

**Emilia Kaczmarek**

University of Warsaw  
Faculty of Philosophy  
Center for Bioethics and Biolaw  
e-mail: [emilia.kaczmarek@uw.edu.pl](mailto:emilia.kaczmarek@uw.edu.pl)

**Marta Makowska**

Warsaw University of Life Sciences  
Faculty of Sociology and Education  
Department of Sociology  
e-mail: [marta\\_makowska@sggw.edu.pl](mailto:marta_makowska@sggw.edu.pl)

## **Wymaganie obecności na zajęciach w czasie choroby jako przykład ukrytego programu studiowania medycyny**

---

### **Requiring class attendance during illness as an example of the hidden curriculum in medical studies**

Considering medical students' experiences gives insights into aspects of their education and socialization to the medical profession that are not visible from official curricula. This article presents the results of a multi-thread focus group study involving medical students studying at three Polish medical universities. The aims of the article are: 1) to describe the surveyed students' experiences regarding difficulties associated with missing classes and justifying their absence, and; 2) to confront these experiences with their universities' policies and professional ethics demands that require the development of pro-health attitudes. The practices described by the respondents are considered to constitute an example of a "hidden curriculum", i.e. the shaping of students' attitudes not through officially taught content, but, rather, through widespread customs in a given institution. The conclusion is that the medical students' experiences are inconsistent with Polish law and the regulations of their universities. The described practices also seem to be inconsistent with Article 71 of the Polish Code of Medical Ethics, which prohibits doctors from promoting anti-health attitudes.

---

**Keywords:** socialization to the medical profession, hidden curriculum, absences, medical ethics, anti-health behaviors

**JEL Classification:** I, I23

---

## 1. Wprowadzenie

Poznanie doświadczeń studentów medycyny pozwala na wgląd w te aspekty edukacji i socjalizacji do zawodu lekarza, które nie są widoczne w oficjalnych programach nauczania. Artykuł przedstawia wyniki wielowątkowego badania fokusowego<sup>1</sup>, w którym wzięli udział studenci i studentki medycyny kształcący się na trzech polskich uczelniach medycznych. Celem artykułu jest (1) opisanie doświadczeń badanych studentów odnośnie do trudności z odrabianiem i usprawiedliwianiem nieobecności na zajęciach oraz (2) skonfrontowanie tych doświadczeń z regulaminami studiów oraz wymogami etyki zawodowej dotyczącymi kształtowania postaw prozdrowotnych.

To, w jaki sposób studenci medycyny są socjalizowani do pełnienia roli lekarza, od lat interesuje socjologów, pedagogów czy bioetyków. W połowie ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych opublikowano dwie niezwykle istotne pozycje na ten temat (Merton et al., 1957; Becker et al., 1961), obrazujące, w jaki sposób młodzi ludzie są przygotowywani do zawodu lekarza. Problematyką tą zajmowano się również w Polsce (Sokołowska, 1986; Tobiasz-Adamczyk, 2002; Byczkowska, 2006; Wójcik, 2018). Na procesy socjalizacji, według Sokołowskiej (1986, s. 234), składają się „motywy podjęcia studiów medycznych, system rekrutacji oraz skutki kształcenia medycznego dla studenta”, (w tym także to) „jak zmienia się student w czasie studiów, w jaki sposób zdobyte doświadczenie w uczelni wpływa na jego osobowość i na jego późniejszą pracę jako lekarza”. Sokołowska wskazała także, że główną cechą wyróżniającą studentów medycyny jest wyjątkowo długi oraz intensywny proces kształcenia, w którym uczelnia pełni ważną rolę, bowiem to na niej zachodzi proces początkowej socjalizacji do roli lekarza.

Studiowanie medycyny wiąże się z długotrwałą, trudną nauką, ale sama „wiedza” nie czyni nikogo lekarzem – by nim zostać, trzeba się nauczyć „odgrywać rolę lekarza w sztuce zwanej medycyną” (Becker et al., 1961, s. 4). Student musi się zmienić w kogoś, kto nie tylko posiadał wiedzę, która jest trudna i niedostępna dla większości ludzi, ale musi też stać się wiarygodny i godny zaufania (Wójcik, 2018, s. 19). Z drugiej strony w literaturze przedmiotu portretuje się studenta medycyny także jako osobę, która rozpoczynała studia pełna ideałów, jako altruistę, zmieniającego się potem w cynicznego doktora (Griffith & Wilson,

---

<sup>1</sup> Badanie otrzymało wsparcie finansowe w formie grantu z Narodowego Centrum Nauki nr 2018/02/X/HS6/02645.

2001, s. 62; Morley et al., 2013). Ta utrata idealizmu może zmniejszyć zainteresowanie pracą w trudnych warunkach, a także osłabić poczucie odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa jako całości. Lempp i Seale (2004, s. 770) uważają, że za tę utratę idealizmu, a także akceptację hierarchii oraz inne aspekty stawania się lekarzem odpowiada „ukryty program studiowania” (ang. *hidden curriculum*<sup>2</sup>).

Za najbardziej wpływową publikację na temat ukrytego programu studiowania, odnoszącą się do socjalizacji lekarzy, uważa się artykuł autorstwa Hafferty’ego i Franksa z 1994 roku. Autorzy tłumaczą w nim, że nie wszystko to, czego doświadczają studenci medycyny, jest zawarte w oficjalnym programie (ang. *formal curriculum*) – znaczna część istotnych wartości, postaw, przekonań oraz połączone z nimi zachowania przekazywane są im właśnie podczas „kursu ukrytego”. Obecnie wyróżnia się cztery<sup>3</sup> składniki programu studiowania medycyny (Hafferty et al., 2015, s. 132–133; Szewczyk, 2018, s. 68). Są to:

1. formalny program studiowania rozumiany jako wszystko to, co zostało dla studentów zaplanowane i zapisane w oficjalnych sylabusach, treściach i celach kształcenia;
2. nieformalny program studiowania (nazywany też kursem pozaformalnym), na który składają się „niezapisane i zazwyczaj odbywające się *ad hoc* nauczanie i uczenie się [...] zawierające treści, które mogą być zgodne lub niezgodne z formalnym programem” (Hafferty et al., 2015, s. 132);
3. ukryty program studiowania, na który składają się wartości i normy powiązane z uniwersytecką kulturą i strukturą organizacyjną – mogące wspierać lub stać w sprzeczności z formalnym programem;
4. programy zerowe rozumiane jako nauczanie przez pominięcie, albowiem nieporuszanie jakiegokolwiek problematyki może skutkować uznaniem jej przez studentów za mało istotną.

Poznawanie doświadczeń i opinii studentów medycyny na temat procesu studiowania może być jedną z metod zdobywania wiedzy o programie ukrytym. Badania jakościowe są uznaną metodą badań nad ukrytym programem studiowania.

Poruszana w artykule kwestia obecności na zajęciach w ramach studiów medycznych jest istotnym elementem, a także poniekąd warunkiem socjalizacji, trudno bowiem wyobrazić sobie proces stawania się lekarzem bez uczestniczenia w zajęciach praktycznych i teoretycznych, zdobywania nowej wiedzy i umiejętności czy obserwowania praktykujących medyków. Bez obecności na zajęciach klinicznych studenci nie mieliby także okazji do zdobywania doświadczenia w kontakcie z pacjentami czy do oswojenia się z warunkami panującymi w placówkach medycznych.

---

<sup>2</sup> Termin *hidden curriculum* bywa tłumaczony na polski jako „kurs ukryty” oraz „ukryty program studiowania”, w artykule zamiennie stosujemy oba tłumaczenia.

<sup>3</sup> Nieformalny program nauczania bywa traktowany jako pojęcie najszersze, którego składnikami są także program ukryty i program zerowy.

## 2. Metoda

W ramach badania przeprowadzono 9 zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI – ang. *focus group interviews*) ze studentami i studentkami medycyny kształcącymi się na trzech uczelniach medycznych (Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum). W badaniu wzięło udział 92 studentów i studentek medycyny – 52 kobiety i 40 mężczyzn. Każda z grup składała się średnio z dziesięciu uczestników (zakres 7–13). W badaniu wzięło udział 7 studentów medycyny z drugiego roku, 41 z trzeciego, 20 z czwartego, 11 z piątego, 13 z szóstego – w każdej grupie fokusowej skład poszczególnych roczników był mieszanym. Warunkiem przystąpienia do badania było studiowanie medycyny na drugim roku lub wyżej.

Wszyscy uczestnicy i uczestniczki zostali zaproszeni na badanie przez wyspecjalizowaną firmę rekrutacyjną, aby zachować anonimowość wobec badacza. Zogniskowane wywiady grupowe odbywały się w profesjonalnych studiach fokusowych. Każda sesja trwała około dwóch godzin i została przeprowadzona w oparciu o skrypt z otwartymi pytaniami. Badanie prowadził kierownik projektu [MM]. Wszystkie sesje zostały nagrane w formie audio i wideo oraz transkrybowane przez profesjonalistów nieuczestniczących w badaniach. Nie podjęto próby powiązania mowy z określonym uczestnikiem w celu zachowania poufności. Każdy z uczestników otrzymał wynagrodzenie (150 PLN) za udział w badaniu.

W części badania, której dotyczy artykuł, pytania zadawane uczestnikom miały charakter ogólny: każda z grup została zapytana o przemyślenia na temat różnic między studiowaniem medycyny a studiowaniem innych kierunków oraz o wady i zalety studiowania medycyny.

Jako perspektywę teoretyczną badania przyjęto symboliczny interakcjonizm (szerzej: np. Reynolds & Herman-Kinney, 2003, s. 523–524), w ramach którego zakłada się, że studenci medycyny wkraczają w już ukształtowaną kulturę, a stawanie się przez nich lekarzami odbywa się pod wpływem osób, z którymi wchodzi w interakcje, w tym zwłaszcza tzw. „znaczących innych” – np. wykładowców. Jako technikę badań zastosowano FGI, a wyniki zaprezentowano zgodnie z najczęstszą formą prezentowania badań z grup fokusowych, którą są „dosłowne cytaty uczestników, by podkreślić opisywane tematy” (Hennink, 2014, s. 148). Przeprowadzono analizę tematyczną (szerzej: Braun & Clarke, 2006, s. 86–94), której przedmiotem były transkrypcje z dyskusji w ramach zogniskowanych wywiadów grupowych. Transkrypcje były analizowane niezależnie przez dwie osoby, które dokonały selekcji powtarzających się wątków. Jednym z tych wątków był problem nieobecności. Dalszy podział analizowanego materiału na poszczególne kategorie (widoczne jako podtytuły w części omawiającej wyniki) został dokonany wspólnie. W artykule skupiono się wyłącznie na tych odpowiedziach, które dotyczyły problemu nieobecności. W badaniu nie zostały postawione żadne hipotezy/tezy, zgodnie z indukcyjnym typem myślenia, charakterystycznym dla badań jakości-

wych (Lichtman, 2009, s. 14). Co w tym kontekście istotne, kwestia usprawiedliwienia nieobecności jako wada studiowania medycyny nie była wcześniej założona ani sugerowana uczestnikom badania (np. przez zadanie pytania)<sup>4</sup>.

### 3. Wyniki

W każdej z dziewięciu grup studenci pytani o specyfikę oraz wady studiowania medycyny zwrócili uwagę na dużą trudność w odrabianiu nieobecności lub wręcz na brak możliwości bycia nieobecny na zajęciach nawet w przypadku choroby. W sześciu z dziewięciu grup studenci zauważyli, że wymóg ten prowadzi do narażenia zdrowia innych studentów, a w dwóch, że może narażać także pacjentów (w czasie zajęć klinicznych<sup>5</sup>). Uczestnicy badania twierdzili także, że nawet zwolnienie lekarskie bywa nieuznawane jako usprawiedliwienie nieobecności.

#### 3.1. Wymóg stuprocentowej frekwencji na zajęciach jako problem dla studentów

Badani studenci zwrócili uwagę na fakt, że często wymagana jest od nich stuprocentowa frekwencja na zajęciach, a jeśli nawet istnieje możliwość odrobienia nieobecności z danego przedmiotu, to często wymusza ona nieobecność na innych. Taki stan rzeczy określali mianem „pętli” lub „zamkniętego koła”:

M (IV)<sup>6</sup>: [...] Też inna też jest kwestia, nie wiem, jak to wygląda na innych uniwersytetach, ale w Warszawie jest ten problem, no, nieobecności typu, jest blok trzytygodniowy i możemy mieć jedną nieobecność maks albo nie możemy mieć w ogóle. Później trzeba ją odrobić, **odrabianie wygląda tak, że trzeba po prostu przyjść w inny dzień, czyli znów trzeba się zerwać z innego bloku, żeby odrobić to i się wpada w taką pętlę**<sup>7</sup>, że ciężko jest czasami to zrobić. Nie na wszystkich przedmiotach tak jest, ale na niektórych tak jest. (Warszawa, Gr. 3).

K (V): [...] U nas natomiast **musi być stuprocentowa frekwencja zawsze. Na ćwiczeniach, jeżeli ktoś jest chory, to musi to odrobić z inną grupą**, nie ma czegoś takiego, że mam 3 nieobecności albo jakieś usprawiedliwienie. Musi być 100 procent frekwencji. [...] (Gdańsk, Gr. 3).

<sup>4</sup> Był to tak zwany sekundarny temat dyskursu (szerszej: Krzyżanowski, 2011, s. 271) – czyli poruszany przez samych uczestników dyskusji. W każdej grupie studenci sami zwracali uwagę na problem nieobecności. W niektórych grupach moderator dopytywał o tę kwestię, ale wyłącznie po jej zasygnalizowaniu przez uczestników badania.

<sup>5</sup> Zajęcia kliniczne, rozpoczynające się na III roku kierunku lekarskiego, polegają na praktycznych zajęciach na oddziałach szpitalnych (w poszczególnych klinikach – np. choroby wewnętrzne) w kilkusobowych grupach.

<sup>6</sup> M – mężczyzna, K – kobieta, rzymski numer – rok studiów. Wszystkie wypowiedzi przedstawiono w oryginalnej formie, w tym także z błędami typowymi dla języka mówionego.

<sup>7</sup> Wszystkie pogrubienia w wypowiedziach uczestników zostały dodane dla wyróżnienia wybranych fragmentów.

### 3.2. Kłopoty z korzystaniem ze zwolnień lekarskich

Studenci zwracali uwagę na fakt, że z braku stu procentowej frekwencji nie zawsze mogą się „wytłumaczyć” nawet zwolnieniem chorobowym, bowiem bywa ono niespektowane.

Badacz: Ale zwolnienie lekarskie działa?

K1 (IV): Nie działa.

K2 (IV): No też nie na wszystkich, np. tam było zaznaczone w sylabusie, że można mieć. A na innych to trzeba odrabiać z inną grupą, o ile się w ogóle zgoda na odrabiać. Więc no, nikt tego nie rozumie za bardzo.

K3 (III): Tak, poza tym są takie przedmioty, na których się zbiera punkty i trzeba być obecnym na nich, bo np. piszemy wejściówki, i które potem, te punkty się sumują. Te punkty wchodzi do kolokwium, to potem mówi o tym, czy można podchodzić do egzaminu, czy nie. Więc ja miałam też taką sytuację, że **miałam 39 stopni i tak dalej, po prostu trzeba było wziąć leki i pójść na to kolokwium albo na takie zajęcia**. Np. do prosektorium (grupa się śmieje). (Warszawa, Gr. 1).

Spośród dziewięciu grup tylko w jednej pojawiła się sugestia na temat możliwych przyczyn opisywanego stanu rzeczy. Wskazano na fakt, że wielu studentów medycyny ma w rodzinie lekarzy uprawnionych do wypisywania zwolnień.

M (II): Na niektórych przedmiotach nie działają zwolnienia lekarskie.

K (III): Tak, to prawda (kiwa głową).

M (II): Też jest powiedziane, znaczy nam to tłumaczyli z takiej zasady, jeśli się o to pytali, że dużo było kombinowania z tego powodu, że na przykład **rodzice są lekarzami**, no a oni nie mogą tego podważyć, że taki lekarz wypisze zwolnienie. **No i oni sobie wypisali zwolnienia i nie przychodzili**. [...] (Kraków, Gr. 1).

### 3.3. Stuprocentowa frekwencja jako, zdaniem studentów, strata czasu, niepotrzebny przymus

Studenci podkreślali również, że stuprocentowa frekwencja jest wymagana nawet na zajęciach, które są ich zdaniem nieprzydatne, nieciekawe, źle prowadzone.

K1 (V): [...] a później się okazuje, że w ogóle bez sensu są, nic tam się nie dowiedziałam i w ogóle, to jest jakby na zasadzie **przyjść, wysiedzieć i tyle**.

K2 (V). U nas jest tak zwane określenie dupo-godziny i to trzeba przepraszam może brzydkie wyrażenie, ale trzeba odsiedzieć swoje i to tylko tyle. (Gdańsk, Gr. 1).

M (IV rok): Nie wiem, czy macie takie czasami uczucie, że, mmm, **zajęcia się skończyły, to idę do domu, będę się mógł w końcu czegoś nauczyć** (śmiejąc grupę, wiele osób kiwa głową).

M (III rok): Bo prowadzący [...] czytają prezentacje, które potem są dostępne na stronie zakładu, czyli możemy przyjść i zobaczyć, jak ktoś czyta z monitora przez 2 godziny. (Warszawa, Gr. 3).

Pojawiły się także opinie wskazujące na to, że stuprocentowa frekwencja wywołuje wrażenie „przymusu”, i „szkolnego” charakteru studiów.

M (VI): Po pierwsze my nie studiujemy, to nie jest, to nie są takie prawdziwe studia, tylko **to jest taka szkółka, do której trzeba codziennie chodzić na ósmą rano**, no powiedzmy do trzynastej godziny. Nie można mieć żadnych nieobecności [...] nie można nic praktycznie odrobić albo rzadko się to zdarza... że jest taka możliwość i po prostu wszystko jest jakby takim megaprzymusem na tych studiach i nie ma takiej dobrowolności, czy ktoś coś chce robić, tylko zawsze wszystko trzeba robić albo powinno się robić. (Warszawa, Gr 3).

### **3.4. Wymaganie przez wykładowców stuprocentowej frekwencji vs. nieszanowanie czasu studentów**

Badani studenci zauważali także, że niektórzy wykładowcy nie mają zwyczaju informowania grupy o tym, iż zajęcia się opóźnią lub, rzadziej, że zostały odwołane. Zdarza się więc, że obecność na zajęciach sprowadza się do czekania na wykładowcę.

K1 (III): [...] Nagminnie się zdarza, że prowadzący się na kolokwia spóźniają, na przykład pół godziny, wjeżdżają spokojnie po schodach i zero problemów.

Badacz: A wy jesteście o tym informowani, że ktoś się spóźni?

Kilka osób naraz: Nie, nie (kręcą głowami).

K1 (III): Nie, nie.

M (III): Czekamy.

K2 (III): Czekamy i czekamy (śmieje się).

K3 (III): 200 osób przed salą czeka (Kraków, Gr. 1).

### 3.5. Obowiązek stuprocentowej frekwencji, nawet w czasie choroby, jako zwiększanie ryzyka zarażenia innych

Przyszli lekarze i lekarki byli świadomi rozmaitych zagrożeń związanych z przychodzeniem na zajęcia w czasie choroby. Wielokrotnie wskazywali, że może to prowadzić do zarażania innych studentów.

K1 (V): Chodzi o to, że jak się opuści zajęcia...

Kilka osób: Trzeba je odrobić.

K1 (V) Trzeba odrobić i jest problem z tym odrabianiem.

K2 (V) Nie ma jak.

K1 (V) Nie ma jak, trzeba z inną grupą, trzeba być, yyy, fizycznie na tych zajęciach.

M1 (IV) Trzeba być elastycznym, bardzo.

Badacz: To co wy robicie, jak jesteście chorzy?

M1 (IV): My nie jesteśmy chorzy.

K1 (V): Nie można chorować.

(rumor na sali)

Kilka głosów: Nie możemy, chodzimy, chodzimy, chodzą i zarażają.

Badacz: (ucisza grupę) Studenci medycyny nie chorują, nie mogą chorować?

**M1 (IV): Nie mogą** (większość grupy kręci głowami).

**M2 (IV): A jak chorują, to chodzą chorzy na zajęcia.**

K3 (IV): I zarażają całą grupę i potem cała grupa jest chora. (Gdańsk, Gr. 1).

Studenci wskazywali także, że opisywane sytuacje mogą narażać ich wizerunek jako przyszłych lekarzy wśród pacjentów, a nawet narażać zdrowie pacjentów. Mimo to panujące na uczelni zwyczaje zmuszały ich do obecności na zajęciach nawet w trakcie dobrze widocznej choroby.

K (III): [...] to jest największy paradoks tych studiów, że my mamy kogoś leczyć, a na przykład jesteśmy zmuszani do tego, żeby przyjść, będąc chorym, na



zajęcia [...] mam wejść na, na oddział do chorych ludzi, sama będąc chora, to jest sytuacja lekko taka patologiczna moim zdaniem. (Kraków, Gr. 1).

K (IV): No właśnie, u nas jest nieważne to, że sami np. jesteśmy chorzy i się źle czujemy, to my musimy być na tych zajęciach. **I nie jest nawet ważne to, że pozarażamy pacjentów.** Bo ostatnio na przykład moja koleżanka miała naprawdę, była strasznie chora, zarażała, już połowa grupy była zarażona, to po prostu dostała maseczkę. Co z tego, że pacjenci patrzyli na nią jak na idiotkę, z maseczką chodzącą po oddziale, (macha rękami) kaszłała, jak nie wiem, no ale musiała być na tych zajęciach, bo się nie da inaczej. (Warszawa, Gr. 1).

#### 4. Dyskusja

W kontekście omawianych wyników kluczowe wydaje się pytanie o zasadność wymogu stuprocentowej frekwencji. Za jego wprowadzeniem może stać troska o to, aby studenci nie mieli żadnych braków w wiedzy. W kontekście roli i wagi profesji lekarskiej troska ta wydaje się w pełni uzasadniona. System kształcenia nie powinien dopuszczać do zawodu osób „niedouczonej”. Założenie, że częsta obecność na zajęciach ułatwia proces uczenia się, wydaje się zdroworozsądkowe i wiele badań wskazuje na korelację między liczbą obecności a lepszymi wynikami studentów (Credé et al., 2010; Deane & Murphy, 2013; Subramaniam et al., 2013; Yusoff, 2014). Jednak samo wykazanie, że oceny z egzaminów osób o bardzo wysokiej absencji są zwykle znacznie gorsze od ocen osób, które rzadko opuszczały zajęcia, nie stanowi wystarczającego argumentu na rzecz wymagania stuprocentowej obecności (zwłaszcza w czasie choroby). Z kolei teza, że sporadyczne nieobecności uniemożliwiają realizację efektów kształcenia, wydaje się mało prawdopodobna i nie została potwierdzona w żadnej znanej nam publikacji (Schillerstrom & Lutz, 2013). W ostatnich latach publikowano także badania, w których nie wykazano korelacji między obecnościami a wynikami studentów (Eisen et al., 2015; Kauffman et al., 2018). Nawet przyjmując założenie, że nie da się zdobyć określonej wiedzy bez uczestniczenia w konkretnych zajęciach, opisywana przez studentów praktyka odrabiania zajęć w czasie innych zajęć prowadzi do kolejnych nieobecności, nie jest więc optymalnym rozwiązaniem.

Celem tego artykułu nie jest jednak rekomendowanie dopuszczalnych limitów nieobecności ani wskazanie, jak w praktyce optymalnie zorganizować odrabianie nieobecności na studiach medycznych. Można jednak zauważyć, że spotykaną praktyką na uczelniach niemedycznych jest prawo studenta do dwóch nieusprawiedliwionych nieobecności w semestrze w czasie jednego kursu oraz możliwość odrabiania nieobecności np. w formie ustnej odpowiedzi w czasie dyżuru wykładowcy czy dodatkowej pracy pisemnej. Metaanaliza z 2018 roku (Hew & Lo, 2018) wskazuje, że efekty kształcenia na studiach medycznych można osiągnąć (a nawet poprawić), polegając w dużej mierze na pracy studentów poza salą wykładową, pracując metodą „odwróconej klasy” (ang. *flipped classroom*). Publikacja ta sugeruje, że odpowiednio przygotowani studenci są w stanie

przyswoić część wiedzy z pomocą samodzielnej lub grupowej pracy domowej<sup>8</sup>, co wydaje się jedną z potencjalnych metod odrabiania nieobecności. Również stale rosnące możliwości edukacji zdalnej (nagrywane wykłady, wideokonferencje, interaktywne quizy czy testy online) dają nowe możliwości, które mogłyby być wykorzystywane m.in. w celu odrabiania nieobecności. W kontekście zajęć praktycznych należałoby wypracować taką formę ich zaliczenia, która umożliwiłaby ćwiczenie odpowiednich umiejętności, ale nie wiązałaby się z koniecznością bycia nieobecny na innych zajęciach.

Należy także podkreślić, że uznanie prawa studenta do nieobecności w czasie choroby nie jest tożsame z prawem do nieprzyswojenia sobie omawianej na tych zajęciach wiedzy czy umiejętności. Efekty kształcenia i tak muszą zostać zweryfikowane w czasie egzaminów.

Co równie istotne, sama obecność na zajęciach nie gwarantuje efektywności procesu nauczania. Studenci mogą siedzieć na zajęciach, ale być na nich obecni jedynie „ciałem”, czego osoba prowadząca może nie być w stanie zweryfikować. W tym kontekście niepokoić także mogą narzekania studentów na zajęcia prowadzone w formie odczytywania na głos prezentacji, którą równie dobrze mogliby sami przeczytać. Wielokrotnie sygnalizowana przez uczestników badania kwestia nieatrakcyjnych i nieefektywnych w ich odczuciu form nauczania (w tym dominacji form pasywnych, np. wykładów<sup>9</sup>) stanowi jednak osobny problem i wykracza poza temat tego artykułu.

Z kolei wspomniany przez studentów brak szacunku dla ich czasu (czekanie na wykładowcę) można uznać za jeden z przejawów znajdowania się nisko w hierarchii w ramach środowiska medycznego, o czym często wspominali badani. Problem hierarchiczności w środowisku medycznym także wykracza jednak poza temat tego artykułu i wymaga osobnych rozważań.

Wyniki badania sugerują także, że studentom medycyny się „nie ufa”, nie przyjmując od nich zwolnień lekarskich. Tym samym nie ufa się także kolegom po fachu, zakładając, że mogą oni wystawić zwolnienie chorobowe zdrowemu studentowi. Zweryfikowanie tezy o nadużywaniu zwolnień lekarskich przez studentów medycyny wymaga osobnych badań.

W jaki sposób analizowane doświadczenia wpisują się w prawa studenta i formalne zasady obowiązujące na uczelniach medycznych? Artykuł 85.1. *Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (w punkcie trzecim) głosi, że: „student ma prawo do: usprawiedliwiania nieobecności na zajęciach, urlopów od zajęć oraz urlopów od zajęć z możliwością przystąpienia do weryfikacji uzyskanych efektów uczenia się określonych w programie studiów”. Regulaminy studiów odzwierciedlają ten wymóg. W regulaminie Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (2019, s. 2) możemy przeczytać: „Kierownik dydaktyczny przedmiotu powinien umożliwić studentowi odrobienie zajęć w terminie dogodnym dla obu stron, jeżeli nieobecność na nich wynika z przyczyn usprawie-

<sup>8</sup> Wypada jednak zaznaczyć, że w omawianej metaanalizie brano pod uwagę badania, w których część materiału realizowana była przez studentów w formie prac domowych poprzedzających spotkania na żywo z wykładowcą, na zajęciach w sali obecność była jednak obowiązkowa.

<sup>9</sup> Więcej na temat przewagi aktywnych metod nauczania nad pasywnymi: Kaczmarek, 2018.

dliwionych, o ile umożliwiałoby to tok studiów”. Paragraf 18. regulaminu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2019, s. 5) głosi: „Student ma prawo do: [...] usprawiedliwienia nieobecności na zajęciach”; takie prawo uznaje także regulamin Uniwersytetu Jagiellońskiego (2019, s. 3). Pomimo to w umieszczonych np. na stronie internetowej WUM sylabusach niektórych przedmiotów wskazana jest obowiązkowa obecność jako wymóg zaliczenia zajęć (por. *Przewodnik dydaktyczny dla studentów III roku*, WUM), co wydaje się w sprzeczności z regulaminem tej uczelni. Opisywane przez uczestników przekonanie, że wymaga się od nich stuprocentowej obecności na zajęciach uniwersyteckich, wydaje się więc naruszać prawa studenta oraz niektóre zapisy regulaminów studiów.

Niezgodność z prawem nie jest jedynym powodem do uznania opisywanych zjawisk za problematyczne. Tym, co może wzbudzać szczególnie niepokój, jest rozdźwięk między przekazywaną w czasie studiów wiedzą z zakresu epidemiologii, higieny, zdrowia publicznego czy etyki lekarskiej a opisywaną przez studentów praktyką oczekiwania obecności na zajęciach nawet w sytuacji ryzyka zarażenia innych. Rozdźwięk ten można uznać za przykład, opisanego we wprowadzeniu, kursu ukrytego (ang. *hidden curriculum*). Jak zauważono w jednej z definicji kursu ukrytego, jego „transmisja odbywa się przez edukacyjne struktury, praktyki i kulturę instytucji edukacyjnej” (Hafferty et al., 2015, s. 131 [przeł. za:] Szewczyk, 2018, s. 73). Jest on ukryty w tym sensie, że „nie ma go w instytucjonalnych ustaleniach dotyczących oczekiwanych wyników uczenia się”, a jego oddziaływanie „mogą nie dostrzegać nawet sami nauczyciele” (Szewczyk, 2018, s. 62). Należy przeprowadzić dalsze badania w celu weryfikacji, czy opisywane praktyki sprzyjają bagatelizowaniu zagrożenia epidemicznego w przyszłej pracy zawodowej studentów, którzy byli im poddawani. W świetle aktualnej wiedzy o ukrytym programie studiowania wydaje się prawdopodobne, że wymogi tego typu mogą wywierać pewien wpływ na postawy przyszłych lekarzy.

Co równie istotne, opisywane w artykule praktyki wydają się także problematyczne w świetle wymogów etyki lekarskiej dotyczących kształtowania postaw prozdrowotnych. Choć studenci i studentki medycyny nie wykonują jeszcze zawodu lekarza, studia medyczne powinny ich przygotować do przestrzegania wymogów etyki zawodowej. Art. 77. *Kodeksu Etyki Lekarskiej* mówi o tym, że „lekarze nauczający studentów powinni zaznajamiać ich z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Studenci medycyny powinni zarówno przyswajać sobie, jak i respektować zasady zawarte w niniejszym Kodeksie”.

Także w *Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r.*<sup>10</sup> wśród efektów kształcenia studiów medycznych na kierunku lekarskim w zakresie kompetencji społecznych wymienia się m.in. gotowość absolwenta do „propagowania zachowań prozdrowotnych”. W zakresie umiejętności absolwenci powinni także „dostrzegać oznaki zachowań antyzdrowotnych i auto-destrukcyjnych oraz właściwie na nie reagować”, a także „przestrzegać wzorców etycznych w działaniach zawodowych”.

---

<sup>10</sup> Rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

*Kodeks Etyki Lekarskiej* z pewnością nie wyczerpuje złożonej tematyki wzorców etycznych w działaniach zawodowych (Łuków, 2012), niemniej jednak stanowi on zbiór istotnych powinności, nakazów i zakazów, zinstytucjonalizowanych norm etyki zawodowej. Lekarze, jako przedstawiciele zawodu zaufania publicznego, są zobowiązani do jego przestrzegania (Różyńska, 2018). Artykuł 71. kodeksu głosi: „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych”. Tymczasem wymóg przychodzenia na zajęcia pomimo ryzyka zarażenia innych osób można uznać za zachowanie antyzdrowotne. W kontekście wspomnianego przez badanych ryzyka zarażenia pacjentów wymóg ten wydaje się także niezgodny z takimi obowiązkami lekarza, jak zapobieganie chorobom czy kierowanie się dobrem pacjenta – zawartymi w Przyrzeczeniu Lekarskim oraz artykule 2. *Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

## 5. Wnioski

Omówione badanie wskazuje na istnienie rozbieżności pomiędzy zapisami prawa i regulaminów uczelni, na których studiuje jego uczestnicy, a doświadczeniami uczestników odnośnie do możliwości usprawiedliwienia i odrobienia nieobecności, w tym tych spowodowanych chorobą. Rozdźwięk między przekazywaną w czasie studiów medycznych wiedzą z zakresu epidemiologii, higieny, zdrowia publicznego i etyki lekarskiej a opisywaną przez uczestników badania praktyką można uznać za przykład kursu ukrytego (ang. *hidden curriculum*). Kształtowane w ten sposób postawy wydają się niezgodne z art. 71. *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, dotyczącym zakazu propagowania postaw antyzdrowotnych. Deklarowane przez studentów przekonanie, że oczekuje się od nich obecności na zajęciach nawet w czasie choroby i pomimo ryzyka zarażenia innych osób, może wpływać na ich późniejsze postawy w życiu zawodowym. Należy przeprowadzić dalsze badania w celu weryfikacji, czy opisywane praktyki sprzyjają bagatelizowaniu zagrożenia epidemicznego. Opisywane przez studentów sytuacje powinny stać się także w przyszłości przedmiotem refleksji dla nauczycieli akademickich i wszystkich osób zaangażowanych w organizację zajęć na kierunku lekarskim nad instytucjonalnymi i praktycznymi wymogami stojącymi w sprzeczności z tym, co jest jawnie i otwarcie nauczane w czasie studiów medycznych.

## Bibliografia

- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. New Brunswick, London: Transaction Books.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Byczkowska, D. (2006). Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 2(1), 88–110.
- Credé, M., Roch, S. G., & Kieszczyńska, U. M. (2010). Class attendance in college: a meta-analytic review of the relationship of class attendance with grades and student characteristics. *Review of Educational Research*, 80(2). <https://doi.org/10.3102/0034654310362998>
- Deane, R. P., & Murphy, D. J. (2013). Student attendance and academic performance in undergraduate obstetrics/gynecology clinical rotations. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 310(21), 2282–2288. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282228>
- Eisen, D. B., Schupp, C. W., Isseroff, R. R., Ibrahimi, O. A., Ledo, L., & Armstrong, A. W. (2015). Does class attendance matter? Results from a second-year medical school dermatology cohort study. *International Journal of Dermatology*, 54(7), 807–816. <https://doi.org/10.1111/ijd.12816>
- Griffith III, C. H., & Wilson, J. F. (2001). The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships. *Evaluation & the Health Professions*, 24(1), 61–71. <https://doi.org/10.1177/01632780122034795>
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861–871. <https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>
- Hafferty, F. W., Gaufberg, E. H., & O'Donnell, J. F. (2015). The Role of the Hidden Curriculum in “On Doctoring” Courses. *AMA Journal of Ethics*, 17(2), 130–139. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2015.17.02.medu1-1502>
- Hennink, M. M. (2014). *Focus group discussions: Understanding qualitative research*. Oxford: Oxford University Press.
- Hew, K. F., & Lo, Ch. K. (2018). Flipped classroom improves student learning in health professions education: a meta-analysis. *BMC Medical Education*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1144-z>
- Kaczmarek, E. (2018). Jak uczyć etyki przyszłych lekarzy? Przegląd aktywnych metod dydaktycznych przydatnych w nauczaniu etyki medycznej. *Edukacja*, 145(2), 75–87.
- Kauffman, Ch. A., Derazin, M., Asmar, A., & Kibble, J. D. (2018). Relationship between classroom attendance and examination performance in a second-year medical pathophysiology class. *Advances in Physiology Education*, 42(1), 593–598. <https://doi.org/10.1152/advan.00123.2018>
- Kodeks Etyki Lekarskiej*. (2004). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska, 1–32.
- Krzyżanowski, M. (2011). Analiza zogniskowanych wywiadów grupowych. W: R. Wodak, M. Krzyżanowski (red.), *Jakościowa analiza dyskursu*

- w naukach społecznych (s. 255–280). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*, 329(7469), 770–773. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7469.770>
- Lichtman, M. (2009). *Qualitative research in education: A user's guide*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington, DC: Sage Publications.
- Łuków, P. (2012) *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Semper.
- Merton, R. K., Reader, G., & Kendall, P. L. (1957). *The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morley, Ch. P., Roseamelia, C., Smith, J. A., & Villarreal, A. L. (2013). Decline of medical student idealism in the first and second year of medical school: a survey of pre-clinical medical students at one institution. *Medical Education Online*, 18(1), 21194. <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.21194>
- Przewodnik dydaktyczny dla studentów III roku. Rok akademicki 2019/2020*. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski. <https://www.2wl.wum.edu.pl/pl/kierunek-lekarski/przewodniki-dydaktyczne>
- Regulamin studiów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*. (2019). Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 29/2019 Senatu GUMed z dnia 29.04.2019. [https://bip.gumed.edu.pl/attachment/attachment/62699/zal\\_nr\\_1\\_do\\_u2919\\_Regulamin\\_studiow.pdf](https://bip.gumed.edu.pl/attachment/attachment/62699/zal_nr_1_do_u2919_Regulamin_studiow.pdf)
- Regulamin studiów pierwszego stopnia, drugiego stopnia oraz jednolitych studiów magisterskich*. Załącznik do uchwały nr 25/IV/2019 Senatu Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 24 kwietnia 2019. [https://bip.uj.edu.pl/documents/1384597/142615457/uchw\\_nr\\_25\\_2019\\_zal\\_1.pdf/35373d5f-857e-4635-998d-d3acec80bb98](https://bip.uj.edu.pl/documents/1384597/142615457/uchw_nr_25_2019_zal_1.pdf/35373d5f-857e-4635-998d-d3acec80bb98)
- Regulamin studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*. Załącznik do Uchwały nr 54/2019 Senatu WUM z dnia 24 czerwca 2019. [https://www.wum.edu.pl/files/dokumenty/regulaminy/uchwala\\_senatu\\_nr\\_54\\_z\\_dnia\\_24\\_czerwca\\_2019\\_r.\\_-zalacznik\\_regulamin\\_studiow\\_warszawskiego\\_uniwersy\\_0.pdf](https://www.wum.edu.pl/files/dokumenty/regulaminy/uchwala_senatu_nr_54_z_dnia_24_czerwca_2019_r._-zalacznik_regulamin_studiow_warszawskiego_uniwersy_0.pdf)
- Reynolds, L. T., & Herman-Kinney, N. J. (2003) *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego*. Dz.U. 2019, poz. 1573.

- Różyńska, J. (2018). Kodeksy deontologiczne a system prawa powszechnego. W: R. Kubiak, L. Kubicki & E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego* (s. 69–79). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Schillerstrom, J. E., & Lutz, M. (2013). Academic Performance in the Context of a “Three Excused Absences” Psychiatry Clerkship Policy. *Academic Psychiatry, 37*, 171–174. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.12050091>
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Subramaniam, B. S., Hande, S., & Komattil, R. (2013). Attendance and Achievement in Medicine: Investigating the Impact of Attendance Policies on Academic Performance of Medical Students. *Annals of Medical and Health Science Research, 3*(2), 202–205. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.113662>
- Szewczyk, K. (2018). Kurs pozaformalny w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy. *Diametros, 57*, 61–87. <https://doi.org/10.13153/diam.1236>
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2002). *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Dz.U. 2018, poz. 1668. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001668>
- Wójcik, J. (2018). *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Katowice: Oficyna Wydawnicza Waclaw Walasek.
- Yusoff, M. S. B. (2014). Association of academic performance and absenteeism among medical students. *Education in Medicine Journal, 6*(1), 40–44. <https://doi.org/10.5959/eimj.v6i1.248>