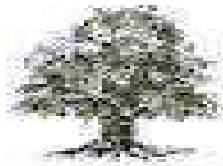


WYŻSZA SZKOŁA BIZNESU
NATIONAL LOUIS UNIVERSITY
w NOWYM SĄCZU



WYDZIAŁ PRZEDSIĘBIORCZOŚCI I ZARZADZANIA

KIERUNEK: Zarządzanie i marketing

SPECJALNOŚĆ: Zarządzanie w ochronie zdrowia

Renata Basiaga

6614

Bioetyczne i psychologiczne aspekty trudnych
sytuacji w pracy personelu medycznego

Bioethical and psychological aspects
of the medical personnel difficult situations
at workplace

Praca licencjacka

napisana pod kierunkiem:

prof. WSB – NLU Haliny Tomalskiej

Nowy Sącz 2006

*Składam serdeczne podziękowania dla
Pani dr Halinie Tomalskiej
za życzliwą pomoc i cenne wskazówki
udzielone podczas pisania niniejszej pracy*

<i>WSTĘP</i>	4
<i>ROZDZIAŁ 1. WSPÓŁCZESNE KONCEPCJE ZDROWIA ORAZ POLITYKA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE</i>	5
1.1. Założenia teoretyczne współczesnych koncepcji zdrowia.....	5
1.2. Wyjaśnienie pojęć kluczowych i terminologii podstawowej z zakresu ochrony zdrowia w Polsce.....	13
1.3. Dylematy ochrony zdrowia w warunkach reformy systemu opieki zdrowotnej.....	18
1.4. Funkcjonowanie zawodowe personelu medycznego w warunkach reformy służby zdrowia: problemy etyczne.....	23
1.5. Humanizm jako refleksja w pracy współczesnego lekarza.....	26
<i>ROZDZIAŁ 2. ROLA ASPEKTÓW BIOETYCZNYCH W PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO</i>	27
2.1. Wyjaśnienie pojęć kluczowych i terminologii podstawowej.....	27
z zakresu bioetyki	27
2.2. Założenia etyki lekarskiej Hipokratesa.....	31
2.3. Współczesne koncepcje etyki lekarskiej – podejście filozoficzne.....	32
2.4. Etyka jakości życia Petera Singera – analiza i ocena założeń	33
2.5. Problemy współczesnej bioetyki: metoda in vitro, aborcja, eutanazja	36
<i>ROZDZIAŁ 3. ANALIZA SYTUACJI TRUDNYCH W PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO</i>	47
3.1. Psychologiczny wymiar procesu umierania. Analiza zachowań personelu medycznego w sytuacjach zawodowo trudnych, problemy psychologiczne	47
3.2. Analiza relacji lekarz– pacjent profil psychologiczny	52
3.3. Stres, frustracja i sytuacja trudna powodem syndromu wypalenia zawodowego	55
3.4. Koszty psychologiczne i zdrowotne wypalenia zawodowego	59
<i>ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH</i>	63
4.1. Postawienie problemu badawczego, określenie celów	63
4.2. Dobór próby i zakresu badań	64
4.3. Hipotezy i opis metody oraz narzędzi badawczych.....	64
4.4. Analiza wyników badań, wnioski końcowe.....	66
<i>ZAKOŃCZENIE</i>	80
1. Bibliografia	81
2. Wykaz tabel :	82
3. Wykaz rysunków:	82
4. Wykaz wykresów:.....	83
5. Ustawy	84

WSTĘP

Bioetyka jest dzieckiem swoich czasów, stanowi tę dziedzinę wiedzy, która jest swego rodzaju reakcją na postęp techniczny w medycynie oraz przedłużenia okresu życia jednostki w populacji. W związku z tym otwiera się coraz głębsza przepaść między tym, co możemy zrobić, a tym, co zrobić powinniśmy w zakresie opieki zdrowotnej, szczególnie paliatywnej. Potrzebujemy zatem zasad moralnych mogących pełnić rolę drogowskazów, a bezdrożach współczesnej medycyny. Byłyby one punktem odniesienia do rozważań moralnych na temat: problemów związanych ze śmiercią i umieraniem, z eksperymentami na ludziach, z prokreacją i przerywaniem ciąży.

Celem tej pracy jest przedstawienie natury trudności wpływających z bioetyki które wiążą się przede wszystkim z przekraczaniem różnego rodzaju granic, zarówno tych wytyczonych przez konwencje, opisujące role jak też i zadania lekarza, które są stawiane w sytuacjach trudnych lub nawet dramatycznych.

To nie tylko pacjent jest w emocjonalnej trudnej sytuacji, lekarz i pozostały personel również .

W rozdziale pierwszym przedstawiono współczesne koncepcje zdrowia, przejścia od modelu biomedycznego do holistycznego który uwzględnia psychologiczny wymiar zdrowia oparty na leczeniu pacjenta nie choroby.

Rozdział drugi dotyczy bioetyki która jest nauką poszukującą rozwiązań zagadnień natury moralnej, które rodzą się w granicznych momentach życia człowieka: poczęcie, narodziny, choroba i śmierć.

Rozdział trzeci przedstawia charakterystykę analizy sytuacji trudnej w relacji lekarz-pacjent. Sytuacji stresogennych przy podejmowaniu decyzji diagnostycznych i dylematów etycznych, oraz psychologicznego wpływu zaangażowania występującego osób o wysokim poziomie motywacji, osób pracujących przez dłuższy czas w sytuacjach obciążenia emocjonalnego, które są źródłem syndromu wypalenia zawodowego.

ROZDZIAŁ 1. WSPÓŁCZESNE KONCEPCJE ZDROWIA ORAZ POLITYKA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

1.1. Założenia teoretyczne współczesnych koncepcji zdrowia

Zdrowie – od najdawniejszych czasów stanowiło zasadniczy przedmiot zainteresowania człowieka, a zainteresowanie to rosło w obliczu zaistniałej choroby, czy też śmierci najbliższej osoby. Podejście to jest tak naturalne i oczywiste, bowiem zdrowie traktujemy jako wartość pozytywną, której brak jest dojmująco dotkliwy.

W najprostszym ujęciu zdrowie oznacza: „*stan prawidłowo funkcjonującego, niedotkniętego chorobą, żywego organizmu*”.

1948 r. w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia [World Health Organization–WHO] zaproponowano następującą definicję: „*zdrowie jest utożsamione z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brakiem problemów medycznych*”¹.

W przedstawionym wyżej ujęciu zdrowie traktowane jest jako wartość pozytywna, zgodna z naturą. Ta definicja była przełomem w pojmowaniu zdrowia, ale wielu naukowców nie zgadzało się z nią. Według tej definicji nikt z nas nigdy nie był, nie jest i prawdopodobnie nigdy nie będzie zdrowy. Określa ona przecież stan idealny, który nie każdy jest w stanie odczuwać. Aby spełnić warunki zawarte w tej definicji osoby zdrowe pod względem fizycznym muszą być dodatkowo szczęśliwe, ich stan psychiczny, społeczny i rodzinny powinien więc być idealny. Nawet jeśli ten stan jest możliwy to zawsze zdarzy się coś co może go zakłócić. A czy osoby nieszczęśliwej nie można nazwać zdrową? Definicja ta jest bardzo ważna i postępową, ponieważ nie poprzestaje na samym negującym ujęciu, że zdrowie jest brakiem choroby, ale bardzo mocno akcentuje, że zdrowie ma w sobie czynny aspekt, którym jest dobrostan. Oznacza to,

¹ I. Heszen- Niejodek, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997, s. 27

Treść definicji wg. oficjalnego tłumaczenia Konstytucji WHO. Dz. U. 1948, nr 61, poz. 477.

W innych tłumaczeniach definicja ta brzmi: „*pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania*”. Zob. J. Induski, J. Leowski: *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 39

że w kwestiach zdrowia nie mamy jedynie koncentrować się na chorobach i próbach ich zwalczania, ale powinniśmy koncentrować się na samym zdrowiu – na jego wzmacnianiu. Mimo dużej krytyki ta definicja zdrowia sformułowana przez WHO nadal jest aktualna.

Choroba – jest zdefiniowana jako: „proces, objawiający się zaburzeniami w prawidłowym funkcjonowaniu części lub całości organizmu”².

Choroba niestety jest wpisana w ludzkie życie. Stanowi element funkcjonowania człowieka, tak jak starzenie się i śmierć. Od około stu lat, medycyna zakładała mechaniczny model choroby, w którym organizm ludzki porównywany był do mechanizmu, a chorobę traktowano jako defekt, szkodę, błąd lub awarię. Pojęcie zdrowia stawało się funkcją pojęcia choroby, która rozumiana była jako stan patologiczny, objawiający się niewydolnością w organizmie człowieka. Przyjmowano, że przyczyny choroby dają się opisać w kategoriach czysto biologicznych i taki sam charakter miały mieć środki lecznicze. Innym wyjaśnieniem przyczyn chorób podawała Flanders Dunbar³ należąca do twórców medycyny psychosomatycznej. **Choroba psychosomatyczna** w medycynie to taka choroba somatyczna w której powstaniu główną rolę odgrywają czynniki psychiczne oraz negatywne emocje, towarzyszące stresowi stanowiące przyczynę tzw. chorób cywilizacyjnych: nadciśnienia tętniczego, zawałów, wrzodów żołądka i dwunastnicy.

Również jeden z czołowych twórców medycyny psychosomatycznej psychiatra i psychoanalitik Franz Alexander utrzymywał, że wystąpienie danej choroby uwarunkowane jest trzema czynnikami:

- specyficznymi cechami osobowości, które związane są z nieświadomymi konfliktami pochodzące z okresu dzieciństwa,
- sytuacją która wystąpiła bezpośrednio przed zachorowaniem, a która wznawia stary konflikt,
- wrodzoną słabością danego narządu.

W sytuacji gdy człowiek dowiaduje się o swojej chorobie, znajduje się w stanie rozpacz, przygnębienia, depresji, apatii i pesymizmu, który przejawia się w biernej, bezmyślnej rezygnacji. Ludzie zapadający na ciężką chorobę próbują ją sobie wytłumaczyć, wyjaśnić. Tworzą psychologiczny obraz choroby – przyczyn które ją wywołały, przebiegu, skutków,

² A. Czupryna, S. Paźdzoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, tom 1, Kraków 2000, s. 14

³ K. Wrześniewski, *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna* pr. zbior. pod red. J. Strealu, *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, tom 3, Gdańsk 2000, s. 450-451

możliwości i sposobów wyleczenia. Sytuacja źle rokującej choroby może człowieka załamać, może nawet doprowadzić do ucieczki w śmierć samobójczą. Choroba jest więc wyrazem pewnej nierównowagi rozumianej jako brak harmonii zarówno wewnątrz organizmu jak i w relacji z otoczeniem.

Choroba do tej pory była pojmowana w kategoriach biologicznych. Dopiero w połowie XX wieku nauki behawioralne na nowo zwróciły uwagę na społeczne aspekty stanu zdrowia i choroby. Chorobę traktuje się jako stan, który ogranicza pełnienie przez jednostkę zwykłych codziennych ról społecznych, natomiast zdrowie daje możliwość człowiekowi pełniejszego rozwijania wszelkiej aktywności.

W ostatnich latach ochrona zdrowia stała się przedmiotem zainteresowania różnych dyscyplin naukowych w tym również psychologii, oraz nową jej dziedziną – psychologią zdrowia, która wyodrębnia dwa modele zdrowia:

- **Holistyczny model zdrowia** nawiązujący do medycyny orientalnej, który każe uwzględniać nie tylko biologiczne, lecz również psychologiczne i społeczne uwarunkowania zdrowia.
- **Biomedyczny model zdrowia** rozpatrywany z perspektywy choroby i w wymiarze biologicznym

Tabela nr 1. Wzorce zdrowia

Biomedyczny	Holistyczny
Zdrowie jest zależne od naszego wizerunku świata, pojmowania tajemnic życia, poznawania natury człowieka i jego interakcji z otoczeniem. Medycyna koncentruje się na coraz mniejszych fragmentach ciała ludzkiego, co wpływa na rozwój specjalizacji oraz technologii medycznych, a ujemnie wpływa na zajmowanie się pacjentem jako całością, gdyż lekarz bardziej skupia się na chorym mechanizmie a nie na chorej osobie. Lekarz uznawany jest jako absolutny autorytet w sprawach zdrowotnych, jest <i>dostarczycielem</i> zdrowia, natomiast pacjent jest biernym <i>konsumentem</i> bezwolnie poddającym ingerencji medycznej.	Oparty na leczeniu pacjenta, a nie choroby. Wyłania się jako model człowieka, stanowiący jedną całość zależnych elementów: biologicznych, społecznych,psychologicznych. Organizm dąży o zachowania równowagi, zdrowie jest czymś większym nie tylko brakiem choroby. Wszelkie trudności, stres związany z życiem, doprowadza do twórczej reakcji organizmu, wynoszące daną osobę na wyższy poziom zdrowia, niż przed wystąpieniem zagrożeń.

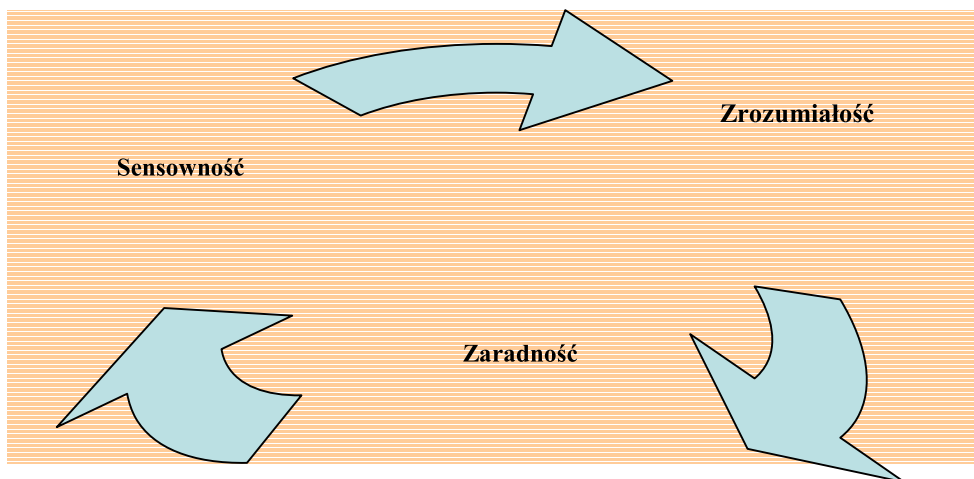
Źródło: opracowanie własne na podst. G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s.12

Biomedyczny i holistyczny paradygmat zdrowia, mimo że są tak różne i odmienne, nie wykluczają się wzajemnie, a przeciwnie stanowią uzupełniające się ujęcia.

W nawiązaniu do holistycznego modelu zdrowia, pomocna okazała się tzw. salutogenetyczna koncepcja zdrowia Arona Antonovsky'ego, który twierdził, że „nikt nie jest całkowicie zdrowy ani całkowicie chory”⁴.

Nawet w pełni energiczna młoda osoba, nie zdradzająca żadnych objawów chorobowych, musi mieć jakieś objawy śmiertelności np. nosi okulary, przeżywa depresję, zapada na gripę i może posiadać złośliwe dotąd nie wykryte komórki. Poszukując odpowiedzi na pytanie, co decyduje o tym, że jedne osoby zachowują zdrowie i długie życie, inne zaś stosunkowo łatwiej zapadają na choroby i żyją krócej, jakie czynniki sprzyjają zdrowiu oraz dlaczego ludzie zachowują dobre zdrowie mimo działania czynników szkodliwych A. Antonovsky sformułował swoją koncepcję salutogenezy. U podstaw tej koncepcji leży założenie, że istnieje kontinuum stanów, linia ciała rozpięta pomiędzy zdrowiem a chorobą i każdy znajduje się w jakimś punkcie tego kontinuum, między absolutnym zdrowiem i totalną chorobą organizmu. Poszukując odpowiedzi na powyższe pytania A. Antonovsky rozpoczął od zdefiniowania zasobów człowieka: odpornościowych, materialnych, wiedzy, osobowości, przynależności do społeczności, które umożliwią skuteczne unikanie lub przewyciężanie stresorów. Czynnikiem wspólnym dla tych właściwości jest poczucie koherencji.

Rysunek nr 1. Poczucie koherencji A. Antonovsky'ego



Źródło: opracowanie własne na podst. I. Heszen–Niejodek, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, s. 215

Poczucie koherencji, to zmienna składająca się z trzech skorelowanych ze sobą składowych. Wzajemne związki między w/w to poczucie sensu, zrozumienie, poczucie zaradności na końcu.

⁴ G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 24

Poczucie zrozumiałości– dotyczy aspektu poznawczego. Jest to zdolność do spostrzegania napływających informacji z środowiska zewnętrznego jako jasnych, uporządkowanych i spójnych. Stopień w jakim człowiek rozumie napływające do niego bodźce, nawet gdy są wyjątkowo bolesne, człowiek potrafi w nich dostrzec jakiś sens.

Poczucie zaradności– czyli sprostanie zadaniom stawianym jednostce w odpowiednio trudnych sytuacjach. Stopień w jakim człowiek umie sobie z nimi poradzić. Człowiek o silnym poczuciu zaradności nie czuje się ofiarą losu. Gdy zdarzy się coś dla niego przykrego, umie sobie z tą sytuacją poradzić i nie rozpacza bez końca.

Poczucie sensu– łączy się z wymiarem emocjonalno –motywacyjnym – oznacza poczucie wartości życia. Osoba o silnym poczuciu sensowności zawsze ma jakieś ważne dla siebie dziedziny życia, coś ją obchodzi i na czymś zależy. Z własnej woli podejmują wysiłek w sprawach, które postrzegane są jako sensowne, nie traktują zadań jako obciążenia lecz jako wyzwanie.

W wyżej wymienionych wymiarów poczucia koherencji, A. Antonovsky wyróżnia dodatkowy– **wymiar granic**. Granice określają obszary życia ważne dla człowieka np. życie rodzinne i praca zawodowa. To co znajduje się poza granicami nie ma dla człowieka specjalnego znaczenia. Elastyczność granic natomiast wiąże się z umiejętnością selekcjonowania doświadczeń z punktu widzenia ich ważności i osobistego zaangażowania, co jest składnikiem dobrego samopoczucia i zachowania zdrowia. Są jednak pewne ograniczenia. Otóż nie można utrzymać wysokiego poziomu poczucia koherencji gdy pomija się ważność następujących obszarów:

- własne życie emocjonalne,
- relacje międzyludzkie,
- podstawowa aktywność życiowa,
- Zadań egzystencjalnych(doświadczenie porażki, osamotnienia, śmierci).

W ramach podejścia salutogenetycznego w wśród czynników sprzyjających zdrowiu wymieniana jest tzw. „**osobowości odporna**”. Zdaniem A. Antonovsky’ego, uwzględniając poczucie koherencji, można wykryć nowe zasady rządzące odpornością człowieka, na które składają się: wytrzymałość fizyczna, wykształcenie, pozycja zawodowa, inteligencja, a z drugiej strony doświadczenia życiowe. Oparta na poczuciu koherencji wiara że życie jest sensowne, przewidywalne i uporządkowane, stanowi motywację do tego aby być zdrowym, sprawnie funkcjonować, podejmować właściwe starania dla podwyższenia jakości życia. Im wyższe poczucie koherencji, tym większe

prawdopodobieństwo postrzegania różnych stresorów jako wyzwania, jest ułatwieniem zrozumienia sensu stresorów i zmusza do aktywnego działania w celu wyeliminowania siły szkodliwych bodźców.

Tabela nr 2.

Przykłady czynników istotnych dla zdrowia w modelu patogenetycznym i salutogenetycznym

Rodzaj czynnika	model	
	Patogeniczny szkodliwy dla zdrowia	Salutogenetyczny sprzyjający zdrowiu
EMOCJE	negatywne	pozytywne
MOTYW ZDROWOTNY	Brak zainteresowania lub nadmierna koncentracja się na własnym zdrowiu	Umiarkowane zainteresowanie własnym zdrowiem
ZACHOWANIE	Nałogi np. palenie tytoniu	Zdrowy styl życia
OSOBOWOŚĆ	Wzór zachowania A	Osobowość odporna poczucie koherencji wzór zachowania B
CZYNNIKI SYTUACYJNE	Ryzyko	Zdrowe pole życiowe

Źródło: opracowanie własne na podst. J. Strelau, *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, tom 3, Gdańsk 2000, s. 461.

Poczucie koherencji kształtuje się ciągu całego życia jednostki, jednak okres dziecięcy i dorastania ma tu szczególne znaczenie. Założenia teoretyczne modelu salutogenezy A. Antonovsky'ego stały się podstawą do ustalenia poziomu wypalenia zawodowego, potwierdza też tezę, iż poczucie koherencji ułatwia radzenie sobie ze stresem, który szerzej chciałabym przedstawić w następnym rozdziale.

Mistyka, religia i filozofia wywierały wpływ na medycynę aż do czasów współczesnych, dlatego też na przestrzeni wieków zmieniały się opinie na temat *zdrowia*, *niezdrowia* lecz *choroby*. Problematyka choroby dla lekarzy była ciekawsza, absorbująca ponieważ sam fakt zachorowania oraz prowadzenia walki z chorobą, walki o życie było konsekwencją rozważań filozoficznych. Medycyna najpierw zajmowała się człowiekiem chorym, a dopiero później zdrowym. Inną konsekwencją walki z chorobą była ideologia „medycznego profesjonalizmu”, który pozwalał lekarzowi na wyłączność w orzekaniu o chorobie, jej przyczynach, leczeniu. Sprzyjało to uprzedmiotowieniu pacjenta, co rzutowało na samopoczucie chorego⁵. Pozwoliło to psychologom wkroczyć w problematykę medyczną. Skoncentrowali się na **bioce świadczeń medycznych**,

⁵ G. Dolinska-Zygmunt, *Podstawy...*, op.cit., s. 12

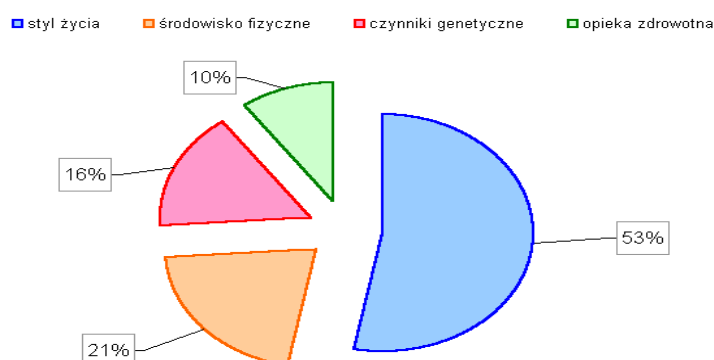
cechach osobowości sprzyjających chorobie. W ten sposób powstały opisy **osobowości wieńcowej** oraz **osobowości astmatyka**⁶.

W zakresie uregulowania tego typu uwarunkowań chorób i zdrowia poszukiwano nowych strategii. Jedną z nich odnosiła się do sukcesu w poprawie stanu zdrowia ludzi, która wiąże się z upowszechnieniem prozdrowotnych zmian w **stylu życia**. Od połowy lat osiemdziesiątych pojawia się ono systematycznie w publikacjach naukowych i w oficjalnych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia. Propagowanie zdrowego stylu życia było następstwem wzrostu liczby chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, psychicznych, a także wzrostem liczby wypadków, w których największym czynnikiem ryzyka jest styl życia ludzi oraz środowisko. Wszystkiemu temu nie była w stanie sprostać medycyna naprawcza, co spowodowało ukierunkowanie myślenia ludzi na aktywność zdrowotną na rzecz zdrowego stylu życia – życia w ruchu, bez używek, bez leków, w zdrowym środowisku naturalnym. Jest także wyrazem poszukiwania przez medycynę nowych dróg wiodących do poprawy zdrowia społeczeństw, a zarazem symbolem przechodzenia od „ery medycznej” do post – medycznej.” Bodźcem do rozpoczęcia tych przemian były wyniki badań kwestionujących tzw. wielkie równanie:

dobra opieka zdrowotna = dobre zdrowie.

Podstawą tych twierdzeń stało się opracowanie przedstawione przez Marca Lalonda z 1974 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Kanadzie, tzw. koncepcji **pól zdrowia**.

Rysunek nr 2. Pole zdrowotne według raportu Lalonda



Źródło: opracowanie własne na podst., A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, tom 1, Kraków 2001, s. 18

⁶ J. Strelau, *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, tom 3, Gdańsk 2000, s. 451

Koncepcja **pól zdrowia** dzieli czynniki kształtujące stan zdrowia na cztery grupy (pola) w zależności od tego, czy jednostka ma wpływ na poszczególne grupy czynników, pozwala na podporządkowanie każdego czynnika któremu można przypisać wpływ na stan zdrowia.

Pola biologii – zalicza się czynniki genetyczne, procesy dojrzewania i starzenie się, na które jednostka nie ma wpływu.

Pole środowiska obrazuje czynniki działające w otoczeniu poza organizmem człowieka, a wpływające na jego zdrowie.

Pole opieki zdrowotnej obejmuje zasoby i procedury działalności służby zdrowia, która może rozwiązać tylko 10% problemów zdrowotnych, jednostka jest wyłącznie odbiorcą wspomnianych działań i nie ma na nie wpływu. Naszą odpowiedzialność za zdrowie składamy nieraz na pracowników Ochrony Zdrowia, a w szczególności na lekarzy, zdarza się też, że często ich obarczamy winą za wystąpienie choroby. Należy jednak wspomnieć o błędach diagnostycznych i leczniczych, które jednak nie wynikają ze złej woli lekarzy, ale są raczej skutkiem ograniczonych możliwości medycyny i niedostatecznego poznania choroby, braku skutecznych leków czy ograniczeń ekonomicznych.

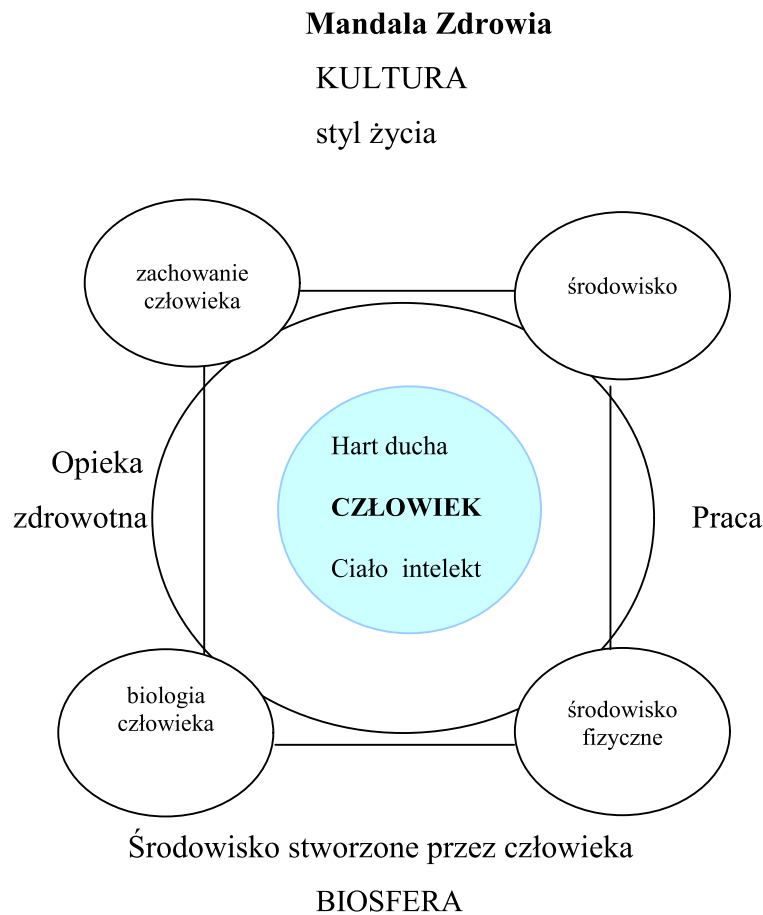
Pole stylu życia jest głównym czynnikiem determinującym stan naszego zdrowia, a więc to, jak żyjemy – jest wynikiem i efektem naszych zachowań i przyzwyczajzeń.

Styl życia jest określony przez nasz codzienny plan zajęć, udział w nim pracy, odpoczynku i snu, aktywności fizycznej (odpowiednio dostosowanej do potrzeb i możliwości), rodzaj diety (jej ilość i jakość), umiejętność radzenia sobie ze stresem i postępowania w sytuacjach trudnych, przyjmowanie używek (w tym tak szkodliwych jak kawa, tytoń, alkohol i narkotyki). Zmiany w stylu życia zależą przede wszystkim od nas, bo to my decydujemy o tym, jak żyjemy.

Zrozumienie różnorodności czynników pól Lalonda zainspirowało w 1986 r. T. Hancocka i F. Perkinsa ⁷ do utworzenia społeczno ekonomicznego modelu zdrowia tzw. mandali zdrowia. Istotą mandali jest pokazanie człowieka i jego zdrowia z jego środowiskiem. Mandala, figura będącą symbolem wszechświata, zbudowana na planie koła, pokazuje, że zdrowie człowieka zależy od wzajemnych powiązań: przyrody i kultury, naturalnych środowisk człowieka (w tym systemu opieki zdrowotnej), zasobów biologicznych, psychicznych i społecznych człowieka oraz różnych form jego działalności w ciągu całego życia.

⁷J. Strelau, *Psychologia...*, op. cit., s. 607

Rysunek nr 3.



Źródło: Z. Słońska, *Promocja zdrowia*, nauki społeczne i medycyna, Instytut Kardiologii Akademii Medycznej, Warszawa 1994, s. 40

1.2. Wyjaśnienie pojęć kluczowych i terminologii podstawowej z zakresu ochrony zdrowia w Polsce

System opieki zdrowotnej w Polsce W demokratycznym państwie, jednym z podstawowych obowiązków władzy, jest zapewnienie społeczeństwu godnych warunków życia. Zaliczamy do nich bezpieczeństwo życia i zdrowia, wolność sumienia i wyznania, poszanowanie własności, zapewnienie pracy. System ochrony zdrowia stanowi wiec jeden z filarów prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa. Przez lata w Polsce zastanawiano się jak zapewnić obywatelom świadczenia medyczne na możliwie wysokim poziomie przy ograniczonych środkach finansowych.

W latach PRL system opieki zdrowotnej opierał się na modelu Mikołaja Siemaszki (1874–1949), lekarz, rewolucjonista rosyjski, współpracownik Lenina, pierwszy Komisarz Ludowy ds. zdrowia w utworzonym po rewolucji rządzie bolszewików.

Główne założenia systemu który był centralnie planowany:

- finansowanie przez budżet państwa,
- pełna kontrola systemu przez rząd,
- zapewnienie pełnej dostępności świadczeń zdrowotnych,
- zatrudnienie personelu przez państwo i opłacanie wg tabeli płac.

Poszukiwanie nowych rozwiązań systemowych wynikających z potrzeb pacjentów oraz możliwości ich zaspokajania, doprowadziły do zmiany organizacji opieki zdrowotnej w Polsce. W konsekwencji, na początku 1990 r. powstały dwa różne projekty reformy ochrony zdrowia. Projekt pierwszy zwany społecznym przygotowywał zespół powołany w wyniku ustaleń Okrągłego Stołu. Drugi zwany autorskim, został stworzony przez zespół ekspertów. W zasadzie w Polsce przyjęto model budżetowo–ubezpieczeniowy.

Kluczowym aktem prawnym wprowadzającym nowe zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej była ustawa z 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁸, oraz ustawa z 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁹. Pierwsza z nich wprowadzono system oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym poprzez kontraktowanie świadczeń medycznych przez Regionalne Kasy Chorych. Reforma miała się skupić na podniesieniu jakości świadczeń usług medycznych, wzrostu efektywności, ochrony interesów oraz wzrostowi szacunku dla pacjenta. Już w dniu wejścia w życie została skazana na niepowodzenie. Po pierwsze podjęto decyzje o obniżeniu skali z 10 % do 7,5 % podstawy opodatkowania. Pacjenci stali się – klientami, których potrzeby zdrowotne stały się przedmiotem transakcji (kontraktów), personel medyczny stał się sprzedawcą usługi medycznej, kasy chorych płatnikiem–monopolistą, małe ministerstwo zdrowia¹⁰.

Zmiana systemu finansowania została wprowadzona równocześnie ze zmianami w strukturze samych ZOZ–ów, które zostały przyporządkowane powiatom, w wyniku, to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stały się samorządowymi osobami prawnymi, część z nich wyodrębniono jako niepubliczne. Jednym z najbardziej istotnych elementów reformy polskiej służby zdrowia była zmiana starego systemu podstawowej

⁸ Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153

⁹ Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391 ze zm.; ustawa weszła w życie 1 kwietnia 2003 r.

¹⁰ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2004, s. 172-173

opieki zdrowotnej na nowoczesny model sprawdzony w wysokorozwiniętych krajach zachodnich i oparty na zachodnich wzorcach lekarza rodzinnego. Instytucja ta stała się fundamentalnym elementem systemu ochrony zdrowia. Lekarz rodzinny realizując swoje zadania współpracuje bezpośrednio z pielęgniarkami środowiskowymi oraz położnymi.

Od 1.04.2003 r. system kas chorych został zastąpiony przez Narodowy Fundusz Zdrowia z 16 oddziałami na terenie całego kraju. W Polsce aktualnie istnieje rozbudowany system opieki publicznej i niepublicznej oraz uzupełniająca prywatna opieka zdrowotna. System opieki zdrowotnej funkcjonuje w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r.¹¹ o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. System ochrony zdrowia jest finansowany z publicznych środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (obowiązkowych i dobrowolnych)¹², będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa, budżetów samorządów terytorialnych na szczeblu gminnym, powiatowym i wojewódzkim. Składki na konto funduszu są przekazywane za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Ogółem służba zdrowia w Polsce pochłania ok. 6% PKB. To znacznie mniej niż np. w Stanach Zjednoczonych, Francji, Wielkiej Brytanii ale także na Węgrzech.

System opieki zdrowotnej jest oparty na zasadach:

- zapewnienia pacjentowi swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- równego traktowania obywateli,
- solidarności społecznej,
- obowiązku składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób uzyskujących przychody,
- możliwości skorzystania z prywatnej lub publicznej opieki za dodatkową opłatą¹³.

Lekarz, pielęgniarka i położna podstawowej opieki zdrowotnej są zobowiązani do podejmowania działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. W uzasadnionych przypadkach lekarz udzielający podstawowej opieki zdrowotnej kieruje na badania diagnostyczne i leczenie specjalistyczne oraz szpitalne. Zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia. Ubezpieczony bez skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych następujących specjalistów: ginekologa i położnika, okulisty, onkologa, psychiatry, dermatologa.

¹¹ Dz. U. Nr 210, poz. 2135

¹² w 2006 r. wynosi ona 8,75 % podstawy wymiaru. Aktualnie obowiązująca ustawa zakłada przyrost składki o 0,25 % corocznie tak, aby w 2007 roku osiągnęła ona poziom 9 %.

¹³ Dz.U.1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm. Ustawa o Zakładach opieki zdrowotnej. Prawa pacjenta w zoz – rozdział 1a

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania art. 60¹⁴.

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia **Zdrowie dla wszystkich w roku 2000** przyjętej także w Polsce¹⁵, informują że we wszystkich krajach członkowskich powinna nastąpić poprawa zachowań zdrowotnych.

W Polsce utworzono najważniejszy dokument strategiczny dla systemu ochrony zdrowia, Narodowy Program Zdrowia [NPZ]. Określa on cele i kierunki zdrowotnej polityki w Polsce do 2005 r. Podstawą programu realizowanego poprzez zmiany w stylu życia, kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu oraz zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych. Zaletą jest skoncentrowanie się na działaniach prozdrowotnych, słabością natomiast jest brak podstawy prawnej¹⁶.

Wyznaczono podstawowe założenia które podkreśla że zdrowie jest:

- *wartością*, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim,
- *zasobem* (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny ekonomiczny: tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia.,
- *środkiem*, do osiągnięcia lepszej jakości życia¹⁷.

Problemy sektora zdrowia w Polsce nie są czymś wyjątkowym na tle innych krajów Europy Zachodniej. One także mają swoje słabe punkty. Jednak w tych krajach istnieją takie rozwiązania, które pozwalają minimalizować ryzyko z nich wynikające dla pacjentów. Chociaż każdy z krajów UE rozwija swój własny system zarządzania opieką zdrowotną, to jednak można z nich wyodrębnić pewne cechy wspólne. Opierają się na mieszanych źródłach finansowania, lecz większość środków kontrolowana jest przez państwo. W krajach UE funkcjonują w zasadzie trzy podstawowe modele finansowania. Pierwszy z nich to system budżetowy, jako część finansów publicznych pochodzących z podatków – nazwana modelem Beveridge'a. Drugi finansowany w postaci funduszy ze składek obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego – model Bismarcka.

¹⁴ Dz. U. 2004 ,Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.

¹⁵ Cele i zadania polskiego programu "Zdrowie dla wszystkich w roku 2000". PZWL Warszawa 1987.

¹⁶ E. Hibner, *Zarządzanie w Systemie Zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź 2003, s. 191

¹⁷ *Narodowy Program Zdrowia 1996-2005*, Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia, MZiOS, Warszawa, Wrzesień 1996

Trzeci to finanse prywatne, z ubezpieczenia dobrowolnego. W większości krajów istnieją systemy mieszane, gdzie mamy do czynienia ze współistnieniem różnych modeli.

Finansowanie budżetowe i ubezpieczeniowe. Metoda finansowania ochrony zdrowia jest oparta na zasadzie ogólnej solidarności i sprawiedliwości społecznej. System ochrony zdrowia w tym przypadku stanowi domenę państwa. Ten sposób dostarczania środków do systemu kieruje się takimi zasadami, jak powszechność, dostępność oraz osiągalność, co oznacza m.in. rozbudowę sieci placówek zdrowia, przychodni i szpitali. W tym modelu ubezpieczenia to państwo bierze na swoje barki ryzyko związane z zapewnieniem obywatelom równego dostępu do usług i świadczeń medycznych. Także do rządu należą decyzje o dysponowaniu środkami publicznymi na ten cel, a także o wysokości wydatków na ochronę zdrowia. Natomiast finansowanie ubezpieczeniowe w poszczególnych systemach kalkulowane jest w zależności od zakresu ubezpieczenia i ryzyka, w taki sposób, który ma zapewnić jak najlepszą równowagę finansową całego systemu. W tym modelu podstawowym źródłem finansowania powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych są składki płacone zarówno przez pracodawców, jak i pracowników. Wysokość składki jest różna jest rozłożenie ryzyka (np. różne zdarzenia losowe) pomiędzy wszystkich jego uczestników. Składki z ubezpieczenia zdrowotnego trafiają do funduszy kas chorych. Obok tych składek do systemu trafiają także pieniądze, które obywatele płacą dobrowolnie, np. przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Taki system ma motywować pacjentów do dbałości o stan swojego zdrowia, a także do nienadużywania usług medycznych.

Opieka zdrowotna w Niemczech. System obowiązujący u naszego zachodniego sąsiada oparty na obowiązkowym ubezpieczeniu społecznym jest jednym z najstarszych w Europie. Wprowadził go w życie w 1883 roku Bismarck. Jego podstawy tworzą tzw. kasy chorych. System ten był ciągle udoskonalany i dopasowywany do aktualnej sytuacji. W zakresie polityki zdrowotnej realizowane są następujące cele: prawo do życia, prawo nienaruszalności osobistej, nieograniczony dostęp do ochrony zdrowia na aktualnym poziomie wiedzy medycznej, solidarne finansowanie wg możliwości ekonomicznych ubezpieczonego, wolne od składki ubezpieczenie niepracujących członków rodziny. Prawie 90% społeczeństwa jest ubezpieczona poprzez system. Składki na kasy chorych są pobierane od wszystkich dochodów z pracy, podzielone równo pomiędzy pracodawcę i pracownika. System ten również przeżywa problemy, ponieważ należy do jednego z najdroższych spośród wszystkich krajów z UE. Niemcy jako pierwszy kraj w Europie, przyjęli zasadę odpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia. Realizuje zasadę

solidarnej odpowiedzialności za ryzyko wywołane chorobą i konieczność zapewnienia w razie jej zaistnienia koniecznej opieki zdrowotnej każdemu¹⁸. Cechą charakterystyczną kas niemieckich jest ich samorządność wyraźny podział na ambulatoryjną i stacjonarną opiekę zdrowotną. Niemieckie szpitale świadczą opiekę na najwyższym światowym standardzie. Ubezpieczeni pacjenci mają nieograniczone możliwości wyboru lekarza. Pacjent ma wolny dostęp do ambulatoryjnej opieki, zaawansowanego wyposażenia technicznego lekarza praktyki ogólnej, lekarza specjalisty i dentysty. Koszty opieki w całości pokrywa kasa chorych do której pacjent przynależy. Jednak pacjenci korzystający ze świadczeń kas chorych wnoszą pewne opłaty które tworzą barierę przed nadużywaniem usług.

Opieka zdrowotna w Wielkiej Brytanii. System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii (model Beveridge'a), pierwowzór państwowego, powszechnie dostępnego systemu opieki zdrowotnej, był wzorem dla tzw. modelu socjalistycznego Siemaszki. Całość społeczeństwa jest ubezpieczona, ma zagwarantowany równy i bezpłatny dostęp do świadczeń. System finansowania jest budżetowy (z podatków ogólnych). W latach 80-tych wprowadzono tzw. rynek wewnętrzny usług zdrowotnych: rozdzielono finansowanie usług od ich świadczenia, wprowadzając konkurencję między usługodawcami na zasadzie kontraktowania, usamodzielniono lekarzy ogólnych przez danie im budżetów na opiekę zamiast pensji.

Ocena tych reform, entuzjastyczna za czasów M. Thatcher, obecnie jest bardzo krytykowana. Zasadniczym problemem pozostaje chroniczne niedofinansowanie, choć system brytyjski podawany był jako wzór efektywności (małe nakłady, stosunkowo duża wydajność). Widać z tego że system ten, który przedstawiał się jako idealny i który wprowadził wiele innowacyjnych zmian, jednak nie zdaje egzaminu.

1.3. Dylematy ochrony zdrowia w warunkach reformy systemu opieki zdrowotnej

Sytuacja zdrowotna ludności Polski, uległa niewątpliwie poprawie jednak na tle krajów Unii Europejskiej nadal przedstawia się niekorzystnie. Według powszechnie używanych wskaźników zdrowotności społeczeństwa Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród krajów Unii Europejskiej. Poprawę stanu zdrowia w dużej mierze

¹⁸ C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy Zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 127-128

zawdzięcza zmianie stylu życia, w tym większej aktywności fizycznej. Niezbędne jednak jest działania na rzecz dalszej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego, w tym również działania systemu ochrony zdrowia nakierowane na profilaktykę zdrowotną oraz na zwiększenie dostępności do usług medycznych.

Dla zapewnienia realizacji tych celów, polski system ochrony zdrowia podlegał wielu zmianom spośród których najważniejsze to reformy z 1999 i 2003 roku.

Najistotniejsze problemy

✓ Brak konsekwencji we wdrażaniu reform

Dotychczasowe reformy, chociaż oparte na eksperckich programach, nie przyniosły efektów oraz oczekiwanych rezultatów. Wśród głównych przyczyn należy wymienić nadmierną podatność zmian w systemie opieki zdrowotnej przez rządzących polityków. Brak woli polityków do podjęcia konkretnych, niezbędnych reform systemu ochrony zdrowia, oraz zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia ze środków publicznych. Obawa przed porażką wyborczą zniechęca kolejne ugrupowania polityczne do przedstawienia takiego modelu systemu, który by równoważył wielkość środków publicznych jakie są przeznaczone na ochronę zdrowia a zakresem świadczeń. Społeczeństwo nie wie w jaki sposób wydatkowane są pochodzące z ich składek pieniądze. Problemem ochrony zdrowia w Polsce jest to, że nie zdecydowano się na przyjęcie żadnego modelu sprawdzonego przez inne państwa w UE.

✓ Brak równowagi finansowej

Stan ten prowadzi do zadłużania się placówek ochrony zdrowia, oraz do zaniżania wynagrodzeń personelu medycznego.

✓ Niskie nakłady finansowe na ochronę zdrowia.

Przewidziany wzrost składki do poziomu 9% wprowadzie przyniesie dopływ środków, jednak nie będą to nakłady wystarczające na pokrycie przyszłych potrzeb zadłużonego systemu ochrony zdrowia. W efekcie starzenia się społeczeństwa i zwiększających się z tego tytułu potrzeb zdrowotnych, wydatki na ochronę zdrowia będą wzrastać począwszy od 2007 r.

Planowanie działań w opiece zdrowotnej jest posiadanie informacji o wielkości populacji ludzi na świecie i w Polsce oraz ich wzajemna zależność. Pod względem liczby ludności Polska znajduje się na 30 miejscu wśród krajów świata i 9 w Europie. Obserwacja danych demograficznych wskazuje na starzenie się populacji, przy spadku przyrostu naturalnego,

co wpłynie na kształtowanie rodzajów i rozmiarów usług medycznych. Przyjmując za wskaźnik starzenia się osób w wieku poprodukcyjnym, mężczyźni 65 lat i kobiety 60 lat, populacja ta zacznie dynamicznie wzrastać do roku 2020¹⁹. W porównaniu z krajami Europy Zachodniej Polacy przeważnie żyją o 8–9 lat krócej, a Polki o 5–6 lat krócej. Przyczyną tych różnic jest niższy standard życia, szkodliwy dla zdrowia styl życia, zanieczyszczone środowisko, oraz złe warunki pracy. Znajomość liczby i wieku osób należących do danej populacji może ułatwić podejmowanie decyzji o rozwoju opieki zdrowotnej oraz profilu świadczeń. Taka sytuacja powoduje wzrost popytu na pewien typ usług i wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Dodatkowo można przypuszczać, że postęp medyczny, dokonujący się w Polsce ukształtuje wśród starszej populacji znacznie większe wymagania odnośnie świadczonych usług. Dlatego też lekarze XXI wieku będą musieli poszerzyć swoją wiedzę z zakresu geriatricy. Będzie to wynikiem nie tylko starzenia się społeczeństwa oraz uwarunkowaniami ekonomicznymi, gdzie nastąpi przesunięcie diagnostyki medycznej hospitalizacyjnej na poziom ambulatoryjny.

Tabela nr 3.

Populacja ludzi w Polsce od 2005–2020r

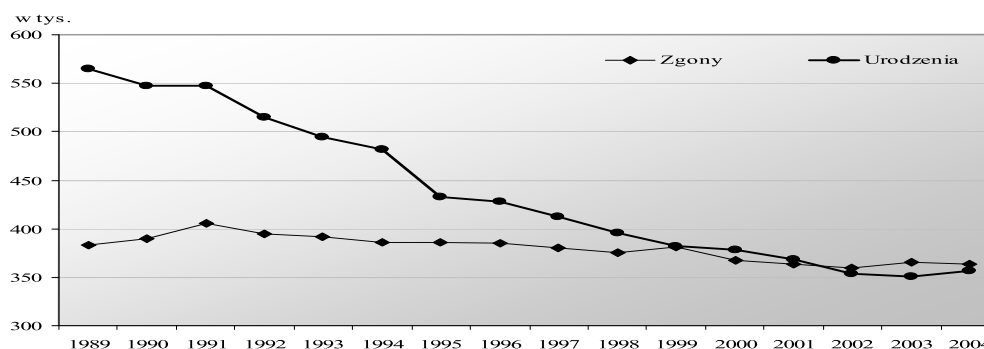
	Rok 2005	Przewidywany Rok 2020
Polska	38106130	37323724
Kobiety w wieku 60 lat	166785	265459
Mężczyźni w wieku 65 lat	137141	257031

Źródło: opracowanie własne na podst. [http://www. stat. gov. pl](http://www.stat.gov.pl). z dnia 12. 12. 2005r

¹⁹ A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS” tom 2, Kraków 2001, s. 418-419

Rysunek nr 4.

Przyrost naturalny w Polsce od 1989 – 2004r



Źródło: opracowanie własne na podst. <http://www.stat.gov.pl>, z dnia 12. 12. 2005 r

Bezpośrednią przyczyną zmniejszania się liczby ludności jest znaczący spadek liczby urodzeń. Od 1993 r. urodzenia kształtują się na poziomie poniżej 500 tys., a od 1998 r. – poniżej 400 tys. z kolei umieralność nie uległa istotnym zmianom.

Przyczyn spadku liczby urodzeń jest z pewnością wiele. Dążenie do wyższego standardu życia sprawia, że (przynajmniej w Europie) pary częściej decydują się tylko na jedno, maksymalnie dwoje dzieci. Kobiety zachodzą w pierwszą ciążę coraz później, odkładając macierzyństwo na czas po studiach, po ustabilizowaniu się sytuacji zawodowej, po przeprowadzce do własnego mieszkania. Jedną z przyczyn może być też to, że coraz więcej młodych osób ma problemy z płodnością. W Polsce przyjmuje się, że ok. 1,2 mln par nie może mieć dzieci, mimo że chciałoby je posiadać. Równie alarmujące jest to, że coraz mniej Polek w ogóle decyduje się na posiadanie dziecka. U kobiet szanse na zajście w ciążę zmniejszają się bowiem wyraźnie po 35. roku życia. Gdy zatem para dojrzeje do posiadania dziecka psychicznie i finansowo, często, by je mieć, musi skorzystać z pomocy wyrafinowanych technik medycznych. Jest to jednak pomoc kosztowna. Koszt jednego zabiegu zapłodnienia in vitro to od 6 do 12 tys. złotych. Szansa na zajście w ciążę za pierwszym razem wynosi 20–30 %. Po trzech próbach w ciążę zachodzi prawie 90 % kobiet.

✓ **Rosnące obciążenie finansowe pacjentów**

Pacjenci dopłacają do systemu opieki zdrowotnej w formie różnych opłat za usługi medyczne.

✓ **Korupcja w systemie ochrony zdrowia**

Wśród przyczyn zjawiska korupcji brak kontroli, w procesie wprowadzania kolejnych reform niedofinansowania ochrony zdrowia. Działania korupcyjne, mimo że mogą chwilowo zwiększać elastyczność systemu i dodatkowo go dofinansować, są bezprawne i moralnie naganne.

✓ **Niezadowoleni pacjenci**

Podmioty systemu, którzy mają prawo do zaspokajania wszystkich potrzeb zdrowotnych, którym nie będzie się stwarzać ograniczenia dostępu do dowolnie wybranego lekarza. Nie ma takiego systemu opieki zdrowotnej, w którym nie pojawiłby się problem oczekiwania na drogie i trudno dostępne usługi medyczne. W krajach bogatszych lepiej rozwiniętych od Polski, nikt nie utrzymuje obywateli w mylnym przeświadczeniu że każdy ma do nich równy dostęp, niezależnie od tego, jak wielkie nakłady finansowe przeznaczone są na ochronę zdrowia. Po kolejnych reformach na porządku dziennym jest utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów, długi czas oczekiwania w kolejkach na zabiegi medyczne oraz nie przyjmowanie chorych ze względu na wyczerpanie limitu przyjęć przez szpitale.

✓ **Lekarze i personel medyczny**

Obojętnie gdzie pracują są świadczeniodawcami, którzy mają prawo i obowiązek udzielenia pomocy medycznej wg, potrzeb pacjenta. Zawody medyczne są równocześnie powołaniem tzn. ze oczekujemy od nich działań z motywacją służby. Nie oznacza to, że nie mają prawa do zapłaty za prace pozwalającej im godnie żyć. Zadłużone szpitale i niewypłacalny Narodowy Fundusz Zdrowia, lekarze i pielęgniarki otrzymujące pensje w ratach, zaniepokojeni możliwością utraty miejsca pracy, rozczarowani pozostający bez należytej opieki pacjenci, taki obraz polskiej służby zdrowia wyłania się po trwającej kilkanaście lat reformy ochrony zdrowia. W efekcie narastającego chaosu dochodzi do konfliktów.

✓ **Konkurencja**

O trwaniu placówki służby zdrowia na rynku decyduje kontrakt z NFZ, który ma pozycje monopolistyczną do usługodawców. Wyposażenie i wysoka jakość usługi, jest zarówno ceniona przez płatników i pacjentów. Z drugiej strony, dobrzy lekarze, stanowią wysoki koszt utrzymania placówki, co obniża ich konkurencyjność w negocjacjach z NFZ, w których najważniejszą sprawą jest cena świadczenia. Występuje również zjawisko konkurencji pomiędzy samymi pacjentami. Utrudniony dostęp do specjalistów, wynika z niedostatecznych środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Pacjenci nadal zabiegają o umiejscowienie w konkretnym

szpitalu czy też na danym oddziale za który oddzielnie płać, co stanowi dodatkowy dochód dla placówek.

1.4. Funkcjonowanie zawodowe personelu medycznego w warunkach reformy służby zdrowia: problemy etyczne

Etyka to ogólna nazwa dla różnych sposobów rozumienia i badania życia uczciwego człowieka. Pojecie które mogą być rozumiane jako:

Moralność – jest to pojęcie odnoszące się do dobrego lub złego zachowania. Każde działanie ludzkie, może być oceniane jako moralnie dobre, złe lub obojętne. W języku potocznym odnosi się do układu osądów i ocen, mówiąc o kimś że postąpił moralnie dajemy wyraz swej aprobaty dla jego postępowania jako postępowania dobrego. Odwrotnie postępowanie które oceniamy jako złe, nazywamy niemoralnym. Moralność to zespół pewnych oczywistych nakazów, które mają charakter bezwzględny i kategoryczny.

Normy moralne – są ukształtowane poprzez kulturowe tradycje rodzinne i społeczne. W etyce odróżnia się jako nakazy i zakazy. Są trzy zasadnicze normy moralne.

Utylitarystyczna to jest dobre co przynosi największą korzyść dla grupy społeczeństwa.

Deontonomiczna o obowiązujących nakazach moralnych decyduje prawo narzucone przez państwo.

Personalistyczne istotą twierdzenia jest godność każdej osoby. Istota ludzka od początku swego istnienia jest kimś, a nie czymś. Akceptacja godności osoby warunkuje równość między ludźmi.

Sumienia która jest zdolnością umożliwiającą nam moralny osąd swojego postępowania. Jeżeli w naszym wyobrażeniu człowiek powinien być obdarzony cechami charakteru określonymi jako cnoty moralne, a postępuje całkowicie sprzeczenie, to wówczas u nas budzi się to coś co nazywamy wyrzutem sumienia.

Powstawanie dylematów etycznych wiąże się z trudnością jednoczesnego ustalenia hierarchii trzech podstawowych powinności moralnych pracowników ochrony zdrowia czyli:

- czynienia tego, co najlepsze dla danego pacjenta:
- uwzględniania potrzeb pozostałych pacjentów:
- poszanowania autonomii – które mogą wchodzić w konflikty.

Etyki lekarskiej jest to całokształt norm wyznaczających określone obowiązki moralne związane z wykonywanym zawodem. Inaczej to zespół zasad i norm, jak z moralnego punktu widzenia powinni się zachować przedstawiciele danego zawodu. Etyka lekarska zawiera zasady etyczne do rozwiązywania spornych kwestii moralnych pojawiająca się w praktyce lekarskiej. Tak rozumiana etyka niczego nie nakazuje lecz jest próbą trudnego spojrzenia na pojawiające się w medycynie skrupuły i konflikty moralne. Wartości moralne, normy, zasady, reguły a także prawa, obowiązki i odpowiedzialność moralna stanowią podstawy i kierunkowskazy postępowania w praktyce lekarskiej. Postępowanie zgodne z którymi wymaga się, aby lekarz je znał, i akceptował. Wymaga się także, aby lekarz kierował się nimi w sposób refleksyjny, a w trudnych sytuacjach dokonywał wyborów i podejmował właściwe decyzje. Jak wszystkie normy etyczne, tak i normy etyki lekarskiej są wartościami które będą się opierały na pojęciu elementarnej normy moralnej – ze przedmiotem i podmiotem działania lekarza jest człowiek. Uporządkowanym logicznie spisem takich norm nazywamy „kodeksem deontologicznym” od greckiego słowa –deon – obowiązek, powinność.

Tabela nr 4.

Postawy osobowości lekarza zawarte w deontologii lekarskiej

Postawy ideowe	
Postawa humanizmu	traktowanie człowieka jako najwyższego dobra. Nakazuje szacunek dla człowieka i jego podstawowych praw – jest to służba człowiekowi potrzebującemu pomocy.
Postawa egalitaryzmu	zasada równości wobec choroby i potrzeb korzystania ze świadczeń lekarskich. Lekarz musi być przekonany, że o każde życie winien walczyć z jednakowym maksymalnym staraniem.
Postawa twórczego zaangażowania	lekarz nie może przyjąć postawy biernej, materialistycznej, gdyż sprzeczne byłoby to ze społecznym charakterem zawodu.
Postawa umiłowania wolności	prawo wyboru jednej w wielu możliwych do podjęcia decyzji z korzyścią dla pacjenta.
Postawy interpersonalne	
Poczucie godności osobistej	postępowanie w stosunku do chorych powinno uwzględniać psychologiczne różnicowanie pacjenta.
Szacunek dla życia zdrowia	chory musi odczuwać, że uczyniono wszystko aby ratować jego życie i przywrócić zdrowie
Postawa tolerancji	gdy odrębne poglądy chorego będą miały wpływ na stan jego zdrowia.
Postawa opiekuńcza	moralny obowiązek świadczenia pomocy każdemu, kto pomocy potrzebuje.

Źródło: opracowanie własne na podst. T. Kielanowski, *Etyka i deontologia lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1985, s. 27-28

Lista przedstawianych etycznych cech osobowości, które powinien kształtować lekarz jest długa. Z pewnością nie jest jeszcze pełna. Ale czy każdy lekarz musi je posiadać. Lekarz jest przecież takim samym człowiekiem jak my wszyscy, ze wszystkimi wadami i zaletami właściwymi naturze ludzkiej. Przygotowując się do zawodu przyszli lekarze otrzymują szczegółową wiedzę medyczną potrzebną do leczenia pacjentów. Studia medyczne kładą wyraźny nacisk na fizjologiczne aspekty choroby nieco zaniedbując psychologiczny wymiar zdrowia, choroby i leczenia. Choć to truizm, ale warto pamiętać, że każdy człowiek to zarówno ciało jak i psychika. Rozważając czym jest zdrowie i choroba, zadajemy trudne pytania na które trudno odpowiedzieć nie odwołując się do któreś z etyk. Wszystkie teorie etyczne wymyślone przez myślicieli antycznych łączyły w filozofii moralnej elementy naturalnych zachowań moralnych, wskazywały ideały i normy moralne, którymi ludzie powinni się kierować. Łączyły opis tego co jest, z opisem co być powinno. Dopiero w czasach współczesnych nastąpił podział na:

- etykę opisową – zwana etiologia, która zajmuje się opisywaniem systemów etycznych w różnorodnych społecznościach i wydarzeń historycznych,
- etykę normatywną – odróżnienie dobra od zła,
- deontologie,
- etykę odpowiedzialności.

Problemy, które kiedyś mogli rozstrzygnąć lekarze w swej wiedzy i sumieniu, obecnie zajmują dziś biologów, psychologów, filozofów, prawników, polityków. Tak powstała bioetyka, wykraczająca poza etykę lekarską. Tak rozumiana etyka niczego nie nakazuje lecz jest próbą trudnego spojrzenia na pojawiające się w medycynie skrupuły i konflikty moralne. Historyczne korzenie wielu współczesnych dyskusji na temat bioetyki, czyli przerywania ciąży, eutanazji, samobójstwie sięgają wprost od Platona, Seneki, Arystotelesa, i wielu innych wysmienitych filozofów. W deontologii lekarskiej sprawa jest jasna i oczywista, lekarz powinien leczyć, natomiast zabrania samowolnie używać eutanazji, gdyż zabrania mu tego **Przysięga Hipokratesa**, Gdy kwestie eutanazji rozważa filozof, może on dojść do różnych rezultatów np. ulga w cierpieniu choremu człowiekowi. Nie ulega wątpliwości że każdy, pacjent i lekarz chciały wiedzieć co naprawdę jest dobre, moralne i jak naprawdę powinno się postąpić, czy działalność lekarza jest humanitarna i etyczna, że człowiek – lekarz może się wznieść wyżej nad człowieka –pacjenta.

1.5. Humanizm jako refleksja w pracy współczesnego lekarza

Medycyna jest nauka używana, która swój rozwój zawdzięcza osiągnięciom biologii, biochemii i fizyki. Medycyna jest wiedzą potrzebną dla użytku człowieka, stąd dotyczy również aspektów psychologicznych. Na całość wiedzy medycznej składają się więc również nauki przyrodnicze i humanistyczne. Niepodzielność tych nauk wyraża się przede wszystkim w praktyce. Pacjent jest osobowością złożoną z zagadnień biologicznych i problemów humanistycznych. Zmienne problemy ekonomiczne, obyczajowe, podlegają przeobrażeniom ewolucji i nie są obojętne dla osobowości współczesnego człowieka. Tak jak całe społeczeństwo tak lekarz i pacjent są zróżnicowani, każdy ma inne cechy osobowości, zachowania, stylu życia., swoje cechy indywidualne, swoje specyficzne warunki życia i rozwoju, wychowania. Wszystko co jest w sferze tradycji, obyczajów i kultury, stanowi problem humanistyczny. Humanizm zajmuje się człowiekiem jako istotą społeczną. W sumie humanitarne podejście w medycynie oznacza odpowiednią postawę intelektualną i postawę moralną zarówno lekarza jak i pacjenta. Człowiek humanistycznie wychowany, wrażliwy jest na piękno, na dobro i na zło, na szczęście i nieszczęście ludzkie. Człowiek humanitarny myśli kategoriami emocjonalnymi, a dopiero później według zasady wiedzy i logicznego rozumowania. Taki powinien być lekarz, najpierw powinien widzieć nieszczęście człowieka, a dopiero później je analizować. W relacji do ludzi, lekarz jest widziany i tak winien sam siebie traktować jako człowiek powołany do ochrony życia i zdrowia. Rodzi to określone zobowiązania, gdy pacjent jest zagrożony przez śmierć lub kalectwo. W tym niesieniu pomocy i ratowaniu człowieka leży sens, wielkość powołania i specyfika zawodu lekarskiego²⁰.

²⁰ S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995, s. 46

ROZDZIAŁ 2. ROLA ASPEKTÓW BIOETYCZNYCH W PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO

2.1. Wyjaśnienie pojęć kluczowych i terminologii podstawowej z zakresu bioetyki

Salus aegroti suprema lex Dobro chorego naczelnym prawem mawiano od stuleci ponieważ z tej głównej zasady wywodzą się wszystkie normy etyczne. Często powtarza się że zdrowie jest największym skarbem człowieka, ale oprócz zdrowia aby człowiek był szczęśliwy musi posiadać również prawo decydowania o swoim życiu. *Skuteczna pomoc medyczna udzielana wszystkim chorym, wymaga bardziej humanitarnej relacji w stosunkach pacjent lekarz. Dotyczy pełniejszego dostrzegania ludzkiego dramatu*²¹.

Poszukując okoliczności, które przyczyniły się do powstania bioetyki trzeba wskazać na naukowe i kulturowe uwarunkowania życia ludzi w latach sześćdziesiątych XX wieku. Był to czas szybkiego rozwoju i zmian w dziedzinie biomedycyny, który zaowocował dializą nerek, transplantacją organów, bezpieczniejszymi metodami aborcji, pigułką antykoncepcyjną, diagnozą prenatalną, sztucznym respiratorem, a nawet przewidywaniami dotyczącymi inżynierii genetycznej. Równoległe do tych zmian pojawiają się sukcesy w dziedzinie techniki i przetwarzania surowców naturalnych oraz przyspieszony rozwój ekonomiczny. Umożliwiały one szybkie bogacenie się społeczeństw, ale także coraz pełniejszą penetrację środowiska naturalnego i jego podporządkowanie interesom ludzkim.

Pierwszą definicję bioetyki ogłoszono w 1971 roku, w wyniku refleksji Van Rensselaera Pottera (1911–2001), profesora onkologii University of Wisconsin w Madison (USA) Swoje przemyślenia i propozycje dotyczące bioetyki zawarł w dwóch publikacjach: **Bioethics: The Science of Survival** (Bioetyka: nauka o przeżyciu). Temat poruszony w tym artykule, został następnie pogłębiony przez tego samego autora w 1971 roku, w książce pt. **Bioethics: Bridge to the Future** (Bioetyka: most ku przyszłości)²².

²¹ T. Kielanowski, *Etyka i deontologia lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1985, s. 8

²² ks. A. J. Katalo, http://www.bezuprzedzen.pl/czytelnia/abc_bioetyki_01 - z dnia 3.01.2006

Wizja bioetyki jaką przedstawił Potter składa się z trzech fundamentalnych elementów:

- wielostronność – idea bioetyki jako *mostu* pomiędzy różnymi dyscyplinami wiedzy.
- spojrzenie w przyszłość – bioetyka jako nauka, która bardziej zajmuje się przyszłością niż terażniejszością; następstwa dzisiejszej biomedycyny dla przyszłych pokoleń.
- nauka globalna – bioetyka jako nauka syntezy: nie tylko problemy życia i zdrowia, bioetyka porusza się pośród wszystkich postaci rzeczywistości.

Według tego autora bioetyka to poszukiwanie zasady odpowiedniego postępowania, którzy decydują o wyborze metody leczenia przy zastosowaniu najnowszych osiągnięć nauki w praktyce. Bioetyka wykracza poza wąsko pojmowaną etykę lekarską. Dotyczy nie tylko problemów zdrowia i choroby, ale także ekosystemu w którym człowiek żyje, dopuszczalnych granic wykorzystywania współczesnej nauki i technologii do ingerencji w życie jednostki a następnie akceptacji lub odrzucenia.²³ Jest to nauka w której głównie chodzi o to, aby w zależnych jednostronnych badaniach poznać ludzi pod względem ich różnic. W zawartym dziele bioetyka definiowana jest jako część biologii, która zajmuje się wykorzystaniem możliwości nauk biologicznych, w celu uzyskania – przy ich właściwym użyciu – lepszej jakości życia. Nowa dyscyplina, która pojawiła się pod taką definicją, zyskała sobie dobre przyjęcie wśród lekarzy i naukowców.

Natomiast Pierre Cûer²⁴ w publikacji „Medycyna a prawo człowieka” twierdził że jeszcze nie istnieje pełna definicja bioetyki. Książka zawiera opis konkretnych przypadków którymi zazwyczaj mają do czynienia ludzie zajmujący się ochroną zdrowia. Zawiera ona rozstrzygnięcia z dziedzin prawa, etyki, religii i filozofii, które mogą być pomocne pracownikom służby zdrowia w przedstawianiu pacjentom pełnych i kompetentnych informacji. Zawiera ona najważniejsze normy prawa i deontologii, które należą przede wszystkim do norm postępowania między personelem medycznym a pacjentem. Uzasadnił że zakres bioetyki jest szerszy niż zakres etyki lekarskiej, ponieważ bardziej drobiazgowo określa ona relacje ludzkie między ochroną zdrowia a pacjentem²⁵.

²³ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 5

²⁴ ks. A. J. Katalo, <http://www.bezupzedzen...>, op.cit

²⁵ J. B. Karski, *Praktyka i Teoria Promocji Zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003, s. 26

Czym jest bioetyka?

Cytując ks. Ślipko – „*Bioetyka to dział filozoficzny etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny, normy moralne, ważne w dziedzinie działań ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią*”²⁶.

Bioetyka – którego częścią składową jest **bios** – życie i **ethos** czyli etyka życia ludzkiego. Etyka tutaj jest rozumiana jako etyka filozoficzna, oparta na nauce normatywnej czyli określenie zachowań moralnych ludzi. Moralność – czyli etyczne zasady i ich określenie cech: dobre, dopuszczalne czy też nakazane zachowania, lub też ich przeciwstawne odzwierciedlenie. Gdyby się udało rozpatrzeć wszystkie problemy bioetyki, stwierdzono że dotyczą one sytuacji które cechuje wyjątkowość. Bywają poważne a czasami krytyczne. Życie człowieka zostaje w nich pozostawione na granicy istnienia – śmierć, choroba – kalectwo, lub też innych dramatycznych sytuacji w których z szczególną siłą odsłania się ciężar ludzkiego losu.

Nowoczesna technika medyczna, rozterki natury moralnej i cierpienie osoby ludzkiej, oto swoisty trójkąt, w którym porusza się bioetyka. Dylematy bioetyki ogarniają ogół zagadnień związanych z faktami ingerencji człowieka w granicznych sytuacjach:

- początków biogenezy człowieka – zagadnienie dotyczące inżynierii genetycznej i eugeniki z dwoma podstawowymi pojęciami,
- jego trwania – bioterapii, związana z granicznych problemów terapii medycznej, stosunku człowieka do cierpienia,
- końca życia czyli śmierci – tanatologie, forma ofiary z życia jakim jest samobójstwo z poświęcenia lub tzw. zabójstwo użyteczne.

Bioetyka jest nauką poszukującą rozwiązania problemów natury moralnej, które rodzą się w granicznych momentach życia: poczęcie, narodziny, choroba i śmierć. Szczególny niepokój budzi perspektywa traktowania ciała i życia ludzkiego jako materiału poddawanego modyfikacjom przy pomocy metod inżynierii genetycznej, prokreacji wspomaganie medycznie, transplantacji i określania czasu śmierci bez odwoływania się

²⁶ ks. T. Ślipko SJ, *Granice życia dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1994, s. 14-15

do godności ludzkiej i zasad etycznych. Odróżnia się też dwa podstawowe punkty widzenia, z których rozważa się problemy: punkt widzenia pacjenta jako osoby świadomej oraz punkt widzenia organizacji stosującej pewne standardy, obowiązki i procedury w szpitalach, przychodniach oraz indywidualnej – prywatnej praktyce lekarskiej. W odniesieniu do konkretnego pacjenta praktyka medyczna pociąga za sobą następujące kwestie bioetyczne.

Po pierwsze początek życia:

- sztuczne zapłodnienie,
- manipulacje kodem genetycznym,
- diagnoza prenatalna,
- procedury związane z aborcją.

Po drugie procedury związane z końcem życia:

- diagnoza śmierci. Śmierć mózgu jest obecnie jednym z najbardziej wymiernych kryteriów śmierci człowieka. Definicja śmierci mózgowej sprawdza się w praktyce w zdecydowanej większości standartowych przypadków klinicznych, istnieje jednak spory odsetek przypadków, kiedy okazuje się ona niewystarczająca, nie dając całkowitej pewności śmierci człowieka,
- eutanazja,
 - stwarzanie należytych warunków umierania, zagadnienia opieki terminalnej.

Kierowanie chorego do szpitala na ostatnie dni swojego życia, wynika z konieczności zapewnienia mu leczenia objawowego i pielęgnacji, które w warunkach domowych rodzina nie jest w stanie zapewnić. Dlatego przygotowanie lekarza/pielęgniarki do towarzyszenia umierającemu ma istotne znaczenie. Bo jeśli nie jest możliwe przedłużenie życia, to łagodzenie cierpienia fizycznego i psychicznego jest przedmiotem działania personelu medycznego.

Po trzecie

- grupa zagadnień wynikająca z doniosłości faktu, że zdrowie i samo życie zależą od różnych czynników, które nie należą do czynników medycznych: odżywianie, higiena, warunki pracy, sposoby zachowania, polityka zdrowotna.

Motywacją dla personelu medycznego – lekarzy, pielęgniarek, położnych – do uprawiania tego zawodu jest często chęć niesienia pomocy. Tymczasem śmierć i poczucie bezradności są nierozłącznym elementem zawodu lekarza czy pielęgniarki. Dlatego też śmierć jest w naturalny sposób często przeżywana jako porażka lekarza czy medycyny, która w wielu przypadkach jest bezradna. Rola personelu medycznego jest bardziej znacząca i złożona.

2.2. Założenia etyki lekarskiej Hipokratesa

Najbardziej znana zasada odpowiedzialności moralnej lekarza za swoje czyny to **Przysięga Hipokratesa**²⁷. Przysięga Hipokratesa, która jest pierwszym kodeksem etyki lekarskiej, zawiera wiele elementów uniwersalnych, chociaż nie stanowi odzwierciedlenia rzeczywistej praktyki lekarskiej w starożytności, ponieważ dążeniem do doskonałości było nakazem sumienia lekarza. Jest to jeden z pierwszych znanych dokumentów, w którym tak szczegółowo opisuje się zachowanie i wygląd lekarza. Już wówczas zdawano sobie sprawę, że wrażenie, jakie na pacjencie wywiera lekarz, jest nie mniej istotne niż wiedza i leczenie jakie zastosuje. Przysięga ta przez kilka stuleci składana jest przez absolwentów wydziału lekarskiego w momencie otrzymywania dyplomu.

Elementy *Przysięgi Hipokratesa*

✓ Dochowanie Tajemnicy zawodowej. *„Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim w życiu ludzkim usłyszał lub ujrzał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał zachowując to w tajemnicy”*²⁸.

Obowiązek przestrzegania przez lekarza tajemnicy o tym, czego się dowiedział podczas leczenia pacjenta pojawia się jako główna zasada, obecna we wszystkich współczesnych kodeksach etyki zawodowej lekarzy i w deontologii lekarskiej²⁹. Przypisuje się jej bardzo wielkie znaczenie. Tajemnica dotyczy wszelkich faktów i informacji mających związek z leczeniem i osoba pacjenta. Ponieważ kontakt lekarza z chorym ma szczególnie intymny charakter. Pacjent ma pełne prawo do poszanowania swojej prywatności, lekarz jest natomiast moralnie zobowiązany tą prywatność uszanować.

²⁷ Z. Kalita, *Etyka w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 261

Hipokrates (460-377 przed Chrystusem) ten grecki lekarz, nazywany ojcem medycyny żył na wyspie Kos. Jego kodeks postępowania stał się przewodnikiem lekarzy aż do XX wieku, brak jest jednak dowodów czy autorem tego tekstu był rzeczywiście sam Hipokrates, najprawdopodobniej jest tekstem spisany przez uczniów i kolegów Hipokratesa z kręgu pitagorejczyków

²⁸ Tamże, s. 262

²⁹ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2004, Art. 40 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza, s. 187

Wyjątki od zachowania tajemnicy lekarskiej są nieliczne³⁰. Jednak w imię dobra ogółu społeczeństwa, lekarz może i powinien naruszyć tajemnicę zawodową w przypadku: gdy pacjent wyraża na to zgodę, również gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta lub innych osób, pacjent chory na AIDS.

✓ Przerwanie ciąży. Stwierdza jednoznacznie” *nie dam nigdy niewieście środka na poronienie*”³¹.

Decyzja o przerwaniu ciąży jest prawem kobiety, lekarz tej decyzji nie może się przeciwstawić, powołując się na swoje przekonania etyczne lub religijne. Dopuszcza się aborcję gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety, zachodzi podejrzenie że ciąża powstała w wyniku czynu niedozwolonego, badania prenatalne wskazują na prawdopodobieństwo upośledzenia płodu³².

✓ Eutanazja. „*Nikomui nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny ani nikomu nie będę jej doradzał*”³³.

Kodeks Etyki Lekarskiej przewiduje że lekarz powinien dołożyć starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. W prawie polskim eutanazja czynna, postępowanie świadome, zmierzające do skrócenia życia chorej osoby, jest czynem podlegającym odpowiedzialności karnej³⁴. Zaniechanie stosowania środków terapeutycznych podtrzymujących życie może być traktowane jako eutanazja bierna, podlegająca również odpowiedzialności karnej³⁵. Istotnie, ponieważ głównym zadaniem lekarza jest ratowanie i ochrona życia człowieka. Dynamiczny rozwój cywilizacji, technologii, medycyny wydłużył zarówno życie i umieranie ludzkie. Mamy do dyspozycji najnowocześniejsze cuda techniki intensywnej terapii, z zasadniczym pytaniem jak dalece lekarz jest obowiązany podtrzymywać kończące się życie, zwłaszcza gdy wiąże się wielkim cierpieniem pacjenta. W ten sposób zaciera się granica między życiem a śmiercią.

2.3. Współczesne koncepcje etyki lekarskiej – podejście filozoficzne

Lekarz zobowiązuje się do udzielenia pomocy cierpiącemu człowiekowi niezależnie od jego rasy, religii, narodowości. Do niedawna wersja Hipokratesa w relacji lekarz – pacjent dostarczała wzoru postępowania, w jakich odbywała się praktyka lekarska.

³⁰Tamże, s. 189

³¹Z. Kalita, *Etyka...*, op.cit, s. 268

³²Dz. U. 1993 Nr 17 poz. 78 z późn. zm.

³³Z. Kalita, *Etyka...*, op.cit, s. 271

³⁴M. Nestorowicz, Prawo medyczne z art. 150 k.k. jako zabójstwo na żądanie czy ze współczucia

³⁵Tamże art. 162 § 1 k.k

W wersji tej lekarz dominował nad pacjentem. Była tam mowa jedynie o odpowiedzialności lekarza za pacjenta, natomiast nie było mowy o prawach pacjenta. Może dlatego, że lekarz był gotowy myśleć w kategoriach potrzeb i dobra pacjenta. Podejście to uległo zmianie w ostatnich latach. Pierwszą zapowiedzią była transplantacja serca, sztuczna nerka, inżynieria genetyczna, klonowanie. Nie przewidział tego Hipokrates. Zrozumiałe że wszyscy zadajemy nurtujące pytania, wciąż dyskutujemy na tematy: przerywanie ciąży a sztuczne zapłodnienie, eksperymenty medyczne, śmierć i eutanazja, stosunek lekarza i pacjenta, ból i jego zwalczanie, moralne problemy związane z organizacją ochrony zdrowia. Etyka filozoficzna, która analizuje pojęcia: życia, jakości życia, zdrowie, choroba, śmierć, zabójstwo, zaniechanie daje przesłanki do budowania zasad bioetyki. Filozoficzne podejście do etyki medycznej kładzie cały ciężar decyzji moralnych na barki lekarza. Filozof może współtowarzyszyć w tych poszukiwaniach, podpowiadać rozwiązania, ale nie może za niego decydować, co jako człowiek, lekarz winien uznać w swojej pracy jako uczciwe i słuszne.

Wybór własnych poglądów moralnych jest zawsze wyborem indywidualnym. Nie ma zatem podstaw, by uważać że filozofowie wymyślą kodeks etyczny w pełni odpowiadający medycynie. Pozwoli natomiast zrozumieć co jest prawda, ale nie zwolni nas od wyboru zasad moralnych którymi powinniśmy się kierować, oraz nie unikać odpowiedzialności za ich zastosowanie. W związku z tym duże znaczenie ma przygotowanie zawodowe, postępowanie w czasie studiów medycznych oraz w praktyce lekarskiej. Umiejętności te można jedynie przyswajać stopniowo, przy czym są one trudne do testowania. Towarzyszą w zakresie naszych obowiązków, a przejawiają się w wczuciu i wyrozumiałości oraz dojrzałym zaufaniu i odpowiedzialności za życie innych. Lekarz ten ma nie tylko leczyć, lecz ma rozumieć chorego człowieka, być jego przyjacielem, doradcą i opiekunem. W nich właśnie rozwija on w sobie i we współżyciu z ludźmi najlepsze zalety swego człowieczeństwa. Spotkanie się ludzi w relacjach osobowych lekarz – pacjent, jest podstawą kultury humanistycznej oraz jest najważniejsze dla sensu życia.

2.4. Etyka jakości życia Petera Singera – analiza i ocena założeń

Problemami które wzbudzają zainteresowanie etyki w ostatnich czasach, są problemy etyki ekologicznej i oraz te na styku etyki medycznej i bioetycznej. Najnowszą domagającą się nowego podejścia do problemów etycznych współczesności

jest praca napisana przez Petera Singera³⁶. Jest to forma krytyki, która wprowadza w zagadnienia życia i śmierci. Autor stara się odpowiadać na pytania:

- Jak postępować z pacjentami w stanie wegetatywnym – czy zaniechać karmienia i nawadniania, czy dopuszczalne jest odłączenie człowieka od aparatury podtrzymującej życie?
- Jak postępować z dziećmi obciążonymi poważnymi wadami wrodzonymi – bezmózgowiem lub zespołem Downa?
- Czy powinno się zalegalizować aborcję?
- Czy można zalegalizować dobrowolną eutanazję ?

Tabela nr 5.

Peter Singer o życiu i śmierci

Zasady	Rozwój moralny bioetyki
Pierwsze	
Traktuj wszelkie życie jako mające taką samą wartość	Uznaj że wartość ludzkiego życia się zmieniła
Drugie	
Nigdy rozmyślnie nie pozbawiaj życia niewinnej istoty ludzkiej	Bierz odpowiedzialność za konsekwencje własnych decyzji
Trzecie	
Nigdy nie odbieraj sobie życia i staraj się przeszkodzić innym w samobójstwie	Szanuj pragnienie śmierci lub życia innej osoby
Czwarte	
Bądźcie płodni i rozmnażajcie się	Sprawdzaj na świat dzieci tylko wtedy, gdy są chciane

Źródło: opracowanie własne na podst. P.Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997, s. 205–225

Pierwsze przykazanie nakazuje nam traktować człowieka wg cech: świadomości, zdolności do nawiązywania kontaktów fizycznych, społecznych i intelektualnych z innymi istotami, świadoma wola życia. Najsilniejszym argumentem nowego przykazania wiec

³⁶ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997, s. 205-225

jest jawna nielogiczność starego przykazania. Myśl że, życie każdego człowieka jest niezależne od jego świadomości jest tak samo warte podtrzymywania i troski. Ówczesna medycyna wszelkimi siłami musiałaby powstrzymywać życie dzieci anencefalicznych – dzieci pozbawionych kory mózgowej, albo pacjentów w stanie wegetatywnym. Wreszcie gdybyśmy byli wobec siebie uczciwi, musielibyśmy postarać się przedłużyć życie tych ludzi, których obecnie uważamy za martwych, ponieważ ich mózg przestał funkcjonować. Jeśli więc każde życie ludzkie ma tę samą wartość niezależną od świadomości to dlaczego należy brać pod uwagę śmierć mózgu niż śmierć całego ciała. Cechy – zdolność do cieszenia się własnymi przeżyciami, chęć życia kontaktu z innym, żadne z nich nie jest możliwe bez świadomości. Która ta cecha jest więc ważną dla pacjenta który nie ma kory mózgowej? I gdyby pacjent w stanie wegetatywnym powiedział czego chciałby w podobnych okolicznościach, czy jego życzenie w przyszłości będzie respektowane?

Drugie przykazanie odnosi się do interpretacji, czy koncepcja działania lekarza poprzez usuwanie sondy odżywiającej, czy ta decyzja która skróci przez to życie pacjenta, biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności jest słuszna. Jeżeli przyjmiemy na równi odpowiedzialność za zaniechanie i jak za działanie, to co robimy czy potrafimy racjonalnie wytłumaczyć. Za rozwiązanie tego dylematu trzeba zapłacić jednak pewną cenę, do momentu gdy wyznaczy się granice naszej odpowiedzialności. Gdy na świecie, w którym jedni żyją na granicy śmierci głodowej, a inni opływają w dobrobyt, czy można coś zrobić aby uratować osobę niedożywioną. Gdyby żyjący w społeczeństwach dobrobytu, bardziej wyczuleni na potrzeby innych powinni czynić więcej by pomóc ludziom z krajów biedniejszych w zapewnieniu elementarnych potrzeb. Takie pojmowanie odpowiedzialności jest jednak bez granic. Jeżeli jesteśmy odpowiedzialni, czyż nie jest moralnie niesłusznie kupowanie drogich samochodów, markowej odzieży, czy obiad w ekskluzywnej restauracji, skoro wydane pieniądze komuś uratowałyby życie. A więc analiza odpowiedzialności, różnica między zabiciem a przyzwoleniem na śmierć, zaciera się, jest mniej ostra niż przyszło nam sadzić.

Trzecie przykazanie od prawie dwóch tysięcy lat, potępiamy samobójstwo. Zakaz samobójstwa tworzył przeświadczenie, że państwo powinno narzucać swym obywatelom moralność. Ten pogląd jako pierwszy zakwestionował brytyjski filozof J. S. Mill³⁷ Twierdził że prawo ma stanowić władza w cywilizowanym społeczeństwie,

³⁷ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej...*, op. cit., s.220

jako zapobieganie krzywdy innym, natomiast dobro indywidualne fizyczne lub moralne nie jest wystarczającym usprawiedliwieniem. I nie wyrządzają krzywdy innym nieuleczalnie chorzy, gdy proszą lekarzy by pomogli im urzec w wybranej przez nich chwili. Ponieważ nie ma powodu, by wtrącało się państwo, skoro spełniony będzie warunek, że innym nie będzie się działa krzywda, a decyzje o śmierci podejmie odpowiedzialna osoba dorosła świadoma swej woli.

J. Locke³⁸ zdefiniował **osobę** jako istotę myślącą, która świadomie podejmuje działanie i decyzje. To pojęcie osoby, która może chcieć żyć i mieć plany na przyszłość, która ma perspektywę przyszłego istnienia. Oznacza to, że posiadanie świadomości i poczucie trwania życia: życie rodzinne, praca, kariera, plany wakacyjne skierowane są ku przyszłości. Przedwczesne przerwianie życia tej osoby skazuje na zbędność wiele wysiłków, planów marzeń. Z tych też powodów zabicie osoby wbrew jej woli jest gorsze moralnie niż zabicie istoty, która nie jest osoba. Gdyby to spostrzeżenie przełożyć wg prawa, to jedynie **osoba** ma prawo do życia.

Czwarte przykazanie ograniczenie stosowania środków antykoncepcyjnych i aborcji w epoce gdy ludność świata wzrosła do pięciu miliardów, a przewiduje się jedenaście tysięcy w połowie XXI wieku, oraz światopogląd ze stosunek seksualny bez intencji prokreacji jest grzechem, stanowi element starego przykazania. Odmienne poglądy stanowią traktowanie życia ludzkiego, zanim zacznie istnieć osoba. Fakt że embrion ludzki może się stać osobą, nie oznacza że można mu wyrządzić krzywdę, ponieważ nie ma pragnień lub życzeń. Nie można spowodować mu bólu i cierpienia. Jest tak dużo ludzi na naszej planecie, jeżeli zabicie embrionu jest niesłuszne, to dlatego że wyrządza się krzywdę żywej istocie, to fakt że zabicie zmniejszy liczbę ludzi na świecie, nie wynika że jest to moralnie złe.

2.5. Problemy współczesnej bioetyki: metoda *in vitro*, aborcja, eutanazja

25. 07. 1978 r. urodziła się w Oldham w Anglii Luiza Brown, pierwsze w świecie dziecko poczęte poza organizmem matki. Od tamtej pory urodziło się na świecie kilka tysięcy dzieci poczętych metodami *in vitro* – w laboratoryjnym szkle. Od tamtej pory zastanawiamy się nad etycznymi aspektami sztucznej inseminacji, na początku był to jedynie lekarz i personel medyczny. Historia zapłodnienia pozaustrojowego, jest to długa historia indywidualnych dramatów a z drugiej strony poszukiwanie nowych

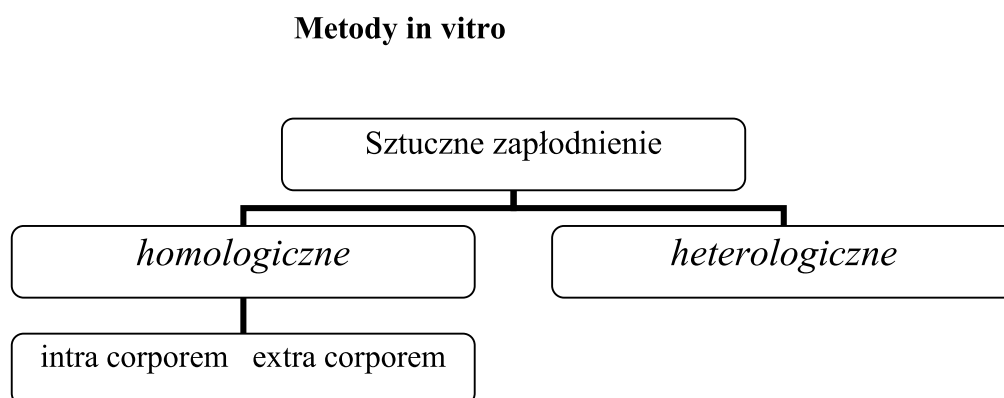
³⁸ Tamże, s. 220

rozwiązań w zakresie potrzeb zdrowotnych bezdzietnych małżeństw. Nikt natomiast nie kwestionuje tego, że bezpłodność może być dla człowieka, szczególnie kobiety źródłem rozpacz i cierpienia³⁹.

Sztuczne zapłodnienie określa się wszystkie te metody, techniki medyczne, które mają na celu doprowadzenie do poczęcia dziecka – a mówiąc ściśle naukowo – do zapłodnienia w sposób inny niż naturalny, poprzez akt seksualny kobiety i mężczyzny. Metody sztucznego zapłodnienia dzielą się na dwie grupy ze względu na pochodzenie komórek płciowych biologicznych rodziców dziecka. Występują **metody homologiczne** i **metody heterologiczne**.

O metodach homologicznych mówimy wtedy, gdy obie gamety, zarówno nasienie i komórka jajowa – pochodzą od małżeństwa, które chce mieć dziecko. Natomiast, w przypadku metod heterologicznych przynajmniej jedna z gamet, pochodzi od osoby trzeciej, dawcy zewnętrznego. Obie metody, tzn. i te homologiczne, i te heterologiczne dzielą się, czy zapłodnienie ma miejsce bezpośrednio w żeńskich kanałach płciowych **intra corporem** lub poza ustrojem **extra corporem**. Zapłodnienie pozaustrojowe, zachodzi gdy gamety zostaną ze sobą sztucznie połączone poza organizmem kobiety w urządzeniach laboratoryjnych – próbowce, a później dopiero zagnieżdżone w kobiecych organach rozrodczych celem zapoczątkowania ciąży⁴⁰.

Rysunek nr 5.



Źródło: opracowanie własne na podst. ks. T. Ślipko SJ, *Granice życia dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1994, s. 138

³⁹ P. Singer, D. Wells, *Dzieci z próbowki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988, s. 5-9

⁴⁰ ks. T. Ślipko SJ, *Granice życia...*, op. cit., s. 138

Inseminacja homologiczna–[*Artificial insemination from the husband A.I.H.*] nie budzi wielkiego sprzeciwu, ponieważ mąż matki staje się przecież biologicznym ojcem dziecka. Nie przeciwstawia się temu prawo. Liczne zastrzeżenia odnoszą się z punktu widzenia etycznie – deontologicznego. Po pierwsze czy zabieg sztucznego przeniesienia nasienia jest zabiegiem leczniczym, tj. czy ma na celu leczenie. Małżeństwo, którego znaczenie jako podstawowej komórki społecznej, należy potraktować jako całość, a więc bezdzietność tej pary należy leczyć wszelkimi możliwymi metodami. Jeżeli jedynym skutecznym sposobem leczenia bezdzietności będzie sztuczne wprowadzenie nasienia do organizmu zdrowej kobiety, gdyż z winy męża zapłodnienie drogą naturalną jest niemożliwe, istnieją wystarczające powody aby zabieg ten uważać za leczniczy⁴¹. Ocena efektywności sztucznego zapłodnienia jest bardzo trudna. Intymny charakter tego zabiegu ze względu na nienaturalny sposób pobrania nasienia (masturbacja połączona z przyjemnością seksualną mężczyzny), a wszystkie osoby zainteresowane, uczestniczące w tym zabiegu nie chcą ujawniać wyników. Również lekarze, którzy zabiegi te przeprowadzają, tylko niektórzy wypowiadają się i publikują w prasie fachowej prace na ten temat. Przy unasienieniu homologicznym, w którym używa się nasienia niepełnowartościowego, powodzenie uzyskuje się w 10–30% przypadkach, natomiast przy unasienieniem pełnowartościowym – heterologicznym dodatnie wyniki przekroczyły 90%.

Inseminacja heterologiczna–[*Artificial insemination from the donor A.I.D.*] wprawdzie bardziej skuteczniejsza, jednak budzi wiele sprzeciwów i zastrzeżeń. Dotyczy ojcostwa. Urodzenie się dziecka w przypadku zapłodnienia heterologicznego, dawca nasienia jest jego biologicznym ojcem, natomiast mąż kobiety, która poddała się zabiegowi jest jego prawnym ojcem. Potencjalni zainteresowani bezpośrednią inseminacją heterologiczną to grupa pięciu osób: kobieta u której przeprowadza się zabieg, niepłodny mąż, lekarz dokonujący zabiegu, dawca nasienia oraz dziecko które przyjdzie na świat.

- ✓ Nasienie pobiera się anonimowo od dawcy którego wybiera lekarz, pod względem cech podobieństwa do męża kobiety, kolor oczu i włosów, budowa ciała.
- ✓ Mąż kobiety, wyraża pisemną zgodę na zabieg oraz składa oświadczenie woli, że mające się urodzić dziecko uzna za swoje, los dziecka jest wtedy zabezpieczony pod względem prawnym, moralnym i materialnym.
- ✓ Lekarz jest zobowiązany do zachowania ścisłej tajemnicy, zadbać aby ktokolwiek zainteresowanych nigdy nie dowiedzieli się o wzajemnych powiązaniach.

⁴¹ T. Kielanowski, *Etyka...*, op.cit, s. 143

Najpoważniejsze zarzuty ma związek z anonimowością dawcy nasienia, dziecko po osiągnięciu dojrzałości powinno jednak poznać swego biologicznego ojca. Przeciwnicy widzą w sztucznym przenoszeniu nasienia, oszustwo w stosunku mającego się urodzić dziecka, gdy życie ludzkie ujmowane jest z hodowlanego punktu widzenia.

Zapłodnienie pozaustrojowe zapłodnienie komórki jajowej nasieniem męża poza organizmem kobiety dokonanego w próbowce, a następnie wszczępieniu jej do macicy kobiety. Metoda nie budzi fundamentalnych zastrzeżeń prawnych i etycznych. Jest to niewątpliwe zabieg lekarski, który ma na celu leczenie bezpłodności kobiety. Matka urodzonego w tej sytuacji dziecka jest jego biologiczną matką, natomiast jej mąż biologicznym i prawnym ojcem. Wątpliwości budzą zabiegi heterologiczne, w których jajo pobrane od jednej kobiety wszczepiane jest innej kobiecie, również gdy do zapłodnienia użyto nasienia obcego mężczyzny. Zastępcze macierzyństwo, natomiast polega na tym że jedna kobieta zachodzi w ciążę dla innej kobiety, a następnie zobowiązuje się im przekazać dziecko po porodzie. Metoda polega na pozaustrojowym zapłodnieniu komórki jajowej kobiety zamawiającej nasieniem męża i wszczępieniu embrionu do macicy kobiety zdolnej do donoszenia ciąży. W tym przypadku nie ma więzi genetycznej pomiędzy dzieckiem a jedynie więź biologiczna wynikająca z faktu urodzenia przez nią dziecka. Ze względu na liczne problemy etyczne i prawne lekarze nie powinni podejmować sztucznego zapłodnienia metodą **zastępczej matki**⁴². Konfliktowe znaczenie w kwestii etycznej sztucznej inseminacji ma sposób traktowania tzw. embrionów zbytecznych. Chodzi o zygoty w ich najwcześniejszych formach rozwojowych. Problem w tym że praktyka zapłodnienia nie ogranicza się do przygotowania tylko jednej ale kilku zygot. W przypadku pomyślnego zabiegu inseminacji zbędne są pozostałe zygoty, albo się je wyrzuca, zamraża, używa do doświadczeń lub do dalszych prób zapłodnienia. Nie jest rzeczą naganną niszczenie jaja czy plemnika, czyli gamet przed ich połączeniem się. W życiu codziennym zarówno komórki jajowe i nasienie są niszczone nieprzerwanie. Każda normalna kobieta w wieku od pokwitania do przekwitania co miesiąc marnuje jaja, nie zachodząc w ciążę, i również każdy normalny mężczyzna po osiągnięciu dojrzałości marnuje miliony plemników w trakcie stosunku płciowego.

Ektogeneza autorem tego terminu jest genetyk J. B. S. Haldane⁴³ – czyli wzrost i rozwój człowieka poza organizmem kobiety, naukowe badania potwierdzają

⁴² W Polsce brak jest regulacji prawnych umowy o zastępcze macierzyństwo ze względu na liczne problemy prawne i etyczne, lekarze nie podejmują zabiegów sztucznego zapłodnienia „zastępczej matki”. Należy uznać zastępcze macierzyństwo za nieważne i sprzeczne z zasadami współżycia społecznego –art. 58 § 2 k.c.

⁴³ P. Singer, D. Wells, *Dzieci z...*, op.cit, s. 145.

że nie ma konieczności utrzymywanie płodu przez cały okres dziewięciu miesięcy przebywania w macicy matki, skraca się na go początku i na końcu ciąży. Z medycznego punktu widzenia ektogeneza to alternatywa dla wszystkich kobiet. Można bowiem metodą laparoskopii pobrać komórki jajowe nadające się do zapłodnienia, następnie zapłodnić je nasieniem męża. Powstały embrion rozwijałby się w próbówce urządzeniu pełniącym rolę sztucznej macicy do momentu urodzenia się. Początkowo dziecko będzie podtrzymywane w inkubatorze, a następnie przeniesione do normalnych warunków. Wysiłki podejmowane dla ratowania życia niemowląt urodzonych na długo przed normalnym terminem rozwiązania, nie należą już do kategorii eksperymentów. I chociaż ektogeneza ma charakter eksperymentalny, daje szanse przeżycia maleńkiej żywej istotce. Powinni ja też poprzeć etycy, katolicy którzy uważają że embrion jest istotą ludzką od chwili poczęcia, mimo że macica matki, nie będzie potrzebna i konieczna do prawidłowego rozwoju płodu. Gdyby potrafiąco utrzymać płód przy życiu na zewnątrz matki, wywołując sztuczne poronienie a nie uszkadzając płodu, a sam płód – a ściśle już żywe nowo narodzone niemowlę, pojawiłoby się na świecie. Sztuczne poronienie stałoby się przedwczesnym porodem. Metoda ta choć brzmi niedorzecznie może rozwiązać problem aborcji. Ponieważ prawo do dysponowania przez kobietę jej własnym ciałem, to jedna sprawa, ale prawo do żądania zabójstwa istoty mogącej żyć poza ciałem matki to druga sprawa. Obecne prawo kobiety do dokonywania wyboru automatycznie staje się prawem płodu do życia. Jednak z chwilą gdy ektogeneza stanie się rzeczywistością, te dwa prawa powinny zostać rozłączone. Umożliwi to kobiecie przerywanie ciąży, bez nieuchronnego spowodowania śmierci maleństwa rozwijającego się w jej organizmie⁴⁴.

Aborcja –terminem tym określa się przerwanie ciąży w momencie gdy embrion nie jest jeszcze w stanie podjąć samodzielnych funkcji życiowych poza łonem matki:

- ✓ poronienie samoistne – gdy do przerwania ciąży dochodzi z powodów naturalnych.
- ✓ poronienie sztuczne – [*abortus artificialis*, ang *abortion*], polega na spowodowaniu śmierci dziecka poczętego i zakończeniu ciąży u jego matki.

Dziecko poczęte jest dla lekarza drugim obok matki pacjentem. Sztuczne poronienie, ze względu na swoją istotę, nigdy nie może być uznane za „**zabieg lekarski**”. Sztuczne poronienie najczęściej jest wykonywane chirurgicznie, metodą wyłęczkowania lub wysiania zawartości macicy ciężarnej. W Polsce ustawa antyaborcyjna nie zlikwidowała ale i nie powiększyła zjawiska aborcji. Federacja na Rzecz Kobiet

⁴⁴ Tamże, s. 14 8

i Planowania Rodziny ogłosiła swój raport która określa w przybliżeniu wykonywanie od 80 000 do 200 000 aborcji rocznie. Nielegalne aborcje wykonuje się masowo w gabinetach prywatnych. Zjawisko to określane jest mianem podziemia aborcyjnego.

W zamieszczonej tabeli poniżej jest liczba zarejestrowanych aborcji przed i po wprowadzeniu ustawy antyaborcyjnej.

Tabela Nr 6

Liczba zarejestrowanych aborcji w Polsce od 1988–2004 r:

Aborcja legalna, w praktyce na życzenie	
ROK 1988	105333
ROK 1990	59417
Wprowadzenie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży	
ROK 1993	777
ROK 1996	505
Zmiana ustawy– legalna aborcja na życzenie	
ROK 1997	3047
Powrót do ustawy o planowaniu rodziny na skutek orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego	
ROK 1998	253
ROK 2003	174
ROK 2004	193

Źródło: opracowanie własne na podst. L. Łuniewska, *Życie po aborcji*, „Ozon” 2006, nr 12

W zależności od etapu ciąży stosowane są różne metody przerywania ciąży. Na najwcześniejszym etapie do dziewiątego tygodnia zwykle podaje się kobiecie serię środków farmakologicznych. Na dalszych etapach stosuje się metody podciśnieniowego opróżniania macicy z mechanicznym zniszczeniem zarodka – płodu i usunięciem jego resztek poprzez wyssanie zawartości macicy ciężarnej. W nieco bardziej zaawansowanej ciąży często stosowane jest rozczłonkowanie żywego płodu za pomocą szczypiec chirurgicznych. Wprowadzenie do macicy stosowanych w tym celu narzędzi wymaga rozszerzenia zamkniętego ujścia kanału szyjki macicy za pomocą serii rozszerzadeł o zwiększającej się średnicy. W ostatnim tygodniach ciąży używana jest zazwyczaj metoda wywołania przedwczesnego porodu lub niszczącego płód

odpowiednika metody cesarskiego cięcia. Dziecko jest najczęściej uśmiercany wewnątrz macicy, przed rozpoczęciem właściwej operacji. W metodzie aborcji przez tzw. „**poród częściowy**”, nogi i tułów żywego dziecka wydobywane są na zewnątrz, podczas gdy głowa pozostaje w kanale rodnym. Dziecko jest zabijane poprzez wykonanie z tyłu głowy otworu szczypcami chirurgicznymi, po czym w celu ułatwienia jego wydobycia na zewnątrz zmniejsza się obwód czaszki, przez ten otwór odsysany jest mózg. Do późnych aborcji stosowane jest również wstrzykiwanie zasadowego roztworu soli do worka owodniowego powodujące uśmiercenie dziecka. W wyniku aborcji metodą wstrzyknięcia roztworu soli stosunkowo często dochodzi do urodzenia żywego, zdolnego do przeżycia dziecka. Wszystkie powyższe metody aborcji wykonuje się bez znieczulenia dziecka który odczuwa „**silny ból**” podczas jego niszczenia. Znieczulana jest tylko matka.

Decyzja o przerwaniu ciąży jest prawem kobiety i nie może lekarz, położna, pielęgniarka tej decyzji przeciwstawić się⁴⁵.

Jednak kobiety domagają się prawa do przerywania ciąży i nie robią tego bez powodu. Zmusza je do tego poczucie odpowiedzialności, sytuacja materialna, kłopoty małżeńskie a w przypadku nieletniej przymus rodziny. Silne reakcje emocjonalne mogą wystąpić przy zbyt pochopnej i nieprzemyślanej decyzji usunięcia ciąży. Nie jest też tak do końca prawda że zabieg przerywania ciąży jest dla kobiety moralnie obojętny, ona sama musi podjąć nieodwracalną świadomą decyzję. Kiedy powstaje pytanie, czy kobieta urodzi dziecko, czy też go nie urodzi, należy słuchać tylko jednego głosu – głosu samej kobiety: jej sumienia i jej świadomego wyboru. Bardzo często dokonanie aborcji pozostawia u kobiety poczucie winy, żalu, przygnębienia, a w niektórych przypadkach do zaburzeń psychicznych. Prowadzone są badania nad psychologicznymi i psychiatrycznymi następstwami poddania się zabiegowi aborcji, znane jako syndrom poaborcyjny. Zespół poaborcyjny to szereg objawów, które towarzyszą kobiecie, rodzinie czy też związkowi, w którym został dokonany zabieg aborcji. Są to: lęk, poczucie winy, agresja, nastrój depresji, smutku, płaczliwości, obniżony próg odporności na stresy. Spotyka się również objawy somatyczne jak: bóle głowy,

⁴⁵ K. Szczuka, *Milczenie owieczek*. Aborcja nie jest ani morderstwem, ani kosmetycznym zabiegiem, ani podłubaniem w nosie. Aborcja to aborcja – przerwanie ciąży, usunięcie ciąży, spędzenie płodu, sztuczne poronienie. W rozmowach prywatnych Polki między sobą niechętnie używają słowa „aborcja” – jest ono zbyt oficjalne, bezosobowe i groźne. Kobiety mówią: zabieg, kłopot, sytuacja, usunięcie, usuwanie. Starsze i średnie pokolenie używało słowa „skrobanka”, które jednak dla młodszych brzmi obco. Decyzję o aborcji większość dorosłych kobiet podejmuje w pełni odpowiedzialności etycznej i egzystencjalnej – za siebie, za swoje zdrowie, za swoją samodzielność, za swoją rodzinę. Często płacimy cenę smutku, goryczy, żalu, bo chciałybyśmy móc sobie pozwolić na donoszenie ciąży i urodzenie dziecka. Ale nie zawsze jest to możliwe.

bóle podbrzusza, poczucie rozbicia, złego samopoczucia, często utrata apetytu. Psychiczne zagrożenia i konsekwencje wynikające z przeprowadzenia aborcji:

- ✓ depresja mogąca – w niektórych przypadkach – prowadzić do wrogości wobec kolejnych dzieci,
- ✓ osłabienie więzi rodzinnych i „instynktu macierzyńskiego”,
- ✓ otępienie w życiu emocjonalnym,
- ✓ bolesne wspomnienia,
- ✓ wyrzuty sumienia.

Wielu objawów w wymiarze psycho-fizycznym odczuwa także personel asystujący przy aborcji. Pielęgniarki i położne które są z rodzącą dłużej niż lekarze, a następnie muszą „zająć” się dzieckiem przeżywają również typowe objawy „syndromu poaborcyjnego”. Są odpowiedzialne za „sprzątniecie” efektu późnej aborcji lub jej resztek. Gdy do tego dochodzą czynności związane z przekazaniem dziecka do histopatologa, i włożenie ciała czasami do zbyt małego słoika z formaliną. W konsekwencji mają problemy depresyjne, nerwicowe. Syndrom poaborcyjny dotyczy również lekarzy. Aporter który jest jednocześnie lekarzem ginekologiem i położnikiem, przyjmuje i uśmierca może kształtować w sobie mentalność robota, mieć objawy wypalenia zawodowego. Cierpi z powodu poczucia pustki życiowej, utraty szacunku dla samego siebie, przyplaci następnie zaburzeniami zdrowia psychicznego. Prof. B. Nathanson, ginekolog, bioetyk twórca Narodowego Stowarzyszenia na rzecz Zniesienia Zakazu Aborcji w USA, które zalegalizowało aborcje na życzenie. Stworzył potężną klinikę aborcyjną. Pracowało w niej 35 lekarzy i 85 pielęgniarek. Robili 120 aborcji dziennie. Sam wykonał 75 tys. w tym aborcje własnego dziecka. W 1979 roku wykonał ostatnią aborcję i publicznie zadeklarował że jest za życiem nienarodzonych. Namówił on kiedyś kolegę by podczas zabiegu aborcji włączył ultrasonograf i przyłożył do brzucha matki aportowanego dziecka. Potem nagrał to na wideo. Obaj byli wstrząśnięci tym co zobaczyli. Jakie wrażenie zrobił „Niemy krzyk”. Do tej pory pamięta obraz jak raczki i nóżki dziecka są wyrwane przez maszynę ssącą, organy są wysrane na zewnątrz, czaszkę miażdży specjalny instrument. Zarejestrowano jak dziecko stara się bronić przed narzędziami stosowanymi przy aborcji. Później sfilmował „Zaćmienie rozumowania” – aborcje pięciomiesięcznego dziecka rozrywanego na kawałki. Rozważał popełnienie samobójstwa. 10 lat temu przyjechał do Polski, uczestniczył w obradach ustawy antyaborcyjnej. Uzasadniał, gdy w waszym kraju zalegalizujecie aborcje: zalegalizujecie aborcje aż do dziewiątego miesiąca ciąży,

aktywne zabijanie ludzi starszych, nieuleczalnie chorych, dzieci upośledzonych, ludzi w śpiączce, takich którzy nie mogą się bronić. Konsekwentnie kto nie jest doskonały, będzie zniszczony.

Aborcja jest tematem trudnym, poruszonym na całym świecie. Pomimo stosownych przepisów w prawie każdym kraju, zabieg ten nadal wywołuje kontrowersje. Ma ogromne rzesze zwolenników oraz równie liczebnych przeciwników. Jakie prawa ma kobieta a jakie lekarz?

Eutanazja– [z grec.– *Eu–thanatos*– dobra śmierć, którą można zamienić na *kalos thanatos*– piękna śmierć].W starożytności lekarze ten termin określali jako działanie pełnego miłości i niosącego pomoc umierającemu pacjentowi, działanie które miało ulżyć w cierpieniu. Obecnie rozumie się jako umyślne *samobójcze* lub *zabójcze* przerwanie życia najczęściej umierającej osoby, w sposób bezbolesny, na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Dzieli się według:

- czynna – aktywna, bierna – pasywna lub w tym samym zakresie pozytywna–negatywna.
- dobrowolna – niedobrowolna,
- dystanazja – utrzymywanie przy życiu człowieka dzięki zastosowaniu środków nadzwyczajnych, np. przy użyciu respiratora. Zaprzestanie podjętej dystanazji, powoduje śmierć pacjenta.
- Kryptanazja – która nie jest dobrowolnym uśmiercaniem. Dzieje się bez przyzwolenia jednostki. Po prostu *Ktoś* stwierdza, że nie zasługujemy na dalszą egzystencję i decyduje o naszym być, albo nie być.

Aktywna lub pozytywna eutanazja to czynna ingerencja w życie człowieka, której konsekwencją jest szybsze nadejście śmierci. Bierna lub negatywna, obejmuje **zaprzestanie stosowania reanimacji lub środków przedłużających** życie. Dobrowolna oznacza skrócenie życia na wyraźną prośbę lub za zgodą pacjenta, który jest w pełni świadomy tej decyzji. Dobrowolna eutanazja może być równoznaczna z eutanazją samobójczą, choć z pomocą drugiej osoby. Niedobrowolna lub przymusowa dokonywana bez zgody pacjenta lub wbrew jej woli, często ta osoba nie wie że zostanie poddana eutanazji⁴⁶. Punktem wyjścia etycznego dylematu eutanazji zabójczej i samobójczej stanowi **sytuacja eutanastyczna**, którego następstwem jest beznadziejne cierpienie skazanego na śmierć człowieka. Człowiek w odwiecznej walce między

⁴⁶A. Gutowska, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej*, Łódź 1999, nr 2, s. 73-83

zdrowiem a choroba, staje w obliczu śmierci. Bezradność medycyny, powoduje, że choroba przechodzi w stan beznadziejny, śmierć nie nadchodzi, choremu stale towarzyszy cierpienie fizyczne i duchowe, gdy nasilenie bólu osiąga stopień przekroczenia ludzkiej wytrzymałości. Ta bezsilność, podsuwa myśl o uwolnieniu człowieka od bólu.

P. Singer w nawiązaniu do Etyki jakości życia i Etyki praktycznej⁴⁷, uzasadnia złym uczynkiem jest zabijanie osoby. Za osobę uważa on istotę rozumną, która jest świadoma swego istnienia. Na takiej podstawie wyróżnia grupy osobników „nie –osób” – płód ludzki, noworodki, ludzi z niedorozwojem mózgu, ludzi trwale nieprzytomnych. Zdaniem P. Singera wolno zabijać te osoby, nawet wtedy gdy same nie mogą tego uczynić, ale gdyby mogły same by poprosiły o eutanazję.

Podobnego zdania była praca pt. „*Die Freigabe der Vernichtung lebensun-werten Lebens*”(O zezwolenie na niszczenie istnień niegodnych życia) z 1920 roku dwóch uczonych niemieckich, prawnika Karla Bindinga i profesora psychiatrii Alfreda Hoche⁴⁸. Nurt ten wprowadził możliwość zabijania osób chorych psychicznie i głęboko upośledzonych dzieci jako nieprzydatnych dla społeczeństwa, a stanowiące poważne materialne obciążenie. Stworzyli teoretyczne podstawy straszliwych akcji hitlerowskich które były podstawą unicestwienia milionów ludzkich istnień, nie przewidując takiego rozwoju sprawy. Wysunęli oni jako główne pytania,

- pomoc dla samobójcy i zabicie na żądanie ciężko chorego może stać się prawne. Istoty ludzkie, które straciły wartość, dla których śmierć byłaby wybawieniem dla nich samych, społeczeństwa i państwa, to przyzwolenie jest obowiązkiem unicestwienia.
- dotkniętych nieuleczalnie głuptactwem.

Ta grupa osób nie ma woli życia. Ich życie jest absolutnie bezużyteczne, ale oni tego nie odczuwają, dla rodziny i społeczeństwa są wielkim obciążeniem.

Na podstawie ich badań i teorii idea znalazła zrozumienie u Adolfa Hitlera kiedy to w dniu 1 października 1939 r. podpisał i wyznaczył lekarzy, którzy mieli decydować o przyznawanie śmierci z łaski nieuleczalnie chorym. Zgładzono w ten sposób w III Rzeszy psychicznie chorych około 5000 dzieci i 150000 dorosłych Niemców. Jak wiadomo „akcją eutanazji” objęto w okresie okupacji: Polaków, Żydów, Cyganów, Rosjan, wymordowani jak ich określał Hitler „bezużyteczni pożeracze chleba”.

⁴⁷ Z. Kalita, *Etyka...*, op.cit, s. 271

⁴⁸ T. Kielanowski, *Etyka...*, op.cit, s. 91

Przeciwieństwem tak pojmowanej eutanazji jest etyka lekarska, na która niewątpliwie ma wpływ **Przysięga Hipokratesa**. W swych przesłankach zawarta jest istota postępowania, który zakazuje lekarzowi wykonanie zabiegu nie mającego na celu leczenia. Jest on powołany do uśmierzenia bólu chorego, natomiast empatia i współczucie nie mogą go uwolnić od umyślnego spowodowania śmierci. Podatno lekarz mający poczucie odpowiedzialności nie zamierza sam siebie czynić „panem życia i śmierci”, powinien zostać towarzyszem odprowadzającym chorego do końca jego życia i przynoszącym ulgę w chwili umierania⁴⁹. Proces w Norymberdze zbrodniarzy hitlerowskich ukazał światu nowe zagrożenia, które mogą się rodzić z medycyny, jeżeli uprawiana jest w oderwaniu od podstawowych wartości moralnych. Nieludzkie eksperymenty na więźniach obozów koncentracyjnych (takie jak eutanazja, testowanie nowych leków oraz nowych form leczenia chirurgicznego) uznane zostały za zbrodnie przeciwko życiu ludzkiemu. Zaledwie pięć lat po zakończeniu II wojny światowej w 1950 r, w Anglii do izby lordów wpłynął projekt o zalegalizowaniu eutanazji, który został dwukrotnie odrzucony. Pierwszy zalegalizował eutanazję parlament holenderski w 2000 r. i to z wyraźną większością głosów. Krotki okres stosowanie legalnej eutanazji potwierdził najgorsze obawy jej przeciwników, w tej chwili toczy się dyskusja na temat eutanazji dzieci i chorych pozbawionych świadomości. Legalna eutanazja stała się przykrywką dla zabijania ludzi cierpiących na depresje lub inne choroby. Proponuje się wykonywanie eutanazji u zdrowych starszych ludzi którzy są zmęczeni i mają dosyć życia. Jak wynika z doniesień z Holandii nie są rzadkie wypadki, kiedy lekarz dokonuje eutanazji bez wiedzy chorego. Możemy stwierdzić że przyczyna proponowania eutanazji często nie jest współczucie i chęć ulżenia choremu w cierpieniach, ale brak prawdziwej empatii u ludzi powołanych do opieki nad chorymi. Zwolennicy eutanazji ignorują to, bo wygodniej i taniej jest uśmiercić cierpiących.

⁴⁹ T.Kielanowski, *Etyka...*, op.cit, s. 95

ROZDZIAŁ 3. ANALIZA SYTUACJI TRUDNYCH W PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO

3.1. Psychologiczny wymiar procesu umierania. Analiza zachowań personelu medycznego w sytuacjach zawodowo trudnych, problemy psychologiczne

Rok 2006 pokazał nam jak może wyglądać śmierć człowieka na oczach milionów – śmierć Terri Schiavo – zmarła śmiercią głodową,
– śmierć Jana Pawła II – zmarł śmiercią naturalną, walczył do końca o każdą chwilę swojego życia które ofiarowywał innym.

Rozmowa z pacjentem o jego chorobie i śmierci nie należy do łatwych, dlatego rozmów tych unikają i boją się lekarze częściej niż pacjenci. Podstawową zasadą jest dostarczenie pacjentowi takiego zasobu wiadomości, aby mógł prawidłowo pokierować swoim postępowaniem i był przygotowany na możliwe do przewidzenia fazy choroby⁵⁰. Człowiek jako istota rozumna, nieustannie pytająca, myśląca, podejrzliwa, i dokonująca życiowych wyborów. To również bogactwo przeżyć emocjonalnych. Stąd uczucia, zaskoczenia, niedowierzania, ciekawości, obaw a czasami przerażenia i gniewu. Są też osoby, które skrzętnie starają się ukryć wszystko co dzieje się w ich wnętrzu, próbują zachować spokój, sprawiają wrażenie opanowanych.

Choroba dla każdego z nich jest ogromnym stresem. W zarówno w rozumowaniu fizycznym i psychologicznym. Zależna jest od poziomu intelektualnego i moralnego pacjenta lekarz/ pielęgniarka, nie może w nim nie widzieć po prostu człowieka. Człowieka z całą głębią, obfitością i bogactwem ludzkich uczuć, emocji będącego w bardzo szczególnej i trudnej sytuacji. Lekarz wykonując funkcje lecznicze pozbawiony jest napięcia emocjonalnego. Tak więc zarówno z przyczyn moralnych jak i z postawy zawodowej, mówienie prawdy choremu jest dla lekarza sprawą oczywistą.

Natomiast problemem jest decyzja **kiedy i jak powiedzieć choremu prawdę o jego zdrowiu**. Wybranie tego momentu zależy od mądrości i wrażliwości lekarza. Pacjenci jednak wbrew tym obawom i unikom ze strony personelu medycznego na ogół nie skarżą się na to, że powiedziano im bolesną prawdę o ich stanie zdrowia. Często natomiast skarżą się na sposób, w jaki im tę prawdę przekazano, m.in.

⁵⁰ T. Brzozowski, *Etyka...*, op. cit., s. 201

chodzi im o nieodpowiednie miejsce np. szpitalny korytarz, obecność nie chcianych świadków: średniego personelu medycznego. Istnieją pewne fundamentalne zasady, którymi powinien kierować się lekarz przekazując złe informacje. Przede wszystkim lekarz nie powinien nigdy odbierać pacjentowi nadziei. Nie należy dzielić pacjentów na uleczalnie i nieuleczalnie chorych, nie powinno się stawiać prognoz, co do długości życia pacjenta choćby on na to nalegał. Lekarz nie tylko interesuje się problemami zdrowotnymi pacjenta ale pozwala też, by to chory sterował ich rozmową, by decydował jakie treści mają być omówione, a jakie pominięte. Lekarz przystosowuje się do stanu emocjonalnego pacjenta. To wszystko wymaga pewnych kompetencji psychologicznych, typu: empatia, aktywne słuchanie, prowadzenie rozmowy terapeutycznej, odczytywanie sygnałów niewerbalnych i inne. Jest to związane z dokonywaniem wyboru pomiędzy partnerskim a paternalistycznym modelem lekarza. Paternalizm to ograniczenie niezależności pacjenta, mające na celu jego dobro. Tradycyjny model medycyny był właśnie modelem paternalistycznym. System partnerski daje pacjentowi możliwość uczestnictwa, odpowiedzialności w podejmowaniu decyzji które jego dotyczą.

Tabela Nr 7.

Modele lekarzy

Model paternalistyczny	Model partnerski
<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz unika pacjenta, w jego obecności milczy. • Zachowuje pozory poprzez konsultacje z innymi specjalistami. • To lekarz opierając się na własnych normach moralnych, decyduje co jest najlepsze dla drugiego człowieka. • Zatajenie prawdy w mniemaniu lekarza zapewni lekką śmierć. 	<ul style="list-style-type: none"> • Współpraca z pacjentem. • Współdecydowanie na równi o życiu osoby zainteresowanej. • Lekarz jest ekspertem, a pacjent ma prawo do wiedzy o swojej chorobie i leczeniu. • Uważa się że to stanowisko podkreśla szacunek dla pacjenta.

Źródło: opracowanie własne na podst. G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 319

W polskich szpitalach, pacjent nie jest poinformowany o stanie swojego zdrowia, natomiast w 100% powiadamia się o tym rodzinę. Chociaż podstawowym prawem pacjenta jest prawo do informacji o swoim zdrowiu, rodzinę natomiast informuje się tylko za przyzwoleniem pacjenta. W przeciwnym razie lekarz złamie tajemnicę lekarską. Najczęstszym modelem komunikacji w szpitalach jest:

- Model wzajemnego udawania⁵¹.

Pacjenci na ogół są świadomi swojego stanu, nawet gdy personel medyczny intensywnie temu zaprzecza. W relacji z pacjentem, personel ustala z nim dietę, kontroluje jego sen, samopoczucie, dyskutuje o drobnych sprawach, uciekając się często do omawiania z chorymi metod leczenia fachową terminologią medyczną. Czasem rezygnacja z udawania następuje w momencie, gdy sam pacjent nie może już znieść myśli o śmierci w samotności. Unikając powiadomienia pacjenta o czekającej go śmierci, lekarz decyduje że pacjent nie musi znać ani podejrzewać prawdziwego stanu swojego zdrowia. Personel pielęgnuje przekonanie, że pacjent sam nie chce znać prawdy, ponieważ boi się że po uzyskaniu złych wiadomości chory straci siłę do walki z chorobą. Prawda czasami jest inna, pacjent gdyby chciał wiedzy co do stanu swojego zdrowia, dotrze do niej sam bez mówienia o niej wprost.

- Model świadomości otwartej⁵².

To drugi model komunikowania. Personel szpitala, jak i rodzina wiedzą o zbliżającej się śmierci. Wiedza personelu jest szersza, ale nie zawsze jest dzielona z rodziną i chorym. Komunikacja w tym modelu jest trudna, ale chory nie jest osamotniony. Na komunikację ma jeszcze wpływ wiele czynników np. siła odczuwania więzi z umierającym, cechy osobowościowe, poświęcenie i gotowość bycia z umierającym. Praca z pacjentami umierającymi może być przygnębiająca i traumatyzująca. Rozwój usług medycznych, między innymi opieki paliatywnej i terminalnej, przyczynił się do wzrostu oddziaływania stresorów specyficznych dla tego miejsca pracy. Osoby sprawujące opiekę nad umierającymi częściej niż inni specjaliści spotykają się ze śmiercią i umieraniem. Towarzystwo umierającemu i nieustające wysiłki wspierania go pogłębiają więź wzajemnego zaufania pomiędzy chorym a personelem medycznym. Przerwanie tych więzi, z chwilą śmierci pacjenta, jest powodem podwyższonego lęku i niepokoju o siebie i swoich najbliższych.

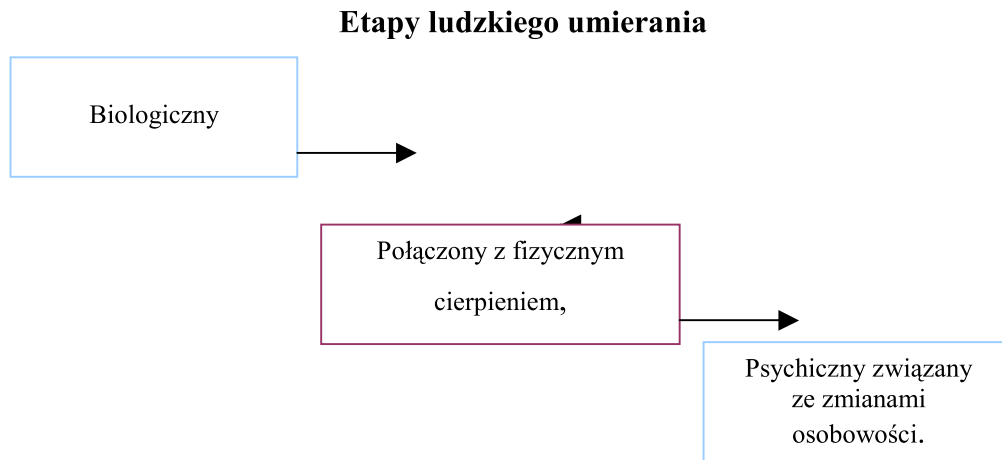
Ponadto z powodu braku psychologicznego przygotowania personelu szpitalnego do pracy z umierającym człowiekiem, pacjent który nie odkrył prawdy, staje przed problemem czy można zaufać lekarzom. Świadomość w jakim znajduje się osoba umierająca wyznacza relacje współdziałania z ludźmi najważniejszymi w ostatniej drodze życia – personelem medycznym.

⁵¹ A. Widera-Wysoczańska, *Psychologiczne aspekty rozmowy lekarza z pacjentem umierającym i jego rodzina* w *Psychologii zdrowia, ...*, op. cit., s. 322

⁵² Tamże, s. 324

Rozważając problem ludzkiego umierania, można wyróżnić:

Rysunek nr 6.



Źródło: opracowanie własne na podst. A. Widera–Wysoczanska, *Psychologiczne aspekty rozmowy lekarza z pacjentem umierającym i jego rodzina*, Psychologia zdrowia, pr. zbior. pod red. G. Dolińska Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 316-323

Ważne aby wszystkie te etapy przebiegły w odpowiednim czasie i harmonii. Cierpienie należy do istotnego wymiaru człowieka. Jest zjawiskiem powszechnym. Dlatego problem cierpienia intrygował ludzkość od zarania dziejów. Podejmowali go filozofowie, teologowie, uczeni, ludzie prości, a przede wszystkim chorzy. Ten fakt właśnie zmusza każdego z nas do podjęcia refleksji nad istotą i sensem cierpienia. Nie tylko wtedy, gdy człowiek się z nim zetknie bezpośrednio, jako swoistym doświadczeniem, które zawsze zaskakuje i przychodzi w czasie najmniej oczekiwanym. Wśród najdotkliwszych dolegliwości, oprócz bólu i osłabienia, jest lęk. Ale nie tylko ból odbiera chorym terminalnym chęć życia. Czują się oni balastem, brakuje im więzi z otoczeniem. Tracą zatem wiarę w sens życia, zatem kwestia jaka się pojawia jest pomoc chorym w usensownieniu ich cierpienia. Najczęstszym motywem prośby o eutanazję jest ból – nie zawsze jednak pamiętamy, że ból może być zarówno fizyczny, jak i duchowy. Wic wrażliwość, empatia, zrozumienie, zdolności do wczuwania się w przeżycia drugiego człowieka, tej umiejętności musi nauczyć się i posiadać personel medyczny, chcąc efektywnie i satysfakcją dla obu stron pracować z człowiekiem chorym.

Rzadko zdarza aby chory pogodził się ze swoja chorobą od razu, objawia się to w cyklicznych etapach:

Etap pierwszy – to stan szoku, nie zawsze pamiętają co lekarz do nich mówił. Bardzo często pacjenci potrzebują drugiej, podobnej rozmowy. Gdy już usłyszą

podważają prawdziwość tego co usłyszeli, kwestionując kompetencje lekarza. W tle tego zaprzeczenia w emocjach jest złość na lekarza, który wykrył chorobę.

Etap drugi – nazywany targowaniem się i poszukiwaniem. To czas szukania przyczyn w kategoriach winy i kary. W emocjach jest wtedy cała mieszanina: od złości, która daje energii do poszukiwań, do buntu aż w ufność w nadprzyrodzone moce.

Etap trzeci – to depresyjne załamanie i zwątpienie w sens leczenia. W tym etapie ci którzy poszukiwali leczenia u innych lekarzy wracają do tego pierwszego, bo okazuje się że on ich rozumie najlepiej. Uczucie pojawiające się w tym etapie to smutek, żal i poczucie beznadziejności.

Etap czwarty – to stan akceptacji dla istniejącej sytuacji. Czasami trudny, gdy choroba prowadzi do trwałego inwalidztwa. Pacjenci starają się współpracować z lekarzem, nawet przy bardzo obciążonym leczeniu⁵³.

Człowiek łatwiej godzi się z nieuchronnością śmierci, gdy wie że ma przy sobie kogoś, kto będzie do ostatniej chwili niósł mu pomoc. Tym kimś będzie lekarz lub pielęgniarka, a nie osoba najbliższa choremu. Wpływ psychiczny obecności osób bliskich, rodziny może być bardzo cenny, ale niejednokrotnie oni sam stają się bezradni i wymagają psychicznego wsparcia. Najważniejszą kwestią, dylematem w pracy lekarza jest sam pacjent i przyczyny za jakiego powodu umiera. Mówi się nieraz że chciałoby się wiedzieć o zbliżającej się śmierci, zwłaszcza gdy przychodzi w okresie dobrego samopoczucia, gdy ostanie chwile chcemy jak najintensywniej przeżyć, drugiej strony znane są załamania psychiczne, samobójstwa. Cierpienia fizyczne, związane z śmiercią i chorobą, są najczęstszym powodem niepokoju. Istnieje chyba stan psychiczny, gdy pacjent zdaje sobie sprawę o czekającej śmierci, stara sobie pozostawić choćby jedną nić nadziei, cień wątpliwości. Rzekomo oczekiwana prawda, rzadko przynosi spokój. Dlatego z wielu norm etycznych **optymistyczne kłamstwo**, stosowane przez lekarza dla dobra chorego, jest postępkem szlachetnym⁵⁴. Medycyna nie może walczyć z każdą śmiercią, lecz tylko z taką, która przychodzi zbyt wcześnie, spowodowana jest nieodpowiednimi przyczynami, które z medycznego punktu widzenia można wyeliminować i dosięga człowieka w niewłaściwy sposób, w bólu i cierpieniu. Dotychczasowe dylematy odnosiły się do pacjentów którzy chcą żyć. Niekiedy ból i cierpienie przekraczają granice wytrzymałości chorego człowieka.

⁵³ B. Winch. *Trudne pytania i trudne odpowiedzi*, „MEDICA” 2003, nr 3, s. 99-102

⁵⁴ T. Kielanowski, *Etyka...*, op.cit, s. 74

Możemy mieć sytuację, gdy pacjent nie życzy sobie przedłużenia życia, zwłaszcza za wszelką cenę, lecz wręcz żąda od lekarza, aby dopomógł mu w jego skróceniu. W krajach, gdzie eutanazja jest legalna, ostateczną decyzję o jej przeprowadzeniu podejmuje lekarz. Więc argument o możliwości decydowania o swoim życiu lub śmierci w przypadku eutanazji nie ma zastosowania. Decyzję podejmuje lekarz a nie osoba pragnąca eutanazji.

3.2 Analiza relacji lekarz– pacjent profil psychologiczny

Podstawową rzeczą w rozwijaniu właściwych relacji lekarz– pacjent, jest oprócz znajomości pacjenta, możliwość zdawania sobie sprawę z konkretnego swojego poglądu, aktualnego swojego nastroju, doświadczenia zawodowego oraz przyjętego przez niego modelu kontaktu z pacjentem i stylu pracy. Każdy pracownik ochrony zdrowia w toku swej pracy zawodowej wyrabia pewien model zachowania.

Tabela nr 8.

Modele relacji lekarz – pacjent

Model aktywność– bierność
W tym modelu strona aktywną jest lekarz, pacjent stanowi bierne odzwierciedlenie profesjonalizmu zawodowego przedstawiciela nauk medycznych. Prototypem tego modelu jest relacja między rodzicami a dzieckiem.
Model kierownictwo– współpraca
Obie strony są aktywne. Pacjent szuka pomocy u profesjonalisty specjalisty, który posiada władze i oczekuje do pacjenta posłusznego wykonywania wszystkich jego zaleceń. Jego prototypem jest relacja rodzic a nastolatek
Model obustronnego uczestnictwa
Wynika z identycznej kompetencji lekarza i pacjenta, które dotyczą komplementarnych aspektów zdrowia. Lekarz jest ekspertem w zakresie zdrowia i choroby natomiast pacjent w zakresie indywidualnego przeżywania własnej choroby. Jego prototypem jest relacja dorosły –dorosły.
Model konsumpcyjny
Lekarz traktowany jest jako sprzedawca produktów medycznych. Funkcjonuje on na podobnych zasadach jak inne usługi handlowe na wolnym rynku. Powinien proponować swoje sposoby leczenia, poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku, jakie ponosi, i oczywiście o kosztach. Obowiązki lekarza ograniczone są do podania fachowych informacji, do wsłuchiwania się w życzenia pacjenta i przyjęcia jego decyzji. Pacjent decyduje, co wybierze i co kupi z supermarketu medycznego

Modelu negocjacyjny
Lekarz i pacjent prowadzą dyskusję o tym, co uznać za wartościowe zarówno w dziedzinie wartości moralnych. Poza autonomią inne zasady bioetyczne są traktowane jako obojętne. Negocjacje decydują, co jest dobre, a co złe. Jeśli pacjent sobie czegoś życzy i lekarz to zaakceptuje, to wszystko w tych ramach jest dobre: na przykład rezygnacja z leczenia, obecność przy samobójstwie czy aktywna eutanazja.
Model lekarz kontraktowy
Lekarz kontraktowy przy czym każda strona chce osiągnąć korzyści kosztem drugiej. Pacjent chce wynegocjować maksymalne korzyści za maksymalnie niską cenę. Lekarz odwrotnie – chce spełnić życzenia mało wymagającego pacjenta, które od niego niewiele wymagają, i chce unikając trudnych żądań, wykluczyć ryzykowne. Musi on też przewidywać, że pacjent chce wynegocjować zobowiązania, których nie da się spełnić, aby później otrzymać za to wysokie odszkodowanie. Tego rodzaju podejrzliwość i nieufność rozwijana po obu stronach relacji lekarz – pacjent będzie sprzyjać rozwojowi biurokracji, bogaceniu się prawników, którzy towarzysząc obu stronom przed leczeniem, w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, będą mogli najwięcej skorzystać z terapii pacjenta i ciężkiej pracy lekarza.

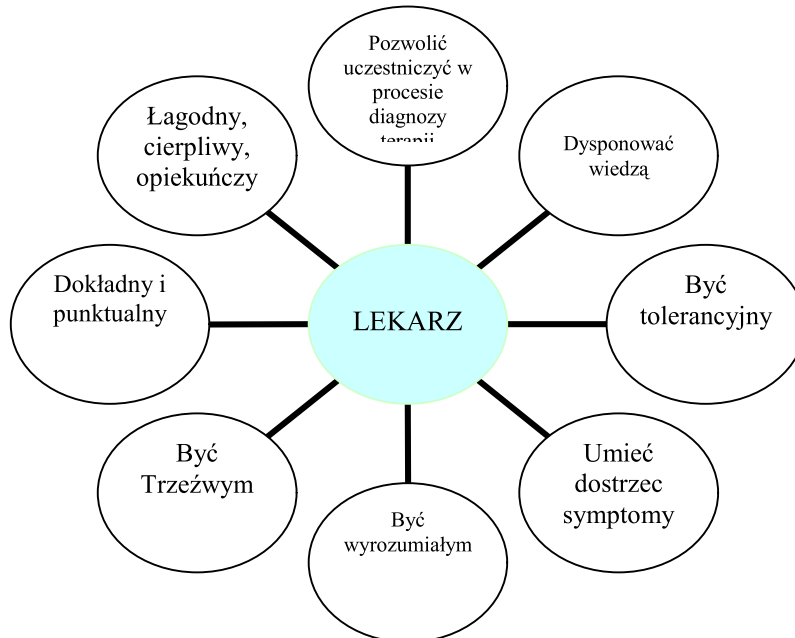
Źródło: opracowanie własne na podst. A Kuczyńska, *Oczekiwania jako czynniki kształtujące relacje lekarz-pacjent*, Podstawy psychologii zdrowia, pr. zbior. pod red. G. Dolińska Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 273–274

Lekarz i pacjent to partnerstwo stanowiące podstawową zasadę bioetyki medycznej. Partnerstwo między „ja – lekarza” a „ty – pacjenta” zależy od jakości ich wzajemnej komunikacji. Komunikacji międzyosobowej. Od tego „jak” lekarz/pielęgniarka zwracają się do pacjenta oraz „jak” go rozumieją, od tego zależy powodzenie całego procesu terapii. Ponadto zastosowanie prostych zasad pomoże w nawiązaniu i utrzymaniu właściwych relacji:

- Nie popełniać błędów w postępowaniu wobec pacjenta
- Usuwać nadmierny dystans
- Dostarczyć rzetelnych informacji w sposób rozważny i umiejętny
- Dożyć do zrozumienia potrzeb pacjenta

Rysunek nr 7.

Oczekiwania pacjenta w stosunku do lekarza



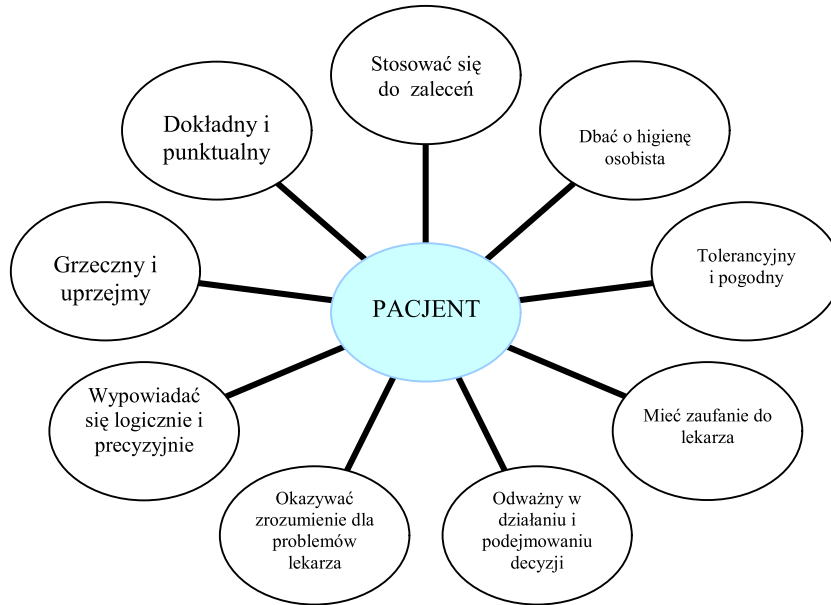
Źródło: opracowanie własne na podst. A. Kuczyńska. *Oczekiwania jako czynniki kształtujące relacje lekarz –pacjent*, Podstawy psychologii zdrowia, pr. zbior. pod red. G. Dolińska Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 277–279

Cechy te są zależne od rozwoju osobowości lekarza. Rozwój ten nie wynika z nabytej wiedzy ani z doświadczenia zdobytego w czasie studiów i w praktyce lekarskiej. Lekarz, tak jak każdy człowiek, może stać się osobowością tylko po podjęciu w tym kierunku świadomej decyzji. Można go w tym kierunku zainspirować i pomóc. Nie omówiono tutaj znaczenia warunków pracy lekarza, realnej możliwości pomocy czy wynagrodzenia finansowego. Chociaż czynniki te stanowią ważny element psychologicznego modelu zachowania lekarza.

Omówiony przebieg relacji wiąże się z oczekiwaniem pacjenta wobec lekarza, ale nie tylko pacjent może mieć okresowe oczekiwania, ale również i lekarz, który ma również obraz idealnego pacjenta.

Rysunek nr 8.

Oczekiwania lekarza wobec pacjenta



Źródło: opracowanie własne na podst. . A. Kuczyńska. *Oczekiwania jako czynniki kształtujące relacje lekarz –pacjent*, Podstawy psychologii zdrowia, pr. zbior. pod red. G. Dolińska Zygmun, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 280– 281

Biorąc pod uwagę fakt, że sprostanie tym wymaganiom nie jest łatwo, oraz że nie ma ideałów, można zadać sobie pytanie co się dzieje, gdy konkretny pacjent nie odpowiada temu wzorowi?

3.3. Stres, frustracja i sytuacja trudna powodem syndromu wypalenia zawodowego

Stres od dawna przestał być terminem naukowym, lecz staje się potocznie używanym zwrotem. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), stres jest podstawową przyczyną cierpień współczesnego człowieka i dotyczy około 400 milionów ludności. Początki badań nad stresem wiążą się z rozwinięciem teorii homeostazy (równowagi wewnętrznej) i teorii przystosowania na której powstała teoria stresu w wydaniu kanadyjskiego fizjologa Hansa Selye'go. H. Selye zwrócił uwagę że w każdej chorobie obok objawów specyficznych, różnicujący typy chorób, można wyodrębnić

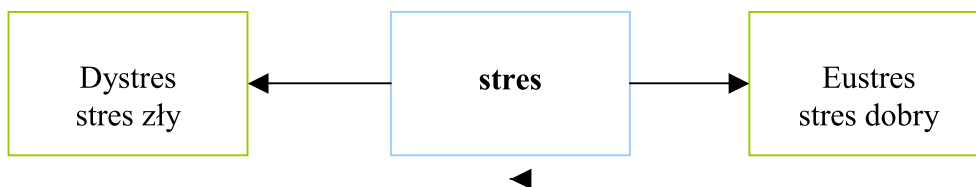
syndrom objawów niespecyficznych, wspólny dla wszystkich chorób nazwanych, **Ogólnym Zespołem Adaptacyjnym**.

Zespół ten przebiega w trzech kolejnych stadiach:

- Stadium reakcji alarmowej, która ma na celu mobilizację sił obronnych organizmu podzielone na:
 - Faza szoku – bezpośrednia reakcja czynnika szkodliwego dla organizmu, charakteryzująca się wystąpieniem pobudzenia organizmu do obrony np. spadek ciśnienia krwi.
 - Faza przeciwdziałania szokowi – obejmuje reakcje obronne, towarzyszą im zmiany fizjologiczne organizmu np. wzrost ciśnienia krwi.
- Stadium odporności, czyli przystosowania się do działania czynnika szkodliwego,
- Stadium wyczerpania, to utrata zdolności obronnych, następuje rozregulowanie funkcji fizjologicznych, które mogą doprowadzić do śmierci⁵⁵.

Rysunek nr 9.

Koncepcja dobrego i złego stresu wg Selye'go



Źródło: opracowanie własne na podst. J. F. Terelak, *Psychologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2005, s. 232

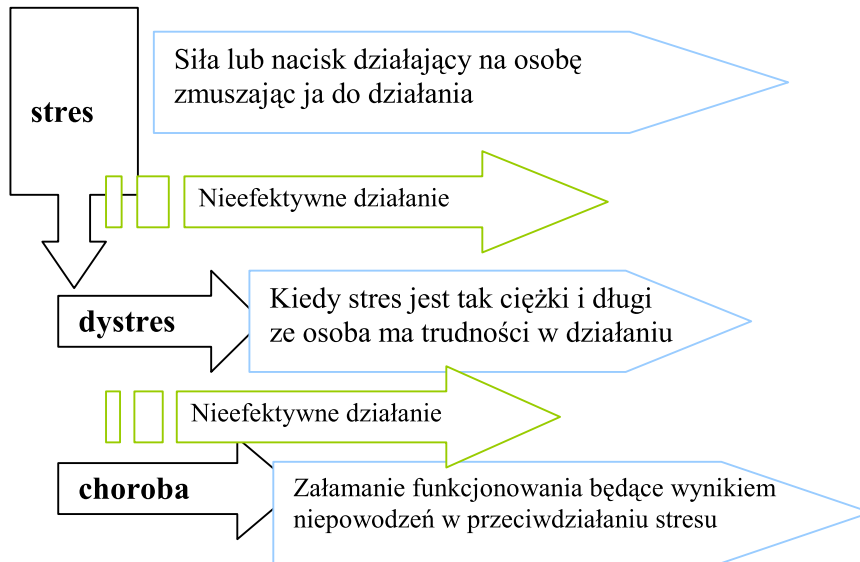
1. Dystres – niosący cierpienie, kiedy stres jest tak ciężki lub trwa tak długo, że wywołuje dezorganizację działania:
2. Eustres – czynnik motywujący do wysiłku, działanie mimo chwilowego dyskomfortu prowadzi do osiągnięć życiowych i rozwoju osobowości

W sensie fizjologicznym stres dobry i zły nie różnią się od siebie, jeśli chodzi o pobudzenie, mobilizację organizmu do walki z nim. Natomiast w sensie

⁵⁵ J. F. Terelak, *Psychologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2005, s. 232

psychologicznym pojawia się zróżnicowanie, wszystko zależy od oceny poznawczej, od tego, jaki sens nadajemy stresowi.

Rysunek nr 10. Model: choroba – stres wg Selye 'go



Źródło: opracowanie własne na podst. J. F. Terelak, *Psychologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2005, s. 231

Oto główne rodzaje stresu:

- **Stres biologiczny** doświadczamy go w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia. Organizm uwalnia wówczas duże ilości adrenaliny – hormonu, który wywołuje pełną mobilizację „strategicznych” narządów, które mają do spełnienia nie bagatelną rolę, określaną w języku hormonalnym „walcz lub uciekaj”.
- **Stres psychologiczny** pojawia się wskutek lęku przed utratą kontroli lub przed wymaganiami, które postrzegamy jako przerastające nasze możliwości.
- **Zmęczenie, wyczerpanie** stres jest tu następstwem długotrwałego oddziaływania wyczerpanej pracy. Może pojawić się kiedy stawiamy sobie wygórowane wymagania lub gdy nasza praca jest mało efektywna.

Stres wg Arona Antonovsky’ego to element wprowadzający do systemu entropię, czyli takie doświadczenie życiowe, którego cechą charakterystyczną jest brak spójności,

przeciążenie oraz brak udziału w podejmowaniu decyzji⁵⁶. W ujęciu salutogenetycznym Antonovsky próbuje znaleźć odpowiedź „ Jak nauczyć się radzenia z stresem i dobrze żyć w warunkach stresowych. Silne poczucie koherencji kształtuje się dzięki doświadczeniu życiowemu, które charakteryzuje poniższe właściwości:

- Spójność(logiczność)– gdy w ciągu całego życia wydarzenia układają się w łańcuch spójnych, logicznych połączonych na zasadzie podobieństw doświadczeń, wtedy każde następne jest przewidywalne. Częste doświadczenia, ze zjawiska do siebie pasują, prowadzi do większego poczucia zrozumiałości.
- Zrównoważenie przeciążenia – niedociążenia – zakres w jakim nasze doświadczenia życiowe, które są naszym udziałem i które pociągają jakieś wymagania, są odpowiednie do naszych możliwości. Umiarkowany poziom obciążeń sprzyja silnemu poczuciu koherencji. Niewskazane są nadmierne obciążenia. Stale doświadczamy większego lub mniejszego sukcesu. Człowiek traci poczucie zaradności, gdy często narażony jest na przeciążenie, gdy nie ma możliwości odpoczynku i nabrania sił
- Uczestniczenie w podejmowaniu decyzji– w sprawach istotnych, dające poczucie użyteczności, gdy jednostka powinna akceptować swój w nim udział i rolę. Antonovsky podkreśla rolę człowieka który zgadza się na stawiane mu zadanie że ma znaczącą odpowiedzialność w decydowaniu jak wykonać zadanie i że to co zrobi lub nie zrobi ma wpływ na jego doświadczenie. Powtarzające się doświadczenia dają poczucie odpowiedzialności, dają przekonanie o możliwości i sensowności działania.

Według A. Antonovsky’ego wszechobecne stresory wywołują u człowieka stan napięcia i człowiek ma wyższe poczucie koherencji, tym częściej ocenia stresor jako bardziej pozytywny, mniej zagrażający. Można więc przypuszczać że osoby o silnym poczuciu koherencji, świadomie akceptują swoje emocje, rzadziej będą stosować nieefektywny styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach, a częściej będą je charakteryzować jako styl skoncentrowany na zadaniu.

Przez sytuacja trudną w pracy personelu medycznego rozumiane jako skumulowanie problemów zawodowych, podejmowaniu trudnych decyzji diagnostycznych i dylematów etycznych. Nie jest przesadną opinią, że praca lekarza/ pielęgniarki jest jedną z tych,

⁵⁶ J. F. Terelak, *Psychologia...*, op.cit, s. 232

które w szczególnym nasileniu dostarczają wiele trudnych sytuacji, wywołując zjawisko stresu zawodowego.

3.4. Koszty psychologiczne i zdrowotne wypalenia zawodowego

Termin „syndrom wypalenia zawodowego” [*Burnout syndrome*], Christiny Maslach która nazwała „utrata troski o człowieka”, a jego objawy kojarzą się z dehumanizacją podejścia do drugiego człowieka⁵⁷. Powtarzająca się potrzeba głębokiej więzi emocjonalnej z osobą, na rzecz której świadczona jest usługa medyczna, uruchamia po pewnym czasie procesy ochronne, mające na celu „obronę własną” przed niszczącymi emocjami w reakcji na problemy innych ludzi. Konflikty z pozostałym personelem medycznym lub przełożonymi są również czynnikami sprzyjającymi wypaleniu zawodowemu. Wypalenie jest negatywnym stanem wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i psychicznego, który jest końcowym rezultatem utraty złudzeń czyli rozczarowania. Zwykle występuje u osób o wysokim poziomie motywacji, które przez dłuższy czas pracują w **sytuacjach obciążenia emocjonalnego**. Powodem wypalenia nie jest obiektywna porażka jako taka, lecz poczucie danej osoby ze jej starania, praca, zadania nie mają znaczenia ani sensu⁵⁸. Najistotniejszym czynnikiem determinującym stopień zagrożenia zawodowym wypaleniem jest charakter wykonywanej pracy. Jednak wielu ludzi jest w stanie przez długie lata funkcjonować w podobnych warunkach, nie przejawiając przy tym żadnych znamion „wypalenia”, podczas gdy inni poddają się niemal na starcie. O takim stanie rzeczy decyduje cała gama czynników osobowych, lecz nie tylko. Niezwykle istotne jest poczucie sensu i wartości wykonywanej pracy. Innymi słowy, wypalenie raczej nie grozi osobom, które są w wyraźny sposób doceniane przez pacjentów lub przełożonych, albo mówiąc językiem A. Antonovsky’ego posiadają silne poczuciem koherencji.

Wypalenie zawodowe definiujemy jako psychologiczny zespół:

- wyczerpania emocjonalnego – uważany za kluczowy wymiar. Występują często objawy psychosomatyczne: bóle głowy, bezsenność, przewlekłe zmęczenie. Miejsce istniejących zaburzeń zajmują często przekonania hipochondryczne, potęgujące próbę ucieczki w chorobę przed trudnościami, z którymi nie można sobie poradzić.

⁵⁷ H. Sęk. *Wypalenie zawodowe, przyczyny mechanizmy zapobieganie*, PWN, Warszawa 2000, s. 56

⁵⁸ Tamże, s. 56

- depersonalizacji –czyli negatywnego, bezdusznego i zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi. W zachowaniu można zauważyć unikanie pacjenta, obwinianie go za problemy, wiele pretensji do pacjenta że trzeba się nim opiekować. Wszystkie objawy mają na celu izolowanie się od źródeł stresu.

Negatywna ocena siebie– czyli spadek poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy. Wysuwa się wyraźne zmniejszenie wydajności pracy. Występuje wrogi stosunek do pacjenta i do współpracowników. „Wypalony” personel często sięga po alkohol. Przejawia się silny lęk oraz poczucie winy⁵⁹.

Wyróżnia się również kilka stopni nasilenia syndromu wypalenia zawodowego.

Są to:

- Stadium fizjologiczne
 - Uporczywe dolegliwości,– co powoduje nadmierną absencja w pracy co dezorganizuje całą pracę na oddziałach, dolegliwości somatyczne diagnozowane są przy użyciu najdroższego sprzętu i angażowanie do konsultacji najlepszych specjalistów,
 - Utrata apetytu lub nagłe jego polepszenie, osłabienie lub otyłość, co powoduje i zwiększa ryzyko chorób układu krążenia,
 - Bezsenna w domu w warunkach wypoczynku, i patologiczna senność w pracy, szczególnie na dyżurach,
- Stadium społeczne
 - Powtarzające stany irytacji, wywołujące napięcia z pozostałym personelem,
 - Bezczyność, brak zaangażowania w poszukiwaniu przyczyn wystąpienia objawów choroby u pacjentów, poprzestawanie na pierwszym pojawiającym się rozpoznaniu bez dalszej diagnostyki,
 - Niepewność w kontaktach z ludźmi, unikanie kontaktów, nieuzasadniona agresja, uleganie nieuzasadnionym roszczeniom wobec pacjentów,
 - Nieuzasadnione żale do innych, pretensje do pacjentów o to że chorują
 - Oddalanie się od bliskich, rodziny, brak sytuacji relaksujących, szukanie przypadkowych znajomości,
- Stadium intelektualne
 - Zaburzenia w logicznym myśleniu, kierowanie się impulsem w sytuacji gdy ta wymaga głębokiego namysłu,

⁵⁹ Tamże, s. 8

- Zakłócenia w przekazywaniu informacji, niezauważanie typowych objawów choroby, niemożność sprawnego przekazywania wyników badań pacjenta,
- Błędy w mówieniu i pisaniu, błędne wypisywanie recept, niewłaściwe dawkowanie leków, pomyłki w rozpoznawaniu chorób.

Przyjmuje się że powstanie zespołu wypalenia spowodowane jest warunkami pracy oraz cechami osobowości.

W zakresie warunków pracy wymienia się:

- Psychiczne zaangażowanie potrzebne do pracy z ludźmi
- Nadmierny poziom odpowiedzialności
- Wysoki poziom wymagań, co zmniejsza jego odporność i sprawność w trudnych sytuacjach
- Duże tempo pracy i fizyczne obciążenie pracownika.

Natomiast do cech osobowości i temperamentu sprzyjające wypaleniu należą:

- Zaburzenia emocjonalne
- Brak doświadczenia w radzeniu sobie ze stresem zawodowym
- Niska samoocena
- Sztywność postaw
- Bierność i niepewność w obcowaniu z ludźmi
- Spadek motywacji
- Cechy histeryczne
- Podeszły wiek
- Wycofywanie się z kontaktów i zależność od innych⁶⁰.

Tak skonstruowana osobowość powoduje że relacje z i innymi ludźmi są powierzchowne i niepełne. Często zdarzają się osobowości o cechach całkowicie przeciwnych, którzy również są narażeni na wypalenie zawodowe. Warto zwrócić uwagę że oprócz obciążenia psychicznego w pracy pielęgniarstwa występuje również znaczny wysiłek fizyczny.

Czynniki interpersonalne i tkwiące w strukturze zawodów medycznych to:

⁶⁰ J. Formański, *Psychologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 371

- niewłaściwe relacje interpersonalne między współpracownikami: wrogość, rywalizacja, obojętność, brak chęci do podtrzymywania związków koleżeńskich
- niewłaściwe, sztywne i hierarchiczne relacje pomiędzy pracownikami średniego szczebla a lekarzami, które utrudniają lub uniemożliwiają partnerską wymianę, dyskusję, rozwój poczucia wpływu na sytuację
- brak możliwości awansu
- stawianie wysokich wymagań co do umiejętności interpersonalnych i zasobów osobistych, takich jak: umiejętność słuchania i efektywnego komunikowania się z innymi, empatia, cierpliwość, rozwiązywanie problemów, kultura osobista, kreatywność
- konflikt wartości: sytuacje, gdy pracownik znajduje się pod presją zachowań nieetycznych czy niezgodnych z jego systemem wartości
- brak szybkich, namacalnych efektów własnej pracy, w postaci odniesionego sukcesu czy potwierdzonej skuteczności, lub jej brak.

Idealną postawą pracownika medycznego, to taka postawa która w kontakcie z pacjentem potrafi połączyć dwie sprzeczne jakości: współczucia i zaangażowania z dystansem i chłodem emocjonalnym. W dysonansie z tą idealną postawą przywołuje się inne ważne dla zjawiska syndromu wypalenia zawodowego pojęcie – obronnej dehumanizacji. Proces ten polega na obronie siebie przed przygnębiającymi emocjami poprzez reagowanie na innych ludzi jak na przedmioty a nie jak podmioty.

Co więcej, wypalenie jest większe, gdy kontakty z pacjentami są denerwujące, frustrujące czy też trudne, wynikające nierealności skutecznego radzenia sobie w sytuacji przewlekłego stresu. Szczególnie stresująca jest praca z pacjentami trudnymi, nieuprzejmymi, wiecznie źle się czującymi, nigdy nie zgłaszającymi poprawy stanu zdrowia. Dla personelu medycznego ważnym wyznacznikiem i elementem jest kontrola otoczenia, możliwość informacji zwrotnych od pacjentów. Wraz ze spadkiem tak rozumianej kontroli rośnie depersonalizacja, utrata poczucia tożsamości i indywidualności.

ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Postawienie problemu badawczego, określenie celów

Problemem badawczym jest ustalenie, które z tzw. sytuacji trudnych w pracy personelu medycznego mają szczególny wpływ na postawy i zachowanie pracowników oraz zdiagnozowanie stanu wiedzy respondentów na temat bioetycznych i psychologicznych aspektów tychże sytuacji. Uszczegóławiając to zagadnienie warto dokonać analizy bioetycznych aspektów występujących w relacji lekarz – pacjent i pielęgniarka– pacjent oraz określić w jakim zakresie przyczyniają się one do powstania syndromu wypalenia zawodowego.

W związku z zarysowanym problemem badawczym celem badań jest poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania:

- ⇒ Co składałoby się na optymalny model relacji lekarz– pacjent?
- ⇒ Które cechy relacji występujących między pacjentem a lekarzem, dotyczące usług medycznych są szczególnie ważne dla pacjentów?
- ⇒ Jakie sytuacje w pracy personelu medycznego najczęściej wywołują dylematy bioetyczne i wpływają na zachowania i decyzje personelu medycznego?
- ⇒ Jaki stosunek do ważnych problemów bioetycznych takich jak: aborcja, eutanazja, sztuczne zapłodnienie prezentują respondenci?
- ⇒ W jakim zakresie poszukiwanie nowych rozwiązań w zakresie potrzeb zdrowotnych bezdzietnych małżeństw jest akceptowane przez respondentów– personel medyczny?
- ⇒ Jakie są najczęściej uzasadnienia etyczne motywów zachowań i postaw pracowniczych?
- ⇒ Które elementy pracy zawodowej personelu medycznego wywołują stany frustracji i zniechęcenia?

4.2 Dobór próby i zakresu badań

Badanie zostanie przeprowadzone na reprezentatywnej próbie wśród ludzi na stanowiskach: lekarz, pielęgniarka, sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna. Procedura kwalifikacyjna przebiegała poprzez celowy dobór próby.

Tabela nr 9.

Zakres podmiotowy badań

Pełnoletni, niezależnie od płci	
Grupa zawodowa lekarzy	Średni personel medyczny
10 osób	10 osób

Źródło: opracowanie własne

Zakres przedmiotowy

Dylematy bioetyczne i psychologiczne wpływające na personel medyczny – analiza zachowań i postaw.

Zakres czasowo – przestrzenny

Przeprowadzona analiza i ocena problemów bioetycznych i psychologicznych objęła: pracowników prywatnej przychodni lekarskiej Centrum Medyczne Biegonice.

Badanie rzeczywiste zostanie przeprowadzone przez dwa dni: od 22 czerwca 2006 do 23 czerwca 2006 roku.

4.3. Hipotezy i opis metody oraz narzędzi badawczych

HIPOTEZA I. Im większa wiedza na temat bioetycznych i psychologicznych aspektów tzw. sytuacji trudnych w pracy zawodowej personelu medycznego tym lepsza autorefleksja w zakresie jakości pracy, szczególnie w relacjach pacjent lekarz, pielęgniarka – pacjent.

HIPOTEZA II. Jaka jest opinia respondentów na tematy bioetyczne (aborcja, opieka paliatywna) oraz w jakim zakresie tematy te wywierają wpływ na wypalenie zawodowe personelu medycznego

Tabela nr 10.

Opis metody oraz narzędzi badań

Metoda	Badania zostały przeprowadzone metodą ankiety bezpośredniej	
Narzędzie badawcze	Kwestionariusz ankietowy	
Wielkość próby	po10 osób	
	Grupa zawodowa lekarzy	Średni personel medyczny
Miejsce przeprowadzonego badania	Prywatna przychodnia lekarska Centrum Medyczne Biegonice	

Źródło: opracowanie własne

Podstawy informacyjno – metodyczne badania

W kontekście zgromadzenia informacji podczas pracy personelu medycznego i zależności jaka występują między stresem a sytuacją trudną, najbardziej adekwatną metodą tego pomiaru jest ankietowa. Swoj wybór motywuje tym, że w przypadku kwestionariusza ankietowego jako instrumentu tego pomiaru, kontakt pomiędzy respondentem a ankierem jest pośredni. Umożliwia zadanie pytania i uzyskanie takich informacji, które nie są rejestrowane w żadnych aktach. Zapewnia respondentom poczucie anonimowości, co daje większą szansę na uzyskanie szczerych odpowiedzi. Kwestionariusz trafia bezpośrednio do rąk respondenta, który odpowiada pisemnie na zawarte w nim pytania. Lista pytań skierowana jest do wybranych osób i ma na celu zdobycie informacji, na tematy tego co myślą, czują i jakie mają opinie na tematy bioetyczne.

4.4. Analiza wyników badań, wnioski końcowe

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w dniach 22 - 23 czerwca 2006 r. W badaniach ogółem wzięło udział 20 osób (16 kobiet i 4 mężczyzn)w tym 10 lekarzy i 10 osób personelu średniego(pielęgniarka, sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna), 65% ankietowanych to osoby posiadające wyższe wykształcenie. Zgromadzony materiał zaprezentowany został w formie graficznej.

Poniższa tabela opisuje badane osoby ze względu na płeć, wiek miejsce pracy i staż pracy.

Tabela nr 11. DANE O RESPONDENTACH

Lp.	Płeć	Wiek	Miejsce pracy	Staż pracy
1	K	47	Przychodnia	Powyżej 20 lat
2	K	60	Przychodnia	Powyżej 20 lat
3	K	46	Przychodnia, szpital	Powyżej 20 lat
4	K	46	Przychodnia	Powyżej 20 lat
5	K	50	Przychodnia	Powyżej 20 lat
6	K	52	Przychodnia	Powyżej 20 lat
7	K	43	Przychodnia	Od 11- 20 lat
8	K	40	Przychodnia	Od 11- 20 lat
9	K	49	Przychodnia	Od 11- 20 lat
10	K	45	Przychodnia	Od 11- 20 lat
11	K	47	Przychodnia	Od 11- 20 lat
12	K	33	Przychodnia	Od 5 - 10 lat
13	K	35	Przychodnia	Od 5 - 10 lat
14	K	29	Przychodnia	Od 0 - 4 lat
15	K	28	Przychodnia	Od 0 - 4 lat
16	K	27	Przychodnia	Od 0 - 4 lat
17	M	50	Przychodnia	Powyżej 20 lat
18	M	54	Przychodnia	Powyżej 20 lat
19	M	38	Przychodnia, szpital	Od 11- 20 lat
20	M	42	Przychodnia, szpital	Od 11- 20 lat

Źródło: opracowanie własne

Największa liczebnie grupa respondentów znajduje się w przedziale wiekowym 37 - 49 lat życia i stanowi 50 % badanych. Pozostali respondenci znajdują się w przedziale wieku:

27-36 lat życia (25%)

37-49 lat życia (50%)

Powyżej 50 lat życia (25%)

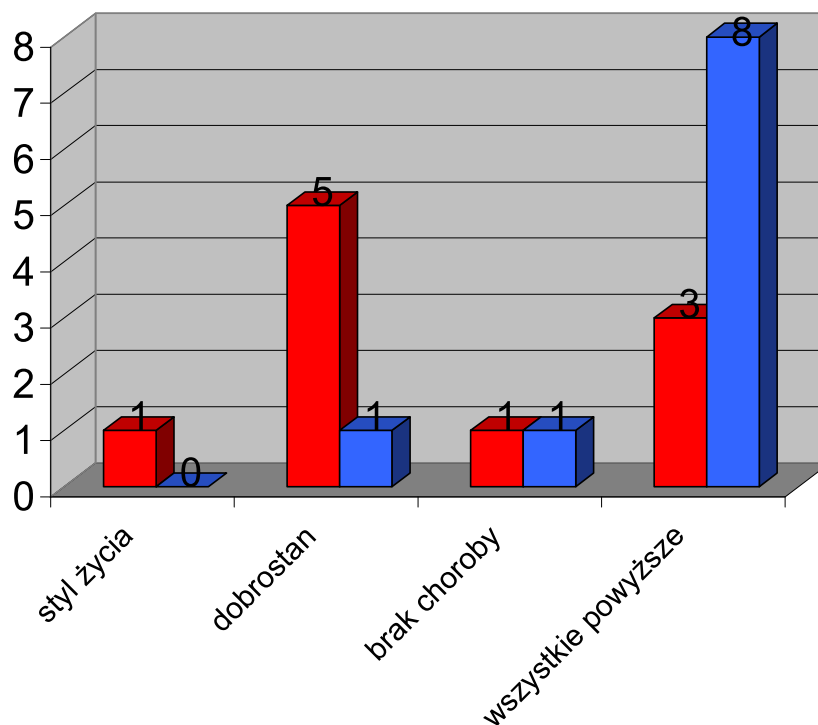
Jeśli chodzi o staż pracy w wykonywanym zawodzie to najwięcej pracowników przychodni reprezentują osoby z wieloletnim doświadczeniem życiowym, gdyż:

- powyżej 20 lat pracy (40%) i od 11- 20 lat pracy(30%), a pozostali pracują od 5 - 10 lat pracy(15%) oraz od 0 - 4 lat pracy (15%).

Badania zostały zainicjowane pytaniem dotyczącym rozumienia tego jak definiują pracownicy medyczni przychodni zdrowie.

Wykres nr 1. Czym jest zdrowie ?

grupa zawodowa lekarzy ■ średni personel medyczny ■



Źródło: opracowanie własne

Spośród osób ankietowanych to lekarze trafnie podali pełną definicję zdrowia aprobowaną przez Światową Organizację Zdrowia. Zdrowie identyfikują oni

z dobrostanem fizycznym i psychicznym. Nieporównywalnie największa część (80%) personelu średniego zaznaczyła odpowiedź „d”- czyli wszystkie powyższe:

*styl życia

*dobrostan,

* zdrowie interpretowane jako brak choroby

W kolejnym pytaniu zawarta była prośbą o definicje etyki.

Ankietowani mieli do wyboru szereg opcji: że jest to filozofia zawodu, moralny kodeks postępowania, i inne [por. załącznik nr 1 - ankieta]. Wszyscy respondenci trafnie dokonali wyboru odpowiadając, że etyka to moralny kodeks postępowania obowiązujący w zawodzie, akceptując tym samym więzi występujące między medycyną a etyką. Warto w tym miejscu przypomnieć, że etyka medyczna dotyczy sztuki leczenia i zapobiegania chorobom. Współcześnie istnieje pilna potrzeba ujęcia w systematyczną całość szereg problemów nie mieszczących się w ramach etyki lekarskiej, ani etyki medycznej. Mowa tu o aspektach związanych z ingerencją w ludzkie życie, które nie mają charakteru leczniczego, a mimo to w sposób wyraźny dotyczą zdrowia i życia człowieka, mieszczą się zatem w dziedzinie bioetyki. Postęp medycyny uwidoczniał bowiem wystąpienie nowych problemów ściśle powiązanych z bioetyką, gdyż ów postęp technologiczny oraz farmakologiczny umożliwił daleko idącą ingerencję w sprawy życia i śmierci człowieka.

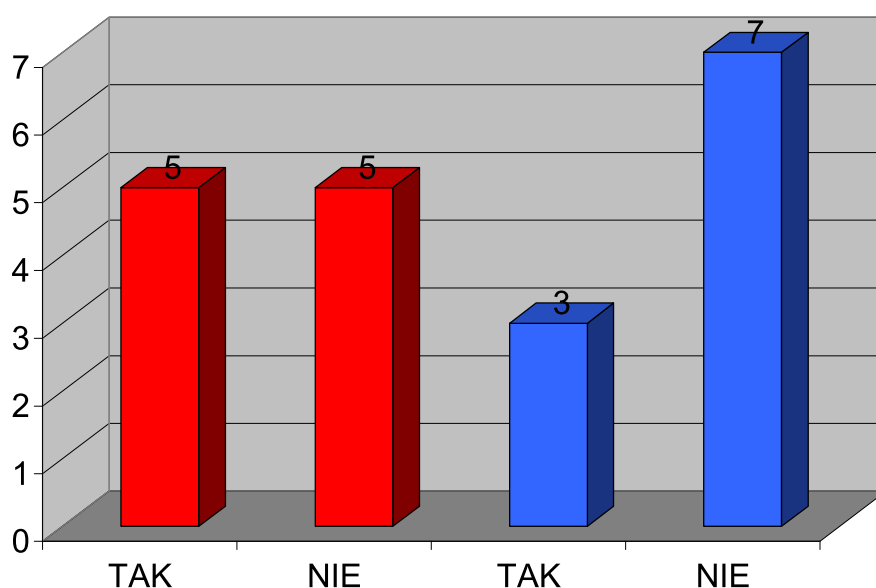
Następne pytanie nr 4 miało na celu ustalenie opinii respondentów na temat ich wiedzy o bioetyce oraz dylematach moralnych z nią związanych.

Dylematy te można ująć w dwojaki sposób: istnieją pewne argumenty, które wskazują że „x” jest moralnie słuszne, oraz inne świadczące o tym, że „x” jest moralnie niesłuszne. W tej sytuacji dylematy te mają charakter ambiwalentny i nie są jednoznacznie rozstrzygane. Na przykład wiele kobiet w ciąży, gdy rozważa jej przerywanie, ma do czynienia właśnie z takim dylematem. Niektórzy skłonni są uznać tego rodzaju dylemat bioetyczny za rozwiązywalny, np. w odniesieniu do eutanazji, czyli świadomego zaprzestania działania medycznego podtrzymującego życie (przypadek Terri Schiavo). Mamy bowiem do czynienia z faktem zagłodzenia na śmierć chorej przez instytucję medyczną w majestacie i pod nakazem prawa. Na oczach całego świata przez wiele dni umierała powoli chora, której nie wolno było podać pożywienia, zgodnie zresztą z werdyktem sądu.

Wypowiedzi respondentów dotyczące tego zagadnienia są zróżnicowane, lecz generalnie potwierdzają rozważanie dylematów bioetycznych, gdyż wybór odpowiedzi był następujący :

- trudne życiowe zagadnienia i moralne wybory dotyczące życia i śmierci (10%)
- to moralny aspekt metod terapii, badań naukowych stosowanych w genetyce (10%)
- to zakres zagadnień moralnych, budzące kontrowersje wokół aborcji, eutanazji, inżynierii genetycznej, biotechnologii (20%)
- decydowanie o czymś życiu i zdrowiu (20%)

Wykres nr 2. Czy zabieg aborcji jest bioetycznie dopuszczalny

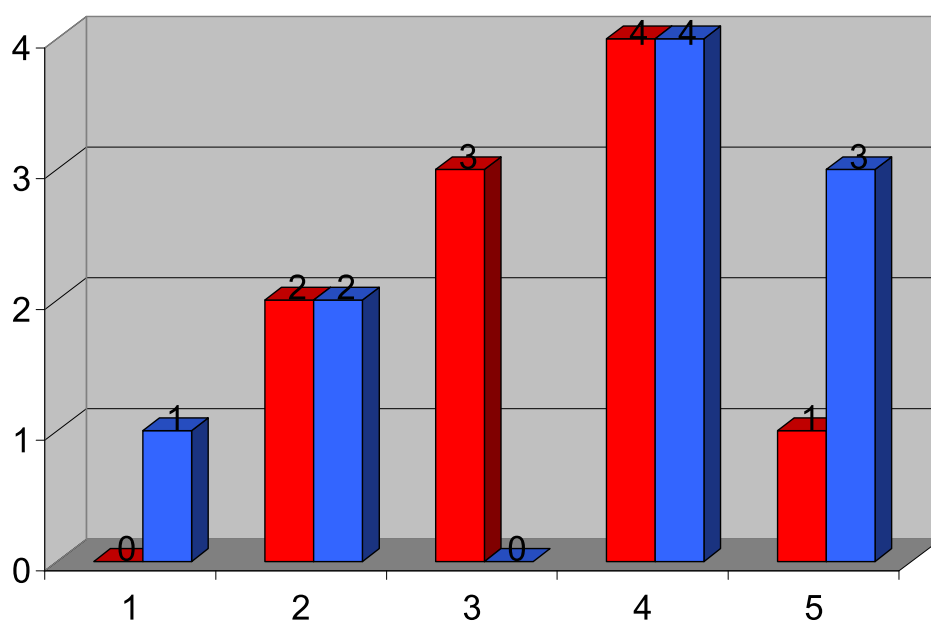


Źródło: opracowanie własne

Ten temat wywołuje silne kontrowersje. Są ludzie, którzy opowiadają się za aborcją oraz tacy, dla których aborcja jest niedopuszczalna we współczesnym świecie. Życie ludzkie, szczególnie człowieka nienarodzonego uważa się w powszechnym rozumieniu za nietykalne. Kiedy powstaje pytanie, czy kobieta urodzi dziecko, czy też nie, należy słuchać tylko jednego głosu - głosu samej kobiety: jej sumienia i jej świadomego wyboru. Nie ma też żadnych innych okoliczności, które by usprawiedliwiały przerwanie ciąży, nawet zdrowie matki, a tym bardziej obawa, że dziecko może się stać dla rodziny ciężarem. Dlatego każdy powinien określić swoje stanowisko w tej kwestii. Brak zainteresowania, brak własnej opinii świadczy o niedojrzałości emocjonalnej i moralnej człowieka.

Na tak postawione pytanie respondenci mieli do wyboru dwie odpowiedzi na „tak” lub „nie”. Przeprowadzone badanie dowiodło, że 62% kobiet opowiedziało się przeciwko zabiegowi aborcji, natomiast w grupie mężczyzn zdania były podzielone po połowie. Kontrowersje występują wówczas, gdy w ciążę zachodzi kobieta dotknięta poważną chorobą genetyczną a urodzenie dziecka stwarza poważne komplikacje zdrowotne. 55% respondentów - lekarzy opowiedziało się za możliwością dokonania aborcji, natomiast personel średni, a zwłaszcza pielęgniarki, mimo wszystkich okoliczności, pozostały przeciwnie temu zabiegowi (78%).

Wykres nr 3. Czy chętnie podjąłbyś się opieki paliatywnej



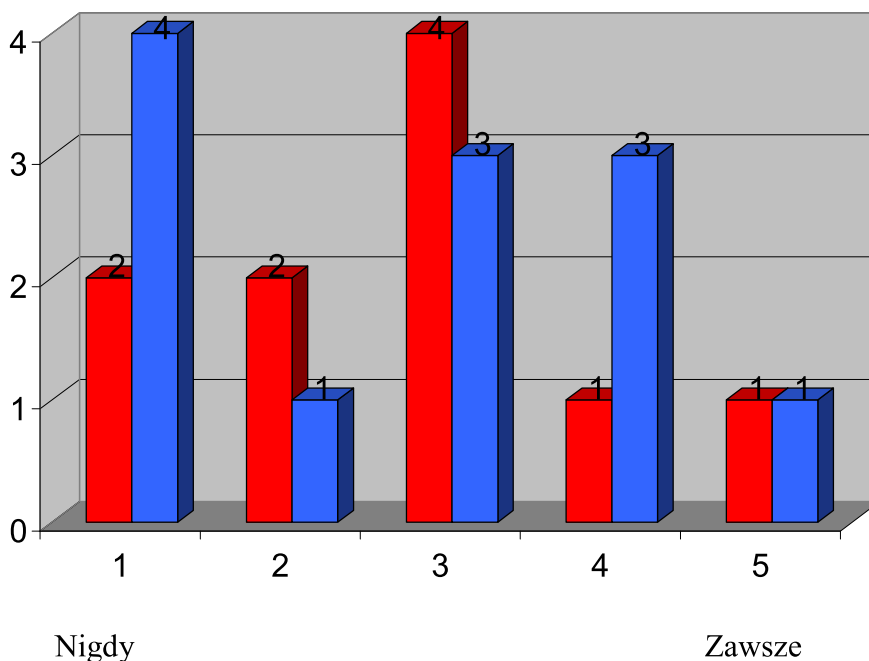
Źródło: opracowanie własne

Opieka paliatywna to nie jest bierne czekanie na śmierć. To podejmowanie różnego rodzaju działań (medycznych, rehabilitacyjnych, psychologicznych), które mają na celu niwelowanie bólu i zapewnienie pacjentowi maksymalnie wysokiej jakości życia i odchodzenia od życia. Dlatego medycyna paliatywna i opieka hospicyjna powinny być bardziej docenione i częściej stosowane. Są one tak samo ważne jak w innych momentach życia lub nadwerżenia zdrowia, ponieważ personel medyczny oraz najbliższa rodzina chorego są z nim w najtrudniejszym i najważniejszym momencie jego życia, w momencie jego umierania.

Respondenci mieli do dyspozycji alternatywne odpowiedzi na „tak” lub „nie”:

- W grupie lekarzy 40 % zdecydowanie nie podjęłoby się opieki paliatywnej. Wybór swój motywują oni tym, iż praca i opieka nad pacjentem w stanie agonalnym, człowiekiem bardzo cierpiącym, pogodzonym z nadchodzącą śmiercią jest bardzo trudna i obciążająca psychicznie. Generalnie udzielone odpowiedzi potwierdziły, że opieka nad pacjentami terminalnymi to towarzyszenie w ostatnich chwilach życia człowieka. Pozostałe (60%) również udzieliło odpowiedzi na nie, lecz uzasadniając swój wybór nieodpowiednimi kwalifikacjami, współczuciem lub brakiem satysfakcji.
- Respondenci średniego personelu (40%) chętnie podjęliby się opieki paliatywnej, która dla nich oznacza:
 - niesienie pomocy i ulgi w cierpieniu,
 - wspieranie w trudnych sytuacjach,
 - towarzyszenie drugiemu człowiekowi godnie umrzeć
 - uzasadniając że życie ludzkie na każdym etapie jego trwania jest bezcenne.

Wykres nr 4. Czy Lekarz może się uciec do optymistycznego kłamstwa



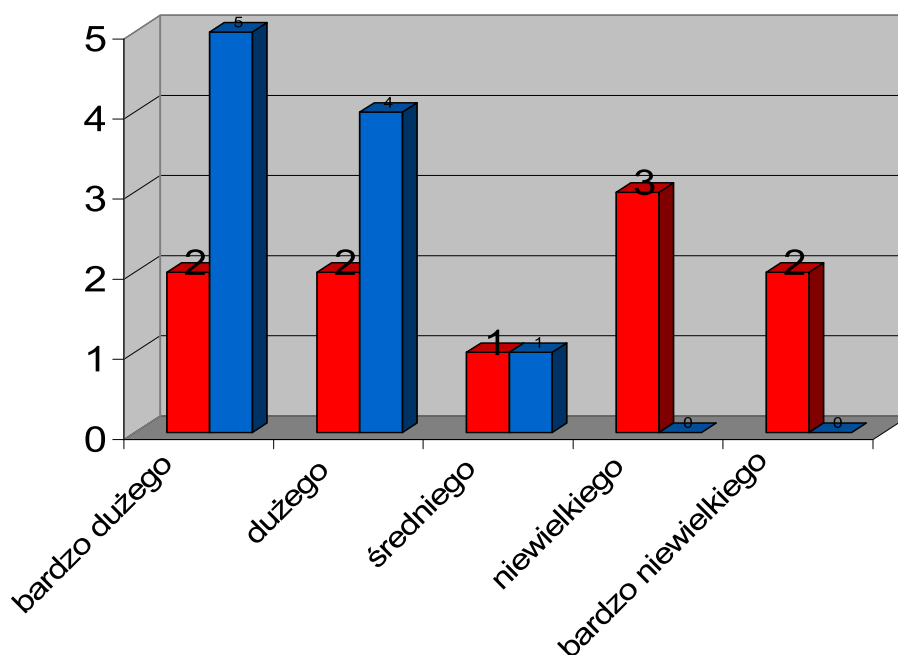
Źródło: opracowanie własne

Kilka problemów w bioetyce wiąże się z rozmyślnym nieujawnieniem faktów związanych z rzeczywistym stanem zdrowia pacjenta. Lekarze twierdzą często, że istnieją przypadki, w których przemilczenie, zatajenie pewnych faktów leży w interesie pacjenta. Czy takie intencjonalne nieujawnianie informacji może być uzasadnione?

Respondenci zostali poproszeni o zaznaczenie odpowiedzi na pięciostopniowej skali dwubiegunowej "nigdy" lub "zawsze". Wśród ankietowanych zdania były podzielone. Grupa (40%) ankietowanych lekarzy z 20-letnim stażem pracy wypośredkowała swoją odpowiedź. Powiedzenie pacjentowi prawdy o złym rokowaniu w jego chorobie, nie jest rzeczą łatwą dla lekarza. Nie można się jednak uchylić od tego obowiązku. Człowiek chory, szczególnie ciężko chory, ma prawo do poznania prawdy. Ci lekarze, którzy uznają konieczność mówienia prawdy, twierdzą że reakcji szokowej można uniknąć, gdy się do tego właściwie, a zwłaszcza w miarę możliwości wcześniej, pacjenta przygotuje. Odwołują się przy tym do swojego doświadczenia zawodowego. Przeciwną odpowiedź: "zawsze należy się uciec do optymistycznego kłamstwa" udzieliła grupa lekarzy z najkrótszym stażem zawodowym (10%) albowiem empatia i zrozumienie sytuacji pacjenta osiąga się nie przez ujawnienie faktów, lecz przez okazywanie troski o interesy pacjenta i tworzenie atmosfery wzajemnego zaufania.

Wykres nr 5.

W jakim stopniu wykonywana praca wymaga zaangażowania emocjonalnego



Źródło: opracowanie własne

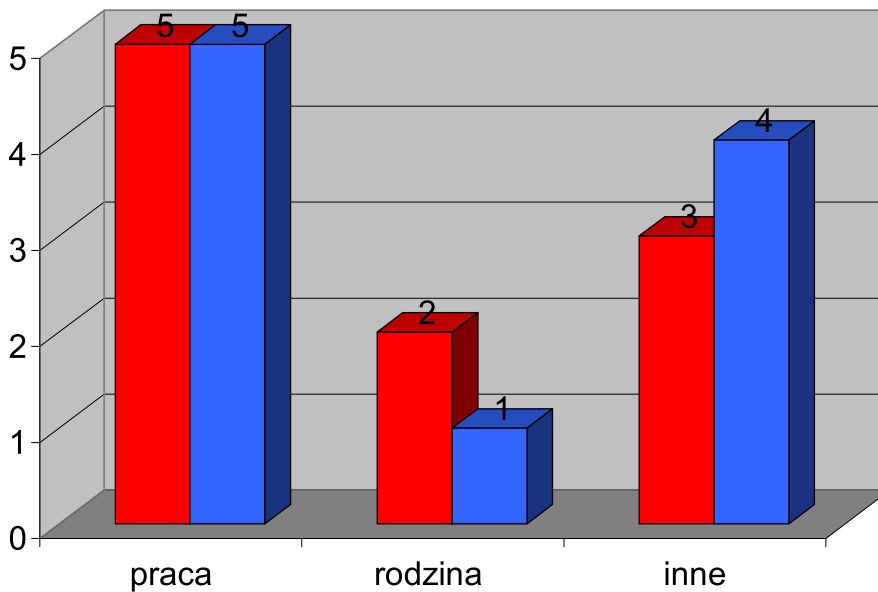
Respondenci mieli się także ustosunkować, przy pomocy skali od 0 do 5, do kwestii zaangażowania emocjonalnego w pracę zawodową. Pułapka tkwi w tym, że lekarze, profesjonaliści często rozpoczynają swoją pracę z idealistycznymi celami, pełni woli i gotowości pomocy innym. Norma zawodowa wymaga od nich, by ciągle inwestowali - emocjonalnie, psychicznie oraz fizycznie - w niesienie pomocy pacjentom. "Zapalony" do spełniania narzuconych czy nierealnych wymagań lekarz doświadcza wielu rozczarowań, czuje się nadmiernie obciążony obowiązkami, niedoceniany, a przy tym - ma tendencję do zaprzeczania istniejącym trudnościom. Może to prowadzić do poczucia dyskomfortu psychicznego i powolnej utraty motywacji, a w konsekwencji - do wyczerpania zasobów odpornościowych oraz energetycznych organizmu.

Występujące relacje w życiu zawodowym, nakładają pewien dystans do pracy, zwłaszcza dla lekarza z 20-letnim stażem zawodowym (30%), co może być przyczyną mniejszego zaangażowania w pracę i nabrania dystansu do obowiązków zawodowych. Czyżby u lekarza z długim stażem pracy pacjent nie wzbudzał empatii?

Nieporównywalnie najmniejszą część lekarzy, gdyż 20% respondentów uważa, że wykonywana praca zawodowa wymaga niewielkiego zaangażowania. Sugerują oni, że posiadana energia życiowa zamienia się w wyczerpanie, zaangażowanie w relacjach z drugim człowiekiem przekształca się w cynizm, a skuteczność - w poczucie niekompetencji i nieefektywności.

Inaczej do tego problemu podchodzą respondenci średniego personelu medycznego, gdyż 50% spośród nich sądzi, że konieczne jest bardzo duże zaangażowanie w pracę - 40%. Zbyt emocjonalne zachowania są w większości przyczyną powstawania zespołu wypalenia zawodowego, zwłaszcza w grupie pielęgniarek. Koncepcja wyjaśniająca fenomen wypalenia, który jest długotrwałym negatywnym stanem psychologicznym, została rozszerzona o jego pozytywną antytezę - zaangażowanie w pracę. Jeśli aktywność zawodową człowieka ujmemy w postaci kontinuum, to na jednym jego krańcu znajdzie się zaangażowanie w pracę, na drugim wypalenie zawodowe w różnym stadium, np. fizjologicznym, psychicznym, intelektualnym, społecznym czy też duchowym.

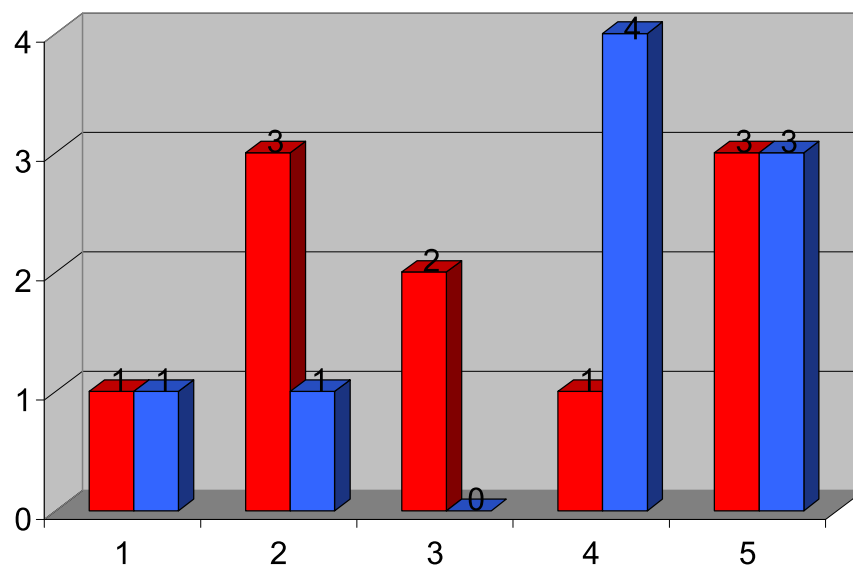
Wykres nr 6. Z czym występujący stres najczęściej jest związany



Źródło: opracowanie własne

Trudno znaleźć zawód, którego reprezentanci w trakcie jego wykonywania spotykali się z tak ogromną ilością problemów natury psychologicznej. Ankietowani zgodnie (50%) uważają, że praca jest dla nich źródłem stresu. Respondenci określili pozostałe odczucia według swoich kryteriów w następnym pytaniu dotyczącym długotrwałości stresu

Wykres nr 7. Długotrwały stres jest następstwem



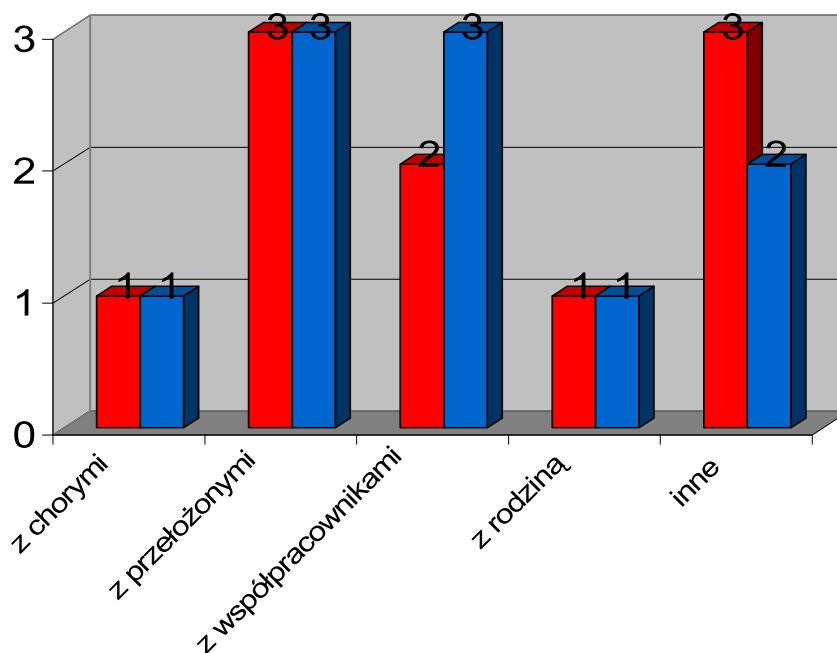
Wytężonej pracy

Źródło: opracowanie własne

Sytuacjami trudnymi

Zdania respondentów w wyżej wymienionym pytaniu były wyraźnie podzielone. Nie jest przesadną opinią, że praca personelu medycznego dostarcza wielu trudnych sytuacji, wywołując zjawisko długotrwałego stresu zawodowego. Ponieważ kontakt z chorymi, trafne postawienie diagnozy, niepomyślne rokowania o stanie zdrowia, częste poczucie braku satysfakcji zawodowej i wiary w swoje możliwości, a więc wszystkie wyżej wymienione czynniki są powiązane ze sobą i sumarycznie wywołują silne napięcia emocjonalne. Wśród personelu średniego aż 40% skłania się w kierunku odpowiedzi, że zawsze sytuacja trudna powiązana jest z ich pracą. Natomiast wśród lekarzy są zdania rozłożone równomiernie na wyczerpaną pracę (20%) i sytuację trudną (20%).

Wykres nr 8. Wymień najbardziej stresujące rodzaje relacji w pracy

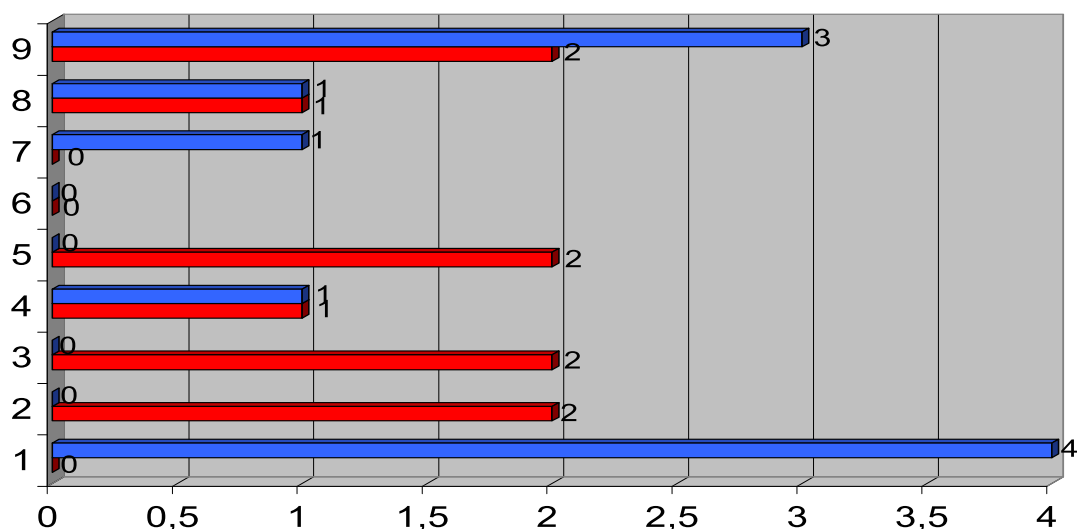


Źródło: opracowanie własne

W sytuacji konfliktu międzyludzkiego, między lekarzem/pielęgniarką a pacjentem, szczególnie drastyczne problemy mogą stworzyć, na przykład, żądania w zakresie eutanazji. Natomiast konflikty w związkach koleżeńskich mogą się objawiać bardzo rozmaicie, przykładem mogą być kontrowersje na temat ilości czasu poświęconego pacjentowi. Podłożem wielu nieporozumień międzyludzkich leży nieumiejętność bycia asertywnym, zarówno w stosunku do pacjentów, do przełożonych, do koleżanek. Do interpersonalnych źródeł wypalenia zawodowego zaliczyć należy również stresujące sytuacje, które przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami. Potwierdzają to

wypowiedzi lekarzy (30%) i personelu średniego (30%), że konflikty najczęściej występują pomiędzy przełożonymi i w relacjach koleżeńskich.

Wykres nr 9. Proszę o opinie na temat niżej opisanych objawów, zaznaczając na skali „X” w miejscu oznaczającym uczucia, myśli



Źródło: opracowanie własne

Wypalenie zawodowe nie pojawia się z dnia na dzień, jest to długotrwały proces, na który składa się wiele czynników. Baczny obserwator powinien dużo wcześniej zauważyć symptomy sygnalizujące zbliżający się kryzys wypalenia. Praca na pełnych obrotach, życie w długotrwałym stresie zaczynają się odbijać na zdrowiu. Początkowo pojawia się zirytowanie pogarszającą się kondycją, osłabioną koncentracją, lekarz/pielęgniarka zamiast zwolnić tempa, zazwyczaj przyspiesza z przekonaniem, że musi bardziej się starać. Po jakimś czasie dochodzi przemęczenie, bóle głowy i mięśni bez widocznej przyczyny, osłabienie organizmu, coraz częstsze infekcje. Pojawia się zniechęcenie, obojętność do całego otoczenia, wyczerpanie emocjonalne, czyli wypalenie.

Wypaleniu zawodowemu towarzyszy zazwyczaj obniżone poczucie dokonań osobistych, objawiające się przekonaniem o braku kompetencji zawodowych, niedostatecznej wiedzy, często jest to niska samoocena rzutująca na całość życia jednostkowego. Osoba, która do tej pory świetnie radziła sobie z obowiązkami zawodowymi zaczyna nagle krytykować swoje umiejętności, poddaje w wątpliwość zasadność dalszej pracy, traci motywację i wiarę w siebie. Respondenci pisali o typowych objawach syndromu wypalenia zawodowego. W pytaniu „nie zauważam już tych objawów

u siebie” zaznaczyło po 10% z obu grup ankietowanych, Interesujące są wypowiedzi ankietowanych na ten temat:

1. mam poczucie że zbyt ciężko pracuję (40%),
2. chcąc się odprężyć sięgam po alkohol (20%),
3. ostatnio niezbyt dobrze śpiam (20%),
4. często się przeziębiam, boli mnie głowa, skarżę się na bóle żołądka (10%),
5. ostatnio jest już coraz mniej pacjentów których lubię (20%),
6. ostatnio traktuję niektórych pacjentów jakby byli przedmiotami (0%)

W pytaniu otwartym nr 16 jak zdefiniowałby Pan /i termin "syndrom wypalenia zawodowego" ankietowani wypowiedzieli się o wyczerpaniu zawodowym, spowodowanym nadmiernymi żądaniem stawianymi przez środowisko. Poniżej zamieszczam opinie respondentów o syndromie wypalenia zawodowego:

- brak ochoty do pracy i rozwoju zawodowego, poczucie ogólnego zmęczenia (30%),
- przemęczenie, praca zbyt odpowiedzialna i wymagająca poświęcenia (10%),
- wyczerpanie związane z nadmiarem pracy i sytuacji stresującej (10%),
- schematyczne traktowanie pacjentów (10%),
- poczucie marnowania czasu (10%),
- utrzymujące się poczucie znużenia (20%),
- wyczerpanie emocjonalne, poczucie bezsensowności, cynizm (10%).

Zespół wypalenia zawodowego jest na ogół definiowany jako jedna z możliwych odpowiedzi jednostki na chroniczny stres emocjonalny związany z działalnością w zawodach, których wspólną cechą jest ciągły kontakt z ludźmi. Choć wypalenie pierwotne jest problemem głównie zawodowym, z czasem może stać się dla jednostki problemem klinicznym, gdy wtórnie zaczyna wpływać na jej związki z otoczeniem, samoocenę czy stan zdrowia. Dlatego ważne jest nie tylko podejmowanie działań zapobiegawczych, lecz również przygotowywania kompleksowych form pomocy psychologicznej w celu jego przezwyciężenia.

Wnioski końcowe:

Na podstawie dokonanej analizy zawartej w przeprowadzonych badaniach, można wysunąć następujące wnioski koherentne z postawionymi hipotezami:

- Celem niniejszej pracy a zarazem sprawdzenia trafności hipotezy pierwszej, było przedstawienie opinii respondentów na tematy bioetyczne (aborcja, opieka paliatywna) oraz zdiagnozowanie w jakim zakresie tematy te wywierają wpływ na wypalenie zawodowe personelu medycznego. Respondenci uzasadniali swoje moralne wybory dotyczące zakazu przerywania ciąży (65%). Życie ludzkie zaczyna się w chwili poczęcia, zapłodnienia, i od tego momentu poczęta osoba jest istotą ludzką. Badania naukowe pokazują, że aborcja nie tylko niszczy dziecko, ale pozostawia silne ślady w psychice kobiety, jej partnera, a także obciąża sumienie lekarza i pielęgniarki. Ankietowani zgodnie (50%) uważają, że wykonywana praca często jest skorelowana z występowaniem stresu zawodowego. Źródeł wypalania zawodowego w zawodach medycznych należy szukać zarówno w dylematach moralnych, w czynnikach międzyludzkich, i indywidualnych oraz organizacyjno-strukturalnych. Wprawdzie u podstaw wypalania leży doświadczany przez pracownika stres zawodowy, jednak nie sam stres odpowiada za pojawienie się zespołu, lecz sposób, w jakim dana osoba sobie z nim radzi. Można przyjąć, cytując Jana Terelaka, że nie zawód się wypala, lecz człowiek się wypala wykonując określony zawód.
- Interpretując hipotezę drugą która dotyczy szczególnych powinności moralnych lekarzy wobec pacjentów, empatii i zaangażowania, należy stwierdzić że im większa wiedza na temat bioetycznych i psychologicznych w pracy zawodowej personelu medycznego tym lepsza autorefleksja w zakresie jakości pracy, szczególnie w relacjach pacjent lekarz, pielęgniarka – pacjent. Te ostatnie nie potrafią uchwycić w pełni relacji jakie zachodzą między lekarzem i pielęgniarką do umierającego człowieka.

Świadomość wielkiej rangi zawodów medycznych musi towarzyszyć ludziom, którzy wybierają ten zawód. Właściwy motyw tego działania określa się słowami służba

medyczna. Medycyna służy ludziom, wynika zatem z powołania do tego zawodu, zatem istotnym zadaniem personelu medycznego jest służenie ludziom, broniąc ich życia i zdrowia. Na tym polega powołanie lekarza/pielęgniarki.

ZAKOŃCZENIE

We współczesnym świecie postęp technologiczny jest widoczny w każdej dziedzinie naszego codziennego życia. Postęp ten wdziera się coraz bardziej w sferę medyczną niosąc ze sobą ogromne zmiany. Niektóre z tych zmian idą w dobrym kierunku przez co medycyna w coraz większym stopniu i z większą skutecznością może pomóc ludziom w ich cierpieniu i walce o życie. Jednakże budzi się w nas niepokój, gdy słyszymy o próbach klonowania człowieka, o próbach ingerencji w naturę ludzką. Wiele wątpliwości budzi szereg eksperymentów medycznych, dlatego dokonanie wyboru i podjęcie decyzji medycznej w jaskrawy sposób uwydatnia jej związek z bioetyką. Dotyczy to szczególnie białego personelu, a przede wszystkim lekarzy. To oni stoją przed dylematem moralnego wyboru dotyczącego przedłużenia życia lub jego zachowania. Te wybory, te dylematy mają wpływ na ich życie zawodowe, rodzinne a także na ich relacje w stosunkach międzyludzkich.

Bioetyka budzi u wielu ludzi nadzieję, że mimo nowych biotechnologii pozwalających na wspomaganie medycyny, np. w prokreacji, transplantacji nie zostaną naruszone prawa i wypracowane zostaną sposoby odnoszenia się do pacjenta, oparte na przekonaniu, że każdy człowiek posiada nienaruszalną godność, a zadaniem lekarza jest przestrzeganie przysięgi Hipokratesa: *primum non nocere* - najpierw nie szkodzić.

1. Bibliografia

Literatura podstawowa

1. I. Heszen- Niejodek, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997
2. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, tom 1, Kraków 2000
3. K. Wrześniewski, *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna* pr. Zbior. Pod red. J. Strelau, *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, tom 3, Gdańsk 2000
4. G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
5. J. Strelau, *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, tom 3, Gdańsk 2000
6. J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2004
7. E. Hibner, *Zarządzanie w Systemie Zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź 2003
8. C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy Zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001
9. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS” tom 2, Kraków 2001
10. S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995
11. T. Kielanowski, *Etyka i deontologia lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1985
12. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002
13. J. B. Karski, *Praktyka i Teoria Promocji Zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003
14. ks. T. Ślipko SJ, *Granice życia dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1994
15. Z. Kalita, *Etyka w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
16. M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2004
17. P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997
18. P. Singer, D. Wells, *Dzieci z próbowki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988
19. K. Szczuka, *Milczenie owieczek*
20. A. Gutowska, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej*, Łódź 1999
21. A. Widera-Wysoczańska, *Psychologiczne aspekty rozmowy lekarza z pacjentem umierającym i jego rodzina w Psychologii zdrowia*, pr. Zbior. Pod red. G. Dolińska Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
22. B. Winch, *Trudne pytania i trudne odpowiedzi*, „MEDICA” 2003
23. J. F. Terelak, *Psychologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2005
24. H. Sęk. *Wypalenie zawodowe, przyczyny mechanizmy zapobieganie*, PWN, Warszawa 2000
25. J. Formański, *Psychologia*, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2003

2. Wykaz tabel :

<i>Tabela 1. Wzorce zdrowia.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabela 2. Przykłady czynników istotnych dla zdrowia w modelu patogenetycznym salutogenetycznym.....</i>	<i>10</i>
<i>Tabela 3. Populacja ludzi w Polsce od 2005 do 2020 roku.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 4. Postawy osobowości lekarza zawarte w deontologii lekarskiej.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 5. Peter Singer o życiu i śmierci.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabela 6. Liczba zarejestrowanych aborcji w Polsce od 1989 do 2004.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 7. Modele lekarzy.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabela 8. Modele relacji lekarz –pacjent.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 9. Zakres podmiotowy badania.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabela 10. Opis metod oraz narzędzi badawczych.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 11. Dane respondentów.....</i>	<i>65</i>

3. Wykaz rysunków:

<i>Rysunek 1 . Poczucie koherencji A. Antonovsky'ego.....</i>	<i>8</i>
<i>Rysunek 2 . Pole zdrowotne według raportu Lalonda.....</i>	<i>11</i>
<i>Rysunek 3 Mandala Zdrowia.....</i>	<i>13</i>
<i>Rysunek 4 Przyrost naturalny w Polsce od 1989 do 2004 r.....</i>	<i>21</i>
<i>Rysunek 5. Metody in vitro.....</i>	<i>37</i>
<i>Rysunek 6. Etapy ludzkiego umierania.....</i>	<i>50</i>
<i>Rysunek 7. Oczekiwania pacjenta w stosunku do lekarza.....</i>	<i>54</i>
<i>Rysunek 8. Oczekiwania lekarza wobec pacjenta.....</i>	<i>55</i>
<i>Rysunek.9. Koncepcja dobrego i złego stresu według Hansa Selye'go.....</i>	<i>56</i>
<i>Rysunek 10. Model choroba – stres według Hansa Selye'go.....</i>	<i>57</i>

4. Wykaz wykresów:

<i>Wykres 1 Czym jest zdrowie.....</i>	<i>67</i>
<i>Wykres 2. Czy zabieg aborcji jest bioetycznie dopuszczalny.....</i>	<i>69</i>
<i>Wykres 3. Czy podjąłbyś się opieki paliatywnej.....</i>	<i>70</i>
<i>Wykres 4 Czy Lekarz może się uciec do optymistycznego kłamstwa.....</i>	<i>71</i>
<i>Wykres 5 W jakim stopniu wykonywana praca wymaga zaangażowania Emocjonalnego.....</i>	<i>72</i>
<i>Wykres 6 Z czym występujący stres najczęściej jest związany.....</i>	<i>73</i>
<i>Wykres 7 Długotrwały stres jest następstwem.....</i>	<i>74</i>
<i>Wykres 8 Wymień najbardziej stresujące rodzaje relacji w pracy.....</i>	<i>75</i>
<i>Wykres 9 Proszę o opinie na temat niżej opisanych objawów zaznaczając na skali X w miejscu oznaczającym uczucia ,myśli.....</i>	<i>76</i>

5.Ustawy

1. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153
2. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia
Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391 ze zm., ustawa weszła w życie 1 kwietnia 2003
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Dz. U. Nr 210, poz. 2135
4. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Prawa pacjenta w zoz – rozdział 1a
Dz.U.1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm.
5. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży
Dz. U. 1993 Nr 17 poz. 78 z późn. zm.

Strony internetowe:

ks. A. J. Katalo, http://www.bezuprzedzen.pl/czytelnia/abc_bioetyki_01 - z dnia 3.01.2006

Czasopisma:

L. Łuniewska, *Życie po aborcji*, „Ozon” 2006, nr 12

Załączniki :

Ankieta

Badanie przeprowadzone przy pomocy niniejszej ankiety ma na celu przybliżenie zakresu problemów bioetycznych mających wpływ na życie zawodowe personelu medycznego. Uzyskane dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Proszę o podanie odpowiedzi na pytania zgodnie z własnymi odczuciami, swoimi przekonaniami. W sytuacjach wymagających wyboru, proszę zakreślić te odpowiedzi, która jest Panu/i najbliższa. Przy pytaniach proszę zakreślić tylko jedną odpowiedź. W miejscach wykropkowanych proszę wpisać własne odpowiedzi.

Ankieta jest anonimowa.

1. Czym jest zdrowie?

- a) to styl życia
- b) to dobrostan fizyczny i psychiczny
- c) to brak choroby
- d) wszystkie powyżej wymienione

2. Co wg Pana/i stanowi najważniejszy cel w pracy personelu medycznego?

- a) walka o życie ludzkie
- b) obrona życia poczętego
- c) przynoszenie ulgi w cierpieniu
- d) promocja zdrowia
- e) wszystkie powyżej wymienione
- f) inne(jakie?).....

3. Jak rozumie Pan/i definicje *etyki*?

- a) to filozofia zawodu
- b) to moralny kodeks postępowania
- c) inne(jakie ?).....

4. Jak zdefiniowałby Pan/i co to są dylematy bioetyczne?

.....
.....
.....

1. Czy Pana/i zdaniem problemy bioetyki są odpowiednio nagłośnione w mediach?

- a) za często są poruszane te tematy
- b) zbyt rzadko się o tym mówi
- c) wystarczająco często mówi się bioetyce
- d) są przedstawiane tendencyjnie i jednostronnie

2. Czy zabieg aborcji jest bioetycznie dopuszczalny?

- a) tak
- b) nie

6.1a Jeśli tak, to dlaczego.....

6.1b Jeśli nie, to dlaczego.....

7. Czy chętnie podjąłby się Pan/i opieki paliatywnej?

- a) tak
- b) nie

7.1a Jeśli tak, to dlaczego.....

7.1b Jeśli nie, to dlaczego.....

8. Jakie emocje wywołują u Pana/i pacjenci terminalni?

Proszę zaznaczyć na skali.

0-----1-----2-----3-----4-----5

Współczucie Towarzystwienie

9. Proszę o opinie

Czy Lekarz może się uciec do optymistycznego kłamstwa w stosunku do pacjenta

Proszę zaznaczyć na skali.

0-----1-----2-----3-----4-----5

Nigdy Zawsze

10. Czy wykonywany zawód sprawia Panu/i dużo satysfakcji?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

11. W jakim stopniu wykonywana praca wymaga od Pana/i zaangażowania emocjonalnego?

- a) bardzo dużego
- b) dużego
- c) średniego
- d) niewielkiego
- e) bardzo niewielkiego

12. Czy występujący stres u Pana/i najczęściej jest związany ?

- a) z pracą
- b) z rodzinną sytuacją
- c) inne(jakie?).....

13. Długotrwały stres jest u Pana/i następstwem?,

Proszę zaznaczyć na skali.

0-----1-----2-----3-----4-----5

Wyężonej pracy Sytuacjami trudnymi

14. Czy doświadcza Pan/i wpływu problemów zawodowych i sytuacji trudnych, na swoje życie osobiste?

Proszę zaznaczyć na skali

0-----1-----2-----3-----4-----5

Nigdy

Zawsze

15. Wymień najbardziej stresujące rodzaje relacji w Pana/i pracy ?

- a) z chorymi
- b) z przełożonymi
- c) z grupą współpracowników
- d) z rodziną pacjentów
- e) inne (jakie?).....

16. Proszę o opinie na temat niżej opisanych objawów, zaznaczając na skali „X” w miejscu oznaczającym Pana/i: uczucia, myśli,

- 7. mam poczucie że zbyt ciężko pracuje
- 8. chcąc się odprężyć sięgam po alkohol
- 9. ostatnio niezbyt dobrze śpiam
- 10. często się przeziębiam, boli mnie głowa, skarże się na bóle żołądka
- 11. ostatnio jest już coraz mniej pacjentów których lubię
- 12. ostatnio traktuje niektórych pacjentów jakby byli przedmiotami
- 13. wszystkie powyżej wymienione
- 14. nie zauważam już tych objawów u siebie

Proszę zaznaczyć na skali.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8

!7. Czy w pytaniu 16 wymienione czynniki wpływają na szybsze wypalenie zawodowe?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

18. Jak zdefiniowałby Pan/i termin *syndrom wypalenia zawodowego*?

.....
.....
.....

19. Proszę o ocenę Pana/i własnych kompetencji i osiągnięć zawodowych?

- a) nie mam pomysłu aby uczynić moją pracę bardziej satysfakcjonującą

- b) zauważam że coraz bardziej zaniedbuje swoje obowiązki
- c) wydaje mi się że nie nadaje się do tego zawodu
- d) po pracy często myślę że zmarnowałam następny dzień
- e) większość rzeczy które uczyłam(em) się okazuje się bezużyteczna w wykonywanej pracy

20. Które z wymienionych czynników komunikacji interpersonalnej tkwią w strukturze zawodów medycznych?

- a) rywalizacja w związkach koleżeńskich
- b) brak możliwości awansu
- c) sztywne i hierarchiczne relacje
- d) inne (jakie?).....

Metryczka

1. Płeć

- a) Kobieta
- b) Mężczyzna

2. Wiek w latach.....

3. Wykształcenie

- a) Średnie
- b) Wyższe

4. Wykonywany zawód.....

5. Staż pracy w zawodzie medycznym:

- a) od 0 do 4 lat pracy
- b) od 5 do 10 lat pracy
- c) od 11 do 20 lat pracy
- d) Powyżej 20 lat pracy

Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety