



**KULTURA ZAWODU LEKARZA  
JAKO IDEOWA WARTOŚĆ  
W KSZTAŁTOWANIU  
EDUKACYJNYCH PROGRAMÓW  
MEDYCZNEGO UNIWERSYTETU**

PROF. ZW. EMER. DR HAB. N. MED. JAN TATOŃ,  
DR N. MED. MAŁGORZATA BERNAS

Motywy podjęcia dyskusji nad charakterystyką zmian w obrazie medycyny i zawodu lekarskiego w XXI w. jest potrzeba wskazania, że w tym zakresie składniki kultury medycznej mają praktyczne znaczenie. Wiele z nich ma charakter trwały, związany z biologiczną naturą życia ludzi, a także z filozofią ogólnych wyobrażeń o człowieku, z jego duchowością, z rozwojem kultury życia społecznego. Pozostają one pod dynamiczną presją wielu charakterystycznych dla XXI w. zmian w realnym świecie, w którym działa medycyna i lekarz, w nowej organizacji społecznej i ekonomicznej, w szczególnych cechach epoki postindustrialnej. Pojawia się więc konieczność analizowania tych presji i zmian mających na celu utrzymanie specjalnej kultury medycyny i zawodu lekarskiego. Ma ona także wymiar edukacyjny. Dotyczy odpowiedniego reformowania studiów medycznych, tak aby zapewniły one pozytywną odpowiedź na pytanie – jakie są i jakie powinny być edukacja i zawód lekarza w warunkach, które realnie kształtują zdrowie i patologię ludzką w XXI w.?

Odpowiedź na to pytanie można przedstawić w następującym układzie zagadnień:

- definicja – obecnie, idealnej i realnej medycyny – misja, zawód i edukacja;
- cywilizacyjne wpływy zniekształcające realną medycynę w stosunku do idealnej definicji, wpływ na kształcenie lekarza;
- zauważalne zmiany w aktualnej charakterystyce zawodu lekarza wynikające z działania zewnętrznych presji – wpływ na kształcenie lekarza.

Medycyna wykorzystuje do celów poprawy stanu zdrowia i życia ludzi postępy wielu innych nauk – fizycznych, chemicznych, biologicznych i społecznych, a także postępy wszystkich rodzajów technik. Jest eklektycznym zbiorem nauk i technik stosowanym do realizacji celów medycznych. Z tego względu jest wiedzą wieloskładnikową, o bardzo wysokiej dynamice innowacyjnej i specyficznej kulturze i etyce.

W zakresie praktyki leczniczej medycyna wykorzystuje coraz częściej metody badań i analiz umożliwiające obiektywną ocenę jej wartości – EBM – *Evidence Based Medicine*. Nie obejmują one jednak wszystkich potrzeb medycznych, które występują w praktyce klinicznej. Wtedy medycyna sięga po decyzje oparte na doświadczeniu lub autorytecie i opiniach ekspertów. Mogą one mieć charakter opinii nie w pełni udowodnionych, zawierających subiektywne sądy i rekomendacje określane z tego powodu mianem kultury medycznej. Można to ujęcie określić mianem medycyny sieciowej – NM – *Network Medicine*.

## **NOWA CHARAKTERYSTYKA ZAWODU LEKARZA W XXI W. – WPŁYW NA UNIWERSYTECKĄ EDUKACJĘ**

### **Praca lekarza**

Zawodowe działanie lekarza praktyka składa się z serii małych lub większych problemów, które przynoszą jego pacjenci.

Każdy pacjent wymaga zastosowania metody naukowego myślenia. Praca lekarza praktyka różni się, być może, większą typowością problemów, ich skalą oraz koniecznością jak najszybszego dochodzenia do rozwiązań i decyzji – pozostaje jednak w swej istocie działalnością opartą na metodzie naukowej.

Praca lekarza przy łóżku chorego wyróżnia się także wieloma innymi, wyjątkowymi cechami i okolicznościami. Odbywa się w warunkach związanych z napięciami intelektualnymi i emocjonalnymi przeżywanymi przez chorego, jego rodzinę i otoczenie, a także przez zespół leczący (tab. 1).

Tab. 1. Rodzaje medycznych interwencji w system ludzkich wartości także mogą wpływać na charakter edukacji lekarza.

#### 1. Potrzeby biologiczne:

- instynkt samozachowawczy,
- reprodukcyjny,
- alimentacyjny.

#### 2. Swoiste ludzkie wartości i potrzeby – psychologia chorowania:

- zrozumienie świata i siebie,
- odczuwanie sensu życia,
- potrzeba podmiotowości w zachowaniach indywidualnych i społecznych, a więc potrzeba wolności, lęk przed „rolą marionetki”,
- lęk przed brakiem dobroci, miłości, sprawiedliwości, szlachetności,

- potrzeba działań altruistycznych,
- nadzieja na spełnienie indywidualnych i grupowych możliwości fizycznych, intelektualnych i uczuciowych,
- poczucie indywidualnej sprawności, przydatności, godności,
- potrzeba członkostwa we wspólnocie ludzkiej – rodzinnej, etnicznej, społecznej – o cechach wyróżniających,
- potrzeba poczucia tworzenia trwałych wartości wbrew przemianom (mit Fausta, lęk przed unicestwieniem),
- potrzeba poczucia misji życiowej, głównego celu, lęk przed pustką życiową,
- potrzeba estetyki.

## Osobowość lekarza jako zadanie edukacyjne

W wyniku szczególnych okoliczności pracy lekarza wytwarza się zawsze jego indywidualna osobowość zawodowa. Osobowość lekarza musi być taka, aby korzystnie oddziaływała na chorego, aby gwarantowała najlepsze i najstaranniejsze wykonanie wszystkich zadań zawodu lekarskiego, wynikających z warunków społecznych, materialnych i okoliczności, w jakich lekarz te zadania realizuje.

W jej obrębie powstają zalety dobrego lekarza:

- uczciwość
- dokładność
- realność ocen
- zintegrowana osobowość
- wiedza, świadomość znaczeń decyzji
- altruizm, komunikacja.

Budują one tak potrzebne do wykonywania zawodu lekarza zaufanie pacjentów i zaufanie społeczne.

## Oczekiwania pacjentów i społeczeństwa na skuteczność praktyki lekarskiej – nowe cele w kształceniu lekarza

Wszystkie strukturalne i funkcjonalne składniki pojęcia zawodu lekarskiego podlegają ciągłym ocenom indywidualnym pacjentów oraz analizom społecznym. Dotyczą one sprawności medycyny szczególnie o charakterze merytorycznym, organizacyjnym, a także ekonomicznym. W tym zakresie wymogi stają się coraz większe. Wywierają presję na zawód lekarza zarówno w zakresie badawczym, jak i praktycznym. Lekarz ma sprawnie rozwiązywać większość problemów zdrowotnych. Jakże często oczekiwania społeczne przekraczają w tym zakresie realne możliwości.

Współczesnego lekarza obciążono jednak pełną odpowiedzialnością za skuteczność działań w kształtowaniu życia i zdrowia, które medycyna może pozytywnie zmieniać tylko w ograniczonym zakresie. Niekiedy przypomina to instytucję chłopca do bicia. Politycy i osoby kierujące społeczeństwem i państwem w zakresie zdrowotności chętnie przenoszą swoje trudności na medycynę i lekarza. Tego rodzaju presje zmieniają szansę na wykonywanie zawodu lekarza jako misji. Pojawia się lekarz działający na zasadach administracyjnych, który z tego powodu nie stosuje zasad kultury medycznej.

Mimo takich tendencji społeczeństwo oczekuje od lekarza, że zawsze będzie działał na wielu poziomach. Wyraża np. opinię, że powinien przeprowadzać racjonalną krytykę jakości życia społecznego z punktu widzenia medycyny, a także oceniać problemy publiczne, jak np. nadużywanie leków lub wpływ ubóstwa na jakość opieki zdrowotnej w odniesieniu do jego indywidualnych pacjentów.

## Rygory zawodu w XXI w. – jak informować studentów?

W rezultacie można stwierdzić, że zadania zawodowe lekarza, rodzaj jego pracy, ciągle nakładają nowe rygory. W zasadzie jest on zawsze osobiście odpowiedzialny za ilość i jakość swojej wiedzy, jaką ma do dyspozycji w swojej działalności zawodowej, oraz za umiejętność jej zastosowania w praktyce, w konkretnych warunkach. W przekonaniu pacjentów i społeczeństwa takiej odpowiedzialności nie powinny ograniczać wady i niesprawność systemów opieki zdrowotnej oraz uwarunkowania administracyjno-ekonomiczne – praktyka wykazuje, że nie jest to możliwe.

Negatywna, niezaangażowana postawa lekarza powoduje często „wycofanie się” chorego. Obojętność zawodowej postawy lekarza może wyrażać się nie tylko w braku miłych i układnych słów lub zewnętrznej manieri zachowania się, ale także w braku właściwej postawy uczuciowej wobec chorego. Dopiero w oparciu o tę postawę możliwe jest pełne wykorzystanie, ściśle z nią złączonej w postaci współczesnego lekarza, postawy naukowej, intelektualnej, krytycznej i obiektywnej. Lekarz, a także każdy członek zespołu leczącego, starać się więc musi wytworzyć i okazać pozytywną uczuciową postawę wobec chorego i jego spraw. Empatia jest istotnym składnikiem kultury medycznej.

Wszystkie te okoliczności generują wiele problemów, które także w XXI w. pozostają nierozwiązane.

Oto przykłady aktualnych, „gorących problemów” w kształtowaniu edukacji medycznej:

- Jak ujmować i zapewniać nienaruszalność ludzkich wartości i potrzeb pacjenta, jego rodziny, grupy, przy coraz większej ingerencji w jego życie technologii oraz organizacji społecznych?

- Jakie są granice ingerencji technologicznej w życie jednostki?
- Czy dopuszczalne jest wywieranie presji medycznej na wolność jednostki dla celów populacji lub systemu organizacyjnego?
- Jak rozwiązać konflikt między ochroną zdrowia a rzeczywistością ekonomiczną?
- Na czym polega moralność polityki medycznej?
- Na czym polegają wymogi etyczne i moralne wobec instytucji ochrony zdrowia?
- Jakie są obecnie granice doświadczeń na ludziach?
- Jak rozwiązywać problemy medyczne masowe – środowiskowe, żywnościowe, populacyjne, opieki państwowej?

### Zespołowość pracy – problem w edukacji lekarza

We współczesnych społeczeństwach często przygotowuje się lekarzy funkcjonujących tylko na wybranym poziomie specjalistycznym. Całość osobowych i technicznych świadczeń, jakich oczekuje każdy pacjent, może być wtedy dostarczana przez zespoły lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia.

Skuteczność w spełnianiu oczekiwań ludzi zależy wówczas od sprawnej organizacji, w której ograniczenia każdego z lekarzy będą uzupełniane przez kompetencje innych.

W warunkach zespołu trudniej jest jednak zapewnić pacjentowi tak ważne subiektywnie, tak istotne dla odbioru medycyny, wrażenie stabilnej kompetencji, a więc wytworzyć zaufanie, zachować integralność osoby, troszczyć się o nienaruszalność jego indywidualnych wartości. Sprzyja temu dodatkowo fakt, że różni specjaliści i pracownicy wchodzi z chorym w różne rodzaje kontaktów. Kontakty te mogą być pełne – stałe, lub przelotne – wyrwykowe. Cywilizacyjne i społeczne zmiany w zakresie zarówno układu wartości etyczno-moralnych, jak i metod technologicznych nie ułatwiają obecnie realizacji tych postulatów.

Kształcenie lekarza zakłada wytworzenie zdolności do twórczej obserwacji i krytycznego myślenia. W wielu sytuacjach praktycznych obserwuje się mimo to decydującą rolę tzw. standardów postępowania lekarskiego. Wydawane są one w wielkiej liczbie i nakładach po przygotowaniu niekiedy przez dość subiektywnie myślące „grono ekspertów”. Pojawiła się „standardomania” jako sposób na uproszczenie pracy lekarskiej. Zawodowa sylwetka lekarza ulega zmianie.

### Podsumowanie

Stosunek lekarza do pacjenta wymaga indywidualnego zaufania ze wskazaniem na potrzebę przewodnictwa lekarza w procesach realizacji prewencji i leczenia. W tym zakresie jednak obserwuje się, że między lekarza a pacjentów wkroczyły media, marketing, a nawet polityka. Zawód lekarza z tego powodu ponosi straty.

Jak takim tendencjom ma się przeciwstawić kształcenie lekarza?

Jak kształtować edukację współczesnego lekarza zgodnie z zasadami misji medycyny w XXI w.?

Czy jest możliwe:

- podjęcie szerszej nowej dyskusji dotyczącej „wędrującej sylwetki medycyny i lekarza” we współczesnych uwarunkowaniach w środowisku medyków,
- podjęcie wysiłku na rzecz medycyny lepiej zorientowanej na realne potrzeby pacjentów,
- stworzenie ruchu na rzecz integracji takich wysiłków,
- uzyskanie realnego wpływu na elity polityczne, organizatorów opieki medycznej i decydentów, na przybliżenie do rzeczywistości takiej medycyny, jaką tworzy uniwersytecka tradycja i potrzeby ludzi w XXI w.

Środowisko lekarskie może aktywniej oddziaływać na kierunek koniecznych zmian w medycynie i zawodzie lekarza przez reformę studiów medycznych, lepszą komunikację ze społeczeństwem oraz budowanie swojego autorytetu.

Piśmiennictwo:

- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001; 322: 444-445.
- Little P., Everitt H., Williamson L., Warner G., Moore M., Gould C. i wsp. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001; 323: 908-911.
- Gray I.A.M. (red.) Evidence Based Health Care. How to Make Health Policy and Management Decisions. Churchill-Livingstone, Edynburg, 1997.
- Wieckluk A. (red.) Terminalnie chorzy. Hospicjum. Prace Komisji Etyki Medycznej, Kraków, 1996.
- Marczewski K. (red.) Notatki do ćwiczeń z etyki medycznej, czyli jak i po co odróżnić eutygnię od eutanazji. Wyd. A.M. w Lublinie, 2003.
- Pancheon D., Wright J. (w:) The Evidence Base for Diabetes Care. Williams R., Herman W., Kiumonth A.L., Wareham W.J. (red.) J. Wiley and Sons, Chichester etc., 2002, 730-752.
- Brzeziński T. Etyka lekarska. PZWL, Warszawa, 2002.
- Tatorń J. Filozofia w medycynie. PZWL, Warszawa, 2003.