

PAWEŁ PRZYŁĘCKI 
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

EDUKACJA MEDYCZNA I JEJ WPŁYW NA KSZTAŁTOWANIE PROFESJONALIZMU LEKARSKIEGO I ZAUFANIA DO PROFESJI LEKARSKIEJ

Streszczenie

W drugiej połowie XX w. przedstawiciele nauki, jak i środowiska medycznego w USA i Europie Zachodniej zauważyli, iż profesja lekarska przeżywa kryzys [Hafferty, Castellani 2009: 20]. Pod wpływem różnych czynników zewnętrznych (rozwój technologii, uzależnienie od firm farmaceutycznych) i wewnętrznych (pragnienie osiągnięcia wysokiego statusu materialnego) lekarze zaczęli odchodzić od wartości, które były dotąd ważne, a które odwoływały się do tzw. profesjonalizmu tradycyjnego. To wszystko przyczyniło się do stopniowego spadku zaufania społecznego do lekarzy na całym świecie. Chcąc przeciwdziałać tym negatywnym tendencjom, na Zachodzie rozpoczęto badania naukowe dotyczące profesjonalizmu medycznego, a także wprowadzono szkolenia dla studentów medycyny w zakresie profesjonalizmu. Zrozumiano jednak, iż nie da się nauczyć przyszłych lekarzy profesjonalizmu jedynie podczas obowiązkowych wykładów (ang. *formal curriculum*) i że najważniejsza jest obserwacja personelu medycznego (ang. *informal curriculum*), który zachowuje się w sposób profesjonalny.

W artykule podjęta została problematyka profesjonalizmu i jego nabywania przez studentów medycyny w procesie formalnej i nieformalnej edukacji

przeddyplomowej przy założeniu, że odbudowa profesjonalizmu może być kluczem do zwiększenia zaufania społeczeństwa do profesji lekarskiej. Proces ten jednak nie jest łatwy, bowiem wzorcem dla obecnych studentów są ich starsi mistrzowie, którzy nie zawsze prezentują zachowania i postawy uznane za profesjonalne. W artykule przedstawione zostały wyniki badania przeprowadzonego w 2020 r. na grupie 239 studentów ostatniego roku studiów na kierunku lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badanie dotyczyło oceny edukacji medycznej w zakresie nauczania profesjonalizmu, do którego należy zaliczyć zarówno twarde (np. wiedzę), jak i miękkie wskaźniki (np. komunikację z pacjentem).

Słowa kluczowe: edukacja medyczna, profesjonalizm lekarski, zaufanie, lekarze, studenci medycyny

WPROWADZENIE

Partnerska relacja i efektywna komunikacja oparta na wzajemnym zaufaniu i szacunku do pacjenta to tylko dwa przykłady zachowań pożądanych w relacji lekarz–pacjent. Różne badania pokazują, że poziom zaufania społecznego do profesji lekarskiej nie jest zadowalający zarówno w Polsce, jak i za granicą, a wpływ na to mają na ogół negatywne doświadczenia powstałe w momencie zetknięcia się z systemem opieki zdrowotnej [por. Blendon, Benson, Hero 2014; Kilijanek-Cieślik 2018]. Mówiąc w uproszczeniu, wynikają one z niskiego poziomu profesjonalizmu kadr medycznych.

Zagadnienie profesjonalizmu medycznego stało się modne w środowisku naukowym i medycznym dopiero w latach 80. XX wieku, a w Polsce jeszcze później. Profesjonalizm jest czymś nie do końca uchwytnym; często czujemy, że lekarz jest bądź nie jest profesjonalistą, ale trudniej jest nam zdefiniować to zachowanie. Profesjonalizm jest czymś, czego nie da się wyuczyć tak jak anatomii. Ze względu na złożoność tego zjawiska nauka profesjonalizmu ma często nieformalny charakter i trwa nieprzerwanie (socjalizacja wtórna).

W artykule tym zostanie podjęte zagadnienie wpływu przeddyplomowej edukacji medycznej na kształtowanie profesjonalizmu u przyszłych adeptów sztuki lekarskiej, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. ukrytego programu nauczania (ang. *hidden curriculum*). Można bowiem postawić tezę, iż ukryty program nauczania, którego istotę stanowi obserwacja mistrzów, odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu profesjonalizmu lekarskiego, istotniejszą niż edukacja formalna.

WPLYW EDUKACJI MEDYCZNEJ NA KSZTAŁTOWANIE PROFESJONALIZMU

Ze względu na szczególną funkcję, jaką lekarze pełnią w społeczeństwie, edukacja medyczna musi być procesem przemyślanym i odpowiedzialnie realizowanym. Z tego też powodu w Polsce obowiązują jednolite standardy nauczania na kierunkach medycznych [Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego 2019]. Wyzwaniem dla edukacji medycznej, łączącej edukację teoretyczną i praktyczną, jest takie zbalansowanie programu nauczania, aby uczenie się poprzez działanie (ang. *learning by doing*) było optymalnie wspierane przekazywaną wiedzą teoretyczną oraz zajęciami symulacyjnymi [Scheele 2012: 267]. Wykształcenie profesjonalnych lekarzy jest procesem długim i skomplikowanym, bowiem od lekarzy oczekuje się nie tylko posiadania wiedzy, ale również nabycia innych cenionych umiejętności i kompetencji, które razem wzięte mogą stanowić o profesjonalizmie, a ten powinien wpływać na wzrost zaufania społecznego do medyków.

Analizując edukację medyczną, należy zwrócić uwagę na jej wielowymiarowość, na którą składają się powiązane ze sobą strefy wpływów, czyli relacje pomiędzy tym, co oferuje oficjalny program nauczania, a tym, co oferuje nieformalny i ukryty program nauczania [Hafferty 1998]. Do edukacji medycznej zagadnienie wpływu ukrytego programu nauczania na kształtowanie moralności lekarskiej zostało wprowadzone w latach 80. XX w. przez Jacka Haasa i Williama Shafira [1982], jednakże dopiero późniejsza praca socjologów Frederica Hafferty'ego i Ronalda Franka [1994] wpłynęła na zainteresowanie środowiska medycznego tym zagadnieniem. Kilkuletni proces formalnej edukacji medycznej ma na celu przeobrażenie laików w profesjonalistów. Proces ten jednak jest złożony i skomplikowany i odbywa się na kilku poziomach:

- a) **formal curriculum** (formalny program/kurs) – formalnie zatwierdzony i ogłoszony przez uczelnię wyższą program nauczania;
- b) **informal curriculum** (nieformalny program/kurs) – nieopisana w dokumentach oficjalnych forma nauczania i uczenia się poprzez obserwację zachowań innych osób;
- c) **hidden curriculum** (ukryty program/kurs) – szeroko rozumiany wpływ, któremu student podlega na poziomie struktury organizacyjnej i kultury [Hafferty 1998];
- d) **null curriculum** (program zerowy) – pomijane w edukacji formalnej zagadnienia/treści, uważane tym samym za nieważne [Flinders, Noddings, Thorton 1986].

W procesie edukacji medycznej student nabywa wiedzę w sposób świadomy i nieświadomy. Cały zakres wymagań dotyczących wiedzy, umiejętności i kompetencji nabywanych w toku studiów został opisany w licznych dokumentach, takich jak standardy nauczania, program nauczania, sylabusy (*formal curriculum*). Jednak to, co formalnie zapisane i wykładane, ma tylko częściowy wpływ na kształtowanie profesjonalizmu lekarskiego. Proces edukacji formalnej jest uzupełniany (*informal curriculum*) również poza salą wykładową [Hafferty, Franks 1994] – np. w trakcie obserwacji nauczycieli podczas zajęć na uczelni, w szpitalu, podczas obchodu czy wizyty pacjenta w gabinecie, nieformalnych rozmów z wykładowcami i kolegami na korytarzu, w kafeterii, windzie, na parkingu. Nieformalny program nauczania koncentruje się zatem na poziomie interpersonalnych interakcji [Hafferty 1998: 404]. Podczas edukacji nieformalnej studenci przechodzą przez proces socjalizacji wtórnej, w trakcie której internalizują normy obowiązujące w środowisku medycznym. Należą do nich również normy krytykowane przez badaczy, jak sztywna hierarchia autorytetu i zaufania, konformizm, cynizm, obojętność na los pacjenta [Christakis, Feudtner 1997: 741, za: Szewczyk 2018: 72]. Nauczanie nieformalne wzmacniane jest przez program ukryty (*hidden curriculum*). Jak stwierdził Richard Cowell, „ukryty program jest tym, czego szkoła uczy – ogólnie biorąc – bez zamiaru nauczania lub świadomości co jest nauczane” [Cowell 1972: 12, za: Szewczyk 2018: 73]. Wpływ ukrytego programu nauczania na studenta dotyczy różnych obszarów, z których cztery można uznać za kluczowe. Są to według Hafferty’ego [1998: 404]:

- a) **zasady polityki** – zasady i wymogi zawarte w różnych dokumentach, podręcznikach, umowach o pracę, w wymaganiach dla kandydatów na studia;
- b) **ocena** – rozumiana bardzo szeroko – należy tu uwzględnić oceny uzyskiwane przez studentów podczas egzaminów, a także ewaluację jakości kształcenia, parametryzację wydziałów medycznych czy stosowaną w badaniach medycznych metodologię *evidence-based medicine* (medycyna oparta na dowodach);
- c) **podział zasobów** – dotyczy kwestii dystrybucji ograniczonych zasobów, głównie finansowych. Na zakres prowadzonych badań, jak i charakter edukacji wpływ mają posiadane zasoby, którymi zarządza dziekan/rektor i których wysokość zależy od środków budżetowych. Zarówno wykładowca, jak i student zdobywają wiedzę na temat tego, jakie działania są lub nie są skuteczne w pozyskiwaniu danych zasobów;
- d) **slang instytucjonalny** – nabywany podczas studiów żargon medyczny, nieobecny w podręcznikach, a znany w środowisku szpitalnym.

Bez trudu można wskazać takie treści, które nie pojawiają się w trakcie studiów czy to ze względu na to, że o nich zapomniano, czy też dlatego, że świadomie je usunięto lub nie zawarto ich w podręcznikach (ang. *null curriculum*). Unikanie wybranych tematów w formalnym programie kształcenia ma także wpływ na przyszłego lekarza. Podsumowując, można porównać edukację medyczną do góry lodowej, której widoczny wierzchołek stanowiłby formalny wymiar edukacji, a podwodna część góry symbolizowałaby zarówno edukację nieformalną i ukrytą, jak i program zerowy [Szewczyk 2018: 69].

PROFESJA I PROFESJONALIZM LEKARSKI

Badania nad profesjonalizmem były początkowo elementem dodanym do badania profesji w ogóle. Wyzwaniem było przede wszystkim zdefiniowanie samej profesji i określenie jej cech szczególnych na tle innych zawodów, niezaliczanych do profesji. W gąszczu różnych badań warto przywołać stanowiska dwóch amerykańskich socjologów – Everetta Hughesa oraz Eliota Freidsona.

Pierwszy z nich, należący do głównych przedstawicieli symbolicznego interakcjonizmu, prowadził badania nad różnymi grupami zawodowymi [Hughes 1971]. Jedno z zagadnień, jakie podjął w toku tych badań, dotyczyło tego, co sprawia, że dany zawód można uznać za profesję. Rozważania przeprowadzone przez Hughesa pozwoliły na wyróżnienie kilku kluczowych atrybutów profesji i wywarły wpływ na sposób myślenia o profesji przez późniejszych badaczy, w tym jednego z najślawniejszych – Eliota Freidsona [Chapoulie 1987: 278].

Hughes, próbując zdefiniować profesję, twierdził, iż członkowie profesji świadczą usługi, które są dla laików owiane pewną dozą tajemniczości, ze względu na wykorzystywanie zaawansowanej wiedzy i umiejętności. Świadczone usługi mogą mieć charakter jedynie porady medycznej, jak i konkretnego działania medycznego. Działania mogą mieć charakter fizyczny (przeprowadzenie operacji medycznej), jak i symboliczny (działalność religijna). Wykonanie profesjonalnego działania powiązane jest z posiadaną wiedzą, nabywaną skrupulatnie i systematycznie przez daną osobę. Przedstawiciele określonych profesji deklarują, iż wiedzą więcej niż laicy, również w kwestiach dotyczących laików, np. lekarz wie lepiej, co dolega pacjentowi. Ponieważ posiadają specjalistyczną wiedzę, dążą do tego, aby otrzymać szczególne przywileje w społeczeństwie w zakresie wykonywania swojej praktyki, do których należą m.in.: prawo autonomii, możliwość zrzeszania się w samorządach zawodowych, prawo do decydowania o sprawach swojej profesji. Samorzady zawodowe profesji otrzymują funkcję

kontrolną w stosunku do swoich członków, a jednocześnie otrzymują przywilej określania reguł przyjęcia do danej profesji. Wymaga to na ogół ukończenia wieloletnich studiów, a następnie potwierdzenia swojej wiedzy i umiejętności w trakcie egzaminów, na których przebieg i zakres wymaganego materiału mają wpływ członkowie danej profesji. Ponadto profesję ma wyróżniać dążenie do obiektywizmu i bezstronności w działaniach. Wszelkie usługi na rzecz innych jednostek i grup świadczone są w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną wiedzą, co wiąże się jednocześnie z roszczeniem przedstawicieli profesji wobec społeczeństwa o okazanie im zaufania w zakresie podejmowanych praktyk. Klient odbieranej usługi, jak np. pacjent, nie jest w stanie miarodajnie ocenić pracy lekarza, dlatego powinien mu zaufać w kwestii przeprowadzonego leczenia oraz co do tego, że zachowa on dyskrecję w zakresie pozyskanych tzw. informacji wrażliwych [Hughes 1971].

Wpływowa praca Eliota Freidsona *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge* [1972] zwróciła większą uwagę środowiska naukowego na konieczność badania tego zagadnienia. W publikacji można wyróżnić wiele problemów związanych z tematyką profesji i profesjonalizmu, jednakże kluczowa okazała się w niej dyskusja na temat problemów z definiowaniem profesji. Freidson dokonał krytycznej rewizji wcześniejszych definicji profesji, które kładły nacisk na ideologiczne atrybuty profesjonalizmu, jak altruizm, zachowanie etyczne czy praca na rzecz dobra społecznego, co stawiało profesje w pozytywnym świetle i uzasadniało ich wysoką i uprzywilejowaną pozycję w społeczeństwie. Freidson krytycznie podszedł do tego stanowiska, zauważając, że powoływanie się na normy etyczne służy jedynie ochronie autonomii lekarskiej, gdyż w rzeczywistości normy te nie stanowią istotnego punktu odniesienia i nie są przestrzegane. Badacz uwypuklił przede wszystkim podstawową rolę wiedzy, która pozwala profesji pełnić funkcję kontrolną nad społeczeństwem w danym obszarze. To właśnie rodzaj posiadanej wiedzy, jej znaczenie dla społeczeństwa, umożliwia odróżnienie profesji od innych zawodów, których wykonywanie również wymaga posiadania wiedzy w jakiejś dziedzinie, jednak nie zapewnia możliwości sprawowania kontroli i władzy nad społeczeństwem. Odwołując się do prac Freidsona [1972, 1986, 2001], można wskazać na różne instytucjonalne elementy pomocne w definiowaniu profesji, które dzielą się na stałe i zmienne. Do elementów stałych należą: posiadanie wiedzy i umiejętności pozwalających na wykonywanie zawodu, podział pracy oraz system szkoleń kontrolowany przez profesję. Do elementów zmiennych należą takie czynniki, które na gruncie lokalnym decydują o specyfice danej profesji, uznaniu danej grupy zawodowej

za profesję, jak obowiązujące w danym kraju prawo umożliwiające tworzenie związków zawodowych czy polityka w zakresie uprzywilejowania danej grupy zawodowej poprzez np. powierzenie jej określonych kompetencji kontrolnych nad społeczeństwem [Studzińska-Pasieka 2008: 145].

Pomimo licznych badań nad profesjami i ich profesjonalizmem niestety nadal brakuje jednej, powszechnie uznanej definicji profesjonalizmu. Termin ten jest na tyle szeroki i niejasny znaczeniowo, że badacze profesjonalizmu nadal operacjonalizują to pojęcie, podając jego cechy, zamiast zaproponować konkretną definicję [Szewczyk 2019: 34].

Kazimierz Szewczyk dokonał analizy historii rozwoju pojęcia profesjonalizmu i zaproponował trzy jego ujęcia: tradycyjne (klasyczne), odnowione i kompleksowe. Zanim w XIX w. ukształtował się profesjonalizm tradycyjny, lekarze działali na zasadach wolnorynkowych – a więc z nastawieniem na zysk. Pacjent zaś, płacąc za daną usługę, wymagał jej świadczenia. W tej relacji lekarz nie miał władzy nad klientem [Szewczyk 2019: 35]. Nie istniały wówczas izby zrzeszające lekarzy, a zagadnienie profesjonalizmu nie funkcjonowało w dyskursie publicznym. Dopiero zredagowanie w 1847 r. przez American Medical Council pierwszego znanego Kodeksu etyki lekarskiej [Szewczyk 2019: 36] jest uważane za przełomowy moment w zakresie podejmowania zagadnień określanych współcześnie jako profesjonalizm. Za kluczowe cechy kształtującego się wówczas profesjonalizmu tradycyjnego uznano głównie altruizm graniczący wręcz z poświęceniem, paternalizm w stosunku do pacjenta, dążenie do perfekcji, poczucie profesjonalnej wspólnotowości środowiska lekarskiego [Szewczyk 2019: 41]. Na bazie profesjonalizmu tradycyjnego zrodziły się w XX w. jego dwie kolejne formy: odnowiony i kompleksowy. Profesjonalizm odnowiony był pokłosiem dyskusji, jaka rozpoczęła się, głównie w USA, w II połowie XX w. w związku z koniecznością odbudowania wizerunku środowiska, nadszarpniętego na skutek licznych afer. Do głównych jego postulatów można zaliczyć, obok tych już wcześniej wskazanych, także konieczność odpowiadania na potrzeby społeczne, opiekę nad pacjentami, których na nią nie stać, włączanie do opieki medycznej grup zmarginalizowanych i dążenie do sprawiedliwości społecznej. Dodatkowo zwrócono uwagę na krzewienie tzw. wartości humanistycznych, jak: uczciwość, prawość, altruizm, troska i współczucie, empatia, wiarygodność, szacunek. Profesjonalizm odnowiony kładł także nacisk na nieprzerwaną edukację czy dążenie do perfekcji klinicznej [Szewczyk 2019: 47–48]. Za najmłodszą odmianę profesjonalizmu można uznać profesjonalizm kompleksowy, który stanowi konstrukcję teoretyczną zaproponowaną przez uznanych badaczy profesjonalizmu – Frederica

Hafferty'ego i Briana Castellaniego [2006]. Badacze ci wskazali dziesięć kluczowych aspektów pracy medycznej: altruizm, moralność osobistą, autonomię, kompetencje interpersonalne, styl życia, komercjalizm, dominację zawodową lekarza, sprawiedliwość społeczną, kontrakt społeczny i kompetencje techniczne. W związku z tym, iż dla każdej osoby i instytucji ważne mogą być inne aspekty wykonywania profesji, Hafferty i Castellani wyróżnili różne typy profesjonalizmu – nostalgiczny (dotyczy osób i instytucji, które chciałyby odnowienia tradycyjnej formy profesjonalizmu, opartego na autonomii i dominacji lekarzy), działacza, akademicki, badawczy, bezrefleksyjny, przedsiębiorczy, sposobu życia [Castellani, Hafferty 2006: 9]. Profesjonalizmu kompleksowego nie można sprowadzić do indywidualnych zachowań lekarzy, jest on raczej sumą oddziaływań pomiędzy różnymi siłami – systemowymi, społecznymi, politycznymi – oraz ogółem pracowników opieki zdrowotnej. Profesjonalizm kompleksowy wykracza poza cechy profesjonalizmu tradycyjnego, i nawet odnowionego, nie ogranicza się do postępowania indywidualnego lekarzy, jak i postępowania instytucjonalnego [Szewczyk 2019: 51].

W 1999 r. lekarze zrzeszeni w trzech organizacjach – The European Federation of Internal Medicine (EFIM), The ACP-ASIM Foundation oraz The ABIM Foundation – wystąpili z inicjatywą opracowania wspólnego statutu w zakresie profesjonalizmu lekarskiego, który mógłby być przyjęty przez lekarzy działających w różnych systemach kulturowych i politycznych. W dyskusji nad projektem w ramach EFIM brali również udział prezesi narodowych towarzystw internistycznych Towarzystwa Internistów Polskich. Efektem tych prac było przyjęcie statutu A Physician Charter [ABIM Foundation 2002]. Dokument ten został przetłumaczony na język polski i opublikowany w „Medycynie Praktycznej dla Lekarzy” oraz przyjęty przez Naczelną Radę Lekarską [Karta Lekarza 2013].

W preambule A Physician Charter podkreślono, że profesjonalizm jest podstawą kontraktu ze społeczeństwem, czyli milczącego porozumienia pomiędzy społeczeństwem a profesją medyczną. Społeczeństwo w zamian za przyznane lekarzom prawa i przywileje, takie jak prawo do samoregulacji, oczekuje w zamian przywiązania profesji lekarskiej do wartości, wysokich standardów, kompetencji i moralnej odpowiedzialności, które umożliwią lekarzom jak najlepsze wykonywanie zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Zwrócono też uwagę, iż zaufanie społeczne zależy od wyznawanych przez środowisko medyczne wartości i profesjonalizmu.

W Karcie Lekarza zostały wskazane 3 fundamentalne zasady: nadrzędności dobra pacjenta, autonomii pacjenta i sprawiedliwości społecznej. Dodatkowo wymieniono 10 profesjonalnych zobowiązań, do których należą: posiadanie

profesjonalnych kompetencji, uczciwość w stosunku do pacjentów, zachowanie poufności informacji o pacjencie, utrzymanie właściwej relacji z pacjentami, poprawa jakości świadczonych usług, poprawa dostępu do opieki medycznej, sprawiedliwa dystrybucja ograniczonych zasobów, zdobywanie wiedzy naukowej, utrzymanie zaufania poprzez umiejętność zarządzania ewentualnymi konfliktami interesów (np. dążenie do niezależności od firm farmaceutycznych), dążenie do odpowiedzialności za własną profesję (poprzez wzajemną kontrolę zachowań innych członków profesji i reagowanie w sytuacji, gdy przyjęte standardy są łamane) [ABIM Foundation 2002; Karta Lekarza 2013].

Problematyka profesjonalizmu cieszyła się również ogromnym zainteresowaniem członków Royal College of Physicians w Wielkiej Brytanii. Powołali oni grupę roboczą, która miała zająć się tematem profesjonalizmu i ustalić, które jego aspekty są współcześnie szczególnie pożądane, a które nie są już tak aktualne jak w przeszłości. W skład grupy weszło wielu przedstawicieli świata medycyny i nauki, którzy dokonali szczegółowej analizy literatury naukowej oraz zapoznali się z opiniami praktyków i zaproponowali definicję profesjonalizmu jako „zesp[ol]u wartości, zachowań i wzajemnych relacji, które stanowią podstawę zaufania, jakim społeczeństwo obdarza lekarzy” [Royal College of Physicians 2005: 9]. Stwierdzono, iż w codziennej praktyce lekarze powinni przede wszystkim dbać o takie aspekty, jak: uczciwość, współczucie, altruizm, ciągły rozwój osobisty, doskonałość, współpraca z innymi członkami zespołu medycznego, które według Royal College of Physicians stanowią podstawę moralnego kontraktu pomiędzy społeczeństwem a profesją lekarską. Na obu stronach spoczywa obowiązek pracy na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej, od których zależy zdrowie i zbiorowa godność człowieka. Tym, na co zwrócono szczególną uwagę w tej definicji [2005], ale również podkreślano we wcześniejszym dokumencie – A Physician Charter [2002], jest kwestia zaufania i właściwej komunikacji z pacjentem [Janczukowicz 2013: 40].

ZAUFANIE JAKO PODSTAWA RELACJI LEKARZ–PACJENT

Jak już zostało wspomniane, jednym z głównych celów profesjonalizmu, akcentowanym w omawianych powyżej dokumentach, jest odbudowa zaufania społecznego do profesji lekarskiej. Zaufanie do lekarza to nic innego jak wiara czy przekonanie, że możemy powierzyć swoje zdrowie, życie, a nawet tajemnice pewnym osobom, ufając w szczerłość ich intencji. Piotr Sztompka [2007: 69–70] twierdzi, iż „zaufanie jest zakładem podejmowanym na temat niepewnych, przyszłych działań innych ludzi. Zaufanie jest traktowane jako fundament istnienia

społeczeństwa, element spajający społeczeństwo”. Zaufanie wydaje się niezbędne tam, gdzie jest niepewność, a poziom ryzyka jest wysoki czy nawet umiarkowany. Oddanie swojego ciała w ręce lekarza z pewnością obejmuje ten zakres ryzyka, zwłaszcza że skuteczność leczenia zależy od niezależnych od pacjenta kwestii, jak wiedza i umiejętności lekarza, w które po prostu musimy uwierzyć [Calnan, Rowe 2008: 2]. Pojęcia zaufania oraz profesjonalizmu lekarskiego są zatem powiązane ze sobą, nie jest bowiem możliwe budowanie właściwej relacji pomiędzy profesją lekarską a pacjentami i społeczeństwem, jeśli środowisko medyczne nie działa zgodnie z określonymi zarówno prawnie, jak i społecznie normami oraz nie posiada cech, które są przez społeczeństwo uważane za konieczne do budowania zaufania [Arnold, Thompson 2010: 7]. Jednocześnie już na etapie edukacji przeddyplomowej konieczne jest przekazywanie przyszłym lekarzom wzorców, które przyczynią się do odbudowy zaufania społecznego do profesji lekarskiej.

Różne badania wskazują [Goold, Klipp 2002; Tarrant, Stokes, Baker 2003], że zaufanie zależy głównie od powiązanych ze sobą czynników, takich jak: kompetencje interpersonalne lekarza, okazywany pacjentowi szacunek, kompetencje techniczne lekarza. Jednakże, jak wykazała Maria Zadoroznyj [2001], badając australijskie kobiety w ciąży, kompetencje techniczne lekarzy, choć ważne, okazały się jednak drugorzędne w stosunku do rozwiniętych kompetencji interpersonalnych.

Ustalenie powodów spadającego poziomu zaufania do lekarzy nie zawsze jest łatwe, bowiem często sam spadek zaufania jest pewnym procesem, splotem różnych zdarzeń w historii leczenia pacjenta. Pomocna w tym zakresie może być analiza skarg i wniosków składanych do instytucji nadrzędnych. Jak wykazała analiza, wśród skarg składanych w Polsce do Rzecznika Praw Pacjenta, dominują sprawy dotyczące błędów medycznych i złamania prawa do: świadczeń opieki medycznej, dokumentacji medycznej, informacji, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Ponadto część skarg dotyczyła także naruszenia intymności pacjenta (badanie pacjenta przy osobach trzecich, wchodzenie do gabinetu pracowników administracyjnych szpitala) oraz nieetycznego zachowania personelu medycznego [Łaska-Formejster 2015: 235–239]. Należy podkreślić, iż większość z tych skarg wynika *de facto* ze złamania zasad profesjonalizmu medycznego.

ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE

Poziom zaufania do środowiska medycznego w Polsce maleje [Kilijanek-Cieślik 2018], czego główną przyczyną jest krytyczna ocena środowiska lekarskiego. Środowisko medyczne w krajach zachodnich już w latach 70. XX w. zauważyło, że

istnieje konieczność rozpoczęcia badań nad profesjonalizmem oraz kształceniem w zakresie profesjonalizmu przyszłych kadr medycznych w celu poprawy jakości świadczonych usług medycznych i ograniczenia ewentualnych nieprofesjonalnych zachowań. Jednocześnie zwrócono uwagę na odmienny wpływ edukacji formalnej i nieformalnej na proces rozwijania postaw profesjonalnych [Hafferty, Franks 1994; Hafferty 1998]. Pomimo stwierdzenia rozbieżności pomiędzy teorią a praktyką w kształtowaniu postaw profesjonalnych środowiska lekarskiego oraz ogromnego wpływu ukrytego programu nauczania na kształtowanie profesjonalizmu lekarskiego (zarówno twardych atrybutów, jak wiedza, wykonywanie procedur medycznych, jak i miękkich atrybutów, takich jak komunikacja z pacjentem, szacunek do pacjenta itd.) problem ten nie był jak dotąd badany w odniesieniu do kształcenia medycznego w Polsce. W związku z powyższym w celu uzyskania wiedzy na temat tego, jak studenci medycyny oceniają swoją edukację medyczną przygotowującą ich do wykonywania w przyszłości zawodu, a także jak postrzegają swoich nauczycieli wykonujących profesję lekarską, zwłaszcza w zakresie profesjonalnego podejścia do pacjenta, zrealizowano badanie, które miało pomóc odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

- Jak studenci ostatniego roku kierunku lekarskiego oceniają swoje przygotowanie do pracy w zawodzie lekarza?
- Jakie cechy profesjonalnego lekarza są ważne dla studentów ostatniego roku studiów kierunku lekarskiego?
- Jak studenci oceniają profesjonalizm lekarzy w zakresie poszanowania praw pacjenta?
- Jakie postawy w stosunku do pacjentów mające wpływ na kształtowanie profesjonalizmu lekarskiego są przekazywane studentom w procesie edukacji medycznej formalnej i nieformalnej.

W celu przeprowadzenia badania dotyczącego przekazywanych postaw i wartości w procesie edukacji medycznej wysunięto następujące hipotezy badawcze:

1. Edukacja medyczna (przedkliniczna i kliniczna) spełnia w ocenie studentów swoją rolę w zakresie merytorycznego (wiedza medyczna) przygotowania do wykonywania zawodu lekarza.
2. Istnieje rozbieżność w nauczaniu profesjonalizmu lekarskiego pomiędzy formalną a nieformalną edukacją medyczną.

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania oraz weryfikacji wysuniętych hipotez wybrano metodę sondażu diagnostycznego, która pozwala badać i opisywać zjawiska zachodzące w wielkich zbiorach, jak i w instytucjach życia społecznego i może być wykorzystywana do badania stanu świadomości danej grupy społecznej [Apanowicz 2002: 71]. Zastosowano technikę badania

ankietowego, posługując się ankietą audytoryjną. Badanie zrealizowano w pierwszym kwartale 2020 r. wśród studentów ostatniego roku kierunku lekarskiego studiujących na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Przed badaniem przeprowadzono pilotaż narzędzia. Ankieta w formie papierowej była rozdawana podczas zajęć, które nie były realizowane przez autora badania. Zastosowano dobór celowy próby. Celem było dotarcie do jak największej liczby studentów ostatniego roku kierunku lekarskiego. Jednakże ze względu na fakt, iż na ostatnim roku studiów studenci mają głównie zajęcia kliniczne oraz zajęcia w małych grupach, nie było możliwe przeprowadzenie badania w jednym miejscu i czasie, a tym samym dotarcie do wszystkich potencjalnych badanych. Ostatecznie w badaniu wzięło udział 239 studentów, w tym 146 kobiet (61,1%) oraz 93 mężczyzn (38,9%), co stanowi 81% ogółu osób studiujących wówczas na ostatnim roku kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Wybór do badania studentów jednej uczelni medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, podyktowany był łatwością dostępu do tej grupy badawczej. Wyników badania nie można zatem uznać za reprezentatywne dla całej populacji studentów medycyny w Polsce. Należy jednak podkreślić, iż Uniwersytet Medyczny w Łodzi jest jedną z największych uczelni medycznych w Polsce, dzięki czemu istniała możliwość uzyskania odpowiedzi od dużej grupy studentów. Mając na uwadze to, iż w Polsce obowiązują jednolite standardy nauczania na kierunku lekarskim oraz to, iż studenci część zajęć, np. w formie praktyk, odbywają w szpitalach na terenie całego kraju, można założyć, iż uzyskane wyniki pokazują problemy edukacji medycznej typowe dla wszystkich uczelni medycznych w Polsce.

Narzędzie badawcze w formie ankiety składało się ogółem z 27 pytań, w tym jednego pytania metryczkowego (płeć), 20 pytań zamkniętych i sześciu pytań otwartych. Pytania otwarte stanowiły uszczegółowienie odpowiedzi udzielonych w pytaniach zamkniętych.

WYNIKI BADANIA

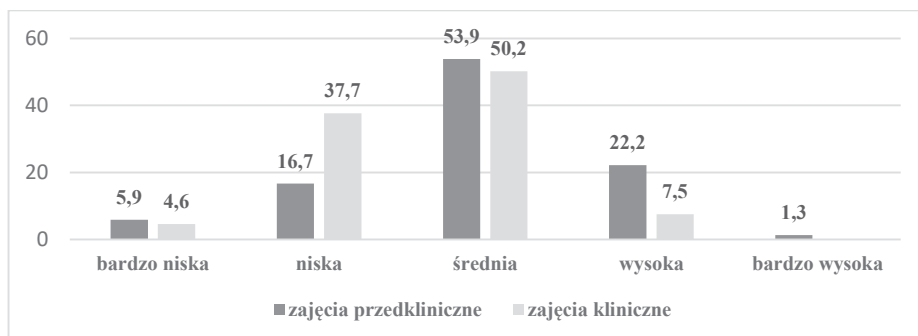
Ocena przeddyplomowej edukacji medycznej

Przeddyplomową edukację medyczną dzieli się na przedkliniczną i kliniczną. W Polsce pierwszy etap edukacji medycznej przypada głównie na pierwsze dwa lata studiów, a od trzeciego roku studiów studenci zaczynają zajęcia kliniczne na oddziałach szpitalnych. Edukacja przedkliniczna (np. anatomia, biochemia, biofizyka) stanowi teoretyczne przygotowanie do przedmiotów *stricte* medycz-

nych (np. interna, chirurgia). W trakcie edukacji przedklinicznej studenci mają również zajęcia z przedmiotów z zakresu nauk społecznych i humanistycznych (np. profesjonalizm, socjologia, bioetyka, psychologia). Oba te przeplatające się etapy kształcenia mają na celu wykształcenie kompetentnego lekarza, który zdobędzie zarówno twarde (wiedza, umiejętności techniczne), jak i miękkie (kompetencje społeczne) kompetencje umożliwiające kształtowanie postawy profesjonalizmu lekarskiego. W związku z powyższym respondenci ocenili oba typy edukacji medycznej, posługując się pięciostopniową skalą Likerta, gdzie 1 oznaczało bardzo niską ocenę, a 5 – bardzo wysoką. Dodatkowo, biorąc pod uwagę to, iż badania były przeprowadzone na początku ostatniego semestru studiów (pół roku przed podejściem do Lekarskiego Egzaminu Końcowego – dalej LEK), zbadano samoocenę studentów w zakresie przygotowania do wykonywania w przyszłości zawodu lekarza.

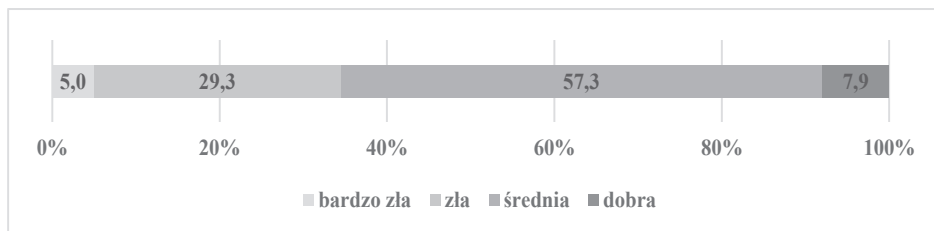
Edukacja przedkliniczna została oceniona nieznacznie wyżej ($\bar{X} = 2,96$, $SD = 0,82$) niż edukacja kliniczna ($\bar{X} = 2,61$, $SD = 0,70$) (wykres 1). Jednocześnie większość badanych oceniła swoje przygotowanie do wykonywania w przyszłości zawodu lekarskiego na poziomie średnim ($\bar{X} = 3,32$, $SD = 0,69$), natomiast nikt z badanych nie ocenił poziomu swojego przygotowania jako bardzo dobrego (wykres 2). Badani zatem swoje odczucia dotyczące przygotowania do wykonywania zawodu lekarza ocenili nieznacznie wyżej niż sam proces edukacji medycznej. Należy jednak podkreślić, iż po zdaniu LEK-u studenci udają się jeszcze na 13-miesięczny podyplomowy staż w szpitalu, gdzie już jako lekarze wykonują swoje obowiązki zawodowe pod okiem doświadczonych lekarzy. Zdobywają tym samym tak ważne w zawodzie lekarza doświadczenie praktyczne.

WYKRES 1. Ocena przeddyplomowej edukacji medycznej według badanych (w %)



Źródło: opracowanie własne.

WYKRES 2. Samoocena badanych studentów w zakresie przygotowania do wykonywania zawodu lekarza (w %)



Źródło: opracowanie własne.

Do głównych przyczyn niezadowolającej oceny w przypadku edukacji przedklinicznej należy zaliczyć – charakterystyczne dla polskiego tradycyjnego modelu kształcenia medycznego – położenie silnego nacisku na duży zakres drobiazgowo przedstawianego materiału, niepowiązanego na ogół na pierwszych latach kształcenia z przypadkami klinicznymi. Zakres materiału jest na tyle szczegółowy, iż studenci przeświadczeni są o braku przydatności tej wiedzy w przyszłej pracy klinicznej. System kształcenia medycznego w Polsce znacząco odbiega od kształcenia obowiązującego w większości państw na świecie, w których edukacja medyczna w większym zakresie polega na rozwiązywaniu konkretnych problemów medycznych i łączeniu teorii z praktyką już od wczesnych lat studiów. Natomiast w przypadku zajęć klinicznych badani zwracali uwagę na to, iż często są one klinicznymi jedynie z nazwy, a w rzeczywistości nadal mają charakter bardziej teoretyczny. Studenci na ogół sami znajdowali przyczynę tego stanu rzeczy – zbyt dużą liczbę studentów przypadających na grupę kliniczną, przepracowanie i zmęczenie lekarzy, brak czasu lekarzy, którzy w tym samym czasie wykonują inne obowiązki zawodowe.

TABELA 1. Wybrane opinie studentów na temat prowadzonych zajęć¹

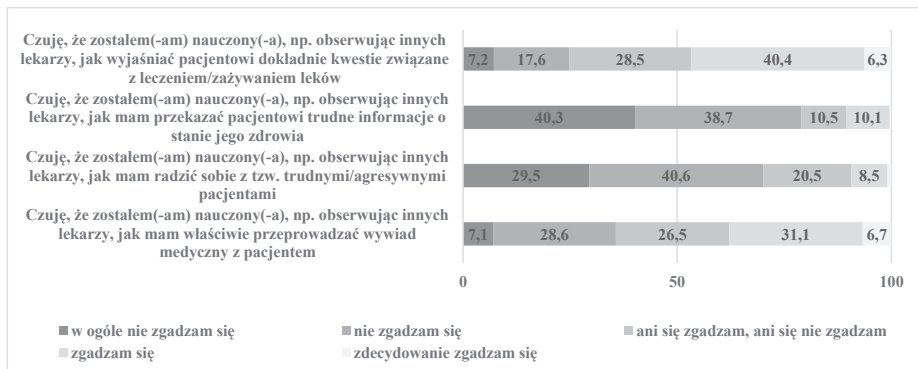
Zajęcia przedkliniczne
„Zajęcia przedkliniczne są prowadzone w sposób bardzo mało przydatny, zwraca się uwagę na szczegóły nieprzydatne w praktyce klinicznej. Wymaga się szczegółowej wiedzy i nie ma zaangażowania studenta do pracy, dyskusji. Nie zwraca się uwagi na praktyczne sposoby radzenia sobie w przyszłości”.
„Często uczymy się szczegółów bez spojrzenia na człowieka jako całość, co prowadzi do niezrozumienia różnych zagadnień lub nieumiejętności ich zastosowania w praktyce”.
„Prowadzący przykładali się do zajęć, wiedza była sukcesywnie sprawdzana, duża liczba godzin zajęć”.
„Zajęcia często były poprzedzone wejściówkami i testami, co mobilizowało studentów do regularnej nauki”.
Zajęcia kliniczne
„Lekarze poświęcają zbyt mało uwagi nauczaniu nas tego, jak przeprowadzić prawidłowo podstawowe badania fizykalne pacjenta”.
„Z klinik wyniosłam mistrzostwo w zbieraniu wywiadu. Natomiast nikt nie pokazał mi jak osłuchać pacjenta ani nie sprawdził, czy dobrze to zrobiłam, na niektórych klinikach przez 2 godziny podpieram ścianę”.
„Zbyt rzadko prowadzący jest ze studentem przy łóżku chorego”.
„W większości klinik chodzimy do pacjentów w 15 osób, za małą ilość asystentów i brak indywidualnego podejścia do studenta”.
„Zajęcia kliniczne to głównie podpieranie ścian i wysłuchanie prezentacji. Jestem na ostatnim roku studiów i do tej pory nikt nie podał mi, jak prawidłowo zebrać wywiad i zbadać pacjenta. Odnoszę wrażenie, że część osób prowadzących uczy nas za karę. Zajęcia często ograniczają się do zbierania wywiadu bez następnego omówienia pacjentów. Standardem są sytuacje, w których prowadzący się dziwią, że czegoś nie potrafimy wykonać mimo tego, że pokazują nam, jak to wykonać”.
„Wielu bardzo dobrych nauczycieli, którzy pomimo braku możliwości starają się przekazać praktyczną wiedzę. Zbyt dużo czasu poświęconego na prelekcje, a za mało na kliniczne zajęcia praktyczne na oddziale. Grupy kliniczne są zbyt duże, przez co zajęcia mają małą wartość”.

Źródło: opracowanie własne.

¹ Badani, pomimo dokonania oceny prowadzonych zajęć w oparciu o skalę Likerta, w osobnym pytaniu zostali poproszeni o wyrażenie opinii na temat obu etapów kształcenia. Analiza przedstawionych opinii pokazała ich ogromną powtarzalność. Dominowały opinie negatywne, przy niewielkiej ilości pozytywnych. Nawet badani, którzy ocenili dobrze dany poziom edukacji, w pytaniu otwartym zwracali uwagę na niedostatki systemu kształcenia. Dobrym przykładem jest opinia przedstawiona jako ostatnia w tabeli. W tabeli zawarto przykładowe opinie, aczkolwiek wyrażone przez więcej niż połowę badanych. Opinie pozytywne zostały przedstawione jako przeciwwaga dla negatywnych i pojawiły się jedynie w przypadku 16% badanych, przy czym na ogół ci sami badani wskazywali w tej samej wypowiedzi zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy formalnego kształcenia medycznego.

Studenci twierdzili, iż do pełnego przygotowania do wykonywania zawodu medycznego brakuje im zarówno podstawowych umiejętności technicznych (np. właściwe osłuchiwanie pacjenta, wykonanie badania usg, ekg, szycie ran itp.), jak i umiejętności interpersonalnych i społecznych. Wykres 3 prezentuje odpowiedzi studentów dotyczące ich samooceny w zakresie nabycia kluczowych miękkich kompetencji poprzez obserwację innych lekarzy na etapie *informal curriculum*. W tym przypadku lepiej ocenione zostały takie umiejętności, jak przeprowadzanie wywiadu medycznego oraz przekazywanie informacji dotyczących zażywania leków, natomiast nisko zostały ocenione takie umiejętności, jak radzenie sobie z trudnym/agresywnym pacjentem czy przekazywanie trudnych informacji pacjentom.

WYKRES 3. Samoocena studentów w zakresie nabycia umiejętności pracy z pacjentem (w %)



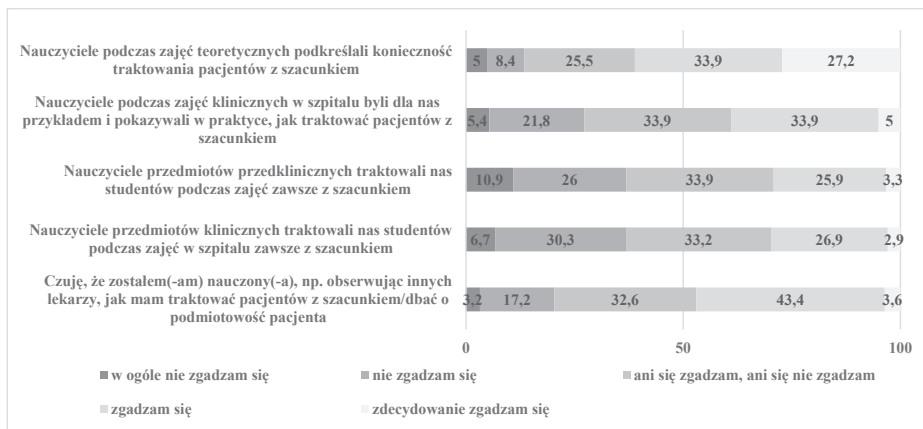
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Wpływ edukacji formalnej i nieformalnej na nabywanie profesjonalizmu

Przyszli lekarze świadomie lub nieświadomie nabywają wielu postaw od starszych kolegów poprzez podpatrywanie ich zachowań w miejscu pracy, a czasem też poza pracą. Tym samym niektóre negatywne zachowania będące złą opieką medyczną, jak brak poszanowania dla godności i intymności pacjenta, od pokoleń są powielane. Można uznać, iż nabyte w procesie przeddyplomowej edukacji medycznej postawy i wartości będą znacząco rzutowały na przyszłą pracę lekarza. Dlatego też już sam fakt bycia darzonym szacunkiem przez nauczyciela stanowi pośrednią formę uczenia się okazywania szacunku innym, podobnie jak doświadczanie gnębienia i braku szacunku może skutkować powielaniem

złych nawyków. Chcąc wiarygodnie ocenić sposób traktowania studentów przez nauczycieli, w pytaniach ponownie dokonano rozróżnienia na edukację przedkliniczną i kliniczną. W pierwszym przypadku nauczyciele rzadziej są lekarzami. W drugim przypadku nauczyciele najczęściej są lekarzami lub ukończyli inny kierunek medyczny. Opinie studentów na temat okazywania szacunku studentom i pacjentom są bardzo rozbieżne (wykres 4), co w dużym stopniu może wynikać z tego, iż pewna część nauczycieli akademickich stanowiła wzór do naśladowania dla studentów, a inni nauczyciele przeciwnie. Ponadto zauważalna jest również pewna różnica pomiędzy teorią a praktyką. W opinii studentów nauczyciele podczas zajęć teoretycznych częściej podkreślali konieczność traktowania pacjentów z szacunkiem (61,1% wskazań), niż okazywali w praktyce taki szacunek studentom (29,2% wskazań). W trakcie zajęć klinicznych 38,9% badanych studentów uznało sposób traktowania pacjentów przez wykładowców za wzorcowy, ale zdaniem już tylko 29,8% badanych studentów ci sami wykładowcy traktowali z szacunkiem również studentów podczas zajęć w szpitalu. Studenci różnili się również w ocenie tego, czy obserwacja mistrzów pozwala nauczyć się, jak traktować pacjentów z szacunkiem.

WYKRES 4. Stosunek nauczycieli/lekarzy do pacjentów i studentów w opinii badanych (w %)

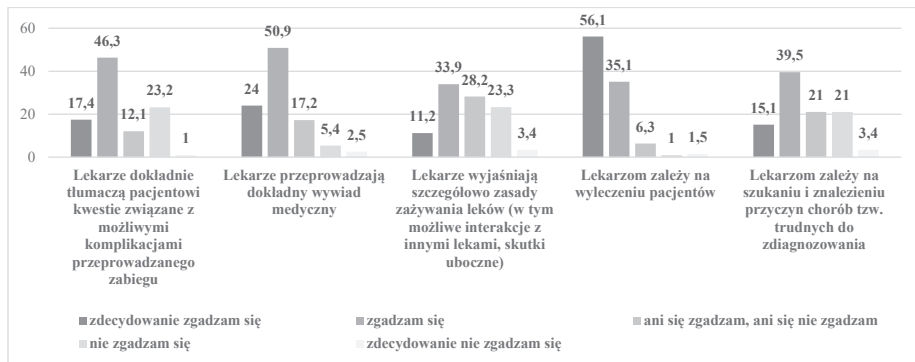


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Dużą zgodność badanych (91,2%) warto odnotować w kontekście oceny zaangażowania środowiska lekarskiego w leczenie pacjentów (wykres 5). Większość badanych (74,9%) twierdziła, iż lekarze przeprowadzają dokładny wywiad medyczny z pacjentem, informują również pacjentów dokładnie o możliwości wystąpienia komplikacji związanych z danym zabiegiem medycznym (63,7%),

szukają przyczyn wystąpienia chorób, głównie tych rzadkich, których diagnostyka nie jest rutynowa (54,6%). Warto jednak podkreślić, iż w wypadku tego pytania aż 24,4% studentów miało zdecydowanie odmienne zdanie, a 21% nie wypowiedziało się jednoznacznie. Jeszcze bardziej zauważalne rozbieżności dotyczą kwestii objaśniania pacjentom możliwych interakcji i skutków ubocznych zażywania leków. W tym wypadku mniej niż połowa badanych (45,1%) była przekonana, na podstawie własnych obserwacji, o tym, że lekarze wywiązują się należycie z tego obowiązku. Aż 26,7% uznało, iż lekarze nie wyjaśniają pacjentom należycie możliwych skutków ubocznych farmakoterapii.

WYKRES 5. Ocena pracy lekarzy w opinii badanych studentów

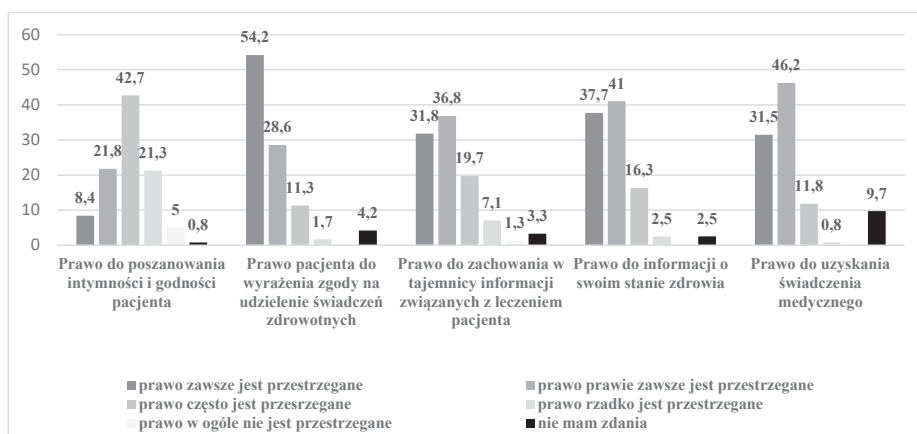


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Jak już zostało wspomniane, skargi kierowane przez pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczą na ogół łamania konkretnych praw pacjenta [Łaska-Formejster 2015], co może negatywnie wpływać na budowanie zaufania do profesji lekarskiej. Ewentualne nagminne powtarzanie się przypadków łamania praw pacjenta przy braku reakcji ze strony innych przedstawicieli profesji lekarskiej może znacząco wpływać na kształtowanie niewłaściwych nawyków u osób przygotowujących się do pełnienia roli lekarza. Studenci, na podstawie własnych obserwacji, pozytywnie ocenili swoich mistrzów w zakresie przestrzegania praw pacjenta w szpitalu. Uznali, że prawa te są w większości przypadków przestrzegane – przede wszystkim prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (95%), prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (94,1%) i prawo do uzyskania świadczenia medycznego (89,5%). W mniejszym, aczkolwiek wciąż w dużym stopniu przestrzegane są w opinii

badanych także inne prawa, tj. prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta (72,9%) oraz prawo do zachowania tajemnicy informacji związanych z leczeniem pacjenta (71,7%). W tym miejscu warto odnotować, iż większość studentów spotkała się jednak na etapie edukacji medycznej z różnymi przypadkami złamania któregoś z praw pacjenta w szpitalu. Najwięcej, bo aż 71,6%, było świadkiem złamania prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta². Jednocześnie 29,1% było świadkiem złamania tajemnicy związanej z leczeniem pacjenta. To wszystko jednak nie wpłynęło na całościowe negatywne postrzeganie profesji medycznej. Wybrane przykłady łamania praw pacjentów zostały zestawione w tabeli 2.

WYKRES 6. Opinia studentów medycyny na temat przestrzegania praw pacjentów w szpitalu przez personel medyczny



Źródło: opracowanie własne.

² Pomimo iż 72,9% badanych stwierdziło, iż prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta jest zazwyczaj przestrzegane przez lekarzy, to jednocześnie 71,6% studentów przyznało, iż było świadkiem złamania tego prawa. W przypadku dokonywania oceny dużej grupy osób, np. całego środowiska medycznego, studenci brali pod uwagę powszechność, w ich mniemaniu, występowania danego zjawiska. Tym samym obserwowane pojedyncze negatywne przykłady nieprzestrzegania przez lekarzy danego prawa pacjenta nie musiały rzutować na ogólną opinię dotyczącą przestrzegania danego prawa przez środowisko medyczne.

TABELA 2. Przykłady łamania praw pacjenta w szpitalu w opinii badanych studentów³

Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z leczeniem pacjenta
„Omawianie szczegółów procesu terapeutycznego w obecności innych pacjentów/osób odwiedzających, niewyproszenie osób odwiedzających innego pacjenta przy zbieraniu wywiadu lub przekazywaniu informacji”.
„Często w czasie zajęć klinicznych z powodu braku miejsca omawialiśmy chorobę pacjenta przy innych chorych oraz osobach odwiedzających”.
„Często informacje o pacjentach przekazywane są osobom o niepotwierdzonych tożsamościach”.
„Lekarz powiedział, nieświadomemu tego synowi, że jego ojciec też leczy się psychiatrycznie”.
„Ze studentami omawia się pacjentów na korytarzu, nakazując nam zebranie wywiadu – nie wskazuje się odpowiedniego miejsca do tego celu – jest to robione często na korytarzu przy innych osobach”.
„Na jednej z imprez studenckich grupa studentów przechwalała się co śmieszniejszymi informacjami zebranymi w trakcie wywiadów z pacjentami”.
„Bardzo często zdarza się, że informacje o pacjentach „wypływają” tam, gdzie nie powinny – w barach, pubach na spotkaniach – łącznie z imionami i nazwiskami”.
Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
„... na oddziale pielęgniarka krzyczy «idź jeszcze do tej wątroby na 2 sali»”.
„Częste rozmowy w pokoju lekarskim i pokoju pielęgniarek o pacjentach i komentowanie ich stanu zdrowia, życia prywatnego, plotkowanie”.
„Pacjenci leżący na korytarzach, seniorzy domagający się godzinami zmiany pampersa, pielęgniarka na cały głos krzycząca do drugiej pielęgniarki: «idę ogolić miejsca intymne starszej kobiecie». Oczywiście użyła innych niestosowanych słów”.
„Sale OIOM gdzie przychodzą do pacjentów rodziny, a inni pacjenci leżą nago, badanie pacjenta na sali, na której leży 5 innych pacjentów, w sytuacji gdy możliwe byłoby odgrodzenie tej osoby chociaż parawanem.
„Jako studentka widziałam nieraz podczas najintymniejszych badań, gdy personel wchodził/ wychodził, a przez drzwi można było wszystko widzieć”.
„Ginekologia, lekarz w czasie USG powiedział pacjentce przy 5 studentach: «No ja tu już nic nie widzę, ciąży z tego nie będzie. Do widzenia»”.
„Na SOR lekarka powiedziała pacjentowi, który nie mógł chodzić (leżał na łóżku), że albo wejdzie sam na górę (interna) albo będzie sobie tu leżał, ile chce bo wg niej może chodzić (brakowało personelu do przewiezienia go). Pacjent wył z bólu i później leżał tak kilka godzin sam w pokoju obok gabinetu na SOR-ze”.
„Pacjenci często są badani w salach z innymi pacjentami, gdy mają się rozebrać, czy podczas zakładania cewnika czy per rectum”.

³ Wybór określonych wypowiedzi studentów miał na celu przedstawienie całego spectrum pojawiających się przykładów łamania praw pacjenta w opinii badanych.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
„Pacjentka w stanie agonalnym leży przez ok. 24 h w łóżku na korytarzu, gdzie przechodzili co chwilę ludzie”.
„Badanie pacjentki na oddziale chirurgicznym, która po operacji leżała bez bielizny. Lekarz aby zbadać tylko brzuch, odkrył całą pacjentkę i po zakończeniu badania nie przykrył”.
„Na zajęciach zostało przeprowadzone badanie per rectum bez informowania pacjenta; rzadko pacjenci są pytani o zgodę na uczestniczenie studentów przy badaniu”.
„Wykonywanie dopochwowego USG u pacjentki ginekologicznej w obecności 4 studentów bez zasłonięcia intymnych części ciała pacjentki, bez zapewnienia miejsca, gdzie mogłaby się rozebrać. Żenujące i żałosne”.
„Prawo do poszanowania godności. Nauczyciel akademicki krytykował w sposób grubiański wygląd pacjentki, wyśmiewał ją w obecności dużej grupy studentów, innej pacjentce sugerował lekkomyślność, a także że wypadek samochodowy był jej winą mimo braku jakiegokolwiek wiedzy na ten temat”.
„Ginekologia. Badanie USG przezpochwowe. Fotel ustawiony w kierunku drzwi wejściowych, brak parawanu. Ponadto wielokrotnie spotkałam się z sytuacją, gdy do gabinetu, w którym trwa badanie, wchodzi np. pielęgniarka. Jednak otwierając drzwi, pacjenci w poczekalni mogą zobaczyć, co się dzieje w gabinecie”.
„Interesuję się ginekologią, dlatego wielokrotnie zauważyłam, że intymność pacjentki jest nieposzanowana. Pacjentki są badane, a do gabinetu wchodzi inne osoby – bardzo nieuprzejme sytuacje. Pewien doktor podczas przyjęcia na izbie w obecności grupy klinicznej w sposób ordynarny, bez poszanowania godności pacjentki, wykonał badanie per rectum”.
„Oglądanie procedur w obrębie dróg rodnych dopiero gdy pacjentkę znieczulono i zsedowano, żeby nie widziała, ile osób będzie to obserwować.”

Źródło: opracowanie własne.

Cechy profesjonalnego lekarza w opinii studentów

Studenci, posiadający już dużą wiedzę na temat teoretycznych i praktycznych aspektów pracy lekarza, wskazali, które elementy profesjonalizmu są przez nich uważane za szczególnie ważne, a które za mało ważne. W tym miejscu należy podkreślić, iż nie ma jednego uniwersalnego katalogu takich cech, jednak wiele cech powtarza się w różnych koncepcjach. Dlatego też w badaniu zostały wyróżnione wybrane cechy lub zachowania, które studentom kojarzą się z profesjonalizmem. Badani oceniali dany atrybut na skali 1–5, gdzie 1 oznaczało cechę nieważną, 3 – cechę średnio ważną, a 5 – bardzo ważną. W tabeli 3 podano uzyskaną średnią dla tych cech. Jednocześnie uszeregowano je od najbardziej do najmniej ważnych. Jak się okazuje, dla przyszłych lekarzy najważniejszym atrybutem profesjonalizmu jest jego twardy element – wiedza, najrzadziej natomiast wskazywany był

altruizm. Można zatem stwierdzić, iż studenci nie preferują tzw. tradycyjnego rozumienia profesjonalizmu, w którym zwracano uwagę na pełne oddanie się lekarza pacjentowi.

TABELA 3. Ocena ważności atrybutów profesjonalnego zachowania w opinii badanych studentów

Atrybut profesjonalizmu lekarskiego	\bar{X}	SD
Posiadanie wiedzy	4,84	0,39
Dbanie o prywatność pacjenta podczas badania medycznego	4,61	0,55
Dbłość o zachowanie tajemnicy lekarskiej	4,61	0,58
Umiejętność słuchania pacjentów	4,56	0,56
Tłumaczenie pacjentowi ze zrozumieniem wszystkich kwestii związanych z jego leczeniem	4,53	0,59
Działanie według zasad Kodeksu etyki lekarskiej	4,45	0,67
Traktowanie potrzeb pacjentów z szacunkiem	4,44	0,57
Budowanie relacji zaufania z pacjentem	4,35	0,65
Bycie empatycznym	4,24	0,73
Pozwolenie na aktywne uczestnictwo pacjenta w procesie leczenia	3,95	0,70
Posiadanie cech przywódczych	3,15	0,84
Altruizm	2,59	0,99

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Co może zaskakiwać, są też inne, wydawałoby się bardzo ważne atrybuty profesjonalizmu lekarskiego, które jednak przez studentów medycyny są oceniane nieznacznie niżej. Jednym z nich jest „pozwolenie na aktywne uczestnictwo pacjenta w procesie leczenia”. Jest to jeden z kluczowych elementów profesjonalizmu odnowionego i również kompleksowego, tymczasem niektórzy studenci wykazali się w tym przypadku większym przywiązaniem do patriarchalnego modelu relacji lekarz–pacjent, charakterystycznego dla modelu biomedycznego. Można wnioskować, iż wynika to albo z cech osobowych tych studentów, albo z „zapatrzenia się” na niektórych lekarzy ze starszego pokolenia. Wydawałoby się również, iż działanie według Kodeksu etyki lekarskiej powinno być dla wszystkich niezaprzeczalnie bardzo ważnym elementem pracy lekarza, tymczasem pojawiły się również pojedyncze niższe oceny dla tego wskazania.

Warto podkreślić, że poszczególne atrybuty profesjonalizmu zostały w większości ocenione przez studentów jako bardzo ważne, co można uznać za dobry prognostyk, świadczący o tym, iż obecna edukacja w zakresie profesjonalizmu przynosi oczekiwane efekty.

PODSUMOWANIE

Istnieje wiele badań na temat relacji lekarz–pacjent, do których należą też prace dotyczące komunikacji, zaufania czy profesjonalizmu. Ich wspólnym elementem jest pokazanie trudności tej relacji i udzielenie odpowiedzi, co zrobić, aby była ona efektywna. W niniejszym artykule poruszone zostały również te zagadnienia, z tym że sedno rozważań stanowiła problematyka nabywania profesjonalizmu lekarskiego w procesie edukacji przeddyplomowej. Zgodnie z budowaną od wielu lat teorią wpływu *hidden curriculum* na kształtowanie postaw przyszłych lekarzy w artykule zostały zaprezentowane wyniki badania przeprowadzonego ze studentami ostatniego roku kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Celem badania było uzyskanie wiedzy na temat tego, jak studenci oceniają swoją edukację medyczną, jakie wzorce są przekazywane studentom nie tylko na poziomie *formal curriculum*, ale przede wszystkim na poziomie *informal* czy *hidden curriculum*. Ze względu na ograniczenia metodologiczne badania ankietowego możliwe było zbadanie tylko wybranych aspektów profesjonalizmu. W przyszłości warto przeprowadzić badania jakościowe tego zagadnienia.

Przedstawione wyniki wskazują zarówno na mocne, jak i słabe elementy edukacji medycznej, z przewagą tych elementów, które wymagają skorygowania. Należy podkreślić, iż nie udało się jednoznacznie potwierdzić lub odrzucić hipotezy 1, że edukacja medyczna spełnia w ocenie studentów swoją rolę w zakresie merytorycznego przygotowania do wykonywania zawodu lekarskiego. Jak się okazuje, edukacja przedkliniczna jest nieznacznie lepiej oceniana ($\bar{X} = 2,96$) przez studentów niż edukacja kliniczna ($\bar{X} = 2,61$). Biorąc pod uwagę średnią arytmetyczną, należałoby negatywnie zweryfikować tę hipotezę, trzeba jednak zauważyć, iż w ocenie obu typów edukacji medycznej dominowała średnia ocena poziomu kształcenia. W tym przypadku warto jednak odnieść się do udzielonych przez studentów opinii na temat prowadzenia zajęć, które w przeważającym stopniu były negatywne. Dotyczyły one jednak nie niskiego poziomu przekazywanej wiedzy, ale na ogół skupienia się na zbyt wąskim wycinku wiedzy, która według studentów nie będzie przez nich wykorzystana w przyszłości, bo już w większości ją zapomnieli.

Potwierdzona została natomiast hipoteza 2, zakładająca, że istnieje rozbieżność między nauczaniem profesjonalizmu lekarskiego podczas zajęć teoretycznych a uczeniem się go na etapie edukacji klinicznej poprzez obserwację swoich starszych kolegów. Większość badanych (61,1%) przyznała, iż nauczyciele często podkreślają konieczność okazywania szacunku pacjentom, ponadto realizowane są zajęcia z zakresu praw pacjenta czy profesjonalizmu lekarskiego. Sytuacja

mniej korzystnie wygląda w przypadku obserwacji swoich mistrzów w działaniu. Jedynie 29,8% badanych uznało, że lekarze traktują pacjentów w szpitalu z szacunkiem. Bardziej szczegółowa analiza pokazała, iż ostatecznie prawa pacjentów są przestrzegane w szpitalu przez środowisko lekarskie, aczkolwiek zdarza się łamanie zwłaszcza dwóch praw – godności i intymności pacjenta oraz poszanowania tajemnicy lekarskiej. Należy jednak podkreślić, iż łamanie tych praw nie dotyczy w opinii studentów większości środowiska lekarskiego. Jednocześnie przedstawienie przez badanych w dokładny sposób przykładów nieszanowania praw pacjentów pokazuje, że dość dobrze zostały one zapamiętane. Warto podkreślić, że zetknięcie się w toku socjalizacji wtórnej z określonymi zachowaniami nie musi mieć negatywnego wpływu na postawę przygotowującego się do wykonywania profesji lekarskiej i że pojedyncze negatywne przykłady nie muszą oddziaływać na cały system. Z drugiej jednak strony nawet pojedyncze przykłady niepożądanych zachowań, jeśli nie zostaną napiętnowane przez środowisko, mogą wpłynąć w przyszłości na postawę przyszłych lekarzy, w szczególności gdy zachowania niewłaściwe zdarzają się nagminnie na jednym z oddziałów, na którym akurat określona osoba odbywa większość swoich zajęć lub realizuje specjalizację lekarską.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż tak ważna w edukacji medycznej edukacja nieformalna, zwłaszcza w zakresie przekazywania zasad etyki i profesjonalizmu, nie współgra z tym, czego naucza się na pierwszych latach studiów, co może wywołać u studentów dysonans poznawczy i trudność w pogodzeniu teorii z praktyką. W polskim systemie edukacji medycznej studenci wciąż mają do czynienia z osobami, które swoją edukację medyczną zakończyły wiele lat temu, gdy zagadnienia profesjonalizmu nie stanowiły przedmiotu szczególnego zainteresowania w procesie kształcenia lekarskiego, a jednocześnie w dominującym paternalistycznym modelu relacji lekarz–pacjent kwestia praw pacjenta i jego podmiotowości była pomijana (*null curriculum*). Tym samym obecny nacisk na formalne kształcenie w zakresie profesjonalizmu – który został uwzględniony w standardach nauczania [Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego 2019] – należy uznać za ważny krok w procesie stopniowej zmiany podejścia środowiska lekarskiego do profesjonalizmu i budowy relacji zaufania ze społeczeństwem. Jednakże pomimo iż formalne nauczanie jest ważne, bowiem w jego trakcie przekazywane są studentom konkretne zasady i wytyczne, do których będą mogli się w przyszłości odwołać, to należy pamiętać, iż dla utrwalenia postaw profesjonalnych kluczowe jest uczenie takich postaw również na etapie *informal* i *hidden curriculum*. Budujący wydaje się sam fakt, iż studenci ostatniego roku medycyny dostrzegają wiele niewłaściwych zachowań w syste-

mie opieki zdrowotnej i potrafią o nich mówić, co można było zaobserwować w niniejszym badaniu. Świadczy to o tym, iż obecna edukacja medyczna (*formal curriculum*) zwiększa świadomość przyszłych lekarzy w zakresie szeroko rozumianego profesjonalizmu.

BIBLIOGRAFIA

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine.** 2002. "Medical professionalism in the new millenium: A physician charter". *Annals of Internal Medicine* 136(3): 243–246.
- Apanowicz Jerzy.** 2002. *Metodologia ogólna*. Gdynia: Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum”.
- Arnold Louise, George Thompson.** 2010. Defining, teaching, and learning professionalism. In: *Professionalism in medicine. A case-based guide for medical students*, J. Spandorfer, C. Pohl, S.L. Rattner, T.J. Nasca (eds.), 7–21. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blendon Robert J., John M. Benson, Joachim O. Hero.** 2014. "Public trust in physicians – U.S. medicine in international perspective". *New England Journal of Medicine* 371(17): 1570–1572.
- Calnan Michael, Rosemary Rowe.** 2008. *Trust matters in healthcare*. Glasgow: Open University Press.
- Castellani Brian, Frederic W. Hafferty.** 2006. The complexities of medical professionalism. A preliminary investigation. In: *Professionalism in medicine: Critical perspectives*, D. Wear, J. Aultman (eds.), 3–24. New York: Springer.
- Chapoulie Jean-Michel.** 1987. "Everett C. Hughes and the development of fieldwork in sociology". *Journal of Contemporary Ethnography* 15(3–4): 259–298.
- Christakis Dimitri A., Chris Feudtner.** 1997. "Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationship in medical training". *Journal of American Medical Association* 278(9): 739–743.
- Cowell Richard N.** 1972. *The hidden curriculum. A theoretical framework and a pilot study*. Cambridge: Harvard University.
- Flinders David J., Nel Noddings, Stephen J. Thornton.** 1986. "The null curriculum: Its theoretical basis and practical implications". *Curriculum Inquiry* 16(1): 33–42.
- Freidson Eliot.** 1972. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Freidson Eliot.** 1986. *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson Eliot.** 2001. *Professionalism. The third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Goold Susan D., Glenn Klipp.** 2002. "Managed care members talk about trust". *Social Science and Medicine* 54(6): 879–888.
- Hafferty Frederic W.** 1998. "Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum". *Academic Medicine* 73(4): 403–407.

- Hafferty Frederic W., Brian Castellani.** 2009. The hidden curriculum. A theory of medical education. In: *Handbook of the sociology of medical education*, C. Brosnan, B.S. Turner (eds.), 15–35. London–New York: Routledge.
- Hafferty Frederic W., Ronald Franks.** 1994. “The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education”. *Academic Medicine* 69(11): 861–871.
- Haas Jack, William Shafir.** 1982. “Ritual evaluation of competence. The hidden curriculum of professionalization in an innovative medical school program”. *Work & Occupations* 9(2): 131–154.
- Hughes Everett C.** 1971. *The sociological eye. Sociological papers*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Janczukowicz Janusz.** 2013. „Altruizm to za mało. Część 3: Standardy europejskie i światowe”. *Medycyna po Dyplomie* 22(2): 39–44.
- Karta Lekarza.** 2013. *Medycyna Praktyczna dla Lekarzy*, P. Gajewski, A. Juda, J. Mrukowicz, W. Strojny (tłum.). <https://www.mp.pl/etyka/dokumenty/86822,karta-lekarza> [dostęp: 17.03.2022].
- Kilijanek-Cieślak Agnieszka.** 2018. Raport Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej. https://nil.org.pl/uploaded_images/1575629945_raport-lekarze-w-badaniach-opinii-spoecznej-w-2018-roku.pdf [dostęp: 17.03.2022].
- Laska-Formejster Alicja.** 2015. *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Royal College of Physicians.** 2005. “Doctors in society: Medical professionalism in a changing world”. *Clinical Medicine* 6(1): 7–12.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r.** w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego [Dz. U. z 2019 r., poz. 1573 z późn. zm.].
- Scheele Fedde.** 2012. “The art of medical education”. *Facts. Views and Vision in Obstetrics and Gynaecology*. 4(4): 266–269.
- Studzińska-Pasieka Kinga.** 2008. Profesja lekarska w społeczeństwie ryzyka biomedycznego. W: *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, M. Gałuszka (red.), 140–179. Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
- Szewczyk Kazimierz.** 2018. „Kurs pozaformalny w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy, *Diametros* 57: 61–87.
- Szewczyk Kazimierz.** 2019. „Formy profesjonalizmu lekarskiego i ich przydatność w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy”. *Diametros* 16(62): 33–64.
- Sztompka Piotr.** 2007. *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Znak.
- Tarrant Carolyn, Tim Stokes, Richard Baker.** 2003. “Factors associated with patients’ trust in their general practitioner: A cross-sectional survey”. *British Journal of General Practice* 53(495): 798–800.
- Zadoroznyj Maria.** 2001. “Birth and the ‘reflexive consumer’: Trust, risk and medical dominance in obstetric encounters”. *Journal of Sociology* 37(2): 117–139.

Paweł Przyłęcki

**MEDICAL EDUCATION AND ITS INFLUENCE
ON SHAPING PROFESSIONALISM
AND TRUST IN THE MEDICAL PROFESSION**

Abstract

In the second half of the 20th century in the USA and Western Europe, representatives of science and the medical community noticed that the medical profession was experiencing a crisis. Due to the influence of various external factors (technology development, dependence on pharmaceutical companies) and internal factors (the desire to achieve high material status), doctors have begun to depart from the values that were important so far, which referred to the so-called traditional professionalism. All this contributed to a gradual decline in social confidence in doctors around the world. In order to counteract these negative tendencies, scientific research on medical professionalism was initiated in the West, and training for medical students in the field of professionalism was introduced. However, it was understood that professionalism cannot be taught to future doctors only during obligatory lectures (formal curriculum), the most important thing is to observe medical personnel who will present a professional attitude (informal curriculum) by their behaviour.

The article deals with the issue of professionalism and its acquisition by medical students in the process of formal and informal undergraduate education, indicating that rebuilding professionalism may be the key to increasing public confidence in the medical profession. This process, however, is not easy because the pattern for current students are their older colleagues, who do not always present behaviours and attitudes considered professional. The article presents the results of the study conducted in 2020 on a group of 239 final-year students of the Faculty of Medicine at the Medical University of Lodz, regarding the assessment of their own medical education process and the assessment of the professionalism of their mentors, i.e. senior doctors.

Keywords: medical education, medical professionalism, trust, professionals, medical students