

ნ. ენუჭიანი

რეაღობი პერიცინაზე



გამომცემლობა „საპატველო“
თბილისი — 1988

წიგნი ეძღვნება ავადმყოფებისა და ექიმების ურთიერთობას მეცნიერულ-ტექნიკური რევოლუციის პირობებში, აგრეთვე მედიცინის იმ პრობლემებს, რომლებიც ამჟამად ყველაზე მეტად აინტერესებს მოსახლეობას. საუბარია ექიმთა რიცხვის ზრდისა და ეგრეთ წოდებულ მედიცინის ფემინიზაციის გავლენაზე, უფასო სამედიცინო დახმარებაზე, მასობრივი ინფორმაციის საკითხებსა და ხანდაზმულთა რიცხვის მატებაზე. ცალკე თავებად გამოყოფილია სადაო საკითხები რაციონალური ცხოვრების წესზე, ნევროზებზე, სექსუალურ კულტურაზე, საექიმო შეცდომებზე, ექიმის ფსიქოლოგიაზე, როცა თვითონ არის ავად. წიგნი განკუთვნილია მასობრივი მკითხველისათვის.

თ ა რ გ მ ნ ა მ ა რ ი კ ო მ ა ლ რ ა ძ მ ე მ

НАТАН ВЛАДИМИРОВИЧ ЭЛЬШТЕЙН

Диалог о медицине
(На грузинском языке)

Издательство «Сабчота Сакартველო»
Тбилиси, Марджанишвили. 5. 1988

რედაქტორი **ე. ხუნდაძე**, მხატვარი **ლ. ღვინჯილია**, მხატვრული რედაქტორი **კ. ტუხაშვილი**, ტექნიკური რედაქტორი **ნ. ქავთარაძე**, კორექტორი **ნ. მაზნიაშვილი**, გამომსუები **მ. წიფჩიაძე**.

ს. ბ. № 6130

გადაეცა წარმოებას 22.06.88. ხელმოწერილია დასაბეჭდათ 28.11.88.
საბეჭდი ქალაქი № 1. 60X84¹/₁₆. გარნიტური-ვენა, ბეჭდვა მაღალი.
პირობითი საბეჭდი თაბახი 13,95. მუდრიანი-ფურც. 10 ფშ. სააღრ. სა-
გამომც. თაბახი 14,19. ტირაჟი, 20.000. შეკვ. № 697.
ფასი 1 მან. 10 კაპ.

Тбилисская книжная фабрика им. И. Чавчавадзе пр. Дружбы № 7.

ა ვ ტ ო რ ი ს ა პ ა ნ

ამ პუბლიკაციას სათავედ დაედო ბროშურა „ექიმი, ავადმყოფი და დრო“ (1979). მას აქვს რამ დაემატა, არსებითად ხელახლა დაიწერა: და საფუძველი შეიქმნა წინამდებარე წიგნისა, რომელიც ხუთჯერ გამოიცა რუსულ ენაზე, აგრეთვე დასტამბულია ესტონურ, ლიტვურ, ლატვიურ (საქურნალო ვარიანტი), ინგლისურ და გერმანულ ენებზე.

ამ ნაშრომების დასტამბვის შემდეგ მრავალი წერილი მივიღე მკითხველებისაგან — სხვადასხვა პროფესიისა და ასაკის ადამიანებისაგან, პაციენტებისაგან, ექიმებისაგან, მეცნიერ-მუშაკებისაგან. არც პრესამ აუარა გვერდი ამ გამოცემებს.

ბუნებრივია, რომ წერილებისა და რეცენზიების ავტორები ყოველთვის როდი იზიარებენ ჩემს აზრებსა და შეხედულებებს. და მაინც, მთლიანობაში, ზემოხსენებულ პუბლიკაციებს კეთილგანწყობით შეხვდნენ. მრავალმა მკითხველმა მომაწოდა აზრი, განმეცრო ზოგიერთი თავი, უფრო ღრმად შევხებოდი მთელ რიგ საკითხებს. დიდ მადლობას მოგახსენებთ ყველა შენიშვნისა თუ რჩევისათვის.

მოცემული გამოცემა არსებითად გადამუშავებული და შეესებულება. ამას საფუძველად უდევს ახალი საექიმო და საყოფაცხოვრებო დაკვირვებანი, ადრე დაწერილის ახლებურად გააზრება. არც ერთი თავი არ დარჩენილა ცვლილების გარეშე: არის პრინციპულად ახალი ნაწილებიც.

თავს მოვალედ ვთვლი, ღრმა პატივი მივაგო იმათ, ვისი პირადი მაგალითიც ბევრად უწყობდა ხელს მოცემულ წიგნში წამოკრილ პრობლემებზე ჩემს მუშაობას.

მხედველობაში მყავს საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აწ განსვენებული აკადემიკოსები ნ. ს. მოლჩანოვი, ბ. ვ. ვოტჩალი და პროფესორი მ. ი. მასტბაუმი.

ბროშურის „ექიმი, ავადმყოფი და დრო“ წინასიტყვაობის ავტორი ნ. ს. მოლჩანოვი არა მარტო ჭეშმარიტი ექიმი და მეცნიერი, არამედ საოცრად მომხიბვლელი, დიდად პრინციპული და იშვიათი სულიერი სიმდიდრის ადამიანი გახლდათ. ძნელია სრულად შეაფასო ის გავლენა, რომელიც ჩემი თაობის ექიმთა გონებაზე იქონია გამოჩენილმა თერაპევტმა,

დახვეწილი გონებისა და ენიციკლოპედიური განათლების მქონე ადამიანმა ბ. ე. ვოტჩალმა. მე წილად მხვდა ბედნიერება მრავალი წლის მანძილზე ახლო ურთიერთობა მქონდა ნიკოლოზ სიმონის-ძესთან და ბორის ევგენის-ძესთან. მათ, ისევე როგორც ინსტიტუტის შემდგომ ჩემს პირველ მასწავლებელს, ესტონეთის სსრ დამსახურებულ ექიმს მიხეილ ილიას ძე მასტბაუმს, ყაზანის თერაპევტთა სკოლის გამოჩენილ წარმომადგენელსა და რ. ა. ლურიას თანამშრომელს, დიდად ვუმაღლი ღრმა რწმენას იმისა, რომ მედიცინის ეთიკური და ფსიქოლოგიური საკითხების შესწავლა არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე დაავადებათა თავიდან აცილება, სწორი დიაგნოზის დასმა და ავადმყოფთა მკურნალობა. უფრო მეტიც, წლების განმავლობაში დავრწმუნდი, რომ ეს ყველაფერი ურთიერთდაკავშირებულია.

პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობა ისევე ძველია, როგორც თვით ავადმყოფობა. ის ერთნაირად აღელვებს მედიკოსებსაც და იმათ, ვინც სამედიცინო დახმარებას მიმართავს. ეს ბუნებრივიცაა: ამაზე დიდად არის დამოკიდებული მკურნალობის ეფექტი.

იცვლება ეპოქა, ადამიანები, დაავადებანი, იცვლება ურთიერთობაც ექიმსა და პაციენტს შორის. ამიტომ ცოცხლობს ეს პრობლემა. მხოლოდ რუსულ ენაზე უკანასკნელ ათწლეულებში მას მიეძღვნა ორი-ათას ნაშრომზე მეტი.

1967 წელს პარიზში შედგა სამედიცინო ეთიკისადმი მიძღვნილი II საერთაშორისო კონგრესი. 1970 წელს იგივე საკითხები განიხილა თერაპევტთა X საერთაშორისო კონგრესმა ვარშავაში და მედიცინის ისტორიკოსთა საერთაშორისო კონგრესმა ბუქარესტში.

მედიცინის ეთიკურ-დეონტოლოგიური საკითხები მეცნიერულ-ტექნიკური რევოლუციის პირობებში მსჯელობის საგანი გახდა 1973 წელს ვარნაში, XV საერთაშორისო ფილოსოფიური კონგრესის სპეციალურ სიმპოზიუმზე, 1974 წელს — მონრეალში, გამოყენებითი ფსიქოლოგიის XVIII საერთაშორისო კონგრესზე, ხოლო 1976 წელს — ლენინგრადში, რსფსრ თერაპევტთა IV ყრილობაზე. 1977 წელს სამედიცინო დეონტოლოგიის პრობლემებზე მოსკოვში ჩატარდა მეორე საკავშირო კონფერენცია. და ბოლოს, 1983 წელს საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიამ ჩაატარა სამეცნიერო-მეთოდოლოგიური კონფერენცია, რომელიც მიეძღვნა თანამედროვე მედიცინის ეთიკურ-დეონტოლოგიურ საკითხებს.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობის სხვადასხვა ასპექტები განხილულია უკანასკნელ წლებში გამოცემულ ბევრ ნაშრომში, რომლებიც

ერთმანეთისაგან განსხვავდება როგორც ფაქტობრივი მასალის, ისე მასთან დამოკიდებულების მიხედვით.

წინამდებარე წიგნში სამედიცინო პრობლემები განხილულია ჯანმრთელობის, ავადმყოფობისა და ცხოვრების სოციალური პირობების თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობის გათვალისწინებით გუშინ, დღეს და ხვალ, ჩვენს ქვეყანასა და უცხოეთში, საზოგადოებისა და მედიცინის ურთიერთკავშირით. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ამ უკანასკნელის ეთიკურ-ფსიქოლოგიურ ასპექტებს.

იყო ექიმი — ნიშნავს, ფლობდე უზარმაზარ ძალაუფლებას ადამიანებზე. ამიტომ ეს ძალაუფლება უნდა გამოიყენო ბრძნულად, პასუხისმგებლობის გრძნობითა და ადამიანურად.

ექიმის მოვალეობანი გულისხმობს ავადმყოფის უფლებებს. მათი ურთიერთდამოკიდებულება — ორმხრივი ცნებაა. არ შეიძლება განვიხილოთ ექიმის დამოკიდებულება ავადმყოფის მიმართ საზოგადოებისა და ავადმყოფების ექიმების მიმართ დამოკიდებულებისაგან მოწყვეტით.

კერძოდ, ამას ხომ არ მოწმობს გერმანიის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში გამოცემული M. Meishke-ს (1961) წიგნი ყურადსაღები სახელწოდებით — „როგორი აზრისა ვარ ჩემს ექიმზე“, Y. Sâhleanu, A. Athanasiasu (1973) რუმინული მონოგრაფიის ნაწილი, რომელიც ეძღვნება... ავადმყოფთა აღზრდას, და M. G. Secundy და Y. Katz (1975) სტატიის ქვეთავი, რომელიც ეხება ექიმებსა და ავადმყოფებს — „ურთიერთობის ხელოვნების კურსი?!“

მედიცინა ბევრ საკითხში ადამიანთმცოდნეობა განსაზღვრავს. „მედიცინა ცხოვრების ენციკლოპედია... — ამბობდა ცნობილი ქირურგი, პროფესორი ვ. ლ. ბოგოლიუბოვი (1928) — ვინ, თუ არა ექიმი, ხედავს... დაბადებას, ცხოვრებასა და სიკვდილს, ჯანმრთელობას და ავადმყოფობას, ტკივილს, ტანჯვას და სიხარულს, ადამიანის სულის მთელ სიდიდესა და მთელ არარაობას, და ყოველივე ამას — ახალ ფორმებსა და ახალ გამოვლინებებში?!“

ღიახ, საექიმო დაკვირვებანი საფუძველს გვაძლევს, ბევრ საკითხზე დავეფიქრდეთ.

ამჟამად რა განსაზღვრავს ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობას? რაზეა დამოკიდებული ექიმის ავტორიტეტი? როგორია ექიმი, როგორც პაციენტი, როცა თვითონ არის ავად? როგორ ეთვისებიან ერთმანეთს, ერთი მხრივ, კულტურა და ინტელიგენტობა, ხოლო მეორე მხრივ, ექიმბაშებისა და ჰილერების რწმენა. რით არის გამოწვეული იმათი თავდაჯერებულობა, ვინც ვერ ერკვევა მედიცინაში და მაინც ცდილობს კატეგორიულად იმსჯელოს იმის შესახებ, რა არის მისთვის კარგი და რა ცუდი.

ეს და მთელი რიგი სხვა საკითხები მრავალჯერ წამოჭრილა ჩემს წინაშე მთელი ჩემი საექიმო მოღვაწეობის მანძილზე.

ზოგიერთ მათგანს ცხოვრებამ თვითონვე უპასუხა. ბევრს კი კოლეგებთან და პაციენტებთან საუბრისას მოვუძებნე პასუხი. ყველაფერმა ამან და იქნებ დრომაც, ბევრი რამ სხვაგვარად დამანაბა, თუმცა მთლიანობაში განმმიმტკიცა არსებული მოსაზრებანი. ალბათ, მათ შორის საკამათო საკითხებიც იქნება.

მაგრამ, განა მხოლოდ დამკვიდრებული თვალსაზრისი უნდა დავიცვათ, რადგან მათ უკვე მოიპოვეს არსებობის უფლება? განა საჭიროა მხოლოდ აქსიომებით მოქმედება, იმიტომ რომ მათ დაცვა აღარ სჭირდებათ?

ჩვენს ქვეყანაში ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობას პირველ ყოვლისა ჩვენი იდეოლოგიის ჰუმანიზმი განსაზღვრავს.

სოციალისტური ჰუმანიზმი წითელ ზოლად გასდევს ჯანმრთელობის კოდექსსაც — სსრკ უმაღლესი საბჭოს მიერ მიღებულ საბჭოთა კავშირისა და მოკავშირე რესპუბლიკების კანონმდებლობის საფუძველებს ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.

კანონი მკაფიოდ განსაზღვრავს მოსახლეობის უფლებებსა და ექიმთა მოვალეობებს, იცავს მედიცინის მუშაკთა პროფესიულ უფლებებს, ღირსებასა და სახელს. მაგრამ ადამიანებს შორის ურთიერთობანი შეიძლება განსაზღვროს მხოლოდ ძირითად, მთავარ საკითხში. ცხოვრება მრავალმხრივია, არასტანდარტული და წინააღმდეგობრივი, ისევე როგორც ექიმის კაბინეტში მაგიდის სხვადასხვა მხარეს მსხდომი ადამიანები.

მე გადავთვალე ჩვენი საუკუნის დასაწყისში გამოცემული წიგნები დეონტოლოგიასა და საექიმო ეთიკაზე. მუდმივად არსებული საკითხების (მოთხოვნებიანი ექიმის პიროვნების მიმართ, საექიმო საიდუმლო და სხვა) გვერდიგვერდ იქ შეხვდებით ბევრ ისეთ საკითხს, რომელიც საბჭოთა ექიმებისათვის ძალზე უჩვეულოდ ჟღერს: საექიმო პრაქტიკის „წოდებრივი საკითხები“, „ჰონორარის მოთხოვნისას მოტყუება და მექრთამეობა“, ლეიბ-მედიკოსთა მოვალეობანი „უმაღლესი პირების“ წინაშე, მეთვალყურეობა პროსტიტუციაზე, ექიმის მოთხოვნის უფლებამოსილება ფულის წინასწარ გადახდის შესახებ და სხვ.

რა უფსკრულია ჩვენს დღევანდლობასა და ამ პრობლემებს შორის, რომელთა ნაწილიც, როგორც, მაგალითად, მედიცინის გამოყენება მოგებისა და გამდიდრებისათვის, დღემდე აქტუალურია საზღვარგარეთის ქვეყნების უმრავლესობისათვის.

საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვაში მთავარია მისი სახელმწიფოებრი-

ვი ხასიათი. საბჭოთა კავშირის ახალმა კონსტიტუციამ (1977) პირველად ისტორიაში დაამტკიცა ჯანმრთელობის დაცვის უფლება. ბუნებრივია, ამან დიდად განსაზღვრა ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთდამოკიდებულება. თუმცა, ამ უკანასკნელის განხილვისას არ შეიძლება გვერდი ავუაროთ მთელ რიგ ფაქტორებს, რომლებიც დამახასიათებელია ჩვენი დროისათვის და აგრეთვე გავლენას ახდენს ამ ურთიერთობებზე.

მხედველობაში მაქვს ექიმთა რაოდენობის მკვეთრი ზრდა. მედიცინის ეგრეთ წოდებული ფემინიზაცია, უფასო სამედიცინო დახმარება, მოსახლეობის კულტურისა და განათლებულობის ზრდა, მოხუცი და ხანდაზმული ადამიანების რიცხვის მატება და ბოლოს, ის, რითაც განმსჭვალულია მთელი ჩვენი დღევანდელი ყოფა — მეცნიერულ-ტექნიკური რევოლუციის გავლენა.

უზარმაზარია მედიცინის წარმატებანი. ნახევარი საუკუნის წინ დიაგნოზი „ავთვისებიანი სისხლნაკლებობა“ ისევე ჟღერდა, როგორც დღეს „კიბო“. სიტყვა „ავთვისებიანი“ დღეს უკვე აღარ იხმარება სისხლნაკლებობასთან მიმართებაში — ასეთი ავადმყოფები იკურნებიან. გაღანერგილი გულით ჩვენს დროში წლობით ცხოვრობენ. გაჩნდა ტერმინი „რენიმატია“ — კლინიკური სიკვდილის მდგომარეობიდან გამოყვანა, „მკვდრეთით აღდგომა“.

ყველაფერი ეს ზღაპარს წააგავს. ყველაფერი ეს მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის ნაყოფია.

ადამიანი იმორჩილებს ბუნებას, ხლეჩს ატომს, იპყრობს კოსმოსს. მაგრამ იგივე ადამიანი დიდად არ იწუხებს თავს, რათა გაუფრთხილდეს სხვა ადამიანებს, რათა შესანიშნავი სიტყვები ადამიანური ურთიერთობის შესახებ ცხოვრებაში განხორციელდეს, რათა უკეთ გავუგოთ ერთმანეთს. სინონიმებად იქცა სინატიფე და ფარისევლობა, რაციონალიზმი და ანგარიშიანობა, ღიმილი და სისასტიკე, თავშეკავებულობა და გულგრილობა. სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი ა. ფ. ბილიბინი ერთ-ერთ თავის სტატიაში (1981) წუხილით ადასტურებს, რომ ნაპრალი მეცნიერულ-ტექნიკურ რევოლუციასა და გულითადობას შორის, გონებასა და გულს შორის არათუ რელიეფური გახდა, არამედ გაფართოვდა კიდევ. თავზარი დაგეცემა, როცა გაიგებ, რომ მთვარეზე პირველი გაფრენის მონაწილენი — ნ. არმსტრონგი, ე. ოლდრინი და მ. კოლინზი — შემდგომში დედამიწაზე ერთხელაც არ შეხვედრიან ერთმანეთს. რატომღაც სწორედ XX საუკუნის მეორე ნახევარში ერთნი უჩივიან „ურთიერთობის დეფიციტს“, მეორენი კი „ადამიანებით მოწამვლას“...

ქვეშარბიტი ურთიერთგაგების გარეშე წარმოუდგენელია ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობა. ჯანმრთელობისათვის ბრძოლაში, ეს კი ბე-

დნიერების პირველი საწინდარია, ჩვენ ერთად უნდა ვიყოთ. აი, რატომ შევეცადე ამ წიგნში გადამეხვია უკანასკნელ ათწლეულებში დამკვიდრებული ტრადიციული ცალმხრივი მიმართვის ფორმისაგან.

აუცილებელია აღინიშნოს, რომ პრობლემისადმი ამგვარი მიდგომა ახალი არ გახლავთ. ჯერ კიდევ ა. მოლისა და G. Morache-ს წიგნები (შესაბამისად 1903 და 1904 წლებში გამოცემული) განკუთვნილია ექიმებისა და „საზოგადოებისათვის“ (ბოლო ავტორს მითითებული აქვს — „ინტელიგენტური საზოგადოებისათვის“). ასეთივე ხერხითაა დაწერილი ვ. ვ. ვერესაევის „ექიმის ჩანაწერები“.

კადნიერება იქნებოდა ვ. ვ. ვერესაევის შესანიშნავ წიგნს შემედარებინა ჩემი ნაშრომი. უბრალოდ, მინდა ხაზი გავუსვა იმ გარემოებას, რომ ექიმებისა და პაციენტების „თანასწორუფლებიან საუბარს“ პრეცედენტებიცა აქვს და ღრმა აზრიც.

რა თქმა უნდა, რაიმე საკითხის განხილვა მხოლოდ ერთი თვალსაზრისით. ანუ მხოლოდ ექიმის ან მხოლოდ პაციენტის თვალსაზრისით, უფრო მარტივია. მაგრამ მონოლოგს ჰემშარიტებამდე ვერ მივყავართ. მე საყვედურიც მოვისმინე, რომ წიგნში ექიმის ხმა მაინც უფრო მკაფიოდ უღერს, ვიდრე პაციენტის. მაგრამ განა ცხოვრება, განსაკუთრებით ექიმის ცხოვრება, მუდმივი დიალოგი არ არის საკუთარ თავთან, როცა ასეთი ცხოვრების გააზრებას ცდილობ?

მე არ მეშინია შევალო ექიმის კაბინეტის კარი, რათა ვესაუბრო იმის შესახებ, რაც მალეღვებს, რაზეც ვფიქრობთ, მაგრამ ყოველთვის არ ვამბობთ. რასაც ვამბობთ, მაგრამ ერთმანეთს ყოველთვის როდი ვეუბნებით. იაპონელები თვლიან, რომ ჰემშარიტება ის კი არ არის, რასაც ამბობენ, არამედ ის, რასაც გულისხმობენ. მთელი ჩემი ძალისხმევა მიმართული იყო იმისაკენ, რომ ეს ორი ცნება შეძლებისდაგვარად ნაკლებად დასცილებოდა ერთმანეთს.

წინასიტყვაობა

წიგნისა „ექიმი, ავადმყოფი და ღრო“

საექიმო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრობლემები — მოძღვრება საქმედიცინო პერსონალის მართებული საქციელის შესახებ — უძველესი დროიდან იპყრობდა ექიმებისა და საზოგადოებრიობის ყურადღებას. ძველი ინდური და ბერძნული მედიცინის ეთიკურ ნორმებში ხაზგასმული იყო, რომ ექიმმა საკუთარი სიცოცხლეც კი არ უნდა დაზოგოს ავადმყოფის გამოჯანმრთელებისა და გადაარჩენისათვის. ამისკენ მოუწოდებდა თავის ცნობილ ფიცში ჰიპოკრატეც.

კაპიტალიზმის განვითარება, ახალი კლასების — ბურჟუაზიის და პროლეტარიატის — აღმოცენება არ შეიძლება არ ასახულიყო საექიმო ეთიკაშიც, ვინაიდან ყოველ საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ ფორმაციას საკუთარი მორალი გააჩნია. „კომუნისტური პარტიის მანიფესტში“ აღნიშნავენ, რომ „ბურჟუაზიაში: სიწმინდის შარავანდედი მოუსპო შემოქმედების ყველა სახეობას, რომელიც დღემდე საპატიოდ ითვლებოდა და მოწიწების გრძნობას აღძრავდა. ექიმი, იურისტი, მღვდელი, პოეტი, მეცნიერი მან თავის ფასიან მუშაკებად აქცია“. ექიმსა და ავადმყოფს შორის ურთიერთობის ეთიკა კაპიტალისტურ სამყაროში ძირითადად ასახავს მყიდველისა და გამყიდველის ურთიერთობას.

მერკანტილურობა, კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმების სწრაფვა მოგებისაკენ ადამიანთა ავადმყოფობის ხარჯზე, XIX და XX საუკუნის მედიცინის მოწინავე წარმომადგენელთა პროტესტს იწვევდა, განსაკუთრებით ჩვენი ქვეყნის მეცნიერების — მ. ი. მულროვის, ნ. ი. პიროგოვის, ს. პ. ბოტკინის, ვ. პ. ობრაზცოვის, ი. პ. პავლოვის და სხვ. ცნობილია, როგორ იბრძოდნენ ისინი, აგრეთვე უცხოელი პროგრესული მეცნიერები, ისეთები, როგორცაა, მაგალითად, სსრკ ქირურგთა სამედიცინო საზოგადოების საპატიო წევრი რენე ლერიში, ნობელის პრემიის ლაურეატი მშვიდობის დარგში ალბერტ შვეიცერი და სხვა, მოწინავე მეცნიერებასა და კაცთმოყვარეობაზე დაფუძნებული ეთიკისათვის. მაგრამ კაპიტალიზ-

მის პირობებში უტოპიად გვეჩვენება თვით აზრი, რომ შეიძლება არსებობდეს ხალხის სამსახურში მყოფი ჭანმრთელობის დაცვა.

დიდი ოქტომბრის სოციალისტურმა რევოლუციამ პირველად ისტორიაში მთლიანად მოსპო ეკონომიკური, სოციალური, პოლიტიკური, იდეოლოგიური და რასობრივი ბარიერები ექიმებსა და მოსახლეობას შორის. საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემამ ექიმსა და ავადმყოფს შორის, მედიცინის მუშაკთა შორის, ექიმსა და საზოგადოებას შორის ურთიერთობას ახალი საფუძველი დაუდო.

„საბჭოთა ექიმის ეთიკა, — წერდა ნ. ა. სემაშკო, — ეს არის ჩვენი სოციალისტური სამშობლოს ეთიკა, კომუნისტური საზოგადოების მშენებლის ეთიკა, ეს არის კომუნისტური მორალი, ჭეშმარიტად ადამიანური მორალი, რომელიც კლასობრივ წინააღმდეგობაზე მალდა დგას. აი, რატომ არ გამოვეყოფთ ცნებას საექიმო ეთიკის შესახებ საბჭოთა კავშირის მოქალაქის მაღალი ეთიკური პრინციპებისგან“*

საექიმო ეთიკისა და დეონტოლოგიის საკითხების შესწავლამ და მუშავენამ ჩვენს ქვეყანაში განვითარება ჰპოვა მთელი რიგი დიდი მეცნიერებისა და ექიმების ნაშრომებში — ზ. პ. სოლოვიოვის, ვ. ლ. ბოგოლიუბოვის, ნ. ნ. პეტროვის, ს. ს. ვაილის და სხვ.

ეთიკა, ისევე როგორც ცხოვრება, ერთ ადგილზე არ არის გაყინული. ასევე ერთ ადგილზე არა დგას მედიცინა. უკანასკნელ ათწლეულებში საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა, კერძოდ ქიმიისა და ფიზიკის მძაფრი განვითარება, გამოკვლევის, დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის მეთოდების სრულყოფა, ექიმების მიერ უზარმაზარი და სულ უფრო მზარდი ინფორმაციის გამოყენების აუცილებლობა სულ ახალახალ პრობლემებს აყენებს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულებაში. მედიცინის პროფილაქტიკური მიმართულების გაფართოება და გაღრმავება ცვლის ექიმისა და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ურთიერთობათა ასპექტებს და ა. შ.

სხვანაირად რომ ვთქვათ, მედიცინის მეცნიერების სწრაფი პროგრესი, ჯანდაცვის პრაქტიკის სრულყოფა ბევრ ახალ, აქტუალურ საკითხს აყენებს, რომელიც ეხება საბჭოთა ექიმის ეთიკასა და დეონტოლოგიას და მის ურთიერთობას მოსახლეობასა და საზოგადოებასთან.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის ნ. ვ. ელშტეინის მიერ დაწერილი ნაშრომი განსაკუთრებით საინტერესოა და აი, რატომ.

პირველ ყოვლისა ავტორი არ იფარგლება ექიმისა და ავადმყოფის

* ნ. ა. სემაშკო. რჩეული ნაწარმოებები. მ., მედიცინა, 1976.

ურთიერთდამოკიდებულების დიდი პრობლემის რაიმე ერთი საკითხით. გვესაუბრება ბევრ ისეთ საკითხზე, რაც ყველას ალღევებს: თანამედროვე საქმედიცინო განათლებაზე, მის საარგებლობასა და უარყოფით მხარეებზე, ექიმის ავტორიტეტის მნიშვნელობაზე, საექიმო შეცდომებზე, სამედიცინო ფაქულტეტებზე შემსვლელი ასალგაზრდების მიმართ წაყენებულ მოთხოვნებილებზე.

მეორე, ამა თუ იმ საკითხის განხილვისას, ავტორი გამომდინარეობს არა მარტო არსებული ლიტერატურის ღრმა ცოდნიდან, არამედ ავადმყოფის საწოლთან ექიმ-თერაპევტად მუშაობის მრავალწლიანი პირადი გამოცდილებიდან.

მესამე, იმ ნაშრომებისაგან განსხვავებით, რომელშიც გაანალიზებულია მხოლოდ ექიმის დამოკიდებულება ავადმყოფის მიმართ, ამ წიგნში საუბარია მათ ურთიერთდამოკიდებულებაზე.

ენებოდა რა ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთდამოკიდებულებას, ჯერ კიდევ მ. ი. მუდროვი მიმართავდა ექიმებს: „შენ შეისწავლე დაავადება და იცნობ ავადმყოფს, მაგრამ გახსოვდეს, რომ ავადმყოფმა შენ გამოგცადა და იცის, როგორი ხარ...“ თუმცა ამ პრობლემას სხვა ასპექტებიც გააჩნია. ისევე, როგორც ექიმი ვალდებულია მთელი თავისი ცოდნა და უნარი მოიმარჯვოს დაავადებებთან საბრძოლველად, ავადმყოფმაც მაქსიმალურად უნდა შეუწყოს ექიმს ხელი თავისი რთული და საპატიო ფუნქციის შესრულებისას.

დაბოლოს, წიგნის ყოველ ფურცელზე მკაფიოდ იგრძნობა დღევანდელი დღის სუნთქვა, დროის მაჯისცემა.

ექვგარეშეა, რომ ნ. ვ. ელშტეინის წიგნი დიდად სასარგებლო იქნება და ხელს შეუწყობს საბჭოთა ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის საქმის შემდგომ სრულყოფას.

ნ. ს. მოლჩანოვი

სოციალისტური შრომის გმირი.
მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის
აკადემიკოსი, რსფსრ მეცნიერების
დამსახურებული მოღვაწე.

დღევანდელი ექიმი

თუკი თავს მოეუყრით ყველა მოთხოვნას, რაც შეიძლება ექიმს წავუყენოთ, მისი მდგომარეობა შეიძლება შეფასდეს, როგორც უძნელესი ყველა არსებულ პროფესიათა შორის.

ა. ლ. ოჩკინი

ექიმმა მედიცინა უნდა იცოდეს. ეს აქსიომაა.

რაც შეეხება ავადმყოფთან ურთიერთობას, სასურველი პასუხი შეიძლება მოკლედ ასე ჩამოვაყალიბოთ. პაციენტს გულითადად უნდა მოვეკიდოთ, ექიმს — პატივისცემით.

თითქოსდა, ყოველივე ეს არცთუ ისე ორიგინალურია, და რაც მთავარია — კარგა ხანია ცნობილია. მაშ, ღირს კი მივუბრუნდეთ იმას, რაც ასე ელემენტარულად გვეჩვენება? ვთვლი, რომ ღირს, და აი, რატომ.

საექიმო ეთიკა ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს დროიდან მომდინარეობს. სხვადასხვა დროისა და ხალხების გამოჩენილმა ექიმებმა დაუვიწყარი მაგალითები დაგვიტოვეს თავიანთი მოვალეობის ერთგულებისა.

მაგრამ თვით საუკეთესო იდეებსაც ორი საფრთხე ემუქრება: ვულგარიზაცია და კანონიზაცია. ამის დასტურია ის გარემოება, რომ შუა საუკუნეებისდროინდელი ექიმის ეთიკური ნორმები განსხვავდება იმ მოთხოვნებისაგან, რომელიც მეოცე საუკუნის ექიმს შეიძლება წავუყენოთ.

აღორძინების ეპოქის ანატომების წინაშე სერიოზული მორალი და რელიგიური პრობლემები იდგა, როცა შინაგანი ორგანოებისა და სხეულებების შესასწავლად გვამები უნდა გაეკვეთათ. 1968 წელს ავსტრალიაში მიმდინარე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეა იხილავდა გულის გადანერგვის ეთიკურ და იურიდიულ ასპექტებს. ეს კი სულ რაღაც ასიოდე წლის წინათ ფანტასტიკურად მოეჩვენებოდათ. დისკუსიები გვამის გაკვეთის მიზანშეწონილობის თაობაზე სრულიად უაზროდ ეღერს ჩვენს დროში.

ჰიპოკრატეს ფიცი ექიმს უკრძალავს აბორტის გაკეთებას, მრავალი ქვეყნის თანამედროვე კანონით კი ნებადართულია.

თუმცა 1949 წელს ჟენევაში დამტკიცებული იქნა „საექიმო დეონტო-

ლოგის საერთაშორისო კოდექსი", საბჭოთა და კერძო პრაქტიკის მქონე საზღვარგარეთის ქვეყნების ექიმებს სხვადასხვა წარმოდგენა აქვთ მართებულ საქციელზე.

ამ მხრივ აღსანიშნავია ამერიკელ მედიკოს-სტუდენტთა ასოციაციის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგები, რომელთა შესახებ გვამცნობს მარტინ ლ. გროსი თავის წიგნში „ექიმები“ კითხვაზე: „რა გახდა ძირითადი მიზეზი იმისა, რომ მედიკოსი თქვენს პროფესიად აირჩიეთ?“, 594 გამოკითხული მომავალი ექიმების 56 პროცენტმა უპასუხა: „ფული“ ან „მდგომარეობა“.

ფრანგულმა ეურნალმა გამოაქვეყნა სტატია, რომლის სათაურსაც სიტყვასიტყვით გადმოგცემთ „რა მოცულობის სამუშაო უნდა შეასრულოს ექიმმა, რომ უზრუნველყოს თავისთვის ყოველდღიურად 6000 ფრანკი სუფთა შემოსავალი“.

როგორც ვხედავთ, საქმიანობის მიზნად გვევლინება ფული.

ორენბურგის სამედიცინო ინსტიტუტის 350 სტუდენტის გამოკითხვისას მოლოდ 1,4 პროცენტმა აღნიშნა, რომ პროფესიის არჩევის მიზეზი გახდა „ექიმის მატერიალური კეთილდღეობა“. ნათელია, რომ საბჭოთა კავშირში მერკანტილური მოტივი არ განსაზღვრავს კონკურსის მიზეზებს სამედიცინო ფაკულტეტებზე.

საკეპტიკურ დამოკიდებულებას იწვევს ის მტკიცებანი, რომელშიც სტუდენტები თავიანთ სურვილს, გახდნენ ექიმები, ასაბუთებენ იმ გარემოებით, რომ ეს მათი მოწოდებაა. მილანის სტუდენტთა 52 პროცენტმა სწორედ ეს მოტივი დაასახელა მიზეზად. როგორ განისაზღვრა მოწოდება, როგორია მისი კრიტერიუმები? საერთოდ, შემუშავებულია კი ისინი?

ამიტომ უფრო სარწმუნოა ის პასუხები, რომლებშიც ახალგაზრდობა თავის არჩევანს ხსნის ექიმობის და სამედიცინო მეცნიერების მიმართ ინტერესით, ოჯახური ტრადიციებით, სპეციალობის ჰუმანიზმით.

საექიმო ეთიკაში, ეპოქისა და კონკრეტული სოციალურ-პოლიტიკური პირობების მოთხოვნებისა და ცვალებადი ნორმების გვერდიგვერდ, არსებობს სამედიცინო პროფესიის სპეციფიკით განპირობებული უცვლელი პრინციპები. „იჩქარეთ, გააკეთოთ სიკეთე!“ — ასეთია ლაპიდარული წარწერა მოსკოველი ექიმის ფ. პ. გააზის საფლავის ქვაზე. ეს სიტყვები, ალბათ, საფუძვლად უნდა დაედოს ყველაფერს, რაც კი სამედიცინო დეონტოლოგიას შეეხება.

სულ რაღაც ორმოციოდე წლის წინათ ავადმყოფს საქმე ჰქონდა მხოლოდ ერთ, ერთადერთ ექიმთან. ის მკურნალობდა ყველა სნეულებას, გა-

• Med, prat, 1976, №/619, p-115-119.

ნასახიერებდა მთლიანად მედიცინას და აქედან გამომდინარე, იმსაყ, რაც დაკავშირებული იყო პრობლემასთან „ექიმი და ავადმყოფი“.

ამჟამად, ჩვენს პირობებში, პაციენტი უპირისპირდება ჯანმრთელობის დაცვის მთელ სისტემას: სამედიცინო დაწესებულებას, ექიმთა კოლექტივს — თერაპევტს, რენტგენოლოგს, ლაბორანტს, ელექტროკარდიოგრაფიის სპეციალისტს, ოფთალმოლოგს, სტომატოლოგს, კარდიოლოგს და თანამედროვე მედიცინის სხვა წარმომადგენლებს. ექიმები ბევრნი არიან — პოლიკლინიკაში, საავადმყოფოში, საერთოდ, ძალიან ბევრნი.

ვილაცამ აღნიშნა, რომ ექიმის ავტორიტეტი უსათუოდ დაეცემა მათი რიცხვის გაზრდასთან დაკავშირებითო. ეს განცხადება რომ აბსულუტურ ქვეშარტებად მიგველო. ექიმობა საერთოდ გაუფასურდებოდა. ეს კი არ ხდება.

ი. ი. კოსარევი და ტ. ლ. ბუხარინა (1983) აღნიშნავენ, რომ ამჟამად მსოფლიოში დაახლოებით 40 ათასი სპეციალობაა. ამ ავტორთა მონაცემებით, უკვე რამდენიმე ათეული წლის მანძილზე საბჭოთა კავშირში ექიმის პროფესია მყარად დგას მეხუთე ადგილზე, მეცნიერი მედიკოსები კი — მესამეზე. შეერთებულ შტატებში, პოლონეთში და გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში ექიმებს პრესტიჟულობის მიხედვით პირველი ადგილი უკავიათ. იაპონიაში ექიმებს პოპულარობით წინ უსწრებენ მხოლოდ კინოვარსკვლავები და საერთაშორისო ავიახაზების მფრინავები. შემთხვევითი არ არის, რომ იქ სწავლის ფასი 2,5-ჯერ მეტია უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში, ვიდრე ტექნიკურში, და 3,5-ჯერ მეტი, ვიდრე ჰუმანიტარულ სასწავლებლებში.

მიუხედავად იმისა, რომ ექიმები მომრავლდნენ, ძველებურად არიან კარგი და ცუდი ექიმები. ცუდი ექიმი საერთოდ არ უნდა არსებობდეს, რადგან ცუდი ექიმობა (უფრო მეტად, ვიდრე სხვაგვარი მოღვაწეობა) ეხება სხვა ადამიანის კეთილდღეობას, ხშირად — რამდენიმე ადამიანსაც კი.

თუკი შევეცდებით და თავს მოვუყრიო მწერლების, ფილოსოფოსების და თვით მედიკოსების მოსაზრებებს იმის შესახებ, თუ რა მოეთხოვება ექიმს, საშუალო არითმეტიკული დაახლოებით ასეთი გამოგვივა: პირველ რიგში, ექიმისთვის აუცილებელია მედიცინის ცოდნა და ადამიანისადმი კეთილგანწყობა.

საკითხი წმინდა პროფესიულ მოთხოვნათა შესახებ, რომელიც ექიმს სამეცნიერო-ტექნიკური რევოლუციის პირობებში მოეთხოვება, მოცემული წიგნის შესაძლებლობებს სცილდება. აღნიშნავ მხოლოდ იმას, რომ მედიცინისა და მომიჯნავე მეცნიერებების წარმატებებმა არ შეამსუბუქეს დღევანდელი ექიმის წინაშე მდგარი ამოცანები. ასე, მაგალითად: ჩვენი საუკუნის დასაწყისში ეპილექსიას განიხილავენ როგორც ერთიან სნე-

ულეზას, ამჟამად კი სპეციალისტები განასხვავებენ დაახლოებით 100 ფორმას. გამოვლენილია 1600 მეტი გენეტიკური (თანდაყოლილი) დაავადება. თანამედროვე სამედიცინო ნომენკლატურა 30 ათასამდე სნეულებას ითვლის. გამოვლინდა ახალი (მაგ.: „ჯინსის დერმატიტი“, „დისკო-თითები“ და ა. შ.), სახე იცვალა ძველი სნეულებების მიმდინარეობამ. ეს განპირობებულია, კერძოდ, ჩვენს ყოფაცხოვრებაში ჭიმის დანერგვით, ხმაურის. ვიბრაციის ზემოქმედებით, ახალი სამკურნალო პრეპარატების შექმნით, ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარიანობის შეცვლით და სხვა. ყოველზე ეს ინფორმაციის მიწოდების სწრაფი ტემპით ზრდასთან ერთად ვერ შეამსუბუქებს ექიმის საქმიანობას.

თუმცა, დავუბრუნდეთ დეონტოლოგიის საკითხებს.

მე მივიღე 2200 მეტი ანკეტა, რომელიც დაურიგდათ ესტონეთის სსრ ქალაქების. ტამბოვისა და აქტიუბინსკის პოლიკლინიკების პაციენტებს, და შეივსო ანონიმურად. გამოკითხულთა 93 პროცენტი დადებით შეფასებას აძლევს უბნის თერაპევტის საქმიანობას. თანაც 60 პროცენტისათვის ამ შეფასების საფუძველია ექიმების ყურადღებიანობა და გულითადობა. ამავე დროს, ავადმყოფთა მცირე ნაწილმა უარყოფითად შეაფასა უბნის თერაპევტის საქმიანობა, და აქედან 59 პროცენტმა თავისი აზრი დაასაბუთა იმ მოტივით, რომ ექიმები ჩქარობენ, არაკორექტულები არიან და სხვა. ინტერესს მოკლებული არ არის ის ფაქტი, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში ავადმყოფებმა, რომლებმაც უარყოფითი შეფასება მისცეს თავიანთ მკურნალ ექიმებს, საკუთარი მოსაზრების მიზეზად დაასახელეს უნდობლობა ექიმების მიმართ, მათი ქედმაღლობა, აგრეთვე ისიც, რომ ცოტა დროს უთმობენ პაციენტებს (9.V. styhlitz, 1969).

თუკი სიჩქარე ზოგჯერ ობიექტური ფაქტორების შედეგია, არაკორექტულობა ხშირად ხასიათის თავისებურების, ადამიანის კულტურის გამოვლენაა. ამასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ განათლებულ ადამიანს განსაკუთრებით ეტყობა, თუკი შესაბამისად აღზრდილი არ არის.

როგორია ის ტესტები, რომელიც საშუალებას მოგვცემდა აბიტურიენტში გამოგვევლინა საექიმო საქმიანობისათვის საჭირო თვისებები? სამწუხაროდ, ასეთი ტესტები არა გვაქვს.

არც იმის თქმა შეიძლება, რომ ეს საკითხი მხედველობიდან გამორჩათ იმათ, ვინც პასუხს აგებს ექიმების აღზრდა-მომზადებაზე. ამის დამადასტურებელია ის ფაქტი, რომ 1971 წელს მსოფლიო ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის ევროპის რეგიონალურმა ბიურომ შვეიცარიაში შოიწვია საგანგებო თათბირი, რომელმაც განიხილა საკითხი, თუ რა შესაძლებლობები არსებობს იმ სტუდენტთა შერჩევისა, რომელთაც სურთ

სამედიცინო განათლების მიღება. მაგრამ უნდა ითქვას, რომ სამუშაო ჯგუფის — რომლის მუშაობაში მონაწილეობას იღებდა საბჭოთა კავშირის წარმომადგენელიც — მიერ მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე, ამჟამად არცერთი ქვეყანა არ შეიძლება იყოს კმაყოფილი არსებული პრინციპებითა და აბიტურიენტთა შერჩევის სისტემით.

სტუდენტთა შერჩევა სამედიცინო, რკინიგზის, სასოფლო-სამეურნეო, პოლიგრაფიულ და სხვა უმაღლეს სასწავლებლებში ერთიდაიგივე პრინციპით ხდება და რაკი საზოგადოება აღიარებს ექიმის პროფესიის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას, სამედიცინო ფაკულტეტებზე მიღების საკითხი არ შეიძლება გადაწყდეს იმისდა მიხედვით, რამდენად კარგად ჩააბარა მისაღები გამოცდები აბიტურიენტმა. არც იმის მტკიცებაა საჭირო, რომ ჰუმანურობა და თანაგრძნობა ექიმს უფრო მეტად უნდა ახასიათებდეს თავის პროფესიულ საქმიანობაში, ვიდრე ინჟინერსა თუ აგრონომს. პრაქტიკულად კი სულ სხვაგვარად ხდება, როგორც ამის შესახებ წერდა ა. აგრანოვსკი: ერთს ვამბობთ, მეორეს კი ვაკეთებთ... თანაც იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ჩვენში (ისევე როგორც უცხოეთში) უფრო დიდი ყურადღება ექცევა ექიმთა მომზადების სისტემას, ვიდრე იმათი შერჩევის სისტემას, ვისაც ექიმობა სურს. მაგალითად, ნოვოსიბირსკის სამედიცინო ინსტიტუტის 724 სტუდენტის ანკეტურმა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ მიზანდასახული პროფესიული ორიენტაცია არსებით გავლენას არ ახდენს სამედიცინო პროფესიის არჩევისას. უმრავლეს შემთხვევაში შოტივი შემთხვევითი აღმოჩნდა. ანალოგიური მონაცემები მივიღეთ ხარკოვშიც. სამედიცინო ინსტიტუტში შემსვლელ აბიტურიენტებთან გასაუბრებისას აღმოჩნდა, რომ 50 პროცენტზე მეტს მკაფიო წარმოდგენა არა აქვს ექიმის შრომაზე.

საში სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებს შორის (მათ შორისაც კი) მკაფიო წარმოდგენა ექიმის პროფესიაზე ჰქონდა 17,5 — 27,0 პროცენტს, ნაწილობრივი წარმოდგენა — 38,5 — 51,0, ხოლო სულაც არავითარი წარმოდგენა არ ჰქონდა 8,0 — 11,5. 20 — 30 პროცენტმა კი საერთოდ ვერ გასცა პასუხი შეკითხვას (ვ. ვ. ერმაკოვი, ი. ი. კოსარევი, 1978).

მაგრამ განა მოტივებს მიღმა ყოველთვის დგას აუცილებელი ადამიანური და ინტელექტუალური თვისებები?

შეიძლება აითვისო ტექნიკური მეთოდების მინიმუმი, მაგრამ ძნელია დასძლიო უსულგულობა და გულგრილობა სხვა ადამიანების მიმართ, რაც აბსოლუტურად წინააღმდეგნაჩვენებია მომავალი ექიმისათვის. ნაკლებად სარწმუნოა სტატია (R. W. Sanson-Fisher, A. D. Poole, 1978), რომელშიც ლაპარაკია იმაზე, თუ როგორ უნდა აღვზარდოთ მედიკოს-სტუდენტებში თანაგრძნობა ავადმყოფის მიმართ. ცნობილი საბჭოთა ქი-

რურგის ს. ს. იუდინის აზრით, ცოდნის ნაკლებობას ეშველება, ბუნებრივი მონაცემების ნაკლებობა უფრო საშიშია, ვინაიდან დიდი მონდომებაც ვერ შეაესებს იმას, რაც ბუნებამ დააკლო ადამიანს. „... საქმისადმი, არჩეული სპეციალობისადმი სიყვარულის გამომუშაება თითქმის შეუძლებელია, ისევე როგორც არ შეიძლება ადამიანის ძალით შეყვარება!“ წერდა იგი. სხვისი ტყვილისა და საერთოდ, გრძნობების გაზიარების უნარი არ შეიძლება პროთეზით შეცვალოს.

ჩემმა კოლეგამ ასეთი შემთხვევა მიამბო: ერთ-ერთ მედდას ბალში შეეჩვია შაშივი, რომელიც კენკრას კენკავდა ბუჩქებზე. მედდამ დაიჭირა შაშივი და გადაწყვიტა დაესაჯა. დასაჯა კიდევ — ცოცხლად გააუტა.

ეს არის ველურობა, ერთი შეხედვით არავითარი კავშირი არა აქვს ავადმყოფსა და მის მკურნალობასთან, მაგრამ მომენტალურად გაიელვა სადისტის სულმა. მე არ ვიცი ის მედდა როგორ აკეთებს ინიექციას, შესაძლოა ძალიან კარგადაც. მაგრამ განა შეიძლება ასეთ მედმუშაეს ვანდოთ ადამიანის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა?

საზღვარგარეთ კარგა ხანია დაინტერესებულნი არიან ტესტირებით.

მაგრამ როგორ არ გავიხსენოთ, რომ ა. პ. ჩეხოვს არასოდეს მიუღია სამიანზე მეტი სკოლაში დაწერილ თხზულებებში. მ. ე. სალტიკოვ-შჩედრინმა ქალიშვილის მაგიერ დაწერა თხზულება და მიიღო ორიანი, თანაც ზედ წაუწერეს: „არ იცით რუსული ენა“. ოპერის გუნდში მომღერლების შერჩევისას მაქსიმ გორკი მიიღეს, ხოლო ფ. ი. შალიაპინი უარით გამოისტუმრეს. კარლ ლინეის ხარაზის კარიერას უწინასწარმეტყველებდნენ, ხოლო ჭეიმეს უატს, გელმგოლცსა და სეიფტს სკოლაში უნიჭობად თვლიდნენ. ჯუზეპე ვერდი არ მიიღეს მილანის კონსერვატორიაში, ხოლო ვალტერ სკოტის შესახებ უნივერსიტეტის პროფესორმა თქვა: „სულელია და სულელად დარჩება...“. ჰეგელის ატესტატში მითითებული იყო, რომ მას კარგი მონაცემები აქვს, მაგრამ ცოდნა ნაკლები, ხოლო ფილოსოფიაში შეძლება იდიოტიც კი ეწოდოს. კიდევ ბევრის ჩამოთვლა შეიძლება.

და მაინც, რაღაც დამატებითი კრიტერიუმები ან ტესტები საჯამოდრო შეფასებასთან ერთად უსათუოდ საჭიროა (საუბარია იმ აბიტურიენტებზე, რომელთაც ექიმობა აქვთ გადაწყვეტილი) იმათ მიმართ, ვისაც გადაწყვეტილი აქვს თეორიულ, ექსპერიმენტულ მედიცინას ან ლაბორატორიულ საქმეს ემსახუროს. მიდგომა, ბუნებრივია სხვაგვარი უნდა იყოს.

ტესტების გამოყენება არ ნიშნავს ტესტირებას, რომელიც დაყვანილია მიღებული მონაცემების მათემატიკურ ფეტიშიზმამდე, მეთოდის აბსოლუტიზაციამდე. ტაჯიკეთის სამედიცინო ინსტიტუტში ყოველწლიურად 200-ზე მეტი ადამიანი, რომელთაც განცხადება აქვთ შეტანილი, მიმღები კომისიის წევრებთან გასაუბრების შემდეგ იცვლს თავისი არჩევანი.

გამოითქვა მოსაზრება, რომ სამედიცინო ინსტიტუტში შესვლამდე გასაუბრებაზე აბიტურიენტებს უნდა მიეცეთ ფსიქოლოგიური ამოცანები, რათა გამოირკვეს, რა რეაქცია ექნებათ, როცა ადამიანის გაჯირვებას „შეეჩახებინან“. თუმც მართალია, ასეთ შემთხვევაში აბიტურიენტმა შეიძლება კეთილშობილი ადამიანის როლიც გაითამაშოს. სასურველია, სამედიცინო ფაკულტეტებზე შემსვლელნი წერდნენ თხზულებებს თემებზე: „რატომ ვაღაწევიტე ექიმობა“. „როგორ წარმომიდგენია ექიმის შრომა“, და ა. შ. ამას, უსათუოდ აქვს რაღაც გარკვეული აზრი.

წინ წადგმული მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ის, რომ 2 წლის სტაჟის მქონე სანიტრებს და საშუალო მედმუშაებს, რომლებიც სპეციალობის მიხედვით მუშაობენ არანაკლებ 3 წლისა, 1985 წლიდან სამედიცინო ფაკულტეტზე კონკურსგარეშე იღებენ. მიღების ახალი წესები, რა თქმა უნდა, ამცირებენ შეცდომის დაშვების შესაძლებლობას პროფესიის არჩევნას. ასეთი ხალხი შემზადებული ხდება სუნებს, წყლულებს, ჩირქსა და სისხლს. შეიძლება უსიამოვნოც არის ამის წაიკთხვა, მაგრამ გაცილებით მძიმეა ყოველივე ამასთან შეეჩახება, მომავალი ექიმი კი მზად უნდა იყოს, ვალდებულია მზად იყოს არა მხოლოდ ვარდებისათვის.

საინტერესო მოსაზრებები გამოთქვა ჩემდამი მოწერილ წერილში მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორმა ი. ბ.-მ. მისი აზრით შებრალებისა და ახლობლის სიყვარულის გრძნობა ცივილიზებულ საზოგადოებაში ყოველ ნორმალურ ადამიანს უნდა ახასიათებდეს. ექიმისათვის კი, გარდა ამისა, აუცილებელია პროფესიული ცოდნისმოყვარეობა და აზროვნების უნარი. არ შეიძლება ამას არ დავეთანხმოთ.

საფრანგეთში (მაგ. ლიონში) საექიმო საქმიანობისათვის ვარგისიანობას სამედიცინო ფაკულტეტზე შესვლის შემდეგ ამოწმებენ. ტესტების საშუალებით პირველი კურსის შემდეგ სტუდენტთა რიცხვი თითქმის ნახევრდება განთესვის გზით.

ცნობილია, რომ პირველი და მეორე კურსებიდან (ტესტირების გარეშე) სტუდენტთა განთესვის სავარაუდო პროცენტები ჩვენში გაცილებით დაბალია. უფრო რაციონალური ხომ არ იქნებოდა შედარებით მეტი აბიტურიენტი ჩაგვერიცხა, რათა საშუალება გვქონოდა სწავლის პროცესში შეგვეჩინა მედიცინისათვის გამოსადეგი ახალგაზრდები? და, რა თქმა უნდა, გამოგვეყენებინა ტესტები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პროფესიული შერჩევისას დიდი გამოყენება ჰქონდა „მინესოტის მრავალფაზოვანმა პიროვნულმა ტესტმა“ ანუ შემოკლებით M. M. P. I. (Minnesota Multiphasic Personalify Invenfory), რომელიც უკვე 1960 წელს 16 ენაზე ითარგმნა, მათ შორის რუსულზეც...

ახლა, ისევ ექიმთა რაოდენობის შესახებ ვისაუბროთ. ისინი მართ-

ლაც ბევრნი არიან, უფრო მეტი, ვიდრე უწინ. რევოლუციამდელი რუსეთი 8-ჯერ უფრო ცუდად იყო უზრუნველყოფილი ექიმებით, ვიდრე შეერთებული შტატები. საბჭოთა კავშირში 10 ათას მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფა 1,5-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე შეერთებულ შტატებში. თავისთავად ეს დადებითი მოვლენაა. მაგრამ საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ამ შთამბეჭდავი ციფრების მიღმა არ გამოგვჩხეს ის, რაც ასე ადამიანურს და საჭიროს ხდის ჩვენს სპეციალობას. უმაღლესი სასწავლებლები ამჟამად საკმაოდ ფართო განათლებას იძლევიან. რაც შეეხება პიროვნების აღზრდას ეს საქმე, ჩემი აზრით, ჩამორჩება.

ჩვენ ზემოთ ვახსენეთ პოლიკლინიკის პაციენტების გამოკითხვის ანკეტ ბი. ამასთან დაკავშირებით „ლიტერატურაშია გაზეტას“ „მრგვალ მაგდალთან“ ერთი საინტერესო შეკითხვა მომცეს: „თქვენი მონაცემების თანახმად, უმრავლესობა აფასებს ექიმის თავაზიანობას და არა პროფესიულ ღირსებას... ზოგჯერ პრესაშიც თავაზიანობის დონემდეა დაყვანილი ექიმისადმი წაყენებული მოთხოვნები. ამის გამო ექიმებს ხომ არ ეკარგებათ სტიმული ქეშმარიტი პროფესიონალიზმისადმი?..“

ახსანიშნავია, რომ უცხოური დეონტოლოგია ზოგჯერ მოუწოდებს შეგნებულად „მშრალი“ ურთიერთობისაკენ ავადმყოფსა და ექიმს შორის. ისინი თვლიან, რომ ექიმსა და ავადმყოფს შორის დისტანციის შემცირება აუარესებს ექიმის ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებას ავადმყოფზე. ოციან წლებში გახმაურებული წიგნის „ექიმი და მისი მოწოდება“ ავტორი ერვინ ლიკი პირდაპირ მოუწოდებდა, რომ ეს ყბადაღებული დისტანცია ყოველგვარ პირობებში შენარჩუნებული უნდა იყოს. ცნობილმა ქირურგმა კრისტინ ბარნარდმა, ვინც პირველად წარმატებით განახორციელა გულის გადანერგვა, განაცხადა, რომ არ ცდილობს თავის ავადმყოფებს დაუმეგობრდეს.

ჩემი აზრით, ავადმყოფისადმი კეთილმოსურნე განწყობილება სამკურნალო ზემოქმედების მნიშვნელოვანი ელემენტია. ამიტომაც „პროფესიონალიზმი“ წარმოუდგენელია ამ ფაქტორის გარეშე და საერთოდ, სწორია კი საკითხის ასე დაყენება „ან... ან“. და მაინც, ჩემს წინაშე რომ დადგეს აუცილებელი არჩევანის საჭიროება, უპირატესობას მივანიჭებდი უცხვირპირო, მაგრამ თავის საქმის მცოდნე ექიმს, იმასთან შედარებით, ვინც კეთილია და სულ იღიმის, მკურნალობა კი არ შეუძლია. ერთ-ერთი ჩემი პაციენტი ქალი მიაშობდა, რომ ექიმი ხელზე ხელს უსვამდა, „გენაცვალეს“ ეუბნებოდა, მაგრამ ვერ გარკვეულიყო, რა სენით იყო დაავადებული...

შეიქმნა აზრი, რომ კომპიუტერების საუკუნეში ქალები უფრო „კუმანურს“ ხდიან ექიმის პროფესიას.

საკითხი, თუ როგორ ზემოქმედებას ახდენს დღევანდელ მედიცინაზე ექიმთა შორის ქალების ხვედრითი წონის გაზრდა, რა თქმა უნდა, მარტივი არ არის.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და რამდენიმე სხვა წყაროს მონაცემებით, ქალების ყველაზე მაღალი პროცენტი — 72,5 — საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაშია. ესპანეთში ექიმი ქალები 3,5 პროცენტს შეადგენენ. იაპონიაში — 10,5 %. იტალიაში — 6,3, საფრანგეთსა და შვეიცარიაში — 17%, დიდ ბრიტანეთსა და გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში — 25 პროცენტზე მეტს. შეერთებულ შტატებში ექიმი ქალების პროცენტული შემადგენლობა 1950 წელს 5 პროცენტიდან გაიზარდა 30 პროცენტამდე 1980 წელს. სოციალისტურ ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი მიუახლოვდა 40-ს, პოლონეთში კი ყველაზე მაღალია (50 პროცენტამდე).

ძველ დროს მრავალ ქვეყანაში ექიმობის უნარს ქალს ანიჭებდნენ. მაგალითად. ევრიპიდე პოლიდამნას, დიოდარი — მედეას, აღმოსავლეთის სლავები — ბერეგინიას და ა. შ.

ჩვენს დროში ბევრ კაპიტალისტურ ქვეყანაში ექიმ ქალს ხშირად არ ენდობიან. ეს მოვლენა ამჟღავნებს დამახინჩებულ წარმოდგენას არა მარტო ქალების ნიჭსა და უნარზე, არამედ იმ მიზნებზეც, რომელსაც ისინი ისახავენ უმაღლეს სასწავლებლებში შესვლისას. არის აზრი, რომ შეერთებულ შტატებში ქალები მხოლოდ იმიტომ შედიან უნივერსიტეტებში, რომ ქმარი მონახონ. სწორედ ამიტომაც... ანებებენ სწავლას თავს: ან იმიტომ, რომ გათხოვებას აპირებენ, ანდა ეშინიათ, რომ ზედმეტი კულტურა ხელს შეუშლის გათხოვებაში. ქალებისათვის ახალი დიპლომიც კი მოიგონეს: „Ph—D“ — ფილოსოფიის დოქტორის მაგივრად იქ აღნიშნულია, „Dh—J“ — ქმრის წარმატების ხელშემწყობი.

ზოგიერთი ამერიკელი ავტორი უარყოფს იმ გარემოებას, რომ ქალებს შეუძლიათ სრულფასოვნად მოღვაწეობდნენ მიდიცინაში და თავს უფლებას აძლევს იგივე მოსაზრება გამოთქვას საბჭოთა ექიმ ქალებზეც. ჩვენი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გამოცდილებამ, თვითონ ცხოვრებამ უარყო ეს მანკიერი კონცეფციები, საბჭოთა კავშირში 2 ათასამდე დოქტორი ქალია და 18 ათასზე მეტი მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი.

მაგრამ მოდიოთ, გულახდილები ვიყოთ. ქალებს მაინც ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ თავიანთი დრო და ცოდნა მედიცინას მოახმარონ, ვიდრე მამაკაცებს.

ამიტომაც, ვაჟებს, მართლაცდა, უფრო მეტი ხალისით იღებენ სამედიცინო ინსტიტუტებში, ვიდრე ქალიშვილებს, და ცოდვა გამხვლილი

ჯობია, უფრო დაბალი გამსვლელი ქულითაც კი: „რაგინდ გულსატკენიც არ უნდა იყოს, — წერს პროფესორი დოლეცი, — ქალიშვილების ურთიერთობა მედიცინასთან მაინც გაცილებით რთულია, ვიდრე ვაჟების. გათხოვება, სამუშაოდ განაწილებისას არამობილურობა, სამსახურის მიტოვება — დროებით ან მუდმივად, თუკი ოჯახის ინტერესები პროფესიაზე უფრო მალა დგას, განსაკუთრებით მაშინ, როცა მატერიალური მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა. ვაჟები კი ამ შემთხვევაში უფრო სა-მედონი არიან“.

როგორც როსტოვის სამედიცინო ინსტიტუტში ჩატარებულმა სპეციალურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, სტუდენტი გოგონები უფრო მეტი სიბეჭითითა და უკეთესი აკადემიური მოსწრებით გამოირჩევიან, ვიდრე სტუდენტი ვაჟები, უფრო მეტიც, მედიკოს-სტუდენტთა შორის პირადი „საეჭიმო თვისებების“ (სიბრალული, თანაგრძნობა, გულშემმატკივრობა, გულსხმნიერება) გამოკვლევისას ყველა მაჩვენებელი, გარდა თავშეკავებულობისა. ქალებს უკეთესი აღმოაჩნდათ, ვიდრე მამაკაცებს. ამიტომ ლაპარაკიც ზედმეტია იმაზე, რომ ქალები არ გამოდგებიან ეჭიმებად.

როცა მე ანონომიურად გამოვკითხე თერაპევტები, თუ რას აკეთებდნენ ისინი თავიანთი პროფესიული დონის ასამაღლებლად, მამაკაცები ამ მხრივ გაცილებით უკეთ გამოიყურებოდნენ. ესტონელი თერაპევტების გამოკითხვისას (არადა, მათ უმრავლესობას ქალები შეადგენენ) გამოირკვა, რომ მათ ურჩევნიათ არა ოთხთვიანი კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსები. არამედ ერთ-ორ თვიანი. იგრძნობა, რა თქმა უნდა, ოჯახის გავლენა... სხვადასხვა სოციოლოგიური გამოკვლევებიდან ცნობილია, რომ ქალებს ორ-სამჯერ ნაკლები თავისუფალი დრო აქვთ, ვიდრე მამაკაცებს. წინააღმდეგობანი ქალის პროფესიულ და ოჯახურ საქმიანობას შორის ჭერ კიდევ არ არის აღმოფხვრილი. 1971 წელს გამოვიდა სოციოლოგების ა. გ. ხარჩევისა და ს. ი. გოლოდას მონოგრაფია „ქალების პროფესიული მოღვაწეობა და ოჯახი“. ღირსშესანიშნავია თავად სათაური. არავის მოუვა თავში აზრად იმუშაოს პრობლემებზე, მამაკაცების პროფესიული მოღვაწეობა და ოჯახი“. ასეთი პრობლემები არ არის.

საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ქალებს აქვთ და შემდგომშიც ექნებათ დაკავებული დიდი ადგილი. ყველა მონაცემების მიხედვით, ქალთა ხვედრით წონას აშკარა ზრდის ტენდენცია აქვს საზღვარგარეთის ქვეყნების მედიცინაშიც.

ამიტომ უნდა ვეძიოთ გზები, რათა ნაკლებად შეიქმნეს კოლიზიები ოჯახსა და მედიცინას შორის. უნდა ვეძიოთ და არ დაგვკმაყოფილდეთ მხოლოდ იმის მტკიცებით, რომ ქალსა და მამაკაცს თანაბარი უფლებებო აქვთ.

უფლებები კი თანაბარია, მაგრამ მოქალაქეობანი და რეალური საშუალებანი განსხვავებული. ეს კარგად ესმით ჭანმრთელ ადამიანებს, მაგრამ როდესაც ავადმყოფი მიდის ექიმთან, ის უკვე აღარ ფიქრობს ამაზე. არც უნდა იფიქროს.

რა ღირს უფასო მკურნალობა?

სამდარტე კი არაა, როცა ცილობ ამ სამდარტეს, არანედ როცა შეგძლია მიიან- შეწონილად მოიძარო იგი.

მ. ს. გ. რ. ე. ა. ნ. ტ. ე. ს. ი.

უფასო სამედიცინო დახმარება. ძნელია გადაჭარბებით შეაფასო ეს სოციალური მონაპოვარი. თუმცა, მაგონდება საუბარი ერთ ფრანგ ექიმთან.

— თქვენთან ექიმის ვიზიტი სრულიად უფასოა?

— დიახ.

— ჰმ... ჩვენთან კი ზოგი პაციენტი თვლის, რომ ის, რაც ფული არ ღირს, ნამდვილად არაფრად არ ღირს...

არა მგონია, ეს თეზისი იმსახურებდეს იმას, რომ სადავო გახდეს. შემთხვევით არ არის, რომ საბჭოთა კავშირის ახალ კონსტიტუციაში დაფიქსირებულია: ჭანმრთელობის უფლება უზრუნველყოფილია უფასო კვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით.

ამ დებულების მნიშვნელობას მთელი სიღრმით შეიგრძნობთ, როცა კაპიტალისტურ ქვეყანაში აღმოჩნდებით და გაიგებთ, რა უჭდება იქ ადამიანს ავადმყოფობა.

სინკლერ ლუისის ცნობილი რომანის „ეროუსმატ-ს“ ერთ-ერთ პერსონაჟს, პროფესორ ოტოლარინგოლოგს ღრმად სწამდა, რომ ადამიანის ორგანიზმში გლანდები მხოლოდ იმიტომ არსებობს, რომ ექიმებს საშუალება ჰქონდეთ შეიძინონ ავტომობილები. ვინმეს შეიძლება ეგონოს, რომ მხატვრული მონოლოგია, მაგრამ არა, როგორც ფ. ჯ. კუკის (1972) გამოკვლევებმა ცხადყო, შეერთებულ შტატებში ზოგიერთი ექიმი ნამდვილად თითო ნუშისებრ ჭირკვალს კვეთს ერთ ოპერაციაზე, იმისათვის რომ შემდგომში საშუალება ჰქონდეს ორი ოპერაციის ანგარიში წარუდგინოს.

შეერთებული შტატების კონგრესის ქვეკომისიამ განაცხადა, რომ 1974 წელს 2,4 მილიონ ადამიანს ყოველგვარი საჭიროების გარეშე გაუკეთდა ოპერაცია. ამ ოპერაციების ღირებულებამ 4 მილიარდი დოლარი

შეადგინა, ხოლო ამის შედეგად გარდაიცვალა 11900 კაცი. ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ გააპროტესტა ეს მონაცემები, მაგრამ განმეორებით გამოკვლევამ აჩვენა, რომ 1977 წელს ჩატარდა 2 მილიონი არასაკირო ოპერაცია, 4 მილიარდი დოლარი დაჯდა, და ამის შედეგად დაიღუპა 10 ათასი ადამიანი.* ამერიკაში ყოფნისას განმაცვიფრა საექიმო პროფესიისადმი გაორებულმა დამოკიდებულებამ. ერთი მხრივ, ის იწვევს შურს: საიდუმლო არ არის, რომ კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმს დიდი შემოსავალი აქვს. მეორე მხრივ — ექიმების მიმართ აშკარად იგრძნობა მტრული განწყობა იმის გამო, რომ ავადმყოფების ხარჯზე მდიდრდებიან. ინტერესით ვაკვირდებოდი იმ მოვლენასაც, რომ ძალზე ხშირად, გაიგებდნენ თუ არა, რომ ექიმი ვიყავი, ცდილობდნენ გზადაგზა სამედიცინო კონსულტაცია მიეღოთ. ეს ხომ ფული ღირდა, ამიტომ გასაგები იყო მათი საქციელი...

აღსანიშნავია, რომ ილინოისის შტატის სამედიცინო ასოციაციამ საკიროდ ჩათვალა საექიმო ეთიკის შემუშავებულ პრინციპებში გამოეყო პარაგრაფი, რომელშიც ნათქვამია: „ექიმმა არ უნდა გამოსძალოს პონორარი ავადმყოფს...“

განა ჩვენთვის მისაღებია 1964 წელს ბელგიელი ექიმების მიერ ფინანსური მოსაზრებებით ორგანიზებული გაფიცვა, როცა მათ უარი განაცხადეს სამედიცინო დახმარება გაეწიათ ავადმყოფებისათვის?

ანდა, რად ღირს W. Schweisheimer-ის სტატიის (1974) მხოლოდ სათაური: „პროფესიული ეტიკეტის“ პრობლემა. ვალდებულია თუ არა ერთი ექიმი უფასოდ უმკურნალოს მეორე ექიმსა და მისი ოჯახის წევრებს?!”

განა სჭირდება ამ ფაქტებს კომენტარები?

და მაინც, ძნელია თავიდან მოიშორო აზრი იმის შესახებ, რომ ადვილად ხელმისაწვდომს ხშირად ფასა აქვს დაკარგული.

გრიბი ეპიდემიაა. თითოეულ ექიმს ათობით ბინაზე გამოძახება აქვს. ერთ-ერთი გამოძახება ხანში შესულ მამაკაცთანაა. ის ჭანჭანტელი აღმოჩნდა. ცოლის შერთვა გადაუწყვეტია, მომავალ მეუღლეს კი მისი საექიმო შემოწმება მოუთხოვია. სასაცილოა? არა, სევდისმომგვრელი ფაქტია. თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ზოგჯერ ოჯახური ბედნიერებისაკენ სწრაფვა დაუოკებელია, მაშინაც კი არ უნდა გადავიქცეთ ჩეხოვის გმირებად.

შემდეგი გამოძახება ბინაზე. ავადმყოფი თურმე ქალაქში გავიდა. ექიმი აღშფოთებულია, პაციენტის მეუღლემ კი შეარცხვინა ექიმი: „თქვენ ხომ ხელფასს გაძლევენ ამისთვის...“

* Science Pews, 1979, V.115. № 1, P. 9.

შესაძლოა, შემომეღავონ ასეთი შემთხვევები ხომ ერთეულიაო. გეთანხმებით.

მაგრამ, სამწუხაროდ, არის სხვა, უფრო მასობრივი გამოვლინებანი უფასო სმედიცინო დახმარებით სარგებლობის წესების უცოდინარობისა.

ესტონეთში ყოველწლიულად რეგისტრირებულია „სასწრაფო დახმარების“ ათასობით კრუ გამოძახება. ლენინგრადსა და კიევში 1973 წელს თითოეულში 6000 ასეთი გამოძახება აღინიშნა. მოსკოვში 1982 წელს ყველა გამოძახების 7 პროცენტი კრუ და უსაფუძვლო აღმოჩნდა. ყოველი გამოძახება სახელმწიფოს საშუალოდ 10-დან 30 მანეთამდე უჯდება. ერთიანად აღებული — ათასობით მანეთი გამოდის. ერთ შემთხვევაში „სასწრაფო დახმარებას“ იძახებენ ხმაწასულ თუთიყუშთან. მეორე შემთხვევაში — იმის გამოსარკვევად, ხომ არ გაამწვავებს კუჭის წყლულს კონიაკზე დაყოლებული ლიმონი.

ვარშავაში „სასწრაფო დახმარებას“ ასეთ შემთხვევაში დაჯარიმების უფლება მისცეს. ასეთივე წინადადებით გამოდიან ჩვენს პრესაშიც.

მაგრამ საქმე მხოლოდ ფული ხომ არ არის. კრუ გამოძახების გამო „სასწრაფომ“ შესაძლოა ნამდვილ ავადმყოფთან დაავადიანოს ან ავადმყოფი მის მისვლამდე დაიღუპოს.

სხვა მაგალითს მოვიყვან.

ცნობილია, რომ მედიცინის მუშაკთა წინაშე დგას საპასუხისმგებლო ამოცანა — ეტაპურად ჩატარდეს მთელი მოსახლეობის დისპანსერიზაცია. ეს გახლავთ პრინციპულად ახალი დონე, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მუშაობის ახალი მეთოდი. რა თქმა უნდა, ადამიანის ჯანმრთელობაზე პასუხს აგებს მთელი ჩვენი საზოგადოება, საზოგადოებრივი დაწესებულებანი, თითოეული ჩვენი ამავე დროს დაახლოებით ყოველი მეხუთე პაციენტი თერაპევტის გამოძახებაზე არ ცხადდება. ექიმი ელოდება, დრო ყოველ ავადმყოფზე სპეციალურად გამოყოფილია და ყოველი გამოუცხადებელი ადამიანი სახელმწიფოს თითქმის ერთ მანეთამდე უჯდება (სამედიცინო პერსონალის ხელფასის ხარჯზე). ერთი შეხედვით ბევრი არაა. მაგრამ სადისპანსერო ავადმყოფთა რიცხვი, რომლებიც არ ცხადდებიან დანიშნულ დროს, მხოლოდ ესტონეთში ათასობით სულს აღწევს. ეს საყოველთაო მოვლენაა. აკადემიკოსი ე. ი. ჩაზოვი აღნიშნავს, რომ მიუხედავად ექიმების დიდი მონდომებისა, კარდიოლოგიურ ავადმყოფთა მხოლოდ 75 პროცენტის დისპანსერიზაცია თუ ხერხდება.

ტალინში, გულის დაავადებათა ადრეული ან ჭარული ფორმების გამოსავლენად მოიწვიეს 35-59 წლის ასაკის მამაკაცები, რომლებიც შედარებით ხშირად უჩიოდნენ გულს. შედეგი ასეთია — მესამედი არ გამოცხადდა. არადა, როგორც შემდგომმა ანალიზმა გვიჩვენა, ისინი, ვინც არ

გამოცხადდნენ, ისევე ხშირად ავადმყოფობდნენ, როგორც დროულად გამოკვლეულნი. ამ მოვლენის მიზეზები რეალურად უნდა შევაფასოთ. ჩვენ თვითონ, ექიმები, ზოგჯერ დისპანსერიზაციას ფორმალურად, ჩინოვნიკურად ვეკიდებით და პაციენტი პოლიკლიკიდან მიდის ისე, რომ ვერ გაუგია, ვის სჭირდება ეს ვიზიტი — მას თუ ექიმს. და მაინც, იმათ შორის, ვინც არად აგდებს დისპანსერიზაციას, უმრავლესობა არ მიდის ექიმთან უპირველეს ყოვლისა იმიტომ, რომ აბუჩად იგდებს თავის თავს, თავის ჩანმრთელობას.

ძალაუვნებურად მოვიხდება პარალელის გაღება: ამერიკის პრესაში მსჯელობენ საკითხზე, თუ როგორ მოქმედებს პაციენტის შემოსავალი მის შესაძლებლობაზე მიმართოს ექიმს. ჩვენთან კი ავადმყოფები, თავიანთი კეთილდღეობის ინტერესებიდან გამომდინარე, ხშირად არ იყენებენ უფასო სამედიცინო მომსახურების უპირატესობას.

შეიძლება უცნაურიც კი იყოს, მაგრამ უარყოფით როლს თამაშობს ის გარემოება, რომ ჩვენს პირობებში ზოგიერთი ავადმყოფობას მხოლოდ ბიოლოგიურ მოვლენად თვლის. არადა, სოციალისტურ საზოგადოებაშიც კი, ავადმყოფობა უპირველეს ყოვლისა სოციალური მოვლენაა.

ჩვენთან ავადმყოფობას კლასობრივი საფუძველი არა აქვს, მაგრამ ავადმყოფობა ყოველთვის სოციალურად განპირობებულია და პირდაპირ თუ არაპირდაპირ, დაკავშირებულია ადამიანთა ცხოვრების წესთან.

ჩვენ ვლაპარაკობთ არა თეორიულ პრობლემებზე. ეს დებულებანი მნიშვნელოვანია პრაქტიკული თვალსაზრისით, ვინაიდან ავადმყოფობათა კლება დამოკიდებულია არა მხოლოდ მედიცინის მეცნიერებათა ღონისა და მედიცინის მუშაკთა მონდომებისა და ძალისხმევისაგან, როგორც ზოგიერთები ფიქრობენ, არამედ მეტწილად ცხოვრების სოციალური პირობებისაგან და იმისაგან თუ როგორ იბრძვის მთელი საზოგადოებრიობა ჩანმრთელობისათვის და როგორ ეკიდება თვითოეული ადამიანი საკუთარ ჩანმრთელობას.

ჩანმრთელობის დაცვის წარმატებანიც, რა თქმა უნდა, სოციალურად განპირობებულია და დამოკიდებულია მასზე.

ამიტომაც, საბჭოთა კავშირში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდა და ბევრი ინფექციური დაავადების ლიკვიდაცია, პირველ ყოვლისა შედეგია ზოგადსახელმწიფოებრივი ღონისძიებებისა, რომლებიც საბჭოთა ადამიანის ჩანმრთელობის განმტკიცებისკენაა მიმართული.

ვუბრუნდები უფასო სამედიცინო დახმარების პრობლემებს და არ ვიქნები მართალი, თუ დავიწყებ მტკიცებას, რომ ჩვენ, მედიცინის მუშაკები, ყოველთვის სწორად ვიყენებთ მას.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ავადმყოფის საავადმყოფოში წო-

ლის საშუალო ხანგრძლივობა (ყველა სპეციალობის მიხედვით) ორჯერ უფრო ნაკლებია, ვიდრე საბჭოთა კავშირში. ცხადია, რომ შეერთებული შტატების სტაციონარების მაჩვენებლებზე გავლენას ახდენს ის გარემოება, რომ მკურნალობა ფასიანია. 1960-1970 წლებში, როგორც ყოფილმა პრეზიდენტმა ნიქსონმა განაცხადა, შეერთებულ შტატებში სამედიცინო მომსახურების ფასი ორჯერ უფრო სწრაფად გაიზარდა, ვიდრე ცხოვრების საერთო ღირებულება, ხოლო საავადმყოფოში მკურნალობის ფასმა 1-უთჯერ გადააქარბა სხვა ფასების ზრდას. კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმების საფასური ამავე წლებში გაიზარდა 57,7 პროცენტით, ხოლო ერთი დღე საავადმყოფოში მკურნალობისა — 155,6 პროცენტით. იგივე ტენდენციები შეინიშნება უკანასკნელ ათწლეულშიც: მკურნალობის საფასური საშუალოდ 8,3 პროცენტით გაიზარდა, ხოლო საავადმყოფოებში — 15-16 პროცენტით ყოველწლიურად.

გასაკვირი არ არის რომ შეერთებულ შტატებში საავადმყოფო საწოლების 30 პროცენტი ცარიელია და დაახლოებით მესამედი პაციენტებისა ვადაზე ადრე ეწერება საავადმყოფოდან. ამასთანვე, ჩვენთან ხშირად შენელებულად მიმდინარეობს ავადმყოფის გამოკვლევა, რის შედეგადაც საკმაოდ უსაფუძვლოდ აჩერებენ ავადმყოფს სტაციონარში უფრო დიდხანს, ვიდრე ამას საქმე მოითხოვს. საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მინისტრის მიერ მოყვანილი მონაცემების მიხედვით, ექსპერტთა არჩევითმა შეფასებამ ცხადყო, რომ სტაციონარის ექიმები გამოკვლევას ანიჭებენ 4-9 დღეს შემთხვევათა 15-20 პროცენტში, ხოლო ავადმყოფთა 17 პროცენტის გამოკვლევა ტყუილუბრალოდ მეორდება საავადმყოფოსა და პოლიკლინიკაში.

ცნობილია, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში ყოველი ლაბორატორიული ან ინსტრუმენტული გამოკვლევა ფასიანია. კოპენჰაგენში, მაგალითად, საერთო პრაქტიკის მქონე ექიმი წლიურად ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე აგზავნის არაუმეტეს 200-300 ავადმყოფისა (უბანში დაახლოებით 3500 მაცხოვრებელია), თითოეულ მათგანზე საშუალოდ 4 ანალიზი მოდის. ერთიანობაში ეს, რა თქმა უნდა, ცოტაა.

ჩვენთან უბნის თერაპევტი გამოკვლევაზე აგზავნის პოლიკლინიკის თითქმის ყოველ პაციენტს. ეს ძირითადად გამართლებულია, ვინაიდან ჩვენი ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი მიმართულება — პროფილაქტიკაა, „ჯანმრთელთა ჯანმრთელობაზე“ ზრუნვა. ამისთვის ფულის დანანება არ შეიძლება, მაგრამ რამდენი ხელმეორე გამოკვლევა ხდება ხშირად უსაფუძვლოდ ან ისეთი, რომელთა გარეშეც შეიძლებოდა იოლად გასვლა.

ყოველივე ამაში ხომ არ არის მეორე მხარე იმ მოვლენისა, როცა

არც ავადმყოფი და არც ექიმი არ ითვლიან „სხვის“ ფულს? იქნებ, მაინც ჩვენია ეს ფული?

სულ ვ. მ. სოროკინის მკურნალობა სტაციონარში დაჯდა 1492 მან. 35 კაპ. გარდა ამისა, საავადმყოფო ფურცლის თანახმად სამ თვეში გადაუხადეს 223 მან. 30 კაპ. ამგვარად, საერთო ხარჯმა შეადგინა 1715 მან. 65 კაპ.

უფასო სამედიცინო დახმარება — ჩვენი სანოგადოების, ჩვენი წყობის მონაპოვარია, „კონსტიტუციური ნიშანია“ (ნ. ა. სემაშკოს ტერმინია) საბჭოთა ჯანდაცვის ა.

საზღვარგარეთელ ექიმებთან შეხვედრისას ისინი არცთუ იშვიათად ცდილობდნენ ჩვენს ქვეყანაში უფასო სამედიცინო დახმარების მნიშვნელობა დააყენონ იმით, რომ ჩვენში ავადმყოფს ექიმის არჩევის საშუალება არა აქვს. ისინი ამ ორ საკითხს ერთმანეთს უკავშირებენ და ცდილობენ დაგვარწმუნონ, რომ რადგან პაციენტს არა აქვს ექიმის არჩევის საშუალება, ეს თავისთავად ექიმს უსპობს დამატებით სტიმულს. თანაც, ამავე დროს არაფერს ამბობენ იმაზე, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში ექიმის არჩევა — ეს არის კონკურენცია გამდიდრებისათვის ადამიანთა ავადმყოფობის ხარჯზე. არჩევანის შესაძლებლობანი იქ თავისებურია: მდიდრებს აქვთ საშუალება აირჩიონ, ხოლო დატყვებს არა თუ არჩევანის, ხშირად საერთოდ არა აქვთ საშუალება კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება მიიღონ.

არაერთხელ აღნიშნულა, რომ საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის საფუძველთა საფუძველია სამედიცინო დახმარების გაწევის საუბნო-ტერიტორიული პრინციპი. რომელმაც სრულიად გაამართლა თავისი დანიშნულება ათწლეულების მანძილზე და ამჟამად დანერგულია ყველა სოციალისტურ ქვეყანაში. უბნის თერაპევტი მთავარი ფიგურაა პოლიკლინიკაში. ეს თავდადებული მუშაკი დამსახურებული პარტიისციემით სარგებლობს მოსახლეობაში, რასაც ადასტურებს ჩემს მიერ წინა თავში მოყვანილი ესტონეთის ქალაქების, ტამბოვისა და აქტიუბინსკის, მოსახლეობის ანკეტური გამოკითხვის შედეგები.

ეს თავი რომ დავწერე, ერთმა ნაცნობმა წაკითხვისთანვე მკითხა: „გამოდის, რომ უფასო მკურნალობა არც ისე კარგი რამე ყოფილა?“

არა, უდავოდ კარგია. ადამიანის ჯანმრთელად ყოფნის სურვილი ფული არ უნდა ღირდეს. აქ ორი აზრი არ არსებობს. მაგრამ სახელმწიფოს მიერ ამ საქმეზე დახარჯული ფულიც უნდა დავითვალოთ, ვინაიდან ეს ფული საჭიროა და უკეთესად შეიძლება გამოვიყენოთ კიდევ ავადმყოფებისა და ჯანმრთელობის ინტერესებისათვის, რათა კიდევ მეტად გავზარ-

დოთ ის დადებითი შედეგები, რაც საფუძვლად უდევს ჩვენს უზარმაზარ სოციალისტურ მონაპოვარს.

მოსახლეობამ კარგად იცის, ბიუჯეტში რა თანხაა ასიგნირებული მთლიანად ჯანმრთელობის დაცვისათვის, მაგრამ ჩვენ, სამწუხაროდ, ხშირად ვერც წარმოგვიდგენია, რა უჯდება სახელმწიფოს ვთქვათ ერთი რომელიმე კონკრეტული ავადმყოფის სამედიცინო დახმარება.

აი, მხოლოდ ერთი მაგალითი*.

ავადმყოფ ვ. მ. სოროკინს გაუკეთდა გულის რევმატული მანკის ოპერაცია. პაციენტმა საავადმყოფოში სულ 64 დღე გაატარა. აქედან ოპერაციამდე — 25 და ოპერაციის შემდგომ — 39 დღე. ოპერაციამდე ერთი დღის საფასურმა შეადგინა 6 მან. და 81 კაპ. ე. ი. 25 დღე 170 მან. 25 კაპ.

ოპერაციის საფასურში შევიდა: სამედიცინო პერსონალის ხელფასი — 131 მან. 90 კაპ. ხელფასზე დარიცხვა 5,9 პროცენტის რაოდენობით, 400 მან. 21 კაპ.-ის მედიკამენტები, სამედიცინო აღჭურვილობის ამორტიზაცია — 15 მან., თეთრეულისა — 38 მან.

ავადმყოფის შენახვა ოპერაციის შემდგომ: 39 საწოლ-დღე X 6 მან. 81 კაპ. = 265 მან. 59 კაპ. + დონორის სისხლი 240 მან. 15 კაპ. — პლანზმა 95 მან. 15 კაპ. = 601 მან. 99 კაპ.

ამ დასკვნის მართებულობა დაამტკიცა ტალინის ერთ-ერთ პოლიკლინიკაში განხორციელებულმა ექსპერიმენტმა, რომელიც მიზნად ისახავდა პაციენტებისათვის საშუალება მიეცათ ამოერჩიათ ექიმი. 49 ათასი პაციენტიდან მხოლოდ ასმა ადამიანმა გამოთქვა სურვილი ექიმის შეცვლისა. ე. ი. 0,2 პროცენტმა.

სამართლიანობა მოითხოვს აღვნიშნოთ, რომ ჩვენს მიერ მოყვანილი მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალი აღმოჩნდა, ვიდრე ქვეყნის სხვა ქალაქებში ჩატარებული ანალოგიური გამოკვლევების შედეგად მიღებული მაჩვენებლები.

ამგვარად, იმ რთული და დიდი მოთხოვნილებების პირობებში, რომელიც ჩვენში „პირველი ხანის“ ექიმს — უბნის თერაპევტს, მოეთხოვება, მოსახლეობა უმრავლეს შემთხვევაში კმაყოფილია. ექიმი შეიცვალეს ძირითადად ხანში შესულმა პაციენტებმა, ვისაც ქრონიკული დაავადებები აწუხებდა და ბუნებრივია, იმედოვნებდნენ, სხვა ექიმისაგან მეტ შევლას მივიღებთო. ზოგჯერ ექიმის შეცვლის მიზეზი ხდებოდა ექიმის არასაკმაირისი ყურადღებრიანობა ან არადა, უბრალოდ ექიმისა და პაციენტის ხასი-

* სოვეტსკი სოიუზი, 1966, № 9, გვ. 41.

ათების „შეუთავსებლობა“, რაც სოციეტო შემთხვევაში უსათუოდ ანგარიშგასაწევი ფაქტია.

ამასთანავე არც ის უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ყოველი პაციენტი რ 0,2 პროცენტიდან, როგორც წესი, არა მარტო თავის ახლობლებსა და ნაცნობებს ეუბნება, რომ უკმაყოფილოა უბნის ექიმით, ხშირად ამ ექიმის სხვა პაციენტებს შორისაც აღძრავს ექვს. თანაც, როგორც საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მინისტრი აღნიშნავს, ყოველთვის როდი არიან მართლები ავადმყოფები, რომელთა ნაწილიც ექიმს აღიქვამს როგორც „მომსახურე პერსონალს“. ადმინისტრაციას, რა თქმა უნდა, შეუძლია გადაჭრას კონფლიქტური სიტუაციები, მაგრამ უსიამოვნების კვალი რჩება ექიმსაც და ავადმყოფსაც. ამას კი გვერდს იოლად ვერ აუვლი.

ჩვენს პრესაში დაიბეჭდა მთელი რიგი პუბლიკაციებისა ექიმის არჩევის თაობაზე. ჰოდა, როცა ეს საკითხი წამოიჭრება ხოლმე ჩვენს პირობებში განსახორციელებლად, ჩემი აზრით, მხედველობაში აქვთ სწორედ ის, რომ ავადმყოფს მისცენ საშუალება შეიცვალოს ექიმი, თუკი ამა თუ იმ მიზეზით იგი უკმაყოფილოა.

ავადმყოფთა ლტოლვა ერთი ექიმისაკენ, და პირიქით, უკმაყოფილება მეორე ექიმით, ბუნებრივია, შექმნის წინაპირობას დიფერენციული ანაზღაურებისათვის.

როგორც ვხედავთ, ექიმის არჩევის პრობლემისადმი მიდგომა უცხოელ და საბჭოთა ავტორებს პრინციპულად განსხვავებული აქვთ.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში ექიმის არჩევა ეს გახლავთ არჩევის აშკარად სხვადასხვა შესაძლებლობის არსებობა და მედიცინის შეგნებულად გაყოფა ორად — კარგ და ცუდ მედიცინად. ჩვენში კი ყველას ერთნაირად შეუძლია აირჩიოს ექიმი და ამ არჩევანით ვისწრაფვით კიდევ უფრო გააუმჯობესოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

უეჭველია, რომ რათ, ვინც წინააღმდეგია ჩვენს პირობებში ექიმის არჩევისა, და იმათაც, ვინც ამ იდეას მხარს უჭერს, საბოლოოდ ერთი საერთო მიზანი ამოძრავებთ: ჯანმრთელობის დაცვის სრულყოფის გზების გამონახვა. მაგრამ ზოგი მხოლოდ უარყოფითად აფასებს ექიმის არჩევის შესაძლებლობას, სხვები კი მხოლოდ დადებითად.

ასე მაგალითად, პროფესორი ს. ი. ფრეიდლინი ამტკიცებდა, რომ „... ე. წ. თავისუფალი არჩევანის იდეის მხარდაჭერა უბრალოდ მანებელია. გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ის უხეშად არღვევს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების საუბნო პრინციპს, იწვევს უაღრესად არაქანსად დამოკიდებულებას თვით ექიმთა შორის და ექიმსა და მოსახლეობას შორის, რითაც ძირს უთხრის საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის უმნი-

შენელოვანეს პრინციპს — მის პროფილაქტიკურ მიმართულებას“. ამგვარად, პოზიცია კატეგორიულია.

უკრაინის სსრ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსმა ნ. მ. ამოსოვმა კი საბჭოთა კავშირის უმაღლესი საბჭოს ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის კომისიის წინაშე დააყენა საკითხი — ავადმყოფს აქვს უფლება აირჩიოს ექიმი. ნ. მ. ამოსოვი თვლის, რომ ავადმყოფის მიერ ექიმის არჩევა დამატებით შესაძლებლობას მოგვცემს ექიმის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად, რაც ასე აუცილებელია დიფერენცირებული ანაზღაურებისას. სხვა მეცნიერებმა და ექიმებმაც გამოთქვეს აზრი, რომ სასურველია გაგრძელდეს ძიება ამ მიმართულებით.

მე საშუალება მქონდა გავცნობოდი საზღვარგარეთ არსებულ ჯანმრთელობის დაცვის მრავალ სისტემას. დარწმუნებული ვარ, რომ ჩვენს ქვეყნებში არსებული საპოლიკლინიკო დახმარების საუბნო-ტერიტორიული პრინციპები ყველაზე პროგრესულია.

მაგრამ მის ფარგლებშიც შესაძლებელია ძიებანი და ექსპერიმენტები.

რატომ არ შეიძლება, მაგალითად, პირობითად გავაერთიანოთ სამი-ოთხი მიმდებარე უბანი და შესაბამისად სამ-ოთხჯერ გავზარლოთ ექიმის არჩევის შესაძლებლობაც?

იმავე ხელფასის საერთო თანხის (ყველა ექიმისათვის) პირობებში შესაძლებელი ვაზღვრება თითოეულს მიეცეს დიფერენცირებული ხელფასი გამოძახებათა რაოდენობის მიხედვით. ოთხი ექიმიდან ერთ-ერთი უეჭველად უკეთესი აღმოჩნდება. ასეთ ექიმებს შეიძლება მივიანიჭოთ უფრო მაღალი კატეგორია, რაც თავისთავად გულისხმობს ხელფასის მომატებას.

რა ქნან იმ ექიმებმა, რომლებიც შედარებით უარესები აღმოჩნდებიან? ან სათანადო დასკვნებს გააკეთებენ და გააუმჯობესებენ თავიანთ მუშობას, არადა, გადაიყვანენ ნაკლებ საპასუხისმგებლო, ან ისეთ სამუშაოზე. რომელიც უშუალოდ არ იქნება დაკავშირებული პაციენტების მიღებასთან.

მე შორსა ვარ იმ მოსაზრებისგან, რომ ეს წინადადებები უნაკლოდ ჩავთვალო. უფრო მეტიც, ტალინში ჩატარებულმა ექსპერიმენტმა მაიძულა სხვა თვალთ შემეხედა ამ პრობლემებისათვის. როგორც გამოირკვა, ეს პრობლემები გაზვიადებული ყოფილა: ექიმის არჩევაზე უფრო მეტს ლაპარაკობდნენ, ვიდრე საჩვენებლობდნენ ამ უფლებით. და თუკი ავადმყოფი მაინც იცვლიდა ექიმს, ამით საუბნო სისტემა არ ზარალდებოდა, პროფილაქტიკური მუშაობა არ წყდებოდა. აღარ იყვნენ უკმაყოფილო პაციენტები, ზოგიერთი ექიმი კი ჩაუფიქრდა თავის მუშაობის სტილს და შეეცადა ავადმყოფებთან საერთო ენა გამოენახა.

ისევ ვუბრუნდები 0,2 პროცენტს. სწორედ ეს ადასტურებს ჩვენი ჯანმრთელობის დაცვის, ჩვენი უბნის ექიმის ძალასა და ქმედითობას და სწორედ ამიტომ, თუკი რომელიმე ავადმყოფი არ ენდობა ექიმს, ისინი ერთმანეთისაგან უნდა გავათავისუფლოთ.

საინჟინერო, რომ ამ თვალსაზრისს იზიარებს საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროც*.

ჯერ კიდევ გასულ საუკუნეში, როცა ექიმები ძალიან ცოტანი იყვნენ, ცნობილი თერაპევტი გ. ა. ზახარინი წერდა: „არ არის საჭირო იმის ახსნა, თუ რა მძიმე მდგომარეობაშია ექიმი, რომლის ნდობაც ავადმყოფებს არ აქვთ; უფრო მძიმეა იმ ავადმყოფის მდგომარეობა, რომელიც იძულებულია იმკურნალოს ექიმთან, ვისი ნდობაც არ აქვს, და თან ეს ექიმი ერთადერთია იმ მხარეში“.

არ ვიცი, ვის როგორ, მაგრამ მე ეს მტკიცება დასაბუთებულად მიმაჩნია.

ტაქსისიცივის ბრწყინვალება და სიღატაკი

ყველანიჩი პროგრესი რეაქციულია,
თუკი იმსხვერვა ადამიანი.

ან დ რ ი ე ო ზ ნ ე ს ე ნ ს კ ა

ამჟამად ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთდამოკიდებულებაზე გავლენას ახდენს კიდევ ერთი ფაქტორი — ზუსტი მეცნიერების მიღწევანი, მედიცინის წარმატებანი და სპეციალიზაციის მძაფრი ზრდა.

მხატვრულ ლიტერატურაში ხშირად არის მოხსენიებული ძველი დროის კეთილი ექიმი, რომელიც მთელ ოჯახს მკურნალობდა ყოველნიანი სენისაგან. მოიხსენიებენ მას სამეცნიერო პუბლიკაციებშიც. ერთნი ძველებურად ხედავენ მასში საუკეთესოს, თუკი რაიმე შექმნილა მედიცინაში, მეორენი წერენ, გამოქვეყნებულ ნეკროლოგებში თვალნათლივ ჩანს მათი შოლვაწეობის შედეგიო. ერთნი ხედავენ მის სისუსტეს იმაში, რომ შეუძლებელია გასწვდეს და შეითვისოს ეს უსაზღვრო ცოდნა. სხვები გულს იჩუყებენ იმის გამო, რომ ის დაბადებამდე იცნობს ბავშვებს, წინასწარ იცის, მისი რომელი რჩევა-დარიგება იქნება შესრულებული, და გათვით-ცნობიერებულა, ვინ ითვლება ოჯახის მეგობრად.

საზღვარგარეთ გამოჩნდა პუბლიკაციები, რომლებიც ამტკიცებენ,

* იზვესტია, 1985, 25 ივნისი, № 207.

რომ არსებობს „ღრმა ისტორიული კავშირი“ მედიცინაში მიმდინარე მეცნიერულ-ტექნიკურ პროგრესსა და საექიმო რეპუტაციის საყოველთაო დეგრადაციას შორის.

კოლეგა გამხელილი სჯობს და, ავადმყოფთან საუბრის უნარი, მისი მოსმენის და გასინჯვის უნარი, ისე როგორც ამას აკეთებდნენ ტექნიკისგან შეუბოჭავი ძველი ექიმები, ჩემი თაობის ზოგიერთ ექიმს ნამდვილად აკლია. სამწუხაროდ, ამ მხრივ ჩვენს მიმართ გამოთქმული საყვედური ნშირად გამართლებულია. მხოლოდ დავუმატებ, რომ მისწრაფება, გავხადოთ თანამედროვე ქალაქის უბნის თერაპევტი ოჯახის ექიმად (მართალია, არა ისე „გათვითცნობიერებულად“, როგორც ეს საზღვარგარეთის ქვეყნებშია შიღებული) ანლაც ქალაქში რჩება. სწორია საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი ფ. ი. კომაროვი, რომელიც თვლის, რომ იმისაგან, თუ როგორია უბნის ექიმი, დიდად არის დამოკიდებული ავადმყოფის შეხედულება მთლიანად მედიცინაზე.

მაგრამ აქ საუბარია თერაპევტზე და არა ყველა სპეციალობის მცოდნე ექიმზე. თუკი ვინმე გადაწყვეტს მიუბრუნდეს ექიმ-უნივერსალის საქმიანობას, ალბათ, თვითონ პაციენტები განაცხადებენ პროტესტს. არამგონია დღევანდელ დღეს რომელიმე დედამ უარი თქვას სწორედ პედიატრის დახმარებაზე, როდესაც ბავშვი ავადმყოფობს. ქალაქში ალბათ არავინ დათანხმდება, რომ თვალის დაავადებას უმკურნალოს უბნის თერაპევტმა, და უნდა აღინიშნოს, რომ სწორედ ეს განასხვავებს საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საზღვარგარეთის ბევრი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისაგან, სადაც დღემდე საავადმყოფოს გარეთ დახმარებისას, დიდ ქალაქებშიც კი, ცენტრალურ ფიგურად გვევლინება საერთო პრაქტიკის მქონე ექიმი.

სპეციალიზაცია ღრობების ნიშანია, იგი პროგრესული და შეუკავებელია. მაღალკვალიფიციური სპეციალიზებული დახმარების განვითარება და წარსულს ჩაბარებული მედიცინის არსებობა ერთდროულად შეუთავსებელია. მაგრამ სპეციალიზაციამ სრულიად ახალი პრობლემები წარმოშვა, სპეციალისტების რიცხვი ადამიანის ორგანოების რაოდენობას მიუახლოვდა. ამჟამად მედიცინაში 350 სპეციალობას ითვლიან (H. Schippergess 1975). ავადმყოფი კი ერთია. თირკმელმა ან ფარისებრმა ჯირკვალმა ზოგიერთ ექიმს შეიძლება ადამიანი დაავიწყოს! როგორ შევთავსოთ ვიწრო სპეციალობაში მაღალი მომზადების დონე ფართო სამედიცინო თვალთახედვასთან. ჩემი აზრით, იქ სადაც არ არის ფართო სამედიცინო თვალთახედვა, უკვე იქმნება წინაპირობა კოლიზიებისათვის: გარღვეულია ავადმყოფის პიროვნების სათანადო დაუფასებლობა, საკუთარის გაზვიადება.

ალექსანდრე თევდორეს ძე ბილიბინთან ვნახე პატარა სურათი: მაღალ

ფლატესთან ბიჭუნა დგას და ალტაცებული შეჰყურებს მწვენიერ ზეცას. ვარსკვლავებს გაჰყვება თუ გადაიჩნება ბიჭი? სურათს ასე ჰქვია „ვიდრე ჰხეალ“.

სპეციალიზაცია მკიდროდ არის დაკავშირებული თანამედროვე ზუსტი მეცნიერების, კიბურნეტიკის, ტექნიკის მიღწევების გამოყენებასთან. ამასთან დაკავშირებით ხშირად იხსენებენ მოსაზრებას, რომ ყოველი დისციპლინა იმდენადაა მეცნიერება, რამდენიც მასში არის მათემატიკა. მაგრამ მედიცინა — მეცნიერებაცაა და ხელოვნებაც. მეცნიერებაში შეიძლება ხელოვნების ელემენტები მოინახოს, ხოლო ხელოვნებაში — მეცნიერების ელემენტები. ა. აინშტაინი არ იზიარებდა შემოხსენებულ მოსაზრებას და თვლიდა, რომ მან, როგორც მეცნიერმა, თ. ი. ლოსტოვესკისგან გაცილებით მეტი ისწავლა, ვიდრე მსოფლიოს ყველაზე დიდი მათემატიკოსებისაგან.

დღევანდელი ფონზე, როცა ზოგიერთი ექიმი ზომაზე მეტად არის გატაცებული ანალიზებითა და აპარატებით, სწორედ რომ დროულია მედიკოსთა ყურადღება შევაპყროთ ავადმყოფის პიროვნებას, იმ ფაქტს, რომ საჭიროა მისი ინტეგრალური შეფასება და ორგანიზმის ერთ მთლიანობაში აღქმა.

არ შემიძლია გულისტკივილით არ გავიხსენო ორი პაციენტი, რომელთა საქციელი სულაც არ მეჩვენება შემთხვევითად. ერთ-ერთმა მათგანმა კითხვაზე: „რა გწუხებთ?“, შეკითხვითვე უპასუხა „რით დავიწყო?“, რადგან თვლიდა, რომ ექიმს დრო არ ეყოფოდა „თავიდან“ მოესმინა. მეორე ავადმყოფმა, შემოვიდა თუ არა კაბინეტში, მაშინვე უჩუმრად გახდა დაიწყო.

კიდევ ორი მაგალითი სამედიცინო ლიტერატურიდან. ექიმი ეკითხება პაციენტს „რას უჩივთ?“ პასუხი: „ბევრი, სხვადასხვაგვარი ჩივილი მაქვს“. ექიმი არც დაინტერესებულა, რის თქმა უნდოდა ავადმყოფს, კონკრეტულად რა აწუხებდა, მაშინვე ჩაწერა: „აქვს ბევრი, სხვადასხვაგვარი ჩივილი“.

პოლიკლინიკაში მოვიდა ქალი, რომელიც საკმაოდ დიდხანს და აგზნებულად საუბრობდა თავის განცდებზე. დაამთავრა თუ არა ლაპარაკი, არც გამოუთქვამს სურვილი რაიმე რეკომენდაცია მიეღო, ბოლო სიტყვები სწრაფად წამოისროლა: „გმადლობთ, რომ მომისმინეთ“, წამოდგა და წავიდა.

ეს სულ ერთი ყაიდის მაგალითებია. და მათ საფუძვლად ექიმის დროის დეფიციტი როდის უდევს, როგორც ამას ზოგიერთები ფიქრობენ და რის შესახებაც ქვემოთ გვექნება საუბარი.

ერთ-ერთი გერმანელი ავტორი წერდა, რომ ხშირად ქალები ექიმთან

მიღებაზე მიდიან არა მარტო სამკურნალოდ, არამედ აღსარებისთვისაცო. იმ დროს მარტო ექიმთან როდი შეიძლებოდა აღსარების თქმა. ამჟამად კა არც მღვდელთან ამბობენ აღსარებას და არც ექიმთან. მაგრამ ყველა ავადმყოფს უნდა — ქალსაც და მამაკაცსაც, რომ ექიმმა ყურადღებით მოუსმინოს. არსებობს ლათინური ანდაზა — *dixi et animam levavi* — თქვა და გულზე მოეშვა. ძველი ბერძნები ხაზგასმით აღნიშნავდნენ, რომ ესკულაპის სიძლიერე უფრო მეტად ის გახლდათ, თუ როგორი მოსმენა იცოდა, ვიდრე ის, თუ როგორ ლაპარაკობდა. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან თუკი ექიმს აქვს მოსმენისა და გაგების უნარი, ესეც მკურნალობაა.

ზოგიერთ სტატიაში გაჩნდება ახალი ტერმინი, რომელსაც შეშფოთებით ხმარობენ: მედიცინის ვეტერინარიაზაცია.

რა აზრია ჩაქსოვილი ამ ცნებაში?

საუბარია სწორედ იმ გარემოებაზე, რომ ანალიზებმა და გრაფიკებმა დაჩრდილეს ავადმყოფის პიროვნება იმის შედეგად, რომ ურთიერთობის ძველი პრინციპები „ექიმი-ავადმყოფი“ სულ უფრო ხშირად იცვლება პრინციპით „ექიმი-აპარატი-ავადმყოფი“. აღამიანებს შორის ჩადგა ტექნიკა, რომელიც, როგორც ამბობენ, თავისი დარტყმითი ტალღით „კონტუზიის“ მდგომარეობაში აგდებს ზოგიერთ ექიმს. აპარატი სტანდარტულს ზღის, პიროვნულ თვისებებს უკარგავს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობას. ვეტერინარიაში პიროვნება არ ფიგურირებს — იქ პირუტყვია, აღამიანი კი ყოველთვის პიროვნებაა მისთვის დამახასიათებელი ხასიათის თვისებურებებით, აღზრდით, ტემპერამენტით, სხვადასხვა დონის ემოციურობითა და ა. შ. და თუ ექიმი ჭეშმარიტი ექიმი, ის ვერ შეიძლება ყოველივე ეს არ გაითვალისწინოს.

ამიტომაც მეექვსეა, რომ ექიმის შემცვლელმა რობოტმა შესძლოს და მომავალში მაინც გახდეს ავადმყოფის იდეალი.

კიბერნეტიკა არ იმსახურებს კომპრომეტაციას და არც ჩვენი დაცვა სჭირდება.

ერთნი კიბერნეტიკულ მანქანებს გონიერებს უწოდებენ, მეორენი — ანგარიშისა და მახსოვრობის ფენომენალური უნარის მქონე იდიოტებს. როგორც აღნიშნა ი. ტ. აკულინიჩევმა სტატიაში „რად უნდა ექიმს რობოტი“, მთლიანად მათ შეუძლიათ მხოლოდ ნაკლებად „ნიჭიერი“ იდიოტი შეცვალონ. მაგრამ ვერავინ უბოძებს მანქანას გულს, იმ გულს, რომლის გარეშეც არ არსებობს ნამდვილი ექიმი, არ არსებობს მკურნალობა და ვერასოდეს ვერ გაიგებ სხვის ტანჯვას და მწუხარებას.

ჩემი მასწავლებელი, მიხეილ ილიას ძე მასტაუმი, ავადმყოფის კონსულტაციას იწყებდა იმით, რომ უსიტყვოდ, ოდნავ მომღიმარი სახით თუალებში ჩახედავდა. ჩამდენჯერ დავეკირვებოვარ, ამ ჰკვიანურ და გა-

მამხნევებელ მზერას როგორ „გაულღვია“ პაციენტი, შებორკილი და დაძაბული რომ ელოდება პროფესორთან შეხვედრას.

დონტოლოგიის აწმყოსა და მომავალზე გამოქვეყნებულ მრავალ ნაშრომში მოყვანილია ანტუან დე სენტ ეგზიუპერის შემდეგი ნათქვამი: „მჭერა, დადგება ის დღე, რომ გაურკვეველი სენით დაავადებული ადამიანი ფიზიკოსების ხელში მოხვდება. ეს ფიზიკოსები სულაც არაფერს არ ჰკითხავენ, აუღებენ სისხლს, გამოიყვანენ რაღაც მუღმივ რიცხვებს, გადაამრავლებენ ერთმანეთზე, მერე შეუდარებენ ლოგარიტმების ცხრილს, და განკურნავენ სნეულს ერთადერთი აბით. და მაინც, მე თუ ავად გავხდები, მივაკითხავ რომელიმე მოხუცებულ ერობის ექიმს. ის შემომხედავს მოჭუტული თვალებით, გამისინჯავს პულსს, მუცელს, მოუხმენს ფილტვებს, მერე ჩაახველებს, თან ჩიბუხს გააბოლებს, ჩიკაპს მოისრისავს და გამიღიმებს, რათა უკეთ გამიყუროს ტკივილი! რა თქმა უნდა, ნიბლავს მეცნიერების მიღწევები, მაგრამ ასევე მზიბლავს სიბრძნეც“.

როდესაც სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსს, თერაპევტ ვ. ხ. ვასილენკოს ჰკითხეს, დღევანდელ დღეს, საჭიროების შემთხვევაში ვის აირჩევდა — წარსულის მხცოვან კორიფესა თუ თანამედროვე ახალგაზრდა ექიმს, — მეცნიერმა უპირატესობა უკანასკნელს მიანიჭა, მაგრამ იქვე შენიშნა, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი კარგი ექიმიყო.

და მაინც, მომავლისათვის ვისურვებდით ისეთ ექიმს, რომელიც ტექნიკის მონა არ იქნებოდა, მაგრამ ტექნიკა გაამდიდრებდა მის ცოდნას და შესაძლებლობებს. ერთი წუთით წარმოიდგინეთ, რომ თქვენს ახლობელ ადამიანს უეცრად დაეწყო ტკივილი მარცხენა მხარეს, გულის არეში. მოვიდა კეთილი, სანდომიანი ექიმი, მაგრამ მას მხოლოდ პულსის გასინჯვა და გულის მოსმენა შეუძლია. განა დაგაკმაყოფილებთ ექიმის მხოლოდ და მხოლოდ ადამიანური თვისებები? განა საკმარისია ისინი იმისათვის, რომ კომპენსაცია გაუკეთოს შეუძლებელს და ზუსტად და სწრაფად დასაყას დიაგნოზი?

ამიტომ კიდევ ერთხელ ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს: მომავალი პარმონიაშია და არა პიროვნებისა და ტექნიკის ურთიერთდაპირისპირებაში.

ამჟამად ბევრი რამ კეთდება იმისათვის, რომ ექიმი აპარატის დამატებად არ გადაიქცეს. მაგრამ, როგორც ჩანს, არსებობს საშიშროება, ავადმყოფებს არ გაუჩნდეთ აპარატის კულტი, როცა ექიმის ღირსება ფასდება მის მიერ ანალიზებისა და სხვა გამოკვლევებისათვის გამოცემული მიმართვების რაოდენობის მიხედვით.

ვისინჯავ ავადმყოფ ტ.-ს. ის იხეინერია, ხელმძღვანელი მუშაკი. დიაგნოზი ნათელია. ვუნიშნავ მკურნალობას და ვთხოვ პაციენტს მოვიდეს ორი კვირის შემდეგ. ტ. თავისებურად რეაგირებს ჩემს თხოვნაზე:

— რისთვის მოვიდეთ? განა ამჟამად ასე სვამენ ღიაგნოსს? თქვენ ხომ ერთი ანალიზიც არ დამინიშნეთ, არადა, სურვილი გაქვთ მიმკურნალოთ აი, სწორედ ეს გახლავთ ინფორმაციის ზრდისა და მოსახლეობის არასწორი განათლების ჩრდილოვანი მხარე. ეს გვევლინება ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორად, რომელიც ამჟამად გავლენას ახდენს ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობაზე. ამ საკითხს ჩვენ კიდევ მივუბრუნდებით.

მიწრო სპეციალიზაცია და თვალთახედვის უართო არა

„როდესაც ჩვენ დაეინებით შევცქერით იმ ადგილს, სადაც ცვლილებებია მოსალოდნელი, იოლი შესაძლებელია ვერ შევნიშნოთ... საერთო კონტურები ან ძალზე მნიშვნელოვანი მოვლენებიც კი, რომლებიც ჩვენი მხედველობის არას მიღმა ხდება“.

პ. სე ლ ი ე

ცოტა ხნის წინ ერთ-ერთმა ცნობილმა საზღვარგარეთულმა სამედიცინო უურნალმა გამოაქვეყნა ორი პროფესორის — კლინიკების ხელმძღვანელების სტატია, რომელიც ეძღვნება დიაგნოსტიკის შესაძლებლობებსა და პერსპექტივებს. სპეციალისტებისათვის განკუთვნილი ეს უაღრესად პრაქტიკული სტატია მოულოდნელად იწყება ქვეთავით „ეკონომიკა“.

სამედიცინო დახმარების ღირებულების გადიდების ტემპები პროგრესულად იზრდება ახალი აპარატურისა და მისი მომსახურე პერსონალის ხარჯზე, აგრეთვე სამკურნალო საშუალებათა ხარჯზე. მაგალითად, არის მოსაზრება, რომ სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების სისტემის შესაქმნელად შვეიცარიამ 1990 წლისათვის მთელი ნაციონალური შემოსავალი უნდა დახარჯოს. ხოლო საფრანგეთს თავისი ბიუჯეტი არ ეყოფოდა იმისათვის, რომ გადაერჩინა თირკმლით დაავადებული ავადმყოფები.

თუმცა საბჭოთა კავშირში სამედიცინო მომსახურება უფასოა. ჯანმრთელობის დაცვის ასიგნირება ბიუჯეტის ჩარჩოებითაა შეზღუდული.

ჩა თქმა უნდა, მედიცინის ესა თუ ის მიმართულება შესაძლებელია შეტ-ნაკლებად განვითარდეს იმის გათვალისწინებით, თუ როგორია ადგილობრივი პირობები და მოსახლეობის დაავადების სტრუქტურა.

ეს პროცესი გამოიხატება საერთო საკავშირო ღებულებებში და ერთიანად ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მართვა-გამგეობაში იმყოფება.

თუმცა, სამწუხაროდ, ყოველთვის არა.

თანამედროვე მედიცინა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მრავალ საექიმო სპეციალობას ითვლის. მათი რაოდენობა, ალბათ, ასახავს საზოგადოების მოთხოვნილებებს. მიუხედავად ამისა, ჩვენთვის ცნობილია ამ ტენდენციის უარყოფითი მხარეებიც, რომლის შესახებაც ზემოთ უკვე გვქონდა საუბარი: ზოგჯერ ექიმი ადამიანს ველარ აღიქვამს როგორც ერთ მთლიან ორგანიზმს და მხოლოდ იმ ორგანოს ხედავს, რომელსაც ის შეისწავლის. ამისათვის, ჩვენ, ექიმებს სამართლიანად გვაკრიტიკებენ. თუმცა, ამის შესახებ უკვე ბევრი დაიწერა.

და მაინც, რატომღაც ყველა გვერდს უვლის სხვა საშიშ მოვლენას: რომელიმე განსაზღვრული ორგანოს შემსწავლელი სპეციალისტი არა თუ არ ხედავს პაციენტს მთლიანობაში, ის არ ხედავს მედიცინას მთლიანობაში, არ სურს იცოდეს მისი პრობლემები მთლიანობაში.

ამგვარი მაგალითები ესტონეთში გვხვდება, მაგრამ ეს მოვლენა მარტო ადგილობრივი ხასიათისა არ არის. ის საკმაოდ გავრცელებული გახლავთ ყველგან. ამიტომ ასეთი ექიმის თუ მედიცინის საქმიანობის მოდელი გაეანალიზოთ ელენთის დაავადებათა სპეციალისტის ჰიპოთეტიკურად გამოვლენილ მაგალითზე.

აქვე აღვნიშნავ მედიკოსებისთვის კარგად ცნობილ სიტუაციას: იქ, სადაც გამოჩნდება რომელიმე გარკვეული დაავადების მკურნალი, მაშინვე გამოჩნდებიან შესაბამისი პაციენტებიც, ჯანმრთელობის დაცვის შესაძლებლობანი ჭერჭერობით ვერ იძლევა იმის საშუალებას, რომ მას მოუწყონ შესაბამისი განყოფილება. არადა, სპეციალისტს სურს შექმნას ასეთი განყოფილება. თუ ის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებს მიაკითხავს, პროფესიულ ენაზე აუხსნიან, რომ ელენთის დაავადებანი მართლაცდა საინტერესოა, მაგრამ ამისთვის ჭერ არა აქვთ საკმარისი თანხები, არც კადრები ჰყავთ, არც შენობა აქვთ. პირველ რიგში უნდა ავაშენოთ პოლიკლინიკები, თანამედროვე დონეზე ვუმკურნალოთ ბავშვებს, კვალიფიციური დახმარება აღმოვუჩინოთ ტრავმირებულთ, აღარ უნდა იყოს სიკვდილიანობა ფილტვების ანთებისა და აპენდიციტისაგან.

სპეციალისტი ყოველივე ამას უსმენს, მაგრამ არ ესმის. და მაშინ ის იყენებს მექანიზმს, რომელიც შეიცავს საზოგადოებრივი ზემოქმედების ოთხ აპრობირებულ კომპონენტს.

პირველი — მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გამოყენება იმის დასამტკიცებლად, რომ ელენთა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს იმუნიტეტის, დაავადებებისადმი წინააღმდეგობის უნარის ჩამოყალიბებაში, აგრეთვე მოქმედებს ნორმალურ სისხლწარმოქმნაზე. სიტყვები „იმუნიტეტი“ და „სისხლწარმოქმნა“ უკვე თავისთავად შთაბეჭდილებას ახდენს

ფსიქიკაზე, გარდუვალად მოქმედებს. ზოგჯერ იმასაც გაიხსენებენ, თუ რა ეკლიანი გზა გამოიარა კიბერნეტიკამ და გენეტიკამ. მაგრამ საკულდაგულოდ ჩუმდებიან იმის შესახებ, რომ ჩვენმა მედიცინამ გადაიტანა სოდის აბაზანები, „AY-8“ და მისი მოციქულები.

მეორე — ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს (საოლქო ჯანდაცვის განყოფილებას, ქალაქის ჯანდაცვის განყოფილებას და ა. შ.) არ შეუძლია და არ უნდა გაიგოს ამ ახალი მიმართულების პროგრესულობა, ვინაიდან ყველა საღად მოაზროვნე ადამიანს მოეხსენება, რომ ამგვარ დაწესებულებათა მუშაკები ხელმძღვანელობენ იმთავითვე მკვდარი ინსტრუქციებით და არა წამდვილი საქმით და მათი აზროვნების კატეგორიები ფორმალური ბიუროკრატულია. ამის შესახებაც ათვითცნობიერებენ მოსახლეობას. თუკი გამოჩნდება შესაბამისი პუბლიკაცია, მხოლოდ შავ-თეთრ ფერებში იქნება გადაწყვეტილი. ერთ მხარეს — ბოროტებაა, მეორე მხარეს — სიკეთე, ერთ მხარეს — პროგრესის ხელისშემშლელი უფიცები, მეორე მხარეს — დაუფასებელი სპეციალისტები.

მესამე — დაავადებული ელენთის მქონე პაციენტებს შორის (უკეთესია სულაც ამოკვეთილი თუ ექნება) ეძებენ გავლენიან პირებს, რომელთაც შეუძლიათ რეკლამა შეუქმნან ახალ სპეციალობას ან ხელი შეუწყონ თანხების გამოყოფას საყოველთაოდ მიღებული წესების გვერდის ავლით (ამის ტექნოლოგია ცალკე საუბრის თემაა). ესენი შეიძლება იყვნენ საგეგმო დაწესებულებების ან ბეჭდვითი სიტყვის მუშაკები. მფარველებს არავითარი ეჭვი არ ღრღნით, თუმცა ჯერ კიდევ გოეთე გვაფრთხილებდა: „ზუსტად იცის, ვინც ცოტა იცის“.

მეოთხე — ელენთის დაავადებათა სპეციალისტების სამეცნიერო ფორუმის მოწვევა, სასურველია, ტიტულირებულ მეცნიერთა მონაწილეობით. ამასთან ერთად საქიროა ინტერვიუები და ხელმისაწვდომი ხელმძღვანელი დაწესებულებებების მონახულება, სადაც ისევ და ისევ განმარტებულ უნდა იქნეს „იმუნიტეტისა“ და „სისხლწარმოქმნის“ აზრი.

მაგალითი, რომელიც ადასტურებს ელენთის დაავადებათა მნიშვნელობას, ვიმეორებ, პირობითია, მაგრამ თვალსაჩინოა, ვინაიდან იმდენად უმნიშვნელოა მათი რიცხვი, რომ არც ერთ სტატიკურ მონაცემში არ აღინიშნება.

სამწუხაროდ, ყოველივე აღწერილი სულაც არ არის სასაცილო, პირიქით, სეგდისმომგვრელია.

მედიკოსებთან ურთიერთობისას ირკვევა, რომ მსგავსი კოლიზიები ამა თუ იმ ფორმით ხშირად წარმოიქმნება ხოლმე. ერთ შემთხვევაში საკმლის მომწოდებელი ორგანოების დაავადებათა შესწავლის მაგივრად, სპეციალისტს სურს მხოლოდ კუჭუკანა ჯირკვლის შესწავლა და იღწვის

შეიქმნას შესაბამისი ცენტრი, სხვა შემთხვევაში ირკვევა, რომ ბრონქულ ასთმას თურმე თერაპევტებმა აღარ უნდა უმკურნალონ და შესაბამისად საჭიროა შტატების გადანაწილება, აპარატურა და ა.შ.

მაგრამ ვანა შეუძლია, ანდა უფლება კი აქვს ადამიანს, რომელმაც მედიცინის ყოველგვარი მოთხოვნილება არ იცის, არ გასცნობია ამა თუ იმ დაავადებების სოციალურ მნიშვნელობას, რჩევა-დარიგებები მისცეს საექიმო საქმის განვითარების თაობაზე, რომელსაც მხოლოდ თავისი საკუთარი გაჭირვებიდან გამომდინარე აღიქვამს?

კარგა ხანია დამტკიცებულია, რომ საზოგადოებრიობისათვის უფრო ხელსაყრელია სახსრების დაბანდება დაავადებათა პროფილაქტიკის საქმეში, ვიდრე შორს წასულ დაავადებათა მკურნალობაში. ეს პოზიცია შეესაბამება ჩვენს სახელმწიფოებრივ დებულებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ამვე დროს უნდა ვიყოთ რეალისტები. ადამიანი უგნურად იქცევა და არც მედიცინაა ყოვლისშემძლე. ამიტომ საჭიროა სხვადასხვა დარგის სპეციალისტები. მათ შორის ისეთიც, ვინც ელენთის დაავადებებებს შეისწავლის. ოღონდ არ არის საჭირო ამა თუ იმ დაავადებებზე ყურადღების ხელოვნურად გამახვილება.

ესტონეთში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა ცხადყო, რომ გულით დაავადებულთა ნახევარმა არ იცის ამის შესახებ და არც ექიმს მიმართავს. ანალოგიური მონაცემები გვაქვს სხვა რესპუბლიკებშიც. საქმლის მომწელებელი ორგანოების დაავადებები აწუხებს მოსახლეობის დაახლოებით ერთ მესამედს.

ამგვარი მაგალითების მოყვანა ძნელი არ იქნებოდა. შეგვიძლია სტატისტიკურად, ეკონომიურად და მეცნიერულად დავასაბუთოთ ყოველი რესპუბლიკისათვის (მსხვილი ოლქისათვისაც კი) გასტროენტეროლოგიის, პულმონოლოგიის, რევმატოლოგიის, ნერვულ სნეულებათა ინსტიტუტების შექმნის აუცილებლობა... თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ უფროსი ასაკის 70 პროცენტი უჩივის მსხვილი ნაწლავის ბოლო მონაკვეთის დაავადებებს, შეგვიძლია დავასაბუთოთ ამგვარი ინსტიტუტების (პროქტოლოგიის) დაარსების აუცილებლობაც. ასაკოვანთა ხვედრითი წონა პროგრესულად იზრდება. ამ პრობლემას საზოგადოება გვერდს ვეღარ აუვლის. საჭირო ხომ არ არის შეექმნათ გერონტოლოგიისა და გერიატრიის ინსტიტუტების ფართო ქსელი?

მედიცინის ზემოჩამოთვლილი დარგები ვანა ყურადღებას არ იმსახურებენ?

პირდაპირ უნდა ითქვას: ყველა პრობლემის ერთდროულად გადასაწყვეტად ფული არ გვეყოფა. ამ პირობებში, უფრო მეტს მიაღწევს ის, ვინც

ყურადღებას მიიპყრობს. როგორ კეთდება ეს — ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ. სამწუხაროდ, სპეციალობის ამგვარად შუბლით გატანა და დამკვიდრება ზიანს აყენებს საერთო საქმეს, თითოეულ ჩვენგანს.

მეცნიერი-მედიკოსი მარტო ექიმი როდია, ის მოქალაქეც უნდა იყოს. თუკი, მაგალითად, სადმე აღმოჩნდება, რომ საქირთა დამატებითი საავადმყოფო ადგილები, რათა გაუმჯობესდეს ბავშვების სამედიცინო მომსახურება, არავის არ ეყოფა გამბედაობა იკამათოს ამ საკითხზე. მაგრამ როცა საქმე ეხება გავრდილი ამბიციების დაკმაყოფილებას ჯანმრთელობის დაცვის საერთო საქმის გაუარესების ხარჯზე, ამგვარ ტენდენციებს უკომპრომისო წინააღმდეგობა უნდა გავუწიოთ.

ახალი ლაბორატორიის შექმნას ზოგჯერ ისე ასაბუთებენ, თითქოს ეს შრომელთა სასიცოცხლო მოთხოვნილება იყოს, ხოლო რაღაც ახალი ზონდითა თუ მილით სამედიცინო საკითხებში ჩახედვას მის ნათელ პერსპექტივად წარმოადგენენ.

ხშირად დავსწრებივარ თათბირებს, სადაც გამოსულა ესა თუ ის სპეციალისტი და სიტყვა მიუტია საზოგადოებისათვის, რომ შეამკირებდა დაავადების პროცენტსა და გააუმჯობესებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებს იმ პირობით, თუ შეუქმნიდნენ შესაბამის განყოფილებას ან გამოუყოფდნენ ძვირადღირებულ აპარატურას. ძალაუვნებურად დაფიქრდება კაცი — ამგვარი პირობა არაკომპეტენტურობის გამოვლინებაა, თუ მსმენელთა მიაშიტობის ბოროტად გამოყენება?

მედიცინის ამა თუ იმ დარგის ჰეშმარიტი მოთხოვნილებანი იციან მხოლოდ იმ სპეციალისტებმა, ვინც გარკვეულია დაავადებებისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში და იცის ჯანმრთელობის დაცვის რეალური შესაძლებლობანი.

იმ შემთხვევაშიც კი, თუ რიცხვითი მაჩვენებლებით იმოქმედებ მედიცინაში, კარგად უნდა გესმოდეს, რაზე არის ეს დამოკიდებული, რა მოქმედებს მასზე, ან უკიდურეს შემთხვევაში, უნდა ცდილობდე გაერკვე ამ საქმეში.

მაგალითად, თანამედროვე ანტიდიაბეტიკურ საშუალებათა წყალობით შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა უმრავლესობას სიცოცხლის ისეთივე ხანგრძლივობა აქვს, როგორც ჯანმრთელ ადამიანს. ამავდროს იქმნება წინაპირობა მემკვიდრეობითი მიდრეკილებებისა და აქედან გამომდინარე, ახალი ავადმყოფობის გამოვლენისათვის. მივიღეთ პარადოქსული სურათი: რაც დაბალია სიკვდილიანობა, მით მაღალია დაავადების პროცენტი. როგორღა შევამკიროთ იგი? აღმოჩნდა, რომ ზომიერი სიმსუქნე შაქრიანი დიაბეტით დაავადების შესაძლებლობას 4-ჯერ ზრდის, ხოლო

ქარბი სიმსუქნე — 30-ჯერ. ბრძოლა ქარბ წონასთან — აი, ეს გახლავთ ერთ-ერთი რეალური გზა ავადმყოფობის თავიდან ასაცილებლად.

არ არსებობს აგრეთვე პირდაპირი პროპორცია ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეულ ხარჯებსა და მიღებულ შედეგებს შორის. უცხოელმა ბეკლევეარებმა დაადგინეს, რომ შესაბამისი ასიგნებული თანხის 10 პროცენტით გადიდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას (სიკვდილიანობის და დაავადების შემცირება) არაუმეტეს 1,6 პროცენტით აუმჯობესებს. იგრძნობა საპირისპირო გავლენა ადამიანის უგნური დამოკიდებულებისა საკუთარი ჯანმრთელობისა და გარშემომყოფთა მიმართ.

როგორც ვხედავთ, ჯანმრთელობის დაცვის თეორიასა და პრაქტიკაში, ისევე როგორც ნებისმიერ სხვა მეცნიერებაში, ყველაფერი გამოკვლეული და მზამზარეული არ არის.

როცა უსმენ, ზოგიერთი ადამიანი როგორ დარწმუნებით მსჯელობს იმის შესახებ, როგორ და რა გზით უნდა განვითარდეს მედიცინა, როგორი აპარატურა გვესაჭიროება, როგორი — არა და ა. შ., უნებურად განსენდება, რომ შუა საუკუნეების ინგლისში ლორდს შეეძლო რაიმე ემპტიციებინა, მიუხედავად იმისა, გაეგებოდა თუ არა მოცემული საქმისა. იგულისხმებოდა რომ ის დაბადებიდანვე განსწავლული იყო. პოდა, ზოგჯერ გაიფიქრებს კაცი: იქნებ ჩვენს წინაშეც ლორდია?

ერთმანეთში არ უნდა აგურიოთ ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტიანობა და ეფექტურობა. სწორედ ეფექტურობა განსაზღვრავს მის პროფილაქტიკურ მიმართულებას. ლაპარაკია ხანგრძლივ სტრატეგიულ მიმართულებაზე და საჭიროა ყველა ძალა და საშუალება ამაზე გავამახვილოთ. ვფიქრობ, საჭირო არ არის დამატებით იმის ახსნა-განმარტება, რომ ეს პრინციპი უდევს საფუძვლად მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალისტური სისტემის განვითარებას, რომ მართა მედიკოსებს კი არ უნდა ესმოდეთ ეს პრობლემები ამგვარად, არამედ ყველას, ვინც გავლენას ახდენს მედიცინის განვითარებაზე. და არა მხოლოდ დღევანდელ დღეს, არამედ მომავალშიც.

მედიცინა და მოღა

ექვს არ იწვევს ის გარემოება, რომ ესეულაის ტანისამოსისთვისაც ისეთვე მოღა არსებობს, როგორც სხვა, უფრო მაღალი წრისთვის დამახასიათებელი ტანისამოსისთვის.

ჯ. გ ე ტ ჩ ი ნ ს ო ნ ი

პაციენტი ქალი კ. იმედგაცრუებული გავიდა კაბინეტიდან. დიდხანს ვსაუბრობდით — ალბათ, ოცდაათი წუთი, ეს კი აშკარად ჰკარბობს ჩვეულებრივ „დროის ლიმიტს“, რაც პოლიკლინიკაში ერთ ავადმყოფზეა გათვალისწინებული. და მაინც, ექვი არ მეპარებოდა, რომ მე არა ვარ ბოლო ექიმი, ვისაც კ. მიმართავს.

თუმცა, მოდით თავიდან დავიწყოთ.

ჩემ წინ ოცდაათი წლის ქალია. ამბობენ, თვალები გამოხატავს თანდაყოლილ თვისებებს, ხოლო ბაგე კი იმას, როგორი გახდა ადამიანი დროთა განმავლობაში. ვერ ვიტყვოდი, რომ ჩემდამი დაკვირვებით მომზიარალი თვალებიდან ანტელექტი იღვრებოდა. სამაგიეროდ, ბაგე გამოხატავდა მოუთმენლობას, მომეჩვენა, თითქოს თავგასულობაც კი. კ. დიასახლისია, მატერიალურად კარგად არის უზრუნველყოფილი. თორმეტი წლის წინ დაამთავრა საშუალო სკოლა, გათხოვდა, ორი შვილის დედაა.

უჩივის გულს, ღვიძლს, ნერვებს. სევამს ფხვნილებს, მიქსტურებს, აბებს. მკურნალობდა სოკში, მაიორში, კისლოვოდსკში. იცის, რომ გული ნახევარი სანტიმეტრით აქვს გადიდებული, ხოლო ნივთიერებათა ცვლა ცამეტი პროცენტით გაზრდილი. შეიძინა სამედიცინო ცნობარი. ზოგმა ექიმმა გულის გაგანიერება აღმოუჩინა, ზოგმა — არა. ზოგმა უთხრა ფარისებური ჯირკვალაია გადიდებული, ზოგმა კი — ნევრასთენია გაქვსო.

— თქვენ თვითონ რას ფიქრობთ თქვენი დაავადების შესახებ? — დავინტერესდი მე.

თვალცრემლიანმა კ.-მ მიპასუხა:

— იქნებ, ნერვების ბრალია, ექიმო, მაგრამ მგონია, კიდეც რალაც სხვაა...

გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ ავადმყოფს მართლაც ნევროზი ჰქონდა.

პაციენტები ყველაფერს გულახდილად როდი უამბობენ ექიმებს იმის თაობაზე, თუ რამ მიიყვანა ისინი ნერვულ აშლილობამდე. ასეთი ავადმყოფების მკურნალობა იოლი საქმე არ გახლავთ. თუმცა, პრაქტიკულად დამტკიცებულია, რომ მსგავს შემთხვევებში შესაბამისი შრომის, ძილის

და ა. შ. რეჟიმი გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე მიქსტურა ბრომის ან ვალერიანის მეტ-ნაკლები შემადგენლობით. ამიტომაც ჩემს ავადმყოფს ეუ-რჩიე ვარჯიში, ტანის დაზევა დილაობით, ძილის წინ სეირნობა და თუკი ამის საშუალება ექნებოდა, სამსახურის დაწყება.

ყველა ეს რჩევა გულგრილად და ქედმაღლურად მიიღო.

საუბარში განსაკუთრებით მაშინ ვიგრძენი სიცივე, როცა უარი ეუ-თხარი ვენაში გლუკოზის ინიექციების გაკეთებაზე, ხოლო როდესაც მისი თხოვნის საპასუხოდ არამიზანშეწონილად მივიჩნიე მოდური B_{12} ვიტამინის დანიშვნა, პაციენტ ქალს სახეზე დამცინავი გამომეტყველება აღებუქდა და სასწრაფოდ გამომეთხოვა.

ამგვარი პაციენტები განა ერთეულები არიან? არა, სამწუხაროდ, არა. გერმანიის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში ჩატარებულმა სოციოლოგიურმა გამოკვლევებმა ნათელყო, რომ ექიმსა და ავადმყოფს შორის შექმნილი კონფლიქტური სიტუაციების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზი სწორედ ეს გახლავთ — მოთხოვნა ამა თუ იმ წამლის გამოწერისა.

საუბარია არა იმდენად ნევროზით დაავადებულზე, რამდენადაც ექიმის რჩევა-დარიგების მიმართ გარკვეულ დამოკიდებულებაზე.

ბევრი პაციენტი უკმაყოფილო რჩება, როცა ექიმში თავის დანიშნულებას იწყებს სენეკას აფორიზმში ჩამოყალიბებული რეკომენდაციით: სიცოცხლე რომ გაიხანგრძლივოთ, არ უნდა მოისწრაფოთ იგი.

პოლიკლინიკაში იშვიათად თუ ჩაივლის მიღება ისე, რომ რომელიმე პაციენტმა არ თხოვოს ექიმს, დაუნიშნოს გლუკოზის ინიექციები C ან B ვიტამინებთან ერთად. ასეთივე „მოდურობა“ შეიძინევა ანტიბიოტიკების იმართ. თუმცა ბოლო ხანებში უფრო მოდურია B_{12} და B_{15} ვიტამინები. ამავე დროს, არ მახსენდება არც ერთი ავადმყოფი, რომელიც დაინტერესებული იყოს იმით, როგორ უნდა ივარჯიშოს. ვილაცამ ხუმრობით აღნიშნა პეიცილინი და სტრეპტომიცინი ისე ეფექტური აღარ არის იმიტომ, რომ გაიფრთხილა. ეს ხუმრობაა, მაგრამ თუ ყოველივე ამას სერიოზულად მივუღებთ, მაშინ?

პირველ ყოვლისა, ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ეფექტური მკურნალობის საფუძველია არა დაავადების მკურნალობა, არამედ ამ სენით დაავადებული ავადმყოფის მკურნალობა. მეორე — მკურნალობის უნივერსალური მეთოდები არ არსებობს და არც შეიძლება არსებობდეს. მესამე — ერთი და იგივე წამალი ერთი ადამიანისათვის სასარგებლოა, მეორესთვის — მავნებელი. დასასრულ, მედიკამენტებს, გარდა დანიშნული ჩვენებებისა, აქვთ უკუჩვენებანიც. ამასთან, ეს უკუჩვენებანი, რაგინდ გულგასატეხიც არ უნდა იყოს, ეხება ზემოთ მოხსენიებულ გლუკოზასაც კი, ვენაში რომ შეჰყავთ. მაგალითად დამტკიცებულია, რომ ზოგ

შემთხვევაში (ყოველთვის არა) შესაძლოა გამოიწვიოს ტკივილი გულის არეში.

ინგლისურმა გაზეთმა „ტაიმსმა“ გამოაქვეყნა ცნობა 48 წლის მეცნიერის ბ. ბრაუნის გარდაცვალების შესახებ. სტატიაში, რომლის სათაური გახლდათ „სტაფილოს დიეტამ მოკლა მეცნიერი“, ეწერა: „როგორც კროიდონში ჩატარებულმა გამოძიებამ დაადგინა, ჯანმრთელი საკვების მომხრე, დღეში 8 პინტა (პინტა — 0,6 ლიტრი) სტაფილოს წვენს რომ სვამდა, ერთიანად გაყვითლებული იყო სიკვდილის წინ. ექიმმა განაცხადა, რომ ბ. ბრაუნი გარდაიცვალა A ვიტამინით მოწამელის შედეგად“.

შეუძლებელია არ გავიხსენოთ ავიაძრავების ცნობილი კონსტრუქტორის ა. ა. მიკულისის წიგნი „აქტიური დღეგრძელობა (სიბერესთან ბრძოლის ჩემი სისტემა)“. წიგნმა დიდი აჟიოტაჟი გამოიწვია და ჩემი აზრით, ამდენადვე გამართებული კრიტიკაც დაიმსახურა. მიუხედავად ზოგიერთი სწორი მოსაზრებისა (მაგალითად, იონიზატორების გამოყენების თაობაზე) ავტორის რჩევები ძირითადად, მეტი რომ არ ვთქვათ, გასაკვირია: შაქარი და მარილი „ადამიანის თეთრი მტრები“ არიან. სასარგებლოა ყოველწლიურად ჩაატაროთ ერთი ან ორი შეიდღლიანი შიმშილობის ციკლი, ამასთან ყოველდღიურად უნდა დალიოთ 10—12 ჭიქა წყალი, დილას და საღამოს კი გაიწმინდოთ კუჭი და ა. შ. აკადემიკოსი ა. ა. მიკულინი დამსახურებული და პატივსაცემი ადამიანი გახლდათ, ამიტომ მისი სამედიცინო რჩევები, რომელთა უმრავლესობა ვერავითარ კრიტიკას ვერ უძლებს, განსაკუთრებით საშიშია მიმნდობი მკითხველისათვის.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სამეცნიერო-პოპულარულ სამედიცინო პუბლიკაციებისა და ფართო პრესაში დაბეჭდილი ზოგიერთი რეკომენდაცია, რომელიც ჭერჭერობით საყოველთაოდ მიღებული არ არის, გამოხატავს ამა თუ იმ ავტორის თვალსაზრისს, ანდა საჭიროებს დროის გამოცდას. გარდა ამისა, არც ერთ სამედიცინო სტატიას ან ბროშურას არ შეიძლება ჰქონდეს იმის პრეტენზია, რომ გაითვალისწინებს ყოველი ცალკეული ადამიანის მრავალფეროვნებისა და ინდივიდუალურ თავისებურებებს.

ამგვარი მაგალითების ჩამოთვლა კიდევ შეიძლება, მაგრამ რაც ითქვას, ისიც საკმარისია.

სამწუხაროდ, „მოდურ გატაცებებს“ თვითონ ექიმებიც აპყვენენ.

ძველად, ერთი წყება მედიკოსებისა კრძალავდა ჭამას, მეორე — სმას. ზოგი ურჩევდა პირსასაქმებელ საშუალებებს, სხვები — ოყნას. მოგვიანებით, ერთნი ცხელ აბაზანაში სვამდნენ ავადმყოფს, მეორენი — სველ, ცივ ზეწურებში ახვევდნენ. ზოგი ქადაგებდა — ბევრი ჭამეთო, სხვები — სისხლი გამოიღეთო. ყველა მოძღვრება, როგორც წესი, აბსოლუტური ხასიათისა გახლდათ. ესპანელი სატირიკოსი ფ. კეველო ჭკუას არიგებდა ერთ

ასეთ ექიმს და ავადმყოფის მკურნალობისას ურჩევდა: „გამოუშვი სისხლი და მოჰკიდე კოტრეები. კვლავ გაიმეორე და თუ ავადმყოფი არ გაიჯანმრთელდება, ეს პროცედურები მანამ გააგრძელე, სანამ ავადმყოფობას ან ავადმყოფს არ მოუღებ ბოლოს. თუკი ის იცოცხლებს და შენ ფულს გადავიხდინა, ჩათვალე რომ შენი დრო დადგა, ხოლო თუ მოკვდება, ესე იგი მისი აღსასრულის უამი მოვიდა“.

უცნაურია, მაგრამ ამ სიტყვებში სიმართლევ ურევია. ასე, მაგალითად, არსებობს მოსაზრება, რომ ფრანგი ექიმის ბრუსეს თვალსაზრისის თანამოაზრენი დამნაშავენი აღმოჩნდნენ იმაში, რომ საფრანგეთის მოსახლეობას უფრო მეტი სისხლი გამოუღეს, ვიდრე ნაპოლეონის ომების დროს დაიღვარა. ბრუსეს საექიმო მოღვაწეობა დაემთხვა XIX საუკუნის პირველ მესამედს. XX საუკუნეში კი რა ხდება? მოვიყვან საკმაოდ საინტერესო სარედაქციო შენიშვნას „ლიტერატურაში გაზეტა“-დან*.

„ერთ მშვენიერ დღეს აღმოჩნდება, რომ ჩვენ სუნთქვაც კი არ ვიცით. თურმე უფრო ღრმად უნდა ვისუნთქოთ. მაგრამ ცოტა ხნის მერე „გაქონიკვევა“, რომ ღრმად არ უნდა ვისუნთქოთ, პირიქით, საჭიროა „ზედაპირული სუნთქვა“. ერთხელაც გამოჩნდება ცნობა, რომ დილაობით უნდა ვსვათ შაქრის ნაჭერი ხსნარში. მერე აღმოჩნდება, რომ ბევრი შაქრის მიღება არ შეიძლება, მავნებელია. ცნობები სწრაფად ცვლიან ერთმანეთს... მავნებელია ხორცის ჭამა. ცხოველური ცილები. ბევრი ძილი, ყავის სმა. ტელევიზორთან ჯდომა. აღელვება. სირბილი. კოსმეტიკის საშუალებანი. საღამოობით აბაზანის მიღება“...

უნდა აღინიშნოს, ეს ტენდენციები საერთაშორისო ხასიათისაა. 1976 წელს დიდ ბრიტანეთში გადავაწყვილი სტატიას „მედიცინაში კარგი ახალი ამბების მოკლე კურსი“. თუმცა ამ პუბლიკაციაში მოხსენებულია სხვა ცნობილი „ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქტები (შებოლილი თევზი, გახუხული ფუნთუშა, შელის ხორცი და ა. შ.), უნებურად მოგივა აზრად, რომ მრავალი ქვეყნის „საექიმო ერთობა“ უხილავი ძაფებით არის გადახლართული ერთმანეთთან.

აბა, როგორ არ გავიხსენოთ უკანასკნელი ათწლეულების აჟიოტაჟი, რომელიც გამოიწვია სოდის აბაზანებმა, ნოვოკაინის ინიექციებმა და სკიპიდარის აბაზანებმა!

„ლიტერატურაში გაზეტამ“ 1974 წელს დაამუშავა თითქმის 1500 ანკეტა, რომელიც გამომხატავდა მოსახლეობის დამოკიდებულებას პრესის, რადიოსა და ტელევიზიის საშუალებებით მიღებული სამედიცინო ინფორმაციის მიმართ. 9 პროცენტმა ეს ინფორმაცია სარწმუნოდ ჩათვალა,

* ლიტერატურაში გაზეტა, 1974, 19 ივნისი, № 25.

21 — არასარწმუნოდ, ხოლო 70 პროცენტმა — ნაწილობრივ სარწმუნოდ. სულაც არ არის გასაკვირი, რომ გამოჩნდებიან ისეთებიც, ვინც შეეცდება გამოიყენოს ზოგიერთი მედიკოსის უკიდურესობანი, რათა სახელი გაუტეხოს მთლიანად მედიცინას. ამგვარი ობივატელის აზრთა მსვლელობა მშვენივრად შენიშნა ერთმა ფელეტონისტმა: „... აბა, რა გაეგება ექიმს? ყველაფერზე ერთი პასუხი აქვს: თამბაქო—საწამლაგია, არაყი—საწამლაგია, ქალები — საწამლაგია. ყველაფერი საწამლაგია, ბალზამი სადღაა? მე ექიმებთან ფეხს აღარ მივადგამ... „ამგვარი აზროვნებიდან ერთი ნაბიჯია მორიგი მოდური საშუალებისკენ, რომელიც შეიძლება გამოიყენო ექიმის გარეშე და რომლის საშუალებითაც შეხორცდება ძელები, ვაჭრება ჩაოქები, გაუმჯობესდება სისხლის მიმოქცევა და სიბერეც უკან დაიხვეს. ეს არის ქაცვის ზეთი, ფუტკრის დინდგელი, „ოქროს ფესვი“...“

სრულიად ნათელია, რომ ხანგრძლივი და ჩანმრთელი ცხოვრება და მოკიდებულია სოციალურ პირობებზე. გარდა ამისა საკუთარი ჩანმრთელობის მიმართ გააზრებული დამოკიდებულება უნდა გვექონდეს მთელ სიცოცხლის მანძილზე და არა მხოლოდ მაშინ, როცა ქალი თვალების გარშემო ნაოქების თვლას დაიწყებს, ხოლო მამაკაცს ფეხსაცმლის ჩაცმა გაუჭირდება.

განა შესაძლებელია მოდური წამლებით, ბალზამებით ან ელექსირებით გადავწყვიტოთ ახალგაზრდობის გახანგრძლივებისა და საერთოდ სიცოცხლის გახანგრძლივების პრობლემა? რა თქმა უნდა, არა.

როდესაც ადამიანი ახერხებს გონივრულად შეუნაცვლოს ერთმანეთს შრომა და დასვენება, რაციონალურად იკვებება, ვარჯიშობს ან სპორტის რომელიმე სახეობას ძისდევს, თამბაქოს არ ეწევა, ნოვოკაინი საჭირო აღარ არის. ხოლო როდესაც ადამიანი ყოველივე ამას უგულებელყოფს, მას არც სოდის აბაზანა და არც დამდნარი თოვლის თბილი წყალი არ უშველის.

ინგლისელმა სტატისტიკოსებმა ელექტრონულ-გამომთვლელი მანქანების დახმარებით გამოთვალეს, რომ 60 წელს მიღწეული „საშუალო“ ინგლისელი თავისი ცხოვრების 6 წელს ჰამას ანდომებს, 5 წელს — სიარულს, 4 წელი კაცები და 5 წელი ქალები ლაპარაკობენ, 8 წელი ერთობიან ნაირნაირი თამაშობებით, კინო და ტელევიზორით, 1 წელი ტელეფონით საუბრობენ, 3 წელი ავადმყოფობენ.

იქნებ, უფრო მეტი რომ ემოძრავა ადამიანს, ნაკლები დრო დაეხარჯა ზოგჯერ სრულიად ფუჭი ლაპარაკისათვის, ავადმყოფობა არ წაიღებდა მისი ცხოვრების სამ წელს, ანუ ათას დღეზე მეტს, და აღარ დასჭირდებოდა მოდური საშუალებების ძებნა სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად. ეს ეხება არა მარტო „საშუალო“ ინგლისელს...

ეურნალმა „ზღოროვიემ“ გამოაქვეყნა ერთი ლენინგრადელი ინჟინრის წერილი, რომელიც ასეთ შეკითხვას იძლეოდა: „ნუთუ ავადმყოფის თხოვნა, გამოუწერონ წამალი, რომელიც მას შეეღის — ექიმის საქმეში ჩარევაა?“ მართლაცა, განა შეიძლება უგულვებლევით პაციენტის აზრი თავის ავადმყოფობაზე, მიღებულ წამლებსა და მკურნალობის ეფექტურობაზე? რა თქმა უნდა, არა.

ავადმყოფს შეუძლია ბევრ საკითხში დაეხმაროს ექიმს. განსაკუთრებით ღღევიანდელ ღღეს, როდესაც იმატა ალერგიული დაავადებების რიცხვმა. არადა, ხშირად ალერგიის მიზეზია ბევრი მედიკამენტის მიმართ პაციენტის ინდივიდუალური მგრძნობელობა.

მაგრამ ეს არ გულისხმობს იმას, რომ ექიმმა ავადმყოფის ნებასურვილით უნდა იმოქმედოს და ფეხდაფეხ სდიოს მოდას, რომელსაც საფუძვლად უდევს პოპულარულ ეურნალში გამოქვეყნებული სტატია ან სამკურნალო საშუალების „მნიშვნელობა“, რომელიც განპირობებულია მისი ღირებულებით.

ჯერ კიდევ გასული საუკუნის მიწურულში, თავის წიგნში „ექიმები და პაციენტები“ უგეტი, წერდა რა მოდაზე, შენიშნავდა: „ამ ჰირვეულმა ღეთაებამ ესკულაპის ტაძარშიც მოიწყო საკურთხეველი“. სწორედ საკურთხეველი, ვინაიდან მედიცინაში მოდა უხილავი ძაფებით არის დაკავშირებული სარწმუნოებასთან. სარწმუნოება კი თავის მხრივ ცრუმორწმუნეობას, ცრურწმენას და ექიმბაშობას უდევს საფუძვლად.

სიტყვა – უპირველეს ყოვლისა

ესაც ავადმყოფობის შიში შეეპარება, ის უკვე დაავადებულია შიშის ავადმყოფობით.

მ. მონტენე

ავადმყოფი ვ. დაკვირვებით მიცქეროდა, ექვიანი და ოდნავ ნაღლიანი მზერა ჰქონდა. ერთი შეხედვით 38-40 წლისა თუ იყო. მუშაობდა ბუღალტრად.

დაავადების ისტორია ასეთია: კურორტზე ყოფნისას მოისმინა ლექცია კიბოს თავიდან აცილების შესახებ. მოხდა ისე, რომ ცოტა ხნის შემდეგ ვ.-ს კუჭის მცირეოდენი აშლილობა დაემართა. ის მალე გამოჯანმრთელდა, მაგრამ ექიმმა მაინც ურჩია ერთი თვის მანძილზე დიეტა დაეცვა. ვ.-მ დაიწყო მხოლოდ თეთრის პურის, ნახარშების, ფაფებისა და რძის

პროდუქტების ქამა. ასეთი დიეტის (არასწორად გაგებული და ამავე დროს ზედმეტად მკაცრი) გამო დაუქვეითდა მადა, კუჭის არეში სიმძიმის გრძნობა გაუჩნდა, უხასიათობა დასჩემდა. ხელმეორე ვიზიტი ექიმთან დამთავრდა იმით, რომ მისცეს მიმართვა რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათვის. ვ.-ს ხელზე მისცეს დასკვნა, სადაც აღნიშნული იყო, რომ კუჭს აქვს კავისებური ფორმა (შეგნიშნავ, რომ ეს არ მიუთითებს დაავადებაზე).

ვ.-ს გაახსენდა მოსმენილი ლექცია. იყიდა და წაიკითხა ბროშურა „კიბო განიკურნება“... რომელშიც შიგადშიგ ჩამოთვლილი იყო კიბოს ნიშნები... და მისთვის „ყველაფერი ნათელი შეიქმნა“. მოაგონდა რენტგენოლოგების ჩუჩრული და ექიმის გამოხედვა. ასეც არის, ექიმმა დასამშვიდებლად ტყუილი უთხრა, ავადმყოფობა კი, ალბათ, უკვე შორსწასულია. დაიწყო სიარული. ერთი ექიმიდან მეორესთან, მიაკითხა სპეციალურ კლინიკებს, ჰომეოპატებს. ვ.-მ საუბარი ამ სიტყვებით დაასრულა:

— კიბო რომ მაქვს, ვიცი. მინდა მხოლოდ საბოლოოდ გავიგო, რამდენი ხნის სიცოცხლე დამრჩა, და ამიტომ გთხოვთ მომთავსოთ საავადმყოფოში. ვიცი, ექიმები ავადმყოფებს სიმართლეს არ ეუბნებიან, მაგრამ მე არაფრის არ მეშინია (აქ გაღიმება სცადა), შეგიძლიათ ყველაფერი მითხრათ. მინდა სიმართლე ვიცოდე, ექიმო, მხოლოდ სიმართლე.

ვ.-ს არავითარი კიბო არ აღმოაჩნდა, იგი დაავადებული იყო კიბოს შიშით. თუმცა, ცოტა დრო და ღონე როდი დაგვიკირდა, რომ ამაში დავერწმუნებინა.

და მაინც, რატომ დაავადდა ვ.? რა თქმა უნდა, ის მგრძობიარე ადამიანია და ადვილად ექცევა შთაგონების გავლენის ქვეშ, მაგრამ პატარა როლი როდი ითამაშა მის ავადმყოფობაში ხატოვანმა ლექციამ კიბოს შესახებ, გაუფრთხილებლად ხელზე გაცემულმა რენტგენოლოგის დასკვნამ, ზედმეტად მკაცრმა დიეტამ. ყოველივე ამან მიიყვანა პაციენტი თვითშეგნებამდე და მართლაც ცუდ გუნებ-განწყობამდე.

სამკურნალო დაწესებულებებში მომსვლელთა შორის ხშირად შეხვედებით ისეთ პაციენტებს, რომლებიც ეძებენ თავიანთ ორგანიზმში სხვადასხვა დაავადებებს, განსაკუთრებით კიბოს, „აღმოაჩენენ“ მის ნიშნებს, შეუღარებენ სამედიცინო წიგნებში აღწერილ ნიშნებს და გაუთავებლად ესინჯებიან ექიმებს, ითხოვენ მკურნალობას.

დადიან ნაირნაირ ექიმებთან მიღებაზე, ცდილობენ არ გამოტოვონ არც ერთი ცნობილი ან „ძნელად მისაღწევი“ ექიმი. თანაც, ერთი წყება ავადმყოფებისა ამას ხსნის იმით, რომ „ჩემი მეზობელიც დადიოდა, დადიოდა, ეუბნებოდნენ საშიში არაფერი გაქვსო, არადა იმ კვირაში მოკვდა“. მეორენი იმ თვალსაზრისის მომხრენი არიან, რომ ერთი თავი კარ-

გია, ორი — უკეთესი, ხოლო სამი — ძალიან კარგია. დასასრულ, მესამენი „ამოწმებენ“ დიაგნოზსა და მკურნალობას, ერთმანეთს უდარებენ სხვადასხვა მედიკოსების დასკვნებსა და რეკომენდაციებს...

ამ პაციონტი ადამიანების ფიქრები და აზროვნებები თავმოყრილია მხოლოდ იმ დაავადების გარშემო, რომლის არსებობაშიც ისინი დარწმუნებულნი არიან. ამ ადამიანებს არც თვითონ აქვთ მოსვენება და არც თავიანთ ახლობლებს ასვენებენ. მათ სწყინთ, როცა ექიმი ეუბნება ნერვულ სისტემას უნდა უმკურნალოთო, და „უფრო მცოდნე და უფრო გულისხმიერ“ ექიმებს ეძებენ.

კოლეა გამხელილი სჯობს და, ზოგჯერ ჩვენც შეცდომებს ეუშვებთ, როცა ასეთ პაციენტს ეუბნებით: „თქვენ არაფერი არ გაწუხებთ“. ავადმყოფს ეს საწყენად რჩება, რადგან ამ ნათქვამს ის ასე აღიქვამს: „ტყუილად ართმევთ დროს ექიმს“. სინამდვილეში კი საქმე გვაქვს მართლაც ავადმყოფადამიანთან, რომელმაც დაკარგა მედიცინისა და ექიმების რწმენა. ამგვარი პაციენტის მკურნალობა ზოგჯერ გაცილებით ძნელია ხოლმე. ვიდრე გულის ან ფილტვების ორგანული დაავადებით დასნეულებული ავადმყოფისა.

ამგვარი სიტუაციის წარმოქმნაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანის ნერვული სისტემის ტიპსა და იმ ფაქტორთა ერთობლიობას, რომელიც ნერვულ სისტემას ასუსტებს: გადატანილი დაავადებანი, გაძლია, უსიამოვნებანი, თამბაქოს წევა და სხვა. მაგრამ არცთუ ცოტაა იმ ადამიანთა რიცხვი, ვინც დაიავდა თავი ან გაიუარესა მდგომარეობა სხვისი შთაგონების გავლენით ან თვითშთაგონებით.

ჯერ კიდევ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე ორი ათასი წლის წინათ ამბობდნენ, რომ ექიმი მკურნალობს სიტყვით, მცენარეულობითა და დანით. სიტყვა იყო უპირველეს ყოვლისა.

აღსანიშნავია რომ სიტყვა «Врач» (ექიმი), რომელიც რუსულ ენაში ცნობილია უკვე XI საუკუნიდან, ფილოლოგების აზრით წარმოსდგება სიტყვისგან «врагъ», რაც ძველად ნიშნავდა არა «ВРАГЪ» (მოტყუებას) არამედ უბრალოდ — «ГОВОРИТЬ» (ლაპარაკს). სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ექიმი იყო ის ადამიანი, რომელსაც შეეძლო გამოლოცვა, ავადმყოფზე ზემოქმედების მოხდენა სიტყვით, ლაპარაკით...

სიტყვას შეუძლია დაამძიმოს დაავადების მიმდინარეობა ანდა სულაც დააავადოს ადამიანი.

ამ თავში განხილულ საკითხებთან დაკავშირებით მოკლედ უნდა განვიხილოთ ცნება იატროგენია, რითაც აღნიშნავენ ფსიქოგენური ხასიათის დარღვევებს რომელიც წარმოიშობა ექიმის ან მედიცინის სხვა მუშაკთა საქციელის მოქმედების და საუბრის შედეგად (ან არასწორად გააზრებისას).

იატროგენიის დროს შესაძლებელია როგორც წმინდა ნევროზული რე-
აქციების გამოვლენა მოცემული ავადმყოფისათვის სრულიად ახალი სიმ-
პტომებით, ასევე იმ შეგრძნებათა გაძლიერება, რომელიც ახლავს სხვა
უკვე არსებულ დაავადებას.

მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ შეიძლება შთაიგონო არა მარტო
ის, რაც გინდა, არამედ ისიც, რაც გაშინებს. მაგალითად, პაციენტი, რო-
მელსაც კიბოს შიში შეპყრია, ექიმის გაუფრთხილებელ ნათქვამს ერთი
მხრივ თავისი ექვების სასარგებლოდ გაიანზრებს, ხოლო მეორე მხრივ --
შესაძლოა, მართლა შეიგრძნოს სიმსივნის სიმპტომები, რომლის შესახებ
გაუგია ან წაუკითხავს, და შესაბამისი ჩივილებიც გამოთქვას. ანალოგიუ-
რად ხდება იმ შეგრძნებებისა და ჩივილების წარმოშობა, რომლებიც,
ავადმყოფის აზრით, ადასტურებენ გულის იშემიურ დაავადებას. ფსიქი-
კურ დაავადებას და ა. შ. ინგლისელი ექიმის ხ. კრაიტონ-მილერის გამო-
თქმით, ყოველი ავადმყოფი დაავადებულია თავისი სენით და პლუს ში-
შით.

როგორც ჩანს, დროის ყოველ გარკვეულ პერიოდს თავისი, შედარე-
ბით გავრცელებული იატროგენული დაავადება ახასიათებს. რაც დამო-
კიდებულია ამა თუ იმ სნეულებათა გავრცელებასა და მკურნალობის
ეფექტურობაზე. მაგალითად ლიტერატურის მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ,
XIX საუკუნესა და XX საუკუნის დასაწყისში იატროგენიით შეპყრობილ-
თა შორის ყველაზე ხშირად შეხედებოდით ავადმყოფებს, რომელნიც ვა-
რაუდობდნენ რომ ტუბერკულოზი ან სიფილისი სჭირდათ. ამჟამად უფ-
რო გავრცელებულია კიბოსა და გულის დაავადებათა შიში. გარკვეული
სნეულების მიმართ შიში ხშირად დამახასიათებელია არა იმათთვის ვინც
სინამდვილეში დაავადებულია ამ სენით. არამედ მათთვის ვისაც ნევრო-
ზის ესა თუ ის ფორმა აწუხებს.

საკიროა მხედველობაში მივიღოთ ის გარემოება, რომ შესაბამისად
განწყობილ პაციენტს (ეჭვიანს, შეშფოთებულს, სედმეტად ემოციურს)
შეიძლება იატროგენია დაემართოს. მიუხედავად იმისა, მედმუშაქი ნამდვი-
ლად დაუშვებს თუ არა შეცდომას. თუმცა, იატროგენულ დაავადებათა უმ-
რავლესობას საფუძვლად უდევს ექიმის მოუფიქრებელი საქციელი.

რად ღირს. მაგალითად, ექიმის ასეთი რეპლიკა: „ო! თქვენ აორტა კი
არა, სამოერის მილი გქონიათ!“

ექიმს მუცელს უსინჯავს პაციენტს და უეცრად ეკითხება: „მითხარ-
ით, გეთაყვა, ორი წლის წინ თქვენი და ხომ არ გარდაიცვალა კიბოსგან
ჩემ განყოფილებაში?“

კიდევ ერთი მაგალითი. ავადმყოფს აინტერესებს, შეუძლია თუ არა

თავისი დაავადებით მიიღოს ინვალიდობა: პასუხი ასეთია: „მკვამლე არა, მაგრამ თუკი დამბლა დაგემართებათ“...

არა მგონია საჭირო იყოს იმის თქმა, როგორი ზემოქმედება შეიძლება მოახდინოს ამგვარმა რეპლიკებმა პაციენტებზე. და თუმცა, ასეთი დაუფიქრებელი ექიმები ბევრნი არ არიან, არ უნდა იყოს არც ერთი ავადმყოფი, რომელიც დაიტანჯება ექიმის გაუფრთხილებელი ან უბრალოდ უტაქტო საქციელის გამო.

ფსიქოლოგმა ს. რ. იანკელევიჩმა დაითვალა, რომ ლ. ნ. ტოლსტოის „ომი და მშვიდობა“-ში აღწერილია ოთხმოცდახუთნაირი თვალთა გამომეტყველება და ოთხმოცდაჩვიდმეტნაირი ღიმილი, რომელიც ადამიანის ემოციურ მდგომარეობას გამოხატავს. ბერნარდ შოუ ამბობდა, რომ მხოლოდ ერთი ხერხი არსებობს სიტყვა „დაახ“ და „არას“ დასაწერად. მაგრამ ორმოცდაათნაირად შეიძლება წარმოითქვას ეს სიტყვები.

ადამიანები, რომლებიც ექიმს მიმართავენ, ყურს უგდებენ მის სიტყვებს, ითვალისწინებენ, აკვირდებიან მისა სახის გამომეტყველებას. ხმის ინტონაციას. საკმარისია, ექიმმა შუბლი შეიკრას, თავი გადააქნიოს და წარმოითქვას „ჰო...ო“, რათა იმწამსვე გამოიწვიოს რეაქცია: რა, ექიმო, ცუდად არის საქმე?

როგორც მ. ი. მასტაუმი წერდა, ექიმს კარგად უნდა ეხერხებოდეს სიტყვების შერჩევა, მაგრამ არც დუმილი უნდა იყოს უტყვი.

მოსახლეობაში გავრცელებული ცნობები დაავადების არსის შესახებ ხშირად ღრმად წასული შემთხვევების ან სნეულების მხოლოდ ერთი ნიშნის მიხედვით ყალიბდება: გულის არეში ტკივილი — გულის ანგინას ნიშნავს, ხანგრძლივად ოდნავ მომატებული ტემპერატურა — ე. ი. ტუბერკულოზია და ა. შ. უარყოფითად მოქმედებს რენტგენისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემების ბრმა რწმენა და გამარტივებული გაგება. ზოგიერთი ავადმყოფის აზრით, შეუძლებელია რენტგენს არ დაუჭერო: ყველაფერი ნათლად ჩანს, ხოლო ლაბორატორია — არითმეტიკაა, სადაც ორჯერ ორი — ყოველთვის ოთხია.

ბევრ ჯანმრთელ ადამიანს ჰგონია, რომ ავადმყოფი გული აქვს, მხოლოდ იმიტომ, რომ რენტგენით გამოკვლევისას გულის საზღვრები გადიდებული აღმოჩნდა. მათ რომ აუხსნას კაცმა, რომ ე. წ. გულის კუნთის ჰიპერტროფია გვხვდება სრულიად ჯანმრთელ ადამიანებშიც კი, ალბათ, მნიშვნელოვნად შემცირდებოდა ვალერიანის ნაყენის რაოდენობის გაყიდვა ამგვარ „გულით ავადმყოფებზე“.

ახლა რამდენ ადამიანს არ ასვენებს კუჭის კიბოს შიში. მხოლოდ იმიტომ, რომ კუჭის წვენის გამოკვლევისას გამოვლენილ იქნა ყბადაღებული ნულები, რომელთა არსებობა დამოკიდებულია გამოკვლევის მეთოდ კაზე.

იმაზე. თუ როგორი რეაქცია აქვს პაციენტს ზონდის შეყვანისას. აგრეთვე პრაქტიკულად ჭანმრთელი ადამიანის ასაკობრივ ცვლილებებზეც.

ისიც ცნობილია, რომ ზოგიერთს სისხლის წნევა რეგულარულად უწევს იმის შემდეგ, რაც გაიგო, რომ წნევა აწეული აქვს.

ავადმყოფები მგძნობიარე ხალხია და უარს არ ამბობენ გაგესაუბრონ თავიანთ დაავადებაზე. ჯერ კიდევ ა. პ. ჩეხოვმა აღნიშნა: „ადამიანს უყვარს თავის ავადმყოფობაზე ლაპარაკი, არადა, ეს არის ყველაზე უინტერესო რამ მის ცხოვრებაში“. განსაკუთრებით ცუდად მოქმედებს პოლიკლინიკებში პაციენტებს შორის საუბრები. არცთუ ისე იშვიათად აღმოჩნდება, რომ თურმე მოსაუბრეს „ზუსტად ისეთივე ავადმყოფობა“ სჭირს. ზოგჯერ იწყებენ დაავადების ერთნაირი ნიშნების ძებნას, „ყურს უგდებენ“ მათ, და ბოლოს აღმოაჩენენ კიდევ. ამიტომაც ღრმად გააზრებულია წარწერები ზოგიერთ სამკურნალო დაწესებულებაში: „გთხოვთ, ავადმყოფობაზე ერთმანეთს ნურათერს უამბობთ“.

კიევის № 22 პოლიკლინიკაში მედიცინის დები სხედან კორიდორში, ექიმის კაბინეტის წინ. ამ ექსპერიმენტის ორგანიზატორთა აზრით, ერთი მხრივ იქმნება წინაპირობა ექიმისა და ავადმყოფის (მესამე პირი არ არის) უკეთესი ურთიერთობისათვის, მეორე მხრივ კი კონტროლის ქვეშაა კორიდორი და „სასარგებლო ინფორმაციის“ გაცვლა-გამოცვლა პაციენტებს შორის. ინტერეს მოკლებული არ გახლავთ ის ფაქტი, რომ თითოეულ მეღდას დღეში 80 შეკითხვას აძლევენ.

უნდა ვთქვა რომ ამგვარი დამოკიდებულება ავადმყოფთა შორის აზრთა გაცვლა-გამოცვლის მიმართ არ არის საყოველთაოდ მიღებული. იაპონიაში არსებობს სპეციალური კლუბები იმათთვის, ვინც კუჭის ოპერაცია გადაიტანა, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთათვის, თირკმელეზით დაავადებულთათვის და ა. შ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში შეიქმნა საზოგადოება „ჩვენ შეგვიძლია“. რომელიც აერთიანებს კბოთი დაავადებულებს და ეხმარება მათ დაძლიონ დაიგნოზთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური სტრესის სიმძიმე. ამ საზოგადოების ერთ-ერთმა დამაარსებელმა, ბარბარა კოლემანმა ტინის ავთვისებიანი სიმსივნის ორი ოპერაცია გადაიტანა და მას შემდეგ ათ წელზე მეტი იცოცხლა. მან თქვა: „საქმე სიკვდილი როდია, მშვიდად განუტევეო სული — ესეც ხელოვნებაა“.

არის მოსაზრება, რომ პაციენტთა ამგვარი გაერთიანებები ხელს უწყობს რეჟიმის დაცვასა და ექიმის დანიშნულებათა შესრულებას. ალბათ. ასეც არის. მაგრამ ჩემი დაკვირვებით, მძიმე ქრონიკული დაავადებების დროს, განსაკუთრებით როცა ეს დაავადება პროგრესირებს, ფსიქოლოგიური ზიანი ავადმყოფთა გამოცდილების გაზიარებით ჭარბობს.

ენერგიულ უმცირესზე საწინააღმდეგო
რაც ამქვეყნად.

გოგია

კაპიტალისტურ ქვეყნებში პარამედოკოსთა საქმიანობას დიდი რაოდენობით გამოკვლევები და პუბლიკაციები ეძღვნება. ამ მოვლენის მიზეზების ახსნისას ბევრი ფაქტორი იყრის თავს: სამედიცინო დახმარების (ამერიკულ პრესაში ხმარობენ ტერმინს „ჩანმრთელოპის დაცვის ბაზარი“) სიძვირე, რეკლამის გამოყენება მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის დაუკმაყოფილებლობა მედიცინის შესაძლებლობებით.

იმასაც აღვნიშნავ, რომ ცივილიზაციის პროგრესი არ გამორიცხავს არც ზებუნებრივი მოვლენების რწმენას და არც ცრურწმენების ცხოველუნარიანობას.

დიდ ბრიტანეთში გამოიცა „მომასწავებელი ნიშნების ლექსიკონი“, ფედერაციულ გერმანიაში „გერმანულ ცრურწმენათა ლექსიკონი“ ცხრატომად. კალიფორნიის უნივერსიტეტის პროფესორმა ნენდმა „ცრუმორწმუნეობების საყოველთაო ლექსიკონში“ 400 ათას ცრურწმენაზე შეკრიბა მასალა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოქვეყნებულია პენსილვანიის უნივერსიტეტის პროფესორის ედუარდ გიფორდის გამოკვლევა „ავითვალი“. ლაპარაკია თვალების მაგიურ თვისებაზე, რომელიც, ვითომდა, გარკვეულ ადამიანებს ახასიათებთ. სტენფორდის უნივერსიტეტის 1300 სტუდენტის გამოკითხვისას აღმოჩნდა, რომ ამის სჯერა ქალიშვილების 84 პროცენტსა და ვაჟების 72 პროცენტს.

ფედერაციულ გერმანიაში უკვე ომის შემდგომ ფართოდ გავრცელდა წიგნი სხვადასხვა მიზნებისათვის გამოცდილი საშუალებების „მაგიური, სასწაულთმოქმედი საოჯახო საგანძური“. ამ წიგნში მოცემულია, მაგალითად, ასეთი რეკომენდაციები: მიიმე დაეადებისას ავადმყოფის შარდს მრავალჯერ წამოადუღებენ ღორის ხორციდან ერთად, რომელსაც მერე ძალს შეაჭმევენ — ძალი მოკვდება, ავადმყოფი გამოჯანმრთელდება. თვალის სნეულებებს უნდა უმკურნალოთ წვიმის ჰიებით, რომელიც ჰიქაში ჩაღებება და სასწაულთმოქმედ „მალამოდ“ გადაიქცევა. თუ შეეკატას ყურს გაუხვრიტავ და მის სისხლში ჩამბალ პურს შეჭამ, ციებას უშველის. ცოცხალ თავს რომ კბილს ამოაძრობ, კბილის ტკივილი დაგიაძდება. იმპოტენციის დროს ჯადუარის ბოლქვს ჩაფლავენ ჩონჩორიკში სამი თვით, მერე ყოველ დღით ბოლქვიდან პატარა ნაჭერს მოკბიჩავენ...

ქალაქ სენტ-ლუისში (მისურის შტატი, აშშ) 1980 წელს გაიხსნა სა-

მედიცინო თაღლითობის ეროვნული მუზეუმი. იქ წარმოდგენილია ნებისმიერი დაავადებისაგან კაცობრიობის განკურნებისათვის განკუთვნილი კონფისკირებული ექსპონატები. აქ არის აპარატი, რომელიც კურნავს „ნოროვენბას ფსიქიკურ აშლილობისა და ჯარკვლების დაავადებისაგან“ (მართალია, ჯერ არავისთვის არ აღმოუჩენიათ ამგვარი რამ), და აპარატი „რელაქს — A“, რომლის დახმარებითაც წონაში დაიკლებთ ისეთი „ფარჯიშების საშუალებით, რომელიც ძალ-ღონის არავითარ დაძაბვას არ მოითხოვს“. აქვეა „ორჯანული ენერჯის აკუმულატორი“, რომელიც იფარავს ადამიანს ყოვლიგვარი დაავადებებისაგან, და კიდევ ნაირნაირი საშუალებანი, რომლებიც კურნავენ კიბოსა და სხვა სნეულებებისაგან.

1981 წელს გამოქვეყნდა ფრანგი პროფესორის, G. Desspierrs საინტერესო სტატია დამახასიათებელი სათაურით: „ავადმყოფი და სნეულეზა. შარლატანები, ექიმბაშები და პარამედიკოსები“. ავტორი აღნიშნავს, რომ საფრანგეთში მათი რაოდენობა აღემატება დიპლომიანი მედიცინის მუშაკების რაოდენობას. თუმცა, თვითონ „მკურნალებს“ ურჩევნიათ ნამდვილ ექიმებთან, მეცნიერული მეთოდებით იმკურნალონ. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ ეს ფაქტი ჩემს დაკვირვებებს ემთხვევა. როგორღაა საქმე ჩვენში?

ქალაქ ლუბერცში ვიგინდარებმა ატლასისა და აბრეშუმის ბაბთებისგან დაამზადეს „ყველანაირი დაავადებებისაგან დამკავი ქამრები“. მოკლე ხანში 12 ათასი ქამარი გაიყიდა*. ასეთი წარმატება მ. გორკის პიესის „ეგორ ბულიჩევი და სხვების“ გმირს მესაყვირე გავრილასაც შეშურდებოდა.

რივის ერთ-ერთი ქარხნის ელექტროდამხვევა „გამოიგონა“ მედიცინის საკუთარი თეორიიდან გამომდინარე მკურნალობის უნივერსალური მეთოდი. აღმოჩნდა, რომ ავტორი სულით ავადმყოფია და აღრიცხვაზე იმყოფება ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში. ამ გარემოებამ სულაც არ შეუშალა ხელი „მეცნიერს“ 1977 წელს გამოსულიყო ზეპირ გაზეთში „ახალი ამბები“ ვ. ი. ლენინის სახელობის სახელმწიფო ბიბლიოთეკაში.

1975 წელს „სამედიცინო გაზეთმა“ საზოგადოებას აუწყა პოლტავის ოლქში მცხოვრები ჯარაქიმის ფართო მოღვაწეობის შესახებ. ის 70 წლიანაა. ერთი კლასის განათლება აქვს. საქმიანობა — წარსულში საქონელს კლავდა.

ახლა შემოგთავაზებთ მაგალითებს უკანასკნელი ორი წლის პუბლიკაციებიდან.

ორი ათეული წლის მანძილზე სერპუხოვოში ყველანაირ დაავადებას, მათ შორის ყველა ორგანოს კიბოს მკურნალობდა ყოფილი უტილნედლე-

* პრ.ვლა, 1968, 21 აგებრვალი, 14 52.

ულის შემგროვებელი და მეცადლე ი. ა. სევორცოვი. ძირითადად უნიშნადა არყის ხის კუპრს, ხოლო ხშირი პულსის დროს, ვთქვათ, სასაქმებელ ფხენილს.

კიევში „შავი მაგიის“ წარმომადგენელი რ. ნიკოლაენკო მკურნალობას იწყებდა იმით, რომ რჩევას იძლეოდა დიეტური კვერცხი მთელ სხეულზე დაეგორებინათ*.

სოკში მშენებელმა ს. ე. ჩერნიშევმა გამოიგონა ელექსირი „ჩისისორი“ — ორგანიზმის გამწმენდი და სტიმულატორი, რომელიც გამოდენის ყველა ცნობილ (და არა ცნობილსაც) სენს. უურნალ „ოგონიოკში“ გამოქვეყნდა ამ „მოღვაწის“ ფოტო. ამ აღმოჩენასთან დაკავშირებულმა ძიებამ ნათელყო, რომ ელექსირი მზადდება მაცესტის მინერალური წყლის, ღვინის სპირტის, ჩაუმქრალი კირისა და სუფრის მარილის ნარევისაგან. ყოველივე ეს იხდებოდა არყის სახდელ აპარატში. აღნიშვნის ღირსია სურათი. რომელიც მკურნალის მისაღებ ოთახში ეკიდა. წინა პლანზე ხასხასა ფერებში გამოსახულია თვითონ და გარს ახვევია მის მიერ განკურნებული სიცოცხლით სავსე ადამიანები, გვერდით კი შავ ფონზე — ჩვეულებრივი ექიმი. ღონემიხილი გამწვანებული ავადმყოფები და დაფლავები მოჩანს*.

როგორც ჩანს, ყველა მხარეს და რესპუბლიკას თავისი წინასწარმეტყველი ჰყავს. ერთ-ერთი მათთაგანი, ვისი გაცნობის შესაძლებლობა მოხეცა, თვლიდა, რომ ყველა სნეულების მკურნალობა შეიძლება განმაურებული ნარევით — „AY-8“, რომელიც შეიცავს საქონლის, ღორის და ფრინველის ძვლებს; ქათმის, ბატის და იხვის კვერცხებს; თაფლს, ფუტკრის დინდგელს, ალოეს და შაქარს; ნაღებს, ხაჭოს, ყველს და შესქელებულ რძეს: სხვადასხვანაირ ხილსა და ბოსტნეულს; 3600 ფერმენტს; 52 სახის ბაქტერიას (მათ შორის კოსმოსურსაც!); 100-ამდე სახეობის მცენარეულის ფესვებსა და თესვებს, მაკრო და მიკროელემენტებს, ენერგეტიკულ ნივთიერებებს. ავტორის გადმოცემით, ნარევის დამზადების ტექნოლოგია ემყარება 40 აღმოჩენასა და 2 ათასზე მეტ გამოგონებას. ამასთან. პირველად კაცობრიობის ისტორიაში შესაძლებელი შეიქნა ადამიანების ხსნა ყოველგვარი ავადმყოფობისაგან კვების პროდუქტებით. „მკურნალის“ აზრით, სამუდამოდ მოისპო დიაგნოსტიკის, ქიმიური თერაპიის, დასხივებისა და ვაქცინით მკურნალობის საჭიროება.

იღვა აიტაცა მეცნიერებათა დოქტორმა. მართალია, ტექნიკური მეცნიერების დოქტორმა. ერთ-ერთი გაზეთისათვის მიცემულ ინტერვიუმში მან ასე „გაშიფრა“ თავისი კოლეგის იღვა: „პრეპარატის შემქმნელმა რთუ-

* ტრუდი, 1981, 26 აპრილი, № 98.

** მედიცინისკაია გაზეტა, 1983, 6 ივლისი, № 55.

ლი ამოცანა დაისახა: შეექმნა ბაქტერიების ისეთი სისტემა — კვეთი, რომელიც საკვები ნივთიერებების განხრწნისას, პათოლოგიურ მიკროორგანიზმებს არსებობისა და განვითარების არავითარ საშუალებას არ დაუტოვებდა...“ შემდეგ: „ათწლეულები გავიდა, და აი, მიკროორგანიზმების ევოლუციის, ადაპტაციის, სიმბიოზისა და სელექციის შემდეგად (Sic ტერმინოლოგია! --- ნ ე.) სამუშაო წარმატებით დაგვირგვინდა“.

მაიქციეთ, ყურადღება: აბსოლუტურად არავითარი საშუალება მიკროორგანიზმების არსებობისათვის! რატომ უნდა გადატვირთოთ ორგანიზმი ანტიბიოტიკებითა და ქიმიოპრეპარატებით ტუბერკულოზის, დიზენტერიის, ფილტვების ანთების, გონორეის და მიკრობული წარმოშობის სხვა დაავადებების სამკურნალოდ. გასაოცარი ხომ აქვეა, გვერდით: უნდა სვათ სასწაულთმოქმედი ნარევი.

მართალია, როგორც ინტერვიუს ავტორმა აღნიშნა, „კიბოს გარანტირებულ განკურნებაზე... ლაპარაკიც ზედმეტია“. დახვეწილი ფრაზაა. საერთოდ, კიბოს განკურნებაზე ლაპარაკი შეიძლება, მაგრამ არა გარანტირებულ განკურნებაზე. რატომ არ უნდა სინჯოს ადამიანი?

ერთ-ერთი არგუმენტი, რომელსაც იყენებენ ახალი საშუალების პროპაგანდისათვის, შემდეგია: „მავნებელი არ არის!“. ძნელი სათქმელია! მეცნიერული მედიცინა ხომ ერთიანად უგულებელყოფილია. თუკი ამ დროს, მაგალითად, ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული კატეგორიულ უარს ამბობს ოპერაციაზე, არადა ყოველი დაკარგული დღე შეიძლება ტრაგედიად იქცეს მისთვის — ყოველივე ეს კი ხდება მითითური პანაცეის იმედად, ასეთი „სამკურნალო“ მოღვაწეობა — დანაშაულია.

XVIII საუკუნეში ცნობილმა ვიგინდარა მკურნალმა იოსებ გილმერმა მთელი ევროპა შემოიარა მოოქრული კარცით, რომელსაც მსხვილი ასოებით ცინიკური წარწერა ჰქონდა „Mundus vult duipi“ — „კაცობრიობას სურს თავი მოიტყუოს“.

პეტრე პირველმა სიამოვნებით დაუთმო რომის პაპს ტალინში ნაპოვნი წმინდა ბრიგიტას წმინდა ნაწილები ჩვენს წელთაღრიცხვამდე II საუკუნეში გამოქანდაკებულ ვენერას სკულპტურის სანაცვლოდ. ჭერ კიდევ მაშინ მეფეს პროგრესული შეხედულებები ჰქონდა. ორნახევარი საუკუნის შემდეგ, ჩვენს განათლებულ ჯგუფებში, წმინდა ნაწილების ეკვივალენტის — „დამკავი ქამრისა“ და „AY — 8“-სათვის რიგში დგანან და მზად არიან ბევრი რამ შესწირონ მას, სალი აზროვნების უნარიც კი.

აღსანიშნავია. რომ 1980 წლის 20 ნოემბერს, სსრკ მეცნიერებათა აკადემიისა და სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის გაერთიანებულ კრებაზე, რომელიც მიიქცნა მედიცინის სფეროში ფუნდამენტური გამოკვლევების შემდგომ განვითარებას, მიიღეს დადგენილება, რომელშიც მე-

ცნიეროა ყურადღება გამახვილებულია იმ ფაქტებზე. რომ აუცილებელია „მუდმივი ბრძოლა ვაწარმოოთ ანტიმეცნიერულ მეთოდებთან სამედიცინო პრაქტიკაში, აღკვეთოთ დაუსაბუთებელი სენსაციების წარმოშობა“.

ჩვენს პირობებში ექიმბაშური მეთოდებით მკურნალობას, რა თქმა უნდა, არა აქვს და არც შეიძლება ჰქონდეს სოციალური ფესვები. მაგრამ მაინც გვხვდება. ამასთან, იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ექიმბაშობამ უფრო მოდერნიზებული ხასიათი მიიღო, უფრო თანამედროვე გახდა. ახლა „შელოცვებით აღარ მკურნალობენ. ავადმყოფს ესაუბრებიან მიკროელემენტებზე, ვიტამინებზე, ფერმენტებზე და ამინომჟავებზე. მკურნალის ტერმინოლოგია ცხვანაირი გახდა. ცუდი დასასრული — „უკუსვლის ეფექტი“ გახდა. „ავი თვალი“ „მხედველობითი გამოსხივება“, კანზე ფანქრობი გატარებული ხასი — „გრათიტული ემანაციის ნაკადი“ და სხვა.

ერთ შემთხვევაში „მკურნალობის ახალი მეთოდი“ შემოუღია რძე-ხორცმრეწველობის მუშაკს, მეორე შემთხვევაში — სწავლადანსრულებელ ქიმიკოსს, მესამეში კი — ვეტერინარს. ამ ადამიანებს შორის გვხვდებიან ერთი მხრივ ფანატიკოსები, რომელთაც სწამთ, რომ ტანჯულ კაცობრიობას იხსნიან ავადმყოფობისაგან, ხოლო მეორე მხრივ — უსინდისო ადამიანები, რომლებიც სხვის გასაპირზე პირად კეთილდღეობას იწყობენ.

როგორც ინგლისელი პროფესორი ჩ. ჰენზელი (1970) წერს, თუმცა თაღლითობა ადამიანური მოღვაწეობის საკმაოდ გავრცელებული სახეა, ეგრეთ წოდებულ თანამედროვე პარამედიკოსთა შორის უმეტესობა შეპყრობილია მათივე შექმნილი სისტემის, განუკურნებელ სნეულებათა მკურნალობის მეთოდის განსაკუთრებულობის რწმენით.

წიგნის „სამედიცინო ოკულტიზმი. პარამედიცინა“ წინასიტყვაობაში აღნიშნულია, რომ სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდიუმს ყოველდღიურად მოსდის დიდი მოცულობის თხზულებანი მორიგი აღმოჩენებით. მათში შეგიძლია იპოვოთ ცხოვრებისეული სითბოს გადაცემით ავადმყოფის განკურნების მეთოდის აღწერა; დასაბუთებულია კიბოს წარმოშობა სტატისტიკური ელექტრობით რომელსაც კვების პროდუქტები შეიცავენ და ორგანიზმში ელექტრული წონასწორობის რღვევას იწვევენ. გვთავაზობენ თითქმის ყველა დაავადების სამკურნალო აპარატს, რომელიც შედგება ბოლქვების ავტომატურად დამპრელი მოწყობილობისა და მათში შემავალი მფრინავი ფრაქციების შესასუნთქი ნიღბისაგან და ა. შ. ზემოხსენებულ წიგნში არის სპეციალური თავი, რომელშიც აღნიშნულია ფსიქიკური სნეულებების წაშლილი ფორმებით დაავადებულ პირთა მნიშვნელოვანი როლი პარამედიცინური კონცეფციების შექმნაში, რომლებიც დროდადრო აფორიაქებს მოსახლეობას.

ფსიქოპათები, პარანოიკები და ის პირები, რომელთაც აღენიშნებათ 'შიზოფრენიის' ზოგიერთი ფორმა, მართლაცდა, საკმაოდ აქტიურები არიან ამ საქმეში. თუმცა, ხშირად, ჩემი დაკვირვებებით, ეს გარემოება ხელს არ უშლის მათ თავიანთი იდეების პოპულარიზაცია და „ბრძოლა სიმართლისათვის“. შეუთავსონ პირად გამორჩენას. სარეკლამო არგუმენტაციასში, რომლითაც ისინი მოქმედებენ, საპატიო ადგილი უჭირავს განკურნებულთა სამადლობელო წერილებს. საინტერესოა, რომ სასამართლო მედიცინის პროფესორი თ. პროკოპი, ემყარება რა გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკის გამოცდილებას, აღნიშნავს, რომ იქაც იყენებენ ამგვარ დასაბუთებას. და ხშირად შედეგიც კი მოაქვს. აბა, როგორ არ გაეხსენო ერთ-ერთი ექიმის მიერ გამოთქმული აზრი იმის შესახებ, რომ ერთი სულით ავადმყოფი უფრო მალე დაარწმუნებს ათას ჯანმრთელს, ვიდრე ათასი ჯანმრთელი -- ერთ სულით ავადმყოფს.

ბუნებრივია, იბადება კითხვა: კულტურისა და განათლების უეჭველი აღმავლობის ფონზე როგორღა არსებობენ ადამიანები, რომლებიც საფრთხეში აგდებენ თავიანთ ჯანმრთელობას, ხშირად სიცოცხლესაც კი. კაცმა რომ თქვას, საინტერესოა არა იმდენად ექიმბაშობის მხილება (ამაზე ბევრია დაწერილი), რამდენადაც იმ მიზეზებისა, რომელიც გამოც თანამედროვე ადამიანი მიმართავს მას.

რატომ გამოცოცხლდა მკურნალობის პარამედიცინური მეთოდები მეცნიერულ-ტექნიკური რევოლუციის ფონზე? რატომ არსებობენ ისინი გაზრდილი კულტურისა და ინტელიგენტობის ჯვერდით? იქნებ საქმე გვაქვს მოჩვენებით კულტურასა და ცრუინტელიგენტობასთან?

დ. აკივისის თავის სტატიასში, რომელსაც ყურადსაღები სათაური აქვს — „სასწაულის სურვილი“, მოჰყავს ასეთი დაკვირვება: მატარებლით მგზავრობენ მანდილოსანი, რომელსაც პროფესორის შესახებდაობა აქვს, და მისი სტუდენტი ქალიშვილი. დილით, გაღვიძებისთანვე, უახლესი სიზმრების წიგნი უჭირავთ ხელში: მოკლეკისრიანი ჟირაფი ვნახე სიზმარში, ნეტავ რას უნდა ნიშნავდეს?

ამ ფაქტს ეხმაურება წერილი, რომელიც ერთ-ერთმა მკითხველმა ქალმა ლ. კ.-მ მისწერა ა. ი. კიტაიგოროდსკის — „რენიქსის“ ავტორს: „თქვენ წერთ, რომ ათეისტი უეჭველად უფრო ბედნიერია, ვიდრე მორწმუნე. იყავით თქვენ მორწმუნე ან იცით, რა არის ბედნიერება? განათქვენს ცხოვრებაში არ ყოფილა ისეთი მომენტი, როცა ცხოვრება უაზრო აბსურდად მოგჩვენებიათ, როცა უეცრად შეგიგრძენიათ, რომ ფეხქვეშ მიწა გეცლებათ? რა გწამდათ მაშინ — ფარდობითობის თეორია თუ ალბათობის თეორია? მე კი, ჩვეულებრივ ინჟინერ-მშენებელს, ასეთ წუთებში მჯერა ყველაზე სულელური ნიშნებისა, სიზმრებისა, მაგრამ ისეთებისა,

რომლებიც „კარგს“ მიანიშნებენ. რომელიღაც ყვირილი ფოიოლი, ჩემს ფეხთან რომ ჩამოვარდება, ბედნიერებას მპირდება...”

წერილში შესანიშნავად არის წარმოდგენილი ზოგიერთი ადამიანის გრძნობებისა და აზრების ანატომია, როცა ეს ადამიანი ისეთ სიტუაციაში აღმოჩნდება, რომელიც მის ძალებს აღემატება. დავუბრუნდეთ ისევ ჩვენს პრობლემას. როგორც ყველაფრიდან ჩანს, წერილის ავტორი ჯანმრთელი ადამიანია.

მაგრამ თუ ის ავადაა, თუკი მასში ბუდობს ეს ქვეცნობიერი რწმენა არაჩვეულებრივისა, თანაც მკურნალობა არაეფექტური აღმოჩნდა?

ჩვენ, ექიმებმა უფრო მეტი უნდა მოვთხოვოთ საკუთარ თავს. იქნებ უფრო ხშირად მივმართოთ საექიმო კონსილიუმებს. ავადმყოფები კი არ დავინახოთ, არამედ ერთი კონკრეტული ავადმყოფი მისი თავისებურებებით, ფსიქიკით, ასაკით, ოჯახით და გარემოთი. ხშირად მიხდება ქრონიკულ ან მძიმე ავადმყოფთა კონსულტაცია, იმათ ვერ დაპირდები აუხდენელს. ხოლო როცა პირდაპირ ეტყვი, რომ მართლია, დაავადება სასიკვდილო არ არის, მაგრამ განუკურნავია და ზოგჯერ გაუარესება იქნება, ზოგჯერ კი გაუმჯობესება. რწმუნდები: ინტელიგენტ პაციენტს სჯერა შენი. ხშირად აღარც დადის ექიმთან და ეძებს თავის თავში ძალას, როგორმე შეეთვისოს ამ დაავადებას. და თუ ეს ბოლომდე არ დააკმაყოფილებს, მტანჯველ გაურკვევლობას და აუხდენელ ოცნებებს მაინც აჯობებს.

ჩემი აზრით, ექიმბაშის პაციენტებს შორის ორი კატეგორია არსებობს: ნევროზებით დაავადებულნი, სასოწარკვეთილნი, რომელთაც ფსიქოთერაპია ესაქიროებათ და თავიანთი ექიმებისაგან ვერ მიიღეს იგი, და მართლაც მძიმე ავადმყოფები (კიბოთი, სისხლის გათეთრებით), რომელთაც სულ უფრო და უფრო გაუარესებული მდგომარეობა აიძულებს „ხაეხს“ ჩაეჭიდონ.

ზოგჯერ ილუზიის მოთხოვნილება, სიმართლის სიმძიმისგან წასვლის სურვილი გონებასა და მეცნიერებაზე ძლიერია. იქნებ ეს თვითგადარჩენისა და თავდაცვის თავისებური რეაქციაა. ყველა ამ შემთხვევაში საუბარია იმ ადამიანებზე, რომელთაც სასწაულის იმედი აქვთ. „სასწაულის ტექნოლოგია“ თანამედროვე ცივილიზებულ საზოგადოებაში შესანიშნავად აჩვენა ფედერიკო ფელინიმ ფილმში „ტკბილი ცხოვრება“... მართალია იტალიაში ხდება ეს ამბავი, „სასწაული“ კი საფუძვლიანად და მასშტაბურადაა შემზადებული, მაგრამ იმათი ფსიქოლოგია, ვისაც განკურნებისა სწამს, ზუსტად არის შენიშნული და სულაც არ აქვს მხოლოდ „იტალიური ხასიათი“. იგივე იყო ნაჩვენები ჩვენს ფილმშიც „წმინდა იორგენის დღესასწაული“.

ისტორიკოსი ა. ი. კლიბანოვი დაინტერესდა და ჰკითხა ერთ დღედა-

ბერს. რატომ მიჰქონდა მიწა სექტანტ ანისიმ სმირონოვის საფლავიდან. იურ-
მე, მეზობლების სამკურნალოდ.

— შევლის? — ჰკითხა მეცნიერმა.

— მიწა? აბა რა, შევლის, მაგრამ რწმენით, ურწმუნოებს სარგებლო-
ბას ვერ მოუტანს.

ამ პრობლემის შთაგონების ფაქტორს ხაზს უსვამს ჟურნალისტებთან
საუბარში მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი დ. ს. სარ-
ქისოვი.* ამიტომაც ექიმბაშებს არ უყვართ თავიანთი ზემოქმედების შო-
რეულ შედეგებზე ლაპარაკი. ამავე მიზეზით ვეტერინარიაში ასეთი მკუ-
რნალები გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე მედიცინაში: ცხოველს პრაქტი-
კულად ვერაფერს ვერ შთაგონებ, მას არ გააჩნია მეორე სასიგნალო სის-
ტემა, მას მხოლოდ მკაცრად მეცნიერული მეთოდებით უნდა უმკურნალო.

მედიკოს-მეცნიერებს მოუწოდებენ ისწავლონ პოპულარულად, გასა-
გებად საუბარი მედიცინაზე. მოსახლეობას კი ჰგონია, რომ მედიცინა იოლი
საქმეა. იქმნება ზიადვილის ილუზია. ყველაფერი ხომ ძალზე უბრალოა.
მაგრამ სირთულეებთან ერთად გაქრება ხოლმე სასწაული. ექიმი კი ცოტა-
თი ჯადოქარი უნდა იყოს. ექიმმა უნდა შეინარჩუნოს ქურუმის ღირსე-
ბა, — ამბობდა ანდრე მორუა. ექიმის უნდა გწამდეს. გწამდეს მისი შესა-
ძლებლობანი, ის, რომ მან მეტი იცის, ვიდრე პოპულარულ სტატიებში
სწერია. უნდა გწამდეს, რომ ის გაერკვევა, დაგვხმარება და არასოდეს არ
დაყრის ფარხმალს.

სამწუხაროდ, ჩვენ. ექიმები ყოველთვის როდი ვახერხებთ დავარ-
წმუნოთ ავადმყოფები ჩვენს მოქმედებებში. ექიმბაშს კი ხელს უწყობს
მკურნალობის საიდუმლო მეთოდი! გარშემო შექმნილი შარავანდელი, მკუ-
რნალობის ფასიანობა, რეკლამა, რომელსაც ქმნიან ნევროზით დაავადებუ-
ლი „გამოჩანმრთელებული“ ავადმყოფები. მე და ფ. ი. კომაროვა ჩვენა
ერთობლივ პუბლიკაციაში შესაძლებლად ჩავთვალეთ დაგვესაბუთებინა,
რომ რომელიმე რაიონში ან ქალაქში ექიმბაშის გამოჩენა ყოველთვის
მიგვანიშნებს სამედიცინო დახმარების ნაკლოვანებებზე.**

საუბედუროდ, არსებობს ნაკლოვანებები და სამედიცინო დახმარებით
დაუკმაყოფილებლობა. ამავე დროს ამ მოვლენების მიმოხილვისას პრე-
სის ზოგიერთ მუშაკს ზოგჯერ ზომიერების გრძნობა დალატობს. ცდილო-
ბენ რა შექმნან სენსაცია მორიგი „მკურნალის“ გარშემო, ისინი მეცნი-
ერული მკურნალობის ნაკლოვანებებს აზვიადებენ, და ამით პოზიციას უმ-
აგრებენ ფსევდომედიკოსებს. ცნობილმა პუბლიცისტმა ი. გოლოვანოვმა

* ლატერატურაშია გაზეთა, 1985, 3 ივლისი, № 27.

** პრაედა, 1977, 27 სექტემბერი, № 270.

არც თუ სარკაზმის გარეშე შემოგვკოვავსა აქტუალურ თემა დისერტაცი- ისათვის: „ექიმბაშის“ ავტორიტეტის“ აღმავლობა ექიმის ავტორიტეტის დაღმავლობისას.“ *

პრესაში სტატიებიც კი გამოჩნდა, რომლის ავტორები მოუწოდებდნენ ჰიესათ მკურნალობის უფლება იმ პირებისათვის, ვისაც სამედიცინო განათლება არ ჰქონდა. ამასთან დაკავშირებით ე. ი. ჩაზოვი (1985 წ.) შეგვახსენებს იმ „მკურნალთა“ შესახებ, რომელთა მოღვაწეობა განსაკუთრებით გავრცელდა ჩინეთის „კულტურული რევოლუციის“ დროს. ეს ცდა, როგორც ცნობილია, არ ჩატარდა.

ქარვად მესმის, როცა აღამიანი მძიმედ არის ავად, ჯობია ექიმბაშის დახმარებით გამოჯანმრთელდეს, ვიდრე მეცნიერების ყველა წესის და რიგის მიხედვით მოკვდეს. მაგრამ საქმის არსი ხომ სულ სხვაა. თანამედროვე ექიმბაშს არ ძალუძს განკურნოს თუნდაც ერთი სერიოზული დაავადება და ხშირად დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისაგან მოაყდნენ, რის შედეგადაც ავადმყოფობა ხშირად შორს მდის ხოლმე. ამგვარი მაგალითები არაერთხელ მოუყვანიათ სამედიცინო პრესაში.

შესაძლოა, ექიმები შეცდნენ, მაგრამ ისინი (მე მხედველობაში მყავს საბჭოთა ექიმები) თავიანთთვის სარგებლობას არ ეძებენ. თანამედროვე ექიმბაში ანგარებიანია, ავადმყოფის ბედი, საბოლოოდ. მისთვის სულერთია.

ექიმბაში არავითარ გარანტიას არ იძლევა. სირცხვილია, მას წარუმატებლობა დასწამო. ასეა თუ ისე, ის და პაციენტი ერთ დონეზე აღმოჩნდნენ. მაგრამ ექიმბაში არ მალავს, რომ ჰუმარიტ მეცნიერებას არ ემსახურება, პაციენტი კი გარეგნულად ცივილიზაციას ნაწიარებია: უყურებს ფერად ტელევიზორს, უყვარს „პეპსი-კოლა“ და ზუსტად იცის, რომ ბუჩუნდი აფრიკაში მდებარეობს.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ საკითხში ნაკლებ განვითარებულ ქვეყანაში მცხოვრები ექიმბაში უკეთ გამოიყურება, ვიდრე ცივილიზებულ სახელმწიფოში მცხოვრები მისი კოლეგა. მაგალითად, კამერუნელმა ექიმბაშებმა მიიღეს სპეციალური წესდება, რომელშიც ნათქვამია: „ჩვენს წამლებს აქვთ მაგიური თვისება და თუ 3 დღეში ავადმყოფი არ გამომჯობინდება, ვუბრჩევთ მიმართოს დისპანსერს ან საავადმყოფოს“.

ზოგიერთი პაციენტი სამეცნიერო მედიცინას უპირისპირებს სამკურნალო ბალახების გამოყენებას. არადა, სამედიცინო მეცნიერება არასოდეს უგულვებელყოფდა სამკურნალო მცენარეებს და ბევრი მათგანის სარგებლობაა ან არაეინ უარყოფს. საკმარისია დავასახელოთ სათითურა ბალახი, რომელსაც იყინებენ სასხლის მიმოქცევის უმარისობის სამკურნა-

* კომსომოლსკაია პრავდა, 1984, 3 ოქტომბერი, № 227.

ლოდ, რაუფოლფია (რეზერპინი), რომელიც ძალზე ეფექტურია ჰიპერტონიული დაავადებებისას, ვალერიანი, როგორც ნერვული სისტემის დამაწყნარებელი, და ბევრი სხვა საშუალება, რომელთა არსებობასაც უნდა ვუმაღლიდეთ ხალხურ მედიცინას.

ჩვენში გამოდის მრავალი წიგნი, რომლებიც ეძღვნება სხვადასხვა სამკურნალო მცენარეებს. ამჟამად ხმარებაში მყოფი სამკურნალო საშუალებებიდან 40 პროცენტამდე მცენარეული წარმოშობისაა. თანამედროვე მეცნიერული მედიცინა იყენებს და მზადაა სამკურნალო მიზნით გამოიყენოს ყველაფერი, რაც სარგებლობას მოუტანს ავადმყოფს — ბალახით დაწყებული გველის შხამითა და ოქრო-ვერცხლით დამთავრებული.

მაგრამ ემპირიკას და ექიმბაშობას ვერ დავუბრუნდებით!

ფსევდომეცნიერულობის ერთ-ერთი ნაღდი ნიშანი, რომელმაც ყოველთვის უნდა გამოგვაფხიზლოს, გახლავთ მკურნალობის მეთოდის უნივერსალობა. თუკი ცდილობენ ერთი და იმავე მეთოდით უმკურნალონ ჩიყვისა და ჰეპათიტის, თაქარსა და სიყრუეს, სიმსივნესა და ჰიპერტონიას და ა. შ. — ეს არის უეჭველი ნიშანი ექიმბაშობისა — შენობის ახ შეუნიღბავისა.

მის დამახასიათებელ ნიშნებს უნდა მივაკუთნოთ აგრეთვე სამკურნალო მეთოდის გასაიდუმლოება, რასაც ასაბუთებენ იმით, რომ თითქოსდა „მეცნიერული“ პრიორიტეტისათვის და საბელწიფოს ინტერესებისათვის იბრძვიან; თვითრეკლამა, რისთვისაც იყენებენ სენსაციის მოყვარული ჟარაფშუტა ჟურნალისტებს; ხაზგასმით აღნიშვნა ამ „აღმოჩენის მსოფლიო, ან სულ ცოტა, ეროვნული მნიშვნელობისა, მის დასაცავად „მეცნიერების მეცენატთა“ საქმეში ჩაბმა. ამ მეცენატთა რიცხვს ზოგჯერ ეკუთვნიან გავლენიანი მფარველნი, რომელნიც სარგებლობენ თავიანთი უფლებებით და ავლიან, რომ თვით თანამდებობა აძლევეთ უფლებას განსაზღვრონ რომელ „საბლეს“ ესახება განსაკუთრებით ნათელი პერსპექტივა.

არცთუ ისე იშვიათად, რაც უფრო ბურუსითაა მოცული საკითხი, მით მეტი დამცველი ჰყავს, და რაც მეტად უვიცია ავტორი, მით უფრო ენერგიულა.

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებათა გამოყენება გულისხმობს ორ კარგად ცნობილ დასკვნას: სახეზეა „ტრადიციული“ მედიცინის კონსერვატიზმისა და ჭანჭრთელობის დაცვის ორგანიზების არაელასტიკურობის მორიგი მაგალითი; აუცილებელია, სასწრაფოდ შევისწავლოთ ის აღმოჩენა, რომლის პროგრესულობა ყველასათვის ნათელია.

ამა თუ იმ ლიტერატორის რწმენა, როგორც წესი, ემყარება არა ფაქტების სტატისტიკას, როგორც ეს მეცნიერებაშია მიღებული, არამედ კერძო შემთხვევებს. („ჩემი ნაცნობი დიდი ხანი იტანჯებოდა კუჭის წყლუ-

ლით, უკვე ოპერაციაც უნდა გაეკეთებინათ, სოფელში ერთმა ბერიკაცმა ხუთ დღეში განკურნა“. და ა. შ.). მეცნიერებისა და ექიმების ნებისმიერი ექვები ასეთ შემთხვევებში აწყდებდა სასაჩულებრივი გამოჩანბრთელების მორიგ მაგალითს.

ებონიტის ფირფიტები, ექსტრასენსები. ფილიპინელი პილერები, „უკვდავების“ წყალი, „მკვდარი“ წყალი...

იაპონიის ფირმებმა „ემანტემ“ და „ფუძიმ“ მანკიტური სამაჯურების სამკურნალო ზემოქმედების რეკლამა დაიწყეს. იაპონიაში ამ სამაჯურებს მხოლოდ უცხოელები ყიდულობდნენ. ჩვენში ისინი საკომისიო მაღაზი-ანი იყიდებოდა საკმაოდ ძვირად და ყოველგვარი დაავადების სამკურნალოდ იყენებდნენ.

— ტყუილად ხომ არ დაწერდნენ ამ სამაჯურების შესახებ... ჩემმა ცოლმა გაცილებით უკეთ და მხნედ იგარძნო თავი მას შემდეგ, რაც სამაჯურს ატარებს, — მითხრა ერთხელ ჩემმა ნაცნობმა.

— არ ვიცი, რისგან გარძნობს თავს მხნედ თქვენი მეუღლე, მაგრამ ჩემთვის ცნობილია, — ვუპასუხე, — რომ სსრკ ჯანდაცვის სამინისტროს მითითებით ჩატარებულმა საგულდაგულო შემოწმებამ ნათელყო მაგნიტური სამაჯურების არაეფექტურობა. სამკურნალო ზემოქმედება მათ არ გააჩნიათ, და მხოლოდ თანამედროვე თერაპიის აპრობირებული მეთოდებისგან აცდენს ავადმყოფებს.

ექიმბაშობისა და მკურნალობის არამეცნიერულ მეთოდებთან ბრძოლას თან სდევს სიძნელებები, რომლებიც თვით ჩვენი, მედიკოსების დაუფიქრებელი გამოსვლების შედეგია.

ბევრმა გაზეთმა გამოაქვეყნა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის პ.-ს სტატია — „ფრთხილად, ეს პარამედიცინა“. ავტორს შესანიშნავი მიზანი ამოძრავებდა. მაგრამ იმდენად სწრაფად სურდა ბოლო მოეღო პარამედიცინისთვის, რომ მას მიაკუთვნა, მაგალითად, ნემსით თერაპია. ამ პუბლიკაციის გამოქვეყნება დაემთხვა „ლიტერატურაშია გაზეთში“ მეორე სტატიის გამოქვეყნებას, რომელიც იუწყებოდა, რომ სსრკ ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანებით ყველა სამედიცინო დაწესებულებას წინადადება ეძლეოდა ფართოდ დაენერგათ პრაქტიკაში ნემსის ჩხვლეტით თერაპია. გაზეთის რედაქციაში გაცემის გამომხატველი წერილები მოვიდა. იძულებულნი შეიქნენ ეპასუხათ, რომ პ. არ არის მართალი, მაგრამ მის სტატიაში ნემსის ჩხვლეტით თერაპიასთან ერთად მოხსენიებული იყო ტელეპათია, ჩვეულებრივი ექიმბაშობა, იოგების სისტემა, ჰომეოპათია. ამის შემდეგ როგორ დაუმტკიცებ მკითხველს, რომ ერთ შემთხვევაში ავტორი, სწორია, ხოლო სხვა შემთხვევაში ცდება?

ახლა ჰომეოპათების შესახებ. გაორებული პოზიცია, რომელიც ოფი-

ციალურად მის მიმართ არსებობს, ძნელი გასაგებია. არსებობს ცნობა, რომ საბჭოთა კავშირში 300-მდე ჰომეოპათია. ერთი მხრივ, დასტამბულია კოგანის მონოგრაფია (1964). სადაც დასაბუთებულია მკურნალობის ჰომეოპათიური მეთოდების არამეცნიერულობა. ამას ისიც დაემატათ, რომ ჰომეოპათი მედიკოს-უნივერსალის როლში გამოდის, ეს კი ზუსტი მეცნიერებებისა და სპეციალიზაციის მიღწევების ფონზე თავისთავად ყურადღებას უნდა გვიმახვილებდეს. მეორე მხრივ, მოსკოვში გამოიცა ჰომეოპათ ს. ა. მუხინის ბროშურა (1961) გულის დაავადებათა მკურნალობის შესახებ. შეუქმვითი ხასიათის გულის ტკივილებისას, მაგალითად, ავტორი გვთავაზობს სათითურას, აზოტმეაეა ვერცხლს, იბეკაკუანას, მელანთეფზას მელანს, ხოლო გულის უკმარისობისას, ქვედა კიდურების შეშუპებისას, ვენების გაგანიერებისა და ანთებისას კი — ხის ნახშირს?!

ამას წინათ ჩემს წიგნზე გამომხაურება მივიღე კივიდიან, ექიმ-ჰომეოპათ ტ. პ.-სგან. წერილის ავტორი, ბუნებრივია, არ იზიარებს ჩემს მოსაზრებას და ამავე დროს აღნიშნავს, რომ სპეციალიზაცია ჰომეოპათიასაც შეეხო. ამ მოსაზრების დასაყვედურითაა ძირითადი არგუმენტი გახლავთ ის, რომ არ უნდა უარყოფთ გაუგებარი მოვლენა. ვეთანხმები ამ აზრს. ისიც მახსოვს, რომ როგორც ნიკოლოზ აკიმოვი გონებამახვილურად თქვა, მხოლოდ ბარბაროსი თვლის, რომ ყოველივე, რაც მის გაგებას აღემატება, უნდა მოისპოს. მაგრამ XVIII საუკუნის ბოლოს რომ გამოქვეყნდა ს. ჰანემანის ნაშრომი, მას შემდეგ არ გამოსულა არც ერთი დასაბუთებული სამეცნიერო გამოკვლევა, რომელიც დაადასტურებდა ჰომეოპათიური მეთოდების ეფექტურობას სერიოზული დაავადებების მკურნალობისას.

ნერვული სისტემის ფუნქციური აშლილობისას ჰომეოპათებს შეუძლიათ შევლა: მათთან ძნელია მოხვედრა, მკურნალობის საფასური უნდა გადაიხადო, ავადმყოფს ისინი, მართლაც, ბევრ დროს უთმობენ. მაგრამ აქ საქმე გვაქვს არა წამლის ზემოქმედებასთან. მექანიზმი იგივეა, რაც მეოთხე მალის მასაჟის დროს.

შესაძლოა, შემომედაონ: ვიდაცას ხომ უშველა, განა მთავარი ის არ არის, რომ ავადმყოფს შეება მიეცესო? დიახ, ასეა. მაგრამ კიდევ ვიმეორებ: ამან შეიძლება გზას ააცდინოს კაცი დროულად დასმული დიაგნოზისა და მკურნალობისაგან იმ შემთხვევებში, როცა შევლა შეუძლია მხოლოდ ჰემეოპათ მედიცინას, და კიდევ ერთი რამ: ზოგიერთს შევლის „დამცავი“ ქაშაშები ავაროზები. მაგრამ აქედან ერთი ნაბიჯია თეზისამდე „დაე, იხარონ ყველანაირმა ყვაილებმა“. განა ეს ყვაილებია?..

მინდა ერთხელ კიდევ ხაზგასმით აღვნიშნო. რომ სამწუხაროდ, არც განაოლება. არც საზოგადოებრივი მდგომარეობა არ იცავს ადამიანებს სუხსაციებისა და ფსევდომეცნიერებისაგან. აკადემიკოსი ლ. დ. ლანდაუ

თვლიდა, რომ ინტელიგენტები ისევე ცრუმორწმუნენი არიან, იქნებ უფრო შეტადაც კი, ვიდრე დანარჩენები. ცნობილი რუსი მსახიობი მიხეილ ჩეხოვი ამბობდა, რომ „ცხოვრება — ეს არის შემთხვევით...“ მაგრამ ჩემთვის არ არის ცნობილი არც ერთი დიდი აღმოჩენა მედიცინაში, რასაც წინ არ უძღოდა ჰემმარითი ცოდნა და კოლოსალური შრომა.

საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტმა აკადემიკოსმა ნ. ნ. ბლოხინმა თავის ნაშრომში „დენტოლოგია ონკოლოგიაში“. საჭიროდ ჩათვალა დაეწერა სპეციალური თავი თერაპიის არამედიკალური მეთოდების შესახებ. ჯერ კიდევ 1962 წელს, იმასთან დაკავშირებით, რომ ცნობილი ლიტერატორების ჯგუფი აღსდგა კიბოს მკურნალობის ამგვარი მორიგი მეთოდების დასაცავად, „პრაქტამ“ გამოაქვეყნა მედიკოს-მეცნიერთა პასუხი, აგრეთვე კომუნისტური პარტიის ცენტრალური კომიტეტის წერილი. რომელშიც გამოცხადებული იყო სრული ნდობა მეცნიერული მიდევანის მიმართ.

მომდევნო წლებშიც საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის მუშაეები არაერთხელ გამოსულან მოწოდებით, რომ საჭიროა სიფრთხილე გამოვიჩინოთ იმ მასალათა პუბლიკაციის დროს, რომელიც ეხება დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ახალ მეთოდებს. სამწუხაროდ, ეს გარემოება დიდად არ შევლის საქმეს.

1979 წელს ერთ-ერთმა პოპულარულმა საკავშირო ჟურნალმა გამოაქვეყნა სტატია „შეიცანი თავი შენი“, რომელშიც ავტორი ამტკიცებდა, რომ ხანგრძლივი შიმშილობა ხელ უწყობს კიბოსგან განკურნებას. ამ თეზისს მკითხველს აწოდებენ როგორც დამტკიცებულს. ვის მიერ? როლის? სად? თუ ეს ასეა, ლენინის და ნობელის პრემიის მინიჭებაც კი არ იქნებოდა საკმარისი.

ნუთუ მოსკოვში არ მოიძებნებოდნენ კომპეტენტური პირები, ვისთვისაც შესაძლებელი იქნებოდა ამ ოპუსის ჩვენება?

როგორც ვხედავთ, ძალიან ძნელია ასწავლო ხალხს სიმართლისა და ტყუილის, სასურველისა და სინამდვილის ერთმანეთისაგან გარჩევა.

შეერთებულ შტატებში, ერთ-ერთ ექიმთან საუბრისას დავინტერესდი, რამდენად უწევს კონკურენტის მკურნალობის არასამედიცინო მეთოდები მეცნიერულ მედიცინას. პასუხი იმსახურებს იმას, რომ სიტყვა-სიტყვით გადმოგცეთ: „ნევროპათებს ხშირად შევლიან, მაგრამ დანარჩენები იძულებულნი არიან კვლავ ჩვენ მოგვემართონ“. შიამქციეთ ყურადღება — იძულებულნი არიან. იძულებულნი არიან იმიტომ, რომ ცოლად გრძნობენ თავს. იძულებულნი არიან იმიტომ, რომ ძალიან ძვირი უჯდებათ მკურნალობა.

ჩვენს პირობებში ექიმი ხელმისაწვდომია ყოველი ადამიანისათვის, დარწმუნებული ვარ, რომ მოსახლეობის მზარდმა კულტურამ ხელი უნდა შეუწყოს ადამიანებს, რათა მეცნიერების მიღწევათა გამოყენებით იბრძოლონ ჯანმრთელობისათვის და ავადმყოფობისას საექვო ექსპერიმენტების ობიექტად არ გაიხადონ თავი.

მიუხედავად ჩვენი დიდი სურვილისა, მედიცინა ჯერჯერობით ყოველისშემძლე არ არის. ეს ცნობილია, მაგრამ ამის შესახებ საპიროა დაუფარავად ვილაპარაკოთ, რათა ვიცოდეთ მისი შესაძლებლობების ზღვარი და გატაცებად არ გადავაქციოთ იგი არც თვითმკურნალობისას და არც მაშინ, როცა მკურნალობას ვანდობთ იმათ, ვინც მედიცინას უყუბებს როგორც ელექტროკოჭების ან ყველის წარმოების დამატებას.

ზემოთ ნათქვამთან დაკავშირებთ საინტერესოა საუბარი კ. ბარნარდსა და ამერიკის შეერთებული შტატების იმჟამინდელ პრეზიდენტს ლ. ჯონსონს შორის, რომელიც მოიხსენიეს ა. დოროზინსკიმ და კ. ბ. ბლიუნმა (1969) და დაიმოწმეს ვაზეთი „ფრანს-სუარი.“

— გქონიათ შემთხვევა; — ჰკითხა ჯონსონმა, — ნამდვილად გაღაგერჩინათ ვისმე სიცოცხლე?

საპასუხოდ კ. ბარნარდმა უამბო იმის შესახებ, როგორ იბრძოდა ერთი ფერმერის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. რომელიც ფილტვების ანთების უმძიმესი ფორმით იყო ავად. ფერმერის ცოლს ეჭვი შეეპარა ავადმყოფობის სასიკეთო დასასრულში და შესთავაზა. ეკადათ ექიმმაშური საშუალება: იქვე დაბმული მობალახე თხა დაეკლათ და მისი ტყავი გულმკეროზე შემოიხიეაო ავადმყოფისაოის. „იმჯომ კი არ ესწავლობდი შვიდი წელი მედიცინას, რომ ქვის ხანის მეთოდებს მივმართო, — გაიფიქრა ექიმა“.

ერთ საათში ავადმყოფი მართლაც კარგად გახდა. სახლში წასვლისას ბარნარდმა დაბმულ თხას უთხრა: „თხა, მე შენ სიცოცხლე შეგინარჩუნე...“

— ეს გახლდათ ერთადერთი შემთხვევა, — დაამთავრა საუბარი ბარნარდმა, — როცა დანამდვილებით ვიცოდი, რომ ვილაცას სიცოცხლე შეუნარჩუნე.

...ავადმყოფობის გამოსავალი ბეერ რამეზეა დამოკიდებული: თვით ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარიანობაზე; ავადმყოფის ნებისყოფაზე, დანიშნულ მკურნალობაზე და, რა თქმა უნდა, მისდამი რწმენაზე.

ცნობილი შვედი ექიმი აქსელ მუნრე, ავტორი მრავალ ენაზე ნათარგმნი წიგნისა „ლეგენდები სან-მიქელზე“, თვლიდა, რომ ავადმყოფობმა შეიძლება სულაც არ იცოდნენ მკურნალობის არსი, მთავარია. სწამდეთ მისი, ისევე როგორც რელიგიისა.

და მაინც, თავი და თავი მხოლოდ რწმენა არ არის.

კაიროში, მუზეუმში ინახება წმინდა ფრინველის იბისის მუშია. შორეულ წარსულში ეს ფრინველი განასახიერებდა ექიმების ღმერთს — ტოტს. ითვლებოდა, რომ იბისმა თავის გრძელ ნისკარტში შეისრუტა ზღვის წყალი, მერე სწორ ნაწლავში შეასხა ადამიანს და ასწავლა ოცნის გამოყენება.

მას შემდეგ ათასწლეულები გავიდა. დღევანდელ დღეს აღარ უნდა ვეთაყვიანოთ თანამედროვე იბისებს — იქნება ეს იაპონური სამაჭური თუ ზემოდური წამალი. ნებისმიერი მკურნალობა უნდა იყოს მეცნიერულად დასაბუთებული და მისადაგებული სწორედ მოცემულ ავადმყოფზე. ამასთანავე, სულაც არ არის სავალდებულო გამოუეწიროთ ულტრაბგერა ან ძნელად წარმოსათქმელი მეთილანდროსტენდიოლი — ხშირად არამოდული საშუალებანი გვირილის ნაყენი და ულოიანი ჩაიეკურნავს ადამიანს.

ციური მნათობნი და ჩაენი ბიორიტაეები

გაცილებით იოლია კამათი, ვიდრე არის გაგება.

გ. ფლობერი

უკანასკნელ წლებში ჩვენს პრესაში შეიმჩნევა, მართალია, ფრთხილი, მაგრამ ნაკლებირონიული დამოკიდებულება ციურ მნათობთა მოძრაობისა და ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ურთიერთდამოკიდებულების მიმართ.

ეს ახალი პრობლემა როდი გახლავთ. როგორც ცნობილია, ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე თვლიდა, რომ არსებობს ჯანმრთელობისთვის „კრიტიკული“ დღეები, დამოკიდებული ვალაქტიკურ (ე. ი. მზესთან ერთად ამომავალი და ჩამავალი) მნათობებზე. გალენუსი კი, პირიქით, ძირითად გავლენას ადამიანის ჯანმრთელობაზე მიაწერდა მთვარეს. რაც მისი აზრით, განსაკუთრებით შესამჩნევი იყო მენსტრუაციის პერიოდსა და მთვარეულების მოქმედებებში.

დასავლეთში ათიათასობით ასტროლოგი, ვარსკვლავთმრიცხველი, სპეციალურად მათი მოსამზადებელი სასწავლო დაწესებულებები არსებობს. უზარმაზარი ტირაეებით გამოდის შესაბამისი ლიტერატურაც. შეერთებულ შტატებში იბეჭდება დაახლოებით 30 ასტროლოგიური ჟურნალი, რომელთა საერთო ტირაეი 20 მილიონ ეგზემპლარზე მეტია, 1750 ამერიკელი გაზიოიდან 1200 ბიოიის ჰოროსკოპებს. დასავლეთ ადამიანის საზოგადოებრივი აზრის ინსტიტუტის მონაცემებით, ასტროლოგთა წინას-

წარმეტყველებისა სჯერა ფედერაციული გერმანიის მოწიფული მოსახლეობის 30 პროცენტს. როგორც წესი, გამოდის „ასტროლოგიური სუნამოები“ მამაკაცებისა და ქალებისათვის მათი თანაეარსკვლავედის გათვალისწინებით. საფრანგეთში მოსახლეობის 60 პროცენტმა იცის თავისი ზოდიაქოს ნიშანი და 15 პროცენტი წელიწადში ერთხელ მაინც ასტროლოგთან მიდის „საკონსულტაციოდ“. აღსანიშნავია, რომ უძველესი საგანმანათებლო ტრადიციების ქვეყანაში მოქმედებს სისხლის სამართლის კოდექსის 34-ე სტატია, რომელიც ითვალისწინებს, ჯარბას იმათთვის, ვინც სიზმრების მიხედვით იწინასწარმეტყველებს მომავალს. იტალიაში ასტროლოგებმა. ნათელმხილველებმა და ჯადოქრებმა ჩამოაყალიბეს „პროფესიული ასოციაცია“ და გახსნეს სკოლა, რომელიც მოამზადებს „ოკულტურ მეცნიერების დოქტორებს“.

რეკომენდებულია, ნებისმიერი დაავადებისას „რჩევა ჰკითხოთ ვარსკვლავებს“, ოპერაციის წინ გაითვალისწინონ შესაძლო „ვარსკვლავთა არაკეთილსასურველი შერწყმა“. საშუალება მქონდა გავცნობოდი სპეციალურ სახელმძღვანელოს — „სამედიცინო ასტროლოგიას“, რომლის ავტორია ვინმე ომარ ვ. პარისონი. ინგლისში ისტამბება პოპულარული ოკულტიზმისა და ასტროლოგიის ეურნალი „Prebiction“ („წინასწარმეტყველება“). რომელშიც მითითებულია წამლების მისაღებად განსაკუთრებით სასარგებლო დღეები და საათები. იაპონელი ასტროლოგები უხედობას უწინასწარმეტყველებდნენ გოგონებს, რომლებიც დაიბადებოდნენ 1966 წელს — „ცხენისა და ცეცხლის წელს“. ამასთან დაკავშირებით იაპონიაში მკვეთრად იმატა აბორტების რიცხვმა — ქალებს ეშინოდათ, რომ იმ წელს დაბადებული გოგონები შინაბერები დარჩებოდნენ.

ჩვენს პრესაში ციურ მნათობთა მოძრაობის შესაბამისად ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე შესაძლო გავლენას უურადლება მიაქციეს ბიორიტმების პრობლემასთან დაკავშირებით. ამ პრობლემაზე ბევრს წერენ და ლაპარაკობენ. თუმცა ახალი არ გახლავთ. ჯერ კიდევ გასული საუკუნის დასრულებს ადამიანის მრავალდღიანი ბიორიტმების არსებობის შესახებ ერთერთმა პირველმა განაცხადა ბერლინელმა ექიმმა ვ. ფლისსმა. მან შეამჩნია, რომ ბრონქული ასთმისა და ზოგიერთი სხვა დაავადების შეტევები ხშირად ციკლური ხასიათისაა. ეს და აგრეთვე სხვა ავტორთა (გ. სვობოდა, გ. შვინიგი და სხვა.) დაკვირვებანი საფუძვლად დაედო ბიორიტმების თეორიას. არის მოსაზრება, რომ ადამიანს მიდრეკილება აქვს ციკლთა ტრიადისადმი. ფიზიკური რიტმი — 23 დღე, ემოციური, ანუ გრძნობიერი, — 28 დღე და ინტელექტუალური — 33 დღე. ყოველ ციკლში განასხვავებენ დადებით და უარყოფით ფაზებს. იმ დღეს, როცა ბიორიტმების მრუდი გადაკვეთს ნულოვან ხაზს და გადავა დადებითიდან უარყოფით ფაზაში ან პირიქით,

უწოდებენ „კრიტიკულს“, ოუეი ორი ან სამი ბიორიტმის მრუდი ერთდროულად გადაკვეთს ხაზს, დღის „კრიტიკულობის“ ხარისხი შესაბამისად იზრდება.

შემდგომში გამოჩნდა გამოკვლევები, რომელთა თანახმად ადამიანთა ესა თუ ის მდგომარეობა შესაძლებელია ემორჩილებოდეს სხვა რიტმებსაც. ასე, მაგალითად: გამოთქმულია აზრი, რომ ადამიანის მოღვაწეობის ინტელექტუალურ რიტმში შემოქმედებითი აქტიუობის წელს ცვლის ამ აქტიუობის გარკვეული დაცემის ორი-სამი წელი.

ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში რიტმების ათვლა და განსაზღვრა იწყება ამა თუ იმ ადამიანის დაბადების დღიდან, ვინაიდან დაბადების დღე თაუიათავად გვევლინება კრიტიკულ დღედ ორგანიზმისთვის, რომელიც ჯამოხატავს მის გადასვლას ერთი გარემოდან მეორეში.

საკითხის არსი კი სწორედ ისაა, რომ ინდივიდუალურად განესაზღვროთ დაცემა. აღმავლობა და „კრიტიკული“ დღეები.

ზოგიერთების აზრით, ბიოლოგიური ციკლების ცოდნა საშუალებას გვაძლევს უკეთ შევეგუოთ ბიორიტმების უარყოფით ფაზებს და „კრიტიკულ დღეებს“. იაპონიაში ამ მიზნით შექმნილია ჯიბის კომპიუტერები და თუმცა აქეთ-იქედან გაიხსნა, რომ ამაში არის „რაციონალური მარცვალი“. მაინც მოუსვენრობა გეუფლება ფატალურობისა და უმწეობის შეგრძნებისაგან „შავი“ დღეების წინაშე, თითქოსდა ეს არის შენი ბედისწერა. ძნელია დარწმუნებით თქვა, განა ყველა ისურვებდა ცოდნოდა, როდის ელოდება ასეთი დღეები. ხომ არ ჩაამწარებდა ეს ცოდნა ნებისმიერი ბიორიტმის დადებით ფაზას?

საზღვარგარეთ გამოქვეყნებულია მრავალი ნაშრომი, რომელიც ამტკიცებს ან უარყოფს რაიმე კანონზომიერების არსებობას რიტმების სინქრონიზაციაში. თუმცა დამამტკიცებელი ნაშრომები მეტია. ჩვენს პრესაში გამოჩნდა ცნობები ბიორიტმების თეორიის გამოყენების შესახებ ავტოძეურნეობებში: სამუშაო გრაფიკების შედგენისას ითვალისწინებენ მძლოლების კრიტიკულ დღეებს. ამის წყალობით ავტოსაგზაო შემთხვევების რიცხვმა იკლო მოსკოვის, კიევის, თბილისის, დუშანბეს, მინსკის ზოგიერთი ავტოპარკში. გამოცემულია დამხმარე წიგნი, რომელიც საშუალებას იძლევა თითოეულმა განსაზღვროს თავისი ბიორიტმები.

რაც შეეხება სამედიცინო პრაქტიკას, ამ სფეროშიც გამოჩნდა ამგვარი ნაშრომები (ი. ე. ორანსკი, 1977; პ. მ. ზასლავსკაია, 1979; ფ. ი. კომაროვი ავტორებთან ერთად, 1982 და სხვა.). მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის ნ. ა. ავაჯანიანის მოსაზრებაა, რომ ვლინდება გარკვეული შეთანხმებულობა ბიორიტმებისა და ციურ მნათობთა მოძრაობასთან. უნდა ვაღიაროთ, რომ ამ მოვლენის ამომწურავი ახსნა-განმარტება ჯერჯერობით

არ არსებობს. საკიროა საფუძვლიანი გამოკვლევები იმისათვის, რომ ვარაუდები შეიცვალოს მატერიალისტური ახსნა-განმარტებებით. დიდი სანი არ არის, რაც სარწმუნო შეხედულებები გამოითქვა ადამიანის ბიორიტმებზე მთვარისა და მზის გავლენის მექანიზმის შესახებ.

მაგალითად, არსებობს მეცნიერული ჰიპოთეზა ბიოლოგიური მოქცევისა და უკუქცევის შესახებ, რომელსაც იწვევს მთვარე ორგანიზმის თიერ გარემოში. იმასაც ფიქრობენ, რომ ღამის მსათობის მოძრაობა გავლენას ახდენს ამინდზე, ხოლო ამინდი კი — ცოცხალ არსებებზე, მათ შორის ადამიანსაც.

ასწლეულების მანძილზე ბევრი მედიკოსი ცდილობდა დაედგინა რაღაც კანონზომიერებანი, რომელიც ასახავდა ამინდის, დღე-ღამის მონაკვეთის, თვის ან წლის ზეგავლენას ადამიანის გუნებ-განწყობაზე, ხასიათზე, ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე. ზოგიერთი მოსაზრება უკვე მოვიხსენიეთ. იმის შესახებ, რომ არსებობენ „ნათელი“ და „მავი“ დღეები, რომ „ცხოვრება კრელია“, თითოეულმა ჩვენგანმა საკუთარი გამოცდილებით იცის. ბუნებრივია, ვისწრაფვით მოვებნოთ რაღაც ფარული მექანიზმები ამ მოვლენების ასახსნელად. ცნობილია, მაგალითად, რომ გაზაფხულის დადგომისთაავე იცვლება ადამიანის აქტიურობა, სიმხნევე, ხშირად გუნება-განწყობაც.

ბევრი პოეტი — ფ. ი. ტიუტიჩევი, ა. ა. ფეტი, ა. ა. ბლოკი და სხვა — უმღეროდნენ გაზაფხულს, ამ დროს გრძნობდნენ შემოქმედებითი ძალების პროზღავებას. ა. ს. პუშკინი, როგორც ცნობილია, პირაქით, ყველაზე უკეთ თავს გრძნობდა შემოდგომაზე და წერდა იმის შესახებ, თუ როგორ არ უყვარდა გაზაფხული.

ფექტობ, მცდარი არ იქნება ის ვარაუდი, რომ ზემოთ ნახსენებ სხვადასხვანაირ დამოკიდებულებას წელიწადის დროების მიმართ საფუძვლად უდევს არა წუთიერი გუნებ-განწყობა, არა მარტო პიროვნების თავისებურებანი, არამედ სხვადასხვა ხასიათის ბიორიტმებიც. თუმცა, ეს უკანასკნელიც ხომ არ ახდენს გავლენას პიროვნებაზე?

ს. ი. ნადსონის ლექსში „შემოდგომა, გვიანი შემოდგომა“, პირდაპირ არის მინიშნებული წელიწადის დროების, შემოქმედებითი აქტივობის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ურთიერთკავშირზე.

ცოცხალი სისტემის ციკლურ ბიოლოგიურ მოვლენებს შეისწავლის ბიორიტმოლოგია, ანუ ქრონობიოლოგია. შეგვიძლია დასაბუთებულად მივიჩნიოთ, რომ ორგანიზმში მიმდინარე 150-ზე მეტი ფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური პროცესი რიტმულად იცვლება. ვარაუდობენ, რომ არსებობს საათნახევრიანი, დღე-ღამის, კვირის, თვის, წლიური რიტმები. ცნობილია, რომ დღე-ღამის მონაკვეთის შესაბამისად (დღისით ან ღამით, ძილში ან

სიფხიზლში) სხვადასხვანაირია სისხლის, კუჭის წვენის, ნივთიერებათა ცვლის, გულისა და გონებრივი მუშაობის მაჩვენებელი. ასევე სხვადასხვაგვარია, მიღების დროის შესაბამისად, ბევრი წამლის მოქმედება.

წელიწადის სხვადასხვა დროს ჩანმრთელ ადამიანებს სხვადასხვანაირი აქვთ პორმონების გამოყოფა, ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტივობის ხარისხი.

რაც შეეხება ავადმყოფებს, მაგალითად, ვისაც პრონქული ასთმა, სახსრების დაავადებახი და ნევროზი აწუხებს, ისინი ცუდად იტანენ გარკვეული ტიპის ამინდს და მის შეცვლას. გრიპის პანდემიები ზაფხულობით არ არის. კიპერტონიით დაავადებულნი უარესად გრძნობენ თავს ზამთრის მიწურულში და ა. შ.

უკვე მოგახსენეთ, რომ ზოგიერთებისთვის (პრაქტიკულად ჩანმრთელი ადამიანებისათვის) გაზაფხული — აღზევებისა და სიყვარულის პერიოდია, სხვებისთვის — მოთენთილობისა და დეპრესიის. ამ ბოლო მაგალითით მინდა ნათელყო ადამიანის ინდივიდუალური, განსაკუთრებული რეაქცია წელიწადის დროსა და ამინდზე, რომელიც დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე, კერძოდ გენეტიკურზე, აგრეთვე ასაკსა და ჩანმრთელობის მდგომარეობაზე. ყოველივე ეს ბევრ რამეში განსაზღვრავს ორგანიზმის ადაპტაციის უნარს გარემოს რიტმების ცვალებადობისას. ამ შემთხვევაში — კლიმატისა და ამინდის ცვალებადობისას.

კლიმატს უწოდებენ ყველა ტიპის ამინდის ერთობლიობას, რომელიც დამახასიათებელია მოცემული ადგილმდებარეობისათვის, და უპირველეს ყოვლისა დამოკიდებულია გეოგრაფიულ განედზე. სპელეთის კლიმატი ცვალებადია სეზონების მიხედვით და მთელი რიგი ფაქტორების ზეგავლენას განიცდის. როგორ ზემოქმედებს ახდენს ამინდის რიტმები და მათი დარღვევა ადამიანის ბიორიტმებზე — სწორედ ამ მოვლენასთან არის დაკავშირებული ბევრი საკითხი, რომელიც ჩვენ, მედიკოსებს გვინტერესებს.

ამ ბოლო ათწლეულების მანძილზე გამოქვეყნებულია მრავალი ნაშრომი, რომელიც ადასტურებს კლიმატის შეცვლას. ეს პროცესი ბუნებაში, ალბათ, მუდმივად მიმდინარეობს, მაგრამ ტექნიკურმა რევოლუციამ დააჩქარა ამ ცვალებადობის ტემპები. მარტო ბუნება კი არ მოქმედებს ადამიანზე, არამედ ადამიანიც მოქმედებს მასზე და, სამწუხაროდ, ეს გავლენა ყოველთვის კეთილისმყოფელი როდი გახლავთ. ამჟამად, როგორც არასოდეს, მწვავედ დადგა საკითხი გარემოს დაცვის შესახებ. მისი დაბინძურება, დედამიწის ატმოსფეროში დიდი რაოდენობით ნახშირორჟანგის დაგროვება, ერთელი მწვანე მასივების განადგურება და სხვა ფაქტორები ზემოქმედებს ახდენს კლიმატზეც და ამინდზეც.

მეცნიერული პროგრესი ხელს უწყობს ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებას, მაგრამ ადამიანი ყოველთვის სასიკეთოდ როდი იყენებს ამას. ერთი მხრივ, ადამიანის ცენტრალური ნერვული სისტემა ვერ უძლებს თანამედროვე ტემპებს, რიტმებს, ურბანიზაციას, მეორე მხრივ — ამის საუკეთესო უკუქმედება იქნებოდა აქტიური დასვენება, სუფთა ჰაერზე ყოფნა, არადა ამგვარი შესაძლებლობანი ყოველთვის და კარგად როდი არის გამოყენებული.

ყოველივე ეს უარყოფითად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ე. ი. სწორედ იმ სისტემაზე, რომელიც მართავს ორგანიზმის ცხოველმოქმედებას და განსაზღვრავს მის ადაპტაციასა და შემგუებლობით რეაქციებს გარემოს ცვალებადობას მიმართ.

ამა თუ იმ ხარისხში ამინდის ზეგავლენას განიცდის ადამიანების უმრავლესობა, თუმცა ერთნი ზეიგრობენ ბარომეტრული წნევის ცვალებადობას, მეორენი ტემპერატურის შეცვლას, მესამენი კი ტენიანობის დონეს. აღსანიშნავია, რომ სოფლის მკვიდრნი, ვინც ბუნებრივ პირობებში, სუფთა ჰაერზე ცხოვრობენ, სამჯერ ნაკლებ მგრძობიარენი არიან ამინდის ცვალებადობის მიმართ, ვიდრე ქალაქელები.

ამგვარად, ბოლო ათწლეულებში მართლაცდა შეიქმნა ობიექტური წინაპირობა იმისა, რომ ყურადღება მიექცეს წამოკრილ საკითხებს. 1956 წელს პოლანდიაში ჩამოყალიბდა ბიომეტეოროლოგიის საერთაშორისო საზოგადოება, რომლის მიზანია შეისწავლოს ამინდის ცვალებადობასა და ადამიანის ჯანმრთელობას შორის არსებული კავშირი. ბიორიტმოლოგიის პრობლემები უკანასკნელ წლებში მრავალ სამეცნიერო ფორუმზე ყოფილა მსჯელობის და განხილვის საგანი.

საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდიუმთან "რეკმნილია პრობლემური კომისია „ქრონობიოლოგია და ქრონომედიცინა“.

როდესაც განვიხილავთ მეტეომგრძობელობის (ამინდის ცვალებადობის მიმართ მგრძობელობის) შემცირების გზებს, აუცილებელია ამ საკითხს შევეხოთ უპირველეს ყოვლის ჯანმრთელ ადამიანებთან მიმართებაში.

აქ მთავარია — ორგანიზმის გაკაჟება, განსაკუთრებით ბავშვობიდან, თუმცა შესაძლებელი და მიზანშეწონილია ნებისმიერ ასაკში. აუცილებელია რაც შეიძლება ხშირად ყოფნა სუფთა ჰაერზე, ამინდის შესაბამისად ჩაცმა, არ უნდა ჩაფუთნოთ ბავშვები. ძალიან სასარგებლოა სხვადასხვაგვარი წყლის პროცედურები: დაზღუვა, რეგულარულად ცივი შხაპი, შეძლებისდაგვარად ზღვაში ბანაობა. ნერვული სისტემის გაკაჟება საგანგებო საუბრის თემაა და ამის შესახებ შემდგომ ვისაუბრებთ. არსებითი მნი-

შენელობა აქვს ორგანიზმში ინტექციის კერების (ცუდი კბილები, დაავადებული ნუშისებრი ჭირკვლები) დროულ მკურნალობას, ვინაიდან ეს იწვევს ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარიანობის დაქვეითებას. ორგანიზმში ვიტამინების ნაკლებობაც (გარკვეულად ესეც არის კლიმატის ზეგავლენისადმი მგრძობელობის მიზეზი) ასევე უარყოფითად მოქმედებს ჯანმრთელობაზე, კერძოდ ნერვულ სისტემაზე, რაც აპრიორულად ზრდის მეტეომგრძობელობას. ამიტომ გაზაფხულზე, როცა ამინდი განსაკუთრებით ძერყევიანია, ხოლო ვიტამინების ნაკლებობა კი განსაკუთრებით ვლინდება, საკვების ვიტამინიზაციას ან ვიტამინებს დამატებით მიღებას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს. სიტყვამ მოიტანა და სწორედ ეს გახლავთ ეგრეთ წოდებულ გაზაფხულის დადლილობასთან ბრძოლის ერთ-ერთი გზა. უნდა გავითვალისწინოთ „ბიოლოგიური საათები“ და დავიცვათ შრომის, დასვენების და კვების ჩვეული რიტმები.

ფეიქრობ, გარკვეულად გონივრული იქნება ჰაერის დამატებითი ხელოვნური იონიზაციის უფრო ფართოდ გამოყენება.

რაც შეეხება იმათ, ვისაც ქრონიკული დაავადებები აწუხებთ, როგორც წესი, ისინი მეტად თუ ნაკლებად მეტეომგრძობიარენი არიან. ნათელია, რომ ამ შემთხვევაში მთავარი მიზანია ძირითადი დაავადების მკურნალობა, მაგრამ ამით არ თავდება საქმე. მაგალითად, კარგად არის ცნობილი, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ყველაზე ხშირად გაზაფხულსა და შემოდგომაზე მწვაავდება. რევმატიზმით დაავადებულებს მდგომარეობა უუარესდებათ წლის ამავე დროს. ამიტომ, ასეთი ავადმყოფების მკურნალობის პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს ამ პერიოდებში უფრო აქტიურ (დისპანსერულ) დაკვირვებასა და საგანგებო პროფილაქტიკური ზომების განხორციელებას.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ ის პირნი, ვისაც გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებანი აწუხებთ. თუკი შორეული აღმოსავლეთის პირობებში, სტენოკარდიით დაავადებულნი ზაფხულის თვეებში უარესად გრძობენ თავს, ესტონეთში ოქტომბერ-ნოემბრის და თებერვალ-მარტის გადატანა უჭირთ. გაზაფხულ-შემოდგომის მეტეოსტრესების (ამ ტერმინმა ფეხი მოიკიდა) ფონზე აუცილებელია შეძლებისდაგვარად, თავიდან ავიცილოთ სხვა სახის სტრესები და არ გადაეტვირთოთ, ზედმიწევნით დავიცვათ საექიმო-პროფილაქტიკური ღონისძიებანი. იქნებ უფრო რაციონალური იყოს შვებულება ან შვებულების ნახევარი მაინც გამოვიყენოთ არა ზაფხულში. არამედ გაზაფხულზე როცა ჩვეულ დატვირთვას ზედ ერთვის დამატებითი მეტეოროლოგიური დატვირთვა.

გაზაფხულზე ასევე ცუდად გრძობენ თავს ისინი, ვისაც დაბალი არტერიული წნევა აქვს. ხშირად ეს ფაქტორი თან სდევს ნევროზებს, ქრო-

ნიკული ინფექციის წყაროებს. ამგვარი ადამიანები (მოსახლეობაში მათი რაოდენობა სწავლასა და გამოკვლევათა მონაცემებით 10-15 პროცენტს შეადგენს) შეიძლება მივაკუთვნოთ ეგრეთ წოდებულ „ქოტებს“: ისინი შედარებით აქტიურდებიან საღამოხანს, მოიხენთილო, დეპრესიული გაღიზიანებული და საძილედ განწყობილნი არიან დილაობით. ხშირად მეტად მგრძობობიარენი არიან ამინდის ცვალებადობის მიმართ. უკეთ იტანენ სიცივეს, ვიდრე სითბოს. მათ მთლიანად ეხებათ ის საერთო რეკომენდაციები, რომელთა შესახებ უკვე ვისაუბრეთ, მაგრამ მთავარი მათთვის კარგად გამოძინებაა. ამიტომ ბუნებრივია, რომ ამ ტიპის ადამიანები ცუდად ეგუებიან „ზაფხულის“ დროზე გადასვლას.

შვეციის ზოგიერთ დაწესებულებაში დაბალი არტერიული წნევიანი პირები 1-2 საათით გვიან იწყებენ მუშაობას და შესაბამისად გვიან ამთავრებენ. შრომის ნაყოფიერება ამგვარ პირობებში საგრძნობლად გადიდებულია. იქნებ ეს ასპექტი გასათვალისწინებელია „მუშაობის მცოცავი გრაფიკის“ შესახებ მსჯელობისას — ასეთი ექსპერიმენტი ტარდება ესტონეთის ერთ-ერთ ქალაქში და ამის შესახებ დაიწერა ცენტრალურ პრესაში.

თუ ადამიანი მეტეომგრძობიარეა, ბუნებრივია, ცუდად იტანს კლიმატის ცვალებადობასაც. შორეულ მხარეებში მგზავრობისას ჭანჭრთელ ადამიანებსაც კი სჭირდებათ გარკვეული დრო ადაპტაციისათვის. რაც შეეხება ავღმყოფებს, სავსებით შესაძლებელია გაუუარესდეთ მდგომარეობა და გაუმწვავდეთ დაავადება. ამგვარი უარყოფითი ეფექტები განსაკუთრებით შეიგრძნობა მაშინ, როცა ორგანიზმს დაქვეითებული აქვს ადაპტაციის უნარი, რაც ასაკის მომატებასთან ერთად კიდევ უფრო ქვეითდება. ამიტომ ხანდაზმულებისა და მოხუცებისათვის, განსაკუთრებით გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებისას, არ არის რეკომენდებული შორეული მგზავრობა (მაგ. სამხრეთის კურორტებზე).

მეტეოროლოგიური სტრესი დისციპლინათშორისო პრობლემაა. ამჟამად მას შეისწავლიან ექიმები, ბიოლოგები, მეტეოროლოგები და ფსიქოლოგები. ზოგიერთ ადგილობრივ გაზეთში სისტემატურად ბეჭდავენ ინფორმაციას ამინდზე საერთო ზასიათის შესაბამისი სამედიცინო რეკომენდაციებითურთ. არის ცდები (წარმატებითაც კი) გამოიყენონ გრძელვადიანი პროგნოზები და შესაბამისად წარმართონ ავღმყოფთა გარკვეული კონტინგენტის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ტაქტიკა და სტრატეგია.

ივენშიც და საზღვარგარეთაც (რუმინეთი, გერმანია და სხვა) შეისწავლება მეტეომგრძობელობის დაქვეითების გზები სპეციალური სამკურნალო საშუალებების დახმარებით, კერძოდ იმ საშუალებებისა, რომლებ-

ბიკ დამამწვიდებლად მოქმედებენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ფა-
ჩისებრ ჭირკვალსე და სხვა ენდოკრინულ ორგანოებზე. თუმცა ქრჯე-
რობით ძირითადად გვევლნება უკვე მოხსენიებული საერთო ხასიათის
ლოხისძიებანი, რომლებიც გავლენას ახდენენ ორგანიზმსა და მის გამძლე-
ობაზე გარე სამყაროს მიმართ.

მთლიანობაში, შეიძლება ჩიითუღოს, რომ ეს პრობლემა ქერ კიდევ
გაუქვლავ ან ახლადგაკვალულ გზაზეა.

უსეელობანათლმეზიდან ნახეპრადცოდნაქმე

სჯობს სულ არაფერი არ იყოღე, ვიდრე
იყოღე ცუდად.

პუბლიცის სიარუსი

როცა გადაეყრები ადამიანებს, რომლებიც მოჩვენებით დაეადებე-
პისავან მქურნალობეს, გლუჯოზის ან გაცილებით მოდური კოკარბოქსი-
ლაზის ინიექციები სწადიათ, უნებლოეთ გებადება კითხვა ნაწილობრივ
ჩვენ, მედიცინის მუშაკები ხომ არა ვართ დამნაშავენი? ხომ არ გამოქვი-
ვის ზოგიერთი ავადმყოფის მსჯელობაში დაეადებასა და მქურნალობაზე
არასწორად ჩატარებული სანიტარიულ-განმანათლებელი მუშაობის შე-
დეგები? ბევრი ექიმი დადებით პასუხს აძლევს ამ შეკითხვას.

განა ყოველთვის მიზანდასახულია ექიმის სიტყვა, ყოველთვის ემსახუ-
რება იგი ავადმყოფობის თავიდან აცილებას? ეძღვნება კი იგი პირველ-
ყოვლისა პიგიენას, რომელშიც ი. პ. პავლოვს მომავლის მედიცინა ესახე-
ბოდა? სამწუხაროდ, სულაც არა.

პოლიკლინიკაში ავადმყოფს დაწვრილებით უხსნიან ყველაფერს, რაც
წამალს შეეხება და ნაკლებად ესაუბრებიან რეჟიმზე, დიეტასა და სხვა.
იქვე იქმნება რწმენა, რომ მთავარია წამალი, დიეტა, რეჟიმი — მისი და-
ნართია. სინამდვილეში კი ყველაფერი შებრუნებითაა.

სამედიცინო ცოდნის ლექციური პროპაგანდის სისტემაც არა მგონია
სრულყოფილი იყოს. რატომღაც არსებობს აზრი, რომ ნებისმიერ ექიმს
შეუძლია ჩაატაროს ლექცია. არ არის გათვალისწინებული ის გარემოება,
რომ მხოლოდ სამედიცინო ცოდნა აშკარად არასაკმარისია. საჭიროა უნა-
რი, გასაგებად ისაუბრო რთულ საკითხებზე, ხოლო მთავარია ტაქტი და
მსმენელთა ფსიქოლოგიური თავისებურებების ცოდნა.

სამედიცინო თემებზე საუბრისას სტატიებში, ბროშურებში ხშირად
დეტალურად მოგვითხრობენ მქურნალობის ასალ მეთოდებსა და დაეა-

დებათა დიაგნოსტიკის უნატიფეს საშუალებებზე. განა მიზანშეწონილია ყოველივე ეს ასეთი დოზით მივაწოდოთ მოსახლეობას? ჩემი შეხედულებით, ეს უნდა გაკეთდეს რაც შეიძლება ზოგადად. სანიტარიულმა განათლებამ ისეთი ცოდნის პროპაგანდა უნდა გასწიოს, რომელიც ხელს შეუწყობს ავადმყოფობის თავიდან აცილებასა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებას: როგორ დაეცვათ თავი ინფექციური დაავადებებისაგან, როგორ შევიწინარჩუნოთ შესაბამისი წონა, სწორედ გავიკეთოთ ორგანიზმი და სხვა.

აუცილებელია უფრო ფართოდ გავათვითცნობიეროთ მოსახლეობა ისეთი მდგომარეობების შესახებ, რომლებიც მოითხოვენ დროულ საექიმო დახმარებას. მაგალითად, გულის კუნთის ინფარქტის საწყისი გამოვლინებანი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევები, მუცლის ღრუს ორგანოთა მწვავე დაავადებანი. ასეთ შემთხვევებში სამედიცინო განათლება უნდა დაეხმაროს დაავადებულ ადამიანს დროულად მიმართოს ექიმს, ააცდინოს ავადმყოფსა და მის ახლობლებს მცდარი საქციელი და ჩაუხერგოს პირველი დახმარების ჩვევები.

რაც შეეხება სამედიცინო დახმარების შემდგომ ეტაპებს, კერძოდ მკურნალობას, ეს უკვე ექიმის და მხოლოდ ექიმის პრეროგატივაა.

სამედიცინო დეონტოლოგიის I საკავშირო კონფერენციაზე სიტყვით გამოვიდა „პოპულარული სამედიცინო ენციკლოპედიის“ რედაქტორის მოადგილე და წაიკითხა მკითხველის შემდეგი წერილი: „დიდ მადლობას მოგახსენებთ ახალი, სასარგებლო წიგნისათვის, ჩვენ ახლა ჩვენით ვმკურნალობთ ამ წიგნის მიხედვით, ექიმებთან აღარ დავდივართ“.

ხომ არ წარმოშობს ამგვარი შეხედულება სურვილს პრესაში შეიქმნეს ახალი რუბრიკები: „სასარგებლო რჩევები დიაგნოსტიკის გარშემო“ და „იმკურნალეთ თვითონ“.

ამჟამად ავადმყოფები მართლაც კარგად არიან გათვითცნობიერებულნი დაავადებათა მკურნალობის ახალი მეთოდების შესახებ და არ სურთ იცოდნენ ჯანმრთელობის შენარჩუნების ძველი წესები.

მე ვიცნობ ადამიანებს, რომელთაც ჰიპერტონიული დაავადება აწუხებთ. ისინი თამბაქოს ეწევიან, ზომაზე მეტს ჭამენ, ღამეებს ათენებენ პრეფერანსის თამაშში, ამავე დროს ეძებენ ახალ „უტყუარ“ საშუალებებს განსაკუთრებულ და განცვიფრებულნი არიან იმით, რომ „კოსმოსი კი დავიპყარით, მაგრამ სისხლის წნევის დაწვევა არ შეგვიძლია“. სახეზეა საოჯახო პედაგოგიკის გამოცდილი პრინციპი: „პეტია სკოლაში სულ ხუთიანებს იღებს, შენ კი კვლავ ჩამტვრიე მინა ბურთით“.

როდესაც ერთმა ახალგაზრდა მედიკოსმა ჰკითხა XVII საუკუნის ცნობილ ექიმს ტ. სიდენჰემს, თავისი დროის ჰიპოკრატეს რომ უწოდებდნენ,

რა უნდა წავიკითხო, დახელოვნებული ექიმი რომ გავხდეთ, მან უპასუხა: „წაიკითხეთ, მეგობარო. „დონ-კიხოტი“.

იმ დროისათვის ეს პასუხი. ალბათ. საფუძველსმოკლებული არ იყო, ვინაიდან სიღენჭემის დროინდელი მედიცინა, მწუხარე სახის რაინდისა არ იყო, ცდილობდა შებრძოლებოდა ბოროტებას, რომლის არსი არ ესმოდა, თან ისეთი საშუალებებით, რომელთა ეფექტურობა უმრავლეს შემთხვევაში არასაკმარისი გახლდათ. აღსანიშნავია თემები იმ დისერტაციებისა, რომელთაც იცავდნენ ევროპის ერთ-ერთ უძველეს, პარიზის უნივერსიტეტში: „ვის უფრო ჰგავს ჩანასახი — დედას თუ მამას?“ „აღვირაბსნილი ცხოვრება ხელს უწყობს თუ არა გამელოტებას?“ „არის თუ არა ქალი ბუნების არასრულფასოვანი ქმნილება?“ და ა. შ. არც ეს არის გასაკვირი, რომ XIX საუკუნის პირველ ნახევარში მცხოვრებმა ლაპლასმაც კი, შეკითხვაზე. რატომ შემოაქვს წინადადება მეცნიერებათა აკადემიაში დაშვებულ იქნან მედიკოსები, იმ დროს როცა თავად მოეხსენება, რომ მედიცინა მეცნიერება არ არის, უპასუხა: „იმიტომ, რომ მათ ურთიერთობა ჰქონდეთ მეცნიერებთან“.

ამჟამად აწარმოებენ ძვლების, თირკმლების, გულის გადანერგვას. ეს არა მარტო ქირურგიული ტექნიკის წარმატებაა, არამედ ფარმაკოლოგიისა და იმუნოლოგიის დიდ მიღწევათა შედეგია, კერძოდ ის, რომ ქირურგებს ხელთა აქვთ მძლავრი ანტიბიოტიკები, პორმონები, საგულე და სხვა საშუალებანი.

ამავე დროს, უფრო ფართო მასშტაბით თუ ვიფიქრებთ, ყოველგვარი გადანერგვა უნდა განვიხილოთ, როგორც პროფილაქტიკის წარუმატებლობის შედეგი — შეუძლებლობა იმისა, რომ ააცილოს ან შეაჩეროს დაავადების განვითარება, იმ დროს როცა გადანერგვა ერთადერთი შანსია სიცოცხლის შესანარჩუნებლად ან უკიდურეს შემთხვევაში, ცოტა ხნით სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად. ასეთ შემთხვევებში ხომ ქირურგია (იქნებ, ყველა შემთხვევაშიც?) სასოწარკვეთილების თერაპიაა.

ამერიკელებმა გამოთვალეს, რომ საშუალოდ ოთხმოცი ათას დოლარზე მეტი ჯდება გულის გადანერგვა, ამ თანხით შეიძლება იმდენი ექიმი მომზადდეს, რომ თუ ისინი პროფილაქტიკას ჩაატარებენ, ადამიანების უმრავლესობას ამგვარი ოპერაციები აღარ დასჭირდება, ხელოვნური გულის გადანერგვა კი 2—3-ჯერ უფრო ძვირი ჯდება.

ერთ-ერთი ცნობილი კარდიოქირურგი იმდენად გაიტაცა თავისმა საქმიანობამ, რომ ისიც კი თქვა. გულის ოპერაციებს შეუძლიათ შეამცირონ შიოკარდიუმის ინტარქტისგან სიკვდილიანობაო. დაფიქრებულა კი იგი თუნდაც იმის შესახებ, როგორია ამგვარი ავადმყოფების რაოდენობა და რამდენი ადამიანი იღუპება უეცრად სისხლძარღვთა დაზიანებისაგან. ინ-

ფარქტის განვითარებამდე? იქნებ, უფრო მნიშვნელოვანი იყოს ყოველი ადამიანის ყურადღება გაავამხვილოთ ავადმყოფობის თავიდან აცილებაზე?

ამერიკის შეერთებულ შტატებში უკანასკნელ წლებში გამოკვეთილად შეიმჩნევა მოსახლეობის სიკვდილიანობის შემცირება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებისაგან. ფიქრობენ, რომ ძირითად როლს თამაშობს რაციონალური კვება, თამბაქოს მწვევლთა რიცხვის შემცირება, ფიზიკურ აღინამიასთან და ქარბ წონასთან ბრძოლა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, წინა პლანზე წამოიწია თვითონ ადამიანის დამოკიდებულებამ საკუთარ ჯანმრთელობასთან.

სიკვდილიანობის შემცირება სისხლის მიმოქცევის სისტემის ორგანოთა დაავადებებისაგან ჩვენს ქვეყანაშიც შეინიშნება. ამის წინაპირობას ქმნის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალისტური სისტემა. და მაინც, აუცილებელია საერთოსახელმწიფოებრივი ღონისძიებანი შევუხამოთ სამედიცინო პროფილაქტიკის იდეების თითოეული ადამიანის გონებამდე დაეყვანას. ამაში უნდა მდგომარეობდეს ჯანმრთელობის სიკრარაჟია.

გამოჩენილმა კარდიოქირურგმა ნ. მ. ამოსოვმა 1984 წელს ახალი ამბების სააგენტოს კორესპონდენტთან ინტერვიუში უშიშრად გამოაცხადა: „ნუ გადავაქარბებთ გულის ქირურგიის მნიშვნელობას ნურც ამჟამად, ნურც მომავალში. ჩემი შეხედულებით, მას ისეთი მნიშვნელობა არა აქვს, როგორც გულის დაავადებათა პროფილაქტიკას“. ამგვარი განცხადებისათვის საჭიროა არა მარტო თვალთახედვის ფართო არე, რომელიც საკუთარი სპეციალობის ჩარჩოებს სცილდება. არამედ უდიდესი საეჭიშო და პოქალაქეობრივი პასუხისმკვებლობაც.

კარდიოქირურგია, უდაორო. საჭიროა. მისი წარმომადგენლები უდიდეს მადლობას იმსახურებენ უმძიმესი შრომისათვის, ყველი ოპერაციისათვის, რომელიც საგმრო საქმედ გვევლინება. მაგრამ სწრაფვა მასიურად გაკეთდეს გულის ოპერაციები, როგორც ზოგჯერ წერენ ამის შესახებ, არ არის საჭირო.

ავადმყოფობის თავიდან აცილება — აი, ძირითადი, რაც უნდა იყოს ჩვენი, ექიმების საქმიანობის მთავარი მიზანი. ეს ეხება მოსახლეობასაც.

აი, ერთი მაგალითი. სოციალურ პრობლემად იქცა ბრძოლა ქარბ წონასა და სიმსუქნესთან. მაგრამ განა გვიშველის ამ საქმეში მარტო მედიკამენტები? ძალიან საიჭოა. თომცა, რეკომენდაცია „უფრო მიკი იარით და ნაკლები ქამეთ“ ამგვარ ავადმყოფთან შინაგან წინააღმდეგობას გადააწყდება. თუ გამოუწერთ „მოლურ“ წამალს, თანაც ძვირადღირებულსა და „იქიდან“ შემოტანილს... — ეს დაარწმუნებს პაციენტს, რომ მკურნალობა სწორადაა დანიშნული. ისე კი, განა ეპვი შეგეპარებათ, თუკი ამ საშუალება-ს შესახებ გაზეთში ეწერა და რადიოთი ილაპარაკეს?!

თანაც როგორ დაწერეს ან როგორ ილაპარაკეს? კვლავაც დაავიწყდათ ეთქვათ, რომ არ არსებობს „უტყუარი“ წამალი არცთუ შიშად „უტყუარი“ ცხოვრების წესის სამკურნალოდ.

ფრანგი ავტორების აზრით, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები ხშირად ხელს უწყობენ ექიმებისა და პაციენტების გათიშვას.

სავსებით გასაგებია „ეურნალისტში“ ეამოსულ ლ. კარელსკაიას ლ. ვ. ნიკოლაევას შეშფოთება: „როგორ... არ გადავბიჯოთ იმ ზღვარს, რომელიც განასხვავებს პოპულარიზაციას პოპულარიზაციისაგან? როგორ მივადწიოთ, რომ სანიტარიული განათლება არ იქცეს პარადოქსად... უმცირესად ცნობების სიმრავლისგან? ადამიანის ცოდნით აღჭურვა ხომ ნახევარი საქმეა. მთავარია, ვასწავლოთ მას, როგორ მოიხმაროს ეს ცოდნა“. მართლაც ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია. დღევანდელი პაციენტის საოჯახო ბიბლიოთეკის თაროებზე საოჯახო, კოლონარიისა და სხვა წიგნებთან ერთად საპატრო ადგილი უკავია უახლეს სამედიცინო ცნობარებს. მას გამოწერილი აქვს არა მარტო ეურნალი „ზდოროვიე“, არამედ „მედიცინსკაია გაზეტა“. დამახასიათებელია, რომ სპეციალურ ეურნალებში მთელი რიგი სამედიცინო სტატიების პუბლიკაციის შემდეგ, წერილებს ვიღებ არა მარტო ექიმებისაგან, არამედ ავადმყოფებისგანაც.

ცოდნის პროპაგანდა უნდა იყოს შეატრად მეცნიერული და პოპულარული, ემსახურებოდეს დაავადებების თავიდან აცილებას და გარდა ამისა, არ უნდა ახასიათებდეს არაქანსალი სენსაციურობა. ხომ არ შეიძლება სერიოზულად ურჩიო ბრონქული ასთმის განსაკურნავად მწყურის კვერცხები (ზოგან უკვე გადაწვიტეს ამ მიზნით მწყურის ფერმების შექმნა), ხოლო წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ — ანტილოპის რძე. ორივე მაგალითი, სამწუხაროდ, ცენტრალური პრესის ფურცლებიდანაა აღებული.

ამგვარად, აქ საუბარი არ არის სამედიცინო ცოდნის პროპაგანდის შეზღუდვაზე. სისულელე იქნებოდა გაგველაშქრა სანიტარიული განათლების წინააღმდეგ, რომლის მნიშვნელობა იმდენად დიდია, რომ არ საჭიროებს კომპლიმენტებს. არავინ არ ისწრაფვის ავადმყოფობის „ინფანტილიზაციისაკენ“. მაგრამ გადაჭრით უნდა ავიშალოთ ხმა იმის წინააღმდეგ, რომ სანიტარიული განათლება არ გადაიქცეს სამკურნალო ფსევდოგანათლებად. ზერილი ცოდნასთან ცოდნის ინტერფერენცია უცოდინარობაზე უარესია, — ამბობდა ბ. ე. ვოტჩალი.

სკკპ ცკ-სა და სსრკ მინისტრთა საბჭოს დადგენილებაში „სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის შემდგომი გაუმჯობესების ღონისძიებების შესახებ“ (1977) და ამ დებულების განმავითარებელ 1982 წლის დადგენილებაში დასმულია საკითხი მოსახლეობის სანიტარიულ-ჰიგიენური აღზრდის

გაუმჯობესების ღონისძიებათა მიღების აუცილებლობის შესახებ. საფრანგეთში მიღებულია ტერმინი „სანიტარიული და სოციალური აღზრდა“. მართლაცდა, ჭანმრთელი ადამიანი უნდა აღიზარდოს ბავშვობისა და ყრმობის ასაკიდან და აქეთკენ უნდა მიემართოს სამედიცინო პროპაგანდის მთელი სისტემა.

მედიცინა — ეს არის მეცნიერება, რომელიც მოითხოვს თანმიმდევრულ, ღრმა მომზადებას. ხოლო როდესაც მართლაცდა აუცილებელ ცოდნას, ცვლის მოსახლეობის ზერელე განათლება დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში, უნებურად გადახსენდება სტენდალის ერთ-ერთი გმირი, რომელიც ამბობს: „განა უფრო მეტი რამ გავიგე ცხენის შესახებ, მას შემდეგ რაც მასწავლეს, რომ ლათინურად ცხენს ეწოდება equus“.

გაზეთ „სოვეტსკაია ესტონიაში“ გამოქვეყნდა ჩემი სტატია „ექიმის ფიქრები“. ამ სტატიას ბევრი გამოეხმაურა წერილით და მათ შორის: ყოერთი, რომელიც მწვავედ აკრიტიკებდა ჩემს გამოხვლას.

სტატიაში, კერძოდ, ნათქვამი იყო, რომ არასწორად წარმართული სანიტარიული განათლებისაგან, პირველ ყოვლისა, თვითონ ავადმყოფები იტანჯებიან.

ზემოხსენებული წერილის ავტორის აზრით კი, არ უნდა „გავმიჯნოთ“ მოსახლეობა მედიცინისაგან, ვინაიდან კულტურის ზრდასთან ერთად ყოველ ადამიანს უნდა შეეძლოს აღმოუჩინოს საკუთარ თავს საკმაოდ კვალი. ფიციური სამედიცინო დახმარება.

ეს თვალსაზრისი საინტერესოა.

უეჭველია, რომ მოსახლეობის კულტურული დონის ამაღლებასთან ერთად, შეიძლება გაიზარდოს თვით ავადმყოფის მიერ საკუთარი ჭანმრთელობის მდგომარეობის სწორი შეფასების შესაძლებლობის ხარისხი. ასე, მაგალითად, ტერმინი „აპენდიციტი“ ხმარებაში შემოვიდა გასული საუკუნის 80-იან წლებში. ხოლო ჭიისებური წანაზარდის პირველი ამოკვეთა ჩაატარეს დაახლოებით 100 წლის წინ. არადა, ამჟამად ჩვეულებრივ მოვლენად იქცა ის გარემოება, რომ ამ დიაგნოზს ავადმყოფი თავის თავს უსვამს ექიმის მოსვლამდე. ამგვარი მაგალითები ცოტა როდია და მათი რიცხვი წლითიწლობით გაიზრდება.

და მაინც, ჩვენი ამოცანა არ არის ამ ტენდენციის გაღრმავება, არც ის, რომ მოსახლეობას შევასწავლოთ დაავადებათა თვითდიაგნოსტიკება, ჩვენი მიზანია. ყოველმა ადამიანმა ისწავლოს დროულად მიმართოს საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო დახმარებას. არ უნდა გვეშინოდეს იმისა, რომ გაიზრდება ექიმთან მიმსვლელთა რაოდენობა. სჯობს გამოკვლიო რამდენიმე ჭანმრთელი ადამიანი, რომელთაც ექვი აქეთ, რომ ორგანიზმს „მოეშალათ“, ვიდრე გვერდი აუაროთ იმათ, ვინც ჭანმრთე-

ლობისათვის ძვირფას დროს კარგავს. მომისმენია არგუმენტი, თითქოს არავინ იცის თავისი ორგანიზმი ისე, როგორც თვითონ ავადმყოფმა. ხშირად ეს ასეა, მაგრამ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას, ადამიანს ყოველთვის როდი შეუძლია სავსებით ობიექტური იყოს. თანდათან უფრო ნათელი შეიქმნება, რომ გამოჩენილი ექიმებიც კი არაერთხელ შემცდარან საკუთარი თავისთვის დიაგნოზის დასმისას და შესაბამისად მკურნალობის მცდარი გზაც აურჩევიათ.

ამ თვალსაზრისით საკამათოა ის წარწერები, რომელთაც ზოგჯერ აფთიქში წააწყდები: „სისხლნაკლებობისა და სისუსტის საწინააღმდეგო საშუალებანი“, „კუქის სამკურნალო საშუალებანი“ და ა. შ. თუკი ვინმეს სისუსტე ან სისხლნაკლებობა აწუხებს, ექიმს უნდა მიმართოს, ერთიც და მეორეც ხომ რომელიღაც დაავადების შედეგია. როგორ შეიძლება ერთმა და იმავე წამალმა უშველოს სისუსტეს, რომელიც სულ განსხვავებული მიზეზითაა გამოწვეული?!

კარგად არის ცნობილი, რა ადგილი უჭირავს, განსაკუთრებით კაბიტალისტურ ქვეყნებში, რეკლამას. ვენაში, ერთ-ერთ აფთიქთან შევნიშნე უზარმაზარი პლაკატი, რომელიც ძალზე უცნაური მეჩვენა: ეს გახლდათ პირამიდონის რეკლამა. ჩვეულებრივი, ძველი, ხელმისაწვდომი პირამიდონი. რად სჭირდებოდა მას რეკლამა? ფარმაცევტმა აგვისხსნა, იმისათვის რომ მოსახლეობამ იცოდეს, ძველი სამკურნალო საშუალება ყოველთვის როდი არის ახალზე უარესი.

ამ შემთხვევაში საქმე გვქონდა პატიოსან აფთიქართან. იმავე ავსტრიაში, ჟურნალში, რომელიც ფარმაცევტებისათვის არის განკუთვნილი, მოთხრობილი იყო ერთ-ერთი პრეპარატის რეკლამის შესახებ. რომელიც ამტკიცებდა, რომ ეს პრეპარატი შველის სულ ცოტა 88 დაავადებას. მათ შორის ზურგის ტვინის, ენდოკრინული ჯირკვლების დაავადებებს, წყალშანკს და სხვა. 1975 წელს სკანდალური გაერცელება ჰპოვა რამდენიმე ნიცელი მეწარმის „საქმემ“, რომელთაც წარმატებით გაყიდეს „თვითდაუანგვის მეშვეობით ძილში გახდომის საშუალება“.

წამლების უკონტროლო რეკლამის მანევობა ნათელია. 1969 წელს ამ საკითხს მიეძღვნა სპეციალური მიმოხილვა „ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ქრონიკაში“. აღსანიშნავია, რომ საფრანგეთის კანონმდებლობა კრძალავს ყველა სახის რეკლამაში სიტყვების „განკურნება“, „მორჩენა“, აგრეთვე ისეთი გამოთქმების როგორიცაა „საუკეთესო წამალი...“ „ყველაზე ძლიერი...“ „ეფექტურია ყველა სახის დაავადების წინააღმდეგ“ და ა. შ., ხმარებას.

სხვა ქვეყნების პატენტთან სამკურნალო საშუალებებზე, სამწუხაროდ, ეს არ ვრცელდება.

... უძველესი რეცეპტი, რომელმაც ჩვენამდე მოაღწია, ჩვენს წელთაღრიცხვამდე მესამე ათასწლეულს მიეკუთვნება. წამლის შემადგენლობაში შედიოდა მწევარის ძვლები, ფინიკის პალმის ყვავილი და ვირის ჩლიქები. ეს რეცეპტი გამოწერილი იყო... თმის ზრდის გასაუმჯობესებლად.

„ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ქრონიკა“ აღნიშნავს, რომ თმის ცვენის, ყაზობის, სქესობრივი იმპოტენციის საწინააღმდეგო და გასაჩნდომ საშუალებათა რეკლამა ყოველთვის ჰპოვებს გამოძახილს უამრავ ზედმეტად გულუბრყვილო ადამიანთა შორის.

ჩემი შეხედულებით, მიზანშეწონილი იქნება მედიკამენტების რეკლამა მხოლოდ მედიცინის მუშაკთა შორის და სწორედ მათ უნდა მივმართოთ, როცა წამოიჭრება ჩვენთვის გაუგებარი ის საკითხები, რომელიც ჯანმრთელობას ეხება.

შეიძლება დაიბადოს კითხვა — მაშ, რისთვის უნდა გამოვცეთ „პოპულარული სამედიცინო ენციკლოპედია“? სანიტარიულ-ჰიგიენური კულტურის ასამაღლებლად, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გააყების საშუალებათა პროპაგანდისათვის, მაგრამ არა იმისთვის, რომ მოსახლეობას თვითმკურნალობა ვასწავლოთ.

ადამიანი, რომელიც ჯიბით ატარებს ტაბლეტებს

ადამიანების უმრავლესობას ჰგონია, რომ ტაბლეტი — ეს არის სნაიპერის ტყვია, რომელიც პირდაპირ მიზანში ურტყამს. სინამდვილეში კი ის ყუმბარის ნამსხვრევს უფრო ჰგავს, ერთიანად რომ აზიანებს დიდ ფართობს...

ე. მ. ტარევი

განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს მედიცინის მიღწევები მკურნალობის სფეროში. ეს გასაგებიცაა: საბოლოოდ პაციენტები ექიმის შესახებ მსჯელობენ არა იმდენად იმის მიხედვით, თუ როგორ დასვა დიაგნოზი, რამდენადაც მკურნალობის შედეგის მიხედვით. როდესაც ავადმყოფი ან მისი ახლობლები შეშფოთებით ელოდებიან დიაგნოზის დასმას, მათ ხომ არსებითად სხვა საკითხი აღელვებთ: შესაძლებელი იქნება თუ არა დაავადების განკურნება?

ყოველ მომავალ ექიმს ჯერ კიდევ სტუდენტობისას ასწავლიან ძველ-რომაულ გამონათქვამს: ვინც კარგად სვამს დიაგნოზს, კარგადაც მკურნა-

ლობს. თუმცა, ეს პრობლემა გაცილებით რთულია, ვიდრე ერთი შეხედვით შეიძლება მოგვეჩვენოს. მართლაცდა, დიაგნოზის დასმა აუცილებელი წინაპრობაა შეაბამისი მკურნალობისათვის.

და აი აქ იწყება „მაგრამ“. უმრავლეს შემთხვევაში დაავადებათა დიაგნოზები (მკურნალობისაგან განსხვავებით) დაფუძნებულია საყოველთაოდ მიღებულ კრიტერიუმებზე, რომლებიც (თუ დაავადება ატიპურად არ მიმდინარეობს. ან ობიექტურ სირთულეს არ წარმოადგენს გამოსაცნობად) საქმის მკოდნე ექიმისათვის ცნობილია, მიუხედავად იმისა, თუ სად მიიღო სამედიცინო განათლება. მაგალითად. ფილტვის მწვავე ანთების ან კუჭის წყლულის ნიშნები ერთნაირად არის აღწერილი ყველა სახელმძღვანელოში. რომელიც გამოცემულია ჩვენში თუ საზღვარგარეთ. მკურნალობის საკითხი კი უფრო რთულია. უეჭველია, რომ მედიცინაში არსებობს არასადისკუსიო დებულებანი: ვთქვათ, ფილტვის მწვავე ანთების (ანტიბაქტერიული საშუალებების დანიშვნა. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაცვა) ან მწვავე სისხლდენის (მისი შეჩერების აუცილებლობა) მკურნალობის საერთო პრინციპები ექვს არ იწვევენ. ამავე დროს ავადმყოფს მკურნალობა. ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით (არა მარტო მედიკამენტური), არცთუ ისე იშვიათად გამოხატავს სხვადასხვა მეცნიერთა და სხვადასხვა სამედიცინო სკოლის შეხედულებებს.

აი რამდენიმე მაგალითი.

დარწმუნებული ვახლავართ, რომ უხეში დეონტოლოგიური და ფსიქოლოგიური, ხოლო აქედან გამომდინარე, სამკურნალო შეცდომაა უთხრა ავადმყოფს, რომ მას აქვს ავთვისებიანი სიმსივნე განუკურნებელ სტადიაში; ამერიკის შეერთებულ შტატებში კი უკვე რამდენიმე წელია დამკვიდრდა. აქნობონ ავადმყოფს ამის შესახებ. ჩვენს სამკურნალო დაწესებულებებში მეტად ეფექტურად და საკმაოდ ფართოდ გამოიყენება ფიზიოთერაპია; საზღვარგარეთის ბევრ კლინიკაში კი მას ასეთი მნიშვნელობა არ ენიჭება. ზოგჯერ დიამეტრულად საპირისპირო შეხედულებები არის გამოთქმული მედიკამენტური საშუალებების, მკურნალობის ზოგიერთი დიეტური წესის გამოყენების მიზანშეწონილობის შესახებ.

აქედან არ უნდა გამოვიტანოთ დასკვნა, თითქოს მკურნალობის მეთოდების შესაფასებლად კრიტერიუმები არ არსებობდეს. ისინი არსებობენ და ემყარებიან თანამედროვე აპრობირებულ, ჩვენი დროისათვის „საშუალო-არითმეტიკულ“ კონცეფციებსა და დებულებებს. რომლებიც მიღებულია ჭანძრთვლობის დაცვის საბჭოთა ორგანოების მიერ. ამასთანავე, უნდა გაკეთდეს ერთი შენიშვნა. მედიცინაში გამუდმებით იბადება ახალი იდეები, ახალი მეთოდები, ზოგიერთი ძველი კი კვდება. ბუნებრივია, ექიმი ფეხდაფეხ უნდა მიჰყვეს დროს და - კოს იმ მოთხოვნათა სიმალლეზე, რომელთაც

უყენებს თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერება და თანამედროვე პაციენტი.

„თანამედროვე პაციენტი“ ტყუილუბრალოდ როდი ვახსენე. მას, როგორც ვნახეთ, თავისი დამახასიათებელი თვისებები გააჩნია: ის გამოირჩევა განათლების გაზარდილი დონით, სამედიცინო ინფორმაცია მისთვის ხელმისაწვდომია. სწორედ ეს არის ერთ-ერთი ძირითადი წინაპირობა პროგრესულად მზარდი თვითმკურნალობისა.

ეს პრობლემა იმდენად სერიოზულია, რომ საჭიროა უფრო დაწვრილებით განვიხილოთ.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, მაგალითად, ხუთი წლის მანძილზე (1973-1977 წწ.) გამოცემულია თვითმკურნალობის 600-ზე მეტი წიგნი. თუმცა, უფასო და ყველასათვის ხელმისაწვდომი საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის ფონზე არაბუნებრივი გვეჩვენება თვითმკურნალობის შენიშნული შემთხვევები. მართლაცდა, რატომ უნდა მივმართოთ თვითმკურნალობას, როცა პრაქტიკულად ყოველთვის შეგვიძლია მივიღოთ სამედიცინო დახმარება?

პირველ ყოვლისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენი თანამედროვე ადამიანი მკურნალობს არა მარტო მაშინ, როცა ავადაა, არამედ მაშინაც, როცა ჯანმრთელია. მას არ უნდა უხერხულად იგრძნოს თავი. თუკი წარსულში დაღლილობისას ისვენებდნენ, უსიამოვნებების დროს კი სჯეროდათ, რომ დრო იყო მკურნალი, თანამედროვე ადამიანი ყლაპავს ვიტამინებს, ანდა ეძებს ჟენშენს „ტონუსისათვის“, ელენიუმს ან სედლუქსენს დასამშვიდებლად და ა. შ.

რაც შეეხება ავადმყოფობას, მართლაცდა, დგება საკითხი, საჭიროა კი ყოველი საბაბით (თავის ტკივილი, მოკლევადიანი ყაბზობა) ექიმს მივმართოთ? ხომ არ გადატვირთავს ეს გარემოება პოლიკლინიკებისა და საავადმყოფოების მუშაობას? მაგრამ ამავე დროს სად არის იმის გარანტია, რომ მაგალითად, მუცლის ღრუში დაწყებული ტკივილი სერიოზული დაავადების ნიშანი არ არის? სად უნდა ვეძებოთ გონიერების ზღვარი? და ბოლოს, რა უნდა ვიგულისხმობთ თვითმკურნალობაში?

თვითმკურნალობაში გულისხმობენ სამკურნალო მეთოდების და საშუალებების დაშოუვიდებლად გამოყენებას ექიმის ან კვალიფიციური მედიმუშაკის უშუალო კონტროლისა და რეკომენდაციის გარეშე.

თვითმკურნალობისაგან აუცილებლად უნდა განვასხვაოთ სასწრაფო დახმარების გაწევა საკუთარი თავისათვის ან დაზარალებულისათვის უეცრად წარმოქმნილ ავადმყოფურ ან სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში (მაგ. გულის არეში ტკივილისას, ტრავმების დროს, სისხლდენისას და სხვ.) მედიცინის მუშაკის გამოჩენამდე. ასეთ შემთხვევებში საქმე გვაქვს ექი-

მის მოსვლამდე პირველი დახმარების გაწევასთან, რომელიც ბუნებრივია, აგრეთვე მოითხოვს აუცილებელ საგანგებო მომზადებას.

ახლა კი დაევბრუნდეთ ადრე წამოჭრილ საკითხს: უსათუოდ უნდა მიემართოთ: ექიმს ჯანმრთელობის მდგომარეობის ოდნავი ცვლილებებისას? რა თქმა უნდა, არა. სურდო დაგვემართა — ჩაეიტაროთ „ოფლმდენი“ მკურნალობა, ფეხების ცხელი აბაზანა ექიმის გარეშე შეგვიძლია გავიკეთოთ. თითი დაგვეწვა — გავვიწითლდა, ბუშტუკები არ გაჩნდა. თითო-ეულმა ჩვენგანმა უნდა იცოდეს, რომ ამას პირველი ხარისხის დამწვრობას უწოდებენ. ასეთ შემთხვევაში საუკეთესო საშუალებაა კანზე ოდეკოლონის, სპირტის ან არყის წასმა.

ამასთანავე, აუცილებელია მოსახლეობამ იცოდეს არა მარტო ის, რის გაკეთება შეიძლება, არამედ ისიც, რის გაკეთებაც არ შეიძლება. ხელოვნური სუნთქვის გაკეთება რომ ვიცით, ისიც უნდა ვიცოდეთ, რომ მეხდაკრულის მიწაში ჩაფვლა არ შეიძლება. თუკი ადამიანს მუცლის არეში ტკივილები აწუხებს და ყაბზობასაც უჩივის, ეს ყოველთვის როდია „კუჭის აშლილობა“, შესაძლოა ზოგჯერ ამგვარი ნიშნები მუცლის ღრუში კატასტროფას მოწმობდეს. და მაშინ არ შეიძლება საფაღარათო და ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების მიღება.

ადამიანს გარკვეული უსიამოვნება შეხვდა. დამე ცუდად ეძინა. უნდა წავიდეს დილით ექიმთან იმ საბაბით, რომ უძილობას უჩივის? პასუხი ნათელია, მაგრამ თუკი უძილობა ჩვეული გახდება, უსათუოდ უნდა მიმართოთ ექიმს საშველად, ვინაიდან ცუდი ძილი საწინდარია იმისა, რომ იქნებით გაღიზიანებული, მოთენთილი და მუშაობის უნარდაკარგული. თუკი გადაღლის გამო ორი-სამი დღის მანძილზე მადა არ გექნათ და თავიც აგტკივდათ, ექიმთან წასვლა საეალებებულო არ არის. მაგრამ თუ საკვების მიმართ ზიზღი ერთი კვირა გაგრძელდა ან თავი ყოველდღე გტკივათ, მაშინ ექიმთან მისვლა აუცილებელია. სხვანაირად რომ ვთქვათ, საჭიროა ჯანსაღი აზროვნება და სწორედ ამ ჯანსაღი აზროვნების აღსაზრდელად არის გამიზნული მართებულად შედგენილი პოპულარული სამედიცინო გამოცემანი.

ძირითადი ყურადღება კი მინდა მივაპყრო იმ გარემოებას, რომ ნებისმიერი ავადმყოფური სიმპტომი, რომელიც ასე თუ ისე მუდმივი გახდება, გვავალდებულებს მიემართოთ ექიმს.

ყოველივე ზემოთ თქმულის მერე რა ვუყოთ თვითმკურნალობას? როგორია მისი დიაპაზონი ოჯახის პირობებში?

უპირველეს ყოვლისა, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს პრინციპი — არ ვავნოთ ჩვენს ჯანმრთელობას. ალორძინების ეპოქის გამოჩენილი ექიმი და ქიმიკოსი პარაცელსიუსი ამბობდა: „ყოველივე არის საწამლაღვი, ყო-

ველივე არის წამალი. მხოლოდ დოზა გახდის ნიეთიერებას საწამლავად ან წამლად“. მედიკამენტებთან დამოკიდებულებაში მოსახლეობაში უკიდურესობებს ვაწყდებით. ერთნი თვლიან, რომ „ყველაფერი საწამლავია“, ამიტომ სჭობს უწამლოდ გავიტანოთ თავი. სხვები სიამოვნებით იღებენ წამლებს, განსაკუთრებით თუ ვინმემ უკვე გამოსცადა მისი „სასწაულმოქმედი“ ძალა თავის თავზე, ან თუ ახალი და რეკლამირებული წამალია.

უკიდურესობანი ყოველთვის ცუდია. მაგრამ მედიკამენტური მკურნალობის თაყვანისმცემლები გაცილებით მეტნი არიან, ვიდრე მოწინააღმდეგენი. ეს გახლავთ ყბადაღებული „ადამიანი, რომელსაც ჯიბით დააქვს ტაბლეტები“. ან ჩანთაში უდევს...

ნებისმიერი მკურნალობა მოითხოვს დაავადებისა და მისი მიმდინარეობის თავისებურებების წინასწარ დადგენას, დაავადებასა და მის სხვადასხვა გამოვლინებებზე ზემოქმედების წესების ცოდნას. სხვადასხვა დაავადება შეიძლება მსგავსი ნიშნებით გამოვლინდეს და მათი შეფასება მხოლოდ ექიმს ძალუძს. თვითმკურნალობისას ჩვეულებრივ მკურნალობენ არა თვით დაავადებას, არამედ მის სხვადასხვა სიმპტომს. რის გამოც იშლება ავადმყოფობის სურათი, ძნელდება დიაგნოზის დასმა და კიანურდება გამოჯანმრთლება.

უკანასკნელ წლებში მე, ისევე როგორც ყოველ ექიმს, განსაკუთრებით ხშირად მხედება მედიკამენტების ხმარებისაგან გამოწვეული სხვადასხვანაირი გართულებანი. ტერმინი „წამლის ავადმყოფობა“ ცნობილია 1901 წლიდან, მაგრამ სწორედ უკანასკნელ ათწლეულებში. ახალ სამკურნალო საშუალებათა გამოჩენასთან დაკავშირებით, ეს დაავადება სულ უფრო მეტად გავრცელდა.

არის აზრი, რომ თუ ჩვენი საუკუნის ოცდაათიან წლებში მსოფლიოში იხმარებოდა დაახლოებით 30 ათასი მედიკამენტი, სამოცდაათიანი წლებისთვის ამ რიცხვმა 200 ათასს გადააჭარბა. საბჭოთა კავშირში ავადმყოფობის ისტორიას დაემატა ახალი გრაფა: რომელ წამლებს ვერ იტანს ავადმყოფი. წამლის გადაუტანლობას, შესაძლოა, უბედურება მოჰყვეს.

რეაქცია წამალზე დამოკიდებულია არა მარტო წამლის თვისებებზე, არამედ ორგანიზმის მემკვიდრეობით და შეძენილ თავისებურებებზე, თირკმლის, ღვიძლის, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციებზე, ადრე გადატანილ დაავადებებზე, ავადმყოფის ასაკსა და მრავალ სხვა ფაქტორზე. ყოველივე ამის გათვალისწინება და შეფასება ერთობლიობაში შეუძლია მხოლოდ მედიცინის მუშაკს.

მაწვნე შედეგები და შესაძლებელი მძიმე გართულებანი არ არის დამოკიდებული მიღებული წამლის რაოდენობაზე. აღწერილია სიკვდილის შემთხვევები, გამოწვეული მხოლოდ ერთი ტაბლეტი მედიკამენტის მიღე-

ბისაგან. ზოგჯერ გართულებას იწვევს ის გარემოება, რომ წამლის მიღების დრო არასწორად არის შერჩეული. მაგალითად, ქამის შემდეგ მისაღებ წამალს ქამის წინ იღებენ და პირიქით.

მძიმე ალერგიული რეაქციები თან სდევს მეტად გავრცელებულ თვით-მკურნალობას ანტიობიოტიკებით და სულფანილამიდური პრეპარატებით. ალერგიას იწვევს ნებისმიერი სხვა სამკურნალო საშუალებები, მათ შორის ძალამოები, რომლებიც შეიცავენ ზოგიერთ ვიტამინს, ჰორმონებს, გველისა და ფეტვრის შხამს და სხვა.

ექიმის რჩევა-დარიგებას საჭიროებს XX საუკუნეში მოდური დამაწყნარებელი პრეპარატების ხმარება, ისეთებისა, როგორცაა მაგალითად, სედუქსენი. მეპრობამატი, ელენიუმი და სხვა ანალოგიური საშუალებანი, ვინაიდან ცალკეულ შემთხვევებში ამ წამლებმა შეიძლება უარყოფითად იმოქმედონ ენდოკრინულ და სხვა ორგანოებზე. ასევე ექიმის დანიშნულებით უნდა მივიღოთ საძილე საშუალებანიც, რადგან იმისდა მიხედვით თუ რა სახის უძილობა გვაწუხებს, სხვადასხვა პრეპარატი ნაჩვენები. ვიტამინებიც ექიმმა უნდა შეგვირჩიოს, ვინაიდან მათი ბოროტად გამოყენება იწვევს ორგანიზმის შეჩვევას ვიტამინების ქარბი რაოდენობისადმი და ექიმის ნორმალური რაოდენობით მიღების დროსაც კი შესაძლოა წარმოიქმნას ავადმყოფური მდგომარეობა ვიტამინების უკმარისობის ფონზე.

ზოგიერთი ავადმყოფი, სწრაფი სამკურნალო ეფექტის მიღების მიზნით, წამლის დოზას აღიღებენ ან ცულის სხვა წამლით, რომელიც. მისი აზრით, მგავსი მოქმედებისაა. ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია აეროზული გართულებანი.

სხვადასხვა მედიკამენტის მიღებისას საჭიროა ვიცოდეთ, როგორ ზემოქმედებას ახდენენ ერთმანეთზე. ზოგიერთი წამლები თავისი ქიმიური თუ ფიზიკური თვისებებით შეუთავსებლები არიან. ასეთი მედიკამენტების ურთიერთმოქმედების შედეგად შეიძლება წარმოიქმნას ახალი ნივთიერებანი, რომელთაც მაგნე და ტოქსიკური მოქმედება აქვთ ორგანიზმზე. სხვა შემთხვევაში შესაძლოა მოხდეს წამალთა ურთიერთნეიტრალიზაცია, არასასურველი შესუსტება ან გამძაფრება ერთ-ერთი მათგანის სამკურნალო ეფექტისა.

უცხოელ ავტორთა ზოგიერთი მონაცემის თანახმად, 60 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანი დაახლოებით 5-ჯერ მეტ წამალს ხმარობს. ვიდრე 30 წლისა. ამასთანავე. მობერებულ ორგანიზმს თავისებურებები ახასიათებს: ქვეითდება ბევრი ჭირკვლის აქტივობა. იცვლება ღვიძლის, კუჭუკანა ჭირკვლის, თირკმლების ფუნქციები, სამკურნალო საშუალებათა შეწოვის, განაწილებისა და გამოყოფის პროცესები უფრო ნელა მიმდინარეობს. უნ-

და გათვალისწინებულ იქნას, რომ მოხუცებულ და ასაკოვან ადამიანებს ნაწლავებში ეცვლებათ სხვადასხვა ჯგუფის მიკროორგანიზმების თანაფარდობა, ქვეითდება მრავალი ფერმენტის აქტივობა, რომლებიც მონაწილეობენ ორგანიზმში წამლების გარდაქმნის პროცესში, ვითარდება პოლიჰიპოვიტამინოზი, წარმოიქმნება ათეროსკლეროზული ცვლილებანი. ასეთ შემთხვევებში მედიკამენტების მიღება განსაკუთრებულ, გულმოდგინე საეჭიშო კონტროლს საჭიროებს. საბჭოთა გერონტოლოგთა მტკიცებით, 60 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანს, როგორც წესი, სამი დაავადება მაინც აწუხებს და თუ ვეცდებით ერთ-ერთს ვუმკურნალოთ ისე, რომ არ გავითვალისწინოთ სხვა დაავადებები, შეიძლება გამოვიწვიოთ დანარჩენი დაავადებების მიმდინარეობის გამწვავება.

ხანში შესული და ასაკოვანი ადამიანები ხშირად იყენებდნენ დაძველებულ წამლებს თავიანთი „მარაგიდან“, ერთმანეთს უნაწილებენ ამ წამლებს, თავიანთი შეხედულებით შეწყვეტენ მედიკამენტის მიღებას, რამდენიმე ექიმის რჩევა-დარიგებით სარგებლობენ. ამგვარი „მკურნალობა“ რა თქმა უნდა, კარგს ვერაფერს მოგვითანს.

განსაკუთრებული სიფრთხილე მართებთ იმ ადამიანებს, რომელთაც წარსულში გადაუტანიათ ან ამჟამადაც აწუხებთ ალერგიული დაავადებანი: ბრონქული ასთმა, კინკრის ციება, ალერგიული სურდო და ა. შ. დადგენილია, რომ ალერგია შეიძლება გამოიწვიოს სულ ცოტა 500 წამალმა. თუმცა გაუკუღმართებული რეაქცია და მომატებული მგრძობელობა შესაძლებელია პრაქტიკულად მედიკამენტების დიდმა უმრავლესობამ გამოიწვიოს, რაც ხშირად განპირობებულია ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებებით, არცთუ ისე იზვიათად კი ერთი გარკვეული ან მისი მსგავსი წამლის (ქიმიური ნივთიერების) მემკვიდრეობით მიღებული აუტანლობით. აუცილებელია იმის შეხსენებაც, რომ ალერგია, ისევე როგორც მძიმე ტოქსიკური რეაქციები, შესაძლებელია მცენარეული წარმოშობის მედიკამენტებმაც გამოიწვიოს.

სანამ რაიმე ახალ წამალს პირველად მიიღებდეთ, უსათუოდ რჩევაჲ კეთებთ ექიმს. პოდა მერე... შეგიძლიათ მიიღოთ წამალი ისე, რომ არ მართოთ ექიმს. კიდევ ერთს ვიტყვოდი: აუცილებელია წინასწარ დაადგინოთ ამა თუ იმ მედიკამენტის ხმარების ხანგრძლივობა.

თვითმკურნალობაში მხოლოდ მედიკამენტების უმთავალესურეოდ მიღება როდი იგულისხმება. ამ პრობლემას მრავალი სახე აქვს. დიდი ზიანი მოაქვს სამედიცინო რეკომენდაციების გარეშე ნაირ-ნაირი დიეტების ხმარებას გახდომის ან მკურნალობის მიზნით. წონის რეგულირება, ეგრეთ წოდებული განტვირთვის დღეების მოწყობა, ექიმის კონსულტაციას საჭიროებს. ყველა ამ შემთხვევაში უნდა გავითვალისწინოთ სხვადასხვა დი-

ეტური შეზღუდვის შემოქმედება არა მარტო ადამიანის წონაზე, არამედ ცვლილებებზე მის ორგანოებში. გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინული და ნერვული სისტემის მდგომარეობაზე.

შეიძლება საზიანო შეიქმნეს სხვადასხვა ფიზიკური ფაქტორის უმეტესად გამოყენებაც. საკუთარი შეხედულების მიხედვით ტანვარჯიშის ნაირნაირი კომპლექსის, სირბილის და ა. შ. დანიშვნა საშიშია, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ფარულად მიმდინარეობს ქრონიკული დაავადებანი, ნერვული და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებისას, ენდოკრინული დარღვევებისას. მკურნალობის ნებისმიერი ფიზიკური მეთოდი მოითხოვს განუხრელ საექიმო კონტროლს, ორგანიზმის მდგომარეობის გათვალისწინებას, შემოქმედების ფაქტორთა თანდათანობით მომატებას.

ზიანი შეიძლება მოგვაყენოს გრიპისა და გაცივებისას თვითმკურნალობამ სხვადასხვა ტიპის აბანოში, კერძოდ, ფინურ აბანოში. 1976 წელს პელსინკში ჩატარებულ თერაპევტთა XIII საერთაშორისო კონგრესზე მოყვანილი იყო მთელი რიგი შემთხვევებისა, რომლებიც სიკვდილით დამთავრდა აბანოში ყოფნისას ან მის შემდეგ. ასეთ პირობებში მძიმე გართულებანი გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის სისტემის დაავადებულებთან მე თვითონაც შემხვედრია.

თვითმკურნალობა, რომელსაც თან სდევს საკურორტო ფაქტორების (მინერალური წყლის სმა, კლიმატის შემოქმედება) გამოყენება, ასევე სახიფათოა ხოლმე ჯანმრთელობისათვის. კლიმატის მკვეთრი შეცვლა ან გადამეტებულად მზეზე ყოფნა აუარესებს ან ამწვავებს ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობას. იმ მინერალური წყლების მიღება, რომელთაც უკუჩვენება აქვთ გარკვეული ავადმყოფობისათვის, უარყოფითად მოქმედებს აკუმლის მომწელებელი, სისხლის მიმოქცევის სისტემის და შარდმდენი ორგანოების ქრონიკულ დაავადებათა მიმდინარეობაზე. ამიტომ საკურორტო მკურნალობაც აგრეთვე მოითხოვს ექიმის კონსულტაციასა და შესაბამის სამედიცინო კონტროლს.

ხშირად სანატორიუმში მოხვედრილი პაციენტები (ალბათ, ნაწილობრივ საგზურის მიღებასთან დაკავშირებული სირთულის გამო), ცდილობენ უამრავი პროცედურა დაინიშნონ, იმდენ ენერჯიას ხარჯავენ, რომ კურორტზე ყოფნის შემდეგ იძულებულნი არიან სახლში იმკურნალონ. არადა, ჭერ კიდევ მოლიერი წერდა: „ავადმყოფს კარგი ჯანმრთელობა უნდა ჰქონდეს, რომ გაუძლოს ავადმყოფობასა და მკურნალობას“.

თვითმკურნალობით მიყენებული ზიანი ორგანიზმის ალერგიზაციით როდი ამოიწურება. თერაპიის ზოგიერთი სახის არაეფექტურობა, მიკრო-

ბების „შეჩევეა“ წამლების მიმართ ხშირად გვევლინება იმ მკურნალობის შედეგად, რომელსაც ექიმი არ აკონტროლებს.

განსაკუთრებით უნდა გაავამხვილოთ ყურადღება მწვავე დაავადებათა ქრონიკულში გადასვლის ფაქტორზე. რასაც არც თუ იშვიათად საფუძვლად უდევს თვითმკურნალობა.

პუბლიკაციებში, რომლებიც ეხება იმ დაავადებებს, ადამიანს მობავალში რომ ელოდება, უმრავლესობა სპეციალისტებისა თვლის, რომ პროგრესულად გაზრდება ქრონიკულ სნეულებათა რიცხვი. სამწუხაროდ, ამ პროგნოზში ფატალური გარდაუვალობა გამოსკვივის. ამასთანავე, არ არის გათვალისწინებული, რომ ქრონიკული სნეულებების წარმოშობა და განვითარება სრულიადაც არ არის ერთნაირი. ზოგი მათგანი, მაგალითად, ათეროსკლეროზი, სახსრების ზოგერთი დაავადება და სხვა, ნეუმჩნევლად ეპარება ადამიანს, თავიდანვე ვითარდება როგორც ქრონიკული. სხვა ქრონიკული დაავადებანი ჩნდებიან როგორც შედეგი მწვავე დაავადებისა. რომელიც ბოლომდე ვერ განკურნეს ან გართულებები ძოკყვა და შემდგომში ქრონიკულში გადაიზარდა.

მხოლოდ რამდენიმე მაგალითს მოგახსენებთ.

ცნობილია, რომ ანგინას შეიძლება მოჰყვეს ისეთი გართულებები, როგორცაა გულის, თირკმლების, სახსრების დაზიანება. სიცოცხლის პირველ ნახევარში ყველაზე მეტად გავრცელებული გულის დაავადება — რევმატიზმი, რომელიც განაპირობებს გულის მანკთა უმრავლესობას, 90 პროცენტზე მეტ შემთხვევაში ვითარდება ანგინის შემდგომ.

ბოლო ათწლეულებში მთელს მსოფლიოში აღინიშნება ფილტვების ქრონიკული ანთებითი (არატუბერკულოზური) დაავადებებს ზრდა. აქ, უეჭველია, ბევრი ფაქტორი მოქმედებს: ცხვირ-ხანის დაავადებანი, ჰაერის დაბინძურება, თამბაქოს წევა და სხვა მიზეზები, მაგრამ ბევრი ავტორის მონაცემების მიხედვით, ფილტვების ქრონიკული ანთების 50-70 პროცენტი ვითარდება მწვავე ანთების (მწვავე პნევმონიის) შემდგომ.

კიდევ შეგვიძლია ამგვარი მაგალითების მოყვანა: თირკმლის ქრონიკული ანთება ხშირად მწვავე ანთებით იწყება. ბრონქების ქრონიკული ანთება კი — მწვავე ბრონქიტით და ა.შ. ამავე დროს, არცთუ იშვიათად ქრონიკული პროცესი თავიდან ნელა, თანდათან, ავადმყოფისათვის შეუმჩნევლად ვითარდება.

თავიდან რომ ავიცილოთ გართულებანი და მწვავე პროცესის ქრონიკულში გადასვლა, მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ადამიანმა, რომელსაც მწვავე დაავადება აქვს, არ დაიწყოს თვითმკურნალობა და იმთავითვე ექიმს მიმართოს. თანამედროვე მედიცინას გააჩნია ბევრი ისეთი სამკურნალო

საშუალება (მაგ. ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდური პრეპარატები). რომელთაც უნარი შესწევთ სწრაფად „შეწყვიტონ“ მწვავე პროცესი. მაგრამ იპავდროულად როდი ხდება სრული გამოჯანმრთელება. ამგვარი მოჩვენებითი მშვიდობიანი გამოსავალი მომასწავებელია საშიშროებისა, რომლის შესაბამისად შეფასება შეუძლია (არცთუ იოლად) მხოლოდ ექიმს. ესტონეთის მაგალითზე ჩვენი ქვეყნის ბევრ რესპუბლიკაში ზოგიერთი მწვავე დაავადებაგადატანილი ავადმყოფი მოკლე დროით ჰყავთ აქტიური საექიმო (დისპანსერულ) მეთვალყურეობის ქვეშ. ასეთ შემთხვევებში პაციენტმა პედანტურად უნდა შეასრულოს ყველა ის რეკომენდაცია, რაც ექიმმა დაუნიშნა და არ აპყვეს საკუთარ შეგარძნებებს. საკმარისია მივუთითოთ იმ გარემოებაზე, რომ მხოლოდ 10 წლის მანძილზე ესტონელმა თერაპევტებმა ანგინით ნაავადმყოფართა შორის თითქმის 2000 ადამიანს აღმოუჩინეს გართულებანი გულზე, თირკმლებზე, სახსრებზე, ხოლო 1500-ზე მეტ ავადმყოფს ფილტვების მწვავე ანთება გადაუვიდა ქრონიკულ ფორმაში.

თვითქურნალობასა და თავშეუკავებლად წამლებს მიღებრა ტენდენციას შეიძლება დაუუპირისპიროთ გონიერი ზემოქმედება ავადმყოფის ფსიქიკაზე. არადა, ფსიქოთერაპიის ჩატარება, როგორც პარადოქსულაც არ უნდა გეჩვენოთ, საკმაოდ გართულდა. თანამედროვე პაციენტის უკვე მოხსენებული თავისებურებანი, კერძოდ ის ფაქტი, რომ რაც უფრო განათლებულია ადამიანი, მით ნაკლები რწმენა აქვს. სულაც არ უადვილებს საქმეს მედიკოსებს. საჭიროა დამაჯერებელი მეთოდები და ფორმები, რასაც, სამწუხაროდ, ყველა ექიმი როდი ფლობს.

ფსიქოთერაპიისადმი მიძღვნილია მრავალი მონოგრაფია და სახელმძღვანელო, რომლებიც დეტალურად იხილავენ ყველა მის ასპექტს. ამის შესახებ ამ წიგნის წინამდებარე თავებშიც ვისაუბრეთ. და მაინც, მოხსენიების ღირსია ის გარემოება, რომ ფსიქოთერაპია იწყება არა საუბრის ცოდნით, არამედ მოსმენის უნარით. სიტყვებს წინ უნდა უძღოდეს აზრები. იმასაც ვფიქრობ, რომ ფსიქოთერაპია — ეს არ არის ექიმის სამ-ხუთ წუთიანი გამამხნეებელი საუბარი და ახსნა-განმარტებანი, რომელსაც ფიქრად გავლებული მხარზე ხელის მოთათუნება მოჰყვება. ყველაფერი — ექიმის მზერა, მისი გარეგნობა, საუბრის მანერა, მითითებანი, თუკი ქეშმარიტი ექიმი — გახლავთ ფსიქიკაზე ზემოქმედება. როგორც აღნიშნავდა XIX საუკუნის ცნობილი თერაპევტი ს. პ. ბოტკინი, ზოგჯერ წამალზე ჰნიშვნელოვანია მისი მიწოდების ფორმა.

ერთ-ერთ ავადმყოფს მადაგასკარზე ექიმმა ჰკითხა, გიშველათ თუ არა დანიშნულმა ტაბლეტებმაო. პაციენტმა კმაყოფილებით აღნიშნა: „ღიახ, ისინი მე აქ მაქვს“ — და უჩვენა პატარა ტომსიკა, რომელიც კისერზე ჰქონდა ჩამოკიდებული და შიგ ტაბლეტები შეენახა...

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმ გარემოებას, რომ ექიმში რეალისტი იყოს, არ იდგეს მაქსიმალისტურ პოზიციებზე, არ მოწყდეს ცხოვრების პირობებსა და ადამიანთა ხასიათის თავისებურებებს. როგორც ერთმა ჩემმა პაციენტმა ქალმა აღნიშნა, ექიმებთან საუბრისას ის ვისწავლე, რომ დიეტის დაცვისას „მთავარია — გემრიელი არაფერი ჰქამო“.

იქნებ, იმის გაუთვალისწინებლობა, რომ მკურნალობა ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით ავადმყოფობაზე მწარე არ უნდა იყოს, ასაზრდოებს ჩვენი საუკუნისათვის დამახასიათებელ „ფარმაკომანიას“ — მცდელობას წამლების საშუალებით გადაჭრან ყველა პრობლემა.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში ეს მოვლენა განსაკუთრებით საგრძნობი გახდა თვითმკურნალობის ფართო გავრცელების, ფარმაცევტული კომპანიების რეკლამისა, ხშირად ექიმებზე მისი ზემოქმედების და თანამედროვე ადამიანისათვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებათა გამო, რომლებზეც ზემოთ ვესაუბრეთ. მხოლოდ ერთი მაგალითით შემოვიფარგლები. გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში 1960-1972 წლების პერიოდში მოსახლეობის ხარჯი წამლებზე გაიზარდა დაახლოებით 450 პროცენტით, ერთი მილიარდიდან 5,8 მილიარდ მარკამდე წელიწადში.

და მაინც, საჭიროა ჩვენს პირობებშიც სათანადოდ შევადგასოთ ამ პრობლემის მნიშვნელობა. ჩვენთანაც იზრდება ერთ სულ მოსახლეზე წამლის მოთხოვნილება.

საბჭოთა კავშირში დაახლოებით 2800 მედიკამენტი იხმარება, ყოველწლიურად საშუალოდ რამდენიმე ათეული ახალი დასახელება ემატება. წამლების ამ სიუხვესა და მრავალფეროვნებაში ცუდი არაფერი არ არის. მაგრამ როგორც ი. ბონდარევის რომანის „ნაპირის“ ერთ-ერთი გარჩევისას აღნიშნა, „გამოცდა მაძღრობაზე“ უფრო რთულია, ვიდრე „გამოცდა სილატაკეზე“. ვერც ჩვენ, ექიმები, ვერც ჩვენი პაციენტები ვერ ვუძლებთ მას, და ავადმყოფობის თავიდან აცილებაც და მათი მკურნალობაც სხვადასხვანაირ მედიკამენტურ პასიანსებად იქცევა ხოლმე.

ერთ-ერთი ახლანან გამოსული უცხოური მონოგრაფიის ავტორი, რომელიც თავის ნაშრომს უძღვნის „არა უბრალოდ პრაქტიკოს, არამედ მოაზროვნე ექიმს“, იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ავადმყოფის მკურნალობის მრავალსაუკუნოვანმა ისტორიამ XX საუკუნემდე მოიტანა სამი პოსტულატი: ფსიქოთერაპიის მნიშვნელობა, ორგანიზმის ბუნებრივი ძალების გამოყენების აუცილებლობა და რეკომენდაცია „არ ვავნოთ“. ეს დებულებები აქტუალურია, მიუხედავად „ფარმაცოთერაპიის ოქროს პერიოდისა“, ვინაიდან თანამედროვე ექიმში პარადოქსულ მდგომარეობაში აღმოჩნდა. მკურნალობის შესაძლებლობანი უსაზღვროდ გაიზარდა, მკურნალობა კი გართულდა. მაგრამ სიძნელეების კი არ უნდა გვეშინოდეს, არა-

მედ უნდა გავერკვეთ მათში და თავიდან ავიცილოთ. ეს პრობლემები სულ უფრო მეტად იპყრობენ მედიკოსთა ყურადღებას. მაგრამ, ალბათ, მათ შესახებ უნდა იცოდეს იმანაც, ვინც მედიცინის ზერელედ ცოდნის იმედით თვითონ გახდა თავისი თავის ექიმი და თვითმკურნალობას მიპყრობდა.

ჯანმრთელობა და კეთილზონიერება

უსიამოვნება წარმოიშობა არა იმიტომ, რომ ცუდს ვაკეთებთ, არამედ იმიტომ რომ ბოროტად ვუყენებთ კარგს.

ფრანგული ანდაზური თქმა

2000 წლამდე 14 წელი დარჩა. ფიქრობენ, რომ ამჟამად მცხოვრები ადამიანების 80 პროცენტზე მეტი მესამე ათასწლეულს შეხვდება. წმინდა ადამიანური თვალსაზრისით ეს საინტერესოა. სამედიცინო თვალსაზრისით — ლტოლვა სიცოცხლისადმი, სურვილი მისი გაგრძელებისა ისეთივე დარჩება ამ თარიღის შემდეგ, როგორც მანამდე იყო. ძნელი წარმოსადგენია, რომ ის, ვინც 2001 წელს მოკვდება, სიამოვნებით გააკეთებს ამას. აღმოჩენებს მედიცინაში, და არა მარტო მედიცინაში, მრგვალ თარიღებს არ უფარდებენ. ფილტვების ანთებით, ჩირქოვანი გართულებებით, სისხლის მოწამვლით დაავადებულმა მილიონობით ადამიანმა სიცოცხლე მოიპოვეს ანტიბიოტიკების წყალობით. პირველი ანტიბიოტიკი — პენიცილინი — მოველინა ქვეყანას ორმოციანი წლების დასაწყისში, ერთ ჩვეულებრივ დღეს.

ყოველ ჩვენგანში არის რაღაც ბავშვური. როგორც უკვე ვთქვით, ჩვენ ველოდებით სასწაულს, ველოდებით წამალს, რომელიც ყველა დაავადებისგან ერთბაშად გაგკურნავს. ვიმედოვნებთ, რომ ნაოჭები და სიბერის უძლურება ჩვენ არ შეგვეხება. ეს გასაგებია. მაგრამ შესრულება ამისა ძნელია. ამჟამად დღეგრძელობის პრობლემა მარტო იმას კი არ გულისხმობს, რომ სიცოცხლეს წლები მიემატოს, არამედ იმასაც, რომ წლებს მიემატოს სიცოცხლე. ეს კი ნიშნავს ჯანმრთელობას, აქტიურობას. შესაძლებლობას იმისა, რომ შეიგრძნო და ისარგებლო ცხოვრების სიკეთით.

უკანასკნელ წლებში ზოგიერთი ფუტუროლოგი და მეცნიერი ნაკლებ ოპტიმისტურად აფასებს ადამიანის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდის შესაძლებლობას 130-150 წლამდე. როგორც ამის შესახებ ამ ცოტა ხნის წინ წერდნენ. ფიქრობენ, რომ იმ შემთხვევაშიც კი, თუ შეძლებენ წარმატებით გაართვან თავი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და-

ავადებებს და ავთვისებიან სიმსივნეებს, სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაიზარდება საშუალოდ არაუმეტეს 7-10 წლისა. ყოველ შემთხვევაში ამის შესახებ ლაპარაკი იყო გერონტოლოგთა IX საერთაშორისო კონგრესზე. და მაინც, კარგი სოციალური პირობები, სამედიცინო მეცნიერების მიღწევები და მოფიქრებული დამოკიდებულება საკუთარი ჯანმრთელობისადმი — ყოველივე ამას ერთობლივად შეუძლია მიგვიყვანოს იქამდე, რომ ადამიანს შეეძლება იცოცხლოს დაახლოებით 90-100 წელი. მაგრამ, სამწუხაროდ, ეს მალე არ იქნება. როგორც ვარაუდობენ, სიცოცხლის ხანგრძლივობას საშუალოდ ერთი წელი რომ მიემატოს, ამისათვის საჭირო იქნება საზოგადოების 10-წლიანი პროგრესი და დიდი მატერიალური ხარჯი.

გამოკვეთილია ორი ძირითადი გზა სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად. ერთი — ეს გახლავთ სოციალურ-ეკონომიკური გარდაქმნები. ბრძოლა ავადმყოფობასთან და გარემოს სხვა არახელსაყრელ ფაქტორებთან. მეორე გზაა — აქტიური ჩარევა მოხუცების პროცესში, და ამ პროცესის მიმდინარეობის წარმართვა-შეცვლა პირველ ყოვლისა მოლეკულურ-გენეტიკურ დონეზე.

ნებისმიერ გარემოცვაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ყოველი ადამიანის გონიერი დამოკიდებულება საკუთარი ჯანმრთელობისადმი, მაგრამ არა პლატონური. აი, რა მიაშობო მწერალმა და ექიმმა პავლე ბელინმა. თურმე ერთხელ თავმჯდომარეობდა ნ. მ. ამოსოვის ლექციაზე, მეცნიერი საუბრობდა ჯანმრთელობის შენარჩუნების პრობლემებზე.

ლექციის შემდეგ პ. ბელინმა აუდიტორიას ორი კითხვა დაუსვა.

— ვინ ეთანხმება ახლახან მოსმენილ რეკომენდაციებს და თელის მათ მეცნიერულად დასაბუთებულად?

1200 დამსწრეთაგან არ ეთანხმებოდა მხოლოდ 16 ადამიანი.

— ვინ ფიქრობს, რომ ხვალის დანიშნებს ამ რეკომენდაციების შესრულებას?

28 ადამიანმა არ ჩათვალა თავი მზად ამ რეკომენდაციების შესასრულებლად.

ამის შემდეგ შესთავაზეს, რომ ის, ვინც დაიწყებდა მოცემული რჩევადარიგებების შესრულებას, აცნობებდა ამის შესახებ სამი თვის შემდეგ, მიიღეს სულ... 18 ბარათი.

ცნობილია მრავალი გამოკვლევა, რომელიც მოწმობს შეუსაბამობას იმას შორის რა ვიცით და რას ვაკეთებთ.

სხვადასხვა პუბლიკაციების მასალების მიხედვით, ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის მხოლოდ ერთ მესამედზე ნაკლები სისტემატურად მისდევს ფიზკულტურას, ხოლო 40 წლის ასაკის ზემოთ მხოლოდ 4 პროცენტილა

ჩრება. ჰარბი წონა აწუხებს მოსახლეობის 30 პროცენტს; თამბაქოს მწეველნი თითქმის 70 მილიონს შეადგენენ და ა. შ.

1982 წელს, ენეგვაში, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციაში მოვისმინე ლექცია მოსახლეობის სამედიცინო აღზრდის მეთოდების შესახებ. ხაზგასმით იყო ნათქვამი, რომ აუცილებელია ამა თუ იმ პრობლემის მიმართ ადამიანს აღუქმრათ ინტერესი ან შეშფოთება, დაუესაბუთოთ სამედიცინო თვალსაზრისი და შესაბამისი ინსტრუქცია მიეცეთ. თუმცა, შედეგს მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ველოდოთ. თუ მოსახლეობას პრობლემის შესახებ სისტემატურად შევახსენებთ. განა საოცარი არ არის სისტემატურად უნდა შევახსენოთ. რომ სჯობს ჯანმრთელად ყოფნა. ვიდრე ავადმყოფობა?! რა აზრი აქვს ამ „რაციონალურ, გონივრულ, წესრიგიან“ ცხოვრების წესს?

ამ საკითხის შესახებ მსჯელობენ ექიმი-კლინიკისტები და თეორეტიკოსები, სპორტსმენები და პედაგოგები, ჟურნალისტები და სოციოლოგები. თითქოსდა, ამან ხელი უნდა შეუწყოს პრობლემის მრავალმხრივ გაშუქებას. მაგრამ, სამწუხაროდ, ზოგიერთი სენტენცია კატეგორიული, წინააღმდეგობებით სავსე ან უბრალოდ მცდარია ხოლმე.

ინტერესს მოკლებული არ არის ფორმულა, რომელიც პროფესორმა ი. ფ. ზმანოვსკიმ გამოიყვანა: χ (ჯანმრთელობა) = r ემთკ/დთამ. ამ ფორმულაში r — ეს არის უნარი იმისა, რომ შეუგუო სიცოცხლს შენი საკუთარი რიტმი გარემოს რიტმს; ე-ემოციური გამძლეობა (ამტანობა); მ-მომართობითი აქტივობა; თ - თერმოგაქცევა; კ - რაციონალური კვება; დ - დაავადებანი; თ - თამბაქოს წევა; ა - ალკოჰოლიზმი. თავად ფორმულის ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს მის პირობითობას. მართლაცდა, უნარი საკუთარი რიტმების რეგულირებისა ან დაავადებათა წარმოშობა ყოველთვის როდია ადამიანის ნება-სურვილზე დამოკიდებული. რაც შეეხება მრიცხველისა და მნიშვნელის სხვა შემადგენელ კომპონენტებს, უმრავლეს შემთხვევაში მათი მართვა შესაძლებელია და განისაზღვრება იმით, რომ გარკვევით უნდა გვესმოდეს — ჯანმრთელობა უპირველეს ყოვლისა ყოველი ჩვენთაგანის საქმეა.

ამჟამად, ალბათ, არ არსებობს ადამიანი, რომელსაც ყური არ მოეკრას, რომ ავადმყოფობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა სულ ცოტა ოთხი რეკომენდაცია შეასრულო: იყო ფიზიკურად აქტიური, იკვებო რაციონალურად. თავი აარიდო მავნე ჩვევებს და დაზოგო ნერვული სისტემა. ბანალურად უღერს? შესაძლოა. მაგრამ სწორედ ამაში ხედავს დღევანდელი მედიცინა ყველაზე სწორ გზას ჯანმრთელობისა და დღეგრძელობისაკენ.

თანამედროვე ადამიანს „საქმიან უსაქმოს“ უწოდებენ. დიდი გონებ-

რივი და ემოციური დატვირთვის, გამუდმებული სიჩქარისა და მოუშთავ-რებელი საქმეების ფსიქოლოგიური ზემოქმედების ფონზე ის დიდხანს ზის თათბირებზე, სარგებლობს ტრანსპორტით, ლიფტით, ესკალატორით. იგი ცოტას მოძრაობს, სამაგიეროდ კარგად იკვებება. ადამიანი, ბუნებ-რივია, წონაში იმატებს და ამიტომ მოხარულია ტექნიკის ყოფაცხოვრება-ში დანერგვით.

პროფესორმა გ. ი. კოსიციმ აღნიშნა, რომ უკვე გაჩნდა ტანსაცმ-ლის და ფეხსაცმლის საწმენდი ელექტროაპარატები, კბილის ელექტრო-აპარატები. თუ დროზე არ შევჩერდით, გაჩნდება ელექტროაპარატებიც საქ-მლის დასაღწად და ავტომატური მოწყობილობა წიგნის გადასაფურ-ცლად. „ცივილიზაციის ბრწყინვალეობა“ შეიძლება „ჯანმრთელობის სი-ლატაკედ“ შემოგვიტრიალდეს.

ფიზიკური ჰიპოდინამია ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია ნივთიერე-ბათა ცვლის დარღვევისა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და საქმლის მომ-ნელებელ ორგანოთა დაავადებისა, ნერვული სისტემის არასაკმარისი „გამძლეობისა“.

ამიტომ, მოძრაობითი აქტივობის სარგებლობა ამ დაავადებათა თა-ვიდან აცილების საქმეში, უეჭველად დიდია. მაგრამ როდესაც ფიზიკური კულტურისა და სპორტის პროპაგანდას ვეწევი, არ უნდა დაგვაფიქვადეს, რომ ზემოქმედებს ეს ძლიერი საშუალებანი უნდა გამოვიყენოთ ინდი-ვიდუალურად, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით.

ბევრ ნაბეჭდ გამოცემაში მოყვანილია ვარჯიშთა კომპლექსი, რომე-ლიც რეკომენდებულია ერთ-ერთი პატივცემული მეცნიერის მიერ. ამ კომპლექსში შედის ვარჯიში, რომელიც გულისხმობს ადგილზე ხტუნვას. თითო ფეხზე 100-ჯერ, ზურგზე დაწოლილი ორივე ფეხის აწევას მენჯთან ერთად 100-ჯერ და სხვა. იბადება კითხვა: რატომ 100-ჯერ და არა 75-ჯერ ან 120-ჯერ? ზოგიერთმა მკითხველმა ციფრებს უფრო მიაქცია ყურადღე-ბა, ვიდრე იმ გარემოებას, რომ ნებისმიერი ფიზიკური ვარჯიში უნდა შე-ესაბამებოდეს მისი ორგანიზმის შესაძლებლობებს და დატვირთვა თან-დათანობით უნდა ემატებოდეს.

მრავალმა მკითხველმა ანალოგიურად აღიქვა ჰარტ ჰილმორის წიგნი „სირბილი სიცოცხლისათვის“, რომელიც რამდენჯერმე გამოიცა რუსულ ენაზე.

საკითხი იმის შესახებ, რომ ძუნძულით სირბილი არის სრულიად გან-სხვავებული, თითქმის ყველა დაავადების მკურნალობის მეთოდი, სრუ-ლიად მოულოდნელად იქცა პრობლემად. თავს უფლებას მივცემ ამ სა-კითხთან დაკავშირებით მოგაწოდოთ რამდენიმე ფრაგმენტი ცნობილი

თერაპევტიკისა და სპორტული მედიცინის სპეციალისტის პროფესორ ა. გ. დემბოს გამოსვლიდან.

დღეს, ალბათ, არ არსებობს ოჯახი, დაწესებულება, სადაც არ ლაპარაკობენ ძუნძულით სირბილის თაობაზე. საუბარი თითქმის ყოველთვის იწყება მკათიოდ გამოხატული პოზიციით: „ძუნძულით სირბილი პროგრესული მოვლენაა და ყოველი საღად მოაზროვნე ადამიანისათვის ნათელია რომ ეს ასეა“. იმათ კი, ვინც გაბედავს და მცირედენ ექვს გამოთქვამს ამ მეთოდის სამკურნალოდ გამოყენების მიზანშეწონილობაზე, ალბათ იმეორებენ კონსერვატორთა რიცხვს, რომელთაც მიზნად დაუსახავთ ადამიანთა ჯანმრთელობის გაკაცების დამუხრუჭება.

სირბილით გატაცება ისეთი საყოველთაო მოვლენა გახდა, რომ ამ საკითხში საჭიროა ზედმეტი ემოციების გარეშე, ობიექტურად გავერკვეთ.

პირველ ყოვლისა, ერთმანეთისაგან უნდა გავმიჯნოთ კარდინალურად განსხვავებული ორი საკითხი.

პირველი — სირბილი, ჯანმრთელი ადამიანის ფიზიკური აქტიურობის საშუალება, ერთ-ერთი ვარიანტი ამ აქტივობისა, ისეთივე როგორცაა ცურვა, ფრენბურთი, თხილამურებით სრიალი და სხვა.

მეორე — სირბილი, ეს არის მკურნალობის საშუალება სრულიად განსხვავებული სნეულებებით — პირველ რიგში კი გულ-სისხლძარღვთა სისტემით დაავადებულთათვის.

პირველ შემთხვევაში სირბილის გამოყენება პრობლემას არ წარმოადგენს.

ნებისმიერ ჯანმრთელ ადამიანს, რომელიც ისწრაფვის ფიზიკური აქტივობისაკენ და სურს თავიდან აიცილოს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებანი, შეუძლია ირბინოს, იხტუნოს, იცურაოს და ა. შ. იმისდა მიხედვით, თუ რა უფრო მოსახერხებელია მისთვის, და ამის გაკეთება ნებისმიერ ასაკში შეიძლება, მაგრამ ასეთ შემთხვევაშიც კი აუცილებელია წინასწარ ეჭმთან გასაუბრება, რათა თავიდან ავიცილოთ ზედმეტი დატვირთვა. კარგადაა ცნობილი, რომ ფიზიკური დატვირთვა ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკის საშუალებაა, მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი გადაჭარბებული არ არის. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლოა გაზარდოს კიდევ სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზული ცვლილებების შესაძლებლობა.

სწორედ ამისკენ, ე. ი. ჯანმრთელ ადამიანთა მოძრაობითი აქტივობისაკენ მოუწოდებს ჰარტ ჰილმორის წიგნი „სირბილი საცოცხლსათვის“. წიგნი, რომელმაც ბიძგი მისცა სირბილის ეპიდემიის გავრცელებას უკვე არა სიცოცხლისათვის, არამედ ყველანაირი დაავადებისაგან განსაკურნავად...

ალბათ, ამავე ტენდენციის მქონე ანალოგიური წიგნი არანაკლები წარმატებით შეეძლო დაეწერა ნებისმიერი სხვა სახეობის სპორტსმენს, მაგალითად, მოცურავეს ან მოთხილამურეს, და ამით სპორტის თავისი სახეობის პროპაგანდა გაეწია. როგორც ცნობილი ვახდა, ერთ-ერთმა გამომცემლობამ უკვე შეიტანა გეგმაში გამოსაცემად ამგვარი წიგნი ცურვის შესახებ სახელწოდებით „სიცოცხლე წყალზე“. არ არის გამორიცხული, რომ მალე ყველა — ჯანმრთელიც და ავადმყოფიც — ცურვას დაიწყებს. გამომხდებიან, რა თქმა უნდა, შესაბამისი „წინასწარმეტყველნიც“.

ერთმა ექიმმა ხომ გამოაქვეყნა სტატია, რომელიც ამტკიცებს, რომ სირბილი ან სპორტის რომელიმე სხვა სახეობა კი არა, ცურვაა მთავარი. წყალი არა მარტო კურნავს ყველა დაავადებისაგან, არამედ, რაც ყველაზე არსებითია, ცურვის დროს ადამიანის ორგანიზმი იღებს უანგზადის — „ამ შეუცვლელი ცხოვრების ელექსირის“ — ორჯერ მეტ რაოდენობას, როგორც პათეტიკურად წერს ავტორი. მართალია, გაუგებარია, სად შედის უანგზადის ასეთი რაოდენობა, ვინაიდან ადამიანის არტერიული სისხლის უანგზადით ნორმალური გაჭერება 96-98 პროცენტს შეადგენს. მეტი უანგზადი სადღა უნდა დაეტიოს. ამის შესახებ ავტორი არაფერს გვამცნობს, ისევე როგორც იმის შესახებ, რისთვის სჭირდება, საერთოდ, ადამიანს უანგზადის ასეთი რაოდენობა. მაგრამ ამას, როგორც ჩანს, მნიშვნელობა არა აქვს — მთავარია, წყალში იყოს ადამიანი. ავტორისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ნებისმიერი მეთოდით, ნებისმიერი ხერხით, ისე რომ იგნორირებულია ელემენტალური ფიზიოლოგიური და ლოგიკური კანონები, დაამტკიცოს — ცურვა სასარგებლოა ყოველგვარი სენით და ავადებულთათვის.

ამგვარი არგუმენტებით, ალბათ, შესაძლებელია იმის დამტკიცებაც, რომ სასარგებლოა მკურნალობა ქიდაობით, ფიგურული სრიალით, ტრამპლინიდან ხტომით და სხვ.

იქმნება შთაბეჭდილება, რომ უკანასკნელ წლებში მოდად იქცა აერობიკით გატაცებაც და ბევრმა დაიწყო ვარჯიში ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ორგანიზმის ფუნქციური შესაძლებლობის გაუთვალისწინებლად. მე მინახავს მკვეთრად გამოსახული სიმსუქნით, აწეული არტერიული წნევით, ხერხემლისა და სახსრების დაზიანებით დაავადებული ადამიანები... ისინი თავს ძალას ატანენ, არავეითარ განსაკუთრებულ სიამოვნებას არ გრძნობენ, და მაინც მისდევენ მათთვის აშკარად მიუღებელ ვარჯიშს, ცდილობენ ჭეინ ფონდასავით ტანწერაწეტი გახდნენ. მოდად იქცა სკეიტბორდი, ბრეიკ-დანსი.

ყოველი ეს ანალოგიური ხომ არ არის სოდის აბაზანებით და კარხლის წვენით, ნოვოკაინის ნემსებითა და ჰულა-ჰუპით გატაცებისა?

...უებრუნდები ძუნძულით სირბილს და უნდა აღენ-შნო, რომ მასთან დაკავშირებული საკითხი უფრო რთულია: სირბილი მართლაც შედის ერთმანეთისგან განსხვავებული დაავადებების სამკურნალო ფიზკულტურის სხვადასხვა კომპლექსში, მაგრამ ამ შემთხვევაში სირბილის დოზირება, მისი „მართვა“ მედიცინის თვალსაზრისით კომპეტენტური ადამიანების ხელთაა. ხოლო როცა სირბილს დაიწყებს ნებისმიერი ავადმყოფი, წაქეზებული ისეთი საგაზეთო სათაურებით, როგორცაა: „პანაცეა საუკუნის სენისაგან“, „მკურნალობა უწამლოდ“, „შენ ხარ შენი თავის ექიმი და დამრიგებელი“ და სხვა, თავისი არსით მედიცინის მიმართ უპატივცემულობის ამგვარმა პროპაგანდამ შესაძლოა დიდი ზიანი მოიტანოს. განა არ არის ცნობილი შემთხვევები, როცა „სირბილით ინფარქტისაგან“ „ინფარქტთან მიიბრინეს“. ასე, მაგალითად, ოცკილომეტრიანი სირბილის შემდეგ გულის კუნთის ინფარქტისაგან გარდაიცვალა სირბილის დიდი მოყვარული და პროპაგანდისტი კიეველი პროფესორი ვ. ნ. ანალოგიურ შემთხვევებს ჰქონდათ ადგილი სპორტსმენთა შორისაც კი, რომელთაც ვერ მოზომეს თავიანთი შესაძლებლობანი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და დატვირთვა.

ერთ-ერთ სპორტულ გამოცემაში დაბეჭდილია სტატია მკითხველისა, რომელმაც აიძულა მამამისი ძუნძულით ერბინა თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შემდეგ. როდესაც მამამისი უარესად შეიქნა, ვაჟი უმაღლეს მიხედვად მიხეზს: მამა ცოტას დარბოდა, უფრო მეტი უნდა ერბინა...

ძუნძულით სირბილის გარშემო შექმნილი ალტაცებული აჟიოტაჟის პირობებში ისეთი პუბლიკაციებიც გვხვდება, რომელიც ეწინააღმდეგება თვით საღ აზროვნებასაც კი. ასე მაგალითად, რამდენიმე წლის წინ გამოვიდა წიგნი „სირბილი — ჩვენი მეგობარი“. მისმა ერთ-ერთმა ავტორმა განცვიფრებულ მკითხველს მოუთხრო იმის შესახებ, რომ თურმე ძუნძულით სირბილის წყალობით ოთხმა კიბოთი დაავადებულმა „წარმატებით გაიარა მკურნალობის ჩვეულებრივი კურსი და ამჟამად აბსოლუტურად ჯანმრთელნი განაგრძობენ სირბილით ვარჯიშს“. სხვა ავტორი ამჟამად წიგნში გვამცნობს, რომ ძუნძულით სირბილით მკურნალობენ ავადმყოფები, რომელთაც „უწინ ჰქონდათ გულის, სისხლძარღვებისა და ტვინის არტერიების დაცობა, ინფარქტი და სისხლჩაქცევა. ამჟამად ყველანი კარგად გრძნობენ თავს და არავითარ მედიკამენტებს არ იღებენ“. ამგვარი ოპუსების პუბლიკაციას არათუ სარგებლობა მოაქვს, არამედ სახელს უტეხს ფიზიკურ აქტივობას, მათ რიცხვში ძუნძულით სირბილსაც, რომელიც პროფილაქტიკური საშუალებაა და რეკომენდებულია ჯანმრთელი ადამიანებისათვის.

ისინი, ვინც ოუნძულით სირბილს ქადაგებენ, სხვათა შორის აღნიშნავენ, რომ სირბილი უკეთესია, ვიდრე ცურვა ან სათხილამურო სპორტი, ვინაიდან სირბილი ყველგან და ყოველთვის შეიძლება. თუმცა ეს თეზისიც საკამათოდ მეჩვენება. არ უნდა დაგვავიწყდეს, დიდ ქალაქებში პაერი საკმაოდ დაბინძურებულია, ხოლო პაერის გაწმენდის პრობლემა ჯერ კიდევ როდია გადაჭრილი. სირბილის დროს ფილტვებში მოხვედრილი პაერის ჩაოდენობა მატულობს, ამასთანავე იზრდება მისი მავნე მინარევების ზემოქმედებაც. ამიტომაც არ არის სულერთი სად დარბის ადამიანი — ქალაქის ქუჩებში თუ ფიქვნარში.

ჩვენ ექიმები მოუწოდებთ ფიზიკური აქტივობისაკენ, მაგრამ ეს იმას როდი ნიშნავს, რომ მხოლოდ ძუნძულით სირბილით შემოვიფარგლოთ. სიარული, ცურვა, თხილამურები, სპორტული თამაშობანი არანაკლებ სასარგებლო და ეფექტურია, თუკი გონივრულად მოვეკიდებით.

ზოგჯერ თავში მწვალებლური აზრიც კი მომსვლია: იქნებ, ძალიან ბევრს დავრბივართ? ჩვენს მშფოთვარე საუკუნეში უფრო სასარგებლო ხომ არ იქნებოდა ჯანმრთელობისათვის, განსაკუთრებით ნერვული სისტემისათვის, ფეხით სიარული გვესწავლა?..

ფიზიკური კულტურა, სპორტი და ფეხით სიარული საჭიროა, მაგრამ არანაკლებ ყურადღებას მოითხოვს რაციონალური კვება. ძირითადი, რაც ჩვენ, მედიკოსებს გვალელებს ამ საკითხთან დაკავშირებით, როგორც ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, არის იმ ადამიანთა რიცხვის ზრდა, ვისაც ჰარბი წონა აწუხებს. რაციონალური კვების პრობლემა იქნებ საგანგებო საუბრის თემაც კი გახდეს. მე მხოლოდ ის მინდა აღვნიშნო, რომ კვება უნდა შეესაბამებოდეს სხეულის წონასა და გახარჯულ ენერჯიას.

ძველი ბერძნები სიტყვა „დიეტას“ უფრო განსხვავებული აზრით წარმოთქვამდნენ, ვიდრე ჩვენ. დიეტაში ისინი გულისხმობდნენ რაციონალური კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ერთიანობას. კარგადაა ცნობილი, რომ ჰარბი წონიანი ადამიანები გაცილებით უფრო მიდრეკილნი არიან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ნაღვლმდენი გზების დაავადებებისადმი, შაქრიანი დიაბეტისადმი და სხვა.

ძველბერძენი პოეტი თეოგნიდე ჯერ კიდევ ჩვენს წალთალრიცხვამდე VI საუკუნეში წერდა: „ზომაზე მეტმა სიმამლრემ უფრო დალუპა ადამიანები, ვიდრე შიმშილმა“. უკანასკნელ წლებში გამოქვეყნდა პუბლიკაციები, რომელთა თანახმად სიმსუქნემ და ამით გამოწვეულმა გართულებებმა ორჯერ მეტი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა, ვიდრე ავთვისებიანმა სიმსივნეებმა.

არსებობს ვარაუდი, რომლის მიხედვითაც ადამიანის სიცოცხლის ხა-

ნგრძლივობა იმდენად მცირდება, რამდენადაც მისი მუცლის გარშემოწერილობა აღემატება გულმკერდის გარშემოწერილობას. ამიტომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში სიცოცხლის დაზღვევის მსურველთ სხეულის წონის ყოველ ზედმეტ კილოგრამზე დამატებით საფასურს ახდენენ.

სამწუხაროდ. რაციონალური კვების თაობაზე უკანასკნელ ათწლეულებშიც კი მოსახლეობას აწვდიან ერთმანეთის საწინააღმდეგო რეკომენდაციებს, რასაც ეტყობა ბევრი ჩვენთაგანის, მედიკოსის, კატეგორიული პოზიციით.

თავისი სარგებლობით მეტად საეჭვო ფილმის „ინდოელი იოგები. ვინ არიან ისინი?“ ჩვენების შემდეგ, მე და ჩემს კოლეგებს გვეკითხებიან, ხომ არ არის ყველაზე რაციონალური ვეგეტარიანული საკვები. მეცნიერული თვალსაზრისით ამგვარი რეკომენდაცია ცალმხრივია. ჩვენ არ ვამბობთ. რომ ერთიანად უნდა უარვყოთ ყველაფერი, რაც იოგებთან არის დაკავშირებული. ალბათ, არის რაციონალური მარცვლი ფიზიკური აღზრდის რძათებურ სისტემაში. მაგრამ არ არის საჭირო მისი გადაქარბებით შეფასება.

უბრუნდები რაციონალური კვების პრობლემას და მინდა აღნიშნო, რომ აღანიანს სჭირდება მრავალფეროვანი საკვები, არა მხოლოდ მცენარეული. არ უნდა შევიზღუდოთ თავი დიეტით, მხოლოდ იმიტომ, რომ ესა თუ ის საკვები მავნებელია და ამავე დროს დავივიწყოთ, რომ სასარგებლო ნივთიერებებსაც შეიცავს. ბოლოს და ბოლოს. რაოდენობრივი მხარეა ძირითადი. ჯობია ცოტა ნაკლები ვჭამოთ, ვიდრე გადავაჭარბოთ. ვენციელმა ლ. კორნარომ 101 წელი იცოცხლა და ამტკიცებდა: „ვინც ცოტას ჭამს, ის ბევრს ჭამს“, მე ვიტყვოდი — დიდხანს ჭამს.

როცა ვლაპარაკობთ ჭარბ წონასთან ბრძოლაზე, უნდა დავიცვათ რამდენიმე წესი. ბავშვები ზედმეტად არ უნდა ვკვებოთ, არ ვიხმაროთ სანელებლები, რომლებიც მადას აცხოველებს, უფრო მეტი ცილოვანი საკვები უნდა მივიღოთ, რათა გააქტიურდეს ნივთიერებათა ცვლა. შევზღუდოთ ნახშირწყლების მიღება (პირველ რიგში პურის, მაკარონის, კარტოფილის, ტკბილეულის). რომელიც ყველაზე მეტად უწყობს ხელს ჭარბი წონის მატებას. შეეციაში რესტორნებსა და სასადილოებში (სტუდენტურშიც კი, არადა ახალგაზრდებში იშვიათად შეხედებით სიმსუქნის შემთხვევებს) ახალ პურთან ერთად მოაქვთ გამომშრალი პური, შაქართან ერთად — სახარინი. ასე. ამ გზით, ბევრი ლაპარაკისა და მოწოდებების გარეშე აჩვევენ მოსახლეობას ნაკლები ნახშირწყლების მიღებას. მინდა შევნიშნო, რომ ამ ზომებს იღებენ არა იმიტომ, რომ შვედებს საგანგაშო მდგომარეობა აქვთ. პროფესორმა ჰუნარ ბირკემ, ვისთანაც მომიწია ამ თემაზე საუბარმა, აღნიშნა, რომ შვედი ქალები საშუალოდ 2-3 კილოგ-

რამით მეტს იწონიან, ვიდრე საჭიროა, და ამაში დიდი ბრალი მიუძღ-
ვით... სარეცხ მანქანებს, რომელთა გამოჩენამ შეამცირა ქალების ფიზი-
კური დატვირთვა.

ბევრი იმედს ამყარებს სამკურნალო პრეპარატებზე, რომლებიც მა-
დას აქვეითებენ, მაგრამ ვფიქრობ, ისინი ისეთივე „პერსპექტიულები“
არიან, როგორც „უებარი“ საშუალებანი თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდე-
გოდ, რომლებიც დრო და დრო გამოჩნდება ხოლმე. უეჭველია, ამ საქმე-
ში გადამწყვეტი როლის შესრულება შეუძლია და უნდა შეასრულოს კი-
დეც ნებისყოფამ და სურვილმა, მოიშორონ ზედმეტი წონა. თუკი ამ მის-
წრაფებას განმტკიცება სჭირდება, „სამკურნალო საშუალებებიდან“ გირ-
ჩევდით სარეცხ, ნაბიჯზომსა და სახლის სასწორს. ამასთანავე ეკვი არ
უნდა შეიტანოთ სასწორის სიზუსტეში — ეს მოვლენა კი ამ ბოლო დროს
შეინიშნება მანდილოსანთა შორის, ისინი სასწორის უზუსტობას აბრალებ-
ბენ ქარბ წონას და არა თავიანთ მადას. რაციონალურია პროდუქტებზე
მათი კალორაჟის აღნიშვნა, რაც კარგა ხანია მიღებულია ბევრ ქვეყანაში.

ახლა რამდენიმე სიტყვა იმის შესახებ, თუ რა ზიანს ვაყენებთ ჩვენ
თავს ჩვენ თვითონ.

ამერიკული ჟურნალის Prevention-ის 1978 წლის ერთ-ერთ ნომერ-
ში გამოქვეყნდა სტატია ყურადსაღები სათაურით: „საქმის ვითარება აქ
და იქ“. საუბარია ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედ უარყოფით ფაქტორ-
რებსა და მათთან ბრძოლაზე შეერთებულ შტატებსა და საბჭოთა კავშირ-
ში. სტატია პრობლემური ხასიათისა არ არის, იგი შეიცავს მცდარ და გუ-
ლუბრყვილო შეხედულებებს, მაგრამ ზოგიერთ საკითხში ავტორი სწო-
რია. შეერთებულ შტატებში მცირდება მწვეველთა რიცხვი, განსაკუთრე-
ბით უფროსი ასაკის წარმომადგენელთა შორის. ვერც იმაზე შეეკამათები
ავტორს, რომ ჩვენს სუფრებზე ყურადღებით ადევნებენ თვალს, რათა
ყველამ დაცალოს სირჩა თუ ბოკალი — უნდა თუ არ უნდა, შეუძლია თუ
არ შეუძლია.

თუმცა შეერთებულ შტატებშიც, ტელეკომპანია ეი-ბი-სი-სა და
გაზეთ „ვაშინგტონ პოსტის“ ერთობლივი გამოკვლევების მონაცემებით,
ალკოჰოლურ სასმელებს ეტანება 18 წლის ასაკს აცილებულ ამერიკელ-
თა ორი მესამედი, ხოლო უფროსი ასაკის მოსახლეობის 33 პროცენტს
აწუხებს ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების სხვადასხვანაირი შედეგი.
მაგრამ ეს იმათი პრობლემაა და ჩვენ საქმეს არ გვიოილებს.

1985 წელს სკკპ ცკ-მა მიიღო ცნობილი დადგენილება ლოთო-
ბისა და ალკოჰოლიზმის წინააღმდეგ ბრძოლის ღონისძიებათა შესახებ. ამ
პრობლემამ სერიოზული ხასიათი მიიღო. ადრე მოწოდებული ღონისძი-
ებანი არასაკმარისად ქმედითად არის მიჩნეული. მთელი ჩვენი საზოგადოე-

ბის, და განსაკუთრებით მედიკოსების წინაშე სავსესხისმგებლო ამოცანები დგას. ძალზე მნიშვნელოვანია ალკოპოლიკების მკურნალობის ეფექტური საშუალებების შემდგომი ძიება. კიდევ უფრო აქტუალურია, ალკოპოლიზმის თავიდან აცილება.

მასხენდება ერთ-ერთ ცენტრალურ გაზეთში გამოქვეყნებული სტატია. მასში მოთხრობილი იყო, თუ როგორ მოინახულეს ერთი ალკოპოლიკი სახლში აღმზრდელითი მიზნით, მრავალი მაგალითი დაუსახელეს ალკოპოლის ბოროტად გამოყენებისა და მისი შედეგებისა. მერე ჰკითხეს, წაუკითხავს თუ არა ამის შესახებ გაზეთებში. პასუხი დაახლოებით ასე ჟღერდა: „გაზეთი მე მხოლოდ ქაშაყის შესახებ ვად მჭირდება“. ის ვინც ლუდისთვის რიგში დგას, ერთ ადგილზე ტოკავს ან ხმაჩახრინწული მოითხოვს მიჰყიდონ ჰიგიენური ოდეკოლონი (ნაბახუსევზე დასაღვევად), არ უყურებს გადაცემებს ჟანმრთელობაზე და არც ლექციას უსმენს ლოთობის მავნეობაზე.

რა თქმა უნდა, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მიზანში მოხვედრილ, დამაჩერებელ სამედიცინო პროპაგანდას. მთავარია სწორად მიუდგე თითოეულს, რათა დაიცვა ადამიანები ყველა იმ უბედურებისაგან, რაც კოსდევს ალკოპოლური სასმელების ბოროტად გამოყენებას.

ალკოპოლიზმი ანადგურებს ინტელექტს, იწვევს პიროვნების დეგრადაციას, ღვიძლისა და გულის დაავადებას, დამტკიცებულია, რომ დამღუპველად მოქმედებს შთამომავლობაზე. ისიც უნდა დაუვმატო, რომ ალკოპოლი აქვეითებს სქესობრივ პოტენციას, და ეს ახალი ამბავი არ არის. მაგრამ ამ ამბავს მორცხვად არ უნდა წავუყურეთ. საკმარისია რაც ჩამოვთვალე? მე ვფიქრობ სრულიად საკმარისია იმისთვის, რომ თითოეული დაფიქრდეს, რა „პერსპექტივა“ ელოდება ორგანიზმს სპირტიანი სასმელების წყალობით.

თუმცა, მხოლოდ შიში არ უშველის საქმეს. ძველ რომში არსებობდა საგანგებო სენატორის თანამდებობა, რომლის ფუნქციას შეადგენდა უგონო მდგომარეობამდე დათრობა და შემდეგ ქუჩებში ლოთობის უმგანოების დემონსტრირება. ძველი ბერძნები გაუზავებელ ლეინოს (მ-10 გრადუსი!) მხოლოდ მონებს ასმევდნენ, თავად კი წყლით აზავებდნენ და ისე მიირთმევდნენ. ჩინეთში ოდითგან დათრობა საკუთარი თავის, ახლობლების, მეზობლების და ნაცნობების შერცხვენას ნიშნავდა. ცნობილია სხვადასხვა დროის რუს მეცნიერთა და კულტურის მოღვაწეთა მრავალრიცხოვანი გამონათქვამები, რომლებიც ებრძოდნენ და კიცხავდნენ ლოთობას. ალკოპოლის ბოროტად გამოყენებას უნდა დაუპირისპიროთ ადამიანის ღირსება და პატიოსნება. ლოთებს უნდა შეუქმნათ შეუროგებლობის, გაკიცხვის და ოსტრაკიზმის ატმოსფერო. მნიშვნელოვანია ის გარე-

მოება, რომ ალკოპოლიზმთან ბრძოლა მთელი საზოგადოების, ყოველი ჩვენთაგანის საქმე უნდა გახდეს.

ვფიქრობ, რომ თამბაქოს წვევასთან ბრძოლაში ზოგჯერ ზომაზე მეტ გულმოდგინებას ვიჩენთ, რაც უკუჩვენებას იძლევა. რას აღარ აბრალებენ ნიკოტინს! ბევრი ეწევა თამბაქოს და სულაც არ აწუხებს ყველა ის სნეულება, რაც აღწერილია სამედიცინო ენციკლოპედიებში.

ყველა მოვლენას თუ საგანს თავისი სახელი აქვს. იმის მიუხედავად, რომ ვარკვეული რაოდენობის ნიკოტინი ცხენს კლავს (ამას ხშირად იხსენებენ), ნიკოტინი — უეჭველად შხამია, მაგრამ თამბაქოს წვევასთან მყარად არის დაკავშირებული მხოლოდ განსაზღვრული დავადებანი: ფილტვების კიბო, გულის ანგინა, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ფეხის სისხლძარღვთა დაზიანება.

როგორც აშშ კონგრესის ერთ-ერთმა ქვეკომიტეტმა დაადგინა /1985 წლის მონაცემებით/, თამბაქოს წვევით გამოწვეული დავადებების მკურნალობაზე ყოველწლიურად იხარჯება 22 მილიარდი დოლარი. მწვეველები საშუალოდ 17 წლით აღრე კვდებიან. ამერიკელებმა ეგმ-ზე გამოთვალეს და სიცოცხლის დაზღვევისას მწვეველებს საშუალოდ 15 პროცენტით მეტს ახდევინებენ დაზღვევის პოლისში, ვიდრე იმათ, ვინც არ ეწევა.

ისევე. როგორც ნებისმიერი სხვა დაავადებებისას, თამბაქოს წვევის პროფილაქტიკა ბავშვობიდან უნდა დაეწყოთ. უფრო დასაბუთებული უნდა გახდეს მუშაობა ახალგაზრდობასთან, უნდა დავუშსევრიოთ წარმოდგენა იმის შესახებ, თითქოსდა დამოუკიდებლობა და თამბაქოს მოწევა — სინონიმებია.

სიტყვამ მოიტანა და, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით (1979), მთელ რიგ ქვეყნებში (შვეიცია, დიდი ბრიტანეთი) იმ ადამიანთა რიცხვი, ვინც თამბაქოს თავი დანება, ყოველწლიურად იზრდება. ამასთან 9/10 ეს გააკეთა რაიმე საგანგებო საშუალების გამოყენების გარეშე.

აუცილებელია უფრო ღრმა ფსიქოლოგიური და სოციოლოგიური გამოკვლევები, რომლებიც ახსნიდა, რატომ იზრდება თამბაქოს მწვეელი ქალებისა და იმ ქალების რიცხვი, ვინც ბოროტად იყენებს ალკოპოლურ სასმელებს. ეს ტენდენცია მთელ მსოფლიოში შეინიშნება, მაგრამ დასაბუთებული ახსნა-განმარტება ჯერ ვერაფერს მონახა.

...ჩვენ, მედიცინის მუშაკები, მოუწოდებთ ადამიანებს ზომიერებისაკენ. ეს მოწოდება საფუძვლიანია. მაგრამ როდესაც რაციონალური ცხოვრების წესს ვჭადაგებთ, უნდა მივდიოთ მტკიცებად ფაქტებს. ბოროტად არ უნდა გამოვიყენოთ კეთილგონიერება.

ს. შენკმანმა აღწერა ფიზიკოსი, რომელიც გატაცებული იყო გაჯან-

საღების არასტანდარტული მეთოდებით. აკეთებდა ათლეტურ ტანვარჯიშს და ავტოგენურ ვარჯიშს, სუნთქავდა ბუტეკოსა და ღურმანოვის მიხედვით, იკეთებდა ზალიმანოვის სკიპიდრის აბაზანებს და უმად ჭამდა ყველაფერს. იცოდა მუმბოს, ქაცვის, ენ-შენისა და ღინდგელის თვისებები და მოქმედება. ისმენდა ლექციებს ტელეპათიასა და ტიბეტური ჩხვლეტით მედიცინის შესახებ. ეურავდა მორჩებთან ერთად. აპირებდა ნემსით თერაპიის დაწყებას...

მართლაცდა, თუკი მისდევ იოგების სისტემას, ისწავლი თავზე დგომას, ლურსმნებზე ძილს, ალუთქვამ უქორწინობას, ამასთან ერთად პერიოდულად დიდი ხნით იშიმშილებ, იქნებ გაიხანგრძლივო კიდევ სიცოცხლე გარკვეული ხნით. მეცნიერულად დასაბუთებული სტატისტიკა შესაბამისი დამამტკიცებელი ფაქტებით, მართალი ვითხრათ, ჩემთვის უცნობია. მაგრამ ეჭვს არ იწვევს ის გარემოება, რომ ამ შემთხვევაში ცხოვრებას თავისი ელფერი ეკარება.

ნეკროზი – საუკუნის სენი?

... „ნეკროზი“ ამბობენ. როცა ადამიანი ცუდად ვრძნობს თავს. მაგრამ საქმე ის არაა, რომ არენაზე ხარო ნეკროზიკა. მინდორნი კი — ჩამრთელი ყმაწვილა.

ე რ ნ ე ს ტ ჰ ე მ ი ნ გ უ ე ი

წინა თავში ვისაუბრეთ იმაზე, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ნერვული სისტემის დაზოგვა ჭანმრთელობის შესანარჩუნებლად და ხანგრძლივი სიცოცხლისათვის.

ნეკროზების წარმოშობას ერთი განზომილება როდი აქვს. ის მრავალპლანია, ისევე როგორც თვით ცხოვრება. მაგრამ მათი თავიდან აცილება ეს გახლავთ მრავალი სხვა დაავადების პროფილაქტიკა და ერთ-ერთი ყველაზე არსებითი რგოლი სიცოცხლის გახანგრძლივების პრობლემაში.

ყველა ეპოქას, როგორც ცნობილია, თან სდევს თავისი, მისთვის დამახასიათებელი დაავადებანი. ერთ-ერთი უცხოელი ავტორი აღნიშნავდა, რომ შუა საუკუნეებში სჭარბობდა შავი ჭირი და კეთორი. რენესანსისათვის დამახასიათებელი იყო სიფილისი. ბაროკოს ეპოქაში წინა პლანზე გადმოინაცვლა, ერთი მხრივ პარტახტიანმა ტიფმა და სურავანდმა, როგორც

მდაბიოთათვის დამახასიათებელმა დაავადებებმა, ხოლო მეორე მხრივ, ნიკრისის ქარმა და იპოქონდრიამ, როგორც „არისტოკრატიულმა“ დაავადებებმა. რომანტიზმის პერიოდისათვის დამახასიათებელია ტუბერკულოზი. მეოცე საუკუნემ წარმოშვა ნევროზები.

„XX საუკუნის მსოფლიო ხალხთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ მიმოხილვაში (1984) ნაჩვენებია, რომ 1900-1983 წ. წ. პერიოდში მსოფლიოში ფსიქიკურ დაავადებათა სხვადასხვა ფორმათა რიცხვმა იმატა 6, 7, ხოლო ნევროზებმა — 40,6-ჯერ. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის „ჯანმრთელობის დაცვის შექვეყნებში“ /1980/ მონაცემებით, ბევრ ქვეყანაში ესა თუ ის ფსიქიკური გადახრები /მსუბუქით დაწყებული მძიმე ფორმებით დამთავრებული/ აწუხებს ყოველ მეხუთე ადამიანს. ამავე დროს შეინიშნება XX საუკუნის მეორე ნახევრისათვის აშკარად შესამჩნევი ადამიანების ქრონიკული გონებრივი გადატვირთვა და მასთან დაკავშირებული დეპრესიულ მდგომარეობათა ზრდის შემთხვევები. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ცოდნის მოცულობის მკვეთრ ზრდას, როცა თანამედროვე ადამიანი იძულებულია აითვისოს იგი /მეხსიერების გადატვირთვა/, ყოველდღიური ცხოვრების ტემპის აჩქარებას, ცხოვრებისეული სიტუაციების ცვალებადობის გაზრდილ დინამიკას, სწავლის პერიოდის გახანგრძლივებას, თანამედროვე ადამიანების ერთმანეთთან კონტაქტების რაოდენობის მნიშვნელოვან ზრდას. ტვინი შეუმზადებელი აღმოჩნდა თანამედროვეობის ამ დატვირთვებისათვის, ამ ტემპების, რიტმებისა და სიჩქარეებისათვის. ერთ-ერთმა ფსიქიატრმა აღნიშნა, რომ გამუდმებული დაღლა უფრო ნალდი ნიშანია დეპრესიისა, ვიდრე სევდა და პესიმიზმი. დასავლეთგერმანულმა ეურნალმა „შიიგელმა“ 1978 წლის დეკემბერში გამოაქვეყნა სტატია ყურადსაღები სათაურით: „დეპრესია — ავადმყოფობა თუ ბედი?“

სწორედ ჩვენს დროში წარმოიშვა „პიკის საათის ნევროზი“, „რიგში დგომის ნევროზი“, „ლოდინის ნევროზი“.

ჩვენ ვჩქარობთ. ყოველთვის ან თითქმის ყოველთვის. გამუდმებით არ გვეყოფნის დრო. არა ვართ კმაყოფილი საკუთარი თავით. გაღიზიანებულები ვართ. როცა სტუმრად უნდა წავიდეთ, როცა ვინმე „უბრალოდ“ რეკავს ტელეფონით. ეს ხომ საქმეს გვაცდენს, გვწყუცუტავს წიგნისგან, რომელიც უნდა წავიკითხოთ, და საკუთარი თავისგან.

იმ ფაქტორთა შორის, რომელიც ნერვულ სისტემას ცვითავს, ჩვენ სათანადოდ ვერ ვაფასებთ გამუდმებულ ფაციფუტს, რომელიც თანამედროვე ადამიანს დასჩემდა. ამასთანავე, ადვილი არ არის იმის დადგენა, როდის ხდება ადამიანი მისი ტყვე და როდის — შემოქმედი.

ჩამდენი ადამიანი შემხვედრია, ქრონიკულად გამოუძინებელი რომ

არის და სულ იმას წუწუნებს, დღე-ღამეში ოცდაათხი საათი ცოტააო, ფაციფუცის გამო ჭამას რომ გადაეჩვია და საკვებს მარტო ყლაპავს. შევბუღლებას კი იმისთვის იღებს, რომ ბოლოს და ბოლოს „მშვიდად და კარგად იმუშაოს“. განა იმიტომ, რომ მატერიალურად უჭირს. უბრალოდ, ტემპი აქვს ალებული. ბორბალი ტრიალებს და ველარ აჩერებს. ან იქნებ თვითონვე ველარ ჩერდება?

ამბობენ, ეს არის ნამდვილი ცხოვრების არსი. ძალზე საექვო თეზისია.

ასეთი ადამიანი გამუდმებით საათს უყურებს, და როცა არ უყურებს, მაშინაც კი ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს გონებაში ითვლის წუთებს. მას ეჩქარება, სად ეჩქარება? ან რა ფასად უჭდება ეს სიჩქარე და წუთების გამოდევნება.

თავს ვერ ვიკაევბ, რათა ამასთან დაკავშირებით არ გავიხსენო ექიმ-ფსიქიატრის საბოლოო სიტყვები ვ.ლ. ლევის წიგნიდან „მე და თქვენ“:

„ჩვენი ცხოვრება ბევრ საკითხში ჭერ კიდევ ნევროტულად, ანტი-ფსიქოთერაპიულად არის მოწყობილი. ულამაზოდ, დაუდევრად, უპატი-ვემულოდ და არაგულწრფელად. დამნაშავეა არა ვინმე და რამე, არამედ თითოეული ჩვენგანი, ჩვენ ყველანი ერთად. არა გვცალია, გვემას ვასრუ-ლებთ, ვაშენებთ ნათელ მომავალს. შესანიშნავია, მაგრამ ამასთან ერთად რატომ არ უნდა ვაშენოთ ნათელი აწმყო ჩვენშივე არსებული დამნაშა-რე ძალებით.

...რატომ ხდება, რომ მომავალის წამებს მეტი უფლებები აქვთ, ვიდრე ამჟამინდელს? რატომ ვართ ასეთი უსამართლონი, ასე უყაირათოდ რატომ ვძარცვავთ საკუთარ თავს?.. ზოგიერთებისთვის მომავალზე უბედობა ხელსაყრელია იმიტომ, რომ აწმყოზე პასუხისმგებლობას აიცილებს თავიდან. იქნებ, მომავლისთვის სწორედ ის უფრო მნიშვნელოვანი იყოს, რომ ჩვენ აქვე, ახლავე, გადაუდებლად მივეჩვევიოთ წამების შექმნას“.

უკვალოდ არაფერი არ ჩაივლის — ნერვულმა სისტემამ უნდა ზღოს ყველაფერი.

იმის მაგივრად, რომ როგორმე ტემპი შევამციროთ, შევცვალოთ რიტმი, დატვირთვა შევეუფარდოთ საკუთარი ორგანიზმის შესაძლებლობებს, თანამედროვე ადამიანი ირჩევს ყველაზე ნაკლები წინააღმდეგობის გზას, ის ხელოვნურად ან ალაგზნებს, ან იმშვიდებს თავს — დილით კოფეინი, საღამოს — ბარბამილი...

ნამდვილი მოსვენება ზოგჯერ არც სახლში ელის ადამიანს.

უკვე რამდენიმე წელია ექიმების ყურადღებას იპყრობს ე.წ. უქმე დღეების ნევროზი: სამუშაო დღეებში ოჯახის წევრები სამსახურის შემ-

დღე ერთად არიან ორი-სამი საათის განმავლობაში. აქ კი ერთბაშად ორი უქმე დღეა. წონასწორობას გაკარგვინებს ყოველივე ის, რასაც წვრილმანს უწოდებენ. ტყუილად კი არ ამბობენ, რომ სპილოსაგან უფრო იოლად დააღწევ თავს, ვიდრე ბუზებისაგან. ვიღაცას აღიზიანებს ის, რომ სარეცხი მანქანა ხელს. უშლის მუსიკის მოსმენისას, ვიღაც ნერვიულობს, რომ თეთრეული აქვს გასარეცხი, საქმე მხოლოდ ის კი არაა, რომ საცხოვრებელი ფართი არასაკმარისია, თუმცა ამასაც უნდა გაეწიოს ანგარიში. ზოგჯერ იგრძნობა საერთო ინტერესების დაკარგვა, არადა, თავისუფალი დრო არა მარტო იმის საშუალებას იძლევა, რომ შეიგრძნო ოჯახური ცხოვრების უპირატესობანი, არამედ უფრო მრავალი კუთხით ხედავ ეგოიზმსა და ინტერესთა შეზღუდულობას, ხედავ როგორ გავლენას ახდენს დრო აუწყობელ ურთიერთდამოკიდებულებაზე. გაღიზიანების საბაბსა და ზოგჯერ ჩხუბსაც აღარ აქვს მნიშვნელობა, მიზეზი კარგა ხნით აღრეა მომწიფებული.

მაიმბეს ერთ ოჯახურ წყვილზე, სამუშაოდ აფრიკის ერთ-ერთ ქვეყანაში რომ გაემგზავრნენ. მათი საზღვარგარეთ ყოფნა ისე წარიმართა, რომ შეუღლებები უფრო ხშირად იყენენ ერთად ორნი, მარტონი, ვიდრე სამშობლოში. მნიშვნელოვნად გაიზარდა იმის შესაძლებლობა, რომ უფრო ახლო გაეცნოთ და დაენახათ ერთმანეთი. ამის შედეგი გასლავთ, რომ დაბრუნებისთანავე, იმის მაგივრად, რომ განეხორციელებინათ დიდი ხნის მანძილზე ნალოლიავეები საერთო ოცნებები, ისინი ერთმანეთს გაშორდნენ.

ახლა დროული იქნება იმის თქმა, რომ არსებობს ადამიანთა ორი ფსიქოლოგიური ტიპი. ერთ მათგანს უწოდებენ ინტრავერტულს, ე. ი. გულჩათხრობილს. მეორეს — ექსტრავერტულს, ე. ი. გულღიას. პირველნი უპირატესობას ანიჭებენ საკუთარ თავთან მარტო დარჩენას, წიგნის კითხვას, მოკლედ რომ ვთქვათ, ურჩევნიათ დაისვენონ სიმარტოვეში ან თავის ოჯახთან ერთად. მეორენი ისწრაფვიან სხვა ადამიანებთან მაქსიმალური ურთიერთობისაკენ, უყვართ სტუმრად სიარული ან თავისთან სტუმრების მიღება და ყველაზე უკეთ ისვენებენ თავიანთი ნაცნობებისა და მეგობრების საზოგადოებაში.

აღზრდაზე ნაკლებად არის დამოკიდებული, ამ ორიდან რომელ ტიპს განეკუთვნება ადამიანი. ეს ხასიათის თანდაყოლილ თავისებურებებს უფრო გამოხატავს. უნდა აღინიშნოს, რომ ინტრავერტები და ექსტრავერტები ძნელად უგებენ ერთმანეთს.

ნევროზი. ნერვული. განსხვავებული დამოკიდებულება არსებობს ამ ცნებების მიმართ.

ნაწილი თვლის, რომ ნერვულობის უტყუარი სიმპტომია მკურნალო-

ბა ნევროპათოლოგთან, სხვები ფიქრობენ, რომ ადამიანი ნერვულია, თუ ის ცრემლებს იწმენდს კინოში ან იქნეულად ეძებს საკუთარ ორგანიზმში არარსებულ დაავადებებს. შეგვეძლო კიდევ გაგვეგრძელებინა ამ „ნიშნების“ ჩამოთვლა. ნერვული სისტემის არსებობა ზოგზოგებს შვებას გვრის, არამედიკოსები ზოგჯერ ამით ხსნიან ქირვეულობასა და ცუდ ხასიათს, ექიმებისთვის კი ხანდახან თავდაცვის საშუალებაა გაუგებარი შემთხვევისაგან...

თუმცა, ბევრს ნამდვილად აწუხებს ნევროზი.

როცა ჩვენ მათ შესახებ ვსაუბრობთ, უსათუოდ უნდა განვასხვაოთ ერთმანეთისაგან ორი ფაქტორი: მიზეზი, რომელმაც ნერვული აშლილობა გამოიწვია, და იმ ადამიანის ნერვული სისტემის და პიროვნების თავისებურებანი, ვიზეც იმოქმედა ამ უარყოფითმა ფაქტორებმა.

ამერიკელმა მკვლევარებმა მ. ფრიდემანმა, რ. როზენმანმა თანამშრომლებთან ერთად მიზნად დაისახეს შეესწავლათ გულის ანგინა და მიოკარდიუმის ინფარქტი ხასიათის თავისებურებათა და ადამიანის სოციალური ქცევის მიხედვით. გამოკვლეულთა შორის ორი ჯგუფი გამოყვეს.

ავტორებმა „ა“ ჯგუფს მიაკუთვნეს ის ადამიანები, რომლებიც გაშლდებოდათ ჩქარობენ, პატივმოყვარენი არიან, ცდილობენ აღიარება მოიპოვონ, მრავალი საქმე აქვთ წამოწყებული, ისწრაფვიან მათი დამთავრებისაკენ. „ბ“ ჯგუფს კი — ის ადამიანები, რომელთაც სრულიად საწინააღმდეგო თვისებები ახასიათებთ.

პირველ ჯგუფს უწოდეს «hight-strung ambitions personality» (მეტისმეტად პატივმოყვარე პიროვნება), მეორეს „easy going type“ (უწყინარი-უდარდელი ტიპი). „ა“ ჯგუფში გულის ანგინითა და მიოკარდიუმის ინფარქტით დაავადება ექვსჯერ აღემატება „ბ“ ჯგუფში ამავე დაავადებათა შემთხვევებს.

შეისწავლეს აგრეთვე იმ პირთა ხასიათისა და ფსიქიკის თავისებურებანი, ვინც გულის კუნთის ინფარქტით იყო დაავადებული. ასეთ ავადმყოფებს გამოუვლინეს პიროვნების თავისებური გარება. ერთი მხრივ, ისინი გამოირჩეოდნენ გაზრდილი პატივმოყვარეობითა და საკუთარი თავისადმი პატივისცემის გრძობით. მეორე მხრივ — მოსვენებას არ აძლევდათ პესამიზმი, რომელიც ასეთი ფრაზით გამოიხატებოდა „რისთვის ეწვალაობ?“ მოჩვენებითი ბრძოლა და შინაგანი დაუკმაყოფილებლობის გრძობა ითვლება ასეთი პაციენტების ფსიქიკის დამახასიათებელ თავისებურებად. მათ უფრო ხშირად ემუქრებათ ეგრეთ წოდებული გაცრუებული ოცნებების სტრესი.

ნევროზამდე შეიძლება მიგვიყვანოს სხვა დაავადებებმაც, რომლებიც ნერვულ სისტემას ასუსტებენ, ხანგრძლივმა უარყოფითმა ემოციებ-

მა, პირადი ცხოვრების მოუწყობლობამ, სისტემატურმა გადალამ და ბევრმა სხვამ.

თუმცა, ისიც ცნობილია, რომ ერთი და იგივე ობიექტური უარყოფითი მოვლენა სხვადასხვა ადამიანის მხრივ სხვადასხვა დამოკიდებულებას იწვევს.

... საავადმყოფოში მოიყვანეს 19 წლის ქალიშვილი მ., რომელმაც თვითმკვლელობის მიზნით საძილე საშუალების დიდი დოზა მიიღო. ჭიბეში ედო მომღიმარე ახალგაზრდა კაცის ფოტოსურათი და წერილი: „ჩემო ძვირფასო, მხოლოდ შენ ერთი მიყვარდი და უშენოდ სიცოცხლე არ შემიძლია. მაპატიე, შენი მ.“

მეგობარმა გოგონამ გვიამბო, რომ მ., ნერვული, მგრძობიარე ქალიშვილი იყო, ხშირად ოცნებაში წასული იტყოდა ხოლმე: „აი, მე რომ მოვკვდები, კუბოში ვიწვები, ყვავილებით მოფენილი... ის ტირილითა და სინანულით გამოაჰყვება კუბოს. ყველა მიხედება, რომ მან მიმიყვანა აქამდე... მაგრამ უკვე გვიანი იქნება“. მ. გადაარჩინეს, თუმცა ჩიუტად და როგორც მე მომეჩვენა, თითქოსდა თეატრალურად იმეორებდა, რომ მაინც არ იცოცხლებდა თავს.

იმათ წინაშე, ვინც შეიტყო ამ შემთხვევის შესახებ, წამოიჭრა საკითხი: მ. არის თუ არა ფსიქოპათიური პიროვნება, რომელსაც დაავადებული ნერვული სისტემა აქვს, თუ უბრალოდ ხუშტურიანი ადამიანია? ნუთუ 19 წლის ასაკში ერთადერთი გამოსავალი მძიმე სიტუაციიდან სიცოცხლესთან გამოსალმებაა?

მ. ერთადერთი შვილი იყო თავისი მშობლებისა, იზრდებოდა ისეთ გარემოში, სადაც მას აღმერთებდნენ და ყველაფრის ნებას რთავდნენ, ყველა მისი ახირება სრულდებოდა. ყველაფერი კეთდებოდა იმისათვის, რომ ყოველგვარი სიძნელე თავიდან აეცილებინათ მისთვის. და ეს მხოლოდ იმიტომ, რომ როგორც გამოირკვა, დედა დარწმუნებული იყო, „ბავშვი ძალიან ნერვულია“. საკმარისი აღმოჩნდა სუსტი ნიავი, რომ ეს სათუთი არსება წელში გაეტეხა.

ეს მაგალითი საკმაოდ ნათლად გვიჩვენებს მდგომარეობას იმის შესახებ, რომ ამა თუ იმ ფაქტორზე ადამიანის ნერვული სისტემის რეაქციის ხარისხთან დაკავშირებული საკითხები არა მარტო მედიცინის მუშაკთა შემოქმედების არეში იმყოფება, არამედ მთელი საზოგადოების საქმეც გახლავთ.

ბოლო ათწლეულებში სამედიცინო მეცნიერების თეორიული და პრაქტიკული კონცეფციები მნიშვნელოვნად გადაისინჯა აკადემიკოს ი. პ. პავლოვის შეხედულებათა თვალსაზრისით. როგორც ცნობილია, ამ მოძღვრების ზოგიერთი მეტისმეტად თავგამოდებული პროპაგანდისტის

ძიერ დაშვებული იქნა გადახრებიც და ვულგარიზაციაც. და მაინც, არ შეიძლება დავაყენოთ გამოჩენილი მეცნიერის ნამუშევართა მნიშვნელობა და ნერვული სისტემის როლი ადამიანის ცხოველმოქმედებაში.

საშიში გადამდები დაავადებების წინააღმდეგ ადამიანებს ბავშვობაში აცრებს უკეთებენ. ნერვული სისტემის აშლილობის თავიდან ასაცილებლად კი რაღა კეთდება ბავშვობიდანვე, იმ ნერვული სისტემისა, რომელსაც ასე ვეფოფინებით და რომელსაც ნამდვილად დიდი ადგილი ეთმობა მრავალი დაავადების წარმოშობაში — გულის და სისხლძარღვების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ბრონქული ასთმის და სხვების?! ხომ არ შეიძლება პროფილაქტიკურ რეკომენდაციად ჩავთვალოთ ამგვარი რჩევა-დარიგებები: „ეცადეთ ნაკლები ინერვიულოთ“. „თავიდან არიდეთ ელდა“.

განა ჩვენ ყველანი და თვითონ საზოგადოებრიობა ბევრს ვაკეთებთ ნევროზების პროფილაქტიკის საქმეში? ვფიქრობ, ცოტას.

მედიცინა მკურნალობს ამგვარ ავადმყოფებს (მეტ-ნაკლები წარმატებით), მაგრამ ნევროზის თავიდან აცილებისათვის საჭირო ზომები ხშირად მისი ყურადღების მიღმა რჩება. არადა, ძირითადი ხომ მაინც პროფილაქტიკაა.

ნევროზების თავიდან აცილება სულაც არ არის მხოლოდ სამედიცინო პრობლემა. აქ საჭიროა მთელი საზოგადოების, განსაკუთრებით აღმზრდელებისა და პედაგოგების მუშაობა.

ნერვული სისტემის აშლილობის თავიდან აცილებაზე ზრუნვა ბავშვობაშივე უნდა დაიწყოს. საქმე ეხება ბავშვის სწორ აღზრდას პედაგოგიური და სამედიცინო თვალსაზრისით. ბავშვებს უნდა ავარიდოთ მძიმე ვანცდები, რომლებიც ტრავმას მიაყენებენ მის ფსიქიკას (მშობლების ჩხუბი, საზარელი ამბები და სხვა), მაგრამ არ არის საჭირო „ენის მოჩლეკით“ ლაპარაკი და ცხოვრების მეტისმეტად ვარდისფრად დახატვა; აუცილებელია, აგრეთვე, ბავშვებს ჩავუნერგოთ ადამიანებისადმი პატივისცემა, აღვკვეთოთ უხეშობისა და გულჭკაობის გამოვლინებანი (სხვათა ტრავმირების პროფილაქტიკა), განვუფითაროთ ნებისყოფა, ვასწავლოთ არა მარტო სწორი ქცევა, არამედ თავდაჭერაც.

სიტყვამ მოიტანა და, აღზრდის თანამედროვე სისტემაც სწორედ ამ უკანასკნელს გულისხმობს: იყავი თავდაჭერილი, იცოდე საკუთარი თავის ხელში აყვანა — „ამას მოითხოვს აღზრდა და ინტელიგენტობა“. მაგალითად მოჰყავთ იაპონელები: რაც უფრო დიდ უსიამოვნებას გადაეყრებიან, მით უფრო მომხიბლავი ღიმილი დასთამაშებთ სახეზე, მაგრამ განა მუდმივი თვითმუხრუჭი, განუმუხტავი ემოციები არ მიგვიყვანს ფიზიოლოგიური სარეგულაციო მექანიზმების დარღვევამდე, დაავადებების წარმოქმნამდე? ეს ხომ არ არის მიზეზი იმისა, რომ იმავე იაპონიაში მო-

სახლეობის სიკვდილიანობის სტუქტურაში წამყვანი ადგილი უკავია ცენტრალური ნერვული სისტემის, სისხლძარღვთა დაავადებებს.

რა გამოსავალი მოენახოთ? რა თქმა უნდა კეტი არ უნდა ავიღოთ ხელში და არც ჩვენზე ახლობელი ვაქციოთ მეხამრიდად. უნდა შეგვეძლოს უსიამოვნებებიდან ყურადღების სხვა საქმიანობაზე გადატანა, „სამუშაოში ჩაფლობა“, მაგრამ ამოსავალი წერტილი უსათუოდ საქმიანობა უნდა იყოს.

ლ.ნ. ტოლსტოის ეკუთვნის ეს სიტყვები: „თუ კუჭი მაწუხებს, სეირნობისას გზაზე ყველგან მხედება ძაღლის ექსკრემენტი და ხელს მიშლის. თუკი პირიქით, ჭანმრთელად ვგრძნობ თავს, მაშინ ვხედავ ღრუბლებს, ტყეს, ლამაზ ადგილებს“.

ადამიანს უსიამოვნება ან მწუხარება როცა აწუხებს, ბევრად უარესად გრძნობს თავს, ვიდრე კუჭის ტკივილისას. მტანჯველი ფიქრებ-საგან თავის დაღწევა სულ არ არის იოლი. ყველაზე ძნელია საკუთარი თავის დაძლევა. ასეთ შემთხვევებში სიმშვიდე, საქმისაგან გარიდება წამალი კი არ არის, არამედ, პირიქით, ნერვულობის ხელის შემწყობი ფაქტორია.

ამბობენ ყველაზე მძიმე მწუხარება გონებით წარმოსახული მწუხარებააო. არაფერს ისე არ განიცდის ადამიანი, როგორც იმ უსიამოვნებებს, რომლებიც შემდგომში... არ ხდება.

ყოველმა ჩვენგანმა იცის, რომ ის მოვლენები, რომლებიც დღეს უარყოფით ემოციებს იწვევენ ჩვენში, დროთა განმავლობაში სიმძაფრეს კარგავენ, ხოლო ზოგჯერ კითხვაც კი იბადება: განა ღირდა ყოველივე იმად, რომ ასეთი მღელვარება და „გრძნობათა ხანძარი“ გამოეწვია? მაგრამ რაღაც კვალი მაინც დააჩნდა ნერვულ სისტემას, ჭანმრთელობას ან, როგორც ახლა ამბობენ, გულის ერთ-ერთ კედელს. რაოდენ მნიშვნელოვანია გამოვიმუშაოთ უნარი იმისა, რომ შეგვეძლოს შესაბამისი რეაგირება უსიამოვნებებსა და სიძნელეებზე, ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ მართლაც ცუდი ან რთული ცხოვრებაში, გარღვევალი, მოჩვენებითისაგან.

ღრმა წარსულში აღმოსავლეთში ადამიანები ღმერთს შესთხოვდნენ: „ღმერთო, მომეცი ძალა, რათა შევეგუო იმას, რასაც მე ვერ შევცვლი“.

მომეცი გამბედაობა, შეეებრძოლო იმას, რაც მე უნდა შევცვალო. და მომეცი სიბრძნე, რათა გავარჩიო ერთი მეორისაგან“.

ეს არის ყველაზე ღრმა და ჰქვიანური გადმოცემა თვითაღზრდის პრინციპებისა ნევროზების პროფილაქტიკის მხრივ, რაც კი ოდესმე შეძნედრიო. ლაპარაკია იმაზე, რასაც პედაგოგები „ხასიათის დაგეგმარე-

ბას“ უწოდებენ. რა თქმა უნდა, დაგვიანებით „დაგვემარება“ ყოველთვის როდი ხერხდება...

მ. გორკი ყოველთვის მოუწოდებდა, რომ აუცილებელია ვისწავლოთ „ერთიანების პარტიისთვის“, ამ სიტყვების არასალონური მნიშვნელობით. უნდა ვიყოთ ადამიანურები, ამოვიძიოთ პირფერობა და სიყალბე, ეგოცენტრიზმი და შური. უნდა ვიყოთ კეთილმოსურნენი — ხალხზე ზრუნვისას არ დაგვავიწყდეს ადამიანი. ვებრძოლოთ თავხედობას, როგორც მოსწრებულად შენიშნა ერთ-ერთმა ექიმმა: „ინტარქტს წინ უძლოდა სიტყვა...“

ყოველივე ამასთან დაკავშირებით მინდა შევეხო კიდევ ერთ პრობლემას. მას პირდაპირი დამოკიდებულება აქვს ნევროზების სათავეებთან. მაგრამ მის შესახებ წერენ არა ექიმები, არამედ მწერლები და ფილოსოფოსები.

საუბარი გვექნება ეგრეთ წოდებულ არასრულფასოვნების კომპლექსზე. ამაში იგულისხმება ადამიანის ქცევის თვისებურებანი, რომლებიც განპირობებულია მყარი ქვეცნობიერი წარმოდგენით საკუთარ ფიზიოლოგიურ, ფსიქიკურ ან მორალურ ნაკლზე /ა.ნ. ლუკი, 1982/.

არასრულფასოვნება — მოჩვენებითი ან ქეშმარიტი — პიროვნებას ცვლის და მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს მის დამოკიდებულებას გარშემომყოფებისადმი, ქმნის კონფლიქტის წინაპირობას როგორც მათთან, ასევე საკუთარ თავთანაც.

ჩვენში არ იზიარებენ ფროიდიზმის მტკიცებებს, რომ ყოველ ადამიანს სულის სიღრმეში აქვს არასრულფასოვნების კომპლექსი, მაგრამ ამ პრობლემის ერთიანად უარყოფაც არ ივარგებს.

არასრულფასოვნების კომპლექსი ისახება, უფრო სწორედ კი ვლინდება, ჯერ კიდევ ბავშვობისას. ერთი მხრივ დამცირებამ. შესაძლოა, ბავშვს განუმტკიცოს საკუთარი არასრულფასოვნების გრძობა, რაც აღიზიანებს მას და იწვევს თვითდამკვიდრების ბუნებრივ სურვილს. მეორე მხრივ — ხობტა და არსებული და არარსებული ბავშვური ღირსებების ქება, შეიძლება უსაფუძვლო აღმოჩნდეს შეგნებული ცხოვრების პერიოდში. ძნელია, შენ თვითონ შეაფასო საკუთარი შესაძლებლობანი, მით უფრო იმ შემთხვევებში, როდესაც შეფასების კრიტერიუმები უმართებულოდ მაღალი იყო ბავშვობისას და სიკაბუჯეში. ესე იგი „მე ხელს მოშლიან“, „არაკეთილმოსურნეთ შურთ“ და ა. შ. ამგვარ საქციელს იწვევს საკუთარი თავით უკმაყოფილება, გაბოროტება გარშემომყოფების მიმართ. სურვილი იმის დამტკიცებისა, რომ „მე სხვაზე უარესი არა ვარ“, ანუ ქვეცნობიერი სწრაფვა რამენაირად შეივსოს არასრულფასოვნების კომპლექსი.

მისი გამოვლინების დიაპაზონი ფართოა. სკოლაში ეს გახლავთ შედარებით სუსტებისა ან შედარებით ნიჭიერების დაცინვა, უხეშობა და გამომწვევი ქცევა. უფრო მოზრდილ ასაკში — მამაკაცების ტრაბახი ვითომდა ქალების დამორჩილებისა, ან ქალების ტრაბახი, თითქოსდა მამაკაცებში დიდი წარმატებით სარგებლობდნენ. ამბობენ, ექვიანობა ეს არის შიში შედარებისა, მაგრამ გარკვეულად ეს თავის თავში დაურწმუნებლობის ნიშანიც არის. შური რაღა? ეს არა მარტო ახლობლის კეთილდღეობის გამო წუხილია, როგორც ვილაყამ გონებამახვილურად აღნიშნა, ქვეცნობიერად ამ გრძნობის მიღმა სხვა იმალება: „მე სხვაზე უარესი არა ვარ და მეც მაქვს ამის უფლება“.

როცა ადამიანი უნიჭოა, უნებისყოფოა ან არახელსაყრელი პირობებში შეექმნება, შესაძლოა წარმოიშვას ერთ-ერთი ვარიანტი არასრულფასოვნების კომპლექსისა — ეგრეთ წოდებული უიღბლო ადამიანის კომპლექსი. ასეთი ადამიანები საკუთარ თავზე დატეხილ ყველა უბედურებას გარშემომყოფებს აბრალებენ, ხოლო შედარებით იღბლიან კოლეგებსა და მეგობრებს თვლიან კარიერისტებად — უეცებად, მტრებად, არამზადებად. ამით ამართლებენ ისინი საკუთარ უძლურებას, უნებისყოფობას, უნიჭობასა და დასახული მიზნის მიღწევის უნარის უქონლობას. ხშირად მსჯელობისას ისინი ამგვარ ფრაზას იშველიებენ „მეც კი შევძლებდი, თუ...“

არასრულფასოვნების კომპლექსის ერთ-ერთი გამოხატულება შეიძლება იყოს სწრაფვა უფრო პრესტიჟულ საზოგადოებრივ წრეში დამკვიდრებისაკენ. სწრაფვა იმისკენ, რომ გარშემომყოფთ შეუქმნან შთაბეჭდილება საზოგადოებაში თავიანთი დიდი როლის შესახებ. თუმცა, ამას შეიძლება შეურიგდეს კიდეც კაცი. უარესი ისაა, რომ ხშირად ასეთი ადამიანები აუტანელ გარემოს ქმნიან სახლშიც და სამსახურშიც, ნერვებს უშლიან იმათ, ვინც მათზეა დამოკიდებული. ზოგიერთი ფსიქოლოგის დაკვირვებით, როცა ადამიანს სხვა არავითარი ნიჭი არ გააჩნია, არასრულფასოვნების კომპლექსის ერთ-ერთი გამოვლინება გახლავთ სწრაფვა ადმინისტრირებისაკენ. ასეთი ადამიანები დიდ შეუპოვრობას იჩენენ, რათა უსათუოდ მიიღწიონ „თავიანთი არაკომპეტენტურობის დონეს“. ამ შემთხვევაში დიდი გასაქანი ეძლევათ თავნებობისათვის.

ისინი ძალზე მგრძობიარედ და არაკრიტიკულად ეკიდებიან პირფერობას, ვერ იტანენ კრიტიკას. ქვეშევრდომნი, დაყოფილნი არიან ორ ჯგუფად — ფავორიტები და ისინი, ვინც თავიდან მოსაშორებელია.

როდესაც პრესაში კითხულობ ხელმძღვანელის „ავტოკრატულ“ ტიპზე, რომელსაც ახასიათებს დიქტატორული ჩვევები, ბატონკაცური და-

მოკიდებულება ქვეშევრდომებისადმი და მოქმედებს პრინციპებით: „საქმე გააკეთე, მსჯელობას თავი დაანებე“, „ორი აზრიდან ერთი — ჩემია, მეორე — არასწორია“, „გაყავი და იბატონე“ და ა. შ. მაშინვე დაგებადება კითხვა: არასრულფასოვნების რომელი კომპლექსითაა დაავადებული ეს უკიათი?

შემთხვევით როდი ვეკიდები ამ საკითხს ასეთი ყურადღებით. თუკი ჩვენ ვამბობთ, რომ ნევროზების აღმოცენებაზე სამუშაოს ატმოსფერომ შეიძლება მოახდინოს გავლენა, მაშინ ამ საკითხზე მსჯელობისას უდიდესი როლი ენიჭება ხელმძღვანელის პიროვნებას. მისგან არის დამოკიდებული როგორი ატმოსფერო იქნება კოლექტივში და რამდენად ჭანჭრთვლნი იქნებიან თანამშრომლები. აღრეულ შუასაუკუნეებში კანონით იკრძალებოდა გერმანიის იმპერატორად ხეიბრის არჩევა. ამით, როგორც ისინი ფიქრობდნენ, ძალაუფლება მიუწვდომელი ხდებოდა დაზარალებულები-სათვის. არა ვარ დარწმუნებული, ყოველთვის არსებობს თუ არა კავშირი, მაგრამ მჭერა, რომ არასრულფასოვნების კომპლექსი, როგორც ჩანს, დაზარალებულობის სინონიმია, რომელიც გამოხატულებას პოულობს სუბიექტივიზმში, ადამიანებისადმი არაკეთილმოსურნე დამოკიდებულებაში, გარშემომყოფებისათვის ნერვული სისტემის ხშირ მოშლაში.

თუ გავიხსენებთ ადამიანთა დაყოფას „A“ და „B“ ჯგუფებად, რაზეც ზემოთ მოგახსენეთ. მაშინ ამჟამად განხილულ ტიპს, რომელსაც შეუძლია მეოკარდიუმის ინფარქტი დამართოს სხვებს, მე მივაკუთვნებდი დამოუკიდებელ „C“ ჯგუფს. ეს ადამიანები სოციალურად საშიშნი არიან. ისევე როგორც მთერალი მძლოლი ავტომანქანის საჭესთან, როგორც კეტით შეიარაღებული ხულიგანი.

არასრულფასოვნების კომპლექსის პათოფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური საფუძვლები ნაკლებად არის შესწავლილი. მაგრამ აუცილებელია მისკენ მივაპყროთ პედაგოგების, ექიმების, ყველა ჩვენგანის ყურადღება. ვინაიდან თუკი მას საფუძველი ბავშვობაში ეყრება, ყველაზე საშიში გამოვლინებანი სწორედ მოწიფულობის ასაკში ახასიათებს და არცთუ იშვიათად აუკუღმართებს ადამიანების ურთიერთობასა და მათ ნერვულ სისტემას.

არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება გონებრივი შრომის ჰიგიენას. ხშირად ნერვული სისტემის აშლა გადაღლის ფონზე ვლინდება, რის შესახებაც ზემოთ მოგახსენეთ.

ამიტომ ძნელია გვერდი ავუაროთ ნერვული სისტემის გადაღლის ფაქტს სასკოლო ასაკის ბავშვებში. იმ ნორმების მიხედვით, რომელიც აისახა ექიმთა და ფიზიოლოგთა ერთი რიგი საერთაშორისო კონგრესე-

ბის გადაწყვეტილებებში*, სასწავლო დატვირთვა ქამში, მაგალითად 14-15 წლის მოსწავლეებისათვის არ უნდა აღემატებოდეს დღეში 6—6½ საათს. არადა, თუ კეთილსინდისიერად მოეკიდებიან საქმეს, მოსწავლეები დღეში 10-12 საათს შრომობენ — იმაზე მეტს, ვიდრე ზოგერთი მოზრდილი. თანაც, იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ისინი ტვინს უფრო ტვირთავენ, ვიდრე აზროვნებას.

დამახასიათებელია ერთი მაგალითი, რომელიც ადრე მოიყვანა ვახეთმა „იზვესტიამ“. მე-2 კლასის ერთ-ერთ სახელმძღვანელოში ერთპიანეთის გვერდით გამოსახულია სამი თათი და სამი ნისკარტი; რვა წლის ბავშვებმა უნდა დაადგინონ რომელ ფრინველებს ეკუთვნით ისინი. ამ ამოცანას თავი ვერ გაართვა ვერც გამოცდილმა მონადირემ და ვერც დიპლომიანმა მეტყუევამ.

მთელ რიგ რესპუბლიკებში ზოგიერთი სახელმძღვანელოს მოცულობა გასულ ათწლეულში დაახლოებით 50-75 პროცენტით გაიზარდა.

ინფორმაციის ნაკადი პროგრესულად იზრდება. გამოჩნდა სერიოზული გამოკვლევები, რომლებიც ეძღვნება ეგრეთ წოდებულ ინფორმაციულ ნევროზებს. პედაგოგები სტრატეგიულ შეცდომას ხომ არ უშვებენ, როცა ცდილობენ ცოდნის გაზრდილი მოცულობა ისევ იმავე 10-11 წელში ჩაათონ? ჩვენს პრესაში კარგა ხანს გრძელდებოდა დისკუსია ლიბეტკის ექსპერიმენტის შესახებ. უმრავლესობა დაეთანხმა იმ მოსაზრებას, რომ ხუთდღიანი სასწავლო კვირა ყოველმხრივ რაციონალურია. მართალია, ამ საქმის სამედიცინო მხარეს შედარებით მოკრძალებული ყურადღება ხედა წილად. და პირველ ყოვლისა, სწორედ ამ თვალსაზრისით ბავშვებს მეტად ხომ არ სჭირდებათ, ხუთდღიანი სასწავლო კვირა ვიდრე მოზრდილებს? იქნებ, იმის ფასადაც კი, რომ ერთი წლით გაუხანგრძლივდებოთ სწავლა? მთელ რიგ ქვეყნებში ხომ ეს უკვე კარგა ხანია განხორციელებულია. არ უნდა დაგვაფიწყდეს, რომ ზოგი საქმიანობა გარდაუვალია (ჭამა, საკუთარი თავის მოვლა და სხვ.), სხვა კი მიმზიდველია ბავშვებისათვის (თამაში, სატელევიზიო გადაცემები და სხვა). საიდან მოვიტანოთ დროის მარაგი? ძილის ხარჯზე, რაც იწვევს ქრონიკულ გამოუძინებლობას. ძილის დეფიციტი ფიტავს ნერვულ სისტემას და მისი უზომოდ გადატვირთვის ფონზე იწვევს ნევროზებსა და მასთან დაკავშირებულ დაავადებებს.

დიახ, ჩვენ აქსელერაციის მოწმენი ვართ. ბავშვები და მოზარდები ფიზიკურად და ინტელექტუალურად გაცილებით განვითარებულნი არიან. მაგრამ ამ ფონზე იმ ახალგაზრდების რიცხვი, რომელთაც ნევროზი და

* !!! კონგრესი სასკოლო და საუნივერსიტეტო ჰიგიენის საკითხებზე. პარიზი, 1959. V კონგრესი სასკოლო და საუნივერსიტეტო ჰიგიენის საკითხებზე. პრაღა, 1967.

ახლომხედველობა აწუხებთ, არ კლებულობს, პირიქით, სსრკ ჟანდაცუს საძინ-სტროს ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენის ინსტიტუტის მონაცემებით, იზრდება კიდევ. დაავადებების სიხშირე აღენიშნებათ იმ ბავშვებსაც, ვინც მათემატიკურ სკოლებში სწავლობენ, ან იმ სკოლებში, სადაც ნაწილი საგნებისა უცხო ენაზე ისწავლება.

ნასკოლო განათლების რეფორმა კიდევ უფრო აღრმავებს წამოჭრილი პრობლემის მნიშვნელობას.

ვერც იმას ვიტყვით, რომ მთლიანად არის შესწავლილი საღამოს და დაუსწრებელ განყოფილებაზე სწავლების მუშაობასთან შეთავსების საშედიცინო ასპექტები. როგორ დაეგეგმოთ ამგვარი დატვირთვები, რომ ჭანმრთელობას ზიანი არ მივაყენოთ? გადატვირთულია სტუდენტობაც: არადა, ზრდისა და განვითარების პერიოდში ნერვული სისტემის გადატვირთვა განსაკუთრებით არაკეთილსაშურველია. მოზარდებს მიაკუთვნებენ ეგრეთ წოდებულ დაავადებების მხრივ მაღალი რისკის შემცველ ჭკუფებს. ყოველივე ამის შესახებ შეშფოთება გამოითქვა საბჭოთა კავშირის მეცნიერებათა აკადემიისა და პედაგოგიურ მეცნიერებათა აკადემიის საერთო კრებრს გაერთიანებულ სესიაზე ქ. რიგაში. ეს ხომ ჩვენ მომავალ თაობებს შეეხება!

ჭანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, განიხილავს რა ახალგაზრდობის ჭანმრთელობის საკითხებს, მოუწოდებს გათვალისწინებულ იქნას ზოგიერთი გარდამავალი პერიოდი, რომელიც განსაკუთრებით იოლად ექცევა სტრესის გავლენის ქვეშ: ესაა საგანმანათლებლო სტატუსის შეცვლა, ამაში შედის საშუალო სკოლის დამთავრებაც; შრომითი საქმიანობის დაწყება; სამხედრო სამსახურის დაწყება; ქორწინება, პირველი ორსულობა და მშობლის მოვალეობის დაკისრება; სხვადასხვაგვარი გადანაცვლება, რაც პროფესიულ მოღვაწეობასთან არის დაკავშირებული. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ სიტუაციებში დაავადების რისკის ფაქტორის მნიშვნელობა იზრდება, პროფილაქტიკური ღონისძიებანი გარდამავალ პერიოდებში გაძლიერებულ უნდა იქნეს.

ზემოთ წამოჭრილი საკითხები უნდა მივაკუთვნოთ სამედიცინო პედაგოგიკას — მეცნიერებას, რომელიც ჭერ კიდევ არ არსებობს. არადა, აღმზრდელებიც კი ხშირად საკმარისად არ იცნობენ აღზრდის სამედიცინო ნორმებს. სწორედ სამედიცინო პედაგოგიკამ უნდა დაამუშაოს სწორი აღზრდისა და ოჯახსა და სკოლაში ფსიქოლოგიური რეჟიმის მეთოდები.

ნეგროზების პრობლემა, რა თქმა უნდა, მხოლოდ აღზრდის სფეროს არ შეიძლება მივაკუთვნოთ. ცნობილია, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში ნეგროზების წარმოშობაში უდიდეს როლს თამაშობს ზვალინდელი დღის უიმედობა და სამუშაოთი უზრუნველყოფის შესაძლებლობის რწმენის

უკონლობა, ომის ფსიქოზის პერიოდული გაღვივება და ა. შ. ამიტომ გასაკვირი არაა, რომ აშშ-ში ყოველწლიურად ამზადდებიან 13 მილიარდ „ბედნიერების ტაბლეტს“, რომელიც კარგ განწყობილებას უქმნის ადამიანს, აშშვიდებს ნერვებს და აუმჯობესებს ძილს. საშუალოდ 70 ასეთი ტაბლეტი მოდის ერთ სულ მოსახლეზე. ამ ტაბლეტს ხმარობს აშშ ყოველი მეოთხე მცხოვრები. ინგლისში ფსიქოთერაპიული საშუალებანი ყველა გამოწერილი რეცეპტის 19 პროცენტს შეადგენს. ე. ი. თითქმის ყოველი მეხუთე პაციენტი ღებულობს მას. კ. პორნი წიგნში „ჩვენი დროის ნევროლოგიური პიროვნება“, წერს: იმის მაგივრად, რომ ვიკითხოთ „არის თუ არა, ესა თუ ის პიროვნება ნევროტიკი?“, ამჟამად უფრო სწორი იქნებოდა გვეკითხა „რა სახის ნევროზი აწუხებს?“

დამახასიათებელია, რომ სწორედ აშშ წარმოიშვა აფორიზმი: არა აქვს მნიშვნელობა რას ჭამს ადამიანი, მნიშვნელოვანია, რა ჭამს მას.

ჩვენში ეს პრობლემები არ არსებობს, თუმცა ექვს არ იწვევს ის გარემოება, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში ნერვულ სისტემაზე შეიძლება გავლენა იქონიოს კონფლიქტებმა სამსახურში, საცხოვრებელმა პირობებმა, ზემოხსენებულმა არასრულფასოვნების კომპლექსმა, ოჯახურმა კოლიზიებმა და ბევრმა სხვამ. სიტყვამ მოიტანა და, ბევრი ნევროპათოლოგის დაკვირვებით, 30 პროცენტი იმათ შორის, ვისაც ნერვული აშლილობა აწუხებს, უმუშევარი ქალები არიან, ხშირ შემთხვევაში მატერიალურად კარგად უზრუნველყოფილნი.

საჭიროა კვლავ მოვიხსენიოთ თანამედროვე ცხოვრების მომქანცველი ტემპი, დიდი ქალაქების ხმაური, ტელევიზორებთან ჯდომის ბოროტად გამოყენება და ა. შ. თუმცა კი ამბობენ, რომ ტელევიზორი ხელს უწყობს ოჯახური ცხოვრების განმტკიცებას და განქორწინების რაოდენობის შემცირებას. საზღვარგარეთ გაჩნდა ახალი სამედიცინო სპეციალობა — „სატელევიზიო დაავადებების ექიმი“.

ყოველივე ეს არის შედეგი ჯანმრთელობაზე ურბანიზაციის უარყოფითი გავლენისა. ჰელსინკიში ერთ-ერთი სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი საგანგებოდ შეისწავლის იმ პირთა ფსიქიკას, ვინც სოფლიდან დედამამამში გადმოვიდა საცხოვრებლად. ბევრ ქვეყანაში ჩატარებულია მრავალი გამოკვლევა, რომლებშიც დამაჯერებლად არის ნაჩვენები, რომ ქალაქის მცხოვრებთა შორის გაცილებით ხშირია ნერვული, გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და სხვა დაავადებანი.

რა შეიძლება დავუპირისპიროთ ყოველივე ამას?

ალბათ, რაციონალურ მარცვალს შეიცავს ტელევიზიით ავტოტრენინგის გადაცემა, „გულსხმიერების სამსახურის“ ორგანიზაცია და სამკურ-

ნალო და სასწავლო დაწესებულებებში ფსიქოლოგ-მედიკოსების უფრო ფართოდ მოზიდვა.

მაგრამ მთავარია — შეგნებულად მოვეპყრათ საკუთარ ჯანმრთელობას, რამდენადაც ეს დამოკიდებულია თითოეულ ჩვენგანზე. იგულისხმება ნორმალური ძილი, საქმიანობის დროდადრო შეცვლა (გონებრივი და ფიზიკური), ფიზკულტურა და სპორტი, ავტოტრენინგის მეთოდების შესწავლა და სხვა.

ძნელია გადაჭარბებით შევაფასოთ ბუნებასთან ურთიერთობის მოთხოვნის ალზრდის როლი. იაპონიაში ბუნების კულტს უნერგავენ ბავშვობიდანვე. იაპონელებს შეუძლიათ დიდხანს, უსიტყვოდ „დატკბნენ სანახაობით“, თვალი არ მოაშორონ „წყლის ბაღს“, „ქვის ბაღს“ — რამდენიმე ჩამკვდარ ქვის ლოდს, მაგრამ მათაც თავისი პოეზია და სილამაზე აქვთ. ისინი აიძულებენ ადამიანებს ყურადღება გადაიტანონ, დამშვიდნენ. ჩვენ გადავეჩვიეთ ბუნების აღქმას, მის სურნელს. ხმების, სილამაზის შეგრძნებას. მაგრამ ქვეცნობიერად ცოცხლობს ჩვენში მისდამი ლტოლვა.

ერთ-ერთ საზღვარგარეთულ პუბლიკაციაში აღნიშნულია, რომ იდეალური ფსიქოთერაპევტი უნდა იყოს ჰკვიანი, გულისხმიერი, პაციენტის მიმართ კეთილად განწყობილი და იმსახურებდეს მის ნდობას. ზოგიერთი ფსიქიატრი თვლის, რომ ყველა ეს თვისება ახასიათებს ადამიანის ოთხფეხა მეგობრებს, რომელთაც „უდიპლომო ექიმებს“ უწოდებენ. როგორც ჯექ ლონდონმა შენიშნა: „ცხოველის თავგანწირული და უანგარო სიყვარული გულში ხვდება იმას, ვინც ადამიანის მერყევი მეგობრობა და მოჩვენებითი ერთგულება გამოსცადა“. სახლის ძაღლებისა და კატების რიცხვი იზრდება. ამას საფუძვლად უდევს პირველ ყოვლისა, მარტოობის კომპენსაციის ზურვილი. და ეს სურვილი უფრო და უფრო მეტ ადამიანს უჩნდება: ახალგაზრდას, ხანში შესულს და არამარტოხელებსაც კი. აუცილებელია ვიღაცას სჭირდებოდე, ვინმე გელოდებოდეს. მაგრამ სურვილი-გყავდეს ლეკვი, სტვენია თუ თევზები — ბუნებისკენ ლტოლვასაც ნიშნავს. მე ვყოფილვარ ფრინველთა ბაზარში მოსკოვში. ცხოველებს მარტო ბავშვები და მოზარდები არ ყიდულობდნენ. ესეც — ბუნებისკენ ლტოლვაა. და მაინც, ბევრი იმათგანი, ვინც ამას საჭიროებს, შორს არის ბუნებისაგან. უკეთეს შემთხვევაში ისინი ყიდულობენ გუგულიან საათს ან ფირფიტას „ფრინველთა ხმები“. მათ გულს უჩუყებს ძროხის ბლავილი, მამლის ყვილი, საღამოს ძაღლების ყეფა. მაგრამ ცოტა ხნით. არადა, დასანანია. ამასაც თავის პოეზია აქვს. ისევე როგორც ცას, ლილიოს, ბალახის შრიალს.

აბსოლუტური სიჩუმე ისევე საზიანოა, როგორც ხანგრძლივი ხმაური. შეიძლება ატირდე სიხარულისგანაც, წყენისგანაც. გაგაღიზიანებს ცუდი ქმარიც და მეტისმეტად კარგიც.

მედიცინის ერთ-ერთი თანამედროვე დიდი თეორეტიკოსი გ. სელიე, ალბათ, სწორი იყო, როცა ხაზგასმით აღნიშნავდა, რომ სტრესის (დაძაბულობის) მიზეზი შეიძლება შეიქმნეს როგორც მტკივნეული პანლური, ასევე ენებიანი კოცნა.

პიერ ბომარშეს მამა სიცილისგან მოკვდა, როცა ვაჟიშვილი თავის „სევილიელ დალაქს“ უკითხავდა. დადებითი ემოციებისაგან ტაშის გრი-ალში გარდაიცვალა სოფოკლე. 1986 წელს სატელევიზიო კონკურსის „მის სამყაროს“ შედეგების გამოცხადების მომენტში გამარჯვებულს ისტერიკა დაემართა. მრავალი წლის წინ შევესწარი ერთ-ერთი გულშემატკივრის სი-კვილს, როცა „მისმა“ ფეხბურთის გუნდმა... გადამწყვეტი გოლი გაიტანა. არადა, ადამიანი სტადიონზე მოვიდა სიამოვნების მისაღებად.

ამავე დროს სხვა რამის მოწმეც ვყოფილვარ — ნამდვილი უბედურე-ბის მერე როგორ პოულობდნენ ადამიანები თავიანთ თავში ძალასა და ვაჟკაცობას, რათა ცხოვრება თავიდან დაეწყოთ. ასეთი ცხოვრების გზა გა-იარეს გამოჩენილმა მწერლებმა, მეცნიერებმა, კომპოზიტორებმა, მხატვ-რებმა, პოლიტიკურმა მოღვაწეებმა.

სიცოცხლის არსი ის კი არ არის, უსიამოვნებანი და წარუმატებლობა თავიდან აიცილინო, არმედ ბავშვობიდან უნდა გამოიმუშაო უნარი იმისა, რომ სძლიო მათ. ადამიანს უნდა შეეძლოს სიცილი და ტირილი, სიყვარუ-ლი და სიძულელი, მარცხის ატანა და სხვაზე გამარჯვება.

გამუდმებით მინდორში ცხოვრება მოსაბეზრებელია, თანაც შეუძლე-ბელია. სწორედ ეს არის ცხოვრება.

საქსუპალური კულტურის სამედიცინო ასპექტები

სიყვარულის არსია საამოვნება, რომელსაც იწ-ვევს ხუთი გრძნობა: სმენა, შეხება, მხედველო-ბა, გემოვნება, ყნოსეა შერწყმული სულთან და გონებით განათებული.

„კ ა მ ა ს უ ტ რ ა“

ამ პრობლემას სხვადასხვანაირი ასპექტი აქვს. ეთიკური, პედაგოგიუ-რი, ზოგადბიოლოგიური, ისტორიული, იურიდიული, ფსიქოლოგიური და, რა თქმა უნდა, სამედიცინო. ყველანი მკვიდროდ არიან დაკავშირებული ერთმანეთთან. მე ძირითადად შევჩერდები სამედიცინო ასპექტზე.

დანიასა და შვეიციაში ყოფნისას საშუალება მქონდა ახლო მანძილი-

დან დამენახა „სექსუალური რევოლუციის“ სტარტი. ის იმდენად არის ყოველდღიურობასთან გადახლართული, რომ მისი არ შემჩნევა შეუძლებელია; თითქოსდა რესპექტაბელურ გაზეთებში პორნოგრაფიული გამოცემების რეკლამა და შესაბამისი ილუსტრაციები მოთავსებულია საახალწლო ნაძვის ხეების გაყიდვის განცხადებების გვერდით. სექსის პროპაგანდისათვის „მოიმარჯვეს“ ტანსაცმლის საკიდები, ჭურჭელი, სათვალეები. ლილვები-ნიშნები თავისებური მიპატიუებით: „ამანთე“, „ვეძებ გამოცდილ პარტნიორს“ და სხვ. მალაზიების დახლებზე აწყვია სხვადასხვა ზომის მათრახები სადისტებისთვის, მაზონიზმის სახელმძღვანელოები, ფაშისტი სადისტები ქალის ელზა კოხის სექსუალური მოგონებები. ყოველივე ეს ამაზრზენია.

ამის შესახებ მომიწია საუბარმა ექიმებთან, მეცნიერებთან, ჟურნალისტებთან. ყველა იზიარებდა იმ მოსაზრებას, რომ ამგვარ „რევოლუციას“ საფუძვლად უდევს ბიზნესი და საზოგადოების გარკვეული ნაწილის დეგრადაცია. ეს რაც გაუყუღმართებას შეეხება. „აი, ინფორმაცია ნორმალურ სექსზე კი საჭიროა. ნაკლებად იქნებოდა სქესობრივი არანორმალურობანი“, — მიმტკიცებდნენ ჩემი თანამოსაუბრენი. კიდევ ერთი მოსაზრება: „რევოლუციის“ წყალობით იკლო სექსუალურმა დამნაშავეობამ და განქორწინებათა რიცხვმა.

ამ საქმეს სამედიცინო თვალსაზრისით თუ მივეუდგებით, ხომ არ შეუწყობს ხელს სექსუალური ინფორმაციის მოზღვაება მამაკაცებში იმპოტენტობისა და ქალებში სქესობრივი დაუკმაყოფილებლობის გრძნობის გაზრდას? ფსიქოლოგების (კერძოდ ფრანგების) მიერ კარგა ხანია აღნიშნულია, რომ დიდი რაოდენობით სქესობრივი გამლიზიანებლები არა მარტო აღაგზნებენ, არამედ პარადოქსულ რეაქციასაც იწვევენ. განსაკუთრებით მაშინ, როცა სექსუალური პარტნიორი არ შეესაბამება იმას, რაც იყო „სექსუალური“, სტრიპტიზმსა თუ კინოში. ადამიანი შეიძლება საკუთარ თავთან კონფლიქტამდე მიიყვანოს როგორც დათრგუნულმა, ასევე მოქარბებულმა სექსუალობამ, თუ კი ის რეალიზებული არ იქნება. ეს ხომ არ არის ერთ-ერთი მიზეზი მაგალითად იმისა, რომ დანიას ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია მსოფლიოში თვითმკვლელობის რაოდენობით? შეიძლება ვინმემ იკითხოს, რა კავშირია მათ შორის? როგორც მე მგონია, პირდაპირი. კ. იმელინსკი (1971) იმოწმებს ფოიდელის ნაშრომს, რომლის მიხედვითაც თვითმკვლელობის 700 შემთხვევიდან 68 პროცენტი გამოწვეული იყო კონფლიქტებით სექსუალურ ნიადაგზე.

განა აქვს უფლება საზოგადოებას, კერძოდ ჩვენ, ექიმებს, გვერდი ავუაროთ ამ პრობლემებს? მართალია, აქამდე ვსაუბრობდით საზღვარგა-

რეთის ქვეყნების ცხოვრებიდან მოყვანილ მაგალითებზე. როგორია დამოკიდებულება ამ საკითხების მიმართ ჩვენში?

უნდა ითქვას, რომ უკანასკნელ წლებში სქესობრივი აღზრდის საკითხებს გარკვეული ყურადღება ეთმობა. ამის შესახებ წერენ სამეცნიერო-პოპულარულ ჟურნალებში, გამოიქცა რიგი წიგნებისა და ბროშურებისა. გამოჩნდნენ სექსოლოგები, ორგანიზებულია პირველი სამეცნიერო ცენტრები და მინც ყოველივე ეს ცოტაა. წიგნების მაღაზიების დახლებზე ვერ ნახავთ წიგნებს სექსოლოგიის საკითხებზე, არადა მათზე დიდი მოთხოვნილებაა არა მარტო ახალგაზრდობის მხრივ. ლექციებს, რომლებიც სქესობრივი ცხოვრების პრობლემებს ეხება, ბევრი მსმენელი ჰყავს, სექსოლოგებთან მიღებაზე რიგი დგას. რა თქმა უნდა, შეიძლება ყოველივე ეს არაფრად ჩავადგოთ, მაგრამ მოყვანილი ფაქტები მხოლოდ უბრალო ინტერესს ხომ არ ასახავენ „საჩოთირო პრობლემისადმი“. ამის მიღმა ადამიანები არიან, ვინც სქესობრივი ცხოვრებით ცხოვრობენ და, როგორც ჩანს, შეგნებული აქვთ, რომ რაღაც არ იციან, არ ესმით, რომ რაღაც შეიძლებოდა უკეთესად ყოფილიყო.

როგორც უკვე აღინიშნა სექსოლოგთა ერთ-ერთ საკავშირო ფორუმზე, ადამიანის სქესობრივ სფეროსთან დაკავშირებული საკითხების შესწავლისას ხშირად აღმაშფოთებელი უვიცობისა და უცოდინარობის ფაქტებს გადავეყრებით ხოლმე. რამდენი გაუგებრობა, ზოგჯერ კი უბედურება ხდება პატარძლის „კანონიერი გაუპატიურების“ (ბალზაის გამოთქმა) გამო პირველ საქორწინო ღამეს, სექსუალური ცხოვრების „ნორმების“ („ნორმა“ ინდივიდუალური და ცვალებადია) გაუგებრობის გამო. რა ხშირად ხმარობენ სპირტიან სასმელებს „სტიმულისათვის“, ამავე დროს ავიწყდებათ, რომ ალკოჰოლის სისტემატურ მიღებას იმპოტენციამდე მივყავართ, ხოლო სიმთვრალეში ჩასახვა ჰქმნის იმის წინაპირობას, რომ დაიბადებიან გონებრივად არასრულფასოვანი ბავშვები.

სექსუალური კულტურა ადამიანთა ზოგადი კულტურის ნაწილია, მაგრამ აშკარად ჩამორჩება მას და არ შეესაბამება ჩვენი საზოგადოების მზარდ განათლებულობას.

იქნებ სწორედ საკუთარი არაკომპეტენტურობის დაძლევის სურვილი იმის მიზეზი, რომ მეუღლეებიც კი აღარ იზიარებენ პურიტანულ შეხედულებებს ერთმანეთთან ურთიერთობაში. ანკეტამ „ახალდაქორწინებულნი — 83“ ნათელყო, რომ ქალების 64,6 პროცენტმა დადებითად შეაფასა ოჯახურ ცხოვრებაზე მამაკაცების ქორწინებამდე გამომუშავებული სექსუალური ჩვევების გავლენა. მამაკაცების 47,8 პროცენტმა კი შესაბამისად დადებითი შეფასება მისცა ქალების წინასწარი სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილებას.

ამ სფეროში გამოცდილება ყოველთვის როდი შეესაბამება ცოდნას. მიუხედავად ამისა, ვიმეორებ, ლაპარაკი კი ზედმეტია იმაზე, რომ ჩვენში გადმოღებულ იქნას სექსის პროპაგანდის ის საზიზღარი ფორმები, რომლებიც საზღვარგარეთ გამოიყენება. და მაინც, არ შეიძლება არ დავეთანხმოთ იმას, რის შესახებ წერენ ა. ი. გულიგა და ი. ს. ანდრეევი ჟურნალში „ფილოსოფიური მეცნიერებანი“ (1973): „...სექსუალური რევოლუცია მხოლოდ დესტრუქციული მოვლენა როდია. მასში არის გარკვეული პოზიტიური მხარე, რომლის არ შემჩნევა დაუშვებელი სიბეცე ან თვალთმაქცობა იქნებოდა. კაპიტალიზმის პირობებში პროგრესი ყოველთვის ძვირად ფასობს. მაგრამ დანაკარგი არ უნდა აგვერიოს მონაპოვართან. მონაპოვართა რიცხვს მიეუთვნება სქესობრივი ურთიერთობის სფეროში მეცნიერების, განათლებისა და აღზრდის სულ უფრო საგრძნობ- შემოჭრა“.

სწორედ მეცნიერება, განათლება და აღზრდა გვეკირდება ჩვენ და არა სექსის პროპაგანდა. უფრო მეტიც, იქ სადაც სამივე შემოხსენებული კომპონენტი არსებობს, აღარ იგრძნობა არაჩანსალი ინტერესი სექსის მიმართ.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა საერთაშორისო ჯგუფმა 1972 წელს საგანგებო სხდომები მიუძღვნა სექსოლოგიის სამედიცინო ასპექტებს. თანახმად ექსპერტების მიერ მიღებული დებულებებისა, ჯანმრთელი სქესობრივი ცხოვრების კონცეფცია მთელ რიგ ელემენტებთან ერთად შეიცავს: სქესობრივი ცხოვრებით ტკბობის უნარს, ბავშვების ყოლისა და საყუთარი ქცევის კონტროლის უნარს საზოგადოებრივი და პირადი ეთიკის შესაბამისად; გულისხმობს თავისუფლებას შიშის, სირცხვილის, დანაშაულის გრძნობისა და ცრურწმენებისაგან, აგრეთვე სხვა ფსიქოლოგიური ფაქტორებისაგან, რომლებიც თრგუნავენ სქესობრივ რეაქციებს და ხელს უშლიან სქესობრივ ურთიერთობებს.

ყოველივე ამისათვის საჭიროა აღზრდის სისტემა.

სექსოლოგები განასხვავებენ სქესობრივ ინფორმაციას (Sex information) და სქესობრივ მომზადებას (Sex training). სწორედ ესენი გვევლინებიან, ალბათ, შემადგენელ ელემენტებად სექსუალური აღზრდისა, რომელსაც მრავალ ქვეყანაში ჯერ კიდევ სკოლაში იწყებენ. უკიდურესობად გვევლინება დანიის მაგალითი, სადაც სექსოლოგიის საფუძვლები დაწყებითი სკოლის პირველ კლასში ისწავლება, ან შეეციის მაგალითი, სადაც მოსწავლეებს 12 წლის ასაკიდან ესაუბრებიან ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენების შესახებ. მაგრამ არსებობს სხვა სახის გამოცდილებაც. სექსუალური აღზრდის მიმოხილვა სხვადასხვა ქვეყნის სკოლებში მოცემულია ჯ. ლუქასისის (1969) და D. H. Isaev (1979) სტატიებ-

ში, ოჯახური ცხოვრებისათვის მომზადება, როგორც საგანი, უნგრეთის სკოლებში მეხუთე კლასიდან ისწავლება. გღრ-ში სექსუალურ-ეთიკური აღზრდა სკოლის პროგრამის შემადგენელ ნაწილად იქცა და სავსებით გამართლა კიდევ.

ჩვენს სასწავლო დაწესებულებებში ამ მხრივ ჭერჭერობით პირველი ნაბიჯები იღმევა. შორს არიან ამ პრობლემისგან მშობლებიც, ბევრ მათგანს სექსუალური აღზრდის თაობაზე დისტილირებული წარმოდგენა აქვთ და თვითონაც არ იციან როგორ და რის შესახებ ისაუბრონ. ამიტომაც აღმზრდელებს შორის ცოტა როდია შემთხვევითი ადამიანი. ამას წინათ წავიკითხე ერთ-ერთი პედაგოგის გამოსვლის შესახებ, რომელმაც სტუდენტთა აუდიტორიას აუწყა, რომ 35 წლის ასაკამდე ქალისთვის არ უკოცნია. წარმოიდგინეთ, რა შთაბეჭდილებას მოახდენდა ასე სამაგალითოდ განვლილი ცხოვრება.

ამ ფონზე 1392 ადამიანის გამოკითხვამ (უმრავლესობა მოსწავლეები და სტუდენტები) ცხადყო, რომ 14 წლამდე პირველი სქესობრივი ურთიერთობა ჰქონდა 7 პროცენტს და 18 წლამდე — მამაკაცების 81 პროცენტს და ქალების 43 პროცენტს (ვ. ვ. ნაგაევი, 1982).

სექსუალური და სოციალური მომწიფების ტემპებს შორის სხვაობა უკანასკნელ ათწლეულში ძალიან გაიზარდა. ახალგაზრდობის სქესობრივი მომწიფება ამაჟამად 2-3 წლით ადრე ხდება, ვიდრე გასულ საუკუნეში. შეიძინევა არა მარტო აქსელერაცია, არამედ ტელევიზიის, კინოსა და წიგნების გავლენაც. აჰავე დროს სოციალური მომწიფების პერიოდი, რაც აუცილებელია ოჯახის შექმნისა და შენახვისათვის, გაცილებით გვიან დგება. ეს დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე, კერძოდ სწავლის პერიოდის განხანგრძლივებაზე. ამიტომ გაცეხას არ იწვევს ბ. ა. გრუშინის (1964) მტკიცება იმის თაობაზე, რომ „ჩვენი ახალგაზრდობის უმრავლესობა ქორწინდება, მაგრამ სქესობრივი ცხოვრება არ იცის“.

ოც წელზე მეტი გავიდა. ი. რიუტიკოვი (1985) ერთ-ერთ თავის პუბლიკაციაში აღნიშნავს, რომ „ჩვენში არ არსებობს სიყვარულის ფსიქოლოგია, როგორც მეცნიერება“, თითქმის არ არის საგანმანათლებლო წიგნები*. არაუა. პოლონელმა სოციალოგმა H. Malewska-მ (1966) გამოიკვლია 861 ქალი და შემდეგ დასკვნამდე მივიდა: სექსუალური ცხოვრების შესახებ ინფორმირების ხარისხს, სქესობრივ დაკმაყოფილებულობასა და ბედნიერ ქორწინებას შორის გარკვეული კავშირი არსებობს.

ყოველივე აქედან კი დასკვნები უნდა გამოვიტანოთ.

ესტონეთში მთელი რიგი სკოლების გამოსაშვებ კლასებში უკვე ათწელზე მეტია ტარდება ოჯახური აღზრდის გაკვეთილი, რომელიც მოიცავს

* ნელდა, 1985, № 13.

ამ პრობლემების სხვადასხვა ასპექტს — სამედიცინოს, ფსიქოლოგიურს, ეკონომიკურსა და სხვა. ჩვენი ქვეყნის ყველა რესპუბლიკაში 1985 წლიდან შემოღებულია ახალი სავალდებულო საგნები „ჰიგიენური და სქესობრივი აღზრდა“ და „ოჯახური ცხოვრების ეთიკა და ფსიქოლოგია“. სიძნელეები ჭერჭერობით იმაში გამოიხატება, რომ არა გვეყავს შესაბამისად მომზადებული პედაგოგები და არა გვაქვს შემუშავებული ოპტიმალური მეთოდები, თუ როგორ მივიტანოთ შესაბამისი იდეები მოზარდების გონებაში და გულში. როგორც ჩანს, კრიტიკულად უნდა გავითვალისწინოთ საზღვარგარეთის გამოცდილების დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

როდესაც ვლაპარაკობთ, რომ სულ უფრო მეტად ჩავაბათ სკოლა მოსწავლეთა სქესობრივი აღზრდის საქმეში. აუცილებლად ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ: ცოდნის ნუ შეგვეშინდება. საშიშია გაუქვლქართებული ცოდნა. ამასთანავე სქესობრივი აღზრდა არ უნდა გავნიხილოთ პიროვნების ზნეობრივ და სოციალურ ჩამოყალიბებასთან კავშირის გარეშე.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, სექსუალურ კულტურას ვაზიაროთ ახლად დაქორწინებულნი. არ შეიძლება გავიზიაროთ მერიანელ მორგანის თვალსაზრისი, რომელიც თავის განმარტებულ წიგნში „ტოტალური ქალი“, ამტკიცებს, რომ „სქესობრივი ცხოვრება — ეს არ არის ლოგინში გატარებული რამდენიმე წუთი, არამედ მომზადების მთელი სისტემა, რომელიც გრძელდება დიდიდან საღამომდე“, და იმისათვის, რომ ოჯახი შეინარჩუნო, მხოლოდ იმაზე უნდა იფიქრო, როგორ გახადო მრავალფეროვანი შენი ცხოვრება ქმართან. და მაინც, აუცილებელია დავძლიოთ არსებული „სქესობრივი უცოდინარობა — მრავალი სიყვარულის მკვლეელი, მრავალი ოჯახის დამანგრეველი“ (ი. რიურიკოვი, 1977).

ამერიკელთა მონაცემების მიხედვით, აშშ-ში განქორწინებათა 75 პროცენტს სწორედ სექსუალური უთანხმოებანი (სხვა ფაქტორებთან ერთად) აძლევენ პირველ ბიძგს. ცოტა არ იყოს დამაფიქრებელია ის გარემოება, რომ ზოგიერთი სოციოლოგი განქორწინების მიზეზებს შორის განასხვავებს „სქესობრივ დისპარმონიას“ და „ცოლ-ქმრულ ღალატს“. განა ამ უკანასკნელს თან ახლავს ოჯახური პარმონია? იქნებ ყველაფერი არა კომპეტენტურობითა და უცოდინარობით იწყება? სექსოლოგები ლ. ნ. გუდკოვიჩი და ა. ა. პიტაიკი იმოწმებენ მასალას, რომლის თანახმად ქალების 39 პროცენტის ფრიგიდულობა (სქესობრივი სიცივე) უნდა აიხსნას სექსუალური კულტურის დაბალი დონით. სამწუხაროდ, ეს დონე არც მამაკაცებშია მაღალი. როგორც თავის დისერტაციაში ი. ა. პაპოვმა (1969) აღნიშნა გამოკითხული მამაკაცების მხოლოდ 62 პროცენტი ამზადებდა ქალებს ფსიქოეროტიკულად სქესობრივი კავშირისათვის, და მხოლოდ

ცოტა მათგანმა თუ იცოდა, როგორია ასეთ შემთხვევაში დასაშვები შესაძლებლობანი. სექსოლოგებმა წამოკრეს საკითხი ურთიერთდამაკმაყოფილებელი სექსუალური ტექნიკის, ალერსის დიაბაზონის გაფართოების (ხასიათი, ინტენსივობა, საალერსო ადგილები) მნიშვნელობის შესახებ.

ამჟამად ბევრ დიდ ქალაქში (მოსკოვი, რიგა, ალმა-ათა, მინსკი და სხვ.) მუშაობენ კონსულტაციები „ოჯახი და ქორწინება“. აღსანიშნავია „ახლად დაქორწინებულთა კლუბის“ გამოცდილება, რომელიც უკვე რამდენიმე წელია ფუნქციონირებს ლენინგრადში ს. მ. კიროვის სახელობის კულტურის სასახლეში. მეცადინეობებს ატარებენ ფსიქოლოგები, იურისტები, ექიმები, სექსოლოგები, ხელოვნებათმცოდნეები და მათი მიზანი გახლავთ ოჯახში შესაძლო სქესობრივი დისპარმონიის თავიდან აცილება. ლექციები იკითხება იმის შესახებ, თუ როგორი უნდა იყოს ინტიმური სიახლოვისას პრელუდია და ეპილოგი, რომ ისინი აუცილებელია და უფრო მისაღებიც უნდა გახდეს. აგრეთვე განიხილავენ პოზიციების ცვალებადობის საკითხს. ეს წამოწყება, უეჭველად, პროგრესულია. პოლონეთის სახალხო რესპუბლიკაში მნიშვნელოვანი გავრცელება ჰპოვეს ქორწინებამდე და საოჯახო კონსულტაციებმა. გღრ ფუნქციონირებს ოჯახური ცხოვრებისათვის მომზადების დაახლოებით 200 სკოლა. ფინეთში არსებობს სპეციალური სახელმძღვანელოები ახლად დაქორწინებულთათვის. სიტყვამ მოიტანა და, ამ უქანასკნელთ არაფერი საერთო არა აქვთ პორნოგრაფიასთან.

თუ ჭურვილი გაქვს, „უხამსობას“ დაინახავ ვენერა მილოსელის ქანდაკებაში ანდა იმ აქტებში, რომლებიც ფოტოგრაფიულ ჟურნალებში იბეჭდება. მახსენდება ტურისტი ქალი, რომელმაც სერიოზულად იკითხა, პორნოგრაფია ხომ არ არის როდენის სკულპტურა „მუდმივი კერპი“... აქ ადგილი ჰქონდა გარკვეულ მიდგომას საკითხებისადმი: რაც უიშველია, ესე იგი, ცუდია. ალბათ, ახალი არ იქნება, თუ ვიტყვი, რომ ზოგიერთები აიგივებენ ცნებებს სექსი და უხამსობა, სიშიშვლე და სექსუალობა.

არადა, ფსიქოლოგებმა კარგა ხანია შენიშნეს, რომ ადამიანს ბევრი რამ ალაგზნებს: მზერისა და ღიმილის მანერა, სიარული, ხმის ტემბრი, სურნელი და სხვა. ამერიკელი რეკლამიდან ხშირად შემოგყურებთ ოდნავ თვალმოკუტებული სასიამოვნო ქალიშვილი, ნაზად, დაბნეულად იღიმიის. ოდნავ გახსნილი ბაგიდან ენის წვერი თითქოსდა შემთხვევით სრიალებს მსხვილ, ვნებიან ტუჩებზე. ეს ქალიშვილი ზედა ტანსაცმელს უწევს რეკლამას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ჩაცმულმაც შეიძლება გამოიწვიოს არასაქირო ასოციაციები, ხოლო სიშიშვლე შეიძლება უბიწო იყოს.

უძველეს ჩინურ ტრაქტატში „დუნ-სიუან-ცზი“ ძალიან პოეტურად არის ნათქვამი: „ცის მიერ შექმნილი მირიადი საგნებიდან ყველაზე ძვირ-

ფასი აღაძვინა. ყველა იმ საგნიდან, რასაც აღაძვინისთვის კეთილდღეობა მოაქვს, არც ერთი არ შეედრება ინტიმურ სიახლოვეს. ამით აღაძვინი მისდევს ცას და ემსგავსება ღელამიწას“...

გასაკვირი არ არის რომ სქესობრივ დისპარმონიას ასეთი არსებითი როლი ენიჭება ნერვული სისტემის აშლილობისა და მასთან დაკავშირებული სხვა დაავადებების წარმოშობის მიზეზთა შორის.

ამიტომაც იმსახურებს ეს პრობლემა ასეთ ყურადღებას.

აღაძვინებს, რომელთაც პარმონიული ოჯახური ცხოვრება აქვთ, იშვიათად აწუხებთ ნევროზები. კიევის ერთ-ერთი პოლიკლინიკის მონაცემებით (1977), შემთხვევათა 66 პროცენტში ნევროზების მიზეზად მიჩნეულია უჯახური (და არა საწარმოო) კონფლიქტები. ჩვენი მედიცინისათვის მიუღებელია ზიგმუნდ ფროიდის „პანსექსუალიზმის“ იდეები. თუმცა, ვფიქრობ, რომ სწორია აკადემიკოსი ვ. ენგელპარდტი, ვისი აზრითაც, ამღვრეულ წყალთან ერთად ჩვენ გადავღვარეთ ის დადებითი ელემენტებიც, რომელთაც შეიცავს ფროიდის შეხედულებათა სისტემა. ზოგიერთები ფროიდიზმს აიგივებენ ყველაფერ იმასთან, რაც სქესობრივ ცხოვრებას შეეხება, თუმცა ეს უკანასკნელი მანამდე წარმოიშვა და მისგან დამოუკიდებლად არსებობს.

კარგად არის ცნობილი, რომ ხშირ შემთხვევაში სქესობრივი დასპარმონია თავადვე გვევლინება ხოლმე ნერვული სისტემის აშლილობის გამოვლინებად, მაგრამ უსათუოდ არსებობს უკუუკავშირიც.

...ჩემთან არიან ცოლ-ქმარი ზ., რომელთაც 20 წელი ერთად იცხოვრეს. უკანასკნელ დროს ცოლი გამუდმებით მკურნალობს ნევრასთენიას, ვეგეტოლისტონიას, ასთენიას და სხვ. ამასთან დაკავშირებით სანატორიუმშიც იყო, სადაც ოთანის მეზობელმა ქალმა გაანათლა: თურმე ყველაფერში ქმარია დამნაშავე...

ცოლ-ქმართან საუბრისას გამოირკვა, რომ ცოლს სულაც არ სჭირდება ნერვული სისტემის დამამშვიდებელი ის საშუალებანი, რასაც ღებულობდა. უკეთესი იქნება თუ ქმარი მიიღებს ამ საშუალებებს. ორივეს ვურჩიე აგრეთვე, წაიკითხონ რუდოლფ ნოიბერტის წიგნი „ახალი წიგნი ცოლ-ქმრობაზე“. ახალი იქ ძალიან ცოტაა, მაგრამ ჩვენი მკითხველისთვის ბევრი რამ უცნობია.

ჩემი ნაცნობები დაახლოებით ერთი წლის შემდეგ ვნახე.

— იცით, თქვენი რჩევა-დარიგება სწორი გამოდგა, თუმცა თავიდან ორივენი სეკპტიკურად შევხვდით, — მითხრა ზ. — წარმოგიდგენიათ, გავჭლარავდი და მხოლოდ ახლა გავიგე ის, რაც ახალგაზრდობაში უნდა მცოდნოდა. არადა, ჩვენ ხომ უკვე განქორწინებას ვაპირებდით.

კიდევ ერთ მაგალითს მოვიყვან, საკმაოდ თვალსაჩინოს იმისათვის,

რომ გასაგები გახდეს, როგორი წინააღმდეგობებით აღსავსე შეიძლება იყოს ოჯახური ურთიერთობანი. და როგორც მე მგონია, არც თუ იშვიათად გვხვდება კიდეც.

ე-ს, ორმოციოდე წლის ქალს, აწუხებს მკვეთრად გამოხატული ნევროზი. გარკვეულ მიზეზებს ვერ ვხედავ. სხვა დრო და მოქმედების ადგილი რომ არა, ვიტყვოდი, რომ ბალზაის ასაკის ქალის შენიღბული კოლიზიების შთაბეჭდილება მრჩება-მეთქი. მართალია, ის ოცდაათი წლის არ არის, მაგრამ იქნებ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდასთან დაკავშირებით ორმოცი წლის ქალები ალაპარაკდნენ?

ბუნებრივია, დავინტერესდი მისი ოჯახური ცხოვრებით.

— როგორი დამოკიდებულება გაქვთ ქმართან?

— ძალიან კარგი ქმარი მყავს. ძალიან კარგი...

გამახსენდა ანდაზა: შენ თქვი — მე დავიჯერე, შენ გაიმეორე — მე დავეჭვიდი. თუმცა, დამეუქვა არა იმან, კარგი ქმარი ჰყავს თუ არა, არამედ ყველაფერი მშვიდობიანად არის თუ არა ამ ოჯახში. რატომ დავეჭვიდი — თანდათან გაიმბობთ.

იმავე დღეს ჩემი პაციენტი ქალი მეუღლემ ინახულა. ორივენი ერთად რაღაც უცნაურ შთაბეჭდილებას ტოვებდნენ. მამაკაცი ყურადღებად იღვრებოდა, ქალი რაღაც მედიდურად და მტრულად იქპირებოდა განზე. გულში გავიფიქრე, ალბათ იჩხუბეს-მეთქი.

შეორე დღეს კაბინეტის კარზე დააკაუნეს. შემოვიდა ე. ისტერიკა-შია.

— მეჩაერება, მის გამო ვარ აქ. ის... კაცი არ არის!

მივხვდი, რომ ქმარზე ამბობდა. თურმე იმპოტენტი ყოფილა.

ვინაიდან სექსოლოგი არ გახლავართ, აღარ დამიზუსტებია მათი ურთიერთობის ნიუანსები. მხოლოდ განვუმარტე ე.-ს, რომ ამჟამად სპეციალისტები იმ აზრისა არიან, რომ მამაკაცის იმპოტენცია არა მარტო მამაკაცის არასრულფასოვნებაზე მიანიშნებს, არამედ ქალის არასაკმარის სექსუალურ განათლებაზეც მეტყველებს.

სქესობრივი ცხოვრების ფიზიოლოგიის და ნორმის განხილვა ამ წიგნის მიზანი არ გახლავთ. მით უმეტეს, რომ, რაც უნდა სრულყოფილი იყოს სექსოლოგიის სახელმძღვანელო, არ შეიძლება მისი გამოყენება როგორც სამზარეულო ცნობარისა. სქესობრივი ცხოვრება არა მარტო მეცნიერებაა, არამედ ხელოვნებაც არის. ის გულისხმობს გრძნობების კულტურას, სულიერ სიფაქიზეს, გარკვეულ აღლრუიზმს, ე. ი. უნარს — სიახლოვისაგან სიხარული პირველ რიგში მხოლოდ თავს კი არ მიანიჭო, არამედ...

ზოგიერთი სამედიცინო და ფსიქოლოგიური დებულება მაინც უნდა შევახსენო მკითხველს.

არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ კარგი ურთიერთობისა და ერთმანეთის სიყვარულის პირობებშიც კი გრძნობიერება არ შეიძლება ყოველთვის სწორხაზოვნად ერთნაირი, ერთ სიმაღლეზე იყოს. შესაძლებელია „მოზღვაება“ და „უკუქცევა“. ეს უფრო ხშირად ქალებს ახასიათებთ. თუმცა ზოგიერთს შეუძლია დამალოს თავისი განწყობილება, ხოლო როცა არ ხერხდება ამის დამალვა, მამაკაცებს აღვლევთ საკითხი — რა მოხდა? ზოგჯერ ამის ნიადაგზე წარმოიშობა ეჭვი, განუთქილება.

გრძნობათა ორგანოებიდან ქალებში ყველაზე მაღალ ეროვნულ მაჩვენებელს იძლევა სმენა. ვ. ი. ზდრაგომისლოვის (1972) მონაცემებით, 3.5-ჯერ მეტს, ვიდრე მხედველობა. ამით აიხსნება ის, რომ „მამაკაცს უყვარს თვალებით, ხოლო ქალს — ყურებით“. სქესობრივ სიახლოვეს წინ უნდა უძღოდეს ევრეთ წოდებული „წინასწარი თამაში“ („Vozspiel“), ეროვნული ზონების ცოდნა, ზოგიერთებისათვის უნარი იმისა, რომ სძლიო სტანდარტულ წარმოდგენებს. მიიწინააღმდეგება, რომ სექსუალური ტექნიკა გრძნობას ვერ შეცვლის. თუმცა შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ისტორიულად სქესობრივი ცხოვრების ცვალებადობა ქალების მიერ არის ინსპირირებული. „მიმღებლობის დიაპაზონი“ მათთვის გაცილებით ვიწროა, ვიდრე მამაკაცებისათვის. შესაძლოა ამას საფუძვლად ედოს მტკარად გაგებული თავდაქვირილობა და ზრდილობა. ამასთან დაკავშირებით არ შეიძლება არ გაიხსენოთ ერთ-ერთი მწერლის მიერ გამოთქმული აზრი, რომ ზედმეტად მორცხვმა ქალმა შეიძლება იმპოტენტად აქციოს მამაკაცი.

რაც შეეხება მამაკაცის პოტენციას, მუდმივად ერთნაირი ინტენსივობის არ შეიძლება იყოს. შესაძლოა მისი დროებითი შესუსტება სტრესების, გადაღლის შედეგად, ერთ ქალთან იქნებ უფრო მომატებული იყოს, სხვასთან შედარებით სუსტი. შემთხვევითი მარცხი, რომელიც ჩავარდნის შოლოდინსა და მომავლის ურწმუნობას იწვევს, ყველაზე ხშირად ჰქმნის იმპოტენციის წინაპირობას, და მამაკაცთა იმპოტენციის შემთხვევათა 50 პროცენტი ნევროგენული, უფრო ზუსტად ფსიქოგენური ხასიათისაა.

ძნელია გადაჭარბებით შევაფასოთ ქალის როლი იმპოტენციის მკურნალობის საქმეში. ეს გახლავთ ორი ადამიანის პრობლემა. ამიტომ მკურნალობენ დისპარმონიას მათ შორის.

ის გარემოება, რომ არ შეუძლიათ ცოლის დაკმაყოფილება, მამაკაცებში წარმოშობს არასრულფასოვნების კომპლექსს, რომლის კომპენსაცია ხდება თავაზიანობით, ზედმეტი ხათრიანობით, დაუზარებლობით. ცოლ კი: არათუ ბოროტად იყენებს ყოველივე ამას, არამედ მთლიანად თავის ნებას უმორჩილებს ქმარს. „ოჯახის უფროსი“ ხდება ქალი. თუმცა ამგვარი ურთიერთობა ცოლს არ აკმაყოფილებს. ქვეცნობიერად ეს ეწინააღმდეგე-

ბა მის სურვილს, დაეყრდნოს ცხოვრების თანამგზავრს. ვისი აზრიც ანგარიშგასაწევი იქნება. ქმარი არა მარტო პარტიისცემას კარგავს ცოლის თვალში, არამედ აბუჩადაც არის აგდებული, ზოლო როგორც სქესობრივი პარტნიორი, აღიზიანებს კიდეც ქალს. ამას მოჰყვება კონფლიქტი, აყალიბებული და ნევროზიც.

სწორედ მაშინ ჩნდება ერთგვარი სკეფსისი. როცა ნევროზიანი ქალები ლაპარაკობენ „ძალიან, ძალიან კარგ“ ქმარზე... ურთიერთობათა ამ სტადიაზე ზოგჯერ გვიან არის ზოლმე რაიმეს გამოსწორება. ამიტომ სქესობრივი დისპარმონიისას უნდა მიმართოთ სპეციალისტებს, საქმე არ უნდა მიიყვანოთ იქამდე, რასაც ზოგიერთები აღნიშნავენ ასე — „ხასიათებით ვერ შეეწყვენენ“.

სექსუალური დარღვევით დაავადებულ მამაკაცთა დაახლოებით 1000 ავადმყოფობის ისტორიის ანალიზის საფუძველზე გ. ს. ვასილჩენკომ ნათელყო, რომ დაახლოებით 8 წლის განმავლობაში ყოველმა მათგანმა მიმართა საშუალოდ 5 სხვადასხვა სპეციალობის ექიმს. და მხოლოდ ამის შემდეგ აღმოჩნდნენ ეს პაციენტები პროფესიულად მომზადებულ სექსოლოგთან. უნდა აღინიშნოს, რომ ცოლქმრული ურთიერთგაგების პირობებში მკურნალობისას დადებით შედეგს მიაღწია 80-90 პროცენტმა.

როგორც ჩანს, უფრო ღრმად და მიზანდასახულად უნდა იქნეს შესწავლილი ქალთა ფსიქოფიზიოლოგია. სექსოლოგია ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილი მათ მიმართ. იქნებ ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ ამ პრობლემას ძირითადად მამაკაცები იკვლევენ, ისევე როგორც ქალთა ფსიქოლოგიას. ამერიკელი ექიმებისა და სოციოლოგების მონაცემებით, გამოკვლეული ქალების 70 პროცენტისა და მამაკაცების 28 პროცენტის შრომის პროდუქტიულობა და ხარისხი დამოკიდებულია სქესობრივ ცხოვრებაზე. ზოგიერთი ფსიქიატრი აღაპარაკდა სექსუალური პრობლემის ახალ მხარეზე — ქალის გაზრდილ სქესობრივ მოთხოვნილებაზე, რომლის დაკმაყოფილებაც თანამედროვე მამაკაცს ყოველთვის როდი შეუძლია. ლიტერატურის მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, იზრდება ფრიგიდული ქალების რიცხვი, თანაც ეს არცთუ იშვიათად ბრალად ედებათ მამაკაცებს. უკანასკნელ ათწლეულებში გაჩნდა ნაკლებსასიამოვნო გამონათქვამები ახალ სუსტ სქესზე — „მამაკაცის მ. შ.“ (მოვალეობის შემსრულებელი), ერთდროულად შეარქვეს ახალი ტერმინი ქალებს — „გმპ“ — გადაწყვეტილების მიმღები პირი...

ა. ვ. გულიგა (1979) სტატიაში, რომელსაც ყურადსაღები სათაური აქვს — „ორმაგი მორალის“ დასასრული“. წერს „მეცნიერებისა და ტექნიკის საუკუნემ ქალი მამაკაცს გაუთანასწორა სასიყვარულო ტკბობის უფლებებში, ასაკობრივი საზღვარი გააფართოვა... ქალის სწრაფვა — იყოს თა-

ნასწორუფლებიანი პარტიორი, მამაკაცის პასიურობას აწყდება და დაუ-
კმაყოფილებელი რჩება. ეს აიძულებს ქალს იყოს აქტიური“.

თუმცა, არის კი ეს ასე?

ლეგენდის თანახმად, სოლომონ მეფეს პარამხანაში 700 ცოლი ჰყავ-
და, ზანგების მეფეს ლოანგში — 7000, დიდ მთაქარ ვლადიმირს 800 ხასა
ჰყავდა. ან კი ვინ დათვალა? სამაგიეროდ მონტენი თავის „ცდებში“, ჯერ
კიდევ XVI საუკუნეში, ქალებზე საუბრისას მამაკაცების ყურადღებას მი-
აქცევდა იმ გარემოებას, რომ „ისინი ჩვენზე გაუმადლარნი და მგზნებარე-
ნი არიან სიყვარულში — შედარებაც კი არ შეიძლება!“

მაშ, იქნებ საქმე მამაკაცების ფემინიზაცია კი არა, ქალების მასკუ-
ლინიზაციაა? იქნებ მისმა ეკონომიკურმა დაძოვნიდებლობამ, საზოგადო-
ებაში უფრო დიდხანს ყოფნამ, ჩასახვის სიწინააღმდეგო ეფექტური საშუა-
ლებების წყალობით სიყვარულის გამოიწვევამ ბავშვების გაჩენისაგან, მიგ-
ვიყვანა იქამდე, რომ საუკუნეების მანძილზე დათრგუნულმა ქალის სექ-
სუალობამ და აქტიურობამ გარეთ გამოხეთქა. ყველა ამ საკითხზე პასუხის
გაცემა, ლიტერატურის მიხედვით ოუ ვიმსჯელებთ, ჯერჯერობით არც
ფსიქოლოგებს, არც ფიზიოლოგებს და არც სექსოლოგებს არ შეუძლიათ.

უხეში შეცდომა იქნებოდა გვეფიქრა, რომ ოჯახური ურთიერთობე-
ბის პრობლემა მხოლოდ სექსუალურ ცხოვრებას გულისხმობს, ისეთი ადა-
მიანებიც გვხვდებიან, ვის შესახებაც უხეშად, მაგრამ სამართლიანად არის
ხათქვამი — მაგასთან დაძინება შეიძლება, მაგრამ ვალვიძება... ოჯახური
ცხოვრების სიმტკიცე არ შეიძლება განისაზღვროს მხოლოდ იმით, თუ
რანაირია ინტიმური კავშირი. ვფიქრობ, შეუძლებელია სათანადოდ არ შევა-
ფასოთ სულიერი და ინტელექტუალური სიახლოვის, საერთო ინტერესე-
ბის, საყოფაცხოვრებო პირობების და მრავალი სხვა ფაქტორის მნიშვნე-
ლობა. ინტერესს მოკლებული არ გახლავთ კონცეფცია ხუთი საქორწინო
ფაქტორის შესახებ, რომელიც საშუალებას გვაძლევს გარკვეულწილად
ვივარაუდოთ როგორი იქნება მომავალი ოჯახური ურთიერთობანი (გ. ს.
ვასილჩენკო, ი. ა. რეშტნიაკი, 1978). საუბარია შემდეგ ფაქტორებზე: ფი-
ზიკური — გარეგნობა, განსაკუთრებით სახე, ხმის ტემბრი, ქცევა, ამა თუ
იმ ადამიანისათვის დამახასიათებელი სუნი; მატერიალური — ხშირ შემთხ-
ვევაში დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ გამართლდება პარტიორის
მოლოდინი და მოთხოვნილება; კულტურული — რომელსაც განსაზღვრავს
ინტელექტუალური მოთხოვნილებანი და მეუღლეებში მათი თანაფარდო-
ბა: სექსუალური — მოთხოვნილებების, ჯანმრთელობისა და ასაკის შესა-
ბამისად მათი დაკმაყოფილების შეფარდება; ფსიქოლოგიური — რომელიც
ითვლება წამყვან ფაქტორად და არცთუ იშვიათად მისგან გამომდინარე-
ობს ყველა წინამდებარე ფაქტორი.

როგორიღაა ოჯახურ ურთიერთობათა მეტამორფოზის მიზეზები? არსებობს თუ არა მათი განმტკიცებისა და თანამედროვე ქორწინებაში კრიზისული ტენდენციების თავიდან აცილების გზები, რომლის შესახებ ამდენს ლაპარაკობენ და წერენ?

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ღრმა სოციოლოგიური გამოკვლევები, მაგრამ დღესდღეობით არსებულიც გვაიძულებს დაეფიქრდეთ.

სოციოლოგ ს. ი. გოლოდას (1985) მონაცემებით, ყველაზე სწრაფად ის ქორწინებანი ირღვევა, რომლებიც მატერიალური ან რაიმე სხვა ანგარიშით მოხდა. მეორე ადგილზე აღმოჩნდნენ ის ოჯახები, რომლებიც შეიქმნა... სიყვარულით.

პროფესორმა ნ. გ. იურკევიჩმა (1970) ჩაატარა ყურადსაღები ანკეტური გამოკითხვა: კორესპოდენტთა 94 პროცენტი თვლიდა, რომ ქორწინება სიყვარულით უნდა მოხდეს, მათგან 70 პროცენტმა აქორწინა სიყვარულით და 47 პროცენტს კვლავაც უყვარდა. მაშ, „სტაჟიანი“ მეუღლეებისათვის ლენინგრაადელი სოციოლოგების მიერ დასმულ შეკითხვაზე „რა გაკავშირებთ ერთმანეთთან“ — ორმა მესამედმა რატომ უპასუხა „ბავშვები“?

სად და რატომ ქრება ეს გრძნობა?

მაშაყაყების 36,5 პროცენტს (ი. ა. პოპოვის მონაცემებით) რატომ აქვს ქორწინების გარეშე ურთიერთობა? იქნებ სწორია ი. მ. სეჩენოვის მოსაზრება, რომ ხელმეორე გატაცება — წინათი დაუქმყოფილებლობის ნიშანია? რატომ გახშირდა შემთხვევები, რომელთაც სერგეი ზალიგინმა ერთობლივ-შეუთავსებელი ცხოვრება უწოდა?

განქორწინებათა რიცხვი იზრდება. თუკი ოცდაათი წლის წინ 100 ქორწინებაზე 3 განქორწინება მოდიოდა, ამჟამად ათჯერ გაიზარდა ეს რიცხვი:

ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე ესტონელმა აკადემიკოსმა გ. ი. ნაანმა გამოიანგარიშა, რომ განქორწინებათა რაოდენობა 1973 წელს 1913 წელთან შედარებით 65-ჯერ გაიზარდა. ოფიციალურად ირღვევა ყოველი მესამე ქორწინება. 10-15 წლის წინ თუ განქორწინებულთა დიდი უმრავლესობა ახალ „კანონიერ“ ქორწინებაში რეგისტრირდებოდა, ამჟამად სხვა სურათი გვაქვს. ამიტომ არსებობს მოსაზრება, რომ დღესდღეობით განქორწინებისას მნიშვნელოვანია არა მარტო კონკრეტული პარტნიორით (ცოლი, ქმარი), არამედ თვით ქორწინების არსით უკმაყოფილება. ვ. ი. პერევედენცევი (1974) ამასთან დაკავშირებით აღნიშნავს, რომ ჩვენში სქესობრივი მორალის სფეროში სწრაფი ცვლილებები მოხდა. ხოლო ქორწინებამდე და ქორწინების გარეშე სქესობრივი ცხოვრება იშვიათი გამოწკლისიდან ფაქტიურად ნორმად იქცა.

ნუთუ მართლა გაითიშა ერთმანეთისაგან ბიოლოგიური და ეთიკური ნორმატივები? ვფიქრობ, რომ მოვლენის ახსნა გაგვიჭირდება ფროიდის მიხედვით სექსუალობასა და ცივილიზაციას შორის არსებული გადაუჭრელი კონფლიქტითაც კი.

ბევრ კითხვას ვფიქრობ, უპასუხებს იური რიუროკოვის საინტერესო ნაწრომები „სამი ლტოლვა“ (1984), „გამწვანებული ბედნიერება“ (1977) და ვ. ი. ზაცეპინის „ცოლქმრული ცხოვრების შესახებ“ (1984). მათი წაკითხვა სასარგებლო იქნებოდა იმათთვის, ვისაც სიყვარულის ფსიქოლოგიის საკითხები აინტერესებს.

რაც შეეხება ოჯახის განმტკიცების პრაქტიკულ ასპექტებს, ექვგარეშეა, რომ ერთ-ერთი გზა გახლავთ „ნაცნობობისა და ოჯახური შეთავსებლობის“ საყოველთაო სამსახურის შექმნის აუცილებლობა. ბევრი ქვეყნისა და ჩვენი ქვეყნის რამდენიმე ქალაქის მაგალითმა ამ შემთხვევაში გაამართლა.

როგორც მითითებულია საბჭოთა კავშირის კომუნისტური პარტიის პროგრამის ახალ რედაქციაში, სოციალისტური საზოგადოება „ძალიან დაინტერესებულია მყარი, სულიერად და ზნეობრივად ჭანმრთელი ოჯახით“. საჭირო არ არის იმის მტკიცება, რომ ბავშვობიდანვე უნდა აღიზარდოს ადამიანი ამ შეგნებით.

...ჩვენი მედიცინა დიდ ყურადღებას უთმობს ადამიანის ჭანმრთელობაზე საწარმოო ფაქტორების ზეგავლენის შესწავლას. თუ საამქროში საშხაპე არ არის ან საემარისი ვენტილაცია არ არსებობს, რა თქმა უნდა, საჭიროა ჩარევა. მაგრამ მოუგვარებელი ან აწეწილი ოჯახური ცხოვრება უარესად მოქმედებს, ხოლო მისი უარყოფითი ზეგავლენის გამოსწორება გაცილებით ძნელი საქმეა. ამიტომ ჩვენ, მედიკოსებს გვმართებს გაცილებით უფრო საფუძვლიანად მოვკიდოთ ხელი ამ დიდ სამედიცინო-სოციალურ პრობლემას, ფსიქოლოგებთან და სოციოლოგებთან ერთად შევეცადოთ პასუხი გავცეთ იმ მრავალნაირ და წინააღმდეგობებით აღსავსე კითხვებს, რომელთაც ცხოვრება გვიყენებს. ამავე დროს სინამდვილედ არ უნდა გამოვაცხადოთ ის, რაც ჩვენთვის არის სასურველი.

სიზმრა—ეს არის კომაროვისი ბარდაუმალთან

რაც უფრო უფასურდება ცხოვრება, მით უფრო ვზრუნავთ მასზე.

ქ. ე. რ. "ო

მედიცინის, უფრო სწორედ ჯანმრთელობის დაცვის კრიზისზე ჯერ კიდევ XX საუკუნის დასაწყისში ალაპარაკდნენ.

კრიზისულ ტენდენციებად მიაჩნდათ, პირველი ყოვლისა, მედიცინის დაქუცმაცება, ე. ი. სპეციალიზაციის შეუჩერებელი ზრდა და ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ფეტიშიზაცია. ყოველივე ამან განაპირობა მკურნალობის კლასიკური მეთოდებისავე გადახვევა და ავადმყოფებს დაუპარგა რწმენა მედიცინისადმი.

გამოსავალს ხედავდნენ ლოზუნგში „უკან, ჰიპოკრატესაკენ!“ მაგრამ მისკენ მიბრუნება ისევე ძნელი შეიქნა, როგორც ელექტრონათურის შეცვლა კვართი და ავტომობილის — ეტლით. მაშინ გამოჩნდა ახალი ლოზუნგი: „წინ, ჰიპოკრატესთან ერთად“. ეს, რა თქმა უნდა, საკმაოდ გონივრულია. მაგრამ რაიმე ყოვლისმომცველი ლოზუნგი მედიცინას აღბათ, არ მიგსადაგება.

ბოლო ათწლეულების მანძილზე საზღვარგარეთ ყურადღებას იპყრობს ჯანმრთელობის დაცვის კრიზისის იდეის აღორძინება, მაგრამ ახლა უკვე სხვა კუთხით უდგებიან ამ საკითხს. ეს არის დიდი სოციალური ჯღერადობის პრობლემა, რომელიც მოიცავს სამედიცინო დახმარების „ტექნიზაციის“ გავლენას ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობაზე, მოსახლეობის „დაბერებას“ აქედან გამომდინარე სირთულეებითურთ. ამერიკელი პროფესორი თეოდორ როზბერი (1961) თვლის, რომ ქრონიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის გაუმჯობესებული შესაძლებლობანი მედიცინას გადაეუკრელი ამოცანის წინაშე აყენებენ: რაც უფრო დიდ წარმატებას მიაღწია მედიცინამ, როგორც მეცნიერებამ, მით მალაღია ხვედრითი წონა ადამიანებისა, რომელთაც ხანდაზმულ ასაკს მიაღწიეს, მაგრამ გამუდმებით საჭიროებენ ექიმის ყურადღებას. ექიმთა რაოდენობა კი ჩამორჩება ავადმყოფთა რაოდენობას.

მართებულა თ. როზბერის დასკვნა? რა თქმა უნდა, მაგრამ ყველა ქვეყნის პირობებში არა. აშშ-ში, მართლაც, XX საუკუნის პირველ ნახევარში მოსახლეობა გაიზარდა 99 პროცენტით, ამასთან სამედიცინო მუშაკების რიცხვი — 370 პროცენტით, ხოლო მომვლელი პერსონალის — 397 პროცენტით. იგივე ტენდენციები შეინიშნება ბოლო ათწლეულებშიც. და მაინც, მედიცინის მუშაკები უძღურნი აღმოჩნდნენ დაეკმაყოფილებინათ მოსახლეობის მოთხოვნილებანი.

საქმე მხოლოდ ის კი არ არის, რომ აშშ ვერ უზრუნველყოფენ მედიცინის მუშაკთა საკმარისი რაოდენობით მომზადებას იმის გამო, რომ ძალზე მაღალია სწავლის საფასური. თვით სამედიცინო დახმარება, მიუხედავად დაზღვევის სისტემისა, ყველასათვის როდია ხელმისაწვდომი.

კაპიტალისტური ქვეყნების უმრავლესობას თუ ვიგულისხმებთ, მართლაცდა, შეიძლება ვილაპარაკოთ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში კრიზისული ტენდენციების შესახებ.

საბჭოთა კავშირს, როგორც ცნობილია, პირველი ადგილი უჭირავს მსოფლიოში ექიმების აბსოლუტური რიცხვისა და მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის საქმეში, ამიტომ მათ უემარისობაზე ლაპარაკიც შეუძლებელია. ჩვენში არც ის პრობლემაა, რომ ადამიანს მატერიალური ინფორმაციის გამო საშუალება არ ჰქონდეს მიმართოს ექიმს სამედიცინო დახმარებისათვის.

და მაინც, ადამიანთა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდა, მოსახლეობის „დაბერება“, არცთუ იშვიათად სიბერის თანხლები ქრონიკული დაავადებანი საზოგადოების, სოციალური უზრუნველყოფისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის წინაშე აყენებს ამოცანებს, რომელთაც შეუძლებელია არ გაეწიოს ანგარიში.

ავადმყოფი ნ., 68 წლის, საკაცით შემოიყვანეს საავადმყოფოს მიმღებში. სიარული არ შეეძლო, ვინაიდან უკვე რამდენიმე თვეა პარალიზებული იყო. პაციენტი მოიყვანა ქალიშვილმა, რომელმაც წარმოადგინა უბნის თერაპევტის მომართვა.

მორიგე ექიმმა გასინჯა ავადმყოფი, გამოიკვია ავადმყოფობის ისტორია და უარი განაცხადა მის საავადმყოფოში მოთავსებაზე.

— ჩვენ ხომ არ შეგვიძლია სახლში ვუმკურნალოთ! — აღშფოთდა ქალიშვილი.

— მამათქვენს მოვლა სჭირდება და არა მკურნალობა.

— თქვენ თვლით, რომ ის ჯანმრთელია?

— არა, მაგრამ მისი ფეხზე წამოყენება უკვე აღარ შეიძლება. საავადმყოფოში ამჟამად მას ვერაფერს უშველიან.

— ექიმო, მე და ჩემი ქმარი ვმუშაობთ. როგორღა მოვეუბლოთ. თუკი მთელი დღე სახლში არა ვართ?

— მაგრამ ვერც საავადმყოფოში ვერ მოვათავსებ მამათქვენს. მისი მდგომარეობა, სამწუხაროდ, გამოუსწორებელია, ჩვენ კი საწოლები გვეპირდება ისეთი პაციენტებისათვის, რომელთაც ნამდვილად დავეხმარებოთ...

ავადმყოფი სტაციონარში არ დატოვეს. ქალიშვილი დაემუქრა. რომ ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრთან გაგზავნიდა საჩივარს. ექიმს კარგა ხნით გაუფუქდა გუნება.

გამონაკლისი რომ ყოფილიყო, იქნებ არც გვეამბნა ამ შევთხვევის შესახებ.

მწერალი-ექიმი ვლადიმერ დიაგილევი სტატიაში „ექიმის შეცდომები და ცხოვრებისეული ძიებანი“ (1968) ამგვარ კოლიზიებს, უპირველეს ყოვლისა, იმით ხსნის, რომ სამკურნალო დაწესებულებებში იბრძვიან საწოლდღის კარგი მაჩვენებლებისა და საავადმყოფოში დაბალი სიკვდილიანობისათვის.

თუმცა, არსი ეს არ არის. საბოლოო ჯამში საჩივრები და ჰოსპიტალიზაციაზე ვინმესთვის უარის მიზეზის შემდგომი გარჩევები ექიმს უფრო ძვირად უღირს, ვიდრე ვთქვათ, ყბადაღებული საწოლ-ღღის მაჩვენებლას გაზრდა.

ყველაფერი უფრო იოლიცაა და რთულიც.

არ არის საკმარისი საწოლები.

მსოფლიოს არც ერთ ქვეყანაში არ ამენებულა და არ შენდება იმდენი საავადმყოფო და კლინიკა, რამდენიც ჩვენს ქვეყანაში. ეს საყოველთაოდ ცნობილია.

მაშ, რაშია საქმე?

ყველა ეს საავადმყოფო და კლინიკა რომ გამოიყენებოდეს იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც მკურნალობა სჭირდებათ, საწოლის უკმარისობის პრობლემა არ იქნებოდა.

მაგრამ საავადმყოფოებში შემოდინან ქრონიკული ავადმყოფები, ხშირად ხანდაზმულები, რომელთაც სჭირდებათ მოვლა, ან ის ადამიანები, რომელთაც ზოგჯერ შიში იპყრობთ ავადმყოფობასთან პირისპირ დარჩენისას. აი, სწორედ ასეთი პაციენტებისათვის არ გვეყოფნის ადგილი. და როცა წყდება საკითხი, ვინ მოათავსონ საავადმყოფოში — ავადმყოფი, რომელიც 2-3 თვეს ყოველგვარი ეფექტის გარეშე გაატარებს საავადმყოფოში, თუ 5-6 ადამიანი, ვისაც შეუძლიათ რეალური დახმარება გაუწიონ (ხშირად ესენი ოჯახის მარჩენალები არიან), ექიმი ამ უკანასკნელთა სასარგებლოდ წყვეტს საკითხს, და ამ შემთხვევაში ის არც ბუროკრატია და არც ჩინოვნიკი. მას კარგად ესმის ხანდაზმული ადამიანის მდგომარეობის სირთულე და იცის, რომ შესაძლოა, მის უარს მოჰყვეს საჩივრები, ახსნა-განმარტებითი ბარათები, კომისიები და სხვა.

მხოლოდ ესტონეთის ქალაქების საავადმყოფოებში ერთი წლის მანძილზე ქრონიკულ ავადმყოფებს (როგორც წესი, ხანდაზმულებს) საწოლის ფონდის ერთი მეოთხედი ეკავათ. მათ წილად გამოვიდა 175 ათასი საწოლდღე, რომელიც სახელმწიფოს დაახლოებით 1,3 მილიონი მანეთი დაუჯდა.

ისღა უნდა დაეუმატოთ, რომ სოფლის საავადმყოფოებში მოხუცებს,

როგორც წესი, განუკურნავი ქრონიკული სენით დაავადებულებს, საწოლ-
თა რაოდენობის დიდი ნაწილი უკავიათ, ეს კი დამატებით მილიონი მანე-
თებია.

ევროპაში 1950 წელს 60 წელს გადაცილებულნი 12 პროცენტს შეა-
დგენდნენ, 1960 წელს — 14, 1975 წელს — 17 პროცენტს. თუ 1939 წელს
60 წლისა და მის ზემოთ ასაკის ადამიანები საბჭოთა კავშირში 6,8 პრო-
ცენტს შეადგენდნენ, 1978 წელს ამ მაჩვენებელმა 12,9 პროცენტს მიაღ-
წია. განვითარებულ ქვეყნებში, მათ შორის საბჭოთა კავშირშიც, ხანდაზ-
მული ასაკის ადამიანთა რაოდენობის ზრდის ტემპი 2-3-ჯერ უსწრებს
ძთელი მოსახლეობის ზრდის ტემპს. დღესდღეობით საბჭოთა კავშირში
ცხოვრობს უკვე 45 მილიონზე მეტი საპენსიო ასაკის ადამიანი. არსებობს
მოსაზრება, რომ ბევრ განვითარებულ ქვეყნებში XX საუკუნის ბოლოს
მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში უფროსი ასაკის ადამიანთა წილი
გადაჭარბებს ბავშვთა და ახალგაზრდათა ასაკობრივი ჯგუფების ზვედ-
რით წონას. საზღვარგარეთ (საფრანგეთში, აშშ) გამოჩნდა პუბლიკაციები,
რომლებიც მოწმობენ მოხუცების მიმართ ნეგატიურ დამოკიდებულება-
ზე, უკმაყოფილებაზე იმის გამო, რომ საზოგადოება მათზე გაცილებით
ბევრ სახსრებს ხარჯავს, ვიდრე მოზარდ თაობაზე.

ნორვეგიაში, დიდ ბრიტანეთში, შვეიცარია და მთელ რიგ სხვა ქვეყ-
ნებში უფროსი ასაკის პირებს უკავიათ საწოლების ერთ მესამედზე მეტი.
პარიზისა და ბერლინის თერაპიულ განყოფილებებში მათ წილად მოღის
დაკავებული საწოლების ნახევარზე მეტი.

არ შეიძლება არ გავითვალისწინოთ ის გარემოება, რომ ბევრი ხან-
დაძველი ადამიანი მარტოხელაა. აშშ-ში ასაკოვანთა შორის 30 პროცენ-
ტი მარტოხელაა. ბულგარელი ავტორების მონაცემების მიხედვით უკანა-
სკნელი ათი წლის მანძილზე მარტოხელა მოხუცების რიცხვი ორჯერ გაი-
ზარდა. ეს რიცხვი ჩვენშიაც იზრდება. თუკი 1959 წელს მოსახლეობის
აღწერისას საბჭოთა კავშირში 60 წლის ასაკისა და მის ზემოთ 1000 სულ-
ზე მოდიოდა 135 ადამიანი, რომელსაც ოჯახი არ ჰქონდა, 1970 წლის
აღწერისას ეს რიცხვი 165 ადამიანამდე გაიზარდა და კვლავაც იზრ-
დება.

მარტოობას თან სდევს სევდა, გონებრივი პოტენციალის დაქვეითე-
ბა, ეგოცენტრიზმი. საზღვარგარეთ მარტოობა ერთ-ერთი ძირითადი სე-
ნია მოხუცებში. თუმცა, უბედურება ის გახლავთ, რომ ისინი, როგორც
წესი, ფიზიკურად იტანჯებიან, აწუხებთ ქრონიკული დაავადებანი, სქი-
რდებით სამედიცინო დახმარება ანუ უბრალოდ მოვლა.

სახლის პირობებში ამის საშუალება შეზღუდულია, ვინაიდან ქალე-
ბი დატვირთულები არიან. სოფლებშიც კი იშვიათობად იქცა სიტუაცია,

როდესაც სამი თაობა ერთ ჰერქვეშ ცხოვრობს და ახალგაზრდები მოხუცებს უვლიან.

უნგრეთში გამოსავალი ნახეს იმაში, რომ გახსნეს ეგრეთ წოდებული ბაგები მოხუცებისათვის, სადაც ხანდაზმულები 9-დან 17 საათამდე არიან. შვეიცარიაში ფულს უხდიან ნათესაებს, რომლებიც მოხუცებთან სახლში მიდიან და უვლიან მათ. მთელ რიგ ქვეყნებში დიდი გავრცელება ჰქონდა კლუბებმა ხანდაზმულებისათვის. აქ მათ საშუალება აქვთ ერთმანეთთან ურთიერთობა იქონიონ, თავისუფალი დრო სწორად გამოიყენონ და გარკვეული კონსულტაციებიც კი მიიღონ. პოლანდიაში, მაგალითად, ამჟამად 1500 მეტი ასეთი კლუბი არსებობს. ზედმეტად რომ არ შეახსენონ სიბერე, პოლონეთში ამგვარ კლუბებს უწოდეს „კლუბები სენიორებისათვის“. მოკლედ, მთელს მსოფლიოში დგას მოსახლეობის „დაბერებისა“ და ქრონიკული ავადმყოფების რაოდენობის ზრდის პრობლემა.

როგორ წყდება ეს პრობლემები ჩვენში?

რა თქმა უნდა, შეგვეძლოს საუბარი ერთი უბრალო პასუხით მოგვემთავრებინა: უფრო მეტი ვაშენოთ ინვალიდებისა და ქრონიკული ავადმყოფებისათვის განკუთვნილი სახლები, მაგრამ რაც უნდა მდიდარი იყოს სახელმწიფო, როგორც უნდა უზრუნველყოფდეს ხანდაზმულებს, ამ საკითხის საბოლოოდ გადაწყვეტა საკმაოდ რთული საქმეა და დროს მოითხოვს. ამჟამად კი გამოსავალი სხვანაირად გვესახება.

უპირველეს ყოვლისა, კარგი იქნება, რომ შეიქმნას ხანდაზმულების ოჯახის პირობებში მოვლის სისტემა და ამისათვის უნდა მოვიზიდოთ არა მარტო წითელი ჯვრის საზოგადოების აქტივისტები, არამედ, გარკვეული გასაძრწველ ფასად, დიასახლისები, პენსიონერები, ვისაც სურვილი ექნება თავისი დროის ნაწილი ამ ჰუმანურ საქმიანობას მიუძღვნას.

ესტონეთში, მართალია, არა ყველა ქალაქსა და რაიონში, სოც. უზრუნველყოფის სამინისტროს მიერ გამოყოფილი არიან მედლა-მეურვეები, რომელნიც მარტოხელა პენსიონერებს აუცილებელ დახმარებას ოჯახის პირობებში უწევენ. ყოველ ხანდაზმულს საშუალოდ კვირაში ორჯერ აკითხავენ. პატრონაჟის და პროფესიულ დახმარებას უწევენ მათ. და გარდა ამისა, საჭიროებისამებრ ყიდულობს წამლებს, პროდუქტს, შეუძლია სახლის საქმეშიც მიეხმაროს. სამწუხაროდ, ამგვარი სოციალურ-სამედიცინო მუშაკების სტატუტი ბოლომდე რეგლამენტირებული არ არის არც ფინანსთა სამინისტროს და არც შრომის სახელმწიფო კომიტეტის მიერ. იქნებ ამიტომაც ცოტანი არიან, თანაც ბევრ მედლა-მეურვეს ყველაფერის ძალა როდი შესწევს, ვინაიდან ხშირად თვითონვე აღარ არიან ახალგაზრდები.

„იზვესტიამ“ უკვე წამოჭრა საკითხი აღმასკომებთან მუდმივი კომი-

სიების ჩამოყალიბების აუცილებლობის შესახებ, რომელთაც ასაკოვანთა პრობლემის შესწავლა დაევალებათ. ამ ძალზე სერიოზულ პრობლემებს საერთო სახელმწიფოებრივი გადაწყვეტა ესაჭიროება, ვინაიდან ყოველწლიურად სულ უფრო მწვავედ დგება საკითხი.

წინ წადგმული ნაბიჯია ამ პრობლემის განხილვა 1985 წლის მისში საბჭოთა კავშირის კომუნისტური პარტიის ცკ-ის პოლიტბიუროზე. დასახულია მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ღონისძიებებისა, კერძოდ, პროექტებისა და კომპიუტერის მოზიდვა, რათა შეფომა გაუწიონ მარტოხელა ხანდაზმულებსა და შრომისუნარი ადამიანებს, ამ საქმეში სოციალური უზრუნველყოფისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების, საზოგადოებრივი ორგანიზაციებისა და შრომითი კოლექტივების თანამოქმედების გაუჭობესება. გაძლიერებული იქნება აგრეთვე ადგილობრივი საბჭოების როლი.

მეორე მიმართულება ვახლავთ — ფასიანი პანსიონატების ორგანიზაცია. რს ნათესავეები, რომელთაც არც დრო აქვთ და არც საშუალება მოვლისა, თანახმა არიან იმ ხანდაზმული ადამიანის მოვლის ან შენახვის სატასური გადახადონ, ვინც ამას საჭიროებს.

კმაყოფილების გრძნობით უნდა აღინიშნოს, რომ არსებობს მთავრობის დადგენილება ხანდაზმულთათვის ფასიანი პანსიონატების მშენებლობის თაობაზე.

დღე-ღამის გატარება ასეთ პანსიონატში დაახლოებით ორი მანეთი ჯდება. საწოლდღე ჩვეულებრივ საავადმყოფოში სახელმწიფოს სამოთხვერ ძვირი უჯდება.

მას შემდეგ, რაც გამოვიდა წიგნი „ექიმი, ავადმყოფი და დრო“, რომელშიც ვიცავდი ხანდაზმულთა სოციალური უზრუნველყოფის ამ ფორმას, ბევრი წერილი მივიღე. მათში ძირითადად ორი ალელებული კითხვა ისმოდა: მცირე პენსიის პირობებში როგორღა გადავიხადოთ პანსიონატში ჩვენი ყოფნის საფასური? პანსიონატები ხელს ხომ არ შეუწყობენ ზოგიერთ შვილებს თავიანთ მისწრაფებაში, ანუთი გზით თავიდან მოიშორონ მოხუცები?

პასუხი არ არის ერთული. მარტოხელა, ქრონიკულად დაავადებულ ადამიანებს, რომელთაც სამედიცინო დახმარება ესაჭიროებათ, კარგახანია ინვალიდთა სახლებში ათავსებენ. როგორც ცნობილია, ასეთ შემთხვევაში ადამიანი მთლიანად სახელმწიფოს ხარჯზე იმყოფება და არავითარ საფასურს მას არ ახდევინებენ.

ფასიანი პანსიონატები განკუთვნილია ხანდაზმული მოქალაქეებისათვის, რომელთაც ამა თუ იმ მიზეზით არ შეუძლიათ ოჯახში ცხოვრება,

მაგრამ ჰყავთ ნათესავეები. ამასთან, უსათუოდ მიიღება მხედველობაში თვით მოხუცებულის სურვილი.

ამგვარი პანსიონატების შექმნის გამოცდილება უკვე არსებობს. მოსკოვში, თვალწარმტაც ადგილას შეიქმნა 1044 ადგილიანი პანსიონატი. აქ ადამიანს შეუძლია ცალკე ოთახი დაიკავოს, ან სურვილისამებრ, ორმა ერთად იცხოვროს. შენობის დაგეგმვისას გათვალისწინებულია იქ მცხოვრებთა ასაკობრივი თავისებურებები. არის ტელევიზორები, ბიბლიოთეკა და სამკითხველო დარბაზი, მაყურებელთა დარბაზი, სადაც აჩვენებენ კინოფილმებს და აწყობენ კონცერტებს. მოხუცებულთა განკარგულებაშია ფიზიოთერაპიული, სტომატოლოგიური, თვალის, ელექტროკარდიოგრაფიული, მასაჟის, სამკურნალო ფიზკულტურის კაბინეტები.

პანსიონატში უნდა შეიქმნას მოხუცი ადამიანის სრულფასოვანი ცხოვრების, აგრეთვე მისი სურვილისამებრ, მსუბუქი შრომის პირობები. ასე მაგალითად, კარელიის ავტონომიურ რესპუბლიკაში შექმნილ ერთ-ერთ პანსიონატში ორგანიზებულია სამკურნალო-საწარმოო სახელოსნოები, მაგრამ მათი შესაძლებლობანი, მოლოდინის საწინააღმდეგოდ, ნაკლები აღმოჩნდა იმ რაოდენობასთან შედარებით, ვინც იქ მუშაობა მოისურვა.

სახლვარგარეთ მინახავს სხვადასხვანაირი სახლები ხანდაზმულთათვის. მათ შორის იყო შედარებით უარესი, უკეთესი და ძალიან კარგიც.

იდეალურად მეჩვენება პანსიონატი ხანდაზმულთათვის, რომელიც აშენდა ტალინის ს. მ. კიროვის სახელობის თევზსაჭერ კოლმეურნეობაში. ამ თანამედროვე საცხოვრებელ კომპლექსში თითოეულ მცხოვრებს აქვს მოღუბრი ავეჯით გაწყობილი ცალკე ოთახი ყველა სათავსებითურთ, უზრუნველყოფილია ოთხჯერადი კვებით, გართობით, საჭიროების შემთხვევაში — ყველანაირი თანამედროვე მკურნალობით. ხანდაზმულები თავიანთი პენსიის 75 პროცენტს იხდიან პანსიონატში ცხოვრების საფასურად.

ასეთი დიდებული პანსიონატის არსებობა უნებურად ბადებს კითხვას: რატომ არ მისდევენ ამ მაგალითს სხვა კოლმეურნეობები და სამრეწველო საწარმოები? რატომ არ შეიძლება აშენდეს საკოლმეურნეობათა შორისო და საქარხანათაშორისო პანსიონატები?

ოდესღაც ეწერდი ხანდაზმულთათვის ფასიან პანსიონატებზე, როგორც მომავლის პრობლემაზე. რა თქმა უნდა, ეს პრობლემა ახლაც არ არის საბოლოოდ გადაჭრილი, მაგრამ პირველი ნაბიჯები იმედის მომცემია. ახალი პერსპექტივებია დასახული სსრკ მინისტრთა საბჭოსა და საკავშირო პროფსაბჭოს დადგენილებაში (1984) საწარმოო გაერთიანებების მიერ შრომის ვეტერანებისათვის სახლ-ინტერნატების ორგანიზაციის შესახებ. ცოლ-ქმარსაც ექნება შესაძლებლობა იქ ცხოვრებისა.

ესტონეთში უკვე ამოქმედდა პირველი ვეტერანთა სახლები სოფლის მეურნეობის მუშაკებისათვის.

...ხანდაზმულთათვის სამედიცინო დახმარების გაწევის საკითხი მრავალპლანიანია. შეიძლება ვისაუბროთ სპეციალური გერიატრიული კაბინეტების განვითარების სულ უფრო მზარდ აუცილებლობაზე, შესაბამისი ექიმების მომზადებაზე, პენსიონერების მიერ თავისუფალი დროის გამოყენების პრობლემაზე. სოციოლოგების მონაცემებით, პენსიაზე გასვლისთანავე მამაკაცების 55 პროცენტი და ქალების 60 პროცენტი უჩივან ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას.

ბუნებრივია, რომ სწორედ უკანასკნელ ათწლეულებში ექიმი გერიატოლოგები და ფსიქოლოგები სულ უფრო მეტ ყურადღებას უთმობენ დაბერების ფსიქოლოგიას, „პენსიონრობის“ ფსიქოლოგიას, მოხუცებისა და მათ გარშემომყოფების ურთიერთდამოკიდებულებას. იქნებ მართალი არა ვარ, მაგრამ ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, რომ მოხუცების პრობლემის ეს მართლაცდა მნიშვნელოვანი ასპექტები „სინჯარაში“ გამოყვანილს ემსგავსება და ძალიან ძნელად პოულობს ცხოვრებაში გამოყენებას.

როგორც ცნობილია, მოხუცების ფსიქიკას თავისებურებანი ახასიათებს: კონსერვატიზმის განვითარება, ხშირად უარყოფითი დამოკიდებულება ახლის მიმართ, წარსულის გაზვიადება, ჰკუთის დარიგების სურვილი, ბუზღუნის, ეგოცენტრიზმი, წყენიაობა, ზედმეტი მიყურადება საკუთარი შეგრძნებებისადმი. შემაშფოთებელი მოლოდინი და ა. შ. ექიმმა თუ არა, აბა ვინ უნდა იგრძნოს, რომ მოხუცს თრგუნავს იმის შიში, ვითუ ეს უკანასკნელი გაზაფხულია მისთვის, უკანასკნელი თოვლია, უკანასკნელი დღე-სასწაულია... რა თქმა უნდა, ყოველივე ეს შეიძლება მოსვენებას არ აღეგდეს ადამიანს ასაკისგან დამოუკიდებლად. ასეა თუ ისე, მოხუცებულის ფსიქოლოგია უნდა გავითვალისწინოთ ყოფაცხოვრებაშიც და სამედიცინო დაწესებულებებშიც. მაშინ უფრო იოლად გავართმევთ თავს იმ სიძნელეებს, რომელიც თან ახლავს ხანდაზმულების ურთიერთდამოკიდებულებას (ეს განსაკუთრებით იგრძნობა ღრმად მოხუცებულთა სახლებში), ჰქონე ფიქრებს საკუთარი შრომის უუნარობის გამო, შიშს საკუთარი საწოლის მიმართ და სხვა.

ისევე ვუბრუნდები მოხუცებში არცთუ იშვიათად გამოხატულ მარტოობის გრძნობას. ერთი მოხუცი ქალი სარკის წინ ვახშობდა ხოლმე, რათა თავისი თავი მაინც დაენახა. მეორეს კი, აინტერესებდა, სად შეიძლება კრიკინას შოვნა...

როგორც ჩანს, გარკვეული აზრი აქვს კლუბების შექმნას არა მარტო იმათთვის, ვინც ორმოც წელს გადაშორდა, არამედ პენსიონერებისა და მოხუცებისათვის. ტალინში, იან ტომპის სახელობის კულტურის სახლთან

ჩამოყალიბებულია „ბებიების კლუბი“. ქალებმა (ფორმალურად ყოველთვის მარტოხელები როდი არიან) ეს კლუბი მხოლოდ და მხოლოდ იმიტომ შექმნეს, რომ ერთიერთობა ჰქონოდათ ერთმანეთთან. იაპონიაში ახალგაზრდა რიქმა მოხუცი რიქმის გვერდით არ ირბენს ქუჩაში, რათა არ აგრძნობინოს, რომ მოხუცს ძალა აღარ შესწევს...

ცნობილია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წინადადებით 1982 წლის დევიზი გახლდათ „სრულფასოვანი ცხოვრება სიბერეში“. „ხანდაზმულთა უფლებების დეკლარაცია“ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის ყურადღების საგნად იქცა.

მართალია, არსებული საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით მოხუცებად ითვლებიან 75 წელს გადაცილებულნი, ზემოთ მოყვანილი თეზისის აზრი გაცილებით ფართოა. უნდა ვიგულისხმოთ არა იმდენად მოხუცები, რამდენადაც უფროსი ასაკის ადამიანები, მკაცრად ფორმალურად თუ მიუვლდებით — ისინი, ვინც 60 გადააბიჯა. მაგრამ ეს ციფრიც პირობითია. შეიძლება ვერ შეიგრძნო ასაკის გავლენა შემოქმედებითად და ფიზიკურად 80 წლისამ და ყოველმხრივ დაჩაჩანაკებული იყო 40 წლის ასაკში.

ყოველ ეპოქას საკუთარი გავება და მიდგომა ახასიათებს სიბერისადმი. ძველ რომში, როცა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 28-30 წელი იყო, ორმოცი წლის ადამიანი მოხუცად ითვლებოდა, ხოლო 60 წლის ასაკში მათ უწოდებდნენ დეპონტირუსებს — მხოლოდ მსხვერპლშეწირვისთვის გამოსადევებს.

საბჭოთა კავშირში პენსიაზე გასვლის ასაკი საგრძნობლად ადრე დგება, ვიდრე სიბერე, ეს შუალედური პერიოდი მედიკოსების, სოციოლოგების და ფსიქოლოგების განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს, ვინაიდან, როგორც არ უნდა იყოს, პენსიონერობა ნიშნავს პიროვნების მიერ საზოგადოებაში ჩვეული სოციალური სტატუსის ადრე დაკარგვას. ყურადსაღებია საკუთარ თავთან შეგუების უნარი, რის შესახებაც უკვე ვისაუბრეთ. აღმოსავლური სიბრძნე ლაღადებს: ადამიანისათვის სიმშვიდე გაცილებით მნიშვნელოვანია, ვიდრე ბედნიერება. არაფერი ისე არ ღრღნის ნერვულ სისტემას, როგორც წინააღმდეგობა სურვილებსა და შესაძლებლობებს შორის. ამას იმიტომ შეგახსენებთ, რომ ასაკის მომატებასთან ერთად ეს წინააღმდეგობაც იზრდება.

საიდუმლო არ არის, რომ ბევრნი დაბერებას სექსუალური შესაძლებლობების თანდათანობით დაქვეითებასთან აიგივებენ. იმასთან დაკავშირებით, რომ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გაიზარდა, შესაბამისი განცდებიც გვიან იჩენს თავს, ვიდრე ათეულობით წლის წინათ. „მეორე სუნთქვა“, რომელიც უჩნდება ზოგიერთ ორმოცდაათი წლის მამაკაცსა და ორმოცი წლის ქალს (ასაკობრივი „გადახრა მარჯვნივ“ ამ დროს უფრო

მკაფიოდ არის გამოსახული), შესაძლოა მოგვევლინოს როგორც ქვეყნობიერი ცდა თვითდამკვიდრებისა მაშინ, როცა ადამიანი შეიგარძნობს სიბერის მოახლოებას.

ამ წიგნის ამოცანას არ შეადგენს სიბერეს, სქესობრივ გრძნობასა და შემოქმედებით შესაძლებლობებს შორის თანამიმართების განაიხვება. მათი ურთიერთკავშირი სექსუალურ ფუნქციასთან ექვს არ იწვევს. საკმარისია გავიხსენოთ გოეთეს, პიუგოს, ვაგნერის, ჩაპლინის და სხვათა ცხოვრების ამსახველი ფურცლები, აგრეთვე ი. ი. მეჩნიკოვის მიერ ჩატარებული ამ საკითხის ანალიზი.

ზემოთქმული ნათელყოფს, რატომ არის მედიცინის ისტორია აჭრელებული ახალა გამაახალგაზრდაებელი საშუალებების პერიოდული „აღმოჩენებით“, რომელთა მიმართ მუდამ შეუწელებელ ინტერესს იჩენდნენ. პორძონულ პრეპარატებს, მართლაცდა, შეუძლიათ გამოიწვიონ ხანმოკლე ეფექტი. ხელი შეუწყონ ადამიანის გააქტიურებას და სიმხნევეს. მაგრამ ამას უეჭველად მოჰყვება შედეგები—გაცილებით სწრაფი დაქვეითება შესაბამისი ფუნქციებისა და გართულებანი ყველაზე ხშირად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ.

შეძლებისდაგვარად რეგულარული სქესობრივი ცხოვრება ექსცესების გარეშე (და არა სამკურნალო ან სასიყვარულო დოზინგები) გახლავთ საუკეთესო საშუალება იმისა, რომ ხანგრძლივად შევინარჩუნოთ სექსუალური შესაძლებლობანი.

მართალია, დღეს დაჩაჩანაკებამდე გაცილებით ადრე ხდება ადამიანი პენსიონერი, მაგრამ ადრე თუ გვიან დგება მომენტი, როცა სხეულიც ითხოვს პენსიას. განსაკუთრებით მძიმე გადასატანია ეს გარემოება იმათთვის, ვინც ფსიქოლოგიურად ვერ მომწიფდა ამისათვის.

მე ყოველთვის როგორღაც საგონებელში მაგდებს ის დიამეტრალურად საწინააღმდეგო შეფასება სიბერისა, რომელსაც მრავალი ფილოსოფოსის, მწერლისა თუ მეცნიერის ნაშრომებში შევხვედრდით. მაგალითად, ფ. ლაროშფუკო სიბერეს მოიხსენიებდა როგორც ტირანს, რომლის წყალობითაც ახალგაზრდულ სიამტკბილობას მოკლებული ვართ. ი. ი. მეჩნიკოვი აღიქვამდა მას როგორც ავადმყოფობას, ხოლო ვ. ა. სუხომლინსკი მითითებდა, რომ „ბედნიერი სიბერე“ არაბუნებრივი გამოთქმაა, ვინაიდან სიბერე არ შეიძლება იყოს ბედნიერი. ამავე დროს სენეკა, ა. ი. გერცენი, ს. ლევი და სხვები სიბერეში ხედავდნენ თავისებურ სილამაზეს, ბედნიერებას, სიმშვიდეს. თითოეულ შეფასებაზე, ალბათ, ბევრი რამ ახდენდა გავლენას: ასაკი, ჭანმრთელობის მდგომარეობა. ტემპერამენტი. შემოქმედებითი პოტენციალი, გარემოცვა. და მაინც, არც ერთ საღად მოაზროვნე ადამიანს სიბერე ბედნიერებას არ ანიჭებს.

როგორც არ უნდა იყოს სიბერის სპეციფიკური სიამენი (ცხოვრების „დაისი“ ან „შემოდგომა“), ეს ჩემი აზრით, ყოველთვის კომპრომისია ვარდაუფალთან. და თუკი ჩვენ ვამბობთ, რომ სიბერე აუტდენელია, მას შეიძლება დაეუპირისპიროთ, უფრო ზუსტად, მისი ჩრდილოვანი მხარეები შევალამაზოთ იმით, რომ უნარი შეგვეწევდეს დაეტკბეთ ბუნებით, ლიტერატურით (მით უმეტეს, რომ ღროც გვექნება), ხელოვნებით, შემოქმედებით.

ლ. ნ. ტოლსტოიმ შეკითხვაზე: „როგორ ხართ?“ — ასე უპასუხა: „მადლობა ღმერთს, მოუსვენრად!“

ამ სიტყვებში არ იგრძნობა ალტაცება სიბერის მიმართ, მხოლოდ გზა ჩანს მასთან თანაარსებობისა...

ეპიფორა მხოლოდ ეპიფს როდი გულისხმობს

...კლინიკაში, რომელსაც პროფესორი ე. ფ. სნეგირევი ხელმძღვანელობდა, ცნობილ მეკნიერთა პორტრეტების გვერდით ეკიდა მომვლელ მაკაროვას პორტრეტი, რომელმაც 1000 ნაოპერაციეე ავაღმყოფს მოუარა.

არის ისეთი სამედიცინო დაწესებულებანი, რომელთა მიმართ ადამიანთა უმრავლესობას, ასე ვთქვათ, თავშეკავებული, შიშნარევი დამოკიდებულება აქვს: მაგალითად, ფსიქონევროლოგიური სავადმყოფოები — სიტყვა „ფსიქო“ ზოგიერთს უსიამოვნოდ ხვდება ყურში. მიმართვა სხვა დაწესებულებებში — ონკოლოგიურში — დაუფარავ შიშს იწვევს. ეს გრძნობები გასაგებია.

ერთ-ერთ პაციენტთან ასეთი საუბარი მქონდა:

— არსებითად, ნაწილობრივ უკვე დამისვით დიაგნოზი, რადგან ონკოლოგებთან მაგზავნით. განა ეს ავადმყოფის ფსიქიკისათვის სასარგებლო საქმეა? არ ჯობდა, რომ სულაც არ მცოდნოდა ამის შესახებ?

— ონკოლოგების საქმე მხოლოდ ავთვისებიანი სიმსივნეები როდია. ონკოლოგები ამჟამად დიდ საკონსულტაციო-პროფილაქტიკურ მუშაობას ეწეიან. ალბათ, სულ მოკლე ხანში მათთან მისვლა ისევე სავალდებულო გახდება, როგორც კბილების პროფილაქტიკური გასინჯვა.

— იქ რომ დამტოვონ?

— ესეც არაფერზე არ მეტყველებს. მე ვიცნობ ასობით ადამიანს, რომლებმაც ონკოლოგიურ დისპანსერში გამოკვლევა და მკურნალობა ჩაიტარეს. ნაწილს მართლაც აღმოაჩნდა ავთვისებიანი სიმსივნე, ხოლო დანარჩენს კეთილთვისებიანი ახალწარმონაქმნები ან სიმსივნისწინა მდგო-

მარეობა ჰქონდა. დროული გამოკვლევისა და მკურნალობის წყალობით ისინი ამჟამად ჯანმრთელად გრძნობენ თავს.

— ხომ შეიძლება ონკოდისპანსერში ოპერაციის გაკეთება შემომთავაზონ, და მაშინ უკვე ველარაფერი დამარწმუნებს, რომ კიბო არა მაქვს. არადა, იგივე ოპერაცია სხვა საავადმყოფოში რომ გაეკეთებინათ, უფრო დავიჯერებდი, რომ ეს სიმსივნე არ არის.

— თქვენი მოსაზრება გასაგებია. ყოველ შემთხვევაში, თქვენ არ ცდილობთ დამარწმუნოთ, რომ მხოლოდ სიმართლეს ეძიებთ.

— რისთვის მჭირდება ეგ სიმართლე? თუ შეველა შეუძლებელი იქნება, სჯობს არაფერი ვიცოდე, უფრო მშვიდად ვიქნები...

სიტყვამ მოიტანა და, კიბოს შესახებ ვისაუბროთ. მისი ალბათ ყველას ეშინია. ბოლოს და ბოლოს მედიცინაში ყველაფერი შედარებითია. შეიძლება განკურნო კიბოთი დაავადებული და ვერაფერი უშველო ქრონიკული სურდოთი ავადმყოფს. აბსტრაქტულად ლაპარაკი კიბოს განკურნების შესახებ ისევე მცდარია, როგორც იმის მტკიცება, რომ სურდო განუკურნავია.

ფრანგებს აქვთ ერთი გამონათქვამი: მედიცინაში, ისევე როგორც სიყვარულში, ნუ იტყვი „მუდამ“ და ნუ იტყვი „არასდროს“. ყველაფერი შეიძლება მოხდეს. ჩემს ნაცნობებს შორის იყვნენ ავადმყოფები, რომელთაც ოპერაციის დროს აღმოუჩინეს ავთვისებიანი სიმსივნე, ჩვენი შეხედულებებით შორს წასულიც კი. ოპერაციის შემდეგ გავიდა წლები. არასწორად იყო დასმული ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, თუ ოპერაციამ ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარი შეცვალა და ავადმყოფობამ უკან დაიხია, არ ვიცი. ეს ადამიანები დღეს პრაქტიკულად ჯანმრთელები არიან.

ინგლისელ მოგზაურს ფრენსის ჩიჩესტერს დაუსვეს ფილტვის კიბოს დიაგნოზი, რომელიც ოპერაციასაც აღარ ექვემდებარებოდა. ის განწირულად მიაჩნდათ. ძნელი სათქმელია როგორ და რატომ, მაგრამ ავადმყოფობამ უკან დაიხია. შვიდი წლის შემდეგ მან მართომ იმოგზაურა მსოფლიოს გარშემო იახტით და ზღვაოსნობის ისტორიაში ჩაიწერა.

მსგავსი შემთხვევები საკმარისად არ არის გახმაურებული და ეს აიხსნება იმით, რომ თუ ადამიანი განიკურნა კიბოსგან, მას, ჩვეულებრივ, აღარ აცნობებენ ხოლმე დიაგნოზს. იმათ შესახებ კი, ვინც ამ სენისგან დაიღუპა, ბევრმა იცის.

არაერთხელ ვყოფილვარ იმ საავადმყოფოებსა თუ განყოფილებებში, რომლებიც პაციენტებისათვის „ფსიქოლოგიურად რთულია“ — ონკოლოგიურში, ჰემატოლოგიურში, ინფარქტის და ა. შ. ამგვარ განყოფილე-

ბებში ბევრი ავადმყოფის მდგომარეობა, მართლაცა, უფრო მძიმეა, ვიდრე სხვაგან.

განუსაზღვრელად პასუხსაგები როლი აკისრია ასეთ შემთხვევებში მთელ სამედიცინო პერსონალს, რომელიც ვალდებულია და უნდა წარმოიდგინოს კიდევ ნათლად იმ პაციენტის სულიერი მდგომარეობა, რომელმაც ამ განყოფილებაში შემოდგა ფეხი.

როგორ ავიცილინოთ თავიდან ნაძალადევი ოპტიმიზმი ან შემბრალებელი მწუხარება, რომელიც ერთნაირად წინააღმდეგნაჩვენებია მძიმე ავადმყოფებისათვის? უნდა განიმსჭვალო იმ შეგნებით, რომ შენს წინ ტანჯული ადამიანია, რომელიც აქ მოვიდა შენი, შენი ცოდნისა და ხელოვნების რწმენით საესე. რწმენითა და იმედით.

იტალიელი მწერლის დინო ბუცატის მოთხრობაში „შვიდი სართული“, ავადმყოფები თანდათანობით ჩაპყავთ მეშვიდე სართულიდან პირველ სართულზე იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად გაუარესდა მათი ჭანჭრთელობის მდგომარეობა. პირველი სართული მომაკვდავთათვისაა განკუთვნილი. თუმცა, ავადმყოფების ჩაყვანა ქვედა სართულებზე სხვადასხვა მიზეზით ხდება, მაინც ყველამ იცის, რომ თითო გადაადგილება აღსასრულს უახლოვებს. ამ სისტემას საფუძვლად უდევს გარკვეული იდეა: მძიმე ავადმყოფმა მდგომარეობა არ უნდა დაუმძიმოს შედარებით მსუბუქს.

საბედნიეროდ, ეს ფანტასტიკური მოთხრობაა და ოსტატურად არის ნაჩვენები, როგორ კლავს ადამიანს არა მარტო ავადმყოფობა, არამედ შიში იმისა, რომ ერთი სართულით ქვემოთ აღმოჩნდება...

— არადა, მძიმე ავადმყოფები მართლაც ხასიათს უფუჭებენ შედარებით მსუბუქ ავადმყოფებს, — პალატაში ამ მოთხრობის შესახებ მსჯელობისას აღნიშნა ერთ-ერთმა ავადმყოფმა.

— სიტყვამ მოიტანა და, რატომ არ არიან ჩვენთან საავადმყოფოებში სამედიცინო ფსიქოლოგები და რატომ არ აინტერესებთ ავადმყოფთა ფსიქოლოგიური შეთავსებადობა?

— ეს მართალია, — განაგრძო საუბარი სხვა ავადმყოფმა, — მაგრამ შეიძლება არ გსიამოვნებდეს მეზობლის ხერინვა, ღეზინფექციური ხსნარის ჭუნი, ცხარე სანელებლების გარეშე დამზადებული საკვები და ტემპერატურის გაზომვა დილის ექვს საათზე. ახლა თვით ის ფაქტი, რომ აუცილებელია საავადმყოფოში დაწოლა?..

ნათქვამია, კარგ სამედიცინო დაწესებულებაში ავადმყოფი უნდა გამომჯობინდეს მარტო იმის შეგნებით, რომ ფეხი შეადგა შიგ.

ისე კი, რას ვგულისხმობთ, როცა ვამბობთ კარგი სამედიცინო დაწესებულება?

ათობით სენტენცია მომისმენია იმის თაობაზე, თუ რა განაპირობებს ამას. საავადმყოფო იწყება მიმღები განყოფილებით, როგორც თეატრი პალტოს გასახდელით, — ამბობენ ერთნი. საავადმყოფოს კულტურაზე შეიძლება იმსჯელო ტუალეტების სისუფთავის მიხედვით, — ამტკიცებენ მეორენი. საავადმყოფოში უნდა იყოს სუფთა ჰაერი, არ იდგეს წამლებისა და სამზარეულოს სუნი, — აცხადებენ მესამენი.

მაგრამ ყველა ეს და სხვა ამგვარი მსჯელობანი მხოლოდ კერძო საკითხებს ეხება.

სამედიცინო დაწესებულების, მისი კულტურისა და სულისკვეთება განმსაზღვრელნი არიან იქ მომუშავე ადამიანები.

ღიახ, ადამიანები და პირველ ყოვლისა ისინი და მათი რწმენა თავიანთი საქმიანობის აუცილებლობისა, მათი ოპტიმიზმი, მათი სიყვარული ავადმყოფისადმი.

მახსოვს, ტალინის ერთ-ერთ საავადმყოფოში შევხვდით ანგე თვალში შეცა ხანძარსაწინააღმდეგო ლოზუნგები. როგორც წესი, ეს ლოზუნგები თელ ფერში იყო გადაწყვეტილი. თითოეული სიტყვის ნაწილი ზედაპირზე და საშიშროება ელის ჩართულს თუ დატოვებს უთქვამს და ახალი სიტყვები და საფრთხილოა და ა. შ. ხანძარი უბედურებაა, ეს გააგებენ. მაგრამ ვინა საჭიროა, საავადმყოფო ხანძარსაწინააღმდეგო ლოზუნგებზე იწყებოდეს? — ასე მოითხოვენ მეხანძრეები.

ავტოკატასტროფა არანაკლები უბედურებაა. ხომ არ მოგვთხოვს ავტონისპექცია მოპირდაპირე კედელი დავამშვენოთ ქუჩაში მოძრაობის მსხვერპლთა ფოტოსურათებით?

ახლა რად ღირს სამედიცინო პრესაში აღწერილი სტენდები, რომელთა დანიშნულებაა დაარწმუნოს მოსახლეობა, რაოდენ მნიშვნელოვანია დაავადებების თავიდან აცილება: ერთ სტენდზე ვხედავთ გამელოტებულ ქალს, რომელსაც სოკოვანი დაავადება აწუხებს; მეორეზე — ნათესაეები გვირგვინით ხელში დგანან ანგინის შემდგომ გართულებებით გარდაცვლილის კუბოსთან; მესამეზე კვითხულობთ ლოზუნგს: „უფრთხილდი თხილამურის წვეტიან ჯოხს, ზედმეტი თვალი მარაგად ხომ არა გაქვს“ და ა. შ.

შე, მაგალითად, საავადმყოფოს შესასვლელში ავადმყოფებისათვის ყურადსაღებად და მედიკოსებისათვის სავალდებულოდ გამოვაკრავდი ცნობილი ექიმის შევინიგერის სიტყვებს: „თქვენ ვერასოდეს მიხილავთ მე გულზელდაკრეფილს, ჩემი ყველა შესაძლებლობა რომ ამომეწუროს“.

მართლაც, არაფერია იმაზე სავალალო სანახავი, ვიდრე ექიმი, რომელმაც ხელი ჩაიჭინა ავადმყოფის საწოლთან. მაგრამ საავადმყოფოში ხომ მართო ექიმები არ არიან.

მედიცინის დები და უმცროსი მედიცინის დები (სანიტრები) ავადმყოფ-

ფებთან გაცილებით მეტ ხანს იმყოფებიან, ვიდრე ექიმები. და საქმისადმი მათი ერთგულების, კეთილმოსურნეობისა და კულტურისაგან ბევრად არის დამოკიდებული მკურნალობის ეფექტიანობა.

საშუალო სამედიცინო პერსონალს, ისევე როგორც ექიმებს, ამჟამად გაცილებით მეტი მოეთხოვება.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონალურმა ბიურომ 1972 წელს ჰოლანდიაში ჩატარებულ სიმპოზიუმზე^{*} საკითხიც კი წამოაყენა მედიცინის დის უმაღლესი სპეციალური განათლების შესახებ. მედიცინის დების ამერიკის ასოციაცია თვლის, რომ რამდენიმე წლის შემდეგ ეს აუცილებელი შეიქმნება ყველა მათგანისათვის, ვინაიდან ამას მოითხოვს თანამედროვე ჯანმრთელობის დაცვა, განსაკუთრებით საექტნო საქმის წარმოება.

საკამათოა, რამდენად რაციონალურია ეს მოსაზრება.

მაგრამ ახალი ტექნიკის, რეანიმაციის პროგრესის, ურთულესი ოპერაციების ჩატარებისას დიდი როლი ენიჭება ექიმის თანაშემწეებს.

აღსანიშნავია, რომ სტატიაში^{*}, სადაც საუბარი იყო ოპერაციასე, რომელიც აკადემიკოს მ. ვ. კელდიშს გაუკეთა ცნობილმა ამერიკელმა კარდიოქირურგმა მაიკლ დე ბეიკმა, აღნიშნავდნენ მედიცინის დების მისის ამორისისა და გალინა როსინინას მონაწილეობას.

თუ საავადმყოფოზე ვილაპარაკებთ, საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი წამყვანი რგოლია მისი მიკროკლიმატის შექმნისას.

ამავე დროს, დღევანდელ დღეს სწორედ ისინი შეადგენენ ყველაზე სუსტ რგოლს.

ჩვენი თანაშემწეთა უმრავლესობა თავის-სა შრომისათვის უღრპეს მადლობას იმსახურებს ჩვენგან. თუმცა ყველა საავადმყოფოში მედიცინის დებისა და სანიტრების მუდმივი კადრების შექმნა ყოველწლიურად სულ უფრო რთული ამოცანა ხდება.

მე ვფიქრობ, ალბათ, არც არსებობს სხვა სპეციალობა, რომელსაც ასეთი დიდი დენადობა ახასიათებს. ავადმყოფებს წყალი უნდა მიაწოდო, აჭამო, დააბანინო. აუცილებელია ისეთი პროცედურების ჩატარება. რომლებიც დიდ დაძაბულობას მოითხოვენ. იძულებული ხარ მოისმინო კვნესა, ნახო მწუხარება, არცთუ იშვიათად აიტანო ჭირვეულობა. მძიმე და პასუხსაგები სამუშაოა!

მისდამი დამოკიდებულება მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება ახალგაზრდობის ინტერესებით.

მედლის, ფერშლის, მეანის პროფესიის ათბალიანი სისტემით შეფა-

* პრავდა, 1973, 8 აპრილი, № 98.

სებისას საშუალო სკოლების კურსდამთავრებულთა შორის ამ სპეციალობებმა საშუალოდ 3,01—6,03 ბალი შეაგროვეს. ქალაქებში შეფასების ბალი ეცემა. სოფლებში — იზრდება. თითქოს საერთო ჯამში ცოტა არ არის, მაგრამ პირდაპირ უნდა ითქვას, არც თუ ბევრია.

პოლონეთსა და სხვა ქვეყნებში ამ პრობლემის შესწავლის საფუძველზე ი. რევესკა (1974) იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ არსებობს შეუსაბამობა ერთი მხრივ მედიცინის დის მიმართ წაყენებული მომთხოვნელობის მაღალ დონესა და მეორე მხრივ სასოციალურებაში ამ პროფესიის დაბალ პრესტიჟს შორის.

საგანგაშო მდგომარეობაა უმცროსი სამედიცინო მუშაკთა კადრების მხრივაც. მ. დ. კოვრიგინამ და ი. ს. სლუჩენკომ (1972) გვიჩვენეს, რომ შოსკოვის 6 საავადმყოფოს სანიტარ ქალებს შორის 65 პროცენტი 50 წელსაა გადაცილებული, ხოლო 25 პროცენტი—60 წელს. უმცროსი სამედიცინო მუშაკების ასაკობრივი შემადგენლობა გვევლინება იმის მიზეზად, რომ სანიტარების 60 პროცენტს აქვს დაწყებითი სკოლის განათლება, ამასთან ნახევარს რიცკი არ დაუმთავრებია. აქ მოყვანილი მონაცემები იმას მოწმობენ, რომ ახალგაზრდობა არც თუ დიდად ეტანება ამ პროფესიას.

კულტურისა და განათლების განუზრეელი ზრდა გვიძულებს ვივარაუდოთ, რომ მომავალში სხვა, უფრო პრესტიჟული სპეციალობების მიმართ სწრაფვა კიდევ მეტად გაიზრდება. ამ საკითხის გამო სერიოზული დაფიქრება გეწოდება, ვინაიდან არც ერთი ჩვენგანი არ არის დაზღვეული იმისაგან, რომ ხვალ საავადმყოფოს საწოლზე არ აღმოჩნდება, პოდა, პალატის დალაგება თვითონვე მოუწევს.

თუმცა, სიტყვასიტყვით მოკუყვან ნაწყვეტებს ორი პუბლიკაციიდან.

„ამ დღეებში შევხვდით პროფესორებს, დოცენტებს, ქალაქში ცნობილ ექიმებს, საავადმყოფოს ხელმძღვანელებს, ვერ ვნახეთ მხოლოდ ჩვეულებრივი სანიტარი ქალი, ვერც ერთ განყოფილებაში:

...ამ პროფესიის გადაშენებას კარგა ხანია შეეგუენ მედიცინის მუშაკები. სხვა გამოსავალი რომ ვერ მონახეს, ტრავმატოლოგიურ განყოფილებაში დიდი რაოდენობით დაბეჭდეს საშუები ნათესაეებისათვის. რეიდის დღეს განყოფილებაში 95 ავადმყოფს 28 ნათესავი ადგა თავზე. ისინი სხვა განყოფილებებშიც ბევრნი არიან“.*

ჩვენი ქვეყნის სოციალური შემადგენლობის სწრაფი ცვლადობის ფონზე დეიდა მამას მონატრება შეიძლება ქრონიკული და სრულიად უნაყოფო შეიქნეს. არადა, უნდა ვიფიქროთ ყველამ ერთად. მედიცინა ხომ განსაკუთრებული სფეროა, როგორც ამბობენ, „გვერდს ვერავენ აუელის“.

* მედიცინისათვის გაზეთი, 1979, 22 იანვარი, № 50.

ყველას მოუწევს იმ ზღურბლის გადაბიჯება, რომლის მიღმაც ადამიანის ტანჯვას ებრძვიან*.

როგორ მოვიქცეთ?

აუცილებელია ვეძიოთ დამატებითი მორალური, და არა მარტო მატერიალური სტიმულები, ამ სამუშაოს კომპენსაციის ფორმები.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საგრძნობლად გაიოლებულია სამედიცინო ფაკულტეტებზე შესვლის შესაძლებლობა იმათთვის, ვინც 2-3 წელი იმუშავა უმცროს ან საშუალო სამედიცინო მუშაკად, ისინი ასევე უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ საცხოვრებელი შედევათებით. რიგ ქვეყნებში (საფრანგეთი, პოლონეთი, დიდი ბრიტანეთი, თურქეთი, ისლანდია) მედიცინის დებს უნივერსიტეტებში ამზადებენ და შესაბამის დიპლომებსაც აძლევენ.

გთავაზობენ კვლავ მივუბრუნდეთ ტერმინს „მოწყალების და“, და მათთვისაც დავაწესოთ ფიცი. როგორც ვარაუდობენ, ამან უნდა გაზარდოს მომთხოვნელობა მათი ეთიკის მიმართ. შესაძლოა, ასეც იყოს. წინ გადადგმული ნაბიჯია „მედიცინის დამსახურებული მუშაკის“ საპატიო წოდების შემოღება, რომელიც შეიძლება მივანიჭოთ საშუალო და უმცროს მედიცინის მუშაკებს, და აგრეთვე 1983 წელს დამტკიცებული შედევათებით მათთვის სამედიცინო ინსტიტუტებში შესასვლელად.

ახლა, რაც შეეხება მატერიალურ სტიმულირებას, აქაც იგრძნობა წინსვლა, თანაც საგრძნობი. ყურადღებას იმსახურებს აგრეთვე ის ფაქტი, რომ სამრეწველო საწარმოებში მომსახურე მედიკოსები საწარმოს მუშაკებთან ერთად თანაბარი უფლებით სარგებლობენ პრემიის მიღების დროს.

დადგენილების ამ დებულებას პრინციპული მნიშვნელობა აქვს, პოლიტეკონომისტები ხომ არასაწარმოო სფეროს მიაკუთვნებენ მედიცინის მუშაკთა შრომას. მ.ი. სკარჟინსკი ნაშრომში „შრომა არასაწარმოო სფეროში“ (1968) წერს: ... „კომუნისტურ ფორმაციაში არასაწარმოო შრომის თეორიული პრობლემები არასაკმარისადაა დამუშავებული და ეკონომიკურ ლიტერატურაშიც ნაკლებად არის წარმოდგენილი“. ავტორი არასაწარმოო სფეროს მიაკუთვნებს ჯანმრთელობის დაცვასაც.

ამასთან დაკავშირებით ინტერესს იწვევს ბოლო დროს გამოქვეყნებული ზოგიერთი მონაცემი.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მუშაობის შედეგად სახელმწიფოს ბიუჯეტში შესული სუფთა შემოსავლის მიახლოებითმა დაანგარიშებამ აჩვენა, რომ საბჭოთა ხელისუფლების წლებში მოსახლეობის სიკვდი-

* ლიტერატურაშია გაზეთი, 1981, 27 მაისი, № 22

ლიანობის ოთხჯერ შემცირება ყოველწლიურად დაახლოებით 1,7 მილიარდ მანეთ ეროვნულ შემოსავალს იძლევა. სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდის ხარჯზე ჩვენ ყოველწლიურად ვიღებთ 1,2 მილიარდი მანეთის საზოგადოებრივ პროდუქტს (ვ. ი. ბასოვი, 1967). 35 წლის მანძილზე აქტიური მოღვაწეობის შედეგად ადამიანი ხელს უწყობს ჩვენი ეროვნული შემოსავლის გადიდებას დაახლოებით 325 ათასი მანეთით (ლ. ვ. ბობროვი, 1974).

როგორც აკადემიკოსმა ს. გ. სტრუმლინმა (1973) გვიჩვენა, სამკურნალო მიზნით დახარჯული 100 მანეთი საზოგადოებას 220 მანეთს აძლევს^{*}.
ყურადსაღებია, რომ აშშ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დასაქმებული მუშაკების რაოდენობა ბევრად უფრო სწრაფი ტემპით იზრდება, ვიდრე მატერიალური წარმოების სხვა ძირითად დარგებში. ბოლო ასწლეულში ჯანმრთელობის დაცვაში დასაქმებულთა რიცხვი 49-ჯერ გაიზარდა, მაშინ როცა ქვეყნის სახალხო მეურნეობაში — 5,7-ჯერ^{**}.

ეს არ არის გასაკვირი.

ჩატარებული გამოანგარიშების თანახმად, ყოველ 18 წლის ამერიკელს დარჩენილი ცხოვრების პერიოდში შეუძლია თავისი ქვეყნის ეკონომიკას მოუტანოს საშუალოდ 34 ათასი დოლარი სუფთა მოგება. (C. E. Winslow 1951), პირდაპირი და არაპირდაპირი ეკონომიკური დანაკარგები აშშ მოსახლეობის ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობის გამო, ერთად აღებული, მხოლოდ ერთი წლის მანძილზე 125 მილიარდი დოლარის ტოლია^{***}.

ჯანმრთელობა ფასდაუდებელია. შინაგანად ძალიან რთულია მოექმბნოს ექვივალენტი ფულადი გამოსახულებით. ეს არაბუნებრივი მოქმედებაა. და მაინც, აუცილებელია, თუნდაც იმიტომ, რომ კიდევ ერთხელ მივაქციოთ ფართო საზოგადოების ყურადღება ეკონომიკაში ჯანმრთელობის დაცვისა და მედიცინის ადგილის საკითხს.

ნ. გ. ჩერნიშევსკი წერდა, რომ „ექიმის შრომა, მართლაცდა, ყველაზე ნაყოფიერი შრომაა, — იცავს რა ავადმყოფობისაგან, თუ აღუდგენს ჯანმრთელობას, ექიმი საზოგადოებას შესძენს იმ ძალებს, რომლებიც მისი მზრუნველობის გარეშე დაიღუპებოდნენ“. ალბათ, არ არის საჭირო იმის მტკიცება, რომ ეს ეხება საშუალო და უმცროს სამედიცინო პერსონალსაც. თანაც, თუ ნ. გ. ჩერნიშევსკის სიტყვებს პოლიტეკონომიის ენაზე ვიტყვი, მაშინ ჯანმრთელობა და ადამიანის ენერჯია საშუალო ძალის მატერი-

* ნედელია, 1973, № 45.

** Statistical abstract of the Us, 1969, p. 67.

*** Вопросы экономики и планирования здравоохранения в зарубежных странах. М., ВНИИМИ, 1971, с. 1.

ალურ საფუძვლად მოგვევლინება. მაშ, რატომღა არ თვლიან, რომ ექიმებს თავიანთი შრომითი წვლილი შეაქვთ მატერიალურ წარმოებაში?

შეიძლება კაცს მოეჩვენოს, რომ ამგვარ თეორიულ მსჯელობას თითქმის არა აქვს აზრი. არადა, ამჟამად საზოგადოება ზეინკალს ნაკლებს სთხოვს, ვიდრე ექთანს. ხოლო იგივე ზეინკალს გაცილებით მეტს აძლევს. ეს უკვე სინამდვილეა და არა თეორია.

პრაქტიკულად ეს იმით გამოიხატება, რომ მაგალითად, არსებობს სანატორიუმები კოლმეურნეებისათვის, მენავთობეებისათვის, მეშახტეებისათვის, მანქანათმშენებლებისა და მატერიალური კეთილდღეობის სხვა მწარმოებელთათვის. მაგრამ არსად არ არის სპეციალური სანატორიუმი პედოკონის მუშაკებისათვის. ჩვენს ქვეყანაში, როგორც ამასწინათ იყო აღნიშნული „ოგონიოკში“, არ არის არც ერთი საავადმყოფო, რომელსაც თავისი საბავშვო ბალი ჰქონდეს. ყოფილი ექთნები მუშაობას იწყებენ ვაჭრობის სისტემაში, სასტუმროში ან საფეიქრო ფაბრიკაში. იქ სარგებლობენ სანატორიუმის საგზურებით და თავიანთ შვილებს საბავშვო ბაღებში უფრო იოლად აწყობენ.

აი, ფრამენტები ახლანან გამოქვეყნებული მედიცინის დების კოლექტიური წერილიდან: „ჩვენ ყველანი ახალგაზრდები ვართ. 25 წელიც არ შეგვსრულებია, თითქმის ყველას პატარა ბავშვები გვყავს. მაგრამ ჩვენ, მედიცინის დებს. ოჯახურა ცხოვრებისათვის დრო არა გვაქვს. არ არის გათვალისწინებული გრაფიკით. დღე და ღამე ვშრომობთ, ზოგჯერ ორი ღამე ზედიზედ, სამი დღე 12-12 საათი, პრაქტიკულად უქმე დღეების გარეშე. ზოგიერთ ოჯახში განქორწინებამდეც კი მიღის საქმე.“*

ო. პ. ნიჟნაი, ვ. ი. ცარეგოროდცევი, ვ. გ. ეროხინი საინტერესო მონოგრაფიაში „მედიცინა და საზოგადოება“ (1983) აღნიშნავენ: „ისე გამოდის. თათქოს ექიმის შრომა, რომელიც მიმართულია ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და სიცოცხლის გახანგრძლივებისაკენ, ნაკლებად ფასობს, ვიდრე იმ წარმოების მუშაკთა შრომა, რომლებიც ღვინოსა და არაყს. ან თამბაქოს ნაწარმს უშვებენ“. წიგნის ავტორები, მართალია, თვლიან, რომ მოცემული პრობლემის გადაჭრა „ერთბაშად“ ძნელი საქმეა. ამავე დროს, არ შეიძლება მედიცინის მუშაკთა შრომის სოციალურა მნიშვნელობა მარტოდენ პოლიტიკური ეკონომიის პოსტულატებს დაუუქვემდებაროთ.

უზბრუნდები საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის უკმაკრისობის პრობლემას და აღვნიშნავ, რომ საზღვარგარეთ ეს პრობლემა, როგორც ჩანს, არანაკლებ მწვავედ დგას, ვიდრე ჩვენთან. ფფრ-ში მედიცი-

* მედიცინისკაია გაზეტა. 1985, 21 ივნისი, № 50.

ნის დების ქრონიკულმა უკმარისობამ 40 ათას ადამიანს მიაღწია. ინგლის-
ში. მაგალითად. საავადმყოფოს საწოლები ცარიელია იმიტომ. რომ არ ქყო-
ფნით მდებდები. საფრანგეთი გამოსავალს პოულობს იმაში, რომ იყენებს
მონაზვნებს, რომელთა ხვედრითი წონა მოწყალების დებს შორის 25 პრო-
ცენტზე მეტს შეადგენს. აშშ-ში 35-დან 60 პროცენტამდე უმცროსი და სა-
შუალო მდებარისონალი ყოველწლიურად იცელის სამუშაო ადგილს. მიზე-
ზი ის გახლავთ, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში საშუალო სამედიცინო
პერსონალი შედარებით დაბალხელფასიან კატეგორიას მიეკუთვნება.

3. კრისტენსონი სტატიაში „საექთნო მოვლა პროგრესის სამყაროში“
(1974), რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისათვის დაიწერა,
აღნიშნავს, რომ „საექთნო მოვლა ამჟამად კრიტიკულ პერიოდს განიცდის.
მედდების ნაკლებობა სერიოზული პრობლემაა და ყოველდღიურად სულ
უფრო მწვავედება“.

ჩვენში ამ მხრივ, როგორც ზემოთ აღვნიშნე, უკანასკნელ წლებში ბე-
ვრია გაკეთებული. ხოლო სოფლებში მედიცინის დის მატერიალური მდგო-
მარეობა. შეიძლება ითქვას, დამაკმაყოფილებელზე მეტია.

მაგრამ. ვიმეორებ, საქმე მარტო მატერიალური სტიმულები როდია.
თუნდაც იმიტომ, რომ მედიცინის დას ან სანიტარ ქალს პირველ ყოვლისა
მოეთხოვება სიკეთე, ადამიანობა, კეთილმოსურნეობა, ეს თვისებები კი
ფულზე ვერ შეფასდება.

1974 წელს აშშ გამოჩნდა სტატია სახასიათო სათაურით „დაო, დაო,
სად არის შენი ხელოვნება?..“ განხილულ საკითხებთან დაკავშირებით ყუ-
რადსაღებია ღია წერილი, რომლითაც ცენტრალური პრესის საშუალებით
პაციენტების ჯგუფმა მიმართა მედიცინის დას ნ.ნ.-ს. ავადმყოფები წერ-
დნენ: „ჩვენ იძულებულნი ვართ გითხრათ, რომ თქვენს მორიგეობას შეძ-
რწუნებულნი ველოდებით, ხოლო მის დასასრულს კი მოუთმენლად. მო-
რიგეობისას თქვენ ახერხებთ ნოლზე დაიყვანოთ ექიმებისა და სხვა ექ-
თნების ყველანაირი ძალისხმევა, წამლების მიღების შედეგები და ჩვენი
საყუთარი არცთუ იოლი მცდელობა სულიერი სიმშვიდის მოპოვებისა.
ჩვენ ძალიან გთხოვთ ჩაუფიქრდეთ ამ წერილს. თქვენ უნდა გამოიცვა-
ლოთ ან საქციელი, ან სამუშაო“.

ვფიქრობ. არ არის საჭირო იმის მტკიცება, რომ მოცემულ შემთხვე-
ვაში საუბარია ადამიანის ხასიათზე, და რა ხელფასიც არ უნდა ჰქონოდა
ამ მედდას, საექვოა, უფრო ადამიანური გამხდარიყო. არა მგონია, მხო-
ლოდ მატერიალურმა სტიმულებმა ლმობიერება ან თაყისი საქმისაღმი
ქეშმარტი ინტერესი შესძინოს ადამიანს. წესიერი ადამიანი პატრონად
შრომობს, მიუხედავად ხელფასისა, მაგრამ ეს იმას როდი ნიშნავს, რომ
ხელფასს მისთვის საერთოდ არა აქვს მნიშვნელობა. მას უნდა არა მარტო

კამა, არამედ ჩაცმა, გართობა, დასვენება. თანაც, თუ გნებავთ, კარგი ტანისამოსი და თეატრში სიარული მნიშვნელოვანია მედიკოსის პროფესიული იერისათვის.

ფ. კეკელი თვლიდა, რომ ექიმობისათვის აუცილებელია უსათუოდ გყავდეს კარგი ჭორი, გქონდეს ზურმუხტისთვლიანი ბეჭედი, ფართო მანტია და შლაპა. ეს გროტესკია, მაგრამ იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იყოს ჩაცმული მედიკოსი, როგორი უნდა იყოს მისი შესახედაობა, წერდა ყველა პიპოკრატედან მოყოლებული, ვისაც აღეღებდა ექიმის გარეგნობა და მისი ზემოქმედება გარშემომყოფებზე. გარკვეული წლების წინათ ინგლისელმა ექიმებმა მოითხოვეს ხელფასის გადიდება და ამ მოთხოვნას იმით კი არ ასაბუთებდნენ, რომ დაბალი ხელფასი ჰქონდათ, არამედ იმით, რომ მოსახლეობას ეცოტაებოდა თანხა, ეს კი ექიმის ავტორიტეტს ვნებდა.

რაც შეეხება საშუალო და უმცროს სამედიცინო პერსონალს, მათი ავტორიტეტი, ამ პროფესიების პრესტიჟი, მორალური და მატერიალური სტიმულები, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დღევანდელი და ხვალისდელი დღის ერთ-ერთი განსაკუთრებით საყურადღებო ამოცანაა.

„უკანასკნელი შოთოლი“ არ უნდა ჩამოვარდეს

იმედი გამოჩანართლებისა სანახევროდ
გამოჩანართლებას ნიშნავს.

მ. ფ. ვოლტერი

ეს თავი, არსებითად, წინა თავის ორგანული გაგრძელებაა.

ოდესღაც რუსეთში ავადმყოფობის ისტორიას „სამწუხარო ფურცელს“ უწოდებდნენ. ყველანაირი პოსპიტალიზაცია იწვევდა მწუხარებისა და სევდის ასოციაციას.

მართლაც, შეიძლება კარგად გქონდეს შეგნებული, რომ საავადმყოფოში დაწოლა გარდაუვალია, აუცილებელია, იქ შევბას იგრძნობ და გამოჩანართლები, და მაინც, სულ გახსოვს, რომ კარგად არა ხარ, რალაციის გაკეთება ვერ მოასწარი ან ველარც გააკეთებ, მოგაკლდება ან უნდა მოგაკლდეს (თუნდაც დროებით) გარკვეული ცხოვრებისეული სიხარული. ამიტომაც ასე მწვავედ დგას პრობლემა — მინიმუმამდე დავიყვანოთ ის აშკარად უარყოფითი მომენტები, რომელიც თან ახლავს ადამიანის ყოფნას საავადმყოფოს კედლებში.

ჭერ კიდევ შედარებით ცოტა ხნის წინ ბევრს ლაპარაკობდნენ იმის

შესახებ, რომ სამკურნალო დაწესებულებებში საჭიროა დავენერგოთ ეგრეთ წოდებული დაბკველი რეჟიმი: ამჟამად, ამ პერიოდის მოგონებად დარჩა შემთხვევით გადარჩენილი ფირფიტები წარწერით: „ილაპარაკეთ ჩუმალი“

ოცდათხუთმეტი წლის წინ, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აკადემიკოს ი.პ. პავლოვის მოძღვრება დანერგული იყო სადაც საჭიროა და სადაც საჭირო არ არის. შემდეგ ამ გაუბრალოებას თავი მიანებებს, ახლა სხვა უკიდურესობა გამოვლინდა: თანდათანობით მივიწყებას მიეცა ის მნიშვნელოვანი მომენტები, რასაც შეიცავს იდეა ადამიანის ცხოველმოქმედებაში ნერვული სისტემის როლისა და გარემოს ზემოქმედების შესახებ. იმ წლებში პავლოვის სახელით მიუთითებდნენ საავადმყოფოებში ჩურჩულით ელაპარაკათ, უხმაუროდ ევლოთ და კედლები ღია ფერის საღებავით შეეღებათ. ახლა შეიძლება კარების მიხეთქება, კორიდორის ერთი ბოლოდან მეორე ბოლოში ლაპარაკი. მოძღვრება ნერვოზზე არ საჭიროებს ფეტიშიზაციას, მაგრამ ხომ არ გვმართებს ზედმეტი ხმაურის გარეშე უფრო ხშირად გავიხსენოთ ხოლმე, რომ ავადმყოფებს სიმშვიდე და მოხერხებული პირობები სჭირდებათ?

ჯანმრთელობისა და დღეგრძელობისთვის ბრძოლაში ცნობილი რომელი ექიმი გალენუსი წინა პლანზე აყენებდა საკუთარი ვნებების ფლობის უნარს. საავადმყოფოს პირობებში უფრო მნიშვნელოვანია სხვა გარემოება — ავადმყოფი ვაიძულოთ ნაკლებად იფიქროს თავის ავადმყოფობაზე, ვაიძულოთ სწამდეს მისი კეთილი ბოლო. ბოლოსდაბოლოს. ესეც მკურნალობაა.

სამედიცინო პერსონალს შეიძლება განსაკუთრებული სიმპათია ჰქონდეს ზოგიერთი პაციენტისადმი, მაგრამ ნებისმიერი მედიკოსი ვალდებულია პირველ ყოვლისა დაინახოს ავადმყოფი — ადამიანი, რომელიც შევლას ითხოვს მისგან. F.R. Morimoto-მ (1955) შემდეგი ექსპერიმენტი აღწერა. ქრონიკული ავადმყოფებისათვის განკუთვნილ ერთ-ერთ პალატაში ყველას ერთი და იგივე დანიშნულება გამოუწერეს, მაგრამ მედიცინის დები ორჯერ უფრო ხშირად აკითხავდნენ იმ პაციენტებს, რომლებიც თვითონ მოსწონდათ, მათთან თითქმის ექვსჯერ მეტ დროს ატარებდნენ. მართალია, საუბარია საზღვარგარეთ ჩატარებულ ექსპერიმენტზე, მაგრამ დასკვნები უსიამოვნო და ჭკუის სასწაელებელია.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ავადმყოფთა დასვენების, გართობისა და თავისუფალი დროის საკითხი.

ბოროტად არ უნდა გამოვიყენოთ საავადმყოფოს პირობებში სამედიცინო თემებზე გამოსვლები. ავადმყოფობასა და წამლების შესახებ ისედაც შეგვახსენებს საკუთარი მდგომარეობა, ჰაერი და დიეტა, კენესა და

პროცედურები. მიზანშეწონილია კი დამატებით ლექციების ჩატარება დაავადებებზე?

ევიქრობ, მართალია საბჭოთა ჯანდაცვის ორგანიზატორი ა.გ. საფონოვი, რომელიც ამტკიცებს. რომ ავადმყოფს უფრო მეტად სჭირდება ინდივიდუალური ინფორმაცია, რომელიც ითვალისწინებს მის თავისებურებებსა და კონკრეტულ საკითხებს.

და თუ მაინც ჩატარდება ლექციები, ლექტორები უნდა მოვამზადოთ ავადმყოფი ადამიანები, ფსიქოლოგიის სპეციფიკის გათვალისწინებით. სამედიცინო პრესაში იუწყებოდნენ, რომ ერთ-ერთ სანატორიუმში ლექტორმა ბიოლოგმა მთელი თავისი მკვერმეტყველება გამოიყენა. რათა ავადმყოფებისათვის დაემტკიცებინა, რომ ის ადამიანები, რომელთაც ცხოვრების უნარი არა აქვთ, გაცილებით ადრე და სწრაფად კვდებიან. ბევრი დამსვენებელი იმ დროს ანგარიშობდა, რამდენი ხნის სიცოცხლე დარჩა... გართობა მხოლოდ და უსათუოდ ლექციების ჩატარებას როდი გულისხმობს. ომის წლებში დაკრილებისათვის კონცერტები ეწყობოდა. აშკარაა მათი სასიკეთო გავლენა ავადმყოფების ფსიქიკასა და მდგომარეობაზე.

შესაბამსად უნდა შეირჩეს კინოფირებიც საავადმყოფოებში, სანატორიუმებში. ჩემთვის ცნობილია ისეთი შემთხვევები, როცა ზოგიერთი ფილმის ან სატელევიზიო პროგრამის ჩვენების შემდეგ პაციენტები ვალიდოლს თხოულობენ ან მთელ ღამეს თეთრად ათენებენ. ერთხელ, კისლოვოდსკში ყოფნისას ყურადღება მიიქცია ორმა ერთმანეთის გვერდით გაკრულმა ანონსმა: დღისით — ლექცია თემაზე „გაუფრთხილდით გულს“ სალამოს — იტალიური კინოფილმი „პოლიციის კომისრის აღსარება რესპუბლიკის პროკურორის წინაშე“. შესანიშნავი, მაგრამ მძიმე ფილმა. ჩემს მეზობელს სეანსის დროს სტენოკარდიის შეტევა დაემართა.

ცოტა ხნის წინ გადავწყვიტე შენახა ლირიკულ-ფსიქოლოგიური კომედია, რომლის შესახებაც ბევრი მსმენოდა. ფილმის დემონსტრაციას წინ უძღოდა ოთხი სამეცნიერო-პოპულარული ფირის ჩვენება: ალკოპოლიზმთან დაკავშირებული დამნაშავეობის, თამბაქოს წვეთ გამოწვეული დაავადებების, ავტომოჩირითეობის შედეგებსა და ბოლოს, კიბოს შესახებ. ყველა მათგანს თან სდევს უბედურება და სიკვდილი. ამ სერიალის შემდეგ უკვე აღარ მინდოდა მეყურებინა იმ ფილმისათვის, რომლის გულისთვისაც მოვედი. განა საჭიროა ასეთი დამარეტიანებელი განმანათლებლობა? იაპონელები ერთ კედელზე რამდენიმე სურათს არ ჰკიდებენ. ეს ხელს უშლის თითოეული მათგანის მთელი გულისყურით აღქმას.

ახლა წიგნების შერჩევის შესახებ. ერთ-ერთი შემოვლის დროს დავინტერესდი, რას კითხულობდნენ ავადმყოფები. ერთ პალატაში კითხუ-

ლობდნენ ფ. მ. დოსტოევსკის „მკვდარი სახლის ჩანაწერებს“ და ლ. ნ. ტოლსტოის „ცოცხალ ლეშს“. მეორეში... ა. კრონინის „ბროუდის ცინე-
დარბაზს“ და ა. კონან-დოილის „ბასკერვილების ძაღლს“. უფრო გონივ-
რული იქნებოდა ავადმყოფებისთვის განკუთვნილი ბიბლიოთეკები მოგ-
ვემარაგებინა ილუსტრირებული ჟურნალებით. მიმეკარულა ლიტერატურ-
რით, მოგზაურთა წიგნებით. თუმცა, აქაც არ შეიძლება არ გავითვალის-
წინო გემოვნებისა და ხასიათის თავისებურებანი.

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ პოლონეთში, ლიუბლინის უნივერსი-
ტეტთან არსებულ კლინიკაში ექიმები საგანგებოდ „უწერენ“ ავადმყო-
ფებს გარკვეულ წიგნებს. ექიმებს ევალემატ მხატვრული ლიტერატურის
კარგად ცოდნა, ლიტერატურულ სიახლეებზე თვალყურის დევნება და პა-
ციენტების განვითარების დონისა და ფსიქომოციური მდგომარეობის გა-
თვალისწინებით მათთვის შესაფერისი წიგნების შერჩევა.

იმ ფაქტორთა კომპლექსში, რომელიც ზემოქმედებას ახდენს ავად-
მყოფზე, მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს მუსიკას. X-XI საუკუნეში
მცხოვრები გამოჩენილი ექიმი და მეცნიერი, მთელს აღმოსავლეთში ცნო-
ბილი აბუ ალი იბნ სინა (ავიციენა) მუსიკას მკურნალობის „უწამლო“
საშუალებას უწოდებდა სუნებსა, სიცილსა, დიეტასა და შრომასთან ერ-
თად. მუსიკოთერაპიამ განსაკუთრებული გავრცელება ჰპოვა ნერვული სი-
სტემის სხვადასხვაგვარი აშლილობის მკურნალობისას. შემუშავებულია
მთელი სისტემა მუსიკალური ნაწარმოების შერჩევისა და ავადების ხასი-
ათის, პაციენტის თავისებურებების, მისი კულტურის, გემოვნების, მუ-
სიკალური განათლების შესაბამისად.

აშშ არსებობს მუსიკოთერაპიის ნაციონალური ასოციაცია, გამოდის
ჟურნალი „Music Jherapy“. ინგლისშიც არის შექმნილი ამგვარი საზო-
გადოება. 1959 წელს ავსტრიაში ჩატარდა ყრილობა საკითხზე — „მუ-
სიკა მედიცინაში“. ვენის უნივერსიტეტთან ორგანიზებულია საგანგებო
ინსტიტუტი მუსიკოთერაპევტების მოსამზადებლად.

მუსიკით მკურნალობას ჩვენს ქვეყანაშიც იყენებენ, კერძოდ ლენინ-
გრადის, მოსკოვის სამედიცინო დაწესებულებებში და ზოგიერთ სანატო-
რიუმში. გამოჩნდა შესაბამისი პუბლიკაციებიც. სამწუხაროა, მაგრამ მკუ-
რნალობის ამ სახეობამ ჭერჯერობით ფართო გავრცელება ვერ ჰპოვა.

ბოლოს, არსებობს კიდევ ერთი ასპექტი, რომელიც ეხება ავადმყო-
ფის საავადმყოფოში ყოფნას. საუბარია ახლობლების, მეგობრებისა და
ნაცნობების დამოკიდებულებაზე პაციენტის მიმართ.

ცნობილია ასობით და ათასობით მაგალითი, როდესაც არა მარტო
ნათესაები, არამედ მეგობრები, ხშირად კი სრულიად უცნობი ადამიან-
ებიც ავადმყოფისათვის ყველაფერს აკეთებენ — იძლევიან თაჯიანთ

სისხლს, კანს და იჩენენ გულთბილობას. ყოველ ჩვენგანს, ექიმებს, შეგვიძლია იოლად გავიხსენოთ არა ერთი ათეული შემთხვევა, როცა წათესაგვებსა და თანამშრომლებს მძიმე ავადმყოფის ლოგინთან დღე და ღამე გაუტარებიათ, ყველაფერი გაუკეთებიათ, რათა ადამიანს დაეძლია სენი და მიუღწევიათ კიდეც მიზნისთვის. მაგრამ ზოგჯერ სხვა რამის მომსწრეც ვყოფილვართ.

მიმღებ განყოფილებაში საკაცეზე იწვა თორმეტიოდე წლის ბიჭი. სახე განაცრისფრებოდა, ტუჩები ჩალორჯებოდა. თითქმის უსიცოცხლო განყენებული მზერა ჰქონდა. ოდნავდა სუნთქავდა. რამდენიმე საათის წინ თამაშისას სასულეში მარცვალი გადასცდა. საბავშვო სახლიდან მანქანით მოიყვანა ერთ-ერთმა აღმზრდელმა.

ბიჭი ცოცხალ-მკვდარი მოიყვანეს. რამდენიმე წუთში ლიფტით აიყვანეს საოპერაციოში და იქ დაკარგა გონება. წუთები სწყვეტდა ყველაფერს. გაუტკივარება აღარ იყო საჭირო, მაინც ველარაფერს გრძნობდა.

მორიგე ექიმმა ოტოლარინგოლოგმა კ-მ სასულე გაკრა. ბიჭმა პულსი დაკარგა. ბავშვის გარშემო შეიკრიბა საავადმყოფოს ყველა განყოფილების მორიგე ექიმი. ინიექციას ინიექციაზე უკეთებენ. მარცვლის ამოღება ვერაფრით ვერ ხერხდება. საოპერაციოში დუმილია. გაჭირვებით გადის დრო. ბოლოს, მარცვალი ქირურგის ხელშია.

სასულეში უდგამენ მილს, რომლითაც ჰაერი, ჟაშგბადი ფილტვებში შედის. ორი წუთის შემდეგ ბავშვი თვალს ახელს. სიცოცხლე ზეიმობს.

ყველამ, ვინც საოპერაციო მაგიდის გარშემო იდგა, კარგად შეიგრძნო სიკვდილის სუსხი. მაგრამ მან უკან დაიხია.

ქირურგი როგორღა? დაქანცული ილიმება. დაიბანა ხელი, სახეს გზადაგზა იმშრალებს. მიმღებისკენ მიიჩქარის, რათა აღმზრდელს უთხრას რომ ბიჭუნა ცოცხალია, ყველაფერი უკან დაჩა.

მიმღებში სკამზე ეწყო ბიჭის პალტო და ქუდი, აღმზრდელი კი არ ჩანდა. ის წავიდა, ოპერაციის დამთავრებასაც არ დაელოდა.

...საავადმყოფოში ხანში შესული ქალი კვდებოდა. მას ჰქონდა კიბო განუკურნავ სტადიაში. ერთადერთი ადამიანური სითბოდა თუ შეუმსუბუქებდა მდგომარეობას. ამ ქალს ერთადერთი ვაჟი ჰყავდა. ამ ვაჟს იზოლირებული სამოთახიანი ბინა ჰქონდა. მე ავუხსენი, რომ დედამისისთვის ამეამად აჯობებდა სახლში ყოფნა, ჩვენ კი საჭირო მკურნალობას არ მოვაკლებდით. ვაჟმა უარი განაცხადა დედის სახლში წაყვანაზე: — დედა დამამობით იკვნესებს, ეს კი ჩემს ცოლს არ დააძინებსო.

ორივე შემთხვევაში საუბარია უგულობაზე, რომელიც უზნეობასა და არაადამიანურობისგან შორს არ დგას. ამგვარი შემთხვევები იშვიათია,

და სწორედ იმიტომ, რომ იშვიათია, დასამახსოვრებელია. არადა, ასეთი შემთხვევები საერთოდ არ უნდა იყოს.

მოსაზრებამ იმის შესახებ, რომ გამოჩანმართულებას დიდად ხელს უწყობს ავადმყოფის რწმენა კეთილი დასასარულისა, ხელოვნების მრავალ ნაწარმოებში ჰპოვა ასახვა. პ. ი. ჩაიკოვსკის ოპერის „იოლანტას“ გმირ ქალს მხედველობა უბრუნდება მას შემდეგ, რაც ის მგზნებარედ ზოინდომებს ამას.

ო. პენრის ეკუთვნის ცნობილი და საოცრად ადამიანური მოთხრობა „უკანასკნელი ფოთოლი“. ახალგაზრდა მხატვარი ქალი ჯონსი სიკვდილის პირასაა, მას ფილტვების ანთების მძიმე ფორმა აქვს. მკურნალმა ექიმმა მის მეგობარ ქალს უთხრა: „მას ერთი შანსი აქვს... ვთქვათ, ათის წინააღმდეგ, ისიც იმ შემთხვევაში, თუ თვითონ ზოინდომებს სიცოცხლეს. მთელი ჩვენი ფარმაკოლოგია აზრს კარგავს, როცა ადამიანები მეკუთბოვეს სასარგებლოდ იწყებენ მოქმედებას...“ ჯონსიმ გამოჩანმართულების ყოველგვარი იმედი დაკარგა და შთააგონა საკუთარ თავს, რომ მაშინ მოკვდება, როცა ფანჯრის მიღმა სუროს უკანასკნელი ფოთოლი ჩამოვარდება. დარჩა ხუთი ფოთოლი: ოთხი, სამი, ორი, ერთი. დამით თავსხმა წვიმა წამოვიდა, საშინელი ქარი ქროდა. მარტოდმარტო დარჩენილი უკანასკნელი ფოთოლი მაინც ეკიდა თავის ღეროზე... ის დახატა და ხეზე მიამაგრა მოხუცმა ბერმანმა. ჯონსიმ ირწმუნა სიცოცხლე და გამოჩანმართულა კიდევ.

ჩაოდენ მნიშვნელოვანია, ყოველ ავადმყოფს სწამდეს, რომ მიუხედავად თავსხმისა და ქარისა, „უკანასკნელი ფოთოლი“ არ აღმოჩნდება უკანასკნელი.

შეცდომა – დანაშაულია თუ სიყვითი?

...ვინც თავისთავში გრძნობს ძალას, აკეთოს უკეთ, მას არ ეშინია საკუთარი შეცდომის აღიარებისა.

თ. ბილროთი

ავადმყოფი ს. შედარებით ახალგაზრდა გაბლდათ. მძიმე სენი კი შეჰყროდა. ადამიანების უმრავლესობის მსგავსად, სულის სიღრმეში მასაც სურდა უკეთესი მომავალი ერწმუნა. მაგრამ ზოგჯერ ეჩვენებოდა, რომ ყველაფერს მოხუცებული ადამიანის თვალით აფასებდა, ე. ი. ერთმანეთს უფარდებდა განვლილსა და დარჩენილ ცხოვრებას. თუმცა ეს გასაგებიცაა: ავადმყოფობა აზრებსა და ცხოვრების აღქმის უნარსაც აბერებს.

უეცრად შეკითხება:

— მოგწონთ სელვინსკი?

— მომწონს.

— მას აქვს ლექსი „ადამიანი კვდებოდა“...

— ვიცი ეს ლექსი, მაგრამ მე მგონია, სათაურის მიუხედავად, იგი სიცოცხლისკენ მოგვიწოდებს.

— მართალი ბრძანდებით, მაგრამ იქ ასეთი სტრიქონებიც არის:

„უოველგვარი ცხოვრება,
ვხარობთ ჩვენ თუ არა ვხარობთ,
გაფრენილ შემთხვევათა
არის მთელი სამყარო!“

არ ვიცი, არსებობს თუ არა ისეთი ღააჲადება, რომელიც ხელს უწყობს ოპტიმისტურ განწყობილებას... სელვინსკი წერს იმ გრძნობების შესახებ, რომელთაც ჩვენ ზოგჯერ გვერდს ავუვლით და რომელნიც სიცოცხლეს აზრს, სიმწვავეს, პოეზიას შესძენენ. თქვენ ალბათ უცნაურად მოგეჩვენებოდათ, მაგრამ სწორედ ავადმყოფობის დროს ბევრ რამეს სხვა თვალთ დაუწყე ყურება...

ს. თითქოსდა ფიქრებში წასული, თავისთავს ელაპარაკებოდა.

— ...თავის სურნელი, მოფარფარე თოვლის ფანტელები, ფოთლების შრიალი... რომელი ჩვენგანი აქევეს ამას ყურადღებას ყოველდღიურ ფატიფუცში? ყოველივე ისე უფერულია, პროზაა... არადა, ავად რომ გახდები, ოცნებობ ამაზე, ისევე როგორც მწყურვალ ადამიანი წყალზე.

— კარგად მესმის თქვენი, ალბათ, ბევრს ჰქონია ამგვარი განცდები. მაგრამ ხომ იცით ანდაზა: „ნუ მოკვდები, სანამ ცოცხალი ხარ“. თქვენ კი ცოცხალი ხართ!

— გეთანხმებით. მაგრამ ხომ არ გგონიათ, ექიმო, რომ ჩემმა, არცთუ წარმატებით ჩავლილმა პირველმა შეხვედრებმა ექიმებთან გამოხატულება ჰპოვა იმაში, რომ ახლა „მძიმე“ ავადმყოფი მქვია? მე არ მინდა უყურადღებობაზე გელაპარაკოთ, უბრალოდ, შეცდომას ვგულისხმობ. ექიმებს ხომ მოსდით ხოლმე შეცდომები. ამბობენ, გარდაუვალად კია. მგონი, ექიმმა მუხმა თქვა, რომ მედიცინა ადამიანთა შეცდომების ისტორიააო, არა? ს. დარწმუნებულად იყო, რომ ექიმებს „გამოეპარათ“ მისი ღააჲადება.

საექიმო შეცდომა და ექიმის პასუხისმგებლობა...

რამდენი დაწერილა ამის შესახებ. კიდევ უფრო მეტი თქმულა.

ეს საკითხი უძველესი დროიდან მომდინარეობს — ის ისევე ძველთაძველია, როგორც თვით მედიცინა.

* ლექსები თარგმნა გ. ციციშვილმა.

ბაბილონის მეფის ჰამურაბის (თითქმის ორი ათასი წლის წინ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე) დროს ავადმყოფის სიკვდილისათვის მკურნალს ხელს კვეთდნენ, ენას აკრიდნენ, თვალებს თხრიდნენ. რუსული სატიანე ეკლესიაში იმის შესახებ, რომ თავად კარაკუჩას სიკვდილის შემდეგ, მისი მკურნალი ექიმი დიდი მთავრის იოანე III ბრძანებით ჩაიყვანეს მდინარე მოსკოვზე ხიდის ქვეშ და დანით ყელი გამოჭრეს, როგორც ცხვარს.

შეცდომების თავიდან აცილების თავისებური ცდებიც არსებობდა. მაგალითად, XVI-XVII საუკუნეებში რუსეთში ჩამოსულ უცხოელ ექიმს ჯერ აუცილებლად უნდა გაეგო პრაქტიკა სასაზღვრო ქალაქში და ვინმე განეკურნა. ერთ-ერთი შოტლანდიელი მეფე მოითხოვდა, სანამ სამშობლოში დაიწყო მუშაობას, ექიმებს 20 წელი ემუშავათ უცხოეთში, და ითვალისწინებდა რა იმ გარემოებას, რომ შეცდომები გარდაუვალა, ამჯობინებდა — მტრულად განწყობილ ქვეყანას.

იმ დროიდან მოყოლებული, ფილოსოფიურ და იურიდიულ შეხედულებათა განვითარების შესაბამისად, ცნება — ექიმის პასუხისმგებლობა თავის ქმედებაზე, მუდმივ ცვალებადობას განიცდიდა.

საბჭოთა კავშირში ექიმთა ქმედება რეგლამენტირებულია ჩვენი სახელმწიფოს კანონებით. საბჭოთა ჯანდაცვის მთელი სისტემა, კერძოდ, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მუშაობა, სამეცნიერო კონფერენციებზე სამედიცინო დახმარების ხარისხის განხილვა და სხვა, ემსახურება დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დონის ამაღლებასა და საექიმო შეცდომების სიხშირის შემცირებას.

არცთუ იშვიათად გვესმის ასეთი შეკითხვა: სად უფრო მეტია საექიმო შეცდომები — ჩვენში თუ უცხოეთში? გიპასუხებთ გულახდილად.

პირველ ყოვლისა, განვითარებული კაპიტალისტური ქვეყნების, განვითარებადი და სოციალისტური ქვეყნების სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის ძირითადი პრინციპები განსხვავდება ერთმანეთისაგან. რაც შეეხება განვითარებულ კაპიტალისტურ სახელმწიფოებს, საექიმო შეცდომები, მიუხედავად დიდებული კლინიკებისა, თანამედროვე ლაბორატორიებისა და შესანიშნავი აპარატურისა, როგორც ჩანს, იქ უფრო მეტია, ვიდრე ჩვენში.

კონკურენცია მედიკოსებს შორის გახლავთ ის სტიმული, რომელიც კვალიფიკაციის ამაღლებას ემსახურება. და მაინც, კაპიტალისტური ქვეყნების ექიმებისათვის დახელოვნების კურსები — ეს არის გასამრჯელოს გარეშე დარჩენილი დრო. ამიტომ, როგორ პარადოქსულადაც არ უნდა გეჩვენოთ, მათი შემოსავალი იზრდება დეკვალიფიკაციის პროპორციულად. არ გაივლი კურსებს — გასამრჯელო მეტი გექნება. თვით კვალიფიკაციის ამაღლებაც ფული ღირს.

განსაკუთრებით ბევრ შეცდომას უშვებენ კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმები, რომელნიც საავადმყოფოს გარეთ დახმარების ძირითად ძალად გვევლინებიან. საერთო პრაქტიკის მქონე ექიმები, როგორც ცნობილია, ყველა დაავადებას მკურნალობენ. ის გარემოება, რომ უსათუოდ უნდა იცოდნენ ყველაფერი, საშუალებას არ აძლევს მათ ღრმად ჩასწვდნენ და აითვისონ მედიცინა. აქედან გამომდინარეობს შეცდომებიც. ამასთანავე, კერძო პრაქტიკის სისტემა გამორიცხავს შეცდომების ანალიზის შესაძლებლობას, და შესაბამისად მათ შემდგომ თავიდან აცილებას.

რაც შეეხება საავადმყოფოებს, არც იქ აქვს შეცდომების ანალიზის სისტემატური ხასიათი. ამგვარი პუბლიკაციები გამოჩნდებიან. ასე მაგალითად, კოლუმბიის უნივერსიტეტთან არსებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და აღმინისტრაციული მედიცინის სკოლის მასალების მიხედვით, ნიუ-იორკის საავადმყოფოებში ავადმყოფების 43 პროცენტს არასწორი თერაპია ჩაუტარდა იმის გამო, რომ დიაგნოზი სწორად არ იყო დასმული (ფ.ჯ. კუჯი, 1972).

აქედან ის კი არ გამომდინარეობს, რომ ასეთი მაჩვენებელი ყველა საავადმყოფოს მიესადაგება. იმავე აშშ-ში, იაპონიაში, საფრანგეთში, შვეიციაში და სხვა კაპიტალისტურ ქვეყნებში არის კლინიკები, სადაც მუშაობენ შესანიშნავი ექიმები, რომელთაც მინიმუმამდე დაჰყავთ შეცდომები თანამედროვე მედიცინის შესაძლებლობათა წყალობით. მაგრამ ეს არ შეიძლება ითქვას სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობაზე, რომლებიც განსაზღვრავენ ჯანდაცვის მდგომარეობას. პირიქით, ჯანდაცვის იქაური სისტემა ქმნის ყველა წინაპირობას შეცდომათა მნიშვნელოვანი რაოდენობისათვის.

მაინც სად მთავრდება საექიმო შეცდომა და სად იწყება საექიმო გადაცდომა ან თუნდაც დანაშაული?

მახსენდება სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა, რომელშიც მომხდლა მონაწილეობის მიღება. ავადმყოფ ხ-ს უეცრად მუცლის არეში მწვავე ტკივილი და პირღებინება დაეწყო. გამოძახებულმა ექიმმა ექვი აიღო, რომ ეს ნაღვლის ბუშტის ქრონიკული ანთების გამწვავება იყო. გამოუწერა შესაბამისი დანიშნულებანი. მეორე ექიმმა, რომელმაც პაციენტი ქალი ინახულა, იგივე დასკვნა გამოიტანა. ღამით ხ. გარდაიცვალა. გაკვეთამ ცხადყო, რომ ავადმყოფს გულის კუნთის ინფარქტი დამართნოდა, რომლის დასაწყისიც უჩვეულოდ მიმდინარეობდა.

შესაძლებელი იყო თუ არა ექიმების სისხლის სამართლის პასუხისგებაში მიცემა? არა. საქმე გვიქონდა მძიმე, სამწუხარო შეცდომასთან. დაავადების ატიპიურმა დასაწყისმა დიაგნოსტიკურების საშუალება არ მისცა ექიმებს. ამასთანავე, დაავადების სიმძიმე და ხასიათი არ გვაძლევდა საფუ-

ძველს დაგვემტკიცებინა, რომ დიაგნოზის დროული დასმით თავიდან ავიცილებდით სიკვდილს.

როგორი სამწუხაროც არ უნდა იყოს, საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ბევრი ღაავადება ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფარულად მიმდინარეობს როგორც ავადმყოფის, ასევე ექიმისათვის.

ჯერ კიდევ უიულ რომენმა პაესაწი „ენოკი“ წამოაყენა თეზისი, რომ იმ ადამიანებმა, რომელთაც თავი ჭანმრთელი ჰგონიათ, უბრალოდ არ სციან... რომ ისინი ავად არიან. ერთ-ერთმა ინგლისელმა ავტორმა აღნიშნა, რომ გამოკვლევის თანამედროვე ტექნიკამ ისეთ დონეს მიაღწია, რომ პრაქტიკულად შეუძლებელი შეიქნა ვინმე მიიჩნიო ჭანმრთელ ადამიანად.

ეს მთლად ასე არ არის, მაგრამ უეჭველია სხვა რამ: ყველაზე სრულყოფილი აპარატიც კი ყოველთვის ვერ ახერხებს დააფიქსიროს ის გადახრება, რომლებიც საშუალებას მოგვცემდა ყველა შემთხვევაში დროულად დაგვესვა სწორი დიაგნოზი.

საექიმო შეცდომის გამომწვევია ან მედიცინის არასრულყოფილება, ან ექიმის არასაკმარისი გამოცდილება. ამგვარად, თვით შეცდომა არასოდეს არ გვევლინება როგორც შედეგი ექიმის უსინდისო მოქმედებისა. სწორედ ამიტომ, საექიმო დანაშაულისაგან განსხვავებით, ტერმინი „საექიმო შეცდომა“ არ მიეკუთვნება იურიდიულ ცნებებს: არც სისხლის სამართლის კოდექსი, არც მათი კომენტარები არ შეიცავს ტერმინს „შეცდომა“.

ცხოვრებაში გვხვდება ისეთი სიტუაციები, როცა რთულია ზღვარის პოვნა საექიმო შეცდომას, უყურადღებობას ან უაზრო შემთხვევითობას შორის.

ასეთ შემთხვევაზე მოგვითხრო თავის დღიურში კონსტანტინე სიმონოვი. დიდი სამამულო ომის წლებში ავად გახდა გენერალი, შემდგომში მარშალი ს. ს. ბირიუზოვი. მკურნალმა ექიმმა მისცა წამალი. ხოლო შემდეგ აღმოაჩინა, რომ ეს მედიკამენტი ავადმყოფისათვის წინააღმდეგ ნაჩვენებები იყო და მიცემული დოზა სიცოცხლეს ემუქრებოდა.

ექიმმა დაუყოვნებლივ მიიღო ზომები და განაცხადა ამის შესახებ.

არადა, ავადმყოფი თანდათან უარესად გრძნობდა თავს. ექიმი დააპატიმრეს. საკმაოდ გაუჭირდათ, მაგრამ ს.ს. ბირიუზოვი სიკვდილს გადაარჩინეს. გონს რომ მოვიდა, ავადმყოფმა ბრძანა გაეთავისუფლებინათ ექიმი და მასთან მიეყვანათ. მან მოისმინა ექიმის ახსნა-განმარტება, გაიგო როგორ მოხდა ყოველივე და განკარგულება გასცა საქმე დაეხურათ. სცადეს გენერალთან შეკამათება, მაგრამ მან თავისი გაიტანა და როგორც კონსტანტინე სიმონოვი დიდი სითბოთი წერდა ს. ს. ბირიუზოვის შესახებ, საშუალება არ მისცა ადამიანისათვის ცხოვრება გაემრუდებინათ.

ძველთაძველი ცნება „არა ავნო“ ყოველი მომავალი ექიმისათვის

ცნობილია ჯერ კიდევ სტუდენტობიდან. თუმცა ამ პოსტულატს ძალზე თხელი ზღვარი ჰყოფს სენტენციისაგან „ვაითუ რაიმე მოხდეს,“ რომელსაც თან სდევს უმოქმედობა. ერთია, როცა ექიმი ინერტულია, ვერ მოიფიქრებს ან არ იცის რა გააკეთოს. მეორეა — როცა ეს მომდინარეობს პასუხისმგებლობის შეგნებული შიშისა ან, უბრალოდ, სიმხდალისაგან. სამწუხაროდ, „არა ავნოსა“ და საექიმო აქტიურობას შორისაც თხელი ზღვარია, რომელიც განსაკუთრებით შესამჩნევია ქირურგიულ პრაქტიკაში. წარმოიდგინეთ, ექიმმა გასწია რისკი და ჩაერია, ავადმყოფი კი შემდგომ გარდაიცვალა. განა ყველა ნათესავი გაიგებს, რომ ქირურგს არ ჰქონდა უფლება არ გამოეყენებინა გადარჩენის თუნდაც ერთადერთი შანსი.

სიტყვამ მოიტანა და, ეს საქმე არც ისე მარტივია, როგორც ერთი შეხედვით შეიძლება მოგვეჩვენოს.

ამას წინათ ბარნაულიდან მივიღე ერთ-ერთი მკითხველის წერილი, რომელიც, კერძოდ, აი რას მწერდა: „სამედიცინო და საერთოდ სამეცნიერო-პოპულარულ ლიტერატურაში წერენ ეგრეთ წოდებულ ქირურგიულ აგრესიაზე. ვარაუდობენ, რომ ქირურგმა ოპერაცია უნდა გააკეთოს. ეს თუ არა და, მაშ რაღა ქირურგია? მაგრამ ამ გარემოებას დაუსაბუთებლად ჩატარებულ ოპერაციებამდე ხომ არ მივყავართ. იქნებ ავადმყოფი უძლურია მათ წინაშე?..“

უნდა ითქვას, რომ ეს პრობლემა მოძველებულია. სინკლერ ლუიზის რომანის „ეროუსმიტის“ გმირი აღნიშნავს, რომ მასთან ერთად საავადმყოფოში მომუშავე ქირურგებს ახასიათებთ „ლირიკური რწმენა იმისა, რომ სხეულის ყოველი ნაწილი, რომლის გარეშეც ადამიანს ასე თუ ისე არსებობა შეუძლია, დაუყოვნებლივ მოკვეთილი უნდა იქნეს“.

რასაკვირველია, იმ საზოგადოებაში, სადაც ავადმყოფობა შემოსავლის წყაროა, სავსებით გასაგებია ამგვარი ტაქტიკა.

და მაინც ყოველ დროში, ყოველგვარ პირობებში ქირურგის პიროვნებისაგან მოწყვეტით არ უნდა განვიხილოთ პრობლემა. ისევე როგორც სხვა ნებისმიერი ექიმი, ქირურგიც შეიძლება იყოს მეტად ან ნაკლებად გონიერი და კეთილსინდისიერი. მედიცინის წარმატებებმა, კერძოდ რეანიმატოლოგიის, ანესთეზიოლოგიის, ფარმაკოლოგიის მიღწევებმა უეჭველად ძალიან მაღალ დონეზე დააყენა ქირურგია.

მართლაც, ძალზე დიდია ქირურგიის მიღწევები, მაგრამ სწორედ ამიტომ ეხევეა თავბრუ წარმატებისაგან ზოგიერთ ექიმს. გამოჩენილმა საბჭოთა ქირურგმა პროფესორმა ა.გ. გულიაევმა გულის ოპერაციებზე საუბრისას მოიშველია ტერმინი „სპორტული ციებ-ციხელება“. მასვე მოჰყავს ქირურგ კოლენკამპფის ციტატა, რომელიც ხაზგასმით აღნიშნავდა, რომ თუ ოპერაციის შესრულება მნიშვნელოვნაწილად ტექნიკის საკითხია, ოპე-

რატული ჩარევისაგან თავის შეკავება ეს არის დახვეწილი აზროვნების, დახელოვნებული მუშაობის გამოვლინება.

ამოსავალ წერტილად გვევლინება დებულება იმის შესახებ, რომ „ქირურგიული ოპერაციები უკეთდებოდა და დიაგნოსტიკის რთული მეთოდები გამოიყენება თვით ავადმყოფების თანხმობით, ხოლო თექვსმეტი წლის ასაკამდე ავადმყოფებს და ფსიქიკურად დაავადებულებს — მათი შობლებს, მეურვეებისა და მზრუნველების თანხმობით“ („საბჭოთა კავშირისა და მოკავშირე რესპუბლიკების კანონმდებლობის საფუძვლები ჩანდაცის შესახებ“, 35-ე სტატია). თუ ავადმყოფი უგონოდაა და სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობაში იმყოფება (მაგ. მძიმე ტრავმა), შესაბამისი ჩვენებებისას მას უკეთდება ოპერაცია, რა თქმა უნდა, მისი თანხმობის გარეშე. მაგრამ როგორ მოიქცეს ექიმი, თუკი ოპერაცია სასიცოცხლოდ აუცილებელია, ხოლო სად გონებაზე მყოფი პაციენტი ან მისი ნათესალები კატეგორიულ უარს აცხადებენ ოპერაციულ ჩარევაზე? დავაწერინოთ ხელწერილი, რომ უარს ამბობს ოპერაციაზე, და თავიდან ავიცილოთ პასუხისმგებლობა? ვიცი რასაც მიპასუხებთ: უნდა დაბეჭდებით ვთხოვოთ, დავარწმუნოთ, მოვნახოთ საფუძვლიანი არგუმენტები. გეთანხმებით, მაგრამ თუ ყოველივე ამან არ გაკრა? სწორად მეჩვენება ლ. მ. ბედრინის, მ. პ. ვილანსკის და დ. პ. გოლუბევის (1977) თვალსაზრისი, რომელნიც თვლიან, რომ თუკი ოპერაციაზე უარის თქმა ავადმყოფის სიცოცხლეს საფრთხეში აგდებს, ქირურგს უნდა მიეცეს უფლება პაციენტის თანხმობის გარეშე გააკეთოს ოპერაცია. რა თქმა უნდა, ასეთი ნაბიჯი უნდა იყოს დასაბუთებული, სასურველია კონსილიუმის დასკვნაც არსებობდეს.

და მაინც, განა შეიძლება ასეთ შემთხვევებში მიეცეთ იმისი გარანტია, რომ ოპერაცია სრული წარმატებით ჩაივლის? არა, ისევე როგორც არასოდეს არ შეიძლება აბსოლუტურად დარწმუნებული იყო ნებისმიერი ოპერაციის გამოსავალში, როგორც არ უნდა იყოს მომზადებული და შესრულებული, ვინაიდან ზოგიერთი გართულების თავიდან აცილება შეუძლებელი ხდება ხოლმე. 1977 წელს დიდი ბრიტანეთის ერთ-ერთ სამედიცინო ჟურნალში გამოქვეყნდა სტატია ყურადსაღები სათაურით: „შემთხვევა და მოულოდნელობა“.

ერთ-ერთ პაციენტ ქალს ამოკვეთეს ნუშისებრი ჭირკვლები. ეს არის ჩვეულებრივი ოპერაცია, რომელსაც, როგორც წესი, არავითარი გართულება არ მოჰყვება. მოცემულ შემთხვევაში განვითარდა უმძიმესი სისხლდენა კრილობიდან, რაც განაპირობა სისხლძარღვის არატიპიურმა მდებარეობამ და ქირურგიული ჩარევის პროცესში მისმა დაზიანებამ. შეეძლო ექიმს, ათასობით ამგვარი ოპერაცია რომ გაუკეთებია, გაეთვალისწინებინა ასეთი გართულების შესაძლებლობა? თეორიულად — კი, მაგრამ

პრაქტიკულად მის თავიდან აცილებას ვერ შეძლებდა. დიდი გაჭირვებით, საგანგებო საშუალებების წყალობით სისხლდენა ავადმყოფს შეუჩერეს. მაგრამ ასე რომ არ მომხდარიყო, შეიძლებოდა გვეთქვა, რომ ექიმს გამო-რჩა რა-მე ან შეცდომა დაუშვა? რა თქმა უნდა, არა. მაგრამ ამავე ღროს ამგვარ შემთხვევებში უნდა წარმოვიდგინოთ არა მარტო ახლობლების სა-შინელი განცდები, არამედ ისიც, რომ შეუძლებელია მათ გაიგონ, როგორ და რატომ უნდა დაიღუპოს ავადმყოფი ჩვეულებრივი ოპერაციის შედეგად.

ჩემს მეგობრებს ფილტვების მწვავე ანთებით დაელუპათ 19 წლის ერთადერთი ვაჟიშვილი. დაავადება დაიწყო გაცივებით: აუწია სიცხემ, დაემართა სურდო. ზედ დაერთო ხველა. თავიდან არც მშობლებს, არც გამოძახებულ ექიმს არ აღელებდა დაავადების მსვლელობა, უტარდებო-და მსგავსი შემთხვევებისათვის შესაბამისი მკურნალობა. მეოთხე თუ მე-ხუთე დღეს მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა, დაუსვენს ფილტვების ანთების დიაგნოზი, ავადმყოფი სასწრაფოდ მოათავსეს საავადმყოფოს რეანიმაციულ განყოფილებაში. მიუხედავად ყველა მიღებული ზომისა, თითქმის ერთ დღე-ღამეში ავადმყოფი გარდაიცვალა. ვაკვეთამ დაადას-ტურა ფილტვების ანთება. მაგრამ არა ჩვეულებრივი, არამედ აბსცესო-ვანი, ესე იგი ჩირქოვანი.

ჩვენთვის, ექიმებისათვის ასეთი შემთხვევები ცნობილია. თუმცა, არაერთხელ მიმიღია მონაწილეობა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი-ზებში და პასუხი გამიცია შეკითხვებზე, რატომ გარდაიცვალა, რატომ ვერ გადაარჩინეს ავადმყოფი, ვაკეთდა თუ არა ყველაფერი ამისათვის. მართლაც-და, რატომ ხდება, რომ ფილტვების მწვავე ანთებით დაავადებულთა უმრავლესობა იკურნება, მაგრამ ზოგიერთი მათგანის გადარჩენა ვერ ხერხდება? თანამედროვე მედიცინას ხომ აქვს საშუალება გამოიყენოს მძლავრი ანტიბაქტერიული პრეპარატები, რომელთა მოქმედებაც თი-ქოსდა წინასწარ განსაზღვრავს დაავადების კეთილ დასასრულს.

იწვიათ შემთხვევებში ექიმები, მართლაცდა. დაგვრანებით სუაჰენ ფილტვების ანთების დიაგნოზს. საუბედუროდ, ასეც ხდება, და ჭანდაცვის ორგანოები ყურადღების გარეშე არ ტოვებენ ამ გარემოებას.

მაგრამ სხვაგვარადაც ხდება. შესაძლოა დაავადება ისე სწრაფად ჯანვი-თარდეს, რომ ყველაზე ძლიერი წამლებიც კი არაეფექტური აღმოჩნდეს. ეს დამოკიდებულია ორგანიზმის რეაქტიულობაზე, რომლის მართვაც ჭერჭერობით ვერ ვისწავლეთ, თანმხლებ დაავადებებზე, ინფექციის ნაი-რსახეობაზე.

ავადმყოფს, ვის შესახებაც მოგახსენებთ, წლების მანძილზე აწუ-ხებდა ღვიძლის დაავადება, რამაც შეასუსტა მისი ორგანიზმის წინააღ-მდეგობის უნარი. ცვლილებები ფილტვებში მოწმობდა, რომ მძიმე ვირუ-

სულ ინფექციას ჰქონდა ადგილი. პირველ დღესვე რომ დაეწინათ დაავადებული საავადმყოფოში, მაშინაც კი შეუძლებელი იქნებოდა დაავადების კეთილი დასასრულის გარანტირება. ყველას კარგად უნდა ესმოდეს, რომ უაზრობაა საავადმყოფოში მოათავსო აღამიანი, რომელსაც სურდო, ხველა ან მომატებული ტემპერატურა აქვს. ფილტვების ანთების უეცარი, მძაფრი განვითარების თავიდან აცილება კი შეუძლებელია. შეუძლებელია აგრეთვე ყველა შემთხვევაში პროგნოზირება და დარწმუნებული ყოფნა მკურნალობის შედეგებში.

კარგად მესძის, რომ ჩემს მიერ მოყვანილი მაგალითები ადასტურებს, თითქოს თანამედროვე მედიცინას შეუძლია გადაჭრას ყველა საკითხი, რასაც ცხოვრება უყენებს. თუმცა ამაზე მეტყველებს სიკვდილის ყოველი შემთხვევა. მინდოდა მხოლოდ მეჩვენებინა არსებულ შეხედულებათა ფარდობითობა. საფრთხე შეიძლება გემუქრებოდეს თითქოსდა, ჩვეულებრივი დაავადების — აპენდიციტის, ფურუნკულის, ფილტვების მწვავე ანთების დროს, და ასეთ შემთხვევებში ყოველთვის როდი შეიძლება ვილაპარაკოთ ექიმის დაუდევრობასა და შეცდომებზე.

როგორღაც. მოვუსმინე ესტონეთის ერთ-ერთი წამყვანი არქიტექტორის გამოსვლას, რომელმაც არქიტექტორთა შეცდომები ექიმების შეცდომებს დაუპირისპირა. თანაც აღნიშნა, რომ ექიმი, არქიტექტორისაგან განსხვავებით, „თავის შეცდომას მარხავს“.

მართლაც ასეა?

ჩვენი ქვეყნის ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში სავალდებულოა ანალიზი გაუკეთდეს სამედიცინო დახმარების ხარისხსა და ეფექტურობას. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაავადებათა დროულ დიაგნოსტიკებას. უეცრად დაღუპულები და საავადმყოფოში გარდაცვლილები უნდა გაიკვეთონ. შეცდომებზე მსჯელობენ, ანალიზს უკეთებენ და ეკვლევენ, შეიძლებოდა თუ არა მათი გათვალისწინება და თავიდან აცილება.

შეიძლება თუ არა ექიმმა თავისი ცხოვრების გზა უშეცდომოდ გაიაროს? საუბედუროდ, არა. გამოჩაქლისი არც მე გახლავართ. ექიმს არა აქვს უფლება თავისი შეცდომები არ აღიაროს. მათ შესახებ უნდა უამბოს თავის ამხანაგებს, რათა აღამიანის შესაძლებლობათა არასრულყოფილებისაგან დაიცვას რაც შეიძლება მეტი აუადმყოფი.

„...ყოველ კეთილსინდისიერ აღამიანს, განსაკუთრებით მასწავლებელს, უნდა ჰქონდეს თავისებური შინაგანი მოთხოვნილება, რაც შეიძლება სწრაფად გამოაცხადოს სახალხოდ თავისი შეცდომები, რათა გააფრთხილოს სხვა, ნაკლებად მცოდნე აღამიანები“ (ნ.ი. პიროგოვი).

„შეცდომები მხოლოდ შეცდომებად გვევლინებიან, როცა გვეყოფა ვაჟკაცობა მათი სახალხოდ გამოცხადებისა, — წერდა XVIII საუკუნის

ცნობილი ფრანგი ქირურგი ე. ი. პტი, — ხოლო როცა სიამაყე გიბიძგებს მათი დამალვისაკენ, ეს უკვე ბოროტმოქმედებაა“.

და ბოლოს, თ. ბილროთის მოსაზრებასაც გავეცნოთ: „მხოლოდ უნებისყოფო, ტრაბახა ყბედს და ცხოვრებით მოქანცულ ადამიანს ეშინია ჩადენილი შეცდომების აღიარება“.

ადამიანური მოღვაწეობის სხვა სფეროში ჩემთვის უცნობია ანალოგიური მოსაზრებები ან წიგნები, სადაც განხილულია შეცდომები, მაგრამ ვიცი, რომ ჰემმარიტი ექიმი ყოველთვის საჭიროდ თვლიდა ელაპარაკა თავის შეცდომებზე, რათა მის თანამედროვეებს და მედიკოსთა მომავალ თაობას გაეთვალისწინებინა ისინი.

საექიმო შეცდომიანათვის დამახასიათებელია ექიმის მიერ მისი გათვალისწინების შეუძლებლობა და ამის საწინააღმდეგოდ, ექიმის უსულგულო ან თავდაჯერებული ქმედებანი იმით გამოირჩევა, რომ მას შეუძლია წინასწარ განჭვრიტოს თავისი მოქმედების მოსალოდნელი შედეგები და ვალდებულია თავიდან აიცილოს ისინი. აქვე დგება საკითხი დასჯის სხვადასხვა ფორმის შესახებ, ადმინისტრაციულიდან სისხლის სამართლის პასუხისგებამდე.

აღბათ ვინმე არამედიკოსი ამ სტრიქონების წაკითხვისას გაიფიქრებს: კარგია შეცდომებსა და მის გამომწვევ მიზეზებზე მსჯელობა, მაგრამ როდესაც ახლობელი ადამიანი კვდება, ჩვენ აღარ ვფიქრობთ მედიცინის არასრულყოფილებებზე, სამედიცინო დახმარების დეფექტების შემდგომ ანალიზზე და სხვა.

ამგვარი მოსაზრებანი გასაგებია. და აღბათ, არავის ისე კარგად არ ესმის, როგორც ექიმს.

თითოეული შეცდომა მძიმე კვალს ტოვებს ჰემმარიტი ექიმის სულში. სიკვდილზე ხომ ლაპარაკი ზედმეტია.

ნ. ი. პიროგოვის მოწაფემ, პროფესორმა ს. პ. კოლომნიჩმა ტკივილის გასაყუჩებლად ავადმყოფს სწორ ნაწლავში შეუყვანა კოკაინი. ექიმმა წინასწარ ყველაფერი გულდასმით მოიფიქრა და გამოსცადა, მაგრამ პაციენტი გარდაიცვალა. ექიმმა თავი მოიკლა. გერმანელი ექიმი ბლოკი გასულ საუკუნის ბოლოს ცდილობდა ფილტვის მწვერვალი მოეკეთა ტუბერკულოზით მძიმე ავადმყოფისათვის. პაციენტი დაიღუპა. იმავე დღეს ექიმმა თავი მოიწამლა. ის და ავადმყოფი ერთდროულად დაასაფლავეს. თავის დროზე ცნობილმა სარატოველმა ექიმმა-გინეკოლოგმა ზ. დ. ისკოვა-ვასილიევამ თავი მოიწამლა, რადგან ვერ შეძლო სიკვდილისაგან გადაერჩინა თავისი მეგობარი — ქირურგი ნ. ივ. ალმაზოვა, რომელსაც მისივე ოხონით გაუკეთა ოპერაცია.

ტყუილად კი არ მისწერა ა. პ. ჩეხოვმა ა. ს. სუვორინს: „ექიმებს აქეთ

საზიზღარი დღეები და საათები, ღმერთმა ყველას აშოროს იგი... ექიმებს შორის, მართალია, იშვიათი მოვლენა არ გახლავთ უეცრები და თავხედები, ისევე როგორც მწერლებს, ინჟინრებს და საერთოდ, ადამიანებს შორის, მაგრამ ის საზიზღარი დღეები და საათები, რომელზეც მე მოგახსენებთ, მხოლოდ ექიმებს თუ აქვთ...“

ფიქრობ, პაციენტებმაც უნდა იცოდნენ ამის შესახებ.

თქმა არ უნდა, ექიმისთვის ძალიან მძიმე გადასატანია თავის მეცნიერების არასრულყოფილება, მისი უეჭველი მიღწევების ფონზეც კი.

„...არასოდეს არ ყოფილა მედიცინა ისეთი სრულყოფილი და ყოვლისმომცველი, ისე განვითარებული, როგორც ამეამად“. — ამაყად თქვა გაჰოჩენილმა გერმანელმა თერაპევტმა ხ. ვ. გუფელანდმა... 1793 წელს. იმ დროს აღამიანის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 20 წელზე მეტს არ აღემატებოდა, ხოლო აპენდიციტისა და ტუბერკულოზისაგან სიკვდილი ისევე გარდუქვალად მოაჩნდათ, როგორც შავი ჭირისაგან.

XVIII საუკუნის გამოჩენილი განმანათლებელი ვოლტერი ამტკიცებდა: „სასაცილო შარლატანობა, გონებისა და მედიცინის შერცხვენაა იმის სურვილი. რომ დაეადებანი შარდის გამოკვლევით განისაზღვროს“. მიკროსკოპს რომ იყენებდნენ, იმ ექიმებსა და ასტროლოგებს შორის განსხვავებას მხოლოდ იმაში ხედავდნენ, რომ ექიმები ქვემოთ იყურებოდნენ, ხოლო ასტროლოგები — ზემოთ. თუ პაციენტი ოპერაციის დროს ტკივილისაგან ყვიროდა, რეკომენდებული იყო სისხლი გამოეშვათ ორივე ხელიდან მანამ, სანამ ავადმყოფი გონს არ დაკარგავდა. ბუნებრივია, ტკივილს მერე უკვე აღარ გრძნობდა.

როდესაც ფიქრობ იმაზე, რომ ამ ამბიდან 100 წლის შემდეგ ჯერ კიდევ არ იყო ცნობილი რენტგენის სხივები, ელექტროკარდიოგრაფია და არ იცოდნენ არტერიული წნევის გაზომვა, ძნელი წარმოსადგენი არ არის, როგორ აღიქვამდა გუფელანდის თანამედროვე ადამიანი დღევანდელი ჩვეულებრივი რაიონული საავადმყოფოს შესაძლებლობებს.

კარგადაა ცნობილი, რომ საბჭოთა ხელისუფლების წლებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა ჩვენს ქვეყანაში ორჯერ და უფრო მეტად გაიზარდა და ამჟამად 70 წელს აქარბებს. უეჭველია, ეს გარემოება, პირველ ყოვლისა, როგორც უკვე ითქვა, საზოგადოებრივ-სოციალური გარდაქმნებით არის გამოწვეული. თუმცა, სხვა მიზეზიც არის — ეს გახლავთ მედიცინაში მიღწეული წარმატებები. იგულისხმება დიაგნოსტიკის შესაძლებლობათა გაუმჯობესება და კერძოდ, ამის წყალობით დაავადების ამოცნობასა და ავადმყოფთა მკურნალობაში შეცდომათა განუხრელი შემცირება.

ვითვალისწინებ რა მედიცინის განვითარებას უკანასკნელი ათწლეუ-

ლის მანძილზე, უნებური შურის გრძნობით ვფიქრობ XXI საუკუნის მეცნიერებაზე. განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, კაცობრიობა ორ მილიარდ დოლარზე მეტს შეიარაღებაზე რომ არ ხარჯავდეს... ყოველდღიურად, ანუ 3-4-ჯერ მეტს, ვიდრე ჯანმრთელობის დაცვაზე! ამერიკელებს ჯონ გლენის პირველი კოსმოსური ფრენის ერთი წუთი დაახლოებით 1,7 მილიონი დოლარი დაუჯდათ (ფრენა 5 საათი გრძელდებოდა), ხოლო „აპოლონ-11“ ექიპაჟის მთვარეზე ყოფნის ერთი სეკუნდი 30 ათასი დოლარი ღირდა.

რა გაეწყობა, კოსმოსური ფრენები კაცობრიობის აწმყოსა და კედევ უფრო მეტად მის მომავალს ემსახურება.

მაგრამ რას უქადის კაცობრიობას ის კოლოსალური თანხები, რ.პე. ლიც ხმარდება ადამიანების მასობრივი მოსპობის იარაღის შექმნას? ერთი თანამედროვე სტრატეგიული ბომბდამშენი ხომ უფრო ძვირი ღირს, ვიდრე თანხა, რომელიც დასჭირდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას, რათა დედამიწაზე საბოლოოდ მოსპობილიყო ყვავილი. მსოფლიოში 60 მილიონი მაღალი კვალიფიკაციის სპეციალისტი მუშაობს გამალებული შეიარაღებისათვის. მთელი ეს ეკონომიკური და გონებრივი პოტენციალი რომ ჩაგვეყენებინა სიცოცხლის და არა სიკვდილის სამსახურში...

მომავალი საუკუნის დასაწყისში ვარაუდობენ ისეთი საშუალებების შექმნას, რომელიც ორგანიზმის უვნებლად შეამცირებს ძილის დროს (აღამიანი ძილში აღარ გაატარებს თავისი სიცოცხლის ერთ მესამედს!), გაზრდის გონებრივი განვითარების დონეს, ხელს შეუწყობს კიდურების რეგენერაციას. ფუტუროლოგები ფიქრობენ, რომ 1990 წლისათვის წესდებელი განდება ყოველგვარი ტკივილის ლიკვიდაცია, შეიქმნება ხელოვნური სისხლი, გადაიჭრება დეპრესიულ მდგომარეობათა მკურნალობის პრობლემა, შეძლებენ განკურნონ კიბოთი დაავადებულთა სამი მეოთხედი. 2000 წლისათვის ვარაუდობენ მეხსიერებისა და გონებრივი შესაძლებლობების გაუმჯობესებას, ადამიანის ხასიათის შეცვლას, სიბერის პროცესების შეკავებას.

განსაკუთრებულ იმედებს ამყარებენ სამკურნალო პრეპარატებზე, რომელთა მიღებაც ნავარაუდევია კოსმოსში, უწონადობის პირობებში.

მედიცინის ყველა მომავალ მიღწევაში დიდი ადგილი ეთმობა დაავადებათა ადრეულ გამოვლინებას და მკურნალობას ელექტრულ-გამომთვლელი მანქანების ფართოდ დანერგვის მეშვეობით, რომელთა გარეშეც, როგორც თვლიან, შეუძლებელი შეიქნება მკურნალობა.

რა თქმა უნდა, მხოლოდ ფონენდოსკოპითა და თერმომეტრით შეიარაღებულ კეთილი ექიმი აიბოლიტი სიმპათიურია, მაგრამ, სამწუხაროდ, დღევანდელ დღეს თითქმის უძღურია.

მაგრამ კომპიუტერიც ვერ გადაჭრის მედიცინის ყველა სიძნელესა და პრობლემას. ექვს გარეშეა, დიაგნოსტიკება და მკურნალობა გაუმჭობესდება, მაგრამ დაპროგრამება კვლავ დამოკიდებული იქნება ექიმის ცოდნასა და უნარზე. თანაც, უნდა უმკურნალო ადამიანს და არა თირკმელს და ელენთას. აქ მანქანა არ გამოგვადგება: ის ვერც აზრიან მზერას შეცვლის და ვერც გულისხმიერ სიტყვას.

იმ ფაქტორებს შორის, რომლებიც საექიმო შეცდომებს განაპირობებენ, უნდა განვასხვაოთ ობიექტური და სუბიექტური მიზეზები.

ობიექტური მიზეზები, პირველ ყოვლისა. განპირობებულია მედიცინის ამა თუ იმ მეთოდების არასრულყოფილებით, დაავადების მიმდინარეობის ინდივიდუალური თავისებურებებით და სხვა. სუბიექტურ მიზეზებს შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სპეციალისტის მომზადებასა და კვალიფიკაციას, მისი ლოგიკური აზროვნების უნარს, ხასიათს. ასე მაგალითად, ცნობილი თანამედროვე თერაპევტი რ. ჰეგლინი უსაფუძვლოდ როდი თვლის, რომ დიაგნოსტიკების ხარისხი შეიძლება დამოკიდებული იყოს მედიკოსის პიროვნების ისეთ თვისებებზე, როგორცაა აზრის წინასწარ აკვიატებულობა, თავმოყვარეობა და პატივმოყვარეობა, პესიმიზმისკენ ან გადაჭარბებული ოპტიმიზმისკენ მიდრეკილება და სხვა.

აქედან (ისევე როგორც მედიცინის ისტორიისა და პრაქტიკისაგან) გამომდინარე მწვევედ დგება ექიმთა შერჩევის, ჩამოყალიბების, აღზრდის და გამუდმებული დახელოვნების პრობლემა. ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია ყოველთვის ვისწრაფვოდეთ აღმოვაჩინოთ შეცდომის ქეშმარიტი, ღრმა მიზეზი.

ხაზს უსვამდა რა ნებისმიერ საკითხში შეცდომათა თეორიულ-მეცნიერებითი მიზეზების გამოვლინებათა მნიშვნელობას, ვ. ი. ლენინი აღნიშნავდა, რომ „შეუძლებელია რაიმე შეცდომა ნათლად დაინახო... თუ არ ჩასწვდი ამ შეცდომის თეორიულ საფუძვლებს“*.

გადამწყვეტ როლს ექიმთა დახელოვნებაში თამაშობს თვითდახელოვნება, ე. ი. საკუთარ თავზე მუშაობა.

„ექიმი, რომელიც წიგნს არ კითხულობს, თვით ავადმყოფობაზე საშიშია“, — წერს ტ. კელანოვსკი (1968). ყურადსაღებია, რომ პარიზში გამართულმა (1967) დეონტოლოგთა II საერთაშორისო კონგრესმა წინადადება წამოაყენა ჰიპოკრატეს ფიცს ერთადერთი ფრაზა მიმატებოდა: „ვფიცავ, ვისწავლო მთელი სიცოცხლის მანძილზე!“

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო საზოგადოებების მოღვაწეობას, ექიმთა კონფერენციებს, სწრაფვას ახლისადმი. წიგნის სიყვარულს.

* ვ. ი. ლენინი თხზ., სრული კრებული, მე-5 გამოცემა, ტ. 42 გვ. 286.

მე ვიცნობ ექიმებს, რომელთა სახლებში არსებული ლიტერატურა განლაგეთ „მოდების ყურნალი“ და სამზარეულო წიგნები. უცხოეთში ყოფნისას შევხვედრივარ ექიმებს, რომლებმაც იცოდნენ, რომ ტვისტი გამოიგონა ჩაბი ჩეკერმა, ხოლო მინი-ქვედატანები — მერი კუანტმა, მაგრამ თითქმის არ ახსოვდათ, რა მისცეს კაცობრიობას იგნაც ზემელვეისმა და გერჰარდ დოშაკმა.

XII - XIII საუკუნეებში მცხოვრებმა ცნობილმა ექიმმა და ფილოსოფოსმა მაიმონიდმა შექმნა „ექიმის ყოველდღიური ლოცვა“. „...ყოვლისშემძლეო. — ასე იწყებოდა ეს ლოცვა, — გააკეთე ისე, რომ ყველა ჩემს მსჯელობასა და მოქმედებაში ვიყო ზომიერი, მხოლოდ ცოდნაში არა, ვინაიდან მინდა გაუმაძლარი ვიყო სწავლაში... მომეცი ძალა, ნებისყოფა. ნიქი, ჩემი ცოდნა ისე გავაფართოო, რომ ჩემს სულს შეეძლოს შეცდომების აღმოჩენა და შეცნობა...“

პრესაში როგორღაც წავეცი თნე ერთი ყმაწვილის შესახებ, რომელიც ინფირად „გაქაჩეს“. მას შემდეგ, რაც იგი მუშაობას შეუდგა, ღირქტორმა აღნიშნა:

— ჯობდა, ერთი ტონა ლურსმანი გამოგზავნათ ჩემთვის!

იქნებ რომელიმე ექიმიც „შეფასდეს“ შესაბამისი ექვივალენტით?

მედიცინასთან „ანგარიშით ქორწინება“ არ გამოგვადგება. და, რა თქმა უნდა, მთელი პასუხისმგებლობა, ყველაფერი, რასაც გვავალებს ადამიანის ჯანმრთელობისთვის ბრძოლა, მკაფიოდ უნდა წარმოიდგინოთ ჯერ კიდევ მაშინ, როცა დაფიქრებულნი მის ზღურბლთან დგახართ.

...გავიდა ნახევარი წელი, ტალინის ციხესიმაგრეზე შევხვდი ჩემს ყოფილ ავადმყოფს ს. - ს.

— რა აზრისა ხართ ხელიდან გაშვებულ შესაძლებლობებზე? — დავინტერესდი მე.

არ ვიცი, რა იყო მიზეზი, ჯანმრთელობა, ახალგაზრდობა თუ შესანიშნავი ზამთრის დღე, მაგრამ ს. აშკარად რომანტიკულ გუნებაზე გახლდათ. მან კვლავ ლექსი წარმოთქვა, ამჯერად ინოკენტი ანენსკისა:

თუ ამ გულს ეჭვი მივსებას,
პასუხს ვთხოვ იმას მარტო,
განა შიტომ, რომ სხივს მფენს, —
მასთან წყვილიაღი ნათობს.

დამამახსოვრდა, რომ პოეტი ქალის სიყვარულზე წერდა, სიყვარულზე, რომელიც სიცოცხლესავით აუცილებელია. მაგრამ ცხოვრებისეული საქმეც მოითხოვს სიყვარულს, განსაკუთრებით საუქიმო საქმე.

იქნებ, ეს არის ყველაზე სწორი გზა შეცდომების თავიდან აცილებისა?

სიკვდილის შესახებ

როცა ჩვენ ვარსებობთ,
სიკვდილი ჩერ კიდევ არ არის.
როცა სიკვდილი დგება,
ჩვენ აღარ ვარსებობთ.

ეპიკურე

მომავალი ექიმის პირველი შეხვედრა სიკვდილთან ხდება სამედიცინო ფაკულტეტის პირველ კურსზე ანატომიის შესწავლისას. ყოველივე არც ისე საშინელი აღმოჩნდება, როგორც ელოდი. ნაცრისფერი, გამხმარი ხელები და ფეხები, რომლებიც არ ჰგვიანან ადამიანის სხეულის ცოცხალ ნაწილებს. სუნს ფორმალინი ახშობს. თანდათანობით ეჩვევი სხეულის სხვა ნაწილებსაც და მოულოდნელად შეამჩნევ, რომ სულაც არ გეშინია გვამის.

არადა, ის ხომ არც არის საშიში. მძიმეა სიკვდილის დანახვა. იმის ყურება, თუ როგორ კვდება ადამიანი. ეს კი მოგვიანებით ხდება, მესამე კურსზე. და შემდეგ თან სდევს მთელს საექიმო ცხოვრებას.

სიკვდილი სხვადასხვაგვარია. როცა კვდება ქრონიკული, განუკურნავი ავადმყოფი, სამედიცინო გამოცდილებით როგორღაც შემზადებული ხარ ასეთი მძიმე დასასრულისათვის. გესმის მისი გარდაუვალობა, მაგრამ ეს სულაც არ არის იმუნიტეტი სიკვდილის მიმართ. ის მძიმე განცდები, რომლებიც თან სდევს ავადმყოფის უეცარ სიკვდილს, ადასტურებს, რომ ექიმებს ამგვარი იმუნიტეტი არ უმუშავდებათ ანდა, მიუხედავად ყოველივესი, გრძნობ შენს უძლურებას, მედიცინის უმწეობას. არის სიკვდილის ისეთი შემთხვევები, რომლებიც მთელი ცხოვრების მანძილზე გახსოვს.

...საავადმყოფოს მიმღებში სამივენი ერთად მოვიდნენ: ცოლი, ქმარი და ბავშვი. ავადმყოფი გახლდათ ქმარი, 22-23 წლის ახალგაზრდა კაცი. ის ახალი დემობილიზებული იყო, ფლოტში მსახურობდა. ჭანმრთელად გრძნობდა თავს, ორი თვის წინ შეამჩნია, რომ ჰაერის უკმარისობა აწუხებდა, განსაკუთრებით ღამე. თვითონ თვლიდა, რომ ეს „ნერვული“ იყო. საავადმყოფოში, ცუდად რომ შეიქნებოდა, იღებდა ვალერიანის ნაყენს. ეს თითქოსდა ადასტურებდა მოსაზრებას „ნერვულობის“ შესახებ. დაიწყეს გამოკვლევა. ოთხშაბათს „დიდი შემოვლის“ დღე იყო: პალატაში შემოვიდა განყოფილების გამგე, მას შემოჰყვა 10-12 ექიმი. პროცესია შთამბეჭდავი გახლდათ. ავადმყოფი დ. მეხუთე საწოლზე იწვა, პირველ საწოლთან რომ შევჩერდით, შევამჩნიეთ რომ დ. განსაკუთრებით აფორიაქებული იყო. კითხვაზე, რა დაემართა, მან მოგვიგო, რომ უეცრად

კვლავ შეიგრძნო პაერის უკმარისობა. შევეცადე დამემშვიდებინა, მაგრამ უნებურად ყურადღება მივაქციე. რომ დ-ს ტურები გაულურჯდა. გუგები გაუფართოვდა. შეძრწუნებული მზერა მომაპყრო.

სასწრაფოდ გავძახე მელდას: „ჩქარა სტროფანტინი საგულე საშუალებები!“

დ-ს საწოლთან აღმოჩნდა ყველა ექიმი. ავადმყოფის მდგომარეობა ყოველ წამს უარესდებოდა. ხელი ჩამავლო და სულს ძლივს ითქვამდა, დ-მ დაიყვირა:

— ექიმო, არ მინდა სიკვდილი! სიცოცხლე მინდა!

ერთი წუთის შემდეგ მელდამ შპრიცით ხელში შემოირბინა, დ. უკვე მკვდარი იყო.

მიჭირს მომდევნო დღეებისა და ღამეების განცდების აღწერა. გაკვეთამ აჩვენა, რომ დ-ს ჰქონდა გულის მძიმე დაავადება, რომელიც ფარულად მიმდინარეობდა. იმ პერიოდის დიაგნოსტიკების შესაძლებლობით მისი დადგენა ძნელი საქმე იყო და არ შეიძლებოდა იმის მტკიცება, რომ ავადმყოფი ექიმის შიზენით დაიღუპა.

ძალზე მძიმეა იმის დანახვა, რომ ის, ვისთანაც საუბრობდი, ხუმრობდი, ვისაც რაღაც გეგმები, იმედები და მომავალი ჰქონდა, რამდენიმე წუთში მოულოდნელად ყოველივე ამას გამოესალმა.

„ომში იმაზე საშინელი სანახავე არაფერია, როგორც მოკლული ჯარისკაცი, რომელსაც ტურებზე ჯერ კიდევ პაპიროსის ნაშფევი უბოლავს,“ — წერდა ერთი ექიმი.

მას შემდეგ თითქმის ოცდაათი წელი გავიდა, მაგრამ დ. და მისი სიკვდილი თვალწინ მიდგას...

ცხოვრებიდან წასვლა, სიკვდილი გაიძულებს სხვა თვალთ შეხედო ცხოვრებას. „Memento mori!“ — „გახსოვდეს სიკვდილი!“ — ეს გამოთქმა ლათინურ გამონათქვამთა ყველა კრებულში გვხვდება. ჩვენ როდის გვახსენდება იგი? სასაფლაოზე, დაკრძალვაზე, მძიმე დაავადებისას, მოახლოებული სიბერის ეამს.

იქნებ, მართლაც არ ღირს მასზე ფიქრი? აკვიატებული ფიქრები სიკვდილზე ავადმყოფური ნიშანია. მაგრამ ზოგჯერ ამგვარი ფიქრები საშუალებას გვაძლევს იოლად გადავიტანოთ ცხოვრებისეული უსიამოვნებანი, მიგვანიშნებს მათ შედარებით ნაკლებ მნიშვნელობასა და მასშტაბურობაზე.

ჯერ კიდევ ძველ რომაელებს სიტყვა „სიკვდილი“ ავის მომასწავებელი ეჩვენებოდათ — უპირატესობას აძლევდნენ გამოთქმას — „ის აღარ არის ცოცხალი“. გერმანელები ამ შემთხვევაში ხმარობენ სიტყვას „აღესრულა“. ინგლისელები ამბობენ: „ის უმრავლესობას შეუერთდა“. და ა. შ.

კაცობრიობის ისტორიას მრავალი გამონათქვამი ახსოვს იმის შესახებ, რომ ადამიანმა უნდა გამოიმუშაოს უნარი, არ ეშინოდეს სიკვდილის. „სიკვდილის შიში თვით სიკვდილზე უარესია“ (პუბლილიუს სირუსი). „ეინც ადამიანს სიკვდილს ასწავლის, ის ასწავლის სიცოცხლეს“ (მონტენი). საზღვარგარეთ პუბლიკაციებიც კი გამოჩნდა, რომელიც მოუწოდებს სიკვდილისა და კვდომის საკითხების აღქმისათვის ბავშვობიდან, სკოლაში სწავლის პროცესში მოამზადონ ადამიანები.

მაგრამ სიკვდილის წინაშე შიშის უქონლობა ეწინააღმდეგება თვით სიცოცხლის სიყვარულს. ამის შესახებ კიდევ უფრო მეტია დაწერილი. ისედაც, სიცოცხლის სიყვარული, სიცოცხლის სურვილი გაცილებით ბუნებრივიცაა.

ხიროსიმაში, ატომური ბომბის პოსპიტლის დირექტორმა დოქტორმა ფუმოო შიგეტომ ნება დამართო გენახა ავადმყოფი სიმძიქე, რომელიც 1945 წელს აფეთქების ეპიცენტრიდან 700 მეტრზე იმყოფებოდა და ცოცხალი გადარჩა. ბუნებრივია, დაეინტერესდი, რა სასწაულით გადაურჩა სიკვდილს. ავადმყოფმა მიპასუხა:

—შიწისა და ნამსხვრევების სქელი ფენის ქვეშ მოვყევი და ამან დამიფარა სხიური დაავადებისაგან. მაგრამ ხერხემალი დამიზიანდა. მრავალი წელია ლოგინს ვარ მიჯაჭვული, რა თქმა უნდა, მძიმეა...

უცბად, თითქმის გონს მოეგოო, ავადმყოფმა გამილიმა და დაუმატა:

— მაგრამ მაინც მინდა სიცოცხლე, და აი, ეცოცხლობ.

ადამიანს საკვდილი არ უნდა. და რამდენიც არ უნდა ილაპარაკონ, რომ სიკვდილი სიცოცხლის დიალექტიკური გაგრძელებაა, რომ ყოველდღიურად დედამიწის ზურგზე 100 ათასი ადამიანი კვდება, მაინც არ გინდა საკუთარ თავზე გაავრცელო. სიკვდილს უფრო უშიშრად აღიქვამენ მორწმუნენი. მაგრამ ყველა არა. კ. ლამონტს წიგნში „უკვდავების ილუზია“ მოჰყავს გამონათქვამები, რომელთა აზრი ერთია: ადამიანს სიკვდილის სჯერა, მაგრამ საკუთარი სიკვდილისა არა.

ჩაუფიქრდით ი. ბონდარევის აზრს, რომელიც გამოთქმული აქვს რომანში „თამაში“ „...ყველაზე ჭეშმარიტი სიმართლეც კი უაზრო ხდება, თუ აღარ იარსებებს ვილაცის მიერ ადამიანებში ჩანერგილი ტყუილი მისი უკვდავების შესახებ. და ჩვენ ყველანი ამ მხსნელ ტყუილს ვართ დამორჩილებული. ყველაზე უტყუარ სიმართლეს აღარავითარი მნიშვნელობა აღარა აქვს იმ დიადი ცდომილების წინაშე, რომელიც თავად ხალხის სურვილს გამოხატავს“.

თვით სიკვდილი კი არ ზარავს ადამიანს. არამედ იმის შეგნება, რომ მის შემდეგ ისევ ყველაფერი იქნება, მხოლოდ ის აღარ იქნება. აყვავდება შრომანები, ფიქვები საამო სურნელს მოჰყენენ არემარეს,

ივალობებენ ჩიტები, ადამიანები შეხედებიან ახალ წელს, დატკებთან საყვარელი თვალების ცქერით, ათრთოლდებიან გრძობებისაგან. „მე არ მინდა ვიყოდე. აოდის მოვეკვდები, მე მინდა ვიყოდე, დავიბადები თუ არა კვლავ ჰიკვდილის გერე“, — თავისი მოთხრობის „გაზაფხულის რია-რიას“ გმირს ლევკას ათქმევინებს ვ. ტენდრიაკოვი.

მოაზროვნენი, მწერლები ხშირად მიმართავენ სიკვდილ-სიცოცხლის თემას. გაიხსენოთ ლ.ნ. ტოლსტოის გენიალური მოთხრობა „ივან ილიჩის სიკვდილი“. როგორც ცნობილია, მთავარი გმირი, ყველაფრიდან გამომდინარე, ავთვისებიანი სიმსივნისაგან გარდაიცვალა. XIX საუკუნეში ამ დიაგნოზს ისე არ აღიქვამდნენ, როგორც დღეს: კიბოს ერთ-ერთი ადგილი ეკავა სიკვდილის სხვა, ზოგჯერ უფრო გავრცელებულ მიზეზებს შორის. ამჟამად კი, თუმცა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებით იღუპება დაახლოებით 3-ჯერ მეტი ადამიანი, ვიდრე ავთვისებიანი სიმსივნით, მაინც ამ უკანასკნელის დიაგნოზი სასიკვდილო განაჩენივით ეღერს. დღევანდელ დღეს კიბო ის დაავადება გახდა, რომლის მაგალითზეც მწერლები ცდილობენ გაანალიზონ სასიკვდილოდ განწირული ადამიანის ფსიქოლოგია, გარდაუვალობის მდგომარეობა, მეტამორფოზ პიროვნებისა, რომელმაც გარეგან ყველაფრის წარმავლობა და ამოება. უკანასკნელ ათწლეულებში დაიწერა ექი სტაინსკის „პიკის საათი“, არტურ ჰელის „საბოლოო დიაგნოზი“, ვლადიმირ სოლოუხინის „განაჩენი“, ენ ვეტემას „კვერცხი ჩინურად“ და კიდევ მთელი რიგი ნაწარმოებებისა.

რასაკვირველია, ბევრის თქმა შეუძლიათ ექიმებს. ამ პრობლემას ნაწილობრივ ეხება სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის, აკადემიკოსი ი. ა. კასირსკი (1970) მოთხრობა „ივან ილიჩის სიკვდილის“ სამედიცინო ასპექტების განხილვისას, აგრეთვე პროფესორი ე. ი. ლიხტენშტეინი (1978), ლ. ნ. ტოლსტოის, ი. ს. ტურგენევის და გ. ფლობერის ნაწარმოებებში ავადმყოფობისა და სიკვდილის აღწერის ანალიზისას.

რეანიმაციის და ტრანსპლანტაციის შესაძლებლობებმა კვდომისა და სიკვდილის პრობლემა ახალ რაკურსში დაგვანახა და მკვეთრად გაზარდა შესაბამისი სამედიცინო პუბლიკაციების რაოდენობა, რომელთა რიცხვმა ათასებს გადააჭარბა.

მომავლადეი ავადმყოფები გაივლიან გარდაუვალისადმი ბუნებრივი შინაგანი „წინააღმდეგობისა“ და დეპრესიის ყველა სტადიას და ბოლოსდაბოლოს შედარებით მშვიდდებიან, ამავე დროს უფრო ემორჩილებიან ფსიქოთერაპიას და იმედის მომცემ ინფორმაციას თავიანთი მდგომარეობის შესახებ. არსებობს დაკვირვებანი, რომელთა თანახმად, ვისაც ხანგრძლივი დროის მანძილზე ბუნებასთან აქვს ურთიერთობა, ჩასწვდა მის

რიტმს, სიკვდილს აღიქვამს როგორც არსებობის სხვაგვარ ღონეს. და მაინც, ჩეხი აზრით, ექიმის, მედიცინის დის უპირველესი ვალია—ყველა შემთხვევაში დაეხმაროს ავადმყოფს, სძლიოს სიკვდილის შიში. მაშინაც კი, როდესაც პაციენტი ასიდან მხოლოდ ერთი შანსი აქვს გადაარჩენის.

სიკვდილის შიში სიკვდილის მოკავშირეა.

შეგახსენებთ ცნობილი ექიმ-მოგზაურის ა. ბომბარის მიერ გაკეთებულ დასკვნას: გემი რომ იღუპება, მაშველ კანჯობებში მყოფნი იხორციებიან პირველ სამ დღეს— შიმშილის, სიცივის ან წყურვილისგან კი არა, შიშისაგან.

ამ წიგნში განხილული საკითხებიდან, ბაზგასმით მინდა გამოყოფი შემდეგი აზრი. რაც არ უნდა მიიმე და უპერსპექტივო იყოს ადამიანის მდგომარეობა, მას სიკვდილი არ უნდა.

ბლაიბერგს გადაუწერგეს გულს, უცნაურია, მაგრამ მისმა ცოლმა საკმაოდ სკეპტიკურად შეაფასა ის დღეები, რომლებიც ოპერაციის შემდგომ იცოცხლა ავადმყოფმა. და მაინც, ის ცურავდა, თამაშობდა რეგბის და ტენისს. თუნდაც ტაბლეტების და შეზღუდვის ფონზე ოპერაციის შემდეგ 594 დღე კიდევ იცოცხლა. იმათგან, ვინც სასიკვდილოდ განწირულია, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ვფიქრობ, არავენ იტყვის უარს ორი წლის სიცოცხლეზე.

თავისი დამოკიდებულება სიკვდილის მიმართ მკაფიოდ ჩამოაყალიბა ერთ-ერთმა პაციენტმა, რომელსაც ამერიკელმა პროფესორმა კულამ ხელმეორედ გაუკეთა გულის გადაწერგვის ოპერაცია პირველი ოპერაციიდან ნახევარი წლის მერე. „ვიდრე ჩემს კუბოს თავს არ დახურავენ, არ დავიჭებ, რომ მკვდარი ვარ“.

თუმცა, არსებობენ ისეთი ავადმყოფებიც, რომლებიც, სიკვდილის ნატრობენ, რათა დაავადებით გამოწვეულ საშინელ ტკივილსა და წვალებას ბოლო მოეღოს. მაგრამ ეს მხოლოდ მაშინ ხდება, როცა ისინი სხვა გამოსავალს ვეღარ ხედავენ.

ფრანც კაფკას ხორხის ტუბერკულოზი სჭირდა (იმხანად ის განუკურნებელი დაავადება გახლდათ) და საშინლად დატანჯული თავის ექიმს მიმართავდა: „მომკალით, წინააღმდეგ შემთხვევაში თქვენ ბოროტმოქმედი იქნებით“.

რამდენიმე წლის წინ ბრალდება წაუყენეს ლონდონელი ექიმების ჯგუფს, რომლებიც მკურნალობდნენ ხანში შესულ ექიმს, საყლაპავი მილის კიბოს შორს წასული ფორმით რომ იტანჯებოდა. მათ იცოვნენ, რომ პაციენტი განწირული იყო, მაგრამ მაინც ყველა ღონეს ხმარობდნენ, რათა მისთვის სიცოცხლე გაეხანგრძლივებინათ. ქირურგიული ჩარევიდან მეთავე დღეზე პაციენტი კლინიკური სიკვდილის მდგომარეობაში ჩავარდა.

მაგრამ ავადმყოფი როგორღაც გააცოცხლეს. როცა გონს მოვიდა, მადლობა გადაუხადა კოლეგებს, მაგრამ სთხოვა მომავალში აღარავითარი ზომები არ მიეღოთ მისი გაცოცხლებისათვის, რადგან ძალა აღარ შესწევდა აეტანა გამუდმებული ტკივილი, და იცოდა, რომ სასიკვდილოდ იყო განწირული. უფრო მეტიც, თავისი უკანასკნელი სურვილი პაციენტმა თვითონ ჩაწერა ავადმყოფობის ისტორიაში. მიუხედავად იმისა, რომ მომაკვდავმა ნათლად გამოხატა თავისი სურვილი, მაინც აიძულეს ტანჯვით „ეცოცხლა“ კიდევ სამი კვირის მანძილზე. ამ ხნის განმავლობაში რეანიმატორებმა ოთხჯერ აღუდგინეს გულის მოქმედება. ამგვარი გაცოცხლების მიზანშეუწონლობა აშკარაა.

სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსს რეანიმატოლოგ ვ. ა. ნეგოვსკის მიაჩნია, რომ ამგვარ სიტუაციებში არსებობს პრინციპული განსხვავება ექიმის მოქმედებას შორის, რომელიც არ ახანგრძლივებს ადამიანის უაზრო ტანჯვას, და დროის შემეცირების მცდელობას შორის, რომლის მანძილზეც ორგანიზმს შეუძლია იბრძოლოს თავისი არსებობისათვის. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში „წინააღმდეგევენებანი სიცოცხლისათვის“ არ არსებობს და არც შეიძლება არსებობდეს. ექიმის ტაქტიკა მხოლოდ ერთადერთი შეიძლება იყოს — ბრძოლა ავადმყოფის სიცოცხლისათვის მისთვის ხელმისაწვდომი ყველა საშუალების გამოყენებით.

ზშირად იმათშიც კი, ვინც იტანჯება, სიცოცხლის სიყვარული ტანჯვაზე უფრო ძლიერი აღმოჩნდება ხოლმე.

ჩემს პალატაში იწვა 70 წლის პაციენტი ქალი, რომელსაც საყლაპავი მილის კიბო დაუდგინეს. ადამიანის ლანდილა იყო დარჩენილი, განუწყვეტელი პირღებინებისაგან იტანჯებოდა. მეც და ავადმყოფსაც კარგად გვესმოდა, რომ მისი გადარჩენა აღარ შეიძლებოდა. როგორც შეგვეძლო, ვცდილობდით შეგვემსუბუქებინა მისი მდგომარეობა.

— დღეს გული უკეთესად მუშაობს... პულსიც უკეთესია.

ჩაცვივნიული თვალები ოდნავ გამოუცოცხლდა.

— ექიმო, ხვალამდე ვიცოცხლებ?

— რა თქმა უნდა... მე ზომ თქვენ „ნახვამდის“ გითხარით...

ავადმყოფმა ქალმა ხელი მოჰკიდა და წაიჩურჩულა: „გმადლობთ... კიდევ ერთი დღისათვის...“

ხანგრძლივი დროის მანძილზე ჩემი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდა ერთი პაციენტი ქალი, რომელსაც ჩვენი გაცნობის დროისთვის 90 წელი შეუსრულდა. ის ლოგინად იყო ჩავარდნილი, მაგრამ საღი აზროვნების უნარი შეერჩენოდა. ჩვენი შეხვედრისას ერთთავად შეუბნებოდა:

— აბა, რას მელოლიაევებით? ჩემი დრო მოვკაბე. უკვე მე თვითონაც მინდა სიკვდილი. განა ეს სიცოცხლეა?

ასე შეორდებოდა ყოველ ჭერზე. გავიდა წლები. ჩემს პაციენტს უკვე 94 წელი შეუსრულდა. ერთ დღესაც ფილტვების ანთება დაემართა. უკვე ძალიან ცუდად რომ შეიქმნა, ქალიშვილს სთხოვა მე მოვეწვიე. როგორც კი თვალი შევაღვე ავადმყოფს, მოვხვდი, რომ წუთები დათვლილი ჰქონდა. უეცრად მან მითხრა:

— იღონეთ რაიმე, რომ ამჯერად გამოვმჯობინდე. მინდა კიდევ ვიცოცხლო... სულ ცოტახანს მაინც...

ყველაზე ხანდაზმულ ჩემს პაციენტებს შორის გახლდათ 113 წლის ი. სოიტონენი, რომელიც მეშახტეთა ქალაქში კობტლა-იარვეში ცხოვრობდა. მასაც ფილტვების ანთება დაემართა. ბუნებრივია, ამ ასაკში დაავადება მძიმედ მიმდინარეობდა. ავადმყოფი მტკიცედ იტანდა ავადმყოფობასაც და მკურნალობის სიმძიმესაც.

ზემოხსენებულთან დაკავშირებით მინდა კიდევ ერთ პრობლემას შევეხო. ის ჩამოაყალიბა მწერალმა ვ. მ. მიხაილოვმა (1976) და სსრკ ჯანდაცვის მინისტრს გაუგზავნა: „ამბობენ, ჩვენ დროში ცელილებას განიცდის ისეთი ფუძემდებლური ცნების შინაარსი, როგორიცაა მედიცინის ჰუმანიზმი, რომ ის უნდა შეიცვალოს რაციონალიზმით. მაგალითად, სულ უფრო ფართოდ ვრცელდება აზრი, რომ ახალ პირობებში არარაციონალურია მტკიცედ მისდევდა ოდინდელ ჰუმანურ პრინციპს—„ექიმი იბრძვის ავადმყოფის სიცოცხლისათვის მის უკანასკნელ ამოსუნთქვამდე“.

...განა საჭიროა „გააცოცხო“ უსიცოცხლო ბავშვი, თუკი იმას იფიქრებ, რამდენად დიდია მომავალში მისი არანარულფასოვნების შესაძლებლობა? ამგვარი საკითხები სულ უფრო მრავალი ხდება სამედიცინო პრაქტიკაში. მილიონობით ადამიანი დაინტერესებული მათზე გაცემული სწორი პასუხით...“

მინისტრმა თავის პასუხში სრულიად გარკვეული პოზიცია დაიკავა, კაცთმოყვარეობის ვალი მოითხოვს ეჭიშვებისაგან არა ანგარიშთან რაციონალიზმს, არამედ უანგარო ბრძოლას თითოეული ადამიანის სიცოცხლისათვის.

მაგრამ სამეცნიერო-ტექნიკური რევოლუციის საუკუნეში მრავალი პრობლემა რთულდება. ჩვენი ჰუმანიზმი არ შეიძლება რეალისტური არ იყოს. ცნობილია, რომ ადამიანი პიროვნებად ითვლება მანამ, ვიდრე მისი ტვინი ფუნქციონირებს.

აშშ-ში გულის მუშაობა აღუდგინეს თხუთმეტი წლის გოგონას, რომელიც კლინიკური სიკვდილის მდგომარეობაში იმყოფებოდა. ცნობიერებაც დაკარგული ჰქონდა. მან კიდევ რვა წელი „იცოცხლა“. მთლიანად პარალი-

ზებულმა, უსინათლომ, საკმელს ზონდით აკმევედნენ. ამ შემთხვევაში პიროვნება უკვე აღარ არსებობდა. ფრანგმა მეცნიერებმა მას უწოდეს „მუშია, რომელსაც გული უცემს“. განა გამართლებული იყო გაცოცხლება, თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ როგორც ამბობენ, შედეგების განკვერტა შეიძლებოდა? პასუხის გაცემა იოლი არ არის.

ანდრე მორუა 1967 წელს გამოვიდა სამედიცინო ეთიკისადმი მიძღვნილ კონგრესზე და აღნიშნა, რომ „სიკვდილი შეიცვალა“, რითაც კიდევ უფრო გაამწვავა პრობლემა: „წარმოვიდგინოთ თავმოკვეთილი სხეული, რომელშიც შენარჩუნებულია — ამჟამად ეს შესაძლებელია — გულის, ფილტვებისა და თირკმლების ფუნქცია; რა არის ეს — გვამი, თუ ცოცხალი არსება?“

ამ ბოლო ათწლეულის მანძილზე საზღვარგარეთ გამოჩნდა პუბლიკაციები, რომლებშიც პირდაპირ თუ გადაკრულად დასმულია საკითხი კლინიკური სიკვდილის მდგომარეობიდან ადამიანის გამოყვანის „რენტაბელობის“ შესახებ. ამ სტატიების დედააზრი ის გახლავთ, რომ გაცოცხლება ძვირი ჯდება, სიკვდილისაგან გადარჩენილი სიცოცხლე მაინც არასრულფასოვანია, ხოლო საზოგადოებისათვის ასეთ ადამიანს უმნიშვნელო სარგებლობა მოაქვს. 1984 წელს „ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ჟურნალში“ გამოაქვეყნა სტატია სათაურით „სიცოცხლე, სიკვდილი და დოლარის მნიშვნელობა“*. საკითხი დასმულია დამახასიათებლად, კომენტარი არ არის საჭირო.

ამგვარი მიდგომა საკითხისადმი ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია. ერთ-ერთმა ქირურგმა ოდესღაც აღნიშნა, რომ აპენდიციტისაგან ილუპება ნაოპერაციევთა მეოთხედი პროცენტი, მაგრამ ის ვინც კვდება, 100 პროცენტით კვდება. ასევე შეიძლება დავამტკიცოთ, რომ იმ ერთი პროცენტის მეათედი ნაწილისათვის, რომელთა გადარჩენა შესაძლებელი ხდება, სიცოცხლე განუმეორებელია და არც ერთ მათგანს არ ესაქმება არც პროცენტები, არც ის, თუ რა ფასი დაჯდა ბედნიერება ეხილა ვარსკვლავიანი ცა და მზის სხივები.

და მაინც...

არც თუ ისე დიდი ხნის წინ, ცნობილმა ოფთალმოლოგმა, პროფესორმა ს. ნ. ფედოროვმა მისცა საინტერესო, თუმცა, შესაძლოა არცთუ მთლად უდავო ინტერვიუ**.

მისი ერთერთი თეზისი ეხმიანება იმას, რასაც ჩვენ ვწერდით*** და რის შესახებაც საუბარია ამ წიგნის ერთ-ერთ თავში „ვიწრო სპეციალიზაცია და ფართო თვალსაწიერი“. მეცნიერის

* S. Am. med. Ass., 1984, vol. 252, W2, p. 223—224

** ოგონიოკი, 1985, № 37.

*** მედიცინისათვის გაზეთი, 1984; 21 აპრილი, № 38.

აზრით ჰუმანიზმი მედიცინაში არ უნდა განვიხილოთ მისი ეფექტურობისგან მოწყვეტით. ჰუმანურობის გამოვლინება მხოლოდ ათეულობით ავადმყოფის მიმართ, იმ დროს როცა სამედიცინო დახმარების რაიმე სახეობას საჭიროებს ათიათასობით ადამიანი, სამართლიანი არ იქნება.

ჩემზე კარგ მთაბეჭდილებას ახდენს ცნება „ჰუმანიზმის ეფექტურობა“. თუმცა ერთი დებულება მაინც უნდა გამოიყოს.

როგორც უკვე ვნახეთ, ბრძოლა ადამიანების ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის საზოგადოებას და ჩვენ ყველას ძვირი გვიჯდება, ძალიან ძვირად. ამიტომ კიდევ ერთხელ ვიმეორებ: ჯანდაცვასა და მედიცინაში აუცილებელია განისაზღვროს პრიორიტეტული მიმართულებანი.

ერთი პაციენტისათვის ხელოვნური გულის გადანერგვა ხარჯს მიხედვით 113 ჩვეულებრივი ქირურგიული ავადმყოფის გადარჩენის ექვივალენტურია.

სპეციალისტებმა გამოითვალეს, რომ მომავალში ყველა იმ პაციენტის დაკმაყოფილება, ვისაც ხელოვნური გულის გადანერგვა ესაჭიროება, აშშ-ში დაჯდება 7,5 მილიარდი დოლარი ყოველწლიურად. ამასთანავე უილაიმ დე ვრისი, ვინც პირველმა გააკეთა ამგვარი ოპერაცია, ვარაუდობს, რომ ბევრად უფრო სწორი იქნებოდა ეს სახსრები დახარჯულიყო თამბაქოს წვესთან, სიმსუქნესთან, ალკოჰოლიზმთან საბრძოლველად. თუკი გავითვალისწინებთ, რომ გულის გადანერგვა სიცოცხლის გარანტიას არ იძლევა, ხოლო ყველა ასეთ შემთხვევაში სიცოცხლეც სრულყოფილი არ არის, უფრო ჰუმანური და ეფექტური იქნება მოსახლეობის უმრავლესობის, ხალხთა მასების ჯანმრთელობის პრობლემის გადაწყვეტა.

ახლა სხვა, უფრო „მიწიერ“ მაგალითებს გადავხედოთ. „სასწრაფო დახმარებამ“ მოიყვანა ორი პაციენტი, ორივე თითქმის ერთნაირად დაზარალებული საავტომობილო კატასტროფაში. ვის გაუკეთონ ოპერაცია პირველ რიგში? მიღებული აქვთ ახალი მაღალეფექტური წამალი, მაგრამ დეფიციტურია, ყველა ავადმყოფს არ ეყოფა. ვის დაუნიშნონ ეს წამალი პირველ რიგში?

რეალური აუცილებლობა აიძულებს ექიმს, არჩევანი გააკეთოს, მაგრამ ამასთანავე საბჭოთა ექიმისათვის ერთადერთი კრიტერიუმი სამედიცინო მოსაზრებებზე დაფუძნებული მიზანშეწონილობაა. ფასიანი ჯანდაცვის პირობებისაგან განსხვავებით, სხვა არანაირი ფაქტორი, როგორცაა სამედიცინო დახმარების ღირებულება, პაციენტის მატერიალური შესაძლებლობანი და ა. შ. არ შეიძლება მხედველობაში იყოს მიღებული. ამიტომ ჩვენთვის ძნელი გასაგებია უცხოელი ავტორების მრავალრიცხოვანი პუბლიკაციები, რომლებიც სამედიცინო დახმარების მიღების შესაძლებლობას აფასებენ ავადმყოფის შემოსავლის შესაბამისად.

ყველაფერს, რაც შეეხება ჰუმანიზმსა და რაციონალიზმს სიცოცხლისათვის ბრძოლაში, უნდა დავუმართოთ ისიც, რომ სიცოცხლისუნარიანობის საექიმო პროგნოზის დროს შეიძლება შეცდომაც იქნას დაშვებული. ზემოთ მოყვანილ ინტერვიუში ლაპარაკია ათასობით „უსიცოცხლოდ“ დაბადებულ ბავშვებზე, რომლებიც მედიკოსთა მცდელობის წყალობით გადაარჩენილან და ნორმალურ ადამიანებად გაზრდილან.

ერთ-ერთ საექიმო ცნობარში ჩემი ყურადღება მიიქცია სტატიამ ლეიძლის კიბოს შესახებ. იმ ნაწილში, რომელიც ეხებოდა პროგნოზს ამ სახის კიბოთი დაავადებისას, ნათქვამი იყო: „პროგნოზი უიმედოა, მაგრამ შესაძლებელია საექიმო შეცდომები“.

პოლონელი პროფესორი ჯადეუშ კელანოვსკი (1968) წერს: „სამედიცინო მეცნიერებამ უახლოეს მომავალში უნდა გადაწყვიტოს მთელი რიგი რთული მორალური პრობლემებისა, სხვათა შორის, გრავალი წლის მანძილზე სიცოცხლის შენარჩუნების პრობლემაც იმ ადამიანებისათვის, რომლებსაც არ შესწევთ უნარი დამოუკიდებლად სიცოცხლისა და არსებობენ მხოლოდ რთული და ძვირფასი აპარატების წყალობით. გავუხანგრძლივოთ სიცოცხლე ასეთ ხეობრებს თუ გამოვართოთ ელექტროდენი, აპარატი, შევწყვიტოთ წვალება—აი საკითხები, რომლებსაც პასუხი უნდა გასცეს მედიცინამ უახლოეს მომავალში“. 1982 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთ-ერთ გამოცემაში გამოჩნდა პუბლიკაცია იმის შესახებ, რომ ადამიანს უნდა მიეცეს „ღირსეულად სიკვდილის“ საშუალება. კ. ბარნარდმა წამებისაგან იხსნა დედამისი, როცა ჩათვალა, რომ უკვე ყველა შესაძლებლობა ამოიწურა და ქალიც ეხვეწებოდა შეეწყვიტა მკურნალობა.

უნდა ვაღიარო, ჩემს საექიმო ცხოვრებაში, ისევე, როგორც, ალბათ, ყოველი ექიმის ცხოვრებაში, იყო სიტუაციები, როცა ჩემი მოქმედებანი ნამდვილად ეწინააღმდეგებოდნენ იმის გაგებას, რომ სიკვდილი გარდაუვალი იყო. და მთინც, ვცდილობდი ავადმყოფისათვის გამებანგრძლივებინა თითოეული დღე და საათი.

ხშირად ამგვარი მოქმედება არავითარ ლოგიკას არ ემორჩილება, რომ აღარაფერი ვთქვათ ეგრეთ წოდებულ რაციონალობაზე. მაგრამ ჩვენ ასე აღგვზარდეს... როგორღა გადაწყვიტენ ამ პრობლემას მესამე ათასწლეულში?

საადამიანო მითია

ვინე კითხვას დასვამს, ის მიიღებს პასუხს.
მაგრამ მან უნდა დასვას გონივრული კითხვა.

უ. რამზაი

ცნობილი სირიელი მწერალი და ექიმი აბუ-ლ-ფარაჯი, რომელიც XIII საუკუნეში ცხოვრობდა, წერდა, რომ ძველად ექიმი ასე მიმართავდა ავადმყოფს: ჩვენ სამნი ვართ — შენ, ავადმყოფობა და მე. შენ თუ ავადმყოფობასთან ერთად იქნები, თქვენ ორნი იქნებით, მე მარტო დავრჩები და თქვენ მომერევით. თუ შენ ჩემთან იქნები, ჩვენ ორნი ექიმებით; ავადმყოფობა მარტო დარჩება — და ჩვენ მას მოვერევით.

განა ყოველთვის ექიმთან ერთად არიან პაციენტები, ყოველთვის მხარში უდგანან მას? როგორ გვიყურებენ ავადმყოფება ჩვენ?

თუმცა, არაბუნებრივი ხომ არ არის თვით კითხვა? ხომ კარგად არის ცნობილი, როგორი პატივისცემა და მადლიერების გრძნობა სდევს თან ექიმის შრომას.

ამასთან დაკავშირებით მინდა მოვიყვანო საბჭოთა კავშირის მარშლის ვ. ი. ჩუიკოვის სიტყვები: „მედიკოსებს გმირობაზე... მათ ლეგენდარულ გმირულ საქმეებზე გაუთავებლად შეიძლება ილაპარაკო. ჩემს მეხსიერებაში სამუდამოდ აღიბეჭდა ჩვენს მხარდამხარ მებრძოლი ექიმების, მედიცინის დებოს, სანიტარი ქალების შესანიშნავი საქმეები...“

კიდევ ერთი — საბჭოთა კავშირის მარშალ კ. ა. როკოსოვსკის ნათქვამი: „მართლაცაა, ჩვენი მედიკოსები ჟანგარო მსახურნი და გმირები იყვნენ... უმორჩილესი თავყანისცემა მათ ზრუნვისა და სიკეთისათვის!“

აი, კიდევ პ. ბუილინის მიერ წაამბობი ეპიზოდი.

ფრონტის გზაზე მიჰქროდა „ვილისი“, რომელშიც ერთ-ერთი არმიის მთავარი ქირურგი იჯდა. მანქანის ბორბალი ირყეოდა, შეიძლებოდა ავარია მომხდარიყო. უკანინდან ვილაც დაჟინებით იძლეოდა სიგნალს, მაგრამ მძღოლი მიაჭროლებდა, ვერაფერს ვერ ამჩნევდა. უეცრად „ვილისს“ გადაუხსწრო სხვა მანქანამ და შვეეთრად დაამუხრუჭა. მანქანიდან ფაღმავიდა მარშალი ვ. ი. ჩუიკოვი.

— შენ იცი, ვინ მიგყავს? თქვი, იცი?

მძღოლი გაფითრდა, გაღმობტა მანქანიდან და მხედრული სალაში მისცა.

— არის — ვიცი. არმიის მთავარი ქირურგი, სამედიცინო სამსახურის გვარდიის პოლკოვნიკი კოლომიჩენკო.

— საკუთარი სიცოცხლის ფასადაც ვერ გამოისყიდო! — დაიყვირა

ვ.ი. ჩუიკოვმა. — ფრთხილად ატარე! ქირურგი ჭარისკაცის უპირველესი მეგობარია!

უპირველესი მეგობარი.

დიდი სამამულო ომის წლებში 115 ათასი მედიცინის მუშაკს გადაეცა საბრძოლო ჭილდოები.

მშვიდობიანობის დროსაც მედიცინის მუშაკნი თავდადებულად შრომობენ, ებრძვიან უბედურებებს, დაავადებებს, მწუხარებას. დიდი სამამულო ომის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფრონტზე 1,5 მილიონი ჭარისკაცი და ოფიცერი იბრძოდა. ამჟამად მთელ ქვეყანაში ერთი დღის განმავლობაში საშუალოდ 6 მილიონი ადამიანი გყურნალობს. ყოველდღიურად კეთდება 27 ათასზე მეტი ოპერაცია, ყოველწლიურად მათი რიცხვი 10 მილიონს აღწევს. მაშ, განა ჩვენ, მედიკოსები, მუდმივად არა ვართ მოქმედი არმიის ჭარისკაცები?

ადამიანების უმრავლესობას კარგად ესმის საექიმო შრომის მნიშვნელობა.

მაგრამ, სამწუხაროდ, ისევე როგორც ჩვენს შორის გამოჩნდებიან ხოლმე ადამიანები, რომლებიც არ არიან ღირსნი ეკვათ თეთრი ხალათი, ასევე არსებობენ ავადმყოფები, რომლებიც თავიანთი საქციელით ხელს უწლიან ექიმს ადამიანების სასარგებლოდ მის სამსახურში.

...როგორც ცნობილია, სამკურნალო დაწესებულებებში შემოღებულია საჩივრისა და წინადადებების წიგნი. ტალინის ერთ-ერთ საავადმყოფოში ფათვალერებდი ამგვარ წიგნს და ყურადღება მივაქციე უჩვეულო მადლობას: ხუთი ავადმყოფი მადლობას იხდის იმისათვის, რომ მათი პალატიდან... გაწერეს შეექვესე. აი, ნაწყვეტი იმ ჩანაწერიდან: „ჩვენ, მე-8 პალატის ავადმყოფებმა შევბა ვიგარძენით კ.-ს გაწერის შემდეგ... ძალიან გვიჭირდა იმ შეუურაცხყოფელი სიტყვების მოსმენა, რომლითაც ის მიმართავდა სამედიცინო პერსონალს. გვაცვიფრებდა ექიმებისა და მედღების მოთმინების უნარი, რომლებმაც შესძლეს სიმშვიდე შეენარჩუნებინათ...“

ვინ არის კ.? 28 წლის ქალია, სპეციალობით ავრონომი. მართლაც, ავადმყოფი ადამიანია, მაგრამ მისი მდგომარეობა არ მოითხოვდა საავადმყოფოს პირობებში მკურნალობას. ეს კარგად ესმოდათ ექიმებს. ესმოდა თვითონ კ.-საც. ამავე დროს, რაღაც პირადი მოსაზრებების გამო, პაციენტი ქალი ცდილობდა გაეხანგრძლივებინა სტაციონარში ყოფნის დრო. სწორედ ამისათვის მიმართა პრეტენზიებსა და საჩივრებს.

საჩივრებს ჩვენში პაციენტებთან ეკიდებიან. მითუმეტეს არ შეიძლება რეაგირების გარეშე დარჩეს ავადმყოფის მიერ დაწერილი საჩივარი. კ. აღმოჩნდა ერთი იმათგანი, ვის შესახებაც ესტონელმა მწერალმა

იუხან სმულა თქვა, რომ მათ კარგად იციან „საბჭოთა ავადმყოფის უფლებანი“. მან გამოიყენა ჩვენი ჰუმანურობა როგორც მედიკოსებზე სემ-ქმედების საშუალება.

ჩვენ ვიცით, რომ ნებისმიერ საჩივრის კვალდაკვალ ჩატარდება შემოწმება, შეიქმნება კომისია. ვთქვათ, საჩივარი არ გამართლდება, ექიმს ხომ დროს დააკარგვინებს, ავადმყოფს კი, უკიდურეს შემთხვევაში, ოღნავ დატუქსავენ. ის ხომ ავადმყოფია, ექიმი კი ვალდებულია საერთო ენა გამოიხატოს პაციენტებთან. ალბათ, სწორედ ამის საფუძველზე დაწერა ნწერალმა-ექიმმა ი. კრელინმა, რომ უმაღლეს სამედიცინო ინსტანციებში საქმის გარჩევისას, ჭარბობს ექიმის დამნაშავეობის პრეზუმპცია.

კ-მ მოახერხა საჩივარის დაწერა ყველა ექიმსა და იმ განყოფილების ყველა მედდაზე, სადაც მას მკურნალობდნენ. თანაც განა მარტო მათზე, სხვა განყოფილებების მორიგე პერსონალზეც.

ნუთუ ყველა ეს ადამიანი უსულგულო მოხელე აღმოჩნდა, ნუთუ პალატის მეზობლებიც შეცდნენ, როცა კ-ს საქციელი დაუშვებლად ჩათვალეს?

...ლამის პირველი საათია. საკმაოდ მძიმე სამუშაო დღის შემდეგ მორიგე ექიმი „ისვენებს“ — ავადმყოფობის ისტორიებს წერს... შემორბის აღელვებული მორიგე მედდა.

— თუ შეიძლება, სასწრაფოდ ჩვენს განყოფილებაში! იქ ერთი პაციენტი ქალი...

ორ-სამ წუთში ექიმი იმ განყოფილებაში გაჩნდა, სადაც გამოიხატეს. თითქმის ყველა პალატის კარი ღიაა, იქიდან ავადმყოფები შეშინებული, ნაშინარევი სახეებით იცქირებიან.

ვერ მოასწრო ექიმმა ეკითხა ავადმყოფისათვის რა ზოხდა, რომ მედიცინის მუშაკთა მისამართო ლანძღვა-გინებებს კორიანტელი დადგა. როგორც იქნა გაიკვია, რომ თურმე მედდამ უარი თქვა ექიმის ნაბართვის გარეშე გაეკეთებინა: ინაექცია, რომელსაც პაციენტი ქალი ითხოვდა.

მორიგე ექიმმა წესთავაზა პაციენტს გაგსინჯავო, რაზეც კატეგორიული უარი მიიღო. ზოლო 10 დღის შემდეგ. როცა ისევ ის ექიმი იმავე პალატაში შევიდა, პაციენტი ქალი უკვე გაწერილი იყო და იმ პალატის ავადმყოფებმა უამბეს იმის შესახებ, თუ როგორ „ხელმძღვანელობდა“ იგი თავის მკურნალობას.

— მისი საწოლი ხომ პირველია, შემოვლაც მისგან იწყებოდა. არაერთხელ გვინდავს ჩვენი ექიმი თვალცრემლიანი. ვხვდევობოდიო ექიმს, მისგან ნუ დაიწყებთ შემოვლას, თორემ ბოძა გავიჭირდებათ მერე სხვა ავადმყოფების გასინჯვა...

კიდევ ერთი მაგალითი. ქალაქში გრიპია მოღებულები, ზოგიერთი ექი-

მიც გახდა ავად. უნდა გემუშაოა შენს მაგივრად და შენი ამბანაგების მაგივრადაც. ამ დროს გამოიძახეს რესპუბლიკის ერთ-ერთ რაიონში ავადმყოფის საკონსულტაციოდ.

ჩანვლისთანავე ამბულატორიაში მიამბობენ, რომ საქმე ეხება ადამიანს, რომელმაც ერთი კვირის წინ განუვითარდა გულის ინფარქტი. პაციენტი სახლში წევს. მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. დიაგნოზი ექვს არ იწვევს. ავადმყოფი ორმა ექიმმა გასინჯა. დიაგნოზს ადასტურებს ელექტროკარდიოგრაფიაც.

— კი მაგრამ, კოლეგებო, თუ დიაგნოზი ნათელია, ზოლო პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, რატომღა გამოიძახეთ კონსულტანტი, ჩვენი მდგომარეობა ახლა ხომ ისედაც რთულია. ბევრი მძიმე ავადმყოფი გვყავს.

— ზაუბარია პერსონალურ პენსიონერზე. ჩვენი არ სჯერა, პომეოპათიურ აბებს სვამს და რეჟიმს არ იცავს. ეს შეიძლება საბედისწერო აღმოჩნდეს მისთვის...

ჩვენ, სამი ექიმი მივედით ავადმყოფთან. ვიწყებთ საუბარს. მესმის თითქოსდა შენელებული, ირონიანარევი მეტყველება, ოღონდ მოქუტული თვალებით შემომსქერის. კითხვაზე უსალისოდ მპასუხობს. აინტერესებს ჩემი აზრი იოდის ოქროზე. (პომეოპათიური საშუალებაა). ჩემმა სიტყვებმა იმის შესახებ, რომ მდგომარეობა სერიოზულია, პომეოპათიური ექსპერიმენტები საშიშია, აუცილებელია წოლითი რეჟიმი, წურბელები და დანიშნული წამლების მიღება, ყალყზე დააყენა.

ავადმყოფი რომელიღაც სტატიას აფრიალებდა ეურნალ „ოგონიოკიდან“, იხსენებდა ინდურ მედიცინას და გვადანაშაულებდა იმაში, რომ ჩვენ ვიყენებთ მკურნალობის იმ საშუალებებს, ორი ათასი წლის წინ რომ გამოიყენებოდა. იმ ადამიანს აზრადაც არ მოსვლია, რომ წურბელებს და სისხლის „განახლებას“ შორის იმდენივეა სავსება, რამდენიც „ოგონიოკსა“ და ინდურ მედიცინას შორის. ის როგორც ჩანს, იმასაც ვერ მიხვდა, რომ რაც ბრწყინაფს, ყველაფერი ოქრო არ არის. მაინაც კი, როცა ოქრო უბრალო კი არაა, იოდთან არის შერეული.

ამჯერ სიტუაციებში, ჩვეულებრივ, ექიმებს უსაყვედურებენ, რომ ვერ „მიუღვინენ“ ავადმყოფს. შე საჭიროდ ჩავთვალე განმეორება პაციენტისათვის წურბელების მოქმედება და ჩვენი დანიშნულების არსი. მან მოსმენაც არ ისურვა. წურბელები მასში იწვევდა ქვის ხანის და არა კოსმოსური საუკუნის ასოციაციას.

ფიქრობ, ყველა ზემოთ მოყვანილი შემთხვევა ადასტურებს, რომ ექიმის შრომას უპატივემლოდ ეპყრობიან.

არსებობს ასეთი ცნება — „უსულგულობა“. ის აბსოლუტურად წინა-

აღმდევანაჩვენებია საექიმო მოღვაწეობისათვის. მაგრამ თუკი პაციენტი იჩენს უსულგულობას ექიმის მიმართ?

...სოფლის საავადმყოფოში მოიყვანეს ავადმყოფი წვივის ღია მოტეხილობით, სისხლი აქვს დაკარგული, შოკის მდგომარეობაშია. პაციენტის ტრანსპორტირება შეუძლებელია უკიდურესად მძიმე მდგომარეობის გამო. სოფლის ექიმი აკეთებს ოპერაციას. საჭიროა პირველი ჯგუფის სისხლი. უკანასკნელი ამბულა სწორედ იმ დღეს მშობიარე ქალს გადაუსხეს. ექიმს პირველი ჯგუფის სისხლი აქვს. იგი წვება მაგიდაზე და თავის სისხლს აძლევს პაციენტს. ექიმი გონებას კარგავს, მაგრამ ავადმყოფი სიკვდილს გადაურჩა.

პაციენტი გამოჯანმრთელდა, გაეწერა საავადმყოფოდან და დაწერა საჩივარი პროკურატურაში, რომელშიც ითხოვდა პასუხისგებაში მიეცათ ექიმი იმის გამო, რომ საავადმყოფოში სისხლი არ ჰქონდათ.

ჩემი აზრით, ამ ავადმყოფის მიმართ სიტყვა „უსულგულობაც“ კი რბილად უღერს. დღემდე ვერ გადაჯხარე ჩემს ცონებაში ეს საჩივარი, როგორ შეუძლია ადამიანს ასეთი რამ მოიმოქმედოს?

სხვა შემთხვევას მოგახსენებთ. საუბარია არა სოფლის მკვიდრზე, არამედ ნწერალზე. თავის წიგნს სამადლობელო წარწერით სჩუქნის ექიმს. ამის შემდეგ აქვეყნებს სტატიას, რომელიც ექიმისათვის უმძიმესი განცდების მიზეზად იქცა. და ეს არის „ადამიანის სულის ინჟინერი“!...

ფერ-ში გამოქვეყნებულია სტატია ყურადსაღები სათაურით: „ექიმის მიერ ცეცხლსასროლი იარაღს გამოყენება როგორც თავდაცვის საშუალება ავადმყოფების ბინაზე მონახულებისას (H. G. Reiger, 1983). საუბარია ექსტრემალურ სიტუაციებზე, თანაც არა ჩვენში, არამედ იქ...

მაგრამ, როგორც ვიცით, ბოროტი ენა ზოგჯერ „პისტოლეტზე საშიშია“.

გვხვდებიან ისეთი პაციენტბაც, რომელთაც, როგორც ჩანს, უბრალოდ არ ესმით, სად თავდება მათი უფლებები როგორც მოქალაქისა, ვნებათ ავადმყოფისა, და სად იწყება უტაქტობა.

კაბინეტში შემოვიდა ორმოციოდე წლას კაცი. საჩვენებელი თითი ჭაიშივითა და შეეკითხა ექიმს, რა გვარი იყო მერე კბილებში გამოსცრა: „მამასადაძე, 17 რიცხვისთვის ჩანმრთელი უნდა ვიყო...“

ავადმყოფი ნ. დამლაშობით ხვრინავს. რა თქმა უნდა, მისი ბრალი არ არის, მაგრამ ხვრინვა არ აძინებს იმავე პალატის ხუთ ავადმყოფს, რომელთაგან ორი მძიმე მდგომარეობაშია. გადაწყვიტეს პაციენტი ქალის

■ მედიცინისკაია გაზეთა, 1975, 5 სექტემბერი, №72.

სხვა პალატაში გადაყვანა, სადაც არ შეაწუხებდა თავის მეზობლებს.
6. — ს რეაქცია მოულოდნელი აღმოჩნდა:

— თუ მე არ ვაძლევ ძილს საშუალებას, გადაიყვანეთ ისინი და არა მე. მითუმეტეს, რომ მე პირველი დამაწვინეს ამ პალატაში.

6. მაინც გადაიყვანეს, რის შემდეგაც შან რვაფურცლიანი საჩივარი გააგზავნა გაზეთში

პოლიკლინიკაში მიღებაა. შემოდის ქალი.

— მოვედი, რათა კარდიოგრამა გადამიღოთ.

— რა გაწუხებთ?

— ამეამად მე მხოლოდ კარდიოგრამა მესაქიროება.

— თქვენ თვითონ ექიმი ბრძანდებით, თუ ვინმემ გირჩიათ კარდიოგრამის გაკეთება?

— არა, ექიმი არა ვარ, მაგრამ კარგად ვიცი, რა მჭირდება.

უტაქტობით გამორჩეული ამგვარი მაგალითები, სამწუხაროდ, ბევრ ექიმს შეუძლია შემოგვთავაზოს.

როდესაც დაუფიქრდები იმ მიზეზებს, რომლებიც ზოგიერთი ავადმყოფის უპატივცემულობას იწვევენ მედიცინისა და მის მსახურთა მიმართ, იმ დამკვიდრებულ მიდინარე, რომ ეს არის ექიმის შრომის არასათანადოდ შეფასებას, აქედან გამომდინარე, მედიცინის გაუბრალოებისა და გარკვეულწილად, არაგონივრულად მოსახლეობის სამედიცინო განათლების შედეგი.

თუმცა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ვილაპარაკოთ ავადმყოფის არასაკმარის კულტურაზე, რომელიც, როგორც ჩანს, ასე იქცევა არამართებულად, არამედ რაჯაშიც და სამსახურშიც.

მსგავს შემთხვევაში აღზრდა უნდა იქონიოს მთელმა საზოგადოებრიობამ და სწორედ მას უნდა მივმართოთ დასახმარებლად.

არ შეიძლება, ავადმყოფობას ამოფარებულებმა, უპატივცემულო დამოკიდებულება გამოიჩინონ მედიცინის მუშაკთა მიმართ. მათ შემდეგ რაც სოციალური უთანასწორობა აღმოცენდა, ექიმებს დამოკიდებულებას ავადმყოფების მიმართ და პირიქით, პაციენტებისას ექიმების მიმართ, დიფერენცირებული ხასიათი ჰქონდა. გაბატონებული კლასების წარმომადგენლებს ექიმები მსახურებად მიაჩნდათ, მდებრიო ხალხს კი ბატონებად (ა. ა. ბატალოვი, 1979). სოციალისტურ საზოგადოებაში მცხოვრები ადამიანის მორალური კოდექსი გულისხმობს ადამიანებს შორის ჰუმანურ დამოკიდებულებასა და ურთიერთპატივისცემას. საბჭოთა მედიკოსის მორალური განუყრელია საბჭოთა ადამიანის მორალისაგან. ექიმი უერო იქნები, თუ ამ პრინციპებით არ იხელმძღვანელებს. მაგრამ იფიქრობ, რომ ეს პრინციპები სავალდებულოა იმათთვისაც, ვინც ექიმს შიმართავს.

იმისათვის, რომ ავადმყოფი გაამხნევოს, ექიმი თვითონ უნდა იყოს კარგ განწყობილებასზე.

განწყობილება — რა დიდი მნიშვნელობა აქვს მას ჩვენს ცხოვრებაში. ამბობენ, სამუშაოზე მან არ უნდა იპოქმედოსო.

როგორ მოვიქცეთ, თუკი არ გამოდის? თუ ცოლ-ქმარს შორის განუთქილება ან უსამართლო წყენა უფრო ძლიერი აღმოჩნდება, ვიდრე ფიქრები მის შესახებ, რომ „ცხოვრება ხანმოკლეა“ და „მარადისობასთან შედარებით ეს წერილმანები არაფრად არ ღირს“?! ავადმყოფთან ურთიერთობაზე ამან ხომ მართლაც არ უნდა მოახდინოს გავლენა!

პალატის ან თუის კაბინეტის ზღურბლქ რომ გადააბოჯებს, ექიმმა უნდა დაივიწყოს ყოველივე პირადი, ავადმყოფებს უნდა მოუტანოს სიზნობო, სიმშვიდე, სიბარული. ცუდ გუნებაზე მყოფი ექიმი, უკეთეს შენობევაში, უმკურნალებს ავადმყოფს სხეულს და არა მის სულს. ეს კი არ არის საკმარისი: ამიტომ უმიზეზოდ ნუ გავუფუძუებთ განწყობილებას იმას, ვინც თვითონ უნდა იზრუნოს ადამიანის კარგ განწყობილებაზე.

მ.ი. კალინინი, ეხებოდა რა საექიმო მოღვაწეობის ამ ასპექტს, ამბობდა, „...აუცილებელია ისე წარვმართო საქმე, რომ ექიმს შეეძლოს იოლად გადაიტანოს თავისი პროფესიის ყველა უხერხულება. აი, ამიტომ... სრულიად აუცილებელია შევქმნათ თვით ექიმის და მისი მუშაობის ირგვლივ სასიკეთო მორალური გარემო“.

მორალი და მართებული ძიება

საუკეთესო სამკაული სუფთა სინდისია

უიციური

ექიმის ეთიკასა და მართებულ საქციელზე უამრავი სამეცნიერო ტრაქტატი, მოსაზრება და პუბლიცისტური სტატიია დაწერილი.

არსებობს აზრი, რომ საშუალოდ ეთიკის დამოუკიდებელ ცნებად გამოყოფა არ არის მართებული, ვინაიდან გარკვეული პროფესიული ნიშნის მიხედვით გაერთიანებული ადამიანების ეთიკა არ შეიძლება არ დავმთხვეს ამა თუ იმ საზოგადოების, ეპოქისა თუ კლასის მორალურ პრინციპებს. ეს იდეა უმკველად, სწორია. ამავე დროს არ შეიძლება არ გავითვალისწინოთ ამა თუ იმ საზნის მოღვაწეობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, განსაკუთრებით, როცა ვსაუბრობთ ისეთ სპეციფიკურ სფეროზე, როგორცაა მედიცინა და ჯანდაცვა. ჯერ კიდევ ფ. ენგელსი მიუთითებდა, რომ ყოველ პროფესიას საკუთარი მორალი ახასიათებს.

მას შემდეგ, რაც XIX საუკუნის დასაწყისში ინგლისელმა ფილოსოფოსმა, მორალისტმა და უტილიტარისტმა ი. ბენტამმა ზმარებაში შემოიღო ტერმინი „დეონტოლოგია“ — მოძღვრება მართებულ ქცევაზე. გამოჩნდა მრავალი პუბლიკაცია, სადაც განხილულია მისი ურთიერთკავშირი ეთიკასთან. რა თქმა უნდა, ეთიკაში შოვალეობის პრობლემა ერთ-ერთი ძირითადია. მაგრამ მოძღვრება სამედიცინო დეონტოლოგიაზე, გვევლინება რა ეთიკური კონცეფციების გამოხატულებად, ცფიქრობ უფრო პრაგმატული და კონკრეტული ხასიათისაა. თუ სამედიცინო ეთიკა არ შეიცავს სპეციფიკას, რომელსაც განაპირობებს ესა თუ ის საექიმო სპეციალობა (ცალკე არ არსებობს ეთიკა თერაპევტისათვის, ქირურგისა თუ ოკულისტისათვის), დეონტოლოგიამ შეიძინა სპეციალიზებული თავისებურებანი, განპირობებული მისი შედარებით გამოყენებითი თვისებებით. ამას მოწმობს ის გარემოება, რომ სამედიცინო-დეონტოლოგიურ პრობლემებს ზშირად იხილავენ ამა თუ იმ სამედიცინო პროფესიასთან ურთიერთკავშირში: განასხვავებენ ქირურგის, პედიატრის, ონკოლოგის, რენტგენოლოგის, ვენეროლოგის და სხვათა დეონტოლოგიას. დეონტოლოგია გვევლინება ეთიკის ნაწილად და თუმცა ეს ცნებანი გაიგივებული არ არიან, ისინი დიალექტიკურ ურთიერთკავშირში უნდა იგანვიხილოთ.

უველა ისტორიულ ეპოქაში, მოცემულ საზოგადოებაში გაბატონებული კლასობრივი მორალის შესაბამისად, საექიმო ეთიკა ყოველთვის გამოირჩეოდა დამახასიათებელი თავისებურებებით.

ზნობრივი მოთხოვნები იმათ მიზართ, ვინც მკურნალობას ეწეოდა, პირველად შეიძლება ჩამოყალიბებულიყო მაშინ, როცა მკურნალობა პროფესიად იქცა, ესე იგი, როდესაც მონათშფლობელურ საზოგადოებაში შრომის განაწილება მოხდა. უხსოვარი დროიდან საექიმო მოღვაწეობა დიდად პატივცემული იყო, ვინაიდან მას საფუძვლად ედო სწრაფვა იმისკენ, რომ თავისიანი ეხსნათ ტანჯვისგან, დახმარებოდნენ ავადმყოფობისას და ჭირილობებისას, თუ შეძლებდნენ გაეხანგრძლივებინათ სიცოცხლე. მედიცინა ემპირიული ხასიათისა და ნაკლებ ეფექტური იყო, მაგრამ თავისთავად პროფესია იწვევდა პატივისცემასა და მოწიწებას. შემთხვევითი როდია, რომ ძველ დროს ექიმს აღმერთებდნენ, მაგალითად, რომაელები — ესკულაპს, ძველი ბერძნები — ასკლეპიოსს და მის ქალიშვილებს — ჰიგიას და პანაცეას.

უძველეს წყაროდ, რომელშიც ჩამოყალიბებულია იმოთხოვნები ექიმის მიმართ და ექიმის უფლებები, თვლიან ჩვენს წელთაღრიცხვამდე XVIII საუკუნეში ბაბილონში მიღებულ „ჰამურაბის კანონებს“.

სამედიცინო ეთიკაზე ისტორიულ პლანში მსჯელობისათვის მეტისმეტად საინტერესოა ინდური ლიტერატურის უძველესი ძეგლები — მანუს

კანონთა კრებული (1000 — 500 წ. ჩ.წ.ა.) და „აიურვედა“ („მოძღვრება სიკოცხლზე“). ამ უძველესი სამედიცინო ენციკლოპედიის (IX — III ს.ჩ. წ.ა.) საძი რედაქცია არსებობს. ამათგან ყველაზე სრული შექმნა ექიმმა სუსრუტამ. „აიურვედას“ ერთ-ერთ წიგნში ლაპარაკია იმაზე, როგორი უხდა იყოს ექიმი, როგორ უნდა მოიქცეს, რა და როგორ ელაპარაკოს ავადმყოფს. აღსანიშნავია დიფერენცირებული მიდგომა დაავადებულებისადმი: შეიძლება და უნდა უმკურნალოთ ღატაკებს, ობლებს, უცხოელებს და ამავე დროს არ შეიძლება წამლები დაუნიშნოთ იმათ, ვინც რაჯამ შერისბა. იმ უძველეს დროში კი მედიცინას უნდა ეგერჩია ძლიერნი ამა ქვეყნისანი და უმწიონი.

ამგვარი შენიშვნები ალბათ იმიტომ სჭირდებოდათ, რომ საექიმო პროფესიისათვის დამახასიათებელი ზოგადსაკაცობრიო პრინციპი გამომდინარეობდა მისი თავდაპირველი ჰუმანურობიდან, ბუნებრივი მისწრაფებებიდან, შველა აღმოეჩინათ ნებისმიერა ავადმყოფისათვის და შეემსუბუქებინათ მისთვის ტანჯვა.

მედიცინის ისტორიაში, ამასთანავე ეთიკური ნორმების შექმნაში, უდიდესი როლი ითამაშა გამოჩენილმა ძველებერძენმა ექიმმა ჰიპოკრატემ. მას ეკუთვნის მასწავლები: „გისაც ადამიანები უყვარს, მას საექიმო ხელოვნების სიყვარულიც შეუძლია“, „არა ავნო“, „ექიმი-ფილოსოფოსი ღვთის სადარია“. მან შექმნა მისივე სახელით ცნობილი ფიცო, რომელმაც საუკუნეებს გაუძლო.

ბევრი მედიკოსის, მეცნიერის, ფილოსოფოსისგან განსხვავებით, რომლებიც საექიმო ეთიკის პრობლემებს მიმართავენ, ჰიპოკრატემ დიდი ყურადღება დაუთმო ექიმის დამოკიდებულებას ავადმყოფის ნათესავების, თავის მასწავლებლების მიმართ, ექიმების ურთიერთდამოკიდებულებას.

ჰიპოკრატეს მიერ ჩამოყალიბებულმა ეთიკურმა პრინციპებმა შემდგომი განვითარება ჰპოვეს რომელი ექიმებისს აკლემპიადუსის, ცელსიუსის, გალენუსისა და სხვათა ნაშრომებში.

შუა საუკუნეების პერიოდში აღნიშნის ღირსია საღერანის სამედიცინო სკოლა, რომელსაც ჰიპოკრატეს საზოგადოებას უწოდებდნენ. ამუშავებდნენ რა ექიმის დამოკიდებულების საკითხს ავადმყოფისადმი, რომელიც ასახავდა იმ დროის შეხედულებებს, განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობდნენ პაციენტებისა და ჯანმრთელი ადამიანების მიერ ექიმის რეკომენდანციების დაცვას.

სამედიცინო ეთიკის განვითარებაზე უდიდესი გავლენა იქონიეს აღმოსავლეთის ექიმებმა, უპირველეს ყოვლის X-XI საუკუნის გამოჩენილმა მეცნიერმა-ენციკლოპედისტმა, „საექიმო მეცნიერების კანონთა“ შემქმნელმა აბუ ალი ინბ სინამ (ავიცენამ). ამ შესანიშნავ ნაწარმოებს მიეძღვნა

მრავალი გამოკვლევა როგორც მსოფლიოში, ასევე უცხოეთშიც. განიხილავდა რა საექიმო მოღვაწეობის სხვადასხვა მხარეს, იბნ სინა ზაზს უსვამდა სამედიცინო დახმარებისათვის მოსულთა ინდივიდუალობასა და განუმეორებლობას: „...ყოველ ადამიანს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი, თავისებური ბუნება აქვს“. მასვე მიაწერენ ცამონათქვამს: „ექიმს უნდა ჰქონდეს არწივის თვალი, ქალიშვილის ხელები, გველის სიბრძნე და ლომის გული“.

სავესებით ნათელია, რომ ჩვენი ქვეყნის ხალხთა ტერიტორიაზე სამედიცინო ეთიკისადმი მოთხოვნებმა განვითარების იგივე გზა განვლეს, რაც სხვა სახელმწიფოებში.

სვიატოსლავის კრებულში“ (XI ს.) მითითებულია, რომ მონასტრებმა თავშესაფარი უნდა მისცენ არა მარტო მდიდრებს, არამედ ღატაკ ავადმყოფებსაც. კიევის რუსეთის იურიდიულ ნორმათა კრებულმა „რუსული სიმართლე“ (XI-XII სს.) დაამტკიცა დებულება სამედიცინო პრაქტიკის უფლებს შესახებ და კანონიერად სცნო მგდოცოცების მიერ ავადმყოფებისაგან მკურნალობის საფასურის გამორთმევა. საკმაოდ გარკვეული იყო პეტრე I მიერ საზღვაო წესდებაში ჩამოყალიბებული მოთხოვნები: ექიმის მიმართ, თუმცა მოვალეობანი მასში განიხილებოდა საექიმო უფლებებისაგან მოწყვეტით.

ერთი შეხედვით როგორ პარადოქსულადაც არ უნდა გვეჩვენებას, ექიმის პროფესიული მოვალეობის შესრულებაზე, ზოგიერთი ეთიკური ნორმის შეფასებაზე გავლენას ახდენს აგრეთვე სამედიცინო მეცნიერების დონე და შესაძლებლობანი. მაგალითად, პიპოკრატე თვლიდა, რომ განუკურნებელი ავადმყოფების მკურნალობა ექიმს ავტორიტეტს უკარგავს. მისი აზრით „მედიცინამ დახმარების ხელი არ უნდა გაუწოდოს იმათ, ვინც სნეულებამ უკვე დაამარცხა“. ძველ ინდოეთში ურჩევდნენ აღარ ემკურნალათ იმ პაციენტისათვის, რომელიც ერთი წლის მანძილზე ვერ გამოჯანმრთელდა. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ეს შეხედულებანი გამოხატავენ არა მხოლოდ და არა იმდენად იმდროინდელი საზოგადოების მოჩაღს, რამდენადაც მედიცინის შესაძლებლობებს. უკანასკნელი წლების მანძილზე სულ უფრო ინტენსიურად განიხილავენ სიცოცხლის უნარმოკლებული ავადმყოფისათვის სიკვდილის შემსუბუქების პრობლემას. საექიმო მორალის ამ ახალი პრინციპების აღმოცენება უთუოდ თანამედროვე რეანიმატოლოგიის დიდ წარმატებასთან არის დაკავშირებული.

უფლებებისაგან გამსხვავებით, ზნეობრივი კრიტერიუმები ყოველთვის როდი იძენდნენ დაწერილი პოსტულატების ფორმას. რომელიმე განსაზღვრული დროისათვის დამახასიათებელი ეთიკური ნორმატივების შესახებ მხოლოდ ნაწილობრივ მსჯელობის საშუალებას გვაძლევს ისტორია,

ფორსპრუდენცია, ლიტერატურა. როგორც აღნიშნავდა ჰენეკა უნკერტი, „ჩვენი ზნეობრივი ვალდებულებები წრე გაცილებით ქარბოვს იწა. რასაც კანონი მითხოვს“.

ბოლო ათწლეულებში მიღებულია რიგი დეკლარაციებია, კოდექსებისა, წესდებებისა, რომლებიც მოწოდებულია განსაზღვროს ექ-მთა ქცევის ეთიკური ნორმები. ბევრ ქვეყანაში არსებობს ეროვნული სამედიცინო კოდექსები. დოკუმენტებსა ნაწილი საერთაშორისო ხასიათისაა. მათ უნდა შეეკუთვნოთ „ექნევის დეკლარაცია“ (1948), „სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი“ (ლონდონი, 1949). „ველსინგ-ტოკიოს დეკლარაცია“ (1964. 1975), გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის მიერ მოწონებული „სამედიცინო ეთიკის პრინციპები“ (1982) და სხვა. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ საერთაშორისო აქტები სამედიცინო ეთიკის საკითხებზე ყოველთვის როდი ითვალისწინებენ ამა თუ იმ ქვეყნის ცხოვრების კონკრეტულ პირობებსა და ეროვნულ თავისებურებებს. მაგალითად, „ექნევის დეკლარაცია“, რომელსაც საფუძვლად უდევს „პიპოკრატეს ფიცი“, კრძალავს აბორტს, არადა, ბევრ ქვეყანაში აბორტი დაშვებულია. მაგრამ ამ დოკუმენტს. რა თქმა უნდა, XX საუკუნის კვალცი ემჩნევა. მაგალითად, დეკლარაციაში შეტანილია ფრაზები: „მე არ დავეშვებ. რომ რელიგიამ, ნაციონალიზმმა, რასიზმმა, პოლიტიკამ ან სოციალურმა მდგომარეობამ გავლენა იქონიოს ჩემი მოვალეობის შესრულებაზე“, „...მუქარაც ვერ ამიძულებს გამოვიყენო ჩემი ცოდნა მედიცინის სფეროში ადამიანურობის კანონების საწინააღმდეგოდ“. უკანასკნელი თეზისი მეორე მსოფლიო ომის გამოძახილად გვეკლონება და განამტკიცებს დებულებებს „ნიურნბერგის ათი წესისა“ („ნიურნბერგის კოდექსი“, 1947); რომლებშიც ხაზგასმულია ადამიანებზე დანაშაულებრივი ცდების წარმოების დაუშვებლობა.

„სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი“ („დონტოლოგიის საერთაშორისო კოდექსი“), რომელიც აკონკრეტებს „ექნევის დეკლარაციის“ მთელ რიგ დებულებებს, მოწონებულ იქნა ჟანდაკვის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალური დირექტორის მიერ. ამ აქტზე ყველაზე ხშირად მიუთითებენ სამედიცინო ეთიკის პრობლემათა მკვლევარნი ბურჟუაზიულ ქვეყნებში. მასში ყურადღება ექცევა საექიმო დახმარების ანაზღაურების საკითხებს, პაციენტთა გადაბირების და თვითრეკლამის დაუშვებლობას. რაც საკმაოდ მკაფიოდ გვისურათებს კერძო კაპიტალისტური მედიცინის პირობებში საექიმო მოღვაწეობის მთელ რიგ ზნეობრივ მხარეებს, მის შეუსაბამობას შემუშავების პროცესში მყოფი და რეკომენდებული მორალური პრინციპებისადმი, შეუთანხმებლობას ძირითადად სწორ ეთიკურ დებულებებსა და სოციალურ სინამდვილეს შორის.

სოციალისტურ საზოგადოებაში ლიკვიდირებულია წინააღმდეგობანი მედიცინის ძუძაყთა პრიფესიულ მოვალეობასა და საზოგადოებრივ ურთიერთობებს შორის. ეს ფუძემდებელი პრინციპები განსაზღვრავენ იმ გარემოს, რომ ექიმთა მოღვაწეობის ზნეობრივი საწყისები პრინციპულად არ გამსხვავდება ერთმანეთისაგან სხვადასხვა სოციალისტურ ქვეყანაში. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ სოციალისტურ ქვეყანაში ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემასთან ერთად დაშვებულია კერძო პრაქტიკა, ექიმის არჩევა, ბუნებრივია, აგრეთვე არსებობს ზოგიერთი სხვაობა ჯანდაცვით-ბლომაში, ცალკეულ დებულებებში, რომლებიც ეხება ექიმის უფლებებსა და მოვალეობებს.

ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ მედიცინაში მთელი რიგი ახალი სნეობრივი პრობლემებისა სამეცნიერო-ტექნიკურმა რევოლუციამ გამოაწვია.

მედიცინის მეცნიერებისა და პრაქტიკის გაზრდილი შესაძლებლობების პირობებში აღმოცენდა სამედიცინო გენეტიკასთან. მობადლობს რეგულაციასთან და ფანსაკუთრებით ადამიანებზე ექსპერიმენტების ჩატარებასთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხები. გარდა აღნიშნული საერთაშორისო აქტებისა, მედიცინის მეცნიერებათა საერთაშორისო ორგანიზაციის საბჭოს XV კონფერენციამ (მანილა, 1981) მიიღო ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის სპეციალური კომიტეტის მიერ მოწონებული დეკლარაცია, რომლის მხედველია: „გამოსაცდელთა ინტერესები ყოველთვის უნდა პრევალირებდეს მეცნიერებისა და პრაქტიკის ინტერესებზე“. ადამიანებზე ცდების ჩატარების მიზანშეწონილობა და მისი შედეგები ეთიკური თვალსაზრისით უნდა შეაფასოს დამოუკიდებელმა კომისიამ.

ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემა საექიმო საიდუმლოების დაცვასთან დაკავშირებით მთელ რიგ ახალ საკითხებს აყენებს. იმის გამო. რომ გაიზარდა იმ პირთა რიცხვი, რომელთაც ავადმყოფის შესახებ ინფორმაციის მიღების საშუალება აქვთ (სხვადასხვა სპეციალობის ექიმები, რეგისტრატორი, სტატისტიკოსი, მრავალი დამხმარე კაბინეტი, პროფკავშირული ორგანიზაციები და სხვა), ეს პრობლემა მხოლოდ საექიმო აღარ არის. გარდა ამისა, როგორც უკვე ხაზგასმული იყო ზემოთ, პაციენტთა მხარდ განათლებულობას თან სდევს გაზრდილი ინტერესი დიაგნოზების, გამოკვლევების, დაავადების მემდინარეობის პროგნოზის მიმართ. ორივე გარემოება უნდა იქნეს გათვალისწინებული, ვინაიდან საექიმო საიდუმლოება გულსხმობს მონაცემების გაუხმაურებლობას არა მარტო გარემომომყოფებისათვის, არამედ თვით ავადმყოფისათვის, თუკი ეს მონაცემები საზოგადოების ინტერესებს არ ეწინააღმდეგება.

ტრანსპლანტოლოგიის წარმატებებმა და სიცოცხლის გახანგრძლივების განზრდილმა შესაძლებლობებმა უფრო ზუსტად უგონო მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფისათვის ორგანოთა ფუნქციონირებას შესაძლებლობამ, გამოიწვია იმის აუცილებლობა, რომ ამ პრობლემების იურიდიული და ეთიკური მხარეები განმტკიცდეს საგანგებო საერთაშორისო აქტების სახით, რიგ ქვეყნებში კი კანონმდებლობის წესით.

ჩერ კიდევ ტრანსპლანტოლოგიის განვითარების გარიყრაჟზე მიცვლებულის თვალის რქოვანისა და ცალკეული ორგანოების გადანერგვა, სისხლის გადასხმა რეგლამენტირებული იყო სსრკ სახალხო კომისართა საბჭოს დადგენილებით (1937). შემდგომში სსრკ ჟანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ იქნა რიგი სპეციალური დოკუმენტებისა. ანალოგიური აქტები, ინსტრუქციები მიღებულია დაახლოებით 30 სახელმწიფოს მიერ (აშშ, კანადა და სხვ.).

ყველა ქვეყანა სიკვდილის ცნებას ერთნაირად არ განსაზღვრავს. ყველაზე უფრო საყოველთაოდ მიღებულ კრიტერიუმებს შეიცავს „სიღნეის დეკლარაცია“ (1969). ამ საკითხსაც დიდი ეთიკური მნიშვნელობა ენიჭება როგორც ტრანსპლანტაციის, ასევე ევტანაზიის საკითხების გადაწყვეტისას. უკანასკნელ წლებში ბევრი უცხოელი ავტორის რეკომენდაცია იქამდე მიდის, რომ უიმედო ავადმყოფებს მიეცეთ უფლება მიიღონ გადაწყვეტილება მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ. თუმცა პირი, ვინც ეს უნდა განახორციელოს, არის ექიმი, რაც მძიმე ზნეობრივ კოლიზიას ქმნის, რომელსაც საფუძვლად უდევს ექიმის მოვალეობა — იბრძოლოს ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებისა და გახანგრძლივებისათვის. საერთაშორისო დოკუმენტები ამ საკითხის თაობაზე დღემდე არ არსებობს.

ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა ადამიანი, ექიმი და მედიცინის და ვერ შემოიფარგლებიან სამუშაო დროითა და თანამდებობრივი ინსტრუქციებით, როცა საქმე ეხება ცხოვრებისეული ზნეობრივი პრინციპების დაცვას.

მედიცინის მუშაკთა დასასჯელ პროფესიულ ქმედებებს (ან უმოქმედობას) საფუძვლად ყოველთვის უდევს სამედიცინო ეთიკის პრინციპების დარღვევა. ამავე დროს, ზნეობრივი პრინციპების დაუცველობა ხშირად არც არის ხოლმე იურისპრუდენციის ან კანონმდებლობის საკითხი.

საზღვარგარეთ (გფრ, საფრანგეთი და სხვა) გახშირდა შემთხვევები ექიმისთვის საარჩელის წარდგენისა დაგვიანებული პოსპიტალიზაციის, არასწორი მკურნალობის და სხვათა გამო. კომპენსაციის მოთხოვნებს იხილავენ სასამართლოები, სამედიცინო ასოციაციები, „შერიგების“ საგანგებო კომისიები და სხვა.

მაგალითად, 1940 წლიდან 1981 წლამდე ექიმების წინააღმდეგ სა-

რჩელების ყოველწლიური რიცხვი აშშ ფედერალურ საოლქო სასამართლოებში გაიზარდა 25 ათასიდან 180 ათასამდე. ექიმთა სადაზღვევო შენატანების საერთო ჯამი პროფესიული პასუხისმგებლობის შემთხვევისათვის 1 მილიარდ დოლარს აღემატება. პრაქტიკულად სასამართლო სარჩელი აღძრულია ყოველი მეოთხე ექიმის წინააღმდეგ. (R. E. Windom, D.C. Zones, 1983).

პაციენტი ცდილობს სარგებლობა ნახოს ნებისმიერ სიტუაციაში, სადაც კი შესაძლებელია მედიკოსის პრეტენზია წაუყენოს. სტანისლავ კონდრაშოვმა გვაცნობა ჩვენთვის სრულიად გაუგებარი, უცნაური სასამართლო საქმის შესახებ აშშ-ში. მანჩიომმა ქალმა მატერიალური ანაზღაურება მოითხოვა „მორალური ზიანისათვის“, რომელიც დაკავშირებული იყო იმ ფაქტთან, რომ მისი მკერდის ხელოვნურად გადაიდების პროცესში მკერდს ის ფორმა არ მისცეს, რომლის შესახებაც წინასწარ შეუთანხმდა ექიმს. ეს ამბავი რაიმე გახმაურდა და პრესაში მოხვდა, თუმცა „მორალური ზიანი“ გათვალისწინებული არ ყოფილა.

ბრადაში გამართულ (1979) IX სამედიცინო-სამართლებრივ საერთაშორისო კონფერენციაზე გამოითქვა აზრი იმის შესახებ, რომ მედიცინაში ახალი მორალურ-ეთიკური პრობლემების აღმოცენების პირობებში მიზანშეწონილი იქნება სამედიცინო სამართლის შექმნა. ამ შესახებას ზნაბი დაუქირეს სსრკ-ს წარმომადგენლებმა.

ფიცი, რომელსაც ექიმის გარდა, სხვა არცერთი პროფესიის წარმომადგენლები არ იძლევიან, ზაზს უსვამს საქიმო მოღვაწეობის უნიკალიზას. ზოგადსაკაცობრიო, სამოქალაქო და პროფესიული ზნეობრივი საწყისები არცერთ პროფესიაში არ არის ისე შეკავშირებული, როგორც ექიმის საქმიანობაში. სწორედ ამიტომ ექიმებს განსაკუთრებით დიდი წვლილი მიუძღვით მშვიდობისათვის ბრძოლაში, ბირთვული ომის თავიდან აცილებაში. მე ვნახე ხატინი და ლიდიცე, ბუხენვალდი და ბორსიშა. ექიმო, ვისთვისაც თითოეული გადაარჩენილი ადამიანის სიცოცხლე სინხარული, დღესასწაული და ბედნიერებაა, არ შეიძლება გულგრილი იყოს სინდისისა და გონების საწინააღმდეგო ადამიანთა მასობრივი ქლეტის მიმართ.

ჩვენი პროფესიისთვის დამახასიათებელი ზნეობრივი ნორმები, სინდისი და ავტორიტეტი საშუალებას არ გვაძლევს გულგრილი მსაყურებლები ვიყოთ.

კარდიოლოგთა IX მსოფლიო კონგრესზე (1982), ლექციაზე, რომელიც მიეძღვნა გამოჩენილი მეცნიერის, ჩვენი ქვეყნის დიდი მეგობრის პოლ დ. უაიტის ხსოვნას, ერთ-ერთმა ორგანიზატორმა მოძრაობისა „მსოფლიოს ექიმები იბრძვიან ბირთვული ომის თავიდან ასაცილებლად“, ამე-

რიკელმა კარდიოლოგმა, პროფესორმა ბ. ლაუნმა აღნიშნა, რომ თუ მშვიდობა არ იქნება, რაღა აზრი აქვს ჯანმრთელ გულს. „მთელ მსოფლიოში აღამიანთა ჯანმრთელი გულები ერთ რიტმში ფეთქავენ, — აღნიშნა აკადემიკოსმა ე. ი. ჩაზოვმა, — აღამიანებს სურთ ბედნიერება და კეთილდღეობა... აი, რატომ არის ყოველი პატიოსანი აღამიანის, ყოველი ცქიმის ვალი იბრძოლოს ბირთვული ომის თავიდან ასცილებსათვის...“

ამას გვაგვალდებულებს ჩვენი მოღვაწეობის განუკუთრებით მაღალი პრესტიჟი.

1984 წელს ესტონეთს ეწვია პროფესორი ჰუნარ ბიორკი—მსოფლიოში ცნობილი მეცნიერი, შვეციის სამეფო ოჯახის ექიმი, რიკსდაგის წევრი, ერთ-ერთი აქტიური მოღვაწე ექიმთა მოძრაობისა ატომური კატასტროფის წინააღმდეგ. ბევრ საკითხზე ვისაუბრეთ: იმის შესახებ, თუ როგორ ვითარდება თანამედროვე ნედიცინა, ხელოვნებაზე, მშვიდობაზე. პ. ბიორკმა გამოთქვა არცთუ ინტერესს მოკლებული აზრი: ექიმთან შეხვედრას, სხვა პროფესიის წარმომადგენლებისაგან განსხვავებით, ვერაინ ვერ ასცდება და ჩვენ. ექიმები, ვალდებულები ვართ განვუმარტოთ ყველას, რას ნიშნავს ატომური სიკვდილი, მათ რიცხვში იმათაც, ვინც მსოფლიოს ბედ-იღბალს განაგებს.

ჩვენზე უკეთ, ჩვენზე მწვავედ ვინ შეიგრძნობს სიცოცხლის ფასს?

III საერთაშორისო კონგრესმა „მსოფლიოს ექიმები იბრძვიან ბირთვული ომის თავიდან ასაცილებლად“ საქიროდ ჩათვალა „პიპოკრატეს ფიცვი“ შემდეგი დამატება შეეტანა: „როგორც XX საუკუნის ექიმი, შეგნებული მაქვს, რა, რომ ბირთვული იარაღი ეს არის უპრეცედენტო გამოწვევა ჩემი პროფესიის მიმართ, რომ ბირთვული ომი უკანასკნელი ეპიდემია იქნება კაცობრიობისათვის, ამიტომ რაც შეეძლება ყველაფერს ვიღონებ ბირთვული ომის თავიდან ასაცილებლად“. სსრკ უნაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმმა გაითვალისწინა საბჭოთა საინდიცინო საზოგადოებრიობის სურვილი და 1983 წლის 15 ნოემბრის ბრძანებულებით შეაბამისად დამატება შეიტანა საბჭოთა კავშირის ექიმის ფიცვი.

სასინარულთა, რომ 1985 წელს საერთაშორისო მოძრაობას— „მსოფლიოს ექიმები იბრძვიან ბირთვული ომის თავიდან ასაცილებლად“, მშვიდობის ნობელის პრემია მიენიჭა.

ეუბრუნდები სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრობლემებს და პირველ ყოვლისა მინდა გამოვყო თავისი მოვალეობისადმი ექიმის დამოკიდებულების მნიშვნელობა. უკვე ჩამოვთვალეთ ეს თვისებები, რაც მას უნდა გააჩნდეს. მაგრამ არ გვიხსენებია ის თვისება, რაც უნდა ახასიათებდეს ყველას, ვინც მუშაობს — ეს გახლავთ კეთილსინდისიერება. არაკეთილსინდისიერება საექიმო მოღვაწეობას ვერ შეეთვისება. აღამი-

ანები უცოდინარობას უფრო აპატიებენ ექიმს, ვიდრე არაკეთილსანდისიფრებას, რომელიც გულისხმობს შეგნებულად დაუდევარ დამოკიდებულებას ავადმყოფის მიმართ, და მე უფლებას მივცემ ჩემ თავს ღვაპტყავო, რომ ასეთი ექიმები გამონაკლისს წარმოადგენენ.

სამწუხაროდ, ხშირად გვხვდება ექიმი, რომელიც ჩქარობს. სიჩქარე წარმოშობს უყურადღებობას, ზედაპირულობას, შეცდომებს.

სიტყვამ მოიტანა და, რატომ ცდილობენ ზოგჯერ ავადმყოფები მოხვდნენ კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმთან ან კომეოპატთან? იმიტომ რომ, როგორი შედეგოსებოც არ უნდა იყვნენ ისინი, ყოველ შემთხვევაში, არსად არ ეჩქარებათ.

ავადმყოფს ხომ უნდა, რომ ექიმმა არა მარტო გასინჯოს, არამედ ყურიც დაუგდოს. ამის მაგივრად ყი:

— რას უჩივით?.. გაიხადეთ... სწრაფად... ასე... სუფრის კოვზით, როდის? სულ ერთია, ჭამამდე ან ჭამის შემდეგ...

ან კიდევ:

— კიბოსი გეშინიათ? არაუშავს, ახლა ყველას ეშინია კიბოსი... შემდეგი!

კიდევ ერთი მაგალითი.

— რამდენი წლის ხართ? სამოცდაათოთხმეტის. როგორია მამაკაცების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა საბჭოთა კავშირში?.. პოდა, ასეთქვენი დრო უკვე მოჰამეთ... მეტი რაღა გინდათ?

გულახდილად საუბრობენ პაციენტი და პალატის ექიმი:

— ექიმო, რა მჭირს?

— მე რომ გითხრათ, რა გკირთ, განყოფილების გამგე თავს წამაცლის.

მიღებაზე საშუალო ასაკის ქალია მოსული. ექიმი რჩევას აძლევს:

— გათხოვდით. აქ თუ გიძნელდებათ ამის გაკეთება, კურორტზე გაემგზავრეთ... ამ რჩევას ჯერ კიდევ ძველად იძლეოდნენ ექიმები...

სიჩქარე ქმნის ისეთ სიტუაციებსაც, რომელიც თავის მონოგრაფიაში აღწერა დ.ი. პისარემა და რომელთა შესაზებაც აღწეოთების გარეშე ვერ ილაპარაკებ.

უცრად დაიღუპა ქმარი. უბედურებისაგან გულდამძიმებულმა ცოლმა ექიმს მიმართა იმის გამო, რომ თავს ცუდად გრძნობდა. ექიმი არც კი დაინტერესდა, რა იყო მიზეზი პაციენტის ცუდად ყოფნისა და ურჩია სადამოს, ძილის წინ, ქმართან ერთად სეირნობა.

ამასწინათ, პროფესორმა ი. ფ. ზაიანკოვსკიმ უფიდან გამომიგზავნა მის მიერ დაწერილი უცნაური წიგნი „დენოტოლოგია სავეტერინარო მეანობა და გინეკოლოგიაში“. გავიფიქრე: სამედიცინო-დენოტოლოგი-

ური პრობლემები „ჩვენს უმცროს ძმებსაც“ შეეხო-მეთქი. ზოგიერთი ჩვენგანი, ექიმი, კი ჯერ კიდევ არ არის მოწოდების სიმაღლეზე აჯამანებთან ურთიერთობის საკითხში...

ალბათ, არა მხოლოდ არსებითი, არამედ ღრმა ფსიქოლოგიური აზრია იმაში, რომ ძველი ჩინელი ექიმები ავადმყოფის გამოკითხვის შემდეგ ერთხანს დადუმდებოდნენ ზოლმე. ამ დროს რაინი ფიქრობდნენ.

...დიან, ჯერ კიდევ არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფების მიღებაზე კი არ არის გამახვილებული ყურადღება, არამედ „გაფორმებაზე“. ექიმის კაბინეტიდან რომ გაპოვა პაციენტი, მაშინლა ხსენდება რომ „დაავიწყდა ექიმისთვის ეკითხა, რაც ყველაზე მეტად აინტერესებდა“. სამაგიეროდ, ხელთა აქვს მიმართვები სხვა ექიმებთან შარდის, სისხლის და კუჭის წვენის გამოსაკვლევად. ზოგიერთი ავადმყოფი ამგვარი მიღებით კმაყოფილიც რჩება — მისცეს მიმართვა კიდევ ორ სხვა ექიმთან და ანალიზების გასაკეთებლად. არადა, ავადმყოფს რომ უფრო მეტი ვესაუბროთ, იქნებ შემდგომი სიარული სხვა ექიმებთან აღარ იყოს საჭირო?

მაგრამ ამას დრო სჭირდება.

რატომ არა აქვთ ექიმებს დრო?

საქმე ის კი არ არის, რომ ექიმები შეთავსებით მუშაობენ. ამჟამად განუხრელად ამცირებენ მსგავს შემთხვევებს. თანაც, მახსოვს, ერთი ექიმი სტაჟის შესანარჩუნებლად მხოლოდ ნახევარ განაკვეთზე მუშაობდა, ხოლო ავადმყოფების შემოვლა „შემოფრენად“ ჰქონდა გადაქცეული. მაგრამ, კიდევ ვიფიქრობ, ასეთი ექიმები ცოტანი არიან.

ამბობენ, ექიმები ბევრს წერენო. შესაძლოა, სწორიც არის. განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა საქმეს უქდევბა უმკუქო ხელმძღვანელი, რომელმაც არ იცის, რით შეცვალონ საკუთარი უაზრობა. მაგრამ დოკუმენტაციის გაფორმება კერძო საკითხია, შეგიძლია თუ არა საერთოდ მუშაობის მოწესრიგება. ხოლო მთიი ვორგანიზაცია — ეს უკვე არსებითი პრობლემაა.

სიტყვამ მოიტანა და, არსებული აზრის საწინააღმდეგოდ, პევრს წერენ უცხოელი მედიკოსებიც.

პარიზში ყოფნისას, ამბულატორიის ექიმის მაგიდაზე ნაირ-ნაირი ქაღალდები დავინახე და დავინტერესდი, რატომ სჭირდებოდა ამდენი წერა.

— ფრანგული ბიუროკრატიზმი, — მიპასუხა ლაკონურად.

კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმები აშშ-ში ამბობენ, რომ თუ ისინი ცოტას დაწერენ, ეს ცუდ მთაბეჭდილებას მოახდენს პაციენტებზე.

...როგორია ახალი საორგანიზაციო საკითხები, რომელს წინაშეც თანამედროვე ჯანდაცვა დგას?

ჩვენს ქვეყანაში იზრდება და მომავალშიც პროგრესულად გაიზრდება იმ ადამიანთა რიცხვი, ვისაც ექიმის დახმარება სჭირდება. იმიტომ კი არა, რომ ავადმყოფთა რაოდენობა მოიმატებს. იზრდება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, მალდდება ცხოვრების დონე, პენსიონერთა რაოდენობა მატულობს. ყოველივე ეს დამატებით პირობებს ქმნის იმისთვის, რომ საკუთარ ჯანმრთელობას ყურადღება შიაქციო. თანაც, ჩვენში სამედიცინო დახმარება უფასოა, მისი ძირითადი მიმართულება კი — პროფილაქტიკული.

მოსახლეობის განათლებულობისა და კულტურის ზრდას, სატრანსპორტო საშუალებათა გაუმჯობესებას, ქალაქებში სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების განვითარებას თან სდევს მცხოვრებთა რაოდენობის პროგრესული ზრდა, რომელნიც ქალაქის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებს მიმართავენ.

ამგვარ პირობებში აუცილებელია განვიხილოთ სამკურნალო დაწესებულებათა მუშაობის ახალი ფორმები.

რა იქნება უნდა, შეიძლება ექიმს ეუთხრათ: მედიკოსი ხარ და ვალდებული ხარ ყველა მიიღო. მაგრამ ეს ფორმალური უნა ვაზლავთ. ვინაიდან სწორედ მაშინ, როცა ოცდახუთი ავადმყოფის მაგიერ ოცდაათხუთმეტი უნდა მიიღო. თავს იჩენს ჩქაროსნული მეთოდი. მაგრამ თუკი ეს ჩქაროსნული მეთოდი ყოველთვის არ არის გამართლებული მშენებლობაშიც კი, შესაძლოა, გამართსწორებელი ზიანი მიაყენოს მედიცინას. იგულისხმება შეცდომები დიაგნოზის დასმის დროს და დაუფიქრებლად წარმოთქმული აზრები. ყოველივე ამის მიღმა მომავალში გვესააება ადამიანის ტანჯვა.

ყმაყოფილების გრძნობით უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ წლებში ესტონეთში დიდი ყურადღება ექცევა სწორედ საექიმო მიღების ორგანიზაციას. იხსნება ახალი საექიმო უბნები, ახალი კაბინეტები, რაც ექიმის დატვირთვას ამცირებს. ბევრ პოლიკლინიკაში შექმნილია მოსამზადებელი კაბინეტები, სადაც გამოცდილი ექონები და მედიცინის დები განსაზღვრავენ სპეციალისტის პროფილს, რომელსაც ავადმყოფი საჭიროებს. აქვე იძლევიან მიმართვებს ანალიზებისათვის და ა. შ. ბოლო ათწლეულში რესპუბლიკის თითქმის ყველა ქალაქსა და რაიონულ ცენტრში მიაღწიეს იმას, რომ ნორმალიზებულია თერაპევტთა დატვირთვა მიღებებზე.

აღსანიშნავია, რომ ესტონეთის თერაპევტთა ბოლო სამეცნიერო ყრილობებზე წმინდა კლინიკური პრობლემების მხარდაშარ იზილავენ

მუშაობის რაციონალური ორგანიზაციის საკითხებს. რა თქმა უნდა, ამ მხრივ კიდევ ძალიან ბევრია გასაკეთებელი, გვახსოვს რა იმის შესახებ. თუ რას გვაფრთხილებდა ნ.ი. პიროგოვი გაქულსაუკუნეში: საქმის ცუდი ორგანიზაციის პირობებში ექიმთა დიდი რაოდენობა საარგებლობას ვერ მოგვეიტანს.

ორგანიზატორებისათვის მნიშვნელოვან ეთიკურ პრობლემად იქცა პრიორიტეტთა განსაზღვრა მედიცინის შემდგომი განვითარების პროგრამების შედგენისას და კოლიზიები, რომლებიც განპირობებულია ეკონომიკურ შესაძლებლობათა შეზღუდულობით, როცა საქმე ებება არჩევანს ცალკეულ პიროვნებათა საცოცხლს შესანარჩუნებლად საჭირო ძვირადღირებულ საწვავლებებსა და ხალხთა ჯანმრთელობისათვის ბრძოლას წორის.

ამ საკითხებს არაერთი პუბლიკაცია მიუძღვნა საზღვარგარეთ. მართალია, სხვა კუთხით მიუდგენენ, მაგრამ ჩვენს პრესაშიც გამოჩნდა პირველი სტატიები დეონტოლოგიის როლის შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის საქმეში.

და მაინც, თავი და თავი უნდა იყოს ადამიანი — ექიმის პიროვნება. ჩვენი ჯანმრთელობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორია ის — მისი გონება, გული, ცნებები, უნარი მედიცინის და საზოგადოების ხვალისდელი დღის დანახვისა.

მ.ი. პიროგოვის ზემოთ მოყვანულ გამონათქვამს ეს არ ეწინააღმდეგება. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზატორი ხომ უპირველეს ყოვლისა თვითონაც ექიმი, მაგრამ უფრო მეტი პასუხისმგებლობა ექვარება — საკუთარი თავის, ჯანმრთელობისა და ავადმყოფების, მთელი სამედიცინო დაწარმების და მისი სისტემისათვის.

ექიმის ავტორიტეტი. როგორია ის?

ადამიანებისათვის სარგებლობის მოტანა ავტორიტეტის მოპოვების უტყუარი საშუალებაა.

მ. ე ბ ნ ე რ-ე შ ე ნ ბ ა ხ ი

საუბარი, რომლის შესახებაც მოგახსენებთ, კარლოვის უნივერსიტეტს შინაგან სნეულებათა ერთ-ერთ კლინიკაში მიმდინარეობდა.

როგორცა უეუმჩნეულად საუბარმა მედიცინიდან ლიტერატურასა და ხელოვნებაზე გადაინაცვლა. თავდაპირველად გავიხსენეთ გამოჩენილი შვედრალი-ექიმები. ისინი ცოტანი როდი არიან: ფრანსუა რაბლე და ფ. ში-

ლერი, ა. პ. ჩეხოვი და ვ. ვ. ვერესაევი, ა. კონან-დოილი და სომერსეტ მო-
ემი, ა. კრონინი და მ.ა. ბულგაკოვი, კობო აბე და სტანისლავ ლემი...

— ისინი პირველ ყოვლისა მწერლები არიან, და მერე ექიმები, —
შენიშნა ვილაკამ.

— როგორ ვითბრათ... მედიცინა დაეხმარა მათ ცხოვრების იმ კუნ-
ძულებში შეეღწიათ, რომლის დანაბნა მხოლოდ ექიმის თვალს თუ შეუძ-
ლია.

— მორუა ამბობდა, რომ ექიმსა და მწერალს ძალიან ბევრი საერთო
აქვთ: ორივე ისწრაფვის გამოიცილოს ის, რაც მატყუარა გარეგნობის მი-
ღმა იმალება.

...ლიტერატურიდან მუსიკაზე გადავედით. როგორც ცნობილია,
„თავად ივგორის“ შემქმნელმა ა.პ. ბოროდინმა პეტერბურგის სამედიცინო-
ქირურგიული აკადემია დაამთავრა; რომენ როლანი მოიხსენიებდა „მუსი-
კის ისტორიკოსებისათვის შესანიშნავად ცნობილ“, „გამოჩენილ ექიმ-
ჰუმანისტს ალბერტ შვეიცერს; მედიცინაში პურკუსისის მეთოდის დამა-
მკვიდრებელმა, ვენელმა ექიმმა ლეოპოლდ აუენბრუგერმა სიცოცხლის
ბოლო წლები მუსიკას მიუძღვნა; XIX საუკუნის ერთ-ერთი უდიდესი
ქირურგი თეოდორ ბილროთი ვირტუოზი მევიოლინე გახლდათ. ისიც
ვენაში ცხოვრობდა...

— ვენის მუსიკის ისტორიის მუზეუმში თუ ყოფილხართ? — მკითხეს
ჩემმა კოლეგებმა.

— რომელ მუზეუმში? — გავოცდი, ვინაიდან რაღაც ფარული აზრ
ვიგუჰმანე ამ შეკითხვაში.

— სასაფლაოზე მოგახსენებთ, სადაც განისვენებენ ბეთჰოვენი, შუბე-
რტი, ბრაშნი, იოჰან შტრაუსი...

— თქმა არ უნდა, მათი საფლავები მოწიწების გრძნობას იწვევს თი-
თოეულ ჩვენგანში. მაგრამ, სხვათა შორის, ერთი რამ მაოცებს: კარლ
მილეკერს — არსებითად ერთი ცნობილი ოპერეტის ავტორს, დიდებული
ქველი უდგას, ხოლო იულიუს ვაგნერ ფონ იაურეგას საფლავზე ნახევრად
ხავსმოდებული ქვა დევს. არადა, ის გახლდათ ნობელის პრემიის ლაურე-
ატი, ექიმი, ვინც თავის დროზე ბევრი რამ გააკეთა მძიმედ დაავადებუ-
ლთა გადასარჩენად.

— ასეთია ექიმთა ხვედრი. ნუგიძლიათ გაიხსენოთ ერთი შემთხვევა
მანც, ტელევიზიით ეჩვენებინოთ, რომელიმე, თუნდაც ყველაზე გამოჩე-
ნილი, ჩვენი კოლეგის იუბილე? სამაგიეროდ, მსახიობის იუბილე ხში-
რად მოვლენად იქცევა ხოლმე...

— ჭერ კიდევ სიდენჰემმა თქვა: „კარგი ჯამბაზის ჩამოსვლა გაცი-

ლებით უფრო სასარგებლოა მთელი ქალაქისათვის, ვიდრე წამლებით დასაბალნებული ოცი ვირი“.

— არ არის საჭირო ასეთი და სხვა მსგავსი გამოჩნატქვამების აბსოლუტირება. ჯამბაზს ჯამბაზისა უნდა მიეუზღოთ, ხოლო ექიმს — ექიმი-სა. რა თქმა უნდა, სიცილი, მუსიკა, იუმორი და ხელოვნება ხელს უწყობს ჯანმრთელობას. მაგრამ არსებობს ზღვარი, რომლის მიღმაც მედიცინას გვერდს ვერ აუვლით.

— რახმანიოვმა თავისი მეორე საფორტეპიანო კონცერტი მიუძღვნა ექიმს ნ. ვ. დალს (ვ. ი. დალის შვილთაშვილს), რომელმაც უმძიმესი დეპრესიის მიღგამარებლად გამოიყენა კომპოზიტორი. ი. ბრამსმა თ. ბილროთს უძღვნა თავისი რამდენიმე ნაწარმოები.

— ეს ძულ სხვა საქმეა. ეს ფაქტავთ პირადი მადლიერებრ გამოხატულების ფორმა, ჩვენ კი საზოგადოების მადლიერებაზე ვლაპარაკობთ.

სწორედ ამ დროს გადავედით თემაზე, რომელიც არ შეიძლება არ აღელვებდეს მედიკოსებს, — ეს არის ექიმის ავტორიტეტი.

საკმაოდ საინტერესო აღმოჩნდა წამოჭრილი დისკუსია. გაიხსენეს ჰომეროსი: „გამოცდილი ექიმი ბევრ სხვა ადამიანზე ძვირფასია“. მერე, როგორც ეს საკმაოდ ზშირად ზღება, თანამედროვე ექიმის ავტორიტეტი დაუპირისპირეს ძველი დროის ექიმთა დიდებას, რომელთაც შორიდანვე ქუდის მოხდით ესალმებოდნენ.

თუმიცა, ვილატამი ყურადღება ვაამახვილა ამ თეზისის სადავობაზე: ჯერ კიდევ XVII საუკუნეში, ავადმყოფის საწოლთან კონსილიუმებზე რომ ზვდებოდნენ ერთმანეთს, ესკულაპები ილანძლებოდნენ, ერთმანეთს ენას უყოფდნენ და ხშირად ჩხუბსაც იწყებდნენ. შემთხვევითი არ არის, რომ მათი „ავტორიტეტი“ იმ დროს უკვდავო მოლიერმა. მაშინ მედიცინა შორს იდგა მეცნიერებისაგან: ენის გამოყოფა მეცნიერულ არგუმენტაციას ცვლიდა.

მას შემდეგ საუკუნეები გავიდა, მედიცინამ ძალზე დიდი ნაბიჯი გადადგა წინ. მაგრამ ისწორედ უყანასკნელ ათწლეულებში მიღწეულმა ზუსტ მეცნიერებათა დიდმა წარმატებამ, თითქოსდა შელანა მედიცინის პრესტიჟი. როგორც ერთმა მეცნიერმა თქვა, ტექნიკური პროგრესის მიღწევათა გამოყენების საქმეში, მეცნიერების სხვა დარგებთან შედარებით, მედიცინა სადღაც მარცხენა ფლანგზე მიაბიჯებს.

ჩვენს დროში მრალდ იქცა ტექნიკა და მედიცინის წარმატებების შედარება, თანაც არა მედიცინის სასარგებლოდ. არადა, საუბარია ორ ისეთ სფეროზე, რომელთა შედარება არცთუ მთლად მიზანშეწონილია.

მედიცინა ხელოვნებისა და მეცნიერების სინთეზია. ცნობილი თერაპევტი ვ. ოსლერი თვლიდა, რომ მედიცინა ეს არის მეცნიერებაზე და-

ფუძნებული ხელოვნება, რომელიც სრულყოფისათვის სიყვარულს საჭიროებს.

გულს სხვადასხვაგვარად შეიძლება შეეხედოთ. ერთი ადამიანი ამტკიცებს, რომ გული გვინახავს მშვენიერებისაკენ, თრთის ამაღლევებული გრძნობებისაგან, მეორე კი მოწყალედ გვიხსნის, რომ გული ეს არის კუნთო, რომელიც იგადატუნებავს სისხლს ძარღვებში, და ანაწილად წყალობით იკვებება ქსოვილები... სწორედ წერს ა. ფ. ბილიბინი, რომ საკითხისადმი ეს ორი მიდგომა თვალნათლივ გვიჩვენებს შესხედულებათა „გადაკვეთას“ მედიცინაზე როგორც მეცნიერებასა და ხელოვნებაზე.

ექიმის პიროვნებით, მომხიბლაობით, მისი ავადმყოფზე შემოქმედების უნარით ძირითადად განისაზღვრება როგორც მეტრანალობა შეიძლება ჩაითვალოს ხელოვნებად.

არც შეეხება მედიცინის იმ ნაწილს, რომელიც მეცნიერებას წარმოადგენს. ჩემი აზრით, ძნელია მისი მიღწევები დაეუპირისპიროთ, ვთქვათ, ადამიანის გაფრენას კოსმოსში. ამავე საფუძველზე შეგვეძლოს ერთმანეთისათვის შეგვედარებინა ტექნიკისა და არქიტექტურის ან სოფლის მეურნეობის მიღწევები.

„ჩვენ შედოკალები კი არ გვაკლია, არამედ თვითონ მედიცინა“. — აღნიშნა მონტესკიემ. გარკვეულ შესწორებებს თუ შევიტანთ, XX საუკუნეშიც შეგვიძლია იგივე გავიმეოროთ: ჩვენ უკმაყოფილონი ვართ მედიცინით არა იმიტომ, რომ ის ცუდია, არამედ იმიტომ, რომ ყოვლიანშემდეგ არ არის.

ღიახ, მედიცინის მეცნიერების დღევანდელი შესაძლებლობანი არც ჩვენ, ექიმებს, და არც ავადმყოფებს მთლიანად ვერ დაგვაკმაყოფილებს. მაგრამ მედიცინის თანამედროვე დონის პირობებში შესაძლებელი იქნებოდნენ ა. ს. პუშკინის გადარჩენა, უეჭველია გაეუხანგრძლივებდით სიცოცხლეს ისაკ ლევიტანს, ხოლო ფრედერიკ შოპენი ოცდაცხრამეტი წლის ასაკში ტუბერკულოზისაგან არ დაიღუპებოდა.

1922 წლამდე, უიღრე იმპულსი გამოჩნდებოდა, შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი სპეციფიკური განაჩენის ტოლფასი იყო. 50 წლის წინ ფილტვების ანთებას იმდენივე სიცოცხლე ეწირებოდა, რამდენიც ამჟამად კიბოს.

განა იმ ათეულობით მილიონი ადამიანისათვის, ვინც ინსულინისა და ანტიბიოტიკების წყალობით დღეს ცოცხალია, ამ საშუალებების გამოჩენა არ უდრის არა მარტო კოსმოსში გაფრენას, არამედ მთელი მზის სისტემის დაპყრობას?!

ი. ა. კასირსკი გვიამბობდა, თუ როგორ მოუწია მოხსენებით გამოსვლა ერთ-ერთ აუდიტორიაში მედიცინის მეცნიერების მიღწევათა შესა-

ნებ, კერძოდ ავთვისებიანი სისხლნაკლებობის წარმატებით მკურნალობის თაობაზე. მანამდე გამოვიდა ი. ა. გაგარინი და ილაპარაკა კოსმოსში აღამაინის პირველი გაფრენის შესახებ.

— როგორ გავიჭორდა თქვენს შემდეგ მოხსენებით გამოწვლა. — უთხრა ი. ა. კასოვსკიმ ი. ა. გაგარინს. — მედიცინა ვერაფრით ვერ შეედრება თქვენს წარმატებებსა.

— მე არ გეთანხმებით. — უპასუხა იური ალექსანდრევიჩი. — ჩვენ დავიპყართ კოსმოსი, მედიკოსებმა კი, როგორც თქვენი მოხსენებიდან შევტყვე, სიკვდილს აჯობებს. ამაზე დიდი წარმატება რაღა უნდა იყოს?

...პარალაში დისკუსიის შემდგომაც არაერთხელ მიფიქრია იმის შესახებ, თუ რა განსაზღვრავს ექიმის ავტორიტეტს.

ღიაბ, საქმეც ისაა, რომ ადამიანთა უმრავლესობა 100-120 წელსაც რომ ცოცხლობდეს, არა მგონია ჰიცოცხლესთან გამჟღავნება ვინმესთვის სასურველი იყოს. ადამიანს შინაგანი, ბუნებრივი პროტესტი სიბერისა და სიკვდილის წინააღმდეგ ყოველთვის შეუწყობს ხელს მედიცინით დაუქმყოფილებლობას, მაგრამ არა ექიმებით უქმყოფილებას, გინაიდან შეიძლება დადგინდეს ზღვარი მედიცინის შესაძლებლობებსა და ექიმის შესაძლებლობებს შორის.

ისტორიას სხვადასხვა დროის მრავალი გამონათქვამი აქაოცს იმ მოთხოვნილებების შესახებ, რომელთაც ექიმი უნდა შეუძლებდებოდეს. ამ საკითხზე ფიქრობდნენ მწერლები და მეცნიერებო აუადამყოფები და რა თქმა უნდა, ფიქშიები. გამოთქმულია აზრები უტყუარი და სადისკუსიო, სერიოზული და ისეთებო, სადაც მხოლოდ ნაწილობრივ არის გამოხატული კეშმარტება. საინტერესოა მხოლოდ ის ფაქტი, რომ თითქმის ყველა ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ აუცილებელია ექიმს ცოდნის გარდა ახასიათებდეს, როგორც უკვე ზემოთ მოგახსენეთ, გარკვეული ადამიანური თვისებები. ზოგჯერ ამ უკანასკნელთ პირველ ადგილზეც კი აყენებენ.

ფრანგ კლინიცისტი ა. ტრუსოს რომ ჰკითხეს, რა მოეთხოვება ექიმსო, მან უპასუხა:

— საღი აზროვნება, ცოტაოდენი ტაქტი და შეუპოვრობა.

— ცოდნა?

— ცოდნა? ღიაბ, ზოგჯერ ესეც საქიროა.

1903 წელს გამოვიდა პოლონელი პროფესორის ე. ბურნადსკის წიგნი „მედიცინა, ექიმები და საზოგადოება“. ამ წიგნში ავტორი წერს, რომ „საბელგანთქმულ და არასაბელგანთქმულ ექიმს შორის ის განსახვავებაა, რომ ერთი გვიქმნის ილუზიას, მეორე კი არა...“

ვფიქრობ, ამგვარ გამონათქვამებში იგრძნობა კერძო პრაქტიკის დიდი გავლენა. ამ საუბარია იმაზე, თუ როგორ უნდა მოახდინოს ავადმყოფზე

შთაბეჭდილება ექიმმა. ამ პერიოდს უნდა მივაკუთვნოთ ისეთი გამოთქმების წარმოშობა, როგორცაა: „*medicus balneus elegans*“ — „ელეგანტური საკურორტო ექიმი“, „*medicus parfümatus, pro morbis feminis*“ — „ქალური დაავადების სურნელოვანი ექიმი“ და სხვა. ეს გამოთქმები, ალბათ, თვითონ ექიმების მოგონილია. და რა თქმა უნდა, კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმებისა.

თქმა არ უნდა, ექიმმა არ უნდა უგულებელყოს თავისი ცარეგნობა. მაგრამ მთავარი, უექველად, სხვა რამეა.

მას უნდა ჰქონდეს საგანგებო განათლება და იყოს ადამიანი. ნაძალადეგი თავაზიანობა და ეტიკეტის ცოდნა საქმეს ვერ უშველის.

კიევში ცხოვრობდა აკადემიკოსი თეოფილე გაბრიელის ძე იანოვსკი. ის უყვარდათ არა მხოლოდ იმიტომ, რომ მცოდნე ექიმი და ცნობილი მეცნიერი იყო, არამედ იმიტომაც, რომ მთელ თავის სულიერ სიტბოს ადამიანებს უნაწილებდა. როდესაც გარდაიცვალა, მთელი ქალაქი აწაფლავებდა. უცანასკნელ ფაზაზე მიაცილებდნენ მართლმორწმუნე მღვდელი, ქსენია და ჩაბინი — არნახული შემთხვევა დაკრძალვაზე. ადამიანებს აღარც ეროვნება ახსოვდათ, არც სარწმუნოება. XIX საუკუნეში დაბადებული ადამიანი რელიგიაზე მაღლა აღმოჩნდა. ამაზე გრანდიოზული პროცესია კიევს არ ახსოვდა.

ცნობილი ხარკოველი პროფესორის ლ. ცირშნანის დაჯრძალვის დღეს ქალაქში მუშაობა შეწყვიტეს ფაბრიკებმა და ქარხნებმა, სკოლებმა და დაწესებულებებმა.

თითოეულ ამ შემთხვევაში ასაფლავებდნენ არა უბრალოდ ექიმს, არამედ ზალნი ჭეროვნად აფაქებდა ადამიანს. მის ყოველდღიურ თავგანწირვას, მის სულიერ სიმდიდრესა და სილამაზეს.

კაცთმოყვარეობა და ცოდნა, როგორც უკვე აღნიშნეთ, ძირითადია რაც ექიმს მოეთხოვება. მაგრამ ეს არ კმარა. აუცილებელია ზოგადი კულტურა. როცა საქმე აქვს სხვადასხვა ჰპეციალობის, სხვადასხვა ინტელექტის და განათლების ადამიანთან, ექიმი თვითონ უნდა იყოს ყოველმხრივ განვითარებული ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით. ესე იგი, არ უნდა დაკმაყოფილდეს ცალმხრივი ცოდნით. ამასთანავე, არ შეიძლება არ გავითვალისწინოთ განათლებულობის გაზრდილი დონე, რომელიც ადამიანს უფრო კრიტიკულად განაწყობს. წარმოშობს სექტაციზმს და ზოგჯერ რწმენას ანუსტებს ექიმის სიტყვების მიმართ.

ექიმის ამოცანაა აიძულოს პაციენტი ირწმუნოს მისი. ნაპალეონ I უყვარდა თქმა: „მე არა მწამს მედიცინისა, მაგრამ მწამს ჩემი ექიმის კორვიზარის“.

როგორ მივაღწიოთ ამ რწმენას?

ნათქვამია, რომ პესიმისტი ყოველ ამოცანაში სიძნელეს ხედავს, ხოლო ოპტიმისტი ყოველ სიძნელეში ამოცანას, რომელიც უნდა ამოიხსნას. ბისმარკს მკურნალობდა ალბათ ასე ექიმი. ერთადერთი, ვისიც იწაჟა, გახლდათ შვეინგერი. „ჩემს უწინდელ ექიმებს მე ვმკურნალობდი, ეს კი მე მკურნალობს“. — განაცხადა ბისმარკმა. აბა, როგორ არ გავიხსენო ვ. ვ. ვერესაევი, რომელიც წერდა, რომ ექიმი მუქილება თლობდეს გამოცნობის უდიდეს ტალანტს, იცოდეს თავისი დანიშნულებების უფაქონეს წერილმანთა ალღოს ალება, მაგრამ ყოველივე ეს უნაყოფო შეიქმნება, თუ მას არ ექნა უნარი ავადმყოფის სულის დაპყრობისა და დამორჩილებისა.

გზა ამისკენ ყოველთვის როდია ია-ვარდით ფენალო, ზოგჯერ ეკლიანიც კია.

ბორის ევგენის ძე ვოტჩალმა მიამბო ერთი შემთხვევა თავისი პრაქტიკიდან.

ერთხელ იგი მიიწვიეს ბინაზე საკონსულტაციოდ თანამედროვეობის ერთ-ერთ სახელოვან მხედართმთავართან. ცნობილი იყო, რომ იგი იოლად ხსიანთით არ გამოირჩეოდა. მანამდე ერთ-ერთმა პროფესორმა მოინახულა, მთავრამ მათი ურთიერთობა „უერ აეწყო“ და შეხვედრა ცივზე ცივად დამთავრდა. „მიაცილეთ პროფესორი მანქანათთან!“ — მოკლედ უბრძანა თავის ადიუტანტს მარშალმა. როდესაც მასთან შევიდა ბორის ევგენის ძე, ავადმყოფი წამოდგა მის შესახვედრად. ბ. ე. ვოტჩალმა მისაღებაზე უპასუხა და ავადმყოფს შესთავაზა... დაქღაპა, რითაც იმთავითვე მოახვედრა. რომ აქ მას, ექიმს, ეკუთვნოდა პირველი სიტყვა. პაციენტს გაეღიმა. შემდგომში მარშალს სხვა კონსულტანტი აღარ დასჭირვებია. საინტერესოა ა. კრეკეს მიერ მოყვანილი მაგალითი.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ბისმარკი უკიდურესად აგდებულად ეპყრობოდა თავის მკურნალ ექიმებს. როცა ის პირველად მოინახულა ექიმმა შვეინგერმა და დაწვრილებით დაუწყო გამოკითხვა ავადმყოფობაზე, კანცლერმა უცმაყოფილოდ წარმოთქვა, რომ მას არა აქვს დრო უპასუხობს ყველა შეკითხვას. „Da müssen Sie sich einem Tierarzt holen“ („მშინ წადით და ვეტერინართან იმკურნალეთ“), — იწამაყე უპასუხა შვეინგერმა. შეიძლება უცნაურად მოგეჩვენოთ, მაგრამ, ალბათ, სწორედ ამით დაიმსახურა ბისმარკის ნდობა. შვეინგერს ეკუთვნის გამონათქვამი: „Arzt sein das heisst dez stärkere von zweien sein“ („იყო ექიმი — ეს ნიშნავს ყოველთვის იყო ორთა შორის უძლიერესი“).

არ ვისურვებდი, ეს მაგალითი ისე აღიქვან, როგორც მოწოდება უხეშობისაკენ. ამით მხოლოდ ხაზი მინდა გაეუსვა იმ გარემოებას, რომ საჭიროა გარკვეული სიმტკიცე მკურნალი ექიმის მხრიდან ნებისმიერი

პაციენტის გამოკვლევისა და მეურნალობისას. ჯერ კიდევ პიპოკრატე, ეხებოდა რა ექიმის საქციელს. საჭიროდ თვლიდა აღენიშნა, რომ „აჩქარება და მეტისმეტი მზადყოფნა მაშინაც კი უგულვებლყოფილია, როცა საკმაოდ სასარგებლოა...“

სამტკიცე, ვიმეორებ, გამართლებულია, მხოლოდ პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, და თავაზიანობის ფარგლებს არ უნდა ასცდეს. ნიკოლოზ სიმონის ძე შოლჩანოვი ამბობდა: ყოველ ავადმყოფს უნდა მოვეპყრათ როგორც გენერალს და უნდა ვუმეურნალოთ როგორც ჯარისკაცს!

შეგვიძლია გავაგრძელოთ იმ თვისებათა ჩამოთვლა, რომელიც ექიმს უნდა გააჩნდეს: ის უნდა იყოს ფსიქოლოგი და დიპლომატი, მსახიობი და პედაგოგი და ა.შ.

უნდა ითქვას, რომ ალბათ, ვერ იპოვით ისეთ მედიკოსს, რომელსაც ყოველივე ამის შესახებ არ მოესმინოს დიპლომის მკვების დროს მაინც.

თუმცა მორალური ნორმები, უეჭველად, ბევრად განსაზღვრავენ ექიმის ავტორიტეტს, ეთიკა და ავტორიტეტი სულაც არ არის ერთი და იგივე. შეიძლება ძალიან ეთიკურად იქცეოდე, მაგრამ ცუდი ექიმი იყო, თუმცა ჭეშმარიტი ავტორიტეტი წარმოუდგენელია ეთიკური ნორმების დაუცველად.

როდესაც აუცილებელი ხდება რომელიმე ადამიანის შეცნობა, ჩემთვის მნიშვნელოვანია უპირველეს ყოვლისა გავარკვიო, აქვს თუ არა მას სამი თვისება: პატიოსნება, ჭკუა და სიკეთე. ისე კი, ერთხელ, კამათისას შემისწორეს: ყოველი ეს ცნება შედარებითიაო. მართლაცდა, ჭკვიანი ადამიანი ზოგჯერ სისულელეს ჩაიდენს, რის გამოც შემდგომში წუხს. ამავე დროს უნარი იმისა, რომ იმავე შეცდომას აღარ გაიმეორებ და თვითკრიტიკულად მიუღწევი შენს საქციელს, გონიერების დამაბახიათებელია. სიკეთეც არც თუ მთლად უბრალო საქმეა: თუ მას გონება არ აკონტროლებს, შესაძლოა, სხვა ადამიანებმა გამოიყენონ იგი საზოგადოებისა და მისი მფლობელის საზიანოდ.

ალბათ, შეიძლება იმის დამადასტურებელი მაგალითებიც მოიძებნოს, რომ პატიოსნების კატეგორიაც არ არის აბსოლუტური. და მაინც, ადამიანთა ამ თვისებების მიმართ გაორება თუ დასაშვებია, ის მაინც სოფისტური ზანათისაა: ცილისწამებას, მუხანათობას, ლაჩრობას, შეიძლება ჰქონდეს მხოლოდ ერთი საზომი. რაც შეეხება ორპირობას, ანგარებას, სიცრუეს, ზოგიერთებისათვის ეს თითქმის „ნორმალურ პათოლოგიად“ (ზ. ფროიდის ტერმინია) იქცა. ს. ი. ოეგოვის „რუსული ენის ლექსიკონში“, მაგალითად, მოყვანილია მხოლოდ ერთი წინადადება, რომელიც ეხე-

ბა სიტყვას „არამზადა“: „არამზადას ბელს არ ჩამოვართმევ“. მაგრამ ზოგჯერ რატომ გვეშინია არ მიუხედავად იმისა ვეშინოდეთ ადამიანს? ან იქნებ სწორედ იმიტომ, რომ მისი გვეშინია? უპრინციპობა ხომ არ გამოსკვივის ამაში?

აქვთ თუ არა ამგვარ ფაქტებს რაიმე კავშირი ექიმის მორალისა და ავტორიტეტის პრობლემებთან? ვფიქრობ, პირდაპირი.

გონება შეიძლება დაიხვეწოს, მაგრამ ის მაინც გენეტიკურად წინასწარ განსაზღვრულია. ვისაც გონება არ გააჩნია, მომავალში ვეღარც შეიძენს. უკუთუ ექიმები, ისევე როგორც ადამიანები, სამწუხაროდ არსებობენ. არაკეთილმოსურნეობას და უპატიოსნობას ცხოვრება ქმნის და სრულიად შეუთავსებელია საექიმო მოღვაწეობასთან. ვფიქრობ, რომ სამედიცინო მოღვაწეობისათვის ვარგისიანობას განსაზღვრისა. ტესტირებამ პირველ რიგში უნდა უბასტოს პიროვნების ამგვარ თავისებურებებთან დაკავშირებულ საკითხებს.

არცთუ ხანმოკლე საექიმო ცხოვრების მანძილზე მე, ისევე როგორც სხვა ექიმები, ბევრი ჩემი პაციენტისათვის ნდობით აღჭურვილი პირიც ვყოფილვარ, მრჩეველიც და მესაიდუმლეც. აბა წარმოიდგინეთ, რომელიმე ჩვენგანს ბოროტად რომ გამოუყენებონ ეს ნდობა, თუნდაც მოუსაზრეთ სიუღბის გამო? ასე რომ, საექიმო საიდუმლოს პრობლემა, როგორც უკვე მოგახსენებთ, ხშირად ექიმის პიროვნების თავისებურებებს უპირისპირდება.

კიდევ ერთი თვისება, რომელიც ექიმს უნდა ახასიათებდეს და რომელზეც დამოკიდებულია მისი ავტორიტეტი, გახლავთ სიბნელის გრძობა. ის იწყება თავის საქმის, პროფესიული ინტერესით. არ არის იოლი გავრკვე უდიდესი რაოდენობით გამოცემულ სამედიცინო ლიტერატურაში. გონივრული მიჩვენება, რომ ზოგიერთ უცხოურ სახელმძღვანელოში საერთო პრაქტიკის მქონე ექიმებისთვის მოცემულია რჩევები, რა პრინციპით დააკომპლექტონ საოჯახო ბიბლიოთეკა. ინტერესს მოკლებული არ არის ის ფაქტი, რომ 80 წელზე მეტი ხნის წინ ვ. ოსლერმა საქართველოში ჩათვალია თერაპევტებისათვის შეედგინა მათთვის საჭირო ლიტერატურის მინიმუმი. და რა თქმა უნდა, ამ სიაში შეიტანა ბიბლია. შექსპირის, მონტენის, სერვანტისის და სხვათა ნაწარმოებები. ამგვარი რეკომენდაციები, რასაკვირველია, ახახაფს იმ პერიოდს და დამოკიდებულია შექმნის გემოვნებაზე, მაგრამ არ შეიძლება წმინდა სამედიცინო განათლება მოწყვეტილი იყოს ექიმის საერთო კულტურული დონისგან.

გუბრუნდება რა ექიმის პროფესიულ ცოდნას, მინდა ხაზგასმით აღვნიშნო: ექიმში, რომელიც კვალიფიკაციას არ იძალღებს, განუძრვალად კარგავს მას.

ორი ქვისმთელი მუშაობს. „რას აკეთებ?“ — ჰკითხა გამვლელმა. „ქვას ვთლი“ — მიუგო ერთმა. „სასახლეს ვაშენებ!“ — უბასუხა მეორემ. ამ ცნობილი იგავის აზრი ნათელია. ერთი ადამიანისათვის შრომა ყოველდღიური ბეგარაა, მეორესთვის — შემოქმედებისა და საიამაყის წყარო.

ექიმობა ვერ აიტანს თავისი საქმის მიმართ გულგრილობას, სამედიცინო შეცნიერებებს დღევანდელი და ხვალისდელი დღისადმი უყურადღებობას. სიახლის გრძნობის უქონლობა ზოგჯერ დამოკიდებულია ექიმის ხასიათის თავისებურებებზე, ხოლო ხანდახან იქიდანაც მომდინარეობს, რომ უმადლესი სკოლა მხოლოდ ქადაგებს „მთელი სიცოცხლის მანძილზე სწავლას“, მაგრამ სწავლით არაფერს ასწავლის. ვფიქრობ, ჩვენს ქვეყანაში განათლების სისტემის გარდაქმნა მედიკოსებს გვერდს არ აუვლის...

...ექიმის ავტორიტეტი განისაზღვრება არა მარტო მისი ღირსებებითა და მუშაობის პირობებით. ამ პრობლემის მეორე მხარეა ერთი ექიმის დამოკიდებულება მეორის მიმართ. მხართალია, ჩვენს დროში მედიკოსები ერთმანეთს ენას აღარ უყოფენ, მაგრამ თავიანთი ამხანაგის გალანძღვა, აბუჩად აგდება და დამცირება იმისა, რაც წინამორბედების მიერ არის გაკეთებული, გაცილებით დახვეწილად და გესლიანად ხორციელდება.

ერთ-ერთი გერმანელი ავტორი ირონიულად ამბობს: კოლეგა არის ადამიანი, რომელსაც ვერ ვიტანთ. მაგრამ განა შეიძლება თხოულობდე შენს მიმართ პატივისცემას, როცა თვითონვე პატივს არ სცემ სხვას. ეს სულაც არ ნიშნავს იმას, რომ ერთმანეთის შეცდომები ანუ მარცხი დაფარო. ყოველმა ექიმმა იცის, რომ არსებობს ჯანდაცვის ორგანოები, სამეცნიერო საზოგადოებები, ექიმთა კონფერენციები, სადაც მკაცრად და უშეღავათოდ იხილავენ საექიმო მოღვაწეობის დეფექტებს. მაგრამ, არც ადამიანს საერთოდ, და არც ექიმს არ ეკადრება ავადმყოფების შვალში ავტორიტეტი დაუქარგოს თავის ამხანაგს.

გველას როდი აქვს უნარი თავისი კოლეგის წარმატებები მთელი არსებით შეიგრძნოს და ამასთან არ ეშინოდეს, რომ მისი ავტორიტეტი შეირყვეა. არადა, ამას დიდი მნიშვნელობა უნიჭება მეცნიერებისა და ზელოვნების ნებისმიერ დარგში, განსაკუთრებით მედიცინაში. რევოლუციამდელ რუსეთში მიღებული ექიმის საფაკულტეტო პირობაში ნათქვამი იყო: „...ჩემი სინდისის წინაშე, სამართლიანად დავაფასებ მათ (ამხანაგების — ნ.ე.) დამსახურებასა და გულმოღვინებას“.

ეთიკური და ადამიანური განზომილებით მედიცინა შემოქმედების განსაკუთრებული სფეროა. მაგრამ, როგორი სავეალალოც არ უნდა იყოს,

მასში არის თვითრეკლამის, კოლეგის ღალატისა და მკვნიბლობის სრულიად სხვადსხვაგვარი გამოვლინებების შემთხვევები.

რ. ზეერევა აღწერა შემინარი ფსიქიატრიაში. შემოპყავთ განღლების მანიით შეპყრობილი ავადმყოფი. ის შეტრებილი წარუდგა: „მე ვახლავართ... ამხანაგი პანკინი... სასადილოების ტრესტის მმართველი“. არა, არც ნაპოლეონი, არც პუშკინი. სინამდვილეში, ეს აღმოჩნდა ვინმე ფიოდოროვი, მეტუფეტე. მას საკუთარი წარმოდგენა ჰქონდა ღიღებზე. ეს მოვასხენეთ ავადმყოფის წესებზე.

ისტორიას ცი ამსოვს ჯანმრთელი ადამიანების მავალითება, როკელთაც ბედმა არც ღიღება დააკლო, არც აღიარება, მათ კი ყოველივე ეს არასაკმარისად ეჩვენებოდათ. კოლუმბო პრეტენზიას აცხადებდა ჰქონოდა ტიტული „ოკეანის აღმირალი და ინდოეთის ვიცე-ხელმწიფე“, ბალზაკმა თავის გვარს წინ დაუმატა „დე“, პიუგოს სურდა მის პატივსაცემად პარიზისთვის სახელი შეეცვალათ.

ვლიქრობ, საესებით მართალია ე. ი. ჩაზოვი (1984), რომელიც ყურადღებით ეკიდება იმ გარემოებას, თუ რა ადგილი უჭირავს ადამიანურ ურთიერთობებში შურს: „რამდენი „სტრესი“, მძიმე ნერვული აშლილობითა და ინფარქტით რომ მთავრდება ბოლმე, წარმოიშობა მხოლოდ იმიტომ, რომ შურს გონება დაუბინდავს და კარგი რიზს ქეშმარიტი მეცნიერება დაუჯამნია“. ის წერს დეჟაგოვებზე, „მეცნიერ საქმონებზე“, ვისთვისაც მეურნალობა და სამედიცინო მოღვაწეობა უბრალოდ წინააღმდეგანავენება. არანაკლებ თვალსაჩინოა ან. ლუკის (1980) ნაშრომი, რომელაც ზოგიერთი მეცნიერის სახეს გვიხატავს.

და ბოლოს, არსებობს პრობლემის კიდევ ერთი ასპექტი — საზოგადოებრიობის დამოკიდებულება ექიმების მიმართ.

ამასთან დაკავშირებით მივუბრუნდები ი. გოლოვანოვის სამართლიან და საინტერესო სტატიას „ავადმყოფები და ჯანმრთელები“*. ეს სტატია სამართლიანია იმიტომ, რომ დღევანდელი ექიმის ნაკლსა და შეცდომებზე დაუფარავად და პირუთვნელად არის ნათქვამი. მიუხედავად ამისა, ავტორი ამტკიცებს, რომ „მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება ყურნალობად მუშაობა, თუ გვჩნება, რომ ქვეყნად კარგი ადამიანები უფრო მეტია, ვიდრე ცუდი. მე მჯერა, რომ კარგი, განათლებული, პატიოსანი და ყურადღებიანი ექიმები სქარბობენ უვიცებს. მეჭრთაშეებსა და თავხედებს“.

ექნებ აბსტრაქტულად ამ მოსაზრებას ეთანხმება ისიც, ვანც კონკრეტულად ამა თუ იმ ექიმის წინააღმდეგ გამოდის. პრობლემა სხვაგვარად

* კოსმოპოლსკაია პრად., 1971 3 ოქტ., № 227.

გვესაზრება. ამას თუ იმ ექიმ-ს მისამართით კრიტიკას რა იურადიული სა-
ფუძველი უღევს?

თუკი ის მექრთამეა ან შეეძლო და დახმარება არ გაუწია მომავლად
ავადმყოფს, პასუხი მხოლოდ ერთი შეიძლება იყოს: ასეთ ადამიანებს
გამართლება არა აქვთ და ყველა ღონე უნდა ვიხმაროთ, რომ ისინი ამო-
ვიძირკვოთ მედიცინიდან.

მინდა სავსებით გარკვეულად გავიმეორო ის, რაც ვთქვი „სოვეტსკა-
ია რასიას“-თვის მიცემულ ერთ-ერთ ინტერვიუში: ამგვარ „ექიმებს“
უნდა ჩამოვართვათ მეურნალობის უფლება. ჩვენს რიგებში ამგვარი წმე-
ნდა მხოლოდ ხელს შეუწყობს ექიმის ავტორიტეტის ამაღლებას, ამით
დანიტერესებულია ყოველი მედიკოსი, რომელსაც თავისი საქმე უყვარს.

იმ შემთხვევაში კი, როცა საუბარია ექიმის შეფასებაზე პროფესი-
ული თვალსაზრისით, იმსჯელებენ მხოლოდ სპეციალისტები, ხოლო რო-
ცა აუცილებელი შეიქნება — სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტები. და-
უშვებელია, როცა პაპის უცოდველობით ამას აკეთებს ლიტერატორი ან
პაციენტი, რომელიც მხოლოდ პირად შეგრძნებებს, შთაბეჭდილებებს და
წაქეზებას ეყრდნობა.

...ბავშვი დაიღუპა გრიპის მძიმე ფორმით, რომელსაც გართულებე-
ბიც დაერთო. სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას, მართლაც იყო და-
შვებული შეცდომები, მაგრამ ვინც შეისწავლა ბავშვის დაღუპვის მიზე-
ზები და გარემოებები, ყველამ ერთსულოვნად გამოთქვა აზრი. რომ მი-
სი გადარჩენა შეუძლებელი იყო — დაავადება მეტისმეტად მძიმედ მი-
მდინარეობდა. ჟურნალისტმა კი არც მოისურვა სპეციალისტების აზრს
გაცნობოდა, ერთ-ერთ რესპუბლიკურ გაზეთში გამანადგურებელი სტა-
ტია გამოაქვეყნა.

ამის შედეგი შეიქნა ის, რომ მაღალკვალიფიციურმა ექიმმა გადა-
წყვიტა მიეტოვებინა თავისი სპეციალობა. სულმოკლეობა გამოიჩინა?
არა. ყველას ხომ არ შეუძლია აიტანოს საჭაროდ ბრალის დადება? შესა-
ძლოა, შემედავონ, დაიცვას თავიო. როდის? გაზეთში გამოქვეყნებულა
სტატიის მერე?

სხვა მაგალითს მოგახსენებთ. ავად გახდა ჟურნალისტი. ვანკურნება
არც ისე სწრაფად მიმდინარეობს, როგორც თვითონ ისურვებდა. ადამი-
ანური თვალსაზრისით, ეს გასაგებია. მოიწვიეს ცნობილი და მაღალკვა-
ლიფიციური სპეციალისტების კონსილიუმი. მათ დაადგინეს დიაგნოზი
და მისცეს რეკომენდაციები: მაგრამ პაციენტს ეს არ აკმაყოფილებს.

ის მიმართავს სხვა დაწესებულებას. იქაური ექიმები აგრძობინებენ,
რომ სხვაგვარი მეურნალობა იყო საჭირო. თანაც იმას კი არ ეუბნებიან,
რომ დრომ და უკვე ჩატარებულმა მეურნალობამ თავისი საქმე გააკე-

თა — პაციენტი პრაქტიკულად თითქმის გამოჯანმრთელებულია. სახეზეა თვითრეკლამის აპრობირებული მეთოდი საკუთარი კოლეგების კლანდესტინურად. ეს ხერხი დიდი ხნის წინ აღწერა საბჭოთა დეონტოლოგიის კლასიკოსმა ნ.ნ.პეტროვმა.

ჟურნალისტს არ გამოუტყვევია რა მოხდა მის ვარჯიშში, დაწერა სტატია. რომელშიც მეცნიერებს უფიცობა დასწამა. დაეუშვათ. რომ ის სპეციალისტები მართლაც შეცდნენ. განა შეგნებულად სურდათ ავადმყოფისათვის ევენოთ? რა თქმა უნდა, არა. სტატიის გამოქვეყნებით კი, არსებითად, არა მარტო საჯარო განაჩენი გამოიტანეს, არამედ სისრულეშიც მოყვანეს იგი.

ვინ მისცათ ამის უფლება? ბოროტად იყენებენ პრესის მიმართ ნდობას და დარწმუნებულნი არიან რომ არავითარი სასჯელი არ მოვლით. უარყოფის გამოქვეყნება არ უყვართ. პრესასთან კამათს ერიდება ჯანდაცვის ზოგადრთი ხელმძღვანელი მუშაკიც. და მაინც, რომ შევეცადოთ დაეუმტკიცოთ ავტორს, რომ ის ტენდენციურია და არ არის მართალი? რადიკალურად ასეა. როგორც გაზეთის ერთმა ძველმა მუშაკმა მითხრა, შეიძლება დაუძინებოთ მოვიძიოთ და გამოეჩხრიკოთ, რომ იმას, ვის შესახებაც წერდნენ. არ უყვარს ცხოველები, არ უღიმიან ბავშვებს, პირველი არ ესალმება მოხუცებს... ამიტომ, მაინც არ არის მედიცინა მისი საქმე.

ასეა თუ ისე, ბოდიშს არავინ მოგიხდის. რა მოხდა მერე, თუ რომელიმე ექიმი გალანძღეს. სტატია მაინც ითამაშებს დადებით პროფესიულ-აღმზრდელით როლს სხვა მედიკოსებისათვის, თანაც დაწერათა ღირსებაც არ შეილახება.

იქნებ, მართლაც დადებითი მომენტები ასეთ შემთხვევებში უფრო მნიშვნელოვანია? არა. არის უარყოფითი მომენტები, რომლებიც აღმართება ერთი პიროვნების სფეროს, და ჩვენს საზოგადოებაში მისი უგულვებელყოფაც არ შეიძლება. როცა უპასუხისმგებლოდ და როგორც წესი, უყოყმანოდ სახელს უტეხენ საექიმო პროფესიონალიზმს, ამით სახელს უტეხენ სამეცნიერო მედიცინადაც და ურწმუნობას მოესენ ათასობით ექიმთა შორის.

1950 წელს ლენინგრადში დაცულ იქნა დისერტაცია, რომელშიც განალიზებული იყო 25 წლის მანძილზე ექიმთა ბრალდების გამო ჩატარებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის 1854 აქტი. შეგახსენებთ, რომ საუბარია იმ პერიოდზე, როცა ბოროტად არ იყენებდნენ ლიბერალიზმს. აღმოჩნდა, რომ 4/5 შემთხვევაში ბრალდებები ან საერთოდ არ იყო დასაბუთებული, ანდა დაავადებათა არაკეთილსასურველი გამოსავალი დამოკიდებული იყო ობიექტურ სიმძნელებსა და მედიცინის არასრულყოფილობაზე.

ჩემთვის უცხოა მუნდირის ღირსების დაცვის გრძნობა. კიდევ ერთ-ხელ ვიტყვი: საუბედუროდ არსებობენ ექიმები, ვისთვისაც მედიცინა წინააღმდეგაჩვენებია. მაგრამ მედიცინაც არ არის სრულყოფილი. ამის გაუთვალისწინებლობა ნიშნავს თავი ავარიდოთ პასუხს კითხვაზე, რატომ კვდებიან ადამიანები მსოფლიოს საუკეთესო კლინიკებშიც კი.

ამიტომ, ვიდრე ექიმს საჭაროდ წაუყუყუნებდეთ ბრალდებას არაკომპეტენტურობასა და არაკვალიფიციურობაში, საჭიროა გავეცნოთ პროფესიონალთა აზრს და არ ვიხელმძღვანელოთ ხასიათის თავისებურებებითა და ავადმყოფობით დეფორმირებული აღქმით განპირობებული ვარაუდებით.

ერთ-ერთმა ლიტერატორმა გამოაცხადა, რომ ექიმის შეჩერება „დამლუპველი ფუქსავატობისაგან“ საზოგადოებრივ აზრს შეუძლიაო. სწორედ მან, ასე ვთქვათ, უნდა იკისროს აღმზრდელის როლი, როგორც ჩანს, ნაკარი და პირუთვნელი კრიტიკის მეშვეობით.

თუმცა, თავს ნებას მიეცემ ამასთან დაკავშირებით უკანასკნელ ხანებში ცენტრალურ პრესაში გამოქვეყნებულ ორ სტატიაზე მივუთითო. ორივე ჩვენ ცნობილ პუბლიცისტებს ეკუთვნით.

სვეტლანა სტეპუნინა* გვიზიარებს თავის ექვებს: „...საერთოდ, დღევანდელ დღეს, ჩვენ, თანამედროვე ურთულეს მედიცინაში გაუთვითცნობიერებლები, რომ ვერც წარმოგვიდგენია, როგორ გართულდა თვითონ ავადმყოფი, მისი რეაქციები /არადა, დღეს მედიკოსების წინაშე ეს პრობლემაც დგას), ხომ არ ვჩქარობთ ზედმეტად კატეგორიულად გავკაცხოთ, გავამტყუნოთ და მსჯავრი დავდოთ ექიმს?“

იაროსლავ გოლოვანოვი ზემოთ მოხსენიებულ სტატიაში კიდევ უფრო მწვავედ აყენებს საკითხს: „...მეტისმეტი ხომ არ არის? ხომ არ გადავამლამეთ ამდენი კრიტიკით? ხომ არ დავაბეჩავეთ ჩვენი მედიკოსები? თუ ბავშვს გამუდმებით ვუჩიჩინებთ ცუდი ხარო, ამით ის უკეთესი ვერ გახდება. თანამედროვე პედაგოგიკამ ეს დაამტკიცა.“

ექიმი, რა თქმა უნდა, ბავშვი არ არის. მაგრამ ისიც საზოგადოების წევრია. ისევე როგორც მასწავლებელი, მწველავი ან ჟურნალისტი. საზოგადოებრივ აზრს კი არ შეიძლება ანგარიში არ გაეწიოს — მეტისმეტად დიდა მისი ძალა. ამიტომ საზოგადოებრივი აზრი უნდა გამოვიყენოთ ფრთხილად და ღირსეულად, არ უნდა დავეუბრისპიროთ მედიკოსებს — უხსოვარი დროიდან მათაც შეჰქონდათ წვლილი მის ჩამოყალიბებაში.

აუცილებელია მედიცინისა და ექიმთა სრულყოფა. თანაც მუდმივად,

* სოვეტსკაია რასია, 1985, 14 აგვისტო, № 185.

მაგრამ ნაკლებ კატეგორიული შეფასებებითა და ცოტა უფრო მეტი პატივისცემით.

ევი ვიკსელი ოსვენციმიდან /პოლონეთი/, გულისხმობდა რა ჩემს სტატიას „ავადმყოფის ეთიკა“, „ზღოროვნეში“ წერდა. რომ „მოქალაქეებს პატარაობიდანვე უნდა ჩაუენერგოთ ექიმებისადმი პატივისცემა“.

ზოგიერთი მშობელი „პედაგოგური“ მოსაზრებებით ერთნაირად მოიხსენიებს კუდიან დედაბერს, დეიდა ექიმს და ძია მილიციონერს. წვრილმანია? არ ვიცი. ამ დროს ხომ ეყრება საფუძველი ექიმის შრომისადმი იმ უპატივემულობას, რომელსაც ზოგიერთი მოზრდილი ავლენს ხოლმე.

ვლადიმირ დიაგიველმა მიაშბო იმის შესახებ, თუ როგორ მისცა მას საინტენდანტოს ერთ-ერთმა უფროსმა ორმოცდახუთი ზომის ჩექმა.

— მოშისმინეთ, — ემუდარებოდა ექიმი. — ასე როგორღა უნდა ვიმუშაო?

— როგორმე მოახერხებ. პირველ რიგში ჩვენ სამწყობრო ოფიცრებს ვამარაგებთ.

სწორედ ისე მოხდა, რომ ამ საუბრიდან ერთი დღეს შემდეგ ინტენდანტი მსუბუქი ჭრილობით მედსანბატში მიიყვანეს. ჭერ კედევ შორიდან, საკაციდან ყვიროდა:

— ექიმო, განკარგულება მივეცი ჩექმის თაობაზე, ჭრომისას მოგცემენ. მითხარი, ფეხს ხომ... არ მომკვეთენ?

ჭერ კედევ რამდენი ასეთი უფროსი გვეყავს, — დაამთავრა თხრობა დიაგილევა, — ექიმზე მხოლოდ მაშინ რომ ფიქრობენ, როცა გაუჭირდებათ.

ჩემი აზრით ექიმზე გამუდმებით არც უნდა იფიქრო. ალბათ, ეს ისევე დამქანცველია, როგორც გამუდმებით ავადმყოფობაზე ფიქრი, მაგრამ, ვფიქრობ, არ ღირს დღევანდელ დღეს გავიზიაროთ სახარებაში გამოთქმული აზრი: ჭანმრთელებს არ სჭირდებათ ექიმი, არამედ მხოლოდ ავადმყოფებს. მჯერა, რომ ჭანმრთელებს უფრო სჭირდებათ ექიმი, მაშინ უფრო ნაკლები ავადმყოფი გვეყოლებოდა.

ერთ-ერთი სტატიის* ავტორმა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული სამინისტროებისა და უწყებების ხელმძღვანელებს ურჩია ზოგჯერ საავადმყოფოში დაწვენენ, სასურველია ინკოგნიტოდ, რათა ჩაუფიქრდნენ...

მას შემდეგ, რაც „მედიცინისკაია გაზეთამ“ 1984 წელს გამოაქვეყნა ჩემი სტატია თანამედროვე ექიმის ავტორიტეტის შესახებ, განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით გამოხმაურება მივიღე.

* ტრული, 1983, 4 დეკ., № 278.

ერთ-ერთი მათგანის ავტორი ა.გ. პაციენტისათვის საკმაოდ კონსტრუქციული და მშვიდი ტონით მსჯელობს ექიმის ავტორიტეტის ამალღების შესახებ. წერილში მთელი რიგი წინადადებებია შემოთავაზებული: საავადმყოფოს ექიმი უნდა წარუდგეს ავადმყოფს და მოკლე ინფორმაცია გაუკეთოს იმის შესახებ, თუ რამდენი წელია მუშაობს, რა საკვალიფიკაციო კატეგორია აქვს; უფრო საზეიმო უნდა იყოს პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერის პროცედურა: ავადმყოფებს დაავადების ხასიათის მიხედვით უნდა გადასცენ სამახსოვრო იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მოიქცნენ და ა.შ. რა თქმა უნდა, ბევრი რამ გონივრულია. წამოჭრილია საკითხი კერძო პრაქტიკის შესახებ და მას, უფასო სამედიცინო დახმარებასთან შედარებით, ა. გ. უპირატესობას ანიჭებს. ამგვარ თვალსაზრისს ვერ დავეთანხმებით. ეს საკითხი ჩვენ უკვე განვიხილეთ თავში „რა ღირს უფასო სამედიცინო დახმარება“.

ამავე დროს, პარტიულ დოკუმენტებში¹, უფასო სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო გამტკიცებასთან ერთად გათვალისწინებულია სამეურნეო ანგარიშზე /ფასიანი/ მყოფი სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ქსელის გაფართოება. ამ უკანასკნელთა შექმნისას მხედველობაში მიიღება მოსახლეობის მოთხოვნილებანი და ამ საქმეში ჩაბმული იქნება კვალიფიციური კადრები. ამით პაციენტებისათვის ფართოვდება შესაძლებლობა სამედიცინო დახმარების არჩევანისა, იმ შემთხვევაში, როცა „თავისი“ ექიმის მიმართ უნდობლობას იგრძნობენ.

არცთუ იშვიათად გამოთქვამენ მოსაზრებას, რომ თავისთავად ექიმისათვის ვიზიტის საფასურის გადახდა, სიმბოლიურადაც კი, ხელს უწყობს მისი ავტორიტეტის ამაღლებას. მოცემულ შემთხვევაში, ვფიქრობ, საქმე სხვაგვარადაა. ფასიან სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობის საშუალება ზოგჯერ თავიდან აგვაცილებს უკმაყოფილების გრძნობას, რომელსაც იწვევს ავადმყოფის მიმაგრება მხოლოდ ერთ ექიმთან; ზოგიერთი პაციენტისთვის იქნებ ეს შეიქნეს თავისებური ფსიქოლოგიური შემოწმება აღრე დადგენილი დიაგნოზისა და მკურნალობისა.

ამასწინათ ამერიკელმა პროფესორმა M. D. Roemer /1985/ გამოაქვეყნა სტატია: „კერძო სამედიცინო პრაქტიკა დაბრკოლებას ქმნის, რათა მიღწეულ იქნას საყოველთაო ჯანმრთელობა.“ ავტორი წერს: „ყოველი გაწეული სამსახურისათვის საფასურის დაწესება — ჩვეულებრივი მოვლენაა კერძო პრაქტიკაში... ამიტომ შეგნებულად თუ შეუგნებლად ექიმებზე ცდილობენ მაქსიმალურად გაზარდონ მათ მიერ გაწეული სამსა-

¹ პრაქდა, 1985. 9 ოქტომბერი, № 282.

² სოვეტსკაია როსია, 1984, 21 ოქტ., № 244.

ხურია რიცხვ და ზედმეტ პროცენტებსაც კი უნდა შეაქვს“. ეს პუბლიკაცია ყურადსაღებია, ძითუმეტეს, რომ დაბეჭდილია ჟურნალში „ჩანდაცვის მსოფლიო ფორუმი“.

თუმცა, სხვა გარემოებამაც მიიპყრო ყურადღება. M. D. Roemer აზრით, განხილულ საკითხთან ურთიერთკავშირში სოციალისტურ ქვეყნებში არსებობს პრობლემა, რომელიც გამოწვეულია იმით. რომ მიღებულია, განსაკუთრებით საავადმყოფოებში, ექიმებისთვის საჩუქრების მირთმევა.

ეფექტობ. ეს არ განხლავთ პრობლემა, და მითუმეტეს არაერთი კავშირი არ არსებობს კერძო პრაქტიკასთან.

თუმცა, საკითხი, როგორ უნდა გამოხატო ექიმის მიმართ მაღლიერების გრძნობა. ჩვენში კარგა ხანია მსჭვლობის საგნად იქცა. დამეტრულად საწინააღმდეგო აზრებია გამოთქმული. ყურადღების გამოჩენა ექიმისადმი მის მიმართ პატივისცემის გამოვლინებაა, თუ ხარკის გაღება იმისათვის, რომ მასზე ვართ დამოკიდებული?

ტალინის ერთ-ერთ საავადმყოფოში მომაკვდავა ავადმყოფმა თავისი ახლობლების გასაგონად წაიხურჩულა: „მთავრით ყვეაილები მეღდა ირენს...“ და სულიც დალია.

არადა, ზოგზოგებმა მითითებაც კი მისცეს ექიმებს, ყვეაილები არ მიეღოთ ავადმყოფებისაგან.

ერთ-ერთმა კორესპონდენტმა მკითხა, როგორ ვუყურებ იმ შემთხვევებს, როცა ადამიანს ნათელი, კეთილი გრძნობა ამოძრავებს და გულწრფელად სურს ექიმის მიმართ მაღლიერების გრძნობა გამოხატოს.

კრიმინალს აქ ვერ ვხედავ. ვალიარებ — ჩემს ოთახში კილია სურათი, რომელიც დახატა მხატვარმა, ვისაც ოდესღაც დახმარება გავუწიე. მაქვს აგრეთვე ავტორების მიერ მორთმეული წიგნებით სავსე თარო.

ზიზღს იწვევს ის გარემოება, როცა გესმის ან კითხულობ, რომ ავადმყოფი საავადმყოფოში მოათავსეს ან ოპერაცია გაუკეთეს ფულით. ამავე დროს, არ შეიძლება არ დაფიქრდე იმ წერიალზე, რომელშიც ნათქვამია, რომ დიდი სამამულო ომის მონაწილე ქალმა გადაწყვიტა საჩუქარი მიერთმია ქირურგისათვის, ვინც სიცოცხლე შეუნარჩუნა. „ქრთამს არ ვიღებ“ — მოკლედ მოუჭრა ქირურგმა. საჩუქარი შენიშვნაში აღნიშნულია, რომ ამგვარი საქციელის უბრალოდ შეფასება ძნელია. ამ პუბლიკაციას „პრავდაში“ * ასეთი სათაური აქვს: „თუკი ფორმალურად არ მივეუდგებით“.

ს. სტეპუნინა სამართლიანად სვამს საკითხს საჩუქრის მირთმევის

* პრავდა, 1983, 24 იანვ., № 24.

კულტურაზე*. „მითხარი, რას მიაართმევ საჩუქრად. და გეტყვი, ვინა ხარ შენ“. შეიძლება, საჩუქარიც კი არ იყოს, უბრალოდ ყურადღება გამოიჩინო. მთავარია, ეს გაკეთდეს, ალალი გულით, და არა იმიტომ, რომ ვიღაცაზე დამოკიდებული ხარ ან ცდილობ ზეგავლენა მოახდინო იმაზე, ვისაც საჩუქარს მიაართმევ.

არც ისე ძნელია განასხვავო ერთმანეთისაგან ქრთამი და ყურადღება, ნუ დაეკარგავთ ადამიანურ თვისებებს — გულითადობას, გულთბილობას, კეთილშობილებას, რომელიც თითოეულ ჩვენგანს უნდა ახასიათებდეს. თუმცა, საჭიროა კი ამის ახსნა პატიოსანი და გონიერი კაცისათვის?

...ექიმის ავტორიტეტი. რა თქმა უნდა, საუბარი მის შესახებ არ დამთავრებულა. მას კიდევ არაერთხელ მოუბრუნდებიან.

ავტორიტეტი, პირველ ყოვლისა, საკუთარი შრომით უნდა იქნეს მომპოვებული, მასთან ხომ დიდად არის დაკავშირებული მკურნალობის წარმატებაც და წარუმატებლობაც. ასობით და ათასობით ავადმყოფის მკურნალობა. ამიტომ ექიმის ავტორიტეტი არა მარტო თავად ექიმის საზრუნავი უნდა შეიქნეს, არამედ მთელი საზოგადოებრიობისა.

როცა ახალ ხდება ექიმი

...ყოველი ჩვენგანი, ექიმი, როდი „იწიეს“ იმიტომ, რომ სხვას „უნათებს“. იქნებ ჩვენ, უბრალოდ, ყურადღებას არ ექცეუთ საკუთარ თავს?

მოსმენილა საუბრიდან

ამბობენ, რომ ეს პრობლემა ჯერ კიდევ სახარებაში გადაიჭრა. 'აღაც გარკვეულად არის ნათქვამი: „მკურნალო, განიკურნე თავი შენი“, მაგრამ სამწუხაროდ, ყველა როდი იკურნებოდა. ის კი არა, კვდებოდნენ კიდევ. მოგვიანებით წარმოიშვა კონცეფცია, რომ თუ ექიმები არ იკურნებიან, ეს მხოლოდ იმიტომ, რომ ისინი ისე არ ავადმყოფობენ, როგორც სხვა ადამიანები. და საერთოდ, ექიმი ავად არ უნდა გახდეს.

აი, მოკლედ ასე ვთქვად, პრობლემის მოჩვენებითი არსი. თუმცა, ვფიქრობ, რომ ყველა ეს შეხედულება ექიმების შესახებ საკამათოა.

ექიმებს, ისევე როგორც საერთოდ ყველა მედიცინის მუშაკს, მიაკუთვნებენ მაღალი რისკის ჯგუფს ინფექციური და პირველ ყოვლისა — გრიპის, ვირუსული ჰეპატიტისა და ზოგიერთი სხვა დაავადებების მხრივ. ამ შემთხვევაში პროფილაქტიკა არ არის სრულყოფილი, ხოლო ბუნე-

* სოვეტსკაია როსია, 1984, 21 ოპტ., № 244.

ბრევია რომ ავადმყოფებთან კონტაქტი ხშირია. მედიკოსების ჯანმრთელობაზე შენე ზემოქმედება აქვს დასხივებას. საანესოეზო საშუალებებს.

დიდ ნერვულ დაძაბულობას იწვევს ბოლოდნელ სიტუაციებში მუშაობის აუცილებლობა, ვალდებულება—მიიღონ პასუხისმგებელი გადაწყვეტილებანი, რაზეც ხშირად დამოკიდებულია ადამიანის სიცოცხლე. არ შეიძლება, აგრეთვე, არ გავითვალისწინოთ ეს გარემოება, რომ ექიმს მოეთხოვება ყოველთვის იყოს თავშეკავებული. არ აძვევს ემოციებს, ხოლო გამოუმჟღავნებელ ემოციებს, როგორც ცნობილია, შეუძლიათ უარყოფითად იმოქმედონ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ჯანმრთელობაზე ცუდად მოქმედებს ღამის ან საღამოს მორიგეობები, დამქანცველი ოპერაციები, გარკვეული პროცედურები და მანიპულაციები, რომელთა ჩატარებისას ხშირად ექიმი ღელავს.

თვალი არ უნდა დაეხუჭოთ იმ გარემოებაზეც, რომ ექიმმა პასუხი უნდა აგოს მედიცინის არასრულყოფილებაზე, ხოლო ზოგჯერ, როგორც ვნახეთ, ისეთ ადამიანებთან უწევს დაპირისპირება, რომლებიც ყოველთვის როდი უყენებენ დასაბუთებულ პრეტენზიებს. ზედმეტი დატვირთვა სამსახურში, რომელსაც თან ახლავს დროის სისტემატური უკმა-რისობა და სულ უფრო მზარდი ინფორმაციის ნაკადი, აგრეთვე დადებითად არ მოქმედებს ექიმის ჯანმრთელობაზე. გასაკვირი არ არის, რომ ლ. ა. გორენსკომ /1969/ ნევროზი აღმოუჩინა ყოველ მეოთხე ექიმს. საფრანგეთში მიღებული მონაცემებით /1973/, ნევროზი ექიმებში 2-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ინჟინრებში. გამოითქვა აზრი, რომ თუ სამედიცინო ცოდნა რაიმედ ღირს და თუ მას შესაბამისად გამოვიყენებთ, მაშინ ექიმების ჯანმრთელობის მდგომარეობა საგრძნობლად უკეთესი უნდა იყოს, ვიდრე მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილისა. უნდა იყოს... სინამდვილეში კი როგორ არის საქმე?

დაკვირვებები იმაზე, თუ როგორ იყენებენ საკუთარი თავის მიმართ სამედიცინო ცოდნას ექიმები, არ აღასტურებენ, რომ ეს საუკეთესოდ ხორციელდება.

ტალინის 145 ექიმს დაურიგდა ანკეტები თხოვნით, ეპასუხათ ზოგიერთ შეკითხვაზე (ანკეტებს ხელს არ აწერდნენ). გამოირკვა, რომ დღის ვარჯიშს ასრულებს 24,1 პროცენტი, რაციონალურად იკვებება (საკვების რეგულარული მიღება, საჭიროების შემთხვევაში დიეტის დაცვა და ა. შ.) 25,5 პროცენტი, დღის განმავლობაში ისვენებს 19,3 პროცენტი და ა. შ.

თვალი არ უნდა დაეხუჭოთ იმ გარემოებაზე, რომ მედიკოსების შრომისა და ყოფის პირობებს ყოველთვის როდი ექცევა ჯეროვანი ყურადღება იქვე, სამუშაო ადგილებზე. მაგრამ მედიცინის თვალსაზრისით

რაციონალური ცხოვრების წესი ნაკლებად როდია დამოკიდებული თავად ექიმზე. მის სურვილზე, მოუფრთხილდეს საკუთარ ჯანმრთელობას. არ შეიძლება არსებობდეს, მაგალითად, ობიექტური მიზეზები იმისათვის რომ უარი ვთქვათ დილის ვარჯიშის შესრულებაზე ან თავი არ დაეანებოთ თამბაქოს წევას! სიტყვამ მოიტანა და, იქმნება შთაბეჭდილება. რომ მწვევლების რიცხვი ექიმთა შორის მაინც შედარებით ნაკლებია, ვიდრე მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილს შორის. ჩემი მონაცემებით, ორმოცი წლის ასაკამდე 100 ექიმს შორის დაახლოებით 20 მამაკაცი და 5 ქალი ეწევა თამბაქოს.

აშშ მამაკაცებს შორის 36 პროცენტი თამბაქოს ეწევა, ექიმებს შორის — 21*

თუმცა. ექიმი საერთოდ არ უნდა ეწეოდეს თამბაქოს. ყველაფერს რომ თავი დაეანებოთ, ექიმის ცუდი მაგალითი ხომ რწმენას უქარგავს ავადმყოფს.

ექიმების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის უგულვებელყოფა, როგორც ჩანს. გავრცელებული მოვლენაა. მაგალითად ფიქრობენ, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისაგან აშშ ექიმების სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი ცხოვრების არარაციონალური წესია, განსაკუთრებით ხანგასძულია ნერვული სისტემის გადატვირთვის ფაქტორები, ყოველდღიური ფიზიკური ვარჯიშის უგულვებელყოფა, არარეგულარული კვება. რა თქმა უნდა, აშშ-ში უარყოფითად მოქმედებს ექიმთა ჯანმრთელობაზე კონკურენტის ფაქტორი, ბრძოლა კერძო პრაქტიკისათვის, მაგრამ. როგორც ჩანს, საჭიროა სათანადოდ შევაფასოთ ექიმების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობისადმი უგულვებელმყოფელი დამოკიდებულების საყოველთაო ტენდენცია.

„თანამედროვე საზოგადოების წარმომადგენელი, ჩვეულებრივი პრაქტიკოსი ექიმი, მეტისმეტად საქმიანი, მოუსვენარი ცხოვრება რომ აქვს და უზარმაზარი პასუხისმგებლობა აკისრია, ჩვენი ცივილიზაციის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი „გულის მსხვერპლია...“ — წერს ცნობილი კარდიოლოგი პროფესორი ვ. რააბი. საზღვარგარეთის მონაცემების მიხედვით კორონაროსკლეროზისაგან ექიმები 2-ჯერ უფრო ხშირად კვდებიან, ვიდრე გონებრივი შრომით დასაქმებული სხვა სპეციალობის წარმომადგენლები.

განსაკუთრებით მაღალია კორონაროსკლეროზისაგან სიკვდილიანობა ქირურგებს შორის. არსებობს აზრი, რომ 50 წლის ასაკის ზემოთ ქირურგების 50 პროცენტი კვდება მიოკარდიუმის ინფარქტით ან ცენტრალუ-

* I. Am. med. Ass., 1983. V. 249. № 23, 3181—3183.

რი ნერვული სისტემის სისხლძარღვოვანი დაზიანებისაგან. პროფესორმა ს. ი. აშბელმა თანამშრომლებთან ერთად (1967) ქ. გორკში შეისწავლა ქირურგთა გულის მდგომარეობა და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ამ უკანასკნელთა ელექტროკარდიოგრამაზე ავადმყოფური ცვლილებანი 4-ჯერ უფრო ხშირად შეინიშნება, ვიდრე ზამსამელო სააქქროს მუშათა კარდიოგრამაზე. ყველაზე დიდხანს (15 წელზე მეტი) გადანერგილი სხვისი გულით იცოცხლა მარსელის მკვიდრმა ემანუელ ვიტრიამ, მან უფრო დიდხანს იცოცხლა, ვიდრე ექიმმა ედმონ ანრიმ, ვინც ოპერაცია გაუკეთა და თვითონ... გულის კუნთის ინფარქტიააგან გარდაიცვალა. ზოგიერთი მკვლევარი საკითხსაც კი აყენებს, მომავალში მიოკარდიუმის ინფარქტი, ქირურგების პროფესიულ დაავადებად ხომ არ იქნება მიჩნეული.

ყოველივე ზემოთქმული კიდევ ერთჯელ ხაზს უსვამს ცენტრალური ნერვული სისტემის გადატვირთვის ფაქტორის მნიშვნელობას ექიმთა ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის.

ვანალიზებთ რა ჭანმრთელი ექიმის დამოკიდებულებას საკუთარი თავის მიმართ, შეგვიძლია ნაწილობრივ აუხსნათ მისი საქციელი ავადმყოფობის დროს. ძალიან ხშირად ექიმები სათანადოდ ვერ აფასებენ დაავადების საწყის ნიშნებს. მაგალითად გამოგვადუება ა. პ. ჩეხოვის ავადმყოფობის ისტორია. როგორც მწერლის მეუღლე გადმოგვცემს. „ჩეხოვის მკურნალობა არ უყვარდა. იძულებული ვიყავით სხვადასხვა ხრიკებისთვის მიგვემართა, რათა აგვეძულებინა ანტონ პავლეს ძე გასინჯულიყო...“ სათანადოდ ვერ აფასებდა ის აგრეთვე, რამდენად სერიოზული იყო მისი დაავადება.

პირველი სისხლხვევლებიდან სამი-ოთხი წლია შემდეგ ა. პ. ჩეხოვი წერდა: „...ყოველ ზამთარს, შემოდგომასა და გაზაფხულზე. ყოველ ნესტიან დღეს ვახველებ. მაგრამ მხოლოდ მაშინ შემეშინდება ხოლმე. როცა სისხლს დავინახავ. პირიდან წამოსული სისხლი ისევე ავისმომასწავებელია. როგორც დაფიონი. როცა სისხლს არ ვხედავ, არ ვლელავ და არ ვემუქრები ლიტერატურას „კიდევ ერთი დანაქარვით“. საქმე ისაა, რომ ქლექი ან ფილტვის სხვა დაავადება ერთობლიობაში შეიცნობა.

ის სისხლხვევება, რომელიც საოლქო სასამართლოში დამემართა დაწყებული ქლექის სიმპტომი რომ ყოფილიყო, კარგა ზნის წასული ექნებოდი იმქვეყნად, — ასეთია ჩემი ლოგიკა“.

არაექიმისათვისაც კი ნათელია, რომ დაავადების ეს სიმპტომები სავსებით ასახავს ფილტვის ტუბერკულოზის სურათს. მაგრამ ა. პ. ჩეხოვმა — ექიმმა და ადამიანის სულის უფაჭიზესმა მკოდნემ. საკუთარი თავის მიმართ შეცდომა დაუშვა. აპყვა დაავადების საწყის სტადიაში მედიკოსებისათვის დამახასიათებელ „ოპტომისტურ ლოგიკას“. არ მიმარ-

თა ექიმებს და გაემგზავრა სახალისზე — ეს იყო უმძიმესი მოგზაურობა იმ დროისათვის. 44 წლის ასაკში ა. პ. ჩხევი ტუბერკულოზისაგან გარდაიცვალა.

1956 წლის ჟურნალში „ცხოვრების პირობები და ჯანმრთელობა“, მოთავსებულია ნიშანდობლივი შენიშვნა — „ექიმო, გაუფრთხილდი თავს“. მასში ნათქვამია: „დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ ექიმები თავიანთი ავადმყოფების ჯანმრთელობაზე უფრო მეტად ზრუნავენ, ვიდრე საკუთარ ჯანმრთელობაზე... ავადმყოფი ექიმები ფილტვის კიბოს შემთხვევაში გამოკვლევებზე მოდიან პირველი სიმპტომების გამოჩენიდან 7 თვის შემდეგ, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ ავთვისებიანი მოვლენების შემთხვევაში — 9 თვის შემდეგ და ა. შ.“.

ექიმის შრომა გულისხმობს თავგანწირვას და პირველ რიგში ავადმყოფზე ზრუნვას, მაგრამ ეს არ უნდა ნიშნავდეს ექიმის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის არად ჩაგდებას; რომელიც სჭირდება არა მხოლოდ მას, არამედ საზოგადოებასაც.

ჯერ კიდევ პიპოკრატე წერდა: „ექიმს ავტორიტეტს შესძენს მის ბუნებრივ მონაცემებთან შეფარდებით კარგი ფერხორცი, რამეთუ ის ვინც თვითონ ცუდად გამოიყურება, ხალხს არ მიაჩნია იმის შემძლე, რომ სწორედ იზრუნოს სხვებზე“. იგივე აზრი ლაკონიურად გამოთქვა ერთმა პაციენტმა: სიმსუქნით დაავადებულს მსუქანმა ექიმმა არ უნდა უმკურნალოს. ამასობაში ექიმებს შორის ჩვეულებრივი მოვლენაა გრიპის ან ანგინის ფეხზე გადატანა, გამოჯანმრთელებამდე სამსახურში მოსვლა და ა. შ.

XVII საუკუნეში ცნობილი ექიმის, ქალაქ ამსტერდამის ბურგომისტრის ნიკოლას ვან ტულპის წინადადებით მედიკოსების ემბლემა გახდა ანთებული სანთელი, რომელმაც შეცვალა ფილა და გველი. ამ სიმბოლოს დედაზარი იყო სიტყვები: „Aliis inserviedo consumoza“ (სიტყვა-სიტყვით — „სხვების სამსახურში საკუთარ თავს ვსპობ“), ანუ „სხვებს ვუნათებ და თავად ვიწვი“. სინათლე ადამიანებს სჭირდებათ, მაგრამ ვის სჭირდება „დაწვა“? თუმცა, განა ყოველთვის ეს არის საქმის არსი? იქნებ, ექიმები, უბრალოდ, არად აგდებენ თავიანთ მღვდლობობას, ვინაიდან ქვეცნობიერად იმის იმედი აქვთ, რომ მედიცინის ცოდნა — ჯანმრთელობის საწინდარია?! ან უკიდურეს შემთხვევაში დაბრკოლებათ ავადმყოფობისათვის!

ამერიკელი მკვლევარები იმ დასკვნამდე მივიდნენ, რომ თუკი ყოველ ამერიკელ ექიმს სიცოცხლეს გაუხანგრძლივებდნენ თუნდაც ერთი წლით, ეს იქნებოდა იმის ტოლფასი, რომ აშშ-ში ექიმთა რიცხვი დაახლოებით

7 ათასი ადამიანით გაიზარდებოდა. არადა, საუბარია ყველაზე კვალიფიციურ, მომწიფებულ და გამოცდილ კადრებზე.

ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჩვენს ქვეყანაში ექიმის ჯანმრთელობის დაცვას. ამასთან დაკავშირებით დროული იქნება იმის შეხსენება, რომ ვ. ი. ლენინი ადამიანის ჯანმრთელობას თვლიდა არა პირად, არამედ საჯელმწიფო საკუთრებად: 1918 წლის ზაფხულში ად. ციურუპე-სადმი* მიწერილ წერილში ვლადიმერ ილიას ძე ჯანმრთელობას უწოდებს „სახაზინო ქონებას“. 1981 წელს გამოქვეყნდა სტატია „გაუფრთხილდით ექიმებს“, რომელიც დაწერა პროფესორმა-ქირურგმა. ჩემი აზრით, ყველა უნდა დაუფიქრდეს ამ საკითხს. ბრძოლა იმისათვის, რომ ექიმი მზრუნველობით მოეცილოს საკუთარ თავს, საზოგადოებრიობის ყურადღების მიპყრობა მისი ჯანმრთელობის დაცვისადმი — ეს არა მარტო ექიმის მიმართ მზრუნველობის კანონიერი გამოვლინებაა, ისევე რაგორც ნებისმიერი ადამიანის მიმართ, არამედ, საბოლოო ჯამში ეს გახლავთ მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესება, ბრძოლა ჯანმრთელობისათვის და ასობით და ათასობით ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივება.

ექიმის მიერ თავისი ავადმყოფობის უგულებელყოფა უფრო ხშირად დაავადების ადრეულ ეტაპზე ხდება, ხოლო როცა ავადმყოფობა აიძულებს მას დახმარებისთვის მიმართოს, აი, მაშინ სხვა უკიდურესობას ეხვდებათ: დაავადება ექიმს უკიდურესად მძიმე ფორმით ესახება.

მედიცინის ისტორიას ბევრი მაგალითი ახსოვს იმისა, თუ როგორ სწირავენ ექიმები საკუთარ ჯანმრთელობას და სიცოცხლესაც კი ავადმყოფთა ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად და სამეცნიერო გამოკვლევებისათვის, რომელიც კაცობრიობის ინტერესებსა და დაავადებათა მოსპობის საქმეს ემსახურება. მედიცინის ამ უკვდავ მოამაგეთა საგმირო საქმეები საკმაოდ ვრცლად არის გაშუქებული ბ. დ. პეტროვის და მ. კ. კუზმინის ნაშრომებში, ჰუგო გლიაზერის ცნობილ წიგნში „დრამატული მედიცინა. ექიმების მიერ საკუთარ თავზე ჩატარებული ცდები“ (1965). თავის აღზრდილებს რომ არ განწორებოდა, მასწავლებელი და ექიმი იანუშ კორჩაკი ნებაყოფლობით დათანხმდა სიკვდილზე. დაუვიწყარია ექიმების გმირობა და თავგანწირვა დიდი სამამულო ომის წლებში. ბევრ მათგანს მიენიჭა საბჭოთა კავშირის გმირის წოდება.

თუმცა, ამჟამად საუბარია ავადმყოფი ექიმის ფსიქოლოგიაზე. მხატვრულ ლიტერატურაში როყე მარტენ დიუ გარმა „ტიბოს ოჯახში“ აღწერა მძიმე ავადმყოფური მდგომარეობის შედარებით მშვიდად

* ვ. ი. ლენინა თხზ., სრული კრებ., მე-5 გამოცემა, ტ. 50, გვ. 177.

აღქმის მაგალითი: ექიმი ანტუან ტიბო აწარმოებს დღიურს, რომელიც ასახავს აირებით მოწამვლის შედეგად მის თანდათანობით სიკვდილს. ირონიით შეხედა მოახლოებულ სიკვდილს მწერალი და ექიმი ფრანსუა რაბლე. მას მიაკუთვნებენ სიკვდილამდე რამდენიმე წუთით აღრე ნათქვამ ფრაზას: „მე მივემგზავრები დიადის საძებნელად... დაუშვით ფარდა, კომედია გათამაშებულია“. აი რას გვიამბობენ ი. პ. პავლოვის აღსასრულის შესახებ. მისთვის სიკვდილიც კი ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტი შეიქნა. სიკვდილის პირას, უკანასკნელ წუთამდე კარნახობდა ასისტენტს თავის შეგრძნებებს. როდესაც ვილაყამ კარზე დააკაკუნა, ვალიზიანებულმა გასძახა: „ პავლოვი დაკავებულია, პავლოვი კედება!“

იქნებ ყველაზე მკაფიო მშვიდი სიბრძნე სიკვდილის შესახებ გენეტიკის ერთ-ერთმა ფუძემდებელმა გრეგორი მენდელმა გვაუწყა. როცა გარდაუვალი აღსასრული შეიგრძნო, მან წარმოთქვა: „ბუნებრივი გარდაუვალობა...“ მართალია, მენდელი მარტო ბუნებისმეტყველი კი არ გახლდათ, არამედ ბერიც იყო, და ალბათ ამიტომ სიკვდილისთვის უკეთ იყო შემზადებული, ვიდრე ჩვენ, ექიმები...

„ყოველგვარ ტანჯვასა და ავადმყოფობას, — წერდა პროფესორი გ. ი. როსოლიმო, — ისეთი ცვლილებები შეაქვს ადამიანის სულიერ სამყაროში, რომლებიც მკაფიოდ წარმოაჩენენ ზოგიერთ მის თვისებებს, ხოლო სხვებს დაჩრდილავენ, ზოგჯერ ცვლიან პიროვნების პარამონიას, აგრეთვე დამოკიდებულებას საკუთარი თავისადმი...“

ამის ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა ექიმის მიერ საკუთარი დაავადების მცდარი შეფასება.

გასული საუკუნის უდიდესმა ქირურგმა ერნსტ ბერგმანმა საკუთარ თავს თვითონ დაუსვა ექვ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს დიაგნოზი და კატეგორიული უარი განაცხადა ოპერაციაზე. გაკვეთისას კი აღმოჩნდა ანთებითი წარმოშობის ნაწლავების შევიწროება. ოპერაცია სიკვდილისგან გადაარჩინდა მას.

ისეთმა ბრწყინვალე დიაგნოსტმაც კი, როგორც გახლდათ ს. პ. ბოტკინი, როგორც ცნობილია, საკუთარი დაავადების შესახებ არასწორად ასკვნა გამოიტანა. სტენოკარდიის მძიმე შეტევებს ის განიხილავდა როგორც ნალვლის ბუშტის ანთებითი დაავადების შედეგს და არ უშვებდა იმ აზრს, რომ გულის მხრივ რაიმე ღრვა ცვლილებები ჰქონდა. თუმცა ს. პ. ბოტკინს გაკვეთისას ნალვლის ბუშტში კენჭები აღმოუჩინეს, ის გარდაიცვალა კორონაროსკლეროზის შედეგად, თანაც გულის კუნთზე აღმოაჩნდა უდავოდ ორჯერ გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტის ნიშნები.

ნ. ა. ბელოგოლოვი აღნიშნავს, რომ „ეს გარემოება არ ეწინააღმდე-

გება მის ღირსებას, როგორც შესანიშნავი და უზადო დიპლომატიკა, არამედ გამომდინარეობს ადამიანის ბუნების იმ თვისებებიდან, რომლის მიხედვითაც არავის არ შეუძლია საკუთარი თავის მოსამართლე იყოს, და რომლის ძალითაც არც ერთ ექიმს, რომელიც სერიოზულად ავად, არასოდეს არ შეუძლია საკუთარი თავის მკურნალობა“.

სწორია, რომ ექიმები, ჩვეულებრივ, არაღ ავადებენ დაავადების საწყისი სტადიის დინამიკას, მაგრამ ძალიან სწორია, რომ ისმირად ავადმყოფი ექიმში თავისი კოლეგისგან იღებს ზედამხედველ კონსულტაციას ან რჩევადარიგებას, რაც აგრეთვე ხშირად ხდება მიზეზი ექიმებში დაავადების დაგვიანებული გამოვლინებისა. განა იშვიათია შემთხვევები, როცა მკურნალობის ელემენტარული პრინციპების საწინააღმდეგოდ, ლოგიკის მიუხედავად, მედიცინის მუშაკს ჭერ მკურნალობენ, ხოლო შემდეგ კი... იკვლევენ?!

ფ.ფ. გულდონიკოვმა შეისწავლა ქ. სვერდლოვსკის ჯანდაცვის მუშაკთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა და აღმოაჩინა, რომ 45,6 პროცენტი საჭიროებდა დისპანსერულ დაკვირვებას. დაავადებათა საერთო სტრუქტურაში პირველ ადგილზე აღმოჩნდა ნერვული სისტემის დაავადებანი, მეორეზე — სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა დაავადებანი და ა. შ.

ჩვენ, მედიკოსებს, ისე როგორც არავის, შეიძლება მოგვესადაგოს ვ.ი. ლენინის მოტყუებით: „...ჩვენ ძალიან გვიყვარს ავადმყოფების მკურნალობა, ძალიან თანაუგრძობთ და ვწუხვართ მიცვალებულთა გამო და ძალიან ცოტას თუ ვაკეთებთ იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ დაავადება და ნაადრევი, უღროო სიკვდილი“.*

ყურადღებას იპყრობს კიდევ ერთი მოვლენა. საბუნაო ასაკის ექიმებს შორის, რომელთაც აწკარად იციან, რომ ესა თუ ის დაავადება სკიროთ, აღინიშნება ტენდენციით, დაუმალონ ავადმყოფობა თავიანთ კოლეგებს, მიუხედავად იმისა, რომ ცუდად გრძობენ თავს. ეს განსაკუთრებით შეინიშნება პროფესორ-მასწავლებელთა და მეცნიერ მუშაკთა შორის. აქ თავს იჩენს ადამიანური თვალსაზრისით გამაგები შიში აქტიური მოღვაწეობიდან ჩამოცილებისა, შიში უსაქმოდ დარჩენისა. აწკვარი შემთხვევები ხშირად ტრაგიკულად მთავრდება ლექციებზე, საოპერაციო დარბაზებში, კონფერენციებზე.

სერიოზული საკითხია, როგორ უნდა მოიქცეს მკურნალი ექიმი დაავადებული კოლეგის მიმართ. არ უნდა დაეშვება, რომ ავადმყოფმა თვითონ „უხელმძღვანელოს“ დიპლომატიკასა და მკურნალობას.

* ბონი-ბრუვეიჩი... ვ. ი. ლენინი და მედიცინა. — მედიცინის რაბოტნიკი, 1931, №3. ციტ. ე. დ. აშკროვისა და ა. ბ. შევცევის მიხედვით. სსრკ შმა მეგზური, 1960, №4, გვ. 11 — 17.

ქერ კიდევ პროფესორი რ. ა. ლურია აღნიშნავდა, რომ ხშირად სწორედ ექიმები, როდესაც ისინი დაავადდებიან, ხელს უშლიან სწორი დიაგნოზის დასმას, „ეხმარებიან“ რა დაავადების გამოცნობაში. ამიტომ არ არის გამართლებული მკურნალი ექიმის მიერ მიცემული ამ სახის რჩევა-დარიგებები: „იქნებ ესა და ეს გავაკეთოთ“, ან „იქნებ, ეს მიგელოთ...“ ავადმყოფი ექიმის მიმართ ისეთივე მიდგომაა საჭირო, როგორც სხვა პაციენტების მიმართ. ისევე როგორც სხვა ნებისმიერ ავადმყოფს, მასაც უნდა მიეუთითოთ როდის და როგორ მიიღოს წყალი, კონკრეტულად რა დიეტა დაიცვას, როგორი უნდა იყოს დღის რეჟიმი.

მკურნალი ექიმის ამოცანა რთულდება, თუ დაავადებულ კოლეგას სერიოზული სენი აღმოაჩნდა. ამ დროს განსაკუთრებული სიმწვავეთ დგება საკითხი საექიმო სიმაართლის შესახებ. ავადმყოფის მზერა მეტყველებს, რომ მისთვის „ყველაფერი ნათელია“. როგორ მოვიქცეთ? ვფიქრობ, ასეთ შემთხვევებში სიცოცხლისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პროგნოზს. თუკი ექიმს არ აღმოაჩნდება დაავადება, რომელიც მისი მიმდინარეობის მოცემულ სტადიაში, სამწუხაროდ, არ დამთავრდება, მას სიმაართლე უნდა ვუთხრათ.

საექიმო სიმაართლეზე ცოტა როდია დაწერილი. ერთნი თვლიან, რომ ავადმყოფებს ყველა შემთხვევაში უნდა ვუთხრათ იგი, სხვები არ ეთანხმებიან ამ მოსაზრებას. როგორც უკვე მოვიხსენიეთ, აშშ-ში 1950 წლიდან უარი თქვეს ავადმყოფობის, კერძოდ, კიბოს დიაგნოზის დამალვაზე და პაციენტების უმრავლესობას ეუბნებიან სიმაართლეს. მაგრამ ბოლო წლების პუბლიკაციების მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, საკითხის ამგვარი მარტივი გადაწყვეტის შესახებ დისკუსიები არ ცხრება. მთავარი, რაც მე ღრმად მწამს, ის გახლავთ, რომ ავადმყოფს იმედი არ უნდა მოვუშალოთ.

ექიმ ი.-ს კუქის კიბოს შორსწასული ფორმის დიაგნოზი დაუსვეს. ავადმყოფს დაუმალეს. მასთან სანახავად მოვიდა სტუდენტობის დროინდელი მეგობარი.

— მე მინდა სიმაართლე ვიცოდე, — მიმართა ავადმყოფმა ძველ მეგობარს, — რათა შესაბამისი მითითებები მიცე. შენ ხომ ხარ ჩემი მეგობარი... მითხარი კიბო მაქვს თუ არა! ვალდებულები ხარ სიმაართლე მითხრა.

— სიმსივნეა.

ავადმყოფი ჩაფიქრდა.

— გმადლობთ სიმაართლისათვის, მაგრამ შენ... უკვე მომკალი.

როცა ზიგმუნდ ფროიდმა ექიმისგან შეიტყო, რომ კიბო სჭირდა, ჩაილაპარაკა: „ვინ მოგკათ უფლება, ამის შესახებ გეთქვათ ჩემთვის?!“

დაავადებული ექიმი, მაშინაც კი, როცა დაფიქრდება სინამდვილეში არსებულ ვითარებაზე, ისევე როგორც ყოველი ადამიანი ასეთ შემთხვე-

უაში. ცდილობს თავი დააღწიოს საბედისწერო ფაქტებს და ილუზიებს მისცეს თავი. სიცოცხლის სიყვარული, სიცოცხლის წყურვილი, ზოგჯერ უღმობელ ფაქტებზე ძლიერი აღმოჩნდება ხოლმე.

არ უნდა დავეყვით ექიმის მტკიცებას, თითქოს მას, როგორც მედიკოსს, „ყველაფერი ესმის“ და „შეიძლება ყველაფერი ვუთხრათ“. რაც მეტად მოითხოვს პაციენტი, რომ სიმართლე უთხრან, მით მეტად ეშინია ამ სიმართლისა.

ჩემი დაკვირვებების მიხედვით, ავადმყოფ ექიმს ერთდროულად დაავადების ორი კონცეფცია აქვს: ერთი უფრო პესიმისტური, რომელსაც ამბობს, მეორე უფრო ოპტიმისტური, რომელიც სულის სიღრმეში უნდა რომ სწამდეს. ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამ მეორე პიპოთეზის გამოვლინებას და მის დაბეჭითებით განმტკიცებას.

ყოველივე ზემოთქმული ეხება მედიცინის დარგში დიდ სპეციალისტებსაც. ცნობილია, რომ ნ. ი. პიროგოვი გარდაიცვალა ზედა ყბის ავთი-სებიანი სიმსივნით. თავდაპირველად ის არავითარ ყურადღებას არ აქცევდა თავის დაავადებას, თუმცა რამდენჯერმე კი გამოუთქვამს აზრი: „ნეტა, კიბო ხომ არ არის?“ მოსკოვში მოწვეულმა კონსილიუმმა დაადასტურა დიაგნოზი და შესთავაზა ოპერაციული მკურნალობა. ოპერაციის აუცილებლობამ ნ.ი. პიროგოვს ყოველგვარი ილუზია მოუსპო. მისი გუნებ-განწყობა და საერთო მდგომარეობა გაუარესდა.

მეუღლემ და ვაჟიშვილმა დაჟინებით მოითხოვეს ოპერაცია გაეკეთებინა საყოველთაოდ ცნობილ თ. ბილროტს ვენაში. თ. ბილროტმა გულდასმით გასინჯა თავისი არანაკლებ ცნობილი პაციენტი, კატეგორიულად უარყო დიაგნოზი და განაცხადა, რომ არავითარ საჭიროებას არ წარმოადგენდა ოპერაციული ჩარევა. როგორც მოწმობს ექიმი ს. ს. შკლიაროვსკი, რომელიც თან ახლდა ნ. ი. პიროგოვს ვენაში, „მოსკოვიდან ვენამდე მგზავრობისას განადგურებული და დაჩაჩანაკებული მოხუცი, კვლავ მხნე და ხალისიანი გახდა“. მოსკოვში დაბრუნებული კიდევ უფრო გამხნევდა, ბაღში თავის საყვარელ ვარდებს უვლიდა, ცხენით დასეირნობდა. გარკვეული დროის შემდეგ ავადმყოფობამ, საუბედუროდ, თავისი ქნა...

თანამედროვეთაგან ზოგზოგებმა თ. ბილროტს ბრალად დასდეს, თითქოსდა დაუდევრად მოეკიდა დიაგნოზს. თუმცა, ამისათვის არავითარი საფუძველი არ არსებობს. თ. ბილროტს ექვი არ ეპარებოდა, რა დაავადება სჭირდა სინამდვილეში ნ. ი. პიროგოვს, მაგრამ ითვალისწინებდა რა ავადმყოფის ზანდაზმულ ასაკსა და დაავადების შორსწასულ ფორმას, კარგად ესმოდა ქირურგიული ჩარევის უპერსპექტივობა.

როგორც ჰეშმარიტმა ექიმმა, მან გადაწყვიტა გამოეყენებინა თავისი

ავტორიტეტი, რათა ნ.ი. პიროგოვისთვის სიცოცხლის უკანასკნელი პერიოდი მა-ნც შეელამაზებინა.

ექიმთა ავადმყოფობის შესახებ რომ ვსაუბრობთ, არ შეიძლება გვერდი ავუაროთ საექიმო ტაქტიკის ზოგაერთ საკითხს იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფ მედიკოსს კიბოს შიში ან ჩერვული სისტემის ფუნქციური აშლილობა აწუხებს. ასეთი ავადმყოფები, სამწუხაროდ, აშკამად ცოტანი როდი არიან. ექიმებთან საუბრის შემდეგ ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, რომ თითქმის არ არსებობს ისეთი ექიმი, რომელსაც ავადმყოფობასას, განსაკუთრებით თუ მძიმედ არის ავად, არ აწუხებდეს კიბოს შიში. ძალიან ძნელია დაარწმუნო ექიმი, რომ მას ნამდვილად არ ჰქონდა ან არა აქვს კიბო, თუ ეს აზრი აეკვიატა. მას თავისებურად, (საკუთარი კონცეფციის სასარგებლოდ) ესმის ყოველი შემოხედვა, ყოველი სიტყვა, მდგომარეობის სულ ოდნავი გაუარესებაც კი. ავიწყდება, მაგალითად, რომ ოპერაცია ასე თუ ისე აზიანებს ორგანიზმს, რომ მის შემდგომ შესაძლებელია შეხორცებების წარმოქმნა და ა. შ. ყოველივე ეს მძიმე განცდებთან არის დაკავშირებული. ა. კრევე ამის თაობაზე წერდა, რომ გაცილებით იოლია ექიმს გაუკეთო სწორი ნაწლავის კიბოს ოპერაცია, ვიდრე დაარწმუნო, რომ ეს იყო პოლიპი.

რაც შეეხება ჩერვული სისტემის გამუდმებულ ფუნქციურ აშლილობას, ხშირად კარგ სამკურნალო ეფექტს იძლევა პაციენტის შრომითი დასაქმება.

მე გახლდით მოწმე იმისა, როგორ გაატარა თითქმის ერთი წელი საავადმყოფოში 28 წლის ექიმმა ქალმა ტ-მ იმის გამო, რომ ექვი ჰქონდათ სხვადასხვა დაავადებებზე. ტ. იმდენად „შეიქრა ავადმყოფობაში“, რომ ლოგინიდან აღარც დგებოდა. შრომითი თერაპიის წყალობით ექიმი ტ. მოკლე ხანში დაუბრუნდა ჩვეულებრივ საქმიანობას.

უარყოფითად ხომ არ იმოქმედა ტ.-ს ჭანმრთელობაზე, მის მიმართ გამოჩენილმა მეტისმეტმა ყურადღებამ, რამაც დადებითი ეფექტის ნაცვლად თანდათან გაუღრმავა თავისი მდგომარეობის სიმძიმის რწმენა?

ეს მაგალითი შეიძლება სხვა რამესაც მოწმობდეს, სახელდობრ, მკურნალი ექიმის დამოკიდებულება ავადმყოფი კოლეგის მიმართ, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა პაციენტის მიმართ, ინდივიდუალური უნდა იყოს.

ამ თავის დასასრულს, თავს ნებას მივცემ მოვიყვანო ნაწყვეტები ჩემი მეგობრის, ქირურგი პროფესორის შენიშვნებიდან. მან იცოდა, რომ მაინტერესებდა ავადმყოფი ექიმის ფსიქოლოგია და ნება დამართო გამომეჭეყნებინა ისინი.

„...დღეს ზეპირი მოლაპარაკების საფუძველზე მომათავსეს საავადმყოფოში.

ავადმყოფობის ისტორიაში უნდა ჩაეწერათ დიაგნოზი, რომლითაც საავადმყოფოში შემოვედი. მომართვა არ აღმომაჩნდა. „რა ჩაეწერო?“

— იკითხა ექთანმა. ექიმი შეყოვნდა, შემდეგ უპასუხა: „მერე ჩაეწერო...“ ეს ფსიქოთერაპია იყო — მან იცოდა, რა დაავადებაზეც ჰქონდათ ეჭვი.

განყოფილებაში, კორიდორში შეეხვდი ნაცნობებს, ისინი თითქმის უკვე გამოჯანმრთელდნენ ოპერაციის შემდგომ. არავისთან არ მინდა ურთიერთობა. ზოგიერთი, ვითომდა ხუმრობით, გაკვირებულთა: „როგორ, ექიმი თვითონ ავად არის?“ სხვები ცდილობენ სამედიცინო თემებზე მესაუბრონ, ან საკუთარ ავადმყოფობაზე, ან ჯანდაცვის ნაკლოვანებებზე. სხვა სიტუაციაში იუმორის გრძნობა არ მიღალატებდა, ახლა კი არავისთან და არაფერზე არ მინდა ლაპარაკი.

მეორე დღეა საავადმყოფოში ვარ. ვთხოვე, არავინ არ შემოუშვან ჩემთან. რაზე უნდა მესაუბრონ? სანუგეშებელი სიტყვების მოსმენა არასოდეს არ მიყვარდა. ჩემთვის ხომ ნათელია, რას ნიშნავს ბრონქების შევიწროება, ქოშინი, სიგამხდრე, ცვლილებები სისხლში. ჰოსპიტალიზაციამდე გადავწყვიტე შესაბამისი ლიტერატურა გადამეთვალთვალებინა, მერე უარი ვთქვი ამ განზრახვაზე. გამოჯანმრთელებაზე არავინ არაფერს არ წერს. ასახელებენ სხვადასხვა ვადას. რამდენი შეიძლება იცოცხლო, თუკი ოპერაცია წარმატებით ჩაივლის. რას ნიშნავს წარმატებით ჩავლა? საოპერაციო მაგიდაზე თუ არ დაგვრჩები. ყველაფერი ხდება, მე თვითონაც ხომ ვაკეთებ ოპერაციებს.

ესევეოლოდ აქსიონოვმა გარდაუვალი სიკვდილის მოლოდინში ყველაფრის „განრიგი“ შეადგინა: ვინ გამოვა სიტყვით, როგორი მუსიკა იქნება. ეს მიჩნეულ იქნა მშვიდ ვაჟაკობად. იქნებ, მან თავი ვერ დააღწია თავის პროფესიას, ის ხომ მსახიობი იყო. და მაინც, ეს რაღაც არაბუნებრივი მოვლენაა, თანაც საზარელი, ისევე როგორც ხიჩკოკის ერთ-ერთ ფილმში, რომელშიც ნაჩვენებია სიცოცხლეში დაკრძალვის რეპეტიცია. მე, სიმართლე გითხრათ, ნაკლებად მაინტერესებს „მერე“, მნიშვნელოვანი სხვაა — შეიძლება თუ არა ამის გადავადება?

გამახსენდა ორი ნაცნობი პაციენტი. ა. ონკოლისპანსერში იმყოფებოდა. ძვალზე გადაკრული ტყავიღა დარჩა. დიაგნოზი ექვს არ იწვევდა. უეცრად მომჯობინება დაიწყო. მას შემდეგ ათი წელი გავიდა, დღესაც ცოცხალია. გამოცანაა. ტ.-ს დიაგნოზიც ნათელი იყო, ჰისტოლოგიურად დადასტურებული. გამუდმებით მკურნალობდნენ. ონკოცენტრში საკონსულტაციოდ გაემგზავრა, აღმოჩნდა, რომ დიაგნოზი შეცდომით იყო დასმული. ცოცხალია და ჯანმრთელად გრძნობს თავს.

კიდევ ერთი... გამოვიდა წიგნი, სადაც განხილულია ფსევდოსიმ-

სიენები. ორასზე მეტ კაცს, განწირულებად რომ ითვლებოდნენ, ოპერაციის შემდეგ დიაგნოზი არ დაუდასტურდათ. ეს ფსიქოთერაპია არ გახლავთ — ჩვენთვის, ექიმებისათვის არის დაწერილი.

იქნებ მეც მოვხვდები გამონაკლისთა რიცხვში? თუმცა, მე რატომ? იმიტომ რომ მინდა? ასე ხომ ყველას უნდა სიცოცხლე. სტატისტიკას თვალი უნდა გაუსწორო, ის კი ცნობილია.

მალზიანებს საუბარი, ხმები და მგონი დამამშვიდებელი „მთვარის სონატა“ კი (რადიოთი გადმოსცემდნენ). არანაირი საკითხავი არ მიტაცებს, თუმცა გვერდით მიდევს ჩემი საყვარელი „ფორსაიტების საგა“ და ამგვარ სიტუაციებში რეკომენდებული დეტექტივები.

მამშვიდებს წვიმა, გამუდმებით რომ წაბუნებებს ფანჯრის მინებზე.

მიუხედავად მიღებული საძილე წამლისა, ღამე ცუდად მეძინა. ყველაფერი ვიღონე, რათა თავი დამეღწია მძიმე ფიქრებისათვის. ვცდილობდი „აღმედგინა“ მხოლოდ კარგი მომენტები ჩემი ცხოვრებიდან. ასე ვთქვათ, ვაჯამებდი განვლილ გზას. გავიხსენე ადგილები, სადაც ვყოფილვარ: ნაცრისფერი ბურუსით მოცული სენა, ვენის ტყე, სან-ფრანცისკოს მომხიბვლელი გარეუბნების სიწყნარე. თითქოსდა მიძინებულნი, დამამშვიდებელი ოსლო. საინტერესოა, რომ თვალწინ მხოლოდ ის მიდგას, რაც არ უკავშირდება ხმაურსა და მხიარულებას. „დავიანებ“ აგრეთვე უფროსი, რომელიც აგრეთვე ძალიან მომწონს (ისევ და ისევ თავისი სიმყუდროვით) და თოვლით დაფარული პატარა ზღვისპირა დაბა ვიზუ.

ა. ი. მთასნიკოვის შესახებ წერდნენ: მკურნალობდა; ეძიებდა; წერდა; უყვარდა; ცხოვრობდა. მე მას ვიცნობდი და თავს არ ვადარებ. მაგრამ ჩემს ცხოვრებაშიც იყო ყველაფერი ეს. ცხოვრებას არ ვემდური. მართალია, უფრო მეტად იმაზე ვფიქრობ, რაც მიყვარდა, ვიდრე იმაზე. რასაც ვწერდი.

შევცაადე წარმომედგინა ტყე, მხოლოდ ფიქვანარი. ზღვის ტალღები, გვირილებით გადაპენტილი მინდორი. მინდორდა შემეგრძნო ბავშვობის-დროინდელი სურნელი აყვავილებული კაკლისა და აკაციისა. ვერ მოვახერხე.

საინტერესოა, რას ფიქრობენ სხვები ასეთსავე წუთებში? და კიდევ, როდის უფრო იოლია „განზორება“ — როცა გაქვს მოსაგონარი, თუ როცა არაფერი გაკავშირებს წარსულთან?

მერე დავიწყე განსჯა: სულ ერთია, ძირითადი უკან ჩამოვიტოვე, რა განსხვავებაა 50 წელი ვიცოცხლე, 60 თუ 70? ათი-ოცი წელი ერთი გაელვებაა. განა 80 წლის ასაკში ნაკლებად უნდათ სიცოცხლე? ჩემი დაკვირვებებით — არა.

...მომეჩვენა, რომ ნაღვლიანი ინტერესით შემომცქერის ჩემი საყვარელი თეთრი, ფუმფულა, უღვაშებოანი კატა და... გამომეღვიძა.

ხშირად ვფიქრობ მასზე და სევდა და სინაზე მეუფლება. ყოველთვის მაცილებდა და მხედებოდა ზღურბლთან. კუზია — ასე ჰქვია ჩემს პატარა მეგობარს, მშვენივრად ასხვავებდა, რამდენად ახლოს ვიყავი იმათთან, ვინც ჩემთან დადიოდა, და შესაბამისად ექცეოდა მათ: ზოგს ზედაც არ ნებებოდა, ზოგს კი მიეხალისებოდა ხოლმე... მიყვარს ცხოველები. მათში ვხედავ იმ უშუალობას, რაც ასე იშვიათი გახდა ადამიანებში.

დღეს კონსილიუმია.

იგი შედგა. ოპერაციის აუცილებლობას ეჭვი არ გამოუწვევია აი, უკვე რამდენიმე დღეა, ოპერაციისათვის მამზადებენ. დიაგნოზზე ხმას არ იღებენ. ვარაუდობენ, რომ ჩემთვის ყველაფერი ნათელია. ჩემმა მეგობარმა — ონკოლოგმა მკითხა ბრონქოსკოპიისას ქსოვილის რამდენი ნაჭერი აიღეს ბიოფსიაზეო. ვუპასუხე: სამი თუ ოთხი-მეთქი. „ესე იგი, დიაგნოზი ნათელი არ არის, თორემ ერთს აიღებდნენ“. — მითხრა მან. ნეტავ იცოდეს, ამ ფრაზით როგორი იმედი ჩამისახა. ეს ხომ, მართლაცაა, ლოგიკურია. მესმის, რომ ესეც არაპირდაპირი ფსიქოთერაპია იყო. ვიცი, ჩვენ ყველანი ვიტყუებთ — ხოლმე თავს, მაგრამ იქნებ, მაინც...

წაპიკითხავს, რომ გფრ-ში ავადმყოფების გამოკითხვისას 60 პროცენტს სურდა სცოდნოდა სიმართლე, როგორი საშინელიც არ უნდა ყოფილიყო იგი. მე უმცირესობას ვეკუთვნი. მინდა დამაჩერებელი ტყუილი. ახლა მივხვდი, რა საშინელებაა ილუზიას მოკლებული ცოდნა.

მინდა, ხვალ, ცამეტში გამიკეთონ ოპერაცია. მგონი, გაცემა გამოიწვია ჩემმა სურვილმა. ვალიარე, ყოველთვის ბედი მწყალობდა ცანკტ რიცხვში-მეთქი. საერთოდ, ცრუმორწმუნე არა ვარ, ახლა კი გავაღდი... სისუსტის ნიშანია.

...ოპერაციის შემდეგ ათი დღე გავიდა გონება მომიღუნდა, შეუქლოდ ვარ, ფერი დაკარგე, ვიცი, რომ დიაგნოზი არ დადასტურდა. მახსოვს, როგორც კი გამოვფხიზლდი ნარკოზიდან, ჩურჩულით ვიკითხე, რა აღმომაჩნდა-მეთქი. მიპასუხეს, ყველაფერი წესრიგშიაო. ვიკერდი ექიმებისა და ექთნების მზერას, იმის მიხედვით მივხვდი, რომ არ იტყუებოდნენ. არ მომიტხოვია, ეჩვენებინათ ავადმყოფობის ისტორია. შევნიშნე, რომ აღარ მიმაღავედნენ. ეს იყო ორიგინალი, დაფურცლული, პირველ გვერდზე ჩანაწერები სხვადასხვა ფერის ძელნით გაეკეთებინათ. სამი დღის წინ გავიგე ჰისტოლოგიური გამოკვლევის პასუხი. იშვიათი დაავადება აღმომაჩნდა. საიქიოდან მოვბრუნდი.

გულმკერდის არეში ტკივილს ვგრძნობ, მიჭირს გადაბრუნება, დახვე-
ლება. ღრმად სუნთქვა და მაინც, ნებისმიერი ფიზიკური ტკივილი არაფე-
რია იმ საშინელ ფსიქიკურ დარტყმასთან შედარებით, რომელიც ოპერა-
ციამდე გადავიტანე.

აქამდე თითქოს ვახერხებდი კონტროლი გამეწვია საკუთარი საქცი-
ელისათვის. ახლა ნერვული სისტემა მოეშვა. მოღუნების რეაქციაა. თავი
ხელში უნდა ავიყვანო...

...ქალაქგარეთ სარეაბილიტაციო განყოფილებაში ვიმყოფები. ყუავის
შოთხვი. ასე მძაფრად არასოდეს მიგრძვნია მისი სურნელი. ფანჯარასთან
შოშია გალობს. დიდებულა! ტყეში გავისეირნე. ზღარბს გადავაწყდი,
ხელში ავიყვანე. პირველად ვნახე, რომ ყურები ჰქონია. თუმცა, რატომაც
არ უნდა ჰქონდეს? უბრალოდ, არასოდეს დავფიქრებულვარ ამაზე. რბილი,
ფაფუკი მუცელი აქვს. ჩემთვის სრულიად ახალი სამყაროა და ვცდილობ
ჩაეწვდე, მაგრამ დავგიანებულა. წლების მანძილზე ექადაგებდი ცხოვრე-
ბის რაციონალური წესის შესახებ, იმაზე თუ რა სასარგებლოა ბუნებასთან
ურთიერთობა. მე თვითონ კი პირველად ვნახე ზღარბის ყურები. გამახსენ-
და თომას მანი. ის ამბობდა, რომ ავადმყოფობა ეს არის „გენიალური“ გზა
შემეცნებისაკენ, ადამიანის სულისა და სიყვარულისაკენ. ადრე არ მესმო-
და, რატომ იყო „გენიალური“. ახლა, მგონი გავიგე.

ყველ ადამიანს საკუთარი წარმოდგენა აქვს ბედნიერებაზე. არ ვიცი,
ვის ეკუთვნის ეს აზრი: ველური, სარკის ნამსხვრევს რომ იპოვის. უსაზ-
ღვროდ ბედნიერია: ჰემინგუეის ჰქონდა ყველაფერი, რაზეც შეიძლება
ადამიანმა იოცნებოს, და მაინც უბედურად გრძნობდა თავს. ალბათ, უბრა-
ლოდ ავად იყო. ბანალურია, მაგრამ ბედნიერება ჩანმრთელობით იწყება.

სულ ვფიქრობ, ავადმყოფობისას რატომ მეპყრობოდნენ გულისხმი-
ერად. ჩემი პროფესია ითვალისწინებს ერთნაირ დამოკიდებულებას ყვე-
ლას მიმართ. მეისრის ან მინისტრის ავადმყოფი გულის მკურნალობა
სხვადასხვანაირად შეუძლებელია. შეგნებულად „ცუდი“ ან „საშუალო“
მუშაობა გამორიცხებულია. როცა შეგიძლია, უარი არ უნდა თქვა. მიკვირდა,
მეც რომ ასევე მექცეოდნენ. ჩემი საქციელი ისევე ნორმალურ მოვლენად
მიმაჩნდა, როგორც იმათი—პათოლოგიად. არ ვკეკლუცობ. ალბათ, რალაც
შეცდომას ვუშვებ გარშემომყოფთა შეფასებაში. „რალაც“ — იმიტომ, რომ
საბოლოოდ უარს როდი ვამბობ ჩემს შეხედულებებზე. ადამიანების ურთი-
ერთობაში ხშირია ყალბ ღიმილს ამოფარებული ანგარება, მომხმარებლური
მიდგომა და შური.

ისევე როგორც ყველასი, ჩემი ცხოვრების სწორი ხაზიც მრუდდებოდა
ხოლმე. დათმობაზეც წავსულვარ, ჩავარდნებიც მქონდა და ზიგზაგებიც.
ძირითადად კი, როგორც ჩანს, ყველაფერი სწორი იყო.

დღეს მინახულა ლ.-მ. მრავალი წელია ერთმანეთს ვიცნობთ. ეფექტუ-
რი ქალია, ჩემზე 15-20 წლით უმცროსია. ასეთ ქალებთან ერთთავად დაძა-
ბული ვარ. ამას ასაკის სწავობის კომპლექსს ვუწოდებ. მიამბო, რა გადა-
იტანა ჩემი ავადმყოფობის გამო. ძალიან გამიკვირდა. თურმე ყველაზე
საშინელი დიაგნოზის ეშინოდა. სწორედ იმის — არ დაასახელა.
ოპერაციამდე ვინც მინახულა, იმათგან მხოლოდ ერთ-ერთმა ჩემმა მოწა-
ფემ მითხრა, რა დიაგნოზს ვარაუდობდნენ და რაზეც თურმე, „ყველანი
ლაპარაკობდნენ“. ეს თქვა გაღიმებულმა, მერე კი უსუსურად შეეცადა
დავემშვიდებინე. ახალი არაფერი უთქვამს ჩემთვის, მაგრამ არ გავუმხნე-
ვებოვარ და კიდევ უფრო განმიმტკიცა მტანჯველი აზრები. ახლა ეფიქრობ:
როგორი საქციელი იყო მისი მხროვ? დაბნეულობა? უსულგულობა? სისას-
ტიკე? ვილაკამ აღნიშნა, რომ ზოგიერთი მოწაფე განსაკუთრებით გულ-
წრფელია, როცა ამბობს: „მშვიდად დაიძინე, ძვირფასო მასწავლებლო,
შენი ნათელი საქმე დიდი ხანია ჩვენს საიშედო ხელშია...“

იქნებ, მაინც უბრალო მოუფიქრებლობაა? საინტერესოა, რომ მთელ
ავადმყოფობის მანძილზე ერთხელაც არ წარმომითქვამს არც დაავადების
დასასრულება, არც მისი სინონიმები. მხოლოდ ახლა მიეხვდი, რომ გვერდს
ვუვლიდი მათ. სიტყვის წინაშეც კი ქვეცნობიერ შიშს ვგრძნობდი.

ლ.-მ ომარ ხაიამის „რუბაები“ მომიტანა:

რწმენასა და ურწმუნობას — შორავთ ერთი წამი.

მისაწოდოს და მიუწოდომელს — შორავთ ერთი წამი.

მამ ბოლომდე გამოსცალე სიკაბუჯე, ლხენა!

აქ ყოფნას და აქ არყოფნას — შორავთ ერთი წამი.

მეყოფა კი ნებისყოფა სიცოცხლის დარჩენილ წლებში მართლაც დაე-
ბრძენდე, ბოლომდე შევიგრძნო და შევიგნო, რომ „აქ ყოფნას და აქ არყო-
ფნას — შორავთ ერთი წამი“?...“

მოწოდება თუ პროფანისიის არჩევა

ხელ. ისევე როგორც დღეს ექიმი შეინარ-
ჩუნებს ქურუმის წოდებას და ამასთან ერთად
საშინელ, სულ უფრო მზარდ პასუხისმგებლო-
ბას... და ექიმის ცხოვრება იქნება ისეთივე,
როგორიც არის დღეს — ძნელი, მშფოთვარე,
გმირული და ამაღლებული.

ა. შორაძე

დასასრულ თავს ნებას მივცემ მიუებრუნდე იმას, რითაც ეს წიგნი
იწყება. იმას, რაც მე აქ განხილული ყველა საკითხის დედააზრად მესახება.
...ერთხელ წერილი მივიღე ნ.-სგან — ჩემი ნაცნობების ქალიშვი-

ლისაგან. მან საშუალო სკოლა დაამთავრა და გადაწყვიტა სამედიცინო ფაკულტეტზე შესვლა. „მე მესმის, რომ ეს ნაბიჯი საპასუხისმგებლოა, მაგრამ როგორ დავრწმუნდე, რომ მართებულია? ხომ არ შევცდები? გამოვა ჩემგან ექიმი?“ — აი, კითხვები, რომლებიც წერილშია დასმული.

პროფესიის არჩევა, საკუთარი ცხოვრებისეული გზის ძიება სულაც არ არის იოლი. ალბათ, ასეთივე კითხვები მოსვენებას უკარგავს იმათ, ვისაც იურისტობა, არქიტექტორობა ან აგრონომობა უნდა. თუმცა, რომელი ჩვენთაგანის წინაშე არ წამოჭრილა ეს საკითხები. მთავარია, არ შევცდეთ. ჩემთვის ახლობელია ყველაფერი, რაც ჩემს პროფესიასთან არის დაკავშირებული. იქნებ, პასუხი ნ.-ს წერილზე დაგვეხმაროს ჩვენც დღეთ ექიმის პროფესიის სიხარულსა და სირთულეებს. აი, ეს პასუხიც.

„...არავის არ ურჩიო ექიმობა! და თუ ვინმე მოისურვებს ამას, გადათქმევიანე, დაეინებით და განმეორებით!“ — ეს სიტყვები ეკუთვნის ზონდერეგერს — წარსულში ერთ-ერთ საუკეთესო შვეიცარიელ ექიმს, რომელსაც მგზნებარედ უყვარდა თავისი პროფესია.

წინააღმდეგობა ხომ არ გამოსჭვივის ამ ნათქვამში? ჩემი აზრით არა, და აი, რატომ.

თითქმის ყველას ყავს „ექიმი, რომლისაც სჯერა“, და სხვები, რომელთა შესახებაც „...სჯობს არ ვილაპარაკოთ“. როცა ექიმებს ლანძღავენ, ხოლო მედიცინით უკმაყოფილონი არიან, ახსენდებათ ისინი, ვისაც „არაფერი არ გაეგება და კინალამ დამასამარა...“ ხოლო როდესაც ზოგჯერ მშობელს დაეინებულები აქვს ქალიშვილი ან ვაჟიშვილი „სამედიცინოში“ შეიყვანოს, თვალწინ უდგათ მცოდნე, პატივსაცემი და კარგი ექიმი. თანაც, როგორც ზოგიერთი ფიქრობს, ხოლო ზოგჯერ ამბობს კიდევ: „ექიმი ყველა შემთხვევაში ექიმად რჩება, და ამ სპეციალობით მშიერი არ მოკვდება...“

მაგრამ განა ყოველი ექიმი მოუტანს სარგებლობას ადამიანებს? სინა-ნული ხომ არ დაეუფლებათ არჩეული პროფესიის გამო?

...ექთანმა ტ.-მ ავადმყოფს კოტოშები მოჰკიდა. გადაავიწყდა და ერთი საათის შემდეგ მოხსნა. ავადმყოფს ზურგზე ბუშტუკები გაუჩნდა. მეორე პაციენტ ქალს ინიექცია გაუკეთა. როცა ავადმყოფმა უსაყვედურა, ნემსი ბლაგვიანო, ტ.-მ გაღიზიანებულმა უპასუხა: „ყველა ითმენს — თქვენც მოითმინეთ“. როგორ უნდა მოექცეულიყავით? კოლექტივმა დაეინებით მოითხოვა იმ ექმნის განთავისუფლება, როგორც უეარგისი მუშაკისა.

მე ვეუბნებოდი, შეიცვალეთ სპეციალობა, თავი დაანებეთ მედიცინას-მეტქი. ის წავიდა... და განცხადება შეიტანა სამედიცინო ფაკულტეტზე. დღემდე ვერ გამიგია, რატომ.

სხვა შემთხვევას მოგახსენებთ. ექიმ კ.-ს ვაჟიშვილი სამედიცინო

ფაქულტეტზე სწავლობდა. დაამთავრა და სამი წლის შემდეგ იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ავადმყოფების მკურნალობა იოლი საქმე არ არის, „ავადმყოფობის ისტორიები ნერვებს უშლის“, პორტში მუშაობა გაცილებით იოლია და მეტ ფულსაც შოულობენ. ის სიამოვნებით დააღწევდა თავს კენესას, ჩივილს, ცრემლებს, მაგრამ დიპლომი... გასაქანს არ აძლევს. ასე გაატანს პენსიამდე, თავის არჩევანით გაბოროტებული და შინაგანად გულგრილი ავადმყოფისადმი. სად ვეძიოთ შეცდომა? პროფესიის არჩევისას. დამნაშავეა თვითონ და მამამისი.

იბადება კითხვა, შეიძლებოდა 17 წლის ასაკში განეკვირება იმედის გაცრუება, 26 წლის ასაკში რომ დადგებოდა? რა ნიშნებით დავადგინოთ საექიმო მოღვაწეობისათვის ვარგისიანობა?

ხელოვნებაში შეიძლება არსებობდეს რაღაც კრიტერიუმი. ასევე მეცნიერების ისეთ დარგებში, როგორცაა მათემატიკა ან ფიზიკა. და ბოლოს, სავსებით თვალსაჩინო „ტესტი“ მომავალი მწერლებისა თუ პოეტებისათვის.

მედიცინა კი მეცნიერებაცაა და ხელოვნებაც. ის ადაქიანისაგან მოითხოვს გულკეთილობას, გამჭრიახ გონებას, დიდ კულტურასა და რკინის ნერვებს.

მასსოვს, „კომსომოლსკაია პრავდაში“ დაიბეჭდა სტატია: „ვინ იქნება პედაგოგი?“ სტატიის ავტორი წერდა, რომ მასწავლებლად უნდა დაიბადო. არ ვიცი, შეიძლება „ექიმად დაიბადო“, თუ არა, მაგრამ ჩემი აზრით, ვისაც გადაწყვეტილი აქვს თავის ცხოვრება მედიცინას მიუძღვნას, პირველ ყოვლისა, სრულიად მკაფიოდ უნდა ჰქონდეს წარმოდგენილი ექიმის მიმართ წაყენებული ყველა მოთხოვნილება და ის სიძნელეები, რაც თან სდევს ექიმის შრომას.

ისტამბება ბროშურები ახალგაზრდობისათვის პროფესიის არჩევის თაობაზე, მაგრამ ბევრი მათგანი მეტისმეტად საზეიმოდ ხატავს ექიმის სამუშაო დღეს. ეფექტური შემოვლები... ექიმს უჭირავს მაცოცხლებელი სითხით სავსე შპრიცი... ერთი ჩხელეტა — და ავადმყოფი ცოცხლდება.

ან კიდევ საკმაოდ ტრივიალური გახდა ჭირურების „წარმოსახვა“ ეკრანებზე, სპექტაკლებში და ზოგიერთ სტატიაში:

„...ნებისყოფის გამოშხატველი ნიკაპი, ჭიუტად შექმუხვნილი წარბები, ნაწყვეტ-ნაწყვეტ საუბარი.

— სამაგრი!

— ტამპონი!

— გაკერე!

მკვეთრად იძრობს ხელთათმანებს, დაუღევრად აგდებს გვერდზე, გზადაგზა ისვრის სიტყვებს:

— იცოცხლებს!

ფანჯრისკენ შეტრიალდება. სიგარეტს მოუყიდებს. ნერვულად მოქაჩავს. არ მოეკიდა. დასრისავეს სიგარეტს, ახალს ამოიღებს...“

რა თქმა უნდა, ასეც ხდება ხოლმე. მაგრამ ექიმის სამუშაო დღეები გაცილებით რთული და პროზაულია. ეს უკვე კარგად ესმით სტუდენტ-მედიკოსებსაც კი. ორენბურგის სამედიცინო ინსტიტუტში ჩატარებული გამოკითხვისას, პირველ კურსზე ქირურგობა უნდოდა სტუდენტთა 63 პროცენტს, ხოლო უკანასკნელზე — 18 პროცენტს. სოფიის სამედიცინო ფაკულტეტზე შესაბამისად — 25,4 და 12,8 პროცენტს. ეს ციფრები მეტყველებენ არსებულ სიტუაციაზე.

აკადემიკოსი ბ.ვ. პეტროვსკი შემთხვევით როდი მოუწოდებდა ჟურნალისტებს უფრო ფართოდ აესახათ ექიმების ყოველდღიური საქმიანობა და არ შემოფარგლულიყვნენ მხოლოდ გმირული საქციელის აღფრთოვანებული აღწერით.

ექიმის სამუშაო დღეები...

იცით თუ არა თქვენ, რომ ექიმს მაშინაც კი არა აქვს მოსვენება, როცა ხალაათი აღარ აცვია? განა იმიტომ, რომ დღე-ღამის ნებისმიერ დროს, წვიმაში, ქარბუქში შეიძლება ავადმყოფთან გამოუძახონ, არამედ იმიტომ რომ, ექიმის შრომა — ეს არ არის ავადმყოფის საწოლთან გატარებული ოცდაათი წუთი.

ეს გახლავთ უსასრულო შრომა სახლში, წიგნზე, მღელვარება დიაგნოზისა და მკურნალობის გამო, ბრძოლა ყოველგვარ ექვებთან. ნებისმიერ ვითარებაში ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ ექიმი. მეზღვაური ზღვის გარეშე — მეზღვაური არაა, მშენებელი მშენებლობის გარეშე მშენებელი არაა. ექიმი — მუდამ ექიმი.

თქვენ შეიძლება მოგიხდეთ ფილარმონიის ფოიეში აზრი გაუზიაროთ ნაცნობ ხელოვნებათმცოდნეს მოსმენილი კონცერტის თაობაზე — ნუ იწყებთ, თუ საუბარი გადაინაცვლებს ნაღვლის ბუშტში კენჭების მკურნალობის თემაზე. მოგიხდათ დამქანცველი დღის შემდეგ საღამოს ქუჩაში გასეირნება, გაზაფხულის სურნელის შეგრძნება — ნუ გაგიკვირდებათ, თუ ხუთი შემხვედრიდან ოთხი ავადმყოფობაზე ჩამოაგდებს საუბარს.

მაგრამ სხვანაირადაც ხდება. მედიცინა ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილი. და აი, ამ არასრულყოფილებისათვის თქვენ მოგთხოვენ პასუხს და არა მეცნიერებას. ეს კი არც ისე იოლი საქმეა. უკულტურო ადამიანი თქვენ დაგიწყებთ ლანძღვას, თქვენ კი სიმშვიდე უნდა შეინარჩუნოთ, საღამოს საძილე საშუალება მიიღოთ, ხოლო დღით პალატაში გაღიმებული შეხვიდეთ. ეს ღიმილი ძალიან ძვირი ღირს.

არის ასეთი მოსაზრება, რომ დროთა განმავლობაში ექიმებს იმუ-

ნიტეტი უმუშავდებოდა ადამიანის ტანჯვის მიმართ. ეს ასე არ არის. ალბათ, ჩვენ, ექიმებსაც გვეხება რომენ როლანის სიტყვები იმის შესახებ, რომ ერთხელ და სამუდამოდ გამარჯვება შეუძლებელია, ყოველდღიურად უნდა გაიმარჯვო.

ქმა ბოვარის სიკვდილს აღწერისას ფლობერს პირში დარიშხანის გემო და მოწაშვლის ნიშნები გაუჩნდა. ლ.ნ. ტოლსტოი ერთხელ თავის კაბინეტიდან თვალტრემლიანი გამოვიდა. როცა ჰკითხეს, რა მოხდაო, მან ხელი ჩაიჭნია და უპასუხა: „ეს-ეს არის თავადი ბალკონსკი გარდაიცვალა“. მამა გორიო რომ მოკვდა, ბალზაკი იჭდა გაფითრებული, გულისცემა შეწყვეტილი და არეული ჰქონდა.

არ შეიძლება ვერ მიხვდე ამ მწერლების განცდებს. მაგრამ ამ შემთხვევაში მაინც წარმოსახვით სიკვდილზეა საუბარი. როცა ექიმს ავადმყოფი უკვდება, იგი რეალურად ზედას ამას. კეშმარიტი ექიმის სულის ნაწილი ყოველ სასიკვდილო შემთხვევას თან მიყვება, ის კვალს ტოვებს მის ნერვებზე, გულში, ჯანმრთელობაზე, მოსვენებაზე. თქვენ წარმოგიდგენიათ, რას გრძნობს ექიმი, როცა ახლობლებს უნდა აცნობოს იმის შესახებ, რომ მათი მამა ან შვილი გარდაიცვალა? ან იქნებ ფიქრობთ, რომ პროფესიამ შეიძლება ჩაახშოს ადამიანური გრძნობები?

მედიცინის ისტორიაში ცნობილია შემთხვევები, როცა გამოჩენილ ექიმებს უარი უთქვამთ პრაქტიკულ მოღვაწეობაზე, ვინაიდან ძალა არ შესწევდათ ეზიდათ ასეთი ტვირთი. ისეთი დიდი ქირურგიც კი, როგორც თ. ბილროთი გახლდათ, ვერ მოერია თავს. გარკვეული ხნით საექიმო პრაქტიკაზე უარი განაცხადა გამოჩენილმა თერაპევტმა ს.პ. ბოტკინმა.

თქვენ გაქვთ უფლება თქვათ, რომ ყოველივე იმან, რის შესახებაც მე ვწერ, შეიძლება ცუდი აგიტრუოთ მედიცინაზე. რა გაეწყობა, სჯობს სულაც არ გადააბიჯოთ მის ზღურბლს, ვიდრე ექიმი რომ გახდებით, პორტში მუშაობაზე იოცნებოთ.

თქვენთვის ალბათ ცნობილია ლევ ტოლსტოის ერთ-ერთი პასუხი ლეონიდ ანდრეევის შეკითხვაზე — როგორ ვისწავლოთ კარგად წერა: თუ თქვენ ჩაიფიქრეთ წიგნის დაწერა, მაგრამ გრძნობთ, რომ შეგიძლიათ არ დაწეროთ, ჯობია ნუ დაწერთ. მედიცინა ლიტერატურა არ არის, მაგრამ თუკი ადამიანმა იცის საექიმო მოღვაწეობის სირთულენი და გრძნობს, რომ ვერ გაუმკლავდება მათ, უკეთესია სხვა გზით წავიდეს. სანამ გვიან არ არის. არ შეიძლება, როგორც ეს ერთ-ერთ სამედიცინო ინსტიტუტში მოხდა, ექიმს დიპლომი გადაეცეთ, თან პატიოსანი სიტყვა ჩამოვართვათ, რომ არასოდეს არ დაიწყებს... საექიმო მოღვაწეობას! ჩემზე მძიმე შთაბეჭდილება მოახდინა ბ.ი. პერვომასკის მიერ მოყვანილმა ერთმა ციფრმა: ერთ-ერთი სამედიცინო ინსტიტუტის მეხუთე კურსის სტუდენტთა გამო-

კითხვისას აღმოჩნდა, რომ დაახლოებით 20 პროცენტს არავითარი მიდრეკილება არ გამოუმჯღავნებია თავისი მომავალი სპეციალობის მიმართ. ან საერთოდ არ აინტერესებს მედიცინა.

ლიტვის სსრ-ში სტუდენტ მედიკოსთა შორის სწავლას თავი მიანება სამკურნალო ფაკულტეტის 20 პროცენტმა, პედიატრიულის 12,6 პროცენტმა და სტომატოლოგიურის 16 პროცენტმა. ძირითადი მიზეზი არჩეული პროფესიით დაუკმაყოფილებლობა იყო. ჩემი აზრით, ეს ადამიანები უფრო მეტ პატივისცემას იმსახურებენ, ვიდრე ისინი, ვისთვისაც შემდგომში მედიცინა, როგორც ვილკამ თქვა, მეუქვესე თითი აღმოჩნდება ფეხზე. ასეთ გადაწყვეტილებაში არა მარტო მოქალაქეობრივი მამაცობა გამოსკვივის, არამედ პატიოსნება და პასუხისმგებლობის გრძნობა საზოგადოების წინაშე.

თუ ყოველივე ეს ნათლად გაქვთ წარმოდგენილი, და მაინც გადაწყვეტთ სამედიცინო ფაკულტეტზე შესვლას, მეტი შანსი გექნებათ, რომ თქვენგან მოხელე არ დადგება. და მაინც, სანამ განცხადებას შეიტანდეთ ინსტიტუტში, უბრალოდ წარმოებაში კი არა, სანიტრად ან ექთნად იმუშავეთ. გაიტანეთ ხოლმე ღამის ჭურჭელი, ყური მიუგდეთ კენესას, შეიგრძენით სიცოცხლის ფასი, და მხოლოდ ამის შემდეგ მიიღეთ გადაწყვეტილება. შეგახსენებთ, რომ აბიტურიენტთა თითქმის ნახევარმა, უკრაინის სამედიცინო ინსტიტუტებისაყენ რომ ილტვოდა, საავადმყოფოებში მორიგეობის შემდეგ გადაწყვეტილება შეიცვალა. ქალებო, მითუმეტეს, ნუ დაივიწყებთ, რომ თქვენ არა მარტო ექიმობა მოგიწევთ, არამედ ცოლობაც და დედობაც, რაც ჭერჭერობით გაცილებით რთული საქმეა, ვიდრე ქმრობა, მამობა და ექიმობა. დიახ, რთულია, მიუხედავად ქალებისათვის მინიჭებული ყველა უფლებისა.

ყოველივე ზემოთქმულის შემდეგ მოსალოდნელია შეკითხვა: განა არ ხდება, რომ ადამიანი შემთხვევით მოხვდება სამედიცინო სფეროში ან ისე, რომ არაფერი გაეგება ამ სირთულეებისა, და მაინც კარგი ექიმი დგება მისგან?

ცნობილია, რომ მოწოდება (საუბარია არა მარტო საქეიმო მოღვაწეობაზე) შეიძლება გამოვლინდეს, ერთი შეხედვით, მოულოდნელად. ქიმიკოსმა ლუი პასტერმა კაცობრიობას მისცა ცოფის საწინააღმდეგო ვაქცინა. ფიზიკოსმა ვილჰელმ კონრად რენტგენმა „X“ სხივებით საფუძველი ჩაუყარა ახალ ერას მედიცინაში. ექიმმა ლუიჯი გალვანიმ ელექტროდენი აღმოაჩინა. ოფთალმოლოგმა ლ.ზამენჰოფმა სახელი მოიხვეჭა როგორც საერთაშორისო ენის „ესპერანტოს“ შემქმნელმა, ხოლო ექიმ ნიკოლოზ კოპერნიკი ისტორიაში შევიდა როგორც გამოჩენილი ასტრონომი.

და მაინც, ეს და სხვა ამგვარი მაგალითები შემთხვევითობაზე არ შეტყველებენ: უბრალოდ, მოწოდება პროფესიაზე ძლიერი აღმოჩნდა. მით უფრო მოსალოდნელია მოწოდება ისე გამოვლინდეს, რომ ადამიანი სტრუქტურობიდანვე არ ვარაუდობდეს მას. თუმცა, ალბათ, ამგვარ გამოწვევებს კანონზომიერებად ვერც ჩავთვლით.

ტიბეტურ მედიცინაში ცნება „ცუდი ექიმი“ არ არსებობს. ცუდი — ნიშნავს, რომ ექიმი არ არის. უნდა ვისწრაფოდეთ მინიმუმამდე დაეყვანოთ საექიმო პროფესიის არჩევრსას დაშვებული შეცდომები, რომელთა მიზეზითაც ცუდი ან თუნდაც საშუალო ექიმები იარსებებენ.

გაცილებით იოლია შენს პროფესიად აირჩიო ექიმობა, ვიდრე მოწოდებით იყო ექიმი.

აბერტი სხვა სპეციალობის ადამიანი ისე სრულად ვერ შეიგრძნობს წინააღმდეგობრიობითა და დრამატიზმით აღსავსე ცხოვრებას, როგორც ექიმი.

ონკოლოგიურ დისპანსერში საკონსულტაციოდ მიმიწვიეს 30 წლის შამაკატან, რომელსაც ავთვისებიანი სიმსივნე აღმოაჩნდა ისეთ სტადიაში, როცა მისი განკურნება შეუძლებელი იყო.

ერთ საათზე შეტხანს ვისაუბრეთ. ავადმყოფი მთხოვდა რაიმე გამეკეთებინა, რათა მას კიდევ ჰქონოდა საშუალება ქუჩაში ესეირნა თავის ზუთი წლის ქალიშვილთან ერთად.

წარმოიდგინეთ, რა განცდა მექნებოდა ამ სიტყვების მოსმენისას, როცა ვიცოდი, რომ უძლეური ვიყავი!

მოვდიოდით ქუჩაში და ფეიქრობდი: აი, რა არის ნამდვილი მწუხარება, ამასთან შედარებით წარმატალი უსიამოვნებანი რა სახსენებელია! ამას იმიტომ ვწერ, რომ სიცოცხლის სიყვარულსა და დაფასებას ისწავლით, როცა სიკვდილს ხშირად ნახათ. ამასაც ცოდნა უნდა, თანაც მართო შენ თვითონ კი არ უნდა იცოდე, სხვებსაც უნდა ასწავლო.

სიცოცხლის ხანგრძლივობა, რა თქმა უნდა, ყოველთვის როდია დამოკიდებული განვლილი წლების რაოდენობაზე. ამბობენ, სილაბაზე იმით განისაზღვრება, რაც მას შემდეგ რჩებაო. მაგრამ სიცოცხლე ხომ სხვა რამეც არის: ბავშვის ღიმილი და მინდვრის ყვავილების სურნელი, სტვენისა გალობა და მზის ჩასვლა, სიყვარულით გაბრუნება და შოპენის აკორდი. ყოველივე ამისათვის, უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია ჯანმრთელობა.

ჯანმრთელობა — პირველი და აუცილებელი პირობაა მთელი ჩვენი საქმიანობისა და კეთილდღეობისათვის. ვილაცამ შენიშნა, რომ ჯანმრთელობა ყველაფერი არ არის, მაგრამ ჯანმრთელობის გარეშე ყველაფერი არაარაობა რქცევა.

ცუდია, თუ თქვენ ნახაზი გააფუჭეთ ან უხალისოდ დაუკარით ლისტის ნაწარმოები. საშინელებაა, თუ თქვენ ცუდად უმკურნალებთ. თქვენ სიცოცხლეს განდობენ. ხშირად კი ერთი სიცოცხლის მიღმა დგას ბავშვების, ცოლის, ქმრის, მშობლების კეთილდღეობა, სიხარული და ბედნიერება.

ე. ა. ვაგნერისა და ა. ა. როსნოვსკის შესანიშნავ წიგნში „ექიმის თვითაღზრდის შესახებ“, მოთხრობილია ასეთი ეპიზოდი: 1922 წლის 1 იანვრის ღამეს საავადმყოფოში მოიყვანეს მძიმედ დაჭრილი დარაჯი, რომელსაც ბანდიტებმა ნაჯახით გაუხეთქეს თავი. სასწრაფო ოპერაციამ, რომ არ ელოდნენ, მას სიცოცხლე შეუნარჩუნა.

ორი-სამი კვირის შემდეგ, გვიან საღამოს სახლში დაბრუნებულ ექიმს სამზარეულოში დახვდა ავადმყოფის ცოლი და რვა ერთმანეთზე უმცროსი ბავშვი. მათ წინ იდგა ყოფილი პაციენტი.

უეცრად გაისმა მისი მბრძანებლური ხმა: „მუხლებზე!“ და ყველა ბავშვი მუხლებზე დაეშვა...

„თავზარდაცემული ვიდექი, მლეღვარებისაგან სუნთქვაშეკრული... აი, ისიც, უჩვეულო ჭილდო, რომელსაც ბედი ზოგჯერ უბოძებს ხოლმე ექიმს თავის რთულ შრომით ცხოვრებისეულ გზაზე“. — ამთავრებს თავის ნაამბობს მოხუცი ექიმი.

განა საჭიროა სხვა რაღაც სტიმული. გარდა იმისა, რომ ბავშვებს მამა დაუბრუნე, ხოლო დედას — შვილი? შეიძლება რაიმე შეეძაროს იმ გრძნობას, რასაც განიცდის ექიმი, რომელმაც მხედველობა დაუბრუნა ადამიანს? ამის ვამო უკვე აღარ ვახსოვს არც უსამართლო მსჯელობა მედიცინაზე, არც უძილო ღამე და მლეღვარება. უდიდესი ბედნიერებაა განიცადო სიხარული ადამიანებისთვის დაბრუნებული ჯანმრთელობისა, სიხარული დაბრუნებული სიცოცხლისა!“

...ჩემი მეგობრების ქალიშვილი არ გავიდა სამედიცინო ფაკულტეტზე კონკურსში. მან საავადმყოფოში სანიტრად დაიწყო მუშაობა...

* * *

დიალოგი მედიცინაზე ამ წიგნით, რა თქმა უნდა, არ ამოიწურება. ალბათ, არც შეიძლება მისი ამოწურვა. მას უსათუოდ მოუბრუნდებიან. გაჩნდება ახალი ფურცლები, გადახედავენ ძველს. ასეთია დიალექტიკა ადამიანური ურთიერთობებისა, მკურნალობისა და ცხოვრებისა.