

Jacek J. Roźniecki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

WYBRANE PROBLEMY BIOETYKI W OPINII STUDENTÓW MEDYCYNY

Współczesna medycyna, bardzo szybki rozwój nauk podstawowych oraz związane z tym nowe możliwości techniczne, technologiczne i biotechnologiczne sprawiają, że do grupy wcześniej istniejących sytuacji i problemów mających kontekst etyczny, zwłaszcza z zakresu etyki lekarskiej, medycznej, czy ogólniej – bioetyki – dołączają nowe trudne problemy, zagadnienia dotąd nieznanne albo rozważane jedynie przez futurologów lub przez pisarzy fantastyki naukowej. „Nowy wspaniały świat” stworzył i z każdą chwilą stwarza kolejne sytuacje wymagające podejmowania decyzji etycznych, wyborów obecnie coraz bardziej kontrowersyjnych. Wcześniej wiele z tych sytuacji w ogóle nie istniało, a choć pewne problemy, wydawać by się mogło analogiczne, towarzyszą ludzkości od zarania dziejów, w większości rozwiązywały się same, „ze swej natury”.

Do klasycznych zagadnień etyki medycznej, znanych i dyskutowanych już od lat, jak problem aborcji, kontrola i regulacja narodzin w szerszym pojęciu oraz dylematy związane ze śmiercią, zwłaszcza tą w bólu i cierpieniu spowodowanym ciężką i nieuleczalną chorobą, a więc zagadnienie eutanazji, w ostatnich latach dołączyły kontrowersje wynikające z możliwości diagnostyki na poziomie DNA, zwłaszcza diagnostyki płodów w łonie matki za pomocą techniki USG, jak i badań DNA – czyli diagnostyki prenatalnej, problemy związane z możliwością modyfikacji DNA zarówno *in vitro*, jak i *in vivo* – a więc inżynieria genetyczna i terapia genowa oraz trudne sytuacje związane z coraz szerszymi możliwościami transplantacji organów, tkanek bądź tzw. komórek progenitorowych i macierzystych. W ostatnim czasie szczególne spory i emocje wywołują badania nad klonowaniem, i to nie tylko komórek i tkanek, ale całych organizmów zwierzęcych (wystarczy wspomnieć pierwszy z nich – owcę Dolly), a także komórek człowieka,

a być może nawet całego organizmu ludzkiego. Na skutek rozwoju farmakologii, a więc w konsekwencji pojawiania się nowych leków i preparatów, „stare” problemy, jak aborcja i stosowanie metod zapobiegania ciąży, nabierają nowego znaczenia. Dzieje się to za sprawą nowoczesnych środków zapobiegających zagnieżdżeniu się w macicy zapłodnionej komórki jajowej oraz efektywnych środków wczesnoporonnych, jak np. mifepristone – sławny, bo kontrowersyjny – RU-486. Ponadto, również w związku z prokreacją pożądaną pojawiły się nowe kłopoty. Dotyczą one problemów z dawcami nasienia, zapłodnieniem plemnikami z banków nasienia, dawczyniami komórek jajowych, zapłodnieniem pozaustrojowym czy problemem tzw. matek zastępczych. Coraz większego znaczenia nabierają też dylematy związane z rozwojem psychofarmakologii i badań nad organicznym podłożem procesów myślowych i emocjonalnych, co daje asumpt do rozważań nad zagadnieniami wolnej woli, odpowiedzialności, możliwości i prawa oddziaływania na myśli, nastroj i nawet – w konsekwencji – na decyzje innych ludzi.

Celem przedstawianego pilotażowego badania była ocena poglądów studentów medycyny na wybrane kontrowersyjne zagadnienia bioetyczne, takie jak: aborcja, stosowanie środków antykoncepcyjnych, eutanazja, klonowanie, transplantacje tkanek i narządów, badania prenatalne i inżynieria genetyczna (zob. tab. 1).

W badaniu wzięło udział 170 studentów (61 mężczyzn i 109 kobiet) piątego roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Przeprowadzono je w roku akademickim 2002/2003 po zakończeniu i zaliczeniu każdego z 3-tygodniowych bloków seminaryjno-ćwiczeniowych z neurologii, eliminując tym samym element motywacyjny do przystąpienia do badania. Uczestniczący w nim dobrowolnie i anonimowo wypełniali kwestionariusze odnoszące się do wspomnianych powyżej problemów, a ponadto mogli wskazać na szczególne uwarunkowania etycznych zachowań, przywoleń moralnych lub rozwiązań legislacyjnych (procent osób, które udzieliły odpowiedzi, był różny dla poszczególnych pytań, ale zbliżony do 99%).

Pierwsze pytanie dotyczyło dopuszczalności i akceptacji badań prenatalnych. Wprawdzie istota pytania odnosi się jedynie do możliwości stosowania technik na komórkach płodu, jednak pytanie to w znacznym stopniu implikuje drugi, niebezpośrednio wyrażony problem – potencjalnej zgody na przerwanie ciąży w wypadku stwierdzenia np. ciężkich wrodzonych wad genetycznych i chorób dziedzicznych. Nie jest to jednakże tożsame i wyniki tego oraz innych badań wykazują, że są to dwie różne decyzje – druga z nich podejmowana jest znacznie rzadziej niż pierwsza.

Tabela 1

Opinie studentów medycyny na temat wybranych zagadnień etyki medycznej – stopień moralnej akceptacji z ograniczeniami i uwarunkowaniami wskazanymi z inicjatywy badanych

Wyszczególnienie w %	Łącznie	Mężczyźni	Kobiety
Dopuszczalność aborcji (ogólnie)	79,1	75,4	81,3
– bezwarunkowa	22,0	19,7	23,4
– z ograniczeniami:	57,1	55,7	57,9
– zagrożenie życia lub zdrowia matki	39,3	42,6	37,4
– wady wrodzone lub ciężkie choroby płodu	24,4	26,2	23,4
– ciąża w wyniku gwałtu	32,7	29,5	34,6
– ciąża kazirodcza	1,2	1,6	0,9
– trudna sytuacja społeczno-materialna	5,3	4,9	5,6
Dopuszczalność antykoncepcji (ogólnie)	98,2	98,4	98,1
– bez ograniczeń	94,6	98,4	92,4
– z wyłączeniem środków wczesnoporonnych	3,6	0	5,6
Dopuszczalność badań prenatalnych	98,8	98,3	99,1
Dopuszczalność eutanazji (w ogólnym pojęciu)	47,9	55,7	42,2
Dopuszczalność klonowania (ogólnie)	60,0	66,6	56,6
– bez ograniczeń	7,5	14,8	3,8
– z ograniczeniem wyłącznie do komórek, tkanek, narządów	52,5	51,8	52,8
Dopuszczalność inżynierii genetycznej	91,7	95,1	89,8
Dopuszczalność przeszczepów narządów z osób nagle zmarłych	97,6	98,7	98,1
Dopuszczalność przeszczepów z poronionych embryonów*	43,5	45,9	42,2

* zastrzeżenia metodologiczne – uwagi w tekście.

Źródło: oprac. własne.

Według zebranych przeze mnie danych, badania prenatalne były akceptowane niemal przez wszystkich respondentów – 98,8% (98,3% mężczyzn i 99,1% kobiet).

Wyniki podobnego badania przeprowadzonego na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Ruhuna w Sri Lance opublikowane zostały w roku 1997, i świadczą, że zdecydowana większość studentów akceptowała badania płodu zwłaszcza w kierunku rozpoznania zespołu Downa oraz rdzeniowego zaniku mięśni. Przyzwolenie na przerwanie ciąży na wniosek rodziców w rezultacie stwierdzenia zespołu Downa deklarowało 88% badanych, w przypadku rdzeniowego zaniku mięśni – 77%, hemofilii – 55%, a choroby Huntingtona – 36% (de Silva, Jayasekera, Rubasinghe, de Silva 1997: 129–132). W jednej analizie stanowisk w sprawie choroby Huntingtona

w Meksyku (Alonso Vilatela 1999: 320–324) stwierdzono gotowość do aborcji w tych przypadkach u 51% respondentów, w drugiej – u ponad 30% (Garcia de la Cadena, Alonso, Ochoa, Martinez 1997: 513–516). W Michigan w Stanach Zjednoczonych na testy zdecydowałoby się 63%, na przerwanie ciąży zaś – 49% respondentów (Markel, Young, Penney 1987: 295–305). W innych badaniach, na szerszych już populacjach, odnotowano u pytanych chęć przeprowadzenia badań nie tylko w odniesieniu do wspomnianych wyżej schorzeń, ale i zakażenia HIV, czy adrenoleukodystrofii (ALD). W tej ostatniej kwestii potencjalne poddanie się badaniom prenatalnym deklaruje od 68 do 88% pytanych, a gotowość usunięcia ciąży w tych przypadkach – od 13 do 57% (Costakos, Abramson, Edwards, Rizzo, Best 1991: 295–300). Trzeba jednak nadmienić, że w wielu analizach dotyczących omawianego problemu, zgoda lub wręcz chęć wykonania badań prenatalnych wiązała się nie tyle z potencjalną decyzją o przerwaniu ciąży, co z nabyciem wiedzy na temat ryzyka wad wrodzonych u płodu i, w przyszłości – podjęciem decyzji o niezachodzeniu w kolejną ciążę.

W przedstawianym badaniu na łódzkich studentach medycyny zabiegi przerywania ciąży bez żadnych ograniczeń dopuszcza 22% respondentów (19,7% mężczyzn i 23,4% kobiet). Aborcję z pewnymi ograniczeniami – z powodu określonych sytuacji, takich jak: zagrożenie życia lub zdrowia matki, ciężkie schorzenia i wady wrodzone płodu, poczęcie w wyniku gwałtu bądź kazirodztwa oraz trudna sytuacja społeczno-materialna – akceptuje łącznie 57,1% osób (55,7% mężczyzn i 57,9% kobiet). W szczególności na uzasadnienie przerywania ciąży z powodu zagrożenia życia i zdrowia matki wskazywało z własnej inicjatywy (sami podawali warunki, które nie były ujęte w kwestionariuszu) 39,3% badanych (42,6% mężczyzn i 37,4% kobiet); z powodu wad wrodzonych lub ciężkiej choroby płodu – 24,4% (26,2% mężczyzn i 23,4% kobiet); z powodu gwałtu – 32,7% (29,5% mężczyzn i 34,6% kobiet); kazirodztwa – 1,2% (1,6% mężczyzn i 0,9% kobiet); z przyczyn społeczno-materialnych zaś – 5,3% osób (4,9% mężczyzn i 5,6% kobiet). Sumując obie grupy – przyzwalających na przerwanie ciąży bezwarunkowo oraz przyzwalających na aborcję z większymi lub mniejszymi ograniczeniami, procent ten wynosi 79,1 (75,4 mężczyzn i 81,3 kobiet).

Bardzo podobne badania i to również wśród studentów Wydziału Lekarskiego łódzkiej uczelni przeprowadził w roku 2000 Gałuszka. Ponadto, w jego badaniu poglądy adeptów medycyny zostały porównane ze stanowiskiem lekarzy oraz studentów kierunków ekonomicznych. Przyzwolenie dla aborcji bez żadnych ograniczeń dało ponad 13% medyków, zarówno studentów, jak i lekarzy oraz ponad 19% studentów ekonomii. Aborcję z pewnymi ograniczeniami lub w niektórych szczególnych przypadkach dopuszczało łącznie 75% studentów medycyny, prawie 78% lekarzy i 69% studentów kierunków ekonomicznych (Gałuszka, Szewczyk 2002: 146–151).

Przytoczone przez tegoż autora wyniki badań szerszej opinii publicznej przeprowadzonych przez CBOS w latach 1991–1998 wykazały malejącą tendencję do akceptacji aborcji bez ograniczeń (z 22 do 15%). Związane było to prawdopodobnie przede wszystkim ze zmianami w polskim ustawodawstwie, ale stanowiska w tej kwestii musiały także determinować przekonania religijne, poglądy polityczne, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania. Gałuszka cytuje przy tym również badania z roku 1998, w których za dopuszczalnością aborcji ze względów społecznych jest 71 i 59% respondentów – w kolejnych opracowaniach, oraz badanie na grupie młodzieży i dorosłych z roku 1999, które ukazuje nieco mniej liberalne podejście, zwłaszcza w młodszej grupie wiekowej. Inne tego typu badania dotyczące studentów medycyny opublikowane w roku 2002 pochodzą z Ameryki Południowej (Buga 2002: 259–262) – odnotowano w nich ponad 87-procentowy wskaźnik przyzwolenia na aborcję z określonych powodów, w tym: 74% – gdy zagrożone jest życie matki, 62% – w przypadku ciąży będącej wynikiem gwałtu, 59% – gdy występują poważne wady płodu, 53% – gdy zagrożone jest zdrowie psychiczne oraz 21% – gdy rodzice nie czują się na siłach wychować dziecka. Wyniki zeszłorocznego badania studentów z Brazylii (Duarte, Alvarenga, Osis, Faundes, Hardy 2002: 271–277) wykazują 75–85-procentową akceptację dla aborcji z powodu zagrożenia życia matki, ciąży będącej efektem gwałtu lub istotnych wad płodu. Warto też napomknąć o danych z Kanady, choć sprzed 20 lat, które pokazały przyzwolenie na przerwanie ciąży w pierwszym trymestrze nawet tylko z powodów społeczno-materialnych aż u ponad 61% ankietowanych (*The CMA Abortion Survey* 1983: 262–272). W analizie porównawczej pomijam zupełnie motywację aborcji, która nierzadko występuje w Indiach czy innych społeczeństwach patriarchalnych, gdzie dokonuje się tych zabiegów w celu eliminacji płodów płci żeńskiej. Współczesny cywilizowany świat ma do takiego podejścia jednoznacznie negatywne stanowisko, choć pojawiają się niekiedy akademickie dyskusje z argumentami za nawet tak bardzo kontrowersyjnymi powodami przyzwolenia (Oomman, Ganatra 2002: 184–188).

Zagadnienie stosowania środków antykoncepcyjnych, i tym samym regulacji urodzeń, nie jest w obecnych czasach już tak kontrowersyjne, jak dawniej, jednak wciąż szczególnie gorące spory budzi stosowanie metod, które nie dopuszczają do zagnieżdżenia się w macicy zarodka, a ostatnio zwłaszcza tabletki wczesnoporonne, których pierwszym przedstawicielem był RU-486. Środek ten jest przez jednych uważany za błogosławieństwo dla zgwałconych kobiet, czy młodych dziewcząt, które pochopnie zbyt wcześnie wkroczyły w dorosłe życie, ale które mogą dzięki niemu uniknąć dylematów moralnych i problemów zdrowotnych związanych czy to z urodzeniem niechcianego dziecka, czy z aborcją, przez innych nazywany jest narzędziem zbrodni, morderstwa życia poczętego. Preparat ten w Stanach Zjednoczonych

budził aż takie kontrowersje, że część pracowników aptek deklarowała odmawianie jego wydawania (Giannetti 1996: 698–703). Co więcej, w niektórych szpitalach katolickich w USA, mimo prawa pacjenta do pełnej informacji na temat wszystkich możliwości postępowania, w przypadku udzielania pierwszej pomocy i porad ofiarom gwałtu, zakazano poruszania tematu potencjalnego zastosowania RU-486 (Smugar, Spina, Merz 2000: 1372–1376).

Za etyczne uznaje stosowanie środków antykoncepcyjnych 98,2% badanych przez mnie studentów medycyny (98,4% mężczyzn i 98,1% kobiet), przy czym 94,6% badanych (wszyscy ze wspomnianych 98,4% mężczyzn, oraz 92,4% kobiet) nie ogranicza dopuszczalnych stosowanych metod, 3,6% osób zaś (tylko kobiety – 5,6%) wyklucza środki wczesnoporonne.

Problemowi eutanazji poświęca się ostatnio coraz więcej uwagi i zagadnienie to w ostatniej dekadzie było szeroko dyskutowane w Stanach Zjednoczonych – głównie za sprawą działań Kevorkiana, jak i tzw. ustawy oregońskiej, i w Europie – wskutek legalizacji eutanazji w Holandii.

W przeprowadzonym przez mnie badaniu, eutanazję w szerokim ujęciu (bez rozgraniczania na eutanazję czynną i bierną, dobrowolną i niedobrowolną) akceptuje 47,9% studentów (55,7% mężczyzn i 42,2% kobiet). Najlepszy materiał porównawczy i w tej kwestii pochodzi z badań Gałuszki przeprowadzonych na tej samej uczelni w roku 2000 (Gałuszka, Szewczyk 2002: 146–151). Pewne różnice metodologiczne obu wspomnianych badań zasadzają się na fakcie, iż w przypadku moich badań odpowiedzi udzielali studenci piątego roku medycyny, a więc od 3 lat mający kontakt z chorymi, często w stanie bardzo ciężkim, w badaniach Gałuszki studenci byli zaś w trakcie drugiego roku nauki, na którym jeszcze wyłącznie naucza się w zakresie przedmiotów nauk podstawowych, praktycznie bez kontaktu z chorymi. Ponadto, tak jak w przypadku badania poglądów na aborcję, również w tym badaniu Gałuszki uczestniczyli zarówno lekarze, jak i studenci kierunków ekonomicznych. Badanie to wykazało zbliżony, aczkolwiek nieco większy niż uzyskany przez mnie wskaźnik akceptacji eutanazji – odpowiednio studenci medycyny, lekarze i studenci ekonomii – 61,9, 53, 63,5%. Podobne badania na studentach medycyny, psychologii i prawa przeprowadził na Uniwersytecie w Oslo Schioldborg (2000: 2283–2288). Przedmiotem jego rozważań był bardzo cierpiący z bólu pacjent chorujący na nieuleczalną chorobę, prowadzącą bezpośrednio do śmierci albo pacjent cierpiący w nieuleczalnej choć nieśmiertelnej chorobie, ale proszący o pomoc w odejściu. W przytoczonym wyżej porządku fakultetów studenci wyrazili aprobatę eutanazji czynnej (*AVE* – *Active Voluntary Euthanasia*) w procentach liczebności grup: 24, 59, 61, oraz eutanazji biernej (w odmianie *PAS* – *Physician-Assisted Suicide*) – analogicznie w 35, 64 i 69%. W obu tych kwestiach zaznaczyła się także wyraźna różnica stanowisk pomiędzy grupą

rezydentów (stażystów i specjalizantów) a grupą doświadczonych lekarzy ze specjalizacją, zilustrowana w badaniu z rejonu Pensylwanii w roku 2000 (Bushwick, Emrhein, Peters 2000: 261–266). Ci pierwsi – jedynie w 34,6% i 36,4% optowali za pozostawieniem w prawodawstwie stanowym restrykcyjnej ustawy zabraniającej odpowiednio eutanazji czynnej (*AVE*), jak i eutanazji biernej (w odmianie *PAS*), podczas gdy przedstawiciele drugiej grupy popierali tę restrykcyjną ustawę – odpowiednio – w 59,6 oraz 66,9%. Zgoła odmiennie przedstawia się ten problem w innym amerykańskim stanie – na Hawajach, gdzie rezydenci nie różnią się w poglądach od lekarzy z praktyką, przy czym obie grupy dają przyzwolenie na eutanazję bierną (w odmianie *PAS*) tylko w 15,6%, na eutanazję czynną zaś (*AVE*) jedynie w 9,8% (Siaw, Tan 1996: 296–298). Zaskakujące jest przy tym, że aż 97,6% wstrzymałoby się z podłączeniem, a 78,6% odłączyłoby aparaturę podtrzymującą funkcje życiowe. Nieco inaczej przedstawia się problem akceptacji eutanazji biernej (w odmianie *PAS*) przez szerokie grupy społeczne w Wielkiej Brytanii. W latach 1983–1994 wskaźnik tej akceptacji wzrósł z 75 do 84% (O'Neill, Feenan, Hughes, McAlister – w druku). Z większości badań, które analizowały również podłoże omawianych poglądów, wynikało, że postawy przeciwne eutanazji są zwykle silnie związane z wyższym stopniem religijności wśród respondentów, liberalizujące poglądy na eutanazję zaś, w szczególności względnie na *AVE* i *PAS*, wynikają z autonomii, jako jednej z głównych zasad światopoglądowych (Weiss 1996: 587–599), oraz ze stopnia wiedzy na temat symptomatologii swojej choroby i jej dokładnego rokowania (Portenoy i in. 1997: 277–287). Bardzo szczególne badanie zostało przeprowadzone kilka lat temu w Portland, w kontrowersyjnym pod względem inicjatyw legislacyjnych dotyczących eutanazji stanie Oregon (Ganzini i in. 1998: 967–973). O możliwość popełnienia samobójstwa w asyście lekarza, czyli o eutanazję bierną typu *PAS*, zapytano tym razem nie studentów czy lekarzy, ale pacjentów z SLA – stwardnieniem zanikowym bocznym – bardzo ciężką chorobą neurologiczną doprowadzającą zwykle w 2–3 lata do śmierci po okresie porażenia wszystkich kończyn, z towarzyszącymi poważnymi zaburzeniami mowy i połykania z powodu porażenia mięśni krtani, gardła i języka. W tym kontrowersyjnym badaniu, na przystąpienie do którego zgodziło się 100 na 140 pacjentów, 56% rozważałoby samobójstwo w asyście lekarza, a 44%, gdyby to tylko było prawnie możliwe, poprosiłoby natychmiast lekarza o przepisanie farmaceutyków umożliwiających popełnienie samobójstwa.

W przeprowadzonym obecnie badaniu, ratujące życie lub zdrowie przeszczepy narządów z osób nagle zmarłych akceptuje 97,6% studentów (96,7% mężczyzn i 98,1% kobiet), jednak transplantacje z embrionów, które zostały w sposób spontaniczny poronione, uznaje jedynie 43,5% osób

(45,9% mężczyzn i 42,2% kobiet). Analiza treści odpowiedzi – komentarzy do tego ostatniego pytania – wskazuje jednak na niezrozumienie jego istoty i natury opisywanej sytuacji przez przeważającą większość respondentów, którzy wykazali postawę braku akceptacji dla tego rodzaju zabiegów. Problem polegał w głównej mierze na potraktowaniu płodów poronionych jako żywych lub specjalnie „hodowanych” dla celów transplantacji organów, tkanek czy komórek. W istocie zaś studentom, których opinie badano, wyjaśniono, iż chodzi w tym przypadku o płody czy embriony, które zostały poronione spontanicznie. W przeszłości próbowano przeszczepiać z poronionych płodów pewne obszary mózgu, takie np. jak „substancja czarna”, do mózgów pacjentów z zaawansowaną i nie poddającą się leczeniu farmakologicznemu chorobą Parkinsona. Tego typu próby terapii i badania nad nimi prowadzone zostały ze względów etycznych praktycznie zaniechane w Europie i w Ameryce Północnej. Nie odnoszące się wprawdzie bezpośrednio do omawianego tematu i zastosowanej metody dane z badania przeprowadzonego w Birmingham w Anglii wykazały, że niemal dwukrotnie więcej uczennic pielęgniarstwa niż studentów medycyny podpisało „kartę potencjalnego dawcy organów” w razie swojej śmierci – odpowiednio 74 *versus* 43% (Cantwell, Clifford 2000: 961–968). W innym badaniu – tym razem z Berna w Szwajcarii, dyskomfort związany z potencjalnym deklaramentem się jako dawca organów odczuwało 48% studentów medycyny (Laederach-Hofmann, Gerster 1998: 1840–1849).

Stosowanie inżynierii genetycznej (modyfikowanie genów) dla celów medycznych dopuszcza 91,7% studentów łódzkiej medycyny (95,1% mężczyzn i 89,8% kobiet). Problem ten w pewnym stopniu wiąże się z zagadnieniem przyzwolenia na badania prenatalne. Stwierdzenie defektu genowego daje asumpt, by defekt ten próbować naprawić. Zdaniem jednych można by wtedy i uniknąć aborcji, zdaniem zaś drugich doprowadzić do urodzenia się i rozwoju zdrowego dziecka. Na drodze ku temu stoi u części ludzi silne przekonanie o „wyjątkowości Stwórcy” i niemożność zaakceptowania przez nich lub dopuszczenia procedur przebiegających z modyfikacją genotypu poczętego w sposób naturalny.

Bardzo pokrewnym do powyższego zagadnieniem jest problem klonowania komórek, tkanek, organów czy też całych organizmów w celach terapeutycznych lub naukowych. Terapeutyczne klonowanie komórek i tkanek daje teoretycznie olbrzymie możliwości leczenia dotychczas nieuleczalnych chorób, beznadziejnych stanów po wyniszczających chorobach, takich jak udary mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona czy choroba Alzheimera. Koncepcja ta jednak, zwłaszcza w kontekście klonowania choćby całych organizmów, jeszcze bardziej niż wcześniej omawiane wchodzi w konflikt z ortodoksyjnymi religiami, i właśnie ze względów religijnych nie jest przez studentów najczęściej akceptowana. U wielu pomysł szerokiego wprowadzenia

technik klonowania budzi obawy o manipulację ludzkimi embrionami, o stwarzanie istot ludzkich nie dla ich istnienia jako takich – samodzielnych istot, ale jako hodowanego magazynu komórek, tkanek i organów do przeszczepów. Grozi to zredukowaniem „unikalnej istoty duchowej” człowieka do materialistycznego, zniewolonego skupiska komórek. W przypadku klonowania całego człowieka implikuje ono zarazem konflikt na podłożu tożsamości, problemy identyfikacji i przynależności, a nawet konflikt z pojęciem „wolnej woli”. Ponadto pojawia się wówczas dodatkowy problem „winy” i odpowiedzialności za nią w przypadku pomyłek, błędów w klonowaniu, wrodzonych, a właściwie „stworzonych” wad genetycznych, zatem „błędów jatrogennych” w procesie klonowania człowieka, przez niektórych interpretowanym jako „dzieło stwarzania”. O ile nie ma zastosowania pojęcia „winy” w „naturze”, pojawia się ono immanentnie w sferze działań człowieka, jaką jest klonowanie.

W przedstawianym badaniu własnym, klonowanie bez żadnych ograniczeń uznaje 7,5% respondentów (14,8% mężczyzn i 3,8% kobiet), jednak 52,5% badanych (51,8% mężczyzn i 52,8% kobiet) nie ma obiekcji co do klonowania komórek, tkanek i narządów, wskazując jedynie na niedopuszczalność klonowania człowieka jako całego organizmu.

W analogicznych do moich badaniach Kopki, przeprowadzonych równocześnie wśród studentów socjologii Uniwersytetu Łódzkiego (materiał źródłowy w niniejszym tomie), obserwowane były zbliżone proporcje opinii dotyczących przedstawionych zagadnień. Największa zbieżność poglądów studentów łódzkiej medycyny i socjologii odnosiła się do akceptacji stosowania środków antykoncepcyjnych, badań prenatalnych, przeszczepów narządów z osób nagle zmarłych, a w dalszej kolejności – klonowania. Wprawdzie duża procentowa różnica odpowiedzi zarysowała się przy zagadnieniu przeszczepów z embrionów, ale, jak wspomniałem już wcześniej, sądząc po analizie opisowego uzasadnienia decyzji, część studentów medycyny odmiennie pojmowała istotę pytania i najprawdopodobniej stąd wynikła tak duża dysproporcja wyników. Istotne różnice zarysowały się w opiniach na temat inżynierii genetycznej oraz zwłaszcza – eutanazji. Nieco większy procent studentów medycyny akceptuje manipulacje na genach, co być może jest związane z lepszą znajomością tego zagadnienia, z częstym pojawianiem się tego tematu w trakcie toku studiów oraz ze świadomością obecnych już, a i potencjalnych, bardzo dużych korzyści praktycznych wynikających ze stosowania owych technik. Największa różnica poglądów studentów medycyny i socjologii zarysowała się w podejściu do eutanazji oraz do zabiegów przerywania ciąży. Podejście „humanistów” było znacznie bardziej tolerancyjne wobec dopuszczalności eutanazji w pojęciu ogólnym niż podejście „medyków”. Trudno jest z deskryptywnej części odpowiedzi wyciągnąć wnioski co do uwarunkowań takich różnic. Nie wiadomo, czy tylko częsty i bezpośredni

kontakt studentów medycyny z bardzo ciężko chorymi i umierającymi warunkuje bardziej restrykcyjne podejście do tego zagadnienia, a jeżeli tak – to w jakim mechanizmie? Czy może w tej grupie częściej pojawiać się obawa o nadużywanie prawnych możliwości spowodowania czyjejs śmierci? A być może to nie medyczna wiedza, doświadczenie i kontakt z chorymi i umierającymi, ale cechy osobowościowe, które, poza zainteresowaniami, skłoniły przyszłych lekarzy do studiów medycznych, warunkują omawiane odmienne stanowisko od tego, cechującego studentów socjologii? Faktem jest zaś przy tym, że studenci medycyny znacznie rzadziej używali argumentów deontologicznych niż ich koledzy z socjologii, gdyż jedynie 3 spośród 170 (1,8%) odwołało się w swych wypowiedziach do normatywnych zasad etyki chrześcijańskiej. Odwrotne proporcje opinii przyzwalających zarysowały się w badanych grupach w sprawie aborcji. Tu znacznie większe przyzwolenie cechowało badaną populację studentów medycyny. O ile można by szukać związków i korelacji tego stanowiska ze wspomnianą argumentacją deontologiczną przy rozważaniu eutanazji, a raczej z brakiem eksponowania takiego systemu wartości wśród „medyków”, to jednak stosunek do życia chorego człowieka oraz stosunek do początku życia płodowego jest w tych grupach istotnie różny.

Część z poruszonych w badaniach problemów wynika bezpośrednio z bardzo szybkiego rozwoju nauki. Z dnia na dzień możemy stać się świadkami nowego odkrycia, które postawi nas w sytuacji bardzo trudnych ocen etycznych. Szybki postęp wiedzy i kulturowy rozwój cywilizacji wymusza rozwiązywanie coraz trudniejszych dylematów moralnych i dokonywanie wyborów dotąd nigdy niedokonywanych.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso Vilatela M. E., Ochoa Morales A., Garcia de la Cadena C., Ruiz Lopez I., Martinez Aranda C., Villa A., 1999, *Predictive and prenatal diagnosis of Huntington's disease: attitudes of Mexican neurologists, psychiatrists, and psychologists*, „Archives Medical Research”, Jul.-Aug.; 30 (4).
- Buga G. A., 2002, *Attitudes of medical students to induced abortion*, „East African Medical Journal”, May; 79 (5).
- Bushwick B., Emrhein D., Peters K., 2000, *A comparison of resident and faculty attitudes toward physician-assisted suicide and active voluntary euthanasia*, „Family Medicine”, 32 (4).
- Cantwell M., Clifford C., 2000, *English nursing and medical students' attitudes towards organ donation*, „Journal of Advertising Nursing”, Oct.; 32 (4).
- The CMA abortion survey*, 1983, „Canadian Medical Association Journal”, Aug. 1; 129 (3).
- Costakos D., Abramson R. K., Edwards J. G., Rizzo W. B., Best R. G., 1991, *Attitudes toward presymptomatic testing and prenatal diagnosis for adrenoleukodystrophy among affected families*, „American Journal of Medical Genetic”, Dec. 1; 41 (3).

- Duarte G. A., Alvarenga A. T., Osis M. J., Faundes A., Hardy E., 2002, *Male perspective on induced abortion*, „Revue Saude Publica”, Jun.; 36 (3).
- Gałaszka M., Szewczyk K. red., 2002, *Narodziny i Śmierć*, Warszawa, s. 146–151.
- Ganzini L., Johnston W. S., McFarland B. H., Tolle S. W., Lee M. A., 1998, *Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide*, „New England Journal Medicine”, Oct. 1; No 339 (14).
- Garcia de la Cadena C., Alonso M. E., Ochoa A., Martinez C., 1997, *Attitudes regarding molecular diagnosis in Mexican families at risk of inheriting Huntington's disease*, „Archives Medical Research”, Winter; 28 (4).
- Giannetti V., 1996, *Pharmacists' beliefs about abortion and RU-486*, „Journal of the American Pharmaceutical Association” (Was.), Dec.; NS 36 (12): 698–703.
- Laederach-Hofmann K., Gerster B. I., 1998, *Knowledge, attitude and reservations of medical students about organ transplantation: results of a survey during the first year of study*, „Schweizerische Medizinische Wochenschrift”, Nov. 21; 128 (47).
- Markel D. S., Young A. B., Penney J. B., 1987, *At-risk persons' attitudes toward presymptomatic and prenatal testing of Huntington disease in Michigan*, „American Journal of Medical Genetic”, Feb.; 26 (2).
- O'Neill C., Feenan D., Hughes C., McAlister D. A., *Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain* [w druku – dane uzyskane od autora].
- Oomman N., Ganatra B. R., 2002, *Sex selection: the systematic elimination of girls*, „Reprod. Health Matters”, May; 10 (19).
- Portenoy R. K., Coyle N., Kash K. M., Brescia F., Scanlon C., O'Hare D., Misbin R. I., Holland J., Foley K. M., 1997, *Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. A survey of physicians, nurses, and social workers*, „Psychosomatics”, May-Jun.; 38 (3).
- Schioldborg P., 2000, *Students' attitudes toward active euthanasia, assisted suicide and proposed amendments to the penal code*, „Tidsskrift Nordisk Laegeforen”, Aug. 20; 120 (19).
- Siaw L. K., Tan S. Y., 1996, *How Hawaii's doctors feel about physician-assisted suicide and euthanasia: an overview*, „Hawaii Medical Journal”, Dec.; 55 (12).
- de Silva D., Jayasekera K. M., Rubasinghe N. K., de Silva D. G., 1997, *Attitudes towards genetic counselling and testing among medical students and newly qualified doctors*, „Ceylon Medical Journal”, Sep.; 42 (3).
- Smugar S. S., Spina B. J., Merz J. F., 2000, *Informed consent for emergency contraception: variability in hospital care of rape victims*, „American Journal of Public Health”, Sep.; 90 (9).
- Weiss G. L., 1996, *Attitudes of college students about physician-assisted suicide: the influence of life experiences, religiosity, and belief in autonomy*, „Death Studies”, Nov.-Dec.; 20 (6).

Jacek J. Roźniecki

SELECTED PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS IN THE OPINION OF MEDICAL STUDENTS

The aim of the study was evaluation of the opinion of medical students on selected controversial medical ethics problems like abortion, contraceptives usage, euthanasia, cloning, tissue and organ transplantations, prenatal testing as well as gen engineering. One hundred seventy students (61 men and 109 women) of the 5th year of the Medical Faculty of the Medical University in Łódź took part in the study. Besides answering questions on the above mentioned issues, the students could indicate on specific restrictions or conditions under which

the discussed problems might be morally and legally acceptable. Abortion without any restrictions was allowed in the opinion of 22% of the students who answered this question, while abortion under some conditions like threatening of mother's life or health, serious genetic defects or malformations of a fetus, pregnancy in a raped woman, incestuous pregnancy, and difficult social or financial situation of a woman/family were accepted in total by 57.1% of the group. Contraceptives usage was accepted by 98.2% of the investigated medical students, of which 94.6% do not restrict this issue, while 3.6% of the group exclude "early abortion" contraceptives. Among medical students, 98.8% have no objections for prenatal testing. Euthanasia is acceptable by 47.9% of the investigated group. Cloning without any restrictions would be permitted by 7.5% of the medical students, although 52.5% would allow cloning of cells, tissue and organs, pointing out on cloning of a whole human being as unacceptable. In the investigated group, 91.7% do not see problems with gen engineering applied for medical purposes. Organ transplantations from the persons who suddenly died, usually in an accident, is acceptable by 97.6% of the students, while tissue or organ transplants from spontaneously aborted fetuses would be allowed only by 43.5% of the group. The selected problems mentioned above are discussed, and the data are compared with some other similar studies performed both in Poland and all over the world on medical students, medical residents and staff as well as on professionals and students of other faculties.