

EDWARD CZERMIŃSKI SJ

AUTODEKLARACJA WIARY A POSTAWY ETYCZNE LEKARZY W ŚRODOWISKU WIELKOMIEJSKIM

WSTĘP

Współcześnie obserwuje się postęp nauk medycznych, co nie pozostaje bez wpływu na zainteresowanie zawodem lekarza. Zawód ten coraz częściej jest brany pod „mikroskop” nie tylko specjalistów z zakresu medycyny, ale także wychowawców, psychologów, socjologów, a nawet aktualnych i potencjalnych pacjentów. Tych ostatnich szczególnie interesują opinie o lekarzach upowszechniane w społeczeństwie. Mogą one wyrażać tak uznanie i szacunek, jak krytykę i zastrzeżenia wobec zawodu lekarza. Oczywiście wszystkie te opinie pozytywne czy negatywne zależą od postawy etycznej lekarzy.

Za ojca medycyny powszechnie się uważa starożytnego lekarza Hipokratesa. Pisarz ten poświęcił kilka rozpraw nie tylko celom i zadaniom medycyny, ale również etycznemu postępowaniu lekarza. Znana jest zwłaszcza „przysięga” Hipokratesa składana do dnia dzisiejszego przez absolwentów medycyny¹. Zagadnienia etyki lekarskiej do polskiej literatury medycznej wprowadził W. Biegański². Jego zdaniem lekarz powinien mieć na uwadze nie tylko rozpoznawaną chorobę, ale także całego człowieka, którego leczy. Olbrzymią rolę przypisuje on wpływowi psychicznemu wywieranemu przez lekarza na chorego. Autor polemizuje również z dotychczasowym pojęciem etyki lekarskiej, której treścią były normy dotyczące współpracy i współdziałania lekarzy. Utrzymuje on, że najważniejszą rzeczą w etyce lekarskiej jest stosunek do chorego potrzebującego pomocy lekarskiej.

W późniejszych badaniach usiłowano doprecyzować problemy etyki lekarskiej, ukazując jej specyfikę i hierarchizację. Jedne z tych badań koncentrowały się bezpośrednio na tych właśnie problemach, inne zaś pośrednio przy omawianiu innych aspektów zawodu lekarza. Dodać trze-

¹ B. Popielski. *Prawo i medycyna*. Warszawa 1968 s. 317.

² W. Biegański. *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. Warszawa 1957.

ba, że problematyką etyczną zawodu lekarskiego zajmowali się etycy i przedstawiciele innych nauk, zwłaszcza socjologowie³. Jak można wywnioskować z literatury przedmiotu nie są jeszcze dostatecznie opracowane zagadnienia etyczne zawodu lekarza. Podjęte w tym drugim zakresie próby pozwalają zaledwie na sformułowanie pewnych hipotez, które wymagają weryfikacji w dalszych badaniach. Jedną z nich, jaką nasunęła się przy okazji badań M. Goździalskiej i J. Jaszczyszyna dotyczy zależności między postawami religijnymi a postawami etycznymi lekarzy. Przypuszcza się, że im większa jest intensyfikacja postawy religijnej, tym większe nasilenie postawy etycznej lekarzy. Być może, że nasilenie postawy etycznej lekarzy zależy od typu i charakteru religijności bardziej, aniżeli od intensywności tradycyjnej religijności. Hipoteza ta wymaga weryfikacji na szerszym materiale empirycznym.

W niniejszym artykule skoncentrowano się na problemie, jaka jest zależność pomiędzy autodeklaracją wiary a nasileniem postawy etycznej lekarzy. Nie brano pod uwagę wszystkich wskaźników postawy religijnej, lecz tylko autodeklarację religijną lekarzy. Stąd też nie można będzie zmierzać do bardziej całościowej weryfikacji zasygnalizowanej powyżej hipotezy. Niemniej już samo stwierdzenie zależności pomiędzy autodeklaracją religijną lekarzy a ich postawami etycznymi rzuci pewne światło na postawiony problem i pozwoli przynajmniej w tym zakresie na zorientowanie się w interesującej tutaj problematyce.

W szczególności zbadana zostanie zależność pomiędzy autodeklaracją religijną z jednej strony a wybranymi problemami etosu lekarzy z drugiej. W ramach tego etosu wyróżniono trzy grupy problemów, mianowicie stosunek lekarzy do specyficznych problemów etyki lekarskiej, wykonywanego zawodu i do najbliższego środowiska (zakład pracy i rodzina). Nie wnikając głębiej w definicję samej postawy, zaznaczyć trzeba, że przez postawę etyczną rozumie się tutaj stosunek lekarzy do wymienionych aspektów⁴. Badania nad wpływem postaw religij-

³ J. Jaszczyszyn. *Stosunek lekarza do religii*. Lublin 1972 (mps); M. Goździalska. *Problemy etyczne zawodu lekarza. Studium Socjologiczne na przykładzie wybranych grup lekarzy w Ciechocinku i Lublinie*. Lublin 1976 (mps); J. Olejniczak. *Motywy podejmowania pracy zawodowej wobec pracy kobiet w zawodzie lekarza*. Lublin 1976 (mps); M. Kacprzak. *Pisma wybrane*. Warszawa 1968; T. Kielanowski. *Propedeutyka medycyny*. Warszawa 1967.

⁴ Różne są definicje postawy. Nawiazując do istniejącej literatury przedmiotu, a zarazem mając na uwadze przydatność do badań empirycznych nad problematyką religijną, należałoby w definicji uwzględnić te elementy, które posiadają najwięcej cech wspólnych, a zarazem istotnych dla określenia postawy. Za podstawę więc przyjmujemy strukturę względnie stałych przekonań odnoszących się do wartości, rzeczy i sytuacji, przejawiającą się w różnorodnych zachowaniach, ale posiadającą wspólną cechę: określony pozytywny lub negatywny stosunek do przed-

nych na postawy etyczne lekarzy zostały zrealizowane w 1976 r. w środowisku wielkiego miasta. Ze względu na trudność ustalenia reprezentacji metodą losowania zastosowano metodę doboru celowego, przy czym wzięto pod uwagę specjalizację oraz strukturę płci i wieku. Jak się wydaje, dobór respondentów pod względem rozsiewu wymienionych cech jeśli nie pokrywa się, to przynajmniej zliża do rzeczywistej sytuacji pod tym względem w badanym środowisku. Pewnym niedociągnięciem jest jedynie nadreprezentacja kobiet w stosunku do mężczyzn. Ogółem przeprowadzono 350 ankiet dotyczących religijności i etosu lekarzy, spośród których za podstawę niniejszego opracowania przyjęto 303 (86,6%). Pozostałe 47 ankiet (13,4%) zwrócono bądź całkowicie niewypełnione, bądź wypełnione częściowo, ankiety te nie nadawały się do wykorzystania.

W badaniach uwzględniono następujące specjalizacje lekarskie: interniści — 44 (14,5%); pediatrizy — 37 (12,2%); chirurdzy — 32 (10,6%); ginekologdy — 31 (10,2%); psychiatrzy—neurologdy — 30 (9,9%); pracownicy naukowci — 34 (11,2%); stomatologdy — 37 (12,2%) i bez specjalizacji (pracujący w zakładach przemysłowych i innych instytucjach) — 58 (19,1%).

Pod względem struktury płci sytuacja przedstawia się następująco: mężczyźni — 98 (32,4%) i kobiety — 205 (67,6%).

Struktura badanych ze względu na wiek jest znacznie zróżnicowana: do lat 30 — 47 osób (15,5%); od 31 do 40 lat — 124 osoby (40,9%); od 41 do 50 lat — 86 osób (28,4%) i ponad 50 lat — 46 osób (15,1%).

Tab. 1. Specjalizacja a stosunek do wiary lekarzy

Specjalizacja	Stosunek do wiary.									
	głęboko wierzący		wierzący		obojętni religijnie		niewierzący		ogółem	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
interniści	9	20,4	24	54,5	5	11,4	6	13,6	44	100
pediatrizy	9	24,3	18	48,6	4	10,8	6	16,2	37	100
chirurdzy	3	9,4	17	51,3	7	21,9	5	15,6	32	100
ginekologdy	1	3,2	11	35,5	11	35,5	8	25,8	31	100
psych.-neuroł.	3	10,0	13	43,3	8	26,6	6	20,0	30	100
prac. naukowci	10	29,4	16	47,0	4	11,8	4	11,8	34	100
stomatologdy	7	18,9	13	35,1	12	32,4	5	13,5	37	100
bez specjalizacji	8	13,8	34	58,6	12	20,7	4	6,9	58	100
razem	50	16,5	146	48,2	63	20,8	44	14,5	303	100

miotu. W konsekwencji przez postawę etyczną lekarzy rozumie się stosunek do norm etyki lekarskiej, wyrażający się w większej lub mniejszej ich aprobacie lub dezaprobatie. Im większa okaże się aprobata tych norm, tym większe będzie nasilenie postaw etycznych lekarzy.

Pod względem autodeklaracji postaw wiary badana populacja jest również zróżnicowana. Przyjrzyjmy się najpierw zależności między specjalizacją lekarską a nasileniem postawy wobec wiary (tab. 1).

Jak widać z tabeli autodeklaracje wiary badanych przedstawiają się następująco: głęboko wierzących — 16,5%, wierzących — 48,2%, obojętnych religijnie — 20,8% i niewierzących — 14,5%; ogółem wierzących jest 64,7%. Trudno powiedzieć czy autodeklaracja „głęboko wierzący” jest wyrazem religijności pogłębionej. Z różnych badań wynika, że pokrywa się ona z głęboką wiarą tradycyjną⁵. Biorąc to pod uwagę nie trzeba przywiązywać większego znaczenia do omawianego wskaźnika. Natomiast istnieje różnica między lekarzami obojętnymi religijnie i niewierzącymi. Pierwsi z nich odznaczają się przywiązaniem do materializmu praktycznego, a w konsekwencji brakiem postawy ideowej, co może znaleźć wyraz w stosunku do problemów etycznych lekarza. Drudzy z nich, jak się wydaje, są bardziej ideowi, choć przyczyny ich niewiary są różne. Nie wszyscy zatem mogą przyjmować jednakową postawę w stosunku do etyki zawodu lekarza.

Spośród reprezentantów różnych specjalizacji lekarskich w kategorii głęboko wierzących i wierzących największe nasilenie wskaźnika religijności utrzymuje się w grupie pracowników naukowych (76,4%), następnie internistów (74,9%) i pediatrów (72,9%). Na drugim krańcu znaleźli się ginekolodzy (38,7%), psychiatrzy—neurologicy (53,3%), stomatolodzy (54%) oraz chirurdzy (60,7%). Charakterystyczne jest, że wśród reprezentantów wymienionych specjalizacji w kategorii głęboko wierzących i wierzących nie ma grupy pośredniej odpowiadającej wskaźnikowi „ogółem”.

W kategorii lekarzy religijnie obojętnych najbardziej reprezentowani są ginekolodzy (35,5%) i stomatolodzy (32,4%), zaś w kategorii lekarzy niewierzących również najliczniej reprezentowani są ginekolodzy (25,8%), a ponadto psychiatrzy—neurologicy (20%). Biorąc pod uwagę wyżej omówione wskaźniki, trudno byłoby sformułować jakąś wyraźną prawidłowość w zakresie specjalizacji lekarskiej i autodeklaracji religijnej. Nie ulega jednak wątpliwości, że specjalizacja ma wpływ na stosunek do wiary badanych lekarzy.

Z kolei zależność między strukturą płci a autodeklaracją wiary badanych ukazuje tabela 2⁶.

Biorąc pod uwagę łącznie głęboko wierzących i wierzących zauważa

⁵ W. Piwowarski. *Religijność wiejska w warunkach urbanizacji*. Warszawa 1971.

⁶ Celem uniknięcia ciągłego powtarzania poszczególnych kategorii religijnych zostały wprowadzone w następnych tabelach następujące oznaczenia: a = respondenci głęboko wierzący; b = respondenci wierzący; c = respondenci religijnie obojętni; d = respondenci niewierzący; e = razem.

Tab. 2. Struktura płci a stosunek do wiary lekarzy

Struktura płci	Stosunek do wiary.									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
mężczyźni	12	12,2	40	40,8	26	26,5	20	20,4	98	100
kobiety	38	18,5	106	51,7	37	18,0	24	11,7	205	100
razem	50	16,5	146	48,2	63	20,8	44	14,5	303	100

się większe nasilenie postaw wobec wiary wśród kobiet (70%) niż wśród mężczyzn (53%). Podobną sytuację obserwuje się w kategorii osób religijnie obojętnych i niewierzących na niekorzyść mężczyzn. Potwierdza się tutaj ogólnie znana prawidłowość o większym nasileniu postaw wobec wiary wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

W końcu zależność między strukturą wieku a stosunkiem do wiary badanych ilustruje tabela 3.

Tab. 3. Struktura wieku a stosunek do wiary lekarzy

Struktura wieku	Stosunek do wiary.									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
do 30 lat	4	8,5	18	38,3	14	29,8	11	23,4	47	100
31-40 lat	14	11,3	69	55,6	23	18,5	18	14,5	124	100
41-50 lat	18	20,9	47	54,6	14	16,3	7	8,1	86	100
ponad 50 lat	14	30,4	12	26,1	12	26,1	8	17,4	46	100
razem	50	16,5	146	48,2	63	20,8	44	14,5	303	100

Jak się zauważa, w kategorii głęboko wierzących i wierzących największe nasilenie postaw wobec wiary występuje wśród lekarzy w grupie wieku 41-50 lat (75,5%) oraz 31-40 lat (66,9%). Znacznie niżej, gdy chodzi o ten wskaźnik, znaleźli się lekarze w wieku ponad 50 lat (56,5%) i najniżej lekarze w wieku do lat 30 (46,8%). Konsekwentnie te dwie ostatnie kategorie wieku najbardziej reprezentowane są wśród religijnie obojętnych i niewierzących. Uzyskane w tabeli 3 wskaźniki nie potwierdzają znanej z innych badań prawidłowości dotyczącej wpływu struktury wieku na nasilenie postawy religijnej. Na ogół kategoria ludzi w wieku ponad 50 lat odznacza się wyższym poziomem religijności aniżeli niższe kategorie wieku poza dziećmi i młodzieżą.

Omówione tutaj wskaźniki stosunku do wiary badanych, które są znacznie zróżnicowane, uzasadniają sformułowaną powyżej hipotezę odnoszącą się do zależności między postawami religijnymi a postawami etycznymi lekarzy. Być może wymienione cechy respondentów ujawniają się jako „zmiennie interweniujące” w zakresie tej hipotezy.

1. AUTODEKLARACJA WIARY A SPECYFICZNE PROBLEMY ETYCZNE LEKARZY

Zanim zostaną zanalizowane typowe dla lekarzy problemy etyczne, zwróćmy wcześniej uwagę na ich bardziej ogólne poglądy na moralność, mianowicie na charakter moralności, działanie moralne i sumienie.

Po II wojnie światowej uległy zmianie ugruntowane w kulturze i środowisku wzory zachowań moralnych oparte na pewnych normach i wartościach. Wystąpiło zjawisko relatywizmu moralnego i pewien sytuacjonizm. Znalazło to wyraz w postawach etycznych ludności, w tym także w postawach etycznych lekarzy.

Tab. 4. Autodeklaracja wiary a opinie lekarzy dotyczące charakteru etyki

Charakter etyki	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
bezwzględna	46	92,0	113	77,4	40	63,5	18	40,9	217	71,6
względna	4	8,0	33	22,6	23	36,5	26	59,1	86	28,4
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

$df=3$ $\chi^2=35,425$ $p=0,001$

Badani lekarze, jak widać z tab. 4, w większości (71,6%) opowiadają się za etyką bezwzględną, co świadczy, że współczesne przemiany kulturowo-społeczne nie przyczyniły się jeszcze do podważenia ugruntowanych w środowisku lekarskim kodeksów etycznych. Jedynie 28,4 respondentów uważa, że w życiu publicznym i prywatnym powinno się stosować etykę względną. Charakterystyczne jest, że im bardziej intensywna postawa wobec wiary, tym więcej osób opowiada się za etyką bezwzględną i odwrotnie: osoby, które już rozluźniły swój stosunek do religii opowiadają się raczej za moralnością względną. Pomiędzy nasileniem postaw wobec wiary a poglądami lekarzy na charakter moralności zachodzi bardzo silna zależność statystyczna. Oznacza to, że intensywność postawy religijnej wywiera wpływ na respektowanie przez lekarzy uznanych i prawdopodobnie zinternalizowanych kodeksów etycznych.

Z problemem dotyczącym charakteru moralności związanej inny, mianowicie: kiedy człowiek działa moralnie dobrze, czyli co jest kryterium wartościowania czynów ludzkich.

Charakterystyczne jest, że ogromna większość badanych lekarzy akcentuje własne sumienie jako normę postępowania i kryterium war-

Tab. 5. Autodeklaracja wiary a kryterium wartościowania czynów ludzkich

Kryterium wartościowania czynów ludzkich	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
normy etyki religijnej	34	68,0	46	31,5	12	19,0	3	6,8	95	31,4
własne sumienie	32	64,0	127	86,9	50	79,4	39	88,6	248	81,8
normy środowiska	—	—	2	1,4	6	9,5	9	20,5	17	5,6
inne	—	—	3	2,1	2	3,2	6	13,6	11	3,6
razem	50	—	146	—	63	—	44	—	303	—

dt=9 $\chi^2=66,866$ p=0,001

Uwaga: 1 i % nie sumują się do 100 ze względu na większą liczbę odpowiedzi niż respondentów. Badani podkreślali niekiedy więcej jak jedną z możliwych odpowiedzi.

tościowania działań ludzkich (81,8%). Zdaniem współczesnych moralistów sumienie jako podstawowy autorytet w wyborach moralnych akcentowane jest przede wszystkim przez ludzi, dla których religia nie jest wskaźnikiem postępowania moralnego⁷. Nie ulega wątpliwości, że sumienie dla każdego człowieka jest ostateczną subiektywną normą postępowania moralnego. Jeśli jednak ma ono prawidłowo informować człowieka, powinno bazować na normach obiektywnych, których w wypadku katolika dostarcza religia. Z tabeli 5 widać, że tylko 31,4% lekarzy odwołuje się do norm etyki religijnej. Ponadto nieliczna grupa badanych odwołuje się do środowiska. Biorąc pod uwagę nasilenie postaw wobec wiary i wybór kryterium wartościowania moralnego, można stwierdzić, że im większa intensywność tych postaw, tym częściej respondenci odwołują się do obiektywnego kryterium wartościowania, jakim jest zespół norm etyki religijnej. Lekarze o mniejszej intensywności postaw wobec wiary odwołują się raczej do własnego sumienia, a obojętni religijnie i niewierzący także do norm środowiska.

Na tle akcentowania roli sumienia interesujące było zbadanie, czym w ogóle jest sumienie dla badanej zbiorowości.

Jak ukazuje tabela 6 najwięcej respondentów traktuje sumienie jako głos rozumu orzekający co dobre a co złe (66,7%). Jak się wydaje, tego rodzaju opinia jeśli nie zakłada, to przynajmniej nie wyklucza powiązania sumienia z obiektywnymi normami etycznymi. Wskazuje na to fakt, że im bardziej intensywna postawa wobec wiary, tym częściej występuje takie właśnie rozumienie sumienia. Na drugim miejscu res-

⁷ A. Just. *Formowanie sumienia. W: W kierunku człowieka*. Pod red. B. Bejze. Warszawa 1971 s. 276.

Tab. 6. Autodeklaracja wiary a opinie lekarzy o sumieniu

Sumienie to	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
głos rozumu orzekający co dobre, a co złe	43	86,0	103	70,5	37	58,7	19	43,2	202	66,7
głos praktycznego rozumu uzasadniający postępowanie człowieka	3	6,0	13	8,9	13	20,6	10	22,7	39	12,9
wpływ wychowania	8	16,0	46	31,5	15	10,3	18	40,9	87	28,7
inne	—	—	12	8,2	2	1,4	7	15,9	21	6,9

df=9 $\chi^2=30,171$ p=0,001

pondenci traktowali sumienie jako wynik wychowania, w procesie którego przyswaja sobie człowiek rozumienie dobra i zła moralnego (28,7%). W tym przypadku nie dostrzega się prawidłowości ze względu na intensywność postaw wobec wiary. Na trzecim miejscu znaleźli się respondenci, którzy traktowali sumienie jako głos praktycznego rozumu uzasadniający moralne postępowanie człowieka (12,9%). Jest to już rozumienie sumienia jako autonomicznej i subiektywnej normy postępowania. Zauważa się przy tym, że im mniejsze nasilenie postaw wobec wiary, tym częściej występuje takie właśnie rozumienie sumienia.

Na podstawie tabeli 6 można wnioskować, że jakkolwiek zasięg respondentów przyjmujących jako kryterium wartościowania moralnego normy etyki religijnej nie jest duży, to z kolei samo rozumienie sumienia wskazuje na fakt, że znacznie więcej badanych kieruje się w swoim postępowaniu normami etyki religijnej. Prowadzi to do wniosku, że wpływ etyki religijnej na postępowanie moralne lekarzy jest znaczny. Niemniej bardziej on się zaznacza wśród głęboko wierzących i wierzących niż wśród pozostałych kategorii lekarzy ze względu na stosunek do wiary.

Po tych ogólnych uwagach na temat roli etyki w życiu lekarzy przyjdźmy obecnie do zanalizowania problemów specyficznych dla zawodu lekarza. W ankiecie przykładowo uwzględniono dwa z nich, mianowicie: stosunek lekarza do problemu przerywania ciąży i do problemu eutanazji.

Tabela 7 informuje, że najwięcej lekarzy potępia bezwzględnie przerywanie ciąży, które miałyby się dokonać na życzenie pacjentki (68,6%).

Tab. 7. Autodeklaracja wiary a stosunek lekarzy do przerywania ciąży

Potępia bez- względnie prze- rywanie ciąży mimo	Stosunek do wiary.									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
życzenia pa- cjentki	49	98,0	115	78,8	31	49,2	13	29,5	208	68,6
wskazań spo- łecznych	41	82,0	64	43,8	9	14,3	4	9,1	118	38,9
wskazań lekar- skich	20	40,0	30	20,5	6	9,5	—	—	56	18,5

df=6 $\chi^2=79,919$ $p=0,001$

Znacznie mniej lekarzy feruje tę opinię, gdy przerywanie ciąży miałyby nastąpić ze wskazań społecznych (38,9%). Wreszcie najmniej spośród badanych potępia bezwzględnie przerywanie ciąży ze wskazań lekarskich (18,6%). Z podanych wskaźników można wnioskować, że lekarze mniej się kierują względami społecznymi czy życzeniami pacjentek, więcej natomiast własnym sumieniem, gdy chodzi o problem przerywania ciąży. Decydujące znaczenie mają bowiem przy tym wskazania lekarskie, a zatem rozeznanie stanu zdrowotnego pacjenta i odpowiedzialność zawodu lekarza.

Gdy chodzi o zależność między zjawiskiem bezwzględnego potępienia przerywania ciąży a intensywnością postaw wobec wiary, okazuje się, że im większe nasilenie tych postaw, tym wyższe wskaźniki opinii przeciwnych przerywaniu ciąży niezależnie od motywacji. Jak widać, wiara ma wpływ na kształtowanie stosunku lekarzy do problemu przerywania ciąży.

Drugi problem to stosunek lekarzy do eutanazji. Jak wiadomo podstawowym obowiązkiem lekarza jest troska o zdrowie i życie pacjenta. Zdarzają się jednak przypadki chorób nieuleczalnych i wówczas wszelkie zabiegi lekarza nie tylko nie przynoszą pożądanego skutku, ale nawet przyczyniają się do przedłużenia cierpień chorego. Do tego dochodzą przypadki ludzi psychicznie chorych. Rodzi to problem eutanazji, czyli spowodowania spokojnej i dobrej śmierci. Niekiedy zresztą sami pacjenci proszą lekarzy o skrócenie życia. Interesujące jest jak badani lekarze ustosunkowują się do problemu eutanazji (tab. 8).

Jak się okazuje 68,3% respondentów potępia bezwzględnie eutanazję względem psychicznie i nieuleczalnie chorych. Jedynie nieliczna grupa (8,6%) opowiada się za eutanazją i znacznie większa grupa (23,1%) uzależnia swoją opinię od okoliczności. Intensywność postawy religijnej ma

tutaj wyraźny wpływ na negatywny stosunek lekarzy do problemu eutanazji. Można stwierdzić, że im bardziej intensywna postawa wobec wiary respondentów, tym częściej potępiają oni bezwzględnie stosowanie eutanazji.

Tab. 8. Autodeklaracja wiary a stosunek lekarzy do problemu eutanazji

Eutanazja względem nie- uleczalnie i psy- chicznie cho- rych jest:	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
niedopuszczalna	47	94,0	110	75,3	32	50,8	18	40,9	207	68,3
dopuszczalna	—	—	10	6,8	10	15,9	6	13,6	26	8,6
to zależy od okoliczności	3	6,0	26	17,8	21	33,3	20	45,4	70	23,1
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=9 $\chi^2=44,091$ $p=0,001$

Dla konfrontacji poglądów badanych lekarzy z opiniami upowszechniającymi się w innych krajach warto zaznaczyć, że np. w RFN 75% obywateli opowiada się za eutanazją. Są to dane Instytutu Badania Opinii Publicznej w Allensbach z 1977 r.⁸ Charakterystyczne jest przy tym, że obywatele RFN opowiadają się za eutanazją, która może jednakże nastąpić na życzenie pacjenta. Z przykładu badań polskich widać, że sytuacja pod tym względem w Polsce kształtuje się inaczej, choć badana zbiorowość nie jest typowa dla przeciętnej społeczności polskiego. Prawdopodobnie jednak wskaźnik opinii publicznej w Polsce byłby jeszcze niższy, gdy chodzi o wprowadzenie eutanazji, niż w społeczeństwie RFN.

Podsumowując wyniki powyższych analiz, należy podkreślić, że większość badanych lekarzy opowiada się za etyką bezwzględną przy czym dużą rolę przypisują oni sumieniu jako kryterium wartościowania czynów moralnych. Sumienie to jednak zorientowane jest na obiektywne kryterium wartościowania. Dostrzeżono także wysoki stopień poczucia odpowiedzialności lekarzy w rozstrzygnięciu problemów specyficznych z zakresu etyki zawodowej. Charakterystyczne jest jednak, że postawę tę częściej obserwuje się wśród ludzi zaangażowanych religijnie aniżeli wśród pozostałych kategorii lekarzy. Można by stwierdzić, że im większe nasilenie postaw wobec wiary, tym częściej lekarze posługują się

⁸ Stern — wrzesień 1977.

obiektywnym kryterium wartościowania i odwrotnie, im bardziej rozluźniony stosunek do wiary, tym częściej lekarze stosują subiektywne kryterium wartościowania⁹.

2. AUTODEKLARACJA WIARY A STOSUNEK LEKARZY DO ZAWODU

Przejdźmy obecnie do omówienia problemu zawodu lekarza, a raczej do motywów tego zawodu i sposobu jego wypełniania. Przypuszcza się, że również w zakresie tej problematyki ujawni się pewien wpływ postaw religijnych lekarzy.

Pytanie ankiety było otwarte, co pozwoliło na swobodne podawanie motywów wyboru zawodu lekarza. Jak się okazało zasięg motywów był dość duży. Ogółem biorąc można je było sprowadzić do kilku bardziej podstawowych. Spośród nich na pierwszym miejscu znalazł się motyw, który określono jako pomoc cierpiącym (27,4%). Drugie miejsce zajął motyw zainteresowania medycyną (23,1%). Na trzecim miejscu podkreślono zainteresowanie człowiekiem (19,1%). Dalej w kolejności idą następujące motywy: Namowa rodziny (14,2%) i przypadek (9,2%).

Tab. 9. Autodeklaracja wiary a udanie się do chorego z możliwością zarażenia się chorobą zakaźną

Udanie się do chorego z możliwością zarażenia się chorobą zakaźną	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
tak	49	98,0	132	90,0	53	84,1	33	75,0	267	88,1
nie	—	—	2	1,4	—	—	1	2,3	3	1,0
nie wiem	1	2,0	12	8,2	10	15,9	10	22,7	33	10,9
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=6 $\chi^2=18,554$ $p=0,001$

Wśród wymienionych tu motywów za bardziej humanistyczne można uznać dwa: pomoc cierpiącym i zainteresowanie człowiekiem — ogółem na motyw ten wskazało 46,5% respondentów, więc nie całe 50%.

Stwierdzono, że zachodzi istotna zależność statystyczna między typami postaw wobec wiary a motywami wyboru zawodu. Na motywy hu-

⁹ J. Rudniański. *Homo cogitans. Zagadnienie stosowania kryteriów wartości etyki lekarskiej*. Warszawa 1975 s. 174.

manistyczne znacznie częściej wskazują osoby głęboko wierzące aniżeli pozostałe kategorie lekarzy. Trudno byłoby sformułować wyraźną prawidłowość mówiącą, że im większe nasilenie postaw wobec wiary, tym częstszy wybór motywów o charakterze humanistycznym. Wśród osób wierzących bowiem występuje podobny rozsiew motywów, jak wśród obojętnych religijnie i niewierzących.

W pytaniu o traktowaniu zawodu lekarza starano się uchwycić, czym on jest dla badanych, czy zwykłym rzemiosłem, czy też powołaniem. Obecnie, jak wiadomo, istnieje tendencja głębszego spojrzenia na zawód, zwłaszcza w tych zawodach, które wymagają osobistego poświęcenia z narażeniem życia włącznie.

Tab. 10. Autodeklaracja wiary a stosunek lekarzy do chorych

Stosunek do chorych	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
urzędowy	1	2,0	9	6,2	3	4,8	2	4,5	15	5,0
obojętny	—	—	9	6,2	55	87,3	5	11,4	69	22,7
życzliwy	49	98,0	128	87,6	5	7,9	37	84,1	219	72,3
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=6 $\chi^2=84,197$ $p=0,001$

Jak się okazało, połowa badanych traktuje pracę lekarza jako zawód (rzemiosło), druga zaś połowa jako powołanie. Stwierdzono przy tym silną zależność statystyczną między typami postaw wobec wiary lekarzy a traktowaniem przez nich pracy. Można powiedzieć, że im większe nasilenie postaw wobec wiary; tym częściej traktują oni swoją pracę jako powołanie.

Tab. 11. Autodeklaracja wiary a poświęcenie czasu nadobowiązkowego lekarzy chorym

Poświęcenie czasu nadobowiązkowego chorym	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
tak	42	84,0	116	79,4	46	73,0	26	59,0	230	75,9
nie	1	2,0	7	4,8	4	6,4	5	11,4	17	5,6
to zależy	7	14,0	23	15,8	13	20,6	13	29,5	56	18,5
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=6 $\chi^2=18,554$ $p=0,01$

Można przypuszczać, że podejście do zawodu lekarza znajduje odbicie w podejściu do chorych. Lekarz z powołania będzie bardziej życzliwie traktował chorego aniżeli lekarz, który zawód swój traktuje jak „rzemiosło”.

Z tabeli wynika, że większość lekarzy odnosi się życzliwie do chorych (72,3%). Jedyne około jedna czwarta traktuje ich obojętnie (22,7%) lub urzędowo (5,0%). Pomiedzy typami postaw wobec wiary a stosunkiem lekarzy do chorych zachodzi silna zależność statystyczna. Interesujące jest jednak, że zarówno wierzący, jak i niewierzący odnoszą się do chorych życzliwie, natomiast religijnie obojętni traktują chorych obojętnie. Trudno by zatem powiedzieć, że im większe nasilenie postaw wobec wiary, tym bardziej życzliwy stosunek do chorych. Wyjątek stanowią tu niewierzący.

Przyjmuje się także gotowość poświęcenia czasu nadobowiązkowego lekarzy chorym potrzebującym ich pomocy.

Tab. 12. Autodeklaracja wiary a motywy wyboru zawodu lekarza

Motywy	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
pomoc cierpiącym	29	58,0	34	23,3	11	17,5	9	20,4	83	27,4
zainteresowanie człowiekiem	6	12,8	32	21,9	12	19,0	8	18,2	58	19,1
zainteresowanie medycyną	8	16,0	38	26,0	16	25,4	8	18,2	70	23,1
namowa rodziny	3	6,0	22	15,1	10	15,9	8	18,2	43	14,2
przypadek	3	6,0	10	6,8	9	14,3	6	13,6	28	9,2
brak odpowiedzi	1	2,0	10	6,8	5	7,9	5	11,4	21	6,9
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=15 $\chi^2=35,617$ $p=0,001$

Wysoki odsetek lekarzy chętnie poświęcałby chorym dodatkowy trud (75,9%), w zależności od sytuacji swój wolny czas poświęcałoby chorym 18,5%, zaś nie poświęcałoby wcale 5,6%. Pomiedzy nasileniem postaw wobec wiary a chęcią poświęcenia czasu nadobowiązkowego chorym zachodzi słaba zależność statystyczna. Spośród wszystkich kategorii postaw wobec wiary największe zastrzeżenie, co do poświęcenia nadobowiązkowego czasu chorym zdradzają lekarze religijnie obojętni.

W ramach problematyki zawodu lekarza zwrócono uwagę na zachowanie się respondentów w przypadku zetknięcia się ich z chorobą zakaźną (tab. 9).

Znakomita większość lekarzy (88,1%), nie zwracając uwagi na zakaźną chorobę, nawiązałyby z chorym kontakt nawet w przypadku zarażenia się. Jedynie nieliczna grupa respondentów badanych nie wie, jakby się zachowała w takiej sytuacji (10,9%) bądź unikałyby kontaktu z chorym (1%). Pomiedzy nasileniem postaw wobec wiary a częstotliwością chęci kontaktu z chorym zakaźnie zachodzi istotna zależność statystyczna. Ogólnie można powiedzieć, że im bardziej wierzący lekarze, tym bardziej zdradzają poświęcenie dla ratowania chorych zakaźnie z możliwością zarażenia się tą chorobą.

Tab. 13. Autodeklaracja wiary a traktowanie zawodu lekarza

Traktowanie zawodu lekarza jako	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
rzemiosło	11	22,0	68	46,6	33	52,4	28	63,6	150	49,5
powołanie	39	78,0	78	53,4	30	47,6	16	36,4	153	50,5
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=3 $\chi^2=19,358$ $p=0,001$

Zbierając wnioski z przeprowadzonych tutaj analiz, trzeba stwierdzić, że istnieje pewien wpływ postawy religijnej na wykonywanie zawodu lekarza. Zaznacza się on niemal we wszystkich omówionych tutaj przejawach etosu lekarza. Pewien wyjątek stanowią jedynie osoby niewierzące, które w pewnych przypadkach wykazują podobną postawę etyczną jak osoby wierzące. Znamienna jest na tym tle postawa lekarzy religijnie obojętnych, która — jak się okazało — ma negatywny wpływ na postawy etyczne.

3. AUTODEKLARACJA WIARY A STOSUNEK LEKARZY DO NAJBLIŻSZEGO OTOCZENIA

Pozostaje jeszcze do omówienia problem stosunku lekarzy do najbliższego otoczenia. Przez to otoczenie rozumie się tutaj środowisko zakładu pracy i środowisko rodzinne, w których lekarze spędzają najwięcej czasu. Stosunek lekarzy do tych środowisk został w ankiecie ujęty częściowo, gdyż uwzględniono tylko problem konfliktów. Kierowano się przy tym pewną specyfiką współczesnego społeczeństwa, która wyraża się w szybkim tempie przemian i narastania konfliktów na wszystkich płaszczyznach życia i aktywności ludzkiej. Te konflikty mnożą się zwłaszcza

cza w środowiskach, gdzie nasilenie kontaktów między ludźmi jest większe.

Mając to na uwadze, pytano najpierw lekarzy o konflikty w zakładzie pracy (tab. 14).

Tab. 14. Autodeklaracja wiary a konflikty lekarzy w zakładzie pracy

Nieporozumienia w zakładzie pracy	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
często	2	4,0	9	6,2	1	1,6	—	—	12	4,0
czasem	14	28,0	47	32,2	23	36,6	14	31,8	98	32,3
wyjątkowo	24	48,0	77	52,7	30	47,6	25	56,8	156	51,5
nigdy	10	20,0	13	8,9	9	14,3	5	11,4	37	12,2
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=9 $\chi^2=9,767$ $p=0,50$

Przez konflikty w zakładzie pracy rozumie się nieporozumienia wśród pracowników — koleżanek i kolegów. Jak się okazało, 4% lekarzy popada w konflikty często. Znacznie więcej, bo ogółem 32,3%, popada w konflikty czasem. Razem grupa lekarzy, których można nazwać „konfliktowymi”, wynosi około 36%. Nie jest to grupa zbyt liczna biorąc pod uwagę odpowiedzialną i trudną pracę lekarzy. Znacznie większa grupa licząca 51,5% popada w konflikty wyjątkowo, na ogół zaś w ogóle nie zdarzają się konflikty w niewielkiej grupie lekarzy wynoszącej 12,2%. Pomędzy tymi postaw wobec wiary a nasileniem konfliktów wśród lekarzy nie zaobserwowano istotnej zależności statystycznej. Oznacza to, że zjawisko konfliktowości jest niezależne od intensywności postaw religijnych.

Drugim przypadkiem konfliktowości jest stosunek przełożony — podwładny.

Tab. 15. Autodeklaracja wiary a konflikty lekarzy z przełożonymi

Nieporozumienia z przełożonymi	Stosunek do wiary									
	a		b		d		c		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
często	1	2,0	9	6,2	3	4,8	3	6,8	16	5,3
czasem	22	44,0	56	38,4	28	44,4	17	38,6	123	40,6
wyjątkowo	20	40,0	73	50,0	29	46,0	22	50,0	144	47,5
nigdy	7	14,0	8	5,5	3	4,8	2	4,5	20	6,6
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=9 $\chi^2=8,781$ $p=0,50$

Nasilenie konfliktowości w płaszczyźnie pionowej jest znacznie częstszym zjawiskiem niż w płaszczyźnie poziomej. Jak widać z tabeli 15, 5,3% lekarzy popada w konflikty z przełożonymi często, zaś 40,6% czasem. Ogółem lekarzy konfliktowych w tej płaszczyźnie jest około 46%. Ponadto wyjątkowo zdarzają się konflikty w dość dużej grupie lekarzy obejmującej 47,5%, zaś w ogóle nie wpada w konflikty 6,6%. W tym przypadku również nie dostrzega się zależności między nasileniem postaw religijnych a częstotliwością konfliktów.

Zwróćmy jeszcze uwagę na częstotliwość konfliktów w rodzinie. Jak wiadomo, współczesna rodzina przekształca się w małą wspólnotę emocjonalną, stając się miejscem ucieczki od szerszego społeczeństwa, w którym dominują komunikacje i relacje między ludźmi o charakterze „rzeczowym”. Jednostka szuka „miejsca schronienia” i równowagi psychicznej, by zrekompensować wyczerpanie nerwowe powodowane tempem współczesnego życia. W konsekwencji można przypuszczać, że tych konfliktów jest mniej niż w zakładzie pracy.

Tab. 16. Autodeklaracja wiary a konflikty lekarzy w rodzinie

Nieporozumienia w rodzinie	Stosunek do wiary									
	a		b		c		d		e	
	1	%	1	%	1	%	1	%	1	%
często	4	8,0	12	8,2	6	9,5	1	2,3	23	7,6
czasem	24	48,0	100	68,5	38	60,3	26	59,1	188	62,0
wyjątkowo	19	38,0	32	21,9	19	30,2	16	36,4	86	28,4
nigdy	3	6,0	2	1,4	—	—	1	2,3	6	2,0
razem	50	100	146	100	63	100	44	100	303	100

df=9 $\chi^2=14,684$ $p=0,10$

Tabela 16 ukazuje nasilenie konfliktowości w rodzinie. Jak widać, są one częstszym zjawiskiem niż nieporozumienia w zakładzie pracy. W konflikty popada często 7,6%, zaś czasem 62%. Razem lekarzy „konfliktowych” jest około 70%. Wyjątkowo zdarzają się konflikty w grupie lekarzy obejmującej 28,4%, zaś wcale wśród nielicznych jednostek. Konflikty w rodzinie są zatem zjawiskiem nagminnym. Obserwuje się przy tym brak istotnej zależności statystycznej między typami postaw wobec wiary a nasileniem konfliktowości w rodzinach lekarzy. Pewną różnicę dostrzega się tylko w grupach lekarzy głęboko wierzących i niewierzących w stosunku do pozostałych kategorii. Wymienione dwie grupy odznaczają się niższymi wskaźnikami konfliktów zdarzających się często i czasem. Częściej jednak zdarzają się wśród nich konflikty w sytuacjach wyjątkowych.

Ogólnie mówiąc, konflikty wśród lekarzy częściej zdarzają się w środowisku rodzinnym aniżeli w zakładzie pracy, co prawdopodobnie tłumaczy się specyfiką etosu lekarza. Ponadto uderzające jest, że nasilenie konfliktów w obydwu środowiskach jest w zasadzie niezależne od typów postaw wobec wiary.

ZAKOŃCZENIE

Zbierając wnioski z przeprowadzonych tutaj analiz, należy podkreślić, że we wszystkich parametrach etyki lekarskiej dostrzega się pewną specyfikę charakterystyczną dla środowiska lekarzy. Posiadają oni bowiem pewne problemy, których rozstrzygnięcie wymaga podjęcia ważnych decyzji. Przy podejmowaniu tych decyzji kierują się oni przede wszystkim własnym sumieniem. W zakresie tego parametru dostrzega się wpływ religii na etykę lekarską. Akcentowanie sumienia jako kryterium wartościowania jest częstszym zjawiskiem wśród lekarzy religijnie obojętnych i niewierzących aniżeli wśród lekarzy głęboko wierzących i wierzących. Te dwie ostatnie kategorie lekarzy odwołują się także do obiektywnych norm etyki religijnej.

W zakresie drugiego parametru stwierdza się, że badani lekarze odznaczają się wysokim poczuciem odpowiedzialności w stosunku do pacjentów. Na stosunek do pacjenta ma również wpływ religia. Lekarze bowiem bardziej religijni częściej mają życzliwy stosunek do chorych i poświęcają im czas nadobowiązkowy. Wyjątek stanowią tutaj lekarze niewierzący, którzy mają podobny stosunek do pacjenta jak lekarze wierzący, choć niechętnie poświęcają chorym czas nadobowiązkowy.

Wreszcie, gdy chodzi o ostatni parametr, zauważa się, że konflikty w środowisku życia i pracy lekarzy są niezależne od nasilenia postaw religijnych. Świadczyłoby to, że etos lekarza nie w całej swej rozciągłości kształtuje się pod wpływem religii. Trudno jednak kompetentnie wypowiedzieć się w tym zakresie ze względu na wąski zakres analiz. Zasygnalizowane hipotezy, mimo częściowej ich weryfikacji, wymagają dalszych konfrontacji w badaniach.

Mimo dostrzeżonych związków między intensywnością postaw wobec wiary i niektórymi wskaźnikami etyki lekarskiej wydaje się, że bardziej na etos lekarza ma wpływ typ i charakter religijności, lub szerzej wyznawany światopogląd, aniżeli omawiany powyżej globalny stosunek lekarzy do religii. Stąd też niniejszy artykuł należy traktować jako wstępne rozeznanie skomplikowanych problemów etosu lekarza.

SELF-DECLARATION IN RELATION TO FAITH AND THE ETHICAL ATTITUDE OF DOCTORS IN AN URBAN ENVIRONMENT

Summary

The author analyzes the problem of the dependence between self-declaration towards faith and the ethical attitudes of doctors in an urban environment. The group under investigation (303 persons) differs in respect of sex, age and medical specialization. As to the self-declaration of faith 16.5% of them declared themselves deeply religious, 48.2% — religious, 20.8% — religiously indifferent and 14.5% — irreligious (atheists). The author discusses three groups of problems: 1. The attitude of doctors towards the specific problems of medical ethics, 2. their attitude towards their profession and 3. towards the closest environment (the family, the institution they work in). As regards the first group of problems the majority of the doctors tested pronounced themselves in favour of absolute ethics, at the same time ascribing a great role to conscience as a criterion in the evaluation of moral deeds. Conscience, however, should follow objective criterion of evaluation. In solving the problems of professional ethics the religious doctors show a greater sense of responsibility than the doctors from the remaining categories. The more religious the doctors are, the more often they use objective criterion of evaluation; the more indifferent their attitude towards faith is, the more often they employ subjective criterion. As to the second group of problems the author states that religious attitudes influence practice to a certain extent, pointing out, at the same time, that in certain cases atheists display moral attitudes similar to those of religious doctors. On the other hand religious indifference influences the moral attitudes of doctors in a negative way. As regards the third group of problems the conflicts among doctors take place in their family environment more often than at work. It has not been noticed that the intensity of conflicts in both environments depends on the type of attitude towards faith.