

GRAŻYNA JARZĄBEK-BIELECKA¹, JACEK BOROCH¹, MAREK BIELECKI², WITOLD KĘDZIA¹

Wybrane aspekty z historii i filozofii medycyny z uwzględnieniem zagadnień medycyny rodzinnej i aptekarstwa

Selected aspects from the history and philosophy of medicine including family medicine and pharmacy issues

¹Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Apteka „MEDICA”

KEYWORDS

family medicine, science, pharmacy issues

SUMMARY

Considering the issues of family medicine, it is worth noting that only few medical textbooks help understand what medicine is all about. Usually, after a brief discussion of the clinical evaluation of the patient's condition, or the doctor-patient relationship, detailed descriptions of specific disease entities are presented.

Family medicine is a branch of medicine devoted to comprehensive health care for all family members who are under the care of a family practitioner. A holistic approach to the patient (also in pharmacies) is an important direction of modern medicine. A common counter-argument of the scientific view of medicine is the suggestion that it leads to the dehumanisation of medicine and limits the holistic view of the patient.

These concerns are not justified as long as interdisciplinary approach is considered, which is an important aspect of family medicine.

This field of medicine, the target of which is to guarantee comprehensive medical care to all family members under the care of a family practitioner, addresses the holistic approach to the patient, which is an important direction of modern medicine.

Medycyna (łac. *medicina*, „sztuka lekarska”) – nauka empiryczna oparta na doświadczeniu, obejmująca całość wiedzy o zdrowiu i chorobach człowieka oraz sposobach ich zapobiegania i leczenia (1).

Początki medycyny jako dyscypliny miały miejsce w okresie dominacji religii i zabobonów. W zachodnim świecie uwolniła się ona spod tego wpływu poprzez stanie się częścią jońskich filozofii przedsokratejskiej, z której zaczerpnęła fascynację w wyjaśnianiu świata przez intelekt, jak również zainteresowanie kwestiami przyczyny, skutku oraz zmiany. W tym okresie lekarze i filozofowie, jak również medycyna, nauka i filozofia nie odróżniały się zbytnio od siebie.

Medycyna stała się niezależnym zawodem w V wieku przed Chrystusem, po pojawieniu się szkoły Hipokratesa. Edelstein podkreśla, że medycyna przybrała wówczas dwie wyróżniające ją cechy: podkreślała wagę opierania swojego kunsztu na obserwacji pacjentów oraz bazowania na ramach etycznych (2).

Niewiele podręczników medycznych porusza temat tego, czym jest medycyna. Zazwyczaj, po krótkim omówieniu

kwestii oceny klinicznej stanu pacjenta lub relacji lekarz-pacjent, przystępują one do szczegółowych opisów konkretnych jednostek chorobowych. Zaniedbanie to prowadzi do powstawania raczej luźnych interpretacji medycyny: medycyna jest tym, co robią lekarze, medycyna to nauka praktykowana dla dobra ludzkości lub medycyna to sztuka obejmująca wszystkie zainteresowania ludzkości.

Definicja medycyny jest niezbędna do jakiegokolwiek krytycznej refleksji na temat funkcji i celów zawodów związanych z praktyką medyczną, sposobu kształcenia lekarzy, kwestii oczekiwań, jakie mamy wobec lekarzy oraz tego, w jaki sposób medycyna jest powiązana z innymi kulturowymi przejawami współczesnego człowieka.

Wyobrażenie na temat tego, czym jest medycyna (a w tym ginekologia) w wyraźny i silny sposób kształtuje każdy aspekt przedsięwzięcia medycznego – edukacyjny, praktyczny, medycyno-prawny, etyczny, społeczny i ekonomiczny. Leży ono również u podstaw klinicznych decyzji, postaw lekarzy oraz spostrzeżeń, jakie mają oni na temat samych siebie. Niezależnie od współczesnej niechęci do definicji, konieczne jest

stwierdzenie, czym jest medycyna. Za każdym zachowaniem medycznym stoi przynajmniej pośrednia koncepcja medycyny, która musi być wytłumaczona i wyjaśniona, jeżeli mamy logicznie wypowiadać się na temat tego zachowania.

Według Pellegrino i Thomasma medycyna nie jest ani jedynie sztuką, ani nauką we współczesnym sensie tych terminów. Jest ona odrębną, pośrednią dziedziną, *tertium quid*, czyli trzecią, pośrednią możliwością pomiędzy sztuką i nauką, ale odmienną od obu. W sensie arystotelesowskim jest to nawyk praktycznego rozumienia, doskonalony przez doświadczenie w zajmowaniu się pacjentami (2).

Do czasów średniowiecza medycyna zdobyła wystarczającą wiedzę, aby być uznawana za naukę praktyczną lub sztukę mechaniczną, podobną do rolnictwa. Już Awicenna napisał traktat, który w niezwykle jasny sposób zgłębiał podział pomiędzy teorią i praktyką w medycynie. Niemniej jednak, przed powstaniem współczesnej nauki oraz okresem fascynacji pozytywizmem, uważano za wystarczający opis lekarza jako *vir bonus medendi peritus* – eksperta w kwestii dobrego leczenia. Zdaniem Pellegrino i Thomasma: „w historii medycyny zauważamy tendencję do sporadycznego inspirowania się popularnym w danym okresie czasu nurtem filozoficznym. Dopiero metodologiczna siła współczesnej nauki umocniła medycynę przeciwko dominacji ze strony filozofii”. Zagadnienie to zostało przedstawione 8 listopada 1973 roku w „Medicine and Philosophy”, dorocznym przemówieniu wygłoszonym do członków Society for Health and Human Values przez jednego z jej współzałożycieli. Poniżej prezentujemy krótkie omówienie tej koncepcji.

W światach helleńskim i greckim całe systemy medyczne były tworzone ze skrawków filozofii Arystotelesa, Platona, Pitagorasa i in. – jako licznych i odnoszących sukcesy szkół dogmatyzmu, metodyzmu lub eklektyzmu. W średniowieczu scholastyka i teologia chrześcijańska objęły swoim wpływem myśl i praktykę medyczną. Następnie potężny wpływ wywarła, i do dziś wywiera na medycynę, mechanistyczna biologia Descartesa, rozpoczynając od jatromechaników, jatrochemików (alchemików lekarskich) oraz jatrofizyków XVII i XVIII wieku, aż do biologicznych redukcjonistów naszych czasów. Jednym z mniej odległych wpływów filozofii na medycynę jest wpływ idealizmu niemieckiego XVIII i XIX wieku, reprezentowanego przez Hoffmana, Stahla, Johna Browna i Williama Cullena. Risse i Galdston udowadniali, że pojęcia takie, jak: „eter”, „animizm” lub „witalizm”, mogą wyphywać z błędnych lub właściwych interpretacji dzieł Hegla, Kanta, Schelling czy Fichte’a. W okresie romantyzmu nastąpił rozkwit systemu diagnozy i leczenia nieograniczonego przez obserwacje empiryczne i naukowe i przez pewien czas zahamował on rozwój medycyny naukowej. W odpowiedzi na przyswajanie przez medycynę źle rozumianych modeli filozoficznych, współczesna medycyna stała się nieufna w stosunku do filozofii i jej wpływów. Ta trwająca przez tak wiele wieków podatność medycyny na tyranie systemów filozoficznych wywodzi się z braku naukowo potwierdzonej bazy wiedzy.

Myśl, która nie napotkała sprzeciwu w formie faktu, była zbyt silna, aby ją zakwestionować. Jednak triumf eksperymentalizmu Bernarda z ostatniego wieku oraz włączenie nauk chemicznych i biologicznych do medycyny klinicznej w dużym stopniu zmniejszyły tę podatność. Filozoficznym zagrożeniem dla medycyny w obecnych czasach nie jest nadmierne i nieograniczone budowanie systemu, a zbyt duża wiara w redukcjonistyczne i pozytywistyczne modele myśli i wyjaśniania. Medycyna jest ponownie, podobnie jak w starożytnej Grecji, wystarczająco silna, aby dopuścić do połączenia z filozofią, jak równy z równym, i jednocześnie jest w stanie postawić opór próbom dominacji. Przez ponad wiek filozofia reagowała na ryzykowny nadmiar idei filozofii romantycznych i idealizmu. Za pośrednictwem logicznego pozytywizmu, ograniczeń Koła Wiedeńskiego oraz analitycznego i językowego nacisku na filozofię anglo-amerykańską, udało się zneutralizować prąd metafizyczny w Stanach Zjednoczonych. Filozofia, podobnie jak niektóre spośród nauk społecznych, poszukiwała nieproblematicznej podstawy, na której może się opierać w logice i metodzie naukowej (2, 4).

Współcześnie obserwuje się powrót zainteresowania fundamentalnymi kwestiami wartości, celu, znaczenia ontologicznego oraz głównego pytania o egzystencję ludzką. Według Pellegrino i Thomasma medycyna poszła zbyt daleko w kierunku redukcjonizmu, natomiast filozofia w kierunku analizy. Medycyna nie będzie potrafić uchwycić w pełni rzeczywistości jej celu, czyli człowieka, nie będzie też wiedziała, jak wykorzystać swoją wiedzę w humanitarnej i zgodny z zasadami moralnymi sposób, jeżeli nie pozbędzie się uprzedzenia pozytywistycznego, które wciąż trwa, mimo tego, że traci na mocy, w filozofii. Z kolei filozofia nie może rozpatrywać pojawiających się nowych pytań na temat człowieka, poprzez bezkompromisowe trwanie przy kryteriach weryfikacji Koła Wiedeńskiego lub poprzez zawężenie obiektu zainteresowań do zastosowań językowych oraz zasad „metakwestii” (2, 4). Poważne, normatywne kwestie pojawiające się na przykład w etyce medycznej wymagają, według Pellegrino i Thomasma, czegoś więcej niż użycia „metaetyki” w analitycznym znaczeniu tego terminu. „Jeżeli nie będziemy podchodzić do tych kwestii z filozoficznego punktu widzenia, będą one rozwiązywane w kryzysowej sytuacji klinicznej przez poszczególnych lekarzy według ich własnego systemu pragmatycznych przekonań. Są to zbyt ważne dla społeczeństwa kwestie, aby decydować o nich bez poważnej, krytycznej refleksji i udziału myślicieli z zewnątrz, jak również ze środowiska medycznego. Filozofia będzie musiała ponownie skupić się na pytaniach o wartości i cele ludzkiego życia, a także o zastosowanie zawodów jako instrumentów celu osobistego i społecznego.” Bez potępienia postępów w filozofii poczynionych przez szkoły analityczne i pozytywistyczne, kwestie, które pojawiają się w wyniku rozwoju medycyny, są częściej bliższe zainteresowaniom tradycyjnej filozofii niż obiektom zainteresowania współczesnej filozofii anglo-amerykańskiej. Filozofia europejska, kładąca

szczególony nacisk na fenomenologię i egzystencjalizm, skrzyłała w stronę nienaukowych wymiarów ludzkiej egzystencji i zmagala się z niektórymi kwestiami, badanymi również przez medycynę. W szczególności można by tu przywołać dzieło Marcela, Merleau-Ponty'ego, Lain Entralgo, Foucaulta i E. Strausa. Myśliciele ci zwracają uwagę na świadomą drobiazgowość w kwestii pytań ontologicznych i unikają starożytniej idei „pierwszej” filozofii, która mierzy się z odwiecznymi istotnymi pytaniami, które pozostają bez odpowiedzi. Z drugiej strony, europejska filozofia w całości zareagowała na fakt konieczności zajęcia się pytaniami innego rodzaju, i że pytania te muszą ponownie dotyczyć kondycji ludzkiej, jej znaczenia oraz najważniejszej kwestii – czym „jest” człowiek. Marcel, Camus i Sartre zmagając się ze złożonościami i absurdami ludzkiej egzystencji, starają się przynajmniej stawić czoło tym zagadnieniom, nawet jeśli rozwiązania przez nich proponowane nie są akceptowalne. Nawet teraz, w anglojęzycznej rzeczywistości, nie rozpoznaje się formalnie dyscypliny pod nazwą filozofia medycyny. Uznajemy filozofię prawa, edukacji, nauki, religii i historii. W dziele Edwardsa „Encyclopedia of Philosophy” nie znajduje się żaden artykuł o takim tytule, nie ma też artykułu traktującego o etyce medycznej. W rzeczywistości, jedyne odniesienie do medycyny stanowi artykuł na temat Hipokratesa. W kontynentalnej Europie, jak podkreślają Pellegrino i Thomasma, filozofia medycyny posiada bardziej dający się zdefiniować status. Rozpoczynając od XIX wieku, w tej kategorii pojawiła się spora ilość badań w Niemczech, Francji, Polsce, Włoszech i Rosji, na co wskazuje przegląd Szumowskiego. Badania te dotyczą szerokiego zakresu tematów, takich jak: logika i epistemologia medycyny, konceptu zdrowia i choroby, etyki medycznej, przyczynowości w medycynie, relacji umysł-ciało, mechanizmu i witalizmu. W latach 20. w Polsce powołano kilka katedr filozofii i medycyny w polskich uniwersytetach.

Nie da się zaprzeczyć znaczeniu europejskich wysiłków. Reprezentują one jednakże raczej pojęcia obejmujące różne tematy, widać w nich duże rozproszenie i omawianie zagadnień, które nie mogą być całkowicie zdefiniowane jako filozofia medycyny. Stanowią one godny uwagi wyjątek od przeważającego wrogiego nastawienia większości lekarzy do myśli filozoficznej. Bez wątpienia, według Pellegrino i Thomasma, wielu myślicieli w obu dziedzinach będzie wciąż widziało zatkę nie do przebycia. Stereotypy filozofii rozważającej świat niemożliwych do przetestowania idei oraz medycyny ograniczonej do kwestii praktycznych i technicznych są zbyt komfortowe, aby je niezwłocznie porzucić, pomimo tego postaramy się to zrobić w następnych dwóch rozdziałach. Sztuczność tych ekstremalnych pozycji staje się oczywista w świetle kwestii, jakie porusza obecnie medycyna oraz rodzajów pytań, z jakimi musi zmierzyć się filozofia. Jako że ich zainteresowania wykraczają poza poboczne skrzyżowania tych dziedzin, z jakimi mamy do czynienia obecnie, musi pojawić się prawdziwy dialog – taki, który będzie wymagał od obu stron zerwania z ich

tradycjami i uprzedzeniami. Zdaniem Pellegrino i Thomasma potrzeba autentycznej dialektyki jest coraz bardziej oczywista. „Filozof nie może tak naprawdę wyjaśnić ontologicznego statusu człowieka bez polegania na najbardziej precyzyjnym twierdzeniu, jakie może osiągnąć w kwestii ludzkiej egzystencji. Wiele informacji na ten temat można znaleźć w danych, którymi dzieli się z nami medycyna. Lekarz, z kolei, potrzebuje ontologicznej koncepcji człowieka, która nada porządek i logiczną formę jego poszukiwaniom – a tym właśnie zajmuje się filozofia. Modelowe spotkanie ontologiczne pomiędzy nauką i filozofią, które, jak twierdzi Waelhens, jest tak istotne dla zrozumienia każdej z tych dziedzin, może wydarzyć się w spotkaniu medycyny i filozofii. Nieodłącznie związane z tym spotkaniem możliwości obrazowane są przez rosnącą liczbę filozofów, którzy w ostatnich latach badają kwestie będące w dużej mierze związane z medycyną lub kontekstem medycznym. Możemy w tym miejscu zacytować jedynie kilku, w celu podania przykładu: głębokie zainteresowanie filozofią ciała widoczne w dziełach Marcela, Merleau-Ponty'ego, Deweya i współczesnych myślicieli, takich jak Spicker czy Zaner; filozoficzne podwaliny psychiatrii, psychologii oraz percepcji w dziełach Strausa, Natansona i Eya, rozważania Grene'a i Engelhardta dotyczące konceptów zdrowia i choroby oraz filozoficznych podstaw etyki medycznej; połączenie fizjologii i antropologii w dziełach Buytendijcka; analizy Lain Entralgo dotyczące relacji pacjent-lekarz; zagłębienie się Wartofsky'ego w tematy ontologii człowieka i praktyki medycznej; seria dzieł Zanera, kładących nacisk na charakter istoty ludzkiej, więzi interpersonalnych (w kontekście medycznym) oraz koncepcję metody nauczania pozwalającej rozwinąć umiejętności w edukacji medycznej. Warte odnotowania są również dzieła Price'a, Taylora, Fabrega, Feinsteina i Murphy'ego dotyczące logiki taksonomii choroby i ocen stanu klinicznego pacjenta. W dziełach tych obecne jest poszukiwanie formalnego procesu podejmowania decyzji leżącego u podstaw praktyki medycznej”. Poszukiwania te świadczą, według Pellegrino i Thomasma, dobitnie o głęboko filozoficznej naturze wielu kwestii medycznych. „Kładą one nacisk na potrzebę uporządkowanego i szczegółowego zbadania zagadnień medycyny, zaczynając od ich założeń, a kończąc na metodach, modelach myśli i ich zastosowaniach dla człowieka i społeczeństwa. Poważni filozofowie badają obecnie te zagadnienia przy użyciu różnorodnych narzędzi filozoficznych. Wzrastająca częstotliwość i głębia owych badań zwiększa nadzieję na utworzenie w przyszłości filozofii medycyny, jako dyscypliny formalnej, odróżniającej się od innych gałęzi filozofii. Jednak obecnie utworzenie takiej dyscypliny znajduje się wciąż na bliżej niesprecyzowanym etapie. Proces ten jednak dojrzewa, czego zapowiedzi widoczne są, na przykład, w ustanowieniu przez Engelhardta i Spickera cyklu dotyczącego filozofii i medycyny, założony również został »Journal of Medicine and Philosophy«, a Amerykańskie Stowarzyszenie Filozoficzne utworzyło Komitet do spraw Filozofii i Medycyny” (2).

Historyczna nieufność tych dwóch dyscyplin względem siebie jest zdaniem Pellegrino i Thomasa obecnie przełamywana, a teren pomiędzy nimi aktywnie uprawiany. „Wchodzimy obecnie w nową erę dialogu – być może równie obiecującego, jak ten, który miał miejsce pomiędzy grecką medycyną i filozofią. Biorąc pod uwagę tło historyczne, relacja ta będzie jednakże bardzo krucha. Dwuznaczności i napięcia nieodłączne dla połączeń pomiędzy medycyną i filozofią wyrażane były zarówno w starożytności, jak i współcześnie: obnażał je Platon, z typową dla niego zdolnością przewidywania. W dziełach takich, jak »Protagoras« czy »Gorgias«, a także w innych, podkreśla on duże podobieństwo medycyny i filozofii, jako praktycznych dyscyplin mających na celu promowanie dobrego życia. Zarówno Platon, jak i Arystoteles zauważali, że medycynę i filozofię łączy zainteresowanie tym, co normatywne – medycynę, poprzez obranie właściwego sposobu kierowania ciałem, a filozofię – właściwego kierowania duszą oraz życiem społecznym i politycznym” (2). W „Symposium” z kolei znajdujemy nacisk na przeciwstawne znaczenia medycyny i filozofii. Eryximachus lekarz, jest symbolem technicyzmu i propaguje on rozwijanie ciała jako prawdziwego celu życia człowieka: „Właśnie to powinien robić lekarz, na tym polega sztuka medycyny: z tego też powodu medycyna może być rozpatrywana, jako wiedza o pragnieniach ciała, oraz o tym, jak je zaspokajać, lub nie”. Podczas, gdy lekarz skupia się na ciele, filozof rozmyśla o formie percepcji, która przewyższa ciało. Nieco dalej, w dialogu Diotima zwraca się do Sokratesa, mówiąc o wyższej formie Erosa: „A co, gdyby człowiek miał oczy, którymi mógłby zobaczyć prawdziwe piękno – boskie piękno, piękno czyste, jasne i niezmacone, nieskażone poprzez śmiertelność, oraz wszystkie kolory i próżności ludzkiego życia?”. Natomiast Sokrates mówi do Simmiasa w „Phaedo”: „ciało wtrąca się w nasze rozważania, wywołując zamieszanie i zakłopotanie”.

„Rzut oka na historię sprzeczności pomiędzy obserwacją a głównymi teoriami w medycynie ujawnia, jak ważne są pouczenia Hipokratesa na temat abstrakcji dla jakiegokolwiek formy filozofii medycyny. Platon w późniejszym etapie swojego życia próbował oprzeć wszystkie funkcje naszych organizmów na geometrii. Descartes, który pod koniec swojego życia zaczął fascynować się medycyną, przewidział, na podstawie swojej wcześniejszej filozofii, że prawdopodobnie dożyje wieku 150 lat. Niewypełnienie się tego przewidywania często przesłania metodologiczne udoskonalenia, jakie zastosował on w postulatach Galena na temat siły życiowej”.

Redukcjonizm, którego przykładem jest mechanistyczna teoria Descartesa, odrzucając niepoparte argumentami postulaty, często pozostawia medycynę z niedoborem hipotez i nazbyt uproszczonym objaśnieniem złożonych procesów. Poszukiwanie jednej przyczyny zachorowań na raka jest bieżącym przykładem tego mechanizmu.

Dokonując porównania ewolucji teorii epistemologicznych i sposobu naukowego poznania w medycynie, można

zauważyć koherencję tych procesów historycznych. Ogólne podejście do rozumienia przyrody wywierało bardzo silny wpływ na epistemologię medyczną. Można także wykazać według Radomskiego, że medycyna oparta na dowodach jest kompilacją zasady falsyfikacji Poppera oraz teorii paradygmatów Kuhna (3, 5).

Stałymi elementami w medycznej teorii poznania przez wszystkie wieki były empiryzm i racjonalizm. Obecnie medycyna, jak zauważa Radomski, wspiera się na dwóch filarach – nauce i sztuce, i dualizm ten można przedstawić, wykorzystując parafrazę konfucjańskiej symboliki yin-yang (ryc. 1). Poznanie naukowe jest wspierane sztuką tworzenia metodologii poznania. Z kolei sztuka podejmowania decyzji klinicznych korzysta z wiedzy naukowej.

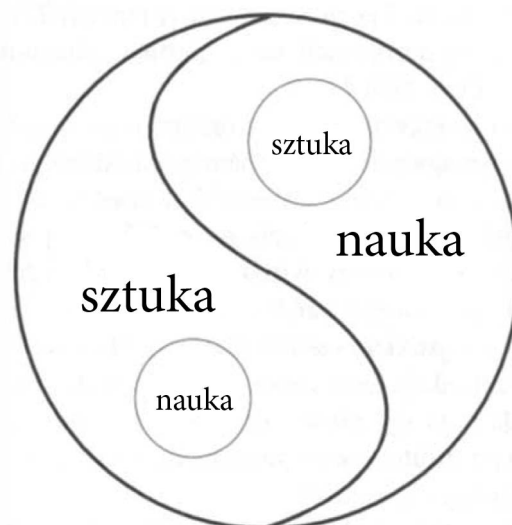
Zmieniające się na przestrzeni epok koncepcje teorii poznania determinowały również sposób naukowego podejścia do zjawisk biologicznych, które warunkują zdrowie bądź chorobę (5).

Na rycinie 2 przedstawiono charakterystyczne dla danej epoki koncepcje tworzenia wiedzy medycznej.

Warto w tym miejscu zacytować współczesną definicję zdrowia według WHO. Jest to dobrostan fizyczny i psychiczny umożliwiający prawidłowe funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach jego życia.

Anatomiczne i funkcjonalne uwarunkowania zdrowia oraz choroby budziły zawsze ciekawość człowieka.

W czasach prehistorycznych, 2,5 tys. lat p.n.e. uważano, że warunkiem zachowania zdrowia był sojusz z duchami, mocami tajemnymi. Choć jedyną metodą leczenia było uprawianie rytualnej magii mającej na celu wyproszenie łaski u duchów, to z drugiej strony właśnie z tego okresu zachowały się zapiski na egipskich papirusach, które opisywały schemat prawzoru badania klinicznego. Już ok. 1200 lat p.n.e. zwracano uwagę na konieczność uważnego oglądania, osłuchiwania i badania palpacyjnego chorego. Obserwacje



Ryc. 1. Symboliczne ujęcie współczesnej medycyny



Ryc. 2. Różnice w koncepcjach poznania naukowego w medycynie na przestrzeni epok

zebrane podczas badania były częścią modlitwy kierowanej do bóstw bądź określały złe duchy, które należało wypędzić z organizmu.

Jedną z metod diagnostycznych stosowanych w tym okresie było „czytanie choroby” z wyglądu wątroby zwierzęcia zabijanego w ofierze badanej osoby.

Pierwsze próby naukowego poznania procesów odpowiedzialnych za utrzymanie zdrowia rozpoczęły się w starożytności.

Pierwszą systematyzację klinicznego badania lekarskiego wprowadził żyjący na przełomie V i IV wieku p.n.e. Hipokrates, wykazując jednocześnie konieczność prowadzenia historii choroby. Hipokrates zwrócił uwagę na rolę obserwacji w diagnozowaniu: podstawą do rozpoznania choroby jest obserwacja. Pojęcie „zdrowia” Hipokrates ograniczał do utrzymania stanu równowagi między czterema sokami: krwią, śluzem, żółcią oraz czarną żółcią. Ważnym osiągnięciem Hipokratesa było opanowanie umiejętności prognozy przebiegu choroby i rokowania co do powrotu pacjenta do zdrowia (2-4).

Uważa się, że to Hipokrates dał początki kodeksowej etyki lekarskiej. To on w IV wieku p.n.e. zredagował tekst przysięgi, która do dziś – najczęściej w okrojonej formie – stanowi rotę ślubowania adeptów sztuki medycznej. Określa ona główne elementy etosu lekarza: szacunek wobec mistrzów, zakaz odbierania życia (okazuje się, że problem eutanazji nie jest nowy!), kierowanie się dobrem chorego, przestrzeganie tajemnicy lekarskiej. Późniejsza maksyma rzymska postawiła w centrum zobowiązań lekarza negatywną formułę: „Primo non nocere”.

Rozwój Hipokratejskiej koncepcji uprawiania medycyny zaowocował w II wieku n.e. opracowaniem pierwszej koncepcji wyjaśniającej patogenzę chorób. Wprowadził ją grecki lekarz Galen, który przyczynę chorób upatrywał w zaburzeniach równowagi między czterema wymienionymi sokami. Zalecana przez Galena diagnostyka lekarska sprowadzała się do obserwacji ciepłoty i wilgotności ciała.

W II wieku n.e. zaczęły powstawać pierwsze uniwersytety medyczne, które uczyły medycyny scholastycznej, czyli opartej na autorytecie wykładającego.

Okres średniowiecza przyniósł znaczny regres w naukowym poznaniu medycyny.

Na uniwersytetach prowadzonych przez duchownych rozwinęła się tzw. jatroteologiczna koncepcja choroby. Zakładała ona, że zdrowie i choroba są całkowicie uzależnione od woli Boga. Wolę tę należy przyjmować z pełną pokorą, a jedyną formą terapii może być modlitwa.

W wiekach średnich następowało mieszanie przyrodniczych z ich interpretacją teologiczną. Począwszy od XII wieku sobory i papieże wprowadzili dla duchownych zakaz zajmowania się medycyną. Jednak w dalszym ciągu utrzymywano papieski protektorat nad europejskim uniwersytetami, ograniczający powrót do starożytnej koncepcji poznania naukowego. Alternatywną dla medycyny jatroteologicznej były czarownictwo i magia, które zaczęły się dynamicznie rozwijać w drugiej połowie epoki średniowiecznej. W średniowieczu rozwijała się jednocześnie etyka lekarska. Wielki żydowski filozof i lekarz, Majmonides (1135-1204), stworzył reprezentatywny kodeks medyczny (6).

W epoce odrodzenia nastąpił powrót do starożytnych metod poznawczych w medycynie. Od tej epoki rozpoczyna się powstanie medycyny naukowej opartej na eksperymencie i rozumie. Dokonujący się postęp w alchemii, chemii oraz fizyce zapoczątkował rozwój jatrochemii oraz jatrofizyki. W 1628 roku Harley zaproponował pierwszy matematyczny opis układu krążenia, zaś w 1679 roku Boreli przedstawił biomechaniczny opis mięśni. Prekursorem mechanicznego opisu pozostałych procesów fizjologicznych był także Kartezjusz.

W epoce renesansu rozwinął się także załazek współczesnej biometrii. W 1614 roku Santorio opublikował pracę „De statica medicina”, w której po raz pierwszy opisał zastosowanie pomiaru wagi, temperatury i ciśnienia tętniczego krwi.

Epoka odrodzenia zapoczątkowała rozwój metodologii badań naukowych. Od tego momentu podstawą diagnostyki

medycznej stają się przesłanki wynikające z wiedzy anatomicznej, fizjologicznej i patomorfologicznej. Upowszechnienie się badań autopsyjnych, a tym samym rozwój anatomii patologicznej prowadziły do statycznego opisu choroby, zwanego opisem ontologicznym.

Do XIX wieku utożsamiano chorobę tylko ze zmianą patomorfologiczną, ignorując etiologiczną rolę zaburzeń czynnościowych.

Dopiero rozwój eksperymentów fizjologicznych prowadzonych przez niemieckich naukowców zapoczątkował patofizjologiczne spojrzenie na chorobę jako proces zachodzący w czasie (3).

Od połowy XIX wieku rozpoczyna się jednocześnie dalszy rozwój etyki lekarskiej, mnożenie kodeksów lekarskich w geometrycznym wręcz tempie.

Tempo rozwoju naukowego poznania istoty zdrowia i choroby zostało zmniejszone w epoce romantyzmu. Nastąpiło wówczas odejście od mechanistycznego opisu funkcjonowania organizmu w kierunku medycyny vitalistycznej. Według tej koncepcji poznanie istoty chorób może być tylko metafizyczne, a źródłem choroby jest niepokój duszy.

Nastąpił wówczas powrót do średniowiecznego, transcendentnego ujęcia medycyny oraz roli Boga w procesie poznawczym i praktyce klinicznej.

Jednak nie wszyscy ówczesni lekarze podzielali koncepcję medycznego mistycyzmu. W tym czasie również doskonalono metody badania chorego, czego przykładem jest wprowadzenie w 1819 roku przez Laenneca stetoskopu. Medycyna okresu romantyzmu, mimo że wiązała się z odejściem od zasad „obiektywnego” poznania ludzkiego organizmu, zwróciła uwagę badaczy na związek między stanem psychicznym a zaburzeniami somatycznymi organizmu. Poczynione wówczas rozważania epistemologiczne stały się podstawą do rozwoju przyszłej psychiatrii i medycyny psychosomatycznej, także (o czym dalej) seksuologii (7). Od przełomu wieku XIX i XX do chwili obecnej obserwuje się wzrost stopnia sformalizowania metodologii badawczej stosowanej w medycynie. Realizacja tego trendu jest możliwa dzięki rozwojowi techniki (aparatura diagnostyczna, laboratoryjna) oraz matematycznych podstaw opisu procesów biologicznych (biomatematyka, biometria, biostatystyka). Jednocześnie jest to czas dalszych dyskusji wokół etyki lekarskiej. Wiek XX przyniósł kolejne deklaracje i kodeksy etyki lekarskiej: Deklaracja genewska (1948), Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej (1949), Deklaracja z Sydney (1968), Deklaracja z Oslo (1970), Deklaracja helsińsko-tokijska (1975), Deklaracja z Tokio (1975), Deklaracja lizbońska (1981). W Polsce kodeks etyki lekarskiej został uchwalony na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku Białej w 1991 roku, a przyjęty i zmodyfikowany przez III Krajowy Zjazd Lekarzy w 1993 roku.

Ton wszystkim tym dokumentom nadaje przysięga Hipokratesa tak w warstwie materialnej, jak i formalnej. To drugie oznacza, iż ten typ etyki lekarskiej pozostaje w kleszczach sformułowań kodeksowych. Plusem takiego stanu rzeczy jest

całościowość ujęcia, jasność sformułowań i klarowność elementów etosu moralnego lekarza. Minusem – schematyzm, pewna ogólnikowość, nieprzekładalność na wiele sytuacji konkretnych, bezosobowość, gubienie żywego wymiaru międzyosobowego. Wszak formuły przysięgi Hipokratesa mogą być dookreślane na wiele – często sprzecznych materialnie – sposobów.

Życie jest zawsze bogatsze od najbardziej inteligentnie sformułowanych norm ogólnych – stawia wyzwania, których rozwiązanie nie jest nawet wirtualnie obecne w kodeksowych normach moralnych. Szczególnie dotyczy to medycyny, gdzie rozwój technik biomedycznych stawia problemy jakościowo nowe.

Ostatnim etapem ewolucji poznania naukowego w medycynie jest wprowadzona w 1980 roku medycyna oparta na dowodach. Według tej koncepcji, podstawą poznania naukowego w medycynie są prawidłowo metodologicznie zrealizowany eksperyment (zaprojektowany w oparciu o teorię eksperymentu), właściwie dobrana metoda matematycznego opisu wyniku eksperymentu oraz umiejętna interpretacja biologiczna rezultatów analizy matematycznej.

Opublikowane podobne wyniki z licznych eksperymentów tworzą podstawy naukowe do wyznaczania standardów postępowania klinicznego, rekomendowanych przez środowiskowe towarzystwa naukowe.

Dokonując porównania ewolucji teorii epistemologicznych i sposobu naukowego poznania w medycynie, można zauważyć koherencję tych procesów historycznych.

Ogólne podejście do rozumienia przyrody wywierało bardzo silny wpływ na epistemologię medyczną.

Można także, jak wspomniano, wykazać, że medycyna oparta na dowodach jest kompilacją zasady falsyfikacji Poppera oraz teorii paradygmatów Kuhna. Przez wszystkie wieki stałymi elementami w medycznej teorii poznania były empiryzm i racjonalizm, a obecnie medycyna wspiera się na dwóch filarach: nauce i sztuce (poznanie naukowe jest wspierane sztuką tworzenia metodologii poznania, z kolei sztuka podejmowania decyzji klinicznych korzysta z wiedzy naukowej).

Jak każdy paradygmat, medycyna oparta na dowodach ma swoje zalety i wady. Do niewątpliwych zalet tej filozofii postępowania klinicznego należą: podniesienie jakości świadczonych usług medycznych, ich standaryzacja, wypracowanie metod akademickiego nauczania klinicznych umiejętności lekarza, stworzenie możliwości obiektywnej weryfikacji jakości pracy lekarza, dostarczenie narzędzi chroniących lekarza przed odpowiedzialnością karną w sytuacjach spornych lekarz-pacjent (5).

Do wad tego sposobu klinicznej pracy można zaliczyć wydłużenie czasu podejmowania decyzji klinicznych oraz brak niezbędnej umiejętności analitycznego myślenia klinicznego u niedoświadczonych klinicystów. Dlatego, aby zredukować powyższe trudności, wiele towarzystw naukowych ogłasza rekomendacje oraz standardy postępowania klinicznego w danej specjalizacji klinicznej. Stanowią one modele decyzyjne pozwalające klinicyście na podjęcie

szybkiej i właściwej decyzji zgodnej z zasadami medycyny opartej na dowodach.

Podejście wyłącznie rozumowe – naukowe w medycynie czy farmacji (aptekarskim) prowadziłoby do bardzo wąskiego spojrzenia na zagadnienia stanu zdrowia pacjenta.

Lekarze i aptekarze sami nadają kształt swej działalności. W aspekcie aptekarskim cztery elementy decydują o powodzeniu funkcjonowania apteki: ceny, miły fachowy personel, lokalizacja i wygląd apteki. Dla budowania trwałych i satysfakcjonujących relacji pacjent-aptekarz czy pacjent-lekarz istotą problemu jest uświadomienie sobie, że pacjent przychodzi do każdej placówki służby zdrowia zazwyczaj ze swoim cierpieniem, bólem, prośbą o pomoc – często w najbardziej intymnych sprawach (8). Bywa, że pacjent wykazuje pewną nieufność w dużej mierze wynikającą z wcześniejszych złych doświadczeń. Liczne obserwacje świadczą o rosnącym zapotrzebowaniu na profesjonalne porady, także aptekarskie, dotyczące problemów intymnych. Takie są oczekiwania pacjentów, zwłaszcza wobec wielości reklam leków i paraleków oraz informacji o tym, co rzekomo dobre dla zdrowia i kondycji. Generalnie aptekarz powinien zwrócić uwagę na pacjenta, jako podmiot pomocy w problemie, z jakim się zwraca, a nie jako na przedmiot transakcji. Warto zdawać sobie sprawę z tego, że pacjent nie zawsze mówi u swego lekarza o wszystkich stosowanych preparatach – często właśnie aptekarz może uzyskać te informacje, dlatego winien zwrócić uwagę na możliwe interakcje leków i ich działania uboczne. Farmaceuta-aptekarz

musi być na bieżąco ze współczesną wiedzą farmaceutyczną. Bardzo ważna jest współpraca aptekarza z lekarzem.

Podkreślić należy, że w medycynie (zwłaszcza w medycynie rodzinnej) i farmacji (aptekarskim) z jednej strony ważne jest indywidualne, pełne empatii i profesjonalizmu podejście do każdego pacjenta, z drugiej strony istotna jest znajomość problemów środowiska, w którym żyje pacjent, jego rodzina i aktualnych problemów społecznych (8). Aptekarz powinien mieć orientację o placówkach medycznych w rejonie apteki, by właściwie pokierować potrzebujących, bo jakże często pacjenci nie mają tej wiedzy mimo rozwiniętej sieci placówek Specjalisty Lekarza Rodzinnego. Idąc śladem cytatu z „Katharsis” profesora Szczeklika: „Rytmami nasycony jest świat”, pacjent ma szczególną wrażliwość i wycucie, czy dla aptekarza ważniejszy jest rytm wystukiwany na klawiszach kasy fiskalnej, czy rytm ludzkiego serca (8, 9).

Często podnoszonym kontrargumentem naukowego widzenia medycyny jest sugestia, iż prowadzi ono do dehumanizacji medycyny i ogranicza holistyczne spojrzenie na pacjenta (1-5). Te obawy nie są zasadne, o ile w podejściu do medycyny brane będzie pod uwagę współistnienie interdyscyplinarne, co jest istotnym aspektem medycyny rodzinnej (6-10).

Ten dział medycyny zajmując się kwestiami zagwarantowania wszystkim członkom rodziny, będącej pod opieką lekarza rodzinnego, kompleksowej opieki medycznej, wychodzi naprzeciw holistycznemu podejściu do pacjenta, a to jest ważny kierunek współczesnej medycyny (3, 10).

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii
Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: +48 618-419-278
grajarz@o2.pl

nadesłano: 02.05.2019
zaakceptowano do druku: 21.05.2019

PIŚMIENNICTWO

1. Zieliński K, Zalewska-Jura H: Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytnie dzieje chorób w ich nazwach ukryte. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2004.
2. Pellegrino ED, Thomasma DC: Philosophical basis of medical practice. Oxford University Press, New York 1981.
3. Radomski D, Grzanka A: Metodologia badań naukowych w medycynie. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu 2011.
4. Jarząbek-Bielecka G: Podstawy etyki i filozofii w medycynie w świetle rozważań Edmunda D. Pellegrina i Davida C. Thomasmy – zagadnienia wybrane. Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2019: 5-55.
5. Jarząbek G, Radomski D: Aspekty filozofii i etyki w historii poznania naukowego w medycynie. Pol Prz. Nauk Zdr 2008; 1(14): 54-59.
6. Brzeziński T: Problemy etyczne prokreacji. [W:] Brzeziński T: Etyka lekarska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2002: 147-181.
7. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Wojtyła-Buciora P, Wojtyła A: Specyfika nauki o płci – seksuologii i zarys jej historii. Medycyna Rodzinna 2019 [maszynopis].
8. Jarząbek-Bielecka G, Bielecki M, Pisarska-Krawczyk M et al.: Medical and apothecary care for patients with disabilities in terms of gynecological and sexuological aspects. Pol Prz Nauk Zdr 2015; 1(42): 58-62.
9. Szczekliki A: Katharsis. Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 2002.
10. <https://www.who.org/adolescent-health>.