

KURS POZAFORMALNY W EDUKACJI MORALNEJ STUDENTÓW MEDYCYNY I MŁODYCH LEKARZY¹

– Kazimierz Szewczyk –

Abstrakt. W artykule omawiam trzy rodzaje programu pozaformalnego: kurs ukryty, nieformalny i zerowy. Ich negatywne oddziaływanie na edukację moralną studentów i lekarzy pokazuję na przykładach wziętych z krajowych uczelni medycznych i wypowiedzi polskich lekarzy. Przywołując pogląd o aplikacyjnym charakterze etyki lekarskiej, uzasadniam tezę, że jej nauczanie traktujące etykę jak skrzynkę z narzędziami-teoriami służącymi do rozwiązywania problemów etycznych ma mocne zakorzenienie w polskiej moralnej tradycji kulturowej. Uniemożliwia ono uwewnętrznianie norm moralnych i budowanie przez słuchaczy moralnej tożsamości profesjonalnej. Natomiast polemika z Władysławem Biegańskim uzależniającym bycie dobrym lekarzem od bycia dobrym człowiekiem, służy pokazaniu związku z medyczną tradycją moralną przekonania o małej przydatności etyki lekarskiej w kształceniu moralnym studentów i lekarzy. Stawiam tezę, że brak odniesień w edukacji moralnej do uczelni medycznych jako całości moralnych skazuje lekarzy w postępowaniu moralnym na samotność własnego sumienia i sprzyja definiowaniu go w sprzeczności wobec prawa stanowionego.

Słowa kluczowe: kurs ukryty; kurs nieformalny; kurs zerowy; etyka lekarska; edukacja moralna; moralna tożsamość profesjonalna; Władysław Biegański.

Published online: XX September 2018

1. Różnica między etyką lekarską i moralnością lekarską

Tytuł artykułu wskazuje, że istnieje różnica między edukacją moralną a edukacją etyczną. Choć powiązane ze sobą, jednak są to pojęcia, których utożsamiać nie wolno. Sygnalizując różnicę, wykorzystam przemyślenia Roberta Bakera, amerykańskiego bioetyka i historyka tej dyscypliny (a także etyki lekarskiej). Autor etykę lekarską (*medical ethics*) definiuje jako „wyraźnie wypowiedziane, często sformalizowane twierdzenia na temat standardów charakteru czy postępowania, z których powinno się – zdaniem pacjentów, polityków, filozofów – rozliczać pracowników opieki zdrowotnej”². Dokumentami etyki lekarskiej wyrażającymi wspomniane stwierdzenia – formali-

Kazimierz Szewczyk
Instytut Filozofii UW
ul. Krakowskie Przedmieście 3
00-927 Warszawa
e-mail: kazimierz_szewczyk@onet.eu

¹ Publikacja finansowana w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Humanistyki” w latach 2016–2019, nr grantu: 2bH 15 0185 83.

² “By medical ethics, I mean articulated, often formal, statements about standards of character or conduct to which someone, a patient, a politician, a philosopher – or a physician – believes healthcare

zującymi normy etyczne – są przysięgi lekarskie, kodeksy etyki lekarskiej i komentarze do nich.

Moralność lekarska (*medical morality*) w przeciwieństwie do etyki „odnosi się do standardów charakteru czy postępowania, często niewypowiedzianych wprost i nieformalnych, z których wspólnota pracowników opieki zdrowotnej rzeczywiście sama się rozlicza”³. Sformalizowane standardy etyki lekarskiej i jej ideały mogą być niezgodne z czynami, które profesja lekarska faktycznie potępia lub z którymi się zgadza.

Wspomniane standardy moralności lekarskiej są jej normami moralnymi (a nie normami etycznymi) wytwarzanymi przez rolę społeczną. Za ich naruszanie grozi reprimenda i ostracyzm środowiska medyków. Podkreślę zgodnie z intencjami autora, że normy moralne są nie tylko standardami zachowania, ale także wskazują cechy charakteru (cnoty) pożądane moralnie w profesji lekarskiej.

R. Baker podaje przykładowe trzy normy moralne kierujące postępowaniem lekarzy wobec pacjentów, mianowicie: prawdomówność, nieporzucanie (*nonabandonment*) i wierność (*fidelity*) nakazującą cenić troskę o pacjenta wyżej od własnych interesów. Usprawiedliwieniem tych i innych norm (oraz cnót charakteru) jest moralna koncepcja „dobrego doktorzenia” (*good doctoring*). Zdecydowałem się tak właśnie spolszczyć angielski termin, aby podkreślić, że dobry doktor to lekarz postępujący moralnie, zgodnie z normami-standardami zachowania, a nie tylko medyk mający pożądane cechy (cnoty) charakteru. Frazę tę traktuję jako odpowiednik słowny „dobrego gospodarzenia” czy też „włodarzenia”. Inaczej mówiąc i słowami R. Bakera, dobre doktorzenie polega na wypełnianiu z wewnętrznym przekonaniem norm moralnych, których oczekuje się od kogoś, kto dobrze ucieleśnia rolę profesjonalisty.

2. Nieco historii – kursy pozaformalne i profesjonalizm lekarski

Zdefiniowana przez R. Bakera etyka lekarska wchodzi w skład tzw. kursu formalnego (*formal curriculum*) etyki nauczanej na poziomach przeddyplomowym, podyplomowym oraz w trakcie okazjonalnej edukacji etycznej lekarzy oferowanej przez różne struktury systemu opieki zdrowotnej. Natomiast moralność lekarską budują głównie – nazwę je – kursy pozaformalne (*nonformal curricula*). Pozaformalna edukacja przebiega ze szczególną intensywnością w trakcie studiów oraz na rezydenturach i stażach.

Historycznie rzecz ujmując, pierwszy w literaturze pojawił się jeden z programów pozaformalnych, mianowicie kurs ukryty (*hidden curriculum*). Terminu tego użył w 1968 Philip Jackson w książce *Life in Classrooms*⁴. Autor, pedagog i psycholog, ukuł go, aby zwrócić uwagę na tę część nauki w szkołach podstawowych, która jest efektem oddziaływania na uczniów warunków życia klasy. W jego rozumieniu kurs jest ukryty, gdyż nie ma go w instytucjonalnych ustaleniach dotyczących oczekiwanych wyników uczenia się. Co więcej, oddziaływania tego mogą nie dostrzegać nawet sami nauczycie-

practitioners *ought* to be held accountable”. Baker (2013): 4. Ten i kolejne cytaty z prac anglojęzycznych w tłumaczeniu własnym.

³ “Medical morality [...] refers to standards of conduct or character, often unarticulated and informal, to which a community of healthcare practitioners *actually* holds *itself* accountable”. Ibidem.

⁴ Jackson (1968): 33–34.

le. Sens ukutego terminu nawiązywał między innymi do rozważań Johna Deweya nad uczeniem się incydentalnym⁵.

Do medycznej literatury edukacyjnej omawiany termin wprowadzili Jack Haas i William Shaffir w 1982 roku⁶. Jednakże zainteresowanie ukrytym kursem w medycznej edukacji moralnej rozpoczęło się od artykułu Frederica Hafferty'ego i Ronalda Franksa z roku 1994⁷. Autorzy poruszyli w nim w sposób skondensowany i intelektualnie inspirujący praktycznie wszystkie ważniejsze problemy związane z ukrytym programem. Walory naukowe pracy i okoliczności, w jakich się ukazała, dały silny bodziec do badań – także empirycznych – różnych form i przejawów ukrytego kursu, jego (przede wszystkim negatywnego) wpływu na moralność studentów i absolwentów uczelni medycznych, w tym nie tylko lekarzy. W mojej ocenie badania te uściślały idee zawarte w pracy F. Hafferty'ego i R. Franksa, uzupełniając je o wymiar empiryczny. Nie ma w nich istotniejszej polemiki z oryginalnymi wnioskami artykułu z 1994 czy korekty jego tez, natomiast jest ważne uzupełnienie o dwie następne wyraźnie wyodrębnione odmiany programów, które nie są kursami formalnymi, mianowicie kurs nieformalny (*informal curriculum*) i zerowy (*null curriculum*). Z programem ukrytym tworzą one kurs pozaformalny.

Programy pozaformalne są bardziej niż kurs formalny skoncentrowane na powielaniu moralnej kultury medycznej, mniej zaś na przekazywaniu wiedzy i wyrabianiu umiejętności etycznych. Nierzadko to, co jest w tych programach „nauczane” bywa sprzeczne z celami i treścią kursów formalnych⁸.

Transmisji moralnej kultury medycznej w programach pozaformalnych sprzyja przywiązanie do niej lekarzy. Dla ilustracji posłużę się cytatem z esejów Józefa Bogusza (1904-1993), współautora przyjętego przez Polskie Towarzystwo Lekarskie w 1977 *Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, często i chętnie wypowiadającego się na temat moralności lekarskiej. J. Bogusz stwierdza: „Lekarze mają swoje niepisane prawa moralne, wedle których postępują, a więc prastare, każdego lekarza obowiązujące prawo humanitarności i te zasady, które nakłada na nas współczesny stan medycyny”⁹. Prawo jest tu niepisane, a więc pozaformalne i ma prastary rodowód.

Na zainteresowanie artykułem F. Hafferty'ego i R. Franksa wpłynęło wyraźnie dostrzegalne obniżanie się wrażliwości moralnej słuchaczy wydziałów lekarskich podczas studiów. Tytułem przykładu: badania francuskie pokazują istnienie „erozji etycznej wrażliwości klinicznej w trakcie kształcenia przeddyplomowego”¹⁰. Kanadyjska autorka Sally Mahood podaje, że przechodzeniu studentów od kształcenia przeddyplomowego do podyplomowego towarzyszą nie tylko pozytywne, ale także negatywne przekształcenia: empatia zostaje zastąpiona obojętnością i dystansem emocjonalnym, idealizm zamienia się w cynizm, uprzejmość i troska ustępują często arogancji i skłonności do irytacji¹¹.

⁵ Boostrom (2010): 440.

⁶ Haas, Shaffir (1982).

⁷ Hafferty, Franks (1994).

⁸ Hafferty, Franks (1994): 864–865.

⁹ Bogusz (1984): 55.

¹⁰ Barrier, Brazeau-Lamontagne, Pottier, Boutoille (2005): 128.

¹¹ Mahood (2011): 983.

Także polscy autorzy z Lublina stwierdzają podobne niepokojące zjawisko. Z ich studium wynika, że „im bliżej uzyskania dyplomu i podjęcia życia zawodowego, tym mniejsza potrzeba i znaczenie oceny i refleksji etycznej w poszczególnych ‘działaniach’ lekarzy”¹².

Erozja ta postępuje pomimo wprowadzenia na uczelnie formalnych kursów etyki lekarskiej. Przypomnę, że w 1972 roku w żadnej z amerykańskich szkół medycznych nie wykładano tego przedmiotu. Nie sądzono, że etyka jest ważna dla przyszłych lekarzy. W ciągu dekady sytuacja zmieniła się radykalnie. W 1984 roku już 84% szkół medycznych wymagało kursu etyki lekarskiej lub bioetyki w trakcie dwu pierwszych lat studiów¹³. Radykalizm zmiany dobrze oddają słowa Alfreda Taubera. Przychyla się on do poglądu, że „najbardziej interesujący we współczesnej etyce medycznej jest sam fakt jej istnienia”¹⁴.

Praca F. Hafferty’ego i R. Franksa ukazuje głównych winowajców pokonywania (*vanquishing*) medycznych wartości moralnych¹⁵. Są nimi dominujący model nauczania etyki lekarskiej oraz kurs ukryty (w późniejszych artykułach do grona winowajców dołączone zostały także kursy: nieformalny i zerowy). Joseph O’Donell nieco ironicznie zauważa, że od czasów F. Hafferty’ego ten ostatni stał się „edukacyjnym kozłem ofiarnym” obarczonym winą za wszelkie niepowodzenia dydaktyczne¹⁶, w tym również za erozję empatii i wrażliwości moralnej.

Obecnie termin „ukryty kurs” zyskał tak dużą popularność, że stał się „czymś w rodzaju modnego powiedzonka w obszarze literatury medycznej”, a nawet osiągnął „status podobny do kultowego”¹⁷. Czasopisma lekarskie – od zajmujących się edukacją i etyką, po ortopedię, onkologię i analizę systemu opieki zdrowotnej – podkreślają rolę ukrytego programu w pracy lekarzy i w akulturacji profesjonalnej. Powoływane są organizacje zajmujące się ukrytym kursem. Jego uwzględnianie w edukacji wchodzi też w standardy akredytacji amerykańskich uczelni. W tej obfitej literaturze i pojawiających się edukacyjnych rozwiązaniach, ukryty kurs jest „najczęściej łączony z zagadnieniami profesjonalizacji i profesjonalnej socjalizacji”¹⁸.

W naszym kraju literatury przeznaczonych ukrytemu kursowi w medycynie nie ma, jeśli nie liczyć dwu krótkich wypowiedzi Włodzimierza Galewicza¹⁹ i mojej²⁰ w debacie *Edukacja bioetyczna w Polsce* toczonyj w Polskim Towarzystwie Bioetycznym w listopadzie 2009 roku²¹.

¹² Patryn, Sak, Kołodziejczyk et al. (2007): 156.

¹³ Baker (2013): 276.

¹⁴ Tauber (2005): 4.

¹⁵ Coulehan, Williams (2001): 598.

¹⁶ O’Donell (2014): 1.

¹⁷ Hafferty, Castellani (2009): 18.

¹⁸ Hafferty, Castellani (2009): 19.

¹⁹ Galewicz (2009).

²⁰ Szewczyk (2009).

²¹ Polskie Towarzystwo Bioetyczne (2009). Publikacje omawiające ukryty kurs w edukacji niezwiązanej z medycyną są o wiele liczniejsze. Jedynie tytułem przykładu przywołam dwie z nich: Żłobicki (2002), Paluk (2013).

3. Totalność moralności lekarskiej – pojęcie moralnej tożsamości profesjonalnej

Zdaniem R. Bakera moralność lekarska jest zaborcza. Lekarze, gdy zaczynają działać profesjonalnie, odkładają na bok swoje nieprofesjonalne naturalne Ja²².

Zaborczość moralności lekarskiej, jak podkreślają F. Hafferty i R. Franks, ma swe początki w intensywnym procesie socjalizacji, któremu podlegają studenci medycyny już od pierwszego roku. Trwa on z różnym natężeniem przez całe studia i w trakcie rezydentury (stażu). Piszą: „socjologicznie rzecz ujmując, szkolenie (*training*) lekarskie jest procesem zmieniającym laików w kogoś od nich odmiennego – w omawianym przypadku – w lekarzy”²³. Słuchacz-neofita już przed formalnym wejściem do kliniki uczy się, jakie wartości kliniczne i moralne są cenione w tej dla niego nowej kulturze medycznej, łącznie ze strategiami i technikami zarządzania tymi dobrami. Ma także możliwość uwewnętrzniania wartości i całej moralnej kultury medycznej. Edukacja kulturowa obejmuje również sferę uczuć, a nie tylko refleksji.

Autorzy mają na myśli obowiązujące w USA nauczanie medycyny na poziomie *graduate*, co oznacza, że na uczelnię przyjmowane są osoby po ukończeniu studiów licencjackich (*undergraduate*) z przedmiotów ścisłych. Stąd też na pierwszych dwóch latach studenci mają więcej fakultetów teoretycznych będących podstawą praktyki klinicznej, mniej zaś czasu przeznaczają na przedmioty podstawowe. Organizacja nauczania sprawia, że w Stanach Zjednoczonych proces socjalizacji może teoretycznie przebiegać od początku studiów z większą intensywnością niż w Polsce. Nie musi to być jednak stwierdzenie całkowicie zgodne z prawdą. Nasi pierwszorocznicy mają kurs z anatomii i praktyki zawodowe w szpitalach – fakultety mocno wdrażające w kulturę medyczną²⁴.

W krajowych uczelniach medycznych słuchacze z przedmiotami klinicznymi i samą kliniką w szerszym zakresie mają do czynienia od trzeciego roku studiów. Można więc postawić hipotezę, że jest to – podobnie jak w Stanach Zjednoczonych – rok przełomowy dla „zamiany laików w lekarzy”. Przypuszczenie potwierdzają pośrednio cytowane już badania autorów lubelskich²⁵.

Proces socjalizacji studentów pokazuje, że „znaczącym składnikiem kształcenia medycznego jest rozwój moralności medycznej i dostarczanie uzasadnień dla niej”. Co więcej, „szkolenie medyczne jest nie tylko uczeniem się o tym, jak stawać się lekarzem – ono także obejmuje uczenie się jak ‘przestać’ być laikiem”²⁶. Odrzucić dotychczasowego „siebie samego”, odwiesić jak cywilne ubranie. Stawać się lekarzem, to w czasie szkolenia medycznego nabywać tożsamości lekarskiej i (cnót) charakteru. Tak rozumiana tożsamość jest moralną tożsamością profesjonalną²⁷. Neil Hamilton używa sformułowania *ethical professional identity*. Ja jednak zamieniłem „etyczną” na „moralną”, a to dlatego,

²² Baker (2013): 4.

²³ „sociologically, medical training is the pathway by which lay persons are transformed into something other than lay persons – in this case, physicians”. Hafferty, Franks (1994): 865.

²⁴ Por.: Warszawski Uniwersytet Medyczny (2016).

²⁵ Patryn, Sak, Kołodziejczyk et al. (2007): 156.

²⁶ „a significant component of medical training involves the development of a *medical morality* and supporting rationales within its initiates [moreover] medical training is not just learning about becoming a physician, it involves learning how to ‘cease’ to be a lay person”. Hafferty, Franks (1994): 865.

²⁷ Hamilton (2008): 472.

że jej uczenie się i właściwości spełniają warunki podane przez R. Bakera dla moralności lekarskiej.

Kolejny bardzo ważny etap przemiany laika w lekarza to rezydentura. Jest ona „początkiem formowania bardziej trwałej [w porównaniu ze studiami przeddyplomowymi], zróżnicowanej (na specjalności) tożsamości profesjonalnej”²⁸.

Jonathan Montgomery, angielski prawnik i bioetyk, silnie wiąże tożsamość z internalizacją wartości ukształtowanych w moralnej tradycji lekarskiej. Z moralną tożsamością profesjonalną autor ten łączy sumienie profesjonalne (*professional conscience*), które zdecydowanie odróżnia od sumienia własnego czy też osobistego (*personal conscience*), pozwalającego zachować integralność moralną lekarza jako osoby²⁹.

Z przedstawionych analiz płynie wniosek, że moralność lekarska jest bodaj bardziej zaborcza i totalizująca niż mniemał R. Baker. Działa silnie na całość moralnego i emocjonalnego życia jednostki studiującej i praktykującej medycynę. Nadaje mu profesjonalną tożsamość moralną, scalając elementy moralne profesji i odpowiednio zmodyfikowane, przykrojone do nowej totalności cechy charakteru „laika”, z jakimi młody człowiek wszedł w mury uczelni medycznej.

W. Hafferty i R. Franks zwracają uwagę na paradoksalne zjawisko w edukacji moralnej studentów medycyny. Odnosząc je do krajowego podwórka, zjawisko nazwać można paradoksem Władysława Biegańskiego – autora zupełnie pomijającego tę zaborczą i totalizującą właściwość socjalizacji moralnej adeptów medycyny.

W. Biegański w podsumowaniu rozbudowanego rozdziału „omawiającego zagadnienia z etyki ogólnej” zamieścił znane i wielokrotnie przytaczane sformułowanie (napisane rozstrzelonym drukiem): „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”³⁰. Ów moralnie dobry człowiek kształtuje się w procesie współdziałania świata zewnętrznego i danej nam wrodzonej struktury umysłu (duszy), z jej zdolnością do współczucia, z jednej strony i z drugiej – z egoistycznymi popędami. W sferze etycznej oddziaływanie świata zewnętrznego polega na wychowaniu hamującym egoizm i pobudzającym altruistyczne uczucia.

Jednakże w procesie wychowania kluczowe są predyspozycje moralne jednostki dające przewagę współczuciu nad egoizmem. Na stronie 75 W. Biegański radzi: „Kogo nie wzrusza niedola ludzka, kto nie ma miękkości i słodyczy w obejściu, kto nie ma dość siły woli, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą, ten niech lepiej obierze sobie inny zawód, gdyż nigdy dobrym lekarzem nie będzie”. Wychować na jeszcze lepszego lekarza można zatem już dobrego medyka, który jest zarazem dobrym człowiekiem. Jak bowiem mówią: „szkoła uczy, rodzina wychowuje; lekarza zaś uczy i wychowuje jednocześnie szpital i klinika. Powinni o tem pamiętać profesorowie i kierujący zajęciami szpitalnemi”³¹.

Z cytatów tych wynika po pierwsze, że proces socjalizacji moralnej adeptów medycyny ma niewielki wpływ na ich emocjonalne i moralne życie, na kształtowanie z laików profesjonalistów medycznych; może tylko wzmacniać już obecne predyspozycje moralne (lub je osłabiać). Po drugie, że między tzw. moralnością ogólną a moralnością

²⁸ Pratt, Rockmann, Kaufmann (2006): 238.

²⁹ Montgomery (2015): 215.

³⁰ Biegański (1899): 41.

³¹ Ibidem: 50.

lekarską nie ma różnicy; etyka lekarska jest dla W. Biegańskiego „szczegółowym wyrazem” etyki ogólnej (s. 18). Po trzecie wreszcie, że w moralności lekarskiej, w dobrym doktorzeniu czy profesjonalizmie liczą się przede wszystkim „przyrodzone” cechy charakteru jednostek będące poza wpływem kształcenia medycznego. Ten ostatni pogląd F. Hafferty i Dana Levinson nazywają „nostalgicznym spojrzeniem” na profesjonalizm.

Dla jego zwolenników rozwiązywanie problemów profesjonalizmu nie leży we właściwym szkoleniu, lecz w rekrutacji kandydatów na lekarzy o wyjątkowym i rzadkim charakterze, w szczególności tych, którzy będą odporni na czynniki osłabiające moralną kondycję. Tak patrząc na kształcenie moralne i „ujmując problem w jego logicznej skrajności, profesjonalizm jest właściwością nie tyle wyłaniającą się ze szkolenia medycznego, ile raczej je poprzedzającą”³².

Zauważony przez F. Hafferty’ego i R. Franksa paradoks zyskuje potwierdzenie w praktyce, gdyż sam proces socjalizacji lekarskiej prowadzi bezpośrednio studentów do poglądu, „iż istota wartości i postaw pozostaje zasadniczo (*fundamentally*) nienaruszona przez proces szkolenia lekarskiego”³³. Ustawicznie słyszą oni, można powiedzieć „frazę Biegańskiego”: „zły, niewrażliwy student nie będzie dobrym lekarzem”. I odwrotnie: „tylko dobry, wrażliwy student i kandydat na studenta będzie dobrym lekarzem”. Zadomowienie się w medycznej kulturze moralnej paradoksu Biegańskiego ma negatywne konsekwencje dla nauczania etyki lekarskiej. Jego nieformalny przekaz czyni z etyki przedmiot mało przydatny w kształceniu moralnym (już uformowanych aksjologicznie) przyszłych medyków.

4. Dwa wzorce nauczania etyki lekarskiej

F. Hafferty i R. Franks wyróżniają dwa wzorce czy też typy nauczania etyki lekarskiej. Pierwszy nazywają obrazowo „etyka-jako-narzędzia” bądź skrzynka z narzędziami, drugi „etyka-jako-tożsamość”³⁴. Stosując konsekwentnie wprowadzony przez R. Bakera podział na etykę i moralność, drugi typ nauczania jest w istocie bardziej edukacją moralną niż nauczaniem etyki lekarskiej.

Etyka jako skrzynka z narzędziami jest dobrze zadomowiona na uczelniach medycznych, także polskich. Mieści się bowiem w klimacie kulturalnym tych instytucji edukacyjnych, wyposażających słuchaczy w narzędzia pozwalające na uprawianie medycyny i uczących z nich korzystać. Są to instrumenty zawansowane technologicznie, np. rezonans magnetyczny i bardziej miękkie, jak osłuchiwanie pacjenta czy prowadzenie wywiadu. Dzięki ich właściwemu stosowaniu lekarz kontroluje sytuację i uzyskuje zamierzone rezultaty. Podejście to współgra także z popularnym widzeniem nauki, w którym jej narzędziami są teorie naukowe i hipotezy badawcze. Dla etyki ich odpowiednikami są teorie i zasady etyczne. Etyk podobnie jak uczonego i lekarza praktyka korzysta z nich do rozwiązywania problemów etycznych w medycynie. Co ważne, narzędzia te są instrumentami ze wewnętrznymi zarówno w stosunku do problemu czy sytuacji moralnej, jak i do podmiotów – studentów, lekarzy – posługujących się nimi.

³² Hafferty, Levinson (2008): 599–600.

³³ „matters of values and attitudes remain fundamentally untouched by the medical training process”. Hafferty, Franks (1994): 866.

³⁴ Hafferty, Franks (1994): 862.

Etyka lekarska jako skrzynka z narzędziami współgra z opisanym w poprzednim punkcie paradoksem Biegańskiego a także z ujęciem etyki lekarskiej jako „szczegółowego wyrazu” etyki ogólnej. Aplikacyjne rozumienie etyki lekarskiej moim zdaniem wręcz wymusza narzędziowy model jej nauczania: utylitaryzm, personalizm katolicki, etyka obowiązku Kanta, to przykłady narzędzi bardzo często stosowanych w edukacji etycznej.

Zewnętrzny charakter etycznych narzędzi grozi analizowanym przez J. Montgomery’ego odmoralnieniem (*demoralization*) medycyny, pociągającym zawłaszczenie moralności lekarskiej przez (przynajmniej w części) obcą jej kulturę moralną. Autor obszerniej charakteryzuje w tym kontekście zasadę poszanowania autonomii w jej liberalnym rozumieniu wypracowanym przez T. Beauchampa i J. Childressa³⁵. Jak uzasadnia, zdejmując na lekarzy odpowiedzialność za decyzje medyczne podejmowane dla dobra pacjenta i nakłada je na barki tego ostatniego, stającego się świadczeniobiorcą bądź mocniej – klientem systemu opieki zdrowotnej³⁶. Etos lekarski ulega zawłaszczeniu przez etykę biznesu.

5. Pięć rodzajów kursów

Termin „ukryty kurs” używany jest często jako zbiorcza kategoria obejmująca kilka programów innych niż formalne nauczanie. Liczba pojedyncza tych terminów jest więc nieco myląca. Dlatego F. Hafferty ze współpracownikami³⁷ wymieniając cztery odmiany kursów, łącznie z formalnym, używają liczby mnogiej (jeśli się nie mylę, tylko w tej pracy; w innych F. Hafferty stosuje liczbę pojedynczą):

1. kursy formalne – zatwierdzone formalnie przez szkołę, podane w kursowych sylabusach, treściach i celach nauczania³⁸;
2. kursy nieformalne – niespisane i przeważnie odbywające się ad hoc nauczanie i uczenie się, przebiegające poza programem formalnym;
3. kursy ukryte we właściwym tego słowa znaczeniu;
4. kursy zerowe – czyli wszystko to, co jest uczone przez pominięcie. Pomijane treści studenci i rezydenci mogą uznać za nieważne³⁹.

W artykule *The Role of the Hidden Curriculum* autorzy przyjmują rygorystyczne stanowisko w kwestii stosowania podanej typologii kursów⁴⁰. Nie powinno się używać wymiennie terminów „nieformalny” i „ukryty”. „Co prawda mogą się one częściowo nakładać na siebie, jednak ważne jest podkreślenie, że ‘ukryty’ znaczy ukryty”. Nie jest on przekazywany świadomie.

W innym miejscu F. Hafferty i E. Gaufberg nie są aż tak rygorystyczni. Zaczynają od trafnego spostrzeżenia, że niektórzy z autorów:

używają terminu ‘ukryty’ jako poręcznej etykiety na wszystko, co nie jest kursem formalnym. Inni mogą traktować nazwy ‘ukryty’ lub ‘nieformalny’ jak synonimy. Nie

³⁵ Beauchamp, Childress (1996): 131–194.

³⁶ Montgomery (2006).

³⁷ Hafferty, Gaufberg, O’Donnell (2015): 132–133.

³⁸ Hafferty (1998): 404.

³⁹ Flinders, Noddings, Thorton (1986).

⁴⁰ Hafferty, Gaufberg, O’Donnell (2015): 133.

ma w tym podejściu nic wewnętrznie złego, dopóki wszyscy (badacze i czytelnicy) będą rozumieli, że kursy włączane do tej ostatniej kategorii (jako ukryte/nieformalne – K.Sz.), mogą się całkowicie między sobą różnić pod względem własności strukturalnych i wywieranego wpływu⁴¹.

W tym ujęciu ważniejsza od puryzmu terminologicznego jest czujność metodologiczna zapobiegająca błędom i nieporozumieniom, które mogłyby wynikać z pomieszania nazw kursów.

Wyostrzona, czujna świadomość metodologiczna nie pozwala zapomnieć, że

Edukacja lekarska nie jest czymś, co zapewniają uczelnie medyczne. Zapewnia ją system. System budowany przez przecinanie się różnych typów kursów (formalnych, nieformalnych, ukrytych, zerowych i tak dalej), w którym wszystkie programy funkcjonują w dynamicznej sieci wpływów⁴².

W takim systemie kurs formalny jest wprawdzie centralnym węzłem-miejscem przedsięwzięcia edukacyjnego. Jednak nie jest to jedyne miejsce uczenia się. Nie jest nawet miejscem najważniejszym. Ta pozaformalna sieć bywa porównywana do góry lodowej. To, co znajduje się nad wodą jest formalnym wymiarem edukacji moralnej. Jej wymiar niewidzialny to część podwodna góry⁴³.

Porównanie zyskuje na wiarygodności po przywołaniu opinii Wade'a Goftona i Glenna Regehra. My nauczyciele – piszą autorzy – „uczymy daleko więcej niż wiemy. Każde słowo, każde działanie, które podejmujemy, za każdym razem, gdy wybieramy milczenie lub zaniechanie jakiegoś postępowania, każdy uśmiech, każde przekleństwo, jest lekcją [prowadzoną] w ukrytym kursie”⁴⁴ szeroko rozumianym.

Edukacja lekarska jest więc środowiskiem uczenia się (*learning environment*), tworzącym system kompleksowy, emergentny (mający nowe własności nieredukowalne do właściwości poszczególnych składników-kursów), ewoluujący i zdolny do adaptacji⁴⁵. Scharakteryzuję wymienione wyżej, najważniejsze składniki pozaformalnej części tego systemu.

5.1. Kurs nieformalny

Ma „podstawę w interakcjach mających miejsce poza zidentyfikowanym formalnie środowiskiem uczenia się, między innymi w windzie, korytarzu, pokoju lekarskim, kafeterii lub

⁴¹ “There is nothing intrinsically wrong with such an approach just so long as everyone (investigators, subjects and readers) understands that what is being shoehorned into this latter category often can be quite different in terms of structural properties and impact”. Hafferty, Gaufberg (2017): 36.

⁴² “Medical education is not something medical schools deliver. It is a system. It is a system formed by the intersection of several types of curriculum (formal, informal, hidden, null and so forth) – all of which function within a dynamic web of intersecting influences”. Hafferty, Castellani (2009): 32.

⁴³ Hafferty, Gaufberg (2017): 37.

⁴⁴ “we are teaching far more than we know. Every word we speak, every action we perform, every time we choose not to speak or act, every smile, every curse, every sigh, is a lesson in the hidden curriculum”. Gofton, Regehr (2006): 21.

⁴⁵ Hafferty, Castellani (2009): 32.

dyżurce”⁴⁶; w luźnych, niezobowiązujących rozmowach tam toczonych. Dodam, że również kliniki są środowiskiem nieformalnego kursu, szczególnie podczas szpitalnego obchodu⁴⁷.

Od ukrytego programu kurs nieformalny różni się między innymi tym, że wiele oddziaływań zachodzących wśród osób nie jest dla nich ukrytych. Przeciwnie, są one powszechnie zrozumiałe i podzielane, choć nie ujęte w żadne programy formalne uczelni, kliniki czy innej instytucji ochrony zdrowia. Ze względu na tę jawność i aprobatę kurs nieformalny ma wyjątkowo duży wpływ na moralną tożsamość profesjonalną studentów i młodych lekarzy (rezydentów).

Aby zilustrować sprawczość nieformalnego programu w transmisji i utrwalaniu niekorzystnych manifestacji kultury medycznej przywołam fragmenty pamiętnika polskiego torakochirurga profesora Macieja Wita Rzepeckiego (1909-1989).

Autor tak wspomina swojego szefa: „Profesor [Tadeusz] Ostrowski [Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie] nie był łatwym przełożonym, nie był gładki, często krzyczał, beształ a podczas asysty zdarzało się, że i narzędziem bił po ręce”⁴⁸. W pamiętniku przyznaje, że sam podobnie, już jako szef, zachowywał się wobec podwładnych:

Stałem się też znany dlatego, że... byłem nieznośny i chyba nim pozostałem. Tłumiłem bowiem brak posłuchu, niezdiscyplinowanie, niepunktualność i lenistwo, wyrzucałem łamiących dyscyplinę i dających zły przykład. Zwykle prosiłem, nawet kilka razy, później następował atak, szturm połączony z besztaniem, krzyczałem. Przekonałem się, że zaczęło to dawać niekiedy cudowne wyniki⁴⁹.

Zastanawia się także nad możliwym źródłem swojego postępowania: „Czyżbym ja naśladował podświadomie mego profesora [T. Ostrowskiego]?”. I z pewną satysfakcją dodaje: „Mądrzy, choć krytyczni, zaczęli mi z biegiem czasu przyznawać rację, a uczniowie początkowo z dezaprobatą, później, kiedy byli na stanowiskach, zaczęli... naśladować mnie z dobrym wynikiem”⁵⁰.

T. Ostrowski był dla swoich współpracowników (a zapewne i studentów) tzw. wzorcem osobowym (*model*). Dla swoich asystentów wzorcem był M. Rzepecki. Od wzorców uczymy się „przez obserwację i refleksję, a jest to złożone połączenie działalności świadomej i nieświadomej”⁵¹. W jego wyniku uczniowie „mądrzy, choć krytyczni” zaczęli przyznawać rację profesorowi Rzepeckiemu. Ten wysoce efektywny rodzaj uczenia się i nauczania odbywa się na wszystkich poziomach edukacji medycznej, także moralnej i we wszystkich wymienionych typach kursów.

W polskich szpitalach nadal dominuje sztywna i apodyktyczna organizacja hierarchiczna. „Generalnie powszechny i akceptowany jest autokratyczny styl kierowania,

⁴⁶ “is grounded in interactions that takes place outside formally identified learning environments: in the elevator, corridor, the lounge, the cafeteria or the on-call-room”. Hafferty (1998): 404.

⁴⁷ Hafferty, Gauferg, O’Donnell (2015): 132.

⁴⁸ Rzepecki (1980): 73.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Ibidem: 307.

⁵¹ “through observation and reflection, and is a complex mix of conscious and unconscious activities” Cruess, Cruess, Steinert (2008): 718.

a wieloletni kierownicy, którzy rozwinęli styl paternalistyczny, są szczególnie wysoko cenieni i poważani”⁵².

Empiryczne uogólnienia zilustruję przykładem jednej z klinik ginekologicznych. Jest to kazus (w miarę) współczesny. Praca, z której pochodzi, wpłynęła na konkurs ogłoszony w 2003 roku. Jej autorka wspomina:

Profesor przychodził do wszystkich operacji wykonywanych przez nas. (...) Był to moment najbardziej koszmarny, bo na ogół zostawał jeszcze parę chwil, znęcając się nad nami psychicznie: Jak pani operuje? Ależ pani brutalna (...) Czemu te szwy takie grube? Jak oddajesz te narzędzia (...). Nic nie umiecie. – Oberwało się każdemu. (...) Każdy w pewnym okresie był w naszej klinice kozłem ofiarnym. [Bycie nim] oznaczało nieustanną kontrolę wszystkiego: obecności, umiejętności, ubioru – i stałe czeplanie się⁵³.

Warto jak sądzę przywołać krótkie fragmenty opisu obchodu szefa kliniki:

Dzień zaczynał się od wizyty u chorych. Najpierw szła oddziałowa (...) kontrolując, czy wszystkie chore leżą w łóżkach w koszulach nocnych (najlepiej różowych – profesor uważał ten kolor za najwłaściwszy dla koszuli nocnej), broń Boże w piżamach. Potem szli wszyscy z profesorem (...) na czele. (...) Pozycja, jaką przyjmowały chore w łóżkach w czasie wizyty, była również bardzo istotna. Musiały leżeć wyprostowane z rękami wzdłuż ciała. Uniesienie ich ponad głowę, a zwłaszcza pozycja niedbała, z jedną ręką gdzieś w okolicy szyi, wzbudzało złośliwe komentarze. Potem następowało oglądanie brzuchów, które były mocno posiniaczone po gruntownym badaniu profesorskim⁵⁴.

Opis zachowania szefa podany przez lekarzkę uzupełnię wspomnieniami z czasów studenckich stażystki Joanny Jastrzębskiej: „Po doświadczeniach [w klinice ginekologii], gdzie studentów i pacjentki traktowano tylko ciut lepiej niż więźniów w Oświęcimiu, na sam dźwięk słowa ‘poród’ dostawałam gęsiej skórki ze strachu”. I w innym miejscu: „Nigdy nie zapomnę jak asystentka, kobieta, doktor nauk medycznych zwróciła się do płaczącej z bólu rodzącej pierwsze dziecko osiemnastolatki: – Przestań się drzeć! Nie trzeba było się p...⁵⁵”.

Być może była to ta sama klinika, której zwyczajnie opisuje jej pracownica. Postępowanie profesora na obchodzie i wobec pacjentek opatruje taką oto komplementującą uwagą: „Trzeba jednak przyznać, że klinicystą był doskonałym, wybadał wszystko, nawet półcentymetrowe zmiany⁵⁶”.

Uwaga pokazuje, że lekarzka, mimo pewnych oporów, zracjonalizowała postępowanie profesora i pogodziła się z nim. Także z aprobatą M. Rzepeckiego spotykało się zachowanie jego szefa. Zilustrowaną przykładami strategię Jack Coulehan i Peter

⁵² Sułkowski (2013): 91.

⁵³ Paczkowska (2004): 47.

⁵⁴ Ibidem: 45.

⁵⁵ Jastrzębska (2004): 186 i 183.

⁵⁶ Paczkowska (2004): 45.

Williams nazywają umniejszaniem czy też rozwiewaniem (*deflating*) wartości. Uczą się jej studenci w nieformalnej edukacji moralnej. Jak pokazuje cytat, stosują ją z przekonaniem również lekarze.

Umniejszanie wartości pozwala studentom:

na przystosowanie ich koncepcji lekarza idealnego do aktualnego doświadczenia i procesu socjalizacji odpowiedzialnego za to doświadczenie. (...) Stają się cyniczni wobec takich pojęć jak obowiązek, wierność, poufność i uczciwość. (...) Tacy lekarze uznają za 'obiektywną' tożsamość profesjonalną, która ogólnie zawęża ich obszar odpowiedzialności, wtłaczając ją w techniczne ramy. Widziane w świetle tego etosu następujące stwierdzenia nabywają jednoznacznego sensu: 'Jest nadzwyczaj dobrym lekarzem, jednak szczerze mówiąc, jest nieprzyjemny (*nasty*) dla pacjentów. 'Jej maniery przy łóżku chorego są straszne, jednak należy ona do najlepszych gastroenterologów w mieście'⁵⁷.

Silna hierarchia jest fenomenem nie tylko polskim. Przywoływana już lekarka S. Mahood stwierdza wprost, że w kanadyjskim wyższym szkolnictwie medycznym to „nie pacjent, a hierarchia akademicka i wygoda znajdują się w centrum edukacji lekarskiej”⁵⁸.

Jak piszą Dmitri Christakis i Chris Feudtner, w klinikach sztywna hierarchia autorytetu i zaufania wzmacniania jest przez krótkotrwałość relacji nawiązywanych przez studentów i rezydentów z personelem (i pacjentami). Jeśli ich wystąpienie przeciw autorytetowi medycznemu, także słuszne i pełne respektu, może być ukarane, od obniżenia oceny po publiczne poniżanie, to dla wielu z nich rozsądnym zachowaniem będzie strategia przeczekania, zważywszy na względnie krótki czas pracy w zespole, jaki mają przed sobą⁵⁹. Utrwalanie w kursie nieformalnym hierarchii autorytetu wspiera jednocześnie konformizm, cynizm i obojętność na los pacjenta. Nadto międzypokoleniowy przekaz takich zachowań i ich aprobata w świecie lekarskim stanowią skuteczne mechanizmy petryfikacji kultury poniżania, jak wynika z literatury rozpowszechnionej w medycynie nie tylko naszego kraju⁶⁰.

We współczesnych realiach Polski rezydenci i lekarze pracujący w wielu miejscach nawiązują bardzo ulotne relacje z pacjentami i kolegami. Odwołując się do rozumowania D. Christakisa i Ch. Feudtnera, można postawić hipotezę, że jednym z negatywnych skutków tej sytuacji jest nadmierne wzmacnianie hierarchii niepodważalnego autorytetu (i niekwestionowalnego zaufania) w zespołach medycznych, ze wszystkimi tego ujemnymi konsekwencjami.

⁵⁷ "to adapt their conceptions of the ideal physician to fit their actual experience and the socialization process responsible for it. [...] In other words, they discard traditional medical virtues. They become cynical about concepts such as duty, fidelity, confidentiality, and integrity. [...] These physicians take on an 'objectiv' professional identity that generally narrows their sphere of responsibility and confines it to the technical arena. Given this ethos, statements such as the following make perfect sense: 'He's an extremely good doctor, but he sure is nasty with patients'. 'Her bedside manner is terrible, but she's the best gastroenterologist in the bowels of the city'". Coulehan, Williams (2001): 601.

⁵⁸ Mahood (2011): 983.

⁵⁹ Christakis, Feudtner (1997): 741.

⁶⁰ Kulaylat, Quin, Sun et al. (2017).

W konkluzji, kurs nieformalny ma ogromny wpływ na edukację moralną studentów medycyny i rezydentów. Niestety jest to oddziaływanie „aż nazbyt często negatywne”⁶¹. Ma on duży udział we wspomnianym umniejszaniu (deflacji) wartości otwierającym drogę do odmoralnienia medycyny.

5.2. Kurs ukryty

Mimo ogromnej wagi ukrytego kursu w moralnej edukacji studentów i lekarzy oraz obfitej już literatury na jego temat, nie doczekał się on powszechnie aprobowanej definicji. Tytułem przykładu przywołam dwa ujęcia programu. Zacznę od jednej z najstarszych definicji podanej przez Richarda Cowella w doktoracie w 1972 roku. Autor zwięźle stwierdza, że „Ukryty kurs jest tym, czego szkoła uczy – ogólnie biorąc – bez zamiaru nauczania lub świadomości, co jest nauczane”⁶². Zauważmy, R. Cowell kładzie nacisk na realizowanie ukrytego programu przez szkołę. Nauczyciele działają w kulturze instytucjonalnej danej uczelni, są w dużej mierze przez nią kształtowani. Podejście to, przypomnę, stoi w głębokiej sprzeczności z zasygnalizowanym w paragrafie III. nostalgicznym spojrzeniem na edukację profesjonalną studentów i lekarzy.

Wpływ elementu strukturalnego na kształtowanie słuchaczy jest szczególnie mocno podkreślany w jednej z najnowszych definicji danej przez F. Hafferty’ego (i dwojga współpracowników). Zgodnie z nią:

Ukryty kurs może być z grubsza definiowany jako postawy i wartości przekazywane najczęściej w sposób niejawny i milczący (*tacit*), czasami nieintencjonalny. Transmisja odbywa się przez edukacyjne struktury, praktyki i kulturę instytucji edukacyjnej⁶³.

Czynniki strukturalno-kulturowe są na co dzień niezauważalne i o ile ich nie rozpoznamy, co także nie jest łatwe, nie mamy na nie wpływu. Należą do nich między innymi powszechnie podzielane interpretacje zjawisk oraz uważane za rzecz oczywistą zwyczaje, rytuały i aspekty przestrzeni życiowej kształcenia medycznego. Koncepcja ukrytego kursu „wzywa także nauczycieli do postrzegania instytucji szkoleniowych jako zarazem całości kulturalnych i społeczności moralnych, ściśle włączonych w budowanie definicji zarówno ‘dobrej’, jak i ‘złej’ medycyny”⁶⁴.

Mając na uwadze instytucjonalny składnik ukrytego programu, F. Hafferty i Elizabeth Gaufberg ostrzegają: nauczyciele muszą pamiętać, że

ukryty kurs to nie ‘rzecz’, którą ktoś znajduje, naprawia i odkłada na bok. *Zawsze istnieje ukryty odpowiednik formalnego i zamierzonego programu. Kontekst zawsze*

⁶¹ Cruess, Cruess (2009): 76.

⁶² “Hidden curriculum is that which the school teaches without, in general, intending or being aware that is taught”. Cowell (1972): 12.

⁶³ “The hidden curriculum can be broadly defined as the attitudes and values conveyed, most often in an implicit and tacit fashion, sometimes unintentionally, via the educational structures, practices, and culture of an educational institution”. Hafferty, Gaufberg, O’Donnell (2015): 131.

⁶⁴ Hafferty (1998): 404.

jest obecny i *zawsze* działa. Zawsze istnieją niedostrzegalne, nierozpoznane i niedoceniane czynniki wpływające na życie społeczne i *zawsze* istnieją sprawy, które stały się na tyle rutyną, że traktowane jako oczywistość – pozostają niewidoczne⁶⁵.

Zdaniem F. Hafferty'ego, szczególną uwagę nauczyciele powinni zwrócić na cztery pola czy też elementy kursu mające największy wpływ na edukację moralną podopiecznych, to jest na: przyjęte zasady polityki danej szkoły, reguły oceny, dokonywany rozdział zasobów oraz slang instytucjonalny⁶⁶. Ważny jest też – jak w każdym z programów – wpływ wzorców osobowych⁶⁷.

a. Zasady polityki

Są obecne w podręcznikach oraz sylabusach dla studentów i przewodnikach dla wykładowców, a także we wskazówkach dla nowoprzyjętych. Źródłem ukrytych programów jest uporządkowanie w czasie zajęć z poszczególnych przedmiotów. Ukryty przekaz płynie z wielkości funduszy rozdzielanych przez władze pomiędzy zakłady i kliniki, a także z architektury budynków, łącznie ze szpitalami.

Tkwiąca w modelu narzędziowym i w paradoksie Biegańskiego edukacja etyczna niewiele uwagi poświęca formowaniu się profesjonalnego charakteru młodzieży rozpoczynającej studia lekarskie, a w tym właśnie czasie proces ten przebiega z dużą intensywnością. Nauczanie „skupia się na rozwiązywaniu dylematów w opiece nad pacjentami i umiejętnościach relacyjnych, takich jak uzyskiwanie zgody i przekazywanie złych wieści”⁶⁸.

Takiemu „narzędziowemu” programowi podporządkowany jest podręcznik Tadeusza Brzezińskiego *Etyka lekarska*. Autor, dla którego „przedmiot ‘etyka lekarska’ jest wiedzą teoretyczną”⁶⁹, wykład rozpoczyna od wprowadzenia do etyki i etyki lekarskiej oraz omawia standardowe w modelu narzędziowym relacyjne umiejętności, między innymi uzyskiwanie zgody. Píše także o prawach pacjenta, etycznych problemach prokreacji, tanatologii i transplantologii. Natomiast zaniedbane jest w podręczniku formowanie moralnej integralności profesjonalnej. Nie mówi się w nim też o wpływie na edukację moralną studentów uczelni jako instytucjonalnej całości mającej wymiar aksjologiczny.

Rozwiązywaniu dylematów moralnych w medycynie poświęcony jest praktycznie w całości mój przewodnik *Etyka i deontologia lekarska*⁷⁰. Część narzędziowa umieszczona została w aneksie. Ukryty kurs płynący z podręczników umacnia paradoks Biegańskiego i związany z nim przekaz o znikomej przydatności etyki w kształtowaniu moralnej tożsamości lekarzy.

⁶⁵ “the hidden curriculum is not a ‘thing’ that one finds, fixes and then puts aside. There *always* is a hidden counterpart to the formal and intended curriculum. Context *always* exerts an influence. There *always* are unseen, unrecognized and un- or underappreciated factors that influence social life, and there *always* are things that become so routine and taken for granted that they become invisible over time”. Hafferty, Gaufberg (2017): 35.

⁶⁶ Hafferty (1998): 404.

⁶⁷ Mossop, Dennick, Hammond, Robbé (2013): 141.

⁶⁸ Kenny, Mann, MacLeod (2003): 1205.

⁶⁹ Brzeziński (2012): VI.

⁷⁰ Szewczyk (1994).

W naszym kraju nauczanie etyki lekarskiej zgodnie z wzorcem narzędziowym nastawionym na wyrabianie (*training*) umiejętności i dostarczanie wiedzy, zostało wzmocnione instytucjonalnie i biurokratycznie w następstwie zmian wprowadzonych przez Barbarę Kudrycką, w latach 2007-2013 pełniącą funkcję ministra nauki i szkolnictwa wyższego. Spektakularną ilustracją tej tezy są wzorce sylabusów. Właczają one w jeden schemat wszystkie przedmioty wykładane na uczelniach, także medycznych. Sylabus biologii molekularnej formalnie nie różni się od etyki lekarskiej⁷¹. Nadto, niektóre z tzw. „treści przedmiotowego efektu kształcenia” wyraźnie nawiązują do wzorca narzędziowego. Jako przykład przywołam następujący wymóg: student „zna i rozumie główne pojęcia, teorie, zasady i reguły etyczne służące jako ogólne ramy właściwego interpretowania i analizowania zagadnień moralno-medycznych”. W niektórych sylabusach wymóg ten plasuje się na pierwszym miejscu „treści przedmiotowego efektu kształcenia”.

Ramy – identycznie jak narzędzia – są zewnętrzne i wobec problemu, i wobec studentów czy lekarzy, zarówno w przywołanej biologii, jak w etyce lekarskiej. Ilustratywnym przykładem edukacji narzędziowej jest wymóg: student „zna zasady altruizmu i odpowiedzialności klinicznej i ma świadomość zasad funkcjonowania zespołu terapeutycznego”. Zauważmy, w tym efekcie kształcenia nauczyciel ma zapoznać studenta z zasadami altruizmu, aby mógł się nimi właściwie posługiwać w odpowiednich sytuacjach profesjonalnych. Inaczej mówiąc, nie dąży się do wychowania altruistycznego lekarza, lecz do dostarczenia studentowi narzędzi i nauczania ich stosowania. Powinien się nimi posługiwać tak jak chirurg skalpelem czy radioterapeuta akceleratorem.

Dobrym przykładem ukrytych treści przekazywanych czytelnikom jest *Przewodnik dydaktyczny dla studentów I roku I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego* na rok akademicki 2016/2017. W zakończeniu kilkunastozdaniowego wstępu dziekani Wydziału piszą:

Od pierwszych lat studiów zachęcamy Państwa do uczestniczenia w pracach Studenckich Kół Naukowych, działających przy naszych zakładach i katedrach. Praca w SKN pozwala na rozwinięcie własnych zainteresowań i zdobywanie najnowszej wiedzy z danej dziedziny, a udział w pracach badawczych stwarza niepowtarzalną okazję do poznania zasad prowadzenia badań naukowych. W chwili, gdy przekraczają Państwo progi naszej uczelni, podejmując studia na I Wydziale Lekarskim, chcemy zapewnić, że dołożymy starań, aby te studia dały Państwu jak najlepsze przygotowanie naukowe i zawodowe⁷².

W cytowanym fragmencie ukryta jest następująca lekcja: medycyna jest nauką (przyrodniczą), a studia medyczne dają przygotowanie naukowe, pozwalające uprawiać medycynę wiarygodną – opartą na faktach. „Kandydat na lekarza dowiadyuje się, że studia naukowe (*science*) mają wyższą rangę niż ich humanistyczna podstawa”⁷³. Ta ostatnia jest częstokroć ograniczona do rytualnych zapewnień o wadze profesjonalizmu

⁷¹ Por. dla przykładu: Warszawski Uniwersytet Medyczny (2017): 70 i 76.

⁷² Warszawski Uniwersytet Medyczny (2015): 3.

⁷³ Hafferty (1998): 404.

w działalności lekarza wygłaszanych podczas różnorodnych uczelnianych uroczystości i nawoływań, aby lekarze „pamiętali o etyce”⁷⁴.

W podobnie krytycznym duchu wypowiada się prof. Kornel Gibiński (1915-2012) twórca i pierwszy przewodniczący nieistniejącego już Komitetu Etyki Medycznej Polskiej Akademii Umiejętności:

Szansę na studia medyczne mają tacy, którzy najlepiej zdadzą egzamin z fizyki, chemii i biologii. Bardzo to słuszne, ale dla tych, którzy będą rozwijać nauki medyczne. Jeszcze jest cała rzesza młodych ludzi, którzy chcą zwyczajnie leczyć. Są to takie ‘matki Teresy z Kalkuty’, które mają potrzebę niesienia pomocy, a na medycynę się nie dostają”, bo mają zbyt niskie oceny z fizyki, chemii czy biologii. K. Gibiński proponuje „wprowadzić drugą ścieżkę” naboru na studia dla tych, którzy nie mają zacięcia naukowego, a „pragną być wspaniałymi lekarzami domowymi”. Ci niechaj wykażą „rozumienie dla literatury, poezji, muzyki, sportu nawet”⁷⁵.

Wspomnę, że już W. Biegański narzekał na przejście w XIX wieku medycyny przez naukę, kiedy to „medycyna z dumą przybrała nazwę naukowej”. Odrzuca ona „wszelkie sentymenta”, w tym i współczucie. Autor pisze nawet o „fanatyzmie nauki” krzewionym „otwarciem z najznakomitszych katedr i pracowni uniwersyteckich”⁷⁶. Przywołuję W. Biegańskiego, aby pokazać siłę i konserwatyzm „dziedziczenia instytucjonalnego” – poglądów i postaw przekazywanych przez kulturę organizacyjną uczelni medycznych.

Jako pointę tego fragmentu prezentacji ukrytego kursu przywołam mocne słowa Joanny Jastrzębskiej, cytowanej już wcześniej stażystki. Studia medyczne „zupełnie nie przygotowują emocjonalnie, psychicznie do tak odpowiedzialnej pracy, jaką jest praca lekarza. Nie uczą kontaktu z drugim opartego na sympatii, współczuciu, współodczuwaniu, rozumieniu... Studia czynią z nas maszyny do leczenia”⁷⁷. Co więcej, w ukrytym przekazie mówią, że jest to etycznie właściwy cel nauczania.

b. Ocena

Nazywana jest u nas uczenie i z angielska ewaluacją. Ocenianie obejmuje wszystkie poziomy nauczania medycyny, począwszy „od naszpikowanego egzaminami pola bitwy, znanego jako przeddyplomowa edukacja medyczna”⁷⁸. W skład tego elementu wchodzi także zagadnienia dotyczące awansowania nauczycieli akademickich i przeglądy akredytacyjne. Tytułem ilustracji wspomnę o Komitecie Ewaluacji Jednostek Naukowych. Jego „podstawowym zadaniem (...) jest przeprowadzenie kompleksowej oceny działalności naukowej lub badawczo-rozwojowej jednostek naukowych w odniesieniu do standardów międzynarodowych”⁷⁹. Dokładniej standardy te ujmują obszernie *Rozporządzenie*

⁷⁴ syła (2016).

⁷⁵ Gibiński (2006): 19.

⁷⁶ Biegański (1899): 4-5.

⁷⁷ Jastrzębska (2004): 182.

⁷⁸ Hafferty, Franks (1994): 405.

⁷⁹ Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych.

ministra nauki i szkolnictwa wyższego w sprawie kryteriów i trybu przyznawania kategorii naukowej jednostkom naukowym⁸⁰. Paragraf 6. dokumentu wśród kryteriów oceny wymienia „osiągnięcia naukowe i twórcze, potencjał naukowy, praktyczne efekty działalności naukowej i artystycznej”. Na pierwszym miejscu oceny parametrycznej tych osiągnięć wylicza się w paragrafie 8. publikacje naukowe w najwyższej punktowanych czasopismach naukowych. W praktyce ceni się najbardziej tzw. *impact factor* (IF).

Plasujące się na szczytach rankingów naukowości czasopisma medyczne „New England Journal of Medicine” i „Journal of American Medical Association” mają IF odpowiednio 72.406 i 44.4. Tymczasem cenione w środowisku czasopisma z etyki lekarskiej i bioetyki „Journal of Medical Ethics” i „Bioethics”, mogą wykazać się IF niewiele przekraczającym 1.5. Porównanie to pokazuje, że zatrudnieni na uczelniach medycznych nauczyciele etyki lekarskiej (i przedmiotów tzw. humanistycznych) sytuują się bardzo nisko w hierarchii dostarczcycieli punktów branych pod uwagę w awansowaniu uczelni do wyższej kategorii parametrycznej. Pozycja „ubogich ciułaczy punktów” przenosi się automatycznie na status wykładanych przez nich przedmiotów, nierzadko upychanych w niesprzyjających dydaktyce porach, np. wykłady w piątki późnym popołudniem.

W ocenie kompleksowej liczą się zgodnie z paragrafem 6. *Rozporządzenia* „praktyczne efekty działalności naukowej i artystycznej”. W etyce lekarskiej niezwykle trudno wymierzyć takie efekty. Zasygnalizowane w paragrafie II. obniżanie się wrażliwości moralnej w trakcie studiów wskazywałoby wręcz, że wyniki te są kiepskie. Tak czy inaczej, studenci od początku edukacji urabiani są przez instytucjonalny ukryty przekaz marginalizujący wartość edukacji moralnej w ich profesjonalnym życiu.

Preferowany wzorzec osobowy lekarza kształtowany nauką płynącą z oceny, to wybitny klinicysta i zarazem naukowiec, którego rangę da się obiektywnie oszacować liczbą IF i – bodaj w dalszej kolejności – zastosowaniami praktycznymi jego odkryć. Ten częściowo ukryty, a częściowo nieformalny przekaz sprzyja wspomnianej w podpunkcie 1. strategii umniejszania, deflacji wartości moralnych.

c. Rozdział zasobów

Dystrybucja takich „zinstytucjonalizowanych zasobów”, jak pieniądze, czas, przestrzeń i jej organizacja zawiera ukryty kurs wpływający na postrzeganie przez nauczycieli i studentów zadań uczelni – jej misji – i wartości jakie dana szkoła jako organizacja propaguje. Opisana w poprzednim podpunkcie mała efektywność nauczycieli etyki w dostarczaniu IF wpływa negatywnie na przydział przez dziekanów funduszy na działalność statutową jednostek organizacyjnych prowadzących dydaktykę tego przedmiotu. Otrzymują one mniej pieniędzy niż to wynika z ich potrzeb – skądinąd zrozumiałe mniejszych w porównaniu z kliniką czy naukami podstawowymi. Niższe finansowanie ze swej strony wzmacnia podrzędną pozycję instytucjonalną etyki i jej nauczycieli. Krąg domyka się. Rozdział funduszy zawiera dwojaki ukryty przekaz. Po pierwsze, medycyna jest nauką przyrodniczą i po drugie – jej podstawy etyczne są mało przydatne w dobrym doktorzeniu. Inaczej mówiąc, ukrytą misją polskich uczelni medycznych jest kształcenie lekarzy przypominających to, co J. Jastrzębska nazwała „maszynami do leczenia”.

⁸⁰ Rozporządzenie... (2015).

Spektakularnym przykładem ukrytego przekazu, jaki pociąga za sobą rozdział zasobów na poziomie systemu opieki zdrowotnej, jest kapitałowe zaniedbanie leczenia psychiatrycznego. Najwyższa Izba Kontroli mówi o niskim poziomie finansowania i złej organizacji opieki psychiatrycznej⁸¹. Skromność funduszy i niedostatki organizacyjne pociągają za sobą mizериę szpitali psychiatrycznych.

Aż 70 proc. skontrolowanych sal – stwierdza NIK – było nieprzystosowanych lub niewystarczająco przystosowanych do specyfiki leczenia psychiatrycznego. Często nie przestrzegano nawet podstawowych wymogów(...) Połowa oddziałów była zaniedbana: ściany były brudne, okna nieuszczelnione, a w toaletach brakowało papieru toaletowego⁸².

Na tę upokarzającą pacjentów organizację przestrzeni szpitali nakłada się ich architektura nierzadko stygmatyzująca chorych psychicznie. Jak pisze Jakub Bil:

Jakość architektury szpitali psychiatrycznych jest, obok wyników leczenia i jakości terapii, najbardziej widoczną częścią systemu ochrony zdrowia psychicznego. Wiele obiektów szpitali podtrzymuje obraz szpitala psychiatrycznego jako instytucji penitencjarnej, przytułku (...). Nadal funkcjonuje stereotyp obiektu szpitala psychiatrycznego jako instytucji służącej izolacji i karze⁸³.

Architektura części szpitali psychiatrycznych pokazuje siłę ukrytego oddziaływania aranżacji przestrzeni.

Ukryty przekaz finansowy i architektoniczny ma wpływ na studentów i rezydentów. Uczy między innymi, że psychiatria nie zasługuje na miano nowoczesnej i naukowo zaawansowanej medycyny. Kształtuje następujący jej stereotyp – jak go ujmuje rezydent tej specjalizacji: „wyłącznie ‘zamknięte drzwi – silne leki – agresywni pacjenci – łamanie praw człowieka’” z jednej strony, a z drugiej „‘kozetka – notes – rozmowa o traumach z dzieciństwa’”⁸⁴. Opisany niejawny kurs wynikający z dystrybucji zasobów ma też swoją odwrótną stronę: ideałem współczesnej medycyny jest medycyna zaawansowana technologicznie i mająca ograniczony kontakt z pacjentem.

d. Slang instytucjonalny

Ze slangiem w medycynie spotykamy się zarówno na poziomie indywidualnym, jak instytucjonalnym. O ile mi wiadomo, w Polsce nie ma badań nad medycznym żargonem. Stąd też omawiając szczebel indywidualny tego składnika ukrytego kursu posłużę się artykułem Adama Foxa i współpracowników⁸⁵. Przykłady slangu będą podawał za źródłami internetowymi.

Autorzy artykułu wymieniają dwa najważniejsze powody, dla których studenci i lekarze odwołują się do slangu:

⁸¹ Najwyższa Izba Kontroli (2017).

⁸² Najwyższa Izba Kontroli (2012).

⁸³ Bil (2016): 76.

⁸⁴ Krawczyk (2015).

⁸⁵ Fox, Fertleman, Cahill, Palmer (2003).

- W celu zmniejszenia lęków towarzyszących im w codziennej praktyce. Ich źródłem może być niepewność diagnostyczna i kliniczna czy potrzeba zdystansowania się od cielesności, cierpienia i śmierci – ich depersonalizacji, np. „wypis centralny” to zgon, a „kadawer” to osoba wyglądająca na umierającą lub będąca w stanie agonalnym. Żargon zabarwia humorem i dystansem interakcje z pacjentami, co dobrze służy łagodzeniu wspomnianych lęków i codziennego stresu.

- Po to, aby zaakcentować przynależność do wybranej hermetycznej grupy, obdarzyć znaczeniem tę przynależność i umożliwić podkreślającą członkostwo, dyskretną komunikację ułatwiającą wzajemne relacje. Inaczej mówiąc, slang wzmacnia spoiwość profesji, np. „rzeźbiarz” to chirurg, a „przewietrzyć pacjenta” to zrobić operację, podczas której nie znaleziono niczego istotnego⁸⁶.

A. Fox i współpracownicy przywołują badania amerykańskie rekonstruuje dynamikę posługiwania się slangiem. Studenci uczą się żargonu w klinice od kolegów, rezydentów i starszych lekarzy. Z tego powodu jest on rzadki wśród słuchaczy lat przedklinikowych. Posługiwanie się nim rośnie od trzeciego roku studiów (*graduate*), osiągając szczyt podczas stażu w szpitalu (rezydentury). Częstość używania żargonu maleje w następnych pięciu latach praktyki, by po 20 latach obniżyć się do poziomu niewiele większego w porównaniu do studentów lat przedklinikowych. Wzrost ten koreluje z wyliczonymi wyżej funkcjami slangu. Stażysta i rezydent ponoszą już dużą odpowiedzialność i mają wiele obowiązków, przy małym jeszcze doświadczeniu i niewielkiej umiejętności oswajania lęków i zwalczania stresu.

Wymienione podstawowe funkcje slangu wskazują, że wpływa on istotnie na wychowanie profesjonalne i relację lekarz – pacjent. Służąc spoiwość grupy i łagodzeniu stresu, przekazuje zarazem ukryty komunikat o niestosowności osobistego okazywania uczuć w tym empatii i wrażliwości. Ułatwia on tworzenie dystansu wobec pacjentów i traktowanie ich przedmiotowo. Tytułem przykładu, „leżak” oznacza pacjenta nie mogącego wstać, „warzywko”, „kwiaty”, „kapusta” – pacjenta w stanie wegetatywnym, „chory głosujący” – pacjenta splątanego, pobudzonego⁸⁷.

Niejawnym przekazem slangu jest także – jak pisze A. Fox ze współpracownikami – „spora dawka rasizmu, ageizmu, homofobii i tego co nazwano cielesnym faszyzmem (presja na to, aby być młodym, wysportowanym i sprawnym bez oznak cielesnych niepełnosprawności, choroby lub słabości)”⁸⁸. Przykładami są tu „prostata” – nierozgarnięta pacjentka, natomiast ratownicy medyczni używają określeń „moher kiler” lub „moher szprej” na nitromint – lek podawany w zastoinowej niewydolności serca, chorobie najczęściej dotykającej ludzi w podeszłym wieku⁸⁹.

⁸⁶ Wikisłownik.

⁸⁷ Sadistic.pl.

⁸⁸ “There is a fair amount of racism, ageism, homophobia, and what has been termed *body fascism* (pressure to be young, fit, and agile, with no evidence of any disability or disease or weakness in the body)”. Fox, Fertleman, Cahill, Palmer (2003): 178.

⁸⁹ Paramedic Poland.

F. Hafferty omawiając poziom instytucjonalny slangu przywołuje przykłady fraz wskazujących na coraz mocniejsze upodobnienie szkół medycznych do przedsięwzięć biznesowych⁹⁰. Język ten prowadzi do „subtelnej resocjalizacji” studentów, lekarzy i nauczycieli sprawiającej, że myśl o medycynie jako działalności moralnej wypierana jest przez ujmowanie jej jako działalności ekonomicznej. Dobrym krajowym przykładem żargonu biznesowego jest *Strategia rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na lata 2015–2020*. Jej autorzy piszą, że cele strategiczne rozwoju uczelni „zakładają szereg działań zmierzających do poprawy efektywności naukowej, intensyfikacji działalności wdrożeniowej, rozwoju systemu komercjalizacji wiedzy, a także wspierania i promowania przedsięwzięć innowacyjnych i probiznesowych”⁹¹.

5.3. Kurs zerowy

F. Hafferty i E. Gauferg zalecają nauczycielom przegląd sylabusów pod kątem tematów, które zostały w nich pominięte. Jest to zadanie „szczególnie trudne” przede wszystkim dlatego, że taką wiedzę musi poprzedzać znajomość celów edukacji moralnej studentów i lekarzy, a także celów medycyny i szerzej – opieki zdrowotnej. Niemniej rozszyfrowanie i sporządzenie spisu tematów pomijanych w formalnym wykładzie mogłoby mieć zdaniem autorów duży wpływ na zmianę nauczania w przyszłości⁹².

Lektura krajowych sylabusów dostępnych w internecie pokazuje, że skupiają się one głównie na pacjentach (ich prawach) i relacji lekarz – pacjent. Natomiast pomijany jest w nich mocno przez F. Hafferty’ego akcentowany wymiar instytucjonalny moralności medycznej. Jak pokazywałem w podpunkcie a. podobny kurs zerowy przekazują podręczniki. Nie uczy się o tym, że uczelnia medyczna, szpital a nawet całość systemu opieki zdrowotnej są także całościami moralnymi czy podmiotami moralnymi z własnymi systemami wartości i tradycją moralną.

Świadomość aksjologiczna formowana przy dużym udziale kursu zerowego redukuje moralność profesjonalną praktycznie wyłącznie do sfery indywidualnego (osobistego) sumienia lekarzy, zazwyczaj konfrontowanego z prawem⁹³. Inaczej mówiąc, mamy do czynienia z diadą sumienie indywidualne – prawo stanowione. W sytuacjach konfliktu między prawem a moralnością sumienie osobiste każdego lekarza powinno być ostateczną instancją odwoławczą. Podobnie w okolicznościach, w których prawo milczy albo narzuca rozwiązania niezgodne z sumieniem profesjonalisty. Na poparcie wysuniętej tezy przywołam cytowany już esej J. Bogusza. Autor dzieli się w nim takimi oto refleksjami: Lekarz jest jednakowo odpowiedzialny „i wobec prawa, i wobec sumienia, ale prawo nigdy nie zastąpi sumienia. Lekarz stoi daleko częściej, a właściwie ustawicznie, wobec takich sytuacji, w których rozstrzygać można według głosu sumienia (...). Jest to ostatni, najwyższy autorytet, najwyższa instancja lekarza”⁹⁴.

⁹⁰ Hafferty (1998): 405.

⁹¹ Uniwersytet Medyczny w Łodzi (2015): 17.

⁹² Hafferty, Gauferg (2017): 39.

⁹³ Tołłoczko (2007): 21.

⁹⁴ Bogusz (1984): 98–99.

Niezmiernie ważna w ujęciu J. Bogusza jest samotność lekarzy w chwili podejmowania ważnych moralnie decyzji, szczególnie zaś w ostatnich dniach życia pacjentów „nikt chyba nie jest równie samotny jak lekarz. Tych rozstrzygnięć nie mogą lekarzowi ani odjąć, ani ułatwić różni rozgorączkowane mówcy, filozofowie, czy inni dyskutanci. To pozostanie zawsze jego samotną godziną”⁹⁵.

Autor głosi indywidualistyczną i wysoce wykluczającą, ekskluzywną wizję moralności lekarskiej. Moim zdaniem można zaryzykować hipotezę, że jest ona w dużej mierze skutkiem zerowego przesłania wynikającego z pustki powstałej przez brak nauczania o wymiarze instytucjonalnym moralności lekarskiej z jego kulturą i wbudowanymi wartościami moralnymi. Brak tego wymiaru wysłała dwukierunkowe komunikaty zerowe. Pierwszy zmierza do powiedzenia studentom, że problemy moralne, z którymi się zmagają, nie są ważne ani warte pogłębionej dyskusji z kolegami i przełożonymi, a nawet filozofami. Drugi przekaz sugeruje im, że wątpliwości moralne powinni rozstrzygać samodzielnie i bez niczyjej pomocy⁹⁶.

Scharakteryzowana sytuacja przypomina nieco stan nazwany przez R. Bakera „leseferyzmem moralnym”. Pozostawia on interpretację aktualnych zagadnień moralności profesjonalnej w gestii indywidualnej wrażliwości każdego lekarza. Zdaniem autora umożliwiło to zawłaszczenie moralności medycznej przez instancję zewnętrzną wobec niej – bioetykę (narzędziową), a ściślej etykę czterech zasad T. Beauchampa i J. Childressa, ze wszystkimi wyżej opisanymi niekorzystnymi skutkami⁹⁷.

Przekaz zerowy pozostawiający indywidualnych medyków w profesjonalnej pustce aksjologicznej przy wydatnym współudziale paradoksu Biegańskiego i dominacji aplikacyjnego rozumienia etyki lekarskiej nie pozwala lekarzom dostrzec istnienia sumienia profesjonalnego. Inaczej mówiąc, jedynym możliwym rodzajem tej władzy jest według nich sumienie osobiste (indywidualne). O tych dwu typach sumienia scharakteryzowanych przez J. Montgomery’ego⁹⁸ wspominałem w paragrafie III. Sumienie własne i sumienie profesjonalisty różnią się czynnościowo – wypełniają dwie odmienne funkcje. Poszanowanie sumienia w pierwszej funkcji ochrania integralność i wzmacnia autonomię osoby jako podmiotu działania moralnego, przede wszystkim w działalności pozaprofesjonalnej, w drugiej – chroni tożsamość profesjonalisty. Jest ona uewnętrznionym przez lekarza etosem profesji, jego profesjonalną tożsamością moralną. Lekarz jest podmiotem działania moralnego, które uzgadnia z własnym sumieniem, tyle że uformowanym przez tradycję moralną medycyny ucieleśnioną także w instytucjach opieki zdrowotnej, ich kulturze moralnej i organizacji. Szacunek dla sumienia profesjonalnego lekarza pozwala na dostosowanie postępowania medyka do jego rozumienia etosu.

Intensywna socjalizacja moralna studentów i rezydentów oddziałująca na całość ich dotychczasowego Ja, zmieniająca laików w lekarzy sprawia, że sumienie profesjonalne medyków – w porównaniu z innymi grupami zawodowymi – jest o wiele silniej wykształcone, co nie oznacza, że jest automatycznie właściwie uformowane, że ucieleśnia najważniejsze ideały moralnej tradycji medycznej.

⁹⁵ Ibidem: 59.

⁹⁶ Hafferty, Gaufberg, O’Donnell (2015): 134.

⁹⁷ Baker (2013): 278–279, zob. też: Szewczyk (2016): 30.

⁹⁸ Montgomery (2015): 215.

Aby pokazać, jak trudno wychowawcom dostrzec i zaakceptować istnienie (funkcji) sumienia profesjonalnego, przywołam raz jeszcze poglądy J. Bogusza uzupełniając je rozważaniami o sumieniu i jego formowaniu profesora Tadeusza Tołłoczki byłego rektora Akademii Medycznej w Warszawie.

J. Bogusz kształtowanie tej władzy nazywa „wyczulaniem sumienia”. Jest to „ciężkie zadanie” spoczywające na „profesorach, ordynatorach i kierownikach oddziałów”. Jeśli dobrze rozumiem intencje autora realizowane jest ono przede wszystkim przez odwołanie się tych wzorców osobowych do „niezmiennych podstaw etyki lekarskiej”, a więc do wspomnianego w paragrafie V. „prastarego prawa humanitarności” oraz do zasad opierających się „na wiedzy” wynikającej ze współczesnego stanu medycyny⁹⁹. W miejsce etosu profesji ucieleśnionego w organizacji instytucjonalnej i kulturze moralnej systemu opieki zdrowotnej na czele z uczelniami medycznymi, mamy odwołania do jakiegoś mglistego prawa.

Jeszcze większą bezradność w kwestii sumienia profesjonalisty i jego kształtowania pokazują rozważania T. Tołłoczki. Autor stwierdza, że

najwyższym dla nas, lekarzy, Trybunałem powinien być sąd własnego sumienia, z jednym wszakże zastrzeżeniem – by to sumienie było moralnie uformowane. O doksztalceniu własnego sumienia mówi się jednak prawie wyłącznie na spotkaniach naukowych osób zawodowo zajmujących się problemami etyki traktowanej jako nauka abstrakcyjna¹⁰⁰.

Sumienie własne nazwane tu zostało najwyższym Trybunałem przez wielkie „T”. Nie ma ani słowa o tradycji moralnej profesji i jej roli w budowaniu sumienia, nie wspominając już o instytucjonalnych manifestacjach etosu. Jest natomiast niepewność co do przydatności w formowaniu tej władzy ludzi zawodowo uprawiających „etykę abstrakcyjną”. Potraktować ją można jako skutek ukrytych i nieformalnych przekazów pomniejszających rolę etyki lekarskiej jako przedmiotu wykładanego w instytucjach medycznych oraz przesłania zerowego pomijającego kluczowy udział w „moralnym formowaniu” sumienia instytucji medycznych jako podmiotów moralnych.

6. Pozytywna rola pozaformalnych kursów

Z treści artykułu wynika, że obecnie kursy pozaformalne mają co do zasady negatywny wpływ na edukację moralną studentów i lekarzy, w tym szczególnie rezydentów i stażystów. Zgadzając się z tym wnioskiem, trzeba jednak zaznaczyć, że programy pozaformalne mają jako takie pewne pozytywne cechy, a ich badanie niesie ze sobą wymierne korzyści teoretyczne.

- Kurs nieformalny daje okazję na „chwilę wyciszenia się”, co może mieć pozytywny wpływ na edukację moralną. Ten moment spokoju wykorzystywany jest na rozmowy i dyskusje toczące się w dużej części poza oficjalnym

⁹⁹ Bogusz (1984): 99.

¹⁰⁰ Tołłoczko (2007): 106.

programem nauczania i zawodowymi obowiązkami, w przestrzeni wolnej od zabieganej kliniki czy kieratu studiów (np. w kawiarni czy rzadziej w pokoju lekarskim). Owe chwile są niezbędne do wspólnej refleksji nad sensem studiów medycznych, pracy lekarza, istotą profesjonalizmu, znaczeniem dobrego doktorzenia, wpływu wzorców osobowych czy wreszcie namysłu nad własnymi możliwościami. Niestety, są one zbyt rzadkie i praktycznie niewykorzystywane w edukacji moralnej studentów i rezydentów¹⁰¹. Należy również pamiętać, że stanowi on wydajny „mechanizm przekazywania mądrości klinicznej praktyki oraz przystosowywania abstrakcyjnej wiedzy praktykanta i jego umiejętności do rzeczywistej klinicznej funkcjonalności”¹⁰².

- Dostrzeżenie wieloczynnikowego i systemowego środowiska edukacyjnego szkoły wyższej, łącznie z jej organizacją i kulturą instytucjonalną. Świadomość tego otoczenia ma wywołać „paradygmatyczne przesunięcie”, polegające na wzięciu przez szkoły medyczne „odpowiedzialności za uczenie się studentów – jako przeciwieństwa nauczania przez kadrę akademicką”¹⁰³. Program nieformalny umożliwia także pełniejsze zbadanie i lepsze zrozumienie fenomenu wzorców osobowych¹⁰⁴.
- Ukazanie powodów niepowodzeń w wychowaniu moralnym. Nie kryją się one ani wyłącznie, ani nawet przede wszystkim w kursach formalnych. Niepowodzeniom nie zaradzi skutecznie zwiększanie liczby kursów i ich tematyki w programie studiów, już i tak bardzo przeciążonym. Trzeba zwrócić baczną uwagę na ten „podziemny zespół czynników” utrudniających realizację formalnie założonych celów edukacyjnych¹⁰⁵.

F. Hafferty i Kathleen Watson nadzieję na realizację idei dobrego lekarza wiążą z tzw. „społecznościami uczących się” (*learning communities*)¹⁰⁶. Są to zintegrowane grupy studentów i nauczycieli obejmujące zazwyczaj wszystkie lata studiów. Mają strukturę pionową z mentorem i liderem cieszącym się autorytetem. Tworzą one sprzyjające środowisko dla poznawania, uwewnętrzniania i praktykowania podstawowych dóbr moralności lekarskiej. Nadto pozwalają łączyć w funkcjonalną całość elementy aksjologiczne z wiedzą i umiejętnościami technicznymi.

Rozwijane są także inne metody dydaktyczne w zamyśle bliskie społecznościom uczących się. Wspomnę o nauczaniu usytuowanym lub sytuacyjnym (*situated learning*) opartym na założeniu mówiącym, że „wiedza, umiejętności i wartości”, a także normy społeczne mieszczą się w środowisku praktyki medycznej, że nie można ich od niej odłączyć. Metoda sytuacyjna jest w istocie udoskonalonym, właściwym dawniejszej medycynie modelem terminowania zanurzonym w klinice¹⁰⁷.

¹⁰¹ Gaiser (2009): 953.

¹⁰² Gofton, Regehr (2006): 20.

¹⁰³ Hafferty, Castellani (2009): 19.

¹⁰⁴ Hafferty, Franks (1994): 404.

¹⁰⁵ Ibidem: 21.

¹⁰⁶ Hafferty, Watson (2007): 6–9.

¹⁰⁷ Kenny, Mann, MacLeod (2003): 1207.

Z całości tekstu wynika jednak pesymistyczna konkluzja: w naszym kraju kurs pozaformalny pomijany jest milczeniem i nadal króluje niczym niezagrożony wykład etyki w modelu narzędziowym. Szczególnie u nas mocny paradoks Biegańskiego skutecznie wzmacnia przekonanie o małej (eufemistycznie mówiąc) przydatności kształcenia moralnego w pracy lekarzy. Wspomniane innowacje dydaktyczne są odległą przyszłością. Pytanie – jak bardzo?

Bibliografia

- Baker R. (2013), *Before Bioethics: A History of American Medical Ethics from the Colonial Period to the Bioethics Revolution*, Oxford University Press, Oxford.
- Barrier J.H., Brazeau-Lamontagne L., Pottier P., Boutoille D. (2005), *Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3e et de 6e année en stage hospitalier en médecine interne*, „Revue de Médecine Interne” 26 (2): 128–136.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996), *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Biegański W. (1899), *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Skład Główny w Księgarni E. Wendego i Spółki, Warszawa.
- Bil J.S. (2016), *Kształtowanie środowiska zbudowanego szpitali psychiatrycznych*, „Przestrzeń i Forma” 25: 75–90.
- Bogusz J. (1984), *Lekarz i jego chorzy*, PZWL, Warszawa.
- Boostrom R. (2010), *Hidden Curriculum*, [w:] *Encyclopedia of Curriculum Studies*, t. 1, C. Kridel (red.), Sage Publications, London: 439–440.
- Brzeziński T. (2012), *Etyka lekarska*, PZWL, Warszawa.
- Christakis D.A., Feudtner Ch. (1997), *Temporary Matters. The Ethical Consequences of Transient Social Relationships in Medical Training*, „Journal of American Medical Association” 278 (9): 739–743.
- Coulehan J., Williams P.C. (2001), *Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education*, „Academic Medicine” 76 (6): 598–605.
- Cowell R.N. (1972), *The Hidden Curriculum: A Theoretical Framework and a Pilot Study*, Harvard University, Cambridge.
- Cruess R.L., Cruess S.R. (2009), *Principles for Designing a Program for the Teaching and Learning of Professionalism at the Undergraduate Level*, [w:] *Teaching Medical Professionalism*, R.L. Cruess, S.R. Cruess, Y. Steinert (red.), Cambridge University Press, Cambridge: 73–86.
- Cruess S.R., Cruess R.L., Steinert Y. (2008), *Role Modelling—Making the Most of a Powerful Teaching Strategy*, „British Medical Journal” 336: 718–721.
- Flinders D.J., Noddings N., Thorton S.J. (1986), *The Null Curriculum: Its Theoretical Basis and Practical Implications*, „Curriculum Inquiry”, 16 (1): 33–42.
- Fox A.T., Fertleman M., Cahill P., Palmer R.D. (2003), *Medical Slang in British Hospitals*, „Ethics & Behavior” 13 (2): 173–189.
- Gaiser R.R. (2009), *The Teaching of Professionalism During Residency: Why It Is Failing and a Suggestion to Improve Its Success*, „Anesthesia & Analgesia” 108 (3): 948–954.
- Galewicz W. (2009), *Trzy tryby edukacji bioetycznej, czyli jak uczyć uczących*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: *Edukacja bioetyczna w Polsce*, URL = http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_educacja_1.pdf [dostęp 31.12.2017].

- Gibiński K. (2006), *Lekarze leczą śmierć*, [w:] *Dobry zawód (rozmowy z lekarzami)*, K. Bochenek, D. Kortko (red.), Znak, Kraków: 15–26.
- Gofton W., Regehr G. (2006), *What We Don't Know We Are Teaching: Unveiling the Hidden Curriculum*, „Clinical Orthopaedics and Related Research” 449: 20–27.
- Haas J., Shaffir W. (1982), *Ritual Evaluation of Competence. The Hidden Curriculum of Professionalization in an Innovative Medical School Program*, „Work & Occupations” 9 (2): 131–154.
- Hafferty F.W. (1998), *Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum*, „Academic Medicine” 73 (4): 403–407.
- Hafferty F.W., Franks R. (1994), *The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education*, „Academic Medicine” 69 (11): 861–871.
- Hafferty F.W., Castellani B. (2009), *The Hidden Curriculum. A Theory of Medical Education*, [w:] *Handbook of the Sociology of Medical Education*, C. Brosnan, B.S. Turner (red.), Rutledge London, New York: 15–35.
- Hafferty F.W., Gaufrberg E.H. (2017), *Hidden Curriculum*, [w:] *A Practical Guide for Medical Teachers*, J.A. Dent, R.M. Harden, D. Hunt (red.), Elsevier Ltd., Edinburgh: 35–41.
- Hafferty F.W., Levinson D. (2008), *Moving Beyond Nostalgia and Motives: Towards a Complexity Science View of Medical Professionalism*, „Perspectives in Biology and Medicine” 51 (4): 599–615.
- Hafferty F.W., Gaufrberg E.H., O'Donnell J.F. (2015), *The Role of the Hidden Curriculum in "On Doctoring" Courses*, „AMA Journal of Ethics” 17 (2): 130–139.
- Hafferty F.W., Watson K.V. (2007), *The Rise of Learning Communities in Medical Education: A Socio-Structural Analysis*, „Journal of Cancer Education” 22 (1): 6–9.
- Hamilton N.W. (2008), *Assessing Professionalism: Measuring Progress in the Formation of an Ethical Professional Identity*, „University of St. Thomas Law Journal” 5 (2): 470–511.
- Jackson P.W. (1968), *Life in Classrooms*, Teachers College Press, New York.
- Jastrzębska J. (2004), *Młoda lekarka na rubieży*, [w:] *Pamiętniki lekarzy*, E. Drobnik, J. Wunderlich (red.), „Gazeta Lekarska”: 169–173.
- Kenny N.P., Mann K.V., MacLeod H. (2003), *Role Modelling in Physicians' Professional Formation: Reconsidering an Essential but Untapped Educational Strategy*, „Academic Medicine” 78 (12): 1203–1210.
- Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych, URL = <http://www.nauka.gov.pl/komitet-ewaluacji-jednostek-naukowych-main/komitet-ewaluacji-jednostek-naukowych.html> [dostęp 31.12.2017].
- Krawczyk P. (2015), *Wspomnienia z rezydentury: psychiatria*, URL = <http://www.bedacmlo-dymlekarzem.pl/2015/03/wspomnienia-z-rezydentury-psychiatria/> [dostęp 31.12.2017].
- Kulaylat A.N., Quin D., Sun S.X. et al. (2017), *Perceptions of Mistreatment Among Trainees Vary at Different Stages of Clinical Training*, „BMC Medical Education” 17 (14): 1–6.
- Mahood S.C. (2011), *Beware the Hidden Curriculum*, „Canadian Family Physician” 57 (9): 983–985.
- Montgomery J. (2006), *Law and the Demoralization of Medicine*, „Legal Studies” 26 (2): 185–210.
- Montgomery J. (2015), *Conscientious Objection: Personal and Professional Ethics in the Publics Square*, „Medical Law Review” 23 (2): 200–220.
- Mossop L., Dennick R., Hammond R., Robb I. (2013), *Analysing the Hidden Curriculum: Use of a Cultural Web*, „Medical Education” 47 (2): 134–143.
- Najwyższa Izba Kontroli (2012), *NIK o szpitalach psychiatrycznych*, URL = <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-szpitalach-psychiatrycznych.html> [dostęp 31.12.2017].

- Najwyższa Izba Kontroli (2017), *Fiasko Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, URL = <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/fiasko-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html> [dostęp 31.12.2017].
- O'Donell J.F. (2014), *The Hidden Curriculum – a Focus on Learning and Closing the Gap*, [w:] *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*, F.W. Hafferty, J.F. O'Donell (red.), Dartmouth College Press, Hanover, New Hampshire: 1–20.
- Paluk D. (2013), *Pozaiologiczne uwikłania. Ukryty program we współczesnej debacie edukacyjnej*, „Kultura i Edukacja” 95 (2): 7–28.
- Patryn K., Sak J., Kołodziejczyk B. et al. (2007), *Czy etyka jest istotna w procesie podejmowania decyzji w medycynie? Analiza przekonań studentów Wydziału Lekarskiego*, [w:] *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, J. Suchorzewska, M. Olejniczak (red.), Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk: 154–158.
- Polskie Towarzystwo Bioetyczne (2009), *Debata Edukacja bioetyczna w Polsce*, URL = http://www.ptb.org.pl/opinie_educacja.html [dostęp 31.12.2017].
- Paczkowska A. (2004), *Życie w biegu*, [w:] *Pamiętniki lekarzy*, E. Drobnik, J. Wunderlich (red.), „Gazeta Lekarska”: 44–59.
- Paramedic Poland, *Słownik żargonów ratownika medycznego*, URL = <http://paramedic-poland.blogspot.com/2015/08/sownik-zargonow-ratownika-medycznego.html> [dostęp 31.12.2017].
- Pratt M.G., Rockmann K.W., Kaufmann J.B. (2006), *Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity Among Medical Residents*, „Academy of Management Journal” 49 (2): 235–262.
- Rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego w sprawie kryteriów i trybu przyznawania kategorii naukowej jednostkom naukowym* (2015), URL = <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150002015/O/D20152015.pdf> [dostęp 31.12.2017].
- Rzepecki M.W. (1980), *Skalpel ma dwa ostrza*, Ossolineum, Wrocław.
- Sadistic.pl, *Slang medyczny*, URL = <https://www.sadistic.pl/slang-medyczny-vt22027.htm> [dostęp 31.12.2017].
- Sułkowski L. (2013), *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 10 (1): 83–96.
- syla (2016), *Młodzi lekarze odebrali dyplomy*, „eGazeta”, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, URL = <http://www.uwm.edu.pl/egazeta/mlodzi-lekarze-odebrali-dyplomy> [dostęp 31.12.2017].
- Szewczyk K. (1994), *Etyka i deontologia lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków.
- Szewczyk K. (2009), *Horrendum z ukrytym curriculum*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, *Debata Edukacja bioetyczna w Polsce*, URL = http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_educacja_3.pdf [dostęp 31.12.2017].
- Szewczyk K. (2016), *Odpowiedzialność moralna lekarzy i bioetyka*, [w:] *Etyka w medycynie. Między teorią a praktyką*, A. Paprocka-Lipińska, R. Budziński (red.), Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk: 24–62.
- Tauber A.I. (2005), *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*, MIT Press, Cambridge.
- Tołłoczko T. (2007), *Czy lekarz prawy musi znać prawo – refleksje praktyka*, „Prawo i Medycyna” 9 (4): 105–117.
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi (2015), *Strategia rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na lata 2015–2020*, Łódź, URL = <http://umed.pl/pliki/general/19-06-2015-strategiaUM-2015.pdf> [dostęp 31.12.2017].

- Warszawski Uniwersytet Medyczny (2015), *Przewodnik dydaktyczny dla studentów I roku I Wydziału Lekarskiego, rok akademicki 2016–2017*, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, URL = https://lekarskinotes.files.wordpress.com/2017/09/przewodnik_dydaktyczny_1-rok_i-wl_kier_lekarski_2016.pdf [dostęp 31.12.2017].
- Warszawski Uniwersytet Medyczny (2016), *Przewodniki dydaktyczne na rok akademicki 2017/2018*, URL = <https://2wl.wum.edu.pl/pl/kierunek-lekarski/przewodniki-dydaktyczne> [dostęp 31.12.2017].
- Warszawski Uniwersytet Medyczny (2017), *Przewodnik dydaktyczny dla studentów I roku I Wydziału Lekarskiego, rok akademicki 2017–2018*, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, URL = <http://1wl.wum.edu.pl/wp-content/uploads/2017/08/Przewodnik-dydaktyczny-1-rok-I-WL-kier-Lekarski-2017.pdf> [dostęp 31.12.2017].
- Wikisłownik, *Profesjolekt służby zdrowia*, URL = https://pl.wiktionary.org/wiki/Indeks:Polski_-_Profesjolekt_s%C5%82u%C5%BCby_zdrowia [dostęp 31.12.2017].
- Żłobicki W. (2002), *Ukryty program w edukacji. Między niewiedzą a manipulacją*, Impuls, Kraków.