

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris  
Medicinae Legnicensis**

Zeszyty naukowe

Nr 1 (19)/2017

ICV 2015: 30.45

Legnica 2017

Zeszyty Naukowe  
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy  
ICV 2015: 30.45

Redaktor naczelny:  
doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Redaktor naukowy:  
doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Komitet naukowy:  
dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM  
doc. dr n. med. Jolanta Pietras  
doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała  
doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski  
dr n. med. Elżbieta Grajczyk  
dr n. hum. Celina Witkowska

Recenzenci zewnętrzni:  
dr n. med. Edyta Kędra  
dr n. med. Lesław Sozański  
dr n. farm. Olaf Gubrynowicz

Konsultacja językowa:  
Język polski – mgr Krystyna Pękała  
Język angielski – mgr Regina Rawska

Redaktor wydania:  
doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Przygotowanie techniczne do druku:  
inż. Maciej Błaszczak

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna  
Wydanie I, Legnica 2017-10-01

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody  
Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły  
Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy,  
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica  
Tel. 76 854 99 33  
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

## Spis treści Table of Contents

Jolanta Pietras <b>Wstęp</b> Preface.....	4
Elżbieta Grajczyk <b>Etyka w badaniach naukowych</b> Ethics in scientific research.....	6
Iwona Bejster <b>Śmierć pnia mózgu to śmierć człowieka?</b> Is the brain stem death the human death?.....	17
Bernice F. Taiwo <b>Aspekty etyczne zbiegu cięcia cesarskiego</b> Ethical aspect of caesarean section .....	33
Jolanta Czajkowska <b>Dylematy etyczne w pracy pielęgniarstwie</b> Ethical dilemmas in nursing .....	41
Elżbieta Adamkiewicz <b>Klauzula sumienia – podstawy prawne i jej zastosowanie w praktyce pielęgniarstwie i położniczej</b> Conscience clause – the legal basis and its application in nursing and midwifery practice .....	51
Celina Witkowska <b>Predykatory zachowań nieetycznych i antyspołecznych osób nieletnich, pozostających pod nadzorem kurateli zawodowej w Polsce</b> Predicates of unethical and antisocial behaviour of juveniles being under the wardship supervision in Poland.....	111
Regulamin publikowania prac .....	131

## Wstęp

Dnia 2 grudnia 2016 r. odbyła się w siedzibie Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy pod przewodnictwem naukowym doc. dr n. med. Jolanty Pietras Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. Medycyna-Etyka-Człowiek skierowana do naukowców i praktyków z zakresu nauk medycznych, humanistycznych, a także wszystkich innych zainteresowanych problematyką etyki oraz miejscem człowieka we współczesnej medycynie oraz współczesnym świecie, bowiem kwestie etyki, zwłaszcza w naukach medycznych stanowią zagadnienie bardzo istotne. Współczesna medycyna i jej osiągnięcia stanowią źródło wielu dylematów. Nie sposób także zajmować się właściwie drugim człowiekiem czy prowadzić badania naukowe pomijając aspekty etyczne. W programie konferencji znalazły się zatem wykłady różnych specjalistów, tak by poruszoną problematykę naświetlić w sposób spójny i całościowy ujmując ją z wielu stron.

W jej ramach wystąpili według kolejności przemówień: doc. dr n. med. Jolanta Pietras z prezentacją pt. Od kiedy zaczyna się człowiek? Zarys rozwoju prenatalnego, ks. dr Andrzej Ziombra – z wykładem Filozoficzne rozumienie godności człowieka, - doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała z wystąpieniem Medycyna-etyka-człowiek według Maxa Webera. Prelegentami byli także: mgr Iwona Bejster - temat prezentacji Śmierć pnia mózgu i co dalej? , dr n. med. Małgorzata Bujnowska Zespół podstawowy w obliczu ewidentnych objawów śmierci - aspekt moralny i prawny, doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski który omówił Aspekty etyczne u pacjentów po endoprotezoplastyce, lek. Bernice F. Taiwo która przeanalizowała Aspekty etyczne zabiegu cięcia cesarskiego, lic. Jolanta Czajkowska która ukazała Dylematy etyczne w pielęgniarstwie. W programie konferencji przewidziane zostały także wystąpienia dr n. med. Edyty Kędry pt. Towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie i godnym umieraniu jako zadanie współczesnego pielęgniarstwa, dr n. med. Elżbiety Grajczyk Etyka w badaniach naukowych , jak również cieszący się dużym zainteresowaniem wykład dr n. hum. Celinie Witkowskiej-

Predykatory zachowań nieetycznych i antyspołecznych osób nieletnich, pozostających pod nadzorem kurateli zawodowej w Polsce .

Niniejszy 1 (19) 2017 już numer Acta Scholae Medicinae Superioris Legnicensis stanowi zbiór niektórych –wybranych - materiałów z powyższej konferencji, a także innych wybranych prac o tematyce etycznej. Z pewnością stanie się on źródłem wielu interesujących informacji i inspiracją do owocnych przemyśleń.

doc. dr n. med. Jolanta Pietras

## **Etyka w badaniach naukowych**

### **Ethics in scientific research**

dr n. med. Elżbieta Grajczyk

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy/Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu

#### **Streszczenie**

Etyka odnosi się do zasad moralnych stosowanych w wielu dziedzinach życia, między innymi w opiece zdrowotnej; odnosi się także do zasad moralnych określonej grupy zawodowej (np. lekarze, pielęgniarki), jak również do tego typu dociekań i działań (np. badania naukowe, rozważania).

Celem niniejszego artykułu jest, ukazanie czytelnikom w oparciu o literaturę przedmiotu wybranych reguł, zasad i postulatów dobrej praktyki prowadzenia badań naukowych.

Znajomość reguł i zasad obowiązujących badacza/pracownika nauki oraz ich przestrzeganie niewątpliwie przyczynia się do niwelowania problemów etycznych, a także wpływa na wartość osiągniętych wyników badawczych.

Słowa kluczowe: badania naukowe; postępowanie etyczne; Komisja Bioetyczna.

## **Abstract**

Ethics refers to the moral principles applied in many areas of life, including health care; it also refers to the moral principles of a specific vocational group (eg. doctors, nurses), as well as to this type of investigations and actions (eg. scientific research, considerations).

The purpose of this article is to show the readers selected rules, principles and postulates of good scientific research practice, based on the literature of the subject.

The knowledge and adherence of the rules and principles compulsory for the researcher / scientist, certainly conduce to eliminate ethical issues, and also influence the value of achieved research results.

**Keywords:** scientific research; ethical conduct; Bioethics Commission.

Słowo etyka posiada kilka znaczeń- wszystkie one odnoszą się do zasad rządzących postępowaniem lub zachowaniem.

Według Medycznego Słownika Encyklopedycznego etyka to nauka filozoficzna zajmująca się społecznymi i psychologicznymi źródłami poglądów moralnych, prawami ich rozwoju, funkcją społeczną i kryteriami oceny moralnej [1].

Ogólnie rozumiana etyka jest systemem działania wyznaczonego przez zasady i reguły, które funkcjonują jako swoiste rodzaje zachowań, a które są:

- dozwolone, a więc dopuszczalne,
- wymagane, co w tym kontekście oznacza obowiązkowe,
- zabronione, a więc niedopuszczalne.

Etyka jest także zaangażowana w systematyczne badania życia moralnego i poszukuje uzasadnienia dla moralnych decyzji i działań ludzi. Przez etykę badań naukowych należy rozumieć pewien szczegółowy, względnie wyodrębniony dział

etyki normatywnej, w którym w ramach nauki rozpatruje się etyczne aspekty czynności badawczych. Głównym zadaniem tej dyscypliny jest, z etycznego punktu widzenia, ustalenie i uzasadnienie reguł, których powinni przestrzegać wykonawcy tych czynności [2].

Na uwagę zasługują trzy reguły, które powinny być przestrzegane przez osoby prowadzące badania naukowe.

Są to:

1. Reguła badawczej rzetelności.
2. Reguła lojalności wobec uczestników badań.
3. Reguła użyteczności wyników badawczych.

Reguła badawczej rzetelności nie sprowadza się do samej uczciwości badacza, lecz zakłada lub obejmuje inną cechę, którą można nazwać starannością czy też sumiennością. Druga, ale już niepożądana, strona tej reguły może ujawnić się jako przejawy „nieuczciwości w nauce”.

Do tychże przejawów należą:

- a) fabrykowanie danych,
- b) fałszowanie wyników,
- c) plagiat.

Druga reguła- reguła lojalności wobec uczestników badań- dotyczy sprawdzenia, czy przeprowadzając badania naukowe nie wyrządzi się tym osobom jakiejś krzywdy. Naukowiec, który podejmuje badania na pewnych osobach staje się poniekąd ich dłużnikiem i już choćby z tego względu powinien otaczać je należyłą troską. Badacz, który nie troszczy się o swoich probantów, lecz zamiast tego wyrządza im krzywdę (np. fizyczną lub psychiczną, narusza ich autonomię bądź badania wiążą się z pewną niesprawiedliwością) odnosi się do nich w sposób nielojalny. Szczególne znaczenie, według Raportu z Belmontu, dla etyki badań naukowych z uczestnictwem ludzi mają trzy zasady o zasięgu bardzo ogólnym- głównie dotyczy to badań medycznych:



- a) zasada szacunku dla osób, z której wynika postulat świadomej zgody, posiadający trzy nieodzowne aspekty, tj. informację, zrozumienie i dobrowolność;
- b) troska o dobro, z której wynika postulat właściwej proporcji ryzyka i korzyści, gdzie takiej oceny należy dokonać przed przystąpieniem do badań medycznych biorąc pod uwagę z jednej strony wielkość spodziewanych korzyści i przewidywanych szkód (jaki może spowodować badanie), a z drugiej strony prawdopodobieństwo ich wystąpienia;
- c) zasada sprawiedliwości, z której wynika postulat bezstronności w wyborze uczestników, mający odzwierciedlenie w braku uprzywilejowanego dostępu do badań potencjalnie korzystnych dla ich uczestników bądź badania te nie były obarczone szczególnym ciężarem badań ryzykownych.

Trzecia reguła- reguła pożyteczności wyników badawczych- dotyczy wartości poznawczej i wartości zastosowawczej. W świetle tej reguły pracownik nauki powinien unikać podejmowania badań dotyczących problemów, których rozwiązanie prawdopodobnie byłoby mało pożyteczne, a także jako kolejny element byłoby bardzo szkodliwe- powodowałoby jakieś szkody lub też wiązało się z poważnym ryzykiem jakichś ciężkich szkód, np. podejmowanie badań nad bronią chemiczną, zapłodnieniem międzygatunkowym. Należy się zastanowić, czy reguły pożyteczności wyników badawczych istotnie należą do reguł etyki badań naukowych i czy faktycznie tworzą odrębną grupę. Jeżeli chodzi o odrębność to troska o pożyteczność wyników badanych zawiera się już w samej rzetelności, a więc badania zostały przeprowadzone niezwykle sumiennie i uczciwie, jednak te badania mogą być bezużyteczne, ponieważ odnoszą się do „jakiejś błahostki”. Negatywne cechy pracownika nauki w postaci badawczej nierzetelności, jak i badawczej „niefrasobliwości”, który nie troszczy się o pożyteczność prowadzonych badań, wpływają w pewien negatywny sposób na „wartości” osiągniętych wyników badawczych. Nierzetelność sprawia, że oferowane wyniki są nieoryginalne

i niewiarygodne, natomiast niefrasobliwość powoduje, że są one albo mało ważne, albo związane z poważnym ryzykiem [2].

Przeprowadzając badania pielęgniarские również należy pamiętać o obowiązujących zasadach etycznych.

Należą do nich:

1. Zasada autonomii, w której osoba poddana badaniu podejmuje samodzielną decyzję o udziale w nich. Natomiast osoby z ograniczoną zdolnością do samodecydowania, osoby w określonym wieku, osoby z daną jednostką chorobową lub z tytułu sytuacji społecznych, w środowisku badawczym powinny być chronione- aby te osoby ustrzec przed potencjalnym niekorzystnym wpływem na ich zdrowie, zaburzeniu prywatności lub godności.

2. Zasada czynienia dobra i nieszkodzenia, a więc zobowiązanie do czynienia dobra i obowiązek unikania krzywdzenia, gdzie badający są zobowiązani do maksymalizowania korzyści i do minimalizowania możliwych szkód, jakie mogą zaistnieć w czasie badania. Trudno jest przewidzieć, co będzie dla pacjenta dobre, a co szkodliwe, dopóki nie zostanie to przetestowane. Badacze są wręcz zobowiązani przedstawić wszystkie znane sobie fakty dotyczące ryzyka i korzyści dla osoby poddanej badaniu i tylko ta osoba może zdecydować o podjęciu ryzyka dla uzyskania konkretnej korzyści (ta osoba i/lub jego opiekun bądź przedstawiciel ustawowy).

3. Zasada sprawiedliwości, która winna być przestrzegana podczas wykonywania badań, polegająca na tym, iż należy z dużą uwagą dobierać uczestników tych badań. Wówczas dąży się do uniknięcia ryzyka, że zaszkodzi się ludziom szczególnej troski. Ważna jest tu także rzetelność badacza- jego uczciwość wobec osób uczestniczących w eksperymencie.

4. Należy tu wspomnieć o dwóch podstawowych kwestiach etycznych w badaniach klinicznych. Dotyczą one:

1. Świadomej zgody- dla osoby mającej wziąć udział w badaniach niezbędne jest zapewnienie przekazu informacji o procedurach, jakie będą zastosowane w metodach badawczych. Ta osoba również powinna być poinformowana o innych możliwościach leczenia oraz o ryzyku i korzyściach z nich płynących. W takiej atmosferze powstaje okazja by dana osoba mogła zadawać pytania i uzyskiwać na nie odpowiedzi. Również ta osoba winna być poinformowana, iż istnieje możliwość wycofania się z badania, nawet po jego rozpoczęciu. Przedstawienie uczestnikowi badania wszystkich wspomnianych kwestii przemawia za świadomą zgodą. Ta zgoda również winna być dobrowolna, tzn. bez jakiegokolwiek przymusu i bez użycia innych form kontrolowanego wpływu osób trzecich. Uczestnik badania posiada prawo do określenia własnego celu lub wyboru jednego z wielu celów, jakie zostały mu przedstawione. Dla wyrażenia rzeczywistej zgody na udział w badaniach konieczna jest świadomość i dobrowolność osoby, która ma podjąć decyzję.

2. Rozstrzygnięcia stosunku możliwych korzyści do ewentualnego ryzyka; gdzie podczas planowania i realizowania protokołu badawczego jest jednym z trudniejszych problemów. Badacz musi rozważyć wszelkie możliwe konsekwencje podejmowanego badania. Z jednej strony- rozpoznanie ewentualnego ryzyka, które może dotyczyć sfery fizycznej, psychicznej lub społecznej, a z drugiej określenie potencjalnych korzyści. Dopiero dokonanie wnikliwej analizy tych czynników może dać odpowiedź czy stosunek korzyści i ryzyka jest zadawalający, a co wpływa na moralną ocenę badania.

Pielęgniarka podejmująca się przeprowadzenia badań naukowych winna być świadoma konieczności przestrzegania „dobrych zasad etycznych” [3].

W ostatnich latach coraz większą popularność zyskuje koncepcja medycyny opartej na dowodach naukowych (ang. Evidence-Based Medicine, EBM), tj. wynikach badań obserwacyjnych i eksperymentalnych oraz rezultatach analiz wtórnych-systematycznych przeglądów piśmiennictwa i metaanaliz [4]. Zarówno Między-

narodowa Rada Pielęgniarek, jak i towarzystwa naukowe skupiające przedstawicieli tej grupy zawodowej podkreślają to, iż obecnie badania naukowe są koniecznością dla prawidłowego wykonywania zawodu. Pewna „ciekawość badawcza”, znajomość podstaw metodologicznych prowadzenia badań, przestrzeganie zasad dobrej praktyki badań naukowych (przestrzeganie podstawowych zasad pracy naukowej, właściwe kierownictwo i współpraca w zespołach naukowych, zabezpieczenie i przechowywanie wyników badań, przestrzeganie zasad autorstwa publikacji naukowych, unikanie konfliktów interesów) to niezbędne warunki dla prawidłowej działalności naukowej w pielęgniarstwie. Przestrzeganie powyższych zasad dobrej praktyki badań naukowych powinno przyczynić się do niwelowania problemów etycznych [5].

Pielęgniarka może uczestniczyć w badaniach prowadzonych przez innych pracowników zespołu medycznego. Może brać udział zarówno w badaniach nieeksperymentalnych (obserwacyjnych: opisowych i analitycznych), jak i eksperymentalnych, np. z użyciem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, które są w myśl ustawowych definicji określane mianem badań klinicznych [3]. Pielęgniarka uczestnicząc w eksperymencie medycznym ma prawo do uzyskania pełnej informacji, np. od lekarza o celowości danego eksperymentu, planowanym jego przebiegu i niedających się przewidzieć skutkach. W razie powzięcia uzasadnionych wątpliwości, może odmówić uczestnictwa w eksperymencie, uzasadniając odmowę na piśmie (podając przyczynę odmowy) [6]. Metodyka badania klinicznego zakłada przestrzeganie przepisów prawa, wytycznych medycznych towarzystw naukowych oraz zaleceń etycznych. Wymogiem wynikającym z metodyki i przepisów prawa jest przygotowanie protokołu badania, który musi uzyskać pozytywną opinię komisji bioetycznej.

Do metodyki prowadzenia badania klinicznego należą:

- ogólna charakterystyka projektu,
- wybór badanej populacji,

- badanie interwencyjne medyczne (w grupie badanej i porównawczej),
- wybór narzędzi badawczych,
- określenie miary wyników,
- ramy czasowe badania,
- wybór metod usuwających wpływ badacza i badanego na otrzymane wyniki [7].

Pierwszym etapem badania powinien zawsze być przegląd literatury dotyczącej danego problemu. Ze względu na udział ludzi- uczestników badania klinicznego- prowadzenie badania, które już wcześniej zostało przeprowadzone i dostarczyło wiarygodnych i rzetelnych danych na temat ocenianej interwencji medycznej byłoby postępowaniem nieetycznym i nieuzasadnionym. W następnej kolejności Komisja Bioetyczna (jako niezależne w swoich opiniach ciało kolegialne działające przy Uniwersytetach Medycznych w kraju) rozpatruje wnioski o ocenę bioetyczną na przeprowadzenie eksperymentów medycznych oraz innych badań naukowych z udziałem ludzi lub związane z użyciem ludzkiego materiału biologicznego. [7]. W opiniach własnych kieruje się względami etycznymi, które mają za zadanie przyczynianie się do poszanowania godności osoby ludzkiej jako wartości nadrzędnej w stosunku do celów naukowych eksperymentów medycznych. Komisje Bioetyczne swoją działalność opierają na przepisach prawnych. Są to m.in.: Deklaracja Helsińska Międzynarodowych Wytycznych Etycznych do Prowadzenia Badań Biomedycznych z Udziałem Ludzi, wytyczne Dobrej Praktyki Klinicznej, Dyrektywy Unii Europejskiej 2001/20/WE (uzupełnionej Wytycznymi do Dyrektywy ENTRA/6422/01) i przepisy prawne Rzeczypospolitej Polskiej (Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dn. 5 grudnia 1996r, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dn. 15 lipca 2011r., ustawa Prawo farmaceutyczne z dn. 6 września 2001r., Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 11 maja 1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 2 lutego 2011r. w sprawie kryteriów raportowania zdarzeń z wyro-

bami, sposobu zgłaszania incydentów medycznych i działań z zakresu bezpieczeństwa wyrobów, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 30 kwietnia 2004r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego, ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 30 kwietnia 2004r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 2 maja 2012r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz w sprawie wysokości i sposobu uiszczania opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego, Rozporządzenia Ministra Finansów z dn. 30 kwietnia 2004r. w sprawie obowiązku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora, Wytyczne Operacyjne Światowej Organizacji Zdrowia dla Komisji Etycznych Opiniujących Badania Biomedyczne.

Przy formułowaniu opinii o danym projekcie badawczym Komisja Bioetyczna rozpatruje następujące aspekty:

- czy złożona dokumentacja pozwala na rozstrzygnięcie problemów etycznych, które wynikają z kontekstu badania,
- czy złożony protokół badania (cel, przebieg, wnioski) uwzględnia jak „najmniejsze narażenie” uczestników badania,
- stwierdza wystarczające (bądź nie) dla przeprowadzenia badania kwalifikacje i doświadczenie badacza, a także spełnienie odpowiednich wymagań w stosunku do personelu, wyposażenia, a także procedur postępowania w nagłych wypadkach ośrodka badawczego,
- uwzględnia w swojej opinii zapewnienie monitorowania i audytowanie badania, a także stwierdza przewidziany odpowiedni nadzór medyczny i dalszą późniejszą obserwację uczestników badania,
- ocenia, czy informacja dla uczestników badania lub ich prawnych opiekunów jest zrozumiała i wyczerpująca oraz jakie przewidziano środki w wypadku uczestników badania, którzy nie są w stanie udzielić zgody osobiście,

- dokonuje oceny treści i słownictwa formularza świadomej zgody i jakie podjęto działania dla przyjmowania pytań i udzielania odpowiedzi pacjentom w trakcie badania,
  - ocenia, w jaki sposób zachowana będzie poufność danych osobowych,
  - sprawdza, czy zapewniono odszkodowanie/leczenie w wypadku szkody na zdrowiu, kalectwa bądź śmierci pacjenta w związku z jego uczestnictwem w badaniu, czy sponsor ubezpiecza badacza od odpowiedzialności cywilnej na okoliczność konieczności wypłaty odszkodowania, czy przewidziane są wynagrodzenia i płatność dla pacjentów (zdrowych ochotników),
  - w wydaniu oceny bioetycznej protokołu kieruje się poinformowaniem lekarza rodzinnego, (oczywiście za zgodą pacjenta) o uczestnictwie pacjenta w badaniu.
- Decyzja Komisji jest wydawana wnioskodawcy w formie pisemnej. Komisja Bioetyczna może wydać pozytywną opinię, zgodę warunkową, w której sprecyzowane są wymogi konieczne do spełnienia, by projekt mógł być wdrożony do realizacji, a także może wydać negatywną opinię ze szczegółowym uzasadnieniem jej odmowy. Od decyzji Komisji badaczowi przysługuje odwołanie do Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia [8].

W przeprowadzaniu badań naukowych nieodzowna jest znajomość podstaw teoretycznych etyki w odpowiednim kontekście przedmiotu oraz znajomość podstaw metodologicznych i prawnych prowadzenia badań. W następnej kolejności niezbędny jest rzetelny przegląd literatury dotyczącej danego problemu badawczego a następnie przygotowanie protokołu badania, który uzyska akceptację Komisji Bioetycznej. Spełnienie wspomnianych wybranych składowych procesu badawczego to niezbędne uwarunkowania dla przestrzegania zasad dobrej praktyki badań naukowych, w tym także zachowania zasad etycznych.

## **Piśmiennictwo:**

1. Barczyński M., Bogusz J. (red): Medyczny Słownik Encyklopedyczny. Oficyna Wydawnicza Fogra, Kraków 1993, 108 109
2. Galewicz W. : O etyce badań naukowych. Diametros, 2009, 19, 48 57
3. Fry S.T., Johnstone M.J.: Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. Makmed, Lublin 2009, 172 175
4. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowska-Polańska B.: Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Wyd. Continuo, Wrocław 2015, 2, 11
5. Kunecka D.: Aspekty etyczne badań naukowych w polskim pielęgniarstwie. Annales. Etyka w życiu gospodarczym, 2015, 18, 3, 109 118
6. Karkowska D.: Prawo medyczne dla pielęgniarek. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, 239 240
7. Jakubczyk M., Niewada M.: Elementy oceny organizacji i wyników badań klinicznych. CMKP, Warszawa 2011, 19 28
8. <http://www.umed.wroc.pl/bioetyka-regulamin> (06.11.2016r)

Adres do korespondencji:

Elżbieta Grajczyk

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

ul. Powstańców Śląskich 3

59-200 Legnica

e-mail: [elzbieta.grajczyk@wp.pl](mailto:elzbieta.grajczyk@wp.pl)

Przesłano do druku: 01.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 01.10.2017 r.



# **Śmierć pnia mózgu to śmierć człowieka?**

## **Is the brain stem death a human death?**

mgr Iwona Bejster

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy  
Policealna Szkoła Farmaceutyczna w Świdnicy

### **Streszczenie**

Pojęcie „śmierci mózgowej” jest obecnym kryterium uznawanym za moment śmierci człowieka jako całości, jako śmierci osobniczej. Obowiązująca definicja przyjęta w „Raporcie harwardzkim” w 1968r. i obecnie funkcjonująca jako tzw. definicja „nowa zmodyfikowana” zakłada, iż nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości, co nie oznacza natychmiastowej śmierci jego wszystkich komórek. Obecnie pacjenta można uznać za zmarłego w momencie orzeczenia śmierci mózgowej, na podstawie tylko objawów neurologicznych. Poniższe opracowanie przedstawia zagadnienia związane ze stwierdzeniem śmierci osobniczej człowieka, kryteria i sposób jej orzekania, regulacje prawne funkcjonujące w Polsce, dotyczące zarówno orzekania śmierci mózgu, jak i zapisy dotyczące sposobu pobierania przeszczepów ze zwłok ludzkich. Pobranie takie jest możliwe tylko wówczas jeśli istnieje absolutna pewność, że pacjent nie żyje. Ale czy nie żyje na pewno? Tu rodzą się ogromne dylematy moralno – etyczne. Druga część pracy to próba przedstawienia dobrze udokumentowanych faktów naukowych przemawiających za tym, iż ciało ludzkie jest w stanie funkcjonować bez udziału pnia mózgu, a agresywna terapia przeciwozrękowa i hormonalna jest w stanie doprowadzić do wyleczenia znacznej części chorych.

W artykule pokonferencyjnym (Papieska Akademia Pro Vita, współorganizator konferencji z 2005r.) pod jednoznacznym tytułem „Brain Death is not Death” („Śmierć mózgowa nie jest śmiercią”) zaprezentowano stanowiska największych specjalistów medycznych odnośnie śmierci mózgowej, gdzie jasno wyrazili swoje stanowisko stwierdzając, że osoby z diagnozą śmierci mózgowej nie są martwe, lecz umierające.

Słowa kluczowe: Pień mózgu, mózg, śmierć mózgu, martwy dawca, transplantacja

### **Abstract**

The concept of ‘brain death’ is the current criterion considered to be the moment of death of the human as a whole, as an individual death. The current definition accepted in the ‘Harvard Report’ in 1968 and nowadays used as so called ‘new modified’ definition assumes, that the irreversible cessation of brain stem means the death of the brain as a whole, what does not mean the immediate death of its all cells. Currently, the patient can be declared as dead at the moment of the pronouncement of brain death, only on the basis of neurological symptoms. This study presents the issues related to the death pronouncement of individual human, the criteria and means of its pronouncement, legal regulations operating in Poland, concerning both the brain death pronouncement, and regulations concerning the ways of performing the organ transplantation from cadaveric donor. This transplantation is possible only if there is an absolute certainty, that the patient is pronounced dead. But is he dead indeed? Here arise huge moral-ethical dilemmas. The second part of the work is an attempt to present a well-documented medical evidence confirming the fact that the human body is able to function without the

participation of the brain stem, and aggressive antioedematous and hormone therapy is able to bring to cure a significant number of patients.

In the conference proceeding article (Pontifical Academy Pro Vita, co-organizer of the conference in 2005), unambiguously entitled "Brain Death is not Death" the opinions of the best medical professionals regarding cerebral death are presented, who clearly expressed their statement claiming that individuals with diagnosed brain death are not dead, but dying.

Keywords: The brain stem, brain, brain death, cadaveric donor, transplantation

„Kiedy widzi się, do czego doprowadziła medycyna,  
pytamy siebie mimo woli: ile pięter ma śmierć?”

*/Jean Paul Sartre/*

Rozwój współczesnych technik medycznych, postępy reanimacji, zabiegi i sprzęt umożliwiający podtrzymywanie akcji oddechowej, a tym samym pracy serca i układu krążenia pozwoliły na sztuczne podtrzymanie funkcji życiowych pacjenta, i zapewnienie dowozu niezbędnych substancji do utrzymania pracy poszczególnych komórek, tkanek, i narządów wśród pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami mózgu. W związku z powyższym udaje się utrzymać pracę owych narządów w ciele teoretycznie zmarłej osoby. Jest to niezwykle istotny fakt z punktu widzenia nieustannie rozwijającej się dziedziny naukowej jaką jest transplantologia. Pobranie tkanek takich jak rogówka czy tkanka kostna, by liczyć na sukces terapeutyczny, nie wymaga tak wczesnego ich pobrania po zgonie dawcy jak to się dzieje w przypadku przeszczepu narządów. Okres ten może wynosić nawet 12 godzin od klinicznego stwierdzenia zgonu. W przypadku narządów takich jak serce, nerki czy wątroba pobrania należy dokonać jak najwcześniej po stwierdzeniu zgonu, gdy ciało dawcy wraz z aparaturą wspomagającą jest na tyle stabilne he-

modynamicznie, że jest w stanie zapewnić prawidłowe odżywienie tkanek i narządów przeznaczonych do pobrania. Powstaje jednak ogromny dylemat etyczny – „...jak u człowieka podłączonego do respiratora rozpoznać, czy wentylujemy zwłoki, czy też mamy do czynienia z wciąż jeszcze żyjącym człowiekiem”[1]. Czy pacjent na pewno zmarł, a jeśli tak, to w którym momencie następuje śmierć i kiedy można zaniechać postępowania terapeutycznego w stosunku do pacjenta, który mógłby być potencjalnym dawcą narządów? Czy, jak mówi klasyczna definicja śmierci „...w momencie nieodwracalnego ustania krążenia krwi następuje śmierć człowieka jako całości”, czy jak podaje definicja „nowa” – „...nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości” a może człowiek umiera wtedy, gdy spełnione są wytyczne definicji śmierci „nowej zmodyfikowanej” obecnie funkcjonującej – „...nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu”?[1, 2, 3, 4] Podając zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu – „Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych”[3]. Śmierć to nie nagle dziejący się fakt a proces trwający w czasie. Powyżej przedstawiona definicja śmierci, szczególnie definicja śmierci mózgowej, jakoby jej uznanie za moment śmierci w ogóle, nie jest powszechnie uznawana za słuszną. Szczególnie wtedy, gdy trzeba zdecydować o losie kogoś najbliższego. Bo jak wytłumaczyć matce młodego człowieka, który oddycha, bije mu serce, jest ciepły i śpi a lekarze mówią, że walczą o jego życie, że on właściwie nie żyje? Jednocześnie proszą o zgodę na pobranie narządów i zgon ten stwierdzają mimo, iż nic się nie zmieniło. Syn dalej

oddycha i serce pracuje [1, 5, 6]. Jak wyglądają regulacje prawne odnośnie pobierania narządów w Polsce? Podstawowym aktem prawnym zawierającym zapisy dotyczące transplantacji organów w Polsce jest Ustawa z dnia 01.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa odrębnie reguluje pobranie przeszczepów ze zwłok ludzkich i od żywych ludzi. W obu przypadkach wymagana jest zgoda dawcy na pobranie od niego narządu lub tkanki do przeszczepienia. W przypadku pobrania przeszczepu ze zwłok ludzkich wymagana jest tylko tak zwana zgoda domniemana. Zachodzi ona wówczas, gdy zmarły dawca nie wyraził za życia sprzeciwu na pobranie przeszczepu. Zapis ten oznacza, iż każdą osobę zmarłą, która nie wyraziła pisemnego sprzeciwu, można traktować jako potencjalnego dawcę organów do przeszczepu. Ustawa Transplantacyjna mówi, iż sprzeciw ten musi być wyrażony w formie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich. Można go również wyrazić w formie pisemnego oświadczenia zaopatrzonego we własnoręczny podpis lub oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego. Ustawa Transplantacyjna nie wymaga od lekarza uzyskiwania zgody od rodziny zmarłego na pobranie narządów. Lekarz powinien jedynie zasięgnąć informacji od rodziny odnośnie faktu, czy zmarły wyraził w jakiegokolwiek formie sprzeciw wobec pobrania organów po jego śmierci [4, 6, 7]. Artykuł 9 ust. 1 mówi, iż „Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepiania jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)”. Dawcą przeszczepu po śmierci może być, więc tylko ten człowiek, u którego stwierdzono śmierć mózgu. Takiego stwierdzenia dokonują specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny, przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej. Jest to komisja złożona z trzech lekarzy posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii na podstawie

kryteriów ogłaszanych przez Ministra Zdrowia w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”. Członkowie komisji stwierdzającej śmierć mózgu nie mogą brać udziału w pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Obowiązkiem lekarza pobierającego ze zwłok ludzkich komórki, tkanki i narządy jest zapewnienie nadania zwłokom należytego wyglądu. Mózg najbardziej wrażliwy na niedobór tlenu, w sytuacjach krytycznych umiera pierwszy. Najistotniejszą częścią jest tutaj pień mózgu. W pniu znajdują się liczne pierwotne ośrodki odpowiedzialne za utrzymanie funkcji życiowych:

- ośrodek oddychania,
- ośrodek regulujący pracę serca,
- ośrodek regulujący ciśnienie tętnicze,
- ośrodek regulujący temperaturę organizmu,
- ośrodek regulujący metabolizm,
- ośrodki odruchowe wzroku i słuchu,
- ośrodek integracji bodźców ruchowych i czuciowych,
- twór siatkowaty pnia mózgu, odpowiedzialny za zdolność do czuwania, za stan przytomności i zdolność do wybudzania.

Jak wykazały doświadczenia wielu lat, trwale ustanie funkcji pnia mózgu, głównego skrzyżowania szlaków nerwowych, świadczy o śmierci mózgu jako całości, a tym samym o śmierci człowieka – tak mówi nauka [8, 9]. Wszystkie procedury rozpoznawania śmierci mózgu na całym świecie składają się z dwóch etapów. Etap pierwszy to tzw. stwierdzenia i wykluczenia, etap drugi obejmuje badanie kliniczne i wykluczające przetrwanie niektórych odruchów, których łuk przebiega przez pień mózgu. Bez względu na to, jaka koncepcja śmierci mózgu jest przyjęta (śmierć mózgu jako całość bądź śmierć pnia mózgu) zostały powszechnie przyjęte wytyczne, które dają możliwość rozpoznania śmierci mózgu, a tym samym i śmierci osobniczej na podstawie wyłącznie objawów neurologicznych. Przed rozpoczęciem procedury orzekania o śmierci mózgu należy zastoso-

wać odpowiednio długą obserwację wstępną, która ma posłużyć rozpoznaniu nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Za początek czasu obserwacji wstępnej przyjmuje się moment, w którym odnotowano pojawienie się klinicznych cech śmierci mózgu. Czas ten nie może być krótszy niż 6 godzin w przypadku uszkodzeń mózgu pierwotnych (np. incydentu naczyniowego). Przy uszkodzeniach wtórnych spowodowanych między innymi takimi czynnikami, jak: niedotlenienie, udar niedokrwienny mózgu, zatrzymanie krążenia, hipoglikemia, czas ten powinien wynosić, co najmniej 12 godzin. Czas obserwacji wstępnej u dzieci w przedziale wiekowym do 2 lat powinien być zawsze dłuższy niż 12 godzin.

Etap I obejmuje dokonanie u chorych następujących stwierdzeń i wykluczeń:

#### 1. Stwierdzenia

- chory jest w śpiączce,
- sztucznie wentylowany,
- rozpoznano przyczynę śpiączki,
- wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu,
- uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

#### 2. Wykluczenia

- chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zmiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane),
- w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi,
- zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
- z drgawkami i prężeniami,
- noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia.

Spełnienie warunków zawartych w tzw. Stwierdzeniach i Wykluczeniach zezwala na wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu i przejścia do etapu II. Etap II – obejmuje dwukrotne powtórzenie poniższych badań w odstępie trzygodzinnym. Ba-

dania te mają potwierdzić nieobecność odruchów pniowych i bezdech. Badanie odruchów pniowych wykazuje:

- brak reakcji źrenic na światło,
- brak odruchu rogówkowego,
- brak ruchów gałek ocznych spontanicznych,
- brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych,
- brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
- brak odruchu oczno-mózgowego.

Powyższe odruchy bada się w sposób następujący:

Badanie reakcji na światło:

- przed próbą należy 30 sekund utrzymać zamknięte powieki,
- następnie odsłonić równocześnie obie źrenice oświetlając je światłem z silnego źródła (latarka lekarska, zwykła latarka, laryngoskop),
- badanie przeprowadzić 3-krotnie w odstępach około 30-sekundowych,
- w czasie badania obserwować średnicę źrenic przez około 5 sekund.

W odruchu zwięzania źrenic w reakcji na światło pośredniczą nerwy mózgowie II i III. Niektóre leki mają wpływ na wielkość źrenic, ale nie eliminują odruchu. Obecność szerokich i sztywnych źrenic bez reakcji na światło świadczy o śmierci pnia mózgu.

Badanie odruchu rogówkowego:

- unieść powiekę i odsłonić gałkę oczną,
- dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach sterylnym wacikiem,
- badania wykonać obustronnie,
- obserwować zachowanie się powiek podczas próby.



W warunkach fizjologicznych podczas drażnienia dotykiem rogówki następuje odruchowe zamknięcie oka. W śmierci pnia mózgu odruch ten nie występuje.

Próba kaloryczna:

- przed wykonaniem próby sprawdzić wziernikiem pełną drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (brak woskowiny),
- skierować strumień 20 ml lodowatej wody (temp. 3-10°C) na błonę bębenkową,
- obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Używając zimny płyn płuczący jako bodziec gałki oczne tonicznie skręcają się w kierunku bodźca, ale podlegają szybkiej korekcji w stronę przeciwną. W przypadku śmierci mózgu, a więc zarówno płatów czołowych, jak i pnia na poziomie śródmózgowia i mostu po przepłukaniu przewodu usznego zimnym płynem nie stwierdza się ani skręcenia gałek w stronę bodźca, ani korekcyjnego oczopląsu (gałki nieruchome).

Sprawdzanie reakcji bólowych:

- w zakresie nerwów czaszkowych: nacisk opuszką palca na okolicę wyjścia nerwu nadoczodołowego (obustronnie),
- w zakresie nerwów obwodowych: ucisk płytki paznokciowej w okolicy wzrostowej krawędzią paznokcia (obustronnie),
- obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy i innych grup mięśniowych.

Sprawdzenie odruchów wymiotnych i kaszlowych:

- wprowadzenie zgłębnika do gardła i początkowego odcinka przełyku oraz ruchy osiowe zgłębnikiem nie wywołują odruchu wymiotnego,
- wprowadzenie zgłębnika do tchawicy i oskrzeli oraz osiowe poruszanie nim nie wywołuje odruchu kaszlowego,
- obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy, mięśni klatki piersiowej i brzucha.

Badanie odruchu oczno-mózgowego:

- stanąć za głową badanego i ująć ją obiema rękami z boków,
- odsłonić gałki oczne odsuwając kciukami powieki ku górze,
- obrócić głowę badanego w jedną stronę i zatrzymać 3 – 5 sekund w tej pozycji,
- obrócić głowę badanego w przeciwną stronę i zatrzymać ją przez 3-5 sekund w tej pozycji,
- obserwować zachowanie się gałek ocznych.

W przypadku uszkodzenia pnia mózgu ułożenie gałek ocznych podczas zmiany pozycji głowy pozostaje niezmiennie (oczy lalki).

Badanie bezdechu:

- przez 10 minut wentylować badanego 100% tlenem w układzie bezzwrotnym,
  - następnie przed wykonaniem próby bezdechu tak wentylować płuca 100% tlenem, aby zawartość wydechu CO<sub>2</sub> rejestrowana kapnograficznie ustabilizowała się na poziomie 5 +/- 0,5%.
  - po uzyskaniu wyżej wymienionej stabilizacji pobrać krew z tętnicy i oznaczyć PaCO<sub>2</sub>.
  - natychmiast po pobraniu krwi odłączyć badanego od wentylatora płucnego (respiratora) rozpoczynając równocześnie insuflację tlenu z przepływem 6 l/min przez założony do tchawicy zgłębnik z wylotem w pobliżu rozwidlenia tchawicy,
  - od chwili odłączenia wentylatora płucnego obserwować pilnie zachowanie się klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut,
  - z chwilą upływu 10 minut pobrać krew z tętnicy celem oznaczenia PaCO<sub>2</sub> i zaraz po pobraniu krwi podłączyć badanego ponownie do wentylatora płucnego.
- Próba jest wykonana prawidłowo, jeśli w początkowym oznaczeniu PaCO<sub>2</sub> uzyskano wartość co najmniej 40 mmHg (5,3kPa), a przyrost PaCO<sub>2</sub> po 10 minutach próby wyniósł co najmniej 15 mmHg (1,9 kPa). Jeśli w oznaczeniu początkowym uzyskano wartość PaCO<sub>2</sub> poniżej 40 mmHg (5,3 kPa) należy po ½ godziny wykonać powyższą próbę ponownie po odpowiednim zmniejszeniu wentylacji płuc 100% tlenem. Przy prawidłowo wykonanej próbie brak jakiej-

kolwiek reakcji ze strony mięśni biorących udział w oddychaniu świadczy o trwałości bezdechu. Wzrost stężenia CO<sub>2</sub> we krwi, jak mówi profesor Trojanowski, to „najsilniejszy” argument jakim można przekonać mózg, żeby wyłączył oddychanie.

Wszystkie badania potwierdzające należy powtórzyć po trzech godzinach od chwili zakończenia pierwszej serii badań. Podczas badania obserwowane są niekiedy izolowane objawy, niewykluczające śmierci mózgu czasami w ten sposób błędnie interpretowane. Są to: subtelne okresy i rytmiczne skurcze mięśni twarzy (przypuszczalnie wynikają z odnerwienia mięśni w zakresie nerwu VII), zgięciowe ruchy palców ręki, toniczne odruchy szyjne, często nasilane przez kwasicę (objaw Łazarza), zachowanie odruchów ścięgnistych, naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców stóp, ruchy nawrotne i wyprostne kończyny dolnej. Spełnione wszystkie kryteria i właściwe, dwukrotne wykonanie prób zezwalają komisji na uznanie badanego za zmarłego w wyniku śmierci mózkowej. Chorego wolno uznać za zmarłego, mimo jeszcze utrzymującej się czynności serca; z chwilą uznania chorego za zmarłego respirator wentyluje zwłoki; chory jest zmarłym, kiedy mózg został uznany za martwy, a więc nie wtedy, kiedy odłączono wentylator płucny (respirator) i czynność serca uległa zatrzymaniu. Obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisyjnego potwierdzenia zgonu a badania elektroencefalograficzne, multimodalne potencjały wywołane i badania angiograficzne mózgu nie są potrzebne do rozpoznania śmierci pnia mózgu chyba, że badania kliniczne z jakichś powodów nie mogą być wykonane lub jednoznacznie interpretowane [3, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Powyżej przedstawiono obowiązujące współcześnie definicje, kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu – uznanego obecnie za śmierć osobniczą. Ale czy nie pozostają już żadne wątpliwości, czy nie może choćby dojść do błędnej interpretacji wykonywanych prób lub to właśnie ich przeprowadzanie pogorszy bezpowrotnie stan mózgu pacjenta? Zapadnie decyzja – pacjent zmarł – decyzja nieodwracalna.

Bo jak mawiał pionier transplantacji serca Christiaan Barnard - „jesteś martwy, gdy tak oznajmi lekarz” [5]? Czy można być pewnym, że to właśnie moment stwierdzenia śmierci mózgowej kończy żywot ludzki, że nie tli się w nim jeszcze życie, choćby ze względu na niezbadane dotąd możliwości ludzkiego umysłu i ciała jako integralnej całości? Dr Norkowski w swoich rozważaniach na temat śmierci mózgowej jasno stwierdza, iż określenie to ma bardzo wątle podstawy naukowe, gdzie nie wykonano żadnych badań a definicję przyjęto w „Raporcie harwardzkim” z 1968 r. na potrzeby rozwoju transplantologii. Prawdziwych pobudek takiego stanu rzeczy nie ukrywa też Beecher szef Komisji Harwardzkiej: „W nowej definicji jest wielki potencjał dla ratowania życia, ponieważ jeśli będzie ona zaakceptowana, doprowadzi do większej niż wcześniej dostępności istotnych narządów zdalnych do przeszczepu i dlatego ogromna ilość istnień ludzkich, teraz nieuchronnie ginących, będzie uratowana (...) Który poziom zdecydujemy się nazwać śmiercią, jest dowolną decyzją” [13]. Norkowski w swojej pracy przytacza wiele wypowiedzi lekarzy i bioetyków którzy nie zgadzają się z kryteriami i sposobem orzekania śmierci mózgowej. Choćby okres obserwacji wstępnej w Polsce jest krótszy niż w wielu innych krajach, co może spowodować sytuację, gdzie dawcą zostanie pacjent u którego po jakimś czasie powróciłby samodzielny oddech i inne czynności układu nerwowego. W niektórych krajach polski zmarły byłby uznany za żywego. Na uwagę zasługuje również fakt przeprowadzania próby bezdechu jako ostatniej w trakcie badań orzekających śmierć pnia mózgu. Jak wcześniej przybliżono, próba ta trwa 10 minut. Chory zostaje wprowadzany w stan kwasicy, w którym ośrodek oddechowy, jeśli nie jest jeszcze zniszczony, powinien zareagować ruchem mięśni odpowiedzialnych za oddychanie. Coimbra podkreśla jednak, iż u pacjentów z mózgiem niedokrwionym próba bezdechu przy niskim przepływie krwi przez mózg daje wynik fałszywie ujemny, gdyż ośrodek oddychania staje się niereaktywny (komórki nerwowe, które go tworzą ulegają nekrozie po 48 godzinach). W sytuacji normalnego powrotu

krążenia mózgowego mogą one podjąć swoją funkcję. Próba bezdechu zaś doprowadza do załamania się krążenia mózgowego i faktycznych nieodwracalnych zmian w mózgu. Jest to więc działanie szkodliwe, a dochodzi do niego zanim jeszcze pacjenta uzna się za zmarłego. Shewmon i wielu innych autorów dowodzą, iż organizm chorych w stanie śmierci mózkowej jest zintegrowany, czyli żywy. Dowodzi, że organizm jest w stanie funkcjonować bez udziału pnia mózgu. Z chwilą śmierci mózgu regulację ciśnienia krwi przejmują hormony, działają nerki, utrzymywana jest równowaga energetyczna ustroju, podtrzymywana temperatura ciała, goją się rany, funkcjonuje odporność na infekcje i reagowanie na nie gorączką. Jeśli są to kobiety w ciąży – płód rozwija się dalej, u osób młodych rosną kości, rosną też włosy i paznokcie. Niezmiernie istotnym wydaje się też reagowanie przez dawców pobudzeniem sercowo – naczyniowym (wzrostem ciśnienia i tachykardią), hormonalnym oraz poruszaniem ciała w reakcji na chirurgiczne nacięcie powłok co powoduje konieczność znieczulania tych pacjentów i stosowanie środków zwiotczających. Tak samo zwolennicy śmierci mózkowej w Wielkiej Brytanii, Pallis i Harley, zalecają stosowanie u dawców znieczulenia ogólnego, których skądinąd uważają za zmarłych [13, 15, 16]. Warto zauważyć, że sami transplantolodzy, jak wykazały badania ankietowe, na ogół nie chcą być dawcami. „Prawie 1/3 członków zespołów transplantacyjnych, pobierających narządy do przeszczepu, uważa, że dawca jeszcze żyje w chwili, gdy narządy są pobierane” [13]. Zabieg pobrania narządów definitywnie przesądza o losie pacjenta i to on właśnie jest przyczyną jego śmierci tej już nieodwracalnej. Norkowski zwraca też uwagę na problem braku jednolitych kryteriów diagnostycznych śmierci mózkowej. Pacjent o identycznych parametrach fizjologicznych w różnych krajach może mieć status prawny obywatela lub zwłok ludzkich. Na podstawie polskich kryteriów po ok. 9 godzinach od momentu rozpoczęcia obserwacji wstępnej – jest uznany za zmarłego, w Niemczech zaś stwierdzenie śmierci nie jest możliwe po tak krótkim czasie, więc polski zmarły w Niemczech jeszcze ży-

je. Coimbra proponuje, aby skupić się szczegółowiej na agresywnej terapii chorych z obrzękiem mózgu i wtórnym nadciśnieniem czaszkowym. Wg niego bardzo dobre wyniki daje zastosowanie hipotermii lub kraniotomii oraz wyrównanie poziomu hormonów tarczycy. Terapia ta „ (...) może doprowadzić do całkowitego wyleczenia znacznej części chorych (ok. 60%), wobec których bywa wysuwane podejrzenie śmierci mózgowej, co prowadzi zazwyczaj do pobrania od nich narządów w celu transplantacji” [13]. Jak mawiał Hipokrates „Żaden uraz głowy nie jest tak łagodny, aby go całkowicie lekceważyć, ani żaden uraz głowy nie jest tak ciężki, aby tracić wszelką nadzieję”. Profesor Robert Truog z Harvard Medical School twierdzi, iż definicja śmierci mózgowej nie jest możliwa do podtrzymania a śmierć mózgową określa „użyteczną fikcją” stworzoną na potrzeby rozwoju transplantologii, tłumacząc niejako humanitarnym działaniem ratowania jednego człowieka kosztem drugiego. Jan Paweł II określił oddanie narządów do przeszczepu jako „najwyższy akt miłości bliźniego”, ale jak mówił Benedykt XVI na Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Akademii Życia: „(...) niedopuszczalne jest pobieranie życiowo ważnych pojedynczych narządów z wyjątkiem pobierania ich od osoby zmarłej (ex cadavere), (...) pobranie narządów może być przeprowadzone tylko w przypadku jego rzeczywistej śmierci” [13, 17]. A co z duszą, która jak mawiał Arystoteles i święty Tomasz z Akwinu jest nierozdzielna z ciałem? Jedność ciała i duszy jest tak głęboka, że można uważać duszę za "formę" ciała; oznacza to, że dzięki duszy duchowej ciało utworzone z materii jest ciałem żywym i ludzkim; duch i materia w człowieku nie są dwiema połączonymi naturami, ale ich zjednoczenie tworzy jedną naturę. Że cała dusza znajduje się w całym ciele i jest cała w każdej części ciała, że człowieka nie da się oddzielić od jego duszy. I jeśli ciało żyje, żyje też człowiek [15, 18].

„Ile razy żyjemy? Ile razy umieramy? Kiedy tracimy 21 gramów?”

/„21 gramów” Alejandro Gonzales Inarritu/

## **Piśmiennictwo:**

1. Brzeziński T., *Etyka lekarska*, PZWL, Warszawa 2012.
2. Meller J., *Transplantacje - Etyczna problematyka przeszczepiania narządów*, <http://www.cecib.uksw.edu.pl/czytelnia-bioprawo-i-bioetyka-42/103-transplantacje-meller-j-etyczna-problematyka-przeszczepiania-narzpd>, dostęp 20.11.2016r.
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, [isap.sejm.gov.pl/Download?id=WMP20070460547&type=2](http://isap.sejm.gov.pl/Download?id=WMP20070460547&type=2), dostęp 21.11.2016r.
4. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411), [isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051691411](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051691411), dostęp 23.11.2016r.
5. Smith A., *Umysł*, PZWL, Warszawa 1989.
6. Żelichowski M., *Aspekty prawne transplantacji*, *Medycyna Praktyczna*, 1, 2009
7. Rozporządzenie Minister Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwu oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz.U. Nr. 228, poz. 1671).
8. Rutkowski B., (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, *Via Medica*, Gdańsk 2009.
9. Longstaff A., *Neurobiologia krótkie wykłady*, PWN, Warszawa 2011.
10. Rowiński W. (red.), *Transplantologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 2004.
11. Wujtewicz M. (red.), *Intensywna Terapia dla studentów*, *Akademia Medyczna*, Gdańsk 2005.
12. Norkowski J., *Medycyna na krawędzi: ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, *Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen*, Radom 2011.
13. Norkowski J., M., *Człowiek umiera tylko raz*, *Thaurus*, Warszawa 2013.

14. Kruszyński Z. (red.), Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2009.
15. Hołownia Sz., Ludzie na walizkach, Znak, Kraków 2008.
16. Shewmon D., The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating the „Brain Death” with Death, Journal of Medicine and Philosophy, 2001,26, 5
17. Krajewska – Kułak E. (red.), Problemy wielokulturowości w medycynie, PZWL, Warszawa 2010.
18. [http://portal.tezeusz.pl/cms/tz/fileadmin/user\\_upload/startowa/KATECHIZM\\_KO\\_CIO\\_A\\_KATOLICKIEGO.pdf](http://portal.tezeusz.pl/cms/tz/fileadmin/user_upload/startowa/KATECHIZM_KO_CIO_A_KATOLICKIEGO.pdf), data dostępu 28.11.2016r.

Adres do korespondencji:

Iwona Bejster

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Policealna Szkoła Farmaceutyczna w Świdnicy

Niegoszów 20a, 58-125 Pszenno

e-mail: [ibejster@gmail.com](mailto:ibejster@gmail.com), tel.: 509015888

Przesłano do druku: 01.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 01.10.2017 r.



# **Aspekty etyczne zabiegu cięcia cesarskiego**

## **Ethical aspect of caesarean section**

lek. med. Bernice Folake Taiwo

### **Streszczenie**

Ilość wykonywania zabiegu cięcia cesarskiego narasta w społeczeństwie. Zabieg który kiedyś wykonywano jako ostateczność stał się powszechny, nawet do takiego stopnia, że każdy może o to prosić lub sugerować go swojemu lekarzowi prowadzącemu, niektórzy wręcz żądają wykonania tego zabiegu.

Ostateczna decyzja wykonania zabiegu cięcia cesarskiego należy do lekarza ginekologa-położnika odpowiednio przygotowanego do tej funkcji mimo presji wywieranej przez różne środowiska, które nie zdają sobie sprawy z następstw i powikłań wynikających z tej decyzji. Czasem nie wystarczy chcieć tego zabiegu. Debata wokół etyki wykonania zabiegu cięcia cesarskiego jest wciąż aktualna. Z czasem odpowiednie urzędy związane z uregulowaniem spraw etycznych będą musiały przejrzeć obowiązujące prawa dla dobra wszystkich środowisk związanych.

Słowa kluczowe: pacjent, poród, etyka, cięcie cesarskie, powikłania, kobieta, noworodek.

### **Abstract**

The number of caesarean sections performed in the society is on the increase. This operation which was performed in the past as a final option has become the order of the day. It has become so common and popular that even eve-

rybody can request or suggest its being performed to the specialist-gynaecologist and obstetrician, some even demand this procedure being carried out.

The final decision of carrying out caesarean section ought to be from the specialist who is trained to carry out this function. Despite pressure from various groups who are not aware of the consequences and complications involved in the decision. Debates going on around performing caesarean section is still actual. With time, appropriate authorities will need to regulate the ethical aspects by looking into the existing laws for the benefit of all the groups involved.

Key words: patient, delivery, ethics, caesarean section, complications, women, newly born.

Etyka to termin użyty po raz pierwszy w IV wieku p.n.e przez Arystotelesa na oznaczenie tego co dotyczy etosu jako ludzkiego charakteru, obyczaju, utrwalonego sposobu zachowania się w środowisku życia, miejsce zamieszkania. Potocznie, to ogólne normy przyjęte w danym środowisku jako prawidłowe.

W Europie i w wielu krajach świata, starożytna przysięga Hipokratesa została rozwinięta i uwspółcześniona jako Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) zawierający zasady etyki lekarskiej wynikające z ogólnych norm etycznych, które każdy lekarz jest zobowiązany przestrzegać dbając o prawa człowieka i o godności zawodu lekarskiego. Każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do tego zawodu narusza jego godność[1,3,9,11].

Kodeks etyki lekarskiej opisuje postępowanie lekarza wobec pacjenta, jakość opieki medycznej, poszanowanie prawa pacjenta, zachowanie tajemnicy lekarskiej, pomoc chorym w stanach terminalnych, transplantacjach, prokreacji, wydawaniu zaświadczeń lekarskich, przeprowadzaniu badań naukowych szczególnie eksperymentów medycznych. Zwraca uwagę również na fakt, iż lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego jeśli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie

do zawodu lekarza. Nadto, lekarzom nie wolno dyskryminować, ze względu na dziedzictwo genetyczne. Powinni okazywać oni sobie nawzajem szacunek, uzupełniać i doskonalić swoją wiedzę i umiejętności zawodowe. Lekarz w społeczeństwie nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki [3].

Kodeks etyki lekarskiej podkreśla prawo lekarza do swobody działań zawodowych zgodnie z sumieniem oraz wiedzą medyczną i wskazuje na swobodę co do wyboru metod postępowania które uzna za najskuteczniejsze. Nadto, kodeks etyki lekarskiej nakazuje lekarzom kierować się dobrem chorego [2,3, 9].

Problemy etyczne zabiegu cięcia cesarskiego są wciąż tematem gorącej i burzliwej dyskusji, która nadal pozostaje nie rozwiązana i budzi wiele kontrowersji zwłaszcza pomiędzy zwolennikami wykonania oraz przeciwnikami. Lekarz często stoi na rozdrożu i miewa trudność w zajęciu jednoznacznego stanowiska w tej kwestii.

Zabieg cięcia cesarskiego jest najczęściej wykonywaną operacją położniczą w Polsce i innych częściach świata. Częstość jego wykonania waha się w granicach od około 25% a nawet do 80% w zależności od ośrodka czy jest publiczny czy prywatny[1, 2, 4, 5, 6, 7, 8].

Decyzja o operacyjnym zakończeniu ciąży czy porodu kiedyś była uznawana za wyłącznie medyczną, podejmowaną przez lekarza ginekologa położnika który jest do tego przygotowany i podejmie tą decyzję na podstawie wiedzy jaką posiada o pacjentce, doświadczenia, skrupulatnej analizy tego przypadku oraz wyboru odpowiedniego rozwiązania które zapewnia bezpieczeństwo matce i dziecku. W obecnych czasach, nie zawsze tak jest gdyż lekarz jest pod presją wywieraną przez kobiety ciężarne czasem wraz z ich rodzinami oraz mediami [1, 2].

W rzeczywistości, kobiety są coraz bardziej świadome swojego macierzyństwa. Istnieje prawo pacjentki do świadomego decydowania o sobie, w tym

między innymi o wyborze sposobu porodu, a lekarz jest zobowiązany do jego przeprowadzenia w sposób bezpiecznych dla matki i dziecka.

Do wskazań zabiegu cięcia cesarskiego zaliczamy przyczyny położnicze, poza położnicze jak kardiologiczne, neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne oraz psychiatryczne [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12].

Pomimo, że Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie rekomenduje wykonywania cięć cesarskich na życzenie, da się zauważyć prawie, że prawie na porządku dziennym położnicy wykonują ten zabieg na życzenie z różnych powodów [1, 4, 5, 10, 12].

Kobiety korzystające ze swoich praw do decyzji o sobie żądają cięcia cesarskiego z powodu strachu przed porodem, bólu porodowego, powikłań urazowych po poprzednim porodzie drogami natury, traumatycznych doświadczeń z poprzednich porodów drogami natury, uszkodzeń tkanek pochwy i krocza, obniżenia atrakcyjności seksualnej, ryzyka nietrzymania moczu i stolca, przekonania że zabieg cięcia cesarskiego jest bezpieczniejszy dla dziecka i kobiety, możliwości wyboru terminu porodu który pozwala ojcu dziecka obserwować i uczestniczyć w przebiegu porodu, propagandy medialnej przedstawiającej poród przez cięcie cesarskie jako najlepszej opcji sposobu porodu oraz opinii rodziny która wywiera presję na kobietę rodzącą [2, 4, 5].

Decydując się na poród planowy czyli elektywne cięcie cesarskie, pacjentki muszą być świadome jakie konsekwencje, zagrożenia i powikłania niesie ze sobą ich decyzja. Istotne staje się prawo pacjenta do informacji. Lekarz musi poinformować pacjentkę o możliwych powikłaniach. Lekarz powinien pozwolić jej zadawać mu pytania, odpowiadać jej i wyjaśnić wszelkie wątpliwości jakie pacjentka mogła mieć, żeby ułatwić i pomoc jej w podjęciu świadomej zgody żeby nie mieli później do siebie pretensji na wzajem. Elektywne cięcie cesarskie bez wcześniej występującej czynności skurczowej mięśni macicy jest obarczone

większymi powikłaniami okołoporodowymi niż w przypadkach zabiegu cięcia cesarskiego po wystąpieniu czynności skurczowej macicy [2, 4, 6].

Każda operacja jest obciążona różnymi powikłaniami, a tym bardziej ta z otwarciem powłoki brzusznej. Powikłania zabiegu cięcia cesarskiego możemy podzielić na powikłania okołoperacyjne, wczesne, późne i odległe oraz powikłania neonatologiczne, anestezjologicznych. [1, 2].

Do powikłań zabiegu cięcia cesarskiego należy: utrata krwi czasem wymagająca przetoczenia koncentratu preparatów krwi, chirurgiczne uszkodzenia pęcherza moczowego, atonia macicy, niedrożność porażenna jelit, konieczność ponownego otwarcia powłok brzusznych, powikłania zakrzepowo-zatorowe, krwiak pooperacyjny, gorączka, posocznica, zapalenie płuc, długi okres rekonwalescencji, dolegliwości bólowe, ryzyko poronień w kolejnej ciąży, ryzyko łożyska wrosniętego, łożysko przodujące i przedwczesne oddzielenia łożyska, pęknięcie macicy w kolejnych ciążach, dolegliwości przy współżyciu, zatrzymanie odchodów połogowych.

Wśród powikłań neonatologicznych wymienia się: niedotlenienie noworodka z powodu przedłużonego wydobywania płodu, zachłyśnięcie się płynem owodniowym prowadzącym do zespołu „mokrego płuca”, zranienia płodu podczas wydobywania przez ostrze lub tępe zakończone narzędzia [6].

Do powikłań anestezjologicznych zalicza się przede wszystkim: ból głowy wynikający z trudności przy znieczuleniu przewodowym. Utrudnienia stanowią zmiany w kręgosłupie pacjentki oraz niedostateczne doświadczenie lekarza.

Zdarzają się również sytuacje w której pacjentki nie czują się pewne swojej decyzji o cięciu cesarskim będąc w zaawansowanym etapie porodu pochwowego. Wtedy należy pacjentce dać czas by to przemyśleć lub ewentualnie pozwolić porozmawiać z rodziną. Taka sytuacja najczęściej występuje kiedy propozycja o zabiegu wychodzi od lekarza ginekologa na podstawie swojej obserwacji która także zależy od doświadczenia.

Nie wolno straszyć ciężarnej, która chce rodzić drogami natury lub wyolbrzymiać siły bólu porodowego czy prawdopodobnych następstw takiego porodu, gdyż to wywiera na pacjentkę presję by rodziła przez cięcie cesarskie. Należy pamiętać, że od zarania dziejów kobiety rodziły naturalnie, drogą pochwową czasem bez pomocy albo z niewielkim wsparciem i dawały sobie radę. Prawdą jest, że mimo prawidłowych warunków do porodu naturalnego, dobrego przygotowania i nastawienia pacjentki, czasem poród trzeba zakończyć operacyjnie, kobieta żyje wtedy z satysfakcją, że jednak podjęła próbę porodu, mimo iż nie udało się ona.

Pozwólmy kobietom rodzić naturalnie, choć nie za wszelką cenę, gdyż przebieg ciąży, choroby współistniejące u ciężarnych, całokształt obserwacji przed i śródpodrodowej mówią za siebie, czy trzeba poród zakończyć w sposób planowych lub nagły.

W ostatnim czasie, pacjentki nagminnie dostarczają zaświadczenia do szpitala od lekarzy innych specjalności sugerujące lub podające do rozważenia sposób zakończenia ciąży i porodu. Nie dysponując na miejscu możliwością udzielenia świadczenia zdrowotnego odpowiednich specjalistów celem weryfikacji takiego zaświadczenia, lekarz dyżurny danego ośrodka jest zmuszony wbrew etyce oraz zasadom ogólnie przyjętym podporządkować się temu i wykonać zabieg cięcia cesarskiego mimo, że nie ma przesłanek ani podstaw czy nawet uzasadnienia do tego. W niektórych polskich ośrodkach położniczych, te poza położnicze wskazania do zabiegu cięcia cesarskiego podlegają weryfikacji. Obserwuje się spadek okulistycznych wskazań do cięcia cesarskiego ograniczając je tylko do krótkowzroczności i retinopatii.

Zalecenie „kontakt skóra do skóry” dla wszystkich noworodków urodzonych w dobrym stanie z ciąż donoszonych niezależnie od drogi porodu przez co najmniej 2 godziny po urodzeniu jest nieco utrudniony przez trwający zabieg cięcia cesarskiego [6]. Chcąc ograniczyć niekorzystne wpływy psychologiczne, me-

dyczne czy zdrowotne jakie to może mieć na matkę, noworodek zostaje pokazany matce bezpośrednio po wydobyciu i może one patrzeć na niego przez cały czas kiedy badany jest on przez neonatologa i zaopatrzony przez asystującą pielęgniarkę lub położną przez pierwsze chwile swojego życia. Po czym dziecko może przytulić się do matki, a matka przywitać się ze swoim dzieckiem.

Narastające ilości spraw sądowych przeciwko lekarzom ginekolog-położnikom [1,7] mogą doprowadzić do sytuacji, w których będziemy mieli do czynienia z niedoborem tych specjalistów. A młodzi lekarze pełni obaw niechętnie i coraz rzadziej będą podejmowali rozpoczęcie specjalizacji w tej dziedzinie. Znaczna ilość ginekologów jest przekonana, że zabieg cięcia cesarskiego lepiej wykonać jest o jeden więcej niż o jeden za mało, po to by uniknąć ewentualnych problemów sądowych. Taka postawa sprawia, że odsetek wykonywanych cięć cesarskich jest na ogół wyższy w większości szpitali. Mocno rozbudowana procedura biurokratyczna staje się przeszkodą w sytuacjach nagłych kiedy trzeba ratować życie ciężarnej kobiety i jej płodu.

Biorąc pod uwagę możliwości i prawo jakie posiada pacjent, lekarz ginekolog-położnik jest ciągle narażony na odpowiedzialność karną i cywilną, za wybór metody porodu jak i za negatywne skutki dla zdrowia matki i dziecka. Środowisko lekarskie nie jest tu bez winy, gdyż wydawane są błędne opisy, niektórzy są przekonani, że zabieg cięcia cesarskiego jest łatwiejszy, szybszy i obciążony mniejszym ryzykiem dla płodu dzięki temu unikają długotrwałej obserwacji oraz aktywności podczas porodu. W związku z powyższym, problemy etyczne jakie niesie ze sobą wykonanie zabiegu cięcia cesarskiego lub jego niewykonanie albo wykonanie z opóźnieniem jest wciąż tematem ostrej i burzliwej dyskusji w społeczeństwie zarówno wśród lekarzy, pacjentów i ich rodzin, ale także mediów i wymiaru sprawiedliwości

## **Bibliografia**

1. Caughney A. B. : Epidemia cięć cesarskich Czy nie za szybko decydujemy się na ten zabieg? *Gin po Dypl.* 2016, 3950
2. Szybkowska M.: Cięć cesarskie na życzenie- Problem moralny? *Pielęg.* XXI 2010, 3-4, (32-33), 133137
3. Muszala A. : Kodeks etyki lekarskiej- część VII. Jaki jest cel medycyny? *Med. prakt.* 2015, 1 (95) 105107
4. Piwnica M.: Cięć cesarskie jako ucieczka przed bólem porodowym . *Małopolskie Pielęg. i Poł.*, 2014, 10, lip-sierp, 1016
5. Konopka J., Suchocki S., Puskarz R., Obst M. : Cięć cesarskie na życzenie pacjentki bez wskazań medycznych w opinii kobiet rodzących. *Perinat., Neonat. I Gin* 2008, 1, 1, 3537
6. Kornacka M. K., Kufel K.: Cięć cesarskie a stan noworodka. *Gin. Pol.* 2011, 82, 612617.
7. Flamm B., Czy odsetek cięć cesarskich jest zbyt wysoki? *Gin po Dypl.* 2003, 5, 4 (26) 7980
8. Harer W. B., : Nie. Należałoby raczej zapytać czy odsetek cięć cesarskich nie jest zbyt niski ? *Gin po Dypl.* 2003, 5, 4(26), 8081
9. Biesaga T. : Właściwe i niewłaściwe cele medycyny. *Med. Prakt.* 2004, 1(29) 8792.
10. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cięć cesarskie. *Gin. Pol* 2008, 79, 378384
11. Słomko Z., Drew K., Poręba R. : Historyczne i medyczno-prawne aspekty cięcia cesarskiego Rozdział 1, 1566, PTG2011
12. Słomko Z., Drew K., Poręba R. : Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Rozdział XII, 683695, PTG2011



lek. med. Bernice Folake Taiwo  
Szpital powiatowy im. A. Wolańczyka w Złotoryi  
Oddział ginekologiczno-położniczy  
ul Hoża 11,  
59-500 Złotoryja

Przesłano do druku: 01.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 01.10.2017 r.

# **Dylematy etyczne w pracy pielęgniarstwa**

## **Ethical dilemmas in nursing**

mgr Jolanta Małgorzata Czajkowska  
NZOZ Zgromadzenia św. Elżbiety w Miłkowie

### **Streszczenie**

Obecnie coraz częściej podejmowane są w środowisku medycznym dyskusje wynikające z obawy czy w dobie rozwoju techniki medycznej, wszechobecnej ekonomii, wyników i dokumentacji nie doszło do zagubienia sensu pielęgniarstwa, co może mieć znaczący wpływ na powstawanie dylematów etycznych w pielęgniarstwie. Ten trend stanowi nie tylko istotne zagrożenie dla pacjenta, zaniedbania jego potrzeb lecz sprowadza też niebezpieczeństwo utracenia przez personel pielęgniarstwa jakże pożądanego w tym zawodzie wrażliwości moralnej i etyczności. Sytuacja ekonomiczna placówek medycznych spycha istotę pielęgniarstwa na inne, nieznane dotąd szczególnie starszym pielęgniarkom, tory. Empatyczne troszczenie się o pacjenta przysłania atmosferą ciągłego pośpiechu, liczenia kosztów, naciski zwierzchników na oszczędności oraz niezaspakajanie potrzeb zatrudnienia. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że powodem dylematów etycznych w pracy pielęgniarek najczęściej bywają codzienne sytuacje z którymi stykają się one w swej pracy.

Słowa kluczowe: etyka, dylematy etyczne, pielęgniarstwo

## **Abstract**

Nowadays, more often the discussions in medical environment are held, concerning the question, if in times of the medical technology development, omnipresent economy, results and documentation, the sense of nursing has not been lost, what may have a significant influence on appearing the ethical dilemmas in nursing. This trend tends to be not only the relevant threat for the patient and negligence of their needs, but also brings the danger of losing the highly desirable trait such as moral and ethical sensitivity by the nursing staff. The economical situation of medical facilities is pushing the role of nursing to other tracks, what is unfamiliar especially to the older nurses. The empathic taking care of a patient is covered by the atmosphere of the permanent rush, calculating the costs, employers' pressure on savings and unfulfilled staff employment needs. According to the author's own research, it is shown that the reasons of ethical dilemmas in nursing are the everyday life situations met by the nurses at their workplace.

key words: ethics, ethical dilemmas, nursing

## **Dylemat etyczny - definicja**

Najogólniej można określić, że jest to problem tak trudny, że nie można go rozwiązać w sposób zadawalający, sytuacja, w której zachodzi konieczność wyboru pomiędzy dwoma niezadawalającymi alternatywami (np. ograniczona ilość leków; powiedzieć, czy nie powiedzieć ciężko choremu człowiekowi lub jego rodzinie o bardzo złym rokowaniu?). Dylemat to sytuacja konkretnego, rzeczywistego lub możliwego konfliktu wartości, norm czy wyborów określanych jako nieprzyjemne, wywołujące negatywne reakcje emocjonalne. To wybór pomiędzy dwoma niesatysfakcjonującymi alternatywami, to sytuacja moralnie sprzecznych żądań, które wymagają ustosunkowania się i dokonania wyboru jed-

nego kosztem drugiego. Jak podaje Irena Wrońska dylematy etyczne wiążą się z trudnością ustalenia hierarchii powinności moralnych mogących wejść w konflikt czyli: czynienie tego, co najlepsze dla konkretnego chorego przy uwzględnieniu potrzeb reszty pacjentów oraz respektowanie autonomii [1].

Rodzaj i nasilenie etycznych dylematów jest uzależnione od: sytuacji zdrowotnej chorego, warunków organizacyjno-materialnych placówek medycznych i ich specjalizacji, braku rzeczowych środków do realizacji zabiegów medycznych. Dylematy etyczne mogą powstawać na podłożu określonych sytuacji, właściwych dla: specjalności pielęgniarskich; pielęgniarstwo kliniczne, społeczne, pediatryczne, psychiatryczne, operacyjne, intensywnej terapii, geriatryczne itp., zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej pielęgniarstwa; pielęgniarki odcinkowej, oddziałowej, przełożonej, naczelnej oraz atmosfery panującej w określonej jednostce organizacyjnej służby zdrowia. Rozwiązanie dylematu wymaga wybrania postępowania najwłaściwszego dla osoby decydującej, niekoniecznie optymalnego. Decyzja jest tym bardziej kłopotliwa, im bardziej narusza prawa pacjenta czy też godzi w wypełnienie zadań zawodowych pielęgniarki. Do najważniejszych elementów podejmowania decyzji etycznych należą osobiste wartości i wierzenia, znajomość koncepcji etycznych w praktyce pielęgniarskiej oraz standardy zachowań etycznych [2].

### **Dylematy etyczne w praktyce**

Dylematy etyczne powstają na podłożu konfliktów pomiędzy powinnością personelu pielęgniarskiego a prawami pacjenta. Pielęgniarki przeżywają kłopot, czy mogą i na ile przekroczyć przynależne im formalno- prawne kompetencje. Nie raz są zmuszone złamać zasady odpowiedzialności zawodowo-prawnej bowiem poczucie odpowiedzialności moralnej nie pozwala im biernie czekać na lekarza, którego nikt nie może znaleźć, zwlekając tym samym z pomocą cierpiącemu człowiekowi. Zapewnienie prywatności i rzetelnej informacji rodzi sporo

dylematów. Kiedy lekarz unika szczerej rozmowy z chorym lub jego bliskimi o chorobie, stanie zdrowia czy rokowaniu, wtedy pacjent kieruje te zapytania do pielęgniarki. Jednak nie jest jasno określony zakres jej roli informacyjno-edukacyjnej. Zbywanie pacjenta, odmawianie rzetelnej informacji rodzi kolejne wątpliwości natury etycznej [3]. Również sporo dylematów wywołuje stereotyp dotyczący myślenia, że nie należy przekazywać pacjentowi niepomyślnych wiadomości dotyczących jego choroby, gdzie owe wiadomości posiadają wszyscy oprócz niego samego i to oni chcą decydować za niego. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego jest zmuszona uczestniczyć w zabiegach medycznych rodzących dylematy etyczne; uporczywej terapii, działaniach ratujących życie, podawanie p/bólowych środków farmakologicznych mogących skrócić życie, transplantacja, aborcja, badania prenatalne, eutanazja, in vitro. Sytuacje te rodzą pytania natury etycznej. Czy stosowanie brutalnych zabiegów reanimacyjnych u konającego ma sens, czy przedłuży jego agonię utrudniając mu przez to spokojne umieranie. Z drugiej strony czy zaprzestanie reanimacji nie odbierze mu szansy na życie jaką daje masaż serca, kolejna porcja leków czy defibrylacja. Gdzie znajduje się cienka granica pomiędzy wskazaniami do kontynuowania reanimacji a jej zaprzestaniem? Czy przedłużająca się, nieskuteczna reanimacja jest dowodem na to, że kolejne zabiegi nie przywrócą akcji serca? Czy w przypadku nieskutecznej reanimacji jej zaprzestanie nie spowoduje, że może mieć tu miejsce eutanazja bierna bez wyrażenia takiej woli przez pacjenta. Również samo umieranie pacjenta rodzi konflikty moralne. Czy chory ma zapewnioną zawsze troskliwą opiekę do ostatniego momentu życia i z kolei czy częsty kontakt z umierającym i śmiercią nie powoduje w personelu pielęgniarskim wzrostu rutynowego traktowania i niedostrzegania problemów osób umierających i ich bliskich. Czy śmierć pacjenta jest porażką zawodową a instrumentalne traktowanie i nieczułość może być obroną pielęgniarki przed przeżywaniem cierpienia i ludzkich nieszczęść.

W praktyce zawodowej pielęgniarka spotyka różne sytuacje, które godzą w jej moralność, uznawane przez nią wartości, są niezgodne z jej sumieniem. Zaliczyć tu można między innymi uczestnictwo przy wykonywaniu aborcji czy pomoc w przetaczaniu krwi przez pielęgniarkę-Świadka Jehowy. Rodzi to pytanie, czy musi ona uczestniczyć w tym procederze, czy słuszna jest odmowa uczestnictwa, która wynika z nakazów religijnych czy innych praw, wartości uznawanych przez podmiot działania. Polska pielęgniarka ma prawo nie godzić się na uczestnictwo w nieetycznych procedurach i eksperymentach bioetycznych niezgodnych z jej sumieniem powołując się na klauzulę sumienia. Zgodnie z zapisem art. 12 pkt 2 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. personel medyczny może odmówić wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem. Jednocześnie ustawa zobowiązuje do niezwłocznego podania przelozonym na piśmie powodu odmowy. Wyjątkiem jest tu sytuacja zagrożenia życia i zdrowia pacjenta [4].

Na pielęgniarce spoczywa zadanie troszczenia się o pacjenta, empatycznego towarzyszenia mu na każdym etapie choroby. Styka się z bólem, cierpieniem i śmiercią co wywołuje smutek i zmęczenie, a w skrajnych przypadkach emocjonalne wyczerpanie. Kiedy pielęgniarka odczuwa chroniczne zmęczenie, brak wsparcia i zrozumienia w środowisku pracy, frustracje swoje przenosi na grunt rodziny, stając w konflikcie moralnym. Pielęgniarka stawia naprzeciw służby dobru pacjenta potrzebę obrony własnego normalnego życia i zdrowia psychofizycznego. Konflikt tych wartości może doprowadzić do przyjęcia obronnej postawy polegającej na wycofaniu się z bliskich, indywidualnych relacji z pacjentem, unikania emocjonalnego angażowania się i wykonywania tylko tego co zlecone i absolutnie konieczne.

Już na początku startu zawodowego pielęgniarka staje przed dylematem, który wynika ze zetknięcia się wiedzy i zaszczerpionych ideałów zdobytych w trakcie edukacji z istniejącymi w środowisku zawodowym niechlubnymi zwy-

czajami. Styka się z rutyną, chaosem, ciągłą gonitwą, zagubionym sensem pielęgniarstwa. Odrębnym i często skrywanym problemem etycznym jest współpraca z innymi członkami personelu medycznego, który w sposób lekceważący traktują pacjentów, zaniedbują obowiązki zawodowe czy wręcz narażają życie pacjenta. W swojej pracy stosują podział na dobrych i złych, biednych i bogatych, chcianych i niechcianych. Jak pracować z pielęgniarką, która nie przestrzega zasad aseptyki oraz antyseptyki i naraża zdrowie, życie pacjentów i współpracowników, czy też poprzez zwlekanie czy zaniechanie przyczynia się do dodatkowego cierpienia chorego. Dylematy: czy informować przełożonych o swoich spostrzeżeniach często narażając się na wrogość i agresję pozostałych członków zespołu terapeutycznego? Czy broniąc poszkodowanych pacjentów sprzeciwić się wszystkim nieprawidłowościom licząc się z konsekwencją utraty pracy? Przemilczeć, nie zauważać, uodpornić się na panujące zło?

### **Dylematy etyczne w badaniach własnych**

Konieczność podejmowania trudnych decyzji rodzi liczne wątpliwości natury etycznej oraz prowadzi do powstania dylematów etycznych. W okresie od czerwca do listopada 2016 roku przeprowadzono na potrzeby pracy magisterskiej metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej badania w grupie 150 czynnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych w placówkach medycznych powiatu jeleniogórskiego. Zaprezentowane tu wyniki stanowią ich wybrane i warte przytoczenia ze względu na tematykę niniejszego opracowania fragmenty. Zatem w badanej grupie tylko 5% respondentów nie spotkało się do tej pory w swojej pracy z problemami natury etycznej. Natomiast 95% przyznało, że miało do czynienia z dylematem etycznym.

W pielęgniarstwie zawodowym występują sytuacje medyczne, które mogą wywoływać problemy natury moralnej i etycznej.

Do sytuacji bioetycznych rodzących dylematy etyczne respondenci zaliczyli działania ratujące życie (66%), czynności podejmowane w celu przedłużenia życia (45%), podawanie p/bólowych środków farmakologicznych mogących skrócić życie (19%), aborcję (5%) i transplantację (9%). Respondenci wskazujący na aborcję, twierdzili, iż byli zmuszeni do uczestniczenia w tym zabiegu ponad 25 lat temu, gdy zabieg ten jeszcze nie podlegał rygorystycznym obostrzeniom prawnym oraz nie istniał zapis o możliwości powołania się na klauzulę sumienia. Również z powodu przepisów prawnych zakazujących stosowania eutanazji w Polsce, nikt nie wskazał tu na uczestnictwo w takim procederze. Dylematy związane z transplantacją dotyczyły sytuacji, gdy dochodziło do nacisków lekarzy na bliskich pacjentów o wyrażenie zgody na pobranie narządów. Nikt z badanych nie wskazał na badania prenatalne czy zabieg in vitro. Wynika to zapewne z faktu, iż badania te były przeprowadzane wśród pielęgniarek zatrudnionych w placówkach powiatowych, gdzie nie ma wysokospecjalistycznych oddziałów przeprowadzających te czynności medyczne. Badania własne pokazały, że w nie mniejszym stopniu, dylematy etyczne dotyczą też sytuacji powstających w czasie wykonywania prostych czynności zawodowych. Często wynikają one ze zbyt małej ilości personelu czy też kiedy dobro pacjenta przegrywa z ekonomią czy restrykcyjnymi przepisami lub podawania pacjentowi geriatrycznemu i dziecku leków lub wykonywania zabiegów pielęgniarских i higienicznych wbrew ich woli 58%.

Respondenci wskazywali tu niemożność udzielenia pacjentowi lub jego bliskim ogólnych informacji o stanie zdrowia (49%), sytuacje gdy ważniejsza jest wypełniona dokumentacja niż pacjent (48%), nakaz zwierzchników aby oszczędzać materiały (np. środki opatrunkowe, leki, pościel, sprzęt) (29%), samotne umieranie pacjentów z powodu zbyt małej liczby personelu (37%), zwlekanie lekarza z dokonaniem wpisu w karcie zleceń przez co pacjent nie dostaje leku na czas (29%),



polecenie przełożonych aby podawać przeterminowane leki (4%) oraz brak reakcji przełożonych na nieetyczne zachowanie personelu (36%).

W opinii badanych sytuacje te wynikają z potrzeby respektowania praw pacjenta, ochrony ludzkiej godności oraz empatii personelu pielęgniarskiego. Według badanych głównymi czynnikami wpływającym na występowanie dylematów etycznych są: potrzeba respektowania praw pacjenta (53%), sytuacja zdrowotno-chorobowa pacjentów (35%) oraz warunki organizacyjno-materialne w miejscu pracy (49%). Rozwiązanie dylematów etycznych wiąże się z koniecznością dokonania wyboru postępowania najwłaściwszego, niekoniecznie optymalnego. Personel pielęgniarski po pomoc w wątpliwościach natury etycznej udaje się do zwierzchników (57%) lub osób duchownych (21%), część polega na samym sobie w tej kwestii (39%) albo zwraca się o taką pomoc do rodziny (4%).

### **Podsumowanie**

Pielęgniarki bardzo często stykają się w swojej pracy z dylematami etycznymi. W mniejszym stopniu dotyczą one aborcji czy eutanazji ale częściej są to problemy powstające w czasie pełnionego dyżuru. Często wynikają one ze zbyt małej ilości personelu na dyżurze czy też kiedy dobro pacjenta przegrywa z ekonomią. Duża odpowiedzialność spoczywa na zwierzchnikach bowiem to do nich udajemy się po pomoc w moralnych konfliktach. Jeśli na górze jest przyzwolenie na znieczulicę i nieetyczne zachowanie to od kogo mamy czerpać wzory i przykłady etycznych powinności. Analizując dostępną literaturę przedmiotu nie znaleziono wyników badań w zakresie poruszanych kwestii wyborów etycznych. Należałoby tu rozważyć konieczność wypracowania właściwego systemu monitorującego wszelkie sytuacje rodzące dylematy etyczne w pielęgniarstwie oraz podjęcie badań w tym kierunku. Wykazanie realnie występujących dylematów pozwoli zarówno pielęgniarkom jak i ich zwierzchnikom na podjęcie rzeczywistych i konkretnych decyzji oraz wzięcie odpowiedzialności moralnej za samych siebie i pa-

cientów. Dotychczas w Polsce wszelkie tego typu dyskusje publiczne są szybko ucinane przez zwierzchników czy też osoby na wyższych szczeblach ochrony zdrowia. Nie czynienie tabu z istnienia dylematów w pracy pielęgniarstwa może przysłużyć się tej profesji, bowiem głębokie i rzetelne przyjrzenie się temu problemowi pozwoli uzmysłwić wszystkim realność zawodowych dylematów etycznych oraz jak wielkie ryzyko i obciążenie niesie ze sobą ten zawód. Nie mamy pewności czy poprzez niedostrzeżenie istnienia dylematów etycznych nie unikniemy prawdziwych problemów, które mogą doprowadzić wśród pielęgniarek do zachwiania poczucia tożsamości zawodowej skutkującej wypaleniem zawodowym lub odejściem od zawodu.

### **Piśmiennictwo**

1. Zahradniczek K.: Wartości i konflikty moralne w praktyce zawodowej pielęgniarki; Ad vocem Kraków 2013, nr 1styczeń-luty 2013, s. 2-4.
2. Ślipko T.: 9 dylematów etycznych, Wyd. Petrus, Kraków 2010.
3. Brzeziński T.: Etyka lekarska; Wyd. PZWL 2012.
4. Lubera J.: Sumienie a klauzula sumienia; Ad vocem Kraków 2014, nr 10 lipiec-sierpień, s. 16-19.

Adres do korespondencji:

mgr Jolanta Małgorzata Czajkowska

jola-czajkowska@wp.p

Przesłano do druku: 23-07-2017 r.

Zaakceptowano do druku: 15-08-2017 r.

**Klauzula sumienia – podstawy prawne  
i jej zastosowanie w praktyce pielęgniarstwa i położniczej  
Conscience clause – the legal basis  
and its application in nursing and midwifery practice**

mgr Elżbieta Adamkiewicz

105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach

**Streszczenie**

Misją zawodową pielęgniarki i położnej jest udzielanie profesjonalnej pomocy pacjentom poprzez wzmacnianie i utrzymanie zdrowia, optymalizację procesu zdrowienia, minimalizowanie skutków choroby, zapobieganie powikłaniom czy pogłębianiu niepełnosprawności. Przedstawicielki tych profesji mogą być jednak narażone na sytuacje, w których udzielanie określonego świadczenia zdrowotnego może wiązać się z konfliktem sumienia oraz naruszeniem własnych zasad moralnych. W tym celu określone zostało prawo do odmowy uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych sprzecznych z wyznawanymi normami etycznymi. Prawo to określane jest mianem klauzuli sumienia. Dotyczy różnych sytuacji zawodowych. Kampanie medialne, związane zwłaszcza z zastosowaniem go w odniesieniu do aborcji doprowadziły do zarzutów, iż może być przez przedstawicieli zawodów medycznych nadużywane, jednak badania innych autorów jak i własne pokazują, że tak nie jest.

Niniejsza praca dotyczy typowych problemów możliwych w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych dotyczących klauzuli sumienia oraz konsekwencji wynikających z jej przestrzegania.

Słowa kluczowe: klauzula sumienia, pielęgniarstwo, położnictwo, aspekty prawne

## **Abstract**

The vocational role of nurse and midwife is to provide the professional help to patients through strengthening and maintaining health, optimizing the healing process, minimizing the effects of illness, preventing complications or worsen disability. The female representatives of these professions may be, however, exposed to situations in which providing the particular health service may involve a conflict of conscience and violation of one's own moral principles. Therefore, the right to refuse participating in biomedical treatments and experiments contrary to the personal ethical standards was determined. This right is defined as a clause of conscience. It concerns different professional situations. Media campaigns, especially related to the use of it in relation to abortion, have led to allegations that it may be abused by the medical professionals, but the studies led by the other authors, and personal studies, deny that statement.

This paper refers to the typical possible problems in the vocational practice of nurses and midwives concerning the clause of conscience and the consequences of its compliance.

Keywords: conscience clause, nursing, midwifery, legal aspects

## **Wstęp**

W Polsce zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem zaufania publicznego. Praktykę zawodową pielęgniarki czy położnej mogą wykonywać na podstawie obowiązujących aktów prawnych. Nakładają one na osoby wykonujące świadczenia medyczne obowiązki i dają też prawo do skorzystania z odmowy świadczenia w przypadku gdy jest to niezgodne z ich sumieniem. Klauzula sumienia przysługuje osobom wykonującym m. in. zawód pielęgniarki, a także położnej i jest wyjątkową regulacją prawną zgodnie, z którą mogą one powstrzymać się od realizacji świadczeń zdrowotnych niezgodnych z ich sumieniem. Jej zaletą jest gwarancja wolności sumienia i postępowania zgodnie z własnym światopoglądem oraz ochrona przed przymusem łamania indywidualnych zasad etycznych. Wadą są ograniczenia dla świadczeniobiorcy, ponieważ może ona ograniczać jego prawo do świadczeń gwarantowanych przez system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Klauzula sumienia nie rozwiązuje zatem w pełni problemów powstałych między personelem medycznym a pacjentem. Wiadomo bowiem z praktyki, że nie stanowi idealnego rozwiązania w przypadku sytuacji konfliktowych pomiędzy personelem medycznym a pacjentami, co w określonych warunkach może nawet stać się przedmiotem sporów sądowych.

Niniejsza praca prezentuje w nieco skróconej wersji treści oraz wyniki badań wykonane do pracy magisterskiej autorki.

### **Klauzula sumienia – podstawy prawne**

Podstawowe akty prawne obowiązujące w Polsce, w których zawarte są zapisy dotyczące klauzuli sumienia to:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej,
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. (z późn. zm.), o zawodach pielęgniarki i położnej,

- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217),
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej,
- Ustawa z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 11.174.1038),
- Europejska Konwencja Praw Człowieka,
- Międzynarodowy Pakt Oraw Obywatelskich i Politycznych,
- Powszechna deklaracja praw Człowieka i Obywatela,
- Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682),
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. nr 52, poz. 17 z 2009 z dnia 31 marca 2009 r.).

Najwyższym gwarantem wolności sumienia jest **Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej** z dnia 2 kwietnia 1997 r., która w **rozdziale II Wolność, Prawa i Obowiązki Obywatela w art. 53 mówi:**

- „ 1. Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii.*
- 2. Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują.*
- 3. Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniem. Przepis art. 48 ust. 1 stosuje się odpowiednio.*
- 4. Religia kościoła lub innego związku wyznaniowego o uregulowanej sytuacji prawnej może być przedmiotem nauczania w szkole, przy czym nie może być naruszona wolność sumienia i religii innych osób.*

5. *Wolność uzewnętrzniania religii może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób.*

6. *Nikt nie może być zmuszany do uczestniczenia ani do nieuczestniczenia w praktykach religijnych.*

7. *Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania” [1].*

Mimo olbrzymiego postępu korzystnego dla społeczeństwa, nowoczesna medycyna niesie również za sobą zagrożenia, przed którymi należałoby chronić pacjenta, dlatego też dynamiczny rozwój przeżywa prawo medyczne. Tworzone jest ustawodawstwo zmierzające do precyzyjnego unormowania stosunków prawnych pomiędzy pacjentem, lekarzem, pielęgniarką, położną i farmaceutą oraz prawa pacjenta i obowiązki personelu medycznego. Akty prawne wskazują normy prawne oraz granice działania i odpowiedzialności personelu medycznego a także podmiotów medycznych, za szkody wyrządzone. Dopuszczają również nowe techniki i metody medyczne w dziedzinie prokreacji wspomaganiej medycznie, inżynierii genetycznej, eksperymentów biomedycznych oraz transplantacji [2].

Podstawowym aktem prawnym na podstawie, którego pielęgniarki i położne mogą wykonywać zawód na terenie Polski jest **Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. (z późn. zm.), o zawodach pielęgniarki i położnej , której art. 11. ust 1.** brzmi: pielęgniarka i położna mają obowiązek wykonywania swojego zawodu z należą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbając o jego bezpieczeństwo oraz wykorzystując najnowszą wiedzę medyczną.

Korzystanie z klauzuli sumienia przez pielęgniarki i położne, umożliwiają konkretne normy prawne określające okoliczności w jakich można się na nią powołać. I tak **art. 12 ust. 2** niniejszej ustawy mówi, że zarówno pielęgniarka jak też położna mogą odmówić uczestnictwa w eksperymencie, ale tylko w przypad-

ku uzasadnionych wątpliwości, jednocześnie podając przełożonemu pisemny powód odmowy [3]. Jednak, gdy pielęgniarka lub położna zdecyduje się na skorzystanie z klauzuli sumienia ma obowiązek niezwłocznego poinformowania pacjenta, bądź jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego o odmowie wykonania zlecenia lekarskiego oraz wskazania możliwości realnego uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki/położnej lub w podmiocie leczniczym, określa to **art. 12. ust. 3** wyżej wymienionej ustawy [4]. Ten ustawy obowiązek ogranicza w pewnym stopniu wolność sumienia pielęgniarki i położnej, obligując je do wskazania innego świadczeniodawcy, który udzieli pacjentowi świadczenia niezgodnego z ich sumieniem. Niestety stanowi to również swoisty konflikt sumienia. Pielęgniarka i położna ma ponadto obowiązek odnotować fakt odmowy w dokumentacji medycznej, na co wskazuje **art. 12 ust. 4** ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [3].

Świadczenie zdrowotne natomiast definiuje **art. 2 pkt. 11 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej**, (Dz.U. z 2013 poz. 217) jako działania medyczne, które służą zachowaniu, poprawie oraz ratowaniu zdrowia wynikające z procesu leczenia oraz odrębnych zasad ich wykonywania [8].

Ponadto **Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej w Części II szczegółowej, Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka pkt. 6** stanowi: „*Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią zasadami etycznymi*” [5].

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielne, związana jest z tym obowiązkowa przynależność do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, reguluje to **Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych** (Dz. U. 11.174.1038). **Rozdział 6** wyżej wymienionej ustawy dotyczy odpowiedzialności zawodowej, w którym **art. 36. ust. 1.** mówi, że za naruszenie zasad wykonywania zawodu oraz kodeksu etyki zawodowej członkowie samorządu



w przypadku stwierdzenia przewinienia zawodowego, podlegają odpowiedzialności zawodowej [10].

Wolność sumienia gwarantowana jest także przez umowę międzynarodową, którą Polska ratyfikowała 15.12.1992 r., **art. 9 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka** głosi: **Wolność myśli, sumienia i wyznania.**

*1. „Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne..”[6].*

Innym aktem międzynarodowym, który Polska ratyfikowała 03.07.1977 r. jest **Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych**, jego zapis **art. 18** brzmi: **„Wolność myśli, sumienia i religii** 308) *„Konstytucja gwarantuje każdemu wolność sumienia i religii, w tym wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii... Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniami...nie może być naruszona wolność sumienia i religii innych osób...”[7].*

W Polsce obowiązuje również **Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela** proklamowana przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 10.12.1948 r., której **art. 18** głosi, że człowiek ma prawo do wolności myśli, sumienia oraz wyznania; gwarantuje możliwość zmiany wiary bądź wyznania, jak również swobodę głoszenia publicznie z innymi lub indywidualnie swego wyznania poprzez uprawianie kultu, praktyki, nauczania oraz przestrzegania obyczajów [9].

W prawie polskim obowiązuje również **Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów** (Dz. U. Nr 138, poz. 682), której zapisy mówią, że Pacjent ma prawo do:

- „1. wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów - art. 4 i art. 5 ust. 1-4,*
- 2. dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych - art. 9 ust. 1 pkt 7,*
- 3. ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą -art.12 ust.1.*
- 4. Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne art. 13” [11].*

Kolejny akt prawny obowiązujący w naszym kraju, który obliuguje pielęgniarki i położne do przestrzegania jego zapisów, to **Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (Dz. U. Nr 52 poz. 17 z 2009 z dnia 31 marca 2009 r.). Zgodnie z zapisami tej ustawy: **„Rozdział 2 Prawo pacjenta do świadczeń** stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, jednak w sytuacji ograniczającej dostęp do odpowiednich świadczeń przysługuje mu prawo obiektywnej, przejrzystej procedury, opartej na kryteriach medycznych kolejności dostępu do tych świadczeń. Pacjent ma również prawo do tego aby lekarz udzielający świadczeń zasięgnął opinii innego lekarza albo zwołał konsylium, a pielęgniarka/położna zasięgnęła opinii innej pielęgniarki/położnej. Pacjent ma również prawo do tego aby podmioty udzielające świadczeń robiły to z należytą starannością oraz w odpowiednich warunkach określonych odrębnymi przepisami fachowymi i sanitarnymi. Osoby wykonujące zawód medyczny przy udzielaniu świad-

czeń zdrowotnych powinny kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy [12].

Pielęgniarka i położna podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych zobowiązana jest na podstawie wszystkich wyżej wymienionych aktów prawnych do poszanowania godności oraz intymności pacjenta. Prawo pacjenta do poszanowania godności osobistej oraz intymności należy do sfery dóbr osobistych i stanowi przedmiot ochrony. Intymność człowieka dotyczy przeżyć jednostki, których zwykle nie ujawnia nawet osobom najbliższym [13]. Bliskość oraz intymność pacjenta należałoby odnieść do wszelkich działań dotyczących świadczeń zdrowotnych. Zatem pielęgniarki i położne powinny uważać pacjenta za podmiot o najwyższej wartości, dbając o jego dobro, szacunek, rozumiejąc sytuację w jakiej się znajduje, czy wymieniając intymne informacje. Poszanowanie prawa pacjenta do intymności wymaga aby zabiegi przeprowadzane były w odpowiednich warunkach, to jest z wykorzystaniem osłon lub parawanów [14].

### **Problemy dotyczące klauzuli sumienia oraz sposoby ich rozwiązywania w praktyce pielęgniarek i położnych**

Najbardziej typową sytuacją stanowiącą problemy natury etycznej w praktyce zawodowej położnych jest ich udział w zabiegu aborcji.

Natomiast u pielęgniarek jest to: procedura przetaczania krwi, gdy pielęgniarka jest Świadkiem Jechowy, eutanazja, przeszczepianie narządów, odstąpienie od reanimacji pacjenta w stanie terminalnym, odłączenie chorego od aparatury podtrzymującej życie, uporczywa terapia, decyzje krytyczne dotyczące noworodków oraz wcześniaków z bardzo niską wagą urodzeniową, udział w eksperymencie medycznym, zabiegi z dziedziny sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej.

Z dostępnych doniesień wynika, iż pracodawcy nie respektują w tym względzie zapisu ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczącego klauzuli sumienia. Coraz więcej położnych domaga się, by ich

prawo do woli sumienia podczas wykonywania obowiązków było przestrzegane i gwarantowało możliwość odmowy. Zdaniem A. Rejman „*udział położnej w aborcji jest większy niż lekarza, ponieważ cały czas obserwuje ona pacjentkę, podaje niektóre leki, zobowiązana jest przygotować narzędzia do zabiegu. Po czym musi asystować przy zabiegu usunięcia dziecka, a następnie zajmuje się nim, np. odkłada na bok zawinięte w chustę chirurgiczną, potem asystuje do końca przy zabiegu*”[15].

Położna ta monitowana była ze strony dyrekcji szpitala do przeprosin i konsekwencji finansowych za wypowiedziane słowa. W odpowiedzi były wice-minister zdrowia Bolesław Piecha uznał, iż położne, tak jak inni członkowie zespołu biorącego udział w zabiegu (np. anestezjolog), powinny mieć prawo do pełnego korzystania z klauzuli sumienia. W obronie A. Rejman stanęło Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich wystosowując list otwarty do dyrektora, w którym powołuje się ona na zapisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz kodeksu etyki zawodowej dotyczące możliwości odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem. Przytacza również ratyfikowany przez Polskę dokument Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 13 grudnia 2007 r., mówiący w art.3 pkt 2 b o zakazie praktyk eugenicznych prowadzących do selekcji osób [15].

Z dotychczas przeprowadzonych badań dotyczących wykorzystywania klauzuli sumienia przez pielęgniarki i położne, wynika, że jest to ona bardzo rzadko wykorzystywana w praktyce zawodowej. Az 84% z 51 przebadanych pielęgniarek lubelskich szpitali w ogóle nie stosowało klauzuli sumienia w swojej pracy zawodowej, choć blisko 1/3 twierdziła, że znalazła się w sytuacji musiała wykonać świadczenie niezgodne ze swoim sumieniem. Z doświadczenia podawały, iż klauzulę sumienia wykorzystuje się najczęściej przez pielęgniarki/położne podczas zabiegu przerywania ciąży [16]. Sytuacja, w której pielęgniarki czasami sięgają po prawo odmowy realizacji świadczenia zdrowotnego ze względu na

wątpliwości sumienia to uczestniczenie w procedurze **przetaczania krwi**, gdy pielęgniarka jest Świadkiem Jehowy. Pojawia się jednak pytanie, czy faktycznie pielęgniarka jest uprawniona do korzystania z instytucji klauzuli sumienia w tym przypadku? Biorąc pod uwagę fakt obowiązku realizacji tych świadczeń zdrowotnych, których brak mógłby spowodować stan zagrożenia zdrowotnego, uzasadniona medycznie transfuzja krwi powinna być przeprowadzona a pacjent ma bezwzględne prawo oczekiwać uzyskania tego typu świadczenia. Zagwarantowanie ochrony autonomii moralnej pielęgniarki w tym przypadku wiąże się w praktyce z wprowadzeniem odpowiedniej procedury organizacyjnej np. w oddziale szpitalnym, w którym sytuacja ma miejsce i polega na delegowaniu realizacji tego świadczenia innej pielęgniarce. Należy podkreślić, że pielęgniarka realizująca to świadczenie musi posiadać zaświadczenie o odbyciu właściwego szkolenia oraz przetacza krew na pisemne zlecenie lekarza. Prawna legalność takiego działania budzi jednak wątpliwość. Sytuacja komplikuje się tym bardziej, gdy przetaczanie krwi jest wykonywane na tym oddziale bardzo często, a na dyżurze pracują tylko dwie pielęgniarki. W takim przypadku, należałoby zmienić miejsce pracy pielęgniarki, dla której przekonania religijne stanowią podstawę wątpliwości moralnych i w konsekwencji podstawę odmowy realizacji przetoczenia krwi [17]. Podawane przez pielęgniarkę/położną przyczyny uzasadniające odmowę, poza suwerennym przekonaniem o niezgodności danego świadczenia zdrowotnego z jej sumieniem, powinny uwzględniać także konieczność niezwłocznego udzielenia pomocy, której zaniechanie mogłoby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, a ponadto istnienie realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki/położnej lub w podmiocie leczniczym. Powołanie się na klauzulę sumienia nie może bowiem stanowić dodatkowego ograniczenia rzeczywistych możliwości uzyskania danego świadczenia zdrowotnego przez pacjenta [19].

**Eutanazja** stanowi nie tylko problem prawny i moralny ale również osobistą odpowiedzialność zawodową pracowników ochrony zdrowia, bowiem bardzo trudno określić kryteria śmierci nie budzące wątpliwości oraz kryteria chęci śmierci. Problem ten dotyczy zarówno lekarzy, jak też pielęgniarek i położnych czynnie wykonujących zawód [18]. Badania, jakie były do tej pory prowadzone dotyczyły podejścia pielęgniarek do problemu eutanazji, a nie odmowy asystowania wynikającej z klauzuli sumienia. W badaniu wzięło udział 120 osób – 118 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy, w wieku 22- 60 lat. Większość respondentów 105 osób - 87,5% jest katolikami, jedna osoba 0,8% - jest ateistą, a 14 osób - 11,7% nie chciało ujawnić wyznawanej przez siebie religii. Grupie badanych osób zadano pytanie czy akceptują eutanazję. Respondenci w 49,7% nie akceptowali eutanazji, a nie miało zdania na ten temat 24% badanej grupy, całkowicie akceptowało eutanazję 19,7%, natomiast 6% osób badanych dopuszczało eutanazję po spełnieniu następujących warunków: wola pacjenta, cierpienie psychiczne, fizyczne, duchowe, społeczne, ciężka, nieuleczalna choroba, świadoma decyzja chorego, stwierdzenie śmierci pnia mózgu, przy braku możliwości dalszego leczenia i w sytuacji wielkiego cierpienia pacjenta, cierpienie długotrwałe bez możliwości wyleczenia. Zupełnie nieznaczna ilość respondentów, bo zaledwie 0,5% stwierdziła, że eutanazja to wielki dylemat osoby chorej jak też zdrowych osób towarzyszących jej w chorobie. 42,1% respondentów było przeciwnych prawnej akceptacji eutanazji, 31,1% nie miało zdania w tej kwestii, 24,6% badanych osób okazało się być zwolennikami prawnej akceptacji eutanazji, tylko 2,2% badanej grupy twierdziło, że eutanazji nie należy akceptować w żadnym z wyżej wymienionych przypadków. Uważali oni, że należy szanować poglądy innych osób, gdyż zawsze będzie to stanowić dylemat etyczny związany sumieniem. Jako sytuacje kliniczne mogące być wskazaniem do eutanazji najczęściej, bo 48,9% wymieniło wskazania wynikające ze sztucznego podtrzymywania życia. 26,1% badanej grupy wymieniło terminalną fazę nieuleczalnej choroby, ból nie do zniesienia,

śmierć mózgową, życie w bólu i cierpieniu podtrzymywane w sztuczny sposób, ogromne cierpienie fizyczne, psychiczne w terminalnej fazie choroby, wrodzona choroba, „przykucie do łóżka” i wielkie cierpienie bez możliwości pomocy farmakologicznej, ale tylko wtedy gdy chory sam wcześniej podejmie decyzję o eutanazji. 47,5% badanych zaniechało by akcji reanimacyjnej, 24% wyłączyło aparaturę podtrzymującą życie, a pozostali nie zaakceptowali żadnej formy eutanazji. 43,7% pielęgniarek kategorycznie odmówiłoby asystowania przy eutanazji, 1,6% uważało, że ta sytuacja mogłaby dotyczyć tylko autoeutanazji [20].

**Przeszczepianie organów** to metoda leczenia stanowiąca największe osiągnięcie medycyny XX wieku, jednak stanowi ona źródło dyskusji i kontrowersji natury moralnej oraz prawnej. Często jedynym sposobem przedłużenia życia pacjentom i szansą na całkowite wyleczenie jest przeszczepienie narządu. W Polsce osadzonej kulturowo w tradycji chrześcijańskiej, najważniejszą staje się myśl papieża Jana Pawła II, który w kontekście przeszczepiania narządów mówił o świadectwie miłości chrześcijańskiej [21]. Katechizm Kościoła Katolickiego jest dokumentem, który mówi, że przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym, jeśli fizyczne i psychiczne niebezpieczeństwa i ryzyko, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Moralnie nie do przyjęcia jest pobieranie narządów jeśli dawca lub jego bliscy nie udzielają wyraźnej zgody. Czyli jeżeli dawca przed śmiercią nie wyraził zgody rzeczywistej, zapisanej np. w oświadczeniu woli, nie można pobrać narządów do przeszczepu. Ponadto jest rzeczą niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób. W Katechizmie zapisane jest również, że oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały, należy do niego zachęcać ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności [22].

W Polsce prawo do pobierania i przeszczepiania narządów reguluje **Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r.** o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu

komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411, ze zm.). W świetle obowiązującego stanu prawnego wynika domniemanie zgody dawcy zmarłego na pobranie narządu, bowiem w/w ustawa, w **art. 5** ust. 1 mówi, że można dokonać pobrania komórek, tkanek i narządów po śmierci w przypadku, gdy osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia [23]. Brak sprzeciwu pozwala na pobranie wyłącznie w celu przeszczepienia, natomiast pobranie w celach naukowych wymaga oświadczenia zmarłego na piśmie czyli zgody na pobranie. Sam brak sprzeciwu nie stanowi przesłanki do dokonania pobrania [24]. Sprzeciw na pobranie nie może być złożony konkludentnie, powinien być wyrażony w formie określonej art. 6, ust. 1, u.p.p.p.k., czyli w formie wpisu do centralnego rejestru sprzeciwów. Stanowi on jednocześnie oświadczenie w okresie między jego złożeniem a wpisaniem do rejestru sprzeciwów [25]. Z obowiązujących aktów prawnych wynika, iż istnieją trzy formy sprzeciwu: wpis do centralnego rejestru sprzeciwów, forma pisemna oraz oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków z ich pisemnym oświadczeniem. Poltransplant zamieścił informator na swojej stronie internetowej, w którym zapisano zasady zgłaszania sprzeciwów do rejestru, mówią one m. in., że *„Sprzeciw należy zgłosić osobiście lub listownie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów w Centrum Organizacyjno- Koordynacyjnym ds. Transplantacji w Warszawie na formularzu, który można otrzymać w zakładach opieki zdrowotnej lub na stronie internetowej”*[26].

**Odstąpienie od reanimacji pacjenta w stanie terminalnym** choroby nowotworowej, może stanowić kolejny powód skorzystania z zapisów dotyczących klauzuli sumienia, zarówno przez lekarza, pielęgniarkę i położną. Stan terminalny określany jest w praktyce medycznej jako stan u kresu życia. Pojęcie terminalny pochodzi od łacińskiego słowa terminus, co w dosłownym tłumaczeniu rozumie się jako znak graniczny, koniec cel. Mianem stanu terminalnego w medycynie określa się wygaszanie funkcji organizmu. Stanowi to nieodwracalny stan degradacji organizmu. Można zatem wysunąć stwierdzenie, że osoba



w stanie terminalnym to sobą umierająca [27]. Decyzja o zaniechaniu resuscytacji musi uwzględniać wiele czynników: życzenie pacjenta, które może być wyrażone w „deklaracji życia”, rokowanie zarówno bezpośrednie, jak i odległe, stanowisko krewnych i przyjaciół, którzy mogą relacjonować wyrażone niegdyś życzenia pacjenta aktualnie niezdolnego do porozumiewania się, a także ocena możliwości pacjenta do stawiania czoła sytuacji, w której się znajdzie. Doświadczenie wskazuje, że często nie można się opierać na „deklaracji życia”. Pacjent może zmienić zdanie, gdy staje w obliczu śmierci lub też wyobrażał sobie koniec życia w innych okolicznościach. Na decyzję nie może natomiast wpływać zawodowy honor lekarza [28].

Problem podjęcia decyzji o rozpoczęciu lub zaprzestaniu resuscytacji wzbudza wiele etycznych dylematów i wymaga odrębnego omówienia. **Artykuł 32, pkt 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej** w zasadzie dotyczy postępowania w stosunku do chorych w stanie terminalnym, ale równocześnie jest jedynym prawno-etycznym zapisem regulującym problem reanimacji. Z tego względu budzi wiele zastrzeżeń bardzo powierzchowne potraktowanie tej trudnej sprawy. Powyższe sformułowanie może bowiem sugerować, że jedynie w stanach terminalnych lekarz nie jest zobowiązany do reanimowania chorego. Pomijając omawiane już niejasności nomenklaturowe związane z interpretacją określenia „stan terminalny”, rodzi się wątpliwość czy jest to jedyna sytuacja, w której można odstąpić od reanimacji. Lekarz jest zobowiązany podjąć resuscytację w sytuacjach gdy możliwe jest usunięcie przyczyny, która spowodowała stan zagrożenia życia. Chory nie musi być w stanie terminalnym, aby uznać, że nie jest to możliwe i nie podejmować próby przywrócenia podstawowych funkcji życiowych [29].

Odmiennym problemem jest podjęcie decyzji o zaprzestaniu akcji reanimacyjnej, a szczególnie o **odłączeniu chorego od aparatury podtrzymującej życie**. Podczas prowadzenia akcji reanimacyjnej decyzję o jej zaprzestaniu powinien podjąć tylko lekarz, który ją prowadził. W przypadkach zagrożenia życia le-

karz zajęty reanimacją nie może pozwolić sobie na dyskusję z dyrektorem szpitala, urzędnikiem NFZ czy rodziną umierającego. To na lekarzu ciąży osobista odpowiedzialność za życie chorego i nie może wówczas przestrzegać ogólnych dyrektyw, oszczędzać drogiego sprzętu, nie marnować leków i nie robić niczego za co nie zapłaci NFZ. Problem jest niezwykle trudny, gdyż to nie zaniechanie lecz czynne działanie ze strony lekarza powoduje śmierć chorego. Nic dziwi więc fakt, że lekarzom znacznie trudniej podjąć decyzję o odłączeniu chorego od aparatury z obawy by nie zostać oskarżonym o eutanazję. Wielu ekspertów w dziedzinie intensywnej terapii przestrzega, aby rozważnie podejmować decyzję o rozpoczęciu akcji reanimacyjnej. Gdy chory zostanie uratowany a zmiany w układzie nerwowym są tak poważne, że jest on w stanie wegetatywnym, to trudno będzie podjąć decyzję o przerwaniu tłącego się jeszcze życia. Istotnym zagadnieniem w tej sytuacji jest definicja życia, co jak wiadomo nastęrcza dużo wątpliwości i kontrowersji. Kryteria uznania chorego za zmarłego ulegają ewolucji. Jakże daleko jesteśmy dziś od obowiązującej tak niedawno definicji określającej śmierć jako ustanie funkcji krążeniowo-oddechowych. Umieranie to proces wieloetapowy od ustania zewnętrznych czynności życiowych, aż do powstania nieodwracalnych zmian biochemicznych w tkankach. Obecnie podstawą do stwierdzenia zgonu jest rozpoznanie śmierci mózgowej. Lekarz musi mieć pewność, że uszkodzenie mózgu jest całkowite i nieodwracalne, aby móc podjąć decyzję o zaprzestaniu działań podtrzymujących życie [29].

**Uporczywa terapia** jest kolejnym dylematem natury etycznej, który może skłaniać personel medyczny do skorzystania z klauzuli sumienia. Na podstawie art. 32 KEL, wolno przerwać uporczywą terapię, podobnie jak reanimację. Mimo, iż termin uporczywa terapia jest ciągle używany w nazewnictwie medycznym, wydaje się być nieodpowiednim. Termin „uporczywa” należałoby zastąpić określeniem „daremna”. Według Słownika Języka Polskiego uporczywy to: „trudny do usunięcia, utrzymujący się długo lub ciągle powtarzający się”. Właściwszym

wydawałoby się, używanie określenia „terapia daremna”. „Daremny” według Słownika Języka Polskiego to: „nie dający żadnych wyników”. Chodzi bowiem o brak widoków powodzenia terapii, a nie o to, że jest ona trudna do usunięcia czy męcząca. Medycznie taką terapią jest stosowanie środków medycznych służących już wyłącznie do podtrzymywania funkcji życiowych. Gdyby nie korzystano ze wsparcia aparatury medycznej funkcje organizmu ustałyby. Moralność lekarska nigdy nie daje sprowadzić się do sztywnych reguł, których można przestrzegać w sposób automatyczny. Wymaga oceny niuansów i mądrego wyważenia wszystkich argumentów. Lekarz decydując o życiu ludzkim nie może kierować się wyłącznie względami medyczno-ekonomicznymi bez uwzględnienia aspektów etyczno-filozoficznych [30].

**Decyzje krytyczne dotyczące noworodków oraz wcześniaków z bardzo niską wagą urodzeniową** stanowią wyzwanie w codziennej pracy neonatologów oraz pielęgniarek i położnych sprawujących opiekę nad nowo narodzonymi dziećmi. Dotyczą one postanowienia o podjęciu lub kontynuowaniu oraz niewdrażaniu bądź przerwaniu procedur terapeutycznych ratujących życie albo utrzymujących przy nim szczególną grupę krytycznie chorych pacjentów, jaką są noworodki, łącznie z wcześniakami urodzonymi na granicy przeżycia [31]. Niepodjęcie lub zaprzestanie procedury utrzymującej czy ratującej życie może pociągać za sobą natychmiastową śmierć pacjenta, jak w przypadku zaniechania resuscytacji czy odłączenia respiratora, bądź skutkować kwalifikacją do opieki paliatywnej, świadczonej aż do śmierci [32]. Wdrożenie czy kontynuacja procedur medycznych utrzymujących krytycznie chorego noworodka przy życiu poważnie upośledzonego fizycznie i psychicznie, w sposób nadmierny zwiększa możliwość uniknięcia bólu i cierpienia. Przykładami takich świadczeń są: resuscytacja krążeniowo-oddechowa podejmowana w celu utrzymania albo przywrócenia spontanicznej czynności serca i samoczynnej (lub wspomagannej) aktywności oddechowej, intensywne terapie bądź chirurgiczne zabiegi korekcyjne wad rozwojowych

konieczne do przeżycia noworodka. Połowa lat 60. ubiegłego stulecia to również początek kształtowania się nowej specjalizacji medycznej – neonatologii (łac. neonatus – noworodek) [33]. Technologicznie jej powstanie umożliwił respirator i wdrożenie pełnego karmienia pozajelitowego. Istotne były też specyfiki ułatwiające oddychanie (tzw. surfaktanty). Innowacje technologiczne dawały sposobność utrzymywania przy życiu wcześniaków o coraz niższym wieku ciążowym poniżej 26 tygodnia i wadze urodzeniowej poniżej 1000 gramów. Ten szybki postęp zatrzymał się w połowie lat 90. i nic nie wskazuje, aby dało się obecnie powiększyć odsetek przeżywających wcześniaków znajdujących się na granicy przeżycia [34].

Udział lekarzy w procesie decyzyjnym wynika przede wszystkim z ich uznanego społecznie prawa do ratowania życia podopiecznych oraz z obowiązku troski o pacjentów nakazującego minimalizację cierpień. Prawo rodziców do podejmowania decyzji w imieniu i dla dobra dzieci podyktowane jest „wartością rodzicielstwa” oraz „zachowaniem i wzmacnianiem intymnych relacji rodzinnych” zawiązujących się między rodzicami i ich potomstwem [35]. Położna w swej pracy zawodowej powinna postępować w zgodzie z własnym sumieniem i wyznawanymi normami etycznymi. Zgodnie z Kodeksem etycznym zawodu pielęgniarki i położnej ma ona prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej daje jej prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji. Musi ona jednak podać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, uprzedzić przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego dziecka o takiej odmowie i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych związanych z opieką w okresie ciąży, porodu czy porożu, położna ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycz-

nej. Ma ona również obowiązek informować położnicę o wszystkich czynnościach i zabiegach medycznych, jakie będzie wykonywała, tłumacząc wcześniej na czym będą polegały. Położna może również informować matkę o stanie noworodka ale tylko w zakresie procesu pielęgnowania [31].

**Eksperyment medyczny** należy do szczególnej kategorii działalności lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, która wymaga bardzo skrupulatnego przestrzegania prawa, a także zasad etycznych zawartych w szeregu unormowań. Eksperymenty medyczne niosą postęp w metodach leczenia, dając chorym nadzieję na wyleczenie. Zdrowych skutecznie chronią przed utratą zdrowia, jednocześnie zawierając w sobie niebezpieczeństwo. Prowadzenie eksperymentów medycznych stwarza zagrożenie dla poddawanych im ludzi i rodzi nowe problemy etyczne np.: manipulacje genetyczne, zapłodnienie in vitro, badania nad embrionami itd.. Każdy pracownik medyczny, a zwłaszcza lekarz, pielęgniarka czy położna spełniając szeroko pojęte zadania z zakresu lecznictwa, diagnostyki i profilaktyki, ma jednocześnie przestrzegać prawa, a także realizować powinności wynikające z obowiązującego prawa i uznanych zasad etycznych. Powszechnie wiąże się to z legalnością postępowania w przebiegu procesu diagnostycznego i leczniczego [36].

**Eksperyment leczniczy** charakteryzuje się tym, że w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby biorącej udział w doświadczeniu, lekarz prowadzący eksperyment wprowadza nowe lub tylko częściowo wypróbowane metody diagnostyczne, lecznicze lub profilaktyczne w przypadku, gdy zastosowane dotąd dostępne metody terapeutyczne okazały się bezskuteczne lub mało skuteczne, a proponowana metoda pozwala spodziewać się korzyści dla pacjenta. Korzyści lecznicze w istotny sposób powinny przeważać nad ryzykiem dla zdrowia w związku z zastosowaną procedurą leczniczą. Mogą one polegać na uratowaniu życia, powrocie do zdrowia lub ulżeniu w cierpieniu [37].

**Eksperyment badawczy** ma charakter przede wszystkim poznawczy, eksploracyjny, mający na celu rozszerzenie wiedzy medycznej, rzadziej jedno-

cześniej leczniczy. Eksperyment ten może być przeprowadzany zarówno na osobach chorych jak i zdrowych, ale dopuszczalny jest jedynie wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem lub ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów.

W ocenie moralnej eksperymentów przeprowadzanych na człowieku muszą być zachowane następujące generalne kryteria: godność osobowa człowieka, dobrowolna zgoda osoby na poddanie się doświadczeniu, dobro osoby w kontekście dobra społecznego. W obu przypadkach podkreśla się, że doświadczenia te muszą być przeprowadzone zgodnie z zasadami badań naukowych, a stosowane metody mają odpowiadać aktualnemu stanowi wiedzy [37]. Treść informacji przekazywanej potencjalnym uczestnikom badania doświadczalnego musi być przedstawiona do akceptacji Komisji Etycznej, podobnie jak treść proponowanego formularza zgody udzielanej na piśmie przez osoby, które mają być poddane eksperymentowi. Powszechnie wymaganym warunkiem umożliwiającym podjęcie badań medycznych z udziałem chorych lub zdrowych osób, jest uzyskanie pozytywnej opinii oraz zgody wspomnianej wyżej niezależnej Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie eksperymentu. Obowiązuje on w całej Europie, w tym również w Polsce. Oczywiście ani uzyskanie zgody od badanego, ani akceptacja programu badań przez komisję nie zwalnia prowadzącego eksperyment od osobistej odpowiedzialności na każdym etapie badania [38].

**Prokreacja medycznie wspomagana i inżynieria genetyczna** stanowią również podstawę do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego w przypadku, gdy pielęgniarka/położna uzna, że jest to niezgodne z jej sumieniem. Prawo medyczne przeżywa na świecie wielki rozwój, co jest konsekwencją olbrzymiego postępu medycyny, „nowej biologii”, genetyki. Nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne, prokreacja medycznie wspomagana i inżynieria genetyczna, a z drugiej strony ochrona praw pacjenta i określenie obowiązków i uprawnień lekarzy, pielęgniarek i położnych zmiana poglądów na temat początku i końca życia, stanów

terminalnych oraz obowiązków Państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli wymagają odpowiednich rozwiązań prawnych. Nowoczesna medycyna niesie wielki postęp w leczeniu i zapobieganiu chorob, lecz stwarza także wielkie zagrożenia. Należy określić podstawy prawne do ingerencji i eksperymentów medycznych i postawić im granice, aby pasja badawcza lekarzy i biologów nie naruszała praw jednostki [39].

Najczęściej stosowaną techniką prokreacji medycznie wspomaganą jest sztuczne zapłodnienie: inseminacja homologiczna (AIH) i inseminacja heterologiczna (AID). Inseminacja homologiczna nigdzie nie wywołuje sprzeciwu, gdyż dokonuje się nasieniem męża matki. Mąż matki staje się biologicznym i prawnym ojcem dziecka.

Spory wywołuje natomiast inseminacja heterologiczna, nasieniem anonimowego dawcy, chociaż na świecie jest na ogół dopuszczalna. Trzeba pamiętać, że WHO uznała niepłodność za chorobę społeczną, co piąte małżeństwo jest niepłodne, a w Polsce dotyczy to 2 mln kobiet i mężczyzn.

W przypadku sztucznego zapłodnienia *in vitro* informacja powinna być szczegółowa, udzielona najlepiej w formie pisemnej obok rozmowy, którą lekarz musi z parą przeprowadzić w celu wyjaśnienia wszelkich kwestii medycznych i prawnych. Po takiej informacji i rozmowie z lekarzem para nie powinna podejmować decyzji natychmiast. Decyzja jest bowiem poważna, a postępowanie medyczne łączy się z dolegliwościami i ryzykiem komplikacji zdrowotnych, może trwać kilka lat i nie musi się skończyć powodzeniem. Para powinna mieć czas do zastanowienia się, być może zdecyduje się raczej na adopcję dziecka.

Jeżeli dawcą komórki jajowej lub plemników jest osoba trzecia, materiał genetyczny musi być szczególnie starannie zbadany, aby uniknąć przeniesienia chorób zakaźnych, dziedzicznych lub ryzyka urodzenia dziecka z wadami genetycznymi. W przeciwnym razie zakład leczniczy może być odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną dziecku i rodzicom dziecka. Dawca musi być anonimowy.

Para nie może wskazywać dawcy, ani dawca nie może przekazywać gamet na rzecz określonych osób. Wyjątek powinien dotyczyć osób bliskich np. kobiety, która oddaje komórkę jajową swojej niepełnej siostrze. Donacja komórek jajowych i plemników powinna być nieodpłatna [40].

#### Metodologia i wyniki badań własnych

Badanie naukowe to bardzo szeroki termin, którego używa się na określenie niemal wszelkiej działalności naukowej człowieka. [41]. Badanie pielęgniarstwa jest usystematyzowanym procesem badawczym mającym na celu rozwój wiedzy z zakresu ważnych elementów zawodu pielęgniarstwa, czyli praktyki pielęgniarstwa, edukacji, zarządzania oraz technik informatycznych.

**Cel ogólny badań:** Ocena podejścia pielęgniarek i położnych do zapisów klauzuli sumienia oraz ustalenie typowych problemów wynikających z możliwości korzystania z tych zapisów w praktyce zawodowej.

#### **Cele szczegółowe:**

1. Określenie zakresu wiedzy pielęgniarek i położnych na temat klauzuli sumienia oraz jej podstaw prawnych.
2. Ustalenie częstotliwości oraz przyczyn korzystania przez respondentki w pracy zawodowej z klauzuli sumienia.
3. Ustalenie najczęstszych problemów wynikających z możliwości wykorzystania klauzuli sumienia w praktyce pielęgniarek i położnych.

#### **Material i metoda badań**

Badania przeprowadzono w okresie od lipca do września 2015 roku metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej oraz narzędzia badawczego w postaci samodzielnie opracowanego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz ten zawierał łącznie 26 pytań, w tym 7 metryczkowych i 19 pytań właściwych dotyczących przedmiotu badań.

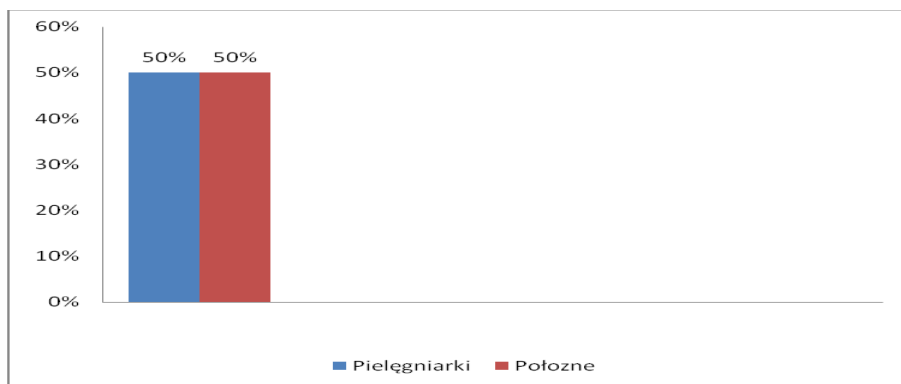
Badaniem objęto pierwotnie 135 pielęgniarek i położnych z czterech szpitali województwa lubuskiego: Szpitala Wojewódzkiego Samodzielnego Publicz-



nego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, Szpitala Na Wyspie Sp. z o.o. w Żarach oraz 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Żarach. Wypowiadały się tylko te pielęgniarki i położne, które chciały wziąć udział w badaniu. W sposób prawidłowy zostało wypełnionych 100 ankiet.

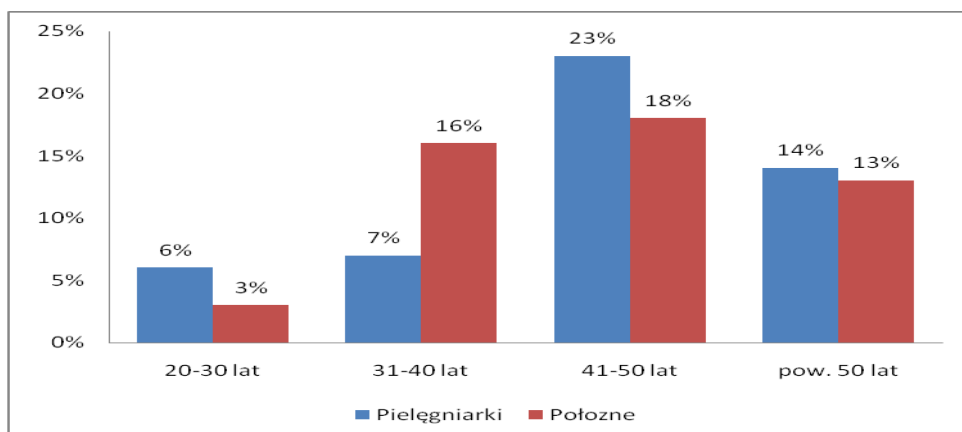
### **Wyniki badań**

Po wstępnej selekcji analizie poddano 100 kwestionariuszy (100%). Grupa liczyła 50 pielęgniarek oraz 50 położnych. Dane te przedstawiono na wykresie 1.



*Wyk. 1. Liczba badanych pielęgniarek i położnych [Badanie własne 2015].*

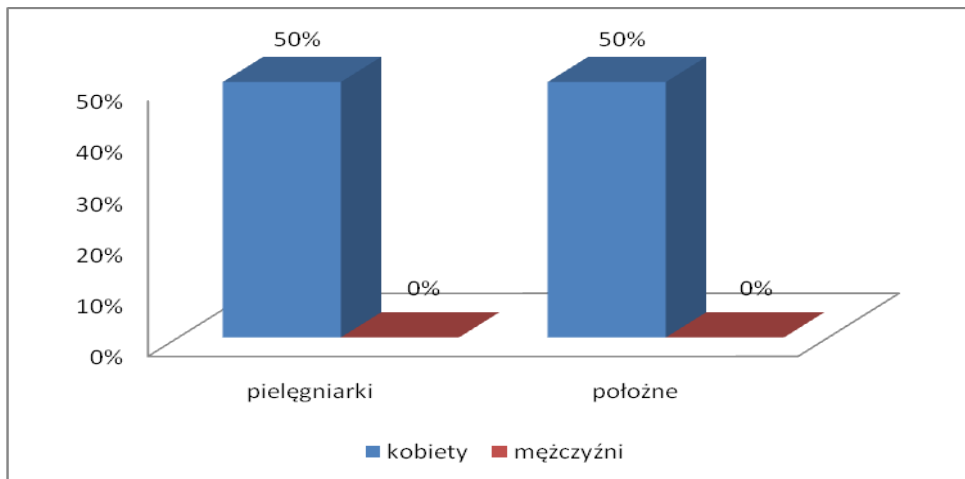
Badane pielęgniarki oraz położne podzielono na cztery grupy wiekowe od 20 do 30 lat, od 31 do 40 lat, od 41 do 50 lat oraz powyżej 51 lat.



Wyk. 2. Wiek respondentów [Badanie własne 2015].

W pierwszej grupie wiekowej znalazło się 6 pielęgniarek, tj. 6% badanej całej grupy i 3 położne 3% wszystkich ankietowanych. W drugiej grupie wiekowej było 7 pielęgniarek, czyli 7% badanych osób i 16 położnych, tj. 16% badanych. W grupie wiekowej od 41 do 50 lat badano 23 pielęgniarki, tj. 23% oraz 18 położnych, czyli 18% ankietowanych osób. Czwarta grupa to 14 pielęgniarek, tj. 14% badanych i 13 położnych, tj. 13% ankietowanych.

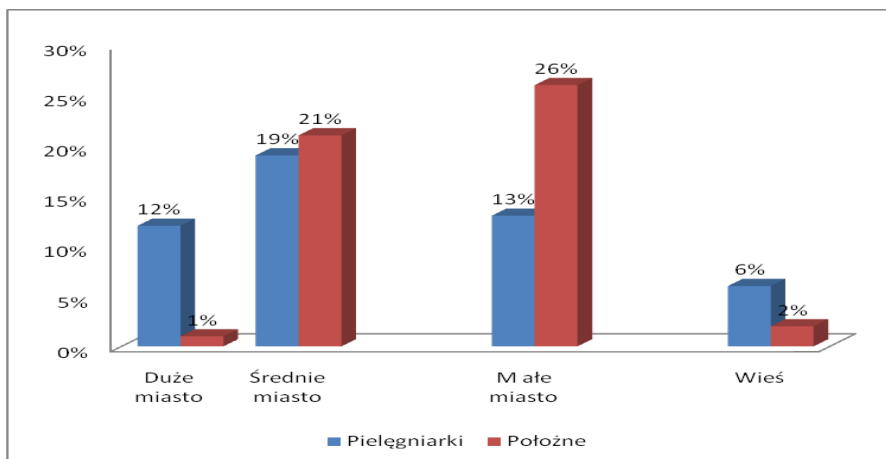
Kolejne pytanie dotyczyło płci. Odpowiedzi przedstawiono na wykresie 3.



*Wyk. 3. Płeć badanych [Badanie własne 2015].*

Kobiety stanowiły tu 100% ankietowanej grupy.

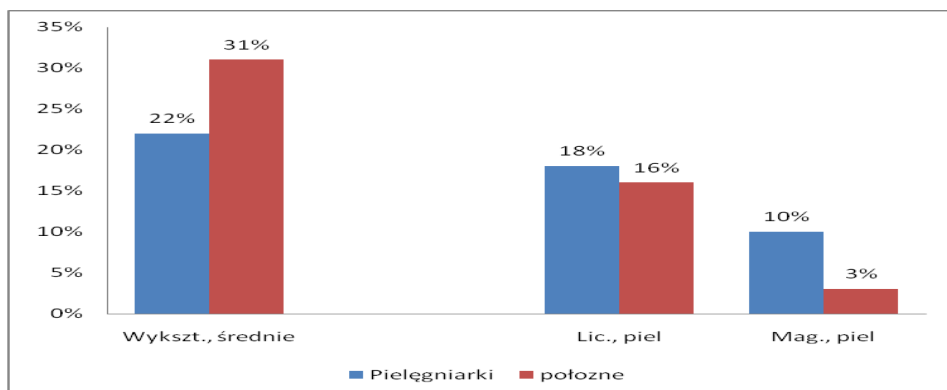
W kwestionariuszu zapytano badane także o miejsce zamieszkania. Dane te przedstawia wykres 4.



Wyk. 4. Miejsce zamieszkania [Badanie własne 2015].

Z wykresu wynika, że duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców zamieszkuje 12 pielęgniarek, tj. 12% badanych i 1 położna, czyli 1% badanej grupy. W średnim mieście od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców, mieszka 19 pielęgniarek, tj. 19% badanych oraz 21 położnych, tj. 21% badanej grupy. Małe miasto do 30 tys. mieszkańców zamieszkuje 13 pielęgniarek, tj. 13% ankietowanych i 26 położnych, czyli 26% grupy badanej. Na wsi natomiast mieszka 6 pielęgniarek, tj. 6% osób oraz 2 położne, tj. 2% ankietowanych.

Kwestionariusz ankiety zawierał również pytanie o wykształcenie. Odpowiedzi osób ankietowanych przedstawia wykres 5.



Wyk. 5. Wykształcenie [Badanie własne 2015].

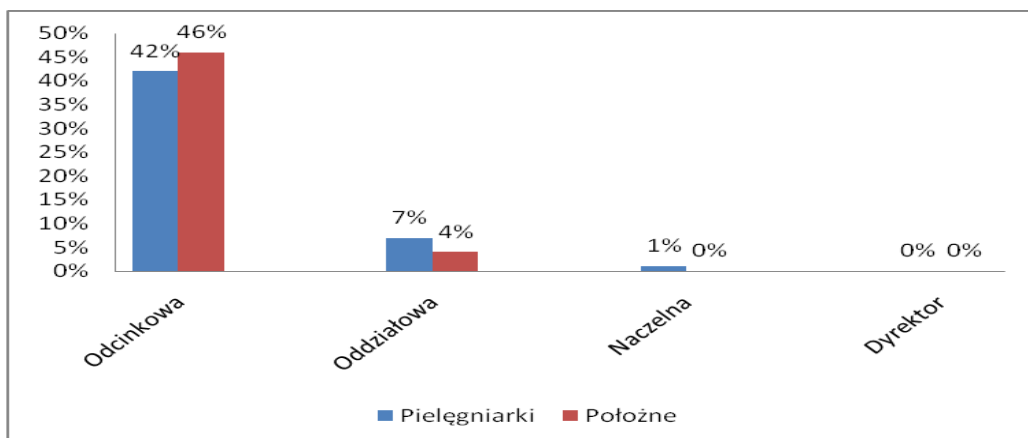
Wykształcenie średnie posiadają 22 pielęgniarki, tj. 22% ogółu badanych i 31 położnych, tj. 31% badanej grupy. Licencjat pielęgniarstwa 18 pielęgniarek, tj. 18% grupy badanej i 16 położnych, tj. 16% wszystkich ankietowanych. Tytuł magistra pielęgniarstwa posiada 10 pielęgniarek, tj. 10% osób i 3 położne, tj. 3% badanej grupy.

Kolejne pytanie dotyczyło miejsca pracy. Szczegółowe odpowiedzi przedstawiono w tabeli 1.

Miejsce pracy					
Lp.	Wersje odpowiedzi	Liczba n		Procent (%)	
		Pielęgniarki	Położne	Pielęgniarki	Położne
1.	Neonatologiczny	4	9	4%	9%
2.	OIOM	7	0	7%	0%
3.	Chirurgiczny	9	0	9%	0%
4.	Internistyczny	7	0	7%	0%
5.	Ginekologiczny	1	13	1%	13%
6.	Położniczy	0	20	0%	20%
7.	Onkologiczny	2	0	2%	0%
8.	Transplantologii	0	0	0%	0%
9.	Blok operacyjny	0	0	0%	0%
10.	OIOM, internistyczny, chirurgiczny	1	0	0%	0%
11.	Izba przyjęć	4	0	4%	0%
12.	Terapii i rehabilitacji od alkoholu	1	0	0%	0%
13.	Nefrologii	1	0	1%	0%
14.	Chirurgii dziecięcej	1	0	1%	0%
15.	Nauczyciel zawodu	1	0	1%	0%
16.	Naczelnia pielęgniarka	1	0	1%	0%
17.	zakaźny	10	0	10%	0%
18.	Położniczo - ginekologiczny	0	8	0%	8%
19.	<b>Razem:</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Tab. 1. Miejsce pracy [Badanie własne 2015].

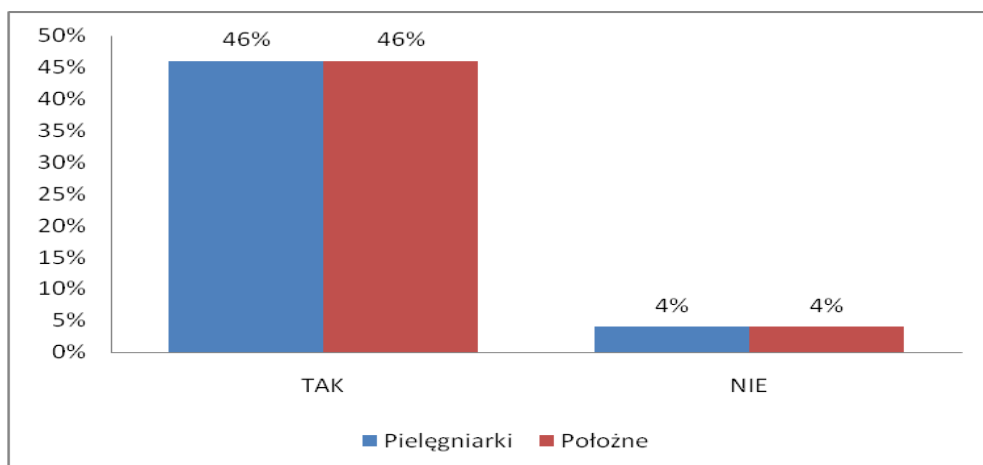
W ostatnim pytaniu metryczki zapytano respondentów o zajmowane stanowisko służbowe. Dane przedstawia wykres 6.



Wyk. 6. Z zajmowane stanowisko służbowe [Badanie własne 2015].

Z wykresu wynika, że 42 pielęgniarki (42%) i 46 położnych (46%) pracuje w charakterze pielęgniarki/położnej odcinkowej, na stanowisku pielęgniarki/położnej oddziałowej zatrudnionych jest 7 pielęgniarek (tj. 7% badanych) i 4 położne (tj. 4%), 1 z pielęgniarek tj. 1%, zatrudniona jest na stanowisku pielęgniarki naczelnej, żadna z ankietowanych nie jest zatrudniona na stanowisku dyrektora.

Stosowanie klauzuli sumienia w praktyce zawodowej przez pielęgniarki i położne zależy od tego czy znają jej sens. Na pytanie, czy wie Pani/Pan co to jest klauzula sumienia odpowiedzi przedstawiono na wykresie 7.

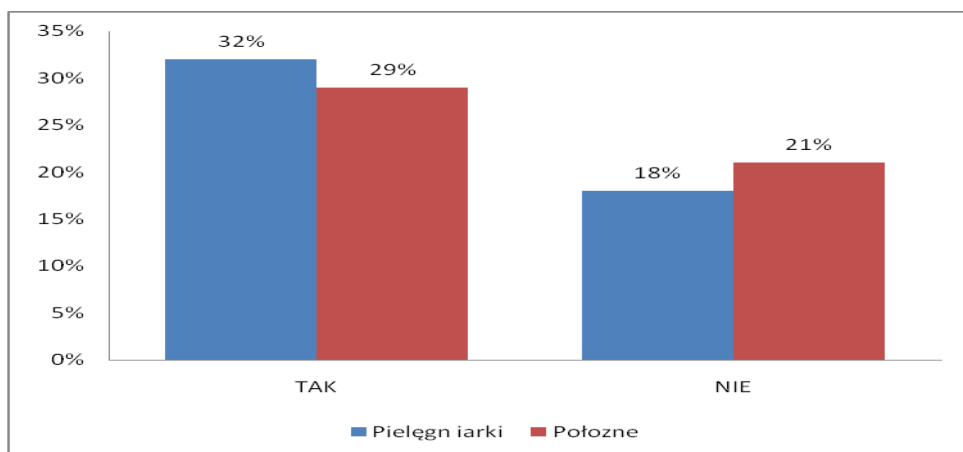


*Wyk. 7. Znajomość pojęcia klauzuli sumienia wśród osób badanych  
[Badanie własne 2015].*

46 pielęgniarek, tj. 46% badanych i 46 położnych, tj. również 46% badanych twierdzi, że wie co to jest klauzula sumienia, tylko 4 pielęgniarki, tj. 4% i 4 położne, tj. 4% przyznają że tego nie wiedzą.

Wiedzieć, że klauzula istnieje to za mało. W jakich dokumentach można znaleźć zapisy o klauzuli sumienia, aby korzystać z nich zgodnie z prawem? Czy badane pielęgniarki i położne mają taką wiedzę? Odpowiedź obrazuje wykres 8.





Wykres 8. Znajomość zapisów dotyczących klauzuli sumienia wśród badanych [Badanie własne 2015].

Jak widać z wykresu 8, 32 pielęgniarki, tj. 32% badanych osób i 29 położnych, tj. 29% grupy badanej wie gdzie można znaleźć zapisy mówiące o klauzuli sumienia, natomiast 18 pielęgniarek, tj. 18% osób badanych i 21 położnych, tj. 21% grupy badanej nie wie gdzie szukać dokumentów dotyczących klauzuli sumienia.

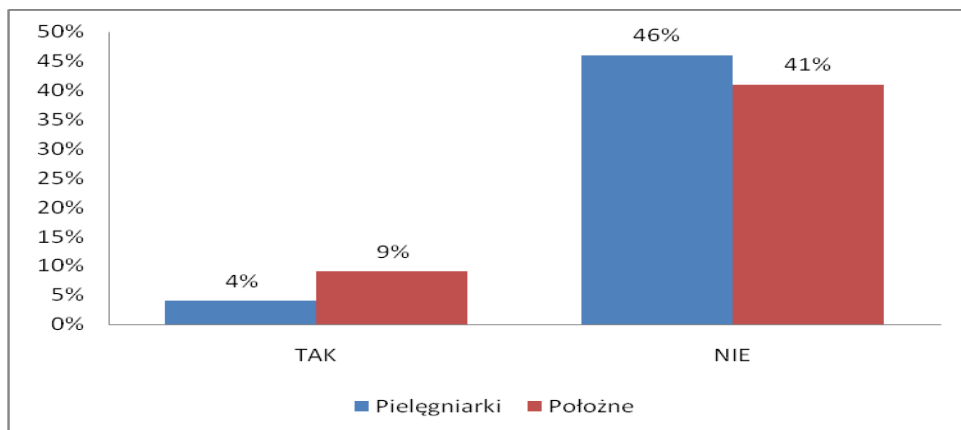
W następnym pytaniu poproszono respondentów żeby wymienili akty prawne, w których można przeczytać zapis o klauzuli sumienia. Odpowiedzi ankietowanych pielęgniarek i położnych były bardzo różne. Przedstawia je tabela 2.

<b>Jeżeli tak, to proszę wymienić akty prawne, w których można przeczytać zapis o klauzuli sumienia</b>					
<b>Lp.</b>	<b>Wersje odpowiedzi</b>	<b>Liczba n</b>		<b>Procent (%)</b>	
		<b>Pielę- gniarki</b>	<b>Położ- ne</b>	<b>Pielę- gniarki</b>	<b>Położ- ne</b>
1.	<b>Akty prawne wymieniane przez osoby ankietowane</b>				
2.	A) Karta Praw Podstawowych UE, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich, Konstytucja RP	1	0	1%	0%
3.	B) Internet,	2	8	2%	8%
4.	C) Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej	5	2	5%	2%
5.	D) Konstytucja RP	1	0	1%	0%
6.	E) Kodeks Etyki Zawodowej, Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Europejska Konwencja Praw Człowieka, Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Konstytucja RP	2	0	2%	0%
7.	F) Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Kodeks Etyki Zawodowej, Ustawa o działalności leczniczej	2	0	2%	0%
8.	G) Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Kodeks Etyki Zawodowej	3	0	3%	0%
9.	H) Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Kodeks Etyki Zawodowej	10	3	10%	3%
10.	I) Konstytucja RP, Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, Konferencja Episkopatu Polski z	1	0	1%	0%

	2013 r.				
11.	J) Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i położnej RP	3	3	3%	3%
12.	K) Europejska Konwencja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela, Konstytucja RP	2	0	2%	0%
13.	L) Kodeks Etyki Zawodowej, Konstytucja RP	0	1	0%	1%
14.	M) Konstytucja RP, Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej	0	5	0	5%
15.	N) Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Kodeks Etyki Zawodowej, Konstytucja RP	0	1	0%	1%
<b>16.</b>	<b>Razem:</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>32%</b>	<b>23%</b>

*Tab. 2. Jeżeli tak, to proszę wymienić akty prawne, w których można przeczytać zapis o klauzuli sumienia, [Badanie własne 2015].*

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów czy w swojej praktyce zawodowej nie wykonali zlecenia lekarskiego niezgodnego z ich sumieniem. Udzielone odpowiedzi przedstawia wykres 9.



Wyk. 9. Niewykonanie polecenia/zlecenia lekarskiego, niezgodnego z sumieniem [Badanie własne 2015].

Z powyższego wykresu widać, że 4 pielęgniarki tj. 4% ankietowanych oraz 9 położnych, tj. 9% badanych osób udzieliło odpowiedzi TAK, natomiast 46 pielęgniarek tj. 46%, i 41 położnych czyli 41% respondentów odpowiedziało NIE na to pytanie.

Następnie zapytano ankietowanych o dokładne czynności, których dotyczyła odmowa. W podpunktach wymieniono czynności zawodowe których wykonania pielęgniarka i położna może odmówić powołując się na niezgodność z jej sumieniem. Odpowiedzi w tym zakresie przedstawia tabela 3.

Jakiej dokładnie czynności dotyczyła odmowa?					
Lp.	Wersje odpowiedzi	Liczba n		Procent %	
1.	A) odstąpienia od resuscytacji chorego w terminalnym stanie choroby nowotworowej	1	0	1%	0%
2.	B) odstąpienia od resuscytacji wcześniaka o bardzo niskiej wadze urodzeniowej z licznymi wadami wrodzonymi	1	3	1%	3%
3.	C) przygotowania pacjentki do zabiegu aborcji (np. udział w farmakoterapii przed zabiegiem)	0	1	0%	1%
4.	D) odmowy asystowania podczas zabiegu aborcji	0	2	0%	2%
5.	E) odmowy asystowania przy zabiegu sterylizacji	0	1	0%	1%
6.	F) odmowy uporczywej terapii pacjenta w stanie wegetatywnym	1	0	1%	0%
7.	G) odłączenia od aparatury pacjenta w stanie śpiączki mózgowej	1	0	1%	0%
8.	H) odmowy dokonania eutanazji (podania leku, który przyspieszy śmierć pacjenta)	0	0	0%	0%
9.	I) podania leków lub szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych	0	1	0%	1%
10.	J) asystowania do zabiegów z dziedziny sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej	0	1	0%	1%
11.	K) uczestnictwo w terapii przeciwbólowej, która może skrócić życie pacjenta w stanie terminalnym	0	0	0%	0%
12.	L) transfuzji krwi świadkowi Jehowy	0	0	0%	0%
13.	M) odmowy asystowania przy zabiegu przeszczepienia wobec braku zgody rodziny dawcy	0	0	0%	0%
14.	N) odmowy asystowania przy zabiegu amputacji kończyny wobec braku zgody pacjenta nieprzytomnego	0	0	0%	0%

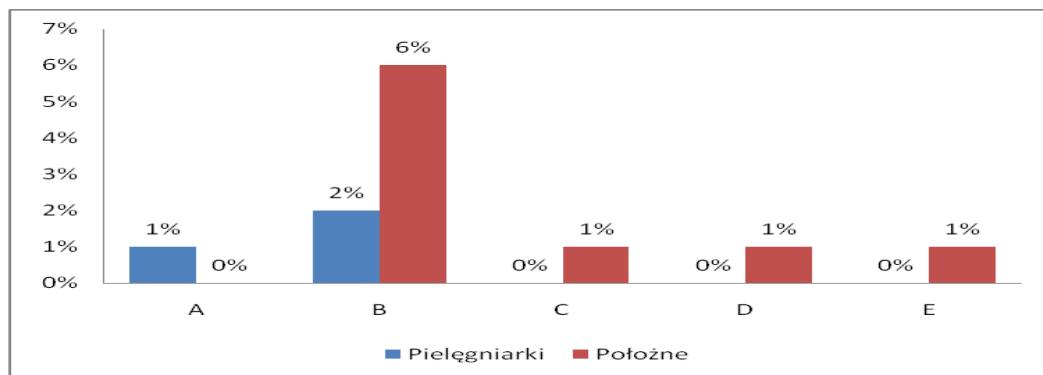
15.	O) podania leków, które mogłyby zagrozić zdrowiu lub życiu pacjenta	0	0	0%	0%
16.	P) inne, jakie?	0	0	0%	0%
17.	<b>Razem:</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>4%</b>	<b>9%</b>

Tab.3. Jakiej dokładnie czynności dotyczyła odmowa? [Badania własne 2015].

Kolejne pytanie dotyczyło reakcji przełożonych na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego z powodu niezgodności z sumieniem. Odpowiedzi padały różne. Zostały opisane w następujących podpunktach:

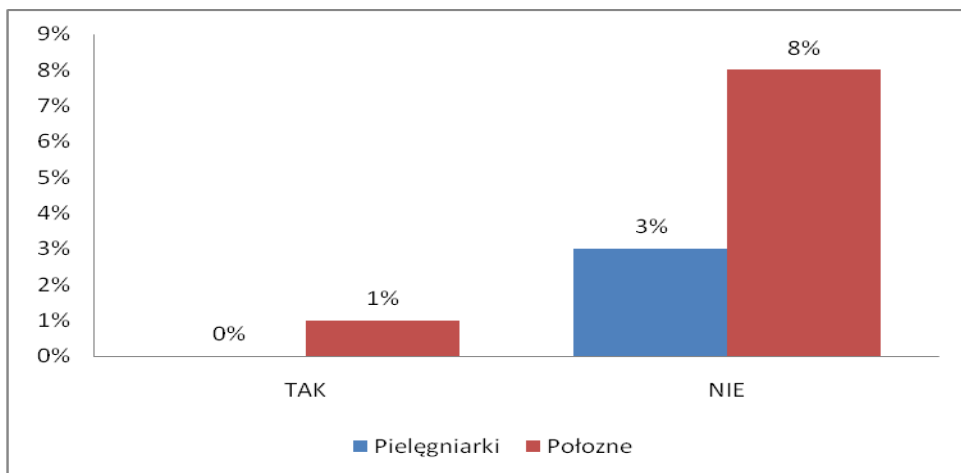
- A) poproszono inną pielęgniarkę o pomoc,
- B) nie było reakcji,
- C) przyjęli do wiadomości,
- D) upomnienie,
- E) musiałam podać powód odmowy na piśmie i uzasadnić.

Odpowiedzi przedstawia Wykres 10.



Wyk. 10. Reakcja przełożonych na odmowę wykonania świadczenia [Badanie własne 2015]

Następnie zapytano respondentów czy w związku z odmową wykonania zlecenia lekarskiego zostały wobec nich wyciągnięte konsekwencje służbowe? Odpowiedzi obrazuje wykres 11.



Wyk. 11. Konsekwencje służbowe [Badanie własne 2015].

Z wykresu 11 wynika, że konsekwencje służbowe zostały wyciągnięte wobec 1 położnej, tj. 1% badanych osób, a wobec 3 pielęgniarek, tj. 3% i 8 położnych, tj. 8% osób ankietowanych konsekwencji służbowych nie wyciągnięto.

Ankietowane zapytano jakiego rodzaju konsekwencje służbowe zostały wyciągnięte wobec nich w związku z odmową wykonania zlecenia niezgodnego z ich sumieniem. Tabela 4. przedstawia odpowiedzi pielęgniarek i położnych.

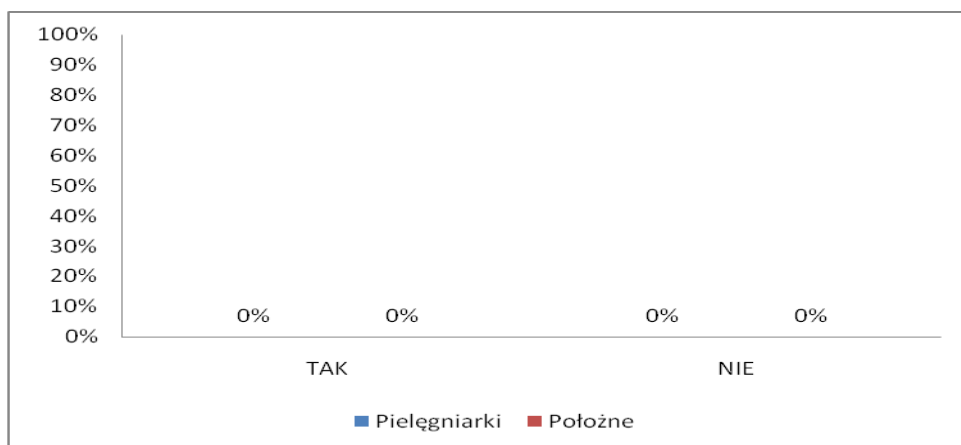
Jeżeli tak, to jakiego rodzaju konsekwencje służbowe zostały wyciągnięte wobec Pani/Pana w związku z odmową wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z sumieniem?					
Lp.	Wersje odpowiedzi	Liczba n		Procent (%)	
1.	A) upomnienie słowne	0	1	0%	1%
2.	B) nagana z wpisaniem do akt	0	0	0%	0%
3.	C) przeniesienie do innej komórki organizacyjnej	0	0	0%	0%
4.	D) kara pieniężna (np. pozbawienie premii)	0	0	0%	0%
5.	E) zwolnienie z pracy	0	0	0%	0%
6.	F) skierowanie skargi do Komisji Etyki Zawodowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych	0	0	0%	0%
7.	G) skierowanie skargi do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej	0	0	0%	0%
8.	H) inne, jakie?	0	0	0%	0%
9.	<b>Razem</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>

*Tab. 4. Jakie konsekwencje służbowe zostały wyciągnięte wobec Pani/Pana w związku z odmową wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z sumieniem? [Badanie własne 2015].*

Zatem tylko wobec 1 położnej, tj. 1% badanej grupy pracodawca zastosował upomnienie słowne.

Kolejne pytanie dotyczyło odwołania się od decyzji w sprawie konsekwencji służbowych. Odpowiedzi przedstawia wykres 12.





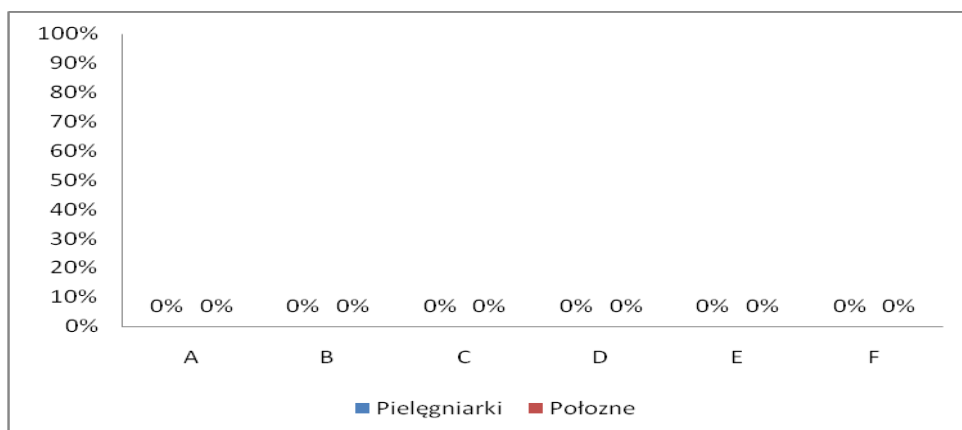
Wyk. 12. Odwołanie od decyzji o ukaraniu [Badanie własne 2015].

Wynika z niego, że żadna z badanych nie odwoływała się od decyzji dotyczącej konsekwencji służbowej związanej z odmową wykonania zlecenia lekarskiego.

W kolejnym pytaniu wymieniono instytucje do jakich pielęgniarki i położne mogły złożyć odwołanie od decyzji pracodawcy dotyczącej konsekwencji służbowych:

- A) Zakładowa Organizacja Związkowa,
- B) Zakładowa Komisja Rozjemcza,
- C) Komisja Etyki Zawodowej przy Okręgowej izbie Pielęgniarek i Położnych,
- D) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,
- E) Sąd Pracy,
- F) Inna, jaka?

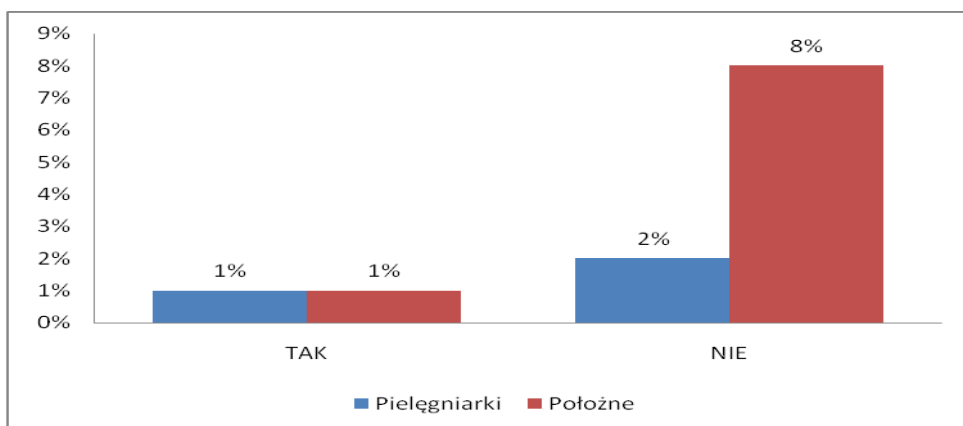
Wykres 13 przedstawia odpowiedzi ankietowanych.



*Wyk. 13. Odwołanie od decyzji pracodawcy do instancji/institucji  
[Badanie własne 2015].*

Jak widać żadna z ankietowanych nie złożyła odwołań od decyzji pracodawcy, dotyczącej konsekwencji służbowych związanych z odmową wykonania zlecenia lekarskiego.

Następnie zapytano badane czy pacjent, jego rodzina lub opiekun prawny złożyli skargę w przypadku odmowy wykonania przez nie świadczenia medycznego. Odpowiedzi obrazuje wykres 14.



Wyk. 14. Skarga pacjenta, jego rodziny lub opiekuna prawnego w przypadku odmowy wykonania świadczenia medycznego [Badanie własne 2015].

Zarówno 1 pielęgniarka, tj. 1% , jak też 1 położna 1% badanej grupy odpowiedziały, że rodzina pacjenta złożyła skargę w związku z odmową wykonania przez nie świadczenia medycznego, 2 pielęgniarki, tj. 2%, badanych osób i 8 położnych, tj. 8% ankietowanych odpowiedziało, że ani pacjent, ani rodzina pacjenta nie złożyła skargi związanej z odmową wykonania świadczenia medycznego.

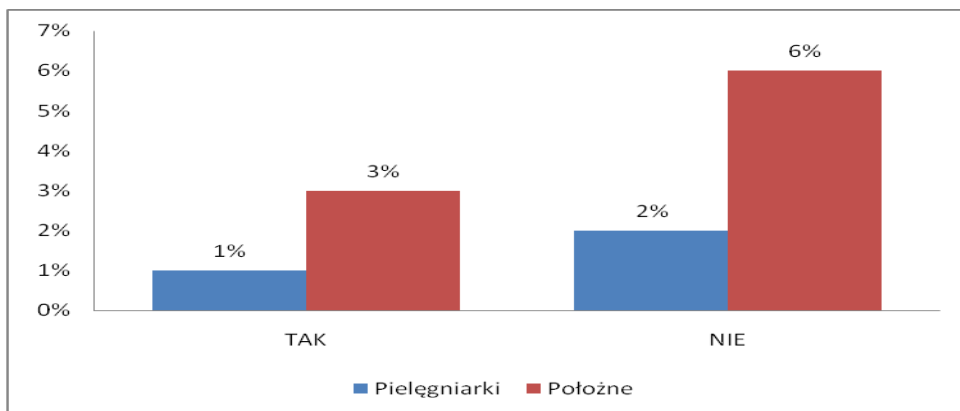
W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o wskazanie do kogo skarga była adresowana, natomiast w tabeli 5 przedstawiono wyniki.

<b>Jeżeli tak, to proszę podać do kogo skarga była adresowana</b>					
<b>Lp.</b>	<b>Wersje odpowiedzi</b>	<b>Liczba n</b>		<b>Procent (%)</b>	
1.	A) do pielęgniarki oddziałowej	1	1	1%	1%
2.	B) do pielęgniarki naczelnej	0	0	0%	0%
3.	C) do lekarza dyżurnego	1	0	1%	0%
4.	D) do ordynatora oddziału	1	1	1%	1%
5.	E) do dyrektora szpitala	0	0	0%	0%
6.	F) do oddziału NFZ	0	0	0%	0%
7.	G) do Rzecznika Praw Pacjenta	0	0	0%	0%
8.	H) do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej	0	0	0%	0%
9.	I) do prokuratury	0	0	0%	0%
10.	J) inne, jakie?	0	0	0%	0%
<b>11.</b>	<b>Razem:</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>

*Tab. 5. Jeżeli tak, to proszę podać do kogo skarga była adresowana*

*[Badanie własne 2015].*

Zapytano też ankietowane czy wskazały pacjentowi inną pielęgniarkę/położną, która może wykonać to świadczenie. Udzielone odpowiedzi przedstawia wykres 15.



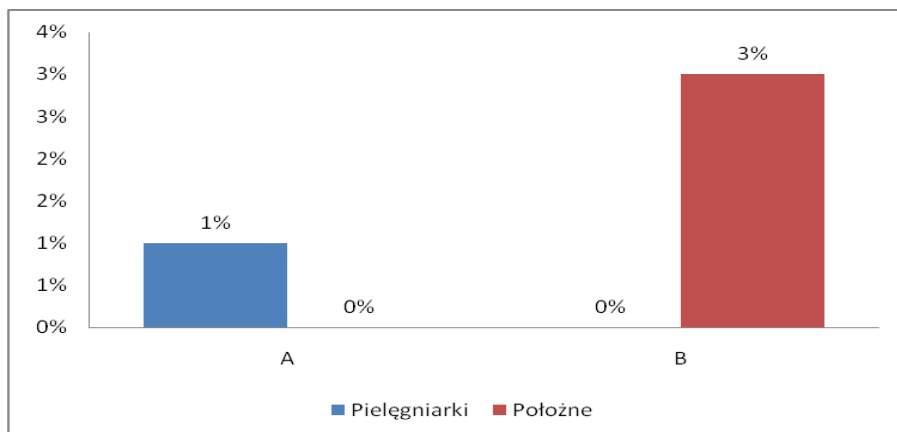
*Wyk. 15. Wskazanie innej pielęgniarki/położnej do wykonania świadczenia  
[Badanie własne 2015].*

1 pielęgniarka, tj. 1% osób badanych i 3 położne, co stanowi 3% osób badanych udzieliło odpowiedzi TAK, odpowiedź NIE zaznaczyły 2 pielęgniarki, tj. 2% badanej grupy oraz 6 położnych, tj. 6% osób ankietowanych.

W kolejnym pytaniu zapytano ankietowane osoby o reakcję wskazanej do wykonania zlecenia pielęgniarki/położnej. W podpunktach przedstawiono odpowiedzi ankietowanych pielęgniarek i położnych:

- A) podjęła wyzwanie,
- B) Wykonała polecenie lekarza.

Wyniki zostały pokazane na wykresie 16.

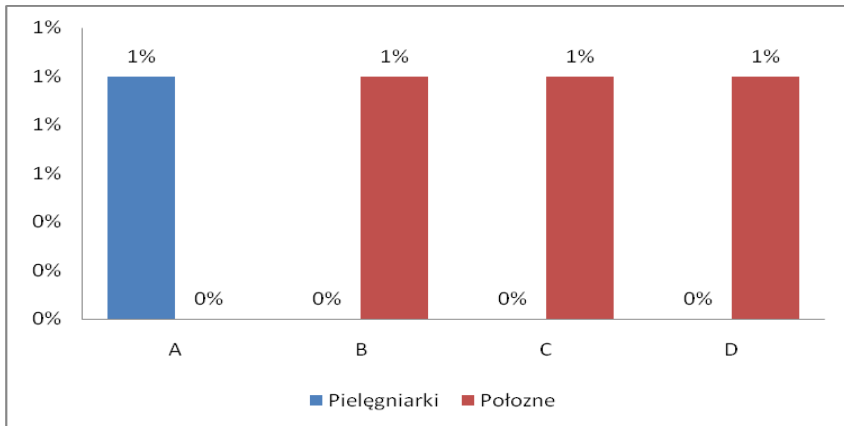


Wyk. 16. Reakcja wskazanej pielęgniarki/położnej [Badanie własne 2015].

Kolejne pytanie dotyczyło reakcji rodziny na wskazanie innej pielęgniarki do wykonania świadczenia zdrowotnego. Ankietowane pielęgniarki i położne wymieniły następujące reakcje:

- A) rodzina nie wiedziała o moich poglądach,
- B) pacjentka nie wiedziała o odmowie,
- C) rodzina nie była obecna w tym czasie w oddziale,
- D) rodzina nie chciała podjąć akcji reanimacyjnej.

Powyższe odpowiedzi przedstawia wykres 17.



*Wyk. 17. Reakcja rodziny na wskazanie innej pielęgniarki/położnej  
[Badanie własne 2015].*

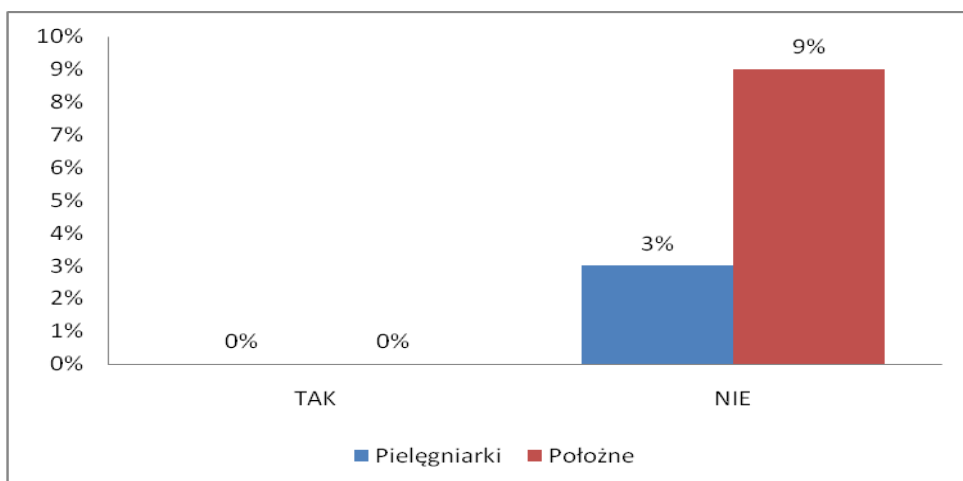
W kolejnym pytaniu poproszono ankietowane osoby, o podanie dlaczego nie wskazała pacjentowi innej pielęgniarki/położnej, która może wykonać to świadczenie.

<b>Jeżeli nie wskazała Pani/Pan pacjentowi innej pielęgniarki/położnej, która może wykonać to świadczenie, to proszę podać dlaczego</b>					
<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj odpowiedzi</b>	<b>Liczba n</b>		<b>Procent (%)</b>	
1.	A) byłam sama na dyżurze,	0	1	0%	1%
2.	B) do zabiegu stanęła koleżanka,	0	1	0%	1%
3.	C) nie zaistniała taka konieczność	0	3	0%	3%
4.	D) lekarz podał lek osobiście.	0	1	0%	1%
<b>5.</b>	<b>Razem:</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0%</b>	<b>6%</b>

*Tab. 6. Jeżeli nie wskazała Pani/Pan pacjentowi innej pielęgniarki/położnej, która może wykonać to świadczenie, to proszę podać dlaczego [Badanie własne 2015].*

Następne pytanie zawierało wskazanie przez pielęgniarkę/położną innej placówki, w której może zostać wykonane w związku z odmową świadczenie zdrowotne. Odpowiedzi zostały przedstawione na wykresie 18.





Wyk. 18. Wskazanie pacjentowi innej placówki do wykonania świadczenia zdrowotnego [Badanie własne 2015].

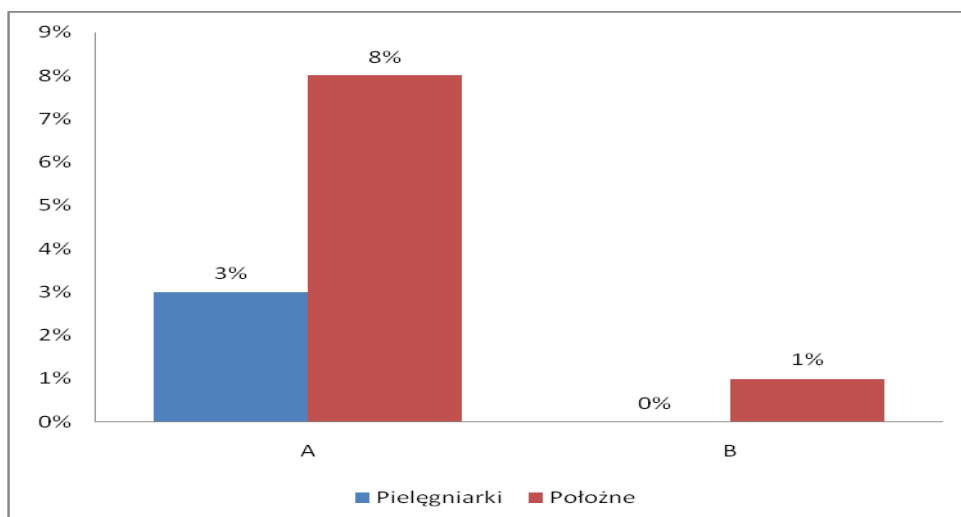
Wykres 18 wskazuje, że wśród osób ankietowanych, które odmówiły wykonania świadczenia zdrowotnego 3 pielęgniarki, tj. 3% badanej grupy oraz 9 położnych, tj. 9% osób badanych odpowiedziało, że nie wskazały innej placówki do wykonania świadczenia zdrowotnego.

Następne pytanie dotyczyło reakcji pacjenta i/lub rodziny. Odpowiedzi podano w poniższych punktach:

A) brak było jakiejkolwiek reakcji,

B) rodzice nie chcieli ratować dziecka z bardzo niską wagą urodzeniową i licznymi wadami rozwojowymi.

Odpowiedzi zostały przedstawione na wykresie 19.



Wyk. 19. Reakcja pacjenta i/lub rodziny [Badanie własne 2015].

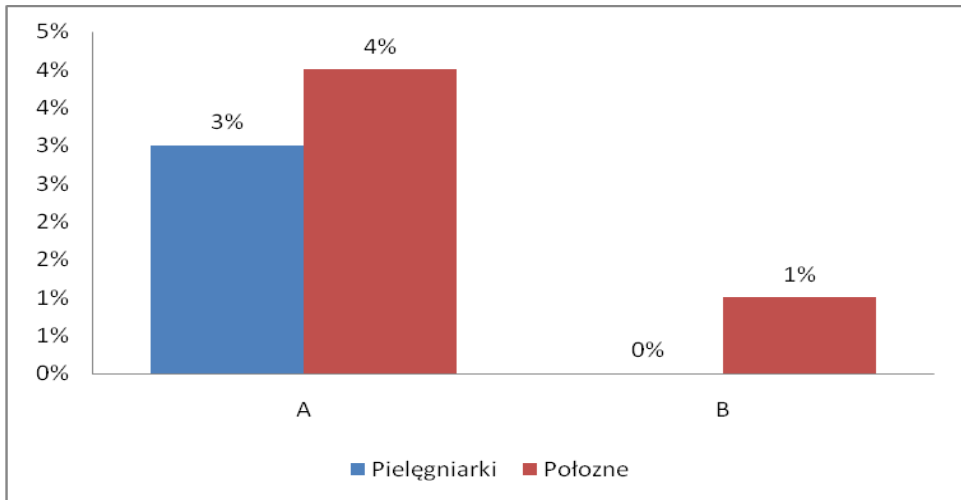
Z wykresu 19. Widać, że odpowiedzi A) – brak było jakiegokolwiek reakcji, udzieliły 3 pielęgniarki, tj. 3% badanych osób oraz 8 położnych, tj. 8% grupy badanej, natomiast odpowiedzi B) – rodzice nie chcieli ratować dziecka z bardzo niską wagą urodzeniową oraz licznymi wadami rozwojowymi, udzieliła 1 położna, tj. 1% osób badanych.

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowane, aby podały dlaczego nie wskazały pacjentowi innej placówki, w której może być wykonane to świadczenie. Poniżej w podpunktach przedstawiono odpowiedzi ankietowanych osób:

A) nie było takiej potrzeby,

B) świadczenie wykonane było na miejscu przy asyście innej osoby,

Na wykresie 20 przedstawiono odpowiedzi badanych pielęgniarek i położnych.



Wyk. 20. Przyczyna niewskazania innej placówki do wykonania świadczenia [Badanie własne 2015].

## Omówienie wyników

Zawód pielęgniarki i położnej to nieustanne udzielanie profesjonalnej pomocy pacjentom poprzez wzmacnianie i utrzymanie zdrowia, minimalizowanie skutków choroby, optymalizację procesu zdrowienia oraz zapobieganie powikłaniom czy pogłębianiu niepełnosprawności. Związane jest to z nieustannym kształceniem i podnoszeniem kwalifikacji i kompetencji zawodowych. Pielęgniarki i położne wykonując swój zawód w oparciu o obowiązujące akty prawne, mają świadomość, że mogą być narażone podczas udzielania określonego świadczenia na konflikt sumienia oraz naruszenie ich własnych zasad moralnych. Mają prawo wówczas skorzystać z klauzuli sumienia w celu odmowy wykonania świadczenia przysługującego pacjentowi. Jednak sama odmowa nie wystarczy, należy spełnić wszystkie przesłanki dotyczące klauzuli sumienia, które wynikają z aktualnie obowiązujących aktów prawnych.

Zdecydowana większość, bo 46% ankietowanych pielęgniarek i 46% położnych, co stanowi 92% badanej grupy, twierdzi, że wie co to jest klauzula sumienia, natomiast 4% pielęgniarek oraz 4% położnych, tj. 8% osób badanych, nie wie co to jest klauzula sumienia. Znajomość obowiązujących aktów prawnych, przez praktykujący personel medyczny pozwala na korzystanie z zapisów o klauzuli sumienia. Nieco mniej już jednak - 32% pielęgniarek i 29% położnych tj. 61% grupy badanej, wie gdzie można znaleźć zapisy mówiące o klauzuli sumienia, natomiast 18% pielęgniarek i 21% położnych, tj. 39% grupy badanej nie wie w jakich dokumentach szukać zapisów dotyczących klauzuli sumienia.

Aż 39% nie potrafi podać aktów prawnych, w których widnieją zapisy dotyczące klauzuli sumienia, oraz stosować zasad wynikających z tych zapisów.

Zapis o klauzuli sumienia w dokumentach warunkujących wykonywanie zawodów medycznych, daje prawo do odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem osoby, która zobowiązana jest do jego wykonania. Jednak zaledwie 3% badanych pielęgniarek oraz 9% położnych odmówiło wykonania zle-

cenia/polecenia lekarskiego niezgodnego z ich sumieniem, a 47% ankietowanych pielęgniarek, i 41% badanych położnych odpowiedziało, że nie odmówiło wykonania zlecenia/polecenia lekarskiego niezgodnego z ich sumieniem. Zatem pojawiające się i nagłaśniane w mediach doniesienia czy obawy, że instytucja klauzuli sumienia może stwarzać pole do jej nadużywania wydaje się w świetle powyższych wyników bezzasadne. Potwierdzają to również badania innych autorów.

Badane osoby podały również szczegółowo jakiego świadczenia odmówiły. 1% badanych pielęgniarek odmówiło odstąpienia od resuscytacji chorego w terminalnym stanie choroby nowotworowej, również 1% pielęgniarek odmówiło odstąpienia od resuscytacji wcześniaka o bardzo niskiej wadze urodzeniowej z licznymi wadami wrodzonymi, 1% położnych odmówiło przygotowania pacjentki do zabiegu aborcji (np. udział w farmakoterapii przed zabiegiem), 2% położnych odmówiło asystowania podczas zabiegu aborcji, 1% położnych odmówiło asystowania przy zabiegu sterylizacji, 1% pielęgniarek odmówiło uporczywej terapii pacjenta w stanie wegetatywnym, 1% pielęgniarek odmówiło odłączenia od aparatury pacjenta w stanie śpiączki mózgowej, 1% położnych odmówiło podania leków lub szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, 1% położnych odmówiło asystowania do zabiegów z dziedziny sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej.

Jak wynika z uzyskanych danych kierownictwo placówki medycznej zawsze reaguje, gdy dochodzi do odmowy wykonywania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. Reakcję przełożonych na odmowę wykonania zlecenia/polecenia lekarskiego, badane pielęgniarki i położne opisują w następujący sposób - 1% pielęgniarek stwierdziło, że poproszono inną pielęgniarkę o pomoc, 2% ankietowanych pielęgniarek i 6% położnych podało, że nie było reakcji, 1% położnych odpowiedziało, że przełożeni przyjęli do wiadomości, 1% położnych otrzymało upomnienie, również 1% położnych oświadczyło, że musiałam podać powód odmowy na piśmie i uzasadnić.

W przypadku odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem, zdarza się, że przełożeni, pomimo zapisu w klauzuli sumienia o możliwości odmowy, wyciągają konsekwencje służbowe wobec osób, które odmówiły jego wykonania. Konsekwencje służbowe zostały wyciągnięte wobec 1% położnych, przełożeni zastosowali karę w postaci upomnienia słownego, natomiast wobec 3% badanych pielęgniarek i 8% położnych, które odmówiły wykonania świadczenia zdrowotnego, konsekwencji służbowych nie wyciągnięto.

Pielęgniarki i położne, które odmówiły wykonania zlecenia/polecenia lekarskiego niezgodnego z ich sumieniem mają prawo odwołania się od decyzji przełożonych, stanowiącej konsekwencje służbowe. Żadna z ankietowanych pielęgniarek i położnych nie odwoływała się od decyzji dotyczącej konsekwencji służbowej związanej z odmową wykonania zlecenia lekarskiego.

Pacjent, jego rodzina lub opiekun prawny w przypadku odmowy wykonania świadczenia medycznego przez pielęgniarkę/położną ma prawo do złożenia skargi. 1% pielęgniarek, jak też 1% położnych odpowiedziało, że rodzina pacjenta złożyła skargę w związku z odmową wykonania przez nie świadczenia medycznego, 2% pielęgniarek i 8% położnych, odpowiedziało, że ani pacjent, ani rodzina pacjenta nie złożyła skargi związanej z odmową wykonania świadczenia medycznego. 1% pielęgniarek i 1% położnych odpowiedziało, że pacjent i jego rodzina skierowali skargę na odmowę wykonania świadczenia medycznego do pielęgniarki oddziałowej, 1% pielęgniarek badanych stwierdziło, że skarga trafiła do lekarza dyżurnego a 1% pielęgniarek i 1% położnych odpowiedziało, że skarga na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego skierowano do ordynatora oddziału.

W przypadku odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego należy wskazać pacjentowi inną pielęgniarkę lub położną, która to świadczenie wykona. 1% badanych pielęgniarek i 3% położnych wskazało pacjentowi inną osobę, która wykona zlecenie lekarskie, ale 2% pielęgniarek i 6% położnych nie wskazało pacjentom innej pielęgniarki czy położnej aby wykonała świadczenie zdrowotne.

Wskazana przez pielęgniarkę czy położną osoba do wykonania zlecenia lekarskiego, którego wykonania odmówiła ma prawo do swoistej reakcji. 1% pielęgniarek odparło, że wskazana przez nią do wykonania zlecenia pielęgniarka podjęła wyzwanie, natomiast 3% położnych napisało, że wskazana przez nie położna wykonała polecenie lekarza.

Wskazanie innej pielęgniarki lub położnej do wykonania odmowy świadczenia zdrowotnego może wywołać u pacjenta i/lub rodziny określoną reakcję. 1% ankietowanych pielęgniarek podało odpowiedź: rodzina nie wiedziała o moich poglądach, 1% badanych położnych podało pacjentka nie wiedziała o odmowie, 1% badanych położnych stwierdziło rodzina nie była w tym czasie obecna w oddziale, również 5 położnych odpowiedziało – rodzina nie chciała podjąć akcji reanimacyjnej.

W przypadku odmowy wskazania pacjentowi innej pielęgniarki czy położnej do wykonania świadczenia zdrowotnego zobowiązano ankietowane do podania dlaczego nie dokonały wskazania. 1% badanych położnych udzieliło odpowiedzi byłam sama na dyżurze, do zabiegu stanęła koleżanka – odpowiedziało również 1% badanych położnych, 3% położnych podało, że nie zaistniała taka konieczność, 1% położnych odpowiedziało - lekarz podał lek osobiście.

Odmowa wykonania zlecenia/polecenia lekarskiego wiąże się ze wskazaniem pacjentowi innej placówki, w której to świadczenia może być wykonane. 3% badanych pielęgniarek i 9% położnych, które odmówiły wykonania świadczenia nie wskazało pacjentowi innej placówki do wykonania tego świadczenia.

Pacjent i jego rodzina mają prawo do informacji o przyczynach odmowy wykonania świadczenia medycznego przez pracowników medycznych placówki ochrony zdrowia. W przypadku odmowy wskazania innej placówki, w której to świadczenie może być wykonane reakcja pacjenta i/lub rodziny może być różna. 3% ankietowanych pielęgniarek i 8% położnych udzieliło następującej odpowiedzi - brak było jakiegokolwiek reakcji, natomiast 1% położnych odpowiedziało, że

rodzice nie chcieli ratować dziecka z bardzo niską wagą urodzeniową oraz licznymi wadami rozwojowymi.

Ankietowane pielęgniarki i położne odpowiedziały również dlaczego nie wskazały pacjentowi innej placówki. 3% pielęgniarek i 4% położnych podało, że nie było takiej potrzeby, 1% badanych położnych napisało, iż świadczenie wykonane było na miejscu przy asyście innej osoby.

Na podstawie uzyskanych można stwierdzić z całą stanowczością, że znajomość klauzuli sumienia nie ma bezpośredniego związku ze stopniem wykształcenia w badanej grupie pielęgniarek i położnych. Wynikać może ona z zaangażowania w wykonywanie zawodu medycznego i chęci posiadania wiedzy aby wykonywać obowiązki zawodowe zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną i na najwyższym poziomie.

## **Wnioski**

1. Badane w zdecydowanej większości (92%) deklarują, że znają pojęcie klauzuli sumienia. Jednak w rzeczywistości nie potrafią wymienić wszystkich podstawowych aktów prawnych, w których istnieją zapisy dotyczące klauzuli nawet jeżeli korzystały już z prawa do odmowy świadczenia medycznego niezgodnego z ich sumieniem, ale wiedzą komu należy zgłosić prawo do odmowy i zdają sobie sprawę z delegowania świadczenia na inną pielęgniarkę czy położną.

2. W praktyce rzadko korzystają z możliwości powołania się na klauzulę sumienia (3% pielęgniarek i 9% położnych), a najczęstsze powody odmowy świadczeń stanowiły tu: odstąpienie od resuscytacji chorego w terminalnym stanie choroby nowotworowej, odstąpienie od resuscytacji wcześniaka o bardzo niskiej wadze urodzeniowej z licznymi wadami wrodzonymi, przygotowanie pacjentki do zabiegu aborcji (np. udział w farmakoterapii przed zabiegiem), asystowanie podczas zabiegu aborcji, asystowanie przy zabiegu sterylizacji, uporczywa terapia pacjenta w stanie wegetatywnym, odłączenie od aparatury pacjenta w sta-



nie śpiączki mózgowej, podanie leków lub szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, asystowanie do zabiegów z dziedziny sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej.

3. Najczęstszymi problemami z powodu dozwolonej przepisami odmowy świadczeń było upomnienie słowne zastosowane przez przełożonych w stosunku do jednej położnej (1%).

## **Podsumowanie**

Zawód pielęgniarki i położnej, jak też inne zawody medyczne wykonywać można w oparciu o akty prawne aktualnie obowiązujące w Polsce. Znajomość tych norm prawnych pozwala wykonywać obowiązki zawodowe pielęgniarki czy położnej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z poszanowaniem godności osobistej pacjenta i jego rodziny. Zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP oraz z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej, mają one prawo i obowiązek ciągłego podnoszenia kompetencji i kwalifikacji zawodowych, nieustannego zdobywania wiedzy medycznej w celu sprawowania opieki nad pacjentem w sposób godny, dążąc do poprawy jego zdrowia biopsychospołecznego. Znając zapisy dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej można korzystać z prawa do odmowy wykonania świadczenia medycznego niezgodnego z sumieniem powołując się na klauzulę sumienia. Znajomość aktów prawnych wpisana jest w wykonywanie zawodu pielęgniarki czy położnej. Zapis o klauzuli sumienia w dokumentach warunkujących wykonywanie zawodów medycznych, daje prawo do odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem osoby, która zobowiązana jest do jego wykonania. Badane podały szczegółowo jakiego świadczenia odmówiły. Były to pojedyncze przypadki dotyczące odstąpienia od resuscytacji chorego w terminalnym stanie choroby nowotworowej, resuscytacji wcześniaka o bardzo niskiej wadze urodzeniowej z licznymi wadami wrodzonymi, przygotowania pacjentki do zabiegu aborcji (np.

udział w farmakoterapii przed zabiegiem), asystowania podczas zabiegu aborcji, asystowania przy zabiegu sterylizacji, uporczywej terapii pacjenta w stanie wegetatywnym, odłączenia od aparatury pacjenta w stanie śpiączki mózgowej, podania leków lub szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, asystowania do zabiegów z dziedziny sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej.

Praca pielęgniarek i położnych wiąże się ze względu na swój charakter z wieloma dylematami natury etycznej, np. wykonanie zlecenie/polecenia lekarskiego ratującego pacjenta ale niezgodnego z własnym sumieniem, W sytuacjach takich prawodawstwo w Polsce przewiduje tu jednak instytucję tzw. klauzuli sumienia czyli możliwość odstąpienia od wykonania świadczenia medycznego z powodu niezgodności z sumieniem. W związku z odmową wykonania świadczenia istnieje obowiązek poinformowania o tym pacjenta oraz jego rodziny. Powód odmowy powinien być podany lekarzowi zlecającemu lub ordynatorowi na piśmie wraz z uzasadnieniem oraz wskazaniem innej pielęgniarki/położnej do wykonania tego zlecenia. Jak jednak wskazują badania mimo, iż pielęgniarki i położne w większości zdają sobie sprawę z takiej możliwości w praktyce korzystają z niej rzadko. Jest to istotne, szczególnie w kontekście niedawnych licznie pojawiających się opinii nagłaśnianych i powielanych w mediach w kontekście sytuacji dotyczących zastosowania klauzuli sumienia (np. sprawa prof. Chazana), czy różnych nieprawidłowości (matka, która urodziła „nie swoje” dziecko po zapłodnieniu in vitro) związanych z procedurami wątpliwymi etycznie, że dopuszczona prawnie instytucja klauzuli sumienia (możliwość odmowy świadczeń) będzie przez personel medyczny nadużywana. Badania własne, jak i innych autorów pokazują jednak, że wcale tak nie jest. Głównie w sytuacjach odstąpienia od resuscytacji chorego w terminalnym stanie choroby nowotworowej, resuscytacji wcześniaka o bardzo niskiej wadze urodzeniowej z licznymi wadami wrodzonymi, przygotowania pacjentki do zabiegu aborcji (np. udział w farmakoterapii

przed zabiegiem), asystowania podczas zabiegu aborcji, asystowania przy zabiegu sterylizacji, uporczywej terapii pacjenta w stanie wegetatywnym, odłączenia od aparatury pacjenta w stanie śpiączki mózgowej, podania leków lub szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, asystowania do zabiegów z dziedziny sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej. Zwłaszcza, że pracodawcy potrafią niekiedy wyciągnąć z powodu uregulowanej prawnie możliwości odmowy świadczeń konsekwencje służbowe. Gwarancja klauzuli sumienia jest jednak w zawodach pielęgniarstwa i położnictwa niezmiernie ważna i potrzebna pomimo obaw niektórych o zapewnienie przysługujących pacjentowi świadczeń daje przedstawicielom zawodów medycznych możliwość postępowania i pozostawania w zgodzie z własnym sumieniem.

### **Piśmiennictwo**

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. (D.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
2. Wróbel A., Jacek A., Gajdek M., Stosowanie klauzuli sumienia w zawodach lekarza, pielęgniarstwa i położnictwa w świetle obowiązujących przepisów prawa., *Pielęgniarstwo XXI wieku*, nr 1 (46)/2014
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (z późn. zm., Dz. U. Nr 174)
4. Słowińska A., Aspekty prawne odmowy wykonania zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę., w: *Magazyn Pielęgniarstwa i Położnictwa* 09/2015, s. 42-43
5. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarstwa i Położnictwa Rzeczypospolitej Polskiej- obowiązujący od dnia 9 grudnia 2003 r. (przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych)
6. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Rzym, 4 listopada 1950 r. (z późn. zm.)

7. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Nowy Jork 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. 1977 nr 38 poz. 167)
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788, 905).
9. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Paryż, 10 grudnia 1948
10. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2011 nr 174, poz. 1038)
11. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, ze zm.)
12. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz. 17 z 2009 z dnia 31 marca 2009.)
13. Karkowska D., Prawo medyczne dla pielęgniarek., Wydawnictwo LEX, Warszawa 2013
14. Derlacki J., Z repertorium rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prawo pacjenta do intymności., Magazyn Pielęgniarki i położnej 5/2015, s. 10-11
15. <http://niezalezna.pl/53371-polozne-nie-chca-byc-przy-zabijaniu-dzieci>, (data dostępu: 30.08.2015.)
16. <http://apchor.pl/2014/05/27/Pielegniarka-i-polozna-a-klauzula-sumienia>, (data dostępu 08.10.2015.)
17. Jarmoluk P., Ikwanty K., Durak K., Klauzula sumienia w praktyce pielęgniarki., Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych Tygiel 2009 - czyli jak rozwijać naukę? Lublin, 23-24 września 2009. Pod red. Caban J., Szala M., Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2009, s. 116-122
18. Pirogowicz I., Smolarek S., Kasperzak-Smolarek P., Eutanazja – nasza opinia – badania naukowe., Fam. Med. Primary Care Rev. 2006, 88, s. 484-488
19. Durak K., Tetych J., Jarmoluk P., Sumienie jako kategoria etyczno-prawna w pracy pielęgniarki., Pielęgniarstwo XXI wieku, 2009, nr 4, s. 13-19

20. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K., K. „Postawy pielęgniarek wobec eutanazji”. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011,1,3, s., 199-208, Wyd. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
21. Sieńko A., Skuteczność sprzeciwu na pobranie tkanek i narządów w kontekście obowiązków lekarza. Stan de lege lata i wnioski de lege ferenda., *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013, vol. 3, nr 2, s., 167-173, Wyd. Akademia Medyczna Im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
22. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Wyd. II, Wyd. Pallotinum, Poznań 2002, s. 531 -532
23. Duda J., *Cywilnoprawna problematyka transplantologii medycznej.*, Wyd. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011
24. Nestorowicz M., Śliwka K., Pobieranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów do celów naukowych – problem prawny i medyczny., *Prawo i Medycyna* 2009, nr 4 s. 5-6
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz. U. z 2006 r., Nr 228, poz. 1671)
26. <http://www.poltransplant.org.pl> (data dostępu 08.12.2015.)
27. [https://www.google.pl/?gws\\_rd=ssl#q=www.odst%C4%85piecie+od+reanimacji.pl](https://www.google.pl/?gws_rd=ssl#q=www.odst%C4%85piecie+od+reanimacji.pl) (data dostępu 08.12.2015.)
28. <http://www.klubanest.com.pl/?p=16> (data dostępu 08.12.2015.)
29. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, Wyd. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2015
30. Szeroczyńska M., *Dylematy Medyczne i Prawne. Intensywna Terapia bezpieczna dla Lekarza i Pacjenta*, Konferencja Wrocław 10 maja 2013
31. Szewczyk K., *Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania*, *Diametros* nr 26/2010, s. 96-135

32. Chańska W., Hartman J., (red.), Bioetyka w zawodzie lekarza., Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010
33. Gadzinowski J., Jopek A., Neonatologia – między etyką a pragmatyzmem, Nauka 3/2007, s. 21-30.
34. Świetliński J., Granice intensywnej terapii w neonatologii i pediatrii. Opieka Paliatywna nad dziećmi Tom XV:22-24, Wyd. 2007
35. Dangel T., i wsp., Praktyka powstrzymywania się od resuscytacji dzieci w Polsce. Standardy Medyczne/Pediatrics 7 (6)/2009, s. 1044-1051
36. Kornas S., Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej, Częstochowa 1986, s. 143
37. Safjan M., Prawo i Medycyna, Warszawa 1998, s. 10-11.
38. Nestorowicz M., Prawo medyczne, wyd. VII, Toruń 2005, s. 211
39. Lang W., Prawne problemy ludzkiej prokreacji, Toruń 2000 r.
40. Gałązka M., Prawo francuskie wobec embrionu in vitro, PiP 6/2000, s. 63
41. Konowicz J., Teorie poznania naukowego. Tł. z jęz. ang. J. Sito., Przegląd biblioteczny, 2012, nr 2/3, z. 2 s. 25-29
42. Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011

Adres do korespondencji:

mgr Elżbieta Adamkiewicz

eadamkiewicz@interia.pl

Przesłano do druku: 01.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 01.10.2017 r.

**Predykatory zachowań nieetycznych i antyspołecznych osób nieletnich, pozostających pod nadzorem kurateli zawodowej w Polsce**  
**Predicates of unethical and antisocial behaviour of juveniles being under the wardship supervision in Poland**

dr Celina Witkowska

Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu

**Streszczenie**

Wraz z gwałtownymi przemianami, które zachodziły we wszystkich dziedzinach życia społeczno-ekonomicznego współczesnego wieku, nastąpił wzrost zachowań nieetycznych i antyspołecznych dzieci i młodzieży – a co się z tym wiąże - zjawisk patologicznych. Obok wagarów, wulgaryzmów, narkomanii czy alkoholizmu, pojawiły się również: kryzys wartości i norm społecznych oraz degradacja społeczna. Powyższe przyczyny spowodowały ogólny wzrost zaburzeń zachowania, a przede wszystkim wzrost ilości nieletnich wchodzących w konflikt z prawem, którzy popełniają coraz bardziej brutalne i bezwzględne czyny. Obniżyła się znacznie granica wieku zdeprawowanych jednostek.

Wobec powyższej problematyki, zapobieganie zjawiskom szkodliwym jest znacznie bardziej ekonomiczne i skuteczne niż zwalczanie ich negatywnych skutków. Mam tu na myśli zarówno problematykę w skali jednostkowej, jak też społecznej. Dlatego dużą wagę należy przywiązywać do profilaktyki zwłaszcza podejmowanej w początkowej fazie rozwoju tego zjawiska. Aby skutecznie mu przeciwdziałać należy zjednoczyć wysiłki, ujednoczyć i skoordynować działania

różnych instytucji zaangażowanych w problematykę nieletnich. Musimy nadać im odpowiednią rangę i traktować je priorytetowo.

Słowa kluczowe: Osoby nieletnie, agresja, kuratela zawodowa, zagrożenie wykluczeniem społecznym, zachowania nieetyczne, zachowania antyspołeczne, patologizacja życia społecznego, predykatory zachowań nieetycznych i antyspołecznych.

### **Abstract**

Together with the rapid transformation that took place in all aspects of socio-economic life in contemporary age, an increasement of unethical and anti-social behaviour of children and youth involving pathologies occurred. Apart from truancy, vulgar language, drug addiction or alcoholism there also appeared the crisis of values and social standards, and a social decline. The above reasons caused the general increasement of behaviour disorder, especially in quantity increasement of juveniles breaking the law, committing more and more brutal and ruthless acts. The age limit of deprived individuals also decreased significantly. Due to the issues mentioned above, the prevention of the harmful phenomena is much more economic and effective than fighting back their negative effects. I mean the individual and social scale issues. Therefore, a close attention should be paid to prevention, especially taken in the early development stage of this phenomenon. In order to counteract it effectively, the common efforts of different institutions involved in juveniles' issues should be united, harmonized and coordinated. We must give them an appropriate rank and treat them with priority.



Keywords: Juveniles, aggression, wardship supervision, risk of social exclusion, unethical behaviour, antisocial behaviour, pathology acts of social life, predicates of unethical and antisocial behaviour.

## **Wprowadzenie**

Wraz z gwałtownymi przemianami, które zachodziły we wszystkich dziedzinach życia społeczno – ekonomicznego współczesnego wieku, nastąpił wzrost zachowań nieetycznych i antyspołecznych dzieci i młodzieży – a co się z tym wiąże - zjawisk patologicznych. Obok wagarów, wulgaryzmów, narkomanii czy alkoholizmu, pojawiły się również: kryzys wartości i norm społecznych oraz degradacja społeczna. Powyższe przyczyny spowodowały ogólny wzrost zaburzeń zachowania, a przede wszystkim wzrost ilości młodocianych wchodzących w konflikt z prawem, którzy popełniają coraz bardziej brutalne i bezwzględne czyny. Obniżyła się znacznie granica wieku zdeprawowanych jednostek. Wzrósł odsetek czynów popełnianych przez nieletnie dziewczęta, które stały się równie brutalne jak chłopcy. Poszerzył się krąg młodych ludzi pijących alkohol, zażywających narkotyki, uczestniczących w swoistym życiu grup subkulturowych, najczęściej o charakterze antyspołecznym. Takie zachowania nieletnich jest jednym z bardziej nagłośnionych w ostatnich latach zjawisk. Niestety coraz częściej we wszystkich środkach masowego przekazu mowa jest o brutalnych rozbojach, dokonanych przez młodzież, niejednokrotnie i dzieci w wieku szkolnym. Każda z tych patologii upowszechniana przez media, wywołuje ogólne poczucie gniewu i bezsilności z powodu lawinowego wzrostu niewłaściwych i nieetycznych zachowań wśród młodych Polaków.

Profesor N. Han-Iglewicz bardzo trafnie formułuje kryteria pozwalające różnicować antyspołeczności od dostosowania społecznego. Przedstawia ona 4 zakresy działania w w/w zakresie:

dostosowanie względnie niedostosowanie do warunków (tj. nieumiejętność akomodacji),

- Niedostosowanie/dostosowanie do wybranych przez jednostkę celów i wartości (tj. nieumiejętność identyfikacji z nimi).
- Niedostosowanie/dostosowanie do warunków (tj. nieumiejętność akomodacji),
- Niedostosowanie/dostosowanie do norm (elementarne braki w zakresie ich akceptacji),
- Niedostosowanie/dostosowanie do ludzi (całkowita lub częściowa niezdolność asymilacji),

Dziś termin „nieprzystosowanie” czy „zachowań antyspołecznych” coraz częściej zastępowany jest przez pojęcie „zaburzenia w sferze zachowania i emocji”[1]. By zrozumieć jak przebiega proces dostosowywania się, konieczne jest dotarcie do przyczyn zachowania się danej jednostki. Na proces dostosowywania się składają się zasadnicze elementy:

- frustracja;
- motywacja,
- czy konflikt wewnętrzny.

By czerpać satysfakcję z zaspokajania potrzeb, młodzież stosuje rozmaite formy zachowania, będące wyrazem poszukiwania sposobów na ich subiektywne zaspokojenie. Może osiągać tym samym satysfakcję częściową lub całkowitą, krótkotrwałą lub stałą. Wybory dokonywane przez dziecko czy młodzież nie zawsze są właściwe – czasem wybrana forma jest adekwatna tylko na krótki czas, a na dłuższy może okazać się bardzo szkodliwa. Gdy jednostka nie posiada orientacji w tej kwestii, może dowolnie zmieniać formy, a co za tym idzie stać się społecznie niedostosowaną. Od tego momentu w niedługim czasie trafia pod nadzór kurateli sądowej. Można zatem przyjąć stwierdzenie, że ogólnie rzecz ujmując proces dostosowania się to nauka eliminowania form niekorzystnych. Jest to zarazem wyrabianie sobie określonej postawy oraz zrozumienia sytuacji. Takie za-

chowanie powinno pozwolić osobie na racjonalne zaspokojenie jej osobistych potrzeb i nie dopuścić do frustracji.

Wobec powyższej problematyki, zapobieganie zjawiskom szkodliwym jest znacznie bardziej ekonomiczne i skuteczne niż zwalczanie ich negatywnych skutków. Mam tu na myśli zarówno problematykę w skali jednostkowej, jak też społecznej. Dlatego dużą wagę należy przywiązywać do profilaktyki zwłaszcza podejmowanej w początkowej fazie rozwoju tego zjawiska. Aby skutecznie mu przeciwdziałać trzeba bezwzględnie zjednoczyć wysiłki, ujednoczyć jak też skoordynować działania różnorodnych instytucji zaangażowanych w pracę nad resocjalizacją nieletnich. Musimy nadać im odpowiednią rangę i traktować je priorytetowo.

Zjawisko agresji wśród dzieci i młodzieży jako element zaburzeń zachowania Jedną z form zachowań nieetycznych i antyspołecznych jest problematyka agresji. Jest ona szczególnie nasilona wśród nieletnich, pozostających pod nadzorem kuratora. Pojawia się tam, gdzie powstaje napięcie lub konflikty, z którymi młodzi ludzie nie potrafią sobie poradzić. Może to doprowadzić do silnych negatywnych emocji czy nawet głębokich urazów psychicznych. Statystycznie w wielu polskich rodzinach występuje agresja i przemoc w rozmaitych formach. Niestety pokłosiem tego jest antyspołeczne zachowanie dzieci, wychowujących się w takich właśnie środowiskach. Oczywiście są różne rodzaje agresywnych zachowań.

Ze względu na przedmiot postaw rozróżniamy następujące agresje.

- Autoagresję;
- Agresję skierowaną na ludzi;
- Agresję skierowaną na zwierzęta lub rośliny. [2]

Natomiast dzieląc agresję na sposób jej manifestowania należy ją podzielić na agresję jawną, w której skład wchodzi:

- agresja fizyczna - bezpośredni atak zagrażający ciału;

- agresja słowna - przykre formy atakowania drugiej osoby za pomocą słów, poprzez obrażanie oraz poniżanie;

- agresja spontaniczna – /prof. Reykowski Janusz pisze o dwóch jej mechanizmach/:

- mechanizm związany z zachowaniem równowagi w strukturze [ja];

- mechanizm związany z zapotrzebowaniem na stymulację;

- agresja symboliczna – skierowana jest na przedmioty, które dla atakującego agresora są symbolem określonej instytucji (czy osoby). [3]

Cechą charakterystyczną dla destruktywnych zachowań jest możliwość wystąpienia różnorodnych form. Są one bardzo tendencyjne dla określonego agresora.

Rzadko ulegają modyfikacji. Zatem mogą się przejawiać:

- w formie ataku agresji- polega to na sprawieniu bólu drugiej osobie, zaszkodzenia jej;

- w formie izolowania się - to wzajemne unikanie się, nieodzywanie się do siebie wzajemnie, zerwanie jakichkolwiek stosunków;

- w formie demonstrowania – okazywanie niechęci, niezadowolenia np. do innej osoby poprzez wyrzuty, gesty, miny, słowa, aluzje. [4]

Wpływ na takie właśnie zachowanie ma na z pewnością środowisko, w którym dany nieletni się wychowuje. Wszystkie czynniki wpływają na rozwój osobowości młodego człowieka. W świetle literatury przedmiotu najczęściej występującymi przyczynami nasilenia się agresji w młodzieży są:

- przyczyny tkwiące w środowisku rodzinnym;

- przyczyny tkwiące w szkolnym środowisku;

- środki masowego przekazu;

- określona sytuacja, która może sprzyjać wywołaniu zachowania nieetycznego lub destrukcyjnego;

- przyczyny tkwiące w środowisku rówieśniczym.

W powstawaniu zachowań antyspołecznych największą rolą jest przypisywana rodzinie. Agresja, która jest stosowana w rodzinach, często obecna jest później w życiu i zachowaniu dorosłych dzieci. Wychowanie w środowisku przestępczym ma radykalny wpływ na zachowanie młodego człowieka. Należy przy tym być świadomym tego, że obecnie zjawiska takie jak, np. kradzieże czy przestępczość występują również wśród młodocianych wywodzących się z rodzin o średnim lub nawet wyższym statusie społecznym, z tzw. „pozytywnych rodzin”, a nie tylko ze środowisk tradycyjnie określanych jako patologiczne.[5]

Omawiając funkcjonowanie rodzin, nie można pominąć kategorii rodzin, jakie wyodrębniła S. Kawula. Autorka szczególną uwagę zwraca w nich na rodziców, którzy tak naprawdę stymulują swoje potomstwo do zachowań uznanych jako społecznie nieakceptowanych:

- rodziny niewydolne wychowawczo - charakteryzuje się ona znacznymi i częstymi zaburzeniami we współżyciu rodzinnym; bardzo często dochodzi tu do kłótni rodzinnych, również ze szkołą; w rodzinie takiej zauważa się brak aspiracji życiowych, perspektywicznego spojrzenia na przyszłość. Najistotniejsze staje się to, co jest „tu i teraz”. Zazwyczaj są to rodziny niepełne, bądź też takie, w których relacje między małżonkami są na granicy rozpadu; pojawiają się tu również znaczne problemy finansowe i nieumiejętność radzenia sobie z nimi;
- rodziny patologiczne - jest to rodzina, która wchodzi w konflikt z prawem, elementarnymi zasadami etyki społecznej czy moralności. Często dochodzi tu do kradzieży, bójek, narkomanii, prostytucji. Charakterystyczną cechą jest występowanie w niej wielu czynników negatywnych, patogennych, takich jak: alkoholizm, zaburzone więzi wewnątrzrodzinne, przemoc w rodzinie agresja, życie na skraju biedy i ubóstwa, przestępczość;
- rodziny jeszcze wydolne – charakteryzują się tym, że często warunki wychowawcze oraz funkcjonowanie tej rodziny, jest zaburzone; mogą tu występować różnorodne problemy szkolne, w relacjach z rodzeństwem czy rówieśnikami, brak

legalnej pracy, a także tarapaty finansowe, jednakże rodzina sama stara się je wyeliminować, bez konieczności korzystania z pomocy wyspecjalizowanych instytucji. Rodzice mają poczucie odpowiedzialności za swoje dzieci, dlatego w miarę możliwości starają się na niwelować kłopoty i zaniedbania, które się pojawiają [6].

Niezmiernie ważną kwestią, jaka ma wpływ na dzieci pozostające pod ochroną kurateli w Polsce są właściwe postawy rodzicielskie. Są one niezwykle ważne, gdyż mają wpływ na styl wychowania młodego pokolenia, tym samym jego postawę i pozycję w dorosłym świecie. Jedną z pierwszych osób, która podjęła próbę stworzenia typologii postaw rodzicielskich, był znany lekarz – psychiatra, twórca psychiatrii dziecięcej, Leo Kanner. Wyodrębnił on 4 postawy charakterystyczne dla rodziców, tj.:

- nadmierne chronienie;
- jawne odtrącenie;
- akceptacja i uczucie;
- perfekcjonizm.

Typologia ta okazała się być jednak mało precyzyjna, ze względu na zbyt małą wnikliwość oraz szczegółowość w charakterystyce postaw. Jednak same postawy nie są jedynymi stymulatorami negatywnych zachowań. Przyczyny mogą być też inne. Czesław Czapów wymienia podstawowe zagrożenia, z jakimi stykają się nieletni:

- brak zainteresowania rodziców;
- sekty;
- propagowanie konsumpcyjnego stylu życia;
- nieskuteczność prawa i resocjalizacji dla nieletnich przestępców;
- upadek autorytetu szkoły;
- negatywny wpływ filmów, gazet, gier komputerowych;
- rodziny patologiczne;

- słaba oferta spędzania czasu wolnego;
- bezrobocie;
- wpływ środowiska rówieśniczego;
- degradacja zdrowia młodzieży;
- zamykanie się i atomizacja [8].

Z powyższego zestawienia wynika, że to nie tylko rodzina ma wpływ na zachowanie się danej osoby, ale również poziom agresji w dużym stopniu zależy także od placówki szkolnej. To w niej mogą się ujawniać pierwsze niewłaściwe zachowania dziecka lub też może dochodzić do pierwszych zachowań patologicznych ucznia. Może nawet stanowić przyczynek zakłócania jego rozwoju.

Oczywiście bardzo dużą rolę w powstawaniu zachowań agresywnych ma również sama grupa rówieśnicza. W ramach jej działalności, członkowie oddziałują na siebie wzajemnie. Grupy najczęściej powstają spontanicznie, bez udziału osób dorosłych. Punktem odniesienia mogą być wspólne zainteresowania, wyrażane poprzez podobny ubiór, makijaż, słuchanie tej samej muzyki, czytanie tych samych książek. Zdarza się czasami, że takim właśnie punktem odniesienia może być zaplanowane popełnianie przestępstw, dokonywanie i ukrywanie wiedzy na ich temat. Jest to zawiązanie specyficznych zależności, prowadzących do powstania grup przestępczych wśród nieletnich, gangów, band. Stosowana przemoc lub agresja w grupie jest większa, gdyż młodociani mają poczucie większej anonimowości oraz rozrzucenia odpowiedzialności wśród całej grupy.

W rozwoju zachowań nieetycznych czy wręcz antyspołecznych wskazuje się ponadto rolę mass mediów. Niemiernie negatywne znaczenia odgrywa telewizja, ale również gry, w których coraz częściej jest duża ilość brutalnych scen. To wszystko potrafi zniekształcić obraz świata młodego odbiorcy. Poprzez to uczą się one wulgarnego zachowania jak również są mniej wrażliwe na krzywdę oraz cierpienie, które dotyka innych ludzi. Agresja, którą emitują programy telewizyjne wpływa na destruktywne zachowanie się jednostki. Na podstawie wielu badań

John Coie John i Dodge Kenneth sformułował twierdzenie dotyczące omawianej problematyki. (...) Z wyjątkiem niewielu przypadków oglądanie programów telewizyjnych pełnych przemocy skutkuje wzrostem agresywnych zachowań [9]. Jeśli odbiorca programu, wykazuje się wysokim poziomem agresji, natomiast drugą z osób cechuje niski jej poziom - to jeśli otrzymają tę samą ilość telewizyjnej przemocy, wówczas poziom ich agresji relatywnie wzrośnie. Z badań wynika ponadto, iż rodzice rzadko rozmawiają ze swoimi dziećmi na temat tego co jest transmitowane w telewizji, nie wyjaśniają im tego co widzą na ekranach monitora lub telewizora. W konsekwencji przez to najmłodszy mogą mylić co jest tak naprawdę fikcją, a co rzeczywistością. Jednostka jest pozostawiona sama sobie, natomiast emocjonalną pustkę wypełnia kontakt z komputerem lub telewizorem.

Innym niezwykle niebezpiecznym nośnikiem jest sam Internet. W dużej mierze może być jedną z przyczyn powstawania zaburzeń zachowania. Jest to m.in. agresja internetowa ma wiele uwarunkowań i przyjmuje różną postać. Może to się odbywać za pomocą stron WWW, poczty e-mail, różnego rodzaju grup lub forów dyskusyjnych. Taka forma zachowań antyspołecznych prowadzi do wywoływania lęku u osoby ofiary. Jest przy tym niezwykle skuteczna. Dawniej by kogoś ośmieszyć wypisywało się obraźliwe teksty na murach, teraz jest do tego wykorzystywany Internet. Często są publikowane oczerniające i nieprawdziwe informacje. Właśnie za pomocą takiego właśnie przekaznika, objawia się również chęć dążenia do kompromitacji swoich rówieśników bądź obrażaniem innych użytkowników sieci oraz grożeniem im [10]. Najczęściej spotykanym przykładem takiej internetowej agresji jest publikowanie zdjęć lub filmów, które są kompromitujące. Celem takie zachowania jest ośmieszenie czy zdegradowanie określonej osoby w gronie rówieśników. Taka forma agresji jest spotykana głównie w środowisku szkolnym. Jest również częstą formą przemocy spotykaną w Sądach Rodzinnych i Nieletnich.



## **Obraz teraźniejszego społeczeństwa w kontekście zachowań antyspołecznych**

W ostatnich dwudziestu latach - w dobie ekonomiczno-politycznej transformacji pojawiły się zupełnie nowe formy zachowań nieetycznych lub antyspołecznych. Coraz częściej prowadzą one do konfliktu z prawem. Z najnowszych doniesień pochodzących ze statystyk policyjnych wynika, są one bardzo niepokojące i mają tendencje wzrostową. Także zupełnie nową formą zjawiska przestępczości nieletnich są zachowania destrukcyjne dokonywane bez konkretnego celu, czyli zupełnie niczym nie uzasadnione. Są one przeprowadzane w sposób odruchowy i niejednokrotnie przypadkowy. – w tym także na zwierzętach. Zaznaczyć należy, że powyższe sytuacje takie nie znajdują żadnego sensownego wytłumaczenia. Jednym z większych problemów stanowią również zachowania, dla których brakuje dziś usankcjonowania w obowiązującym Kodeksie Karnym. Niewątpliwie podłożem ich jest niedostosowanie społeczne. Chodzi tu o różnego rodzaju agresywne zachowania typu werbalnego (szantażowanie wyzwiska, wyśmiewanie, szydzenie), fizycznego (uderzenia szturchanie, popychanie,) lub elektronicznego, pojawiające się przy użyciu telefonów komórkowych Wszystkie w/w zachowania nieletnich będących pod nadzorem kuratora, niezależnie od ich ciężaru gatunkowego są bardzo destruktywne i mogą stanowić podwaliny dla rozwoju różnorodnej przestępczości w życiu dorosłym. Zatem każda forma niedostosowania społecznego dzieci czy młodzieży to przejaw zachowań aspołecznych, które w przyszłości mogą prowadzić do nieprzestrzegania ustalonych norm i zasad społecznych jak i nieliczenia się z obowiązującymi formami prawno-karnymi.

W swojej pracy pt. ”Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej” profesor Grażyna Miłkowska (z Uniwersytetu Zielonogórskiego) zwraca uwagę na następujące pojawiające się nowe formy antyspołeczności, które w konsekwencji prowadzą do różnorodnych form destrukcyjnych wpisanych w funkcjonowanie młodego człowieka:

- zachowania nacechowane agresją w trakcie wieców oraz manifestacji o charakterze politycznym;
- zachowania chuligańskie w trakcie organizowania przedsięwzięć rozrywkowo-kulturalnych i sportowych, takich jak koncerty, mecze;
- akty terroryzmu na tle konfliktów politycznych, etnicznych lub religijnych.
- przestępstwa dokonywane na tle rasizmu, nietolerancji wobec praw jednostek o odmiennych poglądach, orientacji seksualnej.

### **Problemy alkoholowe w wieku dorastania jako predykatory zachowań nieetycznych i antyspołecznych.**

Dla wielu młodych jednostek pierwsze doświadczenia z pićm alkoholu rozpoczyna się już w okresie dojrzewania. Dla części z nich, tak wczesne eksperymentowanie może w przyspieszonym tempie przekształcić się we wzorec picia problemowego. W literaturze przedmiotu przyjęto, iż picie alkoholu (piwa, nalewek wina, czystej wódki) przez dzieci i młodzież do lat 18 (ze względu na jego szkodliwość dla młodego organizmu) jest jego nadużywaniem. Dlatego termin nadużywanie alkoholu przez młodzież jest używany nie w znaczeniu nadmiernego picia alkoholu (często i dużo), ale w znaczeniu spożywania przez młodzież alkoholu. Picie takich trunków przez młodych osobników stwarza niebezpieczeństwo wytworzenia się takiej postawy wobec alkoholu, która w niedługim czasie będzie torowała drogę do uzależnienia. Przejście od picia obyczajowego do uzależnienia u młodzieży następuje w czasie 3-4 krotnie krótszym, niż u osobników dorosłych. Nieznaczne ilości napojów alkoholowych mają tragiczny wpływ na procesy związane z uczeniem się, zapamiętywaniem jak i rozwojem uczuciowym. Dlatego też, ze względu na szkody psychospołeczne posłużono się terminem nadużywanie alkoholu [12] W Polsce szacuje się, że liczba osób nadużywających alkoholu sięga od 2,5 do 3 mln, a uzależnionych od alkoholu 800-900 tysięcy. Natomiast ilość osób żyjąca w zasięgu negatywnych skutków alkoholizmu mających

problemy osobiste i rodzinne oblicza się na 3 mln. Według danych szacunkowych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 400- 500 tyś. nastolatków pije takie ilości alkoholu i z taką częstotliwością, że można mówić o poważnym zagrożeniu. Ograniczenie rozwoju psychofizycznego i kariery edukacji u pijącej młodzieży sięga ok 10-15% populacji w wieku 14-18 lat [13].

Jedną z poważnych przyczyn używania alkoholu przez młodzież, jest związana z problemami emocjonalnymi. Próby polepszenia samopoczucia za pomocą alkoholu okazują się dość atrakcyjne. Dotyczą zasadniczo tych momentów, w których człowiek źle się czuje, jest smutny, zdenerwowany, gdy się czegoś obawia lub gdy spotyka go jakieś niepowodzenie albo strata. Alkohol ma niezaprzeczalną zdolność skutecznego modyfikowania stanów emocjonalnych. Jest więc on subiektywnie bardziej atrakcyjny, im intensywniej dana osoba przeżywa bolesne stany lęku, niepokoju, niepewności, poczucia winy, bezradności. Sięganie po tego typu napoje w sytuacjach trudnych do dodania sobie odwagi i poprawienia nastroju stanowi mocny impuls do wkraczania na drogę uzależnienia.

Główne przyczyny sięgania przez młodzież po napoje alkoholowe – w tym młodzież objęta nadzorem kuratorskim:

- Nacisk grupy rówieśniczej. Dla nastolatka najważniejszą rzeczą jest akceptacja rówieśników. Młode jednostki decydują się na eksperyment z alkoholem tylko, dlatego by nie odstawać od otoczenia.
- Dostępność różnorodnego alkoholu, - który można kupić wszędzie i o każdej porze.
- Eksperyment, ciekawość – to, co zakazane jest przyciągające i atrakcyjne.
- Brak asertywności – nieletni nie potrafią odmówić różnych zachowań, często zachowują się tak, jak się tego od nich wymaga w towarzystwie, z obawy przed utratą sympatii czy wykluczeniem z grupy.

- Przykład dorosłych (modelowanie). Dzieci i młodzież uczą się życia obserwując jak zachowują się dorośli, najczęściej rodzice. Jeśli nastolatek obserwuje rodzica, który
  - w chwilach nudy, relaksu czy zdenerwowani sięga np. po piwo, w przyszłości również zacznie eksperymentować z alkoholem.
  - Użytki sprawiają przyjemność szybko i niezawodnie a o konsekwencjach tych przyjemności młodzi ludzie nie wiedzą albo nie chcą wiedzieć.
  - Nieumiejętność spędzania wolnego czasu, nuda – żeby dobrze się bawić, trzeba mieć zainteresowania, posiadać umiejętności planowania wolnego czasu. Niestety znaczna część młodych ludzi tego nie potrafi.
  - Ciche przyzwolenie rodziców – jest to błędne myślenie dorosłych, że alkohol jest bezpieczny, ponieważ prowadzi to do tolerancji względem pijących nastolatków.
  - Reklamy przedstawiane są, jako wspomagacz dobrej zabawy. Dostarczają nowych, wspaniałych przeżyć a jednocześnie coś nieszkodliwego, co nie wiąże się z konsekwencjami. Reklamy alkoholu przygotowywane są przez najlepszych specjalistów, którzy doskonale znają specyficzne potrzeby osób, do której kierują ofertę.
  - Alkohol pozwala na chwilę przełamać nieśmiałość oraz kompleksy. Młodociani są szczególnie wrażliwi na punkcie swojego wyglądu i tego jak są postrzegani przez otoczenie. Liczne kompleksy i brak dystansu do samego siebie, może spowodować chęć sięgania po alkohol. [14].

Niezmierzalnym czynnikiem, który ma duży wpływ na tempo zaistnienia choroby u nieletnich jest ilość i częstotliwość spożywania alkoholu. Kilku na 100 badanych uczniów podaje, że pije alkohol przeciętnie raz w tygodniu, a od kilku do kilkunastu badanych, stwierdza, że pije, co najmniej raz w miesiącu. Na poziomie szkoły średniej, czyli od 15 roku życia systematycznie pije ok 20% badanych [15].

Ponadto w literaturze przedmiotu, dość często opisywany jest groźny zwyczaj agresywnego przymuszania do picia alkoholu i interpretowania, jako sprawdzianu przyjaźni, więzi i zaufania. Najczęściej zdarza się przy okazji różnych uroczystości lub innych spotkań towarzyskich w grupie rówieśników. Z wypowiedzi młodzieży wynika, że alkohol towarzyszy przede wszystkim rozrywce i zabawie, zarówno w domu, jak i poza domem (obozy, dyskoteki, kolonie, wycieczki szkolne). Około 50% młodzieży przyznaje się, że piło alkohol w czasie uroczystości rodzinnych w obecności rodziców [16].

Ogromny wpływ na używanie alkoholu w okresie dorastania ma rodzina. W Polsce jest wiele rodzin, w których rodzice są alkoholikami, lub regularnie nadużywają alkoholu, co powoduje u dzieci zaburzenia emocjonalne i podsuwa destrukcyjne wzorce życia. W rozwoju zachowań znaczącą rolę odgrywa edukacja przez obserwacje oraz naśladownictwo. Relacje pomiędzy pijącymi rodzicami a dziećmi wpływają na skłonność do picia różnego rodzaju alkoholu.

Podsumowując czynniki, które wpływają na rozwój uzależnienia należy zauważyć, że młodzi ludzie używają alkoholu, ponieważ gwarantuje im natychmiastowe osiągnięcie lepszego samopoczucia przy niewielkim wysiłku. Inni natomiast, sięgają po te substancje, ponieważ zaimponowały im reklamy, piosenkarze, aktorzy, z którymi się identyfikują. Niektórzy jeszcze używają alkoholu, by łatwiej znieść trudności życiowe. Powszechnie obserwowanym zjawiskiem u osób objętych nadzorem kuratorskim jest przekora, która przejawia się, jako krnąbrność, nieposłuszeństwo wobec rodziców, wychowawców oraz bunt wobec wszelkich autorytetów. Picie, palenie, odurzanie się narkotykami, wczesne życie seksualne i przestępczość należą do repertuaru zachowań wielu ludzi. Trzeba jednak wiedzieć, że negatywne konsekwencje zachowań ryzykownych u młodzieży występują szybciej z powodu niezakończonego rozwoju biologicznego, społecznego i emocjonalnego. Dzieje się tak dlatego, ponieważ w wieku dorastania alkohol zaburza rozwój dojrzałości emocjonalnej, gdyż młoda jednostka kojarzy przy-

jemne stany emocjonalne z alkoholem, a nie z prawdziwymi wydarzeniami życiowymi czy więzami międzyludzkimi. W ten sposób zaczyna tracić kontakt z rzeczywistością zamiast odkrywać prawdę o sobie i o życiu w naturalnych i autentycznych doświadczeniach osobistych, uczy się manipulować własnymi uczuciami. Według J. Mellibrudy „sztuczne pobudzenie się lub uspokajanie utrudnia radzenie sobie z prawdziwymi przyczynami naszych trudności osobistych. Chemicznie uśmierzenie przykrych uczuć tworzy uzależnienie i obniża odporność na cierpienie. Człowiek uczy się, że przy pomocy alkoholu cierpienie przekształcić w specyficzny rodzaj stanu przyjemnej ulgi. Dlatego dolegliwości fizyczne i psychiczne zamiast odstręczać go od alkoholu skłaniają go do dalszego picia [18].

Oprócz skutków psychofizycznych sięganie po alkohol w wieku dorastania powoduje wiele negatywnych skutków etycznych, moralnych jak i społecznych. Mam tu na myśli:

- łamanie zasad moralnych, także w innych sferach życia: osłabienie siły woli,
- niepokój moralny,
- zdolności do panowania nad sobą i do wewnętrznej dyscypliny.
- niepokój moralny,
- poczucie winy.

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu dzieci i młodzieży może zatem skutkować:

- ukształtowaniem się niewłaściwych postaw społecznych, wulgaryzacja języka, prymitywizacja życia, całkowitym zanikiem zainteresowań wartościami wyższymi,
- w podejmowaniu funkcji społecznych, w respektowaniu współżycia w środowisku rodzinnym oraz sąsiedzkim,
- trudnościami w zdobywaniu umiejętności szkolnych jak i zawodowych
- niesystematycznym uczęszczaniem do szkoły, wagary, włóczęgostwo, zachowania agresywne, ucieczki z domu, wykroczenia i kradzieże [19].

Badacze podkreślają głębokie powiązanie czynnika picia alkoholu a konsekwencją jego są poważne i śmiertelne urazy, w tym w wypadkach samochodowych, utonięciach, zabójstwach oraz samobójstwach. Używki po które tak chętnie sięgają młodzi ludzie, niszczy kontakt jednostki ze samą sobą. Zaburzone zostają więzi z innymi osobami, co prowadzi do osamotnienia oraz izolacji w wieku, w którym potrzebna jest przyjaźń oraz mocne wsparcie. Preferuje się więzi oparte na manipulowaniu drugim człowiekiem na uzależnianiu go od siebie i posługiwaniu się nim dla własnych celów. W konsekwencji prowadzi to do wchodzenia w kręgi rówieśnicze oparte na relacjach antyspołecznych, destrukcyjnych dla społeczeństwa.

### **Szkoła a etyka**

Obecnie Instytucja szkoły przestała być ‘oazą’ pozytywnego wychowania. Stała się również miejscem nauki zachowań nieetycznych. Na terenie tej placówki właśnie następuje w wielu przypadkach pierwszy kontakt z zachowaniami ryzykownymi jak też patologicznymi. Nie sposób przecież zapanować nad każdym krokiem ucznia, który w zderzeniu z rówieśnikami wykazuje potrzebę dorównania im, dopasowania się do grupy, w której znajdują się przeróżne osobowości. Niestety to właśnie w szkole często mają miejsce wszelkiego rodzaju inicjacje związane ze zjawiskami nieakceptowanymi społecznie.

Szkoła jako instytucja oświatowo-kulturalna zatraciła zatem swoje pierwotne powołanie. Głównym powodem zdaje się być utrata autorytetu, jakim niegdyś cieszyło się środowisko pedagogiczne. Oczywiście nie można generalizować. Jednak dyrektorzy szkół niezwykle rzadko przyznają, że w ich placówkach dochodzi do sytuacji, związanych z zagrożeniami spowodowanymi patologiami takimi, jak narkomania, alkoholizm, depresje, nerwice, przynależność do grup rówieśniczych o charakterze przestępczym. Również sami nauczyciele nie zawsze są świadomi

istnienia tego rodzaju sytuacji. Powodem tego jest tak zwane „drugie życie szkoły”, do którego wychowawcy nie mają dostęp.

### **Podsumowanie:**

- Problem zachowań nieetycznych oraz antyspołecznych w wymiarze społecznym jest niezwykle złożony. Jak wynika z powyższego artykułu każdy przypadek musi być oddzielnie rozpatrywany, a proces podejmowanych działań wymaga od osoby niosącej pomoc indywidualnego spojrzenia. Każdy nieletni ma swój bagaż doświadczeń i swoje trudności życiowe, a kumulacja tych kwestii i problemów wymaga podejmowania profesjonalnych działań. Pozwolą one zidentyfikować pewne doświadczalne zjawiska, określić ich przyczyny, a także je przezwyciężyć. Konieczny jest również proces inkluzji społecznej, który stworzy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym możliwość uzyskania szans i zasobów potrzebnych do ponownego - pozytywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Taki proces wymaga jednak czasu.
- Wpływ środowiska, w którym młoda jednostka funkcjonuje jest niezaprzeczalny. Wzrost ilości przestępstw dokonywanych przez młodzież jak i dzieci również nie podlega dyskusji. Niestety w trakcie zachodzących przemian społeczno-ekonomicznych mamy do czynienia z zatraceniem wychowawczej roli domu, rodziny, szkoły jak również dostępnych placówek oświatowych.
- Obecnie w szkołach powinno się odbywać więcej programów profilaktycznych przeciwdziałających zjawiskom destruktywnym jakim jest agresja. By radzić sobie z tym negatywnym zjawiskiem warto budować nowe umiejętności i zachowania prospołeczne. W wielu przypadkach agresywnego zachowania główną rolę odgrywa negatywne pobudzenie oraz gniew. W związku z tym należy kontrolować owy gniew by redukować wrogą agresję. Zaburzonej jednostce należy stale uświadamiać istotę podejścia panowania nad gniewem, prowokowaniem niektórych myśli/zdarzeń oraz samego agresywnego zachowania.



## **Bibliografia**

1. Mc Kinney F., „Psychology of Personal Adjustment”, John Willey, New York, (2000), [za:] Konopnicki J., “Niedostosowanie społeczne”, Warszawa, 1991 str 76.
2. Mazur Jadwiga (2012), Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość. Warszawa, ISBN 83-88149-84-9 s.37.
3. Mazur Jadwiga (2012), Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość. Warszawa, ISBN 83-88149-84-9 s.42.
4. Pilch Tadeusz (2003), Encyklopedia pedagogiczna XXI. Warszawa, ISBN 83-88149-92-X s.41.
5. Biała Monika (2009), Problemy z zachowaniem dzieci i młodzieży. Warszawa, ISBN 978-83-88839-08-5, s. 34.
6. Kawula S., Brągiel J., Janke A.W., „Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki”, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 1998 r., ISBN 83-7174-111-1, s. 56
7. Rybski Jarosław (2008), Przemoc i prześladowanie w szkole. Skuteczne przeciwdziałanie agresji wśród młodzieży. Gdańsk, ISBN 978-83-7489-128-8 s.19.
8. Deptuła Maria (2005) Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej. Bydgoszcz ISBN 83-7096-571-7, s.306
9. Rybski Jarosław (2008), Przemoc i prześladowanie w szkole. Skuteczne przeciwdziałanie agresji wśród młodzieży. Gdańsk, ISBN 978-83-7489-128-8 s.19.
10. Danowski Bartosz, Krupińska Alicja (2007), Dziecko w sieci. Gliwice, ISBN 978-83-246-1057-0, s.18.
11. Miłkowska Grażyna (2009), Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej. Zielona Góra ISBN 977-13-246-1857-0, s.42.
12. A. Margasiński, B Zajęcka, (2009) Psychopatologia i psychoprofilaktyka, Impuls, Kraków, ISBN 572-33-246-1866-0 , s. 296.

13. J. Mellibruda, (2000) Potrzeby polityki społecznej w zakresie problemów alkoholowych a kierunki dalszych badań, Alkoholizm a Narkomania, PARPA, Warszawa, ISBN 171-33-446-1566-5 s. 13.
14. B. Kielbasa, (2007) Profilaktyka uzależnień, Projekt-kom, Sosnowiec, ISBN 577-83-246-1866-1 s. 13-15
15. K. Wojcieszek, (2009) Alarm, „Remedium”, nr 10, ISBN 572-33-246-1866-0 s. 14-16
16. T. Kulisiewicz. (2009) Alkohol a młodzież, red. T. Kulisiewicz. Warszawa,, ISBN 572-33-246-1866-0 s. 98.
17. M. Łakomski, (2009) Pomóż uzależnionym, Impuls, Kraków, ISBN 132-33-246-2345-0 s. 34.
18. Mellibruda J., (20209) Tajemnice ETOH:, czyli s. 1 alkohol i nasze życie, PARPA, Warszawa ISBN 545-43-246-2266-0, s. 17.
19. Łakomski M., (2007) Alkohol wśród młodzieży. Gliwice ISBN 145-00-946-2266-0 s. 35.

Adres do korespondencji

Celina Witkowska

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

ul. Powstańców Śląskich 3

59-220 Legnica

Przesłano do druku: 01.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 01.10.2017 r.

## **Regulamin publikowania prac**

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS zamieszcza recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe z zakresu nauk medycznych, pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego. Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję etyczną z macierzystej instytucji.

### **Zasady recenzowania prac**

Redakcja przyjmuje prace oryginalne oraz poglądowe. Każda praca podlega recenzji przez niezależnych recenzentów. Kolegium redakcyjne kwalifikuje pracę do druku po uzyskaniu pozytywnej recenzji. Autor otrzymuje artykuł do korekty autorskiej. Wydrukowany artykuł staje się własnością Wydawcy, którym jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy.

### **Pozwolenie na druk**

Do przygotowanego materiału autor/rzy pracy zobowiązani są do dołączenia oświadczenia, że nie był on wcześniej publikowany ani nie jest złożony w redakcji innego czasopisma. Jeżeli materiał był już wcześniej opublikowany, należy do niego dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy.

## **Przygotowanie edycyjne maszynopisu**

Strona tytułowa. Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy (polski i angielski), nazwiska i imiona autorów, afiliację i dokładny adres każdego z autorów oraz nazwisko, imię, telefon, faks, adres e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję. Zaleca się ponadto podanie tzw. □krótkiego tytułu□ składającego się z około 45 znaków.

Streszczenie. Do artykułu należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych musi składać się z następujących wyodrębnionych części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski. Streszczenie w języku angielskim nie powinno przekraczać 400 słów, a w języku polskim 300. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione w artykule. Streszczenia prac poglądowych powinny zawierać od 150 do 250 słów. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż 5 słów kluczowych w języku polskim i angielskim, rekomendowanych przez Index Medical Subject Headings □ MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Maszynopis. Prace poglądowe nie powinny zawierać więcej niż 6000 słów, oryginalne 5000. Praca oryginalna powinna składać się z następujących części: Wprowadzenie, Materiał i metody, Wyniki, Omówienie, Piśmiennictwo. Artykuły należy pisać na papierze formatu A4 (21 × 30 cm lub 22 × 28 cm) z zachowaniem podwójnej interlinii (dotyczy to również wykazu literatury, podpisów do rycin i tabel). Każdą część pracy należy pisać na oddzielnej stronie. Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką. Odniesienia do literatury, rycin i tabel należy umieszczać zgodnie z kolejnością cytowania w tekście. W tekście nie można stosować żadnych wyróżnień. Wskazane jest, aby podawać międzynarodowe nazwy leków, a nie preparatów fabrycznych. Wyniki badań biochemicznych i innych powinny być podane w jednostkach zgodnych z układem SI. Należy ujawnić wszelką pomoc finansową i materialną.

Piśmiennictwo. Autorzy ponoszą odpowiedzialność za poprawność cytowanej literatury. Cytowanie prac należy ograniczyć tylko do pozycji najnowszych i łączących się bezpośrednio z przedstawionym tekstem. Liczba pozycji cytowanego piśmiennictwa w artykułach poglądowych nie może przekraczać 40, w pracach oryginalnych 30 pozycji. Wykaz i numeracja piśmiennictwa powinny być zgodne z kolejnością cytowania w tekście, tabelach i rycinach. Spis piśmiennictwa musi zawierać: nazwiska i inicjały imion wszystkich autorów, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (według Index Medicus), rok wydania, numer tomu, numer strony początkowej i końcowej, zgodnie z ustaleniami podanymi w □Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals□ (Am. Intern. Med. 1997, 126, 36□47). Przykłady cytowanego piśmiennictwa:

Artykuł w czasopiśmie: 1. Gianrossi R., Detrano R., Mulvihill D., Lehmann K., Dubach P., Colombo A., Ross A.: Exercise-induced ST depression in the diagnosis of coronary artery disease: a metaanalysis. *Circulation* 1989, 80, 87□98. 2. Duffy M.J.: Tumor Markers □ Which Ones Are Clinically Useful? *Adv. Clin. Exp. Med.* 2003, 12, 555□559. Rozdział z wydań książkowych: Nazwiska i inicjały imion autorów, tytuł cytowanego rozdziału, tytuł książki, nazwiska i inicjały imion redaktorów wydania, nazwa i siedziba wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału, np.: Rossati M.L., Smith R., Krovis B.L.K.: Congestive Heart Failure. In: *Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents*. Eds.: Moss A.J., Adams F., Williams & Wilkins, Baltimore 1983, 2nd ed., 169 179.

Książki: Nazwisko i inicjał(y) imienia autorów, tytuł, nazwa i siedziba wydawnictwa, rok wydania, edycja, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego fragmentu, np.: Roobak A.B.: *Textbook of Internal Medicine*. Saunders, New York 1887, 24th ed., 123□127.

Ryciny i tabele: Profesjonalnie przygotowane wykresy, rysunki i fotografie w trzech egzemplarzach należy numerować jako ryciny i dołączyć do pracy od-

dzielnie, poza tekstem, w wersji elektronicznej oraz wydrukowane na papierze. Wszystkie oznaczenia i symbole na rycinach muszą być czytelne. Podpisy do rycin w języku polskim i angielskim należy dołączyć oddzielnie. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi w kolejności, w jakiej ukazują się w tekście. Tabele należy zamieścić na oddzielnych stronach i numerować cyframi arabskimi zgodnie z cytowaniem w tekście. Podpisy do tabel muszą być napisane w języku polskim i angielskim. Wszystkie skróty powinny być wyjaśnione w przypisie.

### **Nadsyłanie maszynopisów**

Oryginał i dwie kopie maszynopisu zawierające wszystkie ilustracje i tabele powinny być nadsyłane pod poniższy adres: Sekretarz Redakcji - Czesław Kowalak ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, Polska tel.: +48 76 854 99 35 e-mail: rektorat@wsmlegnica.pl

### **Prace przygotowane na nośnikach elektronicznych**

Redakcja przyjmuje prace na CD-ROM-ach lub przesłane e-mailem. Teksty należy przekazywać w formacie Word. Materiał ilustracyjny należy przygotować: w formacie TIFF □ dla skanów, CorelDRAW lub Adobe Illustrator dla grafiki wektorowej, Microsoft Excel □ dla wykresów i diagramów. Każdy dysk musi być opisany: nazwisko autora, tytuł pracy, nazwa pliku, program i numer wersji. Tekst i materiał ilustracyjny muszą być w oddzielnych plikach. Tekst na dysku musi być zgodny z wydrukiem.

## **Korekta autorska**

Korektę autorską należy zwrócić do Redakcji w ciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku artykuł zostanie wycofany z danego zeszytu. Zmiany w korekcie autorskiej inne niż błędy składu drukarskiego są wprowadzone na odpowiedzialność autora.