.

III FƏSİL

TƏBABƏT ETİKASI TARİXİNDƏN

Biotibbi biliklərin müasir inkişaf səviyyəsi bunu deməyə əsas verir ki, təbabət etikasına bu gün peşə etikasının müxtəlif növlərindən biridir. Tarixən peşə etikasına ilk növbədə təbabət, hüquq, pedaqogika və digər bilik sahələrində yaranmışdır. Onun mərkəzində hər şeydən əvvəl, konkret insana kömək etmək məqsədi durur. Həmin elm sahələrində mənəvi qiymətləndirmənin, əxlaqi tənzimlənmənin səciyyəsi bundadır ki, onlar bilavasitə insanın həyatı və sağlamlığı, onun fundamental azadlıqları və hüquqları kimi ən mühüm dəyərlərlə daha sıx bağlıdır.

Peşə etikasının prinsip və normalarının mənimsənilməsi prosesində tibb işçiləri həm də cəmiyyətdə öz missiyasını öyrənir və dərk edirlər. Həkimin, tibb bacısının, əczaçının əsl peşə təfəkkürü həmişə etik dəyərlərə söykənir. Digər tərəfdən peşə, təbabət etikasına öz növbəsində praktik fənn kimi şəxsiyyəti və cəmiyyəti tibb peşəsinin hər hansı nümayəndəsinin səriştəsizliyi, ehtiyatsızlığı, yaxud qərəzli hərəkətləri nəticəsində dəyərlənəcək ziyardan qoruyur. Bu məqsədlə o müxtəlif profilaktik tədbirlər görülməsinə köməklik edir.

§ 1. HİPPOKRATIN TİBBİ PRAKTİKASINDA ETİK İDEYALAR

Dövrümüze qədər gəlib çatmış yazılı mənbələrdən məlum olur ki, həkimlik etikasının üç min ildən artıq tarixi vardır. Qədim Hindistanda hələ bizim eradan 1500 il əvvəl həkimlər and içərmişlər. Qədim yunan həkimi Hippokratın (e.ə.460-370) məşhur «Andı» bu gün də Avropa tibb elmində əhəmiyyətini itirməyən təbabət etikasına nümunəsidir.

XVI əsrdə İtaliyada, İsveçrədə, Almaniyada, Fransada Hippokratın ilk nəşrləri işıq üzü görmüşdür. «Hippokrat» adı altında çıxan bu əsərlərlə bir növ «Hippokratın intibahı», «ikinci gəlişi» baş vermişdir. Avropa həkimləri arasında Hippokratın dərin nüfuz qazanmasını sübut edən ən mühüm faktlardan biri budur ki, hələ o dövrdə Paris Universitetinin tibb fakültəsində təbabət doktoru dərəcəsinə almış həkimlər Hippokratın büstü qarşısında «Fakültə vədi» vermişlər. Belə bir maraqlı tarixi fakt da məlumdur ki, F.Rable Monilyedə təbabət doktoru dərəcəsi alarkən ona adətə görə üzük, qızıl basma naxışlı belbağı, qara drapdan pləş və tünd qırmızı papaqla yanaşı Hippokratın əsərlər külliyyatı təqdim olunmuşdu. XX əsrin əvvəllərində «Hippokratın andı»na uyğun şəfqət bacılarının «Florens Naytingeyl» andı (1861-ci ildə İngiltərədə ilk şəfqət bacıları məktəbini açmış və peşənin əsasını qoymuş qadının adından götürülmüşdür) tərtib olunmuşdur. XX əsrin II yarısında, xüsusilə 60-70-ci illərin ayrı-cında, bioetikanın formalaşması ilə bağlı olaraq «Hippokrat andı»nın (həmçinin «Hippokrat korpusu») bir çox müddəaları fəlsəfə, ilahiyyat və hüquq sahəsində mübahisələrin mərkəzində dururdu. Bu, hazırda «Hippokrat etikasına» böyük maraq olduğunu sübut edir.

Böyük təbibin etik görüşləri, tələbləri və qadağaları onun «Hippokratın korpusu», «And», «Qanun», «Həkim haqqında», «Ədəbli davranış haqqında», «Nəsihətlər», «İncəsənət haqqında», «Aforizmlər» və b. kitablarında ifadə olunmuşdur. Bununla belə, həmin əsərlərdən hansıların Hippokrata məxsus olması barədə tarixçilər arasında mübahisələr də getməkdədir. Belə ki, Amerika alimi L.Edelşteynin təklif etdiyi ən geniş yayılmış nəzər nöqtəsinə görə «Andı» Pifaqor məktəbi yaratmışdır. Bu mülahizənin xeyrinə irəli sürülən arqumentin tərəfdarları hesab edirlər ki, «And»da yunan qanunvericiliyində, Platonun, yaxud Aristotelin etikasına irəli sürülən və o dövrün tibb praktikası üçün səciyyəvi olan normalardan mahiyyətə daha sərt normalar öz əksini tapmışdır.

Lakin yuxarıda gətirilən əsərlərin müəllifi ətrafındakı mübahisələrin nəticəsindən asılı olamayaraq Hippokratın adı ilə

bağlanan bu irs hazırda təbabət etikasında müstəsna rol oynamaqdadır.

«And»-in birinci hissəsində tibb işçilərinin daxili qarşılıqlı münasibətlərinin, xüsusilə, müəllim ilə şagird arasında münasibətlərin səciyyəsi verilir. Burada göstərilir ki, bu peşəni qəbul edib və bu sahədə çalışanlar faktiki olaraq müəllimin ailəsinin «götürmə» üzvü olurlar. Buna görə də onlar məhz öz müəllimi və onun ailəsi qarşısında ən böyük öhdəliklər götürürlər. Burada irəli sürülən tələblərdən ən mühümü and qəbul etməmiş şəxsə tibbi sirrləri açıqlamamaq, bu peşənin sıralarını ləyaqətsizlərin müdaxiləsindən qorumaqdır. Beləliklə, təbiblərin icması «orden», yaxud «klan» kimi xarakterizə edilə bilən qapalı sosial təşkilat formasına çevrilir.

Hippokratın etikasına həkimlə pasiyentin münasibətləri baxımından yanaşdıqda onun hər şeydən əvvəl, humanizm, insanseverlik, mərhəmət etikası olduğu aşkara çıxır. Bu etikanın əsasında xəstə insana, pasiyentə hörmət ideyası, müalicə ilə xəstəyə ziyan yetirməmək prinsipi durur. «And»da deyilir: «Hər cür ziyan yetirməkdən çəkinəcəyəm». Müasir təbabət elə vəsi-tə və metodlara yiyələnmişdir ki, onların qeyri-rasional, yaxud ehtiyatsız tətbiqi sağlamlığa və ümumiyyətlə, pasiyentin rifahına ciddi ziyan yetirə bilər. Lakin tanınmış klinisist E.M.Tareyevin qeyd etdiyi kimi bəzi hallarda köhnə «primum non nosere» (hər şeydən əvvəl ziyan yetirməmək) qaydası müasir, yaxşı düşünülmüş risk prinsipi qarşısında geri çəkilməli olur. Bizə elə gəlir ki, E.M.Tareyev qismən haqlıdır. Əlbəttə, müasir klinik təbabətdə Hippokratın belə bir etik tələbi öz vacibliyini saxlamaqdadır: tibbi müdaxilədən gözlənilən fayda, ondan gələn riski üstələməlidir. Göstərməlidir ki, insan sağlamlığı sahəsinə tibbi müdaxilənin miqyası genişləndikcə, həkimlik etikasının bu prinsipinin əhəmiyyəti də durmadan artır.

Pasiyentin insanlıq ləyaqətinə hörmət və humanizm ideyası «Hippokrat korpusu»nun bir çox nəsihətlərində, məsələn, xəstənin ailə həyatına aid öyüdlərdə öz konkret ifadəsini tapmışdır. Bu münasibətdə həkimlə xəstənin intim əlaqələrinin qadağan edilməsi kimi etik prinsip xüsusilə qeyd olunmalıdır. «And»da

deyilir: «Hansı evə daxil olsam hər cür qərəzli, haqsız işlərdən, xüsusilə, qadınlar və kişilərlə, azad insanlarla və qullarla məhbəbət işlərindən uzaq olaraq həmin evə xəstənin xeyiri üçün daxil olacağam». «Həkim haqqında», «Ədəbli davranış» əsərlərində isə bu mövzu daha geniş şərh olunur: «həkimin xəstə ilə kifayət qədər münasibətləri ola bilər, axı o, özünü həkimin sərəncamına verir, lakin həkimlər xəstələrlə münasibətdə həmişə və deməli, bütün məsələlərdə nəfsini saxlamalıdır», xəstənin yanına gələndə unutmamalıdır ki, zahiri nəzakəti, az danışmağın vacibliyi tələbini gözləmək lazımdır. O, xəstənin yanında əyləşib bütün diqqəti ona yetirməlidir.

Həkim yadda saxlamalıdır ki, xəstəyə vizual (baxmaqla) və paltarsız halda müayinə edərkən (xüsusən də başqa cinsdən olan xəstəni) cəmiyyətdəki əxlaq qaydalarının və insanlar arasındakı mədəni normaların pozulması təhlükəsi yarana bilər. Həkimlik praktikasının məhz bu cəhəti, həmçinin həkimin xəstə ilə dərin insani münasibətdə ola bilməsi, onun pasiyentə təsiri (habelə onun üzərində müəyyən dərəcədə hökm edə bilməsi) özündə müəyyən sui-istifadə imkanlarını daşıyır.

Hippokratın bununla bağlı fikirləri müasir təbabət üçün öz praktik aktuallığını saxlamaqdadır. Məsələn, 1991-ci ildə Amerika Tibb Assosiasiyasının etika və hüquq məsələləri üzrə komitəsi həkimlərlə pasiyentlər arasında münasibətlərin etik aspektlərini müzakirə edərək xüsusi qərar qəbul etmişdir: «həkimin pasiyentlə cinsi əlaqəsi əxlaqsızlıq kimi qiymətləndirilsin».

Hippokratın ən geniş yayılmış nəsihətlərindən biri həkimlik sirrini açıqlamağa qoyulan qadağadır. «And»da belə bir etik tələb irəli sürülür: «müalicə zamanı, eləcə də müalicədən kənarda insan həyatında açıqlanması lazım bilinməyən nə görmüşəmsə, bunu sirr hesab edəcək və bu sirri yaymayacağam». Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, «Həkim haqqında» kitabda həkimlərin əxlaqi keyfiyyətlərinin sadalanması «ağıl» sözü ilə başlayır. Həm də göstərilir ki, həkimin «ağlının birinci əlaməti» susmaq bacarığıdır. Həkim məhz bu ləyaqəti ilə seçilməlidir.

Həkimlik sirrini «ləyaqət hissi» kimi dəyərləndirmək, təbabət etikasının sonrakı inkişafında da müstəsna rol oynamışdır.

Müasir dövrdə Hippokrat etikasının insan həyatına hörmət ideyası qədər çox maraq kəsb edən ideya demək olar ki, yoxdur. Hazırda evtanaziya və abort problemlərinə həsr olunmuş ədəbiyyatda onlara yol verilib-verilməməsi barədə müzakirə getməkdədir. Burada iştirak edən tərəflər Hippokratın aşağıdakı mülahizəsinə münasibətdə iki cəbhəyə bölünürlər: «Hər kəs məndən ölüm dərmanı istəsə vermərəm və bu niyyət üçün heç bir yol göstərmərəm, eləcə də heç bir qadına abort pessarisini vermərəm». Bəziləri bu fikri qəbul edir, digərləri isə ona etiraz edirlər.

Doğrudur, Hippokratın mətnində «evtanaziya» termininə rast gəlinmir, lakin «And»dan yuxarıda gətirilən müddəa can üstündə olan xəstəyə belə onu tətbiq etməyə yol vermir. Müasir bioetikada xəstəyə belə münasibət «fəal evtanaziya» adlanır. Hətta həkimə, «intihar zamanı kömək» etmək taktikası qadağan edilir.

«And» həmçinin həkimə abortda bilavasitə iştirak etməyə də icazə vermir. Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, Hippokratın özü bəzən zəruri təzyiq altında bu normanı pozmağa məcbur olmuşdur. Belə ki, qədim Yunanıstanda qullara tibbi yardım məsələsini nəzərdən keçirərkən Antik dövrün tədqiqatçısı T.V.Blavatskaya Hippokrat barədə hekayətlərinin birində onun qul qadının hamiləliyini pozaraq dayandırdığını qeyd edir. Ümumiyyətlə, bu gün bizə bəlli olan tarixi subutlar bunu deməyə əsas verir ki, Hippokratın dövründə real tibbi praktika aborta və evtanaziya münasibətdə «And»dakı göstərişlərə nisbətən daha yumşaq və dözümlü olmuşdur.

Hippokrat tərəfindən xəstələrin məlumatlandırılması mövzusunun özünəməxsus şərhı bu gün də böyük maraq doğurmaqdadır. «Hər şeyi sakit və bacarıqlı etməklə, sərəncamımda olan çox şeyi xəstədən gizlətmək lazımdır...». Baş vermiş və baş verəcək şeyləri xəstəyə bildirməmək lazımdır, çünki xəstələrin çoxu bu səbəbdən, yeni baş verəcək, yaxud sonra olacaq hadisələri qabaqcadan şərh etdikdə, ağır vəziyyətə düşə

bilərlər. «Nəsihətlər» kitabında bu mülahizə bir qədər dəqiqləşdirilir: «Lakin xəstələr öz acınacaqlı vəziyyətlərinin səbəblərini» bildikdə ruhdan düşərək həyatlarını ölümə əvəzləyirlər.

Göründüyü kimi, həkimlə pasiyentin qarşılıqlı əlaqələrinin müasir «paternalist modellərinin» mühüm cəhətləri hələ Hippokrat dövründə təşəkkül tapmışdır. «Hippokrat korpusu»nun bir çox məsləhət və nəsihətlərinə də həkim davranışında atalıq himayəçiliyi üslubu xasdır. Burada göstərilir ki, həkimlik peşəsində «diqqət» və «nəvaziş» həkimin «qətiyyəti» və «ciddiliyi» ilə əlaqələndirilməlidir. Bəzən elə olur ki, həkim xəstəyə inanmır. Belə hallarda xəstə tərəfindən onun göstərişlərinin vaxtında yerinə yetirilməsinə nəzarət etmək üçün kifayət qədər təcrübəli şagird təhkim olunmalıdır. «Ədəbli davranış» kitabının sonunda belə bir məsləhət verilir: «Ediləcək işlər barədə yalnız bilməyi vacib olan kəslərə əvvəlcədən elan et». Beləliklə, paternalist mövqe burada tam başa çatır: xəstənin özünü məlumatlandırılmağın məhdudlaşdırılması üçüncü şəxsin (xəstənin razılığı olmadan) məlumatlandırılmaması ilə tamamlanır.

Hippokrat etikasının ayrılmaz hissəsi həkimlərin öz aralarındakı qarşılıqlı münasibətlərə aid əxlaqi göstərişlər təşkil edir. «Əgər həkim öz xəstəsi ilə bağlı bir çətinliyə düşərkən başqa həkimləri dəvət edirsə, burada ayıb olan heç nə yoxdur». Bununla yanaşı göstərilir ki, «xəstəni birlikdə müayinə edən həkimlər bir-birindən küsməməlidirlər, bir-birlərinə gülməməlidirlər». Həkimlərə yaraşmaz ki, özlərini küçədəki digər sənət qonşularına oxşatsınlar. Həkimin mülahizəsi heç zaman başqasında paxıllıq oymamalıdır. Həmkarının səhvi ilə üzləşdikdə isə o, heç olmasa hökmən bunu nəzərə almalıdır ki, onun özü də insandır və o da səhv edə bilər.

Həkimin öz peşəsinə münasibəti mövzusu «Hippokratın korpusu» kitabının aparıcı etik qayəsidir. Hippokratın tibb peşəsinin nüfuzunu qorumaq ideyası həkimlik pedaqogikasında dərin iz buraxaraq, bütün söyləri həkimin tərbiyəsinə və özünütərbiyəyə yönəldir. Bu isə sözügedən mühüm etik amilin rolunu daha da gücləndirir. Hippokratın «Həkim haqqında» əsəri aşağıdakı sözlərlə başlayır: «Həkimə nüfuzlu edən onun

öz təbiətinə uyğun sifətinin yaxşı rəngi və yaxşı qamətidir, çünki öz bədənini ilə yaxşı görünməyənlər kütlə içərisində başqaları barədə həqiqi qayğı göstərə bilməyənlər hesab olunur». Daha sonra gənc həkimə belə məsləhətlər verilir: o «özünün səliqəsini gözləməli, yaxşı geyinməlidir, bu geyim «ədəbli və sadə olmalıdır» və «ifrat qürrelənmək üçün» edilməməlidir. Həkimin sifəti sərt olmamalıdır, amma əks halda mülayimliliyin ifrat həddindən də qaçmaq lazımdır: «həkim həddən çox sevinc halında və həddən artıq şəndirsə bu, xəstəyə ağır təsir bağışlayır».

Hippokratın əxlaqi-etik nəsihətləri həkimə təlqin edir ki, o, yalnız öz peşə fəaliyyətini deyil, habelə bütün həyat tərzini etik nəzarətdə saxlamalıdır. Bu yüksək əxlaq belə bir həyati sual meydana çıxarır: «Öz həyatımı təmiz və günahsız yaşayacağam» andını içən həkim bunların öhdəsindən gələ bilirmi? Qeyd edək ki, təbabətdə «şərəfli nüfuz» məhz bunun hesabına qazanılır: «Qoy bu andı sarsılmaz surətdə yerinə yetirəcək hər kəs kimi mənə bütün insanların əbədi şərəfini qazanmaq nəsim olsun». Elə buna görə də, «təbabət həqiqətən də bütün sənətlərdən ən nəcibidir» kəlamı doğru səslənir.

Hippokratın etik görüşlərində təbabətin nüfuzu probleminin digər bir mühüm səpgisi də nəzəri cəlb edir. Söhbət yalnız həkimlərin fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi və tənqidindən gedir. «Qanun» kitabının müəllifi həkimlər barədə bu hökmü verir: «adına görə həkim çoxdur, mətləbə gələndə isə onlar lap azdır». «Ədəbli davranış» kitabında isə o, «peşə zirəkliyinə malik olmaqla insanları aldadan»lar barədə yazır: «Onları hər bir kəs «geyiminə və digər bərbəzəyinə görə» tez tanıya bilir». Əsl həkimlərə gəldikdə isə, onlar çoxlu müsbət keyfiyyətlərə malik olmaqla yanaşı qazandıqları bilikləri də hamıya əyan edirlər.

Mühüm bioetik problemlərdən biri də həkim-cəmiyyət münasibətlərinin əxlaqi-etik tərəfləridir. Antik dövrdə cəmiyyətdə həkimlərin fədakarlığı yüksək qiymətləndirilir və buna rəvac verilirdi. Tarixi mənbələrdə epidemiya, müharibələr, zəlzələlər vaxtı yaranan təhlükəyə qarşı həkimlərin şəxsi cəsarətlərinə dair çoxlu ibrətli nümunələrə rast gəlmək olur. Belə ekstremal

vəziyyətlərdə həkimlərin bəzisi öz borcunu yerinə yetirərkən hətta həyatını da qurban verirdi (məsələn, eskulap Menodilin 225-ci ildə Rodosda ölməsi). Lakin başqa bir məsələ də vacibdir: belə xidmət cəmiyyət tərəfindən nə dərəcədə ədalətli qiymətləndirilirdi. Qeyd edək ki, əksər hallarda öz peşəsini ləyaqətlə yerinə yetirənlərə böyük rəğbət bəslənilirdi. Məsələn, mənbələrdə göstərilir ki, həkimlərin şərəfinə onların xidmətlərinin sadalandığı lövhələr yaşadıqları yerlərdə asılırdı. Başqa şəhərdən olan həkimin xüsusi xidmətləri şərəfinə dekret dərc olunanda onun surətini (bəzən təntənəli şəkildə nümayəndə ilə) həkimin anadan olduğu doğma şəhərə göndərirdilər. Bir çox mənbələrdə qeyd olunur ki, belə hallarda həkimə müxtəlif hədiyyələr verilər və bahalı təltiflər edilərdi.

Qədim yunan cəmiyyətində həkimlərin təmənnasızlığı sosial dəyərlər cədvəlində yüksək qiymətləndirilirdi. Dövlət qulluğunda olan həkimlər şəhərin ağır günlərində bəzən onlara çatacaq maaşdan tamamilə, yaxud müəyyən müddətə imtina edərmişlər. Bunu da qeyd etmək yerinə düşərdi ki, qədim yunan mifologiyasında filantropiya və insansevərlik keyfiyyətləri təbabətin hamisi Asklepiyinin səciyyəvi xüsusiyyəti kimi göstərilir. Əgər Hippokratın başlıca ideyası olan «həkimin həyatı onun sənətinə uyğun olmalıdır» mülahizəsinə bir daha nəzər yetirsək, onda həkimin təkcə peşə fəaliyyətinə yox, həmçinin «bütün həyatına filantropiya xas olmalıdır», - ideyasını dərinədən dərk etmək mümkündür.

Qədim Yunanıstanda həkimin əməyi yüksək dəyərləndirilir, onlara yüksək zəhmət haqqı (məsələn, memarların əmək haqqından da çox) verilirdi. Bundan əlavə, həkimlərin xeyli hissəsi pasiyentlərdən gələn qonorar hesabına yaşayırdı. «Nəsihətlərin» müəllifi öz şagirdinə bunu məsləhət görür: «Əgər sən işini əvvəldən mükafat əsasında qursan (doğrudur, bunun bizim işimizə müəyyən aidiyyəti vardır), əlbəttə ki, onda xəstədə belə fikir oyadarsan ki, sövdələşmə olmasa sən onu atarsan, yaxud ona laqeyd olarsan və onu məsləhətdən məhrum edərsən. Mükafat müəyyən etməyin qayğısına qalmaq lazım deyil, çünki hesab edirik ki, diqqəti buna vermək xəstə üçün ziyandır,

xüsusilə ağır xəstəlik zamanı: xəstəliyin ləngiməyə imkan verməyən sürətlənməsi yaxşı həkimi fayda axtarmağa deyil, daha çox şöhrət qazanmağa məcbur edir. Xilas olunanları məzəmmətləndirmək təhlükəli vəziyyətdə olanların əvvəlcədən var-yoxunu əlindən almaqdan daha yaxşıdır.

Göründüyü kimi, burada əbədi bir dilemmanın həllinə cəhd edilir: bir tərəfdən, həkimin haqqı ədalətli ödənilməlidir. Digər tərəfdən, əgər həkimlə pasiyentin münasibətləri yalnız pul əsasında qurulursa, onda tibb peşəsinin humanist təbiəti öz məzmununu itirmiş olur. Bu münasibət ən azı ona görə sırf iqtisadi mülahizələrlə xarakterizə olunmamalıdır ki, pasiyent üçün ona təklif olunan «əmtəənin», yəni həkim tərəfindən aparılan müalicənin keyfiyyətini qiymətləndirmək çətindir. Dərk edilməlidir ki, həkimlik heç də varlanmanın yeganə motivi olduğu peşə fəaliyyəti deyildir. Təsadüfi deyildir ki, «Ədəbli davranış haqqında» kitabının müəllifi Hippokrat «təbabət və müdriklik ən sıx tellərlə bağlıdır» deyəndə həkimin müdrik həyatının ilk təzahürləri olaraq pula nifrət, vicdanlılıq, təvazökarlıq və sair keyfiyyətləri nəzərdə tuturdu.

«Pula nifrət» sözlərini «Hippokratın korpusu» əsərinin etik kontekstində başa düşmək daha vacibdir. Belə ki, «Nəsihətlərin» qonorardan söhbət gedən hissəsində həkim öz şagirdinə müxtəlif pasiyentlərə fərqli yanaşmağı məsləhət görür: «Mən məsləhət görürəm ki, özünü humanizmə münasibətdə çox zidd aparma, çalış ki, xəstənin vəsait imkanlarına və onların mötədilliyinə diqqət yetir və bəzən də lazım olarsa, onu pulsuz müalicə et, onun minnətdarlığını bir anlıq var-dövlət şöhrətindən uca tut. Əgər yadelliyyə, yaxud kasıba kömək etmək fürsəti ələ düşərsə, belələrinə xüsusilə kömək etmək lazımdır».

Həkimlərin fəaliyyətinə cəmiyyətin ədalətli münasibətinin başqa, yəni tənbehedici tərəfi də vardır. Qədim Yunanıstanda yalnız həkimlərə qarşı xüsusi cəza – «adoksiya» (şərəfsizləşdirmək) tətbiq olunurdu. Bu cəza ciddi peşə qüsurları olan, səhvlər buraxmış, yaxud xüsusilə sənətindən sui-istifadəyə yol vermiş həkimlərə verilirdi. Tibb tarixçisi T.V.Blavatskaya yazır ki, tarixi mənbələrdə adoksiyanın proseduru və onun nəticələri

barədə geniş məlumata rast gəlinmir. Onun fikrincə, bu cəza sərt, yalançı və nadan həkimlərlə mübarizədə polisin əlində yetərinə səmərəli vasitə olmuşdur. Adoksiya ən azı həkimin öz həmvətənləri qarşısında etibardan və nüfuzdan düşməsi demək idi. Bu cəza hətta həkimin öz praktikasını, qazanc mənbəyini və həkimlik hüquqlarını itirməsi ilə nəticələnə bilirdi.

Beiləliklə, Hippokrat etikası həkimlik praktikasını tənzimləyən, həkimin pasiyentə münasibətini, həkimin digər həkimlərə, həmçinin öz peşəsinə və cəmiyyətə münasibətini müəyyənləşdirən əxlaqi-etik nəsihətlər sistemidir. O, qədim Yunanıstanın və Romanın tibb işçilərinin əxlaqi şüuruna böyük təsir göstərmişdir. Həmin sistem özünün cəmiyyət üçün böyük tarixi dəyərini bu gün də itirməmişdir.

§ 2. QƏDİM VƏ ORTA ƏSRLƏRDƏ ŞƏRQDƏ HƏKİMLİK ETİKASI

Həkimlik etikasının inkişaf etdiyi erkən sivilizasiyalardan biri də qədim Hindistan olmuşdur. Buradakı tibbi biliklərin çox hissəsi «Ayur-Veda» («Həyat kitabı») adlı kitabda toplanmışdır. Həmin abidədə həkimlik etikasına dair geniş məlumatlar verilir.

Tarixi tədqiqatlar göstərir ki, hələ bizim eradan min beş yüz il əvvəl qədim Şərq ölkələrində həkimlik elmini öyrənmək istəyən şəxs peşə andı içirdi. Həmin andda olan normaıar bir çox hallarda sonralar Avropa tibb etikasındakı normalar ilə üst-üstə düşür. Bu onu deməyə əsas verir ki, qədim yunanlar həmin ideyaları qədim hind müəlliflərindən əxz etmişdilər. Burada göstərilirdi ki, şagird müəlliminə fədakarcasına xidmət etməyə qədər böyük hörmət bəsləməyə borcludur. O, asketik həyat tərzi keçirməli, pasiyentin ehtiyaclarını öz şəxsi maraqlarından uca tutmalı, qəlbinin bütün hərarəti ilə pasiyentə gecə-gündüz qulluq etməli, cinayətə, əyyaşlığa yol verməməli və peşə sirrini gizli saxlamalı idi.

Lakin Qərb təbabət etikası üçün xarakterik normalardan fərqli olaraq hind andı öz həkiminin düşməninə, əzəzil insanları,

yanında müşayiətçisi olmayan qadınları müalicə etməyi qadağan edirdi. Bununla yanaşı, canvermə prosesinə həkimin müdaxiləsi pislənirdi.

Böyük ərəb həkimlərinin yaratdığı İslam təbabəti antik və müasir Avropa təbabəti arasında özünəməxsus körpü olmuşdur. Ərəb mütəfəkkirləri öz sələfləri olan qədim yunan və Roma təbabətindən, Hindistan, Çin, Nepal, Tibet, İran və Misirin tibbi biliklərindən bəhrələnmiş, onları təfsir etməklə təbabət elmində müsəlmanların sağlam həyatına xas olan normaları işləyib hazırlamışdılar. Müsəlman Şərfinin təbibləri Hippokratın «Andı» ilə də tanış idilər.

Şərfin filosof təbiblərindən ən məşhuru Əbu Əli İbn Sina (980-1037) özünün tibbi bilikləri ilə Avropaya yüksək təbabət mədəniyyəti gətirmişdir. Onun «Həkimlik elminin qanunu» əsəri ensiklopedik tibb mənbəyi kimi geniş şöhrət qazanmışdı. Bu kitab o dövrün ümumi və xüsusi patologiya elmi barədə müfəssəl ədəbiyyat kimi latın dilinə tərcümə edilmiş və XVII əsrin sonuna kimi Avropa universitetlərində tibbi dərslük kimi istifadə olunmuşdur. İbn Sinanın tibbi görüşləri adı çəkilən kitabla yanaşı «Müalicə elmi kitabı», «Nicat kitabı» əsərlərində də öz əksini tapmışdır. Onun əsərlərində tibbin nəzəri əsasları, o cümlədən qan, limfa və ödün, habelə müxtəlif bədən orqanlarının öyrənilməsi, xəstəliklərin yaranma səbəbləri, əlamətləri, inkişafı, habelə digər tibbi-profilaktik və tibbi-sosial problemlər təsvir edilir. İbn Sina müxtəlif xəstəliklərin törənmə səbəblərini öyrənməklə yanaşı xarici amillərin orqanizmə təsirinə də böyük əhəmiyyət vermişdir. O, su, hava vasitəsilə yayılan, qızdırma ilə müşayiət olunan xəstəliklərin görünməyən törədiciləri haqqında fərziyyələr irəli sürmüş, bir sıra xəstəliklərin düzgün klinik təsvirini vermişdir.

Orta əsrlərdə Şərfin digər bir tanınmış həkim və filosofu Maymonid (1135-1204) iki mədəniyyətin (yəhudi və ərəb) nümayəndəsi idi. Onun tibbi-bioloji baxışları dünya sivilizasiyasında çox dərin iz qoymuşdur. Ərəb mənbələrindən birində (Əl Said ibn Surat əl Mülk tərəfindən) Maymonid aşağıdakı kimi səciyyələndirilir: «Qalın incəsənəti bədəni, Maymonidin tibbi-

fəlsəfi baxışları isə həm bədəni və həm də ruhu sağaldır». Ötülərin dirilməsi və ruhun ölməzliyi haqqında kilsə ehkəmi ilə razılaşmayan Maymonid (İbn Maymun) təbii qanunauyğunluğu dərk etməyi, fəlsəfəni və digər elmləri öyrənməyi tövsiyə etmişdir. O, özünün «Yolunu azmış adamların müəllimi» əsərində həkimlik etikasına böyük yer ayırmışdır. Onun fikrincə, ağır xəstənin xilas, doğum məqamında olan qadına kömək üçün hətta şənbə də adi iş günü olmalıdır. Məlumdur ki, «İncil»ə görə şənbə iş günü hesab olunmur. Qeyd edək ki, bu fikri irəli sürmək o dövrdə Şərq üçün çox cəsarətli bir addım idi. O, hər cür mövhumi təsəvvürləri, tibbi astrologiyanı rədd edirdi.

Maymonidin məşhur «Həkimin duası» əsərində göstərilir ki, həkim nəcib olmalı, öz vəzifəsini yerinə yetirmək naminə dua etməli və bununla ruhi möhkəmlik, mənəvi güc əldə etməlidir. «Məni sənətə və sənə yaradan Tanrıya məhəbbətlə ilhamlandır! Yol vermə ki, varlanmağa hərislik, şöhrət və ehtiram ardınca qaçmaq mənim iqtidarıma qarışsın... Qəlbimin gücünü qüvvətləndir ki, yoxsula və varlıya, dosta və düşməne, xeyirxah və pis adama həmişə eyni dərəcədə qulluq edə bilim... Mənim xəstələrimdə mənə və mənim sənətimə etimad təlqin et! Xəstəyə və onun qohumlarına yalançı məsləhətlər verən şarlatanları onlardan uzaqlaşdır və xəstəyə laqeyd baxan dayələri ifşa et... İlahi, mənə vasvasılıq, xəstələrlə davranmağa həlimlik və dözümlü bəxş et! Mənə təkcə bilikdə deyil – hər şeydə mülayim olmağı bəxş et! Bilik qazanmaqda mənim nəfsimi artır, qoy «mən hər şeyi bilirəm, hər şeyi bacarıram» fikri məndən uzaq olsun.»

Məşhur tibb tarixçisi Q.Siqeristin fikrincə Maymonidin XII əsrdə yazdığı «Həkim duası» əsəri həkimin borcunu, onun öz sənətinə, xəstəyə və cəmiyyətə münasibətini dərk etməyə imkan verən ən parlaq tarixi nümunədir.

§3. AVROPA İNTİBAHI VƏ YENİ DÖVRDƏ

TƏBABƏT ETİKASI

Həkimin hansı əxlaqi keyfiyyətlərə malik olması problemi intibah dövrünün humanist ideyaları sistemində də çox mühüm

yer tutmuşdur. Bu dövrün mütəfəkkirləri təbabət elminin xarakterik cəhətləri barədə mülahizələr irəli sürərkən, yüksək həkimlik keyfiyyətlərinə nail olmağın mənbələrinə toxunurdular. Sual olunurdu ki, bu keyfiyyətlər təhsil prosesində, intuisiya və təcrübədə yaranır, yoxsa Allah vergisidir?

Sonuncu mövqe İntibah dövrünün ən görkəmli həkimi Paraselə (1493-1541) məxsusdur. O, dövrünün məşhur praktiki müalicə həkimi və tibbi müdaxilə üsullarının cəsarətli islahatçısı olmuşdur. Parasels həm də yatrokimya təliminin (həyat fəaliyyətinin mahiyyətini kimyəvi proseslərlə izah etmişdir) yaradıcısıdır. O, eyni zamanda peşə təkəbbürlüyünün barışmaz düşməni olmuşdur. Lakin Paraselsin özü də bəzən müəyyən təkəbbürdən və ambisiyalardan azad ola bilməmişdir. Belə ki, «Təbabətin Lüteri» adlanan bu həkim – alim 1526-cı ildə Bazeldə təbabətdə sxolastik şərhçiliyin zorakılığına (universitet təbabətinin bidət və islam köklərini nəzərdə tutaraq) etiraz əlaməti olaraq öz əli ilə İbn Sinanın «Qanununu» yandırmışdır.

Parasels hesab edirdi ki, bununla da o, xristian dünyagörüşünün dəyərlərini müdafiə edir: «Həkim insanın qəlbindən doğur, o, ilahinin vergisidir və həkimliyin ali dərəcəsi məhəbbətdir». Qeyd edək ki, onun həkimlik həyatı çox faciəli keçmişdir. Belə ki, müasirləri alimin həyata baxışlarını etik cəhətdən birmənalı qarşılamamışlar. Həkim həmkarları onu bəzən Hippokrat, Qalen, İbn Sina kimi nüfuz sahiblərini inkar edən nadan, yalançı və fırıldaqçı sayırdılar. Məsələ burasındadır ki, o, (hər halda o dövrün nəzərinə) heç kəsə məlum olmayan dərmanlardan çox istifadə edirdi. Müasirləri hətta iddia edirdilər ki, o, universitet təhsili almayıb, ona görə də təbabəti latın dilində deyil, adi alman danışiq dilində tədris edir. Halbuki, bioqraflarının yazdığına görə, o, Ferar universitetini bitirmişdir. Onun bir sıra maraqlı fikirlərinə müraciət edək: «Həkim həkim edən onun bacarığıdır, onu ustad edən nə kral, nə papa, nə imtiyazlar, nə də universitetlərdir, onun gördüyü işlərdir». «Mütaliə hələ heç kəsi həkim etməyib, onu yalnız praktika həkim edə bilər». O, həmçinin həkimlik etiketini yüksək qiymətləndirirdi. Məsələn, qeyd edirdi ki, «həkim gərək öz düyməli mantiyasını

gəyməli, qırmızı belbağını gəzdirməli, onun üstündə hər şey qırmızı rəngdə olmalıdır. Niyə məhz qırmızı? Çünki bu, - kəndlilərə xoş gəlir: yağlanmış saçlar, barmaqlarda üzüklər, bəzilərinə füzə, zümrüd və yaqut üzüklər kəndlini yaman götürür, amma bilmir bu üzüklər şüşədəndir və saxtadır. İndi bundan sonra gəl görək xəstənin sənə inamı olarmı?! Eh, mənim əzizim! Eh, cənab həkim! Məgər təbabət budurmu? Hippokrat andı budurmu? Cərrahlıq budurmu? Budurmu elm, mahiyyət?»

Yeni dövrdə təbiətin öyrənilməsi metodu (təcrübədən kənar bilik yoxdur devizi) bütün dəqiq elmlərdə olduğu kimi təbabət sahəsində də rəhbər prinsiplərdən olmuşdur. İngilis filosofu F.Bekon (1561-1626) özünün «Yeni orqanon» əsərini (1620) bu sözlərlə başlayır: «İnsan təbiətin qaydasını nə qədər çox başa düşsə və dərk etsə də o, öz əməli və düşüncəsilə yalnız təbiətin qulluqçusu və şərhçisi ola bilər və bundan artıq heç nə ola bilməz». Lakin F.Bekon hələ 1605-ci ildə təbabətin bir elm kimi məqsədlərini müzakirə edərkən, hazırda müasir bioetika üçün prioritet əhəmiyyət kəsb edən bir sıra etik problemlərə də toxunur. Məsələn, o, dəqiq və aydın göstərirdi ki, canlı heyvanlar üzərində eksperimentlərin keçirilməsi vacibdir və buna imkan verilməlidir. Həkimin tədqiqat fəaliyyətində humanist mülahizə və tələblər mühümdür, lakin bundan ötrü viviseksiyadan (canlı heyvanların yarılməsi) imtina etmək lazım deyildir. Sonra, F.Bekon etik məsələlər sırasında sağlması mümkün olmayan, can verən xəstələrə münasibət probleminə xüsusi diqqət yetirmişdir.

Maarifçilik dövründə həkimlik etikası xüsusi vüsət almışdır. Həmin dövrdə təbabətin cəmiyyətdə funksiyaları məsələsinə yeni baxış formalaşır. Belə ki, təbabətin məqsədi «profilaktika və müalicədən ibarətdir» fonunda daha geniş təsəvvür edilir. Bu elm sahəsinin başlıca funksiyası tək-cə fərdi deyil, daha çox ictimai sağlamlığı qorumaq hesab olunurdu. Artıq bu dövrdə həkimlik etikası – həkimin peşə fəaliyyətini tənzimləyən geniş və konkret əxlaqi öhdəliklər sistemi kimi anlaşılmğa başlayır. Bu sahədə utilitar etika mühüm rol oynamışdır.

Maarifçilik dövrünün görkəmli nümayəndəsi T.Persivalın (1740-1804) əsərlərində təbabətə də peşə münasibətlərinə xeyli yer ayrılmışdır. Onun «Təbabət etikası» (1803) risaləsində irəli sürülən ideyalar ingilis dilli ölkələrdə təbabət etikası problemlərinin araşdırılmasına güclü təkan vermişdir. O, həmin əsərində həkimlər arasında qarşılıqlı münasibətlərin düzgün qurulması məsələsinə ciddi diqqət yetirmişdir. T.Persival yazırdı ki, hər bir xeyriyyə müəssisəsindəki həkimlər müəyyən dərəcədə bir-birinin tərəfini və ləyaqətini gözəyən insanlardır. Buna görə də heç bir həkim, yaxud cərrah xəstəxanada peşə yoldaşlarının hansınınsa nüfuzuna ziyan vura bilən hadisələri açıqlamamalıdır. Pasiyent barədə zəhlətökən suallar vermək, özünü egoist aparmaq, pasiyentin bu və ya digər həkimə, yaxud cərraha olan inamını birbaşa, ya da dolayısı ilə qırmaq lazım deyildir. Başqa həkimin himayəsində olan xəstənin müalicəsinə xahiş olunmamış müdaxilədən qaçmaq lazımdır. Qeyd edək ki, T.Persivalın etik kodeksi təkcə həkimlərə deyil, habelə, əczaçılara, digər xəstəxana işçilərinə də aid edilirdi. Beləliklə, T.Persival həkimlik etikasını genişləndirərək onu təbabət etikası kimi formalaşdırmaqda böyük əmək sərf etmişdir.

Pasiyentlərə münasibətə gəldikdə isə T.Persival həkimləri yaxşılaşdırmaq və buna görə də nüfuz qazanan bir filantrop kimi təsəvvür edir. Həkim özü pasiyentlərlə nəzakətli, təmkinli, mərhəmətli və nüfuzlu davranmalıdır. O, ilk dəfə olaraq göstərmişdir ki, həkim təkcə pasiyentlər qarşısında deyil, habelə cəmiyyətə münasibətdə də məsuliyyətli olmalıdır.

ABŞ-da 1847-ci ildə həkimlərin ümummilli qurultayında Amerika Təbabət Assosiasiyası (AATA) yaradılmışdır. Assosiasiyanın elan etdiyi məqsədlər içərisində təkcə «təbabət elminin tərəqqisinə nail olmaq, tibbi təhsilin səviyyəsini artırmaq» deyil, habelə tibbi dairələrin tərəf və mənafeələrinin müdafiəsi, həkimlərin vəzifələri, imkanları və tələbləri haqqında ictimai rəyi maarifləndirmək və məlumatlandırmaq, tibb işçilərinin birgə fəaliyyətinə kömək etmək, onlar arasında dostluq əlaqələri yaratmaq kimi prinsiplər də vardır. Həmin assosiasiyanın qəbul etdiyi «Hə-

kimin etik kodeksi»nin əsasında yuxarıda adı çəkilən T.Per-sivalın əsərlərində irəli sürülən etik ideyalar «buketi» durur.

§ 4. İNSAN VƏ HEYVANLAR ÜZƏRİNDƏ APARILAN TİBBİ EKSPERİMENTLƏRİN TARİXİ

Hələ qədim Roma həkimi və alimi Sels (e.ə. I əsr) belə bir məsələnin müzakirəsini aktual hesab edirdi: insan və ümumiyyətə, canlı varlıqlar üzərində eksperimentlərə yol verilməlidir-mi? O, özünün qoyduğu suala aşağıdakı kimi cavab verirdi: xalis elmi mülahizələr baxımından eksperimentlər məqsədəuyğundur, baxmayaraq ki, təcrübəyə məruz qalan canlı varlığın iztirab və əzabları normal həyatı təhrif edir. Antik dövrün bir çox alimləri bu qəbildən olan tədqiqatları aparmışlar. Məsələn, Erazistrat (e.ə. III əsrdə) və K.Qalen qullar və heyvanlar üzərində eksperimentlər keçirirdilər.

Bu baxımdan XVI əsrdə həmin problemin həllinə dair aşağıda göstərilən fakt çox maraqlıdır. Fransa kralı II Henrix turnirdə gözündən nizə zədəsi aldıqda, həkimlər həmin yaranı öyrənmək üçün dörd məhkumu eynilə belə zədəyə məruz qoymuşlar.

Anatomiyanın banisi Andreas Vezaliy (1514-1564) özünün meyidlər barədə aldığı elmi nəticələri əsasən, heyvanlar üzərindəki təcrübələrdə sınaqdan çıxarırdı. O, qeyd edirdi ki, bunu edərkən xüsusi olaraq kilsənin hökmünə («bizim ilahiyətçilərin xatirinə»), – viviseksiyanı yalnız dilsiz heyvanlar üzərində etmək olar, – prinsipinə riayət edir. Bununla yanaşı, o, aydın dərk edirdi ki, insan və heyvanların beyinləri oxşar olsa da yalnız heyvanlar üzərində təcrübə aparmaq elmin imkanlarını xeyli məhdudlaşdırır.

Müasir eksperimental təbabətin banilərindən biri sayılan K.Bernard ilk dəfə olaraq insan üzərində sırf elmi-tibbi təcrübələrin etik həddləri problemini ayrıca məsələ kimi qoymuşdur. 1869-cu ildə özünün məşhur «Eksperimental patologiya» üzrə mühazirələrində o, yazırdı ki, zamanəmizdə pasiyentə ziyan vura biləcək hər bir təcrübənin insan üzərində aparılmasını

etika haqlı olaraq qəti şəkildə pisləyir. Buna görə də biz heyvanlar üzərində eksperiment aparmalı oluruq. K.Bernard bu mövzuya dəfələrlə qayıtmışdır. O, yaranmaqda olan eksperimental fiziologiyanın metodlarının tətbiqini nəzərdə tutaraq göstərirdi ki, təcrübədə heyvanların ölümü qeydə alınarkən həm əxlaq, həm də elmin sosial təyinatı baxımından belə bir qənaət hasil olur ki, bu təcrübə insan üzərində edilməməlidir. O yazırdı: «Bizə etibar olunan xəstələr üzərində biz eksperiment apara bilmərik, çünki biz onları müalicə əvəzinə öldürmək kimi riskli iş görmüş olarıq. Elm, hər şeydən əvvəl, insan həyatına hörmət etməlidir». Yeri gəlmişkən qeyd edilməlidir ki, K.Bernard heyvanlar üzərində bir çox amansız, qanlı və ağrılı təcrübələr aparmışdır.

Lakin artıq XX əsrin sonunda, təbabətdə elmi-tədqiqat fəaliyyətinin genişləndiyi bir şəraitdə K.Bernardın eksperimentləri insan üzərində deyil, yalnız heyvanlar üzərində aparmaq tələbi insanilik baxımından nə qədər nəcib səslənsə də, hər halda səthi fikir kimi qəbul edilməyə başlandı.

A.Moll da 1903-cü ildə dərc etdirdiyi «Həkimlik etikası» əsərində bizi maraqlandıran problem baxımından bəzi məqamlara toxunur. Məsələn, o, hesab edirdi ki, mikroskopik analiz üçün tük, qan götürmək kimi hallar etik problem yaratmır. Gec-tez klinik yenilikləri birinci xəstəyə tətbiq etmək lazımdır. Həkim, hər şeydən əvvəl, xəstənin üzərində tibbi təcrübə aparmaq üçün onun razılığını almalıdır. Belə təcrübənin aparılması müəyyən inkişaf səviyyəsi ilə bağlı olduğundan, təcrübə mədəni insanlar üzərində (yaxşı olar ki, tibb işçiləri üzərində) aparılsın.

Yuxarıda deyilənlər sübut edir ki, etik və hüquqi tələblərin pozulması ilə müşayiət olunan tibbi təcrübələr haqlı olaraq cəmiyyət, eləcə də həkimlərin əksəriyyəti tərəfindən pislənilir. Bu mənada insanlar üzərində eksperimentlərin aparılmasının tənzimlənməsinə icazə verən ilk xüsusi etik-hüquqi sənəd 1900-cü ildə Prussiyada dərc edilmiş fərman olmuşdur.

IV FƏSİL

TƏBABƏT ETİKASININ PRİNSİPLƏRİ

§ 1. TƏBABƏT ETİKASI ANLAYIŞI HAQQINDA

XX əsrin 60-cı illərindən başlayan elmi-texniki inqilab bütün başqa sahələrdə olduğu kimi təbabətin də inkişafında sürətli irəliləyişi təmin etdi. Belə ki, yeni və daha güclü dərman vasitələri, müasir diaqnostika, müalicə avadanlığı və tibbi texnologiyalar yaradıldı. Orqanların köçürülməsi, sonsuzluq zamanı süni mayalanma aparılması, genetik xəstəliklərin müalicəsi və intensiv terapiya aparmaq üçün yeni imkanlar açdı. Beləliklə də, tibbi-bioloji biliklərin təkamülündə keyfiyyətə yeni mərhələ başlandı. Bu mərhələdə təbabətin bütün sahə və tərəflərində mənəvi-etik əsasların möhkəmləndirilməsi zərurəti daha kəskin şəkildə qarşıya çıxdı. Əslində bu zərurət hələ xeyli əvvəl dərk olunmuşdu və onun nəticəsi kimi 1948-ci ildə Cenevrədə Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının (ÜTA) 2-ci sessiyasında «XX əsr həkiminin Hippokrat andı» («Cenevrə bəyannaməsi») adlanan Bəyannamə və Beynəlxalq tibbi etika kodeksi qəbul edilmişdi. Bu sənəd təbabət etikasının inkişafını yeni pilləyə yüksəltdi. Onun səciyyəvi cəhətini həkimin ictimai rolunun artırılması təşkil edir. Bundan əlavə, tibb işçilərinin davranışının əxlaqi-etik baxımdan tənzim olunması ilə bağlı məsələlər beynəlxalq müqavilələr statusu aldı.

İnsanlar artıq daha aydın dərk etməyə başladılar ki, onlar canlı təbiətin bir hissəsidir və təbiətdə baş verən hər şey bu və ya digər dərəcədə insanın özünün və nəslinin sağlamlığında dərin iz buraxır. Bütün bunlar təbabət etikasının bir çox prinsiplərinə yenidən baxmağı zəruri etdi. Nəticədə bu mövzuda bir sıra qiymətli kitablar və məqalələr yarandı. Otuz il əvvəl işıq üzü görmüş «Biologiyanın və təbabətin perspektivləri» (1970)

xarakter daşıyır. Buna görə də insanlar etdikləri hərəkətlərin, yaxud diqqət yetirmədikləri əməllərin nəticələrini də nəzərə almalıdırlar.

Bu gün artıq hiss olunmaqdadır ki, «bioetika» sözü elmi nəşrlərdə, kütləvi informasiya vasitələrində, auditoriyalarda çox geniş işlənir. Bu anlayış artıq leksikonumuzun fəal tərkib hissəsinə çevrilmişdir. Lakin ictimai münasibətlər və təbabət etikası sahəsində çalışan bezi mütəxəssislər sonralar bu anlayışın əsl mahiyyətindən yayınaraq, ondan sui-istifadə etmiş və bunun nəticəsi olaraq bu termin daha çox «klinik etika» mənasında istifadə olunmağa başlanmışdır. V.Potter hesab edir ki, bioetikanı biotibbi etika hesab etmək olmaz, çünki o, körpü rolunu oynamır. Bu alimin fikrincə, bioetikanı xüsusi elm kimi 1978-ci ildə Lero Valter ayırmışdır. Onun verdiyi tərifə görə «bioetika biotəbabət sahəsində praktikanı və inkişafı öyrənən tətbiqi etikanın hissəsidir». Deməli, o, V.Potterin «Bioetika gələcəyə körpü» əsərində verdiyi tərfi qəbul etmir. Çox təəssüf ki, V.Potterin bununla bağlı etirazı nəzərə alınmadı və «bioetika», «biotibbi etika» terminləri «təbabət etikası» terminini tamamilə sıxışdırdı. Lakin bu da həqiqətdir ki, XX əsrin əvvəlində icad olunmuş rentgen aparatını hələ kompüter tomoqrafi adlandırmaq olmazdı. Eynilə də yalnız 1970-ci ildən sonrakı təbabət reallıqlarından çıxış edərək biz bioetika və biotibbietika barədə danışa bilərik.

Təəssüf ki, burada V.Potterin global bioetika, üçüncü minilliyin bioetikası haqqında orijinal baxışlarını tam nəzərdən keçirmək imkanımız yoxdur. O, 1999-cu ilin martında Kosta-Rika-da çıxışının sonunda demişdi: «Mən ömrümün süqutunu yaşayıram, buna görə aydın hiss edirəm ki, körpü bioetikası, dərin bioetika yeni əsrin kandarına yaxınlaşmışdır. Bu isə elə bir məqama gətirib çıxaracaqdır ki, o, bu elmi mənim təsəvvür etdiklərimdən və araşdırdıqlarımdan çox uzağa aparacaqdır».

Bununla əlaqədar demək olar ki, V.Potterin «Dözüm və məsuliyyət: onkoloqlar üçün bioetika» (1975) adlı məruzəsində «irəli sürülən» dözümlük və məsuliyyət anlayışları baza, bioetik postulat kimi çıxış edir. Bu onu bildirir ki, ehtimal edilən və

yaxud qismən təsadüfi hadisələr insanlarda və digər canlı sistemlərdə bəzi diqqət çəkən nəticələrə gətirib çıxarır. Məsələn, mütəxəssis «mən səhv edə bilərəm» deyirsə, bu müəyyən əxlaqi keyfiyyətdir, çünki belə əqidə insanı məsuliyyətə çağırır, onu təcrübəyə və mövcud biliklərə söykənərək daim öyrənməyə sövq edir. Üçüncü minilliyə daxil olarkən biz bir daha dərk etməliyik ki, biliyin ekspotensial artımı heç də həmin bilikləri idarə etmək üçün zəruri olan müdrikliyin də müvafiq sürətlə artması ilə müşayiət olunmur.

Buna görə də bioetikanı bəşəriyyətin daim müdriklik axtarışlarına kibernetik yanaşma kimi başa düşmək lazımdır. Müdriklik isə bunlardan bəşəriyyətin yaşayışının, həyatının yaxşılaşması üçün yüksək səmərəliliklə istifadə etmək bacarığı deməkdir. Professor V.Potter 1988-ci ildə Miçiqanda nəşr etdirdiyi «Qlobal bioetika» əsərində tövsiyə edirdi ki, bioetikanı dözümlü, məsuliyyəti və səriştəliliyi əlaqələndirən yeni etik təlim, bütün mədəniyyətləri birləşdirməklə «humanizm» sözünün əsl mahiyyətini dəyərləndirən fənlərarası elm kimi başa düşmək lazımdır.

Beləliklə, XX əsrin 70-ci illərindən etibarən təbabət etikasının inkişafında bu gün bioetika adlandırılan yeni mərhələ başlamışdır.

Qeyd edək ki, bu elm öz sələflərinin - ümumbəşəri etika, təbabət etikası və deontologiyanın norma və prinsiplərini inkar etmir. Əksinə o, həmin dəyərlərə müraciət edərək insan hüquqlarını qorumağa çalışır. Hər bir insanın keçirdiyi ağır iztirabın dərəcəsindən asılı olmayaraq, ona adekvat tibbi yardım hüququ məsələsini yeni zirvəyə qaldırır. Bu bilik sahəsi, pasiyenti yeni texnologiyalara yiyələnmiş, lakin Hippokrat dövründən əsas götürülən «ziyan vurmamaq» prinsipini unutmuş həkimin, şəfqət bacısının, mamaçanın və digər tibb işçisinin ona edə biləcəyi ziyandan qoruyur. Bioetika, təbabət etikasının ədalət və düzgünlük kimi fundamental prinsiplərinə riayət etməyi tələb edir.

Bununla yanaşı bioetika insan sağlamlığının xarici mühitdən, onu əhatə edən aləmdən asılı olduğunu qeyd edir və bu-

na görə də o, həkimə, şəfqət bacısına, feldşerə həyatla ahəngdar yaşamaq kimi yüksək dəyərin mahiyyətini gələcək nəsillər üçün saxlamaq bacarığı aşılayır.

Beləliklə, təbabət etikasası (bioetika) fəlsəfə ilə təbabətin birliyindən yaranaraq, müdrik həkimə həyat və ölüm məsələlərini ilahi fəhmlə həll etmək qabiliyyəti verir. Bu elmdə həm də ən yüksək humanist dini dəyərlər cəmlənmişdir. Bioetikanın işləyib hazırladığı əsas tələb və prinsiplərin əhəmiyyəti məhz bundadır ki, onlar bəşəriyyətin inkişafı üçün önəmli olan müxtəlif qanunların qəbul edilməsində örnək rolunu oynayır. Lakin bu heç də o demək deyildir ki, bioetika təbabət hüququna çevrilmişdir.

Belə ki, beynəlxalq, milli, peşə, etik kodekslərdə, bəyannamələrdə, andlarda, vədlərdə şərh olunmuş təbabət etikasının qanunlarının, prinsip və qaydalarının pozulması əksəriyyət tərəfindən daha çox mənəvi cəhətdən pislənir. Bu həm də pasiyentlər, onların qohumları və bütövlükdə sosial mühit tərəfindən nifrətlə qarşılanır. Bununla yanaşı, bəzi hallarda təbabət etikasası üzrə dövlət qanunlarının pozulması törətdiyi nəticənin ağırlığından asılı olaraq mülki, yaxud cinayət hüququ çərçivəsində məhkəmə qərarı ilə cəzalandırılır.

Bioetika elmi fənn kimi sosiologianın, psixologianın, sosial psixologianın, dinşünaslığın, konkret peşəşünaslığın, hüququn, menecmentin və digər çoxlu sayda tibbi və qeyri-tibbi fənlərin metod və prinsiplərinə söykənir. Lakin onun özünün spesifik obyekti - tibb işçilərinin peşə davranışı adlanan obyekti vardır.

Biotəbabətetikası tibb işçisinin peşə davranışını yeni tibbi texnologiyalarından, elmi-texniki tərəqqinin nailiyyətlərindən insan naminə istifadə etməyə yönəldən, praktiki fəaliyyətdə olan həkimə və təbabət sahəsində çalışan alimə, insana, onun nəslinə, bizi əhatə edən aləmə ziyan vurmağı qadağan edən qanunlar, prinsip və qaydalar haqqında elmdir. Həmin qanunlara, prinsip və qaydalara riayət edən həkim «Həyat qarşısında ehtiram» hissi ilə yaşamış olur.

§ 2 «HƏR ŞEYDƏN ƏVVƏL – ZİYAN VURMAMAQ!»

Bu latın ifadəsi «**primum non no cere**» («hər şeydən əvvəl – ziyan vurmamaq») təbabət etikasında ən qədim prinsipdir. Kəlamdakı «hər şeydən əvvəl» ifadəsi göstərir ki, haqqında söhbət gedən prinsip həkimin fəaliyyətində olduqca vacibdir.

Həmin prinsipə bağlı meydana çıxan ilk sual biotəbabətdə, xüsusilə də həkimin fəaliyyətində, onun pasiyentlə münasibətlərində «ziyan» sözü altında nəyin başa düşülməsidir.

Bu mənada sözügedən problemə həkim sənəti prizmasından yanaşsaq, onun aşağıdakı formalarını fərqləndirmək olar:

- biganəlik göstərərək, ehtiyacı olana yardım göstərməmək nəticəsində vurulan ziyan;
- ehtiyatsızlıqdan, yaxud bəd niyyətlə, yaxud təmənna məqsədilə yetirilən ziyan;
- qeyri-düzgün, ölçülüb-biçilməmiş hərəkətlə, yaxud qeyri-professional hərəkətlə dəyən ziyan;
- mövcud vəziyyətdə obyektiv zəruri hərəkətlər nəticəsində vurulan ziyan.

Ziyanın yuxarıda göstərilən ayrı-ayrı növlərini müxtəlif cür qiymətləndirmək olar. Birinci növə, yəni yardım göstərməməyə gəldikdə deyilməlidir ki, burada biz bir çox hallarda hüquq pozuntusunun, yəni qanunla, yaxud digər hüquqi normativ aktla müəyyən edilmiş borcun yerinə yetirilməməsinin şahidi oluruq. Ona görə də, belə vəziyyətdə problem əxlaqi deyil, daha çox müvafiq məsuliyyəti nəzərdə tutan hüquqi xarakter kəsb edir. Hesab edək ki, növbətçi həkim müəyyən pasiyent üçün edilməsi nəzərdə tutulan müalicə tədbirlərini yerinə yetirmir. Bu halda, o, birincisi, öz peşə borcunu yerinə yetirmədiyi üçün, ikincisi isə vəzifəsini yerinə yetirməməkdən irəli gələn nəticələr üçün məsuliyyət daşıyır. Belə vəziyyətdə, birinci hal üçün həkim qeyd-şərtsiz məsuliyyətə cəlb olunmalıdır. İkinci halda isə məsuliyyət müəyyən mənada götürülə bilər, çünki ola bilər ki, həkim həmin pasiyentdən daha ağır vəziyyətdə olan başqa xəstəyə yardım göstərməklə məşğul olsun. Buna baxmayaraq,

analoji halda yardım göstərilməyən pasiyent, yaxud onun qohumları həkimə qarşı, hətta onu məhkəməyə verməyə qədər iddia irəli sürə bilərlər. Əgər həkim xidməti vəzifəsini yerinə yetirmək vəziyyətində deyilsə bu, başqa məsələdir. Bədii ədəbiyyatda, kinolarda bəzən belə süjeti müşahidə etmək olur: təyyarədə təcili tibbi müdaxiləyə zəruri ehtiyac yaranır və ekipaj sərnəşinlərə müraciət edir: «Aranızda həkim varsa xahiş edirik, yardım göstərsin». Belə vəziyyətdə ümumiyyətlə, sərnəşinlər arasında olan həkim yardımdan imtina edərsə və digər sərnəşinlər də onun peşəsinin həkimlik olduğunu bilsələr belə, həmin həkimi məsuliyyətə cəlb etmək o qədər də asan iş deyildir. Hətta Amerika qanunlarına görə ümumiyyətlə, xüsusi həkimlik praktikasını ilə məşğul olan həkim belə halda heç bir məsuliyyət daşımır. Lakin belə hərəkət mənəvi baxımdan, şübhəsiz ki, pislənilməlidir.

Ziyanın ikinci və üçüncü növləri – qeyri-vicdani hərəkət nəticəsində, yəni hər hansı hüquqi aktla təsbit olunmuş birbaşa vəzifəni lazımi qaydada yerinə yetirməmək, yaxud həmin halda nəzərdə tutulan proseduru yerinə yetirməkdə tənbellik etmək, habelə ehtiyatsızlıq üzündən və ya bilərəkdən vurulan ziyan etik tənzimlənmədən daha çox hüquqi tənzimlənmə obyektidir, amma bu, heç də həmin hərəkətləri əxlaqi baxımdan pislənməni istisna etmir.

Həkimin kifayət qədər ixtisaslı olmaması, bacarıqsızlığı, vəzifəsini keyfiyyətlə yerinə yetirməməsilə şərtlənən ziyan etik təhlil baxımından elə bir çətinlik yaratmır. Bununla əlaqədar demək lazımdır ki, həkimin ixtisası anlayışının özü tək-cə sırf texniki və rəsmi deyil, habelə mənəvi məzmun kəsb edir. Həkim olan şəxs adətən bu peşə sahibinin etməli olduğu işi yerinə yetirə bilmirsə, mənəvi baxımdan pislənilməlidir. Onu da qeyd edək ki, burada çox şey «adətən» sözünün necə başa düşülməsindən asılıdır. Belə ki, söhbət sırası, «orta» səviyyəli həkimdən gedirsə buna dözümlü yanaşmaq mümkündür. Lakin yüksək ixtisaslı həkimə gəldikdə isə ona həm öz ixtisası, həm də əxlaqi baxımdan yüksək tələblər verilir, buna görə də o, bütün bilik və bacarığını sərf etməyə borcludur.

Nəhayət, ziyanın dördüncü növü – obyektiv zəruri ziyan haqqında. İlk baxışda ziyanın bu növü barədə məsələnin qoyuluşunun özü paradoksal səslənir: **axı** pasiyent həkimə ona görə müraciət edir ki, şəfa tapsın, heç **olmasa** ağrısı yüngülləşsin, elə isə ziyanın buraya nə dəxli var? Lakin məsələyə daha diqqətli yanaşdıqda aydın olur ki, həkinə edilən hər bir müraciətin özündə pasiyentə bu və ya digər ziyanın vurulması ehtimalı vardır. Əgər vəziyyətə pasiyentin **mənafeyi** tərəfindən baxılsa, onda ən müxtəlif ziyanı görmək mümkündür. Təkcə bunu deyək ki, özlüyündə həkimə təşrif **gətirmək** üçün müəyyən vaxt sərf olunur. Halbuki, pasiyent bu **vaxtı** başqa bir maraqlı və ya faydalı işə sərf edə bilərdi. Sonra, **həkim** pasiyent üçün müəyyən rejim təyin edirsə, onda ziyan **pasiyentin** müəyyən imkanlarının, məsələn, azadlığının məhdudlaşmasında öz ifadəsini tapır. Xəstəxanada qaldıqda isə belə imkanların məhdudluğu ilə bağlı ziyan xüsusilə çox olur.

Ziyanın daha bir forması da **pasiyentin** öz vəziyyəti, onun xəstəliyinin proqnozlaşdırılması ilə **bağlı informasiya** ilə tanış edilməməsi nəticəsində meydana **gəlir**. Belə halda, ziyanın vurulması informasiyanın gizlədilməsi və yaxud pasiyentin aldatılması, həmçinin ona düzgün informasiyanın verilməməsi ilə bağlı olur. Nəzərdə tutulmalıdır ki, **kimisə aldatmaqla** biz bir tərəfdən əslində ona ziyan vururuq, ona görə ki, onun ləyaqətini alçaltmış oluruq (hələ biz **yetəincə** olmayan, yaxud qeyri-düzgün informasiya əsasında iş **gören** insanın özünə, ətrafda-kılara iradəsindən asılı olmayaraq **vurduğu** ziyanı demirik). İkinci tərəfdən isə xəstəyə **sağlanlığı** barədə düzgün, lakin onun ovqatına çox mənfi təsir edən **məlumatla** da ziyan vurula bilər. Pasiyentə ziyan həmçinin o **zaman** vurulur ki, həkim, yaxud tibb müəssisəsinin digər bir **işçisi** həmin xəstə barədə tibbi informasiyanı üçüncü şəxsə xəbər verir (bu həkim-xəstə sirrinin gizli saxlanma qaydasının **pozulmasıdır**). Ümumiyyətlə, informasiyanı açıqlamaq həkimlik **sirri**ni qoruyan qanuna riayət etməmək deməkdir. Hətta qanunun **həmin** informasiyanı açıqlamağa yol verdiyi təqdirdə (yalnız **xüsusi şəxslərə**) də pasiyentə ziyan vurula bilər. Qeyd edək ki, bu zaman pasiyentə

fiziki deyil, mənəvi ziyan deyir. Hər halda həkimlə pasiyent arasında münasibətlərdən danışarkən bu iki ziyan kateqoriyasının mahiyyətini mütləq nəzərə almaq lazımdır.

Bəzən həkimin təyin etdiyi müalicə kursunda pasiyent üçün ağırli keçən proseduralar da ola bilər. Aydın məsələdir ki, həkim (təbii ki, xeyirxahlıq məqsədilə) pasiyentə müəyyən fiziki əzablar verməli olur. Bəzi hallarda isə şəraitdən asılı olaraq həkim xəstəyə daha ağır və ciddi ziyan vurur, məsələn, hər hansı bir orqanı kəsib atmaqla xəstəni əlil edə bilər.

Nəhayət, hamıya məlum olan belə bir variantı götürək. Təsəvvür edək ki, pasiyent ölümcül, müalicə olunmaz, özü də güclü ağrılarla müşayiət olunan xəstəliyə mübtəla olmuşdur. Belə halda xəstə qərara gələ bilər ki, ağır və ümitsiz əzabların uzanmasındansa, ona tez və ağrısız ölüm daha az ziyan vura bilər. Xəstənin bu qərarını yerinə yetirməklə də həkim yuxarıda adı çəkilən formada ziyan gətirə bilər. Aydındır ki, «hər şeydən əvvəl – ziyan yetirməmək!» prinsipini hərfi mənada şərh etsək, yəni hər hansı ziyandan qaçmaq kontekstində izah etsək, onda həkim gərək hər cür tibbi müdaxilədən də imtina etsin. Əlbəttə, sözügedən prinsipin əsl mənası bundan ibarət deyildir. Əvvəllər sadaladığımız bütün ziyan növlərindən (hər halda bunlardan qaçmaq olar və lazımdır da) fərqli olaraq söhbət qaçılmaz ziyandan gedir, çünki nəzərə almaq olar ki, bu ziyandan pasiyentə müəyyən yaxşılıq da dəyə bilər. Burada birinci vacib şərt odur ki, edilən ziyan tibbi müdaxilə nəticəsində qazanılan yaxşılığı üstələməsin, ikincisi, çalışmaq lazımdır ki, seçilmiş müalicə variantı digər mümkün variantlarla müqayisədə minimum ziyanla başa çatsın.

Əlbəttə, həkimin etdiyi ziyan yalnız bilavasitə pasiyentin özünə dəyməyə də bilər. Məsələn, hamilə qadının həyatı üçün təhlükə yarandığı vəziyyətdə aborta ehtiyac olur, bu isə günahsız varlığa, bətdə olan uşağa dözülməz ziyan yetirmək deməkdir. Yaxud başqa bir nümunə: bir xəstə üçün həyatı qoruyan müalicə forması başqaları üçün ziyana çevrilə bilər. Belə ki, başqaları üçün müvafiq resursların çatışmazlığı üzündən, yəni həyatı xilas etmək məqsədilə gərəkli olan aparatların onla-

ra əlçatmaz olması səbəbindən ziyan ola bilər. Belə vəziyyətlərdə «ziyan verməmək» prinsipi öz qüvvəsini saxlasa da, o, ölçülüb-biçilmiş və əxlaqi bəraət qazandırılmış seçim üçün kifayət etmir. Burada digər amilləri də nəzərə almaq tələb olunur.

Beləliklə, «ziyan verməmək» prinsipinin həqiqi mənası bundadır ki, həkimdən dəyən ziyan yalnız obyektiv, zəruri və minimal həddə olmalıdır. Bizim qısa da olsa nəzərdən keçirdiyimiz bu prinsip aydın göstərir ki, həkimin fəaliyyətində əxlaqi seçim məqamı müstəsna və nadir hal deyildir, əksinə, həmin seçim vəziyyətləri (həkimin əxlaqi baxımdan nə dərəcədə həssas və qayğılı hərəkətindən asılı olmayaraq) onun gündəlik fəaliyyətinin ayrılmaz tərkib hissəsidir.

Aydındır ki, həkimin pasiyentə vurduğu ziyan bəzən bilərəkdən olur. Belə halda ziyan həm cinayətkarcasına (qəsdən) edilmiş ziyan, həm də tibbi göstəricilərə görə obyektiv (labüd olaraq) vurulan ziyan hesab oluna bilər. Onu əvvəlcədən görmək və miqyaslarını müəyyənləşdirmək mümkündür. Lakin bir sıra hallarda insanlar, o cümlədən həkimlər öz hərəkətləri ilə heç də bilərəkdən ziyan yetirmirlər. Burada iki variant ola bilər: mümkün nəticələr üzərində düşünməməkdən dəyən ziyan və nəzarət olunmayan xarici şərait nəticəsində yetirilən ziyan. Onların bu fəaliyyəti mənəvi baxımdan mühakimə edilərkən və qiymətləndirilərkən göstərilən məqamlar da nəzərə alınmalıdır.

§ 3. «YAXŞILIQ VƏ XEYİRXAHLIQ ETMƏK!» - HƏKİMLİK FƏALİYYƏTİNDƏ MÜHÜM ETİK PRİNSİPDİR

Bu prinsip yuxarıda göstərilən «hər şeydən əvvəl ziyan verməmək» prinsipinin geniş səpgidə şərhı və davamıdır. Həmin prinsiplər bir-birinə o qədər yaxındır ki, bioetika üzrə mütəxəssislərin bəziləri onları bir anlayışda birləşdirməyi təklif edirlər. Lakin bu prinsiplərin ən azı biotəbabət sahəsində ayrılıqda araşdırılmasına ciddi ehtiyac duyulur.

Öncə qeyd edilməlidir ki, «ziyan verməmək» prinsipi təbabətdən kənarda da mühüm yer tutur. Doğrudur, biz şərhimizdə

bu prinsipi tibbi praktikanın nümunələri əsasında nəzərdən keçirdik. Lakin onu çox zaman düzgün olaraq insanlar arasında qarşılıqlı əxlaqi münasibətlərin minimum zəruri çıxış tələbi adlandırırlar. Həmin prinsipin qadağa mənasında işlənilməsi sübut edir ki, o, hər şeydən əvvəl məhdudlaşdırıcı xarakter daşıyır. Amma onun məzmunu bununla bitmir. Əvvəllər göstərdiyimiz kimi qadağa formasında adətən daha güclü əxlaq normaları ifadə olunur. Əgər mən təkcə həkim kimi deyil, bir fərd olaraq hərəkətimin başqasına ziyan yetirə biləcəyindən ehtiyat edirsə, onda yəqin ki, bu hərəkətimdən yan keçməliyəm.

Bundan fərqli olaraq «yaxşılıq etmək» prinsipi qadağa deyildir, əksinə, müəyyən pozitiv hərəkətləri tələb edən normadır. Onun mənası bəzən «iltifat», «xeyriyyəçilik», «mərhəmət», «filantropiya» («insanpərvərlik») kimi anlaşılr. Təəssüf ki, keçmiş onilliklərdə bu anlayışların arxasında gizlənən məzmunu biganə, bəzən də ləyaqətsiz münasibət ənənəsi mövcud olmuşdur. Hesab edilirdi ki, belə hərəkət o qədər də vacib deyildir, o uydurma və hətta, riyakar hərəkətdir. Məsələyə belə münasibət indi tədricən itib getməkdədir.

Məsələ burasındadır ki, belə hərəkətlər ilk növbədə təkcə rəşional mülahizələri deyil, iztirab, rəhm kimi hiss və emosiyaları da nəzərdə tutur. Bunlara bəzən zəifliyi bildirən və deməli, ünvanladığı insanı təhqir edən və alçaldan anlayışlar kimi baxırlar. Uzun müddət belə hesab olunurdu ki, konkret insana göstərilən xeyriyyəçilik insanları qlobal vəzifənin həllindən – hamının qüdrətli olacağı və heç kəsin rəhmdarlığa ehtiyacı olmayacağı sosial şəraitin qurulması kimi əzəmətli vəzifənin həyata keçirilməsindən yayındırır. Fəqət aydın oldu ki, zəiflik, ağrı və iztirab heç də müvəqqəti, yalnız tarixin müəyyən mərhələlərinə xas deyildir, əksinə, insan mövcudluğunun kökü kəsilməyən daimi müşayiətçiləridir.

«Yaxşılıq etmək» prinsipi yalnız ziyandan qaçmaq deyil, həmçinin onu aradan qaldırmaq işində zəruri fəal hərəkətdir. Belə halda söhbət həkimin iradəsindən asılı olub-olmadan etdiyi ziyandan deyil, ümumiyyətlə, həkimin öz imkanları çərçivə

sində aradan qaldıra biləcəyi hər cür ziyandan – pasiyentin ağrısı, iztirabı, fəaliyyətsizliyi və nəhayət, ölümdən gedir.

Göstərməlidir ki, «yaxşılıq etmək» prinsipinin anlamında və əsaslandırılmasında müəyyən çətinliklər mövcuddur. Belə ki, ən ifrat formada götürülsə bu anlayış məcburi fədakarlıq mənasında şərh oluna bilər. Məsələn, birisi bu prinsipə müvafiq hərəkət edərək istənilən xəstəyə (hətta tanımadığına) öz böyrəyini köçürmək təklifi ilə öz həyatını vermək niyyəti ilə çıxış edə bilər. Amma kimdənsə bu cür fədakarlığı tələb etmək ağlasığmaz, mənəviyyatsız hərəkət olardı.

Buna görə də «yaxşılıq etmək» prinsipini bəzən mənəvi borc deyil, əxlaqi ideal kimi başa düşürlər. Əlbəttə, belə ideala uyğun hərəkət təqdirəlayiqdir, lakin bununla belə kiminsə başqasına xeyirxahlıq etmək istəməməsini də əxlaqsızlıq hesab edib pisləmək düzgün deyil. Beləliklə, həmin prinsipi ancaq «hökmən yaxşılıq etmək» ideyasına müncər etmək də olmaz. Məsələn, üzməyi bilməyən adamdan sahildən yüz metrdən aralı suda boğulan adamı xilas etməsini tələb etmək olarmı? Digər tərəfdən də əgər pis üzən adam iki-üç metr üzüb suda batan adama xilasedici dairəni ötürməyi bacarırsa, bunu ondan tələb etmək, məgər mənəviyyatsızlıqdır?

Bu nümunəni təhlil edərkən aşağıdakı sxemi nəzərdən keçirək: «A» adlı bir adam «B» adlı adama yaxşılıq etməyi özünü borclu bilir, bu şərtlə ki, aşağıdakı şərtlərdən hər biri («A» bunları bilir) yerinə yetirilsin:

1. «B»-nin qarşısında xeyli təhlükə durur.
2. Bu təhlükəni aradan götürmək üçün «A»nın hərəkətləri (təkbaşına, yaxud başqaları ilə birlikdə) zəruridir.
3. «A»-nın bu təhlükəni dəf etmək ehtimalı böyükdür.
4. «A»-nın hərəkətləri mühüm risk törətmir, ondan ötrü çoxlu məsrəf və itgilər yaratmır.
5. «B» üçün gözlənilən yaxşılıq «A»-nın ehtimal olunan, məsrəflərini, yaxud itgilərini üstələyir.

Sxemdən görünür ki, bir pis üzgüçü (ikinci halda) suda boğulanı xilas etməyə mənəvi cəhətdən borcludur. Lakin 4-cü

və 5-ci şərtlərə əsasən o bu hərəkəti birinci variantın mövcud olduğu halda etməyə borclu deyildir.

Təbii ki, müxtəlif etik nəzəriyyələrdə yaxşılıq etmək vəzifəsi müxtəlif cür əsaslandırılır. Belə ki, utilitarizmin tərəfdarları yaxşılıq etmək vəzifəsini fayda prinsipinin nəticəsi hesab edirlər. Onların fikrincə, başqalarına yaxşılıq etməklə biz, dünyada yaxşılıqların sayını artırmış oluruq. İ.Kantın deontologiyasında həmin əxlaqi dəyər qəti imperativdən törəyən tələb kimi çıxış edir. Alman filosofu belə əqidədəydi ki, xeyirxahlığın ümumi norma olmasını və başqalarının sənə xeyirxahlıq etməsini istəyirsənsə, sən də başqalarına xeyirxahlıq et. D.Yum isə başqalarına edilən xeyirxahlığın zəruriliyini sosial qarşılıqlı münasibətlərin təbiətilə əsaslandırırdı. O, hesab edirdi ki, cəmiyyətdə yaşayan insan yaxşılığı, xeyirxahlığı başqalarının fəaliyyəti sayəsində qazanır, elə buna görə də o, cəmiyyət üzvlərinin mənafeləri naminə hərəkət etməyə borcludur.

Bu vaxta qədər biz «yaxşılıq etmək» prinsipini iki iştirakçı tərəfin bir-birilə xüsusi münasibətlərlə bağlı olmadığı vəziyyətlərdə təhlil etmişik. Lakin belə münasibətlərin mövcud olduğu vəziyyətdə yaxşılıq etmək vəzifəsi daha çox məziyyət kəsb edir. Məsələn, əgər insana başqa birisinin, hətta qohumu olmayan insanın həyatının xilasını naminə böyrəyini verməyi təklif edirlərsə, heç də demək olmaz ki, bu cür fədakarlıq onun borcudur (əslində qanunvericilik bu növ donorluğu qadağan edir). Əgər potensial donor valideynlər, xəstə isə onların övladıdırsa, onda belə iltifat etməyə valideynlər daha çox borcludurlar. Qeyd olunan vəziyyətdə həmin hərəkət daha çox mənavi məzmunla malik olur. Buradakı münasibətlər o mənada xüsusi ki, valideyn olan şəxs bir sıra vəzifələri yerinə yetirməyi nəzərdə tutan müəyyən sosial rolda çıxış edir.

Xüsusi münasibətlərin digər tipi müəyyən razılaşma, müqavilə (sənədlə təsbit olunmuş müqavilədən söhbət getmir) ilə müəyyən edilən münasibətlərdir. Burada iştirakçı tərəflər üçün yaxşılığı təmin edən hərəkətləri şərtləndirən müqavilə başa düşülür.

Yaxşılığı təmin etmək naminə müəyyən öhdəlikləri nəzərdə tutan xüsusi münasibətlərin başqa bir növü peşəkar xidmət göstərən mütəxəssislər ilə bu xidmətdən istifadə edən insanlar arasındakı münasibətlərdir. Bu halda, peşəkar həkim, hüquqşünas, polis, məşqçi və s. spesifik biliklərə və bacarığa malik olan subyektlər kimi öz müvafiq sosial rolunu yerinə yetirirlər. Onların fəaliyyətinin sosial mənası yardım üçün müraciət edən insanlara yaxşılıq etməklə qırılmaz surətdə bağlıdır.

Ümumiyyətlə, fəaliyyəti yalnız pasiyentlərə ziyan vurmaqla məhdudlaşan həkimə və bütövlükdə səhiyyə sisteminə rast gəlmək çətindir. Bu halda cəmiyyətin nə həkimi, nə də həmin sistemi saxlamağa heç bir mənəvi haqqı olmazdı. Buna görə də səhiyyənin məqsədi təkcə ziyandan qaçmaq deyil, pasiyentə yaxşılıq etməkdir, yəni hər bir insana və bütövlükdə cəmiyyətə xeyirxahlıq göstərməkdir. Məsələn, sarı qızdırma, yaxud vəba kimi epidemiya xəstəliklərinin qarşısını almaq üçün metodlar kəşf olunanda cəmiyyətin müəyyən pozitiv hərəkətləri həyata keçirməsi tamamilə təbii idi, yəni ümumdövlət miqyasında həmin ağır xəstəliklərin profilaktikası üçün xüsusi proqramların qəbul edilməsi və həyata keçirilməsi zəruri idi. Əksinə, əgər belə tədbirlər görülməzdisə, o, əxlaqi məsuliyyətsizlik kimi başa düşülərdi.

Sözün ümumi mənasında isə həkimlərin və digər peşəkarların yerinə yetirməli olduqları yaxşılıq pasiyentlərin sağlamlığını təmin etmək deməkdir. Buna müvafiq olaraq səhiyyənin də əsas vəzifəsi, vətəndaşların sağlamlığını itirməsinin qarşısını mümkün qədər almaq və ya itirilmiş sağlamlığını bərpa etməkdir. Doğrudur, bir sıra hallarda xəstəliyin artan inkişafını dayandırmaq, yaxud palliativ təbabət şəraitində can verənin ağrılarını və iztirablarını yüngülləşdirmək üçün çox zəhmət çəkmək tələb olunur. Lakin bu həmin məqsədin yerinə yetirilməsinə mane olmamalıdır.

Hippokrat andında yaxşılıq etmək vəzifəsi şərtsiz borc kimi həkimlər zümresinə daxil olanın öz müəllimi ilə münasibətinə, hətta onun ailəsinə şamil olunur. Pasiyentlərlə münasibətə gəldikdə isə bu mənada and o qədər də məcburiyyət tələb et-

mir; burada həkim daha çox ona yardım üçün müraciət edənlərlə könüllü əlaqəyə girən nümayəndə kimi çıxış edir. Onun yardıma ehtiyacı olanlarla münasibətlərindəki sosial rol sözün əsl mənasında yaxşılıq edən xeyirxahın roludur.

Müasir təbabətdə isə həkimin cəmiyyət qarşısında, öz keçmiş, eləcə də gələcək pasiyentləri qarşısında borcu ön planda çıxış edir. Həmin vəzifəni həyata keçirmək zərurətinin təminatçısı həkimin aldığı təhsil (bu isə əsasən cəmiyyətin resursları hesabına mümkün olur) və həmin peşə üçün cəmiyyətin ona verdiyi imtiyazlar, yaxud pasiyentlərlə işləri sayəsində öz sənətini praktiki təkmilləşdirmək, həmçinin tədqiqatlar aparmaq imkanlarıdır. Bütövlükdə, müasir həkim üçün pasiyentlərə xeyirxahlıq göstərmək borcu Hippokrat dövründən fərqli olaraq daha imperativ xarakter kəsb edir.

«Yaxşılıq etmək» prinsipi ilə bağlı başqa bir problem aşağıdakıdan ibarətdir: həyata keçirilməli olan yaxşılığın, yaxud xeyirxahlığın məzmununu kim müəyyən edir? Hippokrat andında belə sözlər var: mən xəstələrin rejimini onların xeyirinə öz qüvvəm və dərrakəm çərçivəsində müəyyənləşdirirəm. Tibbi praktikanın çoxəsrlik ənənəsi göstərir ki, hər bir konkret halda pasiyent üçün nəyin «yaxşılıq» olduğunu məhz həkimin qəbul etdiyi qərar müəyyən edir. Belə yanaşmanı paternalist (lat. «pater» - ata sözündən) yanaşma adlandırırlar, çünki bu halda həkim, bir növ, öz ağılı kəsməyən «övladının» yaxşı olması qayğısına qalan və bu yaxşılığın nədən ibarət olduğunu müəyyənləşdirən «ata» rolunda çıxış edir.

«Paternalizm» termini öz mənşəyinə görə sosial-siyasi nəzəriyyələrin leksikonuna aiddir və elə sosial münasibətlər tipini xarakterizə edir ki, burada dövlət, əzəli olaraq öz vətəndaşlarının xeyirxahlığının qayğısına qalır və onların mənafeələrinin ifadəçisi kimi çıxış edir. Buna görə də vətəndaşları narahat etməyən qərarlar qəbul edir və onları yerinə yetirir. Sonuncular da öz növbəsində hesab edirlər ki, nəyin xeyir, nəyin şər olduğunu müəyyən etmək dövlətin səlahiyyətidir, çünki dövlət vətəndaşlarının qayğısına qalmağa, onlara himayəçilik etməyə borcludur. Belə halda vətəndaşların müəyyən hüquq

və azadlıqlarının dövlətin xeyrinə özgələşməsi baş verir. Bunun sayəsində onlar sözün əsl mənasında vətəndaşlar kimi deyil, dövlətin təbəələri kimi çıxış edirlər. Təsadüfi deyildir ki, İ.Kant paternalist hakimiyyətin (imperium paternale) mahiyyətini onun subyektlərinin, yəni təbəələrinin azadlıqlarının alicənablıqla məhdudlaşdırılmasında görürdü.

Cəmiyyətin sosial və siyasi mədəniyyət hadisəsi olan paternalizm təkcə dövlətlə vətəndaşların münasibətlərinə deyil, habelə, hakimiyyət münasibətlərinin təzahür etdiyi digər sahələrə, yəni bütövlükdə hökmranlıq və tabeçilik münasibətlərinə şamil olunur. Belə sahələrdən biri də səhiyyədir.

Tibbi paternalizmə görə pasiyentin müalicəyə olan tələbatlarını müəyyənləşdirərkən onu informasiya ilə təmin edərkən və məsləhətlər verərkən həkim yalnız öz mülahizələrinə söykənməlidir. Paternalizm mövqeyi bəzi hallarda pasiyentləri nəyəsə məcbur etməyə, onları aldatmağa, yaxud onlardan informasiya gizlətməyə imkan verir. Bu onunla əsaslandırılır ki, hər şey xəstənin yaxşılaşması naminə edilir. Bununla əlaqədar qeyd edək ki, xalqımızın ənənəsində paternalizmin kökləri qədimdir. Ümumiyyətlə, əhali arasında həkimə ümid çırağı kimi yanaşmaq, onun insanlara sağlamlıq gətirən loğman dühasına ehtiram həmişə güclü olmuşdur. Müasir keçid dövrünün törətdiyi böhranlı anlarda insanların üzləşdiyi gözlənilməz çətinliklər – nevroz, stress hallarının artması ucbatından cəmiyyət üzvləri həkimlərin peşə fəaliyyətinə, onların psixoloji qayğısına daha çox ehtiyac hiss edirlər. Bu səbəbdən əhalidə tibbi paternalizm inamları hələ də yaşamaqdadır.

Pasiyentin müayinə, müalicə və s. vaxtı seçimdə iştirakı məsələsi də vacib etik-deontoloji problemdir. Bunun həllinin birinci yolu yuxarıda qeyd olunan paternalizm istiqamətidir. Bu modeldə göstərilir ki, pasiyent təbabətdə səlahiyyətli adam olmadığından, o, həkimin iradəsinə sözsüz tabe olmalıdır.

İkinci yol (model) isə göstərir ki, səhiyyə (tibbi yardım) xidmət sferasına aid sosial sahədir. Ona görə də pasiyent barədə əsaslı fikir (diaqnostik, müalicə və s.) yalnız onun özü tərəfindən (xüsusi hallarda ən yaxın adamı) aparılmalıdır, çünki o,

istehlakçıdır. Bu, tibbi deontologiyanın vacib tibbi-sosial problemlərindən biri kimi pasiyentin hüquqları anlayışında ifadə olunur. Odur ki, sivil dövlətlərin əksəriyyətində həmin problem Səhiyyə Qanunvericiliyi sənədləri vasitəsilə tənzimlənir.

§ 4 PASİYENTİN MUXTARIYYƏTİNƏ HÖRMƏT PRİNSİPİ

Əvvəldə nəzərdən keçirilənlərdən fərqli olaraq bu prinsip bioetikada son onilliklərdə başlıca problem kimi qarşıya çıxır. Bu təsadüfi deyildir, çünki həmin dövr həkimin pasiyentə yaxşılıq etməsi ilə bağlı məsələlərdə müəyyən şübhələrin artması ilə səciyyələnir. Bununla əlaqədar olaraq pasiyentin muxtariyyəti problemi yaranır. Ən ümumi şəkildə demək olar ki, aşağıdakı hərəkətləri həyata keçirən şəxslər muxtar hesab olunur: 1) şüurlu (fəlsəfi dildə intensional), yəni özünün müəyyən niyyəti, planı əsasında hərəkət edənlər; 2) nə edəcəyini bilib hərəkət edənlər; 3) hərəkətin gedişini və nəticələrini müəyyənləşdirərkən heç bir xarici təsirə məhəl qoymayanlar.

Birinci şərtə uyğun olan hərəkət sırf reflektiv xarakter daşıdığından, biz onun mənasını başa düşsək də fikirləşmədən həyata keçiririk. Əslində, belə hərəkət tam avtonom hesab olunmur. İkinci və üçüncü şərt birincidən fərqli olaraq az və ya çox dərəcədə avtonom surətdə reallaşa bilər. Məsələn, əgər həkim pasiyentə ciddi cərrahiyyə əməliyyatı təklif edirsə, pasiyentin müstəqil seçim etmək üçün heç də həkimin malik olduğu xüsusi biliklərə malik olması lazım deyildir. Onun əməliyyatın bütün detallarını təfərrüatı ilə bilməsinə də ehtiyac yoxdur. Məsələnin mahiyyətindən xəbərdar olmaq kifayətdir. Bu halda pasiyent yaxınlarından kiməsə məsləhət üçün müraciət edə bilər və onların rəyi şübhəsiz ki, onun seçiminə təsir göstərə bilər. Lakin o, həmin məsləhətləri əmr kimi deyil, müəyyən qərara gəlmək üçün əlavə informasiya olaraq qəbul edirsə, onda seçim müstəqil olur. Son nəticədə o, təkliflə razılaşa (razılaşmaya) bilər, yəni həkimin təklifini qəbul edə (etməyə) bilər. Birinci halda o, əslində, bir növ həkimlə

həmmüəllif olur, onun təklifini öz qərarı sayır və bununla da öz seçiminin birinci şərtini qənaətbəxş hesab edir.

Nəzərdən keçirilən prinsip avtonomluğun sadəcə qəbul olunması ilə məhdudlaşmır. O, həm də bunu göstərir ki, pasiyentin seçimi həkimin mövqeyi ilə üst-üstə düşməsə də bu, həkimin sonrakı mövqeyini müəyyənləşdirməməlidir.

Ümumiyyətlə, avtonomluğa hörmət prinsipi insan şəxsiyyətinin kənar müdaxilələrdən asılı olması, yəni onun özü üçün dəyər olması barədə təsəvvürlərə əsaslanır. O, həmin təsəvvürlərin konkret ifadəsidir. Bununla əlaqədar qeyd edək ki, İ.Kantın deontoloji etikasına görə avtonomluğa hörmət hər bir insanın qeyd şərtsiz olaraq yüksək dəyər kimi qəbul edilməsi deməkdir. Deməli, insan öz taleyini özü müəyyənlişdirməyə qadirdir. Odur ki, konkret insana müəyyən məqsədi həyata keçirmək üçün vasitə kimi yanaşdıqda, biz onun azadlığını məhdudlaşdırmış oluruq. Başqa sözlə, onun avtonomluğunu inkar edirik. Bu baxımdan İ.Kantın aşağıdakı fikri səciyyəvidir: «Hər bir şəxsiyyət özü özlüyündə məqsəddir və ona heç bir halda hər hansı vəzifənin – hətta bu müəyyən niyyət güdən vəzifə olsa da belə - həyata keçirilməsində vasitə kimi baxılmamalıdır». Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, alman filosofunun həmin etik ideyası hazırda bütün beynəlxalq və milli etik kodekslərin, bəyannamələrin, insanın fiziki və psixi mövcudluğuna tibbi müdaxiləni əxlaqi və hüquqi cəhətdən tənzimləyən sənədlərin başlıca qayəsini təşkil edir. Bu son dərəcə önəmli əxlaqi tələbdir, çünki söhbət ayrıca şəxsiyyətin dəyərinin, daha yüksək, daha əhəmiyyətli etik prinsip kimi qiymətləndirilməsindən gedir. Doğrudur, İ.Kantın bu etik tələbi olduqca mübaliğəli səslənir. Lakin tarixi təcrübədən məlumdur ki, bəzən ayrıca insanın mənafeələrinin ən ülvü ideallara, maraqlara qurban verilməsi təkcə bir insan üçün deyil, bütövlükdə cəmiyyət üçün böyük bəlalara səbəb olur. F.M.Dostoyevskinin «Karamazov qardaşları» əsərində irəli sürülən «əgər ümumi xoşbəxtlik naminə hətta uşağın bir damla göz yaşı tökülübsə, belə xoşbəxtlik mümkün deyil» ideyası İ.Kantın haqqında söhbət gedən etik imperativi ilə olduqca uzlaşır.

Qeyd edək ki, həmin etik tələb insan üzərində biotibbi eksperimentlər praktikasında müstəsna rol oynayır, ona görə ki, bu zaman sözügedən imperativin pozulması imkanları daha böyükdür. Həm də nəzərdə tutulmalıdır ki, belə riskin yükü əsasən eksperiment aparılanın üzərinə düşsə də, gözlənilən yaxşılıq və xeyirxahlıq isə bütün bəşəriyyətin nəsibi olur. Əlbəttə, üzərində eksperiment aparılan şəxs bu prosesdən yaxşılıq görməyə də, hər halda eksperimentdə iştirakı onun özü tərəfindən götür-qoy edilməlidir. O, özü azad seçim etməlidir.

Avtonomluq ideyası utilitarizmlə müqayisədə bir qədər başqa cür səslənir. C.Millin fikrincə, fərdin hərəkətləri üzərində xarici nəzarət ona görə zəruridir ki, bu zaman başqa fərdlərə ziyan dəyməsin və vətəndaşlar azadlığına qəsd etməmək şərtilə öz potensialını başqalarının azadlığına qəsd etmədən reallaşdırarsınlar. Beləliklə, onun etik fəlsəfəsində başlıca problem başqasının avtonom qərarına və hərəkətinə müdaxilə etməmək prinsipidir. İ.Kant isə bu məsələdə ondan xeyli qabağa gedir. Onun qəti imperativ konsepsiyasında başlıca əxlaqi tələb başqasının şəxsiyyətinə və avtonomluğuna hörmətdir. Lakin bu fərqlə baxmayaraq hər iki filosof şəxsiyyətin avtonomluğuna hörmət prinsipini mühüm etik mövqə hesab edir.

Deməli, avtonomluq prinsipi şəxsiyyətin onun planlarına və davranışlarına kənardan müdaxilə hüququnu ifadə edir. O, həm də başqalarının avtonom hərəkətlərini məhdudlaşdırmamağı borc və vəzifə kimi irəli sürür. Əlbəttə, bu o demək deyildir ki, avtonom hərəkətlərin qarşısını almağa heç kimin haqqı yoxdur. Burada vacib məsələ budur ki, hər bir halda avtonomluğun məhdudlaşdırılması xüsusi olaraq digər prinsiplərlə əsaslandırılmalıdır. Lakin bu prinsip mütləq deyildir. Yəni, məsələ heç də onda deyildir ki, həmin prinsip heç bir şəraitdə pozulmamalıdır. Söhbət ondan gedir ki, insan bilməli və dərk etməlidir ki, o sözügedən pozuntuya məcburiyyət üzündən gedir. Əgər bu və ya digər konkret şəraitdə avtonomluq prinsipinin tələbi başqa bir prinsiplə, məsələn, «ziyan yetirmə!» prinsipi ilə ziddiyyətə girirsə, onda bu prinsiplərdən birini pozmaq lazım gəlir. Məsələn, ümitsiz xəstəliyə mübtəla olmuş pasiyentin onun xəstəli-

yinin diaqnozu barədə məlumatlandırılması bu mənada tipik vəziyyətdir. Bu halda düzgün informasiyanın açıqlanmasının özü xəstəyə ağır ziyan yetirir, onun psixi və mənəvi vəziyyətini ağırlaşdırır. Buna görə də əgər pasiyent öz xəstəliyi haqqında sual verməzsə, həkim diaqnoz barədə heç nə deməyə də bilər, baxmayaraq ki, bu hərəkət pasiyentin avtonomluğuna hörmət prinsipi ilə ziddiyyət təşkil edir. Hər halda həkim mümkün qədər çalışmalıdır ki, xəstəliyin vəziyyətinə dair informasiyanı pasiyentə tədricən və nəzakətli şəkildə çatdırsın.

Müasir biotibbi tədqiqatlar və səhiyyə praktikası göstərir ki, yuxarıda qeyd olunan prinsip yalnız pasiyentin avtonom hərəkətlərinə maneçilik törətməyə imkan verməklə məhdudlaşmır. O, həm də labüd olaraq avtonomluğu həyata keçirməyi, özü də ona mötəbər informasiyanı çatdırmaq yolu ilə kömək etməyi vacib sayır.

Deyilənlərdən aydın olur ki, həkim «yalan danışma!» prinsipini rəhbər tutsa da, malik olduğu informasiyanı hökmən başqasına çatdırmağa borclu deyildir. Lakin həkimlə (eksperiment aparan) pasiyent (eksperiment aparılan) arasında münasibətlər simmetrik deyildir, çünki birincidə olan biliklər ikincidə yoxdur. Buna görə də həkim pasiyentə nəinki zəruri informasiyanı çatdırmalı, habelə, məlumatın başa düşülməsini və pasiyentin könüllü olaraq müəyyən qərara gəlməsini təmin etməlidir. Nəzərdə tutulmalıdır ki, həkim pasiyentlə xüsusi, yəni inama və etimada söykənən münasibətdə olur. Bioetika üzrə amerikalı mütəxəssis A.Xolder hesab edir ki, həkim başqası ilə etimadlı və açıq münasibətlərdə olan digər mütəxəssislər (məsələn, vəkil, ruhani və başqaları) kimi işlə bağlı bütün faktları açıqlamağa borcludur. Əgər kimsə fermerdən qoyun balası alırsa, fermer ona qoyun balasının qüsurları barədə məlumat verməyə borclu deyil. Lakin fermerdən bu barədə xüsusi olaraq soruşsalar onda onun qeyri-səmimi cavabı yalan olacaqdır. Bu vəziyyətdə onu qınamaq olmaz, çünki o, könüllü olaraq sövdələşməyə ziyan yetirə biləcək informasiyanı verməyə borclu deyil. Həkimlə pasiyent arasındakı münasibətlər isə bundan prinsipcə fərqlidir. Bu münasibətlərin mahiyyəti ondadır ki,

peşəkar həkim öz işini ondan yardım gözləyəndən çox bilir, bir də ki, onun həmişə informasiya çatdırmaq kimi müsbət mövqeyi, missiyası vardır.

Bunu da qeyd etmək vacibdir ki, avtonomluğa hörmət prinsipi avtonom hərəkət etmək iqtidarında olmayanlara – uşaqlara, psixi xəstəliyə mübtəla olmuş pasiyentlərə, alkoqol, yaxud narkotik qəbul edən vəziyyətdə olan şəxslərə münasibətdə, özünəməxsus tərzdə çıxış edir. Başqa sözlə, yeni həmin subyektlərin avtonomluğu müəyyən mənada məhdudlaşdırıla bilər. İkinci bir tərəfdən, avtonomluğun məhdudlaşmasına bəzən «yaxşılıq etmək!» prinsipi ilə də bəraət qazandırılır, söhbət mövcud vəziyyətdə özünə ziyan yetirən insanı xilas etmək məqsədilə edilən hərəkətdən gedir.

§ 5. ƏDALƏT PRINSİPİ

Gündəlik həyatımızda biz tez-tez «ədalətli», «ədalət» anlayışlarını işlədirik. Təbabət etikasında ədalət termini adi şüur səviyyəsindəki mənadan kəskin fərqlənməsə də burada həmin termin bir qədər məhdud çərçivədə istifadə olunur.

Ədalət kateqoriyasının mənasının izahına keçməzdən əvvəl Qərb bioetika elmində geniş yayılmış fəlsəfi-etik cərəyana – ədalətin e qalitarizm nəzəriyyəsinə müraciət etmək məqsədə uyğundur. Həmin qəbildən olan (yəni bərabərlik problemini vurğulayan təlimlər) içərisində C.Roulsun «ədalət vicdan kimi» təlimi daha geniş nüfuz qazanmışdır. C.Rouls hesab edir ki, bərabərliyin ilkin şərtləri azad vətəndaşlardır. Onun təlimi utilitarizmdən bununla fərqlənir ki, burada ilk yerdə müəyyən rəasional prinsiplər durur, onların tətbiqinin empirik nəticələri isə arxa plana çəkilir. C.Roulsun fikrincə, bu prinsiplərin reallaşdırılması özlüyündə xeyirxahlıqdır, çünki o, insan varlığının mərkəzi dəyəri olan vətəndaş azadlığının ifadəsi və təminatıdır.

C.Roulsun nəzəriyyəsində bərabərlik və ədalət aşağıdakı üç prinsipə konkretləşdirilir:

1. Daha çox bərabər azadlıq prinsipi (the principle of greatest egnal liberty). Bu prinsipə görə, hər bir ayrıca

şəxsiyyət başqaları ilə birlikdə, maksimum azadlıqlardan istifadə etmək hüququna malikdir. C.Rouls vətəndaşların hamısı üçün ümumi olan əsas bərabər azadlıqlara siyasi azadlıqları: söz və vicdan azadlığını, ədalət-siz, qeyri-hüquqi həbsdən müdafiə, mülkiyyət hüququ, siyasi həyatda iştirak hüququnu (səsvermə, seçkilərdə öz namizədliyini irəli sürmək və s.) aid edir.

2. Vicdanlı (halal) yolla əldə edilmiş imkanların bərabərliyi prinsipi. Həmin prinsipə görə, eyni bacarıq və vərdislərə malik insanlar müəyyən hakimiyyət vəzifələrini və hər bir müəssisədə iş yerlərini tutmaq üçün bərabər imkanlara malik olmalıdır. Əgər bu iki prinsipin reallaşması prosesində insanlar arasında qeyri-bərabərlik yaranırsa, onda bu, ədalətli hesab olunmur.
3. Differensiasiya prinsipinə görə ictimai institutlar elə fəaliyyət göstərməlidirlər ki, daha pis vəziyyətdə yaşayan vətəndaşların nemətlər əldə etməsi üçün maksimum imkanlar yaransın. Vicdanlı rəqabət mübarizəsində uduzanlar üçün nemətlərin dövlət institutları tərəfindən maksimum bərabər səviyyədə bölünməsi, ədalətli aksiyadır. Meydana çıxan müxtəlif qeyri-bərabərlik formalarından ən ədalətli cəmiyyətdə istehsal olunan nemətlərin ümumi artımı hesabına əhalinin ən yoxsul hissəsinin həyat səviyyəsinin artmasına yönələn formalardır.

Lakin yuxarıda adı çəkilən prinsipləri C.Rouls eyni meyarla dəyərləndirmir. Onun fikrincə hər bir özündən əvvəl gələn prinsip sonrakı prinsipin reallaşması şərtidir.

Deməli, prinsiplər konfliktli meydana çıxanda ilk növbədə əvvəlki prinsipin tələblərini yerinə yetirmək, bunun ardınca isə sonrakının əvvəlki prinsipə zidd olmayan tələblərini həyata keçirmək lazımdır.

C.Roulsa görə, ədalət prinsipi hər şeydən əvvəl, cəmiyyətin bazis strukturlarına, onun siyasi və hüquqi quruluşuna, iqtisadi və sosial institutlarına tətbiq olunmalıdır. O, hesab edir ki, nemətlərin ədalətli bölgüsü, cəmiyyətin bazis strukturunun

necə qurulmasından, həyatın bütün sahələrində hər bir insanın öz fəaliyyəti üçün daşdığı məsuliyyətdən asılıdır.

Göründüyü kimi, birinci iki prinsip vətəndaşların azadlıqlarının, hüquqlarının və imkanlarının bərabərliyini təmin etməyi nəzərdə tutur. Üçüncü prinsip isə müəyyən qeyri-bərabərliyə yol verir. Çünki bu qeyri-bərabərlik birinci iki prinsipin reallaşmasının nəticəsidir, lakin buraya ağır vəziyyətdə yaşayan insanların mənafeələrini qorumaq tələbinin daxil edilməsi neqativ nəticələrini yumşaldır. C.Rouls belə düşünürdü ki, qərəzsiz mövqe tutan hər bir insan həmin prinsiplərlə hesablaşmağa borcludur. Hər kəs öz problemləri ilə məşğuldur və başqaları ilə rəqabətdə öz maraqlarını həyata keçirməyə çalışır. Həminin qəbul edəcəyi düzgün ədalət prinsiplərini işləyib hazırlamaq üçün biz gərək özümüzü başqaları ilə eyni səviyyədə hiss edib, vəziyyəti kənardan qiymətləndirək. Yalnız bu halda insanlar hamı üçün eyni azadlıqların və imkanların vacibliyini başlıca dəyər kimi qiymətləndirə bilərlər. C.Roulsun fikrincə, həmin prinsiplərə əməl olunması azad və ağıllı kollektivlərdə rəşional seçim üçün son dərəcə vacibdir.

Yuxarıda nəzərdən keçirilmiş fikirlərlə münasibətdə qeyd edək ki, siyasət fəlsəfəsində ictimai müqavilə adlanan ideya vardır və o, insanların birliklərdə azad iştirakını, müqavilənin şərtlərini qəbul etməyənlərə təzyiq etmək mexanizmi və məsuliyyəti göstərilir. Əzəli bərabərlik ideyası ilk baxışda uydurma, nəzəri abstraksiya kimi görünə bilər. Lakin əslində, o, gündəlik həyatımızdakı ağıllı və səmərəli fəaliyyəti nəzərdə tutur. Bu həm də həmin fəaliyyəti nəzəri formada əks etdirməkdən başqa bir şey deyildir. Həyatın inkişafı göstərir ki, insanlar ən əlverişli şəraitdə yaşasalar belə, tələyin hökmündən qaça bilmirlər. Buna görə də elə bir ictimai quruluşun formalaşdırılmasına səy göstərmək lazımdır ki, burada nəinki «bəxti gətirənlər»in, eləcə də «təleyi gətirməyənlər»in güzəranını yaxşılaşdırmaq, onların problemlərini yüngülləşdirmək üçün də imkanlar yaransın. Bundan ötrü insanlar hər şeydən əvvəl, ədalət prinsipinə riayət etməli, «işləyən» meyarlar hazırlamalı, onların həyata keçirilməsi mexanizmləri barədə düşü-

nərkən cəmiyyətin reallıqlarına, sosial institutların mövcud səviyyəsinə söykənməlidirlər.

Nəzərdən keçirdiyimiz təlimlə bağlı real izahedici nümunələrə müraciət etmək məqsədəuyğun olardı. Çox zaman belə ifadə eşitməli oluruq: «əldə olunan məlumatlar aşağıdakı nəticəni ədalətli hesab etməyə imkan verir». Bu halda «ədalətli» anlayışı, «əsaslandırılmış» mənasında səslənir. Başqa hallarda isə, «ədalətli» anlayışı «əxlaqi baxımdan bəyənilən», bu və ya digər davranışı «düzgün» qiymətləndirən mənada işlədilir. Lakin sonuncu halda o, bəzən kimisə aldatmaq, ona qarşı ədalətsiz hərəkət etmək kimi də başa düşülə bilər.

Yaxud da təbabət sahəsindən belə bir konkret misal gətirək. Yeni dərman preparatlarını, yaxud müalicə metodlarını sınaqdan çıxarkən sınağa məruz qalanları adətən iki qrupa bölmək lazım gəlir. Birinci qrupa daxil olanlara sınaqdan keçirilən preparatları verirlər. İkinci qrupdakılara isə (bu, «nəzarət» qrupu adlanır) sınaqdan keçirilən preparatın əvəzinə zişansız, neytral preparat verirlər, özü də onların bu barədə xəbəri olmur. Belə halda deyirlər ki, ikinci qrupdakıların aldadılması onlara qarşı ədalətsizlikdir. Lakin əslində belə aldatma ədalət prinsipinin deyil, əvvəllər nəzərdən keçirdiyimiz avtonomluğa hörmət prinsipinin pozulmasıdır.

Bioetikada ədalət prinsipinin ümumi anlamını belə formulə etmək olar: «Hər kəs onun üçün nəzərdə tutulanı almalıdır». Burada «hər kəs» həm ayrıca insana, həm də bu və ya digər meyar əsasında fərqləndirilən insan qruplarına aid olur. Məsələn, əgər müəllif, alim görkəmli elmi kəşfinə görə mükafata layiq görülürsə, bu ədalətli hərəkətdir. Aydındır ki, bu şərəf əsl müəllifə deyil, başqasına müyəssər olarsa, o, ədalətsizlik kimi qiymətləndirilir. Və yaxud da, əgər sosial müavinət az təminatlı vətəndaşlar arasında bölünürsə, bu ədalətli tədbirdir, yox əgər hamıya ucdantutma eyni məbləğdə paylanırsa, bu ədalətsizlikdir. Hazırkı halda ədalət prinsipi elə bir vəziyyət üçün nəzərdə tutulur ki, bizim qiymətləndirməmiz, qərarlarımız və hərəkətlərimiz bir adamın deyil, müxtəlif insanların və sosial qrupların maraqları ilə əlaqələndirilir. Bu mənada Aristotelin

etikasında «bölgüyə əsaslanan ədaləti» adlanan anlayış daha önəmlidir. Həmin anlam ehtiyacı olanlar arasında müəyyən ehtiyatların (məs.: maliyyə, ixtisaslı mütəxəsislər, tibbi avadanlıq, preparatlar və s.), yaxud sosial zəruri məsrəflərin, xərclərin ədalətli bölünməsinə nəzərdə tutur. Lakin burada başlıca problem bölgünün meyarı məsələsidir. Təbii ki, ehtiyatlar məhdud həcmdə olduqda, belə meyara daha çox ehtiyac yaranır. Əks halda bu bir o qədər də vacib olmaya bilər. Məsələn, planetimizdə hava hələlik hamıya bəs edir. Buna görə də onun bölgüsü elə çətinlik yaratmır ki, ədalət prinsipinə müraciət edək.

Tarixi təcrübəyə görə iqtisadi (ehtiyat) bölgünün iki forması mövcuddur: makrobölgü və mikrobölgü. Dövlət büdcəsindən ümumilikdə səhiyyəyə ayrılmış vəsait makrobölgüyə aiddir. Müxtəlif regionlar, yaxud səhiyyənin ayrı-ayrı sahələri üçün ayrılmış pul vəsaitini isə mikrobölgü adlandırmaq mümkündür. Ayrıca bir regionu bütöv bir tam kimi götürüb, ona daxili miqyası baxımından yanaşdıqda isə bu makrobölgü olur. Bu halda mikrobölgü hər bir rayon üçün ayrılmış vəsait sayılır. Bu cür bölgünü eynilə rayon səviyyəsində və sonrakı daha kiçik səviyyələrdə də aparmaq olar.

Məhdud resursların bölgüsü zamanı başlıca çətinlik vəsaitin buna ehtiyacı olanlar arasında ədalətli bölünməsində meydana çıxır. Bu zaman vəsaitin ehtiyacı olana, özü də məhz daha çox ehtiyacı olana və kifayət qədər verilməsi məsələsi yaranır. Belə halda bu və ya digər əlavə ədalət meyarlarına müraciət etmək lazım gəlir.

Antik dövrdə Aristotelin təklif etdiyi belə bir ədalət meyarı mövcud olmuşdur: bərabər olanlara bərabər yanaşmalı, bərabər olmayanlara qeyri-bərabər yanaşmalı. Bu meyarı elementar, minimal yaxud formal meyar adlandırırlar. Bu, o mənada elementar və minimaldır ki, digər meyarlar ondan daha mürəkkəb, daha geniş və müfəssəldir. Formal meyarı fərqləndirən başlıca cəhət budur ki, onu tətbiq edərkən heç bir dəqiqliyə, yaxud izaha ehtiyac duyulmur, yəni müqayisə olunan obyektləri hansı nisbətdə bərabər tərəflər kimi müəyyənləşdirmək prinsipinə müraciət etmək lazım gəlmir.

Buna görə də haqqında söhbət gedən meyarın məntiqi əsaslandırılmasını, inandırıcı olmasını və mühüm əhəmiyyət kəsb etməsini, eləcə də, onun pozulmazlığını inkar etməyərək (şübhəsiz ki, eyni adamlara qeyri-bərabər miqdarda payın düşməsi, yaxud bərabər olmayanların bərabər həcmdə pay alması ədalətsizlikdir) bunu da nəzərə almaq lazımdır ki, real vəziyyətdə həmin meyar kifayət etmir. Odur ki, daha dəqiq məzmunlu meyarlara əl atmaq lazım gəlir. Elə problem də buradan başlayır.

Geniş istifadə etdiyimiz sosial ədalət anlayışı özü-özlüyündə nə dərəcədə aydın təsəvvür yaradırsa, onun pozulması da bir o qədər yol verilməz və qanqaraldıcı hal kimi qəbul edilir. Təəssüf ki, həyatda belə hallarla tez-tez rastlaşırıq. Lakin praktikada aydın olur ki, ədalətin çoxlu sayda meyarları, «ədalətin maddi meyarları» mövcuddur. Və məlum olur ki, müxtəlif adamlar müxtəlif meyarlardan istifadə edirlər. Odur ki, biri üçün ədalətli olan meyar, başqasına münasibətdə qeyri-ədalətli olur. Ona görə də çox zaman bu və ya digər ehtiyatların, vəsaitin bölgüsü zamanı insanlar arasında meydana çıxan ixtilafların və konfliktlərin həqiqi səbəbi təkcə ədalətin bilərəkdən pozulması deyil, həm də ədalət prinsipinin müxtəlif cür yozulması və başa düşülməsidir.

Elə isə ədalətin maddi meyarları hansılardır? Birincisi, bizcə bu anlam üçün daha sadə olan bərabərlik meyandır, ictimai sərvət və ya xidmət hər kəsə eyni həcmdə çatmalıdır. Təqribən belə bir meyar ibtidai və orta təhsil sahəsində mövcuddur. Lakin problem bundadır ki, bölünən vəsait (bunun dərmandan, yaxud ixtisaslı xəstəxanadakı yerlərin sayından asılı olmaya-raq) kiməsə kifayət miqdarda düşməyə bilər. Halbuki, bərabər bölgüdə çatmış malın və ya vəsaitin yetərinə olmadığı həmin insana onun miqdarının çox olması son dərəcə vacibdir. Bunu nəzərə alaraq tələbat meyarına müraciət etməyi məqsədəuyğun hesab edirik. Burada biz əvvəlki halda rastlaşdığımız problemin bir qədər dəyişmiş forması ilə üzləşirik, yeni yuxarıda gördüyümüz kimi eyni bir tələbat birinin şıltaqlığından, yaxud paxıllığından doğursa, başqası üçün bu, həyati vacib amil kimi

çıxış edir. Deməli, nisbi bölgü problemi həll olunmaz qalır. Buna görə də əlavə şərtlərdən istifadə etmək ehtiyacı meydana gəlir. Belə bölgü hər cür ehtiyacı deyil, ağıllı və sağlam tələbatın ödənilməsini nəzərdə tutur. Burada daha bir məsələ ortaya çıxır: ağlabatan meyarları qeyri-ağlabatmayan meyarlardan necə və hansı cəhətlər əsasında fərqləndirməlidir. Başqa bir yanaşma da mümkündür: ilk növbədə fundamental, həyati zəruri tələbatları ödəmək lazımdır. Doğrudur, bu zaman tələbatların daha vacibini ayırmaq məsələsi ortadan götürülmür, lakin biz hər halda inanırıq və elə bilirik ki, hamı bizimlə razılaşar, - qidaya olan tələbat əyləncəyə olan tələbatdan daha irəlidir. Beləliklə, bu meyarı ardıcıl həyata keçirməklə biz deyə bilərik ki, dünyada aclıqdan əziyyət çəkən insanlar varsa, ehtiyatları müxtəlif əyləncələrə sərf etmək böyük ədalətsizlikdir. Lakin başqa bir problem də mövcuddur: çox zaman ehtiyacı olanların hamısının fundamental tələbatını ödəmək üçün bu və ya digər ehtiyatlar kifayət etmir. Məsələn, elə vəziyyət yaranır ki, bütün klinikaları ən bahalı, tamamilə yeni, unikal avadanlıq ilə təmin etmək mümkün olmur. Və burada istər-istəməz başqa bölgü meyarlarına müraciət etmək lazım gəlir.

Bununla əlaqədar yaxın keçmişimizdə tətbiq olunan sosial bölgü prinsipini xatırlayaq: «Hər kəsə əməyinə görə». Qeyd edək ki, «hər kəsin payı onun istehsal etdiyi məhsuldan asılı olaraq müəyyənləşdirilməlidir» prinsipinə əsaslanan həmin meyar kifayət qədər dəqiq deyildir, çünki bunu iki müxtəlif mənada başa düşmək olar. Nəticədə isə bu, gündəlik həyatımızda çox zaman konfliktlər və ziddiyyətlər yaradırdı. Birincisi, həmin prinsip belə başa düşmək olar ki, kim nə qədər qüvvə, vəsait, vaxt və s. sərf edibsə, onun payı da çəkdiyi məsrəflərlə müəyyənləşdirilməlidir. Buna görə də, məsələn, iki dəfə çox vaxt sərf edənin payı da iki dəfə çox olmalıdır. Bəzi hallarda bu cür meyar qəbul olunur. Lakin onun qüsuru bundadır ki, məsrəflərin nə dərəcədə məhsuldar, effektiv olmasını nəzərə almağa imkan vermir. Əgər iki dəfə çox çalışmış işçi həmin vaxt ərzində iki dəfə az iş görübsə, onda belə işçiyə iki dəfə çox pay vermək açıq-aşkar ədalətsizlikdir. Əksinə, iki dəfə çox məhsul

istehsal edən iki dəfə çox almalıdır. Bu o deməkdir ki, biz faktiki olaraq başqa əlavə meyardan istifadə etməliyik. Yəni hər kəsə sadəcə məsrəflərə görə yox, məhsuldar məsrəflərə, onun verdiyi real töhfəyə, nailiyyətlərə görə haqq ödənilməlidir. Qeyd edək ki, bu gün səhiyyəmizdə həyata keçirilən islahatların məntiqi və xarakteri bu qəbildən olan meyarlara keçilməsini təkidlə tələb edir. Hazırda səhiyyə sahəsində aşağıdakı məsələ hamını düşündürür: necə etməli ki, tibb işçilərinin maaşı işdə sərf etdiyi vaxtdan yox, pasiyentlərə göstərdikləri xidmətin kəmiyyətindən və keyfiyyətindən asılı olsun. Yeri gəlmişkən, bu meyar bütün istehsal sahələrində tətbiq olunmalıdır: istehsalçının əmək haqqı onun istehsala qoyduğu vəsaitlərə və əmək məsrəflərinə görə deyil, onun hazırladığı məhsulun hansı miqyaslarda və hansı qiymətlərlə reallaşmasından asılı olaraq ödənilməlidir.

Digər bir meyar, hər kəsin payı onun xidmətlərilə, müəyyən imtiyazlar verən üstünlüklərlə, əməkdə fərqlənmə cəhətləri ilə bağlıdır. Ən sadə vəziyyətdə belə üstünlük bu ola bilər: ona donor orqanının köçürüləcəyini gözləyən pasiyent növbədə birincidir. Yaxud başqa nümunələr: əgər ali məktəblərdə müsabiqə yerlərini qəbul sınaq imtahanlarında ən yüksək bal yığanlar tuturlarsa, yaxud ölkənin yığma komandasına ən güclü idmançılar daxil edilsə, bu ədalətli hərəkət hesab olunmalıdır. Lakin bir çox hallarda, məsələn, bəzi iddiaçıları daha çox ləyaqətli olduğunu göstərən keyfiyyətləri müəyyən etmək çətin olur. Həqiqətən də, əgər cərrah uşağın, yoxsa məşhur artistin üzərində təcili cərrahiyyə əməliyyatının aparılması faktı ilə üzləşirsə, belə halda daha ləyaqətli variantı seçmək o qədər də asan deyildir.

Məlumdur ki, İkinci Dünya müharibəsində penisillinin yeni-cə kəşf olunduğu və dərəli, qıtlıq təşkil etdiyi dövrdə Amerika ordusunda bu dərmandan yaralıları deyil, ilk növbədə siflisə tutulmuş xəstələri müalicə edirdilər. Belə seçim ilk baxışda xoşagəlməz hərəkət kimi görünərsə də, əxlaqi baxımdan ona bəraət qazandırmaq mümkündür: yaralanmış əsgərdən fərqli

olaraq siflisə tutulmuş xəstəni ilk növbədə müalicə etməklə, onu döyüşən orduya daha tez qaytarmaq mümkündür.

Nəhayət, nəzərdən keçirilən sonuncu bölgü meyarının nəhiyyəti payın bazar mübadiləsi mexanizmləri ilə müəyyən-əşdirilməsindən ibarətdir. Hesab edək ki, hansısa vəsait daha çox haqq ödəyəne çatmalıdır. Burada belə bir sual meydana çıxır: bu seçimi ədalətli hesab etmək olarmı? Əlbəttə, çox hallarda belə yanaşma etiraza səbəb olur. Lakin əgər hərracda nəhz qiymətli əşyaların satılmasını tamamilə təbii hal hesab ediriksə, onda necə? Özümüzü istehsalçının, yaxud mal, xidmət satıcısının yerində hiss etsək, onda biz həmin bazar meyarını o qədər də yolverilməz hesab etmərik.

Beləliklə, yuxarıda göstərilən meyarların heç biri mütləq, nəyatın bütün vəziyyətləri üçün tam gərəkli deyildir. Bununla yanaşı, onlardan hər birinin əxlaqi cəhətdən daha çox əsaslandırınla bilən tərəfləri vardır. Buna görə də konkret qərar qəbul edərkən iki və yaxud daha çox meyarı götür-qoy etmək məqsədəuyğundur.

Bundan əlavə, həmin meyarlar kompleksinin tətbiqində daha çox pasiyent arasında seçim variantı istisna olunmur. Bununla bağlı olaraq belə bir hadisə barədə danışmağa dəyər. Sietl şəhərindəki Amerika xəstəxanalarından birində 30 il əvvəl birinci «süni böyrək» aparatı yaradılarkən həkimlər qarşısında belə bir sual meydana çıxmışdı: kiminsə bu aparat ömrünü artırmaq üçün qoşulmalıdır və deməli, başqa birisini bundan məhrum etmək lazımdır. Belə vəziyyətdə, yəni əxlaqi baxımdan çox mürekkəb şəraitdə həkimlər özünəməxsus çıxış yolu tapmışdılar: təklif olunmuşdu ki, dializ üçün pasiyentlər seçmək işindən onları azad etsinlər və bu iş ən hörmətli vətəndaşlardan ibarət xüsusi komissiyanın öhdəsinə buraxılsın. Bununla da həkimlər özlərini seçimlə bağlı əxlaqi məsuliyyət yükündən azad etmişdilər. İlk nəzərdə adi görünən bu hadisə cəmiyyətdə çox böyük əks-səda doğurmuşdu. Təsadüfi deyildir ki, bir çox mütəxəssislər biotibbiətika elminin yaranmasını sırf tibbi problemlərin həllinə ictimaiyyətin nümayəndələrinin diqqətlərinin cəlb olunduğunu məhz bu ilk hadisə ilə bağlayırlar.

Beləliklə, ədalət prinsipi, əvvəllər nəzərdən keçirdiyimiz digər prinsiplər kimi mütləq deyil, nisbi qüvvəyə malikdir. Əgər donor orqanın köçürülməsi vəziyyətində gözləmə siyahısında uzaq yerlərdən birini tutan pasiyent böhran vəziyyətindədirsə, onda biz ədalət prinsipini (yeni siyahının nəzərə alınması prinsipini) pozub «ziyan yetirmə!» prinsipini rəhbər tutmalıyıq. Yeri gəlmişkən deyək ki, siyahıdakı növbəni nəzərə almadığımız təqdirdə də biz yenə ədalət prinsipindən istifadə etmiş oluruq, belə ki, başqa meyara – tələbatı və onun kəskinlik dərəcəsini nəzərə almaq variantına üstünlük veririk.

V FƏSİL

HƏKİM, DİGƏR TİBB İŞÇİLƏRİ VƏ XƏSTƏ ARASINDAKI MÜNASİBƏTLƏRDƏ ETİK QAYDALAR

Hələ qədim yunan mütəfəkkiri və həkimi Hippokrat israr edirdi ki, təbabət sənəti üç fenomeni -- həkimi, xəstəliyi və xəstəni əhatə edir. Zaman keçdikcə təbabət artıq ənənəvi mənada sənət adlandırılmamış, elmi biliklər və praktik fəaliyyət sisteminə çevrilmişdir. O zamandan başlayaraq həkimlərlə yanaşı tibbi xidmət sahəsində çalışan tibb bacısı və feldşer peşələri də meydana gəlmişdir. Hazırda tibb işçilərinin istifadəsinə elə mükəmməl tibbi texniki avadanlıq verilmişdir ki, bu vaxtilə heç Hippokratın yuxusuna belə girməzdi. İctimai və elmi inkişaf gedişində insanların tibbi təsəvvüründə də ciddi dəyişikliklər baş verirdi: xəstəlik anlayışı yalnız xəstələrə deyil, həmçinin insanların qurduğu cəmiyyətə, yaşayış üçün gərəkli olan ətraf mühitə də şamil olunmağa başlayırdı. Daim inkişaf prosesində olan təbabətdə həmişə olduğu kimi bu gün də həkim -- pasiyent münasibətləri başlıca etik problem kimi qalmaqdadır. Bir sözlə, müasir tibbi praktika, tibb işçilərinin və pasiyentlərin bir-birilə ən müxtəlif sosial münasibətlərdə olduğu mürəkkəb, çox şaxəli açıq, dinamik sistemdir. Bu sistem formalarından hər biri əvvəla, mövcud cəmiyyətdəki həkimlik ənənələrini, ikincisi isə pasiyentin spesifik vəziyyətini əks etdirir.

Həkimlə pasiyentin münasibətləri elə bir prosesdir ki, dünyanın hər yerində ona tez-tez rast gəlmək mümkündür. O, məhiyyətə insanların və cəmiyyətin gündəlik qayğılarının tərkib hissəsi sayılır. Lakin gündəlik həkimlik təcrübəsi göstərir ki, həkimlə pasiyentin əlaqələri həmişə unikal və təkrarsız olur. Bununla belə həmin qarşılıqlı ünsiyyətdə müəyyən mühüm nizamlayıcı qaydalar, məsələn, «necə lazımdırsa», «necə qəbul olunubsa» xarakterli imperativ etik prinsiplər də mövcuddur.

Gündəlik həyatda baş verən belə münasibətlər sistemi sosioloji baxımdan kütləvi hadisələr kimi qiymətləndirilir. O, cəmiyyət miqyasında müəyyən normalara uyğun qurulmuş sabit sosial sistemin tərkib hissəsi kimi çıxış edir və bir sıra normalara tabedir. İnsanlar bu normalara yetərinə riayət edirlər. Bu onların sosial rolu ilə sıx bağlı şəkildə həyata keçirilir. Bu mənada həkimin və pasiyentin sosial rolundan danışmağa dəyər, çünki hər iki tərəfin hərəkətlərini həmin norma və rollar müəyyənləşdirir. Belə ki, bu tərəflərdən hər biri digəri ilə əlaqəyə girərkən o biri tərəfdən ondan nəyi gözlədiyi barədə müəyyən təsəvvürə malik olur. Qarşılıqlı gözləmələrin bu cür müəyyənləşmiş xarakter daşması, onları sosial baxımdan tənzimləyir, habelə, xeyli dərəcədə yüngülləşdirir. Bir daha qeyd edək ki, sabit sosial sistemdə həmin norma və rollar hər dəfə reallaşdırılarkən tərəflərdən heç biri ciddi təsir göstərmir, yəni bunu təbii hal kimi hesab edirlər. Lakin bu heç də o demək deyildir ki, bütün dövrlərdə və bütün xalqlarda onlar eyni şəkildə olurlar. Deməli, həkimin və pasiyentin sosial rolu ayrı-ayrı mədəniyyətlərdə və cəmiyyətlərdə müxtəlif cür başa düşülə bilər. Bu mənada müalicənin müxtəlif modellərindən danışmaq məqsədəuyğun sayılmalıdır. Bunu da nəzərə almaq lazımdır ki, qeyri-sabit cəmiyyətlərdə həkimin və pasiyentin sosial rolları qeyri-müəyyən olduğundan bu problemə toxunmaq da vacibdir.

§ 1. MÜALİCƏ MODELLƏRİ

Amerika filosofu Robert Vitç tibb işçiləri ilə pasiyentlər arasındakı qarşılıqlı münasibətləri təsvir etmək üçün dörd baza modeli təklif edir: mühəndis, pastor (paternalist), kollegial və kontrakt (müqavilə). Onun fikrincə, öz əxlaqi mahiyyətinə görə eyni olmayan bu modellər mühüm praktiki əhəmiyyətə malikdir.

Mühəndis modelinin prinsipləri çərçivəsində həkim pasiyentə «şəxsiyyət kimi deyil, mexanizm» kimi yanaşır. Həkimin vəzifəsi həmin mexanizmin xarici və daxili amillərin təsirlə

«sınmış hissələrini» düzəltmək, onu «təmir» etməkdir. Bəzi hallarda bu «sınma» və «təmir» kateqoriyaları əvəzinə, ifadə baxımından təbabətə yaxın olsun deyə, «fizioloji mexanizmin tarazlıq vəziyyətindən kənara çıxması» anlayışını da geniş işlədirlər. Başqa sözlə, həkim müalicə prosesində xəstənin bədənini manipulyasiya edir. Məlumdur ki, müalicə metodunun məzmunu və mahiyyətini insan orqanizminin həyat fəaliyyətinin təbii mexanizmləri haqqında elmi biliklər müəyyən edir. Pasiyent isə öz vəziyyəti barədə obyektiv biliklərə malik olmadığından müalicə tədbirləri həyata keçirilərkən onun fikrinə, mülahizəsinə elə bir ehtiyac qalmır. Öz sağlamlığı haqqında onun fikirləri çox vaxt qeyri-obyektiv, qeyri-elmi olduğu üçün peşəkar tibb işçisi bunu nəzərə almır. Həkim pasiyentə münasibətində sırf obyektiv bilikləri əldə rəhbər tutduğundan, onun seçimi öz subyektiv maraqlarına da təsir göstərmir. Buna görə də həkimin özünü «həkim-mütləq», yəni «heç bir şeydən asılı olmayan həkim» kimi aparması nəinki təbii mövqe, həmçinin, pasiyentə münasibətdə xeyirxahlıq addımı sayılır.

R.Vitç hesab edir ki, mühəndis modeli elmi biliyin təbiəti haqqında köhnəlmiş təsəvvürlərə əsaslanır. Müasir elm fəlsəfəsi haqlı olaraq belə ideyadan çıxış edir ki, obyektiv bilik müəyyən mənada alimlərin özlərinin də dərk etmədiyi ilkin şərtlərlə «yükənmişdir». Amerika alimi həmin ilkin şərtlər sırasında şəxsi və qrup maraqlarını, bir sıra əxlaqi üstünlükləri göstərir. Bu mövqe ilə razılaşmaq olar, çünki bütövlükdə elm hadisələrə biganə deyildir. Xirosimada və nasist düşərgələrində keçirilən «elmi eksperimentlər», ölkəmizdə genetikaya olan münasibətin faciəvi təcrübəsi və bir çox buna bənzər hallar mənəvi-əxlaqi dəyərlərin təbiətşünaslıqda da prinsiplial əhəmiyyət kəsb etdiyinə əyani sübutdur. Buradan aydındır ki, səhiyyədə mühəndis modeli üçün xarakterik olan texnokratizm ciddi mənəvi ziyan yetirir, çünki xəstənin şəxsiyyətini praktik olaraq qeyri-canlı varlıq statusu ilə eyniləşdirir. Beləliklə də şəxsiyyətin muxtarlığına hörmət prinsipi ilə kəskin ziddiyyət təşkil edir.

Deməli ki, mühəndis modelindən universal metod, yəni müalicənin başlıca bazis prinsipi kimi istifadə edildiği hallarda

bu ziddiyyət daha kəskin şəkildə üzə çıxır. Tibbi fəaliyyətin müasir əxlaqi standartları hesab edir ki, həkimin pasiyentin şəxsiyyətini alçaltması qətiyyənlə yolverilməzdir. Hər şeydən əvvəl, xəstənin şəxsiyyətinə hörmət prinsipinə riayət olunmalıdır.

Lakin R.Vitç belə bir məsələyə də toxunur: tibb işçisinin xəstəyə mənəvi cəhətcə qüsurlu yanaşması həmişəmi şəxsiyyətin alçaldılması deməkdir? İş burasındadır ki, müasir təbabətdə elə konkret vəziyyətlər yaranır ki, bu zaman pasiyent sözün tam mənasında şəxsiyyət olmur. Daha doğrusu, yüksək texnologiyalı avadanlıqla təchiz edilmiş müasir klinikalarda əmək bölgüsü ona gətirib çıxarır ki, pasiyentlə bilavasitə təmasda bir qayda olaraq, müalicə edən həkim və tibb bacısı olur. Mütəxəssislərin qalan xeyli hissəsi isə pasiyentlə praktik olaraq şəxsi ünsiyyəti istisna edən xüsusi proseduralarla məşğul olur.

Əsrlər boyu müalicə pasiyentlə şəxsi təmasda olan, qərar qəbul edən və yardım göstərən ayrıca bir peşəkar həkimin fəaliyyəti kimi mövcud olmuşdur. Hazırda isə elə hallar baş verir ki, bu zaman pasiyentlə ayrıca həkim deyil, kollektiv subyekt (briqada) işləməli olur. Səhiyyə praktikasında bu poliyatreyə adlanır. Həmin kollektiv subyektin fəaliyyəti müalicə edən həkimlə şəxsiyyətlərarası ünsiyyət kontekstində bir növ şəxsləşir. Yerdə qalan tibb işçiləri işə özünün sosial rolu və tibbi əmək bölgüsündə tutduğu yeri sayəsində az və ya çox dərəcədə texniki funksiyaları yerinə yetirməli olurlar. Odur ki, belə hallarda pasiyentə şəxsiyyət kimi yanaşılmaması qeyri-əxlaqi münasibət deyil, müasir tibb praktikasının texnologiyalaşdırılmasının nəticəsi hesab edilməlidir. Məsələn, mərhum Svyatoslav Fyodorovun klinikasında yerləşən xəstə üzərində oftalmoloji cərrahiyyə əməliyyatı prosesi konveyer qaydasında, yəni hər biri yüksək ixtisaslaşdırılmış manipulyasiyanı yerinə yetirən bir cərrahdan digərinə keçir ki, bu da haqqında söhbət gedən modelin həyatiliyini sübut edir.

Həkim ilə pasiyent arasında paternalist münasibət modelinə gəldikdə isə bu daha çox valideynin övlada atalıq, yaxud ruhani atanın kilsəyə pənah gətirənə münasibətini xatırladır.

Əslində ənənəvi olaraq keşiş ata, kilsəyə pənah gətirən isə oğul, yaxud qız adlanır.

Əvvəlki modellə müqayisədə bu modeldə həkimlə pasiyentin münasibətlərinin əxlaqi məzmunu daha mütərəqqi mahiyyət kəsb edir. Bu artıq xəstə ilə biganə münasibət, ünsiyyət deyildir. Paternalist münasibət subyektiv məzmunla zəngin olub, müəyyən xarakterli şəxsiyyətlərarası ünsiyyət kimi çıxış edir. Onun əsasında duran mühüm əxlaqi motiv iztirab keçirən insana yardım göstərmək, ona ziyan yetirməyin qarşısını almaqdır. Yaxın adamına məhəbbət, xeyriyyəçilik, mərhəmət və ədalət bu modelin başlıca meyarlarıdır.

Doğrudur, belə halda şəxsiyyətlər qeyri-bərabər vəziyyətdə olurlar. Həkim müəyyən elmi biliklərə yiyələnmiş və onları tətbiq etmək bacarığına malik olan «ata» rolunu oynayır. Pasiyent isə həkimin göstərişlərini və təyin etdiyi müalicə kursunu intizamla yerinə yetirən, sözə qulaqasan uşaq rolunda çıxış edir.

Paternalist modeli təbabətdə bir çox yüzilliklər ərzində həkim olmuşdur. Bu öz əksini «Hippokratın andı»nda da tapmışdır. Müasir təbiblərin xeyli hissəsi üçün xəstə ilə paternalist münasibət bir norma kimi qalır. Həm də nəzərdə tutulmalıdır ki, pasiyentlərin də çoxu özlərinə qarşı paternalist münasibəti daha adekvat ünsiyyət kimi qəbul edirlər. İkinci bir tərəfdən insanların xeyli hissəsi paternalist münasibəti psixoloji cəhətdən daha rəğbətlə qarşılayırlar.

Bununla belə bir sual meydana çıxır: bu modelin əxlaqi baxımdan qeyri-təkmilliyi nədədir? R.Vitçin fikrincə, paternalizm həyati baxımdan mühüm qərarları müstəqil və sərbəst qəbul edən, öz vəziyyətini nəzarətdə saxlayan pasiyentin azad şəxsiyyət kimi haqlarını məhdudlaşdırır. Belə halda tibbi praktikada xəstənin şəxsi ləyaqətini alçaltmaq elementi ilə rastlaşmalı oluruq. Çünki qarşılıqlı ünsiyyət «üfiqi», yəni bərabərhüquqlu deyil, «şaquli», yəni hakimiyyət və təbəçilik prinsipi üzərində qurulur. Pasiyent obrazlı deyilsə, həkimə «aşağıdan yuxarıya» baxmalı olur.

Pasiyentin avtonom şəxsiyyət kimi təmsil olunduğu halda, paternalist mövqedən çıxış edərək onun hüquqlarını pozmaq

mənəvi baxımdan yolverilməzdir. Bu mənada R.Vitç haqlıdır. Lakin real praktikada həmişə belə olmur. Odur ki, paternalizm yalnız müəyyən məqamda, konkret şəraitdə qərarlaşan əxlaqi münasibəti ifadə edir. Paternalizm pasiyentə birmənalı şəkildə avtoritar münasibət demək deyildir. Uşağa «atalıq» münasibəti uşaq yetginləşdikcə dəyişir. Həkimlə pasiyentin münasibəti də belədir: pasiyentin vəziyyətindən asılı olaraq həkimin ona münasibəti fərqli olmalı, onun avtonom hərəkət etməyə şəxsi hazırlığı nəzərə alınmalıdır.

Bu baxımdan kollegial model avtonom şəxsiyyətin dəyərlərinin reallaşması üçün daha çox imkanlar yaradır. Həmin modelin çərçivəsində xəstə həkimlə münasibətdə bərabərhüquqlu şəxsiyyət kimi davranır. Öz rolunu oynamaq üçün pasiyent həkimdən sağlamlığı, müalicənin variantları, xəstəliyin inkişaf proqnozu, mümkün ağırlaşmalar barədə kifayət qədər məlumat alır.

Təbiblərlə müəyyən dərəcədə eyni məlumata malik olan pasiyent öz müalicəsi ilə bağlı daha düzgün konkret qərarlar qəbul etmək iqtidarında olur və bununla da əslində, müalicə edən həkimin həmkarı rolunda çıxış edir. Bu halda o, özünün azad seçim hüququnu həyata keçirmiş olur. R.Vitç hesab edir ki, iki fərd, yaxud iki insan qrupu həqiqətən də ümumi məqsədləri bölüşdürürlərsə, onda qarşılıqlı etimad və münasibətlərin aşkarlığı özünü doğruldur və deməli, kollegial modelin özü də müəyyən mənə kəsb edir. Odur ki, bu başqa insanlarla qarşılıqlı ünsiyyətin olduqca xoşa gələn və ahəngdar yoludur. O, ləyaqəti və hörməti, ümumi dəyərlərin bölüşdürülməsində tərəflərdən hər birinin bərabər iştirakını nəzərdə tutur. Əvvəlki modellərdə isə məhz bu cəhətlər çatışmır.

Lakin qeyd edək ki, maraqların bu cür ahəngdarlığı çox nadir hallarda mümkündür. Məsələn, təbabətdə kommersiya xidməti zamanı həkim obyektiv olaraq az məsrəflə maksimum gəlir əldə etmək istəyir, halbuki pasiyentin marağı az məsrəflə maksimum həcmli və keyfiyyətli yardım almaqdır.

Buna görə də R.Vitçin fikrincə, kollegial model sosial reallığın tələblərinə uyğun gəlmir və adətən, həyata keçirilməsi

arzu olaraq qalır. Bununla yanaşı nəzərə alınmalıdır ki, pasiyentlə həkimin münasibətlərinin həqiqətən kollegial xarakter kəsb etdiyi sahə də mövcuddur. Söhbət uzun sürən xroniki xəstəlik hallarından gedir. Diabet xəstəliyinə düşər olmuş yaşlı ziyalı xəstəyə baş çəkən mədəni gənc həkim elə kəndə iken öz peşə ambisiyalarından əl çəkə bilər. Uzun illər bu cür xəstəlik keçirən həmin pasiyentin əldə etdiyi biliklər müəyyən hallarda gənc həkimin biliyindən çox ola bilər. Əgər pasiyentlərin müəyyən müalicə kursuna, ərzaq məhsullarına reaksiya vermək, keçirdikləri ağrıları yaşamaq təcrübəsini də buraya əlavə etsək, gənc həkimin ambisiyalardan uzaq olmasının vacibliyi daha aydın görünər. Belə vəziyyətdə həkimlə xəstənin ünsiyyətinin kollegial modeli idealına yaxınlaşmaq mümkündür, başqa sözlə, burada hər hansı bir tibbi müalicə kursunun birgə təyin edilməsindən söhbət gedə bilər.

Kontrakt modelindən danışarkən R.Vitç «kontrakt» (müqavilə) anlayışının tək-cə hüquqi mənasını deyil, habelə, daha ümumi «simvolik» məzmununu nəzərdə tutur. İnsanlar arasındakı sosial münasibətlərin daha ləyaqətli forması kimi kontrakt modeli tarixən Maarifçilik dövründə formalaşmışdır. O dövrdə monarxa hakimiyyətin Allah tərəfindən verilməsi ideyasını qəbul etməyən maarifçilər ictimai müqavilə konsepsiyasını irəli sürmüşdülər. Onlar hesab edirdilər ki, hakimiyyət bu və ya digər qrupun yalnız «əsilzadəliyə» və silki imtiyazlara görə inhisarı olmamalıdır.

R.Vitçin fikrincə, məhz bu model muxtar şəxsiyyətin məna-vi dəyərlərini daha çox müdafiə edir. Kontrakt modelinin mühüm xüsusiyyəti həm də bundadır ki, burada fərdlərin və qrupların qarşılıqlı münasibətləri tərəflərin öz üzərinə götürdüyü müəyyən öhdəliklər əsasında və hər bir tərəfin müəyyən fayda götürməsi prinsipi üzərində qurulur. Həyat təcrübəsi isə göstərir ki, azadlıq, ləyaqəti qorumaq, düzgünlük, qəbul edilmiş öhdəliklərə sədaqət kimi əsas əxlaqi tələblərə əməl olunması konkret münasibətlərin reallaşdırılması üçün çox vacibdir. Haqqında söhbət gedən model çərçivəsində pasiyent həkim ilə öz-ü üçün faydalı və mümkün olan şərtlərə uyğun olaraq, könüllü

münasibətlər yaradır. Belə olduqda, pasiyent həkimə öz peşə borcunu tam uyğun fəaliyyəti üçün sanki könüllü olaraq öz «səlahiyyətlərinin» bir qismini verir. Bu mənada kontrakt model kollegial modeldən daha çox realist məzmunu malikdir. Xüsusilə də bazar iqtisadiyyatı şəraitində səhiyyədə marketing, sığorta təbabətinin yaranması dövründə bu model böyük perspektivə malikdir.

§ 2. XƏSTƏLİYİN MAHİYYƏTİ VƏ MÜALİCƏSİ

Hər bir insanın xəstəliyi minimum iki nisbi müstəqil üsulla təsvir oluna bilər. Birincisi, tibbi baxımdan xəstəlik məlum bioloji faktdır, yəni insan orqanizminin bioloji parametrlərinin spesifik nisbətidir. Bu halda xəstələnmə professional təbabətin öyrənmə obyektini kimi çıxış edir.

İkincisi, həmin xəstəlik pasiyentin nəzərinə, onun tərcümeyi-halının faktı kimi başa düşülür, özü də bu hər bir şəxsiyyət üçün konkret şəraitdə müxtəlif mənalara kəsb edə bilər. Xəstələnmə pasiyentdə fiziki və psixi iztirablar yaradır. Xəstəliyin ən yayılmış əlaməti olan ağrı mürəkkəb psixi-fizioloji təbiətə malik olduğundan insanın onu qeydə alması və qiymətləndirməsi bəzən çətin olur. Xəstələnmə insanın planlarını pozub onların həyata keçirilməsini çətinləşdirir, yaxud təxirə sala bilər. O, bəzən insanın dünyaya və başqa adamlara münasibətlərində də dəyişiklik yaradır.

Bəzən xəstə öz xəstəliyi haqqında kifayət qədər biliklərə malik olur. Hətta həmin biliklər həkimin onun xəstəliyi barədə ilk dövrdə bildiklərindən də çox ola bilər. Həkim xəstəni diqqətlə dinlədikdən, yəni hərtərəfli anamnez topladıqdan sonra bunu yəqin edir. Lakin pasiyentin şəxsi biliyi bununla məhdudlaşmır. Orqanizmin bioloji reallığı səviyyəsində həkimin həyata keçirdiyi hər bir tibbi müdaxilə pasiyentin mürəkkəb psixofizioloji, şəxsi reaksiyaları və keçirdiyi sarsıntılar formasında əks olunur. Bu da pasiyentin «xəstəlik arxivində» qalır, onun məlumatının artmasına kömək edir.

Lakin buna əks hallar daha çox olur, yəni xəstə öz xəstəliyi haqqında çox az bilir və ya heç nə bilmir. Fərz edək ki, hər hansı bir diaqnostik, yaxud müalicə proseduru həyata keçirilənən görmə qabiliyyətinin pozulması formasında ağırlaşma ehtimalı 10 faizdir, digər hallarda isə hətta əl barmaqlarının əsməsi təbii da xeyli dərəcədə yüksək ola bilər. Həkim həmin müdaxilənin terapiya üçün faydalılığını qiymətləndirə bilər, lakin konkret pasiyent üçün bu risklərin törədəcəyi nəticələr onun üçünə bağlıdır.

Bunu aşağıdakı nümunədən də görmək olar. Məlumdur ki, əlanoçu üçün əl barmaqları bir növ mövcudluq mənbəyidir. Əməli, əsmə riski burada daha böyükdür. Lakin analoji risk üquqşünas, yaxud müğənni üçün o qədər də böyük risk deyildir, çünki onların öz peşələrini yerinə yetirmələri üçün barmaq- ar o qədər də böyük əhəmiyyət kəsb etmir. Pasiyent isə ya- anmış vəziyyəti öz tərcümeyi-halının dəyərləri çərçivəsində lçüb-biçir. Amma onun keçirdiyi sarsıntıları, iztirabları, planları, midləri, dəyərləri, maliyyə şəraiti və s. həkimin prinsipcə malik lmadığı spesifik biliklərin məzmununu təşkil edir. Onlar diaq- ostik, yaxud müalicə tədbiri seçmək üçün olduqca vacibdir.

Praktik olaraq elə bir xəstəlik yoxdur ki, yeganə bir üsulla müalicə olunsun. Burada adətən bir neçə variant olur. Həkimin rərəncamında bu və ya digər varianta üstünlük vermək imkanı ardır. Lakin onun optimal hesab etdiyi variant ola bilər ki, pasi- rent tərəfindən bu cür yüksək qiymətləndirilməsin. Ona görə lə belə vəziyyətdə həkimlə pasiyent arasında hər iki tərəfin növqeyini nəzərə alan birgə qərar qəbul etmək üçün dialoq rəruri olur.

Nəzərə alınsa ki, bir çox hallarda sağalmaq pasiyentin hə- rat tərzinin dəyişməsindən xeyli dərəcədə asılıdır, onda pasi- yentin fəallığının müalicə baxımından böyük rol oynadığı aydın olar. Hazırda dünyada xroniki xəstəliklərə məruz qalan və bir- cərinə qarşılıqlı yardım göstərən pasiyent qrupları yaranır. Hə- kimlərin tövsiyələrini rəhbər tutaraq, onlar xəstəliyin qarşıya qoyduğu tibbi və bioqrafik problemləri müstəqil həll etməyi öyrənirlər. Belə fəal pasiyent qrupları həkimlərlə dialoqa girə-

rək özünəməxsus «kiçik mədəniyyət» mərkəzləri formalaşdırırlar. Buraya onların ehtiyaclarını, mənafe və problemlərini işıqlandıran və duyan mətbuat, televiziya, kinematografiya, klublar, asudə vaxt müəssisələri, spesifik turizm növləri və bədən tərbiyəsi təşkilatları daxildir.

Beləliklə, göründüyü kimi ikitərəfli dialoq pasiyentin hüquqlarının reallaşmasında mühüm şərtidir. Pasiyent hətta onun həyatını xilas etmək üçün yeganə seçim olan reanimasiya tədbirlərindən də imtina edə bilər. Mövcud qanunvericilik və həkimlik etikası onun öz vəziyyəti və həyat perspektivi barədə bioqrafik, şəxsi biliyini həkimin bu məsələlər üzrə tibbi bioloji biliyindən daha dəyərli sayır.

Həkimlə pasiyentin qarşılıqlı münasibəti formaları təbii ki, xəstənin vəziyyətindən, onun xəstəliyinin xarakterindən də asılıdır. Bu baxımdan ağır xəstələnmə, xroniki terminal iztirab vəziyyətini, eləcə də xəstənin huşsuz (**komatoz**) vəziyyətini təhlil etmək məqsədəuyğundur. Klinik praktikada rast gəlinən həmin vəziyyətlərin diqqətlə öyrənilməsi, müalicə üsullarını seçməkdə, onların əxlaqi nəticələrini müəyyənləşdirməkdə əhəmiyyətli rol oynayır.

Ağır xəstəliyin başlıca spesifikliyi bundadır ki, onu, baş verən xəstəlik pozulmalarını aradan qaldırmaq və orqanizmin funksiyalarını mümkün qədər tam bərpa etmək yolu ilə sağaltmaq olar. Belə halda ağır xəstələnmə pasiyent üçün adət etdiyi həyat fəaliyyəti formalarının müvəqqəti məhdudlaşması deməkdir. Bu vəziyyətdə müalicənin vəzifəsi müəyyən terapevtik, yaxud cərrahiyyə tədbirlərinin köməyi ilə orqanizmdə baş vermiş «sınmaları» düzəltmək və onu əvvəlki normal vəziyyətinə qaytarmaqdır.

Hər bir müalicə əsasən fərdi orqanizm səviyyəsində aparılır. Odur ki, pasiyentin passivliyi bir çox hallarda onun tibbi məsələlərdə məlumatsızlığı ilə şərtlənir. Bu halda o, öz bədəninə tam nəzarət səlahiyyətini müvəqqəti olaraq müalicə edən həkimə həvalə edir. Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, əgər pasiyent rolunda həkimlərdən biri olsa belə, həmin vəziyyətdə o, özü-özünə münasibətdə «obyektiv müşahidəçi» mövqeyi tut-

maqda çətinlik çəkir. Çünki, o həkim kimi öz vəziyyətini səhvsiz qiymətləndirə bilməz. Hətta S.P.Botkin kimi böyük klinisist öz vəziyyətinin böhranlı olduğunu qiymətləndirə bilməmiş və bu faciəli nəticəyə gətirib çıxarmışdır. Buna görə də həkimlər arasında belə ağıllı ənənə yaranmışdır: öz xəstəliyinin ağırlaşdığı hallarında təcrübəli sənət yoldaşlarının obyektiv mülahizələrinə və rəylərinə arxalanmaq lazımdır.

Beləliklə, pasiyentin bəzi azad hərəkətlərinin müvəqqəti məhdudlaşdırılması, onların könüllü olaraq daha bilikli və təcrübəli həkimə etibar edilməsi, onun sağlamlığı üçün çox mühüm addım və mövqedir.

Ağır xəstələnmə modelini və ideal həkimlik fəaliyyətini obrazlı belə təsvir etmək olar: pasiyent xəstəxanaya əl arabasında gəlir, buradan isə velosipeddə çıxır. Belə vəziyyətdə həkimin rəhbər tutduğu əxlaqi prinsip «yaxşılıq etmək» idealıdır.

Qeyd edək ki, xroniki xəstəliklər zamanı orqanizmdə baş verən patoloji dəyişikliklərin dönməzliyi müalicənin məqsədlərində müəyyən dəyişikliklər yarada bilər. Nəticədə xəstənin reabilitasiyası ilə bağlı xüsusi, spesifik vəzifələr meydana çıxır. Amerikalı mütəxəssis C.Brukerin fikrincə ağır xəstəlik şəraitində müalicə həkimlərin və pasiyentlərin davranış məqsədlərinə, rollarının xüsusiyyətlərinə, tibbi yardımın əsaslarına görə reabilitasiya terapiyasında olduğundan keyfiyyətcə fərqlidir. Belə halda müalicənin məqsədi xəstənin həyatını xilas etmək, xəstəliklə mübarizə apararaq onun vəziyyətini stabiləşdirməkdir. Reabilitasiya terapiyasının əsas məqsədi isə xəstəni əlillik şəraitinə uyğunlaşdırmaq, onun bərpa olunma imkanlarını maksimum dərəcədə artırıb yenidən cəmiyyətə qaytarmaqdır. Ağır xəstə terapeutik prosesin passiv iştirakçısı ola bilər və hətta koma vəziyyətinə də düşə bilər. Bu halda bütün müalicə işlərini həkim görməlidir. Reabilitasiya terapiyası zamanı isə pasiyentin özü bu prosesə fəal qoşulmalıdır. Belə olduqda, həkim onun məsləhətçi və məşvərətçisinə çevrilir.

Xəstəlik xroniki xarakter aldıqda, yəni həyat fəaliyyətinin normal səviyyədə bərpası mümkün olmadıqda, ya da kifayət qədər uzun sürdükdə, müalicənin vəzifəsi də konkret reabli-

siya istiqamətləri hesabına xeyli mürəkkəbləşir. Bu vəziyyətdə reabilitasiya terapiyası bir növ bioloji yardım səviyyəsini aşıb keçir.

Həkim xəstənin orqanizminin imkanlarından çıxış edərək onun hansı fiziki yükə qadir olduğunu, pəhrizini məqsədəuyğun dəyişmək üçün nəyin lazım olduğunu, hansı həyat tərzinin məqsədəuyğun olduğunu təklif edir. Lakin həkim pasiyentin həyat tərzini özbaşına dəyişmək iqtidarında deyildir, çünki o, orqanizmdəki pozulmaları yalnız müəyyən həddə qədər izləyə və normalaşdırıa bilər. Buna görə də reabilitasiya prosesində əsas fiqur pasiyentdir, çünki həkimin uğurları son nəticədə məhz xəstənin öz həyat tərzini dəyişməyə necə hazır olmasından, iradəsindən və məqsədyönlüyündən, tibb işçiləri ilə səmərəli əməkdaşlıq bacarığından asılıdır.

Ağır xəstənin vəziyyətində həkimin orqanizm səviyyəsində fəaliyyəti bioloji proseslərin ardıcılığı və məntiqi ilə şərtlənir. Yəni o təbii – elmi məzmun kəsb edir. Reabilitasiya təbabəti isə sosial qanunauyğunluqları da nəzərə almalı olduğundan, burada həkimin müalicə işi xeyli mürəkkəbləşir.

Sonra, xroniki xəstəlik vəziyyətində şəxsiyyətin muxtariyyətinə hörmət prinsipi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu halda, müasir təbabətdə ənənəvi bioloji istiqamətlənmiş həkimlik məntiqi üstünlük təşkil edir. Bununla əlaqədar deyilməlidir ki, ağır xəstəlik vəziyyətində bu və ya digər səmərəli olan və özünü doğruldan həmin məntiq xroniki xəstələnmə hallarında açıq-aşkar kifayət etmir.

Ədəbiyyatda bəzən memarlığı **«donmuş daş ideologiya»** adlandırırlar. Əgər müasir xəstəxanaların memarlığına nəzər yetirilsə, onda mütəxəssis üçün memarlığa «ağır xəstələnmə ideologiyasının» müəyyənədicisi təsirini görmək çətin deyildir. Belə ki, bu halda xəstənin memarlıq məkanı aşağıdakı elementlərdən - çarpayı, palata, dəhliz, yeməxana, tualet və ona tibbi yardım göstərən digər bölmələrdən ibarət olur. Bu deyilənlər ola bilsin ki, cərrahiyyə şöbəsi üçün, yəni pasiyentin nisbətən az müddətə yerləşdiyi otaq üçün optimal struktur hesab olunsun. Lakin öz həyatının xeyli hissəsini xəstəxanada

keçirən xəstələrin yerləşdiyi psixiatriya klinikalarında belə arxitektura məkanı heç də kifayət deyildir. Belə vəziyyətdə pasiyentin ləyaqətli insan kimi yaşamaq hüququnun açıq-aşkar pozulduğunu görmək çətin deyildir.

Vaxtilə SSRİ-də özünün dar siyasi yozumunu tapmış «repressiv psixiatriya» anlayışı dəbdə idi. Psixiatriya yardımı göstərilməsinə biolojiləşdirilmiş yanaşmadan narazı olan psixi xəstələri sosiallaşdırmaq və reabilitasiya etmək proqramlarını dəstəkləyən psixiatrların əsərlərində meydana gəlmişdir. Həmin dövrdə belə xəstələr bir növ tibbi müalicədə hökm sürən mühafizəkar qayda-qanunların, «daşlaşmış» xəstəxana binaları memarlığının təsirilə represiyaya məruz qalır və öz həyat planlarını yerinə yetirmək imkanlarını itirirdilər. Əgər insan şizofreniya xəstəliyinə düçar olubsa, əslində bu o demək deyildir ki, onun üçün hər şey itirilmişdir. O da başqaları kimi vətəndaşdır və onun hüquqları yalnız qanunla yol verilən hallarda məhdudlaşdırıla bilər.

Həmin arqumentlərin ədalətli mahiyyəti ağır xroniki xəstəliklərə düçar olmuş və bundan əziyyət çəkən uşaqlara da şamil olunmalıdır. Uşaq xəstəxanasının memarlıq məkanı xəstə uşağın şəxsiyyətinin inkişafı üçün əlverişli imkanlar yaratmalıdır, yəni burada təkcə müalicə üçün deyil, habelə oyunlar və təlim üçün şərait olmalıdır. Təbii ki, belə halda xroniki xəstələrə münasibət ideologiyasını dəyişmək, bu qəbildən olan pasiyentlərlə işləyərkən klinik psixologiyaya və pedaqogikaya dair biliklərdən, habelə, digər formalardan düzgün istifadə edilməlidir. Qeyd olunmalıdır ki, toxunduğumuz problem bəzən təkcə təbabət ideologiyası ilə bağlı yaranmır. Bu işdə bütövlükdə ölkədə mövcud olan ictimai şüurun və mədəniyyətin qeyri-təkmil vəziyyəti də müəyyən rol oynayır.

Can verməkdə olan xəstənin spesifik vəziyyətini nəzərə alaraq, onlara tibbi yardım göstərmək barədə həkimlərin şüurunda kök salmış ənənəvi təsəvvürlərə yenidən baxmağın vaxtı çoxdan çatmışdır. Fərqi yoxdur, istər reanimasiya şöbəsində, istərsə də intensiv terapiya şöbəsində olsun – hər bir xəstənin ləyaqətinə hörmət edilməlidir. Həm də tibbi praktika yalnız

bunlarla kifayətlənməməlidir. Məsələn, onkologiyada və digər klinik təbabət sahəsində elə vəziyyətlər yaranır ki, pasiyentin müalicəsini davam etdirmək, yaxud vəziyyətini stabilləşdirmək cəhdləri öz mənasını itirir. Bu halda onları, necə deyirlər, sahə həkiminin ümidinə buraxırlar. Belə isə bu cür xəstələrə tibbi yardımın məqsədi nədir? Axıra kimi mübarizə aparmaq nə deməkdir? Aydındır ki, belə olduqda orqanizmin vəziyyətini normalaşdırmaq, yaxud pasiyenti xroniki patologiya şəraitində sosial adaptasiyaya məruz qoymaq vəzifəsini irəli sürməyə əsas yoxdur.

Belə vəziyyətdə tibbi yardımın vəzifəsini əlbəttə, layiqli ölüm prosesi üçün şərait yaratmaqda görmək daha ağlabatandır. Xəstəni iztirablara düşər edən simptomları aradan qaldırmaq qabiliyyətinə malik həkimin rolu çox böyükdür. Lakin bir çox hallarda tibbi yardım bununla bitmir. Terapiyadan əlavə, can verən xəstə peşəkar qulluğa da möhtacdır, bunu isə xüsusi təhsil görmüş tibb bacısı edə bilər.

Beləliklə, can verməkdə olan pasiyentə tibbi yardım, etik tənzimləmə probleminin xarakterini keyfiyyətə dəyişdirir. Belə halda pasiyentin muxtarlığına sadəcə hörmət bəsləmək kifayət etmir. Daha vacib şərt mərhəmət, məhəbbət, diqqət, dərdinə şərik olmaq, dözümlü, qayğıkeşlik kimi mənəvi keyfiyyətlər nümayiş etdirməkdir. Nəzərdən keçirilən vəziyyətlərdə müalicənin etik prinsipləri ilə yanaşı etik qulluq da pasiyentlərə münasibətin emosional keyfiyyətlərdə köklənməsinin başlıca meyarı rolunu oynayır.

Nəhayət, komatoz vəziyyətində olan xəstə barəsində. Bir şəxsiyyət kimi ona münasibəti çətinləşdirən amil budur ki, obyektiv səbəblər üzündən onun öz şəxsiyyət keyfiyyətlərini nümayiş etdirməsi xeyli məhdudlaşır. Lakin belə vəziyyətdə də pasiyentin əxlaqi statusu özünü saxlayır. Axı komatoz xəstə də insan olaraq qalır. Bu mənada onu avtomatik olaraq həyatda «artıq obyekt» qisminə aid etmək doğru olmazdı.

§ 3. ELMI VƏ «ƏNƏNƏVİ» TƏBABƏT

Təbabət elmi əsaslandırılmış praktika sahəsi kimi formalaşdığı dövrdən onunla eyni vaxtda «alternativ», «ənənəvi» (bəzən isə, «qeyri-ənənəvi» yaxud «paralel») təbabət də yaranmağa başlamışdır. Qeyd edək ki, bu iki tərəfin münasibəti heç də həmişə asan və ziddiyyətsiz olmamışdır. Hələ Hippokrat heç bir qabiliyyət və bacarığı olmayan «şarlatan» həkimlərlə amansız mübarizəyə çağırırdı. Bu göstərir ki, qədim dövrdə də əsl təbabətlə yanaşı elmi-tibbi biliklərdən məhrum olan fırıldaqçı həkimlər olmuşdur. Sözü gedən təbabət növlərinə hazırda qomeopatiya, ənənəvi şərq ideyalarına söykənən təlimlər: şamanizm, türkəçarəlik, sehrbazlıq, müxtəlif elarası müalicə üsulları aiddir. Lakin bu gün də onların yardımına müraciət edənlər tapılır. Bunun bir sıra səbəbləri vardır. Əvvəla, bir çox hallarda pasiyentlər rəsmi təbabətin şəfa verəcəyinə ümidini itirərək, şamanlara və ara həkimlərinə pənah getirirlər.

İkincisi, ekoloji böhran müasir elmi və tibbi tərəqqinin insanlara fayda verəcəyinə olan inamı xeyli sarsıtmışdır. Buna görə də alternativ təbabətin metod və vasitələrindən, «ekoloji cəhətdən təmiz» dərmanlardan istifadə edilməsi onları daha çox cəlb edir. Bundan əlavə alternativ təbabətin təklif və təlqin etdiyi müalicə metodlarının guya «sirli» xarakter daşması haqqında təsəvvürlər onların «qadağan» edilməsi amili də onlara meyli artırır. Üçüncüsü, bəzən alternativ təbabətin təklif etdiyi müalicə dərmanlarının xəstəliyi tez bir vaxtda aradan qaldırılması halları da ona rəğbət göstərənlərin və inananların sayını çoxaldır. Bütün bunlar paralel təbabətin inkişafı üçün ilkin şərtləri hazırlayır, onunla elmi təbabət arasında münaqişənin aradan qaldırılması yolunda çətinliklərin meydana gəlməsinə səbəb olur. Təcrübə göstərir ki, qadağanlar alternativ təbabətin dayaqlarının sarsıtılmasına nəinki kömək etmir, əksinə, buna kortəbii həvəsi daha da artırır. Buna yol verməmək üçün alternativ təbabət praktikasının mütərəqqi tərəflərini sosiallaşdırmaq olduqca vacibdir. Bu isə təkcə onların həyata keçirilməsi üçün müvafiq hüquqların və icazənin verilməsini deyil, habelə, ara

həkimlərinə müəyyən öhdəlikləri həvalə etməyi nəzərdə tutur. Xalq ara həkimlərindən və alternativ təbabətin digər nümayəndələrindən öz «fəaliyyətləri» üçün məsuliyyət tələb etməlidir. Təcrübə göstərir ki, onlarda pasiyentlər qarşısında məsuliyyət hissi xeyli zəifdir və bu bir çox xoşa gəlməz problemlər törədir. Başlıca çətinlik bundadır ki, ara həkimlərinin hərəkətlərini və onların əldə etdiyi nəticələri bəzən elmi metodlar mövqeyindən izah etmək mümkün olmur. Bununla yanaşı alternativ prosedurların müsbət və mənfi effektlərini obyektiv qeydə almaq da asan deyildir.

Elmi təbabət elə təşkil olunmuşdur ki, hər bir yeni müalicə metoduna və yaxud dərmana yalnız ilkin klinikaya qədər və klinik sınaqlardan sonra dövlət səhiyyə orqanları tərəfindən rəsmi razılıq verilir. Onun nümayəndələri cəmiyyət qarşısında müalicə vəsaitlərinin keyfiyyəti və səmərəliliyi üçün məsuliyyət daşıyırlar. Eyni zamanda həkimlər elə müalicə standartları işləyib hazırlayırlar ki, onlara əsaslanmaqla həkimin hərəkətini qiymətləndirmək olur. Belə standartlara əməl etmədən bu və ya digər həkimin hansı səhvə yol verdiyini və deməli, müalicənin mənfi nəticəsi üçün məsuliyyətini müəyyən etmək mümkün deyildir. Məhz həmin standartlar sayəsində klassik təbabət praktikası bu və ya digər dərəcədə səmərəli sosial nəzarətdə olur, həkim isə cəmiyyət və pasiyent qarşısında tam məsuliyyət daşıyır.

Paralel təbabət tərəfdarları çox vaxt ezoterik biliklərə, yəni obyektiv elmi prosedurlara deyil, daxili ilhama, təsəvvürlərə, ara həkiminin ekstraordinar istedadına və bacarığına söykənirlər. Bu isə aldatmalar və saxtalaşmalar üçün real zəmin yadır.

Beləliklə, başlıca əxlaqi problem budur ki, hüquqi cəhətdən iqləşdirilmiş paralel təbabət hələ də sosiallaşmamış olaraq qalır və deməli o, məsuliyyətli sosial subyektlər sistemində də tam daxil edilməmişdir.

§ 4. ETİK QAYDALAR

A) DÜZLÜK QAYDALARI

Biz əvvəlki paraqraflarda elmi-texniki tərəqqinin səhiyyə sahəsində doğurduğu kəskin əxlaqi problemlərin dərki və həllindən, onlarla bağlı «**ziyan yetirmə!**», «**yaxşılıq et!**», pasiyentin avtonomluğuna hörmət, ədalət prinsiplərindən və s. bəhs etdik. İndi isə həmin başlıca prinsiplərin etik normalarla tamamlanmasının şərhinə keçək.

Araşdırmağa cəhd göstərdiyimiz etik normalar içərisində mühüm əhəmiyyət kəsb edən əxlaq fenomeni düzlük qaydasıdır. Bu qayda hər şeydən əvvəl gerçəkliyə müvafiq olanı müsahibin nəzərinə çatdırmaq deməkdir. Həm də söhbət əsl mətləbin onun tərəfindən necə qavranılmasından gedir. Əgər kimsə israr edir və inanır ki, Günəş Yer ətrafında fırlanır, onda elmi baxımdan həqiqi olmasa da bu mülahizə onun tərəfindən düzlük kimi qəbul edilir. Bəzən bu qayda yalan danışmağın qadağan olunması formasında da ifadə olunur.

Etika üzrə mütəxəssislərin bəziləri hesab edirlər ki, düzlük anlayışına həm də müsahibin düzgün məlumat əldə etmək hüququ daxil olunmalıdır. Düzlük qanununa görə insan həqiqəti yalnız onu bilməyə haqqı olana deməlidir. Əgər həkimə küçədə rast gələn qonşusu «filan N. adlı qadın doğurdanmı yoluxucu xəstədir?» deyə soruşarsa, belə halda düzlük qaydası həmin sualın müəllifinə cavab verməyi vacib saymır.

Lakin bu məhdudiyyət inandırıcı olmaya da bilər, yəni belə hərəkətə bəraət qazandırmaya da bilər. Çünki əxlaq baxımından həmişə, – həm kabinetdə pasiyentlə söhbətdə, həm də qonşu bu barədə soruşduqda, - həqiqəti demək lazımdır. Yuxarıdakı halda soruşan şəxsə «xeyr, onun yalnız soyuq dəyməsi var» deyərkən də həkim yalan danışmış olur. Həkim soruşan şəxsə açıqca deməlidir: «Mənim pasiyentlərimlə bağlı tibbi informasiyanı açıqlamağa haqqım yoxdur. Bu, həkimlik sirridir».

Düzlük qaydasına riayət etmək bir-birilə sosial münasibətlərdə olan tərəfdaşlar arasında qarşılıqlı etimadı təmin edir. Buna görə elə bir etika mütəxəssisi və ya həkim tapılmaz ki,

düzlük qaydasının əhəmiyyətini inkar etsin. Lakin həmin qaydaya nə dərəcədə riayət olunması barədə fikir ixtiladları da mövcuddur.

İ.Kantın «qəti imperativ» konsepsiyasına görə düzlüyə hər yerdə və həmişə riayət etmək lazımdır. Təbabətdə başqa bir rəy də mövcuddur: əgər həqiqəti söyləmək xəstənin ovqatına ziyan vurursa, xəstədə neqativ emosiyalar, depressiya və s. yaradırsa onda bunu açıqlamaq məqsədəuyğun deyildir.

Amerika həkimi D.Kollinzin 1927-ci ildə yazdığı kimi, həkimlik sənəti xeyli dərəcədə yalanı və həqiqəti əlaqələndirmək vərdişindən ibarətdir. Deməli, hər bir həkim lazım gəldikdə yalan danışmağı da bacarmalıdır (Əlbəttə, bu, ümumi işin xeyirindərsə!). Bunu şişirdilmiş mülahizə hesab etmək olmaz. Belə ki, mövcud təbabət ənənəsinə görə həkimlər bədxassəli şiş diaqnozunu, yaxud ölümün tez baş verəcəyi barədə digər proqnozları pasiyentlərdən gizlədirlər. Son illər həmin ənənə getdikcə daha çox tənqid obyektinə çevrilməkdədir. Çünki paternalist modelindən imtina edilməsi, həmçinin, səhiyyədə hüquqi şüurun və hüquq münasibətlərinin inkişafı, tibb işçiləri ilə qarşılıqlı münasibətlərdə pasiyentin bərabərhüquqlu tərəfdaş kimi tanınması ideyasına arxalanır.

Ona görə də bu tərəflərdən biri başqa tərəf üçün həyatı əhəmiyyət kəsb edən informasiyanı bilərəkdən gizlədirsə belə münasibətləri bərabərhüquqlu hesab etmək olmaz. Belə halda informasiyanın çatdırılmadığı tərəfdaş sosial münasibətin həqiqi subyektindən çıxaraq manipulyasiya predmetinə çevrilir.

Təbabətdə əxlaqi düzlük qaydasının tətbiqi haqqında daha dolğun təsəvvür əldə etmək üçün bir-birlərini tamamlayan borc, hüquq, həqiqəti bilməyin və deməyin imkanları və məqsədəuyğunluğu kimi məsələlərin izahı xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Problemi **«tibb işçisi – pasiyent»** modeli müstəvisində götürsək aşağıdakı aspektlərin nəzərdən keçirilməsi düzlük qaydalarının təbabət və səhiyyə sahəsində yeri və rolu məsələsinə xeyli aydınlıq gətirə bilər:

1. Sosial ünsiyyət formasının iştirakçılarının həqiqəti bilməsi və bir-birlərinə deməsi lazımdır?

2. Onların həmişə həqiqəti bilmək və demək hüququ varmı?

3. Onlardan hər biri düzgün informasiyanı açıqlaya bilərmı?

4. Tibb işçilərinin və pasiyentlərin həqiqəti bilməsi və bir-birinə söyləməsi həmişə məqsədəuyğundurmu?

Hələ İ.Kant deyirdi ki, düzlük əxlaqi varlıq olan insanın öz qarşısında borcudur. Filosofun ideyasını bölüşdürməyən həkim üçün də düzgün hərəkət etmək borcu ilk növbədə bir insan kimi onun sosial təbiətindədir. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi, yalan insan birliyini dağıdır, sosial qarşılıqlı əlaqə iştirakçılarının etimad münasibətlərinə ziyan vurur.

Qeyd olunmalıdır ki, yalanın üç əsas növü vardır: müqəddəs (xilas olmaq naminə) yalan, aldatmaq naminə yalan və statistik yalan.

Məşhur rus cərrahı Piroqovun xərçəng xəstəliyi ilə bağlı tarixcəsi müqəddəs yalana tipik misaldır. O, xəstələnərkən onu müayinə edən yerli həkimlər diaqnozu müəyyənləşdirərkən etik qaydanı gözləmədən heç bir profilaktik və müalicə tədbirinin əhəmiyyəti olmadığını demişdilər. Diaqnozun bu nəticəsi ilə heç cür razılaşmaq istəməyən Piroqov isə Vyanaya gedir və məşhur Avstriya cərrahı Bilorta müraciət edir. Bilort bir neçə gün xəstəni diqqətlə müayinə edir və qorxulu heç bir şeyin olmadığını deyir. Bilortun səmimiliyinə şübhə etməyən Piroqov ona inanır və daha ilyarım yaşayır.

Həkim həmişə özünün mənsub olduğu peşə qurumunu təmsil edir, ona görə də o yaxşı başa düşür ki, yalan danışmaq peşəyə olan inamı qırır. Pasiyent bilsə ki, həkimlər ondan xoşa gəlməz informasiyanı gizlədirlər, onda onların həqiqətən də düzgün olan «sizin xəstəliyinizin proqnozu yaxşıdır», «cərrahiyyə əməliyyatının sizin üçün heç bir təhlükəsi yoxdur», yaxud da «kimyəvi terapiya yaxşı nəticələr verəcəkdir» kimi ifadələrinə də inanmayacaqdır. Pasiyentlər həkimə inanmasalar həkim, özünün mövcud potensialını tam həyata keçirə bilməz.

Pasiyentin həqiqəti bilmək vəzifəsi daha mürəkkəb məsələdir. Öz sağlamlığı barədə informasiyanı bilməyən xəstə keçirdi-

yi vəziyyət üçün məsuliyyəti başqasının üstünə atır. Bununla o, bir növ öz subyektiv azadlığından imtina etməli olur. Buna görə də ağır xəstə olanda da həqiqəti bilmək pasiyentin hüququ və borcudur.

Qeyd edək ki, həqiqəti demək və bilmək hüququ, həqiqəti bilmək və demək borcundan fərqlənir. Belə halda məsələnin müzakirəsi bir növ şəxsiyyətin dəyərlər yönümünün «daxili plan»ından sosial hərəkətlərin «xarici planına» keçirilir. Məsələn, soruşulsa ki, ««X» insanın bu və ya digər hərəkəti etməyə haqqı varmı?», - onda buna cavab verərkən həmin hərəkətin icrasına yol verən, yaxud icazə verməyən hansısa qanuna, sosial normaya əsaslanmaq lazım gəlir.

Xəstənin müalicəsində bilavasitə iştirak etməyən tələbə üçün tədrisin gedişində tibbi informasiyaya yiyələnmək hüququ daha mürəkkəb məsələdir. Tibb işçiləri yataqda olan insanın xəstəliyindən daha çox bilik əldə edirlər. Lakin tələbənin müalicədə iştirakında konkret pasiyentin əxlaqı baxımdan marağı olmadığından onun tibbi informasiyaya buraxılması xəstənin, yaxud onun ailə üzvlərinin könüllü razılığı əsasında olmalıdır. Pasiyentin həkimə öz sağlamlığının vəziyyəti barədə həqiqəti deməsi, ilk baxışda aydın məsələdir. Lakin «həqiqət» təkcə ona aid deyildir. Məsələn, siflis diaqnozu qoyulmuş pasiyentin yoluxdurucu cinsi əlaqə partnyoru barədə həqiqəti deməyə haqqı varmı? Belə sualın cavabı konkret halda bu iki dəyərdən hansının üstün tutulmasından asılıdır. Əgər infeksiya xəstəliyinin yayılmasına imkan verməmək kimi ictimai mənafeyə üstünlük verilsə, onda pasiyentin nəinki həqiqəti deməyə haqqı vardır, bunu etmək hətta onun borcudur. Deməli, bəzi hallarda cəmiyyətdə şəxsi həyatın toxunulmazlığı ondan daha yüksəkdə duran düzgün məlumatlandırmaq hüququ ilə müqayisədə partnyorun icazəsi ilə məhdudlaşdırıla bilər. Bizim cəmiyyətdə əvvəllər ictimai mənafe, dəyərlər ilə şəxsi həyat, onun toxunulmazlığı arasında ziddiyyət adətən birincinin xeyrinə həll edilirdi. Lakin son illər şəxsi həyatın toxunulmazlığı daha çox dəstəklənir. Odur ki, xüsusi təhlükəli infeksiya xəstəlikləri olanda ictimai mənafeələrə daha çox üstünlük verilir. Xəstəliyin sosial

təhlükəsi az olduqca şəxsi həyatın toxunulmazlığı ilə bağlı dəyərlər daha böyük rol oynayır.

Ümumiyyətlə, həqiqəti bilmək mümkündürmü? Problemə aydınlıq gətirmək üçün onun qnoseoloji və psixoloji aspektlərini qısaca nəzərdən keçirmək məqsədəuyğundur.

Qnoseoloji mövqeyə görə, həkim pasiyentin sağlamlığının vəziyyəti barədə tam məlumata malik olmadığından bütün həqiqəti açıqlaya bilmir. Ümumiyyətlə, bəzən tibbi bilik təbiətinə görə qeyri-dəqiq, problematik olduğu ehtimallı xarakter daşıyır. Əsas bilik kütləsi peşə intuisiyasında və təcrübədə yerləşdiyindən bunu sözlə ifadə etmək çox çətinidir. Buna görə həkim heç zaman bütün həqiqəti deyə bilmir. Digər tərəfdən, həkim öz pasiyentlərinin psixoloji və yaş xüsusiyyətlərini də nəzərə almalıdır. Lakin onların həqiqəti qavramaq qabiliyyətinin ölçüsü yalana bəraət qazandırmaq üçün əsas ola bilməz. Həkim istər uşaqla, istərsə də psixi, yaxud onkoloji xəstələrlə ünsiyyətdə olarkən həqiqəti deməlidir. Doğrudur, bir sıra hallarda düzlük qaydasının reallaşmasına mane olan psixoloji qüvvələrin müqavimətini aradan qaldırmaq çox çətin olur. Belə olduqda, daha müdrik çıxış yolu sosial faktların təbiətinə tabe olub, «xilasedici yalan» adətinə riayət etmək tələb olunur. Lakin bu da doğrudur ki, həkimin və yaxın adamlarının xəstəni yalanla ovundurması onu xoşagəlməz diaqnoz həqiqətindən azad etmir. Gec-tez hər bir onkoloji, psixi və can verməkdə olan xəstə bu və ya digər dərəcədə öz diaqnozu və onun amansız proqnozu barədə dəqiq biləcəkdir. «Xilasedici yalan» əslində ətrafdakılarla, o cümlədən xəstə ilə narahatedici xəstəlik mövzusunda ünsiyyətdən imtina edilməsi deməkdir. Bununla da xəstə öz dərdi ilə təkbətək qalır. Buradan da həqiqəti deməyin məqsədəuyğunluğu problemi ortaya çıxır. Odur ki, bu məsələdən bəhs edərkən biz düzlüyü, yaxud həqiqəti gizlətməyi müəyyən kənar məqsədlərə nail olmaq üçün vasitə kimi nəzərdən keçiririk. Buraya psixi-sosial və fiziki (klinik-fizioloji) məqsədlər aiddir. Onkoloji xəstəyə həqiqəti söyləməkdən imtina edərkən həkim onu hipertoniq böhrandan uzaqlaşdırmaq məqsədi güdür. Belə halda həqiqəti gizlətmək fiziki məqsədə –

pasiyentdə təzyiqi normal saxlamaq məqsədinə nail olmaq vasitəsidir. Digər tərəfdən, pasiyentin sağlamlığının vəziyyəti barədə həqiqəti tələb etməyə haqqı vardır. Çünki öz vəziyyətini başa düşən xəstə ömrünün qalan hissəsi ərzində, ola bilsin ki, vəziyyət yazıb qoymaq istəyir, özünün kommersiya işlərini etibarlı əllərə tapşırmaq, öz övladlarının firavanlığını təmin etmək üçün müəyyən addımlar atmaq niyyətində olur. Ona görə də düzlük vasitə rolunda çıxış edirsə, hər hansı bir başqa halda ondan da bacarıqla istifadə etmək lazımdır. Bacarıqsız həkimin əlində düzlük vasitə kimi pasiyentin həyatı üçün təhlükədir.

B) «HƏKİMLİK SİRRİ» - ETİK QAYDA ÖLÇÜSÜDÜR

Bu qaydanın başlıca mahiyyəti aşağıdakıdan ibarətdir: pasiyentin həkimə verdiyi yaxud həkimin özünün müayinə nəticəsində əldə etdiyi informasiya pasiyentin razılığı olmadan üçüncü şəxsə verilə bilməz. «Həkimlik sirri», xəstə barədə məlumatı gizli saxlamaq prinsipi Hippokratdan başlayaraq bir çox etik qaydalarda təsbit olunmuşdur. Adətən gizliliyin predmeti xəstəliyin diaqnozu, sağlamlığın vəziyyəti barədə məlumat və proqnozlar, habelə, həkimin müayinə nəticəsində əldə etdiyi və xəstənin yaxınlarının həkimə verdiyi məlumatlardır. Həkimin pasiyent barədə müayinə zamanı bildiyi qeyri-tibbi məlumatları da həkim gizli sirr kimi saxlamalıdır. On beş yaşından yuxarı həddi-buluğa çatmamışlar haqqında tibbi informasiya uşaqların valideynlərinə, yaxud digər şəxslərə yalnız onların razılığı ilə verilə bilər.

Təbabət etikası sahəsində görkəmli mütəxəssis R.Edvards qeyd edir ki, gizlilik əxlaq norması bir çox professional qrupların sosial fəaliyyətinin səmərəliliyinin rəhnidir. Buraya tibbi kodekslərlə yanaşı hüquqşünasların, baytarların, psixoloqların, memarların, mühəndislərin, kitabxanaçıların etik kodeksləri də daxildir. R.Edvards hesab edir ki, həkimlə pasiyent arasında gizlilik lazımdır, çünki bu, birincisi, fundamental dəyər olan şəxsiyyətin şəxsi həyatının toxunulmazlığının təsdiqi və müdafiəsi deməkdir. İkinci, mühüm cəhət bundadır ki, həkimin xəstə

barədə gizli saxladığı sirr pasiyentin sosial statusunun müdafiəsinin mühüm şərtidir. Biz elə təkmilləşməmiş dünyada yaşayırıq ki, bəzən tibbi diaqnoz, yaxud digər tibbi informasiya insan üçün damğaya çevrilir, bununla da onun sosial özünü-təsdiqi üçün olan imkanları məhdudlaşdırır. Bu mənada ruhi xəstəlik, genetik qüsurlar, homoseksual meyil, dəri-zöhrəvi xəstəlik, seksual pozuntu haqqında informasiyanın gizli saxlanması daha çox məqsədəuyğundur.

Həkimlik sirri, ümumiyyətlə, gizlilik qaydası pasiyentlərin iqtisadi mənafeələrinin müdafiə olunmasında da vacib şərtlərdən biridir. Məsələn, psixiatriya, yaxud başqa həkimin homoseksual olduğunu bilən müştərilərin çoxu onların xidmətindən imtina edə bilər. Bununla da onlara xeyli maliyyə ziyanı dəyər, halbuki, bunun real və keyfiyyətli xidmətə o qədər də təsiri yoxdur.

Həkimlə müştərilərin münasibətlərinin bəzi məqamlarının gizli saxlanması, onların ünsiyyətində açıqlığı təmin etmək üçün də zəruridir. Pasiyent həkim qarşısında soyunarkən, istərsə də ürəyindəkiləri ona açarkən əmin olmalıdır ki, bu, arzuolunmaz nəticələrə gətirib çıxarmayacaqdır. Yalnız pasiyent özü haqqında informasiyanın gizliliyinin təmin oluncağına şəxsən inandığı şəraitdə açıqlıq təmin edilə bilər, çünki bunsuz tibb işçilərinin normal peşə fəaliyyəti mümkün deyildir. Deməli, həkim sirri gizli saxlamaqla nəinki pasiyentlərin, habelə özünün də bir şəxsiyyət kimi mənafeələrini müdafiə etmiş olur.

Həkimlər öz pasiyentləri barədə informasiyanı nə dərəcədə gizli saxlayırlarsa, onların cəmiyyətdə nüfuzu, imici də bir o qədər artır. Peşəkarlıq baxımından bu etik qaydaya ardıcıl əməl olunduqda həkimlik sənətinin də populyarlığı artır və pasiyent təbii ki, öz istədiyi daha nüfuzlu həkimi seçir.

Həkimlik işində mühüm etik norma olan informasiyanın gizli saxlanmasının əhəmiyyətli cəhəti həm də bundadır ki, həmin prinsip pasiyentin avtonomiya hüququnun reallaşmasında, onun həyatında nəyin və necə baş verəcəyinə səmərəli nəzarət etməsində önəmli rol oynayır. Bu hüquq pasiyentin şəxsi həyatının toxunulmazlığı, sosial statusunun zəruri təminatı,

onun iqtisadi mənafe-ləri məsələsi ilə çulğalaşır. Lakin avtonomiya hüququ bir etik qayda kimi daha geniş xarakterə malikdir. Məsələ burasındadır ki, insan prinsipcə özünü tam, məsuliyyətli şəxsiyyət kimi yalnız öz həyatında baş verən hadisələrə səmərəli nəzarət zamanı dərk edir. Şəxsi azadlığı, insanın davranışını manipulyasiya edən xarici qüvvələrin təsirindən minimum asılılığın rəhni bundadır. Tibbi informasiyanın açıqlanması bu mənada insanı asılı edir, hərəkətlərini məhdudlaşdırır. Bu prosesdə ciddi münaqişə yaradan başqa bir amil də vardır. Söhbət pasiyent haqqında tibbi informasiyanın üçüncü şəxsin – onun qohumlarının, yaxud özünün peşə vəzifələrini yerinə yetirərkən təmasda olanların həyatı əhəmiyyət kəsb edən mənafe-lərinə toxuna bilməsindən gedir. Fərdlərin genetik testləşdirilməsi zamanı meydana çıxan vəziyyət buna xarakterik nümunədir. Fərddə ciddi patologiyaya meylin mövcudluğunu təsdiq edən diaqnozun qoyulması təkcə həmin pasiyenti deyil, onunla genetik qohumluq əlaqələrində, yaxud nigahda olanları da narahat etməyə bilməz. Pasiyent belə informasiyanı heç də həmişə qohumlarına demək arzusunda olmur. Məhz, həkimin peşə borcu bundadır ki, başqa insanların həyatına, sağlamlığına ziyan yetirməmək üçün əlindən gələni etsin. Digər tərəfdən gizlilik qaydası konkret pasiyentin mənafe-lərini rəhbər tutmağı və onun razılığı olmadan informasiyanı başqasına verməmək vədinə sədaqətli, olması həkimə belə vəziyyətlərdə xüsusilə məsuliyyətli edir. Çünki bu halda meydana çıxan dəyərlər arasındakı münaqişələrin sırf mexaniki həlli mümkün olmur. Belə bir nümunə gətirək. Həkim avtobus sürücüsünə epilepsiya diaqnozunu qoymuşdur. Pasiyent özü isə bu barədə iş yerində heç kəsə, o cümlədən müdiriyyətə heç bir məlumat bildirmir, başa düşür ki, əks təqdirdə o, iş yerini itirə bilər. Lakin reys zamanı epilepsiyanın baş verməsi sərsəmlər arasında tələfatla nəticələnə bilər. Bununla da pasiyentin real diaqnozu barədə onun müdiriyyətinə bildirməyən həkim digər insanların həyatını və sağlamlığını təhlükə altına alır. Dəyərlər konfliktini məhz belə şəraitdə yaranır. Belə konfliktli hallara psixoterapevtin və yaxud psixiatriin praktikasnda da tez-tez rast gəlinir.

C) MƏLUMATLANDIRILMIŞ RAZILIQ QAYDASI

Məlumatlandırılmış razılıq qaydasının məqsədi pasiyentlərin və yaxud biotibbi eksperimentlərdə sınağa məruz qalanların şəxsiyyətinə hörmətli münasibəti təmin etmək, həmçinin, onun sağlamlığına, sosial rifahına həkimin və digər mütəxəssislərin məsuliyyətsiz hərəkətləri nəticəsində vurula biləcək zərəri minimuma endirmək, mümkün qədər azaltmaqdır.

Həmin qaydaya görə, istənilən tibbi müdaxilə aşağıdakı vacib şərtləri nəzərdə tutur: müdaxilənin pasiyent, yaxud sınağa məruz qalan şəxs üçün gözlənilən müsbət nəticələr ilə yanaşı mümkün ola biləcək xoşa gəlməz hallara da diqqət yetirməsi (qusmaq, ağrı və s.). Həyat üçün risk edilərkən deyilənlərdən əlavə xəstənin fiziki, yaxud sosiopsixoloji rifahı haqqında adekvat məlumatlar əsasında pasiyentin, yaxud sınağa məruz qalanın könüllü razılığını almaq da tələb olunur. Bununla yanaşı pasiyentə alternativ müalicə metodları və onların müqayisəli səmərəliliyi barədə məlumat vermək də zəruridir. Həmin məlumatlarda mövcud müalicə-profilaktika müəssisəsində pasiyentin və sınağa məruz qalanın hüquqları və onların pozulacağı təqdirdə bu hüquqların müdafiəsi vasitələri haqqında informasiya olmalıdır.

Qeyd edək ki, əvvəllər də dünya praktikasında cərrahi müalicə metodlarını həyata keçirmək üçün pasiyentin razılığını almaq ənənəsi olmuşdur. Lakin məlumatlandırılmış razılıq qaydası sadə razılıq almaq anlayışından genişdir, çünki bu qaydaya görə pasiyentlərin və sınağa məruz qalanların könüllülüüyü və seçim azadlığı onların adekvat məlumatlandırılması yolu ilə təmin olunur.

Hazırda pasiyentlərin klinik sınaqlarda, yaxud tibbi-bioloji tədqiqatlarda iştirak üçün cəlb olunanların məlumatlandırılmış razılığı mühüm bioetik normaya çevrilmişdir. Vətəndaşlar biotibbi tədqiqatlarda iştiraka zorla sövq edilə bilməzlər. Razılıq alınarkən hökmən ona tədqiqatların məqsədləri, metodları, səmərəsi, mümkün risk üçün tədqiqatının davamlılıq müddəti və gözlənilən nəticələri barədə ətraflı bəhs etmək lazımdır.

Bioetika sahəsində tibbi praktikada və biotibbi tədqiqatlarda məlumatlandırılmış razılıq qaydasının tətbiqi aşağıdakı üç məqsədə əsaslanır:

1. Biotibbi tədqiqatda pasiyentə bir şəxsiyyət kimi hörmətli münasibətin təmin edilməsi. Çünki pasiyentin azad seçmə və onun bədənində aparılan müalicə prosesində həyata keçirilən bütün proseduralara nəzarət etmək haqqı vardır.
2. Pasiyenti düzgün olmayan üsullarla müalicə edərkən, yaxud onun üzərində eksperiment apararkən ona dəyə biləcək mənəvi və yaxud maddi ziyanı mümkün qədər azaltmaq.
3. Tibb işçilərinin və tədqiqatçıların pasiyentlərin və sınağa məruz qalanların mənəvi və fiziki rifahı üçün məsuliyyətinin artmasına kömək edən şərait yaratmaq.

Məlumatlandırılmış razılıq qaydası tibbi müdaxilə nəticəsində yarana biləcək yeni həyata pasiyentin sosial-psixoloji uyğunlaşmasında olduqca vacibdir. Müalicənin variantları, məqsədləri, bu və ya digər müalicə prosedurunun ehtimali nəticələri barədə həkimlə müzakirə aparmaq pasiyentin həyat tərzindəki zəruri dəyişikliklərə psixoloji hazırlıq yaradır, bununla da onun səmərəli adaptasiyasına kömək edir.

Məlumatlandırılmış razılıq tibbi müdaxilənin, yaxud eksperimentdə iştirakın konkret prosedurunun müəyyənləşdirir, bundan əlavə, həkimləri və pasiyentləri, yaxud sınaqda iştirak edənləri bütün müalicə dövründə elmi – tədqiqat prosesində şəxsiyyətlərarası ünsiyyətin məzmunlu olmasına yönümləndirir. Məlumatlandırılmış razılıq qaydasının həyata keçirilməsində metodik baxımdan prosedur və əxlaqi məzmun fərqləndirilir. Prosedur məzmun deyilərkən aşağıdakılardan söhbət gedir: informasiya yazılı, yoxsa şifahi formada və nə dərəcədə təfərrüatlı verilir. Pasiyentin, yaxud sınaqda iştirak edənin mümkün təzyiqdən və onların seçimdə ola biləcək manipulyasiyadan müdafiəsini təşkilati cəhətdən təmin etmək üçün məlumatlandırılmış razılığın formulu müalicə edən həkimdən və pasiyentdən əlavə bir şahid kimi üçüncü şəxs tərəfindən də imzalanmalıdır.

Məlumatlandırılmış razılıq prosedurunun məqsədi pasiyenti, yaxud sınaqda iştirak edən şəxsiyyət kimi, qərarın qəbulunda tibb işçiləri ilə birlikdə iştirak hüququna malik insan kimi tanımaqdan ibarətdir. Yalnız bundan sonra bu mühüm əxlaqi ideyanın məzmununu reallaşdırmaq olar. Məlumatlandırılmış razılıq qaydasının məzmunu öz ifadəsini müəyyən etik normalar formasında beynəlxalq və milli təbabət assosiasiyalarının və birliklərinin qəbul etdikləri etik kodekslərdə və bəyannamələrdə tapır.

Pasiyentin, yaxud sınaq iştirakçısının səriştəliliyi, məlumatlandırılmış razılığın əldə edilməsi onun bu prosedurda iştirakının zəruri ilkin şərtidir. Qanuna görə pasiyent, yaxud sınaqda iştirak edən insan bu məsələlərdə səriştəli, ya da səriştəsiz ola bilər. Səriştəsizlər 15 yaşına çatmayan insanlar və müəyyən edilmiş qaydada iş bacarığı olmayanlar hesab edilir. Sonuncu halda məlumatlandırılmış razılıq vermək hüququ pasiyentin qanuni təmsilçisinə verilir. Əxlaqi baxımdan yeniyetməni zorla, yaxud aldatmaqla operativ müdaxiləyə məcbur etmək qanunla ziyanlı hərəkət hesab edilir. Yeniyetmələrin razılığını almaq çox zaman həqiqətən də çətin olur. Bu bir daha göstərir ki, həkimlərin klinik-psixoloji birliyinin yaradılması və azyaşlı pasiyentlərlə həkimlər arasında ünsiyyətdə baş verən problemlərin həllinə professional psixoloqların cəlb olunması vaxtı çatmış zərurətdir. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, bəzən təmsilçinin qəbul etdiyi qərar pasiyentin maraqları ilə üst-üstə düşməyə bilər. Belə halda həkimlərin borcu uşağın maraqlarını müdafiə etmək və bu məsələdə qanuni təmsilçilərin hüquqlarını məhdudlaşdıran hüquqi addımlar atmaqdır. Elə hallar olur ki, valideynlər sadəlövlük üzündən, ya da xürafatın təsiri ilə qan köçürmədən, yaxud uşağın həyatını xilas edə biləcək cərrahiyyə əməliyyatından imtina edirlər. Belə olduqda onlara təbliğat aparmaq və pasiyentin maraqlarını izah etmək lazımdır. Pasiyentin qərarı o zaman könüllü hesab olunur ki, kənardan ona məcburedici təsir göstərilməsin. Burada qorxu vasitəsilə məcburetmə, onun avtoritar yolla qəbul etdirilməsi, habelə informasiya ilə manipulyasiya da məcburedici təsir formalarının

dandır. Lakin informasiya ilə manipulyasiya daha pis təsir formasıdır, çünki o, zahirən obyektiv göründüyündən pasiyent onu asanlıqla qəbul edə bilər. Bu baxımdan pasiyentə verilən informasiyanın məzmunu olduqca vacib məsələdir. Çatdırılan informasiyanın həcmi və məzmununu müəyyənləşdirərkən bioetikada qəbul edilmiş «məlumatlandırma standartları» terminindən istifadə olunur. Bunların içərisində «professional həkim standartı», «rasional şəxsiyyət standartı» və «subyektiv standart» xüsusi praktiki maraq kəsb edir.

«Professional standart» görə, informasiyanın həcmi və məzmunu ənənəvi olaraq təşəkkül tapmış həkimlik praktikası ilə müəyyənləşdirilir. Tədris prosesində gələcək həkim öz müəllimlərindən nəinki həkimlik sənətinin sirlərini öyrənir, habelə, pasiyentlərlə adi ünsiyyət vərdişlərinə yiyələnir. Stabil cəmiyyətlərdə və təşəkkül tapmış həkimlik əxlaqi normalarının ictimaiyyət tərəfindən qəbul edilmiş ölkələrdə bu standart kifayət qədər səmərəlidir. Lakin hazırda həkimlik müalicəsinin şəraiti xeyli dəyişdiyindən müasir tələblərə uyğun yeni ənə-nələr və yeni əxlaq standartları işləyib hazırlamaq lazımdır. Bu baxımdan «rasional şəxsiyyət standartı» indiki şəraitə daha münasibdir. Həmin standartı görə, tibbi müdaxilə, yaxud bio-tibbi tədqiqatlarda iştirakda pasiyentin razılığı və ya qeyri-ra-zılığı haqqında əsaslandırılmış qərar qəbul etmək üçün infor-masiyanın həcmi və keyfiyyəti mütləq nəzərə alınmalıdır. Hə-kim, yaxud alim öz təxəyyülündə pasiyentinin, yaxud sınaqda iştirak edənin davranışını modelləşdirməli və fikri eksperimentin nəticələrinə uyğun məlumatlandırma taktikası qurmalıdır.

«Subyektiv standart» prinsipi rasional qərar qəbul edərkən konkret fərdin maraqlarının spesifikliyini nəzərə almağı vacib sayır. Misal üçün, xəstənin anamnezində onun əvvəllər böyrək xəstəliyi keçirməsi barədə informasiya varsa, onda ağırlaşma riski barədə informasiya verərkən böyrək pozuntularının müm-künlüyünə xüsusi diqqət yetirilməlidir. «Subyektiv standart» informasiyanı fərdiləşdirmək taktikasına üstünlük verir.

Lakin bütün bunlara nail olmaq üçün pasiyent ona verilən informasiyanı dəqiq başa düşməlidir. Bunun üçün istifadə

olunan sözlərin psixoloji təsirini də nəzərə almaq vacibdir. Həkim ilk növbədə spesifik ixtisas terminlərini çox işlətməməli, fikrini aydın çatdırmalıdır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, informasiyanı başa düşmək heç də həmişə onun qəbul olunması deyildir. Məsələn, xərçəng xəstəliyinə mübtəla olmuş şəxs verbal formada öz diaqnozu barədə proqnozu bilsə də, belə bir əminlik hissi keçirə bilər ki, onda bədxassəli şiş yoxdur. Buna görə də yanlışlıq nəticəsində xəstə ona təklif olunan kimyəvi terapiyadan, yaxud operativ müalicədən imtina edə bilər.

Beləliklə, insanları tədqiqatın məzmunu və bununla bağlı risk barədə ətraflı məlumatlandırmadan onun klinik sınaqda, biotibbi eksperimentdə iştirakı yolverilməzdir.

VI FƏSİL

SÜNİ ABORTUN ƏXLAQİ - ETİK PROBLEMLƏRİ

Yuxarıda adı çəkilən mürəkkəb və incə bir problem barədə söhbətə keçməzdən əvvəl iki baxışı müqayisə edək. Birinci baxış – abortu sırf intim məsələ hesab edərək göstərmək olar ki, onun qadının özündən başqa heç kəsə aidiyyəti yoxdur. Buna görə də heç kim bu işə qarışmamalıdır. Bu, sadəcə olaraq tibbi əməliyyatlardan biridir və cərrahiyyə əməliyyatı kimi onun bütün problemləri həkim və pasiyent tərəfindən həll edilir. Beləliklə, qeyd olunan nəzər nöqtəsi aborta sırf tibbi problem kimi yanaşır. İkinci baxış əks mövqeyi bildirir: abort mənəvi hissi təhqir kimi qəbul edilə bilər ki, buna görə də burada çox mürəkkəb etik problemin olduğunu görmək lazımdır. Axı qadın hələ həkimin yanına gəlməzdən əvvəl belə bir əxlaqi problemə üzləşir: gələcək insanın həyatını, yoxsa ölümünü seçməli. Lakin o, həkimə müraciət etdikdən sonra həmin əxlaqi problem nəinki aradan qalxmır, əksinə daha da mürəkkəbləşir. Çünki buraya üçüncü adam cəlb olunur və əgər o, bir həkim kimi öz işini görürsə, onda sözün müəyyən mənasında cinayətin iştirakçısı olur. Bəli, məhz cinayətin iştirakçısı, çünki başqa cərrahiyyə əməliyyatlarından fərqli olaraq bu əməliyyat xüsusi məqsəd daşıyır – həyatı məhv etmək, insan varlığını öldürmək, özü də müdafiəsiz, hüquqsuz, günahsız, məzlum varlığı öldürmək. Qeyd olunmalıdır ki, sözü gedən problemin müzakirə məkanı məhz bu iki əks baxış arasında yerləşir. Dramatik qarşıdurma və müxtəlif mövqələrin, yanaşmaların, qiymətləndirmənin, görüşlərin toqquşması bəzən o dərəcədə kəskindir ki, o, kütləvi nümayişlərin, mitinqlərin predmetinə çevrilir. Abort probleminə həsr olunmuş belə nümayişlərdən biri 1992-ci ildə ABŞ-ın paytaxtı Vaşinqtonda keçirilmiş və burada görünməmiş sayda – 250 mindən artıq adam iştirak etmişdir. Demək olar ki,

bütün Qərb ölkələrində abortun lehinə və əleyhinə çoxlu sayda nümayişlər bu gün də keçirilir.

Mövcud tibb ədəbiyyatında abort hər cür formada dayandırılmış hamiləlik kimi qiymətləndirilir. Başlıca əxlaqi problemlər isə süni abortla bağlıdır.

Tibbi müdaxilənin bu formasını əxlaqi baxımdan düzgün başa düşmək üçün bunu dərk etmək vacibdir ki, hamiləlik bir tərəfdən qadın orqanizmində gedən normal fizioloji prosesdir, digər tərəfdən isə bu, yeni insanın bioloji formalaşması deməkdir. Buna görə də hətta «az ziyan» prinsipi ilə abort praktikasına yol verəndə belə nəzərə almaq lazımdır ki, o, qadın üçün mənəvi və fiziki zərbdır, yeni insanın başlamaqda olan həyatını dayandırmaqdır.

Əvvəlki tarixi dövrlərlə müqayisədə zəmanəmizdə süni abort daha geniş yayılmışdır. Dünyada hər gün 100 milyona yaxın cinsi əlaqə baş verir, 910000 halda mayalanma baş verir ki, bunun da 10 faizi süni abortla başa çatır. 1996-cı ildə BMT-nin əhalinin yerləşməsi və inkişafı üzrə komissiyasının verdiyi məlumata görə hazırda həm inkişaf etmiş, həm də inkişaf etməkdə olan ölkələrdə ictimaiyyət hamiləliyin süni dayandırılmasına böyük diqqət yetirir. Özü də bu məsələdə narahatlıq yaradan təkəcə abortun tibbi nəticəsi olan analıq xəstəliyi (o bəzi hallarda sonsuzluğa gətirib çıxarır) və ölüm deyil, habelə əxlaqi-hüquqi problemlərdir.

§ 1. SÜNİ ABORT PROBLEMİ

Abort təbabət etikasının, həmçinin fəlsəfənin, hüquq praktikasının və teologiyanın ənənəvi problemlərinə aiddir. Hələ Hipokratın andında hamiləliyi dayandırmaq həkimə qadağan edilirdi. Lakin Aristotel abortun tərəfdarı olmuşdur. Onun mövqeyində aşağıdakı məqam nəzəri cəlb edir. O, abortun zəruriliyini demografik məsələlərlə (doğumun tənzimlənməsi) bağlayırdı. Yunan filosofunun fikrincə, nə qədər ki, ana bətnindəki em-

brionda «hissiyat» və «hərəkət fəallığı» formalaşmayıb onda abort edilə bilər.

Qədim Romada abort alçaldıcı hal hesab olunmur və ona geniş yol verilirdi. İmperiyanın tənəzzülü dövründə imkanlı vətəndaşlar ailə qurmaqda maraqlı deyildilər və uşaq istəmirdilər. Əvvəllər, Roma hüququnda rüşeym, embrion ana bədəninin bir hissəsi kimi qəbul edilirdi, ona görə də qadın dölün məhv edilməsi, yaxud onu bətnindən kənarlaşdırması üstündə cəzaya məruz qalmırdı. Yalnız sonralar embrion (**nasciturus** – «**anadan ola bilən**») müəyyən vətəndaşlıq hüququ aldı. Nəticədə belə bir qayda qoyuldu: əgər kimsə əmlak hüquqlarına nail olmaq niyyətilə abort etmək istəyirsə, bu valideynlərə qarşı cinayət kimi yozumlanırdı.

Dünya dinlərinin – (xristianlığın, islamın) yaranması ilə embrionun dəyəri tam dərk edildi. Maraqlıdır ki, 1649-cu ildə Rusiyada aborta görə ölüm hökmü kəsilirdi. İslam dini isə ümumiyyətlə, bədənə xəsarət yetirməyi günah sayır.

Son iki əsr ərzində həkimlərin və cəmiyyətin abort məsələsinə münasibətinin təkamülü araşdırdığımız problem baxımından mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Diqqəti çəkən başlıca məqam budur ki, həmin dövrdə həkimlər süni abort edərkən, yəni hamiləliyi dayandırarkən ilk növbədə dölü yox, ananın həyatını xilas etməyi vacib sayırdılar. Avropa təbabətində bu məsələdə dönüş 1852-ci ildə Paris Tibb Akademiyasındakı diskussiyalarla başladı. Kəsar kəsiyindən sonra ana ölümü statistikası hamiləliyin bu yolla süni dayandırılmasının etik əsaslandırılmasında başlıca argument oldu.

Uşaqlıq yoluna (sahəsinə) tibbi alətlərin yeridilməsi ilə süni abortun cərrahiyyə texnikası hələ təqribən 1750-ci ildən məlumdur. Lakin əvvəllər həmin əməliyyat yüksək riskli olduğu üçün o, çox nadir hallarda edilirdi. Rəsmi qanun icazə vermədiyindən həmin metod gizli tətbiq olunurdu. Ümumiyyətlə, həmin dövrün tibb praktikasında «menustrial tsikl» pozuntularının diplomlu həkimlər tərəfindən müalicəsində iki məqamı göstərmək olar. Birincisi, onlar tam səmimi olaraq etiraf edirdilər ki, professional etikaya (çünki hamiləlik müddətinin birinci yarısın-

da onu bir fakt kimi sübut etmək olmur) sadıq hərəkət edirlər. İkincisi, həkimlər arasında belə bir şübhəli baxış mövcud idi ki, müəyyən dozada zəhərli maddənin köməyi ilə embrionu öldürmək və abort etmək ana üçün zişansızdır.

XIX əsrin ikinci yarısında ABŞ-da abortu qadağan etmək uğrunda ümummilli hərəkət başlamışdı. Bu hərəkətdə aparıcı rolu nüfuzlu Amerika Tibb Assosiasiyasının rəhbərliyi oynamışdır. Embrioloji tədqiqatlara və kəşflərə əsaslanaraq həkimlər sübut edirdilər ki, döl ananın öz bədənində hərəkəti hiss etməsi anından (bu an «dölün cana gəlməsi» adlanırdı) deyil, mayalanma dövründən başlayaraq canlı varlıq olur. Ona görə də həkimlər təkid edirdilər ki, abort hətta, hamiləliyin ilk anlarından dölün öldürülməsi deməkdir. Nəticədə 1880-cı il üçün ABŞ-da abortlar (əlbəttə qadının həyatını xilas etmək zərurəti halları istisna olmaqla) qadağan edilmişdi. O dövrdə qəbul edilmiş qanunlar əsasən XX əsrin 60-cı illərinə qədər qüvvədə qalmışdır.

1869-cu ildə Britaniya parlamenti «Şəxsiyyət əleyhinə cinayətlər haqqında akt» qəbul etdi. Həmin sənədə görə abort mayalanma başlayan andan cinayət hesab olunurdu. Dölün tərpənməsi hiss edildiyi təqdirdə qadının aborta razılıq verməsi ən sərt şəkildə cəzalandırılırdı. Almaniyada da həmin illərdə abort ağır cinayət hesab olunurdu. Fransada isə abort üstündə daha sərt cəzalar məhz (1791-1810 illərdə) həkimlərə tətbiq edilir, qadın isə cəzadan azad olunurdu.

Rusiyada inqilabdan əvvəlki qanunvericilik yalnız qadının həyatını xilas etmək ehtiyacı olduğu təqdirdə aborta icazə verirdi. Kriminal abort edən həkimlər ən ağır cəzaya məruz qalırdılar.

Professional tibbi müşahidə də süni abortun əxlaqi qiymətləndirilməsi onun hüquqi qiymətləndirilməsi ilə üst-üstə düşür. Ümumiyyətlə, mütəxəssislər problemin aşağıdakı aspektlərinə toxunmağı lazım bilirlər: süni abort həkimlik sənətinin məqsədləri ilə nə dərəcədə bir araya sığır? Bu cür tibbi praktikadan kommersiya məqsədi üçün istifadə olunmasına yol vermək olarmı?

Həkim Y.Viqodski həmin suallar barədə belə fikirləşir: «Dö-lü məhv etməyə prinsipial şəkildə şər və cinayət kimi yanaşıl-malıdır, bunu etmək həkim üçün yolverilməzdir». Həmin dövrdə «xahişlə abort» və «tibbi göstərişlərə görə abort» bir-birindən fərqləndirilirdi.

XX əsrdə abortun yolverilməzliyi barədə gedən diskussiya-lara feminizm hərəkatı iştirakçıları da qoşulurdular. Onların əsas məqsədi cəmiyyətdə qadınların ənənəvi vəziyyətinə qarşı etiraz etmək idi. Bununla yanaşı feminizm həm də qadının cəmiyyətdə seksual roluna və deməli, labüd olaraq cinsi əxlaq məsələlərinə də toxunurdu. XIX əsrin 50-ci illərində məşhur Amerika feministlərindən biri R.Qrimke «Ər-arvad həyatı» oçerkində yazırdı ki, qadının ana olması, özü də hansı şəraitdə bu işi görməsi onun öz hüququdur. XX əsrin əvvəlində Ameri-ka feministi M.Sançer isə ilk dəfə olaraq «doğum üzərində nəzarət» anlayışını işlətməmişdir. Əvvəllər bu anlayış kontrasepsi-ya vasitələrindən istifadəni təbliğ etmək mənasında başa dü-şülürdü. Sonralar isə o həm də yevgenika (insanın irsi sağlam-lığı haqqında təlim) ideyaları kontekstində nəzərdən keçirilmə-yə başlandı.

Qeyd edək ki, «xahişə görə abortu» leqallaşdıran ilk dövlət Sovet Rusiyası olmuşdur. Sovet səhiyyə sisteminin yaradıcıla-rından biri Z.P.Solovyov 1920-ci il noyabrın 18-də Xalq Səhiyyə Komissarlığı ilə Xalq Ədliyyə Komissarlığının bu barədə birgə Qətnaməsini «tarixi sənəd» adlandırmışdı. Burada göstə-rilirdi ki, hamiləliyi süni dayandırmaq məqsədilə pulsuz əməli-yyat aparmağa yol verilir. Sovet xəstəxanalarında bu işin maksi-mum zişansız edilməsi nəzərdə tutulurdu. Bu qətnamə ölkədə kriminal abortların qarşısını almaq baxımından müəyyən qədər özünü doğrultmuşdu. Onun müəllifləri ölkənin ağır iqtisadi vəziyyətini abortun səbəblərindən biri hesab edirdilər. Lakin ölkədə gedən sonrakı proseslər göstərdi ki, abort problemi iqtisadi artım, onun ziyanı barədə biliklərin təbliği sayəsində avtomatik həll olunmur. Ümumiyyətlə, Sovet dövlətində abort məsələsinə münasibət çox ziddiyyətli olmuşdur. Məlum qətna-mədə abort şər işi kimi qiymətləndirilsə də real həyatda ona

olan münasibət daha mürəkkəb idi. Dövlətin abort sahəsində siyasəti o dövrdə yeni hakimiyyətin dinə qarşı mübarizəsi ilə tam uzlaşırdı.

Müharibədən sonrakı illərdə kriminal abortların sayının artması bu sahədə siyasətin dəyişməsinə gətirib çıxardı. 1955-ci ildə SSRİ Ali Soveti Rəyasət Heyəti «Abortların qadağan olunmasının ləğvi haqqında» fərman qəbul etdi. Həmin hüquqi akt «xahişlə abortu» leqallaşdırdı. Burada göstərilirdi ki, yalnız xüsusi tibbi təhsili olan şəxslər abort etmək hüququna malikdir. Həm də abort hamiləliyin 12 həftəyə qədər olduğu müddətdə və xəstəxana şəraitində aparılmalıdır. Bu şərtlərə əməl olunmadığı təqdirdə edilən abort kriminal abort hesab olunur və bunun üçün 8 il islah işləri görmək cəzası müəyyən edilirdi.

1987-ci ildə SSRİ Səhiyyə Nazirliyinin əmrilə abortun leqallıq çərçivəsi daha da dəqiqləşdirildi. Əmrə görə aborta yalnız hamiləlik dövründə boşanma zamanı, həmçinin, ailədə beşdən artıq uşaq olduqda icazə verilirdi. Bu tədbirlərlə yanaşı göstərilirdi ki, ginekoloq həkimlər qadınları abort etməkdən daşındırmağa çalışmalıdırlar.

Müstəqillik əldə etmiş ölkəmizdə süni abort məsələsi öz hüquqi əksini 1997-ci ildə qəbul edilmiş «Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu»nun V fəslində («Ailənin planlaşdırılması və insanın reproduktiv funksiyalarının tənzimlənməsi»), o cümlədən («Hamiləliyin süni surətdə pozulması») adlanan 30-cu maddədə tapmışdır. Burada deyilir: «Hər bir qadının analıq barədə məsələni təkbaşına həll etmək hüququ vardır. Hamiləliyin süni surətdə pozulması qadının arzusu ilə hamiləliyin 12-ci həftəlik müddətində aparılır. Sosial göstərişlər üzrə süni pozulma hamiləliyin 22 həftəliyinədək aparıla bilər... Həkim tərəfindən xəstəxanalardan və ya başqa tibb müəssisələrindən kənarda hamiləliyin süni surətdə pozulması qadağandır».

Hazırda ölkəmizdə arzuolunmaz hamiləlik və abort hallarının azaldılması məqsədilə BMT-nin əhali fondu (UNFPA) reproduktiv sağlamlıq proqramı üzrə geniş iş aparır. Sözü gedən təşkilat tərəfindən təkcə 1996-1999-cu illərdə UNFPA-nın proqramı

ramının maliyyələşdirilməsinə 2,9 milyon ABŞ dolları məbləğin-də vəsait xərclənmişdir.

Əxlaqi-etik – PRO ETCONTRA baxımdan abort kişi və qadın tərəfindən müxtəlif cür qavranılır. Aydınır ki, abortla bağlı ölüm və həyat probleminə daha çox qadınlar cəlb olunur, çünki insan varlığının həyatı məhz onlardan asılı olur. Bu fikirle bağlı aşağıdakı suallar yaranır. Problemin bütün təfərrüatını məhz qadın mı dərk edir? Onu həll etməyə yalnız qadınların mı haqqı vardır? Yeri gəlmişkən qeyd edək ki, bu suallara çox vaxt iqrari cavab verilir. Son dövrlərin mətbuat yazılarının təhlili göstərir ki, qadınlar abortların ləqallaşmasını tələb edirlər, kişilər isə bunun əleyhinə çıxırlar. Ümumiyyətlə, bu mövzuya dair mübahisələr faydalı olub öz xarakteri və mahiyyəti etibarilə məhz əxlaqi-etik məna kəsb edir.

Aborta qarşı çıxanların başlıca arqumenti bundan ibarətdir ki, döl insani varlıqdır. Bir halda ki, yaşamaq hüququ hər bir insan varlığının ayrılmaz hüququdur, deməli, dölün də belə bir hüququ vardır. Odur ki, aborta əxlaqi baxımdan yol verilməməlidir, onu qadağan etmək lazımdır. Gətirilən dəlil sağlam düşüncə baxımından aydın, heç bir sübuta ehtiyacı olmayan faktdır. Təsadüfi deyildir ki, Şərqi əənənəsinə görə insanın yaşı anadan olduğu tarixdən deyil, mayalanma dövründən götürülür. Bunu da qeyd edək ki, elmi faktlara görə, insan dölünün artıq doqquz həftəliyində sifəti, barmaqları, daxili beyin fəallığı və s. yaranır. Əgər belədirsə, onda aborta heç bir şəraitdə əxlaqi baxımdan bəraət qazandırmaq düzgün deyildir. Lakin burada işlənən «heç bir şəraitdə» anlayışı müəyyən mübahisələr doğurur. Bu imperativ xarakterli fikirlə prinsipcə razılaşmaq mümkün deyildir. Axı, ola bilər ki, doğum qadının səhhiyyəti baxımından onun üçün çox ağır təhlükə törətsin, hətta ölümə nəticələnsin. Bəs onda necə olsun? Elə hallar da olur ki, qadın amansız zorlanma nəticəsində, yaxud özündən qətiyyən asılı olmayan hadisələr ucbatından hamilə olur.

Aborta qarşı çıxan ifrat mövqenin tərəfdarları heç bir istisna və qeyd-şərt hallarını qəbul etmirlər. Onlar hesab edirlər ki, hamiləlik və doğum ürək, böyrək xəstəliyi olan qadın üçün

ölümlə nəticələnsə belə, aborta yol vermək olmaz. Arqument isə çox sadədir: heç bir halda uşağın təqsiri yoxdur, niyə o, ölümə məhkum edilməlidir? Bu canlı varlıq bilmir ki, anasının ölümünə bais olacaqdır, deməli, o, heç bir məsuliyyət daşımır.

Bioetika elmində abort əleyhinə yumşaldılmış mövqe deyilən yanaşma da mövcuddur. Bu mövqenin tərəfdarlarına görə, həkim bu barədə qəti qərara gəldikdə və zorlama faktı olduğu təqdirdə prinsipcə aborta yol vermək mümkündür. Lakin bu məcburi müdaxilə tətbiq olunduqda ananın arzu və maraqları da nəzərə alınmalıdır. Birinci halda tibbi faktlara zidd olduqda – ananın həyat hüququ pozulur. İkinci halda isə – zorlanma zamanı – qadının könüllü razılığı olmur. Axı, ana da insandır, onun da həyat, sağlamlıq, azadlıq hüququ var.

Göründüyü kimi, adı çəkilən mövqelər bir-birindən xeyli fərqlənirlər. Lakin onların hər ikisi, (həm ifratçılar, həm də yumşaldıcı mövqedə duranlar) başlıca olaraq belə bir tezisi rəhbər tuturlar: döl insan varlığıdır. Onun həyat hüququ vardır, deməli, abort cinayətdir. Bununla yanaşı, aborta əks mövqeyi bir sıra əlavə arqumentlərlə tamamlayanlar da vardır. Məsələn, belə bir fikir irəli sürülür ki, ana həm bioloji, həm də sosial baxımdan uşaq üçün məsuliyyət daşıyır, çünki uşaq anaya ehtiyac duyan köməksiz, yalnız doğum vasitəsilə işıq üzü görə biləcək qeyri-avtonom varlıqdır. Odur ki, ana və digər valideyn uşaq qarşısında xüsusi məsuliyyət daşıyır, çünki bu varlıq valideynlərə yad deyildir, onların ətindən, qanından törəmədir. Ona görə də burada təkcə bioloji deyil, habelə, əxlaqi borc – güclünün zəifi müdafiə etmək və onun barəsində qayğı göstərmək borcu daha qabarıq üzə çıxır. Lakin ananın və uşağın hüquq və maraqlarını müqayisəli götürdükdə, uşağa aksioloji üstünlük vermək ehtimalı meydana çıxır. Çünki heç kəs bilmir ki, hələ dünyaya gəlməmiş canlı varlıq gələcəkdə kim olacaqdır?! Buna görə də onun həyat hüququ ananın həyat hüququna bərabərdir, bəlkə də daha artıq və dəyərlidir.

Müəyyən hallarda aborta haqq qazandıran mövqenin arqumentləri iki sübut (tənqidi və pozitiv) üzərində qurulur. Bunlardan hansının daha əhəmiyyətli olmasını demək çətinidir. Çünki

əks tərəfin arqumentlərinin zəiflədilməsinə yönəldilmiş tənqidi arqumentlər eyni zamanda dolayısı yolla olsa da öz mövqeyini əsaslandırmaq deməkdir. Bununla yanaşı göstərməlidir ki, tənqidi potensialdan məhrum olmuş pozitiv dəlillər də öz inandırıcılığını itirir, sübut etmək imkanını əyani göstərə bilmir. Buna görə də abort problemi ilə bağlı diskussiyalar tərəflərin gur tənqidi şəraitində keçsə də mahiyyətcə əslində aborta qarşı əks arqumentlər irəli sürmək məcrasında baş verir. Onu da deyək ki, abortun tərəfdarlarının arqumentləri gözlənilməyindən daha güclüdür.

Abortun əleyhdarlarının belə bir arqumenti daha çox tənqid atəşinə tutulur: döl insan varlığıdır. Bu halda belə bir sual qarşıya çıxır: «insan varlığı» anlayışına nə daxildir? Abortun həm tərəfdarları, həm də əleyhdarları dölün insan varlığı olduğunu etiraf edərək, qəbul edirlər. Lakin hər iki tərəf belə bir məqam üzərində düşünməyi israr edir ki, insan dölü və insan eyni mənə kəsb edə bilərmi? Məhz bu suala verdikləri cavaba əsaslanan abort tərəfdarları öz əleyhdarlarının arqumentlərini rədd edirlər. Onların fikrincə abortun əleyhdarları belə bir məsələni nəzərə almırlar ki, döl özü inkişaf edən varlıqdır. Axı hamiləlik prosesində dölün inkişafı mürəkkəb və keyfiyyətcə müxtəlif – çox kiçik mayalanmış hüceyrədən tam formalaşmış dölə, insan varlığına, uşağa qədər mərhələlərdən keçir. İndi isə bu münasibətdə irəli sürülən aşağıdakı iki dəlilə müraciət edək:

1. Hətta dölü insan varlığı kimi qəbul etdikdə belə, onlar arasında fərqləri görməmək olmur. Belə fərqlər bitkilərdə toxum, cücərti və iri bitki arasında olan fərqlərə bənzəyir. Yaxud da palıd qozası ilə palıd ağacı eyni şey deyildir.
2. Dölün hüququnun müdafiəçiləri (abortun əleyhdarları) etiraf edirlər ki, bu varlıq ana bətnindən kənarda inkişaf etmədiyi üçün anaya möhtacdır, ona görə də qadının bətnində doqquz ay qalmalıdır. Deməli, dünyaya gələnə qədər bu varlıq hələ sərbəst deyildir, yalnız doğum aktı onu avtonom edir. Ona görə də Qərb ənənəsində ana-dan olmaq insanın həyatının başlanğıcı sayılır.

Gətirilən arqumentləri aşağıdakı iki halda xüsusilə nəzərə almaq vacibdir. Bunlardan biri zorlama nəticəsində olan hamiləlikdir. Bu halda hamiləlik arzu edilməmiş nəticə kimi qiymətləndirilməlidir. İkinci vəziyyət isə er və arvadın müəyyən səbəblər üzündən uşaq istəməmələri ilə bağlıdır. Bu məqsədlə onlar hamiləliyə qarşı müəyyən tədbirlər görürlər, lakin bu tədbirlər bəzən bəhrə vermir və abort etmək məcburiyyəti yaranır.

Abortun mümkünlüyü və yaxud yolverilməzliyi ilə bağlı mübahisələrdə aşağıdakı məsələ də mühümdür: hamiləlik prosesinin hansı mərhələsində və onun inkişafının hansı nöqtəsində döl insan varlığı, yəni bütün insan hüquqlarına malik varlıq olur? Bəlkə mayalanma dövründə? Olmaya hamiləliyin ikinci, yaxud üçüncü mərhələsində, yoxsa uşaq doğulan andan? Məhz bu suallara dərinədən diqqət yetirdikdə insan dölünün əxlaqi statusu məsələsi ortaya çıxır. Bununla əlaqədar Q.və B.Uilkilərin belə bir fikrini xatırlamaq yerinə düşərdi: «Məlumdur ki, hələ dünyaya gəlməmiş uşaq altı aylığından (bəlkə də daha əvvəl) şüurlu reaksiya göstərən insan varlığı kimi fəal emosional həyat yaşayır».

Əlbəttə, embrion yalnız qadının bədəninin bir hissəsi deyildir. O, həm də müstəqil bioloji struktur olmaqla, qadının heç bir orqanı ilə eyniyyət təşkil etmir. O qadının bədənində böyüsə də prinsipcə başqa (bioloji baxımdan unikal və bütöv) insani varlıqdır. Lakin abortun əleyhdarları bu müddəanı irəli sürərkən nədənsə unudurlar ki, embrion həm də qadının «əti» və «qanıdır». Bizcə, «embrion» və «insan» anlayışlarını eyniləşdirmək yersiz olardı. Doğrudur, embrion xüsusi ontoloji statusa malikdir: o, potensial vəziyyətdə olan insandır. Lakin bu mərhələdə onun təbiəti daha çox bioloji mahiyyət kəsb edir, sosial baxımdan isə o, hələlik obyektidir. Eyni zamanda embrion unikal bioloji fərdiyyətin, gələcək insanın təkrarolunmaz ruhunun, xarakterinin və ilkin şərtlərinin təşəkkülü, formalaşmasıdır. Arasikəsilməz embriogenez – embrionun yaranması və inkişafı prosesini əks etdirən amillərdən heç biri hələ «sözün əsl mənasında» götürülən insanın meydana gəlməsi demək

deyildir. Eyni zamanda tamamilə aydındır ki, embrionun «yaşı» artdıqca, o, yuxarıda göstərilən statusa daha çox yaxınlaşır.

Embrionun xüsusi ontoloji varlığı həm də onun xüsusi əxlaqi statusunu müəyyənləşdirir. O, özünün hər bir inkişaf mərhələsində sözün müəyyən mənasında insan ləyaqətinin daşıyıcısı kimi çıxış edir. Buna görə də ona qarşı hər hansı bir hərəkət əxlaqi baxımdan qiymətləndirilməlidir. Döl əxlaqi münasibətlərdə «iştirak etməklə» bir növ əxlaqi status əldə edir. Beləliklə də o, əxlaqi idrakın obyektinə cəlb olunur və əxlaqi mahiyyət alır. Embrionun xüsusi ontoloji və əxlaqi statusu öz ifadəsini öncə bunda tapır ki, o, klinik və tibbi tədqiqat praktikasına ilə əlaqədar münasibətlərin obyektinə çevrilir. Buna görə də bizim embriona münasibətimizi müəyyənləşdirən sosial normaların təkmilləşdirilməsi embriogeneza haqqında biliklərin tərəqqisi gedişində daha çox əhəmiyyət kəsb edir.

Embriogeneza haqqında fundamental elmi biliklərə uyğun olaraq nüfuzlu beynəlxalq hüquqi, elmi-tibbi, bioetik təşkilatlar insan embrionu ilə invitronu (14 gündən sonra onu qadının uşaqlığına qoymaq), yəni hər bir manipulyasiyanı qadağan edən etik normalar qəbul etmişlər. Elmi biliklər inkişaf etdikcə, gələcəkdə də embrionun xüsusi bioloji və əxlaqi statusunu, onunla münasibətin hüquqi, tibbi və etik normalarını daha dəqiq müəyyənləşdirən yeni-yeni beynəlxalq müqavilələrin bağlanması zəruri olacaqdır. Onlar «potensial insana» qarşı hərəkətlərimizdə nəyin mümkün və nəyin isə yolverilməz olduğunu daha aydın göstərəcəkdir.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi abort əxlaqi baxımdan həmişə çətin, ağrılı mənəvi seçimdir. Embrionun statusunda öz varlığını gören insan abortu bütövlükdə şər əməl kimi qiymətləndirir. Buna razılıq verməyən qadın bu «böyük şərdən» qaçmaq istəyir. XX əsrdə abort haqqında çoxlu sayda qanunvericilik aktlarının qəbul edilməsi göstərir ki, cəmiyyət onu tənzim etməkdə çox maraqlıdır. İctimai əxlaq müəyyən hallarda bu sosial praktikaya bəraət qazandırır. Lakin abortu mənəviyyat baxımından həmişə normal hal kimi qəbul etmək doğru olmazdı.

§ 2. ABORTA MÜNASİBƏTDƏ ƏSAS ƏXLAQİ MÖVQELƏR

Abortun əxlaqi problemləri ilə bağlı mövqelər aşağıdakı suallara verilən cavablardan asılı olaraq qərarlaşır:

1. Canlı materiyanın arasıkəsilməz inkişafı və dəyişməsi prosesinin hansı məqamında inamla təsdiq etmək olar ki, məhz burada insanın həyat hüququ başlanır. Başqa sözlə, insan hansı andan cəmiyyətin əxlaqlı üzvü kimi müəyyən hüquqlara, ilk növbədə həyat hüququna malik varlıq kimi tanınmağa başlayır?
2. İndiki halda «Öldürmə» nəsihəti məhdudiyyətlərə malikdirmi? Əgər belədirsə, onda bu məhdudiyyətlər hansılardır?
3. Hələ insani varlıq kimi qəbul olunmamış canlı varlıqların əxlaqi və sosial statusu nədən ibarətdir? Belə varlıqlardan elmi eksperimentlərdə istifadə etmək olarmı? Həyat qabiliyyəti olmayan (lakin canlı) döldən xəstə uşaqları, lakin sağ qalmaq və layiqli insani həyat yaşamaq ümidi olan uşaqlar üçün «ferma» kimi istifadə olunmasına yol vermək olarmı? Bu varlıqları əmtəyə çevirmək olarmı, əgər olarsa, bu kimin mülkiyyəti olmalıdır?

Bütün bu qoyulan suallara verilən cavablar fonunda üç əsas baxış (liberal, mötədil və mühafizəkar) fərqləndirilir.

Liberal mövqeyə görə, təbii doğuma qədər qadının abort etdirmək barədə qərara gəlmək hüququ vardır, həkim isə bu hüququ reallaşdırmağa borcludur. Doğulmamış döl hələ əsl mənada insan şəxsiyyəti hesab olunmur, deməli, əxlaqi cəmiyyətin üzvü də deyildir. Ona hələ həyat hüququ şamil edilmir. Buna görə də onun mövcudluğunu dayandıran hərəkətlərdən imtina etməmək də olar. Deməli, liberalların fikrincə, abort heç bir mənada cinayət deyildir. Doğulmamış insani varlığın statusu müstəsna olaraq digər şəxslərin mənafeləri baxımından nəzərdən keçirilməlidir. Məsələn, dölün həyatının saxlanılmasında uşağı olmayan ailələr daha maraqlı olurlar. Bir sözlə, liberallar hesab edirlər ki, aborta qadağa qoymaq əslində dölün mülkiyyətçisi olan ananın hüququnu pozmaq deməkdir.

Mötədillərin fikrincə, ruşeymin (qeyd edək ki, yumurtalıqda mayalanmanın başladığı dövrdən hamiləliyin 8-ci həftəsinə qədər inkişaf edən orqanizm «embrion», bu andan anadan olana qədər isə «döl» adlanır) insan şəxsiyyətinə çevrilməsi mayalanmadan doğulana qədər baş verən prosesdə tədricən həyata keçirilir. Həmin formalaşma prosesində o, sanki öz insanlığının «həcmi» və deməli, həyat hüququnun «həcmi» də günbəgün artırır. Əgər hamiləlik dövrünü üç bərabər hissəyə (üç ay davam edən hər bir hissə «trimestr» adlanır) bölsək, onda birinci üç ayda dölün hüququnun həcmi minimum olur. Bu mərhələdə ananın sosial və iqtisadi maraqları «üstün» ola bilər. Sonrakı dövrdə bu həcm xeyli artır. Mötədil mövqeyə görə ananın maraqları bu mərhələdə də dölün yaşamaq hüququnu «üstələyə» bilər, lakin bu addım qadının həyatı üçün təhlükə hesabına başa gələ bilər. Təbii ki, məsələ təkcə təqvim yaşında deyil, insani keyfiyyətlərin inkişaf dərəcəsidədir.

Göründüyü kimi, mötədillər həmin mərhələdə dölə lazımı dərəcədə insanilik həcmi olmayan bir orqanizm kimi baxırlar. İkinci trimestrdə (üçaylıqda) abort etdirmək barədə qərara gəlmək daha çətin məsələdir. Burada ananın, yoxsa dölün hüquqlarına üstünlük vermək ətrafında mübahisələr meydana gəlir. Bu mərhələdə edilən abort daha çox «təqsirsizin öldürülməsi» kimi səciyyələndirilir.

Nəhayət sonuncu baxışın nümayəndələri – mühafizəkarlar qəti surətdə bildirirlər ki, abortu əxlaqi cəhətdən əsaslandırmaq, ona bəraət qazandırmaq olmaz. O, birbaşa şüurlu cinayətdir. Onlar ruşeymi mayalanma anından bütün insani hüquqlara layiq şəxsiyyət kimi nəzərdən keçirirlər. Ultramühafizəkarlar isə ümumiyyətlə, heç bir halda aborta yol verməməyi təbliğ edirlər. Doğrudur, mühafizəkarların içərisində də nisbətən mötədil mövqedə duranlar vardır. Onların fikrincə, qadının həyatına birbaşa təhlükə yarandıqda aborta icazə verilməlidir.

İnsan həyatını qorumaq, şəxsiyyətin həyatına olan qəsdə yol verməmək dünya dinlərini də həmişə qayğılandırmışdır. Xüsusən də katolisizm öz ideyaları ilə son 50 ildə təbabətin etik problemləri barədə geniş diskussiyalara rəvac vermişdir.

Papa VI Pavelin «*Humanae vitae*» (1970) eksiklikasında göstərilir ki, müasir cəmiyyətdə əhalinin sürətlə artımı və elmin inkişafı bir çox dövlətləri bu təhlükəyə qarşı radikal tədbirlər görməyə vadar etmiş, doğum məsələsinə, o cümlədən abort işinə nəzarəti artırmışdır. Katolik dininin xadimləri hesab edirlər ki, bioloji, psixoloji, yaxud sosioloji arqumentlər özlüyündə həmişə birtərəfli olur. Onların fikrincə ailə məhəbbəti öz ülviliyini ən böyük həqiqətdə – Allahda tapır. Ər-arvadlıq yüksək valideynlik məsuliyyətinin dərk olunması deməkdir. Buna görə də hər bir nigah aktı yeni həyatın meydana gəlməsinə yönümlənmişdir. Odur ki, yalnız süni aborta deyil, bütün kontrasepsiya vasitələrinə və üsullarına da tam qadağa qoyulmalıdır.

1914-cü ildə Apostolluq üzrə Papa şurasının təşəbbüsü ilə yaranmış «Səhiyyə işçilərinin xartiyası»nda göstərilir ki, doğrudur, müəyyən hallarda, yeni ananın sağlamlığı üçün təhlükəli vəziyyətdə, hamiləlikdən yaxa qurtarmaq məcburiyyəti yaranır və buna görə də aborta əl atılır. «Xartiya» süni aborta yalnız ciddi tibbi müdaxilənin vacib olduğu halda hamilə qadına əlavə yardım kimi bəraət qazandırır. Abort yalnız ananın sağlamlığı naminə zəruri terapevtik akt kimi həyata keçiriləndə qanuni hesab edilir. «Allah dünyaya uşaq gətirməyin təbii qanununu və ritmini çox müdrikcəsinə müəyyənləşdirdiyindən» bu göstərişi rəhbər tutub doğum prosesini tənzimləmək lazımdır. Ər və arvad kontrasepsiyanın «təqvim», «ritmik» metodlarından istifadə edə bilirlər. Lakin ona yalnız müəyyən dövrlərdə icazə verilir.

«İslamın tibbi etika kodeksi» də məsuliyyətsizcəsinə uşaq tələf etməyi pisləyir. Kodeksdə deyilir ki, insan hərəkəti embrion halından döl əmələ gələnə qədər bütün mərhələlərdə qadir və qüdrətlidir. Hələ anadan olmamış uşağın həyatı (İslam qanununun tanıdığı mütləq tibbi zərurətə ehtiyac duyulduğu hallar istisna olunmaqla) xilas edilməlidir. İslam dini ana bətnindəki dölə müəyyən hüquqlar verir. Belə ki, ölümə məhkum olunmuş hamilə anaya yalnız öz uşağını doğduqdan sonra ölüm hökmü tətbiq edilə bilər. Tanınmış müsəlman ideoloqu Fakher Ben Həmid embrionun təbiəti və statusunun həllini belə təsəvvür

edir. «Qurani-Kərim»ə uyğun olaraq ərindən boşanmış qadının 90 gündən tez, dul qalmış qadının isə 130 gündən tez olmaya-raq yenidən ərə getməyə ixtiyarı yoxdur». Bu dolayısı ilə o deməkdir ki, 90 gündən 130 günədək müddətdə rüşeym insan forması alır. O, həmçinin göstərir ki, döldə genetik anomaliya aşkar edildikdə, ər və arvadın könüllü razılığı ilə hamiləliyin 9-cu, yaxud 10-cu həftəsində onun dayandırılmasına yol verilir.

Buddizm də hesab edir ki, öldürmək ən dəhşətli mənfə hərəkdir. Buddizmin etikası belə bir nəsihətdən başlayır: «İstər insan olsun, istər heyvan – heç kəsin həyatını əlindən alma». Bu dinin müddəaları çərçivəsində embrionun təbiəti və statusu aşağıdakı kimi yozumlanır: rüşeym müqəddəsdir və özündə bütün insan varlığının potensialını daşıyır. Buna görə də abort keçirildiyi mərhələdən asılı olmayaraq, həyatın məhv edilməsinə bərabərdir.

İudaizm tərəfdarları da göstərir ki, abort (və ümumiyyətlə uşaq, övlad istəməmək) yəhudi xalqının tarixinə və məsih (xilasedici) təyinatına ziddir. Lakin hamiləlik ananın fiziki sağlam-lığına təhlükə yaradırsa bu hal mütləq nəzərə alınmalıdır.

§ 3. MÜASİR DÜNYADA ABORT HAQQINDA QANUNVERİCİLİKLƏR

Təbabətin tarixi göstərir ki, ən qədim vaxtlardan başlayaraq abort tək-cə sırf tibbi məsələ deyil, həmçinin mühüm hüquqi problem olmuşdur. Buna görə də onun barəsində ayrı-ayrı dövrlərdə çox müxtəlif qanunlar qəbul edilmişdir. Avropa ölkələrində bu münasibətdə dörd tip qanunlar bir-birindən fərqlən-dirilir:

1. Ən liberal qanunvericilik, «xahişə görə abort»a icazə verir.
2. Kifayət qədər azad qanunlar, çoxlu sayda müvafiq tibbi və sosial göstəricilər olduqda aborta icazə verir (altı ölkədə: İngiltərə, Macarıstan, Hollandiya, Kipr, Lüksem-burq, Finlandiya).

3. Son dərəcə sərt qanunlar. Aborta, yalnız aşağıdakı hallarda yol verir: qadının fiziki, yaxud psixi sağlamlığına təhlükə olduqda, döldə inkurabel qüsurlar aşkar edildikdə (İspaniya, Polşa, Portuqaliya və İsveçrə).
4. Abortu, ümumiyyətlə, qadağan edir, ona yalnız müstəsna hallarda, hamiləliyin qadın həyatı üçün bilavasitə təhlükə yaratdığı təqdirdə icazə verir. (Şimali İrlandiya, son zamanlara qədər İrlandiya Respublikasında, Malta-da).

Bütövlükdə dünya ölkələrinin 98 faizində aborta yalnız qadının həyatını xilas etmək zərurəti meydana çıxdıqda icazə verilir, 62 faizində isə onun fiziki və psixi sağlamlığı naminə, 42 faizində zorlama və inses hadisəsi olduqda, 26 faizində isə iqtisadi və sosial səbəblər üzündən və yalnız 21 faizində xahişə görə yol verilir.

Hazırda MDB ölkələri içərisində abort haqqında ilk qanunvericilik Rusiyada qəbul olunmuşdur. «Vətəndaşların sağlamlığını qorumaq haqqında RF qanunvericiliyinin əsasları»nın 36-cı maddəsində göstərilir ki, hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər «xahişə görə» aborta icazə verilir. Əgər hamilə qadında aşağıdakı doqquz göstəricidən biri (hamiləlik dövründə ərin ölməsi, qadının yaxud özünün ərinin azadlıqdan məhrum edilmə yerində olması; qadının analıq hüququndan məhrum edilməsi; çoxuşaqlılıq (3-dən artıq uşaq); hamiləlik dövründə nığahın pozulması; boşanma; zorlama nəticəsində hamilə olma; qadın yaxud onun əri işsiz olduqda; hər ailə üzvünə düşən yaşayış minimumu ümumi normadan aşağı olduqda; qadının yaşamağa yeri olmadıqda (yataqxanada, yaxud kirayənişin yaşayırsa) xüsusi həkim komissiyası ona «fərdi qaydada» aborta icazə verə bilər. Rusiya hökumətinin 1996-cı ildə verdiyi qanunvericiliyə görə qaçqın qadınlara, həmçinin mövcud regionda yaşayış minimumunun çox aşağı olduğu ailələrdə qadınlara hamiləliyin 22-ci həftəsinə qədər abort etdirməyi icazə verir.

Bioetika problemləri üzrə keçirilən diskussiyalarda abort problemi ilə bağlı müxtəlif yanaşmaların mövcudluğu onun tərəfdarları ilə əleyhdarları, müxtəlif sosial və professional qrupların nümayəndələri arasında işgüzar dialoqu vacib edir. Bunlar arasında həkimlər birliyinin mövqeyi olduqca önəmli yer tutur. Yeri gəlmişkən belə dialoqlarda Azərbaycan həkimlərinin də fəal iştirakı vacibdir.

Müasir Rusiya qanunvericiliyində həm də qeyd olunur ki, hamilə olmuş 15 yaşlı qadın aborta özü icazə verə bilər. Bu barədə o valideynlərinə xəbər verilməməsini xahiş edərsə, həmin xahiş də nəzərə alınmalıdır. Lakin praktika-da qanunun bu norması bir qayda olaraq pozulur. Buna səbəb çox vaxt həkimlərin tibbi praktikanı tənzimləyən qanunvericiliklə tanış olmaması, əhalinin isə öz hüquqlarını kifayət qədər bilməməsidir.

İsveç qanunvericiliyinə görə hamilə qadın abort məsələsini yaşından asılı olmayaraq özü həll edir, yəni həmin tibbi müdaxilənin gizli saxlanması prioritet hüquq hesab olunur. Fransada isə qadınlara belə hüquq yalnız 18 yaşa çatdıqda verilir. Rusiyada həmin məsələ qanunvericiliklə bir başa həll edilməsə də yuxarıda adı çəkilən qanunvericiliyin 32-ci maddəsinin tibbi müdaxiləyə razılıq verilməsinə aid hissəsində pasiyentin yalnız 15 yaşından sonra abort etdirmək hüququ göstərilir. Qeyd edək ki, bu məsələ ilə bağlı qanunvericilikdə müəyyən ziddiyyətlər özünü göstərir. Bu halda onlar qanunvericiliyi dəyişmək, ya da onu tibbi praktikaya uyğunlaşdırmaq yolu ilə həll edilməlidir. Deyilənlər sübut edir ki, abortun hüquqi tənzimlənməsi bütün ölkələrdə eyni deyildir. Bu məsələ hər bir regionun özünəməxsusluğu, həkimlərin mövqeyi, onların professional təcrübəsi nəzərə alınmaqla həll edilməlidir. Ölkəmizin indiki şəraitində abortla bağlı problemlərin həllində aşağıdakılar nəzərdə tutulmalıdır: 1) təhlükəli olan abortların xüsusi çəkisini hər vasitə ilə azaltmaq; 2) ailənin planlaşdırılması xidmətinə təkmilləşdirmək, aborta alternativ olan metodlarla doğuma

nəzarəti səriştəli şəkildə həyata keçirmək. Məhz belə tədbirlər abortların ümumi sayının azaldılmasına gətirib çıxarar.

Tarixən qadın doğacağı uşağın sayını məhdudlaşdırmaq yolunu çoxdan bilir. Bunun üç metodu var: sterilizasiya (ya kişidə, ya da qadında bunu etmək olar), kontraseptiv vasitələrdən (döllənmənin qarşısını alan mexaniki, kimyəvi və s. üsullar) istifadə və hamiləliyin süni surətdə dayandırılması (abort).

Respublikamızda ailə planlaşdırılması üzrə milli proqramda məhz ikinci üsul – kontraseptiv vasitələrdən istifadə yolu ilə arzu olunmaz hamiləliyi və abortu azaltmaq məsələsi önəmli yer tutur. Ailə planlaşdırılması klinikalarının, mərkəzlərinin və s. fəaliyyəti məhz buna xidmət edir. BMT-nin əhali fondu (UNFPA) ölkəmizdə bu işə nəzarəti Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi ilə birlikdə öz üzərinə götürmüşdür.

VII FƏSİL

YENİ REPRODUKTİV TEXNOLOGİYALAR ETİK-HÜQUQİ PROBLEMLƏR PRİZMASINDA

§ 1. SÜNİ İNSEMINASIYA

Müasir təbabət etikasının daha çox müzakirə olunan problemləri içərisində insanın doğulması məsələsi xüsusi yer tutur. Bunun əsas səbəbi odur ki, hazırda yeni reproduktiv texnologiyaların tətbiqi, həlli birmənalı olmayan bir çox fəlsəfi, dini, hüquqi və təbii ki, əxlaqi problemlər meydana gətirmişdir. Həmin texnologiyalara aşağıdakıları aid etmək olar:

- donorun, yaxud ərin toxumunun süni inseminasiya (mayalanma) olunması;
- orqanizmdən kənar (ekstrakorporal in vitro) mayalanma və sonradan embrionun qadının uşaqlığına implantasiya edilməsi;
- «surroqat analıq» - bu zaman bir qadının yumurtalığı in vitro mayalandırılır, sonra isə embrion başqa qadının uşaqlığına köçürülür.

Süni inseminasiya metodu cinsi əlaqə olmadan, yəni texniki vasitələrin köməyi ilə uşaqlığa spermatazoidlərin keçirilməsi deməkdir. Bu metod 220 ilə yaxındır ki, məlumdur. XVIII əsrin sonunda İtaliyalı abbat Sialansani it üzərində süni mayalanma aparmışdır, 1799-cu ildə isə ingilis həkimi U.Xanter bu əməliyyatı insan üzərində etmişdir. O, cinsi orqanı anatomik cəhətdən anomaliyalı olan ərinin spermasını qadına yerləşdirmişdir. 1885-ci ildə Paris Universitetinin tibb fakültəsinə J.Jerarın təqdim etdiyi dissertasiyada isə artıq 600 ailə üzərində daxili süni mayalanmanın nəticələri ümumiləşdirilmişdir. Doğrudur, o zaman fakültə rəhbərliyi dissertasiyanı rədd edərək onun yandırılmasını əmr etmişdi. Lakin bu hal sonralar həmin metodun tətbiqini

dayandıra bilmədi. XX əsrin 60-cı illərindən etibarən sözügedən metod tədricən sonsuzluğun müalicəsində klinik metodlardan biri kimi geniş istifadə olunmağa başladı.

Müasir tibb praktikasında süni inseminasiyanın iki forması mövcuddur: homoloji – ərin spermasından (İOM) və heteroloji – donorun spermasından (İOD) istifadə olunması. Onların mühüm fərqi bundadır ki, homoloji mayalanma zamanı mayalanmış toxum hüceyrəsi hansı qadından götürülübse, o qadına da implantasiya olunur. Heteroloji mayalanma zamanı isə həmin hüceyrə başqa qadına yerləşdirilir. İOM uğurla tətbiq olunduqda uşağın bioloji və sosial valideynləri üst-üstə düşür. Buna görə də bu metoda etik baxımından etiraz edənlər nisbətən az olur. O, həm də bir qayda olaraq ailə-nigah münasibətlərində mövcud hüquq normaları ilə ziddiyyət təşkil etmir. Bunun əksinə olaraq İOD-un köməkliyi ilə uşağın doğulması əxlaqi mənada bir çox ziddiyyətlər meydana gətirir. Son onilliklərin təcrübəsi göstərir ki, belə praktikanın tənzimlənməsi üçün xüsusi hüquq normaları işləyib hazırlamaq tələb olunur.

Məsələyə ciddi yanaşıldıqda İOD metodu əlahiddə terapiya metodu kimi şərti xarakter daşıyır. Əslində o, sonsuzluğu, xüsusilə, onun ifrat dərəcəsi olan sterilliyi aradan qaldırmaq üçün tətbiq edilir. Bu halda söhbət göstərilən vəziyyətin müalicəsindən getmir. İOD variantında əsas məqsəd terapevtik müdaxilə kimi «sonsuzluq nigahı»na təsir göstərməkdir.

Nigahın və ailənin müalicə olunmasında, onun normal vəziyyətə salınmasında qametın donasiyası da mühüm yer tutur. Bu, genetik materialın donasiya etmək formalarından biri olaraq tibb praktikasında geniş yayılmışdır. Bununla belə, hazırda təmənnasız donor qanı verməyin əxlaqi xarakteri praktiki olaraq heç kəsdə şübhə doğurmur. Lakin donorun sperma, toxum hüceyrəsi verməsi çox ziddiyyətli reaksiyaya səbəb olur. Onu pozitiv qarşılayanlar təbəbətə hər hansı donorluğu alturizmin təzahürü hesab edirlər, çünki bu yolla doğulmuş uşaqlar ailəni xoşbəxt edə bilər.

Donordan sperma götürməyi mənfi qiymətləndirənlərin fikrincə isə bu, tanrıya, təbiətə qarşı məsuliyyətsiz münasibətdir. Guya bu, elementar pozğunluğu və insanın mənəviyyatının aşağı olmasını sübut edir. Odur ki, həmin hərəkət eqoizmin təzahürü, yaxud fiziki qüsurun yerini doldurmaq vasitəsidir. Onların fikrincə, gizli homoseksual meyilli və psixi pozğunluğa malik adamlar belə addım ata bilərlər.

Göründüyü kimi, əxlaqi baxımdan qametin donasiyası birmənalı qiymətləndirilmir. İOD-u müalicə metodu adlandırarkən həkimlər və donorlar bu praktikaya mənəvi baxımdan bəraət qazandırırırlar. Onun əleyhdarları isə özlərinin əks arqumentləri ilə «surroqat atalığı və analığı» qəbul etmək praktikasına qarşı çıxırlar.

Keçmiş SSRİ-də süni mayalanma metodunun tətbiqinə XX əsrin 80-ci illərindən başlanılmışdı. O vaxtdan 1993-cü ilədək həmin metod «geniş eksperiment» statusu qazanmışdı. Bundan məqsəd donor «sperması xidməti» yaratmaq, onunla bağlı hüquqi məsələləri həll etmək idi.

Süni inseminasiyada, xüsusilə İOD praktikasında «**ziyan yetirmə!**» prinsipi son dərəcə mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Lakin bu işdə müəyyən çətinliklər də özünü göstərir:

1. «Donorun təhəhhüd bəyanatı»nda (donor bu bəyanatı özü imzalayır) deyilir: «Soz verirəm ki, keçirdiyim və mənə məlum olan xəstəliklərimi gizlətməyəcəyəm, habelə öz irsim barədə düzgün məlumatlar bildirəcəyəm». Göründüyü kimi, bu halda həkimlərin riayət etdikləri «**ziyan yetirmə!**» prinsipi xeyli dərəcədə təkçə onlardan deyil, həm də donorun vicdanından, onun vicdanının təmizliyindən asılıdır.
2. «**Ziyan yetirmə!**» prinsipinə laqeydlik riski həmçinin donorların tibbi müayinəsinin beynəlxalq standartlar baxımından kifayət qədər hərtərəfli və keyfiyyətli edilmədiyi təqdirdə baş verir. Belə bir fakta diqqət yetirək. Yalnız 1995-ci ildə «Rusiya Federasiyasında İnsanın immundefisit virusundan yaranan xəstəliyinin genişlənməsinin qarşısının alınması haqqın-

da» federal qanunun qəbul edilməsindən sonra aşağıdakı qaydaya riayət olundu: donor materialı götürüldükdə hər dəfə mütləq İİV testi keçirilsin.

3. Rusiya Səhiyyə Nazirliyinin İOD-u tənzim edən təlimatında (1993) deyilir ki, donorun milliyyəti və xarici görünüşünü, zahirî əlamətlərini (boyu, saçının, gözünün rəngi, üzünün və burnunun forması) seçərək, həm də ər və arvadın arzusu nəzərə alınmalıdır.

Bununla yanaşı İOD barədə qərara gəlmiş ər və arvad həm də bilməlidirlər ki, uşaq doğularkən «genetik lotoreya» amili ilə üzləşə bilərlər. Bu səbəbdən də onların imzaladığı «Bəyannamədə» aşağıdakı ifadə işlədilir: «Biz söz veririk ki, süni inseminasiya metodunun tətbiqində effekt alınmadıqda anomaliyalı, yaxud bizim milliyyətimizdən aydın fenotipik əlamətlərlə fərqlənən uşaq doğulduqda, həkimə qarşı iddia irəli sürməyəcəyik». Göründüyü kimi bu halda «**ziyan yetirmə!**» prinsipi «genetik lotoreyanın» nəticəsindən asılı olaraq müəyyən mənada şübhə altına alınır.

Donorluq məsələsində də həkimlik sirrinə, onun gizli saxlanması prinsipinə riayət edilməlidir. Təsadüfi deyildir ki, «Bəyannamədə» donor söz verir ki, onun spermasının başqa qadına yerləşdirilməsi nəticəsində doğulmuş uşağın, eləcə də resipyentin şəxsiyyətini müəyyənləşdirməyəcəkdir». Ər və arvad da öz növbəsində donorun şəxsiyyətini aşkarlamayacaqlarına, övladın kimin spermasından yarandığını sirr olaraq saxlayacaqlarına söz verirlər.

Lakin İOD vasitəsilə doğulmuş uşaqların hüquqlarını qorumaq məqsədini güdən yuxarıdakı tədbirlərin gələcəkdə ciddi çətinliklərlə üzləşə biləcəyini nəzərə almaq lazımdır. Məsələ burasındadır ki, son zamanlar övladlığa götürülənlərin öz bioloji valideynləri barədə məlumat almaq hüququnun İOD metodu ilə doğulmuş uşaqlara da şamil olunması barədə söhbətlər gedir. Bu problem tibbi genetikanın inkişafı ilə xüsusi aktuallıq kəsb edir. Axı İOD vasitəsilə doğulmuş uşağa öz bioloji valideyninin genetik quruluşu haqqında məlumat nə vaxtsa son dərəcə

böyük əhəmiyyət kəsb edə bilər. Hər halda İOD vasitəsilə övlad arzusunda olan ər və arvad bu əməliyyatı aparan həkimdən kifayət qədər informasiya almalı, gələcək ziddiyyətli məqamlar üçün hazır olmalıdırlar.

Elmi-tibbi ədəbiyyatdan bəllidir ki, müntəzəm olaraq öz spermasını verməyə hazır olan donor «fəal donor» adlanır. Təcrübə göstərir ki, 5 ildən artıq donorluq mümkün deyildir. Hər bir fəal donor ayda 5 dəfədən çox olmayaraq nümunə verə bilər. Lakin başlıca məsələ müasir süni mayalanma metodlarının nə dərəcədə insens törətmək təhlükəsindədir (nəzəri baxımdan «fəal donorların» yüzə yaxın uşaqları ola biləcəyi mümkündür). İOD-un bu aspekti tibbi ədəbiyyatda geniş nəzərdən keçirilir. Bu sahədə avstraliyalı bir mütəxəssis belə deyir: «Spermanın müasir saxlanma texnikası, onu ölkənin bir vilayətindən digər guşəsinə çatdırmağı asanlaşdırır, bu isə risk amilini azaldır». Onu da qeyd edək ki, bir çox ölkələrdə süni mayalanma səhiyyə bazarında pullu tibbi xidmət sahəsinə aid edilir. Bizcə, bu ədalət prinsipinin pozulması demək deyildir. Söhbət yalnız incə bir etik prinsipdən gedə bilər: spermanı verən donorlar necə mükafatlandırılmalıdır?

Həmişə məlumdur ki, orqanlar və liflərlə transplantasiya ticarəti çox vaxt əxlaqsızlıq kimi qiymətləndirilir. Lakin 1996-cı ildə Beynəlxalq Ginekologiya və Mamalıq Federasiyasının etik tövsiyələrində deyilir ki, «genetik materialın donorluğu alturist xarakter daşımali və kommersiya istismarından azad olmalıdır». Federasiya bunu da qeyd edir ki, sərf olunmuş məsrəflərin əvəzi ağlabatan çərçivədə ödənilməlidir. Başqa sözlə, haqqın pulla ödənilməsi etik baxımdan əsaslandırılmalıdır. Digər tərəfdən isə «Donorun təhəhhüd ərizəsində» deyilir: «Mənə bildirilib ki, əgər spermoqramın göstəriciləri normaya uyğun gəlməsə, sperma nümunəsinin «dəyəri» ekvivalent şəkildə donorluq prosesində ödənilməyəcəkdir».

Demək, donorun haqqının ödənilməsi spermanın keyfiyyətindən asılıdır. Məgər bu prosesin özü sperma alveri deyildirmi? Məhz bu cəhət «Donorun təhəhhüd ərizəsindəki aşağıdakı sözlərə şübhə ilə yanaşmağa əsas verir: «Öz irsim barədə

düzgün məlumat verəcəyimə... həkimin mənə təyin etdiyi rejimə əməl edəcəyimə söz verirəm». Buradan bir daha aydın olur ki, donorun alacağı mükafatda marağı, onun donor materialının keyfiyyətindən asılı olduğundan, verdiyi məlumatın qiymətləndirilməsinə də müəyyən neqativ təsir göstərə bilər. Elə ziddiyyət də burada yaranır. Adı çəkilən Beynəlxalq Federasiyasının Təvsiyələrində də deyilir ki, ödəmə məsələsi ortaya çıxdıqda donordlarda personal, şəxsi informasiyanı gizlətmək həvəsi oyana bilər, çünki həmin informasiyanın inkarı xarakter daşıdığı məlum olduqda, donordların əhəmiyyəti azalar, yaxud onlar tam yararsız ola bilər. Lakin hazırda İOM metoduna maraq heç də azalmamış, əksinə, spermanı mühafizə edib saxlayan (kriyoservasiya) etibarlı metodikanın yaranmasından sonra daha da artmışdır. Bununla belə müəyyən səbəblər üzündən «donor sperması»-ni qəbul etmiş qadın bəzən məişətdə etik problemlərlə üzləşməli olur. Məsələn, uşağın məlum olmayan atadan yaranması yeni əxlaqi, hətta hüquqi problemlər yarada bilər.

Süni mayalanma metodundan Qərb ölkələrində geniş istifadə olunur. 1991-ci il İraq müharibəsinə yollanan Amerika əsgərləri və zabitləri arasında belə bir maraqlı fakt olmuşdur. Onlar xüsusi saxlanılmaq üçün öz spermalarını təhvil verirdilər. Bu halda onlara 50 faiz güzəşt edilirdi. Həlak olduqdan, yaxud da ağır zədə aldıqdan sonra onların valideynləri «surroqat ananın» köməkliyi ilə nəvə sahibi olurdular. 1997-ci ildə «Missis Bladın işi» deyilən bir məsələ ictimaiyyət tərəfindən geniş müzakirə olunmuşdur. Bu gənc qadının əri can verərkən komatoz vəziyyətində olanda, həkimlərdən yalvararaq xahiş edir ki, ərindən sperma götürsünlər və sonra qadın bundan hamilə olaraq övlad yiyəsi olsun. Lakin həkimlər bundan qəti imtina edirlər, çünki qadının əri hələ şüurlu vəziyyətdə idi və ondan sperma götürməyə icazə verməmişdi. Uzun sürən məhkəmə araşdırmalarından sonra Missis Blad İngiltərədə buna icazə ala bilməmişdi. Buna baxmayaraq ona Avropa Şurasının başqa bir ölkəsində – Belçikada hamilə olmağa icazə verilmişdi.

Təbabət etikasası hazırda, başqa bir əxlaqi problemlə də üzləşir: görəsən, ərde olmayan qadının süni mayalandırılmasına yol vermək olarmı? Ayrı-ayrı ölkələrdə bu problem müxtəlif cür həll edilir. Bəzilərində tənha qadının süni mayalanma yolu ilə övlada sahib olmasına icazə verilmir, digər ölkələrdə isə qanunvericilik buna yol verir. Bununla əlaqədar İsveçi «reproduktiv turizm» ölkəsi adlandırırlar. Buraya İOD kursunu keçmək üçün qanunvericiliyin daha sərt olduğu ölkələrdən çoxlu qadınlar gəlirlər.

§ 2. EKSTRAKORPORAL MAYALANMA

Müasir reproduktiv texnologiyanın başqa bir növü «sınaq şüşəsində» mayalanmadır, başqa sözlə, «ekstraktorial mayalanma və embrion yerləşdirmə» üsuludur. Buna qısaldılmış formada EKM və EY metodu da deyilir.

Ümumiyyətlə, qadınının bətnindən kənar mayalanma ideyası XIX əsrin sonunda meydana gəlmiş və XX əsrin 40-ci illərindən praktiki olaraq həyata keçirilməyə başlanmışdır. Lakin bu yolla yaradılmış həyatı yalnız bir neçə saat saxlamaq mümkün olmuşdur. Bu metodun yaradıcıları ingilis embrioloqları R.Edvards və P.Stentoun olmuşlar. Sözügedən ən yeni texnologiya sonralar qərb cəmiyyətində müxtəlif fəlsəfi, etik müzakirələrə səbəb olmuşdur. Məsələn, 1971-ci ildə Britaniya tibbi tədqiqatlar komitəsi R.Edvards və P.Stentounun layihəsini etik normalara zidd saydığından onu, maliyyələşdirməkdən imtina etmişdir. Lakin 1975-ci ildə bu metodun araşdırılmasına qoyulmuş moratorium götürüldükdən sonra həmin eksperimenti aparan həkimlərin on illik tədqiqatları özünün müsbət nəticəsini verdi. 1978-ci ilin iyulunda Kembric universitetinin klinika-sında «sınaq şüşəsində ilk uşaq» - Luiza Braun yarandı. Belə eksperiment keçmiş Sovetlər İttifaqında 1986-cı ildə baş tutdu.

EKM metodu xüsusilə qadının tam sonsuzluğu, anatomik nöqsanlılığı (borucuğun və yumurtalığın olmadığı) vəziyyətlərdə həyata keçirilir.

Qeyd edək ki, bu prosesin bütün fazaları ziddiyyətli əxlaqi məsələlərlə müşayiət olunur. Buna görə də həmin metod az-az hallarda tətbiq edilir. Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının 1987-ci ildə qəbul etdiyi «in vitro» ilə mayalanma və embrionların transplantasiyası haqqında «Əsasnamədə» deyilir ki, yalnız sonsuzluqdan müalicənin digər metodları səmərə vermədikdə bu metodun tətbiqində qadına bəraət qazandırmaq olar. Bu həm də onu göstərir ki, çətin həll olunan əxlaqi-etik məsələlərlə bağlı klinik praktikanı mümkün qədər məhdudlaşdırmaq lazımdır. Ana olmaq arzusu bütün qadınlara çox yaxşı bellidir. Ona görə də bu metodu tətbiq edərkən qadının məlumatlandırılmış razılığını almaq son dərəcə vacib əxlaqi məsələdir.

Artıq adı çəkilən «Əsasnamə»də buna bütövlükdə bəraət qazandırılır, çünki o, həm ayrı-ayrı pasiyentlər, həm də bütövlükdə cəmiyyət üçün faydalı tədbirdir. Sözügedən metod nəinki sonsuzluğu tənzimləyir, həmçinin, genetik xəstəliklərin aradan qaldırılmasına, insan reproduksiyası və kontrasepsiyası sahəsində fundamental tədqiqatların stimullaşdırılmasına kömək edir.

Bu prosesdə həm də mayalanmadan sonra «embrionun ontoloji və əxlaqi statusu» barədə əxlaqi-etik problemlər meydana çıxır. Bununla əlaqədar biz belə bir mövqeyi düzgün hesab edirik: rüşeym (ziqotadan başlayaraq – yunanca cütləşmə sözündən, iki cinsi hüceyrənin-qameta birləşməsindən əmələ gəlmiş hüceyrə) xüsusi ontoloji və əxlaqi statusa malikdir. Bu o deməkdir ki, embrion müəyyən mənada insan ləyaqətinin daşıyıcısıdır. Embrionun əsas ontoloji statusu bundadır ki, onun mövcudluğu özlüyündə, sonsuzluğun müalicəsi metodunda bir vəsilə rolunu oynayır. Müasir etik və hüquqi normalara gəldikdə isə insan hüceyrəsi ilə «in vitro» manipulyasiyasına yalnız onun uşaqlığın divarına bərkidilməsinə qədər, yəni onun hələ müəyyən mənada bioloji bütövlük almadığı halda yol vermək olar. Məhz bunun əhəmiyyətini nəzərə alaraq mütəxəssislərin çoxu embrionu öz inkişafının 14-cü gününədək «embriondan əvvəlki» dövr, yaxud «erkən embrion» adlandırırlar.

Bu zaman uşağın cinsini seçmək məsələsi də yeni etik problemlər ortaya atır. Həmin «Əsasnamə»də assosiasiya həkimlərə tövsiyə edir ki, əgər bu prosedur cinslə bağlı ciddi xəstəliklərin ötürülməsini aradan qaldırmaq məqsədilə edilmirsə, onda həkimlər cinsi seçmək məqsədilə təkrar istehsal prosesinə müdaxilə etməsinlər.

Məlum olduğu kimi, kleperovulyasiya deyilən prosesi stimullaşdırmaq üçün həkimlər qadının orqanizmindən bir neçə (bəzən 10 və daha çox) toxum hüceyrəsi götürürlər. Mayalanma ehtimalını artırmaq üçün toxum hüceyrələrinin hamısı inseminasiyaya məruz qalır və onların əksəriyyəti ziqota olur. Mayalanmadan təqribən üç gün sonra hüceyrə uşaqlıqda yerləşdirilir. Nəzərdə tutulan məhdudiyyətlərə baxmayaraq, süni mayalanmada çoxdöllülük riski daha böyük olur. Buna görə də həkimin əsas mənəvi borcu hər və arvada bu barədə kifayət qədər məlumat verməkdən ibarətdir. Lakin belə halın qarşısını almaq üçün hazırda «embrionların reduksiyası» deyilən bir əməliyyat da aparılır. Başqa sözlə, uşaqlıqda yerləşdiriləndən sonra əgər üç embrion yetişərsə onların bir hissəsi abort yolu ilə azad edilir. Bir çox ölkələrdə belə səhlənkarlığa yol vermək üstündə qanunvericilik qaydasında müxtəlif cəza formaları müəyyənləşdirilmişdir.

İnsanın süni yolla artması təcrübəsində çoxlu sayda valideynlərin olması mümkündür (öz toxum hüceyrəsini «icarəyə verən» kirayəçi və üçüncü qadın). Beləliklə, bu cür manipulyasiya ilə yaradılmış uşağın beş (!) valideyni olur: 3 bioloji (spermanın donoru toxum hüceyrəsinin donoru qadın və bətnin donoru qadın) və 2 sosial valideyni, yəni sifarişçi sifətilə çıxış edən valideynlər.

Anatomik baxımdan uşaqlığı olmayan qadının «surroqat ana»lığa can atmasını başa düşmək olar. Elə hallar olub ki, donor funksiyasını sonsuz qadının anası, yaxud bacısı yerinə yetirib. Qeyd edək ki, belə qohumluq əlaqələri olduqca dumanlı olur, «gəzdirici ana» müəyyən mənada doğulan uşağın həm anası, həm nənəsi, bəzən isə, tək-cə anası deyil, «sifarişçinin» - qadının bacısı olur.

Belə təcrübə daha çox xidməti ödənilən «gəzdirici qadınla» hüquqşünasın birgə bağladıkları müqavilə əsasında həyata keçirilə bilər. Bu halda meydana çıxan əxlaqi-etik dilemmalar baxımından 1987-1988-ci illərdə ABŞ-da olmuş bir hadisə maraqlıdır: bağlanmış müqaviləyə baxmayaraq, «surroqat ana» Meri Uaythed uşağı Sternin ailəsinə verməkdən imtina edir. Halbuki toxum hüceyrəsi Elizabet Sternə, sperma isə onun əri Uilyam Sternə məxsus idi. Birinci məhkəmə instansiyası M.Uaythedi analıqdan məhrum etmiş və valideynlik hüquqlarını Sternlərə vermişdir. Lakin üstündən 10 ay keçəndən sonra Nyu-Cersi ştatının Ali Məhkəməsi məsələni başqa cür həll etdi: Sternlərdə qəyyumluq hüququnu saxladı, M.Uaythedə isə «görüşə gələn ana» hüququ verdi. Xüsusilə qeyd olunmalıdır ki, məhkəmənin son qərarı ilə «surroqat ana» üzrə müqavilə qanuna zidd olduğu və qadının insani ləyaqətini alçatdığı üçün qüvvəsini itirmiş hesab edildi.

Ümumiyyətlə, «surroqat ana» anlayışı cəmiyyətdə əksər hallarda mənfi qarşılır. Bir çox ölkələrdə bu, qadının «canlı inkubatora» çevrilməsi, ondan «biopreparat» kimi istifadə olunması, bədənə yeni ticarət forması kimi qiymətləndirilir. Lakin belə eksperimentin tərəfdarları da az deyildir. Onlar hesab edirlər ki, öz üzərinə «müvəqqəti ana» funksiyasını götürmüş qadın bunu təkcə maddi gəlir naminə deyil, habelə, humanizm xatirinə edir. Bir çox Avropa ölkələrində mövcud qanunvericiliyə görə «surroqat ana»dan tələb olunur ki, o, «sifarişçilərin» uşağın valideynləri elan edilməsinə razılıq versin.

Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının 1987-ci ildə qəbul olunmuş «Əsasnamə»sində deyilir ki, qadının uşaqlığı yoxdursa, milli təbabətin etik qaydaları və qanun, yaxud digər müvafiq tibbi təşkilatlar qadağan etmirsə, «surroqat ana» metodundan istifadə oluna bilər. Belə halda həmin prosedurun bütün iştirakçıları bunun həyata keçirilməsi üçün könüllü olaraq məlumatlandırılmış razılıq verməlidirlər. Bütün bunlarla yanaşı Ümumdünya Tibb Assosiasiyası toxum hüceyrəsinin, spermanın, yaxud embrionun alqı-satqı predmetinə çevrilməsinə qarşı çıxır. Ümumiyyətlə, bununla bağlı prosedurlara kommersiya obyektini kimi yanaşmağı rədd edir və göstərir ki, bu işdə biznes ola bilməz.

§ 3. YENİ REPRODUKTİV TEKNOLOGİYALARA TEOLOJİ MÜNASİBƏT

Müasir təbabətdə ilk baxışda humanizm təsiri bağışlayan yeni reproduktiv texnologiyaların törətdiyi əxlaqi-etik nəticələr dünyada müxtəlif dinlərə məxsus olan ilahiyyatçıların diqqət mərkəzindədir. Qeyd edilməlidir ki, bu qəbildən olan bioetik prosedurlara ilk reaksiya verən dini cərəyan, məhz katolisizm olmuşdur. Roma katolik kilsəsi birmənalı şəkildə bildirmişdir ki, katolik əxlaqı bütövlükdə süni mayalanmaya, xüsusilə də onun heteroloji formasına mənfi yanaşır. Katolisizmə görə, bu hərəkət nigahı dəyərdən salır, ər və arvad ləyaqətini ləkələyir, çünki övlad dünyaya onların saf nigahı sayəsində gəlməlidir. Xristian teoloqları hesab edirlər ki, əgər «embrionlar bolluğu» məsələsi aradan qaldırılsaydı, bəlkə onda EKM metodunun tətbiqinə bəraət qazandırmaq olardı.

Rus Pravoslav kilsəsi də son zamanlar süni mayalanma məsələsinin əxlaqi mövqedən müzakirəsinə diqqəti artırmışdır. Bu baxımdan ilahiyyat nəzəriyyəçisi Nikolay Balaşovun fikirləri səciyyəvidir. Allahın iradəsilə ailə quran ər və arvadın nigahı sayəsində doğulan uşağın həyati məna kəsb etdiyini göstərən ilahiyyatçı hesab edir ki, nigahın etik məqsədi yalnız ərin, yaxud arvadın reproduktiv funksiyası ilə məhdudlaşmır. Sonsuzluğun müalicəsinin bəzi formalarını müsbət qiymətləndirən N.Balaşovün fikrincə əxlaqa zidd metodlara yol verməkdənsə, insanlar bu və ya digər ailədə uşağın olmaması faktına «təmkinli, ləyaqətli» münasibət nümayiş etdirməlidirlər. O, xüsusilə qeyd edir ki, süni mayalanma metodundan istifadə etmək əvəzinə valideynsiz uşaqları övladlığa götürmək dini baxımdan daha əxlaqlı hərəkətdir.

Protestant kilsəsi öz moizələrində daha çox gələcək uşağın hüquqları, onun qohumluq münasibətlərindəki hüquqlarının təminatı məsələlərini vurğulayır. Burada göstərilir ki, sonsuzluğun bir çox hallarında ər və arvadın uşaq istəmək arzusu yalnız müasir tibbi metodlarla həyata keçirilməlidir. Bununla əlaqədar qeyd edək ki, sonralar din xadimlərinin bir qismi süni mayalanma metodlarının praktik istifadə olunması ilə bağlı orta-

ya çıxan bir çox mühüm sosial-etik məsələlərdən yan keçə bil-məyərək «Beynəlxalq adventist tibb cəmiyyətinin konsepsiyaları» proqram sənədlərində EKM metodunu bütövlükdə müsbət qarşılamışdılar. Burada göstərilir ki, «in vitro» mayalanmasından istifadə etmək uşaqsız ailə üçün böyük xeyir-dua olmaqla onlara öz övladını dünyaya gətirməyə kömək edir.

İslam dini ümumiyyətlə, hər cür bədən xəsarətinin əleyhinədir. Bu din hesab edir ki, əgər qanuni ərin spermasından istifadə olunarsa, süni mayalanma, o cümlədən EKM-dən istifadə etmək olar. İslam ilahiyyatçılarının donorun uşaqlığından istifadə olunması probleminə, daha dəqiq deyilsə, çox müzakirə olunan «surroqat ana» məsələsinə münasibəti də maraqlıdır. Müsəlman ilahiyyatçıları israr edirlər ki, İslam dini poliqamiyanı qəbul etdiyindən, kişinin ikinci arvadı öz spermasını birinci qadının toxum hüceyrəsinin mayalanması üçün verə bilər. Onların cəmiyyətləri bildirirlər ki, uşaq doğmaq məqsədilə yeni tibbi texnologiyalardan istifadə edərkən cinsi hüceyrələrin donorunu yaxından tanımaq vacibdir. Çünki belə prosedurdə yaxın qan qohumluğunda yol verilməməli və şəriət qanununa uyğun olaraq qanuni qohumluq əlaqəsi təmin olunmalıdır.

Süni inseminasiyanın əxlaqi baxımdan özünü nə qədər doğrultması məsələsinə iudaizm dinində də toxunulur. İudaizmin müqəddəs kitabı sayılan «Talmud»da deyilir: «Əgər bakirə qadın sperma olan suda çimərsə, hamilə ola bilər». Bununla belə, ravvinlərin əksəriyyəti donor sperması ilə mayalanmanın əleyhinə çıxırlar. Lakin onların fikrincə, əgər, heç bir formokoloji terapiyanın kömək etmədiyi sübut olunarsa, onda son imkan kimi ərin sperması ilə mayalanmağa yol verilə bilər.

Süni mayalanmadan ötrü donor spermasından istifadə olunmasına müəyyən müsbət münasibəti buddizmin etik prinsiplərində də görmək mümkündür. Buddizmin tərəfdarları «surroqat ana»lıq məsələsinə bu mövqedən yanaşaraq belə bir tövsiyəni əsas götürürlər ki, bu işdə ər ilə arvadın könüllü razılığı olmalı, donorun anonimliyi gözlənməli və bu iş üçün haqq ödənilməməlidir. Lakin buddistlər bu mövqedə dursalar da hesab edirlər ki, ər və arvadın başqa bir uşağı övladlığa götürmələri daha məsləhətdir.

VIII FƏSİL

TRANSPLANTOLOGİYANIN ƏXLAQİ PROBLEMLƏRİ

Transplantologiya təbabət elminin ən perspektivli sahələrindən biridir. Bu elm özündə müasir cərrahlığın, reanimatologiyanın, anesteziologiyanın, immunologiyanın, farmokologiyanın və digər tibbi-bioloji elmlərin ən yeni nailiyyətlərini əhatə edir və yüksək tibbi psixologiyaların məcmusuna söykənir.

Təbabətin mühüm praktiki sahəsi kimi transplantologiyanın başlanğıcı adətən 1954-cü il hesab olunur. Həmin ildə Amerika cərrahları ilk dəfə olaraq böyrəkköçürmə əməliyyatını uğurla aparmışdılar. Keçmiş SSRİ-də 60-cı illərin əvvəlinədək transplantologiya eksperimental cərrahlığın sahəsi olaraq qalmış, ictimaiyyətin geniş marağını cəlb etməmişdir.

Transplantologiya sahəsində mühüm irəliləyiş 1967-ci il dekabrın 3-dən özünü göstərir. Belə ki, həmin il vaxtilə Sovetlər İttifaqında ixtisaslaşma keçmiş cənubi Afrika cərrahı Kristian Bernard ilk dəfə olaraq həlak olmuş insanın ürəyini can üstündə olan pasiyentə köçürmüşdür. Bu dövrünə görə olduqca unikal olan əməliyyat bütün dünyada güclü əks-səda doğurmuşdu. Keçmiş Sovetlər İttifaqında ilk dəfə olaraq 1989-cu ildə akad. B.V.Petrovski canlı donordan böyrək köçürmüşdür. Demək lazımdır ki, ölümə məhkum insanları həyata qaytarmaq yolunda perspektivli tibb sahəsi kimi transplantologiya eyni zamanda bu günə qədər səngiməyən geniş spektrli əxlaqi-etik problemlər də yaratmışdır.

§ 1. TRANSPLANTOLOGİYA ƏXLAQİ CƏHƏTDƏN DOĞRUDURMU?

Tibbi-bioloji elmlərin inkişafı baxımından bu gün cəmiyyətdə ən kəskin əxlaqi problemlər transplantologiyaya bəraət qa-

zandırılması ilə bağlıdır. Həm də nəzərdə tutulmalıdır ki, orqanların köçürülməsi baha başa gələn cərrahiyyə əməliyyatlarından olub, səhiyyənin xeyli resurslarından istifadəni tələb edir.

Bəzən xəstəxanada ən elementar dərmanların, alətlərin və avadanlığın çatışmadığı bir şəraitdə az sayda vətəndaşların xilasını naminə onsuz da az olan vəsaitin sərf olunması məna və cəhətdən nə dərəcədə özünü doğruldur? Bu sualın cavabı cəmiyyətin bütün təbəqələrini düşündürməyə bilməz. Deməli, biz burada belə bir vəziyyət ilə üzləşməli oluruq: problemi həll etmək üçün ədalət prinsipinə və «bölünmüş ədalət» anlayışına müraciət etmək lazım gəlir. Bu zaman hər şeydən əvvəl, tibb elminin və praktikasının ümumi inkişaf qanunauyğunluqlarını nəzərə almaq vacibdir. Transplantologiya inkişaf etməkdə olan təbabət elminin ən perspektivli sahəsidir. O, praktiki təbabətin müxtəlif sahələrində tətbiqinə böyük ehtiyac duyulan və öz mürəkkəbliyi ilə seçilən ən yeni tibbi texnologiyaları işləyib hazırlayır. Buna görə də yüksək tibbi texnologiyaların işlənməsinin və tətbiqinin mühüm sahəsi olan transplantologiyanın xeyrinə resursların bölünmək və bununla da səhiyyənin mütərəqqi inkişafına kömək etmək ən zəruri məsələlərdəndir.

Dünya təcrübəsi göstərir ki, ölkədə səhiyyə büdcəsinin həmin məqsədlə bölünməsi o qədər də adi məsələ deyildir. Hətta elmi tutumlu tibbi texnologiyaların inkişafı prioritetini nəzərə alsaq belə, cəmiyyətdə yaranmış durum baxımından bəzi reallıqları qəbul etmək çox çətin olur. Məsələn, bir xəstəni xilas etmək üçün yüz minlərlə ABŞ dolları həcmində vəsait sərf etmək lazım gəlir. Halbuki uşaq onkoloji xəstəxanaları qanunun təminat verdiyi adi dərman preparatları üçün vəsait əldə edə bilmir. Yaxud ailədə leykoz xəstəliyi olan uşağın müalicəsinin bir kursu üçün böyük məbləğdə vəsait tələb olunur.

Bu mənada səhiyyənin defisit vəsaitlərinin ədalətli bölünməsi məsələsi ən aktual əxlaqi problemlərdəndir. Lakin bu da şübhə doğurmamalıdır ki, həmin vəsaitlərin bölünməsi mexanizmi hazırda transplantologiyaya maliyyələşdirilməyin vacibliyini inkar etmir. Odur ki, elmin bu sahəsinin inkişafı naminə müəyyən vəsaitlərin bölünməsində şüurlu razılığa gəlmək tələb

olunur. Bunun üçün tərəflərin maraqlarını əks etdirən ictimai dialoqa kəskin ehtiyac vardır. Bundan əlavə, vəsaitlərin bölünməsi və xərclənməsi üzərində açıq ictimai nəzarət zəruridir.

§ 2. CANLI DONORLARDAN VƏ MEYİDDƏN ORQANLAR KÖÇÜRÜLMƏSİNİN ƏXLAQİ PROBLEMLƏRİ

Transplantologiya zamanı köçürülən orqanların canlı donorlardan, yoxsa meyiddən götürülməsi ilə bağlı etik problemlər də özünəməxsus xarakter kəsb edir.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, canlı donorlardan götürülmüş böyrəklərin köçürülməsi praktiki transplantologiyanın ilk istiqaməti olmuşdur. Hazırda bu istiqamət bütün dünyada böyrək fəaliyyəti pozulmuş xəstələrə tibbi xidmətin ən çox inkişaf edən sahələrindəndir. Özü də böyrəklərin köçürülməsi nəinki yüz minlərlə insanı ölümdən xilas etmiş, habelə, onlara yüksək həyat keyfiyyəti bəxş etmişdir. Böyrəklə yanaşı, xəstələrə onurğa beyninin köçürülməsi də insanların həyatını xilas etməkdə mühüm müalicə metodlarından biridir.

Lakin canlı donordan götürülmüş orqanın köçürülməsi onun üçün böyük riskdir. Birincisi, belə cərrahiyyə əməliyyatı müəyyən psixofizioloji zədə ilə müşayiət oluna bilər. Praktikada analoji hallar olmuşdur. İkincisi, cüt orqanlardan birindən məhrum olmuş donurun xarici amillərin təsirinə müqaviməti zəifləyir və bu müəyyən patoloji vəziyyətlərlə nəticələnir. Burada məhz bioetikanın mühüm prinsiplərindən olan «ziyan yetirmə!» amili ortaya çıxır. Bu əməliyyatı edən, yeni canlı donordan orqan, yaxud lif götürən cərrah bilərəkdən donora zədə yetirir, onun həyatını və bədənini müəyyən riskə məruz qoyur. Həmin donurun sağlamlığına dəyən ziyanı minimuma endirmək üçün mövcud qanunvericilik əsasında, əməliyyat aparılmış xəstəxanada o, pulsuz müalicə ilə təmin olunmalıdır.

Lakin hazırda bu xidmət sahəsində pulsuz müalicə bazar iqtisadiyyatı ilə bağlı xeyli çətinliklər törədir. Beləliklə də «yax-

şılıq et!» və «ziyan yetirmə!» prinsipləri arasında açıq-aşkar bioetik münaqişə yaranır.

Problemin gərginliyini bir qədər aradan qaldırmaq üçün donorun maraqlarını tibbi sığorta forması ilə müdafiə etmək mümkündür. Hətta könüllülük və donorla resipiyentin genetik qohumluq belə, onlar arasında mümkün münaqişələri istisna etmir. Buna görə də hesab edirik ki, yaxın adamın müalicəsi xatirinə könüllü olaraq öz orqanının verilməsi hüquqi cəhətdən sənədləşdirilməli və burada tərəflərin məsuliyyət və təhəhhüd-lərinin bölgüsü öz əksini tapmalıdır.

Qeyd olunanlarla yanaşı hüquqi və əxlaqi baxımdan aşağıdakı problem də həll olunmalıdır: könüllülük prinsipi heç də həmişə vacib şərt olmamalıdır. Məsələ burasındadır ki, donor-dan götürüləcək orqanın onun sağlamlığına ciddi xəter yetirə-cəyi əvvəlcədən məlumdursa, buna yol verilməməlidir. Belə halda sağlamlığı altruizmə təmənnasız yardım və yaxın insana məhəbbət kimi ülvî prinsiplərə qurban vermək doğru deyildir.

Yaxud aşağıdakı məqama diqqət yetirək. Əgər övladın hə-yatı təhlükə qarşısındadırsa, atası isə donor kimi ona öz onurğa beynindən bir hissə verməkdən imtina edirsə, əlbəttə, bu cür eqoist mövqe əxlaqi cəhətdən pislənilməlidir. Amma qeyd edək ki, qanun da bu məsələdə təkid etmir. Deməli, donorluqda başlıca şərt könüllülük, altruizm və riskin dərk olunmasıdır.

Könüllülük donorluğa hər cür formada (qohumluq, inzibati, maliyyə) zorla təhrik etməməyi nəzərdə tutur. Altruizm isə donorla resipiyent arasında kommersiya sövdələşməsini, alqı-satqı prinsipini istisna edən etik mövqedir. Başqasına orqan verməyi dərk etmək əslində donorun sağlamlığına və sosial rifahına dəyə biləcək mümkün risk barədə həkimin ona verdiyi tam informasiyaya əsaslanmalıdır. Belə halda, cəmiyyət təbii ki, heç bir xəstəyə, yaxud psixikası pozulmuş vətəndaşa donorluq funksiyasını yerinə yetirməyə yol verməz.

Lakin Amerika transplantologiya praktikasında belə bir hadisə baş vermişdir: məhkəmə həddi-buluğa çatmamış xəstə uşağın böyrəyinin psixi sağlam olan böyük qardaşına köçürül-məsinə icazə vermişdir. Bu zaman belə bir insani amil nəzərə

alınmışdır ki, gələcəkdə valideynlərinin imkanı olmadığı təqdirdə böyük, lakin sağlam qardaş da bunun müqabilində ona kömək edə bilər.

Ümumiyyətlə, hazırda dünya praktikasında canlı donordan orqanların və liflərin yalnız onunla yaxın qohumluqda olanlara köçürülməsi qəbul olunmuşdur, çünki könüllülük və altruizm prinsiplərinə məhz belə halda daha çox riayət olunur. Lakin burada da münaqişəli vəziyyətlə üzləşmək mümkündür. Belə ki, orqanların və liflərin köçürülməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edən məlumatlandırılmış razılıq qaydası pozula bilər. Odur ki, ölkəmizdə mövcud praktika başqa bir prosedur-donorun razılıq məktubunun tərtib olunmasına üstünlük verir. Bu sənəddə donorun razılığı bütün təfərrüatı ilə öz əksini tapmalıdır. Burada donorun həyatını təhlükəyə sövq edə bilən risk, onun sosial və tibbi nəticələri barədə ətraflı informasiya verilməlidir.

Lakin sadəcə şifahi elan olunmuş informasiya potensial donorun qərarı ilə manipulyasiya etməyə zəmin yarada bilər. Bundan əlavə, donorun maddi cəhətdən şirnikləndirilməsi, cərrahin yeni elmi bilik xatirinə əməliyyatda maraqlı olması və buna görə də məlum risk amilləri barədə ətraflı məlumat verməməsi faktları da özünü göstərə bilər.

Ümumiyyətlə, bu və ya digər tibbi metodun səmərəliliyinə tibbi proqnozların ehtimalı xarakteri və iştirak edən tərəflərin subyektiv maraqları təsir edir. Bu mənada şifahi informasiya köçürmədə maraqlı olmayan mütəxəssislər tərəfindən vəziyyətin obyektiv qiymətləndirilməsi və subyektiv təhriflər üzərində nəzarəti çətinləşdirir. Belə problem resipiyentin razılığını alanda da üzə çıxır. Bu qəbildən olan əxlaqi çətinlikləri həll etmək üçün tibbi etik səpkili komitələr yaradılmalı və səhiyyə sistemi müəssisələrində həmin komitələrin fəaliyyətini tənzimləmək üçün qanunvericilik yolu ilə müvafiq hüquqi baza yaradılmalıdır.

Təbabət etikasının problemlərindən biri də donorun razılığı alınarkən könüllülüüyün nə dərəcədə həqiqi olması və onun təminatı məsələsidir. Bizdə təşəkkül tapmış praktikaya görə pasiyentlər barədə tibbi informasiya bir qayda olaraq yalnız ailə üzvlərinə verilir. Odur ki, potensial donora ailəvi təzyiq

göstərmək və onu məcbur etmək halları istisna olunmur. Həmin məqsədlə dolayı, psixoloji-mənəvi təsir formalarından istifadə edilməsi də özünü göstərə bilər. Buna görə də transplantoloji mərkəzlərdə potensial donor barədə hər bir informasiya, hətta onun qohumlarına belə donorun birbaşa razılığı ilə verilməlidir. Başqa sözlə, məlumatları gizli saxlamaq qaydasına tam riayət olunmalıdır.

Digər bir bioetik problem orqanların köçürülməsinə qoyulan qadağalarla bağlıdır. Aydınır ki, hazırda sözügedən sahə də kommersiyalaşmaqdadır. Bu meylin müəyyən obyektiv səbəbləri vardır. Birincisi, transplantasiya orqanları qıtlıq təşkil etdiyindən xəstələr donor orqanları əldə etmək üçün qeyri-adi mənbələr axtarmağa məcbur olur. İkincisi, əhalinin xeyli hissəsinin yoxsullaşması, onların bir qrupunu, hətta öz orqanlarını satmaqla güzəranını yaxşılaşdırmağa sövq edir. Üçüncüsü, büdcə maliyyələşdirilməsində olan nasazlıqlar və tibbi sığorta xətti ilə maliyyələşdirilmənin zəifliyi tibb müəssisələrini öz fəaliyyətini kommersiyalaşdırmaqla yaşamağa vadar edir. Sual oluna bilər ki, orqanlarla ticarətin əxlaqi naqisliyi nədədir? Bu halda hər şeydən əvvəl, insan bədənini əmtəəyə çevrilir, üstəlik də bunun nəticəsində insan bədəninin real sosial statusu pozulur.

Digər tərəfdən, orqanların ticarətinə icazə verildikdə sosial ədalətsizlik daha da güclənir. Belə ki, varlılar öz bədəninin müəyyən orqanlarını yoxsulun hesabına yaşatmaq imkanı əldə edirlər. Bu isə insanın istismarının yeni forması olmaqla müəyyən mənada cəmiyyətdə ictimai sabitliyin pozulmasına gətirib çıxara bilər. Əgər bu gün qan, sperma, toxum hüceyrəsi üzrə satış gedirsə, deməli, faktiki olaraq insan bədəninin kommersiyalaşması prosesi başlanır. Buna görə də bazar mexanizmi reallıqlarından çıxış etməklə insan orqanları bazarını elmi-hüquqi cəhətdən tənzim etmək lazımdır.

Lakin məsələnin başqa bir cəhəti də qeyd edilməlidir. Etik baxımdan nə qədər acı səslənsə də, hazırda bu sahədə də «gizli iqtisadiyyat»ın həyata keçirilməsinə imkanlar yaranmışdır. Belə neqativ halların qarşısını almaq üçün aşağıdakı tədbir-

ləri görmək məqsədəuyğundur: canlı donorlardan əldə edilən orqanların satışını ləqallaşdırmaq və tənzim etməklə kommersiyalaşmaya qoyulan qadağaya səmərəli nəzarət etmək; transplantologiya üzrə proqramın dövlət tərəfindən maliyyələşdirməsini yaxşılaşdırmaq yolu ilə bu prosesə obyektiv amillərin mənfəi təsirini zəiflətmək; köçürülmə üçün meyid orqanlarının hazırlanması və bölgüsünün milli sistemini yaratmaq və əhalinin sosial müdafiəsi mexanizmlərini möhkəmləndirmək.

Bəzi müəlliflər «əlavə» yol kimi orqanın alqı-satqı mexanizmini təkmilləşdirmək əvəzinə orqanın donorluğunun kompensasiyasını ödəməyi təklif edirlər. Bu model transplantoloji mərkəzlərdən maliyyə və inzibati cəhətcə asılı olmayan, köçürülmə üçün orqanlar hazırlayan və onların bölgüsü ilə məşğul olan xüsusi tibbi təşkilat yaratmağı nəzərdə tutur. O, donora dəymiş ziyanı pul formasında ödəməli, ağırlaşma halları olduqda müalicə üçün tibbi sığorta, həmçinin, digər sosial imtiyazlar verməlidir.

Göründüyü kimi, kompensasiya modeli kommersiyalaşmanın əxlaqi baxımdan bir çox mənfəi nəticələrini yumşaldır.

Qeyd olunmalıdır ki, problemin qeyri-kommersiya yolları ilə həlli mexanizminin də əxlaqi baxımdan müəyyən zəif məqamları vardır. Belə ki, bürokratik təşkilatlar adətən, ictimai resursları bölən dövlət strukturlarına və korrupsiya dairələrinə meyilli olurlar.

İnsan meyidi cəsədindən orqanların köçürülməsi mənbəyi kimi istifadə edilməsi də sadə olmayan bir sıra əxlaqi problemlərlə müşayiət olunur. Məlum olduğu kimi, bütün dünya dinləri ölmüş insanın bədəninə xəsarət yetirməyi pisləyir və ona qadağa qoyur, meyidə ləyaqətlə yanaşmağı tövsiyə edirlər. Dünyəvi əxlaq, sekulyar dünyabaxışı da hesab edir ki, ölüm insana məxsus olan hər şeyə onun iradi münasibətini tam qırmır. Bu halda mərhumun vəsiyyəti iradənin xüsusi ifadə formasıdır. O, sanki insan həyatını ölümdən ayıran xəttidir. Mərhumun bədənində həqarətlə yanaşmaq, onun xatirəsini təhqir etməkdir. Deməli, həm dini, həm də dünyəvilik şüuru baxımından ölünün bədənini xüsusi əxlaqi statusa malikdir.

Mövcud ədəbiyyatlarda meyidin orqanlarının köçürülməsi ilə bağlı aşağıdakı problemlər təsnif olunur:

- orqanların götürülməsinin əxlaqi problemləri (məlumatlandırılmış razılıq, prezumpsiya prinsipi və s.);
- transplantologiyanın qıtlıq təşkil edən vəsaitlərinin potensial resipientlər arasında bölüşdürülməsində ədalətin gözlənilməsi;
- transplantoloji praktikanın insan orqanları və lifləri ilə bağlı ticarətinin etik problemləri.

Məlum olduğu kimi beyin ölümü konsepsiyası vaxtilə transplantologiyanın məqsəd və tələblərindən asılı olmayaraq işlənilib hazırlanmışdı. Lakin bu konsepsiya transplantoloqlar üçün ölümün ənənəvi meyarlarından istifadə edilməsində əvvəllərdə mümkün olmayan, prinsipcə yeni imkanlar açmışdır. Təsadüfi deyildir ki, bu problem məhz transplantologiyanın inkişafı ilə əlaqədar olaraq etika və hüquq mövqeyindən hərtərəfli müzakirə obyektinə çevrilmişdir.

Eyni fikri beyin ölümünün diaqnostikasının etibarlılığı haqqında da söyləmək olar. Bu, əslində nevropatoloqların səlahiyyətinə aid olan məsələdir. Həmin problemə yalnız transplantsiya üçün orqanların götürülməsi prosedurlarının mötəbərliyi və keyfiyyəti baxımından yanaşdıqda o, əxlaqi etibar edilməsindən söhbət düşdükdə etik mənə kəsib edir.

Səhiyyə orqanları bəzən beyin ölümü diaqnozunu müəyyənləşdirmək prosedurlarının etibarlılığını təmin edən tədbirlər barədə əhalini lazımi səviyyədə məlumatlandırmırlar. Bu isə əsassız iradlar və yalan informasiyalar üçün zəmin yaradır, bütövlükdə, transplantologiya sahəsində çalışan həkimlərin fəaliyyətinə etimadı sarsıdır.

Beyin ölümü diaqnostika prosedurlarını və orqanlar «hazırlayanları» möhtəkir maraqlarının təsirindən qoruyan və beləliklə də onların mötəbərliyini təmin edən ən mühüm prinsip, bu işi təşkil edən tibbi müəssisələrin təşkilati və maliyyə müstəqilliyidir. Sonuncu orqanların götürülməsi və bölüşdürülməsi üzrə federal və regional tərəflər arasında düzgün əlaqələrin mövcudluğu şəraitində mümkündür. Bu cür transplantsiya sistemləri

ilə bağlı məsələlər əsas etibarilə transplantasiya proqramlarının asılı olduğu büdcədən maliyyələşdirilməlidir. Əks halda, beyin ölümü diaqnozu qoyularkən bilərəkdən, yaxud bilməyərəkdən səhvlərə yol vermək təhlükəsi qalır.

Meyiddən orqanlar götürməyin bir növü mühafizəkar götürmədir. Bu metod SSRİ-nin mövcudluğu dövründə tətbiq olunurdu. O, indi də Rusiyada təcrübədən keçirilir. Hakimiyyət orqanları ölmüş adamın meydindən bildiyi kimi istifadə edirlər. Məsələn, səhiyyə qulluqçularına ölünü yarmaq, elmi və digər manipulyasiyalar üçün onun orqanlarını götürmək, meydin fizioloji məhlulundan və liflərindən müxtəlif məqsədlər üçün istifadə etmək səlahiyyətləri verilir. Ölünün bədəninə bir növ dövlət mülkiyyəti kimi yanaşıldığından, həkimlər ondan ictimai məqsədlər üçün istədikləri kimi istifadə edirlər.

Burada utilitarist etikanın təsiri hiss olunur. Əlbəttə, bu hərəkət çoxlu sayda insanın rifahı naminə edilirsə, ona əxlaqi baxımdan müəyyən bəraət qazandırmaq olar. Ümumiyyətlə, yuxarıda deyilənlərdən aydın olur ki, meyiddən orqanların götürülməsi praktikası bəzi hallarda bir sıra əxlaqi problemlər yaradır.

«Oğurlamamağı» tövsiyə edən əxlaqi nəsihətin pozulması vətəndaşların bir qisminin əxlaqi mənilik şüurunun yetkin olmadığını göstərir. Amerika filosofu R.Vitç haqlı olaraq qeyd edir ki, şəxsiyyətin azadlığını və ləyaqətini qiymətləndirən cəmiyyətdə biz bədəninizlə nəinki sağlam vaxtınızda, eləcə də onun sonu çatandan sonra zəka (ağıl) çərçivəsində davranmaq imkanına malik oluruq.

Köçürülmə üçün mühafizəkar formada orqan götürmə proseduru mərhumun ailəsinin mənəvi dəyərlərinə də toxunur. Qədim dövrlərdən bəri mövcud olan ənənə həmişə mərhumun ləyaqətlə dəfninə xüsusi diqqət yetirir. Ailənin icazəsi olmadan mərhumun bədənini manipulyasiya etmək təhqir və mənəvi ziyan kimi qəbul edilir.

Bu baxımdan razılıq prezumpsiyasını (yaxud nəzərdə tutulan razılıq) bioetik problem kimi nəzərdən keçirmək mühüm əhəmiyyətə malikdir. Mahiyyətə etik qayə kəsb edən bu

prinsip transplantologiya ilə bağlı qanunvericilikdə həmişə öz layiqli yerini tutmalıdır. Ona riayət etmək həmçinin, sözügedən elm sahəsi ilə bağlı əxlaqi standartların yaxşılaşdırılmasında müstəsna rol oynayır.

Transplantologiya üzrə qüvvədə olan qanunvericilik ölmündən əvvəl insanın özünə, öləndən sonra isə qohumlarına razılıq prezumpsiyasından imtina etmək hüququ verir. Lakin vacib məqam bundan ibarətdir ki, həmin əxlaqi-hüquqi prinsip real praktikada «işləsin». Əhali özünün imtina etmək hüququ barədə dəyərinə məlumata malik olmalı, həmin hüququn məzmununu aydın başa düşməli, onun necə həyata keçirilməsi barədə geniş məlumatlandırılmalıdır. Məsələ burasındadır ki, Səhiyyə Nazirliyinin müvafiq inzibati təlimatları təəssüf ki, razılıq prezumpsiyasının pozitiv məzmununun həyata keçirilməsinə tam kömək etmir. İmtina etmək prinsipi hüququ cəhətdən dolğun tətbiq olunmadığından çox vaxt transplantasiya məqsədilə orqanları və yaxud lifləri götürmüş həkimə qarşı mərhumun qohumları tərəfindən əlavə şikayətlərin və hətta, məhkəmə iddialarının irəli sürülməsi ilə nəticələnir.

Razılıq prezumpsiyası tarixən əxlaqi ənənələrə xas olan kollektivçilik dəyərlərinə tam uyğundur. Dünyasını dəyişmiş insanların orqanlarından transplantasiya məqsədilə istifadəyə qoyulan qadağalar bir qayda olaraq, rəşional arqumentlər sisteminə deyil, mənası müasir insanlar tərəfindən unudulmuş arxaik simvolizmə söykənir. Bu sosial amil qədim sivilizasiyalarla bağlı olmuşdur. Amerika tədqiqatçısı S.Lovi yazır ki, ölmüş vətəndaşın orqanlarından sağ olanların həyatını xilas etmək və funksiyalarını bərpa etmək naminə istifadə olunması nəticəsində insanlar arasında münasibətlərin möhkəmlənməsi məhəbbət və qarşılıqlı qayğı simvoludur.

Bu mənada razılıq prezumpsiyası həmin simvolları dağıtmır, əksinə, daha da inkişaf etdirir. Məsələ burasındadır ki, bəziləri ölü bədənini müqəddəs və toxunulmaz obyekt kimi başa düşür, onu təhqir etməyə qorxur. Amma bir şeyi unudurlar ki, mərhumun bədənində cəmiyyətin başqa üzvlərinin həyatını xilas etmək üçün lazımi orqanlar və liflər vardır. Bu baxım-

dan insanın ölmüş bədənini onunla digər insanların həyatı arasında əlaqə yaradan körpüdür. Bu bir növ köhnə simvolizm ənənələrini pozmayan yeni simvolizmdir. Ona görə də meyid də müqəddəs obyekt olaraq xüsusi əxlaqi normalarla qorunmalıdır.

Təsadüfi deyildir ki, Amerika Birləşmiş Ştatları, Hollandiya, Portuqaliya kimi ölkələrdə insan hələ sağlığında ikən ailə üzvlərinin sərəncamı və razılığı ilə ola biləcək potensial donoru məlumatlandırır, bununla da məlumatlandırılmış razılıq qaydasından geniş istifadə olunur.

Məlumatlandırılmış razılığa söykənən yanaşma əsasında fərdin fundamental, özünü determinasiya, avtonomiya hüququ durur. İnsan öz bədənindən və həyatından, – o cümlədən ölümündən sonra, – normal çərçivədə istifadə etmək imkanına malik olmalıdır.

Eyni zamanda qeyd olunmalıdır ki, orqanların və liflərin köçürülmə üçün əldə olunması cəmiyyətin ümumi mənafeyinə zidd olmadığından məlumatlandırılmış razılıq da bu amillə ziddiyyət təşkil etmir, əksinə, daha demokratik mahiyyət kəsb edir.

Başqa bir əxlaqi problem bundadır ki, orqanların və liflərin köçürülməsi məqsədilə mərhumun matəm içərisində olan ailəsinə müraciət etmək transplantator üçün ağır olur. Bəzən həkimlər belə müraciəti əxlaqa zidd hesab edirlər. Lakin, buna baxmayaraq, dünyanın bir sıra sivilizasiyalı ölkələrinin tibb praktikasında mərhumun ailəsinə bu mövzu ilə əlaqədar müəyyən müraciət, onun ailə üzvləri ilə ünsiyyət təcrübəsi toplanmışdır. Məsələn, ABŞ-in bəzi ştatlarında qanunvericiliyə görə müəyyən vaxtlarda mərhumun ailəsinə onun orqanlarını və liflərini əldə etmək məqsədilə müraciət proseduru nəzərdə tutulur.

Beləliklə, məlumatlandırılmış razılıq mexanizminin uğurla həyata keçirilməsi o deməkdir ki, birincisi, əhali beyin ölümü konsepsiyası barədə və transplantasiyaların ictimai faydası barədə dəyərincə məlumata malik olur; ikincisi, beyin ölümünə

diaqnoz qoymaq üçün məsuliyyət daşıyan professional həkimlərə ictimai etimadın səviyyəsi yüksəlir.

Müstəqillik qazandıqdan sonra ölkəmizdə səhiyyə quruculuğu və tibbi xidmət sahəsində bir sıra mühüm qanunlar qəbul edilmişdir. Bunların içərisində İnsan orqan və toxumalarının transplantasiyası haqqında Azərbaycan Respublikası Qanunu əhəmiyyətli yer tutur. Həmin qanun sözügedən problemlərlə bağlı münasibətləri tənzimləyir. Beş fəsildən ibarət olan bu qanunda transplantasiya obyektı olan orqan və toxumaların siyahısı verilir və donorluğun həddi göstərilir. Burada həm də tibbi qərarın müəyyənləşdirilməsi resipientin razılığı, orqan və toxumanın götürülməsi şərtləri, donorun hüquq və vəzifələri, tibb müəssisəsinin və tibb işçilərinin bu səpgidə məsuliyyəti və beynəlxalq əməkdaşlığı ilə bağlı problemlər hüquqi baxımdan səciyyələndirilir. Qanunun II fəslində «Transplantasiya məqsədilə meyiddən orqan və ya toxumaların götürülməsi» məsələsi inkişaf etmiş dövlətlərin təcrübəsinə və beynəlxalq standartlara uyğun şəkildə açıqlanır.

Qeyd olunmalıdır ki, ölkəmizdə sözü gedən problemlərin həlli yolunda qazanılmış uğurların əsasında əhali arasında tibbi biliklərin geniş yayılması, xüsusilə, transplantasiya kimi vacib əxlaqi problemlərlə bağlı bilik sahəsinə aid informativ məlumatların təbliği, bu sahədə önəmli əhəmiyyət kəsb edən qanunvericilik aktları və normalarının əxlaqi məzmununun dərinlən dərk edilməsi durur.

Ümumiyyətlə, normal cəmiyyətlərin praktikasnda qıtlıq təşkil edən vəsaitlərin fərdlər, yaxud qruplar arasında onların öz sosial əhəmiyyətinə uyğun bölünməsi və paylanması adi münasibətlər mexanizmlərindən biri hesab olunur. Məlum olduğu kimi, keçmiş sovetlər İttifaqında tibbi xidmət sahəsində beynəlxalq standartlara uyğun imtiyazlar əsasən, partiya nomenklaturasına aid olanlara verilirdi. Deməli, qıtlıq təşkil edən vəsaitlərin «ədalətli» bölgüsü prinsipi nomenklatur xarakter daşıyırdı. Lakin sovet cəmiyyətində elə sosial qruplar da var idi ki, lazım olan tibbi resursu «qara bazarda» yüksək qiymətə əldə edirdi. İndi isə bildiyimiz kimi bazarların hamısı açıqdır.

Amerika filosofu N.Reşer analogi vəziyyəti xarakterizə edərək yazır ki, cəmiyyət məhdud vəsaiti başqasına deyil, məhz həmin konkret fərdə investisiya edir, çünki belə halda öz investisiyasının böyük həcmdə geri qaydacağını gözləyir. Lakin mütəxəssislərin böyük hissəsi hesab edir ki, sağlamlıq və həyat hüququ hamıya eyni dərəcədə müyəssər olan vətəndaş hüquqlarıdır. Bu baxımdan N.Reşerin müdafiə etdiyi fərdin sosial faydalılığı prinsipi özünəməxsus ayrışeçkilik mexanizmi kimi çıxış edir. Bununla əlaqədar xatırladaq ki, Azərbaycan Konstitusiyası sağlamlığın qorunmasını və tibbi yardımını hər bir vətəndaşın ayrılmaz hüququ kimi təsbit etmişdir.

Səhiyyədə qitliq təşkil edən vəsaitlərin, o cümlədən köçürülmə məqsədilə orqan və liflərin bölünməsində vətəndaşların bərabərliyinin reallaşdırılması zamanı adətən iki meyardan istifadə olunur. Bu lotereya və növbə meyarlarıdır. Lotereya meyarının özünəməxsus variantı pasiyentlərin transplantasiya üçün «donor-resipiyent» cütlüyünün uyğunluğu prinsipinə görə seçilməsidir. Bu, bir növ «təbiət lotereyasıdır», yəni bu zaman köçürülməli olan orqanı potensial donorun liflərinin daha çox uyğun gəldiyi potensial resipiyentlərdən biri alır. İkinci meyar isə adi növbə prinsipini əldə rəhbər tutur.

Qeyd olunmalıdır ki, orqanların köçürülməsinin hamı üçün eyni dərəcədə əlçatar olmasını müdafiə edənlərin öz aralarında aşağıdakı məsələdə fikir ayrılığı mövcuddur: təklif olunan bölgü mexanizmləri və meyarlar nə dərəcədə universal xarakter daşıyır? Bir çox ölkələrdə resipiyentlər üçün yaş məhdudiyyətləri də qoyulur. Bəzən də köçürülmə orqanları üzrə proqramlar sözügedən əməliyyatların qeyri-normal həyat tərzı nəticəsində sağlamlığını itirmiş şəxslərə şamil olunmasını məhdudlaşdırmağı əxlaqi cəhətdən düzgün hesab edirlər. Digər tərəfdən, orqanların köçürülməsi perspektivlərini ağırlaşdırı biləcək xəstəliyi olan resipiyentlərin bu işdə haqlarının məhdudlaşdırılmasını təbii hal hesab etmək lazımdır. Aydındır ki, nə lotereya, nə də növbə meyarlarının özü ideal deyildir. Universal bərabərlik ideyası ilə insanların real münasibətləri arasında fərqlər onların həyata keçirilməsində müəyyən ziddiyyətlər törədir.

Bir çox mütəxəssis transplantoloqların fikrincə, orqanları köçürmək üçün bölərkən üç meyar rəhbər tutmaq lazımdır; 1) donor-resipiyent cütlüyünün uyğunluq dərəcəsi; 2) vəziyyətin təcillilik dərəcəsi; 3) «gözləmə siyahısına» riayət olunması.

İlk baxışda hər üç meyar mütləq obyektivliyə malikdir. Lakin həkimlik təcrübəsinin və intuisiyasının yaratdığı gümanlar da heç zaman unudulmamalıdır. Buna görə də resipiyentlərin seçilməsi transplantologiya briqadasının üzvləri üçün, hər şeydən əvvəl, onun lideri üçün həmişə etik hərəkətdir.

§ 3. DÖL ORQAN VƏ LİFLƏRİNİN TRANSPLANTASIYASININ ƏXLAQİ PROBLEMLƏRİ

Orqanların və liflərin köçürülməsi özbaşına və süni abortlaşdırılmış döllərdən başlayır. Özbaşına ikinci növ abort transplantasiya üçün əsas mənbədir, çünki süni uşaqsalma az hallarda baş verir və çox zaman dölün patologiyası ilə müşayiət olunduğundan köçürülmə üçün yaramır.

Döl liflərinin köçürülməsi təcrübəsi hələ XIX əsrdən başlamışdır. 1881-ci ildə eksperimental heyvanlara döl epiteliyasını köçürən K.Leopold yazırdı ki, heyvanların döl lifləri adi liflərlə müqayisədə daha çox böyüyür. Özü də bu qabiliyyət yaşı az olan döldə daha yüksəkdir.

Məsələ burasındadır ki, transplantatların zorla qoparılmasının immunogenetik mexanizmlərinin olmadığı dövrdə döl liflər transplantologiya üçün daha perspektivli hesab olunurdu.

XX əsrin 30-cu illərində dölün pankreatik vəzilərini köçürmə yolu ilə diabeti müalicə etməyə cəhd göstərilmişdir. Bu yolla həm də qalxanabənzər və qalxanabənzər ətraf vəzin çatışmazlığını müalicə etməyə çalışmışlar. Həmin istiqamətdə aparılan intensiv tədqiqatlar nəticəsində histologiya sahəsində orqanizm toxumalarının bir-birilə uyuşması probleminin sirri açılmışdır. Lakin xeyli səylərə baxmayaraq, əldə olunan nəticələr dəyərinə inandırıcı olmamışdır. Buna görə də fetal liflərin transplantasiya metodlarından heç biri klinik praktikada tətbiq

oluna bilməmişdir. P.Mak-Kalisk fetal transplantasiyaların öyrənilməsi əsasında belə bir nəticəyə gəlmişdir: tibbi məqsədlərlə döl liflərin köçürülməsi tarixinin öyrənilməsi göstərir ki, bu iş qəti müəyyən edilmiş məlumatlara deyil, pis əsaslandırılmış ümumi mülahizələrə və təsəvvürlərə söykənir. Lakin buna baxmayaraq araşdırmalar davam etmiş, müəyyən uğurlar əldə edilmişdir. Odur ki, hazırda əldə olan tibbi məlumatlara görə, parkinssionizm və Gentinton xəstəliyinə mübtəla olmuş pasiyentlərə beyin embrional liflərini köçürməklə onların klinik vəziyyətini xeyli yaxşılaşdırmaq mümkün olur. Həmin xəstəliklərin başqa metodlarla müalicəsi hələlik lazımı terapevtik səmərə verməmişdir. Buna görə fetal liflərin köçürülməsi metodu xəstələrdə onların sağalacağına ümüd oyadır. Hər halda mövcud tibbi praktika göstərir ki, bu metodla Daun sindromlu xəstələrin, diabetlərin və digər xəstələrin müalicəsinə cəhd edilir.

Döl liflərinin klinik transplantasiyası eksperimental tədqiqatlar sahəsidir və buna görə də bu işdə müvafiq hüquqi və əxlaqi tənzimləyici normalar tətbiq olunmalıdır.

Abort transplantasiya üçün liflərin əldə edilməsində müəyyən mənbə olduğundan, yeni tibbi-bioloji texnologiyaların inkişafı prosesində onun tənzim olunması mərkəzi əxlaqi problemlərdən biri kimi çıxış edir. Söhbət abort edilmiş dölün liflər və orqanlar donoru kimi istifadəsi ilə bağlı spesifik əxlaqi problemlərin mahiyyətindən gedir. Təbii ki, mühafizəkarlar fetal liflərin köçürülməsində abortdan istifadə olunmasını «cinayət», transplantasiyanın özünü isə «hannibalizm» hesab edirlər. Süni abortun əleyhdarlarının digər bir qrupunun fikrincə, abortda şəər əməl yoxsa, xəstəlikdən əziyyət çəkən insanlar kömək naminə onun tətbiq edilməsini əxlaqi hərəkət saymaq olar.

Bununla belə, abortu qadının öz iradəsini azad ifadə etmək və reproduktiv qabiliyyətinə nəzarət etmək hüququ hesab edən cərəyanın nümayəndələri döl liflərindən transplantasiya üçün istifadəyə əxlaqi baxımdan bəraət qazandırılmasını şübhə altına alırlar. Onlar öz mövqelərini belə əsaslandırırlar ki, bu qəbilədən olan klinik praktikanın inkişafı döl liflərinə tələbatın artması

na gətirib çıxarar. Eləcə də bazar mexanizmləri vasitəsilə dınları bundan əmtəə kimi istifadə etməyə şirnikləndirilə bilər.

Beləliklə, bəzi etika mütəxəssislərinin fikrincə, orqanlar və liflərin transplantasiyası işində qadınların «xammal əlasinə» çevrilməsi təhlükəsi mövcuddur. Daha liberal mövqəyə duran əxlaq nəzəriyyəçiləri isə həm süni abortları, həm də liflərin köçürülməsini əxlaqi baxımdan yol verilən hərəkət hesab edirlər.

Müasir təbabətdə döl liflərin transplantasiyası abort edilmiş döllərin istifadə olunduğu yeganə sahə deyildir. İnsan dövlərin vaksinləri, məsələn, polimielitə qarşı vaksinlər hazırlamaqda geniş işlədilir. Vaksin insanların həyatının xilas edilməsi üçün müstəsna rol oynayır. Embrionlardan bir çox virus xəstəliklərinin diaqnostikasında da istifadə edilir. Abort edilmiş döllərin mi tədqiqi insanın embriologiyasında anadangəlmə və genetik xəstəliklərin səbəblərinin aydınlaşdırılmasında, bətn daxili cəhətlərin müxtəlif patoloji formalarının terapiyasının ən yeni metodlarının işlənib hazırlanmasında da misilsiz əhəmiyyətə malikdir.

Döl liflərinin insan bədəninə köçürülməsi texnologiyasının özü transplantologiya etikasında yeni istiqamətdir. Döl, təbii yolla ondan transplantasiya üçün lifin götürülməsinə özü razılıq verə bilməz, lakin canlı döldən götürülən lifin transplantasiyasına yol vermək olmaz. Bəzən aborta gedən qadınlardan onun dövlətdən istifadə etmək barədə razılıq alırlar. Burada əxlaqi şüur özünü büruzə verir, çünki ana abort etdirmək qərarına gələndə artıq öz dövlünü «ölümə məhkum» edir. Lakin məhv olunan dövlərdən götürülən liflərin transplantasiyasını əxlaqi baxımdan qəbul etmək olar. Bununla yanaşı, qadınla gələcək resipiyent arasında onun dövlünün transplantasiya məqsədləri ilə abort barədə qabaqcadan hər cür sövdələşmə yolverilməz hərəkətdir. Qadının bətnindəki döl ilə hər cür əməliyyat öz mahiyyəti ilə görə xüsusi əxlaqi problemdir. Bu barədə hüquqşünas M.N.Maleyina belə yazır: «Hesab edə bilməyən ki, qadın abort etdikdə dövlə istədiyi kimi hərəkət edə bilər, yeni elmi tədqiqat

yaxud müalicə üçün liflərdən, embrion orqanlarından istifadəyə razılığını verə bilər».

Nəzərdə tutulmalıdır ki, yalnız transplantasiya üçün material olaraq dövlətə bağlamağa və aborta icazə verilir. Lakin belə əməliyyatlar yaxın adamların həyatını və sağlamlığını qorumaq naminə yeganə vasitədirsə, onda istisna hal kimi buna icazə verilməlidir. Əslində belə istisnanın özü də mübahisəlidir, çünki belə halda da gələcəkdə böyük şəxsiyyət ola biləcək varlığın həyatı bilərəkdən qurban verilir.

Şübhəsiz ki, bu sahədə əxlaqi problemlərin əsasında dövlətin statusu məsələsi durur. 'Onun həlli tibb müəssisələrinin dəhlizlərində deyil, geniş ictimaiyyətin müzakirəsi və razılığa gəlməsi yolu ilə aparılmalıdır. Yaxın gələcəkdə bu cür mürəkkəb əxlaqi problemin həllində yekdil fikrə gəlmək çox guman ki, mümkün olmayacaqdır. Bəlkə də münaqişə daha kəskin xarakter kəsb edəcəkdir. Lakin ortaya çıxan problemlərin demokratik yolla həlli, yəni geniş ictimaiyyətin müzakirəsinin nəticələri, rəşional ideyalara söykənən qanunverici aktların qəbul edilməsi mütəxəssislərin mübahisələrində vahid məxrəcə gəlməyə imkan yaradacaqdır.

§ 4. KSENOTRANSPLANTASIYA ETİK ÖLÇÜLƏRDƏ

Tibbi ədəbiyyatlarda və bioetik tədqiqatlarda heyvanın orqan və liflərinin insana köçürülməsinə ksenotransplantasiya deyilir. Qeyd edək ki, heyvan qanının və orqanlarının insana köçürülməsi qədim tarixə malikdir. Donor insanların orqanlarının və liflərinin qıtlığı artdıqca ictimaiyyətin bu metoda marağı da çoxalmışdır. Əslində bu qıtlıq bilavasitə transplantologiyaın uğurları sayəsində yaranır. Deyilənlərə görə, ABŞ-da transplantasiya növbəsində duranların sayı 40 min nəfərdir, halbuki, 1995-ci ildə cəmi 8 min donor orqanı alınmışdır, 3 mindən çox adam isə lazım olan orqan olmadığından ölmüşdür.

İnsana genetik cəhətdən daha yaxın olan canlılar primatlardır. Bu, onlar arasında təkamül yaxınlığı, emosional reaksiyala-

rın və davranışın oxşarlığı ilə izah olunur. Lakin heyvanların haqqlarının müdafiəçiləri primatlardan (insanlardan, meymunlardan, yarımməməlilərdən) transplantasiya məqsədilə istifadə olunmasına qarşı çıxırlar.

Digər tərəfdən, bu metodun əleyhdarları həmçinin, hesab edirlər ki, təkamül yaxınlığı xoşbəxtlikdən insanlar arasında bu günə kimi özünü göstərməyər, lakin primatların daşdığı infeksiyaların yayılması riskini artırır. Bunu da nəzərə alaraq ki, insan primatlarla qidalanmır. Odur ki, çox illər ərzində təşəkkül tapmış ənənə də köçürmə məqsədilə onların həyatı vacib orqanlarının bilərəkdən öldürülməsinə yol vermir.

Buna görə də tədqiqatçılar daxili orqanların fizioloji və anatomiya quruluşuna görə insana yaxın olan bəzi cins donuzlar əsasında insan üçün universal donor orqanlarının yaradılmasına üstünlük verirlər. Ksenotransplantasiya adlanan bu proqramın müəllifləri hesab edirlər ki, donuzların bu məqsədlə öldürülməsi ənənəvi standartlara zidd deyildir. Onlar həmçinin qeyd edirlər ki, fermadakı şəraitlə müqayisədə donuzlar klinik laboratoriyalarda daha çox qayğı ilə əhatə olunurlar. Belə dəlilin müqabilində heyvan haqqlarının tərəfdarları etiraz etmirlər. Lakin düşündürücü məsələ budur ki, donuzun orqanlarını insana köçürərkən həkimlər bruselyoz, donuz qripi və bir sıra digər infeksiyaların keçməsinə çox ehtiyat edirlər. Bu çox təhlükəlidir, çünki insan orqanizmində təkamül baxımından bunlarla mübarizədə müdafiə mexanizmi yoxdur. Heyvanlar üçün zərərli olan viruslar insan orqanizminə düşdükdə ağır xəstəliklər törədir. Məsələn, belə fikir mövcuddur ki, SPİD meymunların immunodefisit virusunun insan orqanına keçməsi nəticəsində meydana gəlmişdir. Belə olarsa, heyvanların orqanları və liflərinin köçürülməsi zamanı insana məlum olmayan yeni viruslarla müxtəlif xəstəliklər yoluxa bilər. Nəzərə alınmalıdır ki, köçürülmə prosesində yoluxma təhlükəsi daha böyükdür.

Qeyd etmək lazımdır ki, donuz orqanlarının ksenotransplantasiyası zamanı respiyentlərin mümkün psixopatoloji reaksiyaları da hələ kifayət qədər öyrənilməmişdir.

Ksenotransplantasiya bioloji və tibbi xarakterli etirazlarla yanaşı bir sıra əxlaqi əks arqumentlərlə də üzləşməli olur. Yəni bu xarakterli eksperimentlərə qadağa qoymaq və onları kəskin şəkildə məhdudlaşdırmaq tələbləri irəli sürülür. Əsasən ekoloji etika tərəfdarları həmin platformadan çıxış edirlər. Bu sahədə özünəməxsus «antroposentrizmin» təzahür etdiyini vurğulayan ekoloji etika nümayəndələri belə bir fundamental etik problemi daha çox qabardırlar: insan əxlaqca elə dəyərli məxluqdur ki, onun xatirinə canlı varlıqlara əziyyət vermək, onları öldürmək yol veriləndir.

«Patosentrizmin» (yun. «pato» - iztirab, xəstəlik) tərəfdarları isə hesab edirlər ki, ağrını duyan bütün canlı varlıqlar əxlaqi münasibətlər subyekti sayılmalıdır. Biosentrizm mövqeyindən çıxış edənlər də əxlaqi münasibətləri bütün canlı təbiətə şamil etməyə çağırırdılar. Mövqelərindəki bəzi fikir fərqlərinə baxmayaraq adı çəkilən etik cərəyanların nümayəndələri ksenotransplantasiyanın əleyhinə çıxırlar.

Deyənlər sübut edir ki, bu gün müxtəlif bilik sahələri üzrə ekspertləri cəlb etməklə ksenotransplantasiyanın risk imkanlarını azaltmaq üçün məsuliyyətli qərarlar qəbul etmək, onun tətbiqi ilə əlaqədar meydana çıxan etik problemləri hərtərəfli öyrənmək təbabət etikasının ən aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır.

TİBBİ GENETİKA VƏ ETİKA

§ 1. TİBBİ GENETİKANIN ƏXLAQİ PROBLEMLƏRİNİN SPESİFİKLİYİ

Müasir genetika, xüsusilə insan genetikası, elmi biliyin ən çox inkişaf edən sahələrindən biridir. Önəmli cəhət budur ki, bu elmin nailiyyətləri təbabətdə və səhiyyədə getdikcə daha çox öz praktiki tətbiqini tapır. Təsadüfi deyildir ki, bir çox nüfuzlu alimlər bildirirlər ki, gələcəkdə biologiya və təbabət daha çox genetikanın fundamental biliklər sisteminə arxalanacaqdır. Lakin tibbi genetikanın intensiv inkişafı həm də bu günə qədər görünməmiş yeni-yeni əxlaqi və hüquqi problemlər yaratmaqdadır.

Ənənəvi olaraq təbabət etikası hər şeydən əvvəl iki fərdin – həkimin və pasiyentin qarşılıqlı münasibətinə yönümlənmişdir. Tibbi genetikanın etik problemləri isə bir qədər başqa xarakter daşıyır. Belə ki, onlar irsi xəstəliklərin reproduktiv proseslər vasitəsilə nəsildən - nəslə keçməsi ilə bağlı məsələləri əhatə edir. Ona görə də tibbi genetikanın öyrəndiyi və tədqiq etdiyi mövzular təkcə fərdi xarakter deyil, genetik kodu daşıma baxımından ailəvi və nəslə seçiyyə daşıyır.

Tibbi genetikanın əxlaqi problem kimi təzahür edən digər xüsusiyyəti ondadır ki, bu günə qədər az sayda irsi xəstəliklər bu və ya digər dərəcədə uğurla müalicə olunur. Qalan hallarda isə əsasən, xəstəliklər profilaktik və diaqnostik tədbirlərlə məhdudlaşmış olur. Məhz bu məqam bu və ya digər patoloji vəziyyətin diaqnostikasının etikliyi problemini şərtləndirir. Bu isə əlbəttə, kifayət qədər səmərəli digər metodların olmadığını sübut edir. Məsələ burasındadır ki, insan heç də həmişə öz taleyi haqqında biliyə malik olmaq həvəsində olmur. Tədqiqatların nəticələrindən aydın olur ki, Qenting xəstəliyi risk qrupuna daxil olan 150 min nəfərdən yalnız 200 nəfəri diaqnostik prosedur-

dan keçməyə razılıq vermişdir. Yerdə qalanlar sağalmaz diaqnoz barədə bilmək və hətta eşitmək belə istəməmişlər.

Tibbi genetikanın etik problemlərinin digər bir spesifikliyi də var. Genetik praktikanın predmeti əsasən hələ dünyaya gəlməmiş uşaqların, gələcək nəsillərin sağlamlığı ilə bağlıdır. Buradan aydındır ki, o tibbi yardımın özünəməxsus forması kimi, həm ayrı-ayrı vətəndaşların, həm də bütövlükdə cəmiyyətin nəinki hazırda sağ olan üzvlərinin, habelə, bundan sonra dünyaya gələcək insanların sağlamlığı üçün məsuliyyət daşdığı bir şəraitdə inkişaf edə bilər. Bu məsuliyyəti dərk etmək artıq bu gün yaşamaqda olan və gələcək yeni nəsil arasında ictimai resursların bölünməsində ədalət problemi barədə düşünməyə vadar edir.

Tibbi genetikanın maraqlarını nəzərə almamaq əslində «nəsil eqoizmi», yeni inkişaf mənbələrini ədalətsiz bölmək və gələcək nəslə həmin mənbələrdən məhrum etmək deməkdir. Əlbəttə, «gələcək insanların» həddən çox vəsaitlərlə «təmin olunması» da ədalətli hərəkət hesab oluna bilməz. Lakin bəzi mütəxəssislər gələcək nəsillərin hüquq və maraqlarını hazırda yaşayanlardan üstün tutmağı vacib sayırlar.

Tibbi genetikada mərkəzi yer tutan problemlərdən biri genetik informasiyanın gizli saxlanmasıdır. Məlumdur ki, insanın bu və ya digər xəstəliyinin genetik təbiətini müəyyən etməyin klassik vasitəsi nəsil şəcərəsini qurmaqdır. Genetik təhlilin bu praktikası lap əvvəldən mürəkkəb xarakter daşıyır. Belə ki, fərdə kömək etmək üçün həkim onun qohumlarının somatik və psixi əlamətləri haqqında hərtərəfli informasiya əldə etməlidir. Bununla əlaqədar aşağıdakı suallar ortaya çıxır: bundan ötrü qohumların razılığını almaq lazımdır mı, axı onlar da istəməz tədqiqat obyektinə cəlb olunurlar. Genetik təhlil aparan həkim pasiyentin qohumlarının icazəsi olmadan ona tibbi müdaxilə edə bilər mi?

Hesab edək ki, müalicə obyektini olan nəslin şəcərəsi quruldu. Bundan sonra belə sual yaranır: öz nəslinin şəcərəsi haqqında əldə edilən informasiyanı pasiyentin bilməyə haqqı varmı, yoxsa o, yalnız özünün bilavasitə aid olduğu nəsil haqqında

məlumatları bilməlidir? O, həkimdən nəsil şəcərəsi haqqda məlumatı əldə edə bilərmi? Pasiyentin razılığı olmadan, xüsusilə, buna qadağa qoyulduqdan sonra qohumları informasiya ala bilərlərmi? Bütün bu deyilən məsələlər ətrafında müxtəlif fikirlər mövcuddur.

Məsələnin kökü bundadır ki, tibb praktikasının etik standartları ənənəvi olaraq «həkim-pasiyent» modeli üzərində qurulmuşdur. Genetikaya münasibətdə isə şəxsi həyatın toxunulmazlığı məsələsi tamamilə yeni səpgidə qoyulur. Söhbət ondan gedir ki, ənənəvi olaraq xəstəliklər, xəstənin somatik və psixik xüsusiyyətləri, vərdişləri və həyat tərzı haqqında informasiya birbaşa pasiyentin şəxsi həyatına aid edilirdi. Həmin informasiya isə nəslin şəcərəsi çərçivəsini əhatə etdiyindən, digər qohumlarla əlaqəlidir və onlar üçün də tibbi-genetik əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, ona yiyələndikdən sonra pasiyentin qohumları nəslı artırmaq məsələsinə daha məsuliyyətli yanaşır, mümkün xəstəlik barədə vaxtında profilaktik tədbir görə bilirlər.

Pasiyentin avtonomiyasına hörmət prinsipi tibbi genetikada da mühüm bioetik problem kimi çıxış edir. Bununla yanaşı, **«yaxşılıq et!»** prinsipinə əməl etmək bu sahədə də həkimin ümdə borcudur. Beləliklə də müəyyən dilemma qarşıya çıxır ki, onun əxlaqi həlli üçün universal praktiki yanaşma işləyib hazırlamaq çox çətindir. Odur ki, həmişə konkret vəziyyətdən çıxış edərək, bu və ya digər qərarın nə ilə nəticələnəcəyini ölçüb-biçəndən sonra bioetikanın qaydalarını tətbiq etmək lazımdır.

Sözügedən çətinlik aşağıdakı iki hal mövcud olduqda bir qədər sadələşir: a) informasiya mühüm klinik əhəmiyyət kəsb etməyən əlamətlərə aid olduqda; b) informasiya ağır psixi, ya da somatik xəstəliyin ehtimalılığına əsaslandıqda. Birinci halda gizlilik prinsipinə əməl etmək və informasiyanı pasiyentin qohumlarına çatdırmaq məsləhət görülür.

İkinci halda isə irsi xəstəliyin inkişafının həyat üçün təhlükəli olması daha çox nəzərə çarpır. Belə olduqda təbii ki, həkimin borcu pasiyentin qohumlarına irsi informasiyanın təhlükəli olması barədə məlumat verməkdir. Lakin həmin vəziyyətdə də həkim çalışmalıdır ki, bunun üçün pasiyentin razılığı alınsın.

Əgər həkim belə razılığı ala bilməzsə, onda pasiyenti xəbərdar etməlidir ki, qadağan olunmasına baxmayaraq qohumlara bu barədə məlumat vermək onun həkimlik borcudur. Aydındır ki, bu zaman yalnız həmin konkret ağır xəstəlik barədə informasiya ilə kifayətlənmək lazımdır. Daha ağır vəziyyətlərdə isə bütün maraqlı tərəflərin birgə məsləhəti ilə qərar çıxarılmalıdır.

Cəmiyyətimizdə etnik mədəniyyətlərin yekcins olmamasına baxmayaraq pasiyentlərlə münasibətlərdə eyni bioetik modeldən istifadə etmək məqsədəuyğundur. Çünki bir çox etnik qrupların həyat tərzində nəslə münasibətlər həlledici rol oynayır. Belə halda çıxış yolu nəslin nüfuzlu ağsaqqalının xidmətlərindən istifadə etməkdir.

Bütövlükdə, pasiyentlərin genetik testdən keçirilməsi prosesində də təbabət etikasının aktual problemləri üzə çıxır. Pasiyentin qəti razılığı olmadan onun haqqında genetik informasiyadan istifadə olunması bəzən onun üçün ciddi təhlükə yarada bilər. Məsələn, idarənin rəhbərliyi məcburi tibbi müayinə zamanı əldə edilmiş genetik informasiyadan pasiyentin diskriminasiyası, işdən azad etmək, yaxud xidməti inkişafına əngəl törətmək üçün bəhanə kimi istifadə edə bilər.

Genetik informasiyadan yalnız rəşional deyil, habelə irrasional formada da istifadə etmək mümkündür. Məsələn, yaxın keçmişdə geniş yayılmış «Əgər» adlı televiziyaya verilişində belə bir süjet getmişdi. Aparıcı V.Pozner verilişdə tibbi-genetik informasiyanın gizliliyinin pozulması ilə bağlı söhbət edirdi. Göstərilirdi ki, rayon qəzetinin müxbiri ekologiyaya həsr olunmuş məqaləsində qəsəbədə bir sakinin «mutant» uşağı olduğu barədə yazmışdı. Ananın adı çəkilməsə də onun kim olduğunu hamı bilmişdi, çünki son aylar həmin qəsəbədə yalnız bir uşaq anadan doğulmuşdu. «Mutant» uşaq, onun ailəsi üçün ləkə olmuş, onları sosial təcridlik vəziyyətinə salmışdı.

Populyasiyaların genetik skrininqi proqramının tətbiqi zamanı da əxlaqi münaqişə ortaya çıxma bilər. Bu daha çox gizlilik qaydası ilə ağır xəstəlik barədə məlumat vermək prinsipi arasında toqquşmada ifadə olunur. İrsi xəstəliklərin öyrənilməsində yaranan xüsusi əxlaqi problem yalnız skrininq prosedurunun

səmərəli maddi təminat zərurəti ilə bağlı deyildir. Habelə sonrakı müalicəni də tam qaydada (dietoterapiya və psixokorreksiya işi də daxil olmaqla) lazımi səviyyədə davam etdirmək çox vacibdir. Doğrudur, indi səhiyyənin maddi vəziyyəti o qədər də yaxşı deyildir. Lakin bu iş dəyərinə maliyyələşdirilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, yeni skrining proqramlarının tətbiqi zamanı ciddi əxlaqi problemlər meydana çıxır. Həmişə xeyli miqdarda səhv diaqnozlar qoyulur, sağlamların bəzisi xəstə, xəstələr isə sağlam kimi təqdim olunurlar.

Nəzərə alınmalıdır ki, populyasiyalarda ağır irsi xəstəliklərin genlərinin cəmləşməsi göstəricisi aşağı olur. Buna görə də hətta çox dəqiq diaqnostik metodların olduğu təqdirdə də səhvən sağlam adamlara patoloji genin daşıyıcısı diaqnozu qoyula bilər. Onların sayı bəzən real xəstələrin sayından az olur. Buna baxmayaraq həmin uşaqları müalicə etməyə çalışan həkimlər ola bilər ki, onlara ziyan vursunlar. Buna görə də skrining proqramlarını tətbiq edərkən məsələnin maliyyə cəhətindən daha çox insani «qiymətini» son dərəcə ciddi şəkildə ölçüb-biçmək lazımdır.

Buna oxşar problemlər testdən keçirmə zamanı da meydana çıxır, xüsusən də bu prosedur irsi xəstəliklərin olduğu ailədə həyata keçirildikdə səhvlər istisna edilmir. Odur ki, səhv diaqnozların sayının azaldılmasına hər cür cəhd göstərmək tələb olunur.

Tibbi-genetik testləşdirmə keçərkən xəstəyə başqa ziyan da dəyə bilər. Belə ki, bir sıra uşaq xəstəliklərini ana bətnində aminosintezin köməkliyi ilə müəyyənləşdirərkən həkim hamiləliyi dayandırmaq riski ilə üzləşə bilər. Əgər sağlam qadın həmin prosesdə dölün aminosintez metodu ilə müayinə, yaxud test keçirmək üçün müraciət edərsə belə halda risk potensialı daha çox olur. Nəzərdə tutulmalıdır ki, həyata gəlməmiş döl qanunla müdafiə olunmasa da etik cəhətdən yaşamaq hüququna malikdir.

Bizcə, belə proseduru tətbiq edərkən mükafatlandırmaya uyğun «klient sifarişi» yerinə yetirməyə hazır olan bəzi həkimlərin «neytral» mövqe tutmasına əxlaqi bəraət qazandırmaq

olmaz. Döl hələ sözün əsl mənasında insan olmasa da o, hər halda «ziyan yetirmə!» prinsipinə uyğun müdafiə olunmalıdır.

§ 2. BEYNƏLXALQ «İNSAN GENOMU» LAYİHƏSİNİN ETİK PROBLEMLƏRİ

«İnsan genomu» layihəsi Rusiyada 1989-cu ildən mövcuddur və maliyyələşdirilir. İqtisadi çətinliklərə baxmayaraq bu sahədə iş indi də davam etməkdədir. Həmin layihə üzrə tədqiqatların çox hissəsini 1990-cı ildən başlayaraq ABŞ maliyyələşdirir. Layihənin reallaşdırılmasında ABŞ və Rusiyadan başqa bir sıra qərbi Avropa dövlətlərinin, Yaponiyanın və digər ölkələrin elmi mərkəzləri də iştirak edirlər. Layihənin məqsədi insan DNT-ni təşkil edən 80 min geni və üç milyard nukleidi müəyyənləşdirmək və neytrallaşdırmaqdır. Qeyd edək ki, o, insan genomunun öyrənilməsində müstəsna əhəmiyyət kəsb edir. Məsələn, bu layihənin tətbiqi sayəsində Teya Saks xəstəliyi aşkarlanmış, müalicə nəticəsində belə patologiya ilə doğulan uşaqların sayı 90 faiz azalmışdır.

«İnsan genomu» layihəsinin həyata keçirilməsi birinci növbədə inqilabi molekulyar-bioloji texnologiyaların, həmçinin, sənaye biotexnologiyalarının meydana gəlməsi ilə müşayiət olunmuşdur. Onlar yalnız sonralar genetik xəstəliklərin diaqnostikasında və korreksiyasında tətbiq olunmağa başlamışdır. Artıq bu gün genom tədqiqatlarının inkişafına xeyli vəsait qoyan və bununla da külli miqdarda gəlir götürən şəxsi firmalar fəaliyyət göstərir. Beləliklə də insan genomu sırf elmi problem həddlərini aşaraq çox mühüm sosial hadisəyə, özünəməxsus maliyyə və istehsal sahəsinə çevrilmişdir.

Amerika mütəxəssisləri C. Annas və N. Olias «İnsan genomu» layihəsinin əxlaqi-etik nəticəsinin üç səviyyəsini fərqləndirirlər: birincisi, fərd və ailə; ikincisi, cəmiyyətin səviyyəsi və üçüncüsü, insanın özü haqqında fəlsəfi təsəvvür.

Fərd və ailə səviyyəsi onunla səciyyələnir ki, burada işlənib hazırlanan minlərlə yeni diaqnostika metodları insanları öz

genetik xüsusiyyətləri barədə unikal informasiya ilə təchiz edir. Amma belə bir mülkiyyətə malik olmaq ilə ondan istifadə etmək arasında uyğunsuzluq yarana bilər. Məlumdur ki, valideynlər həddi-buluğa çatmayanların qanuni təmsilçiləri kimi onlar haqqında genetik informasiya ilə tanış olmaq hüququna malikdirlər. Lakin qanun uşaqlara öz valideynlərinin genetik informasiyasını bilməyə haqq vermir. Bu ailə daxilində, nəsillər arasındakı münasibətlərdə açıq-aşkar ədalətsizlikdir.

Belə halda, ənənəvi etikanın leksikonuna «məxfilik», «şəxsi həyatın toxunulmazlığı» və «şəxsiyyətin avtonomiyası» anlayışlarını əlavə etmək bizcə, məqsəduyğun olardı. Bu ailə daxilindəki həmrəyliyi, ədaləti və qarşılıqlı məsuliyyət hissini daha da gücləndirərdi. Nəticədə ailənin hər bir üzvü üçüncü şəxsin – iş adamlarının, sığortaçıların, yaxud dövlət orqanlarının arzu edilməz müdaxiləsindən daha yaxşı qoruna bilərdi.

İnsan «genomu» layihəsinin cəmiyyət səviyyəsinin də başlıca məsələsi əhalinin ümumbioloji, xüsusilə də genetik təhsilini keyfiyyətə yaxşılaşdırmaqdır. Genetik informasiyaya malik olmaq hər şeydən əvvəl, ondan istifadə məsuliyyətini nəzərdə tutur. Sonuncu isə müasir genetik biliklərin əsaslarını mənimsəmədən, irsi əlamətlərin təzahür xüsusiyyətlərini təsvir edən ehtimal qanunauyğunluqlarının dilini bilmədən mümkün deyildir. Bir sözlə, əhalinin genetik avamlığı test və tibbi-genetik işində müxtəlif bəd əməllər və alver üçün əlverişli mühit yaradır.

«İnsan genomu» layihəsinin reallaşdırılması prosesində ciddi sosial problem olan genetik diaqnostika metodlarının, tibbi-genetik məsləhətlərin, eləcə də irsi xəstəliklərin profilaktikası və metodlarının hamı üçün əlçatar olmamasıdır. Əslində, həmin layihə ictimai əsaslarla həyata keçirildiyi üçün əldə edilən elmi nəticələrdən də hamı faydalanmalıdır. Ədalətlik prinsipi tibbi-genetik xidmətlərin kütlə üçün əlçatar olmasını təmin edən ictimai mexanizmlər yaradılmasını tələb edir. Qeyd edək ki, hazırda digər texniki yeniliklər kimi, «İnsan genomu» sahəsindəki nailiyyətlər də çox baha olduğundan yalnız hakimiyət və əmlak bölgüsündəki ədalətsizlikdən faydalananlara müəyəsər

olur. Məsələn, ABŞ-da Qentinqton xəstəliyinin diaqnozu üçün test 8 min dollara yaxındır.

Genlərin patentləşdirilməsində də müəyyən əxlaqi problem ortaya çıxır. Bəllidir ki, patent mülkiyyət və istifadə hüququnu qoruyur. Əgər nəse patentləşdirilibsə, onda başqa şəxs onun sahibinə müəyyən məbləğ ödəmədən patentləşdirilmiş obyekt-dən istifadə edə bilməz.

Söhbət texniki kəşflərin patentindən getdikdə bu, müəyyən dərəcədə aydın məsələdir. Lakin insanların həyatına tibbi müdaxilə ilə bağlı məsələlərdə bu münasibətdə bir sıra çətinliklər qarşıya çıxır. Məsələn, bir insan ilə əlaqəli olan tibbi yenilikdən başqaları necə istifadə etməlidirlər? Çoxlu ictimai resurslar hesabına əldə olunmuş tibbi nailiyyət şəxsi patent və mülkiyyət predmeti ola bilərmi? Belə suallara cavab vermək olduqca çətinidir. Bəzi hallarda patent hüquqlarının olmaması yenilik sahiblərini öz xərclərini çıxarmaqdan məhrum edir, beləliklə də həmin sahəyə investisiya qoyulmasına stimül azalır.

Belə bir məsələni də nəzərə almaq lazımdır ki, bu və ya digər genetik xüsusiyyətlərin (o cümlədən patoloji genlər) müxtəlif sosial və etnik qruplar arasında bölgüsü eyni deyildir. Dənəli, genetik testə görə onlar «anomalılar» hesab edilsə, onda ayrışdırıcıya real təhlükə yaranır. Xoşagəlməz hal olsa da bu gün bir çox cəmiyyətlərdə evsiz-eşiksiz, işsiz adamlar «natamam genli» insanlar hesab edilir. Buna əsasən bəziləri onları gələcəkdə gen mühəndisliyi metodları ilə müalicə etməyin vacibliyi fikrini də söyləyirlər.

Nəhayət, «insan genomu» layihəsini üçüncü səviyyədə, insan təbiətinin fəlsəfi anlamı səviyyəsində götürdükdə burada onunla bağlı problemlərə müəyyən mənada reduksionist yanaşmağa rəvac verir. Təhlükə həm də ondadır ki, bu halda insan müəyyən mənada molekullar məcmusu kimi nəzərdən keçirilə bilər.

Gen mühəndisliyi ekstrakorporal mayalanma, surroqat doğum, nəinki doğuma qədərki dövrü, hətta mayalanmayadək olan dövrün diaqnozunu qoymaq metodlarından istifadə edir. Bununla da insanların sifarişlə embrion, hüceyrə və uşaqlar

«yetəşdirmək imkanları daha da genişlənir, nəticədə valideynlər öz arzu etdikləri (bəzən də həkim elita üçün daha sərfəli olan) genetik xüsusiyyətlərə malik uşaqlar «hazırlaması» vəziyyəti ilə qarşılaşırlar.

Son zamanlar klonlaşdırma – canlı varlıqların surətini yaratmaq metodları fəal araşdırılır. Beləliklə, insanın insan yaratması prosesinin təbiiyi tədricən texnologiyalaşdırılaraq özünəməxsus laboratoriya istehsalına çevrilir. Hazırda dünyanın bir çox ölkələrində qeyd olunan istiqamətdə tədqiqatlar aparılmaqdadır. Halbuki, XX əsrin son illərində «klonlaşdırma» anlayışı elmi fantastik janra məxsus istilah hesab edilirdi. 1997-ci ildə Şotlandiya tədqiqatçılarının genetik material əsasında canlı varlıq yetəşdirmək üzrə apardıkları uğurlu eksperiment klonlaşdırma işində çox mühüm elmi nailiyyət kimi qeyd olundu. Bundan sonra, dünyanın bir sıra ölkələrində (Yaponiyada, ABŞ-da, Almaniyada, Kanadada, Fransada) həmin qəbildən olan araşdırmalar daha fəal xarakter aldı. Klonlaşdırma işi genişləndikcə və onun insanlara tətbiqi miqyası artdıqca bu elmi nailiyyətin hüquqi, etik və dini səpgiləri də dünya ictimaiyyətində dərin narahatlıq törətməyə başladı. Bir sıra ölkələrdə klonlaşdırmanı qadağan edən qanunvericilik aktlarının qəbul olunmasına (ABŞ-da, Rusiyada və s.) cəhdlər göstərildi. Hətta Avropa Şurası kimi nüfuzlu beynəlxalq təşkilatın yaxın gələcəkdə bioetika üzrə Konvensiya qəbul edəcəyi və burada insanın klonlaşdırılmasının qadağan olunacağı gözlənilir. Klonlaşdırmanı müdafiə edənlərin sayı da az deyildir. Məsələn, Beynəlxalq Humanizm Akademiyası laureatlarının bu münasibətdə qəbul etdikləri Bəyanatda (1998) bildirilir ki, yüksək inkişaf etmiş canlı orqanizmlərin, o cümlədən insanın klonlaşdırılması hər hansı həlledilməz etik dilemmalar yaratmır və buna görə də həmin iş ağılla davam etdirilməlidir.

Ümumiyyətlə götürdükdə «insan genomu» ilə bağlı məsələlərə tibbi müdaxilənin miqyası artdıqca, bu prosesin sosial və etik nəticələri cəmiyyətdə birmənalı qarşılanmır, yeni-yeni mübahisə və suallar doğurur. Məsələn, övladları öz arzu etdikləri keyfiyyətə malik olmadıqda ata və ana məsuliyyət daşıyırmı?

Xarici ölkələrin praktikasında belə maraqlı faktlar olmuşdur: ağır irsi xəstəliklərdən əziyyət çəkən əlil uşaqlar öz valideynlərini vaxtilə abort etmədikləri, bununla da onları ömürlük əzaba düçar etdikləri üçün məhkəməyə vermişlər.

Hələ 1971-ci ildə amerika bioloqu B.Qlass yazırdı ki, müasir biologiya bütün təzə doğulmuş uşaqların keyfiyyətli olmasına təminat verir. Odur ki, heç bir valideynin cəmiyyətə eybəcər, yaxud ağıldan kəm uşaq verməyə haqqı yoxdur. Lakin qeyd olunmalıdır ki, genin rolunun son dərəcə şişirdilməsi, nəticədə məsuliyyət hissindən yaxa qurtarmaqla başa çatır. İstedad, ya da əksinə, məhdud qabiliyyət, əxlaqi naqislik və buna bənzər hallar irsi fenomenlər hesab olunurlar. Beləliklə də hər şeyi genin üzərinə atmaq təhlükəsi özünü göstərir. Bəzən göstərilir ki, həmin təhlükə genin mühitin təsirindən daha qüdrətlidir. Bu meyl qəbul olunduğuna görə də biz hərəkətimizə azad iradənin nəticəsi kimi deyil, əksinə, «genetik cəhətdən determinə» olunmuş fəaliyyət kimi nəzərdən keçirməliyik.

Bəzən fərdlər genetik olaraq cinayətə meylli olurlar. Dini təbliğat bunu ilahi qüvvə ilə, əvvəlcədən müəyyən olunmuş alın yazısı ilə əlaqələndirir. Əgər belədirsə, yəni hər şey irəlicədən Allah tərəfindən müəyyən edilsə, onda insanın azad iradəsi nə deməkdir? Əgər müasir dünyada bütün hadisələr təbii zərurət nəticəsində baş verirsə, azadlıq, məsuliyyət, əxlaq ideyalarının mənası nədir? Orqanizmin vəziyyətinin genetik cəhətdən determinə olunduğunu söyləmək o deməkdir ki, fizioloji, biokimyəvi və digər bioloji qanunauyğunluqlar əvvəl mövcud olan vəziyyətlərlə səbəbiyyət əlaqəsində mövcuddur. Axı müasir cəmiyyət insanın azad iradəyə malik olması haqqında fundamental təsəvvürlər üzərində qurulmuşdur. İnsanın gördüyü hər bir iş onun öz hərəkəti kimi qəbul olunur və buna görə də o, həmin hərəkət üçün müəyyən məsuliyyət daşıyır. Çünki hərəkət öz mənasından asılı olaraq həm mükafatlandırılı, həm də pislənilə bilər. Bu mövqeyə görə sosial aləm xeyir və şər qütblərinə bölünür və insanların cəmiyyətdə qarşılıqlı hərəkətləri hökmən əxlaqi və hüquqi yönümlü olur.

Fərdin irsi keyfiyyətlərinin yaxşılaşdırılması məqsədilə genetik materialın manipulyasiyasının yeni imkanların meydana gəlməsi və genetik xəstəliklərin yayılmasının xəbərdarlıq edilməsi sahəsindəki uğurlar XIX əsrin sonu XX əsrin I yarısında bioloqlar və siyasətçilər arasında geniş yayılmış yevgenika ideyalarının yenidən dirçəlişinə kömək etmişdir.

§ 3. YEVGENİKA

«Yevgenika» terminini 1883-cü ildə Ç.Darvinin əmisi oğlu Frensiz Qalton təklif etmişdir. Onun fikrincə, yevgenikanın vəzifəsi gələcək nəsillərin irqi xassələrini, həm fiziki, həm də intellektual keyfiyyətlərini yaxşılaşdırmaq məqsədilə sosial nəzarət metodları işləyib hazırlamaqdır. XX əsrin birinci yarısında yevgenika nüfuzlu elmi və siyasi hərəkata çevrildi. Onun görkəmli nümayəndələri bir çox ölkələrin hökumətlərində abort, sterilləşmə, psixiatriya yardımı, təhsil, mühacirət üzrə məsləhətlər işləyib hazırlamışdılar.

Yevgenikanın tərəfdarları göstərirlər ki, cəmiyyətdə təbabətin inkişafı, əlilləri sosial dəstəkləyən və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdıran «süni» tədbirlər nəticəsində təbii seçim fəaliyyəti zəifləmişdir. Bu isə irqi spesifikliyin pozulması təhlükəsini meydana gətirmişdir. Doğum artımında iştirak edən «subnormal» fərdlər «millətin genefondunu» keyfiyyətsiz genlərlə «zibilləyirlər». Deməli, yevgenika metodlarının funksiyası əhalinin genetik pozulmasının qarşısını almaqdır. Bununla da onlar nəinki bioloji, eləcə də sosial əlamətlər üzrə seçimi əsas götürürlər. Tədqiqatçılar «pozitiv» və «neqativ» yevgenikanı bir-birindən fərqləndirirlər. Onların fikrincə, birinci fiziki və intellektual qabiliyyətli genlərin təkrar istehsalı ilə məşğul olmalıdır. İkincinin əsas vəzifəsi isə «subnormal» genlərin nəsildən-nəslə ötürülməsini dayandırmaqdır. Tarixən neqativ yevgenikanın ən çox meyl etdiyi obyektlər alkoqoliklər, ruhi xəstələr, narkomanlar, siflis xəstəliyinə düşər olanlar, cinayətkarlar, əyyaşlar və başqalarıdır.

İlk məcburi sterilizasiya qanunu ABŞ-ın İndiana ştatında 1907-ci ildə qəbul edilmişdir. Sonradan belə qanun daha otuz ştatda qəbul olunmuşdur. İkinci Dünya müharibəsindən əvvəl ABŞ-da 50 minə yaxın məcburi sterilizasiya faktı qeydə alınmışdır. Qəribə olsa da, ABŞ-da yevgenika elminin inkişafı bu ölkəyə emiqrasiya axınının artması səbəblərindən biri rolunu oynamışdır. Odur ki, 20-ci illərin sonu üçün yevgeniklərin tövsiyəsinə əsasən emiqrasiya 95 faiz azaldılmışdır.

Qeyd edək ki, yevgenika faşizmin irqçilik nəzəriyyəsinin formalaşmasına güclü təsir göstərmişdir. Təsadüfi deyildir ki, faşizm ideoloqları «Millətin genetik sağlamlığı» anlayışını daha çox vurğulayırdılar. Onlar yevgenika elmini Almaniya xüsusi və prioritetli elmi doktrinəyə çevirərək təbabətin öndə gedən sahəsi kimi « irqi gigiyena » yaratmışdılar. 1933-cü ildə Almaniya « Nəsillərin genetik xəstəliklərdən müdafiəsi haqqında » Qanun qəbul edilmişdir. Onun tətbiqi 350 mindən artıq adamın məcburi sterilizasiya olmasına gətirib çıxarmışdır. Nasist Almaniyasında nigaha girmək üçün genetik məsləhətləşmədən keçmək məcburi şərt idi.

Müharibədən əvvəlki yevgenikanın təcrübəsi göstərir ki, genetik biliklə cahilliyin qovuşmasından yaranan ideya dövlətin repressiv siyasətində irqçilik doktrinası kimi istifadə olunur. Həm də aydın oldu ki, alimlərin bir qisminin bu ideologiyada iştirakı mümkündür. Beləliklə, elm və elmi biliklər kütlə içərisində siyasi xürafatın həyata keçirilməsinə rəvac verirdi.

Yevgenika elminin özünəməxsus praktiki təzahürünü Sinqapurun dövlət siyasətində görmək mümkündür. 1982-ci ildən başlayaraq burada dövlət pozitiv və neqativ yevgenikanın bir sıra könüllü tədbirlərini həyata keçirir. Məsələn, tədbirlərdən biri belədir: kompüter daha istedadlı nəsil yetişdirməyə qadir olan nigahı seçir. Bununla da evlənmək istəyənlərin ailə qurması üçün dəyərincə əlverişli şərait yaradır. Başqa bir tədbir dövlət xəzinəsindən təhsilli tənha dövlət qulluqçuları (qadınlar) üçün «məhəbbət qayığında» kruiz maliyyələşdirməyi nəzərdə tutur. Bundan əlavə, onlar üçün müxtəlif pullu güzəştlər, həmçinin, onların uşaqlarının elitar məktəblərə daxil olması üçün

müvafiq imtiyazlar da verilir. Bu ölkədə bəzi neqativ yevgenika tədbirləri də könüllü xarakter daşıyır. Belə ki, hökumət qadına ucuz ev almaq üçün təmənnasız yardım edir. Bu zaman ondan aşağıdakı şərtlərin gözlənilməsi tələb olunur: yaşı 30-a qədər olmalı, ikidən artıq uşaq doğmamalı, təhsil səviyyəsi də çox yüksək olmamalı, aylıq gəliri 300 dollardan çox olmamalı və strelizasiyaya razılıq verməlidir.

Sərt şərtlər irəli sürülməsinə baxmayaraq bu tədbir aşağı təhsilli və az gəlirli qadınlar arasında rəğbətlə qarşılanır. Bununla belə, qeyd edilməlidir ki, genetiklərin əksəriyyətinin fikrincə, yevgenika siyasəti hansı metodlarla aparılmasından asılı olmayaraq, həm nəzəri, həm də praktiki baxımdan ciddi etirazlara səbəb olur. Məsələ bundadır ki, yevgenika elminin mühüm saydığı bir çox əlamətlər, məsələn, intellekt yüzlərlə gen ilə şərtlənir. Bu halda onların hamısı demək olar ki, eyni dərəcədə əhəmiyyətlidir. Genlərin bu kəmiyyəti formasında seçim aparmaq real seleksiyasının vəzifəsi hesab olunmur. Başqa bir problem bundadır ki, həmin yüzlərlə geni gen mühəndisliyi metodları ilə dəyişmək bu gün də realıqdan uzaqdır.

Qeyd edək ki, keçmiş Sovet İttifaqında yevgenika heç zaman dövlət siyasətinin tərkib hissəsi olmamışdır, hətta 20-ci illərin sonunda ona qadağa qoyulmuşdur. İndinin özündə də yevgenikanın inkişafına birmənalı münasibət hiss olunmur. Bunu millətin genefondunu qorumaq uğrunda çıxış edən ideoloq və siyasətçilərin mülahizələrində də müşahidə etmək olar. Hüquqşünas M.V.Kovalev yazır ki, genefondu müdafiə aksiyası ilə bağlı məsələlər – bəşəriyyətin genefondunu təhlükə altına ala biləcək elmi, tibbi, sənaye, dini və kommersiya problemləri beynəlxalq hüquqla, ən nüfuzlu beynəlxalq təşkilatlar səviyyəsində qəbul olunmuş normalarla tənzimlənməlidir. Özü də genefonda maraq ayrıca insanların mənafeləri və hüquqlarına münasibətdə prioritet mövqe tutmalıdır.

Əhalinin sağlamlığını qorumaq üçün (o cümlədən ağır patologiyaları törədən maddələrin konsentrasiyasını azaltmaq yolu ilə) səhiyyədə aparılan tədbirlər əxlaqi cəhətdən bəraət qazanmalıdır. Ancaq belə məqsədlər zorakı yollarla edilərsə o, əxlaqi

baxımdan pislənilməlidir. Belə hallar, yeni zorakılıq metodları Amerika və alman yevgeniklərinin praktikasında vaxtilə geniş yer tutmuşdur. Yevgenika demək olar ki, bütün hallarda könüllü iradi razılığı rəhbər tutmalıdır. XX əsrin əvvəlində görkəmli britaniyalı yevgenik X.Ellis də könüllü yevgenika tədbirlərini dəstəkləmişdir. O, yazırdı ki, yevgenikada yol verilən yeganə zorakılıq daxildən gələn zorakılıqdır, yeni fərdin şəxsi əqidəsinin qəbul etdiyi iradi zorakılıqdır. Əgər mühüm etik problem olan iradə azadlığı baxımından yanaşılsa, burada məcburiyyət prinsipini aşağıdakı iki səpgidə götürmək olar. Birinci, mühafizəkar liberalların mövqeyidir. Onların fikrincə, hərəkət yalnız o vaxt azad xarakter daşıyır və məcburiyyət əlamətlərinə malik olmur ki, onun seçimi və həyata keçirilməsi üçün hüquqi və digər formal maneələr olmasın. İkinci səpgi, təxminən sosializm ideologiyasına uyğun gəlir. Bu baxımdan insan praktik olaraq müəyyən hərəkətlə razılaşdıqda, yaxud onun həyata keçirilməsindən imtina edə bildiyi təqdirdə məcburiyyət də olmur.

Qeyd olunan mənada yuxarıda adı çəkilən Singapur qadınlarının hərəkət modelinə qayıtsaq, deyə bilərik ki, formal baxımdan yanaşıldıqda, uşağın sayının az olması və strelizasiyaya razılıq vermələri onların azad iradəsinin təzahürüdür. Çünki nə qanun, nə də hökumət Singapur qadınını buna məcbur etmir. Onları bu işə yalnız maddi ehtiyac vadar edir.

Buna görə də həqiqi tibbi genetikanın əsas məqsədi əhəlinin mənafeələrini təmin etmək, ayrı-ayrı pasiyentlərin və onların ailələrinin maraq və dəyərlərini tam nəzərə alan fəaliyyətə köməklik göstərməkdir. Bu halda cəmiyyət fərdin azad şəxsi seçiminə ciddi təsir göstərə bilən sosial və iqtisadi məcburiyyət qüvvələrindən məsuliyyətlə istifadə etməli və onları nəzarətdə saxlamalıdır.

XX əsrin birinci yarısında yevgenika elmindən sui-istifadə hallarının törətdiyi mənfi nəticələri xatırlayaaraq müasir elmi və tibbi cəmiyyətlərin bir qismi insanların genetik keyfiyyətlərini yaxşılaşdırmaq sahəsində dövlət siyasətinin işlənilməsinə yönəlmiş tədbirləri bu gün də ağırlıqla qəbul edirlər.

Araşdırdığımız problem kontekstindən çıxış etsək, deməli yəni ki, genetik müdaxilə üçün səbəb təkcə patoloji genlərin xoşagəlməz təsirini «düzəltmək» deyil, həm də normal olanların keyfiyyətini yaxşılaşdırmaqdır. Məsələn, əgər valideynlər öz övladını basketbolçu görmək istəyirsə, onda onlar hündür boy genini «sifariş» verirlər. Yaxud valideynin arzusu övladını musiqiçi etməkdirsə, onda mütləq musiqi qavrama və yadda saxlama genini «sifariş» edir. Lakin nəzərdə tutulmalıdır ki, fərdi seçimlərin kütləvi nəticələri birmənalı olmayan populyasiya sərəmə verə bilər. Ona görə də bunu proqnozlaşdırmaq, tibbi genetik xidmətin bazar şəraitində fəaliyyətinin əxlaqi və hüquqi çərçivələrini işləyib hazırlamaq lazımdır.

Qeyd olunmalıdır ki, ayrıca insan üçün kütləvi miqyasda texnologiyanın tətbiqi ilk baxışda «ümumi rifahı» artırmalıdır. Lakin əslində cəmiyyət səviyyəsində fərdi rifahların məcmusu neqativ nəticələrə də gətirib çıxara bilər. Uşağın cinsini seçmək buna əyani sübutdur. Asiya qitəsinin bir sıra ölkələrində oğlan uşağının dünyaya gəlməsi rifah, nemət, qızın doğulması isə özünəməxsus «cəza» kimi qəbul olunur. Hazırda gələcək uşağın cinsini kifayət qədər determinə edən tibbi texnologiyalar mövcuddur. Lakin həmin texnologiyalardan bəsit və keyfiyyətsiz istifadə edildikdə, cinslər arasında disproporsiya yaranır. Bu da cəmiyyəti gözənilməz bəlalara düşür edə bilər. Artıq bu gün bir çox ölkələrdə valideynlərin öz istəyinə görə uşağın cinsini seçmək hüququna müəyyən məhdudiyyətlər qoyulur.

Genetik informasiyadan məsuliyyətsiz istifadənin neqativ nəticələrinin ciddi risklə müşayiət olunması **«ziyan yetirmə!»** əxlaqi prinsipinin əhəmiyyətini daha da artırır. Digər elm sahələrində olduğu kimi insan genetikasında da empirik cəhətdən hələ dəyərinə təsdiq olunmamış və nəzəri əsaslandırılmamış hipotez və nəzəri modellər az deyildir.

Bununla əlaqədar nəzərə almaq lazımdır ki, kütləvi şüurə «köçən» elmi hipotezlər «seçimin» sərt mexanizmlərinin nəzərindən çıxaraq başqa məcraya düşür, nəticələrinə görə birmənalı olmayan sosial hərəkətləri motivləşdirib yönümləndirir. Ona görə də həkimlər «öz iradəsinin öhdəsinə» buraxılmış,

kifayət qədər düşünülməmiş, xüsusilə də səhv hipotez üçün ciddi məsuliyyəti dərk etməlidirlər.

«Ziyan yetirmə!» prinsipindən çıxış edilsə, ciddi sosial nəticələrə səbəb olan elmi hipotezlər xüsusilə, sərt yoxlamaya məruz qalmalıdır. Bu məsələ həmçinin gen terapiyasının problemlərinin müzakirəsində də mühüm yer tutur.

§ 4. GEN TERAPİYASININ ƏXLAQİ PROBLEMLƏRİ

Gen terapiyası təbabətin inkişafında ən yeni istiqamətlərdən biridir. Buna baxmayaraq o, yüzlərlə pasiyentə tətbiq edilmiş, ümidverici nəticələrlə başa çatmışdır. Həmin metod genetik materialın virus, yaxud ara vektorlarının (keçiricilərin) köməkliyi ilə ya pasiyentin birbaşa qanına və lifinə, ya da xəstənin əvvəlcə laboratoriya üsulu ilə təcrid olunmuş hüceyrəsinə keçirməyi nəzərdə tutur.

Gen terapiyasının monogen irsi xəstəliklərin müalicəsində tətbiqi daha böyük perspektivə malikdir. Genetiklər hesab edirlər ki, özündə normal funksiyalı genlər daşıyan genetik materialın insan orqanizminə köçürülməsi yüksək terapevtik səmərə verə bilər. Bədxassəli şiş xəstəliklərinin müalicəsində də gen terapiyasının perspektivi böyükdür.

Bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, hazırda mövcud olan gen terapiyasının metodları kifayət qədər pislənilir və onların etibarlı olmadığı bildirilir. İctimaiyyətin hədsiz sevincinə və ruh yüksəkliyinə səbəb olmuş uğurlu hallar zaman keçdikcə faciəli nəticələrlə əvəz olunur, hətta eksperimentlərin dayandırılması tələbi də səslənir. Bu bir çox cəhətdən müalicə metodikasının kifayət qədər mükəmməl olmamasının nəticəsidir. Odur ki, onları təkmilləşdirmək üçün yeni-yeni sınaqlara və yoxlamalara ehtiyac duyulur. Buna görə də əminliklə demək olar ki, ən yaxın onilliklərdə gen terapiyası sahəsində lazımlı eksperiment aparılacaqdır. Amma bu eksperimentlərdə müvafiq hüquqi və etik normaların qorunması da öz aktuallığını saxlamaqdadır.

Gen terapiyası insanın həyat fəaliyyətinin ən intim mexanizmlərinə müdaxilə ilə bağlı olduğundan, onu həyata keçirərkən müstəqil ekspertlərdən və ictimaiyyətin nümayəndələrindən ibarət xüsusi, milli-etnik komitələr təsis edən dövlətlərin siyasətinə bəraət qazandırmaq lazımdır. Həmin təsisatların vəzifəsi həm də bu sahədə eksperimentlərin və klinik sınaqların keçirilməsi üçün verilmiş sifarişləri ekspertizadan keçirməkdir.

Hazırda genetik materialın insan orqanizminə köçürülməsinin doğura biləcəyi mənfi nəticələrin müəyyənləşdirilməsində, həmçinin, gen terapiyasının səmərəliliyinin qiymətləndirilməsində xeyli qeyri-müəyyənlik hökm sürür. Buna görə də insanın cinsiyyət orqanlarının hüceyrələrində gen terapiyası metodlarının sınaqlarının keçirilməsi beynəlxalq miqyasda qadağan olunmuşdur. Bununla da potensial olaraq xoşagəlməz genetik dəyişikliklərin nəsillərə ötürülməsinin və sonrakı nəsillərdə yayılmasının qarşısı alınmış olur. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, cinsiyyət hüceyrələri orqanizmdən təcrid deyildir. Buna görə də prinsipcə onlara genetik materialın vektorlarının və somatik hüceyrələrin genomterapiyası zamanı təsir göstərilməsi ehtimalı saxlanılır.

Gen terapiyası sahəsində klinik sınaqların keçirilməsi üçün aşağıdakı şərtlər vacib sayılır:

1. Heyvanlar üzərindəki eksperimentlərdə sübut olunmalıdır ki, lazımi geni müvafiq hədəf hüceyrəyə keçirmək olar və burada o, kifayət qədər uzun müddət funksional baxımdan fəal olacaqdır.
2. Əmin olmaq lazımdır ki, gen onun üçün təzə olan mühitə düşdükdən sonra yenə də öz gen effektivini saxlayacaqdır.
3. Mütləq belə bir təminat lazımdır ki, köçürülmüş gen orqanizmdə xoşagəlməz nəticələr doğurmayacaqdır.

İlk baxışda sadə görünməsinə baxmayaraq həmin şərtlərin universal qaydalarını əsaslandırmaq və konkret şəraitdə tətbiqi üsullarını işləyib hazırlamaq xeyli dərəcədə çətin məsələdir. Çünki burada gen terapiyasının tətbiqinin hər bir halı üçün genin kifayət qədər səmərəli saxlanması müddətinin təyini pası-

yent üçün mümkün potensial riskin necə olacağı bu riskin nəzərdə tutulan müsbət müalicə effekti ilə nisbətini müəyyənləşdirmək kimi mühüm məsələləri həll etmək lazım gəlir.

Bu qəbildən olan konkret və əxlaqi təhlil müxtəlif nümayəndələrin əhatə olunduğu «etik komitələr» çərçivəsində daha uğurla həyata keçirilə bilər. Belə komitələrdə müstəqil eksperimentlərin iştirakı sınaq üçün təklif olunan metodların elmi əsaslandırılmasının və reallığının obyektiv qiymətləndirilməsinə kömək edir. Digər tərəfdən isə etiklərin, hüquqşünasların və «ictimaiyyət nümayəndələrinin» iştirakı vətəndaşların maariflənməsinə və bu sahədə savadının artırılmasına mühüm təsir göstərir.

Son onillikdə genetika və genetik biliklərin praktiki tətbiqi sahəsində elmi tədqiqatların etik və hüquqi tənzimlənməsini təkmilləşdirməyin vacibliyini nəzərə alaraq bir çox beynəlxalq və milli təşkilatlar müvafiq əxlaq və hüquq normaları işləyib hazırlamışlar. Bununla əlaqədar Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının «ÜDST insan genetikası proqramını», Avropa Şurasının 1996-cı ildə qəbul etdiyi «Biotəbabətdə insan hüquqları haqqında konvensiyasının» müvafiq bölmələrini göstərmək olar. Bu sahədə həmçinin insan genomu üzrə Beynəlxalq təşkilatın tövsiyələri, 1992-ci ildə qəbul edilmiş Ümumdünya Tibb Təşkilatının «Bəyannaməsi», 1997-ci ildə **YUNESKO**-nun qəbul etdiyi insan genomu haqqında «Bəyannamə» mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Bu sənədlərdə ümumi cəhət tibbi-genetik yardıma hər kəsin haqqı olduğu fikrinin vurğulanmasıdır. Sənədlərdə həmçinin göstərilir ki, genetik informasiyanın gizliliyi, vətəndaşların şəxsi seçim azadlığı, məhdud fəaliyyətli şəxslərin müdafiəsi təmin olunmalıdır. Yuxarıda adı çəkilən sənədlərdə belə bir vacib məqam da qeyd olunur: genetik informasiyadan vətəndaşların irqi, etnik, iqtisadi, siyasi və digər ayrı-seçkilik növlərində əsas kimi istifadə edilməsi qadağandır.

ÖLÜM VƏ CANVERMƏ. EVTANAZİYA

§ 1. TƏBABƏT VƏ ÖLÜM PROBLEMI

Müasir dünyada həkimlərin və bütövlükdə təbabətin üzərinə düşən çoxlu sayda öhdəliklərdən biri də insan ömrünün başa çatma məqamını qeydə almaq və onu ölmüş kimi təsdiq etməkdir. Bu barədə həkimin verdiyi qərar təkcə yaxınlara və qohumlara artıq heç bir ümid yeri qalmadığını bildirmək məqsədi güdmür. Bununla yanaşı həmin qərar bir tərəfdən ölən adamın dəfni ilə bağlı matəm mərasimini və hərəkətlərini, digər tərəfdən isə bu prosesin törətdiyi münasibətləri əsaslandıran zəruri hüquqi sənəddir. Məhz həmin sənədə görə uşaqlar yetim, ər yaxud arvad isə dul sayılır.

İnsanın ölümü təkcə sosial-psixoloji və sosial-hüquqi yox, habelə, müstəsna dərəcədə mənəvi-mədəni məna kəsb edir. Təsadüfi deyildir ki, kulturoqlar ölümə münasibəti hər bir mədəniyyətin müəyyənədicisi səciyyələrindən biri hesab edirlər.

Cəmiyyət həkimə ölüm məqamını müəyyən etmək hüququnu və eləcə də bununla bağlı digər funksiyaları verərək, ona həm də böyük məsuliyyət həvalə edir. İlk baxışda bu funksiyalar özü-özlüyündə sadə bir şey kimi görünür. Əslində isə həkimlərin ölüm məqamı ilə bağlı yerinə yetirdikləri funksiyalar xeyli dərəcədə çətin məsələlərlə müşayiət olunur. Onun vaxtında və düzgün həll edilməməsi isə bir sıra hüquqi, sosial və əxlaqi problemlər törədir. Bu funksiyalar həkimlərə təqribən XIX əsrin ortalarından verilmişdir. Təbabət və mədəniyyət tarixçiləri bunu ölümün medikalizasiyası (tibbiləşməsi) ilə bağlayırlar. Fransız mədəniyyət tarixçisi F.Aryes yazır ki, XVII-XVIII əsrlərdə incəsənətdə, ədəbiyyatda və həm də təbabətdə həyata, ölümə və onların həddlərinə inamsızlıq və ikimənalılıq hökm sürürdü. Bu, müzakirələrdə daim səslənən mövzu idi.

Sonralar bu məsələ gündəlik həyat mövzusunə çevrilir. 1876-cı ildə «Tibb elmlərinin ensiklopedik lüğəti»ndə D.Alam-

ber yazırdı ki, **ölünü** basdırdıqdan sonra insanların düşüncəsində qəbirin **dibində** uzun sürən yuxudan onun oyanmaq qorxusu kimi **ümumi** təşviş yaranır. F.Aryes öz yazılarında göstərirdi ki, o **dövr**də adamların diri-diri dəfnləri barədə əhvalatlar insanları **dəhşət**ə gətirmişdi. İş o yerə çatmışdı ki, Fransada insanlar **öz** vəsiyyətlərində xahiş edirdilər ki, öləndən sonra qohumları onun həqiqətən öldüyünə əminlik yaranması üçün əlində və **ayağı**nda çərtmə testi aparsınlar. Bəziləri hətta **özü** üçün, **içerisində** signal zəngləri yaxud kiçik bayraqlar, dənışıq borucuqları və digər avtomatik qurğular quraşdırılmış tabutlar sifariş **edirdilər**.

Onu da **qeyd** edək ki, o dövrdə həkimdən xəstənin ölümü başa çatana **qədər** onun yanında oturması tələb olunmurdu. Əksinə, həkim **xəstənin** ümitsiz vəziyyətdə olduğunu qeydə almaqla **öz missiyasını** bitirirdi. Can verənin üstünə keşik dəvət edilir və **ölümü** o təsdiq edirdi. Bununla yanaşı, dövlət rəsmiləri ölümü tibbi sübutla qanunlaşdırmağa səy göstərdikləri halda həkimlərin müqavimətinə rast gəlirdilər. F.Aryes 1818-ci ildə Parisdə **çıxan** «Tibb elmləri lüğəti»ndə dərc olunmuş «Dəfn» məqaləsindən belə bir iqtibas gətirirdi: «Ölümü qeydə almaq üçün **həkimləri** nadir hallarda dəvət edirdilər, bu çox mühüm bir vəzifəni muzzdlu adamların, yaxud insan barədə tibbi biliklərdən uzaq olan adamların öhdəsinə buraxırdılar. Xəstəni xilas edə bilməyən həkim son nəfəsi çıxanadək onun yanında olmaq istəmirdi. **Görünür**, təcrübəli həkimlərin hamısına böyük filosofun «**həkim** ölü üstünə getməməlidir» nəsihəti sirayət etmişdir.

Burada «**böyük** filosof» deyərkən çox guman ki, Hippokrat nəzərdə tutulurdu. Çünki o, deyirdi ki, təbabət ölümə qalib gəlmədikdə, **hər** bir köməyin mümkünsüzlüyünə tam əmin olduqda, **öz əlini** uzatmamalıdır.

Beləliklə, **hələ** qədim dövrlərdən həkimdən ölüm məqamını təsdiq etmək **deyil**, ölümün əlamətlərini açıb göstərmək tələb olunurdu.

Lakin vaxtından əvvəl dəfnlə bağlı fikirlərin geniş yayılmasının təsiri altında vəziyyət get-gedə dəyişirdi. Tədricən təbabət

müstəsna hüquqlara malik olmaqla ölümü qeydə almaq funksiyasını da öhdəsinə götürməyə başlayır. Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının Sidney Bəyannaməsində (1968) deyilirdi ki, ölkələrin əksəriyyətində ölümün vaxtını müəyyənləşdirmək həkimin hüquqi borcu hesab olunur və buna əməl olunmalıdır.

Bunu da nəzərə alaq ki, 1957-ci ildə Anestezioloqların Beynəlxalq Konqresi qeyd etmişdir ki, həyatı süni surətdə saxlamaqla bağlı psixoloji məqamlar ölümü müəyyənləşdirməkdə müəyyən problemlər yaradır. Konqres üzvləri o dövrdə, katolik kilsəsinin Papası XII Piydən belə halda, yeni insanın həyatı ilə ölümü arasında həddi müəyyən edərkən nəyi rəhbər tutmaq lazım gəldiyini soruşduqda, o, cavab vermişdi ki, ölümü müəyyənləşdirmək kilsənin deyil, həkimin işidir. Beləliklə, kilsə də bununla razılaşdı ki, ölümün qeydə alınması məsuliyyəti keşişin yox, həkimin üzərinə düşür.

Amerika təbabət tarixçisi M.Pernikin fikrincə ölümün məqamını müəyyən etmək problemi son nəticədə yalnız tanınmış mütəxəssislərə məlum olan texniki vasitələrin, metodların və meyarların tətbiqini tələb edən məsələdir. O, hesab edirdi ki, bununla da həkimlər cəmiyyətdə yeni inhisara, deməli, yeni hakimiyyətə malik olurlar. M.Pernik bununla əlaqədar 1870-ci ildə Parisdə meyidxananın əsasını qoyan E.Buşunun aşağıdakı mülahizəsini iqtibas gətirir: «Bir anlığa təsəvvür edək ki, xəstənin öldüyünü bildirən əlamətlər hamıya məlumdur. Bu nəyə gətirib çıxara bilər? İnsanlar ölümü təsdiq etmək üçün həkimə müraciət etməzlər. Ona görə «ölüm əlamətlərini bəsitləşdirmək lazımdır» kimi uğursuz deyilmiş fikirdən imtina etmək lazımdır. Deməli, ölümün diaqnostikasını vermək işinin mürəkkəbliyi tibb peşəsinin statusunun möhkəmlənməsinə imkan vermişdir. M.Pernik yazırdı ki, həkimlərin həyata keçirdiyi ölümün sübut edilməsi tədbiri vaxtından əvvəl dəfnin qarşısını almaq deyil, yalnız əlavə qazanc əldə etmək məqsədi güdür. Ölümü müəyyən etmək hökmü həkimlərə, həmçinin həyatın son və dəhşətli sirri ətrafındakı hədudları göstərmək cəsarəti və qətiliyi vermişdir. Bu isə tibb peşəsinin statusunu simvolik də olsa möhkəmləndirmək imkanı yaradır.

Ölümün tibbiləşdirilməsi (medikalizasiya) məsələsi ilə bağlı bir cəhət də budur ki, insanın öz həyatı ilə vidalaşdığı yer daha çox xəstəxanalar olur. Bu məsələyə münasibət bildirərək F.Aryes qeyd edir ki, şəhərdə insanlar əksər hallarda evdə vəfat etmirlər, həm də onların çoxu ev şəraitində dünyaya gəlmirlər. O, göstərir ki, 1967-ci ildə Nyu-Yorkda vəfat edənlərin 75%-i öz dünyasını xəstəxanada dəyişmişdir. Statistika sübut edir ki, bu göstərici getdikcə artmaqdadır. Bu xeyli dərəcədə onunla əlaqədardır ki, insanların çoxu evdə can verən qohumunun yanında olarkən nə edəcəyini bilmir.

Qeyd olunan vəziyyət göstərir ki, əvvəlki dövrlərin həkimlərindən fərqli olaraq indiki tibb işçiləri bilavasitə ölüm və canvermə hallarını nəzarətdə saxlayırlar. Canvermə prosesindən danışarkən həm də göstərməlidir ki, ölümün qeydə alınması ani baş verən akt olduğu halda, həkimlərin müşahidəsi altında baş verən ölüm çox vaxt uzun sürür. Deməli, canvermə prosesi tibbi personal tərəfindən bilavasitə müşahidə olunur. Bu o deməkdir ki, ölüm və canvermə təbii hadisə olmaqla yanaşı, həm də tibb işçilərinin sərəncamında olan imkanlar və üsullarla sıx əlaqəlidir. Bunu vurğulayan F.Aryes bir daha qeyd edir ki, bugünkü ölüm prosesi həkimin hərəkətindən asılı olaraq ya gödəlir, ya da uzanır: həkim onun qarşısını ala bilməz, yalnız onu müvəqqəti uzada (bir neçə saatdan və həftədən tutmuş bir neçə ayadək) bilər. Bəzi hallarda ölümün müddətini uzatmaq əsas məqsədə çevrilir və tibb personalı buna nail olmaq üçün süni metodlar vasitəsilə əlindən gələni edir. Xəstəxana şəraitində təşkil olunmuş təbabət prinsipinə sağlması mümkün olmayan xəstəyə də qeyri-müəyyən vaxta qədər yaşamağa imkan yarada bilir.

Beləliklə, ölümün tibbiləşdirilməsi nəticəsində həkimlər insan varlığının ən faciəli və mürəkkəb məna kəsb edən sahəsinə cəlb olunurlar. Başqa sözlə, həkimlərin üzərinə ciddi məsuliyyət qoyan bu məsələ ilə bağlı hazırda bir sıra əxlaq problemləri meydana gəlmişdir ki, ənənəvi təbabət bunlarla heç zaman rastlaşa bilməzdi.

§ 2.YENİ TİBBİ TEXNOLOGİYALAR DÖVRÜNDƏ ÖLÜM VƏ CANVERMƏ

Ənənəvi olaraq ölümün baş verdiyini göstərən meyar tə-nəffüsün və qan dövranının dayanması hesab edilmişdir. Lakin XX yüzillikdə biotəbabətdə özünü göstərən sürətli elmi-texniki tərəqqi toxunduğumuz mövzu ilə bağlı əhəmiyyətli yeniliklər törətdi. Bu ona gətirib çıxarmışdır ki, hazırda süni metodlar və vasitələr tətbiq etməklə, təneffüs prosesini və qan dövranını, bütövlükdə həyatı xeyli müddət uzatmaq, orqanizmi qida və su ilə təmin etmək mümkün olur.

Bu işdə süni qan dövranı və ağ ciyərlərin süni ventilyasi-yası (ASV) aparatları çox mühüm rol oynayır. Qeyd edək ki, həmin qəbildən olan tədbirlər özü-özlüyündə humanist və əxla-qi məna kəsb edir. Lakin elmi-texniki tərəqqi şəraitində onlar həm də müəyyən əxlaqi-etik və hüquqi problemlər yaratmışdır. Məsələn, həqiqətən də süni vasitələrin köməkliliyi ilə təneffüs və qan dövranını saxlamaq mümkündürsə, onda biz onların təbii zəifləməsinə və dayanmasını ölümün dəqiq və birmənalı meyar-ları hesab edə bilmərik. Buna görə də təbabətdə «klinik ölüm» anlayışı işlədilir. Həmin anlayış bunu ifadə edir ki, həyatın görünən əlamətləri - ürək fəaliyyəti və təneffüs dayanır, mərkəzi sinir sisteminin funksiyaları sönmür, lakin liflərdə mübadilə prosesləri davam edir. Həyati funksiyaların bərpasının mümkün olmadığı «Bioloji ölümdən» fərqli olaraq klinik ölüm qayıtmaz deyildir. Beləliklə, elə bir vəziyyət yaranır ki, nəinki ölüm əlamətlərinin təzahür etməsi, hətta onun klinik formada baş verməsi hələ o demək deyildir ki, pasiyentin həyatı uğrunda mübarizə dayandırılmalıdır.

İnsan orqanizminin ömrünü uzatmaq üçün ASV kimi güclü sistemin həkimlərin sərəncamına verilməsi onların qarşısında prinsipcə yeni bir məsələ törədir: həyatın uzadılması uğrunda mübarizəni nə vaxta qədər aparmaq lazımdır? Bu, əslində, ölümün müəyyənləşdirilməsi və onu ifadə edən dəqiq meyarın işlənilib hazırlanması deməkdir. Başqa sözlə, hansı vəziyyətdə həkimlərin həyatı saxlamaq üçün səyləri dayandırmağa haqqı

vardır? Bu və digər suallara doğru cavab vermək çox çətin məsələ olduğundan anestezioloqlar bu barədə tez-tez din xadimlərinə müraciət etməli olurlar.

Doğrudan da ölüm qeydə alınarsa deməli, müalicənin davam etdirilməsi öz mənasını itirmiş olur. Odur ki, tibb personalları da bu işdən kənarlaşdırmaq lazım gəlir. Çünki onların malik olduğu yüksək ixtisaslı bilik, habelə, onların işlətdiyi bahalı dərman və avadanlıq həmin müddətdə başqa pasiyentləri həyata qaytarmaq üçün istifadə oluna bilər.

Digər tərəfdən, ölümün həqiqi meyarının müəyyənləşdirilməsi həkimlərin lüzumsuz söylərini və niyyətini aradan qaldırır. Bunun motivini isə həm tədqiqatın marağı, həm də pasiyentin qohumlarının haqq ödəməsi ilə izah etmək olar.

Əlbəttə, qohumların kifayət qədər vəsait sərf etmək imkanı olmadıqda öz xəstələrini ümitsiz vəziyyətdə görmək onlar üçün çox ağır olur. Elə hallar da olur ki, qohumları yaxın adamının rahat can verməsi üçün həyatı müvəqqəti saxlayan müalicəni dayandıрмаğı tələb edirlər.

Beləliklə, biz görürük ki, müasir təbabət bəzən elə vəziyyətlə üzləşir ki, kiminsə bəd niyyəti və vicdansızlığı ucbatından deyil, obyektiv səbəblər üzündən «Xəstənin son nəfəsinədək həyatı uğrunda mübarizə aparmaq lazımdır!» - tövsiyəsinin tətbiqi özünün universal mənasını itirir.

§ 3. PALLİATİV YARDIM ZAMANI VƏ XOSPİSLƏRİN FƏALİYYƏTİNDƏ ƏXLAQİ PROBLEMLƏR

Bir sıra xəstəliklərin, məsələn, bədxassəli şişlərin inkişafında gec-tez elə məqam yaranır ki, fəal terapiya tətbiq etmək mümkün olmur. Şiş neoperabel olur, şüa, yaxud kimyəvi terapiyaya yer qalmır. Belə hallarda xəstənin həyatını xilas etmək funksiyası palliativ yardımın (ağrını götürmək, qayğı, sosial-psixoloji dəstək və b.) üzərinə düşür. Bununla heç olmasa, insanın ləyaqətli ölümü təmin edilir.

Son zamanlar ictimai rəydə insanın can verməsi onun həyatında təbii və qanunauyğun mərhələ kimi başa düşülməkdədir. Bununla əlaqədar olaraq xəstənin ömrünün son dövründə dolğun həyat yaşamasını təmin etmək, bunun üçün lazım olan sosial-psixoloji şərait yaratmaq xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Aydındır ki, can verən ölüm qabağı qorxu hissi və müxtəlif ağrılar keçirir. O, ən elementar qayğıya (qida, su və s.) dərin ehtiyac duyur.

Müasir xospislərin (can verən xəstələrə fiziki və mənəvi dəstək üzrə təşkilatlar) əsasını qoyan ingilis qadını S.Sonders hələ 1948-ci ildə belə bir sadə fikrə gəlmişdir: can verən pasiyentə kömək etmək olar və lazımdır. Həmin vaxtdan «palliativ kömək» adlanan bu humanist məqsəd həyata keçirilməkdədir.

Latınca «pallium» örtük mənasını verir. Söhbət ondan gedir ki, xəstəliyin inkişafını dayandırmaq, yaxud ləngitmək mümkün olmadıqda, ona mübtəla olmuş şəxsin ölümü labüd olduqda professional həkim palliativ müalicə yolunu tutmalıdır, yəni heç olmasa onun ayrı-ayrı simptomlarını yumşaltmağa çalışmalıdır.

«Palliativ müalicə» təkcə klinik müalicə ilə məhdudlaşmır. O, müalicənin pasiyentə dayaq ola biləcək yeni sosial-təşkilati formalarını da nəzərdə tutur. Bunlar isə müasir əxlaq problemlərini dərk etməyə, «təbabətin yeni fəlsəfəsinə» yiyələnməyə kömək edir. Palliativ təbabətin təşkili müxtəlif formaları (evdə həkimlik xidməti, gündüz və gecə stasionarları, təcili yardım və xospisləri, stasionar ümumi profilili xəstəxanaların ixtisaslaşdırılmış şöbələrini) əhatə edir. Bütün bu formaların köməyi ilə yanaşı pasiyentin qohumlarının, dostlarının və yaxınlarının rolu da əvəzsizdir.

Can verən xəstənin ən vacib və təxirəsalınmaz problemlərindən biri ağrı ilə mübarizədir. Ağrı ilə mübarizə öz mahiyyəti etibarilə xəstənin dünyanı tərk etmək hüququnu ləyaqətlə həyata keçirməsi deməkdir. Bu barədə pasiyentin hüquqlarının Lissabon Bəyannaməsində (1981) xüsusi qeyd olunmuşdur. Lakin həmin məqsədə çatmaq həkimdən ağrını kəsən dərmanların lazımı dozada tətbiqini düzgün müəyyənləşdirməyi tələb edir. Burada əsas məsələ pasiyentin ömrünü uzatmaqdan

daha çox, onun qalan ömrünü keyfiyyətli etməkdir. Bəzən can verənin əzablarını yüngülləşdirmək məqsədilə, onun həyatının müddətini müvəqqəti uzadan metodlardan imtina etmək daha ağıllı hərəkətdir.

Sözügedən «həyat keyfiyyəti» anlayışının özü də mürəkkəb məzmunu malikdir. Onda obyektiv və subyektiv aspektləri fərqləndirmək olar. Can verən xəstə üçün onun həyatının obyektiv keyfiyyət parametrlərinin yaxşılaşdırılması təkcə klinik və şəfəqət bacısı xidmətinin təyin olunması ilə bitmir, əsas məsələ onun mümkün qədər rahat şəraitdə yaşamasıdır.

Lakin son nəticədə «həyat keyfiyyəti» subyektiv amilə söykənir. Səriştəli palliativ müalicə sayəsində ağrısı kəsilmiş pasiyent ailəsi və dostları ilə ünsiyyətdə özünü müəyyən qədər sakit və rahat hiss edir, hətta mənəvi yüngüllük keçirir. Lakin qeyd olunmalıdır ki, təkcə xəstə deyil, habelə, onun psixi-emosional şok keçirən yaxınları da belə bir yardıma ehtiyac duyurlar. Buna görə də xospis hərəkətində iştirak edənlər can verən xəstənin ailə üzvlərinə də psixoloji və sosial dəstək olmaq məsələsinə böyük əhəmiyyət verirlər.

Nəhayət, həyat keyfiyyəti məsələsində pasiyentin mənəvi ovqatı mühüm yer tutur. Uğurlu palliativ müalicənin mühüm meyarlarından biri xəstəyə qulluq imkanlarını genişləndirməkdir. Çünki bu, hər şeydən əvvəl, xəstənin şəxsiyyətinə dərin hörmət hissinin təzahürüdür. Belə vəziyyətdə xəstə qayğıya daha çox həssas olur, ona dərin ehtiyac duyur. Üstəlik də qeyd edək ki, xəstə belə vəziyyətində şıltaq, bəzən də kinli olur. Buna təbii psixoloji hal kimi yanaşmaq lazımdır. Can verənin son arzusunu yerinə yetirmək palliativ müalicənin, xəstəyə münasibət fəlsəfəsinin bir növ məntiqi sonudur.

Vəziyyətini ümitsiz hiss edən, xəstəliyinin sağalmaz olduğunu duyan xəstə şok vəziyyətində olur. Həkim, eləcə də ətrafdakılar can verən xəstəyə psixi-sosial yardım edərkən unutmamalıdırlar ki, belə xəstələrdə supsidal fikirlər və niyyətlər oyanır. Məsələ xəstəni yalnız ağrının törətdiyi qorxu hissindən qorumaq və onda dəstək duyumunu oyatmaq deyildir. Palliativ müalicə eyni zamanda hər bir can verən insanın tənhalıq

hissini, onun insanlardan özgüləşməsinə müəyyən qədər unutmurdu vasiyyəsidir. Çünki can verəni bürüyən ən dəhşətli hiss onun tənhalığa qapılmasıdır. Mühəribə cəbhəsində can verən döyüşçülərlə son anda az da olsa bir yerdə qalmaq onlar üçün böyük səadət hesab olunurdu. Əsl humanizm fəlsəfəsi də budur.

Ölüm ayağında insan varlığının mənəvi dəyərlərinə, həyatın mənası probleminə özünü yaxın hiss etmək təbii haldır. Can verən xəstəyə qulluq edənlər – şəfqət bacıları, həkimlər, ümumiyyətlə, bu prosesdə iştirak edənlər dərin stress keçirirlər. Labüd itki yaşantısı, xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirmək, onu ovundurmaq yolunda əziyyət çəkmiş insanların (istər tibb personalının, istərsə də yaxın adamların) emosional və fiziki sarsıntılar keçirməsinə səbəb olur. Buna ədəbiyyatda «yanıb kül olmaq sindromu» deyilir. Beynəlxalq Səhiyyə Təşkilatının Ekspertlər Komitəsinin məruzəsində bu barədə belə deyilir: «Yüksək dərəcədə qarşılıqlı hörmət şəraitində fəaliyyət göstərən, dəqiq müəyyənləşdirilmiş və hamı tərəfindən dəstəklənən məqsədləri olan və məsuliyyətə söykənən səlahiyyətlərin olduğu kollektivlərdə tibb personalı daha çox emosional dəstək verə bilər».

Xospis şəfqət bacıları R.və V.Zorza «Ölüm yolu. Son nəfəsə kimi yaşamaq» kitabında yazırlar ki, mən xəstəyə yardım göstərməkdən çox sevinc duyuram. Çalışıram ki, onlar ömrünün son anlarında rahatlıq, sakitlik hiss etsinlər. Bəzən görürsən ki, iztirab çəkən bədbəxt rahat yuxulayır, sakitləşir. Bu halda sən yuxuya getməkdə ona kömək etdiyin üçün məmnunluq hissi keçirirsən.

Palliativ müalicə sahəsində çalışan mütəxəssislər qeyd edirlər ki, can üstə olan xəstələrdə də müəyyən ümid oyatmaq mümkündür. Həm də belə xəstələr üçün ümid çox şey deməkdir. Xospislərdə çalışan həkimlər və şəfqət bacıları bu sahədə digər xəstəxanalardakı həmkarlarına nisbətən daha çox nəcib iş görürlər. Ölüm ayağında olan pasiyentlər üçün ətrafdakıların mehribanlığını hiss etmək, bəzən ölümdən qorxmamaq, heç olmasa belə faciəli məqamda tənhalığı duymamaq ovqatı

yaradır. Palliativ müalicənin əsl humanist fəlsəfi mahiyyəti də məhz bundadır.

§ 4. ÖLÜMÜN MÜƏYYƏNLƏŞDİRİLMƏSİ: ƏXLAQİ PROBLEMLƏR

Ölümün müəyyənləşdirilməsi meyarı ilə bağlı meydana çıxan əxlaqi-etik və hüquqi məsələləri aşağıdakı şəkildə təsnif etmək olar:

1. Hər şeydən əvvəl ölümün meyarı onu elmi-tibbi baxımdan əsaslandırılmalı, yəni kimin artıq xilas ola bilməyəcəyini və kimin həyatı uğrunda mübarizənin aparılmasının vacib olduğunu etibarlı və dəqiq şəkildə müəyyənləşdirməlidir.
2. Meyardan istifadə praktiki baxımdan əlçatar olmalıdır, yəni hər bir konkret halda çoxlu sayda mütəxəssislərin hədsiz səylərinə və çoxlu vaxt itgisinə yol verilməməlidir.
3. Meyar obyektiv olmalıdır, yəni hər bir ixtisaslı mütəxəssis onu eyni dərəcədə başa düşməli və tətbiq edə bilməlidir. Onun hər bir konkret halda düzgün tətbiq olunması yoxlanılmalıdır. Bu şərt ona görə gərəkdir ki, meyar hüquqi baxımdan əsaslandırılmış olsun.
4. Meyar nəinki tək-cə həkimlər, yaxud hüquqşünaslar arasında, habelə, cəmiyyətdə hakim olan mədəni və etik normalar baxımından məqbul olmalıdır. Sonuncu məqamın xüsusi əhəmiyyəti aşağıdakı ilə izah olunur. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi insanın ölümü ən dərin mənəvi və əxlaqi mənə kəsb edən hadisədir, buna görə də cəmiyyət bu və ya digər mütəxəssisin qəbul etdiyi ölüm meyarını sanksiyalaşdırmalıdır.

Bununla əlaqədar olaraq nəzərə almaq vacibdir ki, cəmiyyət tərəfindən bu cür sanksiyalaşdırma hər şeydən əvvəl, ölüm meyarı məsələsində yüksək tibbi bilik səviyyəsini də nəzərdə tutmalıdır. Başqa sözlə, cəmiyyətdə ümumi məlumatlandırılmış razılıq olmalıdır. Bu şərt hazırda dünyanın bir çox ölkələrində

yerinə yetirilir. Artıq 1968-ci ildə Harvardda (ABŞ) yeni ölüm meyarı işlənib hazırlanmışdır. Həmin məqsədlə mütəxəssislərdən ibarət ölüm meyarı təklif edən komissiya təşkil olunmuşdur. Onun qərarına görə ölüm hadisəsi ürəyin və ağciyərin fəaliyyətinin deyil, beyinin fəaliyyətinin dayanması ilə müəyyən edilməlidir. Beynin ölümünü aşkar edərkən yarımkürələrin və beyin gövdəsinin bütün funksiyalarının dayanması qeydə alınır. Bu halda şüur yox olur, təbii nəfəs kəsilir, orqanizmin ayrı-ayrı, həm də güclü qıcıqlandırıcılara reaksiyası kəsilir, gur işıq belə, göz bəbəyinə təsir etmir, orta vəziyyətdə olan göz almalarının hərəkətsizliyi baş verir. Beyin ölümünün həlledici əlaməti tənəffüs mərkəzinin yerləşdiyi beyin gövdəsinin ölümüdür. Bundan əlavə, beyin ölümü diaqnozunu qoyarkən, EEQ-nin köməkliyi ilə beyində elektrik fəaliyyətinin olmaması, angiografiyanın köməkliyi ilə burada qan dövranının dayanması yoxlanılır.

Yeni meyarı şərtləndirən əsas səbəbi Harvard komissiyası belə ifadə edir. Həyatı müvəqqəti uzadan və saxlayan vasitələrin təkmilləşdirilməsi, insanları xilas etmək üçün çoxlu sayda cəhdləri meydana gətirmişdir. Çox zaman belə cəhdlər qismən uğurla nəticələnir və fərdin ürəyi döyünməkdə davam edir. Amma nəzərdə tutulmalıdır ki, beyin geri dönməz dərəcədə məhv olur. Ağlını həmişəlik itirən pasiyentlər və onların ailəsi böyük dərədə mübtəla olurlar. Bu, komatoz vəziyyətdə pasiyent yatdığı cərpayıda ağır yükə çevrilir.

Son dövrdə təbabətdə və biotəbabətdə, eləcə də davranışla bağlı tədqiqatlarda etik problemlərin öyrənilməsi üzrə ABŞ-da Prezident Komissiyasının nəticələrinə əsasən yeni meyar qanunu qüvvəyə minmişdir. Belə ki, 1981-ci ildə həmin komissiya «tam beyin ölümü» konsepsiyasını təklif etdi. Burada ölümün **iki meyarı** elan olunur: 1) qan dövranının və tənəffüsün, habelə digər funksiyaların geri dönməz olaraq dayanması; 2) beyin gövdəsi də daxil olmaqla bütövlükdə beyinin funksiyalarının birdəfəlik itirilməsi. Birinci meyar, göründüyü kimi, ənənəvi diaqnozdur, ikinci isə müəyyənləşdirmənin yeni metodudur. Sonralar ikinci meyar – beyin ölümünün yeni meyarı dünya ölkələrinin əksəriyyətində qanuniləşdirildi.

Beyin ölümünün diaqnozu xüsusi hallarda yüksək ixtisaslı mütəxəssislərdən ibarət briqada tərəfindən müəyyənləşdirilir. Adi hallarda isə əvvəlki meyardan istifadə olunur. Lakin ikinci meyar bu günə kimi mübahisə predmeti olaraq davam etməkdədir. Onunla bağlı diskussiyalarda əsasən ənənəvi və radikal tənqid mövqelərində duran mütəxəssislər çıxış edirlər.

Ənənəvi baxışın tərəfdarları yeni meyarı dini və sosial-psixoloji mülahizələr baxımından rədd edirlər. Məsələn, onlar belə fikir yürüdürlər ki, insanın ürəyi fəvqəl rəasional idrak mənbəyidir. O ölübsə beyin işləsə də, bu insan artıq ölmüş hesab olunmalıdır. Burada belə bir sosial-psixoloji xarakterli məsələ ortaya çıxır: beyin ölümü qeydə alınmış şəxsin nəfəsi bir müddət gedib-gələ və ürəyi döyünə bilər. Məlum olduğu kimi, ölmüş insanı dəfn etmək lazımdır, lakin nəfəsi olanı torpağa tapşırmaq olarmı? Hətta bu gün tam beyin ölümü qeydə alınan, lakin nəfəsi olan şəxsi dəfn etmək böyük günah hesab edilir. Ona görə də bəzi ölkələrdə yeni meyara əsasən diaqnoz qoyulması ilə razılaşırlar. Belə qayda Danimarkada, eləcə də ABŞ-in Nyu-York və Nyu-Cersi ştatlarında mövcuddur.

Radikal tənqid tərəfdarları tam beyin ölümü meyarını kifayətedici hesab etməyərək daha irəli getməyi tələb edirlər. Onların fikrincə, əgər beyin gövdəsi öz fəaliyyətini itirirsə, onda baş beyinin ölümü meyarını da qanuniləşdirmək lazımdır. Belə halda demək olar ki, əgər tam beyin ölümü meyarı orqanizmin fəaliyyətinin dayanmasını ifadə edirsə, onda baş beyin ölümü meyarı bütövlükdə şəxsiyyətin ölümü deməkdir, başqa sözlə, onun şüurunun həmişəlik olaraq itməsidir.

Yuxarıda adı çəkilən Prezident Komissiyasının məruzəsində baş beyin ölümü meyarı iki səbəbdən rədd edilir. Birincisi, hazırda baş beyin ölümünü qeydə almağa imkan verən etibarlı və birmənalı testlər yoxdur. Bundan əlavə, son zamanlar səslənən məlumatlara görə bir sıra hallarda komatoz vəziyyətində olan pasiyentlərin şüurunu geri qaytarmaq mümkün olmuşdur. Komissiyanın ikinci arqumentinə görə, bu günə qədər filosoflar, üstəlik də sıradan insanlar arasında şüurun və şəxsiyyətin dəqiq

tərfi barədə razılıq yoxdur. Deməli, bu anlayışlar əsasında hamı tərəfindən eyni cür başa düşülən meyar qurmaq hələlik mümkün deyildir.

Ölümə diaqnoz qoymaqla bağlı başqa bir əxlaqi-etik problem də vardır. Harvard komitəsi yeni meyarın vacibliyini əsaslandırmaq üçün aşağıdakı versiyanı irəli sürür: ölümü müəyyənləşdirmək üçün köhnəlmiş meyarlar, orqanların transplantasiyasına münasibətdə mübahisələrə gətirib çıxara bilər.

Burada onu xatırlatmaq yerinə düşərdi ki, hələ 1967-ci ildə, yəni «Harvard meyarının» işlənib hazırlanmasından bir il əvvəl K.Bernard dünyada ilk dəfə olaraq ürək köçürülməsi əməliyyatı həyata keçirmişdi. Bu xəbər bütün dünyanı təlatümə gətirmişdi. Məsələ yenə də əxlaqi problemlə əlaqələndirilirdi: axı canlı, döyünən ürəyi transplantasiya etmişdilər.

Beləliklə, yeni meyarın irəli sürülməsi və tətbiqi yalnız mənasız müalicəni dayandırmaq üçün edilmir. O həm də köçürülmə zamanı istifadə olunan orqanları seçərkən tibbi, hüquqi və əxlaqi baza yaratmaq məqsədi güdür.

§ 5. HƏYATI SAXLAYAN MÜALİCƏ VƏ ONDAN İMTİNA EDİLMƏSİ

Təbabət sahəsində elmi-texniki tərəqqinin təsiri altında yalnız ölümün müəyyənləşdirilməsini və meyarını yenidən mənalandırmaq lazım gəlmir. Eyni zamanda, insanın həyatını xeyli uzatmağa imkan verən müasir vasitələr və proseduralar çox zaman yeni problemlər meydana çıxarır. Məsələ burasındadır ki, uzadılan hər bir ömür heç də həmişə həqiqətən dolğun olmur. Bəzən belə həyat aylarla davam edən canvermə prosesinə çevrilir.

Bir çox hallarda pasiyentin həyatını uzatmaq həkimlərdən gərgin səylər tələb edir. Başqa sözlə, yuxarıda qeyd etdiyimiz problem yenidən qarşıya çıxır. Həyatının nəticəsi bilindiyi halda və ən yaxşı halda onu müvəqqəti uzatmaq mümkün olduğu halda həkim nə vaxta qədər ölümlə mübarizə aparmalıdır?

Belə halda söhbət ordinar və ekstraordinar müalicə metodlarından gedir. Bu cür yanaşmaya görə, əgər ki, həyatı uzatmaq üçün ordinar tədbirlər kifayətdirsə, onda müalicəni davam etdirmək lazımdır. Fövqəladə, ekstraordinar metodlara, tədbirlərə əl atmağın zəruri olduğu halda isə müalicəni davam etdirməyə ehtiyac yoxdur. Sözügedən metodlar arasındakı qeyd olunan fərq ilk dəfə katolik ilahiyyatçıları tərəfindən hələ müasir reanimasiya vasitələri yaranmazdan əvvəl aşkar edilmişdir. Bu, «pasiyentin həyatını xilas etmək üçün zəruri olan cərrahiyyə müdaxiləsindən onun imtina etməsini necə qiymətləndirmək lazımdır» probleminin meydana çıxması ilə bağlı irəli sürülmüşdü. Onlar ordinar metodlardan imtina etməyi ağır günah – özünəqəsd kimi qiymətləndirir, ekstraordinar metodları rədd edən pasiyentin hərəkətinə isə özünəqəsd edən kimi baxmırdılar.

1973-cü ildə Amerika Həkimlər Assosiasiyasının qurultayında qəbul olunan bəyannamədə göstərilirdi ki, «insanı mərhəmət hissi üzündən öldürmək», yaxud «bir insan varlığının həyatının başqası tərəfindən bilərəkdən dayandırılması» qadağandır. Həmin qurultay bunu da tövsiyə etdi ki, əgər xəstənin bioloji ölümünün yaxınlaşması barədə danılmaz sübutlar varsa, pasiyent, yaxud onun ən yaxın qohumları həkimlə məsləhətləşərək «həyatı uzadan ekstraordinar vasitələr»dən istifadə etməmək barədə qərara gələ bilərlər.

Bir qayda olaraq «**ordinar**» deyərkən adi, vermiş olunmuş müalicə başa düşülür. Ekstraordinar metod isə qeyri-adi, qəbul olunmuş praktikadan uzaq müalicəni nəzərdə tutur. Burada da yenə söhbət həkimlərin praktikasında nəyin qəbul edilib- edilməməsindən gedir. Lakin bu işdə aşağıdakı cəhət də nəzərdə tutulmalıdır. Bəzi aparatların tətbiqi bir neçə il əvvəl ekstraordinar hesab edilirdisə, indi onu ordinar saymaq olar. Deməli, ordinar müalicənin sadə, ekstraordinarın isə mürəkkəb, yaxud müvafiq olaraq təbii, ya da süni, bəha olmayan, yaxud bahalı kimi qiymətləndirilməsi dövrədən və konkret situasiyadan asılıdır.

Bəzi mütəxəssislər bununla əlaqədar ordinar tədbirləri əxlaqi baxımdan vacib, zəruri, ekstraordinarları isə seçimdən

asılı olan, yaxud haqq qazandırılmayan risk kimi başa düşməyi təklif edirlər. Belə ki, ağ ciyər iltihabının antibiotiklərlə müalicəsi əsl ordinar prosedurdur. Lakin əgər pasiyent sağalmaz xərcəng xəstəsidirsə və özü də onun ölümü yaxınlaşıbsa, onda həmin metoddan istifadə etmək, yaxud etməmək əxlaqi seçimdən asılı olacaq, yəni ekstraordinar qərar olacaqdır.

Belə bir cəhət xüsusi qeyd edilməlidir ki, bütün sadalanan hallarda söhbət həkimdən daha çox pasiyentin, yaxud onun yaxınlarının seçimindən gedir. Bu məqamı vurğulayaraq, bir çox ölkələrin qanunvericiliyində təsbit olunmuşdur ki, vətəndaş, yaxud onun qanuni təmsilçisi tibbi müdaxilədən imtina etmək, yaxud onun dayandırılmasını tələb etmək hüququna malikdir.

§ 6. EVTANAZIYA VƏ ONUN ƏXLAQİ MAHIYYƏTİ

Evtanaziya yunanca «en» - xoş, gözəl, yaxşı, «thantos» - ölüm sözlərindəndir. Bu termini ilk dəfə F.Bekon işlətməmişdir. İngilis filosofu həmin termini yüngül, ağrısız, hətta xoşbəxt ölüm mənasında başa düşmüşdür. Müasir xospis hərəkəti də təxminən bu ideyaları rəhbər tutur.

Təbii ki, müasir tədqiqatlarda həmin termindən çox vaxt F.Bekonun işlətdiyindən fərqli mənalarda istifadə olunur. Belə ki, «Bioetika ensiklopediyası»nda bu anlayışın dörd mənası göstərilir: 1) ağır iztirablar keçirən şəxsin ölümünü tezləşdirmək; 2) artıq adamların həyatını dayandırmaq; 3) can verməkdə olanlar barədə qayğı. Hələ 1826-cı ildə alman həkimi Karl F.Marks «evtanaziya» termini altında «xəstəliyin üzücü cəhətlərini götürən və xəstəni ağrıdan azad edən, adi və labüd ölüm saatını ən dinc saat edən elm kimi başa düşmüşdür». 4) xəstə insana ölmək imkanı vermək.

Tarixdən məlumdur ki, ibtidai cəmiyyətdə tayfalar bəzən bir yaşayış sahəsindən digərinə keçərkən (xüsusilə köçəri tayfalar) əldən düşmüş qocaları və xəstələri öldürürdülər. Bu adət öz məzmununa görə, yuxarıda sadalanan mənalara içərisində ikinci və dördüncüyə daha çox uyğun gəlir. Yaxud başqa bir

tarixi nümunə də vardır. Qədim Spartada zəif və xəstə oğlanları (bəzən də qız uşaqlarını) uçurumdan atırdılar. Platon «Respublika» əsərində yazırdı ki, təbabət yalnız bədəncə və ruhca sağlam olanlara qayğı göstərməlidir. Fiziki cəhətdən zəiflərin ölümünə mane olmaq lazım deyildir, qəlbi xəbis insanlar isə özləri özlərini məhv edirlər. Ümumiyyətlə, qədim Yunanıstanda 60 yaşa çatanların intihar etməsi əksər hallarda dəstəklənirdi. Hətta, stoisizm cərəyanına mənsub olan bir çox filosoflar həddən artıq zəif insanların və ağır xəstələrin onların razılığı olmadan öldürülməsinə bəraət qazandırırtdılar. Sokrat və Platon da hesab edirdilər ki, əgər insan öz xəstəliyi üzündən cəmiyyət üçün yükə çevrilibsə, intihar etmək onun borcudur. Aristotel və pifaqorçular isə ağır xəstələrin öldürülməsinin əleyhinə olmuşlar. Qeyd edək ki, Hippokrat andının əsasında da pifaqorçuların analoji ideyaları durur.

Erkən xristianlar İsa peyğəmbərin «Mənim İradəm ilə deyil, qoy sənin İradənlə olsun» nəsihətini rəhbər tutaraq intiharı pisləyir, onu qorxaqlıq, mənfur zəifliyin təzahürü hesab edir və bu hərəkəti qəhrəmanlıq kimi qiymətləndirənləri lənətləyirdilər. Akvinalı Foma (1225-1274) isə intiharı hər şeyə həyat vermiş Allahın iradəsinə qarşı çıxmaq sayırdı.

İntibah və Maarifçilik dövrünün mütəfəkkirləri intihar məsələsinə başqa etik prizmadan yanaşırdılar. İlk əvvəllər onlar intiharı və evtanazıyanı qəti inkar etmirdilər. Onların fikrincə, intihar bağışlanmaz günah deyildir, çünki qəlbin, taleyin əbədiyyəti Allaha məxsusdur, deməli, intihara yalnız Allah məhkum edə bilər. Sonralar məsələ, ingilis şairi, həmçinin, ingilis kilsəsinin yüksək ruhani şəxsiyyətlərindən biri Con Donn hesab edirdi ki, intihar bəzən nə təbii qanunu, nə insan zəkasını, nə Müqəddəs yazının normalarını, nə də Allahın insan həyatı üzərində hökmünün ali prinsiplərini pozmur.

Bu baxımdan bir daha F.Bekonun ideyalarına qayıtmaq yerinə düşərdi. O, sağalmaz, can üstündə olan xəstələrə aid etik məsələləri müzakirə edərkən göstərirdi ki, həkimlər bəzi xəstəlikləri sağalmaz adlandırmaqla, onlara mübtəla olmuş xəstələri ədalətsiz ölümə təhrik edirlər. Lakin həyatda çox

hallar olur ki, belə xəstələr həkimdən asılı olmayaraq sağalırlar. Deməli, həmin xəstəliklərin sağalmaz elan edilməsi biganəliyə və soyuq münasibətə rəvac verir. Buna görə də onun fikrincə, təbabət sağalmaz hesab olunan xəstələrə və can verməkdə olanlara münasibətdə də kömək yolunu tutmalıdır. Ondan ötrü həkimlər özlərinin borc və humanist hisslərinə uyğun olaraq təbabət sahəsində biliklərini artırmalı, öz səylərini hələ nəfəsi sönməmiş insanın həyatı tərk etməsini yüngülləşdirməyə yönəltməlidirlər. Həkimlərin belə xəstələrə münasibətdə peşə borcu can verən xəstələrin əzablarını yüngülləşdirmək mənasında başa düşülən evtanaziyadır. F.Bekonun əqidəsinə, həkimin borcu təkcə sağlamlığı bərpa etmək deyil, habelə, xəstəlikdən irəli gələn iztirab və əziyyəti yüngülləşdirməkdir. Özü də həkim xəstəni xilas etmək üçün heç bir ümid yeri qalmayanda ölümü rahat etməyə çalışmalıdır, çünki belə evtanaziyanın özü də az xoşbəxtlik deyildir.

XIX əsrin 20-ci illərində Almaniyada nüfuzlu tibb jurnallarından birinin redaktoru X.Quferland (1762-1836) can üstə olan xəstələrə həqarətlə yanaşan həkimləri pisləyir, onları xəstənin son nəfəsinə kimi onun başı üstündə durmağa çağırırdı. Digər məşhur alman həkimi İ.Reylin (1759-1813) ölümündən sonra onun evtanaziya haqqında əsərləri çap olunmuşdur. Burada müəllif israr edir ki, həkimin borcu hər bir can verən xəstənin ölümünü yüngülləşdirməkdir. Ümumiyyətlə, F.Bekonun vaxtilə evtanaziya barədə söylədiyi ideyalar bütün XX əsr boyu etik normaya çevrilmişdir. Yalnız, təqribən yüz il bundan əvvəl, dinin dayaqlarının zəifləməsi və təkamül nəzəriyyəsinin geniş yayılması ilə əlaqədar olaraq ölümcül xəstənin çəkdiyi əzabların cəmiyyətə və ətrafdakılara heç bir fayda vermədiyindən, onun öz həyatına son qoymasının məqbul sayılması fikri qəti surətdə bərqərar oldu. Nəticədə öz həyatına son qoyan avtonom şəxsiyyətin hüquqları barədə təsəvvürlər geniş yayılmağa başladı. Həmin dövrdə İngiltərə və ABŞ-da həkimlərdən tələb olunurdu ki, sağalmaz hesab olunan xəstəliyə düzgün diaqnoz qoysunlar. Həmçinin, məsləhət bilinirdi ki, xəstənin əlinin

altında həmişə ağrını kəsən, həyata son qoyan xloform və morfi olmalıdır.

XX əsrin əvvəllərində məşhur rus həkimi A.F.Koni hesab edirdi ki, aşağıdakı şərtlər olduqda evtanaziyaya yol verilir: xəstənin şüurlu və ısrarlı təkidi olduqda; məlum vasitələrlə xəstənin əzablarını yüngülləşdirmək mümkün olmadıqda; həyatı xilas etməyin qeyri-mümkünlüyü barədə tutarlı sübutlar olduqda və həkimlər kollegiyasının yekdil rəyi olduqda. Onun fikrinə, bu işdə əvvəlcədən prokurorluğu da xəbərdar etmək vacibdir. Qeyd edək ki, bir müddət Rusiyada fəaliyyətdə olan bu hüquq sistemi 1922-ci il Qanunvericiliyi ilə öz qüvvəsini itirmişdir.

Evtanaziya prosedurunun həyata keçirilməsi bəzən dövlət siyasəti səviyyəsinə yüksəldilmişdir. Məsələn, Almaniyada XX əsrin 20-ci illərində hüquqşünas K.Bindinq və psixiatriya professoru A.Xoxe «yaşamağa layiq olmayan həyatların yaşamaq haqqı yoxdur» ideyasını irəli sürmüşlər. Bu ideyanı praktiki həyata keçirərək Hitler 1939-cu ildə Polşaya hücumdan bir az əvvəl monqoloid, hidrosefaliya və iflic xəstəliyinə düçar olmuş uşaqların siyahısını tutmaq barədə fərman vermişdi. Həmin uşaqlardan 5 mininə yüksək dozada fenobarbital vurulmuş və onlar evtanaziyaya məruz edilmişdilər. Sonrakı aylarda daha bir cinayətkar fərmana əsasən on minlərlə ağıl pozğunluğu olan yeniyetməni qaz kameralarında boğmuşdular.

Faşizm məhv edildikdən sonra Ümumdünya Tibb Assosiasiyası natamam, ağır xəstəliyi olan uşaqların zorakı öldürülməsini pisləmişdir.

Sonralar yeni tibbi texnologiyaların inkişafı ilə əlaqədar olaraq «ləyaqətli ölüm haqqını» dəstəkləyən hərəkətlərin meydana gəlməsi evtanaziya məsələsini yenidən mərkəzi problemə çevirdi. Hazırda bu termin ağır və sağalmaz xəstənin öz iradəsi, yaxud onun səlahiyyətli yaxın adamlarının iradəsinə əsasən ölümünü sürətləndirmək kimi başa düşülür.

Müasir dövrdə evtanaziya problemləri ətrafında geniş mübahisələr getməkdədir. Onlarda biotibbi etikanın şəxsiyyətin avtonomiyasına hörmət və **«ziyan yetirmə!»** prinsiplərindən

daha çox istifadə olunur. Başlıca məsələ bundan ibarətdir: pasiyentin avtonomiyasının həddləri nə qədər ola bilər və insanın belə bir ağır vaxtda seçimi nə dərəcədə dərk edilmiş hesab oluna bilər?

«**Ziyan yetirmə!**» prinsipindən meyar kimi istifadə olunması pasiyentə vurulan ziyanın son minimuma endirilməsi ilə bağlıdır. Çünki söhbət mümkün qədər az ziyan, az pislik etməkdən gedir. Qarşıda isə belə bir dilemma durur: ya ağır, dözülməz əzab içində olan həyatı uzatmaq, ya da onun ölümünü tezləşdirmək. Etik problemlər də həmin addımlardan hansının pasiyent üçün yaxşılıq olması ətrafında cərəyan edir.

«Evtanaziya» termini müxtəlif formalarda təzahür etdiyi üçün onun bir sıra detallarına toxunmaq lazım gəlir. İyirmi-otuz il bundan əvvəl tibbi ədəbiyyatda aktiv və passiv evtanaziya problemləri araşdırılırdı. Passiv evtanaziya həyatı saxlayan müalicədən imtina deməkdir. Belə halda müalicəyə heç başlanılmır, ya da o yarımçıq dayandırılır. Fəal evtanaziya isə pasiyentin həyatını bilərəkdən dayandırmaq üçün səmərə verən inyeksiya vasitəsindən istifadə etməklə müdaxilədir. Təbabətdə passiv evtanaziyadan istifadə zamanı həkimlərin belə bir məşhur ifadəsini eşitmək olur: «təbabət bu işdə gücsüzdür». Həkimin xəstəni ümitsiz olduğunu söyləməsi və onun evə aparılması barədə məsləhəti də bununla bağlıdır.

Müalicədən imtina etmək qərarının qəbul olunmasına əxlaqi baxımdan yanaşdıqda konkret şəraiti nəzərə almaq zəruridir. Söhbət daha çox, müalicəni başlamaq qərarının verildiyi vəziyyət ilə artıq başlanmış müalicəni dayandırmaq qərarına gəldiyi vəziyyət arasındakı fərqdən gedir. Birinci halda xilas etmək, yaxud ölümə imkan verməmək borcunun (bunu «**pozitiv əxlaqi borc**» adlandırırlar) pozulması qabardılır, ikinci halda isə («**neqativ əxlaqi borc**») öldürməmək ön plana çəkilir. İntuitiv baxımdan aydındır ki, ikinci borc birincidən güclüdür: insana yaxın adamını öldürməmək üçün çox da xüsusi səy göstərmək lazım gəlmir. Amma kimisə xilas etmək üçün insan öz imkanı daxilində bütün, hətta ağır cəhdlərdən belə istifadə edir.

Təsadüfi deyildir ki, müasir təbabətdə fəal evtanaziyaya qarşı əxlaqi xarakterli ciddi arqumentlər irəli sürülür. Bunun nəticəsidir ki, bir çox ölkələrdə evtanaziya qanunla qadağan olunmuşdur.

Evtanaziyaya diqqətlə nəzər saldıqda onun aşağıdakı üç fəal forması üzərində dayanmaq məqsədəuyğundur: xəstənin əzablarına son qoymaq naminə onun ölümünü sürətləndirmək; könüllü fəal evtanaziya və həkimin köməkliyi ilə intihar. Birinci halda pasiyent üçün üzücü olan həyat başqası tərəfindən, məsələn, həkim tərəfindən dayandırılır. Özü də belə vəziyyətdə razılıq mənasını itirir, çünki xəstə elə vəziyyətdə olur ki, onun razılıq verməyə halı qalmır. İkinci və üçüncü hallarda isə əksinə, pasiyentin razılığı olur. Bu iki forma arasındakı fərq bundadır ki, ikinci halda həkim xəstənin xahişi ilə ona letal inyeksiya (ölümə səbəb olan iynə) vurur, halbuki, üçüncü halda həkim pasiyentin əlinə özünü intihar etmək üçün vasitə verir. Mətbuatda adı tez-tez «öldürən həkim» kimi çəkilən amerika həkimi Cek Gevorkyan elə bir qurğu yaratmışdır ki, yalnız pasiyent özü onu hərəkətə gətirəndə ölüm baş verir. Ona görə də hakimiyyət onu heç cür məhkəmə məsuliyyətinə cəlb edə bilmir. Bu minvalla həmin «ölüm həkimi» onlarla insanın həyatına son qoymuşdur.

Hollandiyada 90-cı illərin əvvəllərində fəal evtanaziya qanuniləşdirilmiş və bu günə kimi həmin ölkədə bu yolla 16 mindən çox canvermə prosesində əzab çəkən pasiyentin həyatına son qoyulmuşdur. Bir çox ölkələrdə fəal evtanaziyayı tətbiq etməyə çağıran hərəkətlərin genişlənməsinə baxmayaraq o, hələlik qanunvericiliklə təsbit olunmamışdır. ABŞ-ın bir çox ştatlarında bu barədə kəskin fikirlər söylənməsinə baxmayaraq yalnız, Oreqon ştatında belə qanun qəbul edilmişdir. Burada 1998-ci ildə cəmi bir evtanaziya həyata keçirilmişdir. Ümumiyyətlə isə Amerika Tibb Assosiasiyası «həkimlər cəllad olmamalıdır» devizi altında həkimin xəstənin intiharında iştirakını qadağan edir.

Bizim ölkəmizdə tibbi fəaliyyətdə evtanaziyaya qadağa qoyulmuşdur. Belə ki, «Əhalinin sağlamlığının qorunması

haqqında» Azərbaycan Respublikasının qanununun (1997) VI fəslində («Vətəndaşlara Tibbi sosial yardımın həyata keçirilməsinə zəmanətlər»), 38-ci maddədə («Evtanaziyanın qadağan olunması») bu məsələ aşağıdakı kimi vurğulanmışdır:

«Evtanaziya, yeni xəstənin xahişi ilə onun ölümünü hər hansı vasitə, yaxud hərəkətlə tezləşdirmək, həyatın davam etməsinə kömək edən süni tədbirlərin dayandırılması qadağandır.

Xəstəni bilərəkdən evtanaziya meyl etdirən və ya evtanaziya edən şəxs qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyır».

Bəs evtanaziya həkimlərin münasibəti necədir? Bu suala cavab verilməsi baxımından Moskva həkimləri arasında aparılmış sosioloji sorğunun nəticələri səciyyəvidir. Sorğu belə bir meylli aşkar etmişdir: gənc həkimlər yaşlı nəsildən daha çox müstəsna hallarda evtanaziyanı vacib sayırlar. Bu onu göstərir ki, gələcəkdə evtanaziyanın aktiv formasına meyl arta bilər.

Evtanaziyanın əleyhinə və lehinə olanlar müvafiq arqumentlərlə çıxış edirlər. Onun tərəfdarlarının əsas mülahizələri aşağıdakılardır:

1. İnsana öz həyatını davam etdirmək, yaxud dayandırmaq hüququ verilməlidir. Bu dəlilin zəifliyi ondadır ki, evtanaziyanın həyata keçirilməsində bu və ya digər dərəcədə həkim də iştirak edir və deməli, onun da müəyyən seçim hüququ var, həm də nəzərdə tutulmalıdır ki, bu halda həkim çox ağır əxlaqi-psixoloji vəziyyətlə üzləşməli olur.
2. İnsan amansız və qeyri-humanist müalicədən müdafiə olunmalıdır. Əgər pasiyent evtanaziya vəziyyətinə düşsə, onda belə düşünməyə əsas vardır ki, bunun səbəbi pasiyentin öz vəziyyəti ilə yanaşı, həm də klinikanın şəraiti və onun personalının iş metodu ilə bağlıdır.
3. İnsanın alturist olmaq haqqı vardır. Məsələ burasındadır ki, xəstənin əzabları onun yaxınlarını, ümumiyyətlə, onun yatağı yanında qulluğunu çəkənlərin hamısını də-

rin hisslər keçirməyə və emosional sarsıntıya məruz qoyur. Nəhayət, vəziyyətinin ümitsizliyini başa düşən xəstə çox vaxt istəyir ki, onun müalicəsi üçün sərf olunan səylər və vəsaitlər başqa xəstələrə, yeni əsl ehtiyacı olanlara işlədilsin.

4. «İqtisadi argument». Bəzən belə bir mülahizə də səslənir ki, ölümə məhkum olunmuş xəstələrin müalicəsinə və saxlanmasına çoxlu vəsait tələb olunur. Buna görə də əgər evtanaziya qanuniləşərsə, həmin vəsaitdən daha rəşional istifadə ilə bağlı məsələlər asan həll edilər. Lakin əxlaqi problemlərin müzakirəsində iqtisadi mülahizələrin heç də həmişə üstünlük təşkil etmədiyini nəzərə alaraq deyə bilərik ki, belə argument öz təhlükəliliyinə görə vaxtilə faşistlərin həyata keçirdiyi insanlıqdan uzaq eksperimentləri xatırladır. Onlar da belə üsullarla «milləti sağlamaşdırmaq» naminə qeyri-insani tədbirlər görürdülər. Onu da qeyd edək ki, hesablamalara görə fəal evtanaziyanın tətbiqi nəticəsində cüzi və rəşional istifadə üçün tələb olunandan çox az maddi vəsait əldə olunur.

İndi də fəal evtanaziyanın əleyhdarlarının gətirdikləri argumentlərə diqqət yetirək:

1. Fəal evtanaziya ən qiymətli dəyər olan insan həyatına qəsdədir. Bütün dinlər, o cümlədən İslam insan həyatını müqəddəs sayır. Buna görə də intihar və evtanaziya Allahın iradəsinə qarşı çıxmaq deməkdir. Ümumiyyətlə, insan həyatı ən ülvə dəyər kimi mədəniyyətin əli problemi olmuş və olmaqda davam edir. Buna görə də insan həyatını məhv etməklə bağlı hər hansı bir praktikanın leqallaşdırılması, bəşəriyyətin normativ dəyər sistemini dərin sarsıntıya məruz qoyan tədbir hesab olunmalıdır.
2. Həkimin diaqnozu və proqnozunda səhv mümkün ola bilər. Deməli, evtanaziyanın tətbiqinə bəraət qazandırmaq olmaz. Qeyd edək ki, bu dəlil inandırıcı təsir bağışlayır. Odur ki, fəal evtanaziya əl atıldığı hər bir halda əvvəlki diaqnoz və proqnozlar müstəqil mütəxəss-

sislər tərəfindən bir daha yoxlanılmalı və təsdiq olunmalıdır.

3. Yeni dərmanların və müalicə vasitələrinin meydana gəlməsi imkanı daim mövcuddur. Əlbəttə, belə vasitələrin əldə edilməsi bir növ möcüzəyə bənzəyir. Lakin ölümcül xəstə yatan insanı möcüzəyə inandırmağın özü də müəyyən mənada əxlaqi hərəkətdir. Bu arqumentin tutarlılığı bundadır ki, sağalmaz xəstələr bəzi hallarda son anda «qeyri-ənənəvi» təbabətə müraciət edərək şəfa tapa bilirlər.

4. Ağrını kəsən səmərəli vasitələr mövcuddur. Belə vasitələrin tətbiqi bəzi pasiyentlərin səhhətinə müsbət təsir göstərir. Lakin nəzərdə tutulmalıdır ki, həmin dərmanlar ən yaxşı halda fiziki ağrını kəsir, ömürlük yatağa bağlanmış pasiyenti əzablı vəziyyətdən xilas edə bilmir.

5. Tibb personalının riskdən sui-istifadə etməsi mümkündür. Bu mövqeyin tərəfdarlarının fikrincə, evtanaziya qanuniləşərsə, onda həkimlər eksperiment və yeni bilik toplamaq naminə tez-tez xəstələr üzərində müxtəlif metodlar tətbiq edəcəklər. Qeyd edək ki, problemlə bağlı mübahisələrdə bu ideya geniş səslənir.

6. «Maili müstəvi» arqumenti də götürülür. Bu, mahiyyətə əvvəlki arqumentə müəyyən qədər yaxındır. Bir halda ki, evtanaziya qanuniləşdirilir, onda qanunda həmin metodu tətbiq edərkən sərt tələblər irəli sürülməlidir. Lakin bu real praktikada daim qanuni tələblərin «son həddi» vəziyyətinin yaranması ilə müşayiət olunacaqdır. Nəticədə qanundan xırda yayınmalar tədricən toplanaraq nəzarət olunmayan proseslərin baş verməsinə gətirib çıxaracaqdır, çünki evtanaziya təkcə mərhəmət naminə deyil, həm də başqa səbəblər xatirinə həkimin və ya xəstənin qohumlarının maddi mülahizələri, mərhumun var-dövlətinə yiyələnmək istəyi və s. məqsədilə ediləcəkdir.

Evtanaziyanın Azərbaycanda tətbiqi ilə bağlı məsələyə gəlinə, göstərməlidir ki, indiki şəraitdə burada fəal evtanazi-

yanın leqallaşmasını çətinləşdirən aşağıdakı amil də nəzərə alınmalıdır. Bildiyimiz kimi, fəal evtanaziya tərəfdarları israr edirlər ki, pasiyentin iradə azadlığının reallaşması onun dərk olunmuş və məlumatlandırılmış seçimidir. Belə seçim isə mütləq pasiyentdə xəstəliyin diaqnozu və faciəvi proqnozu haqqında dəqiq obyektiv informasiyanın olduğu halda mümkündür. Lakin bugünkü səhiyyəmizdə «müqəddəs yalan» prinsipi, yəni xəstədən informasiyanı gizlətmək «humanizmi» hələ də davam etməkdədir. Bu isə o deməkdir ki, evtanaziya məsələsində bizim pasiyentlərin azad seçim imkanı hələlik yoxdur.

QİÇS (SPİD): ƏXLAQİ ETİK PROBLEMLƏR

§ 1. «QİÇS QORXUSU» VƏ TƏBABƏT ETİKASININ TƏLƏBLƏRİ

Müasir təbabətə məlum olan minlərlə xəstəliklər içərisində öz parametrlərinə görə QİÇS – (Qazanılmış immun defisit sindromu), AIDS – (Acquired Immune Deficiency Syndrome) xeyli dərəcədə seçilir. Bu xəstəlik ilk dəfə olaraq 1981-ci ildə ABŞ-da identifikasiya edilmişdir. Lakin mətbuatda həmin xəstəliyin daha əvvəl meydana gəlməsi barədə məlumatlar verilir. 1983-cü ildə fransalı L.Montanye və amerikalı R.Qallo bir-birindən asılı olmayaraq QİÇS-i törədən virusu aşkar etmişlər. Onlar xeyli mübahisə etdikdən sonra belə qərara gəlmişlər ki, virusa bütün dünyada «insanın immunodefisit virusu (İİDV)» adı verilsin.

Xəstəliyin epidemiya kimi yayılma xarakteri və 80-ci illərin əvvəllərində ölüm hallarının çoxalması Qərb ölkələrində, xüsusilə, ABŞ-da böyük vahiməyə səbəb oldu. Sonralar bir-birilə qarşılıqlı əlaqədə olan üç epidemiya barədə söhbətlər başlandı: İİV-infeksiya (bir qayda olaraq bir neçə il ərzində İİV infeksiyasına yoluxmuş şəxslər praktiki sağlam olsalar da onlar həmin müddətdə başqaları üçün bu xəstəliyin viruslarının daşıyıcısı hesab edilir); QİÇS-in özü və QİÇS-ə qarşı cəmiyyətin getdikcə artmaqda olan reaksiyası.

80-ci illərin ortalarında təkcə bizim ölkəmizdə deyil, demək olar ki, dünyanın hər yerində QİÇS probleminin həllinin vacibliyi kifayət qədər qiymətləndirilməmişdir. Sonralar Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) keçmiş baş direktoru Maler də etiraf etmişdi ki, həmin təşkilat QİÇS epidemiyasının əhəmiyyətinin miqyasını gec başa düşmüşdür.

Keçmiş SSRİ ərazisində QİÇS-ə tutulmuş ilk xarici vətəndaş 1985-ci ildə, bu xəstəliyə yoluxmuş ilk yerli sakin isə 1987-ci ilin martında aşkar edilmişdir. Statistikaya görə Rusiyada İİV yayılması 1996-cı ildən başlayaraq daha qorxulu şəkil almışdır.

Əgər 1987-ci ilin martından 1996-cı ilin əvvəlinədək İİV infeksiyasına yoluxmuş 1062 nəfər aşkar edilmişdirsə, yalnız 1996-cı il ərzində onların sayı 1535 nəfər olmuşdur. 1997-ci ilin 5 ayı ərzində isə bu rəqəm 2 minə yaxın idi. Bəzi hesablamalara görə, 1997-ci ilin sonunda QİÇS-in qeydə alınma hallarının sayı 10 minə, yoluxanların real sayı isə 100 minə çatdı. 1998-ci ildə artıq bu virusa yoluxanların sayı yarım milyona yaxın idi.

İİV infeksiyası ilə bağlı əxlaqi-etik məsələlərin aktuallığını aşağıdakı amillərlə izah etmək olar:

- QİÇS yüksək dərəcədə ölüm halları törədir.
- İİV infeksiyası artıq panepidemiya çevrilmişdir, yeni o coğrafi, dövlət və mədəni sərhədləri aşıb keçmiş və qarşısı alınmaz olmuşdur.
- QİÇS-in etnologiyası bir çox hallarda insanların həyatının ən intim sahələrində, seksual münasibətlərdə, eləcə də insanın deviant (yayınma) hərəkətində narkotiklərə aludə olmaq cəhdləri ilə bağlıdır.
- İnsanların bu sağalmaz xəstəlik qarşısında keçirdiyi qorxu çoxlarının QİÇS-ə münasibətdə qeyri-adekvat davranışının mənbəyinə çevrilir ki, bu da öz növbəsində kütləvi şüurda QİÇS fenomeni ilə bağlı qorxunu daha da genişləndirir.
- İİV infeksiyasına yoluxanların və QİÇS xəstəliyinə tutulmuş adamların müalicə xərcləri çox baha olduğundan, insanları sosial ədalət, səhiyyənin vəsaitlərin optimai bölüşdürülməsi kimi mövzulara yenidən müraciət etməyə vadar edir. Belə ki, həmin vəsaitlərin paylaşdırılması nəinki tək-cə kasıb dövlətlərdə, hətta varlı ölkələrdə də problemə çevrilmişdir.
- Praktiki olaraq müasir təbabət etikasının bütün mühüm problemləri İİV-ə və QİÇS xəstəliyinə yoluxan adamların vəziyyətinin təhlilini daha konkret istiqamətlərdə aparmağı tələb edir.

Göründüyü kimi QİÇS qorxusu hazırda dünya üzrə ciddi sosial-psixoloji fenomenə çevrilmişdir. Onu təhlükəli edən bir amil də budur ki, QİÇS zamanı baş verən letallıq vəba və qara

çiçək xəstəliklərindən daha yüksək olur. İnsanların QİÇS-ə olan labüd reaksiyası hər şeydən əvvəl, qorxu hissində öz ifadəsini tapır. Həmin qorxunu yaradan amillər virusdan yoluxma, təbabətin və cəmiyyətin bu sahədə gücsüzlüyüdür. Bədbəxtlikdən QİÇS qorxusunun yaratdığı paradoksal təzahürlərdən biri də insanların təhtəşüurunda qorxunu «unutmaq», ondan üz döndərmək hallarıdır. Buraya ayrı-ayrı adamlarda yüksək məsuliyyət hissini zəifliyi ilə yanaşı bəzi dövlət orqanlarının həmin xəstəliyə etinasız münasibəti də əlavə olunmalıdır.

İİV-yə yoluxanların şüurunda ilk növbədə ayrı-seçkilik və bu xəstəliyin damğasını daşımaq sosial qorxusu yaranır. Məlum olduğu kimi, əvvəllər QİÇS əsasən «marginal sosial qruplar» - homoseksuallar, narkomanlar, fahişələr arasında yayılmışdı. Bəzi əxlaq keşikçiləri qeyd edirlər ki, QİÇS homoseksualizmə, idman seksinə və seksturizmə görə «Allahın cəzası»dır. Cəmiyyətin həmin marginal qruplara neqativ münasibəti QİÇS xəstəliyi və ona düçar olmağın damğasını daşımaq qarşısında qorxu hissini daha da artırır.

QİÇS-i öz təhlükəlilik dərəcəsinə görə yalnız xərçəng xəstəliyi ilə müqayisə etmək mümkündür. Məlum olduğu kimi, xərçəng xəstəliyi istər kütləvi şüurda, istərsə adi insan tərəfindən ölüm hökmü kimi qəbul olunur. Onun diaqnozunu daşımaq hissi insanı psixi cəhətdən daha çox qorxudur. Eləcə də QİÇS xəstəliyinə tutulanlar həm ölüm, həm də damğanı daşımaq qarşısında güclü qorxu hissi keçirirlər. Çünki bunların hər ikisi cəmiyyətdə əxlaqi baxımdan neqativ reaksiya yaradır.

Son illərdə xarici ölkələrin və yerli kütləvi informasiya vasitələrində QİÇS xəstələrinə zorakı münasibət, onların öz doğma yerlərindən qovulması, onların ətrafında «emosional veto» səddi çəkmək barədə məlumatlara geniş yer verilir. Belə ki, Buenos-Ayresdə QİÇS xəstələrini zəncirdə saxlayır, ABŞ-da şəhərlərdən birində isə qonşular QİÇS-ə yoluxmuş üç uşağın qaldığı evi yandırmışlar. Rusiya qəzetlərində də belə bir məlumat getmişdir ki, Elista şəhərində QİÇS xəstəliyi aşkar olunduğuna görə bu şəhərdən Volqaqrada gedən avtobusları daşa basmışlar. Göründüyü kimi İİV yoluxma və QİÇS xəstəliyi

ilə bağlı hallarla toqquşarkən, həkimlər təkcə klinik realılıqla deyil, habelə xürafatla, miflərlə və əhalinin xeyli hissəsinin savadsızlığı ilə üzləşməli olurlar. Bu isə həkimdən yüksək dərəcədə cəsarətli olmağı tələb edir.

Əslində isə beynəlxalq hüquq normaları hər cür ayrışeçkiliyə (o cümlədən QİÇS məsələsində) yol verilməməsinə nəzərdə tutur. Bununla əlaqədar Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının Cenevrə Bəyannaməsinin prinsiplərini nümunə gətirmək olar. Burada deyilir: «Mən özümlə pasiyentim arasında heç bir cinsi, dini, etnik, milli, yaxud irqi mülahizələrin olmasına imkan vermərəm».

Yuxarıda adı çəkilən marginal qrupların İİV-yə yoluxmasına münasibətdə həkimlər «**yaxşılıq et!**» prinsipini və mərhəmət hissini əldə rəhbər tutmalıdırlar. Bioetikanın belə bir prinsipini də qeyd etmək yerinə düşər ki, həkim, şəfqət bacısı, tibb psixoloqu pasiyentə öz dünyagörüşünü, dini və psixoloji baxışlarını zorla qəbul etdirməməlidirlər. Pasiyentin avtonomiyasına hörmət, həmçinin onun dəyərlər sisteminə və fərdi xüsusiyyətlərinə hörmət deməkdir.

1985-ci ildə Niderlandda narkomanlar üçün istifadə olunmuş şprislər pulsuz olaraq steril şprislərlə əvəz olunmuşdur. Burada epidemioloji tədbirlərlə yanaşı belə xəstələrə qarşı ayrışeçkilik göstərməmək də tövsiyə edilirdi. Onu da qeyd edək ki, narkoman fahişələrə pulsuz şpris verilməsi ciddi tənqiddə məruz qalmışdı. Həmin tədbir İİV-yə yoluxmanın və narkomanlığın geniş yayıldığı Rusiyanın bir sıra şəhərlərində də həyata keçirilir. Mətbuatdan məlum olur ki, görülməli tədbirlər öz pozitiv nəticələrini verməkdədir.

Nüfuzlu beynəlxalq tibbi təşkilatların bütün bəyannamələrində İİV-yə yoluxanlara, QİÇS xəstələrinə, bununla bağlı digər «risk qruplarına» qarşı ayrışeçkilik münasibəti qətiyyətlə pislənir. Həmin rəsmi sənədlərdə, eləcə də QİÇS xəstələrinə qayğı göstərməyin vacibliyi də xüsusilə qeyd olunur. Bu gün dünyanın bütün mədəni və intellektual dairələrində hamı başa düşür ki, İİV-yə yoluxanlara və QİÇS xəstələrinə qarşı ayrışeçkilik münasibəti insan hüquqlarını pozmaqla yanaşı, həm də

səhiyyəni nüfuzdan salan hərəkətdir. Çoxları dərk edir ki, belə ayrışkıllıq münasibəti adı çəkilən xəstələrdə kin, küdurət və intiqam hissini artırır, onlarda xəstəliyi yaymaq meylini gücləndirir.

Həkimlərin və digər tibb peşələri nümayəndələrinin İİV-yə yoluxmuşlara və QİÇS xəstələrinə yardım göstərməkdən imtina etməsi ən gərgin etik problemdir. Hələ 90-cı illərin əvvəlində ABŞ-da aparılmış tədqiqatlar göstərdi ki, həkimlər bu qəbildən olan xəstələrə yardımdan imtina edərkən, kifayət qədər professional hazırlığa malik olmadıqlarını və yoluxmaqdan qorxduqlarını əsas gətirirlər. Bu məsələdə həm də onların homoseksualistlərə, narkomanlara və yüksək risk qruplarının nümayəndələrinə nifrət bəsləyənləri qorxutmaq ehtimalı əhəmiyyətli yer tutur.

«Московский комсомолец» qəzetinin müxbiri maraqlı bir eksperiment aparmışdır: o özünü QİÇS-ə tutulmuş xəstə kimi təqdim etmiş, kimyəvi təmizləmə, bərbərxana işçilərinə və nəhayət, diş poliklinikası əməkdaşlarına ona xidmət göstərməyi xahiş etdikdə, hamısından rədd cavabı almışdır. Halbuki, belə rədd cavabı nəinki etikanın, ümumiyyətlə, mövcud qanunların tələblərinə ziddir. Çünki mövcud qanunvericilikdə göstərilir ki, bütün tibb müəssisələrində İİV-yə yoluxmuş xəstələrə ümumi əsaslarla tibbi yardım edilməlidir. Professional etikada başqa bir kobud səhv bu tipli xəstələrin diaqnozunu açıqlamaqdır.

Praktika göstərir ki, tibb işçilərinin etikaya belə zidd hərəkətləri ayrışkıllıq meyillərini qızıdır. Yuxarıda adı çəkilən Elista şəhərində (keçmiş SSRİ-də QİÇS infeksiyası ilk dəfə məhz bu şəhərdə aşkar edilmişdir) bir ailədə uşağın QİÇS-dən ölməsi faktı bir neçə aydan sonra məlum olmuşdur. Həm həkimlər, həm də tədqiqatda iştirak edənlər bundan çox gec xəbər tutmuşlar. Nəticədə sirrin açılması ailəyə çox baha başa gəlmiş, o, əsl ostrakizmə məruz qalmışdır. Uşağın atası gizlənməyə məcbur olmuş, anasının isə xəstəliyi daha da sürətlənmiş və o, vəfat etmişdir.

Beləliklə, həkimlərin sirri açması əslində cəmiyyətdə hökm sürən QİÇS qorxusunun başqa bir təzahürünə çevrilir. O,

həkimlik sirrinə nihilist münasibətin yaranması, tibbi informasiyanın yayılması üçün münbit zəmin rolunu oynamışdır. Lakin qanunvericilikdə infeksiyanın yayılması təhlükəsi olduğu təqdirdə pasiyentin vəziyyəti barədə informasiya vermək qadağan olunmur.

Göründüyü kimi bəzi hallarda təbabət etikasından çıxış edərək pasiyentin maraqları ilə ictimai maraqlar arasında kompromis qərar qəbul etmək lazım gəlir. Bu, həkimin qarşısında qoyulan heç də sadə olmayan əxlaq problemlərindən biridir.

Skrining – sürətli təsir göstərən testlərin köməkliyi ilə müəyyənləşdirilmiş xəstəliyin tezliyini aşkarlamaqdır. Bir qayda olaraq, skrininq bütünlükdə populyasiya, yaxud populyasiya daxilində ayrı-ayrı qruplar çərçivəsində planlı testləşdirməni nəzərdə tutur. Hələ 1985-ci ildən insanda İİV-yə meyilli anticisimlərin olduğunu aşkarlayan seroloji test məlum idi. Kütləvi testləşdirmə və skrininqdə daha çox immunoferment təhlil metodlarından istifadə olunur. Lakin bu metodların həm müsbət, həm də mənfi nəticələri çox vaxt aldadıcı xarakter daşıyır.

Həmin testlər əsas etibarilə donor qanını tədqiq etmək məqsədilə işlənib hazırlanmışdır və buna görə də çox həssasdırlar. Onların həyata keçirilməsində ehtimali səhv mənfidən daha çox müsbət tərəfə istiqamətlənir. Testləşmənin nəticəsi müsbət olduqda donor qanı hökmən məhv edilməlidir. Donorun özünə gəldikdə isə onun üzərində nəzarət testi keçirilir. Testləşdirmənin yalan mənfi nəticələri hər şeydən əvvəl, İİV infeksiyasının inkubasiya dövrünün 1-3 ay olmasından (orta hesabla 6 həftə) asılıdır. Həmin müddət ərzində insan artıq virus daşıyıcısına çevrilir. Lakin İİV-yə meyilli anticisimləri bildirən test bunu aşkarlaya bilmir. Bəzən bu «görünməz mərhələ» (bunu həm də «virusun sirkulyasiyasının gizli dövrü» adlandırırlar) üç il davam edə bilər. Buradan görünür ki, əhəlinin hamısını İİV skrininqinə məruz qoymaq o qədər də səmərə vermir. Təcrübə göstərir ki, İİV-nin az yayıldığı yerdə tədqiqat və müayinə əsl müsbət nəticələrdən daha çox, yalan müsbət nəticələr verir. Bunu nəzərə almaq lazımdır ki, güclü streslər

yanlış, seropozitivlər yatropsixogenlərə (özünə məxsus nevrozlar), cəmiyyətdə QİÇS qorxusu ovqatına, ünsiyyətdə münasibətlərə, nəhayət, vəsaitlərin mənasız israfına gətirib çıxarır.

Həmişə İİV-yə meyilli anticişimlərin olmasını aşkarlayan testi keçmək imkanı verilməlidir. Müasir cəmiyyətdə testləşdirmə könüllü və məcburi ola bilər. Könüllü anonim testləşdirmə zamanı pasiyent nömrə ilə qeydə alınır. Belə halda demografik informasiyanı (yaş, cins) göstərməyə icazə verilir, lakin sənəddə müayinə olunanın nə adı, nə də soyadı göstərilir. Könüllü gizli testləşdirmədə pasiyentin şəxsiyyəti barədə məlumatlar öz əksini tibbi sənədlərdə tapır, lakin bununla belə pasiyentə informasiyanı bildirməmək təminatı verilir.

İİV üçün testləşdirmədə pasiyentə həm testləşdirmədən əvvəl, həm də onun keçirilməsindən sonra hökmən müvafiq məsləhət verilməlidir. Nəzərdə tutmaq lazımdır ki, pasiyentə adekvat məlumat vermək bəzən ən yaxşı psixoterapiyaya çevrilir. Hər bir pasiyentin fərdi, psixoloji xarakteristikalarından asılı olaraq onu məlumatlandırmaq lazımdır. Tibb ədəbiyyatında İİV-yə yoluxmuş tərəfdaşla müntəzəm cinsi əlaqə prosesində uzun illər ərzində yoluxmanın baş verməməsi halları barədə dəfələrlə məlumat verilmişdir.

Həkimlik etikasına tələb edir ki, pasiyentlərə son məlumat yalnız testləşdirmənin müsbət nəticələri tam təsdiq olunduqdan sonra verilsin. Bu ona görə edilir ki, 1991-ci ildə Riqada olmuş faciəli hadisə bir daha baş verməsin: ər və arvad testləşdirmənin müsbət nəticəsini biləndən sonra intihar etmişlər, halbuki, ölümdən sonra müayinə nəticəsində İİV ilə yoluxma faktı aşkar olunmamışdır.

İİV-ni aşkar etmək məqsədilə məcburi testləşdirmə və skrining aparılması çox böyük mübahisələr doğurmuşdur. Bir çox ölkələrdə qanda, spermada, digər donor orqanları və liflərində İİV aşkar etmək üçün məcburi skrininglər keçirilir. Məsələn, ABŞ-da 1985-ci ildən orduda məcburi testləşdirmə tətbiq olunur. 1997-ci ildən isə Nyu-York ştatında İİV aşkar edib, müəyyənləşdirmək məqsədilə yenicə doğulmuş körpələri də yoxlayırlar. Bütövlükdə, ABŞ-da İİV yoxlamaq məqsədilə

məcburi testləşdirmə ilə bağlı çoxlu sayda qanunlar qəbul edilmişdir.

Yaponiyada 1994-cü ildə Əmək Nazirliyi tərəfindən iş verənlərə tövsiyə olunmuşdur ki, işə qəbul edərkən məcburi testləşdirmədən imtina etsinlər. Buna baxmayaraq, vətəndaşlar qanunvericiliyi İİV-nin infeksiyasının və QİÇS-in olmadığı barədə sertifikatı tələb edən ölkələrə gedərkən məcburi testləşdirmədən keçməlidirlər. Testləşdirmənin nəticəsindən asılı olaraq onlar hətta xaricə də buraxılır, lakin şirkətlər ölkə daxilində onun iş yerinin saxlanmasına təminat verir.

Bir çox xarici mütəxəssislər hesab edirlər ki, İİV məqsədilə məcburi testləşdirmə nəinki insan hüquqlarını pozur, habelə epidemiyanın yayılması yolunda o qədər də səmərə verməyən tədbirdir. Buna görə də ondan kifayət qədər məhdud şəkildə istifadə olunmalıdır. YTT də məcburi testləşdirmə praktikasını dəstəkləmir.

Keçmiş Sovetlər İttifaqında məcburi testləşdirmə 1985-ci ildən tətbiq edilir. 1987-ci ildə SSRİ Ali Sovetinin müvafiq fərmalarına əsasən başqasını QİÇS xəstəliyinə bilərəkdən məruz qoyan şəxs 5 il müddətinə azadlıqdan məhrum olunurdu. Belə xəstəliklərlə əsl mübarizə nümunəsini həkimlər həyata keçirirlər. Epidemioloq, klinik həkimlərin təşəbbüsü ilə 1987-ci ildə Ümumittifaq radiosu ilə Moskvada QİÇS-i yoxlamaq üzrə anonim kabinet açılması elan edilmişdir. Bir neçə gündən sonra fəaliyyətə başlamış kabinet ayda minə yaxın adam qəbul edirdi. Lakin Rusiya Federasiyasında Səhiyyə üçün bir test bir dollara başa gəlir. Deməli, az səmərəli olan bu tədbirə kifayət qədər vəsait ayırmaq o qədər də məqsədəuyğun deyildir.

Qeyd edək ki, dünya ölkələrinin əksəriyyətində QİÇS-lə mübarizə strategiyası tamamilə başqadır: burada əhali maarifləndirilir, ayrı-ayrı sosial qruplara təhlükəsiz davranış formaları öyrədilir, öz sağlamlığı ilə bağlı narahatçılıq keçirənlər İİV məqsədilə könüllü testləşdirmənin zəruriliyinə inandırılır. Bu qəbildən olan tədbirlər həmin ölkələrdə QİÇS-lə mübarizədə səmərəli rol oynayır.

Əlbəttə, deyilənlər əhalinin müəyyən qrupları üçün məcburi İİV testləşdirilməsinin əhəmiyyətini istisna etmir.

Bununla bağlı epidemioloji müayinə metodunun tətbiqi təqdirəlayiq tədbirdir. Epidemioloji müayinə hər bir konkret halda infeksiyaya yoluxma mənbəyini aşkarlamaq, mümkün qədər infeksiyanın ötürücü «zəncirləri»ni bərpa etmək məqsədi güdür. Eyni zamanda infeksiyanın yayılmasının profilaktikası üzrə tədbirlər görməyi nəzərdə tutur. Halbuki İİV infeksiyasını aşkar etmək işinin könüllü testləşdirmə əsasında görüldüyü ölkələrdə bir çox çətinliklər qarşıya çıxır.

90-cı illərin əvvəllərində mütəxəssis həkimlərin ictimai hərəkətlərdə iştirak edən nümayəndələrinin əksəriyyəti məcburi müayinəyə əsaslanan strategiyanın məhdudluğunu dərk etdilər. Bu vaxtdan könüllü testləşdirmə prinsipinə diqqət artırmağa başladı. Bunun səbəbi heç də «sivilizasiyalı ölkələrdə bu yolun qəbul olunması» deyildir. Məsələ bundadır ki, bu metod həm pasiyentlər, həm də həkimlər üçün cəlbedicidir. Odur ki, 1995-ci ildə Rusiyada qanunvericilik əsasında məcburi müayinədən imtina edilmiş, İİV və QİÇS-i aşkar etmək məqsədilə müayinənin könüllü, hətta əgər pasiyent arzu edərsə, anonim keçirilməsinə üstünlük verilmişdir. Məcburi QİÇS testləşdirməsinə yalnız qan, bioloji məhlullar, orqanlar və liflər verən donorlar, həmçinin, ayrı-ayrı peşə nümayəndələri məruz qalırlar.

QİÇS-in yoluxması yolları da diqqət mərkəzində duran məsələlərdəndir. ÜST-nin məlumatına görə 80-90-cı illərin ayrıcında bu xəstəliyə tutulanların 70-80 faizi cinsi əlaqə yolu ilə, 10-20 faizi analarının narkotik maddələr qəbul etməsindən, 3-5 faizi qan köçürülməsi və 0,001 faizi isə tibbi manipulyasiya yolu ilə yoluxmuşlar. Son iki qrupun yoluxması yatarogen yolu ilə, yəni «ziyan yetirmə!» etik prinsipinin kobud surətdə pozulması nəticəsində baş vermişdir.

Təbəbət etikasına mövqedən həkim, yaxud şəfqət bacısı üçün İİV-yə yoluxmuş pasiyentlərə tibbi yardım göstərərkən, heç bir ayrı seçkiliyə yol verməyən əxlaqi prinsipi əldə rəhbər tutmalıdır. Adi şüur baxımından yanaşıldıqda, insanların əksəriyyətinin şüurunda etnoloji amil bəzən hiss edilmədən əxlaqi

pisləşmə obyektinə çevrilir. Bunun nəticəsində də cəmiyyət cinsi əlaqə yolu ilə, yaxud narkotik maddə qəbul etməklə yoluxmuş pasiyentləri günahkar hesab edir. Əksinə, anadan xəstə doğulanları və ya parenteral tibbi müdaxilə yolu ilə yoluxmuş xəstələri ictimai rəy həmişə günahsız qurbanlar kimi qəbul edir.

Qeyd olunmalıdır ki, tibb müəssisələrində ehtiyatsızlıq üzündən İİV infeksiyası xəstədən xəstəyə, xəstədən tibb işçisinə və əksinə, tibb işçisindən xəstəyə keçə bilər. Ümumi bioloji məhlullar içərisində virusun təmərküzləşməsi dərəcəsinə görə birinci yerdə qanköçürmə durur. Bir çox ölkələrdə bu qəbildən olan xəstələrin 25-50 faizi məhz qan köçürülməsi zamanı İİV infeksiyasına yoluxmuşlar. Bu cür yoluxma ABŞ-da hələ 1982-ci ildə sübut edilmişdir. 1983-cü ildən başlayaraq burada qanın komponentlərini və preparatlarını sterilizə etmək metodunun tətbiqi sayəsində İİV və digər virusları öldürmək mümkün olmuşdur. 1985-ci ildən etibarən bəzi ölkələrdə İİV məqsədilə donor qanın skreninqi həyata keçirilir. Bu, qanköçürmə zamanı İİV infeksiyasının keçməsi təhlükəsinin xeyli azalmasına səbəb olmuşdur.

Bununla belə qeyd edilməlidir ki, İİV-yə meyilli anticisimlərin aşkarlanma metodu ilə donor qanının yoxlanması hələ qanla yoluxmamağa 100 faizli təminat yaratmır, çünki «virusun gizli sirkulyasiya dövrü»nün mövcudluğu buna imkan vermir. Rusiya Elmlər Akademiyasının Hematologiya Elmi Mərkəzində İİV infeksiyasını yoxlamaq məqsədilə 100 mindən artıq donor müayinədən keçirilmiş və məlum olmuşdur ki, donor nümunələrinin yalnız 1 faizi immunoferment təhlilində ilkin müsbət reaksiyanı verirlər. Həmin metod aparılan təkrar təhlil zamanı isə müsbət reaksiyaların sayı 5 dəfə azalmışdır. Əgər İİV müəyyən etmək məqsədilə donorların testləşdirilməsi qan götürüldəndən 2-3 ay sonra edilsəydi (həmin qanı tətbiq edəne qədər konservləşmiş qaydada saxlamaq şərtilə), riski sifirə endirmək mümkün olardı. Lakin bu, əlavə maliyyə məsrəfləri hesabına başa gəldiyindən, bir çox ölkələrdə istifadə olunmur.

İİV infeksiyasının donor qanı ilə keçməsi riskinin müəyyən qədər azalması o zaman baş verə bilər ki, ölkədə abortdan sonrakı donor xidmətindən və qandan istifadədən imtina edilsin. Son iki qan mənbəyindən istifadə olunarkən donor rolunda iştirak edən insanın şəxsi məsuliyyəti çox az olur. Əslində, qanını düşünülüb-bicilmiş, könüllü razılıq əsasında vermiş donor özündə İİV infeksiyasının təhlükəsinin daşıyıb-daşmadığını özü qiymətləndirir. Buna görə də donor xidmətində, gələcək donorların şəxsi məsuliyyətini artırmaq məqsədilə vaxtaşırı məsləhətlər keçirmək tibb işçilərinin əxlaqi borcudur.

Deyilənlərlə əlaqədar aşağıdakı fakt da maraq doğurur. 80-ci illərin ortalarında Fransada donor qanının köçürülməsi nəticəsində kütləvi (1000-ə yaxın insan) yoluxma hadisəsi məlumdur. 80-ci illərin birinci yarısında bir çox ölkələrdə İİV infeksiyasının yayıldığı bir zamanda Fransada bütün donor qanının dördə bir hissəsini dustaqlardan götürürdülər. Ekspertlər sonralar etiraf etmişdilər ki, bu halda kütləvi yatorege-niyanın birinci səbəbi avadanlığın, qanı götürmə və saxlama şəraitinin, habelə həkimlərin ixtisasının adi klinikalardakından xeyli aşağı olmasıdır. Digər bir mühüm səbəb onda idi ki, 1985-ci ilin yayında Fransa hökuməti İİV infeksiyasını aşkar etmək məqsədilə donor qanının məcburi testləşdirilməsini azı 3 ay ləngitdirdi. Bu açıq-aşkar proteksionist qərardan məqsəd Fransa test sistemi bazarına Amerikanın «Ebbot» firmasını buraxmamaq idi. Çünki həmin dövrdə məşhur Paster institutunda fransız testinin işlənilib hazırlanması başa çatmaqda idi. «Qan-köçürmə məsələsinin» birbaşa günahkarı Milli Qan-köçürmə Mərkəzinin direktoru M.Qaretta təkəbbürcəsinə deyirdi: «Bu 5-10 sağlam insanın həyatı hesabına başa gələcəkdir». Burada hətta epidemioloji baxımdan kobud səhvə yol verilmişdi. 1985-ci ilin avqustunda İİV-ni yoxlamaq məqsədilə məcburi testləşdirmənin həyata keçirilməsindən sonrakı tədqiqatlar göstərdi ki, dustaqlardan götürülən qandan yoluxma ehtimalı klinikalarda hazırlanandan 69 dəfə yüksəkdir. İş o yerə gəlib çıxdı ki, 1992-ci ilin noyabrında «cinayətkar səhlənkarlıq» üzündən M.Qaretta dörd il həbs cəzasına məhkum edildi.

Bundan əlavə, bir neçə qan bankı direktorunun işi pisləndi. İctimaiyyət tələb edirdi ki, «qan işində» günahı olan bütün dövlət məmurları, o cümlədən o dövrdə baş nazir olmuş L.Fabius cinayət məsuliyyətinə cəlb olunsun.

Rusiyanın cənubunda xəstəxana daxilində İİV-yə yoluxma ilə bağlı aşağıdakı hadisə də böyük qalmaqala səbəb olmuşdu. Həmin infeksiyaya yoluxan 268 insandan 250-si uşaq idi.

Buna görə də İİV-dən bütün yatoregen yoluxma faktları məcburi epidemioloji müayinə predmeti olmalı, bu zaman etik məqamlar və hüquqi xarakterli hallar nəzərə alınmalıdır.

ABŞ-da stomatoloji yardım zamanı pasiyentlərin İİV infeksiyasından yoluxması halları da ictimaiyyət tərəfindən geniş müzakirə edilmişdir. Hətta belə hadisə məlum olmuşdur ki, öz stomatoloqu tərəfindən yatoregen yolu ilə yoluxmuş pasiyent qadın məhkəmənin qərarı ilə 1 mln. ABŞ dolları məbləğində kompensasiya almışdır. Başqa bir məqam da maraqlıdır: uzun müddət özünü mümkün yoluxma mənbəyi hesab edən stomatoloq həkim İİV yoxlamaq məqsədilə testdən keçmək təklifi ilə 590 müştəriyə məktub göndərmişdi. Testdən keçənlərdən dörd pasiyent yoluxmuş, üç nəfərində isə yatoregen xarakterli yoluxma aşkar edilmişdi.

Əvvəlki ilkin mənasına görə, «yatoregeniya» anlayışı «psixoterapevtik məsuliyyətsizliyə» yol vermiş həkimin pasiyentə vurduğu psixi zədə kimi başa düşülürdü. Bununla əlaqədar qeyd edək ki, məhz İİV infeksiyanı yoxlamaqla bağlı testləşdirmə praktikasında belə təhlükə çox olur. Məsələn, testləşdirmənin müsbət nəticələrini pasiyentə heç bir məsləhət işi aparmadan məlumat vermək yatoregen vəziyyətə bir nümunədir. Elə də olur ki, İİV məqsədilə testləşdirmənin müsbət nəticələri barədə məlumat tamamilə başqa adama verilir. Bu, o hallarda baş verir ki, tibbi personalın üzvləri peşə səhlənkarlığı ucbatından sınaq qanı olan şüşədə soyadını səhv salır.

§ 2. QİÇS VƏ TİBB İŞÇİLƏRİNİN PEŞƏ RISKİ

Tibb işçiləri İİV-nin olduğu qanla və digər məhlullarla iş görərkən onların yoluxma riski də nəzərə alınmalıdır. Bu qəbildən olan peşə riski iki amildən asılıdır:

1. Tibb işçisinin təmasda olduğu məhlulun həcmi.
2. Pasiyentin infeksiya dərəcəsi (İİV-yə yoluxmuş şəxslərdə bunun inkişafı daha çox təhlükə yaradır).

Bu cür peşə riskinin dərəcəsini müəyyənləşdirmək məqsədilə İİV infeksiyasının yayıldığı ilk illərdən tədqiqat işləri aparılır. Belə ki, cərrahların yoluxma təhlükəsini öyrənmək niyyətilə aparılan xüsusi araşdırmalar göstərir ki, yoluxmuş xəstələrin üzərində əməliyyat aparan cərrahların yoluxma nisbəti 1:4500-ə bərabərdir. Bütövlükdə, cərrahın yoluxma riski yoluxmuş partnyorla heteroseksual cinsi əlaqədə prezervativdən istifadə etməkdə bir riskdir. Digər hesablamalar göstərir ki, iynə vurulan halda tibb işçisinin peşə yoluxması ehtimalı 250 haldan 1-ni təşkil edir.

Təsadüfi iynə vurularkən, yaxud İİV ilə kontaminasiya edilmiş sahəni skalpelle yararkən yoluxma riskinin dərəcəsini bəzi müəlliflər 1 faiz, digərləri isə 0,3 faiz qiymətləndirirlər. Müqayisə üçün qeyd edək ki, təsadüfi iynə vurularkən «B» qepatiti virusundan yoluxma riski 6 faizdən 30 faizə qədərdir. Selikli qışa, yaxud qanında infeksiya olan dərinin zədələnmiş hissəsi ilə əlaqə zamanı İİV-dən yoluxma riski çox azdır, lakin onu kəmiyyətce müəyyənləşdirmək daha çətindir. Nəzərə alsaq ki, dünyada həkimlərin İİV-dən peşə yoluxması hələlik onlarla hadisə ilə ölçülür, onda demək olar: risk çox azdır, amma bu reallıqdır.

Tibb işçilərinin QİÇS-lə peşə yoluxmasının dəqiq diaqnozunu müəyyən etmək o qədər də asan məsələ deyildir. Çünki iş prosesində onların aldığı mikrozedələrin hamısı qeydə alınmır. Təbabət etikası baxımından bunu da qeyd etmək vacibdir ki, bəzi müəlliflər həkimlərin olduqca az olan peşə yoluxmasına skeptik yanaşırlar. Onlar hesab edirlər ki, İİV-dən yoluxma ehtimalı olan şəraitdə işləyən həkimlərin və digər tibb işçilərinin

bəziləri belə zədə hallarını bilərəkdən qeydiyyatdan keçirmirlər. Bunun əsas səbəbi onların bir qisminin mümkün problemlərlə üzləşməmək, hər şeydən əvvəl, iş yerini itirməmək məqsədilə İİV-yə yoluxduqlarını gizlətmək cəhdidir.

Tibb işçilərinin professional İİV yoluxması özündə təkcə onların sağlamlığı və həyatı üçün baş verə biləcək real təhlükəni deyil, həmçinin, bu təhlükəni minimuma endirmək və nəhayət, tibb işçilərinin, onların pasiyentlərinin və bütövlükdə, cəmiyyətin riskə münasibətinin əxlaqi məsələlərini əhatə edir.

Professional yoluxma riskini azaltmaq tədbirlərinin tibbi-texniki və sosial-təşkilati aspektləri də mövcuddur. Məlumdur ki, «B» qepatiti virusundan yoluxmanın qarşısını almaq üçün tövsiyə olunan tədbirlər İİV-dən yoluxmadan qorunmaq üçün kifayətdir. Buna baxmayaraq ÜST hələ 1983-cü ildə qan olan materiallarla işləyərkən təhlükəsizlik tədbirlərinə riayət etmək üzrə əlavə tövsiyyələr dərc etdirmişdir. 1988-ci ildə ÜST belə bir prinsipi elan etmişdir: «Pasiyenti yox, infeksiyanı təcrid edin». Bununla bağlı həmin təşkilat maraqlı tövsiyələrin toplandığı «Qanla və orqanizmin digər daxili mayeləri ilə iş görərkən ehtiyat tədbirləri» külliyyatını dərc etdirmişdir. Burada qeyd olunur ki, qan və digər mayelərlə işləyərkən hesab edin ki, onlara sanki infeksiya keçib.

Sosial-təşkilati mənada bütün tibb müəssisələrində tibb personalının İİV infeksiyasından mümkün və həqiqi yoluxması hallarının qeydə alınması, monitoring sistemi başqa və tətbiqi məsələlər işlənilib hazırlanmalıdır. Bundan əlavə, həkim İİV infeksiyası və QİÇS haqqında mümkün qədər daha çox biliklərə malik olmalıdır. Bu onun əxlaqi və peşə borcudur. Həkimin biliyi həm yoluxma hallarının, həm də xəstəliyin özü ilə bağlı qorxu hissinin azalmasına kömək edir.

Əgər infeksiyaya yoluxmuş həkim, yaxud şəfqət bacısı yoluxmuş olduğu klinik işdə qalırsa onda aşağıdakı sual meydana çıxır: pasiyentlərə belə müdaxiləni həyata keçirən həkimin infeksiyaya yoluxması faktı barədə məlumat vermək lazımdır mı? Müasir ədəbiyyatda bu suala müxtəlif cavablar verilir. Belə ki, bir amerikalı göz həkimi özünün infeksiyaya

yoluxduğu barədə pasiyentlərinə məlumat vermiş və bununla da onlara müalicəni onun klinikasında davam etdirmək, yaxud başqa həkimə müraciət etmək üçün seçim azadlığı təklif etmişdir.

Tanınmış həkim V.V.Pokrovski müşahidə etdiyi iki cərrah haqqında mülahizələrini yürüdərkən deyirdi ki, İİV infeksiyasına yoluxmuş bu iki həkimdən biri müəyyən müddət işləməkdə davam edir. Cərrahiyyə əməliyyatı zamanı o, pasiyenti yoluxdurmaq üçün maksimum ehtiyat tədbirlərini görürdü. Məsələn, o, cərrahiyyə əməliyyatından əvvəl bir neçə əlcək geyirdi. Lakin buna baxmayaraq, o, tibbi fəaliyyətdən uzaqlaşdı, digər cərrah isə həmin anda iş yerini dəyişmişdi.

Bəzən belə bir vəziyyətdə də münaqişə yaranır: məsələn, İİV infeksiyasına yoluxmuş həkim klinik işini davam etdirərkən ehtiyatsızlıq üzündən onun qanı pasiyentin qanına, yaxud selikli qışasına keçir. Belə halda, bu barədə hökmən pasiyentə məlumat vermək, ona zəruri yardım göstərmək həkimin peşə və əxlaqi borcudur.

MÜNDƏRİCAT

ÖN SÖZ	3
--------------	---

I FƏSİL

ƏXLAQIN MAHİYYƏTİ, FUNKSIYALARI VƏ NORMALARI

§ 1. Əxlaqın mahiyyəti və strukturu	7
§ 2. Əxlaqın funksiyaları və normaları	10

II FƏSİL

ETİK BİLİKLƏR VƏ TƏBABƏT

§ 1. Etika əxlaq haqqında fəlsəfi elmdir	15
§ 2. Təbabət əxlaq və hüquq prizmasında	29
§ 3. Əxlaqi seçim, mənəvi məsuliyyət və peşə borcu	36
§ 4. Etikada utilitarizm cərəyanı	43
§ 5. Deontoloji etika	48

III FƏSİL

TƏBABƏT ETİKASI TARİXİNDƏN

§ 1. Hippokratın tibbi praktikasında etik ideyalar	52
§ 2. Qədim və Orta əsrlərdə Şərqdə həkimlik etikasına	61
§ 3. Avropa intibahı və Yeni dövrdə təbabət etikasına	63
§ 4. İnsan və heyvanlar üzərində aparılan tibbi eksperimentlərin tarixi	67

IV FƏSİL

TƏBABƏT ETİKASININ PRİNSİPLƏRİ

§ 1. Təbabət etikasına anlayışı haqqında	69
§ 2. «Hər şeydən əvvəl – ziyan verməmək!»	75
§ 3. «Yaxşılıq və xeyirxahlıq etmək!» - həkimlik fəaliyyətinə mülhüm etik prinsipdir	79
§ 4. «Pasiyentin muxtariyyətinə hörmət prinsipi»	86
§ 5. «Ədalət prinsipi»	90

V FƏSİL

HƏKİM, DİGƏR TİBB İŞÇİLƏRİ VƏ XƏSTƏ ARASINDAKI MÜNASİBƏTLƏRDƏ ETİK QAYDALAR

§ 1. Müalicə modelləri	101
§ 2. Xəstəliyin mahiyyəti və müalicəsi	107
§ 3. Elmi və «ənənəvi» təbabət	114
§ 4. Etik qaydalar	116
a) Düzlük qaydaları	116
b) «Həkimlik sirri» - etik qayda ölçüsüdür	121
c) Məlumatlandırılmış razılıq qaydası	124

VI FƏSİL

SÜNİ ABORTUN ƏXLAQİ-ETİK PROBLEMLƏRİ

§ 1. Süni abort problemi	130
§ 2. Aborta münasibətdə əsas əxlaqi mövqələr	140
§ 3. Müasir dünyada abort haqqında qanunvericiliklər	143

VII FƏSİL

YENİ REPRODUKTİV TEXNOLOGİYALAR: ETİK-HÜQUQİ PROBLEMLƏR PRİZMASINDA

§ 1. Süni inseminasiya	147
§ 2. Ekstrakorporal mayalanma	153
§ 3. Yeni reproduktiv texnologiyalara teoloji münasibət	157

VIII FƏSİL

TRANSPLANTOLOGİYANIN ƏXLAQİ PROBLEMLƏRİ

§ 1. Transplantologiya əxlaqi cəhətdən doğrudurmu?	159
§ 2. Canlı donorlardan və meyiddən orqanlar köçürülməsinin əxlaqi problemləri	161
§ 3. Döl orqan və liflərinin transplantasiyasının əxlaqi problemləri	172
§ 4. Ksenotransplantasiya etik ölçülərdə	175

IX FƏSİL

TİBBİ GENETİKA VƏ ETİKA

§ 1. Tibbi genetikanın əxlaqi problemlərinin spesifikliyi	178
§ 2. Beynəlxalq «İnsan genomu» layihəsinin etik problemləri	183

§ 3. Yevgenika	188
§ 4. Gen terapiyasının əxlaqi problemləri	193

X FƏSİL

ÖLÜM VƏ CANVERMƏ. EVTANAZİYA

§ 1. Təbabət və ölüm problemi	196
§ 2. Yeni tibbi texnologiyalar dövründə ölüm və canvermə	200
§ 3. Palliativ yardım zamanı və xospislərin fəaliyyətində əxlaqi problemlər	201
§ 4. Ölümün müəyyənləşdirilməsi: əxlaqi problemlər	205
§ 5. Həyatı saxlayan müalicə və ondan imtina edilməsi	208
§ 6. Evtanaziya və onun əxlaqi mahiyyəti	210

XI FƏSİL

QIÇS (SPİD): ƏXLAQİ ETİK PROBLEMLƏR

§ 1. «Qiçs qorxusu» və təbabət etikasının tələbləri	220
§ 2. Qiçs və tibb işçilərinin peşə riski	232

049. ...
050. ...
051. ...
052. ...
053. ...
054. ...
055. ...
056. ...
057. ...
058. ...
059. ...
060. ...
061. ...
062. ...
063. ...
064. ...
065. ...
066. ...
067. ...
068. ...
069. ...
070. ...
071. ...
072. ...
073. ...
074. ...
075. ...
076. ...
077. ...
078. ...
079. ...
080. ...
081. ...
082. ...
083. ...
084. ...
085. ...
086. ...
087. ...
088. ...
089. ...
090. ...
091. ...
092. ...
093. ...
094. ...
095. ...
096. ...
097. ...
098. ...
099. ...
100. ...

050. ...
051. ...
052. ...
053. ...
054. ...
055. ...
056. ...
057. ...
058. ...
059. ...
060. ...
061. ...
062. ...
063. ...
064. ...
065. ...
066. ...
067. ...
068. ...
069. ...
070. ...
071. ...
072. ...
073. ...
074. ...
075. ...
076. ...
077. ...
078. ...
079. ...
080. ...
081. ...
082. ...
083. ...
084. ...
085. ...
086. ...
087. ...
088. ...
089. ...
090. ...
091. ...
092. ...
093. ...
094. ...
095. ...
096. ...
097. ...
098. ...
099. ...
100. ...

Bədii və texniki redaktor *Abdulla Ələkbərov*
Kompüter tərtibatı *Səbinə Məmmədova, Arif Həsənov*
Korrektor *Sevinc Hacıyeva*

Çapa imzalanmış: 12.04.2004. Kağız formatı 60x84 1/16.

Həcmi 15,0. Sifariş 27. Tirajı 2000.

Qiyməti müqavilə ilə.

Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyinin «Təhsil» nəşriyyatı,
Bakı, 370073, Şəhriyar küçəsi, 6.

Ədilə Əvəz qızı Namazova
Qoşqar Cəlal oğlu Əliyev

TƏBABƏT ETİKASI
Bakı, «Təhsil», 2004