

Izabela Rzymska

**Wpływ edukacji na kompetencje moralne studentów  
położnictwa w odniesieniu do problematyki medycyny  
reprodukcyjnej.**

Rozprawa doktorska

Promotor: prof. dr hab. Michał Musielak

Katedra Nauk Społecznych  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań 2010

## Spis treści

	str
<b>I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA</b>	<b>5</b>
<b>1. Wstęp</b>	<b>6</b>
1.1. Wprowadzenie	6
1.2. Dylemat moralny	10
1.3. Kompetencje moralne	15
1.4. Pojęcie autonomii w kontekście kompetencji moralnych	18
1.5. Ewolucja pojęcia moralności	26
1.6. „Neuro-moralność”	34
1.7. Wybrane teorie rozwoju moralnego	39
1.8. Rozwój moralny w ujęciu Lawrence’a Kohlberg’a.	47
1.9. Pomiary kompetencji moralnych	57
<b>II. MATERIAŁ I METODA</b>	<b>67</b>
<b>2. Cel pracy i hipotezy</b>	<b>68</b>
<b>3. Materiał i metoda</b>	<b>70</b>
3.1. Model badawczy	70
3.2. Kwestionariusz Rozwiązywania Dylematów Społecznych	73
3.3. Ankieta własna dotycząca rozrodu oraz edukacji	75
3.4. Analiza statystyczna	79
<b>III. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH</b>	<b>83</b>
<b>4. Wyniki</b>	<b>84</b>
4.1. Analiza wskaźnika kompetencji moralnej	84
4.2. Zmiany wskaźnika kompetencji moralnej w zależności od modelu kształcenia	87
4.3. Samoocena wpływu czynników na moralność ankietowanych	90
4.4. Ocena akceptacji moralnej dla stosowania metod antykoncepcji	99
4.5. Ocena akceptacji moralnej dla przerywania ciąży	104
4.6. Ocena akceptacji moralnej dla technik wspomaganego rozrodu	108

<b>4.7.</b>	Ocena akceptacji moralnej dla klonowania człowieka	<b>110</b>
<b>4.8.</b>	Opinia badanych na temat prawnego dopuszczenia lub zabronienia ingerencji w ludzki rozród	<b>112</b>
<b>4.9.</b>	Ocena wpływu edukacji w zakresie rozrodu człowieka na kompetencje i postawy moralne	<b>116</b>
<b>4.10.</b>	Ocena wiodących w życiu systemów wartości	<b>121</b>
<b>5.</b>	<b>Dyskusja</b>	<b>123</b>
<b>6.</b>	<b>Wnioski</b>	<b>144</b>
<b>7.</b>	<b>Piśmiennictwo</b>	<b>146</b>
<b>8.</b>	<b>Streszczenie</b>	<b>155</b>
<b>9.</b>	<b>Załączniki</b>	<b>159</b>
	Kwestionariusz Rozwiązywania Dylematów Moralnych wg Georga Linda	
	Ankieta własna	
	Arkusz obliczeniowy wskaźnika C kompetencji moralnej	

## I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

## 1.1.Wprowadzenie

Już od początku, kiedy pojawił się człowiek parający się rzemiosłem uzdrawiania, powstały dwa nurty traktowania tego osobliwego cechu. Pierwszy, choć dostrzegał jego ogromną rolę dla społeczeństwa, jednocześnie widział w nim również niebezpieczeństwa związane z niewłaściwym jego sprawowaniem – obwarował, więc go systemem nagród i kar. Drugi nurt wpisywał automatycznie w konstytucję tej profesji, poczucie odpowiedzialności moralnej, solidarności międzyludzkiej, godności - tutaj sędzią medyka miało być jego sumienie. Pierwszy system z powodzeniem funkcjonował w starożytnej Babilonii i Chinach. Kodeks Hammurabiego (ok.1728-1686 r. p.n.e.) obowiązujący w Babilonii, oparty na jasnych zasadach talionu, również eskulapowi groził surowymi i okrutnymi sankcjami za niepowodzenia, nie apelując wcale do jego miłosierdzia, czy duszy.

Drugi nurt rozwinął się w starożytnej Grecji i Rzymie. Tutaj Hipokrates (ok. 460-370 lat p.n.e.) nauczał, że należy sztukę (już nie rzemiosło) leczenia, wiązać z chęcią czynienia dobra. W dodatku uważał, iż ten, kto zajmuje się tym fachem, powinien mieć do tego wrodzone predyspozycje i usposobienie. [12] Mieszały się później te dwa nurty, nawet w doktrynie myśli chrześcijańskiej, gdzie obok starotestamentowego prawa „oko za oko, ząb za ząb, ręka za rękę, nogę za nogę, oparzenie za oparzenie, siniec za siniec” [79] pojawia się w Nowym Testamencie zasada miłosierdzia – w Ewangelii Świętego Mateusza: „Jeśli cię ktoś uderzy w prawy policzek, nadstaw mu i drugi” [77].

Dlaczego późniejsze cywilizowane państwa wybierały hipokratejski wzorzec? Dlaczego wpisana została do tego zawodu specjalna domieszka misyjności i predestynacji? Być może dostrzeżono jak misterna i trudna jest ta sfera międzyludzkich kontaktów, która ciągle na nowo zawiązuje się pomiędzy człowiekiem chorym a tym, który ma go przywrócić zdrowiu. Ten sposób postrzegania etyki zawodowej, oparty na

nurcie hipokratejskim (z trzonem modelu paternalistycznego) dominował, aż do XIX w. [12]

Ludzkość na przestrzeni wieków przyzwyczaiła się do takiego rozumienia tej szczególnie delikatnej relacji: chory - pomagający. Oswoila ją i pokonywała pojawiające się problemy, które były w nią wpisane. Zmagala się z ograniczeniami, jakie nakładały na nią różne wyznania, z czynnikami ekonomiczno-społecznymi i naukowymi. Oparła się rozwijającemu się bardzo dynamicznie w średniowieczu chrześcijaństwu, które medycynie starało się nadawać wymiar jedynie religijny. W naukach Kościoła katolickiego idea miłosierdzia nakazywała bowiem, owszem nieść pomoc chorym i potrzebującym, ale jednocześnie mocno hamowała możliwości uzdrowicielskie człowieka, uzasadniając to koniecznością zdania się głównie na wolę opatrności boskiej. Przez to katolicy nie mieli początkowo zezwolenia swojego Kościoła dla przetaczania krwi, przeszczepów narządów, a do dzisiaj nie mają zgody na stosowanie antykoncepcji, na różne techniki wspomaganego rozrodu, oczywiście aborcje i eutanazje, badania na embrionach ludzkich, co tłumaczone jest naganną ingerencją w „*plan boży*”. Tam gdzie obowiązywało chrześcijaństwo, medycyną mało kto się zajmował, a duchowieństwo, które było predestynowane do niesienia pomocy chorym głównie skupiało się na opiece i modlitwach.

Ograniczało to rozwój medycyny, ale nie powstrzymało jej zupełnie i choć zaczęto utożsamiać moralność z nakazami wiary, to równolegle powstało coś na kształt świeckiego modelu służby medycznej. Nawiązywał on na powrót do wzorca hipokratejskiego, racjonalnie-empirycznego, nie teologicznego, choć o nastawieniu teleologicznym. Były to różne szkoły, np. w Salerno reprezentowana przez Wilhelma z Saliceton (ok. 1251-1280), który niezależnie od uwarunkowań religijnych, mówił o odpowiedniej postawie medyka budzącej zaufanie. Wskazywał, iż relacja między nim a chorym powinna być pewnego rodzaju misterium, lecz nie opartym na jakimkolwiek wyznaniu. I tak w XIII wieku, ci którzy chcieli się zajmować sztuką medyczną znowu, tak jak za czasów

Hipokratesa, musieli składać przysięgę „*iz starannie i troskliwie będą doglądać chorych, których przyjęli na leczenie lub pod swój nadzór*” – tak brzmiał fragment przysięgi znaleziony w ówczesnych statutach miasta Arles. W tym samym czasie w Marsylii, w ustawie stawiano wymogi formalne: „*(...) wszyscy lekarze i chirurdzy mają być zobowiązani specjalną przysięgą, iz wszystkich chorych, których mieć będą w swojej opiece, według najlepszego przekonania i bez oszustwa będą leczyć i udzielać porad i że z troską o nich spełniać będą powinność dobrze i sumiennie (...)*”[12] Już wtedy opierano sztukę leczenia na indywidualnym poczuciu mądrości i moralności eskulapa.

Szalejące epidemie, wojny niosące za sobą tysiące zmarłych i rannych ukazały jeszcze inne oblicze humanitaryzmu i kolejny obszar ekspozycji postaw moralnych służb medycznych.

Aż nastał wiek XX, który postawił ludzkość przed bardzo trudnym egzaminem, którego wyniki nie okazały się pozytywne. To, co stało się podczas II wojny światowej wykazało, że ci, którzy od czasów Hipokratesa zobowiązani jego przysięgą do szlachetnego niesienia pomocy, leczenia i miłosierdzia, którzy z tego zadania dotychczas wywiązywali się z dumą, co pozwoliło im zająć szczególną pozycję w społeczeństwie, teraz w wielu wypadkach okazali się katami. Sprzeniewierzyli się zasadom etycznym, tak dobrze już przecież w historii zakorzenionym. Proces norymberski w 1947 roku obnażył, iż wśród oskarżonych o ludobójstwo, o zbrodnicze eksperymenty, o eutanazję, o zbędne z punktu widzenia terapii zabiegi chirurgiczne, byli ci, którzy z racji pełnionej profesji powołani zostali do tego, aby ludzkie zdrowie i życie chronić. Co zawiodło? Co się stało, iż środowisko medyczne, od wieków obdarzone szczególnym zaufaniem społecznym, teraz stanęło po stronie morderców, a ze swoich umiejętności i wiedzy uczyniło narzędzie zbrodni? Oczywiście jedynie część tej grupy zawodowej sprzeniewierzyła się temu, do czego została namaszczona – jednak nie powinno się to było wydarzyć w żadnym wymiarze. Trauma II wojny światowej i porażka ludzkości, która zagubiła realne granice etyki, na zawsze powinna stać się przestrożą i nauką dla

potomności – rozważania nad zasadami moralnymi i potrzeba ich ciągłej aktualizacji powinny być wciąż obecne w świadomości społecznej. Tym bardziej, że nieustannie pojawiają się kolejne ważne problemy etyczne. Musiały się z nimi zmierzyć już zaraz w powojennej rzeczywistości zespoły diagnostyczno - terapeutyczne. Dopiero wtedy „otworzyły się wrota do piekielnych poczynań” jak wyraził to Stanisław Lem. [54] Eksplozja odkryć naukowych i nowych możliwości, jakie ze sobą niosą, tak zbawienna w wielu aspektach, staje się też dla nich diabelską pokusą. Niemal od początku swojego istnienia ludzkość przygotowywała się do problemów, które teraz naprawdę przed nami stoją. Większość współczesnych wyzwań moralnych, wcześniej również było obecnych, zarówno w realnych społecznościach, jak i w rozważaniach filozoficznych, w sztuce lub chociażby w literaturze *science fiction*. Eugenika wraz swoją teorią „dobrego urodzenia” była stosowna już w starożytnej Sparcie, gdzie jednostki słabe, jako niepełnowartościowe, były unicestwiane poprzez strącanie ze skały w przepaść . [50] O matkach zastępczych czytamy w Starym Testamencie. Żona Abrahama, Saraj „rzekła do męża: Ponieważ Pan zamknął mi łono, abym nie rodziła, zbliż się do mojej niewolnicy; może z niej będę miała dzieci”. [78] Różne sposoby antykoncepcji i aborcji znane były w cywilizowanych społeczeństwach od początku ich istnienia. Znajdziemy w przeszłości mnóstwo na to sposobów: od picia magicznych mikstur, wstrzemięźliwości i stosunków przerywanych (VII w p.n.e. kobiety arabskie), poprzez wygniatanie płodu kamieniami (medycyna egipska 1900-1100 p.n.e.), aż do „spędzania” płodów (australijskie autochtonki) i zakopywanie żywych niechcianych noworodków. Jednak kiedy teraz stoimy rzeczywiście przed tymi problemami, wyposażeni w nowe narzędzia, osłabieni po przetrąceniu kręgosłupa moralnego podczas II wojny światowej, z całym bagażem historyczno – etycznym, po powszechnym kryzysie wartości i autorytetów, często czujemy się bezradni w podejmowaniu decyzji. Pojawia się na nowo problem, czy to narzędzia są złe, np. nóż jest zły, ponieważ można nim nie tylko kroić chleb, ale i też zabić człowieka. [101] Czy należy w takim razie



profilaktycznie odrzucić wszystkie te „niebezpieczne” instrumenty, które mogą mieć ambiwalentne zastosowanie? Kto powinien decydować o tym co jest słuszne, a co nie? Kto powinien stać na straży ludzkiego życia? Nowe możliwości technologiczne niosą ze sobą konieczność wydawania często dramatycznych werdyktów, których nigdy wcześniej nie musiano rozstrzygać. Coraz częściej ludzie, szczególnie naukowcy, wchodzą na obszar uprzednio uznawany jako zarezerwowany dla Stwórcy. I choć prawie wszystkie współczesne nauki wraz z własnym rozwojem stawiają sobie coraz więcej wyzwań moralnych, to styk medycyny i etyki jest szczególnie delikatny. Przeplata się tu niezwykle wiele elementów dodatkowo skomplikowanych poprzez emocje, jakże osobliwe w sytuacjach w jakich znajduje się człowiek chory. W miejscu gdzie harmonijnie powinna współgrać empatia do chorego, poszanowanie jego autonomii, praw i godności, wraz z chęcią wypełnienia swoich powinności wynikających z własnego systemu wartości i dodatkowo z odpowiedzialności zawodowej, niezwykle trudno jest podejmować dobre decyzje. Bo czy w obliczu rozstrzygnięcia dylematów moralnych istnieją dobre decyzje?

## **1.2. Dylemat moralny**

Życie ludzkie niesie ze sobą mnóstwo sytuacji momentalno-punktowych (niezależnych od czasoprzestrzeni), które odczytujemy jako dylematy moralne. Następuje wtedy konflikt przynajmniej dwóch aksjologicznie równoważnych sił, których nie sposób rozstrzygnąć bez naruszenia jednej z nich. Dylemat (z łacińskiego *dilemma*) oznacza podwójne założenie; w logice to podwójne wnioskowanie, w którym jedna z przesłanek zawiera alternatywę [47]. Mamy wtedy do czynienia z konfliktem strukturalnym wartości, w którym każde rozwiązanie budzi uzasadniony niepokój i zastrzeżenia moralne. Prowadzi to często do kontrowersyjnego myślenia od strony etycznej, zarazem odsłania niezbywalny rdzeń konfliktów wartości, których człowiek powinien bronić,

radząc sobie i szukając coraz to lepszych rozwiązań. Musi być przy tym świadomy, iż żadne z nich nie jest doskonałe. Dlatego trzeba to czynić z należytą troską o zasady, konsekwentnie i z udziałem własnego sumienia. [85] Bardzo często o dylematach etycznych wspomina się w odniesieniu do tzw. momentów granicznych życia, czyli do narodzin i śmierci. Sytuacje te są również nazywane „skrajnie egzystencjonalnymi”. Problematyka rozrodczości człowieka, wraz z rozwojem możliwości jej planowania, kontrolowania i monitorowania spowodowała konieczność dokonywania niełatwych wyborów. Podobnie, jak coraz głośniej akcentowane prawo już teraz, nie tylko do życia, ale również do śmierci - godnej śmierci, prowadzi do potrzeby podejmowania decyzji związanych z odpowiednio jakościowym, dobrym zakończeniem istnienia ludzkiego .

Najmniejsza ingerencja w początek i koniec egzystencji człowieka, niesie ze sobą ogromny bagaż odpowiedzialności moralnej za własne decyzje. Rozstrzygnięcia te są jeszcze trudniejsze i bardziej nośne, gdy dotyczą ludzi, którzy powinni je podejmować nie tylko ze względu na swoje człowieczeństwo, ale również z tytułu pełnionej profesji. Dotyczy to wszelkich zawodów medycznych. W polskich kodeksach zawodowych zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych w 1993 roku, pojawiła się „klauzula sumienie”, która w szczególnych sytuacjach pozostawia decyzje o dalszym postępowaniu z chorym w rękach, a właściwie w „sumieniach” przedstawicieli zawodów medycznych. Do „sumienia” odwołuje się również ustawa o zawodzie lekarza z 1996 roku. Czym więc jest to owo „sumienie”, na czym ma się opierać? Czy można je zmierzyć? Czy sumienie należy kojarzyć z doktryną chrześcijańską, a postępowanie zgodne z nim to takie, które jest zgodne z naukami Kościoła, czy też po prostu „nie grzeszne”? Czy lekarz, który jest ateistą jest pozbawiony „sumienia”? A jeśli tak, to czy w takim razie może w pełni sprawować swój zawód, skoro nie posiada czegoś, do czego nakazuje się mu odwoływać jego kodeks zawodowy? Czy działanie niezgodne z sumieniem jest automatycznie równoznaczne ze złem? Jeden lekarz powołując się na swoje sumienie odmówi pacjentce przerwania ciąży, drugi, również

powołując się na sumienie mówi, iż nie może jej pozostawić bez pomocy. Jak rozstrzygnąć, który z nich postępuje niemoralnie, skoro obaj postępują zgodnie ze swoim sumieniem? [91]

Problem polega na tym, iż wiele pojęć zyskuje w toku ewolucji kilka nowych, czasem niejasnych znaczeń, co poważnie utrudnia ich definiowanie. Tak jest z takimi pojęciami jak właśnie : sumienie, dusza, piękno, prawda, dobro, moralność, czy etyka w ogóle. Powoduje to eksploatacje pewnych sensów i formowanie się na ich miejscu nowych oraz zrastaniu się ich ze starymi postaciami. [93] Przy takim zamieszaniu i trudnościach z wyraźnym wyodrębnieniem fundamentalnych wartości, problem rozstrzygnięcia dylematów moralnych staje się jeszcze bardziej złożony. Władysław Tatarkiewicz, czołowy polski historyk filozofii, pisał o naturalnym procesie ewolucji znaczeń pojęć, który polega na ich „zużywalności”. [96] Podobnie dzieje się z terminem *etyka*. Początkowo w jej znaczeniu mieściło się wszystko to, co związane było z szeroko rozumianym obyczajem. Od czasów Arystotelesa mieści w sobie szereg cnót godnościowych człowieka, a za sprawą Kanta autonomiczne sumienie. Przeprowadziło to pojęcie etyki do głębokich struktur przeżywania wyborów moralnych w sposób przede wszystkim autonomiczny i odpowiedzialny, a nie wymuszony i zakontraktowany, chociaż w szerokim zakresie odniesień – na przykład do ludzkości, w obszarze myśli politycznej i wizji wspólnotowej. Sprawia to jeszcze większą przeszkodę w rozwiązywaniu konfliktów moralnych, skoro zmienia się nawet struktura wydawałoby się niewzruszalnych fundamentów. Przy całej skomplikowanej konstrukcji dylematów moralnych i różnych nurtach rozumienia uniwersalności dobra i zła, czy raczej zachowań dobrych i złych, czy w ogóle można kształtować moralność? Są przecież różnorakie podejścia do wiedzy moralnej. Nurt kognitywistyczny zakłada istnienie pewnego obiektywnego i niezależnego od nas porządku moralnego. Nonkognitywistyczny natomiast odrzuca założenie istnienia oczywistej wiedzy moralnej i możliwość jej odkrycia, chociaż nie wyklucza możliwości uzasadniania naszych przekonań

moralnych. Istnieje również koncepcja zwana monizmem moralnym zakładająca istnienie jednej, słusznej zasady prawdziwego porządku moralnego, który konstytuuje nasze postępowanie w sytuacjach konfliktowych. Byłaby to postawa godna polecenia, gdyby istniała w świecie tylko jedna religia i wszyscy byliby jej wyznawcami. Przeciwstawia się takiemu podejściu pluralizm moralny. Są to jedynie skrajne stanowiska, a każde z nich jeszcze ma przecież swoje odmiany. W tym gąszczu różnych teorii i interpretacji walorów moralnych określonych czynów, dość powszechnym zjawiskiem staje się uzasadnianie niemożności swojego postępowania poprzez okrzyknięcie go „dylematem” moralnym, co ma automatycznie zdjąć bagaż odpowiedzialności etycznej, bowiem dylematu nie sposób przecież w formie zadawalającej dla wszystkich rozstrzygnąć. Termin ten jest nadużywany przez adeptów nauk medycznych, staje się słowem „wytrychem”, które ma pokryć brak umiejętności w podejmowaniu decyzji moralnie ważnych. A przecież nie każdy konflikt jest automatycznie dylematem. Ten ostatni jest pojęciem węższym. Mówimy o nim, za Thomas’em Nagel’em dopiero wtedy, kiedy podmiot stoi w „dramatycznej sytuacji”, kiedy przynajmniej dwa działania albo zaniechania nie dające się ze sobą pogodzić, mają po swojej stronie rozstrzygające racje. [64] Wtedy odnosi się to wyłącznie do działania, nie dotyczy przekonań, ani pragnień. Zawsze łączy się z poczuciem winy po wybraniu jednej z możliwości. Zazwyczaj prowadzi do uczynienia zła. [63] Można jeszcze przywołać inną definicję dylematu moralnego Sinnott-Armstrong’a, który twierdzi, iż jest to „*sytuacja konfliktu dwóch moralnych wymagań, z których żadne nie przewyższa drugiego w sposób moralnie relewantny*”. Istnieją również koncepcje, które wprowadzają jeszcze dodatkowo taki gatunek dylematów jak moralno-religijne. [90] Takie rozróżnienie powoduje konieczność namysłu nad tym, czy przyjęcie określonego światopoglądu i preferowanie przez podmiot wybranej teorii etycznej czy religii nie prowokuje jeszcze dodatkowo spiętrzenia ilości dylematów.

Filozofowie stworzyli kilka interesujących koncepcji dotyczących przekonań czym jest *dobro* i *zło*. Jednocześnie wprowadzili misterne zawłośc, które często powodują, iż trudno nam określić, która z nich jest dla nas słuszna. Pocieszające jest to, iż nie skazuje to naszych potocznych, zdroworozsądkowych intuicji na negatywną weryfikację i w większości jesteśmy w stanie w ogóle osiąść wiedzę o tym, że istnieją działania „dobre” i „złe”, „właściwe” i „naganne”. Ale na tym nasza intuicja powinna poprzestać, a my dalej powinniśmy poszukiwać głębszych niż tylko emocjonalnych uzasadnień. Jakie mamy prawo kogokolwiek przekonywać o wyższości tej czy innej teorii etycznej?

Przy tak zróżnicowanym podejściu do moralności, czy w ogóle można jej rzeczywiście nauczać tak, aby to nie było ani demagogią, ani doktrynalnym moralizatorstwem? Należałoby przy tym przyjąć, iż przekonania o czymś, że coś jest *dobrze*, czy *złe* są swoistą wiedzą. Nie jest to takie oczywiste stwierdzenie, gdyż mowa tutaj o czymś co może wydawać się mało obiektywne i dość relatywne, podobnie jak poczucie piękna: „*Nie to jest piękne co jest piękne, lecz to co piękne się komuś wydaje*” (przysłowie ludowe). I uznanie tego za wiedzę może być dość przewrotne. Trudności może tutaj nastęrczać już sama epistemologia, która od samego procesu poznania wymaga adekwatnych świadectw i uzasadnień, o których nie sposób mówić w przypadku uznania czegoś za „piękne”, „właściwe”, „dobre”. Niemożliwym jest bowiem uczynić tego w sposób intersubiektywnie komunikowalny i kontrolowalny. [1] A jednak, niezależnie od przyjętej doktryny, istnieją tzw. twarde przekonania moralne, na które wszyscy się zgadzają nawet wtedy, kiedy nie można przedstawić dla nich odpowiedniego opisu intelektualnego. To oczywiście nie oznacza jeszcze, że wszyscy w związku z tym mają właściwe poczucie moralności. Można to porównać do sytuacji, w której komuś, kto nie ma poczucia humoru, wyjaśnimy dlaczego dowcip miał być śmieszny, a on choć przyjmie to z pełnym zrozumieniem, wcale nie koniecznie poczuje, iż ten go rzeczywiście rozśmieszył. [63] Tak więc nawet jeśli naukę o wartościach można przekazywać jak każdą inną wiedzę, nie

rozwiązuje to jeszcze problemu, czy można nauczyć kogokolwiek rozwiązywania dylematów moralnych - do tego potrzebne są odpowiednie umiejętności.

Oprócz wspomnianych wątpliwości, pojawia się jeszcze jeden problem: czy jest w ogóle realnym nauczanie etyki, nie naruszając przy tym Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, w której znajdujemy w artykule 18, że: "Każdy człowiek ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania" [7], by mogła ona być nauką uniwersalną, zarówno dla ateistów jak i dla ludzi różnych wyznań? Innymi słowy czy można komukolwiek narzucić zakładanie na „oczy i uszy” zmysłu moralnego taki czy inny „filtr” jakiegokolwiek konkretnej teorii etycznej skazując go na pewien rodzaj „daltonizmu” moralnego. Rozwiązaniem wydaje się skupienie uwagi na kształtowaniu kompetencji moralnych.

Czy w takim razie cały „biały personel” je posiada i czy jest dobrze przygotowany do korzystania z nich? Czy można im pomóc w podejmowaniu właściwych decyzji? Czy w takiej sytuacji, kiedy tak wiele od nich zależy, czy medykami powinni stawać się wszyscy, czy jedynie ludzie o szczególnych predyspozycjach moralnych? Jak zbadać owe szczególne uzdolnienia i czy możliwe jest nauczanie tych osobliwych umiejętności?

### **1.3. Kompetencje moralne**

Wspomniane w poprzednim rozdziale „predyspozycje” w literaturze zostały nazwane „kompetencjami moralnymi”. Są one uwarunkowane osiągnięciem odpowiedniego stadium rozwoju moralnego. Opisuje się w ten sposób pewną „dyspozycję”. Na tę dyspozycję składają się elementy zarówno wrodzone - i w tym kontekście często termin „kompetencje” porównywany jest do „inteligencji”, jak i nabyte – tutaj wskazuje się na różne czynniki, które mogą wpływać na ich zmianę. Na pojęcie to składają się takie terminy jak: sprawność, umiejętność, kwalifikacje, uprawnienia,

zdatność, zdolność, przygotowanie. Żadne jednak z nich nie wyczerpuje idei pojęcia „kompetencje moralne”.

Kompetencje moralne stają się znaczącą kategorią badawczą. Najczęściej używa się definicji intergratywnej (zwanej też kompleksową) – oznacza ona wtedy złożoną dyspozycję z wiedzy, umiejętności, postaw (moralnych), motywacji i wartościowania. Stanowi zdolność prowadzenia refleksji (autorefleksji) moralnej z uwzględnieniem prawomocności moralnej własnego postępowania (samozrozumienie) [92]. Jan Hartman pisze, iż kompetencja moralna to „zdolność wyznaczania celów i ich realizacja”. [26] Kompetencje moralne wiąże się ze stadiami rozwoju moralnego L. Kohlberga. Przyjmuje się, że jednostka posiada kompetencje moralne, jeżeli jest na postkonwencjonalnym etapie rozwoju moralnego, to znaczy kiedy posiada orientację na ogólne zasady etyczne i zdolność zastosowania ich w konkretnej sytuacji, w moralnym konflikcie. W każdych okolicznościach człowiek rozważa i wybiera od nowa słusze rozwiązanie. Norma staje się uwewnętrzną regułą zachowania. Właśnie w takim znaczeniu używa tego terminu Georg Lind – autor narzędzia wykorzystanego w niniejszej rozprawie, mierzącego kompetencje moralne, co zostanie przedstawione w rozdziale III. Uważa on, iż kompetencje moralne są zgodne z istotą psychologii moralności, która polega na szukaniu relacji między praktyką a świadomością moralną. [95] Niezbędnym składnikiem kompetencji moralnych jest autonomia moralna. Staje się ona wyznacznikiem wyższych poziomów rozwoju. Wśród różnych zmian właściwości moralnych jednostki, a zachodzących wraz z wiekiem, wskazuje się na różne przejawy autonomii moralnej, są nimi: sądy i oceny moralne, postępowanie i auto-reakcja na postępowanie moralne. Kompetencje moralne powodują, jak twierdzi T. Zgółka, że jednostka traktuje reguły i zasady jako tworzywo w procesie ich permanentnej aktualizacji w konkretnych sytuacjach [108]. Kompetencje moralne są umiejętnością ponadkulturową, niezależną od przyjętych systemów, co czyni z nich bardzo ciekawy wskaźnik. Najczęstszy błąd to utożsamianie kompetencji moralnych z postawą moralną. Postawa

moralna – to działanie. Kompetencje - to konsekwentne uzasadnianie działania, są więc rodzajem wiedzy i umiejętności mentalnych.

Nie jest to pojęcie nowe, choć trzeba przyznać, że wciąż na nowo odkrywane. Zazwyczaj wywodzi się je z samej koncepcji kultury, jako jej istotny element, podlegający tej samej determinacji. Kompetencja kulturowa jest rozumiana jako całokształt zdolności (dyspozycji psychicznych) człowieka określający jego kulturowe zachowanie. [45] Składają się na nią przyswojone świadomie intuicje i nawyki, normy, wzory, wartości i modele normatywne. Jest własnością osobniczą, a więc nie zobiektywizowaną, ani nie systemową, tak jak same normy czy wzory. Owo świadome przyswojenie musi w tym wypadku koniecznie polegać na podejmowaniu czynności subiektywno-racjonalnych. Muszą to być przekonania uwewnętrznione, normatywne, ustanawiające wartość-cel czynności. Nie będziemy do nich zaliczać każdej regularnie powtarzanej czynności, w tym odruchów bezwarunkowych (tj. nie-wyuczonych, niewrodzonych w przeciwieństwie do wrodzonych i wyuczonych), gdyż nie świadczą one bardziej o respektowaniu norm niż spadający kamień na ziemię o grawitacji. [40] Kompetencja kulturowa złożona jest po części z samej wiedzy *sensu stricto*, lecz większą jej część stanowi nieświadomiona tzw. „wiedza milcząca”, która ujawnia się dopiero w momentach zakwestionowania bądź przekroczenia reguł - czyli w momentach konfliktowych. [109] Zbigniew Nowak, autor pracy: „Kompetencja moralna, jako kategoria teoretyczna i badawcza” twierdzi, że na wiedzę moralną składają się kompetencje moralne i etyczne. [67] Żeby być moralnie kompetentnym konieczna jest nie tylko wiedza, ale również możliwość, czyli wolność. Jednostka jest istotą zdolną odbierać i wartościować świat w kategoriach moralnych, zawsze jest osadzony w jakiejś konkretnej rzeczywistości moralnej, w której w sposób zindywidualizowany uczestniczy, przez co wyraża swoją wolność wyboru. Bez wolności, jak zauważył średniowieczny myśliciel Pelagiusz, nie ma winy. [97] To prowadzi nas do niezbędnej ingrediencji kompetencji - autonomii jednostki.



#### **1.4. Pojęcie autonomii w kontekście kompetencji moralnych**

Autonomia osoby jest podstawą współcześnie obowiązującego partnerskiego modelu medycyny. Jest jedną z najmocniej zakorzenionych zasad w potocznej moralności. To właśnie jej częste naruszanie, nawet w imię wyższego dobra, najbardziej się przyczyniło do dewaluacji modelu paternalistycznego w leczeniu. Wynikało to z trudności pogodzenia jej z chęcią dobroczynienia i nieszkodzenia pacjentowi. Często lekarze nie chcąc krzywdzić swoich podopiecznych, nie wyjawiali im prawdy o ich stanie zdrowia, co wykluczało ich świadomy udział w podejmowaniu decyzji o wyborze terapii. Odmawiali więc im intencjonalnego uczestnictwa w leczeniu i decydowaniu o ich własnym życiu i zdrowiu, co w sposób oczywisty wykluczało ich partnerskie relacje i wolność woli chorego. Paternalizm ma się opierać na „ojcowskiej troskliwości”. Tak jak rodzic ma na uwadze korzyść swojego dziecka i dlatego przejmuje za niego prawo decydowania, tak samo lekarz mając na względzie interes chorego, biorąc pod uwagę swoje umiejętności i wiedzę, przejmuje władzę nad jego zdrowiem. Zawsze wiąże się to z zamierzoną ingerencją w znane preferencje czy działania innej osoby ze względu na jej dobro. Zazwyczaj wiąże się to ze stosowaniem przymusu lub nawet przemocy, albo pociąga za sobą kłamstwo, oszustwo lub manipulację, co w rzeczy samej wyklucza autonomiczny wybór jednostki. Do dzisiaj jednak, pomimo dużych kłopotów z utrzymaniem tego modelu znajdujemy jego zwolenników, którzy tak jak L.J. Henderson twierdzą, iż „za duży szacunek do praw chorego wypływający z jego autonomii jest niebezpieczny, gdyż nie bierze pod uwagę prognozy lekarskiej i może narazić na szwank zdrowie pacjenta”. [28] Nawet ci, którzy mienią siebie zagorzałymi przeciwnikami paternalizmu, na przykład John Stuart Mill, przyznają, że ingerencja w życie drugiego człowieka, może być czasem usprawiedliwiona, jeśli człowiek ten nie jest świadomy czyhających na niego zagrożeń. Choć uzasadnienie Milla właściwie nie do końca

przystaje do definicji paternalizmu, gdyż mówi on jedynie o chwilowym powstrzymaniu osoby od działania w celu wyjawienia konsekwencji jego potencjalnego czynu: np. „ jeżeli zamierza przejść przez most, który grozi zawaleniem, to należy go zatrzymać i upewnić się czy działa intencjonalnie”. Można więc go jedynie ostrzec, nie można go w żadnej mierze oszukiwać i powinniśmy pozwolić mu wypełnić jego wolę – nie ograniczamy wtedy jego autonomii. [87]

Wielu myślicieli utrzymywało, iż gdyby nie uznawano autonomicznych podmiotów, nie mogłoby być mowy w ogóle o moralności. W słowniku przeczytamy, iż autonomia oznacza „samodzielność, niepodległość, samostanowienie” [43] Początkowo wcale ten termin nie był odnoszony do osoby. W języku greckim *autos* - samodzielny, oraz *nomos* - reguła, rząd, prawo, po raz pierwszy zostało użyte w odniesieniu do niezależnych rządów sprawowanych przez wspólne helleńskie państwa-miasta. [4] Dopiero później zakres tego pojęcia rozszerzył się na osobę. Jeszcze dla Platona takie uprawnienia dla jednostki były nie do zaakceptowania. Człowiek nie mógł stanowić o sobie w oderwaniu od struktur państwowych, funkcjonował dla nich i im był całkowicie podporządkowany. Dziś autonomia indywidualna oznacza bardzo wiele, a współcześnie wysoko rozwinięte cywilizacje są do tego terminu bardzo przywiązane. Kryje się pod nim prywatność, prawo do rozmaitych swobód, indywidualnego wyboru, do bycia przyczyną i celem swojego działania (determinizm i teleologizm). A przede wszystkim rozumie się pod tym pojęciem wolność woli. Ma to oznaczać niezależność od przymusu zewnętrznego, ale również od wewnętrznych ograniczeń uniemożliwiających autentyczny wolny wybór. Ważne jest, aby osoba autonomiczna miała zdolność do racjonalnej akceptacji, utożsamienia się albo odrzucenia pragnień i preferencji w sposób wykluczający jakiegokolwiek manipulacje nimi.

Całkiem innym uwarunkowaniem, które często tłumaczy ucieczkę do paternalizmu jest sytuacja, kiedy jednostka nie jest w stanie racjonalnie

podejmować decyzji, lub pomimo możliwości rozsądnego działania nie ma możliwości dokonania właściwego wyboru. Wtedy personel medyczny, który dostrzega szkodliwe następstwa złych decyzji, chcąc uchronić swoich podopiecznych przed nimi, ignoruje ich decyzje i czyni tak jak uważa za najlepsze dla pacjenta. Wtedy oczywiście nie respektuje ich autonomii. Przedmiotem największych obaw jest problem ustalenia zasad i uszczegółowienia ich do konkretnych przypadków, kiedy dopuszczalna jest ingerencja w decyzje i sprawy pacjenta. Czy wystarczającym powodem jest niepełnoletność, słabe wykształcenie, depresja czy początek choroby Alzheimera? Od jakiego momentu możemy ignorować zdanie pacjenta z racji na przykład demencji starczej, a kiedy jest to niedopuszczalne. Immanuel Kant poleca wtedy podjęcie takiej decyzji „jaką podjęłaby osoba w pełni racjonalna i autonomiczna”, ale czy to nie jest ograniczeniem praw jednostki i odebraniem jej możliwości działania nieracjonalnego i niemądrego? Choć zapewne jest takie posunięcie wyrazem troski wobec tej osoby, na pewno nie jest głosem szacunku wobec jej autonomii. Paternalizm może się również eksponować w sytuacji, kiedy odmawia się pacjentowi podania jakiegoś leku, lub powstrzymuje od jakiegoś działania, które uważa się, za niekorzystne dla niego. Wtedy daje to możliwość lekarzowi pogodzenia chęci dobroczynienia z autonomią, niestety nie pacjenta ale swoją. Jest to rzadki przypadek, kiedy uwzględnia się nie tylko obowiązki lekarza wobec pacjenta, ale również jego uprawnienia. Analizując relacje chory - personel medyczny trzeba zauważyć, że współcześnie, niejako wbrew tradycji, albo wręcz przez nią i przeciw niej, prawa przedstawicieli zawodów medycznych traktowane są drugorzędowo za prawami pacjentów. Pomimo tego bardzo często to ci drudzy czują się ofiarami systemu, za co obwiniają zazwyczaj medyków i ich zdaniem, „nieetyczne” zachowania tamtych. Personel terapeutyczny przecież nie jest zobowiązany do zaspakajania wszystkich pragnień pacjentów, szczególnie, kiedy są one niezgodne z normami obowiązującymi w praktyce medycznej, czy też z sumieniami jej uczestników. Lekarz może

odmówić pacjentowi przepisania leków, które jego zdaniem są nieskuteczne, bądź przerwania ciąży, jeżeli jest to niezgodne z jego światopoglądem, nawet wtedy kiedy ewidentnie nie będzie to oznaczało uszanowania autonomii i woli jego pacjentów.

Punkty wyjścia dla rozumienia autonomii jednostki mogą być różne. Dla Immanuela Kanta znaczenie tego terminu płynie bezpośrednio z uznania, że osoby są wartościowe *same w sobie* bo mogą i powinny same kierować swoim losem. [36] Wynika z tego, iż istota ludzka zawsze musi być celem, nigdy nie można jej traktować jako środka. Z kolei John Stuart Mill ujmował autonomię jako możliwość kierowania przez jednostkę swoim życiem zgodnie z własnymi przekonaniem, tak długo, aż nie naruszy analogicznego prawa do wolności innych ludzi. [59] I choć uzasadnienia są tak heterogeniczne jak w wyżej wskazanym formalizmie i utylitaryzmie, to ugruntowują jedynie pozycję i ważność tego pojęcia. Jednocześnie uniezależniają je od konkretnych teorii etycznych, co sprawia, że pojęcie autonomii staje się pojęciem uniwersalnym, ontycznym, zasadniczym i niezbywalnym. Toteż wszyscy się zgadzają, że można o niej mówić jedynie w przypadku, kiedy spełnione są dwa podstawowe warunki: wolność - niezależność od jakichkolwiek czynników kontrolujących i ograniczających, oraz możliwość spontanicznego działania – zdolność do intencjonalnego działania. Z tych dwóch insygniów autonomii można dopiero wywieść dalsze drugorzędowe akcydensy, które bywają odmienne w różnych paradygmatach. I tak w niektórych wymagana jest autentyczność i dyscyplina wewnętrzna (S. Benn) [6], w innych podkreślana jest świadoma akceptacja każdej przyjętej racji (G. Dworkin). [15] Często te kryteria powodują, iż autonomia staje się ideałem abstrakcyjnym, niemożliwym do osiągnięcia. Wobec tego powszechnie się przyjmuje, iż dodatkowym kryterium opisującym autonomię jest zadowalające (a nie całkowite) zrozumienie przez podmiot sytuacji. Orzeknięto też, iż nie wyklucza autonomicznego funkcjonowania jednostki podleganie przez nią jakiejś władzy, którą może być jakaś instytucja, tradycja czy religia. Wynika to z tego, że moralność nie jest zbiorem

indywidualnych reguł ukształtowanych przy wyabstrahowaniu od społeczeństwa, a stanowi element dziedzictwa kulturowego, obyczaju. Mogą się zdarzyć jednak sytuacje, gdzie podleganie jakiejś władzy może wykluczać możliwość podjęcia autonomicznej decyzji. Interesujące w tym kontekście są rozważania, czy człowiek w ogóle posiada możliwość podejmowania całkowicie swobodnych decyzji. Wiąże się to z pytaniem czy jednostka ludzka posiada *wolną wolę*. Najprostsze filozoficzne jej rozumienie to: „ludzka zdolność umysłowa do skierowania się ku przyszłości. W tym sensie jest odmienna od pamięci, która ukierunkowana jest w przeszłość”. Starożytność jeszcze jej nie znała jako oddzielnego jedynie aktu chcenia, nie związanego w sposób konieczny z możliwością odpowiedniego działania. I choć można się już u Arystotelesa doszukać w jego *proairesis* zaczątków koncepcji wolnego wyboru woli, to dla niego jeszcze „mogę” było przede wszystkim równoznaczne z „chcę i mogę”. [2] Początek filozoficznej refleksji nad wolą Hannah Arendt, autorka książki traktującej o tym temacie, pod tytułem „Wola”, wiąże dopiero ze Świętym Augustynem (384-322 r. p.n.e.), który choć dla potrzeb wyjaśnienia istnienia w świecie zła, ale jednak wprowadził koncepcję ludzkiej woli. I tak według tego patrystycznego myśliciela, Bóg nie może być źródłem zła, jest nim człowiek. A ten, przez dobrego swojego Stwórcę nie może być predestynowany do czynienia zła, dlatego właśnie został obdarzony możliwością podejmowania swobodnie decyzji i ponoszenia za nie odpowiedzialności. W ten sposób pojawia się wyodrębnienie tej szczególnej ludzkiej zdolności umysłowej polegającej na dokonywaniu wyboru pomiędzy różnymi możliwościami. „Ja chcę” stało się czymś niezależnym od działania czy zdolności do niego. W ten sposób rodzi się etyka intencji, później rozbudowana przez Kanta, zupełnie nieznaną starożytnym, gdzie moralnie ważny był jedynie czyn. [2] Na tej zdolności umysłu została osadzona kariera pojęcia autonomii człowieka. Jednak nie wszyscy są z tym zgodni. Artur Schopenhauer zakwestionował pojęcie „wolnej woli” jednostki. Można wybrać zgodnie ze swoją wolą, ale nie wybieramy własnej woli. Wola więc nie jest wolna, tylko jest dana. Nie

można „chcieć” swojej woli, albo jej „nie chcieć”. Wolność nie należy do ludzkiej woli, a jedynie do działania. Nawet Kant nie do końca zgadzał się na rozumienie woli jako arbitralnej wolności, podporządkowywał ją rozumowi i preferował ją nazwać „wolą racjonalną”, lub „rozumem praktycznym”. Nie była ona więc przeciwstawieniem konieczności, a jej nową formą. Przewrotnie twierdził, że wolność woli polega na powiązaniu jej z własnym prawem i na porzuceniu dobrowolności.

Wiele nowych wątków w rozumieniu woli człowieka wprowadził również Fryderyk Nietzsche, który utożsamiał ją po prostu z życiem, zdolnością chcenia. Jego słynna „wola mocy” chce samej siebie, swojego istnienia i wzrostu – nie posiada uniwersalnego stałego celu, lecz jest czystym dążeniem naprzód poprzez różne cele. Jest procesem, krystalicznym chceniem, tworzeniem nowych wartości poprzez zastane *status quo*. Jest to bardzo ważny moment nowego spojrzenia na aspekt woli, zupełnie inny niż u Świętego Augustyna, który o woli mówił jedynie jako o wyborze wyłącznie z istniejących możliwości, natomiast Nietzsche uważał, iż jest to wybór między istniejącymi możliwościami a tym co nowe, potencjalne, jeszcze nie stworzone. Jakkolwiek skierowuje to wolę ku przyszłości nie uwalnia jej od przeszłości, zgodnie z koncepcją wiecznego powrotu. Filozof ten jako pierwszy akcentował temporalną naturę woli – sens czasu, czyli powiązanie przeszłości z terażniejszością i ich wieczne, wzajemne ich przenikanie się. Dlatego wola choć skierowana ku przyszłości, jest związana z przeszłością, i mimo że jej nie afirmuje, to choćby chciała nie może jej zmienić, więc nie jest zupełnie wolna. Terażniejszość jest bramą czasu pomiędzy przeszłością a przyszłością. Trudno więc w każdej chwili, gdzie każde „jutro” walczy z „wczoraj” mówić o pełnej autonomii człowieka. Tylko reafirmacja tego co „było” pozwala na swobodne „będzie”, w przeciwnym razie jest tylko negacja, a nie ma tworzenia. [65] Warto przez pryzmat tej koncepcji spojrzeć na problemy bioetyki i jej konflikty wartości. Poprzez to co „było” i jak było oceniane kiedyś, trzeba spojrzeć na to co jest „dziś”, i jak jest obecnie postrzegane, po to, aby móc przygotować się na „jutro” i jego interpretację etyczną.

Można też wzorując się na myśleniu Martina Heideggera, uniknąć kłopotów związanych z autonomią jednostki i w ogóle odrzucić wolę, zakładając, że i tak nie jest wyzwolona – trzeba zaniechać więc chcenia i w sposób pasywny oczekiwać i otwarcie myśleć o kwestii bytu. To ma być remedium na kryzys współczesnej kultury spowodowany nauką i techniką. Impas ten jest szczególnie widoczny w gmatwaniu nowych możliwości inżynierskich związanych z organizmem ludzkim, a próbą ratowania godności jednostki. To powoduje powstanie bardzo niekomfortowych uwarunkowań dla obrony aksjologicznej strony życia ludzkiego, gdzie niedostatecznie wytrzymałym filarem okazuje się być autonomia jednostki. Takie okoliczności dość często występują w relacjach pacjent – personel medyczny i wtedy powinno się akcentować już nie tylko autonomię, ale również *kompetencje moralne* uczestników takich stosunków intencjonalnych.

Kompetencje moralne bowiem są pojęciem szerszym i mniej zależnym od innych czynników i wartości, które bywa, że znoszą autonomię. Tymi elementami są często motywacje - choć są wskazane i właściwe, to samostanowienie ograniczające, takie jak: współczucie, chęć niesienia dobra, ratowanie życia i zdrowia. Człowiek kompetentny moralnie nie jest niewrażliwy na te wartości, lecz stanowią one algorytm jego zachowań odpowiednio sprzężony z respektowanymi przez niego cnotami, możliwościami podjęcia przez niego świadomie odpowiedzialności oraz konsekwencją działania. Pozwalają mu one również, w najwyższym stadium rozwoju moralności, uwolnić się od „szablonów” – typów idealnych (w rozumieniu Maksa Webera) obowiązujących w danej kulturze, i prawidłowo postępować nawet po drugim „odczarowaniu świata”. [41] W rezultacie o doborze wartości przez siebie respektowanych decyduje nie tylko ich adekwatność, ale również efektywność przy osiąganiu odpowiednich celów praktyczno-użytkowych, bez blokowania ich przez światopogląd i związane z nimi dyrektywy symboliczno-kulturowe.

Sposobów postrzegania kompetencji moralnych i poziomów ich analiz jest co najmniej kilka. Opisując ją najczęściej sięga się do definicji kompetencji kulturowej. I choć są one bardzo odpowiednie dla nich, to jednak nie można pominąć faktu, że kompetencje moralne wykraczają poza obszar kultury i sięgają po jej dychotomię: naturę. Takich przeciwieństw mieści w sobie więcej – zachowania aktywne i reaktywne, znaczenia głębokie i powierzchowne, potencjalność i aktualność, ogólność i jednostkowość, uniwersalność i indywidualność. To powoduje, iż kompetencja moralna staje się niezwykle ważnym parametrem, nie dającą się w żaden inny sposób opisać własnością jedynie ludzką. I o ile bywają koncepcje uznające, że przedstawiciele innych gatunków również posiadają moralność, obyczaje i że jesteśmy podobni do zwierząt : „*homo homini lupus*” w rozumieniu „człowiek człowiekowi zwierzęciem” (Thomas Hobbes, 1588-1679), tak kompetencje moralne przypisywane są już wyłącznie człowiekowi. [57]

Opis zachowań wskazujących na wysoki współczynnik kompetencji moralnych nie jest prosty. Wynika to z tego, iż takie same czyny, choć zgodne z ogólnymi wartościami i normami, to w różnych kontekstach mogą być realizowane przez odmienne postępowania. Każda sytuacja powoduje powstanie, jak to nazywa J.L.Austin, nowego „aktu moralnego” [51] Związane jest to z bezwzględną podmiotowością jednostki, obciążoną w pewnym sensie jej subiektywizmem wiedzy, lecz jednocześnie koherentnymi i uzasadnionymi normami ogólnymi. Niezbędny jest tu element intuicyjny „wiedzy milczącej”, jak chciał Platon – wrodzonej, sprzężony z nabytą wiedzą i wzorami. Podobnie jak jest z umiejętnościami językowymi. Nie wystarcza znajomość poszczególnych reguł i słów, aby można było mówić o umiejętności komunikowania się i stosowania odpowiednich kodów (Naom Chomsky, ur.1928). Przystwojone i uświadomione wartości norm i dyrektyw, w połączeniu z intuicją stają się dopiero tworzywem do wytwarzania własnych „szablonów” postępowania, choć w pewnym sensie jednorazowych, jednakże zawsze wiernie odzwierciedlających treść ogólnych zasad. Jest to widoczne szczególnie



w sytuacjach wykraczających poza doświadczenie, gdzie *ad hoc* trzeba kreować nowe wzory zgodne z imperatywem kategorycznym Kanta. Zmysł moralny – rozumiany jako umiejętność właściwego postępowania, bez odwoływania się do racji rozumu, stanowi niezbędny wrodzony element kompetencji. [84] Ale jak już wiemy, obok elementów wrodzonych potrzebne są elementy nabyte, a te kształtowane są w człowieku w toku jego rozwoju moralnego.

### 1.5. Ewolucja pojęcia moralności

Problematyka rozwoju moralnego człowieka poruszana była już u starożytnych filozofów. Już sokratejski racjonalizm (intelektualizm) etyczny, według którego cnota jest wiedzą o dobru, a kultura jest obszarem, w której możliwe jest osiągnięcie rozumnej autonomii (kompetencji?), zakładał wyuczalność moralności. Sokrates, co możemy dostrzec we wczesnych dialogach platońskich, jako jeden z pierwszych pośród filozofów, nie zajmował się, jak jego poprzednicy, naturą wszechrzeczy. Przedmiotem swoich dociekań uczynił natomiast zagadnienia etyczne. [3] Wcześniej, począwszy od Talesa, filozofowie próbowali racjonalnie wytłumaczyć funkcjonowanie kosmosu, pomijając, lub lepiej rzecz ujmując, pozostawiając w cieniu byt ludzki jako taki, czy też problematykę natury ludzkiej. Człowiek był wyłącznie jedną z wielu *rzeczą, przedmiotem* dociekań na temat świata *physis*, a nie *podmiotem*. Jego miejsce w świecie nie było wcale uprzywilejowane. Wręcz nie pasował do rzeczywistości rozumianej jako organiczna jedność, całość, która jak pisze Eduard Zeller: „*ukazuje się postrzeżeniom zmysłowym jako (...) budowla, której fundamentem jest ziemia, a dachem sklepienie niebieskie. Natomiast w świecie moralnym niewprawne oko widzi tylko mrowisko jednostek lub małych grup, które poruszają się samowolnie i chaotycznie*”. [107] Sokratejska refleksja etyczna była więc swoistą

nowością na tle koncepcji dotychczasowych starożytnych myślicieli. Skupiła się na obserwowaniu jednostek i na regułach ich życia. Wszyscy filozofowie przed nim, jako moralisci nie wychodzili poza poziom badań nad przyrodą, nie interesowała ich natura ludzka. Ten myśliciel chciał uwypuklić istotę i znaczenie człowieka jako człowieka, aby z tej istoty wyprowadzić *areté*. Dopiero on zaakcentował, że bez wiedzy o tym co *dobrze* a co *złe* każda umiejętność jest bezwartościowa, „*jeżeli tej wiedzy nie ma, to i medycyna gotowa gorzej uzdrawiać i sztuka szewska gorsze buty nam uszyje, i tkactwo da lichsze ubrania, i wiedza sternika nie uchroni nas od śmierci na morzu, ani stratega na wojnie*” [82] A jak dotrzeć do tej wiedzy? Przede wszystkim trzeba umieć przyznać się do tego, że się nie wie. Jediną rzeczą, którą wiemy na pewno, to przecież to, że nie wszystko wiemy. To nas otwiera na poznanie i wykształca w nas potencje poznawania. Jednocześnie Sokrates odrzucał wszystkie zastane, dotąd przyjęte insygnia tej wiedzy : tradycje, opinię powszechną, empirię i wywód logiczny. Pozostawił jedyne kryterium: *samowiedzę* – indywidualny świadomy osąd. To jest to, co później mogłoby być nazwane właśnie *kompetencjami moralnymi*. Przy czym przestrzegał przed zbyt pochopnym indukowaniem poznanej raz prawdy i rozszerzanie jej na zasady ogólne. Wbrew temu Platon właśnie tak czynił – „*prawda nie ma być prawdą tylko dla »samowiedzy«, ale ma być prawdą obiektywną, ważną dla każdego, w każdym miejscu i w każdym czasie*”. [48] Sokrates przed tym się bronił i jak zauważa E. Brehier, wręcz kompromitował tę metodę. [9] Celem człowieka ma być troska o własną duszę. Jeżeli czyni to stale i konsekwentnie, to wtedy rozwija się moralnie. Dobro własnej duszy powinno być ważniejsze niż wszystko inne, niż: „*zdrowie i powodzenie, ważniejszą nawet niż życie, i wszelkie sprawy publiczne*”. [82] Skutkuje to tym, że chociaż przyjmuje się i respektuje prawa obowiązujące, jest się gotowym ponosić konsekwencje za ich naruszenie. Zawsze należy to czynić w zgodzie z naszą duszą: „*kiedy dusza poznanie posiada i potrafi je zachować, wtedy już łatwo o zdrowie i głowy i całego ciała*”. [81] Dusza u Sokratesa to nic innego jak trafne rozeznanie dobrego

i złego, rozeznanie wewnętrzne, indywidualne, filozoficzne – gdyż innego niż te, nie ma. Dusza więc jest pojęciem jednocześnie moralnym i intelektualnym. Jest ściśle powiązana z wiedzą. A „*bez wiedzy nie ma cnoty, nie ma dobra, nie ma szczęścia (...), żadna rzecz jako taka nie jest dobra, nie jest wartością jeśli nie wypływa z wiedzy*”. [48] Prowadzi to do zrelatywizowania tych wartości w stosunku do wiedzy. Tak więc rozwój moralny u Sokratesa jest ściśle powiązany z pojęciami *wiedza, dobro* i *zło*, na czym ukonstytuowany jest jego intelektualizm etyczny.

Wiedza musi być prawdziwa - w tym są zgodni zarówno starożytni filozofowie, którzy twierdzą, iż wiedza nie może być fałszywa, gdyż poznanie to niezdolny do błędu stan umysłu, jak i współcześni myśliciele, którzy wywodzą to z praw logiki i utrzymują, iż wiedza nie może być fałszywa, ponieważ definicja słowa „wiedza” sprawia, że pojęcie „wiedzy fałszywej” staje się pojęciem nie tautologicznym, sprzecznym. Platon również wywodził swój pogląd, iż wiedza jest z definicji prawdziwa, a wywodził to z logicznych założeń: „*a) p musi być prawdziwe, b) X musi być przekonany, że p, c) X musi mieć dobre uzasadnienie dla przekonania, że p*”, gdzie *p* - oznacza przedmiot poznania, a *X* - podmiot poznający. Trzeba zwrócić uwagę na to, iż nie można mylić wiedzy z przekonaniem. Nie każde przekonanie jest wiedzą. Przekonanie musi być prawdziwe, dobrze uzasadnione i oparte na wiarygodnych świadectwach, aby mogło być wiedzą. [83] Wiedza w takim razie jest ściśle powiązana z poznaniem ludzkim, czyli pewną władzą, dyspozycją psychiczną człowieka.

Epistemologia otwiera przed nami ogromny areał różnych teorii poznania ze swoimi problemami w uznaniu przekonań apriorycznych, czy uznaniu różnorodnych metod naukowych, które z powody braku lepszych rozwiązań są nadal stosowane, choć nie raz okazało się, iż bywały zawodne. Tak jest przecież z indukcją, rachunkiem prawdopodobieństwa, czy skrajnym racjonalizmem. Poznanie jest zdobywaniem wiedzy o otaczającym nas świecie i nas samych, lecz wiąże się z ryzykiem

przyjmowania błędnych przekonań za prawdziwe lub z ignorancją, która jest nie przyjmowaniem jakiś przekonań, co powoduje, iż mamy niedostateczną ilość świadectw świadczących o rzeczywistości. Z taką pokorą powinniśmy podejść szczególnie do wiedzy moralnej, która jest jeszcze trudniejsza w ujęciu jej w granicach prostych definicji. To jest tak samo trudne jak wytłumaczenie osobie nie rozróżniającej kolorów różnicy pomiędzy dwoma bardzo podobnymi, a jednak nieidentycznymi kolorami niebieskozielonymi. Należy się jednak zastanowić czy zawsze, jeżeli coś wiemy to jesteśmy o tym przekonani. I czy jednocześnie zawsze nasza wiedza jest wiedzą świadomą. Rzeczywista wiedza obejmuje przecież jeszcze umiejętności praktyczne, czasem bywa instynktowna. Możemy w takim razie powiedzieć za Jennym Teichmanem i Katheriną C. Evans, iż istnieje nie tylko „wiedza, że” ale również „wiedza, jak”. Drugi typ wiedzy - to posiadanie pewnej zdolności, pierwszy – to posiadanie pewnych informacji. Oznacza to, że nasze umiejętności też są pewnego rodzaju wiedzą. To co powinno być wspólnym mianownikiem tych obu typów wiedzy to wola. [99] Takie rozumienie pojęcia „wiedza” jest utrzymane przez myślicieli również obecnie, i na nim osadzona jest współczesna nauka. Więcej trudności przysparza opisanie czym jest *dobro* i *zło*, a to przecież leży u podstaw wszystkich teorii traktujących o rozwoju moralnym człowieka.

Pojęcia „dobro” i „zło” , choć tak podstawowe najprawdopodobniej w ogóle nie są definiowalne. Niosą za sobą wiele aspektów związanych z ich aksjologicznymi korzeniami. Pierwszym problemem może okazać się fakt, iż traktowane są jako pojęcia pierwotne, którymi wcale nie muszą być. Podobnie jest z ujmowaniem ich jako kategorii absolutnych. Brak też zgody wśród myślicieli zarówno starożytnych jak i późniejszych co do tego, czy są to byty obiektywne czy subiektywne. Od wieków starano się opisać czym jest najwyższe dobro - *summum bonum*, w stosunku do którego wszystkie inne miały mieć charakter jedynie instrumentalny. Niestety „dobro najwyższe” choć ma być dobrem uniwersalnym to okazuje się takie jedynie dla określonej grupy wyznawców, dla ludzi z jednej grupy

społecznej posiadającej zbliżony światopogląd i uwarunkowania kulturowe, światopoglądowe. Na różnych etapach rozwoju historycznego ludzkości pojęcie te ciągle ewoluowało i odnoszone ciągle było do innych „zadań” mu przypisywanych. [11] Jednej z pierwszych prób opisanie czymże jest *najważniejsze dobro* podjął się jeden z filozofów przyrody Demokryt z Abdery (570-497 r. p.n.e.), który został uznany za zwiastuna eudajmonizmu. Dla niego było nim zadowolenie, pozyskiwane za pomocą rozumu. Było ono stanem harmonii, ciszy, spokoju ducha osiąganym poprzez umiar. *Niedobór* jak i *nadmiar* według niego powodują zachwianie równowagi, niepokój i uniemożliwiają osiągnięcia zadowolenia, a więc *najwyższego dobra*. Kolejnej próby deskrypcji tego pojęcia dokonał Protagoras (481-411 r. p.n.e.) znany z ze swojego relatywizmu antropologicznego, wyrażającego się w formule „*Miarą wszystkiego jest człowiek*”. W ten sposób też podchodził do rozróżnienia tego co jest *dobrze*, a co *złe*, uzależniając to od podmiotu postrzegającego. Wspomniany już wcześniej wielokrotnie Sokrates ze swoim intelektualizmem etycznym zbudował jedną z pełniejszych koncepcji idei *najwyższego dobra*, które miało być po prostu cnotą pozyskiwaną poprzez wiedzę. Kto posiadał wiedzę, posiadał automatycznie dobro i szczęście. Te kategorie traktował nierozłącznie. Nie mniej choć ta filozofia znalazła wielu kontynuatorów – w osobie Antystenesa (ucznia Sokratesa) jako przedstawiciela cyników, czy Arystypa z Cyreny, twórcy szkoły cyrenaików, coraz wyraźniej można było dostrzec niemożność uniwersalnego ujęcia wyobrażeń *dobra* i *zła*. Podjął się tego również Platon, który w myśl swojej zasady *idei* jako *najdoskonalszego dobra* uznawał hierarchizację dóbr. Tym *najwyższym dobrem* nie jest żadne *dobro realne*, tylko *dobro idealne*, które jednocześnie jest celem świata. Arystoteles, którego uznaje się za autora pierwszego konsekwentnego etycznego systemu, za *dobro najwyższe* uznawał *doskonałość jednostki*, szczęście do którego dochodzi się nie poprzez przyjemności jak chcieli hedoniści, ale poprzez działalność godną człowieka – rozumną i pełną cnót. *Cnoty* nie są tu celem samym w sobie, a jedynie narzędziem w

dochodzeniu do szczęścia. Istotną koncepcją, która dobro opierała również na szczęściu, ale co najważniejsze, szczęściu niezależnym od czynników zewnętrznych była filozofia Zenona z Kition (336-264 r. p.n.e.). Jedynie *prawdziwe dobro* jest rzeczywistą cnotą, a ta jest równoznaczna z *naturą*, która sama w sobie jest doskonałością, harmonią. Życie zgodne z naturą jest jednocześnie zgodne z rozumem, gdyż to właśnie rozum rządzi i naturą ludzką i całym kosmosem. Tak więc *dobro najwyższe* jest doskonałe, jedyne, naturalne, samowystarczalne i tylko one jest potrzebne do szczęścia.

Starożytni prześcigali się w różnych wizjach ujęcia wyobrażeń dobra i zła. Istotnym wydawało się też rozstrzygnięcie zagadnienia, czy tak jak istnieje *dobro* również istnieje *zło*, czy *zło* jest jedynie brakiem *dobra*. A jeśli również *zło* jest bytem, to skąd się bierze. Było to wyjątkowo trudne do pojmowania, zwłaszcza dla tych filozofów, którzy nie uznawali dychotomii życia boskiego i ziemskiego. Tak jak np. Epikur (341-270 r. p.n.e.) opierający swoją etykę głównie na kulcie życia – rzeczywistego, jedyne i przemijającego. *Dobro* dla niego to po prostu przyjemność, a ta wynika z braku cierpienia, które pozostaje w sprzeczności z ideą życia jako jedyne dobra. W ten sposób za własne dobro każdy odpowiedzialny jest sam, tu i teraz, bez żadnej ingerencji zewnętrznej. Opiera się ono na oświeceniu umysłu prowadzącego do uczucia spokoju i szczęścia. [11] Całkowicie odmiennie pojmowali to gnostycy. Oni w życiu doczesnym upatrywali właśnie źródła *zła*, które jest tak samo odwieczne jak *dobro* pochodzące od Boga. *Zło* bierze się z materii, *dobro* pochodzi od absolutu. W tej konwencji utrzymał się św. Augustyn (354-430) osadzając ją w doktrynie chrześcijańskiej. Wszystko co Bóg stworzył jest dobre. *Zło* natomiast samo w sobie nie istnieje, nie pochodzi z przyrody uczynionej przez niego, jest jedynie brakiem *dobra*. Tak więc istnieje *civitas Dei* – państwo Boże złożone z istnień idących za absolutem i ku niemu, oraz *civitas terrena* – państwo ziemskie, w którym stworzenia oddalając się od dobra stają się złe. W ten sposób ścierają się ze sobą *dobro* i *zło*, kształtując tym samym dzieje świata. Dla św. Augustyna ku

szczęściu zmierzamy zbliżając się do Boga, ale ono samo w sobie jest zjawiskiem pozaziemskim, w życiu doczesnym nie osiągalnym. W średniowieczu za św. Tomaszem z Akwinu (1225-1274) myśliciele głównie chrześcijańscy (Duns Szkot, Wilhelm Ockham) za jedyną rację *dobra moralnego* uznawali *wolę bożą*. To ona jest jego miarą i jest nim to, co Bóg zechce za takie uznać. [11]

Dopiero idee humanistyczne na powrót oddały dobru wymiar antropologiczny i umożliwiły jego istnienie niezależnie od absolutu, co było powrotem do koncepcji hellenistycznych. Michel de Montaigne (1533-1592) uznał, iż „*życie nie jest ani dobre ani złe, jest jedynie miejscem dla dobra lub zła*” a zależy to od człowieka. Nurt ten miał również wpływ na myśl chrześcijańską i niektórzy teologowie, na przykład Franciszek Salezy (1557-1622) przyznawali, że pobożność nie koniecznie musi oznaczać umartwianie się. Wiedzenie smutnego żywota nie jest niezbędne dla zbawienia – bogobojność ma ułatwiać egzystencję doczesną, a nie ją utrudniać, a życie nie musi być pasmem cierpienia, może być równie dobrze radością. Utylitaryzm, który pojawił się w XVII wieku rzucił na źródło dobra zupełnie inne światło. Thomas Hobbes, który tak jak starożytni jako punkt wyjścia zastosował płaszczyznę ludzką, w przeciwieństwie do Arystotelesa uznał, iż człowiek wcale nie jest istotą społeczną i absolutnie nie leży w jego naturze czynienie dobra. Jest egoistą nastawionym tylko na własne potrzeby. Ze strachu i z rozsądku, a nie z *natury* i z instynktu, ludzie utworzyli państwa. Wraz z nimi powstały prawa i obowiązki, a te stały się nową miarą *dobra* i *zła*. Teraz nie wola boża, a wola monarchy determinuje czym jest *summum bonum*. Pogląd taki utrwalony w Oświeceniu, przewijał się przez koncepcje wszystkich myślicieli utylitarnych, aż do skrajnej postaci hedonizmu etycznego Jeremiego Benthama (1748-1832), w którym *najwyższym dobrem* jest wyłącznie przyjemność, a *złem* cierpienia. Wynikało to z uznania za fakt, iż wszyscy pragną przyjemności, a unikają cierpienia. *Dobro* pojmowane społecznie to największa ilość przyjemności dla największej liczby osób. Nie wszyscy, nawet utylitaryści się z tym zgadzali. John Stuart Mill (1806-

1873) wprowadził oprócz ilościowej miary przyjemności jeszcze jakościową i rozróżnienie na *szczęście* oraz *zadowolenia*. Twierdził, że czym innym jest przyjemność umysłu, a czym innym ciała. Ci bardziej wartościowi – dobrzy, dalece mocniej cenią sobie ten pierwszy jej rodzaj. Bardzo istotną koncepcją zasługująca na szczególną uwagę jest *ewolucjonizm*. To z niego wywodzi się, dość powszechne również dzisiaj, pojmowanie *życia za dobro najwyższe*. Myśl ta została zapoczątkowana przez Herberta Spencera (1820-1903). Dzisiaj nie jest ona tak dosłownie rozumiana, gdyż według współczesnych została przez Spencera zbyt mocno biologicznie uproszczona. I tak według tego myśliciela, *prawo silniejszego* zostało uzasadnione *doborem naturalnym*, a *wartość moralna* stała się tautologią dla *wartości naturalnej*. [93] Takie założenia odnajdujemy w doktrynie Fryderyka Nietzschego (1844-1900), który życie uznając za kategorię nadrzędną sprowadził je do podstawowych założeń: życie ma wartość bezwzględną i z niego się wszystko wywodzi. Wolność należy się tylko temu, kto potrafi ją sobie zapewnić. I co najbardziej kontrowersyjne w tej koncepcji – nie wszyscy ludzie są równi, są lepsi i gorsi w zależności od tego, ile posiadają w sobie życia i siły. [65] Pomimo tego, iż historycznie poglądy te mocno się zdezawuowały, a swój najgorszy wymiar osiągnęły doprowadzając na przykład hitlerowców do siłowego tworzenia społeczeństwa rasowo czystego, to współcześni myśliciele coraz chętniej do biologicznego ujęcia dobra powracają. Zostawiając nieco na uboczu spór: czy człowiek zachowuje się moralnie za sprawą rozumu – jak to w różnych odsłonach było ujmowane, od Arytotelesa, przez Milla, czy Kanta, czy za sprawą emocji – jak chcieli tacy sentymentalisci jak np. David Hume, czy Adam Smith, zastanawiając się: czy tajemnica postrzegania *dobra* nie kryje się czasem organicznie w mózgu człowieka. Twierdzą oni, iż „*powszechne istnienie norm moralnych sugeruje, że są one wynikiem działania określonych systemów neuronalnych, ukształtowanych w procesie ewolucji naszego gatunku i wbudowanych w mózgi wszystkich normalnych osobników*”. [103]



## 1.6. „Neuro-moralność”

Współcześnie neurobiolodzy zastanawiają się, w jaki sposób mózg rozwiązuje dylematy moralne. Nie wykluczając żadnej z koncepcji jednocześnie czerpią z tradycyjnych teorii etycznych, zarówno tych akcentujących rolę rozumowania i rozwoju moralności, takich jak ta zaproponowana przez Lawrence’a Kohlberga, jak i z tych, które kładą nacisk na emocje, tak jak w wizji Jonathana Haidta. Dysponując nowym narzędziem jakim jest obrazowanie pracy mózgu metodami funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, zbadali, iż w rozwiązywaniu dylematów moralnych biorą udział zarówno procesy poznawcze jak i emocjonalne, często ze sobą rywalizując.

Pomiary nad aktywnością mózgu w czasie podejmowania decyzji moralnej przeprowadził między innymi Joshua Greene ze współpracownikami, z Zakładu Psychologii Uniwersytetu Harvarda. Stosując metody neuroobrazowania chciał sprawdzić, czy słuszną jest koncepcja, którą przedstawił wraz z Heidem, autorem książki "Hipoteza Szczęścia" (The Happiness Hypothesis: Finding Modern Truth in Ancient Wisdom), że rozwiązania tzw. *osobowych* dylematów moralnych są napędzane przede wszystkim przez odpowiedzi emocjonalno-społeczne, podczas gdy rozwiązania dylematów tzw. *bezosobowych* są napędzane przez procesy kognitywne, poznawcze, często przeciwstawne procesom emocjonalnym. W trakcie tych badań Greene korzystał ze znanych dylematów zaproponowanych po raz pierwszy przez Phillippe Foot, później rozwinięte w 1986 r. przez Judith Jarvis Thomson, które teraz traktowane są już niemal jako obligatoryjny, klasyczny kanon, często przywoływany dla wyeksponowania zjawiska relatywnego traktowania ludzkiego życia. Są to dylematy obecnie nazywane przykładem „zwrotnicy” i „mostka”. Pierwszy z nich opisuje sytuację, w której obserwator jest świadkiem jak rozpędzony pojazd jadący po szynach strąca pięcioro niewidzących go idących po torach osób. Alternatywa jest

następująca – albo nie zrobi nic i pozwoli tym osobom zginąć, albo szybko przełoży będącą akurat przy nim zwrotnicę, sprowadzając pojazd na bocznice, ale wtedy ten strątuje idącą tamtędy, niezdającą sobie z niebezpieczeństwa sprawy jedną osobę. Bilans jest taki – zabicie jednego człowieka w zamian za uratowanie pięciorga innych. W tym konkretnym przypadku większość z respondentów postąpiła by, wpisując się w utylitarną teorię Johna Stuarta Milla, nieelegancko to ujmując: „oszczędzając” pięć istnień za cenę jednego. Drugi przykład opisuje przypadek identyczny matematycznie, tylko tym razem, aby uratować owe pięć osób obserwator musi własnoręcznie zrzucić z mostka nieznanego sobie człowieka, tak aby ten swoim ciałem zatrzymał rozpędzony pojazd szynowy. Okazuje się, że w takich okolicznościach większość sondowanych by tego nie uczyniła, choć przecież saldo byłoby dokładnie takie samo. Naukowcy tłumaczą to tym, że choć oba sploty wydarzeń zmuszają nas do pogwałcenia granicy trudno przekraczalnej dla zwykłego człowieka – zabicia drugiej osoby, to jest to łatwiej akceptowalne w pierwszym przypadku, gdyż jest to tzw. *bezosobowe* działanie, niewłasnoręczne, pośrednie. W drugim opisywanym położeniu, jest to już *osobowe* posunięcie, własnoręczne, które przez swoją bezpośredniość jest dla większości niewykonalne. Jest to ten sam mechanizm, który powoduje, że współczesne konflikty zbrojne są takie krwawe – łatwiej jest zrzucić bombę na całą metropolię, czy nawet szpital, niż osobiście wbić w drugiego człowieka nóż, czy zmiażdżyć maczugą główkę dziecka. Ponadto badania neurobiologiczne Greene’a i jego współpracowników wykazały, że emocje są związane z pobudzeniem m. in. zespołu jąder migdałowatych w mózgu, a aktywność tej struktury blokowana jest przez bodźce płynące z kory czołowej – tej, która pobudzona jest podczas analizy abstrakcyjnej, rozumowej. Potwierdza to koncepcję, znaną już w starożytności, iż emocje blokują rozumowanie i funkcje kognitywne umysłu. Już wszakże w czasach antycznych polecano w chwili napływu gwałtownych emocji policzyć do dziesięciu.

W obrazie mózgu ci, którzy podejmowali decyzje "zabiję osobiście", udzielali odpowiedzi po znacznie dłuższej chwili, niż ci którzy kategorycznie taką opcję odrzucali. W tym interwale czasowym, w ich umysłach trwała walka emocji z rozumem, spór między jądrem migdałowatym a korą przedczołową. Jak widać, zaakceptowanie pogwałcenia osobowych norm moralnych w imię abstrakcyjnego "wyższego dobra" (czy raczej abstrakcyjnego mniejszego zła) jest najbardziej pracochłonnym i skomplikowanym procesem.

Choć przytaczane dylematy miały wykazać pewien mechanizm postępowania, niemniej autorka niniejszej rozprawy widzi pewną wadę w zestawianiu akurat tych właśnie dwóch przykładów ze sobą. Pomimo całej abstrakcyjności opisywanych sytuacji uważa ona, iż drugi przykład niesie ze sobą alternatywę jeszcze innego rozwiązania tego trudnego położenia - zamiast popełnić morderstwo w celu ratowania pięciu innych istnień, można w takich okolicznościach, osiągając taki sam efekt końcowy, popełnić samobójstwo altruistyczne samemu rzucając się z mostu na tory. Wprowadza to oczywiście konieczność przeanalizowania powstających przy takim obrocie sprawy, szeregu innych dodatkowych aspektów etycznych, które w tym kontekście nie są przywoływane. Chociażby z jakim typem uzasadnienia *samobójstwa altruistycznego* mielibyśmy w tym przypadku do czynienia. [52] Jej zdaniem celniejsze byłoby porównywanie dylematu „zwrotnicy” nie z dylematem „mostka”, a z innymi również już funkcjonującymi w specjalistycznej literaturze dylematami, gdzie dla zachowania odpowiednich proporcji wskazane byłoby utrzymanie tego samego stosunku liczebnego ofiar do uratowanych (ocalonych). Przykładem mógłby być opis położenia uwięzionych w jaskini pięciu speleologów, którzy chcąc wydostać się na zewnątrz musieliby podłożyć dynamit pod swojego kolegę, który utknął w jedynym możliwym wyjściu z wnęki.

Oprócz problemu wzajemnego znoszenia się reakcji będących wynikiem procesów kognitywistycznych i emocjonalno-społecznych,

pojawia się jeszcze aspekt wpływu religii na podejmowanie decyzji moralnych. Jeżeli można znaleźć w człowieku organ, lub jego obszary odpowiedzialne za nasze postrzeganie *dobra* i *zła*, wskazując precyzyjnie, która jego część jest odpowiedzialna za jaki rodzaj naszej decyzji, czy to oznacza, że identyfikowanie się z określoną wiarą ma również swoje odzwierciedlenie w pracy mózgu podczas podejmowania decyzji etycznych? Czy wiara także „fizjologicznie” warunkuje moralność?

Naukowcy z University of Chicago oraz Yale New Haven Hospital postanowili sprawdzić, czy religijność medyków skłania ich do pomocy chorym, których nie stać na ubezpieczenie. [88] Wbrew oczekiwaniom okazało się, iż wyznanie nie ma tu pozytywnego wpływu. W tym celu przeprowadzili badania ankietowe wśród 1144 praktykujących lekarzy wszystkich specjalności, a wyniki opublikowali w „Annals of Family Medicine”. Badania te uwzględniały różne religie. Pomimo tego, iż wszystkie z nich: chrześcijaństwo, judaizm, islam, hinduizm czy buddyzm nawołują przecież swoich wiernych do niesienia pomocy ubogim, a większość sondowanych lekarzy określała siebie jako osoby religijne, a swoją pracę postrzegała jako powołanie, to tylko 31 proc. z nich leczyło biednych Amerykanów, w porównaniu z 35 proc. tych, którzy określali siebie mianem ateistów, agnostyków albo niewyznających żadnej religii. Także to, że w rodzinach wpajano im potrzebę pomagania ubogim, nie zwiększało gotowości do pracy charytatywnej. Podważa to powszechną tezę, iż religia stanowi fundament moralności, a nawoływania kaznodziejów, obwiniających ateizm odpowiedzialnym za negatywne zjawiska społeczne, stają się w obliczu tych badań bezpodstawne.

Potwierdzają to również liczne badania innych naukowców. Jednym z najczęściej ostatnio przywoływanych w tym kontekście jest profesor Harvardu – Marc Hauser. Zdobył on ogromną popularność tworząc niezwykle, interaktywny test na zmysł moralny: "**The Moral Sense Test (MST)**". Polega on na przedstawieniu serii wymyślonych sytuacji, wymagających od rozwiązującego ów test, wyboru jednego z trudnych

rozwiązań, z których żadne właściwie nie może być uznane za dobre (test ten można znaleźć na stronie <http://moral.wjh.harvard.edu/>). Oprócz tego Marc Hauser realizował liczne eksperymenty, nie tylko na ludziach – badał również zjawisko moralności w odniesieniu do zwierząt, a te również potwierdzały istnienie u np. człekokształtnych tzw. *intuicji moralnej*. W 2007 roku przeprowadził psychologiczne pomiary w jednym z brytyjskich przedszkoli. Miały one postać prostej gry polegającej na tym, iż wszystkie dzieci miały zamknąć oczy na pół minuty. Podczas 30 sekund miały możliwość (niezauważonego przez inne dzieci) podniesienia ręki i otrzymania całego zestawu atrakcyjnych naklejek. Jeśli jednak żadne z badanych przedszkolaków nie wykonałoby tego ruchu, to wszyscy podzieliliby się owymi naklejkami. Pomimo młodego wieku, ani jedno z dzieci nie podniosło ręki i wspólnie rozdzieliły naklejki między siebie. Ten eksperyment jak i szereg innych przez niego wcześniej przywołanych doświadczeń, miał udowodnić postawioną przez niego tezę, iż również moralność, podobnie jak np. język, jest wrodzonym aspektem ludzkiego bytu (oraz niektórych gatunków zwierząt), jest „wprogramowana” w mózg. [19] Hauser dowodzi w swojej książce "Moral Minds" (Moralny umysł), że istnieje uniwersalna „gramatyka moralności”. Nie jest to zbiór określonych reguł, ale system wymuszający właściwe zachowania. Gdyby taki system nie istniał, nikt odruchowo nie rzucałby się do morza, by ratować tonącego. Na liczną krytykę, głównie osób wierzących, Hauser odpowiadał : *„Nie mówię, że nie powinieneś szukać sensu w religii. Przekonuję was tylko, że na pewnym poziomie natura osądów moralnych, jakich dokonujemy - ty i ja - jest identyczna. Jest tak nawet mimo tego, że ja nie chodzę do kościoła, a ty – tak”*. [19] Inni znajdują fizyczne uzasadnienie dla religijności. Według Michaela Gazzanigi, profesora psychologii z University of California, członka amerykańskiego prezydenckiego komitetu bioetyki, bogobożność jest związana z budową i działaniem naszego mózgu i jego obwodów neuronalnych. Jest to "hipoteza lewopółkulowego objaśnicza świata", którą ukuł obserwując chorych z przeciętym spoidłem wielkim. U takich ludzi półkule mózgowe

nie komunikują się, żyją niejako niezależnie i chociaż obie pracują, do świadomości dochodzą tylko wyniki pracy półkuli dominującej, zazwyczaj lewej. Lewa półkula usiłuje racjonalizować decyzje, które wynikają z impulsu prawej. Interpretator tworzy naszą świadomą rzeczywistość na podstawie często ograniczonych i fragmentarycznych danych, którymi dysponuje. Tak jest właśnie z danymi jakie doktryny religijne dostarczają swoim wyznawcom – często są niespójne i niekompletne. Nasza świadomość jest więc refleksją nad światem zbudowaną przez interpretatora. [102]

Niezależnie od tego czy fizycznie moralność rzeźbi organ mózgu jak coraz częściej dowodzą tego neuroetycy, czy jest to atrybut psychologiczno-metafizyczny wpisany pierwotnie w nasze człowieczeństwo, warto zastanowić się, jak postępuje proces jej kształtowania i jak zdobywa się kompetencje w tej dziedzinie.

### **1.7. Wybrane teorie rozwoju moralnego człowieka**

Choć w przeszłości wyraźnie ścierały się ze sobą dwa nurty obarczające albo „dziedziczność”, albo ogólnie rzecz ujmując „środowisko” odpowiedzialnością za indywidualną moralność jednostki, niedorzecznością byłoby utrzymywanie, iż zaraz po narodzinach, człowiek jest natychmiast istotą „gotową” moralnie. Jeśli nawet przyjmiemy za racjonalistami genetycznymi (natywiistami) – Platonem, Kartezjuszem czy Leibnizem, że w sposób wrodzony osoba ludzka wyposażona jest w pojęcia i w przekonania, to jest to raczej potencja tych idei. Empiryści genetyczni - Locke, Hume, utrzymywali natomiast, że rodzimy się bez żadnych obciążeń, jesteśmy czyści *jak biała karta* i to dopiero doświadczenie kształtuje naszą moralność. Liczne badania naukowe i psychologiczne ukazują, iż proces rozwoju człowieka jest o wiele bardziej złożony i że te dwa zasadnicze elementy - geny i otoczenie, wcale nie

muszą siebie wykluczać, a wręcz przeciwnie, nakładają się na siebie wchodząc w różne interakcje. Z tego można wnioskować, że niezależnie jakie przyjmujemy źródło pochodzenia moralności ludzkiej ulega ona przemianom wraz ze swoim „nosicielem”.

Rozwój moralny człowieka jest stopniowym dochodzeniem do odkrywania dobra jako czegoś uniwersalnego i zobowiązującego, zarówno w wymiarze życia osobistego, zawodowego jak i ogólniej: społecznego. Powstały różne teorie tego procesu ukazujące heterogeniczne mechanizmy i czynniki postępujące. Jedne akcentują teorię społecznego uczenia się i psychoanalizę, inne neopsychologię (E. Erikson), jeszcze inne stawiają na proces poznawczo-rozwojowy (strukturalny), tak jak jest to w ujęciu J. Piageta i L. Kohlberga.

Wszystkie te teorie ukazują, iż najpierw ulegamy i uzależniamy się od czynników zewnętrznych, po to aby je uwewnętrznić, następnie poprzez kryzysy walczyć z nimi, ostatecznie dążąc do autonomii moralnej.

Teorie społecznego uczenia wywodzą się z empiryzmu genetycznego - dziecko jest porównywane z białą tablicą, w którą środowisko stopniowo się wpisuje. Prekursorem tego nurtu był oczywiście empirysta J. Locke oraz behawioryści, między innymi J. Watson. [53] Teorie społecznego uczenia się grupują się wokół podstawowych procesów do których zaliczamy: naśladowanie, modelowanie, identyfikację, wytwarzanie struktur samo wzmacniających, czy przyswajanie znaczeń. Podstawowym motywem przestrzegania zasad moralnego zachowania w teorii społecznego uczenia się jest zakorzenione w biologicznych potrzebach dążenie do społecznej nagrody i unikania kary. Zasady moralne są zinternalizowanymi normami kulturowymi. [105] Procesy uwewnętrznienia tych norm przebiegają sprawniej u tych osób, które doświadczały głębszej więzi emocjonalnej z tzw. *osobami znaczącymi*, najczęściej oznacza to matkę i ojca, co staje się podstawą wyższych uczuć. Klasycznym przykładem wyjaśniania rozwoju moralnego w terminologii teorii uczenia się – później ta teoria

nazwana została behawioryzmem – jest koncepcja H.J. Eysencka, według którego sumienie to odruch warunkowy, nabywany w określonym schemacie. Jest to proces zmian w zachowaniu, zachodzący pod wpływem uprzednich bodźców i sytuacji. Sumienie jest tu rozumiane jako zbiór uwarunkowanych reakcji lękowych. U wielu ludzi lęk ten jest na tyle silny, że jest w stanie odwieść ich od działań antyspołecznych. Centralne kategorie w tym ujęciu rozwoju to: warunkowanie, wzmocnienie, wygaszenie, generalizacja itp. W tym nurcie utrzymywały się koncepcje, które powstawały głównie w latach trzydziestych XX wieku: Clarka Hulla, Edwina Guthriego, Burrhusa Skinnera i Edwarda Tomana. [20]

W kolejnej grupie teorii rozwojowych - w psychoanalitycznym ujęciu, głównym czynnikiem rozwoju moralnego jest *superego*. Ta koncepcja została zapoczątkowana przez Zygmunta Freuda (1856 – 1939), choć nie przedstawił on jej nigdzie w sposób systematyczny. Dzieci przejmują zbiór podstawowych reguł moralnych od rodziców, ponieważ następuje tzw. *proces identyfikacji*, którego istotą jest pragnienie bycia takim jak rodzice. To powoduje powstanie wewnętrznej struktury zwanej właśnie „superego” (łac. *super* – nad, *ego* – ja). *Superego*, czasem zwane też w literaturze *sumieniem*, jest wewnętrzną reprezentacją wymagań rodzicielskich. Jego działaniu towarzyszą silne emocje. Kiedy przekracza reguły - ma mocne poczucie winy i niższości. Kiedy ich przestrzega – ma uczucie spełnionego obowiązku. Aby uniknąć nieprzyjemnego wrażenia przewinienia, dziecko stara się przestrzegać zasad. W późniejszym okresie mogą pojawić się jeszcze inne autorytety dla *superego*, na przykład nauczyciele czy inne podziwiane osoby.[55] Wśród różnych cech rodziców dziecko przyjmuje ich sposoby nagradzania i karania. Za nieprawidłowe zachowanie zaczyna odczuwać poczucie błędu i oczekuje kary. Karzące *superego* w psychoanalizie nazwane jest znowu: sumieniem. Pozytywne nagradzające kierownictwo powoduje u dziecka rozwój „ego – idealnego”, czyli ideału jakim dziecko pragnie być. Obie te ingrediencje: *superego*-sumienie i *ego*-idealne rozwijają się jako rezultat identyfikacji z rodzicami. Później dziecko rozwija w sobie własne wartości,



a jego zachowanie przestaje być wyłącznie strachem przed karą, czy dążeniem do aprobaty ze strony „osób znaczących”.

Następna koncepcja ewoluowania moralności człowieka – E. H. Eriksona, wyłoniła się z nurtu psychoanalitycznego. Jednak wprowadzając nowe tendencje odbiega ona od tradycyjnego ujęcia reprezentowanego przez przedstawicieli tego poglądu, dlatego została zakwalifikowana jako neopsychodynamiczna. Dla tego myśliciela rozwój jest procesem ewolucyjnym, w którym ważną rolę odgrywają zarówno czynniki biologiczne – dojrzewanie i popędy, jak i społeczne – wpływ otoczenia. Rozwój odbywa się poprzez rozwiązywanie konfliktów i kryzysów. Tutaj, w przeciwieństwie do innych tradycyjnych koncepcji rozwojowo-psychologicznych, konflikt spełnia rolę twórczą, pozytywną, konstruktywną. Kryzysy są zawarte wewnątrz tego procesu, a u ich podstaw leży walka dwóch dążeń: dążenie do progresji i uzyskiwania gratyfikacji oraz dążenie do regresji czyli powrotu do wcześniejszej fazy. Są zakłóceniem normalnego biegu zdarzeń w życiu jednostki, wymagające ponownej oceny sposobów myślenia i działania. Jest to normalne zjawisko adaptacyjne. Każda faza rozwoju jest jednocześnie kryzysem, sprowadzającym się do konfliktu. I tak kolejno pojawia się antagonizm zaufania przeciw nieufności, autonomia stoi w opozycji do wstydu i zwątpienia. Następnie inicjatywa występuje przeciwko poczuciu winy, pilność przeciwko poczuciu niższości, tożsamość przeciw pomieszaniu ról. Szósty kryzys to przeciwstawienie się intymności wobec izolacji, dalej: rozwój przeciw stagnacji i ostatni – integracja przeciw zwątpieniu. [68]

Impas w tej koncepcji jest zjawiskiem normalnym i równocześnie niezbędnym w rozwoju psychicznym człowieka. Nowością w poglądach Eriksona jest fakt, że przypisuje on duże znaczenie w procesie kształtowania się charakteru oprócz okresu dzieciństwa, jak to czynił Freud, wszystkim fazom rozwoju człowieka. Ewolucja moralna człowieka przebiega w owych ośmiu stadiach przez całe życie: od niemowlęctwa,

poprzez młodość, dorosłość, aż do późnej dojrzałości. W każdym stadium zostaje wypracowany jeden specyficzny wymiar charakteru, jakaś jedna cnota, dyspozycja czy sprawność. W teorii ośmiostopniowego rozwoju człowieka zaproponowanej przez Eriksona charakterystyczna jest podstawowa tendencja do optymizmu i zaufania, którą każdy nabywa we wczesnym dzieciństwie, w atmosferze stałości bodźców, bezpieczeństwa i miłości.

W pierwszym etapie życia dziecko rozwija w sobie podstawowe zaufanie wobec faktu życia i wobec środowiska, w którym się rozwija. Aby rozwinęło się takowe zawierzenie wobec osób najbliższych, osoby te muszą odpowiadać na płacz i wołanie dziecka okazywaniem pomocy i opieki. Dziecko też zaczyna uczyć się ufać samemu sobie. Taka pewność siebie musi wziąć górę nad negatywnym odpowiednikiem ufności, czyli nieufnością. Ta relacja ufności-nieufności jest warunkiem koniecznym dla dalszego wolnego rozwoju. W tym stadium rodzi się również przekonanie, że życie jest wartościowe. [24]

W drugim stadium życia według teorii Eriksona, dziecko uczy się oczekiwań, obowiązków, przywilejów i ograniczeń, których się od niego otoczenie spodziewa. Dziecku narzuca się teraz konieczność samokontroli oraz zaakceptowania zewnętrznego testowania ze strony innych osób w środowisku. Dorośli budząc w dziecku poczucie wstydu pragną zachęcić dziecko do rozwijania w sobie autonomii. Niestety nadmierne zawstydzanie może doprowadzić do tego, że dziecko przestanie w ogóle odczuwać skonfundowanie, albo usiłując rozwiązać ten problem stanie się skryte, przebiegłe lub fałszywe. Jest to etap, w którym rozwija się poczucie samokontroli i zdolność okazywania miłości. Poczucie autokontroli zapewnia dziecku uczucie życzliwości, zaś utrata może doprowadzić do trwałego uczucia wstydu i niepewności. [25] Cnotą rozwijającą się w tym stadium życia jest wola, która staje się niezbędną, by dziecko mogło zaakceptować prawa i konieczności. Buduje ją na podstawie dobrych zewnętrznych przykładów lub samodzielnie

nieustępliwie wypracowując ją. Teraz właśnie uczy się dziecko dokonywania wyborów, rozróżniania dobra od zła i oceniania też innych.

W kolejnym stadium dziecko dokonuje eksploracji otoczenia. Kiedy panuje już nad sobą, czego nauczyło się na poprzednim etapie rozwoju, zaczyna korzystać z ataku - jest twórcze i zdobywcze. Istnieją tu dwie niebezpieczne skrajności. Po pierwsze brak jakichkolwiek kar i granic – w przyszłości doprowadza to do ulegania wszelkim pragnieniom i impulsom. Po drugie nadmierne krytykowanie i obwinianie za kreatywność w stosunku do siebie jak i do innych – to może spowodować fałszywą skromność i wstydlivość. Tutaj już wstyd jest dojrzały niż wcześniej – teraz jest to poczucie winy, poprzednio był to jedynie lęk. Aby pozytywnie stymulować rozwój należy stawiać jasne granice pomiędzy tym co dozwolone, a tym co niewskazane. Istotne jest ukierunkowanie własnej aktywności na określony cel i dostrzeganie własnych intencji zwłaszcza w relacjach społecznych.

Czwarty etap według Eriksona to nauka pilności i odkrywanie, iż wytrwałość i pracowitość owocuje otrzymywaniem nagród. Jeśli dziecko nie może podołać zadaniom jakie się przed nim stawia może mieć poczucie niższości, tak więc warto zadbać, aby te były dla niego osiągalne. Kształtuje się w tym stadium cnota kompetencji. Warto wykorzystać teraz występującą u dziecka chęć do nauki i gorliwość. Ważne jest by dziecko skierowało swoją inteligencję i istniejącą w nim energię w określonym kierunku. To pozwala mu ukształtować wrażenie fachowości, które ma być bronią przed poczuciem niższości.

Późniejsza faza przypada na około dwunasty rok życia. Wtedy też młody człowiek wstępuje w okres dojrzewania. Wyzwaniem teraz staje się utrzymanie zgodności między dążeniami agresywnymi i seksualnymi, a kierunkową linią sumienia. Nadrzędnym zadaniem dla młodej osoby staje się ukształtowanie aktualnego poczucia tożsamości. Poszukuje tego identyfikując się z różnymi grupami rówieśniczymi, bandami, przejmując od nich styl ubierania, czesania, słuchania podobnej muzyki. Pragnie być

takim jakimi chce go widzieć środowisko, w którym się rozwija. Erikson mówi tutaj o *kryzysie identyczności*. Niebezpieczeństwem staje się zlanie ról, niezdolność osiągnięcia stabilnej identyczności. W tym trudnym okresie młody człowiek dąży do poznania i zrozumienia siebie samego. Próbuje również sformułować zbiór wartości, który Erikson charakteryzuje jako wierność. Zaś wierność staje się fundamentem, na którym budowane jest trwałe poczucie wartości. [17] Tożsamość choć wciąż jest nieosiągalnym ideałem, do którego musimy zmierzać, jest także czynnikiem tworzącym nowe struktury pozwalające na pełny rozwój własnej odrębności i prowadzenia samodzielnego życia.

W następnym stadium poszukuje się bliskich związków, partnerstwa i afiliacji. Jest już gotowość do zestawiania swojej „świeżej” tożsamości z innymi osobami. Jest też chęć do wywiązywania się z obranych wcześniej zobowiązań. To poszukiwanie związków czasem jest aseksualne i prowadzi dość często do kryzysu izolacji. To poczucie, jeśli jest przejściowe to powoduje powstanie pozytywnej umiejętności wyboru, w przeciwnym razie staje się problemem osobowościowym. Na tym etapie wykształca się cnota miłości. Teraz młody człowiek jest zdolny do stworzenia związku, do dzielenia swojego życia z inną osobą. Jest to jednocześnie zachowanie własnej tożsamości i uzależnienie od partnera, i od tego czy jest on zdolny do uczestniczenia w wychowaniu dzieci, wnoszenia wkładu w gospodarkę i ideologię ich związku.

Kolejny okres to czas kiedy kariera i potomstwo stają się głównym zainteresowaniem. Jeśli umiejętność przekazywania wartości innym pokoleniom okaże się zbyt słaba lub nie ma możliwości realizowania, to może to prowadzić do stagnacji. Istotne więc staje się utrzymanie równowagi pomiędzy daniem siebie przyszłym pokoleniom, a czerpaniem z własnego doświadczenia.

Ostatni rozdział życia w teorii rozwoju Eriksona to skonfrontowanie się ze starością i śmiercią. Ważne jest to jak rozumie się granice życia i świadomość przemijalności oraz śmierć. Niebezpieczeństwem staje się

zwątpienie i przekonanie, że w krótkim życiu nie można wiele zmienić. To może prowadzić do lęku, zwątpienia i zgorzknienia. Człowiek musi teraz czerpać z dotychczas osiągniętych sprawności. Rodzą się w tym okresie pytania egzystencjalne i religijne, które domagają się odpowiedzi. Owocem tego ostatniego kryzysu, który jest relacją pomiędzy wątpliwościami a integralnym widzeniem życia człowieka staje się głęboka mądrość. Ta mądrość jest ukoronowaniem całego rozwoju.

Erik Erikson inaczej niż dotychczas w teoriach psychoanalitycznych ujmuje ego – oznacza ono zdolności samoodnowy. To umiejętność powracania do sił oraz rozwijania się prawidłowo w konfliktach i kryzysach. Ma też zabarwienie społeczne i historyczne. Wyposażone jest również w wiele innych cech, takich jak: ufność, nadzieja, autonomia, wola, pracowitość, kompetencje, tożsamość, wierność, bliskość, miłość, twórczość, opiekuńczość oraz integralność. Są to cechy, których nie omawiały inne koncepcje psychoanalityczne. Eriksonowskie rozumienie zjawiska moralności i rozwoju moralnego, komplementarne, czy też izomorficzne względem innych podejść, a z pewnością również wyjątkowe, wydaje się warte zainteresowania i analizy jako jedno z użytecznych narzędzi badania moralności jako takiej.

Choć jak się wydaje trudnym jest umiejscowienie koncepcji E.H. Eriksona na gruncie poznawczego ujęcia rozwoju moralnego Kohlberga czy Piageta, a zbyt obszernym i na potrzeby niniejszej rozprawy zbędnym wydaje się zestawianie chociażby kwestii symetryczności trójstopniowego epigenetycznego modelu Eriksona względem poziomów zaproponowanych przez Kohlberga, to jednak można znaleźć punkty stykowe i wzajemne się przenikanie tych teorii. Chociażby właśnie epigenetyczna zasada, o której wspomina Erikson, przyjmując, iż jedna faza poprzedza inną w taki sposób, iż wcześniejsza jest konieczna dla kolejnej, a ta z kolei stanowi wyższą strukturę, obecna jest również w koncepcji wspomnianych psychologów poznawczo-rozwojowych.

Kolejnymi wybitnymi i jednymi z najsłynniejszych, już wcześniej niejednokrotnie wywoływanych, postaciami w historii badań moralności są Jean Piaget oraz Lawrence Kohlberg. Ich teoria jest niezwykle popularna i uznawana jako najbardziej konkurencyjna wobec innych teorii, takich jak chociażby Eriksona. Jest obecnie najczęściej analizowana, wykorzystywana dla różnych badań empirycznych związanych z moralnością i równie często przez to krytykowana.

Lawrence Kohlberg mniej więcej po dwudziestu latach jakie upłynęły od badań Piaget'a (lata trzydzieste dwudziestego wieku), podczas których psychologowie dziecięcy przestali zajmować się moralnością dzieci, podjął na nowo ten temat, przyjmując prace szwajcarskiego naukowca za punkt wyjścia. Rozwinął jego idee dotyczące rozwoju intelektualnego (poznawczego). Prowadząc badania na University of Chicago szukał odpowiedzi na pytanie „Jak amoralne niemowlę staje się istotą moralną?”. Udowadniał, iż zdolności człowieka do wydawania sądów moralnych rozwijają się w przewidywalny sposób, w określonych stadiach, paralelnie do etapów dojrzewania intelektualnego. Badania jego zaowocowały powszechnie uznaną teorią rozwoju moralnego.[67] Moralność człowieka kształtuje się strukturalnie w stadiach, każdy z etapów charakteryzuje się niepowtarzalnym i zróżnicowanym rozumowaniem moralnym.

### **1.8. Rozwój moralny w ujęciu Lawrence'a Kohlberga**

Choć wielu wielkich myślicieli dosyć sceptycznie podchodziło do możliwości wyjaśnienia zjawisk dotyczących moralności, wielu innych próbowało ująć owe zjawiska w jakieś ramy . Wybitny filozof angielski G.E. Moore twierdził, iż „*Wszyscy z grubsza rozumiemy, co oznacza słowo 'moralność' i że oswojeni jesteśmy z odróżnianiem dobra i zła moralnego od tego, co jest określane jako dobro i zło fizyczne.*” I to

powinno wystarczyć. [71] Trudność dodatkowo jest taka, że moralność bezpośrednio wiąże się z ocenianiem. W każdym twierdzeniu, że coś jest *dobrze* czy *złe*, pobrzmiewa ten sam subiektywny ton, co w uwadze, że coś jest *piękne* bądź *brzydkie* – a to przecież nie dla każdego musi być takie samo i wcale nie musi świadczyć o upośledzeniu estetycznym, bo czy takie w ogóle istnieje? W takim razie nie ma jednej uniwersalnej moralności, nie można więc wytyczyć jakiegoś modelu jej powstawania. Pomimo tego dość powszechnego pesymizmu naukowego, entuzjastycznie przyjmowano koncepcje mówiące o istnieniu pewnego stałego schematu rozwoju ludzkiej moralności. Szczególnym uznaniem cieszy się teoria Lawrence'a Kohlberga, choć nie jest ona przyjęta całkowicie bezkrytycznie. Jego koncepcja powstała na przełomie lat 50 i 60 XX, jest świetnie ugruntowana faktograficznie – przebieg wszystkich badań, wywiadów i procedur jest szeroko opisany, rozwinięta na styku psychologii i filozofii. Ujmuje życie człowieka jako jednorodną całość. Jej fundamentem jest założenie poczynione już przez Piageta, że organizm dąży do osiągnięcia coraz lepszej równowagi adaptacyjnej ze środowiskiem na drodze asymilacji i akomodacji, aż do osiągnięcia *granicznego stanu równowagi*, który wyraża się w uniwersalnie akceptowalnych zasadach ogólnoludzkiego porozumienia. [23] Aby móc zrozumieć owe ogólne kanony, konieczny jest równoległy postępujący rozwój intelektualny. Nie jest możliwe przecież, żeby roczne dziecko rozumiało abstrakcyjne rozważania Kanta na temat np. imperatywu kategorycznego, czy utilitarystyczną zasadę największego dobra dla jak największej ilości ludzi. To oznacza, że nie jest prawdopodobny rozwój moralny bez ogólnego rozwoju psychologicznego, choć to wcale nie wymusza konieczności postępu moralnego. Do tego potrzebne są jeszcze inne uwarunkowania. Kohlberg przekonany jest o szczególnym znaczeniu tutaj zdolności kognitywnych. Kwalifikacje te pobudzają między innymi umiejętności logicznego i abstrakcyjnego myślenia, wspomagane przez wyobraźnię i zdolność do kategoryzacji pojęć. [53] Źródłem zła w świecie jest natomiast zbyt niski poziom intelektualnej analizy. Można się

dopatrzyć pewnego dysonansu w tym stwierdzeniu, gdyż trudno nie ocenić moralnie jednoznacznie negatywnie takich zjawisk w dziejach ludzkości jak nazizm w hitlerowskich Niemczech, niewolnictwo w Ameryce, czy apartheid w Południowej Afryce – a czy to oznaczałoby, że wszyscy ludzie w tych zjawiskach uczestniczący i za nie odpowiedzialni, byli zwyczajnie niedorozwinięci umysłowo? Co ciekawe, według tego myśliciela, świadomość moralna ludzi ma ponadkulturowy charakter, stanowi o niej bowiem wspólna wszystkim logika formułowania sądów moralnych i zdolność do organizowania stosunków międzyludzkich za pomocą norm i zasad. Na czym więc owa logika polega?

Zaczynając, tam gdzie skończył Piaget, Kohlberg sformułował teorię głoszącą, że wyjątkowa zdolność człowieka do wydawania sądów moralnych rozwija się w przewidywalny sposób w dzieciństwie. Był przekonany, że rozwój ten przebiega w określonych, możliwych do zdefiniowania stadiach, paralelnych do stadiów rozwoju intelektualnego. Akcentował, iż używa precyzyjnego i formalnego pojęcia *stadium*. Jest to istotne założenie, bowiem czym innym w psychologii są zmiany zachodzące stopniowo, rozłożone w czasie, takie jak np.: rośnięcie, a czym innym te, które odbywają się w wyraźnie wyodrębnionych *stadiach*. [30] To oznacza, że kiedy mówi o strukturalnych etapach postępu moralnego w dzieciństwie i we wczesnych latach okresu dojrzewania, to rozumie przez to po pierwsze: że każda faza charakteryzuje się niepowtarzalnym i zróżnicowanym rozumowaniem moralnym, a nie jest po prostu coraz lepszym rozumieniem pojęcia moralności, jakie mają dorośli. Po drugie: stadia zawsze następują po sobie w tej samej sekwencji, tak że żadne z nich nie zostaje pominięte i nie ma powrotu do stadiów wcześniejszych. I następnie zakłada, iż dzieci rozumieją wszystkie stadia wcześniejsze od tego, w którym się obecnie znajdują, i być może w pewnym stopniu pojmują jedno, ale tylko jedno stadium powyżej. Fazy te są uniwersalne i następują po sobie w tej samej kolejności, niezależnie od indywidualnych różnic związanych z doświadczeniami lub kulturą.



Kohlberg wypracował dość prostą metodę badania zdolności dzieci do dokonywania sądów moralnych. Polegała ona na tym, że przedstawiano dzieciom w różnym wieku dziesięć dylematów moralnych. Z każdym dzieckiem przeprowadzano dwugodzinny wywiad, podczas którego zadawano mu pytania dotyczące kwestii moralnych przedstawionych w dylematach. Wywiady nagrywano, aby było możliwe późniejsze dokonywanie analizy rozumowania moralnego zastosowanego przez dziecko. Psycholog kontynuował eksperyment przez okres dziesięciu lat, wielokrotnie powtarzając badanie tych samych osób. [63] Najbardziej znanymi dylematami użytymi w sondzie są: tzw. dylemat brata i dylemat Heinza. Warto je przytoczyć, aby zobrazować strukturę jaką posiadały owe opowieści.

Pierwszy z nich opisuje sytuację, w której pewien chłopiec o imieniu Joe, miał obiecane przez ojca, że jeżeli zarobi pięćdziesiąt dolarów, to będzie mógł wyjechać na upragniony obóz. Ojciec jednak zmienił decyzję i poprosił syna, aby ten oddał jemu wypracowane przez siebie pieniądze. Joe wobec tego skłamał ojcu, iż udało mu się zarobić tylko dziesięć dolarów, które dał rodzicowi, a za resztę postanowił tak jak wcześniej planował, wyjechać. Przed wyjazdem opowiedział o wszystkim swojemu młodszemu bratu Alexowi, stawiając go tym samym w bardzo niekomfortowej sytuacji. Ten bowiem borykał się z myślami, czy powinien opowiedzieć o wszystkim ojcu.

Druga historyjka to opowieść o człowieku o nazwisku Heinz, którego żona była umierająca z powodu pewnego typu raka. Zdaniem lekarzy mogła być uleczona tylko jednym lekarstwem. Lek ten został niedawno odkryty przez miejscowego farmaceutę, a ten zażądał za niego bardzo wysoką, dziesięciokrotnie wyższą niż koszt wyprodukowania tego specyfiku cenę. Heinz, zwrócił się do wszystkich, swoich znajomych z prośbą o pożyczanie pieniędzy, ale zebrał zaledwie połowę potrzebnej mu sumy. Poprosił farmaceutę o obniżenie ceny lub o możliwość późniejszego dopłacenia brakującej kwoty, wyjaśniając, iż jego żona jest

umierająca i potrzebuje tego leku natychmiast. Ten odmówił, stwierdzając, że zamierza się wzbogacić na tym specyfiku. Zrozpaczony mąż włamał się do sklepu i ukraść potrzebne lekarstwo.

Badania przeprowadzono na siedemdziesięciu dwóch chłopcach, dzieląc ich na trzy grupy wiekowe: dziesięciolatków, trzynastolatków i szesnastolatków. Każdą grupę dodatkowo podzielono na dwie części – jedną stanowiły dzieci pochodzące z mniej zamożnej społeczno-ekonomicznej klasy średniej, a drugą z wyższej klasy średniej. Podczas rozmowy z każdym dzieckiem, gdzie przedstawiano im dylematy, dzieci wygłaszały od 50 do 150 idei i stwierdzeń moralnych. Na ich podstawie Kohlberg i jego współpracownicy zdefiniowali sześć stadiów rozwoju moralnego, a zebrane stwierdzenia przypisali do jednego z sześciu stadiów. Wyodrębnili również sześć rodzajów motywów wykorzystywanych przez chłopców do uzasadnienia swojego rozumowania i odpowiadających tym sześciu stadiom. Ważnym jest, że każdy z etapów rozumowania moralnego wyszczególnionych przez badacza, miał odnosić się uniwersalnie do każdej sytuacji, w jakiej znajdzie się dziecko. Znajomość stadium nie umożliwia przewidywania konkretnych zachowań dziecka stojącego przed rzeczywistym dylematem moralnym, natomiast umożliwia prognozowanie rozumowania, którym się posłuży, ustalając kierunek działań. W dylematach moralnych przedstawianych przez Kohlberg'a zaangażowane były przynajmniej dwie ważne wartości, a wybranie jednej z nich wymagało naruszenia drugiej. Wydawane oceny moralne i ich uzasadnienia dawały informacje o zakresie motywów działania moralnego, o przyjętej koncepcji dobra i zła, i o podstawie respektowania autorytetu, domagającego się działań zgodnych z normami moralnymi. [74] Ważnymi punktami pozwalającymi określić poziomy rozwoju moralnego danej jednostki są: jej poziom logicznego rozumowania, społeczna perspektywa oraz wskaźnik, według którego przedstawia on swoje sądy moralne. Z założenia każda w pełni moralnie rozwinięta jednostka ostatecznie kieruje się bezwzględnymi zasadami ogólnoetycznymi, które mają substancjonalny charakter, a

należą do nich według Kohlberga: ochrona ludzkiego życia, poszanowanie godności oraz sprawiedliwość. Zanim jednak do tego dojdzie musi rozpocząć się proces rozwoju moralnego poprzez poszczególne poziomy.

Na początku jest faza tak zwanego poziomu przed-moralnego (przed-konwencjonalnego). Rozpoczyna się ona pierwszym stadium polegającym na podporządkowaniu się regułom narzucanym przez dorosłych, w celu uniknięcia kary. Dziecko jest nastawione egocentrycznie, nie ma jeszcze umiejętności odczuwania winy, otoczenie społeczne widziane jest przez pryzmat własnego *ja*. Właśnie dlatego stadium to nazywane jest przez Kohlberga: **moralnością unikania kary**. Widoczne jest tutaj prosta orientacja na posłuszeństwo i karę. Ten posiada rację, kto dysponuje siłą i posiada autorytet. Nie ma tu zupełnie wartościowania co jest *dobrze*, a co *złe*. Ważne jest co zasługuję na nagrodę, a za co można spodziewać się nagany.

Kolejny stopień rozwoju mieszczący się jeszcze na poziomie pre-moralnym to stadium **moralności własnego interesu (instrumentalno – relatywne)**. Przypada on mniej więcej na 5-7 rok życia. Dziećmi kieruje tutaj chęć realizowania własnych potrzeb. Zaczynają być rozpoznawane interesy i potrzeby innych, ale zachowanie moralne w stosunku do innych stosowane jest tylko po to, aby inni zachowywali się moralnie w stosunku do nas. Dobre zachowanie jest, w zasadzie manipulowaniem otoczeniem, służy zaspokajaniu własnych potrzeb dziecka. Obowiązuje więc zasada wzajemności: wymiany przysług i zadośćuczynienia w przypadku wyrządzenia krzywdy. Widoczny jest tutaj naiwny instrumentalny hedonizm (dobre jest to, co służy zaspokajaniu własnych potrzeb).

Trzecie stadium podejmuje następny poziom moralności: konwencjonalny. Najważniejsza jest na tym etapie aprobata innych i zgoda międzyosobowa. W typologii Kohlberga stadium trzecie nazwane jest **moralnością interpersonalnej harmonii**. Dzieci starają się otrzymać etykietę *dobrej dziewczynki* i *dobrego chłopca*. W tej fazie po raz pierwszy

pojawia się relacja społeczna jako wartość. Dziecko dopiero teraz jest zdolne do decentracji i zdaje sobie sprawę, że kompromis może być ważniejszy niż partykularna korzyść jednej ze stron. [66] Zachowuje się moralnie, żeby spełnić oczekiwania innych i podtrzymać związki oparte na zaufaniu i lojalności. Jest to okres, w którym rozpoczyna się myślenie zgodne z zasadą „*nie czyń drugiemu, co tobie niemiłe*” i ujawnia się zdolność troski o uczucia innych. Przypada on mniej więcej na 8-11 rok życia. W tym interwale czasowym ujawnia się bardzo konformistyczna postawa w stosunku do stereotypu społecznego, do tego co jest oczywiste i uznawane przez większość, a sprawiedliwość jest odnoszona do relacji interpersonalnych jedynie z osobami z własnej grupy odniesienia, nie jest natomiast jeszcze traktowana jako zasada uniwersalna. Zasadniczym celem postępowania jest utrzymanie dobrej opinii w otoczeniu. Istnieje tendencja do upodabniania swoich ocen i poglądów do innych. [44]

**Moralność prawa i porządku** – tak nazwane zostało czwarte stadium w modelu Kohlberga. Teraz dziecko uznaje oraz szanuje reguły prawa i autorytety. Sprawiedliwość staje się zasadą ładu społecznego, a nie indywidualnego człowieka. Ważniejsze jest odniesienie jednostki do systemu, niż konkretne interpersonalne stosunki. Charakterystyczne jest na tym etapie ściśle przestrzeganie i wywiązywanie się z obowiązków. W tym wieku czyli w około 12-15 roku życia pojawia się świadomość istnienia rozległego systemu społecznego, który reguluje zachowaniem ludzi w nim żyjących. Tak więc prawa ogólne powinny być respektowane nawet ze szkodą dla jednostki przez wszystkich w takim samym stopniu. Zachowanie określają zaś wymogi pełnionych ról społecznych. Porządek społeczny staje się wyznacznikiem moralności. W tej perspektywie szerszego systemu społecznego, rozwijająca się jednostka postrzega dobre zachowanie w kategoriach praworządnego obywatela. Nie kwestionuje ustanowionego systemu społecznego, ale raczej jest przekonana, że to, co podtrzymuje prawo, jest dobre.

Po uzyskaniu takiej świadomości, około 15 roku życia młody człowiek może wkroczyć w ostatni postkonwencjonalny – inaczej autonomiczny poziom rozwoju moralnego. Na tym etapie dojrzewania próbuje samodzielnie definiować wartości i zasady moralne niezależnie od presji i autorytetu głoszących je ludzi. Ta identyfikacja z określoną grupą przebiega według psychologa w dwóch stadiach. Pierwsze, czyli w ogólności piąte to tzw. **stadium umowy społecznej**. Prawa i normy społeczne, przyjmowane do tej pory „bez zbędnych pytań”, teraz są postrzegane jako wynik umowy społecznej służącej ogólnej użyteczności. Przyjmuje założenie, że ludzie mogą uznawać różne wartości i opinie, a wspólne ustalenia są wynikiem osiągnięcia konsensusu i procesu dopasowywania się. Niemniej uznaje istnienie pewnych wartości bezwzględnych, takich jak życie i wolność, które należy respektować absolutnie, niezależnie od konfliktu z innymi wartościami, nawet tymi wypracowanymi w ramach umowy społecznej. Jest teraz jeszcze mocniej zaznaczone poczucie obowiązku wyznaczone przez dobrowolną ugodę i legalny kontrakt. Teraz jednak nie jest już to moralność obiektywna a subiektywna, w której dochodzi do głosu spontanicznie, samodzielnie wypracowana wizja stosunków społecznych. Teraz widoczna jest po raz pierwszy analiza metaetyczna, czyniąca decyzje w pełni świadomymi i prowadzącymi do celowego przekraczania zastanych i utrwalonych norm obowiązującego systemu. Obecnie moralność ma na celu głównie obronę konkretnego człowieka, tak by bronić jego indywidualności. To, co jest moralne, nie zawsze jest legalne, i odwrotnie. Jednostka nadal wierzy, że aby zachować społeczną harmonię, należy przestrzegać prawa, ale może być to czasem nie do pogodzenia. To stadium zdaniem Kohlberga przystaje bardzo dobrze do filozoficznej koncepcji *umowy społecznej* T. Hobbesa czy J.J. Rousseau. Niestety bardzo często w tej fazie rozumienia moralności może nastąpić konflikt podczas prób zintegrowania moralności z legalizmem. Pewnym wyjściem może być dostrzeżenie, iż wszelkie prawa i normy są wynikiem umowy społecznej służącej ogólnej użyteczności. To oznacza, że ludzie mogą uznawać różne wartości i

opinie, a wspólne ustalenia są wynikiem osiągnięcia konsensusu i procesu dopasowywania się. Jednostka nadal wierzy, że aby zachować społeczną harmonię, należy przestrzegać prawa, ale może próbować zmieniać kodyfikacje na drodze ustalonego postępowania. Obiecującym w tym stadium wydaje się poczucie, dające przekonanie, że jeżeli przemawiają za tym określone racje społeczne i ogół wyrazi na to zgodę, jest możliwa zmiana obowiązujących norm postępowania. [69]

Wreszcie człowiek, niestety nie każdy, osiąga stadium szóste – **zasad ogólnoetycznych**. Jednostka decyduje, co jest dobre, zgodnie z własnym sumieniem, z wybranymi przez siebie zasadami etycznymi, które odwołują się do logicznej zrozumiałości, uniwersalności i spójności. Orientacja ta oznacza przyzwolenie, by indywidualne sumienie było czynnikiem kierującym i aby wzajemny szacunek i zaufanie dominowały w stosunkach międzyludzkich. Moralność wyraźnie tutaj zależy od świadomości pojedynczego człowieka. Jeżeli prawo jest sprzeczne z obowiązującymi zasadami, to jednostka zachowuje się zgodnie z uznawanymi przez siebie regułami etycznymi, niezależnie od litery prawa. Kohlberg odkrył podczas swoich badań, że niewiele osób rzeczywiście osiąga to najwyższe stadium. W końcu przypisał ten poziom rozumowania wielkim przywódcom moralnym, takim jak Gandhi, Thoreau i Martin Luther King. Tak więc poziom ten jest wysoce elitarny. Człowiek uzyskawszy to stadium jest zdolny do czynów altruistycznych nawet własnym kosztem. Wszelkie konflikty wartości rozstrzyga zgodnie z nakazami najogólniejszych zasad substancjalnych, które nakazują: ochronę życia ludzkiego, szacunek dla jego godności, troskę o dobro i sprawiedliwość. W ich kontekście obowiązujące prawo stanowione ma znaczenie drugoplanowe.

Powyższa systematyzacja rozwoju moralnego, choć jedna z najbardziej uznanych, ma oczywiście tak jak inne charakter hipotezy. Wpisuje się w klasyczną sokratejską teorię racjonalizmu moralnego utożsamiającą moralność z wiedzą moralną, a rozwój moralny z rozwojem

wiedzy o tym, co *dobre* i co *złe*. Niestety badania empiryczne, również wykonane na potrzeby niniejszej rozprawy, wykazały bardzo niski współczynnik korelacji pomiędzy wiedzą moralną i deklarowanymi postawami a moralnym rzeczywistym postępowaniem. W badaniach amerykańskich (Harsthorst i May) współczynnik korelacji między wiedzą i postępowaniem moralnym wynosił jedynie 0,25 [46]. Nawet badania prowadzone przez samego Kohlberga i D.L. Kres w roku 1984 dotyczące związku skłonności dzieci do oszukiwania i ich inteligencji wykazały, iż największą skłonność do oszustw przejawiały dzieci mające najwyższy wskaźnik IQ (iloraz inteligencji). [42] Co prawda tendencja ta była najbardziej widoczna u dzieci na etapie przedkonwencjonalnym, a na wyższym poziomie wysoka inteligencja wzmacniała zachowania moralne. Przeprowadzono wiele badań nad korelacją deklarowanych i realizowanych zachowań moralnych, czyli nad zwaną przez Kohlberga *spójnością moralną*. Zdaniem autora wyraża się ona w zgodności zachowania jednostki z jej ontycznym wyborem i w formułowaniu sądów świadczących o odpowiedzialności za działania uznane w sądzie deontycznym za powinność moralną. Rzeczywiście liczne eksperymenty potwierdziły przypuszczenia psychologa, że w miarę rozwoju moralnego sądy deontyczne stają się coraz bardziej preskryptywne. Najwyższy stopień *spójności moralnej*, bo aż 88% odnotowano w stadium postkonwencjonalnym, przy czym na etapie przedkonwencjonalnym tylko 25% badanych podjęło działania uprzednio deklarowane w sądzie moralnym. Uwidocznione zostało to w badaniach przeprowadzonych przez S. Mc Kamee w których sprawdzano poziom rozwoju moralnego i reakcję na prośbę udzielenia pomocy. [39] To zrodziło potrzebę stworzenia narzędzia, które pomogłoby zmierzyć nie tylko poziom rozwoju inteligencji i moralności, ale również potencjał ich odpowiedniego zastosowania w sytuacjach wymagających określonego zachowania etycznego. Innymi słowy rozpoczęło się poszukiwanie instrumentów do pomiaru kompetencji moralnych.

## 1.9. Pomiary kompetencji moralnych

Wieloznaczność pojęcia *moralność* i trudność precyzyjnego jej definiowania od momentu swojego powstania zrodziła potrzebę zmierzenia tego zjawiska. Przed pytaniem, jak można wpłynąć na zmianę „poziomu” moralności u jednostki i przed analizą, co na nią wpływa usiłuje się stworzyć narzędzie do jej pomiaru. Sam L. Kohlberg już podczas pracy nad skonstruowaniem schematu rozwoju moralności jednocześnie budował sposób na obserwację tego procesu. Korzystał wtedy ze skonstruowanej przez siebie procedury **Moral Judgement Interview (MJI)** (Ankieta Sądów Moralnych), której podstawowym parametrem było odpowiednie *uzasadnianie* rozwiązań zadawanych dylematów, zgodne z preferowaną orientacją moralną. Współcześnie wiele światowych ośrodków uniwersyteckich przeprowadza autorskie testy mające na celu najogólniej rzecz ujmując *zmierzenie moralności*. Dzieje się tak niezależnie od tego, jakie przyjmują te ośrodki założenia co do pochodzenia moralności - czy jest ona tworem natury, czy kultury i czym owo zjawisko według nich w ogóle jest.

Do najbardziej znanych testów należy ten wcześniej wspomniany, opracowany przez Marca Hausera i jego współpracowników z Zakładu Psychologii Uniwersytetu Harvarda **The Moral Sense Test (MST)**. Test ten przyjmuje podobne zasady, jak ten zaproponowany przez Kohlberga. Przedstawia sondowanym dylematy i możliwości ich rozwiązania, z których żadne nie może być jednoznacznie uznane za właściwe. W pierwszej serii pytań badany porównuje siedem par podobnych, ale nieco różnych sytuacji i ocenia, które rozwiązanie było bardziej moralne. W drugiej części ocenia, w dwudziestu jeden sytuacjach, czy dokonany wybór był *dobry*, *dopuszczalny* lub *niestuszny*, czy jak niżej : *obowiązkowy*, *dozwolony*, lub *zabroniony*. Oto przykładowy fragment omawianego testu:



„Proszę przeczytać trzy opisy sytuacji. Ostatnie zdanie proszę uzupełnić jednym z przymiotników: **OBOWIĄZKOWE**, **DOZWOLONE**, **ZABRONIONE**.

1. *Zabłąkany wagon przejedzie za chwile pięć osób idących torami. Dyżurny, przekładając zwrotnicę, może skierować wagon na boczny tor – zginie tylko jedna osoba, a pozostałe pięć przeżyje. Przełożenie zwrotnicy jest .....*

2. *Mijasz płytką sadzawkę, w której tonie dziecko. Jesteś jedyną osobą w okolicy. Możesz uratować dziecko, ale zniszczysz sobie spodnie. Wyciągnięcie dziecka z wody jest .....*

3. *Do szpitala przywieziono właśnie pięć osób w stanie krytycznym, życie każdej z nich uratuje przeszczep narządu. Jest zbyt mało czasu, aby sprowadzić organy spoza szpitala, ale w poczekalni siedzi zdrowa osoba. Jeśli chirurg pobierze od niej narządy, ten człowiek umrze, ale pięć innych osób ocaleje. Pobranie narządów od zdrowego człowieka jest.....” [31]*

Test ten swoją formułą nawiązuje do swojego pierwowzoru, ma tą przewagę, iż ma bardzo dużą nośność; potencjalna grupa docelowa to wszyscy zainteresowani nim internauci znający angielski, hiszpański lub chiński. Można go znaleźć na stronie <http://moralwjh.harvard.edu>. Każdy może sprawdzić, jak zachowałby się w skomplikowanych sytuacjach. Co ciekawe w **MST** znajdują się również klasyczne dylematy J. Thomsona zwrotnicy i mostka. [27]

Twórcą kolejnego tego typu testu jest John Goldi z Uniwersytetu w Glasgow. Jest to dla autorki niniejszej rozprawy o tyle interesujące narzędzie, iż kierowane jest głównie do studentów uczelni medycznych. Nazywa się **The Ethics in Health Care Instrument (EHCI)**. Autorzy tego testu prowadzą liczne obserwacyjne badania na słuchaczach, uczestniczących w różnych zajęciach obejmujących zagadnienia etyczne i

monitorują za jego pomocą ewaluację ich rozwoju moralnego. Goldi i jego współpracownicy (L. Schwartz, A. McConnachie, J. Morrison ) starają się aby **EHCI** stało się narzędziem przydatnym do oceny profesjonalnych predyspozycji absolwentów uczelni medycznych do wykonywania zawodu związanego z życiem i zdrowiem innych. Propagują też, aby uczyć etyki w określony, skuteczny – co potwierdzają wynikami swoich badań – sposób: w małych grupach i na początku studiów. Niestety test ten jest mało dostępny dla innych ośrodków akademickich nim zainteresowanych, a wszelkie badania, oparte na tym narzędziu, przeprowadzane są właściwie wyłącznie przez wyżej wymieniony zespół ludzi. Pierwsze publikacje na temat **EHCI** pojawiały się 2000 roku, a pierwsze pomiary z jego użyciem zostały przeprowadzone przez Goldiego w październiku 1996 roku.

Znany i równie mało dostępny jest przygotowany przez Jamesa Resta, profesora z University of Minnesota Press **Defining Issues Test (DIT)** (Test Definiowania Problemów). Powstał on zaledwie dekadę później niż **MJI** Kohlberga, w 1979 r. i bardzo mocno do niego nawiązuje. [86] Nawet historyjki w nim wykorzystywane są częściowo te same, które Kohlberg stosował podczas wywiadów w swoich badaniach np.: o Heinzie i lekarstwie dla żony, Escaped Prisoner (zbiegły więzień), Newspaper (dziennikarz), Doctor's Dilemma (dylemat lekarza), Webster, Student Take-over. Dla przykładu przytoczę fragment tego testu:

### **Fragment DIT (wersja polska)**

#### ***Przypadek 1***

*Żona pana A umiera na raka. Zgodnie z tym co mówi jej lekarz; „Ma niewielkie szanse jeśli będzie przyjmować lek X, wszystko inne nie daje żadnej szansy”. Miejscowy farmaceuta wynalazł lek X i sprzedaje go za 20 000zł, pomimo że koszty jego produkcji wynoszą 2 000zł. Pomimo że pan A oszczędzał i pożyczył ile się dało pieniędzy, jest w stanie wydać 10 000zł. Pan A prosił farmaceutę, aby sprzedał mu lek po cenie niżkowej albo z obietnicą, że odda mu pozostałe 10 000zł później. Ale farmaceuta odmówił panu A odpowiadając: „To ja wynalazłem ten lek, to*

moje prawo sprzedawać go i zarabiać na nim”. Tego wieczora pan A włamał się do magazynu farmaceuty i ukradł lek X.

<Pytanie>

Czy uważasz, iż to, że pan A ukradł lek X jest właściwym postępowaniem?

**zaznacz jedną odpowiedź poniżej:**

- *Lepiej, że ukradł* [ ]
- *Nie jestem pewna/pewien* [ ]
- *Lepiej żeby nie ukradł* [ ]

W związku z powyższym pytaniem, zaznacz ważność każdego ze zdań używając skali:

**5 – ogromnie      4 – bardzo      3 – przeciętnie      2 – trochę      1 - wcale**

1. czy takie postępowanie jest (czy nie) jest legalne  
[.....]
2. czy jest to (czy nie) kradzież z miłości  
[.....]
3. czy pan A pójdzie (czy nie) do więzienia ażeby uratować żonę  
[.....]
4. czy kradzież pana A była (czy nie) dla niego lub dla niej  
[.....]
5. czy respektować (czy nie) prawa farmaceuty  
[.....]
6. czy obowiązkiem pana A jako męża jest (czy nie) ratowanie swojej żony  
[.....]
7. „Wartości na podstawie których jeden decyduje jak leczyć kogoś innego”  
[.....]
8. Czy to jest (czy nie) dobrze popierać prawo, które chroni bogatych, prawo które chroni farmaceutę

[.....]

9. czy prawo zagraża (czy nie) bezpośrednio podstawowym potrzebom obywateli, które są nieodłącznym elementem bycia członkiem

społeczności

[.....]

10. czy jest (czy nie) do zaakceptowania kradzież od samolubnego farmaceuty

[.....]

11. czy kradzież leku narusza (czy nie) prawa innych członków społeczeństwa, którzy mogliby potrzebować tego leku

[.....]

Wybierz spośród powyższych pytań cztery po kolei o największym znaczeniu (czyli od nr 1-11)

Najważniejsze to: [.....]

Drugie co do ważności to: [.....]

Trzecie co do ważności to: [.....]

Czwarte co do ważności to: [.....]

## **Przypadek 2**

Okazuje się, że lek X nie działa u żony pana A. Lekarz informuje rodzinę, że nic już nie da się zrobić aby uratować jej życie. Żona pana A odczuwa straszne bóle i leki uśmierzające bóle wydają się nie działać w ogóle. Wiedząc, że pozostał jej tylko miesiąc życia, zwraca się do swojego lekarza i prosi: „Już nie mogę tak dłużej. I tak wkrótce umrę. Proszę przepisać mi jakiś lek który pozwoli mi odejść”.

<pytanie>

Czy uważasz, że właściwe jest aby lekarz przepisał jej lek?

- Lepiej aby przepisał [ ]

- *Trudno powiedzieć* [ ]
- *Lepiej żeby nie przepisał* [ ]

*W związku z powyższym pytaniem, zaznacz ważność każdego ze zdań używając skali:*

**5 – ogromnie 4 – bardzo 3 – przeciętnie 2 – trochę 1 - wcale**

1. *czy rodzina pacjentki akceptuje (czy nie) eutanazję*  
[.....]
2. *czy jest (czy nie) obowiązkiem lekarza pozwolić pacjentowi odejść*  
[.....]
3. *czy uczynienie eutanazji nielegalną wzmacnia (czy nie) społeczeństwo*  
[.....]
4. *czy lekarz robi (czy nie) tego tak, aby wyglądało na wypadek*  
[.....]
5. *czy jest (czy nie) określonym prawem utrzymywanie przy życiu osoby która chce umrzeć*  
[.....]
6. *czy lekarz będzie działał bez współczucia*  
[.....]
7. *czy towarzyszenie osobie przy popełnianiu samobójstwa jest (czy nie) prawdziwym aktem respektującym jego lub jej osobowość*  
[.....]
8. *czy to jest (czy nie) wolą Boga aby zakończyć życie człowieka*  
[.....]
9. *czy publiczność będzie rozważać, czy jest bardziej okrutnym utrzymywać pacjenta przy życiu w bólu, czy też zmniejszać ból i przez to towarzyszyć w jego śmierci*  
[.....]
10. *co sądzi lekarz, który z powyższych aktów jest bardziej korzystny z medycznego punktu widzenia*  
[.....]
11. *czy społeczeństwo może nadal funkcjonować jako właściwa jednostka nawet gdyby eutanazja była dozwolona*  
[.....]
12. *czy eutanazja i samobójstwo narusza życie innych osób*  
[.....]

Wybierz spośród powyższych pytań cztery po kolei o największym znaczeniu (czyli od nr 1-12)

Najważniejsze to: [.....]

Drugie co do ważności to: [.....]

Trzecie co do ważności to: [.....]

Czwarte co do ważności to: [.....]

Autor tego kwestionariusza czuje się bezpośrednim spadkobiercą koncepcji Kohlberga, a swoje narzędzie nazywa „neo-kohlbergowskim”. Zauważa on istnienie innych testów do pomiaru szeroko rozumianej moralności, szczególnie w odniesieniu do etyki zawodowej służb medycznych, badających lekarzy i lekarzy stomatologów, farmaceutów, pielęgniarki i pracowników socjalnych. Wskazuje na wysoką potrzebę istnienia takich instrumentów, aby absolwenci spełniali standardy kryteriów akademickich i aby móc sprawdzić ich etyczną przydatność do wykonywania zawodu. Zauważa, że w większości przypadków testy te polegają na zadawaniu pytań zamkniętych, co uniemożliwia w pełni obserwowanie procesu rozumowania moralnego, a to według Jamesa Resta jest niezgodne z koncepcją Kohlberga. Oczywiście każda próba oceny, czy pomiaru tej *kondycji etycznej* studentów nie jest jednoznaczna i łatwa, ale przynajmniej powoduje, iż żaden student nie będzie etyczną *tabula rasa* po ukończeniu kursu z etyki. [100] W procesie nauczania zaznajamia się go na różne sposoby z teoriami etycznymi i choć ten nie zawsze się z nimi utożsamia, to jednak uczy się ich stosowania w dyskusji oraz dostrzega inne perspektywy etyczne.

Kolejnym „neo-kohlbergowskim” narzędziem jest **The Moral Judgment Test (MJT)** (Test Sądów Moralnych) Georga Linda z Uniwersytetu w Konstancji. Powstał 30 lat temu w celu oceny jednocześnie postaw moralnych, jak i kompetencji do wydawania

rozstrzygnięć, przy wykorzystaniu stawianych sądów. Rygorystyczne kryteria kontroli zasadności i użyteczności ponad kulturowej w **The Moral Judgment Test** zostały sporządzone z utrwalonych postulatów poznawczo-rozwojowej teorii hierarchii preferencji (J. Rest), afektywno-poznawczego paralelizmu (J. Piaget) oraz struktury quasi matematycznego modelu decyzyjnego (L. Kohlberg). Badania z użyciem **MJT** zostały od czasu jego powstania przeprowadzone w 29 różnych językach i wszędzie zdają się potwierdzać założenia Piageta i Kohlberga, iż kompetencje moralne można odróżnić od moralności tradycyjnie rozumianej, uniezależniając je od aspektów emocjonalnych, moralnej orientacji, postaw i wartości. Wydaje się być **MJT** narzędziem niezwykle przydatnym do obserwacji rozwoju (zmian) kompetencji i jej ewolucji, chociażby w toku edukacji uniwersyteckiej. Autor podkreśla, iż badanie kompetencji moralnych jest niezwykle ważne w sytuacji, kiedy tak szybko zmienia się znaczenie zwrotu „*być profesjonalnym*”. Obecnie ideał tego wyrażenia mieści w sobie rozumienie koherencyjnego połączenia etycznych zachowań w komunikacji interpersonalnej, kwalifikacji zawodowych i umiejętności w zakresie zarządzania, a nie jedynie utożsamianie się z określoną teorią etyczną. Dlatego niezwykle istotnym jest, aby wprowadzić interpersonalnie kontrolowalny współczynnik pomiaru kompetencji, który pomógłby ocenić chociażby czyjeś predyspozycje do wykonywania takich zawodów, w których na co dzień można spotkać się z sytuacjami wymagającymi takich umiejętności. **MJT** dostarcza takiego parametru, którym jak się okazało, zainteresowane są głównie uczelnie z całego świata o profilu medycznym, po to aby zbadać studentów opuszczających ich mury pod względem przydatności w takich dziedzinach jak medycyna, pielęgniarstwo, farmacja, stomatologia, praca socjalna, czy edukacja. Podkreślony jest tu silny związek między etyką i etyką zawodową. Georg Lind uważa, iż najważniejsza jest skalowalność opracowanego przez niego testu i zaznacza, że aby nie sprzeniewierzyć się szczytnemu celowi kształcenia ludzi rzeczywiście kompetentnych

moralnie, i nikogo przy tym nie skrzywdzić, poleca aby tymczasem **MJT** był stosowany jedynie dla funkcji kontrolnej, a nie mocodawczej.

Wyniki badań walidowane w dwudziestu dziewięciu krajach wspierają teoretyczną doniosłość **MJT** oraz empirycznie potwierdzają wartość podstawowych założeń poznawczo - rozwojowej teorii Piageta i Kohlberga: otóż sąd moralny i zachowanie moralne są nie tylko sprawą indywidualnej moralnej orientacji, ale także odzwierciedlają jej funkcje poznawcze, i oba te aspekty są nierozdzielne.

Przywołano tu tylko wybrane testy do pomiaru szeroko rozumianej *moralności*. Powstanie tak wielu instrumentów w różnych ośrodkach naukowych na całym świecie i próba ich powszechnego stosowania, potwierdza ważność i potrzebę stworzenia tego nowo-stosowanego identyfikatora profesjonalizmu zawodowego, szczególnie w odniesieniu do specjalności medycznych.

Adepci nauk medycznych uczą się swojego zawodu na studiach. Czy tutaj również powinni zdobywać wiedzę, jak kształtować swój charakter moralny? Problem przekazywania pewnych wartości, niezbędnych do sprawowania zawodów w służbie chorym, staje się coraz powszechniej dostrzegany. Jest to problem współistnienia i wzajemnych wpływów bioetyki, medycyny, norm prawnych i niezwykle szybkiego rozwoju technologicznego. Pojawiło się dotychczas wiele koncepcji nauczania etyki na uczelniach medycznych. Toczy się też dyskusja kto powinien jej nauczać – filozof czy lekarz. [92] Na gruncie tego sporu, zaczęła dominować koncepcja kształcenia na tzw. *kazusach*, czyli na konkretnych przykładach z „życia wziętych”. W tym sposobie kształcenia preferowani są jako wykładowcy lekarze-praktycy. Jest ona obecna w wielu różnych krajach, między innymi – w nieco zmodyfikowanej wersji – jako element składowy „*metody konstanckiej*” wypracowanej przez Georga Linda, w Niemczech. Jest to metoda szalenie atrakcyjna, przyjemna dla słuchaczy, gdzie każdy, może uczestniczyć w rozwiązywaniu dylematów etycznych. Metoda ta pozwala rozstrzygać,



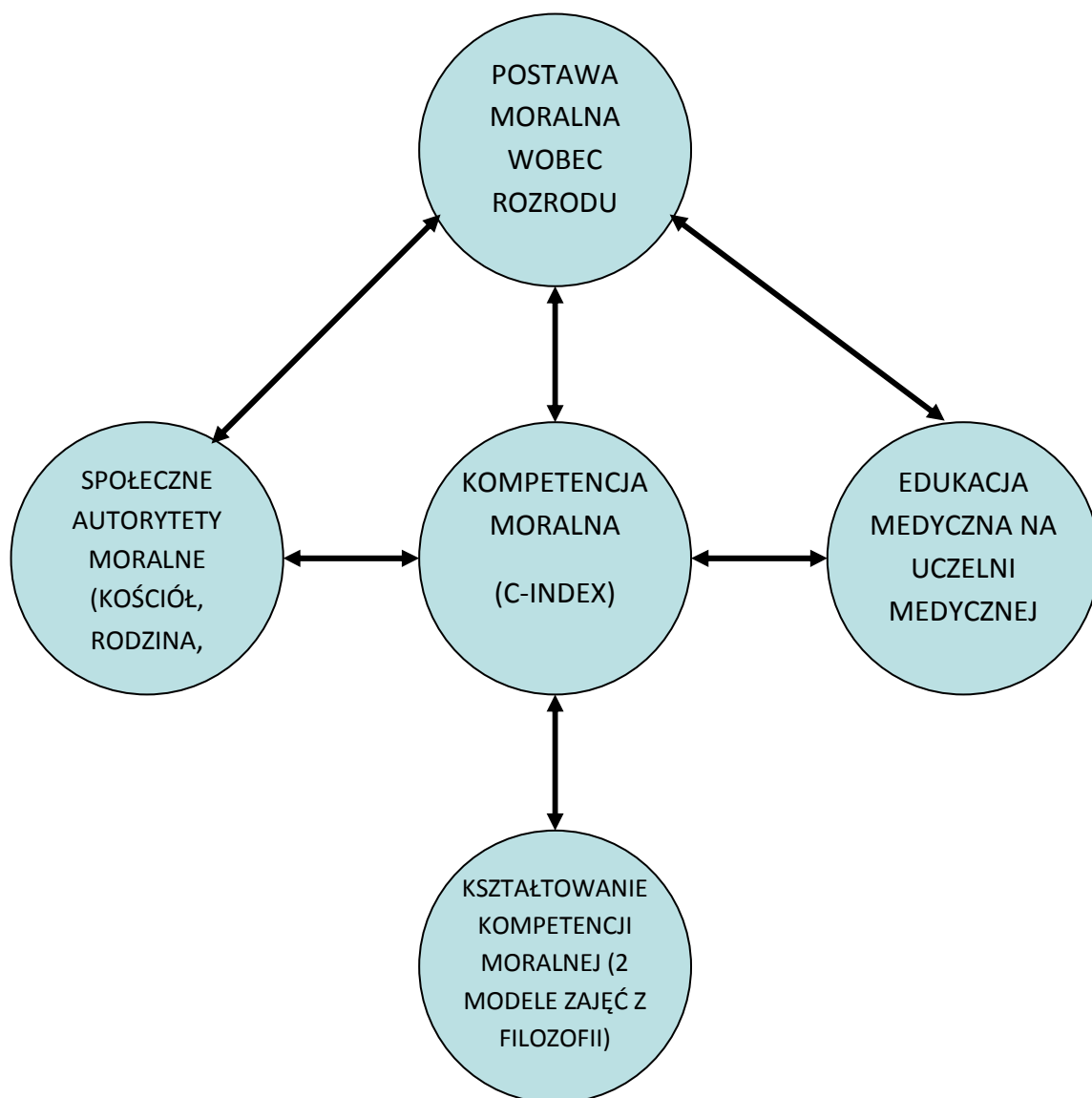
oceniać niemal realnie problemy, z którymi studenci jeszcze nie mieli okazji zetknąć się w swoim własnym życiu zawodowym. Niestety, i w tym typie edukacji zaczęto dostrzegać pewne niebezpieczeństwa. Trudno tym sposobem przekazać fundamentalne zasady i normy. Łatwo w ten sposób popaść w pułapkę redukcji badań nad moralnością jedynie do opisu zastanych przekonań moralnych i ich „empirycznego” objaśniania, zamiast ich weryfikacji w rzeczywistych wiążących zasadach dla działania. Prowadzi to do odcięcia od autentycznych etycznych treści, a dalej do poszukiwań rozwiązań jedynie pragmatycznych. [33] Może to skutkować deformacją idei etyki i sprowadzeniem jej jedynie do sfery emocjonalnej (psychologizm), albo do sfery oddziaływań społecznych (socjologizm). Kształtuje się w ten sposób bardziej pewną *intuicję etyczną*, przed którą rzeczywiste autorytety etyczne ostrzegają. [90] Częstym ryzykownym zabiegiem przy podejmowaniu decyzji w sytuacjach zawiłych jest „branie w nawias”, zawieszanie norm podstawowych, uniwersalnych na rzecz kryteriów pozornie etycznych, intuicyjnych, „rozsądnych” i „ekonomicznych”. Jeszcze gorzej, kiedy osoby podejmujące takie rozstrzygnięcia, w ogóle fundamentalnych zasad nie znają – nigdy się o nich nie uczyły. Jest to swoiste oderwanie etyki, etyki zawodowej, a w konsekwencji i bioetyki od korzeni filozoficznych. O takowym wielowarstwowym pojmowaniu nauk humanistycznych pisał już David Hume, mówiąc o filozofii powszechnej, praktycznej i popularnej – *moralnej*, i filozofii ścisłej, niełatwej, poszukującej zasad ogólnych – *spekulatywnej*. Ten angielski myśliciel już w XVIII wieku przestrzegał przed zaniechaniem zajmowania się tym drugim, trudnym rodzajem filozofii. Podkreślał ich nierozzerwalność i charakter komplementarny. [32]

## II. MATERIAŁ I METODA

## 2. Cel pracy i hipotezy

Celem pracy jest ocena kompetencji moralnych studentów kierunku położnictwo, ich własnego stosunku do zagadnień ingerencji w rozród oraz ocena wpływu środowiska na kształtowanie moralności ze szczególnym uwzględnieniem wpływu edukacji. Cel ten realizowano poprzez weryfikację szczegółowych hipotez badawczych:

1. Kompetencja moralna zmienia się w trakcie 3-letnich studiów licencjackich
2. Istnieją różnice w podnoszeniu kompetencji moralnych przy stosowaniu dwóch różnych modeli kształcenia pod względem zaangażowania studentów
3. Początkowo wysoka lub niska kompetencja moralna studentów ma wpływ na jej zmiany w czasie studiów oraz zmiany akceptacji lub negacji ingerencji w rozród człowieka
4. W trakcie studiów zmienia się akceptacja lub negacja ingerencji w rozród człowieka
5. Istnieje zależność pomiędzy kompetencją moralną a akceptacją ingerencji w rozród człowieka
6. Instytucje społeczne jako autorytety moralne mają wpływ na kompetencje moralne studentów
7. Studenci zmieniają swoją hierarchię instytucji społecznych jako autorytetów moralnych
8. Edukacja na Uniwersytecie Medycznym ma wpływ na kompetencje moralne i akceptację ingerencji w rozród
9. Wiara w Boga determinuje kompetencje moralne oraz postawę moralną wobec ingerencji w rozród człowieka



Ryc 1. Schematyczna koncepcja problematyki badawczej z podziałem na grupy zmiennych i zależności między nimi *(komentarz w tekście)*.

### 3. Materiał i metoda

#### 3.1. Model badawczy

Badaniami objęto wszystkich studentów kierunku położnictwo w trybie stacjonarnym na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, którzy rozpoczęli I rok studiów w roku akademickim 2005/2006. Badania miały charakter prospektywny i obserwowano tych studentów przez 24 miesiące, tj od ich I roku studiów (2005/2006), poprzez II rok studiów (2006/2007) do III roku studiów (2007/2008). Podczas pierwszego pomiaru wszyscy respondenci byli w wieku od 19 do 21 lat. Ostateczna wyłoniona grupa – taka od której udało się pobrać wszystkie pomiary, okazała się płciowo homogeniczna - stanowiły ją tylko kobiety. Uczestnicy badania zostali poinformowani o naukowym charakterze badania i wyrazili dobrowolną chęć uczestniczenia w badaniu.

Badanie przeprowadzono metodą ankietową, przy użyciu Kwestionariusza Rozwiązywania Dylematów Moralnych (**MJT**, Georg Lind) w wersji polskiej i części własnej ankiety. Obydwie ankiety opisano w dalszej części pracy.

W związku z chęcią wykazania wpływu edukacji, w tym zajęć z filozofii na badane parametry, podzielono zbieranie materiału na 4 etapy – 4 pomiary. Oznaczono je jako pomiar pierwszy - **P1**, pomiar drugi - **P2**, pomiar trzeci - **P3** i pomiar czwarty - **P4**.

Pomiar P1 dokonywany był bezpośrednio przed rozpoczęciem cyklu zajęć z filozofii. Studenci nie wiedzieli, że będą wypełniać tę ankietę ponownie, po zakończeniu zajęć. Rozdano ankiety i polecono studentom głębokie i rzetelne przemyślenie odpowiedzi na dość złożone pytania ankiet. Następnie w sposób randomizowany (losowo) przydzielano

studentów do 2 grup badanych – tzw. *grupy aktywnego kształcenia (AKT)* i *grupy pasywnego kształcenia (PAS)*. Z przyczyn technicznych i praktycznych randomizacji dokonano w następujący sposób: studenci grup dziekańskich o parzystym numerze znaleźli się w *grupie aktywnego kształcenia*, z nieparzystych numerów grup dziekańskich – w *grupie pasywnego kształcenia*. Związane to było z koniecznością odbywania zajęć z pojedynczą grupą bez możliwości podzielenia pojedynczej grupy dziekańskiej na mniejsze części.

Ćwiczenia z zakresu przedmiotu filozofia na pierwszym roku studiów odbyły się zgodnie ze standardem nauczania i objęły materiał zgodny z wymogami akredytacyjnymi. Studentom przedstawiona została wiedza teoretyczna w postaci prezentacji i przykłady tekstowe, a także uczestniczyli oni w pracach z użyciem tekstów filozoficznych. Ponadto przeprowadzono moderowane dyskusje przez prowadzącego na tematy związane ze standardem nauczania. Jedyną różnicą pomiędzy grupą aktywnego (AKT) i pasywnego kształcenia (PAS) był fakt dodatkowej konfrontacji z innymi jeszcze dylematami moralnymi w grupie AKT, niż te znajdujące się w kwestionariuszu MJT. Dylematy te zaczerpnięto z innych testów związanych z badaniem kompetencji moralnej oraz z tekstów dotyczących teoretycznych podwalin teorii rozwoju moralnego. Zagadnienia te obejmowały: dylemat Heinza, (z kwestionariusza DIT), dylemat brata, dylemat eutanazji, dylemat aborcji itd. Osoba prowadząca nie udzielała żadnej informacji, w jakim celu prowadzone były takie rozważania, tak aby studenci nie wiedzieli, że są szczególną grupą. Zatem badania przeprowadzono z tzw. pojedynczo ślełą próbą, bowiem respondenci nie znali swojej przynależności do podgrupy. Rozważania dotyczące tych dylematów ukierunkowane były przez wykładowcę na poznanie dylematu, próbę ustalenia, jak mógłby się w tej sytuacji moralnej zachować student oraz argumentację takiego postępowania. W przypadku zbyt powierzchownego rozstrzygnięcia dylematów moralnych w granicach 3-4 stadium rozwoju moralnego wg Kolberga (poczucie dobrego chłopca/dziewczynki, moralność popierania autorytetów)

prowadzący wykładowca stymulował dodatkowo studentów poddając im sugestie dotyczące argumentacji postępowania bardziej zgodnego z wyższymi stadiami rozwoju moralnego (stadium 5-6). Po takiej moderacji odbywała się dalsza dyskusja na ten temat. Dodatkowy czas jaki poświęcono na rozwiązywanie dylematów moralnych wynosił około 6 godzin (6 spotkań po 1 dodatkowej godzinie).

Zatem podział na grupę AKT i PAS wyłonił dwie zasadnicze grupy: grupę badaną (AKT) oraz grupę kontrolną (PAS), pomiędzy którymi istniała jedyna różnica w postaci aktywnej próby podniesienia ich kompetencji moralnej na wyższy poziom. Z uwagi na randomizowany model badania można przyjąć, iż nie istniały inne różnice w czynnikach zakłócających badanie pomiędzy grupami.

Cykl zajęć z filozofii prowadzony wg powyższego modelu obejmował 7 spotkań, łącznie 30 godzin dydaktycznych i kończył się zaliczeniem. Wszyscy studenci po zakończeniu zajęć i zaliczeniu przedmiotu w sposób dobrowolny uczestniczyli w drugim pomiarze oznaczonym jako P2. Po okresie 12 miesięcy, w połowie ich II roku studiów, respondenci proszeni byli po zakończeniu jednych z zajęć o ponowne wypełnienie ankiet. Pomiar ten oznaczono jako P3. W połowie III roku studiów respondenci raz jeszcze wypełniali ankiety dobrowolnie po zakończeniu jednych z ich zajęć. Pomiar ten oznaczony jako P4 odbył się po 24 miesiącach od pomiaru P1.

Badanie przeprowadzono na grupie 78 studentów, którzy wypełnili ankiety podczas pierwszego pomiaru (P1). Jednak w toku studiów zapewne z powodu absencji, rezygnacji ze studiów lub innego przebiegu kształcenia komplet pomiarów, tj ankiety z P2, P3 i P4 udało się zebrać łącznie od 72 studentów. W dalszych analizach uwzględniono jedynie 72 studentów, od których uzyskano pomiary we wszystkich momentach badania, tj P1, P2, P3 i P4.

Badanie skupiało się na trzech głównych zbiorach danych (problemów) dotyczących:

1. kompetencji moralnej,
2. własnego stosunku do rozrodu oraz
3. wpływu środowiska na kształtowanie moralności ze szczególnym uwzględnieniem wpływu edukacji.

Do oceny kompetencji moralnej zastosowano Kwestionariusz Rozwiązywania Dylematów Społecznych omówiony w dalszej części pracy. W celu oceny własnego stosunku do rozrodu oraz wpływu czynników środowiskowych utworzono autorską ankietę przedstawioną w dalszej części pracy.

### **3.2. Kwestionariusz Rozwiązywania Dylematów Społecznych**

Do oceny kompetencji w podejmowaniu sądów moralnych wykorzystano Kwestionariusz Rozwiązywania Dylematów Społecznych (Moral Judgement Test, MJT) stworzony przez prof. Georga Linda na Uniwersytecie w Konstancji (Niemcy). Kwestionariusz MJT wykorzystano za zgodą autora w wersji, która została przetłumaczona na język polski. Narzędzie badawcze MJT dostępne jest w sposób nieograniczony dla celów pracy naukowej w jednostkach badawczych, w tym na uniwersytetach. Polska wersja językowa poddawana była walidacji, której wyniki nie zostały jeszcze opublikowane, co miało nastąpić w roku 2008. Jest to jednak certyfikowana wersja (odmiana) językowa tego testu. Test ten jest szeroko wykorzystywany w badaniu kompetencji moralnej, szczególnie w krajach o europejskich korzeniach kulturowych. Obecnie istnieje około 20 certyfikowanych wersji językowych tego testu, spośród których większość już została walidowana według założonej przez prof. Linda metodologii. Walidacja opiera się na przebadaniu 4 grup po minimum 40 osób odpowiednio w siódmym roku edukacji, dziewiątym



roku edukacji, dwunastym roku edukacji i w pierwszym roku studiów. W polskich warunkach odpowiada to grupom osób w wieku odpowiednio: 14 lat, 16 lat, 19 lat i 20 lat. Test polega na przedstawieniu uczestnikom dwóch dylematów moralnych. Jeden z nich dotyczy problematyki eutanazji u kobiety chorej na nieuleczalną chorobę nowotworową. Prosi ona lekarza, aby dyskretnie przedawkował środek przeciwbólowy pomagając jej w ten sposób umrzeć. Drugi z dylematów dotyczy problemu pracowników, których korespondencja jest konfidencjonalnie kontrolowana przez pracodawcę i wykorzystywana przez niego do walki z podwładnymi. Pracownicy zdobywają w nielegalny sposób, poprzez kradzież, dowody na tę okoliczność. Oryginalną ankietę oraz jej polską wersję załączono (załącznik nr 1 i nr 2). Każdy z problemów oceniany za pomocą 6 argumentów popierających postępowania bohatera i 6 argumentów przeciw temu zachowaniu (łącznie 24 argumenty, po 12 dla każdej z 2 historyjek). Odzwierciedlają one 6 stadiów rozwoju moralności wg teorii Kohlberga. W teście MJT istotny jest pewien wzorzec strukturalny odpowiedzi bardziej niż izolowane odpowiedzi, który pozwala nam stwierdzić, która z dwóch tendencji jednostki jest silniejsza (za czy przeciw). Ten wzorzec, czy inaczej klucz, zebrany jest w specjalnie zaprojektowanej tablicy obliczeniowej, którą załączono (załącznik nr 3). Aby ułatwić analizę ilościową Georg Lind stworzył wskaźnik C (C-index, z ang: C jak Competence; kompetencja) – odzwierciedla on stopień w jakim jednostka ocenia 24 argumenty MJT pod względem jakości moralnej, a więc odzwierciedla kompetencję w poszukiwaniu prawdy moralnej. Metodę opisano wcześniej w literaturze (<http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/b-publik.htm>). [56] Technicznie C-index odzwierciedla wariancję odpowiedzi czynnika eksperymentalnego „jakości moralnej argumentu” poprzez całkowitą wariancję odpowiedzi uczestnika. Przyjmuje się, iż wysokości C index mniejsze od 10 oznaczają niskie, od 10 do 29 średnie, od 30 do 49 wysokie, a powyżej 50 bardzo wysokie kompetencje moralne.

Przed podjęciem badań dokonano wstępnej walidacji samego narzędzia badawczego w wersji polskiej – Kwestionariusza

Rozwiązywania Dylematów Społecznych. Ocena ta objęła studentów kierunku położnictwo innych niż badana populacja (rok II i rok III w roku akademickim 2005/2006). Przeprowadzono ją metodą test – retest, gdzie 12 respondentów wypełniało ankietę dwukrotnie w odstępie 5 minut, przy czym nie wiedzieli oni początkowo, iż będą wypełniać tę samą ankietę po raz drugi po upływie 5 minut od zakończenia pierwszej. W oparciu o wyniki wyznaczono współczynnik  $\alpha$  Cronbacha ( $\alpha = 0,90$ ). [89]

### **3.3. Ankieta własna dotycząca rozrodu oraz edukacji**

Własna część ankiety składa się z kilku części (załącznik 4). Polska należy do krajów o silnych wpływach religijnych, dlatego jednym z podstawowych parametrów, jakiego nie można wykluczyć przy pomiarach kompetencji moralnej jest wiara. Z uwagi na brak możliwości empirycznego i obiektywnego jej stwierdzenia, posłużono się 10-stopniową skalą samooceny wiary w Boga. Jest to próba przybliżenia się do badania czynnika, choć należy pamiętać, że jest to opinia o wierze (samoocena), a nie jej rzeczywisty pomiar.

W konstrukcji dalszej części ankiety własnej posłużono się pięciostopniową skalą Likerta od -2 do +2. Przyporządkowano wartościom od negatywnego ekstremum, (oznaczającego całkowitą dezaprobatę, całkowite niedopuszczenie we własnej moralności) do pozytywnego ekstremum (pełnej akceptacji, dopuszczenia we własnej moralności). Podstawowe pytanie i skalę oceny przedstawiono na ryc. 1.

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania według skali od -2 do 2 oznaczającej:				
-2	-1	0	1	2
zdecydowanie niedopuszczalne	raczej niedopuszczalne	nie wiem	raczej dopuszczalne	zdecydowanie dopuszczalne

Ryc. 1. Konstrukcja oceny problematyki rozrodu człowieka.

Utworzenie skali liczbowej od -2 do +2 podyktowane było możliwością analizy odpowiedzi nie tylko w sensie jakościowym, ale również ilościowym, z różnicowaniem na brak akceptacji (konserwatyzm) i akceptację (liberalizm). Stany pośrednie, a w szczególności wartość „0”, odzwierciedlają brak ściśle określonego stosunku do zagadnienia, brak zdecydowania. Ponadto skala liczbową umożliwiła porządkowanie kategorii od najbardziej do najmniej akceptowanych. Co więcej pytania o rozród człowieka związane były prawie wyłącznie z ingerencją sztuczną w rozród, bowiem nie dotyczyły naturalnego poczęcia, prowadzenia ciąży, porodu itd. Dlatego w celu pełniejszej oceny stworzono łączną punktację akceptacji ingerencji w ludzki rozród, stanowiącą sumę akceptacji wszystkich odpowiedzi na pytania dotyczące rozrodu. Wreszcie zastosowanie skal punktowych umożliwiło podstawową analizę korelacji.

Pytania dotyczące moralnej akceptacji metod antykoncepcji obejmowały tabletkę antykoncepcyjną, wkładkę wewnątrzmaciczną, metody mechaniczne (prezerwatywę), tabletkę po stosunku oraz naturalne metody regulacji poczęć. Za wyjątkiem tej ostatniej metody wszystkie pozostałe z punktu widzenia medycznego są ingerencją w ludzki organizm, będąc jednocześnie niedopuszczalne w doktrynie Kościoła Katolickiego.

Kolejna część zagadnień dotyczyła problematyki aborcji. Podzielono ją na przerwanie ciąży wykonywane również w sytuacjach szczególnych, tj. z przyczyn medycznych w przypadku ciężkiego

nieodwracalnego uszkodzenia płodu oraz w przypadkach kryminalnych wskutek gwałtu. Obie te sytuacje są dopuszczalne ustawowo w Polsce. Zapytano się również o przerywanie ciąży w trudnej sytuacji społecznej, która nie jest prawnie dopuszczalna w Polsce, jednak zakładano, iż może istnieć pewien stopień przyzwolenia lub zrozumienia na taki rodzaj aborcji. Wreszcie dla porównania proszono o ocenę nieograniczonej możliwości aborcji wykonywanej na życzenie.

Następna część zagadnień dotyczyła technik wspomaganego rozrodu. Z uwagi na brak szczegółowej wiedzy studentów w początkowym okresie kształcenia w tak wąskiej dziedzinie, ograniczono liczbę problemów do rozstrzygnięcia najczęstszych problemów. Dotyczyły one techniki zapłodnienia pozaustrojowego (IVF, In vitro Fertilisation) i zapłodnienia przy użyciu obcego nasienia od dawcy (z banku nasienia). Dodatkowo pytano o akceptację urodzenia dziecka przez obcą matkę, co w Polsce nie jest jeszcze możliwe, ale szczególnie w Stanach Zjednoczonych jest to nowe zjawisko i jednocześnie problem etyczno-prawny. Warto zaznaczyć, iż wszystkie ww. techniki nie są dopuszczalne w świetle doktryny Kościoła Katolickiego.

W ostatnich latach nauka poczyniła znaczne postępy w zakresie klonowania zwierząt i niektórych komórek ludzkiego organizmu. Kolejne doniesienia stają się nie tylko wydarzeniem naukowym, ale również nośnym faktem medialnym. Z klonowaniem ludzkich komórek wiąże się wielkie nadzieje na możliwość wyhodowania całych narządów, co budzi wiele kontrowersji etycznych. W przypadku możliwości sklonowania całego człowieka świat nauki jest bardziej sceptyczny, a aspekty etyczne prawdopodobnie nie pozwolą na przeprowadzenie tego typu eksperymentów. Dlatego zapytano również o klonowanie jako formę rozrodu oraz źródła komórek do naprawy uszkodzonych czy zużytych narządów.

Powyższe zagadnienia oceniane były przez studentów w kategoriach ich wewnętrznej moralnej akceptacji, czyli prezentowania

konkretnej postawy moralnej wobec tych zagadnień. Bardzo często wewnętrzne przekonanie nie idzie w parze z oczekiwaniami wobec zadań jakie niesie z sobą państwo, szczególnie demokratyczne. W przypadku kulturowo uwarunkowanej tolerancji ocena rozwiązań prawnych dotyczących rozrodu człowieka może znacznie odbiegać od postawy moralnej poszczególnych obywateli. Dlatego wprowadzono jako kolejną część ocenę prawnej dopuszczalności *sztucznej* antykoncepcji, aborcji, technik wspomaganego rozrodu oraz klonowania.

W Kwestionariuszu Rozwiązywania Dylematów Społecznych (**MJT**) dokonywano oceny kompetencji moralnych, jednak zainteresowanie budzi również samoocena własnej moralności pod względem systemu wartości, który ją buduje. Dlatego zapytano o to, który z systemów jest studentowi najbliższy, który ma największy wpływ na jego moralność. Wyróżniono cztery składniki, tj. doktrynę Kościoła, zasady wpajane przez rodziców, własny system wartości oraz wiedzę z etyki zdobywaną na uczelni medycznej.

Z uwagi na ocenę studentów praktycznie jednorodnych pod względem wieku i profilu zawodowego, nie jest możliwa ocena wpływu poszczególnych etapów ich edukacji przed podjęciem studiów. Edukacja ta została zakończona i wykluczone jest jej badanie na wcześniejszych etapach. Dlatego jedynym wariantem badania poprzednich etapów edukacji studentów i ich wpływu na moralność jest wyrażenie opinii o tym wpływie, również w pięciostopniowej skali Likerta. Podobnie rzeczywiste ustalenie wpływów środowiska, w którym się wychowywali (rodzice, rodzina, Kościół) nie jest możliwe, posłużono się zatem również autoopinią o tym wpływie.

Trzeci zbiór danych obejmował informacje o odbytych zajęciach w ramach studiów na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Zakładano, że część z przedmiotów z zakresu nauk humanistycznych (filozofia, socjologia, psychologia, etyka zawodu położnej, planowanie rodziny) mogą mieć wpływ na postawę moralną. Studenci w zależności od planu

zajęć poszczególnych grup dziekańskich nie mieli w momencie pomiaru P2, P3 i P4 odbytych tych samych zajęć. Dlatego pytano się o fakt ich odbycia oraz czas jaki upłynął od ich zakończenia. Podobnie analizowano wszystkie przedmioty, na których studenci mogli zdobyć wiedzę z zakresu koncepcji, ciąży, porodu. W ostatniej części proszono studentów o oszacowanie czasu, jaki w ich odczuciu poświęcono na zagadnienia leżące w zakresie zainteresowania niniejszego badania. Dotyczyły one tematyki antykoncepcji, poronień, aborcji, niepłodności, technik wspomaganego rozrodu oraz klonowania. Dane te posłużyły do analiz korelacji wpływu wiedzy o zagadnieniach z zakresu medycyny reprodukcyjnej na postawę moralną.

### **3.4. Analiza statystyczna**

Kwestionariusz Rozwiązywania Dylematów Społecznych, zbiór danych w skali Likerta dotyczących akceptacji bądź negacji ingerencji w rozród oraz dane dotyczące edukacji studentów jak zaznaczono wcześniej zebrano poprzez ankietę. Zbiór tych danych cechuje się matematycznym ujęciem problematyki, stąd zasadne jest poddanie tych wyników analizie statystycznej. Sam autor **MJT** Georg Lind w swojej pracy z użyciem własnego narzędzia posługuje się metodami statystycznymi. Wynika to z faktu, że do naukowego opisu zjawisk z pogranicza filozofii, psychologii, socjologii i biologii konieczne jest tworzenie specjalnych walidowanych narzędzi. Spośród tzw. *metod wywiadu* po jednej stronie możliwe jest zastosowanie swobodnej rozmowy z uczestnikiem, jak ma to często miejsce w przypadku wywiadu psychologicznego lub psychiatrycznego, z drugiej strony te same (lub w nieco węższym zakresie) dane można ująć w ramy ściśle skategoryzowane. Kategoryzacja ta powoduje bardziej matematyczne ujęcie problemu, ale jej zaletą jest możliwość wielorakiej analizy i

formułowania uogólnień. W przypadku wyłącznie rozmowy można pochylić się nad jednostką, trudno natomiast stawiać wnioski ogólne, a w szczególności opierać się na twardych dowodach naukowych. Od lat toczy się dyskusja na temat zastosowania testów istotności różnic w badaniach empirycznych. Po jednej stronie wypowiadają się przeciwnicy jakiegokolwiek kwantyfikacji w tych naukach, tłumacząc swoje stanowisko stwierdzeniem, iż człowiek jest zbyt skomplikowany, aby można było wyrażać jego osobowość, czy zachowanie w postaci reguł statystycznych. Na przeciwległym biegunie znajdują się zwolennicy badań, w których wszystkie zmienne są skwantyfikowane i poddane wyrafinowanej analizie statystycznej – dla nich tylko takie pomiary mają znamiona rzeczywistych doniesień naukowych. Aby tak było faktycznie, muszą być precyzyjnie spełnione określone warunki, takie jak np.: respektowanie zasad randomizacji, odpowiednie dobranie grup porównawczych respondentów, homogeniczność tych zespołów, skale pomiarowe, dobór optymalnych testów statystycznych. Przy zachowaniu ostrożności w tych krytycznych punktach zyskuje się niczym nie zastąpione możliwości badawcze i prognostyczne. [Jerzy Brzeziński, 2004] [10]

Dane w niniejszej rozprawie zebrano w modelu zmiennych powiązanych (pomiary P1, P2, P3, P4). Zebrane dane wprowadzono do wcześniej przygotowanego arkusza kalkulacyjnego (MsExcel 2003, Microsoft Corp, USA), w którym obliczano wg wzoru index C. Ponadto utworzono indeks łącznej akceptacji ingerencji w rozród. Pozostałe dane wpisano i zarchiwizowano.

Wykonano statystykę opisową. Dane w tabelach i na rycinach przedstawiono jako wartości średnie  $\pm$  odchylenie standardowe (SD). W niektórych przypadkach przedstawiono je jako wartości mediany (Me), co zaznaczono. W przypadku danych ilościowych sprawdzano normalność rozkładu. Z uwagi na zastosowaną skalę Likerta okazało

się, iż większość danych nie cechowała się normalnością rozkładu, co potwierdzono testem Kolmogorowa-Smirnova. Dlatego analizy przeprowadzono w oparciu o testy nieparametryczne.

W analizie różnic pomiędzy poszczególnymi pomiarami wielokrotnymi (P1,P2,P3,P4) zastosowano test Friedmana z analizą kontrastów testem Dunna. Test ten ma zastosowanie szczególnie w przypadku zmiennych zebranych w skali porządkowej, ale również interwałowej. Test Friedmana należy do nieparametrycznych testów (distribution-free tests) dla zmiennych zebranych w modelu powiązanych. Zastosowanie tego typu testu uniezależnia analizę statystyczną od normalności rozkładu, a zastosowanie jej nawet w przypadku rozkładu normalnego jest zasadne, choć nieznacznie zmniejsza się wtedy moc testu. W przypadku ewentualnych analiz pomiędzy dwoma punktami pomiarowymi zastosowano test Wilcoxon. Test ten należy również do klasy testów nieparametrycznych i ma zastosowanie dla skal interwałowych z brakiem rozkładu normalnego lub porządkowych. Grupy danych w tym wypadku zebrane są również w modelu zmiennych powiązanych. W przypadku porównań między grupami (AKT a PAS oraz innymi wyodrębnionymi podgrupami), ale podczas tego samego pomiaru (np. P1), stosowano test Manna-Whitneya. Test ten stosuje się dla dwóch grup zmiennych zebranych w modelu niepowiązanych dla skali porządkowej lub interwałowej z brakiem normalnego rozkładu. Poszukując zależności posłużono się analizą korelacji testem Spearmana, wyznaczając wartość współczynnika korelacji ( $R_s$ ) oraz wartość  $p$ . Test korelacyjny należy do najpowszechniej stosowanych metod analizy korelacji, tj. poszukiwania zależności między zmiennymi. Szczególnie w sytuacji danych zebranych w skali porządkowej lub w przypadku istnienia nieliniowych zależności test ten zdolny jest wykazywać jakiegokolwiek zależności. Test ten należy również do testów nieparametrycznych. Współczynnik korelacji  $R_s$  przyjmuje wartości od -1 do +1, gdzie



wartości skrajne odpowiadają silnej dodatniej lub odwrotnej zależności, zaś wartości zbliżone do 0 odpowiadają brakowi zależności.

Obliczono również współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla zastosowanego formularza MJT na niewielkiej grupie badanej. Uzasadnione jest to faktem, że każda odpowiedź na pytanie odzwierciedla do pewnego stopnia prawdziwy wynik dla badanego pojęcia, a do pewnego stopnia nieznaną błąd losowy. W tym kontekście pomiar jest rzetelny, jeśli w stosunku do błędu, odzwierciedla głównie wynik prawdziwy. Wskaźnikiem rzetelności testu jest wielkość współczynnika korelacji pomiędzy wynikiem obserwowanym a wynikiem prawdziwym. Jedną z częściej stosowanych technik pomiaru homogeniczności skali jest współczynnik  $\alpha$  Cronbacha. Współczynnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1. Na wysoką rzetelność skali wskazują wartości większe od 0.7. Współczynnik ten można też interpretować jako miarę spójności zbioru skal.

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu SigmaStat v3.1 (Systat, USA). W przypadku oceny  $\alpha$  Cronbacha posłużono się pakietem SPSS (v14.0, USA). Przyjęto poziom  $p < 0,05$  jako istotny statystycznie.

### **III. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH**

## 4. Wyniki

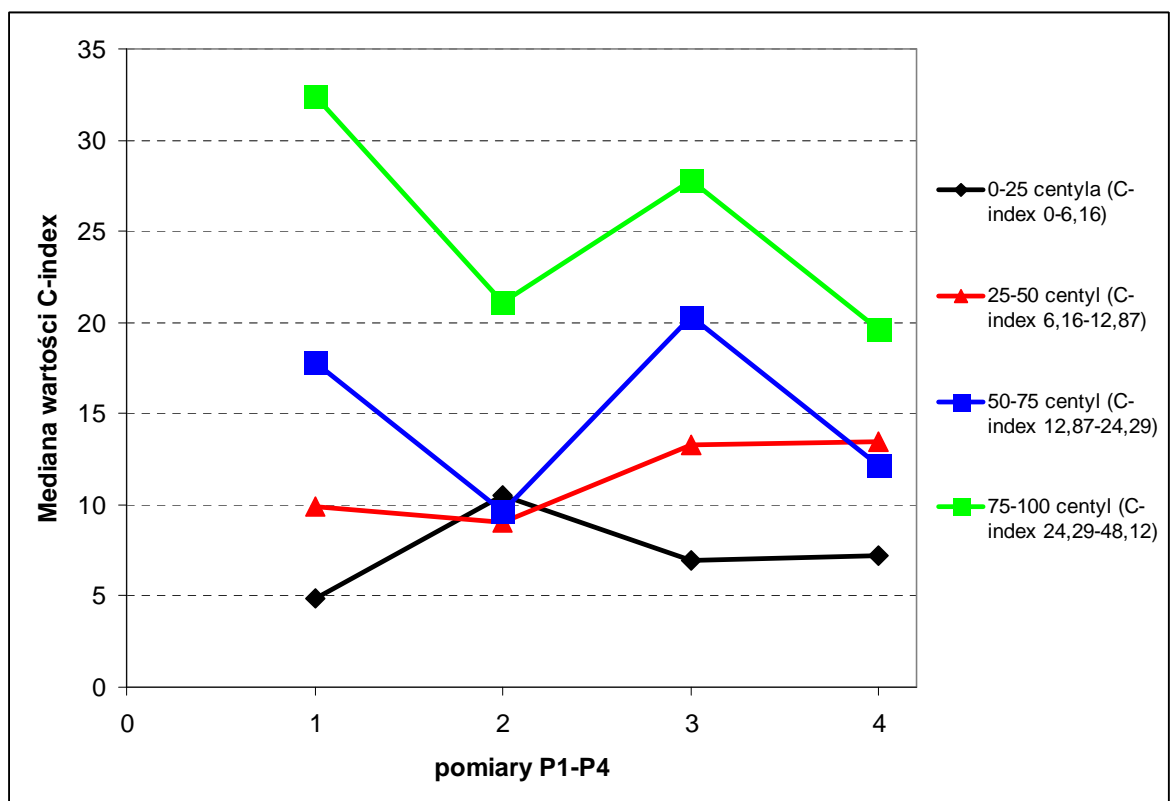
### 4.1. Analiza wskaźnika kompetencji moralnej

Podczas każdego pomiaru (P1,P2,P3 i P4) dokonywano badania kwestionariuszem MJT i wyliczano wskaźnik kompetencji moralnych (C-index). W tabeli 1 zestawiono wartości mediany podczas 4 pomiarów wraz z rozkładem badanej grupy na 25, 50 i 75 centyl. O ile wskaźnik C zmieniał się w sposób nieistotny statystycznie na przestrzeni studiów (ryc3), uzyskując najwyższe wartości na II roku studiów (P3), to analiza osobno osób o początkowo wyższych kompetencjach moralnych ujawniła statystycznie istotne zmiany. Zaobserwowano spadek kompetencji moralnej osób z początkowo wysoką kompetencją (w pomiarze P1) i brak istotnych zmian u osób z początkowo niższą kompetencją (tabela 1, ryc 2).

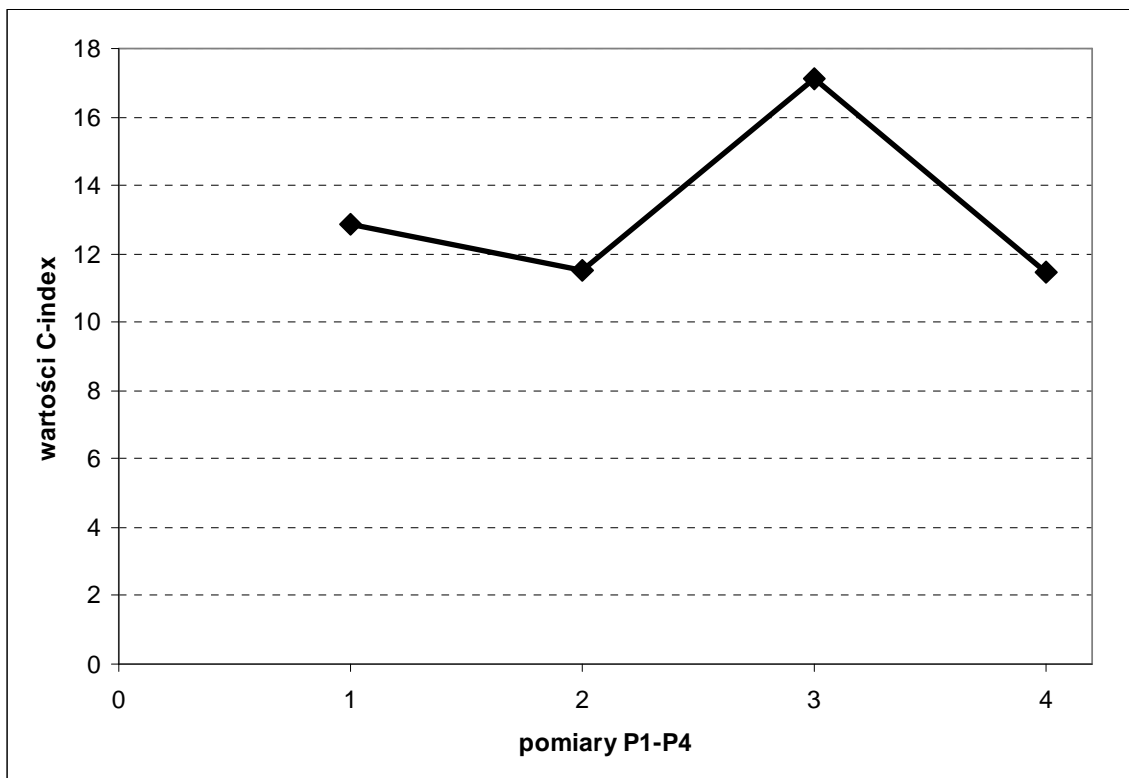
Tabela 1. Zmiany indeksu C w materiale oraz w grupach podzielonych według 25, 50, 75 i 100 centyla

	<b>Mediana P1</b>	<b>Mediana P2</b>	<b>Mediana P3</b>	<b>Mediana P4</b>	<b>Test Friendmana (analiza kontrastów test Tukey)</b>
0-25 centyla (C-index 0,0- 6,16)	4,88	10,47	6,94	7,22	P=0,19
25-50 centyl (C- index 6,16-12,87)	9,89	9,07	13,26	13,42	P=0,60
50-75 centyl (C- index 12,87- 24,29)	17,81	9,64	20,32	12,15	<b>P=0,025</b> <b>[ Test Tukey: P1:P2 p&lt;0,05 ]</b>
75-100 centyl (C- index 24,29- 48,12)	32,39	21,08	27,77	19,67	<b>P&lt;0,001</b> <b>[ Test Tukey: P1:P2, P1:P4 p&lt;0,05 ]</b>
<b>Łącznie (n=67)</b>	12,87	11,50	17,13	11,47	p=0,14

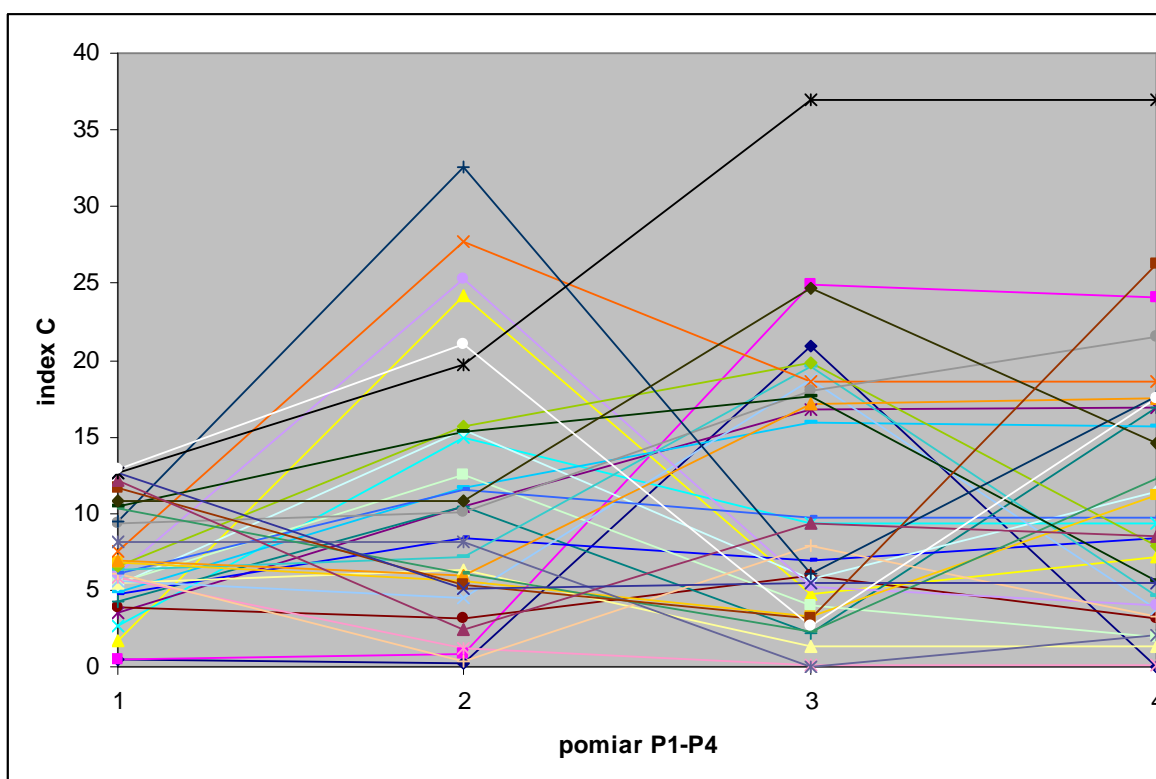
Do celów dalszych analiz podzielono badaną grupę na 2 podgrupy, osób o początkowo wysokich kompetencjach moralnych (powyżej wartości mediany, czyli 17,81) i osób o początkowo niskich kompetencjach moralnych (poniżej mediany =17,81). Osoby należące do obu grup przedstawiono graficznie na rycinie 4 i 5.



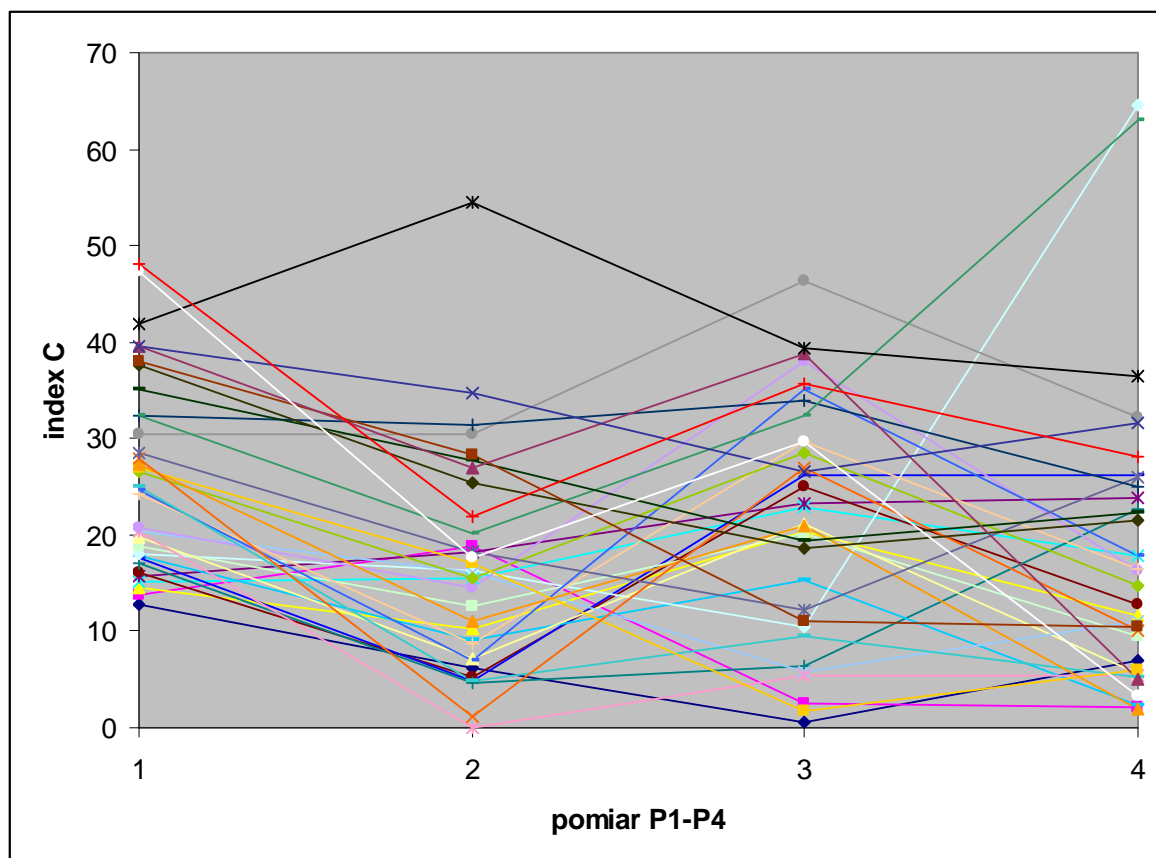
Ryc. 2. Zmiany indeksu C w grupach podzielonych według 25, 50, 75 i 100 centyla



Ryc 3 . Zmiany indeksu C w badanym materiale



Ryc 4. Zmiany indeksu C u osób z początkowo niskimi kompetencjami moralnymi (poniżej ME na P1)



Ryc 5. Zmiany indeksu C u osób z początkowo wysokimi kompetencjami moralnymi (powyżej ME na P1)

#### 4.2. Zmiany wskaźnika kompetencji moralnych w zależności od modelu kształcenia

Próbowano określić, czy istnieje wpływ jednego z dwóch założonych modeli kształcenia na zmiany kompetencji moralnych. Losowy dobór badanych grup do podgrupy studentów o aktywnym modelu kształcenia oraz pasywnym modelu kształcenia pozwala wyeliminować różnice w czynnikach zakłócających badanie. W momencie rozpoczęcia badania (randomizacji) podgrupa osób przypisanych do dwóch modeli kształcenia nie różniła się w sposób istotny statystycznie pod względem: wieku, samooceny religijności, nauczania przedmiotów z elementami etyki, konkretnych poglądów moralnych, samooceny wpływu silnych instytucji itd. Brak różnic na początku badania zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Porównanie grupy aktywnej i pasywnej w momencie rozpoczęcia badania - randomizacji (pomiar P1).

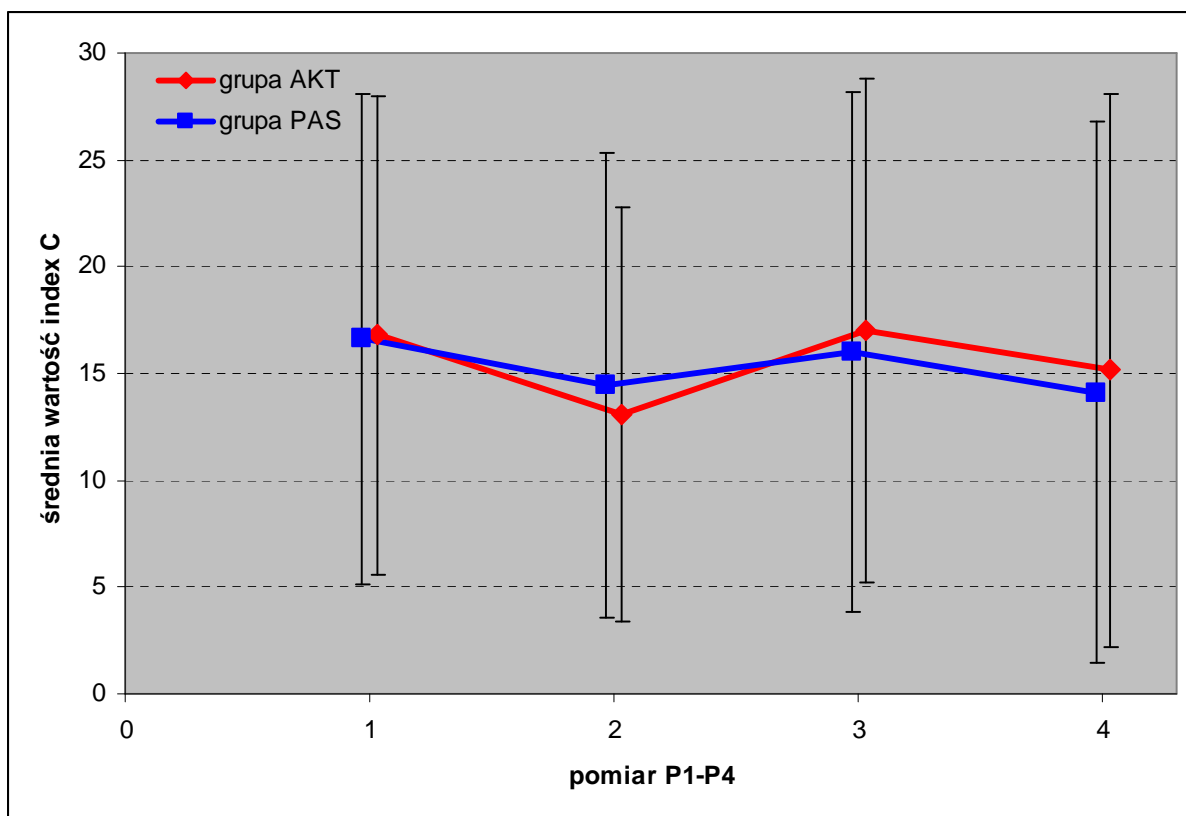
parametr	Grupa aktywna (n=33)	Grupa pasywna (n=34)	Test Manna- Whitney'a
Wiek (lat)	20,2±0,6	19,9±0,8	P=0,06
Samooceń wiary (0-10)	6,7±2,1	6,3±2,3	P=0,56
Czas nauczenia religii/etyki (lat)	12,8±1,2	12,8±1,4	P=0,86
Dopuszczalność moralna antykoncepcji			
- Naturalnej	1,66±0,73	1,38±1,2	P=0,61
- tabletki	0,97±1,33	1,55±0,86	P=0,09
- kształtki	0,75±1,32	0,94±1,3	P=0,61
- prezerwatywy	1,21±1,19	1,61±0,89	P=0,15
- tabletki postkoitalnej	-0,67±1,31	-0,26±1,46	P=0,22
Dopuszczalność moralna aborcji			
- każdej	-1,85±,71	-1,5±1,1	P=0,31
- z powodów społecznych	-0,85±1,12	-0,76±4,42	P=0,99
- z gwałtu	0,85±1,3	0,62±1,65	P=0,71
- z przyczyn medycznych	1,18±1,04	1,15±1,23	P=0,87
Dopuszczalność moralna technik rozrodu			
- IVF	1,06±1,06	0,91±1,29	P=0,83
- Nasienie dawcy	0,64±1,14	0,69±1,26	P=0,95
- Matka zastępcza	-0,33±1,36	-0,12±1,32	P=0,51
Dopuszczalność moralna klonowania			
- jako rozród	-1,49±1,0	-1,39±1,1	P=0,73
- źródło komórek do naprawy	0,42±1,41	0,88±1,5	P=0,40
Kieruję się zasadami			
- Kościoła	0,24±1,2	-1,27±1,28	P=0,78
- Rodziców	0,73±0,8	-0,12±1,61	P=0,25
- Bioetyki	0,6±0,83	-0,53±1,52	P=0,57
- Własnym systemem wartości	1,88±0,33	-0,27±1,75	P=0,98
Na moją moralność ma wpływ			
- religia	0,49±1,25	0,18±1,17	P=0,68
- Kościół	-0,06±1,09	0,94±0,98	P=0,39
- Szkoła podstawowa	0,06±0,97	0,44±1,05	P=0,61
- Szkoła średnia	0,70±0,77	1,88±0,33	P=0,88
- Uniwersytet Medyczny	0,52±0,94	0,41±1,08	P=0,41
- Rodzice	1,82±0,39	-0,32±1,22	P=0,97
- rodzina	0,82±1,1	-0,09±1,16	P=0,53

Analizowano wpływ modelu kształcenia kompetencji moralnych (aktywny czy pasywny) na wskaźnik kompetencji moralnych (indeks C). Nie zaobserwowano istotnych różnic bezpośrednio po zakończeniu zajęć, na których moderowano rozwiązywanie dylematów moralnych. Brak efektu dotyczył zarówno grupy kształcanej konwencjonalnie, jak i kształcanej konwencjonalnie z dodatkowym rozwiązywaniem dylematów. Co ciekawe, jeśli w ogóle zaistniały jakieś zmiany, to w drugiej grupie zaobserwowano trend zmniejszenia się kompetencji moralnych, choć nie było to zjawisko statystycznie istotne. Wpływ modelu kształcenia nie determinował również kompetencji moralnych w dalszej części studiów (pomiar P3 i P4), co przedstawiono w tabeli 3 i rycinie 6.

Tabela 3. zmiany wartości indeksu C w przebiegu badania.

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	ME=15,63 16,79±11,20	ME=11,02 13,06±9,71	ME=17,95 17,02±11,81	ME=12,24 15,17±12,95	P=0,41
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	ME =12,86 16,63±11,48	ME =12,00 14,45±10,87	ME =16,25 15,98±12,15	ME =11,34 14,12±12,65	P=0,38





Ryc 6. Porównanie zmian indeksu C w przebiegu studiów w zależności od przynależności do grupy aktywnego (AKT) i pasywnego (PAS) kształcenia w zakresie dylematów moralnych.

#### 4.3. Samoocena wpływu czynników na moralność studentów

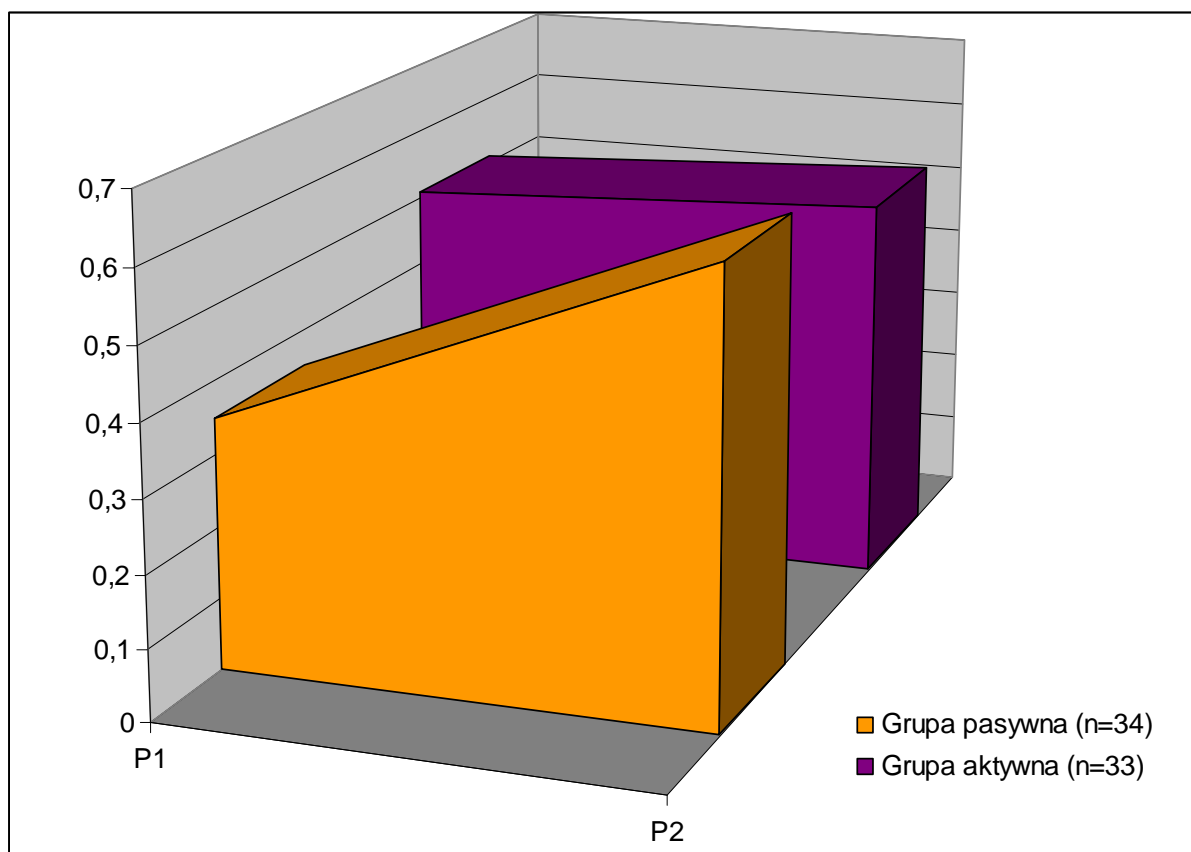
Z uwagi na obecność różnorodnych czynników kształtujących umiejętności moralne oraz postawę moralną, zarówno przed podjęciem studiów przez ankietowanych, jak również w trakcie nauki na Uniwersytecie Medycznym, próbowano określić wpływ tych czynników. Poddano analizie opinię ankietowanych dotyczącą instytucji i osób kształtujących ich moralność. Jedną z instytucji mogących wpływać na moralność studentów, a przynajmniej postawę moralną, jest jak założono, Uniwersytet Medyczny. Studenci oceniali wpływ tej instytucji na ich moralność jako niewielki, choć zaobserwowano istotny statystycznie

wzrost tego wpływu, szczególnie na III roku studiów (P4 w stosunku do P1). Wyniki zestawiono w tabeli 4.

Analizowano również, czy aktywny bądź pasywny model kształcenia powoduje, że studenci dostrzegają większą rolę w kształtowaniu ich moralności przez Uczelnię. Zaobserwowano jedynie trend wzrostowy, szczególnie w grupie pasywnego kształcenia, choć nie był on statystycznie istotny. Zilustrowano to na rycinie 7.

Tabela 4. Samoocena wpływu Uniwersytetu Medycznego na moralność ankietowanych

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
<b>Wszyscy</b>	0,43±0,94	0,57±0,74	0,58±1,06	0,85±1,13	<b>P&lt;0,001</b> [ Test Tukey: P1:P4 p<0,05 ]
	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>Test Wilcoxona</b>		
<b>Wszyscy (n=67)</b>	0,43±0,94	0,57±0,74	P=0,22		
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	0,51±0,93	0,54±0,71	P=0,89		
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	0,35±0,95	0,62±0,77	P=0,095		



Ryc 7. Wzrost samooceny wpływu Uniwersytetu Medycznego na moralność w grupie pasywnej w porównaniu z aktywną pomiędzy pomiarem P1 a P2.

Analogicznie badano samoocenę wpływu religii, tradycyjnie silnie zakorzenionej w polskiej tradycji. Na przestrzeni 3 lat studiów nie zaobserwowano statystycznie istotnych zmian od pomiaru P1 do P4, choć trendem było ocenianie niżej wpływu religii na własną moralność z upływem czasu. Przedstawiono to w tabeli 5.

Osobna analiza grupy aktywnego i pasywnego kształcenia nie ujawniła dodatkowych różnic, poza trendem wzrostu oceny wpływu religii na moralność w grupie aktywnego kształcenia.

Tabela 5. Samoocena wpływu religii na moralność ankietowanych

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
<b>Wszyscy (n=67)</b>	0,45±1,15	0,59±1,20	0,42±1,18	0,34±1,33	P=0,27
	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>Test Wilcoxon</b>		
<b>Wszyscy (n=67)</b>	0,45±1,15	0,59±1,20	P=0,28		
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	0,48±1,25	0,78±1,10	P=0,19		
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	0,41±1,08	0,41±1,28	P=1,00		

Z uwagi na rozdzielność problematyki analizowano osobno samoocenę wpływu silnej instytucji, jaką jest Kościół na moralność ankietowanych. Podobnie jak w przypadku religii nie ujawniono żadnych statystycznie istotnych zmian lub trendów w ocenie wpływu Kościoła na moralność. Wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Samoocena wpływu Kościoła na moralność ankietowanych

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
<b>Wszyscy (n=67)</b>	-0,19±1,15	0,03±1,23	-0,12±1,17	-0,03±1,30	P=0,27
	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>Test Wilcoxon</b>		
<b>Wszyscy (n=67)</b>	-0,19±1,15	0,03±1,23	P=0,09		
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	-0,06±1,08	0,12±1,15	P=0,45		
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	-0,32±1,22	-0,05±1,32	P=0,14		

Jak przyjęto w badaniu, respondenci mogą być również obarczeni wpływem na ich moralność przez instytucje towarzyszące im w okresie najbardziej dynamicznego rozwoju kompetencji moralnych. Dlatego poddano analizie również ocenę możliwego wpływu szkoły podstawowej i średniej w kształtowaniu moralności ankietowanych. Jak się okazało, studenci uważają, że rola jaką w ich rozwoju moralnym spełniła szkoła podstawowa, została bardziej doceniona w toku studiów (pomiar P2 i P4 w stosunku do P1 i P3), co przedstawiono w tabeli 7. Interesujące, że zjawisko to było silniejsze w odniesieniu do studentów rozlosowanych do grupy pasywnego kształcenia niż aktywnego kształcenia, a różnica była statystycznie wysoce istotna ( $p < 0,001$ ) i ujawniła się po zajęciach z filozofii (jako elementu tego badania). Jednak ogólna ocena wpływu szkoły średniej na kształtowanie moralności była wyższa, choć niezmienna w czasie trwania studiów.

Tabela 7. Samoocena wpływu szkoły podstawowej na moralność ankietowanych

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
<b>Wszyscy (n=67)</b>	-0,01±1,06	0,38±0,89	-0,01±0,89	0,30±1,10	<b>P&lt;0,001</b> [ Test Tukey: P1:P2 $p < 0,05$ ]
	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>Test Wilcoxona</b>		
<b>Wszyscy (n=67)</b>	-0,01±1,06	0,38±0,89	<b>P=0,002</b>		
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	0,06±0,96	0,34±0,90	P=0,18		
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	-0,08±1,16	0,41±0,89	<b>P&lt;0,001</b>		

W analizie zmian dotyczących szkoły średniej nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic w ocenie jej wpływu na moralność przez studentów. Wyniki analizy zestawiono w tabeli 8.

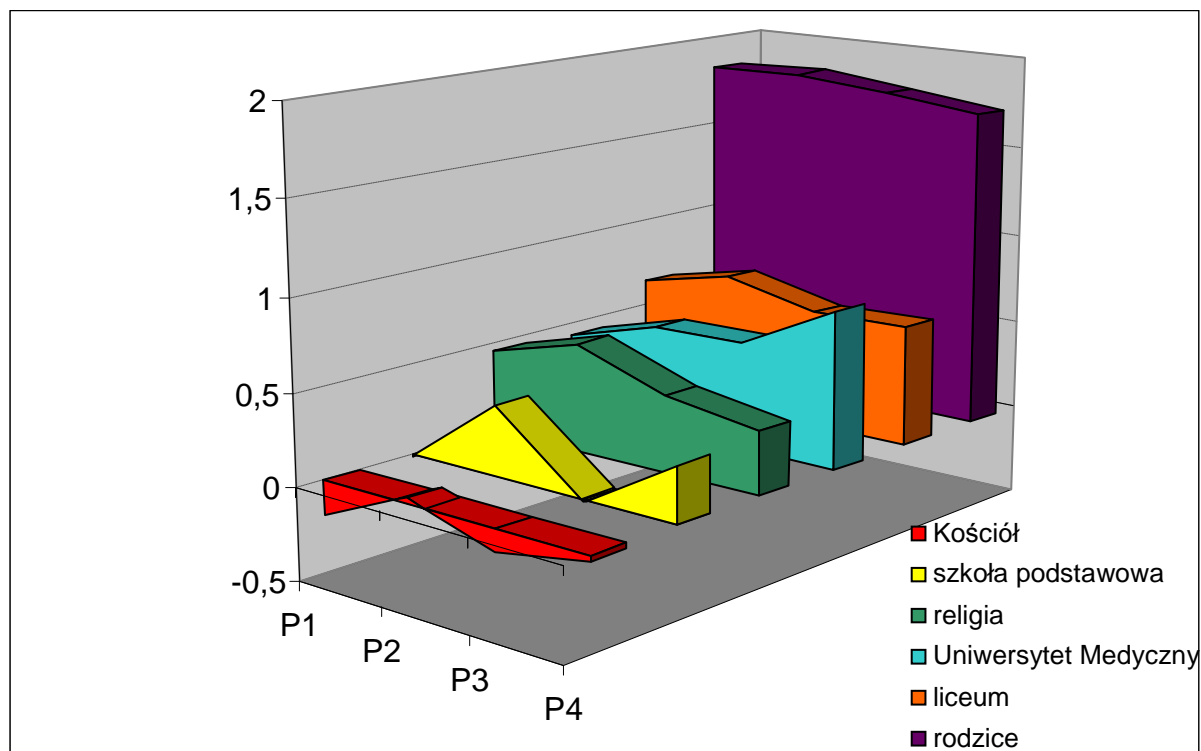
Tabela 8. Samoocena wpływu szkoły średniej na moralność ankietowanych

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
<b>Wszyscy (n=67)</b>	0,64±0,94	0,75±0,65	0,64±0,91	0,65±1,05	P=0,93
	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>Test Wilcoxona</b>		
<b>Wszyscy (n=67)</b>	0,64±0,94	0,75±0,65	P=0,15		
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	0,69±0,77	0,72±0,58	P=0,85		
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	0,58±1,10	0,79±0,72	P=0,61		

Ostatnim analizowanym parametrem była samoocena wpływu rodziców na kształtowanie się moralności studentów. Respondenci oceniali ten wpływ jako największy spośród wcześniej analizowanych i nie zmieniała się ta ocena na przestrzeni studiów. Podobnie badając różnice między osobami z grupy kształconej aktywnie w zakresie dylematów moralnych a grupą nauczaną konwencjonalnie, nie ujawniono żadnych różnic. Wyniki przedstawiono w tabeli 9. Całościową oceną wpływu instytucji społecznych i osób na kształtowanie moralności respondentów przedstawiono na rycinie 8. Zwraca uwagę polaryzacja – tj. wzrost oceny wpływu Uniwersytetu Medycznego i spadek wpływu religii.

Tabela 9. Samoocena wpływu rodziców na moralność ankietowanych

	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
<b>Wszyscy (n=67)</b>	1,82±0,38	1,84±0,36	1,79±0,44	1,73±0,53	P=0,47
	P1	P2	Test Wilcoxona		
<b>Wszyscy (n=67)</b>	1,82±0,38	1,84±0,36	P=0,62		
<b>Grupa aktywna (n=33)</b>	1,81±0,39	1,81±0,39	P=1,00		
<b>Grupa pasywna (n=34)</b>	1,82±0,38	1,88±0,32	P=0,37		



Ryc 8. Zmiany samooceny o wpływie różnych autorytetów na moralność ankietowanych

Analogicznie do wcześniejszych analiz podzielono respondentów na grupę osób z początkowo wysokimi (powyżej mediany) i niskimi (poniżej mediany) kompetencjami moralnymi. Nie ujawniono dodatkowych zjawisk (różnic w toku studiów) w ocenie wpływu religii, Kościoła, szkoły średniej i rodziców na moralność respondentów. Zmiany samooceny wpływu szkoły podstawowej i Uniwersytetu Medycznego na moralność w zależności od początkowych kompetencji moralnych przedstawiono w tabeli 10.

Tab 10. Samoocena wpływu poszczególnych autorytetów w zależności od początkowo niskich lub wysokich (<Me, >Me) kompetencji moralnych. Przedstawiono dynamikę zmian w pomiarach P1, P2, P3, P4.

Samoocena wpływu	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
religii	< ME	0,72±1,15	0,87±1,24	0,57±1,14	0,55±1,32	P=0,072
	> ME	0,17±1,11	0,30±1,10	0,26±1,21	0,14±1,32	P=0,96
Kościoła	< ME	-0,06±1,22	0,15±1,43	0,06±1,27	0,18±1,33	P=0,28
	> ME	-0,32±1,09	-0,09±1,01	-0,29±1,06	-0,23±1,25	P=0,75
Szkoły podstawowej	< ME	0,09±1,07	0,51±0,87	0,06±0,74	0,33±1,13	<b>P=0,014</b> [P1:P2]
	> ME	-0,11±1,06	0,23±0,89	-0,08±1,02	0,26±1,26	<b>P=0,029</b> [P1:P4]
Szkoły średniej	< ME	0,57±0,90	0,72±0,51	0,60±0,75	0,60±1,08	P=0,95
	> ME	0,71±1,00	0,78±0,78	0,67±1,06	0,70±1,03	P=0,96
Uniwersytetu Medycznego	< ME	0,39±0,99	0,57±0,75	0,66±0,99	0,79±1,29	<b>P=0,029</b> [P1:P4]
	> ME	0,49±0,89	0,58±0,75	0,50±1,13	0,91±1,05	<b>P=0,029</b> [P1:P4]
Rodziców	< ME	1,78±0,41	1,87±0,33	1,81±0,39	1,76±0,43	P=0,54
	> ME	1,85±0,35	1,81±0,39	1,76±0,49	1,70±0,62	P=0,71



Badano również priorytety, jakie przyjmują studenci oceniając wpływ instytucji i osób na kształtowanie moralności. W zależności od początkowo wysokich lub niskich kompetencji moralnych wykazano przesunięcia w kolejności tych instytucji, co przedstawiono w tabeli 11. Ponadto przeanalizowano różnice w ocenie wpływu instytucji. Ciekawym zjawiskiem jest również znaczna różnica w ocenie roli, jaką odegrała religia w kształtowaniu moralności respondentów. Osoby o początkowo wysokich kompetencjach moralnych (zmierzonych obiektywnie za pomocą kwestionariusza MJT) charakteryzowały się znacznie niższą oceną wpływu religii na ich moralność (ocena subiektywna). W zakresie pozostałych instytucji różnice nie były statystycznie istotne, co przedstawiono w tabeli 12.

Tab 11. Kolejność samooceny wpływu autorytetów moralnych w grupie osób z niskimi (poniżej Mediany) i wysokimi (powyżej Mediany) kompetencjami moralnymi w momencie rozpoczęcia badania.

Grupa C-index <ME	Średnia ocena wpływu	Test Kruskala-Walisa, p	Grupa C-index >Me	Średnia ocena wpływu	Test Kruskala-Walisa, p
1/ rodzice	1,78±0,41	P<0,001 [1 vs 2,3,4,5,6]	1/ rodzice	1,85±0,35	P<0,001 [1 vs 2,3,4,5,6, 2 vs 6]
2/ religia	0,72±1,15		2/ liceum	0,71±1,00	
3/ liceum	0,57±0,90		3/ UM	0,49±0,89	
4/ UM	0,39±0,99		4/ religia	0,17±1,11	
5/ szkoła podst	0,09±1,07		5/ szkoła	-	
6/ kościół	-0,06±1,22		6/ szkoła podst	0,11±1,06	
			6/ kościół	-	
				0,32±1,09	

Tab 12. Samoocena wpływu poszczególnych autorytetów na moralność ankietowanych z podziałem na grupy z początkowo niskimi lub wysokimi (<ME, >ME) kompetencjami moralnymi w momencie rozpoczęcia badania (P1)

<b>Samoocena wpływu</b>	<b>C-index</b>	<b>P1</b>	<b>Test Wilcoxon</b>
<b>religii</b>	<b>&lt; ME</b>	0,72±1,15	<b>P=0,023</b>
	<b>&gt; ME</b>	0,17±1,11	
<b>Kościół</b>	<b>&lt; ME</b>	-0,06±1,22	P=0,33
	<b>&gt; ME</b>	-0,32±1,09	
<b>Szkoły podstawowej</b>	<b>&lt; ME</b>	0,09±1,07	P=0,37
	<b>&gt; ME</b>	-0,11±1,06	
<b>Szkoły średniej</b>	<b>&lt; ME</b>	0,57±0,90	P=0,59
	<b>&gt; ME</b>	0,71±1,00	
<b>Uniwersytetu Medycznego</b>	<b>&lt; ME</b>	0,39±0,99	P=0,85
	<b>&gt; ME</b>	0,49±0,89	
<b>Rodziców</b>	<b>&lt; ME</b>	1,78±0,41	P=0,65
	<b>&gt; ME</b>	1,85±0,35	

#### 4.4. Ocena akceptacji dla stosowania metod antykoncepcji

Akceptacja bądź negacja zastosowania różnych metod antykoncepcji jest przejawem konkretnej postawy moralnej wobec jednego z zagadnień regulacji płodności. Studenci z jednej strony posiadają własne kompetencje do rozstrzygania tej problematyki, z drugiej strony zdobywają wiedzę medyczną i etyczną związaną z prokreacją.

Dlatego analizowano akceptację zastosowania antykoncepcji i jej zmian w czasie studiów (P1,P2,P3,P4, tabela 13)

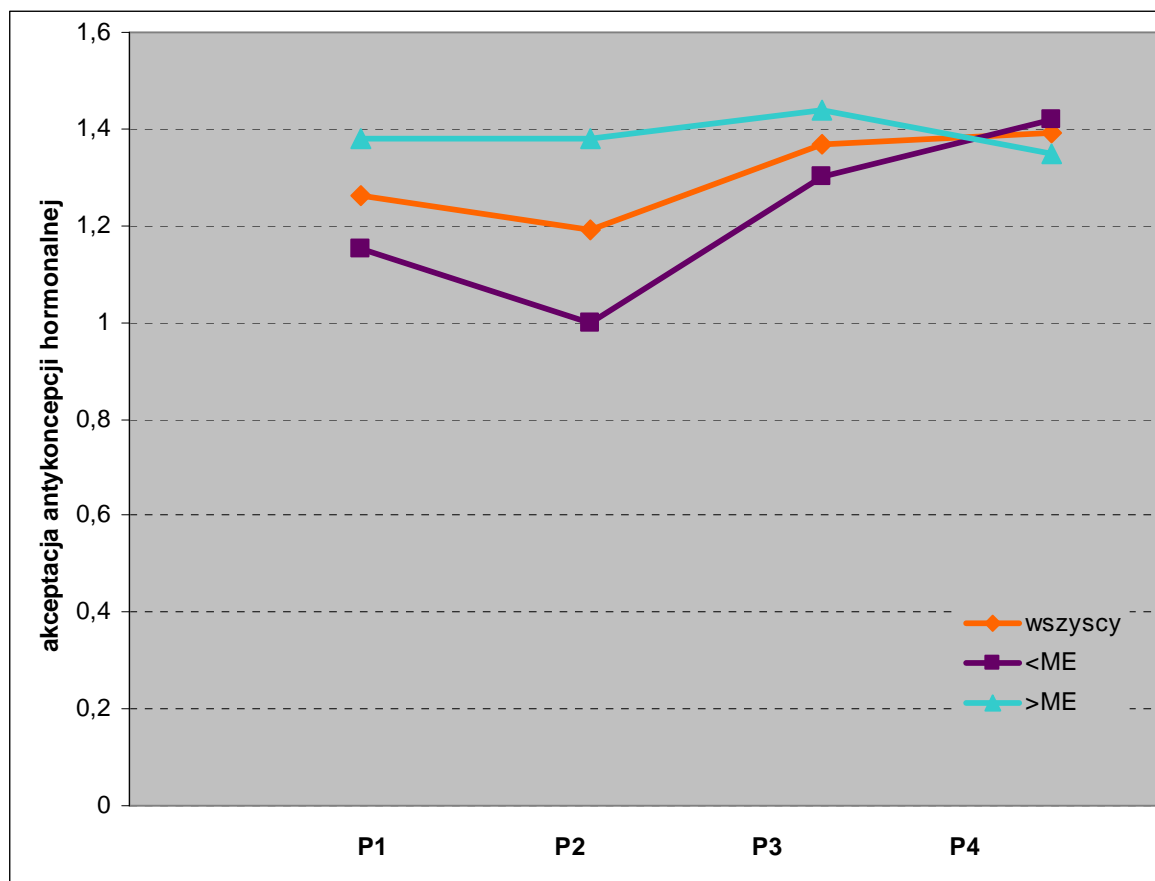
Tab 13. Ocena zmian akceptacji ingerencji w postaci antykoncepcji na przestrzeni studiów (P1, P2, P3, P4)

Akceptacja metod antykoncepcji	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
naturalnej	wszyscy	1,52±1,00	1,49±0,92	1,45±1,17	1,52±1,13	P=0,72
	< ME	1,45±1,00	1,58±0,86	1,63±0,82	1,70±0,88	P=0,43
	> ME	1,58±1,09	1,41±0,98	1,26±1,42	1,35±1,32	P=0,38
hormonalnej	wszyscy	1,26±1,14	1,19±1,13	1,37±1,12	1,39±1,05	P=0,08
	< ME	1,15±1,20	1,00±1,25	1,30±1,23	1,42±0,93	<b>P=0,045*</b>
	> ME	1,38±1,10	1,38±0,98	1,44±1,02	1,35±1,17	P=0,82
Wkładki wewnątrzmacicznej	wszyscy	0,85±1,30	0,72±1,31	0,91±1,24	0,91±1,30	P=0,42
	< ME	0,79±1,38	0,63±1,36	0,91±1,33	1,03±1,21	P=0,32
	> ME	0,92±1,24	0,79±1,27	0,91±1,16	0,82±1,40	P=0,84
Prezerwatywy	wszyscy	1,42±1,06	1,49±0,96	1,52±0,99	1,70±0,72	P=0,07
	< ME	1,27±1,09	1,36±1,02	1,36±1,14	1,66±0,64	P=0,10
	> ME	1,55±1,02	1,61±0,88	1,68±0,81	1,73±0,79	P=0,67
Antykoncepcji po stosunku	wszyscy	-0,45±1,36	-0,35±1,40	0,00±1,50	0,03±1,55	P=0,15
	< ME	-0,79±1,19	-0,66±1,26	-0,03±1,59	-0,03±1,64	<b>P=0,018**</b>
	> ME	-0,11±1,51	-0,05±1,47	0,02±1,44	0,08±1,48	P=0,87

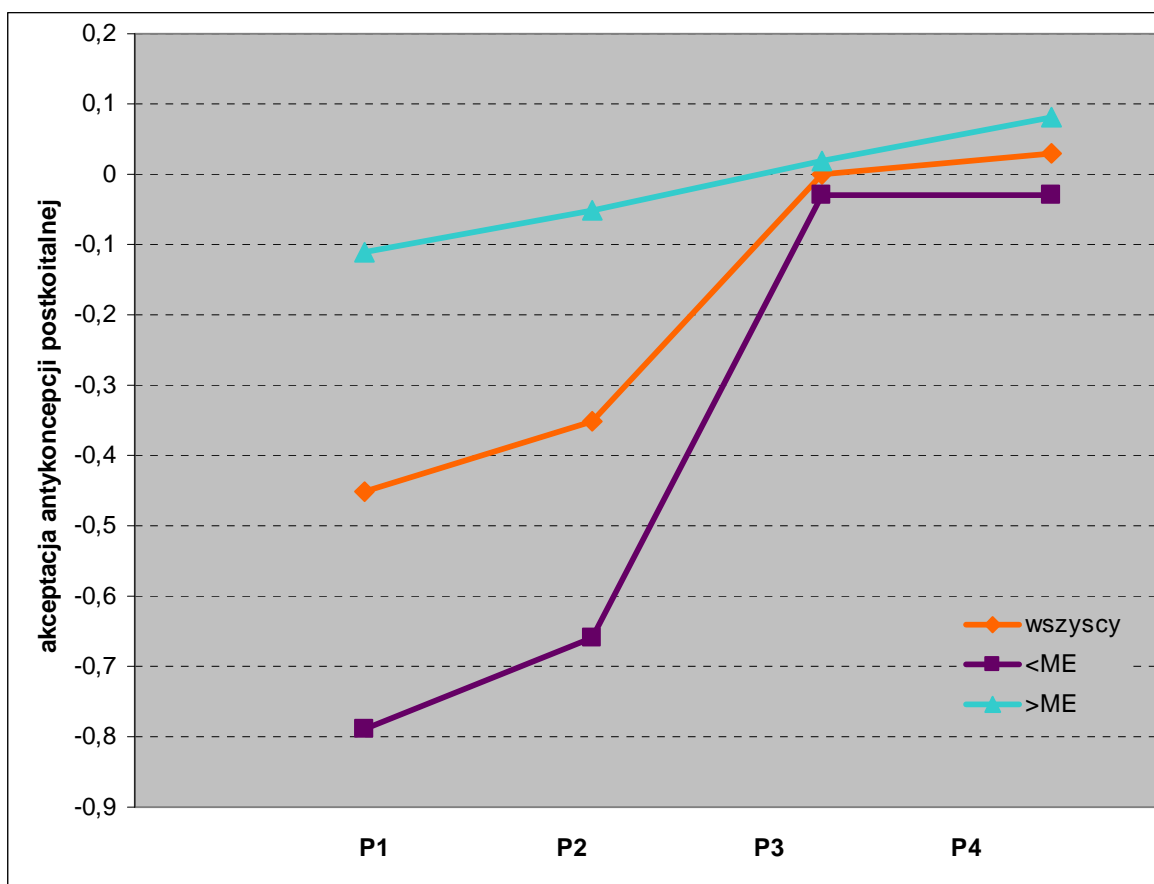
\* P2 vs P4

\*\* P1 vs P4

Z najwyższą moralną akceptacją wśród analizowanych metod spotkały się naturalne metody regulacji poczęć oraz prezerwatywa, nieco niższą metody hormonalne. Najniższą akceptację wykazała kształtka wewnątrzmaciczna, a z negacją spotkała się metoda antykoncepcji „po stosunku”. Analizując zmiany postawy moralnej stwierdzono, że istnieje trend do zwiększania akceptacji metod antykoncepcji (za wyjątkiem metod naturalnych) i to głównie wśród osób o początkowo niskich kompetencjach moralnych. Zjawisko to jednak osiągnęło statystycznie istotną wartość jedynie w odniesieniu do antykoncepcji hormonalnej postkoitalnej u osób z początkowo niskimi kompetencjami moralnymi (ryciny 9 i 10).



Ryc 9. Zmiany akceptacji (negacji) antykoncepcji po stosunku wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



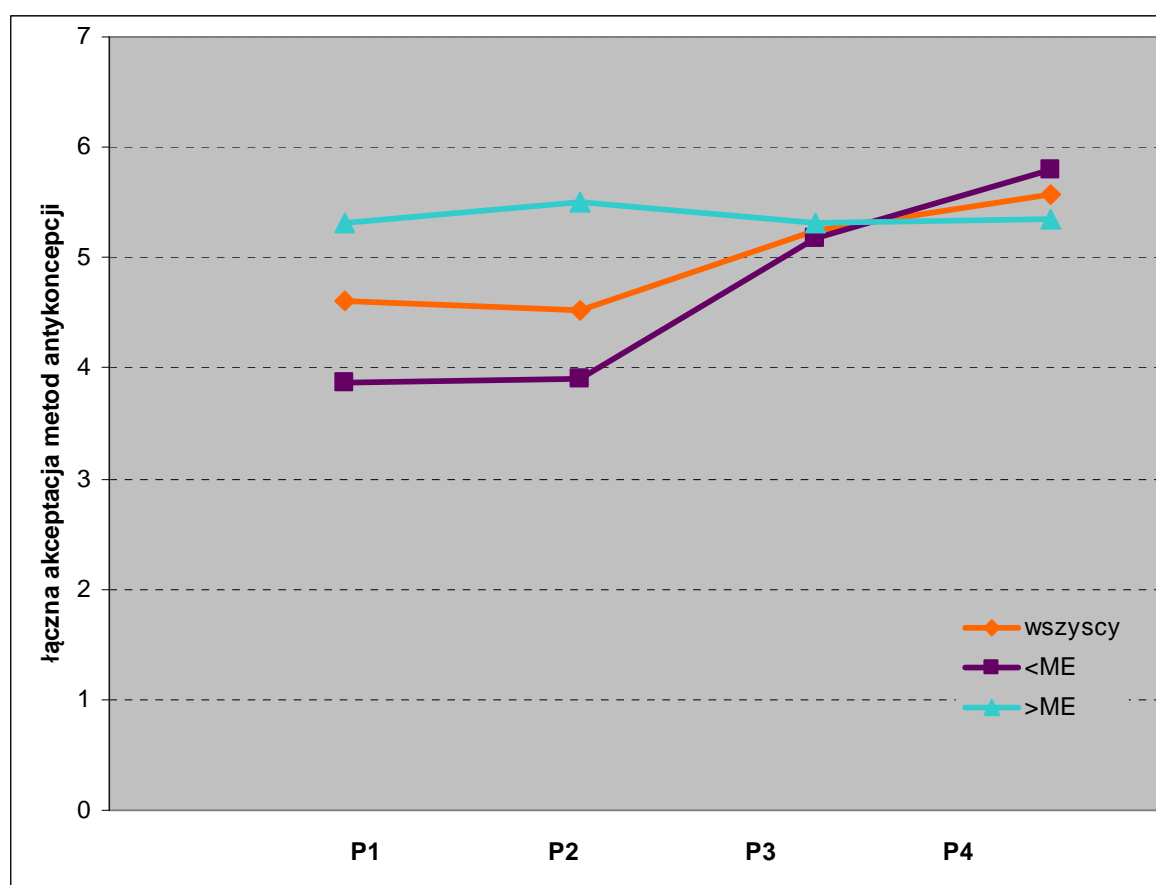
Ryc 10. Zmiany akceptacji (negacji) antykoncepcji po stosunku wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C

Biorąc pod uwagę fakt, że za wyjątkiem metod naturalnych regulacji poczęć, w przypadku pozostałych metod istotne jest, że dotyczą zawsze jakiejś ingerencji medycznej w organizm, a co za tym idzie, potencjalnie stwarzają już najprawdopodobniej problem moralny, zsumowano wartości akceptacji i negacji (od -2 do +2) tych metod i zanalizowano ponownie łącznie. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 14 i rycinie 11.

Tab 14. Zmiany akceptacji (negacji) łącznie wszystkich metod antykoncepcji wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C.

	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
Łączna akceptacja metod antykoncepcji	wszyscy	4,61±4,25	4,53±4,04	5,25±4,18	5,57±3,90	<b>P=0,05</b>
	< ME	3,87±4,35	3,91±3,97	5,18±4,39	5,79±3,89	<b>P=0,004*</b>
	> ME	5,32±4,08	5,51±4,06	5,32±4,04	5,35±4,02	P=0,81

\* P1,P2 vs P3,P4



Ryc 11. Zmiany akceptacji (negacji) łącznie wszystkich metod antykoncepcji wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C.

Tendencja wzrostowa akceptacji dla łącznie wszystkich metod antykoncepcyjnych podczas studiów największa znowu okazała się u osób z wyjściowo niższymi od mediany kompetencjami moralnymi. Zarówno dla tej grupy jak i dla wszystkich respondentów zmiana ta jest istotna statystycznie.

#### **4.5. Ocena akceptacji dla przerwania ciąży**

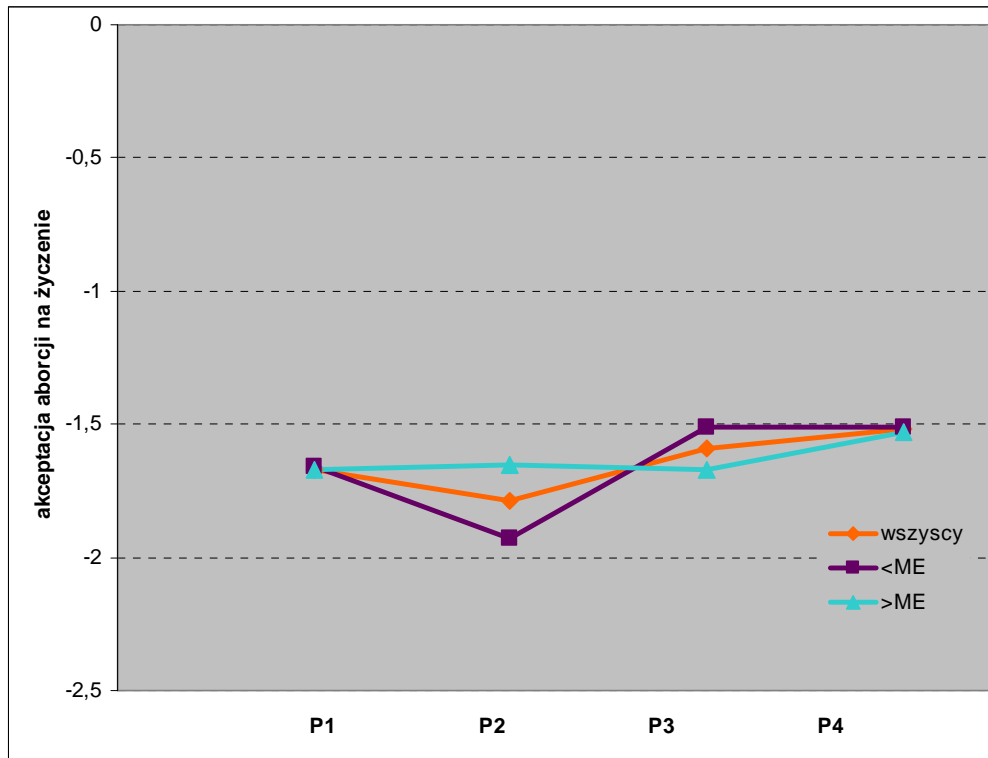
Analizowano akceptację dla przerywania ciąży. Podzielono aborcję w zależności od sytuacji w jakiej (przynajmniej teoretycznie) jest możliwa, choć oczywiście część z tych form jest aktualnie zabroniona prawnie (na życzenie lub ze wskazań społecznych). Zasadniczo zabronione prawnie formy aborcji spotkały się z bardzo dużą negacją, a terminacja ciąży zgodnie z ustawą (ciąża jako wynik gwałtu lub wskazania medyczne) spotkały się z mierną akceptacją. Akceptacja ta nieznacznie wzrastała w toku studiów, podczas gdy negacja niedopuszczalnych form pozostawała na zbliżonym poziomie (tabela 15). Zmiany precyzyjnie przedstawiono na rycinach 12, 13, 14 i 15.

Tab 15. Ocena zmian akceptacji aborcji na przestrzeni studiów (P1 - P4)

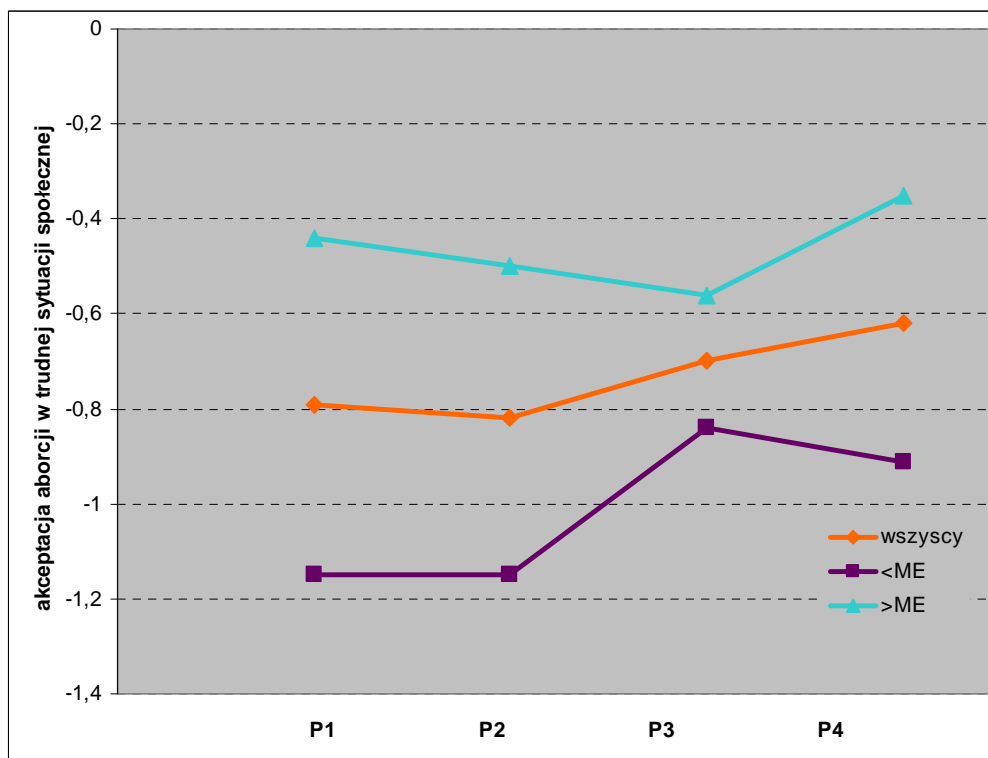
Akceptacja aborcji	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
Na życzenie	wszyscy	-1,67±0,94	-1,79±0,64	-1,59±0,98	-1,52±1,05	P=0,019
	< ME	-1,66±1,02	-1,93±0,24	-1,51±1,12	-1,51±1,20	P=0,13
	> ME	-1,67±0,87	-1,65±0,85	-1,67±0,84	-1,53±0,89	P=0,64
W trudnej sytuacji społecznej	wszyscy	-0,79±1,27	-0,82±1,23	-0,70±1,36	-0,62±1,40	P=0,85
	< ME	-1,15±1,25	-1,15±1,12	-0,84±1,27	-0,91±1,33	P=0,32
	> ME	-0,44±1,21	-0,50±1,26	-0,56±1,44	-0,35±1,43	P=0,35
W przypadku gwałtu	wszyscy	0,73±1,48	0,70±1,42	0,94±1,36	0,88±1,43	P=0,31
	< ME	0,45±1,62	0,30±1,59	0,81±1,48	0,72±1,58	P=0,10
	> ME	1,00±1,30	1,09±1,13	1,06±1,25	1,03±1,26	P=0,96
Ze wskazań medycznych	wszyscy	1,16±1,13	1,10±1,15	1,31±1,03	1,25±1,21	P=0,12
	< ME	0,78±1,38	0,81±1,33	1,24±1,09	1,15±1,32	<b>P=0,01*</b>
	> ME	1,53±0,66	1,39±0,86	1,38±0,98	1,35±1,09	P=0,97

\* P1 vs P3

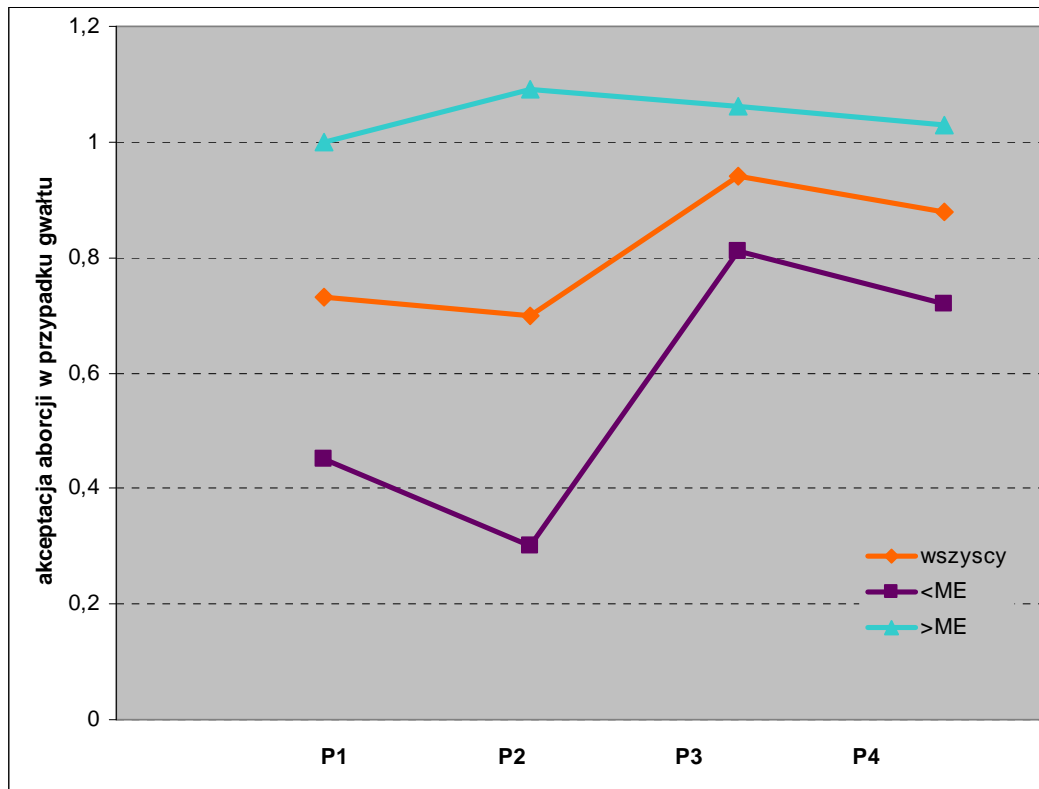




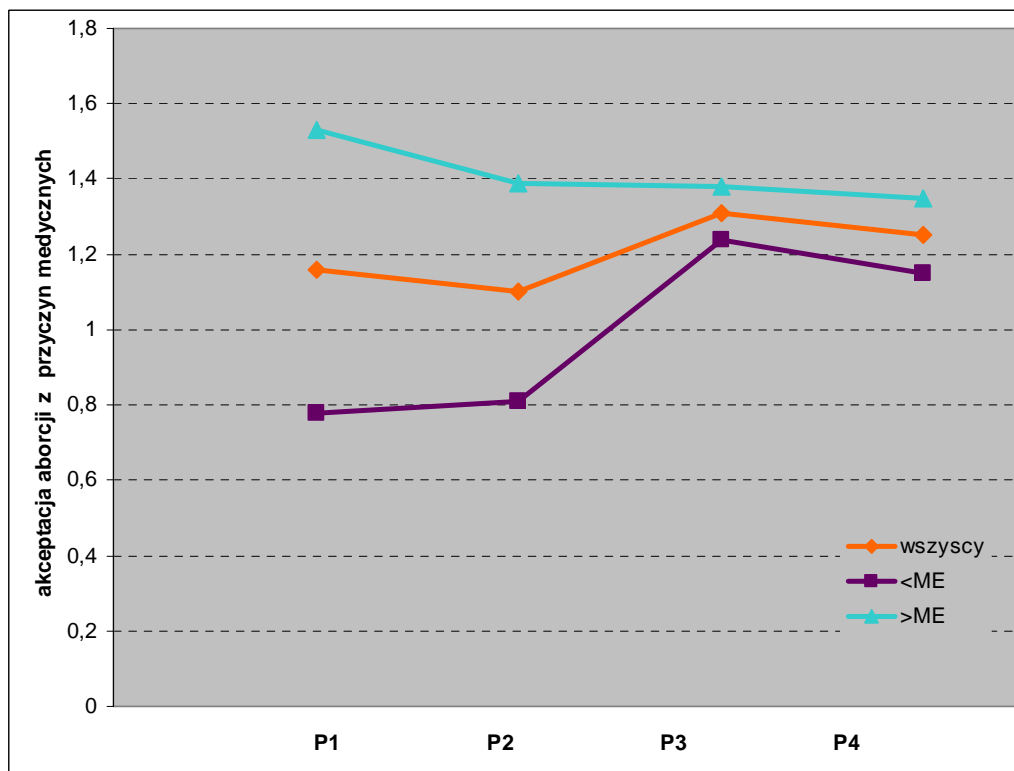
Ryc 12. Zmiany akceptacji (negacji) przerwania ciąży w każdym przypadku na życzenie wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



Ryc 13. Zmiany akceptacji (negacji) przerwania ciąży z przyczyn społecznych wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



Ryc 14. Zmiany akceptacji (negacji) przerwania ciąży w przypadku gwałtu wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



Ryc 15. Zmiany akceptacji (negacji) przerwania ciąży z przyczyn medycznych wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C

#### 4.6. Ocena akceptacji dla metod wspomaganego rozrodu

Kierunek studiów położnictwo jest nierozzerwalnie związany z problematyką ciąży, jej prowadzeniem i coraz częściej z trudnościami w jej uzyskaniu. Dlatego przeanalizowano kolejną z postaw moralnych jakie znajdują się w kręgu zainteresowań położnej, tj. niepłodności i opcji jej leczenia. Metody wspomaganego rozrodu, takie jak zapłodnienie pozaustrojowe spotkały się z ogólną akceptacją, z nieco mniejszą wykorzystywanie w tych procedurach nasienia innego niż uzyskanego od ojca, tj. dawcy z banku nasienia. Urodzenie dziecka przez inną matkę wskutek np. technik wspomaganego rozrodu spotkało się z mierną negacją wśród studentek położnictwa. Wyniki przedstawiono w tabeli 16.

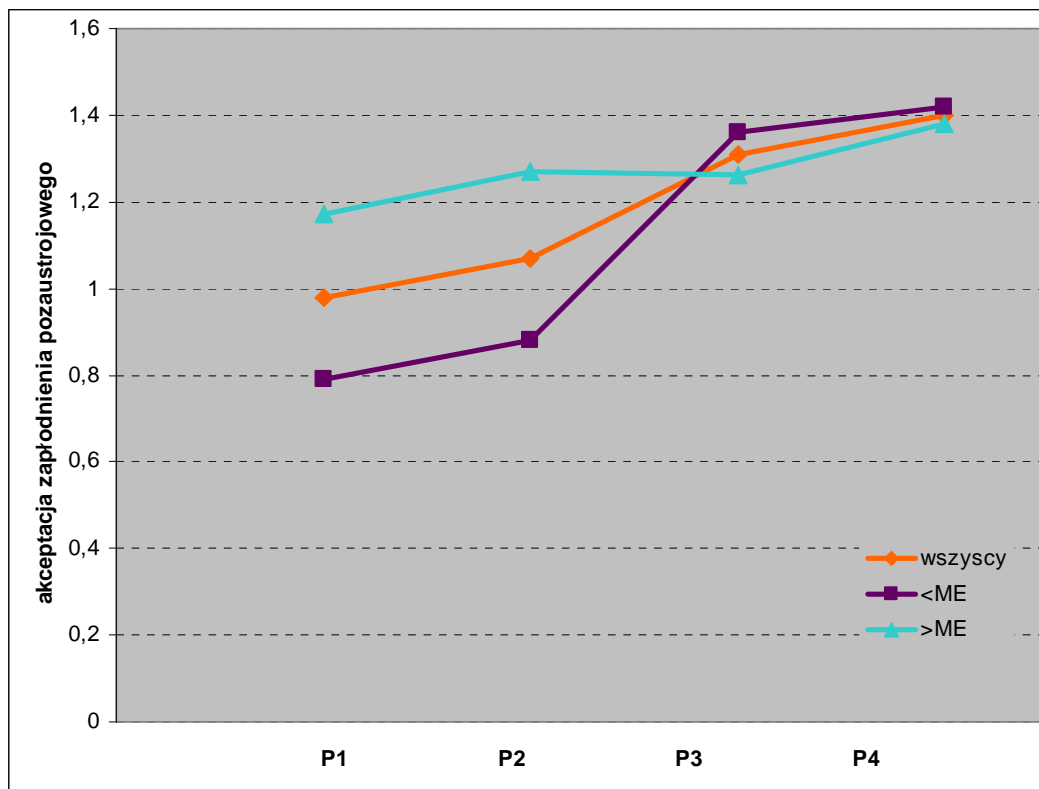
Tab 16. Ocena zmian akceptacji metod wspomaganego rozrodu (ART.) na przestrzeni studiów (P1, P2, P3, P4)

Akceptacja ART	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
IVF	wszyscy	0,98±1,17	1,07±1,21	1,31±0,96	1,40±0,90	<b>P=0,035*</b>
	< ME	0,79±1,31	0,88±1,36	1,36±0,85	1,42±0,90	<b>P=0,024*</b>
	> ME	1,17±0,99	1,27±1,03	1,26±1,05	1,38±0,92	P=0,44
Wykorzysta nie nasienia dawcy	wszyscy	0,62±1,19	0,68±1,30	0,97±1,34	0,92±1,29	<b>P=0,039**</b>
	< ME	0,39±1,32	0,49±1,41	0,79±1,47	1,06±1,32	<b>P=0,042*</b>
	> ME	0,85±1,01	0,88±1,16	1,14±1,20	0,79±1,27	P=0,16
Macierzyńst wo zastępcze	wszyscy	-0,22±1,33	-0,35±1,33	-0,20±1,44	-0,43±1,41	P=0,47
	< ME	-0,36±1,38	-0,39±1,43	-0,09±1,52	-0,27±1,46	P=0,76
	> ME	-0,08±1,28	-0,30±1,23	-0,32±1,36	-0,59±1,39	P=0,45

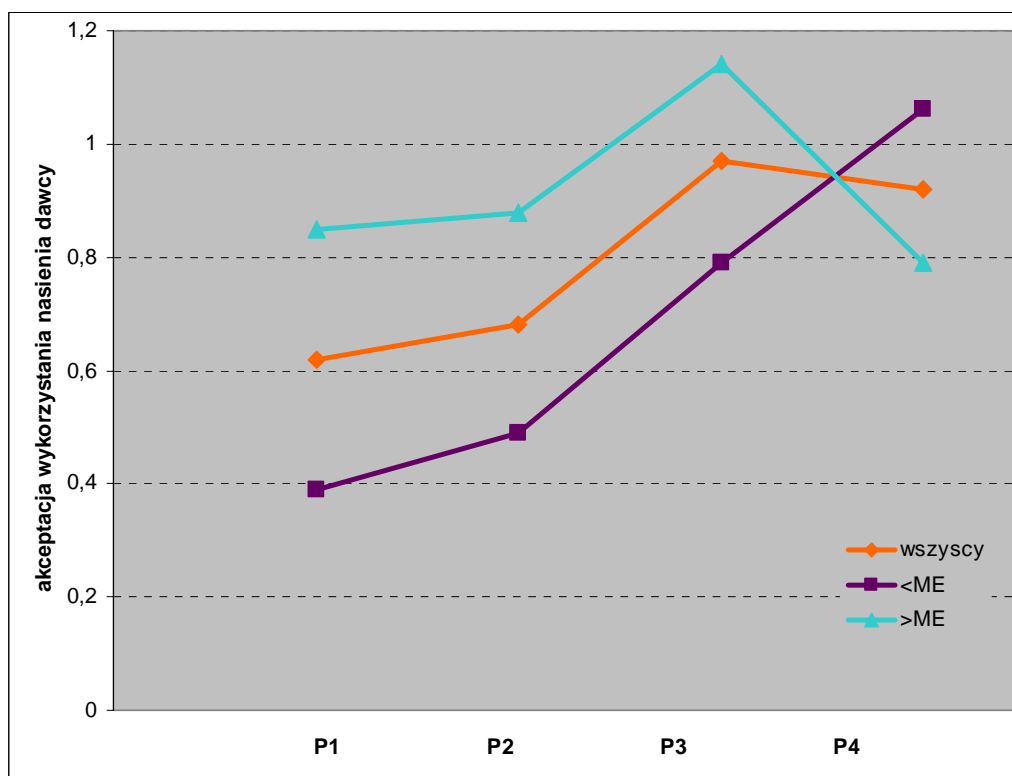
\* P1 vs P4

\*\* P1 vs P3

Analizowano również zmiany postawy moralnej wobec technik wspomaganego rozrodu. Akceptacja zapłodnienia pozaustrojowego i wykorzystania nasienia dawcy wzrastała w toku studiów, biorąc pod uwagę całą badaną grupę jak i podgrupę respondentów z początkowo niskimi kompetencjami moralnymi. Różnice te były statystycznie istotne i przedstawiono je na rycinach 16 i 17.



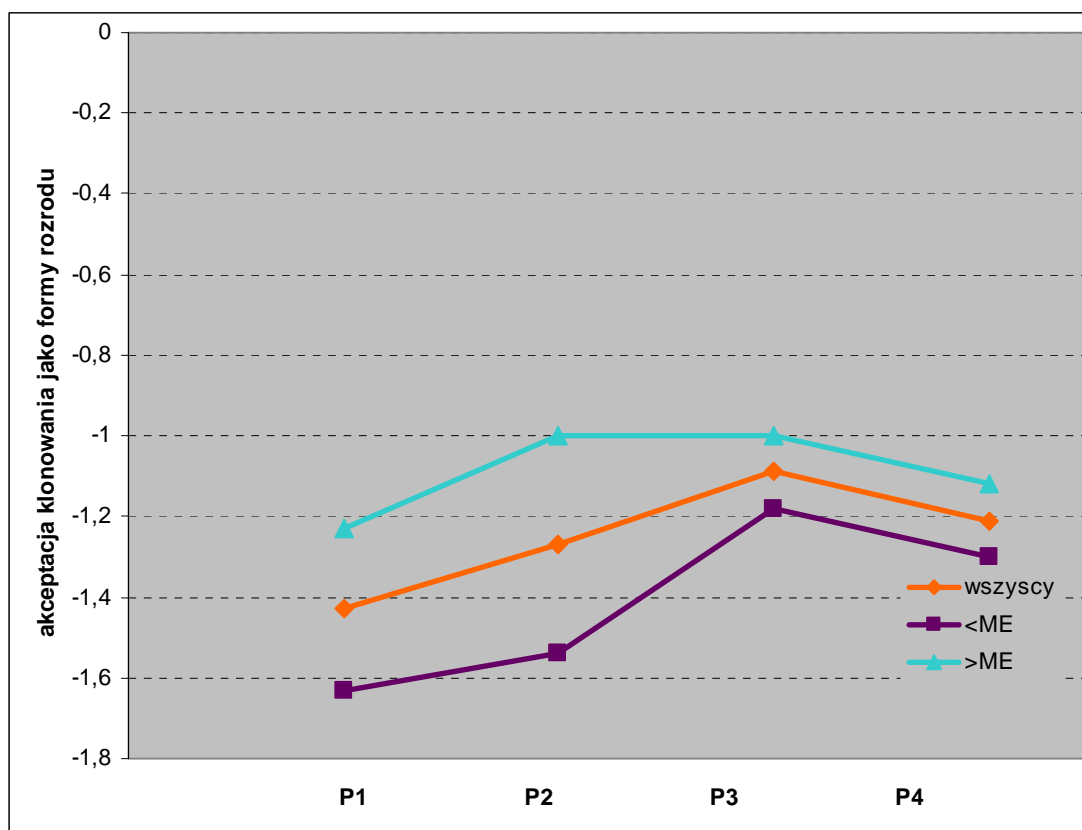
Ryc 16. Zmiany akceptacji (negacji) zapłodnienia pozaustrojowego wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



Ryc 17. Zmiany akceptacji (negacji) wykorzystania nasienia dawcy wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C

#### 4.7. Ocena akceptacji dla klonowania człowieka

W badaniu ujęto również taki problem moralny jak klonowanie człowieka. Choć jest ono w obecnej chwili mało możliwe, to jednak teoretycznie istnieje takie prawdopodobieństwo. Stąd zbadano postawę moralną wobec potencjalnego, abstrakcyjnego problemu klonowania ludzi. Wyróżniono dwie formy, tj. klonowanie jako formę rozrodu (utrzymanie gatunku, leczenie niepłodności) oraz jako źródło komórek do naprawy uszkodzonych narządów (leczenie wielu schorzeń). O ile rozród za pomocą klonowania spotkał się z dość silną negacją, to już uzyskiwanie sklonowanych komórek wiązało się z mierną akceptacją (tabela 17). Zmiany postawy wśród ankietowanych w toku studiów przedstawiono na rycinach 18 i 19, gdzie większość różnic (wzrost akceptacji) była statystycznie istotna.



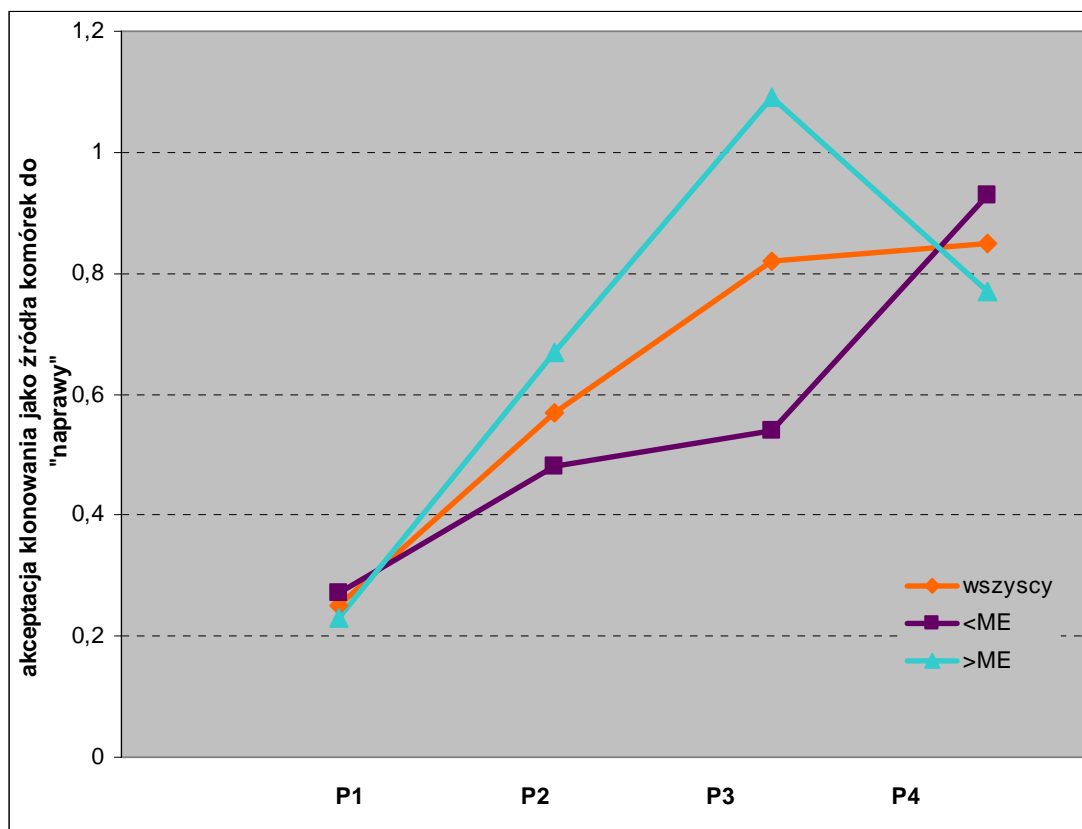
Ryc 18. Zmiany akceptacji (negacji) klonowania człowieka jako formy rozrodu wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C

Tabela 17. Ocena zmian akceptacji klonowania człowieka na przestrzeni studiów (P1, P2, P3, P4)

Akceptacja klonowania	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
Jako formy rozrodu	wszyscy	-1,43±1,04	-1,27±1,18	-1,09±1,28	-1,21±1,22	P=0,12
	< ME	-1,63±0,89	-1,54±1,00	-1,18±1,21	-1,30±1,18	<b>P=0,019**</b>
	> ME	-1,23±1,15	-1,00±1,29	-1,00±1,37	-1,12±1,27	P=0,68
Jako źródło komórek do „naprawy”	wszyscy	0,25±1,46	0,57±1,43	0,82±1,29	0,85±1,28	<b>P&lt;0,001*</b>
	< ME	0,27±1,58	0,48±1,50	0,54±1,39	0,93±1,11	P=0,26
	> ME	0,23±1,35	0,67±1,38	1,09±1,13	0,77±1,43	<b>P&lt;0,001**</b>

\*P1 vs P4

\*\*P1 vs P3

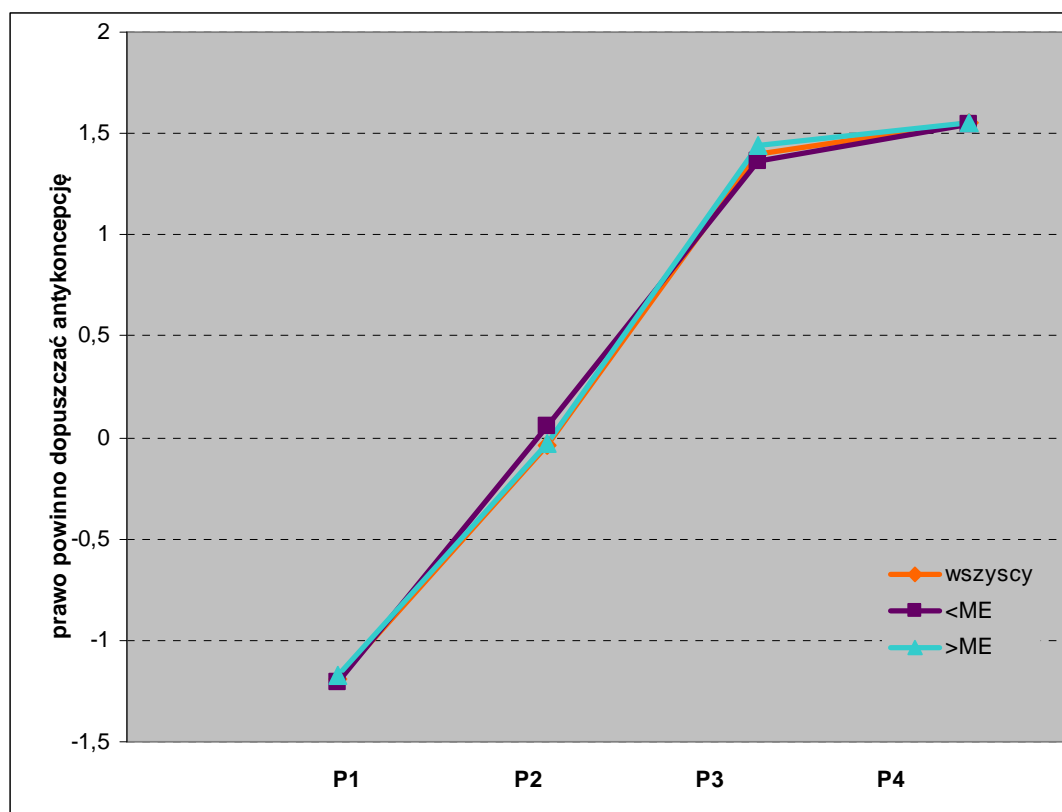


Ryc 19. Zmiany akceptacji (negacji) klonowania człowieka jako źródła komórek do „naprawy” wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C

#### 4.8. Opinia badanych na temat prawnego dopuszczenia lub zabronienia ingerencji w ludzki rozród

W pracy wyodrębniono osobno jeszcze jedną kategorię badawczą odnoszącą się do antykoncepcji, aborcji, technik wspomaganego rozrodu oraz klonowania. Związane jest to z wyraźnym odróżnieniem akceptacji bądź negacji tych zagadnień na gruncie postawy moralnej od opinii na temat rozwiązań prawnych, które powinny dopuszczać lub zabraniać ich stosowania. Zaskakującym jest fakt negacji prawnej dopuszczalności

metod antykoncepcji na początku studiów (P1), neutralne zachowanie tuż po zakończeniu zajęć z filozofii (wraz z konwencjonalnym lub moderowanym kształceniem kompetencji moralnej, pomiar P2) do postaw silnie akceptujących prawne zagwarantowanie antykoncepcji (pomiar P3 i P4 na II i III roku studiów). Wyniki zestawiono w tabeli 18 oraz na rycinie 20 i są one wysoce istotne statystycznie. Zupełnie odmienne opinie wyrażano o prawnym zabronieniu aborcji, gdzie od początku studiów (P1) postawa neutralna zmieniła się szybko po zajęciach (P2) w silną negację prawnego dopuszczenia takich metod. Zjawisko to nasilało się w kolejnych latach (P3, P4), co zilustrowano na rycinie 21



Ryc 20. Opinia o dopuszczalności prawnej antykoncepcji wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



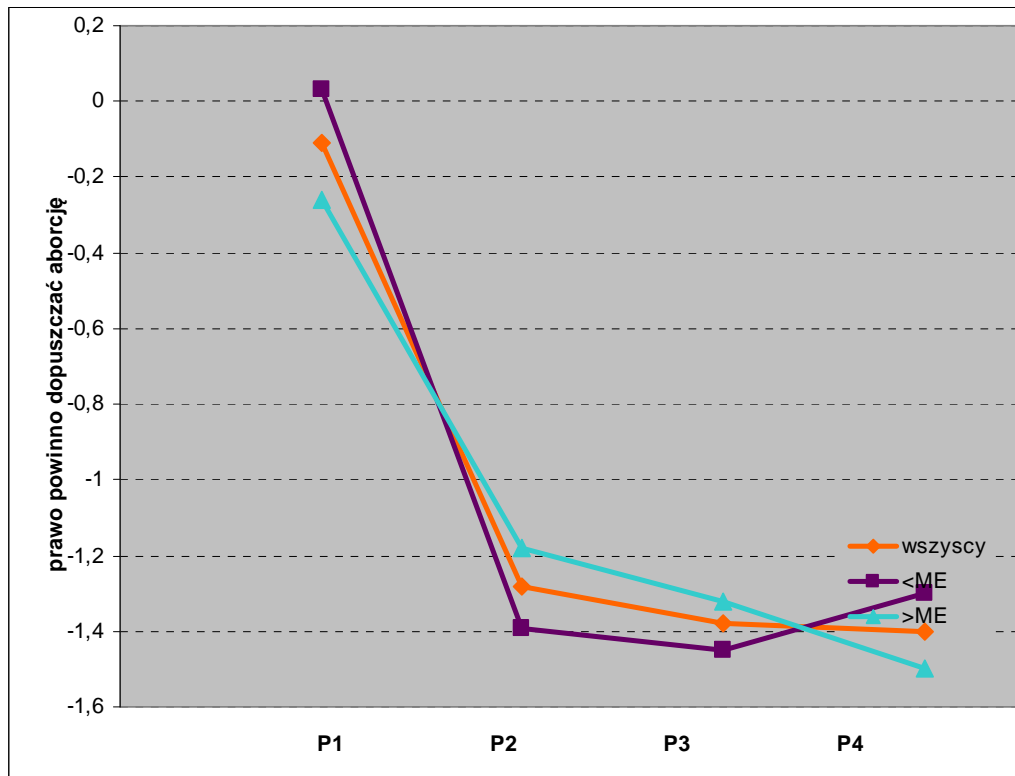
Tabela 18. Zmiany na przestrzeni studiów (P1, P2, P3, P4) w opinii na temat prawnego dopuszczenia lub zabronienia ingerencji w ludzki rozród

<b>Prawo powinno dopuszczać:</b>	<b>C-index</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>Test Friedmana</b>
Antykoncepcję (oprócz metod naturalnych)	wszyscy	-1,19±1,14	-0,04±1,68	1,40±1,12	1,55±0,85	<b>P&lt;0,001*</b>
	< ME	-1,21±1,26	-0,06±1,76	1,36±1,22	1,54±0,87	<b>P&lt;0,001***</b>
	> ME	-1,17±1,02	-0,03±1,63	1,44±1,05	1,55±0,86	<b>P&lt;0,001***</b>
aborcję	wszyscy	-0,11±1,47	-1,28±1,23	-1,38±0,96	-1,40±1,08	<b>P&lt;0,001**</b>
	< ME	0,03±1,66	-1,39±1,19	-1,45±0,87	-1,30±1,18	<b>P&lt;0,001**</b>
	> ME	-0,26±1,26	-1,18±1,28	-1,32±1,06	-1,50±0,99	<b>P&lt;0,001**</b>
ART	wszyscy	-0,67±1,37	0,09±1,49	1,16±1,17	1,21±1,09	<b>P&lt;0,001***</b>
	< ME	-0,54±1,48	-0,04±1,46	1,00±1,32	1,09±1,20	<b>P&lt;0,001**</b>
	> ME	-0,79±1,20	0,24±1,52	1,32±1,00	1,32±0,97	<b>P&lt;0,001**</b>
klonowanie	wszyscy	-0,10±1,73	-0,74±1,52	-0,95±1,21	-1,05±1,62	P=0,21
	< ME	-0,09±1,81	-0,97±1,57	-0,93±1,27	-1,06±1,22	P=0,057
	> ME	-0,11±1,66	-0,51±1,46	-0,97±1,16	-1,02±1,86	P=0,54

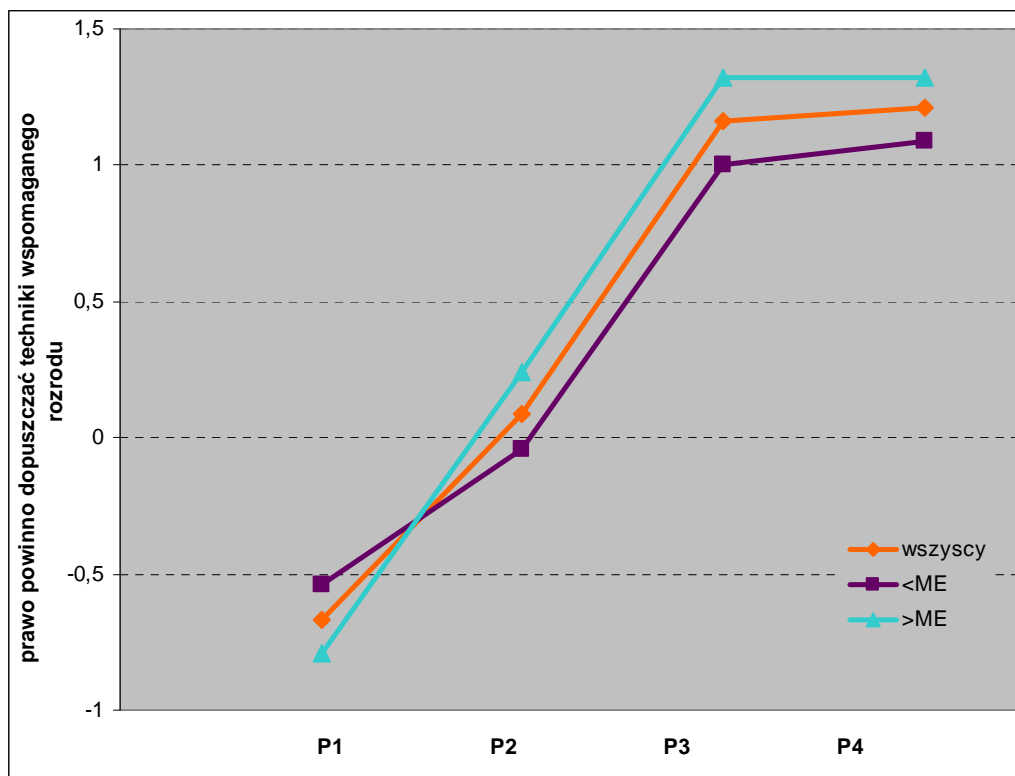
\* P1 vs P2,P3,P4 oraz P2 vs P3,P4

\*\* P1 vs P2,P3,P4

\*\*\* P1 vs P2,P3,P4 oraz P2 vs P4



Ryc 21. Opinia o dopuszczalności prawnej aborcji wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C



Ryc 22. Opinia o dopuszczalności prawnej techniki wspomaganego rozrodo wśród wszystkich respondentów, w grupie o początkowo niskim (<ME) oraz wysokim (>ME) wskaźniku C

#### **4.9. Ocena wpływu edukacji w zakresie rozrodu człowieka na kompetencje i postawy moralne**

W pracy podjęto próbę oceny czynników wpływających na wiedzę studentów związaną z poruszonymi tu zagadnieniami. W analizie ograniczono się tylko i wyłącznie do oceny szacunkowego czasu, jaki poświęcono na poszczególne tematy. Badanie wiedzy studentów w tym zakresie, ocena różnych technik pedagogicznych, przekraczałoby ramy niniejszego opracowania.

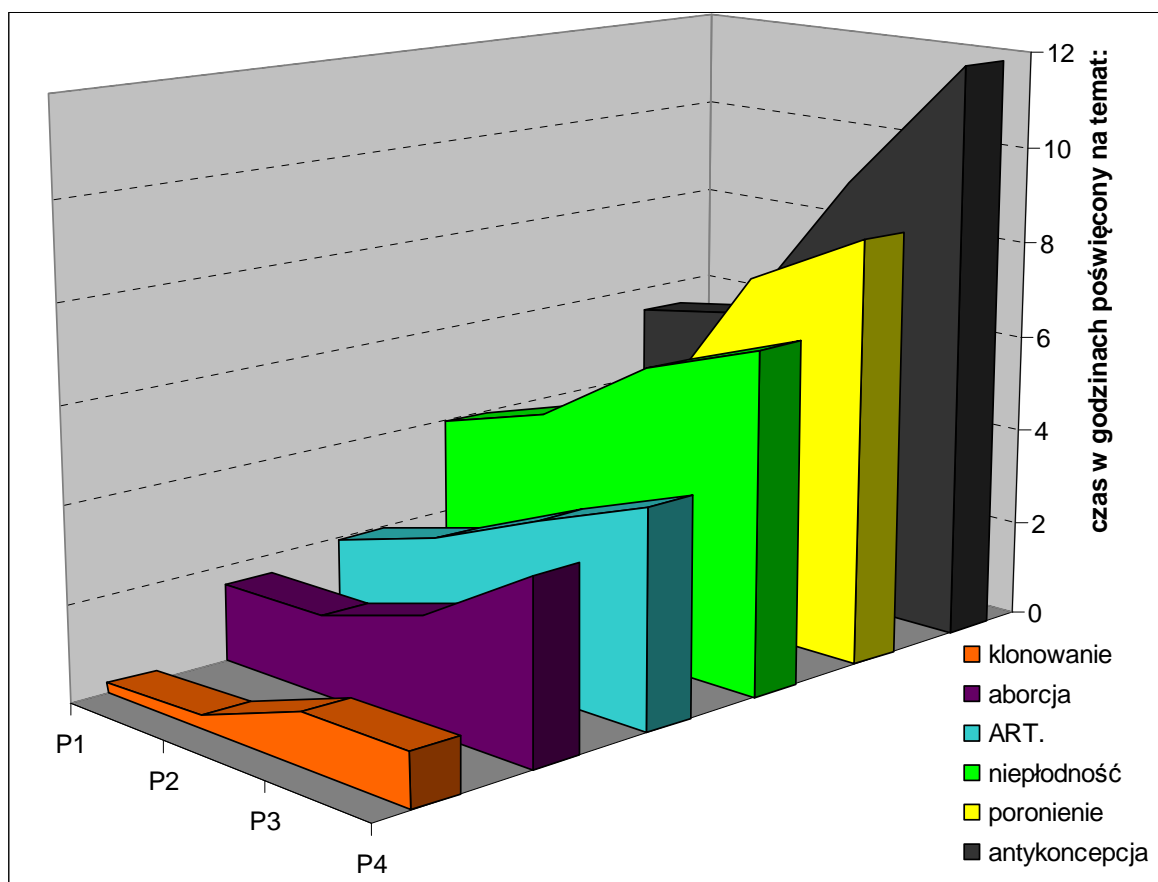
W badaniu postaw moralnych związanych z rozrodem człowieka, niewątpliwie istotna jest również wiedza respondentów. Należy spojrzeć na wyniki zawarte we wcześniejszych częściach pracy przez pryzmat wpływu czynnika wiedzy jako jednego z kształtujących postawę moralną. Studenci oceniali szacunkowo czas w godzinach, jaki poświęcono na poszczególne tematy. Wyniki przedstawiono w tabeli 19. Zwraca uwagę stosunkowo dużo poświęconego czasu na temat antykoncepcji, poronień i niepłodności, a marginalizowanie tematów aborcji, technik wspomaganego rozrodu oraz klonowania.

Z uwagi na to, że poglądy moralne mogą być kształtowane w toku studiów w miarę jak studenci zyskują coraz głębszą wiedzę na tematy rozrodu, zbadano orientacyjny (w oparciu o odczucie respondentów) czas poświęcony na te tematy. Najwięcej czasu łącznie poświęcono w toku studiów dla tematów dotyczących: antykoncepcji (11,89 godziny), i dalej w kolejności znalazły się tematy związane z poronieniami (7,54 godziny), niepłodnością (6,98 godziny), technikami wspomaganego rozrodu (4,44 godziny), aborcją (3,72 godziny) i klonowaniem (1,10 godziny).

Tabela 19. Szacunkowe liczby godzin w opini studentów, jakie poświęcono w toku studiów na wybrane tematy związane z ludzkim rozrodem

Liczba godzin poświęcona tematom:	P1 ( I rok )	P2 ( I rok )	P3 ( II rok )	P4 ( III rok )	Test Friedmana
antykoncepcji	5,51±3,19	5,90±5,46	9,15±9,60	11,89±11,07	<b>p=0,036</b> <b>[p&lt;0,05 P1 vs P4]</b>
poronieniom	3,50±2,55	4,04±3,95	7,54±6,40	8,75±9,07	<b>p=0,004</b> <b>[p&lt;0,05 P1 vs P4]</b>
aborcji	1,61±1,97	1,63±1,36	2,30±3,30	3,72±5,06	p=0,17
niepłodności	3,98±5,02	4,68±4,66	6,13±5,59	6,98±5,32	<b>p=0,037</b> <b>[p&lt;0,05 P1 vs P4]</b>
technikom wspomaganego rozrodu	1,97±2,63	2,60±3,06	3,57±4,42	4,44±4,75	p=0,44
klonowaniu	0,22±0,42	0,28±0,73	1,10±1,95	1,10±1,92	p=0,24

Różnice w liczbie godzin poświęconych na te tematy były statystycznie istotne (test Kruskala-Wallisa,  $p < 0,001$ , analiza kontrastów metodą Dunna: wszystkie grupy różne statystycznie za wyjątkiem: antykoncepcji a poronień, poronień a niepłodności). Przebieg studiów w aspekcie przedmiotów zilustrowano na rycinie 23 .



Ryc 23. Łączny szacunkowy czas poświęcony na wybrane tematy ludzkiego rozrodu na przestrzeni studiów (P1, P2, P3, P4)

Poświęcenie większej ilości czasu na wybrane zagadnienia powinno skutkować większym zrozumieniem przez studentów i może mieć wpływ na ich kompetencje lub postawę moralną. Dlatego badano również wpływ czasu poświęconego poszczególnym tematom na kompetencje moralne (indeks C), ich zmiany i akceptację wybranych problemów moralnych związanych z antykoncepcją. Wyniki analizy korelacji przedstawiono w tabeli 20. Analogicznie badano wpływ poświęconego czasu wybranym tematom na akceptację aborcji, technik wspomaganego rozrodu i klonowania, a wyniki zestawiono w tabeli 21.

Tabela 20. Ocena korelacji pomiędzy szacunkową liczbą godzin poświęconą tematowi rozrodu człowieka a indeksem C oraz akceptacją metod antykoncepcji

parametr L godzin tematu	C-index (P4)	Zmiana C-index (P4 do P1)	Akceptacja naturalnych metod planowania rodziny	Akceptacja antykoncepcji hormonalnej	Akceptacja wkładki wewnątrzmacicznej	Akceptacja prezerwatywy	Akceptacja tabletki po stosunku	
Antykoncepcja	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Poronienie	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Aborcja	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Niepłodność	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
ART.	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
klonowanie	NS	NS	<b>Rs=0,28</b> <b>p=0,03</b>	NS	NS	NS	NS	

NS – nieistotne statystycznie

Zbadano również, czy szacunkowy czas mierzony w godzinach, jaki poświęcono na zajęcia dotyczące takich tematów jak antykoncepcja, poronienie, aborcja, niepłodność, techniki wspomaganego rozrodu czy klonowanie, koreluje z łączną akceptacją ingerencji w ludzki rozród. Korelacja okazała się nieistotna statystycznie ( $R_s = 0,18$ ,  $p=0,13$ ).

Tabela 21. Ocena korelacji pomiędzy szacunkową liczbą godzin poświęconą tematowi rozrodu człowieka a akceptacją aborcji, technik wspomaganego rozrodu i klonowania

parametr L godzin tematu	Akceptacja aborcji na żądanie	Akceptacja aborcji w przyczyn społecznych	Akceptacja aborcji w przypadku gwałtu	Akceptacja aborcji z przyczyn medycznych	Akceptacja zapłodnienia pozaustrojowego	Akceptacja wykorzystania nasienia dawcy	Akceptacja macierzyństwa zastępczego	Akceptacja klonowania jako formy rozrodu oraz źródła
antykoncepcja	NS	NS	<b>Rs=0,31</b> <b>p=0,01</b>	NS	NS	<b>Rs=0,26</b> <b>p=0,03</b>	<b>Rs=0,28</b> <b>p=0,02</b>	NS
poronienie	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
aborcja	NS	NS	NS	NS	NS	NS	<b>Rs=0,29</b> <b>p=0,02</b>	NS
niepłodność	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
ART.	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
klonowanie	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

#### 4.10. Ocena wiodących w życiu systemów wartości

Zadano również pytanie o to, który z systemów wartości jest istotny w życiu respondentów. Wśród ocenianych zasad wymieniono naukę Kościoła, rodziców, zasady bioetyki oraz własny system wartości. Najważniejszym systemem, którym kierują się w życiu studenci był własny system wartości, następnie zasady wpajane przez rodziców, zasady bioetyki i w najmniejszym stopniu nauka Kościoła (tabela 21).

Tabela 21. Ocena wiodących w życiu systemów wartości.

W życiu kierują się zasadami	C-index	P1	P2	P3	P4	Test Friedmana
Kościół	wszyscy	0,20±1,17	0,37±1,13	0,10±1,24	-0,04±1,19	<b>P=0,001*</b>
	< ME	0,29±1,26	0,61±1,12	0,17±1,33	0,02±1,24	<b>P=0,007*</b>
	> ME	0,12±1,08	0,12±1,10	0,03±1,15	-0,12±1,16	P=0,16
rodziców	wszyscy	0,83±0,89	0,98±0,73	0,92±0,80	0,85±0,85	P=0,70
	< ME	0,97±0,64	1,14±0,45	1,02±0,75	0,85±0,86	P=0,36
	> ME	0,69±1,09	0,81±0,85	0,81±0,84	0,84±0,87	P=0,98
bioetycznymi	wszyscy	0,52±0,84	0,59±0,85	0,82±0,83	0,79±0,89	<b>P=0,026**</b>
	< ME	0,58±0,65	0,58±0,89	0,97±0,83	0,70±0,93	<b>P=0,019**</b>
	> ME	0,45±1,17	0,59±0,83	0,66±0,81	0,87±0,89	P=0,22
własnym systemem wartości	wszyscy	1,88±0,32	1,84±0,36	1,82±0,45	1,85±0,39	P=0,89
	< ME	1,94±0,23	1,88±0,32	1,82±0,45	1,85±0,33	P=0,50
	> ME	1,81±0,39	1,81±0,39	1,81±0,46	1,84±0,36	P=0,94

\* P2 vs P4

\*\* P1 vs P3



O ile legitymowanie się własnym systemem wartości respondentów oraz zasadami rodzicielskimi nie podlegało zmianom w toku studiów, to w przypadku nauki Kościoła znaczenie jego zasad spadało w czasie. Zaobserwowano również wzrost znaczenia zasad bioetyki w życiu studentów, w każdym kolejnym pobranym pomiarze.

## 5. Dyskusja

Tradycyjnie rozumiano etykę jako naukę, która za słowami Władysława Tatarkiewicza: „*w pierwszym rzędzie powinna udzielić odpowiedzi na pytanie, które przedmioty są dobre, a które złe*” . [98] Lawrence Kohlberg jako jeden z pierwszych twierdził, iż jeśli w dobie tak dynamicznego i szybkiego rozwoju technologicznego stawiającego dotąd nieznanne wyzwania przed ludźmi, w toku edukacji skupić się jedynie na dostarczaniu młodym ludziom wiedzy o cnotach i wartościach, to nie można przyczynić się ani do ich dobrego rozpoznania ani wpływania na ich rozwój moralny. Dotychczasowe koncepcje kształtowania moralności zakładały, że zalety i wady są podstawą moralnego zachowania. Wnoszono również, że charakter moralny składa się z „worka cnót”, takich jak uczciwość, życzliwość, cierpliwość, siła, itd. Psycholog ten odrzucił takie myślenie – po pierwsze twierdząc, że nie ma powszechnego porozumienia, co rzeczywiście jest uniwersalną cnotą, a uprawianie konkretnych przymiotów jest procesem złożonym. Po drugie zdarza się, iż różne osoby inaczej postępują, choć opowiadają się za tymi samymi wartościami. Obawiał się ponadto, że pozorna komunikacja nauczyciela z uczniami i rozważanie konkretnych przypadków, tak naprawdę kończy się narzuceniem przez dydaktyka arbitralnych rozstrzygnięć. Dlatego w swoich badaniach skupił się na rozróżnieniu stadiów rozwoju moralnego, które są rozpoznawalne poprzez rodzaj uzasadnienia. W tym kontekście to kompetencje moralne bezpośrednio powiązane ze stadium moralności w jakim się dana osoba znajduje, powinny być jedynym przedmiotem zainteresowania wszystkich tych, którzy mogą się przyczynić do kształtowania profesjonalistów w szerokim tego słowa znaczeniu.

W niniejszej rozprawie, aby rozpoznać poziomy rozwoju moralnego studentów położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, badano wskaźnik kompetencji moralnych

(C – indeks) przy użyciu **Kwestionariusza Rozwiązywania Dylematów Społecznych** (MJT) autorstwa Georga Linda .

Cztery kolejne pomiary pobrane w przeciągu trzech lat podczas nauki studentów położnictwa na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (P1, P2, P3, P4 ) przeanalizowano dla wszystkich uczestników badania ogółem, jak i osobno w czterech poszczególnych grupach biorąc pod uwagę przedziały w siatce centylowej wskaźnika C – indeks respondentów. Całościowe wyniki nie wykazały zmian istotnych statystycznie. Natomiast przy podziale na wyżej wskazane grupy wyniknęły interesujące różnice. Jedynie osoby z najniższym początkowym wskaźnikiem kompetencji, mieszczące się między 0-25 centylem, na drugim roku podniosły swoje kompetencje. Studenci z pozostałych grup w różnym stopniu wykazali odwrotną tendencję, choć jedynie u osób z grupy o wyższych kompetencjach początkowych znajdujących się między 50-75 centylem i jeszcze wyraźniej u tych pomiędzy 75-100, zmiany te miały charakter istotny statystycznie. Postanowiono, dostrzegając te różnice, do celów dalszych analiz podzielić badanych na dwie podgrupy: osób o początkowo wysokich kompetencjach (powyżej mediany  $> Me$ ) i osób o wyjściowo niskich kompetencjach (poniżej mediany  $< Me$ ) moralnych. Podział ten dostarczył niezwykle interesujących wyników przy wnikliwym rozpatrywaniu poszczególnych czynników. Okazał się nawet trafniejszy i bardziej celowy niż, wydawałoby się obiecująca, fragmentacja na grupę studentów uczonych w sposób tradycyjny (pasywny, PAS) i poprzez dyskusję nad zadanymi dylematami (aktywny AKT). O ile to drugie rozróżnienie jest obecne w światowych badaniach, o tyle wydaje się, że to pierwsze jest nowym podejściem do zagadnienia rozwoju moralności u studentów uczelni medycznych. [52]

Nacisk na sposób kształtowania u studentów moralności jest obecny zarówno w świecie jak na polskich uczelniach. Obecnie nie pojawia się już pytanie: „czy należy uczyć etyki, deontologii i bioetyki” [26], tylko „jak należy to czynić” ? Środowiska akademickie zdały sobie sprawę, że adepci nauk medycznych powinni być przygotowani do służenia

zdrowiu nie tylko pod względem klinicznych umiejętności, ale również powinni być etycznie do tego upoważnieni. Problem polega na skutecznym dotarciu do potencjalnych przyszłych medyków – lekarzy, pielęgniarek, położnych itd. w taki sposób, aby nie było to ani moralizatorskie przekazywanie arbitralnie, odgórnie wybranego światopoglądu, czy teorii etycznej, ani też instrumentalne, bezpodmiotowe wyrabianie jedynie mechanizmu interpersonalnych zachowań. W odpowiedzi na oczekiwania studentów w wielu szkołach wyższych, również polskich pojawiała się tendencja uczenia seminarzystów na tzw. *przypadkach (case studies)*. [28] Wynikało to z wielu powodów i wydawało się niezwykle kuszące nie tylko dla znużonych suchym wykładem uczniów, ale również ułatwiało pracę wykładowcom, którym często na uczelniach medycznych, łatwiej było mówić o swoich praktycznych doświadczeniach, niż przygotowywać pogłębiony filozoficznie referat. Coraz częściej jednak pojawiają się głosy, że adepci nauk medycznych po takim etycznym kursie, pomimo wysokiego zadowolenia z niego, w zderzeniu z późniejszą koniecznością samodzielnego podejmowania rzeczywistych rozwiązań czują się nieprzygotowani. Okazuje się, iż życie niesie ze sobą przypadki nie wprost analogiczne do tych rozważanych na zajęciach i wobec nich są bezradni i niewyposażeni w zasady, na których mogliby się oprzeć. Nie wiedzą nawet, do czego należałoby się w takich sytuacjach odnieść. Niemniej w tym sposobie edukacji pokładano duże nadzieje. Tym bardziej, że zwolennicy przeciwnego podejścia do edukacji etyki, polegającego na przekazywaniu jedynie informacji o historii etyki, najważniejszych jej teoriach i obowiązujących w nich wartościach, również nie doszli do porozumienia, co właściwie w tych wizjach jest wspólnym mianownikiem. Nie powiodły się próby ustalenia tego, jakie wartości powinny być uniwersalne i jak należałoby je realizować. Jeżeli chciałoby się narzucić jeden kanon kategoriycznych norm, choć byłaby to prosta droga, stałoby się to jednocześnie brutalną indoktrynacją. Student zatem powinien nauczyć się języka etycznego - odróżniać fakty od ich ocen i

wartościowania, poznać takie pojęcia jak: autonomia, konsekwencje, podmiot moralny, powinien znać różne teorie etyczne – ich zalety i słabości. Dopiero na takim fundamencie powinien uczyć się, w praktyce, zasad myślenia moralnego. [91]

W odpowiedzi na trudne zadania stawiane pedagogom mającym nauczać etyki Georg Lind, autor **MJT**, przedstawił również swoją koncepcję edukacji moralnej. Funkcjonuje ona pod nazwą: „**Konstancka Metoda Dyskusji nad Dylematami Moralnymi**” (**KMDD**). Zbudowana jest na wzór systemu Moschea Blatta i Lawrence Kohlberga, oparta na etyce komunikatywnej Habermana, na metodzie dyskursywnej Osera i na teorii dualistycznej zachowania i rozwoju moralnego Georga Linda. **KMDD** łączy w sobie elementy innych metod, jednocześnie podkreśla swoją przewagę płynącą z założonych i realizowanych przez siebie celów edukacyjnych. [55] Wykorzystuje między innymi metodę odgrywania roli. Genezy strategii odgrywania ról należy szukać w teoriach J. Piageta oraz G.H. Meada, badających zjawisko uniwersalnej, psychologicznej podstawy umiejętności współdziałania. Mead nazwał to zjawisko *umiejętnością podejmowania roli (role-taking)*, a Piaget *zdolnością do decentracji interpersonalnej*. Podstawa znaczeniowa jest taka sama u obu myślicieli: warunkiem efektywnego współdziałania jest umiejętność spojrzenia na sytuacje społeczne oczami innych, przewyciężenie egocentryzmu polegającego na bezwiednym przypisywaniu innym własnej perspektywy. Badania nad *role-taking* i *decentracją interpersonalną* są powiązane z inną jeszcze tradycją: badaniami nad *odgrywaniem ról (role-playing)* zapoczątkowaną przez J. Moreno (znanego z pierwszego zastosowania techniki socjometrycznej). [70] Technika ta była oparta na swoistym treningu, którego głównym założeniem było eksplorowanie różnych aspektów roli przez jej wielokrotne odgrywanie. Miało to prowadzić do zaobserwowania, jak dana sytuacja wygląda z punktu widzenia różnych występujących w niej perspektyw społecznych. Celem było ukazanie konfliktowych oczekiwań i potrzeb reprezentowanych przez heterogeniczne role uwikłane w daną sytuację socjalną, przy głębokiej

psychologicznej analizie przeżyć, myśli i uczuć osób odgrywających nie takie same kreacje. Metoda odgrywania roli wymaga od uczestników stawania się kimś innym. Jest ona stosowana współcześnie w wielu szkołach w krajach skandynawskich, jako metoda wychowawcza dla uczniów, cyklicznie co pół roku przeprowadzana jako przedstawienie, gdzie scenariusz pisany jest przez pedagogów na podstawie obserwacji życia szkolnego. Uczniowie odgrywają w nim rolę przeciwną do tej, której są pierwowzorem: na przykład *lider* wciela się w postać *outsidera* i odwrotnie. [61]

**KMDD** jest o wiele bardziej złożoną metodą i według Georga Linda lepiej się sprawdzającą, gdyż przede wszystkim bada emocje, kiedy uczestnik pozostaje sobą. Oprócz tego zawiera w sobie też inne elementy, w tym również dyskusję nad kazusami, która dostarcza uczestnikowi konkretnych rozwiązań dla jego moralnego zasobu wiadomości. Podczas polemiki można sprawdzić, czy uczestnik ma wiedzę i czy potrafi ją zastosować. Natomiast metoda oparta jedynie na kazusach sama w sobie skupia uwagę przede wszystkim na emocjach, nie rozwijając jednocześnie umiejętności kognitywnych. Ten brak ma być wypełniony przez następną składową **KMDD**, czyli poprzez bezpośrednie nauczanie moralności. Zgodnie z założeniami Kohlberga, ta metoda nadaje się do wzmacniania wiedzy teoretycznej (deklaratywnej). Służy ona omawianiu problemów, a to w następstwie umożliwia świadome zaakceptowanie danej teorii etycznej i może wpływać na zmianę postawy moralnej. Dzięki znajomości teorii wiadomo jak można się zachować. Dodatkowo jeszcze w **KMDD** mieści się kolejny sposób nauczania, polegający na wymyślaniu, projektowaniu nowych idei jak i rozwiązań etycznych w otwartych dyskusjach, co jest pomocne w dawaniu przykładu jak postępować w konkretnych sytuacjach. Nie wzmacnia to jednak jeszcze kompetencji moralnych, tak jak nie dzieje się to też podczas moderowanej przez nauczyciela rozmowy, kiedy studenci bardziej skupiają się na tym jak wywrzeć pozytywne wrażenie na dydaktyku. Obserwują go i odpowiadają tak jak myślą, że on tego oczekuje. Nie są

wtedy autentyczni i tracą kreatywność. W powyższych badaniach właśnie to mogło być przyczyną tego, że słuchacze grupy aktywnej nie podnieśli swoich kompetencji moralnych istotnie statystycznie więcej, niż ich koledzy z grupy pasywnej. Moralne kompetencje nie mogą być pozyskiwane poprzez indoktrynację. Nie mogą być narzucane odgórnie. Powinny być wdrażane systematycznie, oddolnie poprzez dobrze wykształconego nauczyciela. Rola wykładowcy musi być modelowa, poprzez niego słuchacze się uczą. Ostatecznie **KMDD** ma rozwijać umiejętność pozostawania w zgodzie ze swoimi ideałami nawet wtedy, kiedy się jest pod presją większości, przesądów, agitacji, władzy, czy nawet własnego lenistwa, czy złego nastroju. A to może funkcjonować tylko przy odpowiednim zrównoważeniu i precyzyjnym zastosowaniu wszystkich wyżej wymienionych elementów edukacyjnych **KMDD**. [56]

Założenia tej metody doskonale wpisują się w toczącą się od wielu lat, zarówno w świecie jak i Polsce, dyskusję na temat edukowania moralności. W naszym kraju jest to szczególnie trudne, gdyż niezwykle mocno zakorzeniona jest tradycja związana z naukami Kościoła rzymskokatolickiego, która jest arbitralnie zamknięta na wszelkie nowe biotechnologie, a szczególnie na te ingerujące w sprawy medycyny reprodukcyjnej, do której stosunek między innymi był przedmiotem niniejszej rozprawy. Staje się to problemem, gdyż aksjomaty wypływające z tego światopoglądu uniemożliwiają merytoryczną dyskusję. W wynikach ankiety zastosowanej w tejże pracy, widoczne jest, że jeżeli student wysoko ocenia wpływ religii na swoją moralność, zazwyczaj jego kompetencje w badaniach **MJT** wyjściowo w pierwszym pomiarze są stosunkowo niskie, znajdują się poniżej mediany. Oznacza to, że nie jest on nauczony samodzielnie podejmować pewnych decyzji, a jedynie odwołuje się do gotowych rozwiązań narzuconych przez katolicki katechizm (patrz. Tab. 12). Potwierdzają to całkiem otwarcie psychologowie o konotacjach chrześcijańskich. Andrzej Gołąb w swoim artykule „*O rozwoju moralnym chrześcijan*” zauważa, że to, co naukowcy uważają za najwyższe, docelowe stadium rozwoju – *autonomia*, właściwie

nie powinno w ogóle występować u chrześcijan, bowiem nie są oni zobowiązani do podejmowania „prób samostanowienia zasad moralnych, lecz przeciwnie, powinni akceptować zasady objawione ludziom przez Boga, zapisane na kartach Biblii i interpretować je zgodnie z tradycją społeczności chrześcijańskiej, w której człowiek żyje (tradycja Kościoła).” [21] W tej sytuacji nie może być mowy o niezawisłej moralności. Trafniejszym określeniem dojrzałości moralnej chrześcijan jest termin *teonomia* użyty między innymi przez Jana Pawła II w Encyklice „*Veritatis splendor*”. Sytuacja chrześcijan i innych osób funkcjonujących w ramach różnego typu organizacji, takich jak właśnie Kościół, wojsko, czy chociażby uczelnia, niewątpliwie nie pomaga w rozwijaniu kompetencji moralnych. Dlatego istotnym jest znalezienie odpowiedniej ścieżki edukacyjnej pozwalającej wzmacniać umiejętności podejmowania świadomego wyboru moralnego. Taki cel wytyczył sobie Georg Lind konstruując **KMDD**. Uważa on, że najlepiej w tym wypadku konfrontować uczących się z właściwym wzorcem i dostarczać im wskazówek, wsparcia, pobudzać ich do uzasadniania swoich wyborów, uczyć słuchania przeciwnych uzasadnień, oceniać je i ewentualnie je przyjmować. Takie nauczanie ma działać jak swoista szczepionka, i tak jak ta stymuluje ciało, tak edukacja ma pobudzać umysł, do zbudowania zdolności do walki z prawdziwym atakiem wirusa – propagandy etycznej. [56]

Prowadzono wiele badań nad **KMDD**, dostrzeżono jej walory i obecnie cieszy się ona dużym uznaniem. W Kolumbii i w Niemczech prowadzony jest program kształcenia nauczycieli skonstruowany na zasadach tej metody. Osobiście twórca tego sposobu edukowania prowadził projekty w Kolumbii, Niemczech i w Meksyku. W Kolumbii ten program nauczania jest rekomendowany przez tamtejszy odpowiednik naszego Ministerstwa Oświaty. Obecnie projekt scalania tej metody trwa w ponad 70 krajach. Autor z dumą podkreśla, że ten program jest intensywnie wykorzystywany przez nauczycieli, trenerów i naukowców. [56]



Pomimo tak dużego nacisku na sposób nauczania, okazało się w niniejszych badaniach, iż kluczowe znaczenie w rozwoju kompetencji moralnych ma nie tyle metoda edukacji, jako że nie udało się wykazać żadnych znaczących zmian u studentów pod wpływem różnych sposobów nauczania (pasywnego lub aktywnego), ale wyjściowy poziom rozwoju moralnego uczniów. Przykładowo jeżeli chodzi o akceptację nienaturalnych sposobów antykoncepcyjnych, pod wpływem edukacji różnicę istotną statystycznie w podejściu do tego zagadnienia zauważono jedynie u osób z wyjściowo niskimi kompetencjami (<Me). Analizując wszelkie zmiany akceptacji bądź negacji różnych sposobów regulujących ludzką rozrodczość u osób z grupy o wysokich kompetencjach moralnych, okazało się, iż odznaczają się one znacznie większą labilnością swoich preferencji. One się nie tylko zmieniają, jeśli chodzi o ich wartość, ale również jeśli chodzi o ich kierunek. Bardzo często preferencje u osób z grupy z początkowo wysokim C – indeksem (wskaźnikiem kompetencji) przebiegają odwrotnie niż z grupy poniżej mediany. Jeśli chodzi o antykoncepcję na przykład, tendencja jest taka sama, to znaczy wzrasta akceptacja w obydwóch grupach jedynie w przypadku antykoncepcji postkoitalnej. We wszystkich innych sposobach zapobieganiu ciąży osoby z tych dwóch grup zupełnie inaczej reagowały w czasie i zmieniały swój stosunek do antykoncepcji.

Oczywiście zmiany podejścia do zagadnień moralnych u młodych ludzi są całkiem naturalne. L. Kohlberg, wbrew temu co twierdził Piaget uważał, że stadium *postkonwencjonalne* osiągalne jest dopiero w wieku młodzieńczym, a nie dziecięcym. Potwierdzają to badania Amerykańskiego pedagoga Williama Perry'ego (1913-1998). Przeprowadził on interesujące pomiary, których wyniki interpretuje się w następujący sposób: podczas studiów moralność Amerykanów obniża się, ponieważ przechodzą od znanych sobie dotychczas prostych, „czarno-białych” sposobów wartościowania świata, poprzez fazę zwątpienia w wartości absolutne, do punktu, w którym odczuwają potrzebę samodzielnego zaangażowania się w utworzenie osobistego systemu

wartości i jego odpowiedzialną realizację. [76] Badania te są interesujące z przynajmniej dwóch powodów. Przede wszystkim potwierdzają po raz kolejny założenie psychologii rozwojowej L. Kohlberg'a, iż punktem docelowym kształtowania się moralności jest osiągnięcie w niej *autonomii* - to powoduje w takim razie pewien dyskomfort dla ludzi głęboko wierzących, szczególnie katolików, gdyż jak wcześniej wspomniano, tam indywidualne, samodzielne rozstrzygnięcia nie są wskazane. Po drugie, dokładnie odzwierciedlają uśrednione zmiany wartości C – indeksu podczas przebiegu studiów (ryc.4) polskich studentów położnictwa. Przeprowadzone w niniejszej pracy badania miały charakter obserwacyjny i towarzyszyły określonej, wciąż tej samej, grupie studentów podczas trzech lat nauki na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Pozwoliło to na szczegółową analizę szeregu parametrów związanych ze stosunkiem respondentów do problematyki medycyny reprodukcyjnej, jak i na obiektywne pomiary zmian ich kompetencji moralnych (C – indeks). Krzywa wahań wskaźnika ich kompetencji ilustruje teorię W. Perry'ego. Wskazuje, iż z określonego, początkowego pułapu kompetencji młodzi ludzie spadają. W niniejszych badaniach widoczne jest to podczas drugiego pomiaru P2 – odpowiada to fazie zwątpienia w badaniach Perry'ego, po to aby na nowo budować swój system wartości, który docelowo powinien stać się autonomiczny. Niestety pod wpływem różnych czynników zakłócających nie dla wszystkich staje się ten cel osiągalny, co widoczne jest w nie najwyższych wartościach C – indeksu w czwartym pomiarze kompetencji (P4). Nieznacznie lepiej wyglądało to we wcześniejszych badaniach przekrojowych, przeprowadzonych na podobnym wycinku społeczności Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. [89] We wspomnianych badaniach respondenci, na drugim roku studiów wyraźnie obniżali względem wartości wyjściowej wskaźnik swoich kompetencji, na trzecim osiągalni bardzo niski stan, po to aby w kolejnych latach (Studia Uzupełniające Magisterskie i studenci niestacjonarni, zatem najczęściej osoby starsze, już pracujące) odbudowywać swój system wartości, co miało odzwierciedlenie w wyższym C – indeksie. Dokładnie

taki tor rozwoju został odnotowany u studentów niemal w każdej szerokości geograficznej.

Badania z użyciem MJT były przeprowadzane w bardzo wielu środowiskach i w wielu krajach, w zestawieniu z bardzo różnorodnymi aspektami. Autor MJT, profesor Georg Lind bardzo skrupulatnie śledzi wszystkie doniesienia dotyczące stworzonego przez siebie narzędzia i stara się je wszystkie, choć w skróconej wersji wzmiankować na swojej stronie internetowej: <http://www.uni-konstanz.de>. Zamieszcza również na niej fragmenty swojej korespondencji z autorami niektórych prac, z których wyłania się obraz wielonarodowej polemiki nad wartością i celowością stosowania w ogóle pomiarów kompetencji moralnych. Stanowi to też bardzo interesujące i inspirujące źródło do indywidualnych rozważań w kontekście własnych badań.

Najczęściej oceniana jest korelacja pomiędzy religijnością a wskaźnikiem kompetencji (C – indeks). Wyniki są zaskakująco zgodne w większości analiz. Podobnie jak w niniejszej pracy, jak i we wcześniejszych przekrojowych badaniach pilotażowych autorki, okazało się, że osoby o wyższym wskaźniku kompetencji znacznie mniej ceniły sobie obecność wiary w swoim życiu. Ta statystycznie istotna korelacja jest niezmiernie ważka szczególnie w kontekście dobrze zakorzonej teorii, iż religia służy między innymi w wychowaniu „miłosiernych, dobrych” ludzi. W odpowiedzi na ten powszechny sąd naukowcy z University of Chicago oraz Yale New Haven Hospital, postanowili sprawdzić, czy wiara religijna medyków skłania ich do pomocy chorym, których nie stać na ubezpieczenie. Jak wiadomo Stany Zjednoczone to jedno z tych zamożnych demokratycznych państw, gdzie jest niezmiernie duży odsetek społeczności nie ubezpieczonej – aż 45 mln z 300 mln mieszkańców nie ma wykupionej żadnej polisy uprawniającej ich do korzystania z prywatnej opieki medycznej. Przeprowadzono badania, podczas których zankietowano 1144 praktykujących lekarzy wszystkich specjalności. Wyniki opublikowane zostały w jednym z numerów

czasopisma „Annals of Family Medicine”. [88] Farr Curlin z University of Chicago, współtwórca wspomnianych badań wyraził swoje zaskoczenie, gdyż okazało się, że niezależnie od deklarowanego wyznania, pomimo iż wszystkie religie: judaizm, buddyzm, islam, hinduizm, czy chrześcijaństwo nawołują do niesienia pomocy potrzebującym, to tylko 31 procent spośród mniemyjących siebie wierzącymi lekarzy leczyło bezinteresownie. Filantropijnych medyków wśród uznających siebie za ateistów lub agnostyków, było więcej, bo 35 procent. I rzeczywiście, również pomiary przeprowadzone za pomocą MJT w wielu badaniach na różnych kierunkach studiów (prawo, medycyna, ekonomia) potwierdzały tą odwrotną zależność - im wyższa deklarowana religijność, tym niższy osiągany wskaźnik kompetencji. Choć trzeba wspomnieć o pewnej ambiwalencji odpowiedzi respondentów w ogólnej strukturze odpowiedzi na pytania o elementy religijności – tylko 32% określa siebie jako osoby religijne, choć 94% twierdzi, iż wierzy w Boga. [18]

Podobne wyniki w swoich badaniach przeprowadzonych wraz ze znanym australijskim bioetykiem Peterem Singerem z Princeton University osiągnął Marc Hauser, psycholog z Harvard University. Postanowili oni sprawdzić, czy moralne intuicje ludzi religijnych różnią się od intuicji ateistów. Nie odnotowano żadnych statystycznie istotnych różnic między wiernymi i nie wierzącymi, jeśli chodzi o dokonywanie ocen moralnych. [88] W swojej książce „Moral Minds” Hauser pisze, że ludzie dysponują zakodowanym w toku wielu milionów lat ewolucji uniwersalnym zmysłem moralnym niezależnym od religii.

Różnorodne wierzenia towarzyszyły ludziom od samego początku istnienia, a sama wiara jest zjawiskiem powszechnym, z pewnością ukształtowanym w przebiegu ewolucji. Oczywiście wiadomym jest, że ludzkie normy moralne historycznie związane są z systemami religijnymi. Teologia jest niewątpliwie istotnym systemem wierzeń dotyczącym genezy i celu istnienia człowieka, a związane z nią zachowania oraz formy organizacyjne narzucają pewien typ zachowań, uważanych

powszechnie za *zachowania moralne*. Wspólne rytuały i egzorcyzmy, nawet bardzo irracjonalne, utrzymywały spójność nawet rozległych grup społecznych znacznie lepiej, niż wszelkiego rodzaju racjonalne rozumowanie.

Brak zależności wprost pomiędzy kompetencjami moralnymi a indywidualną oceną własnej wiary, choć jest zgodny z współczesnymi badaniami, nie ma uzasadnienia w klasycznych teoriach etycznych. Nie przystaje na przykład w swych założeniach systemowych do etyki Immanuela Kanta. Filozof ten, odwrotnie niż to wynika z tej paraleli, dowodził o wyższości czynów dokonanych z poczucia obowiązku, a więc niejako dokonanych na bazie obowiązujących kodeksów moralnych - dekalogu, niż jakiejś osobistej *skłonności*. Kant preferował opieranie się na sformalizowanych wytycznych, nawet jeżeli nie są one w danej chwili zgodne z naszymi odczuciami – *„obowiązek jest koniecznością czynu wyływającą z poszanowania prawa (...) Również nie mogę mieć szacunku dla skłonności w ogóle, dla własnej, jak i dla cudzej (...) Postępowanie z obowiązku ma całkowicie wyłączyć wpływ skłonności.”* [37] Nakazywał ślepo, bez wyjątku stosować nakazy, przestrzegał przed uleganiem porywom serca. Takie postępowanie ma mieć według tego filozofa najwyższą wartość moralną. Obecne badania wydają się temu przeczyć, iż temu przeczą, także te wykonane za pomocą **MJT**. Wskazują bowiem, że osoby wiernie (doktrynalnie) funkcjonujące w określonym kodeksie moralnym, na przykład religijnym, bardzo często hamują swój indywidualny rozwój moralny, wyłączając osobistą odpowiedzialność za swoje czyny. Łatwiej jest im odwołać się do obowiązującej normy niż samodzielnie rozstrzygnąć stojący przed nim dylemat moralny. Nie podejmują ryzyka powzięcia złej decyzji. Coraz częściej zauważa się, że to powoduje eliminacje tzw. *wentyla bezpieczeństwa etycznego*. A takie postępowanie trudno uznać za kompetentne moralnie.

Wpisuje się to także w rozważania, czy ludzkie decyzje moralne podejmowane są wskutek działania rozumu, czy też pod wpływem emocji.

Od tego czy przyjmie się podejście kognitywistyczne czy postawi się na uczucia i intuicje, zależać będzie jaki system edukowania będzie preferowany. I o ile wiadomo, że można rozwijać funkcje poznawcze, to ważnym jest by się zastanowić, czy możliwe jest rozwijanie zmysłu intuicji i emocji, a w kontekście medycyny – szczególnej uwagi w stosunku do pacjenta i jego sytuacji?

Tradycyjne teorie psychologii rozwojowej, z koncepcją Lawrence'a Kohlberga na czele, przypisują główną rolę rozumowaniu. Pojawiają się jednak tacy filozofowie, jak chociażby Jonathan Haidt, autor książki „Hipoteza szczęścia” (The Happiness Hypothesis: Finding Modern Truth in Ancient Wisdom), którzy kładą nacisk na rolę emocji. Badania nad aktywnością mózgu w czasie podejmowania decyzji moralnej przeprowadził również między innymi Joshua Greene, z Zakładu Psychologii Uniwersytetu Harvarda. Wynika z nich, że odpowiedzialne za nie są zarówno procesy poznawcze jak i emocjonalne, często ze sobą rywalizując. [60]

Kolejnym głosem niezwykle istotnym, który może warunkować podejście do edukacji moralności, jest teoria Carol Gilligan. Ona jako asystentka Lawrence'a Kohlberga na Uniwersytecie Harvarda zauważyła, że przeprowadzane przez niego pomiary wykonano jedynie na chłopcach. Wzbudziło to jej sprzeciw i za pomocą tej samej metodyki postanowiła przeprowadzić badania na dziewczętach i kobietach. Gilligan utrzymywała, iż w ogóle studia nad rozwojem moralnym człowieka zostały oparte jedynie na obserwacji mężczyzn i przez to prawdopodobnie pomijają zasadniczą różnicę, jaka może zachodzić między moralnością płci. Dla Kohlberga jak wiadomo najwyższy stopień moralności, szósty, wiąże się z reprezentacją takich zasad jak: *sprawiedliwość, wzajemność i szacunek*, natomiast kobiety według niego powszechnie osiągają zasadniczo maksymalnie trzeci etap rozwoju, który rozumiany jest jako *pomaganie i sprawianie przyjemności innym*. Zwrócił na to uwagę stwierdzając, iż etap ten jest charakterystyczny dla dorosłych kobiet

zajmujących się opieką nad mężem i dziećmi. Według tego uczonego kobiety mogą osiągnąć wyższe stadia rozwoju moralnego pod warunkiem, iż będą funkcjonować poza domem, osiągając takie same pozycje społeczne jak mężczyźni. Jego asystentka zauważyła, iż wbrew temu co twierdził jej naukowy mentor, odpowiedzi kobiet są w zasadzie takie same jak mężczyzn, lecz przyjmują inne uzasadnienia. I o ile uzasadnienia męskiej części uczestników badań opierają się na tzw. *etyce sprawiedliwości*, polegającej na odwoływaniu się do istniejących reguł, praw i zasad, o tyle uzasadnienia żeńskie bazują na *etyce troski (opiekuńczej)*, dla której podstawą rozwiązania danego przykładu jest wzięcie pod uwagę potrzeb wszystkich ludzi związanych z danym problemem oraz kontekst, w którym rozważana sytuacja ma miejsce. [35] Dla *etyki troski* podstawą jest grupa, której dotyczy rozważany dylemat. Istotna jest troska o utrzymanie związków w grupie. Upewnienie się, iż w wyniku podjęcia określonego rozwiązania podanego dylematu cierpienie wszystkich zaangażowanych osób będzie jak najmniejsze. Wartością są tutaj wzajemne zależności oraz branie odpowiedzialności za innych. Co istotne, Gilligan nie ogranicza *etyki troski* tylko dla kobiet. Niejednokrotnie podkreśla, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni równie dobrze posługują się obydwojema typami etyk i często są one stosowane zamiennie w rozwiązywaniu faktycznych problemów moralnych. W badaniach przeprowadzonych przez zespół Gilligan zwrócono uwagę na jeszcze jeden istotny fakt. Obie płcie potrafią korzystać zarówno ze schematów wyznaczanych przez *etykę troski* jak i *etykę sprawiedliwości*, ale wraz z wykluczeniem z grupy badawczej kobiet znika całkowicie i troska. [35] Być może element żeński jest konieczny do inicjacji, jest niezbędną inspiracją do pojawienia się tego szlachetnego przymiotu.

Carol Gilligan wyodrębniła dodatkowo jeszcze trzy stadia rozwoju moralnego charakterystyczne dla *etyki troski*, które wyeksponowały się podczas jej badań z kobietami spodziewającymi się potomstwa. Pierwszy etap, przez który przechodziły kobiety w pierwszych tygodniach ciąży to okres, w którym dominowała przede wszystkim chęć przeżycia. Drugie

stadium, to postrzeganie zależnego od nich dziecka w kontekście zapewnienia mu opieki jako słabszemu. Kolejny etap to ponowne rozważenie swojego poświęcenia i odpowiedzialności, które prowadziło badane kobiety do wyrównania potrzeb innych ze swoimi własnymi. Najwyższe trzecie stadium rozwoju moralnego w *etyce troski* to wzajemna zrównoważona zależność między *Ja*, a innymi. Założenie Gilligan jest takie, że wbrew temu co sądził Kohlberg, *etyka troski* jest następnym, jeszcze wyższym stadium rozwoju moralnego. Badania te nie zostały powszechnie zaakceptowane, gdyż autorka ich, pomimo iż przyjęła, że *etyka troski* jest osiągalna również dla mężczyzn, to w swoich eksperymentach wykorzystwała stan kobiet dla mężczyzn z natury rzeczy niedostępny. Jednak trzeba zauważyć, że jej rozróżnienie na *etykę troski* i *sprawiedliwości* odpowiednio akcentuje zasygnalizowane wcześniej rozróżnianie etyk na te odpowiednio oparte na emocjach bądź rozumie. Dlatego w rozważaniach na temat kształtowania kompetencji moralnych nie można zignorować odpowiedniego zrównoważenia rozwoju emocjonalnego i poznawczego.

Zacząto też podejrzewać, że orientacja na *etykę troski*, czy *sprawiedliwości* może mieć wpływ na różne rozumienie zawodu. Ann Willard przeprowadziła testy na studentach pierwszego roku medycyny, z których wynika, że samo pojmowanie słowa *medycyna* wynika z preferencji jednego bądź drugiego typu etyki. [106] Ci, co optują za *etyką troski*, podkreślają w medycynie przede wszystkim bliski związek z pacjentem. Taki związek jest nieistotny dla osób, które ciążą w kierunku *etyki sprawiedliwości*. Interesujące jest natomiast to, że osoby z pierwszej grupy zauważają, iż w dobie kiedy współczesna medycyna dąży do stechnicyzowania i jest nastawiona na coraz to nowsze osiągnięcia i technologie, ich własne podejście do jej zagadnień jest właściwie nieaktualne. Twierdzą wręcz, że jest infantylne i nie przystaje do obecnego świata. Ukrywają więc swój naturalny personalny stosunek do pacjentów i zaczynają funkcjonować w zgodzie z narzuconą sobie *etyką sprawiedliwości*. Można to rozumieć, w pewnym stopniu, jako świadome



cofnięcie się w rozwoju moralnym. W takim kontekście jest niezwykle delikatną sprawą, aby edukacja na uczelniach medycznych nie powodowała wśród swoich słuchaczy celowego uwsteczniania się w dojrzewaniu moralnym. Istnieje ryzyko, że podczas nauki absolwenci stwierdzą, iż najistotniejsze dla społeczeństwa są korzyści płynące z konieczności przystosowania się do obowiązujących zachowań, a to przy uznaniu dzisiejszych realiów może prowadzić do chęci pozostawania w stadium egoizmu i unikania dalszego rozwoju moralnego. Stoi to niejako w sprzeczności z samą ideą nauczania etyki.

Jeżeli przyjąć słowa Marii Ossowskiej, iż „*etyka nie tyle opisuje moralność, ile sama ją buduje*” należy mocno zaangażować wszystkich decydentów w kształt tej nauki na uczelniach. [73] Źródłem zainteresowania etyką jest wiara w to, że wykształcony człowiek, lepiej orientujący się na płaszczyźnie faktów, potrafi trafniej rozstrzygać o wartościach. Takie założenie towarzyszy również tym, którzy wprowadzają wszelkie nauki etyczne do szkół wyższych. Czy rzeczywiście jest to odpowiednio sprzężone z indywidualnym rozwojem moralnym i czy faktycznie zdobywanie wiedzy ogólnej sprzyja kształtowaniu kompetencji moralnych? Niniejsza praca nie ujawniła takich zależności, choć możliwe było jedynie zmierzenie potencjalnych możliwości zdobywania wiedzy. Zostało to przeliczone na ilość godzin przeznaczonych na zapoznanie studentów z określoną tematyką.

Zbadano też, czy szacunkowy czas mierzony w godzinach, jaki poświęcono na zajęcia dotyczące takich tematów jak antykoncepcja, poronienie, aborcja, niepłodność, techniki wspomaganego rozrodu czy klonowanie, koreluje z łączną akceptacją ingerencji w ludzki rozród i czy miał wpływ na wskaźnik kompetencji moralnych. Korelacja okazała się nieistotna statystycznie ( $R_s=0,18$ ,  $p=0,13$ ) (tab. 20 i tab.21). Choć zależności wprost nie udało się wykazać, to interesujące jest to, iż zagadnienia, o których podczas zajęć nie mówiono lub wspomniano marginalnie są studentom moralnie obojętne. Dotyczy to takich zagadnień jak chociażby klonowanie, o którym według respondentów autorskiej

ankiety, właściwie niemal w ogóle się nie wspomina na zajęciach. Niemniej należy wspomnieć, że pomimo tego akceptacja respondentów dla klonowania znacznie wzrosła podczas studiów. To oznacza, że jest duża przestrzeń w umysłach słuchaczy niezagospodarowana, którą można swobodnie za pomocą właściwej edukacji wypełnić usystematyzowaną wiedzą. W ten sposób rodzi się możliwość przyczynienia się do świadomego budowania kompetencji moralnej. Szczególnie u tych studentów, którzy tego najbardziej potrzebują, a więc u tych, którzy u progu edukacji akademickiej mają wskaźnik kompetencji (C – indeks) poniżej mediany ( $< Me$ ). Bowiem właśnie oni są najbardziej podatni i otwarci na podnoszenie swoich kwalifikacji. Oczywiście istnieje pewne niebezpieczeństwo, iż jest to jednocześnie grupa, która najłatwiej ulega wpływom negatywnym, a więc są także bezbronni wobec indoktrynacji. Dlatego niezmiernie ważnym jest, aby prawidłowo byli poprowadzeni na takich zajęciach jak filozofia, etyka, czy bioetyka w sposób możliwie niezależny od światopoglądu, religii, wieku, czy innych zmiennych.

Celem niniejszej pracy było również zbadanie czy zmieniają się kompetencje moralne i stosunek wobec zagadnień dotyczących medycyny reprodukcyjnej u studentów podczas studiowania na uczelni medycznej. Z całą pewnością można stwierdzić, iż zarówno ich kompetencje jak i ich stosunek do ingerencji w ludzki rozród ulega zmianie, jednak nie jest to jak się spodziewano, związane bezpośrednio z modelem kształcenia. Widocznym trendem było, iż osoby z grupy kształczonej w sposób pasywny – a więc wbrew oczekiwaniom - wyraźnie dostrzegały i doceniały w toku edukacji wpływ uczelni na rozwój swojej moralności. Oznacza to, że przeceniano dotychczas rolę interaktywnego sposobu nauczania przynajmniej w odniesieniu do tematyki etycznej i zbyt pochopnie zaczęto eliminować konwencjonalny sposób przekazywania wiedzy. Na uczelniach medycznych polaryzacja tych dwóch sposobów nauczania polegała, albo na pracy tylko na tzw. przypadkach, czyli na rozmowach klinicystów o ich własnych doświadczeniach, albo na suchym

wykładzie teoretyków, który z kolei nie zawsze przystawał do tego, co w środowisku medycznym się dzieje. Istotne jest to, aby oba te sposoby dydaktyczne połączyć i w ten sposób wyposażyć przyszły personel medyczny w umiejętności niezbywalne, niezależnie od zastanych sytuacji zawodowych.

Bez względu na obrany model kształcenia, edukacja wyraźnie wpływa na zmiany akceptacji i negacji zagadnień dotyczących medycyny reprodukcyjnej. Wyraźnie uwypukliło się to w odniesieniu do regulacji płodności. Rosła akceptacja dla stosowania wszelkich metod antykoncepcyjnych, a w szczególności dla przyjmowania postkoidalnych środków hormonalnych.

Należy pamiętać, że na osobach pełniących takie role społeczne jak właśnie lekarze, adwokaci, nauczyciele, piloci, duchowni (bądź różni kapłani), czy kapitanowie statków spoczywają szczególne obowiązki i oczekiwania związane z ich funkcjami zawodowymi. Są to role nabyte, a nie trwające całe życie, jak rola kobiety, czy mężczyzny. Przez to można powiedzieć, że nie są one wrodzone. Owszem, można mieć do nich pierwotne predyspozycje, ale przede wszystkim trzeba się ich wyuczyć. [72] Temu, aby uczynić to jak najwłaściwiej powinny służyć uczelnie, gdzie kształtowaniu profesjonalizmu powinna przyświecać myśl, iż nie jest to trenowanie jedynie wiedzy klinicznej, ale również umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji moralnych. Zawody medyczne obarczone są jeszcze większą trudnością, niż pozostałe zawody misyjne. Medycyna bowiem nie jest zwyczajną nauką. Trudność poruszania się po jej zagadnieniach polega na tym, iż w przeciwieństwie do nauk biologicznych mówiących o zjawiskach typowych, ona opisuje zazwyczaj anomalie. [16] Istota medycyny – jak twierdził wybitny myśliciel, lekarz i filozof Władysław Szumowski - jest utkana z etyki, filozofii, logiki i metodologii. [93] Jest sztuką jedyną w swoim rodzaju, w której musi się zmieścić podejście powzięte zarówno z nauk ścisłych: fizyki, biologii, czy chemii. Ale również powinno znaleźć się w niej miejsce na poglądy te

mniej naukowe, trudniejsze do skonfirmowania, dotyczące na przykład relacji z pacjentem, udziału czynników metapsychicznych w procesach chorobowych, czy szeroko rozumianej *duszy*. Szumowski pisał: „*Nauka nie liczy się z żadnymi warunkami – ani z czasem, ani z jakąkolwiek koniecznością. Jeżeli coś nie zostanie stwierdzone teraz, to może być zbadane później. Chory natomiast nie może czekać, aż skończy się szereg badań, a hipoteza jakaś zostanie sprawdzona. Medycyna potrzebuje pomocy naukowej, lecz sama nie jest nauką, jest sztuką.*” [94]

Niestety istnieje swoisty konflikt między sztuką – medycyną a moralnością, który dostrzegali Emile Durkheim. Antagonizm ten wynika z różnic w podejściu do powinności. Działalność artystyczna bowiem buntuje się przeciwko obowiązkom i przymusom, to obszar swobodnej, wolnej ekspansji. Natomiast w moralności jest wręcz przeciwnie – wpisane są w nią dyscyplina i posłuch dla autorytetu. [14]

Jeśli uwzględnimy w pojmowaniu sztuki leczenia takie podejście to pomimo, że wiele doniesień naukowych z samej medycyny, wskutek jej dynamicznego technologicznego rozwoju relatywnie szybko się dewaluje, to zasady jej uprawiania pozostaną niezmiennie i wciąż aktualne. Adepti nauk medycznych powinni te zasady poznać na uczelni, szczególnie, że z każdym rokiem nauki odczuwają coraz większy jej wpływ, zwłaszcza ci, jak to wynika z niniejszych badań, którzy uczeni są w sposób konwencjonalny, poprzez wykład (patrz. ryc. 5) . Poznanie zasad etycznych jest pierwszym, niezbędnym krokiem do tego, aby mieć szansę na ich indywidualne sobie przyswojenie, a to z kolei warunkuje kształtowanie kompetencji moralnych. Warto wyraźnie uwypuklić co oznacza *przyswajanie sobie* norm moralnych. Zdaniem Marii Ossowskiej jest to pojęcie więcej obejmujące niż termin *uznawania norm*, gdyż *uznawać* pewną normę wcale nie koniecznie oznacza jej stosowanie w praktyce, natomiast *przyswojenie sobie* jakiegoś pravidła wymaga przystosowania się do niego w swoim postępowaniu. Rzecz dotycząca kompetencji moralnych odnosi się do tego, aby studenci wskutek edukacji

faktycznie poznane zasady *przyswajali sobie*. [72] Nie jest to łatwe gdyż zdaniem Annette Baier obecne sposoby nauczania filozofii moralnej bardzo często doprowadzają studentów do postawy sceptycznej. [34] Jednak nie można zignorować faktu, iż to właśnie wykształcenie jest czynnikiem, który w badaniach CBOS-u implikuje rozwój moralny. Nie bez znaczenia jest też fakt, iż dla Polaków nauczyciel znalazł się dość wysoko w hierarchii bodźców mających wpływ na budowanie światopoglądów na świat i życie. [8] Jego rola jest bardziej doceniana niż na przykład dziadków czy księży (katechetów) i znajduje się na piątym miejscu, za przemyśleniami własnymi, papieżem, rodzicami, zasadami wynikającymi z wiary. Tak więc nauczyciel akademicki może, jeżeli odpowiednio z tego skorzysta, mieć wpływ na rozwój kompetencji moralnych studentów. Jest to tym ważniejsze, że jak wynika z niniejszych badań, najbardziej podatne na podnoszenie swoich kwalifikacji moralnych podczas studiowania na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, są te osoby, które na uczelnie trafiają z relatywnie niskim (poniżej mediany) wskaźnikiem kompetencji moralnych (C – indeksem), a więc te, które najbardziej pomocy w kształtowaniu kompetencji moralnych potrzebują.

Niniejsze badania obrazują zmiany kompetencji moralnych i preferencji wobec wybranych aspektów medycyny reprodukcyjnej, społeczności akademickiej na przykładzie kierunku położnictwa. Aby owa grupa mogła stać się w pełni profesjonalnym personelem służb medycznych, musi być uformowana również pod względem moralnym. Dlatego należy sprawdzać kompetencje moralne u studentów, podnosić je odpowiednio dostosowaną edukacją i w ten sposób przygotowywać ich do pełnienia niezwykle pięknej, ale i trudnej służby dla drugiego człowieka. Zbyt ryzykownym byłoby uzależnianie przyjmowania kandydatów na studia od ich początkowego poziomu kompetencji. Osoby bowiem o niższym od mediany wskaźniku kompetencji na progu studiów, okazały się najbardziej elastycznymi odbiorcami dydaktyki na uczelni. Celowym jednak wydaje się sprawdzanie sprawności moralnych absolwentów i uczynienia z tego obowiązkowego ingredientu ich kwalifikacji

zawodowych. Tylko wtedy jest szansa, aby relacje pomiędzy personelem medycznym a pacjentami były nie tylko zależnościami rzemieślniczymi (technicznymi), ale w pełni humanitarnymi więzami międzyludzkimi opartymi na wartościach i zasadach, wypełnionymi wzajemną atencją i szacunkiem. A tylko w takich okolicznościach można odpowiedzialnie stawić czoła pojawiającym się w medycynie coraz to nowym dylematom moralnym.

## 6. Wnioski

1. Wskaźnik kompetencji moralnej nie zmieniał się w sposób istotny wśród całej grupy studentów na przestrzeni studiów.
2. Nie zaobserwowano różnic w zmianach wskaźnika kompetencji moralnych w zależności od modelu kształcenia aktywnego opartego o *casusy* i wykład w porównaniu z modelem pasywnym opartym tylko o wykład.
3. Zaobserwowano u osób o początkowo wysokich kompetencjach moralnych tendencję do obniżania się wskaźnika kompetencji (C – indeks). U osób o początkowo niskim wskaźniku kompetencji moralnej wzrastała akceptacja dla technik wspomaganego rozrodu.
4. Podczas biegu studiów postawa moralna akceptacji metod antykoncepcji oraz technik wspomaganego rozrodu cechowała się tendencją wzrostową, a zjawiska przerwania ciąży nie zmieniała się.
5. Wśród osób u początkowo wysokiej kompetencji moralnej nie zaobserwowano zależności pomiędzy zmianą kompetencji moralnych i akceptacją ingerencji w rozród człowieka.
6. Spośród autorytetów moralnych deklarowanych przez ankietowanych najsilniejszą pozycją cieszyli się rodzice oraz religia, najslabszą – szkoła podstawowa.
7. Hierarchia instytucji społecznych jako autorytetów moralnych nie zmieniła się w czasie studiów, choć zaobserwowano niewielki,

jednakże istotny statystycznie wzrost pozycji Uniwersytetu Medycznego.

8. Edukacja na Uniwersytecie Medycznym nie wpływała na kompetencje moralne i w niewielkim stopniu oddziaływała na akceptację ingerencji w rozród. Łączny czas jaki poświęcono na wybrane zagadnienia rozrodu człowieka podczas studiów na uczelni nie wpływał na stosunek do zagadnień medycyny reprodukcyjnej.
9. Samoocena wpływu wiary w Boga nie zmieniała się na przestrzeni studiów i nie wpływała na kompetencje moralne.

Istnieje pilna potrzeba wdrożenia narzędzi do oceny kompetencji moralnych na uczelniach medycznych wraz z opracowaniem programów nauczania uwzględniających kondycję początkową i ewolucję moralną studentów.



## 8. Piśmiennictwo:

1. Ajdukiewicz Kazimierz „*Podstawowe zagadnienia i kierunki filozofii*”, Antyk, Kęty 2003, s. 34 – 46.
2. Arendt Hannah „*Wola*”, tłum. Robert Piłat, Czytelnik, Warszawa 1996, s. 10
3. Arystoteles „*Metafizyka*”, tłum. Kazimierz Leśniak, PWN, Warszawa 1983, 987 i 1078.
4. Beauchamp Tom L., Childress James F. „*Zasady etyki medycznej*” tłum. W. Jacórzyński , Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s.131.
5. Beauchamp Tom L., Childress James F. „*Zasady etyki medycznej*” tłum. W. Jacórzyński , Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 289.
6. Benn S. „*Freedom, Autonomy and the Concept of a Person*” w: “*Proceedings of the Aristotelian Society*” 76, 1976, s.123-130 za: Tom L. Beauchamp. James F. Childress “*Zasady etyki medycznej*” tłum. W. Jacórzyński , Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 289.
7. Biesaga Tadeusz „*Gwarancje i zagrożenia klauzuli sumienia*” , Medycyna Praktyczna 2008/12.
8. Boguszewski Rafał „*Wartości i normy w życiu Polaków*” , www.cbos.pl , Komunikat z badań, Warszawa, dostępność styczeń 2009.
9. Brehier Emile. „*Historia filozofii*”, t. I, 1948, s. 98 za: Irena Krońska „*Sokrates*” , Wiedza Powszechna, Warszawa 1983, s. 92.
10. Brzeziński Jerzy „*Metodologia badań psychologicznych*”, PWN, Warszawa 2004, s. 192 – 223.
11. Brzeziński Tadeusz „*Aksjologiczne pojęcie dobra i zła i jego zastosowanie w praktyce lekarskiej*” w: „*Etyka i deontologia*” pod red. Tadeusza Kielanowskiego, państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich”, Warszawa 1985, s.16-23.
12. Brzeziński Tadeusz „*Etyka Lekarska*”, PZWL, Warszawa 2002 r.,
13. Chyrowicz Barbara „*O sytuacjach bez wyjścia w etyce*”, Znak , Kraków 2008, s. 79.
14. Durkheim Emile „*O podziale pracy społecznej*”, Warszawa 1999, Wydawnictwo Naukowe PWN, s.14.

15. Dworkin Gerald. „*The Theory and Practice of Autonomy*”, New York (Cambridge University Press) 1988, s. 15-20.
16. Fleck Ludwig „*O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego*”. Arch. Hist. Fil. Med. 1927; 6: s. 55-64.
17. Gałdowa Anna, „*Powszechność i wyjątek*” w: „*Rozwój osobowości człowieka dorosłego*”, Kraków 1995, s. 107-108.
18. Glanzer David, Nipe G. , Lind Georg (2007). „*Does Cross-Cultural Experience Foster Moral Judgment Competence in College Students?*” Poster presentation at the Meeting of the Association for Moral education (AME) in New York, November. 2007.
19. Goldberg Carey “*The New York Times*”,  
<http://portalwiedzy.onet.pl/4869,11123,1395122,1,czasopisma.html>,  
dostępność 20.05.2009.
20. Gołąb Andrzej „*Etyka*” red: Henryk Jankowski, PWN, Warszawa 1973, s.123-173; zobacz. także Z. Chlewiński, „*Wprowadzenie do teorii osobowości*” H. J. Eysencka, “*Roczniki Filozoficzne*” T. 11, 1963, z. 4, s. 81-91.
21. Gołąb Andrzej „*O rozwoju moralnym chrześcijan*”, Konferencja Chrześcijańskiego Forum Pracowników Nauki, Nauka – Etyka – Wiara 2005, materiały pokonferencyjne Ruch Nowego Życia, Warszawa 2005 .
22. Gołąb Andrzej „*Problemy psychologii moralności*” w : Henryk Jankowski (red.) „*Etyka*”, PWN, Warszawa 1973, s.148-149.
23. Górnicka Joanna „*Rozwój moralny w koncepcji Lawrence Kohlberga*”, w „*Człowiek i Świadomość*”, nr 6, s. 116.
24. Hall Calvin S., Lindzey Gardner., „*Teorie osobowości*”, Warszawa 1990, s. 92; por. Witkowski L., dz. cyt., s. 132.
25. Hall Calvin S., Lindzey G., „*Teorie osobowości*”, Warszawa 1990, s. 92; por. Witkowski L., dz. cyt., s. 134-135.
26. Hartman Jan „*Prolegomena do teorii kompetencji*” w „*Nowa Krytyka, Czasopismo Filozoficzne*” , <http://www.nowakrytyka.pl/spip.php?article167>,  
dostępność 23 czerwca 2005.
27. Hauser Marc D. “*Moral minds: how nature designed our universal sense of right and wrong*”,. Ecco, New York 2006.

28. Henderson Lawrence Joseph „*Physician and Patient as a Social System*” w: „*New England Journal of Medicine*” 212 (1935) : 819-823, za: Tom L. Beauchamp. James F. Childress „*Zasady etyki medycznej*” tłum. W. Jacórzyński , Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s.289.
29. Hock Roger R. „*40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii*”; „*Czy jesteś człowiekiem moralnym?*” Kohlberg, L. (1963). „*Powstawanie orientacji na porządek moralny u dzieci: Sekwencyjność rozwoju rozumowania moralnego*”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, wyd. 1, Gdańsk 2003 r. s. 244 – 253.
30. Hock Roger R. „*Czy jesteś człowiekiem moralnym*”, [w] : „*40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii*”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s.
31. <http://moral.wjh.harvard.edu/>, dostępność 10.04.2008.
32. Hume Dawid „*O różnych rodzajach filozofii*”, w: „*Badania dotyczące rozumu ludzkiego*”, PWN, Kraków 1977 r., s. 3-7.
33. Inlender Bogusław „*W sprawie moralnych dylematów bioetyki*”, „*Medicus*” Vol. 2 No 1, 1993r., s. 22-23.
34. Jamieson Dale „*Metoda i teoria moralna*” w: Peter Singer „*Przewodnik po etyce*”, Warszawa 2002, Książka i Wiedza, s.523.
35. Kamińska Aleksandra „*Etyka troski - psychologiczne badania nad moralnością kobiet*” , „*Nauka i życie*”, oraz Tom L. Beauchamp. James F. Childress „*Zasady etyki medycznej*” tłum. W. Jacórzyński , Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s.97.
36. Kant Immanuel „*Uzasadnienie metafizyki moralności*” tłum. M Wartenberg , PWN, Warszawa 1984, s. 127.
37. Kant Immanuel, „*Uzasadnienie metafizyki moralności*” tłum. M Wartenberg, 398 11-38, 399 49-402 .
38. Klaka Kim i Papuziński Andrzej (red) „*Etyka wobec współczesnych dylematów*” Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2006 r., Anna Latawiec „*W poszukiwaniu istoty dylematów etycznych*”, s.19.
39. Kmiec E. „*Lawrence’a Kohlberg’a model związku: myślenie – działanie moralne*”, „*Studia Psychologiczne*” T. XXX, 1986, s.31.

40. Kmita Jerzy „*Spółeczno-regulacyjna koncepcja kultury*”, Instytut Kultury, Warszawa 1994, s. 40-41.
41. Kmita Jerzy „*Spółeczno-regulacyjna koncepcja kultury*”, Instytut Kultury, Warszawa 1994, s. 75.
42. Kohlberg Lawrence. „*Essays in moral development*”, New York, 1984, za Terlecka W. „*Poczucie powinności moralnej u dzieci przedszkolnych*” Warszawa, WSiP, s. 19-20.
43. Kopaliński Władysław „*Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*”, Wiedza Powszechna, Warszawa 1970, s. 83.
44. Kornas-Biela D., „*Psychologiczne koncepcje rozwoju moralnego*”, „Roczniki Filozoficzne” T. 31, z. 4. 1983, s. 66-67.
45. Korporowicz Leszek „*Kompetencja kulturowa jako problem badawczy*” w: „*Kultura i społeczeństwo*”, nr 1 / 1983.
46. Kowal C. „*Świadomość moralna a postępowanie człowieka*” cz. I, w „*Kwartalnik Pedagogiczny*” 1965, nr 10, s. 63-95.
47. Krajewski W. (red.) „*Słownik pojęć filozoficznych*”, Scholar, Warszawa 1996 r., s.37.
48. Krońska Irena „*Sokrates*” , Wiedza Powszechna, Warszawa 1983, s. 104-105.
49. Krzysteczko H. „*Główne kierunki i działy psychologii*”, w: J. Makselon (red.), „*Psychologia dla teologów*”, Kraków 1990, s. 12-14.
50. Ksenofont, *Ustrój polityczny Sparty*, przekł. pod kierunkiem R. Kuleszy, IH UW, Warszawa 2008, s. 5-12, także: Plutarch z Cheronei „*Żywoty sławnych mężów*”, BN Kraków 1976.
51. Kurcz I. „*Język*” , w: „*Psychologia ogólna*”, t. III „*Pamięć, uczenie się, język*”, red. T. Tomaszewski, Warszawa 1992, PWN, s.128-129.
52. Latif David A. „*The Relationship Between Ethical Dilemma Discussion and Moral Development*” w *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 64, Summer 2000, s. 126 – 133.
53. Laurence Thomas „*Moralność i rozwój psychologiczny*” w: „*Przewodnik po etyce*” red. Peter Singer, Książka i Wiedza., Warszawa 2002, s. 512.

54. Lem Stanisław, „*Krótkie zwarcia*”, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004, str. 149-152.
55. Lind Georg <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/>, dostępność listopad 2009
56. Lind Georg <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dildisk-d.htm>, dostępność listopad 2009.
57. Lorenz K. „*Regres człowieczeństwa*”, Warszawa 1986, PWN, s.86-87.
58. Mill John Stuart „*O wolności*” tłum. A. Kurlandzka, PWN, Warszawa 1959, rozdz. I , s. 87.
59. Mill John Stuart „*O wolność*”, tłum. A Kurlandzka, PWN, Warszawa 1959, rodz. II s.134.
60. Minta Małgorzata „*Mózg wybiera z zimną krwią*”, <http://www.dziennik.pl/nauka/25273.html>, dostępność 22.03.2007r.
61. Mochocki M. „*Teatralne gry fabularne (LARP-y) w nauczaniu szkolnym*”, „Homo Ludens” nr 1 (2009), Polskie Towarzystwo Badania Gier, s. 177 – 190.
62. Morton Adam „*Przewodnik po teorii poznania*” tłum. Tadeusz Baszniak, Spacja, Warszawa 2002r., s. 224.
63. Mothersill Mary „*The Moral Dilemmas Debate*” w: Mason H. E. “*Moral Dilemmas and Theory*”, New York1996, Oxford University Press, s.66 - 85
64. Nagel Thomas „*Pytania ostateczne*”, tłum. A Romaniuk, Fundacja Alethia, Warszawa 1997r., s.161.
65. Nietzsche Friedrich „*Tako rzecze Zaratustra*” tłum. W. Berent, Warszawa 1908, s.158.
66. Nowak Z. „*Psychologiczne i pedagogiczne aspekty badań nad kompetencją moralną dzieci*”, w „*Kompetencja moralna jako kategoria teoretyczna i badawcza w pedagogice wczesnoszkolnej*”, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006 r., s. 57-86.
67. Nowak Zbigniew „*Człowiek – istota kulturowa*”, w: „*Kompetencja moralna jako kategoria teoretyczna i badawcza w pedagogice wczesnoszkolnej*”, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2006 r., s.17-19.
68. Oleszkowicz A., „*Psychologiczna charakterystyka kryzysu wieku dorastania i jego konsekwencje dla rozwoju jednostki*”, w: M. Tyszkowa (red.), „*Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*”, Warszawa 1988, s. 208-209.

69. Olszowa Anna artykuł „*Dziecko wobec dylematów moralnych*” w „*Edukacja Przyrodnicza w Szkole Podstawowej*” 2004 z. 3/4 s. 9-24.
70. Oser F. K. “*Kohlberg’s dormant ghosts: the case of education.*” *Journal of Moral Education* (1996), vol. 25, 3, oraz: Piaget J. “*Rozwój ocen moralnych*”. Warszawa 1967, PWN,
71. Ossowska Maria „*Podstawy nauki o moralności*”, PWN, Warszawa 1966r, s. 9.
72. Ossowska Maria „*Socjologia moralności. Zarys zagadnień*”, Warszawa 2005, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 65-67
73. Ossowska Maria, „*Etyka*”, „*Świat i Życie*” 1934, w: „*O człowieku, moralności i nauce*”, dz. cyt., s. 254. za: Rafał Masarczyk „*Granice relatywizmu w filozofii moralności*”, Wydawnictwo Salwator 2008, s.110.
74. Ostrowska K. (red.), „*Studia z Psychologii*”, T. 4, Warszawa 1992, s. 161-162.
75. Ostrowska K., „*Psychologiczne koncepcje wyjaśniania zachowań przestępczych*”, w: K. Ostrowska, D. Wójcik (red.), „*Teorie kryminologiczne*”, Warszawa 1986 r., s. 159-160.
76. Perry William, “*Forms of intellectual and ethical development in the college years*”. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1968, za: Andrzej Gołąb „*O rozwoju moralnym chrześcijan*”, Konferencja Chrześcijańskiego Forum Pracowników Nauki, Nauka – Etyka – Wiara 2005, materiały pokonferencyjne Ruch Nowego Życia, Warszawa 2005 .
77. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Ewangelia Świętego Mateusza 5,39.
78. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Księga Rodzaju 16,2-3.
79. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Księga Wyjścia 21, 24-25.
80. Platon, „*Charmides*”, tłum. W Witwicki 156 E – 157 C ( Krońska s.99).
81. Platon, w tłum. Władysław Witwicki „*Charmides*” 156 E – 157 C.
82. Platon, w tłum. Władysław Witwicki „*Obrona Sokratesa*” 29 B - 32 A, s. 153.
83. Platon, w tłum. Władysław Witwicki, „*Menon*” 79 E – 80 D.
84. Podsiad A. „*Słownik terminów i pojęć filozoficznych*”, Warszawa 2001, IW „PAX”, s. 966.

85. Promeńska Halina „*O niektórych dylematach naruszania zasad etyki w sytuacjach skrajnych egzystencjalnie*” w: „*Etyka wobec sytuacji granicznych*” red.: Dorota Prabucka, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007 r., s. 21-36.
86. Rest James (1979), „*Development in Judging Moral Issues*”. Minneapolis: University of Minnesota Press.
87. Rotkiewicz Marcin „*Gramatyka moralności*”, „*Polityka*” 2.10.2007.  
<http://www.polityka.pl/zobacz-takze/Lead01,936,230830,18/> dostępność 23.06.2009, por. Arendt Hannah „*Wola*”, tłum. Robert Piłat, Czytelnik, Warszawa 1996, s. 141 - 143.
88. Rotkiewicz Marcin artykuł: „*Gramatyka moralności*” w: „*Polityka*”,  
<http://www.polityka.pl/zobacz-takze/Lead01,936,230830,18/>, dostępność z dnia 23.06.2009.
89. Rzymska Izabela, Musielak Michał „*Ocena postaw moralnych wobec ludzkiego rozrodu wśród studentów kierunku położnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu*”, „*Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*”, 2006;6(3), s.149-155.
90. Sak Jarosław, Marczewski Krzysztof, Patryń Rafał. „*Problemy nauczania etyki na studiach medycznych*” rozdz. w Suchożewska J, Olejniczak M (red) „*Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*”, Akademia Medyczna w Gdańsku 2007, s. 123-127.
91. Szawarski Zbigniew „*Czego oczekiwać od etyki medycznej*” w: „*Mądrość i sztuka leczenia*”, Gdańsk 2005, Słowo/obraz terytoria, s. 17.
92. Szawarski Zbigniew „*Niepewność moralna i problem nauczania etyki*”, w: „*Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*” red. Janina Suchożewska, Marek Olejniczak, Gdańsk 2007 r., s. 24-32.
93. Szumowski Władysław „*Filozofia medycyny*”, Antyk, Kęty 2007, s. 94 – 95.
94. Szumowski Władysław „*Logika dla medyków*”, Kraków 1939, s.9.
95. Śniadkowski M. „*Kompetencje animacyjne nauczyciela szansą w oddziaływaniu wychowawczym*”, [w] : M. Gwoździcka-Piotrowska, A. Zduniak (red.), „*Edukacja w społeczeństwie ryzyka. Bezpieczeństwo jako wartość*”, Poznań 2007 r. s. 159 -163.

96. Tatariewicz Władysław „*Dzieje sześciu pojęć*”, Warszawa 1988 r., s. 394.
97. Tatariewicz W. „*Historia filozofii*” tom I, Warszawa 1981, PWN, s.201, por. Sopoćko Michał „*Miłosierdzie Boga w dziełach jego*”, tom IV, Nasza Rodzina, Paryż 1967, s.150.
98. Tatariewicz Władysław: „*O szczęściu*”, Warszawa 2008, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 10-14.
99. Teichmanem J., Evans K.C., w. tłum. T. Baszniak „*Filozofia*”, PWN, Warszawa 1995r. , s.63-64.
100. The Subject Centre for Philosophical and Religious Studies “*Assessment within Applied/Professional Ethics*”  
<http://prs.heacademy.ac.uk/projects/ethics/documents/assessment.pdf> ,  
dostępność maj 2008.
101. Tokarczyk Roman „*Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojursprudencji*”, Kantor Wydawniczy Zakamycze 2006 r., s.108 – 109.
102. Vetulani Jerzy „*Dekalog od pasa w górę*” [w]: „*Gazeta Wyborcza*” ,  
<http://wyborcza.pl/0,0.html> dostępność 8.10.2007.
103. Vetulani Jerzy „*Jak odróżnić dobro od zła. Neurobiologia moralności*”,  
<http://portalwiedzy.onet.pl/7093,,3,,,,,488164,tematyczne.html> (dostępność kwiecień 2009), artykuł prezentowany w Krakowie w ramach „Tygodnia mózgu” , 15-21 marzec 2009.
104. Vetulani Jerzy „*Mózg i świadomość*” w „*Komisja Filozofii Nauk Przyrodniczych*”, tom II, PAU Kraków 2008, s. 46-47.
105. Walesa Cz., „*Rozwój moralności człowieka*”, w: „*Roczniki Filozoficzne*” T. 18, z. 4, 1980, s. 132-134; por. Birch A., Malim T., „*Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*”, Warszawa 1995, s. 89-90.
106. Willard Ann, “*Cultural Scripts for Mothering*”, [w]: Gilligan C. “*Mapping the Moral Domain*” Harvard University Press, 1988, s. 226 -237.
107. Zeller E. – Mondolfo R., „*Filozofia Greków*” cz. I, t. 1, Florencja 1977r., s. 236, za: Giovanni Reale „*Historia filozofii starożytnej*”, t. 1, tłum. Marcin Podbielski, Lublin 1994, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s.220.



108. Zgółka T. „*Spółeczny status kompetencji lingwistycznej*” [w] „Zagadnienia socjo- i psycholingwistyki”, red. A . Schaff, Wrocław 1980, Ossolineum, s. 116.
109. Ziółkowski M. „*Kompetencja kulturowa*”, w: „Słownik etnologiczny. Terminy ogólne.” Red. Z. Staszczak, Warszawa – Poznań 1987, PWN, s.172-174.

## 8. Streszczenie

Dylemat oznacza podwójne założenie; w logice to podwójne wnioskowanie, w którym jedna z przesłanek zawiera alternatywę. Bardzo często o dylematach etycznych wspomina się w odniesieniu do tzw. momentów granicznych życia, czyli do narodzin (w tym ingerencji w rozród) i śmierci. Najmniejsza ingerencja w początek i koniec egzystencji człowieka, ale również w jego jakość (zdrowie), niesie ze sobą ogromny bagaż odpowiedzialności moralnej za własne decyzje. Dotyczy to wszelkich zawodów medycznych, właśnie z racji pełnionych profesji. Jeśli naukę o wartościach można przekazywać jak każdą inną wiedzę, nie rozwiązuje to jeszcze problemu, czy można nauczyć kogokolwiek rozwiązywania dylematów moralnych - do tego potrzebne są odpowiednie umiejętności. Te „predyspozycje” w literaturze zostały nazwane „kompetencjami moralnymi”, osiągnięciem odpowiedniego stadium rozwoju moralnego. Jedne akcentują teorię społecznego uczenia się i psychoanalizę, inne neopsychanalizę (E. Erikson), jeszcze inne stawiają na proces poznawczo-rozwojowy (strukturalny), tak jak jest to w ujęciu J. Piageta i L. Kohlberga.

Celem pracy jest ocena kompetencji moralnych studentów kierunku położnictwo, ich własnego stosunku do zagadnień ingerencji w rozród oraz ocena wpływu środowiska na kształtowanie moralności ze szczególnym uwzględnieniem wpływu edukacji na uniwersytecie.

Badaniami objęto prospektywnie 72 studentów kierunku położnictwo w trybie stacjonarnym na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, którzy rozpoczęli I rok studiów w roku akademickim 2005/2006 i obserwowano tych studentów przez 24 miesiące. Pomiar P1 dokonywano bezpośrednio przed rozpoczęciem cyklu zajęć z filozofii dzieląc w sposób randomizowany (losowo) studentów na 2 grupy: *aktywnego kształcenia (AKT)* i *pasywnego kształcenia (PAS)*. Pomiaru P2 dokonywano po zakończeniu zajęć, a P3 i P4 odpowiednio na II i III roku studiów. Do oceny kompetencji w podejmowaniu sądów moralnych wykorzystano Kwestionariusz Rozwiązywania

Dylematów Społecznych (Moral Judgement Test, MJT) stworzony przez prof. Georga Lindę na Uniwersytecie w Konstancji (Niemcy) wraz z matematyczną metodą oceny wskaźnika C (C-index) kompetencji moralnych. Do badania dołączono własną ankietę obejmującą stosunek do rozrodu człowieka regulacji rozrodem, stosunek do instytucji społecznych (moralnych), zagadnienia dotyczące edukacji na uczelni. W analizie statystycznej wykorzystano test Friedmana, Wilcoxon, Manna-Whitney'a, Spaermana i przyjęto poziom  $p < 0,05$  jako statystycznie istotny.

Wskaźnik kompetencji moralnej nie zmieniał się w sposób istotny wśród całej grupy studentów na przestrzeni studiów, choć zaobserwowano u osób o początkowo wysokich kompetencjach moralnych tendencję do obniżania się wskaźnika. Nie zaobserwowano różnic w zmianach wskaźnika kompetencji moralnych w zależności od modelu kształcenia aktywnego opartego o casusy i wykład w porównaniu z modelem pasywnym opartym tylko o wykład. Spośród autorytetów moralnych deklarowanych przez ankietowanych najsilniejszą pozycją cieszyli się rodzice oraz religia, najslabszą szkoła podstawowa. Jednocześnie zaobserwowano istotny wzrost znaczenia autorytetu Uniwersytetu Medycznego na przestrzeni studiów. Podczas biegu studiów postawa moralna akceptacji metod antykoncepcji oraz technik wspomaganego rozrodu cechowała się tendencją wzrostową, a zjawiska przerwania ciąży nie zmieniała się. Łączny czas jaki poświęcono na wybrane zagadnienia rozrodu człowieka podczas studiów na Uniwersytecie Medycznym nie wpływał na akceptację ingerencji w ludzki rozród oraz kompetencję moralną. Istnieje pilna potrzeba wdrożenia oceny kompetencji moralnych na uczelniach medycznych wraz z opracowaniem programów nauczania uwzględniających rozwój moralny studentów.

**Słowa kluczowe:** moralność, edukacja, medycyna rozrodu, kompetencje moralne

## **Abstract**

Dilemma is defined as dual assumption, In logic it is the dual conclusion, whereby one of options comprises an alternative. Often moral dilemmas refer to borderline moments of human life, such as birth (and reproduction interference) and death. Even the smallest interference into human beginning and end as well as its quality (health) demands huge moral responsibility for individual decisions. Especially when concerning health care professionals. As the knowledge about moral values is to be taught, it does not mean automatically that one could solve moral dilemmas. Special predispositions are needed here. In literature they are called moral competence, one should reach certain moral development stage. Some theories emphasizes social learning and psychoanalysis, other neuropsychanalysis (E. Erikson) or cognitive/development process like depiction of J. Piaget and L. Kohlberg.

The aim of this study was the evaluation of moral competence of midwifery students as well as their relationship to reproduction interference, influence of social environment on moral development with special attention to university education.

Seventy-two midwifery students were prospectively enrolled in the study. They started their education in year 2005/2006 and were observed 24 months. The P1 measurement was performed before the course in philosophy dividing student randomly into groups of active education (AKT) and passive education (PAS). Measurement P2 was performed just after the course in philosophy and P3, P4 on 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> year of university education respectively. The moral competence was measured by Moral Judgment Test (Georg Lind, University of Konstanz, Germany) with mathematical calculation of competence index (C-index). Additionally own questionnaire concerning relationship to reproduction interference, social (moral) institutions and educational aspects was created.

Friedman's test, Mann-Whitney test, Wilcoxon test and Spaerman's test were used for analysis, p value less than 0.05 was considered significant.

The competence index (C-index) did not change significantly in all students during the studies, but in those with initially high moral competence tendency to decrease the C-index was observed. No differences in moral competence changes was observed dependent on educational model; lectures (PAS) versus lectures and cases workshop (AKT). The highest position among moral institutions students declared parents and religion, the last position was elementary school. Simultaneously the increase in moral authority of Medical University during the studies was observed. During the course of studies the increase of moral acceptance of contraception methods and reproduction interference was noticed, no such tendency was observed when concerning abortion. The whole time spent by students on several subjects concerning human reproduction did not correlate with moral acceptance of reproduction interference and moral competence. In author's opinion there is a great need to introduce urgently moral competence evaluation on medical universities and parallel educational program focusing on moral development of students.

**Key words:** morality, education, reproduction medicine, moral competence,









## 9.2. Ankieta własna

Wiek: ..... lat

Proszę ocenić w skali od 0-10 (0-ateista, 10-osoba głęboko wierząca) jak ocenia Pani swoją wiarę w Boga? W skali od 0-10 oceniam wiarę na: .....

Ile lat łącznie uczęszczała Pani na przedmioty typu religia, etyka (np. w szkole, przy kościołach itd.):  
Uczęszczałam łącznie: ..... lat

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania według skali od -2 do 2 oznaczającej:

<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
zdecydowanie niedopuszczalne	raczej niedopuszczalne	nie wiem	raczej dopuszczalne	zdecydowanie dopuszczalne

czy uważa Pani prywatnie za moralnie dopuszczalne (lub niedopuszczalne) poniższe zagadnienia:

### ***Metody antykoncepcji***

Metody naturalne	-2	-1	0	1	2
Tabletka antykoncepcyjna	-2	-1	0	1	2
Wkładka wewnątrzmaciczna	-2	-1	0	1	2
Prezerwatywa	-2	-1	0	1	2
Tabletka „po stosunku”	-2	-1	0	1	2

### ***Aborcja***

W każdym przypadku na życzenie	-2	-1	0	1	2
Tylko w trudnej sytuacji społecznej	-2	-1	0	1	2
Tylko przypadku gwałtu	-2	-1	0	1	2
Tylko z przyczyn medycznych (wady płodu)	-2	-1	0	1	2

### ***Metody wspomaganego rozrodu***

Zapłodnienie pozaustrojowe	-2	-1	0	1	2
Wykorzystanie nasienia z banku (dawcy)	-2	-1	0	1	2
Urodzenie dziecka przez zastępczą matkę	-2	-1	0	1	2

### ***Klonowanie człowieka***

Jako forma rozrodu	-2	-1	0	1	2
Jako źródło komórek do „naprawy”	-2	-1	0	1	2

### ***Prawo powinno zezwalać na:***

Antykoncepcja inna niż naturalna	-2	-1	0	1	2
Każdą aborcję	-2	-1	0	1	2
Wspomaganie rozrodu (np. In vitro)	-2	-1	0	1	2
Klonowanie człowieka	-2	-1	0	1	2

### ***W swoim życiu kieruję się***

W pełni zasadami Kościoła	-2	-1	0	1	2
W pełni zasadami rodziców	-2	-1	0	1	2
Wiedzą w zakresie bioetyki	-2	-1	0	1	2
Własnym systemem wartości	-2	-1	0	1	2

***Kto według Pani ma lub miał największy wpływ na Pani moralność?***

Religia	-2	-1	0	1	2
Instytucja Kościoła	-2	-1	0	1	2
Szkoła podstawowa	-2	-1	0	1	2
Szkoła średnia	-2	-1	0	1	2
Akademia Medyczna	-2	-1	0	1	2
Rodzice	-2	-1	0	1	2
Pozostała część rodziny	-2	-1	0	1	2

**Kierunek: .....**

**rok studiów: .....**

**Zaznacz które z zajęć już odbyłaś (wypełnij dokładnie wszystko):**

Filozofia z etyką (I rok)	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Socjologia (I rok)	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Psychologia (I rok)	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Historia zawodu położnej (etyka zawodu położnej, II rok)	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Planowanie rodziny i seksuologia (III rok)	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy

**Które z zajęć związanych z ginekologią i położnictwem już odbyłaś (zakończyły się)?**

I rok		
Propedeutyka położnictwa	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Genetyka i embriopatie	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Podstawy Opieki Położniczej	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Diagnostyka w położnictwie i ginek.	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
II rok		
Położnictwo	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Pielęgniarstwo położnicze	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
III rok		
Poród w doświadczeniu kobiety	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Ginekologia	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy
Pielęgniarstwo ginekologiczne	TAK/NIE	ile miesięcy temu? . . . . . m-cy

Które z tematów omawiane były na zajęciach i podaj przybliżony czas, jaki poświęcono na nie (jeśli omawiano je na wielu przedmiotach – podaj łączny przybliżony czas)

- antykoncepcja – poświęcono łącznie około . . . . . godzin
- poronienia – poświęcono łącznie około . . . . . godzin
- aborcje – poświęcono łącznie około . . . . . godzin
- niepłodność – poświęcono łącznie około . . . . . godzin
- techniki wspomaganego rozrodu – poświęcono łącznie około . . . . . godzin
- klonowanie – poświęcono łącznie około . . . . . godzin