

## Relacja hematolog–pacjent

The hematologist–patient relations

Wiesław Skrzyński

### STRESZCZENIE

Układ terapeutyczny w klinice hematologii jest szczególnym rodzajem kontaktu oraz komunikacji pomiędzy pacjentem, jego rodziną a lekarzem i pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego. W relacji terapeutycznej pojawia się pytanie – jak informować o nieuleczalności choroby, o powikłaniach, słabym rokowaniu i w konsekwencji zbliżającej się śmierci? Co pacjent chce i powinien wiedzieć o swojej chorobie, jej leczeniu i rokowaniu? Rodzinom, pacjentom, a także profesjonalistom trudno jest prowadzić „głębokie” rozmowy o cierpieniu, umieraniu i śmierci. W miarę progresji choroby relacje interpersonalne, zarówno na poziomie lekarz–pacjent, jak i bliscy–pacjent stają się zwykle coraz bardziej trudne, często płytkie, powierzchowne, sformalizowane i coraz mniej ludzkie.

Reakcje na diagnozę nieuleczalnej choroby hematologicznej i jej leczenie są różne i nie ma reakcji typowej lub właściwej. Niektórzy chorzy czują potrzebę rozmowy z bliskimi i dzielenia się swoimi uczuciami, inni chcą zostać sami. Dla niektórych chorych z kolei kluczowe okazują się spotkania z innymi pacjentami i dzielenie się doświadczeniami dotyczącymi choroby. Warto uszanować sposób, w jaki chory radzi sobie z emocjami. Jeśli jednak odczucia pacjenta uniemożliwiają mu rozsądne podejście do leczenia, warto skonsultować problem z doświadczonym lekarzem lub poszukać pomocy u psychologa.

**Słowa kluczowe:** komunikacja hematolog–pacjent, modele relacji, zakres informacji pacjenta, radzenie sobie z emocjami

### SUMMARY

Therapeutic relation In hematology clinic is a specific way of contact and communications between patient, his family, physician and therapeutic team. The main question that occurs in therapeutic relation is how to inform about disease incurability, complications, poor prognosis and, in consequence, forthcoming death? What kind of information about the disease, its treatment and prognosis would patient like to know and what should he be informed? It is extremely difficult for families, patients and also professionals to have a serious conversation about suffering, dying and death. As the disease progresses, interpersonal relations become more and more difficult, often shallow, superficial, formal, less and less humane. There is variety of reactions for an incurable disease diagnosis, no reaction is typical or right. Some of sufferers need to talk and share their feelings with relatives while others prefer to be left by themselves. For some of them it is crucial to meet other patients and share experience regarding their disease. It is worth to respect the way of emotion manifestation. However if it precludes him from having reasonable approach to treatment it is worth to be consulted with experienced physician or psychologist.

**Keywords:** hematologist–patient communication, relation models, range of patients information, coping with emotions

© by Polskie Towarzystwo Hematologów  
i Transfuzjologów  
i Instytut Hematologii i Transfuzjologii

Otrzymano: 2.04.2012  
Zaakceptowano: 15.04.2012

Klinika Hematologii  
Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie  
Kierownik: Prof. nadzw. dr hab. Piotr Rzepecki

Autor nie zgłasza konfliktu interesu

Adres do korespondencji:  
Dr Wiesław Skrzyński,  
Klinika Hematologii WIM  
ul. Szaserów 128,  
04-141 Warszawa  
tel./fax 22 610 83 90, +48 883 934 459  
e-mail: skrzyński@poczta.onet.pl

Acta  
Haematologica  
Polonica;  
43 (2a): 117–121

## Autonomia pacjenta podstawą relacji

Zasada paternalistycznego traktowania pacjenta, która nadal bardzo dobrze odpowiada przekonaniom i postawom wielu lekarzy, nie ma obecnie uzasadnienia ani od strony prawnej, ani od strony medycznej, ani tym bardziej od strony psychologicznej. Obecnie w powszechnie, przynajmniej teoretycznie, przyjmowanym ujęciu holistycznym to chory ma prawo decydowania o swoim życiu i zdrowiu oraz o wyrażeniu zgody na proponowane (w praktyce zwykle nie poddawane raczej dyskusji) postępowanie diagnostyczne i w konsekwencji terapeutyczne.

Autonomia pacjenta jest jego najważniejszym dobrem, chronionym przez wiele aktów prawnych zawartych w różnych ustawach. Za naruszenie prawa chorego do autonomii grożą lekarzowi sankcje określone w Kodeksie Cywilnym. Słowo autonomia nie ma jednego znaczenia. Pochodzi od dwóch greckich pojęć: *autos* (własny) i *nomos* (prawo, norma). Oznacza zarówno niezależność, swobodę działania, wolność woli, suwerenność jednostki, jak i jej godność. Pacjent przebywający w zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do zachowania swojej autonomii. Prawo do wolności jest jednym z głównych praw człowieka [1].

Zachowanie człowieka jest czynnością, czyli zachowaniem świadomie niezależnym, opartym na rozumieniu własnej sytuacji i ukierunkowanym na cel (intencjonalnym). Wypełnienie obowiązku poszanowania autonomii pacjentów polega na ich wspieraniu w przezwyciężaniu ich zależności i odzyskiwaniu kontroli nad swym życiem w takim stopniu, w jakim jest to możliwe lub w jakim sobie tego życzą [2].

Faktyczna realizacja autonomii, czyli umiejętność odpowiedzialnego kierowania własnym życiem, jest zdolnością, którą człowiek zdobywa stopniowo i którą nie zawsze jest w stanie w pełni dysponować. Może się to ujawnić szczególnie w chwilach wielkiego stresu, a do takich należy obok czynników wpływających z wieku także sytuacja każdej poważniejszej choroby. Właśnie w takich warunkach widać z całą wyrazistością, że autonomia może być w pełni realizowana tylko w kontekście dialogu interpersonalnego [3].

Pacjent z chorobą układu krwiotwórczego czy układu chłonnego może aktywnie decydować o terapii jedynie po uzyskaniu od lekarza szczegółowych informacji na temat swojego stanu zdrowia, a i wtedy nie zawsze jest zdolny w pełni zdać sobie z niego sprawę i właściwie go ocenić. W informowaniu pacjenta co najmniej tak istotne, jak to, co się mu mówi, jest to, jak to się czyni, oraz to, czy pacjent ufa lekarzowi. Okoliczności komunikacji lekarza z pacjentem będą w znacznym stopniu modyfikowały zakres faktycznej autonomii pacjenta.

Porozumiewanie się z chorym, postawa wobec niego zależy od ogólnej życiowej postawy lekarza:

leczy chorobę (białaczkę, chłoniaka), czy leczy chorego. Chorego somatycznie (określone organy, zaburzone funkcje i procesy), czy całego człowieka wraz z jego psychiką (emocjami i strategiami radzenia sobie, relacjami, zasobami osobistymi) i wymiarem duchowym? Duchowość to przede wszystkim osobiste poszukiwanie znaczenia i celu w życiu (przekonania, potrzeby i wartości, optymalne funkcjonowanie – jakość życia).

W ostatnich kilkudziesięciu latach rozpoczęła się krytyka paternalizmu medycznego. Wielu autorów wskazywało na konieczność zostawienia decyzji o leczeniu choremu. Uważano, że pacjent powinien decydować, a lekarz doradzać. Obecnie trudno sobie wyobrazić, choć nadal zbyt często jedynie postulatywnie i teoretycznie, relacje lekarza z pacjentem bez modelu partnerskiego, czyli takiego, w którym zachowane są autonomia, dialog, a także podmiotowe traktowanie chorego [4, 5].

## Modele relacji

Zwykle wyodrębnia się trzy modele relacji lekarza i pacjenta. Pierwszy z nich, najbardziej tradycyjny, to model aktywność–bierność: stroną aktywną jest lekarz, pacjent biernym odbiorcą czynności zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych lekarza. Prototypem tego modelu jest relacja rodzic–niemowlę.

Następny jest model kierownictwo–współpraca: w tym przypadku występuje relacja asymetryczna, pacjent szuka pomocy kompetentnego, posiadającego władzę lekarza, a lekarz oczekuje posłusznego wykonywania poleceń. Relacja typu: rodzic–nastolatek.

I wreszcie model obustronnego uczestnictwa – w tym przypadku relacja niemal symetryczna. Lekarz jest ekspertem w zakresie zdrowia i choroby. Pacjent ekspertem w zakresie indywidualnego przeżywania choroby. Ma tu miejsce obustronna aktywność i udział w procesie diagnozy i terapii [3].

Można ciągle jeszcze wyróżnić dwa diametralnie odmienne podejścia do pacjenta: somatyczne i holistyczne. W konserwatywnym, autorytarnym podejściu somatycznym pacjent jako osoba praktycznie nie istnieje, skargi i wątpliwości pacjenta to w zasadzie dane biologiczne, a uwaga lekarza jest skoncentrowana na procedurach i wynikach badań. W tym przypadku brak jest ludzkich wymiarów komunikacji [6].

W podejściu holistycznym lekarz traktuje pacjenta jako osobę, podmiot, indywidualność. Styl komunikacji ma charakter otwarty. Lekarz przejawia zainteresowanie i zaangażowanie, wykorzystuje empatię, ustrukturalizowanie (wyjaśnianie skarg i pytań) oraz widzi potrzebę uczestnictwa pacjenta na wszystkich etapach diagnozy i leczenia.

## Mechanizmy zakłócające komunikację

- pogarszający się stan pacjenta, uniemożliwiający z nim kontakt,
- typ choroby lub wiek pacjenta uniemożliwiający komunikację,
- unikanie rozmowy i usprawiedliwienie, że nie ma się czasu (styl: „zaraz-potem”),
- ukazywanie mową ciała, że jest się posiadaczem niepomyślnej informacji, np. unikanie kontaktu wzrokowego,
- okłamywanie – świadome wprowadzanie w błąd, podawanie błędnych danych i wzbudzanie fałszywej nadziei.

## Czy chory chce wiedzieć wszystko?

Zakres informacji, jakie powinien otrzymać pacjent, jest różny. Należy kierować się sposobem odbioru. Uważa się, że zainteresowanie pacjenta własnym zdrowiem i postępiami leczenia, a także wpływem środków farmakologicznych na jego stan jest naturalne i ogromne.

W Polsce zostały przeprowadzone badania na temat zainteresowania pacjentów stanem swojego zdrowia. Wynika z nich, że 75% wykazuje chęć uzyskania takich informacji nawet w przypadku, gdy są one niekorzystne. Spośród pacjentów chorych na raka 91% chciało znać diagnozę, 97% deklaroowało potrzebę informacji na temat leczenia, 88% chciało wiedzieć, jakie są ich dalsze losy [7].

Efekty niedoinformowania są z reguły bardzo negatywne dla zdrowia pacjenta. Chory czuje się wówczas niepewnie, nie ma zaufania do zespołu interdyscyplinarnego, czuje zagrożenie, czego skutkiem jest niestosowanie się do zaleceń, np. nieprzyjmowanie leków. Pacjent nieświadomy zaczyna poszukiwać informacji o własnej chorobie i często spotyka się z błędnym obrazem swojego przypadku. Dwuznaczność lub brak informacji powoduje poczucie niejasności i niepewności. Skutek – przeżywanie niepokoju, obaw, lęku. Niepewność może mieć wartość pozornej adaptacji – a może to nie białaczka?

Korzyści wypływające z informowania pacjenta są ogromne, np. chorzy informowani o wystąpieniu dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym o wiele łatwiej znosili ból, a także nie korzystali z tak dużej ilości środków przeciwbólowych jak pacjenci, którzy nie zostali o tym poinformowani [8].

Następnym elementem w informowaniu pacjentów jest dostosowanie ilości przekazywanych informacji w zależności od osoby. Indywidualne oczekiwania pacjenta stanowią ryzyko, że zarówno zbyt ogólnikowe, jak i zbyt szczegółowe informacje mogą wzbudzić silny niepokój. Odbiór informacji przebiega w dwóch odrębnych stylach:

1. Czujne obserwowanie polegające na kierowaniu uwagi na źródło zagrożenia, poszukiwaniu, gromadzeniu i wykorzystywaniu informacji („jaki jest ten poziom blastów? czy moje wyniki...”).

2. Wy tłumaczenie ostrzeżeń – polegające na unikaniu szczegółowych informacji o zagrożeniu, a także na takim manipulowaniu nimi, aby subiektywnie stres był odbierany mniej intensywnie („Panie doktorze, wszystko jest dobrze. – Poprawił się pana stan? – Nie, przedtem też było dobrze. I dalej będzie dobrze. Trzeba patrzeć optymistycznie”).

Przekaz informacji ma szczególne znaczenie, gdy informacja dotyczy niepomyślnego rokowania. W tej sytuacji należy kierować się zasadą stopniowego przekazywania informacji, czyli nie wszystko naraz. Lekarz, który informuje pacjenta, musi jednak zwrócić uwagę, jakie jest jego zapotrzebowanie na informacje, ponieważ jeśli zostaną zadane pytania, to należy na nie odpowiedzieć, a nie pozostawiać niepewności. To wszystko zapewnia adaptację chorego do sytuacji [9].

Zadajemy sobie zwykle pytanie, jak rozpoznać, któremu pacjentowi i jaką ilość informacji możemy przekazać. W literaturze spotykamy się z tzw. strzałem ostrzegawczym. Polega on na tym, że sygnalizujemy choremu jego stan, np. „obawiam się, że sytuacja jest poważniejsza, niż przypuszczałem”. Następnie w zależności od reakcji pacjenta dopasowujemy odpowiedzi. Należy go pilnie obserwować, aby w każdym momencie wiedzieć, czy informacje przez nas przekazane nie przerastają pacjenta. Po tym fakcie trzeba również zadbać, aby nie zostawiać pacjenta samemu sobie, ale zapewnić mu kontakt z kimś bliskim, z kim będzie mógł o tym porozmawiać [10, 11].

## Czy chory powinien wiedzieć wszystko?

Pierwsze podejście w uproszczeniu brzmi: „dla dobra pacjenta nie powinno się go informować o stanie zdrowia”. Ta tendencja ma coraz mniej zwolenników, ale w praktyce jest ciągle obecna w służbie zdrowia.

Często atmosfera zaprzeczania, ukrywania prawdy o chorobie i swoisty teatr „wszystko będzie dobrze” są poważnym problemem w rozpoczęciu opieki paliatywnej. Zadaniem zespołu jest przekonanie rodziny do przekazywania prawdy o stanie chorego. Nie zawsze się to udaje. Pokutujące ciągle przekonanie o „prawdzie, która może zabić” oraz o „białym kłamstwie” dla dobra chorego najczęściej powoduje duże napięcia i uniemożliwia szczerą rozmowę.

Drugie podejście jest diametralnie odmienne. Chory ma prawo do informacji, a kłamstwo niszczy autorytet personelu medycznego i opiekunów. Nieprawda zaprzecza godności pacjenta i nie pozwala

wyzwolić sił obronnych w organizmie. Jest to zgodne z holistyczną filozofią uczynienia pacjenta i jego rodziny centrum troski i podmiotem podejmowania decyzji. Powszechnie uważa się dzisiaj, że chory powinien przeżywać ostatnie miesiące i dni swojego życia z pełną świadomością, w prawdzie, nie w zakłamaniu. Ciągłe duża część lekarzy udziela pełnej informacji rodzinie, „oszczędzając” pacjenta. Taka informacja bez zgody pacjenta jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej.

Zanim rozpoczniemy udzielanie informacji i profesjonalnej pomocy psychologicznej osobom bliskim choremu, należy ocenić czy osoba chora ma oparcie w swojej rodzinie. Choroba stawia rodzinę wobec nowej sytuacji, dezorganizuje życie, wyzwala w rodzinie poczucie silnego zagrożenia. Każdy z członków przeżywa ją inaczej, w charakterystyczny dla siebie sposób, sytuacja wymaga bowiem podjęcia innych niż dotychczas działań (często stresogennych) oraz realizacji innej roli.

Problem adaptacji rodziny do nowej sytuacji, jaką jest nieuleczalna choroba hematologiczna i umiarnie jej członka, stanowi konsekwencję dotychczasowych doświadczeń życiowych, cech osobowości oraz jakości interakcji w relacjach systemu rodzinnego, jak i relacji z systemem zewnętrznym (wymiarom funkcjonowania stanowiącym źródło zaspokajania wielu potrzeb). Większość pacjentów oczekuje wsparcia psychicznego od swoich bliskich, jednak często rodziny nie są przygotowane do udzielania takiej formy pomocy. Stąd potrzeba taktu, empatii i takiej cierpliwości, która nie znosi pośpiechu.

### Decydująca rola sposobu informowania

Nie ma uniwersalnego i powszechnego modelu informowania. Zawsze powinien on być dostosowany do:

- przekonań i oczekiwań pacjenta oraz jego bliskich,
- już posiadanej wiedzy,
- możliwości poznawczych (IQ) i właściwości psychicznych (struktury osobowości),
- stanu emocjonalnego (IE – dojrzałości emocjonalnej).

Pacjenci zapamiętują ok. 50% przekazywanych im informacji. Wielu pacjentów podtrzymuje tradycyjny model kontaktu: lekarz mówi – pacjent słucha. Znaczna część lekarzy również optuje za tym modelem i woli mówić do pacjenta, niż z nim rozmawiać. Część lekarzy jest w stanie słyszeć, ale nie słuchać. Pacjent z kolei ma obowiązek słuchać, nie ma prawa pytać. Pacjenci przy treściach zbyt zagrażających stosują dość często mechanizm zaprzeczania lub wypierania złych wiadomości [7, 8].

Na efektywność przekazu informacji wpływają:

- treść (6–10%),

- tonacja głosu, tempo mówienia, rodzaj akcentowania (30%)
- mowa ciała – mimika, gesty, ruchy, ułożenie ciała (60%).

Bardzo utrudniają w relacji hematolog–pacjent pozory kontaktu, które przejawiają się m.in. poprzez:

- ogólniki: „nie ma się czego bać”, „jakoś to będzie”,
- bagatelizowanie „przecież to tylko szpiczak – taki jak u wielu innych”, „da się jeszcze trochę pożyć”,
- utrata indywidualności: „wszyscy mogą to znieść” (uboczne skutki stosowanych cytostatyków), „tylu już sobie poradziło”,
- koncentracja na sprawie, procedurze, a nie na pacjencie i jego odmienności od typowego przypadku,
- przepracowanie, zmęczenie i jego najgorszy skutek, jakim jest pośpiech,
- niekorzystne warunki zewnętrzne (obecność innych, nadmiar spraw, hałas).

### Pacjent jako partner w procesie leczenia

Cele psychoterapii chorych w terminalnej fazie choroby hematologicznej ograniczają się zwykle do: wsparcia, bycia z chorym, pomocy w pogodzeniu się i zaakceptowaniu faktu nieuchronnie zbliżającej się śmierci, a także współuczestniczeniu w komunikacji z rodziną.

Wydaje się, że najkorzystniejszą metodą postępowania w psychoterapii nieuleczalnie chorych i objętych opieką paliatywną jest tworzenie indywidualnego programu psychoterapii w oparciu o znajomość pacjenta i jego rodziny, a także po rozpoznaniu jego możliwości i ograniczeń. Proponuje się różnorodne, eklektyczne metody psychoterapii nieuleczalnie chorych, zamykające się głównie w dwóch nurtach: poznawczo-behawioralnym i humanistycznym.

Często świadczenie pomocy psychologicznej napotyka na opór ze strony pacjentów. Pacjenci odmawiając przyjęcia pomocy twierdzą, że nie odczuwają żadnych przykrych uczuć ani złego psychicznego samopoczucia, a wynika to u pacjentów onkologicznych i objętych opieką paliatywną ze stosowania silnych mechanizmów obronnych.

Metody poznawczo-behawioralne uczą pacjenta, jak żyć z chorobą i powstałymi ograniczeniami, które są przez nią spowodowane, jak przetrwać leczenie oraz jak uzyskać kontrolę nad własnym ciałem i umysłem [2].

Natomiast metody należące do drugiego nurtu (humanistyczne) doprowadzają do „zanurzenia się” we własnych doświadczeniach i wykorzystania ich dla własnego rozwoju, do postawienia zasadniczych pytań egzystencjalnych, dokonania zmian w sobie, a także poprawienia relacji z otoczeniem. Jest to

próba nauczenia pacjenta, jak żyć z chorobą w taki sposób, aby przeżyte doświadczenia, a nierzadko silne cierpienia, stały się dla niego siłą a nie powodem wewnętrznej destrukcji, „zawalenia się” jego świata. Nie zawsze staje się to możliwe, ale można pomóc w rekonstrukcji oceny przeszłości jako czynnika akceptacji i spokoju („żyłem, jak umiałem, na tyle mnie było stać”).

Cele psychoterapii osób zgłaszających się w zaawansowanej fazie choroby krwi czy układu chłonnego, o złym rokowaniu, leczonych paliatywnie, są inne od założeń psychoterapii u osób z rozpoznaniem mało lub średnio zaawansowanej choroby o dobrym rokowaniu i leczonych radykalnie. Psychoterapia ta zakłada doraźne odreagowanie napięcia emocjonalnego i lęku (rodzaj katharsis), wsparcie psychiczne, pomoc w rozwiązaniu jakiegoś istotnego problemu, np. dręczącego poczucia winy (często wobec osób nieżyjących), zmagania się z bilansem życiowym, pytaniami natury egzystencjalnej, a także przygotowanie do leczenia i jego niepożądanym skutków [1].

## Podsumowanie

Psychologiczne czynniki, które wpływają na relacje personel medyczny–pacjent, są bardzo szerokie i mają znaczący wpływ na efekty leczenia. Złe relacje bardzo szybko mogą spowodować pogorszenie się stanu chorobowego pacjenta. Kluczową rolę odgrywa komunikacja i ilość przekazywanych informacji oraz ich jakość (sposób przekazu). Z badań wynika, że czynniki psychologiczne w procesie chorobowym odgrywają bardzo ważną rolę, zarówno dla pacjenta (np. świadomość tego, co się z nim dzieje, stanowi szansę wzrostu poczucia własnej skuteczności, a przez to skutkuje szybszym powrotem do zdrowia), jak i personelu medycznego (zadowolenie z efektów wykonywanej pracy dzięki satysfakcjonującej relacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym) [13].

Poprzez zmianę stylu życia chory może doprowadzić „do wyłonienia nowych celów o wymiarze egzystencjalnym, takich celów, które stają się możliwe do osiągnięcia pomimo ograniczeń zdrowotnych. Dzięki temu zdarza się, że człowiek chory osiąga wyższy poziom zadowolenia z życia w porównaniu z okresem sprzed choroby, dostrzega nowe wartości, wzbogaca swoje życie” [14].

Pacjent w każdym przypadku może czuć się współodpowiedzialny za wyniki terapii. On jest

współautorem własnego życia – do końca. Nikt i nic nie ma prawa go tego pozbawić. Tylko prawdziwe spotkanie pomiędzy leczącym i leczonym może stać się okazją, by bardziej stawać się człowiekiem. W obu przypadkach.

## Piśmiennictwo

1. Skrzyński W. Psychologiczne wyznaczniki jakości życia osób przewlekle chorych. Press&It. Warszawa, 2006.
2. Overill S. The development, role, and intergrated care pathways, w: Ellershaw J, Wilkinson S. Care of the dying: A pathway to excellence. Oxford 2003, 1–10.
3. Hebanowski M, Kliszc J, Trzeciak B. Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1994.
4. Ostrowska A. Relacje pacjent lekarz – nowa jakość. Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna, 2001; 21: 109–121.
5. Gawroń M. Empatia i jej znaczenie w relacji lekarz–pacjent. w: G. Dolińska-Zygmunt (red.) Podstawy psychologii zdrowia, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001.
6. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Wyd. Uniw. Łódzkiego, Łódź, 2003.
7. Kuczyńska A. Modele kontakt lekarza i pacjenta, w: G. Dolińska-Zygmunt (red.) Podstawy psychologii zdrowia, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001.
8. Back A, Arnold R, Tulsy J. Mastering Communication with Seriously ill Patients. Cambrigde Univ. Press, 2009.
9. Czubalski K, Zachara A, Lempicka-Jstrzębska M. Wyniki wstępnych badań postaw, opinii i zachowań lekarzy dotyczących informowania chorych na nowotwory złośliwe o ich rozpoznaniu, Nowotwory, 1992; 42: 261–268.
10. Gordon T. Pacjent jako partner. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1999.
11. Bishop GD. Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało, Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2000.
12. De Walden-Gałuszko K. [red.] Problemy komunikacji, Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000.
13. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat. Warszawa, 2008.
14. Makowska H. Informowanie pacjenta przez lekarza. Czy ludzie chorzy chcą wiedzieć wszystko co im zagraża? w: G. Dolińska-Zygmunt (red.) Podstawy psychologii zdrowia, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001.