© Autor(rzy) 2023. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ROZWAŻANIA O FILOZOFII MEDYCYNY Z UWZGLĘDNIENIEM ASPEKTÓW PIELĘGNIARSTWA W ŚWIETLE DZIEŁA PELLEGRINO I THOMASMY

CONSIDERATIONS ON THE PHILOSOPHY OF MEDICINE WITH REGARD TO THE ASPECTS OF NURSING IN LIGHT OF THE WORK OF PELLEGRINO AND THOMASMA

Grażyna Jarząbek Bielecka[1, a], Katarzyna Plagens-Rotman[2, b]

[1] Klinika Ginekologii, Katedra Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Gynecology, Chair of Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Poland
[2] Państwowa Szkoła Wyższa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie
Hipolit Cegielski State University of Applied Sciences in Gniezno, Poland

[a] https://orcid.org/0000-0003-1385-5641
[b] https://orcid.org/0000-0001-7646-7430

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.2

STRESZCZENIE

Filozofia medycyny zakłada, że medycyna jest integralną dyscypliną, co oznacza, iż twierdzenia dotyczące unikatowości medycyny, mogą być zastosowane ogólnie w stosunku do wszystkich jej gałęzi i są ściśle związane także z pielęgniarstwem. Celem nadrzędnym w medycynie i pielęgniarstwie jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Każda gałąź medycyny odgrywa pewną rolę w osiągnięciu tego holistycznego celu i jest to także ważny cel pielęgniarstwa.

SŁOWA KLUCZOWE: filozofia medycyny, pielęgniarstwo, etyka.

ABSTRACT

The philosophy of medicine assumes that medicine is an integral discipline, which means that claims about the uniqueness of medicine can generally be applied to all its branches and are closely related to nursing as well. The main goal in medicine and nursing is to maintain good health. Each branch of medicine plays a role in achieving this holistic goal, and it is also an important goal of nursing.

KEYWORDS: philosophy of medicine, nursing, ethics.

Wstęp

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 jońskiej 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 piątym wieku przed Chrystusem, po pojawieniu się szkoły Hipokratesa. Edelstein, wg Pellegrino i Thomasmy, podkreśla, że medycyna przybrała wówczas dwie wyróżniające ją cechy: opieranie swojego kunsztu na obserwacji pacjentów oraz bazowanie na zasadach etycznych. Medycyna i filozofia stały się niezależnymi i wpływowymi dyscyplinami. Z tego względu medycyna hipokratejska i filozofia attycka tworzyły bardzo owocny związek, jakiemu nic od tamtej pory nie dorównało. Galen uważał, że najlepszym lekarzem jest filozof.

Niewiele podręczników medycznych porusza temat rozumienia tego, czym jest medycyna. Zazwyczaj omawiane są w nich kwestie oceny klinicznej stanu pacjenta lub relacje lekarz – pacjent, po czym następuje szczegółowy opis 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 [1].

Definicja medycyny jest niezbędna do jakiejkolwiek krytycznej refleksji na temat funkcji i celów zawodów związanych z praktyką medyczną (także w ginekologii), sposobu kształcenia lekarzy, kwestii oczekiwań, jakie mamy wobec lekarzy oraz tego, w jaki sposób medycyna jest powiązana z innymi kulturowymi przejawami współczesnego człowieka [1].

Wyobrażenie na temat tego, czym jest medycyna w wyraźny i silny sposób kształtuje każdy aspekt przedsięwzięcia medycznego – edukacyjny, praktyczny, medyczno-prawny, etyczny oraz społeczny i ekonomiczny. Leży ono również u podstawy klinicznych decyzji, postaw lekarzy i pielęgniarek oraz spostrzeżeń, jakie mają oni na temat samych siebie [2–6].

W całym procesie opieki nad pacjentem, diagnostyki i leczenia należy podkreślić ogromne znaczenie pracy pielęgniarki/pielęgniarza. Istotna jest tu także stawiana diagnoza pielęgniarska jako dopełnienie diagnozy lekarskiej. Jest to szczególnie ważne wobec współczesnego trendu rozszerzania kompetencji pielęgniarskich. Podkreślić należy znaczenie pracy zespołowej – cały zespół terapeutyczny ma wkład w efekt końcowy, jakim jest poprawa stanu zdrowia pacjenta czy jego wyleczenie.

Według Pellegrino i Thomasmy konieczne jest, aby pierwszym krokiem dla filozofii medycyny było stwierdzenie tego, 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 [2, 4].

Twierdzą oni, że medycyna nie jest ani jedynie sztuką, ani nauką we współczesnym sensie tych terminów. Uważamy, że medycyna jest odrębną, pośrednią dziedziną, *tertium quid* (trzecią, pośrednią możliwością), pomiędzy sztuką i nauką i jest odmienna od obydwu tych dziedzin. W sensie arystotelesowskim jest to nawyk praktycznego rozumienia, doskonalony przez doświadczenie w zajmowaniu się pacjentami.

Cech wyróżniających medycynę, a w tym i ginekologię, należy poszukiwać w jej modelach i formie, której sedno znajduje się w wydarzeniu klinicznym. To szczególny charakter relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem (np. ginekologiem a pacjentką). Cele tej relacji oraz sposoby, jakimi wpływa ona na obie strony biorące w niej udział w momencie decyzji klinicznej, odróżniają medycynę od innych, powiązanych aktywności, szczególnie pozostałych zawodów, których celem jest niesienie pomocy.

Wielu myślicieli, wśród których byli też filozofowie praktykujący jednocześnie zawód lekarza, podjęło próbę opisania medycyny w bardziej szczegółowy sposób. Historia, wg Pellegrino i Thomasmy, odnotowuje fakt podjęcia próby filozofowania na temat medycyny przez takich myślicieli, jak: Empedokles, autorzy podejścia hipokratesowego, Sokrates, Platon, Arystoteles, Galen, Awicenna, Majmonides, św. Albert Wielki, Hume, Harvey, Bernard, William Osler, E.B. Straus, Scott Buchanan i wielu innych [1].

Podejście hipokratesowe koncentruje się na leczeniu i prognozie, poświęcając mniej uwagi umiejętnościom diagnostycznym. Są one uważane za umiejętności wypływające z leczenia i prognozy oraz przez nie ukształtowane. Są dwie przyczyny skupiania się medycyny starożytnej Grecji na sztuce leczenia. Po pierwsze, medycyna starożytnej Grecji, podobnie jak jej filozofia moralności, przesiąknięta była pojęciem dobrostanu. Celem wszystkich dziedzin, w tym medycyny, było doprowadzenie do stanu dobrego samopoczucia (eukrasia) lub szczęścia (sophrosyne). Po drugie, szczęście było postrzegane jako równowaga pomiędzy naturą i samym sobą lub życie ze sobą i z naturą w harmonii. Lekarze mieli się więc na baczności, aby nie wykroczyć poza granice swojego zadania poprzez zbyt rozległą interwencję, co postawiłoby ich w pozycji winnych aroganckiej dumy. Człowiek zawdzięcza swoje twórcze umiejętności imitacji natury. W procesie leczenia, powinien on działać w zgodzie z *vis medicatrix naturae*, leczniczą mocą natury. Dlatego też Demokryt mógł powiedzieć, że poprzez wykorzystywanie zasady harmonii lub równowagi możemy uzyskać spokój ciała – zdrowie – i spokój duszy – szczęście.

Dzięki dobrze rozwiniętej naturze medycyny starożytnych Greków, Sokrates, Platon, a następnie Arystoteles (którego ojciec był lekarzem) często powoływali się na medycynę jako na przykład sztuki. Jeden z pierwszych dialogów platońskich, *Charmides*, przedstawia Sokratesa przytaczającego argumenty na temat lekarstw, medycyny i umiaru. Arystoteles powołuje się na medycynę w *Poetyce* jako dziedzinę będącą odpowiednikiem *Catharsis* w poetyckiej argumentacji. Wcześniej sofista Gorgias przyrównywał efekty tragedii do tych, które otrzymujemy w wyniku zażycia środków przeczyszczających, wykorzystywanych w medycynie. Medycyna była wyraźnie widziana jako sztuka, a leczenie było analogią do niektórych rezultatów tragedii [7].

Do czasów średniowiecza medycyna na tyle się rozwinęła, aby być uznawana za naukę praktyczną lub sztukę mechaniczną, podobną do rolnictwa [1]. Już Awicenna napisał traktat, który zgłębiał w niezwykle jasny sposób 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 mendendi peritus* – eksperta w kwestii dobrego leczenia [1].

Biorąc pod uwagę zdecydowanie bardziej skomplikowaną naturę współczesnej medycyny, w tym ginekologii, uważać należy najnowsze próby opisania medycyny jako sztuki leczenia lub nauki badającej pojedyncze osoby jako niewystarczające. Medycyna, w tym ginekologia, nie może być ograniczana do fizyki, chemii czy biologii, choć jednak częściowo czerpie z tych dziedzin. Z drugiej strony, pomimo tego, że medycyna nie przypomina żadnej ze sztuk pięknych pod kątem jej produktów, łączy ją jednak ze sztukami pięk-

nymi charakterystyczna cecha rozumowania produktywnego, służącego praktycznym celom. Z tego powodu odnieść się należy do medycyny jako najbardziej naukowej dziedziny spośród nauk humanistycznych, a także najbardziej humanistycznej wśród nauk ścisłych. Nie jest to ani czysta nauka, ani prawdziwy przykład sztuk pięknych. Konieczne będzie dalsze uściślenie tej opinii.

Jeśli rozumieć pojęcie zawodu jako konstrukcję, zajęcie lub dziedzinę, która stosuje umiejętność posługiwania się symbolami, poprzez które myślimy, wówczas, wg Pellegrino i Thomasmy, medycyna jest zawodem. Podobnie jak na innych zawodach, tak i na medycynie spoczywają podwójne zobowiązania: posiadania dostatecznych umiejętności i poświęcenia się dla dobra człowieka. Umiejętności wymagane przez medycynę obejmują teoretyczną wiedzę z zakresu nauk ścisłych oraz kreatywną umiejętność operowania symbolami, takimi jak koncepcje choroby i doświadczenia w odniesieniu do pojedynczej osoby. Medycyna (w tym ginekologia) wymaga odpowiedniej wiedzy biologicznej wykorzystywanej do postawienia diagnozy i terapii, a jej celem jest przywrócenie pacjenta do stanu zdrowia. Nie przypomina ona sztuk pięknych, w których zachodzi proces tworzenia nowych dzieł. Można więc wywnioskować, że medycyna jest dyscypliną pochodną, trzecim rodzajem działalności człowieka, który łączy w sobie teorię i praktykę w unikatowy sposób. Do tego rodzaju aktywności będzie należeć też dziedzina prawa i edukacji [8].

Filozofia medycyny zakłada, że medycyna jest integralną dyscypliną, oznacza to, że twierdzenia dotyczące unikatowości medycyny mogą być zastosowane ogólnie w stosunku do wszystkich jej gałęzi (…). Charakterystycznym wydarzeniem stanowiącym medycynę jako dyscyplinę wydaje się być proces powrotu do dobrego stanu zdrowia. Można to uargumentować opisując medycynę poprzez powołanie się na jej cel. Celem tym jest powrót do dobrego stanu zdrowia, czyli wydarzenie medyczne. Każda gałąź medycyny odgrywa pewną rolę w osiągnięciu tego holistycznego celu. Ginekologia odgrywa szczególną rolę w osiągnięciu celu, jakim jest zdrowie kobiety.

W działaniu lekarskim, według Pellegrino i Thomasmy, istotne są formy, które służą odróżnieniu medycyny od innych dyscyplin.

Poniżej następuje wykaz tych form, ważnych cech oceny stanu klinicznego pacjenta:

1. Ocena ta łączy, za pomocą słów i idei, rzeczywiste obiekty, postrzegane jako oddzielne za pomocą nowych hipotez na temat tego, jak owe przedmioty są powiązane. Co więcej, ocena stanu klinicznego pacjenta może odnosić wiedzę naukową do pojedynczego pacjenta lub grupy pacjentów. Ocena ta ustanawia takie połączenia, które są konieczne dla medycyny. Nazywamy to *zindywidualizowaną wiedzą*.
2. Ocena stanu klinicznego pacjenta jest odkryciem nieprzewidzianej relacji. Claude Bernard oznajmił, że odkrycie jest nieprzewidzianą relacją, niepotwierdzoną w teorii; w innym razie byłaby ona przewidziana. Koncepcja tragicznego katharsis, przedstawiona przez Arystotelesa, okazuje się pomocna w zrozumieniu natury odkrycia medycznego. Opisywaną w tym punkcie formą jest *diagnoza*.
3. Ocena stanu klinicznego pacjenta jest antycypacyjna, oparta na organizacji ciała, otoczenia, wcześniejszych doświadczeń klinicznych, wartości pacjenta i wiedzy naukowej. Tą formą jest *prognoza* (rokowania). Podkreślaliśmy już ważność prognozy dla medycyny starożytnych Greków. Jest ona równie ważna we współczesnej medycynie, jednakże z innych przyczyn kulturowych. Prognoza determinuje głównie zakres interwencji, bazując na wiedzy na temat choroby lub potrzebach pacjenta, a czasem na obydwóch tych czynnikach. W tym sensie Gracian oświadcza: „Nadzieja jest ogromnym fałszerzem prawdy; sprawmy, by umiejętności stały na straży prawdy, poprzez upewnianie się, że spełnienie będzie istotniejsze niż pragnienie".
4. Ocena stanu klinicznego pacjenta kierowana jest przez terapeutyczną konieczność. Ta forma to *terapia*. Spośród tych trzech form: diagnozy, prognozy i terapii, ostatnia jest najważniejsza. Po pierwsze, forma ta jest najbliższa motywowi i zamiarowi leczenia, przyświecającym interakcji klinicznej. Dla pacjenta stanowi ona epistemologiczny przewodnik po wszystkich aspektach wydarzenia medycznego. Po drugie, pomoc w odzyskaniu dobrego samopoczucia może z pewnością być nazwana jedną z trzech podstawowych potrzeb człowieka (pozostałe to dobrostan ekonomiczny i moralny). Zanurzona głęboko w wartościach, konieczność terapeutyczna ustanawia również zachwianą relację, która jest źródłem modeli: odpowiedzialności, zaufania oraz zorientowania na podejmowanie decyzji. Innymi słowy terapia jest medyczną formą wszystkich czterech modeli medycyny. Po trzecie, jest to ocena tworzona zarówno w aspekcie osobistym, w znaczeniu przedstawianym przez Polany'ego; racjonalnym, w znaczeniu naukowym, dyskursywnym; oraz intuicyjnie, w znaczeniu artystycznym.

Od czasów starożytnych medycyna i filozofia jako dziedziny pozostawały w dobrej relacji, jednak istniały pewne punkty niezgody. Traktat *O Medycynie Antycznej* z jednej strony podkreśla analogie pomiędzy filozofią i medycyną, czego przykład znajdujemy w dziele

Protagoras. Z drugiej jednak strony, ten sam traktat wyraźnie przestrzega przed spekulacjami, niepopartymi bezpośrednimi obserwacjami pacjentów. Sama medycyna hipokratejska rozwinęła nawet pewne atrybuty filozofii. Dlatego właśnie, nawet w momencie najbardziej pomyślnego połączenia, napięcia, których echa odnajdujemy w Platońskim *Symposium*, były wyraźnie dostrzegalne (…).

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 siedemnastego i osiemnastego wieku, aż do biologicznych redukcjonistów naszych czasów [1].

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 wypływać 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. Według Pellegrino i Thomasmy filozoficznym zagrożeniem dla medycyny w obecnych czasach nie jest nadmierne i nieograniczone budowanie systemu, a zbytnia 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 (...).

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 [1, 2].

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. W dziełach wielu autorów wg Pellegrino i Thomasmy obecne jest poszukiwanie formalnego procesu podejmowania decyzji leżącego u podstaw praktyki medycznej.

Poszukiwania te świadczą 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 (…).

Historyczna nieufność tych dwóch dyscyplin względem siebie jest 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 (…). Nie wystarczy jednak opisać wydarzenie medyczne w kategorii jego celu, którym jest odzyskanie przez pacjenta dobrego stanu zdrowia. Konieczne jest dodanie do tego opisu innych cech. Kolejny argument jest bardziej szczegółowy. Bazuje on na założeniu, że celem medycyny jest wzmocnienie pacjenta, które może mieć jedynie charakter asymptotyczny w stosunku do odczuwanego przez nas przed chorobą stanu dobrego samopoczucia. Ponieważ „dobre samopoczucie" jest wyobrażeniem kulturowym, a nawet indywidualnym, wydarzenie medyczne jest ustanowione z konieczności, przez zindywidualizowaną formę wiedzy posiadanej przez pojedynczą osobę, a zawierającą koncepcyjne narzędzia wyniesione z danej kultury. W tym kontekście cechą wyróżniającą medycynę od innych przedsięwzięć jest jej cel pokrzepienia pacjenta, a także zindywidualizowane podejście, charakteryzujące się rozwiniętą intuicją kliniczną oraz język, jakiego używany do opisu stanu dobrego samopoczucia, tworzonego w kulturowym aspekcie życia

w przeszłości oraz obecnie. Ten aspekt działalności medycznej ma szczególne znaczenie w ginekologii.

Osoby, które próbują opisać medycynę jako naukę, muszą zmodyfikować swój pogląd w taki sposób, aby zawierał on interakcję kliniczną. *Idee directrice*, koncepcją przewodnią medycyny, jak określa to Bernard, według Pellegrino i Thomasmy, jest odpowiednia, naukowa interpretacja rzeczywistości naszego życia, bazująca na założeniach wzmocnienia i pokrzepienia. Dlatego też podstawowe koncepcje medycyny, takie jak zdrowie czy choroba, powinny być nieodzownie związane z epistemologicznymi cechami interakcji klinicznej, z której czerpią one swoje znaczenie. Zarówno zdrowie, jak i choroba są zasadniczymi koncepcjami medycyny jako dyscypliny [2–6].

Odpierając zarzut, że zdrowie i choroba są członami definiującymi jedynie układy składające się z organów, należy przedstawić ogromną liczbę dowodów potwierdzających, że obie te koncepcje (zdrowia i choroby) są wartościujące. Oznacza to, że obejmują one swoim znaczeniem wartości pacjentów, społeczeństw i kultur.

Jeżeli interakcja kliniczna jest modelem stanowiącym konkretne wydarzenie medyczne, wówczas medycyna jako dyscyplina wpisuje się w filozoficzną kategorię relacji, którą możemy zidentyfikować. Interakcja kliniczna jest źródłem integralności medycyny jako dyscypliny, co dotyczy też ginekologii.

Umiejętności oraz poświęcenie się będące cechami charakterystycznymi medycyny mają na celu wzmocnienie i pokrzepienie istot ludzkich; koncepcje zdrowia i choroby są zarówno pojęciami biologicznymi, jak i służącymi ocenie. Stąd medycyna nie może być rozumiana bez przywiązywania uwagi do relacji klinicznej. Co więcej, moralna siła medycyny wypływa z konieczności opieki nad pacjentem (w ginekologii nad pacjentką) i w niej znajduje swoje zastosowanie. Z tego powodu Otto Gutentag, wg Pellegrino i Thomasmy [1] potępia rozwój technologiczny, ostrzegając, że „zatracane są aksjomatyczne fundamenty medycyny: człowiek nie może być rozumiany jedynie z punktu widzenia mechaniki". Poza tym moralna natura przedsięwzięcia medycznego nie wynika z podążania za zasadami i wskazówkami dotyczącymi jedynie zachowania. Wynika ona raczej z faktu, że zarówno pacjent, jak i lekarz wspólnie wchodzą w relację składającą się na proces leczenia. Relacja ta jest źródłem podziału pracy, z którego lekarze i pacjenci (pacjentki) czerpią prawa, obowiązki, przywileje oraz inne formy aprobaty społeczeństwa. Osoby zajmujące się czystą nauką nie posiadają takich obowiązków i praw.

Czynniki, takie jak: wewnętrzna organizacja medycyny – jej specjalizacje, różne poziomy opieki nad pacjentem, charakterystyczne koncepcje oraz połączenia pomiędzy teorią a praktyką, uzależnione są od interakcji klinicznej, która jest dla nich punktem odniesienia.

Interakcja kliniczna jest apriorycznym elementem medycyny jako dyscypliny. Oznacza to, że, jak zauważył Arystoteles, medycyna i retoryka są bardzo podobne. Obie są narzędziami służącymi perswazji. Zauważa to również Platon w dziele zatytułowanym *Phaedrus* [1, 2]. Z tego powodu nauka będzie piękna, kiedy jej forma i treść będą właściwie dostosowane do szczególnej natury i sytuacji pacjenta. Interakcja kliniczna jest wówczas przekonująca jak retoryka, zindywidualizowana i zaczyna stanowić przyjacielską relację, jak określa to Platon w *Lysis*: „Człowiek chory jest przyjacielem lekarza" [9].

Interakcja kliniczna ustanawia medycynę jako jednolitą dyscyplinę – taką, w której całość ma większą siłę niż którakolwiek z części składowych. Jej motywem jest współczucie lub przyjaźń, celem jest osiągnięcie zindywidualizowanego, satysfakcjonującego stanu dobrego samopoczucia, a jej struktura zalicza się do kategorii relacji.

W świetle powyższych refleksji konieczne jest opisanie ważnych cech tej relacji w medycynie (w tym w ginekologii). Wybór tego, co jest ważne (niżej opisane modele wg Pellegrino i Thomasmy) nie powinien być opacznie rozumiany jako obszerny katalog wszystkich cech medycyny. W miarę wzrostu zainteresowania relacją kliniczną pojawiają się w tle coraz bardziej specjalistyczne i odległe aspekty medycyny, w tym ginekologii. Modele wg Pellegrino i Thomasmy to: odpowiedzialność, zaufanie, zorientowanie na podejmowanie decyzji i etiologia.

Odpowiedzialność

Interakcja kliniczna jest wydarzeniem, w którym umiejscowiona jest wzajemna odpowiedzialność lekarza i pacjenta, co jest istotne także w aspekcie pielęgniarstwa. W interakcji klinicznej musi występować wzajemne przenikanie się intelektów oraz kontaktu fizycznego, ponieważ, jak argumentował to Kant, umysł ludzki zajmuje się doświadczeniem opartym na koncepcjach. Zarówno lekarz, jak i pacjent „uczą się" siebie nawzajem w tym dialogu. Jednakże, w interakcji klinicznej obserwuje się zaburzoną równowagę wiedzy naukowej, co umieszcza zwiększony ciężar odpowiedzialności na lekarzu [2, 4].

Z tego powodu interakcja kliniczna uczestniczy w społecznym i epistemologicznym podziale pracy, który jest konieczny w każdym cywilizowanym społeczeństwie. Żadna osoba nie przetrwa w tej relacji bez polegania na umiejętnościach i wiedzy innych. Dlatego też obowiązki, nieodłączne dla tej doświadczającej braku równowagi relacji, wypływają z etyki przetrwania w złożonym i wyspecjalizowanym społeczeństwie. Potrzeba profesjonalnych umiejętności wiedzy i do-

świadczenia odzwierciedla szersze połączenia kulturowe pomiędzy jednostką a społeczeństwem; obyczajami jednostki a zasadami społecznymi; pragnieniami a bodźcami; wiedzą a przekonaniami.

Podczas gdy na lekarzu, w tej zachwianej relacji, spoczywa obowiązek posiadania umiejętności, na pacjencie spoczywa odpowiedzialność wynikająca ze zobowiązania się lekarza. Seneka podsumował źródło tej odpowiedzialności pacjenta w następujący sposób:

Dlaczego zatem, mamy taki dług wobec tych ludzi [lekarzy i nauczycieli]? Nie dlatego, że to, co nam oni sprzedali, warte jest więcej, niż my im za to zapłaciliśmy, a dlatego, że wnieśli oni swój wkład w naszą osobę. … Sprawia to, że jestem zobowiązany wobec tego człowieka, nie jako lekarza, ale jako przyjaciela.

Ważne w kontekście także pielęgniarstwa jest to, iż wzajemna odpowiedzialność jest podstawowym modelem relacji klinicznej, ponieważ wymaga ona głębszego ludzkiego i moralnego zobowiązania niż przywiązanie do zasad, wskazówek lub kodeksów. W zamian odzwierciedla ona jedną z bardziej podstawowych potrzeb cywilizacji w celu przetrwania. Potrzeba umiejętności i poświęcenia się, które są drogowskazami dla profesji medycznych, wywodzi się z relacji charakteryzującej się zaburzeniem równowagi. Taki rodzaj relacji wymaga również zaufania [2, 4–6].

Zaufanie

Zaufanie jest modelem interakcji klinicznej, ponieważ cementuje ono zachwiane relacje w społeczeństwie. Zaufanie jest również konieczne z powodu leczniczych intencji lekarza. Intencje te są socjologiczne, osobiste i obiektywne. Motywem działania lekarza, ale i zespołu pielęgniarskiego i całego zespołu terapeutycznego, jest chęć udzielenia pomocy pacjentowi, aby ten stał się ponownie społecznie użyteczny, wyleczony i obiektywnie uwolniony od związanych z chorobą nieprawidłowości. Każdy z tych motywów angażuje lekarza w obiektywne fakty i subiektywne interpretacje. Każdy z nich zanurza również pacjenta, lekarza, zespół terapeutyczny we wzajemnej więzi. Należy podkreślić ogromną rolę personelu pielęgniarskiego także w pomocy redukowania u pacjentów emocji przerażenia, strachu, niepokoju, rezygnacji. Ważna jest okazywana pacjentom cierpliwość. Innymi słowy pacjenci i zespół terapeutyczny znajdują się w wyjątkowej i rzadko spotykanej w codziennym życiu relacji międzyludzkiej.

Zaufanie jest do tego stopnia istotne, że w naszym języku słowo to zarezerwowane jest do symbolizowania wrażliwości stanu nierówności, nieodłącznie związanego z chorobą.

Zorientowanie na podejmowanie decyzji

Napięcie pomiędzy medycyną jako wsparciem oraz medycyną jako objaśnieniem łączone jest dzięki ocenie empirycznej. Innymi słowy, teoria w medycynie odnosi się zawsze do presji podjęcia decyzji, która stanowi kolejny, ważny model interakcji klinicznej. Model ten jest często pomijany przez obserwatorów, którzy podejmują się krytycznego zrozumienia oceny medycznej, nie mając doświadczenia w sferze klinicznej. Medycyna zorientowana jest na podejmowanie decyzji. W odniesieniu do tego stwierdzenia należy poruszyć dwie kwestie [2].

Po pierwsze, pomocna dłoń, wyciągnięta w kierunku pacjenta, jest dłonią osoby, która poświęciła się sprawie odzyskania przez pacjenta dobrego samopoczucia (jest to też kluczowe w działalności pielęgniarskiej). Dlatego też podjęte muszą być w końcu pewne decyzje, zazwyczaj są one podejmowane tak szybko, jak to tylko możliwe. Problematyczny aspekt tych decyzji polega na tym, że przy ich pomocy interpretujemy rzeczywistość, w której żyjemy, której nie da się w łatwy sposób uchwycić za pomocą koncepcji. Dlatego też bardzo często muzyczne analogie okazują się użyteczne w porównaniach z medycyną. Obie zaangażowane są w chwilową interpretację, a przecież czas, bardziej niż przestrzeń, jest podstawową kategorią choroby. Pomimo że umiejscowienie choroby w ciele jest ważne, nie można porównywać go z ważnością przeżywania historii choroby w danym czasie [2, 4–6].

Drugą kwestią jest fakt, że ocena empiryczna jest empiryczno-indukcyjnym rodzajem rozumowania zdominowanym przez unikatowy styl lekarza oraz wartości pacjenta. Proces ten nigdy nie jest dokładnie taki sam w przypadku dwóch innych pacjentów z taką samą diagnozą [2].

Etiologia

Te cztery modele – odpowiedzialność, zaufanie, zorientowanie na podejmowanie decyzji oraz etiologia – są podstawowymi częściami składającymi się na wydarzenie medyczne. Wszystkie są powiązane ze sobą i przedstawiają istotne dla relacji klinicznej kategorie.

Wykorzystując te cztery modele, możliwe jest opisanie medycyny w bardziej szczegółowy sposób. Medycyna jest kognitywną sztuką zastosowania nauki i perswazji przez złożoną interakcję międzyludzką, w której poszukiwany jest satysfakcjonujący obie strony stan dobrego samopoczucia i w której unikatowość wartości i choroby oraz rodzaj instytucji, w której udzielana jest opieka medyczna, determinują naturę dokonywanego osądu.

Przynajmniej dwie osobiste intencje są potrzebne, aby stworzyć interakcję kliniczną. Celem ich obu jest

zamiar wyleczenia. Jedną z nich jest poszukiwanie pomocy, a drugą zaoferowanie jej. Połączenie pomiędzy tymi intencjami stanowi szczególny charakter wydarzenia. Ponieważ jest ona kognitywna (diagnoza), opierająca się na przewidywaniu (prognoza), operatywna (terapia), afektywna (przyjaźń lub zaufanie) i kulturowa (przekonania na temat człowieka, natury i społeczeństwa), interakcja kliniczna sprawia, że medycyna staje się *tekne iatrike*, techniką leczenia. *Tekne* oznacza tutaj wiedzę na temat tego, jak działać w zależności od przypadku i jego przyczyn. Interakcja kliniczna jako relacja posiada model mający wiele etiologii, innymi słowy, jako działalność człowieka, może być ona analizowana pod względem wielu przyczyn, które wywierają na nią wpływ. Ta grupa przyczyn jest źródłem złożoności interakcji klinicznej.

Na interakcję kliniczną oddziałuje również natura dolegliwości. Dzieje się to niezależnie od motywu, który doprowadził do zapoczątkowania tej interakcji. Historia pacjenta, pacjentki relacjonowanie tej historii przy użyciu symboli, jakość pytań zadawanych przez lekarza, poziom uwagi, której poświęcenia wymaga dana dolegliwość, oraz zdiagnozowana choroba, są ważnymi czynnikami odróżniającymi od siebie różne rodzaje interakcji klinicznej.

Autorzy, lekarze, humaniści, podkreślają, że wydarzenie medyczne, którego celem nadrzędnym jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia, musi być powiązane z etyką i stanowi to też ważny aspekt pielęgniarstwa [1–5, 6].

Podsumowanie

Reasumując, znaczenie całego zespołu terapeutycznego w procesie opieki nad pacjentem, w tym rola pielęgniarki/pielęgniarza i stawianej przez nich diagnozy pielęgniarskiej, stanowi dopełnienie diagnozy lekarskiej. Jest to szczególnie istotne w obecnym trendzie rozszerzania kompetencji pielęgniarskich oraz wobec holistycznego podejścia do pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, Bielecki M, Kędzia W. Wybrane aspekty z historii i filozofii medycyny z uwzględnieniem zagadnień medycyny rodzinnej i aptekarstwa. Med Rodz. 2019; 22(2): 106–109.
2. Pellegrino ED, Thomasma DC. Philosophical basis of medical practice. Oxford University Press, New York, Oxford 1981.
3. Jarząbek-Bielecka G. Health promotion, ethics and legal aspects in adolescents gynecology and sexology. Arch Perinat Med. 2016; 22(1): 39–42.
4. Jarząbek-Bielecka G. Podstawy etyki i filozofii w medycynie w świetle rozważań Edmunda D. Pellegrino i Davida C. Thomasmy – zagadnienia wybrane; Wydawnictwo UMP 2019.
5. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Stachewicz K, Borowczyk M, Chmielarz-Czarnocińska A, Jarząbek M, Kędzia W. The specific ethical problems in gynecology and sexology of not only young adults. Pielęg Pol. 2019; 1(71): 70–73.
6. Jarząbek-Bielecka G, Stachewicz K, Jarząbek M, Jakubek E, Mizgier M. Towards philosophy in medicine and nursing - anthropological and ethical aspects of sexology. Pielęg Pol. 2019; 4(74): 403–406.
7. Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, BieleckI M, Kędzia W. Wybrane aspekty z historii i filozofii medycyny z uwzględnieniem zagadnień medycyny rodzinnej i aptekarstwa. Medycyna Rodzinna. 2019; 22(2): 110–112.
8. Pellegrino ED, Engelhardt HT, & Jotterand F. (2008). The philosophy of medicine reborn: A Pellegrino reader. Notre Dame studies in medical ethics. Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press.
9. Platon, "Lizys. O przyjaźni" w przekładzie Joanny Sowy. Collectanea Philologica. 2007; 10: 3–87.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.12.2022.
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2022.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
e-mail: plagens.rotman@gmail.com