

*Praca pogładowa*

AGNIESZKA J. KOWALSKA<sup>1</sup>, MIROSŁAW J. JAROSZ<sup>1</sup>, JAROSŁAW SAK<sup>2</sup>,  
JAKUB PAWLIKOWSKI<sup>2</sup>, RAFAŁ PATRYN<sup>2</sup>, ANNA PACIAN<sup>3</sup>,  
ANNA WŁOSZCZAK-SZUBZDA<sup>1</sup>

ETYCZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI LEKARZ – PACJENT

*ETHICAL ASPECTS OF PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION*

*ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ*

*ЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАР - ПАЦІЄНТ*

<sup>1</sup> Z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych  
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. M. J. J a r o s z

<sup>2</sup> Z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Zakład Etyki i Filozofii Człowieka  
p.o. Kierownika Zakładu: dr J. J. S a k

<sup>3</sup> Z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Katedra Zdrowia Publicznego  
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. T. B. K u l i k

W artykule zwrócono uwagę na etyczne dylematy związane z przekazywaniem pacjentowi niepomysłnych informacji o stanie zdrowia. Podkreślono szczególnie znaczenie efektywnej komunikacji między lekarzem a pacjentem (zwłaszcza nieuleczalnie chorym) na każdym etapie postępowania medycznego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** komunikacja lekarz-pacjent, informowanie pacjenta o stanie zdrowia, nieuleczalna choroba

**KEY WORDS:** *physician-patient communication, informing patient about health status, incurable disease.*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *коммуникация врач-пациент, информирование пациента о состоянии здоровья, неизлечимая болезнь.*

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** *комунікація лікар-пацієнт, інформування пацієнта про стан здоров'я, невиліковна хвороба.*

ZASADY KOMUNIKACJI LEKARZ – PACJENT

Relacja lekarz-pacjent jest działaniem społecznym w którym tak lekarz, jak i pacjent oddziałują na siebie za pośrednictwem komunikowania, wymiany symboli werbalnych i niewerbalnych, modyfikując wzajemnie swoje zachowania [16].

Dla lekarza efektywne komunikowanie się z pacjentem ma fundamentalne znaczenie – od jakości komunikowania zależy bowiem, czy pacjent będzie w stanie w wystarczającym stopniu poinformować lekarza o swoich objawach chorobowych, czy zaakceptuje postawioną diagnozę i w związku z tym podejmie leczenie, czy wreszcie będzie realizował zalecenia lekarza [3].

Od umiejętności komunikacyjnych lekarza zależy trafna diagnostyka i skuteczne leczenie [3].

Komunikowanie się lekarza z pacjentem pełni trzy niezmiernie ważne funkcje:

- **informacyjno-diagnostyczną** - jej podstawowym celem jest wzajemne porozumienie i zrozumienie, dzięki przekazywanej przez lekarza wiedzy o samej chorobie, jej etiologii, diagnostyce, leczeniu, rokowaniach, zapobieganiu oraz formułowanie zaleceń lekarskich.

- **perswazyjną** – jej głównym celem jest wywarcie pozytywnego wpływu na reakcje chorego, jego zachowanie, a także kształtowanie prozdrowotnych postaw i sprowokowanie pacjenta do współdziałania w procesie leczenia.

- **terapeutyczną** - jej zasadniczym celem jest zmiana stanu psychofizycznego pacjenta poprzez łagodzenie pobudzenia emocjonalnego, wsparcie w trudnych chwilach [3].

Aby proces komunikowania lekarza z pacjentem przebiegał właściwie, to znaczy by wypełnił powyższe funkcje, lekarz powinien stworzyć sprzyjającą atmosferę, która wzbudzi u pacjenta:

- poczucie bezpieczeństwa;
- zaufanie do lekarza oraz całego zespołu terapeutycznego;
- poczucie intymności;
- poczucie, że lekarz jest zainteresowany pacjentem i jego problemem;
- poczucie, że lekarz pragnie rozwiązać problem medyczny pacjenta;
- stan satysfakcji z kontaktu z lekarzem [1].

Według *T.S. Szasz* i *M.H. Hollender* istnieją trzy podstawowe typy interakcji lekarz-pacjent.

1. Pierwszy typ relacji lekarz - pacjent to aktywność - bierność. Zachodzi on przede wszystkim w ostrych stanach chorobowych przejawiając się uległością pacjenta w procesie diagnostycznym i leczniczym.

2. Drugi typ interakcji, kierowanie - współpraca, ma miejsce gdy pacjent jest w stanie współdziałać z personelem medycznym. Lekarz jest jednak w tej relacji wciąż osobą, która podejmuje autorytatywnie decyzje o metodach leczenia.

3. Trzeci typ interakcji lekarz - pacjent, współuczestnictwo, występuje głównie w przypadku chorób przewlekłych. Terapia oparta jest w tym przypadku na partnerstwie i współodpowiedzialności obu stron za proces leczenia [2].

Podkreślanie znaczenia partnerskiego typu relacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem stanowi wyraz tendencji, które powodzenie lecznicze upatrują w aktywności i współdziałaniu chorego. Lekarz służy pomocą jako przewodnik

po obcym pacjentowi świecie medycznym jest doradcą i profesjonalistą, który wspólnie z pacjentem analizuje metody leczenia i razem z nim ponosi odpowiedzialność za podjęte w procesie terapii decyzje [2].

Współcześnie zalecany model relacji lekarz-pacjent nosi następujące cechy:

- centralnym punktem wzajemnych relacji jest pacjent;
- kontakt lekarza z pacjentem opiera się na wzajemnym szacunku, zaufaniu i poszanowaniu autonomii;
- lekarz jest nie tylko specjalistą, realizuje również funkcję edukacyjno - doradczą;
- naczelną zasadą działania jest troska o pacjenta;
- pacjent jest aktywnym uczestnikiem procesu leczenia, wspólnie z lekarzem podejmuje decyzję i jest za nie odpowiedzialny;
- lekarz potrafi i chce słuchać chorego oraz posiada umiejętności skutecznego komunikowania [6, 2].

#### ETYCZNE ASPEKTY PRZEKAZYWANIA NIEPOMYŚLNEJ DIAGNOZY

Praca z chorym człowiekiem wymaga od personelu medycznego szczególnych predyspozycji psychicznych oraz odpowiedniego przygotowania, a także znajomości etyki zawodowej. Od pracowników służby zdrowia oczekuje się umiejętności odróżniania rzeczywistego dobra chorego od sukcesu terapeutycznego [13].

Godność człowieka jako osoby ludzkiej, daje mu pełne prawo do rzetelnej informacji w zakresie diagnozy i rokowań. To samo kryterium jednak wymaga zachowania wobec cierpiącego kultury i umiaru w dozowaniu informacji po to, by nie stały się one same w sobie dla pacjenta doświadczeniem nie do zniesienia.

Na etycznej płaszczyźnie relacji lekarz - pacjent rysuje się zwłaszcza problem informowania chorego o jego stanie zdrowia. Istnieją bowiem znaczące różnice w poglądach dotyczących wskazanego zakresu dostępu do wiedzy na temat stanu zdrowia przez samego zainteresowanego. Już od czasów Hipokratesa toczy się dyskusja wielu środowisk naukowych dotycząca przekazywania pacjentowi całej prawdy o jego stanie zdrowia. Środowisko medyczne jest podzielone na zwolenników i przeciwników informowania chorego o niepomysłnym rokowaniu [13].

Zwolennicy argumentują, że pacjent ma prawo domagać się od lekarza całej prawdy, choćby najtrudniejszej. Ich zdaniem, analogiczne prawo do poznania prawdy o sytuacji zdrowotnej mają także dzieci z tym, że jej przekaz leży w gestii rodziny lub opiekuna, uprzednio przygotowanych przez psychologa [13]. Pojawia się sugestia, że zatajanie prawdy obniża w znacznym stopniu autorytet lekarza oraz całego zespołu terapeutycznego. Poważnie chory człowiek powinien bowiem mieć możliwość oswojenia z faktem zbliżającej się śmierci, a także uporządkowania spraw rodzinnych, prawno- finansowych i duchowo-religijnych.

Przeciwnicy pełnej informacji pacjenta o stanie jego zdrowia uważają, że to lekarz powinien rozstrzygnąć czy pacjent powinien znać prawdę czy też korzystniejsze będzie dla niego jej zatajenie. Wielu doświadczonych lekarzy twierdzi, że skoro w ich rękach leży ochrona życia człowieka, a zatem troska nie tylko o jego stan fizyczny ale i psychiczny, należy unikać wszystkiego, co mogłoby zaszkodzić psychofizycznej równowadze pacjenta pozostającego pod ich opieką [4].

Polemika w środowisku medycznym trwa nadal. Personel medyczny jest zdania – na podstawie własnych doświadczeń, - że większość chorych zna stan swego zdrowia ukrywając nierzadko ten fakt przed najbliższymi. Chory bardzo często trafia do szpitala z już ukształtowanym, niekiedy niewłaściwie, obrazem własnej choroby. Przypuszcza jakie może być rozpoznanie, zwłaszcza na początkowym etapie leczenia, kiedy to diagnoza jest niepewna. Kolejne informacje zdobywa na podstawie wnikliwej obserwacji, a nawet lektury książek medycznych [11, 13].

Zauważalne są bardzo wyraźne różnice w poglądach dotyczących problematyki informowania chorego o jego stanie zdrowia, pomiędzy lekarzami z Europy i ze Stanów Zjednoczonych. Europejscy lekarze bronią stanowiska, że w przypadku choroby zagrażającej życiu pacjenta, pierwszeństwo do pełnej informacji o stanie zdrowia ma rodzina, a nie sam chory. Powyższy pogląd ewoluował na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, pod wpływem ratyfikowanych na forum Wspólnoty Europejskiej aktów prawnych, a zwłaszcza Karty Praw Pacjenta. Pomimo tego w wielu przypadkach zasada ta praktycznie nadal jest stosowana, zwłaszcza przez pokolenia starszych lekarzy. W Stanach Zjednoczonych natomiast dużą popularność zdobył model partnerski. Zgodnie z tą koncepcją choremu przysługuje prawo do pełnej i rzetelnej informacji o swoim stanie zdrowia, to on decyduje kto z członków rodziny będzie uprawniony do zapoznania się z nią [13].

Osobowe relacje personelu medycznego z pacjentem, zwłaszcza cierpiącym, mają bardzo duży wpływ na postawę wobec nowej sytuacji i akceptację choroby [14]. Zrozumienie przez pacjenta istoty choroby, ma ogromne znaczenie dla dalszego postępowania i współpracy z zespołem terapeutycznym. Nastawienie pacjenta do problemu zależy jednak od wielu zmiennych, takich jak: wiek chorego, stan jego świadomości, poziom inteligencji, wcześniejsze doświadczenia choroby, nawyki, a także religijność [10]. Skupienie się jedynie na leczeniu, a unikanie w rozmowach z pacjentem tematu jego choroby, bardzo często odbierane jest jako złe rokowanie. Pacjent przyjmuje wówczas, iż powodem pomijania przez lekarza problematyki sytuacji zdrowotnej jest brak nadziei na powrót pacjenta do zdrowia. Sytuację tę potęguje fakt kontaktowania się lekarza z rodziną bez udziału chorego [17].

Rozmowa z pacjentem na temat jego problemu zdrowotnego nie musi jednoznacznie określać aktualnego stanu zdrowia chorego. Informacje

przekazywane przez lekarza, powinny ułatwiać pacjentowi współpracę z zespołem terapeutycznym i mobilizować go do kontynuowania bardzo trudnego, nierzadko długotrwałego leczenia. Wyjaśnienie zainteresowanemu poszczególnych etapów leczenia, a także przygotowanie chorego do przyjęcia ewentualnych powikłań, zmniejsza u niego lęk i niepewność wzbudzając tym samym zaufanie do lekarza.

Wszelkie starania powinny prowadzić do tego, by chory po zakończeniu rozmowy z lekarzem posiadał odpowiedni zasób informacji, był w stabilnym stanie emocjonalnym i wykazywał właściwą motywację do dalszego leczenia [8].

#### PSYCHOLOGICZNE ORAZ MEDYCZNE ASPEKTY INFORMOWANIA PACJENTA O CHOROBI I PRZEBIEGU LECZENIA

Stosunek pomiędzy lekarzem, a pacjentem jest bardzo ważnym elementem procesu leczenia. Prawem chorego jest domaganie się od lekarza udzielenia mu wyjaśnień dotyczących istoty choroby, prognozowanego jej przebiegu oraz szans wyleczenia. Obowiązkiem lekarza wynikającym z tej relacji jest udzielenie choremu możliwie wyczerpujących wyjaśnień. Coraz częściej dostrzega się potrzebę wzbogacania medycznej wiedzy lekarzy o informacje z zakresu psychologii i medycyny behawioralnej. Umiejętności wykorzystywania terapeutycznej funkcji słowa i mobilizowanie psychologicznych rezerw chorego może dostarczyć lekarzowi nowych narzędzi w walce z chorobą poprzez umacnianie wewnętrznej motywacji pacjenta [12].

Powiadomienie pacjenta, w sposób dla niego zrozumiały, o stanie zdrowia pozwala na dokonanie przez niego wyboru priorytetów życiowych oraz stwarza poczucie większej kontroli nad biegiem wydarzeń. Przekazanie informacji choremu zmniejsza poczucie lęku i strachu przed nieznanym, pozwala świadomie uczestniczyć w leczeniu.

Wprowadzenie pacjenta w założenia rozważanej metody terapii oraz zaznajomienie go z planem leczenia jest bardzo istotnym elementem komunikacji lekarza – pacjent. Niezbędne jest powiadomienie pacjenta o rodzaju ewentualnych objawów niepożądanych leczenia, które mogą, ale nie muszą wystąpić [9]. W żadnym razie nie można przerywać powinności poinformowania pacjenta o stosowanej farmakoterapii na farmaceutę. Obowiązkiem lekarza jest zapoznanie chorego z właściwościami leku tak, aby to on sam świadomie zdecydował o stosowanej metodzie terapii i był przygotowany na ewentualne skutki uboczne zażywanych medykamentów.

Nieodzwonne jest poinformowanie chorego, że fakt wystąpienia objawów niepożądanych leczenia nie ma nic wspólnego z jego skutecznością. Pacjent powinien wiedzieć, że pogorszenie samopoczucia, brak łaknienia, osłabienie czy męczliwość to objawy przemijające, bardzo często związane jedynie z prowadzonym leczeniem, a nie postępem choroby [9]. Brak takich informacji może wywołać u pacjenta niepokój i przygnębienie. Utrzymujący się stan

niepewności potęgowany złym samopoczuciem może w konsekwencji doprowadzić do rozwoju chorób psychosomatycznych, nerwicy, a nawet depresji.

Prawda o stanie zdrowia powinna zawierać także informacje o wczesnych i późnych następstwach choroby, a także konsekwencjach ewentualnego zaniechania terapii. Najważniejsze jest, aby przekazywana przez lekarza informacja była rzeczowa, prawdziwa i służyła obniżeniu poziomu napięcia towarzyszącego pacjentowi oraz pobudzała wiarę w stosowaną terapię [20].

O ogromnym znaczeniu właściwej komunikacji lekarza z pacjentem świadczą wyniki badań z 1960 roku opublikowane przez Scottish Association for Mental Health dotyczące psychologicznych problemów, jakie występują wśród chorych leczonych w szpitalach. Jak się okazało, zasadniczym powodem złego samopoczucia pacjentów nie była sama choroba lub związane z nią cierpienie fizyczne, ale brak wiedzy albo informacji na temat problemów zdrowotnych, zastosowanego i możliwego leczenia, prognozy w danej chorobie, czasu niezbędnego do wyzdrowienia oraz powrotu do aktywności zawodowej [15].

#### SPECYFIKA KOMUNIKACJI Z PACJENTEM CIERPIĄCYM NA CHOROBE NOWOTWOROWĄ

Pacjent dotknięty chorobą nowotworową jest człowiekiem cierpiącym, który nagle uświadomił sobie, że stracił kontrolę nad własnym ciałem, umysłem i swoją przyszłością. Obniżony nastrój pacjenta, towarzyszący chorobie lęk i niepokój nie mogą być lekceważone przez pracowników ochrony zdrowia.

Zaufanie do lekarza oraz całego zespołu terapeutycznego jest w kontekście komunikacji z pacjentem cierpiącym na chorobę nowotworową sprawą zasadniczą, również z terapeutycznego punktu widzenia. Lekarz i pacjent otwierają się na siebie budując relację, której zasadą staje się wspólne zmierzanie do określonego celu, jakim jest przywrócenie choremu zdrowia.

Przekazywanie niekorzystnych informacji o stanie zdrowia wymaga umiejętności, którą powinni posiadać przede wszystkim lekarze, gdyż to oni są kompetentni i upoważnieni do przekazywania pacjentowi oraz jego rodzinie informacji medycznych. Lekarze niechętnie podejmują wyzwanie przekazania pacjentowi całej prawdy o rozpoznaniu i prognozie. Niejednokrotnie unikają pacjenta uzasadniając owe zachowanie troską o jego dobro. Często jednak, niechęć wzięcia na swoje barki brzemienia odpowiedzialności wynika faktycznie ze strachu przed koniecznością nazwania rzeczy po imieniu oraz własnej wygody [15].

Przeciwstawną do postawy unikania jest postawa, która wyraża się w przeświadczeniu, że przekazywanie niepomyślnej diagnozy jest uzasadnione bez względu na okoliczności. Warto podkreślić jednak, że pacjenci bardzo często ubolewają nie nad tym, że ujawniono im całą prawdę, ale nad sposobem jej przekazania [15].

Postawy zarówno pierwszego jak i drugiego typu mogą mieć dla pacjenta niewyobrażalne konsekwencje. Brutalne zapoznanie chorego ze szczegółami diagnozy i rokowań bez uprzedniego przygotowania go na takiego rodzaju informacje może zniweczyć trud pracy całego zespołu terapeutycznego, ponieważ chory pozbawiony nadziei nie będzie w stanie podjąć terapii i kontynuować jej. Prawda, zwłaszcza w sytuacji poważnej choroby, ma, bowiem walor lekarstwa - należy ją dawkować bardzo ostrożnie mając na względzie indywidualne potrzeby chorego oraz jego wrażliwość [15,18]. Paradoksalnie u niektórych pacjentów nieuleczalnie chorych nadzieja wzrasta w momencie zbliżania się do kresu życia. Ma to miejsce wówczas, gdy pacjent otoczony jest opieką i należyłą troską najbliższych, pogodził się z faktem zbliżającej się nieuchronnie śmierci, a nadzieja skoncentrowana jest na wysiłku by „najlepiej być” [7,15].

Zdaniem *R. G. Twycross'a* w sytuacji choroby terminalnej „Prawda ma wiele odcieni, od łagodnych do bardzo brutalnych i szorstkich. Chory woli zawsze tę delikatniejszą stronę prawdy i łatwiej przyjmuje łagodnie brzmiące słowa” [18].

#### ZASADY PRZEKAZYWANIA NIEPOMYŚLNEJ DIAGNOZY

Zanim lekarz podejmie decyzję o przekazaniu pacjentowi niepomyślnych informacji powinien ustalić czy pacjent jest zdolny do ich przyjęcia i zrozumienia oraz czy rodzina chorego wyraża zgodę na przeprowadzenie takiej rozmowy [15].

Ważne jest również dokonanie wyboru właściwego miejsca w którym informacja zostanie choremu przekazana. Miejsce to musi dawać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz intymności gwarantującej możliwość nieskrępowanego przeżywania emocji [15].

Należy ustalić jak dużo pacjent wie na temat diagnozy oraz prognozy. Może bowiem okazać się, że rozmowa z chorym o rozpoznaniu jest niepotrzebna, ponieważ został on już wyczerpująco zaznajomiony z postawioną diagnozą przy okazji prowadzonego wcześniej leczenia. Niezwykle istotne jest zbadanie jak dużo pacjent chce wiedzieć o swoim stanie zdrowia. Nie jest bowiem wskazane odkrywanie przed chorym całej prawdy zbyt pochopnie nie mając pewności, że jest on w stanie poradzić sobie z niepomyślną informacją [15].

Rozmowa powinna pozostawiać choremu nadzieję oraz upewniać go w przekonaniu, że może on liczyć na wsparcie ze strony pracowników ochrony zdrowia i nie jest w swojej chorobie osamotniony. Na koniec rozmowy dobrze jest przedstawić choremu proponowany plan działania uwzględniający ewentualne sugestie zainteresowanego, tak aby pacjent miał poczucie partnerskich i w pełni podmiotowych relacji z lekarzem [5,15].

Etyczne aspekty komunikacji pomiędzy lekarzem (personelem medycznym),

a pacjentem trzeba rozumieć jako obustronne poszukiwanie określonego wzorca i sposobu przekazywania informacji medycznych (często niekorzystnych) pacjentowi (lub jego rodzinie). Poszukiwany wzorzec czy też sposób przekazu, powinien charakteryzować się kilkoma cechami, takimi jak: prawda w relacji, szczerłość, szacunek personalny, wzajemne zaufanie, wzajemna empatia i subtelność postępowania. Jak można zauważyć są to pewne składowe i cechy etyki ogólnej (powszechnej), które z racji swego uniwersalizmu są jak najbardziej adekwatne do tego jakże trudnego aspektu pracy lekarza.

A. J. Kowalska, M. J. Jarosz, J. Sak, J. Pawlikowski, R. Patryn, A. Pacian, A. Włoszczak-Szubda

#### ETHICAL ASPECTS OF PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION

##### Summary

Dealing with the ill requires from the medical staff special psychical predisposals, proper preparation and knowledge of the professional ethics. Dignity of man as a human being gives an individual full right to be informed concerning the diagnosis and prognoses. Thus, it is the duty of a physician to provide a patient with true, genuine medical information, unless a patient expresses otherwise. The conversation with a patient should leave him/her hope and assure a conviction that he/she may count on assistance and support on the part of medical staff.

A. Ковальска, М. Ярош, Я. Сак, Я. Павликовски, Р. Патрын, А. Пачан, А. Влошчак-Шубзда

#### ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ

##### Аннотация

Работа с больным человеком требует от работников здравоохранения специальной психологической предрасположенности, а также надлежащей подготовки и знания профессиональной этики. Человеческое достоинство, как человеческой личности, дает ему полное право на получение информации на тему диагностики и прогноза. Следовательно, врач обязан предоставить пациенту (в ситуации, если он не выражает противоположного мнения) истинную и подлинную медицинскую информацию. Разговор с пациентом должен оставить у него надежду и уверенность в том, что он может рассчитывать на помощь и поддержку работников здравоохранения.

A. Ковальска, М. Ярош, Я. Сак, Я. Павліковскі, Р. Патрин, А. Пачан, А. Влошчак-Шубзда

#### ЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАР - ПАЦІЄНТ

##### Анотація

Робота з хворою людиною вимагає від працівників охорони здоров'я спеціальної психологічної схильності, а також належної підготовки та знання професійної етики. Людська гідність, як людської особистості, дає йому повне право на отримання інформації на тему діагностики та прогнозу. Отже, лікар зобов'язаний надати пацієнту (в ситуації, якщо він не висловлює протилежної думки) дійсну і справжню медичну інформацію. Розмова з пацієнтом повинна залишити у нього надію і впевненість у тому, що він може розраховувати на допомогу і підтримку працівників охорони здоров'я.



## PIŚMIENNICTWO

1. Barański J.: Satysfakcja pacjenta z kontaktu z lekarzem, *Pol. Merk. Lek.* 1999, VI, 33.
2. Barański J.: Interakcja lekarz-pacjent. [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Red. Barański J., Piątkowski W., Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002, 158-161.
3. Barański J.: Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem, Red. Barański J., Piątkowski W., Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002, 162-163.
4. Bogusz J.: *Lekarz i jego chorzy*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1984, 58.
5. Ciąłkowska-Rysz A.: Zasady komunikacji lekarz-pacjent aspekty etyczno-prawne. [w:] *Onkologia*, Red. R. Kordek, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007, 326-328.
6. Gordon T., Edwards W.S.: *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1999, 37.
7. Herth K., *Fostering hope In terminally-ill people*, *J. Adv. Nurs.* 1990, 15, 1258.
8. Jakubowska-Winecka A.: Zasady prowadzenia rozmowy z pacjentem. [w:] *Psychologia w praktyce medycznej*, Red. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 189.
9. Jeziorski A.: *Onkologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
10. Juczyński Z.: Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. [w:] *Psychoonkologia*, Red. De Walden – Gałuszko K., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 23-44.
11. Łuczak J., Roszak A.: Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym, *Nowotwory*, 1990, 40, 1, 66-67.
12. Maciejewski B.: Mówić czy nie mówić prawdy chorym na raka, *Pol. Prz. Chir.* 2008, 80, 1, 1-9.
13. Szczepaniak L.: Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej, Wydawnictwo Księży Sercanów DEHON, Kraków, 2002, 169-179.
14. Ślusarska T.: Stosunki społeczne w środowisku pacjentów szpitalnych, *Szpit. Pol.* 1982, 26, 3, 79.
15. Świrydowicz T.: Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie. *Nowa Med.* 2000, 1, VII, 97, 74-78.
16. Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmon G.: *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*, Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996.
17. Turuk – Nowakowa T.: Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych. [w:] *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, Red. I. Heszen – Niejodek, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990, 159 – 194.
18. Twycross R.G.: *Introducing Palliative Care*, Radcliff Medical Press, Oxford and New York, 1995, 24.
19. de Walden-Gałuszko K.: *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne Mak-med., Gdańsk, 1996, 90.
20. XXII Zjazd PTHiT – 6-8. 09. 2007, 2, 49-51.

Data otrzymania: 31.03.2010 r.

Adres Autorów: ul. Nałkowskich 131/45, 20-470 Lublin.