

MIECZYŚLAW GAŁUSZKA
Akademia Medyczna w Łodzi

ETYKA LEKARSKA W OCENACH STUDENTÓW MEDYCyny

Skąd lekarz ma dziś czerpać ideały etyczne? Jako uczeń medycyny widzi w klinikach i szpitalach tylko bałwochwalczy cześć dla wiedzy, erudycji i ciekawych przypadków; jako lekarz, spotyka w praktyce bezwzględny gonimiec za groszem, zawiść i walkę o byt. Wśród takich warunków nawet najgorętsza dusza wygasnie musi.

Władysław Biegański

Etyka, nauczanie, wartości

Chociaż od zacytowanych w motcie słów sławnego uczonego i lekarza Władysława Biegańskiego minęło prawie sto lat, nic nie straciły na aktualności we współczesnej Polsce. Studia na uczelni medycznej mają przygotować do pełnienia zawodu lekarza, stomatologa, farmaceuty. Czy osiągnięcie wysokiego poziomu kwalifikacji i kompetencji w zawodach medycznych jest równoznaczne z posiadaniem wartości moralnej i umiejętnością szanowania zasad etycznych? Czy można osiągnąć w procesie dydaktycznym również praktyczne cele etyki medycznej? (Seedhouse, Lovett 1992).

Istnieje ogólne przekonanie, że mówi się o systemie dydaktyczno-wychowawczym w sensie uczelni, ma się na uwadze: cele oraz treści kształcenia i wychowania, metody i formy organizacyjne, sposoby ich realizacji oraz nauczycieli i studentów (Guilbert 1983; Obara 1983; Wasyluk 1990). Wskazane składniki procesu dydaktycznego podlegają wielorakim relacjom i uwarunkowaniom, zarówno wewnątrz uczelni jak i poza nią. Kształcenie lekarzy ma na celu przekazanie wiedzy i umiejętności praktycznych potrzebnych do utrzymania ludzi w stanie zdrowia i dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. W zależności od przyjętej definicji zdrowia, konkretyzuje się cele kształcenia i generuje praktyki ich realizacji. Wielu ludziom, tak jak lekarzom, etyka i deontologia lekarska kojarzy się z uroczystym składaniem przysięgi Hipokratesa oraz gorącymi dyskusjami - zwłaszcza ostatnio - na temat przerywania ciąży, zapłodnienia *in vitro*, transplantacji i eutanazji. wiadomo tego, że maksyma *Primum non nocere* może być różnie inter-

pretowana, a stawiany jej zarzut minimalizmu bywa zasadny - jest niewielka. Wszak głównym celem post powania lekarza jest polepszenie zdrowia pacjenta, a nie zaledwie powstrzymywanie si od szkodzenia mu (Jonsen 1977; Lasagna 1977).

Skoro nadrz dnym celem praktyki zawodowej lekarza jest dobro ludzkiej istoty, to niew tliwie wiele działa zawodowych lekarzy musi by poddanych kwalifikacji etycznej. W nowoczesnym my leniu zawodowym medycyny odnajdujemy pogl d, e *ka da decyzja kliniczna zawiera w sobie pewien element etyczny* (Wulf 1991, s. 188; por te : Wulff, Pedersen, Rosenberg 1993; Seedhouse, Lovett 1992).

Ju powy sze wzgl dy wskazuj , jak wa ne jest ksztalcenie etyczne studentów medycyny. Je li we miemy jeszcze pod uwag ogóln niech do czytania wszelkich regulacji etycznych i prawnych, od której rodowisko lekarzy nie jest wolne, to w zasadzie zaj cia z etyki staj si jednym miejscem powa niejszej teoretycznej refleksji etycznej. Aby nie by pos dzonym o bezzasadne uzurpacje, warto przytoczy dane zaprezentowane w raporcie *Lekarze o Izbie Lekarskiej i Kodeksie Etyki Lekarskiej* (Koniarek 1993). Zebrane opinie dotyczyły kodeksu *Etyki Lekarskiej uchwalonego* w grudniu 1991 roku i wyra one były przez lekarzy nale cych do Okr gowej Izby Lekarskiej w Łodzi. 80 % lekarzy nie znało tre ci projektu *Kodeksu* przed jego uchwaleniem.

W rok po jego przyj ciu, z *Kodeksem* zapoznało si jedynie 23 % lekarzy, a 60 % nie czytało go, b d przejrzało go pobie nie. Mo na wi c postawi hipotez , e 3/4 lekarzy wykonuje swój zawód bez znajomo ci podstawowego dla swojej profesji dokumentu deontologicznego. Niezale nie od kontrowersji powstałej wokół tre ci niektórych paragrafów i procedury uchwalenia *Kodeksu*, powy sze dane musz budzi niepokój. Je li lekarzowi stawia si *obowi zek posiadania rzetelnej wiedzy i fachowo ci* (Osi ska 1992), to w tym poj ciu mie ci si równie wiedza z zakresu etyki i deontologii lekarskiej.

Niew tliwie na rozwój medycyny wpływa nie tylko jej własna, wewn trzna logika, ale tak e osi gni cia w innych dziedzinach wiedzy i techniki, np.: Biotechnologii, biochemii, mikrobiologii. Generowany przez nie post p musi by oceniany z punktu widzenia realizacji jakich warto ci, poddany ocenom moralnym. Rozwijaj ca si od pewnego czasu w sposób niezwykle dynamiczny bioetyka próbuje odpowiedzie na najistotniejsze, jak si wydaje, pytania współczesno ci (Bernard 1994).

Poniewa programu nauczania medycyny wskazuj , e 95 % przekazywanej na uczelni wiedzy wywodzi si z paradygmatu biologicznego medycyny, tym wa niejsze staj si tre ci i warto ci przekazywane na zaj ciach z etyki. Przy ocenie przedmiotu, musimy jednak pami ta o tym, e nauczanie

medycyny zorientowanej na nauki biologiczne, praktycznie predefiniuje sytuację *Etyki i Deontologii Lekarskiej*. Określa zarazem horyzont oczekiwań studentów, nastawienie na pragmatyzm, konkretność, praktycyzm przekazywanych treści. Prowadzący zajęcia z etyki występuje w podwójnej roli, jako przekazujący określone treści-informacje, ale również jako przekazujący wartość. Zarysowana swego czasu przez Ch. L. Stevensona (1975) istota sporów etycznych, sprowadzająca się do niezgody w przekonaniach empirycznych bądź odmiennieści postaw aksjologicznych w ramach współczesnych dyskusji bioetycznych, jest ciągle aktualizowana. Zadajemy więc w tym kontekście następujące pytanie: czy dopiero powstanie wspólnoty znaczeń, tj. znaczeń wzajemnie podzielanych przez studenta i nauczyciela, daje rękopisowi internalizacji wartość i sukcesu dydaktycznego? Byłoby to, tak zarysowanemu programowi dydaktycznemu z etyki bardzo trudno sprostać. Zobaczymy zatem, jak zostały ocenione zajęcia z przedmiotu Etyka i Deontologia Lekarska, realizowane w Akademii Medycznej w Łodzi¹.

Metoda badań

Badania na temat *Studentów o etycznych problemach współczesnej medycyny* zrealizowano metodą panelową wśród słuchaczy II (październik 1992 r.), a następnie III roku (maj 1994 r.) Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi, na zajęciach realizowanych przez Zakład Etyki w Filozofii Medycyny. Studenci udzielili odpowiedzi na pytania, mające charakter wolny, bądź skategoryzowany. W badaniu uczestniczyło: w roku 1992 - 283 studentów, w tym 174 kobiety i 109 mężczyzn; natomiast w 1994 roku - 264 studentów, w tym 156 kobiet i 108 mężczyzn. Prezentowany tutaj materiał obejmuje dane z 1994 roku. Analizie poddane zostały odpowiedzi dotyczące treści oraz sposobu prowadzenia przedmiotu Etyka i Deontologia Lekarska. Podstawowymi ramami teoretycznymi i metodologicznymi stosowanymi w analizie jest socjologia wiedzy, analiza treści oraz metoda dyferencjału semantycznego (Berger, Luckmann 1983; Osgood, Suci, Tannenbaum 1957; Mayntz, Holm, Hubner 1985).

Ocena przedmiotu Etyka i Deontologia Lekarska

W ocenie realizowanego przedmiotu chodziło o uzyskanie w miarę szerokiego spektrum wskaźników, które przybliżyłyby subiektywne odczucia

¹ Etyka i Deontologia Lekarska nauczana jest w Akademii Medycznej w Łodzi na III roku dla studentów medycyny, i na IV roku dla studentów stomatologii, w wymiarze 20 godzin wykładów i 30 godzin ćwiczeń. Zajęcia mają charakter konwersatoriów. Podstawowymi lekturami jest skrypt: K. Szewczyk: *Etyka i deontologia lekarska*. Łódź 1990.

prezentowane przez studentów wzgl dem przedmiotu. Wybrano, zmodyfikowan dla potrzeb własnych, metod dyferencjału semantycznego, najlepiej oddaj c zło ony i wielowymiarowy charakter mierzonego obiektu. Studenci mieli do zakre lenia jedno z 7 pól pomi dzy opozycyjnie umieszczonymi przymiotnikami. Zbudowana w ten sposób o semantyczna pokazuje, jak oceniany jest przedmiot. Według znanego j zykoznawcy Zenona Klemensiewicza: *Przymiotnik jest cz ci mowy szczególnie sposobn do nazwania jako ci osób i rzeczy* (1961, s. 114). Tabela nr 1 prezentuje otrzymane wyniki. Najbardziej wa ce s dla nas dwie osie: interesuj cy - nudny i po yteczny - zbyteczny. Z uzyskanych danych wynika, e przez ponad 80 % studentów przedmiot uznany jest za po yteczny, w tym 405 ocenia, e jest bardzo po yteczny, a tylko 2 % uznaje go za zbyteczny. Równie kategoria *interesuj cy* ma wysokie notowania, bowiem ponad 65 % ocen jest dodatnich, natomiast tylko 3 % uwa a, e przedmiot jest rednio nudny, a 1, 5 % bardzo nudny. Je li u wiadomimy sobie, e s to zaledwie 4 osoby na 264 odpowiadaj ce, to uzyskane wyniki nale y uzna za optymistyczne. Inne kategorie ocen maj charakter bardziej ró nicuj cy. Je li np. 45 % studentów oceniało pozytywnie nowoczesno przedmiotu, a 27 % negatywnie, to nie wiadomo, jak rozumiana jest przez obie grupy kategoria *nowoczesny*. Z analizy wieloczynnikowej wynika, e zakres konotacyjny poj cia nowoczesny był ró ny. Jak bowiem zakwalifikowa wypowied studenta, który jest za zakazaniem bada nad klonowaniem, a jednocze nie uznaje przedmiot etyki za bardzo tradycyjalny? Ju ten przykład wskazuje na ograniczony zakres wniosków płyn cych z zebranych danych.

Chcemy jeszcze zwróci uwag na o semantyczn pobudzaj cy - zniech caj cy. Dla ka dego wykładowcy powinno by wa ne, aby jego zaj cia były atrakcyjne, pobudzały zarówno intelekt, jak i emocje; pami tajmy o tym, e wiedz absorbujemy równie przez emocje. Psychologowie twierdz , e odgrywaj one istotn rol w procesach poznawczych, bo dzi ki nim znaczenia i warto ci mog by łatwiej przyswajalne. Nale y wi c oceni jako sukces to, e ponad 60 % wskaza studentów na kategori *przedmiot jest pobudzaj cy*, tylko 17 % odczuwało w jakim stopniu zniech cenie.

Propozycje zmian w realizacji przedmiotu

Jednym z zało e dydaktycznych, którymi kierujemy si w realizacji zaj z etyki, jest nastawienie na podmiotowo studenta. Przejawia si ono m. in. poprzez: swobod wypowiedzi w dyskusji, mo liwo ci prezentowania własnego punktu widzenia, mo liwo ci zgłaszania tematów do realizacji itp. Podmiotowo rozumiemy jako mo liwo wpływu studentów na kształt i sposób realizacji zaj . Kategoria ta, w naszym rozumieniu, jest skorelowa-

na z takimi pojęciami jak: kreatywność, kompetencja, samoświadomość celów i dążenia. Istotny materiał w tym zakresie prezentują odpowiedzi na następujące pytanie: *Czy, twoim zdaniem, przedmiot Etyka i Deontologia Lekarska powinien być realizowany w takim zakresie, jak obecnie?* Odpowiedzi studentów: 64, 8 % - tak, 15, 9 % - nie, 19, 3 % - nie mam zdania.

Przedstawione argumenty za kontynuowaniem zakresu przedmiotu były ujęte w następujące kategorie:

- podkreślające wagę i kompleksowo poruszanej problematyki etycznej i deontologicznej,
- wskazujące na potrzebę znajomości przez studentów fundamentalnych wartości moralnych i kodeksów etycznych,
- opisujące atrakcyjny sposób realizacji zajęć,
- omawiające praktyczne konsekwencje znajomości etyki dla pełnienia przyszłego zawodu lekarza,
- wymieniające najciekawsze tematy i treści zajęć, np. *stosunek do chorych na AIDS; lekarz wobec chorego terminalnie; etyczne aspekty zapłodnienia in vitro*,
- omawiające skutki intelektualne, aksjologiczne i emocjonalne zajęć, np. *pobudziły mnie do myślenia; nigdy nie zdawałem sobie sprawy, że można na to spojrzeć inaczej; naprawdę musiałem zmienić zdanie; myślałem, że mierzą dla mnie teraz trochę inny sens*,
- wskazujące na walory współczesnego i aktualizowania problematyki etyki zawodowej lekarzy.

Dla ilustracji powyższych kategorii ocen przytoczymy szersze fragmenty wypowiedzi studentów:

Są to jedne z nielicznych zajęć, na których kogoś obchodzi nasze zdanie, na których nie jesteśmy traktowani przedmiotowo (wypowiedź nr 246); Pozwala nam spojrzeć na problemy, z którymi będziemy spotykać się w przyszłości. Pozwala nam rozpocząć życie, pracować nie tylko z teoretyczną wiedzą medyczną, ale również już z pewnym ukształtowaniem moralnym (wypowiedź nr 12); Daje nam możliwość zadawania sobie pytań, na które w codziennym życiu nie mamy czasu. Daje nam nie odpowiedzi, które mogą ułatwić nam życie, przydadzą się w rozwiązywaniu przyszłych problemów (wypowiedź nr 92); Jest to interesująca okazja do wymiany myśli i poglądów, konfrontacji ze stanowiskami autorytetów (...). Zajęcia zmuszają do myślenia, są interesujące realizowane na tle innych naszych zajęć (wypowiedź nr 144).

Odpowiedzi studentów postulujących zmiany w realizowanym przedmiocie i nie mających wyrobionego zdania analizowano również. Obejmowały one wiele kwestii, które ujęto w następujące kategorie:

- powinno się położyć większy nacisk na etykę kliniczną, rozstrzygnięcie praktycznych konsekwencji postępowania lekarza,

- wiczenia powinny odbywa się w mniejszych, tzw. grupach dziekańskich,

- należy w rozważaniu etycznych właściwości czy także problemy prawne zawodu lekarskiego,

- zajęcia nie powinny być obowiązkowe i kojarzone z egzaminem,

- należy uwzględnić więcej przykładów z tzw. *polskiego życia i rodzimej medycyny*, a mniej z podręczników amerykańskich.

Oto charakterystyczne przykłady wypowiedzi studentów: *I tak zapomniamy kiedy o tym, o czym tutaj rozmawialiśmy. Kiedy przecie b dzie post pował według własnego sumienia, a nie zasad etyki, które rzadko pokrywają się z wewnętrznym przekonaniem* (wypowiedź nr 34); *Asystent, za pomocą stopni niedostatecznych, powinien zmuszać studentów opornych na wiedzę, do nauki i do aktywnego uczestnictwa w zajęciach* (wypowiedź nr 225); *Zakres przedmiotu powinien być poszerzony o wiele spraw — jak się domyślam, z braku czasu - poruszanych marginalnie, za najważniejsze uważam: etyczne aspekty relacji lekarz - pacjent, opiekę nad umierającym, etyka a pieniądze* (wypowiedź nr 75).

Łatwo zauważyć, że studenci dostrzegają wiele czynników, wpływających na ocenę zajęć z etyki. Dla prowadzących seminaria, ważne są zarówno opinie pozytywne jak i krytyczne, których jest niewiele. Używane przez studentów typy kategoryzacji wiadczy, że dzięki zajęciom wzrasta u nich zarówno samowiedza etyczna, jak i wrażliwość moralna. Oczywiście, cz zgłaszanych propozycji należy poza możliwościami ich realizacji, np. zmniejszenie grup wiczeniowych (seminaria prowadzone są włączonych dwóch grupach dziekańskich, liczących około 20 osób). Pojawiają się także oceny nie tylko zajęć, ale też ich uczestników: *nie przykładałem się specjalnie, bo wypowiadało się zawsze kilku aktywnych, innych nie dopuszczając do głosu; trochę zasypiałem, ze względu na późny poranek*.

Jakościowa analiza oceny wykładów i wicze

Interesowały nas dwa problemy: jak studenci oceniają tematy realizowane na zajęciach, i czy mają w tym względzie jakieś nowe propozycje? Jak oceniają sposób prowadzenia zajęć? Pytania miały charakter nieskategoryzowany i studenci mieli swobodę wypowiedzi. Dane uzyskane w ten sposób były uzupełnieniem sformalizowanych kategorii dyferencjału semantycznego.

Wszyscy słuchacze wykładów podkreślali ich walory intelektualno-poznawcze oraz dydaktyczne. Najczęściej wskazywano na następujące cechy wykładów:

- są interesujące, ciekawe, atrakcyjnie realizowane,

- wykłady z etyki należą do najciekawszych na III roku studiów,
- obejmują najistotniejsze zagadnienia współczesnej problematyki moralnej i deontologii lekarskiej,
- należą do cennej literatury naukowej.

W zasadzie wobec wykładów nie zgłoszono uwag krytycznych. Niektórzy studenci wskazywali, że są zbyt hermetyczne, nadmiernie dygresyjne, zmuszają do skupienia uwagi i dlatego wyczerpują psychicznie.

Wiczenia prowadzone są przez pracowników naukowych akademickich. Pomimo realizowania tego samego programu tematycznego i posługiwania się tym samym skryptem, indywidualny styl realizacji zajęć wiczeniowych i osobowość nauczyciela warunkują sposób uprawiania dyskursu etycznego.

Opracowanie jako cenne uwagi studentów na temat realizowanych wiczeń przeprowadzimy w dwóch płaszczyznach: pierwsza obejmuje ogólną ocenę realizacji zajęć, druga zaś - zindywidualizowane style uprawiania etyki.

Zalety wiczeń (około 40 % wskaza):

- uczucie podstawowych pojęć i rozumienia problemów z zakresu etyki i deontologii lekarskiej, wyrobienie właściwego moralnego wyobrażenia,
- stanowi dobrą płaszczyznę wymiany myśli, komunikowania się z innymi w sprawach istotnych dla współczesnej etyki,
- wpływa na rozwój intelektualny, poszerza horyzonty,
- uczy, jak postępować w sytuacjach trudnych moralnie, jak rozwiązywać konflikty etyczne; uczy tolerancji wobec odmiennych poglądów moralnych i hierarchii wartości,
- stanowi dobrą podstawę do późniejszych, trudnych decyzji o charakterze etycznym w konkretnych przypadkach zawodowych.

Wady wiczeń (około 10 % wskaza):

- powinny zawierać bardziej konkretny materiał praktyczny; wskazywać, jak postępować w sytuacjach wyboru etycznego,
- zbyt wiele czasu poświęca się na omówienia, mniej na dyskusję,
- w dyskusji uczestniczy kilka osób, które dominują i nie dopuszczają do wypowiedzi innych,
- zbyt wiele przykładów zaczerpniętych ze skryptu ma charakter abstrakcyjny i dotyczy warunków amerykańskich,
- powinno się mniej rygorystycznie realizować program tematów, pozwalając studentom na wybór tematów i zagadnień,
- powinny być wprowadzone nowoczesne, techniczne środki dydaktyczne: audiowizualne, symulacje komputerowe itp.,
- ze względu na dużą liczbę studentów w grupach, niekiedy prowadzić je na wysokim poziomie.

Najmniej uwag odnosiło się do programu nauczania i omawianych treści.

Zajęcia, w opinii studentów, ujmują najważniejsze i najbardziej istotne problemy współczesnej bioetyki i deontologii lekarskiej, sytuując te tematy w kontekście współczesnych przeobrażeń cywilizacyjnych, zarazem odwołując się do kanonu historycznego etyki i filozofii. Niewątpliwie nasi studenci odczytali prawidłowo intencje programu przedmiotu. Porównanie realizowanych tematów z amerykańskimi czy brytyjskimi podręcznikami wiadczy o próbie wprowadzenia najnowszej tematyki bioetycznej do polskiej dydaktyki medycznej.

Jednak krytyka owej „zachodniej orientacji” wskazuje, że istnieje potrzeba podjęcia empirycznych badań moralno-etycznych, zwłaszcza w środowisku lekarzy i pacjentów, które mogłyby dostarczyć faktograficznych materiałów ilustrujących główne dylematy etyczne i konflikty moralne lekarzy².

Style realizacji zajęć z etyki

Wyróżniono następujące style prowadzenia zajęć z etyki: 1. Styl pragmatyczno-utilitytarny; 2. Styl podmiotowo-negocjacyjny; 3. Styl aktualizacyjno-problemowy; 4. Styl paternalistyczno-perswazyjny; 5. Styl teoretyczno-autokratyczny.

Przedstawmy pokrótce ich opis. W stylu *pragmatyczno-utilitytarnym* akcent położony jest na użyteczność realizowanych zajęć. Uczestnicy zajęć wiedzą, że do obowiązków studenta należy zaliczenie przedmiotu, a postęp w opanowaniu wiedzy i aktywność na kolejnych wycieczkach są premiowane konkretnymi ocenami na egzaminie. Stwarza to sytuację zrozumienia i odpowiedzialności, która ułatwia nauczycielowi pełnienie swej roli. Asystent nie musi specjalnie namawiać do występowania, referatów i prezentacji własnych stanowisk aksjologicznych. Podzielanie tego punktu widzenia przez studentów i ich nauczycieli świadczy dobrze o dojrzałości dydaktycznej obu stron relacji o rozumieniu własnych ról. Pojawiają się jednak wady tego stylu, gdy wycieczki mogą być traktowane rutynowo, bez zaangażowania emocjonalnego, z dystansem, a więc niejako z zewnątrz, co sprawia, że w niektórych opiniach są oceniane jako nudne.

Styl *podmiotowo-negocjacyjny* charakteryzuje się podmiotowym nastawieniem do studenta oraz negocjowaniem znaczeń. Asystent nie narzuca swojego, bądź teoretyków moralności, zdania, lecz próbuje drogą wzajemnego zrozumienia pojęć, problemów, przykładów i zdarzeń, dochodzi do wspólnych wniosków i ustalenia celów dydaktycznych. Innymi słowy, student, poprzez wciągnięcie go do dyskusji i prezentowanie swojego stanowiska, negocjowanie go ze zdaniem innych uczestników posiedzenia, niejako sam

² Badania poświęcone tanatologii, relacjom lekarz - pacjent, prowadzi się w AM w Łodzi.

dochodzi do konkluzji, uczy się twórczego nastawienia do życia oraz wiary we własne możliwości. Nauczyciel natomiast, mówi metaforycznie, przygotowuje pole, zasiewa ziarno, ma nadzieję, że plony zostaną zebrane przez pacjentów zadowolonych z pracy jego wychowanków. Wadą jest również to, że student uczy się szanować zdanie interlokutora, umie bronić swego stanowiska; uczy się asertywności i czuje się partnerem. Wadą jest również zbyt duża dynamika napięć emocjonalnych, trudno ci z utrzymaniem dyskusji w ryzach intelektualnych.

Styl *aktualizacji co-problemowej* opiera się na idei otwartości wobec świata i ludzi. Jak wiadomo, ostatnie lata, dzięki rozwojowi nauk biologiczno-medycznych, możliwości eksperymentowania genetycznego itp., przynoszą nowe wyzwania dla etyki. W zasadzie w tym przykładzie powinniśmy posługiwać się pojęciem bioetyki, mając na myśli konsekwencje, jakie wywołuje postęp w naukach biologicznych dla problemów etycznych (por.: Bernard 1994). Prezentowany program jest przez asystenta ciągle aktualizowany, uzupełniany najnowszym materiałem prasowym i lekturami nowo wydanych. Studenci doceniają inicjatywę i otwartość nauczyciela, uczą się jednocześnie, a jednym z cech nowoczesnego człowieka jest umiejętność szukania informacji oraz akceptacji zmiany w przekonaniach, poglądach i wartościach. Zajęcia oceniane są jako ciekawe, pobudzające, a także przynoszą satysfakcję intelektualną. Wadą tego stylu jest natomiast możliwość pogubienia się w ciągle dostarczonym przez rzeczywistość materiale do dyskusji, odsunięcie na dalszy plan tradycji etycznych i brak czasu na zrealizowanie tematów przewidzianych programem nauczania.

Styl *paternalistyczno-perswazyjny* polega na przyjęciu przez nauczyciela roli *ojca-matki*, który, metodą łagodnej perswazji, chce przekonać studentów do określonych stanowisk moralnych i etycznych. Mamy tutaj możliwość budowania różnych wersji paternalizmu: od prawdziwego, poprzez upoważnioną, po nieupoważnioną (Wulff, Petersen, Rosenberg 1993, s. 237-243). Studenci również odbierają takie zaangażowanie asystenta i najwiskszą akceptację moralną ma paternalizm upoważniony - uznanie i domniemana zgoda na proponowane wspólnotowe znaczenie. Trudniej przychodzi zaakceptowanie paternalizmu nieupoważnionego, który z Kantowskiego punktu widzenia może być traktowany jako utrata podmiotowości i autonomii studenta. Mimo tych zastrzeżeń, zajęcia są traktowane jako atrakcyjne i przynoszą bogaty materiał do przemyśleń. Język wypowiedzi występuje bardziej w funkcji perswazyjnej, a w mniejszym zakresie w referencjalnej, ale to nie przeszkadza studentom. Efekt dydaktyczny satysfakcjonuje obie strony procesu dydaktycznego.

Styl *teoretyczno-autokratyczny* jest oceniany przez studentów najsurowiej. Odwoływanie się asystenta do różnych teorii etycznych i koncepcji

filozoficznych, czasami nawet w układzie historycznym, budzi zastrzeżenia. Studenci medycyny postrzegają swe studia jako *nauk umiętno ci praktycznych*, tote bogata refleksja humanistyczna wydaje im się zbędna. Nawet najbardziej atrakcyjne teorie są, według nich, trudne (np. Kant), a z braku czasu nie mogą uczeniu się etyki i filozofii poświęcić uwagi. Wprawdzie intencją nauczyciela nie jest wystąpienie w roli autokraty, jednak niektórzy studenci tak to widzą. Zasada wykazywania wyświeconej intelektualnej nie jest pozytywnie oceniana i nie działa stymulująco, raczej zniechęca, a przez to wyczerpanie staje się nudne, męczące i nieciekawe.

Zaprezentowane style prowadzenia zajęć z Etyki i Deontologii Lekarskiej pokazują różne metody realizacji stawianych przed nauczycielami akademickimi celów nauczania przedmiotu. Generalnie większość studentów jest usatysfakcjonowana realizacją zadań, jakie stawiane były przed przedmiotem. Przytoczone oceny negatywne wymienione są marginalnie. Obserwacja pokazuje, że szerzej i bardziej kompetentnie pod względem merytorycznym wypowiadali się w sondach studenci, którzy mają pozytywne motywacje do nauki i otwarte horyzonty myślowe. Zdawkowe oceny negatywne mogą mieć swe źródło także w osobowości studentów i w ogólnej postawie *na nie*.

Wnioski praktyczne

Zebrany materiał empiryczny upoważnia do następujących wniosków i postulatów:

- należy nadal pracować nad ukształtowaniem relacji nauczyciel - student, na zasadach podmiotowości i partnerstwa, między innymi poprzez ofertę wspólnego wyboru tematów zajęć,
- należy zwrócić uwagę na techniczne aspekty prowadzenia zajęć, poprzez szersze wprowadzenie nowoczesnych środków audiowizualnych, komputerowych itp.,
- ze względu na specyfikę zajęć prowadzonych głównie metodą dyskusji, winno dążyć do zmniejszenia liczby grup studenckich,
- ważne jest, aby w omawianych i dyskutowanych przykładach sytuacji konfliktowych, posługiwać się materiałem konkretnym, a nie abstrakcyjnym czy kulturowo odległym,
- należy kontynuować i rozwijać program współczesnej problematyki etycznej i deontologicznej przez wprowadzenie aktualnych tematów, wynikających z rozwoju nauk biologicznych i medycznych,
- należy w szczególności zwracać uwagę na umiejętność identyfikacji przez studenta norm etosu lekarskiego i przypuszczalnych konsekwencji ich zastosowania,

- nale y rozwija u studentów moraln wyobra ni , umiej tno moralnego rozumienia, a tak e praktyk krytycznego my lenia, ksztaltuj c umiej tno podejmowania decyzji lekarskich, zgodnych z zasadami deontologicznymi.

Tabela nr 1. Ocena przedmiotu Etyka i Deontologia Lekarska (studenci III roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi. N = 264 w %).

| przedmiot | bardzo | rednio | troch | brak zdania | troch | rednio | bardzo | przedmiot |
|--------------|--------|--------|-------|-------------|-------|--------|--------|---------------|
| interesuj cy | 27, 4 | 20, 0 | 17, 8 | 20, 5 | 9, 8 | 3, 0 | 1, 5 | nudny |
| po yteczny | 40, 0 | 20, 8 | 19, 8 | 14, 3 | 3, 4 | 1, 1 | 1, 1 | zbyteczny |
| nowoczesny | 8, 7 | 15, 9 | 20, 5 | 27, 3 | 9, 8 | 10, 6 | 7, 2 | tradycyjalny |
| urozmaicony | 8, 4 | 11, 7 | 19, 3 | 22, 0 | 15, 5 | 11, 4 | 11, 7 | monotonny |
| łatwy | 11, 4 | 10, 6 | 19, 7 | 17, 8 | 12, 1 | 15, 5 | 12, 9 | trudny |
| konkretny | 7, 6 | 13, 7 | 17, 0 | 24, 6 | 18, 9 | 13, 7 | 4, 5 | abstrakcyjny |
| pobudzaj cy | 19, 7 | 24, 3 | 17, 4 | 21, 6 | 9, 8 | 4, 2 | 3, 0 | zniech caj cy |

Literatura:

- J. Bernard: *Od biologii do etyki*. Warszawa 1994.
- P. L. Berger, T. Luckman: *Społeczne tworzenie rzeczywisto ci*. Warszawa 1983.
- M. Głowi ski: *Style odbioru*. Kraków 1986.
- J. -J. Guilber: *Zarys pedagogiki medycznej*. Warszawa 1983.
- A. K. Jonsen: *Do No Harm. Axiom of Medical Ethics*. W: S. F. Spicker, H. T. Engelhardt Jr. (ed.): *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*. Boston 1977.
- Z. Klemensiewicz: *W kr gu j zyka literackiego i artystycznego*. Warszawa 1961.
- J. Koniarek: *Lekarze o Izbie Lekarskiej i Kodeksie Etyki Lekarskiej*. Łód 1993.
- L. Lasagna: *Discussion of "Do No Harm"*, op. cit, Boston 1977.
- T. Lewowicki: *Aksjologia i cele edukacji*. „Ruch Pedagogiczny”, nr 3-4/1993.
- R. Mayntz, K. Holm, P. Hubner: *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*. Warszawa 1983.
- M. Obara: *Podstawy kształcenia medycznego*. Warszawa 1983.
- C. E. Osgood, G. J. Suci, P. M. Tanenbaum: *The Measurement of Meaning*. Illinois 1957.

- K. Osińska: *Ogólne obowiązki lekarza*. W: *Refleksje nad etyką lekarską*. Warszawa 1992.
- D. Seedhouse, L. Lovett: *Practical medical ethics*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore 1992.
- Ch. L. Steevenson: *Istota sporów społecznych*. W: L. Lazari-Pawłowska (red.): *Metaetyka*. Warszawa 1975.
- J. Wasyluk: *Dydaktyka medyczna. Kompendium wiedzy i umiejętności*. Warszawa 1990.
- H. R. Wulff: *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do teorii decyzji klinicznej*. Warszawa 1991.
- H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg: *Filozofia medycyny*. Warszawa 1993.