

OBRAZ LEKARZA – SERIAL TELEWIZYJNY KONTRA RZECZYWISTOŚĆ

KATARZYNA PAWLAK-SOBCZAK

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Patologii Społecznych

ABSTRACT

Doctor's image – television serial vs. reality

Problems connected with health and disease are very popular and often present in serials in television stations in Poland. Large ratings such programmes are proof that there is a big interest and popularity this kind of subject matter with polish society. Author of this article considers what kind of consequences this can have, especially when we are talking about a perfect image of a doctor. Author analyses image of a doctor, which is created in polish serial "Na dobre i na złe" and looks for an answer, what kind of image about this occupation is created in viewers' awareness. Finally, by comparing the real image of a doctor with created one, author considers what kind of influence have medical serials on relations and communications between patients and doctors.

Key words: perfect image of a doctor, relations between doctor and patient

Współcześnie trudno nam wyobrazić sobie funkcjonowanie bez użycia mass mediów. Otaczają i wpływają one na nasze życie, pełniąc przeróżne role. A jednak dyskusyjny jest nie tyle wpływ, ile siła, z jaką media oddziałują na nasze myślenie i spostrzeganie rzeczywistości. McCombs i Shaw doszli do wniosku, że

✉ Adres do korespondencji: Zakład Patologii Społecznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź

media „nie mają wpływu na to, co ludzie myślą, a więc na ich poglądy i opinie, mają jednak wpływ na to, o czym ludzie myślą, czyli mogą skupiać ich uwagę na jednych sprawach i tym samym odwracać ją od innych”¹. Zdecydowanie trudno przypisywać mediom nieograniczoną władzę nad odbiorcami. Granicę tego wpływu ustalają oni sami.

Oddziaływanie mediów jest wieloetapowe i polega na konstruowaniu i upowszechnianiu obrazów rzeczywistości społecznej. Media mają wielką władzę nad symbolicznym środowiskiem człowieka, gdyż w istocie je tworzą, ujmując rzeczywistość w określone ramy i schematy interpretacyjne, nadające jej znaczenie. Ale media nie mogą zmusić odbiorcy do przyjęcia i zaakceptowania tych znaczeń. Z samej istoty aktu percepcji i recepcji wynika bowiem, że z obrazów dostarczanych przez media odbiorcy konstruują swoje własne obrazy rzeczywistości, które też opierają się na określonych schematach i ramach interpretacyjnych².

Mogą one pochodzić bezpośrednio z przekazu medialnego lub też zupełnie się od niego różnić. Teoria ta ma zastosowanie do wszelkich obszarów życia społecznego, także tych związanych z medycyną.

Tematyka medyczna jest obecnie bardzo chętnie podejmowana przez media. Po pierwsze, zdrowie dotyczy każdego człowieka, w związku z tym istnieje spore, społeczne zapotrzebowanie i zainteresowanie takimi informacjami, a jednocześnie każdy przeciętny odbiorca ma określone doświadczenia związane zarówno ze schorzeniami, jak i ze służbą zdrowia. Po drugie, jest to dziedzina budząca różne emocje, m.in. takie jak strach, np. przed diagnozą, bólem czy pobytem w szpitalu, oraz oburzenie i gniew w sytuacjach pomyłek lekarskich, łapówek czy innych niedociągnięć systemu opieki medycznej. W końcu jest to tematyka, która fascynuje, zaskakuje, stanowi wyzwanie eksploracyjne i odkrywcze. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, media dostarczają swoim odbiorcom wielu informacji w zakresie medycyny.

Nie są to jednak tylko i wyłącznie dane oparte na rzeczywistości. Jak wskazują statystyki oglądalności seriali telewizyjnych, publiczność z dużym zainteresowaniem i systematycznością śledzi programy także poruszające tematykę medyczną, ale oparte na fikcji. Konsekwencją jest mnożenie w polskich mediach seriali medycznych – zarówno tych produkcji rodzimej, jak i zagranicznych. Do najbardziej popularnych, a emitowanych w chwili obecnej w polskiej telewizji zalicza się m.in. „Szpital na perypetiach”, „Doktor House”, „Ostry dyżur”, „Lekarze”, „Na dobre i na złe” oraz „Szpital”.

Biorąc pod uwagę dużą oglądalność tych programów, zastanawiają konsekwencje, jakie ta kreowana fikcja może przynieść lub już przynosi w realnym życiu społeczeństwa. Szczególną uwagę warto zwrócić na kreowany wzór lekarza specjalisty i tym samym wyobrażenie na temat tego zawodu tworzone w świadomości przeciętnego widza. Jest to niezwykle ważne, zwłaszcza że budowane

¹ Mrozowski 2001, s. 383.

² Tamże, s. 377.

w ten sposób stereotypy i wyobrażenia medyków wpływają bezpośrednio na rzeczywiste relacje lekarza i pacjenta oraz na komunikację między nimi, które razem tworzą podstawę właściwego i skutecznego procesu leczenia.

W swoich rozważaniach chciałabym skoncentrować się przede wszystkim na serialu „Na dobre i na złe”. Na ten wybór wpływają różne czynniki. Po pierwsze, program ten nadawany jest, w porównaniu z innymi mu podobnymi, stosunkowo długo. Emisja pierwszego odcinka odbyła się w 1999 roku³. Co więcej, serial ten jest trzecim pod względem długości emisji wśród wszystkich seriali nadawanych w polskiej telewizji po „Klanie” i „Świecie według Kiepskich”. Oznacza to, że publiczność miała dużo czasu, by oswoić się z programem, poznać jego bohaterów i wciągnąć w fabułę.

Po drugie, „Na dobre i na złe” emitowane jest przez Drugi Program Telewizji Polskiej, a więc szerokie grono widzów miało i ma do niego dostęp. Obecnie każdy nowy odcinek serialu ogląda średnio 5,5 mln osób.

Serial jest polskiej produkcji, a akcja rozgrywa się w fikcyjnym miasteczku pod Warszawą. Tym samym kreowana w nim rzeczywistość wydaje się widzowi znacznie bliższa niż w programach zagranicznych. Na przykład „Doktor House” cieszy się dużą popularnością i oglądalnością, jednakże przeciętnemu polskiemu widzowi trudno wyobrazić sobie istnienie w polskiej służbie zdrowia takiego medyka, jakim jest Gregory House, a tym bardziej szans obcowania z nim i trafienia na oddział trudnych przypadków medycznych, którym on by kierował. Natomiast doktor Burski i szpital w Leśnej Górze wydawali się bardziej namacalni i realni, co może powodować szybsze zatarcie się w świadomości widza granic między tym, co rzeczywiste, a tym, co fikcyjne. Wreszcie „Na dobre i na złe” nie należy do seriali, jak np. „Szpital na perypetiach”, które z założenia mają być prześmiewczymi karykaturami służby zdrowia i jej pracowników. Kreowana w nim rzeczywistość ma przekonać widza o istnieniu takiego miejsca w Polsce. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, wydaje się, że „Na dobre i na złe” należy do seriali medycznych, które najsilniej oddziałują na wyobrażenie widza o służbie zdrowia, w tym także o idealnym lekarzu specjalście.

Akcja „Na dobre i na złe” rozwija się w fikcyjnym miasteczku niedaleko Warszawy – w Leśnej Górze. Znajduje się tam szpital, w którym pracują główni bohaterowie. Serial opowiada przede wszystkim o losach personelu medycznego, zarówno o ich życiu zawodowym, jak i prywatnym. Widz ma okazję poznać specyfikę pracy lekarza od strony specjalisty od momentu przyjęcia pacjenta i zdiagnozowania przez cały proces leczenia. Historie chorych i ich przypadki stanowią niejako tło dla losów głównych bohaterów. Serial ukazuje także prywatne życie lekarzy: problemy, z jakimi muszą się mierzyć na co dzień, oraz ich relacje z innymi ludźmi – przyjaciółmi i związkami. Relacje te budowane są najczęściej pomiędzy nimi samymi. Tym samym widz ma wrażenie, jakby życie prywatne i zawodowe

³ Na podstawie <http://www.fakt.pl/tag/na-dobre-i-na-zle> (dostęp: 15.01.2014).

głównych bohaterów toczyło się przede wszystkim w miejscu pracy. To właśnie w szpitalu lub na terenie dookoła niego kręconych jest najwięcej scen.

Początkowo główna fabuła toczyła się wokół losów trzech przyjaciół ze studiów medycznych: Zosi Stankiewicz, Jakuba Burskiego i Brunona Walickiego, którzy po latach spotkali się w jednym szpitalu. Z czasem scenarzyści zaczęli rozwijać poboczne wątki pozostałych pracowników ośrodka medycznego, zapraszając do współpracy kolejnych aktorów. Początkowo drugoplanowi bohaterowie zaczęli równoważyć wątki Zosi, Jakuba i Brunona, by po pewnym czasie ich zastąpić.

Obecnie żadne z trójki lekarzy nie pracuje już w Leśnej Górze, a ich postaci zostały wycofane z głównej obsady. Serial uległ znacznym przeobrażeniom. Przede wszystkim zdecydowanie rozszerzono liczbę głównych postaci, zwiększając i różnicując główne wątki serialu. Przeobrażenia te nie wpłynęły jednak na wzór lekarza specjalisty, jaki jest kreowany od samego początku emisji tego programu.

Przez wizerunek rozumiemy wrażenie, jakie dana osoba wywiera na innych. Wpływa na niego wiele czynników. Po pierwsze, są to cechy fizyczne, a więc m.in. wiek, wzrost, waga czy atrakcyjność fizyczna danej osoby. Po drugie, bierze się pod uwagę profil osobowościowy, czyli otwartość, umiejętność okazywania emocji, zrównoważenie czy wyznawane wartości.

Kolejnym czynnikiem jest charakterystyczna dla postaci komunikacja niewerbalna. Składa się na nią wiele różnych elementów, jak: ubiór jednostki, postawa, jej gesty i mimika. Na wizerunek osoby wpływa również jej styl komunikowania werbalnego, a więc m.in. sposób mówienia i pisanie oraz używana intonacja. Znaczenie mają także kompetencje jednostki, czyli wykonywany przez nią zawód, zajmowane stanowisko, miejsce pracy oraz posiadane kwalifikacje i zdobyta wiedza, bierze się również pod uwagę sposób spędzania wolnego czasu.

Znaczenie ma nie tylko jego ilość w stosunku do czasu pracy, ale również forma jego wykorzystania, czyli aktywność pozazawodowa i hobby.

Kolejnym czynnikiem budującym wizerunek jest przeszłość, w tym: miejsce pochodzenia danej osoby, jej osobiste doświadczenie (zarówno prywatne, jak i zawodowe), wykształcenie i ukończone szkoły oraz dotychczasowe opinie otoczenia. W końcu bierze się pod uwagę także takie czynniki, jak stan posiadania, zarówno środków finansowych, jak i drogocennych przedmiotów, które mogą określić zamożność jednostki, najbliższe otoczenie – zarówno rodzinne, jak i grono znajomych oraz ukazujące się w mediach informacje na temat danej osoby, a więc wszelkiego rodzaju publikacje prasowe, ale także zdjęcia i zamieszczane plotki⁴.

„Na dobre i na złe” kreuje wizerunek atrakcyjnego i młodego lekarza. Grający w nim aktorzy, choć reprezentują różne typy urody, są nieprzeciętnej fizjonomii. Nie ma postaci brzydkich, szpetnych czy otyłych. Jeżeli w wyniku różnych zdarzeń dochodzi do utraty przez któregoś z lekarzy pełnosprawności, jest

⁴ Zob.: Black 1998; Olędzki, Tworzydło 2008.

to stan tymczasowy. Z czasem dzięki rehabilitacji odzyskują pełnię sił i zdrowia. Na przykład Zosia Stankiewicz i Lena Starska pokonały chorobę nowotworową, Agata Woźnicka odzyskała sprawność poruszania się po wypadku samochodowym, pielęgniarka Bożenka poradziła sobie z problemami alkoholowymi, a Rafał Konica z uzależnieniem od leków przeciwbólowych.

Charakterystyczne jest również to, że postaci pierwszoplanowe w przeważającej większości są młode. Lekarz w podeszłym wieku, jak np. prof. Tadeusz Zybert (grany przez Mariana Opanię), pojawia się sporadycznie, jako pewnego rodzaju głos doradczy, autorytet, po którego opinie sięga się tylko w wyjątkowych sytuacjach.

Lekarze z „Na dobre i na złe” mają różne charaktery i żywiołowość, a jednak wspólne dla nich wszystkich jest opanowanie nawet w najtrudniejszych sytuacjach. Są profesjonalistami. Posiadają dużą wiedzę, ale chętnie się doszkalają i szukają nowych rozwiązań. Na uwagę zasługuje również wzajemna pomoc i wsparcie, jakimi się obdarzają. Choć bohaterowie serialu są lekarzami różnych specjalności oraz na odmiennych stanowiskach (od profesorów po stażystów), widz ma wrażenie, że tworzą oni jedną wielką rodzinę, której członkowie nawzajem się lubią, współpracują i pomagają sobie. Wszystko to w imię dobra pacjentów i ich zdrowia.

Należy również zwrócić uwagę na wartości wyznawane przez lekarzy z Leśnej Góry. Są to ludzie uczciwi, rzetelnie wypełniający swoje obowiązki. W serialu poruszane są także wątki etyczne. Z jednej strony podkreśla się dylematy moralne, jakie towarzyszą temu zawodowi. Z drugiej ich wizerunek kreowany jest poprzez postawy lekarzy w sytuacjach etycznie trudnych. W serialu pojawił się m.in. wątek z łapówką. Przez lekkomyślne zachowanie dr Nina Rudnicka naraziła się na fałszywe oskarżenia o przyjęcie korzyści majątkowej. W ten sposób żona pacjenta chciała wymusić przyspieszenie operacji męża. Innym dylematem tejże lekarki okazało się leczenie pacjenta, który odbywał karę więzienia. Etycznie trudna i kontrowersyjna była również działalność profesora Falkowicza, który opracował nowy lek. Przekonany o skuteczności preparatu, mimo że nie był on dopuszczony do stosowania, podawał go swoim pacjentom bez ich wiedzy. Podjął się również operacji narzeczonej doktora Przemka Zapalę, mimo iż pozostali specjaliści przekonywali o nieoperacyjności guza. Falkowiczowi nie udało się go wyciąć, jednak nikomu się do tego nie przyznał. Wręcz odwrotnie: twierdził, iż operacja zakończyła się sukcesem.

Zachowania kontrowersyjne czy naruszające etykę są wyraźnie potępiane przez większość lekarzy z Leśnej Góry. Gotowi są w imię zasad donieść i złożyć zeznania obciążające kolegów. Szybko i ostro są również ukróćcane zachowania niewłaściwe w stosunku do pacjentów, jak np. okazanie braku cierpliwości, namśmiewanie się za plecami chorego z jego schorzenia czy niechęć do udzielenia pomocy lekarskiej osobie z niechlubną przeszłością lub odbywającej karę więzienia. Przeciwwagą dla kryształowo czystych bohaterów serialu jest dołączony niedawno do obsady profesor Falkowicz. Jego postać przypomina swoim zacho-

waniem doktora House'a. Z jednej strony podziwiany za osiągnięcia, genialny chirurg, z drugiej potępiany za kontrowersyjne, nieetyczne działania. Bywa mało sympatyczny i złośliwy. Idzie po trupach do celu. Falkowicz wyraźnie wyróżnia się na tle pozostałych lekarzy.

Lekarze z Leśnej Góry są osobami dbającymi o siebie, schludnymi. Zawsze chodzą w czystych, wyprasowanych biało-niebieskich uniformach. Wyjątek stanowi profesor Falkowicz, który pojawia się w eleganckim garniturze i w krawacie. Na ten strój zaś ma zarzucony biały fartuch.

Lekarze z „Na dobre i na złe” są osobami bardzo otwartymi i życzliwymi w stosunku do swoich pacjentów. Świadczą o tym między innymi wysyłane przez nich sygnały niewerbalne. Bohaterowie serialu w kontakcie z pacjentami stosują tzw. zachowania ciepłe, tj. często uśmiechają się, utrzymują kontakt wzrokowy z chorym, gestykulują dla podkreślenia znaczenia wypowiedzianych słów, przy jednoczesnym zachowaniu spokoju mimicznego, przyjmują otwartą postawę ciała, kiedy pacjent wypowiada się, potakują głową, okazując w ten sposób swoje zainteresowanie i aktywne słuchanie. Nierzadko zdarza się również, że lekarze dotykają swoich pacjentów, wyrażając w ten sposób wsparcie emocjonalne, pocieszając czy uspokajając chorych, zdenerwowanych wiadomościami o swoim stanie zdrowia⁵.

Lekarze z Leśnej Góry są bardzo zaangażowani w proces diagnozowania i leczenia swoich pacjentów. Zostają po godzinach, czekając na wynik chorego lub też próbując rozwiązać problem diagnostyczny. Widz ma nierzadko wrażenie, że bohaterowie nie odchodzą od łóżek chorych. Na uwagę zasługuje również fakt, że często jednym pacjentem zajmuje się naraz kilku lekarzy różnych specjalizacji.

Pacjenci traktowani są podmiotowo i z indywidualnym podejściem. Lekarze doskonale znają imię i nazwisko swoich podopiecznych, jak również nierzadko rozpoznają ich bliskich czekających na korytarzu. Dbają o ich komfort zarówno psychiczny, jak i fizyczny.

Na marginesie warto wspomnieć o wysokim standardzie, jaki panuje w salach chorych. Pacjenci leżą w czystych, przestronnych jedno- lub dwuosobowych pokojach. Lekarze znajdują czas na rozmowy z pacjentem niezależnie od obchodów.

Tym samym specjaliści z „Na dobre i na złe” nie tylko wiedzą, co dolega choremu, ale orientują się także w jego sytuacji rodzinnej, osobistych problemach. Zdarza się również, że nie tylko wysłuchują swoich pacjentów, ale również starają się im doradzić czy pomóc. W skrajnych przypadkach dzielą się swoim osobistym doświadczeniem i przeżyciami.

Serial pokazuje również duże przywiązanie lekarzy do swoich pacjentów i towarzyszące im emocje. Nierzadko bohaterowie płakali i przeżywali śmierć chorego lub wyładowywali frustrację, kiedy wiedzieli, że nic nie mogą zrobić. W serialu pokazane jest także, jak taki sposób zachowania lekarzy wpływa pozytywnie

⁵ Na podstawie: Hebanowski, Kliszcz, Trzeciak 1999, s. 60–64.

na pacjentów. Obdarzają oni bardzo szybko swoich opiekunów zaufaniem. Dzięki temu łatwiej otwierają się i zwierają ze swoich problemów.

Pozytywny wizerunek lekarzy specjalistów ze szpitala w Leśnej Górze dopełnia charakterystyczna dla nich komunikacja niewerbalna. Po pierwsze, bohaterowie wystrzegają się chaotycznych wypowiedzi. Starają się przedstawić problem jak najprościej i najjaśniej. Unikają trudnych, medycznych sformułowań i zawodowego żargonu, natomiast dostosowują używany język do indywidualnych predyspozycji pacjenta. Po drugie, lekarze nie ograniczają się tylko do szybkiego przekazania diagnozy i ewentualnych sposobów leczenia. Starają się przedstawić problem jak najpełniej, tak by uspokoić chorego. Cierpliwie odpowiadają na wszelkie pytania. Podobny sposób prowadzenia rozmowy stosują przy zbieraniu wywiadu. Zadają proste, jednoznaczne pytania, jednocześnie starając się uspokoić zdenerwowanych lub cierpiących pacjentów.

W końcu warto także wspomnieć, że serial pokazuje nie tylko życie zawodowe głównych bohaterów. Fabuła opiera się również na ich prywatnych losach często pełnych trudności i rozterek. Warto wspomnieć o kilku z nich. Pielęgniarka Bożenka miała problem alkoholowy po zaginięciu męża. Ginekolog Hana Goldberg bardzo pragnie dziecka, ale ma trudności z zajściem w ciążę. Z kolei stażystka Ola Pietrzak jest w niechcianej ciąży z kolegą Przemkiem Zapałą, który ciężko przeżył śmierć swojej nieuleczalnie chorej narzeczonej. Doktor Witek Latoszek zdradził swoją żonę z lekarką Agatą Woźnicką. Młoda pani chirurg Wiktoria Consalida ma córkę, którą jako własną wychowuje jej matka. Rozterki życiowe, trudności dnia codziennego, upadki i wzloty sprawiają, że postaci stają się bardziej realistyczne, a jednocześnie bliższe widzom. Budzą zaufanie i sympatię.

Wizerunek lekarza i jego relacje z pacjentem przedstawione w serialu „Na dobre i na złe” są tak jakby weberowskim typem idealnym. Równocześnie jest to pewien wzór, do którego powinniśmy dążyć, scharakteryzowany i opisany w literaturze fachowej. Rzeczywistość w polskich warunkach różni się znacząco od tej przedstawionej w serialu, począwszy od stroju, a skończywszy na styku komunikowania się z chorymi. Profesor Stanisław Radowicki z Kliniki Endokrynologii Szpitala AM im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie podkreśla, że „lekarz powinien być ubrany schludnie i czysto. Niestety rzeczywistość odbiega często od tej definicji. Zastanawiając się nad stanem faktycznym, doszedł do wniosku, że tak naprawdę, to my lekarze bardzo niewielkie znaczenie przypisujemy swemu wyglądowi w miejscu pracy. Choć niewątpliwie trzeba przyznać, że w ostatnich latach wiele zmieniło się na lepsze”⁶. Także w kwestiach komunikowania werbalnego i niewerbalnego można jeszcze wiele poprawić.

Serial „Na dobre i na złe” propaguje partnerski model w relacji lekarz–pacjent. Wywodzi się on z idei Szasza i Hollendera, którzy wyróżnili trzy rodzaje interakcji lekarza z pacjentem. Aktywność–bierność charakteryzuje się uległością pacjenta w trakcie procesu diagnozy i leczenia. Jej prototypem jest relacja dorosłego i nie-

⁶ <http://www.libramed.pl/wpg/NumeryArchiwalne/23/05.html> (dostęp: 15.01.2014).

mowlecia. Pacjent jest całkowicie zależny od lekarza. Drugi rodzaj interakcji to kierowanie–współpraca oparty na stosunkach dorosłego i dziecka. Pacjent przejawia gotowość do aktywności i współpracy, ale zgodnie z zasadą „lekarz wie lepiej”. Chory pozostawia podejmowanie decyzji specjalistom i wykonuje bezrefleksyjne jego zalecenia. Ostatni rodzaj interakcji opiera się na współuczestnictwie. Lekarz i pacjent pozostają w stosunku partnerskim, jak równy z równym. Chory aktywnie uczestniczy w leczeniu, specjalista zaś pełni rolę doradcy⁷. Ten ostatni rodzaj interakcji leży u podstaw partnerskiego modelu. Opiera się on na dwukierunkowości i współdziałaniu lekarza i pacjenta, a także uwzględnienia znaczenia rodziny w procesie terapeutycznym. Specjalista ma za zadanie zdiagnozować problem zdrowotny pacjenta oraz pełnić rolę doradcą w kwestiach otrzymania pomocy. Jego obowiązkiem jest także edukacja w zakresie profilaktyki. Właściwe wypełnienie tych zadań jest możliwe tylko dzięki nawiązaniu właściwych więzi z pacjentem. W rzeczywistości model partnerski jest rzadko stosowany. Pojawia się natomiast tzw. model paternalistyczny nadający lekarzowi rolę dominującą, pacjentowi zaś podległą⁸. Zadanie tego drugiego ogranicza się do odbierania informacji od specjalisty i wypełniania poleceń. Psycholog Noemi Geller w swoich obserwacjach jest jeszcze bardziej krytyczna. Uważa, że „W Polsce nadal, przynajmniej w publicznej służbie zdrowia, obowiązuje model autorytarny. Lekarze tworzą dystans, odgradzają się fachową wiedzą i terminologią”⁹.

Model autorytarny

(...) nie przewiduje kontaktu z rodziną pacjenta. Wynika on z biologicznego, często określanego jako redukcjonistycznego, podejścia do zdrowia i choroby. Zdrowie i choroba są tu postrzegane w wymiarze jednostkowym i traktowane jako cecha sytuacji, która charakteryzuje poszczególnych członków rodziny i nie ma istotnego związku z rodziną jako taką. (...) W modelu tym przyjmuje się, że kliniczna wiedza medyczna i doświadczenie zawodowe są wystarczającym profesjonalnym gwarantem zapewniającym pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i właściwą relację z lekarzem oraz pożądany efekt leczenia. Nie dostrzega się w nim (...) szczególnej potrzeby dodatkowego kształcenia lekarza w zakresie jego interpersonalnych relacji z osobą chorą, a tym bardziej z jej rodziną¹⁰.

Dominowanie takiego modelu prowadzi do bardzo wąskiego rozumienia roli i zadań związanych z komunikacją lekarza i pacjenta. Istnieją trzy style komunikowania między personelem medycznym a pacjentami: kierowanie, prowadzenie i podążanie. Ten pierwszy opiera się przede wszystkim na informowaniu chorego o jego schorzeniach i ewentualnych metodach leczenia. Lekarz pełni rolę kierownika. W podążaniu dominuje słuchanie. Personel medyczny koncentruje się przede wszystkim na wspieraniu emocjonalnym pacjenta poprzez danie mu szansy

⁷ Na podstawie: Ostrowska 2001, s. 110–111; Sokołowska 1986, s. 91–100.

⁸ Na podstawie: Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda 2012, s. 212–218.

⁹ http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zrelaksuj-sie/medyczne-seriale-dlaczego-tak-bardzo-lubimy-je-ogladac_38831.html (dostęp: 15.01.2014).

¹⁰ Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda 2012, s. 215.

niezakłóconego wypowiedzenia się oraz przedstawienia swoich obaw. Wreszcie prowadzenie opiera się w jednakowy sposób na informowaniu pacjenta, słuchaniu go, jak i zadawaniu pytań. Styl komunikowania zależy od indywidualnych potrzeb i predyspozycji pacjenta, które powinny być rozpoznane przez lekarza. Zakładając jednak dominującą, autorytarną rolę specjalisty w relacji z pacjentem, najczęściej stosowany jest styl kierowania bez uwzględnienia indywidualnych potrzeb chorego, które wymagałyby bliższej, emocjonalnej interakcji.

Analizując serial „Na dobre i na złe” oraz realia funkcjonowania służby zdrowia, a także dostrzegając tak duże różnice w wizerunku lekarza i relacjach między specjalistą a pacjentem, pokazywanych w serialu i istniejących realnie, pojawia się pytanie o przyczyny, ale nade wszystko konsekwencje oglądania seriali medycznych. Wydaje się, że tego typu programy są pewnego rodzaju bajką, pozwalającą przeżyć widzowi coś, co w realnym świecie jest dla niego niedostępne.

Natomiast ich rola nie ogranicza się tylko do tego. Seriale medyczne mają walor profilaktyczny i edukacyjny. Ukazują właściwe wzorce w komunikacji lekarz–pacjent. Dzięki temu wzrasta świadomość widza. Wie, czego powinien oczekiwać i co egzekwować.

Odbiorcy usług medycznych (...) liczą na wiedzę i umiejętności zawodowe lekarzy, ich odwagę cywilną i zdolność prowadzenia rozmowy (...). Większość (...) chce, aby lekarz poświęcił im czas. Pacjent chce być wysłuchany, potraktowany z uwagą, chce uzyskać odpowiedzi na wszystkie swoje pytania, wątpliwości, niepokoje. Oczekuje pełnej dyspozycyjności oraz zaangażowania wszelkich dostępnych, a czasem nawet niedostępnych środków (...). Oprócz rzetelnych, fachowych i wyczerpujących informacji oczekuje zainteresowania, życzliwości, współczucia i troski¹¹.

Co więcej, seriale medyczne pozwalają pacjentowi wkroczyć w nierzadko tajemniczy i niedostępny dla niego świat medycyny i lekarzy. Widz, poznając problemy i dylematy personelu medycznego zarówno z życia zawodowego, jak i prywatnego, zaczyna inaczej postrzegać lekarzy. Dystans między stronami się skraca.

Seriale medyczne są też dobrym instruktażem dla lekarzy, jak rozmawiać z pacjentem i jego rodziną. Pozwalają lepiej zrozumieć potrzeby i oczekiwania chorych, a także ich lęki i obawy przed kontaktem ze służbą zdrowia oraz leczeniem. Na podstawie badań Bochenek i Kortko można stwierdzić, że dobry lekarz według ankietowanych medyków powinien m.in. wczuć się w sytuację pacjenta, wzbudzić jego zaufanie i stworzyć przyjazną atmosferę dialogu. Specjalista musi umieć przyznać się do błędu. Uczciwość powinna być podstawą jego pracy. W końcu dobry lekarz wie, jak we właściwy i skuteczny sposób prowadzić wywiad z pacjentem¹². „Lekarz, który nie potrafi stworzyć ciepłej relacji z chorym, nie może skutecznie leczyć”¹³.

¹¹ Jacennik 2010, s. 82.

¹² Na podstawie: Bochenek, Kortko 2008, s. 8–54.

¹³ Tamże, s. 119.

Wydaje się więc, że seriale medyczne mogą przynieść dwustronne korzyści. Choć nierzadko rzeczywistość znacznie odbiega od serialowej fikcji, wyobrażenie idealnego wzoru lekarza wyznacza właściwy kierunek przemian dla tego zawodu i relacji między personelem medycznym a pacjentami.

Bibliografia

- Black S. (1998). Public relations. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Bochenek K., Kortko D. (2008). Dobry zawód. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B. (1999). Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Hebanowski M. (1995). Znaczenie umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem. *Medycyna po Dyplomie*, nr 1 (5).
- http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zrelaksuj-sie/medyczne-seriale-dlaczego-tak-bar-dzo-lubimy-je-ogladac_38831.html (dostęp: 15.01.2014).
- <http://www.nadobre.pl> (dostęp: 15.01.2014).
- Jacennik B. (red.) (2010). Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia. Warszawa: Wizja Press & IT.
- Jarosz M.J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A. (2012). Modele komunikacyjne relacji lekarz–pacjent–rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, nr 3 (18).
- Mrozowski M. (2008). Media masowe. Władza, rozrywka i biznes. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Ołędzki J., Tworzydło D. (2008). Public relations. Znaczenie społeczne i kierunki rozwoju. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ostrowska A. (2001). Relacja pacjent–lekarz: nowa jakość? *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, R. VIII, nr 21.
- Sokołowska M. (1986). Socjologia medycyny. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

STRESZCZENIE

Tematyka związana ze zdrowiem i chorobą jest jedną z najczęściej poruszanych w serialach emitowanych przez stacje telewizyjne w Polsce. Duża oglądalność takich programów świadczy o olbrzymim zainteresowaniu i popularności tej tematyki wśród polskiej publiczności. Autor artykułu zastanawia się nad konsekwencjami takiego stanu rzeczy, zwłaszcza w obszarze idealnego wizerunku lekarza. Podejmuje próbę odtworzenia kreowanego w serialu „Na dobre i na złe” wzoru lekarza specjalisty. Szuka odpowiedzi na pytanie, jakie wyobrażenie na temat tego zawodu tworzone jest w świadomości przeciętnego widza. Wreszcie, porównując wykreowany wizerunek z rzeczywistym, zastanawia się, jaki wpływ na proces komunikowania pomiędzy pacjentami a lekarzami mają seriale o tematyce medycznej.

Słowa kluczowe: wizerunek lekarza, relacja lekarz–pacjent