



Horrendum z ukrytym curriculum?

Kazimierz Szewczyk

Zasadniczą część tekstu poprzedzę uściśleniem terminologicznym zapewne nie mającym dużego znaczenia dla naszej debaty, jednakże wartym zamieszczenia, skoro przeznaczam całość tej wypowiedzi na rozważania wokół edukacji bioetycznej prowadzonej poza formalnym fakultetem.

Frederic Hafferty współautor wpływowego artykułu (na który powołuje się Włodzimierz Galewicz)¹ dotyczącego takiego sposobu nauczania wyróżnia trzy „zazębiające się „kręgi” wpływów edukacyjnych:

a. curriculum formalne (u Hafferty’ego nie ma ono wyspecyfikowanej nazwy) – sformułowane, zamierzone, formalnie oferowane i zaakceptowane przed odpowiednie instytucje,

b. curriculum nieformalne (*informal*) – jest to wysoce interpersonalna forma nauczania i uczenia się, mająca miejsce między członkami fakultetu medycznego i studentami, zazwyczaj nie sformułowana na piśmie i głównie kształtowana *ad hoc*,

c. ukryte curriculum – wpływy edukacyjne działające na poziomie organizacyjnej struktury i kultury danej instytucji, np. szpitala².

Jednakże w literaturze przedmiotu daleko nie zawsze dwie ostatnie dystynkcje są utrzymywane; często oba te obszary określa się wspólnym mianem ukrytego curriculum. W moim wprowadzeniu do debaty używałem tego określenia przede w takim właśnie zakresowym znaczeniu.

¹ F.W. Hafferty, R. Franks, *The Hidden Curriculum. Ethics Teaching and the Structure of Medical Education*, „Academic Medicine” 1993, nr 11, s. 861-871.

² H.W. Hafferty, *Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine’s Hidden Curriculum*, „Academic Medicine” 1998, nr 4, s 404.

Włodzimierz Galewicz stawia mi zarzut zbytnej jednostronności w ujmowaniu wpływu ukrytego curriculum czy też – jak Autor tłumaczy ten termin – „ukrytego kursu” bioetyki na przyszłych lekarzy. Jednostronność a nawet demonizacja tego sposobu edukacji polega na tym, że w moim opisie jawi się on „jako proces najczęściej niepożądany, by nie rzec złowrogi – jako rodzaj nieświadomej, a przez to tym bardziej podstępnej dywersji edukacyjnej, która niweczy wyniki oficjalnego kształcenia etycznego i prowadzi do ‘erozji etycznej klinicznej wrażliwości w trakcie kształcenia przeddyplomowego’”³. Ostatni fragment zdania jest cytatem z pracy badaczy francuskich. Tymczasem, zdaniem Polemisty, pojęcie to można rozumieć „bardziej neutralnie” a nawet „przychylnie”.

Pełna zgoda. Sam termin jest neutralny. Jednak wiele badań empirycznych wskazuje, że ta niejawna edukacja ma negatywny wpływ na studentów. Ja przywołałem bodaj najczęściej cytowane publikacje zachodnie. Autorzy z Lublina także potwierdzają to zjawisko. Sygnalizuje je również w swojej wypowiedzi Marcin Waligóra. Z moich obserwacji, nie zweryfikowanych jednak żadnymi empirycznymi studiami, wynika, że nabywanie przez studentów negatywnych nawyków – np. poczucia wyższości i arogancji wobec pacjentów – wzrasta wraz z latami studiów. Ten niepokojący fenomen zauważają sami klinicyści. Był on jednym z powodów umieszczenia przeze mnie formalnego kursu bioetyki na III roku, kiedy jeszcze nie ma tego zjawiska, ale – jak wiele wskazuje – raczej niewiele to pomogło w jego osłabieniu.

W realiach polskich mocne zaakcentowanie ujemnych stron ukrytego kursu jest według mnie niezwykle istotne głównie ze względu na deontologiczne ujęcie etyki dominujące w naszym środowisku lekarskim. Konserwuje ono paternalistyczne rozumienie zasady dobroczynienia i skłonność do lekceważenia świadomej zgody. Jak można przypuszczać, między modelem deontologicznym a bioetyką stawiającą na prawa pacjenta i zasadę poszanowania autonomii może dojść do konfliktu. Za wysuniętą tezę przemawia głośny ostatnio kazus sterylizacji pacjentki bez jej

³ W. Galewicz, *Tryby edukacji bioetycznej, czyli jak uczyć uczących?*, s. 2;
http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_educacja_1.pdf

przyzwolenia podczas cesarskiego cięcia. Jej potwierdzeniem są też wypowiedzi lekarzy w debacie o prawdomówności toczonyj na Forum „Diametros”⁴.

Świadczy za nią również moje doświadczenie dydaktyczne, łącznie z egzaminami z filozofii wymaganymi (w mojej Uczelni) przed obroną doktoratu. Większość lekarzy nie widzi etycznej sprzeczności między praktykowanym w klinikach „nieformalnym” zakazem mówienia choremu prawdy o niepomyślnej diagnozie i bliskiej śmierci, połączonym z obyczajem informowania o niej rodziny pacjenta, a „formalnym” zakazem powiadamia o tym rokowaniu bliskich bez uzgodnienia z podopiecznym i bez uzyskania jego aprobaty. Siła tradycji przywileju terapeutycznego jest na tyle mocna, że wpływa nawet na sformułowanie odnośnego przepisu w aktualnym *Kodeksie etyki lekarskiej*: Art. 16 par. 1. „Informowanie rodziny lub innych osób *powinno* być uzgodnione z chorym”. Dlaczego *powinno*, a nie *musi*?

W. Galewicz uzasadniając wagę pozytywów *hidden curriculum* przywołuje opracowanie Petera A. Singera, Edmunda Pellegrino i Marka Sieglera⁵. Postulują oni tak ścisłe złączenie „etyki klinicznej” z nauczaniem „klinicznej medycyny”, aż stanie się „tym co Hafferty i Frank nazywa ukrytym curriculum” (ściślej rzecz ujmując, byłby to raczej kurs nieformalny, w rozumieniu wyżej podanym). Mam do tego postulatu trzy uwagi:

a. jest on pewnym ideałem, do którego realizacji długo jeszcze będzie się dążyć, przynajmniej w świetle poglądów Singera, cytowanych w moim tekście wprowadzającym (s. 17). Wraz ze współautorem stwierdza on, że „idealnie” byłoby, aby „bioetyka” była nauczana „przy łóżku chorego albo w klinice”. Autorzy zastrzegają się jednak, że nie znają „modelu” takiego nauczania, czyli jest to dopiero ideał.

b. W artykule trzech autorów mówi się o „etyce klinicznej”. Jak wspominałem na innym miejscu⁶, Siegler włącza ją całkowicie w obręb medycyny. Etyka kliniczna jest jej częścią podobnie, jak np. anatomia. Taką niesamodzielną dyscyplinę, łatwo „zintegrować” z kliniczną medycyną. Równocześnie Pellegrino zakorzenia swoją

⁴ <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb7&m=17&ik=11>

⁵ P.A. Singer, E.D. Pellegrino, M. Siegler, *Clinical Ethics Revisited*, „BMC Medical Ethics” 2001, nr 2.

⁶ K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, Debata *Konflikt między opinią lekarza a wolą pacjenta*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, 29.09.09, s. 8; http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf

koncepcję etyki lekarskiej w terapeutycznej relacji lekarz – jego podopieczny, kwestionując ujęcie bioetyki akcentującej prawa pacjenta i związane z nimi obowiązki lekarzy⁷.

c. Singer uważa, że najlepszymi nauczycielami bioetyki są „zainteresowani nią i szanowani klinicyści”. „Bioetyka” nauczana przy łóżku chorego, niewiele, jak sądzę, różniłaby się od etyki klinicznej w ujęciu Sieglera. Mogłaby też zawierać wiele elementów etycznej tradycji kodeksowej i hipokratycznej cenionej przez Pellegrino. Pojawia się więc kardynalna wątpliwość: czy tak ujmowana dyscyplina dobrze służyłaby celom stawianym przed bioetyką, z demokratyzacją procesu decyzyjnego na czele? Czy też konserwowałaby dotychczasowy układ sił sprzyjający normatywnej dominacji profesji lekarskiej w systemie opieki zdrowotnej?

Wiążące jej rozstrzygnięcie stanowi skomplikowane zadanie. Albowiem, jak stwierdza Hafferty: „Analizowanie ukrytego curriculum nie jest ani łatwe, ani wolne od sprzeczności. To co jest ujawniane w takiej analizie może wydawać się całkiem dziwne, szokujące i obce dla osób związanych z instytucją” (s. 405). Tym bardziej trzeba rozwijać badania empiryczne dotyczące tego zagadnienia, o które apelowałem we wprowadzeniu do debaty, bez pomniejszania wagi negatywnych aspektów niejawnego edukacji bioetycznej.

⁷ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988.