

**Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska,  
Urszula Religioni,  
Jarosław Pinkas**

Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego  
Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

## ROZWÓJ MEDYCyny A ZMIANA KOMUNIKACJI W RELACJI LEKARZ–PACJENT: OD LEKARZY–KAPŁANÓW DO LEKARZY–PARTNERÓW

THE EVOLUTION OF MEDICINE AND  
THE CHANGING COMMUNICATION  
IN THE DOCTOR–PATIENT RELATIONSHIP:  
FROM DOCTOR–PRIESTS TO DOCTOR–PARTNERS.

### Wstęp

Obserwacja rozwoju medycyny pozwala określić zmiany w relacjach między lekarzami i pacjentami. Na przestrzeni wieków opieka lekarska stawała się bardziej powszechna i zmienił się obraz chorób, co wymuszało nowe podejście lekarza do pacjenta. Wpływało to także na kształt relacji między lekarzem a pacjentem, bowiem zmieniał się zakres symbolicznej władzy, jaką dysponowali partnerzy we wzajemnych relacjach<sup>1</sup>.

W literaturze można znaleźć wiele definicji komunikacji i komunikowania się (określenia te są stosowane wymiennie). Pojęcie „komunikacja” pochodzi od łac. *communico, communicare*, co oznacza wspólność, poczucie łączności. Początkowo to słowo oznaczało wejście

---

<sup>1</sup> A. Ostrowska, *Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent-lekarz*, [w:] J. Hartman, M. Waligóra, *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Warszawa 2011, s. 11.

we wspólnotę, utrzymywanie relacji między osobami<sup>2</sup>. Od początku XVII w. zaczęto go używać do określenia transmisji, przekazu. Wiązało się to z rozwojem poczty i dróg. To właśnie rozumienie nabrało szczególnej wagi w XIX i XX wieku, gdy pojawiły się nowe środki służące do przemieszczenia się takie jak: pociągi, a następnie samochód i samolot oraz środki przekazu informacji np.: telegraf, telefon, radio czy telewizja. Ten podwójny sens słowa „komunikowanie” zachował się do dziś. Bogusława Dobek-Ostrowska definiuje komunikację jako „proces porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji, którego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami”. Proces ten odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki<sup>3</sup>.

Antoni Kępiński zauważa, że komunikacja odbywa się na poziomie werbalnym (słownym), ale przede wszystkim na niewerbalnym (pozasłownym). Ten ostatni rodzaj komunikatów zawarty jest w każdym geście, wyrazie twarzy, sposobie mówienia, pisania, czy nawet chodzenia<sup>4</sup>. Znany psychiatra podkreśla, że w pierwszym zetknięciu z drugim człowiekiem najważniejsza jest twarz. Ona jest główną częścią „społecznego zwierciadła” i pozwala zidentyfikować nie tylko osobę, lecz także jej reakcje emocjonalne, dlatego właśnie twarz jest jednym z najważniejszych elementów w dynamice stosunków międzyludzkich: „Mimo że każdy człowiek potrafi w mniejszym lub większym stopniu kierować dowolnie swą mimiką, nakładać różne „maski”, to jednak po twarzy najłatwiej odcyfrować drugiego człowieka”<sup>5</sup>.

W literaturze wyróżnia się wiele modeli komunikacji. Biorąc pod uwagę paradygmat zdrowia i różnorodny sposób postrzegania choroby i człowieka można wyróżnić trzy modele<sup>6</sup>:

1. Model paternalistyczny;
2. Model partnerski;
3. Model systemowo-partnerski.

Jan Doroszewski wskazywał, że w paternalistycznym modelu relacji lekarz-pacjent to lekarz opierając się na swojej wiedzy i kompetencji podejmował decyzje – w jego opinii – najlepsze dla chorego. Pacjent musiał mieć do niego pełne zaufanie i miał go posłusznie słuchać<sup>7</sup>.

Krytyka modelu paternalistycznego zaczęła się w XIX wieku. John Stuart Mill, twórca liberalizmu, uważał, że nie można nikogo zmusić do zaniechania lub podjęcia jakiegś de-

2 A. Mastalerz, K. Jankowska, J. Barański, *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Wrocław 200, s. 1.

3 B. Dobek-Ostrowska, *Podstawy komunikowania społecznego*, Wrocław 2004, s. 11-13.

4 A. Kępiński, *Autoportret człowieka*, Kraków 1993, s. 184.

5 A. Kępiński, Twarz i ręka, „Teksty: teoria literatury, krytyka, interpretacja”, 1977, nr 2 (32), s. 10-11 – [https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Teksty\\_teoria\\_literatury\\_krytyka\\_interpretacja/Teksty\\_teoria\\_literatury\\_krytyka\\_interpretacja-r1977-t-n2\\_\(32\)/Teksty\\_teoria\\_literatury\\_krytyka\\_interpretacja-r1977-t-n2\\_\(32\)-s9-34/Teksty\\_teoria\\_literatury\\_krytyka\\_interpretacja-r1977-t-n2\\_\(32\)-s9-34.pdf](https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Teksty_teoria_literatury_krytyka_interpretacja/Teksty_teoria_literatury_krytyka_interpretacja-r1977-t-n2_(32)/Teksty_teoria_literatury_krytyka_interpretacja-r1977-t-n2_(32)-s9-34/Teksty_teoria_literatury_krytyka_interpretacja-r1977-t-n2_(32)-s9-34.pdf) (dostęp: 02.XI.2023 r.).

6 A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent*, Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe, 2015, nr 11 (2), s. 35-50 – <http://www.doktoranci.uj.edu.pl/documents/1167150/40eef198-61c6-405a-a35f-0939df66a20b#page=35> (dostęp: 02.XI.2023 r.).

7 J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Warszawa 2014, s. 14.

czyż, autorytarnie wskazując, że powinien coś zrobić dla swojego szczęścia czy zdrowia<sup>8</sup>. W XXI wieku zaczyna obowiązywać model partnerski, w którym pacjent samodzielnie podejmuje decyzje związane ze swoim leczeniem, oczywiście w porozumieniu z lekarzem. W tym ujęciu pacjent nie jest tylko „mechanizmem”, który trzeba naprawić, ale jednostką, która czuje i ma prawo do decydowania o swoim życiu i zdrowiu<sup>9</sup>. Lekarz bardziej pełni rolę doradcy przedstawiając pacjentowi możliwe metody diagnostyki i leczenia. Jednak – by ta relacja była efektywna – wymaga zaufania z obu stron, a ze strony lekarza empatii, ale także udzielania wsparcia choremu i jego bliskim.

W trzecim modelu – systemowo-partnerskim lekarz podchodzi do pacjenta holistycznie, biorąc pod uwagę także wpływ środowiska, stosunków rodzinnych i problemów emocjonalnych. Lekarz współdziała z pacjentem, ale także jego rodziną. Zwraca również uwagę na problemy, które mogą być powodem zagrożeń zdrowotnych w rodzinie takimi jak np.: styl życia, występujące zaburzenia i konflikty. Znajomość rodziny, a nie tylko samego pacjenta, umożliwia lekarzowi lepsze dostosowanie formy wsparcia i większą szansę na uzyskanie pozytywnego wyniku leczenia<sup>10</sup>. W tym modelu znacząca jest rola rodziny. Lekarz musi posiadać umiejętności komunikacji interpersonalnej i grupowej, ale także wiedzę z zakresu nauki o rodzinie i edukacji zdrowotnej.

### Cel pracy i jej założenia

Zasadniczym celem pracy jest przedstawienie zmian w komunikacji w relacji lekarz-pacjent na tle rozwoju medycyny. Niniejszy artykuł syntetyzuje dotychczasową wiedzę w tym zakresie, obejmując rozwój medycyny od czasów prehistorycznych, przez średniowiecze, aż po czasy współczesne. Obserwacja zmian rozwoju medycyny daje asumpt do rozważań nad zmianami tych relacji i przejściu z opisanego powyżej modelu paternalistycznego, do relacji partnerskiej i systemowo-partnerskiej.

Artykuł oparty został o przegląd literatury dotyczący badanego obszaru. Po określeniu tematu badawczego, dokonana została kwerenda bibliograficzna, obejmująca zarówno przegląd katalogów bibliotecznych, czasopism naukowych, jak i monografii. Na podstawie określonych słów kluczowych dokonano przeglądu dostępnego piśmiennictwa, ze szczególnym uwzględnieniem prac opublikowanych przed XXI wiekiem. Nad etapem selekcji źródeł, w tym ich zgodności z przyjętymi założeniami, czuwało dwóch niezależnych badaczy. Po ocenie zgodności pozycji z ustalonym tematem badawczym i słowami kluczowymi, dokonano selekcji informacji najbardziej odpowiednich do celu przeglądu.

8 M. Małek, *Liberalizm etyczny Johna Milla: współczesne nawiązania i kontynuacje (analiza poglądów Johna Graya i Petera Singera)*, Katowice 2007, s. 10-48 – [https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/5127/1/Malek%20\\_Liberalizm\\_etyczny\\_J\\_S\\_Milla.pdf](https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/5127/1/Malek%20_Liberalizm_etyczny_J_S_Milla.pdf) (dostęp: 02.XI.2023 r.).

9 M.J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubza, Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, nr 18 (3), s. 212-218 – <https://www.monz.pl/Modele-komunikacyjne-relacji-lekarz-pacjent-rodzina,73303,0,2.html> (dostęp: 02.XI.2023 r.).

10 A. Zembała, Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent, Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe. 2015; nr 11 (2), s. 35-50 – [https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/27788/zemba-la\\_modele\\_komunikacyjne\\_w\\_relacjach\\_lekarz\\_pacjent.pdf?sequence=1](https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/27788/zemba-la_modele_komunikacyjne_w_relacjach_lekarz_pacjent.pdf?sequence=1) (dostęp: 02.XI.2023 r.).

## Prehistoryczny człowiek i magia zamiast leczenia

Zarówno ludzie prehistoryczni, jak i żyjący w wiekach średnich, przez blisko tysiąc lat, byli przekonani o tym, że, aby zły demon opuścił ciało, trzeba go wypędzić czarami, szeptami. Posiłowano się także amuletami i fetyszami. Była to tzw. medycyna teurgiczna od gr. *theos* – bóg.

Prehistoryczne przekonania o tym, że choroba przynosząc cierpienie, była karą zesłaną za grzechy przez zagniewane bóstwo, są aktualne po dziś. Pozostałością po takim podejściu do choroby są znachorzy oraz działalność tzw. szeptuch na wschodzie Polski. Na Podlasiu nadal ludzie w sytuacji choroby „zamawiają zdrowie u Boga” u szeptuchy, zwanej także szeptunką lub babcią. Kobiety te mają pośredniczyć między człowiekiem a siłą wyższą i mają pomóc odegnać chorobę<sup>11</sup>.

W czasach prehistorycznych zaczęto wierzyć w cuda i uzdrowienia tzw. taumaturgię, od wyrazu gr. *thauma* – cud. Kierunek teurgiczny związany z wiarą w to, że czarownice, cudotwórcy czy kapłani są pośrednikami między ziemią a bóstwami będzie się później rozwijał nie tylko w średniowieczu<sup>12</sup>. Przez długie tysiące lat kapłaństwo i medycyna oraz czary i lecznictwo występowały ze sobą jako nierozzerwalny związek. Dopiero, gdy pra-człowiek zaczął szukać odpowiedzi na dręczące go zagadnienia, musiał nauczyć się krytycznie i logicznie myśleć, by zacząć odchodzić od fantazji, marzeń, przesądów i mitów.

## Starożytna medycyna – od kapłanów-lekarzy do laicyzacji medycyny

W kulturach starożytnego Wschodu (Babilonie, Egipcie i Indiach) i w początkowym okresie Grecji oraz Rzymie w medycynie trwał światopogląd mistyczno-nadnaturalistyczny. Zamiast prostych ołtarzy powstawały świątynie, w których leczyć chorych miały ofiary i modły. Każda choroba miała patrona w postaci dobrego i złego bóstwa. W starożytnym Babilonie i Egipcie słońce i planety utożsamiano z bóstwami. Bóg słońca – miał wywierać szczególnie wpływ na głowę człowieka, inna planeta-bóstwo – na oczy, jeszcze inna – na kolana.

W cywilizacji babilońskiej medycyna miała charakter empiryczno-supranaturalistyczny podobnie jak u ludów pierwotnych z domieszką astrologii. Choroba była złym duchem, który wszedł w człowieka i trzeba go było wypędzić modlitwami. Obok lekarzy-kapłanów leczących modlitwą byli lekarze-empirycy, tworzący odrębny stan, który był wysoko poważany w społeczeństwie. W Kodeksie króla Hammurabiego znajdują się paragrafy regulujące opłaty za leczenie. Wśród nich jest zapis: „Jeśli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę nożem brązowym i śmierć tegoż spowodzi [...] albo oko tego człowieka zniszczy, należy mu ręce odciąć [...]”<sup>13</sup>. Za czasów Herodota, V w. p. e. lekarzy w Babilonie było mało, dlatego istniał tam powszechny zwyczaj, że chorych wystawiano na ulicę tak, iż każdy przechodzień mógł ich zobaczyć, wdać

11 A. Mazur-Puchała, *Szeptuchy z Podlasia – tu czary działają z modlitwą*, Onet.pl, 17.10.2016 r. – <https://facet.onet.pl/strefa-tajemnic/szeptuchy-z-podlasia-tu-czary-dzialaja-z-modlitwa/g5s0pcv> (dostęp 21.X.2023 r.).

12 L. Zembrzusi, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 36.

13 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 48.

się z nimi w rozmowę i udzielić porady. Władysław Szumowski przytacza słowa Herodota: „Kto przechodzi koło chorego, daje mu dobrą radę, jeśli sam tę chorobę przechodził albo wie o kimś, co był tą samą chorobą dotknięty; zaleca mu to, co w podobnym przypadku pomogło jemu lub jego znajomemu”.

W starożytnej Grecji długo leczenie mieszało się z praktykami teurgicznymi i taumaturgią. Jako bóg medycyny w kilkudziesięciu świątyniach czczony był Asklepios. Posągi przedstawiają go jako mężczyznę opierającego się na kiju z wężem dookoła. Do dziś taka postać jest uważana za emblemat medycyny. Do świątyni Asklepiosa ciągnęły tłumy chorych. Zanim chorzy i kalecy weszli do świątyni, musieli się odpowiednio przygotować przechodząc przez post, modlitwy do bóstw, składanie ofiar i odbywanie kąpeli. Dopiero po takim wstępie kapłani wprowadzali ich do świątyni i układali do snu, podczas którego niejadowite, oswojone węże lub psy lizały ich rany<sup>14</sup>. Pod wpływem mroku ciszy i zapachów panujących w świątyni chorzy mieli różne marzenia sennie, które kapłani tłumaczyli jako pochodzące od bogów i na tej podstawie udzielali porad. Z czasem świątynie stają się siedliskiem oszustwa. Doszło do tego, że by działać na psychikę chorego, w świątyni „przyjmował” bóg-automat, który mechanicznie podnosił ręce, a nawet zaczynał płakać. Nic dziwnego, że wśród pacjentów zaczął budzić się sprzeciw wobec tajemniczych scen odbywających się w świątyniach. Chorzy zaczęli szukać pomocy u empiryków-laików, doświadczonych w medycynie ludowej. Dochodziło do laicyzacji medycyny. Przyczynili się do tego zwłaszcza filozofowie greccy, czyli mędracy z ok. VI wieku p.n.e., którzy żyli na wyspach i wybrzeżach morza Jońskiego.

W starożytnej Grecji – obok kapłanów i prostych empiryków – pojawili się lekarze świeccy – Asklepiadzi. Zaczęli tworzyć szkoły, które miały charakter dydaktyczny, ale i naukowy. Najśłynniejsze powstały na wyspie Kos i Knidos. O ile charakter szkoły w Knidos był bardziej naukowy, gdyż medycynę tu uważano za wiedzę, natomiast w badaniach chorych kładziono nacisk na rozpoznanie (diagnozę), o tyle szkoła w Kos miała bardziej praktyczny charakter, tu skupiano się na obserwacji objawów u chorego. Zwracano uwagę na przebieg choroby i jej leczenie. To właśnie z wyspy Kos pochodzi ojciec medycyny – Hippokrates.

### Hippokrates – siły natury prowadzą do samoleczenia

Cztery wieki przed Chrystusem na wyspie Kos żył Hippokrates, lekarz, który dał początek naukowej medycynie i zapoczątkował nowe – indywidualne, spojrzenie na pacjenta. Jak podkreśla Biernacki E., patolog i neurolog, filozof medycyny, myśli Hippokratesa były tak genialne, że przez dwa tysiące lat ludzkość nic lepszego nie wymyśliła nad to, co on wymyślił<sup>15</sup>.

Hippokrates przy objaśnieniu chorób odrzucił wszelki udział bóstw. Z jego pism najbardziej znana jest Przysięga, którą składali uczniowie, a która najprawdopodobniej pochodzi ze szkoły koskiej<sup>16</sup>. Aforyzm *Primum non nocere* – którą powtarzają lekarze do dziś

14 L. Zembruski, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 38.

15 E. Biernacki, *Istota i granice wiedzy lekarskiej*, Warszawa 1899, s. 45.

16 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 96.

– miał wtedy inne znaczenie. Dla Hippokratesa dotyczył natury, której lekarz miał być tylko pomocnikiem. Według Hippokratesa lekarz miał obserwować chorego, badać indywidualnie każdego pacjenta, patrzeć, jak postępuje natura i jej pomagać, a nie szkodzić. Powinien prowadzić historię choroby i odpowiednio do stanu chorego dobrać leczenie. Hippokrates do perfekcji doprowadził prognostykę poświęcając jej osobne pismo O rokowaniu, które tak się zaczyna: „Najlepszym zdaje mi się być ten lekarz, który kształci się w przepowiadaniu. Przewidując bowiem i przepowiadając przy chorym teraźniejszość, przeszłość i przyszłość, i dopełniając to, co chory pomija, rozbudzi wiarę jako dokładniej rozpoznał stan chorego, tak, że z ufnością człowiek porucza siebie lekarzowi”<sup>17</sup>.

W przysiędze Hippokratesa dobro pacjenta jest na pierwszym miejscu. Dla lekarza z Kos prognozy powinny być oparte o doświadczenie i obserwację. Hippokrates spostrzegł, że bardzo wielu chorych wraca do zdrowia bez interwencji lekarza. Kładł nacisk na rozpoznanie choroby, dużą wagę przywiązywał do znaczeń objawów chorobowych i ich logicznego połączenia. Lekarz z Kos jest reprezentantem kierunku naturalistycznego w starożytnej medycynie, zakładającej, że siła natury prowadzi do samoleczenia. W starożytnej Grecji o sekcjach zwłok nie było mowy, bo nie pozwalały na to religia, zabobony oraz wstręt do zwłok, dlatego fizjologia i patologia Hippokratesa opierała się na nauce o czterech cieczach. Gdy ciecze są w równowadze i są dobrze zmieszane, człowiek jest zdrowy. Gdy są zaburzone, choruje, dlatego mówi się o patologii humoralnej (łac. *humor* – płyn).

Badanie chorego musiało być nadzwyczaj drobiazgowe. Jeśli było podejrzenie choroby wewnętrznej, lekarz miał zwracać uwagę na wiele czynników: wiek chorego, stan umysłu, wyraz twarzy, głos, sposób trzymania się, pozycję w łóżku, zdolność poruszania się, odżywienie, siły, sen, apetyty, pragnienie, ciepłotę, tętno, oddech, poty, ból, wygląd skóry, włosów, paznokci i stan zmysłów, zwłaszcza oczu. Lekarz miał także sprawdzić czy brzuch jest wzdęty, oglądał też kał i mocz oraz krew<sup>18</sup>.

Jak zauważa Ludwik Zembrzusi po Hippokratesie przeważała metoda dedukcyjna aż do XVII wieku, kiedy Bacon z Werulamu opracował zasady indukcji, a w XIX w. rozwinął je Mill<sup>19</sup>. Hippokrates wyeliminował z lecznictwa czynnik teurgiczny – właściwy dla starożytnego Wschodu – i doprowadził do laicyzacji medycyny. Chorymi nie zajmowali się kapłanie w świątyniach, ale lekarze-świeccy. Grecy lekarze, przy udziale filozofii, stworzyli podstawy naukowe dla medycyny i dali podstawy etyce lekarskiej.

## Metodycy w starożytnym Rzymie – medycyna religijno-ludowa

Starożytni Rzymianie byli przywiązani do prostej medycyny religijno-ludowej. Na początku prześladowani lekarzy greckich, podejrzewając ich o podawanie środków podejrzanych

17 H. Łuczkiwicz, *Hippokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywana przez lekarzy-kapłanów Eskulapa*, Warszawa 1864, s. 91.

18 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 101.

19 L. Zembrzusi, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 48.

nych, trujących oraz wyzysk. Gdy Juliusz Cezar nadał prawo obywatelstwa lekarzom, którzy osiedlili się w Italii, wtedy medycyna zaczęła się rozwijać. Powstawały szkoły i sekty lekarskie, aczkolwiek by leczyć – ponieważ Rzymianie byli bardzo nieufni i konserwatywni – nie wystarczała tylko zręczność lekarska, ale potrzebna była także przebiegłość życiowa.

Jedną z bardziej znanych szkół była szkoła metodyków, która powstała na podstawie poglądów Asklepiadesa, lekarza greckiego. Metodycy byli przeciwni nauce Hippokratesa i jego założeniu, że natura ludzka ma właściwości samoleczenia. Podzielili wszystkie stany chorobowe na trzy główne typy i do nich przynależały trzy z góry ustalone metody postępowania. Szkoła metodyczna była bardzo popularna w Rzymie, jednak jej bezkrytycyzm i do minimum uproszczone zasady rozpoznawania i leczenia szkodziły medycynie. Niejaki Tessalus twierdził, że może każdego nauczyć sztuki lekarskiej w sześć miesięcy, a w aforyzmach Hippokratesa są same kłamstwa<sup>20</sup>. Takie szablonowe podejście powodowało, że lekarzami zostawali kowale, szewcy, gladiatorzy i inni ludzie bez żadnego wykształcenia. Galen, wiele lat później nazwie tych pseudolekarzy – „osłami Tessalusa”. Do Rzymu przyjeżdżało wielu awanturników skuszonych wysokimi zarobkami. Władze Rzymu nie pytały o świadectwa ukończenia studiów, dlatego Pliniusz narzekał, że lekarze eksperymentują i zabijają z najzupełniejszą bezkarnością, gdyż nie ma żadnego prawa, które karało, by ich ignorancję<sup>21</sup>.

### **Galen – medycyna empiryczno-racjonalistyczna**

Nowa epoka w medycynie zaczęła się od Galena, rzymskiego lekarza greckiego pochodzenia. Był głównym lekarzem gladiatorów, a gdy zamieszkał w Rzymie został lekarzem na dworze Marka Aureliusza. Galen trzymał się poglądu Hippokratesa, że natura leczy choroby, a lekarz ma strzec przeciwdziałania naturze. Chcąc lepiej pomagać naturze, zaczął poznawać budowę i czynności ciała człowieka. Największe postępy uczynił w fizjologii, zwłaszcza mózgu, rdzenia i nerwów i uważany jest za głównego założyciela fizjologii doświadczalnej. Niestety Galen powrócił do objaśniania istoty choroby siłami nadnaturalnymi, czarownicami i złymi duchami. W średniowieczu pamiętano o jego filozoficznym podejściu do wyjaśniania chorób, a nie sięgano po osiągnięcia z anatomii i fizjologii.

Według Galena zdrowie polegało na równowadze pneumy i czterech kardynalnych soków, czyli humorów – tu widać nawiązanie do Hippokratesa. Chorobę Galen określał jako zaburzenie, zachodzące w częściach płynnych i stałych ustroju. Wysoko cenił Hippokratesa i zakładał, że odzyskanie zdrowia zależy od siły żywotnej. Swoje poglądy opierał na światopoglądzie teleologicznym, zakładającym celowość w naturze, w której człowiek jest zbudowany zgodnie z wolą stwórcy.

W starożytnym Rzymie przyszli lekarze uczyli się medycyny od starszych kolegów po fachu. Lekarze brali ze sobą do swoich pacjentów nieraz po 30 i więcej uczniów naraz, co

<sup>20</sup> *Ibidem*, s. 60.

<sup>21</sup> W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 136.



dla chorych bywało czasem uciążliwe. Zwyczaj ten wyszydza poeta Marcjalis, opisując w swych wierszach pacjenta, którego 100 uczniów badało zimnymi rękami, aż dostał od tego gorączki<sup>22</sup>.

Medycyna Galena nazywana się jest empiryczno-racjonalistyczną. Cieszyła się największym powodzeniem w średniowieczu, ale powracano do niej nawet do XVII w. Hipokrates i Galen to dwie powagi klasycznej medycyny, jednakże poziom wykształcenia zawodowego starożytnych lekarzy był niski<sup>23</sup>. Ponieważ lekarzy było mało, za ten fach brali się prości empirycy-partacze, którzy wykorzystując ciemnotę mas, wracali do przesądów i nadnaturalizmu.

### **Średniowieczna medycyna klasztorna – znów choroba to kara boża**

Medycyna klasztorna (inaczej mnisza) zaczęła rozwijać się ok. VI w. n.e. i trwała ok. czterech stuleci<sup>24</sup>. Wtedy ponownie medycyna łączyła się z kapłaństwem. W wiekach średnich chorobę zaczęto uważać za karę za grzechy lub próbę boską, której należy się poddać. Wtedy zakładano, że tylko Bóg może leczyć z chorób, a nie człowiek, dlatego opat klasztoru cysterskiego w Clairvaux, doktor Kościoła Bernhard de Clairvaux, zabronił mnichom używania leków i korzystania z pomocy lekarzy. Duchowieństwo chrześcijańskie, jeśli chodzi o medycynę i leczenie, było niechętnie medycynie starożytnej, uważanej za element pogańskiego świata. Lekarze i leki, ponieważ podkopywały wiarę w stwórcę, uznano za szkodliwe. W myśl ascezy nie należało chorym podawać leków, ale zalecać im modlitwy i rozmyślanie o życiu wiecznym. Największe zasługi w szerzeniu medycyny klasztornej mieli Benedyktyni. To zakon założony w VI w. przez św. Benedykta na górze Monte Cassino, niedaleko Rzymu. Do obowiązków mnichów należała opieka nad chorymi i niedołącznymi, kalekami, dlatego zakładali szpitale i przytułki dla trędowatych, ale chorych w ramach leczenia dotykano relikwiami i świętymi przedmiotami<sup>25</sup>.

W klasztorach mnichów uczono siedmiu sztuk wyzwolonych (*artes liberales*). Medycyna mieściła się w geometrii razem z geografią i naukami przyrodniczymi. Medycyna klasztorna polegała na stosowaniu ziół hodowanych w klasztorach w połączeniu z teurgią i taumaturgią. Mnisi nie byli lekarzami, bardziej pielęgniarzami, a chorzy mogli liczyć na ulgę w postaci sugestii o podłożu religijnym, więc trudno tu mówić o leczeniu.

### **Średniowiecze: św. Augustyn wierzył, że chorobę wywołuje diabeł**

Ok. XII wieku zaczęły powstawać w Europie pierwsze uniwersytety, jako twory kościoła, gdyż na jego założenie musiał dać pozwolenie papież, nie rozwijały nauki tylko scho-

22 *Ibidem*, s. 151.

23 L. Zembrzusi, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 71.

24 *Ibidem*, s. 86.

25 E. Biernacki, *Istota i granice wiedzy lekarskiej*, Warszawa 1899, s. 55.



lastykę. Zapanował dogmatyzm, ale by rozwijać naukę konieczny był krytycyzm. Taki zastój trwał blisko 1000 lat. Św. Augustyn, najbardziej wpływowy średniowieczny pisarz, ludzkość dzielił na dwa obozy: *civitas Dei* i *civitas diaboli*. Do pierwszego należeli: Bóg, aniołowie i ludzie przeznaczeni do zbawienia, a do drugiego – szatan, złe duchy i ludzie potępieni. Według św. Augustyna oba obozy toczą ze sobą odwieczną walkę. Lud, kościół, ale także uczeni wierzyli, że choroby u chrześcijan wywołuje diabeł. To przekonanie pokutowało aż do XVIII w. W klasztorach powstawały traktaty o tym, że padaczka, histeria, lunatyzm czy niepokój są efektem opętania złego.

Średniowieczne stosunki feudalne i poniewieranie godności ludzi z „niskich” stanów, ale także niewola i poddaństwo sprawiało, że wiele kobiet – doprowadzonych do rozpacz – uciekało do lasów i dziczało<sup>26</sup>. Tworzyły zastępy pół-obłąkanych istot, które przypisywały sobie magiczne moce. Znały często środki lekarskie lepiej niż napuszeni *doctores medicinae*, zapatrzeni w księgi i zaprawieni w dysputy scholastyczne.

W średniowieczu jedną z ważnych form „leczenia” były egzorcyzmy, w trakcie których stosowano wodę święconą, krzyże, relikwie i inne symbole religijne. Magiczne zaklęcia miały odpędzić duchy. Wierzono, że wyraz „abrakadabra” ma magiczną moc. Chroniąc się przed złym duchem noszono amulety, magiczne pierścienie, a rycerze – szczątki relikwii w rękojęści szpady. Czarownice i czarowników skazywano na tortury, palono na stosie, wierząc, że w ten sposób niszczą diabła. Tępienie czarownic istniało nadal jeszcze w XVI i XVII w.<sup>27</sup>. O skali zjawiska świadczy fakt, że sędzia Bodin w Nancy chwalił się, że sam – przez 16 lat swojej działalności – posłał 800 czarownic na stos, a ze strachu przed nim 16 kobiet, gdy jedynie padło na nie podejrzenie o czary, wołało popełnić samobójstwo, niż wpaść w jego ręce<sup>28</sup>. Wśród osób palonych na stosie za rzekome czary było wiele osób chorych psychicznie, którzy niejasno odpowiadali na zadawane pytania i to wystarczało do wydania skazującego wyroku.

W średniowieczu wierzono w moc cudów. Do królów uznawanych za pomazańców bożych, zwłaszcza władców francuskich i angielskich, przychodziły tłumy chorych, by ich dotknął i uleczył. Zdarzało się, że król musiał jednego dnia dotknąć nawet 1000 chorych i więcej. Oczywiście większość wracała chora i przychodziła na kolejne ceremonie z udziałem władcy. To był element taumaturgii królów i sposób na utrwalanie swoich wpływów.

Światopogląd filozoficzno-mistyczny w wiekach średnich doprowadził całe zbiorowiska ludzi do stanów, które dziś byśmy nazwali nerwicami i zbiorowymi psychozami. Człowiek w średniowieczu żył w ciągłym lęku przed potępieniem i łatwo ulegał ekstazie i kontemplacji<sup>29</sup>. Dochodziło do tego, że osoby dotknięte mistycznym stanem dostawały drgawek. Miała miejsce masowa epidemia niepomaganego płasania (tańca histerycznego), w którym mogło brać udział nawet kilkaset osób. Przy dźwiękach trąb i piszczałek taki taniec stawał się szaleństwem. Epidemia taneczników ustała ok. XV w. Natomiast pod koniec średniowiecza pojawiała

26 L. Zembrzusi, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 91.

27 *Ibidem*, s. 92.

28 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 296.

29 L. Zembrzusi, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935, s. 93-95.

się inna zbiorowa epidemia – szczekania, co przypisywano działaniu czarownic. Dochodziło także do psychoz zbiorowych np.: w postaci pochodów krzyżowych dzieci i pochodów biczowników. Te ostatnie miały miejsce w XIII i XIV w. i rozpoczęły się we Włoszech. Biczowanie było sposobem samoumartwiania się tak jak noszenie włosiennicy. Sprawianie sobie bólu fizycznego miało wyjednać miłosierdzie boże i nagrodę w niebie.

Obrazy średniowiecznych nerwic i zbiorowych psychoz choć mogą budzić współczesnie przerażenie, jednak pokazują jak dziwne stany somatyczne – nawet zbiorowe – może wywołać ludzka psychika. To cenna nauka dla współczesnych lekarzy, którzy nie raz w swoim życiu zawodowym spotkają się z osobą, która ma objawy somatyczne (ból brzucha, głowy, stawów, w klatce piersiowej czy zawroty głowy), ale nie udaje się zidentyfikować ich medycznej przyczyny (MUPS, medically unexplained physical symptoms). Taki pacjent szuka pomocy zwykle u wielu specjalistów, ale mimo wykonanych badań diagnostycznych, nie udaje się znaleźć przyczyny jego dolegliwości. Pacjenci, którzy mają niepokojące objawy somatyczne, ale bez widocznego podłoża organicznego, stanowią wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne, gdyż odwiedzają gabinety kolejnych lekarzy, generując pokaźne koszty i stanowią próbę dla umiejętności interpersonalnych specjalistów<sup>30</sup>. W procesie leczenia takich chorych bardzo ważne jest uwzględnienie specyfiki relacji z tego typu pacjentem, która odpowiednio dobrana może skutecznie wzmocnić efektywność terapii i ułatwić współpracę.

W średniowieczu umiejętność leczenia chorób i zapobiegania im była mniejsza niż w starożytności. Lekarzy w średniowieczu było niewiele, zdecydowanie mniej niż w starożytnym Rzymie. Przeważnie byli to duchowni, ale byli też lekarze świeccy. Naczelna zasada Hippokratesa – indywidualnego podejścia do pacjenta i wnikliwej obserwacji – w wiekach średnich nie istniała i jak podkreśla Władysław Szumowski „wtłaczanie każdego przypadku w scholastyczne ramki średniowiecznej teorii nie mogło wychodzić chorym na dobre”<sup>31</sup>. Powszechnie używano puszczenia krwi w powiązaniu w odpowiednią fazą księżyca. Za najlepszy miesiąc do profilaktycznego puszczenia krwi uważano maj. O tym, jak bardzo popularne przez wiele kolejnych lat były takie metody „leczenia” świadczą zapiski historyczne. Wynika z nich, że Ludwik XIII tylko w ciągu roku otrzymał: 212 lewatyw, dokonano mu 47 upustów krwi i 215 razy podano leki doustne, najczęściej przeczyszczające<sup>32</sup>. Zabiegi upuszczania krwi wykonywali chirurdzy, zwani cyrulikami.

## Chirurgia – rzemiosło dla odważnych rzemieślników

W średniowieczu chirurgii (z grec. cheir – ręka, ergon – czyn, działanie, cheirurgia – ręcznie wykonywana praca) nie dotknął kierunek mistyczno-religijny. Na początku zajmował się nią kler, lecz począwszy od XI w. papieże i sobory kościelne zaczęły zabraniać księżom

30 K. Nitsch, M. Jabłoński, J. Samochowiec i wsp., Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko — problematyczna diagnoza, „Psychiatria”, 2015, nr 12 (2), s. 77-84 – <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/42206/30243> (dostęp 21.X.2023 r.).

31 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 375.

32 *Ibidem*, s. 479.

wykonywać krwawych zabiegów operacyjnych zgodnie z zasadą *Ecclesia abhorret a sanguine* (z łąc. duchownym nie przystoi wykonywanie zabiegów krwawych). Chirurgię traktowano jak rzemiosło, do którego potrzebna jest odwaga i biegłość. Nie zajmowali się nią „poważni lekarze”, lecz uprawiali cyrulicy i łaźiebnicy. Praktykowali w łaźniach i golarniach, nabywając wprawy w goleniu i puszczeniu krwi, stawianiu baniek i rwaniu żębów.

Średniowieczny chirurg był wędrownym rzemieślnikiem, który w worku na plecach niósł cały swój dobytek, w tym kilka narzędzi. Lekarze z pogardą nazywali chirurgów „empirykami”. Jednak wielu z nich wędrując z miasta do miasta swoją technikę doprowadziło do doskonałości. Operacje związane z wejściem do wnętrza ciała były przekroczeniem tabu. W średniowieczu i wiele lat później pokutowało przekonanie, że nigdy nie uda się wyciąć guzów z wewnętrznych organów ciała, bo tu Bóg postawił granicę, którą jeśli ktoś przekroczy postąpi jak przestępca<sup>33</sup>.

Niski poziom chirurgii średniowiecznej pociągał za sobą dużo ofiar. Operacje prowadzone bez narkozy i znajomości aseptyki były dla pacjentów śmiertelnym zagrożeniem okupionym ogromnym bólem. Chirurg w kaftanie brudnym od krwi, kroił – często na oczach studentów – kolejnych pacjentów. Amputację ramion czy nóg czy palców przeprowadzano nożem rzeźniczym lub piłą do drzewa<sup>34</sup>. Warto zwrócić uwagę na temat przekazywania niepomyślnych diagnoz. W starożytności lekarzowi wolno było odmówić porady nieuleczalnie choremu. W średniowieczu lekarze mieli obowiązek skłonić chorego do odbycia spowiedzi i przyjęcia sakramentów świętych. W Austrii ten obowiązek przetrwał aż do XVIII wieku<sup>35</sup>.

## Odrodzenie medycyny po wiekach średnich

W pierwszej połowie XIV w. w Europie zaczęła być stosowana broń palna i zaczęły pojawiać się rany postrzałowe, które były nowym wyzwaniem dla chirurgów. Konieczne było zgłębianie i poznawanie budowy ciała ludzkiego, ale nie był to prosty proces. Potrzebne były bulle papieskie, by pozwolono chrześcijanom otwierać ciała ludzkie. Dzięki temu w XV w. nabiera znaczenia i zaczyna rozwijać się anatomia.

W odrodzeniu żył chirurg francuski Ambroży Pare. Gdy zaczynał praktykę panowało przekonanie, że rany postrzałowe należy leczyć wrzącym olejem. Gdy kiedyś zabrakło oleju, założył opatrunek na ranę i wtedy odkrył, że rana dobrze się goi, a co najważniejsze, pacjenci byli bardziej wypoczęci niż ci, którzy otrzymali gorący olej. Choć miał wtedy zaledwie 20 lat, zaprzestał zalewania ran postrzałowych wrzącym olejem. Kilka lat później ogłosił wyniki swoich obserwacji, które przejęli pozostali chirurdzy. Pare jako pierwszy w epoce nowożytnej zaczął podwiązywać tętnice na kończynach przy ich amputowaniu<sup>36</sup>. Wcześniej powszechnie krew tamowano przez przyżeganie rozpalonym żelazem, co powodowało wiele powikłań.

33 J. Thornwald, *Stulecie chirurgów*, Warszawa 2010, s.23.

34 *Ibidem*, s. 8.

35 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 389.

36 *Ibidem*, s. 434.

## Od medykalizacji położnictwa do medykalizacji społeczeństwa

W XVIII w. nadal przeważało leczenie humoralne, dlatego lekarze zazwyczaj kazali pacjentom upuszczać krew, a innym razem dawali środki wywołujące wymioty. W XVII wieku zaczęła rozwijać się medycyna oparta o anatomię, dzięki czemu zaćma nie była już efektem spływania szkodliwej materii z mózgu albo pochodzącej od żołądka – bo tak o niej wcześniej myślano – tylko chorobą oka, której przyczyny szuka się w soczewce.

Także w położnictwie widać ogromny postęp. XVII wieku tą dziedziną zaczęli się zajmować mężczyźni. W Anglii popularna była rodzina Chamberlenów, w której wszyscy mężczyźni zajmowali się medycyną oraz położnictwem i skonstruowali kleszcze porodowe. W XVII wieku udokumentowano przeprowadzone na żywej kobiecie pierwsze cięcie cesarskie. W 1640 roku we Francji powstała pierwsza w Europie szkoła dla akuserek<sup>37</sup>.

Położne coraz bardziej były odsuwane od skomplikowanych porodów, a lekarze przyjmowali nazwę chirurgów-położników. W XX wieku nastąpił gwałtowny rozwój położnictwa jako nauki. Wprowadzono do dziś stosowane cięcie cesarskie w dolnym odcinku, użyto oksytocynę i kardiogram w czasie porodu. W XX w. zaczęto już nadmiernie medykalizować poród. Nagminne używanie aparatury medycznej stało się niewygodne dla rodzących kobiet i godziło w ich prawo do intymności i poczucie godności, dlatego w latach 80. XX wieku powstał ruch filozoficzny zwany holizmem, którego główną ideą jest traktowanie organizmu jako całości. Wtedy też narodziła się idea porodu naturalnego. Zaczęły się tworzyć organizacje pozarządowe walczące o to, aby poród był skupiony na potrzebach kobiet. W Polsce takimi działaniami zajmuje się „Fundacja Rodzić Po Ludzku”.

Od lat 90. XX wieku mówi się o medykalizacji społeczeństwa, czyli procesie, w którym coraz więcej obszarów naszego życia rozważa się w kategoriach medycznych – zdrowia i choroby – a leczenie traktuje się jako najlepszą formę radzenia sobie z nimi<sup>38</sup>. Proces medykalizacji z jednej strony związany jest ze standaryzacją problemów medycznych, procedur i leków, ale także z upowszechnieniem w internecie publikacji medycznych. W tym kontekście mówi się także o „fabrykowaniu chorób” przez co naturalne procesy fizjologiczne takie jak: poród, menopauza, problemy z erekcją, łysienie, pocenie się czy starzenie się, stają się chorobami.

## Szczepienia – od euforii po negację

Koniec XVIII w. przyniósł epokowe odkrycie. 14 maja 1796 roku Edward Jenner przeprowadził ryzykowny eksperyment. Wprowadził ropę z pęcherza krowy w dwa nacięcia na ramieniu

37 *Karty historii zawodu położnej i wpływ na rozwój sztuki położniczej na świecie*, Medexpress.pl, 27.08.2019 r. – <https://www.medexpress.pl/blogosfera/karty-historii-zawodu-poloznej-i-wplyw-na-rozwoj-sztuki-polozniczej-na-swiecie-74703/> (dostęp: 09.XI.2023 r.).

38 J. Kłos, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, *Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku*, Hygeia Public Health, 2014, nr 49 (3), s. 382-388 – <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2014/hyg-2014-3-382.pdf> (dostęp: 09.XI.2023 r.).

ośmioletniego chłopca, Jamesa Phippsa. W ten sposób wszczepił chłopcu ospę krowią, zw. krowianką. Chłopiec łagodnie przeszedł chorobę i wyzdrowiał, a po roku okazało się, że został uodporniony także na ospę prawdziwą<sup>39</sup>. Metoda Jennera, znana wakcynacją (od łac. variola vaccina – ospa krowia), szybko rozpowszechniła się w niemal całej Europie. Na ziemiach polskich uodpornienie czynne jako zabieg mający na celu zapobieganie ospie prawdziwej zastosowano w XVII wieku. Pionierami byli Vollgang z Wrocławia i Szulc z Torunia. W większości krajów Europy szczepienia obowiązywały od początków XIX w., dzięki czemu w połowie XX w. na naszym kontynencie niemal zapomniano o ospie prawdziwej. Ostatni zgon spowodowany rodzimym zachorowaniem stwierdzono w 1933 r., a ostatni rodzimy przypadek zachorowania w 1937 r. Szacuje się, że szczepionki wypłeniły ospę prawdziwą, która wcześniej zabijała 5 milionów osób rocznie. Zanim upowszechniono szczepionki na ospę, chorował prawie każdy człowiek, a co trzeci umierał.

Kolejny ważny krok w rozwoju wakcynologii miał miejsce w latach 1881-1885. Wtedy Ludwik Pasteur zaobserwował zjawisko osłabienia zjadliwości zarazków chorobotwórczych. Stało się to przez przypadek. Jego asystent pozostawił w laboratoryjnej szafce hodowlę zarazków cholery drobiu, przeznaczoną do podania kurom i o niej zapomniał. Po kilku tygodniach wstrzyknął ptakom cholere. Wbrew oczekiwaniom kury wcale nie zachorowały. Pasteur zorientował się, że ma do czynienia z epokowym odkryciem, bo przez poddanie bakterii różnym czynnikom fizycznym takim jak: temperatura czy powietrze można osłabić ich właściwości chorobotwórcze. Pasteur przewidział, że podanie zwykłych zarazków nie powinno wpłynąć na zdrowie zwierząt. Potwierdził to w publicznym doświadczeniu, uodparniając owce na laseczki wąglika, a następnie udowadniając ich odporność. Ludwik Pasteur stworzył szczepionkę przeciw wąglikowi (1881 r.) oraz wścieklicznie (1885 r.). Wcześniej ze wściekliczną walczoneo wypalając pogryzione miejsce rozgrzanym do czerwoności żelazem. Najczęściej jednak zakażonych zabijano lub izolowano, gdzie opuszczeni umierali. Winą za epidemie chorób zakaźnych obciążano grzeszny tryb życia lub oskarżano o ich celowe wywoływanie mniejszości narodowe lub religijne.

Polska ma swój ważny wkład w rozwój szczepień. Polski bakteriolog Odo Bujwid, po kilkumiesięcznym pobycie w Paryżu, założył w Warszawie – drugą po paryskiej – filialną stację szczepień przeciwko wścieklicznie metodą Pasteura. Do Warszawy zaczęli przybywać pogryzieni przez wściekłe zwierzęta z całej wschodniej i środkowej Europy.

Kolejny ważny moment w rozwoju szczepień miał miejsc w latach 90. XIX w. Wtedy wybitny niemiecki bakteriolog Robert Koch odkrył m.in.: zarazki gruźlicy, cholery, wąglika i gronkowców. Pracownicy z kierowanego przez Kocha Instytutu Higieny w Berlinie – Niemiec Emil Behring i Japończyk Szibasaburo Kitasato – opublikowali artykuł „O powstawaniu odporności na błonicę i tężec u zwierząt”. Opisali w nim całkowicie nowy sposób walki z chorobami zakaźnymi. Dotychczas szczepienia polegały na uodpornieniu organizmu, surowice zaś zawierały gotowe przeciwciała – zwane wówczas antytoksynami (stąd nazwa: surowice antytoksyczne).

39 Wystawa jubileuszowa. 200 lat Szczepień Ochronnych. Przełom w Ochronie Zdrowia – wizjonerzy dla Ludzkości – [https://www.ceestahc.org/pliki/polecamy/szczepionki/szczepionki\\_czesc\\_1.pdf](https://www.ceestahc.org/pliki/polecamy/szczepionki/szczepionki_czesc_1.pdf) (dostęp: 09.X.2023 r.).

Wprowadzenie powszechnych obowiązkowych szczepień pozwoliło ograniczyć zapadalność na wiele chorób zakaźnych, w tym m.in.: błonicę, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B czy poliomyelitis. Wspólnym sukcesem krajowych programów szczepień, koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) była światowa eradykacja ospy prawdziwej w 1979 r. Jednak szczepienia ochronne w Polsce i innych krajach uprzemysłowionych od przeszło dwóch dekad są mocno krytykowane przez ruchy antyszczepionkowe<sup>40</sup>. W efekcie z roku na rok zwiększa się liczba dzieci, które nie są zaszczepione. W 2022 r. stwierdzono 72 722 uchylenia od obowiązkowych szczepień – wynika z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB. Dla porównania, dekadę temu, w 2012 r., było ich 5340<sup>41</sup>.

Na przykładzie podejścia do szczepień widać jak na przestrzeni lat bardzo zmieniała się relacja lekarz-pacjent. Ma na nią ogromny wpływ dezinformacja – obecna z nami od wieków – ale za sprawą internetu bardzo zintensyfikowana. Obecnie nabrała ona charakteru infodemii. Współcześnie lekarz w gabinecie zleca terapie, ale też coraz częściej największym wyzwaniem dla niego jest przekonanie pacjenta do skuteczności i bezpieczeństwa ordynowanego leczenia.

### **XIX wiek: Józef Dietl – nihilizm terapeutyczny**

Na przełomie XVIII i XIX w. liczba lekarzy w państwach europejskich rosła, ale społeczeństwo odwracało się od nich, szukając pomocy u rozmaitych partaczy i wędrownych pseudo-chirurgów<sup>42</sup>. Brak metod skutecznego leczenia stawał się barierą ograniczającą rozwój stanu lekarskiego i czynnikiem obniżania jego prestiżu społecznego oraz pozycji ekonomicznej. Pacjenci w XIX wieku nie mieli łatwego życia. Oprócz puszczenia krwi, popularna była „metoda wyczekująca”, czyli zostawić wszystko siłom natury. Do tego dochodziło używanie masy środków aptecznych. Na wszystkie choroby, były gotowe recepty, w których zmieszanych było po 15, 20 środków. Masowo stosowany był teriak (Theriaca Andromachi), który składał się z 72 środków i miał być cudownym lekiem na wszystko, od serca, po uśmierzenie bólu. I na to ostatnie faktycznie mógł działać, bo zawierał sporą ilość opium.

Kryzys medycyny nowożytnej wymagał reakcji środowiska lekarskiego. Zredefiniowania wymagał cały system pojęciowy tak, aby był zgodny z postępem nauk dla medycyny podstawowych, zwłaszcza terminy „choroba” i „terapia”. W zachodniej literaturze medycznej pojawiały się prace skłaniające do rewizji przyjętych metod leczenia, np.: artykuły Pierre Louisa, jednak w polskiej literaturze historyczno-medycznej przyjmuje się, że autorem pracy

40 H. Czajka, Why are preventive vaccinations still required?, „Journal of Mother and Child”, 2018, nr 22 (2), s. 171-178 – <https://sciendo.com/pl/article/10.34763/devperiodmed.20182202.171178> (dostęp 21.X.2023 r.).

41 K. Lechowicz-Dyl, W 2022 r. zanotowano ponad 72 tys. uchyień od obowiązkowych szczepień, dekadę temu było ich 5,4 tys., Nauka w Polsce, 09.05.2023 r. – <https://scienceinpoland.pap.pl/aktualnosci/news%2C96469%2Cw-2022-r-zanotowano-ponad-72-tys-uchylen-od-obowiazkowych-szczepien-dekade> (dostęp 21.X.2023 r.).

42 W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017, s. 501.

istotnie przyczyniającej się do zmiany założeń praktyki klinicznej był Józef Dietl<sup>43</sup>. Ten polsko-austriacki lekarz, uważany jest za twórcę manifestu nowej szkoły wiedeńskiej, w którym zane-gował dotychczasowe metody terapii i wytyczył nowe kierunki rozwoju medycyny naukowej. Dla Dietla „uzdawianie” było „pseudonimem artystycznym medycyny”, bo skoro astronom nie może zamienić dnia w noc, to lekarz nie może wyleczyć, a jedynie wspomagać naturę w jej dążeniu do samonaprawy. Tak odżyła dawna hipokratejska prawda o lekarzu łagodzącym objawy i wydłużającym życie, ale nie zdolnym do wyeliminowania wad organicznych. Pisząc te słowa, Dietl zdawał sobie sprawę, że jego poglądy nie zyskają akceptacji wielu lekarzy. Po-zostawienie chorego bez leczenia stało się standardem postępowania w szkole wiedeńskiej. Chory, co najwyżej dostawał rozczyn gumy arabskiej. Okazało się, że nie umiera wcale więcej chorych niż, gdy leczono ich puszczaniem krwi i środkami oczyszczającymi. Zapanował nihi-lizm terapeutyczny.

### **Lekarze przełomu XIX i XX w.: Władysław Biegański i Edmund Biernacki**

Zdecydowanie inne, bardzo nowatorskie podejście do leczenia i relacji z pacjentem miał Władysław Biegański, skromny lekarz z przełomu XIX i XX wieku. Żył w Częstochowie z dala od ośrodków uniwersyteckich. Nie skończył studiów klinicznych, ale rozwinął potęż-ną pracę twórczą. Biegański przeciwstawił się ówczesnym autorytetom i uczył wychowanków systematycznego, dokładnego, sumiennego badania chorych, wyrozumiałości i cierpliwości w wysłuchaniu ich skarg.

Władysław Biegański podkreślał, że nie można ująć etyki lekarskiej w przepisy, formuł-ki i paragrafy, bo zostaną martwą literą, jeżeli nie będą wypływały z własnego poczucia lekarzy, z ideałów, które powinny przyświecać takiej działalności<sup>44</sup>. Do najważniejszych cech lekarza Biegański zaliczał: ludzkość, sumienność i stanowczość. Był bardzo wymagający, jeśli chodzi o kandydatów do zawodu lekarza. Uważał, że jeśli kogoś nie wzrusza niedola ludzka i nie ma „miękkości i słodyczy w obejściu” oraz nie potrafi zawsze i wszędzie panować nad sobą, to nie będzie dobrym lekarzem.

Na inny ważny czynnik procesu leczenia i relacji między lekarzem oraz pacjentem zwracał uwagę Edmund Biernacki. Ten polski lekarz i filozof medycyny uważał, że „sugge-stya”, czyli czynnik niematerialny, psychiczny też jest częścią leczenia. Określał tym mianem „spokój moralny”, zmianę nastroju, który pacjent powinien odczuć po spotkaniu z lekarzem<sup>45</sup>. Biernacki podkreślał, że chory człowiek znajduje się w stanie niepokoju, obawy o swoje ży-cie, a to sprawia, że nie ma zdolności logicznego myślenia. Jak trafnie zauważył Biernacki,

43 A. Magowska, *Manifest nowej szkoły wiedeńskiej, czyli choroba i jej leczenie według Józefa Dietla*, Acta Medico-rum Polonorum, Poznań 2013, R. 3, s. 141-146 – [http://www.actamedicorum.ump.edu.pl/upload/files/AMP%20R.3%202013%20Magowska\\_Manifest%20nowej%20szko%C5%82y%20wiede%C5%84skiej.pdf](http://www.actamedicorum.ump.edu.pl/upload/files/AMP%20R.3%202013%20Magowska_Manifest%20nowej%20szko%C5%82y%20wiede%C5%84skiej.pdf) (dostęp 21.X.2023 r.).

44 s. Gawrychowski, J. Gawrychowski, *Władysław Biegański. Życie i praca*, Warszawa 2015, s. 7-10.

45 E. Biernacki, *Istota i granice wiedzy lekarskiej*, Warszawa 1899, s. 93.



gdy pacjent nie otrzyma uspokojenia od lekarza, wtedy często nie zaczyna nawet stosować otrzymanych rad i szuka innego lekarza, bo chory idzie po pomoc do tego, do którego ma zaufanie. I jak je ma, to wtedy takiego lekarza poleca znajomym i przyjaciółom. Jednak tego lekarz – według Biernackiego – nie może nauczyć się na uniwersytetach ani akademiach, bo lekarz musi się z tym urodzić, musi odpowiednio „umieć wziąć się do chorego” i wzbudzić w nim zaufanie<sup>46</sup>.

Edmund Biernacki wymienia cechy lekarza, które sprawiają, że zyskuje zaufanie pacjentów są to: pewność, spokój i powaga w postępowaniu, ale także przejawy współczucia. Takie cechy dają przewagę w kontakcie z chorym, w porównaniu do takiego lekarza, który w obyciu jest „bardziej suchem” (pisownia oryginalna). Biernacki podkreśla, że lekarz w mieszkaniu eleganckim będzie wytwarzać większą „sugestyę” niż chodzący piechotą. Także pustki w poczekalni obniżają zaufanie do lekarza.

### Współczesne podejście – humanizm w medycynie

W XXI w. paternalistyczny model z dominacją autorytarnego podejścia lekarza do pacjenta ustępuje miejsca modelowi partnerskiemu, w którym pacjent jest bardziej niezależny i może samodzielnie podejmować decyzje dotyczące swojego leczenia. Owszem, lekarz ma przewagę ze względu na posiadaną wiedzę medyczną, ale pacjent, który w dobie internetu ma dostęp do wyników badań naukowych i informacji o chorobach, staje się wyzwaniem dla wiedzy lekarza-eksperta<sup>47</sup>. Magdalena Soboń podkreśla, że dostępne w internecie informacje powiększają wiedzę pacjentów i wzmacniają ich pozycję względem lekarzy.

Współcześnie na relacje lekarz-pacjent znacząco wpływają także kwestie prawno-organizacyjne. Akty prawne takie jak np.: ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty podkreślają, że pacjent ma szereg praw, które lekarz powinien spełnić. Lekarz musi np.: przekazać informacje o stanie zdrowia w sposób przystępny, dostosowany do poziomu umysłowego i rozwoju pacjenta, powinien także powiedzieć o zagrożeniach i możliwych powikłaniach. W obowiązującym modelu partnerskim pacjent uzyskał prawo do pełnej informacji, a lekarz na wszystkie działania musi uzyskać zgodę chorego. Przepisy wskazują, co lekarz powinien choremu przekazać. Do tego dochodzą opisy algorytmów, standardy, wytyczne, które depersonalizują pacjenta, który staje się jednostką chorobową<sup>48</sup>. Rozwój nauk powoduje również technicyzację i informatyzację medycyny. Personel medyczny bardziej koncentruje się na jednostce chorobowej, niż na samym pacjencie przez co zaczyna być on traktowany przedmiotowo, a nie podmiotowo. Z tego powodu pojawiają się głosy, by na chorego znów zacząć patrzeć holistycznie. W XXI w. rozwinęła się idea humanizacji

46 *Ibidem*, s. 115-116.

47 M. Soboń, *Relacja lekarz-pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2021, s. 7-9.

48 Z. Czernicki, *Prawne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, [w:] J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Warszawa 2014, s. 35-42.

medycyny. Kazimierz Imieliński podkreślał, że szybki rozwój medycyny i kolejne, spektakularne osiągnięcia, które zmieniają ludzkie życie i zdrowie, nie wystarczą, jeśli medycyna nie stanie się bardziej ludzka<sup>49</sup>.

Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że dla przestrzegania zaleceń terapeutycznych bardzo ważna jest jakość relacji lekarz–pacjent. Podkreśla się, że pracownicy służby zdrowia powinni poznać chorego i dostosować proces leczenia do jego potrzeb i możliwości np. finansowych. Lepsze efekty osiąga się, gdy lekarz prowadzi dialog motywujący i angażuje chorego w ustalanie planu terapii<sup>50</sup>.

Przy omawianiu zagadnienia współpracy w procesie leczenia w literaturze pojawia się angielski termin *compliance* oznaczający „stosowanie się do zaleceń lekarskich w zakresie przyjmowania leków”<sup>51</sup>. Używa się także terminu *peristence*, który oznacza wytrwałość w terapii, czyli czas w jakim pacjent stosuje zalecaną terapię. Oba terminy dotyczą współpracy między lekarzem a pacjentem. Szerszy zakres ma termin *adherence*, który w ostatnim czasie wypiera oba pozostałe, a oznacza stosowanie się do zaleceń lekarskich nie tylko przez systematyczne stosowanie leków, ale także wypełnianie zaleceń medycznych związanych z przestrzeganiem diety czy modyfikacji stylu życia. Jednym z najważniejszych czynników motywujących i zachęcających chorego do regularnego przyjmowania leków jest jakość relacji lekarz–pacjent, dlatego coraz częściej mówi się o modelu wspólnego podejmowania decyzji. W takiej sytuacji pacjent i lekarz dzielą się informacjami na temat możliwości prowadzenia terapii. Taka partnerska relacja wymaga wysiłku z obu stron, ale dzięki temu chory ma poczucie większego wpływu na swoje leczenie. W takiej relacji lekarz musi mieć czas, by podać pacjentowi nie tylko diagnozę i informacje o chorobie, ale także szczegółowe informacje o możliwych terapiach. Obie strony muszą też przedstawić swoje opinie i przedyskutować je. Marta Makara-Studzińska podkreśla, że współcześnie, gdy pacjenci mają dostęp do internetu, właśnie relacja oparta na wspólnym podejmowaniu decyzji może przynieść najlepsze efekty, jeśli chodzi o skuteczność leczenia.

Potwierdzają to słowa internisty Jacka Imieli, który zwraca uwagę na to, że współcześnie w medycynie specjalistyczny sprzęt i skomplikowane badania powoli stają się ważniejsze od kontaktu lekarza z chorym. Lekarz zauważa, że zdawkowe pytania zastępują pogłębioną rozmowę, bo wszędzie panuje pośpiech, a medycyny mają ogrom obowiązków. Jednak Imieli podkreśla, że lekarz na rozmowę z pacjentem musi znaleźć czas, bo inaczej go nie zrozumie, a jak nie zrozumienie, to i nie wyleczy<sup>52</sup>.

49 K. Imieliński, *Uniwersalizm i medycyna*, Warszawa 1992.

50 M. Winnicki, K. Basiński, A. Szyndler i wsp., *How to improve adherence and quality of patient–physician cooperation*, Choroby Serca i Naczyń, 2016, nr 13 (3), s. 194–202 – [https://journals.viamedica.pl/choroby\\_serca\\_i\\_naczyn/article/view/45491/37756](https://journals.viamedica.pl/choroby_serca_i_naczyn/article/view/45491/37756) (dostęp 21.X.2023 r.).

51 M. Makara-Studzińska, *Współpraca w procesie leczenia*, [w:] M. Makara-Studzińska, *Komunikacja w opiece medycznej*, Warszawa 2017, s. 45–56.

52 A. Mateja, *Cud w medycynie. Na granicy życia i śmierci. Opowieści lekarzy*, Kraków 2010, s. 94.

## **Zakończenie**

Historia medycyny ukazuje zarówno rozwój wiedzy, jak i relacji lekarz-pacjent, poczynawszy od lekarzy-kapłanów do lekarzy-partnerów. Dominujący w ubiegłych wiekach model paternalistyczny zmienił się w kierunku partnerskiego oraz systemowo-partnerskiego. Pacjent znalazł się w centrum zainteresowania systemu ochrony zdrowia i procesu leczenia. Stał się współodpowiedzialny za proces terapeutyczny, decydując razem z lekarzem o wyborze opcji terapii w taki sposób, by przyniosła ona najlepsze rezultaty. Tego rodzaju podejście wymaga jednak odpowiedniej komunikacji i wzajemnego szacunku. Choć w ostatnich dekadach nastąpił niebywale szybki rozwój medycyny i w najbliższej przyszłości możemy spodziewać się kolejnych, spektakularnych osiągnięć, które z pewnością zmienią życie i zdrowie człowieka, to same technologie i nowe odkrycia nie wystarczą, jeśli zaniedbany zostanie aspekt psychologiczny, w tym partnerska komunikacja z pacjentem. W tym celu niezbędny jest więc rozwój umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego, potrzebnych w relacji lekarz-pacjent. Obszar ten staje się więc wyzwaniem dla systemów kształcenia kadry medycznej.

**BIBLIOGRAFIA**

1. M. Bidzan, P. Jurek, M. Bidzan-Wiącek, I. Bidzan-Bluma i wsp., *Zadowolenie odbiorców w usługach medycznych. Uwarunkowania, konsekwencje i diagnoza*, Warszawa 2022
2. E. Biernacki, *Istota i granice wiedzy lekarskiej*, Warszawa 1899
3. H. Czajka, *Why are preventive vaccinations still required?*, "Journal of Mother and Child", 2018, nr 22 (2), s. 171-178
4. Z. Czernicki, *Prawne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, [w:] J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Warszawa 2014
5. B. Dobek-Ostrowska, *Podstawy komunikowania społecznego*, Wrocław 2004
6. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Warszawa 2014
7. S. Gawrychowski, J. Gawrychowski, Władysław Biegański. *Życie i praca*, Warszawa 2015
8. K. Imieliński, *Uniwersalizm i medycyna*, Warszawa 1992
9. M.J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubda, *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, nr 18 (3), s. 212-218
10. *Karty historii zawodu położnej i wpływ na rozwój sztuki położniczej na świecie*. Medexpress.pl, 27.08.2019 r.
11. A. Kępiński, *Autoportret człowieka*, Kraków 1998
12. A. Kępiński, *Twarc i ręka*. „Teksty: teoria literatury, krytyka, interpretacja”, 1977, nr 2 (32), s. 9-34
13. J. Kłos, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, *Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku*, Hygeia Public Health, 2014, nr 49 (3), s. 382-388
14. K. Lechowicz-Dyl, *W 2022 r. zanotowano ponad 72 tys. uchyleń od obowiązkowych szczepień, dekadę temu było ich 5,4 tys.*, Nauka w Polsce, 09.05.2023 r.
15. H. Łuczkiwicz, *Hippokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywana przez lekarzy-kapłanów Eskulapa*, Warszawa 1864.
16. A. Magowska, *Manifest nowej szkoły wiedeńskiej, czyli choroba i jej leczenie według Józefa Dietla*, Acta Medicorum Polonorum, Poznań 2013, R. 3, s. 141-146
17. M. Makara-Studzińska, *Współpraca w procesie leczenia*, [w:] M. Makara-Studzińska, *Komunikacja w opiece medycznej*, Warszawa 2017
18. M. Małek, *Liberalizm etyczny Johna Milla: współczesne nawiązania i kontynuacje (analiza poglądów Johna Graya i Petera Singera)*, Katowice 2007, Uniwersytet Śląski Wydział Nauk Społecznych Instytut Filozofii
19. A. Mastalerz, K. Jankowska, J. Barański, *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Wrocław 2001
20. A. Mateja, *Cud w medycynie. Na granicy życia i śmierci. Opowieści lekarzy*. Kraków 2010
21. A. Mazur-Puchała, *Szeptuchy z Podlasia – tu czary działają z modlitwą*, Onet.pl, 17.10. 2016 r.
22. K. Nitsch, M. Jabłoński, J. Samochowiec i wsp., *Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko — problematyczna diagnoza*, „Psychiatria”, 2015, nr 12 (2), s. 77-84

23. A. Ostrowska, Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent-lekarz [w:] J. Hartman, M. Waligóra, *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Warszawa 2011
24. A. Ostrowska, *Jak rozmawiać z pacjentem. Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2017
25. M. Soboń, *Relacja lekarz-pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu*, Szczecin 2021
26. W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2017
27. J. Thornwald, *Stulecie chirurgów*, Warszawa 2010
28. M. Winnicki, K. Basiński, A. Szyndler i wsp., *How to improve adherence and quality of patient-physician cooperation*, *Choroby Serca i Naczyń*, 2016, nr 13 (3), s. 194-202.
29. Wystawa jubileuszowa. 200 lat Szczepień Ochronnych. Przełom w Ochronie Zdrowia – wizjonerzy dla Ludzkości
30. A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent*, *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe*, 2015, nr 11 (2), s. 35-50.
31. L. Zembrzusi, *Dzieje kierunków, teoryj doktryn filozoficzno-lekarskich*, Warszawa 1935

## STRESZCZENIE

Historia medycyny pokazuje, jak obecny model komunikacji stawiający w centrum pacjenta, poprzedzony był istniejącą wiele wieków relacją paternalistyczną. W artykule przeanalizowane zostały idee głoszone przez lekarzy-myslicieli, poczynawszy od starożytności, skończywszy na współczesnych autorytetach lekarskich. Zmiana podejścia do pacjenta wymaga uzupełnienia programów edukacyjnych dla personelu medycznego o praktyczne kursy komunikacji.

**SŁOWA KLUCZOWE:** komunikacja, historia medycyny, satysfakcja pacjenta, jakość opieki.

## SUMMARY

The history of medicine illustrates how the current model of communication, placing the patient at the centre, was preceded by a paternalistic relationship that had existed for many centuries. The article analyses the ideas proclaimed by the greatest physician-thinkers from ancient times to contemporary medical authorities. Changing the approach to the patient requires supplementing educational programs for medical staff with practical communication courses.

**KEYWORDS:** communication, history of medicine, patient satisfaction, quality of care.