

## Weronika Marzena Lebowa\*

ORCID: 0000-0002-8609-0478

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

### POSTAĆ LEKARZA W KONTEKŚCIE PEŁNIONYCH RÓL ZAWODOWYCH

Celem pracy jest przedstawienie ról zawodowych oraz kompetencji lekarza uwarunkowanych przez wykonywaną profesję. W realizacji założenia pomogła odpowiedź na pytanie, jakie role pełni lekarz w środowisku pracy oraz środowisku zewnętrznym – w rodzinie, mediach; przy czym zawód lekarza był punktem spajającym wszystkie omówione w opracowaniu role. Zastosowaną metodą badawczą były analiza i krytyka piśmiennictwa dotyczącego problematyki działalności lekarza ujętej przez pryzmat ról wynikających z wykonywanego zawodu. Z przeprowadzonej analizy wyłania się obraz lekarza wykwalifikowanego w zakresie opieki nad pacjentem, angażującego się w kształcenie młodszych pokoleń lekarzy, prowadzącego badania naukowe w celu poszerzenia swojej wiedzy, rozumiejącego potrzebę krzewienia zachowań prozdrowotnych wśród swoich pacjentów, dbającego o dobry kontakt z chorym. Lekarz w relacji z pacjentem powinien wykazywać się zarówno wysokim poziomem kompetencji zawodowych, sprowadzających się do zdiagnozowania choroby i wdrożenia właściwego leczenia, jak i tzw. kompetencji miękkich, przejawiających się w zdolnościach komunikacyjnych oraz życzliwym podejściu do chorego.

Słowa kluczowe: lekarz, role zawodowe lekarza, kompetencje lekarza, komunikacja lekarza z pacjentem, kompetencje zawodowe

#### WSTĘP

Lekarz jako osoba posiadająca wiedzę i uprawnienia do leczenia (Doroszewski, 1969) zajmuje się przywracaniem zdrowia chorym. Precyzyjne określenie kompetencji lekarza zawarte jest w *Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty*: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich” (*Ustawa...*, s. 1). Dla pacjentów jednak ważny jest nie tyle proces udzielania świadczeń zdrowotnych jako taki,

\* Weronika Marzena Lebowa, Katedra Historii Medycyny UJ CM, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 7, 31-034, Kraków, Polska; e-mail: [weronika.lebowa97@gmail.com](mailto:weronika.lebowa97@gmail.com)

lecz wszystkie elementy mu towarzyszące, łącznie ze sferą psychologiczno-emocjonalną. Pacjenci, co oczywiste, cenią profesjonalizm lekarza, ale na równi z wiedzą medyczną oczekują od niego zrozumienia, empatii, ciepła, życzliwości; jednym słowem – człowieczeństwa. Pacjent w kontakcie z lekarzem chciałby doświadczyć przede wszystkim drugiego człowieka (Bishop, 2000, s. 33–43).

Już dawno porzucono koncepcję przyrównującą medycynę do rzemiosła, gdyż odzierała ona medycynę z niezwykle istotnego pierwiastka ludzkiego. Lepsze wydaje się mianowanie medycyny sztuką. Lekarz, na podobieństwo artysty, swoimi decyzjami czy bezpośrednimi interwencjami współtworzy obraz pacjenta oraz jego teraźniejszego i przyszłego życia. Istnieją głosy wskazujące na to, że medycyna nie jest ani rzemiosłem, ani sztuką. Cechą odróżniającą lekarza od rzemieślnika i od artysty jest uzupełnianie wiedzy i podnoszenie kwalifikacji. O ile dla tych dwóch ostatnich jest to indywidualna decyzja, od której zależy ich tzw. wartość rynkowa, o tyle dla lekarza jest to nakaz moralny. Kolejna istotna różnica pomiędzy medycyną a sztuką polega na przestrzeni czasowej, na którą oddziałują. Mianowicie artysta, jeśli nie zostanie doceniony przez otoczenie, może liczyć na uznanie swoich dzieł przez potomnych. Z kolei lekarz musi skupić się na teraźniejszości, aktualnym stanie chorego i pomocy, której może udzielić (Duława, 2014).

Sukcesem medycyny w opiece nad chorym jest holistyczne podejście, postrzeganie pacjenta w jak najszerszym kontekście, nie tylko przez pryzmat jednostkowego schorzenia. Przełomem na tym gruncie było wprowadzenie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1946 roku nowej definicji zdrowia i choroby, według której zdrowie to nie tylko brak dolegliwości, ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (Zembala, 2015, s. 35–50). Wypracowanie relacji między lekarzem a pacjentem opartej na obopólnym zaufaniu jest nie mniej ważne, jak trafna diagnoza i odpowiednie leczenie. Bowiem elementy te w pełni funkcjonują jedynie wtedy, gdy podparte są wzajemną relacją międzyludzką. Ideał relacji znany jest pod nazwą *mutual participation* – lekarz pomaga pacjentowi, aby ten pomógł sobie (Ostrowska, 2006, s. 187–188). Zaufanie jest zjawiskiem kilkupoziomowym definiowanym w trzech skalach (mikro, mezo i makro). W kontekście relacji lekarz–pacjent zaufanie w skali mikro dotyczy pary osób, pacjenta i konkretnego lekarza, w skali mezo jest to zaufanie do postaci lekarza w ogólności, natomiast w skali makro definiowane jest jako zaufanie do systemu opieki zdrowotnej (Skytt i Winther, 2011). Krot i Rudawska proponują wyodrębnienie trzech czynników kształtujących zaufanie instytucjonalne do lekarza: życzliwość, kompetencje oraz rzetelność. Życzliwość obejmuje sposób przekazywania informacji o stanie zdrowia, szacunek oraz empatię. Zaufanie do kompetencji odnosi się przede wszystkim do umiejętności trafnego diagnozowania chorób. Z kolei rzetelność rozumiana jest jako zaangażowanie oraz holistyczne podejście do pacjenta (Krot i Rudawska, 2013). Braki w którymkolwiek z trzech powyższych wymiarów są podstawą do osłabienia lub utraty zaufania do konkretnego lekarza, instytucji lub całego systemu opieki zdrowotnej. Problem braku zaufania w kontekście medycznym sięga czasów znacznie wcześniejszych niż te, w których podjęto próby wyjaśnienia tego zjawiska. Anegdotycznym przykładem nieufności do instytucji lekarza są przywołane przez profesora Andrzeja Szczeklika w książce *Katharsis* słowa Petrarcki, który przed sześciuset laty twierdził, że gdyby wziąć tysiąc ludzi cierpiących na tę samą chorobę i połowę z nich

oddać w ręce lekarzy, połowę zaś zostawić swojemu losowi, to ci ostatni mieliby większe szanse na wyzdrowienie. Przez wieki też powtarzano, że między dobrym a złym lekarzem różnica jest ogromna, lecz między dobrym lekarzem a brakiem lekarza nie ma żadnej różnicy (Szczeklik, 2002, s. 35).

## PRZYSIĘGA HIPOKRATESA

Rola i zadania lekarza zostały po raz pierwszy określone w przysiędze Hipokratesa, wchodzącej w skład zbioru pism o nazwie *Corpus Hippocraticum*. Treść przysięgi, aktualna do dziś, stanowi podstawę etyki lekarskiej. Przysięga Hipokratesa stanowiła przełom w dotychczasowych przepisach określających praktykę lekarską, odrzucając naczelną zasadę *Kodeksu Hammurabiego* „oko za oko, ząb za ząb”, która głosiła między innymi, że za spowodowanie śmierci lekarzowi należy obciąć ręce (Biesaga, 2006, s. 20–21).

Przysięga w centrum stawia dobro pacjenta, relację lekarz–pacjent podnosi do kręgu spraw najwyższej rangi. Na tej kanwie sformułowane zostały podstawowe zasady etyki medycznej, a więc zasada dobroczynności, nieszkodzenia, poufności, zakaz aborcji i eutanazji, seksualnych nadużyć wobec pacjentów, a także deklaracja wzajemnego szacunku w kręgu lekarskim oraz szacunku dla swoich nauczycieli, wreszcie zapewnienie zachowania sztuki lekarskiej i swojego życia w czystości i prawości (Pellegrino i Thomasma, 1993, s. 184). Przysięga Hipokratesa przedstawia postać lekarza w szerokim świetle –nie ogranicza się do prawideł wykonywanego zawodu, obejmując również pozazawodowy aspekt życia. Dobry lekarz ma być przede wszystkim dobrym człowiekiem. To jest punkt wyjścia, który wydaje się uniwersalny, gdyż działania oparte na dobrym fundamencie z założenia przynoszą dobre owoce, niezależnie od dziedziny. Rolą lekarza jest realizacja dobra pacjenta. Stwierdzenie to jest w swej prostocie doskonałym podsumowaniem koncepcji przysięgi. Oczywiście należy mieć na względzie wielowiekową przestrzeń dzielącą czasy współczesne od tych, którym etyka lekarska zawdzięcza swoje początki. Rzeczywistość medyczna jest obecnie wielowymiarowa, diametralnie odmienna w porównaniu z czasami Hipokratesa. Jednakże nie sprzeciwia się ona słusznym intuicjom moralnym sformułowanym przed wiekami. Twórczy dialog z osiągnięciami przeszłości, uwzględniający realia i potrzeby świata współczesnego jest podstawą rozwoju kodeksu moralności w zawodzie lekarza (Biesaga, 2006, s. 23–24).

## POCZĄTKI KSZTAŁTOWANIA SIĘ ZAWODU LEKARZA

Przez długie lata medycyna zamknięta była w kręgach sakralnych zgodnie z tradycją, iż wiedza medyczna została zesłana ludziom przez bogów, a kapłani pełnili jednocześnie posługę lekarzy. W miarę systematycznego przyrostu wiedzy medycznej i doświadczenia wyodrębniły się grupy kapłanów, których głównym zadaniem było leczenie chorych zgromadzonych wokół opiekuńczego bóstwa. Instytucja kapłana i lekarza uległa stopniowemu rozdzieleniu

(Szumowski, 2005, s. 85–88). Medycyna zaczynała żyć własnym życiem, niezależnym od środowisk świątynnych. We wszystkich cywilizacjach obecny był ten rodzaj ewolucji sztuki medycznej i mimo różnego przebiegu w poszczególnych krajach doprowadził do wspólnego celu – powstania zawodu lekarza i ugruntowania jego roli w społeczeństwie.

Za kolebkę medycyny europejskiej uważana jest starożytna Grecja, a za jej ojca Hipokrates. Dziś wiadomo, że Grecy liczne elementy medycyny zaczerpnęli z kultury krajów Wschodu. Jednak to właśnie z Grecji wiedza medyczna rozprzestrzeniła się na całą Europę i święciła triumfy przez kolejne stulecia. Początki medycyny greckiej bardzo silnie wiążą się ze świątyniami boga Asklepiosa i zebranych wokół nich rodami kapłańskimi – asklepiadami (Brzeziński, 1988, s. 56–59). Asklepiadzi przywiązywali wagę nie tylko do wiedzy i walorów etycznych lekarza, ale także do jego wyglądu i zachowania:

Lekarz winien odznaczać się dostojną prezencją; powinien mieć zdrowy wygląd człowieka dobrze odżywionego, odpowiednio do swego zawodu; większość ludzi bowiem uważa, iż ci wszyscy, którzy sami cieleśnie nie są w porządku, nie mogą dobrze troszczyć się o innych. Dalej lekarz powinien dbać o czystość swojej osoby, nosić schludne szaty oraz używać olejków o miłej woni i naturalnym zapachu (Brzeziński, 1988, s. 58–59).

Powyższe słowa oznaczają ni mniej, ni więcej, że lekarz powinien być autentyczny. Zarówno swą postawą, jak i działaniami powinien przywodzić pacjentów do zdrowia. Postawa lekarza nie może być sprzeczna z jego zaleceniami – przykładowo palenie papierosów nie będzie zachęcało pacjentów do porzucenia nałogu.

Dalej Asklepiadzi nauczali:

Lekarz musi mieć pewną łatwość w obcowaniu, ponieważ ponure usposobienie czyni go nieprzystępnym zarówno dla zdrowych, jak i dla chorych. Powinien na tyle, na ile tylko to jest możliwe, zwracać uwagę na siebie samego, nie wolno mu zbyt obnażać się ani za wiele rozmawiać z laikami, ograniczając się tylko do rzeczy najkonieczniejszych, bowiem z rozmów takich zwykle powstaje jakaś sugestia leczenia. Niech lekarz nie czyni przy tym niczego zbytecznego ani dziwnego (Brzeziński, 1988, s. 59).

Oprócz solidnego wykształcenia i merytorycznego przygotowania do zawodu w profesji lekarskiej kładzie się duży nacisk na odpowiednie podejście do pacjenta. Asklepiadzi zauważają, że ponure usposobienie utrudnia kontakt zarówno z pacjentem, jak i z osobą zdrową, w domyśle z każdym człowiekiem. A więc życzliwe, otwarte podejście do drugiego człowieka powinno być cechą nie tyle lekarską, ile ogólnoludzką. Jednakże w zawodzie lekarza cecha ta jest szczególnie pożądana, gdyż często od niej może zależeć powodzenie lub niepowodzenie całej terapii. Lekarz, który nie zbuduje z pacjentem relacji opartej na wzajemnym szacunku i zaufaniu, nawet jeśli posiada ogromną wiedzę, może nie mieć możliwości jej wykorzystania.

Zalecenia ograniczania przekazywania wiedzy medycznej pacjentom do niezbędnego minimum odnoszą się do kontekstu kulturowego – każdy rodzaj wiedzy specjalistycznej był w starożytności tajemny, przeznaczony dla ludzi kształcących się w danej dziedzinie (Kordel, 2010, s. 31–41). Takie podejście silnie łączy się również z niemalże boską pozycją lekarza w stosunku do pacjenta i wymogiem całkowitego podporządkowania się tego

drugiego. Autorytet lekarski wymagał zachowania nie tylko powagi, ale też szczególnej dyskrecji i ostrożności w udzielaniu informacji postronnym. Postawa ta stoi w opozycji do współczesnej konstrukcji procesu leczenia. O ile status zawodowy lekarza i szacunek, jakim obdarzany jest przez społeczeństwo, nie uległy zasadniczym zmianom na przestrzeni lat, o tyle pozycja pacjenta w relacji z lekarzem została dosyć wyraźnie zmodyfikowana. Pacjenci są coraz bardziej aktywnymi i świadomymi uczestnikami procesu medycznego (Zembala, 2015, s. 35–50). Wyjście z biernej postawy ułatwia proces leczenia i w realiach dzisiejszego świata jest naturalną kolejną rzeczą. Lekarz ma ogromną rolę we właściwym poinformowaniu pacjenta o jego stanie zdrowia, możliwościach terapeutycznych czy rokowaniu. Ważny jest jednak sposób przekazania tych informacji – ponieważ zgodnie z tym, co pisali Grecy, lekarz często rozmawia z osobą nieposiadającą fachowej wiedzy medycznej. Zatem rolą lekarza jest takie dostosowanie przekazu, ażeby pacjent jak najwięcej zrozumiał, zapamiętał i mógł stosować się do zaleceń. Z drugiej strony pacjenci przychodzący do gabinetu lekarskiego do pewnego stopnia mają wiedzę na temat swojej choroby. W obliczu współczesnego powszechnego dostępu do informacji, czy to za sprawą różnego rodzaju mediów, czy dzięki wiadomościom zasłyszonym od innych, nie jest to niczym zaskakującym. Wiedza ta jednak nie zawsze jest rzetelna. Rolą lekarza jest, aby zweryfikować prawdziwość wiedzy pacjenta i skierować jego myślenie dotyczące choroby na właściwe tory.

Medycyna, podobnie jak inne wielkie nauki (matematyka, literatura, sztuka), ma źródło w religii. Wraz z biegiem czasu powoli zatracala wymiar dogmatyczno-religijny, zyskując coraz bardziej empiryczny charakter (Gryglewski, 2011, s. 18–28). Tak samo lekarze – najpierw kapłani, a wręcz boskich przymiotach, stopniowo stawali się coraz bliżsi ludziom i medycyna uzyskała status nauki dostępnej dla każdego.

## NARODZINY FILOZOFII MEDYCYNY W POLSCE

Początki humanistycznego, holistycznego podejścia do pacjenta sięgają nurtu filozofii medycyny, który na ziemiach polskich szczególnie twórczo rozwijał się w latach 1870–1940. Medycyna zaczęła być pojmowana jako nauka i sztuka (Gawrychowski et al., 2006, s. 236–241). Pierwsza ważna praca polskiej szkoły filozofii medycyny *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich* (1874 r.) autorstwa Tytusa Chałubińskiego głosiła rewolucyjną wówczas tezę, że choroba nie jest prostym przeciwieństwem zdrowia, lecz procesem zachodzącym w organizmie „wbrew jego celom fizjologicznym – z powodu szczególnych wewnętrznych lub zewnętrznych warunków” (Chałubiński, 1874, s. 25). Pogląd ten był istotnym krokiem do obecnego pojmowania zdrowia i choroby.

Z kolei Władysław Biegański pisał: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem; [...] kogo nie wzrusza niedola ludzka, kto nie ma miękkości i słodyczy w obejściu, kto nie ma dość siły woli, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą – ten niech lepiej obierze sobie inny zawód, gdyż nigdy dobrym lekarzem nie będzie” (Biegański, 1957, s. 43).

W myślach tych pobrzmiewają idee hipokratejskie – wyniesienie cnoty ponad warstwę czysto zawodową. Biegański dobitnie przedstawia wartość kodeksu moralnego w profesji

lekarskiej, stwierdzając, że przy braku umiejętności obcowania z drugim człowiekiem według jego zasad należy pomyśleć o wyborze innego zawodu.

W nurcie filozofii medycyny dostrzegamy także inne odniesienia do dorobku starożytnych. Polski internista Julian Aleksandrowicz przypominał o triadzie platońskiej, nadając jej znaczenie w kontekście medycznym. Według uczonego zdrowie przejawia się dążeniem do prawdy, dobra i piękna, nie jest uzależnione wyłącznie od kondycji narządów wewnętrznych. Dlatego też nie ma ludzi nieuleczalnie chorych, ponieważ zawsze istnieje możliwość przywrócenia zdrowia poprzez obudzenie na nowo dążenia do platońskiej triady (Aleksandrowicz, 1987, s. 56).

W myśl sentencji starożytnych Greków *iatros philosophos – isotheos* (lekarz filozof jest równy bogom) polscy filozofowie medycyny słusznie dowodzili, że lekarze pozbawieni wiedzy humanistycznej nie posiadają pełni środków do interpretowania licznych problemów medycznych, wykraczających poza biologię. Dopiero połączenie wiedzy specjalistycznej z refleksyjnym podejściem do zagadnień zdrowia i choroby daje łatwość poruszania się w skomplikowanym obszarze medycznych zagadnień (Gawrychowski et al., 2006, s. 236–241).

## LEKARZ WSPÓŁCZEŚNIE

Jedna ze współczesnych definicji lekarza brzmi następująco: „Lekarz to z jednej strony doskonały znawca ludzkiego ciała, mający całościową wiedzę o zdrowiu i chorobach człowieka, z drugiej – praktyk posiadający umiejętności leczenia chorób i zapobiegania im. Lekarz jest specjalistą nauk przyrodniczych, ponieważ korzysta z dorobku wielu nauk z tej grupy, a zarazem nauk humanistycznych, bo celem jego działania jest człowiek. Jest też specjalistą w różnych ścisłych specjalnościach naukowych i praktycznych” (Hebda i Madejski, 2004, s. 365). Przedstawia ona lekarza jako człowieka wszechstronnego, łączącego w swej praktyce wiedzę z nauk przyrodniczych z wiedzą humanistyczną. Zgodnie z powyższą definicją celem działania lekarza jest człowiek, a więc pacjent upodmiotowiony. Współczesny obraz medycyny, jakkolwiek słusznie utożsamiany z nowoczesnymi technologiami i medyczną aparaturą, która ma ratować życie i zdrowie, czy lekami nowej generacji, nie może pominąć aspektu ludzkiego. Człowiek jest, a przynajmniej powinien być w tym wszystkim na pierwszym miejscu, ponieważ bez niego nie byłby możliwy postęp w nauce i technice. Na przestrzeni dziejów zadania i obowiązki lekarza, jak również jego status zawodowy i odbiór społeczny pozostały zasadniczo niezmienione: lekarz prowadzi pacjenta przez trudny dla niego okres, jakim jest choroba, do wyleczenia. Posługuje się przy tym zdobytą podczas studiów wiedzą oraz późniejszym doświadczeniem. Rola lekarza nie kończy się jednak wraz z wyprowadzeniem pacjenta ku zdrowiu. Równie ważne jest kształtowanie zachowań prozdrowotnych, zarówno w jednostce, jak i w wymiarze globalnym. Służy temu propagowanie zdrowego stylu życia oraz zachęcania do korzystania z usług profesjonalnej opieki medycznej celem profilaktyki prozdrowotnej. Zadanie lekarza nie ogranicza się więc tylko do leczenia, ale wyraża się też w zapobieganiu chorobie (Wójcik, 2018, s. 13–19).

## ROLE ZAWODOWE LEKARZA

W tym miejscu warto pochylić się nad opisem różnych rodzajów ról zawodowych lekarza, zarówno w kontekście działalności w środowisku pracy, jak i aktywności zewnętrznej powiązanej z wykonywanym zawodem.

W latach 60. ubiegłego stulecia w USA w kręgach środowisk akademickich rozwinęło się stanowisko, zgodnie z którym modelowy lekarz powinien równomiernie udzielać się w trzech obszarach: być wykwalifikowanym w zakresie opieki nad pacjentem, prowadzić badania naukowe oraz należycie i ze starannością przekazywać swoją wiedzę młodszym adeptom sztuki lekarskiej (Alpert i Coles, 1988). Nowojorski lekarz i profesor Alan Loockwood poszedł o krok dalej, stwierdzając, że spełnienie tych trzech jakże szerokich kompetencji nie jest wystarczające do pełnej realizacji odpowiedzialności zawodowej lekarza, jeśli nie uwzględnia elementu „służenia społeczności” (Lockwood, 2004, s. 189–190). Przesłanka ta, według której lekarz zobowiązuje się chronić pacjenta przed krzywdą i niesprawiedliwością, wywodzi się z przysięgi Hipokratesa i jest swoistym wezwaniem do ochrony zarówno indywidualnego pacjenta, jak i społeczeństwa. Często obserwacje czynione na jednostce przekładają się na decyzje poprawiające globalnie stan chorych, co jest przejawem odpowiedzialności społecznej lekarza. Historia podaje wiele przykładów tej szczególnego rodzaju odpowiedzialności – dochodzenia Ignaza Semmelwisa dotyczące szerzenia się gorączki połogowej wśród kobiet po porodzie zwieńczone zostały wprowadzeniem powszechnego mycia i dezynfekcji rąk przed przystąpieniem do badania, a tym samym radykalnym zmniejszeniem śmiertelności w szpitalach położniczych (Zoltán, 2021). Z kolei brytyjski lekarz John Snow, analizując rozmieszczenie przypadków zachorowań podczas epidemii cholery w Londynie, doprowadził do wyłączenia pompy wodnej, która była źródłem zarazy (Vachon, 2005, s. 8–10). Jako bardziej aktualny przykład przytoczyć można fakt wycofania z użycia benzyny ołowiowej na przełomie lat 70. i 80. XX wieku, co wywarło ogromny wpływ na społeczeństwo poprzez zmniejszenie odsetka osób upośledzonych umysłowo z powodu zatrucia ołowiem (Lockwood, 2004, s. 189–190). Jednym z bardziej dyskutowanych tematów ostatnich czasów z zakresu medycyny jest kwestia szczepień, których zasadność i bezpieczeństwo negują ruchy antyszczepionkowe. Nie ulega wątpliwości, że szczepienia tzw. obowiązkowe zawarte w kalendarzu szczepień chronią nie tylko jednostkę, ale też całe otoczenie. Dlatego przekazywanie rzetelnej wiedzy pacjentom i rozwiewanie ich wątpliwości w tej kwestii jest istotnym przejawem społecznej odpowiedzialności lekarza mogącym zapobiec realnemu zagrożeniu w postaci nawrotu chorób, co do których, dzięki szczepieniom, udało się osiągnąć znaczący spadek zachorowalności (jak np. poliomyelitis, błonica, krztusiec, odra czy różyczka) (Marchewka et al., 2015, s. 95–102).

Interesujące zestawienie ról społeczno-zawodowych lekarza zostało przedstawione w duńskim artykule w ramach szerszego modelu wymagań dla przyszłych specjalistów medycyny w tym kraju (Danish Health and Medicines Authority, 2014). Uwzględniono siedem ról lekarza: ekspert medyczny, komunikator, współpracownik, menedżer, rzecznik zdrowia, naukowiec oraz profesjonalista. Każda z ról wymaga odrębnych kompetencji i ma inne cele, które wzajemnie się uzupełniają, tworząc kompletny wizerunek lekarza. W odmianie kanadyjskiej powyższego schematu rolę eksperta medycznego jest główną rolą uważaną za *sine qua non*. Pozostałe role, pozostając ze sobą na równi, ujawniają się, gdy lekarz korzysta ze

swej wiedzy medycznej (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada). Innymi słowy, rola medycznego eksperta jest nadrzędna, ona definiuje, czy ktoś jest lekarzem czy nie, podczas gdy pozostałe role opisują, jak wiedza medyczna jest wykorzystywana w codziennych czynnościach.

Dyskutując o roli zawodowej lekarza, należy uwzględnić także kwestie wychodzące poza aspekt związany czysto ze środowiskiem pracy, takie jak: konieczność godzenia wymagającej aktywności zawodowej, często o nieregulowanych godzinach pracy, z życiem rodzinnym; przemęczenie i wypalenie zawodowe; próby mierzenia się z nie zawsze sprawiedliwą opinią publiczną; trudności sprostania nierealnie wysokim wymaganiom narzucanym przez fałszywy wizerunek idealnego lekarza kreowany w mediach; konfrontowanie marzeń o błyskotliwej karierze z rzeczywistością.

Jeśli chodzi o funkcjonowanie lekarza w rodzinie, trudność polega na konieczności umiejętnego pogodzenia wymagającego życia zawodowego z życiem rodzinnym. Opisane zostały trzy główne strategie przedstawiające wzajemne relacje pomiędzy rolą zawodową a rodzinną: dominująca kariera (*career dominant*), odseparowanie (*segregated*) oraz dostosowanie (*accommodated*) (Theorell, 2000, s. 1417–1418). Strategia dominującej kariery oznacza ciągły, pełen etat, co wiąże się z ograniczeniem życia rodzinnego (zwykle zaliczają się tu osoby, które nigdy nie założyły rodziny lub osoby bezdziejne albo rozwiedzione z powodu kariery zawodowej). Koncepcja odseparowania polega na dzieleniu czasu między karierą a życie rodzinne, jednak z przewagą pracy zawodowej. W koncepcji dostosowania zaangażowanie w pracę zostaje ograniczone na rzecz pełnienia roli w rodzinie. Większość lekarzy, zarówno kobiet (55%), jak i mężczyzn (85%), wybiera strategię drugą, tj. strategię odseparowania (Dumelow et al., 2000, s. 1437–1440).

Według badania przeprowadzonego w Szwecji głównymi wyzwaniami zgłaszanymi przez lekarzy są wysokie wymagania, jakie stawia im wykonywany zawód, oraz niewielka zdolność kontroli przebiegu pracy w porównaniu z innymi profesjami (np. dyżury, nagłe zmiany w harmonogramie pracy, konieczność stawienia się na telefon) (Theorell, 2000, s. 1417–1418). W niektórych przypadkach ustalanie priorytetów i podejmowanie decyzji medycznych odbywa się na podstawie niewystarczających informacji, przy niepewności co do dowodów i najlepszych praktyk. Praca lekarza wymaga opanowania kreatywnych rozwiązań opartych na wiedzy, doświadczeniu i zdolnościach (Danish Health and Medicines Authority, 2014). Wymagania pacjentów co do opieki lekarskiej są coraz wyższe, przy czym zwiększa się liczba pacjentów przypadająca na jednego medyka, a kulturowe zmiany wzorców pracy i pozycji w społeczeństwie wpłynęły na obniżenie statusu lekarza (Theorell, 2000, s. 1417–1418).

Bardzo ważnym aspektem współczesnego obrazu lekarza jest wizerunek w mediach. Metaforycznie rzecz ujmując, lekarz jest nieustannie zaangażowany w rodzaj przedstawienia – we wszystkich jego słowach, gestach, intonacji ważą się losy pacjenta. Lekarz nie powinien okazywać złości, wybierać faworytów, rozbudzać bezpodstawnych nadziei ani niepotrzebnych wątpliwości, powinien zatrzymywać w sobie wszelkie obciążenia emocjonalne, walczyć o pacjenta, okazywać empatię i nie popełniać błędów. Tego chcą pacjenci, a co ważniejsze, mają prawo oczekiwać (Goldsmith, 2007, s. 12–13). Taki, skądinąd pozytywny, wizerunek lekarza bohatera powszechnie przedstawiany w serialach telewizyjnych stawia nierealistycznie



wysokie wymagania lekarzowi z krwi i kości. Pacjenci mogą być rozczarowani prawdziwymi lekarzami w porównaniu z ich wyreżyserowanymi odpowiednikami (Chory-Assad i Tamborini, 2001, s. 499–521). Lekarze telewizyjni nie dość, że doskonale i bezbłędnie radzą sobie z diagnozą nawet najbardziej skomplikowanych czy rzadkich przypadków, są także w stanie dostrzec i rozwiązać osobiste konflikty życiowe swoich pacjentów (Pawlak-Sobczak, 2015). Jest to oczywista idealizacja, jednak wskazuje na silnie zakorzenioną w społeczeństwie potrzebę zajmowania przez lekarza pozycji autorytetu oraz potrzebę holistycznego podejścia do pacjenta, a więc uwzględnienia obok stanu czysto fizycznego także jego stanu emocjonalnego i kontekstu psychologiczno-społecznego. Poza tym seriale o tematyce medycznej, nawet jeśli przedstawiają obraz odbiegający od codziennych realiów, mają wartość edukacyjną i profilaktyczną, a także dają pacjentom wgląd w często niedostępny dla nich świat medycyny (Pawlak-Sobczak, 2015).

Pozostając w kręgu mediów, nie można pominąć istotnego wątku portali internetowych, na których toczą się dyskusje na temat lekarzy, są im wystawiane opinie i oceny, zarówno pozytywne, jak i negatywne. Aż 79% polskich internautów regularnie szuka w internecie wiadomości o zdrowiu oraz informacji i opinii o lekarzach (sondaż CBOS, 2016), i na ich podstawie podejmuje własne decyzje. Mechanizm ten, opisany przez psychologa Roberta Cialdiniego, znany jest jako społeczny dowód słuszności – zasada, według której człowiek, nie wiedząc, jaka decyzja lub jaki pogląd jest słuszny, podejmuje decyzje lub przyjmuje poglądy takie same, jak większość grupy (Cialdini, 1996). W opiniach pacjentów często pojawiają się wątki dotyczące zachowania lekarza: czy odnosił się do nich z szacunkiem, czy stworzył przyjazną atmosferę, czy rzetelnie i zrozumiale przekazał swoją wiedzę. Pokazuje to, że dla pacjentów liczą się nie tylko merytoryczne kompetencje i fachowość, czyli instrumentalne aspekty zachowań lekarzy, ale również emocjonalne cechy ich działań (poziom życzliwości, wsparcie, dawanie poczucia bezpieczeństwa, empatia, zrozumienie) (Maksymowicz, 2014, s. 101–113). Odpowiadając na dużą aktywność pacjentów w sieci, lekarze coraz częściej decydują się na aktywny udział w mediach społecznościowych poprzez prowadzenie stron internetowych z opisem świadczonych przez siebie usług oraz odpowiadanie na komentarze pacjentów. Wśród głównych celów takiego działania wymienia się: wzrost renomy, wzrost liczby pacjentów oraz wzrost przywiązania pacjentów (Szycman, 2020, s. 15–25).

Ocena kompetencji lekarzy przez społeczność pacjentów jest kolejnym elementem wpięającym się w aspekt roli zawodowej lekarza. Wglądu w ten stan dostarczają raporty z badań opinii społecznej. Jeden z ostatnich raportów tego typu został opublikowany w 2018 roku (Raport „Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018”). Zawierał odpowiedzi na pytania dotyczące oceny kompetencji lekarzy w zakresie diagnozowania i leczenia chorób, zaangażowania w pracę, umiejętności słuchania pacjentów, umiejętności przekazywania pacjentowi informacji o jego zdrowiu oraz stopnia zaufania lekarzowi. Wyniki badania wykazały, że większość Polaków docenia kompetencje medyczne polskich lekarzy (ponad 60% respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że lekarze są kompetentni w zakresie diagnozowania i leczenia chorób). W bardziej negatywnym dla lekarzy świetle przedstawia się ocena ich zaangażowania w pracę – nieco ponad 40% ankietowanych potwierdziło zaangażowanie lekarzy. Mniej niż połowa badanych pozytywnie oceniła umiejętność słuchania pacjenta przez lekarza, natomiast połowa stwierdziła, że lekarze dobrze przekazują pacjentom informacje

o ich zdrowiu. Zaufanie do swojego lekarza zadeklarowała połowa badanych (Raport „Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018”).

Zawód lekarza wymaga ciągłej edukacji, niemalże przez całe życie, ponieważ nauki medyczne dynamicznie się rozwijają. Nieustanne kształcenie lekarza stwarza możliwość edukacji pacjentów, dzięki czemu stają się coraz bardziej aktywni w procesie leczenia oraz mogą brać świadomą odpowiedzialność za decyzje mające wpływ na zdrowie. Najwięcej pacjentów polega w tej kwestii na lekarzach pierwszego kontaktu, są oni bowiem najbardziej dostępni (Raport „Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018”). Lekarz staje się pomostem między fachową wiedzą medyczną a pacjentem (Bokoch, 2007, s. 16–17). Pragnienie błyskotliwej kariery naukowej często spotyka się z oporem rzeczywistości. Nieco zaskakująca metafora przedstawia młodego naukowca jako młodego kreta, który zostaje wrzucony do szerokiego tunelu odkryć naukowych wykopanego przez swoich genialnych poprzedników. Młody badacz musi znaleźć miejsce, aby wykopać własną małą niszę w tej ogromnej mrocznej przestrzeni. Zwykle jest to proces bardzo mozolny, wymagający wpierrw poznania tego wszystkiego, co już zostało odkryte, w celu znalezienia luki na własne badania (Bokoch, 2007, s. 16–17). Ze współczesnym wizerunkiem lekarza jako badacza nierozzerwalnie łączy się możliwość publikowania prac w czasopiśmie naukowych rozpowszechnionych w medycznym świecie. Ideą publikowania oraz czytania publikacji jest powszechny dostęp do najnowszej wiedzy z każdego zakątka świata, uczenie się od najlepszych specjalistów, umiejętność krytycznej analizy własnej pracy, a także pracy kolegów po fachu. Z kolei angażowanie się lekarzy w pisanie prac niekoniecznie o charakterze *stricte* medyczno-naukowym wynika z niedoboru w ich kształceniu, a także pracy zawodowej, nauk humanistycznych, które, jak coraz częściej się podkreśla, pomagają rozwijać wgląd w kondycję człowieka (Frost, 2007, s. 18–19).

#### SPOSÓB KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

W przywoływanym już w artykule duńskim zestawieniu ról zawodowych lekarza pojawia się rola komunikacyjna. Dotyczy ona zarówno kontaktu ze współpracownikami, przełożonymi, jak i z pacjentami (Danish Health and Medicines Authority, 2014). Niniejsze opracowanie skupia się na znaczeniu komunikacji w relacji z pacjentem. Kompetencje komunikacyjne są pomostem łączącym pacjenta z wiedzą medyczną przekazywaną przez lekarza, a na przestrzeni lat sposób komunikacji uległ znacznym przemianom. Istotę komunikacji między lekarzem a pacjentem przedstawia Barański: „Komunikowanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem jest procesem porozumiewania się, polegającym na wymianie myśli i dzieleniu się wiedzą oraz informacjami, na ujawnianiu wartości i emocji, przebiegającym na poziomie werbalnym i niewerbalnym przy użyciu zróżnicowanych środków (wywiad, badania, zabieg, rehabilitacja itd.) i wywołującym skutki terapeutyczne oraz pozaterapeutyczne (zmiana zachowań pacjenta, stylu życia itp.)” (Barański, 2002, s. 162).

Komunikowanie się definiowane jest jako intencjonalna wymiana werbalnych i niewerbalnych znaków (symboli) podejmowana dla poprawy współdziałania lub dzielenia znaczeń między partnerami (Smolski, 1999, s. 89) bądź jako proces przekazywania informacji od jednej osoby do drugiej (Griffin, 1996, s. 554). W ostatnich latach szczególnie szeroko dyskutowane było znaczenie komunikacji w związku z dokonującą się zmianą relacji lekarz–pacjent

z modelu paternalistycznego na partnerski. Relacja lekarz–pacjent jest bardzo ważnym obszarem procesu leczenia. Naturalna przewaga wynikająca z umiejętności i wiedzy leży po stronie lekarza, co warunkuje asymetrię tego układu. Stopień autonomii pacjenta zależy od przyjętego modelu wzajemnych interakcji. Przez długie lata podstawowym wzorcem relacji był model paternalistyczny (opisany przez Talcotta Parsona w 1951 roku). Został on umocniony w XX wieku wraz z wprowadzeniem biomedycznego paradygmatu pojmowania zdrowia i choroby, według którego choroba wynika jedynie z czynników biologicznych, z pominięciem aspektu psychologicznego. Człowiek postrzegany jest jak maszyna, a lekarz ma za zadanie przywrócić sprawności zaburzonych mechanizmów (Williams, 1998, s. 480–492). Główne cechy modelu paternalistycznego obejmują autorytarne podejście do pacjenta, nieuwzględnianie jego potrzeb emocjonalnych oraz zmarginalizowanie choroby jedynie do zaburzenia funkcji biologicznych. Wszelkie decyzje dotyczące leczenia lekarz podejmuje samodzielnie, kierując się trzema zasadami: uniwersalizmem (jednakowe i profesjonalne traktowanie pacjenta), emocjonalną neutralnością (zachowanie dystansu wobec sytuacji chorego) oraz specyficznością oddziaływań (koncentracja na problemach zdrowotnych pacjentów) (Nowina-Konopka, 2016, s. 71). Mniej radykalna odmiana modelu paternalistycznego (model Thomasa Stephena Szasza i Marca Hollendra) dopuszcza w pewnych sytuacjach współdziałanie pacjenta z lekarzem (Zembala, 2015, s. 40–45). Podstawowe trudności wynikające z modelu paternalistycznego negatywnie wpływające na postawę pacjenta i powodzenie procesu terapeutycznego to brak zrozumienia oraz zbyt niski poziom zaufania. Stosowanie przez lekarza żargonu medycznego osłabia siłę lekarskich zaleceń, powodując brak ich wykonywania. Autorytarna pozycja lekarza nie sprzyja nawiązaniu zaufania, którego poziom bezpośrednio przekłada się na wykonywanie lekarskich zaleceń. Wątpliwości mogą się pojawić, gdy pacjent jest sceptycznie nastawiony w stosunku do kompetencji lekarza, ale również, gdy instrukcja medyczna okazuje się niezrozumiała, trudna do wdrożenia dla konkretnego pacjenta, zakłóca normalną aktywność, czy zmusza do zmiany ugruntowanych nawyków (Śliwińska et al., 2015, s. 223–228). W takich przypadkach ważne jest wypracowanie kompromisu, co nie jest możliwe, jeśli lekarz nie wyraża gotowości do podjęcia z pacjentem dialogu.

Przełomowym momentem, który zmienił myślenie o człowieku w naukach medycznych, była nowa definicja zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku. Określała ona zdrowie już nie tylko jako brak choroby, ale jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (Zembala, 2015, s. 44–45). Stosunek lekarza w relacji z pacjentem ulegał stopniowej zmianie. Obecnie zalecanym modelem komunikacji lekarza z pacjentem jest model partnerski wywodzący się z paradygmatu socjomedycznego, który za cel stawia współuczestnictwo pacjenta w procesie leczenia (Makara-Studzińska, 2012). Jest to model najbardziej pożądany, ponieważ stwarza największą przestrzeń do dialogu przez ukierunkowanie się na indywidualne potrzeby pacjenta (Drozd-Garbacewicz, 2015, s. 96). Rola lekarza opiera się przede wszystkim na przedstawieniu w zrozumiały dla pacjenta sposób patomechanizmu jego choroby, możliwych terapii, skutków poszczególnych opcji, a finalnie wspólnym podjęciu decyzji co do leczenia (Ostrowska, 2006, s. 186). Pacjent staje się nie tylko współuczestnikiem procesu leczenia, ale również współodpowiedzialnym za jego skutki. Ten model relacji wymaga zbliżenia emocjonalnego, do którego potrzebna jest wiedza i umiejętności lekarza z zakresu empatii, wsparcia mentalnego oraz właściwego dystansu emocjonalnego korzystnego

dla obu stron relacji (Jarosz et al., 2012, s. 212–218). Model partnerski daje przestrzeń do komunikowania intencji i potrzeb. Indywidualne podejście do pacjenta zwiększa szanse na prawidłowe przez niego zrozumienie i wdrożenie zaleceń medycznych, zmniejszając tym samym frustrację lekarza wynikającą z braku efektu podejmowanych wysiłków. Istnieje bezpośredni związek między stanem psychicznym pacjenta a wynikami leczenia. Czynniki emocjonalne pośredniczą między lekarzem a pacjentem, mogą zarówno utrudnić czy wręcz uniemożliwić proces leczenia, jak i przyczynić się do powodzenia terapii. Dlatego, dbając o atmosferę obopólnego zaufania, lekarz stara się wzmocnić skuteczność proponowanego leczenia (Heszen, 2008). Pacjenci postrzegają medyków jako bardziej kompetentnych, gdy poświęcają im odpowiednio dużo czasu, pytają o zdanie i wykazują chęć pomocy w radzeniu sobie z chorobą. Zadowolenie pacjenta ze spotkań z lekarzem zależy od harmonijnej wymiany informacji i pozytywnego nastawienia obu stron (Bishop, 2000, s. 33–34). Dowodów na to, że fakt poświęcania pacjentowi odpowiedniej ilości czasu przez lekarza jest ważny, zdaniem pacjentów, dostarczają wyniki badań opinii społecznej, zgodnie z którymi aż 85% ankietowanych wśród problemów lekarzy wskazuje zbyt małą ilość czasu dla pacjenta (Kilijanek-Cieślik, *Raport...*). Według tego samego raportu znacznie więcej pacjentów na zadowalającym poziomie ocenia kompetencje medyczne lekarzy (niepełna 70%) umożliwiające postawienie trafnej diagnozy i wybór odpowiedniej terapii niż kompetencje miękkie (mniej niż 50%), m.in. umiejętność słuchania, umiejętność przekazania pacjentowi informacji o jego zdrowiu (Kilijanek-Cieślik, *Raport...*). Niektórzy jako modyfikację modelu partnerskiego wyróżniają model systemowo-partnerski. Główną zmianą jest dodatkowe uwzględnienie rodziny chorego w planowaniu działań terapeutycznych oraz przykładanie dużej wagi do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych i problemów emocjonalnych na stan chorego (Zembala, 2015, s. 38–39).

Wskazówek do rozwoju i utrzymywania partnerskich relacji dostarcza model opracowany przez Gorgon i Sterling (Gorgon, 1999). Punktem wyjścia jest definiowanie potrzeb pacjenta z uwzględnieniem celów i wartości chorego, jak i lekarza. Badacze podnoszą znaczenie aktywnego słuchania dla okazania akceptacji i zrozumienia obaw pacjenta. Poszukiwanie możliwych rozwiązań opiera się na kreatywnym generowaniu pomysłów. Następnym krokiem jest wspólna ocena wszystkich możliwości w odniesieniu do oczekiwanych wyników oraz możliwych zagrożeń, co kończy się przyjęciem rozwiązania akceptowalnego przez obie strony, wyrażonego w sposób jasny i jednoznaczny. Przydzielenie konkretnych zadań do wykonania gwarantuje realizację wspólnie wypracowanego planu działania. Ostatnim elementem modelu jest ocena rezultatów porozumienia. Lekarz na każdym etapie procesu leczenia dba o utrzymywanie partnerskich relacji z pacjentem, zwiększając w ten sposób prawdopodobieństwo skutecznej terapii.

Należy podkreślić, że żaden model relacji nie jest idealny. W modelu partnerskim zbyt duża autonomia pacjentów może być niewłaściwie przez nich wykorzystywana, z kolei mocną stroną powszechnie krytykowanego modelu paternalistycznego jest silne poczucie odpowiedzialności za losy pacjenta. Podobnie, rodzaj dominującej relacji zależy od konkretnej sytuacji medycznej – inny model interakcji będzie odpowiedni w przypadku pacjenta cierpiącego na chorobę przewlekłą, inny w sytuacji choroby ostrej, a odmienny u pacjenta pod narkozą lub

w śpiączce (Nowina-Konopka, 2016, s. 72). Sposób komunikacji z pacjentem powinien być wypracowywany przez przyszłego lekarza na etapie edukacji, a zatem jeszcze przed podjęciem pracy zawodowej, a później doskonalony. W natłoku obowiązków zawodowych może bowiem brakować czasu na kształtowanie od podstaw odpowiednich nawyków, dlatego ważne jest niejako automatyczne podejmowanie właściwego rodzaju dialogu z pacjentem. W komunikacji lekarz powinien kierować się na równi zdolnością i wolą widzenia, słyszenia, rozumienia i poszanowania drugiej istoty ludzkiej (DanishHealth and Medicines Authority, 2014).

Rozważania nad komunikacją w medycynie każą zastanowić się nad dwoma dodatkowymi zagadnieniami. Pierwsze dotyczy dostępności i szerzenia wiedzy na temat partnerskiej relacji między lekarzem a pacjentem i potencjalnych korzyści, jakie stosowanie tego modelu ze sobą niesie. Wydaje się, że w ostatnich czasach tematyka właściwej komunikacji jest coraz częściej podnoszona, dostęp do tego typu wiedzy jest szeroki, a młodzi lekarze już na etapie studiów poznają znaczenie psychologiczno-społecznych aspektów leczenia. Odrębną kwestią jest, czy mimo teoretycznej znajomości dobrych praktyk komunikacyjnych są one powszechnie stosowane w opiece medycznej czy z jakiegoś powodu nadal dominuje model paternalistyczny, wykluczający pacjenta z decyzyjnej części procesu leczenia. Odpowiadając na to pytanie, należałoby wyodrębnić sektor publiczny i prywatny oraz opiekę ambulatoryjną i szpitalną.

Głównym powodem wyboru placówki prywatnej jest brak konieczności oczekiwania w kolejce, co często jest jednoznaczne z możliwością dostania się do specjalisty w ogóle (w akceptowalnym czasie oczekiwania) (*Badanie opinii...*, 2017). Co piąty ankietowany wśród najważniejszych powodów wymieniał dogodniejsze godziny przyjęć, większe kompetencje lekarzy i osób wykonujących badania, przekonanie, że na prywatnych wizytach lekarze bardziej się starają. Co dziesiątego badanego (10%) przekonał bardziej życzliwy stosunek personelu i miła atmosfera (CBOS, 2012). Wnioski z badań opinii publicznej dostarczają argumentacji na to, że w sektorze prywatnym służby zdrowia komunikacja między personelem a pacjentem jest sprawniejsza niż w sektorze publicznym i jest to jeden z powodów, dla którego część pacjentów wybiera gabinet prywatny. Podobne konkluzje przedstawia badanie Hulewskiej, w którym zauważa, że w placówkach niepublicznych najpowszechniejszym modelem relacji: pracownik ochrony zdrowia–pacjent jest model partnerski, podczas gdy w placówkach publicznych jest to model paternalistyczny (Hulewska, 2015). Proponowane wyjaśnienia tego stanu rzeczy obejmują różnice kultury organizacyjnej publicznych i niepublicznych ośrodków ochrony zdrowia, gdzie w przypadku sektora prywatnego troska o dobrostan pacjenta, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, jest czynnikiem wpływającym na zadowolenie pacjentów z opieki, a tym samym ich przyszłe decyzje o wyborze danej placówki, co w rezultacie przyniesie jej dochody i renomę. Z drugiej strony większa presja czasu i przeciążenie pracą w placówkach publicznych sprzyja paternalistycznemu stylowi komunikowania się z chorym (Hulewska, 2015).

W warunkach ambulatoryjnych zaangażowanie pacjenta w plany leczenia jest postrzegane jako niezbędne, ponieważ na pacjencie spoczywa główna odpowiedzialność za wdrożenie zaleceń lekarskich, a do tego potrzebne jest ich zrozumienie. Z kolei w warunkach szpitalnych procedury lecznicze często wykonywane są na pacjencie z pominięciem jego decyzyjności. Gdy zaangażowanie pacjenta nie jest potrzebne do prowadzenia leczenia, lekarze są skłonni

rezygnować z włączania go w swoje decyzje (Elwyn, 2012, s. 1361–1367). Jedno z badań przeprowadzonych w USA dotyczące określenia wzorców zachowań komunikacyjnych i stopnia autonomii pacjenta w opiece szpitalnej dobrze ukazuje tę problematykę (Berger et al., 2017). Wyniki pokazały, że wszyscy badani lekarze wyjaśniali chorym plan opieki, a większość z nich uważała, iż robią to w sposób przystępny. Jednakże wielu pacjentów nie rozumiało objaśnień. Lekarze rzadko pytali hospitalizowanych o ich opinie. We wszystkich przypadkach decyzja co do leczenia została uprzednio podjęta przez lekarza, który podczas konsultacji z pacjentem wyjaśniał jedynie już ustalony plan działania, a więc żadna decyzja nie była podejmowana wspólnie z pacjentem. Wnioski z tej pracy są następujące: wspólne podejmowanie decyzji nadal może nie być normą w opiece szpitalnej. Chociaż lekarze starają się wyjaśniać plany leczenia, wielu hospitalizowanych nie rozumie ich na tyle, by móc włączyć się w podejmowanie decyzji. Można powiedzieć, że aktywne angażowanie pacjenta w proces leczenia jest pewnego rodzaju przełomem w praktyce szpitalnej. Inicjatywa zawsze leży po stronie lekarza, odbywa się na przekór limitom czasowym oraz pokusie ograniczenia rozmowy z pacjentem do niezbędnego minimum. Oczywiście, część pacjentów może nie być zainteresowana współuczestnictwem w terapii. Oczekują oni gotowych zaleceń bez potrzeby ich rozumienia, nie mówiąc o możliwości decydowania o wyborze najlepszej opcji. Jednak coraz więcej pacjentów chce być świadomymi uczestnikami procesu terapeutycznego, dlatego powinni mieć możliwość jak najpełniejszego wglądu w swój stan zdrowia przez wspólne z lekarzem omówienie różnych możliwości leczenia. Poprawa komunikacji szpitalnej może sprzyjać zwiększeniu autonomii pacjenta (Berger et al., 2017). Zawsze bowiem „trzeba mieć oczy, które widzą, uszy, które słyszą, i serce, które czuje...” (Zembala, 2015, s. 35–50)<sup>1</sup>.

## WNIOSKI

Rola zawodowa lekarza wychodzi poza ramy środowiska pracy. W pracy lekarz ma być profesjonalistą wykwalifikowanym w opiece nad pacjentem, naukowcem, nauczycielem. Dobrze, aby do tego miał także cechy psychologa, udzielając pacjentowi, obok oczywistej pomocy w pokonaniu dolegliwości fizycznych, także wsparcia psychicznego w zrozumieniu swojej choroby czy motywacji do wykonywania zaleceń. Role pełnione w rodzinie również warunkowane są pełnią profesję, a nieraz mogą być przez nią ograniczane. Przedstawianie lekarza w mediach, nawet jeśli wyidealizowane, ma przybliżyć społeczności pacjentów świat medycyny, zachęcać na szeroką skalę do zachowań prozdrowotnych.

Jedną z istotniejszych ról lekarza w realiach ostatnich czasów jest rola komunikacyjna. W celu jej wypełnienia lekarz posługuje się zarówno kompetencjami zawodowymi – posiadana wiedza służy wyjaśnieniu pacjentowi diagnozy oraz metody leczenia, jak i pozazawodowymi (tzw. miękkimi) – życzliwość, empatia ułatwiają kontakt z chorym przez budowanie wzajemnego zaufania. Pacjent ufa w wiedzę lekarza i jego autentyczne starania wyprowadzenia go ku zdrowiu. Z kolei lekarz ufa pacjentowi, że zrozumiał zalecenia

---

<sup>1</sup> Są to słowa Florence Nightingale (1820–1910) – twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa.

i będzie się do nich stosował. Tak samo i pacjenci oczekują od lekarzy wypełnienia tych dwóch rodzajów kompetencji. Edukacja i doświadczenie lekarza umożliwiają wywiązanie się z obowiązku spełnienia wobec pacjenta kompetencji zawodowych. Spełnieniu kompetencji miękkich najbardziej sprzyja partnerski model relacji między lekarzem a pacjentem, dający największą przestrzeń do dialogu.

## BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. (1987). *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Łódź: Wydawnictwo Łódzkie.
- Alpert, J.S., Coles, R. (1988). Careers in Academic Medicine. Triple Threat or Double Fake. *JAMA Internal Medicine*, 148, 9, 1906–1907.
- Badanie opinii pacjentów na temat organizacji opieki koordynowanej*. (2017). Biostat [badanie realizowane na zlecenie NFZ]. Pobrano z: [https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2017/06/RAPORT\\_KO%C5%83COWY\\_v3.pdf](https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2017/06/RAPORT_KO%C5%83COWY_v3.pdf) [20.06.2021].
- Barański, J. (2002). Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (s. 158–161). Wrocław: ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Berger, Z., Boss, E., Beach, M.C. (2017). Communication behaviors and patient autonomy in hospital care: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 100, 8, 1473–1481.
- Biegański, W. (1957). *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.
- Biesaga, T. (2006). Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna. *Medycyna Praktyczna*, 7, 8, 20–25.
- Bishop, G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Bokoch, M. (2007). The Role of the Physician in Society. Doctors in the Media. *H&P The Stanford Medical Student Clinical Journal*, 11, 3, 16–17.
- Brzeziński, T. (1988). *Historia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- CBOS (2012). *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*. Pobrano z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_047\\_12.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_047_12.PDF) [20.06.2021].
- Chałubiński, T. (1874). *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich. Plan leczenia i jego wykonanie*. Warszawa: Wydawnictwo Gebethner i Wolff.
- Chory-Assad, R., Tamborini, R. (2001). Television Doctors: An Analysis of Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 45, 3, 499–521.
- Cialdini, R. (1996). *Wywieranie wpływu na ludzi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Danish Health and Medicines Authority (2014). *The seven roles of physicians*. Pobrano z: <http://www.sst.dk> [18.02.2021].
- Domański, H., Ostrowska, A., Sztabiński, P.B. (red.) (2006). *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo IFIS PAN.
- Doroszewski, W. (red.). *Słownik języka polskiego PWN*. Pobrano z: <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/lekarz;5446239.html> [12.02.2021].

- Drozd-Garbacewicz, M. (2015). *Współczesna rola pacjenta hospitalizowanego w interakcji z lekarzem – między konfliktem a równowagą*. Pobrano z: <https://pbc.gda.pl/Content/51367/doktorat%20DROZD-GARBACEWICZ%20Ma%C5%82gorzata.pdf> [10.09.2021].
- Duława, J. (2014). *Czym jest, a czym nie jest medycyna – rozważania na temat profesjonalizmu z aktualną sytuacją w tle*. Pobrano z: <https://www.mp.pl/komunikacja/zespol/93734,czym-jest-a-czym-nie-jest-medycyna-rozwazania-na-temat-profesjonalizmu-z-aktualna-sytuacja-w-tle,1> [2.07.2021].
- Dumelow, C., Littlejohns, P., Griffiths, S. (2000). The interrelationship between a medical career and family life for hospital consultants: an interview survey. *British Medical Journal*, 320, 1437–1440.
- Elwyn, G. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1, 1361–1367.
- Frost, A. (2007). The Role of the Physician in Society. Doctors in the Media. *H&P The Stanford Medical Student Clinical Journal*, 11, 3, 18–19.
- Gawrychowski, J., Skalski, J., Gawrychowski, S. (2006). Tradycje filozoficzne w polskiej medycynie. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 3, 2, 236–241.
- Goldsmith, L. (2007). The Role of the Physician in Society. Doctors in the Media. *H&P The Stanford Medical Student Clinical Journal*, 11, 3, 12–13.
- Gorgon, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Griffin, R. (1996). *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gryglewski, R. (2011). Rys historii medycyny powszechnej Józefa Oettingera. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, 7, 4, 18–28.
- Hebda, P., Madejski, J. (2004). *Zawód z pasją: nauka, praca, kariera*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Park.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Zdrowie i stres*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Gdańsk: GWP.
- Hulewska, A. (2015). Przypadek chorobowy, partner czy klient? Modele relacji z pacjentem aktywizowane przez pracowników ochrony zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 414, 155–165.
- Jarosz, M., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubda, A. (2012). Modele komunikacyjne lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3, 18, 212–218.
- Kilijanek-Cieślik, A. *Raport „Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018”*. Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej.
- Kordel, P. (2010). Historyczne korzenie samorządu lekarskiego, cz. 1. *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, XXVI, 27, 31–41.
- Krot, K., Rudawska, I. (2013). Koncepcja zaufania w relacji lekarz-pacjentów świetle badań jakościowych. *Zeszyty Naukowe SGGW, Polityki Europejskie, Finanse i Marketing*, 10, 59, 381–393.
- Lockwood, A. (2004). The Physician’s Role in Society: Enhancing the Health of Individuals and the Public. *Virtual Mentor*, 4, 6, 189–190.
- Makara-Studzińska, M. (2012). *Komunikacja z pacjentem*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.



- Maksymowicz, A. (2014). Internet a medycyna: przemiany relacji zachodzących między pacjentami a lekarzami na przykładzie portali oceniających lekarzy. *Studia Humanistyczne AGH*, 13, 1, 101–113.
- Marchewka, A.K., Majewska, A., Młynarczyk, G. (2015). Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych. *Postępy Mikrobiologii*, 54, 2, 95–102.
- Nowina-Konopka, M. (2016). *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pawlak-Sobczak, K. (2015). Obraz lekarza – serial telewizyjny kontra rzeczywistość. *Zeszyty Prasoznawcze*, 2, 222, 337–346.
- Pellegrino, E., Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press.
- Skytt, Ch.B., Winther, L. (2011). Trust and local knowledge production: Interorganisational collaborations in the Sønderborg region, Denmark. *Geografisk Tidsskrift-Danish Journal of Geography*, 111, 1, 27–41.
- Smolski, R. (1999). *Słownik encyklopedyczny. Edukacja obywatelska*. Wrocław: Wydawnictwo Europa.
- Szczeklik, A. (2002). *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Szumowski, W. (2005). *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Komory: Wydawnictwo ANTYK.
- Szymca, E., Boguszewicz-Kreft, M. (2020). Postawy lekarzy wobec aktywności w mediach społecznościowych. *Zarządzanie Mediami*, 8, 1, 15–25.
- Śliwińska, Z., Makara-Studzińska, M., Śliwiński, Z. (2015). The patient-doctor relationship – a psychological perspective. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 31, 3, 223–228.
- Theorell, T. (2000). Changing society: changing role of doctors. *British Medical Journal*, 320, 1417–1418.
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Pobrano z: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/home-e> [18.02.2021].
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152. Pobrano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152> [20.06.2021].
- Vachon, D. (2005). Doctor John Snow Blames Water Pollution for Cholera Epidemic. *Old News*, 16, 8, 8–10.
- Williams, S. (1998). Doctor–Patient Communication and Patient Satisfaction: a Review. *Family Practice*, 15, 5, 480–492.
- Wójcik, J. (2018). *Lekarz: Zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Katowice: Oficyna Wydawnicza Waclaw Walasek.
- Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe*, 11, 2, 35–50.
- Zoltán, I. *Ignaz Semmelweis. German-Hungarian physician*. Pobrano z: <https://www.britannica.com/biography/Ignaz-Semmelweis> [18.02.2021].

#### THE FIGURE OF A DOCTOR IN THE CONTEXT OF THE PERFORMED PROFESSIONAL ROLES

The aim of the paper is to present the professional roles and competences of a physician determined by its profession. To achieve my assumption, the answer to the question about the roles played by a doctor in both work and external environments- within a family and media –turned out to be useful. One must add that a medical profession of a physician was a cohesive point of all the points discussed in the study. The methods applied to this research were the analysis and critical view of the professional literature concerning the issues of doctors' activities in the prism of the roles resulting from the profession. The considerations made in the article reveal an image of a doctor qualified in a care of a patient, involved in educating younger generations of medical doctors, conducting research in order to broaden professional knowledge, understanding the need to cultivate health-promoting behaviors among patients, and taking care of good contact with patients. The doctor in relation to the patient should demonstrate both a high level of professional competence, concentrating to diagnosing a disease and implementing an appropriate treatment, as well as the so-called soft skills, manifested in communication skills and a friendly approach to the patient.

Keywords: doctor, physician's professional roles, physician's competences, doctor-patient communication, professional competences

Zgłoszenie artykułu: 16.05.2021

Recenzje: 20.06.2021, 4.08.2021

Rewizja: 11.07.2021, 14.09.2021

Akceptacja: 15.09.2021