

Beata Antoszevska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

## „Wyjść poza biały fartuch” – dziecko jako podmiot relacji lekarz-pacjent – aspekt teoretyczny

### „To leave the white uniform behind” – a child as a subject of the physician-patient relationship: theoretical aspects (part I)

The physician-patient relationship is very specific because of its subject. In literature, it is termed the triangle agreement because it involves three individuals as subjects of the relationship: physician, child and (depending on the child's age) parents. They pass information to each other, observe and are observed. Parents' involvement in the physician-child relationship is multifaceted and depends on a variety of factors, the most important ones include: the child's age and/or level of intellectual development, experiences, personality, etc. It can be expected that the physician-child relationship proceeds differently depending on the environment in which it occurs (e.g., a visit at the pediatrician's office, dentist's office, at the department of pediatrics, a hospital admission room or an emergency department). The manner in which the physician initiates and sustains the relationship with the patient (not only a child) affects the patient's feelings and behavior. Moreover, it conditions the patient's satisfaction and compliance. This paper focuses on the relationship that emerges between the physician – the child – parents at the department of pediatrics in a hospital.

Słowa kluczowe: relacja, podmiotowość, pacjent – dziecko

Keywords: relationship, empowerment, patient – child

*„Najważniejszą potrzebą dziecka jest miłość,  
a największym zagrożeniem jest pozbawienie go tej miłości,  
tak niezbędnej do godnego życia i prawidłowego rozwoju”  
Leśniewski 2015, s. 241.*

## Wprowadzenie

Relacja lekarz-pacjent, którym jest dziecko, różni się od relacji z pacjentem dorosłym. Dotyczy to przede wszystkim liczby osób, które w niej uczestniczą. (Małego) Pacjenta wspiera rodzic (matka, ojciec lub opiekun prawny, czasem

opiekun faktyczny). Jest to zatem relacja specyficzna, trójstronna. Wszystkie podmioty w relacji wymieniają się informacjami, obserwują się i są obserwowane (Jankowska 2012; Kulus 2014; Wilk-Sielczak, Gmyrek-Marciniak 2006).

Szpital bez względu na wystrój i panującą w nim atmosferę (relacje, wykonywane działania, czynności diagnostyczne, lecznicze) nie jest naturalnym środowiskiem, w którym dziecko może prawidłowo się rozwijać. Obecność osoby bliskiej stanowi dla niego ważne, a nawet nieprzecenione, źródło wsparcia emocjonalnego. To rodzic czy opiekun dają dziecku poczucie bezpieczeństwa, stabilności, wpływają na jego zachowanie, ułatwiając komunikację i nawiązanie relacji z lekarzem. Widoczne jest to zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z małym dzieckiem. Małe dzieci są szczególnie bezradne, zależne i przywiązane do najbliższych (najczęściej matek). Ich samopoczucie i rozwój zależą przede wszystkim od odpowiedniej opieki<sup>1</sup>. Normalną reakcją dziecka w sytuacji zagrożenia jest poszukiwanie kontaktu i bliskości z opiekunem (Senator 2012)<sup>2</sup>.

Od dawna analizowano warunki w trakcie hospitalizacji dziecka chorego i podejmowano próby wyeliminowania lub minimalizowania tych, niekorzystnie wpływających na całościowy rozwój, małych pacjentów. W szczególności starano się unikać sytuacji, w których dziecko miałoby być odseparowane od bliskich osób<sup>3</sup>, pozbawiane opieki macierzyńskiej (Olechnowicz 1957)<sup>4</sup>.

Zapewnienie rodzicom możliwości nieograniczonego czasu odwiedzania chorego dziecka w szpitalu, a w razie potrzeby przyjmowania ich wraz z dziećmi, to istotna i pozytywna zmiana (Biermann 1977). Korzyści z obecności rodzica nie ograniczają się tylko do osoby dziecka, lecz sięgają znacznie dalej – dotyczą także osoby lekarza. Rodzic jest dla niego głównym źródłem informacji zwłaszcza wówczas, kiedy pacjentem jest małe dziecko niewerbalizujące jeszcze swoich dolegliwości. Owszem niekiedy wygląd dziecka czy przeprowadzone badanie przedmiotowe naprowadzają na wstępną hipotezę dotyczącą jego stanu zdrowia, niemniej jednak rozmowa jest tu niezbędna wręcz komplementarna do postawienia trafnej, a niekiedy i szybkiej, diagnozy (Korsch, Gozzi, Francis 1986)<sup>5</sup>. W trakcie rozmowy z lekarzem często ma miejsce przełomowy moment w relacji, w którym

<sup>1</sup> W pierwszych latach życia najistotniejszy jest dla nich związek pomiędzy opieką, osobą zaspokajającą potrzeby a potrzebującym i otrzymującym opiekę (Furman 2007).

<sup>2</sup> Zarówno małe dziecko, jak i niemowlę nie ma innego sposobu poradzenia sobie z zagrożeniem.

<sup>3</sup> Traumatyzujący wpływ dostrzegają również J. Doroszevska (1963) – nestorka pedagogiki leczniczej podkreślając, że dzieci widząc rodziców zbyt rzadko czują się od nich oderwane, zagubione wśród obcych, a to nie sprzyja ich rozwojowi.

<sup>4</sup> Szczególnie zainteresowanie John Bowlby roztaczał wokół dzieci doświadczających rozłąki z rodzicami. W oparciu o własne obserwacje, a także raporty innych autorów opisał reakcje dzieci na przedłużającą się separację od rodzica. Są to: Faza protestu; Faza rozpacz; Faza pozornego zerwania więzi (zob. Senator 2012, s. 34).

<sup>5</sup> Interesujące badania dotyczące satysfakcji rodziców z kontaktu z lekarzem prowadziła B. Korsch z zespołem.

matka lub ojciec zaczynają obdarzać lekarza coraz większym zaufaniem, a dziecko przejmując to poczucie ośmiela się, zmniejszając swój lęk i zezwalając lekarzowi na wykonywanie badań. Józef Bożek (1989) szczególnie podkreślał, istotność tej sytuacji, dodając, że dziecko widząc rodzica rozmawiającego z lekarzem zyskuje poczucie bezpieczeństwa i wierzy, że czynności podejmowane przez lekarzy są znane rodzicom i, że oni wyrazili na nie zgodę.

Postawa lekarza, jego stosunek do pacjenta wpływa na wynik badania i cały proces terapeutyczny. Stosunek lekarza do osoby chorej bez względu na jej wiek powinien być zawsze stosunkiem humanistycznym – stosunkiem człowieka do człowieka (Kępiński 2002). „Trzeba tylko, żeby do łóżka podszedł człowiek, który „widzi to na co patrzy” i umie „usłyszeć to co słyszy” (Doroszewska 1963, s. 7). Warto pamiętać, iż doświadczenia wyniesione z każdej relacji stają się bezpośrednią przekładnią wszystkich innych, które inicjujemy, bądź też których nie nawiązujemy w życiu. „W tym co sami przeżyliśmy, czegośmy doświadczyli, co „mamy w kościach”, tkwi ogromna siła” (Eichelberger 2014, s. 18). Dla dziecka doświadczenia z dzieciństwa mają zasadnicze znaczenie. Doświadczenie miłości, ustawicznej akceptacji, trwałych i mocnych relacji przekłada się na poczucie bycia kochanym, a w konsekwencji także na rozwój duchowy (Leśniewski 2015).

## Podmiotowość w relacji

Pomijając szerokie rozważania terminologiczne dotyczące wspomnianej w podtytule kategorii skupię się na wybranych i często przywoływanych w obszarze pedagogiki i psychologii. Otóż podmiotowość rozumiana jest tu, jako określona tożsamość człowieka, która wyróżnia go od innych. Podmiotowość to „to, że człowiek jest „kims”” (za: Lewowicki 1996, s. 596). To podkreślanie niepowtarzalności każdego człowieka, jego wartości, niepodlegającej wymianie na inne wartości niższego rzędu. Podmiotowość wskazuje na wyjątkowe miejsce człowieka w świecie, jego prawo do rozwoju (Stochmiałek 1994; Lipkowski 1977). Można postawić pytanie o granice podmiotowości w relacji lekarz-pacjent (dziecko). Czy podmiotowość jest w niej możliwa i potrzebna?

Analizując klasyczne modele relacji lekarza z pacjentem dostrzegamy różnorodność i odmienność podejść. Jedne akcentują rolę pacjenta w relacji, inne ją pomijają, przenosząc akcent na rolę lekarza. Zaznaczyłam wcześniej, iż relacja lekarsko-dziecko jest inną relacją i udział dziecka w głównej mierze zależy od wieku i poziomu rozwoju poznawczego. Jednak pomijanie w relacji roli małego pacjenta (dziecka) zagraża ukształtowaniem w nim postawy uległej wobec lekarza czy po-

zostałego personelu medycznego, na każdym jej etapie, a w konsekwencji przeniesienie odpowiedzialności za własne zdrowie na inne osoby.

Interesujące stanowisko w sprawie podmiotowości, aczkolwiek rozpatrywanej w innej przestrzeni, opisuje A. Jankowski (za: Górniewicz 1996). Autor rozpatruje upodmiotowienie uczniów w przestrzeni szkoły, wyróżnia przestrzeń ograniczoną dwiema kategoriami: podmiotowość-przedmiotowość. Uznaje, iż każdy człowiek jest w niektórych sytuacjach bardziej uprzedmiotowiony, a w innych upodmiotowiony. Przekonanie o wpływie na zdarzenie stanowi warunek upodmiotowienia, związane jest zazwyczaj z zainteresowaniami pewnymi obszarami życia. Z kolei, gdzie człowiek oddaje pole innym, dominuje uprzedmiotowienie. W procesie leczenia istotne jest to, by lekarz umiał rozpoznać położenie chorego dziecka w stosunku do wyodrębnionych kategorii podmiotowości i przedmiotowości (tamże), i aby ostatnia z wymienionych kategorii nie miała zdecydowanej przewagi. W relacji lekarza z pacjentem bezsprzecznie występują sytuacje, w których pacjent podlega lekarzowi i one sprzyjają przedmiotowemu traktowaniu, jednak patrzenie na pacjenta przez pryzmat osoby (jedności biologiczno-psychiczno-duchowej), a nie uszkodzonego organizmu, zdecydowanie rozszerza jego podmiotowość. Zawęża obszary przedmiotowego postępowania z pacjentem.

W podmiotowości idzie zatem o uwzględnianie osoby dziecka, jako tej, która w pewnym zakresie – stopniowo coraz większym – może decydować o sobie. Dziecko chore jest pacjentem i przysługują mu także prawa pacjenta. Twierdzenie to ma swoje uzasadnienie w ustawie o prawach pacjenta. Wyłącznie dziecko korzystające ze świadczeń zdrowotnych posiada status pacjenta (Dercz, Izdebski, Rek 2015)<sup>6</sup>. Statusu pacjenta nie posiada przedstawiciel ustawowy czy też faktyczny dziecka. Dziecku będącemu pacjentem przysługują pewne prawa pacjenta (tamże). „Znaczącą część praw pacjenta – dziecka – w jego imieniu albo za niego i na jego rzecz, albo wspólnie z nim wykonywać będzie przedstawiciel ustawowy czy opiekun faktyczny” (tamże) (ten ostatni jednak w bardzo ograniczonym zakresie), ewentualnie za dziecko będzie decydował sąd opiekuńczy (tamże).

Podmiotowość dziecka w relacji z lekarzem wyraża się w uwzględnianiu jego emocji i przeżyć. Mimo świadomości dorosłych co do potrzeb komunikacyjnych dzieci w różnym wieku nie zawsze są one uwzględniane. Za przykład może posłużyć opieka nad noworodkiem. Choć od dawna wiemy, że słyszy on i odczuwa ból, to często jego potrzeby w zakresie komunikacji są pomijane (Kulus 2014). „Każdą krzywdą dziecka, już nie mówiąc o śmierci, spowodowana przez dorosłych ludzi, jest czymś nienaturalnym, okrutnym i karygodnym” (Papuzińska 2015, s. 28).

<sup>6</sup> Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie stanowi o pacjencie dziecku tylko o „pacjencie małoletnim”

Pacjentami lekarza pediatri są dzieci w bardzo różnych przedziałach wiekowych i fazach rozwojowych – noworodek, niemowlę, przedszkolak, młodsze dziecko szkolne, nastolatek, wymagającymi od niego szerokiego wachlarza kompetencji komunikacyjnych. Ivan Lichter (1987) nadmieniał, że słabe umiejętności komunikacyjne lekarza niemal bez wyjątku są powodem słabej relacji z pacjentem. Komunikacja z dzieckiem, tak jak z każdym pacjentem, składa się z dwóch warstw: werbalnej i niewerbalnej. Od dawna zwracano uwagę, że proces komunikacji lekarza z dzieckiem oparty jest w głównej mierze na komunikacji niewerbalnej. „Zdolność przeniknięcia maski jest, jak się zdaje, większa u dzieci niż u dorosłych (...), może dlatego, że zarówno dzieci, jak i chorzy są bardziej zależni od swego społecznego otoczenia i dla nich odcyfrowanie „prawdziwej twarzy” najbliższych ma zasadnicze znaczenie” (Kępiński 2002, s. 22). „Już niemowlę rozpoznaje stan psychiczny matki, śmiechem reaguje na jej radość, a płaczem i krzykiem na jej zdenerwowanie i niepokój” (tamże, s. 17). Przyjmuje się, że około 10–15% dzieci w wieku przedszkolnym wykazuje problemy emocjonalne oraz zaburzenia funkcjonowania związane z trudnościami w zawieraniu kontaktów (Kulus 2014). Komunikacja z dzieckiem powinna uwzględniać:

1. sposób mówienia dostosowany do wieku dziecka i zdolności poznawczych. Język, którego używa lekarz, powinien być prosty i zrozumiały, bez terminologii medycznej i jej żargonu;
2. uśmiech – w kontaktach z dzieckiem nie pozostaje obojętny. Może on spowodować duże zmiany w zachowaniu, postawie czy nastroju dzieci. J.N. Apella (za: Sikorski 2013) dowiódł, że uśmiech rodziców i innych dorosłych prowadzi do wzrostu wesołości i pogody u dzieci, a także zmienia ich reakcje wobec otoczenia. Przykładem może być tu fenomen neuronów lustrzanych, które mogą być uaktywniane drogą podprogową. Neurony lustrzane umożliwiają odzwierciedlenie stanu psychicznego i lepsze podejście do samej wizyty u lekarza (za: Bauer 2008);
3. odpowiednia pozycja – lekarz poprzez pozycję ciała, ton głosu, gesty może zwiększyć motywację do świadomego uczestnictwa w terapii, lub też odwrotnie, spowodować wycofanie pacjenta. „Każdy gest, słowo, uśmiech, skrzywienie się lekarza ma tu znaczenie i może być czynnikiem terapeutycznie korzystnym lub traumatyzującym” (Kępiński 2002, s. 25);
4. pomocne w rozmowach z dzieckiem i jego rodzicami jest odwoływanie się do rysunków, prostych schematów, atlasów czy modeli, za pomocą których można wyjaśnić dolegliwości choroby. W odniesieniu do starszych dzieci pomocne może być użycie komputera, tabletu – multimediów. Ułatwiają one dziecku i jego rodzicom odnalezienie prawidłowych wiadomości (Jankowska 2012; Kulus 2014);

5. rozmowa z dzieckiem – jeśli to możliwe, lekarz powinien włączyć małego pacjenta do rozmowy. Niekiedy wiek dziecka czy poziom rozwoju intelektualnego nie pozwala na uzyskanie precyzyjnych informacji od samego pacjenta, to jednak w trakcie rozmowy (w bezpośredniej jego obecności) lekarz powinien zwracać uwagę na dziecko i posługiwać się jego imieniem. W rozmowie prowadzonej z rodzicem bez obecności dziecka, ale dotyczącej dziecka również powinna obowiązywać ta sama zasada. Jak twierdził Antoni Kępiński, „Już od dawna zresztą każdy lekarz, nie tylko psychiatra, wiedział, że dla chorego ważniejsze niż to co mówi, jest jak mówi, jego wewnętrzna postawa, życzliwość i spokój, sprawiające, że już samo podejście lekarza przynosi choremu ulgę” (s. 31).

Traktowanie dziecka jak współpartnera wyraża się w trosce o to, by nie zawiść jego zaufania. „Ci z dorosłych (rodzice czy personel), którzy właściwie rozumieją to wymaganie, nie oszukują dziecka, nie obiecują mu niczego na wyrost, nie stawiają fikcyjnych terminów, byle je doraźnie uspokoić. Wyjaśniają tyle, ile trzeba, zachęcają do wytrwania (...)” (Zdebska, Armata 1982, s. 380). Myśl ta szczególnie odnosi się do dzieci starszych.

Podkreślanie podmiotowości dziecka w relacji wyraża się sprawowaniem wobec niego starannej, troskliwej i kompetentnej opieki medycznej (Święchowicz 2013). Istotną kwestią w tym zakresie jest leczenie bólu, który u dzieci bywa niewłaściwie rozumiany czy ignorowany przez nieznaną podstaw farmakoterapii czy zakorzenionych w świadomości mitów (Dangel 1993).

Lekarz nie powinien dopuścić do sytuacji, w której dziecko poczuje, że jego uczucia, opinia i postępowanie jest nieważne, infantylne do wieku (Jankowska 2012). „Bez względu na wiek dziecko ma prawo do poszanowania jego niewiedzy, naiwności i wynikającej z nich ufności ku dorosłym” (Zdebska, Armata 1982, s. 380).

Upodmiotowienie w końcu to takie prowadzenie dziecka chorego, aby czuło się współodpowiedzialne za swoje zdrowie. Idzie tu o ukształtowanie pewnej czujności, odpowiedzialności za swoje zdrowie, podejmowanie działań sprzyjających zdrowiu. Jeśli chodzi o choroby przewlekłe nie da się ich wyleczyć całkowicie, ale zdecydowaną większość z nich da się zaleczyć, doprowadzić do stanu, w którym można je kontrolować. Za przykład może posłużyć cukrzyca. Epidemiologia wskazuje na zdecydowany wzrost jej zapadalności (Szabała 2009)<sup>7</sup>. Cukrzykiem pozostaje się do końca życia, ale jego jakość i długość zależą od samej osoby chorej. Jeśli dziecko jest małe odpowiedzialność za prowadzenie choroby

<sup>7</sup> W Polsce wskazuje się, że na cukrzycę typu 1 choruje około 10 tys. dzieci. W krajach uprzemysłowionych długość życia dziecka z prawidłowo leczoną cukrzycą może wynosić ok. 70–80% długości życia danej populacji. Zob. szersze dane epidemiologiczne w książce Beaty Szabały, *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Wyd. UMCS, Lublin 2009.

spada na rodziców, którą z wiekiem powinni przenosić na dziecko. Nie można cały czas być przy dziecku i być gotowym na wyciągnięcie ręki z przysłowiowym „cukierkiem bądź insuliną”. Pozostaje wykształcić w dziecku mechanizm samo-kontroli, który staje się możliwy do osiągnięcia dzięki postrzeganiu dziecka jako odpowiedzialnego podmiotu. Działania te winien wspierać lekarz diabetolog.

Wyniki badań prowadzonych wśród studentów Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie wskazują, że studenci jako dzieci nie lubili lekarzy, którzy: straszą, są niedelikatni, niemili, niewłaściwie odnosili się zarówno do nich (jako pacjentów), jak i ich rodziców, ignorowali dziecko, wyglądali na znudzonych<sup>8</sup>. Oto przykładowe wypowiedzi:

Pani doktor nastraszyła mnie, że gdy złamię się, np. tą samą rękę, w tym samym miejscu 3 razy, to ta ręka usycha. To był drugi raz, gdy złamałam nadgarstek lewej ręki.

Najgorsze było, jak spadłam z motocykla i miałam otwarte złamanie kości nogi – lekarz chyba chciała być zabawna, bo powiedziała, że mi obetnie nogę. Tak strasznie się bałam, że pierwsze co zrobiłam, jak się wybudziłam z narkozy, to sprawdziłam czy rzeczywiście mi ją obciął – trauma do końca życia!!!<sup>9</sup>

Z kolei lekarz, którego studenci dobrze wspominają, to osoba uśmiechnięta, miła, sympatyczna, dająca nagrody, słuchająca i traktująca dzieci poważnie. Dobrym lekarzem jest zatem ten, kto lubi dzieci i angażuje się uczuciowo w kontakt z pacjentem<sup>10</sup>. I ponownie kilka przykładów:

Pani doktor była miła i zabawna, umiała ból połączyć z czymś śmiesznym (np. podczas borowania śpiewała mi śmieszne piosenki). No i oczywiście zawsze za dzielność dostawałam nagrody.

Na początku bałam się, ale mój lęk przełamany był cukierkami i naklejkami.

Polubiłam lekarzy, kiedy moim lekarzem rodzinnym została bardzo sympatyczna, uśmiechnięta, gadatliwa pani doktor.

<sup>8</sup> Zbiór własny – badania prowadzone ze studentami UWM w Olsztynie w roku 2012.

<sup>9</sup> „Doktor była nieprzyjemna, w ogóle się nie uśmiechała”; „Lekarz nie był zainteresowany pacjentem, właściwie był obojętny”; „Miałam drobny wypadek na wuefie. Wezwano moją mamę i razem pojechałyśmy do przychodni. Lekarz, który nas przyjmował był bardzo nie miły. Kazał mojej mamie zabandażować moją rękę. Mojej mamie nie wychodziło to najlepiej i lekarz podniesionym głosem zaczął pytać się: „co z pani za matka?!” „Miałam uczulenie, całe ciało swędziało; rodzice podawali leki ogólnodostępne w aptece, ale nic nie pomagało. Mój tata pojechał ze mną na pogotowie, gdzie lekarz dyżurujący nakrzyczał na tatę i nabliżał mu, pytając po co przyjechał, mógł podać jakikolwiek lek przeciw uczuleniu. Okazało się, że pan doktor był w czasie głębokiego snu na dyżurze i przerwaliśmy mu wypoczynek”.

<sup>10</sup> Badania własne prowadzone ze studentami UWM w Olsztynie w roku 2012.

Doktor ordynator zaprosił mnie na obchód jako swoją asystentkę (dostałam za duży fartuch i stetoskop oraz karty pacjentów)<sup>11</sup>.

Wiele zdarzeń w życiu dziecka może wywołać traumę, ale potencjalnie najbardziej niszczące są procedury medyczne. Brak czasu i pomijanie przygotowania dziecka do rutynowego badania, przypinanie go do nosidełka, tak by się nie poruszyło gdy protestuje (Levine 2015), świadczy o przedmiotowym traktowaniu małych pacjentów. „Dziecko, które walczy tak bardzo, że musi zostać przywiązane, jest dzieckiem zbyt wystraszone, żeby było unieruchomione bez bolesnych konsekwencji. Podobnie dziecko, które jest ciężko wystraszone, nie jest dobrym kandydatem do znieczulenia, gdy jest przerażone będzie prawie na pewno straumatyzowane, często ciężko” (tamże, s. 114). Wielu z tych traum można zapobiec, jeśli tylko personel medyczny stworzy odpowiednią atmosferę i przyjmie pozytywną postawę wobec dziecka, ale także i rodziców. Wszystko tu odgrywa znaczenie – uśmiech, dotyk, gest, słowo. Współpraca z dzieckiem jest możliwa do osiągnięcia, jeśli warunkiem jest poszanowanie jego godności, podmiotowości i autonomii. „Pomoc bez szacunku do dziecka, miłości do niego, poznania jego potrzeb i zainteresowań prowadzi do hipokryzji i konformizmu” (Leśniewski 2015, s. 248).

## Ku pokrzepieniu

Podkreślanie podmiotowości dziecka w relacji z pacjentem ma swoje implikacje dla kształcenia lekarzy, zwłaszcza lekarzy pediatrów. Idzie o zwrócenie uwagi na aspekt treściowy wymiaru kształcenia. Ma on akcentować treści służące rozwijaniu u młodych adeptów cech sprzyjających nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z małymi pacjentami. Bowiem ostatecznym celem leczenia – jest dobro całej osoby – fizyczne, emocjonalne i duchowe (Chańska 2002). Medycyna powinna być powołaniem, humanizmem, troską i miłością, a nie egoizmem czy zachłannością.

Pobyt w szpitalu dla wielu dzieci stanowi sytuację trudną, jednak odpowiednie podejście uwzględniające ideę podmiotowości zawierającą w sobie poszanowanie i współudział może tę sytuację złagodzić. „Poczucie podmiotowości jest

<sup>11</sup> „Pani doktor była bardzo sympatyczną osobą, mającą podejście, zawsze rozmawiała na różne tematy i uprzedzała, co będzie kolejno robiła”; „Pamiętam lekarza prowadzącego mój zabieg w szpitalu. Codziennie na obchodzie przynosił mi jakąś niespodziankę. Do końca mojego pobytu (w szpitalu) dodawał mi uśmiechu”; „Lekarz rodzinny był zawsze otwarty, miły i sympatyczny. Badania przebiegały w miłej atmosferze”; „Lekarz słuchał tego co miałam do powiedzenia i poważnie traktował moje dolegliwości”; „Lekarz to była bardzo miła pani, która przepisywała smaczne lekarstwa, które pomagały. Była ciągle uśmiechnięta, o bardzo miłej barwie głosu”.



potrzebą wewnętrzną, aczkolwiek jego siła jest u jednostek zróżnicowana” (Jankowska 1993, s. 18).

Życzliwość, działanie zawsze dla dobra człowieka chorego – wydaje się być najoczywistszym z obowiązków moralnych (Szatkowski 1994), każdego lekarza – zwłaszcza tego, który ma kontakt z dziećmi. Osoby wybierające jako zawód służbę zdrowiu innych ludzi są więc „a priori” zainteresowane psychiką ludzką, doznaniem człowieka cierpiącego, pomocą w powrocie do pełnej sprawności. Zainteresowania te powinny w trakcie swej pracy rozwijać i doskonalić – pisała M. Rybakowa (1999).

„(...) słowa pocieszenia, współczucia, zainteresowania,  
(...) tak bardzo są (...) potrzebne”  
Nasiłowski 1976, s. 167.

## Bibliografia

- Bauer J. (2008), *Empatia. Co potrafią lustrzane neurony*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Biermann G. (1997), *Dziecko w szpitalu*, „Hexagon Roche” nr 2, s. 16–24.
- Bożek J. (red.) (1989), *Nowotwory wieku dziecięcego*, PZWL, Warszawa.
- Chańska W. (2002), *Powiernicy? Kontrahenci? Misjonarze? Źródła i zakres obowiązków lekarzy*, „Etyka”, nr 35, s. 191–210.
- Dangel T. (1993), *Zasady leczenia bólu nowotworowego u dzieci*, „Medicus”, nr 3, s. 12–15.
- Dercz M., Izdebski H., Rek T. (2015), *Dziecko – pacjent – świadczeniobiorca*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Doroszevska J. (1963), *Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym*, PZWS, Warszawa.
- Eichelberger W. (2014), *Jak wychować szczęśliwe dzieci*, Zwierciadło, Warszawa.
- Furman E. (2007), *Jak wspierać dziecko w rozwoju*, Jacek Santorski i Co Agencja Wydawnicza, Warszawa.
- Górniewicz J. (1996), *Teoria wychowania*, Wydawca Studium Kształcenia Ustawicznego „GLOB”, Toruń–Olsztyn.
- Jankowska K. A. (2012), *Postępowanie z dzieckiem i jego opiekunami. Porozumiewanie się z nastolatkiem [w:] Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, red. A. Steciwko, J. Barański, WElsevier Urban and Partner, roclaw.
- Jankowska M. (1993), *Podmiotowość ucznia jako podstawa współczesnego kształcenia*, „Scholasticus”, nr 2, s. 18.
- Kępiński A. (2002), *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Korsch B., Gozzi E., Francis V. (1986), *Gaps in doctor-patient communication*, „Pediatrics”, nr 42, s. 855–871.
- Kulus M. (2014), *Komunikacja w pediatrii [w:] Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszevski, M. Kulus, A. Markowski, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Leśniewski K. (2015), *Terapia duchowa dzieci [w:] Dziecko: problemy i potrzeby*, red. U. Dudziak, KUL, Lublin.
- Levine P. A. (2015), *Uleczyć traumę*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.

- Lewowicki T. (1996), *Podmiotowość* [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Lichter I. (1987), *Communication in Cancer Care*, Churchill Livingstone, Edinburgh-London-Melbourne-New York.
- Lipkowski O. (1977), *Pedagogika specjalna*, Warszawa.
- Nasiłowski W. (1976), *Asystent kliniki*, Warszawa, Iskry.
- Olechnowicz H. (1957), *Choroba szpitalna (hospitalizm) u małego dziecka wychowywanego poza rodziną*, „*Pediatrics Polska*” nr 7, s. 837–849.
- Papuzińska M. (2013), *To nie jest kraj dla naszych dzieci*, „*Wprost*”, s. 11–28.
- Rybakowa M. (1999), *Opieka nad dzieckiem przewlekle chorym. Opieka pielęgniarska a wiek i stan rozwojowy dziecka. Sztuka rozmowy z chorym dzieckiem*, Wydawnictwo ad vocem, Kraków.
- Senator D. (2012), *Więź z rodzicami a ryzyko zaburzeń rozwoju emocjonalnego dzieci i młodzieży* [w:] *Bliskość w rodzinie*, red. B. Tryjańska, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Sikorski W. (2013), *Komunikacja terapeutyczna, Relacja pozasłowna*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Stochmialek J. (1994), *Kierowanie pracą opiekuńczo-wychowawczą w makro i mikrosystemach pedagogicznych* [w:] *Rozwój systemu opieki i resocjalizacji*, red. J. Stochmialek, WSP, Częstochowa.
- Szabała B. (2009), *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Szatkowski S. (1994), *Zasada życzliwości w medycynie*, „*Etyka*”, nr 27, s. 103–117.
- Święchowicz M. (2013), *Nietyklani*, „*Newsweek*”, s. 20–22.
- Wilk-Sielczak B., Gmyrek-Marciniak A. (2006), *Komunikacja z dzieckiem w gabinecie dentystycznym*, „*Dent Med Probl*” nr 43, cz. 3, s. 438–442.
- Zdebska S., Armata J. (1982), *Psychologiczne problemy w nowotworowych chorobach krwi u dzieci* [w:] *Hematologia kliniczna wieku dziecięcego*, red. M. Ochocka, PZWL, Warszawa.