

Zakład Etyki Akademii Medycznej im prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
Department of Ethics, Skubiszewski Medical University of Lublin

RAFAŁ PATRYN, JAKUB PAWLIKOWSKI, JAROSŁAW SAK,
AGNIESZKA PRZYGODA-DREHER, KRZYSZTOF MARCZEWSKI

*The influence of religious convictions on therapeutic decisions in opinion
of students of medicine*

Wpływ przekonań religijnych na decyzje terapeutyczne w opinii studentów medycyny

Medycyna i religia przez tysiące lat trwania kultury i cywilizacji pozostawały ze sobą w ścisłym związku. W kulturze europejskiej od czasów starożytnych podejmowano próby oddzielenia medycyny od religii, jednak dopiero czasy nowożytne przyniosły ich radykalny rozdział. W tradycji badawczej nauk odnoszących się do kultury religia i medycyna, wiara i zdrowie traktowane są niezależnie, jednak w praktyce dnia codziennego, w życiu pacjentów przenikają się [5]. Dlatego też wielokrotnie próbowano ocenić wpływ jaki wywiera religia na zdrowie, tym bardziej, że liczne badania ukazywały istotne zależności pomiędzy religijnością, a stylem życia i zdrowiem [7]. Prawdopodobnie dlatego w około 30 amerykańskich uczelniach medycznych wprowadzono zagadnienia dotyczące roli religijności i sfery duchowej w życiu człowieka [4]. Należy zauważyć, że większość religii postrzega zdrowie jako dar od Boga i wartość, o którą należy się troszczyć. Niektóre ruchy religijne mają nawet własną „teologię zdrowia” (np. Adwentyści Dnia Siódmego) - ma to wpływ na mniejszą zachorowalność i mniejszą liczbę zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych [5].

Socjologowie medycyny wyróżniają kilka funkcji jakie spełnia religia w medycynie: 1) funkcja eksplicytna i sensotwórcza – nadaje znaczenie niektórym pojęciom: choroby, cierpienia, śmierci odnosząc je do Boga i religijnie zdefiniowanego sensu życia, 2) funkcja normatywna i kontrolna - określa stosunek wobec wielu zagadnień zwłaszcza bioetycznych (np. eksperymenty medyczne, aborcja eutanazja), 3) funkcja opiekuńcza i charytatywna- pomoc chorym w domu, szpitalach i hospicjach, 4) funkcja terapeutyczna – duchowe wsparcie chorego przez kapłana, 5) funkcja uzdrowieńcza - propaguje wiarę w uzdrowieńczą moc modlitwy, sakramentów oraz uzdrowicieli [9].

Religia, głównie w swojej funkcji eksplicytniej i normatywnej, może wpływać na decyzje podejmowane przez lekarzy. Wynika to z faktu, że wartości (w tym wartości religijne), angażują zarówno sferę intelektualną jak i emocjonalną, i dlatego kształtują często ludzkie wybory i decyzje [9]. Wpływ ten może zaznaczać się najbardziej w sytuacjach, w których jakaś metoda stosowana w medycynie jest dopuszczalna pod względem prawnym, ale niedopuszczalna przez religię, którą wyznaje lekarz lub pacjent (dotyczy to głównie momentów początku i końca ludzkiego życia) [1,2,3]. Wydaje się, że może także wpływać na postrzeganie swojego zawodu (np. jako misji), postawę wobec pacjenta, zachowania w sytuacjach trudnych oraz stosunki koleżeńskie (dotyczy to szczególnie osób o intensywnej religijności).

Niektórzy lekarze i filozofowie medycyny wskazują na to, że obok oficjalnej, naukowej i standardowej oceny klinicznej, istnieją nieoficjalne, ukryte wewnętrzne standardy, reguły i strategie - rodzaj „milczącej wiedzy” [6]. Te wewnętrzne standardy, reguły i strategie mogą się kształtować również pod wpływem przekonań religijnych – zwłaszcza u osób, dla których wiara jest sprawą ważną i zajmującą jedno z centralnych miejsc w strukturze osobowości. [8] O religijności lekarzy świadczą wyniki badań przeprowadzonych na grupie 1100 lekarzy amerykańskich przez Ośrodek HCD Research i Instytut Finkelsteina w Nowym Jorku, w których 72 % respondentów odpowiedziało, że religia odpowiada na potrzebę nadania sensu życiu, 58 % uczęszcza przynajmniej raz w miesiącu na spotkania modlitewne swojej wspólnoty religijnej, 46 % uważa, że modlitwa spełnia bardzo ważną rolę w ich życiu, a 67 % zachęca swoich pacjentów do modlitwy [10].

Celem naszej pracy było zbadanie opinii studentów medycyny na temat roli jaką odgrywają przekonania religijne w decyzjach terapeutycznych lekarzy. Przekonania religijne mogą wpływać na decyzje terapeu-

tyczne zarówno od strony lekarza (np. odmowa wykonania zabiegów sprzecznych z jego przekonaniami), jak i od strony pacjenta (np. kiedy pacjent nie zgadza się na proponowane leczenie ze względów religijnych).

MATERIAŁ

Badaniem objęto grupę studentów I, III i VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Zbadano opinie 119 studentów I roku, 197 studentów II roku oraz 208 studentów VI roku Wydziału Lekarskiego. Badanie przeprowadzono w roku akademickim 2003/2004.

METODA

Badanie przeprowadzono na podstawie kwestionariusza ankietowego własnej konstrukcji z odpowiedziami półotwartymi. Pytania dotyczyły postępowania lekarza w sytuacji, w której możliwa do zastosowania terapia jest sprzeczna z przekonaniami religijnymi lekarza lub pacjenta oraz na ile istotne w podejmowaniu decyzji terapeutycznych są przekonania religijne. Studenci biorący udział w badaniu zostali poproszeni o odpowiedź na pytania o następującej treści:

- ⇒ pytanie nr 1: „Co powinien uczynić lekarz jeżeli staje on przed koniecznością leczenia pacjenta terapią, której stosowanie jest sprzeczne z jego przekonaniami religijnymi i nie można zaproponować żadnej alternatywnej terapii?”
- ⇒ pytanie nr 2: „Co powinien uczynić lekarz jeżeli staje on przed koniecznością leczenia pacjenta terapią, której stosowanie jest sprzeczne z przekonaniami religijnymi pacjenta i nie można zaproponować żadnej alternatywnej terapii?”

WYNIKI

Uzyskane odpowiedzi na pytanie nr 1 w grupach studentów I, III i VI roku ilustruje poniższa tabela:
Pytanie nr 1 „Co powinien uczynić lekarz jeżeli staje on przed koniecznością leczenia pacjenta terapią, której stosowanie jest sprzeczne z jego przekonaniami religijnymi i nie można zaproponować żadnej alternatywnej terapii?”

Pyt. 1	Studenci I roku (N=119)	Studenci III roku (N=197)	Studenci VI roku (N=208)
przekazać pacjenta innemu lekarzowi	42% (50)	49% (97)	58% (121)
Wykonać zabieg sprzeczny z jego przekonaniami	18% (22)	20% (39)	15% (31)
Odstąpić od leczenia pacjenta i poinformować go o tym	14% (17)	8% (15)	13% (26)
Postąpić jeszcze inaczej	12% (14)	10% (20)	5% (10)
zasięgnąć porady u księdza kapelana	11% (13)	8% (16)	2% (4)

Uzyskane odpowiedzi na pytanie nr 2 w grupach studentów I, III i VI roku ilustruje poniższa tabela:
Pytanie nr 2 „Co powinien uczynić lekarz jeżeli staje on przed koniecznością leczenia pacjenta terapią, której stosowanie jest sprzeczne z przekonaniami religijnymi pacjenta i nie można zaproponować żadnej alternatywnej terapii?”

Pyt. 2	Studenci I roku (N=119)	Studenci III roku (N=197)	Studenci VI roku (N=208)
użyć metod perswazji wobec chorego i jego rodziny	41% (48)	38% (74)	19% (39)
Odstąpić od wykonania tego zabiegu i w dalszym ciągu otaczać pacjenta opieką	38% (45)	36% (71)	59% (123)
Odstąpić od leczenia pacjenta na jego wyraźne żądanie i wypisać go ze szpitala	3% (4)	2% (4)	6% (13)
Wykonać zabieg wbrew woli pacjenta	2% (2)	1% (2)	2% (5)
Odstąpić od wykonania tego zabiegu i w dalszym ciągu otaczać pacjenta opieką oraz użyć metod perswazji wobec chorego i jego rodziny	6% (7)	10% (20)	4% (8)

Pytanie 3: Czy w podejmowaniu decyzji terapeutycznych za istotne uważa Pani/Pan przekonania religijne:

Pyt. 3	Studenci I roku (N=119)	Studenci III roku (N=197)	Studenci VI roku (N=207)
przekonania religijne są istotne w podejmowaniu decyzji terapeutycznych	49% (58)	61% (121)	61% (128)

OMÓWIENIE

Zdecydowana większość respondentów niezależnie od roku studiów usiłowała uniknąć jednoznacznej odpowiedzi na pytanie 1 przez wybór wariantów niekonkluzywnych (przekazanie pacjenta innemu lekarzowi, postąpienie jeszcze inaczej). Za wykonaniem zabiegu sprzecznego ze swoimi przekonaniem religijnym opowiedziało się (15-20% studentów zależnie od roku studiów). Dla 8-14% studentów właściwym rozwiązaniem problemu konfliktu własnego sumienia było odstąpienie od leczenia pacjenta i poinformowanie go o tym. Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 7 stwierdza, że „w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.” Niekonkluzywność zatem w strukturze odpowiedzi na pytanie nr 2 może wynikać w pewnym stopniu ze znajomości zasad deontologicznych, zwłaszcza, że za przekazaniem pacjenta innemu lekarzowi w sytuacji konfliktu sumienia opowiedziało się 58% studentów VI roku wobec 42% studentów I roku Wydziału Lekarskiego. Znamienne jest to, że studenci niezależnie od roku studiów w przedstawionej w pytaniu ogólnej sytuacji konfliktu sumienia lekarza nie dostrzegają potrzeby konsultowania swoich problemów z osobą duchowną, która powinna być najbardziej kompetentna w ocenie różnych kolizji norm moralnych, przekonań religijnych z wymogami procedur medycznych (potrzebę taką dostrzega jedynie 2-11% studentów). Być może studenci w myśleniu klinicznym posługują się stereotypem, że działalność księdza kapelana jest adresowana wyłącznie do pacjentów, a nie do personelu medycznego. Jest to tym bardziej prawdopodobne, że w badanych grupach zaznacza się systematyczny spadek potrzeby zasięgnięcia porady u osoby duchownej wraz z upływem czasu studiów (od 11% na I roku do 2% na ostatnim roku studiów). Być może zatem studia medyczne i praktyka kliniczna dostarczają materiału do budowania wspomnianego stereotypu.

Struktura uzyskanych odpowiedzi na pytanie nr 2 uwidoczniła istotnie malejący, wraz z czasem studiów, odsetek zwolenników stosowania metod perswazji wobec chorego i jego rodziny w sytuacji konfliktu proponowanej, niezbędnej terapii z przekonaniem religijnym pacjenta (41% zwolenników stosowania perswazji na I roku studiów wobec 19% na VI roku studiów). Może być to również spowodowane wiedzą z zakresu deontologii lekarskiej w granicach której zawiera się problematyka uzyskiwania tzw. świadomej zgody. Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 13 pkt. 1 ustala obowiązek lekarza wobec pacjenta którym jest: „[...] respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.” Stosowanie różnych metod perswazji czasami może stać w sprzeczności z tym kodeksowym prawem pacjenta. Analiza uzyskanych odpowiedzi ujawnia również fakt progresji wraz z postępowaniem czasu trwania studiów medycznych liczby zwolenników „odstąpienia od wykonania zabiegu sprzecznego z przekonaniem religijnym pacjenta i w dalszym ciągu otaczania go opieką.” Taka struktura postaw studentów jest zgodna z powinnością którą nakłada na lekarza Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 15, punkt 5 stwierdzając, że „W razie nie uzyskania zgody na proponowane postępowanie, lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.” Tylko bardzo niewielki odsetek studentów opowiedział się za wykonaniem zabiegu wbrew woli pacjenta (1-2%).

Z przeprowadzonej analizy wyłania się niekonsekwencja polegająca, na nie przyznawaniu wprost przekonaniom religijnym wpływu na podejmowane decyzje terapeutyczne (w pytaniu nr 3 wpływ taki uwzględniło 49% - 61% studentów). Podczas gdy w sytuacjach konfliktu z przekonaniem religijnym pacjenta tylko 1-2% studentów faktycznie nie kierowałoby się czynnikami religijnymi, zaś w sytuacji konfliktu z własnymi przekonaniem tylko 15 - 20%.

WNIOSKI

1. Przekonania religijne zostały uznane za bardzo ważne przez większość respondentów, którzy jednocześnie unikali odpowiedzi wprost na pytanie o konflikt sumienia własny i pacjenta.
2. Spośród udzielających odpowiedzi wprost zdecydowanie więcej deklarowało gotowość złamania własnych poglądów religijnych niż postąpienia wbrew przekonaniom pacjenta.
3. W przewidywanych decyzjach, które mogłyby być podejmowane w warunkach konfliktu sumienia, element społeczny, wspólnotowy religii uległ marginalizacji. Zdecydowana większość badanych studentów konflikt sumienia potraktowało jako problem wyłącznie osobisty, podczas, gdy w tradycji chrześcijańskiej posiada on wymiar wspólnotowy, współcześnie jednak niezmiernie rzadko uświadamiany.
4. Analiza uzyskanych wyników badania wskazuje na potrzebę wprowadzenia elementów teologii moralnej do programu studiów medycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Brett AS, Jersild P.: "Inappropriate" treatment near the end of life: conflict between religious convictions and clinical judgment. *Archives of Internal Medicine*, 2003 July 28;163(14):1645-9.
2. Connors RB Jr, Smith ML.: Religious insistence on medical treatment. *Christian theology and re-imagination. The Hastings Center Report*, 1996 Jul-Aug;26(4):23-30.
3. Gohel MS, Bulbulia RA, Slim FJ, Poskitt KR, Whyman MR.: How to approach major surgery where patients refuse blood transfusion (including Jehovah's Witnesses). *Annales of The Royal College of Surgeons of England* 2005 January;87(1):3-14.
4. Levin Jeffrey S i wsp.: Christina M. Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education. *JAMA* 1997; 278(9): 792-793
5. Libiszowska-Żółtkowska M: Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii [w]: Piątkowski W. [red.]: *Szkice z socjologii medycyny*. Wyd. UMCS. Lublin 1998.
6. Marczewski K, Kapusta A: *Filozofia medycyny* [w]: Marczewski K. [red.]: *Notatki do ćwiczeń z filozofii*. Akademia Medyczna. Lublin, 2000.
7. Mueller Paul S i wsp.: Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for clinical Practice. *Mayo Clinic Proceedings*, December 200176(12):1225-1235.
8. Prężyna W.: Motywacyjne korelaty centralności przedmiotu postawy religijnej. *Roczniki Filozoficzne*, 1977 T. 25, z.4.
9. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: UJ; 2000
10. www.hcdinteract.com/press/Faith122804.html, 2005-01-21.

STRESZCZENIE

Celem pracy było zbadanie opinii studentów medycyny na temat roli jaką odgrywają przekonania religijne w decyzjach klinicznych. Przekonania religijne zostały uznane za bardzo ważne przez większość respondentów, którzy jednocześnie unikali odpowiedzi wprost na pytanie o konflikt sumienia własny i pacjenta.

SUMMARY

The aim of work was to do research on opinions of medical students on the role of religious convictions in making clinical decisions. Religious convictions were regarded as very important to most of students who avoided answering directly the questions concerning the conflict of their own conscience and patient's one.