

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

JAROSŁAW SAK, KRZYSZTOF MARCZEWSKI

Problem of gender in medical practice

Problem płci w praktyce medycznej

We współczesnej medycynie kwestia płciowości i wynikające z jej istnienia problemy mają często fundamentalne znaczenie dla podejmowania przez lekarza właściwych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Dlatego też zadaniem filozofa medycyny musi być refleksja nad konsekwencjami istnienia zróżnicowania przedmiotu medycyny, co do płci. Nie można również wykluczyć odrębności logicznych w procesie podejmowania decyzji uwarunkowanych płcią lekarza. Do podstawowych zagadnień filozofii medycyny należą odpowiedzi na pytania: Jaka jest natura medycyny? Czym jest zdrowie i choroba? Jaka jest logika myślenia lekarskiego (logika odróżniania zdrowia i choroby)? Na czym polega specyfika badań i eksperymentów medycznych?

W refleksji nad problemem płci w praktyce medycznej filozofia medycyny powinna odnieść się do współczesnego nurtu w naukach humanistycznych, który opierając się na biologicznych dystynkcjach płciowości człowieka formułuje tezy daleko wykraczające poza nauki biologiczne czy medyczne. Feminizm niewątpliwie jest racjonalnym nurtem w humanistyce mającym zapewnić wyważenie funkcjonowania społecznego, politycznego czy ekonomicznego kobiet. Podstawą feminizmu (podobnie jak maskulinizmu) jest odróżnienie mężczyzn i kobiet i dopiero to warunkuje refleksję na temat statusu kobiety w społeczeństwie. Odróżnienie to jest możliwe przede wszystkim na podstawie kryteriów medycznych. Konsekwencją tego musi być zainteresowanie wyróżnikami płci, czego nie da się przeprowadzić w oderwaniu od medycyny. Wspomnieć należy w tym miejscu o trzech zasadniczych elementach minimalnej definicji feminizmu (6):

1. Przekonanie, że status kobiety nie jest niezmienny ani zdeterminowany przez czynniki pozaludzkie czy biologiczne, ale że jest tworzony przez ludzi w ich kulturze i przez ludzi może być zmieniany.
2. Przekonanie, że status kobiety w chwili obecnej nie jest zadawalający.
3. Szeroko pojęte działania polityczne, których celem jest poprawa tego statusu.

Uważamy, że refleksja, dotycząca feminizmu powinna znaleźć swoje miejsce w rozważaniach z zakresu filozofii medycyny. W tym kontekście badawczym zamierzamy odpowiedzieć na następujące pytania, prezentowana praca jest zaś do tego przyczynkiem: czy filozofia medycyny jest w stanie określić znaczenie płci żeńskiej w odpowiedzi na podstawowe pytania filozofii medycyny? Czy będąc mężczyzną można przybliżyć się do istoty kobiecości, czy istnieją ograniczenia biologiczne, które to uniemożliwiają? W interpretacji filozofa medycyny zagadnienia te dotyczą uwarunkowań myślenia i działania podmiotu medycyny, czyli lekarza.

Podejmując refleksję filozoficzno medyczną nad znaczeniem różnic płciowych podmiotów działania w medycynie warto wykorzystać, jak sądzimy, teorię stylów myślowych Ludwika Flecka. Co prawda nie jest to koncepcja wywodząca się z nurtu filozofii feministycznej, a nawet nie mająca, w rozumieniu jej twórcy, bezpośrednich odniesień do stratyfikacji płciowej, ale jest to bez wątpienia idea, która wytyczyła nowe tory w refleksji z zakresu socjologii wiedzy i filozofii medycyny i w tym między innymi upatrujemy jej istotnej wartości eksploracyjnej dla naszych rozważań. Ludwik Fleck podkreślał, że nie istnieje myślenie bezosobowe. Wszystkie sądy, zdania, twierdzenia mają swoich

autorów, a autorzy ci są członkami określonych kolektywów myślowych. Koncepcja stylów myślowych wskazywała nie tylko na istnienie różnic pomiędzy różnymi kolektywami, ale usiłowała różnice te wyjaśniać. Zadania owe miało spełniać pojęcie stylu myślenia jako: „określonego przymusu myślowego, [...] całościowej intelektualnej gotowości, [...] takiego a nie innego widzenia i działania. Zależność faktu naukowego od stylu myślenia jest niezaprzeczalna”(4). Według Flecka nie są zatem autonomiczne w nauce ani „fakty” ani teorie pojmowane jako konstrukcje logiczne. Posiadają one bowiem szerszy kontekst kulturowy, są pochodnymi stylu myślowego danej społeczności, kolektywu badaczy. Każdy obserwator ukształtowany jest przez określoną kulturę i reprezentuje styl myślowy określonego kolektywu badawczego, zaś styl ten wyznacza zakres jego czynności obserwacyjnych: „Trzeba się, więc dopiero uczyć patrzeć, aby móc spostrzegać to, co stanowi podstawę danej dyscypliny.”(2) Te same przedmioty inaczej są postrzegane przez artystę, prawnika, lekarza: w zależności od wykonywanego zawodu i środowiska życia. Różnice te nie wynikają z form poznania o charakterze apriorycznym, ale z zespolowej natury postrzegania. Każdy, bowiem przedmiot poznania jest modelowany przez szablon, którego dostarcza kolektyw. Myślenie kolektywne podaje, więc „sankcję na wyodrębnianie pewnych całości ze zbioru pewnych elementów.”(3) Podkreślić tutaj należy, że całości te, o których wspomina Fleck, nie przejawiają się poprzez części, które ztracają się w całości, będąc pozbawionego własnego pierwotnego sensu; są niedostrzegane w całości. Można, zatem ogólnie definiować styl myślenia jako „ukierunkowane postrzeganie wraz z odpowiednią obróbką myślową i rzeczą tego, co postrzegane. Charakteryzują go wspólne cechy problemów, którymi kolektyw jest zainteresowany; sądów, które uważa za oczywiste; metod, których używa jako środków poznawczych.”(4)

Stratyfikacja płciowa w medycynie może implikować stratyfikację postrzeżeń. Warto zwrócić uwagę na fakt, że kobieta i mężczyzna mogą nieco odmiennie oceniać tę samą sytuację. Zasób wiedzy medycznej może być, co prawda doskonale porównywalny, dzięki temu, że wszyscy studenci, przynajmniej z założenia otrzymują takie samo wykształcenie podczas studiów medycznych, ale warto zwrócić uwagę na dwa elementy, które być może umknęły uwadze Ludwika Flecka. Po pierwsze kobieta i mężczyzna wykonujący ten sam zawód – zawód lekarza medycyny, a więc należący do tego samego zawodowego kolektywu myślowego, różnią się „resztą” historii edukacji. Kobieta w kulturze europejskiej wychowywana jest według innych wzorców edukacyjnych, aniżeli mężczyzna, zyskując nastawienie do pełnienia odmiennych ról społecznych. Ten fakt może predestynować do nieco innego ukierunkowywania myślenia klinicznego w przypadku kobiet, aniżeli w przypadku mężczyzn, należących do tego samego lekarskiego kolektywu myślowego. Po drugie istnieją odmienności o charakterze różnic kognitywnych pomiędzy kobietą i mężczyzną, co może wpływać bezpośrednio na różnice w reagowaniu na te same dane spostrzeżeniowe. Zaznaczyć jednak należy, że różnic tych absolutnie nie należy wywodzić z lateralizacji i reprezentacji wzrokowych półkul mózgu. Pogląd taki jednoznacznie obala holenderska metaanaliza opublikowana w czasopiśmie „Brain”(8). Różnice kognitywne, niewątpliwie obecne, mogą zaznaczać się już podczas zdobywania podstawowego wykształcenia medycznego lub też podczas podyplomowego szkolenia specjalizacyjnego, wpływając de facto, na nieco odmiennie ukształtowanie kobiet jako obserwatorów (diagnostów) i podmiotów działania terapeutycznego. W tym kontekście należy postawić pytanie czy rozumienie medycyny przez kobiety i mężczyzn nie wykazuje istotnych różnic? Można zaryzykować hipotezę, że różnice takie są stwierdzane. Obowiązujący natomiast we współczesnej medycynie trend do ujednolicania, tworzenia standardów i podporządkowywania wariantowości obrazów chorobowych nadrzędnym, znacznie ogólniejszym jednostkom typologicznym nie pozwala na zaznaczanie różnic w tym, zdawać by się mogło „nieistotnym” aspekcie medycyny. Potwierdza to istnienie luki badawczej na ten temat w medycznym piśmiennictwie światowym. Wycucie tego problemu przejawia się jednak w książce Geert’a Hofstede’a (5), który podkreśla, że „Odmiennosc płciowa rzadko jest ujmowana w kontekście kulturowym. Takie podejście może jednak okazać się bardzo odkrywcze. Stwierdzenie, że w obrębie każdego społeczeństwa istnieje kultura męska różna od kultury kobiecej, pozwoli nam zrozumieć, dlaczego tak trudno jest zmienić tradycyjne role związane z przynależnością do danej płci. (...) Nasze uczucia związane z zachowaniami płci przeciwnej są podobne do tych, jakie mamy przy kontaktach z obcą kulturą.”(5). Może, więc istnieć płciowo zdeterminowany poziom zaprogramowania umysłu. Hofstede wyróżnia poziom dziedziczny, czyli ludzką naturę, poziom nabyty jako kulturę oraz dziedziczno-nabyty (osobowość). Dlatego też w medycznym kolektywie myślowym należy wyróżnić co najmniej dwa subkolektywy: żeński i męski. Co najmniej dwa, gdyż pozostaje jeszcze problem stopniowości płci. O ile

w znaczeniu biologicznym płeć wydaje się być zdeterminowana dosyć jednoznacznie (wątpliwości oczywiście powstają w przypadkach np. trakseksualizmu, czy w zespole feminizujących jąder) o tyle w zachowaniach społecznych i być może w analizie czynności kognitywnych odróżnianie „czystych” typów męskich czy żeńskich nie jest już takie oczywiste. Z drugiej jednak strony należy brać pod uwagę determinację, oczywiście w pewnym zakresie uwarunkowań biologicznych: profile hormonalne kobiety i mężczyzny są odmienne i mogą istotnie wpływać na procesy kognitywne. Rozróżnienie zatem, jakie czyni Hofstede pomiędzy dziedzicznym, dziedziczno-nabytym i nabytym zaprogramowaniem umysłu może być niezwykle użyteczne. Stopniowalność płci można upatrywać w różnych korelacjach tych trzech elementów u różnych osobników tej samej płci.

Różnice pomiędzy kobietą i mężczyzną jako podmiotami działania w medycynie zaznaczają się w różnym stopniu w zależności również od wykonywanej specjalizacji medycznej. Obserwowalna jest dysproporcja, co do wybieranych specjalizacji medycznych: kobiety częściej specjalizują się w tzw. niezabiegowych specjalnościach, mężczyźni zaś częściej wybierają specjalizacje zabiegowe. Najnowsze badania amerykańskie przeprowadzone na grupie 99.964 lekarzy rezydentów w latach: 1999-2004 wykazały procentowy wzrost wybieralności następujących specjalizacji: dermatologii, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, okulistyki, patomorfologii, psychiatrii. Spośród specjalizacji zabiegowych w ginekologii zanotowano procentowy wzrost liczby kobiet o 18,2%.⁽¹⁾ Taki stan rzeczy może być jednak spowodowany nie tylko różnicami kognitywnymi i wynikającymi stąd preferencjami zawodowymi, ale również zależnościami środowiskowymi, które w realizacji specjalności zabiegowych, jako przynoszących zwykle większe profity wymagają szczególnej determinacji, uporu a czasami również twardej rywalizacji.

O ile lekarz, powinien w założeniu sztuki medycznej być wobec pacjenta „bezpłciowy” – a więc w żaden sposób nie eksponować swojej seksualności (co nie znaczy oczywiście, że pacjent tej seksualności nie dostrzega), o tyle każdy pacjent jest określony wobec lekarza między innymi przez płeć, i na to lekarz musi zwracać szczególną uwagę. Jest to bez wątpienia jeden z czynników mogących powodować różnice pomiędzy kobietą i mężczyzną, którzy wykonują zawód medyczny, w postrzeganiu pewnych składników wywiadu lekarskiego i ogólnego rozpoznania stanu pacjenta. Podkreślić należy zwłaszcza możliwe różnice w ocenie stylu życia pacjenta, nałogów, warunków socjalnych, ale również różnice w zakresie interpretowania zgłaszanych przez pacjenta objawów. Z analizy praktyki lekarskiej wynika również, że można odnotować różnice w wypełnianiu zaleceń lekarskich pomiędzy pacjentami i pacjentkami. Kobiety zwykle bardziej skrupulatnie wypełniają zalecenia lekarza, zdarza się również wykazywać przez nie, znacznie częściej aniżeli przez mężczyzn, nadgorliwość. Z powyższych powodów wydaje się, że można zaprojektować badania ankietowe, które mogłyby odpowiedzieć na pytania: czy istnieje różnica w postrzeganiu istoty medycyny pomiędzy kobietami i mężczyznami zarówno tymi, którzy wykonują zawód lekarza, jak i tymi, którzy stają się pacjentami? Jaka jest różnica pomiędzy stanem zdrowia a chorobą w przekonaniu kobiet a jaka w przekonaniu mężczyzn? W badaniach tych niewątpliwie należałoby uwzględnić zarówno czynnik związany z wiekiem respondentów, jak i ich „przynależnością” kolektywną: a więc uwzględnić ich historię edukacji.

Opinie spotykane w medycznym piśmiennictwie amerykańskim sugerują, że feminizm domaga się włączenia do współczesnej medycyny tradycyjnych priorytetów kobiet: współpracy i współdziałania ponad współzawodnictwem i hierarchią, empatycznej opieki ponad techniką i automatyzacją, elastycznej, zindywidualizowanej opieki w społecznym kontekście⁽⁷⁾. Jedną z istotnych właściwości kognitywnych kobiety jest ujmowanie problemu całościowo, elastycznie, „antytechnicznie”. Dlatego też niezmiernie istotny staje się problem: czy normy obowiązujące w medycynie, a ustalane przez mężczyzn pozwalają kobietom wykonującym zawód lekarza na właściwą demarkację zdrowia i choroby?

WNIOSKI

1. Istnienie różnic w postrzeganiu roli i celów medycyny w zależności od płci jest bardzo prawdopodobne.
2. Uwzględnianie kognitywnych, osobowościowych i kulturowych desygnatów różnic płciowych powinno zdynamizować dalszy rozwój medycyny klinicznej.
3. Filozofia feministyczna powinna uwzględniać wyniki uzyskiwane w naukach medycznych oraz koncepcje filozofii medycyny dotyczące różnic płciowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI: US graduate medical education, 2003-2004. JAMA. 2004 Sep 1;292(9):1032-7.
2. Fleck L.: O obserwacji naukowej i postrzeganiu w ogóle. Przegląd Filozoficzny, 1935, nr 38, str. 59.
3. Fleck L.: Patrzyć, widzieć, wiedzieć. Problemy, 1947, nr 2, str.75.
4. Fleck L.: Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym. Tłum. M. Tuskiewicz. Wydawnictwo Lubelskie. Lublin 1986, str. 94 i 130-131.
5. Hofstede G.: Cultures and Organizations: Software of the Mind: Intercultural Cooperation and its Importance for Survival. McGraw-Hill. New York, 2004, s. 54.
6. Humm M.: Słownik teorii feminizmu. Tłum. z ang. B. Umińska i J. Mikos. Wyd. Naukowe Semper, Warszawa 1993.
7. Kirkpatrick M., The feminization of psychiatry? Some ruminations. Dept. of Psychiatry, UCLA, USA: J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatri. 2004 Spring;32(1):201-12.
8. Sommer I. E. i wsp.: Do women really have more bilateral language representation than men? A meta-analysis of functional imaging studiem. Brain. 2004 Aug;127 (Pt 8):1845-52.

STRESZCZENIE

W refleksji nad problemem płci w praktyce medycznej filozofia medycyny powinna odnieść się do nurtu feministycznego w humanistyce. Feminizm domaga się włączenia do współczesnej medycyny tradycyjnych priorytetów kobiet: współpracy i współdziałania. W świetle dokonanych analiz istnienie różnic w postrzeganiu roli i celów medycyny w zależności od płci jest bardzo prawdopodobne.

SUMMARY

In reflection over problem of gender in medical practice the philosophy of medicine should refer to feministic current in humanities. Feminism demands that traditional women's priorities: co-operation and interaction should be included in contemporary medicine. In the light of analyses the existence of differences related with gender in perception the role and aims of medicine is very probable.