

Zakład Etyki Akademii Medycznej im prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie  
Department of Ethics, Skubiszewski Medical University of Lublin

JAROSŁAW SAK, RAFAŁ PATRYN, KRZYSZTOF MARCZEWSKI

*The essence of health and disease according to undergraduates  
of Medical University*

---

**Istota zdrowia i choroby w opinii studentów ostatniego roku studiów lekarskich**

Współczesna medycyna ogólnie znaczenie pojęcia choroby rozdysponowuje pomiędzy konkretne jednostki znane z poszczególnych działów patologii medycznych. Istnieje jednocześnie potoczne rozumienie pojęcia choroby, które wiąże jego znaczenie z obecnością cierpienia, dezintegracją relacji międzyludzkich czy też z obecnością subiektywnego poczucia „bycia chorym”. Lekarz opuszczający „mury” uczelni medycznej dysponuje niewątpliwie innym pojęciem, innym wyobrażeniem choroby, aniżeli pacjent wobec którego wkrótce będzie musiał podejmować samodzielne decyzje terapeutyczne. Z dysonansu znaczeniowego pojęcia choroby, jaki wytwarza się pomiędzy obszarem nauk medycznych a potoczną świadomością pacjentów wyłaniają się problemy natury medycznej takie jak chociażby problem właściwej komunikacji: uzyskania od pacjenta adekwatnej informacji o jego dolegliwościach, jak i problemy etyczno-prawne wyrażające się w problematyce świadomej zgody na proponowane procedury diagnostyczne lub terapeutyczne.

W kontekście tej problematyki warto postawić pytanie: czy we współczesnej medycynie istnieje ogólne pojęcie choroby, racjonalizujące szczegółową wiedzę poszczególnych działów patologii klinicznej? Czy może ogólne pojęcie choroby istnieje współcześnie tylko w świadomości społecznej pacjentów, a nie w porządku eksplanacyjnym nauk medycznych?

W historii idei medycznych można wyróżnić cztery podstawowe koncepcje choroby: ontologiczną, funkcjonalną, anatomiczną oraz bakteriologiczną. Koncepcja ontologiczna była charakterystyczna dla medycyny ludów pierwotnych, a jej dwoma najwcześniejszymi przejawami były idee, które określić można jako „Plus” („Too-much”) oraz „Minus” („Not-enough”). Człowiek jest chory dlatego, że znajduje się w jego ciele coś co nie przynależy do niego („Plus”) lub jest chory ponieważ coś, co jest niezbędne zostało usunięte z jego organizmu („Minus”)(6). Przykładem koncepcji funkcjonalnej była zarówno dynamiczna koncepcja choroby w hipokratejskiej medycynie humoralnej, jak i znacznie późniejsze nowożytne koncepcje medyczne: jatrochemiczna (Paracelsus) czy jatromechaniczna (S. Santoro, G. A. Borelli, N. Stensen)(3). Jako pierwszy na powiązanie zmian w narządach z przyczynami chorób wskazał G. B. Morgagni (1682 - 1771), ogłaszając w 1761 roku dzieło „De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis” (O siedzibie i przyczynach chorób badanych przez anatoma). Z obserwacji sekcyjnych Morgagni wywnioskował, że narządy nie pozostają ze sobą w ścisłym związku, zaś choroba, którą lokalizuje się w określonym narządzie ma w nim również swoją siedzibę. Narządy mogą zatem „chorować” oddzielnie i niezależnie. Znaczącą rolę w kształtowaniu się nowożytnej koncepcji choroby odegrały badania fizjologiczne C. Bernarda, które również zaliczyć należy do nurtu funkcjonalnego. W nowożytnej medycynie europejskiej anatomiczna koncepcja choroby współistniała z ideą bakteriologiczną na ukształtowanie której wpływ miało zarówno zastosowanie mikroskopu, jak i koncepcje zakażeń według Semmelweisa i Pasteura. Refleksja nad metodologią fundamentalnych dla sztuki medycznej pojęć: zdrowia i choroby bardzo wyraźnie zaznaczyła się w dociekaniach przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny. Władysław Biegański, mając świadomość jednostronności

wspomnianych koncepcji fenomen choroby określał jako „[...] szereg powiązanych ze sobą zmian funkcji lub organizacji i funkcji ustroju żywego, które powstają bezpośrednio lub pośrednio w wyniku działania bodźców, do których ustrój nie był przystosowany”(1). Inny przedstawiciel polskiej szkoły filozofii medycyny Edmund Biernacki chorobę określał jako: „[...] miejscowe lub ogólne zaburzenie czynności życiowych, jako skutek działania różnych zewnętrznych lub wewnętrznych czynników, zaburzenie polegające przede wszystkim na zmianie chemicznej przeróbki materii i rozwijającej się w następstwie tego trwałej lub nietrwałej zmianie anatomicznej narządów i tkanek, zaburzenie wykazujące samodzielną dążność do wyrównania i ustąpienia.”(2). W dwudziestowiecznej myśli lekarskiej warta uwagi jest również ogólna koncepcja choroby według G. Canguilhema, który podkreślał, że funkcje życiowe można uważać za normalne jedynie ze względu na dynamiczną biegunowość życia. Człowiek jest zdrowy jeżeli reaguje normatywnie na zmiany swojego środowiska życia(4).

Analizując teoretyczne i praktyczne osiągnięcia współczesnej medycyny wydaje się, że nie istnieje obecnie refleksja metodologiczna nad ogólną istotą zdrowia i choroby, refleksja, która podejmowałaby wysiłek integracji dwóch zasygnalizowanych płaszczyzn znaczeniowych: wysokospecjalistycznej i potocznej. Biopsychospołeczna koncepcja choroby artykułowana współcześnie w medycynie amerykańskiej stanowi bowiem jedynie margines w medycznej refleksji metodologicznej. Biopsychospołeczny model medycyny przeciwstawiany ujęciu biomedycznemu był rozwijany od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku przez G. L. Engel'a(5). Ogólna definicja choroby, od której współczesna, wysokospecjalistyczna medycyna znacznie się oddaliła, jest o tyle ważna, że podstawowym pytaniem, na jakie odpowiedzi poszukuje lekarz – praktyk, jest pytanie o najbardziej pierwotne i ogólne przyczyny wywołujące chorobę. Znalezienie odpowiedzi na to pytanie umożliwia przewidywanie zarówno losów chorego, jak i jakości jego dalszego życia. Duże znaczenie ma zatem rozumienie istoty zdrowia i choroby przez lekarza podejmującego ważne dla losów chorego decyzje diagnostyczne i terapeutyczne.

Celem badania, którego wyniki pragniemy omówić, było określenie sposobu rozumienia pojęcia choroby w kontekście relacji lekarz - pacjent przez studentów kończących studia medyczne i wkraczających w życie zawodowe.

## MATERIAŁ

Badanie zostało przeprowadzone w grupie studentów ostatnich lat studiów lekarskich: VI roku Wydziału Lekarskiego i V roku Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Lublinie, w trakcie semestru letniego roku akademickiego 2003/2004. Grupa badana liczyła 206 osób.

## METODA

Badanie przeprowadzono na podstawie kwestionariusza ankietowego własnej konstrukcji z podanymi wariantami odpowiedzi. Zapytaliśmy respondentów o to co jest najważniejsze dla lekarza w pierwszej fazie kontaktu z pacjentem (pyt. 1); co oznacza słowo „choroba” (pyt.2); na czym polega rozpoznanie choroby (pyt.3); jak ukierunkowany wywiad należy przeprowadzić w przypadku pacjenta, mężczyzny, lat 53, który zgłasza się do lekarza z nawracającymi dolegliwościami w nadbrzuszu (pyt. 4); czy w przypadku rozpoznania danej jednostki chorobowej u pacjenta leczonego w szpitalu jest konieczne dalsze potwierdzenie (weryfikowanie) postawionej diagnozy (pyt. 5); który z obszarów współczesnej wiedzy medycznej jest najistotniejszy dla wyjaśniania zjawisk chorobowych (pyt. 6); które spośród następujących pojęć: objaw, przyczyna, cel, skutek, mechanizm jest nieprzydatne w opisywaniu i wyjaśnianiu istoty chorób (pyt. 7) oraz czy wszystkie zjawiska chorobowe dające się zaobserwować w organizmie ludzkim można wyjaśnić w oparciu o mechanizmy przyczynowo-skutkowe (pyt. 8). Wyniki badania ankietowego opracowano przy pomocy programu Statistica 5.0 PL.

## WYNIKI

Odpowiadając na pytanie nr 1, które dotyczyło wskazania najważniejszego elementu aktywności lekarskiej w pierwszej fazie kontaktu z pacjentem 64% respondentów stwierdziło, że najważniejsze jest ustalenie kluczowych objawów chorobowych, zaś 21% wybrało odpowiedź: „ustalenie przyczyny choroby (o ile to możliwe)”. Zaledwie 3% studentów spośród badanej grupy odpowiedziało, że najważniejszym jest ustalenie czy pacjent jest ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Słowo „choroba” oznacza przede wszystkim: dla 67% ankietowanych „utrata dobrostanu fizycznego lub psychicznego w odczuciu pacjenta”, dla 20% studentów „zespół zjawisk patofizjologicznych w organizmie”, dla 4% „zagrożenie życia pacjenta” oraz również dla 4% „rozkojarzenie zjawisk fizjologicznych w organizmie.”

Odpowiadając na pytanie nr 3 dotyczące tego, na czym polega rozpoznawanie choroby 28% respondentów wybrało odpowiedź stwierdzającą, że rozpoznanie choroby polega na „przyporządkowaniu objawu (lub objawów) do znanej jednostki chorobowej; 25%, że polega na „określeniu przyczyny obserwowanych objawów chorobowych”; 22%, że polega na „określeniu wpływu zmian patologicznych na całość organizmu” oraz również 22% spośród ankietowanych studentów odpowiedziało, że „przyporządkowaniu obserwowanych objawów znanym typom zjawisk patofizjologicznych”.

Wywiad z pacjentem, lat 53, płci męskiej, który zgłasza się z dolegliwościami bólowymi w nadbrzuszu 58% ankietowanych przeprowadzi ukierunkowany w pierwszej kolejności na chorobę organiczną w jamie brzusznej, 15% ukierunkowany na schorzenie ogólnoustrojowe, 12% ukierunkowany na dolegliwości psychosomatyczne, zaś 8% respondentów przeprowadzi wywiad lekarski ukierunkowany na ewentualne dolegliwości pourazowe. Dwie osoby (1% ankietowanych) odpowiedziały, że w pierwszej kolejności przeprowadziły by wywiad ukierunkowany na chorobę niedokrwinną serca.

Konieczność potwierdzania rozpoznanej jednostki chorobowej u pacjenta leczonego w szpitalu w każdym momencie leczenia pacjenta na podstawie obserwacji klinicznej lub badań dodatkowych dostrzega 60 % respondentów. Za koniecznością potwierdzania rozpoznania tylko w przypadku otrzymywania kolejnych wyników badań dodatkowych opowiedziało się 22% ankietowanych studentów, zaś 10% uważało za konieczne czynić to codziennie podczas kolejnych wizyt lekarskich. Tylko 6% badanych na postawione pytanie o konieczność dalszego potwierdzania postawionego już rozpoznania odpowiedziało negatywnie.

Jako najistotniejszy z obszarów współczesnej wiedzy medycznej dla wyjaśniania istoty zjawisk chorobowych 57% ankietowanych wybrało patofizjologię, 18% genetykę, 10% patomorfologię, 7% biochemię, zaś 3% anatomię.

Na pytanie o przydatność pojęć: objaw, przyczyna, cel, skutek, mechanizm w opisywaniu lub wyjaśnianiu istoty chorób 54% respondentów stwierdziło, że wszystkie powyższe pojęcia są przydatne w opisie chorób lub wyjaśnianiu ich przyczyn, zaś 35% respondentów za nieprzydatne uznało słowo „cel”.

Na pytanie o to czy wszystkie zjawiska chorobowe dające się zaobserwować w organizmie ludzkim można wyjaśnić w oparciu o mechanizmy przyczynowo-skutkowe 54% studentów w badanej grupie odpowiedziało przecząco, 26% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej, zaś 14% odpowiedziało „nie wiem”.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Charakterystyka myślenia klinicznego studentów kończących studia medyczne wykazuje z jednej strony ukierunkowanie na poszukiwanie w kontakcie z pacjentem przede wszystkim objawów choroby, z drugiej zaś uwidacznia się rozumienie choroby bliskie definicyjnej koncepcji zdrowia według WHO. W odpowiedziach na dwa pierwsze pytania badania ankietowego ujawniła się koegzystencja typowo medycznego rozumienia choroby (zespół zjawisk patofizjologicznych, myślenie w relacji objaw-przyczyna) z potocznym „subiektywizującym” rozumieniem choroby (objawy odczuwane przez pacjenta).

Problem rozpoznania choroby okazał się niezwykle trudny do jednoznacznego rozstrzygnięcia. Odpowiedzi rozłożyły się niemal równomiernie pomiędzy przyporządkowywanie objawów znanym jednostkom chorobowym lub typom zjawisk patofizjologicznych, poszukiwanie przyczyn objawów oraz określanie wpływu zmian patologicznych na całość organizmu. Zdecydowanie większa część badanej grupy dostrzegła istotny związek rozpoznania choroby z ustaleniem relacji pomiędzy objawami a wiedzą patofizjologiczną. Jest to zgodne z 57% poziomem zaufania do patofizjologii uzyskanym w odpowiedzi na pytanie o to, który z obszarów współczesnej wiedzy medycznej jest najistotniejszy dla wyjaśniania istoty zjawisk chorobowych. Jednocześnie ponad połowa ankietowanych studentów była przekonana o niewystarczalności stosowania wyłącznie mechanizmów przyczynowo-skutkowych w wyjaśnianiu istoty choroby. Relacje przyczynowo-skutkowe stanowią natomiast pod-

stawę wyjaśnień patofizjologicznych, do ufania którym przyznała się większość respondentów z badanej grupy.

Podobną rozbieżność uzyskano pomiędzy odpowiedziami na pytanie zadane wprost o przydatność eksplanacyjną między innymi pojęciem celu a analizowanym powyżej pytaniem dotyczącym ogólnych zasad rozpoznawania choroby. Badana grupa studentów uznając pojęcie celu za najmniej przydatne w opisie istoty choroby (35% respondentów było tego zdania), jednocześnie w odpowiedzi na pytanie o sposób rozpoznawania choroby skłonna była stosować wyjaśnianie teleologiczne (polegające na rozpoznawaniu choroby przez określenie wpływu zmian patologicznych na całość organizmu), na podobnym poziomie na jakim potraktowała inne warianty odpowiedzi. Niekonsekwencje te są związane z niską świadomością podstaw metodologicznych myślenia lekarskiego w badanej grupie studentów.

### WNIOSKI

1. Studenci postrzegają procesy chorobowe przede wszystkim przez pryzmat patofizjologii, pomimo, że jednocześnie dostrzegają niewystarczalność takiego opisu.
2. Postrzeganie pojęcia „cel” jako nieprzydatnego w wyjaśnianiu istoty chorób może być echem często nie uświadamianych wpływów intelektualnych filozofii marksistowskiej, która zaznaczyła swój wpływ na medycynę polską po II wojnie światowej.
3. Analiza uzyskanych wyników uświadamia konieczność nauczania studentów medycyny podstaw metodologii myślenia lekarskiego.

### PIŚMIENNICTWO

1. Biegański W.: Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego. Wyd. II, Warszawa 1908, s. 77.
2. Biernacki E. : Co to jest choroba? 1905, s. 103.
3. Brzeziński T [red]: Historia medycyny. PZWL, wyd. II. Warszawa 1995
4. Canguilhem G., Normalne i patologiczne. Przeł. P. Pieniążek. Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria. Gdańsk 2000, str. 189.
5. Epstein R. M. i wsp.: Clinical Practice and the Biopsychosocial Approach, [w:] R. M. Frankel, T. E. Quill, S. H. McDaniel [eds.]: The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future The University of Rochester Press, 2003, str. 33-66.
6. Sigerist H. E., History of medicine, vol. I, Oxford Univ. Press, New York 1951.

### STRESZCZENIE

Celem pracy jest określenie sposobu rozumienia pojęcia choroby przez studentów kończących studia medyczne i wkraczających w życie zawodowe. Badanie wykazało, że studenci postrzegają procesy chorobowe przede wszystkim przez pryzmat patofizjologii, pomimo, że jednocześnie dostrzegają niewystarczalność takiego opisu. Analiza uzyskanych wyników uświadamia konieczność nauczania studentów medycyny podstaw metodologii myślenia lekarskiego.

### SUMMARY

The aim of the work is to define how disease is perceived by undergraduates of Medical University. The research indicates that undergraduates take pathophysiology into account when considering the notion of disease. However, they realize that the description of disease is not sufficient. The analysis of results revealed that it essential to teach students of medicine the methodology of medical thinking.