



# Wybrane aspekty komunikacji z pacjentem onkologicznym

## Selected aspects of communication with an oncological patient

Edyta Gacek<sup>1,A-F</sup>

<sup>1</sup> Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Gacek E. Wybrane aspekty komunikacji z pacjentem onkologicznym. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/134075

### ■ Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Umiejętność prowadzenia rozmowy z pacjentem ma szczególne znaczenie w przypadku schorzeń onkologicznych, kiedy to lekarz postawiony zostaje w obliczu konieczności przekazania pacjentowi niepomyślnych informacji oraz radzenia sobie z towarzyszącymi tej sytuacji emocjami pacjenta. Celem pracy była próba przedstawienia wybranych aspektów komunikacji z pacjentem onkologicznym oraz ich wpływu na jakość relacji na płaszczyźnie lekarz–pacjent.

**Skrócony opis stanu wiedzy.** Właściwa komunikacja między lekarzem a pacjentem może łagodzić lęk i stres związany z chorobą oraz pomóc w jej akceptacji, dlatego też ważna jest umiejętność okazywania pacjentowi empatii, akceptacji, zrozumienia, życzliwości, co z kolei warunkuje posiadanie przez lekarza kompetencji komunikacyjnych. W kontakcie z pacjentem istotne znaczenie ma budowanie przyjaznej atmosfery oraz okazywanie zrozumienia i akceptacji dla jego emocji, co daje choremu poczucie wsparcia i bezpieczeństwa. W procesie komunikacji z pacjentem onkologicznym duże znaczenie przypisuje się komunikacji niewerbalnej, która nabiera dla pacjenta szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy odnosi on wrażenie, że lekarz nie jest z nim szczerzy. Umiejętność odczytywania komunikatów werbalnych i niewerbalnych pozwala na adekwatny do sytuacji dobór metody prowadzenia dialogu.

**Podsumowanie.** Zadowolająca komunikacja może przyczynić się do optymalizacji procesu leczenia, zmniejszenia stresu oraz lepszego radzenia sobie przez pacjenta z chorobą, podczas gdy niewłaściwa komunikacja może mieć wpływ na pogorszenie jakości jego życia.

### ■ Słowa kluczowe

choroba nowotworowa, komunikacja w onkologii, relacja lekarz–pacjent

### ■ Abstract

**Introduction and aim.** The skills of communication with a patient is of particular importance in the case of oncological diseases, when the doctor is faced with the necessity to provide the patient with unfavourable information, and to cope with the patient's emotions that accompany this situation. The aim of this study was to present the selected aspects of communication with an oncological patient and their impact on the quality of the doctor-patient relationship.

**Brief description of the state of knowledge.** Proper communication at the doctor-patient level can alleviate anxiety and stress associated with the disease and help with its acceptance. Therefore, it is important to be able to show empathy, acceptance, understanding and kindness to the patient which, in turn, is determined by the doctor's communication skills. In contact with the patient, it is important to build a friendly atmosphere and to show understanding and acceptance of the patient's emotions, which gives the patient a sense of support and security. In the process of communication with an oncological patient, non-verbal communication is of great importance, which becomes particularly important when the patient has the impression that the doctor is not being completely honest. The ability to read verbal and non-verbal communication allows the selection of a method of conducting a dialogue which is adequate to the situation.

**Summary.** Satisfactory communication can contribute to the optimisation of the treatment process, reduction of stress and ability to cope better with the disease, while inappropriate communication can negatively affect the patient's quality of life.

### ■ Key words

cancer, communication in oncology, doctor – patient relationship

### WSTĘP

Rozmowa z pacjentem jest jednym z najczęściej podejmowanych działań w codziennej praktyce zawodowej lekarzy, bez względu na posiadaną specjalizację. Ma ona szczególne

znaczenie w przypadku schorzeń onkologicznych [1]. Stanowi istotę i podstawę interakcji pomiędzy lekarzem, pacjentem oraz jego rodziną, a zarazem duże wyzwanie dla umiejętności komunikacyjnych zaangażowanych w nią stron. W chwili rozpoznania nowotworu pacjent zmuszony jest zmierzyć się z utratą kontroli w prawie wszystkich dziedzinach życia, strachem i niepewnością, nawet w sytuacji gdy rokowanie jest pomyślne. W trakcie choroby często staje przed koniecznością podejmowania decyzji zmieniających życie, przyjmowania i zrozumienia złożonych informacji, jak

Adres do korespondencji: Edyta Gacek, Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie, Polska  
E-mail: edyta760905@gmail.com

Nadesłano: 01.01.2021; zaakceptowano do publikacji: 08.03.2021; opublikowano on-line: 12.03.2021

również tolerowania utrzymującej się niepewności. Stanowi to niemałe wyzwanie dla lekarzy, których rolą jest znalezienie optymalnego, możliwe nieskomplikowanego sposobu przekazywania niekorzystnych dla pacjenta informacji, jak również radzenie sobie w sposób profesjonalny z jego niejednokrotnie intensywnymi emocjami, rozczarowaniem, wrażliwością [2]. Celem pracy była próba przedstawienia wybranych aspektów determinujących jakość komunikacji z pacjentem onkologicznym. W niniejszej pracy poddano analizie emocje, kompetencje komunikacyjne, osobę lekarza oraz komunikację niewerbalną jako czynniki, które wydają się mieć kluczowy wpływ na jakość komunikacji na płaszczyźnie lekarz–pacjent. W tym celu dokonano przeglądu m.in. zasobów bazy Google Scholar, źródeł internetowych oraz monografii o tematyce związanej z omawianym zagadnieniem, kwalifikując do analizy docelowo 24 pozycje piśmiennictwa w języku polskim i niemieckim.

## EMOCJE

Lęk towarzyszy wielu pacjentom od chwili rozpoznania choroby przez cały czas jej trwania, niejednokrotnie aż do śmierci. Pacjenci najbardziej obawiają się postępowania choroby, bólu, niezdolności do pracy oraz ponownej hospitalizacji [3]. Przyczyną lęku u pacjentów bywa także brak informacji na temat diagnozy, rokowania oraz postępowania terapeutycznego, jak również informacje nieadekwatne do możliwości percepcyjnych chorego, niespójne lub nadmiernie obciążające [4]. Karcerofobia, manifestująca się poczuciem zagrożenia i lęku przed nawrotem choroby, może towarzyszyć pacjentowi nawet w sytuacji, gdy terapia zakończyła się pomyślnie [5].

Niewłaściwa komunikacja jest przyczyną stresu i poczucia niepewności pacjentów, podczas gdy dobra komunikacja z lekarzem może być pomocna w zaakceptowaniu zarówno złych wiadomości, jak i samej choroby [6]. Subiektywna ocena własnego samopoczucia fizycznego i psychicznego pacjenta różni się niejednokrotnie od opinii lekarza, dlatego też ważne jest, aby lekarz i pacjent, którzy nie podzielają tej samej rzeczywistości [1, 2], w procesie komunikowania dążyli do budowania wspólnej płaszczyzny porozumienia, tworząc trwałą relację terapeutyczną [1]. Nierówność pozycji w relacji lekarz–pacjent wynika m.in. z faktu, iż wiedza na temat choroby prezentowana przez lekarza i pacjenta jest różna, a pacjent w aspekcie pojęcia własnego stanu zdrowia oraz podejmowania decyzji związanych z leczeniem zdany jest na lekarza, który z formalnego punktu widzenia upoważniony jest do podejmowania decyzji w interesie pacjenta [7]. Ponadto relacja ta jest obciążająca dla chorego w sensie emocjonalnym, wymaga ścisłej współpracy i nie zawsze ma charakter dobrowolny. Pacjent, nie mając wiedzy na temat zdrowia i choroby, nie jest w stanie adekwatnie ocenić działań podejmowanych przez lekarza pod kątem ich profesjonalizmu, dlatego też satysfakcjonująca komunikacja z lekarzem ma znaczący wpływ na zadowolenie z efektów zastosowanej terapii. Ponadto, oprócz umiejętności okazywania empatii, akceptacji i zrozumienia, czynnikami warunkującymi prawidłową komunikację z pacjentem są m.in. relacje lekarza z innymi pracownikami szpitala oraz ich stan emocjonalny, wiedza oraz doświadczenie [8].

## KOMPETENCJE KOMUNIKACYJNE

Istotnym wyznacznikiem relacji lekarz–pacjent są kompetencje komunikacyjne, które nie są tożsame z elokwencją i nie wzrastają w miarę upływu lat praktyki zawodowej, aczkolwiek możliwe jest ich rozwijanie oraz ich nabycie. Sposób, w jaki zostanie pacjentowi zakomunikowana informacja na temat diagnozy, może rzutować na proces leczenia choroby oraz jakość życia na przestrzeni kolejnych lat. Empatyczna rozmowa z pacjentem na temat choroby zmniejsza związany z nią stres emocjonalny. Posiadanie przez lekarza kompetencji komunikacyjnych przekłada się na trafniejsze rozpoznanie i zrozumienie problemów pacjenta [1]. Od umiejętności komunikacyjnych lekarza zależy w znacznej mierze wyrażenie zgody przez pacjenta na proponowaną terapię, jego zaangażowanie w proces leczenia, jak również tempo procesu zdrowienia [9]. Właściwa komunikacja w relacji lekarz–pacjent wpływa stabilizująco na emocje, powoduje wzrost zaangażowania pacjenta w zaordynowaną terapię, a także pozwala na trafniejsze rozpoznanie potrzeb oraz oczekiwań chorego [8]. Pacjent często odczuwa deficyt wiedzy w zakresie swojej choroby, rokowania oraz terapii, co przyczynia się do eskalacji stresu i utrudnia podejmowanie decyzji dotyczących wielu aspektów jego życia [10]. Dlatego też chce on mieć poczucie, że znajduje się pod opieką kompetentnego i zaangażowanego lekarza, który daje realną nadzieję, okazuje szacunek i którego chory może obdarzyć zaufaniem [2].

Satysfakcjonująca komunikacja z pacjentem onkologicznym, który niejednokrotnie jest labilny emocjonalnie, niechętny do współpracy, bezradny i zdezorientowany, jest możliwa, gdy emocje zostaną potraktowane bez zbędnego oceniania, przy jednoczesnym niewerbalnym okazaniu empatii i akceptacji, nawet wówczas gdy mogą one wydawać się kontrowersyjne [1].

## OSOBA LEKARZA

W relacji z lekarzem pacjentowi często towarzyszą niepewność oraz lęk przed krytyczną oceną lekarza, postrzeganego jako osoba o wyższym statusie społecznym oraz autorytet [11, 12], wynikające m.in. z obawy chorego co do jego umiejętności poprawnego formułowania wypowiedzi oraz interpretacji własnych objawów [11]. Niejednokrotnie choremu towarzyszy także niepewność, czy zostanie właściwie odebrany przez lekarza [12]. Pacjent może przejawiać również obawy co do kompetencji lekarza, a tym samym wątpić w możliwość otrzymania oczekiwanej pomocy [11]. Lęk może wpływać na pacjenta mobilizująco, wyzwalać w nim potrzebę kontaktu z lekarzem celem uzyskania fachowej porady w przypadku pojawiających się dolegliwości, ale również może powodować blokadę psychiczną przed tego rodzaju kontaktem [12]. Dlatego też nie bez znaczenia pozostaje budowanie przyjaznej atmosfery poprzez poświęcenie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu oraz wybór miejsca, które zapewni poczucie intymności i bezpieczeństwa w czasie rozmowy, ponieważ empatyczna postawa wobec chorego przyczynia się do budowania relacji partnerskiej, ułatwiającej wzajemne porozumienie [11, 13].

Ważne jest, aby pacjent bez pośpiechu mógł sformułować swoją wypowiedź, dlatego zaleca się stwarzać mu okresowo możliwość milczenia w celu uporządkowania myśli, nadal

jednak utrzymując kontakt emocjonalny. W czasie rozmowy z pacjentem należy dążyć do pozyskania informacji, w jaki sposób postrzega on i interpretuje swoją chorobę oraz na ile jej obraz jest realistyczny [11]. Istotne jest również, aby posługiwać się zrozumiałym dla pacjenta językiem, adekwatnym do jego możliwości intelektualnych. Należy unikać informacji zbyt ogólnikowych, jak i nadmiaru wiedzy [11, 14].

Ważne jest, aby skupić się na przekazywaniu informacji istotnych i niezbędnych przy użyciu krótkich komunikatów i prostego języka w sposób czywisty, merytoryczny i zrozumiały. Gdy pacjent pozostaje pod wpływem silnych emocji, należy dążyć do ich wyciszenia, dając mu poczucie wsparcia i akceptacji. W takich sytuacjach może być pomocna umiejętność dostosowania się do sposobu bycia, zachowania i osobowości pacjenta, która ułatwia tzw. znalezienie wspólnego języka. W razie potrzeby informacje powinny zostać pacjentowi powtórzone, nawet wielokrotnie. W trakcie rozmowy z pacjentem należy unikać żargonu, skrótów myślowych oraz nomenklatury medycznej. Istotne i niezbędne jest także upewnienie się, jak przekazana informacja została przez pacjenta zrozumiana [15, 16]. Ponadto niektórzy pacjenci stosują mechanizmy obronne bądź też celowo odwracają uwagę od niekorzystnych dla nich informacji, co czyni ich niezdolnymi do odbioru tych informacji, szczególnie gdy występują one w nadmiarze. Niekorzystne informacje należy przekazywać pacjentowi stopniowo, aby umożliwić mu adaptację do nowej sytuacji [17]. Życzliwa postawa wobec pacjenta, serdeczność, chęć wysłuchania go i stworzenie możliwości przeżywania emocji jest w stanie zrekompensować deficyty w zakresie umiejętności komunikacyjnych [15].

W procesie komunikacji z lekarzem pacjent oczekuje szacunku, empatii, zrozumienia, życzliwości, jak również możliwości czynnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym oraz współdziałania z lekarzem w zakresie podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Powyższe czynniki pozwalają budować zaufanie pacjenta do lekarza oraz dają mu poczucie bezpieczeństwa [13, 18].

## KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

Pacjent przypisuje większe znaczenie komunikacji niewerbalnej, w sytuacji gdy podejrzewa, że lekarz nie jest z nim szczery. Zwraca uwagę na wyraz twarzy lekarza, aby wyczytać informację o potencjalnym zagrożeniu zdrowia oraz o tym, czy lekarz dysponuje aktualnie odpowiednią ilością czasu, który mógłby poświęcić mu na rozmowę. Przekaz niewerbalny ma dla pacjenta większe znaczenie wówczas, gdy nie jest on spójny z przekazem werbalnym [19, 20].

W procesie komunikacji z pacjentem onkologicznym mowa ciała lekarza ma istotne znaczenie. Powinien on skupiać uwagę na pacjencie, utrzymując z nim umiarkowany, niezbyt intensywny kontakt wzrokowy, unikając krzyżowania rąk i nóg oraz zaciskania dłoni, uśmiech zaś powinien być szczery i niewymuszony, adekwatny do sytuacji i przeżyć pacjenta [18, 21].

Ważne jest, aby zwracać uwagę na sygnały zarówno werbalne, jak i niewerbalne wysyłane przez pacjenta, ponieważ umożliwia to dobór adekwatnej do sytuacji techniki prowadzenia konwersacji [22]. Sygnały niewerbalne są szczególnie ważne zwłaszcza na początku nawiązywania relacji oraz w przypadku wzmożonego napięcia emocjonalnego; mogą one mieć wówczas większe znaczenie niż wypowiedziane

słowa. Obie strony zaangażowane w komunikację wnoszą w relację własne emocje, oczekiwania, potrzeby, cechy osobowości, temperament, doświadczenia życiowe, które to czynniki determinują przebieg rozmowy. Wygląd zewnętrzny, ubiór, postawa ciała, sposób formułowania wypowiedzi, ton głosu, dobór słów, gestykulacja, wyraz twarzy, spojrzenie mają wpływ na kształtowanie postawy wobec rozmówcy w chwili nawiązania interakcji oraz kształtowanie kolejnych jej etapów [11].

## PODSUMOWANIE

Komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem w kontekście konfrontacji z chorobą nowotworową ma istotne znaczenie, ponieważ stanowi podstawę relacji opartej na zaufaniu, a tym samym skutecznego przekazywania informacji, co przyczynia się do ogólnego sukcesu leczenia. Z kolei niewłaściwa komunikacja ma daleko idące negatywne konsekwencje dla emocjonalnych i społecznych aspektów leczenia pacjenta, jego środowiska i całego systemu opieki zdrowotnej. Badania nad wpływem różnych aspektów relacji lekarz–pacjent na jakość życia pacjentów wskazują nieprawidłową komunikację jako predyktor gorszej jakości życia [6].

Wiele badań naukowych wskazuje na korzyści, jakie może odnieść pacjent z dobrej komunikacji. Chory mający pozytywne doświadczenia w tym aspekcie ma większą satysfakcję, mniejszy stres psychospołeczny i lepiej radzi sobie z chorobą [1].

Wobec powyższego słuszne wydaje się stwierdzenie, iż właściwa komunikacja na linii lekarz–pacjent ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia komfortu psychicznego pacjenta, umiejętności odnalezienia się w roli chorego, jakości życia, przebiegu procesu leczenia oraz jego odległych następstw. Od umiejętności komunikacyjnych lekarza zależy to, w jakim stopniu pacjent poradzi sobie z obciążeniem psychicznym wynikającym z choroby oraz na ile jego doświadczenia zdeteminują postrzeganie przez niego własnych możliwości i ograniczeń w walce z nią.

Z tego też względu w procesie rekrutacji personelu medycznego do pracy w oddziałach o profilu onkologicznym słuszne i zasadne wydaje się opracowanie i wdrożenie kryteriów doboru personelu, uwzględniających predyspozycje osobowościowe oraz kompetencje komunikacyjne potencjalnych kandydatów [23].

Niemniej jednak wg prof. De Walden-Gałuszko dobra komunikacja uwarunkowana jest nie tylko predyspozycjami osobowościowymi pracowników medycznych, ale również umiejętnościami i kompetencjami społecznymi, których nabycie możliwe jest w procesie edukacji [24].

Celowe i zasadne w procesie kształcenia lekarzy i innych pracowników medycznych wydaje się zatem wprowadzenie zajęć pozwalających na rozwijanie i doskonalenie kompetencji komunikacyjnych, co mogłoby przełożyć się na optymalizację i skuteczność komunikacji z pacjentem onkologicznym i pacjentem w ogóle, a także na umiejętność radzenia sobie z własnymi zasobami psychicznymi [23, 24]. Dobra komunikacja może być pomocna w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach zawodowych oraz ze związanym z nimi stresem, dlatego też nauczanie komunikacji klinicznej w kształceniu na poziomie akademickim powinno być obligatoryjne, tak jak ma to miejsce w innych krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych [24].

Obecnie w kształceniu przeddyplomowym lekarzy uwzględnione są co prawda zagadnienia z zakresu komunikacji interpersonalnej, zarówno w ramach nauczania przedmiotów obligatoryjnych, jak i fakultatywnych, niemniej jednak z uwagi na korzyści, jakie odnosi pacjent z satysfakcjonującej komunikacji z lekarzem, zasadne wydaje się wprowadzenie nauczania powyższych zagadnień w zakresie szerszym niż dotychczas, ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta onkologicznego i akcentem na zdobywanie praktycznych umiejętności w zakresie komunikacji. Zasadne wydaje się również rozważenie ewentualności obligatoryjnego wprowadzenia do systemu kształcenia akademickiego zajęć z zakresu psychoonkologii, co pozwoliłoby przyszłym lekarzom kompleksowo przygotować do kontaktu i pracy z pacjentem onkologicznym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kappauf HW. Kommunikation in der Onkologie. *Hautarzt* 2004; 55: 709–714. doi: 10.1007/s00105-004-0767-7
2. Keller M. Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie. *Imago Hominis* 2013; 20 (4): 267–276. [https://www.imabe.org/fileadmin/ima-go\\_hominis/pdf/IH020\\_267276.pdf](https://www.imabe.org/fileadmin/ima-go_hominis/pdf/IH020_267276.pdf). (dostęp 2020.10.20).
3. Laskowska J, Sanna K. Lęk przed postępowaniem choroby u pacjentów chorych na nowotwory. *Psychoonkologia* 2018; 22(4): 130–135. doi: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.92900>
4. Kaczor M, Michalak A. Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. *Sztuka Leczenia* 2010; 20 (1–2): 51–58.
5. Dryhinicz M, Rzepa T. Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin*. 2018; 31(1): 7–21. doi: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2018.31.1.7-21>
6. Lehmann C, Koch U, Mehnert A. Die Bedeutung der Arzt–Patient–Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. *Psychother Psych Med*. 2009; 59: 3–27. doi: 10.1055/s-2008-1067443
7. Gałuszka M. Nowe zjawiska w relacji lekarz–pacjent w kontekście rozwoju Internetu. *Przegląd Socjologiczny* 2012; 61(2): 118–150.
8. Zembala A. Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe* 2015; 11(2): 35–50. <https://doktoranci.uj.edu.pl/documents/1167150/40eef198-61c6-405a-a35f-0939df66a20b#page=35> (dostęp 2020.10.20).
9. Sulowska A, Milewski S, Kaczorowska-Bray K. Komunikacja lekarz–pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice. 2018; 7: 36–55. doi: 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03.
10. Rębiałkowska-Stankiewicz M. Komunikacja lekarza z pacjentem w chorobie nowotworowej. *Psychiatria* 2015; 12(4): 238–244.
11. Jakubowska-Winecka A. Zasady prowadzenia rozmowy z pacjentem. In: Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D, editor. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: PZWL; 2015. p. 179–191.
12. Chmielewska-Ignatowicz T. Komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem onkologicznym w życiu i w serialu – studium narracji. *Łódź: Wydawnictwo Biblioteka*; 2017. p. 58–60.
13. Czerska I. Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. *Handel Wewnętrzny* 2016; 5(364): 37–45.
14. Kosowicz M, Kulpa M, Świstak-Sawa S. Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem. In: Doroszewski J, Kulus M, Markowski A. *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*. Warszawa: Wolters Kluwer SA; 2014. p. 43–63.
15. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 58–68.
16. Marcinowicz L, Chlabicz S, editors. *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną? Praktyka lekarza rodzinnego*. Warszawa: PZWL; 2014. p. 43.
17. Włodarczyk D, Skuza B. Znaczenie relacji pacjent–personel medyczny dla przebiegu leczenia. In: Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D, editors. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: PZWL; 2015. p. 134–139.
18. Czerw A, Religioni U, Matuszna A, et al. Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(3): 247–253.
19. Sulowska J, Kuźmicz I, Malinowska-Lipień I, et al. Znaczenie zastosowania porozumienia bez przemocy oraz coachingu w komunikacji z pacjentem. *Sztuka Leczenia* 2017; 2: 43–53.
20. Nowina Konopka M. *Komunikacja lekarz–pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016. p. 59–144.
21. Witkowska-Łuć B. Znaczenie komunikacji niewerbalnej w relacji terapeutycznej. *Psychiatria i Psychoterapia* 2016; 12(4): 16–28.
22. Majewska M. Słowo też jest lekiem, czyli o komunikacji lekarza z pacjentem. *Zeszyty Prasoznawcze*, Kraków 2015; 58(222): 224–237. doi: 10.4467/2299-6362PZ.15.018.4128
23. Gacek E, Siwek M. Psychospołeczne funkcjonowanie kobiet po mastektomii. Część II. Ocena wsparcia psychicznego uzyskanego w okresie pooperacyjnym przez kobiety po mastektomii. *Psychoonkol*. 2018; 22(3): 96–101. doi: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.87891>
24. Deregowska J. Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby. *Studia Edukacyjne*, Poznań. 2015; 35: 349–366. doi: 10.14746/se.2015.35.18