



Lekarze i studenci medycyny wobec sytuacji etycznie trudnych. Komunikat z badań

JAKUB RYSZARD STEMPIEŃ, UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI
MARCIN TKACZYK, INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI

Abstrakt

W tekście zaprezentowane są wybrane wyniki badań przeprowadzonych przez autorów w roku akademickim 2013/2014 z udziałem lekarzy rezydentów, lekarzy specjalistów oraz studentów medycyny z województwa łódzkiego. Pomiar wykonano z zastosowaniem techniki ankietowej; wielkość próby badawczej wyniosła $N=379$. Celem pracy było poznanie i skonfrontowanie opinii przedstawicieli dwóch grup: lekarzy i studentów medycyny na temat sytuacji etycznie trudnych w zawodzie lekarza. W całej badanej grupie zaobserwowano wysoki poziom przekonania (95%) o tym, że medycy w swojej pracy mają do czynienia z sytuacjami i przypadkami, które są etycznie trudne i niejednoznaczne. Studenci medycyny najczęściej (59%) wskazywali tu na konflikty światopoglądowe między lekarzem i pacjentem, zaś lekarze wspominali przede wszystkim (34%) o problemach związanych z podejmowaniem terapii uporczywej i odstępowaniem od niej. W zgodnej opinii praktykujących lekarzy i studentów medycyny, w sytuacjach etycznie trudnych lekarze powinni się kierować przede wszystkim dobrem pacjenta, na dalszym miejscu stawiając własne sumienie, przepisy prawa, kodeks etyczny oraz procedury i opinię rodziny chorego. Co ważne medycy wyraźnie częściej (10 pkt. proc.) formułowali opinię, iż powyższe czynniki okazują się, w praktyce działania lekarza, niesprzeczne.

Słowa kluczowe:

lekarze, studenci medycyny, sytuacje etycznie trudne.

Wprowadzenie

Młody lekarz rozpoczynający pracę w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej powinien być świadomy, że będzie mieć do czynienia z sytuacjami niełatwymi nie tylko z punktu widzenia medycznej *techné*, ale i z punktu widzenia deontologii lekarskiej. Stwierdzenie to wydaje się jałowe, gdyż występowanie etycznych dylematów w pracy lekarza jest pewną oczywistością. Przykłady takich sytuacji czy kontrowersji można wskazać bez większego problemu, przywołując choćby współczesne spory o przerywanie ciąży, eutanazję, samobójstwo czy stosowanie środków antykoncepcyjnych (Szawarski, 1987, s. 5). Problemem może być zakres obowiązywania zasady „nie zabijaj” czy pytanie o to, jak sprawiedliwie podzielić skończoną sumę określonych dóbr medycznych (tamże). Moralne aspekty działalności zawodowej lekarza są tym bardziej widoczne, że treść jego pracy wiąże się z pielęgowaniem tego, co społecznie szczególnie cenione, a więc z pielęgowaniem zdrowia. W 2016 roku w sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej 57% respondentów uznało zachowanie dobrego zdrowia za jedną z pięciu wartości najważniejszych w swoim codziennym życiu (w 2007 roku analogiczny odsetek wyniósł 59%) (Boguszewski, 2016, ss. 1–3). Była to druga, pod względem częstości wskazań wartość życiowa, po szczęściu rodzinnym.

Zatem fakt występowania sytuacji etycznie trudnych w pracy lekarza jest faktem oczywistym. Mniej oczywisty jest jednak stan przygotowania zawodowego, w tym zakresie, studentów medycyny. Jak postrzegają oni swoją pracę w kontekście etycznych kontrowersji? Czego się spodziewają pod tym względem w swojej przyszłej pracy i czym zamierzają się kierować? Jak ich opinie prezentowałyby się na tle opinii i doświadczeń już praktykujących lekarzy? Częstkowych odpowiedzi na te pytania

powinno dostarczyć zaprezentowane niżej studium z terenu województwa łódzkiego.

Materiał i metody

Celem pracy było poznanie i skonfrontowanie opinii przedstawicieli dwóch grup: lekarzy oraz studentów medycyny na temat sytuacji etycznie trudnych w zawodzie lekarza. Za istotne i interesujące uznano bowiem zadanie zestawienia sądów formułowanych przez osoby przygotowujące się do pracy lekarza z doświadczeniami i opiniami osób już ten zawód wykonujących. Zebrane dane powinny stanowić przyczynek do rozważań na temat procesu „wchodzenia” w rolę zawodową lekarza (stawania się lekarzem przez młodych adeptów tej profesji).

Badanie zostało przeprowadzone w Łodzi, w roku akademickim 2013/2014, na próbie celowej 379 respondentów. Badanie wykonane z zastosowaniem techniki ankietowej objęło:

- ▶ Lekarzy rezydentów oraz lekarzy specjalistów (N=151; ankietę rozdawana);
- ▶ studentów Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (pierwszy, drugi, trzeci i szósty rok studiów) (N=228; ankietę audytoryjną, wykonaną podczas zajęć na uczelni).

Zebraneankiety poddano analizom, zgodnie ze standardami statystyki opisowej. Zastosowane miary statystyczne obejmowały wskaźniki struktury (odsetki) oraz miary związku między zmiennymi: Q Yule’a-Kendalla, Φ (phi) Yule’a, a także współczynnik korelacji rang r_s Spearmana (Blalock, 1975, ss. 260–261, 354–355; Zakrzewska, 2004, ss. 491–493). Mierniki te pozwalały na analizowanie związków między odpowiedziami udzielanymi przez respondentów na poszczególne pytania ankiety a ich przynależnością do jednej z dwóch wyróżnionych – kluczowych z uwagi na cel prowadzonych rozważań – kategorii: praktykujących lekarzy i studentów medycyny.

Wyniki

W całej badanej grupie zaobserwowano wysoki poziom przekonania (95%) o tym, że lekarze w swojej pracy mają do czynienia z sytuacjami i przypadkami, które są etycznie trudne i niejednoznaczne. Dysproporcje odpowiedzi między lekarzami i studentami medycyny okazały się bardzo nieznaczne (choć studenci częściej deklarowali najwyższy poziom przekonania o występowaniu ww. sytuacji). Wartości współczynników Q Yule’a-Kendalla oraz Φ Yule’a obliczone dla tablicy czteropolowej (zgrupowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” *versus* „zdecydowanie nie” i „raczej nie”) informowały o braku zależności pomiędzy kategorią respondentów a rozkładami odpowiedzi udzielonych na omawiane pytanie. I tak współczynnik Q był tu równy 0,15, zaś współczynnik Φ przyjął wartość 0,03. W obydwu przypadkach wskazuje to na brak (choćby słabej) zależności między rozpatrywanymi zmiennymi.

Ankietowanych poproszono też – w pytaniu otwartym – aby podali przykłady sytuacji czy przypadków etycznie trudnych, spotykanych w pracy lekarza. Prośba dotyczyła wszystkich respondentów niezależnie od tego, czy mieli oni osobiście do czynienia z takimi sytuacjami. Zebrane wypowiedzi zostały poddane analizie i pogrupowane w następujące katalogi (identyczne dla lekarzy i studentów medycyny): 1/ problemy światopoglądowe (w tym konflikty między lekarzem i pacjentem), 2/ problemy związane z terapią uporczywą, 3/ problemy związane z korupcją w służbie zdrowia, 4/ kwestie związane z leczeniem pacjentów z poważnymi chorobami towarzyszącymi (źle rokującymi lub znacznie obniżającymi jakość życia), 5/ problemy wynikłe z (często niewłaściwej) organizacji służby zdrowia i mechaniki jej funkcjonowania oraz 6/ inne, dodatkowe kwestie. Szczegółowy rozkład częstości poszczególnych grup odpowiedzi zestawiono w tablicy 2.

Tablica 1. Występowanie sytuacji etycznie trudnych w zawodzie lekarza w opinii badanych osób (w %)

Czy lekarze w swojej pracy mają do czynienia z sytuacjami, przypadkami, które są etycznie trudne, niejednoznaczne?	Lekarze (N=151)		Studenci (N=228)	
Zdecydowanie tak	70	96	76	94
Raczej tak	26		18	
Raczej nie	3	3	4	4
Zdecydowanie nie	-		-	
Trudno powiedzieć	1		1	
Brak danych	-		1	
Razem	100		100	

Źródło: badanie własne

Tablica 2. Sytuacje etycznie trudne w zawodzie lekarza w przykładach badanych osób (w %)*

Jakie przykłady sytuacji, przypadków etycznie trudnych, niejednoznacznych mogłaby/mógłby P. podać? (prosimy o odpowiedź niezależnie od tego, czy miał/a P. z takimi sytuacjami do czynienia)	Lekarze (N=145)	Studenci (N=215)
Problemy związane z terapią uporczywą	34	6
Problemy światopoglądowe (w tym konflikty między lekarzem i pacjentem)	29	59
Problemy związane z korupcją w służbie zdrowia	10	12
Leczenie pacjentów z poważnymi chorobami towarzyszącymi (źle rokującymi lub znacznie obniżającymi jakość życia)	10	2
Problemy wynikłe z (często niewłaściwej) organizacji służby zdrowia i mechaniki jej funkcjonowania	7	7
Inne kwestie	10	16

* Uwaga: odsetki nie sumują się do 100%, gdyż jedna wypowiedź mogła zostać zaliczona do więcej niż jednej kategorii.

Źródło: badanie własne

Lekarze i studenci medycyny prezentowali w znacznym stopniu odmienne katalogi przykładów sytuacji etycznie trudnych spotykanych w praktyce pracy zawodowej medyków. Informuje o tym nie tylko różna liczba odpowiedzi zaliczanych do poszczególnych kategorii (co widać z tablicy 2), ale i niska wartość współczynnika rs Spearmana (0,04). Oznacza to, że dwa szeregi, powstałe na bazie rangowania poszczególnych kategorii odpowiedzi według ich popularności, prezentują się jako zasadniczo od siebie niezależne. I tak odpowiedzi najbardziej popularne wśród studentów były przez lekarzy uczestniczących w badaniu wskazywane stosunkowo rzadko. Na problemy związane z tzw. terapią uporczywą¹ wskazało

bowiem 34% ankietowanych lekarzy i jedynie 6% studentów biorących udział w badaniu. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów dotyczące terapii uporczywej (cytaty):

- ▶ *Czy należy reanimować osoby z chorobą nieuleczalną?*
- ▶ *Leczenie w sytuacji, gdy szanse na dobrą jakość życia pacjenta są minimalne.*
- ▶ *Osoba umierająca z powodu przewlekłej nieuleczalnej choroby, przynosząca jej dużo cierpienia – czy ratować (reanimować) za wszelką cenę?*
- ▶ *Pacjent cierpi i umrze za pięć dni, a i tak jest utrzymywany przy życiu.*
- ▶ *Podtrzymywanie dziecka na siłę przy życiu, podczas gdy ono bardzo cierpi i nie ma szans na powrót do zdrowia (sytuacja krytyczna).*
- ▶ *Podtrzymywanie życia straszliwie cierpiącego a przy okazji nieuleczalnie chorego.*
- ▶ *Ratowanie życia w skrajnej chorobie nowotworowej.*

1 W piśmiennictwie anglojęzycznym spotyka się określenie *futile treatment*, co można tłumaczyć jako: „terapia daremna” (por. Kopelman, 2001). Za terapię uporczywą (daremną) przyjmuje się tu podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjentów.

Bardzo konkretny charakter części z wypowiedzi wyjaśniać może nierówną popularność tej kategorii wśród lekarzy i studentów. Podawane przykłady wydają się bowiem często pochodzić „z życia”, z praktyki lekarskiej, z doświadczeń własnych lub z, dyskutowanych w zespole, doświadczeń kolegów z pracy. Studentom – których rozpoczęcie pracy zawodowej dopiero czeka – o takie przykłady jest zapewne trudniej, stąd częściej w swoich wypowiedziach odwoływali się do innych (znanych im, łatwo identyfikowalnych i dostępnych) przypadków sytuacji stanowiących dla lekarza wyzwanie etyczne. I tak 59% ankietowanych studentów medycyny oraz 29% lekarzy wypełniających ankietę wskazało na problemy światopoglądowe, często odnosząc się do konfliktów aksjologicznych między lekarzem i pacjentem². Można więc przyjąć, że – przygotowując się do swej przyszłej pracy zawodowej – studenci medycyny antycypują z dużym przeświadczeniem problemy moralne, których faktyczne natężenie będzie potem mniejsze. Praktykujący lekarze zgłaszają bowiem występowanie konfliktów światopoglądowych w swojej pracy istotnie rzadziej (praktycznie dwukrotnie rzadziej) niż ich najmłodszy koledzy, szykujący się dopiero do pracy w zawodzie medyka. W wypowiedziach respondentów (zarówno studentów, jak i lekarzy) na temat problemów światopoglądowych w pracy lekarza, szczególnie często występowała kwestia przerywania ciąży oraz

2 Problemy konfliktów aksjologicznych między lekarzem i pacjentem – w tym kwestia tzw. klauzuli sumienia – wydają się być problemami „medialnymi”, chętnie podejmowanymi przez dziennikarzy (Budnik, 2016; Łaska-Formejster, 2013), zaś obszerne relacje medialne mogą przyczynić się do wrażenia „intensywności” czy znacznego rozpowszechnienia tych problemów w pracy lekarza. Wrażenie takie mogą odnosić nie tyle sami lekarze (z natury rzeczy kompetentni, co do treści swojej pracy), co studenci medycyny – nie w pełni jeszcze obeznani z realiami zawodowego funkcjonowania medyka.

eutanazji. Odwoływano się więc do interwencji medycznych w przypadkach „stanów granicznych życia ludzkiego” (Gałuszka i Szewczyk, 2002). Problemy te stanowią zresztą przedmiot refleksji i dyskusji w obszarze medycyny i bioetyki od dawna (Cook i Dickens, 2001; Kielanowski, 1987). Co ciekawe w niektórych wypowiedziach – zaliczonych do omawianej kategorii – poruszano kwestię leczenia osób, w stosunku do których lekarz czuje moralną odrazę (przestępcy). Oto kilka przykładowych narracji:

- ▶ *Aborcja w przypadku, gdy ciąża zagraża życiu matki.*
- ▶ *Drażliwe tematy typu: aborcja, eutanazja, przepisywanie bardzo młodym środków antykoncepcyjnych, decyzje o zaprzestanie reanimacji, odłączenie od aparatury.*
- ▶ *Dzieci urodzone z wadami wrodzonymi letalnymi a rodzice z przekonaniem o ratowaniu dziecka za wszelką cenę.*
- ▶ *Leczenie kryminalistów, nieuleczalnie chorzy ludzie (bez szans na poprawę), przerywanie patologicznej ciąży (wady wrodzone itd.).*
- ▶ *Leczenie osoby pomimo jej niechęci do życia.*
- ▶ *Leczenie przestępców i zabójców.*
- ▶ *Ostatnio głośna sprawa o przewadze etyki lekarskiej i sumienia nad prawem dotyczącym aborcji uszkodzonego płodu.*
- ▶ *Pacjent bezwzględnie potrzebuje transfuzji krwi, ale się na nią nie zgadza, gdyż jest to niezgodne z jego przekonaniem religijnym.*
- ▶ *Decyzja o niepodjęciu reanimacji chorego, który tego nie chciał.*
- ▶ *Prośba o aborcję, leki wczesnoporonne, eutanazja.*
- ▶ *Wybór między etyką a prawem.*

Podobnie często studenci (12%) i lekarze (10%), wypowiadając się o problemach etycznych w pracy lekarza, odwoływali się do przykładów sytuacji korupcyjnych. Co ciekawe wskazywali głównie na relację lekarz – pacjent jako tę, która jest „ryzykowna”, czy też stwarza

określone korupcyjne „pokusy”. Wyraźnie rzadziej odnosili się natomiast do korupcji na linii: lekarz – przemysł farmaceutyczny oraz do kwestii nepotyzmu i protekcji w służbie zdrowia („znajomości”). Tymczasem ostatnie ze wskazanych zjawisk również ma pewne aspekty i sensy korupcyjne, jak przekonuje Mieczysław Gałuszka: (...) *Problem kwalifikacji protekcji i nepotyzmu jako korupcji nie jest jednoznaczny. Jeśli wykluczmy płatną protekcję, to nie dochodzi bezpośrednio do przekazywania dóbr materialnych, a raczej do uwzględnienia w transakcjach tzw. „wartości symbolicznych”. Najczęściej chodzi o udzielaną sobie wzajemnie przysługę, wynikającą z możliwości, jakie daje zajmowane stanowisko, pozycja zawodowa, pełnione funkcje. Dzięki znajomościom pacjent jest traktowany w sposób uprzywilejowany, zaś odwzajemnienie przysługi może być oddalone w czasie. (...) Nepotyzm polega na traktowaniu w sposób uprzywilejowany członków rodziny lub znajomych, kiedy stają się pacjentami* (2003, ss. 117–118). Właściwie spośród czterech wyróżnionych przez Gałuszkę obszarów-typów korupcji w służbie zdrowia respondenci odwoływali się do trzech, pomijając jedynie problem, może mniej oczywisty (lub trudniejszy do nazwania i opisania), jaki stanowi tzw. szara strefa, obejmująca m.in. nieuczciwą organizację przetargów na dostawę sprzętu medycznego, pobieranie od pacjentów opłat za usługi należne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, wykorzystywanie przez lekarzy szpitalnego sprzętu w prywatnej praktyce (Gałuszka, 2003, ss. 116–117). Oto kilka wypowiedzi ankietowanych wskazujących na przykłady sytuacji korupcyjnych, wobec których może stawać lekarz:

- ▶ „Panie doktorze jak mogę odwdziżyć się za dobre leczenie córki?”
- ▶ „Prezenty” od pacjentów, kontakty z przemysłem farmaceutycznym.
- ▶ Łapówki za zabieg, łapówki za miejsce w szpitalu, „załatwianie po znajomości”.

- ▶ *Pomoc, przed kolejką, potrzebującym znajomym.*
- ▶ *Prowokowanie zachowań korupcyjnych przez rodziny.*
- ▶ *Próby odwdziżenia się pacjentów w trakcie leczenia.*
- ▶ *Układy z firmami farmaceutycznymi.*
- ▶ *Wręczanie łapówek przez pacjentów, w zamian za szybszą pomoc lekarską.*
- ▶ *Wręczanie przez pacjentów prezentów.*
- ▶ *Wręczenie kwoty za leczenie; prośba o aborcję za pieniądze.*
- ▶ *Wręczenie pieniędzy lub prezentów [w zamian – przyp. aut.] za skrócenie kolejki do operacji, lepsze traktowanie.*

Praktykujący lekarze istotnie częściej (8 pkt. proc.) niż studenci medycyny przywoływali także przykłady leczenia pacjentów cierpiących z powodu poważnych chorób towarzyszących. Przez poważne choroby towarzyszące rozumie się tu choroby pogarszające jakość życia i powodujące dodatkowe zagrożenia dla zdrowia, utrudniające prowadzenie leczenia (od strony technicznej), stanowiące medyczne przeciwwskazania do niektórych procedur medycznych lub zwiększające ryzyko powikłań. Podobnie jak w przypadku terapii uporczywej, także i w tej sytuacji medycy często podawali przykłady niezwykle konkretne, zakorzenione w ich doświadczeniu zawodowym. Oto kilka przykładów:

- ▶ *Leczenie skrajnie niedojrzałych wcześniaków (22–33 tydz.), postępowanie z noworodkami z zespołami wad wrodzonych np. z nieoperacyjnymi wadami serca.*
- ▶ *Noworodek z wielowadziem [wieloma wadami rozwojowymi – przyp.aut.] z niską masą urodzeniową ciała.*
- ▶ *Dzieci z chorobami źle rokującymi – w jaki sposób prowadzić terapię, jak i czy ją włączyć?*

Natomiast lekarze i studenci medycyny analogicznie często (7%) wskazywali na problemy etyczne w pracy lekarza, wynikłe z (często niewłaściwej) organizacji służby zdrowia i mechaniki jej funkcjonowania. Fakt, że na takie problemy zwrócił uwagę zaledwie co czternasty ankietowany wskazuje, iż kwestie organizacji służby zdrowia nie są raczej postrzegane w kategoriach moralnych, co zresztą nie wydaje się słuszne, gdyż ograniczony dostęp do zasobów może stawiać lekarza lub zespół lekarzy w sytuacjach bardzo trudnych wyborów. Jak piszą Tony Hope i Julian Savulescu, (...) *rozważmy następującą sytuację. Należy wybrać którąś z dwu osób. Obie wymagają leczenia, ale środki pozwalają na leczenie tylko jednej z nich. W praktyce podobny dylemat rzadko pojawia się w równie czystej postaci. Jednakże taki sposób ujęcia problemu pomaga ujawnić czynniki wpływające na ustalenie priorytetów alokacji środków medycznych* (2001, s. 200). Ustalenie tych priorytetów jest sprawą i problemem moralnym, a opieka nad pacjentem zyskującym lub tracącym dostęp do określonego (limitowanego) świadczenia medycznego jest dla lekarza niewątpliwie istotnym wyzwaniem (tamże, por. też Gałuszka, 2003, ss. 73–88; Hołówka, 1987). I tak część spośród respondentów przywoływała przykłady sytuacji etycznie trudnych, wynikłych ze zbyt skromnych zasobów pozostających w dyspozycji szpitali, ograniczeń związanych z refundacją tylko niektórych dróg leczenia, a także ograniczeń w dostępie do specjalistów i specjalistycznych świadczeń medycznych. Poniżej zestawiono kilka charakterystycznych wypowiedzi badanych osób:

- ▶ *Cierpienie chorego i czas oczekiwania na hospitalizację.*
- ▶ *Decydowanie o przeszczepach. Pomoc nieubezpieczonym.*
- ▶ *Decyzja o wpisywaniu na listę do przeszczepu.*
- ▶ *Komu poświęcić więcej uwagi: selekcja i segregacja pacjentów.*

- ▶ *Konflikt interesów – maksymalizacja wydatków kosztem redukcji przyjęć.*
- ▶ *Leczenie pacjenta przy ograniczonych zasobach placówek medycznych.*
- ▶ *Lekarz ograniczony przepisami NFZ nie może zastosować terapii, o której myśli, że jest skuteczna, ale nie może wyleczyć pacjenta, bo NFZ tego nie refunduje.*
- ▶ *Ograniczenia funkcjonowania lekarza wynikających z ograniczeń nakładanych przez NFZ!*

Czym należy się kierować, mając do czynienia z przypadkami etycznie niejednoznaczными, skomplikowanymi? Zaobserwowane dysproporcje odpowiedzi między lekarzami i studentami medycyny (choć różnice te nie były drastyczne, a współczynnik korelacji rang rs wyniósł 0,76) wydają się niezwykle interesujące. Otóż w opinii praktykujących medyków rozstrzygające znaczenie ma dobro pacjenta, wskazane przez 44% ankietowanych z tej grupy. Była to zresztą odpowiedź najbardziej popularna także wśród studentów (wskazywana z tą samą częstotliwością). Niemal równie ważnym źródłem dyspozycji do działania powinno być, według lekarzy, własne sumienie (41%), a następnie: kodeks etyczny (34%) i przepisy prawa (32%). Najrzadziej wskazywano na procedury (12%) oraz opinię rodziny pacjenta (10%). W przypadku studentów medycyny czynnikiem drugim pod względem ważności (po dobru pacjenta) powinny być przepisy prawa, wskazane przez 40% respondentów z tej kategorii, przed własnym sumieniem (36%), kodeksem etycznym (31%) i procedurami (15%). Opinia rodziny pacjenta jest dla studentów medycyny właściwie faktorem o znaczeniu minimalnym; gotowość jej uwzględniania zgłosiło tylko 2% ankietowanych.

Tablica 3. Właściwe sposoby postępowania w sytuacjach etycznie trudnych w zawodzie lekarza w opinii badanych osób (w %)*

<i>Czym w sytuacjach, przypadkach etycznie trudnych, niejednoznacznych powinni się kierować lekarze?</i>	Lekarze (N=145)	Studenci (N=215)
Dobrem pacjenta	44	44
Własnym sumieniem	41	36
Kodeksem etycznym	34	31
Przepisami prawa	32	40
Procedurami	12	15
Opinią rodziny pacjenta	10	2
Wszystkimi tymi czynnikami, bo nie są one sprzeczne	41	31

* **Uwaga:** odsetki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badanie własne

Dwie kwestie zasługują tu na uwagę. Po pierwsze, wedle zebranych deklaracji, studenci prezentują się – w porównaniu z lekarzami – jako legaliści, skłonni w przypadkach etycznie trudnych przestrzegać („trzymać się”) raczej przepisów (i dodatkowo procedur) niż własnego sumienia. Byliby też skłonni przywiązywać mniejsze znaczenie (od lekarzy) do skodyfikowanych norm etycznych (różnica 3 pkt. proc.) w zamian za podążanie za procedurami (3 pkt. proc.). Po drugie praktykujący lekarze (41%) byli znacznie częściej niż studenci (31%) skłonni postrzegać wszystkie wyróżnione czynniki jako niesprzeczne.

Wnioski

Badanie wykazało, że studenci medycyny spodziewają się, iż będą mieć do czynienia z sytuacjami etycznie niejednoznaczными i trudnymi. Poziom ich przeświadczenia o występowaniu takich sytuacji w pracy lekarza był zbliżony do przeświadczenia medyków już praktykujących, choć można stwierdzić, że studenci przekonani o występowaniu takich trudności byli nawet silniej, o 6 pkt. proc. częściej zaznaczając

„najmocniejszą” opcję w zaproponowanej im liście odpowiedzi („zdecydowanie tak”). Jeśliby zatem odpowiedzi lekarzy traktować jako swego rodzaju „raport z pola walki”, to sądy studentów można uznać za zasadniczo odpowiednie wobec treści tego raportu. Innymi słowy studenci, spodziewając się, że będą w swojej pracy mieli w przyszłości do czynienia z etycznie problematycznymi przypadkami, wydają się mieć rację.

Adekwatności przeświadczenia studentów o tym, że sytuacje etycznie trudne występują w pracy lekarza, towarzyszy pewna nieadekwatność odnośnie treści tych sytuacji. Praktykujący lekarze wskazywali bowiem na sytuacje częściowo odmienne od tych, które najczęściej charakteryzowali studenci medycyny. A zatem według praktykujących lekarzy podstawowym problemem etycznym, z jakim może mieć w swojej pracy do czynienia lekarz, jest problem terapii uporczywej, podczas gdy studenci antycypują głównie problemy różnic światopoglądowych między lekarzem i pacjentem.

Co szczególnie istotne, można mówić o odmiennych strategiach (algorytmach) postępowania w takich sytuacjach. Dla praktykujących lekarzy kluczową wskazówką pozostaje dobro pacjenta i własne sumienie, przy rozpowszechnionym (w pewien sposób optymistycznym) przeświadczeniu, że kwestie te nie będą w sprzeczności z przepisami prawa, procedurami i kodeksem etycznym. Studenci postrzegają problemy etyczne w swojej przyszłej pracy jako bardziej wymagające. Według nich problemy te dobrze jest rozstrzygać z odwołaniem do obowiązujących przepisów (zapewne dlatego, że zabezpieczy to lekarza przed konsekwencjami formalnymi: dyscyplinarnymi, karnymi) przy rozpowszechnionym przeświadczeniu, iż przepisy te stać będą nierzadko w sprzeczności z dobrem pacjenta i sumieniem lekarza. Zapewne praktyka pracy z czasem zmieni te przeświadczenia, jednak już dziś można stwierdzić, że absolwenci medycyny mogą wkraczać do szpitali i gabinetów ze specyficzną „mroczną” wizją swojej przyszłej działalności jako „najeżonej” etycznymi dylematami, wobec których różne drogowskazy będą sobie wzajemnie przeczyć, dlatego bezpiecznie będzie trzymać się litery prawa. Warto korygować to przeświadczenie już na etapie edukacji akademickiej. 👁

Jakub Ryszard Stempień – doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, adiunkt w Zakładzie Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Aktywny członek Polskiego Towarzystwa Socjologicznego (członek Zarządu Oddziału Łódzkiego PTS, członek Komisji Rewizyjnej PTS) oraz Polskiego Towarzystwa Nauk Społecznych o Sporcie; recenzent w krajowych periodykach socjologicznych. Autor kilkudziesięciu artykułów publikowanych w czasopismach i książkach oraz współredaktor monografii: *Ciało, medycyna i sport w kontekstach kulturowych i społecznych* (2015), a także współredaktor tomu tematycznego kwartalnika „Acta Universitatis Lodzensis

Folia Sociologica” (3/2016) pt. *Dbalność o zdrowie, sprawność fizyczną i atrakcyjny wygląd – społeczne uwarunkowania i praktyki oraz redaktor monografii Moda na bieganie – zapiski socjologiczne* (2017). Zainteresowania naukowe autora obejmują wybrane zagadnienia socjologii szczegółowych: kultury fizycznej, zdrowia i medycyny.

Afiliacja:

Zakład Socjologii
Katedra Nauk Humanistycznych
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź
e-mail: j.r.stempien@wp.pl

Marcin Tkaczyk – profesor medycyny, profesor zwyczajny w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, adiunkt Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologii i Dziecięcej i European Society for Pediatric Nephrology. Członek Rady Naukowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki. Autor kilkudziesięciu artykułów z zakresu pediatrii i nefrologii dziecięcej w czasopismach polskich i zagranicznych. Recenzent renomowanych branżowych czasopism medycznych. Główna działalność naukowa autora dotyczy nefrologii dziecięcej.

Afiliacja:

1/ Klinika Pediatrii, Immunologii i Nefrologii – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź
2/ Zakład Dydaktyki Pediatrycznej – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
adres jw.
e-mail: mtkaczyk@uni.lodz.pl

Podziękowania

Autorzy chcieliby uprzejmie podziękować następującym Osobom, dzięki którym życzliwości i pomocy możliwa była realizacja prezentowanej pracy:

► wszystkim Respondentom, którzy poświęcili swój czas i wzięli udział w badaniu ankietowym;

- ▶ Panu prof. dr hab. n. med. Dariuszowi Moczulskiemu, Prodziekanowi ds. Dydaktyki Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi za zgodę na realizację badania wśród studentów;
- ▶ Paniom mgr Karolinie Szczepaniak, mgr Katarzynie Woźniak i lek. Aleksandrze Dębińskiej za wolontaryjną pomoc przy realizacji projektu.

Autorzy dziękują także Anonimowym Recenzentom za ich życzliwe komentarze i sugestie istotnych poprawek, zgłoszone wobec pierwotnej wersji niniejszego artykułu.

Bibliografia

- Boguszewski, R. (2016). *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*, komunikat CBOS nr 5434.
- Błalock, H.M. (1975). *Statystyka dla socjologów*. Warszawa: PWN.
- Budnik, A. (2016). Piekło kobiet – współczesny obraz prawa do aborcji w przestrzeni medialnej. Casus niewolenia kobiet czy ich emancypacji? *Ars Educandi*, 13/2016, 81–95.
- Cook, R.J., Dickens B.M. (2001). Etyczne aspekty prawa aborcyjnego. W: A. Alichniewicz, A. Szczęsna (red.), *Dylematy bioetyki* (s.93–115). Łódź: Akademia Medyczna w Łodzi.
- Gałuszka, M. (2003). *Społeczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego.
- Gałuszka, M., Szewczyk, K. (red.) (2002). *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hołówka, J. (1987). Problemy sprawiedliwego podziału dóbr w rehabilitacji. W: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (s.131–150). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Hope, T., Savulescu, J. (2001). Jak powinno się rozdzielać nie wystarczające środki medyczne?

W: A. Alichniewicz, A. Szczęsna (red.), *Dylematy bioetyki* (s.199–226). Łódź: Akademia Medyczna w Łodzi.

- Kielanowski, T. (1987). Problem niepotrzebnego cierpienia. O niepotrzebnym cierpieniu rodzonym przez Postępy nauk medycznych. W: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (s.151–165). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Kopelman, L.M. (2001). Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej. W: A. Alichniewicz, A. Szczęsna (red.), *Dylematy bioetyki* (s.117–130). Łódź: Akademia Medyczna w Łodzi.
- Łaska-Formejster, A. (2013). Polityczna gra o prawna regulacje procedury in vitro – analiza wybranych aspektów debaty w przestrzeni medialnej, *Politeja. Pismo Wydziału Studiów Międzynarodowych i Politycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego*, 263–285, DOI: 10.12797.
- Szawarski, Z. (1987). Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej. W: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (s.5–26). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Zakrzewska, M. (2004). Miary podobieństwa i odległości dla danych dwukategorialnych wykorzystywane przez SPSS w analizie skupień. W: J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów* (s.479–505). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Physicians and Medicine Students and Their Attitude to Ethical Problems. Research Report

Abstract

In the paper some results of an own survey (sample N=379) conducted in academic year 2013/2014 among the group of medicine students, resident physicians and medical specialists from łódzkie voivodeship are presented and discussed. The aim of the study was to identify the opinion of members of two groups: physicians and medicine students in the field of moral problems in the medical's work. Almost every respondent (95%) was convinced that physicians had to deal with some situations that were ethically problematic. When asked about some examples, medicine students most often (59%) mentioned ideological or religious controversies between medical and his patient, while physicians (34%) tended to recall the case of futile treatment. Medicine students and physicians agreed that while dealing with ethically problematic situation, the patient welfare should be treated as the most important guideline, more vital than medical's conscience, law and procedures, ethical code and patient's family opinion. Moreover, physicians more often than medicine students (10pp) stated that all those factors were consistent.

Keywords:

physicians, medicine students, ethical problems.