

3. თ. მატყეიძე

**სამედიცინო ფსიქოლოგიის,
ეთიკისა და დონტოლოგიის
ს ა ფ უ კ ვ ლ ე ბ ი**

ს. ს. კეჭეიძის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სასწავლებელთა მთავარი
ამმართველის მიერ დაშვებულია დამხმარე სახელმძღვანელოდ სამედიცინო
სასწავლებლების მოსწავლეთათვის

დამხმარე სახელმძღვანელოში გაშუქებულია ავადმყოფი ადამიანის ფსიქიკისა და მედიცინის მუშაკის პროფესიული მოლვაწობის ფსიქოლოგიური თავისებურებების შემსწავლელი სამედიცინო ფსიქოლოგიის საფუძვლები. ახსნილია სომატოგენური და ფსიქოგენური ფაქტორების ურთიერთკავშირი. გადმოცემულია ფსიქოპროფილაქტიკის, ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოთერაპიის საკითხები. განხილულია სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრობლემები საშუალო სამედიცინო პერსონალის მუშაობაში, აგრეთვე მედიცინის მუშაკის სამართლებრივი პასუხისმგებლობა.

წიგნი შეესაბამება სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ პროგრამას და განკუთვნილია სამედიცინო სასწავლებლების მოსწავლეთათვის.

მ თ ა რ გ მ ნ ე ლ ე ბ ი : ა. ნათიშვილი, ე. ჯაბახიძე

წიგნის ტექსტის აღწერა

მედიცინის მუშაკისა და ავადმყოფის ურთიერთობისას წარმოიქმნება ორი ადამიანის, ორი პიროვნების ურთიერთდამოკიდებულების რთული პრობლემა, რომლის სწორად გადაწყვეტას ბევრი რამ განაპირობებს. ერთი მოელის მეორისაგან დახმარებას, ტანჯვის შემსუბუქებას, მეორე იკვლევს დახმარების გაწევის ყველაზე უფრო რაციონალურ გზებს. ყოველი დაავადება იწვევს ცვლილებებს ავადმყოფის ფსიქოლოგიაში, რისი ცოდნაც საჭიროა მედიცინის მუშაკისათვის, რათა სწორად წარმართოს საუბარი, ქცევა და მკურნალობა. სამწუხაროდ, მედიცინის მუშაკები ყოველთვის არ ითვალისწინებენ ავადმყოფის პიროვნულ თავისებურებებს და შესაძლო ნევროზულ დაშრევებას, რაც ხშირად ართულებს მათ ურთიერთობას. გარდა რომელიმე ორგანოს ან სისტემის დაავადებისა, მედიცინის მუშაკმა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა დაინახოს ადამიანი მისი ტკივილითა და დაავადებით გამოწვეული მღელვარებით. ზოგადი ფსიქოლოგიის ძირითადი საკითხების უცოდინრად შეუძლებელია ავადმყოფი ადამიანის ფსიქოლოგიური თავისებურებების გარკვევა. ავადმყოფის ფსიქიკის ცვლილებები შეიძლება სრულიად სხვადასხვაგვარი იყოს — სუსტად გამოხატული ნევროზულიდან და ნევროზისებურიდან ხანმოკლე ფსიქოზურამდე,

რომელიც არსებითად ცვლის დაავადების კლინიკურ სურათს. ხშირად ეს ცვლილებები და მათი გამოხატვა განუყრელად დაკავშირებულია პაციენტის პიროვნულ თავისებურებებთან და სამედიცინო ფსიქოლოგიის ცოდნის გარეშე მათში გარკვევა მეტად ძნელია.

ამ დამხმარე სახელმძღვანელოში პირველად არის გადმოცემული არა მარტო სამედიცინო ფსიქოლოგიის ძირითადი საკითხები, არამედ სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრობლემებიც მათს უწყვეტ კავშირში. სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე საშუალო სამედიცინო მუშაკის მომზადების პროცესში სამედიცინო ფსიქოლოგიის, ეთიკისა და დეონტოლოგიის საკითხებმა მნიშვნელოვანი ადგილი უნდა დაიჭიროს, რადგან მათი ცოდნა ხელს უწყობს მაღალხარისხოვანი სამკურნალო დახმარების აღმოჩენას, ქეჩმის მიერ დანიშნული მკურნალობის ჩატარებისას საშუალო მედიცინის მუშაკი მნიშვნელოვნად იყენებს ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების მეთოდებს და იცავს სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპებს.

ავტორი მაღლობით მიიღებს მკითხველთა ყველა შენიშვნას ამ წიგნის შესახებ.

I ნაწილი

სამედიცინო ფსიქოლოგიის საფუძვლები

1-ლი თავი

სამედიცინო ფსიქოლოგიის შესავალი

სამედიცინო ფსიქოლოგიის საგანი და ამოცანები

ზოგადი ფსიქოლოგია მეცნიერებაა, რომელიც შეისწავლის ადამიანის ნორმალურ ფსიქიკურ პროცესებს და პიროვნულ თვისებებს. გარდა ფსიქიკის განვითარების ზოგად კანონზომიერებათა თეორიული საკითხების შესწავლისა, ზოგადი ფსიქოლოგიის ამოცანაა ადამიანის საქმიანობის სხვადასხვა სახისა და უმაღლეს ფსიქოლოგიურ ფუნქციებთან მათი კავშირის შესწავლა. ფსიქოლოგიური მეცნიერების დარგებია: პედაგოგიკური ფსიქოლოგია, სოციალური, იურიდიული საინჟინრო, სამედიცინო და სხვა ფსიქოლოგია.

სამედიცინო ფსიქოლოგიაში მჭიდროდ გადაწეულია ფსიქოლოგიის საკითხები და მედიცინის ძირითადი ამოცანები. მისი გახვითარება დაკავშირებულია თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერების დიდ მიღწევებთან. ამას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს კომუნიკური პარტიისა და საბჭოთა მთავრობის მიერ მედიცინის წინაშე დასახული ფართო ამოცანები, რომლებიც ითვალისწინებენ სხვადასხვა ავადმყოფობის აცილებას, დროულ გამოვლინებას. დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.

სამედიცინო ფსიქოლოგიის საფუძვლების ცოდნა აუცილებელია მედიცინის ყველა მუშაკისთვის. სამედიცინო ფსიქოლოგიის შესწავლის საგანია ავადმყოფი ადამიანის პიროვნება, მედიცინის მუშაკის პიროვნება (მათ შორის მომვლელისაც), აგრეთვე ავადმყოფი ადამიანისა და მედიცინის მუშაკის ურთიერთობა სხვადასხვა პირობებში — ავადმყოფის ბინაზე, ამბულატორიასა და კლინიკაში. საკითხების ამ

წრეში შედის აგრეთვე მედიცინის მუშაკთა ცალკეული რგოლისა და ყველა რგოლის ურთიერთობის ფსიქოლოგია პროფესიული შოლვაწეობის პროცესსა და ყოფა-ცხოვრებაში, სპეციალიზაციისა და დახელოვნების დროს, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში და ა. შ.

სამედიცინო ფსიქოლოგია შეისწავლის: 1) ფსიქიკის როლს განმტკიცებასა და დაავადების აცილებაში; 2) ფსიქიკური პროცესების ადგილსა და როლს სხვადასხვა ავადმყოფობის წარმოშობასა და მიმდინარეობაში; 3) ფსიქიკის მდგომარეობას დაავადების მკურნალობის პროცესში, კერძოდ, რეაქციებს სხვადასხვა მედიკამენტზე; 4) სხვადასხვა დაავადების დროს წარმოქმნილ ფსიქიკურ დარღვევასა და მისი კუპირების მეთოდებს.

სამედიცინო ფსიქოლოგიის უმნიშვნელოვანესი საკითხებია ფსიქოპროფილაქტიკა, ფსიქოთერაპია და ფსიქოპიგიენა. სამედიცინო-ფსიქოლოგიური გამოკვლევის ძირითადი მეთოდებია საუბარი, დაკვირვება და ექსპერიმენტი.

ისე როგორც ფსიქოლოგიასა და ძირითად კლინიკურ დარგებს, სამედიცინო ფსიქოლოგიასაც პედაგოგიკური მიზნით ყოფენ ზოგადად და კერძოდ.

ზოგადი სამედიცინო ფსიქოლოგია სწავლობს ავადმყოფის, ექიმის, საშუალო და უმცროსი მედიცინის მუშაკების პიროვნებებს და მათ ურთიერთობებს. კერძო სამედიცინო ფსიქოლოგია შეისწავლის ანავე საკითხებს თითოეულ კონკრეტულ სამედიცინო დარგთან შეფარდებით, როგორცაა ქირურგია, თერაპია, პედიატრია, სანიტარია, გერონტოლოგია, ნევროპათოლოგია, ფსიქიატრია და ა. შ.

სამედიცინო ფსიქოლოგიის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები და კონცეფციები

ფსიქოლოგიამ და სამედიცინო ფსიქოლოგიამ, როგორც დამოუკიდებელმა დარგმა, განვითარებისა და განმტკიცების საკმაოდ რთული და გრძელი გზა განვლო. ფსიქოლოგიური მეცნიერების განვითარებაზე დიდ ზეგავლენას ახდენდა მუდმივი ბრძოლა იდეალისტურ და მატერიალისტურ მსოფლმხედველობებს შორის, კვლევა-ძიების დონესა და ხარისხს, აგრეთვე მიღებული შედეგების ახსნა-განმარტებას განსაზღვრავდა საზოგადოების ისტორიული განვითარების ამა თუ იმ ეტაპზე გაბატონებული მსოფლმხედველობა.

ფსიქოლოგიის საკითხებზე ისტორიაში პირველი ცნობილი ნაშ-

რომი არისტოტელეს (384—322 წწ. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე) ეკუთვნის. არისტოტელეს თავის ნაშრომებში გამოყენებული აქვს ისეთი ცნებები, როგორცაა „შეგრძნება“, „მეხსიერება“, „გრძნობა“, „ხეზღმიერი და უნებლიე მოძრაობა“. ამავე დროს, მისი აზრით, სულს რაკი ის ღვთაებრივი წარმოშობისაა, შეუძლია იარსებოს სხეულთან კავშირის გარეშე; მაშასადამე, მისი შეცნობა არ შეიძლება, რადგან ეს ადამიანის შესაძლებლობებს აღემატება. არისტოტელე ვარაუდობდა, რომ ყოველივეს, რაც კი იზრდება და უითარდება, სული გააჩნია. მასში შედის სამი ნაწილი: მცენარეული სული. (განაგებს კვებისა და გამრავლების ფუნქციებს), მგრძნობიარე, ცხოველური სული (შეხების, ტყვილის, კმაყოფილების გრძნობა) და გონიერი სული მაშასადამე, მას მიაჩნდა, რომ მცენარეს მხოლოდ მცენარეული სული აქვს, ცხოველებს — მცენარეული და მგრძნობიარე, ხოლო ადამიანს — მისი სამივე სახესხვაობა..

ეს აზრი მრავალი საუკუნის მანძილზე იყო გაბატონებული. მხოლოდ აღორძინების ეპოქაში შეიქმნა წარმოდგენა იმის შესახებ, რომ აზროვნება მატერიის თვისებაა (ლოკი, კაბანისი).

ფსიქოლოგიის განვითარებაზე უდიდესი ზეგავლენა მოახდინა ჩ. დარვინის (1809—1882) ევოლუციურმა მოძღვრებამ. ფსიქიკური პრინციპების ევოლუციური განვითარების დინამიკაში მთავარი მნიშვნელობა მიენიჭა გარემოს./ჩ. დარვინის მიმდევარი ტ. ჰეკელი ამბობდა: განათლებულ და მოაზროვნე ადამიანებს შორის ძნელად თუ დაეჭვდება ვინმე იმაში, რომ ფსიქოლოგიის საფუძვლების ძიება საჭიროა მხოლოდ ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიაში.

ფსიქოლოგიის, როგორც მეცნიერების, ჩამოყალიბებისა და განვითარების პროცესში შეიქმნა მრავალი სხვადასხვაგვარი კონცეფცია, რომლებიც ემყარებოდა ფსიქიკური მოქმედების იდეალისტურ გაგებას. ზოგიერთმა მათგანმა გაუძლო დროს და დღესაც არსებობს. ასეთია, მაგალითად, ზ. ფრეიდის (1856—1939) მოძღვრება ფსიქოანალიზის შესახებ. ფრეიდი და მისი მიმდევრები უარყოფენ ადამიანის სოციალურ-ისტორიული განვითარების ბუნებას, ვერ აფასებენ გონებისა და შეგნების როლს და პირველ ადგილზე აყენებენ ფსიქიკური მოქმედების თანდაყოლილ ფორმებს, კერძოდ, ადამიანის სექსუალურ ინსტინქტებს. ფრეიდი აღნიშნავდა, რომ მისი მოძღვრება ვერ დაემსგავსება ვერც ფიზიოლოგიას და ვერც მეცნიერულ ფსიქოლოგიას. თავის ფსიქოლოგიურ მოძღვრებას მან მეტაფსიქოლოგია უწოდა, ანუ ფსიქოლოგიის საზღვრებს გარეთ არსებული.

დღეისათვის ფსიქოლოგიაში იდეალისტური მიმდინარეობის სახე-სხვაობაა ნეოფრეიდიზმი. ფრეიდისტებისაგან განსხვავებით, ნეოფრეიდიზმის წარმომადგენლები ადამიანის ფსიქიკური საქმიანობის განმ-სახვრელად აღარ აღიარებენ სექსუალურ ინსტინქტსა და შეუცნო-ბელს. მათ წამოაყენეს ადამიანის კულტურული შეპირობებულობის პრინციპი და არსებითად დარჩნენ ფსიქობიოლოგიურ პოზიციაზე, რომელიც ამტკიცებს ზოგიერთი რასისა და ერის თანდაყოლილ უპირატესობას სხვების, ბიოლოგიურად ნაკლებ სრულყოფილების მიმართ.

ფსიქოლოგიის განვითარებაში დიდი წვლილი შეიტანა ვ. ვუნდმა (1832—1920), რომელმაც 1879 წელს ლაიფციგში დააარსა ექსპერიმენტული ფსიქოლოგიის პირველი ლაბორატორია ექსპერიმენტულმა გამოკვლევებმა მას შეაძლებინა საკმაოდ დაწვრილებით შეესწავლა მე-სხიერება, ყურადღება, აღქმა, ემოციურ-ნებელობითი სფერო.

ჩვენი საუკუნის 20-იან წლებში ფსიქოლოგიის განვითარებაზე დიდი ზეგავლენა მოახდინა ე. კრეჩმერის (1888—1964) იდეებმა. მან ერთ-ერთმა ჩაუყარა საფუძველი ახალ მიმართულებას ფსიქოლოგიაში — სამედიცინო ფსიქოლოგიას, გამოაქვეყნა წიგნი „სამედიცინო ფსიქოლოგია“ სადაც გააშუქა ფსიქიკური მოქმედების ანომალიები. ე. კრეჩმერი იყო ფსიქიატრიასა და სამედიცინო ფსიქოლოგიაში კონსტიტუციურ-ბიოლოგიური მიმართულების წარმომადგენელი და პიროვნების ჩამოყალიბებაში გადაჭარბებით აფასებდა თანდაყოლილი კონსტიტუციური ფაქტორების როლს და საკმაოდ ვერ აფასებდა სოციალური პირობების მნიშვნელობას. უცხოეთის ფსიქოლოგიასა და მედიცინაში დიდად გავრცელდა სხვა იდეალისტური მიმართულება — ეგზისტენციალიზმი (მ. ხაიდეგერი, კ. იასპერსი). ეგზისტენციალიზმმა თავისი ფილოსოფიის საფუძვლად წამოაყენა ანთროპოლოგიური პრობლემა — მოძღვრება ადამიანზე, რომლის არსებობა (ეგზისტენცია) განიხილება, როგორც წმინდა ინდივიდუალური, ადამიანთა საზოგადოებისაგან იზოლირებული ყოფიერება. ეგზისტენციალიზმის მოძვრებები ეგრეთ წოდებულ მომიჯნავე სიტუაციების (შიში, ავადმყოფობა, სკვდილი) შესახებ მოძღვრებაში ცდილობენ დაამტკიცონ, რომ ადამიანის ინდივიდუალური არსებობა მხოლოდ „სიკვდილისათვის არსებობა“ და არ ითვალისწინებენ ადამიანის არსებობის სოციალურ მხარეს. ეგზისტენციალიზმის მომხრეები გვერდს უვლიან იმ ფაქტს, რომ საზოგადოებრივ პირობებს შეუძლია არა მარტო გამოიწვიოს, არამედ შეზღუდოს კიდევ ტანჯვა, რომელსაც ფიზიოლოგიური საფუძველი აქვს.

ა. მ. ბებტერევი
(1857—1927)



რევოლუციამდელ რუსეთში ფსიქოლოგიაში გაბატონებული იყო ადელისტური მიმართულებები, რომელთა წინააღმდეგ აქტიურად იბრძოდნენ რუსული მეცნიერების მოწინავე წარმომადგებლები. ფსიქიკური პროცესების მატერიალისტური გაგების ფილოსოფიური საფუძვლების დამუშავებაში დიდი წვლილი შეიტანეს მ. ვ. ლომონოსოვმა, ა. ნ. რადიშჩევმა, ა. ი. გერცენმა, ბ. გ. ბელინსკიმ, ნ. ა. დობროლუბოვმა, ნ. გ. ჩერნიშევსკიმ. მათ მიერ წამოყენებულმა მეცნიერულმა იდეებმა დიდი ზეგავლენა მოახდინა მედიცინაში მატერიალისტური იდეების განვითარებასა და ჩამოყალიბებაზე. რუსეთში განვითარების სასურველი ნიადაგი ჰპოვა XIX საუკუნის მეორე ნახევრის უდიდესი ფიზიოლოგის ი. მ. სეჩენოვის მოძღვრებამ თავის ტვინის რეფლექსების შესახებ. არსებითად მან დააარსა არა მარტო სამამულო ნეიროფიზიოლოგია, არამედ მატერიალისტური ფსიქოლოგიაც.

ცნობილმა ნეირომორფოლოგმა, ნეიროფიზიოლოგმა, ნევროპათოლოგმა, ფსიქოლოგმა და ფსიქიატრმა ვ. მ. ბებტერეევმა ი. მ. სეჩენოვის შრომებზე დაყრდნობით განავითარა და ჩამოაყალიბა „ობიექტური ფსიქოლოგია“. როგორც ნორმალური, ისე პათოლოგიური ფსიქიკური მოვლენების გაგების მტკიცე საფუძვლად იქცა რეფლექსური თეორია.

ი. პ. პავლოვმა განავითარა ი. მ. სეჩენოვის დებულებები და შეიმუშავა ორიგინალური მეთოდოლოგია, რითაც შესაძლებელი გახდა თავის ტვინის რეფლექსური მოქმედების არსში ჩაწვდომა. ი. პ. პავლოვის შრომებში არა მარტო გაშუქებულია ცხოველებისა და ადამიანის უმა-

ლესი ნერვული მოქმედების პროცესების კანონზომიერებანი, არამედ შექმნილია საფუძველი თავის ტვინის შესახებ მეცნიერების სხვადასხვა განაყოფის გაერთიანებისათვის. მისი შრომები ზოგადი ფსიქოლოგიისა და კერძოდ სამედიცინო ფსიქოლოგიის ქეშმარიტი მეცნიერული საფუძველია.

პირველი ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური ლაბორატორია რუსეთში 1885 წელს გახსნა ვ. მ. ბებტერევემა ყაზანის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტზე.

1896 წელს ასეთივე ლაბორატორია დააარსა ს. ს. კორსაკოვმა მოსკოვის ფსიქიატრიულ კლინიკასთან. შემდეგში ამგვარივე ფსიქოლოგიური ლაბორატორიები შეიქმნა ოდესის, კიევისა და დერპტის (ტარტუს) უნივერსიტეტების სამედიცინო ფაკულტეტებზე.

უნივერსიტეტების სამედიცინო ფაკულტეტებზე ფსიქოლოგიის საფუძვლების სწავლებამ ხელი შეუწყო სამედიცინო დეონტოლოგიის — მედიცინის მუშაკისადმი მორალურ-ეთიკური მოთხოვნების სისტემის განვითარებას. რუსული მედიცინის საუკეთესო წარმომადგენლები ავადმყოფი ადამიანის მოვლას საკუთარი სინდისის მოვალეობად მიიჩნევდნენ. ამ იდეების განვითარებასა და დანერგვაზე დიდი ზეგავლენა მოახდინა სამამულო კლინიკური მედიცინისა და ფიზიოლოგიის ფუძემდებლების მ. ი. მუდროვის, ნ. ი. პიროგოვის, ს. პ. ბოტკინის ს. ს. კორსაკოვის, ი. მ. სეჩენოვის, ი. პ. პავლოვის, ვ. მ. ბებტერევისა და სხვათა შრომებმა.

დიდი ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის შემდეგ საბჭოთა კლინიკისტები წარსულის მოწინავე მეცნიერებისა და ექიმი-ჰუმანისტების (რომლებმაც ნიჭიერად აღწერეს ავადმყოფის ფსიქოლოგია) ტრადიციებზე დაყრდნობით წარმატებით განაგრძობენ სამედიცინო ფსიქოლოგიის, ეთიკისა და დეონტოლოგიის საკითხების დაშუშავებას დიალექტიკური მატერიალიზმის პოზიციებიდან. ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოდ გამოვლინდა ზოგადი ფსიქოპათოლოგიის (ვ. ა. გილიაროვსკი, ე. ა. პოპოვი), დაავადების ფსიქოგენეზის, ნევროზის დროს ავადმყოფის პიროვნების, ფსიქოთერაპიისა და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხების შესწავლისას (ე. კ. კრასნუშკინი, მ. ს. ლებედინსკი, ო. ვ. კერბიკოვი და სხვ.).

ფართოდ გაიშალა ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური, ფსიქოფიზიოლოგიური გამოკვლევები (ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკი, ა. რ. ლურია, ჯ. ნ. შიასიშჩევი).

მრავალი მნიშვნელოვანი მონაცემი მიიღეს პრაქტიკისათვის საბ-

ქოთა მეცნიერებმა შრომის ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპიგიენის კვლევასას, სომატური და ნერვულ-ფსიქიკური დავალებების დროს შრომისუნარიანობის დაქვეითების, სამუშაოზე მოწყობისა და რეადაპტაციის საკითხების შესწავლისას (ტ. ი. გეიერი, დ. ე. მელებოვი).

საბჭოთა სამედიცინო ფსიქოლოგია დგას მტკიცე მატერიალისტურ პოზიციებზე და დიდი შესაძლებლობები აქვს მის წინაშე დასახული ამოცანების შემოქმედებითად გადაწყვეტისათვის. არ შეიძლება ადამიანის თავის ტვინის შესწავლა, თუკი ფსიქიკას ტვინის ფუნქციად არ მივიჩნევთ. ასევე შეუძლებელია ფსიქიკის გაგება, თუ მას არ გამოვიკვლევთ, როგორც ტვინის ფუნქციასა და თვისებას. საბჭოთა ზოგადი და სამედიცინო ფსიქოლოგია ტვინსა და ფსიქიკას ერთიანობაში შეისწავლის.

იდეალისტურ პოზიციებზე მდგარი მეცნიერები ფსიქიკას განიხილავენ ტვინისგან განცალკევებით. ისეთი გამოჩენილი ფიზიოლოგიც კი, როგორც ჩ. შერინგტონია, ტვინსა და ფსიქიკას ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად იხილავდა, მიაჩნდა, რომ „ტვინი თანამშრომლობს ფსიქიკასთან“.

თავის ტვინი ობიექტური სინამდვილისა და გარემოსთან ორგანიზმის ურთიერთობის ამსახველი ორგანოა. ასახვა ხდება ადამიანის მოქმედების პროცესში და მისი საფუძველია. თავის ტვინის შესწავლისას, ისე როგორც ფსიქიკის კვლევისას, ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესია თავის ტვინში ფუნქციების ლოკალიზაციის საკითხი. რ. ლურია ფუნქციას განსაზღვრავს, როგორც რეფლექსური მოქმედების შედეგს, რომელიც ნერვული სისტემის აგზნებულ და შეკავებულ უბნებს აერთიანებს ერთად მომუშავე „მოზაიკად“; ეს უბნები ახორციელებენ ორგანიზმამდე მისული სიგნალების ანალიზსა და სინთეზს, გამოიმუშავენ დროებითი კავშირების სისტემას და უზრუნველყოფენ „გარემოსთან ორგანიზმის გაწონასწორებას“.

ფსიქიკური ფუნქცია განიხილება, როგორც ორგანიზმის მეტად რთული შეგუებითი მოქმედება. უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების: მეხსიერების, აზროვნების, შემეცნებისა და სხვათა ლოკალიზაციის საკითხის განხილვისას აღიარებულია, რომ მათ გამო „პასუხისმგებლობა“ არ შეიძლება დაეკისროს თავის ტვინის ქერქის უჭრედების რომელიმე ჯგუფს. თითოეულ ფუნქციას თავის ტვინის ქერქში აქვს უამრავი წარმომადგენლობა და თავმოყრილი არ არის ეგრეთ წოდებულ ქერქის ცენტრებში. უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციები თითქოსდა განლაგებულია დიდი ნახევარსფეროების მთელ ქერქში. შეიძლე-

ბა ვთქვათ, რომ უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების ფიზიოლოგიური საფუძველია ნერვული უჯრედების ინტეგრალური მოქმედება და არა რომელიმე განსაზღვრული ანატომიური სუბსტრატი.

ფსიქიკური პროცესების განხორციელებაში მონაწილე ტვინის სხვადასხვა უბანს აქვს ერთმანეთის შეცვლის უნარი. პრაქტიკიდან ცნობილია მრავალრიცხოვანი შემთხვევები, როცა ნეიროქირურგებს ერთ-ერთ ნახევარსფეროში ამოუკვეთიათ სიმსივნური პროცესით დაზიანებული ტვინის დიდი უბანი. ამას უნდა გამოეწვია ფსიქიკის შეცვლა მაგრამ ქალა-ტვინის რთული ოპერაციიდან რამდენიმე ხნის შემდეგ (ადაპტაციის პერიოდი) ახლობლები და ნაცნობები მნიშვნელოვან ცვლილებებს ვერ ამჩნევდნენ ამ ავადმყოფთა ფსიქიკურ მოქმედებაში. საღი ნახევარსფეროს სიმეტრიულმა უბნებმა და ხაოპერაციევი ნახევარსფეროს უჯრედთა სხვა ჯგუფებმა იკისრა ტვინის მოცილებული უბნების ფუნქციები. ზოგჯერ მხოლოდ ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევით აღმოჩნდება ამ პირთა წმინდა ანალიზურ-სინთეზური მოქმედების უნარის დაკარგვა. ეს მაგალითი ადასტურებს ფსიქომორფოლოგიური ლოკალიზაციონიზმის კონცეფციების მცდარობას ტვინის ქერქის განსაზღვრულ ცენტრებში უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების ლოკალიზაციის შესახებ და ასაბუთებს თავის ტვინის ქერქში ფუნქციების დინამიკური ლოკალიზაციის თეორიის მართლზონიერებას (ი. პ. პავლოვი).

ბ. კ. ანოხინმა დაამტკიცა, რომ ტვინის ერთსა და იმავე უჯრედებს შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ სრულიად სხვადასხვა ფუნქციური კავშირის განხორციელებაში. როგორც ჩანს, უჯრედის ფუნქციების მრავალმნიშვნელობიანობა აიხსნება მის დენტრიტებზე სინაფსური წარმონაქმნების მრავალფეროვნებით.

დინამიკური ლოკალიზაციის პრინციპი ნიშნავს ლოკალიზაციის ეტაპურობასაც, ამა თუ იმ ფსიქიკური პროცესის უზრუნველსაყოფად ტვინის ერთი უჯრედების მეორეებით შეცვლის შესაძლებლობასაც და ფსიქიკური მოქმედების ახლად წარმოქმნილ ფორმებში ტვინის სისტემების ჩაბმასაც. ეს ეტაპურობა განსაკუთრებით თვალსაჩინოდ ვლინდება ახალგაზრდა ასაკში ტვინის დაზიანების დროს.

დაბადების დროს ან სიცოცხლის პირველ თვეებსა და წლებშიც ბავშვის თავის ტვინი შეიძლება დაზიანდეს ტრავმის, ნეიროინფექციის ან სხვა ფაქტორების შედეგად. ასეთი ბავშვები სკოლამდელ, უმცროს და საშუალო სასკოლო ასაკში მნიშვნელოვნად ჩამორჩებიან თანატოლებს ინტელექტუალური განვითარებით. მაგრამ სოციალურ-

პედაგოგიური და ფსიქოკორექციული ზემოქმედების სპეციალურად ორგანიზებული ღონისძიებების ზემოქმედებით შეიძლება კარგი კომპენსაციის მიღება: ბავშვებს, უფრო ხშირად მოზარდებს, თითქოსდა „თვალი აეხილებათ“, იწყებენ კარგად სწავლას, ეწვევიან და ზოგჯერ უსწრებენ კიდევ თავიანთ ტოლებს ინტელექტუალური განვითარებით.

საზღვარგარეთის ლიტერატურაში დიდად გავრცელებულია გენეტიკური კონცეფცია, რომელიც ეყრდნობა უაღრესად იდეალისტურ პრინციპს მემკვიდრეობითი ნიშან-თვისებების უცვლელობის შესახებ. ამ კონცეფციის თანახმად, მთელი რასები და ხალხები მიჩნეული არიან გენეტიკურად არასრულფასოვნებად, რომელთა ხვედრია უპირატესად ფიზიკური მუშაობა უფრო „მაღალი“ და „სრულყოფილი“ რასების სამსახურში. გენეტიკური თეორიით იყვნენ შეიარაღებულნი ჰიტლერული გერმანიის ბნელეთის მოციქული ფაშისტები, რომლებიც სიკვდილის საკონცენტრაციო ბანაკებსა და გაზის სულსახუთავეებში მხეცურად ანადგურებდნენ მათი კონცეფციის მიხედვით „არასრულფასოვან“ სლავური რასის მილიონობით ადამიანს. გათვალისწინებული იყო და მიმდინარეობდა მასობრივი კასტრაციისა და სტერილიზაციის ღონისძიებათა შემუშავება. ამ თეორიით არის შეიარაღებული სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა, სადაც მკვიდრი მოსახლეობის წინააღმდეგ იყენებენ ჰიტლერულ მეთოდებს. ფაშისტი ვაჰბატონები აშშ-ში, იტალიაში, ინგლისსა და დასავლეთ გერმანიაში არა მარტო ქადაგებენ, არამედ ცხოვრებაშიც ახორციელებენ თავიანთ უღმობელ კონცეფციებს.

მატერიალისტური გენეტიკა ჭეროვნად აფასებს გენეტიკის მეცნიერების თანამედროვე მოწინავე მიღწევებს და შესაძლებლად მიიჩნევს მემკვიდრეობითი საწყისების შეცვლის შესაძლებლობებს გარემოს ფაქტორების აქტიური ზემოქმედების შედეგად.

მემკვიდრეობითობა შემდგომი თაობებისათვის წინა თაობების გამოცდილებით ჩამოყალიბებული და ბიოლოგიურად განმტკიცებული არგანიზმის თვისებათა (მათ შორის ნერვული სისტემისაც) გადაცემის პროცესია. ბოლო ხანების გამოკვლევების მიხედვით მემკვიდრეობითობის მტარებელი და შემნახველია ბირთვული ნუკლეინმჟავები. განსაკუთრებულ როლს ასრულებს დეზოქსირიბონუკლეინმჟავა (დნმ) და რიბონუკლეინმჟავა (რნმ). გარემოს მრავალი ფაქტორი გავლენას ახდენს ბირთვულ ნუკლეინმჟავებზე, კერძოდ, დნმ-ზე. ყველაზე უფ-

რო მძლავრად ზემოქმედებს ელექტრონული რადიაცია, ალკოჰოლ ნარკომანია და სხვა მრავალი ფაქტორი.

რასისტების თვალსაზრისი, თითქოსდა ეგრეთ წოდებული ჩამო რჩენილი ხალხები ბიოლოგიურად (გენეტიკურად) არასრულფასოვ ნები არიან და მეცნიერებისა და კულტურის განვითარების უნარი არ აქვთ, კრიტიკას ვერ უძლებს. ამჟამად ჩამორჩენილმა სამხრეთ და ჩრდილოეთ ამერიკის ხალხებმა წარსულში შექმნეს უდიდესი ცივილიზაცია (დამწერლობა, მათემატიკა, არქიტექტურა, კულტურა და სხვ.) თანაც ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე ესპანეთი, პორტუგალია და ინგლისი კულტურული განვითარების გზას დაადგებოდნენ. ფიზიკურად დამონებულ, განადგურებულ, თავიანთი სამკვიდრო მიწებიდან საცხოვრებლად უვარგის რეზერვაციებში გარეილ ხალხებს წართმეული აქვთ წინაპრების მიღწევათა გამოყენებისა და სოციალურ-კულტურული განვითარების შესაძლებლობა, ისინი მონების დონემდე არიან დამცირებულნი.

იდეალისტური გენეტიკის უსაფუძვლობის დამამტკიცებელია საბჭოთა ხალხის მძლავრი მეცნიერულ-ტექნიკური, კულტურული და სულიერი ზრდა. საბჭოთა ადამიანებმა — ლატაკი და ჩამორჩენილ რუსეთის მუშაკებისა და გლეხების (რასისტული გენეტიკური კონცეფციის მიხედვით, ბიოლოგიურად არასრულფასოვანი ელემენტების შვილებმა, შვილიშვილებმა და შვილთაშვილებმა ისტორიულად უმცირეს დროში განვითარების მხრივ მსოფლიოში ჯერ არნახულ წარმატებებს მიაღწიეს.

სამედიცინო ფსიქოლოგიის როლი მედიცინის მუშაკის მომზადებაში

სამედიცინო ფსიქოლოგია შედარებით ახალი დარგია, მაგრამ დღეისათვის, კარგად ცნობილი მონაცემების გარდა, ბევრი ახალი მონაცემი დააგროვა და მნიშვნელოვნად გაამდიდრა, დააზუსტა ძველი. წინათ თუ უპირატესად თეორიული დონის დისციპლინა იყო, დღეს პრაქტიკულ მნიშვნელობას იძენს, რადგან მრავალი სომატური დაავადებისას მოსალოდნელი ფსიქიკური დარღვევების აცილების საშუალებას იძლევა.

ძირითადი მეთოდების, ავადმყოფთან საუბრებისა და მის ქცე-

ვაზე დაკვირვების გარდა, სამედიცინო ფსიქოლოგიაში რიგ ტესტებსაც იყენებენ.

სადიაგნოზო მიზნით საზღვარგარეთ ფართოდ იყენებენ ტესტებს, რომლებიც შესაძლებლობას იძლევა ფსიქიკის თვისებათა ორი მთავარი ჯგუფის: ინტელექტის თვისებებისა და პიროვნების ხასიათის თვისებების გამოყოფას.

ბ ი ნ ე — ს ი მ ო ნ ი ს ს ი ს ტ ე მ ა . ტესტები შეესაბამება ასაკს. გონებრივი განვითარება, ანუ გონებრივი ასაკი განისაზღვრება იმის მიხედვით, თუ გადაწყვეტილი ამოცანების რაოდენობა რამდენად შეესაბამება საპასპორტო ასაკს პროცენტობით. თითოეული ამოცანის გადაწყვეტის ქულებს შეაჯამებენ და საშუალო ასაკობრივი მაჩვენებელი გამოჰყავთ პროცენტობით. 70%-ზე დაბალი მაჩვენებელი ოლიგოფრენიაზე მიუთითებს.

ტესტის დეფექტი ის არის, რომ არ ითვალისწინებს განვითარების გარემოსა და პირობებს.

ვ ე ქ ს ლ ე რ ი ს ტ ე ს ტ ე ბ ი ს ს ი ს ტ ე მ ა ბ ა ვ შ ე ვ ბ ი ს ა დ ა მ ო ზ ა რ დ ე ბ ი ს თ ვ ი ს . მკვლევართა მონაცემებით, ეს მეთოდი წარმოდგენას იძლევა გამოსაცდელის ინტელექტსა და პიროვნულ თვისებებზე.

სისტემაში შედის 6 სიტყვიერი და 5 პრაქტიკული მოქმედების ტესტი.

პირველი 6 ტესტით ადგენენ: 1) გაცნობიერებას, 2) საერთო მოსაზრებულობას, 3) ციფრების აღდგენის უნარს, 4) არითმეტიკული ამოცანების ამოხსნის უნარს, 5) მსგავსების დადგენის უნარს, 6) 42 სიტყვის განსაზღვრის უნარს.

მოქმედების 5 ტესტი ითვალისწინებს შემდეგ ამოცანებს: 1) ისე-ოი ობიექტების გამოცნობას, რომლებსაც აკლიათ ნაწილები; 2) სურათების თანამიმდევრობით დალაგებას; 3) ნახატების აგებას ნაწილებისაგან; 4) გეომეტრიული ფიგურების შედგენას ნაწილებისგან (9-დან 16-მდე) ნიმუშის მიხედვით, 5) რიცხვების გაშიფრვას კოდის თანახმად 90 წამის განმავლობაში. ტესტირების შედეგად ადგენენ გრაფიკს და გამოჰყავთ ეგრეთ წოდებული ინტელექტუალური კოეფიციენტი. მაგრამ ეს კოეფიციენტი საკმაოდ უტყუარი არ არის, თუ არ იქნება გათვალისწინებული კულტურული და ზოგადი განათლების დონე, აგრეთვე გამომცდელისადმი გამოსაცდელის დამოკიდებულება.

რ ო რ შ ა ჰ ი ს მ ე თ ო დ ი . ამ მეთოდს საბჭოთა კავშირში მკვლევართა განსაზღვრული რაოდენობა იყენებს, იგი შემდგომ დამუშავე-

ბას საჭიროებს. მეთოდის არსი იმაშია, რომ ბარათზე მელნისფერი და შავი ლაქების თავისებურად განლაგების აზრი დაადგინონ. რორ-შაპის მეთოდით ტექსტირებას მიმართავენ გამოსაკვლევი პიროვნების ფსიქიკური განვითარების დონის შესამოწმებლად.

ჩვენში ფართოდ იყენებენ მიწისოტის მრავალფაქტორიან პიროვნულ კითხვარს (MMPI), მოდიფიცირებულს საბჭოთა ავტორების მიერ.

შესამოწმებლის ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებების შეფასების დროის ფსიქოლოგიური მეთოდები (ტესტები) ძირითადი კი არ არის, არამედ მხოლოდ ავსებს პაციენტის კლინიკურ გამოკვლევას (ანამნეზის გულდასმით შეგროვება, საუბარი, დაკვირვება, კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემები).

იმის გამო, რომ ბევრია სომატური ავადმყოფი (თერაპიული, ქირურგიული, უროლოგიური და სხვა პროფილის), რომლებსაც სხვადასხვა ფსიქიკური დარღვევა (სომატოგენია) აქვთ, აგრეთვე ავადმყოფები ფუნქციური სომატური აშლილობით, რაც განპირობებულია მძიმე ნერვულ-ფსიქიკური განცდებით (ფსიქოგენიებით), საჭირო გახდა დიდი სომატური კომპლექსების შტატში შეეტანათ ექიმ-ფსიქოთერაპევტის თანამდებობა, ხოლო ზოგ შემთხვევაში ფსიქოთერაპიული განყოფილებაც კი შეექმნათ.

უახლოეს ათწლეულებში ექიმი ფსიქოთერაპევტი თერაპიულ საავადმყოფოთა მუდმივი თანამდებობრივი ერთეული იქნება. სამუშაოს სასიათის მიხედვით ის არსებითად ექიმი ფსიქოლოგია. პერსპექტივაში საავადმყოფოებთან შეიქმნება ფსიქოთერაპიული ან სამედიცინო-ფსიქოლოგიური განყოფილებები და მათთვის საჭირო გახდება შესაბამისი პროფილის საშუალო სამედიცინო მუშაკების მომზადება. მომავალ სამედიცინო დებს უნდა ჰქონდეს საკმაო წარმოდგენა ზოგადი და სამედიცინო ფსიქოლოგიის პრობლემაზე, რომ აღარაფერი ეთქვათ იმ პირებზე, რომლებიც თავის ძირითად პროფესიად ამ სფეროს ამოირჩევენ.

საკონტროლო კითხვები

1. რა არის ზოგადი ფსიქოლოგია? რა არის სამედიცინო ფსიქოლოგია?
2. რას შეისწავლის სამედიცინო ფსიქოლოგია?
3. რომელი უმნიშვნელოვანესი საკითხები დგას სამედიცინო ფსიქოლოგიის წინაშე და რომელი მეთოდებით მიმდინარეობს გამოკვლევა?
4. კრიტიკულად გააანალიზეთ ფრეიდიზმი და მისი სახესხვაობანი.
5. როგორ უნდა იქნება სამედიცინო ფსიქოლოგია რუსეთში და რა ზეგავლენა იქონიებს მას?

ლენა მოახდინა ი. მ. სეჩენოვის, ი. პ. პავლოვისა და სხვა მეცნიერთა მოძღვრებაჲ ამ დარგის განვითარებაზე?

6. რა არის უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების ფიზიოლოგიური საფუძველი?
7. რაში გამოიხატება ფსიქიკური ფუნქციების ღინამიკური ლოკალიზაციის პრინციპი?

8. რა არის სომატოგენური და ფსიქოგენური დაავადებანი?

მე-2 თავი

შეფასებათი პროცესები ნორმასა და პათოლოგიაში

ფსიქიკისა და თავის ტვინის ურთიერთობის საკითხი ვილოსოფიაში, მედიცინასა და ფსიქოლოგიაში იდეალისტური და მატერიალისტური მიმართულებების წარმომადგენელთა მუდმივი დისკუსიის საგანია: იდეალისტურ პოზიციებზე მდგარი მეცნიერები ცდილობენ დაამტკიცონ, რომ ფსიქიკა და თავის ტვინი ფუნქციურად ერთმანეთისგან მოწყვეტილია. მეცნიერები, რომლებიც მატერიალისტურ შეხედულებებს ემხობიან, ამტკიცებენ, რომ თავის ტვინი და ფსიქიკა ერთიანია. ეს დებულება ექსპერიმენტულად ბრწყინვალედ დაასაბუთეს ჩვენი ქვეყნის შესანიშნავმა ნეიროფიზიოლოგებმა ი. მ. სეჩენოვმა და ი. პ. პავლოვმა. საბჭოთა მეცნიერება ამტკიცებს, რომ ფსიქიკური მოქმედება თავის ტვინის ფუნქციური უნარია, რითაც ხდება აბიექტური სინამდვილის ასახვა და გარემოსა და ორგანიზმის ადეკვატური ურთიერთობის უზრუნველყოფა. ფსიქოფიზიოლოგიური პოზიციების მიხედვით ფსიქიკური მოქმედება რთული, მრავალეტაპიანი, მრავალარგოლიანი ფიზიოლოგიური პროცესია, რომლის ყველა რგოლი ფუნქციონირებს ჰარმონიული ერთიანობით.

1

ცნობიერება

ცნობიერება სინამდვილის ასახვის უმაღლესი დონეა, ვლინდება პიროვნების უნარში მისცეს თავის თავს ნათელი ანგარიში გარემოს, ახლანდელი და წარსული დროების შესახებ, მიიღოს გადაწყვეტილება და სიტუაციის შესაბამისად მართოს თავისი ქცევა.

-შეგნებული მოქმედება ერთ-ერთი უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციაა. ცნობიერების მონაწილეობის გარეშე შეუძლებელია წარმოვიდგინოთ რაიმე დასრულებული რთული მოქმედება მადლორგანი-

ზებული ძუძუმწოვრის ღონეზეც კი, მაგალითად მტაცებლის მიერ საკვების მიკვლევა და მოპოვების პროცესი, ცხოველთა სამყაროში შტრის დენისგან თავდაცვის რთული პროცესი და სხვ. ცნობიერებას განიხილავენ ევოლუციურ-ფიზიოლოგიურ და ფსიქოსოციალურ ასპექტში.

ევოლუციურ-ფიზიოლოგიურ ასპექტში სწორი იქნება, თუ ცნობიერებას დავახასიათებთ, როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობას, რომელიც უზრუნველყოფს თავის ტვინისა და მთელი ორგანიზმის რთულ ინტეგრალურ უმაღლეს მოქმედებას. მაღალორგანიზებულ ცხოველებში ეს ფსიქიკური მოქმედებაა.

ფსიქოსოციალურ ასპექტში შეგნებული მოქმედება ფსიქიკური-სგან განუყოფელია. ნათელი ცნობიერების, როგორც ტვინის განმსაზღვრელი მდგომარეობის, გარეშე შეუძლებელია ფსიქიკური მოქმედება. არ შეიძლება გავივივოთ „ცნობიერი“ და „ფსიქიკური“. ეს უკანასკნელი უფრო ფართო ცნებაა.

აუცილებელია განვასხვაოთ ცნობიერი მოქმედების განვითარების რამდენიმე ეტაპი, რომლებიც განუყოფლად დაკავშირებულია გონების სიმწიფესთან და საზოგადოებრივი ცნობიერებისა და ფსიქიკის განვითარების შესაბამის ღონესთან: ცხოველებისა და ადამიანის წინა არსების ფსიქიკა, ჯოგური ცნობიერება, გონიერი ადამიანის ცნობიერება, გვაროვნული საზოგადოების ადამიანის ცნობიერება და თვითშემეცნების განვითარება. ცნება „ცნობიერება“ ეხება როგორც ცალკეულ ადამიანს (ინდივიდუალური ცნობიერება), ისე საზოგადოებას (საზოგადოებრივი ცნობიერება). საზოგადოებრივი ცნობიერება, როგორც საზოგადოებრივი ყოფიერების ასახვა, მოიცავს პოლიტიკურ, ფილოსოფიურ, საკანონმდებლო, მხატვრულ-ესთეტიკურ შეხედულებებს, მორალურ-ეთიკურ იდეებს, ნორმებს, მეცნიერულ ცოდნას. საზოგადოებრივი ცნობიერება ზემოქმედებს ინდივიდუალურ ცნობიერებაზე, მის განვითარებაზე. ცნობიერება განუყოფლად დაკავშირებულია მეტყველებასთან, ენასთან. ცნობიერება ყოველთვის რაიმეს ცოდნაა, აქტიური ხასიათი აქვს და განუყოფლად დაკავშირებულია მოქმედებასთან.

ცნობიერების სხვადასხვა თვისებას შორის მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მისი საორიენტაციო თვისება (ადგილში, დროში, გარემოში, ვითარებაში).

ადამიანს აქვს როგორც მის ირგვლივ არსებული სამყაროს, ისე საკუთარი თავის შეცნობის უნარი. ამას ეწოდება თვითშემეცნება.

ადამიანის მიერ საკუთარი სხეულის, აზრების, მოქმედების, გრძობე-
ზის, საზოგადოებრივი წარმოების სისტემაში საკუთარი მდგომარეო-
ბის შეცნობა.

ადამიანი სამყაროს შეიცნობს და გაიგებს საზოგადოებრივი ურ-
თიერობის, საწარმოო პროცესის, შრომის იარაღების, ენის, ეთიკუ-
რი და ესთეტიკური ნორმების პრიზმიდან. ამიტომ ადამიანის შემეც-
ნება საბოლოოდ განისაზღვრება მისი ყოფიერებით, ანუ კონკრეტულ
ისტორიულ პირობებში რეალური ცხოვრებით.

ცნობიერების ფიზიოლოგიური მექანიზმის შესახებ ი. პავლოვმა
იქვა, რომ ცნობიერება მოცემულ მომენტში, მოცემულ პირობებში
ნერვული მოქმედებაა დიდი ნახევარსფეროების განსაზღვრული უბნე-
ბისა, რომლებსაც ახასიათებს ოპტიმალური აგზნებულობა.-

ი. პ. პავლოვი ხაზგასმით აღნიშნავდა, რომ ცნობიერება დინამიკუ-
რი პროცესია, მისი ობიექტით დეტერმინებული და ტვინის მიერ გასა-
შუალებული. იგი წერდა: „რომ შეიძლებოდეს ქალასარქველში ჩახედ-
ვა და დიდი ნახევარსფეროების ოპტიმალური აგზნებადობის ადგილი
ინთებოდეს, შეგნებული ადამიანის ფიქრის დროს დავინახავდით, თუ
მის დიდ ნახევარსფეროებზე მუდმივად როგორ მოძრაობს, ფორძასა
და სიდიდეს როგორ იცვლის უცნაურად არასწორი მოხაზულობის ნა-
თელი ლაქა, რომელსაც ნახევარსფეროს მთელ დანარჩენ სივრცეზე
აკრავს მეტ-ნაკლებად მნიშვნელოვანი ჩრდილი“. ამეჟამად ი. პ. პავლო-
ვის ნატვრა ასრულებულია. ანალოგიური სურათის დანახვა შეგვიძლია
100-არხიანი ელექტროენცეფალოსკოპით.

ხშირად ყოფიერებაში იყენებენ გამოთქმას „ქვეცნობიერი“. ზოგ-
ჯერ ქვეცნობიერად წარმოიქმნება ზოგიერთი გრძობა, რომელთა წარ-
მოშობის ახსნა ადამიანს არ ძალუძს. მათვე მიეკუთვნება ავტომატიზე-
ბული ჩვევები, ჰიპნოზში შთაგონება და სხვ. ქვეცნობიერის სფეროს
უნდა მივაკუთვნოთ აგრეთვე თავის ტვინის მუშაობა ძილის დროს.
ცნობილია, რომ ზოგ ადამიანს სიზმარში აღმოჩენები მოუხდენია (დ. ი.
პენდელევევი, ა. ს. გრიბოედოვი და სხვ.). მეცნიარებას ეს ჯერ ახსნი-
ლი არა აქვს. ძილის დროს თავის ტვინში გრძელდება მუშაობა —
ხდება ანალიზი და სინთეზი, დაზუსტება და გამოყოფა. შექმდგომი გა-
მოკვლევები, ალბათ, დაადასტურებს ვარაუდს, რომ ძილის დროს „ხან-
მოკლე“ მეხსიერება გადადის „ხანგრძლივი“ და შექმნის ძილში ინ-
ჟორმაციის შთანერგვის მეთოდის მწყობრ თეორიას — ჰიპნოპედიას.

ავადყოფობამ შეიძლება დაარღვიოს თვითშემეცნება, კერძოდ-

საკუთარი თავის როგორც ავადმყოფის, შემეცნება ან საკუთარი თავის, როგორც პიროვნების საკუთარი „მე“-ს გაგება.

ცნობიერების დარღვევა. კლინიკურ პრაქტიკაში ასხვავებენ ცნობიერების გამოხატული პათოლოგიური მდგომარეობის ორ დიდ ჯგუფს: დაბინდებას და გამოთიშვას. ცნობიერების დაბინდებას განეკუთვნება უკვემოაღწერილი მდგომარეობა.

1 დელირიუმი — ადგილზე, დროში, გარემო ვითარებაში ორიენტირების დარღვევაა საკუთარ პიროვნებაში ორიენტირების შენარჩუნებით. ტიპურია მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციების სიჭარბე, რომლებიც, ჩვეულებრივ, შიშის მომგვრელი ხასიათისაა. უფრო ხშირად მხედველობითი სახეობაა სხვადასხვაგვარი ზოოფსიები (ვირთხები, თავეები, გველები და სხვ.). ამ აშლილობას თან სდევს ფსიქომოტორული აგზნება: ავადმყოფს ეშინია, შფოთავს, ცდილობს თავდაცვას, გაქცევას. მწვავე მდგომარეობისას ავადმყოფი საშიშია გარშემო მყოფთათვის. ავადმყოფური მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ მას რჩება განცდილის ნაწილობრივი მოგონება. უფრო ხშირად დელირიუმში აღენიშნება ალკოჰოლიზმის დროს, მას ყოფაცხოვრებაში „თეთრ ცხელებას“ უწოდებენ.

1 ამენცია (ამენციური მდგომარეობა). ეს მდგომარეობა აღიხიშმება მიძიმე და ხანგრძლივად მიმდინარე ავადმყოფობის დროს (იხფეკცია, სეპტიკოპიემია და სხვ.). ირღვევა ორიენტირება გარემოში, დროში და საკუთარ პიროვნებაში. ავადმყოფი ვერ ერკვევა გარემო ვითარებაში, მეტყველებს წყვეტილი ფრაზებით. არცთუ იშვიათად იგი აგზნებულია ლოგინის ფარგლებში. ავადმყოფური მდგომარეობა შესაძლოა დიდხანს გაგრძელდეს. შორჩენის შემდეგ ავადმყოფს აღარ ახსოვს ამენციის პერიოდში განცდილი.

1 ონეიროიდი (ძილბურანის მდგომარეობა) ხასიათდება არასრული, ხშირად ადგილზე, დროში და საკუთარ პიროვნებაში ორპაგი ორიენტირებით. ავადმყოფი თითქოს იფლობა ძილბურანისებურ ფანტასტიკური ზმანების სამყაროში: სხვა პლანეტაზეა, კოსმოსურ ხომალდზე, ეგზოტიკურ ბალში და სხვ. ამ დროს ის მშვიდია და მოვლენებს თითქოსდა შორიდან უცქერის (როგორც კინოდარბაზში), განსხვავებით დელირიის მდგომარეობისგან, როცა ავადმყოფური განცდების დროს ავადმყოფი მოქმედი პირია. დამახასიათებელია ავადმყოფის მიძიკა: ან განდგომილ-სევდიანია, ან „მოჭადროებული“. თვალები დახუჭულია ან ნახევრად ღია. თუ შევეცდებით მასთან კონტაქტის დამყარებას, შეიძლება გვიამბოს თავის ზმანებათა შესახებ და იმავე დროს გვითხრას

თავისი სახელი და პალატის ნომერი (ორმაგი ორიენტირება). განცდილის გახსენება შენარჩუნებული აქვს. ყველაზე უფრო მწვავე ავადმყოფურ აშლილობაზე ყველა ხატოვნად. ცნობიერების ონეიროდული აშლილობა აღინიშნება მწვავე ენდოგენური ფსიქოზის, ზოგიერთი ნფექციური დაავადების დროს.

1 დაბინდული მდგომარეობა მოგვაგონებს შებინდებისას ადამიანის მდგომარეობას, როცა იგი ხელაღს მხოლოდ ირგვლივ არსებული საგნების სუსტად განათებულ მცირე წრეს. ასეთი მდგომარობისას ცნობიერება თითქოსდა სხლტება. ყურადღება ჩერდება მხოლოდ ცალკეულ მოვლენაზე. ავადმყოფი ცუდად ორიენტირებს გარემოში, მისი თვითწეშეცნება შეცვლილია. ქცევაში ჰარბობს ავტომატიზებული შოქმედევა, რომელიც გარეგნულად საკმაოდ მოწესრიგებულია. ავადმყოფი ტოვებს ფიქრებში ღრმად ჩაფლული და გარემოსაგან გაპოთიშულის შთაბეჭდილებას. მოსალოდნელია საშიში პალუცინაციურ-ბოდვითი მდგომარეობა; შიშის გამო ავადმყოფი გარბის ან თავს ესხმის მოჩვენებით მტერს. ასეთ შემთხვევაში ის საშიშია ირგვლივ მყოფთათვის. დაბინდული მდგომარეობა მოულოდნელად ვითარდება და ასევე მოულოდნელად შეიძლება შეწყდეს, ჩვეულებრივ რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე გრძელდება, იშვიათად დღეების განმავლობაშიც. ავადმყოფი განცდილს არ იხსომებს. დაბინდული მდგომარეობა აღინიშნება ეპილეფსიისა და თავის ტვინის ორგანული დაავადებების დროს.

1 ამბულატორიული ავტომატიზმის მდგომარეობა. ამ მდგომარეობას ქცევის ავტომატური ფორმები ახასიათებს. გარემო ვითარების შეცნობა და თვითშეცნობა შეცვლილია (როგორც ძილბურანში). ესენია მძიმე სიარული (სომნამბულიზმი, მთვარეულობა) და ტრანსი — ცნობიერების დარღვევა, რომლის დროსაც ავადმყოფს შეუძლია შეასრულოს მიზანდასახული მოქმედება, იმგზავროს ტრანსპორტით დღისით, გაემგზავროს სხვა ადგილას. ამბულატორიული ავტომატიზმის მდგომარეობა ისევე უეცრად წყდება, როგორც უეცრად და მოულოდნელად იწყება. თუ ამ მდგომარეობიდან გამოსული ავადმყოფი უცხო გარემოში აღმოჩნდება, მომხდარი ამბის გამო თავს ანგარიშს ვერ აძლევს.

საკუთარი პიროვნების შეშეცნების მოშლილობა, ანუ დიპერსონალიზაცია. ავადმყოფმა იცის, ვინც არის. მაგრამ თავი შეცვლილად წარმოუდგენია, ამასთან, ყოველთვის ვერ ახსნის კონკრეტულად, რა შეეცვალა. შეეცვალა ტანი (გაუდილდა, დაუპატარავდა, დაუძძიდა,

შეუღმსუბუქდა) და მისი ჩვეულებრივი სქემა (ხელები დაუგრძელდა, წელი დაუმოკლდა, თავი მეტისმეტად გაუდიდდა და სხვ.). ეს აშლილობა შეინიშნება თავის ტვინის ორგანული დაზიანებისა და შიზოფრენიის დროს.

შინაგან დაავადებათა კლინიკაში უპირატესად შეიძლება შევხვდეთ ცნობიერების გამოთიშვასაც (მსუბუქიდან სრულ გამოთიშვამდე). გამოყოფენ შემდეგ აშლილობებს.

1. ობნუბილაცია (ლათინურიდან nubes — ღრუბელი) ცნობიერების მსუბუქი დაზიანებაა. ცნობიერება რამდენიმე წამით ან წუთით თითქოსდა გაბუნდოვნდება, მსუბუქ ღრუბელში გაეხვევა. გარემოსა და საკუთარ თავში ორიენტირება არ ირღვევა, ავადმყოფურ აშლილობას ამნეზია არ მოსდევს.

2. სოპოლონცია (მძინარობა) ხანგრძლივი (სათები, იშვიათად დღეები) მდგომარეობაა, მოგვაგონებს თვლემას. ამ დროს ორიენტირება დარღვეული არ არის. ხშირია ნეიროტროპული ინტოქსიკაციის ფონზე (მოწამვლა ალკოჰოლით, ძილის მომგვრელებით და სხვ.).

3. გაბრუება უფრო ღრმა აშლილობაა. ავადმყოფი ამ დროს მოღუნებულია, უხალისო, შებოჭილი, კითხვებზე მაშინვე არ რეაგირებს, საზრიანობა დაქვეითებული აქვს, მეხსიერება — შესუსტებული. გაბრუება სხვადასხვა დონით გამოიხატება და აღინიშნება დიაბეტური ჰიპერგლიკემიის, ფილტვების კრუპოზული ანთების, პერიტონიტის, ნეიროინფექციის, ანემიის, ტიფის დროს და სხვ.

4. სოპორი (სოპორული უგრძნობლობა) ღრმა გაბრუებაა. ავადმყოფი უძრავადაა, ვერ ხერხდება მისგან საპასუხო რეაქციის მიღება, ტკივილის რეაქციის, სინათლის მიმართ თვალების გუგების რეაქციის, კონიუნქტივისა და რქოვანას რეფლექსების გარდა. აღინიშნება მძიმედ მრმდინარე ინფექციის, ინტოქსიკაციის, გულ-სისხლძარღვთა მძიმე დეკომპენსაციის დროს.

5. კომა (ცნობიერების სრული გამოთიშვა). ამ მდგომარეობაში ავადმყოფს არა აქვს არც ტკივილის, არც კონიუნქტივის, არც რქოვანას რეფლექსები. აღინიშნება ზემოაღწერილი მდგომარეობის შემდგომ დაძმობის დროს, აგრეთვე მძიმე თავის ქალა-ტვინის ტრავმის შეძახევაში.

გულისწასვლა ცნობიერების უეცარი დაკარგვაა, განპირობებულია თავის ტვინის ხანმოკლე ანემიით (ტვინის სისხლძარღვთა სპაზმის გამო).

ცნობიერების ზემოაღწერილი ორი დარღვევა ერთმანეთისაგან

განსხვავდება არა მარტო გარეგანი კლინიკური გამოვლინებით, არამედ მათი გამომწვევი მიზეზებით და მიმდინარეობის ხასიათითაც.

მ ე დ ი ც ი ნ ი ს მ უ შ ა კ ი ს ტ ა ქ ტ ი კ ა. იმის მიხედვით, თუ ავადმყოფს ცნობიერების რა სახის დარღვევა აქვს, მედიცინის მუშაკიც შესაბამისად სხვადასხვაგვარად იქცევა. ცნობიერების დაბინდვის დროს ქცევის თავისებურება დამოკიდებულია ფსიქიკური განცდების სპეციფიკაზე. შიშის მომგვრელი ჰალუცინაციის ზეგავლენით ცნობიერების დელირიულ და დაბინდულ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები საშიშნი არიან გარშემო მყოფთათვის (შესაძლოა თავდასხმა) ზედიცინის და როგორც კი შენიშნავს ასეთ მდგომარეობას, მოვალეა დაშინე მოახსენოს ექიმს, მოახდინოს ავადმყოფზე მეთვალყურეობის ორგანიზაცია აგრესიული ქცევისა და იმპულსური აგზნების აცილების მიზნით.

ამენციურ მდგომარეობაში ავადმყოფი საშიში არ არის ირგვლივ მყოფთათვის, მაგრამ ამ სინდრომის განვითარება მოწმობს, რომ მნიშვნელოვნად დამძიმებულია როგორც ფსიქიკური, ისე სომატური მდგომარეობა. შესაბამისად საჭიროა ყურადღებით მოვლა, პულსის, სუნთქვის, ფიზიოლოგიურ მოქმედებათა მდგომარეობის კონტროლი და სხვ.

ონეიროდული მდგომარეობის განვითარება შეიძლება საშიში იყოს ავადმყოფისათვის და გარშემომყოფთათვისაც. ხშირად ეს შიზოფრენიის პროცესის დებიუტი ან გამწვავებაა. ექთანი მოვალეა თვალი არ მოაცილოს ასეთ ავადმყოფს და სასწრაფოდ გამოიძახოს მორიგე ექიმი, რომელიც ფსიქიატრთან შეათანხმებს (თუ ეს სომატური საავადმყოფო) ავადმყოფის მიმართ შემდგომ ტაქტიკას.

მძინარე სიარულისას ავადმყოფს ექთანმა მკვეთრად არ უნდა შეუძახოს ან შეაჩეროს. ალერსიანად, ჩუმად უნდა უთხრას, რომ დაბრუნდეს პალატაში და დააწვინოს კიდეც დასაძინებლად. მკვეთრად შეძახებამ, ხელით შეკავებამ შეიძლება გამოიწვიოს ავადმყოფური რეაქცია, წეშინება, გაქცევის პროვოცირება ან კრუნჩხვითი ბნედა. ასეთი შემთხვევა მედლამ დაკვირვების დღიურში უნდა ჩაიწეროს და მოახსენოს ჰქურნალ ექიმს.

ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ ცნობიერების სხვადასხვა სიღრმით გამოთიშვა შეიძლება ნეირონიფექციის, ნეიროინტოქსიკაციის ან მოახლოებული ქალასშიგა კატასტროფის (ინსულტისწინა პერიოდი, სიმსივნე და სხვ.) შედეგი იყოს. განსაკუთრებული ყურადღება უხდა ზრეაქციით სომნოლენციასა და გაბრუებას, რადგან სიმპტომებმა შეიძლება სწრაფად იმატოს, სოპორი და კომა განვითარდეს. მედლამ, რო-

გორც კი ასეთ მდგომარეობას შენიშნავს, დაუყოვნებლივ უნდა გამოიხატოს ექიმი.

ხაკონტროლო კითხვები

1. გვიამბეთ ფსიქიკისა და თავის ტვინის ურთიერთობის მატერიალისტური და ადუალისტური კონცეფციების შესახებ.
2. რა არის ცნობიერება?
3. ცნობიერების დარღვევის რა სახეები იცით?
4. ჩამოთვალეთ ცნობიერების გამოთიშვის ტიპის მოშლილობები.
5. გვიამბეთ ცნობიერების დელირიული და დაბინდული მდგომარეობის შესახებ.
6. გვიამბეთ ამენციური და ონეიროიდული მდგომარეობის შესახებ.
7. როგორია შედღის ტაქტიკა დაბინდული ცნობიერების შემთხვევაში ავადმყოფების მომსახურებისას?

შემეცნების სფერო

მოსახერხებელი კვლევისა და შესწავლისათვის ერთიან ფსიქიკურ ნოქმედებას პირობითად სამ: შემეცნებით, ემოციურ და მოძრა-ნებ-ლობით სფეროდ მიჯნავენ. ამის გარეშე პრაქტიკულად შეუძლებელია გარკვევა როგორც ფსიქიკური პროცესის ცალკეულ რგოლში, ისე ფსიქიკის ავადმყოფური დარღვევის სიმპტომებში.

შემეცნების სფეროა შეგრძნება, აღქმა, წარმოდგენა, მეხსიერება ყურადღება და აზროვნება.

შეგრძნება და აღქმა ჩვენ მიერ გარე სამყაროს და საკუთარი „მე“-ს შემეცნების წყაროებია — ზოგადი წარმოდგენებისა და ცნებების აგების საფუძველი.

შეგრძნება გარე მატერიალური სამყაროს საგნების ცალკეულ თვისებებისა და საკუთარი ორგანიზმის ასახვა (ფერი, სინათლე, სითბო, ტკივილი და სხვ.), გრძნობათა ორგანოებზე გარე სამყაროს საგნებისა და საკუთარი სხეულის ზემოქმედების შედეგი. გარე და შიგა სამყაროს ობიექტები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე უშუალოდ კარ მოქმედებს, არამედ ექსტერო-ინტერო და პროპრიორეცეპტორების გზით. ამასთანავე, არსებობს ორი სახის ექსტერორეცეპტორები: დისტანციური, ე. ი. რომლებიც გარე სამყაროს ობიექტთან უშუალოდ კონტაქტის გარეშე ლებულობენ გალიზიანებას (მხედველობა, სმენა, ყნოსვა, თერმული შეგრძნებები), და კონტაქტ-რეცეპტორები, რომელიც მოქმედებისათვის აუცილებელია უშუალო გალიზიანება, მაგალითად შეხება (გემოს შეგრძნება, ტაქტილური მგრძნობელობის სხვადასხვა სახე, ვიბრაციული გრძნობა და სხვ.).

შეგრძნებებს ყოფენ თვისების, სიმძლავრისა და ხანგრძლივობის მიხედვით.

მხედველობითი შეგრძნებების თვისებებია ფერები, სქებისა — ბგერები. შეგრძნების სიმძლავრეს (ინტენსიურობას) განსაზღვრავს მოცემული თვისების ამა თუ იმ დონით გამოსახვა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ბუნდოვანი შეგრძნებები ინტენსიურობის შატებისას უფრო მკვეთრი, რელიეფური ხდება. შეგრძნების ხანგრძლივობა ის დროა, რომლის განმავლობაშიც შენარჩუნებულია მოცემული კოხკრეტული შეგრძნების შთაბეჭდილება. შეგრძნების ხანგრძლივობა არ ემთხვევა ოცალური გალიზიანების ხანგრძლივობას. გალიზიანებლის მოქმედება შეიძლება უკვე დასრულებული იყოს, მაგრამ შეგრძნება კვლავ გავრძელდეს გარკვეული დროით.

ყოველ შეგრძნებას თან სდევს ესა თუ ის (დადებითი ან უარყოფითი) ემოციური რეაქცია. ეს პროცესი განისაზღვრება ორგანიზმის ინდივიდუალური თვისებებით. არსებობს შეგრძნების რამდენიმე ტიპი: მხედველობითი, სმენითი, გემოვნებითი, შეხებითი, ყნოსვითი, პროპრიოცეპტული და ორგანული (ინტეროცეპტული). უკანასკნელებს მიეკუთვნება შინაგანი ორგანოების მოქმედებასთან დაკავშირებული შეგრძნებები: შიმშილის, სიმძღრის, სქესობრივი დაკმაყოფილების, წყურვილისა და სხვა შეგრძნებები. ორგანული შეგრძნებები გენერალიზებული ხასიათისაა და აღამიანი მათ განიცდის როგორც ორგანიზმის საერთოდ განუსაზღვრელ მდგომარეობას. მაგრამ იმისათვის, რომ გარე სამყაროს ესა თუ ის მოვლენა ან საგანი შეცნობილი იყოს, საჭარისი არ არის მხოლოდ მისი თვისების ცოდნა, საჭიროა შეგრძნებათა კომპლექსის ცოდნა. ეს უკვე ახალი ფსიქოლოგიური ცნებაა.

აღქმა ცნობიერებაში მთლიანი გამოსახულების გადაღებაა მისი თავისებურებებიანად და ნიშნებიანად. აღქმა აქტიური პროცესია. აღამიანი სამყაროს აღიქვამს მოქმედებისას, შრომის პროცესში, რაც აღრმავეებს და სრულყოფილს ხდის მის აღქმებს. განვითარების პროცესში აღქმების სრულყოფა და დიფერენციაცია ავტომატურად ხდება. ოლონდ ზავშვთა შემეცნებითი მოქმედების დასაწყისშივე აღქმის რთული პროცესი ელემენტარული შეგრძნებების ცალკეული აქტებისაგან შედგება.

საინტერესოა აღვნიშნოთ, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის არასრულყოფილობის გამო ახალშობილი სამყაროს ხედავს თავდაყირა (როგორც ფოტოაპარატში). მაგრამ სიცოცხლის პირველი დღეებიდანვე ის ამ სამყაროს არა მარტო ხედავს, არამედ შეხებითაც შეიგრძნობს,

ანის შემდეგ წარმოიშობა და სრულყოფილი ხდება კავშირი მხედველობის, კანისა და კუნთოვან-მამოძრავებელ ანალიზატორებს შორის, ჩამოყალიბდება ადამიანის მიერ გარემოს ჩვეულებრივი აღქმა.

თითოეული პიროვნების აქტიურობას და ამორჩევითობას განსაზღვრული თავისებურებები აქვს, რაც უზრუნველყოფილია მისი წინა ვანწყობით და გამოცდილებით, ინდივიდუალური დაინტერესებულობით, ნერვული სისტემის ინდივიდუალური თვისებებით. თითოეულ ადამიანს აღქმაში შეაქვს რაღაც მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი. აღქმის ინდივიდუალური თავისებურებანი ვლინდება ცალკეული აღქმის სისწრაფით, სიღრმით, სისრულით, სიზუსტით, მეტ-ნაკლები სიფაქიზით, ემოციური გაჭერებულობით და სხვ.

რომელიმე ანალიზატორის ორგანული ამოვარდნის შემთხვევაში (დეპრივაცია), მაგალითად, სიბრმავისა და სიყრუის დროს, სხვა ანალიზატორების მგრძნობელობა მკვეთრად მატულობს, განსაკუთრებით თუ დეპრივაცია (სმენითი, მხედველობითი) აღრე ასაკში მოხდა და ახალგაზრდა ორგანიზმს დასჭირდა ადაპტაცია გარემოსთან. უსინათლოებს სწინასა და ყნოსვასთან ერთად კარგად აქვთ განვითარებული ვესტიბულური და კუნთ-სახსრების ანალიზატორები, რის შედეგადაც არა მარტო გზას იგნებენ თვალხილულებისთვის პრაქტიკულად მიუწვდომელი ნიშნების მიხედვით, არამედ გზაზე შეხვედრილ დაბრკოლებებსაც კი გრძნობენ. ყრუ-მუნჯებში დომინირებს ვესტიბულური, კუნთ-სახსრის და განსაკუთრებით მხედველობითი ანალიზატორები. ისინი ზუსტად გრძნობენ რიტმიკას, აღიქვამენ ოდნავ შესამჩნევი ვიბრაციის წარმოქმნელ ხმაურსაც. მათში მხედველობითი აღქმის დიფერენცირება ისეთ დონეს აღწევს, რომ შესაბამისი სწავლის შემდეგ ადვილად იცნებენ მათკენ მიმართულ მეტყველებას ტუჩების მიმიკური კუმშვით („ამოიკითხავენ ტუჩებიდან“).

ადამიანის შეგრძნებებისა და აღქმების სფერო ყალიბდება მისი თავის ტვინის განვითარების მაღალ დონეზე შრომითი საქმიანობისა და მთელი ცხოვრების გამოცდილების ზეგავლენით. მედიცინის გამოცდილ მუშაკს უვითარდება მეტად წმინდა ტაქტილური (შეხებითი) შეგრძნება, რასაც იგი იყენებს პალპაციისთვის სხვადასხვა მახიბულაციის შესრულების დროს. აღქმის განვითარება დაკავშირებულია დაკვირვებისა და შესწავლის მეთოდებთან.

საშუალო მდემუმუშაკისათვის თეორიულად და პრაქტიკულად საინტერესოა ხელსაწყო-იარაღებით „შეხებისა“ და „შეგრძნების“ სხვადას-

სხვა ფორმა, მაგალითად, ნემსის წვერით ვენის კედლის „შეგრძნება“ ვენაში შეყვანის დროს.

აღქმა დამოკიდებულია პიროვნების აქტიურობის დონეზე. მყარი და ეფექტური, აქტიური, გეგმაზომიერი და მიზანდასახული აღქმის უნარს, როგორც პიროვნების თვისებას, ეწოდება დაკვირვებულობა. მედიცინის მუშაკისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფურ გამოვლინებებზე დაკვირვების უნარის განვითარებას.

აღქმა და შეგრძნება ცნობიერი, გააზრებული პროცესებია. მათი აზრობრივი მხარის უზრუნველყოფაში დიდ როლს ასრულებს აზროვნება და მეტყველება, რომლებიც ორგანულად მიეკუთვნებიან ადაშიანის შეგრძნებასა და აღქმას. გამოცდილი და მოაზროვნე მედიცინის მუშაკი აღიქვამს ავადმყოფობის სიმპტომებს და ამავე დროს გაიზარებს მათ მნიშვნელობას ამა თუ იმ შემთხვევაში, განასხვავებს სხვა ავადმყოფობის მსგავსი სიმპტომებისაგან და სხვ.

შეგრძნება მჭიდროდ დაკავშირებულია ემოციებთან. ემოციებმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს აღქმაზე, ზოგჯერ რამდენადმე გაუუქუღმართოს კიდევ აღქმით მიღებული გამოსახულება, მისი შეფასება, შთაბეჭდილება. ასეთი გაუქუღმართება შეიძლება ჰქონდეს ნებისმიერ ავადმყოფს, როცა იგი ცუდად გრძნობს თავს. ეს უნდა გაითვალისწინოს საშუალო მედპერსონალმა ავადმყოფთან საუბრის დროს, ექიმის მიერ დანიშნული სხვადასხვა მანიპულაციის შესრულებისას.

წარმოდგენა ჩვენს ცნობიერებაში ოდესღაც წარსულში აღქმული გამოსახულებების გაცოცხლებაა. უშუალოდ აღქმულთან შედარებით ყოფილი აღქმის წარმოდგენა მისი ზუსტი ასლი არ არის. წარმოდგენებს განზოგადებული ხასიათი აქვს, ისინი არასაკმარისად მკაფიოა, ფრაგმენტული და მუდამ ინდივიდუალური. მათ დიდად განსაზღვრავს პიროვნების ინტელექტუალურ-მნიშვნელოვანი თავისებურებანი. საკმაოდ იშვიათია აღრე აღქმულის საარკისებურად ზუსტად აღდგენა წარმოდგენაში. ამ ფენომენს ეიდეტიზმს უწოდებენ და უფრო ხშირია ბავშვობის ასაკში. არსებობს მხედველობითი, სმენითი, შეხებითი ეიდეტიზმი და სხვ.

შეგრძნების დარღვევა. იგი მეტად მრავალფეროვანია: ჰიპერესთეზია (გაძლიერებული მგრძნობელობა), ჰიპესთეზია (დაქვეითებული მგრძნობელობა), ანესთეზია (მგრძნობელობის არარსებობა), პარასთეზია (წვა, ჩხვლეტა, მოჭიმვა და სხვ.). მისი წარმოქმნა მოსალოდნელია ნერვული გამტარობის, კერძოდ, სისხლძარღვთა ინერვაციის ორგანული ან ფუნქციური მოშლის დროს. ავადმყოფი შეიძლება განიცდიდეს

არასასიამოვნო და მძიმე შეგრძნებებს სხეულის შიგნით: შეკუმშვისა და დაჭიმვის, გადაგორებისა და კანკალის, ბურღვის, შეწოვის შეგრძნებებს. ეს ეგრეთ წოდებული ხენესტომათიაა.

აშლილობების ამ ჯგუფს შეიძლება მივაკუთვნოთ კანის ქავილიც, რომელიც მრავალი დაავადების მომასწავებელი და თანამგზავრია (ნევროზი, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებანი, ნივთიერებათა ცვლისა და ენდოკრინული ორგანოების მოქმედების დარღვევა, თირკმელებისა და სისხლის დაავადებანი, რეაქცია წამლებისა და საკვების მიღებაზე და სხე). ქავილი განსაკუთრებით ცუდად მოქმედებს ავადმყოფის ფსიქიკაზე, იგი გაღიზიანებულია, მოუთმენელი, ბრაზიანი და მრისხანე ხდება. ასეთი ავადმყოფი მოთმინებით და მშვიდად მოპყრობას საჭიროებს.

შეგრძნებებს შორის ყველაზე უფრო მტანჯველია ტკივილის განვითარებაში მონაწილეობს ქერქისა და ქერქვეშა წარმონაქმნები. ტკივილი ჩნდება როგორც სხეულზე გარეგანი გამღიზიანებლების უშუალო ზემოქმედებით, ისე თვით ორგანიზმში მომხდარი სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესით გამოწვეული ცვლილებების შედეგად. ტკივილი შეიძლება წარმოიქმნას ან გაძლიერდეს პირობით-რეფლექსური მექანიზმით და ფსიქოგენურად იყოს განპირობებული. ტკივილის სასიგნალო მნიშვნელობა ის არის, რომ გვაუწყებს მოსალოდნელ საფრთხეს.

ძლიერმა ტკივილმა შესაძლოა მთლიანად დაიპყროს ადამიანის აზრები და გრძნობები, მიიქციოს მთელი მისი ყურადღება. მან შეიძლება გამოიწვიოს ძილის დარღვევა, სხვადასხვა ნევროზული რეაქცია.

მედოცინის მუშაკის ტაქტიკა. ძლიერი ტკივილით გატანჯულ ავადმყოფს სჭირდება ზრუნვა, მისი ჩივილისა და თხოვნის ყურადღებით მოსმენა. ტკივილი სხვა აშლილობებთან შედარებით უფრო მეტად აუძლურებს ავადმყოფს. ამჟამად წამლების არსენალში ბევრი ანალგეტიკია. თუ მედდას არა აქვს ექიმის მითითება ძლიერი ტკივილის დროს ავადმყოფისთვის დანიშნული საშუალებების მიცემის შესახებ, მან უნდა მოიწვიოს მორიგე ექიმი და მასთან ერთად გადაწყვიტოს ტკივილის კუპირების საკითხი.

აღქმის მოშლა. ზოგი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს, განსაკუთრებით ფსიქიკური და ნერვული დაავადებების დროს, შეიძლება დაირღვეს აღქმის აქტი. იწყება ილუზიები — რეალური ობიექტის დაცხინჯებული, მცდარი აღქმა. ილუზიები შეიძლება ქანმრთელ ადამიანსაც ჰქონდეს მღელვარე მოლოდინის, შიშის დროს. ილუზიებს ყო-

ფუნ გრძობათა ორგანების მიხედვით (მხედველობითი, სმენითი, შეხებითი, ყნოსვითი და სხვ.).

რთულ ილუზიებს ეკუთვნის პარეილოია, რომელიც შეიძლება წარმოექმნათ ნევროზულად აშლილებს, ჭანმრთელებს კი დაღლილობის დროს. ხალიჩის ნახატში, შპალერის ორნამენტში და სხვა ადამიანი ხედავს საშინელ თავებს, უცნაურ, არაჩვეულებრივ ნაყშებს.

ჰალუცინაციები უობიექტო აღქმაა. ისინი ილუზიებივით გრძობათა ორგანობების მიხედვით განსხვავდებიან. უნდა გვახსოვდეს, რომ ჰალუცინაციები შეიძლება მხოლოდ ავადმყოფურ საფუძველზე, ძირითადად ფსიქიკური დარღვევის დროს. ამასთანავე, ავადმყოფებს ერთდროულად აღენიშნებათ ცვლილებები გრძობებისა და ქცევის სფეროებში.

რთული შემეცნებითი პროცესების დარღვევას აგნოზია ეწოდება. არსებობს მხედველობითი, სმენითი და შეხებითი აგნოზია. ისინი წარმოიქმნება სისხლძარღვთა დაავადებების, ტრავმის, სიმსივნურ პროცესის შედეგად თავის ტვინის ქერქის ლოკალური დაზიანებისა და სხვა პათოლოგიური მდგომარეობის შედეგად. მაგალითად, საგნობრივი აგნოზიით (საგნების შეცნობის დაზიანება) დაავადებულებს არ შეუძლიათ ქალაქზე ქოთნის დახატვა, ამბობენ, რომ ეს სამკუთხედიან ან სხვა რაიმე საგანი. აგნოზიით დაავადებულთათვის მეტად ძნელია იმ საგნების შეცნობა, რომლებსაც რაიმე დეტალი აკლია. საგნობრივი აგნოზიის დროს პირველ ადგილზე წამოწეულია საგნების განზოგადებული აღქმის დარღვევა.

ზოგ ავადმყოფს უპირატესად დარღვეული აქვს მხედველობითი რნდივიდუალიზებული აღქმა და შედარებით შენარჩუნებული აქვს საგნების განზოგადებული აღქმა. ასეთ ავადმყოფებს, მაგალითად, დარღვეული აქვთ ნაცნობი პიროვნებების ცნობის უნარი. ღრმად გამოხატული მოშლილობის დროს ავადმყოფები ცუდად არჩევენ მიმიკას.

ობტიკურ-სივრცითი აგნოზიის დროს ირღვევა ცალკეული საგნის სივრცეში განლაგების აღქმა (ქუჩების განლაგება ქალაქში, ავადმყოფები ვერ პოულობენ პალატის კარებს, თავის განყოფილებას, საწოლს პალატაში და სხვ.).

ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ შეხებითი აღქმის მოშლის უმალესი ფორმა (ასტერეონოზი), საგანზე (გასაღები, კალმისტარი, სათვალე და სხვ.) თვალზედახუჭული შეხებით ვერ განსაზღვრავენ მის ფორმას, ვერ გამოიცნობენ, ხოლო თვალშია ადვილად და შეუცდომლად გამოიცნობენ საგანს.

სმენითი აგნოზიის დროს ირღვევა ნაცნობი ხმების: ქალაქის შრიალის, მოახლოებული მატარებლის ხმის, სხვადასხვა ცხოველის მიერ გამოცემული ბგერების და სხვათა გამოცნობა.

თავის ტვინის ორგანული დაზიანების დროს, იშვიათად ინტოქსიკაციისა და სომატური დაავადებებისას, მოსალოდნელია ალქმის დარღვევა დერეფალიზაციის ტიპით. ეს მეტად რთული პათოლოგიური მდგომარეობაა; მას საფუძვლად უდევს ალქმის დარღვევა, რომელიც, როგორც ჩანს, შეხამებულია ცნობიერების თავისებურ დარღვევასთან. ამ დროს ავადმყოფები ცნობენ გარემო ვითარებას, მავრამ, რაღაც სხვანაირად ეჩვენებათ. გარემოს ჩვეული გამღიზიანებლები გრძნობათა ორგანოებზე მკვეთრად აღარ მოქმედებს. ხშირად ავადმყოფები აცხადებენ, რომ ისინი ყველაფერს ისე აღიქვამენ, თითქოს სქელი შუშა ეფაროთ, რომელიც მათ თითქოს გარემოსგან გამოჰყოფთ. ეს ავადმყოფური მდგომარეობა ზოგჯერ შერწყმულია თვითალქმის პათოლოგიასთან — დეპერსონალიზაციასთან.

მ ე დ ი ც ი ნ ი ს მ უ შ ა კ ი ს ტ ა ქ ტ ი კ ა. საშუალო მდგომარეობის მიერ ავადმყოფის მოვლა, რომელსაც აქვს ალქმის სხვადასხვაგვარი დარღვევა, გამოიხატება მათი ჩივილის ყურადღებით მოსმენაში. არასოდეს არ უნდა შეედავოს ავადმყოფს. თუ ეს დარღვევები პირველად შედგამ გამოავლინა, ამის შესახებ უეჭველად უნდა მოახსენოს მკურნალ ექიმს; თუ ისინი ადრეც იყო შენიშნული, აუცილებელია ექიმის დანიშნულების მიხედვით მოქმედება. ჰალუცინაციები, როგორც წესი, დაკავშირებულია ფსიქიკური დაავადების განვითარებასთან, ამიტომ მათი არსებობა სასწრაფოდ უნდა მოახსენოს ექიმს და ავადმყოფი მხედველობის არიდან არ უნდა გამოიჩეს.

ა ლ ქ მ ი ს გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა. ფსიქოლოგიაში ალქმას იკვლევენ ცხრილებისა და სურათების მეშვეობით. მაგალითად, ადამიანს ევალება დაახასიათოს იმ ადამიანების გრძნობები, რომელთა სახეები სქმატურად გამოსახულია სურათებზე. ძირითადი მნიშვნელობა აქვს არა ზელსაწყო-იარაღებით ან ტესტურ გამოკვლევას, არამედ ავადმყოფთან საუბარს, ჩივილისა და ანამნეზის შეკრებას, დაწვრილებით გამოკითხვას მისი შეგრძნებების, ალქმებისა და წარმოდგენების შესახებ. ზოგჯერ საჭიროა ავადმყოფს შეუმჩნეველად ვაამბობინოთ ამა თუ იმ აშლილობის შესახებ, ისე წარემართოთ საუბარი, რომ თვითონ გვაცნობოს ალქმის სფეროში გადახრა.

თუ ავადმყოფს არ სურს თავისი გრძნობების შესახებ თხრობა ან ცდილობს მათ დაფარვას (დისიმულირება), უნდა გამოვიყენოთ დაკ-

გვირგვინის მეთოდი: დავაკვირდეთ მის ქცევას, მიმიკას, მოქმედებას, პალატის მეზობლებთან საუბარს.

იმ შემთხვევაში, როცა აღქმის აქტის მოშლილობის სიმულაციის საფუძველი არსებობს, იყენებენ სპეციალური ტესტებისა და კვლევის მეთოდების მდიდარ არსენალს.

საკონტროლო კითხვები

1. დაახასიათეთ შეგრძნება.
2. რა არის აღქმა და რით განსხვავდება იგი შეგრძნებისგან?
3. დაახასიათეთ წარმოდგენა.
4. აღწერეთ შეგრძნებების დარღვევის ძირითადი სახეები.
5. აღქმის რა და რა დარღვევები იცით?
6. რით განსხვავდება ილუზიები ჰალუცინაციებისგან?
7. რა იცით ავზნების შესახებ?
8. რა არის ტყველი?
9. როგორია მედიცინის მუშაის ტაქტიკა ტყვილით შეწუხებული ავადმყოფის მომსახურების დროს?

მეხსიერება

მეხსიერება ფსიქიკის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი თვისებაა. ფსიქიკური მოქმედების ყველა ფორმა მეხსიერებას ემყარება. მეხსიერება ძველი გამოცდილების ასახვაა, მდგომარეობს ადრე აღქმულის, განცდილის ან შესრულებულის დახსომებაში, შენარჩუნებაში, შემდეგში მის აღდგენასა და ცნობაში. ი. მ. სეჩენოვს მეხსიერება მიაჩნდა „ფსიქიკური ცხოვრების ძირითად ძალად“, ფსიქიკური განვითარების ქვაკუთხედად“.

მეხსიერების ფიზიოლოგიური საფუძველია პირობითი რეფლექსების სისტემა. მეხსიერება მთელი ტვინის ფუნქციაა, რომელშიც მონაწილეობს თავის ტვინის ყველა განყოფილება, აგრეთვე ქერქქვეშა წარმონაქმნები, თავის ტვინის კავშირების ყველა სისტემა. მეხსიერება მკიდროდაა დაკავშირებული ანალიზატორებთან და მეტყველებასთან. კლინიკისტების მიერ დაგროვილი გამოცდილების საფუძველზე უდავოდაა მიჩნეული მეხსიერებისთვის თავის ტვინის საფეთქლის წილის მნიშვნელობა.

დროებითი კავშირების შენარჩუნებისა და შემდგომი გამოცოცხლების შესაძლებლობა მეხსიერების აუცილებელი ფიზიოლოგიური საფუძველია. მეხსიერება ასოციაციურია. არსებობს ასოციაციები მსგავსების, მეზობლობისა და კონტრასტის მიხედვით. ი. პ. პავლოვმა მი-

ზეზ-მედევობრივი ასოციაციებიც გამოჰყო. მათ საფუძვლად უდევთ კომპონენტების ლოგიკური ურთიერთქმედება და უკვე რთულ აზრობრივ კავშირებზე გადასვლა. უკანასკნელები სიტყვების საშუალებით გაერთიანებული და განზოგადებულია ჯგუფებად და მთელ სისტემებად, რომლებშიც განზოგადდება ყველაზე უფრო არსებითი, ეს არის აზრობრივი მეხსიერება.

ინფორმაციის მიღების პროცესში ასოციაციის წარმოქმნით ხდება დახსომება, რომელიც შეიძლება უნებლიე ხასიათის იყოს. უნებლიე დახსომებას ხელს უწყობს ძლიერი გრძნობა (სიხარული, შიში, ზიზღი, განსაკუთრებული ფიზიოლოგიური მდგომარეობა და სხვ.). დახსომების ამ ხერხს გარკვეული დადებითი მნიშვნელობა აქვს, მასზე აგებულია მეხსიერება ცოდნის დაუფლების დასაწყის პერიოდში.

მაგრამ ჩვენს ცხოვრებასა და საქმიანობაში ძირითად როლს ასრულებს დახსომების ნებითი ფორმა. გარდა ნებელობითი აქტისა, ნებითი მეხსიერებისათვის ყველაზე უფრო მეტად დამახასიათებელია ამოცანის გადამწყვეტი მოტივის არსებობა. დახსომების დროს გამოყენებულია მექანიკური და აზრობრივი ხერხები. მექანიკური დახსომება ყველა თავისი თვისებით ჩამორჩება აზრობრივს. ის იმდენად მტკიცე არ არის, მექანიკურად დახსომებულის გახსენება ძნელია. ადამიანები მექანიკურად მაშინ იხსომებენ, როცა მასალა გაუგებარია ან არ სურთ მისი ათვისება. უმეტეს შემთხვევაში უპირატესობა უნდა მივიანიჭოთ ჩვენს ცნობიერებაში ინფორმაციის აზრობრივი მეთოდით ათვისებას. აზრობრივი დახსომების დროს ნათლად გამოხატულია მასალის ანალიზურ-სინთეზური გარჩევის საჭიროება. კიბერნეტიკაში ინფორმაციის საზომ ერთეულად იყენებენ ბიტს (შესაძლებელი ინფორმაციის ყველაზე უფრო მცირე რაოდენობა). მიიჩნევენ, რომ ადამიანს შეუძლია მეხსიერებაში 10^{15} ბიტი ინფორმაციის კოდირება.

აქტიური მიზანდასახული დახსომების დამახასიათებელი სახეა დახსომება. ფიზიკურ ნორმალურ ნერვულ სისტემაში წამში აღიძვრის 3 მლრდ-მდე იმპულსი, მათგან 2 მლრდ მხედველობის ანალიზატორებიდან შედის.

ზოგი შეკვლევარის, კერძოდ H. Hyden-ის აზრით, დახსომების პროცესში დიდ როლს ასრულებს რნმ. მისი ოთხი საფუძვლიდან (ადენინი, გუანინი, ალანინი და ციტოზინი) ელექტროიმპულსის მოქმედებით ერთ-ერთის კავშირის შესუსტება ხელს უწყობს მის შეცვლას სხვა ცილით უჯრედის ფონდიდან და ახალ რნმ-თა წარმოქმნას, რომლებიც სხვებისგან განსხვავდებიან ერთი ფუძით და ამავე დროს ახალი ცილის

სინთეზით. ახლად სინთეზირებულ ცილას შეუძლია იმავე იმპულსებზე რეაგირება, რომელთა ზემოქმედებითაც შეიქმნა შეცვლილი რნმ. ცილის დისოციაციის შედეგად გალიზიანების დროს მედიატორი გადადის სინაფსურ აპარატში, სადაც ნერვული უჯრედი უკავშირდება ნეირონების ჯაჭვის მომდევნო უჯრედს.

უნებლიე დახსომების ფიზიოლოგიური საფუძველია დროებითი კავშირების წარმოქმნა უპირატესად პირველის დონეზე, ნებითია — მეორე სასიგნალო სისტემის დონეზე.

შენარჩუნება. მეხსიერებაში არჩევენ მასალის შენარჩუნების ორ სახეს: ხანმოკლესა და ხანგრძლივს. ხანმოკლე მეხსიერებაა ინფორმაციის შენარჩუნება რამდენიმე წამიდან 1—2 დღემდე, ხანგრძლივია ინფორმაციის შენარჩუნება მრავალი თვისა და წლის განმავლობაში. მექანიკურ ხანმოკლე მეხსიერებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ყოველდღიური ცხოვრებიდან და მუშაობიდან თავის ტვინში გადასული ცნობების გადარჩევის პროცესისათვის. ამ ცნობების ხანმოკლე დახსომებით შესაძლებელია მიღებული ინფორმაციებიდან სწორედ იმის ამორჩევა, რაც მეხსიერებაში ხანგრძლივად უნდა დარჩეს. თუ არ იქნებოდა შერჩევის ეს ფიზიოლოგიური მექანიზმი, მაშინ ხანგრძლივი მეხსიერება გადაიტვირთებოდა იმ მუდმივად მიღებული ინფორმაციით, რომელსაც ადამიანი გარემოდან აღიქვამს, ეს კი ხელს შეუწყობდა ცენტრალური ნერვული სისტემის სწრაფ დაძაბუნებას.

შემჩნეულია, რომ ნომრები, გვარები, სახელები და სხვა ინდივიდუალური სახელწოდებები უფრო ცუდად რჩება მეხსიერებაში. ეს იმით აიხსნება, რომ ასეთი დახსომება თითქმის მექანიკურია და ნაკლებად გამძლე, ხოლო საზოგადო სახელების, განსაკუთრებით ცნებების, დახსომებისას უფრო მტკიცე აზრობრივი კავშირებია. თუ ამას ძლიერი ემოციები და აქტიური მისწრაფებებიც უწყობს ხელს, მაშინ მასალა მეხსიერებაში უკეთესად შენარჩუნდება.

დავიწყებისას მეხსიერებიდან ამოვარდება ყველა მეორეხარისხოვანი რამ, არსებითი კი უფრო მტკიცედ, სრულად და ხანგრძლივად ინახება. ტვინში თითქმის ყოველთვის რჩება საგნებთან, სახეებთან და გარემო სამყაროს მოვლენებთან ურთიერთქმედების კვალი, რასაც მოწმობს ის ფაქტი, რომ მასალის არასისტემატური გამეორების დროსაც კი თითქოს უკვე დავიწყებული ადვილად აღდგება მეხსიერებაში და ზანმტკიცების შემთხვევაში შეიძლება მთელი სიცოცხლის მანძილზეც იყოს შენარჩუნებული.

შენარჩუნების პროცესი მჭიდროდ არის დაკავშირებული აზროვ-

ნებასთან: მასალა სისტემაში მოდის, მეორეხარისხოვანი გამოეყოფა მთავარს, ხდება სინთეზი და ანალიზი შესაბამისი დასკვნებითა და განზოგადებებით.

აღდგენას საფუძვლად უდევს ადამიანის თავის ტვინში სინამდვილის ასახვისას დარჩენილი კვალის აქტივაციის პროცესი. სწორედ ის აღდგება, რაც შეესაბამება ადამიანის განწყობას, კონკრეტული სიტუაციის მოთხოვნებს. დანარჩენი მწეზიური მასალა გარკვეულ დრომდე რჩება ჩვენი მეხსიერების „საკუჭნაოში“. გავისხენებთ იმას, რაც კარგად გვქონდა ათვისებული, აღდგენის უნარი დამოკიდებულია ორგანიზმის, კერძოდ ფსიქიკის, მდგომარეობაზე.

ადამიანის ფსიქიკური მომწიფების პროცესში მეხსიერება სრულყოფილი ხდება. ბავშვები იმის გამო, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემა ჯერ საკმარისად არა აქვთ მომწიფებული (სუსტად არის განვითარებული მეორე სასიგნალო სისტემა), ძირითადად უნებლიეთ იხსენებენ. მათ ჯერ არა აქვთ სრულყოფილი სიტყვიერ-ლოგიკური მეხსიერება. ბავშვი ადვილად იკიწყებს დახსომებულს, თუკი ხშირად არ გაიმეორებს. სკოლამდელებს ცუდად აქვთ განვითარებული დროის აღქმა, რაც ამწელებს მეხსიერებაში ჩარჩენილი მოვლენების განსაზღვრულ დროსთან დაკავშირებას. ამის შედეგად ადამიანს, როგორც წესი, არ ახსოვს, რა იყო სამ წლამდე მის ცხოვრებაში. ბავშვების მეხსიერების ეს თავისებურებანი უნდა გაითვალისწინოს საბავშვო დაწესებულებებში მომუშავე მედპერსონალმა.

მეხსიერების განვითარებაში დიდი როლი ეკუთვნის მეორე სასიგნალო სისტემას. აღდგენის (რეპროდუქციის) პროცესზე ზემოქმედებს დადლილობა და ყურადღების გამფანტველი სხვადასხვა ფაქტორი. ჰიპნოზში აღდგენა ბევრად უფრო სრულია.

დახსომების მსგავსად აღდგენაც ნებით და უნებლიეა. უნებლიე რეპროდუქციას შეიძლება ხელი შეუწყოს შედარებით ნაკლებმნიშვნელოვანმა ფაქტორმა, შტრიხმა (განათება, რაიმე ბგერამ, მსგავსმა სიტუაციამ და სხვ.). უნებლიე აღდგენის დროს ერთ-ერთი შემთხვევით გაცოცლებული ასოციაცია ამოატივტივებს მასთან მეტ-ნაკლებად დაკავშირებულ სხვა მოგონებებს. ადამიანის ცხოვრებასა და საქმიანობაში ძირითადი მნიშვნელობა აქვს ნებით აღდგენას. ამ დროს აუცილებელია ნებისყოფის დაძაბვის განსაზღვრული კომპლექსი. აღდგენის სინდვილე, სისწრაფე, სიზუსტე მკიდროდ დაკავშირებულია სხვადასხვა ფაქტორთან. გამოყენებული იყო თუ არა დახსომების აზრობრივი

მეთოდი, იყო თუ არა მასალა სისტემატიზირებული, იყო თუ არა დადებითი ემოციები და სხვ.

ფსიქოლოგიაში ხშირად იყენებენ ტერმინს „რემინისცენცია“ — უნებლიე გახსენებას იმის შეუცნობლად, რომ ეს ადრე იყო აღბეჭდილი. რემინისცენციის გამო სხვისი აზრები შეიძლება საკუთარივით აღიქვან. რემინისცენციის ფაქტის დადგენას მნიშვნელობა აქვს სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაში პლაგიატის შემთხვევაში. აღდგენის სისწრაფეს (ექსფორირებას) ხელს უწყობს ცნობის პროცესი, რომელიც მკიდროდ არის დაკავშირებული აღდგენის პროცესთან. ცნობის პროცესი ამა თუ იმ ნიშნის მიხედვით უშუალოდ ახლა ასათვისებლისა და უკვე აღქმულის გაერთიანებაა ამა თუ იმ ნიშნის მიხედვით. პირობითად თუ გამოვთქვამთ, ხდება თითქოსდა ძველი აღქმულს ახალზე დაშრევა.

ცნობილი მწერალი ა. ა. იგნატიევი აღწერს საინტერესო შემთხვევას. დიდი სამამული ომის წლებში ის აღმოჩნდა პარიზში, სადაც განაცვიფრა ერთმა სახლმა და განსაკუთრებით ღამაზად ჩამოსხმული თუჯის ღობემ, რომლითაც სახლთან ახლოს ნაკვეთი იყო შემოღობილი. ეს სახლი და ღობე მას საოცრად ნაცნობად ეჩვენა, თითქოს ადრე მრავალჯერ ენახა. შინ დაბრუნებულმა ამის შესახებ თავის დედას უამბო და მისგან შეიტყო, რომ პატარაობისას მშობლებთან ერთად საფრანგეთში უმოგზაურია და პარიზში ამ სახლში უცხოვრია. შემდგომი წლების მანძილზე მას დაავიწყდა ეს მოგზაურობა, მაგრამ ჩაბეჭდილის კვალი შემორჩა.

მეხსიერების ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი თვისებებია: სწრაფი დახსოვება, ათვისებულის მოცულობა, შენარჩუნების სიმტკიცე, აღდგენის სიზუსტე, ექსფორირებისათვის მზადყოფნა. ხანში შესვლასთან ერთად, როგორც წესი, მეხსიერება სუსტდება, ეს ხდება დახსოვების სისწრაფის შემცირების, განსაზღვრულ ობიექტზე ყურადღების მიპყრობისა და კონცენტრირების შესაძლებლობის დაქვეითების გამო.

არსებობს მეხსიერების გამოსახულებითი და სიტყვიერ-ლოგიკური ტიპები. პირველი უფრო ხშირად ახასიათებს ხელოვნების მუშაკებს, აზრობრივი მეხსიერება დამანასიათებელია მეცნიერთათვის. ყველაზე უფრო ხშირია მეხსიერების ამ სახეების შეხამება.

მეხსიერების თავისებური ფორმაა ემოციური მეხსიერება, რომელიც ადამიანის განცდებთან არის დაკავშირებული. მეხსიერების სხვა ტიპებს შორის შეიძლება აღვნიშნოთ მხედველობითი, სმენითი (კერძოდ მუსიკალური), ყნოსვითი, შეხებითი, გემოვნებითი მეხსიერება. განსა-

კუთრებული სახეა მოძრაობითი მეხსიერება, რომელიც უმადლეს სრულყოფას აღწევს იმ ადამიანებში, რომლებიც რთულ ფიზიკურ მოქმედებას ასრულებენ, მაგალითად ბალერინებში და სხვ. მეხსიერების ამ სახის გარეშე საერთოდ შეუძლებელია მიზანდასახული მოქმედება. მეხსიერების ჩამოთვლილი ტიპები მეტ-ნაკლებად ყველა ადამიანს ახასიათებს.

მეხსიერების დარღვევა. სხვადასხვა დაავადების დროს შეიძლება დაზიანდეს მეხსიერების რომელიმე კომპონენტი: დახსოვება, შეკავება, აღდგენა ხშირი დარღვევებია: ჰიპომნეზია, ამნეზია და პარამნეზია. პირველია მეხსიერების დაქვეითება, მეორე — მისი ამოვარდნა, მესამე — მეხსიერების ლალატი. გარდა ამისა, არსებობს ჰიპერმნეზია — გაძლიერებული დახსოვების უნარი (სქემა 1).

ჰიპომნეზია გვხვდება მძიმე ავადმყოფობის გადატანის გამო გაძლიერებული შემქნილი ასთენიური მდგომარეობის დროს. გამოჩანმართელების შემდეგ მეხსიერება აღდგება. ხანში შესულ ასაკში, როცა გამოხატულია ცერებრული ათეროსკლეროზი და ტვინის პარენქიმის დისტროფიული დაზიანება, მკვეთრად უარესდება მიმდინარე მასალის დახსოვება და შენარჩუნება. და, პირიქით, შორეული წარსული მოვლენები შენარჩუნებულია.

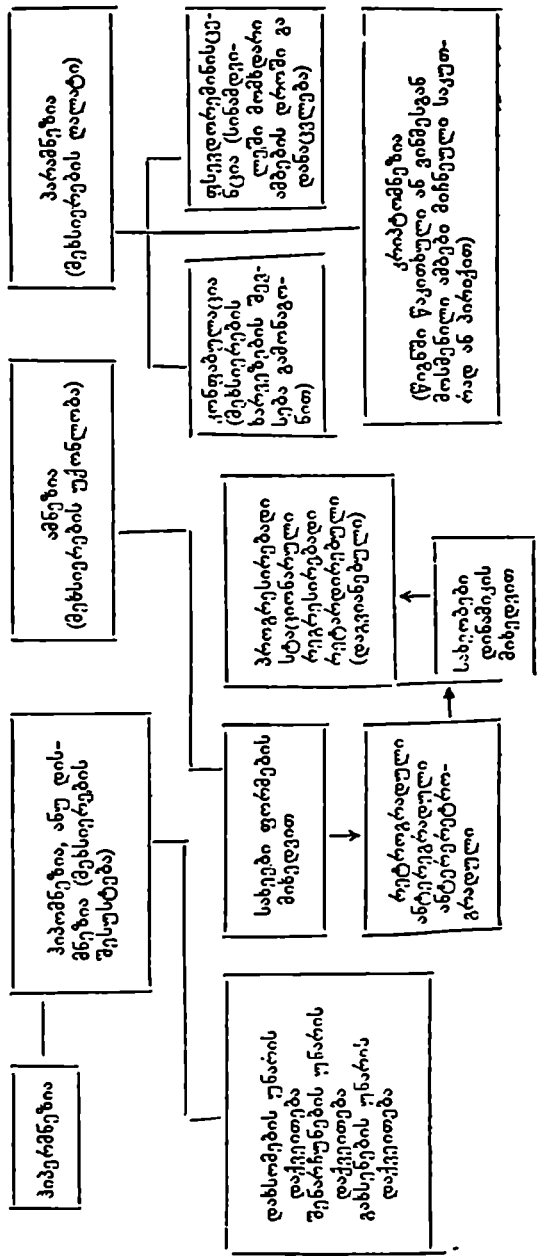
სრული ამნეზია (დროის რომელიმე მონაკვეთში მომხდარი მოვლენების მეხსიერებიდან ამოვარდნა) გვხვდება მოხუცებულთა ფსიქოზის, ტვინის მძიმე ტრავმის, ნახშირორჟანგით მოწამვლის დროს და სხვ. არსებობს რეტროგრადული ამნეზია, როცა ავიწყდებათ ავადმყოფობამდელი, ტრავმისწინა მოვლენები, და ანტეროგრადული ამნეზია, როცა ავიწყდებათ ის, რაც იყო ავადმყოფობის შემდეგ.

სამამულო ფსიქიატრიის ერთ-ერთმა ფუძემდებელმა ს. ს. კორსაკოვმა აღწერა ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს განვითარებული ფსიქოზი, რასაც მის პატივსაცემად კორსაკოვის ფსიქოზი უწოდეს. მიხმიერ აღწერილ სიმპტომთა კომპლექსს, რომლებიც სხვა ავადმყოფობების დროს გვხვდება, კორსაკოვის სინდრომს უწოდებენ. კორსაკოვის ფსიქოზის (სინდრომის) დროს უარესდება მიმდინარე მოვლენების დახსოვება. ავადმყოფს არ ახსოვს, ვის ელაპარაკა დღეს, ნახეს თუ არა ნათესავებმა. რა ჭამა საუზმისას, არ იცის მისი მუდმივად მომსახურე ჰელიცინის მუშაკთა სახელები.

გახსენების აშლილობას მიეკუთვნება პარამნეზიები — კონფაბულაცია და ფსევდორემინისცენცია.

კო ნ ფ ა ბ უ ლ ა ც ი ი ს დროს მეხსიერების ხარვეზი შეიცვება ისე-

მეხსიერების დარღვევა



თი მოვლენებით და ფაქტებით, რომლებიც სინამდვილეში არ ყოფილა, ამავე დროს ავადმყოფს სულაც არ სურს ვინმეს მოტყუება, შეცდენა. მეხსიერების პათოლოგიის ეს სახეობა მოსალოდნელია ჰქონდეს ალკო-ჰოლოზმით დაავადებულს, კორსაკოვის ფსიქოზის განვითარების დროს, აგრეთვე მოხუცებულობითი ფსიქოზის შემთხვევაში, თავის ტვინის ნებისმიერი დაზიანებისას.



ნ. ს. კორსაკოვი
(1854—1900)

ფსევდორემინისცენცია (დამახინჯებული აღდგენა) კონფაბულაციისგან განსხვავდება მეტი მდგრადობით, ამავე დროს ავადმყოფი ნამდვილი ამბავებით ჰყვება შორეულ წარსულში მომხდარ მოვლენებზე, ან სიზმარში ნანახზე, ან მის ცხოვრებაში არასოდეს მომხდარზე. ეს ავადმყოფური დარღვევა ხშირია მოხუცებულობით ფსიქოზის დროს.

ჰიპერმნეზია აღინიშნება მანიაკური აგზნებისას, მანიაკურ-დეპრესიული ფსიქოზისა და მანიაკურ მდგომარეობაში შიზოფრენიის დროს.

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა. მეხსიერების სხვადასხვა სახის აშლილობის მქონე ავადმყოფს ფრთხილად უნდა მოეპყრას. ეს განსაკუთრებით ეხება ამნეზიიან ავადმყოფს, რადგან ის მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითების გამო სრულიად უმწეოა, გრძობს თავის მდგომარეობას, ეშინია დაცივნისა და საყვედურებისა, რაზედაც მეტისმეტად ავადმყოფურად რეაგირებს. ავადმყოფის სხვადასხვა „ხარვეზი-

სა“ და არასწორი ქცევის დროს მედიცინის მუშაკი კი არ უნდა გაღიზიანდეს, არამედ შესაძლებლობისამებრ შეუსწოროს მას, გაამხნეოს და დაამშვიდოს. არ შეიძლება კონფაბულაციიანი და ფსევდორემინისციანი ავადმყოფისთვის დაბეჭითებით იმის მტკიცება, რომ მისი ნათქვამი სწორი არ არის. ეს მხოლოდ გააღიზიანებს ავადმყოფს და მანთან მედიცინის მუშაკის კონტაქტი დაირღვევა.

მ ე ხ ს ი ე რ ე ბ ი ს გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა. მეხსიერებას იკვლევენ ავადმყოფთან საუბრისა და ურთიერთობის პროცესში. ფართოდ გავრცელდა დახსომებაზე წარმოდგენისათვის 10 სიტყვის სინჯი. გამოითვლიან იმ სიტყვების რაოდენობას, რომლებიც გამოსაცდელმა სწორად აღადგინა ერთხელ და მრავალჯერ წარმოთქმის დროს. დახსომების პროცესის შესასწავლად გამოსაცდელს სთხოვენ გაიმეოროს იგივე სიტყვები დროის განსაზღვრული შუალედის შემდეგ. ლოგიკური ან აზრობრივი მეხსიარების გამოსაკვლევად გამოსაცდელს სთხოვენ მოყვეს წაკითხული მოთხრობის შინაარსი.

საკონტროლო კითხვები

1. რა არის მეხსიერება?
2. ჩამოთვალეთ მეხსიერების ძირითადი ფუნქციები.
3. რა არის აზრობრივი მეხსიერება?
4. დახსომების რა სახეები იცით?
5. რა არის დახსომების პროცესის ფიზიოლოგიური საფუძვლები?
6. რა არის ხანმოკლე და ხანგრძლივი მეხსიერება?
7. გვიამბეთ ბავშვის მეხსიერების თავისებურებათა შესახებ.
8. რა არის ცნობა?
9. მეხსიერების რომელ ტიპები იცით?
10. მეხსიერების დარღვევის რომელი სახეები იცით?
11. რას ეწოდება ანტერგრადული და რეტროგრადული ამნეზია?
12. გვიამბეთ კონფაბულაციისა და ფსევდორემინესცენციის შესახებ.
13. გვიამბეთ იმ ავადმყოფების მომსახურების თავისებურებების შესახებ, რომლებსაც დაზიანებული აქვთ მეხსიერება.

ყურადღება

აღამიანზე მუდმივად ზემოქმედებს გარეშე და შიგა სამყაროს მრავალრიცხოვანი გამლიზიანებელი, მაგრამ მას არ შეუძლია ყველა გამლიზიანებელზე რეაგირება და რამდენიმე სხვადასხვა ამოცანის ერთად გადაწყვეტა. აღამიანის ნებისმიერი საქმიანობის, ნებისმიერი ფსიქიკური პროცესის უმნიშვნელოვანესი პირობაა აუცილებელი მიმართულობა, ამ საქმიანობის მოცულობის შევიწროება ან შეზღუდვა აღქმის

გაძლიერებისა და სიმკვეთრის დროს. ადამიანის ფსიქიკური ცხოველ-
ქმედებისა და ცნობიერების განსაზღვრულ მიმართულობას საგნებისა
და მოვლენების ამორჩევით აღქმაზე ყურადღება ეწოდება.

ყურადღების ფიზიოლოგიური საფუძველია თავის ტვინის ქერქის
განსაზღვრულ უბნებში, ოპტიმალური აგზნებულობის კერებში აგზნე-
ბის კონცენტრაცია იმ დროს, როცა ტვინის დანარჩენი უბნები შეკავე-
ბის მდგომარეობაშია (ი. პ. პავლოვი).

არჩევნ ნებით და უნებლიე ყურადღებას. უნებლიე ყურადღებაზე
იმ შემთხვევაში ლაპარაკობენ, როცა ცნობიერების მიმართულობა და
დაძაბულობა განპირობებული არ არის ადამიანის ნებელობითი აქტით.
ასეთი ყურადღების წარმოქმნაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადა-
მიანის ჩვევები, ორგანიზმის შინაგანი მდგომარეობისადმი გამღიზიანებ-
ლის შესაბამისობა, რაიმეს მუდმივი ლოდინი და სხვ. უნებლიე ყურა-
დღებას საფუძვლად უდევს უპირობო საორიენტაციო რეფლექსი, რო-
მელიც ვლინდება მუდმივ მზადყოფნაში უპასუხოს კვლავ წარმოქმნილ
გამღიზიანებელს.

ნებითი ყურადღება განპირობებულია ადამიანის ნებელობითი
აქტით და დაკავშირებულია შეგნებულად დასახულ მიზანთან. ნებითი
ყურადღების ფიზიოლოგიური საფუძველია აგზნების კონცენტრაცია
თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროების განსაზღვრულ ფუნქციურ სის-
ტემებში, რომლებიც შეესატყვისებთან ადამიანისთვის გარემოს ყვე-
ლაზე უფრო მნიშვნელოვან მოვლენებს. ამიტომ ამ სისტემებს აქვს
ოპტიმალური აგზნების უნარი. მაშასადამე, ნებისმიერი სუსტი, მაგრამ
ამ მიმართულებით მოქმედი გამღიზიანებელი აღაზგნებს სწორედ ამ
სისტემებს, რაც ვლინდება აქტიური ყურადღების სახით.

ადამიანის ცხოვრებასა და საქმიანობაში გადამწყვეტი როლი ეკუ-
თვნის ნებით ყურადღებას. ამასთან დაკავშირებით მის შესწავლას და
გავარჯიშებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ადრეულ ასაკში
ადამიანის ნებითი ყურადღების განვითარებისათვის გადამწყვეტი მნი-
შვნელობა აქვს სკოლას და იქ ყოფნასთან დაკავშირებულ მეცადინეო-
ბებს, მოზრდილი ადამიანის ყურადღება ვითარდება და სრულყოფილი
ხდება პიროვნებასთან ერთად. ამ დროს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს
შრომას. ჭანმრთელი ადამიანის ყურადღების განვითარებასა და განმ-
ტკიცებაზე, ხოლო ავადმყოფის ყურადღების აღდგენაზე დიდ ზეგავლენ-
ას ახდენს სპორტი.

ყურადღების მნიშვნელოვან ნიმუშებს შორის გამოყოფილია მისი
კონცენტრაცია, ანუ მიპყრობა ობიექტების განსაზღვრულ წრეზე. ამ

ობიექტების რაოდენობას განსაზღვრავს ყურადღების ობიექტი. ყურადღების კონცენტრაცია და მოცულობა დამოკიდებულია პიროვნების თავისებურებებსა და მდგომარეობაზე, იმ მოქმედების ხასიათზე, რომლისკენაც მიპყრობილია ყურადღება, და მის ობიექტზე. ავადმყოფობამ შესაძლოა დააქვეითოს ყურადღების კონცენტრაციის უნარი სხვადასხვა მიზეზით: თავის ტვინის უჯრედების სისუსტის, დაქვეითებულმა აქტიურობის, ასთენიზაციის გამო. ეს არცთუ ისე იშვიათად აღინიშნება ზოგიერთი სომატური დაავადების დროსაც.

ყურადღების თავისებურებაა მისი მდგრადობა, ანუ განსაზღვრული ობიექტისადმი ყურადღების ხანგრძლივი კონცენტრაციის შესაძლებლობა. რაც უფრო ერთფეროვანია მოქმედებაში მონაწილე ობიექტები, საგნები, მით უფრო დაძაბულ ყურადღებას საჭიროებს ეს მოქმედება. რაც უფრო ნაკლებია ყურადღების მიმპყრობი აგზნება (მტკივნეული შეგრძნება და სხვ.) გარემოში, ადამიანის ფიქრებსა და განცდებში, მის ორგანიზმში, მით უფრო ადვილია ყურადღების მდგრადობის შენარჩუნება. ამასთან დაკავშირებით ფსიქოპათიის მიზნით საწარმოებში, სადაც მუშაობა დაძაბულ ყურადღებას საჭიროებს, აცილებული უნდა იყოს ყურადღების გამფანტველი ყოველგვარი ფაქტორი.

ყურადღების მოშლა. ყურადღების დასუსტება ვლინდება უყურადღებობით. უყურადღებობის პირველი ტიპია დაბნეულობა, რაც განსაზღვრება ყურადღების მცირე ინტენსიურობით. უყურადღებობის ეს ტიპი ნორმაში აღენიშნებათ სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს და ასთენიურ ავადმყოფებს.

უყურადღებობის მეორე ტიპს ახასიათებს შინაგანად მიმართული ყურადღების ინტენსიურობა და ძნელად გადაართვა. ეს ტიპი აღენიშნებათ იმ პირებს, რომლებიც შეპყრობილნი არიან რაიმე იდეით, ჩაფლულნი არიან თავიანთ განცდებში. ავადმყოფურ მდგომარეობაში ის ახასიათებს, იმ პირებს, რომლებსაც ზედირებულოვანი და აკვიატებული იდეები აქვთ. ყურადღების გადართვის უნარის თავისებური აშლილობა შეინიშნება თავის ტვინის შუბლის წილის ორგანული პროცესით ლოკალური დაზიანების დროს. ასეთი ავადმყოფები წარმოქმნილ მოქმედებას მრავალჯერ იმეორებენ ახალ მოქმედებაზე ყურადღების გადართვის გაძნელების გამო (ყურადღების პერსევერაცია). შეინიშნება საწინააღმდეგო შემთხვევებიც, როცა ყურადღების გადართვის უნარი პათოლოგიურად ძლიერდება. ეს აღენიშნებათ მანიაკურ ავადმყოფებს. მათი ყურადღება უწყვეტად გადაირთვება გარე სამყაროს ახ-

ლად წარმოქმნილ ობიექტებზე, გარშემომყოფთა მიერ ნათქვამ სიტყვებზე და სხვ., რის გამოც მათ საკმაოდ ხანგრძლივად არ შეუძლიათ რამეზე ყურადღების გამახვილება.

უყურადღებობის მესამე ტიპი განისაზღვრება არა მარტო ყურადღების კონცენტრირების მეტად სუსტი ინტენსიურობით, არამედ მისი კიდევ უფრო სუსტი გადართვით. ყურადღების ამგვარი შეცვლა მოხუცებულობის ასაკში, ცერებრული ათეროსკლეროზის დროს, ჟანგბადოვანი შიმშილის პირობებში შეინიშნება.

მოშლილი ყურადღების გამოკვლევა იმის გამო, რომ ყურადღების ხარისხი ბევრ პირობაზეა დამოკიდებული, მისი გამოკვლევის დროს უნდა გავითვალისწინოთ: ყურადღება საქმიანობის სხვადასხვა ფორმისას, ყურადღების შეცვლა დადლილობისა და ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის, ემოციური განცდების შესაბამისად და სხვ.

ძლიერი დაქანცულობა განსაკუთრებით ხშირად გამოიხატება ყურადღების დაქვეითებით. ამიტომ მნიშვნელოვანია გამოვავლინოთ ყურადღების სადღეღამისო, კვირის ან თვის მრუდი. დავადგინოთ, როგორ შეცდომებს უშვებენ ავადმყოფები მუშაობისას და უფრო მეტად როდის. გამოკითხვის დროს ყურადღება უნდა მივაქციოთ წერაში დაშვებულ ხარვეზებს, შეცდომებს ანგარიშში.

ყურადღების გამოკვლევისას ფართოდ გავრცელდა კორექტურული მეთოდი. გამოსაკვლევს აძლევენ ტექსტს, რომელშიც თითოეულ სტრიქონში წასაშლელია ერთი (ზოგჯერ ორი) ასო. გამოკვლევა ტარდება 5—8 წუთის განმავლობაში. მიზანშეწონილია კვლევის ჩამტარებელმა ტექსტში აღნიშნოს, რამდენი ნიშანია წასაშლელი. დროის ამოწურვის შემდეგ აჩაებენ სწორად შესრულებული მოქმედებისა და დაშვებული შეცდომების რიცხვს. მნიშვნელოვანია, ყურადღება მიაქციონ შეცდომების მატებას, რაც მოწმობს, რომ დადლილობა მატულობს დროში, ნერვული პროცესები ძაბუნდება. ეს უკანასკნელი ახასიათებს ნევროზის ან თავის ტვინის ორგანული დაავადების მქონე ზოგ ავადმყოფს.

ზოგჯერ ყურადღების შესაფასებლად იყენებენ ანგარიშს. იყენებენ 1-დან 25-მდე ციფრების მწკრივებს. ყოველ მწკრივში გამოტოვებულია ციფრები. გამოსაკვლევს სთავაზობენ მათ შევსებას და შეცვლას. დაძაბუნების შემოწმება შეიძლება კრებელინის მიხედვით: გამოსაკვლევს ევალდება 100-ს გამოაკლოს შვიდ-შვიდი ან ცამეტ-ცამეტი, ამასთან, საჭიროა დავალების შესრულებისთვის დახარჯული დროის

ფიქსაცია, დაშვებული შეცდომების გათვალისწინებით და ა. შ. ფსიქოლოგები იყენებენ ცხრილების სხვადასხვა ნაკრებს.

საკონტროლო კითხვები

1. რა არის ყურადღება?
2. რა არის ყურადღების ფიზიოლოგიური საფუძველი?
3. რით განსხვავდება ნებითი ყურადღება უნებლიესგან?
4. ჩამოთვალეთ ყურადღების ძირითადი თვისებები.
5. გვიამბეთ უყურადღებობის ტიპები შესახებ.
6. ყურადღების გადართვის მოშლის რომელი ტიპები გვხვდება კლინიკაში?

აზროვნება და ინტელიქტი

შემეცნებითი პროცესი იწყება უბრალო შეგრძნებებით და შემდეგ აღქმის ფორმით გრძელდება. ადამიანი აღქმისა და აღქმულის შენარჩუნებისას შეგნებულად აცოცხლებს წარსულ შთაბეჭდილებებს წარმოდგენების სახით და შემდეგ ასრულებს საოცარ ქმედებას — აზროვნებას. ბუნების ყველაზე უდიდესი სასწაულია ტვინის აზროვნების უნარი, რასაც საფუძვლად უდევს საგნებისა და მოვლენების საერთო თვისებები, მათ შორის კავშირისა და ურთიერთობის დადგენა და განზოგადება.

აზროვნება სამყაროს ასახვის უმაღლესი ფორმაა, სინამდვილის განზოგადებული შემეცნება, რომელშიც უმნიშვნელოვანესია სიტყვა, მეტყველება. სინამდვილის განზოგადებული შემეცნება აზროვნების მეოხებით ადამიანს შესაძლებლობას აძლევს გამოიყენოს განვითარების წარსული პრაქტიკის საფუძველზე დადგენილი ცოდნა გარემო სამყაროს საგნებისა და მოვლენათა ზოგადი კანონზომიერებებისა და კავშირების შესახებ. აზროვნება შესაძლებლობას გვაძლევს ამ ცოდნის საფუძველზე წინასწარ დავინახოთ მოვლენების მსვლელობა და ჩვენივე მოქმედების შედეგები.

ვ. ი. ლენინი ამბობდა: „ცოცხალი განჭვრეტიდან აბსტრაქტულ აზროვნებაზე და მის განპრაქტიკაზე — ასეთია ჰეგელის დიალექტიკური გზა“.¹

ზოგიერთ კაპიტალისტურ ქვეყანაში, განსაკუთრებით გერმანიის

¹ ვ. ი. ლენინი, თხზულებანი (IV გამოცემა), ტ. 38, გვ. 167-168.

ფედერაციულ რესპუბლიკაში, ვითარდება ე. წ. პარაფსიქოლოგიის, ანუ უგრძნობელი შემეცნების იდეები, ადამიანიდან ადამიანში აზრთა გადაცემა გრძნობათა ორგანოების მონაწილეობის გარეშე. არ შეიძლება მოვწყვიტოთ შემეცნება მის გრძნობითს მხარეს. შეგრძნება და აღქმა ერთობლიობაშია აზროვნებასთან. ამჟამად ჩვენი ქვეყნისა და საზღვარგარეთის მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ თავის ტვინის ქერქსა და ქერქქვეშა წარმონაქმნების ოპტიმალური ტონუსის შესანარჩუნებლად აუცილებელია სხვადასხვა ანალიზატორისგან მუდმივად მომავალი იმპულსაცია, ამასთან განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს გრძნობათა სხვადასხვა ორგანოდან ტვინში გადასული იმპულსების ნაკადს.

მხედველობითი და სმენითი აფერენტაცია მნიშვნელოვან ფუნქციებს ასრულებს ბავშვის ადრეული ონტოგენეზის პროცესებში, მონაწილეობს ტვინის სხვადასხვა ფიზიოლოგიური სისტემის სპეციფიკურ დიფერენცირებასა და ჩამოყალიბებაში, რომლებიც უზრუნველყოფენ გარემოში ორგანიზმის ნორმალურ არსებობას.

გარემოზე დაკვირვებით და ადამიანებთან სიტყვიერი ურთიერთობის დამყარებით ბავშვი შედარებით მცირე დროში ითვისებს კაცობრიობის მიერ მისი განვითარების მთელი ისტორიის მანძილზე დაგროვილ ქცევის ნირსა და საქმიანობას. თანდათანობით ყალიბდება ფსიქიკური და მასთან ერთად შემეცნებითი მოქმედება.

ბათოლოგიური პროცესის შედეგად მხედველობისა და სმენის ერთდროული გამოთიშვა არსებით ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმის ცხოველქმედების მთელ პროცესზე, ფსიქიკის, შემეცნებისა და პიროვნების განვითარებაზე. ცნობილია, რომ იძულებითი მარტოობა იწვევს ბავშვის ფსიქიკურ დეგრადაციას. უსინათლო-ყრუ-მუნჯად შობილი პირები აღზრდის სპეციალური სისტემის გარეშე მოკლებული არიან ფსიქიკური განვითარების შესაძლებლობას, რაიმე საქმიანობას, რადგან ავადმყოფური მდგომარეობის გამო ადამიანებთან ვერ ამყარებენ აქტიურ ურთიერთობას, არ შეუძლიათ მათი გამოცდილების შეცნობა და გადაღება. უსინათლო-ყრუ-მუნჯ ბავშვს აქვს განვითარების მხოლოდ პოტენციური შესაძლებლობა, მაგრამ, ი. ა. სოკოლიანსკის აზრით, მისი თავისებურებაა ის, რომ ეს შესაძლებლობა აქვს; მაგრამ საკუთარი ძალ-ღონით ვერასოდეს მიაღწევს სრულიად უმნიშვნელო გონებრივ განვითარებასაც კი. სპეციალური მაკორექტირებელი პედაგოგიური ზემოქმედების გარეშე ასეთი ბავშვი სრული ინვალიდნი რჩება მთელი სიცოცხლის მანძილზე. ყრუ-მუნჯი ბავშვის სწავლება და აღზრდა ცხადყოფს, რომ ადამიანის ფსიქიკა და ქცევა თანდაყოლილი არ არის, ისინი

ვითარდება არა სპონტანურად, არამედ მხოლოდ ადამიანებთან ურთიერთობაში.

ი. ა. სოკოლიანსკისა და ა. ი. მეშჩერიაკოვის ბრწყინვალე შედეგები მხოლოდ იმიტომ გახდა შესაძლებელი, რომ ისინი მიღწეულია ვხით, რომელიც სამამულო მედიცინის საუკეთესო მატერიალისტურ ტრადიციებს (ი. ა. სოკოლიანსკი იყო ვ. მ. ბესტერევისა და ი. ჰ. პავლოვის მოწაფე) აახლოებს მარქსისტულ-ლენინურ ფილოსოფიასთან, ცნობიერებისა და აზროვნების ბუნების დიალექტიკურ-მატერიალისტურ გაგებასთან, გარე სამყაროსთან, მათ კავშირთან. არც ერთ სხვა ფილოსოფიურ კონცეფციას არ მოუწახვავს და არც შეეძლო მოეწახვა გასაღები უსინათლო-ყრუ-მუნჯების სწავლებისა და პიროვნების ჩამოყალიბებისათვის არც თეორიული და არც პრაქტიკული პედაგოგიკის მსრივ.

მედიცინის მუშაკი ავადმყოფის გარეგნული შესახედაობის, კანის ფერის, სკლერების, ლორწოვანი გარსის მხედველობითი აღქმის, პალპაციის, პერკუსიის, ბიოქიმიური და სხვა ანალიზების წაკითხვის საფუძველზე ადგენს ამა თუ იმ დიაგნოზს. ეს ხდება ანალიზისა და სინთეზის, მედიცინისა და მედიცინის მუშაკის განზოგადებული გამოცდილების, როგორც მის მეტყველებაში, ისე ხატოვან წარმოდგენებში აღბეჭდილი თეორიული ცოდნის შედეგად.

შრომის ფორმების, ფსიქიკისა და მეტყველების განვითარებასთან ერთად თანდათანობით ვითარდება აზროვნება, რომელიც მონაწილეობს მეტყველებითი ურთიერთობის პროცესში. ტვინის განვითარებამ ადამიანს შეუქმნა წანამძღვრები ინდივიდუალური აზროვნებისათვის მთელი მისი თავისებურებებიანად, რომლებიც დამახასიათებელია განსაზღვრული ისტორიული ეპოქისათვის და განსაზღვრულ სოციალურ გარემოში განვითარების ინდივიდუალურ პირობებს შეესაბამება.

აზროვნება საზოგადოებრივი განვითარების პროდუქტია, მაგრამ აზროვნების ინდივიდუალური განვითარება, მისი თავისებურებანი ამავე დროს დამოკიდებულია ორგანიზმის თავისებურებებზეც, თავის ტვინის მდგომარეობასა და მის ფუნქციურ შესაძლებლობაზე.

აზროვნების პროცესთა ფიზიოლოგიური მექანიზმი ისტორიაში პირველად ახსნეს ი. პ. პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა თავიანთ შრომებში.

ადამიანის უმაღლესი ნერვული სისტემის მთელი ქმედება ი. პ. პავლოვმა ახსნა თავის ტვინის რამდენიმე სისტემის მუშაობით. ამასთან, პირველი ინსტანციაა ქერქქვეშა სისტემები, რომელთა ცხოველმოქმე-

დებას ეწოდება უპირობო აგენტები გარე ან შიგა სამყაროდან. მეორე ინსტანციაა თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროები, შუბლის წილისა და, აგრეთვე, სიტყვიერი გამლიზიანებლის მიმღები ნაწილების გარდა. ეს ინსტანცია უშუალო შთაბეჭდილებების — შეგრძნებების, აღქმებისა და წარმოდგენათა მტარებელია. ეს პირველი სასიგნალო სისტემაა.

მესამე ინსტანცია განაზოგადებს პირველი ორი ინსტანციიდან მიღებულ ურიცხვ სიგნალს. ეს მეორე სასიგნალო სისტემაა, აქ ხდება სიტყვიერი გამლიზიანებლების აღქმა და აქ მიღებული სინამდვილის უშუალო სიგნალების შეცვლა მეტყველებით. მეორე სასიგნალო სისტემის ცხოველქმედებას შეადგენს შუბლის წილებისა და სამი ანალიზატორის: მეტყველება-მოძრაობის, მეტყველება-სმენისა და მეტყველება-მხედველობის ფუნქციები. მათ შეესაბამება მეტყველების აგება და სიტყვების წარმოქმნა, შემდეგ კი ზეპირი და წერიტი სიტყვის აღქმა და გააზრება.

აზროვნების ფიზიოლოგიური საფუძველია დიდი ნახევარსფეროების ქერქის ცხოველქმედება, რაც ხორციელდება სასიგნალო სისტემების ურთიერთზემოქმედებით.

აზროვნების პროცესს საფუძვლად უდევს ანალიზისა და სინთეზის, შედარებისა და განზოგადების, აბსტრაქციისა და კონკრეტოზაციის გზები. ცნებათა წარმოქმნაში შემდგომი გადასვლით. ეს უნდა დაედოს საფუძვლად, როგორც სამუშაო სქემა, ნებისმიერ შემოქმედებით პროცესს.

ანალიზი. მთელის (საგნის ან მოვლენის) შემადგენელ ნაწილებად გონებით დაყოფის, ცალკეული ნაწილის, ნიშნის, თვისების გამოყოფის პროცესია.

სინთეზი გონებით შემადგენელი ნაწილების ერთ მთლიანად გაერთიანებაა.

თუმცა ანალიზი და სინთეზი ურთიერთსაპირისპირო ოპერაციებია, ისინი ამავე დროს განუყოფლად დაკავშირებული არიან ერთმანეთთან, რადგან აზროვნების პროცესის ცალკეულ ეტაპზე წინ წამოიწევეს ან ანალიზი, ან სინთეზი. დიაგნოსტიკასაც საფუძვლად უდევს ანალიზი ან სინთეზი, როცა აუცილებელია ავადმყოფობის, ხშირად რამდენიმე ავადმყოფობის სხვადასხვაგვარი სიმპტომების დაპირისპირება.

შედარება აზროვნების ობიექტებს შორის მსგავსების დადგენა და (ან) განსხვავებაა. შედარების პროცესში გამოვლინდება საგნებისა და

მოვლენების ესა თუ ის არსებითი თვისება. ეს აზროვნების ერთ-ერთი არსებითი მხარეა.

განზოგადება საგნებისა და მოვლენების ერთმანეთთან აზრობრივი გაერთიანებაა საერთოს და მთავრის გამოყოფის საფუძველზე, რაც შეიძლება იყოს დამახასიათებელი და მთავარი აზროვნების მასალის შემადგენელი საგნებისა და მოვლენების განსაზღვრული წრისთვის.

მაგალითად, ყველა სომატური დაავადება იყოფა ორ ჯგუფად: თერაპიულ და ქირურგიულ დაავადებებად. თერაპიულში გამოყოფენ გულ-სისხლძარღვთა, ბრონქ-ფილტვების, კუჭ-ნაწლავის, შარდ-სასქესო დაავადებებს; ქირურგიულში — გულმკერდის ქირურგიას, ფილტვების ქირურგიას და სხვ. თერაპიულ განყოფილებაში შეიძლება იყვნენ ავადმყოფები სისხლძარღვთა პათოლოგიით, გულის მანკით, ონკოლოგიური დაავადებით, გულის, თირკმელების პათოლოგიით და სხვ. თუ მთლიანად ავიღებთ ონკოლოგიას, ის შეიძლება დაიყოს ავადმყოფობებად, რომლებიც კონსერვატიულ, ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებენ, ანუ შეიძლება სხვა ნიშნების მიხედვითაც გავაერთიანოთ ასაკის, სქესის, ავადმყოფობის ხანგრძლივობის, პროფესიის და სხვათა გათვალისწინებით.

აბსტრაქცია ობიექტის ცალკეული კონკრეტულ-გრძნობით-რაგვარობის თვისებების განყენებაა. აბსტრაქცია დაკავშირებულია განზოგადებასთან. ამავე დროს გამოირიცხებულია საგანში, მოვლენაში ყოველი შემთხვევითი, კერძო და არაარსებითი. აბსტრაქციის მაგალითია ავადმყოფობის მეცნიერული განსაზღვრა (კიბოსებრი, ენდოგენური და სხვ.).

ჩვენი საუკუნის 20-იან წლებში დაიწყო ექსპერიმენტი, რომელიც დაკავშირებულია შესანიშნავი პედაგოგი-ნოვატორისა და მეცნიერის ი. ა. სოკოლიანსკის სახელთან, რომელმაც აღზარდა ცნობილი მწერალი ქალი თ. ი. სკოროხოლოვა, ი. ა. სოკოლიანსკისა და მისი მოწაფეების, კერძოდ კი მისი საქმის გამგრძელებლის ა. ი. მეშჩერიაკოვის 30 წელზე მეტი მუშაობის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ შესაძლებელია უსინათლო-ყრუ-მუნჯების მაღალი განვითარება. ი. ა. სოკოლიანსკის შრომებამდე ცნობილი იყო უსინათლო-ყრუ-მუნჯების აღზრდის ორი შემთხვევა. ერთი იყო ლაურა ბრიჯმანი — ამერიკელი პედაგოგის ხოუვის აღზრდილი. ხოუვის მუშაობის შედეგები შედარებით მცირე იყო (ლესგაფტის მოწმობით, ლაურას „მთელი სიცოცხლე მხოლოდ წინდები უნდა ექსოვა“).

„საუკუნის სასწაულად“ არის მიჩნეული ელენ კელერი — ანა სალიესის აღზრდილი. ის გახდა მწერალი, მაღალი საზოგადოების სალო-

ნის ცენტრში აღმოჩნდა. მარკ ტვენის მის წინსვლას ადარებდა ალექსანდრე მაკედონელისა და ნაპოლეონის გამარჯვებებს.

ე. კელერთან შედარებით ო. ი. სკოროხოლოვამ უფრო მაღალ შედეგებს მიაღწია. ის გახდა არა მარტო პოეტი და მწერალი, არამედ მეცნიერ-მუშაკი და პედაგოგიც. მან ბევრი რამ გააკეთა, გამოიყენა საკუთარი გამოცდილება და მისი მასწავლებლების ი. ა. სოკოლიანსკისა და ა. ი. მეშჩერიაკოვისაგან მიღებული ცოდნა, რათა ეხსნა მარადიული სიბნელისა და მღუმარებისაგან უსინათლო-ყრუ-მუნჯი ბავშვები.

კონკრეტულად მოვლენის ჩვენება, ახსნაა ობიექტურ სამყაროში ნამდვილად არსებული საგნის, მოვლენის მაგალითზე. მედიცინაში — კონკრეტულად დაავადებაა, რომლის ეტიოლოგია, კლინიკა და გამოსავალი ცნობილია.

აზროვნებაში შეიძლება ესა თუ ის როლი შეასრულოს ინტუიციამ. მაგალითად, გამოცდილი ექიმის ზოგჯერ ანაზღვეულად, თითქოს უეცრად, სწორად სვამს დიაგნოზს. ასეთ აზრობრივ პროცესს ინტუიციას უწოდებენ. ამას ხელს უწყობს დროში განმტკიცებული გადაწყვეტის აქტი, შეუცნობელი ან ნაწილობრივ შეცნობილი ადრე დაგროვილი გამოცდილების გამოყენება.

ღრმად მცდარია შეხედულება ინტუიციაზე, როგორც ცნობიერების განსაკუთრებულ, თითქოსდა მისტიკურ უნარსა და ფორმაზე, რაც პრაქტიკისგან მოწყვეტილია და ლოგიკასთან შეუთავსებელი. ზშირად ინტუიციის ცნებას განიხილავენ ინსტინქტის ცნებასთან ერთად. არსებითად მათ შორის არაფერია საერთო. ინსტინქტურ მოქმედებას საფუძვლად უდევს ქეცვის, როგორც უპირობო რეფლექსების სისტემის, თანდაყოლილი ფორმა.

აზროვნების ძირითადი ელემენტია ცნება. ცნება ადამიანის ცნობიერებაში საგნების და მოვლენების არსებითი და ზოგადი თვისებების ასახვაა. ცნების წარმოქმნის პროცესი გამოცდილების მონაცემების, საგნების, მოვლენების ყოველმხრივი შესწავლის შედეგების განზოგადების რთული პროცესია. ცნებები ყალიბდება აღქმებისა და წარმოდგენების საფუძველზე. წარმოდგენა და ცნება ერთმანეთისგან იმით განსხვავდება, რომ წარმოდგენა ასახავს განსაზღვრულ საგანს, ცნება კი — მხოლოდ ერთგვარი საგნების ზოგად და მთავარ თვისებებს. ცნებათა სისტემა საზოგადოებრივ-ისტორიული განვითარების პროდუქტია.

„ცნებები, — ამბობდა ვ. ი. ლენინი, — მატერიის უმაღლესი პრო-

დუქტის, ტვინის უმაღლესი პროდუქტია¹. ცნებები დაკავშირებულია სიტყვებთან, ისინი აღინიშნება სიტყვებით. ცნებების სიტყვებთან კავშირის გამო შესაძლებელია აზრთა გაცვლა სიტყვების საშუალებით. ცნებების შინაარსი მათი ისტორიული განვითარებისას შეიძლება არსებითად შეიცვალოს. მაგალითად, მეცნიერების განვითარების გზაზე შეიცვალა ატომის აგებულების, ავადმყოფობათა არსის, ეგრეთ წოდებული განუკურნებელი დაავადებების ცნებები და სხვ.

თითოეული ადამიანი ცნებებს იძენს სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის პროცესში, მაგრამ მათ ფლობს თავისი გონებრივი განვითარების, ცოდნის განვითარების გამოცდილების ფარგლებში.

აზროვნების პროცესისათვის ცნებების მნიშვნელობა მეტად დიდია. ცნება იარაღია, რომლითაც ოპერირებს აზროვნება. აზროვნებითი მუშაობის შედეგად აზრი — მსჯელობა იზადება, დასკვნები წარმოიქმნება.

მსჯელობა რაიმეს მტკიცება ან უარყოფაა. მაგალითად, „ზოგი დავადება არ იკურნება“, „ზოგი კი — იკურნება“. როცა ადამიანი რაიმე მდგომარეობის, მოვლენის კონსტატირებასთან ერთად ამბობს „არა“-ს ან „კი“-ს, გამოხატავს თავის დამოკიდებულებას მსჯელობის საგნისადმი. მსჯელობა ძირითადი აქტი ან ფორმაა, რომელშიც სრულდება აზრობრივი პროცესი, რადგან აზროვნება უპირველეს ყოვლისა მსჯელობაა.

დასკვნა მსჯელობის სახეა, წინასწარი აზროვნების პროცესის დროს მსჯელობების შეპირისპირების ლოგიკური შედეგი. ის იქმნება ორი ან რამდენიმე მსჯელობის შედარების შედეგად. აზროვნების მთელი პროცესი არსებითად უწყვეტად ერთმანეთის მომდევნო მსჯელობებისა და დასკვნების ჯაჭვია.

როცა ადამიანი დასკვნამდე მიდის ცალკეული კერძო მსჯელობიდან ზოგადი მსჯელობისკენ, ასეთ დასკვნას ი ნ დ უ ქ ც ი უ რ ი ეწოდება. მაგალითად, სახის კანის გაწითლებას იწვევს სითბოს სხვადასხვა ფაქტორი, ძლიერი დადებითი ემოცია, მაგნიუმისუფატის შეყვანა. კანის სიწითლე დაკავშირებულია სისხლძარღვების ვათართობასთან სხვადასხვა კერძო ფაქტორის მოქმედების შედეგად.

ინდუქციური დასკვნა დ ე დ უ ქ ც ი უ რ ი ს საპირისპიროა. დედუქციური ეწოდება დასკვნას, რომელშიც ზოგადი დებულებების საფუძველზე კეთდება დასკვნა მოცემულ კონკრეტულ შემთხვევაზე. მა-

¹ ვ. ი. ლენინი, თხზულებანი (IV გამოცემა), ტ. 38, გვ. 163.

ჯალითად, პენიცილინი რეკომენდებულია სხვადასხვა ანთებითი დაავადების სამკურნალოდ, მაშასადამე, ფილტვების ანთების დროს მიზანშეწონილია ამ ანტიბიოტიკის გამოყენება.

როცა ლაპარაკობენ აზროვნების უნარის შესახებ, ხშირად ამაში ინტელექტს გულისხმობენ, მაგრამ ისინი სინონიმები არ არიან. ინტელექტი მოიცავს შეძენილ ცოდნას, გამოცდილებას, მათ შემდგომ დაგროვებასა და გამოყენებას გონებრივი ქმედების დროს. ადამიანის ინტელექტუალური თვისებები განისაზღვრება მისი ინტერესების წრით, ცოდნის მოცულობით. აზროვნება ინტელექტის აქტიური ფუნქციაა და სრულყოფილი ხდება ლოგიკის კანონების მეშვეობით. აზროვნების ისეთი ოპერაციები, როგორცაა ანალიზი, სინთეზი, შედარება, მსჯელობა და დასკვნა, დამოუკიდებელი კატეგორიებია, მაგრამ ხორციელდება ინტელექტუალური შესაძლებლობების, გამოცდილებისა და ცოდნის საფუძველზე. აზროვნება ინტელექტია მოქმედებაში.

მსჯელობები და დასკვნები საბოლოოდ აზროვნების პროცესისა და აზროვნების რთული ოპერაციების დამთავრების შედეგია; მათი ხასიათის (სიღრმის, დამოუკიდებლობის, ქეშმარიტებისადმი შესაბამისობის დონის) მიხედვით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ ადამიანის ინტელექტზე.

აზროვნების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნიშანია გაგება. გაგებაში, ისე როგორც აზროვნების სხვა პროცესებში, გამოიყენებულია ასოციაციები. როცა ადამიანი შეხვდება მისთვის ახალ საგანს ან მოვლენას, ახალ გარემობას, მის წინაშე დაისმება ამოცანა გაიგოს მათი აზრი და მნიშვნელობა.

მრავალ სიტყვას და ფრაზას აქვს რამდენიმე აზრი და რამდენიმე მნიშვნელობა. მაგალითად, სიტყვა „ბატი“ ერთ-ერთ ფრინველს აღნიშნავს, მაგრამ ვადატანითი მნიშვნელობით ეს სიტყვა უარყოფითი ელფერით გამოიყენება ადამიანის შესახებ მსჯელობისას. ზოგიერთ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ფსიქიკის მოშლილობა, უჭირს ანდაზებით, მეტაფორებით და სხვა ტიპის სიმბოლოებით — პირობითი ნიშნებით ოპერირება. ჯანმრთელ ადამიანებში პირობითი აზრის მისაწვდომობა დამოკიდებულია მათს ალზრდაზე, განათლებაზე, გონებრივ განვითარებაზე საერთოდ და სხვა ფაქტორებზე. ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებისა და შიზოფრენიის შემთხვევაში დაავადებულებისთვის ხშირად მიუწვდომელია ანდაზის, მეტაფორის გადაკრული აზრი. ეს აზროვნების დარღვევის შედეგია.

პირობითი ნიშნებით ოპერირების მოშლასთან ახლოა დარღვევა იუმორის გაგებაში. მცირედ განვითარებული ადამიანი ხშირად ვერ

იგებს ხუმრობას, იუმორს, ზოგჯერ კი მცდარად ახსნის მას. ზოგ ავად-
მყოფს, განსაკუთრებით შიზოფრენიკს, იუმორის, მით უფრო ხუმრო-
ბის გაგების უუნარობა მეტად ძლიერ აქვს გამოხატული. ავადმყოფში
ხუმრობის გაგების დარღვევას, როგორც წესი, საფუძვლად უდევს აზ-
რობრივი ანალიზის დარღვევის ესა თუ ის ფორმა.

კლინიკაში, განსაკუთრებით თავის ტვინის შუბლის წილების დიდი-
დაზიანების დროს, ვლინდება „ხუმრობისადმი“ პათოლოგიური მიდ-
რეკილება, ის ზოგჯერ აღინიშნება შიზოფრენიის კებეფრენიული ფორ-
მის შემთხვევაში, მაგრამ ამ ავადმყოფთა „ხუმრობა“ უკბილო და უა-
დგილოა. მძიმე სომატური დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფს ძალა-
არ შესწევს მედიცინის მუშაის მიერ გასამხნეველად ან დასამშვიდე-
ბლად ნათქვამი ხუმრობის გაგებისა და შეფასებისთვის. საერთოდ მძი-
მე სომატური მდგომარეობის გამო ავადმყოფის დამძიმებული გუნება
სახუმროდ არ არის განწყობილი. მედიცინის მუშაკმა უნდა იცოდეს,
ვისთან და როგორ იხუმროს.

აზროვნებისა და ინტელექტის მოშლა. აზროვნების (ასოციაციური
პროცესის) ძირითადი მახასიათებელია: 1) ტემპი, სისწრაფე, 2) წყობა
(გრამატიკული და ლოგიკური), 3) მიზანმიმართულება და 4) პროდუქ-
ტიულობა. ამის შესაბამისად მკვლევარმა შეიძლება დაადგინოს ასო-
ციაციური პროცესის დაჩქარება ან შენელება, ასოციაციითა გაწყვეტა,
პარალოგიკური კომპონენტები, მიზანმიმართულების თავისებური დარ-
ღვევა, რაშიც ჰაზობობს საკუთარი განცდების სამყაროში ჩაფლობა და
სპეციფიკური სიმბოლიკის გამოყენება. მოსალოდნელია აზროვნების
პროდუქტიულობის დარღვევა, როცა მეტყველება აბნეულია, ლოგიკუ-
რად დაუკავშირებელი სიტყვებისა და წინადადებების ნაკრებით ვლინ-
დება (მე-2 სქემა).

მე-2 სქემა

აზროვნების მოშლა

I. ტ ე მ პ ი ს მ ხ რ ი ე

1. აჩქარება (დროის ერთეულში ასოციაციითა რიცხვის გაზრდა).
2. შენელება (დროის ერთეულში ასოციაციითა რიცხვის შენელება).

II. წ ყ ო ბ ი ს მ ხ რ ი ე

1. წყვეტილი (აზრებასა და წინადადებებს შორის არ არის კავშირი).
2. აბნეულობა (სიტყვებს შორის არ არის კავშირი).
3. ინკოგერენტია (მარცვლებს შორის არ არის კავშირი).
4. ეერბიჰერაცია (ერთი და იმავე სიტყვების ან სიტყვათა წყობის სტერეოტი-
პული გამეორება).

5. პარალოგიური აზროვნება (დასკვნების აგება ლოგიკის საწინააღმდეგოდ).

6. აზროვნების ამბიდენტურობა (ერთმანეთის გამომრიცხველი იდეების ერთდროული წარმოქმნა).

7. აზროვნების შესვენება (შეკრუნი).
III. მიზანმიმართულების მხრივ

1. რეზონირობა (უნაყოფო ბრძნობა).

2. დაწვრილებითობა (არარსებითი ვითარების გარშემო „ტყეპნა“).

3. პერსპექტივა (ერთ ასოციაციაზე გაჩერება).

4. აბსტრაქტი აზროვნება (ცალმხრივი, მხოლოდ ავადმყოფის შინაგანი სამყაროს გამომხატველი).

5. სიმბოლიზმი (დასკვნების აგება შემთხვევითი ასოციაციების საფუძველზე).

IV. პროდუქტიულობის მხრივ

1. აკვიატებული იდეები (აზრები, რომლებიც ავადმყოფის უნებურად წარმოიქმნება და მის მიერ აღქმულია, როგორც ავადმყოფური).

2. ზედირებულოვანი იდეები (რეალური ფაქტების გადაჭარბებით შეფასება).

3. ბოდვა (ავადმყოფობით განპირობებული ცრუ მსჯელობა, რომელიც კორექციას არ ექვემდებარება).

4. ნეოლოგიზმი (უჩვეულო, გაუგებარი სიტყვების წარმოქმნა).

აზროვნების დარღვევა ვლინდება არა მარტო თავის ტვინის ორგანული დაზიანების დროს და ფსიქიკურ ავადმყოფებში, არამედ ზოგი სომატური დაავადების დროსაც. მაგალითად, პერნიციოზული ანემიის, თირეოტოქსიკოზის, ფილტვების ტუბერკულოზის დროს (პროცესის გამწვავების სტადიაში) აღინიშნება აზროვნების პროცესის რამდენადმე აჩქარება. სხვადასხვა მძიმე სომატური ინტოქსიკაციისა და ჰიპოთირეოზის დროს ასოციაციის მიმდინარეობის ტემპი ნელდება.

მსჯელობის პათოლოგია ძირითადად მოიცავს აკვიატებულ, ზედირებულოვან ბოდვით იდეებს.

ჰიპოქონდრიული სინდრომის დროს ავადმყოფი აზროვნების დარღვევის შედეგად მსჯელობს მისი ტანჯვის შესახებ. ამას თან სდევს ნებელობითი პროცესების დამთრგუნველი დეპრესია. ზოგჯერ აზროვნების დარღვევის შედეგად ავადმყოფს აქვს მიდრეკილება თავისი მდგომარეობის პესიმისტური შეფასებისკენ.

ინტელექტის დარღვევის ძირითადი ფორმებია ოლიგოფრენია (ინტელექტის თანდაყოლილი განუვითარებლობა) და დემენცია (შეძენილი ქუუასუსტობა).

ოლიგოფრენია სხვადასხვა ხარისხით გამოიხატება. სიმძიმის ხარისხის მიხედვით არჩევენ დებილობას, იმბეცილობას, იდიოტიზმს.

დებილობა ოლიგოფრენიის მსუბუქი ხარისხია. დებილობის დროს რამდენადმე შენარჩუნებულია სპეციალურ სკოლებში სწავლის უნარი. დებილ პიროვნებას უვითარდება შეტყველება, ზოგჯერ აქვს არცთუ ცუდი მექანიკური მეხსიერება და ანგარიშის უნარი. განზოგადებისა

და აბსტრაქციის უნარი დაქვეითებულია. დებილი უინიციატივოა და შეუძლია მხოლოდ ნაკლებკვალიფიციური ფიზიკური შრომა.

იმბეცილობა ინტელექტის საშუალო ხარისხის განუვითარებლობაა. იმბეცილების მეტყველება ღარიბია, ისინი ენაბლუებიც არიან, პრაქტიკულად ცოდნას ვერ ეუფლებიან. დიდი გაჭირვებით შეიძლება ისწავლონ რამდენიმე სიტყვის დაწერა და დაისწავლონ ციფრები პირველი ათეულის ფარგლებში. მოძრაობის მხრივ მეტად მოუქნელები არიან. შეიძლება მათში თვითმომსახურებისა და სანიტარიული ჰიგიენის ჩვევების გამომუშავება. მათ მარტივი მუშაობაც ძალუბთ მუდმივი კონტროლისა და მეთვალყურეობის ქვეშ.

იდიოტიზმი განუვითარებლობის მძიმე ფორმაა. ასეთ ავადმყოფებს ფსიქიკა და მეტყველება პრაქტიკულად სრულიად არა აქვთ, მათ არ შეუძლიათ თვითმომსახურების ჩვევების დაუფლება.

დემენცია შეძენილი ჰქუასუსტობაა, იყოფა გლობალურ (ტოტალურ, დიფუზურ) და კერობრივ (ლაკუნურ) ჰქუასუსტობად.

ტოტალური (სრული) ჰქუასუსტობის დროს აღინიშნება არა შარტო ინტელექტუალური უნარის ღრმა მოშლა, არამედ პიროვნების დაკნინებაც. მესხიერება მკვეთრად ზიანდება. ავადმყოფებს არ შეუძლიათ საქმიანობისას გამოიყენონ ძველი გამოცდილება. ისინი თავიანთი მდგომარეობის მიმართ კრიტიკულები არ არიან, თავიანთ ქცევას მოვალეობისა და მორალის მოთხოვნებს არ უქვემდებარებენ. გლობალური დემენცია შეიძლება განვითარდეს თავის ტვინის მძიმე ტრავმის შედეგად, ავთვისებიანად მიმდინარე ჰიპერტონიული დაავადების დროს, როცა გამოხატულია ცერებრული სინდრომი და განმეორებითი ინსულტი, აგრეთვე სიბერეში.

ლაკუნური (ნაწილობრივი) ჰქუასუსტობის დროს ინტელექტი ნაწილობრივ ზიანდება, მაგრამ აზროვნების პროცესები შენელებულია. აღინიშნება მესხიერების ზომიერი დაქვეითება. ავადმყოფებს თავიანთი მდგომარეობისადმი კრიტიკული დამოკიდებულება შენარჩუნებული აქვთ. ლაკუნური ჰქუასუსტობა აღინიშნება სიბერისწინა ასაკში ცერებრული ათეროსკლეროზის, მძიმე სომატური დაავადების დროს.

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა. ინტელექტდაზიანებული ავადმყოფის მოვლა დიდ გარჯას საჭიროებს. ის ხშირად არასწორად იგებს ან გაიაზრებს მისადმი მიმართულ კითხვას. მისი არადექლავატური გამონათქვამი და ქცევა იწვევს გარშემომყოფთა გაღი-

ზიანებას. მედიცინის მუშაკისაგან ასეთი ავადმყოფის მომსახურება დიდ გამძლეობასა და თანაგრძნობას მოითხოვს. დამოკიდებულების საუკეთესო ფორმაა კეთილმოსურნეობა.

აზროვნების გამოკვლევა. გამოკვლევის საუკეთესო სახეა გამოკითხვა. გარდა ამისა, იყენებენ სპეციალურ ცხრილებს, ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიურ ტესტებს და სინჯებს (გამოკვლევა ანალიზისა და სინთეზის უნარზე, უაზრო ნახატების კრიტიკაზე, დავალებები მოსაზრებულობაზე, ასოციაციის სისწრაფეზე და სხვ.), რომელთაგან ყველაზე უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს ასოციაციურ ექსპერიმენტს. წარმატებით იყენებენ ბინე — სიმონის და ვექსლერის ფსიქოლოგიურ ტესტებს (იხ. I თავი).

ხაკონტროლო კითხვები

1. განსაზღვრეთ აზროვნების ცნება.
2. შესაძლებელია თუ არა გარემოსაწყაროს შეცნობა შეგრძნებების გარეშე?
3. როგორი ურთიერთკავშირია აზროვნებასა და მეტყველებას შორის?
4. ეკვიპმბეთ ი. ა. სოკოლიანსკის და ა. ი. მეშხერიაკოვის მუშაობის შესახებ.
5. რა იცით ი. პ. პავლოვისა და მისი მოწაფეების შრომებში მოცემული აზროვნების პროცესების ფიზიოლოგიური მექანიზმის შესახებ?
6. ჩამოთვალეთ აზრობრივი ოპერაციების ძირითადი სახეები და მოკლედ განსაზღვრეთ ისინი.
7. რა არის ცნება და რით განსხვავდება ის წარმოდგენისაგან?
8. განსაზღვრეთ მსჯელობა და დასკვნა.
9. რა არის ინტელექტი?
10. გვიამბეთ ინტელექტის დარღვევის ძირითადი ფორმების შესახებ.

მეტყველება

საშუალო მედიცინის მუშაკთა ცოდნის გაფართოებას მეტყველებაც პათოლოგიასა და მისი დარღვევის სფეროში მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს. დიდი ხნის განმავლობაში ავადმყოფები, რომლებსაც მეტყველება ჰქონდათ დარღვეული ან არასწორად განვითარებული, საჭირო სამედიცინო დახმარებას მოკლებულნი იყვნენ, რადგან არ იყო საამისოდ მომზადებული კადრი და სპეციალური დაწესებულებები, სადაც ავადმყოფებს კვალიფიციურ სამედიცინო დახმარებას გაუწევდნენ.

მეტყველება ადამიანის საქმიანობის სპეციფიკური ნორმაა, რომელიც ენის საშუალებებს იყენებს.

ენა ადამიანთა საურთიერთო და აზრის გამოხატვის საშუალებათა სისტემაა. ენა ყალიბდება განსაზღვრული ეროვნების ადამიანთა მეტყველებისა და შრომითი გამოცდილების, აგრეთვე ნაწილობრივ სხვა ერების ენებისა და მეტყველების ზეგავლენის საფუძველზე. ადამიანთა სამეტყველო ურთიერთობის ხანგრძლივი ისტორიული განვითარების მრავალსაუკუნოვან პროცესში იქმნება ერის ენა. მეტყველებისა და ენის ერთობის მიუხედავად მათი გაიგივება მაინც არ შეიძლება. ადამიანს მეტყველება უჩნდება და უვითარდება გარშემო მყოფ ადამიანებთან ურთიერთობაში, რის მეოხებითაც ის ეუფლება მათ ენას. ურთიერთობის პროცესში აზროვნებისა და მთელი ფსიქიკური ცხოველქმედების განვითარებისთვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მეტყველებას.

ადამიანები ურთიერთკავშირის დასამყარებლად იყენებენ ენას და ამით ივითარებენ აზროვნებას. განყენებული აზროვნება შეუძლებელია მეტყველების გარეშე. გამონაკლისის გარეშე ყველა ცნების უქვევლი თვისებაა მათი ჩამოყალიბება ენის საშუალებით. მეტყველების, სიტყვების გარეშე შეუძლებელია ცნებების წარმოქმნა და არსებობა. იმისათვის, რომ კარგად გავიგოთ მეტყველების მოშლის პათოგენეზური მექანიზმი, უნდა ვიცოდეთ მისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მექანიზმი. არსებობს მეტყველების პერიფერიული და ცენტრალური მექანიზმი.

მეტყველების ბგერების წარმოქმნას უზრუნველყოფს პერიფერიული მექანიზმი — სახმო იოგების ფუნქცია, მეტყველების საარტიკულაციო და სუნთქვის ორგანოები. მეტყველების რეგულირებასა და მართვაში მონაწილეობს ცენტრალური მექანიზმი, ძირითადად თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროების ქერქის სხვადასხვა ნაწილი.

ზეპირი მეტყველების ქლერალობაში აუცილებელია გავითვალისწინოთ ტემბრის სხვაობა. მეტყველებისას ტემბრზეა დამოკიდებული გამომსახველობა, ემოციურად შეფერადება. ზოგი დაავადების, მაგალითად, ზოგი ენდოკრინული დაავადების დროს მეტყველებისა და ბგერების ტემბრი არსებითად იცვლება. მეტყველების პერიფერიული ორგანოების არასწორი მდებარეობის დროს იშლება არტიკულაცია. მეტყველების განვითარების დაწყებით პერიოდში ბავშვს მეტყველების ორგანოების არასწორი მდებარეობის გამო ბგერების წარმოქმნას ფიზიოლოგიური ენაჩლუნგობა უვლინდება. 4 წლის ასაკის შემდეგ ენაჩლუნგობა, ჩვეულებრივ, პათოლოგიად არის მიჩნეული. ასეთ შემთხვევაში უნდა გამოვიკვლიოთ მეტყველების პათოლოგიის მიზეზი და ბავშვს სამკურნალო-პედაგოგიური დახმარება გავუწიოთ

(ლოგოპედია—სამკურნალო პედაგოგიკა მეტყველების მოშლის დროს.)
ენაჩლუნგობა შეიძლება გამოვლინდეს ჩლიფინით, ენის მოჩლექით
("კალგი" "კარგის" ნაცვლად), ჩიფჩიფით და სხვ.

დანაწევრებულ მეტყველებაში მონაწილე კუნთების (ენის, რბილი
სასის, სახმო იოგების კუნთების) მოძრაობის დარღვევისას ტვინის
ღეროში ქალას ნერვების ბირთვების დაზიანების ან თავის ტვინის ქე-
რქიდან ქალას ნერვების ბირთვებისაკენ მიმავალი გზების შეწყვეტისას
სამეტყველო ბგერების წარმოთქმა მოიშლება, რასაც დიზართრია
ეწოდება.

კლინიკაში ზოგჯერ გვხვდება ხმის დროებითი ფუნქციური დაკარ-
გვა — აფონია. ეს მოშლილობა ხშირია ისტერიის დროს.

მეტყველების აზრობრივი მხარე გამოიხატება არა მარტო ცალ-
კეული სიტყვებით, არამედ მათი შეწყობითაც, სიტყვათა სისტემით,
რომელშიც სიტყვა იმ მომენტში ჩართულია და საჭიროებს სამეტყვე-
ლო პროცესის ერთიანობას.

ხმით წარმოთქმულ მეტყველებას ეწოდება ზეპირი (ექსპრესიული)
მეტყველება და საურთიერო მიზნებს ემსახურება. ექსპრესიულ მე-
ტყველებაში, მის შინაარსში, ტემპსა და რიტმში, მის სიმწყობრეში
ჩანს ადამიანის პიროვნება. მეტყველების დარღვევამ შეიძლება გან-
საზღვრულ დაავადებაზე მიგვანიშნოს. მაგალითად, შიზოფრენიით
დაავადებულთა მეტყველება მონოტონურია, მეტად ღარიბია ინტო-
ნაციის მხრივ, ემოციურადაც ღარიბია. ენცეფალიტგადატანილი ავად-
მყოფები მეტად სწრაფად ან მეტად ნელა ლაპარაკობენ, სკანდირების
ელემენტებით. ეპილეფსიიანი ავადმყოფების მეტყველება ერთფერო-
ვანი, მონოტონური და დაწვრილებითია.

ნერვული სისტემის ზოგი ორგანული და ფუნქციური დაავადების
დროს მეტყველების სიმწყობრე დარღვეულია, ადამიანს ეწყება ენა-
ბორძიკობა, რასაც ხშირად საფუძვლად უდევს მსმენელთა წინაშე
შეში იმის გამო, რომ ცუდად გამოთქვამს თავის აზრებს და სხვ.

თხრობით მეტყველებაში ყველაზე უფრო მკვეთრად ვლინდება
მეტყველებისა და ინტელექტუალური განვითარების დონე.

მეტყველების განვითარების მაჩვენებელია აქტიური ლექსიკონი —
სიტყვათა მარაგი, რომელსაც იყენებს ადამიანი მეტყველების დროს.
პასიური ლექსიკონია იმ სიტყვების მარაგი, რომლითაც ადამიანი თავად
არ სარგებლობს ადამიანებთან ურთიერთობისას, მაგრამ შეუძლია
სხვისი მეტყველების გაგება.

ზოგ ავადმყოფს მეტყველება უღარიბდება, მაგალითად, ტვინის

ნებისმიერი წილის დაზიანების, ტვინის ატროფიული დაავადებების დროს (პიკის, ალცჰეიმერის დაავადებები, პროგრესიული დამბლა, ტვინის ორგანული დაავადებანი).

ექსპრესიული მეტყველების გარდა, არსებობს შინაგანი იმპრესიული მეტყველება. ეს არის საკუთარ თავში და თავისთვის მეტყველება. შინაგან მეტყველებასთან მჭიდრო კავშირშია აზროვნება, მეხსიერება, აღქმა. შინაგან მეტყველებას დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თვითშემეცნებაში, ქცევის რეგულირებაში. იგი ერთობ მნიშვნელოვანია აზროვნების პროცესისათვის, მაგრამ არ შეიძლება მისი გაიგივება აზროვნებასთან.

შინაგანი მეტყველების მნიშვნელობა და აზრი განისაზღვრება სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის მეტყველებითი გამოცდილებით. იმის გამო, რომ შინაგანი მეტყველება საურთიერთო არ არის, შეიძლება მეტად შემოკლებული იყოს, რამდენაღმე სხვაგვარი სტრუქტურის, ვიდრე ხმით მეტყველება, მასში დიდ როლს ასრულებს ვარძობითი წარმოდგენები.

წერით მეტყველებას, ზეპირთან შედარებით, თავისებურებანი აქვს. წერითი მეტყველების განვითარება მტკიცედ დაკავშირებულია თვით მეტყველების პროცესების განვითარებასთან. წერა საჭიროებს აზროვნების და მეტყველების პროცესების გარკვეულ გადაწყობას. მხოლოდ წერითი მეტყველების შედარებით მაღალ დონეზე განვითარებისას ადამიანს შეუძლია მისი ისე აგება, რომ ფორმით მცირედ განსხვავდებოდეს ზეპირი მეტყველებისაგან. სიცოცხლის მანძილზე ყალიბდება წერის ინდივიდუალური თავისებურებანი — ხელწერა. ხელწერა გარკვეულად დამოკიდებულია პიროვნების ტიპზე, მის მდგომარეობაზე. ზოგჯერ წერის ფორმით, ხელწერით რამდენაღმე შეიძლება მსჯელობა პიროვნების თავისებურებებზე, დამწერის ემოციურ მდგომარეობაზე.

ზეპირ და წერით მეტყველებას შორის განსხვავება შეიძლება გაძლიერდეს ავადმყოფობის გამო. ცენტრალური ნერვული სისტემის როგორც ორგანული, ისე ფუნქციური ხასიათის დაავადების დროს წერა, ხელწერა მნიშვნელოვნად ირღვევა. ხშირია წერითი მეტყველების მოშლა თავის ტვინის ქერქში ოპტიკური, მეტყველების და მოძრაობის კერების დაზიანების გამო. წერითი მეტყველების მოშლას აგრაფიას უწოდებენ.

ხელწერის გამოცვლა დამახასიათებელია შიზოფრენიით დაავადებულილთათვის. ნაწერი დაღვარჩნილი ხდება (ასობისა და სიტყვების

უჩვეულო განლაგება, მკვეთრი ხაზგასმა, ხვეულად, კალმის ერთი მოსმით წერა და სხვ.).

მეტყველების მოშლა. მეტყველების მოშლას ეწოდება აფაზია. როგორც წესი, იგი გამოწვეულია თავის ტვინის ქერქის მეტყველების ზონების ლოკალური დაზიანებით. მეტყველება ერთიანი ფუნქციური სისტემაა. მისი ყველა მხარე ურთიერთკავშირშია. არსებობს აფაზიის რამდენიმე სახე, რომლებსაც ბევრი საერთო ნიშანი აქვს, მაგრამ ერთმანეთისაგან განსხვავდება.

აფაზიით დაავადებულებს დარღვეული აქვთ სიტყვებისა და მათი შემადგენელი სამეტყველო ბგერების სწორი შერჩევა, აგრეთვე დამოუკიდებელი მეტყველების გრამატიკული აგებულება. ამ ავადმყოფების მეტყველება ღარიბია, გამოყენებული სიტყვების მარაგი — მეტად შეზღუდული. ხდება სიტყვებისა და ბგერების შეცვლა სხვებით. ირღვევა წინადადების წევრებს შორის კავშირი. ამავე დროს მოსალოდნელია კითხვისა და წერის მოშლაც.

გამოყოფენ მოტორულ, სენსორულ, ამნეზიურ, სემანტიკურ აფაზიას.

მოტორული აფაზია — სიტყვების წარმოთქმის უუნარობა ან მნიშვნელოვანი დაქვეითებაა. გაძნელებულია სპონტანური მეტყველება. ავადმყოფები ცდილობენ ილაპარაკონ, მაგრამ წარმოთქვამენ მხოლოდ რამდენიმე სიტყვას ან მარცვალს „ტა-ტა-ტა“ „არა“, „ღიახ“ და სხვ. ეს დარღვევა აღინიშნება ხელმარჯვენებში მარცხენა ნახევარსფეროს შუბლის ხვეულების ქვედა მონაკვეთში დაზიანების კერის არსებობისას — ბროკის ცენტრი. ავადმყოფებს მათდამი მიმართული მეტყველების გაგება შენარჩუნებული აქვთ.

სენსორული აფაზიის დამახასიათებელია ირგვლივმყოფთა მეტყველების გაგების დარღვევა. აღინიშნება უხეში დარღვევა წერისას. „მეტა“-ს ნაცვლად ავადმყოფი წერს „მოტა“-ს; გასწორებაც არ შეუძლია, რადგან ვერ ახდენს „ტა“-სა და „ტე“-ს დიფერენციაციას. სენსორული აფაზიით დაავადებულებს უფრო მეტად აქვთ დარღვეული მათდამი მიმართული ნათქვამის გაგება, ვიდრე მოტორული აფაზიით დაავადებულებს. ავადმყოფები ხშირად არა მარტო შეკითხვებს ვერ იგებენ, არამედ უმარტივეს ტესტებსაც კი ვერ ხვდებიან. ისინი ილაპარაკობენ თავისუფლად, დაუძაბავად და სიტყვების საპოვნელად არ ჩერდებიან, ამასთან მეტად დამახასიათებელ და მცირედ გასაგებ მეტყველებაში მრავალჯერ ცვლიან სიტყვებსა და მარცვლებს მეორეებით. ხშირად მეტყველება დანამკეცებულ სიტყვების ნაკრებად გა-

დაიქცევა. სენსორული აფაზიის დამახასიათებელია გადაჭარბებული ლაპარაკი (ლოგორეა).

ამ ნ ე ზ ი უ რ ი ა ფ ა ზ ი ის დ რ ო ს ძირითადი აშლილობაა საგნების სახელების დავიწყება (დაზიანებულია მეტყველების გამძღოლი ნახევარსფეროს თხემ-კეფის ნაწილი). ხშირად საჭირო სიტყვა ჩნდება არა საგანთა სიტყვის უშუალო კავშირით, არამედ ავადმყოფის მიერ შემეცნებული მეტყველების კონტექსტიდან მომდინარეობს. სურათზე გამოსახულ ხმალს ავადმყოფი თოფს უწოდებს.

მ ე დ ი ც ი ნ ის მ უ შ ა კ ის ტ ა ქ ტ ი კ ა. მეტყველებამოშლილ ავადმყოფთა მოვლა საკმაოდ რთულია. პერსონალი ხშირად ვერ უგებს ავადმყოფს და იმავე დროს ვერც ავადმყოფი იგებს მისთვის დასმულ კითხვებს. ასეთი ავადმყოფების მოვლისას მედიცინის მუშაკს მოეთხოვება დიდი მოთმინება, დაკვირვებულობა და გულისხმიერება.

მ ე ტ ყ ვ ე ლ ე ბ ის გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა. ავადმყოფს სთავაზობენ გაიმეოროს სიტყვები, მარტივი და რთული წინადადებები. არტიკულაციის დარღვევის გამოკვლევა ხდება გამოსათქმელად განსაკუთრებით ძნელი ფრაზების გამეორებისას. მაგალითად: „ერთსა კაცსა ბლისკინელსა ბლის კალათით ბლის ხიდზედა ბალი გააქვს და გამოაქვს“. უნდა ვისარგებლოთ ხშირად და იშვიათად გამოყენებული საგნების აღმნიშვნელი სახელწოდებებით და მათი გამოსახულებებით, მოთხრობილის მოყოლით. ან სურათის სიუჟეტის აღწერით, წერა კარნახით. მეტყველების გაგების შემოწმება შეიძლება მარტივი და რთული სიტყვიერი ინსტრუქციების მიცემით, რომლებიც ავადმყოფმა უნდა შეასრულოს.

ხაკონტროლო კითხვები-

1. განსაზღვრეთ მეტყველება და ენა.
2. გვიამბეთ მეტყველების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მექანიზმის შესახებ.
3. ენაჩლუნგობის რა სახეები იცით?
4. რით განსხვავდება ენაჩლუნგობა ღიზარტირისიგან?
5. რა არის აქტიური და პასიური ლექსიკა?
6. ჩამოთვალეთ მეტყველების ძირითადი სახეები.
7. გვიამბეთ შინაგანი მეტყველების თავისებურებათა შესახებ.
8. რით განსხვავდება წერიითი მეტყველება ზეპირისიგან?
9. რა არის აფაზია?
10. რით განსხვავდება მოტორული აფაზია სენსორულისიგან?
11. გვიამბეთ აფაზიური აშლილობით დაავადებულთა მოვლის თავისებურებებზე.

ემოციები ნორმასა და პათოლოგიაში

ტერმინი „ემოცია“ წარმოშობილია ლათინური სიტყვიდან *emovere* — მღელვარება. ემოციები ფსიქოლოგიური პროცესების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მხარეა, ადამიანის მიერ სინამდვილის განცდის, ირგვლივმოფთა და საკუთარი თავისადმი დამოკიდებულების მახასიათებელი. მას დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიკური და სომატური პროცესების რეგულირებაში.

ჩვენი ემოციები და გრძნობები ქცევის ფაქიზი ინდიკატორი და მოტივატორია, რომელიც მიუთითებს ცხოველქმედებისათვის (ემოციები) ან საზოგადოებისა და პიროვნების ურთიერთდამოკიდებულებასათვის (გრძნობები) გამაღიზიანებლის სარგებლიანობის დონეზე. ამასთან აღქმის მიზნით ადამიანის დამოკიდებულების სხვადასხვა ფორმა სასიამოვნოსა და არასასიამოვნოს პოლუსებს შორისაა. ემოციის გარეშე შეუძლებელია უმაღლესი ნერვული მოქმედება.

ემოციები ცხოველებსაც აქვთ, მაგრამ განსაკუთრებით მაღალი გრძნობები ადამიანისთვისაა დამახასიათებელი. ესენია მხოლოდ ის ემოციები, რომლებიც ინტელექტუალიზებულია და განისაზღვრება მათი მუშაობის სტრუქტურაში მეორე სასიგნალო სისტემის ჩართვით. ემოციური მოქმედების (გრძნობების) თვისობრივი დონის მხრივ ვლინდება პიროვნების თავისებურებები მთლიანად, მისი უმაღლესი მოთხოვნილებები.

ორგანიზმის ცხოველქმედებაში ემოციების ფიზიოლოგიური როლი მეტად დიდია. ისინი მონაწილეობენ ამა თუ იმ საქმიანობისათვის ორგანიზმის მომზადებაში.

ცხოველებში ემოციების ფუნქცია მხოლოდ და მხოლოდ შეფასებით-ინტეგრირებადია და განუყრელად დაკავშირებულია მოქმედებისადმი აღძვრის ფუნქციასთან. უმაღლეს ცხოველებში ემოციები დიფერენცირების სისრულის მხრივ მაღალ საფეხურს აღწევს, უზრუნველყოფს ორგანიზმზე გარემოსა და შინაგანი სამყაროს ნებისმიერი ზემოქმედების მათ მიერ შეფასებას, აღძვრავს შესატყვის რეაქციებს.

დედამიწაზე ცხოველთა სამყაროს ხანგრძლივი ფილოგენეზური განვითარების პროცესში სრულყოფილი ხდებოდა ცენტრალური სტრუქტურებიც, რომლებიც უზრუნველყოფდნენ ემოციურ მოქმედებას. ექსპერიმენტულად დადგენილია, რომ ემოციურ მოქმედებაში მონაწილეობს ისეთი სტრუქტურები, როგორიცაა ამონის რქა, მხე-

დევლობის ბორცვები, შუამდებარე ტვინის ბორცვებქვეშა სივრცე, რტიკულური ფორმაცია, ლიმბური სისტემა. ყველა ეს წარმონაქმნი მდებარეობს ტვინის ღეროს წინა ბოლოსთან დიდი ნახევარსფეროების შემაერთებელი ტვინის თალის გარშემო. სივრცეში განაქვრზე: ყველა აღნიშნული სტრუქტურა მოთავსებულია თალის გარშემო, ამიტომ მათ პირობითად უწოდებენ პაპეცის წრეს (ავტორის სახელის მიხედვით). ადამიანის ყველა ემოციური რეაქციის რეცეპტორული ზონა, ანუ კოლექტორი არის ტვინის თალის ზემოთ არსებული სარტყლის ხეული. ემოციური იმპულსები სარტყლის ხეულიდან ვრცელდება ქერქის სხვადასხვა ზონაში, რაც უზრუნველყოფს ადამიანის ემოციური რეაქციების პლასტიკურობასა და სიმდიდრეს.

პირველადი ემოციური რეაქციები ადაგზნებს ქერქქვეშა სისხლძარღვთა, ვეგეტატიური და ენდოკრინული ცენტრების მოქმედებას. ამიტომ გამოხატული ემოციური მდგომარეობის დროს ადამიანი ფიქრდება ან წითლდება. წარმოიქმნება კუნთების ტაქი-ან ბრადიკარდია, ჰიპო-ან ჰიპერტომია, შეიცვლება საოფლე, ცრემლის ქონისა და სხვა ჩირკვლების მოქმედება. შეშინებულ ადამიანს უფართოვდება თვალის ნაპრალეები და გუგები, აუწყებს არტერიული წნევა, ზოგჯერ აღენიშნება ე. წ. „ბატის კანი“, თმა „ყალყზე დაუდგება“ და სხვ., ანუ განცდების დროს ხდება ესა თუ ის სისხლძარღვოვან-ვეგეტატიური და ენდოკრინული ძვრა.

მეტად ძლიერი ძირითადად უარყოფითი განცდებით გამოწვეული ნერვოზის დროს მძიმე ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი აშლილობა იწყება.

გ. სელიეს აზრით, ნებისმიერი ხარისხისა და ძალის გამღიზიანებლის (სტრესორის) ზემოქმედების მომენტში ხდება მისი ბიოლოგიური ტონუსის ღრმა ცვლილებები, ანუ წარმოიქმნება სტრესის რეაქცია. სელიეს მიხედვით, სტრესის ძირითადი ეტაპებია: მღელვარების სტადია (არტერიული წნევისა და სხეულის ტემპერატურის დაწევა, უპირატესად ტუტე რეაქციები — ალკალოზი, კაპილარების სისხლით-მომეტებული ავსება, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციური დესტრუქცია, ჰიპოგლიკემია და სხვ.), წინააღმდეგობის სტადია (არტერიული წნევისა და ტემპერატურის აწევა, ჰიპოგლიკემია შეიცვლება ჰიპერგლიკემიით, ალკალოზი — აციდოზით, მატულობს თირკმელზედა-ქერქის მასა) და დასუსტების სტადია.

სტრესის სტადია საერთო ადაპტაციური სინდრომის გამოვლენაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს დაწყებითი ძვრები ადრენოჰიპოფიზურ-

სისტემაში. სტრესის დაწყებითი ეტაპია ემოციური რეაქციები. ემოციები -საოცარი და სრულყოფილი ბიოლოგიური სტრუქტურაა, მკიდროდ დაკავშირებულია ანალიზატორებთან, მათ შორის დომინირებულ როლს ასრულებს დისტანციური ანალიზატორები (მხედველობა და სმენა), რომლებიც ორგანიზმისთვის უზრუნველყოფენ ადაპტაციისა და შრომისუნარიანობის შესაბამის დონეს.

სტრესის შესახებ მოძღვრებაში სელიე ძირითად როლს ანიჭებს „ადაპტაციის“ ჰორმონებს. ნერვული სისტემის როლს მცირე ყურადღება ეთმობა.

სხვა თვალსაზრისზე დგას საბჭოთა ფიზიოლოგია, რომლის საფუძვლებიც დაამუშავეს ი. მ. სეჩენოვმა და ი. პ. პავლოვმა. ემოციურ მოქმედებაში ემოციების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური სუბსტრატი წარმოდგენილია ქერქქვეშა (უმეტესად) და ქერქის (ნაკლებად) მექანიზმებით: ადამიანის თავის ტვინის ქერქში წარმოდგენილია აქვს ე. წ. უმაღლეს ემოციებს — გრძნობებს, რომლებიც უშუალოდ მონაწილეობენ ემოციური რეაქციების ხელმძღვანელობაში მათი არსებობის მთელი პერიოდის მანძილზე. ამასთან უმაღლესი ინტელექტუალიზებული ემოციები განუყოფლად დაკავშირებულია სოციალურ-საზოგადოებრივ ფაქტორებთან — აღზრდის, განათლებისა და კულტურის დონესთან. მათი საფუძველია ნერვული მექანიზმები, ხოლო შინაგანი გარემოს ჰუმორული ძვრები (სელიეს სტრეს-სინდრომი) წარმოდგენილია შუალედი რგოლების სახით. ამა თუ იმ გრძნობის ხანგრძლივობისა და გამოხატვის დონის მიხედვით არსებობს შემდეგი ემოციები: გუნებ-განწყობილება, სწრაფვა, აფექტი.

გუნებ-განწყობილება ხანგრძლივი ემოციური მდგომარეობაა, ვერ აღწევს მნიშვნელოვან ინტენსიურობას და საკმაოდ ხანგრძლივი დროის მანძილზე არსებითად არ იცვლება. დადებითი და უარყოფითი განწყობილება გრძელდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე და რამდენიმე კვირასაც კი. გუნებ-განწყობილება უზრუნველყოფს ცხოველმოქმედების შესაბამის დონეს. ემოციურ ქმედებაში შედარებითი სტაბილური გუნებ-განწყობილების უზრუნველყოფელი მაწონასწორებელი რეგულატორი რომ არ იყოს, ადამიანი მუდმივი ემოციებისა და გრძნობების უწყვეტ ტყვეობაში იქნებოდა და ვერ შეძლებდა პროდუქტიულ მოღვაწეობას. ასეთი მოვლენები კლინიკაში აღწერილია ავადმყოფური აშლილობის დროს.

სწრაფვა ხანგრძლივი და ინტენსიური ემოციაა, რომელსაც ადამიანისთვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. ძლიერი და ხანგრძლივი

სწრაფვა შეიძლება შეეხოს ადამიანის მაღალ და მდაბალ მოთხოვნილებებს. მას შეუძლია ადამიანის საქმიანობის ორგანიზება და სტიმულირება. უდიდეს სწრაფვას ადამიანები გამარჯვებისკენ მიჰყავდა. ამის ნათელი მაგალითია მეცნიერისა და მკვლევარის ჯორდანო ბრუნოს გმირობა. მან აღმოაჩინა მზის ირგვლივ დედამიწისა და მთვარის ბრუნვის კანონი და ინკვიზიციის კოცონზე რომ წვადნენ; მაშინაც კი დაიძახა: „ის მაინც ბრუნავს!“ ჩვენი ქვეყნისა და საზღვარგარეთის ისტორიაში ცნობილია მრავალი მაგალითი, როცა დიად სწრაფვას მკვლევარები დედამიწის გარშემო სამოგზაუროდ მიყავდა, სამხრეთისა და ჩრდილოეთის პოლუსებს; უმაღლესი მთების მწვერვალებს აპყრობინებდა. უდიდესი სწრაფვის გამო იყო, რომ კ. ე. ციოლკოვსკი თავგანწირვით განუწყვეტლივ დილიდან საღამომდე მუშაობდა, რათა დაემტკიცებინა კოსმოსური ფრენის შესაძლებლობა. მედიცინაშიც ბევრია ის მაგალითი, როცა ადამიანის ხსნისა და დაავადების ბუნების დასადგენად ექიმები ავადებდნენ თავს გადაძვლები სნეულებებით და სიცოცხლეს საფრთხეში იგდებდნენ.

აფექტი მკვეთრად გამოხატული, მაგრამ წამიერი ემოციაა, უცბად წარმოქმნილი ძლიერი სულიერი მღელვარება. აფექტი ის მდგომარეობაა, როცა წარმოქმნილი გრძნობა როგორღაც წაშლილი გაუსხლტება გონების ხელმძღვანელ ზეგავლენას. შეინიშნება მძვინვარების, ექვიანობის, მრისხანების, სიხარულისა და სხვა აფექტი. აფექტს, ჩვეულებრივ, თან სდევს მძაფრი მოძრაობითი რეაქციაც. გონებით გაკონტროლებულ აფექტს ფიზიოლოგიურს უწოდებენ. მისგან განსხვავებით, ზოგიერთი ავადმყოფური მდგომარეობის დროს პათოლოგიური აფექტი ვლინდება. პათოლოგიურ აფექტში მყოფი ადამიანი კარგავს თავისი სპეციელის ხელმძღვანელობის უნარს; ანგარიშს არ უწევს თავის მოქმედებას, არ ახსოვს, რას აკეთებდა აფექტის პერიოდში (ამნეზია). მას შეუძლია დანაშაულის ჩადენა, იმ ადამიანის მოკვლა, რომელიც ამ მდგომარეობამდე მიიყვანს. თავის მოკვლაც კი ძალუძს. პათოლოგიური აფექტი ახასიათებთ ფსიქოპათიით, ეპილეფსიით შეპყრობილთ, თავის ტვინის ორგანული დაზიანების მქონე ადამიანებს.

გრძნობები შეიძლება განვიხილოთ იმის მიხედვით, თუ ემოცია რამდენად არის დაკავშირებული ნებისყოფასთან და რამდენად ზემოქმედებს ცხოველქმედებაზე. ამ ასპექტის მხრივ არსებობს სთენიური და ასთენიური გრძნობები. იმ გრძნობებს, რომლებიც ხელს უწყობენ შინაგან აღმაფრენას, აქტიურობის გამოვლენას და მოღვაწეობის დროს ადამიანს სიმხნევეს, ენერგიას, რწმენას ანიჭებენ, სთენიურს უწოდებ-

ბენ. მაგალითად, ასეთია სწრაფვა. წარმოქმნილ ემოციურ განცდებს, რომლებიც ასუსტებენ, აღუნებენ ნებისყოფას, აქვეითებენ ცხოველქმედებას და განაწყობენ პასიურ-თავდაცვითი მოქმედებისკენ, ასეთენიურს მიაკუთვნებენ.

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ემოციების დაყოფას საზოგადოების მოთხოვნათა დაკმაყოფილებასთან დაკავშირებით. ასხვაგვებენ ინტელექტუალურ, მორალურ, ესთეტიკურ და პრაქტიკულ გრძნობებს. უკანასკნელი დაკავშირებულია შრომითი მოღვაწეობის პროცესთან, პრაქტიკული ამოცანების გადაწყვეტასთან.

უმადლესი ემოციები ვითარდება შესაბამის ინტელექტუალურ ბაზაზე და უმდაბლეს ემოციებთან შედარებით გაბატონებული მდგომარეობა უკავია. უმდაბლესი ემოციები დამყარებულია ინსტინქტებზე (შიშშილი, წყურვილი, თავდაცვის გრძნობა), მათ ვიტალურ გრძნობებსაც უწოდებენ.

იმის მიხედვით, თუ ადამიანს ობიექტებისა და მოვლენების მიმართ როგორი დამოკიდებულება შეექმნება, ემოციებს ყოფენ დადებით (ნეგობრობა, შობლიური გრძნობა) და უარყოფით ემოციებად (ზიზღი, ანტიპათია, შეურაცხყოფილი თავმოყვარეობა და სხვ.). ემოციები მკიდროდაა დაკავშირებული ასაკობრივ კრიზებთან. მოზარდის ემოციური ცხოვრება მეტად არამდგრადია, რაც აიხსნება იმით, რომ არსებობს დამახასიათებელი დროებითი დისპარმონია ქერქსა და ქერქქვეშა არეს შორის, პირველსა და მეორე სასიგნალო სისტემებს შორის სქესობრივი მომწიფების პერიოდში.

მოზარდული ადამიანის ცხოვრების მანძილზე მისი ემოციური ტიპი ცვალებადობს. ჯანმრთელ ადამიანს შეუძლია არეგულიროს თავისი მოძრაობა, მოქმედება, ქცევა. გაცილებით ძნელია საკუთარი ემოციების ხელმძღვანელობა. მომწიფებულ ასაკში ადამიანი ამას აღწევს.

მკვეთრად იცვლება ემოციური ქმედება მოხუცებულობისწინა და მოხუცებულობის ასაკში. ამ ასაკობრივ პერიოდში ემოციები უფრო ლაბილური ხდება. განწყობილება ზშირად დათარგუნვილია, თან სდევს შეშფოთების ელემენტები. მოხუცებულობის ასაკში ვლინდება სულმირკლება — დათარგუნვილ-მოწუწუნე მდგომარეობიდან ზომიერ ან რამდენადმე ამადლებულ განწყობილებაზე სწრაფი გადასვლა.

გრძნობები ამშვენებს პიროვნებას, მას მიმზიდველსა და გამოკვეთილს ხდის. ემოციები ხელს უწყობს შემოქმედებით აღმავლობას, ინტენსიურს ხდის ინტელექტუალურ-მნეზიურ პროცესებს, ხელს უწყობს ყურადღების სიმტკიცეს. ცალკეული დაავადების დროს და-

დებითი ემოციები კეთილსასურველად მოქმედებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე, უარყოფითი ემოციები კი ამძიმებს მას.

ემოციებისა და გრძნობების ღარღვევები. დათრგუნვილ-დაქვეითებულ განწყობილებას, რომელსაც თან სდევს წარსულისა და აწმყოს შავნელად შეფასება და მომავლისადმი პესიმისტური შეხედულებანი, დეპრესია (დეპრესიული მდგომარეობა) ეწოდება. ასეთ შემთხვევაში არცთუ იშვიათია სიკვდილისა და თვითშეკვლელობის აზრები. ტიპური დეპრესიის დამახასიათებელია სიმპტომების ტრიადა. უკვე აღწერილ დათრგუნვილ-დაქვეითებულ განწყობილებასთან ერთად ვლინდება იდეატორული (აზრობრივი, ასოციაციური) დამუხრუჭება, როცა ავადმყოფის ხატოვანი გამოთქმით „თავი ცარიელია, ხოლო აზრები მეტად ნელა მოდის, ჭიანჭველასავით მოიზღაზნება“, და მოძრაობის დამუხრუჭება. დეპრესიული ავადმყოფები ნაკლებმოძრავენი არიან, მეტწილად განცალკევებულად სხედან, თავჩაჩინდრულები, სხვადასხვაგვარი საუბარი უშძიმით.

ნაკლებად გამოხატულ ამგვარ მდგომარეობას აღნიშნავენ, როგორც სუდეპრესიას. იგი გვხვდება ზოგი სომატური დაავადებისა და ნევროზის დროს.

დეპრესია ხშირია შიზოფრენიის, მოხუცებულობისწინა და მოხუცებულობითი ფსიქოზისა და მანიაკური დეპრესიული ფსიქოზის (მდფ) დროს, როცა დეპრესიული მდგომარეობა ხშირად მანიაკური მდგომარეობით იცვლება.

მანიაკური მდგომარეობა დეპრესიულის პოლარულად საპირისპიროა, მასაც სიმპტომების ტრიადა ახასიათებს.

ვიფორია პათოლოგიურად აწეული მხიარული განწყობილებაა. ყოველივე ნათელ მხიარულ ტონებში აღიქმის, ყველა აღამიანი მომხიბვლელად და კეთილად ეჩვენებათ. მეორე სიმპტომია იდეატორული აგზნება: აზრები ადვილად და სწრაფად მიედინება, ერთი ასოციაცია მაშინვე რამდენიმე ასოციაციას იწვევს, მეხსიერება მდიდარ ინფორმაციას ქმნის, მაგრამ ყურადღება მდგრადი არ არის, უკიდურესად გაფანტულია, რის შედეგადაც პროდუქტიული შემოქმედების უნარი მეტად შეზღუდულია.

მესამე სიმპტომია მოძრაობითი აღგზნებულობა. ავადმყოფი მუდმივად მოძრაობს, ყველაფერს ეტანება, მაგრამ ბოლომდე ვერც ერთი საქმე ვერ მიჰყავს, გარშემომყოფებს ხელს უშლის თავისი მომსახურებითა და დახმარებით.

ემოციურ ლაბილობას ახასიათებს რაიმე მნიშვნელოვანი მიზე-

ზის გარეშე განწყობილების ადვილად შეცვლა რამდენადმე მწუხარი-დან ამალლებულისკენ. იგი ხშირია გულისა და სისხლძარღვების დაავადების დროს სომატური დაავადებების გადატანის შემდეგ ასთენიის ფონზე.

ღისფორია პირქუში-ბრაზიანი განწყობილებაა. ავადმყოფი ადვილად ღიზიანდება, უკმაყოფილოა ირგვლივ მყოფებით, ზოგჯერ მიდრეკილება აქვს აგრესიული მოქმედებისაკენ, ხშირია ეპილეფსიის დროს.

ემოციური ამბივალენტობა ერთდროულად ურთიერთსაწინააღმდეგო ემოციების თანაარსებობაა. მაგალითად, უბედურება მხიარულ გუნებას იწვევს, ხოლო სასიხარულო მოვლენა — სევდას. ემოციური ქმედების ეს ღრმა დამახინჩება გვხვდება შიზოფრენიით დაავადებულ-ებში.

ამათია, ემოციური სიჩლუნგე ავადმყოფური გულგრილობაა გარემოს მოვლენებისადმი, საკუთარი მდგომარეობისადმი; რაიმე საქმიანობისადმი ინტერესის სრული დაკარგვა, საკუთარი გარეგნობისადმიც კი. ავადმყოფი უსუფთაო ხდება, ნათესავებსა და ახლობლებს ცუდად, უგულოდ ეკიდება. აზრობრივი მოქმედება შედარებით შენარჩუნებული აქვს, გრძნობის უნარი კი — დაკარგული.

მ ე დ ი ც ი ნ ი ს მ უ შ ა კ ი ს ტ ა ქ ტ ი კ ა. ავადმყოფის დეპრესიული მდგომარეობისადმი საჭიროა მუდმივი დაძაბული ყურადღება, რადგან ის ხშირად ირგვლივმყოფებისა და პერსონალისთვის სრულიად მოულოდნელად ავლენს სუიციდურ მოქმედებას. გამოხატული დეპრესიის დროს ავადმყოფი არასოდეს ამბობს, რომ სიცოცხლე აღარ უნდა, რადგან იცის ამისათვის შეიძლება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოათავსონ. ისე როგორც ყოველი დაავადება, დეპრესიაც კუპირდება წამლებით. დათრგუნვილმა განწყობილებამ, მარტობისკენ სწრაფვამ, მოძრაობის დამუხრუჭებამ უნდა მიიპყროს მედლის ყურადღება. მან თავისი დაკვირვების შესახებ სასწრაფოდ უნდა აცნობოს მკურნალ ექიმს.

თუ ავადმყოფს მანიაკური მდგომარეობა სომატურ განყოფილებაში განუვითარდა, ეს სიძნელეებს უქმნის პერსონალსა და ავადმყოფებს, იწვევს განყოფილების რეჟიმის ღეზორგანიზაციას, ამიტომ მიზანშეწონილია, თუკი ავადმყოფის სომატური მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა, იგი სასწრაფოდ გადაიყვანონ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. თუ ეს შეუძლებელია, აუცილებელია ავადმყოფზე მუდმივი მეთვალყურეობა და მდგომარეობის კუპირება ფსიქიატრიკონსულტანტის კონტროლით. გულისხმიერი და ფხიზელი მოპყრობა

სკირდებით ემოციურად ლაბილურ ავადმყოფებს, რადგან პერსონალის მკვეთრი ტონი, მოლუშული შესახედაობა შიშისმომგვრელ განცდებს იწვევს მათში. კეთილი, თბილი სიტყვა და ღიმილი მათთვის ხშირად წამალზე უფრო მნიშვნელოვანია.

დისფორია, როგორც წესი, მცირე ხანს გრძელდება. ავადმყოფის დისფორიულ აფექტზე ყურადღების აქცენტირება საჭირო არ არის. იგი შესაძლებლობისამებრ უნდა დაგამშვიდოთ. ყოველთვის მიზანშეწონილია ექიმის მოწვევა. სედატიურ საშუალებათა მიცემა რამდენადმე აქვეითებს აფექტს, შესაძლებელია დისფორიის სპონტანური კუპირება.

ე მ ო ც ი ე ბ ი ს ა და გ რ ძ ნ ო ჰ ე ბ ი ს გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა. ავადმყოფის გასინჯვის დროს აუცილებელია ყურადღება მივაქციოთ მის მიმიკას, პოზას, გარშემო მყოფ ავადმყოფებთან და პერსონალთან დამოკიდებულების მანერას. დეპრესიის ობიექტური ნიშნებია მიდრიაზი, სპაზმური ყაბზობა, მენსტრუაციის არარსებობა, ენისა და ტუჩების ლორწოვანი გარსის სიმშრალე, ვერაგუტას ნიშანი (ზედა გარეთა ქუთუთოების ნახევრის ჩამოკიდება), კანის დაზიანების კვალი, ნაწიბურები (სუიციდური მცდელობის შედეგად). ბევრ დამატებით ცნობას იძლევა ავადმყოფთან და მის ახლობლებთან საუბარი.

საკონტროლო კითხვები

1. რით განსხვავდება ემოციები გრძნობებისგან?
2. როგორია ემოციის ფიზიოლოგიური როლი?
3. რა არის პაპეცის წრე?
4. გვიამბეთ ემოციების კლასიფიკაციის შესახებ.
5. რა არის გუნებ-ჯანსჯობილება?
6. გვიამბეთ ემოციური სტრესის სტადიების შესახებ.
7. გვიამბეთ ადამიანის ცხოველქმედებაში სწრაფვის როლის შესახებ.
8. გვიამბეთ დეპრესიული მდგომარეობის დამახასიათებელი ნიშნების შესახებ.
9. რა იცით მანიაკური მდგომარეობის შესახებ?
10. რა არის დისფორია?
11. რა ახასიათებს და რომელი ავადმყოფური მდგომარეობის დროს ვითარდება ემოციური ლაბილობა?
12. გვიამბეთ ემოციური მოშლილობით დაავადებულთა მომსახურების თავისებურებების შესახებ.

მორაოგონით-ნებალოგითი (მეანის) პროცესები
ნორმასა და კათოლოგიაში

ადამიანის, როგორც პიროვნების, შეფასებისას უპირველესი მნიშვნელობა აქვს მის ქცევას, ქმედებას. ადამიანის ქმედებაში იგულისხმება მისი ცხოვრების ის მხარე, რომელშიც აქტიურად ახორციელებს მის წინაშე მდგარ ამოცანებს, ფსიქოლოგიაში აქტიურობის, შეგნებული ქმედების პრობლემა განიხილება როგორც ნებისყოფის, ნებელობითი ქმედების პრობლემა.



ი. მ. სეჩენოვი
(1829 — 1905)

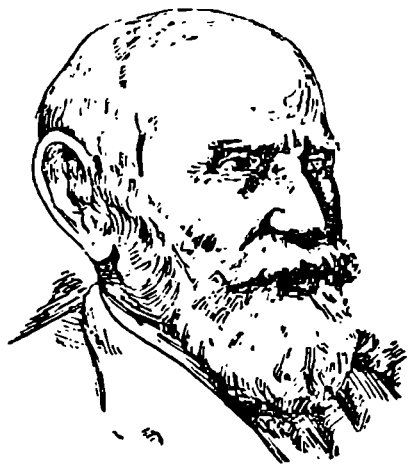
ფილოსოფიაში იდეალისტური და მატერიალისტური მიმართულების წარმომადგენლები მეტად სხვადასხვაგვარად აფასებენ ისეთ ფილოსოფიურ კატეგორიებს, როგორც ნებისყოფის აუცილებლობა და თავისუფლება, აგრეთვე მათი ურთიერთდამოკიდებულების გამოვლენას.

იდეალისტურ ფილოსოფიაში ნებისყოფა განიხილება ყველასაგან მოწყვეტილად. რომელიც არ ექვემდებარება მიზეზობრიობის კანონს (ვოლუნტარიზმი). ამით ხაზგასმულია ინდეტერმინიზმის პრინციპი, რომლის მიხედვით, თავისუფლება ობიექტური სამყაროდან ადამიანის ნების სრული დამოუკიდებლობაა. მარქსისტული ფილოსოფიის თვალსაზრისით აუცილებლობა განიხილება, როგორც ადამიანის ცნობიერების პროდუქტი. აუცილებლობაში იგულისხმება ბუნების კანონები, ობიექტური სინამდვილის საგნებისა და მოვლენების თვისებები. მისი ასახვით ადა-

შიანი შეიცნობს ბიოლოგიური და ეკონომიკური კანონების არსს, მათგან გამომდინარე აუცილებლობას. რაც უფრო ფართოა შემეცნების პროცესი, მით უფრო ღრმად იგებს ადამიანი მატერიალური სამყაროს ობიექტებს შორის შინაგან კავშირს, არსებითად უფრო თავისუფალი ხდება თავისი მოქმედების დროს. ადამიანის თავისუფლებას განსაზღვრავს მის მიერ აუცილებლობის შეცნობის სიღრმე.

მაშასადამე, ბუნების აუცილებლობა პირველადია, ხოლო ადამიანის ნებისყოფა და ცნობიერება მეორადი, ე. ი. ქმედება დეტერმინირებულია (განსაზღვრულია) გარე სამყაროში მიმდინარე მოვლენებით. ამასთან ნებისყოფის თავისუფლება გაგებულია, როგორც საქმის ცოდნით გადაწყვეტილებათა მიღების უნარი და საკუთარი მოქმედების გააზრებული ხელმძღვანელობა, მათი შედეგების წინასწარი დანახვა.

ო. პ. პავლოვი
(1849—1936)



მარქსიზმ-ლენინიზმის ამ იდეებმა საბუნებისმეტყველო-მეცნიერული დასაბუთება ჰპოვა ი. მ. სეჩენოვისა და ი. პ. პავლოვის შრომებში თავის ტვინის ასახვითი (რეფლექსური) ფუნქციის, სინამდვილის ობიექტების გასაშუალებელი აღქმისა და გააზრების შესახებ.

არსებობს ნებისყოფის განსაზღვრა. ნებისყოფა შეგნებული, მიზანმიმართული ფსიქიკური აქტიურობაა, რომელიც დაკავშირებულია წინააღმდეგობის გადალახვასთან. იგი ერთიანი ფსიქიკური პროცესია, რომლიდანაც ნებელობით იმპულსს პირობითად გამოჰყოფენ პედაგოგიური მიზნებისთვის.

ნებისყოფის ჩამოყალიბების საწყისია სწრაფვა. სწრაფვა წარმო-

იქმნება კვების, თავდაცვის, სქესობრივი და სხვა ინსტინქტების ბაზაზე. როცა სწრაფვა ცნობიერებაში საკმაოდ გაფორმებულია, გარკვეულია მისი დაკმაყოფილების გზები და ხერხები, მაშინ მას ეწოდება „სურვილი“. ეს ფსიქიკური იმპულსები ეკუთვნის მეტად ძველ ფილოგენეზურ ფორმაციებს. ადამიანის პიროვნების ისტორიული განვითარების პროცესში ნებისყოფა ჩამოყალიბდა, როგორც ფსიქიკის თვისება, რომელიც შეგნებულად მიმართულია წინააღმდეგობის გადასალახავად. იდეალისტურ პოზიციებზე მდგარი ზოგი საზღვარგარეთელი ავტორი ამტკიცებს, რომ ნებელობითი პროცესის ცალკეული ელემენტები, კერძოდ სწრაფვა, ბიოლოგიური, ანუ თანდაყოლილი ხასიათისაა. ისინი ამ პოზიციებიდან განიხილავენ დანაშაულებრივი მოქმედებისკენ სწრაფვას. მტკიცდება პრინციპი, თითქოს „დამნაშავეის შვილი პოტენციური დამნაშავეა“. ცდილობენ ანთროპოლოგიური პოზიციებიდან იპოვონ ფიზიკური ნიშნები დანაშაულის ჩადენისადმი მიდრეკილების მქონე პირებში: თავის ქალას, ცხვირის, ნიკაპის თავისებური ფორმა და სხვ. ცნობილია, რომ დანაშაული სოციალური მოვლენაა, რომელსაც იწვევს კლასობრივი უთანასწორობა — საზოგადოების განსაზღვრული ნაწილის სიმდიდრე და მისი მნიშვნელოვანი ნაწილის სიღატაკე, უუფლებობა.

რთულ ნებელობით პროცესში შეიძლება რამდენიმე ეტაპის გამოყოფა. პირველი ეტაპია სურვილის აღძვრა, განსაზღვრული მიზეზის მიღწევისკენ სწრაფვა. შემდეგ თავს იჩენს ამ მიზნის მიღწევის შესაძლებლობათა შეცნობა (II ეტაპი) და ამას მაშინვე მოსდევს მოტივები (III ეტაპი), რომლებიც ამტკიცებენ ან უარყოფენ ამ შესაძლებლობებს. შემდეგ იწყება მოტივების ბრძოლა (IV ეტაპი). ადამიანი აწონ-დაწონის დადებითსა და უარყოფითს, სხვადასხვა მოტივს, გაითვალისწინებს კონკრეტულ გარემოებას და მიიღებს გადაწყვეტილებას (V ეტაპი). ნებელობითი მოქმედება მთავრდება მიღებული გადაწყვეტილების განხორციელებით (VI ეტაპი). თითოეული ჩამოთვლილი ეტაპის ხანგრძლივობა სხვადასხვაა და დამოკიდებულია პიროვნების თავისებურებებსა და მიღებული გადაწყვეტილების შესრულების ობიექტურ პირობებზე. იმისათვის, რომ სწრაფვა სინამდვილედ იქცეს, საჭიროა გაბედულება, სიმტკიცე (საბოლოო გადაწყვეტილების მიღების უნარი). განსაკუთრებით ძნელი მოტივია ბრძოლის ეტაპის გადალახვა და მიღებული გადაწყვეტილების განხორციელება.

მეორე არანაკლებ მნიშვნელოვანი თვისებაა ინიციატივა. ის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მიღებული გადაწყვეტილების შესასრულ-

ლებლად. სხვა თვისებებს შორის უნდა აღვნიშნოთ დამოუკიდებლობა გადაწყვეტილების მიღების დროს, გამძლეობა, მოულოდნელი გართულებისას თავდაპირილობა და გარკვეული თვითკრიტიკულობა.

ნებისყოფის, ნებელობითი ქმედების უნარის განვითარება ხანგრძლივი პროცესია. ადრეულ ბავშვობაშივე მშობლები შვილს უნერგავენ დასაწყისში სრულიად მარტივ (სისუფთავის, თვითმომსახურების და სხვ.) და ინდივიდუუმის განვითარების მიხედვით თანდათან გართულებულ ჩვევებს.

ჩვევები შეგნებული ქმედების ავტომატიზებული კომპონენტებია, გამომუშავებული რაიმე მოქმედების ხშირი გამეორებით. ჩვევების ჩამოყალიბება ხასიათდება ზედმეტი ნოძრაობისა და დაძაბულობის აცილებით, მრავალი კერძო მოქმედების გაერთიანებით ერთ მთლიან მოქმედებაში. ჩვევები ყალიბდება ვარჯიშით, ანუ სრულყოფის მიზნით მოქმედების მრავალჯერ მიზანშეწონილი გამეორებისას. შექმნილი ჩვევების ფონზე მოქმედება სულ უფრო შეგნებული ხდება. ეს უკვე ნებელობითი მოქმედებაა. მოზარდობის ასაკსა და სიმწიფის პერიოდში ცოდნის დაგროვების, ახალი ინტერესებისა და მოთხოვნების გამო ნებელობითი მოქმედება რთულდება და სრულყოფილი ხდება. ყველა რთული ნებელობითი აქტი დასაწყისში გაივლის მარტივ გზას, მათში ავტომატიზაციის ელემენტია (ცხოვრებისეული გამოცდილების პროცესში ათვისებული მოქმედება).

ყოველი ნებელობითი პროცესის დასკვნითი ეტაპია კუნთოვანი მოძრაობა. ეს მოძრაობა შეიძლება იყოს სრულიად სხვადასხვაგვარი: სახარატო ჩარხზე რთული დეტალის შესრულება, მხატვრული სურათის შექმნა, საკვამული ღიმილი დაუმსახურებელი შეურაცხყოფის პასუხად და ადამიანის ქმედებისა და ქცევის სხვა მრავალი სახე.

არასწორი აღზრდა ადამიანს ნებელობითი ქმედებისადმი ნაკლებად უნარიანს ხდის. მედიცინის მუშაკმა, რომელსაც უხდება აღზრდის საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობა, უნდა გაითვალისწინოს მისი ზეგავლენა ბავშვის ნიჭის განვითარებაზე.

ნებისყოფის განვითარებამ შესაძლოა დიდი დადებითი როლი შეასრულოს სხვადასხვა დეფექტის, განვითარების სხვადასხვა პათოლოგიური გართულების კომპენსაციაში. ზოგჯერ სიცოცხლისუნარიანობის მეოხებით ავადმყოფს შეუძლია დაძლიოს ტკივილი, სისუსტე, ტანჯვა და მედიცინის მუშაკს გაუწიოს გადამწყვეტი დახმარება მკურნალობაში.

ყოველგვარ საქმიანობაში დიდ როლს ასრულებს შესასრულებელი

სამუშაოთი ადამიანის დაინტერესება. უინტერესო, მოსაწყენი, ადამიანის ნიჭის შეუსაბამო სამუშაოს შესრულებისას იგი სწრაფად იღლება. დადებითი ემოციები მნიშვნელოვნად გადასწევს დაღლილობის პერიოდს. ეს აიხსნება ქერკქვეშა წარმონაქმნების სტიმულაციით, რომლებიც, თავის მხრივ, ტონუსს აძლევენ ქერქს.

საშუალო მედმუშაკმა უნდა გაითვალისწინოს ავადმყოფებთან, განსაკუთრებით დაუძლურებულ, ასთენიურ ავადმყოფებთან გამამხნეველელი ემოციური საუბრის ტონუსის მიმცემი მნიშვნელობა.

ნებისყოფის მოშლა. ნებელობითი ქმედების მოშლა სხვადასხვაგვარია. ისინი განსაკუთრებით ხშირია ფსიქიკური დაავადებებისა (კატატონური სინდრომი) და თავის ტვინის ორგანული დაზიანების დროს (აპარაქსია, მოძრაობის შეზღუდვა).

ნებელობითი აშლილობიდან ყველაზე უფრო ხშირია ჰიპობულია — ნებელობითი აქტიურობის დაქვეითება. ასეთი ავადმყოფები ნაკლებმოდრავნი არიან, საქმიანობისადმი სწრაფვა თითქმის არა აქვთ. რაიმეს დაიწყებენ და სწრაფად შეწყვეტენ მუშაობას, იმიტომ კი არა რომ იღლებიან, არამედ აღარ სურთ თავიანთი სამუშაოს გაგრძელება.

იშვიათია ჰიპერბულიის გამოვლინება — ავადმყოფი ადამიანის მეტისმეტი აქტიურობა. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება შეიქმნას პერნიციოზული ანემიის დროს. არაპროდუქტიული ჰიპერბულია აქვთ მანიაკალურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს. ზოგიერთი ავადმყოფური მდგომარეობის დროს ნებისყოფა მკვეთრად კნინდება უნებისყოფობამდე — აბულიამდე. აბულიის დროს ავადმყოფი ყოველგვარ საქმიანობას წყვეტს, ეკარგება ყოველგვარი სურვილი, დიდხანს რჩება ლოგინში ან ზის სტერეოტიპულ პოზაში. მოქმედების ყველაზე უფრო ძლიერი დარღვევა შეიმჩნევა კატატონიური სტუპორის დროს, ანუ სრული უმოდრაობის მდგომარეობაში. ამ დროს მოსალოდნელია ავტომატური მორჩილება, ანუ კატალექსია, როცა ავადმყოფი შეშდება მისთვის მიცემულ მდგომარეობაში.

ზოგჯერ მედიცინის მუშაკი შეიძლება პრაქტიკაში შეხვდეს ნებელობითი ქმედების დამახინჯებას — პარაბულიას, რომელიც ვლინდება უცნაურ, ზოგჯერ შეუსაბამო ქცევაში. ასეთია, მაგალითად, ორსულის კვებითი ინსტინქტის გაუჯღღმარება.

მ ე დ ი ც ი ნ ი ს მ უ შ ა კ ი ს ტ ა ქ ტ ი კ ა. ჰიპობულიით დაავადებულებს გაძლიერებული ყურადღება სჭირდებათ სამკურნალო რეჟიმის დაცვისათვის. საჭიროა მათი გააქტიურება ელემენტარული მოქმედების შესასრულებლად (ანალიზების დროული ჩაბარება, წამ-

ლებისა და სამკურნალო პროცედურების მიღება და სხვ.). ზოგჯერ მიზანშეწონილია მათთვის იოლი დავალებების მიცემა, რომლებიც პერსონალის კონტროლით უნდა შესრულდეს.

უფრო რთულია ამბულატორიულ ავადმყოფებთან ტაქტიკის გამოხატვა. როგორც წესი, გამოხატულად ფსიქიკური დარღვევის მქონე ეს პაციენტები I ან II ჯგუფის ინვალიდები არიან. რაიმე გზით მათი გააქტიურების ცდა, ჩვეულებრივ, უშედეგოა. მათთან მოქცევის ძირითადი ტაქტიკაა ყურადღებით და მზრუნველობით მოპყრობა.

კატატონიური აშლილობით დაავადებულები იშვიათად ხვდებიან სომატურ საავადმყოფოებში. მათ მოვლას სპეციალური ჩვევები სჭირდება. ისინი ხშირად უარს ამბობენ ჭამაზე და საჭირო ხდება მათი ნაძალადევი კვება, ზოგჯერ ხელოვნურადაც — ზონდით. ნებისმიერ შემთხვევაში საჭიროა მათი გადაყვანა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

საავადმყოფოს პირობებში დაავადების გამო თავის ჩვეულ საქმიანობას მოწყვეტილი ავადმყოფი ნაკლებ აქტიური ხდება. მისი ნებისყოფა რამდენადმე სუსტდება. ზოგ მაღალი კულტურის ადამიანსაც კი აღარ აინტერესებს თავისი გარეგნობა, ჩვეული ეთიკურ-პიგიენური ჩვევების შესრულება (მამაკაცს ავიწყდება წვერის გაპარსვა, კბილების გაწმენდა, ქალები აღარ იყენებენ კოსმეტიკას და სხვ.). ამ ნაწილობრივი სოციალური იზოლაციის პირობებში მედიცინის დის მოქმედებაში მაღალი მომთხოვნელობა, მტკიცე ნებელობითი იმპულსი გამოაცოცხლებს ავადმყოფის აქტიურობას. ის თითქოსდა ეჭიმის ნების შემსრულებელი ხდება, რასაც ცხოვრებაში ატარებს საშუალო სამედიცინო პერსონალი.

ნ ე ბ ის ყ ო ფ ის გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა. ავადმყოფის ნებელობითი თვისებების შესახებ დიდ მასალას იძლევა გულდასმით შეკრებილი ანამნეზი, აგრეთვე ავადმყოფზე დაკვირვება (გამომეტყველება, მოძრაობის სიზუსტე და სისწრაფე, აქტიურობის დონე). განსაზღვრულ მასალას იძლევა აგრეთვე მედლის ჩანაწერები ავადმყოფის ქცევის შესახებ.

საკონტროლო კითხვები

1. განსაზღვრეთ ნებისყოფა.
2. რა იცით ნებისყოფის აუცილებლობისა და თავისუფლების შესახებ?
3. რით განსხვავდება გატაცება სურვილისაგან?
4. გვიამბეთ ნებელობითი პროცესის ეტაპების შესახებ.
5. რა არის გადაწყვეტილება და ინიციატივა?
6. რა არის, პიპობულია და ბბულია?
7. გვიამბეთ კატატონიური სტუპორის შესახებ.
8. გვიამბეთ საშუალო სამედიცინო პერსონალის ტაქტიკაზე სხვადასხვა მოძრაობით-ნებელობითი მოშლილობის დროს.

პიროვნება და პიროვნების აპოლოგია

პიროვნების პრობლემას სწავლობენ ფსიქოლოგები, სოციოლოგები, ეკონომისტები, პედაგოგები, იურისტები, მედიკოსები, სამედიცინო ფსიქოლოგები და სხვა მრავალი სპეციალისტი. მიუხედავად ამისა, ეს საკითხი საქმოდ აქტუალური რჩება. პიროვნების შესწავლის სფერო მნიშვნელოვნად ფართოვდება სხვადასხვა სამედიცინო დარგსა და წარმოებაში.

პიროვნება შეიძლება განვსაზღვროთ, როგორც ცალკე აღებულ კონკრეტული ადამიანი — განსაზღვრული ისტორიული ეპოქის საზოგადოებრივი განვითარების პროდუქტი, რომელსაც აქვს ინდივიდუალური ბიოლოგიური და სოციალურად შეპირობებული და ფსიქიკური თვისებები.

1 პიროვნების სოციალური ანალიზის დროს ასხვავებენ ცნებებს „ადამიანს“ და „პიროვნებას“. ცნება „ადამიანი“ ბუნებრივ-საზოგადოებრივი ცნებაა, ხოლო ცნება „პიროვნება“ სოციალურია, ანუ დაკავშირებულია არა ადამიანის ფიზიკურ ყოფიერებასთან, არამედ მის განსაზღვრულ საზოგადოებრივ თვისებებთან. თითოეულ კონკრეტულ პიროვნებას აქვს თვისებების ინდივიდუალური ფუნქციური სტრუქტურა. პიროვნების ცალკეული თვისება არასტაბილურია და ცვალებადობს ცხოვრების პირობების, აღზრდის, ავადმყოფობის ზეგავლენით და სხვ. ამიტომ ჩვეულებრივ ლაპარაკობენ არა უბრალო სტრუქტურაზე, არამედ პიროვნების დინამიკურ სტრუქტურაზე. ✓

სამედიცინო ფსიქოლოგიაშიც პიროვნება შეისწავლება, როგორც ბუნებრივი და სოციალური სისტემების ელემენტი, მაგრამ თავისებურება იმაშია, რომ აქ უპირველეს ყოვლისა ლაპარაკია ავადმყოფი ადამიანის პიროვნებაზე.

პიროვნების ფსიქოლოგიური თავისებურებების საკითხის ირგვლივ მრავალსაუკუნოვანი ბრძოლა მიმდინარეობს ყველანაირ იდეალისტურ მიმდინარეობებსა და მატერიალისტურ მეცნიერებას შორის. ბურჟუაზიის აყვავებისა და უფრო ადრე ფეოდალიზმის დროს პიროვნების შესახებ იქმნებოდა „მეცნიერული თეორიები“, რომლებიც ამტკიცებდნენ დამცირებულთა მიმართ გაბატონებული კლასების უპირატესობასა და კეთილშობილებას, ვინაიდან ადამიანის პიროვნების ფსიქიკური თავისებურებები თითქოსდა ინდივიდუალურად და უც-

ვლელად იყო მიჩნეული. თანამედროვე კაპიტალისტური სამყაროს მრავალი რასისტი არანაკლები დაჯინებით ცდილობს დაამტკიცოს და იჭადაგოს ეს თეორიები. ვარდა ამისა, ბურჟუაზიულ ფსიქოლოგიაში ჰარბობს მიმართულებანი, რომლებიც ასახავენ მექანიკურ და უაღრესად იდეალისტურ პოზიციებს.

საზღვარგარეთ პიროვნების შესახებ ერთ-ერთი თეორიაა ფსიქომორფოლოგიური ლოკალიზაციონალიზმი (კლეისტი, კრეჩმერი და სხვ.). პიროვნების თვისებები დაკავშირებულია სხეულის აგებულების კონსტიტუციურ თავისებურებებთან. ე. კრეჩმერი გამოყოფს ხასიათის სამ სახესხვაობას — შიზოთიმურს (თავშეკავებული, უკარება, პირდაპირი, გულფიცხი და სხვ.), ციკლოთიმურს (რეალისტი, გულღია, კაცთმოყვარე, ცოდნისმოყვარული და სხვ.), ეპილეფთიკურს (მრისხანე, გულღვარძლიანი, მიკერძობულ-წვრილმანი და სხვ.).

ე. კრეჩმერის აზრით, პიკნიკური აგებულების სხეულის მქონე ადამიანებს შეესაბამება ციკლოთიმური ხასიათი, ასთენიური აგებულებისას — შიზოთიმური, ხოლო ათლერტური და დისპლასტიკური აგებულებისას — ეპილეფთიკური.

სოციალური მოვლენების ბიოლოგიზაციის ეს დებულება და ნორმასა და ავადმყოფობას შორის თვისებრივი განსხვავების დადგენა გააკრიტიკა ი. პ. პავლოვმა.

1 დასავლეთში ფართოდაა გავრცელებული ფსიქოანალიზური მიმართულება (ზ. ფრეიდი). ამ მიმართულების მომხრეები ამტკიცებენ, რომ პიროვნება შეუცნობელის (ინსტინქტურის, ძირითადად სექსუალურის, ლტოლვის) შეცნობილთან ბრძოლის გამოვლენაა. ფრეიდის აზრით, ადამიანს მართავს სხვადასხვა ლტოლვა, მაგალითად, ლტოლვა სიცოცხლისაკენ (სქესობრივი), ლტოლვა სიკვდილისა და განადგურებისკენ. უფრეიდისტების აზრით, თანამედროვე ცივილიზაცია ხელს უშლის ინსტინქტების გამოვლინებას. ამის შესაბამისად ლტოლვა გაძევებულია ქვეცნობიერ სფეროში, რაც შეიძლება გამოვლინდეს ნევროზით. ფრეიდისტები ითვალისწინებენ ნებისმიერი ადამიანის ფსიქიკაში „გაძევების პოზიციების“ შეფარდებით მუდმივობას და უწყვეტობას და დაასკვნინან, რომ ყოველი ადამიანი რამდენადმე სისტემატურად შეპყრობილია ნევროზით.

მრავალი პოზიციის მხრივ ფსიქოანალიზის უსაფუძვლობამ ხელი შეუწყო ნეოფრეიდიზმის წარმოქმნას — ბურჟუაზიულ ფსიქოლოგიასა და ფსიქოპათოლოგიაში არსებულ მიმართულებას, რომლის წარმომადგენლებიც უარყოფენ ინსტინქტების გადამწყვეტ როლს ფსიქოლო-

გიორგამოვლინებებში და განსაზღვრულ მნიშვნელობას ანიჭებენ პიროვნების კულტურულობას.

დასავლეთში მრავალი მომხრე ჰყავს ეგზისტენციალიზმად წოდებულ მიმართულებას. ეგზისტენციალისტების გაგებით ყოველი ადამიანი ცხოვრობს მისი ფსიქიკით შექმნილ სამყაროს განსაზღვრულ „ესკიზში“, მის შესახებ საკუთარი კონცეფცია აქვს, ყოველი ადამიანი თავისთვის ხსნის იმ პორიზონტს, იმ „ფანჯარას“, რომელიც მისი პიროვნების ბუნებას ყველაზე მეტად ეგუება. ადამიანები სამყაროს თითქოსდა უტყეკრიან „მათი ცნობიერების ხვრეტილიდან“, თითოეული მისი საკუთარიდან. ეგზისტენციალისტები ფსიქიკის ობიექტურ თვისებებს ანალიზებენ არა როგორც რეალური სინამდვილის ასახვას (დროში, სივრცეში და სხვ.), არამედ როგორც პიროვნების სპონტანურად შექმნილ ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიურ თავისებურებებს, რომლებიც ობიექტური სამყაროდან მოწყვეტილი და მასთან დაპირისპირებულია.

სულისა და პიროვნების ერთიანობის იდეალისტური კონცეფცია საფუძვლად დაედო პერსონალიზმის ფილოსოფიასა და ფსიქოლოგიას (ვ. შტერნი). პერსონალისტები პიროვნებას მიიჩნევენ „ინდივიდუალურ“ სუბსტანციად, რომელიც ნეიტრალურია არა ადამიანის მარტო ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური არსების მიმართაც. „პიროვნების ბირთვი“ გარშემორტყმულია ტემპერამენტის, ხასიათის, ნიჭის „სფეროებით“. პერსონალისტები უარყოფენ პიროვნების მიზეზობრივ მატერიალისტურ და ისტორიულ გაგებას.

ადამიანის პიროვნების არსების, როგორც ინდივიდუუმის — საზოგადოებრივ-ისტორიული განვითარების პროდუქტის, სწორად გაგება და ფსიქიკურის ფიზიოლოგიურთან, სოციალურის ბიოლოგიურთან შეფარდების რთული საკითხების გადაწყვეტა შეიძლება მხოლოდ მარქსისტულ-ლენინური მოძღვრების პოზიციებიდან. პიროვნების შეფასებისას ძირითადია მისი სოციალური სახე და მორალური თვისებები. ამისათვის აუცილებელია ზოგი ცნების განსაზღვრა.

პიროვნების მიმართულობა იმ შეხედულებების, იდეებისა და რწმენების ურთიერთობაა, რომლებიც მის აქტიურ ქმედებას ხელმძღვანელობენ. მიმართულობაში არჩევენ თვისებებსა და ფორმებს. მიმართულობის თვისებებია დონე, სიფართე, ინტენსიურობა, სიმტკიცე, ხოლო თვისებებში ძირითადია ქმედითობა. მიმართულობის ფორმებია მსოფლმხედველობა, იდეალები, ხოლო მიმართულობის უმაღლესი ფორმაა რწმენა.

მსოფლმხედველობაში იგულისხმება გარშემომყოფ ობიექტურ სინამდვილეზე ადამიანის შეხედულებათა სისტემა.

იდეალი პიროვნების შეგნებულ აქტიურ მისწრაფებათა უმაღლესი მიზანია. ხშირად იდეალები ხორციელდება განსაზღვრულ კონკრეტულ სახეში.

რწმენა განისაზღვრება მსოფლმხედველობის შეთავსებით მისი განხორციელებისაკენ მისწრაფებასთან, საკუთარი მსოფლმხედველობისთვის საბრძოლველად მზადყოფნასთან. რწმენის სტრუქტურაში შედის აზროვნების, ემოციებისა და ნებისყოფის კომპონენტები.

მიმართულობის ფორმები და თვისებები დაკავშირებულია ამა თუ იმ პიროვნების გამოცდილებასა და ცოდნასთან, ჩვევებთან, უნარსა და ჩვეულებებთან. ეს ქვესტრუქტურა განსაზღვრავს პიროვნების განვითარების დონეს. პიროვნების შემდგომი ქვესტრუქტურა ტემპერამენტი — პიროვნების თავისებურებები, რომლებიც ახასიათებს მას ფსიქიკური პროცესების დინამიკის მხრივ. ამ თავისებურებათა ფიზიოლოგიური საფუძველია ადამიანის ნერვული სისტემისთვის ნიშანდობლივი ძალა, მსვლელობის სისწრაფე, ცვლის სიჩქარე და ძირითადი ნერვული პროცესების — ავზებისა და შეკავების გაწონასწორებულობა. ი. პ. პავლოვმა ნერვული სისტემის ტიპების შესახებ მოძღვრებით ახსნა ჯერ კიდევ ანტიკური მედიცინიდანვე ცნობილი სხვადასხვა ტემპერამენტის ფიზიოლოგიური არსი.

პრაქტიკაში გამოყოფენ 4 ძირითად ტიპს: ქოლერიკულს, სანგვინიკურს, ფლეგმატიკურსა და მელანქოლიკურს.

1. ქოლერიკი ბობოქარი, აჩქარებული, ფიცხი და უკმეხია.

ი. პ. პავლოვის მიხედვით — თავშეუკავებელი (ტიპი), ძლიერი, გაუწონასწორებელი, მოძრავი.

2. სანგვინიკი ცოცხალი, მოძრავი, ემოციური, გულისხმიერია. ი. პ. პავლოვის მიხედვით — ცოცხალი (ტიპი), მძლავრი, გაუწონასწორებული, მოძრავი.

3. ფლეგმატიკი — შშვიდი, დუნე, ნელი, მდგრადი.

ი. პ. პავლოვის მიხედვით — შშვიდი (ტიპი), მძლავრი, გაუწონასწორებული, ინერტული.

4. მელანქოლიკი — სევდიანი, დათრგუნვილი, გაუბედავი, მოკრძალებული.

ი. პ. პავლოვის აზრით სუსტი (ტიპი), გაუწონასწორებელი, ინერტული.

ტიპები შეიძლება ერთმანეთთან შეთავსებული იყოს. ამა თუ იმ

სასიგნალო სისტემის სიჭარბის მიხედვით ი. პავლოვმა გამოჰყო სამი „ქეშმარიტად ადამიანური“ ტიპი: მოაზროვნე, მხატვრული და საშუალო.

ქმედების მეორე სასიგნალო სისტემის სიჭარბისას საქმე გვაქვს მოაზროვნე ტიპთან, რომელსაც აქვს მიდრეკილება გონებრივი ცხოვრებისკენ, აბსტრაქტულ-ლოგიკური აზროვნებისკენ. მისი გრძნობები შეკავებული და ზომიერია. პირველი სასიგნალო სისტემის დომინირებისას ტიპი მხატვრულია. მისი აზროვნება კონკრეტულ-სახოვანია ემოციურ კომპონენტებთან ერთად. სასიგნალო სისტემის ქმედებაში გაწონასწორებულობა იძლევა საშუალო ტიპს, რომელიც ბევრად უფრო ხშირია (80%).

პიროვნების საერთო დახასიათებისას დიდი მნიშვნელობა აქვს ხასიათს. ეს ადამიანის ქცევასა და გარემო სინამდვილისადმი, საკუთარი თავისადმი მის განსაზღვრულ დამოკიდებულებაში გამოვლენილი ყველაზე უფრო მდგრადი თავისებურებების, პიროვნების არსებითი თავისებურებების შეხამებაა.

ხასიათი პიროვნების მთლიანი თვისებაა. შეიძლება გამოიყოს ხასიათის 4 ძირითადი ნიშანი.

1. პიროვნების დამოკიდებულება სხვა ადამიანებთან და საერთოდ საზოგადოებასთან: კოლექტივიზმი ან ინდივიდუალიზმი, ეგოიზმი, ჰუმანურობა, გულსხმიერება და კაცთმოძულეობა, სიმკაცრე და გულქვაობა, ალაღმართლობა და მატყუარობა და სხვ.

2. შრომისადმი დამოკიდებულება: შრომისმოყვარეობა და სხვ.

3. საკუთარი თავისადმი დამოკიდებულება: მომთხოვნელობა და თვითდამშვიდება, თვითკრიტიკულობა და საკუთარი თავისადმი გაზვიადებული რწმენა, თავმდაბლობა და ქედმაღლობა, სიმორცხვე და ცინიკურობა.

4. ნებელობითი თვისებების გამოვლინება: მიზანსწრაფვა, მერყეობა, დასახული მიზნისაგან ჩამოშორება, დამოუკიდებლობა ან რწმენის საწინააღმდეგო მოქმედება, გაბედულება და დაურწმუნებლობა, სიმტკიცე და უსუსურობა, გამძლეობა და თავშეკავებულობა, დისციპლინირებულობა და გამბედაობა, ვეჟაკობა, მხდალობა და სულმოკლეობა.

ხასიათი ყალიბდება ადამიანის მთელი სიცოცხლის მანძილზე მისი ცხოვრების პირობების, პრაქტიკისა და საზოგადოებრივი გამოცდილების შესაბამისად. თავის მხრივ, ხასიათი ზეგავლენას ახდენს პიროვნების ჩამოყალიბებაზე.

ხასიათისა და პიროვნების მთლიან ჩამოყალიბებაზე ზეგავლენას

ახდენს აღზრდა და თვითაღზრდა. არსებითად პიროვნების ჩამოყალიბება მთელი სიცოცხლის მანძილზე ხდება ირგვლივ არსებული მიკროგარემოსა (ოჯახის) და მაკროგარემოს (კოლექტივის) ზეგავლენით. ამავე დროს ოჯახისა და გარემოს დადებით მავალითთან ერთად დიდი როლი ენიჭება თვითაღზრდას და, თუ ადამიანი თავისი ხასიათის ან თავისი პიროვნული თვისებების ნაკლს შეიგნებს, მისი გამოსწორება არასოდეს არის გვიანი.

ხშირია ისიც, რომ ბავშვი იზრდება და აღიზრდება არასასურველ გარემოში, მშობლებსა და ოჯახის სხვა წევრებს შორის ხშირი კონფლიქტის ვითარებაში, ხშირად არა მარტო მოწმეა, არამედ მონაწილეობს კიდევ ამ ჩხუბში, რაც უეჭველად ზეგავლენას ახდენს მის ხასიათისა და პიროვნული თვისებების ჩამოყალიბებაზე. ხასიათისა და სხვა პიროვნული თვისებების ჩამოყალიბებაზე განსაკუთრებულ არასასურველ ზეგავლენას ახდენს ოჯახის ერთი ან რამდენიმე წევრის ალკოჰოლიზმი. ხშირი კონფლიქტის, ადამიანის ბუნების უარყოფითი თვისებების გამოვლენის გარდა ოჯახში იქმნება მძიმე მანევროზირებელი (ფსიქოგენური) სიტუაცია, რაც არასასურველად აისახება მოზარდის ხასიათსა და პიროვნების ჩამოყალიბების პროცესზე. ასეთ სიტუაციაში უდიდესი ზეგავლენა შეიძლება მოახდინოს სკოლის, წარმოების კოლექტივმა. მეგობრული, ერთსულოვანი აზრებითა და მოქმედებით განმტკიცებული კოლექტივის ზემოქმედება ჩვენს სინამდვილეში ხშირად წყვეტს მოზარდის ბედ-იღბალს. აქტიურ საზოგადოებრივ მუშაობაში ჩაბმა, მაღალი ფსიქოლოგიური მიმართულებისა და რწმენის ადამიანებთან ურთიერთობა, მათი მოქმედებისა და აზრების დადებითი მავალითები მოზარდს ახლებურად დაანახევებს თავისი მშობლების უბადრუკ ცხოვრებას, რომელსაც იგი წინ აღუდგება. მოზარდი ცხოვრებას ახლებურად აღიქვამს, გადადგამს თვითაღზრდის პირველ ნაბიჯებს. ყმაწვილის ცხოვრებაში წარმოქმნილი მოთხოვნები, რომლებიც არ დაემგვანება მშობლების უღიმღამო ცხოვრებას, მასში ახალ ინტერესებს ბადებს.

უფროს კლასებში ან სპეციალურ საშუალო სასწავლებლების უფროს კურსებზე ყალიბდება მსოფლმხედველობა. თუ ეს სტიქიურად ხდება, მოსალოდნელია პიროვნების არასწორი ჩამოყალიბება, მას შეიძლება გაუჩნდეს დამახინჯებული მოთხოვნილებანი (სიცრუის მოთხოვნილება, რელიგიურობისკენ მიდრეკილება და სხვ.) და შეზღუდული ინტერესები (პირადი გამდიდრების და კეთილდღეობის ინტერესები, „იოლი“ ცხოვრების ძიება და სხვ.). განსაკუთრებული

მნიშვნელობა ენიჭება კოლექტივის, სადაც სწავლობს ან მუშაობს ადამიანი.

შემდგომში ნიჭზე, ხასიათის თვისებებსა და ნებელობით თვისებებზე მეტად ბევრია დამოკიდებული. ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ყველა ეს თვისება შეიძლება განვითარდეს აღზრდის და ზრდის პროცესში, შეუპოვარი და მიზანდასახული თვითაღზრდის დროს. რა თქმა უნდა, ბუნებრივი ნიჭი სხვადასხვა ადამიანს სხვადასხვაგვარი აქვს და თითოეული წარმატებებს აღწევს სწორედ იმ საქმიანობაში, რომელშიც მეტ უნარს გამოიჩენს. ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია რომ ადამიანმა ამოირჩიოს თავისი შესაძლებლობების შესაბამისი პროფესია.

სამედიცინო პრაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს პიროვნების რეაქციას მისი ავადმყოფობისადმი. ყოველ დაავადებას, განსაკუთრებით მძიმედ და ხანგრძლივად მიმდინარეს, შეუძლია გამოიწვიოს რეაქცია ნევროზული გამოვლენების მიჯნაზე. ეს უკანასკნელები შეიძლება უფრო მეტად იყოს გამოხატული, ვიდრე თვით ავადმყოფობა. ამავე დროს მახვილდება ხასიათობრივი თვისებურებები, დეფორმირდება პირადული თვისებები.

ცნობილია, რომ განსხვავებული პიროვნული თვისებების მქონე ადამიანებს ხშირად უავადდებათ გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, კერძოდ, აქვთ იშემიური დაავადება. ჩვეულებრივ, ესენი არიან ძლიერი, საკუთარ თავში დარწმუნებული, ენერგიული, პატივმოყვარე ადამიანები, რომლებიც მიისწრაფვიან აღიარებისა და სამსახურში დაწინაურებისაკენ, იღვწიან აწეული ტემპით და არ იციან მოსვენება.

მედიცინის დის მრავალპროფილიანი პროფესია საჭიროებს, მაგალითად, ისეთ თვისებებს, როგორცაა დიდი ყურადღებიანობა, ემოციური რეაქციების სიმყარე, თანაგრძნობა, მანუალური მოქმედების კარგი უნარი, ადამიანების მიმართ კეთილმოსურნეობა და სხვ.

სხვადასხვა ავადმყოფურ ჩარჩოებში პიროვნული თვისებების სტრუქტურას ბოლო წლებში კლინიკური მედიცინის სხვადასხვა სფერო შეისწავლის და, ალბათ, მრავალ საინტერესო აღმოჩენას მოახდენს კერძოდ სამედიცინო ფსიქოლოგიაში.

პიროვნებისა და ხასიათის პათოლოგია. სოციალური ხასიათის არაკეთილსასურველი პირობები (არასწორი, უზედამხედველო აღზრდა, „თხუნას“ ან „ოჯახის კერპის“, „სათუთის“ ტიპით და სხვ.) ხელს უწყობს პათოლოგიური ხასიათის ჩამოყალიბებას — პიროვნების ხასიათის პათოლოგიურ განვითარებას. ასეთ პირებში გამოირიცხულა

თავშეკავების უნარი, კარბობს გაძლიერებული ავზნებულობა. ისინი გაჭირვებით, განსაკუთრებით მოზარდობის ასაკში, ეგუებიან კოლექტივს. დამუხრუჭებული ტიპის პირებში კარბობს მოუსვენრობის, ექვიანობის ნიშნები. ისინი წუხან და ექვობენ, ხშირად აღენიშნებათ ასთენიური დეკომპენსაცია, ზოგჯერ ავლენენ ისტერიულობას ემოციურ რეაქციებსა და ქცევაში. პათოლოგიური ხასიათის განვითარების ამ ტიპს ვ. ვ. კოვალიოვი უწოდებს დიზონტოგენეზურ ტიპს.

პათოლოგიური ხასიათის განვითარება შეიძლება განპირობებული იყოს ხანგრძლივად მიმდინარე ავადმყოფური პროცესით, როცა კლინიკურ სურათში კარბობს ნევროზული ან ნევროზისმაგვარი რეაქციები. ნ. დ. ლაკოსინა ამ ტიპს უწოდებს პიროვნების ნევროზული პათოლოგიური ხასიათის განვითარებას.

განვითარების განსაკუთრებული ფორმა აღენიშნებათ იმ პირებს, რომლებსაც ბავშვობიდანვე სტანჭავთ უსინათლობა, ყრუ-მუნჯობა, სახის უხეში დეფექტი (სიმახინჯე). პათოლოგიური ხასიათის განვითარების ფორმას, როცა დეფექტის ძალა დომინირებს ადამიანებთან ურთიერთობაში, დეპრივაციულს უწოდებენ (ვ. თ. მატვევი).

პიროვნების პათოლოგიური განვითარების თავისებურებაა პიროვნული თვისებების შედარებითი დინამიკურობა, ხასიათის პათოლოგიური თვისებების გამოსწორებისაკენ გადახრა კეთილსასურველი სოციალური ფაქტორების, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების, ფსიქომაკორიგირებელი და წამლებით მკურნალობის ღონისძიებების ჩატარების ზეგავლენით.

ხასიათის ცალკეული პათოლოგიური ნიშნის ჩამოყალიბებაზე ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია როგორც მემკვიდრეობით-ბიოლოგიურ ფაქტორებს, ისე გარემოს პირობების თავისებურებებს. ბოლო წლებში კლინიკურ პრაქტიკაში შემოვიდა ცნება „აქცენტუირებული პიროვნებები“, რომლებიც არსებითად პათოლოგიური კი არაა, ნორმალურები არიან, მაგრამ მაინც აქვთ განსაზღვრული პიროვნული „გამწვავებანი“. უკანასკნელი უფრო დამოკიდებულია არა ბუნებრივ-ბიოლოგიურ თვისებებზე, არამედ გარემოს ფაქტორებზე, რომლებიც მათი ცხოვრების ნირზე განსაზღვრულ ანაბეჭდს ტოვებენ. თითქოსდა ადამიანში არსებული ბუნებრივი ტენდენცია ურთიერთქმედებს გარემოს ფაქტორებთან (ოჯახი, სკოლა, პროფესია და სხვ.).

აქცენტუირებული ნიშნები შეიძლება იყოს როგორც ერთგვარ-მნიშვნელობიანი, ისე მრავალმნიშვნელობიანი (კომპინირებული). ამ ნიშნების მქონე პირები შეიძლება სოციალურად ადაპტირებული

იყვნენ. აქცენტუაციის ნიშნები აღინიშნება სხვადასხვა ფსიქიკურ სფეროში: ინტელექტუალურ მოღვაწეობაში, ინტერესებისა და უნარის, გრძნობებისა და ნებელობითი გამოვლინების მიმართულებაში.

აქცენტუაცია არსებითად ინდივიდუალური ნიშნებია, რომელთაც პათოლოგიურ მდგომარეობაში გადასვლის ტენდენცია აქვს. აქცენტუირებულებს მიეკუთვნებიან შემდეგი პიროვნებები: დემონსტრაციულები (უპირატესად ისტერიოდულები), პედანტურები (ეჭვიანები, გაუბედავები, აკვიატებული აზროვნებისაკენ მიდრეკილების მქონენი), პარანოიურები (ზელირებული იდეებით), აგზნებადნი, ჰიპერთიმულები (ჰიპომანიაკურები). აფექტურები — ლაბილურები, შემოფოთებულნი (მშიშარები) და სხვ.

სხვადასხვა სახის პიროვნული პათოლოგიის შესწავლაში დიდი წვლილი შეიტანეს ჩვენი ქვეყნის გამოჩენილმა მეცნიერ-კლინიკისტებმა პ. მ. ბალინსკიმ, ვ. ხ. კანდინსკიმ, ს. ს. კორსაკოვმა, ს. ა. სუხანოვმა, პ. ბ. განუშკინმა, ო. ვ. კერბიკოვმა. ფსიქიკური განვითარების ანომალიის — ფსიქოპათიის შესახებ მოძღვრების განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა პ. ბ. განუშკინმა. მისი აზრით, ფსიქოპათიაზე შეიძლება ლაპარაკი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მთლიანად პიროვნება ყველა მისი გამოვლინებით ანომალიურია. მისი ცალკეული ნიშანი არ იძლევა მის მთლიან ხასიათზე ლაპარაკის, მსჯელობის საფუძველს. პ. ბ. განუშკინმა პირველმა დაასაბუთა დინამიკურობის პრინციპი ფსიქოპათიის შესახებ მოძღვრებაში, მას განიხილავდა, როგორც პიროვნების თანდაყოლილი და შექნილი თავისებურებების შენაღობს. ფსიქოპათიის დროს ცენტრალური და დამახასიათებელია უცნაური და უჩვეულო საქციელისაკენ მიდრეკილება, ხასიათის უმიზნოდ მკვეთრი შეცვლა. რაც იწვევს ფსიქოპათიური პიროვნების სხვა ადამიანებთან კონტაქტის დარღვევას და ხელს უშლის ნორმალურ საქმიანობას. ეს კვალს ტოვებს ფსიქოპათიის მთელ ცხოვრებაზე. ო. ვ. კერბიკოვი ფსიქოპათებს ჰყოფს ორ ჯგუფად: აგზნებადებად და შეკავებადებად.

ა გ ზ ნ ე ბ ა დ ფსიქოპათებს მიეკუთვნებიან აფექტებადი ფსიქოპათიური პიროვნებები, რომლებიც დეკომპენსაციის შემთხვევაში უმნიშვნელო მიზეზზე მძაფრ რეაქციას იძლევიან, მათი სურვილების ვერავითარ შემადფერხებელს ვერ იტანენ. ამასთან ისინი აგრესიულ მოქმედებას ავლენენ გარშემომყოფთა მიმართ, აგზნებულ მდგომარეობაში სხეულს იზიანებენ, თავს ახლიან იატაკს, იფხრეწენ

ტანსაცმელს და სხვ. პათოფიზიოლოგიური საფუძველია ქერქის შეკავების სისუსტე.

შეკავებად ფსიქოპათებს ეკუთვნიან ასთენიური, ფსიქასთენიური, ისტერიული პარანოიული პიროვნებები. ამ პირებს დასუსტებული ან დაზიანებული აქვთ ძირითადი ნერვული პროცესები (აგზნება და შეკავება), სწრაფად ფეიტებათ ან უღუნდებათ აგზნების კერები.

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა. უნდა აღინიშნოს, რომ პიროვნების განვითარების პათოლოგიური ხასიათის სხვადასხვა ვარიანტი ისე, როგორც ფსიქოპათიისა და ხანგრძლივი ავადმყოფური მდგომარეობის გამოხატული დეკომპენსაციის სხვადასხვა დონე, პრაქტიკულად თითქმის მუდამ გვხვდება სომატურ განყოფილებებში (თერაპიულ, ქირურგიულ, სამეანო-გინეკოლოგიურ და სხვ.). ძირითად ავადმყოფურ პროცესს ხშირად ამწვავებს ხასიათის თავისებურებები. ასეთი ავადმყოფები მეტად მომთხოვნი, ჭირვეულები, ემოციურად თავშეუყავებლები არიან, უხეშად მიმართავენ პერსონალს, არღვევენ რეჟიმს. ასეთ პირებთან ურთიერთობისას პერსონალის ტაქტიკა ინდივიდუალური უნდა იყოს.

ურთიერთობის ნორმალიზაციისთვის საკმარისია მედიცინის დის ფსიქოთერაპიული საუბარი, ზოგჯერ მიზანშეწონილია მან სთხოვოს ექიმს, რომ იგი გაესაუბროს ავადმყოფს.

პალატაში ასეთი ავადმყოფი ერთზე მეტი არ უნდა იყოს.

ინდუციების ასაცილებლად მიზანშეწონილია რაიმე საპატიო საბაბით მათი სხვადასხვა პალატაში მოთავსება. გამოხატული დეკომპენსაციის დროს აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია, მედიკამენტური საშუალებების დანიშვნა. აქცენტუირებული პიროვნებები, როგორც წესი, რეჟიმს არ არღვევენ, მაგრამ ძირითადი დაავადების ფონზე შეიძლება განუვითარდეთ აწეული ემოციური ლაბილობა, გაუმახვილდეთ აკვიატებული ან ჰიპოქონდრიული განცდები, რის გამოც სჭირდებათ სამედიცინო პერსონალის ყურადღება.

საშუალო მედიცინის მუშაკმა ასეთ ავადმყოფებთან ურთიერთობისას მაქსიმალურად უნდა შეინარჩუნოს მოთმინება, გამძლეობა. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფს მკურნალობა სჭირდება და მედიცინის მუშაკი, ყოველგვარი სიძნელეების მიუხედავად, მოვალეა აღმოუჩინოს მას სათანადო დახმარება.

პიროვნების გამოკვლევა. გამოკვლევისას ძირითადია საუბრის მეთოდი, რომლის დროსაც ირკვევა პიროვნების განვითარე-

ბის ისტორია აღრეული ბავშვობიდან დაწყებული. ზუსტდება მახასიათებელი თავისებურებანი განვითარების ყველა ეტაპზე — სკოლაში, უმაღლეს სასწავლებელში, საწარმოს კოლექტივში მუშაობის დროს, დგინდება მშობლებთან ურთიერთობის ხასიათი, ოჯახური გარემო, მშობლების დამახასიათებელი თავისებურებები.

ავადმყოფის პიროვნების ხასიათის შესახებ უფრო ზუსტი მონაცემების მიღება შეიძლება ლაბორატორიული ექსპერიმენტის მეთოდით. ავადმყოფის პიროვნების შესწავლისას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია მასზე დაკვირვებას. იყენებენ აგრეთვე ავადმყოფის საქმიანობის პროლექტის — დღიურების, წერილების, განცხადებების, ნახატების, ნახაზების შედგენა ანალიზის მეთოდს. ყველა მოცემული ფაქტის დაპირისპირება და ანალიზი ობიექტურ წარმოდგენას ქმნის პიროვნებაზე.

საკონტროლო კითხვები

1. რა არის პიროვნება?
2. რა განსხვავებაა ცნებებში „პიროვნება“ და „ადამიანი“?
3. გვიამბეთ პიროვნების შესახებ ანტიმეცნიერულ თეორიებზე.
4. რა არის პიროვნების მიმართულობა?
5. გვიამბეთ მიმართულობის ხასიათსა და ფორმებზე.
6. განსაზღვრეთ ცნება „გამოცდილება“.
7. რა არის ტემპერამენტი და ტემპერამენტის რომელი ტიპები იცით?
8. რა არის ხასიათი, ხასიათის რომელი ნიშნები იცით?
9. რა ზეგავლენას ახდენს აღზრდა, თვითაღზრდა და კოლექტივი პიროვნების ჩამოყალიბებაზე?
10. როგორ ზემოქმედებს ავადმყოფობის პროცესი პიროვნების სტრუქტურაზე?
11. ზემოქმედებს თუ არა ხასიათი და ტემპერამენტი ავადმყოფური აშლილობის თავისებურებებზე?
12. რით განსხვავდება პიროვნების პათოლოგიური ხასიათის განვითარება პიროვნული აქცენტუაციისაგან?
13. რა იცით ფსიქოპათიისა და მისი სახეების შესახებ?
14. გვიამბეთ სამედიცინო პერსონალის ქცევის თავისებურებების შესახებ პიროვნების სხვადასხვა ავადმყოფური რეაქციისა და ფსიქოპათოლოგიური დეკომპენსაციის დროს.

მე-6 თ ა ვ ი

სამედიცინო ფსიქოლოგიის საკითხები საშუალო მედიცინის
პუშაკის მოღვაწეობაში

კომუნისტური პარტია და საბჭოთა მთავრობა ყოველმხრივ მხარს უჭერს მედიცინის მუშაკებს, განამტკიცებს საბჭოთა ხალხის ნდობას სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკთა მიმართ, მათ წინაშე აყენებს

მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და კულტურის შემდგომი გაუმჯობესების ამოცანას.

ავადმყოფსა და მედიცინის მუშაკს შორის ურთიერთობა დამოკიდებულია არა მარტო ავადმყოფის თავისებურებებზე, მის ფსიქიკაზე, არამედ მედიცინის მუშაკის პიროვნებასა და ქცევაზე, მის საერთო და პროფესიულ კულტურაზე, ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპების დაცვაზე. ამ ურთიერთობის ხასიათის გამო, რაც ასე დიდად მნიშვნელოვანია წარმატებით მკურნალობისათვის, ძირითადი პასუხისმგებლობა მედიცინის მუშაკს ეკისრება. ავადმყოფთან ურთიერთდამოკიდებულების დამყარებისას ის ვალდებულია გაითვალისწინოს მისი პიროვნული თავისებურებანი, განცდები.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ მკურნალობის ეფექტურობა დიდად არის დამოკიდებული ავადმყოფის რწმენაზე, რომ გამოჯანმრთელდება, ეს კი, თავის მხრივ, მკვიდროდ დაკავშირებულია ექიმისა და საერთოდ განყოფილების სამედიცინო პერსონალის ნდობასთან.

ხატოვნად თუ ვიტყვით, მკურნალობა იწყება რეგისტრატურიდან და ქსენონიდან, მომავალი სამედიცინო გამოკვლევის მოსაცდელი ადგილიდან. ავადმყოფის მიღებისას საჭიროა მკაფიო, საქმიანი და იმავე დროს მარტივი გარემო. ექიმის კაბინეტსა და ღერეფებში უნდა იყოს სიჩუმე, ჰაერი მუდამ სუფთავდებოდეს. აუცილებელია ე. წ. საავადმყოფოს სუნთან ბრძოლა. კაბინეტების, მოსაცდელი დარბაზების გაფორმება ერთადერთ მიზანს ემსახურება — დაამშვიდოს ავადმყოფი, ჩაუნერგოს რწმენა. ვიტრინები და პლაკატები ისე უნდა იყოს შერჩეული, რომ ხელი შეუწყოს სანიტარიულ-ჰიგიენური და პროფილაქტიკური ჩვენებების გამომუშავებას, არ შეიცავდეს მასალას, რომელიც ავადმყოფს თავის სატანჯველს გაახსენებს ან იატროგენიას გამოიწვევს.

ექიმისა და მედიცინის უშუალო ამოცანაა დაარღვიოს ფსიქოლოგიური ზღვარი ავადმყოფთან კონტაქტში, განაწყოს ის ნდობით, შექმნას თანაგრძნობის თბილი გარემო. უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფი, განსაკუთრებით მედიცინის მუშაკთა პირველი შეხვედრისას, დიდი ყურადღებით ადევნებს თვალყურს მის ყოველ ვესტს, სახის გამომეტყველებას და ნათქვამს, ცდილობს მის სიტყვებსა და ქცევაში დაიჭიროს ისეთი რამ, რაც ნდობისა და გულახდილობისკენ განაწყობს. პირველი საუბრის დროს ავადმყოფი მიისწრაფვის უამბოს თავის შესახებ, და თუ ამას ექიმი გაუგებს და მხარს დაუჭერს მას, მით უფრო შემდეგშიც მკვიდრო კონტაქტი დამყარდება მათ შორის.

მხოლოდ ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარების შემდეგ შეიძლება ანალიზებისა და გამოკვლევის სხვა დამხმარე მეთოდების შეფასება. აუცილებელია ავადმყოფმა გაიგოს, რომ მედიცინის მუშაკებს, რომლებისაგანაც ის შეეღას თხოულობს, აინტერესებთ არა მარტო დიაგნოსტიკის საკითხები, არამედ მათთან მისული ადამიანიც.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ექიმის სიტყვის კულტურას, აგრეთვე საუბრის შინაარსს. ავადმყოფის შეკითხვებზე პასუხის გაცემისას არ შეიძლება ზოგადი ფრაზებით შემოფარგვლა, რადგან ეს იწვევს შიშს ავადმყოფობის დასასრულის გამო, გარდა ამისა, ავადმყოფი ეჭვდება ექიმის კვალიფიკაციაში.

ავადმყოფმა მედიცინისადმი ნდობა შესაძლოა დაკარგოს იმ შემთხვევაში, თუ ის შეამჩნევს, რომ ექიმსა და მედდას შორის დაძაბული მდგომარეობაა, თუ მედდა მიღების დროს საქმესთან დაუკავშირებელ რეპლიკებს ისვრის, არაზუსტად ასრულებს ექიმის მითითებებს. ავადმყოფი შეიძლება დაეჭვდეს მედიცინის მუშაკთა კომპეტენციაში, მათი დანიშნულებების მიზანშეწონილობაში, თუ მიღება მიმდინარეობს მწრალად, ფორმალურად, ავადმყოფის გულდასმით მოსმენისა და გასინჯვის გარეშე და შემოიფარგლება წამლების მისაღებად რეცეპტების გამოწერით.

ფსიქიკის აშლილობიდან ავადმყოფს ყველაზე უფრო ხშირად აღეძვრის შეშფოთების გრძნობა, შიშიც კი ავადმყოფობის გამოსავლის გამო. სხვადასხვა ადამიანი ასაკისა და პროფესიის, კულტურული განვითარებისა და ხასიათის მიხედვით დაავადებას სხვადასხვაგვარად ეკიდება.

დანიშნული ფიზიოთერაპიის, მედიკამენტური და სხვა მკურნალობის ჩატარების ეფექტურობა არცთუ იშვიათად დამოკიდებულია თერაპიული ღონისძიებებისადმი ავადმყოფის რწმენაზე. რწმენის ამ გრძნობაზე დამოკიდებულია მკურნალობის წარმატება. მედდამ ექიმის მიერ დანიშნული პროცედურების შესრულებისას უნდა იცოდეს ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარება და თავის ქცევისა და საუბრის ტაქტიკით შეეძლოს ავადმყოფის განწყობილების ამაღლება, მისთვის მკურნალობის წარმატების შთანერგვა.

ავადმყოფთა განცდების თავისებურებანი

ხშირად ავადმყოფი შემაშფოთებელ აზრებს გამოთქვამს სასიკვდილო დაავადების შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ ექიმი უარყოფს

ასეთ დასკვნას. ძირითადად ეს აზრებია კიბოს გამო, როცა ავადმყოფს ჩაიძვრება დარღვევა აქვს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტსა და გულმკერდის ორგანოებში. შიში იბყრობს მაშინაც, როცა გულის მიძიმე დაავადება ან არითმია და გულისცემა აქვს. ყოველივე ეს ავითარებს ჰიპოქონდრიულ მდგომარეობას. ზოგჯერ შიში განსაზღვრავს ავადმყოფის ქცევას, ვითარდება ნეკროზი კარდიო-ან კანტეროფობიის ფორმით. კარდიოფობიის დროს ავადმყოფი ხშირად უფრო ხის შინ მარტო დარჩენას, ქუჩაში გამცილებლის გარეშე გასვლას. ზოგჯერ ავადმყოფი შიშობს, რომ დაკარგავს შრომისუნარიანობას, დაინვალიდდება.

მედიცინის მუშაკმა, კერძოდ მედლამ ავადმყოფს უნდა ჩამოუყალიბოს სწორი დამოკიდებულება ავადმყოფობისადმი, როგორც საშიშის, ისე იოლის შესახებ, მუდამ ცდილობდეს აამაღლოს ავადმყოფის აქტიურობა დაავადებასთან გონივრულად ბრძოლისათვის.

ზოგჯერ ავადმყოფს შეექმნება აზრი, რომ ექიმთან ზოგ დაავადებაზე ლაპარაკი „მიუღებელია“. ასეთია ვენერული, გინეკოლოგიური დაავადებები, იმპოტენცია და სხვ. ამის შედეგად დაავადება უფრო ღრმავდება და ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს, ძნელი სამკურნალო ხდება. განსაკუთრებით არა სურთ ექიმ-ფსიქიატრთან მისვლა იმის შიშით, რომ ამის შესახებ ვინმე ნაცნობი შეიტყობს. უფრო ხშირად ეს ეხება სხვადასხვა მომიჯნავე დაავადებას (ნევროზულ მდგომარეობას, ნევროზს, ფსიქოპათიას და სხვ.), რომელთა მიმართაც ავადმყოფი კრიტიკულადაა განწყობილი. ზოგჯერ სექსუალურ სფეროში აშლილობის შექმნის რცხვენია ამის გამხელა ახლობლებისთვისაც კი. ამას მოსდევს ავადმყოფობის გაზვიადება, გამუდმებით მასზე ფიქრი და მოშლილობის შემდგომი გარღვევა.

ავადმყოფის ფსიქიკაზე უარყოფითად მოქმედებს ტკივილი, რომელიც აღიქმება, როგორც სიცოცხლისათვის საშიში ავადმყოფობის დაწყების ან გაძლიერების სიგნალი. ტკივილით შეპყრობილი ავადმყოფი მწვავედ რეაგირებს გარემოს ზემოქმედებაზე: ხმაურზე, კაშკაშა სინათლეზე, ზოგჯერ შეხებაზეც. ნერვული სისტემის დაუძლურებას, რომელსაც თვით ავადმყოფობა ან წვევავე ტკივილი იწვევს თან სდევს გამოხატული გაღიზიანებადობა, აფეთქება. ასეთი ადამიანი მეტად ეგოცენტრული, ავადმყოფურად ჰირვეულია, მთელი ყურადღება მტკივნეული შეგრძნებებისკენ აქვს მიპყრობილი.

დაავადებისადმი დამოკიდებულების გარკვევისას მნიშვნელოვანია ავადმყოფის პიროვნებისა და ქცევის შეფასება. მაგალითად, ავადმყოფის ზედმეტი ეპვიანობა და მგრძობიარობა მედიცინის დისგან მოი-

თხოვს სპეციალურ გამაფრთხილებელ ზომებს. ზოგ შემთხვევაში ეს ირკვევა ავადმყოფისა და მისი ახლობლების გამოკითხვით. ამის დანახვა შეიძლება ავადმყოფის ქცევაზე დაკვირვების შედეგად. როცა ავადმყოფს დამძიმებული გუნებ-განწყობილება აქვს, უნდა დავადგინოთ ამის მიზეზი, მორალურად მხარი დავუჭიროთ. აუცილებელია სიფხიზლე დებრესიული სინდრომის დროს, როგორცაა დათრგუნვილი, დამწუხრებული გუნებ-განწყობილება, განსაკუთრებით დილით, მოძრაობისა და იდეომოტორული შებოჭილობა, რადგან გამორიცხული არ არის სუიციდური ცდა. ზოგჯერ სტაციონარული მკურნალობისას ავადმყოფის ცუდი ხასიათის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, როგორ ზეგავლენას ახდენს მის გუნებ-განწყობილებაზე ახლობლებისა და მეგობრების ნახვა. საჭიროა ეს ვამცნოთ ექიმს, რათა შევიმუშაოთ ავადმყოფთან მნახველების რეგულარული მოსვლის ტაქტიკა. მნიშვნელოვანია აგრეთვე გავითვალისწინოთ ავადმყოფის დამოკიდებულება პალატის მეზობლებთან, და, თუ საჭიროა, შევუცვალოთ ირგვლივ მყოფები. განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს იმასაც, რომ მედიცინის დამ იცოდეს, როგორი მაღა და ძილი აქვს ავადმყოფს, რა ხასიათის სიზმრებს ხედავს იგი, რადგან მათში ხშირად აიხსნება ავადმყოფის განცდები.

ხშირად სომატური დაავადების ხასიათი იწვევს ავადმყოფის ფსიქიკის შეცვლას. ისეთი ქრონიკული დაავადების დროს, როგორც ტუბერკულოზია, აღინიშნება სწრაფი დაღლა და გაღიზიანებადობა, ემოციური მერყეობა (ხან ეიფორია, ხან დათრგუნვილი ხასიათი). ამის ახსნა შეიძლება ორგანოების განუწყვეტელი ჟანგბადოვანი მიწოდებით, კერძოდ, ფილტვების არასაკმარისი ვენტილაციის შედეგად თავის ტვინის ჟანგბადოვანი მიწოდებით.

ქრონიკული ავადმყოფი მნიშვნელობას ანიჭებს გარშემო მყოფთა ნათქვამს მისი გარეგნობის, შრომისუნარიანობის. გუნებ-განწყობილების შეცვლის შესახებ და სხვ. საკმარისია გარშემომყოფთა ერთი, მისი აზრით, დამაბეჭებელი შეხედვა, რომ ის დაიძაბება, გაუძლიერდება ისედაც შეუწელებელი ექვი.

მწვავე დაავადების, განსაკუთრებით ინფექციური ხასიათის დაავადების დროს ავადმყოფის ფსიქიკურ სფეროში უფრო მეტი აშლილობაა მოსალოდნელი — მსუბუქი ასთენიიდან გამოხატულ ფსიქოზამდე, რასაც შეიძლება თან სდევდეს ცნობიერების ღრმა დაბინდვა, ბოდვა და ჰალუცინაციური განცდები, მკვეთრი მოძრაობითი აგზნება და სხვა სიმპტომები. მედდამ დაკვირვების შესახებ უნდა მოახსენოს

ჟენის, შეათანხმოს მასთან თავის მოქმედება, გამოიმუშაოს ქცევის განსაზღვრული ტაქტიკა, ასეთ ავადმყოფებთან ურთიერთობისას გაითვალისწინოს მათი მდგომარეობა, და შესაძლო არასწორი ქცევა. ფსიქიკა შეიძლება დაირღვეს მწვავე ქირურგიული და თერაპიული დაავადებების დროსაც.

ხასიათის მხრივ განსაზღვრული თავისებურებები აღენიშნებათ გრძნობათა ორგანოების სხვადასხვა ფიზიკური დეფექტისა და ანომალიის მქონე ადამიანებს (სახის უხეში დეფექტი, სიყრუე, სიბრმავე, ხერხემლის გამრუდება და სხვ.). ასეთი ავადმყოფის ერთ-ერთი ძირითადი ფსიქიკური თვისებაა ძლიერი მგრძნობიარობა, ეპკვიანობა, თავისი დეფექტისადმი მუდმივი ფიქსაცია. ის ხშირად მარტოვდება, რადგან საზოგადოებაში ყოფნა უშიძის, ეჩვენება, რომ უცქერიან, იცოდებენ ან კიცხავენ, თავს მშვიდად გრძნობს მსგავსი ავადმყოფების წრეში. მუდმივი ფსიქიკური დაძაბულობა ნევროზული რეაქციისა და დეპრესიის განვითარების საფუძველს ქმნის.

ექსპერიმენტით დადგენილია, რომ სამკურნალო საშუალებათა ეფექტური მოქმედება დამოკიდებულია სუბიექტის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. წამლეულის დადებითი მოქმედებისადმი რწმენამ შეიძლება აამაღლოს ჰემოპარტი სამკურნალო ეფექტი და ამით სამკურნალო ნივთიერებების მოქმედების მექანიზმის გაგებაში შეცდომები დაგვაშვებინოს. ამის გამო ახალი სამკურნალო ნივთიერებების გამოკვლევისას პრაქტიკაში იყენებენ პლაცებოს. პლაცებო საკონტროლო ნივთიერებაა, გარეგნული თვისებებით — ფერით, სუნით, გემოთი — ჰგავს ნამდვილ სამკურნალო საშუალებას. აღმოჩნდა, რომ პლაცებოს ეფექტი ყველა ადამიანზე ახდენს გავლენას, ოღონდ მას აქვს გადახრის განუსაზღვრელი დიაპაზონი, რაც განსაზღვრულია ამ ეფექტისადმი გამოსაკვლევის ან ავადმყოფის რწმენის დონით.

საკონტროლო კითხვები

1. ავადმყოფთა ყველაზე მეტად დამახასიათებელი რომელი განცდები იცით?
2. რა არის კანცერო-და კარდიოფობია?
3. გვიამბეთ, რა გავლენას ახდენს ტკივილი ავადმყოფის ფსიქიკაზე.
4. მედიცინის მუშაკმა ფსიქიკის რომელ ავადმყოფურ აშლილობას უნდა შიაკციოს პირველ რიგში ყურადღება?
5. ახდენს თუ არა გავლენას დაავადება ავადმყოფის ფსიქიკაზე?
6. გრძნობათა ორგანოებს უხეშ ფიზიკურდეფექტიან და ანომალიან ავადმყოფებში ხასიათის მხრივ რა თავისებურებები გვხვდება?
7. რა არის პლაცებო და როგორია მასზე ავადმყოფთა რეაქცია?

ფსიქოპათოლოგიის, ფსიქოპათოლოგია და ფსიქოთერაპია

სამედიცინო ფსიქოლოგიის ამოცანათაგან ერთ-ერთია სომატურ მდგომარეობაზე ფიზიკური მდგომარეობის ზეგავლენისა და, პირიქით, ფსიქიკაზე სომატურ დაავადებათა ზეგავლენის შესწავლა. მათ გადაწყვეტას არსებითი მნიშვნელობა აქვს ზოგი ავადმყოფური მდგომარეობის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის შესწავლისათვის.

„სულისა“ და „სხეულის“, ანუ ფსიქიკური პროცესებისა და ორგანიზმის ურთიერთკავშირი ფილოსოფიისა და მედიცინის ძირითადი პრობლემაა. ეს პრობლემა მატერიალისტურად პირველად დასაბუთდა ი. მ. სენეკისა და ი. პ. პავლოვის და მათი მოწაფეების შრომებში. ი. პ. პავლოვმა ექსპერიმენტულად დაამტკიცა ფსიქიკური და სომატური პროცესების ურღვევი კავშირი.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ძლიერ ემოციებს თან სდევს გულისცემა, ამ დროს სახე წითლდება ან ფითრდება (სისხლძარღვების სწაზმის ან გაფართოების შესაბამისად). ამ გამოვლინებების ხასიათი და ინტენსიურობა დამოკიდებულია პიროვნებისა და ორგანიზმის თავისებურებებზე. ფსიქიკურ გავლენას შეუძლია გამოიწვიოს თავის ცკვილი ან სხვა ფუნქციური დარღვევა ორგანიზმში.

ფსიქოგენია ორგანიზმსა და ფსიქიკაში სხვადასხვა, ჩვეულებრივ, პიროვნებისათვის მძიმე, ფსიქიკური ტრავმის ზეგავლენით გამოწვეული დარღვევაა.

ფსიქოგენური ფაქტორების ზეგავლენით სომატურ სფეროში მოსალოდნელია შემდეგი დარღვევები: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ — გულისრევა, ლებინება, ფაღარათი, კუჭის შეკრულობა, ანორექსია (მადის დაკარგვა); სუნთქვის ორგანოების მხრივ — ქოშინი, გაგუდვა, ჭეღა; გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში — არტერიული წნევის ფსიქოგენური აწევა, ტაქიკარდია, ბრადიკარდია, ტკივილი გულში, გულის მოქმედების რიტმის დარღვევა, გულის მოქმედების შესუსტება კოლაფსამდეც კი და ცნობიერების დაკარგვა, ფსიქოგენური გულის წასვლა. პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევები, როცა ინფარქტი და ინსულტი ადამიანს ემართება მძიმე განცდების შედეგად და ფსიქიკური შერყევის დროს. შარდ-სასქესო სფეროში ფსიქოგენური დარღვევები შეიძლება გამოვლინდეს შარდის შეკავებით, ზოგჯერ შეუკავებლობით. მამაკაცთა სქესობრივი სისუსტე და ქალების სქესობრივი სიცივე უფრო ხშირად ფსიქოგენური ხასიათისაა.

ცნობილია შინაგანი სეკრეციის მოქმედების ფსიქოგენური დარღვევის შემთხვევები: ჰიპერთირეოზი, მენსტრუაციის ციკლის დარღვევა და მეძუძური დედების რძის გამოყოფის დარღვევა. მსგავსი შემთხვევები ხშირი იყო დიდი სამამულო ომის მძიმე დღეებში.

საზღვარგარეთის მეცნიერთა უმრავლესობა ფსიქოსომატურ დარღვევებს განიხილავს ფსიქონაალიზის პოზიციებიდან და შინაგანი ორგანოების ზოგი დაავადების ეტიოლოგიას სექსუალურ კონფლიქტებს უკავშირებს. ამასთან ფართოდ იყენებენ ფრეიდის მიერ შემოღებულ ცნებას „კონვერსიას“, რომელიც აღნიშნავს, რომ თითქოსდა პათოლოგიაში ფართო მნიშვნელობა აქვს სექსუალური ლტოლვის ენერგიის გადასვლას სხეულის სხვადასხვა ორგანოს ავადმყოფურ დარღვევაში.

ორგანიზმში ფსიქოსომატური ძვრების გაგებისას ბევრი მომხრე ჰყავს გ. სელიეს თეორიას სტრესის შესახებ (იხ. მე-3 თავი). სელიეს აზრით, ყველა გამღიზიანებელი (სტრესორი) იწვევს დაძაბულობას — სტრესს. ეს რეაქცია შეიძლება იყოს ლოკალური და სისტემურიც. ის მით უფრო მეტადაა გამოხატული, რაც უფრო მეტად მნიშვნელოვანია ორგანიზმზე გამღიზიანებლის ზემოქმედება. სელიე აღიარებს ნერვული სისტემისა და ფსიქიკის მნიშვნელობას ზოგადი ადაპტაციური სინდრომის წარმოქმნაში. მაგრამ ამუშავებს პრობლემის მხოლოდ ენდოკრინულ-სომატურ მხარეს.

ძლიერი გამღიზიანებლებით გამოწვეული აშლილობის ცენტრალური ნერვული მექანიზმის კონცენტრაცია მოცემულია ნ. ე. ვედენსკისა და ი. პ. პავლოვის მოძღვრებაში. ნ. ე. ვედენსკის ეკუთვხის ცნება პარაბიოზის შესახებ. მეტისმეტად ხშირი, მძლავრი და ხანგრძლივი გამღიზიანებლები იწვევს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის ფუნქციურ ცვლილებებს, ამასთან ორგანიზმის რეაქცია დასაწყისში გაუქუდმართებულია (პარადოქსული), ხოლო შემდგომში შეკავების ფაზაში საერთოდ გარეგნულად არ გამოიხატება (პარაბიოზი პათოლოგიურის მსგავსი მდგომარეობაა).

ი. პ. პავლოვმა და მისმა თანამშრომლებმა ცხადყვეს, რომ მეტად მძლავრი გამღიზიანებლები, ძნელი ამოცანები იწვევს პირობითრეფლექსური ცხოველქმედების დარღვევას, ჩაშლას და ამოვარდნას. ცხოველები ამ დროს იწყებენ ვახლომას, უძლურდებიან, კარგავენ მადას, კანის საფარველის ტროფიკული დარღვევა ეწყებათ, უწყლულდებათ შინაგანი ორგანოების ზედაპირი. ი. პ. პავლოვის აზრით, ცხოველთა ექსპერიმენტული ნევროზი ადამიანთა ფსიქოგენური დაავადებების ანალოგიურია.

წყლულოვანი დაავადება ტიპური შინაგანი დაავადებაა, რომელიც განსაკუთრებულ როლს ასრულებს ფსიქიკის მატრავმირებელი ან მეტისმეტად დაძაბული მომენტი. ცნობილია მოლოდინის ნევროზი, რომლის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ მას იწვევს ამა თუ იმ ავადმყოფობის გამოვლენის მოლოდინის შიში. მაგალითად, გაწითლების შიში იწვევს თვით გაწითლებას, სქესობრივი სისუსტის შიში იწვევს იმპოტენციას და სხვ.

ფსიქიკური ტრავმა ხშირად იწვევს ფსიქოვეგეტატიურ და ფსიქომორტორულ დარღვევას. შიშის ემოციას ხშირად თან სდევს სხეულის კანკალი და კუნთების სისუსტე (მუხლების მოკვეთა და წაქცევაკ კი). ზოსალოდნელია ფსიქოგენური დამბლა, რომელსაც აქვს ფუნქციური ჯარდამავალი ხასიათი. მძლავრმა ემოციურმა შერყევამ შეიძლება გამოიწვიოს ისტერიული სიბრმავე. არცთუ იშვიათად ძლიერი განცდების ზეგავლენით ვითარდება ფსიქოგენური მდგომარეობა ნამდვილი ფსიქიკური დაავადების სურათით. ეს არის ფსიქოგენური დეპრესია, ფსიქოგენური სტუპორი და ფსიქოგენური პარანოიდი.

ფსიქოზისა და ნერვული აშლილობის მიჯნაზე დგას ნევროზი, რომელსაც ასევე საფუძვლად უდევს ფსიქოგენია.

სომატოგენია ფსიქიკური დარღვევაა, რომელიც გამოწვეულია სომატური დაავადებით. მას სომატოგენურსაც უწოდებენ. ხშირად ფსიქიკური დარღვევის წყაროა ინფექცია, ინტოქსიკაცია, შინაგან ორგანოთა დაავადებები. მაგალითად, შესაძლოა შფოთვა და შიში გულის ღაავადებისას, რაც განსაკუთრებით მწვავედ ვლინდება სტენოკარდიის შეტევის დროს. შფოთვა და შიში შესამჩნევია თირეოტოქსიკოზის დროს. ავადმყოფს აღენიშნება აწეული მგრძნობიარობა, აგზნებულობა, ფსიქიკური პროცესების ტემპის აჩქარება. ჰიპოთირეოზს თან სდევს ფსიქიკური ცხოველქმედების შენელება და გონებრივი განვითარების შეკავებულობაც კი, თუ დაავადება ადრეულ ასაკში დაიწყო.

ინფექციურ დაავადებებს, განსაკუთრებით რეკონვალესცენციის მდგომარეობაში, თან სდევს აწეული ემოციური ლაბილურობა, ასთენია. რევმატიზმმა შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე ფსიქიკური აშლილობა.

ცალკეულ შემთხვევაში ფსიქოგენური ფაქტორები შეიძლება კომბინირებული იყოს სომატოგენურთან და მათ ერთმანეთი გააძლიერონ.

საჭიროა შევჩერდეთ კიდევ ერთ მდგომარეობაზე — იატროგენი-აზე. ეს დაავადება, ანუ დაავადების გართულება გამოწვეულია ავადმყოფის მძიმე განცდებით ექიმის ან მედლის ისეთი სიტყვების ანდა ქცევის გამო, რომლებიც უარყოფით ზეგავლენას ახდენენ მასზე. იატ-

როგენია უფრო ხშირია იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც დაავადებით დასრულებული აქვთ პიროვნული თვისებები (შფოთვა, ეჭვი, პიპო-ქონდრიული რეაქციებისადმი მიდრეკილება). ეს მიუთითებს იმაზე, რომ დიდად მნიშვნელოვანია მედიცინის მუშაქმა გააკონტროლოს თავისი ნათქვამი ავადმყოფთან საუბრის დროს, თვალყური ადევნოს თავის შესტებსა და მიმიკას.

ხშირად კარდიოფობია უვითარდებათ ნევროზული რეაქციებისადმი მიდრეკილების მქონე პირებს, მას შემდეგ, რაც გულის არეში არასასიამოვნო შეგრძნების დაწყების გამო გამოძახებული სასწრაფო დახმარების ექიმი ავადმყოფს მკაცრ წოლით რეჟიმს დაუნიშნავს. სასწრაფო დახმარების ექიმის პოზიცია ასეთ შემთხვევაში სავსებით გამართლებულია, ის ცდილობს არ გამოეპაროს გულ-სისხლძარღვთა სერიოზული დაავადება. მაგრამ ავადმყოფმა შეიძლება ყურადღება გაანახვილოს ექიმის სიტყვებსა და ქცევაზე. ამიტომ არის საჭირო, რომ ექიმი ავადმყოფს განმეორებითი ნახვის დროს დიფერენცირებულად მიუღვეს.

ცნობილია არა ერთი შემთხვევა, როცა სხვადასხვა დონით გამოხატული იატროგენული დაავადების დროს დანაშაული სამედიცინო პერსონალს მიუძღოდა. ი. ხარდი ასეთ იატროგენიას სოროგენიას უწოდებდა (ლათ. სიტყვიდან sorrow — და).

ფსიქოპროფილაქტიკა

ფსიქოპროფილაქტიკა ისეთ ღონისძიებათა სისტემაა, რომელთა ბიზანია ფსიქიკური დაავადებებისა და დარღვევის ხელშემწყობი მიზეზების შესწავლა, მათი დროული გამოვლენა და აცილება.

მედიცინის ნებისმიერ სფეროში, იქნება ის ქირურგია, თერაპია, ინფექციური თუ სხვა დაავადებები, საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვა ღრდ ყურადღებას უთმობს პროფილაქტიკის საკითხებს. სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობისა და დაავადების აცილების საკითხების გადაწყვეტისას პროფილაქტიკური ღონისძიებები ასევე უნდა იყოს დროული და ფართოდ დაინერგოს ცხოვრებასა და ჯანმრთელობის დაცვის პრაქტიკაში. ფსიქოპროფილაქტიკა ზოგადი პროფილაქტიკის ნაწილია. მის მეთოდებში შედის ფსიქიკური დაავადების გამწვავების აცილებაც. აი, რატომ არის მნიშვნელოვანი ადამიანის ნერვულ-ფსიქიკური მდგომარეობის დინამიკის შესწავლა შრომითი მოღვაწეობისას, აგრეთვე ყოფით პირობებში. სხვადასხვა ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური

მკითხველის მეოხებით მეცნიერები იკვლევენ შრომის ზოგიერთი დარგის სხვადასხვაგვარი პროფესიული მავნეობის (ინტოქსიკაციის, ვიბრაციის ფაქტორები, მუშაობის დროს ძლიერი გადატვირთვის, თვით საწარმოო პროცესის მნიშვნელობა და სხვ.) ზეგავლენას. მრავალი მეცნიერის აზრით, ნერვულ-ფსიქიკურ დარღვევასთან — XX საუკუნის ამ უბედურებასთან — აუცილებელია ისეთივე ბრძოლა, როგორც ინფექციასთან.

სსრ კავშირში ფსიქოპათიებისა და ფსიქოპროფილაქტიკის პრობლემები მედიცინის ყველა კლინიკური დარგის მუშაკთათვის უნდა იყოს ცნობილი.

ფსიქიკური დაავადებებისა და მათი გამომწვევების პროფილაქტიკაში მთავარი როლი უნდა შეასრულოს ფსიქონერვოლოგიური დისპანსერების სისტემამ.

მედიკოსები და პედაგოგები გაერთიანებული ძალებით ატარებენ კონსულტაციებს ქორწინებისა და ოჯახის, ალკოჰოლიზმთან ბრძოლის, აგრეთვე მოზარდი თაობის აღზრდისას ფსიქოპროფილაქტიკური მუშაობის საკითხებზე.

ფსიქიატრიულ დისპანსერებში შექმნილია ლოგოპედიური და სურდოლოგიური კაბინეტები. ენაბორძიკ და ენაბლუ ბავშვებისათვის არსებობს საბავშვო ბაღები. არანაკლები მნიშვნელობა აქვს იმ ბავშვების სპეციალური სწავლების ორგანიზაციას, რომლებსაც განუვითარებელი აქვთ ინტელექტუალურ-მნეზიური ფუნქციები, უსინათლოები და ყრუ-მუნჯები არიან. ფსიქოპროფილაქტიკის საქმეს წარმატებით ემსახურება ტყის სკოლების, გამაჯანსაღებელი და სანატორიული ტიპის პიონერთა ბანაკების, ბავშვთა მოედნების სკოლა-სანატორიუმებისა და სხვა დაწესებულებათა ფართო ქსელი.

საბჭოთა ადამიანების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას ხელს უწყობს სხვადასხვაგვარი სპორტული ღონისძიებები, რომლებიც ჩვენს ქვეყანაში დიდად გავრცელდა. საზოგადოებრივი ცხოვრების მთელი ორგანიზაცია ხელს უნდა უწყობდეს ფსიქოპროფილაქტიკის ნიშნებისა და ამოცანების შესრულებას.

ფსიქოპათიენა

ფსიქოპათიენა იმდენად მკიდროდ არის დაკავშირებული ფსიქოპროფილაქტიკასთან, რომ ზოგჯერ თითქმის შეუძლებელია მათი

შესწავლის ობიექტებისა და საგნების გამოყოფა-ფსიქოპიგიენა სპეციალური ღონისძიებების სისტემაა, რომლის ამოცანაა ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება და განმტკიცება. ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის ბრძოლა გულისხმობს მთელი ორგანიზმის კეთილდღეობასაც. ფსიქოპიგიენურ ღონისძიებებს პროფილაქტიკური მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ფსიქოგენური დაავადებების, ნევროზის, ფსიქოპათიის, არამედ სხვადასხვა სომატური დაავადების დროსაც. მაგალითად, ფსიქოპიგიენის მოთხოვნათა დაცვამ შეიძლება უდავო და მხიშვნელოვანი როლი შეასრულოს ინფარქტისა და ტვინის ინსულტის, ჰიპერტონიული დაავადების განვითარებისა და მის ნიადაგზე ჰიპერტონიული კრიზის აცილებაში. ფსიქოპიგიენას გარკვეული როლის შესრულება შეუძლია ალკოპოლიზმის, ნარკომანიისა და ზოგიერთი ფსიქოზის აცილებაში. ადამიანის ზოგადმა პიგიენამ და ყველა მისმა ნაწილმა არ შეიძლება გამორიცხოს ადამიანის პიროვნება, მისი ფსიქიკა. ფსიქიკური და სომატური ჯანმრთელობის რთული ურთიერთდაძოკიდებულება აუცილებელს ხდის ფსიქოპიგიენისა და ზოგადი პიგიენის მჭიდრო კავშირის დამყარებას. მაგალითად, კვების პიგიენური რეჟიმით შეიძლება თავის ტვინის სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზის აცილება. ფიზკულტურა და სპორტი აქანსალებს ადამიანს, განამტკიცებს ნერვულ სისტემას, მასთან ერთად კი ფსიქიკასაც.

ფსიქოპიგიენის ნაწილებია: 1) ასაკობრივი ფსიქოპიგიენა, 2) შრომისა და სწავლების ფსიქოპიგიენა, 3) ყოფა-ცხოვრების ფსიქოპიგიენა, 4) ოჯახისა და სქესობრივი ცხოვრების ფსიქოპიგიენა, 5) კოლექტივში ცხოვრების ფსიქოპიგიენა.

ასაკობრივი ფსიქოპიგიენა. ბავშვის ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის ზრუნვა უნდა დაიწყოს მის მუცლად ყოფნის პერიოდში (დედის მიერ ყველა პიგიენური მოთხოვნის დაცვა ორსულობის დროს, მშობიარობის პროცესში და სხვ.). შემდგომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სწორ რეჟიმს, კვებას, ჩვევების გამომუშავებას, დადებით მაგალითს, პასუხისმგებლობის გრძნობის, დისციპლინის, შრომისადმი განწყობის, აღზანაგობის გრძნობის გამომუშავებას. ამავე მიმართულებით ქმედითა კოლექტივისადმი პატივისცემის გამომუშავება, კოლექტივში ცხოვრების ცოდნა, მაგნე ზეგავლენისგან დაცვა, ეთიკური ნორმებისა და ესთეტიკური გრძნობების განვითარება. სკოლაში სწავლის წლებში აუცილებელია დატვირთვისა და გადატვირთვის განაწილება. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში სერიოზულ ფსიქოპიგიენურ მიდგომას საჭიროებს პროფესიის ამორჩევის საკითხი, აგრეთვე სქესობრივ ცხოვ-

რებასთან დაკავშირებული საკითხები. ამავე ასაკში დიდი მნიშვნელობა აქვს თამბაქოს წვევისა და ალკოჰოლის მავნეობაზე განმარტებითი მუშაობის ჩატარებას. მნიშვნელოვანია ცხოვრების დაწყების გზაზე მოზარდის განათლება სქესისა და სიყვარულის საკითხებში, ცხოვრების გზის არჩევაში, გარემოს შეფასებასა და სხვ.

დიდი თავისებური ფსიქოპიგიურული პრობლემები წამოიჭრება ხანში შესვლისას და სიბერის ასაკში. ისინი დაკავშირებულია ჩვეული სტერეოტიპის შეცვლასთან, ხანში შესული პირების ახალი სოციალური მდგომარეობის მიმართ ადაპტაციასთან, გარემოსადმი დამოკიდებულებასთან. ხანში შესული ადამიანის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანია აქვს მისდამი სწორი დამოკიდებულება.

შრომისა და სწავლების ფსიქოპიგიენა. საჭიროა განვასხვაოთ ზოგადი და კერძო (სპეციალური) საკითხები. თუ პროფესია შეესაბამება ადამიანის ინტერესებსა და მომზადებას, მაშინ შრომა ბედნიერების, კმაყოფილების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის წყაროა. შრომის ეფექტურობის მნიშვნელოვანი პირობაა დისციპლინა, რომელიც შეგნებულია როგორც ჰემარიტი აუცილებლობა და პიროვნების შინაგან მოთხოვნილებად და ქცეული. იგი ამცირებს დაღლილობას, აადვილებს შრომას.

დიდი ფსიქოპიგიურული მნიშვნელობა აქვს კოლექტივში სწორი ურთიერთობის სისტემას. სასწავლო პროცესის ნორმალური რიტმი, საკუთარი შრომის შედეგებით კმაყოფილება, პროფესიული დონის მუდმივი ამაღლება მნიშვნელოვანი ფაქტორებია, რომლებიც ადამიანს საშუალებას აძლევენ განიცადონ კმაყოფილება და სიხარული თავისი სწავლითა და შრომით.

ფსიქოპიგიენამ უნდა გაითვალისწინოს შრომის თავისებურებანი რთულ მანქანებზე მუშაობის დროს. მნიშვნელოვანია შევისწავლოთ და მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების გამოყენებით გავაუმჯობესოთ ავტომატებზე და „მავნე“ საამქროებში მომუშავეთა პიგიური და ფსიქოპიგიურული პირობები. აუცილებელია, რომ ავტომატებს აპროექტებდნენ ადამიანის ფსიქოფიზიოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით (გამოიზიანებელსა — ავტომატის სიგნალსა და მ.სხვ ადამიანის რეაქციას შორის დროის შუალედის ხანგრძლივობა, იმ ინფორმაციის რაოდენობა, რომლის აღქმაც შეუძლია მომუშავეს შესაბამის დროში და სხვ.).

ამ საკითხებს ამკამად ამუშავებენ მეცნიერების ახალი დარგის ერგონომიკის წარმომადგენლები; ეს განსაკუთრებული მეცნიერული დარგია შრომის შესახებ, რომელიც აერთიანებს ფსიქოლოგიის, ფი-

ფიქლოლოგიის, ანატომიის, ჰიგიენის, პედაგოგიკისა და ადამიანის შესახებ ცოდნის სხვა დარგთა მონაცემებს.

სენსორული შიშვილის (შთაბეჭდილებათა, გარე ზემოქმედების უკმარისობა) პრობლემა ამჟამად განსაკუთრებით იზიდავს კოსმოსური მედიცინის წარმომადგენლებს. იქ, სადაც შრომა განსაკუთრებით ერთფეროვან და შთაბეჭდილებებით ღარიბ პირობებში მიმდინარეობს, სადაც წარმოიქმნება თავისებური სენსორული შიშვილი, უარყოფითი შედეგების, კერძოდ მთვლემარობის ასაცილებლად მომუშავეებისთვის შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთი დამატებითი გამლიზიახებელი, დამატებითი შთაბეჭდილებები. ტექნიკის განვითარება შრომის ფსიქოლოგიის წინაშე აყენებს სხვადასხვა ახალ პრობლემას, რომლებიც უნდა გადაწყდეს ფსიქოლოგიის ახალ ნაწილთან — საინჟინრო ფსიქოლოგიასთან მკვიდრო კავშირში.

შრომის მეცნიერული ორგანიზაციის საკითხების გადაწყვეტისას აუცილებელია სავსებით იყოს გათვალისწინებული წარმოებისა და მომუშავე ადამიანის ინტერესების ერთიანობა.

შრომის ფსიქოპიგიენის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია ინტელექტუალური შრომის ჰიგიენა. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა ასაკის ადამიანებისთვის გონებრივი შრომის დიფერენცირებული ჰიგიენური ნორმების დამუშავებას. შემდგომ შესწავლას საჭიროებს აქტიური დასვენების საკითხი, რაც აგებული უნდა იყოს დამსვენებელი ადამიანის შრომის პირობების შესაბამისად. გონებრივი შრომის მუშაებისთვის მიზანშეწონილია დასვენების შეთავსება სპორტთან, შეძლებისამებრ ფიზიკურ მუშაობასთან, გასეირნებასთან.

ყოფა-ცხოვრების ფსიქოპიგიენა. ეს უპირველეს ყოვლისა ყოფაცხოვრებაში ადამიანთა ურთიერთობის საკითხია. ზოგ შემთხვევაში კონფლიქტებში შეიძლება მონაწილეობდნენ ნევროზული აშლილობით, ფსიქოპათიით, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები. ასეთი ადამიანების მკურნალობა და ჰოსპიტალიზაცია მნიშვნელოვანი ფსიქოპიგიენური ღონისძიებაა. ალკოჰოლიზმთან და ნარკომანიასთან ბრძოლა საზოგადოებრივი ფსიქოპიგიენის ერთ-ერთი ამოცანაა.

ფსიქოპიგიენის სერიოზული პრობლემაა ადამიანის ორგანიზმზე ტელევიზიისა და რადიოს ზეგავლენის შესწავლა. ამ საკითხში არახაკლებ და ზოგჯერ განმსაზღვრელ როლს ასრულებს ყოფა-ცხოვრებისა და ოჯახის მატერიალური უზრუნველყოფა. მნიშვნელოვანია, რომ ყოველ ოჯახს ჰქონდეს ბინა, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ოჯახს, რადგან ახალგაზრდა ცოლ-ქმრის ცხოვრება დაკავშირებულია მრავალ წვრილ-

მან კონფლიქტთან, რომლებსაც ერთად დაგროვილს ხშირად დიდი უსიამოვნება მოსდევს.

ოჯახისა და სექსუალური ცხოვრების ფსიქოპათიენა. ოჯახის სიმტკიცე, სიყვარული, ოჯახის უფროსი წევრების მეგობრობა და ურთიერთპატივისცემა, სამართლიანობა უმცროსების მიმართ, ოჯახის შეხედულებებისა და ინტერესების ერთიანობა, ურთიერთობაში საჭირო დათმობა — ყოველივე ეს ქმნის ბედნიერ ოჯახს, უზრუნველყოფს ბავშვების სწორ აღზრდას. ნევროზი განსაკუთრებით ხშირად ვითარდება უიღბლო ოჯახში.

ქორწინების ფსიქოპათიენურ ასპექტში მნიშვნელობა აქვს დაქორწინებულთა ასაკს, მეუღლეთა ასაკობრივ განსხვავებას. მნიშვნელოვანია, რომ დაქორწინებამდე საკმარისი დრო ჰქონდეთ, რათა მოძავალმა მეუღლეებმა ერთმანეთი კარგად გაიცნონ, შეიტყონ ერთმანეთის ხასიათისა და ჩვევების თავისებურებანი. სამწუხაროდ, ცოლქმრობისადმი არასერიოზული დამოკიდებულება მრავალი განქორწინების მიზეზია. პირებმა, რომლებმაც გადაწყვიტეს დაქორწინება, უნდა იცოდნენ ამორჩეულის მემკვიდრეობის შესახებ. სამწუხაროდ, მრავალი ავადმყოფობა გადადის მემკვიდრეობით (ოჯახური მემკვიდრეობითი დამძიმება).

ფსიქოპათიენის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა პარამონიული სქესობრივი ცხოვრების შექმნაში დახმარება. ამ სფეროში დარღვევა ხშირად მრავალი ფსიქიკური ტრავმისა და ნერვული აშლილობის წყაროა. არასწორად აგებული სქესობრივი ცხოვრება ხშირად ადამიანის მტანჯველ საიდუმლოდ იქცევა, შინაგანი და გარეგანი კონფლიქტების წყარო ხდება. ხშირად სწორედ სქესობრივი ცხოვრების გადახრისა და მისი ესთეტიკური მხარის დანახვის არცოდნის ნიადაგზე წარმოიქმნება სქესობრივი ფუნქციის ისეთი აშლილობა, როგორცაა მამაკაცის სქესობრივი სისუსტე და ქალის ფრიგიდობა. გარყვნილება, სქესობრივი მოთხოვნილებების წუთიერი დაკმაყოფილების გამოდევნება მკვიდროდ დაკავშირებულია ადამიანის ხასიათის ზოგად ნიშნებთან, პიროვნების ზოგად ზნეობრივ სახესთან. ცალკეულ ადამიანში სქესობრივი ცხოვრების დომინირება პიროვნების პათოლოგიის განვითარების ნიშნად უნდა მივიჩნიოთ.

მედიცინის მუშაკებმა უნდა გააფართოონ ფსიქოთერაპიული დახმარება სქესობრივი ფუნქციის ფსიქოგენური და არაფსიქოგენური დარღვევის, ნორმალური სქესობრივი განვითარებისა და სქესობრივი

ლტოლის დაკმაყოფილებისგან პათოლოგიური გადახრის შემთხვევებში.

კოლექტივში ცხოვრების ფსიქოპიეზია. ოჯახში, საწარმოო ბრიგადაში, სკოლის კლასში, საერთო საცხოვრებელში, კლუბსა და სხვა რომელიმე კოლექტივში ადამიანთა ურთიერთდამოკიდებულება აყენებს გარშემო მყოფთა ინტერესებისადმი ადამიანის ინტერესების მჭიდრო ურთიერთკავშირის საკითხს. როგორც მრავალმა გამოკვლევამ ცხადყო, შრომითი კოლექტივების (ბრიგადების, რაზმების, ექსპედიციების და სხვ.) დაკომპლექტებისას აუცილებელია მონაწილეთა ურთიერთშეთავსებადობის გათვალისწინება პიროვნების თავისებურებების, ზოგჯერ ასაკის, იდეური მიმართულების და სხვა მხრივ. ეს ძეგტად რთული საკითხია, რომელიც ყოველთვის უნდა გადაწყდეს დასმული ამოცანის, მუშაობის პირობებისა და სხვა მრავალი მომენტის მხედვით. ეს საკითხი განსაკუთრებით მწვავედ დგას იმ პირთა შერჩევისას, რომლებიც იძულებული არიან იცხოვრონ იზოლირებულად (კოსმოსური ფრენა, გამოზამთრება და სხვ.).

კოლექტიური ცხოვრების ფსიქოლოგიის საკითხები ჩვენს ქვეყანაში ფართოდ მუშავდება. აქ, ფსიქოლოგებისა და ფსიქიატრების გარდა, დიდი როლი უნდა დაეთმოს მედიცინის სხვადასხვა სპეციალობის მუშაკებსაც, კერძოდ საშუალო მედპერსონალს.

ფსიქოთერაპია

ფსიქოთერაპია სამკურნალო მიზნით ფსიქიკური ზემოქმედების გეგმაზომიერი გამოყენებაა. ფსიქოთერაპიაში შედის ავადმყოფისადმი დიფერენცირებული და გულისხმიერი მიდგომა, რეჟიმის ზეგავლენა, მაგრამ მთავარია სიტყვის ზემოქმედებაზე დამყარებულ ღონისძიებათა კომპლექსი — ლოგოთერაპია.

ფსიქოთერაპიის ისტორია შორეულ წარსულში იწყება. ძველ ეგვიპტეში, ინდოეთში, საბერძნეთში მას განსაკუთრებულ გრძნეულობას უწოდებდნენ, შუა საუკუნეებში — შავ მაგიას, ჭადოქრობას. შთაგონებისა და ჰიპნოზის სისტემატური შესწავლა დაიწყო XVIII საუკუნის ბოლოს (მესმერის „ცხოველური მაგნეტიზმი“). ინგლისელ მეცნიერს ბრედს, რომელმაც შემოიღო ტერმინი „ჰიპნოზი“, მიაჩნდა, რომ ეს გრძნობათა ორგანოების დაღლის შედეგია.

ფრანგი ნევროლოგი გ. შარკო ჰიპნოზურ მოვლენებს ხსნიდა, რო-

გორც ხელოვნური ნევროზის გამოვლენას, ანუ ცენტრალური ნერვული სისტემის, ფსიქიკის დაავადებას. მისი თანამედროვე ბერნჰეიმი ამტკიცებდა, ჰიპნოზი შთაგონებული ძილიაო.

ჰიპნოზის ფიზიოლოგიური მექანიზმი ახსნილია ი. მ. სეჩენოვის, ი. პ. პავლოვის, ნ. ე. ვედენსკის, ვ. მ. ბებტერევის, კ. ი. პლატონოვის შრომებში. ჰიპნოზი განიხილება, როგორც ნაწილობრივი ძილი, მას საფუძვლად უდევს ქერქის უჯრედებში პირობითრეფლექსური შეკავების პროცესი. ამ დროს „მორიგე პუნქტის“ რაპორტის (პაციენტთან ექიმის სიტყვიერი კავშირი) დახმარებით შეიძლება ჰიპნოზის მდგომარეობაში მყოფი ადამიანის ორგანიზმის სხვადასხვა რეაქციის გამოწვევა. ეს იმიტომაა შესაძლებელი, რომ მოზრდილი ადამიანის მიერ გავლილი ცხოვრების მეოხებით სიტყვა დაკავშირებულია ტვინის დიდ ნახევარსფეროებში გადასულ ყველა შინაგან და გარეგან გამლიზიანებელთან, იძლევა ყველა მათგანის სიგნალს, ყველა მათგანს ცვლის და ამიტომ შეუძლია გამოიწვიოს ორგანიზმის ყველა ის მოქმედება, რეაქცია, რომლებიც განაპირობებენ ამ გალიზიანებებს.

ფსიქოთერაპია ყოველთვის ჰიპნოზი არ არის, ის სიფხიზლეში შთაგონება და ავადმყოფის დარწმუნებაა. ასეთი მოქმედების მექანიზმში ახლოა ჰიპნოზურთან. მედიცინის ყველა მუშაკი ვალდებულია შეეძლოს ავადმყოფზე ფსიქოთერაპიული ზეგავლენის მოხდენა. სპეციალურ შემთხვევებში ამას ასრულებს ფსიქოთერაპევტი. ფსიქოთერაპიული ზემოქმედება მკაცრად ინდივიდუალური უნდა იყოს — ავადმყოფობის მიზეზის, ხინდრომების სპეციფიკის, პიროვნების თავისებურებებისა და გარემოსთან მისი ურთიერთკავშირის თავისებურებების გათვალისწინებით. ავადმყოფს მისაწვდომ ფარგლებში უამბობენ ავადმყოფობის მიზეზების, მისი განვითარების ამა თუ იმ დარღვევის აცილების ან შენელების გზების შესახებ. ფსიქოთერაპიის სამკურნალო პროცესებს შორის პერიოდში ატარებენ სხვადასხვა გამაჯანსაღებელ და სავარჯიშო ღონისძიებას. საუბრის პროცესში ტარდება პიროვნების „ხელახლად აღზრდის“ სტიმულაციისა და აქტივაციის ღონისძიებები წინააღმდეგობების გადასალახავად და ავადმყოფობასთან საბრძოლველად.

ამჟამად მედიკოსებს ხელთ აქვთ ისეთ წამლეულთა მთელი არსენალი, რომლებიც ფსიქიკაზე უპირატესად ამგზნებად ან დამამშვიდებლად მოქმედებენ. ამ საშუალებებს (ელენიუმს, ტრიოქსაზინს, სკლუქსენს, მელიპრამინს, სიდნოკარბსა და სხვ.) ეწოდება ფსიქოტრო-

ბულები და მათი გამოყენება შეიძლება საერთოდ ფსიქოთერაპიული ზემოქმედებისათვის.

ფხიზელ მდგომარეობაში ფსიქოთერაპია ტარდება ინდივიდუალურად და კოლექტიურადაც. კოლექტივის ზეგავლენა ჩვეულებრივ ფსიქოთერაპიის დროს მეტად დიდია. ჩვეულების შეჩვევას განსაზღვრავენ აშლილობის ხასიათის (ენაბლუობის, ნარკომანიის მკურნალობის, მშობიარობის გაუტყვივარების და სხვ.) მიხედვით.

ზოგჯერ მიმართავენ ცხადლივ შთაგონებას. ავადმყოფს სთავაზობენ მიიღოს მოხერხებული პოზა, დახუჭოს თვალები და ყურადღებით უსმინოს ადამიანს, რომელიც შთაგონებას უტარებს, არ გაერთოს საკუთარი ფიქრებით და ყურადღება არ გადაიტანოს გარეშე გამღიზიანებელზე. მოტივირებული შთაგონების ხანგრძლივობა ცხადლივ 20—30 წუთია. სასარგებლოა სამკურნალო პროცედურების გამეორება.

მიმართავენ თვითშთაგონების მეთოდსაც. ავადმყოფი სენსებს ატარებს დამოუკიდებლად, უმჯობესია დილით (გაღვიძების შემდეგ) და საღამოს (ძილის წინ), ხანგრძლივობა 15—20 წუთია. ტექსტს აძლევს ექიმი, შემდეგ ავადმყოფი მას თვითონ ასრულებს და სრულყოფს. თვითშთაგონების მეთოდით ისპობა დაუსაბუთებელი შიში საკუთარი ჩანმრთელობის გამო, მსუბუქდება არასასიამოვნო მტკივნეული შეგრძობები და იცვლება დამოკიდებულება ფსიქომატრავმირებელი ვითარებისადმი.

განსაკუთრებით ფართოდ გავრცელდა ჰიპნოთერაპიის სხვადასხვა მოდიფიკაცია. ჰიპნოთერაპიის მეთოდები სხვადასხვაგვარია. სენსების ხანგრძლივობასა და სიხშირეს, შთაგონების შინაარსს ცვლიან სხვადასხვა მიზეზის მიხედვით.

მედიცინის მუშაკს ჰიპნოთერაპიის გამოყენება შეუძლია სპეციალური კურსის გავლის, შესაბამისი თეორიული და პრაქტიკული მომზადების შემდეგ.

საკონტროლო კითხვები

1. გვიამბეთ, რა იცით ფსიქოგენურ და სომატურ პროცესებს შორის ურთიერთობაზე?
2. რა არის ფსიქოგენია და როგორ ვლინდება ის სხვადასხვა სომატურ სფეროში?
3. გვიამბეთ ფსიქოგენიის მექანიზმის შესახებ ი. პ. პავლოვის პოზიციებიდან.
4. ჩამოთვალეთ ფსიქოგენური დაავადებები.
5. რა არის სომატოგენია? ფსიქიკის რომელი სომატოგენური მოშლილობა იცით?
6. რა არის ფსიქოპროფილაქტიკა?
7. რა არის ფსიქოპოგიენა და ამ დარგის რომელი ნაწილები იცით?
8. რა არის ფსიქოთერაპია და მისი რომელი მეთოდებია თქვენთვის ცნობილი?

საგედოციწო ეთიკისა და დეონტოლოგიის საზუჰველები

მე-8 თავი

**ეთიკური კონცეფციებისა და მოქალაქეების განვითარების
მოკლე ისტორია**

სიტყვა „ეთიკა“ წარმოშობილია ბერძნული ethos-დან, რაც ნიშნავს ჩვეულებას, ზნეს. ჩვენმა შორეულმა წინაპრებმა არაფერი იცოდნენ საზოგადოების კლასებად დაყოფის შესახებ და მათი ზნეობრიობის, ქცევის საყოველთაოდ აღიარებულ ნორმებს შეადგენდა ზნე-ჩვეულებები. ადამიანის დამოკიდებულება მის მოდგმასთან, ოჯახთან, სხვა ადამიანებთან მაშინ ჩვეულებებით მტკიცდებოდა და ხშირად უფრო ძლიერი ავტორიტეტი ჰქონდა, ვიდრე კლასობრივი საზოგადოების იურიდიულ ნორმებსა და კანონებს. შრომის ფიზიკურად და გონებრივად დანაწილების, კლასების წარმოქმნის შემდეგ საზოგადოებრივი შეგნება დაიყო დამოუკიდებელ სფეროებად, ანუ შემეცნების ფორმებად. კლასობრივ საზოგადოებაში ზნეობა და ჩვეულებები გართულდა. შეიქმნა ისტორიული მიზეზებით განპირობებული ზნეობრივი შეხედულებები, რწმენები, აგრეთვე ზნეობრივი გრძნობები. ისინი სხვადასხვა კლასს სხვადასხვაგვარი აქვს.

ზნეობრიობაში გულისხმობენ ადამიანების ქცევის პრინციპების, ანუ ნორმების ერთობლიობას, რომლებიც არეგულირებენ მათ დამოკიდებულებას ურთიერთშორის და საზოგადოების, განსაზღვრული კლასის, სახელმწიფოს, სამშობლოს, ოჯახის მიმართ და რომლებიც განმტკიცებულია პირადი რწმენით, ტრადიციით, აღზრდით, მთელი საზოგადოების ან განსაზღვრული კლასის საზოგადოებრივი აზრის ძალით. ადამიანთა ქცევის ყველაზე უფრო არსებით ნორმებს მიაკუთვნებენ მორალურ პრინციპებს. უფრო მოკლედ რომ ვთქვათ, ზნეობრიობა ქცევის ნორმების ერთობლიობაა.

ქცევის ნორმები, რაკი ისინი ვლინდება ადამიანის საქციელში, მათ მოქმედებაში ქმნიან იმას, რასაც ადამიანთა მორალური ურთიერთობა ეწოდება.

ზნეობრიობის ცნება, ანუ ქცევის ნორმები კლასობრივ საზოგადოებაში გართულდა და სპეციალური მეცნიერების ეთიკის შესწავლის საგანი გახდა. ეთიკის ამოცანა მხოლოდ ის კი არ არის, რომ დამუშაოს ზნეობრივი კოდექსი, არამედ ისიც, რომ გაარკვიოს ზნეობრიობის წარმოშობის, ზნეობრიობის ცნებებისა და მსჯელობის ბუნების, ზნეობრიობის კრიტერიუმის, ქცევის თავისუფლად შერჩევის შესაძლებლობის ან შეუძლებლობის, მასზე პასუხისმგებლობისა და სხვა საკითხები. ეთიკა მკვიდრად დაკავშირებულია ადამიანთა ცხოვრების პრაქტიკულ ამოცანებთან. ეთიკაში მუდმივად აისახება ორი ფილოსოფიური მიმართულების — მატერიალიზმისა და იდეალიზმის შეუირვებელი ბრძოლა.

იდეალისტური თეორიები ემსახურებოდა და ემსახურება იმას, რომ გაამართლოს ექსპლოატატორთა მიერ მასების ჩაგვრის უფლება. მაგალითად, პლატონმა (427—377 წწ. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე) წამოაყენა უდავოდ მარადი კეთილდღეობის „სიკეთის იდეების“ ეთიკური სისტემა, ასეთი კეთილდღეობა სუფევდა ადამიანის ცნობიერების გარეშე მარად არსებული იდეების სამყაროში. სათნოების მორალურ თვისებებს პლატონი ანაწილებდა წოდებების მიხედვით. დაბალი წოდებისათვის განსაზღვრავდა ზომიერებასა და მორჩილებას, მაშინ როცა გაბატონებულ კლასს ანიჭებდა სიბრძნეს, გამბედაობას, კეთილშობილ გრძნობებს. პლატონის ეთიკა თავისი არსით მონათმფლობელი დიდებულების ბატონობის იდეალიზაციაა.

XVIII საუკუნეში კანტი ამტკიცებდა, რომ ზნეობრივი ცნებების წყაროა აბსოლუტური ადამიანური გონება. გონებით განსაზღვრულ, გარემოსაგან დამოუკიდებელ ნებას (კანტი მას უწოდებს „კეთილ ნებას“) შეუძლია იმოქმედოს საყოველთაო ზნეობრივი კანონის თანახმად, რომელიც უარყოფს სიცრუის შესაძლებლობას. იმავე დროს კლასობრივ საზოგადოებაში ექსპლუატაციის შენარჩუნების, გამდიდრების, თავიანთი პოლიტიკური ძალაუფლების განმტკიცების მიზნით შეძლებული კლასები იძულებული არიან მუდმივად იცრუონ. კანტის მორალური ცხოვრებისგან შორს არის, უბრალო ხალხისთვის გაუგებარია.

უფრო რეალურ ცხოვრებისეულ პრინციპებზე გაგებულია მატერიალისტი ფილოსოფოსების ეთიკა. მაგალითად, იტალიელმა მოაზროვნემ ჯორდანო ბრუნომ (1548—1600) თავის ნაწარმოებში „გმირული

უნთუზიაზმის შესახებ“ ესთეტიკურად დაასაბუთა გონების ბრძოლა ფეოდალური ბნელეთის მოციქულების, საზოგადოების მმართველი წრეების პარაზიტიზმისა და ზნედაცემულობის, გარყვნილებისა და დიდი სიამოვნების გამოდევნების წინააღმდეგ.

XVIII საუკუნეში ფეოდალური წყობის, მისი დაწესებულებებისა და იდეოლოგიის წინააღმდეგ მებრძოლი საფრანგეთის ახალგაზრდა ბურჟუაზიის იდეურ იარაღად იქცა მატერიალიზმი. ამ საუკუნის ფრანგული მატერიალიზმის გამოჩენილი წარმომადგენლები (პოლბახი, ჰელვეციუსი, დიდრო) მოითხოვდნენ პირადი ინტერესების შეხამებას საზოგადოებრივთან გონივრული კანონების შექმნისა და აღზრდის გზით, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელი გახდებოდა ისეთი საზოგადოებრივი წესრიგის შემოღება, როცა ადამიანის პირადი ინტერესები მიმართული იქნებოდა საერთო კეთილდღეობისათვის სამოქმედოდ.

მატერიალისტების ეთიკური აზროვნების ისტორიაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ლ. ფოიერბახის (1804—1872) ეთიკას. ის გაბედულად გამოვიდა მორალის თეოლოგიური დასაბუთების წინააღმდეგ და ამტკიცებდა, რომ ზნეობრიობა არ მომდინარეობს არც ღვთის ნებისგან, არც აბსტრაქტული გონებისაგან. ფოიერბახის აზრით, ზნეობრივი აღზრდა იმაში მდგომარეობს, რომ თითოეულს ჩაუნერგოს სხვების მიმართ თავისი მოვალეობის შეგნება. მაგრამ ფოიერბახს სხვებთან დამოკიდებულება მიმართული არა აქვს საზოგადოების განსაზღვრული ფორმებისადმი, კლასებისა და კლასთა ბრძოლისადმი.

მარქსამდელი პერიოდის მოაზროვნეებიდან მორალის საკითხების მეცნიერულ გაგებასთან ახლოს იყვნენ რუსი ფილოსოფოსი მატერიალისტები ნ. გ. ჩერნიშევსკი და ნ. ა. დობროლიუბოვი.

ზნეობის გაუმჯობესების საკითხს ისინი უკავშირებენ ძირეულ სოციალურ გარდაქმნას: სოციალური უთანასწორობის მოსპობას, რევოლუციური გზით სოციალიზმზე გადასვლას. მათ ცხადყვეს ბატონყმობის დამლუპველი მოქმედება ხალხის ზნეობაზე, პიროვნების განვითარებაზე. ჩერნიშევსკისა და დობროლიუბოვის ეთიკა ამტკიცებდა თვითმპყრობელურ-ბატონყმური წყობილების წინააღმდეგ უთანასწორო ბრძოლაში მებრძოლის გმირულად დაღუპვის სილამაზეს.

ნათქვამიდან ჩანს, რომ იდეალისტურად მოაზროვნე სოციოლოგები და ფილოსოფოსები ეთიკასა და მორალს იზილავდნენ არაისტორიულ კატეგორიებად, ქცევის ნორმებად, რომლებიც დამახასიათებელია ადამიანისთვის, როგორც ბიოლოგიური სახეობისთვის.

მატერიალისტური ეთიკის შემდგომ განვითარებაში დიდი წვლილი

შეიტანეს კ. მარქსის, ფ. ენგელსისა და ვ. ი. ლენინის შრომებმა. მათ დაამტკიცეს, რომ ეთიკა განსაზღვრული საზოგადოებრივი ურთიერთობაა, რომ ყოველ ისტორიულ ეპოქაში გაბატონებული იყო მისთვის დამახასიათებელი ზნეობრიობა. მარქსიზმ-ლენინიზმის დიდი დამსახურებაა კომუნისტური მორალის მტკიცება, რომლის ელემენტები ყალიბდება კაპიტალიზმთან მშრომელთა ბრძოლაში.

ვ. ი. ლენინმა განაგრძო და ყოველმხრივ განავითარა მარქსისტული ეთიკა საბჭოთა ხელისუფლების განმტკიცებისა და სოციალიზმის აშენებისთვის პროლეტარიატის ბრძოლის პირობებში.

საბჭოთა ხელისუფლების წლებში ჩამოყალიბდა ახალი, მსოფლიოში ჭერ არნახული ადამიანთა ურთიერთობის ფორმები. კომუნისტური პარტია და საბჭოთა ხელისუფლება საბჭოთა ხალხს ზრდის ახალი კომუნისტური ზნეობრიობის პრინციპებზე. ამან შესაძლებელი გახდა სკკპ პროგრამაში ჩამოყალიბებულიყო კომუნისმის მშენებლის მორალური კოდექსი, რომელიც ასახავს საბჭოთა საზოგადოებაში არსებულ ზნეობრივ პრინციპებსა და ურთიერთობას. მორალური კოდექსი არა მარტო მიღწეულის შედეგია, არამედ სოციალისტურ საზოგადოებაში ადამიანის შემდგომი მორალური აღზრდის პროგრამაც.

მარქსიზმის ფუძემდებლებმა მთავარი ყურადღება დაუთმეს მორალის კლასობრივი ბუნების გამოკვლევას და მის კავშირს შრომის პროფესიულ დანაწილებასთან. მაგალითად, ფ. ენგელსი წერდა: „...ყოველ კლასს, თვით ყოველ პროფესიას თავისი საკუთარი მორალი აქვს...“¹

სამედიცინო ეთიკის განვითარება და ჩამოყალიბება

სამედიცინო ეთიკის ჩამოყალიბების დასაწყის ეტაპებზე იგივე სიძნელეები წარმოიქმნება, რაც ზოგად ეთიკაში, რომლის ნაწილიც ის არის. მათგან მთავარია ორი იდეოლოგიის: იდეალისტურისა და მატერიალისტურის ძველთაძველი შეურიგებელი ბრძოლა. უძველესი დროიდან ჩვენამდე მოღწეული სამედიცინო ეთიკის პირველი პროგრესული კონცეფციები ჩამოყალიბებულია ძველ ინდურ წიგნში „აიურვედა“ („ცხოვრების კოდნა“, „ცხოვრების მეცნიერება“), რომელშიც სიკეთისა და სამართლიანობის პრობლემების განხილვასთან ერთად მოცემულია ექიმისთვის რჩევებიც: იყოს თანამგრძნობი, კეთი-

¹ კ. მარქსი, ფ. ენგელსი, რჩეული ნაწერები, თბილისი, 1950, ტ. II, გვ. 462.

ლის მრჩეველი, სამართლიანი, მომთმენი, მშვიდი და თავშეკავებული. ექიმის მოვალეობაა მუდამ იზრუნოს ადამიანთა ჯანმრთელობისთვის. მედიცინის მუშაკმა თავისი სიცოცხლის ფასად უნდა დაიცვას ავადმყოფის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა.

სამედიცინო ეთიკა დიდად განვითარდა ძველ საბერძნეთში და მკაფიოდ წარმოდგენილია ჰიპოკრატეს ფიცში. პროგრესული ექიმების სამედიცინო ეთიკა მიმართული იყო გამომძალველების, თაღლითების, მომხვეჭელების წინააღმდეგ, რომლებიც ცდილობდნენ ავადმყოფი ადამიანის ხარჯზე გამდიდრებულიყვნენ. ჰიპოკრატემ ფიცმა დიდი ზეგავლენა მოახდინა საერთო სამედიცინო ეთიკის განვითარებაზე. სტუდენტები სამედიცინო სასწავლებლების დამთავრების შემდეგ ხელს აწერდნენ „ფაქულტეტურ დაპირებას“, რომელსაც საფუძვლად ედო ჰიპოკრატეს ზნეობრივი მცნებანი.

კაპიტალიზმის ეპოქაში სამედიცინო ეთიკის განვითარების დამახასიათებელი თავისებურებაა მედიცინის მუშაკთა ქცევის ნორმების დაწვრილებითი დეტალიზაცია. მაგალითად, XIX საუკუნის ბოლოს დამტკიცებულ აღმოსავლეთ-გალიციის დეონტოლოგიურ კოდექსში გათვალისწინებულია პუნქტები, რომლებშიც დაზუსტებულია, თუ როგორ გაიყოფა ჰონორარი ავადმყოფთან მეორე ექიმის მიწვევის დროს, რამდენ ხანს უნდა დაელოდნენ კონსილიუმზე დაგვიანებულ ექიმს და სხვ.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში მედიცინა არსებითად ვაჭრობის ობიექტია, მედიცინის მუშაკი გამოდის მეწარმის როლში. იმპერიალიზმის განვითარებასთან ერთად სამედიცინო ეთიკა კაპიტალისტურ ქვეყნებში უფრო რეაქციული გახდა ადამიანთა მომსპობი ახალი საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით, რომელთაც მძიმე შედეგები მოჰყვება (მხუთავი აირი, ატომური ბომბი, ნაპალმი, ბაქტერიოლოგიური იარაღი და სხვ.). არნახულ მასშტაბებს მიაღწია გენოციდმა და რასობრივმა დისკრიმინაციამ. მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ ყველა ამ ანტისაკაცობრიო ღონისძიებაში ჩაბმულნი არიან მედიცინის მუშაკებიც. სამედიცინო წარმოება იღებს მონოპოლისტურ ხასიათს. სამედიცინო ეთიკა არსებითად გადაგვარებულია სამედიცინო საზოგადოებების კორპორაციულ მორალად, ამ საზოგადოებათა ყურადღების ცენტრშია მედიცინის მუშაკთა კერძო პრაქტიკის ინტერესები.

მედიცინის მუშაკთა პროფესიულ-კორპორაციული ორგანიზაციები აქტიურად მოქმედებდნენ რუსეთის მრავალ გუბერნიაშიც XIX საუკუნესა და XX საუკუნის დასაწყისში და თავიანთი ცოდებები ჰქონდნენ.

მრავალმა გამოჩენილმა რუსმა მედიკოსმა დიდი ზეგავლენა მოახდინა ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო ეთიკის განვითარებაზე. მაგალითად, მ. ი. მულროვის მიიჩნდა, რომ საჭიროა მედიცინის მუშაკთა აღზრდა კუმანიზმის, პატიოსნებისა და უნაგარობის სულისკვეთებით. ის წერდა, რომ ექიმის პროფესიის შექმნა უნდა იყოს არა შემთხვევის საქმე, არამედ მოწოდება. მედიცინაში ეთიკის საკითხებმა შემდგომი განვითარება პპოვა ნ. ი. პიროგოვის, ს. პ. ბოტკინის, ი. პ. პავლოვისა და სხვა მრავალი მეცნიერის შრომებში.

XX საუკუნის დასაწყისში რუსეთის რევოლუციურ-დემოკრატიული იდეების განვითარება აისახა სამედიცინო ეთიკის საკითხებშიც. ეს შეეხო ექიმის მოვალეობის გაგებასაც. ვ. ვ. ვერესაევის სიტყვებით რომ ვთქვათ, ექიმი — საზოგადო მოღვაწე არა მარტო უნდა უთითებდეს, არამედ უნდა იბრძოდეს კიდევ და ეძებდეს გზებს ამ მითითებათა ცხოვრებაში გატარებისთვის.

საბჭოთა ხელისუფლების წლებში მედიცინაში ზნეობრივი პრობლემები განსაკუთრებული მნიშვნელობის გახდა. ეს იმით აიხსნება, რომ ვიწრო კორპორაციული სპეციალობიდან ის გადაიქცა ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და გავრცელებულ, სახალხო დარგად. ახლა მედიცინა მისაწვდომია ჩვენი ქვეყნის მთელი მოსახლეობისთვის. საბჭოთა მედიცინას სჭირდება უდიდესი რაოდენობით ექიმები, პროფიზორები, სანიტარიული ექიმები, სტომატოლოგები, ფერწლები, მედიცინის დები, ფარმაცევტები, ლაბორატორიების მუშაკები და სხვ. ამ კადრების უმრავლესობა უნდა მოემზადებინათ მუშებისა და გლეხების შვილებისაგან. სამედიცინო ეთიკის საკითხები ხელახლა უნდა გადაეწყვიტათ ფართოდ და მსოფლიოში ჯერ არნახული მასშტაბით. ამ პრობლემების მნიშვნელობაზე მიუთითებდა მ. ი. კალინინი. ის ამბობდა: „მიმაჩნია, რომ სამედიცინო-სანიტარიული შრომის კავშირში მედიკოსის „ეთიკას“, ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით, განსაკუთრებული ადგილი უნდა ექიროს“¹.

საბჭოთა მედიცინის განვითარებაში დიდი წვლილი შეიტანეს ჯანმრთელობის დაცვის გამოჩენილმა ორგანიზატორებმა და დიდმა მეცნიერებმა ნ. ა. სემაშკომ, ზ. პ. სოლოვიოვმა, ვ. ი. დანილევსკიმ, ვ. ი. ვოიჩეკმა, ვ. პ. ოსიპოვმა, ნ. რ. პეტროვმა, პ. ბ. განუშკინმა, ვ. ნ. მიასი-შჩევმა, რ. ა. ლუჩიამ, ა. ფ. ბილიბინმა, ი. ა. კასირსკიმ, ბ. ე. ვოტჩალმა, მ. ს. ლებედინსკიმ, ვ. ე. როჟნოვმა და სხვ.

¹ М. И. Калинин. О здравоохранении в медицине — М., Медгиз, 1962, гл. 24.

სამედიცინო ეთიკის ძირითადი ამოცანებია: კეთილსინდისიერი შრომა საბჭოთა საზოგადოებისა და ავადმყოფი ადამიანის საკეთილდღეოდ, მუდამ და ყოველგვარ პირობებში მზადყოფნა ავადმყოფისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად, მისდამი ყურადღებიანი და მზრუნველი მოპყრობა, ყველა მოქმედებაში კომუნისტური მორალის პრინციპების გატარება, საბჭოთა მედიცინის მუშაკის მაღალი მოწოდების შეგნება, სამშობლოს, პარტიისა და საბჭოთა მთავრობისადმი სიყვარული, ინტერნაციონალური მოვალეობისადმი ერთგულების აღზრდა, თავისი მაღალპემაწური პროფესიის კეთილშობილური ტრადიციების დაცვა და გავრცელება, მედიცინის მუშაკის შრომითი აღზრდის არსებული საშუალებების განზოგადება და ახალ საშუალებათა შემუშავება.

საკონტროლო კითხვები

1. განსაზღვრეთ ზნეობრიობა და მორალი.
2. რა არის ეთიკა?
3. გვიამბეთ ეთიკის კავშირზე საზოგადოებაში გაბატონებულ ფილოსოფიურ მსოფლმხედველობებთან.
4. გვიამბეთ სამედიცინო ეთიკის ჩამოყალიბების პირველი ეტაპების შესახებ.
5. რა იცით რუსეთში სამედიცინო ეთიკის ჩამოყალიბების შესახებ, სამაშულო შედეგობიდან ვინ უწყობდა ხელს მის განვითარებას?
6. რა ამოცანები დგას სამედიცინო ეთიკის წინაშე?

შე-მ თ ა ვ ი

ეთიკის კატეგორიები, საზოგადოების მორალის მაღალი პრინციპები კუპანოვიჩისა და მორალის მაღალი პრინციპები

ეთიკის კატეგორიები. ეთიკის ძირითადი კატეგორიებია ცნებები: „მოვალეობა“, „ღირსება“, „სინდისი“, „პატიოსნება“ და „ბედნიერება“. ეს ცნებები ათასწლოვანია, დამუშავებულია სხვადასხვა ეთიკურ თეორიასა და მოძღვრებაში. ძველი ეთიკური სისტემების ნაკლი ისაა, რომ მათი ამოსავალი პუნქტი იყო ადამიანი ზოგადად და არა განსაზღვრულ ისტორიულ პირობებში მოქმედი რეალური ადამიანი. ამის გამო ეს ცნებები განიხილებოდა, როგორც მარადიული და უცვლელი, მაგრამ „მუდმივობის“ ნიშნით მტკიცდებოდა შეძლებული კლასების ინტერესები, რომლებიც მიისწრაფვოდნენ სამარადისო ბატონობისკენ და უკეთესი მომავლისათვის ბრძოლისაგან მილიონობით მშრომელის ჩამოშორებისკენ. საბჭოთა სამედიცინო ეთიკა იცავს კომუნისტური მშენებლობისა

და კომუნისტური იდეების პრინციპებს და მარქსისტულ-ლენინური ფილოსოფიის პოზიციებიდან ასაბუთებს ერთმანეთთან დაკავშირებულ ეთიკურ კატეგორიებს.

ცნება მოვალეობა ზუსტად აღნიშნავს პროფესიული და საზოგადოებრივი ვალდებულებების განსაზღვრულ წრეს თავის მოვალეობათა შესრულებისას, რომლებიც პროფესიული ან საზოგადოებრივი ურთიერთობის საფუძველზე ჩამოყალიბდა. ცნება მოვალეობა საკმაოდ ტევადია. იმისთვის, რომ მოვალეობა სწორად შესრულდეს, ის ბოლომდე უნდა იყოს შეცნობილი. ასეთ შემთხვევაში ადამიანს უჩნდება მოთხოვნა საფუძველიანად შეასრულოს თავისი მოვალეობანი. მოვალეობის შესრულება განუყრელად დაკავშირებულია პიროვნების მორალურ თვისებებთან, მისი საზოგადოებრივი შეგნების დონესთან. მაღალი მორალური თვისებების მქონე მედიცინის მუშაკი, რომელსაც კარგად აქვს შეგნებული თავისი მოვალეობა, მას მოთხოვნებთან შესაბამისად ზუსტად და ხარისხიანად ასრულებს. მაგრამ კანონიერების დარღვევის გამო საზოგადოებრივი ან ადმინისტრაციული გაკიცხვის შიშით მოვალეობა შეიძლება ფორმალურადაც იყოს გაგებული. მარქსისტულ-ლენინური გაგებით მოვალეობა შეგნებული ორგანული აუცილებლობაა და ახასიათებს თავისი საქმის სიმართლის ღრმა რწმენა.

საზოგადოების წინაშე მორალური მოვალეობის შესრულება დამოკიდებულია გაბატონებული კლასის სოციალურ-პოლიტიკურ არსსა და მის იდეოლოგიაზე. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფაშიზმის თარეშის შევზნელ წლებში სიკვდილის ბანაკებში ასი ათასობით ადამიანი აწამეს და დაწვეს. ნაცისტი მედიკოსები ფაშისტური გერმანიის მეთაურთა განკარგულებით ახდენდნენ ადამიანთა სტერილიზაციას, ტყვეებზე ატარებდნენ სხვადასხვა „სამედიცინო ექსპერიმენტს“. ნიურნბერგის პროცესზე მედიცინის ამ მუშაკებმა განაცხადეს, რომ სამშობლოს წინაშე თავიანთ მოვალეობას ასრულებდნენ. ცნობილი არიან მფრინავები, რომლებმაც აშშ-ის ყოფილი პრეზიდენტის ტრუმენის ბრძანებით ქალაქებს ხიროსიმასა და ნაგასაკს დაუშინეს ატომური ბომბები და ეს თავიანთი მოვალეობის შესრულებად მიიჩნიეს. მაგრამ რამდენი ათასი ადამიანის სიცოცხლის ფასად დაჭდა ეს „მოვალეობის შესრულება“. მთელი პროგრესული კაცობრიობა ყოველწლიურად ამ დღეს აღნიშნავს წყევლით იმათ მიმართ, ვინც თავისი შავბნელი „მოვალეობის“ შესრულებით ადამიანებს სასიკვდილოდ სწირავს.

რა არის სამართლიანისა და უსამართლოს კრიტერიუმები მოვალეობის გაგებისას? საჭიროა უპირველეს ყოვლისა გაიკვყეს, იდეები კაცო-

ბრიობის პროგრესს ემსახურება თუ მის საწინააღმდეგოდაა მიმართული.

საბჭოთა მედიცინის მუშაკის მაღალ მორალურ მოვალეობად მიჩნეულია კომუნისტური საზოგადოების მშენებლობაში აქტიური მონაწილეობის მიღება. ეპიდემიებთან, ბავშვთა სიკვდილიანობასთან ბრძოლაში საბჭოთა მედიცინის მაღალი მაჩვენებლები, საავადმყოფოების, პოლიკლინიკების, სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მუდმივად მზარდი ქსელი, მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების კულტურისა და ხარისხის მუდმივი ამაღლება მოწმობს, რომ მედიცინის მუშაკები მთელ საბჭოთა ხალხთან ერთად ღირსეულად ასრულებენ თავიანთ მოვალეობას ჩვენს ქვეყანაში კომუნიზმის მშენებლობისათვის. ჩვენი საერთო სახალხო სახელმწიფოს მედიცინის მუშაკის ზნეობრივი მოვალეობაა კოლექტივის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა, რადგან ეს კომუნიზმის მშენებლობისთვის ბრძოლის განუყოფელი ნაწილია. მედიცინის მუშაკის მოვალეობაა გამოიჩინოს ჰუმანიზმი და ყოველთვის დაეხმაროს ავადმყოფს.

ბუნებრივია, ისმის კითხვა, მედიცინის მუშაკმა უნდა იზრუნოს თუ არა მტრის ჯანმრთელობისთვის. კომუნისტურ მორალში ჰუმანიზმის მაღალი პრინციპები და კაცთმოყვარეობა შეხამებულია მტრისადმი სიძულვილთან. ვიდრე საზოგადოებაში არსებობენ ექსპლუატატორები და ომის გამჩაღებლები, მკვლევები და მძარცველები, ყოვლისპატიების ქადაგება უსაფუძვლო და მავნეა. ამავე დროს მედიცინის მუშაკს არ შეუძლია დახმარება არ აღმოუჩინოს მტრის არმიის სამხედრო პირს, თუკი ეს უკანასკნელი მოკლებულია თავის სამედიცინო დაწესებულებაში დახმარების მიღებას. ამ გარემოების ძალით საბჭოთა მედიკოსები, რომლებიც ჰუმანურობის პრინციპებით ხელმძღვანელობდნენ, დახმარებას უწევდნენ ავადმყოფ და დაჭრილ სამხედრო ტყვეებს. ამავე გარემოების გამო საბჭოთა მედიკოსებს ხშირად აღმოუჩენიათ და კვლავაც აღმოუჩენენ სამედიცინო დახმარებას ზღვაში დაღუპულ გემებზე დასახრობად განწირულ პირებს, თუნდაც ეს გემები ჩვენს ქვეყანასთან არამეგობრულად განწყობილ ქვეყნებს ეკუთვნოდეს. თუ მედიცინის ნუშაკი მტრის სამედიცინო დაწესებულებაში ეწყობა სამუშაოდ, ის მისი ხელშემწყობი ხდება და სამშობლოს მოღალატეა.

საბჭოთა მედიკოსის მორალურ მოვალეობაში შეხამებულია პატრიოტიზმი და ინტერნაციონალიზმის მაღალი პრინციპები. მაგალითად, საბჭოთა მედიკოსები უანგარო სამედიცინო დახმარებას უწევენ ეკონომიკურად სუსტად განვითარებული და განვითარებადი მრავალი ქვეყნის

ხალხებს, ამით საბჭოთა სოციალისტური სოლიდარობის პროპაგანდას ეწევიან.

საბჭოთა მედიცინის მუშაკის საზოგადოებრივი და პროფესიული მოვალეობის მაღალი გრძნობა ფართოდ გამოვლინდა დიდი სამამულო ომის დღეებში, როცა უმძიმეს პირობებში სიცოცხლეს უნაჩრუნებდნენ საბჭოთა მებრძოლებს და ხშირად თავს საფრთხეში იგდებდნენ. თავისი მოვალეობის შესრულებისას მედიცინის მუშაკების მრავალ საგმირო მაგალითს ხშირად გვატყობინებს ჩვენი პრესა.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში, სადაც ადამიანის ჯანმრთელობა მისი კერძო საქმეა, მედიცინის მუშაკის მოვალეობა კონფლიქტშია კერძო პრაქტიკოსი მედიკოსის ინტერესებთან. მაგალითად, ის ხშირად თავს არიდებს ავადმყოფისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენას, თუკი საამისო ჰონორარს არ მიიღებს.

მედიცინის მუშაკის მოვალეობაა არასოდეს არავეითარი საბაბით არ მიიღოს მონაწილეობა ადამიანების ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საწინააღმდეგო ან მათი სიცოცხლისათვის საშიშ საქმიანობაში.

70-იან წლებში ერთ-ერთ კაპიტალისტურ სახელმწიფოში გახსნეს მედიცინის მუშაკთა დანაშაული. ისინი გარიგებული იყვნენ სავაჭრო-საწარმოო ფარმაცევტულ დაწესებულებასთან. ორსული ქალებისთვის იყიდებოდა ფართოდ რეკლამირებული პრეპარატი „ტოლიდომიდი“, რომელსაც თითქოსდა ჰქონდა დამამშვიდებელი და მსუბუქი ძილის მომგვრელი ეფექტი. მაგრამ როგორც შემდეგში გაიკვავა, ის მძიმე ტოქსიკურ ზემოქმედებას ახდენდა ნაყოფის განვითარებაზე. შედეგად ამ პრეპარატით ნამკურნალებ ქალებს უჩნდებოდათ უხეში ფიზიკური სიმანინჯის მქონე ბავშვები.

მედიცინის მუშაკს არასოდეს არავეითარი საბაბით უფლება არა აქვს დააჩქაროს ავადმყოფის სიკვდილი, თუნდაც იგი უიმედო იყოს და მძიმედ იტანჯებოდეს. მედიცინის მუშაკმა ყველა შესაძლო საშუალებით უნდა შეუშუბუქოს ავადმყოფს ტანჯვა და იბრძოდოს სიცოცხლის ყოველი საათით გაგრძელებისთვის. ექიმის ვალია ადამიანს გაუხანგრძლივოს და არ შეუშოკლოს სიცოცხლე.

მოვალეობის ცნებისგან განუყოფელია ცნება „ღირსება“. ღირსების ცნება ზოგადად გამოხატავს ადამიანის (როგორც პიროვნების, მოქალაქის, თავისი პროფესიის ოსტატის და სხვ.) საზოგადოებრივ მნიშვნელობას. ის გამოხატავს აგრეთვე პიროვნების შესაბამის თვითშეგნებას, ანუ მის მისწრაფებას დაიცვას თავისი რეპუტაცია, კეთილი სახელი,

თავისი ღირსება. ამასთან ცნებები „პატიოსნება“ და „ღირსება“ განუყრელად დაკავშირებულია ერთმანეთთან, მეორე ადასტურებს და ამტკიცებს პირველს.

ღირსება და პატიოსნება წარმოადგენს არა მარტო პიროვნების მიერ თავისი პროფესიის საზოგადოებრივ მნიშვნელობის, მისდამი სიყვარულისა და პროფესიული სიამაყის შეგნებას, არამედ ზნეობრივი სრულყოფისკენ, კვალიფიკაციისა და მუშაობის ხარისხის ამაღლებისკენ მუდმივ მისწრაფებასაც.

ექსპლოატატორული კლასების მიერ გამომუშავებული ღირსების ძველ ცნებას საფუძვლად ედო პირადი პრივილეგიები და პირადი სიმდიდრე, პიროვნების ან პრივილეგირებული კასტის ინტერესების საზოგადოების ინტერესებზე უფრო მაღლა დაყენება.

მარქსისტულ-ლენინური გაგებით ღირსება საკუთრების ატრიბუტი კი არ არის, არამედ პიროვნების (კლასის, პროფესიის, ხალხის) პატივია. ღირსება მქიდროდ დაკავშირებულია ადამიანის პატიოსნებასთან, თავისი პროფესიული მოვალეობის ღირსეულად შესრულებისკენ მისწრაფებასთან. ჩვენს ქვეყანაში სახალხო მეურნეობის ყველა დარგში ფართოდ გაიშალა კომუნისტური შრომის კოლექტივად წოდების შოპოვებისთვის მოძრაობა, მედიცინაში ეს არის მოძრაობა კომუნისტური შრომის განყოფილების, საავადმყოფოს, პოლიკლინიკის წოდების მისაღებად. კოლექტივის მისწრაფება თითოეულ მის წევრს ავალდებულებს არ შეჩერდეს მიღწეულზე, მუდმივად სრულყოს თავისი პროფესიული საქმიანობის დონე, ამიტომ სავსებით კანონზომიერია, რომ ცალკეულ სამედიცინო კოლექტივში დაიწყო მოძრაობა განყოფილების, საავადმყოფოს საუკეთესო მედიცინის დის წოდების მისაღებად.

პიროვნების მისწრაფება თავისი კოლექტივის პატივისა და ღირსების დაცვისა და ამაღლებისკენ შეუთავსებელია ყოველმხრივ თავდებობასთან. პროფესიული პატიოსნებისა და ღირსების გრძნობა სამაშულო მედიცინის პროგრესულ მოღვაწეებს ყოველთვის მაღალი ჰქონდათ. ამის გამო ხალხი დიდად ენდობოდა მის წარმომადგენლებს, რაც ნაწილობრივ გამოვლინდა ცალკეული სამედიცინო პროფესიის სახელწოდებებშიც, გულითადად და თბილად უღერს სიტყვები „მოწყალეების და“, „ძიძა“, „მკურნალი“.

ჩვენს ქვეყანაში პარტია და სახელმწიფო დიდ პატივს სდებს მედიცინის მუშაკებს. მრავალი მათგანი არჩეულია საბჭოთა ხელისუფლების უმაღლეს და ადგილობრივ ორგანოებში, მინიჭებული აქვთ მაღალი წოდებები, დაჯილდოებულნი არიან მთავრობის, ჯილდოებით.

მოვალეობის, პატივისა და პირადი ღირსებების გრძობასთან მჭიდრო კავშირშია ცნება სინდისი. მორალის სხვა კატეგორიებისგან განსხვავებით, სინდისი გაგებულია, როგორც ადამიანის შინაგანი ზნეობრივი თვისება, მორალური პასუხისმგებლობის შეგნება საკუთარი საქციელის გამო, თავისი აზრების, გრძობებისა და ქცევის შეფასება საზოგადოებაში მოქმედი ზნეობრივი ნორმების შესაბამისად. სინდისი ადამიანის შინაგანი ზნეობრივი მსაჯულია. სინდისი მჭიდროდ შეხამებულია ისეთ მორალურ ღირებულებებთან, როგორც არის პატიოსნება და სიმართლე, სამართლიანობა და ზნეობრივი სიწმინდე, სხვა ადამიანების უფლებებისა და საკუთარი მოვალეობების პატივისცემა. ხალხის ფართო მასების გაგებით, მედიცინის მუშაკი წმინდა სინდისის კაცია, კრიტიკულად პატიოსანი, სამართლიანი და მალაღზნეობრივი. ამიტომაც ბუნებრივია ავადმყოფი ადამიანის სურვილი — გული გადაუშალოს მედიცინის მუშაკს, რომლისგანაც მოელის თავისი სენისგან ხსნას. ბევრნი მას უზიარებენ იღუმალ განცდებს, თხოვენ რჩევას და იმედი აქვთ, რომ მხოლოდ მედიცინის მუშაკს შეუძლია მათი სწორად გაგება, რთული სიტუაციიდან სწორი გამოსვლის კარნახი.

სინდისის გრძობა, როგორც ყველა სხვა მორალური გრძობა, კარგად განუვითარდებათ მხოლოდ იმ ადამიანებს, რომლებიც კოლექტივის, ხალხის ინტერესებით ცხოვრობენ და იბრძვიან ამ ინტერესებისთვის. სინდისი თვითშეფასებაა. როგორც სხვა მორალური გრძობები, ისიც განუყოფელია ადამიანის იდეურობისა და რწმენებისგან. სინდისის აღზრდისთვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოებრივ აზრს. კოლექტივის აზრი აღვიძებს ადამიანის სინდისს, განამტკიცებს მას, ეხმარება შეიცნოს თავისი ნაკლოვანებანი, გააკრიტიკოს და გამოასწოროს ისინი. სინდისი უპირველეს ყოვლისა საკუთარი საზოგადოებრივი მოვალეობის შეგნებაა.

მედიცინის მუშაკებს უდიდესი საზოგადოებრივი მოვალეობა აკისრიათ — საბჭოთა ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვისათვის ზრუნვა და დაეადებულთა დაბრუნება მწყობრში, ანუ მათ აბარიათ ყველაზე ძვირფასი რამ — ადამიანის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე. საოჯახო-საყოფაცხოვრებო, საწარმოო, საზოგადოებრივი და სხვა ხასიათის მრავალი საკითხის გადაწყვეტა ყველაზე მეტად დამოკიდებულია სინდისზე, ადამიანის პირად მორალურ კულტურაზე.

ქ. მარქსი ამბობდა, რომ ...იდეები ...რომლებიც ჩვენს ფიქრებს იპყრობს, ჩვენს რწმენებს იმორჩილებს და რომლებთანაც გონება აღუ-

დაბებს ჩვენს სინდისს, ის ხუნდებია, რომლებსაც აგანაც თავს ვერ დავიხსნით, თუ გული არ გავიხეთქეთ...¹

მრავალფილოსოფიურ-ეთიკურ სისტემაში ცნება ბედნიერებას ბიჩინევენ მთელი ეთიკის ამოსავალ მომენტად. რელიგიური მორალი დაშვრალთ დედამიწაზე ტანჯვის საფასურად ბედნიერებას ზეცაში კპირდებოდა. მატერიალისტი ფილოსოფოსები გადაჭრით უარყოფდნენ ზნეობრივ ქცევად კვების, ტანსაცმლის, სინათლის, ჰაერის, საცხოვრებლის საჭიროების უარყოფის მიჩნევას და იმქვეყნად ბედნიერების ძენას. რევოლუციონერები ბედნიერებას ხედავდნენ ხალხის თავისუფლებისთვის ბრძოლაში, ექსპლოატატორული კლასის წინააღმდეგ ბრძოლაში. მარქსმა ცნება ბედნიერება ახალი შინაარსით შეავსო. ბედნიერების საკითხი სიცოცხლის აზრის საკითხია, რომელსაც საბჭოთა ადამანები ხედავენ იმაში, რომ თავიანთი ძალები მოახმარონ საზოგადოებას, ხალხს, კომუნიზმისათვის ბრძოლას.

ჩვენი საზოგადოების მატერიალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად გაიზრდება საზოგადოებრივ წარმოებაში მუშაობისგან თავისუფალი დროის რაოდენობა. ადამინს შეეძლება დრო მოახმაროს მეცნიერებას, ხელოვნებას, სპორტს ან სხვა საყვარელ საქმეს. ადამიანის შემოქმედებითი ნიჭის შემდგომი განვითარება მის ცხოვრებას უფრო საინტერესოს, შინაარსიანსა და ბედნიერს გახდის.

ბედნიერების, ბედნიერი ცხოვრების ცნება განუყრელია ჯანმრთელობის ცნებისგან. კარგი ჯანმრთელობის გარეშე არ შეიძლება სრული ბედნიერება.

საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების პირველ დღეებში მთავრობის დეკრეტით დაკანონდა მშრომელთათვის საყოველთაო და უფასო სამედიცინო მომსახურება. ჩვენს ქვეყანაში ხალხის ჯანმრთელობის გახსამტკიცებლად არსებობს მრავალი სანატორიუმი, პროფილაქტორიუმი, დასასვენებელი სახლი და სხვ. ამ დაწესებულებებში მუშაობენ მედიკოსები, რომელთა შრომის ხარისხზე ბევრი რამ არის დამოკიდებული. სოციალისტური სახელმწიფო ერთადერთი სახელმწიფოა, რომელიც კისრულობს ზრუნვას მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და განუწყვეტელი გაუმჯობესებისთვის.

თუ ადამიანი ზრუნავს პირადი კეთილდღეობისთვის, დიდ ყურადღებას უთმობს თავის ოჯახს, ნიშნავს ეს თუ არა, რომ მას მეშჩანური წარმოდგენა აქვს ბედნიერებაზე? სულაც არა. მეშჩანი იქ იწყება, სადაც

¹ К. Маркс. Коммунизм и аурибургская «Allgemeine Zeitung» — В кн. К. Маркс, Ф. Энгельс, Соч., т. I, с. 118.

პირად კეთილდღეობასა და პირად ბედნიერებაზე ზრუნვა დევნის სხვა ყველაფერს, გადაიქცევა თვითმიზნად, ცხოვრების აზრად. თუ ადამიანი პირადი ბედნიერებისთვის უგულვებელყოფს საზოგადოების ინტერესებს, გადაიქცევა მეშინად, ობივატელად, მისი ბედნიერება მოკლებულია მაღალზნეობას.

ოჯახური ცხოვრების ბედნიერება მტკიცედ დაკავშირებულია მეუღლეებს შორის სიყვარულთან, ოჯახის ყველა წევრს შორის ურთიერთპატივისცემასა და სიყვარულთან. მაგრამ სიყვარული და ოჯახური ცხოვრების ბედნიერება სრული ხდება და ღრმავდება, როცა ორგანულად დაკავშირებულია კოლექტივის საქმესთან და საზრუნავთან, საერთო საქმისთვის, ხალხის კეთილდღეობისთვის ბრძოლასთან.

საბჭოთა მედიცინის მუშაკის ჰუმანიზმისა და მორალის მაღალი პრინციპები. ყოველთვის და ყველა ისტორიულ ფორმაციაში სამედიცინო ეთიკაში წამყვანი იყო ჰუმანიზმის პრინციპი. მაგრამ კაპიტალისტურ ქვეყნებში სამედიცინო ეთიკის ჰუმანიზმი ფორმალურია, ამ ცნებას იყენებენ არაჰუმანური მოქმედების დასაფარად.

XX საუკუნის 30-იანი წლებიდან დაწყებული ფაშისტურმა რეჟიმმა მედიცინის მუშაკები ჩააყენა მოსახლეობის და პირველ რიგში ავადმყოფების მასობრივი მოსპობის სამსახურში. პიტლერელი მედიკოსები გერმანიასა და ოკუპირებულ ქვეყნებში ანადგურებდნენ ავადმყოფებს და მათი აზრით არასრულფასოვან რასებს.

ნეომალთუსიანიზმის მომხრე მედიცინის მუშაკები (ექიმები, მედიცინის დები და სხვ.) კაპიტალიზმის ყველა უბედურების მიზეზად მიიჩნევენ დედამიწის ხალხის მომრავლებას და მოსახლეობის მასობრივი სტერილიზაციის პროპაგანდას ეწევიან, ზღუდავენ სამედიცინო დახმარებას, მოუწოდებენ ატომური ომისკენ, რათა შემციოდეს დედამიწის სწრაფად მზარდი მოსახლეობა. საიდუმლო არ არის, რომ მრავალ კაპიტალისტურ სახელმწიფოში, კერძოდ აშშ-ში, მედიცინის მუშაკები მონაწილეობენ ადამიანთა მასობრივი განადგურების საშუალებათა შექმნის ღონისძიებებში (ბაქტერიოლოგიური იარაღი, ნეიროტოქსიკური შხამები და სხვ.).

სამედიცინო პროფესიის ჰუმანურ ხასიათსა და კაპიტალისტური საზოგადოების კლასობრივ სტრუქტურას შორის შეურიგებელი წინააღმდეგობაა. ფასიანი სამედიცინო დახმარება, კონკურენცია მედიცინის მუშაკებს შორის, ის, რომ ისინი დამოკიდებულნი არიან ფარმაცევტულ ფორმებსა და რეკლამაზე, უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ბურჟუაზიული საზოგადოების მედიცინის მუშაკების ჰუმანურობაზე.

ჰუმანიზმის პრინციპებისა და მშრომელთა ინტერესების დაცვაზე დამყარებული სამედიცინო ეთიკის პოზიციები მნიშვნელოვნად განამტკიცა სოციალისტური ქვეყნების თანამეგობრობამ, ფართოდ გაშლილმა ეროვნულ-გამათავისუფლებელმა მოძრაობამ, კაპიტალის ქვეყნებში მუშათა კლასის ბრძოლამ სოციალური დაზღვევისა და უფასო სამედიცინო დახმარებისთვის.

საბჭოთა მედიცინის ჰუმანიზმი გულისხმობს კომუნისტური მოძრაობის მაღალ პრინციპებს, ყოველივე საუკეთესოს, რაც კი არის წარსულსა და ახლანდელ ზოგადსაჯანკობრიო და პროფესიულ სამედიცინო ეთიკაში;

— სამედიცინო დახმარების საყოველთაო, უფასო და პროფილაქტიკურ მიმართულებას სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის სოციალისტური სახელმწიფო სისტემის მეოხებით.

ჰუმანიზმი მხოლოდ მოყვასის სიყვარული არ არის. მედიცინის მუშაკები, რომლებიც მუდმივ კონტაქტში არიან ავადმყოფებთან და მათ ახლობლებთან, მოვლენი არიან ჰუმანიზმი გამოავლინონ ფართო და სხვადასხვაგვარი ფორმით, ურთიერთობის კულტურით. ქცევის მოდუსითა და მოქმედების ნირით თავიანთი პროფესიის მოთხოვნათა და ამოცანათა შესაბამისად. ქვემარტივ ჰუმანიზმი ადამიანს მიიჩნევს უმაღლეს განძად, იცავს მის ღირსებას, სოციალური კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის უფლებას.

ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის წესდებებში შითითებულია, რომ ჯანმრთელობა ადამიანის სოციალური კეთილდღეობაა. ამასთან დაკავშირებით ბრძოლა თავისი უფლებებისთვის, თანასწორუფლებიანობისთვის, სოციალური კეთილდღეობისთვის არა მარტო რევოლუციური, პოლიტიკური ჰუმანიზმის მოთხოვნაა, არამედ მედიცინისაც. ამიტომ საბჭოთა მედიცინის მუშაკის ჰუმანიზმი მუდამდება არა მარტო მის ვიწრო სპეციალობაში, არამედ აქტიურ საზოგადოებრივ საქმიანობაში, საბჭოთა მედიცინის კომუნისტური ჰუმანიზმის მაღალი პრინციპებისთვის ბრძოლაში, სხვადასხვა ბურჟუაზიული ანტიჰუმანური კონცეფციის წინააღმდეგ ბრძოლაში.

ამჟამად საზღვარგარეთელი იდეოლოგები შეხმატკბილებულად მსჯელობენ ადამიანის თავისუფლებისა და უფლებების საკითხებზე, დამახინჯებულად აშუქებენ ადამიანის მდგომარეობას ჩვენს ქვეყანაში და საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის ჰუმანურ ხასიათს, ცდილობენ ჩვენი ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი პრინციპები — უსასყიდლობა და საყოველთაო ხელმისაწვდომობა — პიროვნების ინტერესებისადმი შეუ-

საბამოდ წარმოადგინონ. იყენებენ დაუშვებელ მეთოდებს, ცილს სწამებენ საბჭოთა ფსიქიატრიას, ზოგი ფსიქიკურად დაავადებულის საავადმყოფოში მოთავსებას „სხვაგვარად მოაზროვნეთა“ დასჯად აღიარებენ.

ამავე დროს, დასავლეთ ევროპის კაპიტალისტური სახელმწიფოების, განსაკუთრებით კი აშშ-ის მთავრობა უარყოფს საბჭოთა კავშირის ყველა წინადადებას შეიარაღების შეზღუდვის შესახებ და ზრდის ანტიკომუნისტური ბანაკის სამხედრო პოტენციალს, ქმნის ახალ სამხედრო ბაზებს, ახორციელებს შეიარაღების ყველაზე უფრო ანტიადამიანური და ანტიჰუმანური საშუალების — ნეიტრონული ბომბის სამრეწველო წარმოებას. კაპიტალისტური სამყაროს ქვეყნებში იზრდება უმუშევრობა, ძლიერდება მშრომელთა ექსპლოატაცია, ითრგუნება მშრომელთა სასიცოცხლო უფლებები და ინტერესები.

საბჭოთა ჯანდაცვის პირველი ორგანიზატორები ნ. ა. სემაშკო და ზ. პ. სოლოვიოვი ჯერ კიდევ საბჭოთა ხელისუფლების პირველ წლებში ამტკიცებდნენ, რომ მედიცინის მუშაკი არა მარტო განსაზღვრული პროფესიის წარმომადგენელია, არამედ უპირველეს ყოვლისა სოციალისტური საზოგადოების მოქალაქე. სოციალისტურ საზოგადოებაში საბჭოთა მედიცინის მუშაკის მორალის პრინციპები ემთხვევა კომუნიზმის მშენებლის მორალურ კოდექსს. სკკპ პროგრამაში სრულყოფილად ჩამოყალიბებულია კომუნიზმის მშენებლის ზნეობრივი პრინციპები, რომლებიც შეადგენს მორალურ კოდექსს, ესენია: კომუნიზმის საქმისადმი ერთგულება, სოციალისტური სამშობლოს სიყვარული, საზოგადოების სასარგებლოდ კეთილსინდისიერი შრომა, საზოგადოებრივი მოვალეობის მაღალი შეგნება, კოლექტივიზმი და ამხანაგური დახმარება, ადამიანებს შორის ჰუმანური დამოკიდებულება და ურთიერთპატივისცემა, ზნეობრივი სიწმინდე, უბრალოება და თავდაპერილობა პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში და სხვ. მხოლოდ კომუნისტური მორალისთვის დამახასიათებელ პრინციპებთან ერთად (კომუნიზმის ერთგულება, სოციალისტური სამშობლოს სიყვარული და სხვ.) მოცემულია ზოგიერთი ძირითადი მორალური ნორმა (პატიოსნება და სიმართლე, უბრალოება და თავდაპერილობა, ურთიერთპატივისცემა ოჯახში და სხვ.), რომლებიც კაცობრიობამ გამოიმუშავა ათასობით წლის მანძილზე სოციალურ ჩაგვრასთან და ზნეობრივ მანკიერებასთან ბრძოლაში.

სამედიცინო მორალის ნორმებსაც მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. ისინი იწყება ჰიპოკრატეს ფიციით. ყოველ ისტორიულ ეპოქაში მათ აზუსტებდნენ და აკონკრეტებდნენ მედიცინის მოწინავე წარმომადგენლები. ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო მორალის პრინციპების ჩამოყალი-

ზებას ხელი შეუწყო მედიცინის გამოჩენილი მოღვაწეების (მ. ი. მულდროვის, ვ. ა. მანასეინის, ს. გ. ზაბელინის, ნ. ი. პიროგოვის, ს. ს. კორსაკოვის, ს. პ. ბოტკინის, ვ. მ. ბეხტერევის და სხვ.) შრომებმა. ეს პრინციპებია მაღალი ჰუმანურობა, გულშემატკივრობა, თანაგრძნობა, კეთილმოსურნეობა, თავშეკავებულობა, უანგარობა, შრომისმოყვარეობა, თავაზიანობა.

ბურჟუაზიულ საზოგადოებაში სამედიცინო დახმარება მედიცინის მუშაკსა და ავადმყოფს შორის ყიდვა-გაყიდვამდეა დაყვანილი. ექიმი დახმარების აღმოჩენისთვის განსაზღვრული გასამრჯელოს მოლოდინშია, ავადმყოფი კი დახმარების მიღებისთვის იძულებულია თავისი მატერიალური შესაძლებლობები გაითვალისწინოს. კაპიტალისტურ საზოგადოებაში მედიცინის მუშაკები ხშირად მორალურ პრინციპებზე უფრო მეტად ფულადი შემოსავლისთვის იღვწიან.

საბჭოთა მედიცინის მუშაკის მორალი არსებითად განსხვავდება კაპიტალისტური საზოგადოების მედიცინის მუშაკის მორალისგან. ჩვენს ქვეყანაში მედიცინის მუშაკი მატერიალურად დამოუკიდებელია ავადმყოფისგან, დახსნილია თავისი შრომის აუცილებელი გაყიდვისგან. ის აქტიურად და შეგნებულად მიისწრაფვის საბჭოთა ადამიანების შრომისა და ყოფა-ცხოვრების გაჯანსაღებისკენ. ეს არის მისი მნიშვნელოვანი სახელმწიფო საქმე, რადგან საბჭოთა სახელმწიფოს ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ადამიანის ჯანმრთელობის მულმივი გაუმჯობესება და სიცოცხლის გახანგრძლივება.

საკონტროლო კითხვები

1. ეთიკის რომელი კატეგორიები იცით?
2. გვიამბეთ „მოვალეობის“ ცნების შესახებ.
3. რა განსხვავებაა „მოვალეობის“, „პატიოსნებისა“ და „ღირსების“ ცნებებს შორის?
4. განსაზღვრეთ ცნება „სინდისი“.
5. გვიამბეთ „ბედნიერების“ ცნების შესახებ.
6. რა განსხვავებაა სოციალისტური და კაპიტალისტური საზოგადოების მედიკოსთა პროფესიებს შორის?

საქალაქო მედიცინის მუშაკთა ქცევის კულტურა და მათი ერთგანთთან და პაციენტებთან ურთიერთობის ეთიკა ეპარნალოვის სხვადასხვა ეტაპზე

მედიცინის მუშაკთა ქცევის ეთიკის განხილვისას აუცილებელია გამოვყოთ ძირითადი და ზოგადი საკითხები, რომლებიც მედიცინის მუშაკმა უნდა დაიცვას ყოველგვარ სამუშაო ადგილზე, და კერძო საკითხები, რომლებიც შეფარდებულია პოლიკლინიკის (დისპანსერის)ან საავადმყოფოს სპეციფიკურ პირობებთან.

ზოგადი საკითხებიდან პირობითად შეიძლება გამოვყოთ ორი ძირითადი:

შინაგანი კულტურის წესების — შრომისადმი დამოკიდებულების, დისციპლინის დაცვის, საზოგადოებრივი ქონებისადმი მზრუნველი დამოკიდებულების, მეგობრულობისა და კოლეგიალობის გრძნობის წესების დაცვა;

ქცევის გარეგანი კულტურის წესების დაცვა — წესიერება, ზრდილობა, კარგი ტონი და შესაფერისი გარეგნობა (გარეგნული სიფაქიზე, სხეულის, ტანსაცმლის, ფეხსაცმლის, სისუფთავის დაცვა, ზედმეტი სამკაულების და კოსმეტიკის არხმარება, სუფთა ხალათი და სამედიცინო ჩაჩი ან თავსაფარი და სხვ.), ყველაფერი ეს შეადგენს სამედიცინო ეთიკას. გარეგანი კულტურის წესებს მიეკუთვნება აგრეთვე მისალმების ფორმა, კოლეგებსა და ავადმყოფებთან თავდაქერილობა. გარემოსა და პირობების შესაბამისად საუბრის წარმართვა და სხვ.

ეთიკეტის წესები გამომუშავებულია მედიცინის მრავალსაუკუნოვანი ისტორიის მანძილზე. საბჭოთა მედიცინაში ქცევის გარეგანი კულტურის წესები ძველიდან აღებული საუკეთესოს და ახლის სინთეზია და დამყარებულია ახალი სოციალისტური ურთიერთობის პრინციპებზე. მედიცინის მუშაკის გარეგანი ქცევისადმი ეს მოთხოვნები ეხება სამედიცინო კოლექტივის ყველა წევრს. სამწუხაროდ, მედიცინის ზოგი მუშაკი, განსაკუთრებით ახალგაზრდები, გარეგნულ სახეს უგულვებლყოფენ. ქალები მეტისმეტად გამოკვეთილი კოსმეტიკით სარგებლობენ, იცვამენ საავადმყოფოს პირობებისთვის შეუფერებელ დეკორტირებულ ტანსაცმელს, იკეთებენ ბრილა, ხშირად უგემოვნო სამკაულებს. ახალგაზრდა მამაკაცები იცვამენ კოვბოის ტიპის ტანსაცმელს, მხრებამდე წყვდებათ თმა, ასაკისთვის არაადეკვატური წვერი და უღვაში აქვთ მო-

შვებულო, ამავე დროს აცვიათ უსუფთაო კოსტიუმი და პერანგი, არც ხალათი და ჩაჩი გამოირჩევა სისუფთავით.

ქცევის გარეგანი კულტურის ერთ-ერთი მოთხოვნაა ურთიერთთა ვაზიანობა. ეს, უპირველეს ყოვლისა, ეხება ერთმანეთთან მისალმების აუცილებლობას ფამილარობის გარეშე. როცა ახალგაზრდა ადამიანი ესალმება ან ესაუბრება ხნიერს, ქალს ან თანამდებობით მასზე უფროსს (კერძოდ მეღდა ან ფერშალი — ექიმს), ფეხზე უნდა ადგეს. დიდად მნიშვნელოვანია თავშეკავებულობა და ტაქტიანობა. თავდაპირილობა და სხვათა სურვილის გათვალისწინება. კოლეგასთან, განსაკუთრებით უფროსთან საუბრისას უნდა შეეძლოთ მოსმენა, მოსაუბრეს ნაფიქრის გამოთქმისას ხელი არ შეუშალონ, შემდეგ კი, თუ საჭიროა, მშვიდად შეეპასუხონ უხეშობისა და ზედმეტი გამოხდომის გარეშე. სხვაგვარად საკითხი კი არ გაიჩვენება, არამედ უტაქტობას და შეუკავებლობას მოწმობს. უტაქტო და უადგილო საშედიცილო დაწესებულებებში ხმაბალ-ლა ლაპარაკი, რომ აღარაფერი ვთქვათ პირადი დამოკიდებულების გარკვევის ცდაზე.

თავშეკავება და ტაქტის გრძობა აუცილებელია პირადი განცდებით დამუხრებულ კოლეგებთან დამოკიდებულებაში. უტაქტობაა უგუნებობის მიზეზის ჩაძიება, „სულში ჩაძვრომა“. საკუთარი და სხვისი დროის დაფასება ადამიანის თავდაპირილობისა და დისციპლინის გამოვლენაა. ა. ს. მაკარენკოს სიტყვებით რომ ვთქვათ, ქცევის გარეგანი კულტურა არა მარტო სასარგებლოა თითოეული კოლექტივისთვის, არამედ ამშვენებს კიდეც მას.

საბჭოთა მედიცინის მუშაკის მორალის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპი, მისი შინაგანი კულტურის ბირთვია შრომისადმი კომუნისტური დამოკიდებულება. მედიცინის მუშაკის შრომა, მიმართული მშრომელთა ჯანმრთელობის შენარჩუნების, განმტკიცებისა და აღდგენისკენ, საპატიო და საპასუხისმგებლო სახელმწიფო ამოცანაა.

საბჭოთა საზოგადოებაში ადამიანის მორალური თვისებები, უპირველეს ყოვლისა, მოწმდება შრომისადმი მისი დამოკიდებულებით, კეთილსინდისიერი შრომის მოთხოვნით არა მარტო პირადი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისთვის, არამედ საერთო კეთილდღეობისთვისაც. მედიცინის მუშაკის შრომა მოითხოვს სულიერი და ფიზიკური ძალების დიდ დაძაბულობას, რადგან ისინი დღედაღამ, ყოველგვარ ამინდში და ყველანაირ პირობებში მიიჩქარიან აუადმყოფის საშველად და მის საწოლთან იმდენ დროს ხარჯავენ, რამდენიც საჭიროა მის გადასარჩენად. მედიცინის მუშაკის შრომა ყოველთვის დაკავშირებულია

დიდ პასუხისმგებლობასთან. საშუალო მედიცინის მუშაკი მუდმივად უნდა აკვირდებოდეს მძიმე ავადმყოფის მდგომარეობას, რადგან საჭირო ზომების (ექიმის გამოძახება, გადაუდებელი ზომების მიღება) უმნიშვნელო შეყოვნება ან შეუსრულებლობა შეიძლება ავადმყოფის სიცოცხლის ფასად დაჟღეს. მედიცინის მუშაკის შრომაში დაუშვებელია ფორმალისმი და უპასუხისმგებლობა.

სოციალისტების პირობებში მედიცინის მუშაკს, ისე როგორც ყველა საბჭოთა ადამიანს, უვითარდება შრომისადმი ახლებური დამოკიდებულება. ეს ვლინდება:

— შრომის მორალური სტიმულირების განვითარებით, ანუ შინაგანი მოთხოვნილებით იმუშაონ ავადმყოფებისა და თავიანთი კოლექტივის საკეთილდღეოდ;

— შრომის ნებაყოფლობითი და შეგნებული დისციპლინით, რაც მოითხოვს არა მარტო დადგენილი შრომის წესრიგის დაცვას, არამედ შრომის საუკეთესო ნიმუშებთან სწორებასაც, აგრეთვე ურთიერთდახმარებას, თანამშრომლობას, საერთო საქმისთვის ზრუნვას.

— ბრძოლით შრომისა და შრომითი დისციპლინისადმი არაკეთილსინდისიერ დამოკიდებულებასთან, საზოგადოებრივი საკუთრებისადმი უყაირათო, გამნიავებელ, დაუდევარ დამოკიდებულებასთან, მუქთახორობასა და პარაზიტისმთან.

შრომის ნაყოფიერებისა და ხარისხის გაუმჯობესების ძირითადი სტიმულია სოციალისტური შეჯიბრება, გაზრდილი სოციალისტური ვალდებულებების შესრულება, ბრძოლა კომუნისტური შრომის კოლექტივის წოდების მოპოვებისათვის და სხვ.

ჩვენი საზოგადოების ძირითადი ერთეულია შრომითი კოლექტივი. კოლექტივის შემქმნელობა, მეგობრული ურთიერთგაგება, კოლექტივის ყველა წევრის ერთმანეთისადმი ნორმალური დამოკიდებულება, გარკვეული სუბორდინაციის დაცვა, თითოეული ადამიანის შრომის დაფასება, პატიოსანი გულახდილი კრიტიკის სულისკვეთება კმნის განსაზღვრულ «ფსიქოლოგიურ კლიმატს», კეთილსასურველად მოქმედებს მუშაობის ხარისხზე. ინტრიგა შლის კოლექტივს, რომელიც ასეთ პირობებში იყოფა მტრულ ჯგუფებად. ეს განწყობილება ხშირად ავადმყოფებისთვისაც ცნობილი ხდება. ასეთ შემთხვევაში კოლექტივი ძნელი სამართავია. ხშირად ინტრიგის შინაგანი მიზეზია ცალკეული მუშაკის კარიერისმი ან რაიმე ანგარებიანი მისწრაფება, რითაც მოსალოდნელია კოლექტივის სხვა წევრების დისკრედიტება. ასეთი მოქმედება

როგორც საბჭოთა მედიცინის მუშაკის ეთიკის, ისე საბჭოური ცხოვრების წესის საწინააღმდეგოა.

ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკა არასაავადმყოფოს ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში

როგორც აღვნიშნეთ, არასაავადმყოფოს ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებსა და სტაციონარებში მუშაობის პირობები თავისებურია და განსაზღვრულ ზეგავლენას ახდენს მედიცინის მუშაკთა ურთიერთობაზე. პოლიკლინიკასა და დისპანსერში უბნის ძირითადი რგოლი (ექიმი, მედიცინის და) მუდმივ სამედიცინო დახმარებას უწევს მასზე მიმაგრებულ უბნის მოსახლეობას. უბნის ექიმსა და უბნის მედდას შორის უნდა იყოს ურთიერთპატივისცემაზე, სუბორდინაციასა და მათი პროფესიული მოვალეობის ზუსტად შესრულების ბაზაზე დამყარებული კარგი ურთიერთგაგება. როცა ეს რგოლი გამართულად მუშაობს, მათი შრომის ხარისხობრივი მაჩვენებლებიც მაღალია. ცუდი ურთიერთობის დროს კოლექტივის მუშაობაც რთულდება. ავადმყოფი შეიძლება გახდეს ცუდი დამოკიდებულების მოწმე, რაც დაუშვებელია.

პოლიკლინიკა დიდი სამედიცინო დაწესებულებაა, ემსახურება ქალაქის დიდ რაიონებს, სოფლებს. რამდენიმე უბანი ერთიანდება სპეციალიზებულ განყოფილებებში (ქირურგიულში, თერაპიულში, ნევროლოგიურში და სხვ.), რის შედეგადაც ყალიბდება განყოფილების კოლექტივი. გარდა ამისა, პოლიკლინიკის შტატში არიან ვიწრო სპეციალისტ-კონსულტანტები (უროლოგი, ოფთალმოლოგი, დერმატოლოგ-ვენეროლოგი, ოტოლარინგოლოგი და სხვ.). პოლიკლინიკის მთელ შტატში, ყველა სამსახურისა და ქვეგანყოფილების ჩათვლით, საკმაოდ ბევრი მედიცინის მუშაკია. ამასთან, თითოეულ რგოლში, განყოფილებაში, ქვეგანყოფილებაში შეიძლება შეიქმნას სრულიად სხვადასხვაგვარი ურთიერთდამოკიდებულება. ხელმძღვანელი პარტიული და პროფკავშირული ორგანიზაციების ძირითადი ამოცანაა მიაღწიონ, რომ კოლექტივი იყოს მეგობრული, შეკავშირებული, საერთო ამოცანის— მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის შესრულებაზე ორიენტირებული. ეს სამუშაო იმითაც რთულდება, რომ პოლიკლინიკური დაწესებულების მედიცინის მუშაკთა ერთად შეკრება ძნელია, რადგან მათგან ნახევარი სხვადასხვა ცვლაში მუშაობს. გარდა ამისა, უბნის მედმუშაკის დროის მნიშვნელოვანი ნაწილი პოლიკლინიკის (დისპანსერის) გარეთ, მიმაგრებულ უბანში იხარჯება.

ახლად ჩამოყალიბებული პოლიკლინიკისა და განყოფილების ხელმძღვანელები ზემოაღნიშნული სპეციფიკის გამო მუდამ ვერ ახერხებენ კარგი ურთიერთდამოკიდებულების დამყარებას ყველა რგოლის მედიცინის მუშაკებს შორის. ამისთვის საჭიროა დრო და მიზანმიმართული აღმზრდელი მუშაობა. მრავალი წლის განმავლობაში მომუშავე პოლიკლინიკებში (დისპანსერებში), სადაც უკვე შექმნილია განსაზღვრული ტრადიციები, თანამშრომლებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება სტაბილურია. ხანგრძლივი მუშაობის მანძილზე ისინი გამოიწვევიან, ნერგავენ და ანახლებენ მუშაობის საუკეთესო ნიმუშებს, ახალგაზრდა მუშაკებს, კერძოდ სამედიცინო სასწავლებლიდან ახლად მოსულ მედიკოსებს იქ ბევრი რამის სწავლა შეუძლიათ.

პოლიკლინიკის სამსახურის ამოცანაა: უბნის ყველა მცხოვრები იცნობდეს თავისი უბნის ექიმსა და ექთანს, ენდობოდეს მათ, მათში ხედავდეს თავისი „ოჯახის ექიმს“ — ჯანმრთელობის დამცველსა და სწეულების ამრიდებელს.

ავადმყოფი ზუსტად გრძნობს ექიმისა და ექთნის ურთიერთდამოკიდებულების ხასიათს და ამაზე სათანადოდ რეაგირებს. კარგი ურთიერთობა აორმაგებს მათდამი უბნის პაციენტების რწმენას, რომ შეძლებენ დროული დახმარების აღმოჩენას, რაც განამტკიცებს განყოფილებისა და პოლიკლინიკის ავტორიტეტს. კეთილი ხმები სწრაფად გავრცელდება უბნის მოსახლეობაში, ავადმყოფები სიყვარულითა და მადლიერებით ეპყრობიან თავიანთ მკურნალებს. და, პირიქით, მუშაობაში ხშირი შეცდომები და ხარვეზები, შეუსრულებელი დაპირებები, გამოძახებაზე დაგვიანება ვერ აამაღლებს უბნის მედიცინის მუშაკის ავტორიტეტს უბნის მოსახლეობაში, მორალურ ზიანს აყენებს ავადმყოფს. სამწუხაროდ, უბნის მედმუშაკებს შორის ჯერ კიდევ არის უხეშობის შემთხვევები, თავიანთი საქმისადმი უპასუხისმგებლო დამოკიდებულება, უდისციპლინობა. ეს ვლინდება იმით, რომ მედიცინის და უხეშად პასუხობს ექიმს. ზოგჯერ უხეშობა და უტაქტობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ექიმის არასწორი საქციელით, მაგრამ ყველა შემთხვევაში საჭიროა ურთიერთობის ეთიკის დაცვა. ავადმყოფმა არ უნდა დაინახოს მათ ურთიერთობაში რაიმე გართულება. ავადმყოფებს არასასიამოვნო განცდები აქვთ იმ შემთხვევაში, როცა მედლა შეცდომას დაუშვებს ლაბორატორიული გამოკვლევებისათვის მიმართვის წერილს, არასწორად აღნიშნავს განმეორებითი მიღების საათს, კონსულტაციაზე მისვლის დროს და სხვ. დიდი დანაშაულია ფაქტი, როცა მედიცინის დას ავიწყდება ან უბრალოდ არ მოისურვებს ექიმის მითი-

თებით დანიშნულ დროზე ეწვიოს მძიმე ავადმყოფს. თუ ექიმი არ იქნება ინფორმირებული ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ, შეიძლება ამას არასასურველი შედეგი მოჰყვეს.

კოლექტივიზმისა და ურთიერთდანმარების სულისკვეთება უნდა იყოს სპეციალიზებულ განყოფილებებშიც. ავადმყოფობის ან რაიმე ზიზნის გამო უბნის რგოლის მედიცინის მუშაკის სამუშაოზე გამოუცხადებლობის შემთხვევაში იგი დაუყოვნებლივ უნდა შეცვალონ. თუ ეს შესაძლებელი არ არის, მაშინ მოუხდებათ მნიშვნელოვნად დიდი მოცულობის სამუშაოს შესრულება. ეს ყოველთვის არ ემთხვევა მედიცინის მუშაკის პირად ინტერესებს, შეიძლება გამოიწვიოს უკმაყოფილება, ზოგჯერ კიდევ გაამწვავოს ურთიერთდამოკიდებულება. საკითხები განსაკუთრებით მწვავედება სეზონურად გრიპის ეპიდემიების დროს, როცა მედიცინის თითოეული მუშაკის სამუშაო დღე მეტად იტვირთება და ყოველი დამატებითი დატვირთვა ძალის დაძაბულობას იწვევს. გარდა ამისა, თვით უბნის სამუშაოს ხასიათი — მრავალრიცხოვანი კონტაქტი დიდი რაოდენობით ავადმყოფებთან და მათ ნათესაებებთან — დიდ ნერვულ-ფსიქიკურ და ფიზიკურ დაძაბულობას საჭიროებს.

საბჭოთა სახალხო ჯანმრთელობის დაცვაში ძირითადი ყურადღება ეთმობა უბნის, როგორც ყველაზე უფრო განშტოებული და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო დანმარების სამსახურს. შრომისადმი კომუნისტური დამოკიდებულების გამოსამუშავებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს უბანში ფართო მუშაობის ჩატარებას, რათა მტკიცედ იყოს დაცული სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპები. მედიცინის დების კოლექტივის დარაზმვაში დიდ როლს ასრულებს განყოფილების უფროსი მედდა. მან უნდა შეძლოს სათანადო კონტაქტის დამყარება უბნის მედდებთან, მათ შორის ავტორიტეტის მოპოვება, ამაზე ბევრი რამ არის დამოკიდებული. უბნის მედდების ხასიათის თავისებურებათა, მათი საოჯახო-საყოფაცხოვრებო პირობებისა და სხვა ფაქტორების კარგი ცოდნა უფროს მედდას შეაძლებინებს ყოველგვარ რთულ სიტუაციაში სწორი გადაწყვეტილება მიიღოს. თანამდებობის მხრივ უფროსების დამოკიდებულება უმცროსებისადმი უნდა იყოს ტაქტიანი, ხელქვეითის პიროვნებასა და შრომისადმი პატივისცემაზე დამყარებული. პოლიკლინიკის (დისპანსერის) უფროსი მედდის გამოცდილებაზე, ავტორიტეტზე, მორალურ-ზნეობრივ და ადამიანურ თვისებებზე დიდად არის დამოკიდებული მთელ დაწესებულებაში საშუა-

ლო სამედიცინო მუშაკებსა და მომვლელებს შორის საწარმოო ურთიერთობის დონე.

უბნის სამუშაოების სირთულე იწვევს კადრების განსაზღვრულ დენადობას, მაგრამ იმ კოლექტივებში, სადაც თანამშრომლებს შორის კარგი განწყობილებაა, კარგი ტრადიციებია ჩამოყალიბებული, კოლექტივი სტაბილურობით გამოირჩევა. იქ თითოეული მუშაკი გრძნობს, რომ მისი შრომა სასარგებლო და საპატიოა მოსამსახურებელი უბნის მოსახლეობის ავადმყოფობათა აცილებისა და მკურნალობის საერთო კეთილშობილურ საქმეში.

ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკა სტაციონარის პირობებში

საავადმყოფოში მუშაობის პირობები, პოლიკლინიკისგან (დისპანსერისგან) განსხვავებით, საკმაოდ სტაბილურია. თითოეულ განყოფილებაში ყოველთვის არის ხანგრძლივად სამკურნალო ავადმყოფთა განსაზღვრული რაოდენობა. თუ უბნის მედიცინის მუშაკს ავადმყოფთა შემადგენლობა ყოველდღიურად ეცვლება და მათთან ურთიერთობის პერიოდი საკმაოდ ხანმოკლეა, სტაციონარში ავადმყოფებთან მედიცინის მუშაკთა კონტაქტი მუდმივია, მრავალდღიანი, ზოგჯერ მრავალთვიანიც კი. ამის გამო პერსონალს შორის ურთიერთობა ეთიკურდემონტოლოგიურ მოთხოვნებს უნდა პასუხობდეს და ქცევის გარეგანი და შინაგანი კულტურა მაღალ დონეზე იყოს. სტაციონარი მიმაგრებული რაიონის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ნიშნეა. გამონათქვამი „კედლებიც არჩენენო“ მაშინ გამართლდება, როცა სამკურნალო დაწესებულებაში შესაფერის დონეზე იქნება სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობა, დისციპლინა, კულტურა და მომსახურების ხარისხი.

პერსონალის ქცევის ყოველი დეფექტი განყოფილებაში მაშინვე თვალში ეცემა ათობით პაციენტს და მათი განსჯის საგნად იქცევა, შეარყევს როგორც ამ დარღვევის დამშვეები მედიცინის მუშაკის, ისე მთელი კოლექტივის ავტორიტეტს.

განყოფილების სამედიცინო სტრუქტურის ყველა რგოლში: ძომვლელი — პოსტის მედდა — საპროცედუროს მედდა — მედდა-დიასახლისი — უფროსი მედდა — ორდინატორი — განყოფილების გამგე — ურთიერთდამოკიდებულების მაღალი ეთიკა, მათ მიერ თავიანთი პროგრესული მოვალეობის ზუსტი შესრულება კარგ ზეგავლენას

აქედნს სამკურნალო პროცესზე. ასეთ პირობებში ავადმყოფი გრძნობს, რომ გამოჯანმრთელების გზას ადგას.

საბჭოთა ხელისუფლების წლებში სამედიცინო მუშაკების ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკა სტაციონარში საკმაოდ მკაფიოდ განისაზღვრა, მის ჩამოყალიბებას ხელი შეუწყო დიდი სამამულო ომისა და ომის შემდგომ პერიოდებში საბჭოთა მედიკოსების გამოცდილებამ. ამჟამად, როცა საბჭოთა ხალხი კომუნისტურ საზოგადოებას აშენებს, როცა ყოველდღიურად მწყობრში დგება მეცნიერებისა და ტექნიკის უკანასკნელი სიტყვის მიხედვით აღჭურვილი შესანიშნავი სამკურნალო კომპლექსები, მოთხოვნები მედიცინის მუშაკთა ქცევისადმი, კოლექტივში მათ შორის ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკისადმი უფრო უნდა ამაღლდეს. მაგრამ არცთუ იშვიათია შემთხვევა, როცა მომვლელი უხეშად პასუხობს ავადმყოფს, დიდხანს არ რეაგირებს მის თხოვნაზე, რომ დაეხმაროს, მედიცინის და კი თითქოს ვერ ამჩნევს ამ ფაქტს, რადგან არ სურს მომვლელთან ურთიერთობის გაფუჭება. თანამდებობით უმცროსს შენიშვნა უნდა მიეცეთ ტაქტიანად, ავუხსნათ, რომ ავადმყოფისადმი დახმარება მედიცინის მუშაკის მოვალეობაა. რა თქმა უნდა, ავადმყოფის თვალწინ ამის დემონსტრირება საჭირო არ არის, მომვლელს უნდა ვთხოვოთ შემოვიდეს საპროცედუროში ან სხვა კაბინეტში და იქ მოველაპარაკოთ. მეღდა ზოგჯერ ავადმყოფს მოურიდებლად „შენობით“ მიმართავს, აძლევს შენიშვნებს, თუ იგი შეყოვნდა წამლების დარიგების დროს ან პროცედურის მიღებისას. ამ ფაქტის გვერდის ავლა არ შეიძლება, რადგან ცუდი მაგალითი გადამდებია, განსაკუთრებით ახალგაზრდა მუშაკებისთვის. იმ შემთხვევაში, როცა უფროსი ამხანაგები გაურბიან შენიშვნის მიცემას ურთიერთობის გამწვავების აცილების მიზნით, ამით ხელს კი არ უწყობენ კოლექტივში ურთიერთდამოკიდებულების ნორმალიზაციის დამყარებას, არამედ, პირიქით, თავიანთი უპრინციპობით შეიძლება კიდევ გაართულონ ის.

მედიცინის მუშაკთა ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკის პრობლემის განხილვისას უნებურად იბადება კითხვა — ზემოქმედებს თუ არა მასზე მათ მიერ შესრულებული პროფესიული მუშაობის სპეციფიკური პირობები? განსხვავდება თუ არა კარდიოლოგიურ განყოფილებასა და პედიატრიულ სტაციონარებში მომუშავე მედლების ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკა? არსებითად მათი ურთიერთობის პრინციპები მსგავსია, მაგრამ ზოგი თავისებურებაც არსებობს მუშაობის პირობებისა და დარგების კლინიკური განსხვავების გამო. ამ თავისებურებათა კონკრეტულად განხილვა, თუნდაც ძირითადი კლინიკური დარგების

ფარგლებში, შესაძლებელია მხოლოდ კომპლექსურად კერძო საშედი-
ცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის მიხედვით, მაგალითად, ქირურგიუ-
ლი, თერაპიული და სხვა პროფესიების მედიცინის მუშაკთა ეთიკისა
და დეონტოლოგიის პრობლემები და სხვ.

საშუალო მედიცინის მუშაკს მუდმივად ავადმყოფებს შორის უხ-
დება ყოფნა, მათთან ურთიერთობა და ძირითადად მას უხდება ავად-
მყოფის სამკურნალო მოვლა, ამიტომ იგი მუდამ უნდა ითვალისწინებ-
დეს თავისი პაციენტების ფსიქიკურ თავისებურებებს, გრძნობებს,
განცდებს და მათ ფსიქოსომატურ მდგომარეობას. სხვადასხვა კლინი-
კური პროფილის დაავადებანი (ქირურგიული, თერაპიული, ონკოლო-
გიური, სამეანო-გინეკოლოგიური, ფთიზიატრიული და სხვ.) ხომ მხო-
ლოდ მათთვის დამახასიათებელ შიშსა და განცდებს იწვევს, რადგან
ითოთეულ ავადმყოფურ პროცესს ახასიათებს სპეციფიკური შიმდინა-
რეობა და გამოსავალი. გარდა ამისა, თითოეულ ავადმყოფს აქვს თა-
ვისი ინდივიდუალური ფსიქოლოგიური თავისებურებებიც. ავადმყო-
ფის მდგომარეობისა და მისი განცდების ხასიათის უკეთ გასაგებად
მედიცინის მუშაკმა უეჭველად უნდა იცოდეს ავადმყოფის ოჯახური
და თანამდებობრივი მდგომარეობა.

მაგალითად, ბევრ ავადმყოფს ონკოლოგიურ სტაციონარში მუდ-
მივად სტანჯავს ფიქრი სიმსივნის ავთვისებიანობის თუ კეთილთვისე-
ბიანობის შესახებ. ბუნებრივია, რომ ისინი ცდილობენ გაარკვიონ ეს
ეჭიბთან ან მედღასთან. საუბრის დროს დაძაბულად აღეგნებენ თვალ-
ყურს მედღის მიმიკას, მისი ხმის ტონს, პასუხის ხასიათს. ავადმყოფე-
ბი უსმენენ ეჭიმისა და მედღის საუბარს, მედღეშის საუბარს ერთმა-
ნეთთან, ცდილობენ მათი ლაპარაკიდან შეიტყონ ცნობები თავიანთი
ჯანმრთელობის შესახებ. ონკოლოგიურ ავადმყოფთა ფსიქიკა მეტად
რეაქტიულია და ექვიანია, ამიტომ მედიცინის მუშაკთა ურთიერთობის
ეთიკის დარღვევას ისინი მწვავედ აღიქვამენ. ავადმყოფებს იატრო-
გენიისადმი დიდი მიდრეკილება აქვთ. ეს განსაკუთრებით მწვავედ
ელინდება ონკოლოგიური ავადმყოფების მძიმე ინტოქსიკაციის
დროს, როცა ისინი გრძნობენ ავადმყოფობის გამოსავლის მოახლოებას,
ასეთ შემთხვევაში მედღების ხმამაღალი ლაპარაკი, მით უმეტეს ხმა-
მაღალი სიცილი უადგილოა, ამას ადვილად გამოჰყავს ავადმყოფები
წონასწორობიდან.

სხვა მაგალითად გამოდგება პედიატრიული განყოფილება. ბავშ-
ვები ძალიან მგრძნობიარენი არიან ალერსისადმი და ზედმიწევნით
გრძნობენ უფროსებს შორის ურთიერთდამოკიდებულების ხასიათს. ის,

ვიცავ პედიატრიული განყოფილების მედიცინის მუშაკთან ჰქონია საქმე, უსათუოდ იგრძნობდა მათი ლაპარაკის რბილ ტონს, დაინახავდა ალერსიან, კეთილ დიმილს.

სამკურნალო პროცესი მხოლოდ წამლეულით ზემოქმედება კი არ არის, არამედ არანაკლებ ფსიქოთერაპიაა, რაც ვლინდება ავადმყოფებსა და მედიცინის მუშაკებს შორის ურთიერთობის სპეციფიკით. ზემოქმედების ეთიკური მხარე დიდ ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფზე. მასთან საშუალო მედმუშაკის ურთიერთობისას დიდი მნიშვნელობა აქვს გულისხმიერებას, ანუ ავადმყოფის გულდასმით მოსმენას და მისი განცდების გაგებას. ეს ავადმყოფს უუმჯობესებს განწყობილებას, ჩამოაშორებს შავბნელ ფიქრებს ავადმყოფობის ცუდი გამოსავლის შესახებ, დაამშვიდებს მას. ამავე დროს ავადმყოფის გამხნევება საქიროა თანაგრძნობის სიტყვებით, შიშის უსაფუძვლობაში დარწმუნებით.

როგორც აღვნიშნეთ, ყოველ კლინიკას თავისი ეთიკურ-დენტოლოგიური მოთხოვნები აქვს. ამის შესაბამისად როგორც საექიმო, ისე საშუალო მედიცინის პერსონალმა უნდა დაიცვას არა მარტო სამედიცინო დაწესებულებაში დაწესებული ეთიკურ-დენტოლოგიური ტრადიციები, არამედ განამტკიცოს კიდევ ისინი თავისი პროფესიული და კულტურული დონის ამადლებით.

ავადმყოფთან საუბრისას არ უნდა დავივიწყოთ მ. ი. მუდროვის სიტყვები, რომ გამოკვლევის დროს ავადმყოფი თავად იკვლევს მედიცინის მუშაკს. ავადმყოფთან საუბარი გარკვეულ წარმოდგენას გვიქმნის მისი კულტურული დონის, ინტელექტის, განათლების, პირადი თავისებურებების, დომინირებული განცდების შესახებ. ეს ცოდნა დაგვეხმარება ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარებასა და მისდამი ინდივიდუალურ მიდგომაში. ამავე დროს მედლა მომთმენი უნდა იყოს ავადმყოფის მომთმენი გამონათქვამებისა და გამოკითხვისადმი, მასთან საუბარს საკმარისი დრო დაუთმოს. ზერელე გამოკითხვა, დაუფიქრებელი პასუხები, მიმართვისას მოურიდებლობა ანაწყენებს ავადმყოფს, აქვეითებს მედიცინის მუშაკის ავტორიტეტს. საუბრისას ავადმყოფს ყურადღება დაძაბული აქვს, იგი შეშინებულია, ამიტომ მედლამ უნდა გააკონტროლოს თავისი სათქმელი და გაითვალისწინოს ის შთაბეჭდილება, რასაც მოახდენს ავადმყოფზე. ზოგ ავადმყოფს ეცვლება ფსიქიკა შინაგანი ორგანოების მხრივ ან გარეგანი ფაქტორებით გამოწვეული უარყოფითი განცდების გამო არასასიამოვნო შეგრძნებისას, იგი დათრგუნვილად განწყობა და თავის ავადმყოფობაზე შავბნელ ფიქ-

არებს მიეცემა. ექიმი და საშუალო მედპერსონალი უნდა შეეცადოს ავადმყოფს გამოუსწოროს განწყობილება, ჩაუნერგოს ნდობა და აზრი ავადმყოფობის კარგი გამოსავლის შესახებ. ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფი ყველა პირი ექიმის მიერ ავადმყოფობის შესაბამისად შემუშავებული „ლეგენდის“ ადექვატურად უნდა იქცეოდეს, თავისი ქცევისათვის და სიტყვებით ავადმყოფი არ მიახვედროს, რომ მძიმე სეხი სჭირს.

სამედიცინო ეთიკის მნიშვნელოვანი საკითხია ავადმყოფის ნათესავებთან და ახლობლებთან მედიცინის მუშაის ურთიერთობის ეთიკა. ცხოვრების ანამნეზის შეგროვებას, ამჟამინდელი და მკურნალობის პროცესში მდგომარეობის დინამიკის ძირითად საკითხებს არკვევს ექიმი, მაგრამ გადაცემისა და ნახვის დღეებში საშუალო მედიცინის მუშაიც ძლიერ იტვირთება. ამ დღეებში ნათესავები მიმართავენ შედეგებს ავადმყოფის ჯანმრთელობის შესახებ კითხვებით, აინტერესებთ მისი აზრით, მადა, განწყობილება და სხვ. მრავალი საწარმოო მოვალეობების შესრულებით დატვირთულ სამუშაო დღეებში მედლას ცოტად რო რჩება მრავალრიცხოვან ნათესავებთან კონტაქტისათვის, ამიტომ მომაბეზრებელმა შეკითხვებმა შეიძლება ის გააღიზიანოს, უქმყოფილება გამოიწვიოს, ისურვოს მათგან სწრაფად გაცლა, გაექცეს მათთან კონტაქტს. ასეთ შემთხვევაში მედლამ ამ ადამიანების ადგილზე უნდა წარმოიდგინოს თავი. მედიცინის მუშაის უტაქტო ქცევამ შეიძლება სამართლიანი გულისწყრომა და განყოფილების ან საავადმყოფოს ზემოქმედანელების მისამართით ჩივილიც კი გამოიწვიოს. შეექმნებათ აზრი, რომ განყოფილებაში მომსახურების კულტურა და ხარისხი მაღალ დონეზე ვერ არის და მოინდომებენ ახლობელი ადამიანის სხვა საავადმყოფოში გადაყვანას. ნათესავების აზრი გადაეცემა ავადმყოფს, იწვევს მასში ნეგატიურ განწყობილებას, უნდობლობას პერსონალის მიმართ და უარყოფითად აისახება მის ნერვულ-ფსიქიკურ და სომატურ მდგომარეობაზე.

მედლის საუბარი ნათესავებთან არ უნდა გასცდეს მისი კომპეტენციის ჩარჩოებს. მან ავადმყოფის ნათესავებს არ უნდა უამბოს დაავადების სიმპტომებისა და შესაძლო გამოსავლის შესახებ, რადგან მათ მედლის ნათქვამი შეიძლება გადასცენ ავადმყოფს ან არასწორად გაიგონ, დაუმატონ თავიანთი ვარაუდები. ამის შედეგად ავადმყოფი შესაძლოა არასწორად იყოს ინფორმირებული თავისი ავადმყოფობის შესახებ და ინერვიულოს მისი გამოსავლის გამო. მას შეექმნება წარმოდგენა მძიმე, შესაძლოა მოუარჩენელ დაავადებაზე, ამას კი მოპყვება იატროგენია, რასაც ხანგრძლივი ფსიქოთერაპია დასჭირდება.

ავადმყოფის ნათესავებთან და ახლობლებთან საშუალო მედპერსონალის ურთიერთობა გარკვეულ ტაქტს საჭიროებს. თუ მედდა ნათესავის მიმართვის მომენტში ვერ შეძლებს მისთვის ყურადღების დათმობას, თავაზიანად უნდა მოუბოდიშოს და აუხსნას, რომ იმ მომენტში მას სასწრაფო სამუშაო აქვს და თხოვოს, თუ შეიძლება, ცოტა მოიცადოს. დაუშვებელია, რომ ნათესავეები მედიცინის მუშაკთან საუბარს საათობით ელოდნენ. იმ შემთხვევაში, როცა საწარმოო სიტუაცია ისე აეწყო, რომ საუბარი შესაძლოა შედგეს მხოლოდ ერთი საათის ან მეტი ხნის შემდეგ, მიზანშეწონილია ზუსტად იმ დროისთვის მისვლა ან სხვა დღის დანიშვნა შესახვედრად. საუბრის დროს პასუხი უნდა იყოს მოკლე, გარკვეული და მოფიქრებული. თუ შეკითხვა კომპეტენტის ჩარჩოებს სცილდება, კერძოდ ავადმყოფობის ხასიათს, მოსალოდნელ გამოსავალს, წამყვან სიმპტომატიკას ეხება, მედდამ უნდა აღნიშნოს, რომ საქმეში ჩაუხედავია და შესთავაზოს ახსნისთვის ექიმს ზემართონ.

საშუალო მედმუშაკის სწორი ტაქტიკა ავადმყოფის ნათესავებთან და ახლობლებთან ურთიერთობისას ქმნის საჭირო ფსიქოლოგიურ წონასწორობას სამკურნალო პროცესის ისეთ მნიშვნელოვან რგოლში, როგორც არის ავადმყოფი — ნათესავი — სამედიცინო პერსონალი. ზრინიდან შორს მყოფი ავადმყოფი დარდობს შინაურების გამო, ელოდება მათ მოსვლას. მისთვის ახლობლების ნახვა ზეიმი და მედიცინის მუშაკებმა ყოველივე უნდა იღონონ, რომ ეს შეხვედრა სამწუხარო არ იყოს.

საკონტროლო კითხვები

1. გვიამბეთ გარეგანი და შინაგანი კულტურის წესების შესახებ.
2. გვიამბეთ არასტაბილურად სამკურნალო დაწესებულებებში მედიცინის მუშაკების ურთიერთობის ეთიკაზე.
3. გვიამბეთ სტაციონარის პირობებში მედიცინის მუშაკების ურთიერთობის ეთიკაზე.
4. გვიამბეთ ავადმყოფის ნათესავებთან და ახლობლებთან მედიცინის დის ურთიერთდამოკიდებულების ეთიკის შესახებ.

შე-11 თ ა ვ ი

სამედიცინო დეონტოლოგიური პრინციპები ჩამოთვლილთაგან მოკლე ისტორია

სამედიცინო დეონტოლოგია (ბერძ. deontos — საკადრისი, სათანადო, logos — მოძღვრება) მეცნიერებაა მედიცინის მუშაკის პროფესიული ქცევის შესახებ. თვით ტერმინი „დეონტოლოგია“ შემოიღო

XIX საუკუნეში ინგლისელმა ფილოსოფოსმა უტილიტარისტმა იერე-
მია ბენტამმა ადამიანის პროფესიული ქცევის აღსანიშნავად. ცნება
„დეონტოლოგია“ დაინერგა მოღვაწეობის ყველა სფეროში — მედი-
ცინაში, საინჟინრო საქმეში, იურისპრუდენციაში, აგრონომიულ სა-
ქმეში და სხვ.

ამ ტერმინის შემოღებამდე ბევრად ადრე ექიმისა და მედიცინის
მუშაის ქცევის წესებს შეიცავდა უძველესი დროის ჩვენამდე მოღწე-
ული წერილობითი წყაროები. ინდურ კანონთა კრებულში „ვედეში“,
რომელიც მანუს ეკუთვნის, ჩამოთვლილია ექიმის ქცევის წესები.
ანტიკურ საუკუნეებში მედიცინის მუშაების ქცევების განვითარება-
ზე უდიდესი ზეგავლენა მოახდინა მეცნიერული მედიცინის ფუძემ-
დებლის პიპოკრატეს ცნობილმა „ფიცმა“. საინტერესოა აღვნიშნოთ,
რომ მედიცინის განვითარების მთელი ისტორიის მანძილზე მხოლოდ
1967 წელს პარიზის II საერთაშორისო დეონტოლოგიურ კონგრესზე
პიპოკრატეს ფიცს პირველად დაემატა ერთადერთი: „ვფიცავ ვისწავლო
მთელი სიცოცხლის მანძილზე“.

სამედიცინო დეონტოლოგიის პრინციპების, ისე როგორც სამე-
დიცინო ეთიკის, ჩამოყალიბებასა და განვითარებაზე მთელი ისტორი-
ის მანძილზე ზეგავლენას ახდენდა ამა თუ იმ საზოგადოებაში დაძა-
რებული პოლიტიკური წყობა, სოციალურ-ეკონომიკური და კლასობ-
რივი ურთიერთობანი, ეროვნული და რელიგიური ტრადიციები და
სხვ. (ეს საკითხები საკმაოდ დაწვრილებით გაშუქებულია VIII თავში).

რუსეთის მედიცინის დეონტოლოგიის ჩამოყალიბებაზე დიდი ზე-
გავლენა მოახდინა რევოლუციონერ-დემოკრატების ა. ი. გერცენის,
ნ. გ. ჩერნიშევსკის, ე. ა. დობროლიუბოვის, დ. ი. პისარევის და
სხვების მატერიალისტურმა შეხედულებებმა. ცარიზმის პირობებში
ერობების ექიმებმა, რომელთა შესაძლებლობები მეტად შეზღუდუ-
ლი იყო, მოსახლეობის ღარიბი ფენების დასახმარებლად შექმნეს
მედიცინის ისტორიაში უნიკალური სისტემა. მათ ავადმყოფებთან
ურთიერთობის ახალ ტრადიციებს ჩაუყარეს საფუძველი, რამაც დი-
დება მოუპოვა რუსულ მედიცინას. საერობო მედიცინის წარმომად-
გენელი იყო თავისი საქმისათვის უსაზღვროდ თავდადებული მრავ-
ალი ექიმი, ფერშალი და მედლა.

აღსანიშნავია, რომ XIX საუკუნის ბოლომდე ყოველივე იმას,
რაც ახლა სამედიცინო დეონტოლოგიის საგანია, საექიმო ეთიკა ეწო-
დებოდა. ამ ცნების შინაარსი მეტად ამორფული იყო.

გამოჩენილი რუსი მეცნიერ-მედიკოსების შ. ი. მუდროვის, ნ. ი.

პიროგოვის, ს. პ. ბოტკინის, ს. ს. კორსაკოვის, ვ. მ. ბეხტერევის, კ. ი. პლატონოვის, რ. ა. ლურიას, ნ. ი. პეტროვისა და სხვების შრომებმა თეორიული საფუძვლები ჩაუყარა დეონტოლოგიის პრინციპებს.

საბჭოთა სამედიცინო დეონტოლოგია თავის დებულებებს ასაბუთებს მარქსისტულ-ლენინური ფილოსოფიის, ეთიკისა და პედაგოგიკის პოზიციებიდან და ემყარება სამედიცინო ფსიქოლოგიის, ეთიკისა და პედაგოგიკის მონაცემებს.

სამედიცინო დეონტოლოგიის ძირითადი ამოცანებია:

— სამედიცინო პერსონალის ქცევის პრინციპთა შესწავლა, რომლებიც მიმართული უნდა იყოს მკურნალობის ეფექტურობის მაქსიმალური ამაღლებისკენ;

— არახელსაყრელი ფაქტორების გამორიცხვა სამედიცინო შოღვაწეობაში;

სამედიცინო პერსონალსა და ავადმყოფებს შორის ურთიერთდამოკიდებულების სისტემის შესწავლა;

— არასრულფასოვანი სამედიცინო მუშაობის მანვე შედეგების აცილება (ნ. ი. პეტროვი).

სამედიცინო დეონტოლოგიის, ისე როგორც სამედიცინო ეთიკის, ერთ-ერთი ძირითადი პრობლემაა მოვალეობა, მაგრამ მოვალეობის ცნება მორალურ-ზნეობრივ ურთიერთობაში სავსებით იდენტური არ არის. სამედიცინო დეონტოლოგია ჭეროვან ქცევას განსაზღვრავს არა მორალური ან საზოგადოებრივი მოვალეობის მხრიდან, არამედ მედიცინის მუშაკის სამსახურებრივი მოვალეობის ასპექტში. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დეონტოლოგია არასამედიცინო პროფესიის მუშაკებისადმიც (მუშებისადმი, მოსამსახურეებისადმი და სხვ.) არის მიმართული, რადგან ისინი მოვალენი არიან მოიქცნენ სამედიცინო დაწესებულების მოთხოვნათა შესაბამისად. სამედიცინო დეონტოლოგიამ არ შეიძლება არ შეცვალოს სამედიცინო ეთიკა, არ შეერწყას მას.

კაპიტალისტურ საზოგადოებაში მედიცინის მუშაკები მოღვაწეობისას ხელმძღვანელობენ არა იმდენად სამედიცინო ეთიკის პრინციპებით, რამდენადაც თავიანთი მატერიალური კეთილდღეობისთვის ზრუნვით. ამის გამო დასავლეთის პრესაში სულ უფრო გახშირდა გამოთქმები, რომ ეთიკა დეონტოლოგიამ უნდა შეცვალოს. სამედიცინო ეთიკის უარყოფისკენ სწრაფვა და სამედიცინო მოღვაწეობის ყველა ნორმის დაყვანა უბრალო სამსახურებრივ ურთიერთობაძღე იმით აიხსნება, რომ სამსახურებრივი მეტად პირობითია და დაკავშირებულია არა ზნეობრივ, არამედ პროფესიულ მოვალეობასთან. ეთი-

კის უარყოფა და დეონტოლოგიის ფორმალურად დაცვა ამცირებს მედიცინის მუშაკის მორალურ-ზნეობრივ სახეს. საბჭოთა მკვლევარები სამედიცინო დეონტოლოგიას განსაკუთრებულ მოძღვრებად მიიჩნევენ სამეცნიერო და პრაქტიკულ მედიცინაში.

ეს მეცნიერება სწავლობს თანამდებობრივი ქცევის წესებს, რომლებიც შემდეგ შესაბამისი ინსტრუქციებით ფორმდება. მორალური წესებისგან განსხვავებით, დეონტოლოგიური ნორმატივები განსაზღვრულია ინსტრუქციებითა და აღმინისტრაციული ბრძანებებით.

მეცნიერულ და პრაქტიკულ მედიცინაში დეონტოლოგია, როგორც საგანგებო მოძღვრება, იყოფა ზოგად დეონტოლოგიად, რომელიც შეისწავლის ზოგად სამედიცინო-დეონტოლოგიურ პრინციპებს, და კერძო დეონტოლოგიად, რომელიც სწავლობს დეონტოლოგიურ პრობლემებს ცალკეული სამედიცინო სპეციალობის კრილში (გ. ვ. მოროზოვი).

დეონტოლოგიის ელემენტები საშუალო მედიცინის მუშაკის მოღვაწეობაში

დეონტოლოგიური პრინციპების განმტკიცებაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ექიმს, რომელიც ყოველმხრივ იკვლევს ავადმყოფს, ადგენს დიაგნოზს, უნიშნავს მკურნალობას, თვალყურს ადევნებს ავადმყოფური პროცესის დინამიკას და სხვ. ცხოვრებაში ამ ღონისძიებათა მაღალ დონეზე გატარებისას საშუალო მედპერსონალს მოეთხოვება დიდი სამსახურებრივი და პროფესიული დისციპლინა, ექიმის ყველა განკარგულების ზუსტად შესრულება. ექიმის დანიშნულებებისა და მათითებების ხარისხიანი და დროული შესრულება (ვენაში შეყვანა, ინიექცია, ტემპერატურის გაზომვა, წამლების გაცემა, კოტოშები და სხვ.) ერთ-ერთი ძირითადი დეონტოლოგიური ელემენტია საშუალო მედიცინის მუშაკის მოღვაწეობაში. მაგრამ მან ეს მოვალეობანი ფორმალურად კი არ უნდა შეასრულოს, არამედ გულითადად, მოვალეობის ვრძნობით, რათა ავადმყოფს შეუმსუბუქოს ტანჯვა. ეს საჭიროებს მუდმივ სრულყოფას, პროფესიული ცოდნის შევსებას და დაოსტატებას.

ავადმყოფებთან ურთიერთობისას მედლა ეთიკის ნორმების დაცვასთან ერთად უნდა ავლენდეს პროფესიულ გამძლეობასა და თავდაპყრობას. მედიცინის და მოვალეა შექმნას ურთიერთნდობის ვითარე-

ზა ექიმსა და ავადმყოფს შორის, ხელი შეუწყოს ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების ავტორიტეტის ამაღლებას, დაიცავს საექიმო საიდუმლო.

მედლა და ავადმყოფი. მედლის სამუშაო არა მარტო ფიზიკურად შრომატევადია, არამედ ემოციურად დაძაბულია ავადმყოფებთან ურთიერთობის, მათი გაძლიერებული გაღიზიანებადობის, ავადმყოფური მომთხოვნელობის, ადვილად განაწყენების და სხვა მიზეზების გამო. დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფთან სწრაფი კონტაქტის დამყარების ცოდნას. მედლა მუდამ ავადმყოფებს შორისაა, ამიტომ მისი ზუსტი მოქმედება და ექიმის დანიშნულების პროფესიული შესრულება, მისი ემოციური, თბილი დამოკიდებულება ავადმყოფზე ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებას ახდენს. ეს ფაქტორები, კერძოდ ზრუნვა, ყურადღება მედლასა და ავადმყოფს შორის კონტაქტის საფუძველია. ამასთან უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სიტყვის ფორმას, ემოციურ ელფერსა და ლაპარაკის ტონს. მოფერებასა და თავაზიანობაში, კეთილ ღიმილში გამოიხატება მედლის ზრუნვა და ყურადღება ავადმყოფებისადმი. მაგრამ მედლის მხრივ ყურადღება და სითბო არასოდეს უნდა იყოს ინტიმური, ისეთი, რომ ავადმყოფს აღუძრას მასსა და მედლას შორის დისტანციის გადალახვის სურვილი. მედლამ არასოდეს უნდა დაივიწყოს, რომ ეს მოსალოდნელია და შესაბამისად მოახდინოს თავისი საქციელის რეგლამენტირება და თვალყური ადევნოს ავადმყოფის ქცევას.

მედიცინის მუშაკმა, კერძოდ მედლამ, მტკიცედ უნდა დაიცავს საექიმო საიდუმლოდ მიჩნეულია: 1) ავადმყოფის შესახებ ცნობები, რომლებიც მედიცინის მუშაკმა მიიღო ავადმყოფისგან ან მკურნალობის პროცესში და რომელთა გახმაურება საზოგადოებაში დაუშვებელია, 2) ავადმყოფის შესახებ ცნობები, რომლებიც მედიცინის მუშაკმა არ უნდა ამცნოს ავადმყოფს (ავადმყოფობის არასასურველი გამოსავალი, დიაგნოზი, რომელიც ფსიქოლოგიურ ზიანს მიაყენებს ავადმყოფს და სხვ.).

საექიმო საიდუმლოს საკითხის გადაწყვეტისას ზოგჯერ გასათვალისწინებელია, ხომ არ აყენებს ეს ზიანს საზოგადოებას. იმ შემთხვევაში, როცა საექიმო საიდუმლოს დაცვამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს საზოგადოებას ან ავადმყოფის გარშემო მყოფებს (მაგალითად, ვენერული, ინფექციური, ფსიქიკური დაავადებების დროს და სხვ.), მედიცინის მუშაკმა უნდა მიიღოს საჭირო ზომები, ამასთან ისე, რომ ავადმყოფს ფსიქოლოგიური ზიანი არ მიაყენოს.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში, სადაც პროფესიათა შორის კონკურენცია არსებობს, მედიცინის მუშაკი, რაკი ჰონორარს იღებს, იძულებულია დაფაროს ავადმყოფის შესახებ ისეთი ცნობებიც კი, რომლებიც გარშემო მყოფებისთვის საზიანოა.

მედიცინის მუშაკის პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევა, როცა სამედიცინო საიდუმლო დაკავშირებულია მოტყუებასთან, რასაც ს. პ. ბოტკინმა „წმინდა სიცრუე“ უწოდა. მაგალითად, ავადმყოფს, რომელსაც ლეტალური გამოსავალი მოელის, არ უნდა შევატყობინოთ მისი მძიმე ავადმყოფობის შესახებ. გამოჩანმართელების საიმედო სიტყვა განწირულებს იმედს უსახავს.

„მოხერხებულ და კეთილსასურველ ახსნას უჯერებენ, ირწმუნებენ და ამ იმედით შედარებით ადვილად კვდებიან არა მარტო ეგრეთ წოდებული გაუცნობიერებელი ადამიანები, არამედ სახელგანთქმული ქირურგებიც კი, თუ ისინი ავად ხდებიან და ავადმყოფობით ძლეულ პაციენტებად გადაიქცევიან... არცთუ იშვიათად შეიძლება ჰოვიშველით დიაგნოზის გაურკვევლობა, რითაც ავადმყოფს სანუგეშოდ რჩება ექვი, რომელიც შეიძლება თავის სასარგებლოდ გადაწყვიტოს“ (ნ. ი. პეტროვი). არ უნდა გავახმაუროთ ცნობები არა მარტო ავადმყოფობის ხასიათისა და გამოსავლის შესახებ, არამედ არც ავადმყოფის ინტიმური ცხოვრების შესახებ, რაც მას დამატებით ტანჯვას მიაყენებს და მედიცინის მუშაკისადმი ნდობას დააკარგვინებს.

ავადმყოფთან ექიმისა და მედიის ურთიერთობისას დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოჩანმართელებაში დარწმუნებას, რომ მას სწორად მკურნალობენ და მდგომარეობის გაუარესებისას დახმარებას აღმოუჩენენ. ავადმყოფის თხოვნის დაუკმაყოფილებლობა, გამოძახებაზე მედიის დაგვიანება, ექიმის მიერ დანიშნული პროცედურების დაუდევრად შესრულება, ადმინისტრაციული ცივი ტონი ავადმყოფს აშფოთებს თავისი მდგომარეობის გამო, ჩივილისა და კონსილიუმის მოწვევის სურვილს აღუძრავს.

ექთანნი არ უნდა მოყვეს რა მოხდა მეზობელ განყოფილებაში, არ გაავრცელოს ცნობები მძიმე ავადმყოფობის შესახებ, რადგან ამან შეიძლება გაამწვავოს ავადმყოფური ჰიპოქონდრიულობა, გააძლიეროს ავადმყოფების შიში და მოუსვენრობა თავიანთი ჯანმრთელობის გამო. ძოურიდებლობა, მკვეთრი ტონი საუბრისას ხელს უშლის ექთანსა და ავადმყოფს შორის ნორმალური ურთიერთობისა და კონტაქტის დამყარებას.

კონტაქტის დამყარებისას ექთანმა უეჭველად უნდა გაუგოს ავად-

მყოფს. დიდი მნიშვნელობა აქვს მედიცინის დის თანაგრძობისა და გულშემატკივრობის უნარს. ავადმყოფის ჩივილის თანაგრძობით მოსმენა, მისი ავადმყოფური განცდების შემსუბუქების ცდა ხშირად დანიშნულ წამლეულზე არანაკლებად კურნავს და პაციენტის მხურვალე მადლობას იმსახურებს. ამასთან, ზოგჯერ მნიშვნელოვანია ავადმყოფის უბრალო მოსმენაც კი, ოღონდ არა ფორმალურად, არამედ ემოციური თანაგრძობის ელემენტებით, მოსმენილზე შესაბამისი რეაგირებით. მოსმენის ცოდნა მედიცინის მუშაკის ხელოვნების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი თვისებაა. მისი შექენა უცხად არ შეიძლება, მის გამოუმუშავებას გამოცდილების წლები სჭირდება. მოსმენის დროს მედბუშაკი ღებულობს საჭირო ინფორმაციას ავადმყოფის შესახებ. საუბრის დროს ავადმყოფი შვიდდება, შინაგანი დაძაბულობა გაუვლის.

მედდასა და ავადმყოფს შორის კონტაქტში დიდი მნიშვნელობა აქვს მედლის პიროვნებასაც. მედდას შეიძლება უყვარდეს თავისი პროფესია, ჰქონდეს შესანიშნავი ტექნიკური მონაცემები და ჩვევები, მაგრამ თუ პიროვნული თვისებებურებების გამო ხშირი კონფლიქტი აქვს ავადმყოფებთან, მისი პროფესიული თვისებები საჭირო ეფექტს ვერ იძლევა. ჭეშმარიტი დაოსტატების გზა ყოველთვის ხანგრძლივი და ძნელია. აუცილებელია მუშაობის საჭირო სტილის შემუშავება და ავადმყოფებზე კარგი ზემოქმედების მოხდენის ხელოვნების დაუფლება.

ი. ხარდი წიგნში „ექიმი, მედდა, ავადმყოფი“ აღწერს მედლების 6 ტიპს მათი მოღვაწეობის ხასიათის მიხედვით.

1. მედდა-რუტინიორი. მისი დამახასიათებელი ნიშანია მოვალეობის მექანიკური შესრულება. ასეთი მედდა დავალებას მეტად გულმოდგინედ ასრულებს, ზედმიწევნით ავლენს სიმარჯვესა და ცოდნას, ასრულებს ყოველივეს, რაც ავადმყოფის მოსავლელად არის საჭირო, მაგრამ ეს მოვლა მაინც არ არის, რადგან იგი მუშაობს ავტომატურად, განურჩევლად, არ განიცდის ავადმყოფთან ერთად, არ თანაუგრძობს მას. ასეთ მედდას შეუძლია ავადმყოფის გაღვიძება მხოლოდ იძისთვის, რომ მისცეს ექიმის მიერ გამოწერილი ძილის წამალი.

2. მედდა, რომელიც „ასრულებს დასწავლილ როლს“. ასეთი მედდა მუშაობის პროცესში მიისწრაფვის შესარულოს რაღაც როლი, რათა განახორციელოს განსაზღვრული იდეალი. თუ მისი ქცევა დაშვებულ საზღვრებს გასცილდა, უშუალობა ქრება. ის ასრულებს ალუისტის, კეთილისმყოფელის როლს, ავლენს „არტისტულ“ ნიჭს. მისი ქცევა ხელოვნურია, მოჩვენებითი.

3. „ნერველი“ მედლის ტიპი. იგი ემოციურად ლაბილური პიროვ-

ნებაა, მიღრეკილება აქვს ნევროზული რეაქციებისკენ, რის გამოც ხშირად ღიზიანდება, ალიგზნება, შეიძლება უხეშადაც მოიქცეს. ასეთი მდღა შესაძლოა უდანაშაულო ავადმყოფებს შორის მოღუშულიც ნახოთ. მეტად ჰიპოქონდრიულია, ეშინია ინფექციური სნეულებებით ან „მძიმე ავადმყოფობით“ დაავადებისა. ხშირად უარს ამბობს სხვადასხვა დავალების შესრულებაზე თითქოს იმის გამო, რომ არ შეუძლია სიმძიმის აწევა, სტიკვა ფეხები და სხვ. ასეთი მდღა ხელს უშლის მუშაობას და ხშირად მაინე ზემოქმედებას აბდენს ავადმყოფებზე.

4. მამაკაცური, ძლიერი პიროვნების მდღდის ტიპი. ასეთი ადამიანის ცნობა შორიდანვე შეიძლება სიარულის მიხედვით. იგი გაშორიჩევა ამტანობით, შეუპოვრობით, მცირედ უწესრიგობასაც კი ვერ იტახს, ხშირად არასაკმაოდ მოქნილია, უხეში და აგრესიულიც კი ავადმყოფებისადმი, კეთილსასურველ შემთხვევაში ასეთი მდღა შეიძლება კარგი ორგანიზატორი იყოს.

5. დედის ტიპის მდღა. ასეთი მდღა თავის სამუშაოს ასრულებს ავადმყოფზე მაქსიმალური ზრუნვით და თანაგრძნობით. მისთვის შრომა ცხოვრების განუყოფელი პირობაა. მას ყველაფერი შეუძლია და ყველაფერს ასწრებს. ავადმყოფებზე ზრუნვა მისი სასიცოცხლო მოწოდებაა. მისი პირადი ცხოვრებაც ხშირად სხვაზე ზრუნვით, ადამიანების სიყვარულითაა აღსავსე.

6. სპეციალისტის ტიპი. ეს მდღა რალაც განსაკუთრებული პიროვნული თავისებურებით, განსაკუთრებული ინტერესით ღებულობს სპეციალურ დანიშნულებას. თავის სიცოცხლეს რთული დავალებების შესრულებას სწირავს, მაგალითად სპეციალურ ლაბორატორიებში, თავისი ვიწრო საქმიანობის ფანატიკურად ერთგულია.

წარმოდგენილი ტიპები საკმაოდ პირობითია და ასახვენ მდღდების იმ ტიპებს, რომლებიც ჩვენს სინამდვილეში ჩამოყალიბდა, კერძოდ საბჭოთა მედიცინის შექმნის ძნელ და გმირულ წლებში, დიდი სამაშულო ომისა და ომისშემდგომ პერიოდებში. მაღალი იდეური მიმართულება, პატრიოტიზმი, ამხანაგობისა და კოლექტივიზმის გრძნობა საბჭოთა მდღდების დამახასიათებელი ნიშნებია.

მდღდის პიროვნება, მისი მუშაობის სტილი და მეთოდები, ავადმყოფებზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების ტექნიკის დაუფლება და მათთან ურთიერთობის ცოდნა — ყოვლივე ეს მნიშვნელოვანი რგოლია სამკურნალო პროცესის უზრუნველყოფელი ღონისძიებების რთულ სისტემაში.

სამკურნალო დაწესებულების კოლექტივი და ავადმყოფი. სამკურ

რნალო დაწესებულების კოლექტივი, სადაც შეთანხმებულად ერთი სტილით მუშაობენ, მის წევრებს შორის კარგი დამოკიდებულებაა და მათ მაღალი პროფესიული ცოდნა აქვთ, გამოირჩევა სამკურნალო დახმარების მაღალი კულტურით. ავადმყოფების სიყვარული, მათ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა სამკურნალო დაწესებულების კოლექტივს რაზმავს. თუ რამდენად მნიშვნელოვანია კოლექტივში კარგი ურთიერთდამოკიდებულება, ამის შესახებ ითქვა სათანადო თავში (იხ. მე-10 თავი). ჰუმანურობა, მოწოდების გრძნობა გამართული მუშაობის საფუძველია, იგი მქლავნდება ავადმყოფებთან დამოკიდებულების ერთიან სტილში, ქცევაში.

სამკურნალო კოლექტივში ყველა მუშაკს აქვს მოვალეობათა საკუთარი წრე. ამ მუშაობაში მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა უფროს მედლას. მუშაობაში უფროსი მედლის მეგობრულობა და ჰუმანურობა მტკიცე ხელმძღვანელობაზე ნაკლებმნიშვნელოვანი არ არის, მისი ერთ-ერთი ძირითადი მოვალეობაა კარგი, დისციპლინირებული კოლექტივის ჩამოყალიბება, კოლექტივში ამხანაგობის, დაკისრებული საქმიანობის პასუხისმგებლობის სულისკვეთების დამყარება. უფროსი მედლის მუშაობის მნიშვნელოვანი ამოცანაა მედლებისა და სანიტრების საქმიანობის კონტროლი ავადმყოფების მოვლისას, აგრეთვე მედლებთან და თვით ავადმყოფებთან მუშაობა. უფროსი მედლა უნდა ამჩნევდეს განყოფილების მუშაობაში უმცირეს ნაკლოვანებებსაც და მედლებსა და ავადმყოფებს შორის დამოკიდებულებაში დაძაბულობასაც და დროულად ღებულობდეს ზომებს მათ ასაცილებლად. მან უნდა შეაფასოს ავადმყოფთა ინდივიდუალური მოთხოვნილებანი, თვალყური ადევნოს მძიმე ავადმყოფების მოვლის ხარისხს, მედლებსა და ავადმყოფებს დაეხმაროს წამოჭრილი რთული საკითხების გადაწყვეტაში.

მედიცინის დების პროფესიული მოვალეობანი და სამოღვაწეო ადგილი საკმაოდ გარკვეულად არის განსაზღვრული, ამიტომ მათი მუშაობის სტილში არ უნდა იყოს დაშვებული წინააღმდეგობები. მათ ძირითადად მოეთხოვებათ წესრიგის დაცვა საავადმყოფოს პალატებში და დღის განაწილის შესრულების ორგანიზაცია.

მუდამ ავადმყოფებს შორის მყოფი მედლა აკვირდება მათ ქცევას, ხედავს მათ ინდივიდუალურ ფსიქოლოგიურ თავისებურებებს, მეზობლებთან ურთიერთობის ხასიათს, მათს რეაქციას საკუთარ და სხვების ავადმყოფობაზე. მან უნდა უკარანახოს ექიმს, რომელი ავადმყოფის ვისთან ერთად და რომელ პალატაში აჯობებს მოთავსება, გა-

აცნოს თავისი სამეურვეოების ფსიქოლოგიური თავისებურებანი, ქცევა და გამონათქვამი.

სამკურნალო დაწესებულებაში ჯანსაღი ფსიქოლოგიური ატმოსფერო შეიქმნება იმ შემთხვევაში, როცა მუშაობის კარგი სტილი შეზამებულია მედიცინის მუშაკებს შორის კარგ დამოკიდებულებასთან. ეს კეთილსასურველ ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფებზე და ხელს უწყობს მკურნალობის მაღალ ეფექტურობას. ასეთ კოლექტივში ავადმყოფებზე თვით გარემოება ახდენს ჯგუფურ ფსიქოთერაპიულ სამკურნალო ზემოქმედებას.

ავადმყოფებთან მუშაობისას შეიძლება შეიქმნას მრავალი ისეთი სიტუაცია, რომლებშიც განსაკუთრებულ როლს ასრულებს მედღების სწორი საქციელი. მაგალითად, ავადმყოფები ხშირად მედღებს მიმართავენ სხვადასხვა თხოვნით, აუცილებელია მათი ყურადღებით მისმენა და თუ ავადმყოფის თხოვნა მისივე ინტერესებს არ ეწინააღმდეგება, პასუხობს ექიმისა და ადგილობრივ წესების მოთხოვნებს, მიზანშეწონილია დაკმაყოფილება. თუ მედღას თვითონ არ ძალუძს საკითხის გადაწყვეტა, ბოდიში უნდა მოუხადოს და მოგვიანებით უპასუხოს უფროს მედღასთან ან ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ. თუ მედღას არ შეუძლია ავადმყოფის სურვილისა და თხოვნის შესრულება, უარი უნდა უთხრას თავაზიანად და სწორი ფორმით.

მედღა არ უნდა შეეკამათოს ავადმყოფს, რადგან ეს უადგილოა და დაუშვებელია სამკურნალო დაწესებულების კედლებში. დაუშვებელია აგრეთვე ავადმყოფისადმი თხოვნითა და დავალებებით მიმართვა.

ხაკონტროლო კითხვები

1. განსაზღვრეთ ცნება „დეონტოლოგია“.
2. გვიამბეთ სამედიცინო დეონტოლოგიის ძირითადი ამოცანების შესახებ.
3. გვიამბეთ ავადმყოფებთან ურთიერთობისას საშუალო მედიცინის მულაწილობაში დეონტოლოგიის ელემენტების შესახებ.
4. რა არის საექიმო საიდუმლო?

მე-12 თავი

საშუალო მედიცინის მუშაკისა და ავადმყოფის დამოკიდებულების თავისებურებანი სხვადასხვა დაავადების დროს

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა შინაგან დაავადებათა კლინიკაში

კლინიკური მედიცინის ყველაზე უფრო გავრცელებულ თერაპიულ განყოფილებაში, როგორც წესი, არიან ყველაზე უფრო მრავალ-

ფეროვანი პროფილის ავადმყოფები, რომლებსაც დაავადებული აქვთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი, სუნთქვის ორგანოები, თირკმლები და სხვ. ხშირად მათ ხანგრძლივი მკურნალობა სჭირდებათ.

ოჯახიდან და შეჩვეული პროფესიული მოღვაწეობიდან ხანგრძლივად მოწყვეტა, აგრეთვე საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო შეშფოთება მათში სხვადასხვა ფსიქოგენური რეაქციების კომპლექსს იწვევს. ფსიქოგენიის შედეგად უარესდება ძირითადი სომატური დაავადების მიმდინარეობა, რაც, თავის მხრივ, აუარესებს ავადმყოფთა ფსიქიკურ მდგომარეობას. გარდა ამისა, თერაპიულ განყოფილებაში გამოკვლევაზე და სამკურნალოდ არიან ავადმყოფები, რომლებიც უჩივიან შინაგანი ორგანოების მოქმედების დარღვევას და ხშირად არც კი ექვობენ, რომ ეს სომატური დარღვევა ფსიქოგენური ხასიათისაა.

შინაგან დაავადებათა კლინიკაში მუდმივად გვხვდება სომატოგენური და ფსიქოგენური დარღვევები (იხ. მე-7 თავი). ორივე შემთხვევაში ავადმყოფები მრავალ სხვადასხვაგვარ ჩივილს გამოთქვამენ და მეტად ყურადღებით ეკიდებიან თავიანთ მდგომარეობას.

სომატოგენური წარმოშობის ფსიქიკური დარღვევები ხშირად აქვთ მწფოთვარე-ექვიან ავადმყოფებს, რომლებიც თავიანთი მდგომარეობისადმი ჰიპოქონდრიულად არიან განწყობილი. მათ ჩივილში, გარდა ძირითადი დაავადებით განპირობებულისა, ბევრია ნევროზისებური: სისუსტე, მოღუნება, სწრაფად დაღლა, თავის ტკივილი, ძილის რეჟიმის დარღვევა, შიში თავისი მდგომარეობის გამო, ძლიერი ოფლიანობა, გულისცემა და სხვ. ასეთ ავადმყოფებს აღენიშნებათ სხვადასხვა აფექტური დარღვევა პერიოდულად შფოთისა და სხვადასხვა სიძლიერით გამოხატული სევდის სახით. ასეთი დარღვევები ხშირად აქვთ ჰიპერტონიით და იშვებით დაავადებულებს, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით გატანჯულთ.

ნევროზისებრი სიმპტომატიკა არცთუ იშვიათად ნიღბავს ძირითადი დაავადების კლინიკას, ამის შედეგად ავადმყოფები მიმართავენ სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებს, მაგრამ დანიშნული მკურნალობა მდგომარეობას ყოველთვის ვერ ამსუბუქებს, რაც ამწვაავებს მათ ნევროზულ და ჰიპოქონდრიულ განწყობილებას.

გულის მოქმედების მძიმე დეკომპენსაციის, ღვიძლის ციროზისა და ურემიის დროს მოსალოდნელია ფსიქოზური მდგომარეობა ჰალუცინაციურ-ბოდვითი განცდებით. ფსიქოზური მდგომარეობა შეიძლება შე-

ექმნათ სომატურ ავადმყოფებსაც მაღალი ტემპერატურის ფონზე, რაც განპირობებულია როგორც ავადმყოფური პროცესის გართულებით, ისე ინფექციური დაავადების (ხშირად გრიპის) დამატებით. ამ შემთხვევაში შეიძლება გამოვლავდეს დელირიუმის ტიპის ფსიქოზური მდგომარეობა, ამენცია და ონეიროიდი (იხ. შემეცნებითი სფერო). განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს ჰიპერტონიით გატანჯული ხანში შესული ადამიანების ფსიქოზური მდგომარეობა. არტერიული წნევის აწევისას მოსალოდნელია თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დინამიკის დარღვევა, ინსულტისწინა მდგომარეობა და ინსულტი. ასეთ ავადმყოფებს კლინიკურ სურათში პირველ რიგში აღენიშნებათ ორიენტირებისა და ცნობიერების გაბრუნების ტიპის დარღვევები. ავადმყოფები ვერ ორიენტირებენ გარემოში, ძლივს პასუხობენ დასმულ კითხვებზე, ზოგჯერ ერღვევით მეტყველება (სტერეოტიპული შეკითხვები ან სიტყვების გამეორება), შფოთიან და მოუსვენარ მდგომარეობაში არიან.

სომატოგენური ფსიქიკური დარღვევების მქონე ავადმყოფებს განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდებათ, რადგან, გარდა ძირითადი დაავადებით განპირობებული დაზარებისა, აუცილებელია მეორადი ნევროზისებრი ან ფსიქოზური აშლილობის მკურნალობა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ასეთი პირები მეტად ავადმყოფურად რეაგირებენ ფსიქონევროლოგისგან რჩევის მიღებაზეც კი, ხოლო ზოგი ამ წინადადებას შეურაცხყოფად მიიჩნევს. ავადმყოფების მრავალრიცხოვან ჩივილსა და თხოვნას მოთმინებით უნდა შევხვდეთ, გამოვიჩინოთ ფსიქოთერაპიული მიდგომა, რაც მათზე სამკურნალო ზემოქმედების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მეთოდია. ფსიქოთერაპიული ტაქტიკა უმეპყვლად უხდა შევუთანხმოთ მკურნალ ექიმს, გავარკვიოთ ასეთი ავადმყოფების თხოვნაზე როგორი პასუხი იქნება უკეთესი, რა წამლები მივცეთ და ს.ვ. ზოგჯერ ავადმყოფის მრავალრიცხოვანი ჩივილი და თხოვნა მკურნალი ექიმის ყურადღების გარეშე რჩება, რადგან საავადმყოფოში ექიმის ყოფნაც კი ავადმყოფზე დამამშვიდებლად მოქმედებს, ხოლო გაუარესება იწყება დღის მეორე ნახვარში და საღამოს. ასეთ შემთხვევაში მდლამ უმეპყვლად უნდა გაუზიაროს ექიმს თავისი დაკვირვებები და შეიმუშაოს ქცევის ტაქტიკა. არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ეუთხრათ ავადმყოფს, რომ მას სჭირდება ფსიქონევროლოგთან მკურნალობა ან გადავუტკრათ სიტყვები ნევროზულ აშლილობაზე, რადგან ამას მოჰყვება ავადმყოფთან კონტაქტის დარღვევა, მისი განაწყენება,

ჩივილი, ნევროზული აშლილობის გაძლიერება, ახლა უკვე იატროგენის ხასიათის.

ფსიქოზური აშლილობა სხვადასხვა სომატური დაავადების ფონზე ხშირად საღამოს საათებში ვლინდება. თუ მედლა დაეჭვდება, რომ ავადმყოფი ასეთ მდგომარეობაშია, მაშინვე უნდა გამოუძახოს მორიგე ექიმს და ავადმყოფს გაძლიერებული ყურადღება მიაქციოს.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ ის ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ ცნობიერების დელირიოზული და ონეიროიდული დარღვევა, რადგან პალუცინაციურ-ბოდვითი განცდების დროს შეიძლება ჩაიდინონ როგორც მათთვის, ისე გარშემო მყოფთათვის საშიში მოქმედება. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ფსიქიატრის სასწრაფო კონსულტაცია. ასეთი გადაწყვეტილების მიღება შეუძლია მედლის გამოძახებაზე მოსულ მორიგე ან მკურნალ ექიმს.

ნევროზული წარმოშობის ფუნქციური სომატური დარღვევის მქონე ავადმყოფები ყურადღებას იქცევენ მრავალი სხვადასხვაგვარი ჩივილით: „გულმკერდში მოჭერის შეგრძნება“. „გულში ჩხვლეტა“, „გულისცემის მკვეთრი გახშირება“. „გულის მუშაობა შეფერხებით“, „მუცლის არეში ტყვიით გახვრეტისებრი ტკივილი“, „გაძნელებული ამოსუნთქვა“, „ჩხვლეტა ბოქვენის ზემოთ“, „ხშირი შარდვა“ და სხვ.

ნევროზისებრი სომატოგენურად განპირობებული მდგომარეობისგან განსხვავებით, ნევროზული აშლილობის დროს საკმაოდ ხშირი შფოთვარე ეპიანობისა და ემოციური ლაბილობის პიროვნული რეაქციების გარდა, ყოველთვის ვლინდება სხვადასხვა ფსიქოგენია. ისინი უფრო ხშირად ოჯახურ-საყოფაცხოვრებო სექსუალურ-პიროვნული ან საწარმოო ხასიათისაა. მათი წარმოშობა განპირობებულია პიროვნების მძიმე უარყოფითი ემოციური გადატვირთვით. წარმოქმნილი ნევროზული აშლილობა ავადმყოფებს სხვადასხვა სომატურ დაავადებაზე არანაკლებ მძიმედ გადააქვთ. ავადმყოფები მიმართავენ სხვადასხვა სპეციალისტს, თერაპიულ სტაციონარში გადაიან გულდასმით კლინიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევას (ეკგ, ფონოკარდიოგრაფია, რენტგენული და სხვ.). ასეთ ავადმყოფებთან ურთიერთობისას მედიცინის და განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა იყოს, დაიცვას ფსიქოთერაპიის პრინციპები. მრავალრიცხოვან ჩივილზე მან უნდა უპასუხოს, რომ მტანჯველი აშლილობა თანდათან გაივლის შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნით. ავადმყოფს უეჭველად უნდა აუხსნან, რომ მედლას შეუძლია მხოლოდ ექიმის მიერ დანიშნული წამლების გაცემა.

მედლამ უნდა იცოდეს, რომ სხვადასხვაგვარმა ფსიქოგენიამ,

მღელვარებამ შეიძლება გამოიწვიოს არა მარტო ნევროზული სიმპტომები, არამედ ფარულად მიმდინარე სომატური პათოლოგიური პროცესებიც, აუცილებელია ყოველთვის ახსოვდეს ფსიქიკურისა და სომატურის მჭიდრო ურთიერთკავშირის შესახებ, როგორც ადამიანის ორგანიზმის ერთიანი მდგომარეობა ავადმყოფური აშლილობების განვითარების მექანიზმში.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს სხვადასხვა სიძლიერის დეპრესიული დარღვევა მსუბუქი დათრგუნვილ-დაქვეითებული განწყობილებიდან ძლიერ გამოხატულ დეპრესიამდე. ამ მდგომარეობაში ხშირია სუიციდური აზრები და ცდები. ავადმყოფში მსგავსი აშლილობის გამოვლენისას მედლამ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს მკურნალ ექიმს.

მედიცინის მუშაის ტაქტიკა ქირურგიულ დაავადებათა კლინიკაში

ქირურგია მედიცინის ის დარგია, სადაც მედლის პრაქტიკულ ჩვევებს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ქირურგების, საოპერაციო და პალატის მედლების მთელი აზრი და ყურადღება მიპყრობილია საოპერაციოსკენ, სადაც ტარდება ძირითადი სამუშაო — ქირურგიული ოპერაცია. ოპერაციის დროს პრაქტიკულად თითქმის წყდება უშუალო კონტაქტი სამედიცინო პერსონალსა და ავადმყოფს შორის და მკვეთრად ძლიერდება შეთანხმებული ურთიერთქმედება ექიმ-ქირურგსა, ანესთეზიოლოგსა და საოპერაციოს მომსახურე უშუალო სამედიცინო პერსონალს შორის.

თუ საოპერაციოში წამყვანი როლი ექიმ-ქირურგებსა და ანესთეზიოლოგებს ეკუთვნით, ოპერაციისწინა, განსაკუთრებით კი ოპერაციის შემდგომ პერიოდებში ბევრი რამ დამოკიდებულია ავადმყოფისადმი მედიცინის დების და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის ყურადღებასა და გულისხმიერ დამოკიდებულებაზე. ქირურგები სამართლიანად ამტკიცებენ, რომ ოპერაცია ქირურგიული მკურნალობის დასაწყისია; ხოლო მის გამოსავალს განსაზღვრავს კარგი მოვლა-პატრონობა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემებს მიეკუთვნება ოპერაციისწინა შიში: ავადმყოფს შეიძლება ეშინოდეს თვით ოპერაციის, მასთან დაკავშირებული ტანჯვის, ტკივილის, ჩარევის, შედეგების, ეჭვობდეს მის ეფექტურობაში და სხვ. ავადმყოფის შიშის შეტყობა შეიძლე-

ბა მისი სიტყვებიდანაც, პალატის მეზობლებთან საუბრიდან. ამაზე არაპირდაპირ მიუთითებს სხვადასხვა ვეგეტატიური ნიშანი, როგორცაა ოფლიანობა, აჩქარებული მაჯისცემა, ფალარათი, ხშირი შარდვა, უძილობა და სხვ. ავადმყოფის შიში ხშირად ძლიერდება „ინფორმაციის“ შედეგად, რასაც ხალისით აწვდიან ნაოპერაციევი ავადმყოფები, რომლებიც, როგორც წესი, აზვიადებენ მათ მიერ გადატანილს.

ავადმყოფზე თავისი დაკვირვებების შესახებ მდლამ უნდა მოახსენოს მკურნალ ექიმს და მასთან ერთად შეიმუშაოს ფსიქოთერაპიული ზეგავლენის ტაქტიკა. მიზანშეწონილია ოპერაციაგადატანილებს ვესაუბროთ იმის შესახებ, რომ მათი ნაამბობი არაკეთილსასურველად მოქმედებს ახლად მოსულ ავადმყოფებზე, რომლებიც საოპერაციოდ ემზადებიან. საოპერაციოდ მომზადებისას დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფთან კარგი კონტაქტის დამყარებას, საუბრის დროს შეეიტყობთ მომავალი ოპერაციის გამო მისი სიფრთხილისა და შიშის შესახებ, დავამშვიდებთ, შევეცდებით შევუცვალოთ დამოკიდებულება მკურნალობის მომავალი ეტაპისადმი. ბევრ ავადმყოფს ეშინია ნარკოზის, ჰგონია, რომ „სამუდამოდ დააძინებს“, დაკარგავს ცნობიერებას, გასცემს თავის საიდუმლოს და სხვ. ოპერაციის შემდეგ წარმოიქმნება ხოლმე რთული პრობლემები, მაგალითად, შესაძლოა ოპერაციის შემდგომი გართულება სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობის სახით. ქირურგიულმა ჩარევამ და იძულებითმა ლოგინის რეჟიმმა შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა ნევროზული აშლილობა. ხშირად ავადმყოფები ოპერაციის მე-2—3 დღეს უკმაყოფილო და გაღიზიანებულები არიან. ასთენიზაციის ფონზე, განსაკუთრებით თუ ოპერაციას მოჰყვება გართულებები, მოსალოდნელია დეპრესიული მდგომარეობა. ხნიერ პირებს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეიძლება განუვითარდეს დელირიოზული მდგომარეობა ჰალუცინაციებითა და ბოდვითი განცდებით. მისი გენეზისი რთულია, უპირატესად ტოქსიკურ-სისხლძარღვოვანი. ალკოჰოლიზმით შეპყრობილებს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხშირად უვითარდებათ ალკოჰოლური დელირიუმი.

ავადმყოფთა ფსიქოზური მდგომარეობის განვითარების ყველა შემთხვევის შესახებ მდლამ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს მკურხალ ან მორიგე ექიმს და მიიღოს ზომები ავადმყოფებზე დაკვირვებისთვის. ყოველთვის მიზანშეწონილია ფსიქოზიანი ავადმყოფები, თუკი სომატური მდგომარეობა საშუალებას იძლევა, დასაკვირვებლად ფსიქიატრს გადასცენ. არცთუ იშვიათად ფსიქოზური მდგომარეობა ვითარდება ხანმოკლე ეპიზოდების სახით და ადვილად კუბირდება ტრანკვი-

ლიბატორებისა და ნეიროლოგტიკების დანიშვნით. შემდგომი მკურნალობის საკითხები უნდა გადაწყვიტოს მკურნალმა ან მორიგე ექიმმა ყველა ვითარების გათვალისწინებით.

რთული საკითხები წარმოიქმნება ავთვისებიანი წარმონაქმნის ჯამო ნაოპერაცივე ავადმყოფებთან დამოკიდებულებაში. ისინი წუხან შემდგომი ბედის გამო, კითხულობენ, ავთვისებიანია თუ არა მათი სიმსივნე, ხომ არ იყო მეტასტაზები და სხვ. მათთან საუბრისას დიდი სიფრთხილეა საჭირო. ავადმყოფს უნდა ავეხსნათ, რომ ოპერაციამ წარმატებით ჩაიარა და მომავალში არაფერი ემუქრება. ასეთ ავადმყოფს უნდა ჩაუტარონ ფსიქოთერაპიული საუბარი.

მძიმედ რეაგირებენ ავადმყოფები ცალკეული ორგანოს მოცილების ოპერაციაზე (კუჭის რეზექცია, სარძევე ჯირკვლის მოკვეთა, კიდურის ამპუტაცია და სხვ.). ასეთი ავადმყოფები აწყდებიან სოციალური და ფსიქოლოგიური ხასიათის რეალურ სიძნელეებს. ფსიქოპათიური სტრუქტურის პიროვნებები თავიანთ ფიზიკურ დეფექტს განიხილავენ, როგორც „შემდგომი ცხოვრების კრახს“, უვითარდებათ დეპრესია სულიერი აზრებითა და ტენდენციებით. ასეთი ავადმყოფები სამედიცინო პერსონალის მუდმივ მეთვალყურეობას საჭიროებენ.

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკაში

გინეკოლოგიური ავადმყოფების მკურნალობის დროს წარმოიქმნება მრავალი ინტიმურ-სექსუალური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ეთიკური ხასიათის პრობლემა, რაც არსებითად ართულებს მედიცინის მუშაკთა საქმიანობას. გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს სრულიად ბუნებრივია ქალის მიერ სირცხვილის გამოვლენა, ამ ფსიქოლოგიურ მოვლენას სათანადო პატივისცემით უნდა შევხვდეთ. ავადმყოფთან კარგი კონტაქტის დასამყარებლად აუცილებელია გამოკვლევის დროს საუბრისას ტაქტიანობა და სიფხიზლე.

მნიშვნელოვანია, რომ მედდა დაეხმაროს ექიმ-გინეკოლოგს მანიპულაციის ჩატარებაში, მით უფრო, თუ ექიმი მამაკაცია. ამას მნიშვნელობა აქვს სოციალურ-ფსიქოლოგიურ ასპექტში.

მენსტრუალურ პერიოდში ქალებს შესაძლოა შეუწინაღებლად სტკიოლდეთ მუცელი, წელი, აღეძრათ არასასიამოვნო შეგრძნება სასქესო ორგანოების არეში. მათი გენეზისი გაურკვეველია, მათ წარმოქმნაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვან აპლი-

ლობას. ხშირია ცვლილებები ფსიქიკის მხრივაც: მომატებული გაღიზიანებადობა, დაძაბულობა, ნევროზულობა და დათრგუნვილ-დამწუხრებული განწყობილებაც კი. ნევროზით და სხვა ფსიქოპათოლოგიური გადახრით შეპყრობილ ავადმყოფებს მრავალი სხვადასხვაგვარი ჩივილი აქვთ, ზოგჯერ ძირითადი დაავადება უმწვევადებათ (ეპილეფსიური პაროქსიზმი). გოგონებს ხანგრძლივი ფსიქოგენიის (სხვადასხვა ოჯახურ-საყოფაცხოვრებო და პირადი კონფლიქტის) ზეგავლენით შეიძლება გამოუვლინდეთ დისმენორეა. მძიმე ფსიქიკური ტრავმა (მაგალითად, მიწისძვრის გამო, ომისდროინდელი ემოციური განცდები, ახლობლების დაკარგვა და სხვ.) ქალებში იწვევს ამენორეას. არცთუ იშვიათად ბუნებრივი კლიმაქსი ქალებში იწვევს საესებით გასაგებ ფსიქოლოგიურ რეაქციებს: სიბერის შიშს, ქალურობის, მიმზიდველობისა და ცოლქმრული ცხოვრების უნარის დაკარგვის შიშს. მაგრამ ნევროზული და სხვა ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის გამწვავება კლიმაქსის დროს უპირატესად აღენიშნებათ ნევროზულ პირებს და ფსიქოპათიური რეაქციებისადმი მიდრეკილების მქონეთ, აგრეთვე იმ პირებს, რომლებსაც უვლინდებათ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება ფსიქოგენური ფაქტორების არსებობისას. კეთილსასურველი ოჯახური და ცოლქმრული ცხოვრებისა და სხვ. ფსიქოგენური ფაქტორების არსებობის დროს კლიმაქსი მშვიდად მიმდინარეობს და არ იწვევს რაიმე ფსიქიკურ დარღვევას.

გინეკოლოგიაში მნიშვნელოვანი პრობლემაა ფრიგიდულობა. მრის მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფაქტორი: ქალის პიროვნულ-ფსიქოლოგიური თავისებურებები, ოჯახური ცხოვრებით დაუკმაყოფილებლობა, არახელსაყრელი საყოფაცხოვრებო პირობები, რომლებიც ხელს უშლიან ნორმალურ ცოლქმრულ ურთიერთობას, ქმრის არასწორი ტაქტიკა და ა. შ. ხშირად მიზეზია დაორსულების შიში, ქმრის ალკოპოლიზმი და აგრესიულობა, მტკივნეული შეგრძნება სქესობრივი აქტის დროს და სხვ.

მედდას და მეან ქალს, რომლებმაც საკმაოდ კარგად იციან ზემოაღნიშნული თავისებურებანი, შეუძლიათ წარმატებით გამოიყენონ ეს ცოდნა ავადმყოფთან მუშაობის დროს. ამასთან უნდა დაიცვან გულ-ახლილობისაკენ განმწყობი სათანადო ტაქტი, ყურადღება და კეთილი დამოკიდებულება. არცთუ იშვიათად ქალები მედლებს გაანდობენ იმას, რასაც ექიმს არ ეტყვიან. გულახდილი საუბრის დროს მიღებული შონაცემები ხელს უწყობს ზუსტი დიაგნოზის დადგენას და აღეკატური მკურნალობის შერჩევას.

დიდი ფსიქოთერაპიული მუშაობა უნდა ჩაუტარონ ქალს სერიოზული ქირურგიული ოპერაციის წინ (საშვილოსნოს ამპუტაცია, საკვერცხის ამოკვეთა და სხვ.). აუცილებელია ქალის პიროვნული თავისებურებების და ოჯახურ-ცოლქმრული ურთიერთობის შეფასება. ამის შემდეგ მნიშვნელოვანია ავადმყოფთან საუბარი მომავალი ოპერაციის შესახებ, კეთილსასურველი გამოსავლის რწმენის შთაგონება. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში აუცილებელია ქალს გავუფანტოთ დაუსაბუთებელი შიში, რომ თითქმის ოპერაცია დაუქარგავს მას ქალურ მიმზიდველობას, ზეგავლენას მოახდენს ჰარმონიულ ცოლქმრულ ურთიერთობასა და სქესობრივ ცხოვრებაზე. ქირურგიული ჩარევის შემდეგ მოსალოდნელია ფსიქონევროზული დარღვევები, რის გამოც მედღები ვალდებულნი არიან ავადმყოფებს ჩაუტარონ ხანგრძლივი მოსამზადებელი მუშაობა.

სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში მნიშვნელოვანი პრობლემაა დაორსულების შიში. ახალგაზრდა ქალებს საჭიროა ავეუხსნათ, რომ ამჟამად ჩასახვის საწინააღმდეგო მრავალი საშუალება არსებობს. აუცილებლად უნდა გავაფრთხილოთ ისინი, რომ ჩასახვის საწინააღმდეგო აბების მიღებისას სისხლძარღვ-ვეგეტატიური თანასიმპტომების (გულისრევის, მადის დაკარგვის, პირში ცუდი გემოს და სხვ.) გამოვლენა არ იწვევს ჯანმრთელობის დარღვევას.

ორსულობა და მშობიარობა ერთ-ერთი აქტუალური ფსიქოლოგიური პრობლემაა, რომელიც ქალს ცხოვრების გზაზე ხვდება. ქალი შიშობს მომავალი ბავშვის ბედის გამო: იქნება თუ არა ჯანმრთელი, ზომ არ იქნება რაიმე ანომალია, როგორ განვითარდება ფიზიკურად და ფსიქიკურად და სხვ. ორსულობის ბოლო დროს იწყება მშობიარობის გამო შფოთვა (ტკივილის შიში, სხვადასხვა ვართულებისაგან სიკვდილის საფრთხე, შორისის გახვევის შესაძლებლობა და სხვ.). ორსულობის დროს ფსიქიკური დარღვევები, უპირველეს ყოვლისა, დამოკიდებულია ქალის პიროვნულ თვისებებზე, სოციალურ-საყოფაცხოვრებო პირობებსა და სხვა ფაქტორებზე, — რის შესახებაც ქალთა კონსულტაციის ექიმს და მედდას უნდა ჰქონდეთ განსაზღვრული წარმოდგენა და ჩაუტარონ მათ შესაბამისი მაკორიგირებელი ფსიქოთერაპია.

ქალს განსაკუთრებით რთული ფსიქოლოგიური განცდები ეწყება ქორწინებისგარეშე კავშირით ორსულობის გამო (ცრურწმენები, უმამოდ ბავშვის აღზრდის პრობლემა და სხვ.). ასეთ ქალებს ქალთა კონსულტაციის მუშაკების განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდებათ. მარტოხელა დედებს ჩვენს ქვეყანაში სახელმწიფომ დიდი შესაძლებ-

ლობები შეუქმნა ბავშვის სრულფასოვანი აღზრდისთვის (შეგებულენა, დახმარება და სხვა შეღავათები). ორსულობის და მშობიარობის კეთილსასურველი გამოსავლის და შემდგომი ნორმალური ცხოვრების შთაგონება ქალთა კონსულტაციის და სამშობიარო სახლის ექიმისა და მეანი ქალის ჰუმანური და კეთილშობილური ამოცანაა.

მშობიარობის ტკივილი მუდამ იყო მეანობის ერთ-ერთი ურთულესი პრობლემა. მრავალი მკვლევარის აზრით, მისი მიზეზია ფესვგამჭდარი რწმენა, რომ მშობიარობა ძლიერ მტკივნეულია. 20—30-იან წლებში ჩვენს ქვეყანაში შეიმუშავეს ფსიქოთერაპიული ხერხები სამშობიარო ტკივილის პროფილაქტიკისთვის. უმტკივნეულო მშობიარობისთვის ფსიქოპროფილაქტიკური მომზადება ი. პ. პავლოვის მოძღვრებაზეა აგებული. უმტკივნეულო მშობიარობისთვის მომზადების ძირითადი მიზანია მომავალი მშობიარობის გამო ორსული ქალის შიშის გაქრობა. ამისათვის ქალებს უკითხავენ ლექციებს, უტარებენ საეუროსო, ინდივიდუალურ ან ჯგუფურ გასაუბრებებს, უჩვენებენ კინოფილმებს მშობიარობის შესახებ და სხვ., ასწავლიან სუნთქვის მოწესრიგების, კუნთების მოდუნების ხელშემწყობი ტანვარჯიშის ილეთებს. გარდა ამისა, მიმართავენ ფსიქოპროფილაქტიკის სხვადასხვა მეთოდს: აუტოგენურ ვარჯიშს, რაციონალურ ფსიქოთერაპიას, სუგესტიურ ჰიპნოთერაპიას. აუცილებელია ქალს აეუხსნათ, რომ მშობიარობის დროს არსებით დახმარებას თვითონვე გაუწევს თავს, თუკი შეასრულებს ექიმისა და მეანი ქალის ყველა მითითებას.

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა ბავშვთა დაავადებების კლინიკაში

ავადმყოფი ბავშვის მოვლა, გარდა კარგი პროფესიული მომზადებისა, საჭიროებს დიდ მოთმინებას, ბავშვის სიყვარულსა და ცოდნას. ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას აუცილებელია ასაკობრივი პერიოდის გათვალისწინება (ჩვილობის, სკოლამდელი, სასკოლო, მოზარდის, ჯაბუკობის). ავადმყოფი ბავშვის მოვლისთვის ფსიქოლოგიის თვალსაზრისით მნიშვნელობა აქვს იმის წარმოდგენას, თუ რამდენად შეესაბამება ფსიქიკური და ფიზიკური განვითარება პაციენტის ასაკს. ბავშვებს, რომლებიც განსაკუთრებით ხშირად ავადმყოფობენ ადრეულ ასაკში, უფერხდებთ ფსიქიკური და ფიზიკური განვითარება. ისინი უფრო ინფანტილურად გამოიყურებიან, ვიდრე მათი ტოლი ჯანმრთელი ბავშვები.

სკოლამდელი და უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვებს ხშირად

აღენიშნებათ სხვადასხვაგვარი შიში (სიბნელის, მარტოობის, თეთრი ხალათის, ნემსის და სხვ.), ნევროზული რეაქციები (შარდის, განავლის "შუუკავებლობა და სხვ.). ზოგჯერ საავადმყოფოში ყოფნას ბავშვები ჩადენილი დანაშაულის საზღაურ სასჯელად მიიჩნევენ, გულნატკენები და განმარტოებულები არიან.

ბავშვებთან მომუშავე მედლა მუდამ უნდა ზრუნავდეს მათზე, ავლენდეს სითბოსა და ყურადღებას, რათა საყვარელი მშობლების არყოფნა არ აგრძობინოს. სტაციონარს განსაკუთრებით მძიმედ იტანენ 5 წლამდე ასაკის ბავშვები. მიზანშეწონილია, რომ საავადმყოფოში მიყვანის შემდეგ მედლა დიდხანს დარჩეს ბავშვთან. დედის წასვლის შემდეგ მედლა უეჭველად უნდა ეთამაშოს ბავშვს, ყურადღება გადაატანიოს, თავისკენ განაწყოს და ბავშვის შეკითხვაზე — „სად არის დედა?“ შეეცადოს გასაგებად აუხსნას დედის არყოფნის ოჯახურ-სამსახურებრივი ხასიათის მიზეზები. მშობლებს, რომლებიც ვერ ნახულობენ ავადმყოფ ბავშვებს, უნდა უთხრან, რომ რეგულარულად მოსწერონ წერილები, გამოუგზავნონ საჩუქრები, რათა ბავშვმა იგრძნოს. რომ ახსოვთ და უყვართ.

საბავშვო სამკურნალო დაწესებულებაში ფსიქოლოგიური გარემო ბავშვებს უნდა დაეხმაროს თავი ისე იგრძნოს, როგორც ოჯახში. თამაშობანი. მეცადინეობა აახლოვებს ბავშვებს, ხოლო მედლების კეთილი და თბილი დამოკიდებულება აადვილებს ბავშვის ადაპტაციას ახალი პირობებისადმი.

ბავშვები ყოველთვის შიშობენ სამედიცინო მანიპულაციების გამო, განსაკუთრებით ინიექციის წინ. აუცილებელია ბავშვის მომზადება პროცედურისათვის, მისი გამხნეება. ბავშვზე ზოგჯერ დადებითად მოქმედებს სიტყვა, რომ ის ყოჩაღია და ძლიერი. გმირულად გადააქვს მცირე ტკივილი. ამასთან, ბავშვზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედება საჭიროა მისი ინდივიდუალურ-პიროვნული თავისებურებების გათვალისწინებით. ბავშვი, როგორც წესი, უფრო ადვილად უძლებს ინოქციებს კანქვეშ, ვიდრე კუნთებში, რადგან მის თვალწინ შესრულებული მანიპულაცია ნაკლებად აშინებს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის შიშის განცდის რაძლევას. აუცილებელია გულდია საუბრისას გავარკვიოთ მისი კონკრეტული მიზეზი, შევეცადოთ გავუფანტოთ დამაჯერებელი საბუთებით, რომ მედლა და ექიმი ყოველთვის მასთან არიან და დროზე აღმოუჩენენ დახმარებას.

მედლის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ისწავლოს ბავშვებთან კა-

რგი კონტაქტის დამყარება, განსაკუთრებით იმ განყოფილებებში, სადაც ადრეული ასაკის ბავშვები მკურნალობენ. მზრუნველი, ყურადღებიანი დამოკიდებულება ბავშვისადმი, მისი გაგებისაკენ სწრაფვა დიდი ხელოვნებაა, რომელშიც პროფესიული დონე შეხამებულია მღდლის პიროვნულ თავისებურებებთან. ასეთი მუშაობისას საჭიროა საბავშვო თამაშობათა ფსიქოლოგიის გარკვეული ცოდნა. დიდი მნიშვნელობა აქვს მედიცინის დის მიერ ბავშვის გართობის, მისი თამაშში მიზიდვის — ბავშვის ცხოვრების ამ მნიშვნელოვანი ელემენტის ცოდნას. შედარებით უფროსი ასაკის ბავშვებთან მუშაობისას აუცილებელია სათამაშო კომპონენტებთან ერთად საინტერესო სამუშაოს გამოძებნა მათი თავისუფალი დროის შესავსებად. შეიძლება ხატვის, პლასტელინისაგან ძერწვის, ქარგვის (მოზარდი გოგონებისათვის), კოლექტიური და ინდივიდუალური კითხვისა და სხვათა გამოყენება. ამასთან გასათვალისწინებელია ბავშვის (მოზარდის) განვითარების დონე და ემოციური განწყობილება ამა თუ იმ საქმიანობისადმი.

სერიოზული სიძნელეები ექმნებათ ბავშვთა განყოფილების მედიცინის მუშაკებს მშობლებთან ურთიერთობისას. ბუნებრივია მათი რეაქცია: მოუსვენრობა, ზრუნვა და შიში ბავშვის გამო. აუცილებელია თავაზიანად და დარწმუნებით აეუხსნათ მათი შიშის უსაფუძვლობა, რამაც ბავშვთან ურთიერთობისას შეიძლება მის ფსიქოლოგიაზე უარყოფითად იმოქმედოს. მაგრამ ისეთი შემთხვევებიც არის, როცა ადელი არ არის მშობლებთან ურთიერთგაგების მიღწევა. ზოგჯერ ისინი მეტად ემოციურად რეაგირებენ ბავშვის დაავადებაზე და არ შეუძლიათ რეალური ფაქტის კრიტიკულად შეფასება. ასეთ შემთხვევებში მღდლს მოეთხოვება მოთმინება და გამძლეობა, რათა არა მარტო მოისმინოს, არამედ აუხსნას კიდევ მშობლებს მათი მეტისმეტი შფოთვის უსაფუძვლობა. მეტრსმიტად რთული პრობლემები დგება ექიმისა და მღდლის წინაშე, როცა ბავშვები შეპყრობილნი არიან არასასურველი პროგნოზის მქონე მძიმე დაავადებით. ამის შეტყობინება მშობლებს თავზარს სცემს, იწვევს სასოწარკვეთილებას, ხშირად მტრულ გამოთქმებს მედიცინის მუშაკების მისამართით. იმ შემთხვევაში, როცა დიაგნოზი ზუსტია და მოახლოებულია გარდაუვალი ლეტალური დასასრული, ავადმყოფი ბავშვის მშობელი ფრთხილად უნდა მოვამზადოთ ამისთვის.

ბავშვებთან მომუშავე მღდლა უნდა იყოს ზომიერი და თავშეკავებული, რადგან უხეშ, ემოციურად შეუკავებელ, უტაქტო მომუშავეს დახმარებაზე უფრო მეტად ზიანი მოაქვს ავადმყოფი ბავშვისთვის.

პრაქტიკული მუშაობის დროს თითქმის ყველა კლინიკაში მედ-მუშაკი ავადმყოფებთან ურთიერთობისას ხშირად ხვდება საკითხებს, რომლებიც ფსიქიატრის კომპეტენციას ეკუთვნის. უნდა აღვნიშნოთ რომ ჰეშმარიტად ფსიქოზური მდგომარეობა შედარებით იშვიათია სომატურ სტაციონარებში, ხოლო პიროვნულ-ნევროზული აშლილობა ყოველდღიურად გვხვდება. მრავალპროფილიანი სამკურნალო დაწესებულებები ფსიქიატრ-კონსულტანტის მომსახურების გარეშე ვერ გადაივლის. იმავე დროს როგორც ფსიქოპათოლოგიური აშლილობის ძირითადი გამოვლინების, ისე ამა თუ იმ პროფილის ავადმყოფებთან ურთიერთობის თავისებურებების თუნდაც ზოგად ცოდნას მნიშვნელობა აქვს მედდისთვის, მიუხედავად იმისა, თუ მედიცინის რომელ დარგში მუშაობს იგი. დიდ სამკურნალო ცენტრებში იქმნება ფსიქოსომატური განყოფილებები, სომატური დაავადებების მკურნალობასთან ერთად მათი ამოცანაა შესაბამისი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა. დიდი სომატური საავადმყოფოების შტატებში სულ უფრო ფართოდ მტკიცდება ფსიქოთერაპევტის ახალი სპეციალობა, ანუ ექიმი-ფსიქიატრი, რომელიც კარგად არის გარკვეული „მცირე“ ფსიქიატრიის სფეროში (ნევროზი, რეაქციული მდგომარეობა, ფსიქოპათია, ნევროზისებრი და ფსიქოპათიისებრი რეაქცია და სხვ.) და თავის პრაქტიკაში ფართოდ იყენებს მკურნალობის ფსიქოთერაპიულ მეთოდებს (რაციონალური ფსიქოთერაპია, აუტოგენური ვარჯიშები, სუგესტიური ფსიქოთერაპია). ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაყვანის შესახებ შეტყობინება ავადმყოფში იწვევს თითქმის ცრურწმენით შიშს სტაციონირების აუცილებლობის გამო.

თანამედროვე ფსიქიატრიული საავადმყოფო მცირედ განსხვავდება სომატური საავადმყოფოსგან. დიდი ხანია წარსულს ჩაბარდა ფანჯრის გისოსები, უზარმაზარი პალატები, „ციხის“ დერეფნები და სხვ. უმრავლეს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გათვალისწინებულია ყველა შესაძლო კეთილმოწყობილობა, რათა ავადმყოფებმა სხვა სამკურნალო დაწესებულებებთან შედარებით თავი ცუდად არ იგრძნონ. პალატაში სუფევს მყუდროება, ავადმყოფებისთვის შენდება ფართო და ნათელი დასასვენებელი ოთახები, სადაც არის რადიო, ტელევიზორი, მაგიდის სათამაშოები; ავადმყოფები ჩაბმული არიან შრომითი თერაპიის სხვადასხვა სახეობაში (მუყაოზე მუშაობა, ქარგვა, ხეზე ქრადა სხვ.).

სამკურნალო საშუალებების არსენალში დიდი როლდენობით ნეიროლოპტიკების, ტრანკვილიზატორების, ანტიდეპრესანტების დანერგვამ მკურნალობის ფიზოთერაპიულ და სხვა მეთოდებთან ერთად ახალი შესაძლებლობები შექმნა ფსიქიკური ავადმყოფების სამკურნალოდ. მაგრამ ყოველთვის ადვილად არ მიიღწევა სასურველი შედეგი და ავადმყოფებს ხანგრძლივი მკურნალობა უხდებათ სტაციონარში, შემდეგ კი დისპანსერის პირობებში განაგრძობენ ხელშემწყობ თერაპიულ მკურნალობას. სამკურნალო პრაქტიკაში აქტიური ფსიქოფარმაკოლოგიური წამლეულის დანერგვამ არსებითად შეცვალა ფსიქიკური აშლილობის გარეგანი გამოვლინების სურათი, ავადმყოფის მოვლის პრინციპები სტაციონარში და დისპანსერული დაკვირვების დროს.

მაგრამ ზოგ ავადმყოფს მკაცრი ფსიქიატრიული მეთვალყურეობა სჭირდება, რაც გამოწვეულია ფსიქიკური დაავადების სპეციფიკური თავისებურებებით განსაზღვრული ვითარებით, რაც განსაკუთრებით მკვეთრად ვლინდება მწვავე მდგომარეობისას. ეს თავისებურებებია: 1) ავადმყოფობის კრიტიკული თვითშემეცნების არარსებობა და ფსიქოზური აშლილობის დროს მკურნალობის უგულვებელყოფა, 2) დენის იდეები იმპერატიულ (ბრძანების ფორმით) პალუცინაციებთან ერთად, არცთუ იშვიათად ანტისოციალური მიმართულების, 3) აქვთ სუიციდური აზრები და მოქმედება, 4) ფსიქოზური მდგომარეობა, ცნობიერების მოშლის მოვლენებით (დელირიუმი, ონეიროიდი, ბინდისებური მდგომარეობა და სხვ.), 5) ფსიქომოტორული აგზნებულობა და იმპულსური მოქმედება.

მდგომარეობის გაუმჯობესებისას ავადმყოფს შეუძლია არა მარტო ოჯახის წევრებთან შეხვედრა და საავადმყოფოს ტერიტორიაზე სეირნობა, არამედ აქვს ოჯახის მონახულების ნებაც, თუკი აქტიურად ცდილობს ნათესავებთან ურთიერთობის დამყარებას. ავადმყოფი მხოლოდ მწვავე მდგომარეობაშია საშიში საზოგადოებისა და საკუთარი თავისთვის. მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და კრიტიკული თვითშემეცნების შექმნის შემდეგ ის მეტად მწვავედ განიცდის იმ საზოგადოებრივ რეზონანსს, რომელიც შესაძლოა გამოეწვია თვით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მისი მოთავსების ფაქტს, მისი ავადმყოფობით განპირობებულ შესაძლო სოციალურ შეზღუდვას.

საავადმყოფოში ხანგრძლივად მყოფ ავადმყოფზე ზოგჯერ სასურველ ზეგავლენას ახდენს სამკურნალო ფსიქოლოგიური ღონისძიებების ის კომპლექსი, რომელსაც შეიძლება პირობითად ვუწოდოთ „სამკურ-

■ნალო“ გარემო. პირველ რიგში ეს არის სამედიცინო პერსონალის მზრუნველი და კეთილი დამოკიდებულება, მიზანდასახულ მეცადინეობასა და საწარმოო შრომაში ჩაბმა, მიზანშეწონილად ორგანიზებული დასვენება, თბილი ემოციური კონტაქტის დამყარება ნათესავეებთან და ახლობლებთან, ზოგჯერ კი ექიმის ნებითა და ავადმყოფის სურვილით თანამშრომლებთანაც. მედლები ავადმყოფის მოვლასთან დაკავშირებული ჩვეულებრივი ამოცანების გარდა (ტემპერატურის გაზომვა, წამლების დარიგება, სხვადასხვა პროცედურის შესრულება) უნდა დაეუფლონ ავადმყოფებთან მეცადინეობის გარკვეულ სახეებს, რაციონალური ფსიქოთერაპიის მეთოდებს.

ფსიქიკური ავადმყოფის მდგომარეობაზე არანაკლებ ზეგავლენას ახდენს მედლის პიროვნება: ავადმყოფზე კარგად მოქმედებს სამედიცინო პერსონალის, განსაკუთრებით მედლის კეთილი მზრუნველი დამოკიდებულება, არა მარტო მათი სხვადასხვაგვარი გაცხადებისა და გამონათქვამის მოსმენა, არამედ მათი გაგება და შესაბამისი გამობმარებაც. ავადმყოფის თხოვნა და ნათქვამი მნიშვნელოვნად განპირობებულია ბოღვითი გაცდებით, ამიტომ არასოდეს არ უნდა ვეცადოთ მათ გადარწმუნებას, რაც უნდა უაზროდ მსჯელობდნენ ისინი, რადგან ბოღვა ავადმყოფური მსჯელობა და დასკვნებია, რომლებიც შესწორებას არ ექვემდებარება. თუ მედლა ავადმყოფის კითხვებს ვერ უპასუხებს, თავის არაკომპეტენტურობაზე უნდა მიუთითოს. მედლის მოვალეობაში შედის ავადმყოფის ქცევის თავისებურებებსა და გამონათქვამზე დაკვირვება, მათი გაგებისკენ სწრაფვა. მან თავის დაკვირვებები უნდა მოახსენოს მკურნალ ექიმს. მედლის ქცევამ და რეაქციამ ავადმყოფზე დამამშვიდებელი ზეგავლენა უნდა მოახდინოს.

მედლის მუშაობა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ავადმყოფის მხოლოდ უბრალო მოვლა არ არის, როგორც აღვნიშნეთ, ის საჭიროებს განსაზღვრულ პირადულ განწყობას, ხელოვნებასა და ოსტატობას მუშაობაში, რათა ავადმყოფს გაუგოს კიდევ და ფსიქოლოგიური დახმარებაც აღმოუჩინოს. მედლამ უნდა გაიგოს ავადმყოფის ემოციური გაცდების რთული სამყარო, გამოეხმაუროს ამ გაცდებს ავადმყოფისთვის გასაგები თანაგრძნობით და დამამშვიდებელი სიტყვებით. ეს მოითხოვს არა მარტო პროფესიულ მომზადებას, არამედ თბილ თანაგრძნობასაც.

განსაკუთრებულ განხილვას საჭიროებს შიში ფსიქიკური ავადმყოფების წინაშე. ხშირად ახალგაზრდა მედლებს ეშინიათ ცალკეული ავადმყოფების ფიზიკური ღონისა, მათი განრისხების, იმპულსური

მოქმედების. ავადმყოფები მწვავედ გრძნობენ სამედიცინო პერსონალის ემოციურ მდგომარეობას და ხშირად განზრახ ცდილობენ სამედიცინო პერსონალსა და გარშემომყოფ ავადმყოფებს ჩააგონონ შიში თავიანთი გამოთქმებითა და ქცევით. სხვადასხვაგვარი ნეიროლეპტიკებისა და სხვა წამლეულის ფართო არსენალის გამოყენება ძალიან ადვილად უჭრობს ავადმყოფს აგრესიულობასა და დამაბულობას. გარდა ამისა, ასეთ ავადმყოფზე კეთილსასურველ ზეგავლენას ახდენს კეთილი და ყურადღებიანი დამოკიდებულება.

განსაკუთრებულ კატეგორიას მიეკუთვნებიან სუიციდური ტენდენციებისა და გაქცევის სურვილის მქონე ავადმყოფები. თვითმკვლელობის აზრები უვითარდებათ დეპრესიის მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს. კარგად მომზადებული მედია ადვილად შეამჩნევს დეპრესიული ავადმყოფისათვის დამახასიათებელ სიმპტომატიკას (მოძრაობისა და იდეატორული შეზოკილობა, დართგუნვილ-დამწუხრებული განწყობილება, აგრეთვე მისწრაფება გარემოსაგან პირქუში გამიჯვნისა). ასეთი ავადმყოფი, როგორც წესი, არაფერს ამბობს სიცოცხლის მოძულების შესახებ და შესაფერ შემთხვევას ელის, რათა შეასრულოს სუიციდური ცდა, ცდილობს საამისოდ საჭირო მჩხვლეტავ-მჭრელი და სხვა საგნების შოვნას. მედიცინის პერსონალმა ასეთ ავადმყოფს მუდმივად უნდა ადევნოს თვალყური, იყოს ფხიზლად. სუიციდური ცდები, მიუხედავად პროფილაქტიკური ღონისძიებებისა, ფსიქიატრიული საავადმყოფოს კედლებშიც კი ხდება. ავადმყოფი ზოგჯერ ახერხებს თავისი მდგომარეობის დისიმულირებას და მედიცინის მუშაკების ყურადღების მოღუნებას.

მეტად ძნელია გაქცევის მოსურნე ავადმყოფის მოვლა. ჩვეულებრივ, გარბის ასოციალური ქცევის ავადმყოფი, რომლის ანამნეზში არის კრიმინალური ეპიზოდების ელემენტები, პარანოიული იდეები. მისი განზრახვის შეტყობა ზოგჯერ შეიძლება სხვა ავადმყოფებისგან, რომელთა თანამონაწილეებად გახდომაც სურს, რათა დაეხმარონ კარის გასაღებად საჭირო ხელსაწყოების შოვნაში, ტანსაცმლის მომზადებაში და სხვ.

დიდ მოთმინებას, საზრიანობას და, შეიძლება ითქვას, ხელოვნებას საჭიროებს ნაკლებმისადგომ აუტიურ ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარება. ზოგჯერ პროცედურების შესრულების დროს ფრთხილი ტაქტიკა, კეთილი ღიმილი, აღერსიანი სიტყვა გააღლობს ყინულს და აღადგენს კონტაქტის უწყვრილეს ძაფს. აუცილებელია საკუთარი პროფესიის დიდი სიყვარული და პირადი პროფესიული ოსტატობა, რათა

შემდგომში ეს ძაფი არ გაწყდეს. ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარების მცოდნე მედლა უდიდეს დახმარებას უწყევს ექიმსა და ავადმყოფს დაავადების წარმატებით მკურნალობაში.

დიდი ფსიქოლოგიური მნიშვნელობა აქვს ახალშემოსული ავადმყოფის მიღების ორგანიზაციას, განსაკუთრებით, როცა ის მეტად უხალისოდ თანხმდება სტაციონარულ მკურნალობაზე, ანდა როცა საავადმყოფოში აწვევენ მისი თანხმობის გარეშე. ამასთან სერიოზული მოვალეობანი ეკისრებათ მედლებს, რომლებიც მიღებისას ძირითად ფორმალობას ასრულებენ. ავადმყოფთან ურთიერთობისას, მის შეკითხვებზე პასუხის გაცემის დროს აუცილებელია მოთმინება, გამძლეობა და ყურადღება. ამასთან, მედლა უნდა იყოს ფხიზელი, თვალყური ადევნოს, რომ ავადმყოფმა განყოფილებაში არ შეიტანოს ნარკოტიკები, საგნები, რომლების გამოყენებაც შეიძლება სუიციდური მოქმედებისთვის, აგრესიული მიზნით და სხვ. საჭიროა დიდი ტაქტი, რათა არ შეურაცხყონ ავადმყოფი მისდამი უნდობლობით.

დიდად მნიშვნელოვანია ახლად შემოსული ავადმყოფის პალატაში მოთავსებისას გაითვალისწინონ ფსიქოლოგიური შეგუება იქ მყოფ ავადმყოფებთან. ამ საკითხში ექიმისთვის დიდი დახმარების გაწევა შეუძლია ყურადღებთან და დაკვირვებულ მედლას.

მედლიცინის მუშაკის ტაქტიკა ამბულატორიული მიღების პირობებში

პოლიკლინიკის პირობებში ავადმყოფებთან ურთიერთობას თავისი სპეციფიკა აქვს. სამუშაო დღის განმავლობაში მედლას შეხვედრა უხდება მრავალ ავადმყოფთან, რომელთაგან ნაწილი ექიმთან პირველად არის მისული. მედლისა და ავადმყოფის დამოკიდებულების ხასიათზე ზეგავლენას ახდენს როგორც დაავადების სპეციფიკა, ისე პაციენტის პიროვნული თვისებები. მეტად მნიშვნელოვანია, რომ პირველმა გაცნობამ, რასაც მცირე დრო ეთმობა, ისინი ნდობისა და ურთიერთგაგებისკენ განაწყოს, რაც საჭიროებს არა მარტო კარგ პროფესიულ მომზადებას, არამედ განსაზღვრულ სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ და ფსიქოთერაპიულ ჩვევებს, აგრეთვე დეონტოლოგიის ცოდნას.

უბნის მედლის შრომა დაკავშირებულია დიდ სირთულეებთან, მაღალ პასუხისმგებლობას და თავდადებას საჭიროებს. ზუსტი გრაფიკის შედგენა ავადმყოფების მიღების პირველადი და განმეორებითი მოსვლის გათვალისწინებით, მიღების დროის დაცვის შემოწმება, ავად-

მყოფობის ისტორიების შერჩევა, მიღების მიზეზის დაზუსტება და სხვა საორგანიზაციო ღონისძიებანი უბნის ექიმსა და მედდას მნიშვნელოვნად უმსუბუქებს მუშაობას, უზოგავს დროს, ქმნის ავადმყოფებისთვის მოსახერხებელ პირობებს.

უბნის ექიმი და მედდა არა მარტო ნახულობენ ავადმყოფს მიღებაზე, არამედ შინაც ეწვევიან, თვალყურს ადევნებენ მისი ავადმყოფობის დინამიკას, საყოფაცხოვრებო და ოჯახური ურთიერთობის პირობებს, რასაც მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის წარმატებით მკურნალობისთვის.

ავადმყოფის სამკურნალოდ განწყობის მნიშვნელოვანი კეთილსასურველი ფსიქოლოგიური პირობაა მშვიდი, ყურადღებიანი და დადებითი ემოციურ-ეთიკური ზემოქმედების გარემო. უბნის ექიმმა და მედდამ უნდა იზრუნონ, რომ მიღების მომლოდინე ავადმყოფები ისხდნენ მოხერხებულ სავარძლებში ან სკამებზე. ექიმის მიღებამდე ექთანი თავზიანად უნდა შეხედეს ავადმყოფს, შეიტყოს მისი გვარი და მიღებისთვის დანიშნული დრო, მოუბოდიშოს, თუკი მიღება შეგვიანდება, აუხსნას ამის მიზეზი, განაწყოს მეგობრული საუბრისთვის, აპასუხებინოს მისთვის საინტერესო შეკითხვებზე. ასეთი ყურადღება ქმნის სასურველ ფსიქოლოგიურ საფუძველს ექიმთან შემდგომი საუბრისთვის, ხოლო ავადმყოფი რწმუნდება, რომ საქმე აქვს ყურადღებიან და კეთილ სპეციალისტებთან. იმ შემთხვევაში კი, როცა კაბინეტთან არა დგას საჭირო რაოდენობით სკამები, არ არის დაცული მიღების რიგი, ავადმყოფებს საათობით უხდებათ კარებთან დგომა და ლოდინი, მედდა კი ახსნა-განმარტების ნაცვლად მშრალად პასუხობს: „დაელოდეთ თქვენს რიგს და ცოტა ილაპარაკეთ“, ამ სამკურნალო დაწესებულების მუშაობაში დეონტოლოგიის პრინციპები ირღვევა.

მიღების ორგანიზაციის დროს უეჭველად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ გარდა მძიმე და მწვავე მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფებისა, რომლებიც საჭიროებენ რიგგარეშე სასწრაფო დახმარებას, ყველა სპეციალობის ფარგლებში არიან ავადმყოფები, რომლებიც ასევე პირველ რიგში უნდა მიიღონ. ესენი არიან ინვალიდები, ხნიერი ადამიანები, რომლებსაც სომატური მდგომარეობის გამო უჭირთ დიდხანს ლოდინი. მიზანშეწონილია პირველ რიგში აგრესიული, ფსიქოპათიური ავადმყოფების მიღება, რომლებსაც გამონატული აქვთ ისტერიული ნიშნები და არაჯანსაღ ფსიქოლოგიურ გარემოს ქმნიან მოსაცდელ დარბაზში ავადმყოფობაზე, ექიმებზე თავიანთი მსჯელო-

ბით, თავიანთი პათოლოგიური ემოციურობით ინდუცირებენ ადვილად აგზნებად და შთაგონებად ავადმყოფებს.

მიღების დაწყებამდე მელდა უნდა გაეცნოს ავადმყოფობის ისტორიებს (რეგისტრატურიდან მიღებისას), მიღების მომლოდინე ავადმყოფების კონტინგენტს, გადახედოს მათი მიღების წესრიგს და ექიმთან მსჯელობის შემდეგ შეიტანოს შესწორებები, რათა აიცილოს შესაძლო გართულებები და უზრუნველყონ მუშაობის სიზუსტე. პოლიკლინიკაში მომუშავე მელდა სწრაფად უნდა ორიენტირებდეს მიღების დროს შექმნილ გარემოში და მშვიდად, საქმიანად გადაწყვიტოს წამოჭრილი საკითხები. იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფმა კარგად ვერ გაიგო ექიმის დანიშნულება, მელდამ ყურადღებით უნდა მოუსმინოს, გასაგებად და მოთმინებით აუხსნას, რა გააკეთოს.

უბნის სამსახური ავადმყოფის ბინაზე მონახულებასაც ითვალისწინებს. ექიმის მითითებით მელდა ავადმყოფს სხვადასხვა პროცედურას უტარებს. ამ შემთხვევაში მისი მუშაობა მეტად ტაქტიანი უნდა იყოს, შეეცადოს გაუგოს ავადმყოფს და აღმოუჩინოს სრულფასოვანი დახმარება. ავადმყოფის შინ მონახულების დროს მელდის საქმიანობაში ჩანს იმ სამკურნალო დაწესებულების სულსიკვეთება და ხარისხი, რომელსაც ის წარმოადგენს. მნიშვნელოვანია ავადმყოფის ოჯახთანაც საჭირო კონტაქტის დამყარება, რადგან ხშირად მათ დახმარებაზეა დამოკიდებული თერაპიის ეფექტურობა. მრავალი რთული პრობლემა ხვდებათ ფსიქიატრიულ, ტუბერკულოზის, ონკოლოგიურ დისპანსერებში მომუშავე მელდებს. ხშირად გარშემო მყოფები (ეზოს მეზობლები, თანამშრომლები) ასეთ ავადმყოფებს მტრულად ეკიდებიან დაავადებაზე გავრცელებული არასწორი წარმოდგენების გამო, გაურბიან ტუბერკულოზით, კიბოთი და სულით ავადმყოფებთან ურთიერთობას. მსგავსი ცრურწმენების შემთხვევაში მელდამ ავადმყოფის ოჯახის წევრებს, ნათესავებსა და თანამშრომლებს უბნის ექიმის მონაწილეობითა და კონტროლით უნდა ჩაუტაროს შესაბამისი მუშაობა, აუხსნას დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებანი და ის, რომ შესაძლოა ავადმყოფს ადვილად ეტკინოს გული. მელდა ავადმყოფოდან გამოწერილებს ეხმარება დაუბრუნდნენ ნორმალურ ცხოვრებას ოჯახში, თანდათანობით კი შრომით საქმიანობასაც.

საბჭოთა მედიცინის ერთ-ერთი აქტიური პრობლემაა იმ ავადმყოფების შრომითი ადაპტაციისა და სოციალური რეაბილიტაციის საკითხი, რომლებსაც გადატანილი დაავადების გამო დაკარგული აქვთ შრომის უნარი. ავადმყოფის შრომისუნარიანობის აღდგენის პროცეს-

ში დიდი მნიშვნელობა აქვს მასთან მედიცინის მუშაკების მოთმინებით და გეგმაზომიერ მუშაობას, რათა დაარწმუნონ თავის შესაძლებლობებში, აგრეთვე გარშემო მყოფებს ჩამოუყალიბონ მისდამი სწორი დამოკიდებულება.

საკონტროლო კითხვები

1. გვიამბეთ შინაგან დაავადებათა კლინიკაში ავადმყოფებთან საშუალო მდგომარეობის დამოკიდებულების სპეციფიკის შესახებ.
2. რა თავისებურებები აქვს საშუალო მდგომარეობის და ავადმყოფის ურთიერთობას ქირურგიულ დაავადებათა კლინიკაში?
3. გვიამბეთ სამედიცინა-გინეკოლოგიურ კლინიკაში საშუალო მდგომარეობის და ავადმყოფის ურთიერთობის სპეციფიკის შესახებ.
4. რა თავისებურებები ახასიათებს საშუალო მდგომარეობის და ავადმყოფის ურთიერთობას ბავშვთა დაავადებების კლინიკაში?
5. რაში მდგომარეობს საშუალო მდგომარეობის და ავადმყოფის ურთიერთობა ამბულატორიული მიღების პირობებში?

მე-18 თავი

სამკურნალო რეჟიმი და მისი ძირითადი პრინციპები

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში ჩამოყალიბებული სამკურნალო რეჟიმი ავადმყოფობის მიმდინარეობასა და გამოსავალზე ზნირად სხვადასხვა წამლეულით მკურნალობაზე ნაკლებ ზეგავლენას როდი ახდენს.

სავადმყოფოში ყოფნა იწვევს ცხოვრების სტერეოტიპის შეცვლას. ავადმყოფი წყდება ჩვეულ გარემოს, საყვარელ ადამიანებს, ყოველდღიურ საქმიანობას. ეს არა მარტო იწვევს ავადმყოფის სოციალური კავშირთიერთობის გაწყვეტას, არამედ არღვევს მის სულიერ წონასწორობასაც, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო შიშსა და მღელვარებას ბადებს. დაავადების გამოსავლის გამო შიში მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია ავადმყოფის პიროვნულ თავისებურებაზე. მწვავედ დაწყებული დაავადების დროს შიში და მღელვარება უფრო კონკრეტული და გარკვეულია, ქრონიკულად მიმდინარე დაავადების დროს კი იწყება მეტად ძლიერი შიში, ზოგჯერ ფსიქიკური ცვლილებებიც. ავადმყოფი გულჩათხრობილი და ჰიპოქონდრიული ხდება; ზნირად უვითარდება დეპრესიული მდგომარეობა. ამასთან დაკავშირებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფების სწორად განაწილებას

პალატებში, მიკროკოლექტივში კეთილსასურველი ფსიქოლოგიური კლიმატის შექმნას. ეს გარემოება გასათვალისწინებელია სამკურნალო რეჟიმის ორგანიზაციის დროს. ზოგმა ავტორმა შემოიღო ერთმანეთთან დაკავშირებული თერაპიული რეჟიმების: სამკურნალო რეჟიმის, გარემოთი თერაპიისა და თერაპიული კოლექტივის ორგანიზაციის დიფერენცირებული სისტემის ცნება.

სამკურნალო რეჟიმი პაციენტის ცხოვრების წესის ორგანიზაციაა, რომელიც ხელს უწყობს სწრაფ და საკმაოდ სრულფასოვან გამოჯანმრთელებას. იმ პირობების გარდა, რომლებშიც ხორციელდება მკურნალობა (ამბულატორიული, საავადმყოფოს რეჟიმი), და ზოგადი სამკურნალო განაწესის გარდა, რეჟიმი ითვალისწინებს გარემოს ზეგავლენის გამოყენებასაც (მოფრთხილება, აქტივაცია).

გარემოს პირობებით თერაპია ფართო გაგებით ნიშნავს სამკურნ. ლო მიზნით ავადმყოფის გამოსაჯანმრთელებლად გარემო ფაქტორების გამოყენებას. საბჭოთა კავშირში ი. პ. პავლოვის ფიზიოლოგიურ მოძღვრებაზე დაყრდნობით განმტკიცდა მკურნალობის ორგანიზაციის ზოგადი პრინციპი, ეგრეთ წოდებული სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმი, რომელიც გულისხმობს საავადმყოფოში ავადმყოფებისთვის ეფექტური მკურნალობის ხელშემწყობი და ავადმყოფების ფსიქიკაზე დადადებითად მოქმედი ოპტიმალური პირობების შექმნას. სამკურნალო დაცვითი რეჟიმის ელემენტებია: ყველა არასასურველი ფაქტორის აღიქმა, ბრძოლა ტკივილთან და ტკივილის შიშთან, ავადმყოფის ყურადღების აცდენა ავადმყოფისგან, ფიზიოლოგიური ძილისა და დასვენების მაქსიმალური პირობების შექმნა, შინაგანაწესის ზუსტად შესრულება. სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის მნიშვნელოვანი ელემენტია ავადმყოფთან სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობის ფსიქოთერაპიული პრინციპების დაცვა.

ავადმყოფის ფსიქიკაზე კეთილსასურველ ზეგავლენას ახდენს პალატების, დერეფნების, სააბაზანოს, სანიტარიული კვანძების კარგო სანიტარიული მდგომარეობა, არასასიამოვნო სუნის არარსებობა, დროული დალაგება.

გემრიელად მომზადებულ და დროზე მიწოდებულ საკმელს, ვიწარებას საკმლის მიღებისას და სხვა ფაქტორებს დიდი მნიშვნელობა აქვს წარმატებით მკურნალობისთვის. აუცილებელია სხვადასხვა ხმაურის მოსპობა როგორც პალატებში, ისე დერეფნებში. ამ მიზნით დერეფნებში აფენენ ხალიჩებს, რომლებიც ახშობს ნაბიჯების ხმას. დაუშვებელია პერსონალის ერთმანეთთან და ავადმყოფებთან ხმა-

ქალი ლაპარაკი, ავადმყოფთან პერსონალის გამოძახება უპირატესად სინათლის სიგნალიზაციით ხორციელდება.

ავადმყოფების სასაეირნოდ საავადმყოფოს ტერიტორია უნდა იყოს გამწვანებული და კეთილმოწყობილი. წელიწადის ცივ დროს გასასაეირნებლად ავადმყოფებმა გარდერობიდან უნდა მიიღონ თავიანთი თბილი ტანსაცმელი. საჭიროა უზრუნველყოფილი იყოს ავადმყოფების მუდმივი კავშირი ახლობლებთან და ოჯახთან. მხანველები უნდა გააფრთხილონ, რათა არ შეაწუხონ ავადმყოფი, არ ააღელვონ ოჯახური ან სამსახურებრივი უსიამოვნებით. მიზანშეწონილია ავადმყოფის ნათესავებს მისცენ სამახსოვრო, რომელშიც მითითებული იქნება საჭირო ცნობები საავადმყოფოს წესრიგის შესახებ და ავადმყოფის მოსვენების დაცვის რეკომენდაციები. სამკურნალო რეჟიმის უმნიშვნელოვანესი პირობაა დღის ზუსტი განაწესის არსებობა და მისი ზუსტად შესრულება.

დღის განაწესი დამუშავებული უნდა იყოს ყველა სპეციალიზებულ განყოფილებაში ამ განყოფილებათა (ქირურგიულის, ბავშვთა, ინფექციურის, ფსიქიატრიულის და სხვ.) სპეციფიკური პირობების გათვალისწინებით.

ბოლო ათწლეულებში სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის სისტემის შემდგომი განვითარებისა და სრულყოფის ამოცანების შესაბამისად ლოგინად ავადმყოფის მაქსიმალური, ხანგრძლივი ყოფნისა და მოძრაობის შეზღუდვის რეკომენდაციათა ნაცელად წამოყენებულია მისი აღრეული აქტივაციის, ქმედითი ცხოვრების დანერგვა. ფართოდ დამუშავდა სამკურნალო-მეთოდური ღონისძიებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ შერჩენილი ფუნქციების ვარჯიშს და მოშლილი ფუნქციების აღდგენას, აგრეთვე ავადმყოფს უყალიბებენ ავადმყოფობასთან აქტიური და შეგნებული ბრძოლისა და სიძნელების გადალახვის დადებით ემოციურ განწყობილებას. ამ საფუძველზე აგებულია გამააქტივებელი სამკურნალო რეჟიმი, რომელიც უფრო აღიარებულია და პრაქტიკაში დანერგილია ფსიქონევროლოგიურ სამკურნალო დაწესებულებებში.

სამკურნალო-გამააქტივებელ მკურნალობას მიმართავენ ავადმყოფობის პროცესის იმ სტადიაზე, როცა მწვავე სიმპტომატიკა კუპირებულია და აქტიურად ჩართულია ორგანიზმის საკომპენსაციო-ადაპტაციური ძალები. დაავადების მწვავე ფორმის შემთხვევაში აშცილებელი სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის პრინციპების დაცვა (მკაცრი წოლითი რეჟიმი, წამლეულ-ფსიქოთერაპიული ხასიათის დამამშვიდებელი ღონისძიებები, მაქსიმალური იზოლაცია სხვადასხვა გარეგანი და განსა-

აქტობით ფსიქოგენური გამლიზიანებლისგან). გარდა-ავალ პერიოდში, როცა გამოჩანმრთელების ტენდენციაა, დაცვის რეჟიმის ელემენტები (ფიზიკური და სულიერი სიმშვიდე, ლოგინში წოლა ძილის გარეშე) უნდა შეუთავსდეს გამააქტივებელი რეჟიმის ელემენტებს (კითხვა, ხელსაქმე და სხვ.).

ნებისმიერი რეჟიმის სტრუქტურაში უეჭველად დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ყოფით პირობებს (თანამედროვე ავეჯის გამოყენება, მყუდროების შექმნა, ლამაზი და სუფთა ტანსაცმელი და თეთრეული და სხვ.), რაც შეთავსებული უნდა იყოს კულტურულ გართობასთან სადილის შემდეგ და საღამოს საათებში (ლექციები, საუბრები, მატერული კითხვა) განყოფილებაში სიმშვიდის დაცვის პირობით.

სამკურნალო რეჟიმს ადგენს ექიმი, ხოლო ყველა ღონისძიებას ატარებს საშუალო მედიცინის მუშაკი. მედიცინის დის პროფესიულ სიმწიფეზე, მის მიერ ამოცანებისა და მათი გადაწყვეტის ცოდნაზე დამოკიდებულია ჩატარებული სამკურნალო რეჟიმის ეფექტურობა.

ცნებაში „თერაპიული გარემო“, გარდა ისეთი ფაქტორებისა, როგორცაა მოწყობილობა და პერსონალის ქცევის გრეგული ფორმა, შედის სოციალური ურთიერთობის სისტემა, რომელიც ჩამოყალიბებულია სტაციონარში და ავადმყოფის ახლო გარემოში. აქ იგულისხმება ავადმყოფსა და პერსონალს შორის ისეთი ურთიერთდამოკიდებულება, რომელიც ხელს უწყობს საუკეთესო ურთიერთგაგებას, სამკურნალო პროცესში პაციენტების, როგორც მისი აქტიური და შეგნებული მონაწილეების, ჩაბმას.

სამკურნალო კოლექტივის ორგანიზაციის საკითხი დაკავშირებულია სტაციონარში ავადმყოფების ოპტიმალური შემადგენლობის განსაზღვრასთან. მკვლევართა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ მიზანშეწონილია პალატაში ერთნაირი დაავადების მქონე ავადმყოფების მოთავსება. უფრო სწორია მათი შერჩევა ფსიქოლოგიური შეთვისების პრინციპით. ეს ხელშემწყობ პირობებს ქმნის სამკურნალო კოლექტივისა და გარემოთი თერაპიის ორგანიზაციისთვის. ფსიქოლოგიური შეთვისებისა და „ძლიერი“ პიროვნების „პასიურებზე“ ფსიქოთერაპიული კეთილმოქმედებისთვის პალატებში ავადმყოფების შერჩევასა და რაციონალურ მოთავსებაში დიდი დახმარების აღმოჩენა შეუძლია პოსტის მედდას. იგი ავადმყოფებს მეთვალყურეობს, როცა ისინი სამკურნალო პროცედურებით არ არიან დაკავებული, უპირატესად დღის მეორე ნახევარში, ის ექიმზე უფრო ზუსტად სწავლობს მათ პიროვნულ და ხასიათის თავისებურებებს.

აუცილებელია კიდევ ერთხელ ხაზგასმით აღვნიშნოთ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა სიწყნარე, კარგი განათება და ოპტიმალური ტემპერატურა პალატებში. წყნარი საუბარი, უხმაურო სიარული ფსიქოლოგიურად კარგად მოქმედებს ავადმყოფზე. ოპერაციავადატანილი ავადმყოფები, აგრეთვე მძიმე ავადმყოფები, მეტად მგრძნობიარენი არიან ხმაურისა და ყოველგვარი ფიზიკური გამღიზიანებლისადმი. კარების ჭახუნს, ხმაურიან ნაბიჯებს, საკმლის სარიგებელი ურიკების ჭრიალს და სხვა ავადმყოფებისთვის დიდი უსიამოვნება მოაქვს. ხმაური განსაკუთრებით ხელშემშლელია ღამით, რადგან ბევრ ავადმყოფს დარღვეული აქვს ძილი (ძლივს იძინებს და ადვილად ფხიზლდება უმნიშვნელო ხმაურზეც კი).

საავადმყოფოში ცუდი განათება ისევე მავნეა, როგორც მეტისმეტად კაშკაშა სინათლე. ეს პრობლემა ჯერ კიდევ გადასაწყვეტია. საღამოს საათებში სინათლე უნდა იყოს რბილი (არც მეტისმეტად კაშკაშა და არც მბუხტავი), იმავე დროს შესაძლებელი იყოს ორიინტირება ავადმყოფების მომსახურების დროს.

დაუშვებელია კაშკაშა სინათლის უმიზნოდ ჩართვა და გამოთიშვა. ღამით მიზანშეწონილია პალატაში მქრქალი ლურჯი სინათლით სარგებლობა.

არანაკლები მნიშვნელობა აქვს პალატის ტემპერატურას. ის ოთახის ტემპერატურაზე (18—20°C) დაბალი არ უნდა იყოს. სითბოს შეჩვეულ ავადმყოფებს უნდა მისცენ დამატებითი საბანი. პალატები სისტემატურად უნდა ნიავედბოდეს ისე, რომ გამჭოლი ქარი არ იყოს.

სამკურნალო რეჟიმის განხორციელებასთან ერთად მედიცინის დეპარტამენტს ავადმყოფებს მკურნალობენ ექიმის მიერ დანიშნული წამლეულითა და ფიზიოთერაპიული პროცედურებით. ექიმის დანიშნულების დარღვევა ან შეუსრულებლობა უხეში სამსახურებრივი დანაშაულია. გარდა ამისა, პროცედურის დროზე შეუსრულებლობა (ან არშესრულება), წამლეულის გაცემის დაყოვნება იწვევს მედიცინის მუშაკისადმი ავადმყოფის უნდობლობას, ჩივილს, მედდასა და ავადმყოფს შორის ურთიერთობის გამწვავებას. ზოგჯერ შესაძლებელია ექიმმა ავადმყოფს დაუნიშნოს პროცედურა ან წამალი და არ ჩაწეროს დანიშნულების ქურნალში. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა მედლის წმინდა ფსიქოთერაპიული ტაქტიკა; მან ავადმყოფს უნდა აუხსნას, რომ წამლების გაცემა ან პროცედურები, ჩვეულებრივ, სრულდება მეორე დღეს. ექიმთან შეხვედრისას კი მეტი უნდა დააზუსტოს მისი დანიშნულება და მიიღოს შესაბამისი ზომები.

კომპლექსურ მკურნალობაში მნიშვნელოვან ადგილს იჭერს ფიზიოთერაპია. ამ მკურნალობის ჩატარებისას აქტიურ როლს ასრულებს მედლა. როგორც წესი, ეს მეთოდები ძირითადი არ არის, მაგრამ შეტად მნიშვნელოვანია გამააქტივებელ საშუალებათა არსენალში. ფიზიოთერაპიური კაბინეტების კარგად მუშაობისას ავადმყოფს თითოეული პროცედურის შემდეგ ემატება ენერგია და სიმხნევე, უმტკიცდება მკურნალობის წარმატების რწმენა.

სამედიცინო დეონტოლოგია განუყრელად დაკავშირებულია პრაქტიკაში განმტკიცებულ სამკურნალო რეჟიმთან, რადგან მისი შესრულება მედიცინის მუშაკების მოღვაწეობის უქვეველი პროგრამაა, რომელიც მევეთრად უნდა დაიცვან და შეასრულონ.

სამკურნალო რეჟიმი კეთილსასურველად მოქმედებს ავადმყოფის ფსიქიკაზე, მას უნერგავს ოპტიმიზმს და სამკურნალო ღონისძიების წარმატებით ჩატარების რწმენას.

ხაკონტროლო კითხვები

1. რა არის სამკურნალო რეჟიმი?
2. გვიამბეთ სამკურნალო-დაცეითი რეჟიმის შესახებ.
3. რა არის გამააქტივებელი რეჟიმი?
4. გვიამბეთ გარემოთი თერაპიისა და სამკურნალო კოლექტივის ორგანიზაციის შესახებ.

შე-14 თ ა ვ ი

საგვინეარო მასკარიმანტთან, დიანონხტიკისა და მკურნალობის ახალი საშუალებების დანერგვასთან, ორგანოებისა და ქროვილების გადნერგვასთან დაკავშირებული მთიკარ-დონტოლოგიური პრინციპები და საბითხაბი

დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი საშუალებები ცხოველებზე ექსპერიმენტული გამოცდისა და კარგი შედეგების მიღების შემდეგ რომელიც ეტაპზე ადამიანზეც აპრობირდება. ყოველთვის იბადება კითხვა, დასაშვებია თუ არა ეს მედიცინის ეთიკისა და დეონტოლოგიის პოზიციებიდან. ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა ერთმნიშვნელოვნად შეუძლებელია. ყოველთვის არ შეიძლება სრული დარწმუნებით ვთქვათ, რომ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი საშუალება აბსოლუტურად უვნებელია ადამიანის ჯანმრთელობისთვის. კეთილსასურველი დასასრულის სრული გარანტიის არარსებობა უკვე გულისხმობს სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის ელემენტების დარღვევას. მაგრამ

სამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარების გარეშე არ იქნებოდა პროგრესი მეცნიერებაში და ვერც მედიცინა მიაღწევდა ასეთ წარმატებებს უამრავი ავადმყოფობის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში. უეჭველია, რომ ამ პრობლემის გადაწყვეტისას დაცული უნდა იყოს ისეთი პირობები, რომლებიც უზრუნველყოფენ პიროვნებისა და საზოგადოების ინტერესების ჰარმონიულ შეხამებას.

პირველი პირობაა ექსპერიმენტის ჩატარების დაუშვებლობა ცხოველებზე წინასწარ შედეგების შეუმოწმებლად, მეორე — აუცილებელია ავადმყოფის თანხმობა ექსპერიმენტის ჩატარებაზე. ექსპერიმენტის ჩატარება ავადმყოფთან შეუთანხმებლად შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ის მისი გადარჩენის ერთადერთი საშუალებაა. თუ პრეპარატის შეყვანა ან ოპერაციის ჩატარება ავადმყოფის სიცოცხლისთვის რამდენადმე სარისკოა, აუცილებელია პაციენტის ახლო ნათესავების თანხმობა.

სამკურნალო ექსპერიმენტებისაგან განსხვავებით, წმინდა მეცნიერული ექსპერიმენტები უნდა ჩატარდეს მხოლოდ ნებაყოფლობის საფუძველზე. ამასთან, საცდელი პირი გაცნობილი უნდა იყოს ექსპერიმენტის არსს, მის პრაქტიკულ და მეცნიერულ ღირებულებას, აგრეთვე შედეგებს.

ზოგი საზღვარგარეთელი მკვლევარი ემყარება რასობრივ დისკრიმინაციას და დასაშვებად მიიჩნევს ექსპერიმენტის ჩატარებას სულით ავადმყოფებზე, პათიმრებზე, საცდელ პირებთან ამ საკითხის შეუთანხმებლად. პიტლერული გერმანიის ექიმები „დაბალი რასის“ ადამიანებზე (სლავებზე, ებრაელებზე და სხვ.) ფართოდ ატარებდნენ სხვადასხვაგვარ ექსპერიმენტს, რითაც უხეშად თელავდნენ სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპებს.

სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის საკამათო პრობლემებს ეკუთვნის იძულებითი მკურნალობის, კერძოდ იძულებითი ოპერაციების საკითხი. იძულებით მკურნალობენ ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს (ბოდვის, კრიტიკული თვითშემეცნების დარღვევის დროს) და გარშემო მყოფთათვის საშიში დაავადებებით შეპყრობილ პირებს (ქოლერა, შავი ჭირი, ციმბირის წყლული, ვენერული დაავადება და სხვ.). ასევე წყდება ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ვაქცინაციის მასობრივი ჩატარების საკითხიც. აცრამ ასი ათასობით ადამიანს შეუნარჩუნა სიცოცხლე. მას ატარებენ ეპიდემიური მარვენებლების მიხედვით. ვაქცინაციები რეგლამენტებულია სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და მოკავშირე რესპუბ-

ლიკების ქანმრთელობის დაცვის სამინისტროების ბრძანებებითა და ინსტრუქციებით.

უფრო რთულია საკითხის გადაწყვეტა, როცა ავადმყოფობა საზოგადოებისათვის საშიში არ არის, ხოლო ავადმყოფი და ნათესავები უარს ამბობენ სიცოცხლისათვის აუცილებელ ოპერაციაზე. ასეთ შემთხვევაში არ შეიძლება ძალდატანებით ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ მაღალხეობრივი მედიცინის მუშაკი მაქსიმალურად უნდა შეეცადოს, რათა დაარწმუნოს ავადმყოფი სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობის აუცილებლობაში. მედიცინის მუშაკის ფორმალური დაპოკიდებულება და ხელწერილის ჩამორთმევა ავადმყოფისა და მისი ნათესავებისგან იმ შემთხვევაში, როცა ოპერაციაზე უარი სიკვდილის მოძასწავებელია, ზნეობრივ გაციხვას იმსახურებს.

არანაკლებ რთული ეთიკურ-დემონტოლოგიური პრობლემები წამოიჭრება ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის დროს. ეჭრძოდ, გამართლებულია თუ არა მორალურ-ეთიკური მხრივ ცოცხალი დონორისგან ორგანოს გადანერგვა? ორგანოს, მაგალითად თირკმლის, გადმონერგვა ახლობელი ნათესავისგან (დედის, დის, ძმის) დონორის ქანმრთელობას გარკვეულ ზიანს აყენებს, და ექიმი ყოველთვის ვერ იძლევა გარანტიას, რომ ექსპერიმენტი წარმატებით ჩაივლის და გადანერგილი ორგანოს შეთვისება უზრუნველყოფილი იქნება. მაგრამ ჰუბანიზმისა და კაცთმოყვარეობის პოზიციებიდან ასეთი ექსპერიმენტები დასაშვებია. კეთილსასურველად დასრულებულ ექსპერიმენტში ექიმი და დონორი დიდ მორალურ კმაყოფილებას განიცდიან.

ამჟამად ფართოდ იყენებენ გვამიდან ორგანოების გადახერგვას. ამასთან დაკავშირებულია სამედიცინო და ეთიკურ-უფლებრივი ხასიათის პრობლემები. ორგანოების ამოღება უექველად საჭიროა სიკვდილის ფაქტის დადგენიდან უახლოეს დროში, რაც ზოგჯერ იწვევს მიცვალებულის ნათესავებსა და ახლობლებთან ურთიერთობის გართულებას. ხშირად წინააღმდეგნი არიან ორგანოს ამოღებაზე რელიგიური და სხვა მოსაზრებების გამო. ზოგ ქვეყანაში, მაგალითად აშშ-ში, შიცვალებულისგან ტრანსპლანტაცია შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ანდერძში აღნიშნულია თანხმობა ტრანსპლანტაციაზე ან როცა მისი ნათესავები ამის წინააღმდეგნი არ არიან.

ამჟამად მიცვალებულისგან თირკმლების გადანერგვის ექსპერიმენტის მაღალი შედეგების გამო იგი სამკურნალო აუცილებლობად იქცა. ამასთან დაკავშირებით ბევრი მკვლევარი სამედიცინო ეთიკისა

და დეონტოლოგიის პოზიციებიდან დაუშვებლად მიიჩნევს ცოცხალი ადამიანის თირკმლების დონორობას.

XX საუკუნის 50-იანი წლებიდან დაწყებული დიდად განვითარდა ახალი დარგი — კლინიკური ფარმაცოლოგია კლინიკური მოქმედების ფართო სპექტრის პრეპარატების უდიდესი რაოდენობით სინთეზთან დაკავშირებით. განსაკუთრებით დიდი მიღწევებია მოპოვებული ფსიქოტროპული პრეპარატების სინთეზში. შესაძლებელი გახდა ზოგი ისეთი ავადმყოფური მდგომარეობის ეფექტური მკურნალობა, რომელიც განუკურნებლად იყო მიჩნეული. ახალი აქტიური სამკურნალო საშუალებების სინთეზი, მათი ფართო რეკლამა იწვევს მათდამი ეჭიშვინებისა და ავადმყოფების დიდ ინტერესს. კაპიტალისტურ ქვეყნებში შრომებს გამოდევნებული ფარმაცევტული ფირმები უხეშად არღვევენ ეთიკურ-დეონტოლოგიურ პრინციპებს. მძაფრ საკონკურენციო ბრძოლაში ისინი ხშირად ფართოდ ვაჭრობენ არასაკმაოდ შესწავლილი საშუალებებითა და პრეპარატებით, რომლებიც მნიშვნელოვან თანამოვლენებს იწვევენ. მყიდველთა მისატყუებლად იყენებენ რეკლამის სხვადასხვა საშუალებას. სენატორმა ე. კენედიმ, რომელიც ემყარებოდა ნქსპერიმენტების დასკვნებს, აღნიშნა, რომ აშშ-ში ყოველწლიურად წამლეული პრეპარატების არასასურველი თანამოვლენების გამო იღუპება 60—140 ათასი ადამიანი.

სამედიცინო გენეტიკის მძლავრმა განვითარებამ მრავალი ახალი ეთიკურ-დეონტოლოგიური ხასიათის პრობლემა წამოჭრა. წარმოიშვა ახალი მიმართულება გენეტიკაში — გენეტიკური ინჟინერია. სხვადასხვა სახეობის ორგანიზმების კუთვნილი მემკვიდრეობითი ნივთიერების ფრაგმენტების შექმნის შედეგად მეცნიერები ლაბორატორიულ პირობებში ქმნიან ახალი სასარგებლო თვისებების მქონე ორგანიზმებს. როცა გენეტიკის წარმატებებს იყენებენ მეცხოველეობისა და მემკენარეობის სფეროში მარცვლეული კულტურების, ბოსტნეულისა და ხილის ბიოლოგიური სახეობების თვისებებისა და პროდუქტიულობის გასაუმჯობესებლად, ეს უდიდესი სიკეთეა კაცობრიობისთვის. მაგრამ როცა ეს მიღწევები მიმართულია „ადამიანთა ასლის გადაღების“ ტექნოლოგიის აქტიური დამუშავებისკენ, ეს უკვე განსაზღვრული საფრთხეა კაცობრიობისთვის. მაღალი რანგის ადამიანთა მსახურებად განკუთვნილ და მეორეხარისხოვანი როლის შემსრულებელ ადამიანთა შექმნის ედვას რეაქციული და ფაშისტური რეჟიმები იყენებენ, რათა გააძარტონ გენოციდი და განახორციელონ რასისტული ევგენიკური ღონისძიებები.

უმუშალოდ ადამიანზე გენეტიკური გამოკვლევების ჩატარება შეიძლება საკანონმდებლო-იურიდიული და მორალური პრინციპების ზუსტი დაცვით. სამეცნიერო-ტექნიკური რევოლუციისა და თანამედროვე ბიოლოგიისა და მედიცინის წარმატებების საუკუნეში მძიმე დაავადებებთან ბრძოლის შესაძლებლობანი განუზომლად გაიზარდა. შექმნილია ურგენტულ-რეანიმაციის სამსახური, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებები და სხვ.

სიცოცხლისთვის ბრძოლა იმ შემთხვევაშიც გრძელდება, როცა წარმატების შანსები მინიმალურია. სამედიცინო ეთიკისა და დონოროლოგიის საკითხები ასეთ პირობებში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს. მედიცინის მუშაკების მცირე გულმავიწყობას, უყურადღებობას, უგერგილობას შეიძლება გამოუსწორებელი შედეგი მოჰყვეს.

ეთიკურ-დონოროლოგიური თვალსაზრისით რთულია მედიცინის მუშაკების მიერ საკუთარ თავზე ცდების ჩატარების საკითხი. მედიცინის ისტორიამ იცის მრავალი მსგავსი მაგალითი, როცა ექიმები საშიშ ცდებს ატარებდნენ საკუთარ თავზე, რათა შეესწავლათ სხვადასხვა ინფექციური დაავადების ეთიოპათოგენეზი, სამკურნალოწამლო ნივთიერებების მოქმედების მექანიზმი და სხვ. ასეთი ექსპერიმენტები არა მარტო გამართლებულია საზოგადოებრივი თვალსაზრისით, არამედ გმირობად არის მიჩნეული. საკუთარ თავზე ჩატარებულ ექსპერიმენტებს არცთუ იშვიათად ტრაგიკული შედეგები მოჰყოლია. მედიცინის ასეთი მუშაკების გმირობა და თავგანწირვა სრულიად ბუნებრივად აღტაცების გრძობას იწვევს, მაგრამ ექსპერიმენტი, რომლის ლეტალური დასასრული საექვო არ არის, დაუშვებელია. იმ შემთხვევაში, როცა ექიმი ცდას საკუთარ თავზე იტარებს და ეს გამოწვეულია გადაუღებელი საჭიროებით, იგი თავისი კოლეგების მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს, გრძნობდეს მათ მხარდაჭერას, ასრულებდეს ყველა მათ მითითებას.

საკონტროლო კითხვები

1. რა შემთხვევებშია დასაშვები ექსპერიმენტი ადამიანზე?
2. რით განსხვავდება სამკურნალო ექსპერიმენტი სამეცნიეროსგან?
3. რა შემთხვევებშია დასაშვები იძულებითი მკურნალობა?
4. გვიამბეთ ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის ეთიკურ-უფლებრივი პრინციპების შესახებ.
5. გვიამბეთ სამედიცინო გენეტიკისა და ფსიქოფარმაკოლოგიის ეთიკურ-დონოროლოგიური პრინციპების შესახებ.
6. დასაშვებია თუ არა მედიკოსების მიერ ექსპერიმენტების ჩატარება საკუთარ თავზე?

**მედიცინის მუშაკის უფლებრივი პასუხისმგებლობის სახეები
და სამედიცინო დოკუმენტაციის ვინიშნელობა**

მედიცინის მუშაკის პასუხისმგებლობა მკურნალობაზე ყველა ისტორიულ ეპოქაში რამდენადმე დამოკიდებული იყო საზოგადოებრივ მართლშეგნებაზე, რელიგიურ შეხედულებებსა და მორალურ-ეთიკურ ნორმებზე. ექსპლოატატორული საზოგადოების პირობებში მედიცინის მუშაკის უფლებრივი პასუხისმგებლობა განიხილებოდა ავადმყოფსა და და მას შორის კერძო დამოკიდებულების თვალსაზრისით.

საბჭოთა სახელმწიფო ანდობს მედიცინის მუშაკებს მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისთვის ზრუნვას, მოითხოვს, რომ ისინი პატიოსნად მოეკიდნენ თავიანთ საპატიო და მნიშვნელოვან საქმეს, მაღალი პასუხისმგებლობის გრძნობით შეასრულონ თავიანთი ვალი, აიმაღლონ თავიანთი პროფესიული ცოდნა.

მედიცინას მუშაკის მნიშვნელოვანი მოვალეობაა ფართო ღონისძიებათა ჩატარება ინფექციური დაავადებების აცილებისა და ლიკვიდაციისათვის, აგრეთვე სანიტარიული განათლების მიზნით სამედიცინო და ჰიგიენური ცოდნის გავრცელება მოსახლეობაში.

საშუალო განათლების მქონე მედიცინის მუშაკი, ისე როგორც ექიმი, მოვალეა პასუხი აგოს ყოველივე დაუდევრობისთვის, რაც მოხდა მისი მიზეზით-დანაშაულებრივი დაუფიქრებლობით, განზრახ ბოროტმოქმედებით.

დანაშაულისა და შედეგის ხასიათის მიხედვით მედიცინის მუშაკი შეიძლება მისცენ პასუხისგებაში. მედიცინის მუშაკის დანაშაული შეიძლება იყოს სამოქალაქო, ადმინისტრაციული და დისციპლინური (ა. პ. გრომოვი).

მედიცინის მუშაკის სამოქალაქო დანაშაულია ძირითადად სამკურნალო დაწესებულებებისთვის ქონებრივი ზარალის მიყენება, ნივთების გაფუჭების, შესახვევი მასალის, მედიკამენტებისა და სხვ. უყაირათოდ შენახვისა და გამოყენების შედეგად. ამავე კატეგორიის დანაშაულია აგრეთვე ავადმყოფისთვის არასწორი მკურნალობით ზიანის მიყენება.

მედიცინის მუშაკის ადმინისტრაციული დანაშაულია სამკურნალო დაწესებულების მართვაში წესრიგის დარღვევა, მაგალითად საავადმყოფოს ან განყოფილების შინაგანაწესის დარღვევა, რის შედეგადაც ხდება სამკურნალო დაწესებულების მუშაობის დეზორგანიზაცია, აგ-

რეთვე ხანძარსაწინალო სანიტარიულ-ეპიდემიის საწინააღმდეგო წე-
სების დარღვევა და სხვ.

სამედიცინო პერსონალის დისციპლინური დანაშაულია ჯანძრთე-
ლობის დაცვის სისტემის დაწესებულებებში დადგენილი ქცევისა და
ურთიერთდამოკიდებულების ნორმებით გათვალისწინებული შრომის,
სამსახურებრივი, საწარმოო, სასწავლო (სტუდენტთა პრაქტიკა) დის-
ციპლინის დარღვევა. დისციპლინურ დანაშაულს ეკუთვნის გაცდენები,
სამსახურში დაგვიანება, მთავარი ექიმის, განყოფილების გამგის განკა-
რგულებების შეუსრულებლობა და სხვ.

თუ დანაშაული მართლმსაჯულების სხვადასხვა მხარის დარღვევას
შეიცავს, ის ერთდროულად ითვლება რამდენიმე სახის დანაშაულად
(სამოქალაქო-უფლებრივი და ადმინისტრაციული, ადმინისტრაციული
და დისციპლინური და სხვ.). მაგალითად, თუ მედიცინის მუშაკმა და-
არღვია საავადმყოფოს შინაგანაწესი, მატერიალური ზარალი მიაყენა
სამკურნალო დაწესებულებას, მაშასადამე მან ერთდროულად ჩაიდინა
ადმინისტრაციული და სამოქალაქო დანაშაული. დანაშაულის თითოე-
ულ სახეს შესაბამისი პასუხისმგებლობა მოჰყვება.

სამოქალაქო პასუხისმგებლობა მდგომარეობს ქონებრივი სანქცი-
ების გამოყენებაში (მაგალითად, საავადმყოფოს მოწყობილობის გაფუ-
ჭებით და წამლეულის მნიშვნელოვანი გადახარჯვით მიყენებული ზარა-
ლის, არასწორი მკურნალობის შედეგად ავადმყოფის დაკარგული შრო-
მისუნარიანობის ანაზღაურება) და ხორციელდება არა მარტო სასამარ-
თლოს (სამოქალაქო სარჩელი), არამედ ადმინისტრაციული და საზოგა-
დოებრივი წესითაც (ამხანაგური სასამართლოს გზით).

მედიცინის მუშაკის მატერიალური პასუხისმგებლობა სამედიცინო
დაწესებულების ან ავადმყოფისთვის მიყენებული ზარალის გამო, ჩვე-
ულებრივ, განსაზღვრულია და შეადგენს არა უმეტეს სატარიფო განა-
კვეთის (ხელფასის) ერთ მესამედს. ასეთ შემთხვევაში ხელფასიდან და-
ქვითვა შეიძლება მედიცინის მუშაკის მიერ მიყენებული ზარალის და-
დგენიდან არა უგვიანეს 1 თვის განმავლობაში.

ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობა გულისხმობს ჯარიმას, ნიე-
თების (ინსტრუმენტების, პრეპარატების) კონფისკაციას, თანამდებობი-
დან დროებით გადაყენებას და სხვ. ამას ძირითადად ახორციელებს
რაიონის (ქალაქის) აღმასკომის სახალხო დეპუტატების საბჭოების, სა-
ხალხო და ამხანაგური სასამართლოების სპეციალური ადმინისტრაცი-
ული კომისიები.

დისციპლინური პასუხისმგებლობა მდგომარეობს დისციპლინის და-

მრღვევებისთვის დისციპლინური სასჯელის გამოტანაში (შენიშვნა, საყვედური, სასტიკი საყვედური, დაქვეითება, სამსახურიდან მოხსნა, სასწავლებლიდან გარიცხვა და სხვ.). დისციპლინურ სასჯელს ადებენ დანაშაულის დადგენისთანავე და არ შეიძლება მისი გამოტანა დანაშაულის დადგენიდან ერთ თვეზე უფრო გვიან და მისი ჩადენიდან 6 თვეზე უფრო გვიან.

ზოგჯერ ავადმყოფსა და მედიცინის მუშაკს შორის მყარდება კანონმდებლობის ნორმების დარღვევით გამოწვეული კონფლიქტი, რის გამო აღიძვრის სისხლის სამართლის საქმე. მედიცინის მუშაკის მიცემა სისხლის სამართალში შეიძლება შემდეგ შემთხვევებში:

1) მის მიერ წინასწარი განზრახვით ჩადენილი დანაშაულისთვის, რომელიც უშუალოდ გათვალისწინებულია მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კოდექსებით;

2) მისი მოღვაწეობის დროს საჭირო სიფრთხილის დაუცველობის შემთხვევაში, დაუდევრობით ან არაკეთილსინდისიერების გამო თავისი მოვალეობის შეუსრულებლობის ან არასათანადო შესრულებისთვის.

მედიცინის მუშაკის მიერ წინასწარ განზრახვით ჩადენილი დანაშაული. რსფსრ სისხლის სამართლის კოდექსის მე-8 მუხლის თანახმად, დანაშაულად ჩაითვლება „წინასწარი განზრახვით ჩადენილი დანაშაული, თუ მის ჩამდენ პიროვნებას შეგნებული ჰქონდა თავისი მოქმედების ან უმოქმედობის საზოგადოებრივად საშიში ხასიათი, იცოდა, რომ საზოგადოებრივად საშიში შედეგი მოჰყვებოდა, სურდა ის ან შეგნებული დაუშვა ის“

მედიცინის მუშაკის მიერ ჩადენილ წინასწარ განზრახულ დანაშაულთან დაკავშირებით სისხლის სამართლის საქმე შედარებით იშვიათად აღიძვრის, რადგან სოციალისტურ სახელმწიფოში ასეთი დანაშაულისთვის ნიადაგი ისპობა. წინასწარი განზრახვით ჩადენილი დანაშაულია: ავადმყოფისთვის დახმარების აღმოუჩენლობა, ამორტის უკანონოდ გაკეთება, უკანონო ექიმბაშობა, სხვადასხვა ყალბი დოკუმენტის გაცემა, დაუშვებელი ექსპერიმენტები ადამიანზე, ეპიდემიებთან ბრძოლის წესების დარღვევა და ძლიერმოქმედი შხამებისა და ნარკოტიკული საშუალებების დამზადება, შენახვისა და აღრიცხვის წესების დარღვევა (ი. თ. ოგარკოვი).

მედიცინის მუშაკის მიერ ავადმყოფისთვის დახმარების აღმოუჩენლობა საზოგადოებრივად ყველაზე უფრო საშიში დანაშაულია. ყველაზე ხშირია გამოძახებაზე მედიცინის მუშაკის მიუსვლელობა, უარის

თქმა ავადმყოფის მეთვალყურეობაზე, გზაში, ქუჩაში დახმარების აღ-
მოუჩენლობა და ა. შ.

ა ბ ო რ ტ ი ს უ კ ა ნ ო ნ ო დ გ ა კ ე თ ე ბ ა. სსრ კავშირის უმაღ-
ლესი საბჭოს პრეზიდიუმის 1955 წლის 23 ნოემბრის ბრძანებულებამ
„აბორტის აკრძალვის გაუქმების შესახებ“ ქალს შესაძლებლობა მის-
ცა თვითონ გადაწყვიტოს დედობის საკითხი და გააუქმა აბორტის ჩა-
ტარებისთვის დასჯა. იმავე დროს ორსული ქალის სიცოცხლისა და ჯა-
ნმრთელობის დაცვის მიზნით დაშვებული ბრძანებულებით აბორტის
ჩატარება შეუძლია ექიმს მხოლოდ სამკურნალო დაწესებულებაში;
აბორტის სხვა შემთხვევები უკანონოდ არის მიჩნეული და სისხლის სა-
მართლით ისჯება.

აბორტის გაკეთება უმაღლესი სამედიცინო განათლების არმქონე
პირების მიერ ქალის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისთვის საშიშია,
ამიტომ რსფსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 116-ე მუხლის მე-2 ნა-
წილით სასტიკი სასჯელი ედებათ იმის მიხედვით, თუ რა ხერხით იქნე-
ბა გაკეთებული აბორტი, სანიტარიულ თუ ანტისანიტარიულ გარემოში,
საზღაურით თუ უფასოდ. მაგრამ კანონი ითვალისწინებს, რომ თუ უმა-
ღლესი სამედიცინო განათლების არმქონე პირმა აბორტი გააკეთა აუ-
ცილებელ შემთხვევაში (მაგალითად, სიკვდილისაგან ორსულის ხსნის
მიზნით), სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა გამორიცხულია (ა. პ.
გრომოვი).

უ კ ა ნ ო ნ ო ე ქ ი მ ბ ა შ ო ბ ა. ექიმბაშობაში იგულისხმება ხალ-
ხის მკურნალობა ისეთ ადამიანთა მიერ, რომლებსაც არა აქვთ უმაღ-
ლესი სამედიცინო განათლება. ეს პირები ისჯებიან ერთი წლით თავი-
სუფლების აღკვეთით ან იმავე ვადაში გამასწორებელი მუშაობით
(რსფსრ სისხლ. სამ. კოდ. 221-ე მ.). კანონგარეშე, სისხლის სამართლის
დანაშაულად არის მიჩნეული საშუალო და უმცროსი მედიცინის მუშა-
კების — მეანების, მედღების, ფერშლების, ფარმაცევტებისა და სხვა
პირების მიერ ექიმის მოვალეობის შესრულება. ისეთი უკანონო ექიმ-
ბაშობის საქმე, რომელიც დიდ საზოგადოებრივ საშიშროებას არ ქმნის,
შეიძლება გადასცენ ამხანაგურ სასამართლოს (მაგალითად, უკანონოდ
მკურნალობა მცირე ხნით, უფასოდ და სხვ.).

ყ ა ლ ბ ი ს ა მ ე დ ი ც ი ნ ო დ ო კ უ მ ე ნ ტ ე ბ ი ს გ ა ც ე მ ა ს
საძიებო ორგანოები და სასამართლოები განიხილავენ, როგორც თანამ-
დებობრივ სიყვალბეს (რსფსრ სისხლ. სამ. კოდ. 175-ე მუხ.) და ისჯება
ორი წლით თავისუფლების აღკვეთით ან ერთ წლამდე გამასწორებელი
მუშაობით ან თანამდებობიდან გათავისუფლებით.

ეპიდემიებთან ბრძოლის დარღვევას შეიძლება მოჰყვეს მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილში გადამდებ დაავადებათა გავრცელება. წესების დამრღვევნი შეიძლება იყვნენ მედიცინის მუშაკები, რომლებმაც დროზე არ მოახსენეს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების ინსტანციებს ან დაფარეს გადამდები დაავადების შემთხვევები, რითაც ხელი შეუწყვეს გადამდებ ავადმყოფს თავი აერიდებინა პოსპიტალიზაციისა და სანიტარული დამუშავებისთვის და სხვ. აღნიშნული დანაშაულის ჩამდენი პირები „ისჯებიან ორ წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ან ერთ წლამდე გამასწორებელი მუშაობით, ან ას მანეთამდე ჭარბით“ (რსფსრ სისხლ. სამ. კოდ. 222-ე მუხ.).

შხამიანი, ძლიერ მოქმედი და ნარკოტიკული საშუალებების წარმოების, დაცვის, გაცემის, აღრიცხვის წესების დარღვევამ შეიძლება არანაკლები ზიანი მიაყენოს მოქალაქეთა ჯანმრთელობას. წესების დამრღვევები პირველ რიგში შეიძლება იყვნენ, უპირველეს ყოვლისა, ფარმაცევტული დაწესებულების, სამედიცინო საწყობებისა და აფთიაქების მუშაკები. დანაშაული შეიძლება ჩადენილი იყოს როგორც წინასწარი განზრახვით, ისე გაუფრთხილებლობით (დაუდევრობით). შესაბამისი წესებით აკრძალულია ამ ნივთიერებების გადატანა ხელით, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით და ბაგაჟით, აგრეთვე მათი ფოსტით გადაგზავნა. აფთიაქში დაწესებულია შხამიანი, ძლიერმოქმედი და ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვისა და გაცემის განსაკუთრებული წესი. ისინი უნდა ინახებოდეს სპეციალურ დაბეჭდილ კარადებში: ანალოგიური წესრიგი უნდა დაიცვან სამკურნალო დაწესებულებებშიც.

რსფსრ სისხლ. სამ. კოდ. 224-ე მუხლის თანახმად, აღნიშნული წესების დარღვევისთვის დამნაშავენი ისჯებიან ერთ წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ან გამასწორებელი მუშაობით იმავე ვადით, ან 100 მანეთამდე ჭარბით.

მედიცინის მუშაკის გაუფრთხილებელი მოქმედება. პროფესიული დანაშაულის ეს სახე დაკავშირებულია თანამდებობის პირის მიერ თავისი მოვალეობის გულგრილ შესრულებასთან. ეს მედიცინის პერსონალის სამართლის პასუხისმგებლობაში გადაცემის ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზია. მძიმე შედეგები მოჰყვება ორგანიზმში წამლეული სითხეების გაუფრთხილებლად შეყვანას. ასეთ შეცდომებს საფუძვლად უდევს მედიცინის მუშაკის მიერ წამლის შუშების ეტიკეტებისადმი დაუდევარი დამოკიდებულება, შეყვანილ ნივთიერებაზე ავადმყოფის

რეაქციისადმი უყურადღებობა. ა. პ. გრომოს მოჰყავს ასეთი მაგალითი: აფთიაქის მუშაკთა, მედიცინის დისა და ექიმი-ქირურგის გულგრილობით ბოთლში, რომელსაც ეტიკეტზე ეწერა „ფიზიოლოგიური ხსნარი“, რომელზეც ამზადდნენ ნოვოკაინის ხსნარს, აღმოჩნდა ნიშადურის სპირტი. ამის შედეგად ადგილობრივი გაუტყვივარების ნაცვლად წარმოიქმნა ნეკროზი, რამაც ავადმყოფს მძიმე ზიანი მიაყენა.

სპეციალურ ლიტერატურაში მოყვანილია მრავალი შემთხვევა, როცა ბავშვთა კლინიკაში, განსაკუთრებით ახალშობილთა განყოფილებაში, დაუდევრად შეხვევის, სხვადასხვა მანიპულაციის არასათანადოდ ჩატარების და დეჰარდნის შედეგად ვითარდება ჩონჩხის ძვლებისა და თავის ქალას მოტეხილობა, რბილი საგნით (ზეწრით, საბნით და სხვ. ბავშვის პირქვე გადაბრუნებით) სასუნთქი გზების მექანიკური დაზოების, აგრეთვე ძუძუწოვარა ბავშვისთვის წამლეულის დაუდევრად შეყვანისა და წამლების ხმარების წესების არასათანადო დაცვის გამო — ასტიქსია.

ზოგჯერ მედიცინის მუშაკთა გაუფრთხილებელი მოქმედება დამოკიდებულია მათ თავდაჭერებულობასა ან დაუდევრობაზე. პროფესიული დანაშაულის ეს სახე განეკუთვნება თანამდებობრივ დანაშაულს, რომელიც დაკავშირებულია თანამდებობის პირის მიერ მოვალეობის გულცივად შესრულებასთან და ისჯება 3 წლით თავისუფლების აღკვეთით ან გამასწორებელი მუშაობით ერთ წლამდე, ან თანამდებობიდან გადაყენებით (რსფსრ სისხლ. სამ. კოდ. 172-ე მუხ.)

სამედიცინო დოკუმენტაცია სააღრიცხვო-საანგარიშო დოკუმენტების სისტემაა, რომელშიც დახასიათებულია ცალკეული პირის და მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, სამედიცინო დახმარების მოცულობა, შინაარსი და ხასიათი. საბჭოთა კავშირში შემოღებულია ერთიანი სამედიცინო დოკუმენტაცია, რომელიც ყველა სამედიცინო დაწესებულებისთვის სავალდებულოა. ის შედგება ძირითადი დოკუმენტების ორი ჯგუფისაგან: პირველადი აღრიცხვის დოკუმენტებისა და საანგარიშო დოკუმენტებისგან.

პირველი ჯგუფის დოკუმენტებია: ავადმყოფის ისტორია, ამბულატორიული ავადმყოფობის ინდივიდუალური ბარათი, მშობიარობის ისტორია, ბავშვის განვითარების ისტორია, შრომისუუნარობის ფურცელი, პროფილაქტიკური აცრების ბარათი, ლაბორატორიული ანალიზის ბლანკი, პროცედურების აღრიცხვის ფორმები, პოლიკლინიკის გაცვლითი ბარათი ავადმყოფის პოსპიტალიზაციის შემთხვევაში და სხვ.

პირველად სააღრიცხვო დოკუმენტაციას იყენებენ ანგარიშგების შედგენისას. ანგარიშგების მნიშვნელოვანი ნაწილია ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

მეორე ჯგუფის დოკუმენტებია: „სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ანგარიში“, „სანეპიდსადგურის მუშაობის ანგარიში“ და სხვ.

სამედიცინო დოკუმენტაციის გარკვევით და სწორად შედგენა სამედიცინო დენტოლოგიის მნიშვნელოვანი მოთხოვნაა. მედიცინის დის მიერ ცალკეული დოკუმენტის შევსებისას დაშვებულმა შეცდომებმა, მაგალითად ტემპერატურის ფურცლის, ჩატარებული ანალიზების მონაცემების შევსებისას და სხვ., შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს ავადმყოფური მდგომარეობის შეუფასებლობასა და, მაშასადამე ავადმყოფის მკურნალობაზე. არის აგრეთვე შემთხვევები, როცა შეცდომით ერთი ავადმყოფის გამოკვლევებს მეორე ავადმყოფის ისტორიაში აკრავენ და სხვ. ავადმყოფობის ისტორიაში შეტანილი გამოკვლევების ყველა ცნობა სამსახურებრივი დანიშნულების დოკუმენტებს განეკუთვნება.

ოფიციალური დოკუმენტაციის არასწორი და უპასუხისმგებლო წარმოება სერიოზული სამსახურებრივი დანაშაულია. სამკურნალო დაწესებულებაში ავადმყოფის შესახებ სამედიცინო დოკუმენტაცია ავადმყოფს ხელში არ უნდა ჩაუვარდეს. ყველა შემთხვევაში ავადმყოფის მიერ თავისი მძიმე მდგომარეობის შეტყობა აუარესებს მის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას და უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის ეფექტურობაზე. ავადმყოფისთვის ხელზე გაცემულ დოკუმენტებში არ უნდა იყოს მოხსენიებული დაავადების სახელწოდება, რადგან მან შესაძლოა ის არასწორად გაიგოს და დაეწყოს ფსიქოგენური განცდები. დენტოლოგიური პოზიციებიდან მიზანშეწონილი არ არის აგრეთვე ავადმყოფს ხელზე მისცენ სხვადასხვა ანალიზის ბლანკები, რენტგენის გამოკვლევის აღწერა და სხვა, რადგან მოსალოდნელია მათი არასწორად გაგება.

საკონტროლო კითხვები

1. მედიცინის მუშაკთა დანაშაულის რა სახეები იცით?
2. რა განეკუთვნება მედიცინის მუშაკის მიერ შეგნებულად დაშვებულ დანაშაულს?
3. მედიცინის მუშაკის რომელი მოქმედება მიჩნეული გაუფრთხილებლობად?
4. რომელი დოკუმენტები ეკუთვნის პირველადი აღრიცხვის ჯგუფს?
5. რომელი დოკუმენტებია სააღრიცხვო?

ეთიკა და დეონტოლოგია სწავლების პროცესში

მომავალი საშუალო მედიცინის მუშაკის ეთიკურ-დეონტოლოგიური პრინციპებისა და მსოფლმხედველობის, აგრეთვე მისი პროფესიული ცოდნის საფუძვლების ჩამოყალიბება არსებითად იწყება სამედიცინო სასწავლებლებში შესვლის მომენტიდან. გამოსაშვებ გამოცდებზე მხოლოდ ფორმალურად დასრულდება სწავლის დაწყებიდანვე ცოდნის დაგროვებისა და სისტემატიზაციის აკადემიური ეტაპი და იწყება მთელი სიცოცხლის მანძილზე პროფესიული დაოსტატების დახელოვნებისა და სპეციალიზაციის უწყვეტი ეტაპი. თეორიულ და ლაბორატორიულ მეცადინეობებზე, განსაკუთრებით პირველ კურსზე, სასწავლო პროცესში სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპების დანერგვა განსაკუთრებით ძნელია. მაგრამ ეს საეგზეით დასაძლევია, თუ სასწავლო ოთახების გარეგნული გაფორმება, თვალსაჩინო საშუალებები ხელს შეუწყობს საზოგადოებაში მედიცინის მუშაკის ადგილის ცნების, მისი პროფესიული მოვალეობის ფორმირებას და შეუხამდება პედაგოგებსა და მოსწავლეებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებისა და მოსწავლეთა ურთიერთობის ეთიკის მაღალ პრინციპებს.

სასწავლებლის, სასწავლო ოთახების კარგი გარეგნული გაფორმება, ლექციებისა და ლაბორატორიული მეცადინეობების ღრმამინა-არსიანობა ერთობ მნიშვნელოვან აღმზრდელით როლს ასრულებს. მოსწავლეები მუდმივად უნდა გრძნობდნენ მაღალი სამედიცინო კულტურის ატმოსფეროს, ასეთ შემთხვევაში ამბობენ „კედლებიც ასწავლიან“.

მასწავლებლებმა თვალყური უნდა ადევნონ, რომ საავადმყოფოს და პოლიკლინიკის პირობებში სტუდენტები ზუსტად ასრულებდნენ სა-მედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის დადგენილ ნორმებს. სასწავლო გეგმით ამ მიზნისთვის სპეციალურად გათვალისწინებული არ არის სასწავლო საათები, მრავალი დისციპლინის სალექციო-პრაქტიკული კურსი საკმაოდ შეზღუდულია, ამიტომ მხოლოდ სასწავლო პროცესის სწორი ორგანიზაციითაა შესაძლებელი მოსწავლეებზე გარკვეული აღ-მზრდელითი ზემოქმედება „საგნის გარეშე“ განხორციელდეს.

სწავლის პროცესში მომავალმა საშუალო მედმუშაკმა ზოგადსა-ჯანმანათლებლო და სამედიცინო-ბიოლოგიური მომზადების გარდა უნდა აითვისოს მრავალი სამედიცინო დარგის საფუძვლები, ისწავლოს ავად-

მყოფი ადამიანის სწორი, მაღალპროფესიულ დონეზე მომსახურება და ზუსტად შეასრულოს ექიმის ყველა დანიშნულება. ავადმყოფი, გარდა ცოდნისა, საჭიროებს ყურადღებას, გულისხმიერებასა და მისი განცდების გაგების უნარს. სასწავლებელში შვიდი ხნით ყოფნისას ამ ხელოვნების სწავლება მოსწავლეებისთვის ერთობ ძნელი ამოცანაა. მედიკოსის პროფესიული მომზადება სასწავლო დროის დადგენილ რეგლამენტში ვერ თავსდება, ეს ამ დარგში მოღვაწე ადამიანებისაგან მოითხოვს თავდადებას და თვითდაოსტატებას, სულიერი და ფიზიკური ძალების მაქსიმალურად გაცემას და საქმის ერთგულებას, რადგან მედიკოსების ხელშია ყველაზე ძვირფასი — ადამიანის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა. ამიტომ აუცილებელია მოსწავლეებთან აღმზრდელიობითი მუშაობის ჩატარება როგორც სასწავლო, ისე არასასწავლო დროს, სამედიცინო სასწავლებელში სწავლების მთელი დროის განმავლობაში.

მოთხოვნები მოსწავლეებისადმი. ავადმყოფებთან შეხვედრა მოსწავლეების ცხოვრებაში მუდამ ამაღლელებელია. სამედიცინო სასწავლებლის II კურსის მოსწავლისთვის თითქმის ყველა ავადმყოფი ხნიერი ადამიანია, არცთუ იშვიათად მის დედ-მამაზე უფროსი. ამიტომ ბუნებრივია დამორცხვება პაციენტებთან ურთიერთობისას. როგორ ჰიუდგენ? რით დაიწყონ საუბარი? მოსწავლე ცდილობს ყველაფერში ჰედაგოგს მიხედოს: ლაპარაკის მანერაში, სამედიცინო დოკუმენტაციების გაფორმებაში, სხვადასხვა მანიპულაციის შესრულებაში და სხვ. ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარება ხელოვნებაა; ის მხოლოდ სურვილზე კი არ არის დამოკიდებული, არამედ საჭიროებს განსაზღვრულ ფსიქოლოგიურ განწყობას და გამომუშავდება პრაქტიკის პროცესში. თითოეულმა მოსწავლემ უნდა იცოდეს ეს და ავადმყოფთან შესახვედრად მომზადებისას მუდამ თვალყური ადევნოს თავის მანერებს, მეტყველებას, გარეგნობას.

მოსწავლის გარეგნობა უნდა შეესაბამებოდეს დადგენილ მოთხოვნებს და არ გამოიწვიოს ნეგატიური რეაქცია ავადმყოფში.

მედიკოსისათვის დიდად მნიშვნელოვანია, რომ გარეგნულად მუდამ სასიამოვნო იყოს. მან მტკიცედ უნდა შეიგნოს, რომ სასიამოვნო გარეგნობა, სუფთა, დაუთოებელი სამედიცინო ხალათი და თავსაფარი (ან სამედიცინო ჩაჩი) თავისთავად კეთილსასურველ ფსიქოთერაპიულ ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფზე. ეს გარეგნული ატრიბუტები თითქოსდა მიუთითებს სამედიცინო პროფესიის მაღალ ჰუმანურობაზე, კეთილ ზრახვებსა და კეთილშობილებაზე. პედაგოგები მოვალენი

არიან სწავლების მთელი დროის განმავლობაში მოსწავლეების შეგნებაში მუდმივად განამტკიცონ ეს აზრი.

სამწუხაროდ, ახალგაზრდებს შორის ზოგჯერ გვხვდება განზრახ-დაუდევრობა თავიანთი გარეგნობისადმი (დაკმუქნული, არცთუ სუფთა-ხალათი, გაქონილი ჭინსი, დიდი ხნის გაუწმენდავი ფეხსაცმელი, უჩვეულო ვარცხნილობა და სხვ.).

ავადმყოფთან შეხვედრისას მოსწავლე უნდა მიესალმოს მას და მისგან მიიღოს თანხმობა საუბარზე. თუ საჭიროა გამოკვლევა, რეკომენდებული არ არის ავადმყოფის ლოგინზე ჩამოჯდომა, არამედ უნდა ისარგებლოს სკამით. საუბრის დროს მოსწავლე თვალებში უნდა უცქერდეს ავადმყოფს და აკვირდებოდეს მის მიმიკას. ეს განაწყოებს გულახდილი საუბრისთვის, ხოლო დაკვირვება შესაძლებლობას მისცემს მოისაზროს, როგორ ასპექტში აჯობებს საუბრის წარმართვა. ავადმყოფთან ლაპარაკისას დაუშვებელია ფამილარობა, საჭიროა გამომეტყველების შერჩევა და მხოლოდ საქმიანი შეკითხვების მიცემა. საუბრის დაწყებისას ავადმყოფს უნდა ჰკითხოს, როგორ გრძნობს თავს, თუ აუცილებელია დაეხმაროს ლოგინზე წამოჯდომაში და საჭირო მანიპულაციის შესრულებაში.

სხვადასხვა მანიპულაციის შესრულებისას მოსწავლეს ნათლად უნდა ჰქონდეს შეგნებული თავის მოქმედებაზე პასუხისმგებლობა. თუ ამა თუ იმ ხერხს დაუფლებული არ არის, არ უნდა გამოიყენოს ავადმყოფზე. ასეთ შემთხვევაში უეჭველად უნდა გაიზაროს ისინი თეორიულად, გაივარჯიშოს ფანტომზე ან სხვა სასწავლო საშუალებებზე.

მომავალი მედიცინის მუშაკი უნდა დაეუფლოს ავადმყოფის მოსმენის ხელოვნებას. საჭიროა დიდი ტაქტი და თავშეკავება, რომ ავადმყოფს არ შეაწყვეტინოს და ბოლომდე მოუსმინოს, მხოლოდ მოკლერეპლიკებითა და მიმიკით ცხადყოს დაინტერესება. ნათქვამის ყურადღებიანი მოსმენით შესაძლებელია ავადმყოფის შინაგანი სამყაროს, მისი მღელვარებისა და შიშის გაგება, რაც ხელს უწყობს კარგი კონტაქტისა და ურთიერთგაგების დამყარებას. ხშირად ამას ავადმყოფისთვის არანაკლები შეება მოაქვს, ვიდრე სედატიური წამლეულობის დანიშვნას.

სწავლების პროცესში დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს სამედიცინო დოკუმენტაციის გაფორმებას. მოსწავლეებმა თავიანთი მუშაობის პირველივე ნაბიჯებიდან უნდა ისწავლონ სამედიცინო დოკუმენტების სწორად და გარკვევით შევსება, დაწყებული ყველაზე მარტივიდან

ყველაზე რთულად. საანალიზო მიმართებების, ჩატარებული ანალიზის მონაცემების, რეცეპტების ბლანკებისა და სხვა დოკუმენტების დაუდევრად გაფორმება გულგრილობისა და დაბალი კულტურის მაჩვენებელია.

ავადმყოფზე სასურველ ზეგავლენას ახდენს თვით საავადმყოფოს გარემოც, რომელსაც ძირითადად ქმნიან საშუალო მედიცინის მუშაკები. ეს ფაქტი მოსწავლეებმა კარგად უნდა შეითვისონ. დღის განაწესის ზუსტი დაცვა, ექიმის ყველა დანიშნულებისა და მითითების შესრულება განყოფილების, საავადმყოფოს ცხოვრების თავისებურ რიტმს ქმნის. ამაში დიდ როლს ასრულებს სამედიცინო პერსონალის დისციპლინა. მაგალითად, სალამოს მედდამ არ გაათრთხილა ავადმყოფი ანალიზის ჩაბარების შესახებ, რის გამოც გადაიწია გამოკვლევის ვადა და შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნამაც, სხვა ავადმყოფისთვის დაავიწყდა ტემპერატურის გაზომვა და ექიმის მიერ დანიშნული წამლის დროზე მიცემა, ამის გამო ავადმყოფი უკმაყოფილოა, სამართლიანად გამოთქვამს საყვედურს მედიცინის მუშაკის საქციელის გამო და სხვ.

იმისთვის, რომ მომავალმა მედიკოსებმა პალატაში საჭირო დისციპლინა დაიცვან, თავად უნდა იყვნენ დისციპლინირებული. ამ ფაქტორის შეუფასებლობა იწვევს მოსწავლეთა მიერ მათი მომავალი მოღვაწეობის მნიშვნელობაში ჩაუწვდომლობას.

კომუნისტური საზოგადოების მშენებელი მედიცინის მუშაკის მომზადების პროცესში სასწავლებელში შესვლის პირველი დღიდანვე მას მუდმივად უნდა უყვითარებდნენ საზოგადოებრივი საკუთრების მოფრთხილების გრძნობას. არ შეიძლება სასწავლებლის ქონების გაფუჭების არც ერთი ფაქტისთვის გვერდის ავლა. ასეთი დამოკიდებულების უარყოფითი მაგალითი აღმზრდელობითი მიზნით განხილული უნდა იყოს იმ ჯგუფის, ზოგჯერ კი იმ სასწავლებლის მოსწავლეთა კოლექტივის კრებაზე, რომლის წევრმაც ჩაიდინა ეს საქციელი. იმისათვის, რომ ახალგაზრდამ შეიგნოს, რა ძნელი ლამაზი ინტერიერის შექმნა, სასწავლო აუდიტორიის, ლაბორატორიის და სხვათა მოწყობა, აუცილებელია მოსწავლეთა ჩაბმა, განსაკუთრებით შრომითი სემესტრის დროს, ავეჯის განახლებაში, ვიტრინების გაფორმებაში, სასწავლო თვალსაჩინოების შექმნაში. მიზანშეწონილია თვალსაჩინოებას გაუყეთონ ფირფიტა, რომელზეც წარწერილი იქნება დამზადების დრო და მოსწავლის გვარი. სამწუხაროდ, ამ ფორმას ყოველთვის ეფექტურად ვერ იყენებენ. შრომა გაუპიროვნებელი არ უნდა იყოს. ხშირია შემთხვევა, როცა მოსწავლეები აუდიტორიის მაგიდაზე რალაცას დაჩხაპნიან,

დახატავენ, ამოჭრიან თავიანთ სახელებს, აფუჭებენ სავარძლებს და სხვ. მოსწავლეების მიერ ავეჯის ან სასწავლებლის სხვა ქონების გაფუჭების ყველა ფაქტი თვითონვე უნდა გამოავლინონ, ხოლო დადგენილი დეფექტები შეაკეთონ არასასწავლო დროს ან შრომით-სემესტრში. აღმზრდელობითი ზემოქმედების ასეთი ფორმა განამტკიცებს იმის შეგნებას, რომ საზოგადოებრივი ქონება საერთო სახალხო საკუთრებაა და გაუფრთხილებლობის გამო მისი ნაადრევად მწყობრიდან გამოსვლით ნიავდება თანხები, რომლებიც სასწავლებლის სასწავლო-მატერიალური ბაზის გაუმჯობესებაზე დაიხარჯებოდა. ეს მოსწავლეებს განუვითარებს საკუთარი ქცევისადმი პასუხისმგებლობის გრძნობას და დამნაშავეებისადმი შეუწყნარებლობას.

მოსწავლეებში აუცილებელია კოლექტივიზმის გრძნობისა და მედიცინის მუშაებს შორის ეთიკური დამოკიდებულების მაღალი პრინციპების განვითარება. სამედიცინო დაწესებულებაში დაუშვებელია მედიცინის მუშაებს შორის უხეშობა, უტაქტობა. იქ ყოველთვის უნდა სუფევდეს მეგობრული, კეთილი, თანაგრძნობის სულისკვეთება, ისინი უნდა ეხმარებოდნენ ერთმანეთს, იზიარებდნენ თითოეულის მდგომარეობას. უამისოდ შეუძლებელია ავადმყოფის ფსიქიკაზე მოქმედი ეფექტური ფსიქოთერაპიული გარემოს შექმნის მიღწევა. პრაქტიკული მეცადინეობისა და ლექციის დროს აუცილებელია ამ დებულებების მუდმივად დამტკიცება. არ შეიძლება გვერდი აუარონ მოსწავლეებს შორის, მოსწავლეებსა და პედაგოგებს შორის ურთიერთობის ეთიკის დარღვევას, სასწავლებელსა და საზოგადოებრივ ადგილებში სტუდენტების მიერ დისციპლინის დარღვევის ფაქტებს. საჭიროა დარღვევის ყველა ფაქტის გარჩევა და განხილვა.

სამედიცინო კადრების მომზადებისას აუცილებელია ახალგაზრდობაზე იდეოლოგიური ზემოქმედების სხვადასხვა ფორმის ფართოდ გამოყენება. ამ მიზნით რეკომენდებულია თემატური საღამოების მოწყობა, რევოლუციისა და განვლილი ომების ვეტერანებთან შეხვედრა, ქალაქის, ოლქის, რესპუბლიკის ღირსშესანიშნაობათა გაცნობა. მოსწავლეები ხშირად უნდა ხვდებოდნენ ჯანმრთელობის დაცვის გამოჩენილ ორგანიზატორებს, დიდ სპეციალისტ მედიკოსებს, მეცნიერებს, კარგად გაიცნონ თავიანთი აღმზრდელების ცხოვრებისა და პროფესიული გზა, რომელთა პირადი მაგალითი მოსწავლეებისათვის მისაბამია. დიდ აღმზრდელობით ზეგავლენას ახდენს კარგად გაფორმებული სტენდები: „მედიკოსი რევოლუციონერები“, „საბჭოთა კავშირის გმირი მედიკოსები“, სადაც მოკლედ მოთხრობილია მათს სამო-

ქალაქო და პროფესიულ გამარჯვებებზე. გამოთქმა „გმირები ჩვენს შორის არიან“ ასახავს საბჭოთა ადამიანის ფსიქოლოგიური ხასიათის თავისებურებებს, საბრძოლო და შრომითი გამარჯვებებისთვის მის მზადყოფნას.

ახალგაზრდებს ყოველთვის აინტერესებთ, როგორ აეწყო წინა წლებში კურსდამთავრებულთა ბედი, რას მიაღწიეს ცხოვრებაში. სტენდი „ჩვენი აღზრდილების შრომითი დიდება“ არა მარტო იზიდავს მოსწავლეთა ყურადღებას, არამედ მათში აღძრავს სურვილს სწავლასა და შრომაში დაემგვანონ თავიანთ უფროს ამხანაგებს.

მაღალი ეთიკურ-დემონტოლოგიური პრინციპების განვითარება განუხრელად დაკავშირებულია მომავალი სპეციალისტის კულტურულ სახესთან. სასწავლო საათებში პრაქტიკულად დრო არ რჩება მოსწავლეთა კულტურული დონის ამადლებსთვის. მაგრამ აღზრდელობითი მუშაობის ეს ასპექტი არასოდეს უნდა ამოვარდეს ახალგაზრდობის აღზრდელებისა და დამრიგებლების თვალთახედვიდან. მხატვრული ლიტერატურის, მხატვრობის, თეატრალური ხელოვნების, მუსიკის სიყვარულის ჩანერგვა სწავლის წლებში განსაზღვრავს ინტერესთა მიმართულებას მთელი სიცოცხლის მანძილზე. მრავალი კურსდამთავრებული, რომლებიც გამოჩინილ სპეციალისტებად იქცნენ, მაღლიერებით იხსენიებენ თავიანთ მასწავლებლებს, რომლებმაც შეაყვარეს მათ წიგნი, ხელოვნება, მუსიკა და სხვ. არასასწავლო მუშაობის გეგმებში ყოველწლიურად გათვალისწინებული უნდა იყოს პოეზიის, მხატვრობის, მხატვრული ლიტერატურის კლასიკოსთა ნაწარმოებების კითხვის საღამოების მოწყობა მათ საიუბილეო თარიღებთან დაკავშირებით, მუსიკის საღამოების, ადგილობრივი თეატრების მსახიობებთან, პოეტებთან, მწერლებთან შეხვედრის მოწყობა.

ახალგაზრდების ინტერესების შესახებ ბევრი რამის შეტყობა შეიძლება სასწავლებლის ბიბლიოთეკაში, მათი სააბონემენტო ბარათების გაცნობით, ხელოვნებასა და მხატვრობაზე მათთან პირადი საუბრისას.

ახალგაზრდობის აღზრდაში მნიშვნელოვანია მათი აქტიური მონაწილეობა საზოგადოებრივ-სასარგებლო შრომაში. მონაწილეობა მოძრაობაში „სტუდენტები სახალხო ჯანმრთელობისათვის“, სამშენებლო რაზმებში მუშაობა, საზოგადოებრივი წესრიგის დაცვაში მონაწილეობა — ყოველივე ეს ავითარებს კოლექტივიზმის, ადამიანის მიერ საზოგადოების წინაშე პასუხისმგებლობისა და საზოგადოებრივ საქმეში წვლილის შეტანისადმი სწრაფვის გრძნობას.

კომუნიზმის მშენებლობის დიად ეპოქაში ჩვენს ქვეყანაში მომავალი საშუალო სამედიცინო მუშაკების მომზადების დონე და ხარისხი უნდა შეესაბამებოდეს სკკპ XXVII ყრილობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის წინაშე დასახულ ამოცანებს.

საკონტროლო კითხვები

1. გვიამბეთ მოსწავლის გარეგნობისადმი მოთხოვნებისა და ავადმყოფებთან ურთიერთობის თავისებურებების შესახებ.
2. გვიამბეთ, რა ურთიერთობა უნდა იყოს სამედიცინო სასწავლებლის მოსწავლეებს შორის საავადმყოფოში მუშაობის დროს.
3. გვიამბეთ თეითალზრდის მნიშვნელობაზე მედიცინის მუშაკის პროფესიული და სულიერი ზრდის პროცესში.
4. რა იცით თქვენი მშობლიური სასწავლებლის ტრადიციებისა და მის კურსდამთავრებულთა და პედაგოგთა მიღწევების შესახებ?

!

შე-17 თ ა ვ ი

ეთიკურ-ფილოსოფიური პრინციპების მემკვიდრეობითობა

საზოგადოებრივი პრაქტიკის ერთ-ერთ უძველეს დარგს მედიცინას წანგრძლივი და ძნელი გზა აქვს გავლილი. მისი, როგორც მეცნიერული დარგის, ჩამოყალიბების პროცესზე დიდი ზეგავლენა მოახდინა საზოგადოებრივ-ეკონომიკური და კულტურული განვითარების დონემ, აგრეთვე საზოგადოებაში გაბატონებულმა მსოფლმხედველობამ და შეხედულებებმა. ისტორიის ყოველი ეტაპი მედიცინაში აღინიშნება ახალი შენახებით როგორც თეორიული წარმოდგენების სფეროში, ისე ავადმყოფობათა მკურნალობისა და აცილების პრაქტიკულ საქმიანობაში. ცოდნის შექმნის სფეროში ყოველთვის უდიდეს როლს ასრულებდა ცოდნისა და ტრადიციების მემკვიდრეობით გადაცემა — ჯერ მამიდან შვილზე ან ოჯახის და ნათესავების ვიწრო წრეში, შემდეგ სამედიცინო სკოლების ფარგლებში, ხოლო უფრო მოგვიანებით უნივერსიტეტების სამედიცინო ფაკულტეტებზე.

მედიცინა თანდათანობით ადამიანის ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის შესახებ მეცნიერული ცოდნის სისტემად — საზოგადოებრივი პრაქტიკის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ჰუმანურ სფეროდ გადაიქცა. ათასობით წლის მანძილზე მუშავდებოდა მედიცინის ჰუმანური პრინციპები, რომელთა თანახმადაც სამედიცინო პროფესიის პირებს უფლება არა

აქვთ ადამიანის ჯანმრთელობას მიაყენონ ზიანი, გასწირონ ავადმყოფი დასალუპად, გამოიყენონ მისი უბედურება გასამდიდრებლად.

ერთი ცივილიზაცია მეორეს ცვლიდა, მაგრამ ერთი ცივილიზებული სახელმწიფოს დაცემით ან დაღუპვით არ იკარგებოდა მედიცინის ცოდნა და იმდროისათვის მიღწეული გამოცდილების დონე. მემკვიდრეობითობა მედიცინის ისტორიული განვითარების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ნიშანია. ახალ ისტორიულ პირობებში წარსულის ტრადიციები ივსებოდა, სრულყოფილი ხდებოდა, იქმნებოდა სამედიცინო ეთიკის პირველი კონცეფციები და საფუძველი ეყრებოდა მეცნიერებას მედიცინის მუშაკთა პროფესიული ქცევის შესახებ.

ეს განსაკუთრებით ნათლად გამოვლინდა ძველი საბერძნეთისა და ძველი რომის აყვავების პერიოდში. მაგრამ მედიცინის მუშაკსა და ავადმყოფს შორის ურთიერთობის ხასიათი ყველა საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ ფორმაციაში რეგლამენტებული იყო გაბატონებული კლასების ინტერესებით და თავის დაღს ასვამდა სამედიცინო ფსიქოლოგიას, ეთიკასა და დეონტოლოგიას. ყალიბდებოდა თითოეული ეპოქის შესაბამისი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა. სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ხარისხი დამოკიდებული იყო პაციენტის წოდებაზე, რასობრივ კუთვნიებასა და მატერიალურ უზრუნველყოფაზე. ეს განსაკუთრებით აშკარა გახდა კაპიტალისტური საზოგადოების პირობებში, როცა სამედიცინო საქმიანობა პირადი გამდიდრების საქმედ იქცა და კერძო პრაქტიკა ფართოდ გავრცელდა.

ამავე დროს ისეთი საზოგადოების პირობებში, სადაც არსებობდა საპირისპირო კლასობრივი ინტერესები, სამედიცინო პროფესიის ბევრ ფარმომადგენელი სამაგალითოც იყო თავდადებითა და უანგარობით, ხშირად პროფესიული გმირობითა და ჰუმანური იდეალების ერთგულებით უმწიკვლოდ იცავდა მედიცინის ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპებს. საზღვარგარეთისა და სამამულო ჯანმრთელობის დაცვის ისტორიამ, რომელიც ჭერ კიდევ საკმაოდ არ არის გაშუქებული ყველასთვის მისაწვდომ ლიტერატურაში, ჰუმანიტ მოღვაწეთა ასობით სახელი შემოგვინახა, მათ მთელი თავიანთი გონების ძალა და მგზნებარე გული ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვას უძღვნეს.

მედიცინის მაღალი ჰუმანური პრინციპების განხორციელებისთვის ობიექტური შესაძლებლობანი პირველად მხოლოდ დიდი ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის გამარჯვების შემდეგ შეიქმნა სსრ კავშირში, სადაც ყველა ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული გარდაქმნა ხმარდება ადამიანის კეთილდღეობასა და ბედნიერებას, ხოლო ხალ-

ხის ჭანმრთელობის დაცვა სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის ნაწილია. მსოფლიოში პირველად ჩვენში შემოიღეს მოსახლეობისთვის უფასო და ყველასათვის მისაწვდომი კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება. ჭანმრთელობის დაცვის სფეროში პარტიისა და სახელმწიფოს მიზნებს მუდამ მნიშვნელოვანი ადგილი ეჭირა და უჭირავს სკკპ პროგრამებში, სსრ კავშირის კონსტიტუციაში და ჩვენი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების წამყვანი მიმართულებების განმსაზღვრელ სხვა ფუნქციონირებელ აქტებში, დირექტიულ დოკუმენტებში.

საბჭოთა მედიცინის მუშაკებისთვის კეთილსასურველი პირობებია შექმნილი მარქსიზმ-ლენინიზმის მოწინავე მატერიალისტური ფილოსოფიის დასაუფლებლად. მარქსისტული დიალექტიკურ-მატერიალისტური შემკვიდრების შემოქმედებითი გამოყენება საბჭოთა მედიკოსებს ეხმარება ცალმხრივობის, მეთოდოლოგიური შეცდომების აცილებაში, უცხო, საზღვარგარეთული იდეალისტური კონცეფციებისადმი კრიტიკულად მიდგომაში, ბურჟუაზიული იდეოლოგიის გამოვლინებებთან გამამწყვეტ ბრძოლაში.

მედიკოსებს მუდამ აქვთ საქმე მძიმე ავადმყოფებთან, რომლებიც გულგატეხილი, იმედდაკარგული არიან, გამოჯანმრთელების არ სჯერათ და სხვადასხვა რელიგიას არიან აყოლილი. რელიგიის მსახურნი ცდილობენ ასეთი ადამიანები მიიზიდონ და მოაქციონ თავიანთ რწმენაზე იმპერეცად უკვდავებისა და ნეტარების დაპირებით. ამასთან, მიმართავენ ფსიქოლოგიური დამუშავების ყველა საშუალებას, ამ შემთხვევაში ბევრი რამ დამოკიდებულია იმაზე, თუ მედიცინის მუშაკი რამდენადაა სულით მტკიცე, პოლიტიკურად და პროფესიულად განათლებული. დიერთისადმი მიმართვა ქმნის მორჩილების, პასიური ლოდინის სიტუაციას, რაც, ბუნებრივია, აქვეითებს ორგანიზმის დამცველ-საკომპენსაციო შესაძლებლობებს. ავადმყოფის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის ობიექტური შეფასება, მისი ჩივილის გულისხმიერი მოსმენა პაციენტს განაწყობს მედიცინის მუშაკის მიმართ და ჩაუნერგავს გამოჯანმრთელების იმედს. მნიშვნელოვანია ამ იმედის განმტკიცება და ავადმყოფობის ცუდი გამოსავლის შესახებ შავბნელი ფიქრების გაფანტვა. ასეთ შემთხვევაში გამოთქმის სიზუსტე და არამრავალსიტყვაობა უეჭველი პირობაა, რომელიც უნდა დაიცვას მედიცინის მუშაკმა. მთავარია, ავადმყოფი დავარწმუნოთ, რომ წარმატებით მკურნალობა დიდად არის დამოკიდებული ამ მკურნალობის რწმენაზე და, რომ თანამედროვე მედიცინას დიდი შესაძლებლობები აქვს სხვადასხვა დაავადების სამკურნალოდ. ამ პრინ-

ციპებს იცავდნენ მ. ი. მულროვი, გ. ა. ზახარინი, ნ. ი. პიროგოვი, ს. პ. ბოტკინი, ს. ს. კორსაკოვი და სხვა მრავალი.

ეს პრინციპები არა მარტო უნდა გვახსოვდეს, არამედ მულამ გამოვიყენოთ პრაქტიკაში. მედიცინის მუშაკები ავადმყოფობის მძიმე, ზოგჯერ დრამატული შედეგების მოწმენი ხდებიან, რაც მათგან მოითხოვს თავდაპირილობას, დიდ მორალურ და ფიზიკურ ძალას. ავადმყოფებთან და მათ ნათესაებებთან ურთიერთობისას მედიცინის მუშაკს მულამ უნდა ახსოვდეს ფსიქოთერაპიის პრინციპები და შეეძლოს ფსიქოთერაპიული მეთოდებით სარგებლობა ყოველდღიურ მუშაობაში. მედიცინის მუშაკის მორალის მაღალი პრინციპები და სამედიცინო დეონტოლოგიის ძირითადი ამოცანები საკმაოდ დაწვრილებით განხილულია წინა თავებში (იხ. მე-8—12 თავები), მაგრამ აუცილებელია ხაზი გავუსვათ, რომ ისეთი თვისებები, როგორცაა მულმივად მზადყოფნა ავადმყოფის საშველად, ქმედითი მოწყალეობა და სიკეთე, მაღალი პროფესიონალიზმი და პასუხისმგებლობა თავის მუშაობაზე, უანგარობა და ამხანაგობის მაღალგანვითარებული გრძნობა, თავისი პროფესიული და საერთო კულტურის დონის მულმივი სრულყოფისკენ სწრაფვა განასხვავებს იდეურ ჭეშმარიტ მედიცინის მუშაკს, თავისი საქმის ოსტატს მედიკოსად შემთხვევით ქცეულ ხელოსნისგან.

მედიცინაში შემთხვევით მოხვედრილი ადამიანი ფორმალურად, მხოლოდ მითითებით ასრულებს თავის მოვალეობას და მოსალოდნელია დიდი ზიანი მიაყენოს ავადმყოფის ფსიქიკურ და ფიზიკურ მდგომარეობას, დაუკარგოს მედიცინისადმი, მისი მუშაკებისადმი რწმენა. მედიცინის მუშაკის ურთიერთობა ავადმყოფთან, მასთან ფსიქოლოგიური კონტაქტის დამყარების ცოდნა საჭიროებს განსაზღვრულ ოსტატობას, შეიძლება ითქვას, ხელოვნებას. ამ ხელოვნების გამოუმუშაებას, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ არასაკმარისი დრო ეთმობა სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებებში. მას უფრო ღრმად ეუფლებიან პრაქტიკული მოღვაწეობის პროცესში, ვადმოაქვთ უფროსი ამხანაგების გამოცდილება. ზემოთ მოხსენიებულ ზოგად დებულებებთან ერთად (იხ. მე-10—12 თავები) ამ ხელოვნების დაუფლების მემკვიდრეობითობას თავისებურებები აქვს, რაც განპირობებულია სამკურნალო დაწესებულების პროფილით. უფროსი ამხანაგების საუკეთესო გამოცდილების გამოყენება, რომლებიც მას ტრადიციულად იცავენ და სრულყოფენ, უნდა შეუხამდეს თვითაღზრდაზე მულმივ მუშაობას. ამ პირობების დაცვით შესაძლებელია ავადმყოფთან ნაყოფიერი კონტაქტის დამყარების დაუფლება, რაც აუცილებელია მედიცინის მუშაკის მულმივ პრაქტიკულ მოღვაწეობაში.

მოსახლეობაში სამედიცინო ქვეგანყოფილებისა და დაწესებულების ავტორიტეტი აიწევს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მისი მედიცინის მუშაკები არა მარტო მაღალი ოსტატური პროფესიული ოსტატობით გამოირჩევიან, არამედ მკვეთრად იცავენ ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპებსაც, შეუძლიათ ავადმყოფთან ცოცხალი, პროდუქტიული კონტაქტის დამყარება.

მედიცინაში, უფრო მეტად ვიდრე სხვა სპეციალობებში, დაცულია საუკეთესო ტრადიციების მემკვიდრეობითობა, რაც ხელს უწყობს მის მუდმივ განვითარებასა და სრულყოფას. საბჭოთა მედიცინა მსოფლიო მედიცინის განვითარების გამოცდილებით დაგროვილი და მემკვიდრეობითობით მიღებული მაღალკუთხედური და ზნეობრივ-ეთიკური ნიშნების განსახიერებაა და ასახავს კომუნისმის მშენებლის მორალურ-ეთიკური კოდექსის მოთხოვნებს. პაციენტთან და საზოგადოებასთან მედიცინის მუშაკის დამოკიდებულება ჩვენს ქვეყანაში აგებულია თავისუფალ, დემოკრატიულ საწყისებზე, სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის მოქმედ წესებსა და ნორმებზე.

სკკპ ცკ-ის ივნისის (1983) პლენუმზე აღინიშნა, რომ თანამედროვე პირობებში იდეოლოგიური მასობრივ-პოლიტიკური მუშაობის მთავარი ამოცანაა ყოველ ადამიანში შრომისადმი მოთხოვნილების აღზრდა, საერთო საქმის საკეთილდღეოდ კეთილსინდისიერი მუშაობის ნათელი შეგნება. ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკისთვის ეს ნიშნავს სამკურნალო და პროფილაქტიკური დახმარების მოცულობის გაზრდას და ხარისხის ამაღლებისთვის ძალღონის დაუშურებლობას.

ამ მიმართულებით ყველა ღონისძიება ტარდება სკკპ XXVII ყრილობის, სკკპ ცკ-ის მომდევნო პლენუმების გადაწყვეტილებათა, სკკპ ცკ-ის და სსრ კავშირის მინისტრთა საბჭოს დადგენილების შესაბამისად „სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის შემდგომი გაუმჯობესების ღონისძიებების შესახებ“ (1977) და „მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების დამატებითი ღონისძიებების შესახებ“ (1982). ამავე დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების მემკვიდრეობითობის გაუმჯობესების საკითხებს, საავადმყოფოებში ავადმყოფების მოვლის ორგანიზაციის საფუძვლიან გაუმჯობესებას.

მოწინავე სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების საუკეთესო გამოცდილებას სწავლობენ და აანალიზებენ მოსახლეობის პოლიკლინიკური და სტაციონარული მომსახურების ყველა ეტაპზე დანერგვის მიზნით. ტრადიციად იქცა წლის მუშაობის შედეგების შეჯამებისას სამედიცინო დაწესებულებების მოწინავე ქვეგანყოფილებების,

ქალაქის, ოლქის, რესპუბლიკის საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების დასახელება. ტარდება კონკურსები საავადმყოფოს, ქალაქის სამედიცინო დაწესებულებების „საუკეთესო მედიცინის დის“ წოდებაზე და სხვ. ჩვენს ქვეყანაში დიდი ზნეობრივი მნიშვნელობა აქვს საუკეთესოს სახელის უფლების მოპოვებისათვის შეჯიბრებებს, აგრეთვე დამატებით ვალდებულებებს, რომლებსაც კისრულობენ ჩვენი ქვეყნის ცხოვრების ღირსშესანიშნავ მოვლენებთან დაკავშირებით. ეს მუშაობის ხარისხისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი სტიმულია.

ფაქტები მოწმობს, რომ ზოგი მედიცინის მუშაკი არღვევს სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპებს. დიდი და მუდმივი მუშაობაა ჩასატარებელი, რათა მედიცინის მუშაკებს ჩამოუყალიბდეთ მუშაობისას სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპების დაცვის აუცილებლობის რწმენა. ასეთი რწმენა მათი ფსიქოლოგიის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ნიშნად უნდა გადაიქცეს. სასწავლო დაწესებულებაში დაწყებული ეს მუშაობა უნდა გაგრძელდეს მედიცინის მუშაკის მთელი სიცოცხლის მანძილზე. პროფესიული ეთიკისა და დეონტოლოგიის სფეროში ცოდნა უეჭველად უნდა შეივსოს, გაღრმავდეს, სრულყოფილი გახდეს როგორც მასწავლებლებისა და აღმზრდელების გამოცდილების მემკვიდრეობით გადაცემით, ისე სპეციალიზაციისა და დახელოვნების კურსებზე. შესაბამის სფეროში ღრმა ცოდნით განისაზღვრება მედიცინის მუშაკის აზროვნების კულტურა.

ჩვენი ქვეყნის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში შრომობს 3 მილიონზე მეტი საშუალო სამედიცინო განათლების მქონე ადამიანი, რომელთა წილად მოდის ავადმყოფების მოვლისა და დროული სამედიცინო დახმარების სამუშაოთა მნიშვნელოვანი ნაწილი. მათ მიერ სამსახურებრივი მოვალეობის ზუსტად შესრულება, მაღალი პასუხისმგებლობა, ავადმყოფისადმი გულმოდგინე და ჰუმანური დამოკიდებულება მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ ჩატარებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებების დონესა და ხარისხს.

კომუნიზმის მშენებლის მორალური კოდექსი

პარტიას მიაჩნია, რომ კომუნიზმის მშენებლის მორალურ კოდექსში შედის ასეთი ზნეობრივი პრინციპები:

— კომუნიზმის საქმისადმი ერთგულება, სოციალისტური სამშობლოსადმი, სოციალიზმის ქვეყნებისადმი სიყვარული;

— კეთილსინდისიერი შრომა საზოგადოების საკეთილდღეოდ: ვინც არ მუშაობს, ის არ ჭამს;

— თითოეულის ზრუნვა საზოგადოებრივი დოვლათის დაცვისა და გამრავლებისათვის;

— საზოგადოებრივი მოვალებების მაღალი შეგნება, შეუწყნარებლობა საზოგადოებრივი ინტერესების დარღვევებისადმი;

— კოლექტივიზმი და ამხანაგური ურთიერთდახმარება; ერთი ყველასათვის, ყველა ერთისათვის;

— ჰუმანური ურთიერთობა და ურთიერთპატივისცემა ადამიანთა შორის; ადამიანი ადამიანის მეგობარი, ამხანაგი და ძმა;

— პატიოსნება და სიმართლე, ზნეობრივი სიწმინდე, უბრალოება და თავმდაბლობა საზოგადოებრივ და პირად ცხოვრებაში;

— ურთიერთპატივისცემა ოჯახში, ზრუნვა ბავშვების აღზრდისათვის;

— შეურიგებლობა უსამართლობისადმი, მუქთახორობისადმი, უპატიოსნობისადმი, კარიერიზმისადმი, მომხვეჭელობისადმი;

— სსრ კავშირის ყველა ხალხის მეგობრობა და ძმობა, შეუწყნარებლობა ეროვნული და რასობრივი მტრობისადმი;

— შეურიგებლობა კომუნიზმის, ხალხთა მშვიდობისა და თავისუფლების საქმის მტრებისადმი;

— ძმური სოლიდარობა ყველა ქვეყნის მშრომელებთან, ყველა ხალხთან.

საბჭოთა კავშირის კომუნისტური პარტიის პროგრამიდან

- Бодалев А. А. Формирование понятия о другом человеке как личности. — Л.: Изд-во Ленинградского университета, 1970. — 135 с.
- Вагнер Е. А., Росновский А. А., Ягулов П. Д. О самовоспитании врача. — М., Медицина, 1971. — 149 с.
- Гиляровский С. А., Тарасов К. Е. Этика советского врача. — М.: Медицина, 1979. — 144 с.
- Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. — М.: Медицина, 1969, с. 7—25.
- Зейгарник Б. В. Патопсихология / Учебник для студентов ун-тов. — М.: Изд-во Московского университета, 1976. — 238 с.
- Изуткин А. М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики. — М.: Медицина, 1968. — 168 с.
- Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982. — 272 с.
- Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. — Л.: Медицина, 1980. — 184 с.
- Кузмин М. К. Медики — Герои Советского Союза. М.: Медицина, 1965. — 120 с.
- Лакосина Н. Р., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. — М.: Медицина, 1976. — 173 с.
- Лебединский М. С., Мясичев В. Н. Введение в медицинскую психологию. — Л.: Медицина, 1966. — 430 с.
- Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М.: Политиздат, 1975. — 304 с.
- Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1979. — 336 с.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания. — М. — Л.: Медгиз, 1939. — 96 с.
- Матвеев В. Ф. Учебное пособие по психиатрии. — М.: Медицина, 1975. — 352 с.
- Морозов Г. В., Ромасенко В. А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. — М.: Медицина, 1976. — 329 с.
- Мясичев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: Медгиз, 1960. — 426 с.
- Мясичев В. Н., Карвасарский Б. Д., Либих С. С., Томконой М. М. Основы общей и медицинской психологии. — М.: Медицина, 1975. — 224 с.
- Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. — Л.: Медицина, 1966. — 195 с.
- Платонов К. К. Методологические проблемы медицинской психологии. — М.: Медицина, 1977. — 95 с.
- Соколов Е. И., Подачин В. П., Белова Е. В. Эмоциональное напряжение и реакция сердечно-сосудистой системы. — М.: Наука, 1980. — 242 с.
- Телешевская М. Э., Погибко Н. И. Вопросы врачебной деонтологии. — Л.: Медицина, 1978. — 160 с.
- Титаренко А. И., Гусейнов А. А., Бакштановский В. И. и др. Марксистская этика. — М.: Политиздат, 1980. — 352 с.
- Тылевиц И. М., Немцов А. Я. Руководство по медицинской психологии. — Л.: Медицина, 1980. — 224 с.
- Царегородцев Г. И., Петров С. В. Проблема причинности в современной медицине. — М.: Медицина, 1972. — 223 с.
- Чеботарева Э. П. Врачебная этика. — М.: Медицина, 1970. — 119 с.
- Чикин С. Я. Плюс 38. — М.: Политиздат, 1969. — 79 с.
- Чикин С. Я. Здоровье и физическое совершенствование человека. — М.: Знание, 1972. — 80 с.

მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა ქირურგიულ დაავადებათა კლინიკაში	143
მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკაში	145
მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა ბავშვთა დაავადებების კლინიკაში	148
მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა ფსიქიატრიულ კლინიკაში	151
მედიცინის მუშაკის ტაქტიკა ამბულატორიული შიღების პირობებში	155
მე-13 თ ა ე ი. სამკურნალო რეჟიმში და მისი ძირითადი პრინციპები	158
მე-14 თ ა ე ი. სამეცნიერო ექსპერიმენტთან, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი საშუალებების დანერგვასთან, ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვასთან დაკავშირებული ეთიკურ-დემონტოლოგიური პრინციპები და ხაკიოზები	163
მე-15 თ ა ე ი. მედიცინის მუშაკის უფლებრივი პასუხისმგებლობის სახეები და სამედიცინო დოკუმენტების მნიშვნელობა	168
მე-16 თ ა ე ი. ეთიკა და დემონტოლოგია სწავლების პროცესში	175
მე-17 თ ა ე ი. ეთიკურ-დემონტოლოგიური პრინციპების შემკვიდრებობა რეკომენდებული ლიტერატურა	181
	188

რედაქციის გამგე ვ. კობიაშვილი
რედაქტორი გ. ზვანაშვილი
მხატვრული რედაქტორი გ. აბრამიშვილი
ტიპოგრაფიკული რედაქტორი მ. მუჯაშვილი
უფროსი კორექტორი ნ. დამბუაძე
კორექტორი დ. შვაფაძე

ИБ № 2757

ცადაეცა წარმოებას 8.04.87. ხელმოწერილია დასაბუქდალ 2.08.87. ქალაღლის ზომა 60×84¹/₁₆, საბუქლი ქალაღლი №1. გარნიტურა ვენა. მაღალი ბუქლეა. ნაბუქლი თაბახი 12. პირობითი ნაბუქლი თაბახი 11,16. პირობითი საღებავგატარება 11,28. სააღრიცხვო-საგამომბუქმლო თაბახი 11,05. ტირაჟი 4.000. შუქუ. № 676.

გამომბუქმლობა «განათლება», თბიღისი, ორჭონიქიღის ქ. № 50.
Издательство «Ганатлеба», Тбилиси, ул. Орджоникидзе № 50.
1987

საქარტვეღოს სსრ გამსახუბრის სამხრეთ ოსეთის საოღქო
პოღეგრაფიული საწარმოღ გუერთიანება, ცხინვალღ, მოსკოვის, 5.

Юго-Осетинское областное полиграфическое производственное
объединение Госкомиздата ГССР, г. Цхинвали,
ул. Московская, 5.