

Anna Ratajska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Klinika Kardiologii, II Szpital Kliniczny w Bydgoszczy

Komunikowanie się z pacjentami z zaawansowaną niewydolnością serca

Communication with advanced heart failure patients

Streszczenie

Pacjenci z niewydolnością serca doświadczają ograniczającej choroby, podczas której konieczne jest rozmawianie z nimi na temat leczenia i prognozy. Jest to proces złożony, określany jako tak zwane wyzwanie komunikacyjne, które często stanowi dla lekarza duże obciążenie oraz jest źródłem frustracji. Częścią tego procesu są rozmowy o szczególnie trudnych kwestiach dotyczących leczenia. W artykule omówiono specyfikę komunikowania się z pacjentami z zaawansowaną niewydolnością serca w kontekście ich potrzeb i możliwości, zwrócono uwagę na szczególnie ważne do przedyskutowania tematy, przedstawiono zgłaszane przez pacjentów problemy z komunikacją. Omówiono także czynniki utrudniające komunikowanie się z pacjentem, stosowane przez specjalistów strategie, które mają na celu uniknięcie rozmowy z pacjentem i jego rodziną oraz specyficzne dla tego syndromu sytuacje komunikacyjne. Zaproponowano sposoby przygotowania się lekarza do rozmowy z pacjentem z zaawansowaną niewydolnością serca oraz wytyczne takiej rozmowy.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 4: 157–162

Słowa kluczowe: komunikacja lekarz–pacjent, zaawansowana niewydolność serca, wyzwania komunikacyjne

Abstract

Patients with heart failure face a life-limiting condition wherein communicating about treatment and prognosis is necessary. Communication with advanced heart failure patients is a complex process, referred to as one of the so-called communication challenges, which is often straining and frustrating for the physician. This process also involves discussions of particularly difficult issues in the course of treatment. The article discusses a specific nature of communicating with advanced heart failure patients in the context of their needs and capabilities. It also highlights topics of particular importance that need to be addressed in such discussions and presents patient-reported communication problems. The paper examines factors hindering communication with patients, presents strategies applied by specialist that help avoid discussions with patients and their families, and heart failure-specific communication situations. The paper presents a proposal for medical doctors of how to prepare for a discussion with patients with advanced heart failure and provides guidelines for an interview.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 4: 157–162

Key words: doctor–patient communication, advanced heart failure, communication challenges

Adres do korespondencji: dr n. hum. Anna Ratajska
Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
ul. Staffa 1, 85–867 Bydgoszcz

e-mail: aratajska@komunikacja.kliniczna.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 4, 157–162

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Komunikowanie się — kompetencja kliniczna

Komunikowanie się pracowników opieki zdrowotnej z pacjentami czasem nadal traktuje się w Polsce jak rodzaj sztuki. Trudno jednak badać taką sztukę i trudno jej nauczać — pojawiają się pytania, w jaki sposób precyzyjnie ją określić, jak ćwiczyć, w jaki sposób zmierzyć? Alternatywą jest podejście oparte na umiejętnościach (*skills-based approach*). Zgodnie z nim myślimy o komunikowaniu się jako o szeregu umiejętności i procesów [1]. Tak rozumiane komunikowanie się obejmuje kontinuum: od przekazywania informacji do wspólnego podejmowania decyzji w złożonych sytuacjach niepewności i subtelnego wyważenia korzyści, obciążeń i zagrożeń dla drugiego człowieka. Tabela 1 zawiera zestawienie niezbędnych, podstawowych umiejętności komunikowania się, których można się nauczyć (*teacheable*).

Sztuka komunikowania się z pacjentem, traktowana jako zbiór umiejętności i procesów, nauczana i doskonalona jest na świecie od ponad 40 lat [2–4]. Najbardziej popularnym modelem jest Calgary–Cambridge (*Calgary Cambridge Guide*), który opisuje strukturę przebiegu wizyty oraz sposób wykorzystania umiejętności, które są pomocne w relacji lekarz–pacjent. Zbieranie wywiadu i prowadzenie badania są w tym ujęciu całkowicie zintegrowane z budowaniem i kształtowaniem relacji z pacjentem w taki sposób, aby prowadziło to do wspólnego podejmowania decyzji [5, 6]. W tym kontekście tak samo ważne jest, do kogo mówimy (cechy pacjenta jako odbiorcy komunikatu), co mówimy (treść komunikatu) oraz w jaki sposób mówimy. Warto też określić, dlaczego i po co decydujemy o konieczności rozmowy z pacjentem, czyli warto znać przyczyny tej decyzji oraz mieć określony cel rozmowy.

Komunikowanie się z pacjentem z niewydolnością serca (NS) stanowi jedno z tak zwanych wyzwania komunikacyjnych. W medycznym sensie NS stanowi złożone rozpoznanie. Wiele aspektów NS wymaga

zaangażowania pacjenta i dyskusji z nim. Konieczne jest wyjaśnienie pacjentowi charakteru choroby, jej przyczyn, pojawiających się fizycznych zmian i objawów. Omówienie objawów prowadzi do poszukiwania efektów i ograniczeń, które mogą wywierać wpływ na życie chorych. Pacjenci chcą wiedzieć, jakie strategie leczenia są dostępne (zarówno farmakologiczne, jak niefarmakologiczne) oraz poznać potencjalne obciążenia i skutki uboczne leczenia. Jest to szczególnie istotne w przypadku rozmawiania z pacjentem na temat transplantacji serca jako potencjalnego sposobu leczenia. Ważne jest także omówienie rokowania, aby pacjenci i ich rodziny mogli robić plany, w miarę możliwości zachowując nadzieję [7, 8].

Do kogo mówimy? Potrzeby pacjentów w krańcowym stadium NS

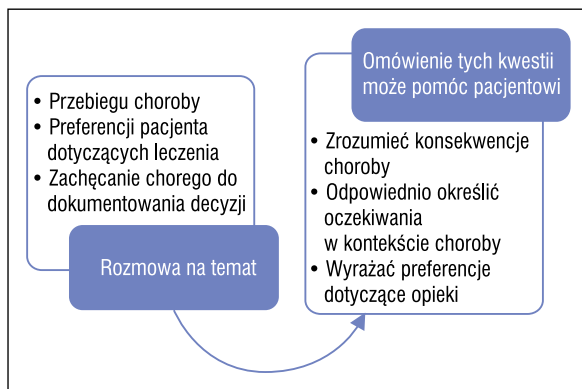
Pacjenci cierpiący na NS odczuwają zmęczenie, mają trudność lub brak możliwości utrzymania koncentracji, odczuwają także silne obniżenie, a nawet brak odczuwanej nadziei, dodatkowo mogą doświadczać trudności w mówieniu. Ponieważ choroba uniemożliwia normalne funkcjonowanie, chorzy cierpią z powodu braku interakcji społecznych. W tej grupie pacjentów komunikację utrudnia także depresja, występująca u 17–26% chorych, która może zaburzać proces podejmowania decyzji [9, 10]. Powoduje błędne wnioskowanie, zmniejsza zdolność do jasnego, logicznego i konstruktywnego myślenia. Powszechne są: ograniczona tolerancja wysiłku, zmęczenie, duszność i choroby współistniejące. Odczuwana przez pacjentów duszność i zmęczenie ograniczają jego zdolność do opowiedzenia swojej historii, wyrażenia wątpliwości i zadawania pytań. Rozmawiając z chorym, koniecznie należy pamiętać, że może to poważnie ograniczyć zdolność pacjenta do czynnego udziału w wizycie i aktywności podczas niej [7].

Dlaczego i w jakim celu rozmawiać z pacjentami z NS? Specyfika komunikowania się z pacjentami z zaawansowaną NS

Podczas standardowej wizyty lekarz omawia z pacjentem jego stan zdrowia, wyniki przeprowadzonych badań, odpowiada na jego pytania. Czasami jednak podejmuje decyzję o konieczności przeprowadzenia rozmowy dotyczącej konkretnej trudności. Taka decyzja ma miejsce zazwyczaj wtedy, kiedy konieczne jest omówienie nieuniknionego postępu choroby, pacjent nie stosuje się do zaleceń lub wzrasta częstotliwość

Tabela 1. Podstawowe umiejętności komunikowania się

Niezbędne umiejętności komunikowania się z pacjentem
Aktywne słuchanie
Umiejętność poruszenia kwestii obaw pacjenta
Zdolność dostosowania wymiany informacji do potrzeb i możliwości pacjenta
Umiejętność współpracy z różnymi pacjentami w procesie podejmowania decyzji



Rycina 1. Tematy szczególnie ważne do omówienia z pacjentami z zaawansowaną niewydolnością serca (na podst. [7, 11–13])

hospitalizacji. Określając cele przeprowadzania rozmowy skoncentrowanej na konkretnym zagadnieniu, warto omówić z pacjentem następujące zagadnienia:

- możliwość poprawy stanu zdrowia chorego,
- możliwość poprawy jakości jego życia,
- uzgodnienie kwestii związanych z końcem życia,
- uporządkowanie spraw rodzinnych, prawnych,
- planowanie leczenia [11–13].

Omawiając kwestie trudne, warto szczególnie zadbąć o odpowiednie warunki do rozmowy, ustalić z pacjentem i jego rodziną, czy rozmowa odbędzie się wspólnie, czy też pacjent woli być sam. Należy mieć na uwadze jego stan emocjonalny oraz ilość informacji, którą jest w stanie przyjąć.

Kwestie szczególnie istotne do omówienia z pacjentami z zaawansowaną NS przedstawiono na rycinie 1.

Co mówią lekarze, a co chcieliby usłyszeć pacjenci?

Wyniki badań [13–15] wskazują, że lekarze często wyjaśniają charakter i przebieg niewydolności serca, tworząc ogólną definicję i mechanizmy choroby, ale rzadko wspominają o stopniowych ograniczeniach życiowych powodowanych przez chorobę. Z perspektywy pacjenta jest to brak istotnych informacji. Lekarze rzadko zadają pytania o preferencje pacjenta dotyczące sprawowania nad nim opieki i rzadko zachęcają do dokumentacji dokonanych wyborów [13]. Ustalanie tych spraw z pacjentem powoduje jego zaangażowanie w proces leczenia, a dodatkowo pozwala określić przyczyny podejmowanych przez niego decyzji.

Prawdopodobieństwo śmierci, zwłaszcza nagłej, często nie jest omawiane otwarcie. Tymczasem roczną

śmiertelność pacjentów w II klasie według NYHA szacuje się na 5–15%, ale 50–80% z tych pacjentów może umrzeć nagle [16]. W późniejszych stadiach choroby (IV klasa NYHA) roczna śmiertelność wynosi 30–70%, ale tylko 5–30% umiera nagle [17, 18].

Pacjenci zgłaszają następujące problemy z komunikacją:

- otrzymywanie zbyt małej ilości informacji o swoim stanie;
- otrzymywanie złożonych informacji, których nie rozumieją;
- występowanie trudności z terminologią: rozpoznanie „niewydolność serca” często bywa pomijane, aby uniknąć niepokoju pacjenta [14].

Chorzy z NS zgłaszają chęć udziału w dyskusji z lekarzem na temat planowanego leczenia jak najszybciej od chwili rozpoznania. Wytyczne zalecają, aby lekarz inicjował rozmowę w warunkach ambulatoryjnych już przed przewidywanym pogorszeniem stanu klinicznego pacjenta, kiedy możliwe jest określenie jego preferencji leczenia [8]. Jednak badania pokazują, że pacjenci nie są świadomi możliwości leczenia i alternatyw dotyczących przyszłej opieki. Rozmowa na temat planowania leczenia jest często niedostatecznie wykorzystywana lub opóźniana w oczekiwaniu na koniec życia, co często związane jest z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta [12].

Czynniki utrudniające komunikowanie się z pacjentem

Podczas rozmowy z chorym trudne może być „przetłumaczenie” rozległej wiedzy na temat złożonego procesu patofizjologicznego NS na język zrozumiały dla poszczególnych pacjentów. Lekarze mogą uważać, że termin „niewydolność serca” może odzwierciedlać większą powagę choroby, niż chcą przekazać. Lekarze mogą również uważać, że pacjenci oczekują zbyt dużo „pewnych” informacji, szczególnie dotyczących prognozy, czego specjaliści nie są jednak w stanie zapewnić. Może to prowadzić do unikania przekazywania kluczowych informacji. Niewydolność serca jest chorobą postępującą, jej przebieg jest nieprzewidywalny i specjaliści — z powodu niemożności przewidzenia pogorszenia stanu zdrowia pacjentów — mogą czuć się bezsilni. Ponadto podczas rozmowy mogą pojawić się tak zwane bariery komunikacyjne. Są to czynniki utrudniające uzyskanie prawidłowego porozumienia, a ich źródła mogą znajdować się zarówno po stronie pacjenta, jak i po stronie profesjonalistów, a także wynikać z uwarunkowań systemowych [7]. Czynniki te syntetycznie przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Bariery w komunikacji lekarz–pacjent z niewydolnością serca (na podst. [7])

Bariery po stronie pacjenta i czynników związanych z chorobą	Bariery po stronie profesjonalistów	Czynniki związane z systemem
Trudności w uczestniczeniu w rozmowach z powodu objawów	Trudności w rozpoznaniu niewydolności serca	Słabo skoordynowana opieka zwłaszcza między opieką podstawową i specjalistyczną
Choroby współistniejące, takie jak demencja, słaby wzrok i słuch	Brak uzgodnionej jednej definicji czynników prowadzących do choroby	Brak planowania i ciągłości opieki
Depresja	Przekonanie, że pacjenci chcą progностycznej pewności	Ograniczenia czasowe
Brak „wspólnego języka”	Postrzeganie swojej roli wyłącznie jako odpowiedzialnego za monitorowanie leczenia	
Milcząca akceptacja planu specjalisty	Obawa przed denerwowaniem pacjentów	
Zaburzenia poznawcze	Poczucie bezsilności	
Ustępująco-nawracający charakter choroby		
Trudności z przewidywaniem postępu choroby		

Strategie stosowane przez profesjonalistów w celu unikania rozmowy

Praca z pacjentami z NS może być obciążająca dla opiekujących się nimi specjalistów. Często odczuwają oni frustrację, bezsilność i napięcie związane z koniecznością przeprowadzenia trudnej rozmowy z pacjentem i świadomością, że podejmują decyzje w znaczący sposób wpływające na jego życie. Dodatkowym źródłem napięć są doświadczenia wynikające z ograniczeń systemowych [19]. W takiej sytuacji zdarza im się stosować strategie, które pozwolą uniknąć rozmawiania z pacjentem i jego rodziną. Najczęściej stosowanymi strategiami są: „owijanie w bawełnę”, taktyka „walnij i uciekaj” oraz podejście „dać prostą odpowiedź”.

„Owijanie w bawełnę” jest strategią, według której rozmawiając z pacjentem, specjalista używa żargonu, aby uniknąć otwartej dyskusji nad prawdziwym problemem i/lub w celu ukrycia złych wieści. Może to powodować zamieszanie i oburzenie pacjenta.

Stosując taktykę „walnij i uciekaj”, lekarz podaje pacjentowi informację, nie dając mu możliwości dyskusji. Nie ma tu miejsca na negocjacje dotyczące procesu leczenia. Pacjent jest zaskoczony, nierzadko oszołomiony, pozostaje sam z pytaniami i wątpliwościami.

Ostatnią strategią jest stosowanie podejścia „dać prostą odpowiedź”. Może to być również szkodliwe, gdyż przed udzieleniem odpowiedzi lepiej jest ustalić, dlaczego pacjent zadał pytanie i dowiedzieć się, czego chce się on dowiedzieć [7].

Stosowanie strategii unikowych powoduje, że pomiędzy pracownikiem opieki zdrowotnej a pacjentem pojawiają się niewyjaśnione kwestie, co istotnie wpływa na proces leczenia choroby przewlekłej. Pa-

cjent pozostaje z pytaniami i wątpliwościami, a jego zaufanie do lekarza jest słabsze, niż byłoby, gdyby lekarz zdecydował się w otwarty sposób porozmawiać z pacjentem.

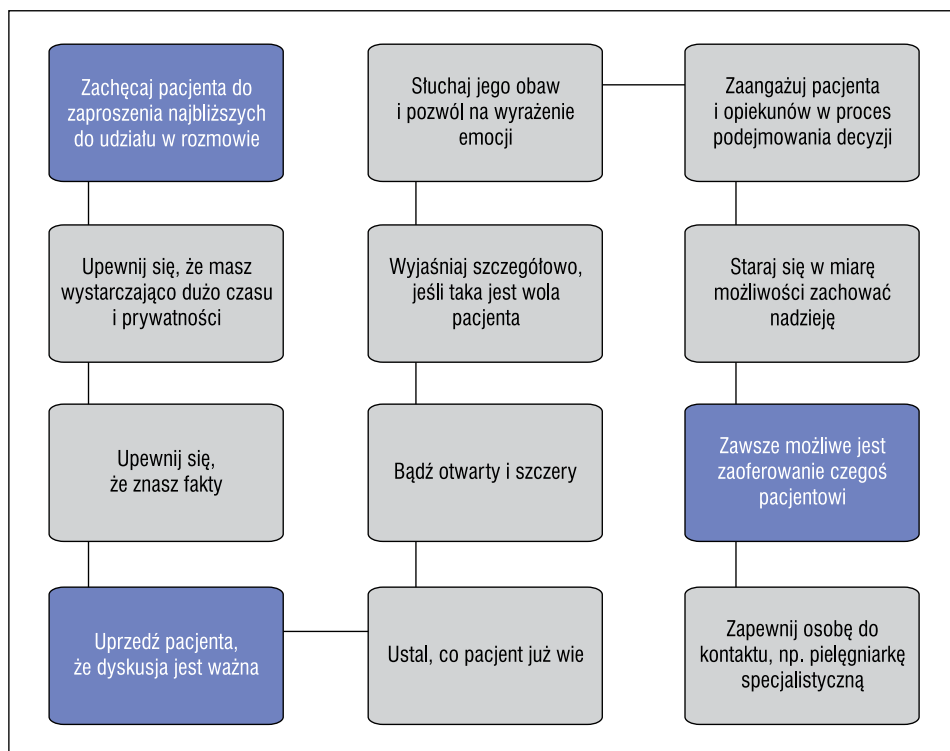
W jaki sposób rozmawiać z chorym z zaawansowaną niewydolnością serca?

Komunikowanie się jest procesem, nie pojedynczym zdarzeniem. Warto zatem pamiętać, że każdy kontakt z pacjentem jest „cegiełką”, która buduje całość tego procesu. Powinien się on rozpoczynać od przygotowania się pracownika do rozmowy w taki sposób, aby wiedział, czego dokładnie ma dotyczyć ta konkretna rozmowa (ryc. 2). Należy rozmawiać o konkretnych problemach, takich jak opieka paliatywna lub wyczerpanie możliwości leczenia przyczynowego. Kolejną istotną kwestią jest wykorzystanie „punktów zwrotnych”. Od dłuższego czasu specjaliści zastanawiają się, które etapy trajektorii choroby można uznać za „zwrotne”. Uznano, że są nimi 1) etap, kiedy choroba postępuje, na przykład z II do kolejnych klas NYHA; 2) moment, w którym lekarz przecząco odpowie sobie na pytanie „Czy byłbym zdziwiony, gdyby pacjent zmarł w ciągu najbliższych 6–12 miesięcy?” [7].

W procesie leczenia pacjentów z NS pojawiają się także specyficzne sytuacje komunikacyjne. Są to:

Przekazywanie niepomysłnych/złych wiadomości. Odnosi się to do wszystkich informacji, które drastycznie wpływają na sposób, w jaki pacjent postrzega swoją przyszłość w związku z chorobą.

Rozmowa na temat modyfikacji aktywności kardiowertera-defibrylatora (ICD, *implantable cardioverter defibrillator*). Kardiowerter-defibrylator może przedłużyć proces umierania i uczynić go bardziej niepokojącym. Gdy pacjent ma wszczepione urządze-



Rycina 2. Jak przygotować się do rozmowy z pacjentem z zaawansowaną niewydolnością serca (na podst. [7, 21–23])

nie, dyskusja odnośnie modyfikacji jego aktywności może być trudna, ponieważ stan pacjenta pogarsza się, a on zbliża się do końca życia. Badania wskazują, że tylko 27% opiekunów rozmawiało ze specjalistami na ten temat.

Rozmowa na temat resuscytacji. Powinna być przeprowadzona na tyle wcześnie, aby chory miał szansę w niej świadomie uczestniczyć. Jeśli odbędzie się ona później, wszystkie informacje należy przedyskutować z rodziną.

Rozmowa na temat opieki paliatywnej. Rozmawiać należy zawsze, kiedy pojawiają się wskazania do objęcia nią pacjenta.

Rozmowa na temat umierania i śmierci. Te trudne kwestie należy podejmować nie tylko z pacjentami nowotworowymi [7, 13, 20]. O ile rozmawianie o śmierci i umieraniu z pacjentami onkologicznymi jest zjawiskiem postrzeganym jako naturalne, z pacjentami kardiologicznymi tak nie jest.

Zagadnienia, które należy przedyskutować z pacjentami z NS są trudne zarówno dla samego chorego, jak i dla lekarza. Warto zatem przygotować się do rozmowy [15]. Na rycinie 2 przedstawiono zestawienie kluczowych kwestii, pomocnych w przygotowaniu się do rozmowy z pacjentem.

Przygotowania do rozmowy obejmują działania, które lekarz podejmuje wobec siebie samego oraz wobec pacjenta. Zadaniem lekarza jest: zapewnienie

sobie i pacjentowi wystarczającej ilości czasu oraz prywatności; upewnienie się, że pacjent zna fakty; ustalenie, co pacjent już wie; otwartość i szczerść podczas rozmowy; szczegółowe wyjaśnianie, jeśli pacjent tego chce; wysłuchanie jego obaw i pozwolenie na wyrażenie emocji; zaangażowanie pacjenta i opiekunów w proces podejmowania decyzji; staranie się w miarę możliwości, aby pacjent zachował nadzieję; zapewnienie osoby do kontaktu, na przykład pielęgniarki specjalistycznej. Z kolei aby ułatwić pacjentowi funkcjonowanie podczas trudnej rozmowy, warto: zachęcać pacjenta do zaproszenia najbliższych do udziału w rozmowie; upредить go, że dyskusja jest ważna; pamiętać, że zawsze możliwe jest zaoferowanie czegoś pacjentowi: kontroli objawów, wsparcia psychologicznego lub praktycznej pomocy [7, 21–23].

W literaturze dotyczącej tematu przedstawiono wytyczne dotyczące treści rozmowy z pacjentami z zaawansowaną NS na temat prognozy i planu opieki [24]. Wytyczne te obejmują konkretne kwestie, które powinny być omówione podczas pięciu etapów rozmowy. Przedstawiono je w tabeli 3.

Planowanie opieki u kresu życia obejmuje również omówienie trudniejszych tematów, takich jak zmiana sposobu leczenia, rozpoczęcie lub zakończenie leczenia (w tym rozmowę na temat ICD), przyszłego planowania opieki, decyzję dotyczącą reanimacji. Trzeba przy tym pamiętać, że pacjenci mogą nie pytać

Tabela 3. Wytyczne dotyczące rozmowy z pacjentami z niewydolnością serca (oprac. wł. na podst. [24])

Ocena	Rokowanie	Przygotowanie	Preferencje	Przygotowanie na najgorsze
Poproś pacjenta, aby powiedział, co wie o swoim stanie zdrowia i jak go rozumie	Bądź świadomy, że trudność z przewidywaniem przebiegu choroby nie usprawiedliwia braku komunikacji na temat skutków zaawansowanej NS	Przygotuj pacjenta emocjonalnie, czego może się spodziewać Powiedz o przebiegu w czasie (np. kilka miesięcy lub lat?) Rozmawiaj o prawdopodobnych scenariuszach	Omów kwestię pełnomocnika, jego rolę w sytuacji uszkodzenia mózgu Przedyskutuj resuscytację krążeniowo-oddechową, wentylację, miejsce opieki Omów modyfikację aktywności ICD/ / resynchronizację / / inne możliwości terapii	Zaproponuj zajęcie się i ewentualne uporządkowanie spraw finansowych i emocjonalnych Pomóż zmobilizować do korzystania ze wsparcia rodziny i społeczności (np. opieki paliatywnej, opieki domowej, hospicjum)

ICD (*implantable cardioverter defibrillator*) — wszczepialny kardiowerter-defibrylator

o rokowania spontanicznie, zatem odpowiedzialność za omówienie tych kwestii spoczywa na pracowniku opieki zdrowotnej. Wszystkie te tematy są trudne do omówienia i wymagają wrażliwości w komunikacji zarówno pacjenta, jak i profesjonalisty [7].

Piśmiennictwo:

1. Wagner P.J., Lentz L., Heslop S.D. Teaching Communication Skills: A Skills based Approach. *Academic Medicine* 2002; 77 (11): 1164.
2. Teutsch C. Patient–doctor communication. *Medical Clinics of North America* 2003; 87 (5): 1115–1145.
3. Duffy F.D., Gordon G.H., Whelan G., Cole-Kelly K., Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine* 2004; 79 (6): 495–507.
4. Travaline J.M., Ruchinskas R., D’Alonzo G.E. Patient-physician communication: why and how. *JAOPA: Journal of the American Osteopathic Association* 2005; 105(1): 13–18.
5. Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary–Cambridge guides. *Academic Medicine* 2003; 78 (8): 802–809.
6. Silverman J. The Calgary Cambridge guides: the ‘teenage years’. *The Clinical Teacher* 2007; 4 (2): 87–93.
7. Lawrie I., Kite S. Communication in heart failure. *Heart failure and palliative care: a team approach*, Radcliffe Publishing Ltd, Oxford 2006: 87–109.
8. Hunt S.A., Abraham W.T., Chin M.H. i wsp. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2005; 112 (12): e154–e235.
9. Kop W.J., Synowski S.J., Gottlieb S.S. Depression in heart failure: biobehavioral mechanisms. *Heart Failure Clinics* 2011; 7 (1): 23–38.
10. Faller H., Störk S., Schuler M. i wsp. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure — a structural equation modeling approach. *Journal of Cardiac Failure* 2009; 15 (4): 286–292.
11. Rogers A.E., Addington-Hall J.M., Aberly A.J. i wsp. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study *BMJ* 2000; 321: 605.
12. Caldwell P.H., Arthur H.M., Demers C. Preferences of patients with heart failure for prognosis communication. *Can. J. Cardiol.* 2007; 23: 791–796.
13. Harding R., Selman L., Beynon T. i wsp. Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *J. Pain. Symptom Manage* 2008; 36: 149–156.
14. Howie-Esquivel J., Dracup K. Communication with hospitalized heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2012; 11 (2): 216–222.
15. Barnes S., Gardiner C., Gott M. i wsp. Enhancing patient-professional communication about end-of-life issues in life-limiting conditions: a critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012; 44 (6): 866–879.
16. Kjekshus J. Arrhythmias and mortality in congestive heart failure. *Am. J. Cardiol.* 1990; 65: 421–481.
17. CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enealapril Survival Study (CONSENSUS). *New Eng. J. Med.* 1997; 316: 1429–1435.
18. Karasek D., Kubica A., Sinkiewicz W. Epidemia niewydolności serca-problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica* 2008; 3 (5): 242–248.
19. Lingard L.A., McDougall A., Schulz V. i wsp. Understanding palliative care on the heart failure care team: An innovative research methodology. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013; 45 (5): 901–911.
20. Willems D.L., Hak A., Visser F.C., Cornel J., van der Wal G. Patient work in end-stage heart failure: a prospective longitudinal multiple case study. *Palliative Medicine* 2006; 20 (1): 25–33.
21. Kaye P. *Breaking Bad News: a ten step approach*. EPL, Northampton, 1996: 3.
22. Arber A., Gallagher A. Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2003; 9 (4): 166–172.
23. Ahmady A.E., Sabounchi S.S., Mirmohammadsadeghi H., Rezaei A. A Suitable Model for Breaking Bad News: Review of Recommendations, *JMED Research* 2014. DOI: 10.5171/2014.776618.
24. Adler E.D., Goldfinger J.Z., Kalman J., Park M.E., Meier D.E. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation* 2009; 120 (25): 2597–2606.