

DYLEMATY ETYCZNE W PRACY ZAWODOWEJ LEKARZA W OPINII STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH W POLSCE

Wprowadzenie

Początki kształtowania się etyki są związane z okresem powstawania pierwszych społeczności ludzkich. Pierwotnie kodeksy etyczne istniały w formie niezapisanej, co nie zmieniało faktu, iż obliżowały ówczesnie żyjącego człowieka do funkcjonowania według określonych w nich norm, a nieprzestrzeganie ich było karane, co również przyczyniło się do powstania pierwszych praw. Pierwszą istotną, zapisaną księgą praw i obowiązków był kodeks Hammurabiego z około 1728–1686 p.n.e., zawierający 286 artykułów opartych na zasadzie talionu¹. Przepisy zawarte w tym kodeksie nie były równe wobec wszystkich obywateli państwa Hammurabiego. Warto wspomnieć także, że już w starożytnych Indiach, w tekście Suśruta-Samhita z około VI wieku p.n.e., podkreślano znaczenie nadrzędności pacjenta w kontekście etyki lekarskiej. „Poświęć się całkowicie pomocy choremu, nawet jeśli przy tym stracisz swoje życie. Nigdy nie szkodź choremu, nawet w myślach. Staraj się zawsze doskonalić swoją wiedzę (...). Lekarz ma zwracać uwagę na swój dobry strój i ma właściwie się zachowywać. Choremu nie wolno mówić o możliwej jego śmierci, jeśli tym zaszkodzi się choremu albo komuś innemu” (Thorwald, 2021, s. 161–200).

W średniowieczu wiele krajów europejskich było pod wpływami chrześcijaństwa, i dlatego propagowały idee miłosierdzia i niesienia pomocy chorym w potrzebie. Pierwsze jednostki szpitalne fundowane były przez klasztory i parafie, a Pismo

¹ Oto przykład jednego z bardzo surowych zapisów domagający się kary odpowiadającej przestępstwu: „Jeśli pełnoprawny obywatel wybił oko członkowi klasy pełnoprawnych obywateli, wyrwę mu oko. Jeśli złamał kość pełnoprawnego obywatela, złamię mu kość” (§§196, 197 kodeksu Hammurabiego).

Święte było swojego rodzaju wyznacznikiem postępowania. Należy także przypomnieć, że w Europie prężnie działała Szkoła Lekarska w Salerno, będąca wzorcem świeckiej medycyny z doktorem Arrhimattheusem na czele. W skład dorobku tej szkoły wchodziły między innymi: Kodeksy sycylijskie króla Rogera II i Kodeksy cesarza Fryderyka II Hohenstauffa. W epoce odrodzenia powrócono do nauk Hipokratesa i jego przysięgi z około 460–377 p.n.e. i kolejne lata opierały się, do czasów współczesnych, o przysięgę i przykazania przedstawione w tym dziele. Warto wspomnieć jeszcze o polskich dokonaniach w dziedzinie etyki lekarskiej i jej inicjatorach, a byli to Sebastian Petrycy, Jan Jonston i Tytus Chałubiński².

Z czasem zainteresowanie zawodem lekarskim, postępowaniem i procedurami związanymi z pracą lekarza stało się na świecie coraz bardziej powszechne. Niestety nie wszystkie czynności lekarskie były przyjmowane przez społeczeństwo w sposób jednomyślny. Człowiek jako osoba myśląca, posiadająca własne przekonania, wierzenia, odrębne zdanie na sprawy często trudne z punktu widzenia moralnego lub etycznego miał i ma prawo do wyrażania swojego niezadowolenia z systemu opieki zdrowotnej. Obecnie, w XXI wieku tematami, budzącymi najwięcej kontrowersji w mediach społecznościowych stały się: aborcja, uporczywa terapia osób nieuleczalnie chorych na nowotwór lub inną jednostkę chorobową, diagnostyka prenatalna, udział pracowników ochrony zdrowia w reklamach, brak zgody pacjenta na operację ratującą życie. Najważniejszym dokumentem prawnym regulującym czynności jakie może, a jakich nie może wykonać lekarz jest Kodeks etyki lekarskiej, którego przepisy powinny być respektowane oraz powinny być drogowskazem w postępowaniu lekarza w swoim zawodzie. Kolejnymi istotnymi z punktu widzenia prawnego dokumentami są: Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Konwencja o ochronie praw człowieka, Ustawa o izbach lekarskich, Ustawa transplantacyjna oraz Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie komisji bioetycznych w Polsce. Każdy z tych aktów powinien być znany i dokładnie przestudiowany przez lekarza.

Jednym ze współczesnych rzeczników problematyki profesjonalnej etyki lekarskiej jest Kazimierz Szewczyk, który wskazuje na pewne istotne czynności, oczekiwane przez społeczeństwo względem lekarza oraz mające swoją regulację w przepi-

² Sebastian Petrycy – pierwszy polski autor pism dotyczących etyki lekarskiej, wymagał od lekarza: wiedzy, doświadczenia oraz taktu i umiaru w zachowaniu, umiejętności psychologicznych w kontaktach z pacjentem i jego rodziną.

Jan Jonston – za cechy niegodne lekarza uważał: chciwość, zawiść, zarozumiałość, lekkomyślność, pogardę dla innych. Podkreślał znaczenie narad lekarskich w przypadkach trudnych oraz był zwolennikiem karania lekarzy za błąd medyczny wynikający z nieuctwa, niedbalstwa i głupoty.

Tytus Chałubiński – twórca polskiej myśli etyczno-medycznej w II połowie XIX wieku, nazywanej polską szkołą filozofii medycyny.

sach Kodeksu etyki lekarskiej. Aby profesjonalnie wypełniać swoje zadania, lekarz powinien pamiętać o następujących zachowaniach: obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, zakazu kontaktów seksualnych z pacjentem czy innych relacji uczuciowych, obowiązku czynienia dobra względem pacjenta, obowiązku poszanowania autonomii pacjenta (Szewczyk, 2021, s. 33–65).

W literaturze przedmiotu można znaleźć opracowania empiryczne podejmujące powyższą tematykę, w których jakże znaczące są opinie lekarzy, studentów medycyny, pielęgniarek lub ratowników medycznych. Jakub Stępień i Marcin Tkaczyk przeprowadzili badanie porównujące wiedzę, doświadczenie oraz przekonania 151 lekarzy rezydentów lub lekarzy specjalistów oraz 228 studentów pierwszego, drugiego, trzeciego i szóstego roku Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Stępień, Tkaczyk, 2014, s. 91–97). Aż 95% respondentów uznało, że lekarz w trakcie swojej pracy ma do czynienia z sytuacjami i przypadkami, które są etycznie trudne i niejednoznaczne. Uczestników badań poproszono właśnie o podanie przykładu sytuacji trudnej etycznie. 34% lekarzy przedstawiło problem „uporczywej terapii” jako problem w pracy codziennej. 59% studentów wskazało problemy światopoglądowe, często odnosząc się do konfliktów aksjologicznych między lekarzem i pacjentem. Inne poruszane tematy dotyczyły: korupcji w relacji lekarz-pacjent, leczenia pacjentów z powodu poważnych chorób towarzyszących, nagannej organizacji ochrony zdrowia, zbyt niskiego nakładu finansowego na ochronę zdrowia w Polsce. Autorzy realizowanego projektu badawczego uzyskali również informacje na temat motywów, które pozwalają lekarzom na rozwiązanie indywidualnych dylematów etycznych w pracy zawodowej. Analiza empiryczna wykazała, że 44% praktykujących lekarzy uznało, że w sytuacji trudnej etycznie należy kierować się dobrem pacjenta, następnymi 41% lekarzy przyznało także, że należy kierować się własnym sumieniem, natomiast 34% lekarzy uznało przepisy Kodeksu etyki lekarskiej oraz kolejnych 32% lekarzy przepisy prawa krajowego jako wyznaczniki rozwiązywania powyższej kwestii. Tak samo 44% studentów uznało dobro pacjenta jako drogę, którą lekarz powinien się kierować w swojej pracy. Kolejnymi czynnikami pod względem ważności powinny być przepisy prawa krajowego, wskazane przez 40% respondentów, przed własnym sumieniem (36%), Kodeksem etyki lekarskiej (31%) i procedurami (15%).

Regina Sierżantowicz, Katarzyna Łągoda, Halina Doroszkiewicz i Grażyna Jurkowska przeprowadziły badanie w grupie 300 osób, a dokładnie wśród 100 studentów II roku pielęgniarstwa, 100 lekarzy i pielęgniarek oraz 100 pacjentów (Sierżantowicz i in., 2011, s. 99–105). Przeprowadzone badanie służyło poznaniu opinii dotyczącej legalizacji eutanazji w Polsce. 26% studentów popiera wykonywanie eutanazji w Polsce, natomiast 46% ma odmienne zdanie. Zdecydowana większość lekarzy i pielęgniarek, bo aż 68%, krytykuje wykonywanie eutanazji w Polsce, tak

samo jak 50% pacjentów. Wszystkie grupy społeczne uznały także, iż wykonywanie tego typu procedur zmniejszy zaufanie pacjenta względem lekarza. Zwolennicy eutanazji przedstawiali następujące argumenty za wykonywaniem eutanazji: ból, cierpienie, lęk pacjenta (39% studentów, 24% pracowników medycznych, 45% pacjentów), godna śmierć i względy humanitarne (24% studentów, 40% pracowników medycznych, 19% pacjentów), wypełnienie woli pacjenta (43% studentów, 27% pracowników medycznych, 31% pacjentów), pacjent odkorowany (30% studentów, 42% pracowników medycznych, 18% pacjentów). Natomiast przeciwne głosy respondentów wskazują na: niebezpieczeństwo nadużyć (57% studentów, 66% pracowników medycznych, 58% pacjentów), wartość samego życia (72% studentów, 48% pracowników medycznych oraz 55% pacjentów) i względy moralne (44% studentów, 50% pracowników medycznych, 39% pacjentów). Respondenci akcentowali fakt, że prawo do wykonywania eutanazji powinien mieć specjalnie powołany zespół lekarzy (61% studentów, 52% pracowników medycznych, 50% pacjentów).

Dodatkowym argumentem stanowiącym podstawę do dyskusji na temat dylematów etycznych w zawodzie lekarza stała się publiczna dyskusja dotycząca zakazu aborcji w Polsce oraz rozbieżne reakcje członków społeczeństwa na powyższą decyzję Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 października 2020 roku w sprawie K1/20. Warto zaznaczyć, że podobny oddźwięk pojawił się również w Polsce na przełomie 2000/2001 roku, w związku z Nowelizacją Kodeksu Karnego zakładającą odstępianie od wymierzenia kary w przypadkach dokonania eutanazji motywowanej współczuciem.

Cel i grupa badawcza

Celem badań było poznanie opinii studentów kierunków medycznych na temat dylematów etycznych pojawiających się w pracy zawodowej lekarza. W prezentowanych badaniach wzięło udział 143 opiniodawców, a dokładnie 85 kobiet (co stanowi 59,44% ankietowanych osób) i 58 mężczyzn (co stanowi 40,56% ankietowanych osób). Analiza empiryczna wykazała, że 59 osób mieszka w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (co stanowi 41,26% osób ankietowanych), 14 osób w mieście od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców (9,79%), 31 osób w mieście od 25 tys. do 100 tys. mieszkańców (21,68%), natomiast 39 osób mieszka na wsi lub w mieście poniżej 25 tys. mieszkańców (27,27%). Ponadto 47 ankietowanych jest stanu wolnego (co stanowi 32,87% osób ankietowanych). 49 opiniodawców jest w związku nieformalnym (34,26%) i 47 osób znajduje się w związku małżeńskim (32,87%). Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu pracy, otrzymały zapew-

nienie o wykorzystaniu wyników badania wyłącznie do celów naukowych i wyraziły zgodę na uczestniczenie w nim.

Jako metodę wykorzystano sondaż diagnostyczny z elementami techniki ankiety. Narzędziem badawczym, którym się posłużono, był kwestionariusz ankiety opracowany wcześniej i udostępniony za pomocą platformy internetowej od początku listopada do końca grudnia 2021 roku. Kwestionariusz ankiety można było wypełnić jedynie raz, a pytania miały formę odpowiedzi zamkniętych, jednokrotnego wyboru lub wielokrotnego wyboru z możliwością dopisywania własnych sugestii na dane zagadnienie. Zebrany materiał empiryczny poddano analizom. Za zmienną różnicującą uznano płeć ankietowanych.

Analiza wyników badań

W kontekście prowadzonych badań istotne znaczenie miało poznanie opinii dotyczącej występowania lekarzy w reklamach leków, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych. Tylko 13 studentek (co stanowi 15,29% odpowiedzi kobiet) oraz 12 studentów (co stanowi 20,69% odpowiedzi tej grupy) uznało, że lekarze powinni reklamować produkty lecznicze. Natomiast 57 kobiet (67,06%) oraz 39 mężczyzn (67,24%) stwierdziło, że lekarze nie powinni występować w reklamach oraz propagować leków. Jako argumenty przeciwko pojawianiu się lekarzy w reklamach pojawiły się takie przykłady, jak: brak rzetelności lekarza w promocji leku, faworyzowanie firm farmaceutycznych, wykorzystywanie swojej pozycji społecznej, niezgodność z Kodeksem etyki lekarskiej oraz fakt, że profesja lekarska należy do zawodów zaufania publicznego. Pozostałych 15 studentek (17,65%) oraz 7 studentów (12,07) nie wyraziło swojego zdania na powyższy temat.

W badanych grupach pojawiły się raczej jednomyślne opinie na temat wykonywania przez lekarza badań prenatalnych kobietom ciężarnym w celu diagnostycznym. Zdecydowana większość, bo 56 studentek (co stanowi 65,88% oddanych opinii w tej grupie) oraz 36 studentów (co stanowi 62,07% mężczyzn) wyraziło poparcie dla niniejszych badań. Opiniodawcy zaznaczali istotność takich badań jako narzędzia diagnostycznego wykrywania wrodzonych wad genetycznych lub metabolicznych oraz możliwość zastosowania wczesnego leczenia. Natomiast 10 studentek (11,76%) oraz 11 studentów (18,97%) stwierdziło, że badania takie nie powinny być wykonywane. Natomiast 19 opiniodawczyń (22,35%) i 11 opiniodawców (18,97%) uznało, że nie ma zdania na ten temat.

Kolejny diagnozowany problem dotyczył ciąży i procedur lekarskich oraz aborcji przeprowadzanych w Polsce. Na podstawie analizy materiału empirycznego zdiagnozowano opinie studentów, a dokładnie uzyskano odpowiedzi na pytania: czy za-

bieg taki powinien być wykonywany przez polskich lekarzy, a jeśli tak, to w jakich okolicznościach czy sytuacjach życiowych? Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Tylko 2 studentki (co stanowi 1,17% odpowiedzi kobiet) i 2 studentów (co stanowi 1,57% odpowiedzi mężczyzn) nie wyraziło swojego zdania. Równie niewielka liczba ankietowanych (3 studentki, co stanowi 1,75% oraz 2 studentów, 1,57%) uznała, że aborcja nie powinna być wykonywana w żadnym przypadku. W prawie polskim przez lata, a dokładnie od 7 stycznia 1993 roku, obowiązywał zapis dotyczący legalności aborcji w trzech indywidualnych przypadkach: w przypadku, gdy ciąża stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia matki, w przypadku, gdy płód ma stwierdzoną ciężką wadę wrodzoną oraz w przypadku gdy dziecko poczęło się z aktu gwałtu. Respondenci najczęściej wskazywali pierwszą możliwość (55 studentek – 32,16% oraz 43 studentów – 33,86%). Następnie kobiety zaznaczały niemal po równo dopuszczenie aborcji w sytuacji dokonania aktu gwałtu (44 studentki – 25,73%) i występowania wad wrodzonych u przyszłego dziecka (43 studentki – 25,15%). Mężczyźni natomiast częściej uznawali wady wrodzone (37 studentów – 29,13%) niż przypadek gwałtu (32 studentów – 25,20%) jako powody do dokonania aborcji. Warto zaznaczyć, że 24 studentki (14,04%) oraz 11 studentów (8,66%) uznało, że procedura aborcji powinna być wykonywana w każdym przypadku, nie tylko w wyżej wymienionych. Respondenci sygnalizowali potrzebę szacunku dla godności człowieka i podali następujące przykłady: autonomię ciała kobiecego, ratowanie jednego życia w sytuacji gdy nie można uratować obu istnień, zgoda obojga rodziców na zabieg oraz konsultacje psychologiczną.

Niezwykle ważną kwestią było poznanie opinii studentów na temat podejmowania przez lekarza decyzji trudnej etycznie. Po raz kolejny można zauważyć jedynomyślność respondentów, ponieważ zgodnie uznali, że w podejmowaniu decyzji należy się kierować przede wszystkim dobrem pacjenta (77 odpowiedzi studentek – co stanowi 49,04% wszystkich odpowiedzi studentek oraz 50 odpowiedzi studentów – co stanowi 34,01% wszystkich odpowiedzi studentów). Rzadziej były wskazywane następujące odpowiedzi: Kodeks etyki lekarskiej (32 odpowiedzi studentek – 20,38% oraz 24 odpowiedzi studentów – 16,33%), własne doświadczenie lekarskie (19 odpowiedzi studentek – 12,10% oraz 26 odpowiedzi studentów – 17,69%), aspekty moralne lekarza (20 odpowiedzi studentek – 12,74% oraz 19 odpowiedzi studentów – 12,93%), prawo krajowe (7 odpowiedzi studentek – 4,46% oraz 18 odpowiedzi studentów – 12,24%) i wartości religijne (2 odpowiedzi studentek – 1,27% oraz 10 odpowiedzi studentów – 6,80%). Obie badane grupy uznały również, że to pacjent lub jego rodzina powinni decydować w sytuacji trudnej etycznie – 53 odpowiedzi studentek (co stanowi 62,35% odpowiedzi kobiet) i 33 odpowiedzi studentów (co stanowi 56,90% odpowiedzi mężczyzn), w dalszej kolejności: cały zespół medyczny – 28 odpowiedzi studentek (32,94%) oraz 13

odpowiedzi studentów (22,41%). Mniej popularnymi odpowiedziami były: lekarz prowadzący pacjenta (2 odpowiedzi studentek – 2,35% oraz 8 odpowiedzi studentów – 13,79%) i ordynator lub prowadzący oddział (również 2 odpowiedzi studentek – 2,35% oraz 4 odpowiedzi studentów – 6,90%).

Następne pytanie dotyczyło uporczywej terapii, to znaczy utrzymywanie funkcji życiowych u osoby nieuleczalnie chorej. Duża część respondentów miała problem, żeby jednoznacznie określić swoją postawę. Aż 46 studentek (co stanowi 54,12% kobiet) i 21 studentów (co stanowi 36,21% mężczyzn), nie wyraziło swojego zdania na powyższy temat, lecz zaznaczali, że: postępowanie zależy od stanu pacjenta, od woli pacjenta oraz decyzji jego rodziny. Natomiast 25 studentek (29,41%) oraz 20 studentów (34,48%) uznała, że uporczywa terapia nie powinna być prowadzona w stosunku do pacjenta nieuleczalnie chorego. Reszta respondentów, czyli 14 studentek (16,47%) oraz 17 studentów (29,31%) miała odmienne zdanie i uznała, że uporczywa terapia powinna być prowadzona. Z tą tematyką łączy się temat eutanazji. 45 studentek (co stanowi 52,94% kobiet) oraz 31 studentów (co stanowi 53,45% mężczyzn) uważa, że eutanazja powinna być przeprowadzana w Polsce przez lekarza. 23 studentki (27,06%) oraz 14 studentów (24,14%) ma odmienną opinię na ten temat, jednak jest to mniej, aczkolwiek 17 studentek (20,00%) oraz 13 studentów (22,41%) nie przedstawiło swojego zdania. Zwolennicy eutanazji zaznaczali, że: eutanazja potrafi być ulgą niekiedy dla rodziny pacjenta, decyzja powinna być podjęta przez pacjenta („na życzenie pacjenta” lub osoby upoważnionej), oraz skonsultowana z psychologiem.

Warto przypomnieć, że nie wszyscy lekarze pracują w szpitalu, w prywatnej klinice, w prywatnym gabinecie, niektórzy z nich pracują przecież w zakładach karnych, o czym często się nie wspomina. Stąd ważną kwestią stało się poznanie opinii studentów na temat leczenia pacjentów przebywających w różnych miejscach. Zdecydowana większość uznała, że lekarz powinien leczyć każdego pacjenta, również kryminalistów, przestępców i zabójców – 74 studentki (co stanowi 87,06% kobiet) oraz 49 studentów (co stanowi 84,48% mężczyzn). Tylko odpowiednio 3 studentki (3,53%) oraz 3 studentów (5,17%) miało przeciwstawne zdanie, natomiast 8 studentek (9,41%) oraz 6 studentów (10,34%) nie wyraziło swojego zdania.

Następnym kontrowersyjnym problemem poddanym diagnozie były opinie respondentów na temat ewentualnych podziękowań lekarzowi w formie prezentu za cały proces leczenia i hospitalizacji. Opinie na ten temat są różne. 34 studentki (co stanowi 40,00% kobiet), oraz tylko 13 studentów (co stanowi 22,41% mężczyzn) uważa, że lekarz nie powinien przyjmować żadnych prezentów od pacjentów, by zachować profesjonalizm. 32 studentki (37,65%) oraz 24 studentów (41,38%), stwierdziło, że lekarz może przyjmować prezenty od pacjenta, ale nie w formie pieniężnej. Tylko 6 kobiet (7,06%) oraz aż 21 mężczyzn (36,21%) uznało, że lekarze

powinni przyjmować każdy prezent od pacjenta, jeśli pacjent odczuwa taką chęć. Tylko 13 studentek (15,29%) nie wyraziło swojego zdania.

Ostatnią analizowaną kwestią była sytuacja nieetyczna, której świadkami byli respondenci. Większość kobiet (64,71%) nie doświadczyło w swoim życiu sytuacji, w których lekarz zachowywał się niestosownie. Natomiast mężczyźni (53,45%) spotkali się osobiście z sytuacjami nieetycznymi. Oto wybrane przykłady sytuacji nieetycznych:

- „Ginekolog nie był profesjonalny – obrażał mnie, nie miał taktu i kultury osobistej”.
- „Lekarz powiedział, że: jestem sam sobie winien wypadkowi i straszyl mnie policją”.
- „Po przywiezieniu karetką pacjenta pod wpływem alkoholu (ale będącego w rozpaczy), lekarze, którzy go przyjęli, w obecności reszty personelu traktowali go jak śmiecia i wyśmiewali się z jego sytuacji, widziałem w jego oczach jak cierpi”.
- „Lekarz nie chciał wystawić skierowania na NFZ – skierowanie na rezonans magnetyczny kręgosłupa mimo widocznych wskazań”.
- „Lekarz psychiatra uznał, że moja choroba psychiczna wynika z faktu, iż jestem niewierząca”.
- „Brak zachowania tajemnicy lekarskiej”.

Dyskusja i podsumowanie

Wyniki z niniejszych badań świadczą, że zmienna różnicująca płeć nie jest istotna w stosunku do wiedzy i opinii studentów kierunków medycznych na temat dylematów etycznych w pracy zawodowej lekarza. Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, który ma szczególne znaczenie dla interesu publicznego, w tym także dla samych obywateli. Obecnie w polskim prawie obowiązują uregulowania rangi ustawowej, które precyzują legislacyjnie kwestie profesji traktowanych jako godnych zaufania ogółu społeczeństwa. Warto przypomnieć, że w drodze Ustawy z dnia 9 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich, utworzono samorzady zawodowe (a te zgodnie z 17 artykułem ustępu 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej definiują zawód zaufania publicznego). Zgodnie z artykułem 63 podpunktem 1 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione”. Dlatego lekarz reklamując produkt swoim wizerunkiem, swoimi słowami, powinien być pewien co do skuteczności danego wyrobu medycznego.

Kolejny ważny zapis dla zawodu lekarza jako zaufania publicznego zawarto w artykule 38 podpunkt 3 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarz ma obowiązek za-

poznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych”. Badania prenatalne są niezwykle istotne we wcześniejszym wykryciu wrodzonych wad genetycznych, jak: aberracje chromosomowe (zespół Downa, zespół Turnera, zespół Klinefeltera itp.), wrodzone wady serca (tetralogia Fallota), choroby tkanki łącznej (zespół Marfana, zespół Ehlersa-Danlosa), choroby białek receptorowych lub kanałowych (rodzina hipercholesterolemia, mukowiscydoza), choroby białek enzymatycznych (fenyloketonuria, galaktozemia), lizosomalne choroby spichrzeniowe (glikogenozy, sfingolipidozy, mukopolisacharydozy). Tematyka aborcji jest kontrowersyjnym tematem. Ważne, by zasady były zrozumiałe dla każdego obywatela Polski i by większość osób zgadzała się z postępowaniem lekarskim. W Kodeksie etyki lekarskiej nie ma wzmianki o postępowaniu w tej kwestii. Z tego też powodu lekarze mają problem etyczno-moralny w trakcie swojej pracy. Według WHO, zabieg aborcji jest całkowicie bezpiecznym zabiegiem dla matki, jeśli jest wykonywany zgodnie z zaleceniami, standardami oraz czasem trwania ciąży. Co więcej, według danych WHO, aż sześć na dziesięć niezamierzonych ciąż kończy się aborcją oraz około 45% aborcji jest niebezpiecznych (z czego 97% ma miejsce w krajach rozwijających się). WHO uznało też, że dostęp do bezpiecznej, wykonanej w odpowiednim czasie, przez wykwalifikowanego lekarza oraz przy przystępnej cenie aborcji należy do praw człowieka i jest ona kluczowa w kontekście zdrowia publicznego [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>].

Powszechnie wiadomym jest, że dobro pacjenta powinno być najważniejszą kwestią w doborze odpowiedniej metody leczniczej w trakcie hospitalizacji pacjenta. Kodeks etyki lekarskiej, własne doświadczenie, aspekty moralne, prawo krajowe oraz religia lekarza powinny jedynie być drogowskazami w powyższej kwestii, nie jest jednak łatwe pogodzić własne sumienie z odpowiednio zastosowaną metodą wobec pacjenta. Jeśli pacjent jest świadomy swoich decyzji, należy przykładać wagę do jego sugestii, opinii, jednak z drugiej strony pacjent nie dysponuje zasobem tak szerokiej wiedzy medycznej jak lekarz. Toteż przed ważną decyzją należy się skonsultować z ordynatorem (zwłaszcza na początku swojej pracy lekarskiej) swojego oddziału oraz całym zespołem medycznym, by wybrać najlepsze rozwiązanie dla dobra pacjenta.

Warto jeszcze przypomnieć, że zgodnie z artykułem 32 podpunktem 1: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. Decyzja ta zależy od stanu pacjenta, jego decyzji oraz jego rodziny. Niestety, nie każdego można wyleczyć, a pacjentowi zawsze należy się szacunek. Każdy z nas chce godnie żyć i z godnością umrzeć, często na własnych zasadach. Niektórzy pacjenci mają

podpisane oświadczenie za życia, że nie chcą być resuscytowani lub utrzymywani przez aparaturę medyczną. Procedura eutanazji jest także uregulowana w Kodeksie etyki lekarskiej – a dokładnie w artykule 31: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”. Zapis ten jednak jest niezgodny z opinią publiczną, co dodatkowo stwarza problem moralny. Należy zwrócić uwagę jednak, że obowiązkiem lekarza jest leczyć pacjenta, a nie pozbawiać go życia z pełną premedytacją, pomimo że stan pacjenta nie poprawi się. Pomimo tych wszystkich dywagacji w niektórych krajach Europy zabieg eutanazji jest legalny (Niderlandy, Belgia, Luksemburg, Szwajcaria, Albania), co więcej w Japonii także ta procedura jest dopuszczona do zabiegów lekarskich oraz w Teksasie i Oregonie w USA. W Polsce jednak osoba dopuszczająca się tego czynu podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

W kontekście prowadzonej dyskusji można przywołać jeszcze jeden zapis, a mianowicie zgodnie z artykułem 3 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania”. Do innych uwarunkowań należy między innymi postępowanie pacjenta oraz jego przeszłość lub teraźniejszość kryminalna. Nikt z nas nie jest idealny, ludzie są grzeszni, pomimo tego dostęp do opieki zdrowotnej należy do praw człowieka, także w trakcie okresu resocjalizacji w zakładzie karnym. Część pacjentów po dłuższym okresie hospitalizacji, okresie spędzenia wielu godzin, dni z lekarzem prowadzącym odczuwa potrzebę podziękowania lekarzowi, by zakończyć pewien rozdział w swoim życiu. Z badań wynika, że kobiety sądzą, że lekarz nie powinien przyjmować żadnych prezentów, a jeśli już, to nie pieniądze. Mężczyźni uważają jednak, że lekarz powinien przyjmować każdy rodzaj prezentów, choć część zauważa także, iż nie powinny to być korzyści materialne. W Kodeksie etyki lekarskiej są wzmianki jedynie o sytuacjach, w których nie wolno lekarzowi przyjąć korzyści materialnych, do których należą: pobieranie tkanek do przeszczepów, wydawanie zaświadczeń lekarskich, korzyści z działalności z przemyślem medycznym, dokonywanie wyboru metody leczniczej ze względu na własne korzyści.

Ważne by przepisy Kodeksu etyki lekarskiej, odzwierciedlały opinie społeczeństwa lekarskiego i by były aktualizowane. Z niniejszych badań wynika, że opinie kobiet i mężczyzn dotyczących większości pytań były zgodne. Występowanie w opinii studentów sytuacji nieetycznych z punktu widzenia pacjenta (35,29% kobiet oraz 53,45% mężczyzn) wymaga dokładniejszemu przyjrzeniu się temu zagadnieniu oraz codziennej staranności ze strony lekarzy, by nie dochodziło do takich sytuacji aż tak często. Studenci wykazali problem z odpowiedzią na pytanie związane z uporczywą terapią. Większość opiniodawców uważa, że lekarze nie powinni występować

w reklamach wyrobów medycznych, inwazyjne badania prenatalne powinny być przeprowadzane, należy kierować się zawsze dobrem pacjenta, aborcja powinna być legalna w określonych przypadkach, eutanazja powinna być legalna, pacjent wraz ze swoją rodziną powinni rozstrzygnąć sytuację trudną z punktu widzenia moralno-etycznego, lekarz ma obowiązek leczyć osoby odbywające karę w zakładach karnych. Lekarz nie musi być doskonały, ale powinien starać się sprostać każdemu wyzwaniu.

Bibliografia

- Alichniewicz A., Szczęsna A. (2001). *Dylematy Bioetyki*. Łódź: Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi.
- Bartoszek A. (2011). *Uporczywa terapia przeciwnowotworowa – aspekty etyczne*. „Via Medica”, nr 13(1), s. 42–47.
- Beauchamp T., Childress J. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Wydaw. Książka i Wiedza.
- Biesaga T. (2006). *Elementy etyki lekarskiej*. Kraków: Wydaw. Medycyna Praktyczna.
- Brzeziński T. (2012). *Etyka lekarska*. Warszawa: Wydaw. PZWL.
- Czekajewska J. (2016). *Szacunek dla autonomii kobiety ciężarnej a wolność sumienia lekarza. Etyczne konsekwencje odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych przez pracowników służby zdrowia*. „Kultura i edukacja”, nr 3(113), s. 33–46.
- Gert B., Culver C.M., Clouser K.D. (2010). *Bioetyka*. Gdańsk: Wydaw. Słowo/Obraz Terytoria.
- Grzymałkowska M. (2009). *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*. Warszawa: Wydaw. Wolters Kluwer Polska.
- Kierska M. (2018). *Udział lekarzy i pielęgniarek w reklamach leków – aspekty etyczne i socjologiczne*. „Rynek – Kultura – Społeczeństwo”, nr 2(28), s. 30–33.
- Kodeks Etyki Lekarskiej (2017). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 maja 2009 roku.
- Kozakiewicz B., Wincianas P.A. (2014). *Lekarska odpowiedzialność zawodowa*. „Current Gynecologic Oncology”, nr 12(3), s. 216–224.
- Łuków P., Pasierski T. (2013). *Etyka medyczna z elementami filozofii*. Warszawa: Wydaw. PZWL.
- Monge M.A. (2012). *Etyka w medycynie*. Warszawa: Wydaw. Medipage.
- Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H., Jurkowska G. (2011). *Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji*. „Gerontologia Polska”, 19(2), s. 99–106.

- Skowron A. (2021). *Zastosowanie koncepcji etyki niezależnej w zawodzie lekarza*. „Ruch Filozoficzny”, nr 77(1), s. 173–183.
- Sułkowska A. (2015). *Etyka cnót w etyce medycznej*. W: R. Rodasik, M. Sokołowski (red.), *Etyka codzienności jako element kultury i bezpieczeństwa*. Kraków: Apeiron.
- Steciwko A., Barański J. (2013). *Relacja lekarz – pacjent. Zrozumienie i współpraca*. Wrocław: Wydaw. Elsevier Urban&Partner.
- Stempień J., Tkaczyk M. (2014). *Lekarze i studenci medycyny wobec sytuacji etycznie trudnych. Komunikat z badań*. „Władza Sądzenia”, nr 12, s. 80–99.
- Szewczyk K. (2009). *Bioetyka*. Warszawa: PWN.
- Szewczyk K. (2021). *Profesjonalna etyka lekarska: uzasadnienie jej odrębności oraz miejsca w edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy*. „Diametros”, nr 18(69), s. 33–70.
- Thorwald J. (2021). *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga – Egipt/Babilonia/Indie/Chiny/Meksyk/Peru*. Kraków: Wydaw. Literackie.
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.
- Wrześniewska-Wal I. (2017). *Lekarz wobec prokreacji. Wybrane zagadnienia Kodeksu Etyki Lekarskiej*. „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, nr 29(1), s. 182–190.

Netografia:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (dostęp 26.12.2021)

Streszczenie

Niniejszy artykuł ma charakter empiryczny i podejmuje ważną kwestię dotyczącą dylematów etycznych w kontekście pracy zawodowej lekarza na różnych oddziałach szpitalnych. Celem zrealizowanego projektu diagnostycznego było poznanie opinii studentów kierunków medycznych w Polsce na powyższy temat. Prezentowany artykuł jest raportem na temat wyników badań w grupie 85 studentek i 58 studentów. Przeprowadzona analiza empiryczna pozwoliła na zdiagnozowanie kwestii związanych z dylematami etycznymi lekarza, a dokładnie z: aborcją, eutanazją, występowaniem lekarzy w reklamach leków, badaniami inwazyjnymi, uporczywą terapią wobec pacjentów w sytuacji trudnej moralnie, leczenia w zakładach karnych, przyjmowania podarunków od pacjentów i częstości występowania sytuacji nieetycznych z punktu widzenia pacjenta. Odpowiednie wnioski zostały sformułowane oraz wyjaśnione w dyskusji, w oparciu o przepisy Kodeksu etyki lekarskiej.

Słowa kluczowe: etyka lekarska, dylematy lekarza, lekarz, pacjent

Ethical dilemmas in the professional work of a doctor in the opinion of medical students in Poland

Summary

This article is empirical and addresses an important issue concerning ethical dilemmas in the context of professional work of a doctor in various hospital departments. The aim of the implemented diagnostic project was to find out the opinions of medical students in Poland on the above subject. The presented article is a report on the results of research in a group of 85 female students and 58 male students. The conducted empirical analysis made it possible to diagnose issues related to the ethical dilemmas of a physician, namely: abortion, euthanasia, the presence of doctors in drug advertisements, invasive tests, persistent therapy towards patients in a morally difficult situation, treatment in prisons, receiving gifts from patients and the frequency of the occurrence of unethical situations from the patient's point of view. Relevant conclusions were formulated and explained in the discussion, based on the provisions of the Code of Medical Ethics.

Keywords: medical ethics, dilemmas of a doctor, doctor, patient