

Nauczanie etyki lekarskiej – doświadczenie i przyszłość zagranicznych uczelni medycznych¹

Tomasz Pasierski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Już od blisko 50 lat etyka medyczna realizowana jako odrębny przedmiot znajduje się w programach kształcenia studentów medycyny.

W trakcie wieloletnich dyskusji o formach i treściach takiego nauczania wykształciły się dwa, alternatywne modele nauczania etyki medycznej. Pierwszy model – aplikacyjny traktuje nauczanie etyki, jako etyki stosowanej, w ramach tradycyjnego modelu akademickiego. Przybiera on formę wiedzy podawanej na wykładach i utrwalanej w trakcie seminariów. Drugi model nauczania etyki – transformacyjny ma na celu ukształtowanie moralnego lekarza. Metody stosowane w kształceniu etycznym lekarzy nie są jednomyślnie zaakceptowane przez wszystkie uczelnie medyczne i wciąż trwają poszukiwania najskuteczniejszego sposobu nauczania etyki. Idealnym rozwiązaniem byłoby nauczanie etyki zintegrowane z nauczaniem klinicznym, lecz nie jest to w praktyce nigdzie osiągalne. Postuluje się aby nauczanie to było skupione na zdefiniowanych wynikach nauczania i stosowało sprawdzone metody nauczania i zwalidowane metody oceny. Nauczanie etyki medycznej wciąż nie doczekało się jednolitego powszechnie zaakceptowanego standardu. Wynika to zarówno z braku uniwersalnej teorii etyki medycznej, jak i braku dowodów na skuteczność jakiegokolwiek modelu edukacji etycznej.

Wprowadzenie

Przemiany społeczne i rozwój medycyny niosą za sobą poważne wyzwania dla nauczania przeddyplomowego lekarzy. Wykształcenie lekarzy nie może ograniczyć się do zdobywania wiedzy i umiejętności, powinno także skutkować tym, by byli spolegliwymi opiekunami chorych ludzi. Cytując wielkiego lekarza–filozofa, Wład-

¹ Niniejsza publikacja powstała w ramach badań sfinansowanych ze środków programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Humanistyki” w latach 2016–2019, grant nr: 2bH 15 0185 83.

sława Biegańskiego: „medycyna nie jest i nie będzie długo jeszcze nauką skończoną. Wyniki leczenia polegają w znacznym stopniu na sugestii i na zaufaniu. Porwawszy nie sympatii wiążącą chorego z lekarzem pozbywamy się najważniejszego czynnika leczniczego”².

Apele o edukację etyczną lekarzy rozlegają się szczególnie głośno wskutek medialnych doniesień wskazujących na zaniedbania w praktyce lekarskiej. O ile jednak konieczność etycznego wykonywania profesji lekarskiej nie budzi żadnych wątpliwości, o tyle możliwość zaplanowanego wykształcenia takiej postawy jest wciąż problematyczna. Niepokoją obserwacje wskazujące na spadek empatii w trakcie edukacji lekarskiej, szczególnie w okresie stażu i specjalizacji³. Opisane zostało zjawisko „ukrytej edukacji” (*hidden curriculum*) polegające na negatywnym wpływie panującej kultury lekarskiej na postawy moralne młodych adeptów tej sztuki⁴.

Uniwersalna etyka lekarska jest w pewnym sensie „najmłodszym” przedmiotem wykładanym na polskich uczelniach medycznych. Od XV do XX w. polscy studenci medycyny nauczani byli deontologii i etykiety lekarskiej, którą po II wojnie światowej zastąpiła filozofia marksistowska⁵. Powszechnemu wprowadzeniu etyki lekarskiej do programów nauczania polskich uczelni medycznych w latach siedemdziesiątych XX w. towarzyszyła skąpa ogólnokrajowa dyskusja dotycząca treści metod i celów, jakie zamierza się w jej wyniku osiągnąć. Ministerstwo Zdrowia ograniczyło się do zawarcia etyki w celach kształcenia lekarza, gdyż od 1989 roku uczelnie polskie posiadają autonomię programową. Dlatego też cenne wydaje się prześledzenie tego, jak ten „młody” przedmiot wciąż znajdujący się *in statu nascendi*, wykładany jest na zagranicznych uczelniach medycznych, co stanowi cel niniejszego opracowania. Wzorce zagraniczne mogą stać się cennym punktem odniesienia dla projektowania programów nauczania etyki lekarskiej na polskich uczelniach medycznych.

Historia nauczania etyki lekarskiej

W przysiędze Hipokratesa dużo miejsca poświęcono relacji między mistrzem a uczniem. W jej obrębie przez stulecia przekazywane były zasady etyki lekarskiej. Przykładem takiego modelu są w medycynie anglosaskiej nauki Oslera, a w Polsce

2 W. Biegański, *Aforyzmy o sztuce lekarskiej*, Warszawa, PZWL 1960.

3 L. M. Bellini, M. Baime, J. A. Shea, *Variation of mood and empathy during internship*, JAMA 2002, 87, p. 3143–3146; M. Neumann, F. Edelhäuser, D. Tauschel et al., *Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents*, Academic Medicine 2011, 86, p. 996–1009.

4 F. W. Hafferty, R. Franks, *The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education*, Academic Medicine 1994, 69, p. 861–871.

5 J. Borówka, *Polska etyka lekarska w ujęciu dziejowym. Studium filozoficzno-historyczne*, Toruń, Wydawnictwo MADO 2012.

Biegańskiego⁶. Proces przeniesienia nauczania medycyny do uniwersytetów, zapoczątkowany w średniowieczu a dopełniony na początku XX w., postawił nowe wyzwania przed nauczaniem etyki lekarskiej. Edukacji etycznej przyszłych lekarzy służyło przez wiele lat nauczanie historii medycyny, które już w latach 50. XX w. weszło na stałe do programu studiów⁷. Rola historii medycyny, jako formy prezentowania wzorców moralnych, w praktyce nigdy nie była jednak spełniona. W latach 60. XX w. edukacja humanistyczna lekarzy została wzbogacona o psychologię i socjologię medyczną, nauczane w tradycyjny sposób⁸.

Etyka medyczna stała się istotnym obiektem zainteresowania filozofów w latach 60. i 70. XX w., gdy pojawiły się nowe problemy etyczne w medycynie, takie jak ograniczenia ekonomiczne w dostępie do świadczeń medycznych, przeszczepianie narządów, utrzymywanie życia przez zastępowanie czynności niewydolnych nerek lub płuc. Doprowadziło to do powstania bioetyki, w obrębie której zasady moralne były definiowane niejako „z zewnątrz” przez specjalistów z takich dziedzin jak filozofia, teologia czy prawo. Równocześnie nastąpił wzrost zainteresowania samego środowiska lekarskiego wymogami nauczania etyki lekarskiej, przez wiele lat zdominowanego przez bioetykę.

Modele nauczania etyki lekarskiej

W trakcie wieloletnich dyskusji wykształciły się zasadniczo dwa, niejako przeciwstawne modele nauczania etyki lekarskiej. Pierwszy z nich – Model Aplikacyjny – traktuje nauczanie etyki, jako etyki stosowanej, w ramach tradycyjnego modelu kształcenia akademickiego, przybiera formę wiedzy podawanej na wykładach i utrwalanej w trakcie seminariów. Jego cele sformułował D.B. Annis w 1992 roku⁹. Uważa on, że nauczanie etyki powinno:

- 1) przedstawiać standardowe teorie etyki normatywnej i zasady praktycznego rozumowania etycznego;
- 2) obrazować zastosowanie teorii do szczególnych problemów moralnych;
- 3) promować jasność myślenia o problemach moralnych i umiejętność ich komunikowania;

6 W. Biegański, *Aforyzmy o sztuce lekarskiej*, op. cit.; J. Borówka, *Polska etyka lekarska w ujęciu dziejowym. Studium filozoficzno-historyczne*, op. cit.; W. Osler, *Aequanimitas: with Other Addresses to Medical Students*, Philadelphia, Nurses and Practitioners of Medicine 1935.

7 W. Osler, *Aequanimitas: with Other Addresses to Medical Students*, op. cit.

8 R. Martensen, *Thought styles among medical humanities: past, present, and near term future*, [in:] *Practicing medical humanities*, ed. R. A. Carson, Hagerstown, University Publishing Group 2003, p. 99–122.

9 D. B. Annis, *Teaching ethics in higher education. Goals, and the implications of the empirical research on moral development*, *Metaphilosophy* 1992, Vol. 23, No. 1/2, p. 187–202.

- 4) zachęcać do krytycznego spojrzenia na własne poglądy moralne;
- 5) pobudzać wrażliwość i wyobraźnię moralną za pomocą działań pozaintelektualnych.

Podstawą programową takiego modelu nauczania etyki lekarskiej jest na ogół, opublikowane po raz pierwszy w 1971 r., dzieło Beauchampa i Childressa „Podstawy etyki lekarskiej”, które miało do dziś już dziewięć wznowień i stało się standardem nauczania bioetyki w większości uczelni medycznych na świecie¹⁰. Poglądy Beauchampa i Childressa, zawarte w czterech pryncypiach (szacunek dla autonomii, dobroczynienie, nieszkodzenie, sprawiedliwość) będące adaptacją konsekwencjalizmu i deontologii na grunt tradycyjnej etyki lekarskiej, spotkały się z krytyką zarówno w obrębie środowiska bioetycznego, jak i środowiska lekarskiego. Lekarze, m.in. Tom Koch i Edmund Pellegrino, zarzucali mu przede wszystkim nadmierne uproszczenie i schematyzm, a także niewrażliwość na kontekst problemu etycznego¹¹. Natomiast Wulff jest zadania, że cztery pryncypia są wyrazem swoistej dla Stanów Zjednoczonych kultury etyczno-prawnej, w której najwyższą wartością jest wolność negatywna, przez co podejście Beauchampa i Childressa nie znajduje zastosowania w kulturach preferujących inne wartości, takie jak np. solidarność¹². Argumentowano również, że dochodzenie do prawdy w etyce lekarskiej powinno mieć formę dociekania obejmującego uważną eksplorację utrwalonych norm praktyki lekarskiej, dostrzeżenie nieredukowalnego pluralizmu ostatecznych wartości moralnych, ćwiczenie wyobraźni moralnej, a nie aplikacji teorii etycznych do konkretnych sytuacji¹³.

Zaletą pryncypializmu jest jego dyskursywny racjonalizm, który – jak to określił Gillon – chroni etykę medyczną przed manipulacją i nadużyciami¹⁴. Na popularność pryncypializmu niewątpliwie wpływa łatwość nauczania go w formie akademickiej. Praktycznym przełożeniem czterech pryncypiów jest zaproponowana przez Jonsen, Sieglera i Winslade’a Metoda czterech kwadratów określających grupy problemów etycznych w relacji lekarz–pacjent. Została ona opisana w najbardziej popularnym w USA podręczniku etyki klinicznej ich autorstwa¹⁵. Są to:

10 T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej* (wyd. 4), trans. W. Jacórzniński, Warszawa, KiW 1996.

11 E. D. Pellegrino, *The Metamorphosis of Medical Ethics A 30-Year Retrospective*, JAMA 1993, 269, p. 1158–1162; T. Koch, *Thieves of virtue*, Boston, MIT Press 2012.

12 H. R. Wulff, *Against Four Principles; A Nordic View*, [in:] *Principles in Health Care Ethics*, ed. R. Gillon, New York, John Wiley & Sons, 1994.

13 R. W. Momeyer, *What Conception of Moral Truth Works in Bioethics?*, *Journal of Medicine and Philosophy* 2002, 27, p. 403–416.

14 R. Gillon, *Medical ethics and the four principles*, [in:] *Principles of Health Care Ethics*, ed. R. Gillon, Londyn Wiley 1994, p. XXI–XXXI.

15 T. Koch, *Thieves of virtue*, op. cit.

- 1) wskazania medyczne (dobroczynienie, nieczynienie szkód);
- 2) preferencje pacjenta (szacunek dla autonomii);
- 3) jakość życia (dobroczynienie, nieczynienie szkód, szacunek dla autonomii);
- 4) kontekst społeczny (sprawiedliwość).

Jako stanowiska filozoficzne alternatywne dla Modelu Aplikacyjnego, lepiej odpowiadające problematyce moralnej medycyny proponowano etykę cnót, etykę uczuć moralnych, etykę troski i modną w ostatniej dekadzie etykę narracyjną¹⁶. Z drugiej jednak strony zwracano uwagę na brak uniwersalnego stanowiska metaetycznego mogącego być podstawą nauczania etyki stosowanej¹⁷. Rola systematycznego wykładu z etyki filozoficznej w nauczaniu etyki lekarskiej była często podważana¹⁸. Analiza wielokrotnie wznawianych podręczników wskazuje, że rzadko nawiązują one do czterech pryncypiów, w zamian koncentrują się bezpośrednio na omówieniu źródłowych podstaw filozoficznych etyki, które skądinąd zajmują w nich względnie mało miejsca (5–10%)¹⁹. Jak jednak słusznie zauważył Howard Brody, problemy nauczania etyki lekarskiej są zbliżone do nauczania przedmiotów teoretycznych poznawanych w trakcie pierwszych lat studiów medycznych. Celem nauczania niekoniecznie jest zdobycie całości wiedzy w danej dziedzinie, ale w większym stopniu przyswojenie przez studenta medycyny pewnego stylu myślenia (np. myślenie fizjologiczne, myślenie anatomiczne, myślenie biologiczne), wykorzystywanego następnie w praktyce klinicznej. Takim stylem myślenia jest również myślenie etyczne²⁰. Podobną opinię wyraził jeden z najwybitniejszych lekarzy etyków XX w. Edmund D. Pellegrino: „celem nauczania etyki nie jest przemiana lekarzy w bioetyków, podobnie jak celem nauczania biochemii nie jest ich przemiana w biochemików”²¹. Za osiągalne cele nauczania etyki, które można obiektywnie ocenić, Pellegrino uznał, w moim przekonaniu, bardzo mądrze:

- 1) nauczanie umiejętności analizy etycznej istotnej dla podejmowania moralnie istotnych wyborów medycznych;

16 R. Tong, Teaching bioethics in the new millennium: Holding theories accountable to actual practices and real people, *Journal of Medicine and Philosophy* 2002, 27, p. 417–432.

17 K. Nielsen, *On being skeptical about applied ethics*, [in:] *Clinical medical ethics*, ed. T.F. Ackerman, G. C. Graber, C. H. Reynolds, Lanham, University Press of America 1987.

18 C. Cowley, *The dangers of medical ethics*, *Journal of Medical Ethics* 2005, 31, p. 739–742; R. Lawlor, *Moral theories in teaching applied ethics*, *Journal of Medical Ethics* 2007, 33, p. 370–372.

19 T. Hope, J. Savulescu, J. Hendrick, *Medical ethics and law. The core curriculum*, London, Churchill Livingstone Edynburg 2003; A. Cambell, G. Gillett, G. Jones, *Medical Ethics*, New York – Oxford, Oxford University Press 2001.

20 H. Brody, *Teaching clinical ethics: models for consideration*, [in:] *Clinical medical ethics*, op. cit.

21 E. D. Pellegrino, *Teaching medical ethics: some persistent questions and some responses*, *Academic Medicine* 64 (1989), p. 701–704.

- 2) zwiększenie wrażliwości na problemy etyczne w codziennej praktyce klinicznej;
- 3) ułatwienie krytycznej refleksji nad własnymi wartościami i obowiązkami płynącymi z bycia lekarzem;
- 4) rozpoznanie treści etycznej leżącej u podstaw decyzji medycznych.

Wszystkie nauki podstawowe, takie jak anatomia, fizjologia czy biochemia, których naucza się studentów medycyny, stoją przed problemem utrzymania równowagi między ich stroną teoretyczną a praktyczną. Były one jednak wprowadzane do programów nauczania medycyny w pierwszej połowie XX w. bez szerszej dyskusji o metodach i celach nauczania. Taka dyskusja towarzyszy od 50 lat nauczaniu etyki lekarskiej, a od niedawna nauczaniu komunikacji lekarskiej. Wynika to w dużej mierze z przepełnienia programu nauczania studentów medycyny i konieczności optymalizacji małej liczby godzin, którą można przeznaczyć na przedmioty „humanistyczne”.

Drugi model nauczania etyki można nazwać Transformacyjnym. Ma on ambitniejszy cel niż samo przyswojenie wiedzy. Celem tego modelu jest pożądané przez wszystkich ukształtowanie dobrego lekarza²². Model ten zakorzeniony jest w pismach Arystotelesa, który traktował etykę jako umiejętność praktyczną, a nie wiedzę teoretyczną²³. Z drugiej strony, Model Transformacyjny odwołuje się m.in. do współczesnych badań psychologicznych, które nie wykazały związku między wiedzą etyczną a postawą moralną²⁴. Na konieczność takiego podejścia wskazują również osiągnięcia psychologii moralności, a zwłaszcza badania Resta, który rozwinął koncepcję faz rozwoju moralnego Kohlberga w koncepcję czterech wymiarów (procesów) rozwoju moralnego, które obejmują:

- 1) wrażliwość moralną;
- 2) rozumowanie moralne;
- 3) motywację moralną;
- 4) budowanie charakteru²⁵.

Model ten uwzględnia rolę emocji, motywacji, charakteru i cnót w kształtowaniu odpowiedniej postawy moralnej, mniejszą wagę przykładając do posiadanej wiedzy

22 S. Jarvis–Selinger, D. D. Pratt, G. Regehr, *Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse*, *Academic Medicine* 2012, 87, p. 1185–1191.

23 W. A. Kinghorn, *Medical education as moral formation: An Aristotelian account of medical professionalism*, *Perspectives in Biology and Medicine* 2010, 53, p. 87–105.

24 A. Blasi, *Bridging moral cognition and moral action: A critical review of the literature*, *Psychological Bulletin*, 1980, 88, p. 1–45.

25 J. R. Rest, *An overview of the psychology of morality*, [in:] *Moral development: Advances in research and theory*, ed. J. Rest, New York, Praeger 1986, p. 1–27.

filozoficznej. Przypomina on model zaproponowany we współczesnej pedagogice przez Mezirowa oraz wspomniany Model Kształcenia Transformacyjnego, który zakłada zmianę przekonań i systemu wartości²⁶.

Elementem Modelu Transformacyjnego jest budowanie wrażliwości moralnej, co stanowiło inspirację do rozwoju nowego modułu edukacyjnego, tzw. *medical humanities* (humanistycznych podstaw medycyny), który polega na wykorzystaniu filmu, literatury i sztuk plastycznych dla umożliwienia studentowi lepszemu zrozumienia relacji między pacjentem a lekarzem²⁷. Takie zajęcia wprowadzone zostały po raz pierwszy do programów nauczania na uniwersytecie w Galveston w USA w 1967 r., a w latach 70. XX w. znalazły się w programie praktycznie wszystkich uczelni medycznych w tym kraju. W latach 80. ubiegłego wieku pojawiły się w programach europejskich uczelni medycznych, a od 2003 r. w programie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, lecz poza nim nigdzie w Polsce²⁸. Humanistyka medyczna znalazła oparcie w rozwijanej od końca XX w. etyce narracyjnej, która uczyniła z narracji pacjenta główne narzędzie interpretacji jego systemu wartości. Etyka narracyjna niewątpliwie wzbogaciła rozumienie relacji lekarz–pacjent i może przez to stanowić uzupełnienie pryncypializmu²⁹.

Nie zastąpiła ona jednak tradycyjnej etyki, głównie dlatego że nawet w opinii jednego z jej twórców, Arthura Franka, nie stanowi wartościowego narzędzia rozstrzygnięcia dylematów moralnych³⁰.

Nauczanie profesjonalizmu medycznego

Realizacją Transformacyjnego Modelu nauczania etyki lekarskiej, a zarazem nawiązaniem do tradycji hipokratejskiej, jest idea profesjonalizmu medycznego. Za jej twórcę uważany jest lekarz brytyjski John Gregory³¹. Została ona rozwinięta przez Thomasa Percivala, który jako pierwszy użył określenia etyka lekarska. Potrzeba kształtowania wartości profesjonalnych jako odpowiedzi na zagrożenia stojące przed medycyną, przede wszystkim jej komercjalizacją i różnorodnymi konfliktami

26 J. Mezirow [ed.], *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*, San Francisco, Jossey-Bass 2000.

27 A. Bleakley, *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London, Routledge 2015.

28 A. Cambell, G. Gillett, G. Jones, *Medical Ethics*, op. cit.

29 H. Brody, *The four principles and narrative ethics*, [in:] *Principles of Health Care Ethics*, ed. R. Gillon, Wiley, op. cit., p. 207–217.

30 A. W. Frank, *Truth Telling, Companionship, and Witness: An Agenda for Narrative Bioethics*, Hastings Center Report 2016, 46, p. 17–21.

31 L. B. McCullough, *John Gregory and the invention of professional medical ethics and the profession of medicine*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers 1998.

interesów, została dostrzeżona pod koniec XX w. przez wiele organizacji lekarskich. Znalazła ona wyraz m.in. w zaleceniach amerykańskich i brytyjskich organizacji lekarskich i w opublikowanej w 2000 r., przyjętej w Polsce przez szereg towarzystw medycznych, Kartie Lekarza³². W 2005 r. Royal College of Physicians przyjął następującą definicję profesjonalizmu: „profesjonalizm medyczny oznacza zbiór zasad, zachowań i relacji, które są podstawą zaufania publicznego do lekarzy”³³. Dokument ten określa medycynę jako powołanie, w którym wiedza doktora, umiejętności kliniczne i właściwy osąd oddane są w służbę ochrony i przywracania ludzkiego dobrostanu. Najnowsza definicja profesjonalizmu sformułowana przez komisję amerykańskich specjalizacji medycznych określa go jako „zespół przekonań dotyczących optymalnego funkcjonowania medycyny, który powinien opierać się na samostanowieniu i odpowiedzialności grupy zawodowej. Cele te są realizowane przez partnerstwo między pacjentem i lekarzem, oparte na wzajemnym szacunku, jednostkowej odpowiedzialności i wiarygodności”³⁴.

Koncepcję profesjonalizmu włączyły do wymagań programowych zarówno American Board of Internal Medicine (ABIM), jak też sprawujący pieczę nad programami szkolenia podyplomowego (rezydentur) Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME)³⁵.

Wykształcenie profesjonalne obejmuje m.in. umiejętność intuicyjnego rozwiązywania codziennych problemów zawodowych³⁶. Rhodes i Cohen przeciwstawiają nauczanie etyki profesjonalnej nauczaniu etyki lekarskiej jako etyki stosowanej³⁷. Etyka profesjonalna nie wymaga znajomości teorii etycznych, lecz jest mocniej zakorzeniona w relacji lekarz–pacjent. Nauczaniu etyki profesjonalnej towarzyszyć powinno kształcenie emocjonalne ze szczególnym uwzględnieniem współczucia jako fundamentalnej cnoty lekarskiej³⁸. Choć nauczanie profesjonalizmu odpowiada Transformacyjnemu Modelowi nauczania etyki lekarskiej, jego programy są zazwy-

32 American Board of Internal Medicine, ACP–ASIM Foundation. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine, *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*, Annals of Internal Medicine 2002, 136, p. 243–246; *Karta Lekarza*, Medycyna Praktyczna 2002.

33 Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world.*, London, RCP.

34 F. Hafferty, M. Papadakis, W. Sullivan, M. K. Wynia, *The American Board of Medical Specialties Ethics and Professionalism Committee Definition of Professionalism*, Chicago, American Board of Medical Specialties 2012.

35 Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree, Philadelphia, Liaison Committee on Medical Education, 2016.

36 D. Schon, *Educating the reflective practitioner*, San Francisco, Jossey–Bass 1987.

37 R. Rhodes, D. S. Cohen, *Understanding, Being, and Doing: Medical Ethics in Medical Education*, Quarterly of Healthcare Ethics 2003, 12, p. 39–53.

38 B. Maxwell, *Professional Ethics Education: Studies in Compassionate Empathy*, Springer Science & Business Media B.V. 2008; T. Pasiński, *Współczucie*, Medycyna Po Dyplomie 2006, 15, p. 1–5.

czaj prowadzone równoległe i niezależnie od kształcenia w zakresie etyki lekarskiej. (Samo nauczanie profesjonalizmu prowadzone jest przez całe studia medyczne, m.in. w uniwersytecie Loyoli w Chicago³⁹.) Nauczanie profesjonalizmu jest wciąż problematyczne, ponieważ wyjątkowo trudno jest zobiektywizować jego założenia i metody, choćby w kontekście współczucia⁴⁰.

Cele nauczania etyki lekarskiej

Cele edukacji etycznej lekarzy sformułowane w USA w 1985 r., znane pod nazwą Dartmouth Rapport, zostały określone jako wykształcenie umiejętności rozpoznania moralnych aspektów praktyki lekarskiej i obejmowały jako elementy konieczne:

- zdolność uzyskania poprawnej zgody lub odmowy leczenia;
- wiedzę, jak postępować z pacjentem nie mającym kompetencji do udzielenia zgody lub odmowy;
- wiedzę, jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia;
- umiejętność decydowania o tym, kiedy moralnie dopuszczalne jest zatajenie informacji przed pacjentem;
- umiejętność decydowania o tym, kiedy moralnie dopuszczalne jest złamanie poufności;
- wiedzę, jak postępować z pacjentem o złym rokowaniu, w tym chorym terminalnie;
- znajomość problematyki sprawiedliwości w opiece medycznej;
- znajomość problematyki aborcji⁴¹.

W 1989 r. Miles i współpracownicy podsumowali dwadzieścia lat nauczania etyki lekarskiej i zaproponowali jej cele, które do dziś pozostają aktualne:

- 1) ułatwić lekarzom zrozumienie i utwierdzenie w sobie osobistych i profesjonalnych zobowiązań moralnych;
- 2) wyposażyć lekarzy w podstawy wiedzy filozoficznej, społecznej i prawnej;
- 3) umożliwić lekarzom wykorzystanie tej wiedzy w rozumowaniu klinicznym;
- 4) wyposażyć lekarzy w umiejętności komunikacyjne potrzebne, aby zastosować tę wiedzę, wgląd i rozumowanie w opiece klinicznej⁴².

39 M. Kuczewski, E. Bading, M. Langbein, B. F. Henry, *Fostering Professionalism: The Loyola Model*, Cambridge, Quarterly of Healthcare Ethics 2003, 12, p. 161–166.

40 V. Y. Fan, S. C. Lin, *It is time to include compassion in medical training*, Academic Medicine 2013, 88, p. 11–15.

41 C. M. Culver, K. D. Clouser, B. Gert et al., *Basic curricular goals in medical ethics*, New England Journal of Medicine 1985, 312, p. 253–256.

42 S. H. Miles, L. W. Lane, J. Bickel, R. M. Walker, C. K. Cassel, *Medical ethics education: coming of age*, Academic Medicine 1989, 64, p. 705–714.

Autorzy wyliczyli ponadto cele „zbyt ambitne: niemożliwe, bądź niewarte osiągnięcia”, odrzucając m.in. Transformacyjny Model nauczania⁴³. Wspomniane niemożliwe cele to:

- 1) oparcie się na jednym moralnym punkcie widzenia w pluralistycznym społeczeństwie;
- 2) uformowanie charakteru moralnego;
- 3) zahamowanie dehumanizacji medycyny.

Zwrócono też uwagę na konieczność zarówno poziomego (*horizontal*) nauczania etyki, rozumianego jako dogłębne wprowadzenie w zagadnienia etyczne na początkowych latach studiów, jak i nauczania pionowego (*vertical*), będącego kontynuacją kształcenia przez kolejne lata studiów⁴⁴.

Najświeższą amerykańską propozycją określającą cele nauczania etyki lekarskiej jest pochodzący z 2010 r. raport grupy Romanelli. Uwzględnia on obydwa omawiane modele i postuluje, aby na zakończenie procesu kształcenia student lub rezydent wykazał się umiejętnościami w następujących dziedzinach:

- rozumienie roli lekarza jako powiernika i historycznego rozwoju profesji lekarskiej;
- rozpoznanie problemów etycznych pojawiających się podczas opieki nad pacjentem;
- wykorzystanie profesjonalnych kodeksów etycznych w sądach etycznych i przy podejmowaniu decyzji;
- myślenie krytyczne i systemowe przy zastosowaniu pryncypiów bioetycznych i innych narzędzi analizy etycznej;
- opracowanie racjonalnego i odpowiedzialnego sposobu postępowania i działania zgodnie z nim;
- przedstawienie swojego rozumowania etycznego w sposób zrozumiały⁴⁵.

Z kolei Delaney i współpracownicy wyróżnili w 2009 roku pięć różnych modeli nauczania etyki lekarskiej:

- 1) etyczna analiza decyzyjna;
- 2) kształtowanie charakteru i cnót;
- 3) kształtowanie postawy obrońcy pacjenta;

43 Ibidem.

44 Ibidem.

45 A. J. Carrese, J. Malek, K. Watson, L. S. Lehmann, M. J. Green, L. B. McCullough, G. Geller, C. H. Clarence, D. J. Doukas, *Essential Role of Medical Ethics Education in Achieving Professionalism*, The Romanelli Report Academic Medicine 2015, 90, p. 744–752.

- 4) rozwój podmiotowości moralnej;
- 5) budowanie tożsamości profesjonalnej.

Warto zauważyć, że jedynie punkt 1. odpowiada Aplikacyjnemu Modelowi nauczania etyki lekarskiej, a punkty 2–5 odpowiadają Modelowi Transformacyjnemu⁴⁶.

W 1995 roku WHO zaleciło wszystkim uczelniom medycznym na świecie nauczanie etyki lekarskiej, a 10 lat później wydało odpowiedni podręcznik⁴⁷. Opiera się on głównie na koncepcji profesjonalizmu i praw pacjenta. Opisuje etykę medyczną jako równowagę między współczuciem lekarza a szacunkiem dla praw pacjenta, w podobny sposób uczyniła to w 1995 r. Organizacja Lekarzy Europejskich⁴⁸.

Zalecenia programowe dla nauczania etyki lekarskiej

W praktyce nauczanie etyki lekarskiej, jako odrębnego przedmiotu pojawiło się w programach amerykańskich uczelni w połowie lat 60., a do 1995 r. objęło prawie wszystkie uczelnie medyczne, w tym w połowie uczelni miało ono formę odrębnego przedmiotu⁴⁹. Nauczanie etyki lekarskiej stanowi obecnie wymóg akredytacyjny w USA. Artykuł ED–23 standardu LCME głosi: „program nauczania medycyny powinien zawierać edukację o etyce lekarskiej, wartościach, wymagać aby studenci medycyny skrupulatnie przestrzegali zasad etycznych w opiece nad pacjentem oraz w odniesieniu do rodzin pacjentów i wszystkich zaangażowanych stron”⁵⁰.

W Wielkiej Brytanii proces wprowadzania nauczania etyki do edukacji lekarskiej nastąpił ok. 20 lat później niż w Stanach Zjednoczonych⁵¹. Zalecany tam podstawowy program, zaktualizowany w obrębie tych samych punktów w 2010 r.⁵², jest szerszy niż propozycja amerykańska i obejmuje:

46 C. Delany, R. McDougall, L. Gillam, *Ethics in clinical education*, [in:] *Clinical Education in the Health Professions*, eds. C. Delany, L. Molloy, Chatswood, NSW Elsevier Australia 2009, p. 173–186.

47 WHO 1995 *The teaching of medical ethics: fourth consultation with leading medical practitioners*; World Medical Association, WMA medical ethics manual, Ferney–Voltaire, WMA 2005, www.wma.net/ethicsunit/pdf/manual [26.11.2016].

48 Standing Committee of European Doctors: *Teaching of medical ethics in basic and continuing medical education*.

49 L. S. Lehmann, W. S. Kasoff, P. Koch, D. D. Federman, *A survey of medical ethics education at US and Canadian medical schools*, *Academic Medicine* 2004, 79, p. 682–689.

50 Liaison Committee on Medical Education. Regulation MS 31A, [in:] *Functions and Structure of a Medical School: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree*, Philadelphia, Liaison Committee on Medical Education 2012.

51 *Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum.*, *Journal of Medical Ethics* 1998, 24, p. 188–192.

52 G. M. Stirrat, C. Johnston, R. Gillon, K. Boyd, *Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated*, *Journal of Medical Ethics* 2010, 36, p. 55–60.

- 1) zgodę i odmowę;
- 2) relację kliniczną (w tym prawdomówność, zaufanie, komunikację);
- 3) poufność;
- 4) etykę badań naukowych;
- 5) problemy związane z ludzkim rozmnażaniem;
- 6) problemy etyczne genetyki człowieka;
- 7) odrębność problemów pediatrycznych;
- 8) choroby psychiczne;
- 9) niepełnosprawność;
- 10) ryzyko wykonywania praktyki medycznej (w tym błędy i roszczenia);
- 11) sprawiedliwy dostęp do świadczeń medycznych;
- 12) prawa pacjenta.

Zalecenia nauczania etyki w Kanadzie wskazują jako główny jego cel rozwiązywanie problemów etycznych, zwiększając rolę Modelu Aplikacyjnego względem Transformacyjnego⁵³. Z kolei w Australii i Nowej Zelandii zalecenia obejmują zarówno podstawowe teorie etyczne jak i zagadnienia szczegółowe. Stanowią one zrównoważenie dwóch modeli nauczania, kładąc jednocześnie nacisk na rozwijanie umiejętności rozstrzygania problemów etycznych, jak też kształtowania postaw, takich jak uczciwość, współczucie, odpowiedzialność i potrzeba stałego kształcenia⁵⁴.

Metody stosowane w nauczaniu etyki lekarskiej

Metody stosowane w kształceniu etycznym lekarzy nie zostały jednomyślnie zaakceptowane przez wszystkie uczelnie medyczne i wciąż trwają poszukiwania najsukuczniejszego sposobu nauczania⁵⁵. Zależy on przede wszystkim od przyjęcia jednego z dwóch omawianych wcześniej naczelných modeli nauczania etyki lekarskiej: etyki stosowanej lub edukacji profesjonalnej. Podział ten przenosi się na dyskusję dotyczącą tego, czy etyka medyczna powinna stanowić samodzielny przedmiot, czy raczej należałoby ją zintegrować z nauczaniem klinicznym. Wieloletni dziekan medycyny na Uniwersytecie w Oxfordzie, J.D. Weatherall, przychylił się do tej drugiej opinii,

53 F. Martin, M. McKneally, P. Singer, *Bioethics for clinicians: Teaching bioethics in the clinical setting*, Canadian Medical Association Journal 2001, 164, p. 1163–1167.

54 Association of Teachers of Ethics and Law in Australian and New Zealand Medical Schools (ATEAM), *An ethics core curriculum for Australasian medical schools*, The Medical Journal of Australia 2001, 175, p. 205–210.

55 D. W. Musick, *Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education* Medicine, Health Care and Philosophy 1999, 2, p. 239–254; J. Goldie, *Review of ethics curricula in undergraduate medical education*, Medical Education 2000, 34, p. 108–119.

stwierdzając, że wówczas „działanie zgodnie z jej duchem ma szansę stania się drogą życia”⁵⁶. W praktyce mamy do czynienia z odwrotnym zjawiskiem, gdy nauczający medycyny klinicznej często nie zwracają uwagi na uchybienia w zachowaniu studentów⁵⁷.

Cambell i współpracownicy zaproponowali w 2009 r. szereg wytycznych dla nauczania etyki lekarskiej, m.in. rygorystyczne spełnianie kryteriów akademickości oparte na badaniach naukowych, w pełni zintegrowane z programem nauczania poziomo i pionowo, skupione na jasno zdefiniowanych wynikach nauczania oraz stosowanie sprawdzonych metod nauczania oraz zwalidowanych metod oceny⁵⁸.

Layman, omawiając w 1996 r. programy nauczania etyki, wyróżniła cztery jego formy:

- 1) Zintegrowane moduły przez cały okres nauki;
- 2) Jeden przedmiot wprowadzający i zintegrowane moduły przez cały okres nauki;
- 3) Wiele przedmiotów;
- 4) Wiele przedmiotów i seminaria w trakcie zajęć klinicznych.

Najczęściej stosowaną praktyką jest prowadzenie seminariów dyskusyjnych w małych grupach studenckich⁵⁹. Współczesne teorie edukacyjne zachęcają do tego, aby nauczanie było bardziej skupione na studencie niż na nauczycielu i aby zmniejszać ilość dostarczanej informacji na korzyść nauczania rozumowania praktycznego i umiejętności podejmowania decyzji⁶⁰. Służy temu kazuistyczna analiza modelowych przypadków medycznych, która wciąż jest popularną metodą nauczania⁶¹.

Dzisiejsza praktyka nauczania etyki lekarskiej

Nauczanie etyki lekarskiej jako odrębnego przedmiotu rozpoczęło się na szeroką skalę w USA w latach 60. XX w., w latach 90. objęło 70%, a w XXI w. wszystkie uczelnie

56 D. J. Weatherall, *Teaching medical ethics*, Journal of Medical Ethics 1995, 21, p. 133–134.

57 J. H. Burack, D. M. Irby, J. D. Carline, R. K. Root, E. B. Larson, *Teaching Compassion and Respect Attending Physicians' Responses to Problematic Behaviors*, Journal of General Internal Medicine 1999, 14, p. 49–55.

58 J. Chin, T. C. Voo, *Ethics and attitudes*, [in:] A. Dent, A. Harden, *A practical guide for medical teachers*, Churchill, Edynburg, Livingstone 2009.

59 D. W. Musick, *Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education Medicine*, op.cit.; J. Goldie, *Review of ethics curricula in undergraduate medical education*, op. cit.

60 J. Chin, T. C. Voo, *Ethics and attitudes*, [in:] A. Dent, A. Harden, op. cit.

61 T. K. Kushner, D. C. Thomasma, *Ward Ethics: Dilemmas for Medical Students and Doctors*, [in:] Training, New York, Cambridge University Press 2001; M. Parker, D. Dickenson, *The Cambridge Medical Ethics Workbook*, New York, Cambridge University Press 2001.

medyczne w tym kraju i w Kanadzie. Etyce lekarskiej, głównie deontologii lekarskiej, dedykowane były już w XVIII w. wykłady Benjamina Rusha⁶². W pierwszej połowie XX w. etykę lekarską wykładali Chauncey Leakey na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, który odcinał się od deontologii, i Richard Cabot na Uniwersytecie Harvarda, który jako pierwszy głosił ideę etyki kompetencji⁶³. Wykładom tym nie towarzyszyły inne formy zajęć. W latach 60. XX w. nauczanie etyki stało się w USA standardowym elementem studiów medycznych.

Przeprowadzona w 2004 r. ankieta obejmująca wszystkie amerykańskie i kanadyjskie uczelnie medyczne wykazała, że etyka medyczna była przedmiotem obowiązkowym na 74% uczelni, a na pozostałych przedmiotem fakultatywnym⁶⁴. W 70% uczelni zajęcia prowadzono na pierwszych latach studiów i w 70% w trakcie zajęć klinicznych, średnio poświęcając nauczaniu etyki 26 godzin⁶⁵. Dominującą formą nauczania były seminaria prowadzone w małych grupach studenckich, w 1/3 uczelni tej formie nauczania poświęcono ponad 50% godzin. Zwraca uwagę wykorzystanie takich form zajęć jak inscenizowane scenki – 3% i filmy – 2% programów⁶⁶.

W wielu brytyjskich uczelniach medycznych, np. na Uniwersytecie w Oxford czy Imperial College w Londynie, nauczanie etyki lekarskiej połączone jest z prawem medycznym i umiejętnościami komunikacyjnymi i odbywa się podczas wprowadzenia do studiów medycznych. Przeprowadzona w 2004 r. analiza na uczelniach brytyjskich pokazuje, że podobnie jak w USA i Kanadzie najczęściej jest tam stosowany model mieszany wykładów i seminariów, lecz rzadko udaje się realizować model pionowy z kontynuacją nauczania etyki lekarskiej przez cały okres studiów⁶⁷.

W medycznych uczelniach irlandzkich, np. na uniwersytecie w Cork, nauczanie etyki prowadzone było początkowo przez duchownych katolickich, którzy z czasem zostali zastąpieni przez etyków⁶⁸. Proces dydaktyczny oparty jest tam na następujących podstawach:

- indukcyjna analiza wybranych problemów etycznych;
- analiza uwarunkowań prawnych oraz aksjologicznych problemów etyki lekarskiej;
- przedstawienie różnic między moralnością a religią.

62 A. R. Jonsen, *A short history of medical ethics*, Oxford, University Press 2000.

63 Ibidem.

64 D. W. Musick, *Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education Medicine*, op. cit.

65 Ibidem.

66 J. Goldie, *Review of ethics curricula in undergraduate medical education*, op. cit.

67 W. Musick, *Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education Medicine*, op. cit.

68 D. D. Clarke, *The teaching of medical ethics: University College, Cork, Ireland JME 1978*, 4, p. 36–39.

W większości krajów Europy kontynentalnej podstawą nauczania etyki lekarskiej była tradycyjnie deontologia medyczna, omawiana w oparciu o krajowe kodeksy etyki lekarskiej⁶⁹. Sondaż przeprowadzony w 2004 r. w 25 europejskich uczelniach medycznych z 18 krajów wykazał, że etyka medyczna wykładana jest w 96% z nich, przy czym w 44% ma to miejsce tylko na jednym roku zajęć. Średni czas poświęcony na zajęcia to 44 godziny⁷⁰. W Niemczech jeszcze do końca lat 70. uczelnie medyczne nie prowadziły wyodrębnionych zajęć z etyki lekarskiej. Aktualnie w czołowych uczelniach medycznych Niemiec etyka wykładana jest w ramach wprowadzenia do medycyny na pierwszym roku studiów⁷¹. W Holandii, np. na uniwersytecie w Nijmegen, zajęcia z etyki lekarskiej prowadzone są na szóstym roku studiów i polegają na udziale w 20 dyskusyjnych seminariach obejmujących problemy etyczne głównych specjalności medycznych⁷². Na Katolickim Uniwersytecie w Leuven (Belgia) etyka medyczna nauczana jest na trzecim roku studiów w formie 30 wykładów⁷³. Etyka medyczna nauczana była w 1999 r. w 48% ankietowanych uczelni medycznych w Australoazji, w tym we wszystkich uczelniach Chin, Australii, Nowej Zelandii i w 20% w Japonii⁷⁴.

Panuje powszechne przekonanie, że nauczanie etyki lekarskiej w trakcie studiów medycznych powinno być kontynuowane w okresie stażu i specjalizacji. Przemawia za tym również wspomniane wcześniej zjawisko „ukrytej edukacji” (*hidden curriculum*)⁷⁵. Im bardziej wyspecjalizowana jest dana dziedzina medycyny, tym więcej ma do czynienia z odrębnymi, swoistymi dla dziedziny praktycznymi problemami etycznymi. Podyplomowa edukacja etyczna w równym stopniu opiera się na Transformacyjnym Modelu nauczania (etyce profesjonalnej), co na Modelu Aplikacyjnym⁷⁶.

69 J. Milcinski, S. Straziscar, *Teaching medical ethics. Ljubljana school of medicine*, Journal of Medical Ethics 1980, 6, p. 145–148.

70 F. A. Claudot, X. Ducrocq, H. Coudane, *Teaching ethics in Europe*, Journal of Medical Ethics 2007, 33, p. 491–495.

71 https://www.charite.de/en/studies/courses/undergraduate_courses/new_revised_medical_curriculum [24.08.2016.]

72 M. A. Wachter, *Teaching medical ethics: The Netherlands. University of Nijmegen*, Journal of Medical Ethics 1978, 4, p. 84–88.

73 K. Diericckx, C. H. Gastmans, *Medische Ethik*, Leuven, Medica 2014.

74 M. Miyasaka, A. Akabayashi, I. Kai, G. Ohi, *An international survey of medical ethic curricula in Asia*, Journal of Medical Ethics 1999, 25, p. 514–521.

75 F. W. Hafferty, R. Franks, *The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education*, op. cit.

76 The General Surgery Milestone Project: a joint initiative of the Accreditation Council for Graduate Medical Education and the American Board of Surgery. Accreditation Council for Graduate Medical Education website. <http://acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Milestones/SurgeryMilestones.pdf>, 6 – 2015, [20.09.2016]; R. L. Cruess, S. R. Cruess, Y. Steinert ed., *Teaching Medical Professionalism*, Cambridge, UK: Cambridge University Press 2009.

W niektórych podręcznikach etyki lekarskiej dla specjalistów w ogóle nie wspomina się o teoriach etycznych⁷⁷.

Wyzwania i przyszłość nauczania etyki lekarskiej

Przyszłość nauczania etyki lekarskiej zależy od drogi, jaką będzie podążała sama medycyna. Cambell i współpracownicy w 2009 r. dostrzegali przed nią następujące wyzwania:

- głębokie przemiany społeczne i znaczenie profesjonalizmu;
- globalne standardy i zróżnicowanie kulturowe;
- przeciwdziałanie „ukrytemu nauczaniu”⁷⁸.

Na łamach wielu pism medycznych postuluje się dalsze zwiększenie roli nauczania etyki w programach nauczania studentów medycyny⁷⁹. Cooper i Tauber postulują, aby opierały się one na następujących pryncypiach:

- etyka medyczna jest fundamentem medycyny klinicznej;
- wartości odgrywają kluczową rolę w procesie podejmowania decyzji;
- konieczne jest kultywowanie etosu humanistycznej opieki;
- przyjęcie na studia medyczne powinno uwzględniać zarówno intelektualne, jak i empatyczne walory studentów;
- powinno się promować nauczycieli medycyny, którzy łączą w sobie nauki kliniczne i zasady humanistycznej opieki⁸⁰.

W 2010 r. grupa lekarzy sformułowała na łamach pisma *Lancet* wizję kształcenia lekarza na XXI w.⁸¹. W większym stopniu powinna ona uwzględniać konieczność wykonywania profesji lekarskiej na różnych obszarach globu i na rzecz zróżnicowanych kulturowo populacji⁸². W świetle tych idei proponuje się większe uwzględnienie problematyki praw człowieka w nauczaniu etyki lekarskiej⁸³.

77 Ethics in Obstetrics and Gynecology Academy of Obstetrics and Gynecology, Washington 2004; L. B. McCullough, J. W. Jones, B. A. Brody, *Surgical ethics*, New York, Oxford University Press 1998; J. J. Fins, *A Palliative Ethic of Care: Clinical Wisdom at Life's End*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers 2006; H. Draper, W. E. Scott, *Ethics in Anaesthesia and Intensive Care*, Edynburg, London, Elsevier 2003.

78 J. Chin, T. C. Voo, *Ethics and attitudes*, op. cit.

79 R. A. Cooper, A. I. Tauber, *New physicians for a new century*, *Academic Medicine* 2005, 80, p. 1086–1088.

80 K. Mattick, J. Bligh, *Teaching and assessing medical ethics: where are we now?*, *Journal of Medical Ethics* 2006, 32, p. 181–185.

81 J. Frenk, L. Chen, Z. A. Bhutta et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, *Lancet* 2010, 376, p. 1923–1958.

82 Ibidem.

83 L. Gillam, *Teaching ethics in the health professions*, [in:] *A Companion to Bioethics*, ed. H. Kuhse, P. Singer, Oxford, UK: Wiley Blackwell 2009, p. 584–593; J. R. Fitchett, E. Ferran, K. Footer, N. Ahmed, *Health and human rights: an area of neglect in the core curriculum?*, *Journal of Medical Ethics* 2011, 37, p. 258–260.

Podsumowanie

Nauczanie etyki lekarskiej jako odrębnego przedmiotu akademickiego, mimo już blisko 50-letniej tradycji, wciąż nie osiągnęło jednolitego, światowego, powszechnie zaakceptowanego standardu. Wynika to zarówno z trudności w stworzeniu uniwersalnej teorii etyki lekarskiej, jak i braku dowodów na skuteczność jakiegokolwiek modelu edukacji etycznej. Mimo to w XXI w. wszyscy są zgodni, że przedmiot ten powinien się znajdować w programach kształcenia uczelni medycznych. Wątpliwości dotyczą celów edukacji, metod jej prowadzenia i sposobów oceny skuteczności. Można wyodrębnić dwa zasadnicze modele: Aplikacyjny i Transformacyjny. Nowe wymagania obejmują uwzględnienie w programach nauczania etyki kwestii zróżnicowania i pluralizmu kulturowego.

Ponieważ nie istnieje jeden model nauczania etyki, polskie uczelnie mogą dokonywać wyborów między różnymi spośród nich, uwzględniając swoje możliwości kadrowe i pamiętając o zachowaniu takich zasad jak: zdefiniowanie wyników nauczania, stosowanie sprawdzonych metod dydaktycznych i zwalidowanych metod oceny. Optymalna, choć wciąż prawie nieosiągalna, jest obecność zajęć z etyki na wszystkich latach studiów medycznych. Wprowadzenie do etyki lekarskiej powinno zacząć się już w pierwszych latach nauki i być kontynuowane w czasie zajęć klinicznych. Dla nauczania etyki lekarskiej, konstytutywne wydaje się kształcenie profesjonalizmu lekarskiego.

Abstract

Teaching of Medical Ethics – Experience and Future from Foreign Medical Schools

Teaching of medical ethics as a separate academic program been universally accepted for the last 50 years. Two alternative ideas of medical ethics teaching have been developed. The first one is close to applicative ethics. Second transformative is more firmly rooted in medical tradition. The best methods in teaching medical ethics are still discussed. Ideally they should be rigorously validated in comparative studies and should rely on well-defined goals of teaching. Ideal of combining teaching ethics with clinical teaching is very difficult to achieve. Another theoretical obstacle in creating the common standard of ethical teaching is the lack of one universal theory of medical ethics.