



Uwagi do wprowadzenia prof. K. Szewczyka: *Edukacja bioetyczna w Polsce*

Janina Suchorzewska

Włączając się do debaty dotyczącej edukacji bioetyki w Polsce, na wstępie zaznaczam (podobnie jak w poprzednich debatach), że moje uwagi dotyczą przede wszystkim praktycznych aspektów zagadnienia. Nie włączam się w polemiki filozoficzne, ponieważ nie mam w tym zakresie wystarczającej wiedzy i przygotowania.

Przyjęta konwencja inspirowana przez PTB i polegająca na wstępnym opracowaniu zagadnienia okazała się i tym razem przydatna do przedstawiania opinii, bądź nasuwających się wątpliwości ze strony osób biorących w niej udział. Pozwala to również znaleźć miejsce na wypowiedź natury praktycznej.

Trzymając się logicznego porządku poszczególnych elementów wszechstronnego opracowania Prof. Szewczyka odniosę się do pierwszej części definiującej bioetykę, która jak słusznie podkreśla jej Autor, jest istotnym punktem wyjścia dla wizji jej nauczania.

1. Proponowana definicja, uwzględniająca (i słusznie) pluralizm poglądowy, w ostatnim swoim członie zakłada, że ma dotyczyć „demokratycznego państwa prawa”. Nie bardzo zrozumiałam, co w tym sformułowaniu chciał przekazać Autor definicji. Czy tylko chodziło o podkreślenie dążenia do ideału demokratycznego państwa prawa (co mam nadzieję nie jest w naszym kraju utopią), czy też udziału „w analizie moralnych aspektów podejmowanych decyzji” większościowej, która w państwie demokratycznym ma przecież preferencje? Ta druga interpretacja (wobec sformułowań Autora w dalszym tekście o społeczeństwie jako suwerenie moralnym)

nasuwa obawy odnośnie regulacji ocen moralnych drogą demokratycznych wyborów. Jeżeli inna byłaby intencja tego sformułowania, które w ogóle nie wydaje mi się koniecznym uzupełnieniem podanej definicji, to chętnie bym się bliżej z nią zapoznała.

2. Uzasadnienie potrzeby nauczania bioetyki. W uzasadnieniu „racji pozytywnych”, jak to określa prof. Szewczyk, chciałabym podkreślić znaczenie utrzymania niemodnego już dzisiaj określenia „etosu zawodu lekarza”. Podkreślenie to nie wynika z potrzeby samych lekarzy, ale ma swoje inne podłoże. Pomimo bowiem nowych problemów związanych ściśle z bioetyką, człowiek w zwarcu z chorobą, która wielokrotnie jest tragedią, chce być leczony przez lekarza o znaczącym autorytecie, na który składa się nie tylko kompetencja, ale wrażliwość etyczna i postępowanie zgodne z tym, co określamy etyką troski. Tego nadal potrzebują pacjenci niezależnie od zróżnicowanych poglądów i zmian w relacji lekarz – pacjent. To pacjenci swoimi potrzebami wymuszają na lekarzach postawy zgodne z podstawowymi, stale aktualnymi zasadami deontologicznymi tego zawodu. Wychodząc z tego założenia uważam, że istnieje konieczność uwzględnienia w nauczaniu deontologii lekarskiej. Obawy w tym zakresie Prof. Szewczyka, związane z korzystaniem „z gotowych produktów regulacyjnych” (kodeksy etyki oraz regulacje prawne) napawałyby i mnie niepokojem, gdyby znajomość tych zasad odczytywano jedynie jako gotowe nakazy, nie wymagające refleksji i interpretacji w odniesieniu do określonych sytuacji, przemian zachodzących w medycynie i potrzeb społecznych.

3. Kiedy, kogo oraz czego, i w jakiej formie nauczać

Wychodząc z celów nauczania bioetyki, które najkrócej ujmując mają uczyć studentów nabycia umiejętności:

- a. identyfikacji i analizy problemu etycznego,
- b. podejmowania decyzji i jej uzasadnienia poprzez krytyczną ocenę możliwych rozwiązań,

c. krytycznej oceny własnych poglądów w aspekcie aksjologicznym, jak również ocen racji przeciwnych w porównaniu z wartościami alternatywnych rozwiązań.

Treść nauczania powinna obejmować:

A. Znajomość teorii i zasad etycznych i ich historycznych, religijnych, kulturowych uwarunkowań, wraz ze sposobami argumentacji etycznej (co jest niezbędnym warunkiem dla identyfikacji i analizy problemów etycznych). Ta część powinna być realizowana w systemie zintegrowanego nauczania filozofii i historii medycyny.

B. Podstawowe zasady deontologiczne zawodu lekarskiego w relacjach:

lekarz – pacjent

lekarz – lekarz

lekarz – współpracownicy

lekarz – instytucje współpracujące

lekarz – społeczeństwo.

Ta część powinna być realizowana przed rozpoczęciem zajęć z przedmiotów klinicznych (II – III rok studiów lekarskich).

C. Bioetyka - (z racji charakteru ogólnego debaty nie można obecnie podać jej szczegółowych treści) powinna być realizowana na ostatnim roku studiów.

Podana przez Prof. Szewczyka bogata literatura w tym zakresie może znakomicie posłużyć w przyszłości do szczegółowego opracowania merytorycznych treści programu. Wyniki nauczania powinny być weryfikowane (z doświadczenia wiem, że zmienia to diametralnie stosunek studentów do przedmiotu). Weryfikacja powinna korzystać z takich narzędzi, które pozwolą ocenić nie tylko wiedzę, ale umiejętność jej zastosowania, umiejętność analizy, syntezy i ewaluacji.

Kogo nauczać bioetyki?

Na pierwszy plan wysuwa się nauczanie przeddyplomowe osób kształcących się w zawodach mających styczność z pacjentem. A więc: lekarzy medycyny, dentystów, farmaceutów, pielęgniarek, położnych, ratowników i rehabilitantów.

W związku z rozszerzonym profilem kształcenia w uniwersytetach medycznych uwzględnić należy również kształcenie studentów wydziału nauk o zdrowiu. W zakresie kształcenia podyplomowego edukacja z zakresu bioetyki powinna zostać włączona w programy ustawicznego kształcenia lekarzy dyscyplin klinicznych.

Wątpliwości wyrażone na początku mojej wypowiedzi nie pozwalają mi na ustosunkowanie się do propozycji edukacji bioetycznej społeczeństwa jako „suwerena moralnego”.

Reasumując, wypracowanie właściwego modelu nauczania bioetyki z uwzględnieniem realnych możliwości naszej polskiej rzeczywistości wymaga:

1. Szczegółowego rozeznania programów nauczania i metod nauczania bioetyki w uczelniach medycznych oraz oceny potencjału kadrowego, jakim one dysponują. (Działania takie rozpoczęto w bardzo ogólnym zarysie na I Konferencji Nauczania Etyki w Uczelniach Medycznych w Gdańsku).
2. Zintegrowania programów nauczania bioetyki z innymi przedmiotami realizowanymi w uczelniach medycznych (filozofia, socjologia, historia medycyny, psychologia kliniczna, prawo medyczne).
3. Opracowania zarysu merytorycznego treści nauczania szczegółowego z krytycznym ustosunkowaniem się do obowiązujących minimów programowych zarówno w zakresie przeznaczonych godzin na nauczanie przedmiotu jak i form jej realizacji.
4. Przeprowadzenia badań oceniających efekty nauczania, w oparciu o które można byłoby modyfikować przyjęte uprzednio kierunki działania.