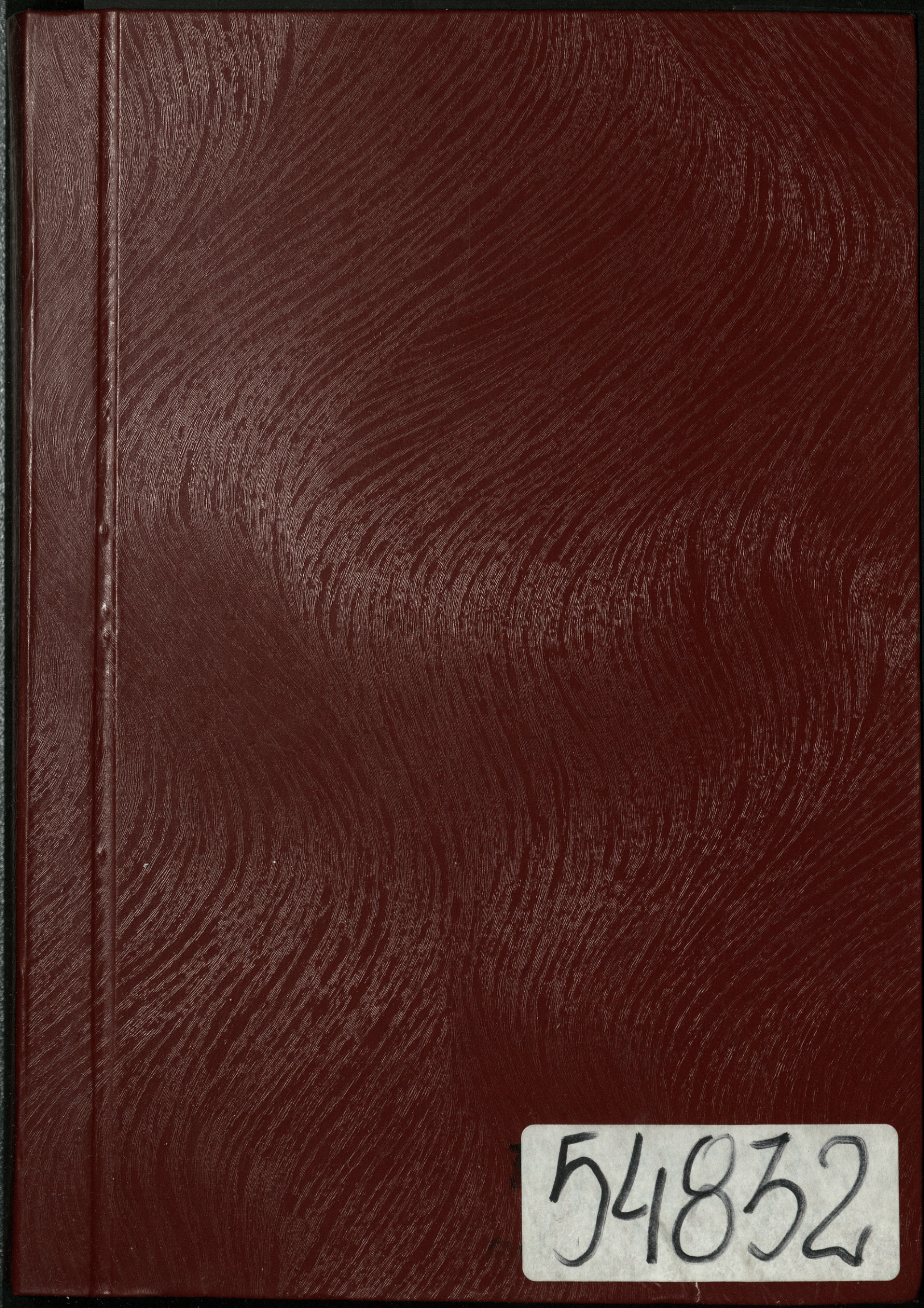

R G B WH GR BL
Grey Scale #13
C M Y K
DANES PICTA .COM
A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19




Inches
Centimetres
Colour Chart #13
Blue
Cyan
Green
Yellow
Red
Magenta
White
3/Color
Black
DANES PICTA .COM

54832

AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ
WYDZIAŁ NAUK HUMANISTYCZNYCH

BIBLIOTEKA GŁÓWNA - ARCHIWUM
Nr ewid. 54832
Akademii Obrony Narodowej

Józef BUKOWSKI

Wychowanie moralne w przygotowaniu do roli społeczno - zawodowej lekarza w Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. prof. Bolesława Szareckiego.

1-2

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej
S/2417
05-002417-001-0

Praca doktorska
napisana pod kierownictwem naukowym
płk. prof. dr. hab. Ryszarda ROSY

Warszawa 1994

Dobrej pamięci

płk prof. dr hab. Walentego LEWKOWSKIEGO

lekarza i filozofa pracę tę poświęcam

AUTOR

SPIS TREŚCI

Strona

WSTĘP 3

Rozdział I

METODOLOGIA BADAŃ 9

1. Cel i problematyka badawcza 9

2. Zastosowane metody i techniki 14

3. Organizacja i przebieg badań 20

Rozdział II

PROBLEMATYKA ROLI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ LEKARZA W LITERATURZE..... 27

1. Pojęcie roli społeczno-zawodowej i jej uwarunkowania.. 27

2. Specyfika roli społeczno-zawodowej lekarza..... 36

3. Wybrane aspekty ewolucji etyki lekarskiej..... 41

4. Model osobowości lekarza w opinii publicznej i przedstawicieli zawodu..... 60

Rozdział III

ETYCZNO-MORALNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZY-ABSOLWENTÓW WAM ZA NARUSZENIE NORM CHRONIONYCH PRAWEM..... 114

1. Lekarze wobec norm moralnych chronionych prawem..... 114

Strona

Strona

2. Odpowiedzialność karna lekarza i wymogi etyki zawodowej..... 115

3. Lekarze przed sądami wojskowymi..... 150

4. Typologia naruszeń norm moralnych i ocena problemu... 188

Rozdział IV

WYOBRAŹNIA MORALNA STUDENTÓW VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WAM..... 213

1. Rola uczelni w kształtowaniu wiedzy moralnej..... 213

2. Zasada autorytetu w opinii kończących studia..... 221

3. Lekarz wobec chorego człowieka - samoocena absolwentów WAM..... 232

4. Absolwenci WAM - wybrane elementy obrazu etyczno - moralnego..... 234

ZAKOŃCZENIE..... 243

ANEKSY..... 255

Strona

WSTĘP

Związek wychowania i moralności traktowany jest zazwyczaj jako oczywisty. Wszak wychowanie rozumie się jako świadomie organizowaną działalność, której celem jest wywołanie zamierzonych zmian w osobowości człowieka. Zmiany te obejmują zarówno stronę poznawczo - instrumentalną związaną z poznaniem rzeczywistości i umiejętnością oddziaływania na nią, jak i stronę aksjologiczną, która polega na kształtowaniu stosunku człowieka do świata i ludzi, jego przekonań i postaw, układu wartości i celu życia. Kształtowanie stosunku do świata ludzi i rzeczy jest jednym z podstawowych zadań działalności wychowawczej. To przecież w głównej mierze dzięki niej kształtuje się uznawana społecznie hierarchia wartości, powstają również indywidualne, swoiste dla poszczególnych ludzi, układy wartości cenionych i pożądanych. Oddziaływania wychowawcze nie pozostają też bez wpływu na obraz celów, dążeń i pragnień.

O przebiegu procesu wychowania i jego wynikach decyduje wiele czynników. Kształtowanie się moralnej sylwetki człowieka zachodzi wyłącznie w toku jego stosunków z otoczeniem społecznym. Możemy w związku z tym wyłonić pewne mechanizmy, poprzez które dokonuje się wpływ na osobowość jednostki.

Najczęściej wymienia się następujące:

a. mechanizm wpływu grup społecznych;

b. mechanizm wpływu znaczących ról społecznych, które pełni jednostka;

c. mechanizm wpływu osób znaczących, z którymi kontaktuje się jednostka;

d. mechanizm wpływu znaczących przekonań i postaw, które jednostka już wcześniej sobie przyswoiła.

Innymi słowy - wyniki moralnego wychowania determinowane są działalnością nauczycieli, rodziców, instytucji, wychowanka i środowiska. Listę czynników warunkujących proces i wyniki można z pewnością rozszerzać i uszczegóławiać, ale już tylko te wymienione wystarczająco ilustrują złożoność i niejednorodność oddziaływań.

Współczesna medycyna, podobnie jak cały świat pełna jest różnych sprzeczności. Z jednej strony jest to specjalność, której istnienie i potrzeba nigdy nie były kwestionowane, z drugiej - jest dyscypliną, w stosunku do której wymagania rosną szybciej niż możliwości ich spełnienia, o ile można w ogóle rozważać taką sytuację. Medycynie udało się znacznie przedłużyć życie ludzkie, z wolna zanikają dawne normy i kanony moralne. **Od tysiącleci jednak moralna strona tego zawodu jest nie kwestionowaną częścią "prawdziwego" lekarza.**

W pracy podejmujemy problematykę wychowania moralnego lekarzy w Wojskowej Akademii Medycznej. Wielu autorów - lekarzy, pedagogów, etyków - uznaje, że stan pracy uczelni medycznych w tej dziedzinie jest niezadowalający[1]. Niniejsza praca powstała w przekonaniu, że uczelnia ma istotny wpływ na moralną sylwetkę swego absolwenta. Uznaliśmy, że podjęcie trzech problemów wynikających z teorii wychowania moralnego i procesu dydaktyczno - wychowawczego WAM może pozwolić na dokonanie oceny niektórych aspektów i rezultatów wychowania moralnego w przygotowaniu do roli społeczno - zawodowej lekarza.

Wychowanie moralne rozumiano, za Ulrichem Schrade - jako zespół przedsięwzięć edukacyjnych mających na celu obudzenie postawy refleksyjno - krytycznej wobec świata wartości i wrażliwości moralnej kształtującej poczucie powinności czynienia dobra i unikanie zła[2]. Takie określenie pozwoliło uznać to wychowanie za dziedzinę praktyczną, ale bazującą na określonej teorii.

Pierwszy problem badawczy sformułowany został następująco: Jak rozumiane jest pojęcie roli społeczno - zawodowej w literaturze naukowej i w czym wyraża się specyfika roli lekarza? Za podjęciem tego problemu przemawiał cel natury metodologicznej. Specyfika roli społeczno - zawodowej ma bowiem wpływ na społeczne funkcjonowanie lekarza, które tradycyjnie określały modelowe opisy, przysięgi, a także przypisane tej roli kodeksy deontologiczne. Przeprowadzone, teoretyczne analizy stanowiły podstawę do badań empirycznych i formułowania wniosków oraz rozumienia wymogów prawa.

Drugi problem badawczy określono następująco: Jaki jest obraz naruszeń moralno - deontologicznych norm chronionych prawem przez lekarzy - absolwentów WAM? Za podjęciem tego problemu przemawiał cel natury diagnostycznej i poznawczej. W Wojskowej Akademii Medycznej nigdy nie poczyniono tego rodzaju analiz. Nie spotkano także pracy o podobnym charakterze, dotyczącej innych uczelni medycznych. Realizację zamierzonego celu przedstawiono w rozdziale II. Prezentację empirycznych badań poprzedzono opisem prawnej odpowiedzialności lekarza w świetle ustawodawstwa polskiego; w oparciu o Kodeks Karny i związane z nim Kodeks postępowania karnego i Kodeks Wykonawczy. Zwrócono uwagę na ogrom problemów wymagających dalszych prawnych uregulowań. Problemy te stanowią zainteresowanie bioetyki.

Problem trzeci to: Jaka jest wyobraźnia moralna w sprawach zawodowych studentów VI roku Wydziału Lekarskiego?

Celem tak ujętego problemu badawczego była diagnoza wybranych elementów sylwetki moralnej studentów opuszczających mury Uczelni, a także ocena wybranych mechanizmów mających istotny wpływ na jej kształtowanie. Zamierzaliśmy także poznać z jakimi motywacjami moralnymi absolwenci Wojskowej Akademii Medycznej podejmują swoją pierwszą pracę. Kim będzie dla nich chory człowiek jako "przedmiot" oddziaływań zawodowych lekarza? Przy formułowaniu i rozwiązywaniu problemów badawczych pamiętano aby nie czynić "mechanicznych" porównań, nie formułować kategorycznych wniosków. Pozytywna moralnie motywacja jest warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym do właściwego wypełniania roli społeczno - zawodowej lekarza. Występują także czynniki zewnętrzne, rozumiane często jako środowiskowe determinanty zachowań. Jednakże ich wpływ może być zależny od skuteczności procesów wychowania (w tym moralnego) w Uczelni. Całość problematyki przedstawiono w rozdziale IV.

Rozdział I ujmuje metodologię badań i wyjaśnia istotę przeprowadzonych sondaży diagnostycznych, studium indywidualnego przypadku oraz organizację i przebieg badań z opisem zasobów archiwalnych, które w istotny sposób wpłynęły na tok przygotowania pracy.

Pracę kończy ogólne podsumowanie wszystkich problemów badawczych oraz filozoficzna refleksja nad wybranymi dziedzinami postępowania lekarskiego, których to niniejsza praca nie podejmuje, a mogłyby być one przedmiotem dalszych badań szczegółowych i analiz.

Dziękuję Panu płk prof. dr hab. n. hum. Ryszardowi Rosie za pokierowanie moją pracą i naukę filozoficznego spojrzenia na trudną sztukę lekarską.

Gorące podziękowania kieruję pod adresem Rektora WAM Pana gen.bryg.prof.zw.dr hab.n.med. Henryka Chmielewskiego, który obdarzył mnie zaufaniem i uświadamiał znaczenie tej pracy dla procesów wychowania w Uczelni.

Dziękuję także Panu płk prof.dr hab.n.hum. Longinowi Indisowowi za wielce życzliwe konsultacje socjologiczne i udostępnienie swojego dorobku naukowego związanego z zawodem lekarza wojskowego.

Składam podziękowanie profesorom medycyny, lekarzom oraz pracownikom Katedry Nauk Humanistycznych WAM, którzy służyli mi swoją życzliwością, wiedzą i dobrą radą.

Szczególną pomoc otrzymałem od Panów Sędziów Izby Wojskowej Sądu Najwyższego.

Przypisy:

1. Np. w trakcie obrad V Zjazdu Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi w dniach 19-20.03.1993 roku przyjęto bez głosowania następującą rezolucję:

   "Na podstawie doświadczenia z wieloletnią pracą, jak również na podstawie spraw kierowanych do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, wynika iż poziom etyczny wielu lekarzy jest niepokojąco niski. W związku z tym przedstawiamy propozycję, by w programie szkolenia lekarzy na I i II stopień specjalizacji umieszczano podstawy etyki lekarskiej jako obowiązującą formę szkolenia.

   Kierowników specjalizacji należałoby zobowiązać do egzekwowania od lekarzy wiadomości z podstaw etyki lekarskiej na równi z zakresu przedmiotu specjalizacji. W zestawie pytań egzaminacyjnych winno być umieszczone przynajmniej jedno z etyki lekarskiej", Panaceum, Biuletyn Informacyjny O.I.L., marzec-kwiecień 1993 r., s.11.

2. Schrade U., O nauczaniu etyki w szkole, Edukacja filozoficzna nr 15, 1993, s.118.

Rozdział I

METODOLOGIA BADAŃ

1. Cel i problematyka badawcza

Pojawiająca się krytyka służby zdrowia, a także wypowiedzi przedstawicieli tej profesji sugerują potrzebę dyskusji nad systemem kształcenia lekarzy. Zjawisko to odnosi się nie tylko do naszego kraju. "Kryzys" ten nie dotyczy jednak medycyny jako gałęzi nauki, bo ta podejmuje najważniejsze problemy i odnosi znaczące sukcesy. Świadczyć o tym może chociażby przedłużenie średniego wieku życia ludzi w skali europejskiej. Dyskusja toczy się wokół bezpośredniego kontaktu lekarza z chorym, mówiąc inaczej relacji: człowiek - człowiek[1]. Przesłanki tej relacji w dużej mierze kształtowane są podczas studiów medycznych.

Medycyna rozumiana jako dyscyplina społeczna nie znalazła skutecznych sposobów zapobiegania następstwom rozwoju cywilizacyjnego. Panuje wrażenie, jak gdyby nie nadążała za rozwojem cywilizacji, podczas gdy we współczesnym świecie od lekarzy, filozofów, ekologów oczekuje się wpływu na oblicze świata.

Stawiany jest także zarzut o sprzecznościach wewnętrznych w samej medycynie. Ich następstwa często określa się pojęciem dehumanizacji postępowania lekarskiego. Zjawiskom tym próbuje się przeciwstawiać. Takiemu celowi służy chociażby Amerykańskie Towarzystwo Zdrowia i Wartości Ludzkich skupiające praktykujących lekarzy i nauczycieli filozofii. Kierując się troską o właściwe funkcjonowanie lekarzy - absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej w realizacji ich roli społeczno-zawodowej, podjęliśmy się próby oceny niektórych problemów wychowania moralnego. Tak określony cel pracy wydaje się być nowatorskim, bowiem sam proces dydaktyczny był przedmiotem wielu analiz[2]. Chodziło jednak w nich o ocenę

wyposażenia studentów WAM w cechy instrumentalne. W pracach badawczych mało (aby nie powiedzieć wcale) poświęcano uwagi etyczno-moralnemu aspektowi przygotowania do roli społeczno-zawodowej lekarza, jak i też ocenie skuteczności procesu wychowawczo-moralnego[3]. W analizowanej literaturze nie znaleźliśmy kryteriów oceny efektów tych procesów innych niż deklaracje (opinie) wychowanków, ujawnione w badaniach ankietowych.

Koncepcja niniejszej pracy zakłada, że uczelnia wyższa o zawodowym profilu, ma znaczący wpływ na postawę moralną swojego absolwenta, która w istotny sposób odzwierciedla jego wyobraźnię moralną.

Uznaliśmy, że podjęcie trzech problemów może pozwolić na dokonanie niektórych aspektów wychowania moralnego w przygotowaniu do roli społeczno-zawodowej lekarza.

Problem I

Jak rozumiane jest pojęcie roli społeczno-zawodowej w literaturze naukowej i w czym wyraża się specyfika roli lekarza ?

Celem tak sformułowanego problemu było zdefiniowanie pojęcia rola społeczno-zawodowa oraz wykazanie znaczenia wychowania (w tym wychowania moralnego) w przygotowaniu do jej spełnienia. Analityczno-syntetyczny sposób rozważań doprowadził do określenia **specyfiki roli lekarza**. Literatura przedmiotu, już na wstępie wskazywała przynajmniej dwie grupy uprawnione do określania pożądanych zachowań. Byli to sami lekarze oraz pacjenci. W trosce o bezkolizyjne funkcjonowanie lekarzy istotne jest uświadomienie młodym adeptom medycyny konieczności podejmowania próby pozytywnej odpowiedzi na te czasami zróżnicowane oczekiwania. Ludzie wykazują różne reakcje na chorobę. Stąd na specyfikę tego zawodu wpływ będzie miała duża liczba czynników. Nie przypisujemy sobie prawa do

analizy ich wszystkich. Podejmujemy te, które będą zależne w naszym przekonaniu od wychowania moralnego.

O specyfice roli lekarza świadczą także teksty przysiąg i kodeksów deontologicznych. Literatura z zakresu historii filozofii i medycyny poucza, że przeszły one ewolucję od ogólnych wskazań etycznych do bardzo szczegółowych rejestrów powinności. Dlatego też dokonaliśmy analizy wybranych aspektów tej ewolucji pamiętając, że nie stanowi ona głównego celu problemu badawczego. Specyfikę roli określają także modele osobowości przedstawicieli danej grupy zawodowej, konstruowane na użytek teorii wychowania. Dlatego też dokonujemy przeglądu publikowanych rozważań w tej dziedzinie. Prezentujemy wyniki prowadzonych badań w Wojskowej Akademii Medycznej, traktując je jako dorobek teoretycznych rozważań i przedsięwzięć wychowawczych w dziedzinie metodologii przygotowania do roli społeczno-zawodowej lekarza.

Problem II

Jaki jest obraz naruszeń, przez absolwentów WAM, etyczno - moralnych norm będących pod prawną ochroną ?

W tak sformułowanym problemie badawczym przyjęto stanowisko Leona Petrażyckiego[4], iż nie w każdej sytuacji normy moralne mogą być właściwym i dostatecznie skutecznym sposobem regulacji stosunków społecznych. W uzasadnionych przypadkach słuszne jest sankcjonowanie norm moralnych przez przepisy prawa. Henryk Jankowski, w tak ujętym problemie uznaje, iż prawo to konieczne minimum moralności[5].

Zdajemy sobie sprawę z faktu, że w warunkach wojska lekarz ponosić może odpowiedzialność "karną" za naruszenie norm etycznych w postaci:

- odpowiedzialności służbowej (dyscyplinarnej)[6],
- oceny prokuratorskiej,

- sądowego postępowania.

Zasadniczą podstawą prawną odpowiedzialności karnej każdego obywatela - a więc również lekarza - jest kodeks karny[7]. Żaden z artykułów kodeksu karnego nie odnosi się specjalnie do lekarzy, są one sformułowane ogólnie.

W niniejszej pracy poddano analizie wyroki sądów wojskowych, bowiem absolwenci WAM przed tymi sądami ponoszą odpowiedzialność podczas czynnej służby wojskowej. Hierarchiczny układ odpowiedzialności lekarza pouczał nas, że będziemy mieli do czynienia wyłącznie z naruszeniami najważniejszych norm moralnych. Czyny mniejszej wagi rozpatrywane są w trybie karno-administracyjnym.

Za podjęciem tego problemu przemawiał cel natury poznawczej. W Wojskowej Akademii Medycznej nie poddawano badaniom prawnej odpowiedzialności lekarzy-absolwentów Uczelni za naruszenie norm moralnych. Nie precyzowano także wniosków stąd wynikających do zadań wychowania moralnego. Przy rozwiązywaniu tak sformułowanego problemu zamierzaliśmy otrzymać odpowiedzi na następujące pytania:

- ilu absolwentów WAM stanęło przed sądami wojskowymi w latach 1982 - 1992 ?
- Jaka jest główna typologia naruszeń norm moralnych usankcjonowanych prawnie ?
- Czy można - na podstawie ilościowej i jakościowej analizy, sformułować wnioski wskazujące na skuteczność uczelnianego systemu wychowania moralnego, potrzebę większego uwrażliwienia na najczęściej naruszane normy?

Przyjęto hipotezę roboczą, iż analiza akt sądowych za lata 1982 - 92 pozwoli przedstawić opis sytuacji, w której absolwenci WAM naruszyli prawo i na tej podstawie dokonać oceny moralnej i sformułować wnioski do praktyki.

Trzeci problem badawczy określiliśmy:

Jaka jest wyobraźnia moralna studentów VI roku Wydziału Lekarskiego w sprawach etyki zawodowej ?

Celem tak sformułowanego problemu badawczego jest diagnoza wybranych problemów etyki zawodowej studentów WAM opuszczających mury uczelni. Sformułowanie tego celu było możliwe dzięki przyjęciu (na podstawie literatury analizowanej w rozdziale II) założeń, iż:

- uczelnia medyczna ma wpływ na sylwetkę moralną lekarza;
- postawy moralne nie kształtują się "automatycznie", lecz powinny być objęte szeregiem zabiegów intencjonalnych wchodzących do systemu kształcenia wychowania w szkole wyższej
- w systemie wychowania moralnego studentów WAM istnieją braki, choć wychowanie moralne nie zna stanu doskonałego.

Przyjęto hipotezę roboczą, że wynikiem rozwiązania problemu badawczego będzie diagnoza, wchodząca w zakres etyki opisowej, a także wnioski natury pedagogicznej.

Pojęcie "wyobraźnia moralna" przyjęto za Robertem Colesem. Jest on wykładowcą etyki na Wydziale Medycznym Harvardu. Jego prace w 1973 roku otrzymały nagrodę Pulitzera[12] , a także prestiżową nagrodę "dla talentów" przyznawaną przez Mac Artur Foundation. Myślą przewodnią Colesa jest potrzeba stawiania pytań natury moralnej wobec każdego zawodu, bowiem problematyka "wartości" podejmowanych decyzji jest pluralistyczna i wszechobecna. Wyraża on przekonanie, że ktoś może opanować doskonale "teorię etyki" i nie być w stanie zastosować się do niej w swoim postępowaniu na codzień. Uznaje, że ta zasada często ma zastosowanie do lekarzy - skutki tej

sytuacji są często nieodwracalne. Pojęcie "wyobraźnia moralna" ma zatem dwa aspekty: emocjonalny i intelektualny.

Zakres rozwiązywanego problemu ograniczono, ze względów metodologicznych, do zagadnień węższych:

- rola uczelni w kształtowaniu wiedzy moralnej;
- zasada osobistego przykładu nauczyciela w opinii kończących studia;
- typowe - dominujące nastawienia wobec człowieka chorego.

Przyjęto założenie, że efektem rozwiązania problemu, a także cząstkowych zadań badawczych, będzie możliwość diagnozy wybranych elementów moralnej sylwetki absolwenta uczelni podejmującego pierwszą rolę społeczno-zawodową.

W ujęciu syntetycznym odpowiedź mogłaby wskazywać z jakimi motywacjami moralnymi lekarz-absolwent WAM podejmie pierwszą pracę, kim będzie dla niego człowiek chory - osobą, jednostką chorobową, a może tylko źródłem pozyskania pieniędzy.

2. Zastosowane metody i techniki

W celu rozwiązania problemów badawczych i sprawdzenia hipotez przyjęliśmy różne metody.

Metodę badań rozumiano, za Aleksandrem Kamińskim, jako "zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego"[13].

Problem pierwszy rozwiązaliśmy metodą studiowania literatury z zakresu teorii wychowania, socjologii, etyki i filozofii. Sformułowanie tematu pracy: wychowanie moralne w przygotowaniu do roli społeczno-zawodowej lekarza, wymagało

zrozumienia istoty wychowania. Stwierdziliśmy, że istnieje wiele definicji i charakterystyk wychowania w literaturze polskiej, formułowanych bądź w zależności od poglądów filozoficznych autora lub ze względu na wymagania praktyczne. Natomiast francuski słownik filozofii nie definiuje wychowania w ogóle. Używane jest pojęcie wykształcenie[14] oznaczające to, czego się uczymy i edukacja[15], która obejmuje intelektualny, psychologiczny i moralny aspekt kształtowania osobowości. Samo pojęcie wychowanie jest niejednoznaczne. Określa bądź proces wychowawczy, bądź rezultat tego procesu. W pierwszym przypadku rozumiane jest jako system działań zmierzających do określonych rezultatów wychowawczych; w drugim przypadku mówimy o wychowaniu jako o zespole już ukształtowanych cech. W pracy generalnie rozumiemy i analizujemy **wychowanie jako rezultat** procesu, który w przypadku lekarza trwa w uczelni 6 lat.

Poddaliśmy analizie wybrane prace książkowe i publicystyczne wydane generalnie po roku 1975. Stwierdziliśmy, że po 1985 roku znaczna ich część przestała się ukazywać. Szczególne miejsce zajmowały: kwartalnik "Problemy szkolnictwa i nauk medycznych", a także "Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania". Są to następstwa nowej sytuacji finansowej w Akademiach Medycznych, a także w Państwowym Zakładzie Wydawnictw Lekarskich.

Na wydawniczym rynku pojawiły się interesujące tłumaczenia prac podejmujących problematykę zawodu lekarza i medycyny. Ich analiza wymaga jednak pamiętania, że odnoszą się one do odmiennego modelu opieki zdrowotnej, innego - w szczegółowych rozważaniach - postępowania lekarskiego.

Problem badawczy nr 2 rozwiązano metodą - analizy indywidualnych przypadków (studium indywidualnych przypadków).

Metoda ta rozwinęła się w pracy socjalnej i pedagogice na przełomie XIX i XX wieku. W Polsce zainteresowanie w/w metodą pojawiło się około 1957 roku, gdy poszukiwano najskuteczniejszych sposobów pracy w poradniach społeczno - wychowawczych, więzieniach, pracy opiekunów społecznych, kuratoriów sądowych.

Metoda ta opiera się na poznawaniu indywidualnych biografii (lub tylko ich części) ludzi, reprezentujących grupy zawodowe lub uwikłanych w różne sytuacje podlegające ocenie prawnej i moralnej[8].

Tadeusz Plich uznaje, że "metoda indywidualnych przypadków jest sposobem badań, polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej widzianych przez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych"[9]. Zapewnia ona "jakościową" ocenę zjawisk, gdzie ilość jest rzeczą wtórną.

Przy tak rozumianej metodzie indywidualnych przypadków przyjęto, iż techniką badawczą będzie analiza materiałów wtórnych[10] (dokumentów), które stanowią odpisy wyroków 13 sądów wojskowych.

Pojęciem "dokument" określa się każdy przedmiot materialny, w którym jest utrwalona myśl ludzka, umożliwiający przekazanie treści komunikowalnej, służącej do formułowania twierdzeń w procesie poznawania środowiska społecznego. Za stosowaniem tej metody przemawiała możliwość zdobycia najlepszych materiałów do poznania rzeczywistości.

Poddane analizie wyroki sądów wojskowych spełniają wymogi rzetelnych dokumentów sprawozdawczych.

Dokładnie przestudiowane zostały dokumenty normatywne: Kodeks karny z komentarzem, a także zasady etyczno - deontologiczne lekarza polskiego z 1967 roku, Kodeks etyki lekarskiej z 1991 roku.

Przyjęto, iż zgromadzone "materiały" będą wymagały porządkowania, selekcji, eliminacji, klasyfikacji, segregacji i grupowania. Dokonanie tych zabiegów miało pozwolić na uzyskanie "oczyszczonego" materiału, stanowiącego opis logiki faktów.

Na podstawie rozmowy z byłym Przewodniczącym Wydziału Problemowego Izby Wojskowej Sądu Najwyższego sędzią płk rez. dr Władysławem Sierackim ustalono, iż do 1969 roku lekarze wojskowi (podobnie jak inni oficerowie) ponosili odpowiedzialność na podstawie Kodeksu Karnego Wojska Polskiego. Od 1970 roku Nowy Kodeks Karny zawiera tylko w swoim składzie część wojskową[11].

W tym stanie rzeczy przyjęto, że Archiwum Izby Wojskowej Sądu Najwyższego może zawierać odpisy wyroków sądów dotyczących lekarzy od chwili powstania Wojskowej Akademii Medycznej.

Powzięto zamiar dokonania analizy całościowej. Rozmowa z Szefem Wydziału Inspekcji i Badań Analitycznych Izby Wojskowej Sądu Najwyższego - sędzią płk mgr Tomaszem Kacperskim uświadomiła autorowi, że realizacja zamiaru jest w praktyce niemożliwa. W 1981 roku na polecenie MON Archiwum Izby Wojskowej SN zostało rozformowane i ok. 185 tysięcy różnego rodzaju akt zostało umieszczone w filiach Centralnego Archiwum Wojska Polskiego, gdzie do 1993 roku nie nastąpiło ich uporządkowanie.

W tym stanie rzeczy przyjęliśmy, iż badaniami zostaną objęte lata 1982 - 1992.

Zgodę na tego rodzaju badanie otrzymano od Prezesa Izby Wojskowej Sądu Najwyższego.

W przyjętym rozumieniu metody problem badawczy nr 3, rozwiązano przy pomocy sondażu diagnostycznego, który "jest sposobem gromadzenia wiedzy o cechach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, instytucjonalnie nie zlokalizowanych, a posiadających znaczenie wychowawcze, o opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju tych zjawisk na podstawie badania dobranej grupy reprezentującej populację generalną, w którym badane zjawisko występuje"[16].

Sondaż diagnostyczny będzie więc obejmował szereg działań o różnorodnym charakterze, zarówno koncepcyjnym, jak i rzeczowym, zjednoczonych generalnym celem i ogólną koncepcją badań.

Przedmiotem badań sondażowych będą wszelkiego typu zjawiska społeczne o istotnym znaczeniu dla wychowania, ponadto stan świadomości społecznej, opinii i poglądów określonych zbiorowości, proces narastania badanych zjawisk, ich tendencje i stopień nasilania[17]. Badania tą metodą będą sprowadzały się do specjalnie dobranej grupy reprezentacyjnej z populacji generalnej. Wybór tej metody wynikał z tego. iż chcieliśmy objąć tymi badaniami dużą grupę studentów, nie rezygnując z kryteriów dodatkowych.

W prowadzonych badaniach sondażowych najczęściej stosowane techniki to: wywiady, ankieta, analiza treści dokumentów, techniki statystyczne. Techniką badań będziemy nazywać "czynności praktyczne, regulowane wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii i faktów"[18].

W niniejszej pracy, przy rozwiązywaniu trzeciego problemu badawczego, zastosowano ankietę. Wybór tej techniki uzasadniony był tym, że chciano zapewnić rozciągnięcie badań

wszerz, co wydaje się być konieczne przy tego typu pracy badawczej i zastosowanej metodzie, uwzględniającej próbę reprezentatywną. Pozwoliła ona poznać cechy badanych studentów, ich opinie i dane liczbowe w maksymalnie krótkim czasie. Jest to poważna zaleta tej techniki. Wadą natomiast jest to, że stosowana jako technika pojedyncza nie zapewnia pełnej wiarygodności uzyskiwanego materiału. Dlatego też w tych badaniach wystąpiła jako podstawowy sposób zbierania materiału.

Ankietę zbudowano z 17 pytań, z których pierwsze 7 dotyczyło roli uczelni w kształtowaniu komponentu intelektualnego postawy. zamierzano rozważyć także rolę nauk humanistycznych w kształceniu lekarza od strony "zachowań werbalnych" studentów kończących wydział lekarski. Kolejne 6 pytań dotyczyło wybranych problemów "wzorów osobowych" w procesie wychowania. Przyjęto tezę, że w jakimś zakresie,ów wzór stanowić mogą: dowódcy, nauczyciele przedmiotów humanistycznych, a przede wszystkim nauczyciele-lekarze. Trzy kolejne pytania włączono do kwestionariusza z badań prowadzonych przez Katedrę Medycyny Sądowej WAM w 1975 roku, z zamiarem porównania otrzymanych wyników z tymi sprzed laty. Dotyczyły one "drażliwego" problemu naruszeń etyki zawodowej. Na zakończenie zapytano o deklarowany stosunek do osoby chorej, pragnąc chociaż w części znaleźć odpowiedź na ten trudny problem. Związek jego z "wyobraźnią moralną" przyszłego lekarza wydaje się być bezsporny.

Badania prowadzone w latach 1990, 1991, 1992. Wytypowano z każdego proponowanego rocznika po siedemdziesięciu respondentów, którzy stanowili około 50 % stanu osobowego. W ciągu trzech lat zebrano 210 ankiet, które poddano analizie. Ankieta nie zawierała tradycyjnych danych socjologicznych kończącego studia. Przyjęto bowiem, że z metodologicznego punktu widzenia i sprecyzowanego celu badań nie będą one bardzo istotne. Lekarza chory nie ocenia według jego

pochodzenia, wyników podczas studiowania itd. Są to dane ukryte w opiniach służbowych i często sprzeczne z ocenami dokonywanymi przez pacjentów.

3. Organizacja i przebieg badań

Pracę badawczą rozpoczęto od studiowania literatury oraz prac empirycznych mających związek z tematyką badań.

Stwierdzono, że dość liczna grupa autorów wypowiada się na temat roli społeczno-zawodowej lekarza. Odnotowano liczne orientacje o charakterze publicystycznym. Nie stwierdzono, aby badano naruszenia norm moralnych będących pod prawną ochroną w stosunku do jakiejś grupy lekarzy lub czasokresu. Natomiast publicystyka w szerokim zakresie podejmowała problem naruszeń zasad moralnych przez lekarzy opisując dramatyzm tych sytuacji, społeczne skutki. Brak było ustosunkowań ministerialnych do tych publikacji, często zaś wypowiadali się przedstawiciele Izb Lekarskich, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej.

W tym stanie rzeczy rozwiązanie problemu określonego: etyczno-moralna odpowiedzialność lekarzy-absolwentów WAM za naruszenie norm moralnych chronionych prawem, wymagało studiowania akt sądowych i odpisów wyroków wydanych w sprawach, kiedy naruszenie norm nastąpiło. Ze względu na fakt, że nie prowadzi się archiwizacji odpisów wyroków według grup zawodowych, a jedynie według nazwy sądu, należało przestudiować wszystkie wyroki. W ten sposób dokonano selekcji i porządkowania materiałów.

Wykonanie tego zadania inną metodą było niemożliwe. Analiza rocznych tabulogramów Izby Wojskowej Sądu Najwyższego

pouczała, że statystyka obejmuje analizę sprawców według następującego kodu:

00 - nie dotyczy (nie popełnił służby wojskowej)

01 - służba na stanowisku dowódczym

02 - służba na stopniu politycznym

03 - służba w pionie technicznym

04 - stanowiska kwatermistrzowskie

Tabela nr 1

Stan przestudiowanych odpisów wyroków sądowych w latach 1982 - 92 będących w archiwum Izby Wojskowej Sądu Najwyższego

Rok	Ilość tomów	Ilość odpisów wyroków
1982	43	8600
1983	34	6800
1984	21	4200
1985	29	5800
1986	31	6200
1987	25	5000
1988	23	4600
1989	26	5200
1990	24	4800
1991	14	2800
1992	27	2613
Razem	297	56613

05 - stanowiska administracyjne

07 - był słuchaczem akademii wojskowej

08 - był podchorążym szkoły oficerskiej

09 - podchorąży SOR

10 - kadet szkoły chorążych

11 - elew szkoły podoficerów zawodowych

12 - szkoła podoficerów służby zasadniczej.

Lekarze wojskowi zaliczani są do grupy kwatermistrzowskiej. Statystyka według tak rozumianego kodu pozwalała uzyskać szybką odpowiedź na pytanie ilu oficerów młodszych i starszych popełniło przestępstwa w grupie kwatermistrzowskiej, ale nie otrzymano odpowiedzi, ilu było lekarzy i jakie przestępstwa popełnili. Cel pracy wymagał jednak ilościowej i jakościowej analizy wyłącznie problematyki lekarzy. Stąd też nie było możliwości otrzymania wiedzy inną drogą. Według pracowników archiwum Izby Wojskowej Sądu Najwyższego, ze względu na olbrzymią pracochłonność, nikt tego problemu do tej pory całościowo nie podejmował. Prezentację indywidualnych przypadków lekarzy przed sądami wojskowymi dokonujemy metodą analityczno - syntetyczną.

Badania postaw moralnych lekarzy i podchorążych WAM w wymiarze cząstkowym były prowadzone. Jednakże nie stwierdzono badań przeprowadzonych wśród absolwentów uczelni w momencie kończenia przez nich studiów. Tego rodzaju badania wydają się być celowe. Możemy w ten sposób dokonać próby oceny skuteczności pracy wychowawczej Uczelni i prognozować moralność w przyszłej pracy zawodowej.

Badania przeprowadzono tuż przed promocją, kiedy to pamięć o uczelni była jeszcze bardzo świeża, ale bogatsza o refleksję czasową. Jest to olbrzymia zaleta metodologiczna, bowiem można wykluczyć stany emocjonalne rozumiane jako tylko

Zbiorów ... Akademii ON

chwilowe negatywne lub pozytywne nastawienia do jakiejś dziedziny działalności.

Wybranych , metodą losową , 70 absolwentów proszono o wypełnienie ankiet. Poprzedzano to prośbą o rzeczowe i szczere wypowiedzi, przypominano anonimowość ankiety. Badania przeprowadzał osobiście autor pracy. Całościowe badania poprzedzono cząstkowymi, w których proszono o wypowiedzi zawierające oceny procesu wychowania z perspektywy 6 lat. W założeniu miało to wytworzyć przekonanie, że wypełnianie ankiety jest czynnością wartą trudu i elementem doceniania opinii studentów.

Otrzymane dane analizowano po naniesieniu na arkusze zbiorcze. W konstruowanych pytaniach starano się posługiwać ostrymi kategoriami ocen. Wynikało to z przekonania, że granica przy bardziej rozbudowanej skali ocen jest trudna do określenia. Przyjęta kategoryzacja tworzy czasami czarno - biały obraz rzeczywistości. Jednakże, gdy założymy, że chodzi nam o uchwycenie tendencji dominującej, to może ta sytuacja ulec usprawiedliwieniu.

Przypisy

1 Zob. Jacques Brehant, Thanatos, Ancher Warszawa 93 s. 11. Podobne opinie były prezentowane między innymi w artykule Elżbiety Cichockiej, "Gazeta Wyborcza" nr 219 (18-19 wrzesień) oraz przez przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dr n. med. Jerzego Moskwa na łamach "Gazety Wyborczej" z dnia 23-24 października 1993 roku.

2 Np. Kulig A., Egzamin wstępny na Akademie Medyczne, w: Metody przyjmowania kandydatów do Wyższych Szkół i ich kształcenie, WAM, Łódź 1990, s. 1.
Bajak M., Szewczyk T.: Podstawowe czynniki warunkujące efektywność systemu wychowania lekarza wojskowego, Rozpraw doktorska, Warszawa 1978, WAP.
Indisow L.: Postawy wobec zawodu i uczelni absolwentów z lat 1980 i 1981, Raport z badań, Łódź 1984. Materiał nie publikowany w całości.

3 W rozmowie z prof. Walentym Lewkowskim uzyskałem informację, że wszelkie badania w tym zakresie były niechętnie widziane przez przełożonych, a wyniki publikowane były tylko przypadkowo. W Biuletynie WAM znalazłem tylko jedną publikację: Lewkowski W.: Etyka lekarska a praktyka, 1977, t.2.

4 Smoczyński P., Teoria etyki Leona Petrażyckiego, w: Człowiek i wartości moralne, Wyd. Lublin 1989, s. 133-137.

5 Jankowski H., Etyka, PWN, Warszawa 1973, s. 64-90.

6 Regulamin dyscyplinarny Sił Zbrojnych MON, 1977, s. 75.

7 Ustawa z dnia 19.04.1969 r. (Dz.U.nr 13, poz. 94).

8 Metodę tę polecała mi także prof. dr hab. Irena Lepalczyk - Kierownik Zakładu Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego.

9 Pilch T., Metodologia badań środowiskowych, Wrocław 1971, s. 88.

10 Pytkowski W., Organizacja badań i ocena prac naukowych, PWN, 1985, s. 70.

11 Ustawa z 19.04.1969 r. Dz. Ustaw nr 13 z 14.05.1969 r., p.94.

12 Jego prace to m.in., The Moral Life of Children (Moralne życie dzieci), The Politycal Life of Children (Polityczne życie dzieci), Children of Crisis (Dzieci kryzysu).

13 Kamiński A., Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej, Studia Pedagogiczne 1970, t. XIX, s. 64.

14 Diedler J., Słownik filozofii (przekład z francuskiego) Wyd. "Książnica" 1992, s. 372.

15 tamże, s. 81.

16 Godlewski M., Kracewicz S., Wujek T.: Pedagogika, Warszawa 1974, PWN, s. 64.

17 Godlewski M., Kracewicz S., Wujek T.: op. cit., s. 65.

18 Godlewski M., Kracewicz S., Wujek T.: op. cit., s. 31.

"Nie będzie dobrym lekarzem,

kto nie jest dobrym człowiekiem"

W. Biegański

Rozdział II

PROBLEMATYKA ROLI SPOŁECZNO - ZAWODOWEJ LEKARZA W WYBRANEJ LITERATURZE

1. Pojęcie roli społeczno - zawodowej i jej uwarunkowania

Na gruncie socjologii rola społeczno - zawodowa rozpatrywana jest jako element osobowości społecznej[1]. Jan Szczepański definiuje ją jako "względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań, będących reakcjami na zachowanie innych osób, przebiegających według mniej lub więcej wyraźnie ustalonego wzoru"[2]. Mówiąc inaczej, w każdej grupie, kręgu czy zbiorowości społecznej istnieją pewne pozycje lub stanowiska, które zajmowane przez ludzi wymagają od nich określonych, ustalonych sposobów zachowania się. Jerzy Wiatr przez rolę społeczną rozumie "zachowanie, którego grupa oczekuje od danej jednostki w wyniku zaakceptowania określonej pozycji tej jednostki w łonie grupy"[3]. Występuje więc powiązanie pomiędzy rolą społeczną i pozycją społeczną. Rola jest konsekwencją określonej pozycji. To powiązanie określa się pojęciem roli społeczno - zawodowej[4].

Podobnie określa rolę M. Surmaczyński rozumiejąc ją jako "ogół zachowań, które są oczekiwane od każdej jednostki zajmującej określoną pozycję w organizacji życia społecznego"[5].

H. Muszyński przeprowadza kategoryzację ról społecznych wyodrębniając:

- społeczną rolę obywatela,
- społeczną rolę człowieka pracy,
- rolę racjonalnego konsumenta,

- rolę czynnego uczestnika życia ideowo-politycznego,

- rolę współtwórcy kultury,

- społeczną rolę członka grupy,

- społeczną rolę członka rodziny[6].

Przygotowanie do pełnienia tych ról jest zadaniem wychowania. Niektóre z ról społeczno - zawodowych są bardzo sformalizowane i ujęte w ścisłe przepisy zawierające prawa i obowiązki. Za takową kategoryzację można przyjąć "Zasady etyczno - deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego" z 3 czerwca 1967 r., ustawę o zawodzie lekarza z dn. 28.X.1950 r. czy też "Zasady etyki i obyczaju żołnierzy Sił Zbrojnych".

Zdaniem J. Szczepańskiego realizacja roli zależy od dość złożonego układu czynników[7].

Po pierwsze - od elementów bio- i psychogennych jednostki, które mogą ułatwiać lub utrudniać wykonywanie pewnych ról.

Po drugie - od wzoru osobowego, określającego zespół cech idealnych, jakie jednostka wykonująca daną rolę powinna okazywać oraz zespołu idealnych sposobów. Inaczej mówiąc, chodzi tu o scenariusz danej roli, który może być różnie określany w różnych grupach. Wzór osobowy określa takie cechy jak np.: godność, honor, postawa moralna itp.

Po trzecie - od definicji roli w grupie, w której lub przed którą dana rola jest wykonywana. Definicja przyporządkowuje do roli pewne wzory osobowe.

Po czwarte - realizacja roli zależy od struktury i organizacji wewnętrznej grupy, jej zwartości wewnętrznej, systemu sankcji, którym ona dysponuje. Grupa o bardzo zwartej organizacji formalnej (np. wojsko), ścisłej dyscyplinie, narzuca swoje role w sposób dość bezwzględny.

Po piąte - wykonanie roli zależy od stopnia identyfikacji jednostki z grupą. Identyfikacja ta polega na utożsamianiu własnych interesów z wartościami i interesami grupy, które jednostka uważa za cel i sens swego życia.

Takie uwarunkowania roli społeczno - zawodowej pozwalają sądzić, że stanowi ona pewien schemat "nałożony przez społeczeństwo na elementy biogenne i psychogenne człowieka"[8]. Tak zwane "nakładanie" odbywa się w procesie socjalizacji i wychowania. Nie można osiągnąć **pożądanego kształtu osobowości ludzkiej** bez odpowiedzi na pytanie, jakie role społeczne dany człowiek ma do spełnienia w życiowej aktywności.

Osobowość - w ujęciu Szewczuka - określana jest jako "uwarunkowany społecznie sposób istnienia jednostki, na który składają się jej cele życiowe oparte na zdobytym w ciągu życia poznaniu rzeczywistości, sposoby realizowania tych celów, stosunki, w jakie przy tej realizacji wchodzi z innymi ludźmi oraz mechanizmy samoregulujące, integrujące ją wewnętrznie i harmonizujące ją z otoczeniem społecznym"[9].

Powyższa definicja ujmuje osobowość jako system dynamiczny, kształtujący się w procesie socjalizacji i wychowania. Można powiedzieć, że istotą wychowania jest doprowadzenie do tego, aby ludzie przejawiali pożądane zachowania nie tylko wtedy, kiedy poddawani są zabiegom wychowawczym, lecz także w przyszłości[10]. Zadanie to jest realizowane w systemie wychowawczym szkoły wyższej, który składa się z zespołu zadań uruchamiających pożądane procesy osobotwórcze. Tradycyjnie uważa się, iż w procesie dydaktycznym można rozwiązać wszystkie problemy wychowawcze. Poglądowi temu zaprzecza Heliodor Muszyński uznając, iż społeczno - moralny aspekt działań ludzkich jest intencjonalną działalnością wychowawczą[11].

W dziedzinie kształtowania osobowości współczesna teoria pedagogiczna dużo zawdzięcza niemieckiemu psychologowi

Williamowi Sternowi. Wprowadził on rozróżnienie dwóch głównych grup dyspozycji psychicznych człowieka: dyspozycji instrumentalnych oraz dyspozycji kierunkowych. Dyspozycjami instrumentalnymi nazwał te wszystkie dyspozycje, które wyznaczają efektywność działania człowieka. Jeżeli jednostka potrafi skutecznie działać, to zawdzięcza to swoim dyspozycjom instrumentalnym, takim jak wiedza, umiejętności, inteligencja, uzdolnienia. Wszystkie te dyspozycje wpływają na to, co człowiek umie, do czego jest zdolny. Dyspozycje te będą więc ujmowały również czynności fachowo - medyczne lekarza. Obok tego wyróżnia W. Stern także dyspozycje kierunkowe. Określa je mianem postawy. Postawy to pewne bardziej złożone zespoły dyspozycji psychicznych obejmujące elementy woli, uczuć, myślenia, szczególnie myślenia przekonaniowego oraz elementy spostrzegania, a wreszcie elementy motywacji[12].

Niektórzy pedagodzy przyjmują, że przedmiotem nauczania są dyspozycje instrumentalne, natomiast przedmiotem wychowania są dyspozycje kierunkowe[13].

Liczne badania wykazały, że nie zachodzi ścisły związek (nawet żaden) między cechami instrumentalnymi, a cechami kierunkowymi. Każdy osobnik może przedstawiać dowolne zestawienie obu tych cech. Bywają ludzie, którzy mają niezwykle wysoko rozwinięte cechy instrumentalne, a więc - innymi słowy mówiąc - są na wysokim poziomie wiedzy, umiejętności i wykształcenia, a równocześnie niskim poziomie moralnym, kultury osobistej czy uspołecznienia.

Być może właśnie to jest jedną z przyczyn kryzysu współczesnej medycyny i znajduje swoje uzasadnienie w złym systemie kształcenia i wychowania lekarza. Dyspozycje kierunkowe odpowiadają na pytanie, ku czemu człowiek zmierza, czego pragnie, na czym mu zależy, co sobie ceni.

Można wyróżnić postawy człowieka wobec pewnych wartości, jakie przyświecają lub też przyświecać powinny życiu społecznemu. Ogół tych postaw określa się mianem wartości naczelnych człowieka. Po drugie, można oddzielnie mówić o postawach wobec społeczeństwa i wobec grup społecznych, w jakich człowiek funkcjonuje. Trzecia grupa postaw przejawia się we współżyciu ludzi ze sobą. Jest to właśnie ta grupa postaw, którą przyniosła ze sobą moralność tradycyjna.

Wydaje się, że ta właśnie grupa postaw ma szczególne znaczenie dla pracowników służby zdrowia. Wśród nich można wymienić takie, jak postawa altruizmu, to jest życzliwości ku innemu człowiekowi. Istota tej postawy polega na tym, że człowiek powinien respektować potrzeby drugiego człowieka, których uznanie i respektowanie jest źródłem dobrego samopoczucia, a inaczej mówiąc - szczęścia ludzi.

Czwarta grupa postaw - to postawy wobec samego siebie. Lekarz, jakiego chcemy wychować, ma także mieć określony stosunek do siebie, a więc, na przykład, odznaczać się skłonnością do samokontroli, dążeniem do osobistej doskonałości.

Do piątej grupy postaw zaliczylibyśmy tzw. postawy kulturowe. Szósta grupa obejmuje postawy wobec przyrody[14].

Wróćmy obecnie jeszcze do postaw interpersonalnych. Każda jednostka ludzka posiada pewne potrzeby, które chce realizować w życiu, a ponadto pewne oczekiwania w stosunku do innych. Warto w tym miejscu zauważyć, że ludzie chorzy mają pewne swoiste potrzeby, jak również pewne oczekiwania co do ich zaspokojenia przez otoczenie. W tym przypadku postawą, o której warto wspomnieć - to postawa opiekuńczości. Zrozumiałe jest, że nabiera ona szczególnej wagi dla pracowników służby zdrowia. Ludzie często potrzebują pomocy, zaś potrzeba pomocy jest szczególnie powszechna u ludzi słabych, chorych i

cierpiących. Postawę opiekuńczości wspomagałaby, w naszym przekonaniu, postawa współodczuwania. Lekarze i psychologowie doskonale się orientują jakie znaczenie dla przebiegu choroby ma pełen zrozumienia stosunek otoczenia. Tadeusz Kielanowski, np. życzliwy stosunek do chorego traktuje jako element psychoterapii terminalnej[15].

W dość powszechnym dzisiaj przekonaniu rola lekarza jako człowieka, jego osobowość ma szczególne znaczenie. Lekarz powinien myśleć zarówno kategoriami społecznymi, jak i jednostkowymi.

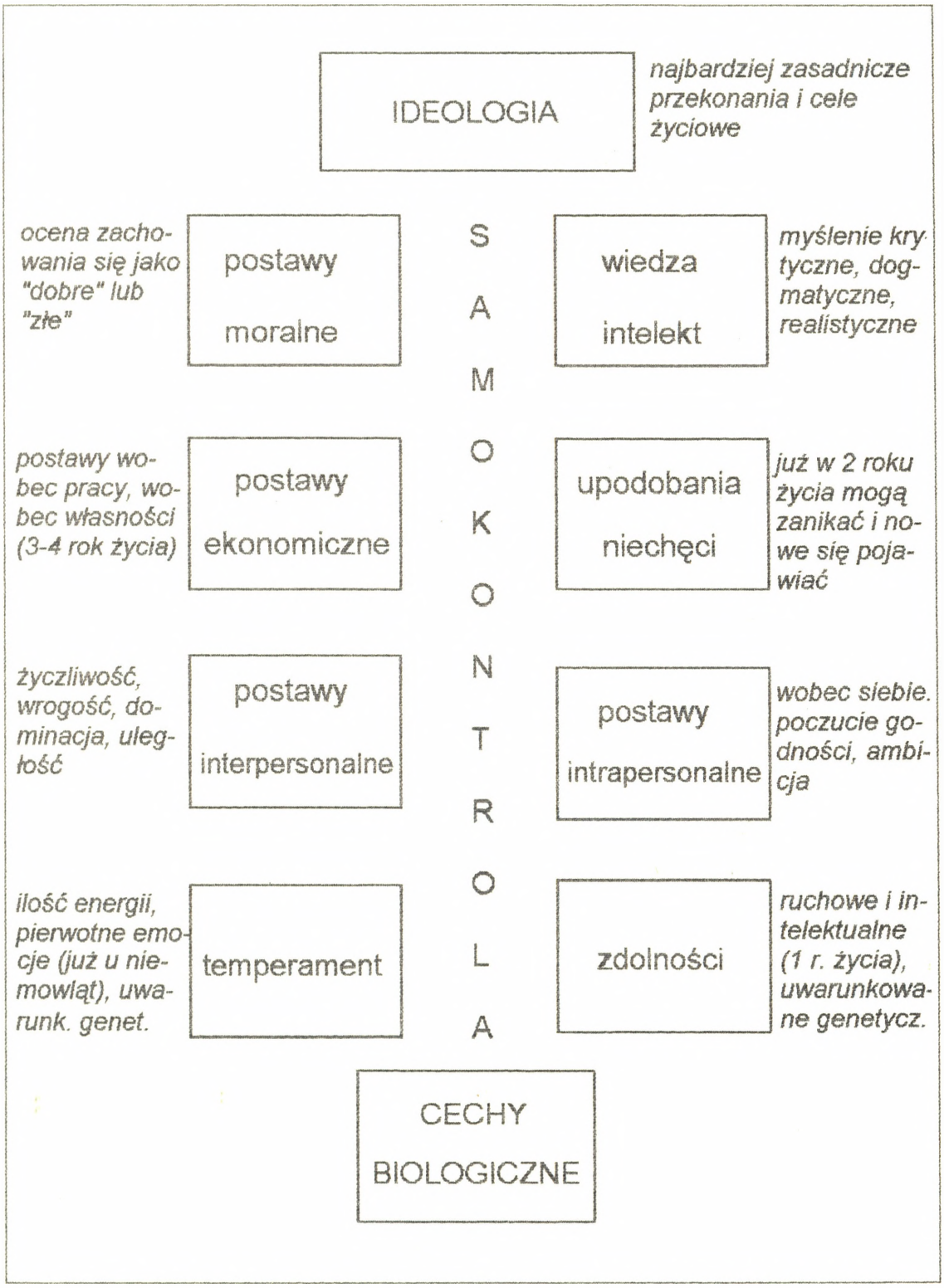
Pożądane, ze społecznego punktu widzenia, postawy lekarza w interesujący sposób analizuje Tadeusz Brzeziński. Dostrzega takie typy postaw[16]:

- postawa lekarza wobec natury
- postawy kulturowe lekarza
- postawy ideowe lekarza
- postawy społeczne
- postawy interpersonalne

Pożądanych postaw nie osiąga się tylko drogą zachowań werbalnych i moralizowania. Komponent motywacyjny (motywacja moralna) kształtuje się w działaniu[17]. Trwałość postawy to wynik posiadanych wartości emocjonalnych, intelektualnych i motywacyjnych funkcjonujących nierozłącznie. Jest to także mechanizm "rozbudzania wyobraźni moralnej".

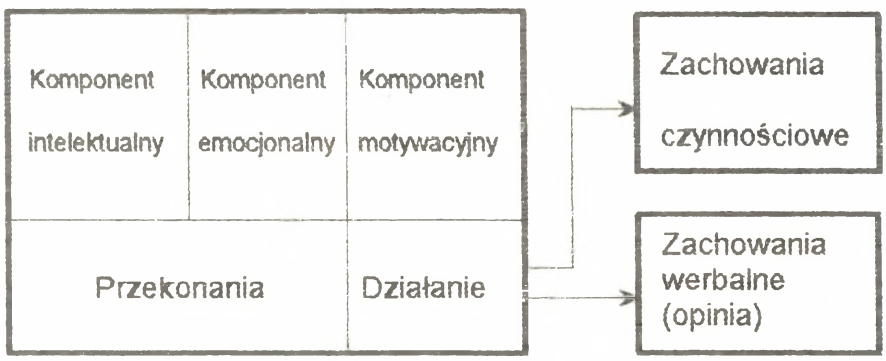
Intelektualny komponent postawy

Postawa wobec określonego zjawiska lub przedmiotu zakłada konieczność posiadania na ich temat pewnego zasobu wiadomości. Wspomniany zasób wiadomości może być mniej lub bardziej rozległy i udokumentowany. Im większy jest ich zasób, tym większa możliwość kształtowania trwałych postaw. Wiedza w



Kształtowanie się osobowości człowieka wg amerykańskiego filozofa medycyny B. Zawadzkiego [18]

pewnym sensie "uzasadnia" postawę. W takim ujęciu rozumieć należy intelektualne składniki postawy. Wiadomości dotyczące przedmiotów, zjawisk i osób pozwalają na określenie ich jakości i treści, konstruują poglądy w odniesieniu do osób, przedmiotów lub zjawisk.



Psychologiczna struktura postawy

"Pełna i zwarta postawa jest możliwa wyłącznie wtedy, jeżeli posiada odpowiednio rozbudowany komponent intelektualny"[19]. W takim rozumieniu problemu wszyscy nauczyciele akademiccy WAM kształtują postawy intelektualne studentów w procesie dydaktyczno - wychowawczym.

Emocjonalny komponent postawy

Zespół wiadomości dotyczących określonego zjawiska lub przedmiotu nie może być wyłącznym czynnikiem konstruującym postawy. Postawa zakłada nie tylko wiedzę, ale - w pewnych przypadkach przede wszystkim emocjonalny stosunek do przedmiotu tej wiedzy. W emocjonalnym stosunku, w komponencie

emocjonalnym upatrywać należy zasadniczy czynnik konstruujący postawy. Nie istnieją one bez emocjonalnego komponentu, bez emocjonalnego ustosunkowania się człowieka do przedmiotu. Postawę wobec pewnego przedmiotu lub zjawiska zajmujemy wtedy, jeżeli mają one dla nas jakieś subiektywnie odczuwalne dodatnie lub ujemne znaczenie. W teorii moralności mówimy, że są one pochodną uznawanych wartości.

Komponent intelektualny i emocjonalny, wzajemnie zintegrowane, tworzą przekonania, będące większym elementem składowym postawy.

Przekonania zdefiniować można jako zespół sądów oparty na przeświadczeniu o słuszności i prawdziwości czegoś. W teorii postaw - przekonania same w sobie są postawą niepełną pozbawioną motywacji.

Motywacyjny komponent postawy

Każda postawa winna skłaniać jednostkę do określonego ustosunkowania się do rzeczywistości, skłaniać do określonego działania. Jest to zasadniczy cel kształtowania postaw i istotny element samej postawy. Zawarte są w nim czynniki motywacyjne, ponieważ działanie uwarunkowane jest określonymi motywami. Przekonania, wzbogacone motywacją tworzą postawę. Wynika stąd, że dopiero odpowiednie połączenie komponentu poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego tworzą pełną postawę.

Przedkładane propozycje (m.in. przez Tadeusza Kielanowskiego) ulepszeń w systemie kształcenia lekarzy zmierzają do rozbudowy przekonań drogą rozszerzania wiedzy lub zmiany w niej proporcji[20].

W świetle teorii postaw jest to jednak nie wystarczające do uzyskania postaw pełnych. Postawy ludzkie w praktyce odzwierciedlają się między innymi w sposobie pełnienia roli

społeczno - zawodowej. Każde z nich wykazuje pewną specyfikę, którą powinien uwzględniać system wychowania uczelni.

2. Specyfika roli społeczno - zawodowej lekarza

Każda z ról społeczno - zawodowych wykazuje pewną specyfikę, zależną od miejsca w społeczeństwie. Specyfika zawodu lekarza, podobnie jak nauczyciela, pielęgniarki i wszystkich innych zawodów o charakterze podmiotowym jest fakt, że bezpośrednim przedmiotem działania jest człowiek. Człowiek jako "odbiorca" zawodowych zachowań reprezentuje określone oczekiwania w stosunku do przedstawicieli tych zawodów.

"W analizie ról lekarza trzeba uwzględnić oczekiwania nie jednej, lecz dwóch, wyraźnie określonych grup. Są to oczekiwania pacjentów i oczekiwania własnej grupy zawodowej. Łącznie są one wyznacznikami treści roli społeczno - zawodowej lekarza[21].

Wzorce oczekiwań, zwłaszcza działające w stosunku: pacjent - lekarz, wynikają nie tylko z ustaw, na pewno niezbędnych, ale nie są one w stanie przewidzieć wszystkich relacji: człowiek - człowiek. "Oczekiwania wynikają z ludzkich potrzeb psychologicznych"[22], które w mniejszym lub większym stopniu uzewnętrzniają się w tej relacji.

"W zawodzie lekarza zadania formalne (wiedza medyczna, sprawności manualne) i nieformalne (życzliwość, zainteresowanie chorym człowiekiem) - określane zwykle jako role instrumentalne i ekspresyjne są ze sobą ściśle sprzężone"[23].

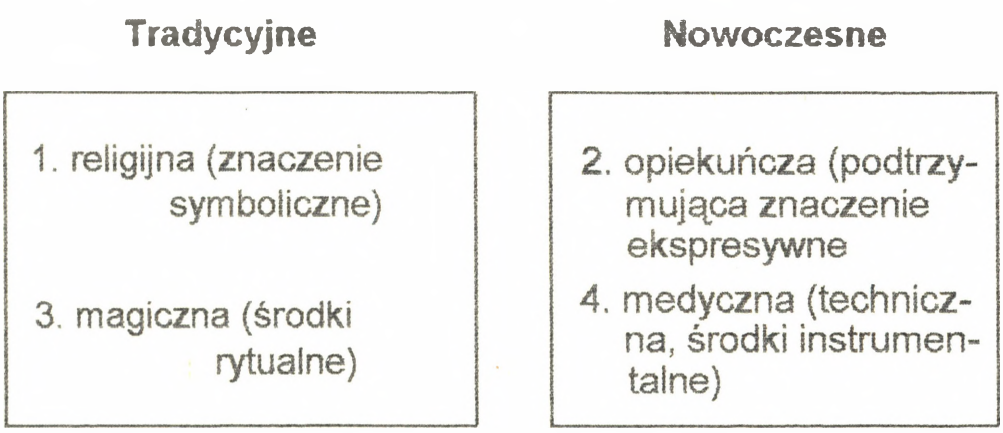
Efekty działań profesjonalnych polegają na harmonijnym ich "zgraniu". W sytuacji zaś, gdy następuje zdecydowana przewaga jednego kosztem drugiego, dochodzi do zakłóceń w pełnieniu ról zawodowych lekarza. "Wynikiem tego zakłócenia

jest bądź złe leczenie, bądź pomijanie istotnych psychospołecznych potrzeb człowieka chorego"[24].

W stosunku lekarz - pacjent oczekiwania będą wynikały nie tylko z potrzeb, ale także kulturowo uwarunkowanych modeli i wzorców. Na poziomie kulturowym występują "cztery typy reakcji na chorobę: religijna, magiczna, opiekuńcza i medyczna"[25].

Reakcje te można przedstawić w schemacie, stosując podział ze względu na nowoczesną i tradycyjną formę reakcji, oraz ze względu na zużyte środki i znaczenie przypisywane poszczególnym reakcjom:

Reakcję religijną na chorobę i śmierć opisać można jako postawę akceptującą śmierć i chorobę, które traktowane są jako wynik działania sił wyższych nie podlegających kontroli



REAKCJE NA CHOROBĘ [26]

człowieka, lub podlegających jej w niewielkiej mierze - sił, których cele bywają często tajemnicze.

Reakcja magiczna jest próbą zajęcia postawy czynnej wobec choroby uznawanej za rezultat działania mocy bogów czy innych sił tajemniczych.

Reakcja opiekuńcza (pielęgnacyjna) może być opisana jako dostarczanie psychicznej pomocy i oparcia, czułej opieki. Działania w celu zabezpieczenia psychiczno - uczuciowych potrzeb, zapewnienie poparcia i spokoju muszą zawierać, w odczuciu pacjenta, wyraźny element zaufania, poczucia bezpieczeństwa i pewności.

Reakcja medyczna (techniczna) obejmuje usługi, których celem jest opanowanie choroby czy urazu przy pomocy środków naukowych, dających się weryfikować zarówno w fazie ustalania etiologii, jaki i w okresie stosowania środków leczniczych. "Filozofia" owa chociaż w ogólnym zarysie powinna być znana lekarzowi.

W stosunku lekarz - grupa zawodowa wzorce oczekiwań będą żądaniami wynikającymi z najogólniej pojętego wzorca zawodowego. Troska o bezkolizyjne funkcjonowanie lekarza i właściwe wypełnianie roli społeczno - zawodowej wymaga szukania doskonalszych metod kształtowania osobowości.

Zdzisława Bizoń mówi o pewnym stereotypie roli lekarza oraz jego cech osobowych, w których oba "elementy - rola zawodowa i wzór osobowy - są powiązane w jedną nierozerwalną całość"[27]. Zgodnie z tym stereotypem, lekarz - to niemal wszechmocny, wszechkompetentny i nieskazitelny moralnie fachowiec ucieleśniający wszelkie możliwe cnoty: altruizmu, poświęcenia, mądrości itp. Ów przesadny, wyidealizowany stereotyp - obraz lekarza tworzony jest nie tylko na użytek własnej profesji (w tym np. na użytek jej przyszłych adeptów), lecz jest także upowszechniany w społeczeństwie np. przez środki masowego przekazu. Należy dodać, że wynikające stąd skutki nie zawsze są pożądane. Przeciwnie, często "bywają niekorzystne i dysfunkcyjne dla systemu medycznego"[28].

Wyidealizowany model osobowości lekarza przyczynia się do zwiększenia "popytu" na usługi medyczne, w tym często również z powodów pozamedycznych, których system zwykle nie jest w stanie zaspokoić (np. chirurgia plastyczna, medycyna kosmetyczna). "Zwiększa to także ryzyko frustracji, niezadowolenia u pacjentów, którzy pod jego wpływem żywią nadmierne i nierealistyczne oczekiwania wobec lekarza"[29].

Na specyfikę roli społeczno - zawodowej lekarza wpływ ma również utwierdzanie przekonań o dobrodziejstwach płynących z działań medycznych oraz o konieczności przestrzegania zaleceń medycznych przez podkreślanie horrorystycznych stron lub braku takich interwencji albo lekceważenia zaleceń.

Jest to charakterystyczna cecha większości akcji typu oświatowego, zapobiegawczego. Niezwykle często ucieka się w nich do takich środków oddziaływania jak straszenie (np. wezwanie na zdjęcie Rtg płuc, gdzie w uwadze pisze się o karze grzywny).

Funkcjonowanie społeczne lekarza wywiera również niezwykle silny wpływ na emocje, wyobrażenia i postawy przez:

- samą obecność przedstawicieli medycyny w najbardziej podniosłych bądź dramatycznych wydarzeniach w życiu człowieka, np. narodziny, śmierć, nieszczęśliwe wypadki, zbiorowe kataklizmy;
- liczne spektakularne akcesoria praktyki medycznej np. w dawnych czasach "teatry anatomiczne", obecnie - np. syreny pędzących karetek pogotowia ratunkowego.

Zawód lekarza - jego specyfika doczekała się także głębokich analiz filozoficzno - socjologicznych.

"Jeżeli się zdarza - pisze Władysław Tatarkiewicz - że filozofia ze swego wszelkiego zakresu wybiera jakąś część i o niej traktuje specjalnie, to dzieje się to ze względu na tej

części szczególną wagę i wartość. Jest to nauka o tym, co dla ludzkości najważniejsze i najcenniejsze"[30].

Żyjemy w epoce cywilizacji technicznej, w której osiąga się szczyty możliwości materialnej, które jednocześnie stwarzają ogromne przepaście między możliwościami i realiami, zwłaszcza dla człowieka pozostawionego samemu sobie w cierpieniu. Tymczasem zdrowie, choroba czy śmierć, każde cierpienie towarzyszące człowiekowi i ludzkości stale należą do spraw najważniejszych, a humanitarne działanie w dziedzinie świadczenia dobra ludziom cierpiącym - do spraw najcenniejszych. Wynika to szczególnie z tych nurtów filozofii, które w centrum zainteresowań stawiają człowieka i jego koncepcje życia.

Ograniczenie pojęcia cierpienia tylko do choroby byłoby niesłuszne, gdyż zakładałoby, że człowiek zdrowy nigdy nie cierpi. Istnieje przecież cierpienie nie tylko fizyczne, ale także psychiczne i trudniejsze do określenia, choć nieraz bardzo dolegliwe, cierpienie duchowe. To ostatnie W. Tatarkiewicz określa jako "Świadomość istniejącego zła we wszystkich jego postaciach, czy to będzie nikczemność ludzi, niesprawiedliwość losów, czy brzydota rzeczy... Cierpi się także z powodu niedostatecznego dobra: dokucza nam, że nie jesteśmy tak wolni, czy tak szczęśliwi, jak moglibyśmy być"[31].

Ludzkie cierpienie wymagające ratunku, pomocy, oparcia i życzliwego współczucia jest właściwym sensem medycyny. I tu nic się nie zmieniło od najdawniejszych czasów, od średniowiecznych przytułków - szpitali, wojennych lazaretów, aż po dzisiejsze osiągnięcia medycyny oparte na wiedzy i nowoczesnym szpitalu. Zmieniły się wymagania w zakresie kwalifikacji, metody, sposoby leczenia i pielęgnacji, ale cierpienie wołające o pomoc pozostało nadal. Znikają pewne choroby, ale powstają inne. Może maszyny, komputery zastępują

dotychczasowy sposób diagnozy, ale ból, lęk, zależność są teraz jeszcze większe wobec nowych metod diagnostycznych, barier, które dzielą chorego od lekarza. Przedstawiona specyfika roli społeczno - zawodowej ma swoje odzwierciedlenie także w etyce lekarskiej.

3. Wybrane aspekty ewolucji etyki lekarskiej

Ewolucja etycznej myśli lekarskiej odbywała się stale i systematycznie. Medycyna jako wiedza, nauka a nawet sztuka rozwijała się w ciągu wieków w powiązaniu z filozofią. Filozofia, rozumiana jako wiedza o ludzkiej mądrości oraz jako nauka zajmująca się refleksją nad istotą bytu, źródłem poznania rzeczywistości, sensu życia, zespołu zagadnień zajmujących się poglądem na świat i na człowieka, towarzyszyła przez dzieje medycynie, albo nawet - lub raczej medycyna z niej wyrosła i w niej się zakorzeniła. Sojusz filozofii z medycyną, udokumentowany historycznie, dotyczy głównie dwóch działów filozofii - antropologii oraz aksjologii, czyli nauki o wartościach, w tym również wartościach etycznych[32].

Można wyróżnić trzy najogólniejsze etapy w ewolucji etyki lekarskiej. Etap pierwszy charakteryzował się istnieniem wyłącznie ogólnych wskazań, które dotyczyły także przedstawicieli innych profesji. Uczenie się medycyny nie odbiegało od rzemiosła. Ludzie wyobrażali sobie, że choroby powstają wskutek czarów, przeto schorzeniom można było zapobiegać lub leczyć je posługując się "przeciwczarami". Etap drugi to okres przysiąg lekarskich. Próbowano wówczas zrozumieć istotę choroby w oparciu o prawa przyrody. Określano obowiązki lekarza w sposób bardziej precyzyjny, przypisując zasady odpowiedzialności za mało skuteczne leczenie. Za punkt przełomowy należy uznać wprowadzenie egzaminu państwowego i stworzenie

warunków do nauczania uniwersyteckiego[33]. Tak rozumianej medycynie towarzyszyła budowa przysiąg, ale i kodeksów powinności zawodowych. Proces ten trwa także współcześnie.

Rozważania etyczno - moralne pojawiły się już w cywilizacjach starożytnych. Starano się określić dobro w stosunku do którego wszystkie inne dobra miałyby charakter instrumentalny. Wydaje się, że systemy filozoficzne są praźródłem aksjologicznego pojęcia dobra i zła. Z nich to wydobywano wnioski do praktycznego zastosowania w pracy lekarza. Pogląd taki podziela m.in. Tadeusz Brzeziński analizując poglądy Demokryta, Sokratesa itd.[34].

Pierwszy okres dziejów Egiptu - Stare Państwo przypada na okres ok. 2850-2050 r. p.n.e. W nauce moralnej głoszonej wówczas przez Ptahhotepa (ok. 2500 r. p.n.e.) można znaleźć wskazówki, zalecenia, jak należy zachować się w stosunkach z przełożonymi, podwładnymi i ludźmi równymi sobie. "Jeżeli jesteś kierownikiem, który rozkazuje wielu ludziom, staraj się zdobyć wszystkie zalety, aby charakter twój nie miał skazy"[35].

Według Ptahhotepa człowiek dobry, w tym dobry lekarz, powinien mieć takie cnoty moralne jak: posłuszeństwo, milczenie, rozwaga, opieka nad rodziną, hojność, unikanie zwady. Za wadę uważał pychę, rozpustę i chciwość. Przemyślenia Ptahhotepa są fundamentem egipskiej moralności i etyki. Podawał także wskazówki humanitarne, zasady porządku, prawa i sprawiedliwości (rity). Rita wyznacza człowiekowi obowiązki wobec siebie, wobec innych ludzi i wobec bogów. Tym obowiązkom towarzyszą życzliwość i gościnność.

Od najdawniejszych czasów myśl filozoficzna jogi cieszyła się w Indiach, jak i obecnie na świecie, dużym zainteresowaniem. Zwracała ona uwagę na istotę człowieka, co miało znaczenie także dla sztuki lekarskiej. Joga podaje drogę

osiągnięcia doskonałości duchowej oraz odprężenia fizycznego i psychicznego przez: wstrzemięźliwość, przestrzeganie swoiście rozumianych zasad cnoty, odpowiednią postawę, regulację oddechu, wyłączanie zmysłów, zwrócenie uwagi na jeden przedmiot, kontemplację i skupienie.

Wstrzemięźliwość i przestrzeganie zasad cnoty zarysowują zręby etyki jogi (niekrzywdzenie, prawdomówność, niedopuszczanie do kradzieży, brak pożądliwości, nieposiadanie). Człowiek doskonalący się w zasadach moralnych, cnotach moralnych zdobywa kontrolę i władzę nad psychiką i ciałem. Były to ważne wskazania także dla medycyny.

Zbiór zasad moralnych, obyczajowych i prawnych, którymi powinien człowiek kierować się w życiu, stanowią również Prawa Manu z przełomu II i I w. p.n.e. Jest to jednak prawo kastowe - każdy człowiek ma do spełnienia narzucone zadania "nie wyzyskiwać ludzi biednych, słabych i nieszczęśliwych"[36].

Na steli nagrobnej strażnika piramidy faraona Teli znajduje się cytat z jego nauki moralnej: "Zadowalałem go tym, czego pragnął: mówiłem prawdę, postępowałem właściwie, mówiłem rzeczy dobre i powtarzałem rzeczy dobre. Godziłem skłóconych braci. Ratowałem człowieka nieszczęśliwego od silnego prześladowcy. Dawałem chleb zgłodniałemu a odzież nagiemu. Przewoziłem mym czółnem tego, kto nie miał własnego, grzebałem tego, kto nie miał syna. Sporządzałem czółno dla tego, kto go nie miał. Szanowałem ojca mego i byłem czuły dla mojej matki. Wychowałem ich dzieci"[37].

W papirusie z Lejdy zalecano głębokie przejęcie się wartościami, które człowiekowi dają szczęście i spokój. Człowiek mądry i sprawiedliwy zawsze mówi prawdę "Co jest w jego sercu, jest także i na języku"[38].

Myśliciele sumeryjscy opisywali ludzi nieszczęśliwych i cierpiących, którzy powinni zdać swoje losy na boskich

opiekunów (lekarzy) - trzeba być uległym bogom, a bóg zlituje się nad potrzebującym człowiekiem.

W prawodawstwie sumeryjskim odzwierciedla się także pewna myśl moralna. Kodeks króla Ur-Nammu zawierał przepisy mające zreformować i uporządkować stosunki społeczne w kraju na zasadach sprawiedliwości i porządku. Kodeks Ur-Nammu "sprawiedliwość w kraju zaprowadził, nieład i niesprawiedliwość wyplenił", troszczył się o to by "sierota nie stała się łupem człowieka możnego, by wdowa nie stała się łupem bogatego"[39] do podkreślenia jest fakt, że Sumerowie nie znali i nie stosowali prawa odwetu "oko za oko, ząb za ząb". Dotyczyło to także odpowiedzialności lekarskiej.

Myśliciele babilońscy w II tysiącleciu p.n.e. podejmowali wątki etyczne Sumerów. Filozofia tamtych czasów mocno akcentowała, że człowiek biedny i nieszczęśliwy jest po prostu osamotniony, nawet bogowie odwracają się od niego.

Etyka i moralność Babilonu znalazła swój wyraz w prawodawstwie i magii. Potępiano rozwody, używanie fałszywych miar i wag. Włamania, morderstwa, cudzołóstwo, kradzieże, odmówienie pomocy bratu, przyjacielowi czy przełożonemu. Wartości te odnoszono do lekarza akcentując konieczność pomocy drugiemu człowiekowi.

Na szczególną uwagę zasługuje Kodeks Hamurabiego odnaleziony w 1901 r. Kodeks zawiera przepisy o ochronie własności, kradzieży, za którą przewiduje karę śmierci a także przepisy dotyczące spraw rodzinnych[40].

Spośród 282 artykułów tego zbioru przepisów moralno - prawnych dziewięć poświęcono lekarzowi. "Jeśli lekarz zada komuś ciężką ranę nożem operacyjnym z brązu i wyleczy go lub otworzy komuś obrzmiałość nożem operacyjnym i zachowa oko u męża - powinien otrzymać 10 szekli srebra. Jeśli chorym był wyzwoleniec, lekarz otrzymuje 5 szekli srebra. Jeśli

pacjentem był czyjś niewolnik, właściciel niewolnika powinien wypłacić lekarzowi 2 szekle srebra.

Jeśli lekarz zada ciężką ranę nożem operacyjnym z brązu i uśmierci pacjenta lub jeśli otworzy nożem operacyjnym z brązu obrzmiałość i zniszczy jego oko, to należy lekarzowi odrąbać ręce.

Jeżeli lekarz zada ciężką ranę nożem operacyjnym niewolnikowi wyzwoleńca i uśmierci go, to powinien oddać niewolnika w zamian za nieżyjącego niewolnika..."[41].

Lekarze - jako jedyny stan byli w nieco lepszej sytuacji, gdyż w żadnym przypadku nie groziła im kara śmierci.

Zasadniczym źródłem poznania myśli moralnej Izraelczyków w XI wieku p.n.e. jest zespół ksiąg Starego Testamentu.

Omawiając problemy moralności nie można pominąć Dekalogu, zwanego powszechnie Dziesięciorgiem Przykazań Bożych. Jest to zbiór nakazów i zakazów religijnych, stanowiących podstawę moralności żydowskiej i chrześcijańskiej. Według Biblii tekst Dekalogu, wyryty na dwóch kamiennych tablicach, które zawierały podstawowe zasady przymierza Jahwe z ludem Izraela, został wręczony Mojżeszowi na górze Synaj. Dekalog jest godny refleksji ludzi wierzących i nie związanych z religią. Szóste przykazanie głosi: "Nie będziesz zabijał". Ten zakaz w obecnym rozumieniu dotyczyć może zabójstwa, samobójstwa, eutanazji, okaleczenia, szkodzenia zdrowiu cudzemu lub własnemu, czy też nieprzestrzegania elementarnych zasad higieny, zaniedbywania chorych, potrzebujących, cierpiących[42]. Dekalog zawiera prawdy nieprzemijające.

Etyka starożytnych Indii ma swój początek w Wedach powstałych około 1500-500 r. p.n.e. Tam także mówiono o cechach, które powinny charakteryzować lekarza.

Moralność starochińska za główną cnotę uznawała poszanowanie przykazań nieba dotyczących rodziców i dzieci, męża i żony, brata, starszego i młodszego, przyjaciół i zwierzchników. Te religijne i estetyczne wskazania były podstawą przemyśleń Konfucjusza i Lao-tsy.

Konfucjusz był przede wszystkim moralistą. Za ideał uważał człowieka szlachetnego, obdarzonego wiedzą, kierującego się humanizmem, sprawiedliwością, wiernością i męstwem.

Podobną analizę poglądów filozoficznych można dokonać w stosunku do filozofii greckiej, rzymskiej, chrześcijańskiej, średniowiecznej, nowożytnej czy współczesnej. Jednakże nie jest to naszym zadaniem. Uczynili to już historycy filozofii. Dokonana analiza ma na celu potwierdzenie hipotezy, że tradycyjna przysięga Hipokratesa jest symbolem. Już dużo wcześniej określano powinności będące dobrem w życiu człowieka i z nich dopiero uszczegóławiano etyki zawodu; w tym lekarza[43].

Dlaczego zatem uznajemy Hipokratesa za postać znaczącą w medycynie? Do powstania tej sławy przyczyniły się ożywcze prądy filozoficzne i myśl demokratyczna Solona, a zwłaszcza reformy ustrojowe Klejstenesa stawiające człowieka w centrum świata. Hipokrates oparł medycynę na zasadach racjonalnych i choć jego nauka nie była wolna od błędów, to nie ma równej sobie pod względem troski o chorego, obserwacji lekarskiej i logicznego wyciągania wniosków prognostycznych. Na podstawie doświadczeń lekarskich stworzył zasadę leczniczą nieszkodzenia choremu i pomagania uzdrawiającym siłom natury. Stąd Hipokratesa uznać należy nie za ojca medycyny wszelkiej, lecz medycyny racjonalnej, która przeciwstawiała się koncepcjom magiczno - religijnym. Dlatego, między innymi, za najstarszą znaną przysięgę lekarską uznaje się przysięgę Hipokratesa

(460-370 r. p.n.e.)[44], choć powstała ona prawdopodobnie 3000 lat p.n.e. Jest ona zamieszczona w zbiorze pism Hipokratesa:

"Przysięgam na Apollina - lekarza, Asklepiosa, Hygieę i Panakeę, na wszystkich bogów i boginie, których wzywam na świadków, iż będę wypełniać tę przysięgę i stosować się do tego, co tu napisano według mej najlepszej wiedzy i możliwości.

Tego, który nauczył mnie sztuki lekarskiej będę czcić tak jak moich rodziców i będę mu pomagać, a jeśli miałby on popaść w długi, wesprę go, a jego synów będę uważał za moich braci i nauczę ich sztuki lekarskiej, jeśli wyrażą oni życzenie, aby ich uczyć, i to bez jakiegokolwiek wynagrodzenia czy pisemnego zobowiązania; pozwolę także uczestniczyć w zapoznawaniu się z przepisami, w wykładach i we wszystkich innych szkoleniach moim synom i synom mego nauczyciela, którzy są związani przysięgą lekarską, ale nikomu poza tym.

I będę stosować zasady nauki o życiu według najlepszej wiedzy i możliwości dla wyleczenia chorego, ale nigdy dla jego zguby lub szkody.

Nigdy nie dam nikomu lekarstwa, które sprowadza śmierć, a nawet wtedy, jeśli będę o to proszony, nie udzielę także nigdy jakiejkolwiek rady w tym względzie.

Nigdy nie dam żadnej kobiecie środka dla zniszczenia kiełkującego życia.

Życie me i mą sztukę zawsze zachowam czyste i nie splamione. Nie będę również operować chorego z kamicą, a ludzi, którzy takie praktyki wykonują będę unikać.

Jeśli wejdę do jakiegokolwiek domu, to uczynię to jedynie dla wyleczenia chorego, unikając jakiegokolwiek świadomego wyrządzania krzywdy, a w szczególności jakiegokolwiek

obcowania płciowego zarówno z osobami płci żeńskiej, jak i męskiej, zarówno z wolnymi, jak i niewolnikami.

O tym, co widzę lub słyszę w czasie wykonywania mej praktyki lub czego dowiaduję się poza praktyką przy kontaktach z ludźmi, a co nigdy nie powinno być podane do wiadomości innym ludziom, o tym będę milczeć w przekonaniu, iż takie rzeczy trzeba zachować w ścisłej tajemnicy. Jeśli wiernie dochowam tej przysięgi i nie zbezczeszczę jej, wtedy niechaj me życie i sztuka będą błogosławione i wielce szanowane zawsze i przez wszystkich ludzi; jeśli jednak miałbym tę przysięgę naruszyć i złamać, to niech mnie spotka wszystko, co przeciwne jest temu"[44].

Hipokrates jest tym dla medycyny czym był Sokrates dla filozofii: szermierzem praktycznego rozsądku i mądrego samoograniczania się, wysokich walorów moralnych. Dlatego poświęcono mu tak wiele uwagi. Także w XX wieku odbywają się międzynarodowe konferencje poświęcone rozumieniu medycyny przez Hipokratesa. W 1953 roku w Evian 400 lekarzy z różnych krajów stwierdziło:

"Ze spuścizny duchowej Hipokratesa wynika jedno: lekarzowi nie wolno być tylko technicznym opiekunem zdrowia jednostki i społeczeństwa, ponieważ minie się ze swym powołaniem, jeśli nie będzie się kierować również wskazaniami moralnymi hipokratesowskiej przysięgi. Zarówno techniczne, jak i moralna strona medycyny hipokratesowej predysponuje ją do roli twórcy nowego humanizmu, który postawi cele moralne naszej technicznej cywilizacji"[45].

Miano kodeksu etycznego można przyznać codziennej modlitwie lekarzy Mojżesza Majmonidesa (1135-1204) ur. w Kordobie - lekarza, filozofa, matematyka. Powstała ona w kręgu medycyny arabskiej, której rozkwit przypada na lata 900-1150. Tam to

powstała pouczająca sentencja - zdrowie jest koroną, którą na głowach ludzi zdrowych widzą tylko ludzie chorzy.

Mosze ben Majmon (Majmonides) o etyce lekarskiej wypowiadał się następująco: medycyna wskazuje tylko to, co jest użyteczne i ostrzega przed tym, co jest szkodliwe, ale nie zmusza do pierwszego ani nie karze za drugie. Ogół reguł lekarskich ujął w formie codziennej modlitwy:

"Niech mnie ożywia miłość do sztuki i do Twoich tworów. Nie dopuść, aby żądza zysku, gonienia za sławą i zaszczytami wzięły udział w zatrudnieniu moim: nieprzyjaciele prawdy i miłości ludzi mogą łatwo znieść i usunąć od przeznaczenia czynić dobrze dzieciom Twoim.

Wzmocnij siły serca mojego, aby gotowe było służyć jednakowo biednemu i bogatemu, dobremu i złemu, przyjacielowi i wrogowi. Obym w cierpiącym widział tylko człowieka. Niech duch mój u łoża chorego zawsze zapanuje nad sobą i niech go myśl obca nie rozprasza, niech mu zawsze towarzyszy wszystko, czego nauczyły go doświadczenie i badanie, albowiem zbawienie i wielkie jest badanie w ciszy tego, co ma utrzymać dobro i życie stworzeń.

Udziel chorym zaufania do mnie i do mojej sztuki, ażeby słuchali moich przepisów i wskazań. Oddal od ich łoża wszelkich szarlatanów, całą armię radzących krewnych i przemądrzałych pielęgniarek - jest to bowiem lud straszny, który z próżności udaremnia najlepsze zamiary sztuki i twory Twoje często prowadzi do śmierci.

Gdy nieświadomi mnie ganią i wyszydzają, niech miłość do sztuki uczyni ducha mojego niedostępnym dla zranień jak pancerz, abym pozostał przy prawdzie, nie zważając na sławę, wiek i znaczenie jego wrogów.

Udziel mi, o Boże, łagodności i cierpliwości przy chorych, upartych i obrażających mnie. Udziel mi pomiarkowania we wszystkim, tylko nie w poznaniu, w nim niech będę nienasycony. Niech daleka będzie ode mnie myśl, że wszystko wiem i potrafię. Daj mi siłę, wolę i sposobność rozszerzenia wiedzy mojej, aby duch mój mógł poznać i odkryć błędy w umiejętności, których wczoraj jeszcze nie przeczuwał: sztuka jest wielka, lecz rozum ludzki sięga coraz dalej"[46].

Przysięga ta jest przykładem rozważań etyki lekarskiej poza tradycję grecką, chociaż powinności lekarza określała podobnie.

Można by przytaczać wiele innych przykładów, ale dla potrzeb pracy szczególne znaczenie wydają się mieć, przepojone humanizmem teksty przysiąg lekarskich opracowane w Polsce.

Najstarsza w Polsce przysięga lekarska składana była w Akademii Krakowskiej przez licencjatów medycyny na stopień doktora medycyny. Pochodzi ona z XV wieku. W jej tekście zachowany został wpływ wspomnianej już "Przysięgi Hipokratesa".

"Biorąc za świadków Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego, że będę przestrzegał tego wszystkiego, co jest tą przysięgą objęte - na ile to będzie w mojej mocy, w takim stopniu, w jakim mi moje zdolności pozwolą. Wiedzę tę: wszystkie jej przepisy przekazywać będę otwarcie i rzetelnie uczniom moim, mojego mistrza i pozostałym, którzy związali się moralnie przepisami medycyny.

Ponadto, że przy leczeniu chorych stosownie do sił moich i zdolności rzetelnie stosować będę niezbędne środki. Niczyjej choroby nie zaniecham. Nie wyrządzę zła. Nie dam nikomu trucizny, nawet na jego prośbę, ani kobiecie ciężarnej nie podam napoju do zabicia płodu. Życie moje i moją wiedzę zachowam czyste i nieposzlakowane. Chorującym na kamienie nie

będę operować, lecz pozostawię to przedsięwzięcie doświadczonym w tej nauce.

Do jakiegokolwiek domu gdy przyjdę, aby nieść chorym pomoc, będę się wystrzegał wszelkiego nadużycia, wszelkiego zepsucia, wszelkiej nieobyczajności, także rzeczy lubieżnych, czy przedmiotem moich zabiegów będą ciała kobiet czy mężczyzn. O tym, co usłyszę w trakcie leczenia, nikomu tego nie wyjawię, lecz zachowam całkowite milczenie, jeśli będę rozumiał, że należy o tym zamilczeć.

Niech mi się pomyślnie szczęści tak w życiu moim jak i sztuce, gdy będę w całości i sprawiedliwie wypełniał tę przysięgę i niech zyskam sobie chwałę na wieczność. Gdybym zaś złamał ją i okazał się krzywoprzysięzcą, niech spotka mnie wszystko przeciwne. Amen"[47].

Inny przykład: Akademia Medykochirurgiczna i Szkoła Główna Warszawska na odwrotnej stronie dyplomu drukowała tekst przysięgi lekarskiej tam obowiązujący:

"Przyjmując z głębokim poszanowaniem prawa, na mnie z nauki lekarskiej płynące, przyrzekam, iż w ciągu całego życia niczym nie splamię zacności stanu mego: przyrzekam w każdej porze szukającym u mnie rady cierpiącym nieść pomoc, według mego przekonania najstosowniejszą i święcie dochowywać powierzonych mi tajemnic familijnych i nie używać na złe położonego we mnie zaufania; kształcić się coraz więcej w sztuce lekarskiej i przyczyniać się ze wszystkich sił moich do jej doskonalenia udzielając naukowemu światu wszystkiego tego cokolwiek bym odkrył: iż się nie będę zajmował przyrządzaniem i sprzedażą środków sekretnych.

Przysięgam być sumiennym względem moich współkolegów - lekarzy i nie obrażać ich osobistości: gdyby tego jednakże wymagało dobro chorego, mówić będę prawdę otwarcie i bez wszelkiej stronności.

W wypadkach ważniejszych ode mnie: gdy zaś sam powołany zostanę do narady, zasługi i starania ich rzetelnie oceniać będę"[48].

Z tego tekstu usunięto wszelkie ograniczenia terapeutyczne w zawodzie lekarza. Polska obietnica fakultetowa (cytowana wyżej) zachowała nowoczesną formę traktatu moralnego podnosząc do wysokiej wartości tylko naczelne cechy zawodu lekarza.

Obowiązujące od 1918 roku "przyrzeczenie lekarskie" w swoim tekście obejmuje również postulaty etyczne Hipokratesa. Brzmi ono następująco:

"Przyjmując, ze czcią i głęboką wdzięcznością nadany mi stopień lekarza i podejmując całą wagę związanych z nim obowiązków przyrzekam i ślubuję, że w ciągu całego życia będę spełniał wszystkie prawem nałożone obowiązki, strzegł godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamię, że według najlepszej wiedzy będę pomagał cierpiącym, zwracającym się do mnie o pomoc, mając na celu wyłącznie ich dobro, że nie nadużyję ich zaufania i że zachowam w tajemnicy to wszystko, o czym się dowiem w związku z wykonywaniem zawodu. Przyrzekam i ślubuję wreszcie, że będę stale doskonalił w naukach lekarskich i ze wszystkich sił starał przyczynić się do ich rozkwitu i że podam zawsze bez zwłoki do wiadomości świata naukowego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić"[49].

Tworzone obecnie teksty przysiąg odwołują się nie tylko do odległej tradycji, ale i do współczesnych ustaleń. W 1949 roku został uchwalony w Genewie przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association) tekst międzynarodowej przysięgi lekarskiej. Jest to tzw. "Deklaracja Genewska". Stała się ona wzorem przy ustalaniu obowiązujących tekstów przysiąg w krajach należących do WMA. Polska należy do tej

organizacji poprzez swoje członkostwo w Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Oto tekst tej przysięgi:

"W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości. Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i czcią. Będę wykonywać swój zawód sumiennie i z godnością. Zdrowie chorego będzie moją główną troską. Będę szanował powierzone mi tajemnice. Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego. Moi koledzy będą moimi braćmi. Nie dopuszczę do tego, by argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego. Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia. Nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko ludzkości.

Przyrzekam to uroczyście, bez przymusu, na mój honor"[50].

"Deklaracja Genewska" jest z jednej strony kontynuacją hipokratesowego, etycznego modelu lekarza, z drugiej uwzględnia doświadczenia II wojny światowej. Akcentuje to aby lekarz nie ulegał naciskom natury politycznej, religijnej lub ideologicznej. Jej struktura stanowi dobry przykład traktatu moralnego, w którym dobrowolność i honor uzyskały wysoką wartość. Idee te znalazły swój wyraz m.in. w uchwalonym 14 grudnia 1991 r. przez II Krajowy Zjazd Lekarzy przyrzeczeniu lekarskim. Oto jego treść:

"Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązki te sumiennie wypełniać;

- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu od chwili poczęcia;

- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek, nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym się nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro powierzonych mi chorych;
- stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić

Przyrzekam to uroczyście"[51].

Obowiązująca obecnie przysięga lekarska odpowiada w dużej części tradycji hipokratesowskiej. Jednakże nie zawiera tych wskazań "deklaracji genewskiej", które chronią zawód lekarza przed wpływami ideologiczno - religijnymi.

Wszystkie przedstawione teksty przyrzeczeń lekarskich zawierają niezmienne postulaty (wymogi) moralne wobec przedstawicieli tego zawodu. Należą do nich:

- troska o dobro chorego (wartość naczelna);
- troska o godność zawodu;
- szacunek dla nauczycieli i kolegów;
- doskonalenie własnej wiedzy;
- dochowanie tajemnicy w zakresie wiedzy o chorym.

W tym sensie całe stulecia są zgodne z tradycją przysięgi Hipokratesa. Pewne wymogi (wartości, cnoty) pod adresem

lekarzy znalazły swój wyraz nie tylko w traktatach filozoficznych i tekstach przysiąg, ale również w kodeksie deontologii lekarskiej. Już w XIX wieku rozpoczął się proces powstawania rozbudowanych, obszernych zbiorów norm etyki zawodowej, czyli deontologii lekarskiej[52].

Najstarszy Kodeks deontologii lekarskiej powstał w 1803 r. w Anglii. Składał się z 92 reguł i był zredagowany przez Tomasza Percivela.

Natomiast pierwszym kodeksem powstałym na ziemiach polskich były wydane w 1876 r. na terenach zaboru austriackiego "Uchwały Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle". W czasach późniejszych, w listopadzie 1977 roku został opracowany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie Kodeks, który nazwano "Zbiorem zasad etyczno - deontologicznych polskiego lekarza". II Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął nowy "Kodeks etyki lekarskiej" (załączony w aneksie).

Wydaje się, że istniejącą cechy wyodrębniające środowisko pracowników Służby Zdrowia spośród innych grup społecznych, ujęte w dorobku etycznym medycyny. Te cechy wyodrębniające, a więc wyróżniki, można ująć w następujące syntetyczne zdania:

- odpowiedzialność bezpośrednia za podstawową wartość człowieka - życie;
- zaangażowanie się społeczne poprzez ochronę, obronę życia i pomoc w jego rozwoju;
- tworzenie więzi międzyludzkich na zasadzie odpowiedzialności za życie ludzi;
- posiadanie dużej wrażliwości, większej niż w innych grupach społecznych na zagadnienia etyczne, deontologiczne, ze względu na najwyższy typ odpowiedzialności - odpowiedzialność za życie człowieka;

- bycie świadkiem narodzin i śmierci człowieka;
- zaduma nad tajemnicą organizmu ludzkiego;
- umiejętność realizowania zasady primum non nocere;
- świadome działanie na rzecz przekształcania patologii somatycznej i psychicznej w zdrowie somatyczne i psychiczne;
- służba zdrowiu i życiu - umiejętność pochylania się nad potrzebującymi konkretnej pomocy ludźmi.

Wyróżniki te powinny być czynnikami kształtującymi stosunki międzyludzkie, wpływać na etyczne kształtowanie relacji między lekarzem a pacjentem, a także na proces wychowania moralnego w uczelniach przygotowujących lekarzy do pełnienia ról społeczno - zawodowych. Proces ten determinowany jest również przepisami prawa, regulującymi postępowanie lekarzy i ściśle powiązanymi z systemami etycznymi.

4. Istota odpowiedzialności moralnej i wymogów prawa

Istota norm prawnych i moralnych, wzajemnych zależności jest przedmiotem zainteresowania etyków i prawników. Maria Ossowska wyróżnia sześć dróg, na jakich próbowano ową istotę wyrazić[53].

1. Istnieje odrębność normy prawnej w stosunku do moralnej w samych sformułowaniach, jakie nadaje się tym wypowiedziom. Normy prawne należycie sformułowane mają zawsze postać okresów warunkowych, podczas gdy normy moralne brzmią bezwarunkowo. Inni nadawali normom prawnym, w odróżnieniu od moralnych, postać zdań oznajmujących. Wykreślenie linii granicznej między prawem, a moralnością jest trudne.

2. Normę moralną i prawną odróżnia ich geneza. Gdyby normami prawnymi nazywać, jak chcą niektórzy, normy powstałe na drodze uchwytnego aktu stanowienia, nie można by np. normy dotyczącej egzo- czy endogamii w jakiejś grupie pierwotnej poczytywać za normę prawną, choć z treści należałoby ją bez zastrzeżeń włączyć do prawa cywilnego.

3. Warunki obowiązywania norm prawnych i moralnych są różne. Normy prawne są heteronomiczne, a autonomiczne - moralne. Pierwsze mają przychodzić do nas z zewnątrz, drugie mamy jakoby kształtować w sobie sami. Pierwsze mają nas obowiązywać niezależnie od tego, czy się zgadzamy, czy się przeciw nim buntujemy, drugie obowiązują nas tylko wtedy, gdy je w swoim sumieniu akceptujemy. Ta propozycja natrafia na trudności, jeżeli się chce uszanować zakorzenione u nas intuicje dotyczące porównywanych ze sobą dziedzin.

4. Normy moralne i prawne odróżniają sankcje, które grożą w razie ich przekroczenia. Ale na tej drodze można uzyskać tylko krzyżujące się, a nie wyłączające zakresy. Na ogół prawu przypisuje się sankcje zwarte, a moralności rozproszone.

5. Różnica jest w sposobie, w jaki się stwierdza, czy te normy obowiązują, czy nie. Refleksja i głos sumienia miałyby nas pouczać o tym, czy obowiązuje dana norma moralna. Zajrzenie do kodeksu rozstrzygałoby wątpliwość co do obowiązywania jakiejś normy moralnej.

6. Rozróżnienie norm prawnych i moralnych następuje na podstawie ich treści. Prawo, w tym rozumieniu reguluje tylko coś, co uzewnętrznia się w czynie, podczas gdy norma moralna wgląda w "serce" ludzkie.

Leon Petrażacki odróżnia normę prawną jako normę dwustronną, imperatywno - atrybutywną od normy moralnej tylko imperatywnej[54]. W jego ujęciu prawo i moralność są w swej istocie przeżyciami emocjonalnymi, które aktualizują się w zależności od faktu ich doznawania przez poszczególne jednostki. Prawo jest jednak zbiorem reguł postępowania o znacznie większej społecznej doniosłości aniżeli moralność. Zabezpiecza zarówno stronę czynną stosunków społecznych (uprawnienia), jak i bierną (obowiązki) - doprowadzając do tego rodzaju więzi, dzięki którym istnieć może grupa społeczna o cechach stałych.

Moralność wprowadza natomiast pod tym względem pewną dowolność - nie gwarantuje bowiem podmiotom żadnych uprawnień do egzekwowania żywionych przez nich roszczeń. Jest tylko przejawem dobrej woli zobowiązanego (np. lekarza w stosunku do chorego) by chciał spełnić odczuwalną przez siebie powinność moralną. Zaniechanie spełnienia moralnego obowiązku nie łączy się jednak zawsze z ujemną oceną takiego postępowania.

Nie w każdej jednak sytuacji normy moralne mogą być właściwym i dostatecznie skutecznym sposobem regulacji stosunków społecznych. W uzasadnionych przypadkach słuszne jest sankcjonowanie norm tylko moralnych przez przepisy prawa.

Uzupełnienie moralności przez prawo Petrażycki utożsamia ze wzrostem demokratyzacji życia zbiorowego[55], w obrębie którego prawa i obowiązki wszystkich ludzi są na równi zabezpieczone i mogą być bez skrępowania egzekwowane. Moralność jest więc aksjologicznie cenna, ale społecznie mniej ważna niż prawo.

Podobne rozważania czyni Henryk Jankowski[56]. Uważa on, iż pogląd uznający prawo jako minimum moralności nie oddaje różnic między prawem i moralnością. Istnieją bowiem takie przepisy prawne, które nie tylko nie stanowią owego "minimum

moralności", lecz z moralnego punktu widzenia są całkowicie neutralne. Prawo i moralność dotyczą ludzkich czynów lub zaniechań, dlatego też treściowa zależność prawa i moralności może być dokonana poprzez wyróżnienie pewnych kategorii czynów, do których odnoszą się nakazy lub zakazy:

- Istnieją czyny, których popełnienie stanowi przekroczenie normy prawnej, nie będąc zarazem przekroczeniem normy moralnej.

  Kategoria tych czynów jest niesłychanie rozległa w przypadku zawodu lekarza. Próbą ich kodyfikacji moralnej są wspominane już "zasady etyczno - deontologiczne". Nie mogą one być żadną miarą przedmiotowej regulacji prawnej, aczkolwiek mogą być przedmiotem negatywnej oceny. Ograniczone, w tym rozumieniu, ma zastosowanie formuła, że prawo stanowi "minimum moralności". Określenie to jest zależne od tego właśnie, czy owe normy moralne są inkorporowane do systemu prawnego; a więc że "minimalne wymogi moralne" to te wymogi, które posiadają swoje odpowiedniki w normach prawnych. Przy takim ujęciu sprawdzałaby się oczywiście formuła "prawo jako minimum moralności".

- Istnieją czyny będące przekroczeniem przepisów prawa, które nie są przekroczeniem reguł moralnych.

  Sytuacje tego typu powstają w związku z rozwojem nauk medycznych i bardzo często dotyczą aktualnych sporów w obrębie bioetyki.

- Istnieją czyny, które są przekroczeniem prawa i jednocześnie są zarazem czynami niemoralnymi.

Wydaje się, że owa zgodność dotyczy wielu sytuacji podczas wypełniania roli społeczno - zawodowej lekarza. Przyjęcie tej kategoryzacji nie oznacza automatycznie

podporządkowania moralności prawu. Rozstrzygnięcie problemu priorytetu prawa czy moralności może być dokonane tylko przy rozpatrywaniu konkretnych sytuacji konfliktowych. Lekarz, który narusza przepisy prawa, postępuje tym samym nieetycznie[67].

Przeprowadzone analizy wskazują, iż w działalności lekarza - etyka w wielu dziedzinach splata się z prawem. Etyczne postępowanie - to właściwe, prawidłowe współżycie w społeczeństwie i stosowanie się do obowiązujących w nim norm prawnych. Mają one na celu ochronę dóbr ludzkich i zapewnienie bezpieczeństwa zarówno ogólnego jak i jednostkowego. Przedstawione powyżej ustalenie dotyczące pojęcia roli społeczno - zawodowej lekarzy i jej specyfiki, pogłębia refleksję z dziedziny teorii wychowania, filozofii, etyki, deontologii lekarskiej, pozwolą - w przekonaniu autora rozprawy na zarysowanie modeli osobowości lekarza, ważnych nie tylko w wychowaniu moralnym, ale także całym procesie kształcenia lekarzy w Wojskowej Akademii Medycznej.

5. Model osobowości lekarza w opinii potocznej i przedstawicieli zawodu

Pojęcia "model" używa się zarówno w naukach humanistycznych, jak i ścisłych. "Współcześnie spotyka się przynajmniej kilka najczęściej używanych znaczeń terminu "model"[58].

Model lekarza to model pewnego rodzaju roli społecznej. Według O. Sztompki : "Model to układ, który stanowi środek pośredniego poznania drugiego układu dzięki temu, że jest wobec niego analogiczny pod istotnym względem, a równocześnie bardziej dostępny poznawczo"[59].

Model roli społecznej lekarza ma charakter konstruktu pojęciowego, funkcjonuje w świadomości badacza lub badanych

członków społeczeństwa[60]. Jest to układ szczególnie specyficznych, najważniejszych, najbardziej jaskrawych i ostrych wymogów społecznych wobec osób wykonujących zawód lekarza.

Model jakiegokolwiek zjawiska społecznego jest własnością grupy, która go wytworzyła i w świadomości członków, której dany model funkcjonuje[61].

Podobnie rzecz się ma z modelem lekarza, który obecnie nie ma jednorodnego charakteru, lecz jest zrelatywizowany do cech grupy konstruującej go.

Jedną z grup, która odwiecznie wypełnia treści, pojęcie modelu lekarza są pacjenci. Będzie to "zrekonstruowany" zespół norm i wyobrażeń o tym, jaki powinien być lekarz istniejący w świadomości pacjentów. Wyniki badań socjologicznych świadczą o tym, iż wymogi pacjentów wobec lekarzy są zróżnicowane, czasem wręcz sobie przeciwstawne i zależą od wielu czynników, takich jak: cechy osobowościowe pacjenta, jego doświadczenie w kontaktach z lekarzami, jego charakteru, wieku, płci itp.[62].

Drugą kategorią społeczną kreującą swój model lekarza jest sama grupa zawodowa lekarzy. Mamy więc do czynienia z modelem osobowości lekarza funkcjonującym w środowisku. Postulaty najczęściej wyrażane przez lekarzy odnoszą się do sfery osobowościowej i etycznej modelu lekarza[63], rzadziej precyzują modelowe kwalifikacje lekarza jako fachowca w zbiorowości lekarzy, w zależności od tego, jaka podgrupa model ów kreuje, występują pewne cechy dominujące. Można by wyróżnić model formułowany przez lekarzy rejonowych bądź klinicystów, lekarzy organizatorów ochrony zdrowia czy nauczycieli akademickich, w których to modelach przynajmniej niektóre atrybuty byłyby zupełnie odmienne.

Można sądzić, że uczelnie medyczne pod względem fachowym przygotowują lekarzy dobrze. Ewentualne braki pozwala

redukować system służbowych, fachowych zależności, a także dobrze zorganizowany tok samokształcenia, bez którego funkcjonowanie lekarza na "miarę czasu" byłoby trudne. Wątpliwości pozostawia rola uczelni w kształtowaniu sfery etyczno - osobowościowej. Czy możliwa jest jednak taka wychowawcza rola uczelni, aby jej absolwenci nie mieli tego rodzaju wątpliwości. Wydaje się, że nie, bowiem wszystkich sytuacji pacjent - lekarz nie można przewidzieć. Diagnoza sytuacyjna dotyczy zawsze konkretnych przypadków. Przyjęcie jednak tezy, że uczelnia w tej dziedzinie może zrobić mało albo wcale jest także sprzeczne z rozumieniem dydaktyczno - wychowawczej jej funkcji.

Dlatego też trzeci typ modelu lekarza można by, ze względu na charakter ośrodków kreujących go, nazwać instytucjonalnym. Instytucjonalizacja współczesnego życia, także medycyny pociąga za sobą wielkość wymogów wobec lekarza. Modele roli społecznej lekarza wywodzące się z instytucji można podzielić na:

- zawarte w przepisach tworzonych przez instytucje;
- zawarte w świadomości ludzi - członków owych instytucji[64].

Spośród instytucji - kreatorów modelu lekarza należy wymienić instytucje kształcące lekarzy, ze szczególną rolą akademii medycznych. Funkcjonujący w akademiach model stanowi odzwierciedlenie celów studiów lekarskich, zawarte są w nim wymogi odnoszące się do cech "produktu finalnego". Wojskowa Akademia Medyczna w tym względzie nie odbiega od powyższej zasady. Od 1982 roku upowszechniany jest, po gruntownej dyskusji a następnie nowelizacji, dokument "Model absolwenta Wojskowej Akademii Medycznej".

Istnieje, przynajmniej dychotomiczne, zróżnicowanie treści modelu funkcjonującego w uczelniach medycznych wynikające

z faktu współdziałania w procesie kształcenia dwóch głównych podmiotów działania: nauczycieli i studentów.

Można zatem mówić o występowaniu w szkole wyższej przynajmniej dwóch modeli lekarza kreowanych przez obie te grupy oddzielnie, choć współzależnie.

Model lekarza formułowany przez nauczających znajduje swoje odzwierciedlenie explicite lub implicite w programach kształcenia, a także różnego rodzaju dokumentach precyzujących cele kształcenia.

Model osobowości lekarza określany przez studentów kształtowany jest w ciągu 6 lat studiów. Na jego tworzenie mają wpływ głównie: rzeczywiste, a nie głoszone teoretycznie postawy nauczycieli akademickich, a także wartości upowszechniane przez grupy nieformalne istniejące w uczelniach. Istotne znaczenie mają także wzory i wartości wyniesione z rodzinnego domu.

Kolejnym rodzajem modelu lekarza dającym się wyodrębnić jest zbiór norm etycznych, charakteryzujących postulowaną sylwetkę moralną lekarza. Nie jest ona dziełem poszczególnych grup społecznych, jak wymienione dotychczas, lecz tworem społeczeństwa jako całości. Zawód lekarza, ze względu na swoją ogólnospołeczną doniosłość w sensie wręcz ponadczasowym, jest jednym z nielicznych i chyba w ogóle pierwszym w dziejach ludzkości, w stosunku do którego model etyczny został kreowany. Wyrażony w przysiędze Hipokratesa, współcześnie zawiera się w szeregu kodeksów etyczno - deontologicznych. Opracowane kodeksy służyły ocenie postaw etycznych lekarzy oraz były pomocne w pracy Sądów Koleżeńskich Polskiego Towarzystwa Lekarskiego[65]. Z treścią Zasad zaznajamiani są studenci medycyny w czasie wykładów o etyce lekarskiej, a po ukończeniu studiów każdy otrzymywał pełny tekst Zasad razem z dyplomem lekarza. Było to polecenie Polskiego

Towarzystwa Lekarskiego podzielane jednocześnie przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Zasady powyższe były też zalecone komisjom kontroli zawodowej jako "drogowskaz" w ocenie postaw etyczno - deontologicznych lekarzy. Obecnie "Zasady..." uzyskały nazwę "Kodeksu Etyki Lekarskiej".

Dokonana typologia kreowanych modeli roli społeczno - zawodowej lekarza nie wyczerpuje całości problematyki. Zdaniem Longina Indisowa "w każdym systemie społecznym istnieją również nieformalne rozróżnienia pozycji społecznej, których kryteria dają się znacznie trudniej poklasyfikować[66].

Rozróżnienie nieformalne pozycji społeczno - zawodowej lekarza ma dużą wagę gatunkową, często większą nawet niż instytucjonalne.

Ogólne rozważania modelowe pozwalają dokładniej spojrzeć na opinię publiczną i jej wymogi w stosunku do lekarzy.

Maria Kozłowska rekonstruując model lekarza na podstawie analizy treści publikacji prasowych uważa, że zawód lekarza cieszy się bardzo dużym społecznym uznaniem i szacunkiem[67]. Uznawany jest za szczególnie odpowiedzialny oraz wymagający specjalnych i wysokich kwalifikacji. Opinia publiczna decydujące znaczenie przypisuje morale lekarza, zgłasza wobec pełniących tę rolę szczególnie wysokie wymagania etyczno - moralne. Opinię tę podziela także Longin Indisow analizując rolę społeczną lekarza wojskowego[68]. Uznaje, że wynika to z embiwalentności zawodu, którego funkcja ma wysoce społecznie użyteczny charakter. Najczęściej lekarz, nawet w hierarchii wojskowej, występuje jako osoba lecząca, a nie sprawująca władzę; osoba, od której zależy dobre samopoczucie, zdrowie, a nawet życie. W takim rozumieniu "rolę społeczną" określa nie tylko formalna pozycja w środowisku.

Treścią roli społecznej bowiem według I.H. Fichtera są "wzory zachowania skoncentrowane na specyficznej funkcji

społecznej i nakierowane na cel społeczny. Spełnianie praw i obowiązków zgodnie z funkcją jest istotą roli"[69].

Podkreślana jest ograniczona dostępność zawodu lekarza. Dlatego też lekarz powinien charakteryzować się szczególnymi zdolnościami intelektualnymi, cechami moralnymi, wyrobieniem społecznym - a to nie każdemu jest dane. Zdaniem opinii publicznej zawód lekarza jest jedynym, w którym oprócz przygotowania zawodowego, tak wiele zależy od osobistej postawy i zalet charakteru. Takie cechy jak egoizm i niewrażliwość na ludzkie cierpienie przekreślają skutecznie walor największej wiedzy. Według opinii potocznej lekarz powinien odczuwać "powołanie" do swojego zawodu: "Bezduszność, zwykłe wygodnictwo jest wynikiem tego, że zawód lekarza przez wielu nie jest dzisiaj rozumiany tak, jak kilkadziesiąt lat temu - to znaczy jako powołanie"[70].

Pojęcie "powołania" nie jest jasno precyzowane, ale z kontekstu w jakim jest używane można przypuszczać, że chodzi o gotowość do całkowitego poświęcenia się chorym, o przekonanie samego lekarza o jego specjalnej misji. Lekarz w trakcie wykonywania swojego zawodu oddziaływuje bezpośrednio na człowieka cierpiącego, często niesamodzielnego i uzależnionego przez chorobę, oczekującego od lekarza szczególnego typu uczciwości i wrażliwości, współczucia, troskliwości.

Strukturę pojęcia powołania analizuje Andrzej Grzegorczyk[71]. Schemat tej struktury określa następująco:

Rzeczywistość - powołuje do zadania. A więc w określonej sytuacji stworzonej przez los widzę dla siebie ważne zadanie do wypełnienia, stworzenie jakiegoś dobra, które właśnie ja jestem w stanie w tej sytuacji zrealizować.

Omawiany schemat myślowy może występować w różnym stopniu nasilenia tej struktury. Wyróżniamy trzy stopnie: zerowy, właściwy, przesadny[72].

Stopień zerowy oznacza brak tej struktury poznawczej. Brak ów z etycznego punktu widzenia oceniany jest negatywnie.

Stopień właściwy, dopuszczalny a zarazem pożądany, oznaczałby dobrą diagnozę sytuacji zewnętrznej, dobre widzenie swoich możliwości, realistyczne określanie zadań i podjęcie działań zmierzających do wykazania roli społeczno - zawodowej.

Ta sama struktura może jednak przybrać postać przesadną, przy której obraz rzeczywistości jest jednostronny. Możliwości zostają wyolbrzymione. Podmiot ma poczucie swojej wyjątkowej roli i uprzywilejowania, przy niepowodzeniu ma pretensje do "całego świata".

Postulat "powołania" często odbiega od praktyki. Julian Aleksandrowicz podkreśla, iż "medycyna reprezentuje oficjalnie pogląd, zgodnie z którym istnieje jedność somatopsychiczna, ale instytucje medyczne, lekarze zachowują się nierzadko tak, jak gdyby człowiek stanowił jedynie somatyczną, precyzyjną, biologiczną "maszynę"[73].

Przedstawione powyżej dane pozwalają określić syntetyczny **model osobowości lekarza funkcjonujący w opinii potocznej**:

"1. Wymagania w zakresie wiedzy i umiejętności:

- znajomość wiedzy z zakresu socjologii i psychologii,
- znajomość "natury ludzkiej",
- znajomość "swojego fachu",
- umiejętność współżycia z ludźmi.

2. Wymagania w zakresie sposobu odnoszenia się do pacjenta:

- troskliwość,
- wzbudzanie zaufania,

- takt i delikatność,
- autorytet,
- psychologiczne oddziaływanie na pacjentów,
- dbałość o odczucia pacjentów,
- umiejętność stworzenia pozytywnego kontaktu z pacjentem,
- zrozumienie, cierpliwość, troskliwość,
- pocieszyciel, powiernik, przyjaciel,
- aktywna postawa wobec pacjentów.

3. Wymagania w zakresie cech osobowościowych:
   - uczciwość, wrażliwość,
   - zdolność do poświęceń,
   - życzliwość, uprzejmość,
   - rzetelność zawodowa,
   - kultura osobista,
   - odpowiedzialność,
   - spostrzegawczość"[74].

Godne uwagi są również poglądy lekarzy na **model osobowości członków własnej grupy zawodowej**. Szczególnego znaczenia nabierają te poglądy w przypadku uczelni medycznych, gdzie przecież w procesie wychowania następuje przejęcie wzorów z "mistrza przez ucznia".

Interesujące jest, że lekarze również kładą nacisk i najczęściej poruszają problemy moralno - etyczne swojego zawodu. Na ogół wskazują na konieczność posiadania przez lekarza takich samych cech i zachowań jakie preferuje opinia publiczna.

Częściej jednak stwierdzają w fachowych określeniach: "lekiem najważniejszym jest słowo", "... w każdej chorobie należy leczyć nie tylko chory narząd, ale całego człowieka", "czasem wyleczyć, czasem pomóc, zawsze pocieszyć". Postulują "leczyć pacjenta a nie przypadek chorobowy"[75].

"Chodzi o to, aby lekarz nie utracił kontaktu z człowiekiem, horyzontu społecznego i nie zamykał się w granicach, zresztą koniecznych wyborów stereotypowych"[76]. "Pacjent oczekuje pocieszenia, nadziei, ufności, wiary we wszechmoc medycyny i swojego lekarza - oczekuje nawet cudu"[77].

"Sukcesy nauki nie chronią nikogo przed śmiercią i tylko w małym stopniu przed chorobą i cierpieniem. Nie biorąc tego pod uwagę zapomniała medycyna ostatniego półwiecza, olśniona obiektywnymi prawami i postępami nauki, że choroba, cierpienie i śmierć to przeżycia subiektywne i że pacjent oczekuje czegoś znacznie więcej niż obiektywnego rozpoznania i zleconego leczenia"[78].

Lekarze, rozważając problem dehumanizacji zawodu, postulują konieczność wprowadzenia do programu nauczania na studiach medycznych szerokiej wiedzy z zakresu socjologii i psychologii jak również psychiatrii[79].

Syntetyczny **model osobowości** lekarza zawierałby następujące wymagania **w opinii przedstawicieli zawodu**:

1. Wymagania w zakresie wiedzy i umiejętności:
   - ogólna wiedza humanistyczna,
   - znajomość socjologii, psychologii,
   - upraktycznienie studiów,
   - umiejętność obserwacji i rozmowy,
   - znajomość całokształtu problemów ludzkich,
   - wysokie kwalifikacje zawodowe.

2. Wymagania w zakresie sposobu odnoszenia się do pacjenta:

- wyzwalanie poczucia spokoju,
- spełnianie nadziei i oczekiwań pacjentów,
- łagodzenie lęku chorego,
- kojące oddziaływanie na pacjenta,
- wpajanie poczucia zaufania i optymizmu,
- bezpośredni kontakt z chorym,
- leczenie słowem - stosowanie psychoterapii,
- doradca, przewodnik, pocieszyciel, powiernik,
- troskliwość,
- zrozumienie, cierpliwość,
- autorytet,
- dbałość o pacjenta i jego losy.

3. Wymagania w zakresie cech osobowościowych:

- rzetelność, ofiarność,
- skłonność do poświęceń,
- poczucie odpowiedzi zawodowej i moralnej,
- wrażliwość na ludzkie cierpienie,
- życzliwość wobec ludzi"[80].

Z przedstawionego modelu wynika, że najbardziej rozbudowaną jego częścią są wymagania w zakresie odnoszenia się do pacjenta. Można jednak przypuszczać, że lekarze w praktycznej działalności realizują najczęściej czynności fachowo - medyczne zapominając o oddziaływaniu ekspresyjnym na pacjentów. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że przewaga czynności instrumentalnych zależy nie tylko od lekarzy ale często

determinuje je system kształcenia. Wiedza medyczna nie może być celem samym w sobie, lecz narzędziem. Świadomość tego ma wielu światłych lekarzy postulujących upraktycznienie nauczania medycyny. W dostępnej literaturze brak jest jednak zgodności w odpowiedzi na pytanie - jak to zrobić w praktyce?

Badania przeprowadzone w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej wykazują następujący **zestaw cech osobowości idealnego lekarza ułożonych według rangi**[81].

Według nauczycieli i wychowawców:

1. Odpowiedzialność;
2. Opanowanie;
3. Wydajność umysłowa;
4. Zrozumienie innych;
5. Łagodność;
6. Tolerancja.

Według studentów I roku studiów:

1. Odpowiedzialność;
2. Rozumienie innych;
3. Opanowanie;
4. Wydajność umysłowa;
5. Łagodność;
6. Tolerancja.

Według pacjentów:

1. Łagodność, wrażliwość;
2. Komunikatywność, przystępność;
3. Fachowość, poziom wiedzy;
4. Pewność siebie, autorytet.

Porównując wzory osobowości widziane przez trzy różne grupy można powiedzieć, że:

- Nauczyciele i wychowawcy chcieliby, aby lekarz był człowiekiem odpowiedzialnym, opanowanym i wykorzystującym w pełni swoje walory intelektualne. Powinien mieć także szereg cech warunkujących kontakty z pacjentem, takich jak: zrozumienie innych, tolerancja, łagodność, lecz nie są to cechy bezwzględnie najważniejsze.

- Kandydaci na lekarzy widzą podobną sylwetkę lekarza, lecz cechy warunkujące kontakty z pacjentami uważają za znacznie bardziej istotne i ważne.

- Pacjenci natomiast uważają, że najważniejszą cechą lekarza powinna być łagodność, a zatem cierpliwość, uprzejmość, wrażliwość, umiejętność współczucia, uczynność i opiekuńczość. Brak podkreślenia roli wiedzy, sprawności intelektualnej może tu być zrozumiały, pacjent bowiem spotyka się z już wykształconym lekarzem. Rozumowanie w tej dziedzinie wydaje się być proste - kto nie ma fachowego przygotowania medycznego, nie może być lekarzem.

Analizując trzy wzory osobowości stwierdzamy, że pomiędzy postulatem nauczycieli akademickich i studentów istnieje znaczna zbieżność. Doceniano w tych propozycjach odpowiedzialność, opanowanie oraz "wydajność umysłową" Wydaje się, że nieco mniejsza uwaga jest przywiązana do typowych cech ekspresyjnych osobowości, jak: łagodność czy wrażliwość.

Pacjenci natomiast oczekują czego innego. Chcieliby, aby lekarz był łagodny, wrażliwy, przystępny.

Wydaje się, że jedną z przyczyn niezadowolenia z pracy lekarzy jest fakt, że u studentów kształtowane są nie te

cechy, które w opinii pacjentów, w opinii społeczeństwa są najważniejsze.

Jest znamienne, że ideał lekarza w oczach pacjentów jest bardzo zbliżony do ideału W. Biegańskiego, który kilkadziesiąt lat temu powiedział: "gdyby mnie ktoś zapytał jakie cechy uważam za najważniejsze dla lekarza odpowiedziałbym bez wahania - ludzkość, sumienność i stanowczość"[82].

Model osobowości lekarza powinien, jak wynika z powyższych rozważań, charakteryzować się odpowiednimi wartościami intelektualnymi, ale także wartościami charakteru (moralnymi).

Większość lekarzy wie o tym i zdaje sobie sprawę z roli oddziaływania psychoterapeutycznego, lecz po prostu nie ma "siły" aby wzbudzić u chorego pełne zaufanie. Wpływ na ten stan rzeczy ma czasami sytuacja od lekarza niezależna.

Kandydaci na studia medyczne są ludźmi dorosłymi o częściowo ukształtowanej osobowości. Z punktu widzenia psychologii rozwojowej jest to okres nazywany młodzieńczością. W tym to czasie - jak stwierdza Tadeusz Nowogrodzki - w zakresie rozwoju fizycznego dokonuje się ostateczne kostnienie szkieletu, a w rozwoju psychicznym umysł osiąga pełną dojrzałość, stabilizuje się pogląd na świat i utrwalają naukowe i zawodowe zainteresowania[83].

Studia zatem, powinny służyć także intencjonalnemu kształtowaniu i doskonaleniu osobowości.

W Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. Bolesława Szareckiego przygotowuje się studentów do roli społeczno - zawodowej wojskowego lekarza. Nieodzownym składnikiem kwalifikacji zawodowych są postawy moralne absolwentów. Szeroko pojętemu ich kształtowaniu służy całokształt wypełnianych

przez Uczelnię funkcji, w tym te formy, w których można wykorzystać elementy wiedzy medycznej. W Akademii zawsze dążono do określania wzoru osobowego słuchacza i absolwenta uczelni oraz podejmowano intencjonalne działania dostosowujące proces dydaktyczno - wychowawczy do postulowanych wzorów. Poczynaniom tym przyświecała intencja, aby w wyniku sześcioletnich zabiegów pedagogicznych osiągnąć jak najlepsze medyczne, moralne i wojskowe przygotowanie wychowanków do roli społeczno - zawodowej. Przeświadczenie o konieczności uwzględniania w praktyce tych trzech podstawowych aspektów działalności zawodowej wyrażało się w skrócie myślowym: oficer - lekarz - społecznik. Hasło to zawierało w sobie postulat jedności kształcenia i wychowania. Przy formułowaniu zasad kształcenia lekarza określano przynajmniej dwie reguły ogólnego postępowania prowadzącego do osiągania pożądanych cech moralnych:

Pierwsza - to zasada możliwej zgodności treści i kierunku działalności Uczelni z założoną rolą społeczno - zawodową absolwentów;

Druga - to postulat samorządnego i samodzielnego realizowania zadań przez studentów i respektowania rzeczywistego współdziałania partnerskiego młodzieży akademickiej w wypełnianiu funkcji uczelni.

Pierwsza reguła stwarza szansę przekształcenia pracy społecznej "jako wartości samej w sobie" - w działalność mającą określony profil, w instrument kształtowania postaw umotywowanych konkretnymi przygotowaniami do urzeczywistniania moralnych aspektów roli zawodowej absolwenta.

Druga reguła zaspakaja potrzebę niezależnego rozwoju osobowości, stwarza poczucie samorealizacji, co w teorii moralności nazywa się często dorastaniem moralnym do

odpowiedzialności za czyny i decyzje związane z możliwością wyboru, jako podstawowym prawem moralnym.

Efektów tego procesu całościowo nie oceniano. Badano natomiast wybraną grupę studentów, którzy wypełniali społeczne obowiązki opiekuńcze[84].

Działalność opiekuńczo - wychowawczą Aleksander Kamiński wiąże z kształtowaniem się pedagogiki społecznej w XIX w. Pojęciem tym określa "działalność kompensującą braki oraz zapobiegającą patologii i degeneracji"[85].

Autorzy "Poradnika opiekuna społecznego" pojęcie to nieco modyfikują; ujmując tę działalność jako "wszystkie sytuacje życiowe, w których ludzie dotknięci nieszczęśliwym układem wydarzeń losowych nie umieją albo nie mają dość sił, aby samodzielnie przezwyciężyć piętrzące się przed nimi trudności"[86].

Ryszard Wroczyński uważa, że "pomoc społeczna ma zaspokoić nie tylko doraźne potrzeby, ale kształcić w człowieku zaradność i wyzwalać wiarę we własne siły"[87].

Bez trudu dostrzegamy w działalności opiekuńczo - wychowawczej związek pomiędzy zadaniami tej działalności, a potrzebami w zakresie kształtowania postaw lekarzy.

Wartości zyskiwane w tej dobrowolnie podejmowanej działalności odnoszą się do sfery poznawczej, motywacyjnej i czynnościowej osobowości studentów[88]. Poznawali oni warunki bytowe i zdrowotne ludzi nie radzących sobie samodzielnie z różnymi trudnościami życiowymi. Uczyli się dostrzegać środowiskowe możliwości przystosowania człowieka do życia społecznego. Otrzymywali w toku własnej aktywności obraz dewiacji patologicznych zachowań i specyficznych postaw społecznych. Dostrzegali jak działa mechanizm wciągający w

zakamarki życia ludzi z marginesu społecznego, bezradność wobec choroby i starości.

Z definicji zdrowia wynika, "że każdy stan, który nie jest optymalnie dobrym samopoczuciem fizycznym, psychicznym i społecznym jednostek - jest stanem choroby"[89]. Widoczny jest zatem związek pomiędzy problemami działalności opiekuńczej, a medycyną zapobiegawczą, społeczną.

Dostępna dziś literatura nie ukazuje bezpośredniego wpływu działalności opiekuńczo - wychowawczej na przygotowanie do roli społeczno - zawodowej lekarza. Wydaje się, że wynika to z faktu nie podejmowania przez ogół studentów medycyny tej formy aktywności. Analiza lat 1981-90 wskazuje, że próby takie czyniono w Akademii Medycznej w Krakowie. Nie spotyka się jednak głębszych analiz naukowych. Próba oceny "wartości moralnych" wydaje się być w tym względzie nowatorska. Autor nie czuje się uprawniony do analizy wszystkich czynników kształtujących lekarza. Szczególnie dotyczy to kształcenia cech instrumentalnych, a więc wiedzy i umiejętności praktycznych. Dyskusja w tym względzie, jaka toczy się w środowisku lekarzy, jest niemalże sporem profesjonalistów.

Metodą sondażu diagnostycznego oceniano rolę działalności opiekuńczo - wychowawczej w przygotowaniu do zawodu lekarza[90]. Obraz badanej populacji konstruowano na podstawie wyznaczników ujętych w kwestionariuszu[91]. Zaliczono do nich: zawód rodziców, rok studiów, wyniki w nauce, stan cywilny oraz miejsce zamieszkania. Celem pytań było nie tyle ustalenie częstotliwości występowania owych cech w populacji, co raczej umożliwienie badania zależności[92].

Zawód rodziców skategoryzowano w trzy grupy:

- pracownicy służby zdrowia (np. lekarze, pielęgniarki),
- profesjonalni wychowawcy (np. nauczyciele, oficerowie)

- inne (rolnicy, rzemieślnicy itd.)

Powyższa kategoryzacja wynikała z przyjętego założenia o możliwej zależności pomiędzy zawodem rodziców, a zaangażowaniem się w działalność opiekuńczo - wychowawczą studentów. Wpływ bowiem rodziny na ukształtowanie się ważnych cech osobowości jest decydujący[93].

Dane z Tabeli 1 nie ujawniają zależności między zawodem rodziców, a podejmowaniem działalności opiekuńczo - wychowawczej przez studentów. Fakt, że rodzice są pracownikami służby zdrowia lub profesjonalnymi wychowawcami nie ma decydującego wpływu na podejmowanie działań opiekuńczo - wychowawczych przez ich synów. Dominujące zawody rodziców (55,3 %) określiliśmy jako inne. Przyjęte założenie o możliwej zależności pomiędzy zawodem rodziców, a angażowaniem się do działalności opiekuńczej nie znalazło potwierdzenia.

Tabela 1

Studenci WAM - opiekunowie społeczni wg lat studiów, a zawód rodziców[94]

Rok studiów	Zawód rodziców			Razem
	Prac. sł. zdrowia	Prof. wychowawcy	Inni	
drugi	2	6	9	17
trzeci	3	6	4	13
czwarty	4	9	18	31
piąty	2	1	11	14
szósty	1	4	5	10
Razem	12 (14,1%)	26 (30,6%)	47 (55,3%)	85

Warunkiem zezwolenia na udział w działalności opiekuńczo - wychowawczej były pozytywne wyniki w nauce.

Tabela 2

Wyniki osiągane w procesie dydaktycznym wg średnich ocen ostatniego roku studiów

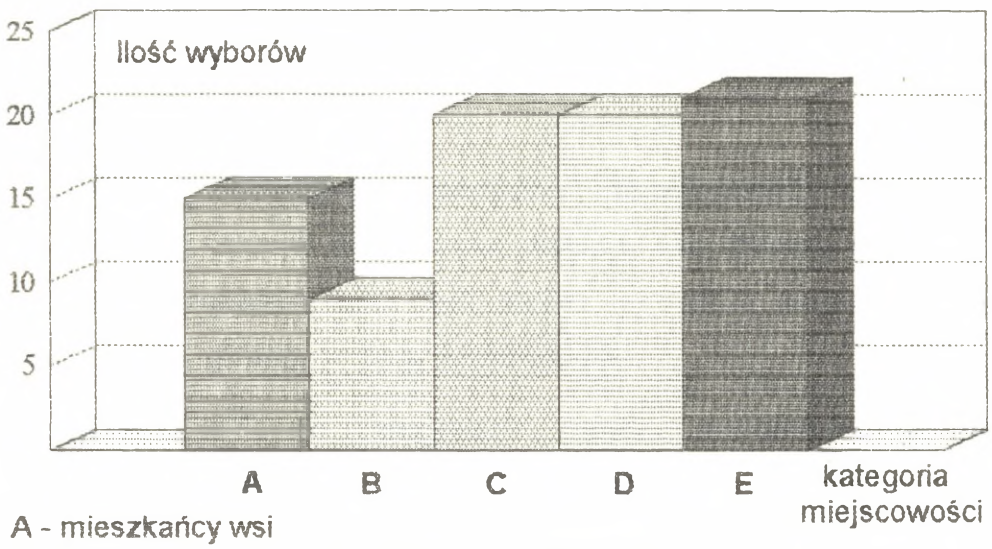
Studenci wg lat studiów		Średnie wyniki w nauce		
		b. dobre	dobre	dostateczne
drugi	N=17	2	10	5
trzeci	N=13	3	7	3
czwarty	N=31	8	19	4
piąty	N=14	2	10	2
szósty	N=10	-	8	2
Razem	N=85	15 (17,6%)	54 (63,5%)	16 (18,9%)

Zdecydowana większość studentów (81,1%) osiąga wyniki w nauce bardzo dobre i dobre (Tabela 2). Stąd wniosek, że dodatkowa praca studenta może być pogodzona z osiąganiem wysokich wyników w nauce, pomimo realizowanego wówczas w WAM programu dydaktycznego większego o 1200 godzin w porównaniu do innych - cywilnych akademii medycznych. Wynikało to z wojskowego charakteru uczelni. Wskaźniki Tabeli 2 wskazują, że władze uczelni dążyły do tego aby działalność opiekuńczą prowadzili studenci wykazujący należyty poziom wiedzy.

Analiza stanu cywilnego opiekunów społecznych wskazywała, że tylko 8 z nich było żonatych. Zdecydowana większość to kawalerowie. Wynikało to, być może, z instytucjonalnych ograniczeń w zawieraniu związków małżeńskich podczas studiów.

Miejsce zamieszkania studentów - terenowych opiekunów społecznych, przed rozpoczęciem studiów obrazuje Wykres 1.

Wykres 1



A - mieszkańcy wsi
B - mieszkańcy osiedli do 10 tys. mieszkańców
C - miasto od 10 do 50 tys. mieszkańców
D - miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców
E - mieszkańcy Łodzi

Opiekunami społecznymi byli w zasadzie podchorążowie - mieszkańcy dużych miast. Można stąd sądzić, że ma to związek z tym, iż szybciej adaptowali się oni w nowym środowisku. Posiadali również rozeznanie w problemach dużych miast, które przynajmniej w części są podobne do łódzkich. Udział mieszkańców Łodzi był proporcjonalny do ogólnego stanu łodzian wśród wszystkich studentów WAM.

Przedstawiona charakterystyka społeczno - demograficzna pozwala przyjąć przeciętny obraz studenta WAM - terenowego opiekuna społecznego. Był nim student osiągający dobre wyniki w nauce, mieszkaniec dużego miasta, kawaler. Bez znaczenia w tej charakterystyce okazał się zawód rodziców.

W kwestionariuszu przedstawionym do wypełniania studentom sformułowano pytania, których intencją było ujawnienie

sytuacji skłaniających do podejmowania omawianej działalności, czasookresu jej prowadzenia oraz stopnia przekonania respondentów co do słuszności decyzji. W ten sposób szukano związku pomiędzy sytuacją skłaniającą, a stopniem przekonania.

Najwięcej studentów podjęło działalność opiekuńczo - wychowawczą z chęci niesienia pomocy zaniedbanej wychowawczo młodzieży. Wynikało to, być może, z faktu angażowania studentów WAM do pracy w tym środowisku.

Wydaje się, że znacząca część studentów dostrzegła kształcące funkcje tej działalności. Wśród sytuacji skłaniających do podejmowania działalności społecznej nie ujawniła się chęć zdobycia korzyści osobistych. Stąd też najniższe pozycje rangowe osiągnęła sytuacja określana jako: "zachęcili do tej działalności przełożeni" oraz "dla zdobycia punktów w systemie lokatowania".

Dla określenia stopnia przekonania do działalności opiekuńczo - wychowawczej - rozumianego jako zespolenie komponentu intelektualnego i emocjonalnego przedstawiono w kwestionariuszu skalę 4 stopniową:

- jestem całkowicie przekonany;
- jestem przekonany;
- nie mam co do tego przekonania;
- uważam, że tego typu działalność jest nie dla mnie.

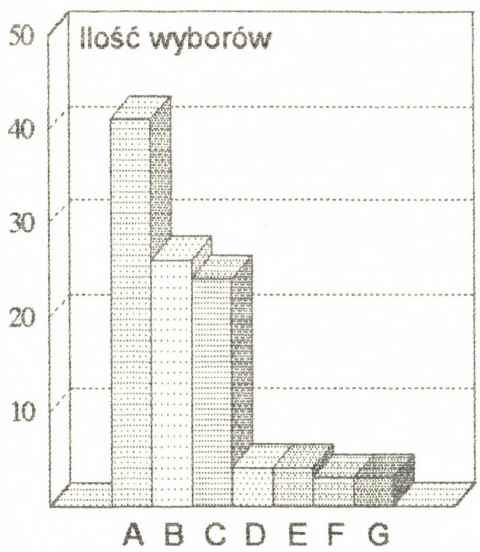
Otrzymano następujące wyniki badań:

- jako całkowicie przekonanych określiła siebie największa liczba respondentów (50,6%);
- jestem przekonany (36,5%);
- nie mam co do tego przekonania (9,4%);

- uważam, że tego typu działalność jest nie dla mnie(3,5%).

Wykres 2

Sytuacje skłaniające do podejmowania działalności według liczby wyborów



A - chęć niesienia pomocy zaniedbanej wychowawczo młodzieży

B - potrzeba niesienia pomocy ludziom starym i samotnym

C - chęć pogłębienia wiedzy zdobywanej podczas studiów

D - namówili do tej działalności inni opiekunowie społeczni

E - chęć podjęcia jakiejkolwiek działalności

F - zachęcili do tej działalności przełożeni

G - chęć zdobycia punktów w systemie lokatowania

Współczynnik korelacji[95] pomiędzy całkowitym przekonaniem do działalności, a chęcią pogłębienia wiedzy zdobywanej podczas studiów, osiągnął wartość 0,83. Zatem stopień związku pomiędzy tymi cechami jest wysoki.

Analiza czasookresu prowadzonej działalności wykazała następującą sytuację:

- 6 miesięcy sprawowało opiekuńczą funkcję 20 studentów;

- 1 rok - 12 studentów;
- 18 miesięcy - 24 studentów;
- 2 lata - 21 studentów;
- 3 lata - 6 studentów;
- 4 lata - 2 studentów.

Uogólniając powyższe wyniki można wnioskować, iż studenci WAM podejmowali najczęściej działalność z chęci niesienia pomocy: zaniedbanej wychowawczo młodzieży bądź ludziom starym i samotnym, dostrzegali wpływ i związek tej działalności z procesem zdobywania wiedzy medycznej. Większość była całkowicie przekonana o słuszności zaangażowania się w pomoc młodzieży i osobom w wieku starszym, przeciętnie realizowali tę pomoc przez półtora roku.

Działalność opiekuńczo - wychowawcza studentów WAM posiadała określoną społeczną wartość. Chcielibyśmy w tym miejscu ją udokumentować, choć nie jest to głównym celem pracy.

Prezentowane wskaźniki będą dotyczyły roku 1878. Działalność tę prowadziło 105 podchorążych. Badania, ze względu na swój charakter objęły 85. Wartościowaniu poddano te kategorie działalności, które w świetle badań stanowiły część dominującą. Badani studenci stwierdzali, iż najczęściej podejmowali działania opiekuńczo - wychowawcze wobec dzieci i młodzieży, pozbawionych opieki rodziców i zagrożonych moralnie (38,5 %).

W dalszej kolejności: wobec ludzi samotnych w wieku emerytalnym (30,3 %), następnie - dzieci i młodzieży mającej trudności w nauce (22,9 %). Nieznaczne działania dotyczyły ludzi niewydolnych fizycznie i materialnie (8,3 %).

W roku 1978 opieką objęto 101 osób w sposób stały, 60 - okresowy oraz 38 doraźnie.

Podopieczni stali odwiedzani byli przynajmniej jeden raz tygodniowo, okresowi ok. 3 razy miesięcznie, a doraźni na polecenie Ośrodka Opiekuna Społecznego.

O potrzebie podejmowania działalności opiekuńczej wobec danej osoby najczęściej informował Ośrodek Opiekuna Społecznego (67,7 %), następnie zgłaszali nauczyciele (19,6%). Znaczna ilość (10,8 %) sama "penetrowała" teren. Badania ukazały, że w tym względzie brak było współpracy np. z instytucjami podległymi resortowi spraw wewnętrznych.

Wobec objętych opieką osób najczęściej podejmowano systematycznie różne przedsięwzięcia. Bardzo rzadko działania kończyły się na przeprowadzeniu tylko wywiadu czy też zgłoszeniu "sprawy" do Ośrodka Opiekuna Społecznego.

W sumie w 1978 roku zrealizowano:

- wywiadów społecznych - 316;
- pomocy pieniężnych - 90;
- pomocy w naturze - 53;
- pomocy w ulgach i usługach - 66;
- pomocy medycznych - 250;
- pomocy w nauce - 307;
- wygłoszono 196 pogadanek z zakresu wychowania zdrowotnego.

Rodzaje zrealizowanej pomocy opiekuńczej ukazują szerokie wykorzystywanie elementów wiedzy medycznej w działalności społecznej. Jest to wyraz realizacji zasady łączenia teorii z praktyką. Zdecydowana większość studentów (80,4 %) współpracowała w rejonie z opiekunem "specjalistycznym", bądź

pracownikiem socjalnym. Studenci w mundurach potrafili zdobywać zaufanie podopiecznych. Ponad 70 % przyjmowana była przez nich życzliwie, obojętnie 17,6 %, a niechętnie 9,5 %.

W przypadku napotkania trudności najczęściej szukali pomocy wśród starszych kolegów, bądź konsultowali "sprawę" w Ośrodku Opiekuna Społecznego. Zdarzało się, że "doradcami" byli nauczyciele akademiccy WAM. Dotyczyło to najczęściej sytuacji zdrowotnej podopiecznego.

Podczas wykonywania obowiązków prawie wszyscy występowali w mundurze podchorążego WAM. Uzasadniali to tym, iż "mundur cieszy się szacunkiem w społeczeństwie", "dodaje powagi", "podnosi autorytet opiekuna ze względu na zewnętrzne odznaki lekarza", "daje możliwości załatwienia wielu spraw w urzędach", "wywołuje pewien respekt", "stanowi wizytówkę uczelni". Z powyższego wynika, że "mundur" ułatwiał funkcjonowanie terenowego opiekuna społecznego.

Studenci WAM byli zdania, że opiekunowie społeczni, w trosce o należyte wychowanie dzieci powinni najczęściej interweniować w rodzinach alkoholików. W tych bowiem rodzinach występują całe zespoły sytuacji deprawujących dzieci, w tym tzw. "zespół dziecka maltretowanego".

Mniejszy udział jest potrzebny w rodzinach niepełnych i zaniedbanych materialnie, chociaż ta kategoria rodzin obecnie rozrasta się bardzo szybko. Prezentowali również opinię, że działalność instytucjonalna tylko częściowo zaspakaja istniejące potrzeby, a w niektórych przypadkach stanowi przysłowiową "kroplę w morzu". Dumni byli z tego, że ich społecznikostwo znane jest w środowisku uczelni oraz miejscu prowadzonej działalności[96].

Uzyskane dane ilościowe oraz dokonane uogólnienia pozwalają stwierdzić konkretne wartości społeczne

działalności studentów WAM. Nie wszystkie przecież można ująć statystycznie.

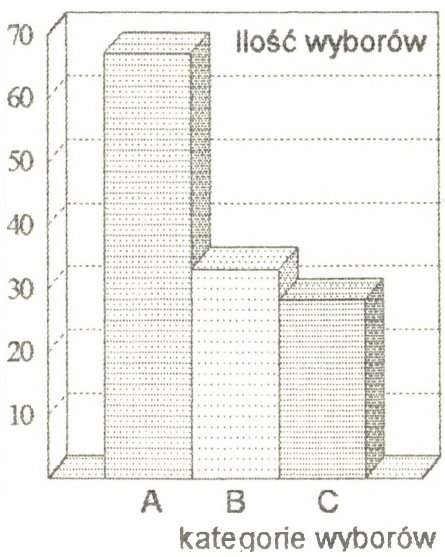
Dotychczasowe rozważania wielokrotnie zwracały uwagę na istniejący związek pomiędzy problematyką działalności opiekuńczo - wychowawczej, a rolą społeczno - zawodową lekarza. Podporządkowanie tej działalności MZiOS wskazuje również formalnie na funkcjonalny związek.

W niniejszych badaniach zapytano respondentów: czy ich zdaniem działalność ta:

- kształtuje pozytywne cechy osobowości lekarza?
- uczy sposobów nawiązywania kontaktów z chorym?
- pogłębia wiedzę medyczną wskazując na społeczne uwarunkowania choroby?

Wykres 3

Wpływ działalności opiekuńczo - wychowawczej na przygotowanie do roli społeczno - zawodowej lekarza



A - działalność kształtuje pozytywne cechy lekarza

B - uczy nawiązywania kontaktów z chorym

C - pogłębia wiedzę medyczną wskazując na społeczne uwarunkowania choroby

Jednocześnie zapytano o opinię na temat zasadności podjęcia tej działalności przez wszystkich studentów Wydziału Lekarskiego. Wyniki udzielonych odpowiedzi na pytanie dotyczące wpływu tej działalności na przygotowanie do roli lekarza obrazuje Wykres 3. Wynika zeń, że w opinii pytanych działalność opiekuńczo - wychowawcza kształtuje nade wszystko pozytywne cechy osobowości przyszłego lekarza. Ma więc wpływ na to, czego współczesnemu lekarzowi często brakuje, co jest przyczyną kryzysu "instrumentalnej" medycyny.

Nieco mniejsza ilość wyborów pozostałych funkcji kształcących, zdaniem autora, wynika stąd, że część respondentów rozumiała umiejętność nawiązywania kontaktów z chorym jako komunikatywność będącą cechą osobowości lekarza. Uważamy, że jest to pogląd słuszny. Nie przeczy wpływowi tej działalności na przygotowanie lekarza.

Podzielone są poglądy studentów WAM co do formy angażowania do tej działalności. Najwięcej osób sugeruje uzależnienie podejmowania od zainteresowań studenta (66,6 %), co wskazuje na potrzebę zachęcania. Wydaje się, że pogląd ten ma swoje źródło w przekonaniu o sprecyzowanych zainteresowaniach problematyką ochrony zdrowia i warunkach spełniania funkcji społecznych przez przyszłych lekarzy już podczas studiów lub nawet podczas podejmowania decyzji o ich podjęciu. Jest to pogląd nie w pełni słuszny. Był również postulat uczynienia w tej formie praktyki studentów medycyny. Żaden z respondentów nie zanegował tej formy działalności, realizowanej przez studentów medycyny jako formy "budującej" wartości moralne.

W tej grupie badano także motywy wyboru zawodu lekarza. Pojęcie motywacji rozumiano za Marią Ossowską jako "siłę" tłumaczącą powtarzanie się u ludzi pewnych czynności[97].

Dokonano własnej kategoryzacji owej "siły" zdając sprawę z tego, że nie będzie ona wyczerpująca. Przyjęto, że motywem podjęcia studiów medycznych może być:

- zamiłowanie i chęć niesienia pomocy chorym;
- wysokie uznanie społeczne zawodu lekarza;
- ambicja rodziców;
- inne (np. chęć posiadania dobrze płatnego zawodu).

Uzyskane wyniki badań wykazały, że 78,7 % studentów podjęło studia z zamiłowania i chęci niesienia pomocy chorym. Jest to dominująca wartość wśród terenowych opiekunów społecznych - studentów WAM. Wysokie uznanie społeczne zawodu lekarza było motywem dla 11,2 % ogółu respondentów, ambicja rodziców 1,1 %, inne 9 %.

Badania MZiOS podawały, że tylko ok. 30 % kandydatów na cywilne studia medyczne wybierało medycynę z zamiłowania i chęci niesienia pomocy chorym[98].

W tym zawodzie, który wymaga właśnie autentycznego heroizmu i poświęcenia, odsetek ten jest wręcz alarmujący. Na tym tle studenci WAM - terenowi opiekunowie społeczni wypadli zadowalająco.

Można uznać, że to właśnie motyw wyboru zawodu lekarza miał w dalszej konsekwencji ujście w podejmowaniu i realizowaniu funkcji terenowego opiekuna społecznego. Z drugiej zaś strony należy pamiętać, że respondenci to opiekunowie społeczni, którzy swoją osobowość, stosunek do przyszłej roli społeczno - zawodowej kształtowali w społecznikowskim działaniu (przynajmniej w jakiejś części). Motyw wyboru zawodu może być tego działania wynikiem szczególnie wówczas, gdy jest formułowany wtórnie.

Chcąc otrzymać postulowany przez terenowych opiekunów społecznych wzorzec osobowości lekarza, w kwestionariuszu podano zestaw 12 cech. Były to:

- odpowiedzialność, rozumienie innych, opanowanie, wydajność umysłu, łagodność, wrażliwość, tolerancja, komunikatywność, fachowość, pewność siebie, uczynność, opiekuńczość.

Powyższy zestaw cech został przetransponowany z badań MZiOS. Służył tam do sformułowania wzorca osobowości lekarza w opinii wychowawców, studentów I roku studiów oraz pacjentów. Zabieg powyższy wydaje się być zasadny metodologicznie bowiem stworzona została możliwość stwierdzenia stopnia zbliżenia wzorców: osiągniętego w badaniach do postulowanych przez inne środowiska.

Postulowany zatem wzorzec osobowości przez studentów WAM ujmuje następujący układ rangowy cech:

- Odpowiedzialność;
- Fachowość;
- Opanowanie;
- Wrażliwość;
- Rozumienie innych;
- Uczynność;
- Komunikatywność;
- Wydajność umysłu;
- Opiekuńczość;
- Pewność siebie;
- Łagodność;
- Tolerancja.

Osiągnięty model osobowości wydaje się być pośrednim i jednoczącym, w rangowym układzie cech, postulaty nauczycieli akademickich, pacjentów oraz studentów. Gdyby można było uznać 6 pierwszych cech za najważniejsze, to pozostałe mogłyby mieścić się w ich zakresie.

Jednocześnie określono, że działalność opiekuńczo - wychowawcza kształtuje przede wszystkim odpowiedzialność i rozumienie innych. Jest to kolejne ukazanie związku pomiędzy pracą lekarza, a działalnością opiekuńczo - wychowawczą. Niska pozycja rangowa tolerancji - jako cechy osobowości wynikać mogła z tego, że część respondentów rozumiała ją jako postępowanie tolerancyjne - co jest sprzeczne z odpowiedzialnością w działaniu zawodowym.

Godna uwagi jest wysoka pozycja fachowości w zawodzie lekarza. Można założyć, że wynikało to prawdopodobnie z przekonania, że relacja lekarz - pacjent z góry zakłada posiadanie przez lekarza kwalifikacji zawodowych.

Dostrzegana preferencja cech osobowych jest dość interesująca. Wskazuje dobre uświadomienie i znajomość rzeczywistych oczekiwań pacjentów. Wyniki badań Z. Kawczyńskiej - Butrym wskazują, że 62% pacjentów powypadkowych podkreśla duże znaczenie przede wszystkim fachowości lekarza[99].

Więź emocjonalna nie stanowi więc w odczuciu studentów wystarczająco ważnego kryterium oceny i jest jedynie zawarta w relacji lekarz - pacjent. Jest to sytuacja, w której więź emocjonalna nie podlega ocenie społecznej, a więc w zasadzie zależy od indywidualności i chęci, czy dobrej woli lekarza. Stąd podlega ocenie moralnej.

Takie odczucie może studentowi, a później lekarzowi nie dostarczyć wystarczająco silnej motywacji do zachowań oczekiwanych przez pacjenta. Potwierdza jednak słuszność i potrzebę kształtowania osobowości w działaniu, która może przejawiać

się u studentów medycyny np. w działalności opiekuńczo - wychowawczej.

Można wnioskować, że przemiany dotyczące systemu służby zdrowia wymagają przygotowania lekarza, szczególnie pod względem ekspresyjnego aspektu roli społeczno - zawodowej. Kompleksowe wychowanie i kształcenie wymaga równomiernego przygotowania do pełnienia ról w obu płaszczyznach, co należy szczególnie akcentować w sytuacji pewnej dehumanizacji medycyny.

Paul Ramsey[100], profesor Uniwersytetu w Princenton uznaje, że pomimo zmian we współczesnej medycynie podstawą wzajemnego stosunku lekarza i chorego jest wierność umowie, czyli lojalność. Komplikację tegoż stosunku powoduje postęp współczesnej medycyny wyrażający się w transplantacji organów, eksperymentach medycznych. Pozostaje nadal problem opieki nad nieuleczalnie chorymi lub umierającymi pacjentami. Nie można jednak zapomnieć, że "pacjent jest osobą".

Działalność opiekuńczo - wychowawcza może wspomagać uczelniany system kształcenia cech moralnych.

System kształcenia to "całokształt zasad organizacyjnych oraz treści, metody i środki nauczania tworzące spójną wewnętrznie strukturę i podporządkowanie realizacji społecznie akceptowanych celów kształcenia"[101].

Mówiąc o "systemie" mamy zawsze na myśli jakąś całość działającą w sposób względnie zintegrowany. Pojęcie integracji z kolei zakłada określoną złożoną strukturę tej całości, a więc fakt, że obejmuje ona szereg różnych elementów funkcjonalnie ze sobą powiązanych. Heliodor Muszyński jest zdania, że w przypadku szkoły należy mówić o systemie dydaktyczno - wychowawczym. Określa go, jako "pewną organizację ludzi, środków i działań objętych strukturą uczelni, a podporządkowanym jej celom wychowania"[102].

Taki system składa się z zespołu zadań, które muszą być w uczelni podjęte w celu uruchomienia pożądanych procesów osobotwórczych, zbioru elementów wychowawczych, które zadania te będą realizowały oraz struktury organizacyjnej obejmujące ich sterowanie i zintegrowane działanie[103].

W niniejszej pracy traktujemy działalność opiekuńczo - wychowawczą jako jedną z „metod" uczelnianego systemu wychowania, który traktuje "pracę społeczną" rozumianą jako zamierzoną i użyteczną w sensie uspołecznienia podchorążych, jako integralną część procesu wychowania[104].

W toku studiowania literatury stwierdziliśmy występowanie różnych propozycji usprawnienia kształtowania osobowości lekarza. Można by je podzielić na 2 grupy, biorąc pod uwagę postulowane sposoby kształtowania postaw.

Po pierwsze - część autorów uważa, że powinno się doskonalić intelekt i emocjonalne zaangażowanie do wykonywanej roli społeczno - zawodowej. Chodzi więc o kształtowanie przekonań.

Propozycje w tej mierze postulują wprowadzenie do programów nauczania psychologii, historii kultury, filozofii, etyki i deontologii lekarskiej, historii medycyny połączonej ze studiowaniem życiorysów wybitnych lekarzy.

Propozycje te na ogół w sposób nieprecyzyjny formułują sposób, zakres godzinowy realizacji tegoż zadania. Samo określenie "trzeba" jeszcze niczego nie wyjaśnia.

Po drugie - sugerowany jest pogląd, iż postawy lekarzy wobec zawodu powinny być kształtowane w sposób czynny, w działaniu przez wszelkiego rodzaju przedsięwzięcia ujmujące relacje człowiek - człowiek. Pogląd ten zmierza do uznania roli motywacji w postawie lekarza, który zapewnia jej trwałość. Postulat ten obejmuje propozycje utworzenia np.

roku "0" z programem praktyki, np. pielęgniarskiej w zamkniętych ośrodkach leczniczych.

W oparciu o przeprowadzone badania usiłowaliśmy ustalić pogląd studentów WAM - terenowych opiekunów społecznych o kształcącej roli tej działalności w przygotowaniu przyszłych lekarzy.

Badano zatem grupy ludzi posiadające wiedzę zarówno o działalności, jak i wyobrażenia o przyszłej roli zawodowej. Jest to podstawa sądu o wiarygodności w rozwiązywaniu postawionej hipotezy.

Na podstawie analizy sytuacji skłaniających do podejmowania omawianej działalności, motywów wyboru zawodu lekarza, opinii dotyczącej potrzeby podjęcia działalności opiekuńczej przez wszystkich studentów medycyny, postulowanego wzoru osobowości lekarza oraz społecznych wartości tej formy aktywności uzyskaliśmy potwierdzenie hipotezy, że działalność opiekuńczo - wychowawcza może być „metodą" kształtowania moralnych cech w procesie kształcenia przyszłych lekarzy.

Z tej części materiału badawczego można poczynić próbę formułowania praktycznych wniosków dla celowego kształtowania moralnych cech lekarza. Do najważniejszych, istotnych ze względu na społeczną potrzebę można zaliczyć:

1. Rozwój naukowo - techniczny przyczynia się do "instrumentalizacji medycyny". Powoduje to "odsunięcie" chorego od lekarza, zanik więzi w relacji człowiek - człowiek ukształtowanej w dotychczasowej tradycji, a w rezultacie kryzys zaufania do medycyny ujawniający się między innymi w popularności wszelkich przejawów antymedycyny nazywanej czasami medycyną niekonwencjonalną.

2. Kształtowanie osobowości lekarza powinno obejmować całość postaw, wszelkich jej komponentów, a nie tylko

przekonań. Trwałość zabiegów wychowawczych zależy również od motywacji, która kształtuje się także w działaniu. Zasadnym wydaje się przypominanie, iż dwa czynniki tworzą prawdziwego lekarza: wiedza i etyka.

Ze względu na brak szerszych badań w innych ośrodkach akademickich niemożliwe było porównanie osiągniętych wyników. Stąd też można mówić o swoistej "filozofii moralnej" procesu dydaktyczno - wychowawczego (w tym zakresie) realizowanej w Wojskowej Akademii Medycznej.

W celu poszerzenia przeprowadzonych badań, sprawdzenia zasadności wyciągniętych wniosków (niektórych) badanie powtórzono. Zastosowano tą samą metodę, technikę, ankietę jako narzędzie badawcze.

Tabela 3

Studenci WAM - opiekunowie społeczni wg lat studiów, a zawód rodziców

Rok studiów	Zawód rodziców			Razem
	Prac.służ. zdrowia	Prof. wychowawcy	Inni	
drugi	-	-	-	-
trzeci	2	6	5	13
czwarty	3	12	21	36
piąty	1	3	16	20
szósty	-	3	13	16
Razem	6	24	55	85
	7,1 %	28,2 %	64,7 %	100 %

Badaniu poddano grupę 85 studentów. Podobnie jak w roku 1978 dominującą część stanowili podchorążowie, których

rodzice nie byli pracownikami służby zdrowia lub profesjonalnymi wychowawcami. 64,7 % określiło zawód rodziców jako inny. Stąd wniosek, iż zawód rodziców nie wpływa na angażowanie się do tej działalności, jest uzasadniony. Nowym zjawiskiem jest nie podjęcie tej działalności przez studentów drugiego roku.

Podobnie zapytano, dlaczego studenci podejmują działalność opiekuńczo - wychowawczą.

Otrzymano odpowiedzi:

a.	dla pogłębienia wiedzy zdobywanej podczas studiów	- 33	25,0%
b.	z chęci niesienia pomocy zaniedbanej wychowawczo młodzieży	- 29	21,9%
c.	z potrzeby niesienia pomocy ludziom starym i samotnym	- 14	10,6%
d.	namówili mnie do tego koledzy	- 17	12,8%
e.	zachęcili mnie do tego przełożeni	- 7	5,3%
f.	dla zdobycia punktów w systemie lokatowania	- 28	21,2%
g.	z chęci podjęcia działalności jakiejkolwiek	- 4	3,0%

Największa liczba studentów podjęła tę działalność dla pogłębienia wiedzy zdobywanej podczas studiów (25%) następnie z chęci niesienia pomocy zaniedbanej wychowawczo młodzieży (21,9%).

Nowym zjawiskiem jest chęć zdobycia punktów w systemie lokatowania tzn. osiągnięcia pewnego rodzaju korzyści osobistych (21,2%).

Tego rodzaju uzasadnienie w badaniach przeprowadzonych w roku 1978 miało wartość znikomą. Sądzić należy, że tego

rodzaju "sytuacja skłaniająca" była podyktowana w części decyzjami uczelnianymi. Ogłoszono bowiem, że przyszłe miejsca pracy będą uzależniane od pozycji w systemie lokatowania.

Stopień przekonania do działalności opiekuńczo - wychowawczej przedstawiał się następująco:

a. jestem całkowicie przekonany - 55,1%
b. jestem przekonany - 27,0%
c. nie mam co do tego przekonania - 15,8%
d. uważam, że tego typu działalność jest nie dla mnie - 2,1%

W porównaniu do badań poprzednich nastąpił: wzrost całkowicie przekonanych o 4,5 %; spadek przekonanych o 9,5 %. Ilość nie mających do tego przekonania wzrosła o 6,4 %. Nieco mniej osób uważało, że tego typu działalność jest nie dla mnie - 1,4 %.

Pamiętając o dopuszczalnym błędzie, przy prowadzeniu badań tą metodą i techniką wydaje się, że "obraz" zasadniczo nie uległ zmianie w porównaniu do roku 1978.

Badani opiekunowie społeczni, swoje motywy wyboru zawodu lekarza określili następująco:

a. zamiłowanie i chęć niesienia pomocy chorym - 82,0%
b. wysokie uznanie społeczne zawodu lekarza - 50,1%
c. ambicja rodziców - 13,0%
d. inne - 7,0%

W związku z tym, że część osób dokonała podwójnych wyborów - suma przewyższa 100 %. Osiągnięte wskaźniki, podobnie jak w roku poprzednim są bardzo optymistyczne.

Powtórzone badania dowiodły, że precyzowane wnioski dotyczące wpływu działalności opiekuńczo - wychowawczej na

wychowanie moralne studentów medycyny są uprawnione. W następnym rozdziale analizujemy przypadki lekarzy - absolwentów WAM przed sądami. Stąd konieczność rozważenia zależności pomiędzy normami prawnymi i moralnymi.

Dokonana analiza wzbogaca, naszym zdaniem, teorię wychowania moralnego w odniesieniu do studentów medycyny. Może być uzupełnieniem ogólnych rozważań, szczególnie gdy chodzi o stosunek między dobrem, a godziwością, doskonałością, powinnością; o sposób istnienia i kształtowania wartości moralnych.

Przypisy:

1. Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii, Warszawa 1972, PWN, s.130.

2. Tamże, s.131.

3. Wiatr J., Społeczeństwo, Warszawa 1973, PWN, s.109.

4. Wiatr J., op.cit., s.111.

5. Surmaczyński M., Znaczenie kategorii "pozycja i rola" społeczna w badaniach socjologiczno - politycznych, w: Problemy struktury i aktywności społecznej, Warszawa 1970, PWN, s.141.

6. Muszyński H., Ideał i cele wychowania, Warszawa 1974, WSziP, s.92-95.

7. Szczepański J., op.cit., s.132-134.

8. Szczepański J., op.cit., s.135.

9. Szewczuk W., Psychologia, t. II, Warszawa 1966, PZWS, s.425.

10. Muszyński H., Zarys teorii wychowania, Warszawa 1977, PWN, s.62.

11. Muszyński H., Teoretyczne i praktyczne podstawy systemu wychowania w Akademii Medycznej, w: Problemy Dydaktyki Medycznej, nr 2/72, s.13.

12. Muszyński H., op.cit., s.14.

13. Kupisiewicz Cz., Podstawy dydaktyki ogólnej, Warszawa 1974, PWN, s.16-17.

14. Muszyński H., op.cit., s.18-20.

15. Kielanowski T., Psychoterapia terminalna, w: Problemy dydaktyki medycznej, nr 3/75, s.15.

16. Brzeziński T., Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej, w: Etyka i deontologia lekarska, PZWL, 1985, s.25-38.

17. Nowak S., Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych, Warszawa 1971, s.3-8.

18. Zawadzki B., Sens choroby, sens śmierci, sens życia, Znak, Kraków 1993, s.18.

19. Nowak S., op.cit., s.9-13.

20. Kielanowski T., Antymedycyna za progiem, op.cit., s.7.

21. Kawczyńska - Butrym Z., Wyobrażenia o rolach zawodowych, w: Życie Szkoły Wyższej, nr 6, Warszawa 1974, PWN, s.81.

22. Minczewska M., Praca pielęgniarki, Warszawa 1973, s.80.

23. Kawczyńska - Butrym Z., op.cit., s.81.

24. Tamże, s.82.

25. Field G. Mark, System zdrowia a system społeczny, w: Socjologia a zdrowie, Warszawa 1976, PWN, s.137.

26. Field G. Mark, op.cit., s.137.

27. Bizoń Z., Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych, w: Socjologia a zdrowie, Warszawa 1976, PWN, s.116.

28. Bizoń Z., op.cit., s.116.

29. Tamże, s.116.

30. Tatarkiewicz W., Historia filozofii, Kraków 1946, s.6.

31. Tatarkiewicz W., O szczęściu, Warszawa 1962, s.150.

32. Bukowski J., Ewolucja etyki lekarskiej, Wojsko i Wychowanie, nr 11/1992, s.34.

33. do XIII wieku medycyna była "partyzantką". Miała w swej karierze imponujące potyczki i bitwy, ale nie wygrała żadnej kampanii. Liczył kto chciał i jak chciał. Punktem

startowym było wprowadzenie egzaminu państwowego i stworzenie warunków do nauczania uniwersyteckiego. Około 1240 r. pierwsze szkoły tak zorganizowane powstały w Salerno, Bolonii i Padwie, potem w Paryżu.

34. Brzeziński T., Aksologiczne pojęcie dobra i zła i jego zastosowanie w praktyce lekarskiej, red. T. Kielanowskiego, PZWL, Warszawa 1985, s.16-22.

35. Jedynak S., Etyka Starożytnego Wschodu, Wyd. Omega, Warszawa 1972.

36. Tamże.

37. Tamże.

38. Tamże.

39. Bielecki M., Zapomniany świat Sumerów, PIW, Warszawa 1966.

40. Jedynak S., Etyka starożytnego wschodu, op.cit.

41. Pollak K., Uczniowie Hipokratesa, Wiedza Powszechna, Warszawa 1970, s.44.

42. Łyko Z., Moralność na codzień. Znaki czasów, Warszawa 1983.

43. Popielski B. Wybrane zagadnienia z etyki lekarskiej, PZWL, Warszawa 1983, s.27.

44. Współczesne badania dokonane np. przez Nanibe Riade (1955 r.) ustalają, że jest to przysięga znacznie starsza i pochodzi z Egiptu.

45. Pollak K., Uczniowie Hipokratesa, Wiedza Powszechna, Warszawa 1970, s.128.

46. Osińska K. (red.), Refleksje nad etyką lekarską, Wyd. Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1990, s.11.

47. Tamże, s.12.

48. Tulczyński A. Polskie Kodeksy Deontologiczne, Warszawa 1975, PZWL, s.10.

49. Tulczyński A., Deontologia lekarska, Warszawa 1978, s.7.

50. Tamże, s.8.

51. Kodeks Etyki Lekarskiej, wyd. 1992, s.9.

52. pojęcie deontologia wprowadził angielski prawnik Jeremy Benthan w 1834 r. W odniesieniu do medycyny zastosował je francuski lekarz, Max Simon w 1845 r.

53. zob. Ossowska M., O człowieku, moralności i nauce, Warszawa 1983, PWN, s.414.

54. Smoczyński P., Teoria etyki Leona Petrażyckiego, w: Człowiek i wartości moralne, Czarnecki Z., Soldenhoff S. (red.), Wyd. Lublin 1989, s.133.

55. Petrażycki L., Teoria prawa i państwa w związku z teorią moralności, t. 2, Warszawa 1959, s.155 (op. W. Leśniowskiego).

56. Dot. to przynajmniej dwóch prac: Jankowski H., Etyka, PWN, Warszawa 1973, s.64-90; Jankowski H., Prawo i moralność, KIW, Warszawa 1968, s.218-230.

57. Popielski B., Pogranicze etyki i prawa, w: Etyka i deontologia lekarska, Red. T. Kielanowski, PZWL, Warszawa 1985, s.126.

58. Sztompka O., O pojęciu modelu w socjologii, w: Studia Socjologiczne 1968, s.1.

59. Tamże, s.2.

60. Rzepecka - Koniarek G., O pojęciu modelu lekarza, w: Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych, t. III, nr 1/78, s.15.

61. Tamże, s.15.

62. Ostrowska A., Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego, Ossolineum 1975, s. 8-32.

63. Bejnarowicz J., Młodzi lekarze o swoim przygotowaniu do zawodu, Warszawa 1969, PZWL, s.18.

64. Rzepecka - Koniarek G., op.cit., s.17.

65. Zasady Etyczno - deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Warszawa 1974, PZWL, s.3.

66. Indisow L., Społeczne wyznaczniki zawodu lekarza, Biul. WAM, t.XV, z.3, 1972, s.487.

67. Kozłowska M., Model lekarza w opinii publicznej - próba rekonstrukcji modelu na podstawie analizy treści publikacji prasowych, w: Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych., t.III, nr 4, 1977, s.1-2.

68. Indisow L., op.cit., s.487.

69. Cytuję za Indisow L., op.cit., s.488.

70. Matczak J., Godność posłannictwa, Dziennik Popularny nr 11 z 14.02.1978, s.3.

71. Grzegorczyk A., Etyka w doświadczeniu wewnętrznym, PAX, Warszawa 1989, s.253.

72. Grzegorczyk A., op.cit., s.254.

73. Aleksandrowicz J., Nie ma nieuleczalnie chorych, Wyd. Łodzkie 1987, s.17.

74. Kozłowska M., op.cit., s.6.

75. Szczurowska E., Leczyć chorego nie chorobę, w: Sztandar Młodych nr 45, 1978, s.5.

76. Pogorzelski W., Antywzór lekarza, w: Nowy Medyk nr 8, 1978, s.13.

77. Kielanowski T., Antymedycyna za progiem, w: Argumenty nr 46, 1977, s.7.

78. Tamże, s.7.

79. Kielanowski T., op.cit., s.7.

80. Kozłowska M., op.cit., s.7.

81. Zagadnienia etyczno - deontologiczne w kształceniu lekarzy, MZiOS, Materiał do użytku służbowego, Warszawa 1984, s.4.

82. Cytuję za "Zagadnienia etyczno - deontologiczne w kształceniu lekarzy", op.cit., s.7.

83. Nowogrodzki T., Psychologia rozwojowa, Wyd.IV, Warszawa 1962, s.187.

84. Bukowski J., Działalność opiekuńcza studentów WAM jako element przygotowania do roli lekarza, materiał nieopublikowany, Łódź 1979.

85. Kamiński A., Funkcje pedagogiki społecznej, Warszawa 1974, PWN, s.9.

86. Rutkiewicz J., Poradnik opiekuna społecznego, Warszawa 1964, PZWL, s.18.

87. Wroczyński R., Pedagogika społeczna, Warszawa 1976, PWN, s.259.

88. Michalik J., Działalność społeczna słuchaczy WAM, Wojsko Ludowe, nr 4/79, s.59.

89. Rydzyński Z., Higiena psychiczna a wojsko, MON, 1977.

90. Opiekuńczo - wychowawczy aspekt działalności studentów WAM uzewnętrzniał się w takich poczynaniach jak:

- uczestnictwo w "białych niedzielach";

- współudział w wychowaniu zdrowotnym młodzieży szkolnej;

- sanitarne szkolenie oddziałów obrony cywilnej i drużyn harcerskich;

- propagowanie krwiodawstwa.

Szeroki zakres tej działalności ukierunkowany był na powiat bełchatowski, później cały region tego zagłębia energetycznego. Ekipy "lekarzy w mundurach" wspomagały wydatnie miejscową służbę zdrowia - zwłaszcza w zakresie opieki nad młodzieżą szkolną i ludnością wiejską. Zespoły studentów i kadry uczestniczyły w pracach wiejskich "szkół zdrowia".

Za moment przełomowy skłonni jesteśmy uznać zaangażowanie się studentów w działalność opiekuńczo - wychowawczą dzielnicy Łódź-Bałuty. Ta inicjatywa szerszego udziału studentów w tej formie aktywności narodziła się jesienią 1971 r. Poparcia udzielił ówczesny rektor WAM gen.bryg.prof.zw.dr med. Wiesław Łasiński.

Terenem działania były na początku Bałuty, dzielnica Łodzi upamiętniona przez Juliana Tuwima w "Kwiatach Polskich". W środowisku wielkomiejskim nadal żyje wielu ludzi starych, opuszczonych i chorych, którzy wymagają różnych form pomocy i opieki zdrowotnej. Wielkie miasto ma także swój margines społeczny, jakim są rodziny rozbite lub niepełne, złożone z alkoholików, upośledzonych umysłowo, prostytutek. Te środowiska - z pogranicza normy i patologii życia - są szczególnie groźnym rozsadnikiem zaniedbań. Stąd rekrutują się, w znacznej mierze trudni uczniowie. Pozbawieni właściwych wzorów i opieki, grupy wyrostków stają się niebezpieczną plagą dla otoczenia. Stąd też zapobieganie wykolejeniu społecznemu młodocianych urasta stopniowo do rangi problemu wychowawczego środowiska wielkomiejskiego. Taki to obraz przyszłych zadań stanął przed studentami.

We wrześniu 1971 r. zespół powołany przez Rektora, a kierowany przez płk prof.dr hab.n.med. Bogumiła Tkacza - byłego kierownika Kliniki Obserwacyjno - Zakaźnej spotkał się z Zarządem Miejskim Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej reprezentowanym przez ob. J. Sebastjańskiego i A. Dubielewicza. W wyniku rozmów sprecyzowano następujące zadania stojące przed PKPS w bieżącym okresie pracy:

1. Rozeznanie środowisk podopiecznych na terenie m. Łodzi z punktu widzenia potrzeb i prawidłowości pracy organów opieki i pomocy społecznej. Badaniom podlegać miało ok. 3000 podopiecznych. Prowadzone miały być metodą ankietowania.

2. W ramach Zarządu Miejskiego i Zarządów Dzielnicowych PKPS wzmocnić i usprawnić oraz aktywizować pracę następujących komisji problemowych:

- postpenitencjarnej;
- seniorów;
- alimentacyjnej;
- podstawowej (kwalifikacyjnej);
- dochodów;
- propagandy pomocy społecznej.

3. Organizacja gabinetów pomocy i porady lekarskiej przy Klubach Seniorów, istniejących przy Zarządach Dzielnicowych PKPS.

Jednocześnie podjęto decyzję, że studenci WAM zostaną zaangażowani do pracy Ośrodka Opiekuna Społecznego DRN Łódź-Bałuty. Sprecyzowany pierwszy program działalności został skonsultowany przez płk prof.dr hab.med. B. Tkacza z mgr socjologii Władysławą Mielczarek i kierowniczką tegoż ośrodka Wandą Mec.

Program ten obejmował:

1. Diagnozę potrzeb środowisk podopiecznych;
2. Rozeznanie środowisk moralnie zaniedbanych;
3. Opiekę nad stałymi podopiecznymi nie posiadającymi rent i uprawnień emerytalnych.

W rezultacie tych wstępnych ustaleń, 8 lutego 1972 roku doszło do spotkania Komendy WAM i przedstawicieli PKPS ze studentami. Po spotkaniu kilkudziesięciu z nich zgłosiło chęć podjęcia działalności. Uchwałą Prezydium DRN nr 103/25/72 z dn. 19.05.72 r., wszyscy oni zostali powołani na opiekunów społecznych.

Ośrodek Opiekuna Społecznego na Bałutach prowadził różnorodną działalność opiekuńczo - wychowawczą, w licznym środowisku ludzi korzystających z różnych form pomocy. Obok opieki zdrowotnej i socjalnej rozwijana była działalność typu reedukacyjnego. W środowisku zaniedbanej wychowawczo młodzieży szkolnej, Ośrodek pomagał w organizowaniu zajęć pozalekcyjnych, udzielał podopiecznym korepetycji. Właśnie do pracy z dziećmi byli przede wszystkim angażowani studenci WAM.

We wstępnym etapie działalności studenci przeprowadzili 200 wywiadów środowiskowych. Tą metodą diagnozowano potrzeby rodzin wymagających pomocy. Zadanie wcale nie było łatwe. Wymagało bowiem nie tylko dotarcia do mieszkań, ale i poznania, poprzez pozyskanie zaufania, w miarę obiektywnej sytuacji. Plonem tej pracy był wstępny opis warunków bytowych, zdrowotnych i wychowawczych, w wyniku którego Ośrodek podjął odpowiednie przedsięwzięcia. W czasie tej akcji ujawniono kilkanaście przypadków pobierania pomocy przez osoby posiadające dostatecznie zamożne rodziny, które

zaniedbują alimentacyjne obowiązki wobec rodziców, bądź dzieci.

Do pozostających nadal pod opieką Ośrodka 186 rodzin studenci docierali co pewien czas z różnymi formami pomocy. Jedną z form systematycznej pomocy były korepetycje udzielane uczniom VII i VIII klasy szkoły podstawowej zagrożonym drugorocznością. W 16 przypadkach pomoc w nauce okazała się skuteczną i przyczyniła się wydatnie do ukończenia szkoły. Ponadto studenci rozciągnęli indywidualną opiekę nad 14 chłopcami i dziewczętami w wieku 13-18 lat w celu resocjalizacji. Prawie każdy z podopiecznych miał "barwny" życiorys i bogaty bagaż negatywnych doświadczeń, wcale nie łatwych do zneutralizowania.

1.03.1973 r. odbyło się w siedzibie Komitetu Dzielnicowego PKPS podsumowanie rocznej działalności. Ocena wypadła pomyślnie. Wszystkim przedłużono na 1973r. legitymacje Opiekuna Społecznego i wręczono drobne upominki.

W rezultacie tej wspólnej działalności sprawdziły się w pełni i zostały zaakceptowane dwa podstawowe tereny działania opiekuńczego studentów. Podczas omawianego spotkania obecna była także prezes Sądu Dla Nieletnich mgr Zofia Ajnenkiel-Wendt, która bardzo pozytywnie oceniła działalność resocjalizacyjną prowadzoną przez studentów. Jak wynikało to z wydanej opinii, studenci WAM najczęściej sprawowali opiekę nad chłopcami z rodzin inteligenckich, szczególnie trudnymi do pokierowania, bo lekceważącymi wszelkie autorytety.

Właśnie studenci WAM potrafili nawiązać z nimi współdziałanie, zaimponować wiedzą, inteligencją i mundurem. Potrafili nawiązać z nimi więź psychiczną i

pokazać pozytywne wzorce zachowań. W specjalnym piśmie do Rektora Sąd wyraził przekonanie, że nawiązana współpraca, jako jedna z pierwszych w kraju może być zaliczona do udanych prób współdziałania.

Jednocześnie podjęto decyzję o obniżeniu, specjalnie dla studentów WAM, wieku kuratora sądowego do lat 22. W analizowanym okresie funkcję tę spełniało 16 studentów. Działalność kuratorów sądowych kierowana była przez studenta VI roku medycyny Stanisława Pechcińskiego, a opiekunów społecznych przez Jerzego Palaka z IV roku wydziału lekarskiego.

Przedstawiciele KD MO zgłosili w 1973 r. propozycję nawiązania współpracy WAM ze Społeczną Poradnią Wychowawczą. Grupa pedagogiczna MO opiekowała się wówczas na Bałutach 112 młodymi osobami obojga płci, często z tych samych rodzin, do których docierał Ośrodek Opiekuna Społecznego. Chodziło o integrację działań i poszerzenie profilaktyki.

Potrzeby Bałut w tym zakresie przekraczały możliwości organizacji działających z osobna. Według rozeznania opieką należałoby objąć około 800 młodocianych. W roku 1973/74 obok omówionych działań opiekuńczych i wychowawczych objęto patronat nad kilkoma szkołami, do których uczęszczała "trudna" młodzież. Były to:

- Szkoła Podstawowa nr 79 - ul. Nowotki 138/140;
- Szkoła Podstawowa nr 101 - ul. Wrocławska 3/5;
- Szkoła Specjalna nr 168 - ul. Wrześnieńska 64;
- Szkoła Zawodowa - ul. Kilińskiego 130.

W szkołach tych prowadzono zajęcia pozalekcyjne z wybranymi grupami młodzieży, pomagano w nauce oraz wygłaszano prelekcje na tematy chorób wenerycznych,

alkoholizmu, narkomanii i innych zagadnień wychowania zdrowotnego. Podobne zajęcia prowadzono w IV i XII Liceum Ogólnokształcącym.

Stopniowo wykształciły się następujące kierunki pracy opiekuńczej:

- praca z dziećmi i młodzieżą w szkołach;
- praca z dziećmi i młodzieżą w zakładach specjalnych;
- praca z rodzicami nie wypełniającymi prawidłowo funkcji wychowawczych;
- praca z osobami w wieku podeszłym i przewlekle chorymi.

Jest to więc działanie opiekuńczo - wychowawcze pomagające, najogólniej mówiąc, w lepszej adaptacji do warunków życia. Efekty tej działalności musiały być realnie odczuwalne, skoro poszczególne szkoły i instytucje zabiegały o udział studentów oraz wyrażały swoje uznanie.

Nowym terenem pracy w 1976 r. był rodzinny dom dziecka przy ulicy Giewont 28 na Stokach. Był to "wdzięczny obiekt" poczynań wychowawczych oraz obserwacji pediatrycznych dla sporej grupy studentów.

W końcu 1975 r. opiekunowie społeczni objęli opieką 40 osobową grupę weteranów walk o wyzwolenie zamieszkałych w Łodzi, ludzi, o których mówiono - zasłużeni dla Polski. Byli to ludzie potrzebujący nie tyle wsparcia materialnego, co pomocy w załatwianiu ważniejszych spraw życiowych i opieki medycznej.

Studenci w swojej działalności korzystali z pomocy nauczycieli akademickich. 16.05.76 r. w akcji na

terenie Śródmieścia i Górnej uczestniczyło ponad 40 lekarzy różnych specjalności obejmując przeglądem stanu zdrowia i warunków sanitarnych około 100 osób w ich mieszkaniach. Podobną akcję przeprowadzono także w roku 1977 i 1978. Wielu potrzebujących pomocy znalazło się po tych domowych lustracjach w klinikach WAM.

Wiele uwagi studenci przykładali do doskonalenia prowadzonej działalności opiekuńczo - wychowawczej. Organizowali sesje popularno-naukowe będące podsumowaniem rocznej działalności, ukazaniem najlepszych doświadczeń oraz płaszczyzną prezentacji teoretycznego ich dorobku. Celem tych sesji była również nauka organizowania własnego warsztatu naukowego, studiowania literatury oraz opisu spostrzeganej rzeczywistości społecznej.

Pierwszą sesję zorganizowano 21.05.1975 r. Poświęcona była problematyce działalności opiekuńczo - wychowawczej w środowisku łódzkim. Przygotowane referaty przedstawiły specyfikę opiekuńczych działań, w tym problemy pracy z osobami w podeszłym wieku.

Porządek sesji uwzględniał referaty:

1. Antoniego Kierepki - "Zamierzenia na przyszłość: teren działania, kierunki i formy pracy opiekuńczej WAM";
2. Jerzego Palaka - "Społeczne i biopsychiczne uwarunkowania działalności opiekuńczej wśród dzieci i młodzeży";
3. Władysława Rybickiego - "Rola i formy opieki nad człowiekiem w wieku podeszłym";

4. Janusza Tatarzyńskiego - "Z doświadczeń opiekuna społecznego";

5. Pawła Syzdoła - "Wpływ działalności opiekuńczej na osobowość opiekunów - studentów WAM".

W tej sesji uczestniczyli przedstawiciele służby zdrowia dzielnicy, a także władz administracyjnych.

Problematyce działalności opiekuńczo - wychowawczej wśród dzieci i młodzieży poświęcono II sesję w dniu 13.04.1976 r. Referaty wygłosili:

1. Jerzy Palak - "Psychospołeczne przyczyny trudności wychowawczych";

2. Zbigniew Gaweł - "Najczęstsze trudności wychowawcze z podopiecznymi";

3. Marek Syska - "Działalność opiekunów społecznych w środowisku szkolnym";

4. Kazimierz Czyż - "Problemy działalności opiekuńczej w środowisku pozaszkolnym".

Pod hasłem "Działalność opiekuńczo-wychowawcza szkołą medycyny społecznej" zorganizowano w 1978 roku III sesję popularno-naukową. Walorem tego przedsięwzięcia było szczegółowe wyeksponowanie elementów pracy badawczej studentów oraz przedstawienie problemów etyki lekarskiej.

Wygłoszono referaty:

1. Władysław Rybicki - "Filozofia człowieka i filozofia ochrony zdrowia a człowiek stary";

2. Władysław Godlewski - "Opieka nad człowiekiem starym drogą do dalszej humanizacji medycyny";

3. Roman Józefczak - "Przemiany psychiczne podeszłego wieku";

4. Andrzej Krupienicz - "Specyfika patologii, diagnostyki i terapii w wieku starszym";
5. Zbigniew Gaweł - "Biologiczne i czynne środki w zapobieganiu i leczeniu przedwczesnej starości";
6. Stanisław Sosnowski - "Rekreacja fizyczna dla osób starszych";
7. Henryk Rakoczy - "Problemy opieki społecznej, jej aktualny stan i perspektywy rozwoju";
8. Paweł Syzdół - "Pomoc osobom starszym w WAM. Możliwości rozwoju działalności opiekuńczej w łódzkim środowisku akademickim".

Dorobek działalności opiekuńczo - wychowawczej studentów WAM został zaprezentowany na krajowym sympozjum "Rola i zadania pomocy społecznej w organizacji życia ludzi w starszym wieku", które odbyło się w 1979 r. (maj).

Lekarz wojewódzki dr n.med. Jan Matczak w swoim wystąpieniu scharakteryzował m.in. działalność studentów WAM. W ocenie konferencji była to pionierska działalność w Polsce. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zapowiedzieli analizę możliwości systemowej działalności opiekuńczo - wychowawczej studentów medycyny we wszystkich uczelniach jako formy weryfikatora przydatności do studiów medycznych. Była to propozycja równoległa do opracowywanego systemu praktyk kandydatów na studia medyczne w szpitalach i podstawowej opiece zdrowotnej.

Ideałem byłoby, aby każdy student przeszedł "szkołę" podobną do tej. Trzeba uznać za sukces fakt, że w latach 1972-80 ponad 600 studentów angażowało się do tej działalności.

Paweł Syzdół, dziś lekarz pisał "praca opiekunów społecznych jest piękną szkołą życia, w której zdobywamy wiedzę nie akademicką, lecz taką, której nam przekazać nie zdoła, wiedzę o środowisku, jego prawach, kierunkach rozwoju. Uczymy się odczuwać i rozumieć innych.

W lipcu 1992 r. przeprowadziłem rozmowy z sędzią sądu wojewódzkiego w Łodzi mgr Zofią Ajnenkiel, która po latach pracy z nieletnimi uznała, że działalność opiekuńczo-wychowawcza studentów WAM była jedynym udanym przedsięwzięciem profilaktycznym w ciągu 20 lecia.

91. Badanie przeprowadzono w czerwcu 1978 r.

92. Por. Nowak S., Metody badań socjologicznych, Warszawa 1965, PWN, s.364.

93. Por. Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii, op.cit., s.298-299.

94. Autor ma świadomość, że przyjęta kategoryzacja jest uproszczona.

95. Por. Szostakiewicz S., Procedury i techniki badań socjologicznych, Wyd.III, Warszawa 1964, s.183.

96. Świadczy o tym fakt, że w każdym sprawozdaniu J.M. Rektora WAM podczas inauguracji roku akademickiego wspomina się o tych podchorążych.

97. Ossowska M., op.cit., s.27.

98. Zagadnienia etyczno-deontologiczne w kształceniu lekarzy, op.cit., s.13.

99. Kawczyńska Z., op.cit., s.88.

100. Najbardziej znana praca P. Ramseya "Pacjent jest osobą", Warszawa 1977, PAX.

101. Kupisiewicz Cz., op.cit., s.35.

102. Muszyński H., Teoretyczne i praktyczne podstawy systemu wychowania w Akademii Medycznej, op.cit., s.5-7.

103. Muszyński H., op.cit., s.11.

104. System wychowania podchorążych WAM (materiał powielony), s.10, Łódź 1982.

Gdy medycyna traci kontakt
z filozofią i etyką,
to spotyka ją los rośliny
odciętej od korzeni
- usycha

J. Aleksandrowicz

Rozdział III

ETYCZNO - MORALNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZY - ABSOLWENTÓW WAM ZA NARUSZENIE NORM CHRONIONYCH PRAWEM

1. Lekarz wobec norm moralnych chronionych prawem

Odpowiedzialność prawna lekarza jest szczególnie duża, gdyż działalność jego odnosi się do życia i zdrowia, najwyższych "wartości" człowieka. Stąd też etyka w wielu dziedzinach splata się z prawem[1]. Etyczne postępowanie - to właściwe, prawidłowe współżycie społeczne, w którym niektóre (najistotniejsze) normy mają charakter prawny. Niezależnie od przekroczenia takich lub innych przepisów prawa, lekarz może jednocześnie naruszyć zasady moralności i etyki ogólnoludzkiej. Ponosi za to odpowiedzialność przede wszystkim przed własnym sumieniem - jeżeli ono jest dostatecznie wrażliwe.

Wyróżnia się następujące rodzaje odpowiedzialności:

- karną (w oparciu o Kodeks Karny i związane z nim kodeks postępowania karnego i kodeks wykonawczy);
- karno - administracyjną - opartą o Kodeks Wykroczeń;
- cywilną - opartą o Kodeks Cywilny;
- zawodową i służbową - opartą o Kodeks Pracy a także ustawę o zawodzie lekarza z dnia 28 X 1950 r. (Dz.U. nr 50 poz. 458), a także inne[2]

Niniejsza praca podejmuje wyłącznie problematykę odpowiedzialności karnej, która ma miejsce wówczas, gdy działalność lekarza narusza powszechnie przyjęte normy lub postępowanie wobec pacjenta staje się sprzeczne z konkretnym przepisem prawa.

Niezależnie od odpowiedzialności karnej lekarze mogą ponosić odpowiedzialność zawodową za popełnione przez siebie wykroczenia tj. działanie, zaniechanie lub zaniedbanie naruszające zasady etyki, godności lub sumienności zawodowej.

W sprawach o wykroczenia zawodowe orzekały Komisje Kontroli Zawodowej, obecnie rzecznicy odpowiedzialności zawodowej. W pierwszym półroczu 1993 roku np. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie skierowała do rozpatrzenia 436 takich spraw[3].

Sąd lekarski może udzielić upomnienia, nagany lub pozbawić prawa wykonywania zawodu na czas określony lub na stałe. W procesie kształcenia lekarzy, w tym w wychowaniu moralnym omawianie problematyki odpowiedzialności prawnej służy kształtowaniu kultury prawnej i uświadamianiu studentom przepisów regulujących postępowanie lekarzy, a także konsekwencji ich nierespektowania.

2. Odpowiedzialność karna lekarza i wymogi etyki zawodowej

Dla potrzeb niniejszej pracy przyjęto, że odpowiedzialność karna związana z wymogami etyki zawodowej może nastąpić w następujących sytuacjach:

a. Wdzięczność lekarzowi wyrażana przez pacjenta a przestępstwo łapownictwa;
b. Ochrona zagrożonego życia i zdrowia ludzkiego;
c. Zgoda pacjenta na zabieg lekarski;
d. Błąd w leczeniu (Błąd lekarski);
e. Leczenie nowatorskie - eksperyment leczniczy;
f. Odpowiedzialność z tytułu nadzoru, za niedopełnienie; obowiązków kontroli
g. Odpowiedzialność za przestępne przerywanie ciąży;
h. Tajemnica lekarska i jej naruszenie;

i. Nadużycia przy przepisywaniu narkotyków

Większość przepisów prawa karnego, które mogą znaleźć zastosowanie w takiej sytuacji nie zostało ustanowione specjalnie, z myślą o sprzecznej z interesem społecznym i pacjenta działalności lekarza.

Odpowiedzialność karna lekarza dokonującego czynności leczniczych powstać może tylko wtedy, gdy swoim postępowaniem wykracza on poza granice tych czynności, wyznaczone przez aktualną wiedzę i praktykę medyczną i naraża przez to na niebezpieczeństwo zdrowie lub życie człowieka albo też powoduje skutek szkodliwy dla tych "wartości" chronionych prawem. Działanie lekarza w granicach czynności leczniczej, zmierzające do poprawy stanu zdrowia chorego człowieka, jako w najwyższym stopniu społecznie dodatnie, nie może narazić go na odpowiedzialność karną wtedy, kiedy leczenie się nie powiedzie.

Postępowanie lekarza stać się może społecznie niebezpieczne i zabronione przez prawo, jeżeli wykracza poza cel leczniczy, pozostając w sprzeczności z wynikającymi z wiedzy i praktyki medycznej normami ostrożności, których przestrzeganie służyć ma osiągnięciu tego celu - i przez to zagraża zdrowiu lub życiu człowieka.

Jeżeli leczony chory dozna uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub poniesie śmierć, lekarz może odpowiadać karnie za takie zdarzenia tylko wtedy, gdy zostanie ustalone, że są one skutkiem jego postępowania, a więc jeżeli stwierdzone zostanie istnienie związku przyczynowego między jego zachowaniem, a pogorszeniem stanu zdrowia chorego.

Koniecznym warunkiem odpowiedzialność karnej lekarza jest dowiedzenie mu winy, która może być umyślna lub nieumyślna.

Nieumyślność może przybrać postać lekkomyślności lub niedbalstwa.

Od odpowiedzialności karnej lekarz nie może się ubezpieczyć.

Podobną (zbliżoną) typologię przedstawia Bolesław Popielski w pracy "Etyka i deontologia lekarska". Można przypuszczać, że absolwenci WAM stają przed sądami za naruszenie norm moralnych ujętych właśnie w opisie problemowym.

a. Wdzięczność lekarzowi przez pacjenta, a przestępstwo łapownictwa

Pacjent zwracając się do lekarza,wykonującego swój zawód w uspołecznionej służbie zdrowia,usiłuje niekiedy zaoferować lekarzowi jakiś upominek - korzyść materialną lub inną sądząc, że zapewni sobie w ten sposób szczególną opiekę. Chory lub jego rodzina mogą poczuwać się także do powinności okazania szczególnej wdzięczności lekarzowi, który wyleczył pacjenta lub wykonał trudny zabieg, poprzez wręczenie mu określonej kwoty pieniędzy czy rzeczowego prezentu. Wydaje się, że można mówić nawet, iż wykształcił się - zwłaszcza w szpitalach - zwyczaj okazywania lekarzowi przez pacjentów wdzięczności, która nie zawsze przybiera postać czysto symboliczną.

Symboliczne wyrażenie uznania dla lekarza i podziękowanie za jego trud związany z długotrwałą opieką nad pacjentem, czy też wykonaniem skomplikowanej operacji mieści się oczywiście w granicach dobrych obyczajów i nie jest przez prawo zakazane. Dozwolenie wynikające z dobrych obyczajów kończy się jednak tam, zaczyna się przestępne łapówkarstwa, choć granica dzieląca te dwie kategorie bywa płynna i nie zawsze da się precyzyjnie wyznaczyć. Pacjent usilnie nalegający, by lekarz

przyjął "dowód wdzięczności" powinien mieć świadomość, że może stawiać w kłopotliwej sytuacji lekarza, który z jednej strony nie chce urazić swego pacjenta kategoryczną odprawą, mając na względzie jego z reguły dobre intencje, z drugiej jednak strony powinien przestrzegać prawa.

Lekarz wykonujący swe obowiązki w ramach uspołecznionej służby zdrowia pełni przez to funkcję publiczną, a z faktu tego wypływa zakaz przyjmowania od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia. Przyjmowanie takich korzyści majątkowych lub osobistych za leczenie stanowi przestępstwo łapownictwa, opisane w art. 239 § 1 kk[4].

Przestępne w rozumieniu tego przepisu jest przyjmowanie przez lekarza korzyści w związku z pełnieniem funkcji publicznej, a więc nie tylko w związku z leczeniem w ścisłym rozumieniu, ale także w zamian za skierowanie do szpitala lub sanatorium lub zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy[5].

Zakaz przyjmowania korzyści od pacjentów dotyczy oczywiście tylko lekarzy pełniących swoje obowiązki w uspołecznionej służbie zdrowia. Lekarz zatrudniony w lecznictwie uspołecznionym może poza zakładem wykonywać prywatną praktykę. Jednakże w takiej sytuacji nie powinien on łączyć pracy wykonywanej w zakładzie uspołecznionym z prywatną w sposób, który byłby źródłem dodatkowych korzyści materialnych. Kierowanie za opłatą swego prywatnego pacjenta do szpitala, w którym lekarz jest zatrudniony, a także przyjmowanie korzyści pod pozorem "prywatnego" zaopiekowania się wyczerpuje znamiona łapownictwa[6].

Nie jest dozwolone także przyjmowanie przez lekarza korzyści za wykonanie zabiegu, ponieważ zabieg wchodzi w zakres leczenia szpitalnego, za które pracownik szpitala uspołecznionego otrzymuje od tejże instytucji wynagrodzenie.

Surowszej odpowiedzialności podlega lekarz, który sam zażąda od pacjenta korzyści materialnej w zamian za wykonanie czynności należących do jego zawodowych obowiązków lub uzależnia taką czynność od otrzymania korzyści (art. 239 § 2 kk)[7].

Przedmiot łapówki stanowić może zarówno korzyść majątkową jak i inne korzyści osobiste. Prawo zakazuje udzielania i przyjmowania przez osobę pełniącą funkcję publiczną nie tylko tak rozumianych korzyści, ale także samej ich obietnicy.

Odpowiedzialności karnej podlega nie tylko przyjmujący łapówkę, ale także osoba wręczająca ją, określaną jako przekupstwo (art. 241 kk).

Jeżeli osoba wręczająca sama zawiadomi organ ścigania o okolicznościach przestępstwa i jeżeli w pierwszym przesłuchaniu ujawni prawdę, może skorzystać z całkowitego uwolnienia lub złagodzenia kary.

Zadaniem wychowania moralnego jest uświadomienie istniejącej granicy pomiędzy moralnie dozwoloną wdzięcznością chorego, a zakazanym prawem postępowania lekarza.

b. Ochrona zagrożonego życia i zdrowia ludzkiego przez lekarza

Zawód lekarza został powołany do niesienia pomocy zagrożonemu życiu i zdrowiu człowieka. Istnieje obowiązek moralny i prawny udzielenia pomocy lekarskiej człowiekowi, którego życiu lub zdrowiu zagraża niebezpieczeństwo. Lekarz jest zobowiązany do spieszenia w każdym przypadku z pomocą lekarską, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować utratę życia lub kalectwo[8]. Odmowa w takiej sytuacji pomocy podlega karze grzywny. Jeżeli lekarz zostaje wprowadzony w błąd - to osoba to czyniąca podlega tej samej karze.

Jeżeli niebezpieczeństwo ma charakter bezpośredniego zagrożenia śmiercią lub ciężkim uszkodzeniem, każdy - nie tylko lekarz - ma obowiązek udzielenia pomocy (obowiązek etyki elementarnej), jeżeli nie wiąże się to z narażeniem własnego lub cudzego życia. Nieudzielenie w takiej sytuacji pomocy stanowi przestępstwo a art. 164 § 1 kk[9].

Treść tego przepisu opiera się na podstawowych normach międzyludzkiej solidarności.

Nie ma obowiązku udzielania pomocy, o którym mowa w ustawie o zawodzie lekarza i art. 164 § 1 kk, jeżeli możliwa jest natychmiastowa pomoc ze strony instytucji powołanej do udzielania pomocy w przypadkach nie cierpiących zwłoki.

Prawo nie żąda udzielania pomocy, do której konieczne byłoby poddanie się zabiegowi lekarskiemu, np. przetoczenia własnej krwi.

Odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy z art. 164 § 1 kk ciąży na lekarzu, który zaniechałby jej także w sytuacji, gdy przypadkowo znalazł się w okolicznościach wymagających przeciwdziałania bezpośredniemu niebezpieczeństwu dla ludzkiego zdrowia lub życia. Źródłem niebezpieczeństwa, wobec którego art. 164 § 1 kk nie pozwala pozostawać obojętnym, może być zarówno zdarzenie nagłe jak również postępująca choroba, stwarzająca bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkich skutków dla zdrowia i życia człowieka. Odpowiedzialność z omawianego przepisu nie jest uzależniona od tego, czy w następstwie nieudzielenia pomocy potrzebujący człowiek zmarł, czy też doznał uszczerbku na zdrowiu.

Przestępne jest samo zaniechanie udzielenia pomocy w sytuacji, gdy istnieje prawny obowiązek działania niezależnie od wystąpienia ujemnego skutku.

Omawiane przestępstwo jest umyślne; znaczy to, że lekarz poniesie za nie odpowiedzialność karną, jeżeli świadom był, że życie i zdrowie człowieka jest bezpośrednio zagrożone i chciał lub godził się na nieudzielenie mu pomocy, której mógł udzielić bez narażania siebie na niebezpieczeństwo.

Inaczej przedstawia się zakres czynności, które powinien podjąć lekarz ratujący życie lub zdrowie człowieka w sytuacji, w której ciąży na nim szczególny obowiązek. Taki obowiązek wynikać może ze stosunku pracy - z pełnienia funkcji lekarza dyżurnego, lekarza zakładowego, członka zespołu ratowniczego itd.

Lekarz staje się w takiej sytuacji "gwarantem" ochrony dóbr jednostki i nie może, chroniąc własne zdrowie, pozostawić jej w niebezpieczeństwie zagrażającym bezpośrednio życiu lub ciężkim uszczerbkiem dla jej zdrowia.

Pozostawienie w niebezpieczeństwie osoby, względem której lekarz ma obowiązek troszczenia się, zakazuje pod groźbą kary art. 163 § 1 kk[10].

Lekarz nie może zatem odmówić pomocy powierzonemu sobie choremu, jeżeli oznaczałoby to pozostawienie go w położeniu zagrażającym zdrowiu lub życiu, nawet wówczas, gdyby pomoc wymagała narażenia własnego zdrowia.

Lekarz, który ma szczególny obowiązek ochrony życia i zdrowia powierzonego sobie konkretnego chorego, w odróżnieniu od każdego innego, kto nie jest lekarzem, a także w odróżnieniu od lekarza, na którym w konkretnej sytuacji taki szczególny obowiązek nie ciąży, nie może powoływać się na stan wyższej konieczności dozwalający na poświęcenie cudzego dobra dla ratowania dobra własnego tj. art. 23 § 1 kk.

W tym przypadku przestępne jest zarówno umyślne, jak nieumyślne pozostawienie osoby powierzonej pieczy w położeniu grożącym niebezpieczeństwem (art. 163 § 1 i 2 kk).

Lekarz ponosi więc odpowiedzialność karną także wtedy, gdy nie jest świadom, że jego zachowanie stanowi pozostawienie chorego w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa, jeżeli powinien i mógł to przewidzieć. Odpowiedzialność karna lekarza powstać może także w sytuacji, w której wbrew swej powinności nie rozpozna on stanu bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia człowieka lub stan taki zlekceważy i z tego względu nie podejmie właściwych działań.

Lekarz dyżurny izby przyjęć, który wbrew wskazaniom wynikającym ze stanu zdrowia chorego odmawia przyjęcia go do szpitala, może ponieść odpowiedzialność karną z art. 160 kk[13], jeżeli narazi przez to chorego na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkich skutków dla zdrowia.

Odpowiedzialność karna powstaje zarówno wtedy, gdy lekarz to czyni umyślnie, jak i nieumyślnie.

Mając świadomość zakresu prawnego obowiązku przeciwdziałania bezpośredniemu niebezpieczeństwu dla życia i zdrowia ludzkiego, lekarz powinien pamiętać, że prawo rygorystycznie traktuje sytuacje, w których on sam stwarzałby samą tylko możliwość niebezpieczeństwa, pełniąc obowiązki w stanie nietrzeźwości.

Lekarz, który podejmuje czynności zawodowe w stanie po użyciu alkoholu w granicach 0,2% - 0,5% popełnia wykroczenie z kodeksu wykroczeń (art. 70 § 2).

Jeżeli natomiast stężenie alkoholu przekracza 0,5% i lekarz wykonuje czynności zawodowe, których pełnienie w takim stanie może narazić na niebezpieczeństwo życie lub zdrowie

ludzkie to popełnia przestępstwo z art. 147 § 2 kk[14], określane jako umyślne.

c. Zgoda pacjenta na zabieg lekarski

Lekarz dążąc do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia chorego powinien mieć na uwadze, że podejmowane przezeń czynności lecznicze wymagają, jako warunku ich prawnej dopuszczalności, zgody osoby, która ma im być poddana. Prawo chroni moralną autonomię woli jednostki, zobowiązując każdego, także lekarza do jej poszanowania.

Lekarz nie może zatem dokonywać zabiegu leczniczego, na który pacjent nie wyraził zgody. Brak zgody na zabieg i związane z nim ryzyko czyni taką czynność leczniczą prawnie niedopuszczalną i narazić może lekarza na odpowiedzialność karną w przypadku, gdyby zabieg się nie udał lub spowodował pogorszenie stanu zdrowia chorego, jeżeli lekarz w konkretnej sytuacji powinien i mógł skutek taki przewidzieć.

W tej bowiem sytuacji lekarz może odpowiadać za pozbawienie człowieka wolności (art. 165 § 1 kk).

Przestępny w rozumieniu powołanego przepisu jest każdy sposób pozbawienia wolności człowieka. Działaniem bezprawnym byłoby więc podanie choremu środka odurzającego i w wyniku tego uzyskania zgody na zabieg.

Od reguły, w myśl której wola jednostki decyduje o prawnej dopuszczalności zabiegu lekarskiego, istnieją określone wyjątki. Należą do nich:

- sytuacje określone w art. 17 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza[15], tj, gdy chory jest nieprzytomny lub gdy niemożliwe jest porozumienie się z faktycznym lub ustawowym opiekunem, gdy zwłoka w wykonaniu zabiegu może wywołać ujemne następstwa;
- w sytuacji, gdy w trakcie zabiegu operacyjnego zachodzi konieczność dokonania innego zabiegu;
- gdy człowiek dokonał zamachu samobójczego i zachodzi konieczność podjęcia czynności celem ratowania życia;
- obowiązek zwalczania chorób wenerycznych[16];
- obowiązek zwalczania chorób zakaźnych, który przewiduje przymusową hospitalizację, izolację oraz możliwość użycia przymusu bezpośredniego[17];
- obowiązek poddania się leczeniu przez przedpoborowych i poborowych czasowo niezdolnych do służby[18];

Wyrazem poszanowania woli człowieka i znaczenia jej ochrony w obowiązującym porządku prawnym jest zastrzeżenie do kompetencji sądu prawa do nałożenia obowiązku leczenia się osoby uzależnionej od alkoholu[19].

W stosunku do osób umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich obowiązek taki może nałożyć administracja zakładu za zgodą przedstawiciele ustawowego, a razie braku takiej zgody, jak również w stosunku do osoby pełnoletniej, za zezwoleniem sądu.

Artykuł 65 k.p.k stanowi, że oskarżony obowiązany jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz badaniom połączonym z dokonywaniem zabiegów na ciele, z wyjątkiem chirurgicznych w szczególności pobraniu krwi lub wydzielin organizmu, jeżeli potrzebne jest to do celów dowodowych. Zabiegi te mogą być dokonywane wyłącznie przez upoważnionych lekarzy,

z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie mogą zagrażać zdrowiu oskarżonego.

Badaniu koniecznemu do ustalenia zawartości alkoholu w organiźmie, w szczególności zabiegowi pobrania krwi dokonanemu przez fachowego pracownika służby zdrowia, może zostać poddana, nawet wbrew własnej woli, osoba podejrzana o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia po spożyciu alkoholu[20].

Odstępstwa od zasady poszanowania wolnej woli człowieka określają także przepisy kodeksu karnego wykonawczego, w stosunku do osób pozbawionych wolności. Na tych osobach ciąży obowiązek poddania się badaniom lekarskim i zabiegom sanitarnym, a także leczeniu odwykowemu. Lekarz uprawniony jest do podjęcia decyzji o konieczności i rodzaju zabiegów jeżeli skazany odmawia przyjmowanie pokarmy, a to grozi niebezpieczeństwem dla jego zdrowia[21].

W nagłym wypadku, jeżeli skazany popełnił samouszkodzenie ciała lub zachodzi niebezpieczeństwo śmierci skazanego, lekarz jest uprawniony do decyzji samodzielnej[22].

Poza określonymi przez prawo wyjątkami, lekarz ma obowiązek podporządkować się woli chorego, choćby był świadom, że to spowoduje śmierć.

Jedynie chory może rozstrzygnąć niezwykle trudny dylemat, czy poddać się zabiegowi, który stwarza szansę przedłużenia życia, jednakże za cenę drastycznego czasami ograniczenia jakości egzystencji, dokonywać bilansu wyznawanych przez siebie wartości, którymi uzasadniać będzie swoją decyzję. lekarz powinien wedle wiedzy i etyki wspomagać informacją i radą chorego.

Prawo nie dozwala lekarzowi na podjęcie decyzji za swego pacjenta. Lekarz, który działałby wbrew woli pacjenta, choćby

ze szlachetnych motywów, nie mógłby powoływać się na stan wyższej konieczności wyłączający bezprawność jego postępowania.

Stan wyższej konieczności pozwala - w obliczu bezpośredniego niebezpieczeństwa dobru chronionemu prawem, którego inaczej uratować nie można - na poświęcenie innego dobra, jeżeli nie przedstawia ono wartości oczywiście większej niż dobro ratowania[23].

Dobrem poświęconym przez lekarza nie może być jednak wola człowieka, choćby lekarz chciał uratować przez to jego zdrowie i życie. Etyka i prawo wyklucza stan wyższej konieczności jako rację działania lekarza wbrew woli chorego.

Wola człowieka poddania się zabiegowi lekarskiemu nie legitymuje lekarza do dokonywania zabiegów, które są niezgodne z prawem i etyką zawodową. Żądanie przeprowadzenia zabiegu sprzecznego z prawem nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności karnej.

Generalnie stwierdzić można, że żądanie człowieka, by lekarz dokonał zabiegu, który nie ma celu leczniczego, nie wyłącza poprawności postępowania lekarza, jeżeli narusza on dobra chronione prawem. Jeżeli lekarz, nie kierując się celem leczniczym, powoduje za zgodą czy nawet na żądanie człowieka rozstrój jego zdrowia lub uszkodzenie ciała, popełnia przestępstwo przeciwko zdrowiu.

Odnosi się to do skrajnego wypadku spowodowania śmierci, na żądanie człowieka nieuleczalnie chorego, pod wpływem współczucia dla jego cierpień.

Problem eutanazji jest obecnie przedmiotem dyskusji ukazującej całą złożoność zagadnienia w świetle zarówno możliwości sztucznego podtrzymania życia, jakimi dysponuje współczesna medycyna, jak i jej niemocy przyjścia ze

skuteczną pomocą chorym na niektóre choroby, zwłaszcza nowotworowe. Znane są już rozwiązania prawne dozwalające, na podstawie wcześniejszego oświadczenia woli człowieka, na niestosowanie lub zaprzestanie stosowania środków podtrzymujących życie w obliczu zbliżającej się nieuchronnej śmierci (USA). Bezwzględnie jednak w każdym systemie prawnym zakazane jest czynne powodowanie śmierci człowieka, choćby żądał on tego i choćby czyn taki stanowić miał akt litości i współczucia. W rozumieniu polskiego prawa przestępne jest powodowanie śmierci na żądanie i pod wpływem współczucia zarówno przez czynne działanie lekarza, jak i zaniechanie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia uczynienia wszystkiego, co w konkretnym przypadku jest obowiązkiem lekarza i co realnie możliwe do uratowania życia (art. 150 kk)[24].

W Polsce, podobnie jak w wielu krajach Europy, panujące od dłuższego czasu milczenie w sprawie eutanazji zostało naruszone. Problem ten stawiał m.in. prof. Tadeusz Kielanowski mówiąc: "Etyka i nauka lekarska będzie musiała rozstrzygnąć w bliskiej przyszłości szereg trudnych problemów moralnych, np. problem długoletniego utrzymywania przy życiu definitywnie nieprzytomnych lub niezdolnych do samodzielnego życia, a wegetujących wyłącznie dzięki stosowaniu bardzo skomplikowanych przyrządów, obsługiwanych przez całe ekipy lekarskie... Czy należy przedłużyć życie takich kalek, czy też wolno przekręcić kontakt elektryczny, wyłączyć aparat, skrócić męczarnie - oto pytanie, na które medycyna będzie musiała odpowiedzieć w niedalekiej przyszłości"[25].

Etycy zaś powinni odpowiedzieć na taki problem - czy ochrona zdrowia chorego równoznaczna ze skazaniem go na nieludzkie cierpienia - może być nienaruszalnym aksjomatem? Najnowszy polski Kodeks Etyki Lekarskiej nie zezwala, pod żadnym pozorem na eutanazję.

Tymczasem 9 lutego 1993 roku Holandia jako pierwsze państwo na świecie zalegalizowała eutanazję. Dodajmy eutanazję czynną, czyli zadawanie śmierci przez lekarza.

Ustawa ta zacznie obowiązywać w Holandii w 1994 roku, ponieważ wymaga akceptacji izby wyższej parlamentu. To jednak tylko legislacyjna formalność, ponieważ Senat nie ma prawa wnosić poprawek.

Parlamentarzyści holenderscy dopuścili eutanazję w dwóch zasadniczo różnych sytuacjach:

- Po pierwsze, lekarz będzie miał prawo wyjść naprzeciw wyraźnemu żądaniu pacjenta, o ile cierpi on na nieuleczalną chorobę związaną z nie dającym się uśmierzyć bólem. Prośba o skrócenie życia nie może być wynikiem impulsu bądź nacisku ze strony osób trzecich. Pacjent musi sformułować ją kilkakrotnie, będąc w pełni władz umysłowych.

Parlament holenderski zaproponował jednocześnie dokonywanie eutanazji chorych nie mogących wyrazić swej woli. Chodzi tu m.in. o osoby dotknięte długotrwałą śpiączką, otępieniem starczym bądź o noworodki obarczone ciężkimi, nieuleczalnymi wadami rozwojowymi.

Lekarz przerywający życie pacjenta, zarówno z własnej inicjatywy, jak i na żądanie, musi zasięgnąć opinii innego medyka w tej sprawie, a po śmierci chorego powiadomić prokuraturę wraz z opisem postępowania lekarskiego.

Ustawa ta nie znosi kary więzienia za dokonanie eutanazji. Mowa w niej wyłącznie o tym, że czyn ten nie będzie podlegał penalizacji, o ile lekarz respektował warunki dopuszczającego eutanazję. W razie stwierdzenia uchybień, grozi lekarzowi kara do 12 lat więzienia.

Problem moralnej akceptacji eutanazji nie jest jednak tak prosty.

We Francji pomoc lekarza w dokonaniu samobójstwa jest czynem prawnie zabronionym. Niecałe trzy lata temu profesor Leon Schwartzenberg, onkolog ze Szpitala w Villejuif pod Paryżem, został pozbawiony możliwości wykonywania zawodu przez rok, po tym jak przyznał się publicznie, że ułatwił jednej z pacjentek rozstanie się z życiem.

Ustawodawstwo kanadyjskie czynną eutanazję traktuje na równi z morderstwem. Osobie, której udowodni się dokonanie takiego czynu, grozi kara do 25 lat więzienia.

Dlatego też dr Daniele Marceau nie zgadzała się przez kilkanaście miesięcy na odłączenie od respiratora 24 letniej przytomnej, dotkniętej nieuleczalnym schorzeniem neurologicznym pacjentki. Chora błagała o śmierć. Aby przychylić się do jej prośby, trzeba było czekać na wyrok sądu. Sąd uznał, że sprzeciwianie się woli pacjentki oznacza pogwałcenie jej prawa do odmowy leczenia, gwarantowanego przez kodeks cywilny.

Liczące 60 tysięcy członków Niemieckie Stowarzyszenie na rzecz Humanitarnego Umierania stawia sobie za cel umożliwienie zakończenia życia, gdy sami tego zapragną. W tym celu udostępnia się im kapsułki z cyjankiem potasu.

W myśl prawa niemieckiego czynna eutanazja jest zakazana. Eutanazja bierna, czy też pośrednia nie podlega karze[26]. Eutanazja choć w sensie etymologicznym znaczy "dobra śmierć" nie posiada jednoznacznej oceny etycznej.

d. Błąd lekarski

Etyka, prawo nie może wymagać od lekarza, by dawał gwarancję (pewność) wyleczenia chorego. Zastosowane leczenie mimo staranności może okazać się nieskuteczne, niekiedy nie tylko nie doprowadzi do poprawy zdrowia, ale także - wbrew wysiłkom służby zdrowia - pogłębić może rozstrój jego zdrowia w taki stopniu, że nastąpi śmierć. Nie stawiając warunku

wyleczenia chorego, prawo wymaga natomiast, aby lekarz dawał gwarancję postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i powszechnie przyjętymi zasadami jej praktycznego stosowania, a więc jak się potocznie określa - zgodnie z zasadami sztuki.

Pojęcie "błąd lekarski" używane jest tradycyjnie. Nie jest sformułowane w kodeksie, choć używane w terminologii prawniczej. Rozumienie tego pojęcia może być wielorakie:

- jest to każda nieprawidłowość popełniana przez lekarza przy wykonywaniu zawodu (rozumienie najszersze);
- są to takie przypadki, w których pomimo najbardziej sumiennego i starannego postępowania dochodzi do nieprawidłowości w wyniku okoliczności niezależnych od lekarza (rozumienie węższe - błąd niezawiniony);
- określanie zależnie od rodzaju czynności, przy której nastąpiła nieprawidłowość;
- błąd diagnostyczny czyli polegający na złym rozpoznaniu;
- błąd w leczeniu;
- błąd w zapobieganiu i przekazaniu.

W pracy przyjęto rozumienie "błędu" za B. Popielskim: "Błąd lekarski jest postępowaniem wbrew podstawowym, powszechnie uznanym zasadom współczesnej wiedzy lekarskiej"[27]. W takim rozumieniu lekarz może popełnić błąd zarówno na etapie stawiania diagnozy jak i w trakcie leczenia, a także na etapie rehabilitacji pacjenta, jak również w zakresie profilaktyki. Błędna diagnoza wynikać może z niedokładnego zbadania chorego, nierozpoznania dających się ustalić objawów choroby, niewykonania wymaganych badań lub nierozważenie ich wyników, a także z nieskonsultowania się z lekarzami o "wyższej wiedzy" - specjalistami, wówczas gdy wiedza lekarza jest za "uboga" dla samodzielnego postawienia diagnozy.

Błąd taki powstać może oczywiście nie tylko w przypadku rozpoznawania "rzadkiej" choroby, ale także polegać może na błędnym uznaniu objawów "charakterystycznych" (różnicowanie). Błąd w leczeniu polegać może na zastosowaniu niewłaściwych środków farmakologicznych lub stosowaniu leków właściwych, przy istniejących, jednak w konkretnym wypadku przeciwwskazań ich stosowania (np. uczulenie pacjenta na tę grupę leków).

Błąd w rehabilitacji zaprzepaścić może niekiedy wyniki leczenia i pogorszyć stan zdrowia chorego.

Dla ustalenia, czy w leczeniu popełniono błąd, w praktyce z reguły korzysta się z pomocy biegłych lekarzy specjalistów (uznanych autorytetów).

Za "błąd" uważa się też złamanie elementarnych norm ostrożności. W tym wypadku nie zachodzi potrzeba odwoływania się do praktyki. Prasa donosiła bowiem o pomyłkach pacjentów, zoperowaniu innej kończyny czy pozostawieniu w polu operacyjnym narzędzi.

Sformułowanie lekarzowi zarzutu "błędu" wymaga wcześniejszych odpowiedzi na następujące pytania:

Po pierwsze - czy lekarz powinien przewidzieć ujemne skutki swego niezgodnego z widzą i praktyką postępowania;

Po drugie - czy mógł przewidzieć skutki, konieczne dla przypisania mu najłagodniejszej postaci winy nieumyślnej jaką jest niedbalstwo.

Lekarz nie odpowiada bowiem za ujemne skutki swego postępowania, których nie przewidywał, a których nie przewidziałby także "dobry lekarz" w podobnej sytuacji.

Na błąd lekarski powodujący odpowiedzialność karną składają się w tej sytuacji: postępowanie, wina lekarza, ujemny skutek.

Wyróżnia się dwa rodzaje winy: umyślną i nieumyślną. Jej definiowanie jest określone w art. 7 kk. Czyny umyślne dyskwalifikują lekarza bardziej pod względem moralnym.

Pod pojęciem winy umyślnej należy rozumieć sytuację, gdy lekarz ma zamiar popełnienia czynu zabronionego, to jest chce go popełnić, albo przewiduje możliwość jego popełnienia i na to się godzi (wina umyślna bezpośrednia i ewentualna).

Wina nieumyślna zachodzi wtedy, gdy lekarz możliwość popełnienia czynu zabronionego przewiduje, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że jego uniknie, lub wtedy gdy możliwości takiej nie przewiduje, choć powinien i mógł przewidzieć.

Nieumyślność może przybrać postać lekkomyślności lub niedbalstwa. Moralna ocena tego rodzaju czynów jest zawsze łagodniejsza ze względu na brak złej woli lub tylko małe jej nasilenie[28].

e. Leczenie nowatorskie

Niejednokrotnie lekarz spotyka się z przypadkami schorzeń, w których postępowanie zgodne z powszechnie przyjętymi metodami nie przyniosła poprawy zdrowia chorego, a występuje zagrożenie w zdrowiu lub życiu człowieka.

W tej sytuacji, kierując się dobrem chorego może w takich wypadkach zastosować nową metodę lub lek. Stosowanie znanych, lecz nie rozpowszechnionych metod i leków nie jest naszym zdaniem eksperymentem, lecz leczeniem nowatorskim. Pojęcie to nie występuje w języku prawniczym, lecz można przyjąć jego rozumienie za art 23a (kk).

Można przyjąć, że dozwolenie na leczenie tego typu wynika ze stanu wyższej konieczności (art. 23 § 1 kk), w którym znajduje się lekarz świadom, że tradycyjne leczenie w konkretnym przypadku nie stwarza szans poprawy zdrowia. Podjęcie

tego rodzaju leczenia może przynieść jednak skutek odwrotny, nie dający się przewidzieć.

Sprowadzenie takiego niebezpieczeństwa nie stanowi mimo to przestępstwa z art. 160 kk - narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwa utraty życia i ciężkich skutków dla zdrowia. Za cenę bowiem takiego narażenia lekarz podejmuje próbę ratowania "dobra", którego ratować inaczej nie można.

Leczenie nowatorskie wymaga zgody chorego, poprzedzonej szeroką informacją lekarza o konsekwencjach. Ujemne następstwa nie są w tym wypadku z góry rozpoznawalne. "Mnożenie" zagrożeń z etycznego punktu widzenia też może być szkodliwe dla stanu psychicznego pacjenta. Lekarz powinien także w tym przypadku mówić o przewidywanych korzyściach leczniczych. Złożoność faktyczna sytuacji poucza, że z punktu widzenia etyki zgoda stanowi jeden z koniecznych warunków nowatorskiego leczenia.

Eksperyment leczniczy w tym rozumieniu różni się od leczenia nowatorskiego, bowiem jest doświadczeniem na chorym w celu poznania przyczyn choroby, powstrzymywania jej rozwoju. Polega na zastosowaniu metod lub środków nie znanych jeszcze w medycynie i w praktyce nie stosowanych. Jest to jedna z dróg postępu w medycynie. jego przebieg jednak nie może naruszać elementarnych zasad etyki i stąd art. 23a § 1 i 2 kk określają warunki dopuszczalności i na tej zasadzie wyłącznie zostaje odpowiedzialność karna lekarza.

Wydaje się, że eksperyment jest dozwolony, gdy:

- lekarz, który chce go prowadzić zapozna się z aktualnymi ustaleniami nauki dotyczącymi planowanego doświadczenia celem ustalenia możliwości osiągnięcia zakładanych celów;

- prawdopodobieństwo korzyści powinno poważnie przekraczać prawdopodobieństwo szkody dla zdrowia pacjenta.
- prawdopodobieństwo korzyści powinno poważnie przekraczać prawdopodobieństwo szkody dla zdrowia pacjenta.

Na leczenie eksperymentalne powinna być zgoda pacjenta, ale tak uzyskana, aby wynikała z niej znajomość tego, na co jest wyrażona. Zgoda ta, zgodnie z moralnym prawem wolności jednostki może być cofnięta, co zobowiązuje lekarza do przerwania eksperymentu. Zgoda na eksperyment jest konieczna w każdych warunkach: w tym więziennych, gdzie "nie można więźniów poddawać jakimkolwiek eksperymentom, które mogłyby zagrażać ich zdrowiu tak somantycznemu jak i psychicznemu[29].

Rodzajem eksperymentu jaki może być przeprowadzony na człowieku jest eksperyment naukowy lub biologiczny. Nie ma on na celu poprawy zdrowia chorego, lecz przeprowadzony na człowieku chorym lub zdrowym swoimi wynikami, zarówno pozytywnymi jak i negatywnymi ma powiększać zasób wiedzy na temat nie stosowanej wcześnie metody postępowania.

Prowadzenie wszelkich eksperymentów powinno podlegać szerokiej ocenie etycznej. Wydaje się, że Komisja Nadzoru nad Dokonywaniem badań na Ludziach przy Radzie Naukowej MZiOS[30], komisje terenowe i uczelniane w praktyce ten [postulat spełniają.

Wyłączenie przez art. 23a kk odpowiedzialności karnej nie jest równoznaczne z wyłączeniem odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

f. Odpowiedzialność z tytułu nadzoru za niedopełnienie obowiązków kontroli

Ochrona zdrowia człowieka posiada określoną strukturę organizacyjną. Jednym z obowiązków kierującego np. oddziałem

szpitalnym jest nadzór i kontrola prawidłowości postępowania personelu. Odpowiedzialność moralna i prawna może pojawić się zatem jako następstwo błędu osoby trzeciej.

Zaniechanie wypełniania obowiązku nadzoru określane jest jako przestępstwo nadużycia służbowego, opisane w art. 246 kk[31] .

Ordynator, w ramach określonych w regulaminach szpitalnych, ma obowiązek zorganizowania w taki sposób pracy podległego sobie zespołu, aby kompetencje, obowiązki, zakres czynności, a co za tym idzie i zakres obowiązków były jasne i oczywiste.

Niedopełnienie obowiązku w zakresie nadzoru dotyczyć może także przestrzegania przez personel podległy zasad aseptyki oraz norm przygotowania i przechowywania określonego leku, wskazanych przez producenta.

Etyczna ocena takiego czynu jest pobłażliwa i zwykle kwalifikacja prawna ujmuje go jako winę nieumyślną.

g. Odpowiedzialność za przestępne przerywanie ciąży

Omówienie tego problemu nakłada obowiązek rozgraniczenia ustawowego, bowiem w 1992 roku ustanowiono nową "Ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży"[32].

Do czasu tej ustawy, życie płodu w łonie matki od chwili poczęcia objęte było ochroną prawną w myśl art. 153 i 154 kk[33].

Wymienione przepisy przewidywały odpowiedzialność karną przerywania ciąży wbrew woli kobiety przez:

- zastosowanie przemocy (pobicie, urazy brzucha);

- wykorzystanie nieświadomości kobiety, że dokonywane na jej ciele czynności spowodują przerwanie ciąży;
- doprowadzenie przemocą lub groźbą bezprawną, a także podstępem do tego, że kobieta sama sobie przerywa ciążę albo dozwala innej osobie na dokonanie tego.

Lekarz, który wykonuje zabieg przerywania ciąży za zgodą ciężarnej nie odpowiada karnie z powołanego przepisu, chyba że działał w porozumieniu. W myśl cytowanego artykułu 153 nie ma znaczenia, w jakim czasie trwania ciąży została ona przerwana.

Wymieniony art. 154 § 1 kk przewiduje odpowiedzialność karną za przerywanie ciąży za zgodą kobiety, jeżeli dokonana zostaje wbrew przepisom Ustawy.

Traktując sprawę łącznie - przestępne jest dokonanie przez lekarza przerwania ciąży, jeżeli czyni to, mimo że nie zachodzi żadne z trzech rodzajów wskazań:

- wskazanie lekarskie (jeżeli donoszenie ciąży zagraża zdrowiu kobiety ze względu na jej schorzenia);
- wskazania społeczne (jeżeli kobieta lub rodzina znajduje się w trudnej życiowo sytuacji);
- wskazania kryminalne (ciąża w wyniku zgwałcenia, czynu lubieżnego w stosunku do osoby poniżej lat 15, kazirodztwo, e.t.c.).

W myśl tej ustawy wskazania powyższe ustawały, jeżeli sam zabieg byłby szkodliwy dla zdrowia kobiety. Z wyjątkiem wskazania pierwszego - zaawansowanie ciąży nie mogło być większe niż 12 tygodni, a w przypadku wskazania prokuratorskiego wymagane było zaświadczenie jako dokument formalny. Jeżeli kobieta nie przekroczyła 18 lat, wymagana była zgoda rodziców lub prawnych opiekunów.

Kobieta ciężarna nie popełniała czynu zabronionego, gdy sama przerywała ciążę, jak również, gdy poddawała się dobrowolnie zabiegowi niedozwolonemu, a także gdy nakłaniała lekarza do przestępczego zabiegu.

"Ustawa o planowaniu rodziny i ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży" wprowadza zmiany w zakresie odpowiedzialności. Przerywanie ciąży zostało dozwolone w sytuacji, gdy:

- ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub poważne zagrożenie dla zdrowia matki, stwierdzone orzeczeniem dwóch innych lekarzy;
- gdy śmierć dziecka poczętego nastąpiła wskutek działań podjętych dla ratowania życia matki, lub dla przeciwdziałania poważnemu uszczerbkowi na zdrowi matki, którego niebezpieczeństwo zostało potwierdzone orzeczeniem dwóch innych lekarzy;
- badania prenatalne potwierdziły ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu;
- zachodzi uzasadnione podejrzenie potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża powstała w wyniku czynu przestępczego[34].

Ustawa w swoim zapisie zwalnia kobiety od odpowiedzialność za śmierć dziecka poczętego (art, 149a § 1).

Bez zmian pozostają wymagania fachowe lekarza, uprawniające do podjęcia się zabiegu przerywania ciąży. Są to: specjalizacja 1 stopnia z położnictwa i ginekologii lub chirurgii, a także dostateczne przygotowanie do dokonania tego zabiegu i ustalania przeciwwskazań.

h. Tajemnica lekarska i jej naruszenie

W procesie leczenia lekarz staje się powiernikiem wielu informacji, zwykle skrywanych przed osobami trzecimi, a niejednokrotnie przed najbliższymi. Zebranie takich informacji często jest niezbędne dla poznania przyczyn dolegliwości, na które uskarża się chory, postawienie diagnozy i profilaktyki. Sam fakt choroby może z różnych względów chcieć być ukryty przez otoczeniem. Stąd też bez zaufania do lekarza jako człowieka powierzane informacje nigdy by nie były ujawnione. Problem ten ma zatem moralne znaczenie w rozumieniu lekarza jako "fachowca" i chorego jako "człowieka".

Nadużycie zaufania pacjenta i ujawnienie przez lekarza osobom niepowołanym informacji uzyskanych w związku z pełnieniem swych zawodowych obowiązków jest występkiem nieetycznym. Stąd też prawo karne chroni tej normy w sposób szczegółowo skodyfikowany.

Art. 14 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza[35] stanowi, że lekarz obowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość w związku z wykonywaniem zawodu.

W rozumieniu tego przepisu tajemnica zawodowa lekarza obejmuje nie tylko chorobę rozpoznaną u pacjenta, niesprawność jego organizmu lub niewydolność poszczególnych organów, którą pacjent może chcieć zachować w tajemnicy, ale także okoliczności, w których powstała choroba, okoliczności rodzinnego pożycia itp.

W tym rozumieniu tajemnicy informacje zawarte w księdze zapisów chorych, historia choroby, karta zwolnienia lekarskiego także są objęte moralną zasadą dyskrecji.

Za naruszenie tej zasady może powstać odpowiedzialność z art. 264 § 1 kk, ale także z przepisów o tajemnicy służbowej i państwowej[36]. W myśl tej ustawy - wszystkie informacje

dotyczące obywatela, których ujawnienia może mu szkodzić podlegają ochronie.

Lekarz, który uzyskał informacje o chorym w ramach praktyki prywatnej nie jest związany art. 264 § 1 kk, ale nikt nie może go zwolnić z tego samego obowiązku w myśl ustawy o zawodzie lekarza.

Bez zgody pacjenta lekarz może ujawnić informacje w następujących przypadkach:

- gdy zachowanie tajemnicy może spowodować istotnie niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia samego chorego lub rodziny, otoczenia;
- gdy pacjent jest chory wenerycznie;
- w sytuacji gdy badanie jest prowadzone na żądanie uprawnionego urzędu lub instytucji;
- gdy jest świadom ciężkiego uszkodzenia ciała w drodze przestępstwa;
- w przypadku oględzin sądowo - lekarskich.

Lekarz w tych przypadkach powinien uprzedzić osobę badaną o charakterze badania i obowiązku ujawnienia wszystkiego, czego dowie się w związku z badaniem.

Od obowiązku tajemnicy lekarza jako świadka może zwolnić sąd, jednakże ta część rozprawy powinna odbywać się przy drzwiach zamkniętych.

Lekarz może także być pociągnięty do odpowiedzialności, w myśl art. 178 § 1 kk, za zniesławienie, jeżeli ujawniona informacja może narazić pacjenta na poniżenie w opinii publicznej lub utratę zaufania niezbędnego do zajmowania stanowiska.

W przypadku zawodu lekarza prawo do informacji dziennikarskiej nie ma zastosowania. Ochrona tajemnicy lekarskiej jest zatem jednym z podstawowych praw człowieka.

i. Nadużycia przy przepisywaniu narkotyków

Problem ten do niedawna przez etykę lekarską nie był tak mocno akcentowany, chociaż art. 161 kk uznawał, że wystawienie recept na środki odurzające (narkotyczne) lub bezpośrednie udzielanie takich środków wbrew wskazaniom lekarskim naraża na karę[37]. Jednakże traktując narkomanię jako problem współczesności ustawodawca w 1985 roku podjął specjalną decyzję prawną[38].

Ustawa stanowi, że środki odurzające i psychotropowe mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, zarówno leczniczych jak i diagnostycznych[39].

Są sytuacje, w których lekarz może być oskarżony o naruszenie powołanej ustawy. Art. 31 stanowi o odpowiedzialności sprawcy, który nie będąc do tego uprawniony, wbrew przepisom, udziela innej osobie środka odurzającego lub psychotropowego albo nakłania do zażywania takiego środka.

Lekarz uprawniony jest do zapisywania pacjentowi środków odurzających i psychotropowych, jednakże takiego rodzaju i w takich dawkach jakie konieczne są dla osiągnięcia wskazanego celu leczniczego lub diagnostycznego.

Lekarz udzielający środka narkotycznego w innym celu wykracza poza swoje uprawnienie i naraża siebie na odpowiedzialność karną.

Wykroczenie poza leczniczo uzasadniony cel polegać może na zastosowaniu niewłaściwego środka, jak też na stosowaniu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej nadmiernych dawek lekarstw zawierających morfinę, opium, heroinę, kokainę itp.

Przestępstwo z art. 31 ustawy o narkomanii jest przestępstwem umyślnym; znaczy to, że sprawca - jeśli byłby nim lekarz - by ponieść odpowiedzialność karną musi być świadom, że udziela środka narkotycznego nie mając do tego uprawnień ze

względu na rodzaj środka i że nie może przez to powołać się na cel medyczny.

Surowszej odpowiedzialności karnej na mocy art. 32 ust. 1 ustawy o narkomanii podlega ten, kto udziela innej osobie środka odurzającego w celu osiągnięcia korzyści osobistych lub majątkowych.

Dokonana analiza możliwej odpowiedzialności lekarza za naruszenie norm moralnych chronionych prawem ukazuje olbrzymią złożoność problematyki. Autor jest jednak przekonany, że jest to i tak zabieg prostszy niż dokonanie oceny konkretnego przypadku. Odpowiedzialność lekarza jest szczególnie duża, gdyż działalność jego odnosi się do życia i zdrowia, najwyższych dóbr człowieka.

Dlatego też oprócz głównej kary możliwe jest także utracenie prawa wykonywania zawodu.

Kodeks Karny przewiduje, jako karę dodatkową za popełnione przestępstwo, "...zakaz, zajmowania stanowisk lub wykonywania określonego zawodu, jeżeli sprawca nadużył stanowiska lub zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża interesowi społecznemu" (art. 42 § 1 kk).

Na tej zasadzie lekarz, który nadużył swego zawodu lub okazało się, że dalsze wykonywanie przez niego zawodu lekarza zagraża interesowi społecznemu, sąd może orzec zakaz wykonywania zawodu.

Należą tu przypadki jaskrawej nieumiejętności lub niezdolności, będącej następstwem karygodnej lekkomyślności, niedbalstwa, nieuctwa, alkoholizmu czy narkomanii.

Pozbawienie prawa wykonywania zawodu na czas nie krótszy niż jeden rok może również nastąpić na podstawie ustawy o

odpowiedzialności zawodowej pracownika służby zdrowia w wyniku orzeczenia statutowej komisji.

Dzieje się to wówczas, gdy moralna ocena czynu jest szczególnie negatywna.

Powyższa problematyka opracowana została w oparciu o ustawodawstwo polskie. Wydaje się, że wiele dziedzin z zakresu medycyny czeka na unormowania prawne, a w chwili obecnej jest przedmiotem sporów. Pojawiły się już pewne próby rozstrzygnięć etycznych i prawnych.

Konferencja UNESCO w Warnie 1975 r. sporządziła katalog interwencji biologicznych, które implikują pewne problemy etyczne, a do tej pory (generalnie) nie znalazły uregulowań prawnych[40].

Zaliczono do nich:

- leczenie chorób dziedzicznych;
- kształtowanie i ochronę środowiska;
- techniki zapłodnień;
- planowanie rodziny i regulacje demograficzne;
- przeszczepianie organów;
- badanie mózgu;
- modyfikacje psychiki i zachowań człowieka;
- starość i przedłużanie życia;
- zachłanność terapeutyczną, eutanazję, śmierć.

Rządy wielu krajów, pragnąc przynajmniej nie być obojętnymi wobec tych problemów, będących dylematami etycznymi, powołują komisje.

Pierwszą tego typu komisją była Doradcza Komisja Etyczna przy amerykańskim Ministerstwie Zdrowia, Oświaty i Opieki Społecznej. W 1978 roku Komisja ta przyjęła zadanie

rozpatrzenia etycznej zasadności badań nad zapładnianiem zewnętrznym. Celem pracy było ułatwienie ministerstwu podjęcia decyzji prawnej dotyczącej finansowania pewnego programu badawczego w tej dziedzinie. W raporcie przedstawionym w 1979 roku Komisja stwierdziła, iż badania nad metodami zapładniania zewnętrznego są etycznie dopuszczalne, jeżeli jednak zostaną spełnione określone warunki. Wg dostępnych nam informacji, brak jest jednak w tej sprawie stanowiska prawnego ministerstwa.

Rząd Brytyjski również powołał specjalną komisję do zbadania metod zapładniania zewnętrznego i problemów z tym związanych. Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarskie i Brytyjska Rada Badań Medycznych także zleciły wykonanie odpowiednich analiz prawno-etycznych. Tymczasem 25 lipca 1978 roku urodziła się w Oldham w Anglii Luiza Brown, pierwsze na świecie dziecko poczęte poza organizmem matki. Od tej pory urodziło się na świecie kilka tysięcy dzieci poczętych in vitro[41].

W Australii, aż w trzech stanach - Viktorii, Nowej Południowej Walii i w Queensland przeprowadzono podobne analizy stwierdzając, że prace nad zapładnianiem zewnętrznym są dopuszczalne. Odrzucono natomiast macierzyństwo zastępcze i doświadczenia z zakresu klonowania człowieka. Krajowa Rada Zdrowia i Badań Medycznych pogląd ten, jako instytucja rządowa, podzieliła.

Wszystkie wspomniane wcześniej oświadczenia, komisja opublikowała do dyskusji w środowisku medycznym i filozoficznym[42].

22 lutego 1988 roku ukazała się "Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania"[43].

Zawiera ona wykładnię zasad etyki katolickiej. W odniesieniu do technik biomedycznych, które pozwalają na interwencję w początkowym stadium życia, jak i w same procesy jego przekazywania. Swoim zakresem obejmuje następujące problemy:

I. Wstęp. Badania biomedyczne, a nauczanie kościoła:

- Wiedza i technika w służbie osoby ludzkiej
- Podstawowe kryteria sądu moralnego
- Nauczanie magisterium kościoła

II. Szacunek należny embrionom ludzkim:

- Jaki szacunek należy się embrionowi ludzkiemu biorąc pod uwagę naturę embrionu i jego tożsamość?
- Czy diagnoza przedporodowa jest moralnie dopuszczalna?
- Czy zabiegi lecznicze na płodzie ludzkim są dopuszczalne?
- Jak ocenić z punktu widzenia moralnego badania naukowe i eksperymentowanie na embrionach i płodach ludzkich?
- Jak ocenić moralne używanie embrionów uzyskanych drogą zapłodnienia w probówce dla celów naukowych?
- Jak osądzić inne procesy manipulacji na embrionach związane z "technikami" rozmnażania się ludzkiego?

III. Interwencje w przekazywaniu życia ludzkiego:

- Dlaczego przekazywanie życia ludzkiego powinno mieć miejsce tylko w małżeństwie?
- Czy sztuczne zapłodnienie hetorologiczne zgadza się z godnością małżonków i z prawdą o małżeństwie?
- Czy zapłodnienie homologiczne w probówce jest moralnie dopuszczalne?

- Jaki związek jest wymagany z punktu widzenia moralnego między sztucznym zapłodnieniem, a aktem małżeńskim?
- Czy zapłodnienie homologiczne w probówce jest moralnie dopuszczalne?
- Jak ocenić z punktu widzenia moralnego sztuczne zapłodnienie homologiczne?
- Jakie kryterium moralne winno kierować interwencją lekarza w przekazywaniu życia?
- Cierpienie z powodu bezpłodności małżeńskiej.

IV. Moralność, a prawodawstwo cywilne

- Wartości i obowiązki moralne, które prawodawstwo cywilne powinno uszanować i zatwierdzić w tej dziedzinie.

Opublikowanie tej instrukcji wywołało nową falę dyskusji o charakterze światopoglądowym. Można sądzić, że jej częścią była polska dyskusja o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, a także nad kodeksem etyki lekarskiej[44].

Bioetyka stała się głównym tematem zainteresowania społeczeństw, państwa, a także kościołów. Społeczeństwo dyskutuje, państwo jest powołane do decydowania. Z tym się, na ogół, wszyscy zgadzają. Nie ma natomiast zgody co do sposobu i granic interwencji kościołów.

Francja pierwsza w świecie zdecydowała się stworzyć aparat legislacyjny dotyczący problemów etycznych. Jest to dziedzina, którą Francuzi przyzwyczaili się uważać za świecką, a która jest synonimem neutralności doskonałej i nieinterwencji. Uważana jest ona za całkowicie prywatną, zależną od własnego sumienia. Każdy człowiek czuje się zdolny do określania odruchów własnego sumienia. Otóż w tych właśnie tematach, zdaniem wielu francuzów, kościół katolicki posunął się

do zasady "jednego cięcia", niwecząc objawy krytycznej dyskusji.

Były czasy, że biskupi francuscy bez żenady byli odsyłani do swoich krucht, gdy próbowali stawiać sprzeciw. Dzisiaj dzieje się tak samo, gdy wkraczają w tematy dotyczące prywatnej moralności. Tak było w związku z pigułką aborcyjną RU 486. Nie tylko dlatego, że Kard. Decourtray mówił o niebezpieczeństwie z nią związanym, ale dlatego, że wydawało się, iż opozycja Kościoła miała wpływ na decyzje laboratoriów Russela`a - chwilowego wycofania produktu z rynku. Biskupi musieli nawet bronić się przed tym oskarżeniem, bo w społeczeństwie uznaje się nie słowo profetyczne Kościoła, ale siłą presji. Słowa Kościoła w tej materii, wyważone lub nie, trafiały do przekonania, ponieważ podawane w kategoriach "dozwolony lub zabroniony". Uważane są za niedopuszczalne ingerowanie w życie osób i przeciwstawianie się indywidualizmowi, który tryumfuje u schyłku naszego stulecia. Coraz głębsza wydaje się przepaść, jaka istnieje między kobietami domagającymi się prawa do własnego dysponowania swoim ciałem, a stałymi apelami władz rzymskich, które uważają stosowanie antykoncepcji za "sprzeciwianie się Bogu stwórcy".

Istnieje również rozdźwięk między opinią publiczną, która oczekuje od nauki zaspokojenia jej coraz większych pragnień i potrzeb, a nauczaniem "Donum Vitae" z 1987 roku, która sprzeciwia się dzieciom z probówki, zapłodnieniu in vitro e.t.c.

Tymczasem postęp nauki wywołuje niepokoje nie tylko wśród chrześcijan, ale również u innych ludzi. Manipulowanie genami, zamrażanie embrionów, diagnostyki prenatalne nie dotyczą tylko jednostki, ale przyszłości ludzkości. I tak, bardzo prywatna domena staje się domeną społeczną. Uczeni zastanawiają się nad uzasadnieniem swoich odkryć. Wspomnijmy choćby profesora Jacques`a Testart`a pioniera zapłodnienia in

vitro, który zdecydował się na zaniechanie pewnych doświadczeń.

"Przyszedł czas zrobienia pauzy, czas samoograniczania się uczonych. Uprzednio zapłodnienie in vitro miało ściśle określoną funkcję - było nią danie dziecka bezpłodnej kobiecie. W przyszłości - która już nadchodzi - będziemy próbowali wyprodukować dziecko o odpowiednich cechach, wedle określonej miary.

Żądam praw także dla logiki nieodkrywania, dla etyki niebadania. Przestańmy udawać, że same badania naukowe są neutralne, że tylko ich zastosowania mogą być dobre lub złe"[45].

W 1983 roku powstał Narodowy Komitet Etyki, który regularnie wypowiada się na kluczowe problemy życia i śmierci, doświadczeń na embrionie, osoby w stanie śmierci klinicznej itd.

Mówiąc o Narodowym Komitecie Etyki słowo świeckość wydaje się zbyt słaba. Tak uważał Jean Gelmur, przewodniczący Rady Nadzorczej Bayard Presse. Był on pierwszą osobistością katolicką, mianowaną przez prezydenta republiki, należącą do jednej z pięciu "grup filozoficznych" i duchowych (katolików, protestantów, żydów, muzułmanów, marksistów) obecnych w łonie komitetu, który powołany został dekretem z 1983 roku. J. Gelmur wolał mówić o pluralizmie przekonań, pluralizmie kompetencji[46].

Powołanie takiego Komitetu i jego funkcjonowanie, niezależnie od granic jego możliwości - jest samo w sobie ciekawą ilustracją tzw. "otwartej świeckości". Jak powiedział F. Mitterand, wobec "nauki, która często traktuje człowieka pospiesznie - naród zwraca się do autorytetów".

We Francji z racji na pluralizm opinii, jedność nie jest możliwa w tych tematach. Toteż celem Komitetu jest umożliwienie

umożliwienie dialogu, kompetencji, poglądów i refleksji oraz porad. Jest to wzajemne wysłuchanie siebie, poszanowanie poglądów innych i wolności słowa. Skoro nie można respektować wszystkich wymogów etycznych, to chodzi przynajmniej o to, by nie ranić ich śmiertelnie[47].

Wszystko wskazuje na to, że Francja będzie pierwszym krajem w Europie, w którym bioetyka uzyska status prawny. Rząd bowiem przedstawił Zgromadzeniu Narodowemu projekty trzech ustaw ograniczających swobodę ingerowania medycyny w organizm człowieka[48].

Projektodawcy wychodzą z założenia, że ludzkie ciało jest nienaruszalne, nie może być przedmiotem handlu, a wszelkie dary jakie można uczynić z jego całości lub części, muszą być anonimowe.

Projekty przewidują "ochronę genetycznego dziedzictwa człowieka". Inaczej niż rasy bydła czy koni, rasy ludzkiej tknąć nie wolno - stwierdził minister sprawiedliwości Michel Vauzella.

Za naruszenie przepisów prawa: np. za handel i przemyt ludzkich organów - grozić będą sankcje karne. Zakazane miałoby być również "zlecanie" kobietom urodzenie dziecka. Wszelkie kontakty dotyczące także "wynajmu" stawałoby się nieważne i niebyłe z mocy prawa, zaś osoby czerpiące zysk z pośrednictwa w ich zawieraniu podlegałyby odpowiedzialności karnej.

Interwencję medycyny w prokreację rezerwuje się wyłącznie dla małżeństwa i konkubin pod warunkiem jednak, że rodzicielstwo byłoby niemożliwe. W takich przypadkach prawo dopuszczałoby sztuczne zapłodnienie obcej kobiety spermą mężczyzny należącego do pary, która "zamawia" dziecko; zezwalałoby też na poczęcie dziecka w łonie matki, dzięki sztucznej inseminacji nasieniem obcego mężczyzny.

Owe obce "osoby trzecie", niekoniecznie muszą być anonimowe, miałyby status dawcy, jak przy transplantacji organu i transfuzji krwi.

Istnieje także pomysł europejskiej konwencji w sprawie bioetyki. Początek tych prac dotyczył kodeksu etycznego zdrowia[49]. W latach siedemdziesiątych, zaczęto przygotowywać rezolucje i rekomendacje[50]. Idea konwencji w zasadzie nie ma przeciwników, chociaż niektórzy uznają, że dotyczy ona nowej kategorii praw gwarantowaną Europejską Konwencją Praw Człowieka.

Praktyka życia społecznego jest o wiele trudniejsza niż rozważania etyczno-prawne. Prasa publikuje oferty kupna i sprzedaży ludzkich "części zamiennych". Potencjalni dawcy chcą zarobić na życie, na kupno mieszkania, spłatę długów itd. W 1991 roku tylko trzy osoby w Polsce oddały komuś bliskiemu swoją nerkę, co stanowiło mniej niż 1 procent wszystkich pobranych nerek, przy średniej europejskiej 10 procent[51].

Na rynku niemieckim co najmniej 50 tysięcy marek kosztuje nerka. Dawcy z Polski uzyskują najczęściej od 30 do 50 tysięcy marek. Odbiorcami są najczęściej kliniki prywatne. Jak podawał "Der Spiegel" polski pośrednik sprzedaje na zachód od 2-16 nerek miesięcznie. W ciągu roku daje to ok. 100 opłacalnych transakcji.

Na razie sprzedaż organów, ich kupno, a także pośredniczenie w tym procederze nie jest nielegalne ani zabronione prawem. Polski kodeks karny, po prostu nie uwzględnia tego typu problemów.

Uregulowana została jedynie kwestia pozyskiwania narządów do przeszczepów ze zwłok. Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o

Zakładach Opieki Zdrowotnej wymienia pojęcie "domniemana zgoda". Znaczy to, że dopuszcza się pobranie ze zwłok narządów lub tkanek, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Niestety, nie wiadomo w jakiej formie ewentualny sprzeciw miałby być wyrażony. A Anglii, Francji i USA obywatele mają w prawie jazdy rubrykę, w której mogą zadeklarować, czy zgadzają się na pobranie po ich śmierci serca, nerek, trzustki. Zaś w belgii prawo do ostatecznej decyzji przyznano wyłącznie lekarzowi[52].

W niewielkim stopniu problematykę transplantacji uwzględnia polski kodeks etyki lekarskiej (artykuły 33-36). Nie jest on jednak źródłem obowiązującego prawa, lecz tylko zbiorem norm regulujących postępowanie lekarzy. Jego wskazania odsyłają do prawa, którego brak. Jedynie artykuł 14 kk nie pozostawia żadnych wątpliwości. "Kto nabywa, sprzedaje lub pośredniczy w sprzedaży tkanek lub narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok, podlega karze wolności do lat 2". Z informacji sądowych wynika, że w ciągu 3 lat nie pociągnięto nikogo do odpowiedzialności.

Wszystkie te problemy łączą się bezpośrednio lub pośrednio z zawodem lekarza. Wydaje się, że określenie "prawo do minimum moralności", w tym skrótowym przeglądzie, uzyskało swoją zasadność. Dokonana analiza prawnej odpowiedzialności lekarzy mogłaby stanowić przykład do wykorzystania w kształceniu lekarzy w Wojskowej Akademii Medycznej[53].

3. Lekarze - absolwenci WAM przed sądami wojskowymi

Moralność to nic innego jak pewien swoisty dla danego społeczeństwa układ norm, ocen, instytucji moralnych oraz właściwy temu społeczeństwu ethos, czyli swoisty dlań układ wartości moralnych, wzorów osobowych i ideałów moralnych determinujący styl życia członków tego społeczeństwa. Przy takim rozumowaniu nie można wydzielić z całokształtu zjawisk

i dziedzin życia ludzkiego obszarów wolnych od ocen moralnych. Granice dzielące różne dziedziny życia ludzkiego w ocenach moralnych są zazwyczaj umowne.

Dla potrzeb tej pracy przyjęto, że lekarze mogą stanąć za naruszenie norm moralnych określanych jako ogólnoludzkie lub elementarne, norm zawodu oficera oraz lekarza. To trójdzielne rozróżnienie pozwoliło na przyporządkowanie określonych czynów do jednej z trzech kategorii. Mamy świadomość, że ten podział ma wyłącznie charakter porządkujący. Przeprowadzanie ostrej granicy pomiędzy czynami o znaczeniu moralnym jest trudne, w praktyce bowiem naruszenie normy moralnej o charakterze ogólnoludzkim może wiązać się z naruszeniem norm zawodu oficera, a także lekarza.

Tabela 1 wskazuje, że 32 lekarzy zostało uznanych przez sąd winnymi naruszenia norm moralnych zaszeregowanych do ogólnoludzkich. Przyjęto, że w tej grupie znajdują się sytuacje takie, jak np. kradzież, prowadzenie pojazdu samochodowego w sytuacji powodującej społeczne zagrożenie. Ich jakościową analizę prezentujemy poprzez ocenę indywidualnych przypadków.

Tabela nr 1

Ilość osób przed sądem wg stopnia	Z tego uznano	
	winien	uniewinniony
pułkownik - 1	1	
podpułkownik - 11	9	2
major - 4	4	
kapitan - 14	13	1
porucznik - 5	5	
podporucznik - 1		1
Razem - 36	32	4

Przypadek 1[54]

- płk dr hab., kierownik zakładu, zagarnął mienie społeczne dużej wartości, za które był odpowiedzialny w związku z zajmowaniem stanowiska w ten sposób, że wywiózł w celu przywłaszczenia z terenu szpitala aparaturę i sprzęt medyczny obejmujący opisem 256 pozycji oraz dokonywał sprzedaży tego sprzętu do prywatnych gabinetów lekarskich;
- bez wymaganego zezwolenia prowadził obrót dolarowy uzyskując z tego korzyści materialne;
- uznano czyny za wysoce naganne, naruszające normy ogólnoludzkie, ale i zawodu oficera i lekarza;
- orzeczono karę 6 lat pozbawienia wolności, utratę praw publicznych na lat 4, degradację, konfiskatę mienia, grzywnę.

Przypadek 2[55]

- ppłk dr med. adiunkt, prowadząc pojazd w stanie nietrzeźwym (1,2%o alkoholu we krwi) spowodował katastrofę drogową wjeżdżając na pas zieleni i zderzając się z tramwajem, w wyniku czego 6 osób doznało poważnych obrażeń ciała;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności, zakaz prowadzenia pojazdów przez lat 3.

Przypadek 3[56]

- ppłk dr med., ordynator - wiedząc, że jest chorym na chorobę niedokrwienia serca z napadowym częstoskurczem nadkomorowym i jako lekarz będąc świadom tego, że schorzenie to może prowadzić do utraty świadomości, wbrew zaleceniom innych lekarzy prowadził samochód i spowodował wypadek w wyniku którego zginęła kobieta;

- czyn oceniony moralnie negatywnie, prawnie umorzony na podstawie opinii biegłych o niepoczytalności w momencie prowadzenia pojazdu, pozbawiony prawa prowadzenia pojazdów bezterminowo.

Przypadek 4[57]

- ppłk lek., kierownik pracowni, w stanie nietrzeźwym (1,5%o) spowodował wypadek drogowy powodując poważne obrażenia ciała u osoby poszkodowanej. Wykorzystując stanowisko służbowe dokonał zamiany pobranej jego krwi do analizy, czym naraził na odpowiedzialność karną inne osoby poświadczające nieprawdę mającą znaczenie prawne;
- skazany na 10 m-cy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem na 2 lata, grzywnę, zakaz prowadzenia pojazdów na lat 4.

Przypadek 5[58]

- ppłk lek., st. lekarz, w stanie nietrzeźwości (1,6%o) stracił panowanie nad pojazdem i spowodował poważne uszkodzenie ciała 2 osób
- skazany na 10 m-cy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata, grzywnę, pozbawiony prawa prowadzenia pojazdów na 2 lata.

Przypadek 6[59]

- ppłk lek., st. lekarz, będąc w stanie nietrzeźwym (2,4%o alkh.) uderzył prowadzonym pojazdem w tył innego samochodu powodując obrażenia ciała, a w rezultacie kalectwo u poszkodowanego;
- skazany na 2 lata pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, grzywna, zakaz prowadzenia pojazdów.

Przypadek 7[60]

- ppłk lek., z-ca komendanta, dokonał oszustwa w wyniku którego wyłudził od PZU odszkodowanie w sytuacji gdy nie był ubezpieczony, wprowadził w błąd policję używając argumentu moralnego - "lekarzowi trzeba zaufać";
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania na 2 lata, grzywna.

Przypadek 8[61]

- ppłk lek., st. lekarz, prowadząc pojazd w stanie nietrzeźwym - 1,7%o zderzył się z innym pojazdem powodując obrażenia ciała;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności z zawieszeniem na 3 lata, grzywna, zakaz prowadzenia pojazdów przez 5 lat

Przypadek 9[62]

- ppłk lek., z-ca ordynatora, celowo dokonał zniszczenia samochodu należącego do byłej żony;
- uznany winnym, orzeczono grzywnę i zwrot materialnych strat pokrzywdzonej.

Przypadek 10[63]

- ppłk lek., kierownik poradni, wykonując badania na rzecz gospodarki narodowej, w wielu przypadkach przed rozpoczęciem badań nie kierował zgłaszających się osób do wykazania zapłaty w kasie, lecz sam przyjmował zapłatę i nie przekazywał do kasy jednostki;
- pozbawiony wolności na 2 lata z warunkowym zawieszeniem na 3 lata, obniżenie stopnia wojskowego, grzywna.

Przypadek 11[64]

- mjr lek., kierownik ambulatorium, całą noc na terenie izby chorych spożywał alkohol, w godzinach służbowych tego dnia, prowadząc w stanie upojenia alkoholowego (3,48%o) i nadmierną prędkością nie dostosowaną i niedopuszczalną na terenie zabudowanym zbliżając się do przejścia dla pieszych z sygnalizacją świetlną, nie zastosował się do wskazań sygnalizatora, do czego był zobowiązany, nie zmniejszając prędkości i nie wykonując manewru hamowania wjechał na to przejście uderzając w przechodzącą matkę z dzieckiem w wyniku czego matka poniosła ciężkie obrażenia, a 9-letnia córka poniosła śmierć na miejscu z powodu złamania kręgów szyjnych z całkowitym przemieszczeniem - złamaniu obu podudzi;
- skazany na 7 lat pozbawienia wolności, 10 lat zakazu prowadzenia pojazdów, degradację, podanie wyroku do publicznej wiadomości w jednostkach okręgu wojskowego;
- oskarżyciel posiłkowy domagał się pozbawienia praw wykonywania zawodu ze względu na haniebny czyn lekarza.

Przypadek 12[65]

- mjr lek., lekarz JW, na przejściu dla pieszych potrącił samochodem prawidłowo idącą osobę, prowadził samochód w stanie nietrzeźwym (1,2%o alkoholu);
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata, zakaz prowadzenia pojazdów przez 2 lata, grzywnę.

Przypadek 13[66]

- mjr lek., lekarz JW, będąc lekarzem ambulatorium Polskiego Kontyngentu Wojskowego, zarządzają lekami będącymi własnością ONZ, a przydzielonymi przez tę organizację dla potrzeb kontyngentu, zagarnął część tego mienia w postaci 41 asortymentów leków produkcji zagranicznej uzyskując w ten sposób korzyść majątkową;
- leki te przywoził do kraju w sposób ukryty i w związku z przekroczeniem dopuszczalnej wagi frachtu fakt ten został ujawniony;
- postępowanie warunkowo umorzone

Przypadek 14[67]

- mjr st. lekarz, spowodował kolizję drogową prowadząc pojazd w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, w wyniku której 1 osoba zginęła, 2 osoby pozostaną kalekami;
- skazany na 3 lata pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lat, grzywnę.

Przypadek 15[68]

- kpt. lek., spowodował wypadek w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, nie zatrzymując samochodu na znaku "stop" w wyniku czego poniosła śmierć 1 osoba;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, zakaz prowadzenia pojazdów na 2 lata, grzywnę.

Przypadek 16[69]

- kpt. lek., prowadził na terenie jednostki wojskowej samochód w stanie upojenia (2,52%o) alkoholowego powodując liczne zagrożenia osobom, a w rezultacie spowodował wypadek, w wyniku którego 1 osoba doznała obrażeń;

  skazany na 1 rok i 3 m-ce pozbawienia wolności, zakaz prowadzenia pojazdów na 6 lat, grzywnę.

Przypadek 17[70]

- kpt. lek., prowadził w stanie nietrzeźwym (1,2%o) samochód, spowodował wypadek doznając obrażeń;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, zakaz prowadzenia pojazdów przez 4 lata, grzywnę.

Przypadek 18[71]

- kpt. lek., d-ca kompanii medycznej, spowodował wypadek samochodowy w stanie upojenia alkoholowego - 2%o, doznając ogólnych obrażeń;
- biegli lekarze stwierdzili chorobę alkoholową encefalopatię z zaburzeniami charakteru;
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, zakaz prowadzenia pojazdów przez 5 lat.

Przypadek 19[72]

- kpt. lek. JW spowodował wypadek drogowy w wyniku którego 1 osoba zginęła;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności, w zawieszeniu na 2 lata, grzywnę.

Przypadek 20[73]

- kpt. lekarz JW, prowadząc pojazd w stanie nietrzeźwym (1%o) uderzył w idącą prawidłowo kobietę i zbiegł z miejsca wypadku, pozostawiając kobietę bez pomocy lekarskiej. Po wypadku zatrzymał się i zobaczył, że poszkodowana jest nieprzytomna, odjechał. Rozpoznany przez osoby postronne. Przybyłe, po 0,5 godz., pogotowie stwierdziło złamanie jednej kończyny, obojczyka i ogólne potłuczenie;
- nietrzeźwość tłumaczył tym, że przez przypadek podczas toalety porannej użył spirytusu;
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata, grzywnę, zakaz prowadzenia pojazdów przez lat 3.

Przypadek 21[74]

- kpt. lek. szpitala, pod wpływem alkoholu - 1,6%o spowodował wypadek drogowy i zbiegł z jego miejsca;
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata, grzywnę, zakaz prowadzenia pojazdów na 2 lata.

Przypadek 22[75]

- kpt. lek. JW, będąc w stanie nietrzeźwym (1,6%o) spowodował wypadek drogowy, w wyniku którego prowadzony przez niego samochód przewrócił się wielokrotnie, a znajdujące się wewnątrz 2 osoby doznały uszkodzenia ciała i trwałego kalectwa;
- skazany na 1 rok więzienia z zawieszeniem na 2 lata, zakaz prowadzenia pojazdów przez 2 lata, grzywnę.

Przypadek 23[76]

- kpt. lek. JW prowadząc pojazd w stanie wskazującym na spożycie alkoholu najechał na idącą prawidłowo kolumnę żołnierzy powodując obrażenia u 5 osób;
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności z zawieszeniem na 2 lata, grzywnę.

Przypadek 24[77]

- kpt. lek. JW, prowadząc pojazd w stanie nietrzeźwym (2,10‰) uderzył w prawidłowo jadących rowerami: osobę dorosłą i 12 letnią dziewczynkę, zbiegł z miejsca wypadku, nie udzielił pomocy poszkodowanej, zatrzymany w pościgu przez osoby postronne;
- skazany na 2 lata pozbawienia wolności z zawieszeniem na 3 lata, grzywnę, zakaz prowadzenia pojazdów na 5 lat.

Przypadek 25[78]

- kpt. lek. szpitala, prowadząc własny pojazd nie zachował ostrożności, rozwinął nadmierną szybkość w wyniku czego wjechał do rowu i uderzył w drzewo. W wypadku 2 osoby doznały obrażeń w następstwie których jedna zmarła;
- skazany na dwa lata pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, grzywnę, zakaz prowadzenia pojazdów przez okres 3 lat.

Przypadek 26[79]

- kpt. lek. szpitala, asystent, w celu osiągnięcia korzyści wprowadził w błąd sprzedając falsyfikaty obrączek zamiast oryginalnych, które rekomendował do oglądania, a następnie uciekł z miejsca transakcji. Po kolejnym przypadku transakcji ujęty w pościgu przez policję;

- pozbawiony wolności na 1 rok w zawieszeniu na 2 lata, zdegradowany, ukarany grzywną, w następstwie dyscyplinarnie zwolniony z WP.

Przypadek 27[80]

- por. lek. JW, prowadząc pojazd bez należytej ostrożności potrącił przechodnia powodując jego śmierć. Sąd podkreślił, że łagodny wymiar kary wynika z postawy lekarza, który podejmował osobiście wysiłek ratowania życia pokrzywdzonej, reanimował ją, Okazał skruchę i przyznał, że jest moralnie odpowiedzialny za jej śmierć;
- ukarany grzywną.

Przypadek 28[81]

- por., lekarz ambulatorium JW, działając przestępstwem ciągłym zagarnął mienie społeczne w ten sposób, że używając jako autentycznej książeczki PKO, przerobionej przez siebie na sumę wpłat dużo większą, pobierał pieniądze w kwocie mu nienależnej;
- skazany na 1 rok pozbawienia wolności, grzywnę, degradację.

Przypadek 29[82]

- por. lekarz JW, skupował od podległych żołnierzy kradzione paliwo wiedząc, że pochodzi ono z samochodów JW. Polecał sanitarką przewozić to paliwo z parku samochodowego na Izbę Chorych;
- skazany na karę pozbawienia wolności z zawieszeniem na 2 lata, grzywnę.

Przypadek 30[83]

- por. lek. JW, do posiadanej książeczki PKO dokonał fikcyjnych wpisów i działając czynem ciągłym zagarnął mienie

społeczne na szkodę PKO pobierając sumę 6 krotnie większą. Uchylał się od wezwań PKO w celu wyjaśnienia sprawy. Uzasadniał, że to pomyłka PKO, bo lekarz wojskowy oszustw nie popełnia;

- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, obniżenie stopnia wojskowego, grzywnę.

Przypadek 31[84]

- por. lekarz JW, w stanie nietrzeźwym prowadząc pojazd samochodowy na przejściu dla pieszych potrącił człowieka powodując jego śmierć;
- skazany na 2 lata pozbawienia wolności w zawieszeniu na lat 4, grzywnę, zakaz prowadzenia pojazdów przez 4 lata.

Przypadek 32[85]

- por. lekarz JW, prowadząc pojazd samochodowy nie zachował ostrożności i uderzył w prawidłowo idącą grupę osób nie powodując obrażeń powyżej dni 7;
- ukarany grzywną.

Prezentacja indywidualnych przypadków poucza, że dominującą kategorią naruszeń norm ogólnoludzkich jest p r o w a d z e n i e p o j a z d u s a m o c h o d o w e g o w s t a n i e n i e t r z e ź w y m w n a s t ę p s t w i e c z e g o d o c h o d z i ł o d o w y p a d k u z e s k u t k i e m ś m i e r t e l n y m.

W przebiegu ocenianych sytuacji śmierć poniosło z winy ewidentnej lekarzy 8 osób, co stanowi utratę najwyższego dobra jakim jest ludzkie życie. Stoi to w ewidentnej sprzeczności z powołaniem zawodu lekarza. Ciężkie obrażenie odniosło 10 osób.

Jako hańbiące i obniżające prestiż społeczny zawodu są zdarzenia pod wpływem alkoholu, które w społecznej opinii naruszają zaufanie do przedstawicieli zawodu, bez którego to zaufania zawód ten traci moralne podstawy funkcjonowania. Wydaje się, że część absolwentów WAM nie ma poczucia odpowiedzialności za własne czyny, ma ograniczoną zdolność przewidywania następstw, co w zawodzie lekarza jest ogromną wadą.

Tabela nr 2

Lekarze - absolwenci WAM przed sądami na naruszenie norm moralnych zawodu oficera w latach 1982 - 92 wg stopni wojskowych

Ilość osób przed sądem wg stopnia wojskowego	Z tego uznano	
	winien	uniewinniony
pułkownik -		
podpułkownik - 1	1	
major - 2	2	
kapitan - 4	4	
porucznik - 6	6	
podporucznik - 2	2	
Razem 15	15	

Tabela 2 informuje, że za naruszenie norm moralnych zawodu oficera skazano 15 osób. Jakościową analizę przedstawiają indywidualne przypadki.

Przypadek 1[86]

- ppłk dr med., adiunkt, wyjechał na wypoczynek i odmówił powrotu do kraju dokonując dezercji osiadł w Australii. Pozostawił rodzinę, której nie zabezpieczył należytych środków do życia;
- skazany na karę 15 lat pozbawienia wolności i utratę praw publicznych na okres 10 lat, degradację.

Przypadek 2[87]

- mjr dr med., adiunkt, występował przeciwko zasadom w służbie wojskowej, namawiał podwładnych do jej niewłaściwego pełnienia;
- sprawę umorzono, ze względu na brak następstwa czynu.

Przypadek 3[88]

- mjr dr med., st. asystent, bez gody przełożonych przekroczył granicę państwa i dokonał dezercji pozostając na terenie RFN;
- skazany na 15 lat więzienia, utratę praw publicznych na okres 10 lat, degradację.

Przypadek 4[89]

- kpt. dr med., st. asystent, dokonał dezercji ze służby wojskowej i w sposób nielegalny ubył do USA;
- pozbawiony wolności na 15 lat, utratę praw publicznych na 10 lat, degradacja.

Przypadek 5[90]

- kpt. dr med. st. asystent, dokonał dezercji poprzez odmowę powrotu do kraju z Kanady;
- skazany na 10 lat pozbawienia wolności, 5 lat pozbawienia praw publicznych, degradację.

Przypadek 6[91]

- kpt. st. lekarz JW, w czasie 5-dniowego zwolnienia lekarskiego bez wiedzy i zgody przełożonych wyjechał ze swoją konkubiną i dwójką dzieci do Austrii. Nie podjął obowiązków lekarza JW. W drodze operacyjnej ustalono, że dokonał dezercji;
- skazany na 10 lat pozbawienia wolności, utratę praw publicznych na lat 5, podanie wyroku do publicznej wiadomości, degradację.

Przypadek 7[92]

- kpt. lek. szpitala, dopuścił się dezercji z zamiarem ucieczki zagranicę i zamiar ten zrealizował wyjeżdżając do RFN, przyjął obywatelstwo tego kraju;
- skazany na 8 lat pozbawienia wolności, 5 lat utraty praw publicznych, degradację.

Przepadek 8[93]

- por. lek., d-ca plutonu medycznego, przez przełożonych opiniowany dostatecznie, karany ostrzeżeniem o niepełnej przydatności do służby wojskowej, w stanie nietrzeźwym uderzył d-cę patrolu WSW, znieważył go słownie podczas interwencji w mieszkaniu, gdzie lekarz wywołał awanturę;
- skazany na 6 miesięcy ograniczenia wolności, przeproszenie pokrzywdzonego, grzywnę.

Przypadek 9[94]

- por. lek.JW, występując w mundurze, działając publicznie i bez powodu dopuścił się czynnej napaści na funkcjonariusza WSW w związku z pełnieniem przez niego obowiązków służbowych w ten sposób, że uderzył go w twarz aby umożliwić ucieczkę kontrolowanemu żołnierzowi, ubliżał słownie przez co wykazał rażące lekceważenie podstawowych zasad porządku prawnego i uwłaczał godnością munduru;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności z zawieszeniem na 3 lata, dozór przełożonego, grzywnę.

Przypadek 10[95]

- por. lek. JW, po odbyciu stażu skierowany do jednostki wojskowej na stanowisko lekarza Izby Chorych, od pierwszych dni pobytu był niezdyscyplinowany. Szef Służby Zdrowia Okręgu przeniósł w tej sytuacji lekarza do innej jednostki. Podczas pierwszej rozmowy z dowództwem oświadczył, że "jest utalentowany i w wojsku marnuje się". Oddelegowany do zabezpieczenia pobytu żołnierzy na poligonie postępował wbrew poleceniom dowódcy, za co został odesłany do garnizonu. Przeniesiony na stanowisko kierownika ambulatorium innej jednostki podczas rozmowy oświadczył, że żadnych obowiązków pełnić nie będzie
- skazany na 2 lata pozbawienia wolności z zawieszeniem na 3 lata, degradację.

Przypadek 11[96]

- por. lek., wykładowca, odmówił pełnienia służby wojskowej wyrażają swoją wolę w treści pisemnego oświadczenia i bez zezwolenia opuścił miejsce służby i garnizon;

- w opinii biegłych sądu prezentował osobowość niedojrzałą emocjonalnie i społecznie;
- skazany na 1 rok i 6 m-cy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata, degradację.

Przypadek 12[97]

- por. lekarz JW, w gabinecie dowódcy jednostki wojskowej znieważył przełożonego w ten sposób, że zwracał się do niego słowami obelżywymi, nie reagował na wydane mu polecenie służbowe, podczas kolejnej rozmowy dopuścił się czynnej napaści na swojego przełożonego bijąc go pięściami i kopiąc;
- skazany na 6 m-cy pozbawienia wolności, obniżenie stopnia wojskowego.

Przypadek 13[98]

- por. lek. JW, zaniedbywał wykonywanie obowiązków lekarza, za powyższe Szef Służby Zdrowia okręgu cofnął zezwolenie na specjalizację. Pomimo zakazu , specjalizację kontynuował. Odmawiał udziału w tzw. "rozprowadzeniach" do zajęć. Podczas raportu służbowego odmówił regulaminowych form zachowania się. Nie przybywał na wyznaczone służby, nie przychodził na godziny przyjęć pacjentów. Na wezwania przełożonych, w celu rozmowy służbowej nie przybył twierdząc, że "ma ważniejsze sprawy". Bez usprawiedliwienia opuszczał miejsce pracy. Ukarany przez przełożonych - nie odbywał tej kary w sposób nakazany. Odmówił przyjęcia stanowiska d-cy kompanii sanitarnej twierdząc, że do tego WAM go nie przygotował. Odmówił rozmowy z Sądem Honorowym dla oficerów twierdząc, że "zawód lekarza pozwala mu być poza autorytetami służbowymi", "zwalnia go od zasad życia wojskowego i przepisów regulujących zachowania żołnierzy";

- skazany na karę 1 roku pozbawienia wolności z zawieszeniem na 2 lata, grzywnę, obniżenie stopnia wojskowego.

Przypadek 14[99]

- ppor. lek. stażysta, w zamiarze uchylania się od służby wojskowej wyjechał za granicę i nie przybył na wyznaczone stanowisko;
- skazany na 15 lat pozbawienia wolności, pozbawienie praw publicznych na okres 10 lat, degradację.

Przypadek 15[100]

- ppor. lek. JW, po odbyciu stażu w szpitalu otrzymał przydział w jednostce wojskowej - d-ca plutonu medycznego. Został na odprawie przedstawiony kadrze. Następnego dnia spakował rzeczy i wyjechał do swojego miejsca zamieszkania. Dowódca jednostki wysłał grupę oficerów, aby zbadała przyczynę nieobecności w koszarach, bezpośredni przełożony osobiście pojechał, aby poinformować o konsekwencjach prawnych tej sytuacji. Lekarz odmówił przyjęcia do wiadomości obowiązku przyjazdu do jednostki. Zatrzymany do dyspozycji sądu po 38 dniach pobytu poza miejscem służby. Na rozprawie podał, że nie chce pełnić służby wojskowej, a w uczelni, którą ukończył (tzn. WAM) nie informowano go, że będzie musiał podjąć pracę w wyznaczonym miejscu. W opinii biegłych sądowych cechuje go infantylizm psychiczny i stan reakcji depresyjnej;
- skazany na 1 rok i 6 miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 2 lata.

Przeprowadzona analiza indywidualnych przypadków naruszeń etyki zawodu oficera przez lekarzy - absolwentów WAM poucza, że najwięcej osób dopuściło się, w latach 1982-92, dezercji ze

służby wojskowej (7 przypadków). Czyny te w każdym systemie etycznym uznawane są za hańbiące, moralnie naganne, a osoby, które dopuściły się tego czynu wykluczone są ze społeczności ludzi honorowych. Szczegółowa analiza przedmiotowa czynów tych dowodzi, że w środowiskach lokalnych obniżały one prestiż i szacunek przyznawany wojskowym lekarzom. Czytanie sekwencji wyroków sądowych na odprawach oficerów negatywną opinią dopełniało, zwłaszcza, że wśród ogółu dezerterów - oficerów lekarze stanowili relatywnie największą grupę. Naganne są także czyny związane z odmową lub złym pełnieniem obowiązków lekarza jednostki wojskowej bowiem do tych zadań z pełną świadomością byli przygotowywani. Informowani byli także podczas podejmowania nauki w uczelni.

Kosmopolityczne stanowiska dowodzą, że medycyna jest własnością wszystkich ludzi i tym samym jest wszystko jedno, gdzie lekarz im służy. Jest to prawda tylko częściowa. Medycyna jest własnością wszystkich narodów, ale lekarz też ma ojczyznę. Ta świadomość powinna kazać mu na pierwszym miejscu stawiać pracę dla własnego narodu. Ta świadomość kazała po drugiej wojnie wracać do kraju lekarzom, którzy od lat zadomowili się w bogatych i dających im lepsze warunki rozwoju krajach.

Tabela nr 3

Lekarze - absolwenci WAM przed sądami
za naruszenie norm moralnych zawodu
lekarza w latach 1982-92 wg stopni
wojskowych

Ilość osób przed sądem wg stopnia wojskowego	Z tego uznano	
	winien	uniewinniony
pułkownik - 2	2	

podpułkownik - 10	7	3
major - 7	5	2
kapitan - 10	10	
porucznik - 8	7	1
podporucznik - 2	2	
Razem - 39	33	6

Tabela nr 3 wskazuje, że 33 lekarzy - absolwentów WAM zostało uznanych przez Sądy winnymi naruszenia norm moralnych zawodu lekarza. Zostało uniewinnionych 6 lekarzy, co wskazuje, że ocena moralna czynów jest znacznie bardziej skomplikowana w przypadku norm ogólnoludzkich lub zawodu oficera.

Tabela nr 4 informuje, że najczęstszymi naruszeniami norm moralnych zawodu lekarza są: łapownictwo (10 przypadków), mała troska o zdrowie chorego (11 przypadków), a także błędy w sztuce lekarskiej (6 przypadków). Ujęcie statystyczne ma jedynie charakter pomocniczy. Jakościową ocenę czynów przedstawia analiza indywidualnych przypadków:

Tabela nr 4

Lekarze - absolwenci WAM uznani winnymi naruszenia norm moralnych zawodu lekarza w latach 1982 - 92 wg kategorii i czynów

Lp.	Kategoria czynu	Ilość przypadków
1	Wdzięczność lekarzowi wyrażana przez pacjenta, a przestępstwo łapownictwa	10
2	Ochrona zagrożonego życia i zdrowia ludzkiego	11
3	Zgoda pacjenta na zabieg lekarski	-
4	Błąd w leczeniu	6

5	Leczenie nowatorskie	-
6	Odpowiedzialność z tytułu nadzoru za niedopełnienie obowiązków	3
7	Odpowiedzialność za przestępne przerywanie ciąży	1
8	Tajemnica lekarska i jej naruszenia	-
9	Nadużycia przy przepisywaniu narkotyków - lub ich przechowywanie	22
	Razem przypadków	33

Przypadek 1[101]

- kpt. dr med., st. asystent, od hospitalizowanego pecjenta przyjął korzyść materialną sugerując, że jest to podyktowane koniecznością okazania wdzięczności lekarzom, w tym komendantowi szpitala i ordynatorowi i inne koszta leczenia szpitalnego. Otrzymane pieniądze zachował dla siebie nikomu nie przekazując. Po opuszczeniu szpitala chory ubiegał się o dalsze leczenie i zabieg operacyjny w RFN. Lekarz zobowiązał pacjenta do przekazania mu kolejnej sumy pieniędzy w zamian za stosowane zaświadczenie - o potrzebie leczenia zagranicznego - u jednego z profesorów informując, że tych pieniędzy żąda profesor. Pieniądze otrzymał, ale pozostawił je w całości dla siebie. Zobowiązał się załatwić leczenie ortopedyczne i za tę przysługę żądał kolejnej sumy pieniędzy - którą otrzymał. Dokonał zabiegu operacyjnego usunięcia pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego. Za to żądał od chorego pieniędzy w formie podziękowania;
- wyrok podano do publicznej wiadomości, orzeczono także degradację.

Przypadek 2[102]

- por. lekarz JW, będąc lekarzem pogotowia ratunkowego udał się do chorej osoby cywilnej, która zgłaszała bóle podbrzusza. Podczas rozmowy z chorą i jej rodziną wyraził pogląd, że należy przeprowadzić zabieg operacyjny polegający na resekcji pęcherzyka żółciowego z kamicą. Zaoferował wykonanie zabiegu w szpitalu wojskowym oświadczając, że to jednak kosztuje. Na rzecz przyszłych kontaktów otrzymał korzyść majątkową. W dniu następnym chora zgłosiła dolegliwości i oświadczyła, że gotowa jest poddać się zabiegowi. Lekarz oświadczył, że dla załatwienia sprawy konieczne są pieniądze - które natychmiast otrzymał. Zobowiązał się przyjechać i zabrać chorą do szpitala wojskowego. Przyjechał wieczorem i odwiózł chorą do szpitala cywilnego i tam ją pozostawił deklarując, że następnego dnia służbowo zostanie przeniesiona na oddział w wojskowym szpitalu. W dniu następnym przybył do rodziny i zażądał kolejnej sumy pieniędzy motywując to potrzebą opłacenia zabiegu. Chora została wypisana ze szpitala cywilnego ze stwierdzeniem, iż nie wymaga zabiegu chirurgicznego;

- wyrok podano do publicznej wiadomości, obniżono stopień wojskowy.

Przypadek 3[103]

- mjr lekarz, kierownik gabinetu lekarskiego domu wypoczynkowego w wydawanych zaświadczeniach i zwolnieniach lekarskich oświadczał nieprawdę żądając za to korzyści majątkowych. Udzielił 16 żołnierzom z różnych jednostek wojskowych bez badania (zaocznie) zwolnienia lekarskiego, jako przedłużenia urlopu - za co otrzymał korzyści majątkowe. Udzielił 28 zwolnień lekarskich bez badania osobom cywilnym w zamian za korzyści majątkowe. Przyjął

znacznej wagi korzyści za obietnice odroczenia służby wojskowej, co w 10 przypadkach uczynił wydając zaświadczenie mające znaczenie, a poświadczające nieprawdę;

- skazany na utratę praw publicznych przez okres 5 lat, zakaz wykonywania zawodu przez okres 3 lat, konfiskatę mienia i podanie wyroku do publicznej wiadomości.

Przypadek 4[104]

- mjr lekarz - kierownik Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej dopuścił się umyślnego występku w ten sposób, że za umożliwienia widzenia się z chorym na podległym oddziale i informację o jego zdrowiu żądał i otrzymywał korzyści materialne. Zobowiązywał się do zapewnienia lepszej opieki medycznej żądając za to korzyści pieniężnych.

Przypadek 5[105]

- mjr lekarz szpitala, jako zastępca ordynatora i sprawując funkcję związaną ze szczególną odpowiedzialnością przyjmował od poborowych korzyści materialne, w zamian za poświadczenie niezdolności do służby wojskowej. Brał udział w pracach Rejonowej Komisji Poborowej. Nawiązał kontakty z oficerami WKU, z którymi ustalił, że istnieje możliwość odraczania lub zwalniania od służby wojskowej poprzez badania w Szpitalu Wojskowym. Wspólnie ustalono, że od jednego poborowego będzie żądana zawsze jednakowo wysoka suma pieniędzy. Najczęściej, aby zachować pozory legalności kierowano sprawę do "konsultanta", a on dawał podstawę do zwolnienia podając najczęściej schorzenia żołądka lub dwunastnicy. Jako lekarzowi, było wiadomym, że specyfika choroby wrzodowej u młodego mężczyzny jest taka, że może być czynna choroba wrzodowa zaś po kilku tygodniach może samoczynnie ulec wyleczeniu, bądź też odwrotnie

w czasie trwania badania może jej nie być, zaś po kilku tygodniach, a nawet dniach można stwierdzić jej istnienie. W ten sposób zwolniono od służby wojskowej przynajmniej 10 osób i 15 odroczono;

- skazany na degradację, zakaz wykonywania zawodu przez 2 lata, konfiskatę mienia, podanie wyroku do publicznej wiadomości.

Przypadek 6[106]

- ppłk lek., starszy asystent, przyjmował i żądał korzyści za fałszywe świadectwa zdrowia orzekane na podstawie jego działalności służbowej w gabinecie radiologii. W ten sposób naruszył przepisy dot. rozpoznawania chorób poborowych poprzez wadliwe diagnozowanie co w rezultacie prowadziło do zwalniania ze służby wojskowej. Przyjmował także korzyści od innych lekarzy za poświadczenie nieprawdy;
- skazany na zakaz wykonywania zawodu lekarza przez 2 lata, grzywnę, podanie wyroku do publicznej wiadomości.

Przypadek 7[107]

- ppłk lek., kierownik poradni, działając z chęci zysku, a będąc odpowiedzialnym za prawidłowe funkcjonowanie placówki - zagarnął kwoty pieniężne wpłacone za wykonywanie badań na rzecz osób i instytucji cywilnych;
- skazany: zakaz zajmowania stanowisk kierowniczych.

Przypadek 8[108]

- ppłk dr med., st. asystent, działając w warunkach przestępstwa ciągłego jako lekarz w celu uzyskania korzyści przedłużał urlopy, przepustki. Zwalniał od obowiązku służby wojskowej lub odraczał tę służbę wystawiając poświadczające nieprawdę dokumenty mające znaczenie prawne w zamian za korzyści materialne. W wyniku tego działania przynajmniej 7 osób zostało zwolnionych od służby wojskowej, a 10 miało tę służbę odroczoną;
- skazany: zakaz wykonywania zawodu przez 3 lata, pozbawienie praw publicznych na lat 5, konfiskata mienia.

Przypadek 9[109]

- ppłk lek., z-ca k-ta szpitala, pełniąc wysoką funkcję kierowniczą, upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich, poświadczał nieprawdę co do okoliczności mających znaczenie prawne powodując przedłużenie urlopów, podróży służbowych, przepustek, żądał korzyści najczęściej w formie alkoholu.

Przypadek 10[110]

- por. lek. JW, upoważniony do wydawania zaświadczeń i innych dokumentów potwierdzających okoliczności mających znaczenie prawne, udzielił ser. S. R. pomocy w ten sposób, że sporządził dokumentację rzekomego leczenia moczenia nocnego i pozostawienie pod jego opiekę, przez co szer. S. R. ubiegał się o zwolnienie. Otrzymał za powyższe korzyść materialną;
- orzeczono zakaz wykonywania zawodu przez okres 2 lat.

Jakościowa analiza indywidualnych przypadków przestępstwa łapownictwa wskazuje, że większość ich skierowana była przeciwko instytucji szeroko rozumianej - wojska i odbywała się z motywów rozumianych jako niskie i pochodzące z chciwości zysku, a poniżające w opinii ogólnej. Znaczna ich część dokonywana była przez osoby posiadające wysokie stanowiska służbowe oraz znaczące stopnie wojskowe, co pogłębia negatywną, moralną ocenę czynów. Wszyscy lekarze za te czyny zostali skazani na karę pozbawienia wolności. Tego rodzaju analiza mogłaby służyć za formę wychowania moralnego w przygotowaniu do roli lekarza wojskowego.

Przypadek 1[111]

- kpt. lek., szef służby zdrowia JW, mając obowiązek troszczenia się o chorego i wiedząc, że stan jego zdrowia jest ciężki, nie udzielił mu pomocy lekarskiej mając ku temu warunki oraz możliwości i pozostawił go w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia przez co nieumyślnie spowodował ś m i e r ć ż o ł n i e r z a ;
- chory był leczony w związku z nocnym moczeniem się lekiem p.n. Imipramina. Najprawdopodobniej spożył zbyt dużą dawkę leku. Lekarz polecił dokonać zabiegu płukania żołądka, a następnie odwieźć do Szpitala Psychiatrycznego bowiem podejrzewał próbę samobójstwa. W szpitalu chorego nie przyjęto, był on niekontaktowy lecz przytomny. Lekarz pozostawił chorego w Izbie Chorych pod nadzorem sanitariusza, który stwierdził podczas rannej kontroli zgon.

Przypadek 2 [112]

- kpt. lekarz JW, jako lekarz Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, będąc z racji pełnionej funkcji szczególnie zobowiązanym do troszczenia się o zdrowie chorej J. D., pomimo jej ciężkiego stanu zdrowia, niezgodnie z zasadami wiedzy i praktyki lekarskiej nie przywiózł jej do szpitala dyżurnego w celu wykonania w trybie pilnym badań laboratoryjnych i wdrożenia leczenia, lecz ograniczył się do podania zastrzyku z Pyralginy po błędnym rozpoznaniu u chorej zaburzeń nerwicowych, przez co nieumyślnie pozostawił ją w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia i w rezultacie po przewiezieniu chorej tego samego dnia, przez innego lekarza, stwierdzono u niej zaawansowany do tego stopnia stan śpiączki cukrzycowej, że bezpośrednio zagrażała jej życiu;
- powołani biegli z zakresu medycyny sądowej stwierdzili, że u chorej wystąpiły takie objawy jak: wzmożone pragnienie, wielomocz, a nadto osłabienie, nudności, wymioty oraz senność i w konsekwencji śpiączkę cukrzycową;
- z racji tego, że chora przywieziona była do kliniki cywilnej AM, komentowano stopień przygotowania lekarza WAM i jego postawę moralną jako kompromitację zawodu;
- lekarz, rozumiejąc swoje niedbalstwo, na wiadomość o zaistniałej sytuacji interesował się chorą w szpitalu, przeprosił , wyraził skruchę, zobowiązał się zrekompensować szkodę chorej.

Przypadek 3[113]

- por. lekarz, asystent plutonu chirurgicznego, pełniąc służbę lekarza dyżurnego garnizonu samowolnie opuścił miejsce pełnienia służby, spożywał alkohol z chorymi poddanymi jego opiece, wprawił się w stan niezdolności do

pełnienia dyżuru. Poszukiwany przez służby operacyjne w sytuacji konieczności natychmiastowej pomocy choremu żołnierzowi. W rezultacie wobec zaistniałej sytuacji w trybie alarmowym wzywano lekarzy do tej służby nie wyznaczonych.

Przypadek 4[114]

- por. lekarz JW, pełniąc dyżur w pogotowiu ratunkowym opuścił sanitarkę podczas nagłego transportu do szpitala 5 miesięcznego dziecka mając lekarski obowiązek troszczenia się o nie, przez co pozostawił dziecko w położeniu grożącym bezpośrednio niebezpieczeństwem utraty życia, które będąc w agonii pozbawione pomocy lekarskiej zmarło przed dowiezieniem do szpitala w wyniku obustronnego śródniższowego zapalenia płuc na rękach matki;
- podczas przewożenia chorego dziecka do szpitala załatwiał po drodze swoje osobiste sprawy, czynił zakupy, nie interesował się przewożonym dzieckiem. W opinii biegłych sądowych zmarło na 15 min. przed przyjazdem do szpitala

Przypadek 5[115]

- por. lekarz JW, będąc lekarzem pogotowia ratunkowego został wezwany do 9 miesięcznej chorej, względem której z tytułu pełnienia dyżuru miał obowiązek troszczenia się o jej stan zdrowia; nie dopełnił obowiązku udzielenia pomocy chorej, pozostawiając ją w położeniu grożącym jej bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, w następstwie którego zaniedbane dziecko z m a r ł o;

- stwierdził u chorej zapalenie oskrzeli i ucha środkowego. Uznał, że stan zdrowia ogólny jest dobry. Zlecił częste pojenie dziecka i odjechał. Pomimo interwencji rodziców, którzy po godzinie żądali przyjazdu lekarza powtórnie, gdyż ich zdaniem stan zdrowia uległ pogorszeniu nie złożył wizyty mówiąc, że rodzice to "głupki" lub "pijani". Pomimo nalegań dyspozytorki odmówił powtórnego wyjazdu. Dziecko zmarło z powodu zapalenia płuc i jak orzekli biegli sądowi, śmierci można było zapobiec w warunkach szpitalnych. Podczas rozmowy nie przejawiał skruchy. Z opinii służbowej wynikało, że w jednostce nie troszczy się o zdrowie żołnierzy, sprawy osobiste przedkłada nad obowiązki służbowe lekarza.

Przypadek 6[116]

- mjr lekarz JW, pełniąc funkcję lekarza zimowiska zorganizowanego dla dzieci kadry i będąc odpowiedzialnym za opiekę medyczną uczestników zimowiska, nieumyślnie naraził uczestnika tego zimowiska na utratę życia lub ciężki rozstrój zdrowia przez to, że u skarżącego się na trwające od kilu dni bóle brzucha, wymioty, biegunkę z krwią rozpoznał - wbrew zasadom sztuki lekarskiej - niestrawność pokarmową i nie hospitalizował go, ani też nie podjął leczenia u niego zapalenia otrzewnej z niedrożnością przewodu pokarmowego oraz odwyrostkowego ropnia międzypętlowego, przez co opóźnił leczenie właściwe, które w każdej chwili było możliwe z powodu "sąsiedztwa" ze szpitalem;

- pomimo tego, że chory czuł się bardzo źle, leżał cały czas w łóżku, lekarz nie badał go. W sytuacji, gdy nie mógł utrzymać się o własnych siłach, lekarz nie podejmując żadnej decyzji polecił odesłać go autobusem do odległego miasta, gdzie szybka interwencja rodziców i lekarzy szpitala uchroniła go od śmierci.

Przypadek 7[117]

- mjr lek., szef służby zdrowia. Na ulicy została potrącona przez samochód w małej miejscowości kobieta. Doznała rany tłuczonej głowy, otwartego złamania wieloodłamkowego obu kości podudzia prawego, złamania kości łonowej i kulszowej oraz złamania wyrostka barkowego lewej łopatki. W tej sytuacji znajdujące się na miejscu wypadku dwie 15 - letnie dziewczynki pobiegły do oddalonego o 50 m. mieszkania lekarza i prosiły o pomoc. Lekarz nie przybył na miejsce wypadku. Powtórnie poszedł do lekarza mąż poszkodowanej st. sierż. WP i prosił o pomoc. Lekarz tej pomocy odmówił. Pogotowie ratunkowe przybyło za 40 min.

Przypadek 8[118]

- kpt. lek., kierownik ambulatorium, będąc dodatkowo lekarzem przychodni kolejowej dokonywał wizyty chorych w domach. Podczas tych wizyt spożywał alkohol. Wprowadził się w taki stan, że kolejnego pacjenta nie potrafił badać, za co został wyproszony z mieszkania. Wracając, z odbywanych w ten sposób wizyt własnym samochodem, uderzył w stojący samochód powodując u jego właściciela dwupoziomowe złamanie goleni obu nóg.

Przypadek 9[119]

- kpt. lek., st. asystent, pełniąc dyżur lekarza Oddziału Chirurgicznego, naruszając jego tok samowolnie opuścił teren oddziału pozostawiając bez opieki chorych po zabiegach. Wstawił się w stan nietrzeźwy i w warunkach nocnych wezwał sanitarkę podając za przyczynę przywiezienia krwi. Polecił kierowcy jechać w bliżej nieokreślonym celu i kierunku. W wyniku szybkiej jazdy doszło do wypadku, w którym kierowca i pasażer zabrany z terenu szpitala ponieśli śmierć.

Przypadek 10[120]

- por. lek., kierownik ambulatorium, otrzymał polecenie przewiezienia chorego żołnierza z jednostki wojskowej do szpitala. Po drodze w różnych miejscach spożywał alkohol. Po pozostawieniu chorego polecił kierowcy jechać do oddalonej o 40 km miejscowości, gdzie ze znajomymi pił alkohol pomimo obowiązku szybkiego powrotu do jednostki. W drodze powrotnej polecał rozwijać nadmierną szybkość i włączyć sygnały świetlne i dźwiękowe mówiąc do kierowcy: "niech ludzie wiedzą, że jedzie ważny lekarz wojskowy". Po powrocie do jednostki zwolnił kierowcę, sam zaś bez zezwolenia postanowił prowadzić sanitarkę. Spowodował wypadek. Lekarzy psychiatrzy orzekli objawy nałogowego alkoholizmu z cechami destabizilacji społeczno-zawodowej wykluczające możliwość pełnienia służby wojskowej.

Przypadek 11[121]

- kpt, lekarz Izby Chorych, przyjął informację o chorobie żony oficera i zobowiązał się złożyć wizytę domową w godzinach służbowych. W tym czasie chora przebywała w łóżku i poza nią nikt nie był obecny. Lekarz polecił chorej rozebrać się do połowy, osłuchał jej plecy, a następnie

klatkę piersiową. Ponieważ pacjentka skarżyła się na bóle kręgosłupa - badał jej plecy, ale polecił rozebrać się całkowicie, tj. do naga. Następnie polecił aby pacjentka, będąc tyłem do niego uklękła, pochyliła się do przodu i oparła na łokciach. Chora odmówiła przyjęcia tej pozycji. Zapytał, kiedy była u ginekologa i otrzymując odpowiedź, że dawno, przedstawił się jako specjalista ginekolog, chociaż nim nie był. Polecił położyć się chorej w poprzek tapczanu, zgiąć nogi w kolanach i rozpoczął badanie ginekologiczne bez użycia rękawiczek. W pewnym momencie chora zauważyła, że zamiast palców lekarz próbuje wprowadzić do jej pochwy swój narząd płciowy. Wobec sprzeciwu chorej i polecenia opuszczenia mieszkania, obiecywał najlepsze leki. Po wyjściu chora powiadomiła st. lekarza jednostki, który po przybyciu rozpoczął ponowne badanie i rozpoznał ostre zapalenie płuc. Wezwał lekarza i żądał wyjaśnienia sprawy. Lekarz orzekł, że chora jest znerwicowana i powinna leczyć się psychiatrycznie.

Analizowane indywidualne przypadki naruszenia deontologii zawodu lekarza wykazały wysoki stopień społecznego niebezpieczeństwa, który jest potęgowany faktem d r a s t y c z n e g o nadużycia z a u f a n i a, jakim obdarzony jest zawód lekarza. Sądy prawie w każdym wypadku zwracały uwagę na cyniczne postawy sprawców tych czynów. W związku z zachowaniem lekarzy 5 osób poniosło śmierć, a w 3 wypadkach mogłoby to nastąpić, gdyby nie szybka interwencja medyczna. Wszystkie wypadki poniżyły w społecznym odczuciu zawód lekarza, a wielu także i Uczelnię, jaką oni ukończyli.

Kolejne przypadki dotyczą błędu w leczeniu:

Przypadek 1[122]

- kpt. lek., pełniąc obowiązki anastezjologa oddziału intensywnej opieki, nie udzielił pomocy lekarskiej znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia żołnierzowi, który został przywieziony z objawami zatrucia płynem chłodniczym "Borygo". W ten sposób, że wbrew zasadom sztuki lekarskiej nie przeprowadził natychmiast płukania żołądka, w celu przerwania dalszego wchłaniania trucizny przez organizm chorego oraz nie skontaktował się z Ośrodkiem Toksykologicznym w celu wdrożenia zaleconego sposobu leczenia, a polecił przetransportowanie ciężko chorego do odległego szpitala, mimo że pomocy takiej mógł udzielić bez narażania siebie i innych osób na niebezpieczeństwo utraty życia, a który to żołnierz zmarł.

Przypadek 2[123]

- kpt. lekarz JW, mając obowiązek troszczenia się o życie i zdrowie żołnierzy jednostki naraził na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia żołnierza w ten sposób, że nie podjął skutecznego leczenia, nie dokonał wnikliwej analizy całokształtu obrazu chorobowego, analizy przebiegu choroby i starannego badania, nie wykorzystał wszystkich stojących do jego dyspozycji możliwości diagnostycznych w przedmiocie szybko postępującego zapalenia płuc, w związku z czym nie wykazał dostatecznej staranności w postępowaniu lekarskim i dbałości o chorego, w wyniku czego znacznie opóźnił możliwość udzielenia wymienionemu żołnierzowi pomocy medycznej, przez co nieumyślnie spowodował jego śmierć.

Przypadek 3[124]

- płk, pełniąc obowiązki lekarza w zakładzie karnym, nieumyślnie popełnił błąd w sztuce lekarskiej, przez postawienie niewłaściwej diagnozy i zastosowanie niewystarczającego leczenia przy chorobie serca, czym spowodował śmierć pacjenta.

Przypadek 4[125]

- kpt. lekarz JW, jako lekarz Stacji Pogotowia Ratunkowego wezwany do udzielenia pomocy leżącemu na trawniku dopuścił się przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci przez popełnienie błędu w sztuce lekarskiej w ten sposób, że po przeprowadzeniu badań palpacyjnych głowy na miejscu zdarzenia i przy istnieniu uzasadnionych podejrzeń urazu głowy nie skierował poszkodowanego do szpitala w celu dalszej diagnostyki różnicowej, lecz wydał niewłaściwą diagnozę i podjął błędną decyzję przewiezienia do Izby Wytrzeźwień, gdzie na skutek obrażeń czaszkowo-mózgowych pacjent zmarł. Biegli sądowi stwierdzili poważne błędy z zakresu patomorfologii w postępowaniu lekarza, orzekając błąd diagnostyczny.

Przypadek 5[126]

- kpt. lekarz JW, stwierdziwszy obecność w przewodzie pokarmowym żołnierza ostrych ciał zaniechał przyjęcia chorego do szpitala - oddziału chirurgicznego zalecając jedynie konsultację psychiatryczną, w warunkach i okolicznościach, gdy konieczna była hospitalizacja i ścisła obserwacja chorego, przez co dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej i nieumyślnie spowodował śmierć żołnierza.

Przypadek 6[127]

- kpt., ordynator oddziału chirurgicznego podjął decyzję odnośnie wypisania do macierzystej JW, celem dalszego pełnienia służby, mimo stwierdzenia obecności w przewodzie pokarmowym obcych ciał ostrych, jak również nie podjął wcześniej działań zmierzających do usunięcia wspomnianych ciał, względnie przekazanie chorego do innego specjalistycznego szpitala, przez co dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej i nieumyślnie spowodował śmierć, pozostawiając tego żołnierza w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem ciężkiego uszkodzenia ciała

Z analizy popełnionych błędów lekarskich wynika, że dotyczą one nie podstawowych, pryncypialnych kwestii w leczeniu, lecz omyłek w rozpoznawaniu oraz pomyłek w toku zasadniczo prawidłowego leczenia. Obciążone są natomiast niedbałością i niestarannością, np. w przypadku rezygnacji z wykonywania dodatkowych badań, niewykorzystania wszystkich stojących do dyspozycji sposobów badania e.t.c. Zaniechania te można określić mianem braku troski o chorego, a więc jest to zagadnienie podlegające zasadom deontologicznym. Często nie jest to problem wiedzy, zręczności, czy talentów technicznych lekarza. Jest to problem moralny. W analizowanych przypadkach 6 osób straciło wartość najwyższą - ludzkie życie.

Kolejną grupę przypadków stanowi odpowiedzialność z tytułu nadzoru:

Przypadek 1[128]

- ppłk, pełniąc funkcję kierownika pracowni radiologicznej umyślnie nie dopełnił obowiązków wynikających z zasad gospodarki środkami materiałowymi, przez co doprowadził do dużej szkody w mieniu wojskowym.

Przypadek 2[129]

- płk, dopuścił się przestępstwa niegospodarności mieniem wojskowym, umyślnie nie dopełnił obowiązku kontroli i nadzoru nad gospodarką środkami materialnymi służby zdrowia, nie powołał komisji do rozliczania błon RTG oraz nie opracował szczegółowego zakresu obowiązków i odpowiedzialności, czym spowodował wydawanie niewłaściwych leków i wielką szkodę w mieniu szpitala.

Przypadek 3[130]

- ppłk, pełniąc funkcję kierowniczą dopuścił do przestępstwa niegospodarności mieniem poprzez umyślne nieprzestrzeganie zasad kontroli i gospodarki lekami, czym nieumyślnie spowodował dużą szkodę.

Omawiane przypadki dotyczą problemu nadzoru i zaufania do podległych pracowników. Ich skutkiem były straty materialne, ale w służbie zdrowia znane też były przypadki pomylenia leków, płynów lub osób, które miały być hospitalizowane. Stąd też odpowiedzialność jest kategorią moralną.

Problematykę moralną przerywania ciąży ilustruje w tej pracy jeden przypadek:

Przypadek 1[131]

- ppłk dr med., udzielił pomocy w przerwaniu ok. 25 tygodniowej ciąży wbrew przepisom ustawy i poświadczył nieprawdę co do okoliczności mających znaczenie prawne w wystawionych przez siebie dokumentach, do sporządzenia których był upoważniony jako lekarz. W ten sposób, że w książeczce zdrowia pacjentki 18-letniej dokonał sześciu wpisów stwierdzających rzekome badania lekarskie, które faktycznie nie miały miejsca i niepewne rozpoznanie u niej choroby serca oraz wystawiły świadectwo lekarskie upoważniające do przerwania ciąży, stwierdzając w nim, nie istniejące wskazania w oparciu o co zabieg został wykonany.
- przed sądem stanęło także innych 2 lekarzy, którzy uczestniczyli w zabiegu przerywania ciąży m.in. płk doc., który kierował przebiegiem przerwania opk. 25 tygodniowej ciąży, wiedząc o braku wskazań lekarskich i istnieniu przeciwwskazań do przerywania ciąży. Z zarzutu tego, przy sprzecznych opiniach biegłych sądowych, został uniewinniony ponieważ miał prawo zaufać dokumentom uprawnionego lekarza.
- Spowodowano niewczesny poród poprzez wstrzyknięcie Prostaglandyn. Urodził się żywy wcześniak, który zmarł po 16 godzinach. Lekarze z zakresu medycyny sądowej orzekli, że wcześniak był prawidłowo ukształtowany. Uznali, że tak drastycznych przerwań ciąży dokonuje się wyjątkowo, tylko w sytuacjach zagrażających matce poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Opisany przypadek wskazuje, jak wielkie znaczenie ma etyka w zawodzie lekarza. Jej brak prowadzi do niebezpiecznych decyzji w sprawie życia człowieka. Jest jednym z najbardziej

dyskutowanych problemów bioetyki. Dotyka także zasady zaufania w samym środowisku lekarskim.

Nadużycia przy przepisywaniu narkotyków lub ich przechowywaniu stanowią nowy problem w pracy lekarskiej. Ze względu na rozpowszechniające się zjawisko narkomanii i lekomanii wymaga się dużej odpowiedzialności i rozwagi od pracowników służby zdrowia.

Przykład 1[132]

- por. lekarz Izby Chorych, wiedział, że składowane Indywidualne Pakiety Radioochronne, w skład których wchodził narkotyk pod nazwą Petidina. Pomieszczenie to było zamykane i nadzorowane przez starszego lekarza, który udają się na urlop dokonał kontroli stanów i przekazał protokolarnie swojemu młodszemu koledze. Lekarz zerwał plombę, wszedł do magazynu i z pakietów IPR-2 zabrał autostrzykawki zawierające Petidinę (Dolargan) w celu odurzenia się. Na skutek nadmiernych dawek narkotyku tracił przytomność. Gdy przybywał lekarz pogotowia, żona informowała go, że to wynik alkoholowego upicia.
  Po powrocie z urlopu, starszy lekarz stwierdził brak 331 kompletów IPR-@ oraz 468 ampułek Petidiny. Dochodzenie wykazało, że lekarz rozprowadzał narkotyki w środowisku narkomanów.

Przypadek 2[133]

- ppor., pełniąc służbę lekarza dyżurnego garnizonu naruszył obowiązki wynikające z zakresu "Obowiązków lekarza dyżurnego garnizonu". W ten sposób, samowolnie opuszczał rejon pełnienia służby. Pełniąc jedną ze służb zażywał środki odurzające poprzez domięśniową iniekcję 100 mg Dolarganu i 1 amp. Papaweryny. W ten sposób wprawiał się w stan niezdolności do wykonywania zawodu w

sytuacji, gdy miał przyjmować osoby chore z całego garnizonu. W tym stanie w pomieszczeniach Garnizonowej Przychodni Lekarskiej znieważył d-cę patrolu WSW, który przybył po uzyskaniu informacji, że lekarz jest pijany.

Lekarz powinien zwalczać narkomanię, jako przejaw pewnego stanu choroby. Tymczasem dwaj absolwenci WAM popełniali czyny określane mianem narkomani. Naruszone zostały wartości moralne, których lekarz powinien strzec, gdyż w przeciwnym wypadku powstaje zagrożenie jednostki i społeczeństwa poprzez rujnowanie zdrowia, samobójstwa, przestępstwa jako zjawiska towarzyszące narkomanii. Słusznie zatem sądy uznały, że należy rozważyć potrzebę pozbawienia tych lekarzy praw wykonywania zawodu na czas określony.

4. Typologia naruszeń norm moralnych i ocena problemu

Historia zawodu oficera-lekarza w Wojsku Polskim liczy sobie 75 lat; 9 grudnia 1918 roku ukazał się w tej sprawie rozkaz Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych[134]. W ten sposób zmaterializowała się idea kształcenia personelu medycznego dla potrzeb Wojska Polskiego, która zrodziła się wczasach Sejmu Czteroletniego, tj. pod koniec XVIII w. natomiast inauguracja nauki, w pierwszej w historii Wojska Polskiego wyższej szkole medycznej, miała miejsce 14 listopada 1922 roku w murach starego Zamku Ujazdowskiego w Warszawie[135]. Wojskowa Szkoła Sanitarna miała za zadanie przekazać "nie tylko maksimum wiadomości fachowych, które im dadzą Uniwersytet Warszawski i pomocnicze instytucje Szkoły, lecz i ukształtować swą duszę według wymogów stawianych oficerowi"[136]. Komendant tej szkoły gen. bryg. dr S. Hubicki zwracał uwagę, że czynnikiem wyróżniającym lekarza oficera powinno być "ukute moralit'e", "Dusza żołnierza-lekarza

musi być urobiona w szkole wojskowej, a nie w zakładzie cywilnym".

"Lekarz, którego wojsko otrzymuje z cywilnej szkoły, nie jest żołnierzem, lecz najętym funkcjonariuszem, nie żyjącym życiem wojska, lecz bytującym przy wojsku"[137]. Takie rozumienie moralnego wyróżnika lekarza-oficera nie było podzielone powszechnie. Przykładem tego może być prof. Z. Szymanowski, który uznał tworzenie odrębnego wojskowego szkolnictwa medycznego za błąd. Sądził, że zamknięte szkoły wojskowe wytwarzają miernoty[138]. Replikował gen. S. Hubicki - "Stwarzały one tyleż miernot, ile ich corocznie produkuje każdy uniwersytet"[139]

Powołana do życia w 1958 roku Wojskowa Akademia Medyczna stała się spadkobierczynią idei wychowania w WSS. Przeprowadzona analiza sprawozdań z działalności Uczelni, programów nauczania - pozwala sformułować wniosek, że moralna strona zawodu lekarza była i jest dostrzegana i otaczana troską. **Wykształcono 3550 [140] lekarzy-oficerów, którzy codzienną pracą dokumentują moralne walory swej osobowości - w dużej mierze ukształtowane w WAM. Służą ochronie zdrowia i ratowaniu życia żołnierzom, ich rodzinom, a także coraz częściej osobom cywilnym. Ocena ta jest tak oczywista, że czujemy się zwolnieni z jej udokumentowania i uzasadniania.**

Jednakże, podobnie jak w innych środowiskach, niektórzy absolwenci naruszają normy etyki ogólnoludzkiej, zawodu oficera i lekarza. Z tej racji analiza tych czynów wydaje się konieczna.

Tabela 5 informuje, że w latach 1982-92 stanęło przed sądem 90 lekarzy, z których 88,9% zostało uznanych winnymi. W tej grupie najczęściej normy moralne naruszali kapitanowie - 31,1% ogółu przypadków, następnie podpułkownicy - 24,4%,

porucznicy - 21,1%. W grupie uniewinnionych - 50% stanowili podpułkownicy.

Tabela nr 5

Lekarze-absolwenci WAM przed sądami wojskowymi za naruszenie norm moralnych chronionych prawem w latach 1982-92 wg stopnia wojskowego i orzeczonej winy

Stopień wojskowy		Uznano	
		winien / %	uniewinniony /%
pułkownik	- 3	3 (3,3%)	5 (5,5%)
podpułkownik	- 22	17 (18,9%)	2 (2,2%)
major	- 13	11 (12,2%)	1 (1,1%)
kapitan	- 28	27 (30,0%)	1 (1,1%)
porucznik	- 19	18 (20,0%)	1 (1,1%)
podporucznik	- 5	4 (4,4%)	1 (1,1%)
Razem	90	80 / 89,0%	10 / 11,0%

Tabela nr 6

Lekarze-absolwenci WAM przed sądami wojskowymi za naruszenie norm moralnych chronionych prawem wg rodzaju normy i tytułów naukowych w latach 1982-92

Tytuł naukowy	Naruszenie norm moralnych			Razem %
	ogólnoludzkich	oficera	lekarza	
profesor	-	-	-	-
dr hab.	1	-	1	2/2,2%
dr n. med.	2	5	2	9/10,0%
lekarz	33	10	36	79/87,8%
Razem	36/40,0%/	15/16,7%/	39/43,3%/	90/100,0%

Najczęściej normy moralne naruszali lekarze medycyny bez tytułów i stopni naukowych. Dane te są jednak niewiele mówiące, bowiem grupy -dr hab. - dr n. med. - lek. są nieporównywalne ze względu na brak proporcji ilościowych.

Tabela nr 7

Lekarze-absolwenci WAM przed sądami wojskowymi za naruszenie norm moralnych chronionych prawem wg analizowanych lat i rodzaju naruszonej normy

Rok	Rodzaj naruszonej normy			Razem
	ogólnoludzka	zawodu.ofic.	zawodu lek.	
1982	5	-	4	9
1983	5	5	2	12
1984	2	1	3	6
1985	2	1	6	9
1986	2	1	8	11
1987	-	2	5	7
1988	2	1	3	6
1989	2	4	-	6
1990	3	-	1	4
1991	5	-	1	6
1992	4	-	-	4
Razem	32	15	33	80

Dane zawarte w tabeli nr 7 nie wskazują na narastanie negatywnych zjawisk. jedynie w roku 1983 i 1986 odnotowano wyraźniejszy przyrost czynów nagannych.

Wydaje się, że tego rodzaju obraz statystyczny w metodzie indywidualnych przypadków fałszuje rzeczywistość. Za każdą

bowiem liczbą ukryty jest konkretny człowiek, który był przedmiotem czynu moralnie nagannego dokonanego przez lekarza. Od roku 1990 nie odnotowano przypadku naruszenia etyki zawodu oficera.

Tabela nr 8

Społeczne skutki naruszania praw moralnych

przez lekarzy-absolwentów WAM w latach 1982-92

Rodzaj skutku	Ilość przypadków	%
Śmierć osoby	20	44,4
Kalectwo osoby poszkodowanej lub ciężkie obrażenie ciała	25	55,6
Razem	45	100,0

Tabela nr 8 informuje, że w wyniku czynu moralnie nagannego dokonanego przez lekarzy 45 osobom naruszono dobro najwyższe, jakim jest zdrowie i życie ludzkie. W 20 przypadkach naruszenie tego dobra spowodowało śmierć osoby. Stoi to w sprzeczności z powołaniem zawodu lekarza i dlatego takie postępowanie musi być oceniane jako szczególnie naganne.

Dokonana analiza indywidualnych przypadków opisanych w wyrokach sądów wojskowych pozwoliła na całościową ocenę problemu. Z informacji uzyskanych w Izbie Wojskowej Sądu Najwyższego wynika, że w sporadycznych przypadkach lekarze wojskowi byli rozpatrywani przez sądy powszechne. Zdarzało się to w sytuacjach, gdy oficerowie nie byli głównymi oskarżonymi lub gdy sprawa nie miała związku przedmiotowego z jednostką wojskową. Można uznać zatem, że przed sądami stanęła w latach 1982-92 nieco większa liczba lekarzy. Ocena rozmiaru tego zjawiska jest trudna do dokonania, jednakże nie

przekracza ono 5% ogółu spraw rozpatrywanych przez sądy wojskowe[143]

Przeprowadzona ocena moralnej odpowiedzialności lekarzy - absolwentów WAM, **diagnostyczny cel pracy upoważnia do sprecyzowania wniosków:**

1. W procesie wychowania moralnego, będącego elementem w przygotowaniu do roli społeczno-zawodowej oficera-lekarza powinna być konsekwentnie realizowana zasada, iż dobrego lekarza tworzy wiedza i etyka. Te dwie strony działań nie są ze sobą konkurujące, ale współistniejące;

2. Cecha osobowości, jak przesadne wyobrażenie o swych umiejętnościach powinna być lekarzowi obca. Najczęściej przed sądami stawali oficerowie w stopniu kapitana (31,1%), którzy w pracy lekarza uzyskiwali względną samodzielność, wzrastała liczba obowiązków, których realizacja nie zawsze połączona była dobrze rozumianą odpowiedzialnością;

3. Analiza indywidualnych przypadków lekarzy przed sądami poucza, że negatywne cechy osobowości, których nie ujawnił czas studiów może ukazać okres następujący po ich ukończeniu, pierwsza praca lub samodzielne stanowisko w garnizonie, co w warunkach służby wojskowej ma istotne znaczenie. Porucznicy stanowili 22,5% ogółu uznanych winnymi przez sądy;

4. Nie znany jest zawód, w którym nie znalazłby się mniejszy lub większy odsetek przedstawicieli nie będących właściwymi ludźmi na właściwym miejscu. Dotyczy to, jak wskazują analizowane przypadki także i oficerów-lekarzy. Negatywne stereotypy są nierzadko uzasadnione i łatwo rzucają się w oczy, psując opinię wszystkim przedstawicielom zawodu lekarskiego, nawet zasługującym wyłącznie na pochwałę i pełną aprobatę;

5. W dotychczasowej praktyce dydaktyczno-wychowawczej zbyt małą uwagę przywiązywano do uświadamiania podchorążym obowiązków i konsekwencji wynikających z norm moralnych usankcjonowanych prawem. Można uznać, że świadomość powyższych obowiązków jest mierne, na co wskazują analizowane indywidualne przypadki lekarzy rozpatrywanych przez sądy;

6. Analiza indywidualnych przypadków naruszeń norm moralnych przez lekarzy poucza, że znaczna ilość owych naruszeń odbyła się w stanie trzeźwym. Dotyczy to zarówno naruszeń norm zawodu oficera-lekarza, jak i norm ogólnoludzkich. Problem ten jest niepokojący, zwłaszcza, gdy oceniamy społeczne skutki naruszeń;

7. Oceniane przypadki wskazują jak ważna kategorią moralną w zawodzie lekarza są: zaufanie, odpowiedzialność, wyobraźnia moralna, wrażliwość, a także sumienie. Uświadamianie owej ważności pozostaje ciągle istotnym zadaniem i postulatem;

8. W latach 1982-92 ośmiu lekarzy - absolwentów WAM sądy pozbawiły prawa wykonywania zawodu na czas określony. Sytuacja ta powinna być przedmiotem pogłębionej analizy, zaś przedmiotowy i podmiotowy opis czynów jedną z form wychowania moralnego. W środowisku cywilnym w ciągu 4 lat, w populacji ogólnoludzkiej Sądy Lekarskie zawiesiły prawo wykonywania zawodu w dwóch przypadkach[144];

9. Sentencje wyroków sądowych, w znacznej liczbie podkreślają aroganckie zachowania lekarzy w sytuacji, gdy następowała negatywna ocena ich czynu. Jedynie w dwóch przypadkach podkreślano wyraźną skruchę, chęć naprawienia szkody oraz deklarację negatywnej oceny czynu we własnym sumieniu. Wskazuje to na potrzebę kształtowania i uświadamiania także elementarnych zasad moralnych, zwanych często dobrym wychowaniem.

Prawo chroni tylko te normy moralne, które mają charakter podstawowy i z społecznego punktu widzenia ważny. Trudno sobie wyobrazić sytuację, w której ochrona miałaby charakter totalny tzn. każdej normie moralnej odpowiadałaby norma prawna. Podobnie dotyczy to kodeksu etyki lekarskiej, który ujmuje naruszenia etyki wiążące się z wykonywaniem czynności zawodowych, ze stosunkami między lekarzami i pacjentami oraz ze wzajemnymi relacjami w środowisku lekarskim. Nie wymienia wszystkich naruszeń moralnych, których może dopuścić się lekarz. Byłoby to zresztą niewykonalne. Najdalej posunięta kazuistyka nie mogłaby wyczerpać zagadnienia.

Dlatego tak istotną wagę przywiązuje się do samorządu lekarskiego oraz dobrych obyczajów przyjętych w środowisku lekarskim[145].

Prawne podstawy odtworzenia w Polsce Izb Lekarskich nastąpiły w 1990 roku[146]. Na tej zasadzie powołano 23 okręgowe Izby Lekarskie, w tym Wojskową Izbę Lekarską. Izby Lekarskie powołały rzeczników odpowiedzialności zawodowej, z zadaniem rozpatrywania spraw naruszeń etyki zawodu lekarza[146].

Dane tabeli 9 ukazują, że największa liczba spraw analizowanych w Izbach Lekarskich w skali kraju dotyczyła śmierci pacjenta lub uszkodzenia ciała, powikłań chorobowych - 45%. Wskazuje to, jak duże, a często nadmierne są oczekiwania społeczne wobec lekarzy. Z tej grupy 13,9% spraw zakończyło się orzeczeniem o winie lekarzy, a w rezultacie wnioskiem o ukaranie.

Dane zawarte w tabeli nr 10 pokazują, że podobnie jak w skali ogólnopolskiej (tabela nr 9) najwięcej spraw analizowanych przez Rzecznika odpowiedzialności Zawodowej WIL dotyczyło śmierci lub uszkodzenia ciała - 50,1%. Jest to wskaźnik zbliżony do krajowego. Z tej liczby spraw Rzecznik sformułował w 9 przypadkach - 24,3% wniosek o ukaranie

lekarza uznając jego winę. Jest to wskaźnik wyższy o 10,4% w porównaniu do danych ogólnopolskich.

Tabela nr 9

Dane statystyczne spraw analizowanych
w Izbach Lekarskich wg rodzaju przewinienia
w latach 1990-1993 w skali Polski

Rodzaje przewinienia	ilość spraw	W tym			
		odmowa wszczęcia	umorzono	Wnioski o ukaranie	
				sprawy	osoby
Śmierć pacjenta	606	116	350	113	140
Uszkodzenie ciała powikłania chorobowe	863	262	416	92	126
Eksperym.nielegal.	5	1	1	1	1
Korzyść material.	59	15	26	8	8
Poświadczenie nieprawdy	169	71	66	16	19
Nieetyczne zachowanie lekarza	517	176	245	40	54
Konflikty między lekarzami	228	75	85	13	16
Naruszenie praw chorych psychicz.	107	64	34	1	3
Inne przyczyny	707	291	254	43	52
Razem	3261	1071	1477	327	415

Źródło: Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres 1990-93, w: Materiały III Krajowego Zjazdu Lekarzy, s. 314 udostępnione dzięki uprzejmości Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej.

Tabela nr 10

Dane statystyczne spraw analizowanych przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wojskowej Izby Lekarskiej

(1990 - 1993)

Rodzaj przewinienia	Wpłynęło spraw	W tym		
		odmowa wszczęcia	umorzono	wniosek o ukaranie
Śmierć	16	1	-	6
Uszkodzenie ciała, powikłania chorób	21	1	17	3
Eksperyment nielegalny	-	-	-	-
Korzyść materialna	1	-	-	-
Poświadczenie nieprawdy	2	1	1	-
Nieetyczne zachowanie	-	-	-	-
Konflikt między lekarzami	9	-	9	-
Naruszenie praw chorych psychicznie	3	1	1	-
Inne przyczyny	21	7	11	-
Razem	73	11	48	10

Źródło: Sprawozdanie z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej RWIL za 1990-93, s. 9.

Do Obowiązków Rzecznika Wojskowej Izby Lekarskiej należało dogłębne, rzeczowe i obiektywna analiza skarg, branie pod uwagę wszelkich okoliczności za i przeciw osobie, w sprawie której toczyło się postępowanie wyjaśniające.

Działalność Rzecznika służyła profilaktyce i wychowaniu zarówno studentów Uczelni jak i też lekarzy wojskowych. W latach 1990-93 rozpatrzono 73 sprawy, z których 10 (7%) trafiło do Sądu Lekarskiego[147]. Największą grupę spraw stanowiły skargi z powodu zaniedbań, braku należytej troski i opieki nad pacjentem, a nawet beztroski i niefrasobliwości. W znaczącej liczbie dotyczyło to głównie lekarzy pracujących w Pomocy Doraźnej.

Analiza indywidualnych przypadków lekarzy przed sądami wojskowymi, a także oceny zawarte w sprawozdaniu Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wojskowej Izby Lekarskiej pozwalają na sformułowanie wniosków prognostycznych, które mogą mieć zastosowanie w wychowaniu moralnym:

1. Historia Izb Lekarskich poucza, że stanowiły one zawsze jeden z mechanizmów wychowania moralnego, troski o godność lekarza, prestiż tego zawodu w społeczeństwie, a także sposób obrony przedstawicieli zawodu przed oskarżeniami wynikającymi z wysokich oczekiwań bez uwzględniania możliwości. Krótki okres pracy Izb Lekarskich po roku 1990 wskazuje, że powracają one do swojej dobrej tradycji. Szczególną ich rolę podkreśla także fakt rozpatrywania przez różne ogniwa samorządu lekarskiego tak dużej ilości spraw w trakcie kadencji;

2. Przeprowadzona analiza wybranych dokumentów dotyczących zadań szkoleniowych Uczelni w stosunku do

podchorążych pozwala uznać, iż problematyka etyki zawodu jest doceniana. Szczególnie dotyczy to zadań formułowanych przez Rektora i Senat. Ogniwa odpowiedzialne za realizację tych zadań nie potrafiły ich często ukonkretnić i realizować w praktyce. Powstaje potrzeba nowego spojrzenia na metody i formy wychowania, w tym wychowania moralnego;

3. W dotychczasowej praktyce dydaktyczno-wychowawczej zbyt słabo akcentowano problematykę odpowiedzialności w zawodzie lekarza, a także specyfikę zadań w wojskowej służbie zdrowia, które to zadania w istotny sposób wyróżniają lekarza wojskowego. Należą do nich między innymi:

- większy obszar odpowiedzialności zawodowej obejmujący w praktyce wiedzę i umiejętności w zakresie podstawowych dziedzin medycyny (choroby weneryczne, chirurgia, pediatria, ginekologia), a także w zakresie organizacji ochrony zdrowia i medycyny pracy.
- specyfika służby wojskowej, obciążenia w tej służbie, intensywność zadań szkoleniowych w warunkach terenowych niezależnie od pory roku, służby wykraczającej bardzo często poza normowane godziny pracy w innych zawodach.
- stałe przebywanie w środowisku podopiecznych połączone z realizacją profilaktyki i nadzoru higienicznego.

4. Za celową należy uznać decyzję Rektora WAM dotyczącą zaniechania reaktywacji w prawach studenta WAM tych, którzy opuścili Uczelnię na własną prośbę lub zostali zwolnieni za brak postępów w nauce lub wydaleni dyscyplinarnie. Może to być jedną z metod eliminacji tych, którzy studia medyczne podjęli bez przekonania lub z przypadku i nie identyfikują się z oczekiwanym sposobem realizacji przyszłej roli społeczno - zawodowej, zaś procesy wychowania nie odniosły rezultatów;

5. W kształceniu podyplomowym oficerów-lekarzy nie uwzględniano w wystarczającym stopniu problematyki etyki i filozofii postępowania lekarskiego. Może to świadczyć o niedocenianiu tejże problematyki, albo o braku świadomości jej potrzeby. Sytuacja ta powinna ulec zmianie;

6. Pozytywnie należy ocenić powierzenie, po wielu latach wykładów z etyki i deontologii lekarskiej Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej. Powinno to sprzyjać omawianiu bieżącej problematyki naruszeń etyki zawodu, wskazań Wojskowej Izby Lekarskiej w zakresie kształtowania dobrych obyczajów w środowisku lekarzy wojskowych, a w rezultacie stanowić ważne ogniwo wychowania moralnego;

7. Zmniejszenie liczby studentów WAM może służyć integracji środowiska, metodom pracy indywidualnej w wychowaniu moralnym, a także eliminacji tych, którzy podczas studiów popełniają czyny obrażające godność lekarza oraz oficera[148].

8. Dokonujące się przemiany w społecznym funkcjonowaniu wojskowej służby zdrowia, podejmowanie w niespotykanej dotychczas skali prywatnej praktyki lekarskiej, dają dużą autonomię moralną. W tej sytuacji wychowanie moralne nabiera szczególnego znaczenia w przygotowywaniu do roli społeczno - zawodowej lekarza wojskowego.

Przypisy

1 Popielski B. Pogranicze prawa i etyki, w: Etyka i deontologia lekarska, Red. T. Kielanowski, PZWL, s. 126

2 Np. zarządzenia, okólniki, instrukcje, regulaminy regulujące zazwyczaj konkretne dziedziny działalności lekarza

3 Informację tę otrzymałem od dr Jerzego Moskwy przewodniczącego Izby Lekarskiej w Warszawie

4 Vademecum lekarza ogólnego red. R. Brzozowskiego, PZWL, Warszawa 1985, s. 850

5 Popielski B., op. cit. s. 128

6 Interpretacja ta została nakreślona w rozmowie z sędziami IW SN, podczas której otrzymałem odpowiedź, że jest w tej sprawie orzeczenie SN

7 Popielski B., op. cit. s. 128

8 Ustawa o zawodzie lekarza z dn. 28.10.1985 r. Dz.U. nr 50, poz 458, art. 12

9 Vademecum lekarza ogólnego, op. cit. s. 851

10 tamże, s. 849

11 tamże, s. 845

12 tamże, s. 849-50

13 tamże, s. 149

14 tamże, s. 851

15 Ustawa o zawodzie lekarza, op. cit. art. 17, ust. 2

16 Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych z dnia 14.04.1946 r. Dz.U. nr 51, poz. 364 z 1949 r.

17 Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z 13.09.1963 r. Dz.U. nr 50, poz. 279

18 Ustawa o powszechnym obowiązku obrony z dn. 21

listopada 1967 r. art. 28, 39, 224, ust. 1, pkt 4

19 Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z 26 października 1982 r. Dz.U. nr 35, poz. 230

20 Jest to postanowienie art. 47 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 1982 r. nr 35, poz. 230)

21 Mówi o tym art. 62 § 1 kkW

22 Mówi o tym art. 62 § 2 kkW

23 mówi o tym art. 23 § 1 (Vademecum lekarza ogólnego, op. cit. s. 845)

24 Mówi o tym art. 150 kk. Vademecum lekarza ogólnego, op. cit. s. 853

25 Kielanowski T., Propedeutyka medycyny, PZWL, 1967, s. 291

26 Informacje dotyczące eutanazji w Holandii i innych krajów otrzymałem dzięki pani Annie Korbik z Paryża. Pisała też o tym Gazeta Wyborcza nr 34/1113 z dn. 10.02.1993 r.

27 Popielski B., odpowiedzialność prawna lekarza, w: Vademecum lekarza ogólnego, op. cit. s.847

28 Etyka i deontologia lekarska, op. cit. s. 128 - rozumowanie podobne

29 European Proson Rules, Strasbourg 1987, s. 9, pkt 27 - Tłumaczenie polskie Andrzeja Replińskiego

30 Powołana zarządzeniem nr 13 MZiOS z dn. 11.06.1982 r.

31 Vademecum lekarza ogólnego, op. cit. s. 849-850 także Etyka i deontologia lekarska, op. cit. s. 134

32 Opublikowana np. Gazeta Wyborcza z dn. 6-8 styczeń 1993

33 Etyka i deontologia lekarska, op. cit. s. 129 także

ustawa o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dn. 27.04.1956

34 Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w: gazeta Wyborcza z dn. 8.01.1993 r. art. 7 § 3

35 ustawa o zawodzie lekarza z dn. 28.10.1950 Dz.U. nr 50, s. 2

36 ustawa o tajemnicy państwowej i służbowej, XII 1982, Dz.U. nr 40, poz. 271

37 Etyka i deontologia lekarska, op. cit. s. 129

38 Ustawa o zapobieganiu narkomanii z dn. 31.01.1985 r., Dz.U. nr 4, poz. 15

39 tamże, art. 13, pkt 3

40 Tokarczuk R. Prawa narodzin, życia i śmierci, Lublin 1984, s. 11

41 Informacje na ten temat otrzymałem od prof.dr hab.med. Hieronima Bartla, który przeprowadził wykład o tej problematyce z okazji inauguracji roku akademickiego w WAM 1991/92. Sztuczne zapłodnienie odbyło się po raz pierwszy w 1785 r. w Londynie

42 Opublikowano w Polsce:

- 4 maja 1979 raport i wnioski dotyczące finansowania przez ministerstwo prac naukowych nad zapłodnieniem zewnętrznym i przemieszczaniem embrionów i Doradcza Komisja Etyczna MZOiOS USA
- 3.09.1982, Oświadczenie dotyczące zapładniania zewnętrznego i przemieszczania embrionów - Krajowa rada Zdrowia i badań medycznych Australii
- 2.09.1982 raport wstępny Komitetu Rządowego Stanu Wiktoria do rozważenia kwestii etycznych i prawnych wiążących się z zapłodnieniem zewnętrznym

- 3.08.1983 raport w sprawie dawstwa gamet w zapładnianiu zewnętrznym - Komitet Rządowy Stanu Wiktoria powołany do rozpatrzenia kwestii społecznych, etycznych i prawnych wiążących się z zapładnianiem zewnętrznym

- 20.02.1982 Badania nad zapładnianiem i embriologią człowieka. Oświadczenie brytyjskiej Rady Badań Medycznych - przewodniczył prof. G.S.Dawes

- maj 1983 raport wstępny dotyczący zapładniania zewnętrznego oraz przemieszczania i implantacji embrionów ludzkich. Oświadczenie Grupy Roboczej Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego - przewodniczył prof.J.P.Quilliame

- problematyka powyższa podjęta została przez Petera Singena - profesora filozofii, dyrektora Ośrodka Bioetyki Ludzkiej Monash University w Melbourne w pracach "Wyzwolenie zwierząt", "Etyka a socjologia". W Polsce ukazała się praca "The reproduction revolution. New ways of making babies" w tłumaczeniu Z. Nierada pt."Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji" Wiedza Powszechna, Warszawa 1988

43 Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania, podpisana została przez Josepha Kard. Ratzingera - prefekta Kongregacji Nauki Wiary i Alberto Bovone sekretarza tejże kongregacji. Życie katolickie nr 6, 1987, s. 7-32

44 Tak sądzi Zofia Kuratowska w wypowiedzi :Unikajmy skrajności" dziennik Łódzki z 11.01.1994 r.

45 Profesor Jacques Testart opublikował słynną książkę pt. "Przezroczyste jajo". W Polsce wydanie ma tytuł "Przezroczysta komórka", PIW, 1989. Cytat pochodzi z tej pracy.

Pisała o tym problemie także "Rzeczpospolita" w artykule Krzysztofa Kowalskiego z dn. 24.11.1992 r.

46 Informacje o narodowym Komitecie Etyki Francji otrzymałem dzięki uprzejmości pani mgr Anny Korbik z Paryża - pracownicy szkoły polskiej, również tłumaczenia cytowanych artykułów prasowych są jej autorstwa

47 Komitet Etyczny Francji składa się z 36 osób, 5 mianuje prezydent. jego członkami byli między innymi: arbp. Jacques Jullien - profesor moralności, od wielu lat zajmuje się problemami etycznymi, jakie stwarza rozwój biologii i technik medycznych. Często wypowiada się o roli Kościoła w momencie, gdy rodzą się problemy dotyczące przyszłości człowieka;
Lucin Seve - polityk i filozof, członek Komitetu Centralnego Francuskiej partii Komunistycznej. Autor książki "Marksizm i teoria osobowości"

48 Dobiecki G., Nad Sekwaną bioetyka staje się prawem, Gazeta Wyborcza, nr 277 z dn. 24.11.92 r.

49 Europejska Konwencja w sprawie bioetyki, wywiad z Christianem Byk - przewodniczącym Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawa, Nauki i Etyki, Rzeczpospolita, nr 258 z 4 listopada 1993 r.

50 Dotychczasowe rekomendacje europejskie w dziedzinie bioetyki:
- 779/1976 w sprawie praw osób chorych i umierających
- 818/1977 w sprawie sytuacji psychicznie chorych
- 934/1982 na temat inżynierii genetycznej
- 1046/1986 w sprawie postępowania wobec płodów i embrionów ludzkich w związku z realizacją celów diagnostycznych, terapeutycznych i naukowych
- 1100/1986 w sprawie postępowania wobec embrionów i

płodów ludzkich w związku z przeprowadzaniem badań naukowych

51 z informacji MZiOS

52 Informacja z dnia 10.10.1993 r. za miesięcznikiem "Claudia"

53 W pracy wykorzystano Bafia Jerzy, Mioduski Kryspin, Siewierski Mieczysław, Kodeks karny "Komentarz", Wyd. Prawnicze, Warszawa 1987
także wykorzystano, Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny wykonawczy, Wyd. Prawnicze i Ekonomiczne "Lex", Gdańsk 1992 r.

54 Dot. S WOW 17/88 RW 193/88

55 Dot. S WOW 173/88 RW 404/88

56 Dot. S MW 74/89 RW 80/89

57 Dot. S MW 278/88 RW 20/91

58 Dot. S MW 160/91 RW 145/91

59 Dot. S POW 28/91 RW 37/91

60 Dot. S WOW 52/92 RW 76/92

61 Dot. S WOW 27/92 RW 45/92

62 Dot. S MW 94/92 RW 118/92

63 Dot. WSK 15/82 RW 195/82

64 Dot. SGKat. 122/90 RW 314/90

65 Dot. SPOW 39/86 RW 93/86

66 Dot. S WOW 9/82 RW 48/82

67 Dot. S WOW 37/92 RW 72/92

68 Dot. S MW 7/91 RW 63/91

69 Dot. SGKosz. 50/84 RW 60/84

70 Dot. S WOW 393/88 RW 472/88

71 Dot. SGsz 113/83 RW 118/83

72 Dot. WSZiel. 55/83 RW 51/83

73 Dot. S GOL 18/90 RW 40/90

74 Dot. SGKr. 87/91 RW 4/92

75 Dot. S SOW 172/89 RW 168/89

76 Dot. WSGKosz. 72/84 RW 50/84

77 Dot. SGSz. 82/82 RW 100/82

78 Dot. SGKr. 205/86 RW 280/86

79 Dot. WSG 118/82 RW 210/82

80 Dot. SGŁ 71/82 RW 80/82

81 Dot. S WOW 222/85 RW 249/85

82 Dot. S MW 120/85 RW 128/85

83 Dot. S POW 23/82 RW 64/82

84 Dot. S MW 121/82 RW 217/82

85 Dot. SGKr. 98/91 RW 16/92

86 Dot. S WOW 312/87 RW 278/87

87 Dot. S POW 180/83 RW 247/83

88 Dot. S SOW 546/89 RW 8/90

89 Dot. S WOW 271/85 RW 288/85

90 Dot. S WOW 9/84 RW 26/84

91 Dot. S WOW 407/89 RW 384/89

92 Dot. S MW 246/89 RW 244/89

93 Dot. SGKosz. 119/87 RW 2/88

94 Dot. SGKosz 49/83 RW 69/83

95 Dot. SGKosz. 163/83 RW 9/84

96 Dot. SLot. 131/83 RW 214/83

97 Dot. SLot. 126/83 RW 217/83

98 Dot. S OL 16/87 RW 45/87

99 Dot. S OW 11/88 RW 29/88

100 Dot. S MW 345/86 RW 315/86

101 Dot. S POW RW 20/87

102 Dot. SWKr. 282/88 RW 8/89

103 Dot. SSGKr. 122/86 RW 190/86

104 Dot. S SOW 95/82 RW 103/82

105 Dot. SLot. 21/87 RW 105/87

106 Dot. SLot. 21/87 RW 105/87

107 Dot. S OW 582/86 RW 343/87

108 Dot. S POW 99/84 RW 263/85

109 Dot. S POW 80/84 RW 264/84

110 Dot. S WOW 166/85 RW 207/85

111 Dot. SGKosz. 118/83 RW 125/83

112 Dot. S WL 136/88 RW 153/88

113 Dot. SGKr. 416/86 RW 7/87

114 Dot. SGKr. 116/82 RW 190/82

115 Dot. SGSz. 97/82 RW 108/82

116 Dot. S POW 230/85 RW 224/85

117 Dot. S WOW 238/86 RW 360/86

118 Dot. S WOW SGLub. 17/86 RW 58/86

119 Dot. WSGKr. 201/83 RW 15/84

120 Dot. S WOW 456/86 RW 433/86

121 Dot. SLot 21/88 RW 50/88

122 Dot. SLot. 68/83 RW 159/83

123 Dot. S MW 126/85 RW 135/85

124 Dot. S SOW RW 126/82

125 Dot. S SOW 174/91 RW 1/92

126 Dot. SM 105/85 RW 141/85

127 Dot. SM 105/85 RW 141/85

Izby Wojskowej Sądu Najwyższego sędzia płk mgr Tomasz Kacperski

143 Dotyczy to lat 1990-1993 "Młodość to nie atut", Rzeczpospolita nr 287 z dn. 2.12.93 r.

144 Idea Izb Lekarskich, jako samorządu narodziła się w Brunszwiku, w którym mocą ustawy z dnia 25 października 1865 roku powołano do życia obok Rady Lekarskiej, Izbę Lekarską i Aptekarską, wybieraną spośród wszystkich lekarzy i aptekarzy osiadłych na terenie księstwa. izba Lekarska stanowiła reprezentację stanu lekarskiego na wzór istniejących już wcześniej Izb Adwokackich, Handlowych, Przemysłowych i Rolniczych. W Polsce idea powstała w 1873 roku w środowisku Towarzystwa Lekarzy galicyjskich

145 Prawną podstawą było Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 26.09.1990 r. Dz.U. nr 69, poz. 406

146 W środowisku lekarzy wojskowych wybrano rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej płk prof.zw.dr n.med. Andrzeja Kuliga, wieloletniego dziekana Wydziału Lekarskiego, byłego prorektora WAM, specjalistę w dziedzinie patomorfologii posiadającego autorytet naukowy i moralny zarówno wśród studentów jak i lekarzy. Wybór został ponowiony w 1993 roku.

Lekarze wojskowi w II Rzeczpospolitej nie mieli odrębnej Izby Lekarskiej. Mieli natomiast obowiązek przynależności do Izby na ogólnych zasadach z tym, że nie mogli być pociągani do odpowiedzialności przez Sądy Izb Lekarskich bez zgody Ministerstwa Spraw Wojskowych. zob. Felcher A., Służba zdrowia Wojska Polskiego 1918-1939, rozprawa habilitacyjna, Łódź 1990, str. 95

147 Ze Sprawozdania Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL z dn. 26.07.1993 r., materiał w całości nie

publikowany

148 Wg informacji uzyskanych z wojskowych uczelni USA przypadek kradzieży, pijaństwa, kłamstwa, braku szacunku dla reguł życia wojskowego dyskwalifikuje kandydata na oficera. Od tej zasady nie ma odwołania.

"Dwa czynniki tworzą prawdziwego lekarza: wiedza i etyka"

W. Szenajch

ROZDZIAŁ IV

"WYOBRAŹNIA MORALNA" STUDENTÓW VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO (wybrane zagadnienia)

Pojęcie "wyobraźnia moralna" przyjęliśmy za Robertem Colesem z Harwardu (Wydział Medyczny Uniwersytetu). Jego przydatność przy omawianiu problematyki moralnej wydaje się oczywista. Opisuje bowiem - to pojęcie - sytuację, w której człowiek przed popełnieniem czynu jest zdolny przewidywać w miarę dokładnie następstwa.

"Wyobraźnia - wyobrażenie" jest pojęciem psychologicznym. Rozumiane jest jako - "świadomość przedmiotu - sytuacji nieobecnej lub nie istniejącej"[1]. Wyobrażenie przeciwstawia się "percepcji" będącej przedstawieniem przedmiotu - sytuacji obecnej. Pojęcie to jest zbliżone w treści do określenia "świadomość moralna". Opisujemy w ten sposób sferę świadomych przeżyć, których treścią są wiedza (poznanie) i ustosunkowanie (emocje) moralne[2]. O ile określenie samo jest jasne to spór toczył się o to, co kształtuje wyobraźnię moralną. To, że nie powstaje ona samoczynnie wydaje się być przesądzone. Najczęściej wśród czynników kształtujących wymienia się wiedzę, wzory osobowe, proces samowychowania.

Rola wiedzy nie przez wszystkich była oceniana jednoznacznie. Franciszek Bacon (1561-1626) wiedzę cenił niezwykle wysoko. Pisał: "człowiek, sługa i tłumacz przyrody, tyle może zdziałać i zrozumieć, ile z ładu przyrody spostrzeganiem lub umysłem zdoła uchwycić, poza tym nic nie wie i nic więcej nie może"[3].

Ten racjonalistyczny pogląd jest typowy dla myśli filozoficznej wieków nowych.

Myśl etyczna polskiego pozytywizmu także uznawała, że postęp społeczny uzależniony jest od osiągnięć w poznaniu, a doskonalenie w dziedzinie obyczajów i moralności uważano za proste następstwo rozwoju oświaty i nauki. Uznawano, że można drogą racjonalnych poczynań kształtować obyczaje i zachowania moralne. Sądzono, że konflikty i sprzeczności, a przez to cierpienie i nieszczęście, pojawiają się wówczas, gdy zamiast rozumu i wiedzy panują emocje i namiętności.

Eliza Orzeszkowa uznawała, że wady narodowe można wyeliminować poprzez "racjonalne oświecenie się w rzeczach gospodarstwa społecznego za pomocą nauki, poprzez wyrabianie w nas szerszych gruntowniejszych pojęć o moralności i bardziej oświeconej, odważnej opinii publicznej"[4].

Przeciwnikiem tego rodzaju poglądów był m.in. Bolesław Prus. Uzasadniał to tym, że "równie dobrze oświecone jak i nieoświecone narody płacą podatek na utrzymanie więźniów. Owszem, przyjąć można za pewnik, że współcześnie z rozwojem oświaty występki stają się bardziej skomplikowane. Nie dowodzi to jednak, ażeby oświata psuła moralnie ludzi, tylko, że błogi jej wpływ na moralność, tak niegdyś obwoływany, w gruncie rzeczy jest żaden. Niedźwiedź nie pozbywa się pazurów, choć go tańczyć nauczą. Łotr będzie łotrem, choćby ukończył dwa fakultety"[5].

Współczesna etyka i pedagogika uznaje rolę wiedzy (komponentu intelektualnego), chociażby z tego powodu, że pozwala ona tworzyć sytuacje eksperymentalne jako odzwierciedlenie modeli zjawisk występujących w życiu. Dotyczy to także wychowania moralnego. Problematykę tę omówiono szerzej w ROZDZIALE II.

Działalność poznawcza może w procesie wychowania spełniać wielorakie zadania:

a. dostarczać wiedzy o różnych zjawiskach występujących w życiu jednostek i społeczeństw;

b. kształtować umiejętność dostrzegania i rozpatrywania różnych spraw z życia międzyjednostkowego;

c. wyrabiać umiejętności sądu i oceny różnych spraw i zjawisk z zakresu życia społecznego i zawodowego;

d. kształtować umiejętności przewidywania następstw pewnych zjawisk i czynów ludzkich oraz podejmowania w związku z tym właściwych decyzji;

e. umacniać przekonania w kwestiach obowiązków i powinności człowieka.

Zadania te odnoszą się także do procesów wychowania w uczelni medycznej.

1. Rola uczelni w kształtowaniu wiedzy etycznej

Dla potrzeb niniejszej pracy przyjęto, że absolwent uczelni oprócz wiedzy fachowej powinien także posiadać wiedzę etyczną. Badania przeprowadzone w szpitalu kopenhaskim ukazały, że w około 25 % przypadków interwencji lekarskich zachodziła potrzeba rozważań etycznych z powodu implikacji oceny innej niż prakseologiczna. Lekarze w tych sytuacjach nie byli pewni, jaką decyzję należy podjąć[6]. Uwaga ta jest istotna o tyle, że nie można sobie wyobrazić sytuacji, w której lekarz byłby zawsze przygotowany do rozstrzygnięć etycznych bez "cienia" wątpliwości. Nie można też przyjąć, że jesteśmy w stanie wyobrazić sobie każdą sytuację, która może spotkać lekarza w jego praktyce. Tezy te nie przeczą potrzebie posiadania wiedzy etycznej i "budowy" "wyobraźni moralnej" w trakcie studiów.

Tabela 1

Rola Uczelni w kształtowaniu postawy moralnej lekarza (opinia kończących studia)

	Rok badań			Razem	%
	1990	1991	1992		
Uczelnia wykształciła postawę moralną	31	27	33	91	43,3
nie w pełni wykształciła postawę moralną	23	33	28	84	40,1
nie wykształciła postawy moralnej	16	10	9	35	16,6
Ogółem:	70	70	70	210	100,0

Dane z Tabeli 1 wskazują, że uczelnia spełnia swoją funkcję w zakresie kształtowania postaw moralnych. Takie przekonanie mają przynajmniej jej absolwenci w momencie kończenia studiów (80,4 %).

Podobne badania sondażowe w środowisku absolwentów WAM przeprowadził L. Indisow w 1977 r. Otrzymał wówczas następujące wskaźniki[7]:

a. uczelnia wpaja lekarzowi potrzebne cechy etyczne w stopniu dużym - 45,1%

b. uczelnia wpaja potrzebne cechy etyczne w stopniu zadawalającym - 44,3%

c. uczelnia nie odgrywa w tej dziedzinie roli - 10,6%

Porównując powyższe wyniki z badaniami sondażowymi prowadzonymi w latach 1990-92, stwierdzamy dużą ich zbieżność.

Tabela 2

Znajomość Kodeksu Etyki Lekarskiej przez kończących studia

Rok badań	Znam kodeks		Nie znam kodeksu	
1990	35	50,0%	35	50,0%
1991	26	37,1%	44	62,9%
1992	27	38,6%	43	61,4%
Razem	88	41,9%	122	58,1%

Wyniki badań w tej dziedzinie nie są optymistyczne. 58,1% pytanych absolwentów uznało, że nie zna Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wynika to być może z faktu, że badania były przeprowadzane w okresie burzliwego przebiegu dyskusji nad jego nowelizacją[8]. Jest to tylko częściowe wyjaśnienie, bowiem Kodeks (art. 79) nakłada na lekarzy nauczających studentów powinność zaznajamiania z jego postanowieniami[9]. Jeżeli uznajemy rolę autoregulacji w zachowaniach to znajomość zasad deontologicznych jest konieczna[10].

Tabela 3

Zasadność nauczania przedmiotów humanistycznych w opinii kończących studia (ocena globalna)

Rok badań	Nauczanie jest potrzebne		Nauczanie jest nie potrzebne	
1990	63	90,0%	7	10,0%
1991	57	81,4%	13	18,6%
1992	66	94,3%	4	5,7%
Razem	186	88,5%	24	11,5%

Studenci kończący studia podzielają zdecydowanie pogląd, że nauczanie przedmiotów humanistycznych jest "potrzebne". Można zinterpretować owe określenie jako "przydatne" lekarzowi. Jest to ocena ogólna. Obejmuje ona takie dziedziny wiedzy, które wynikają z programu nauczania, jak: historia medycyny, historia wojska, wiedza o kulturze, teoria państwa i prawa, filozofia, ekonomia i ekonomika ochrony zdrowia, socjologia, elementy prawa, psychologia, pedagogika, etyka i deontologia lekarska[11].

Tabela 4

Zasadność nauczania przedmiotów humanistycznych

(ocena szczegółowa)

Rok badań	Wybór pozytywny	Wybór negatywny
1990	filozofia, historia medycyny, pedagogika	wiedza o kulturze, socjologia, teoria państwa
1991	filozofia, historia medycyny, historia wojska	wiedza o kulturze, socjologia, ekonomia
1992	historia medycyny, filozofia, pedagogika	wiedza o kulturze, teoria państwa, prawo

W ocenie szczegółowej absolwenci ocenili rolę poszczególnych przedmiotów w sposób bardzo zróżnicowany. W układzie rangowym najwięcej wyborów pozytywnych dokonano wobec:

- filozofii – 154 (73,3 %)
- historii medycyny – 137 (65,2 %)
- pedagogiki – 110 (52,4 %)
- historia wojska – 96 (46,7 %)

Najwyższą ilość wskazań negatywnych otrzymały:

- wiedza o kulturze	-	171	(81,4 %)
- socjologia	-	123	(58,6 %)
- teoria państwa	-	70	(33,3 %)
- ekonomia	-	51	24,3 %)

Otrzymaną ocenę szczegółową poszczególnych dziedzin wiedzy humanistycznej pogłębiono, pytając o wybór przedmiotu jako pierwszego tzn. najważniejszego. Poproszono także o krótkie uzasadnienie.

Największą liczbę wskazań pozytywnych otrzymały:

- filozofia	-	127	(60,5 %)
- historia medycyny	-	71	(33,8 %)

W uzasadnieniach szczegółowych studenci wskazywali na to, że te dziedziny wiedzy są "najbliżej medycyny", "uczą głębszego spojrzenia na człowieka", "prezentują wiedzę nową - której nie było w szkole średniej", "uczą samodzielnego myślenia", "zaspokajają tzw. minimum kulturalnego człowieka", "zwracają uwagę na problemy etyczne zawodu", "prowadzone są w sposób dyskusyjny i bezstresowy", "stanowią oderwanie od "czystej" medycyny".

Uogólniając można stwierdzić, że 80,4 % badanej populacji absolwentów WAM uznaje siebie za wystarczająco przygotowanych pod względem moralnym do wypełniania roli społeczno - zawodowej lekarza. Jednakże 58,1 % nie zna podstawowego dokumentu deontologicznego jakim jest Kodeks Etyki Lekarskiej. Można w tej sytuacji przyjąć tezę, że postawa moralna lekarza kształtowana jest przez wiele czynników. Znajomość kodeksu wydaje się być warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym.

Wskazuje na to Tabela 3. Uznano kształcący walor nauk humanistycznych w zakresie predyspozycji kierunkowych. Teza ta jest uprawniona do takich dziedzin wiedzy jak filozofia i historia medycyny czy pedagogika. Można przyjąć, że nauczanie tych przedmiotów w WAM, w opinii większości, spełnia zakładaną rolę.

Janusz Reykowski zwraca uwagę na wielopoziomowość regulacji zachowań[12]. Wyróżnia także dwa typy regulatorów zachowania: mechanizmy popędowo - emocjonalne i mechanizmy poznawcze. Mechanizmy poznawcze organizują czynności podmiotu tak, aby były one maksymalnie skoordynowane z całością informacji, jakimi dysponuje człowiek, lub inaczej mówiąc, aby służyły minimalizacji sprzeczności w ramach systemu poznawczego. Wiedza w tym wypadku jest tylko jednym z poziomów budowy wyobraźni moralnej.

Innym "poziomem" są wzory lub ideały osobowe, czyli synteza cech i wartości moralnych, upostaciowienie ich, zbiorcza ich eksplikacja na przykładzie "idealnej" postaci. Ludzie posługują się w swym postępowaniu pewnymi modelami, dążą do upodobnienia się do owych modeli, mają ambicję identyfikowania się, o ile uznają, z modelem.

Wzory osobowe (autorytety) odgrywają więc ogromną rolę w wychowaniu moralnym, stanowią ważny element wyposażenia moralnego człowieka. Wzory te znajdują ludzie bądź w legendzie, bądź w postaciach historycznych albo też poszukują ich wśród ludzi żyjących, znanych i wyróżniających się w swym otoczeniu. Ponadto etyka dostarcza wzorów człowieka, konstruując je zwykle w postaci abstrakcyjnej, charakteryzujących ideał człowieka w ogóle. Na moralność ludzi zatem wpływa również i to, jakie wzory osobowe uznają oni za swoje, do jakich wzorów pragną dostosować się.

Andrzej Grzegorczyk rozpatruje rolę "autorytetów" jako źródło nacisku moralnego[13]. Uznaje, że nacisk psychiczny i organizacja przymusu są zjawiskami typowo ludzkimi. Wyróżnia w działaniach pod naciskiem trzy rodzaje motywacji wewnętrznej i trzy rodzaje motywacji zewnętrznej.

Nacisk wewnętrzny może być naciskiem: sumienia, straty i standardu. Nacisk zewnętrzny może być naciskiem: autorytetu, represji i opinii. Często te naciski działają w sposób zintegrowany.

2. Zasada "autorytetu" w opinii kończących studia

Autorytet (wzór osobowy) jest to akceptacja ludzi, u których zasięgamy rady i z których opinią indywidualnie się liczymy. Ludzie tacy mogą mieć mniejszy lub większy wpływ na postępowanie innych. Jednym przypisujemy kompetencje szersze, innym węższe. Ludźmi z autorytetem nazywa się tych, których kompetencja została uznana. Są to więc osoby, o których na podstawie uprzedniej wiedzy lub innych doświadczeń zakładamy, że ich oceny, wiedza są trafne. Jeśli oceny te dotyczą wartości duchowych, ludzie ci są dla nas autorytetami w sprawach duchowych - piękna, prawdy czy dobra. Przypisujemy im trafność oceny estetycznej, poznawczej lub etycznej. Uważamy, że widzą oni lepiej od nas to, co my sami moglibyśmy dostrzec.

Dla potrzeb niniejszej pracy przyjęto, że pojęciu "autorytetu" w praktyce WAM mogą odpowiadać:

a. postacie historyczne przybliżane podczas nauczania historii medycyny. Są to najczęściej wielcy lekarze;

b. doktorzy Honoris Causa, którym tytuł ten przyznany bywa, na ogół, w uznaniu zasług dla medycyny;

c. dowódcy, którzy organizują całokształt życia studentów;

d. nauczyciele przedmiotów humanistycznych;

e. nauczyciele akademiccy - lekarze, samodzielni pracownicy nauki;

f. pozostali pracownicy, w tym młodsi pracownicy nauki.

Celem uzyskania odpowiedzi na pytanie: czy postacie historyczne np. wielkich lekarzy są znane i cenione przez absolwentów WAM, mogą być "autorytetami" w wychowaniu moralnym poproszono w kwestionariuszu o podanie nazwisk i krótkie uzasadnienie.

Otrzymano 200 odpowiedzi wymieniających patrona Uczelni gen. dyw. prof. B. Szareckiego. Stanowi to 95,2 % ogółu respondentów; 5 absolwentów nie potrafiło wymienić nikogo, 1 wymienił prof. W. Biegańskiego, 4 - prof. dr med. T. Kielanowskiego.

Wybór swój absolwenci najczęściej uzasadniali tym, że "był to profesor medycyny", "dobrze służył ochronie zdrowia żołnierzy", "był wybitnym lekarzem wojskowym", "ofiarny żołnierz i gorący patriota", "twórca polskiej szkoły chirurgii wojennej", "jego kariera żołnierza i lekarza była długa i bogata", "ponad 12 lat spędził na frontach jako lekarz", "był twórcą Wojskowej Akademii Medycznej", "zwracał uwagę na moralną stronę zawodu lekarza".

Wojskowa Akademia Medyczna do 1975 roku nie posiadała imienia, chociaż toczył się spór o to, jaką propozycję przyjąć[14]. Zwyciężyła koncepcja, aby patronem był lekarz wojskowy. Wybór padł na żołnierza frontu zachodniego, lekarza - gen. bryg. prof. Bolesława Szareckiego.

Z perspektywy lat słuszność decyzji została potwierdzona także niniejszymi badaniami. Jeżeli rzeczywiście postać gen. dyw. B. Szareckiego stanowi wzór moralny w zakresie etyki zawodowej, to jest to także efekt pracy dydaktycznej, bowiem

od pierwszego roku studiów dorobek w dziedzinie chirurgii polowej i medycyny wojskowej jest omawiany.

W latach 1973-92 uczelnia przyznała 19 tytułów Doktora Honoris Causa. Przyjęto w tej pracy, że osoby uhonorowane tym zaszczytem są znane w środowisku Uczelni i mogą być "osobami znaczącymi" w przekonaniu studentów - przyszłych lekarzy. Za przyjęciem tej tezy przemawiał fakt, że doktorzy Honoris Causa wszyscy są lekarzami o znaczącym dorobku w dziedzinie medycyny, znaczna część - to generałowie lub oficerowie.

Tytuł ten nadawany był podczas ceremonii publicznej, podczas której omawiano dorobek i życiorys tej osoby. Z samej encyklopedycznej definicji wynika, że doktor Honoris Causa może być wzorem osobowym w rozumieniu zasad wychowania moralnego[15].

W przeprowadzonym sondażu otrzymano następujące wyniki: 52,8% badanych potrafiło wymienić chociaż jedno nazwisko doktora Honoris Causa; 47,2% nie wymieniło żadnego nazwiska. Z tej pierwszej grupy 92,8% wymieniło nazwisko gen. bryg. prof. zw. med. Wiesława Łasińskiego; 7,2% płk prof. dr hab. med. Jana Chomiczewskiego.

Jako uzasadnienie wskazania na gen. bryg. prof. dr med. Wiesława Łasińskiego podawano najczęściej: "jest to były rektor WAM", "całe pokolenia mówią, że był bardzo dobrym nauczycielem", "napisał wiele książek z zakresu anatomii", "jest to autorytet w medycynie".

Teza mówiąca, że doktorzy Honoris Causa mogą być "autorytetami" nie uzyskała zatem potwierdzenia. Zastanawiająca jest nieznajomość nawet nazwisk. Być może wynika to z faktu, że żaden z żyjących doktorów Honoris Causa nie utrzymuje ze środowiskiem uczelni kontaktów. Jedynie gen. Bryg. Prof. W. Łasiński czyni to systematycznie.

Absolwenci Wojskowej Akademii Medycznej podejmują w Siłach Zbrojnych różne funkcje przynależne do zadań służby zdrowia. Część funkcji polega na organizowaniu ochrony zdrowia żołnierzy, czyli sprawowaniu funkcji dowódczych. Wydaje się, że jedną z dróg zdobycia w tej dziedzinie umiejętności jest całokształt "życia" w uczelni, w tym organizacja pracy przez bezpośrednich dowódców w pododdziałach akademickich. Przyjęto zatem, że przedstawiciele kadry dowódczej mogą być uznani za "autorytety".

Tabela 5

Kadra dowódcza w opinii kończących studia w WAM

Rok badania	Opinia absolwentów			
	dostrzegam pozytywne cechy		nie dostrzegam pozytywnych cech	
1990	10	14,3 %	60	85,7 %
1991	12	17,1 %	58	82,9 %
1992	17	24,3 %	53	75,7 %
Razem	39	18,6 %	171	81,4 %

Wyniki prezentowane w Tabeli 5 wskazują, że dowódcy w niewielkim stopniu prezentują cechy, które w opinii kończących studia mogłyby być przyjęte w rozumieniu "wzoru osobowego".

Jako przyczynę tego stanu podawano: "są to osoby o małym stopniu kultury osobistej", "lekceważą potrzeby podchorążych", "nie troszczą się o swój wygląd zewnętrzny", "są protekcyjni w załatwianiu różnych spraw", "na terenie pododdziału często piją alkohol, chociaż karzą za to podchorążych".

Problematyka nauczyciela jako "autorytetu" doczekała się licznych i interesujących opracowań. Jan W. Dawid w swojej pracy: "O duszy nauczycielstwa" stwierdził, że nauczyciel winien odznaczać się miłością człowieka, odczuwaniem potrzeby ciągłego doskonalenia się, w postępowaniu i wypełnianiu zadań winien mieć poczucie odpowiedzialności i obowiązkowości, w postawi moralnej nie może zaś mu zabraknąć wewnętrznych prawidłowości i skrystalizowanych przekonań[17]. Zygmunt Mysłakowski do najważniejszych cech nauczyciela zalicza: umiejętność kontaktu z młodzieżą, czynną sympatię - nauczyciel jako doradca i przyjaciel, poszanowanie godności ludzkiej, poszanowanie dla jego uczuć osobistych, poszanowanie dla jego poczucia wartości własnej[18]. Są to właściwości tworzące "takt" pedagogiczny. Do oczekiwanych cech nauczyciela zaliczono także: nie zamykanie drogi do poprawy na przyszłość, nawet gdy zachowanie ucznia było niewłaściwe lub karygodne, sprawiedliwość, nie uprzedzanie się i nie posiadanie "ulubieńców", nawet gdy subiektywnie odczuwamy takie nastawienie, wymagalność i surowość. Pobłażanie i spoufalanie się, to cechy obniżające autorytet.

Gaston Mialaret[19] rozpatruje zaś nauczyciela:

po pierwsze - jako osobę (w aspekcie funkcji, społecznych oczekiwań i warunków niezbędnych);

po drugie - nauczyciela w sytuacji grupy (postawa wobec życia, samego siebie, wobec ucznia, grupy, zespołu pedagogicznego);

po trzecie - nauczyciela w instytucji w relacji z dyrekcją, personelem administracyjnym oraz otaczającym środowiskiem społecznym.

Longin Indisow pisząc na temat pracownika naukowo - dydaktycznego wyższej uczelni określa typ idealnego nauczyciela. Jest nim "człowiek, który posiada i pomnaża wiedzę, prowadzi

badania naukowe, umiejętnie posiadaną wiedzę wdraża studentom, w sposób optymalny przygotowuje ich do zawodu i jednocześnie kształtuje w nich pożądane postawy i motywacje"[20].

Ponad 54 % badanych absolwentów WAM (Tabela 6) uznało nauczycieli akademickich przedmiotów humanistycznych za posiadających cechy określane mianem "wzorca osobowego". Jako uzasadnienie najczęściej wymieniano: "są to ludzie grzeczni", "znają dobrze swój przedmiot", "życzliwie odnoszą się do podchorążych", "dbają o mundur", "często uczą życiowych przykładów", "sprawiedliwie oceniają", "przejmują się dydaktyką".

Tabela 6

Nauczyciele przedmiotów humanistycznych

w opinii absolwentów WAM

Rok badania	Dostrzegam w nich "autorytety"		Nie dostrzegam "autorytetów"	
1990	35	50,0 %	35	50,0 %
1991	38	54,3 %	32	45,7 %
1992	41	58,6 %	29	41,4 %
Razem	114	54,3 %	96	45,7 %

Badania wskazują na wysoki autorytet samodzielnych pracowników nauki - lekarzy w środowisku absolwentów WAM (84,8 %). Nieco mniejsze wskaźniki uzyskano w odniesieniu do "młodszych pracowników nauki" (67,6 %). Interesującym zjawiskiem w obydwu grupach jest spadek tego autorytetu: w grupie samodzielnych pracowników nauki o 14,3 %, a grupie pozostałych o 6,7 %. W odniesieniu do roku 1990 zjawisko to wydaje się być niekorzystnym dla procesów wychowania w Uczelni.

Tabela 7

Nauczyciel akademicki - lekarz

w opinii absolwentów WAM

Rok Badania	Autorytety wśród samodzielnych prac. nauki				Autorytety wśród pozostałych prac. nauki			
	dostrzegam		nie dostrzegam		dostrzegam		nie dostrzegam	
1990	65	92,9%	5	7,2%	52	74,3%	18	25,7%
1991	58	82,9%	12	17,1%	47	67,1%	23	32,9%
1992	55	78,6%	15	21,4%	43	61,4%	27	38,6%
Razem	178	84,8%	32	15,2%	142	67,6%	68	32,4%

Szczegółowe badania oczekiwań wobec nauczycieli akademickich WAM przeprowadził Czesław Wiśniewski[21]. Wynika z nich, że studenci najwyżej cenią:

- umiejętności dydaktyczne swoich nauczycieli (65,4% wyborów)
- obiektywizm w ocenie (53,1%)
- życzliwy stosunek do studentów (42,6%)
- kulturę osobistą (37,4%)

Na końcowych pozycjach znalazły się:

- zaangażowanie społeczne (1,5%)
- poczucie odpowiedzialności za kraj (2,6%)
- troska o dobre imię zakładu, uczelni (3,7%)
- wygląd zewnętrzny (3,8%)

Uogólniając można stwierdzić, że wśród absolwentów WAM w latach 1990-92 autorytetami byli: samodzielni pracownicy nauki - lekarze (84,8%), pracownicy nauki - lekarze (67,6%), nauczyciele przedmiotów humanistycznych (54,3%).

Te trzy grupy - można wnioskować - miały najistotniejszy wpływ na postawy absolwentów, w tym moralną stronę ich osobowości.

Bez większego znaczenia w tym procesie byli dowódcy - bezpośredni przełożeni ogólnowojskowi, wzorce osobowe kształtowane historycznie oraz sylwetki doktorów Honoris Causa.

W 1975 roku w Wojskowej Akademii Medycznej podjęto w badaniach naukowych problematykę etyki lekarskiej w praktyce[22]. Badaniami objęto 55 % lekarzy, pracowników naukowo - dydaktycznych oraz 70 % podchorążych - studentów 5 roku Wydziału Lekarskiego.

Respondentom postawiono następujące pytania:

→ czy zetknęliście się z niewłaściwymi postawami moralnymi lekarzy podczas wykonywania przez nich czynności zawodowych;

→ jakiego rodzaju uchybienia zasadom etycznym występują Waszym zdaniem wśród lekarzy najczęściej.

Pierwsze z tych pytań spełniało rolę pomocniczą. Skłaniało badanych do myślowej konfrontacji postulowanych postaw moralno - zawodowych lekarzy z rzeczywistymi oraz sprecyzowania ich własnych ocen.

Przyjęto przy tym założenie, iż istotnym składnikiem świadomości moralnej grup społeczno - zawodowych, a zarazem jednym z niezbędnych warunków postępu moralnego jest umiejętność samokrytycznej oceny postaw swych członków, dostrzeganie rozbieżności między postulowanymi wzorcami nienagannych zachowań, a zachowaniami rzeczywistymi, obserwowanymi w praktyce.

Wartość poznawcza odzwierciedlających te oceny odpowiedzi twierdzących lub przeczących polegała na tym, iż wskazywały

one na charakter przesłanek, na podstawie których krystalizowały się sądy badanych odnośnie pytania drugiego.

Ich zestawienie zaś - 85,5 % odpowiedzi twierdzących wśród nauczycieli akademickich i 47,0 % - wśród studentów - uprawniało do stwierdzenia, że większość owych sądów ma mocną empiryczną podstawę w osobiście zauważonych przejawach niemoralnych zachowań kolegów, przełożonych i podwładnych. W przeprowadzonych badaniach sondażowych w latach 1990-92 w środowisku absolwentów WAM (nauczycieli nie badano) uzyskano wynik - 59,6 % co stanowi wyższy wskaźnik tych, którzy zetknęli się podczas studiów z niewłaściwymi postawami moralnymi lekarzy.

Przedstawione w Tabeli 8 dane pozwalają odczytać wiele interesujących, choć nie zawsze pozytywnych opinii, o zjawiskach i procesach jakie mają miejsce w badanej populacji. Szczególnie godne odnotowania są zjawiska następujące:

- Wysoko rozwinięty samokrytycyzm i wrażliwość na wszelkie przejawy zachowań sprzecznych z dyrektywami etyki zawodowej;
- Absolwenci lat 1990-92 wykazali dużą wrażliwość na moralny aspekt zawodu lekarza, co może być skutkiem całokształtu procesu wychowania moralnego w Uczelni. Jeżeli owa wrażliwość stanie się trwałym elementem ich wyobraźni moralnej w praktyce lekarskiej, to można oczekiwać niezwykłej poprawności zawodowej, w tej dziedzinie, młodych lekarzy;
- Uznanie, iż najbardziej rozpowszechnionym przejawem naruszenia etyki zawodowej jest niewłaściwe odnoszenie się do innych lekarzy i personelu pomocniczego (58,6%), niedocenianie humanistycznych walorów zawodu (52,8%) oraz przyjmowanie od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia (49,0%) dowodzi, że humanizacja medycyny, zwłaszcza jej praktycznej strony, wciąż czeka na realizację;

Tabela 8

Rodzaje najczęściej spotykanych naruszeń etyki zawodowej wśród lekarzy (wg opinii respondentów) w porównaniu do opinii z 1975 r. absolwentów WAM z lat 1990-92

Jakiego rodzaju uchybienia zasadom etyki zawodowej występują wśród lekarzy (podkreśl dwie odpowiedzi)	Ilość podkreśleń poszczególnych odpowiedzi w %		
	Nauczyciele akad.(1975)	Studenci 5 RS (1975)	Absolwenci (1990-92 r.)
Niewłaściwe odnoszenie się do innych lekarzy i personelu pomocniczego	45,5	25,9	58,6
Przyjmowanie od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia za świadczone usługi	15,9	21,2	49,0
Zbyt mała troska o dobre imię służby zdrowia, a niekiedy również świadome umniejszanie jej wartości	19,3	25,9	34,3
Uzależnianie jakości świadczeń od pozycji społecznej chorego (stanowiska, więź nieform.)	22,1	35,3	33,8
Niedocenianie humanistycznych walorów zawodu, traktowanie pacjenta jako "jednostki chorobowej", a nie człowieka cierpiącego	51,7	60,0	52,8
Zaniedbanie podnoszenia kwalifikacji zawodowych i poziomu świadczonych usług	28,9	29,0	24,3
Inne	3,9	-	-

- Wzrostowa tendencja wielu wskaźników szczegółowych nie może obciążać tylko środowiska Uczelni, bowiem kształcenie, praktyki, odbywają się w wielu ośrodkach klinicznych wojskowej służby zdrowia. Pomijanie tej okoliczności byłoby także błędem.

Tabela 9

Przyczyny uchybień zasadom etyki zawodowej

(w świadomości respondentów z lat 1975-1990-1991-1992)

W czym dostrzegacie główne przyczyny zasygnalizowanych uchybień	Nauczyciele akad. bad. w 1975 r.	Studenci 5 RS bad. w 1975 r.	Absolwenci 1990 -1991 - 1992
Niezbyt wysokie uposażenie lekarzy i pogoń za dochodami	73,3 %	74,1 %	47,6 %
Depersonalizacja stosunku lekarz - pacjent	22,7 %	9,5 %	33,9 %
Nadmierne przeciążenie pracą lekarzy	72,3 %	76,3 %	56,7 %
Wadliwy system naboru do WAM	13,1 %	14,1 %	72,8 %
Zły system kształcenia i wychowania, przykład nauczycieli	13,1 %	14,1 %	65,2 %
Zabieganie pacjentów o lepsze traktowanie	4,5 %	4,7 %	34,8 %

Zawarte w Tabeli 9 wskaźniki ilościowe są czytelne. Dowodzą one, że zdecydowana większość respondentów uznaje za przyczynę uchybień w etyce zawodu przede wszystkim: wadliwy system naboru do WAM (72,8%), zły system kształcenia i wychowania, przykład nauczycieli (65,2%).

Dane te wyraźnie korespondują z danymi zawartymi w Tabeli nr 8. System naboru do WAM, system kształcenia, przykład nauczycieli nie może być oceniony jednoznacznie pozytywnie skoro: 58,6% absolwentów było świadkami niewłaściwego odnoszenia się do innych lekarzy, przyjmowania od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia za świadczone usługi (49,0%) itd.

3. Lekarz wobec człowieka chorego - samoocena i deklaracje absolwentów

Efektem całokształtu oddziaływań dydaktyczno - wychowawczych uczelni, naszym zdaniem, jest całościowo rozumiany stosunek lekarza do pacjenta. Przyjęto, że ów stosunek może odzwierciedlać samoocenę w pytaniu: Kim będzie dla Ciebie chory człowiek (pacjent)?

Pamiętając o tym, że całkowicie rozłączny wybór jest trudny, poproszono o wskazanie dominującego (rozumianego jako najistotniejszego):

a. przedmiotem największej, w miarę umiejętności troski,

b. służbowym obowiązkiem leczenia i opiekowania się,

c. źródłem uzyskania zarobków - reszta jest mało ważna.

Z etycznego punktu widzenia wybór a. jako samookreślenie postawy wobec chorego jest najbardziej pożądany. Być może w jego treści mieści się to, co nazywamy "lekarzem z powołania".

Nieco mniej "wartościowym" wyborem jest samookreślenie postawy typu b. Jednakże z literatury przedmiotu wiemy, że granica w tej dziedzinie jest często trudna do określenia, zwłaszcza gdy podejście lekarza do pacjenta jest pragmatyczne a "służbowy obowiązek" rozumiany jest jako "służba społeczna".

Postawa typu c. jest moralnie naganna i może być źródłem naruszania etyki zawodu w praktyce postępowania lekarskiego, w tym norm moralnych chronionych prawem. Precyzowanie wniosków ostatecznych musi być jednak bardzo ostrożne, ponieważ nie zachodzi w tej dziedzinie następstwo typu "mechanicznego".

Tabela 10

Stosunek do osoby chorej (samoocena absolwentów uczelni)

Typ samooceny	Liczba wskazań	%
Chory przedmiotem największej, w miarę umiejętności, troski	127	60,5
Chory obowiązkiem służbowym leczenia i opiekowania się	50	23,8
Chory źródłem uzyskiwania zarobków - reszta jest mało ważna	33	15,7
Razem	210	100,0

Tabela 10 wskazuje, że zdecydowana większość badanej populacji absolwentów WAM w swoim postępowaniu zawodowym będzie kierowała się największą troską, w miarę umiejętności, o zdrowie chorego człowieka. Można uznać to za zasadę typu normalnego, określaną czasem pojęciem "motywacji", "nastawieniem" do działania. Jest to prognoza bardzo optymistyczna.

Gdyby dokonać syntezy samooceny typu a. i b. to otrzymalibyśmy wskaźnik 84,3 %. Zastanowienie budzić może samoocena typu c. zajmująca 15,7 % przyjęta jako wybór dominujący. Z rozważań zawartych w rozdziale dotyczącym opisu absolwentów WAM przed sądami możemy spotkać się z postępowaniem odpowiadającym tej samoocenie.

Należą do tej kategorii między innymi: wystawianie dokumentów lekarskich mających wartość prawną w zamian za korzyści materialne, żądanie korzyści za przeprowadzenie zabiegu lekarskiego, uwarunkowywanie usług medycznych od wcześniejszych gratyfikacji itp.

4. Absolwenci WAM - Wybrane elementy "obrazu" etyczno - moralnego

Wyobraźnia moralna jest niekwestionowanym elementem przygotowania do roli społeczno - zawodowej lekarza. W niniejszej pracy podjęto próby określenia czynników tworzących ją, zakładając, że znaczącymi będą (choć niewystarczającymi):

a. wiedza etyczna

b. autorytet dowódców, nauczycieli, a także postulowanych wzorców osobowych.

Efektem całokształtu oddziaływań: zarówno intencjonalnych, jaki zewnętrznych (niezależnie od uczelni) jest stosunek lekarza do chorego człowieka. Przeprowadzone badania sondażowe pokazały, że opuszczając Uczelnię zdecydowana większość absolwentów wyobraża sobie siebie jako lekarzy wykazujących dużą troskę o chorego. W hierarchii ważności, w rozumieniu etyki zawodowej, zajmuje to najwyższą rangę.

Interesująca jest zbieżność uzyskanych ocen roli Uczelni w kształtowaniu postawy moralnej i stosunku absolwentów do osoby chorej. Uczelnia wykształciła postawę moralną oczekiwaną od lekarza u 83,4 % badanych absolwentów, tylu bowiem zadeklarowało pozytywnie rozumiany stosunek do osoby chorej. 16,6 % badanej populacji sądzi, że opuszcza uczelnię bez właściwie ukształtowanej postawy moralnej - 15,7 % określiło swój stosunek do chorego jako sprzeczny z oczekiwaniami. Może to wskazywać, że deklaracja absolwentów była

rzeczywiście szczera, odzwierciedlała ich zdolność do samooceny, jako elementu dojrzałej osobowości.

Doceniona jest rola humanistyki jako dziedziny kształcenia kierunkowego. 88,5 % absolwentów z lat 1990-92 uznaje nauczanie przedmiotów humanistycznych za zasadne, tj. przydatne przyszłemu lekarzowi. Zdecydowaną promocję otrzymały: filozofia i historia medycyny.

Wzorcami moralnymi dla przyszłych lekarzy są samodzielni pracownicy nauki WAM oraz pozostali lekarze a także nauczyciele przedmiotów humanistycznych. Przeczy to potocznie spotykanym poglądom, jakoby tylko lekarz był jedynym wzorcem osobowym dla podchorążych.

Interesującą sprawą jest moralna akceptacja patrona Uczelni jako wzoru osobowego. Świadczy to o trafności wyboru gen. prof. B. Szareckiego do popularyzacji w środowisku lekarzy wojskowych.

Dokonując podsumowania wybranych elementów obrazu moralno - etycznego absolwentów WAM w latach 1990-92 stwierdzamy, że tworzą go przekonanie o moralnym - dobrym przygotowaniu do roli lekarza, dysponowaniu pewnymi wzorami postępowania, wiedza kształtująca intelektualno - emocjonalny związek z podejmowaną rolą. Tworzy to pozytywny aspekt obrazu etyczno - moralnego.

Negatywny aspekt ujawnia się generalnie w:

- braku znajomości kodeksu etyki lekarskiej przez 58,1 % absolwentów;
- dezaprobacie kadry dowódczej jako "wzorca" pozytywnych cech (81,4 %);
- spadku aprobaty dla autorytetów wśród samodzielnych pracowników nauki o 14,3 % w ciągu 3 lat;

- sytuacji, że 59,6 % absolwentów zetknęło się podczas studiów z niewłaściwymi postawami moralnymi lekarzy.

Przedstawione w pracy opinie i poglądy odzwierciedlają niektóre aspekty świadomości moralnej młodych lekarzy. Jej cechą jest wrażliwość i samokrytycyzm. Odpowiada to wskazaniom Tadeusza Kielanowskiego, iż w zawodzie lekarza opinię społeczną w mniejszym stopniu kształtuje 100 uratowanych od śmierci pacjentów niż 10 nieusatysfakcjonowanych.

Po rozważeniu oczekiwań pacjentów, postulatów środowiska lekarskiego pod adresem zawodu (Rozdział II) warto przypomnieć, że medycyna była zawodem całkowicie liberalnym. Z upływem czasu liberalność stopniowo się wykruszyła. Rozwój techniczny, ekonomiczny, społeczny, który się dokonuje nie stawia już naprzeciw siebie samego lekarza i samego chorego. Nie jest to już rozmowa tylko dwóch osób, innymi słowy wyłącznie relacja człowiek - człowiek, lecz jest to jeszcze spotkanie zaufania z sumieniem.

Rozwój ten był i jest nieunikniony. Zmierza w kierunku uczynienia z choroby i śmierci sprawy coraz mniej indywidualnej a coraz to wyraźniej społecznej. Skoro ewolucja obyczajów nie zmierza do uczynienia wzniosłym tego zawodu, to tym godniejszy uwagi jest fakt, że u nas nie stracił on jeszcze całkiem charakteru posłannictwa. Określenie to nie wydaje się być przesadne. Jego autorytet jest duży. Dotyczy to także oficerów - lekarzy.

Nie zapominajmy o tym, że wzór współczesnego lekarza został uformowany w szkołach pozytywizmu i scjentyzmu. Stąd też jest on przede wszystkim somatykiem. Nauczono go pracować skutecznie, a nie zajmować się kojeniem ludzkich cierpień.

W tradycji hipokratesowskiej tego zawodu, młodzieniec chcący poświęcić się medycynie przygotowywał się do niej

studiując humanistykę. Nauka ta czyniła z niego "człowieka". Zyskiwał, jak to niegdyś mówiono, pewną szlachetność. Dyscypliny humanistyczne kształtując umysł rozwijały wrażliwość i zalety serca. Ten walor moralny sprawił, że wykształcenie było czymś więcej niż tylko sumą wiedzy. Wydaje się, że rozumiejąc tę zależność niektóre wydziały medyczne powróciły na uniwersytety (np. w Krakowie). Inaczej sytuacja wygląda w Wojskowej Akademii Medycznej, gdzie nie ma możliwości innej niż doskonalenie własnego modelu kształcenia humanistycznego będącego elementem wychowania moralnego w przygotowaniu do roli społeczno - zawodowej lekarza.

Niniejsza praca wskazuje na rolę wielu czynników wpływających na efekty tegoż procesu. Stąd wynikają liczne wnioski natury prakseologicznej zmierzające do doskonalenia pracy Uczelni w zakresie wychowania moralnego. Najistotniejsze to:

1. Uczelnia ma wpływ na sylwetkę moralną swojego absolwenta - lekarza. Należy doskonalić wszystkie mechanizmy kształtowania postaw moralnych;
2. W opinii kończących studia najistotniejszymi autorytetami byli: samodzielni pracownicy nauki - lekarze, a także młodsi pracownicy służby zdrowia oraz nauczyciele przedmiotów humanistycznych. Wskazuje to na prawidłową hierarchię autorytetów w praktyce wychowania moralnego;
3. Rozważenia wymagają przyczyny niskiej oceny dowódców a także roli wzorów osobowych lekarzy - znaczących postaci w historii medycyny wojskowej. Kształcimy przecież dla potrzeb sił zbrojnych;
4. W wychowaniu moralnym należy ugruntować ogólnoludzkie normy moralne wyprowadzając je z "Przysięgi Hipokratesa" i współczesnej "Deklaracji Genewskiej";

5. Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę opracowania kryteriów przyjmowania oficerów na stanowiska nauczycieli akademickich i dowódców. Nie każdy może podołać obowiązkom dydaktycznym i wychowawczym w przygotowaniu do roli lekarza wojskowego.

Przypisy:

1. Didier J., Słownik filozofii (przekład francuski), Wyd. "Księżnica" 1992, s.373.
2. Jankowski H., Świadomość moralna jako regulator postępowania, w: Etyka, Warszawa 1973, PWN, s.167.
3. Bacon F., Novum organum, Warszawa 1955, s.57.
4. Orzeszkowa E., Cnoty proste, Przegląd Tygodniowy 1874, nr 44.
5. Prus B., Jak wygląda nasz rozwój społeczny, Nowiny 1882, nr 302.
6. Wulff H., Filozofia medycyny, PWN, Warszawa 1993, s.213.
7. Indisow L., Niektóre wyznaczniki osobowości słuchaczy WAM, Biul.WAM, t.XX, 1977, s.134.
8. Kodeks został uchwalony na II Krajowym Zjeździe Lekarzy w dniu 14 grudnia 1991 roku w Bielsku Białej. Opublikowany został w liczbie 100.000 egzemplarzy w Nr 8/12 Gazety Lekarskiej. Zjazd podjął decyzję, iż będzie on obowiązywał wszystkich lekarzy od 3 maja 1992 r.
9. Z informacji uzyskanych od płk prof. Jana Gocha wynika, że badania przeprowadzone w środowiskach innych uczelni deklaruje tylko 38 % studentów 6 roku studiów.
10. Pogląd ten uzasadnienie znajduje u A. Grzegorczyka w pracy: Etyka w doświadczeniu wewnętrznym, PAX, Warszawa 1989, s.388-394. Podobnie sądzi K. Szewczyk w: Etyka i deontologia lekarska, Wyd. AM, Łódź 1990, s.201. Intuicja moralna może mieć charakter intelektualny (rozumowy).
11. Nie wszystkie te przedmioty nauczane są w Katedrze Nauk Humanistycznych. Dotyczy to psychologii (Instytut Higieny Psychicznej), historii medycyny (Zakład Historii

Medycyny), etyki i deontologii lekarskiej (Zakład Anatomii Patologicznej), elementów prawa (zajęcia prowadzi Radca Prawny).

12. Problem został szeroko omówiony w pracy pod red. H. Jankowskiego, Etyka, PWN, 1973, s.168-170.

13. Grzegorczyk A., op.cit., s.393.

14. Proponowano, aby patronem był oficer liniowy, lekarz cywilny albo osoba zajmująca się pomocą społeczną. Postać gen. B. Szareckiego krytykowano za sprawy związane z "życiem osobistym" i faktem, że walczył na froncie zachodnim.

15. Tytuły doktora Honoris Causa otrzymali:

w 1973 roku: gen.bryg. Marian Garlicki, doktor wszechnauk lekarskich, prof.zwycz.medycyny, były rektor WAM; Marian Stefanowski, doktor wszechnauk lekarskich, profesor AM w Łodzi;

w 1975 roku: Mieczysław Kędra, doktor medycyny, profesor zwycz. AM w Lublinie; Antoni Falkiewicz, prof.zwycz. AM we Wrocławiu;

w 1976 roku: Witold Zawadowski, prof.zwycz. AM w Warszawie; Augustyn Dolatowski, prof.zwycz. WAM - b. kierownik Instytutu Medycyny Morskiej;

w 1978 roku: gen.bryg. Dymitr Aleksandrow, prof.zwycz., Kierownik Instytutu Medycyny Wewnętrznej CKP WAM; Nikołaj Genadijewicz Iwanow, prof.med. rektor Wojskowej Akademii Medycznej im. Kirowa w Leningradzie - generał;

w 1979 roku: Jan Karol Kostrzewski, prof.med., b. minister Zdrowia i Opieki Społecznej;

w 1981 roku: Stanisław Pokrzywnicki, prof.med., Kierownik Zakładu Anestezjologii CKP WAM - pułkownik;

w 1983 roku: Wiesław Łasiński, prof.med., b.rektor WAM i AM w Gdańsku, gen.bryg.; Fiedor Iwanowicz Komarow, prof.med., Szef Służby Zdrowia MON ZSRR - generał;

w 1986 roku: Jan Leńko, prof.med., b.prorektor WAM, pułkownik; Jan Pruszyński, b.prof.med. WAM, b.Kierownik Kliniki Chirurgii, pułkownik;

w 1988 roku: Hans Rudolf Gestewitz, prof.med., generał, specjalista w dziedzinie med.wojsk.;

w 1989 roku: Jan Chomiczewski, prof.med., b.dziekan WL WAM, b.Kierownik Zakładu Mikrobiologii;

w 1992 roku: Peter Kynoston Thomas, prof.med. neurolog z Londynu; Enrique Mendez, prof.med., b.asystent sekretarza Obrony USA d/s Zdrowia - generał.

16. Tytuł ten jest przyznawany za wybitne i uznane zasługi dla nauki i kultury. Tak określa Encyklopedia Powszechna PWN z 1986 r., s.122.

17. Dawid J., O duszy nauczycielstwa, w: Osobowość nauczyciela, red. W. Okoń, PZWS, Warszawa 1959, s.110.

18. Mysłakowski Z., Wychowanie człowieka w zmiennej społeczności - studia z filozofii wychowania, KIW, Warszawa 1965, s.404.

19. Gaston Mialaret, Rozprawy o wychowaniu, PWN, Warszawa 1988, cz.2, s.44.

20. Indisow L., Pracownik naukowo - dydaktyczny - nauczyciel i wychowawca, Biul. WAM, t.XIX, 1976, zeszyt 4, s.466.

21. Wiśniewski Cz., Nauczyciel akademicki w opinii studentów, Biul. WAM, t. XXXV, 1992, zeszyt 1/4, s.149.

22. Gąsior T., Lewkowski W., Etyka lekarska a praktyka, Biul. WAM, t.XX, 1977, zeszyt 2.

ZAKOŃCZENIE

W społecznej opinii lekarz zajmuje miejsce wyróżniające. Jego autorytet moralny jest duży, jest to człowiek cieszący się zaufaniem. Jednakże autorytet ten opiera się na bardzo kruchym podłożu. Szczęście w wymiarze jednostkowym dopisuje lekarzowi póki odnosi sukcesy. Inaczej jest gdy dotyka go niepowodzenie osobiste lub zawodowe. Jest negowany często z podwojoną energią w porównaniu do przedstawicieli innych zawodów.

Nie należy tej pracy traktować jako podstawy do sformułowania ogólnych, negatywnych sądów i opinii o lekarzach - absolwentach Wojskowej Akademii Medycznej. Ośmielamy się stwierdzić, że próba dokonania oceny wybranych problemów wychowania moralnego w WAM mogła być przeprowadzona tylko wówczas, gdy dokonujący byli przekonani, iż zdecydowana większość lekarzy wojskowych za normę uważa: życzliwość, wrażliwość, odpowiedzialność, wiedzę zawodową, właściwą postawę etyczną. **Wielkość Uczelni i jej dorobek naukowy pozwoliły wyzwolić chęć poznania także tego co nie przynosi dumy**. W tym rozumieniu sformułowany został problem prawnej odpowiedzi lekarzy - absolwentów WAM przed sądami za naruszenia: ogólnoludzkich zawodu oficera i lekarza, norm moralnych.

Analityczno - syntetyczny sposób jego przedstawienia może być dowodem na to, że nie rezygnowano z kłopotliwego sposobu poszukiwania materiału empirycznego.

Wydaje się, że zarówno sformułowanie problemu, jak i metoda jego rozwiązania, może być uznane za nowatorskie i co ważniejsze wnoszące istotną wiedzę do edukacyjnej działalności Uczelni. W połączeniu z informacjami przedstawionymi przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wojskowej Izby Lekarskiej pozwoliło na sformułowanie wniosków o charakterze diagnostycznym i prognostycznym. Najistotniejsze z nich

ZAKOŃCZENIE

W społecznej opinii lekarz zajmuje miejsce wyróżniające. Jego autorytet moralny jest duży, jest to człowiek cieszący się zaufaniem. Jednakże autorytet ten opiera się na bardzo kruchym podłożu. Szczęście w wymiarze jednostkowym dopisuje lekarzowi póki odnosi sukcesy. Inaczej jest gdy dotyka go niepowodzenie osobiste lub zawodowe. Jest negowany często z podwojoną energią w porównaniu do przedstawicieli innych zawodów.

Nie należy tej pracy traktować jako podstawy do sformułowania ogólnych, negatywnych sądów i opinii o lekarzach - absolwentach Wojskowej Akademii Medycznej. Ośmielamy się stwierdzić, że próba dokonania oceny wybranych problemów wychowania moralnego w WAM mogła być przeprowadzona tylko wówczas, gdy dokonujący byli przekonani, iż zdecydowana większość lekarzy wojskowych za normę uważa: życzliwość, wrażliwość, odpowiedzialność, wiedzę zawodową, właściwą postawę etyczną. **Wielkość Uczelni i jej dorobek naukowy pozwoliły wyzwolić chęć poznania także tego co nie przynosi dumy.** W tym rozumieniu sformułowany został problem prawnej odpowiedzi lekarzy - absolwentów WAM przed sądami za naruszenia: ogólnoludzkich zawodu oficera i lekarza, norm moralnych.

Analityczno - syntetyczny sposób jego przedstawienia może być dowodem na to, że nie rezygnowano z kłopotliwego sposobu poszukiwania materiału empirycznego.

Wydaje się, że zarówno sformułowanie problemu, jak i metoda jego rozwiązania, może być uznane za nowatorskie i co ważniejsze wnoszące istotną wiedzę do edukacyjnej działalności Uczelni. W połączeniu z informacjami przedstawionymi przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wojskowej Izby Lekarskiej pozwoliło na sformułowanie wniosków o charakterze diagnostycznym i prognostycznym. Najistotniejsze z nich

wskazują na potrzebę uświadamiania w trakcie studiów i szkoleniu podyplomowym etycznych wymogów wobec lekarza, prawnych skutków naruszania niektórych norm moralnych. W rozumieniu szerszym tych wniosków chodzi o nowe spojrzenie na wychowanie moralne w przygotowaniu do roli lekarza wojskowego.

W pracy nie poczyniliśmy porównań ilościowych przewinień lekarzy w stosunku do innych grup oficerów. Wynikało to z niejawności sumy przewinień w skali sił zbrojnych. Proporcje, procentowe wskaźniki są autorowi pracy znane.

Rzeczywista funkcja Uczelni w dziedzinie wychowania moralnego, przeanalizowana przez pryzmat wyobraźni moralnej jej absolwentów, stanowi odpowiedź na pytanie dotyczące sprawności mechanizmów kształtowania osobowości (przedstawionych we Wstępie). Badania wykazały, że nie wszystkie właściwie funkcjonują. Chodzi głównie o rolę autorytetów, których znaczenie w praktyce życia wojskowego podkreśla także Ryszard Stępień w pracy "Z zagadnień dydaktyki i wychowania w wojsku"[1]. Dokonana analiza może być uznana za oryginalny wkład do szerszej problematyki badawczej.

Teoretyczne rozważania nad zawodem lekarza przeprowadziliśmy w rozdziale drugim. Specyfikę tej roli społeczno - zawodowej określały zawsze przysięgi i kodeksy etyczno - deontologiczne, formułowane modele, osobowości. Analiza ich treści poucza, że **spełnienie tej roli nie było i nie jest łatwe**. Problematyka ta mogłaby być uszczegółowiana. Opisana w pracy, traktowana jest jako wybrane problemy. Uzupełnieniem i podsumowaniem pracy jest filozoficzna refleksja nad rolą zaufania w relacji pacjent - lekarz, przemianami w pojmowaniu śmierci, a także zastosowania kategorii prawdy w praktyce lekarskiej. Problematyka ta mogłaby być przedmiotem dalszych badań roli społeczno - zawodowej lekarza.

W wielu dawnych świątyniach greckich widniał napis, że lekarz to najbardziej światły i szlachetny człowiek pod słońcem[2]. Jak wszelkie tego typu stwierdzenia była to po części prawda, a po części życzenie. Jednakże jedno i drugie jest aktualne do chwili obecnej. Biorąc pod uwagę fakt, że życzliwość lekarza i zaufanie pacjenta do niego są nieraz podstawową gwarancją wyzdrowienia, druga część napisu wydaje się nawet ważniejsza od pierwszej.

Ludzie chcą powierzać swoje zdrowie lekarzowi o wysokim stopniu etyki zawodowej, a nie wyłącznie przedstawicielowi wyuczonego "rzemiosła", nawet jeśli jego umiejętności są zweryfikowane świetnie zdanymi egzaminami specjalistycznymi lub wysoką pozycją w hierarchii zawodowej. Narzucają się wobec tego pytania:

- dlaczego sumienie lekarza ma być wrażliwsze niż sumienie człowieka wykonującego inny zawód?
- dlaczego najprostsza nawet czynność lekarza wymaga oceny moralnej, a nie tylko zawodowej?
- dlaczego lekarz ma "dźwigać" większy od innych ciężar zawodowej odpowiedzialności?

Jedna z odpowiedzi mogłaby brzmieć następująco: ponieważ ma on "moc" leczenia jako czynnika uzdrawiania, ponieważ cieszy się zaufaniem, jakim obdarzono tych, którzy **za swoje dzieło odpowiadają głównie przed sobą**. Pacjent, korzystający z wiedzy i talentu lekarza, na ogół nie zna kryteriów oceny rzetelności jego intencji, pozostaje mu wyłącznie zaufanie. "W żadnej innej sytuacji społecznej człowiek nie jest tak bezradny jak w sytuacji choroby, i tak dalece bezbronny wobec autorytetu, w tym przypadku lekarza, którego doświadczenia są całkowicie poza zasięgiem kontroli pacjenta"[3]. **Zaufanie staje się kategorią etyczną** nie mającą odniesienia znaczeniowego, w tak rozumianym nasileniu u przedstawicieli innych profesji.

Na lekarzu ciąży zarazem wierność tradycji. Medycyna od zarania dziejów była sprzymierzeńcem humanizmu[4], zawsze bowiem wszyscy są sobie równi w chorobie, cierpieniu i śmierci.

Przekazany tradycją XIX-wieczny pogląd filozoficzny na organizm człowieka i świat jako łatwo ulegający uszkodzeniom mechanizm[5] i obecne upowszechnienie służby zdrowia złożyły się m.in. na to, że ludzie - zdarza się, że bez obiektywnej przyczyny - coraz częściej odwiedzają lekarzy, coraz więcej zażywają leków, domagają się coraz większej liczby zabiegów diagnostycznych i leczniczych, nie zdając sobie sprawy z kosztów. Najlepszym dowodem na ten stan rzeczy jest popularność chirurgii kosmetycznej - jako dziedziny poprawiającej naturę. Wąscy specjaliści medyczni zapominają często, że chory stanowi jedność psychosomatyczną, zwłaszcza ze swym środowiskiem biologicznym i społecznym. Sprzężenie to ma charakter zwrotny.

W tej atmosferze rozpatrywania człowieka pojawił się kryzys do oficjalnej medycyny. Pacjent, nie chcąc widzieć w lekarzu przedstawiciela wyłącznie "rzemiosła" domaga się jego serca, zwłaszcza gdy choroba wydaje się nieuleczalna, a los chorego podlega siłom, na które medycyna nie zna sposobów. Chory często zaczyna wówczas bardziej ufać tym, o których jest przeświadczony (często fałszywie), że prawa natury w ich działaniach tracą moc nieuniknionego przeznaczenia. W takiej sytuacji nieuleczalnie chory, skazany na przedwczesną śmierć przez oficjalną naukę, poszukuje pomocy w kręgach uzdrowicielskich, bez dyplomów lekarskich. W słuszności wyboru tej drogi utwierdzają go świadectwa (opisywane np. w prasie) o przedłużaniu życia opuszczonym przez lekarzy chorym. Mnożą się więc różne formy znachorstwa[6]. Zdarza się, niektórzy przynoszą ulgę chorym, tak jak czyni to lek obojętny (placebo). Administracyjne sposoby wykorzenienia znachorstwa zawodzą. Pozostaje wyłuskiwanie ziaren prawdy z otoczki

zabobonu. Jest to istotna refleksja w czasie przemian strukturalnych i funkcjonalnych ochrony zdrowia.

Uczelnie medyczne, w kręgu kultury europejsko - amerykańskiej kładą nacisk na uzdrawianie i przedłużanie życia. Czynią to do takiego stopnia, że niemal zupełnie pomijają kwestie postępowania w przypadku nieuniknionej śmierci. Społeczeństwa XX wieku traktują śmierć niemal jako "błąd techniczny", jako temat wstydliwy, o którym się nie mówi. Nawet obawa przez chorobą uchodzącą za ciężką nie nastawia do przygotowania się na śmierć - raczej na jej uniknięcie.

Dotychczasowy rozwój medycyny, przemiany obyczajowe, zmierzają w kierunku uczynienia z choroby i śmierci sprawy coraz mniej indywidualnej, a coraz to wyraźniej społecznej. Kodeksy deontologiczne zawodu lekarza wzorowane jeszcze na Hipokratesie zawierają ogólne przykazania, lecz nie dają wskazówek, jak sobie poradzić w konkretnych, trudnych sytuacjach. Podstawowe normy etyczne zawodu lekarza, np. "najwyższym prawem niech będzie dobro chorego", "lekarz ratuje życie do ostatka", "lekarz robi wszystko co w jego mocy", w poszczególnych przypadkach budzą wątpliwości i znaki zapytania: co dla danego chorego jest dobrem, a co szkodą? Jak daleko ma sięgać moc lekarza? Co jest życiem? itd. Jednakże obowiązuje nowa, **operacyjna definicja śmierci, tzw. śmierć mózgowa**[7]. Stanowiła ona rewolucję w kulturowym pojęciu śmierci, gdyż przez całe wieki śmierć rozpoznawano na podstawie braku akcji serca i oddychania, a tu podstawą jest brak świadomości. Zmienia się wtedy wizerunek medycyny, tak dotąd energicznej i aktywnej, opierającej się na założeniu, że nie hamowane starania i działania zmierzające do rozwinięcia i zastosowania wiedzy i techniki biomedycznej w każdym wypadku przynoszą bezapelacyjne korzyści, że zwiększą możliwości człowieka, zdrowia, długowieczność i złagodzą cierpienie. Wyczuwa się pewien sceptycyzm i niewiarę, że posiedliśmy

jakąś "ostateczną mądrość" umiejącą dać sobie radę z nagle powstającymi możliwościami wpływania na człowieka przez bezpośrednią interwencję i manipulację jego ciałem i umysłem.

Zaczyna się budzić odczucie, iż heroiczne wysiłki naukowo - medyczne i technologiczne zmierzające do "korekcji" nie zawsze są godne podziwu, i że niektóre skutki tych usprawnień mogą być szkodliwe dla zbiorowej i indywidualnej egzystencji. Wystarczy w tym miejscu wspomnieć przypadek 26-letniego Conley Holbrook, który obudził się po 8 latach śpiączki, wbrew temu co sądzili lekarze[8].

W tej dziedzinie nie może być jednak rozwiązań całkowicie zadowalających. Śmierć jest problemem, który nigdy nie będzie rozwiązany. Jako fakt egzystencjalny wciąż okryty niewiedzą, którą można wyrazić słowami:

dla przyrodnika jest zagadką jak całe życie,

dla fizyka - przeinaczeniem formy materii,

dla wierzącego - odrodzeniem w innym życiu,

a dla chorego cierpiącego - może być wyzwoleniem.

Władysław Biegański (1856-1917), działający w Częstochowie lekarz i filozof mawiał: człowiek może stracić życie, ale nigdy nadzieję na wyleczenie. Jakie zatem ma zastosowanie kategoria prawdy w praktyce lekarskiej? Odpowiedź dawał już podobno Platon sugerując, iż kłamstwo jest pożyteczne dla ludzi tylko jako lekarstwo. Posługiwanie się nim powinno być zastrzeżone dla lekarzy. Istnieją choroby długotrwałe, których rokowanie jest niepomyślne od chwili ich rozpoznania. Są to odmiany raka i białaczki, choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa) itp. Można je długo godzić z prawie unormowanym życiem, przeto stawiają one lekarza przed trudnymi problemami postawy wobec chorych. Wzajemny stosunek lekarza i chorego będzie miał wówczas inny charakter. Lekarz ma wtedy przed

sobą nie człowieka umierającego, lecz chorego, o którym wiadomo, że jest skazany, ale który o tym nie wie.

Jaką postawę moralną powinien zająć wobec pacjentów mających przed sobą kilka może szczęśliwych lat życia, a których zbyt wczesne wyjawienie prawdy mogłoby pogrążyć w zamęcie? Czy powinien powiedzieć choremu to co wie? Kiedy powinien im dać do zrozumienia, że ich życie jest zagrożone? Komu powinno się powierzyć tę prawdę?

Wiele dyskutowano na ten temat, pytanie bowiem, czy prawda winna być ujawniona w takim przypadku, należy pytać najbardziej nurtujących lekarza i wydaje się, że jej ujawnienie jest w niektórych wypadkach wskazane, w innych nie. Obydwa rozwiązania mają swych zwolenników, ani jednym, ani drugim nie brak argumentów. Prowadzi to do namiętnych sporów na ten godny filozoficznej refleksji temat.

Zwróćmy najpierw uwagę na fakt, że kodeks etyki lekarskiej nie narzuca lekarzowi żadnej określonej postawy. Artykuł 15 i 17 kodeksu sformułowany jest bardzo ogólnie np. w art. 15 mówi się "... ma on prawo do uzyskania zrozumiale dla niego sformułowanych informacji", art. 17 "... Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia, bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie"[9].

Jest to opis zwięzły. Sugeruje tylko pewną linię postępowania, jest zredagowany ostrożnie. Lecz czy nie chodziło właśnie o to, by pozostawić interpretację tego tekstu lekarzowi, który odwołałby się wyłącznie do swego sumienia[10].

Zdolność chorego do swobodnego stanowienia o sobie jest prawem, które na pierwszy rzut oka wydaje się ulegać przedawnieniu. Kiedy w grę wchodzi sprawa życia lub śmierci, trudno wyobrazić sobie, by można mu tego prawa odmówić. Do każdej jednostki winno podchodzić jako do człowieka odpowiedzialnego

i pierwszym odruchem lekarza winna być chęć uszanowania tej zasady.

Jednak z różnych względów, a przede wszystkim ze względu na dobro chorego, ta logiczna zasada nie zawsze jest wskazana. Nie zapominajmy o tym, że o zdanie lekarza prosi człowiek cierpiący, wyczerpany, który pragnie być uspokojony. Lekarz powinien mieć pewność, że chory potrafi to ujawnienie przyjąć. Warunki w jakich najczęściej musimy to czynić - w ciszy gabinetu - nie mają nic wspólnego z atmosferą, która nas otacza, kiedy rozważamy ten temat na seminariach. Gdy przychodzi nam to robić w rzeczywistości, kiedy lekarz jest sam na sam z chorym, wtedy szybko zdajemy sobie sprawę, że niewielu chorych jest w stanie znieść ciężar takiego ujawnienia. "Primum non nocere", mówi stare powiedzenie, i dobrze, aby lekarze zawsze mieli je w pamięci.

Niektórzy lekarze są zwolennikami mówienia prawdy[11]. Uważają to za swój moralny obowiązek. Sądzą, że umowa powstała między lekarzem, a chorym byłaby naruszona, gdyby chory zaufawszy lekarzowi został pozbawiony prawa do poznania prawdy, po którą w istocie rzeczy przyszedł do lekarza.

Argument ten rozpatrywany z punktu widzenia prawa jest oczywiście argumentem poważnym, gdyż prawnie kłamstwo jest zawsze przewinieniem. Reguła ta nie ma wyjątku, i w danym wypadku zatajenie może pociągnąć za sobą poważne konsekwencje.

Wszyscy wiemy, że wiele ludzi podejmuje ważne decyzje kiedy znajdzie się w obliczu niebezpieczeństwa. Czy ludzie ci nie mają prawa wiedzieć, co ich czeka, by móc w porę powziąć postanowienie w sprawach materialnych, rodzinnych czy duchowych? Pozbawiając ich tej możliwości lekarz naraża się na uchybienie jednemu ze swych najbardziej podstawowych obowiązków.

Czy takie rozumowanie nie jest zanadto rozumowaniem logika? Sytuacji lekarza nie da się porównać z sytuacją adwokata, który czując, że proces przegra, nie uprzedza w porę swego klienta. Chory przychodzi do lekarza, by dowiedzieć się prawdy o stanie swego zdrowia, lecz to nie znaczy, że lekarz winien wszystko powiedzieć. Wydaje się, iż między obowiązkiem powiedzenia wszystkiego, a prawem powiedzenia tylko niektórych rzeczy istnieje pewna swoboda postępowania.

Jeśli podejdziemy do tego problemu od strony filozofii, zobaczymy, że różnego rodzaju zarzuty mogą być stawiane "uczniowi Hipokratesa" właśnie z powodu tej możliwości oceny sytuacji. Prawo to może wydawać się "przesadnym przywilejem", do którego - nie wiadomo z jakich powodów - lekarz miałby rościć sobie pretensje. Praktyczna strona oceny problemu poucza nas, że żaden sąd nie sformował zarzutów lekarzowi z powodu zatajenia prawdy wówczas, gdy to zatajenie było uzasadnione. Lecz sędziowie zastrzegają sobie możliwość stawiania takich zarzutów, gdy motywy są niesłuszne lub kiedy nieujawnienie prawdy spowodowane jest zaniedbaniem. Postępowanie takie nie dotyczy tylko poruszanej problematyki, spotykamy je zwłaszcza w przypadku eutanazji, gdzie surowość zasad jest zwykle łagodzona dużą giętkością interpretacji. Giętkość nie może tu oznaczać pobłażliwości. Lekarz, który uchyla się od wyjawienia prawdy swemu pacjentowi, gdyż wie, że psychicznie byłoby to dla niego nie do zniesienia, nie jest zapewne w zupełnej zgodzie z prawem, ale jest posłuszny innym nakazom, równie godnym uszanowania. Czy w takim razie można mu to brać za złe? Pozostaje faktem, że lekarz, rozdarty między tym, co dyktują mu obowiązki prawne, a tym co nakazują obowiązki moralne, znajduje się w niewygodnym położeniu, do tego nie pozbawionym ryzyka. Mówić prawdę - nie mówić prawdy? Przeciwstawienie tych, którzy sądzą, że godność człowieka jest w wolności jego przeznaczenia i tych, którzy bardziej troszczą

się o ludzką stronę postawy lekarza, jest fałszywym dylematem. Argumenty jednych i drugich w równej mierze zasługują na poważanie i dlatego często broni się ich z tak głębokim przekonaniem.

Wydaje się, iż linię postępowania będzie można wytyczyć tylko wtedy, kiedy spojrzymy na ten problem z filozoficznej perspektywy. To nie ważność tych zasad trzeba kwestionować, lecz ich mechaniczne stosowanie. Nieskończona różnorodność chorych i chorób wymaga zróżnicowanej postawy lekarza. Nie ma reguł ani recept. Co jest dobre dla jednych, będzie być może niedobre dla drugich, a odpowiedni sposób postępowania znajdziemy wtedy, gdy wzajemny stosunek lekarza i chorego będzie intymny i pełny zaufania[12].

W tym powiązaniu dwojga ludzi, to jest istoty cierpiącej i lekarza, od którego oczekuje ona informacji i pocieszenia, lekarz winien pozostać w swej dawnej roli uzdrowiciela dusz. Idealny, lecz trudny do osiągnięcia model lekarza, to sugerowanie prawdy bez niweczenia nadziei. Filozofujący lekarz jest równy bogom - głosił Hipokrates.

Przypisy:

1. Stępień R., Z zagadnień dydaktyki i wychowania w wojsku, MON Warszawa, 1993, s.11.
2. Zob. Pollak K., Uczniowie Hipokratesa, Wiedza Powszechna, Warszawa 1970, s.122.
3. Jankowski K., Człowiek i choroba, PZWL, Warszawa 1975, s.30.
4. Ocena ta nie ma zastosowania do hitleryzmu i stalinizmu, gdzie zabiegi medyczne były często źródłem cierpień i śmierci. Stąd też np. na Procesie Norymberskim używano określenia antymedycyna jako dyskwalifikującego etycznie lekarza i jego dorobek naukowy.
5. Pogląd ten podziela prof. H. Skolimowski m.in. w artykule "Świat nie jest maszyną, lecz sanktuarium", Rzeczpospolita z dn. 23.06.1993 r.
6. Jest to problem nie tylko Polski, tyle, że w naszym kraju jest mało kontrolowany. Pisze o tym prof. M. Sokołowska, w: Socjologia medycyny, PZWL, Warszawa 1986, s.81-90.
7. W Polsce Komisja Medycyny sądowej Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej uchwaliła 8.12.1975 r. następującą definicję: "Śmiercią jest zupełne i całkowite, nieodwracalne ustanie czynności mózgu".
8. Zagórski S., Śmierć pod kontrolą, Spotkania, nr 9/93, s.39.
9. Kodeks Etyki Lekarskiej, Wyd. 92, s.13-14.
10. Pojęcie sumienia - definiował m.in. Józef Jaroń. Pojmował je w zasadzie jako rodzaj dyspozycji do określonych ocen swoich i cudzych czynów oraz do uczuć z tą oceną związanych, w: Wybrane problemy etyki, Warszawa 1987, s.13.

11. Informował nas o tym płk prof. dr hab. med. Bogumił Tkacz po powrocie z Kongresu medycyny stanów terminalnych w Anglii w 1989 r., gdzie mówiono "chory musi znać prawdę, po to chociażby, aby zdążył uporządkować sprawy majątkowe". Jeden z najwybitniejszych polskich myślicieli XX wieku profesor Władysław Tatarkiewicz twierdził np., iż źródłem cierpienia może być zarówno obawa przed niebezpieczeństwem, jak i poczucie niepewności i beznadziejności oraz długie i niecierpliwe oczekiwanie dobra. Twierdził również, iż "każdy człowiek ma określoną pojemność na cierpienie", W. Tatarkiewicz, O szczęściu, PWN, Warszawa 1970, s.143-146.

12. Pięknym przykładem jest sytuacja Georges'a Pompidou, który zmarł na chorobę nowotworową do końca pełniąc urząd prezydenta Francji. Był pod stałą troską zespołu lekarzy, którzy potrafili zapewnić względny komfort w sprawowaniu Urzędu pomimo choroby.

Bibliografia:

1. Akty prawne:

Bafia J., Mioduski K., Siewierski M., Kodeks karny, Warszawa 1987.

Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych z dnia 14.04.1946, Dz. U., nr 51.

Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks karny wykonawczy, Gdańsk 1992.

Ustawa o planowaniu rodziny , ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dn. 8.01.1993, (publikacje).

Ustawa o powszechnym obowiązku obrony z dn. 21.11.1967.

Ustawa o tajemnicy państwowej i służbowej z dn. 7.12.1982, Dz. U., nr 40.

Ustawa o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dn. 27.04. 1956.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dn. 26.10.1982, Dz.. U., nr 35.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 30.08.1991, Dz. U., nr 91 z 14.10.1991.

Ustawa o zapobieganiu narkomanii z dn. 31.01.1985, Dz. U., nr 4.

Ustawa o zawodzie lekarza z dn. 28.10.1950, Dz. U., nr 50.

Ustawa o zawodzie lekarza z dn. 28.10.1985, Dz. U., nr 50.

Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z dn. 13.09.1963, Dz. U., nr 50.

2. Prace zwarte:

Aleksandrowicz J., Nie ma nieuleczalnie chorych, Łódź 1987.

Bacon F., Novum Organum, Warszawa 1955.

Bejnarowicz J., Młodzi lekarze o swoim przygotowaniu do zawodu, Warszawa 1969.

Bielecki M., Zapomniany świat Sumerów, Warszawa 1966.

Bizoń Z., Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych, w: Socjologia a zdrowie, Warszawa 1972.

Brehant J., Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci, Warszawa 1993.

Brzeziński T., Aksjologiczne pojęcie dobra i zła i jego zastosowanie w praktyce lekarskiej, w: Etyka i deontologia lekarska, Warszawa 1985.

Brzeziński T. Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej, w: Etyka i deontologia lekarska, Warszawa 1985.

Dawid J., O duszy nauczyciela, w: Osobowość nauczyciela, red. W. Okoń, Warszawa 1959.

Diedler J., Słownik filozofii, Warszawa 1992.

Encyklopedia Powszechna, Warszawa 1986.

Felchner A., Służba zdrowia Wojska Polskiego 1918-1939, Łódź 1990.

Field G. Mark, System zdrowia a system społeczny, w: Socjologia a zdrowie, Warszawa 1976.

Godlewski M., Krawcewicz S., Wujek T., Pedagogika, Warszawa 1974.

Grzegorczyk A., Etyka w doświadczeniu wewnętrznym, Warszawa 1989.

Gubiński A., Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej, Warszawa 1993.

Gutt R., Propedeutyka medycyny, Warszawa 1985.

Historia Izb Lekarskich w Polsce, materiały z sympozjum, Warszawa 1993.

Jankowski K., Człowiek i choroba, Warszawa 1975.

Jankowski H., Etyka, Warszawa 1973.

Jankowski H., Prawo i moralność, Warszawa 1968.

Jankowski H., Świadomość moralna jako regulator postępowania, w: Etyka, Warszawa 1973.

Jaroń J., Wybrane problemy etyki, Warszawa 1987.

Jedynak S., Etyka Starożytnego Wschodu, Warszawa 1972.

Kamiński A., Funkcje pedagogiki społecznej, ,Warszawa 1974.

Kodeks Etyki Lekarskiej, Warszawa 1992.

Komentarz Redakcyjny do nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, materiały III Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 1993.

Korabiewicz W., Cuda bez cudu, rzecz o dziwnych lekach, Warszawa 1989.

Kupisiewicz Cz., Podstawy dydaktyki ogólnej, Warszawa 1974.

Lapierre D., Miasto radości, Warszawa 1990.

Łyko Z., Moralność na codzień, Warszawa 1983.

Markowski B., Podchorążowie z Ujazdowa, Londyn 1972.

Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I - II, Warszawa 1993.

Mialaret G., Rozprawy o wychowaniu, Warszawa 1988.

Minczewska M., Praca pielęgniarki, Warszawa 1973.

Mysłakowski Z., Wychowanie człowieka w zmiennej społeczności, Warszawa 1965.

Muszyński H., Ideał i cele wychowania, Warszawa 1974.

Muszyński H., Zarys teorii wychowania, Warszawa 1977.

Nasierowski T., Świat lekarski w Polsce (II poł. XIX w - I poł XX w), Warszawa 1992.

Nowak S., Metody badań socjologicznych, Warszawa 1965.

Nowak S., Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych, Warszawa 1971.

Nowogrodzki T., Psychologia rozwojowa, Warszawa 1962.

Osińska K., Refleksje nad etyką lekarską, Warszawa 1990.

Ossowska M., O człowieku, moralności i nauce, Warszawa 1983.

Ostrowska A., Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego, Warszawa 1975.

Petrażycki L., Teoria prawa i państwa w związku z teorią moralności, Warszawa 1959.

Pilch T., Metodologia badań środowiskowych, Wrocław 1971.

Pollak K., Uczniowie Hipokratesa, Warszawa 1970.

Popielski B., Pogranicze etyki i prawa, w: Etyka i deontologia lekarska, Warszawa 1985.

Popielski B., Wybrane zagadnienia z etyki lekarskiej, Warszawa 1983.

Pytkowski W., Organizacja badań i ocena prac naukowych, Warszawa 1985.

Ramsey P., Pacjent jest osobą, Warszawa 1977.

Rydzyński Z., Higiena psychiczna a wojsko, Warszawa 1977.

Rutkiewicz J., Poradnik opiekuna społecznego, Warszawa 1964.

Smoczyński P., Teoria etyki Leona Petrażyckiego, w: Człowiek i wartości moralne, Lublin 1989.

Sokołowska M., Socjologia medycyny, Warszawa 1986.

Stępień R., Z zagadnień dydaktyki i wychowania w wojsku, Warszawa 1993.

Surmaczyński M., Znaczenie kategorii "pozycja i rola" społeczna w badaniach socjologiczno - politycznych, w: Problemy struktury i aktywności społecznej, Warszawa 1970.

Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii, Warszawa 1972.

Szewczuk W., Psychologia, Warszawa 1966.

Szostkiewicz S., Procedury i techniki badań socjologicznych, Warszawa 1964.

Tatarkiewicz W., Historia filozofii, Kraków 1946.

Tatarkiewicz W., O szczęściu, Warszawa 1962.

Tokarczuk R., Prawa narodzin życia i śmierci, Lublin 1984.

Tulczyński A., Deontologia lekarska, Warszawa 1978.

Tulczyński A., Polskie Kodeksy Deontologiczne, Warszawa 1975.

Wiatr J., Społeczeństwo, Warszawa 1973.

Winch P., Etyka i działanie, Warszawa 1990.

Wroczyński R., Pedagogika społeczna, Warszawa 1976.

Wulff H., Filozofia Medycyny, Warszawa 1993.

Vademecum lekarza ogólnego, red. R. Brzozowski, Warszawa 1985.

Zaborowski P., Filozofia postępowania lekarskiego, Warszawa 1990.

Zasady Etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Warszawa 1974.

Zawadzki B., Sens choroby, sens śmierci, sens życia, Kraków 1993.

3. Czasopisma naukowe i popularno-naukowe:

Bukowski J., Ewolucja etyki lekarskiej, w: Wojsko i wychowanie, 11/92.

Felchner A., 70 lecie Wyższego Szkolnictwa Medycznego Wojska Polskiego, w: Biuletyn WAM, /w druku/.

Felchner A., Służba zdrowia Wojska Polskiego 1918-1939, w: Lekarz Wojskowy, /w druku/.

Indisow L., Niektóre wyznaczniki osobowości słuchaczy WAM, w: Biuletyn WAM, t. XX/1977.

Indisow L., Pracownik naukowo-dydaktyczny - nauczyciel - wychowawca, w: Biuletyn WAM, 4/1976.

Indisow L., Społeczne wyznaczniki zawodu lekarza, w: Biuletyn WAM, 3/1972.

Kamiński A, Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej, w: Studia Pedagogiczne, 1970, t. XIX.

Kawczyńska - Butrym Z., Wyobrażenia o rolach zawodowych, w: Życie szkoły wyższej, 6/1974.

Kielanowski T., Psychoterapia terminalna, w: Problemy dydaktyki medycznej i wychowania, 3/1975.

Kozłowska M., Model lekarza w opinii publicznej - próba rekonstrukcji na podstawie analizy treści publikacji prasowych, w: Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych, 4/1977.

Kulig A., Egzamin wstępny na Akademie Medyczne, w: Metody przyjmowania kandydatów do Wyższych Szkół i ich kształcenie, Łódź 1990.

Lewkowski W., Etyka lekarska a praktyka, w: Biuletyn WAM, 1977, t. 2.

Michalik J., Działalność społeczna słuchaczy WAM, w: Wojsko Ludowe, 4/1979.

Muszyński H., Teoretyczne i praktyczne podstawy systemu wychowania w Akademii Medycznej, w: Problemy dydaktyki medycznej, 2/1972.

Regulamin dyscyplinarny Sił Zbrojnych, Warszawa 1977.

Rzepecka - Koniarek G., O pojęciu modelu lekarza, w: Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych, 1/1978.

Schrade U., O nauczaniu etyki w szkole, w: Edukacja filozoficzna, 15/1993.

Sztompka O., O pojęciu modelu w socjologii, w: Studia socjologiczne, 6/1968.

Wiśniewski Cz., Nauczyciel akademicki w opinii studentów, w: Biuletyn WAM, 1/1992.

4. Artykuły publicystyczne i opracowania niepublikowane:

Bajak M., Szewczyk T., Podstawowe czynniki warunkujące efektywność systemu wychowania lekarza wojskowego, Warszawa 1978.

Bukowski J., Działalność opiekuńcza studentów WAM jako element przygotowania do roli lekarza, Łódź 1979.

Dobiecki G., Nad Sekwaną bioetyka staje się prawem, w: Gazeta Wyborcza, nr 277, z dn. 24.11.1992.

Europejska Konwencja w sprawie bioetyki, w: Rzeczpospolita, nr 258, z dn. 4.11.1993.

Indisow L., Postawy wobec zawodu i uczelni absolwentów z lat 1980 i 1981. raport z badań, Łódź 1984.

Kielanowski T., Antymedycyna za progiem, w: Argumenty, 46/1977.

Matczak J., Godność posłannictwa, w: Dziennik Popularny, z dn. 14.02.1978.

"Młodość to nie atut", w: Rzeczpospolita, nr 287, z dn. 2.12.1993.

Orzeszkowa E., Cnoty proste, w: Przegląd Tygodniowy, 44/1874.

Panacenm, Biuletyn Informacyjny O.I.L. w Łodzi, marzec-kwiecień 1993.

Pogorzelski W., Antywzór lekarza, w: Nowy Medyk, 8/1978.

Prus B., Jak wygląda nasz rozwój społeczny, w: Nowiny, 302/1882.

System wychowania podchorążych w WAM, Łódź 1982.

Szczurowska E., Leczyć chorego nie chorobę, w: Sztandar Młodych, 45/1978.

Zagadnienia etyczno-deontologiczne w kształceniu lekarzy, Warszawa 1984.

Zagórski S., Śmierć pod kontrolą, w: Spotkanie, 9/1993.

Ł ó d ź 1993.02.12

Szanowny Pan
PREZES IZBY WOJSKOWEJ
SĄDU NAJWYŻSZEGO

W a r s z a w a

Uprzejmie proszę o zezwolenie na zapoznanie się z aktami spraw - odpisami wyroków sądowych lekarzy wojskowych skazanych przez Sądy Okręgowe, rodzajów sił zbrojnych i garnizonów ppłk mgr Józefowi BUKOWSKIEMU / leg.sł. KB 0005673 / - pracownikowi Katedry Nauk Humanistycznych WAM.

Materiał zostanie wykorzystany w celach naukowych w ramach przygotowywanej rozprawy doktorskiej.

Z poważaniem

ZASTĘPCA PREZESA
Izby Wojskowej Sądu Najwyższego
ds. Nadzoru Sądowego
23.11.93 r.
płk mgr Zygmunt Stefaniak

DRA NAUK SPOŁECZNYCH
KOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Zwracamy się z prośbą o podanie informacji dot. wybranych problemów Pana poglądów w sytuacji, gdy za parę miesięcy opuści Pan Uczelnię i podejmie pracę lekarza w szpitalu lub jednostce wojskowej.

Ankieta jest anonimowa i zawarte w niej informacje będą służyć wyłącznie do celów naukowych.

Prosimy zatem o szczere i rzetelne wypełnienie kwestionariusza.

Dziękujemy

1. Kończąc studia, jesteś przekonany, że Uczelnia oprócz wiedzy wykształciła u Ciebie postawę moralną lekarza:

   a. TAK b. NIE WIEM c. NIE

2. Czy podczas studiów miałeś możliwość zapoznania się z Kodeksem Etyki Lekarskiej

   a. TAK b. NIE

3. Czy Twoim zdaniem nauczanie przedmiotów humanistycznych jest potrzebne przyszłemu lekarzowi

   a. TAK b. NIE

4. Jeżeli mógłbyś decydować, które przedmioty byś pozostawił, a które skreślił z programu studiów

   a. pozostawił ..... b. skreślił .....

   ....

   ....

5. Zdecyduj, który z przedmiotów humanistycznych wybrałbyś do uczenia się jako pierwszy i dlaczego:

   .....

   .....

   .....

6. Czy z historii medycyny znasz postać, której cechy uznajesz za godne do naśladowania / wymień - napisz dlaczego / ?

   .....

   .....

   .....

7. WAM przyznała liczne tytuły Doktora Honoris Causa. Wymień komu:

   .....

   .....

8. Czy w osobach, którym ten tytuł przyznano dostrzegasz autorytety ? Jakie cechy cenisz:

TAK ..... NIE .....

....

9. Czy w osobach kadry dowódczej dostrzegasz cechy, które chciałbyś przyjąć dla siebie:

TAK / jakie cechy / .....

.....

NIE / dlaczego / .....

.....

.....

10. Czy wśród nauczycieli przedmiotów humanistycznych dostrzegasz "autorytety"

TAK /dlaczego / .....

.....

NIE / dlaczego / .....

.....

11. Jeżeli wybrałeś TAK - napisz jakich to dziedzin wiedzy humanistycznej dotyczy

.....

.....

.....

12. Czy w osobach nauczycieli akademickich-lekarzy dostrzegasz autorytety

a. wśród samodzielnych pracowników nauki

TAK NIE

b. pozostałych pracowników

TAK NIE

13. Uzasadnij swoją decyzję / dot.pkt.12 /: .....
.....
.....
.....

14. Czy podczas studiów byłeś świadkiem naruszeń etyki zawodowej lekarza

TAK NIE

15. Jeżeli TAK - podkreśl najczęstrze

a. Niewłaściwe odnoszenie się do innych lekarzy i personelu pomocniczego

b. Przyjmowanie od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia za świadczone usługi

c. Zbyt mała troska o dobre imię społecznej służby zdrowia a niekiedy również świadome umniejszanie jej wartości

d. Uzależnianie jakości świadczeń od pozycji społecznej chorego / stanowisko /

e. Niedocenianie humanistycznych walorów zawodu, traktowanie pacjenta jako "jednostki chorobowej", a nie jako człowieka

f. Zaniedbywanie podnoszenia kwalifikacji,lekceważący sposób usług

g. Spożywanie alkoholu i wykonywanie zadań w stanie nietrzeźwym

h. Złe traktowanie podwładnych przez przełożonych

i. inne

16. Jak sądzisz - dlaczego występują uchybienia zasadom etyki / podkreśl dwie przyczyny /

a. Niezbyt wysokie uposażenie lekarzy i "pogoń za dodatkowymi źródłami zarobku"

b. Depersonalizacja stosunku lekarz-pacjent

c. Nadmierne przeciążenie pracą

d. Wadliwy system naboru do WAM

e. Zły system kształcenia i wychowania, przykład nauczycieli

f. Zabiegi samych pacjentów o lepsze traktowanie

g. Inne

17. Kim będzie dla Ciebie chory człowiek /pacjent / - podkreśl dominujący wybór

- przedmiotem największej, w miarę umiejętności, troski
- służbowym obowiązkiem leczenia i opiekowania się
- źródłem uzyskania zarobków - reszta jest mało ważna.

UCHWAŁA
NADZWYCZAJNEGO
II KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
z dnia 14 grudnia 1991 r.

w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej

Na podstawie art. 33 pkt 1 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, zm. z 1990 r. Nr 20, poz. 120) uchwala się Kodeks Etyki Lekarskiej.

Przyrzeczenie lekarskie
CZĘŚĆ OGÓLNA Art. 1 – 5
CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA Art. 6 – 80
Rozdział I.
Postępowanie lekarza wobec pacjenta Art. 6 – 42
Swoboda wyboru Art. 6 – 8
Jakość opieki lekarskiej Art. 9 – 12
Prawa pacjenta Art. 13 – 23
Tajemnica lekarska Art. 24 – 29
Pomoc chorym w stanach terminalnych Art. 30 – 32
Transplantacja Art. 33 – 36
Prokreacja Art. 37 – 40
Zaświadczenia i orzeczenia lekarskie Art. 41 – 42
Rozdział II.
Badania naukowe i eksperymenty medyczne Art. 43 – 53
Rozdział III.
Stosunki wzajemne między lekarzami Art. 54 – 56
Rozdział IV.
Zasady postępowania w praktyce lekarskiej Art. 57 – 70
Rozdział V.
Lekarz a społeczeństwo Art. 71 – 77
Rozdział VI.
Zasady końcowe Art. 78 – 80

PRZYRZECZENIE LEKARSKIE

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

— obowiązki te sumiennie spełniać;
— służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu od chwili poczęcia;
— według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek; nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
— strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro powierzonych mi chorych;
— stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.

PRZYRZEKAM TO UROCZYŚCIE !

CZĘŚĆ OGÓLNA

Art. 1.

Etyka lekarska wynika z ogólnych norm etycznych, stosowanych w zawodzie lekarza. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 2.

Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu.
Najwyższym nakazem moralnym dla lekarza jest dobro chorego i zdrowie publiczne.

Art. 3.

Lekarz, zarówno w czasie pokoju jak i wojny, winien wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, rasę, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne czy inne uwarunkowania.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz musi mieć wolność postępowania zgodnego ze swoim sumieniem oraz swobodę działań zawodowych, zgodnych ze współczesną wiedzą medyczną.

Art. 5.

Izba Lekarska jako samorząd zawodowy jest powołana do czuwania nad przestrzeganiem zasad deontologii lekarskiej i godności zawodu przez wszystkich wykonujących zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

Rozdział I
Postępowanie lekarza wobec pacjenta
Swoboda wyboru

Art. 6.

Relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu. Wolny wybór lekarza przez pacjenta jest jedną z podstawowych zasad tych relacji.

Art. 7.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Art. 8.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie stosowanych środków i metod postępowania jakie w danych okolicznościach uzna za najskuteczniejsze. Powinien on ograniczyć czynności diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze do potrzebnych choremu i zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Jakość opieki medycznej

Art. 9.

Lekarz powinien z należytą starannością przeprowadzać postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze, poświęcając temu konieczny czas.

Art. 10.

Nie wolno podejmować leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta. Wyjątki stanowią nagłe sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość.

Art. 11.

Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych. Jeżeli badanie, leczenie i orzekanie przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien on zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu i życiu chorego.

Art. 12.

Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które nie obniżają jakości opieki nad chorym.

Prawa pacjenta

Art. 13.

Pacjent ma prawo do życzliwego i kulturalnego traktowania oraz poszanowania jego godności osobistej.

Art. 14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczym.

Art. 15.

Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Wynika to zarówno z poszanowania praw pacjenta jako osoby, jak i z odpowiedzialności, którą ponosi za własne zdrowie.

Tym samym ma on prawo do uzyskania zrozumiale dla niego sformułowanych informacji. W przypadku planowanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych ma prawo zapoznać się ze stopniem potencjalnego ryzyka i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego.

Art. 16.

Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, albo opiekuna faktycznego.

Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne wyjątkowo, tylko w indywidualnych wypadkach przewidzianych prawem.

Art. 17.

Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie.

Pacjent może także wskazać osoby, które w jego imieniu będą porozumiewały się z lekarzem leczącym. Informowanie rodziny, o ile to jest możliwe, powinno być uzgodnione z chorym. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. W przypadku choroby dziecka lekarz ma obowiązek pełnego informowania jego rodziców lub opiekunów.

Art. 18.

W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa.

Art. 19.

Lekarz leczący nie może sprzeciwić się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza.

Art. 20.

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu, wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

Art. 21.

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc

innych lekarzy.

Art. 22.

W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia powinien on poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich szkodliwych skutków.

Art. 23.

W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych.

Tajemnica lekarska

Art. 24.

Wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi są objęte tajemnicą lekarską.
Śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy. Lekarz ma jednak prawo, zgodnie ze swym sumieniem, do ujawniania zauważonych faktów łamania praw człowieka.

Art. 25.

Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy winno obejmować wyłącznie zakres niezbędny do prawidłowego wykonywania sprawowanych przez nich funkcji.

Art. 26.

Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej może nastąpić tylko wtedy, gdy pacjent wyrazi na to zgodę lub jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu i życiu pacjenta lub innych osób.
Lekarz nie powinien ujawniać tajemnicy lekarskiej wbrew swemu sumieniu.

Art. 27.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Art. 28.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia rozpoznania i wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską.

Art. 29.

Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem jej przed ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego.

Pomoc chorym w stanach terminalnych

Art. 30.

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 31.

Lekarzowi nie wolno pod żadnym pozorem stosować eutanazji.

Art. 32.

W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Transplantacja

Art. 33.

Pobieranie narządów i tkanek w celu przeszczepienia ich chorym musi być dokonywane w warunkach przewidzianych prawem.

Art. 34.

Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.

Art. 35.

Pobranie narządu lub tkanki od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą w warunkach pełnej dobrowolności po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem.
Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne.

Art. 36.

Pobranie szpiku kostnego od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W przypadkach osób małoletnich, o ile są do tego zdolne, winno się uzyskać ich zgodę.

Prokreacja

Art. 37.

Działania lekarskie, które niosą ze sobą ryzyko bądź wiążą się z ryzykiem utraty życia płodu są dopuszczalne tylko dla ratowania życia i zdrowia matki oraz w przypadkach gdy ciąża jest wynikiem przestępstwa.

Art. 38.

Lekarz może przeprowadzać diagnostykę przedporodową tylko wtedy, gdy stosowane metody nie narażają płodu lub matki na nieproporcjonalne ryzyko w stosunku do oczekiwanych korzyści. Stwierdzenie istnienia zaburzeń rozwojowych lub choroby dziedzicznej płodu nie uprawnia do przerwania ciąży.

Art. 39.

Lekarz nie ma obowiązku wykonywania zabiegów sztucznego zapłodnienia.

Art. 40.

Lekarz powinien udzielać wyczerpujących informacji dotyczących zapładniania i regulacji poczęć.

Zaświadczenia i orzeczenia lekarskie

Art. 41.

Wydawanie zaświadczeń i orzeczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego lub dawniejszego badania chorego, w tym ostatnim przypadku z zaznaczeniem, kiedy i przez kogo badanie było przeprowadzone. Zakres informacji musi być zgodny z zasadami tajemnicy lekarskiej, zarówno pod względem diagnozy jak i obiegu zaświadczenia.

Art. 42.

Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument powinny umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza i odpowiadać prawdzie. Nie może być ona formułowana pod żadną presją.

Rozdział II

Badania naukowe i eksperymenty medyczne

Art. 43.

Eksperymenty biomedyczne przeprowadzane przez lekarzy na ludziach muszą uwzględniać ogólnie przyjęte zasady badań naukowych. Winny być one poprzedzone właściwie wykonanymi doświadczeniami in vitro oraz in vivo na zwierzętach. Zwierzęta należy odpowiednio traktować i w miarę możliwości zaoszczędzić im cierpień.

Art. 44.

Projekt każdego eksperymentu na człowieku powinien być jasno określony na piśmie i przedłożony do oceny niezależnej komisji etycznej w celu uzyskania jej zgody.

Art. 45.

Eksperyment biomedyczny na człowieku może być przeprowadzony jedynie pod nadzorem doświadczonego lekarza.

Art. 46.

Eksperyment biomedyczny na człowieku może być przeprowadzony jedynie wtedy, kiedy jest nieodzowny oraz gdy spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w sposób istotny nad nieuniknionym ryzykiem.

Art. 47.

Osoba, która ma być poddana eksperymentowi biomedycznemu musi być uprzednio wyczerpująco poinformowana o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć i musi mieć prawo do odstąpienia w każdym czasie od udziału w doświadczeniu.

Osoba, wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją.

Art. 48.

W przypadku pacjentów niezdolnych do podjęcia świadomej decyzji i wyrażenia woli zgoda powinna być udzielona na piśmie przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
W przypadkach osób małoletnich, o ile są do tego zdolne, winno się poza zgodą przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, uzyskać także ich zgodę na udział w eksperymencie biomedycznym.

Art. 49.

Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien publikować przede wszystkim w prasie medycznej.

Art. 50.

Należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki lekarskiej.

Art. 51.

Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki nie powinny być publikowane.

Art. 52.

Wskazane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na udział w demonstracjach naukowych i dydaktycznych.

Rozdział III
Stosunki wzajemne między lekarzami

Art. 53.

Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Natomiast wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu Izby Lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej w pracy innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej.

Art. 54.

Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą młodszym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach. Lekarze młodsi winni okazywać szacunek kolegom bardziej doświadczonym.

Art. 55.

W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, lecz całością leczenia kieruje lekarz prowadzący.

Art. 56.

Lekarz kontrolujący pracę swego kolegi powinien, w miarę możliwości, zawiadomić go wcześniej o planowanej kontroli, by mógł być przy niej obecny. Lekarz kontrolujący powinien wstrzymać się od wyrażania wobec chorych i ich otoczenia lub

personelu asystującego negatywnych opinii. Powinien natomiast przekazać swe uwagi, możliwie na piśmie, lekarzowi prowadzącemu leczenie.

Rozdział IV

Zasady postępowania w praktyce lekarskiej

Art. 57.

Powinnością lekarza jest dążenie do podnoszenia znaczenia Izb Lekarskich. Lekarz podejmujący krytykę organów samorządu lekarskiego winien przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na łamach pism lekarskich.

Art. 58.

Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom. Lekarze, w miarę swoich możliwości, winni także brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich.

Art. 59.

Lekarz nie może posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe. Nie może także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

Art. 60.

Lekarz powinien odnosić się z należnym szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z leczeniem.

Art. 61.

Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, której celem jest zapewnienie im należnej pozycji w społeczeństwie oraz odpowiednich warunków pracy i płacy.

Art. 62.

Jeśli zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzi stawianych mu zarzutów, lekarz ma prawo oczekiwać od izby lekarskiej wszelkiej możliwej pomocy w naprawieniu wyrządzonej mu krzywdy.

Art. 63.

Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiejkolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien uczciwie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji, nie zapominając jednak, że racje etyczne są nadrzędne.

Art. 64.

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem.

Art. 65.

Lekarz buduje swoją zawodową opinię opierając się jedynie na wynikach swojej pracy. Dlatego wszelkie reklamowanie się, bezpośrednie lub pośrednie, jest zabronione. Lekarz nie powinien dopuścić do używania swego nazwiska dla celów komercyjnych.

Art. 66.

Podczas wykonywania swej pracy lekarz musi być trzeźwy i wolny od działania jakiegokolwiek środka uzależniającego.

Art. 67.

Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki lekarskiej i lojalności wobec kolegów.

Art. 68.

Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia. Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość oddanej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości sytuację materialną pacjenta. Lekarz może leczyć bezpłatnie.

Art. 69.

Dobrym obyczajem jest leczenie bezpłatnie innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny oraz wdów i sierot po lekarzach.

Art. 70.

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki względem powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, nie może żądać od nich dodatkowego wynagrodzenia w jakiejkolwiek formie, ani też uzależniać od tego leczenia lub świadczeń na ich rzecz.

Rozdział V

Lekarz a społeczeństwo

Art. 71

Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości jej uzyskania ze strony instytucji powołanych do udzielenia mu pomocy.

Art. 72.

Zadania humanitarne, jakie pełni lekarz, dają mu podstawę do żądania ustawowej ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych tak w czasie pokoju jak i wojny.

Art. 73.

Lekarz ma obowiązek zwracać uwagę społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenia ekologiczne. Swoim postępowaniem lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Art. 74.

Badania masowe o charakterze epidemiologicznym winny być uzasadnione możliwością uzyskania wyników, które mogą poprawić zdrowotność społeczeństwa, a równocześnie nie stwarzają ryzyka zagrożenia zdrowia osób uczestniczących w takich badaniach.

Art. 75.

Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej for-

mie protestu nie jest zwolniony z obowiązku udzielania pomocy lekarskiej.

Art. 76.

Lekarz nigdy nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też, bez względu na przytaczane argumenty, wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania lub wymuszania zeznań.

Art. 77.

Niedopuszczalne jest stosowanie przez lekarza środków i metod dopingowych dla celów nieleczniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe wobec osób uprawiających sport jest niedozwolone.

Rozdział VI
Zasady końcowe

Art. 78.

W wypadkach nie przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami sformułowanymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

Art. 79.

Lekarze nauczający studentów powinni zaznajamiać ich z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Studenci powinni zarówno przyswajać sobie jak i respektować zasady zawarte w niniejszym Ko-

BIBLIOTEKA

deksie.

Art. 80.

Lekarze nauczający powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania przez studentów i młodych szkolących się lekarzy.

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

Prof.dr Tadeusz L.Chruściel

Przewodniczący
Nadzwyczajnego II
Krajowego Zjazdu Lekarzy

Dr med. Jan Ciećkiewicz

BIBLIOTEKA GŁÓWNA - ARCHIWUM
54832
Akademii Obrony Narodowej