

ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 25.09.2014 • Zaakceptowano/Accepted: 15.10.2014

© Akademia Medycyny

Wprowadzenie algorytmu postępowania i kontaktu z rodziną pacjenta krytycznie chorego. Doświadczenia Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie

Introduction of an algorithm for breaking bad news.

The Department of Rescue Medicine and Multiorgan Trauma in Krakow experience



Jakub Lickiewicz², Wojciech Serednicki¹, Ewa Zasada³, Jerzy Wordliczek¹

¹ Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

³ The Christie Hospital, Manchester, United Kingdom

Streszczenie

Praca anestezjologa w oddziale intensywnej terapii (OIT) wymaga, oprócz wiedzy i doświadczenia, także dobrych umiejętności komunikacyjnych. Lekarz staje wobec konieczności informowania rodziny o trudnej diagnozie lub śmierci pacjenta. Taki kontakt jest obciążający dla obu stron, z tego względu na potrzeby oddziału OIT CUMRIK w Krakowie, w oparciu o algorytm SPIKES opracowano własny protokół postępowania w przypadku przekazywania złych wiadomości. Po pół roku od jego wprowadzenia przeprowadzona ewaluacja wskazuje na większą pewność i zaufanie do swoich możliwości komunikacyjnych wśród lekarzy go używających. *Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 441-447.*

Słowa kluczowe: przekazywanie złych wiadomości, rodzina pacjenta, komunikacja

Abstract

Intensive Care physicians should possess good communication skills as they are very often involved in breaking bad news (BBN). Difficult discussions are distressing for patients and families receiving the news and the healthcare professionals who are breaking the news. Formal training in BBN and prepared action plan can help support all participants of the discussion. Unfortunately training in communication skills is still not perceived as an important part of medical students' curriculum. At The Department of Rescue Medicine and Multiorgan Trauma we introduced educational program designed for Intensive Care Unit staff involved in bad news and death notification. Our training program is based on "SPIKES" algorithm and adjusted to our local needs.

Six months after training introduction medical staff participated in survey designed to assess their confidence and competence in this difficult subject. Results indicate a significant improvement in confidence while talking to families since algorithm introduction. *Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 441-447.*

Keywords: breaking bad news, patient family, communication

Wstęp

Znaczny postęp medycyny, szczególnie zaznaczony w dyscyplinach zabiegowych oraz w zakresie intensywnej terapii, powoduje, że wzrasta istotnie liczba chorych w stanach ciężkich, ponieważ dokonany progres daje szansę na ich leczenie w tych sytuacjach, które dotychczas nie były dostępne medycznie. Szczególnego znaczenia zatem nabiera konieczność informowania tych chorych oraz ich najbliższych o stanie zdrowia, również, a może w szczególności, w sytuacjach, kiedy stan ten jest zły lub wręcz terminalny. Znaczenie komunikacji z pacjentem i jego rodziną było przez wiele lat zagadnieniem marginalizowanym przez środowisko lekarskie. Działo się tak za sprawą dominacji modelu biomedycznego w leczeniu, który rolę pacjenta ograniczał do biorcy pomocy, udzielanej mu przez lekarza [1]. Stopniowe odchodzenie od tych założeń spowodowało, że pacjent i jego rodzina stali się swego rodzaju członkami zespołu leczącego, będącymi ważnym ogniwem dla efektywnej terapii. Ulega też zmianie nierównowaga w relacji lekarz-pacjent, która zmienia się w kierunku partnerstwa w procesie leczenia. Spowodowało to wzrost znaczenia efektywnej komunikacji z pacjentem. Zagadnienia z tego zakresu pojawiają się coraz częściej w literaturze medycznej, a zajęcia z komunikacji stały się elementem programów nauczania studentów kierunków medycznych. Nieprawidłowości w przebiegu komunikacji lekarza z pacjentem mogą skutkować zwiększeniem odczuwania bodźców bólowych, potęgować niepokój czy trudności w adaptacji do choroby [1]. Z drugiej strony, niechęć do przekazywania złych informacji wiąże się często z obawą o negatywne reakcje pacjenta i jego rodziny [2].

Jednak najtrudniejszym z zagadnień, z jakim muszą radzić sobie lekarze wydaje się być informowanie rodziny lub najbliższych o niekorzystnym rokowaniu lub śmierci pacjenta. Literatura angielskojęzyczna określa to jako „breaking bad news”. Zawiera w nim całe spectrum kontaktu z pacjentem związane z informowaniem chorego lub najbliższych o trudnej diagnozie oraz kontaktu z rodziną pacjenta po jego śmierci. Na znaczenie tego zagadnienia wskazuje też coraz częściej polska literatura przedmiotu [3]. Sposób przyjmowania trudnych informacji uzależniony jest od wielu czynników, do których można zaliczyć m.in. wcześniejszą wiedzę o chorobie bliskiej osoby, oczekiwania, a także wiek, wykształcenie, wiarę oraz relacje rodzinne [4].

Aby ułatwić te trudne rozmowy, proponuje się swego rodzaju algorytmy postępowania. Jednym z najpopularniejszych jest SPIKES, którego nazwa jest akronimem od angielskich słów: Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Summarize [5]. Całość modelu polega na przejściu przez poszczególne etapy rozmowy:

1. Przygotowanie do spotkania z rodziną, poprzez sprawdzenie epikryzy, wyłączenie telefonu komórkowego i zapewnienie właściwego, intymnego miejsca do rozmowy (Setting).
2. Następnie bliskim pacjenta zadaje się pytanie o ich wiedzę dotyczącą choroby i stanu chorego. Chodzi tu - oprócz określenia poziomu informacji, jakie otrzymali - także o ocenienie rozumienia całości zdarzenia, co umożliwi późniejsze dostosowanie kontaktu (Perception).
3. W kolejnym etapie lekarz pyta rodzinę, co chciałaby wiedzieć, przekazuje informacje o zdarzeniach poprzedzających śmierć pacjenta. Jest to ważny element przygotowania do kolejnego, kluczowego etapu (Information).
4. W następnej fazie lekarz dzieli się z rodziną złą informacją, używając prostego, dostosowanego do poziomu rozumienia rodziny, języka. Unika też używania żargonu (Knowledge).
5. Następnie stara się w sposób adekwatny odpowiedzieć na reakcje emocjonalne, które pojawiają się u rodziny (Empathy).
6. Ostatnim etapem jest podsumowanie przekazanych informacji tak, aby wszystko zostało prawidłowo zrozumiane. Rodzinę informuje się także o dalszym postępowaniu i o możliwości kontaktu, jeśli taki byłby potrzebny.

W literaturze pojawiają się także doniesienia o skuteczności algorytmu SPIKES w rozmowach z pacjentami onkologicznymi [6]. Podobnym w założeniach modelem jest ABCDE, który zawiera w sobie etapy takie, jak: przygotowanie do rozmowy, (Advance Preparation), nawiązanie dobrego kontaktu z rodziną (Build therapeutic environment), przekazanie złej wiadomości, uwzględniając tu zasady komunikacji, jak aktywne słuchanie czy mowa ciała (Communicate well), radzenie sobie z trudnymi emocjami (Dealing with reactions) a także danie prawa do ich okazywania, przekierowanie ich i adekwatne reagowanie, dążące do zakończenia spotkania (Encourage and validate emotions) [7]. Dążąc do maksymalnego uproszczenia procedur, można się spotkać z zawartymi tylko

w trzech terminach:

1. Przygotuj (Prepare).
2. Przekaż informację (Share the information).
3. Podążaj za pacjentem (Follow-up) [8].

Modele te, jakkolwiek przydatne, stanowią ogólny zarys postępowania podczas przekazywania złych wiadomości. Aby mogły być skutecznym narzędziem komunikacji, wymagają specyficznych umiejętności komunikacyjnych, które mogą zostać wyćwiczone wyłącznie w trakcie odpowiedniego treningu w formie odgrywania ról.

Obecnie jednak te umiejętności nie stanowią (niestety) stałej części edukacji przyszłych lekarzy. Elementy komunikacji w sytuacji informowania o trudnej diagnozie czy śmierci pacjenta są najczęściej włączone do zajęć z psychologii na kierunkach medycznych w zakresie daleko niewystarczającym, fragmentarycznym i niestety jedynie epizodycznie przybierają formę zajęć treningowo-ćwiczeniowych. Nie istnieje również żaden standaryzowany sposób kształcenia podyplomowego dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinach zabiegowych, w tym anestezjologii i intensywnej terapii. Co ciekawe, zagadnienie to stanowi niekiedy element edukacji na studiach pielęgniarskich [9]. Sytuacja ta jest szczególnie niezrozumiała, ponieważ analiza piśmiennictwa w tym zakresie podkreśla kluczową rolę treningu, składającego się z krótkiego wstępu teoretycznego w oparciu o któryś z przedstawionych powyżej modeli oraz rozmów z tzw. „wystandaryzowanym pacjentem” (standarized patient), który ocenia i daje później informacje zwrotne ćwiczącemu umiejętności [2].

Jak pokazują doświadczenia Oddziału Intensywnej Terapii, lekarze wprawdzie deklarują posiadanie strategii rozmowy z rodzinami pacjentów, jednak większość z nich nie ma sposobów radzenia sobie w takiej sytuacji, nie są też pewni skuteczności tych metod. Oznacza to, że stosowane przez nich sposoby rozmowy wynikają nie z edukacji, lecz bazują na własnych doświadczeniach z pracy klinicznej [9].

Dla zobrazowania wagi problemu i jego znaczenia klinicznego wybrano sytuację oddziału intensywnej terapii medycznej, ponieważ grupuje on chorych w specyficznym stanie klinicznym, zdecydowanie częściej niż na innych oddziałach szpitalnych, będących w stanie zagrożenia życia, często nieopowiedzianym długotrwałą chorobą, która pozwoliłaby na przygotowanie chorego i jego najbliższych do zagrożenia nagłą śmiercią. Chorzy na oddziałach tego typu znajdują

się w stanach ograniczonej przytomności, co wynika najczęściej ze stanu klinicznego lub z uwagi na stosowane techniki terapeutyczne, wymagające podawania leków sedujących i analgetycznych w znacznych dawkach. Sytuacja ta, jak również obiektywnie ciężki stan chorych, powoduje konieczność częstego kontaktu z rodzinami chorych lub ich bliskimi, dla których jedynym źródłem informacji co do stanu zdrowia pacjenta pozostaje uzyskana informacja od lekarzy prowadzących, ponieważ zwyczajowe pytania typowo zadawane chorym na innych oddziałach, w rodzaju „jak się dzisiaj czujesz?”, w specyfice OIT niezmiernie rzadko mogą uzyskać odpowiedź bezpośrednio od chorego. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym sytuację komunikacyjną jest fakt, iż chorzy w stanach ciężkich w czasie pobytu w oddziale intensywnej terapii są najczęściej w zaawansowany sposób monitorowani, a więc podłączeni do szeregu skomplikowanych i zaawansowanych technicznie urządzeń do prowadzenia wentylacji mechanicznej, kontroli i regulacji temperatury ciała, terapii wspomagających funkcje różnorodnych układów i narządów etc., co dla ludzi postronnych może stwarzać wrażenie znacznej technicyzacji terapii, a tym samym jej odhumanizowania.

Specyfika pracy lekarza w oddziale OIT

Niezwykle trudna w świetle powyższych rozważań jest praca lekarza w oddziale. Po pierwsze istnieje ogromne obciążenie pracą z uwagi na ciężki i różnicowany stan chorych, w zasadzie nieprzerwanie zagrożony ryzykiem nagłego pogorszenia lub nawet śmierci. Po drugie, z uwagi na powszechne przekonanie społeczne, iż medycyna powinna być niemal wszechmocna, a lekarze powinni potrafić pomóc każdemu choremu i doprowadzić go do zdrowia lub przynajmniej osiągnąć znaczącą poprawę jego stanu. Niestety, nie zawsze jest to możliwe i wykonalne, co nie zmniejsza presji wywieranej na zespół leczący, zarówno ze strony najbliższych choremu, jak i wynikającej z empatii i nadziei na sukces, wpisanej w ideę pracy w oddziale intensywnej terapii.

Aby móc poradzić sobie z tym problemem zespoły lekarskie i pielęgniarskie tworzą różne stereotypy zachowań, poczynając od nadmiernej empatii, kończąc na skrajnie suchym i zimnym, „profesjonalnym” zdystansowaniu oraz zamykaniu problemów w klinicznym środowisku pracy oddziału. Oba te skrajne podejścia są najczęściej niewłaściwe i na dłuższą metę

nie pozwalają osiągnąć równowagi pomiędzy oczekiwaniami a możliwościami ich zaspokojenia. Skutkuje to często pogorszeniem relacji kontaktu z chorymi i ich rodzinami lub postępującym wypaleniem psychicznym zespołu leczącego, czego wymiernym skutkiem zawsze jest obniżenie jakości leczenia chorego. Wg piśmiennictwa bowiem rodzina najczęściej oczekuje od personelu cech ułatwiających współpracę, takich jak: życzliwość, cierpliwość, uprzejmość, dobra komunikacja słowną czy fachowa wiedzę [10,11]. Badania wskazują także, że - zwłaszcza pacjenci onkologiczni - oczekują od personelu głównie wsparcia informacyjnego, można zatem założyć, że podobne oczekiwania pojawiają się u rodzin pacjentów długotrwale hospitalizowanych na OIT [12].

Dlatego też, korzystając z wieloletniego doświadczenia klinicznego lekarzy pracujących w oddziale Intensywnej Terapii Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz z oczekiwań młodszych kolegów, którzy rozpoczynając swoją karierę zawodową mają stosunkowo „świeże” spojrzenie na oczekujące ich codzienne wyzwania, postanowiliśmy, wspólnie z konsultującym nasz zespół psychologiem, stworzyć narzędzie mogące być pomocą w codziennej praktyce informowania chorych i ich najbliższych o pogarszającym się stanie zdrowia czy rokowaniu co do poprawy. Szczególnie staraliśmy się stworzyć mechanizm pomocny w informowaniu najbliższych o śmierci chorego, w taki sposób, aby informacja ta przekazana była w jak najbardziej profesjonalnie, przy zachowanym szacunku i empatii, ale też tak, aby lekarz, którego jest to zadaniem miał poczucie, że stanowi to element jego zawodu, trudny, ale absolutnie integralny z wykonywanymi obowiązkami, a nie obciążające emocjonalnie zadanie, które można scedować na inne osoby, aby ochronić swój spokój.

Ze względu na dużą ilość „trudnych rozmów” z rodziną pacjentów zespół terapeutyczny zdecydował się na wprowadzenie algorytmu postępowania, przygotowującego do takich spotkań. Do jego stworzenia zaproszono psychologa, który w pierwszym etapie uczestniczył w rozmowach z rodzinami jako obserwator i wsparcie dla uczestniczących w nim osób. Po każdym spotkaniu z rodziną uczestniczący w nim lekarze mieli możliwość przedyskutowania swojego postępowania a także emocji i trudności, jakie się w nich pojawiały w czasie kontaktu z bliskimi pacjenta. Dzięki temu udało się zebrać zbiór problemów, z jakimi

borykają się lekarze w czasie tego typu rozmów. Na bazie analizy własnych doświadczeń oraz przedstawionej pokrótce w pierwszej części pracy literatury, zdecydowano się na wykorzystanie i zaadaptowanie do warunków specyfiki Oddziału algorytmu SPIKES, jako najbardziej adekwatnego do realiów polskich szpitali.

Pierwotna wersja protokołu została poddana dyskusji. W jej wyniku dopiero kolejna wersja została dopuszczona do użytku klinicznego. Każdy z lekarzy prowadzących rozmowy z rodzinami pacjentów otrzymał wersję protokołu, przed jego zastosowaniem przeprowadzono rozmowy z psychologiem na temat zasad jego stosowania. Spotkania te miały charakter szkoleń i odbywały się zarówno przed, jak i po rozmowach z rodziną. To drugie spotkanie okazało się być bardzo istotne, gdyż dawało możliwość odreagowania emocjonalnego i pozwalało na omówienie najczęściej pojawiających się trudności.

Budowa algorytmu

Jak wspomniano wcześniej, algorytm bazuje na protokole SPIKES, jednak nie udało się odtworzyć stosownego akronimu w języku polskim, który ułatwiłby zapamiętanie jego elementów. Całość zawarto w 17 punktach, przyjęto jednak założenie, że algorytm pełni funkcję pomocniczą w rozmowie i nie ma konieczności ścisłego trzymania się kolejności poszczególnych pozycji. Wynika to także z założenia, że kontakt z rodziną pacjenta uzależniony jest od wielu czynników, takich jak osobowość czy stan emocjonalny uczestniczących w nich osób, z tego względu nie jest możliwe ścisłe trzymanie się proponowanych procedur. Dla ułatwienia kontaktu w niektórych punktach protokołu zawiera uwagi, sugerujące pewne zachowania lub podkreślające znaczenie pewnych słów. Początkowo protokół posiadał dwie wersje - do rozmowy o śmierci pacjenta oraz o jego ciężkim stanie somatycznym, jednak ostatecznie zdecydowano się na użycie tylko jednej z nich. Całość protokołu przedstawiono w tabeli.

Do podstawowych zasad stosowania należy:

1. Zapewnienie odpowiedniego miejsca i poświęcenie rodzinie takiej ilości czasu, jakiej będzie potrzebować. Wiąże się to także z wyeliminowaniem dystraktorów, takich jak telefony komórkowe. Rozmowy z rodzinami przeprowadzane są zawsze w obecności przynajmniej dwóch osób: lekarzy lub lekarza i psychologa. W wyjątkowych sytuacjach o uczestnictwo prosi się ordynatora

- Załącznik 1. Informowanie rodziny o śmierci Pacjenta
 Algorytm postępowania dla lekarza
 Enclosure 1. Breaking bad news for patient's family

Informacje powinny być przekazane przez lekarza prowadzącego, znanego rodzinie, w dwie osoby (dwóch lekarzy/ lekarz i psycholog/ lekarz i pielęgniarka).

| L.p. | | Uwagi |
|------|--|--|
| 1. | Przygotuj się do rozmowy (dokumentacja medyczna, epikryza) | |
| 2. | Wyłącz/ wycisz komórkę przed spotkaniem | |
| 3. | Przywitaj się z Rodziną/ przedstaw się im | Określ swoją rolę w opiece nad pacjentem |
| 4. | Zapytaj, co Rodzina wie o stanie pacjenta | Zwróć uwagę na używane przez nich słownictwo |
| 5. | Uzupełnij informacje | |
| 6. | Delikatnie ostrzeż Rodzinę, przed podaniem trudnej informacji | „Zaprosiłem Państwa bo mam coś trudnego do powiedzenia/ muszę się z Państwem podzielić trudną informacją” „Przykro mi, ale mam złą wiadomość” |
| 7. | Poinformuj Rodzinę o śmierci Pacjenta | „Bardzo mi przykro, ale...” Używaj imienia zmarłego i słów „zmarł”, „nie żyje” Unikaj żargonu! |
| 8. | Powoli podawaj szczegóły dotyczące chronologii wydarzeń, przyczyny śmierci | Słownictwo dostosowane do poziomu rozumienia Rodziny jeśli Rodzina chce tych informacji |
| 9. | Co jakiś czas upewnij się co do zrozumienia przekazywanych treści | „Czy to, co mówię, jest dla Państwa zrozumiałe?” |
| 10. | Rozpoznaj reakcję emocjonalną Rodziny i zareaguj na nią | „Wyobrażam sobie że to musi być dla Państwa trudne” „Widzę, że jest Pan wściekły” „Bardzo Państwu współczuję” |
| 11. | Dopuszcz do momentów ciszy/ płaczu | „Wiem, że to dla Państwa trudne i trzeba czasu aby sobie z tym poradzić” „To normalna reakcja” |
| 12. | Pozwól Rodzinie mówić o zmarłym | |
| 13. | Zapytaj, czy Rodzina chce podsumowania tego, co zostało już powiedziane | „Czy życzy sobie Państwo więcej informacji?” |
| 14. | Zweryfikuj niejasności | Jeśli są |
| 15. | Nie krytykuj postępowania innych członków personelu medycznego | |
| 16. | Wspólnie z Rodziną sformułujcie plan dalszego postępowania | Informacja o dalszej procedurze, Prośba o DONACJĘ ORGANÓW |
| 17. | Upewnij Rodzinę co do możliwości dalszego kontaktu | |

oddziału, co z doświadczenia okazało się być konieczne w przypadku rodzin przejawiających zachowania agresywne.

2. Dokładne przygotowanie się do rozmowy, związane z posiadaniem najświeższych wyników badań oraz znajomości stanu pacjenta. Osoby rozmawiające z lekarzem, jak wspomniano wcześniej, oczekują od niego profesjonalizmu i fachowej wiedzy. Z tym związane jest dostosowanie sposobu przedstawiania faktów do poziomu rozumienia rodziny. Oznacza to konieczność dostosowania języka do poziomu wiedzy i stanu emocjonalnego osób

uczestniczących. Nie należy używać języka fachowego czy żargonu, który z jednej strony pomaga lekarzowi, z drugiej jednak utrudnia rozumienie sytuacji rodzinie.

3. Adekwatne reagowanie na emocje rodziny. Jest to jedno z trudniejszych wymagań, jakie stoją przed lekarzem przekazującym złe wiadomości. Równocześnie nie jest możliwe skonstruowanie stosownego algorytmu postępowania w takiej sytuacji ze względu na różnorodność reakcji na przekazywanie informacji. Można spodziewać się płaczu, agresji, obwiniania się, hysterii, można

spotkać się z pozornym brakiem jakiegokolwiek reakcji. W opinii lekarzy trudność leży często w konieczności nieokazywania własnych emocji, związanego z profesjonalnym postępowaniem i silnym afektem, jaki pojawia się z drugiej strony. Należy mieć świadomość, że każde z tych uczuć jest naturalne w tak trudnej sytuacji i dać rozmówcom możliwość rozładowania tego napięcia. Stosownym jest też dopuszczenie zarówno do momentów ciszy, jak i długiego mówienia o chorym.

4. Dopuszczenie możliwości dalszego kontaktu w celu wyjaśnienia niejasności. Wiąże się to także z możliwością opieki psychologicznej. Taka uwaga daje rodzinie i powoduje wzrost poczucia bezpieczeństwa i zaufania do personelu. Z tym wiąże się także niekrytykowanie działań innych członków personelu medycznego, co ostatecznie powoduje efekt odwrotny do zamierzonego.

Podsumowanie

Sześć miesięcy od wprowadzenia procedury lekarze stosujący ją deklarują większą pewność w czasie ich przeprowadzania. Kontynuowane są spotkania z psychologiem, stanowiące możliwość swego rodzaju „debriefingu” psychologicznego, umożliwiającego odreagowanie emocji. Aktualnie trwają prace nad modyfikacją procedury postępowania, aby w skład zespołu informującego wchodziły, zamiast lekarza lub psychologa, wybrane pielęgniarki. Uzasadnieniem dla takiego postępowania jest fakt, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki deklarują udział w procesie pomocy

rodziny w sytuacji po śmierci pacjenta (Serednicki, Zasada, Lickiewicz, 2013). Z tego względu aktualna procedura informowania o krytycznym stanie i śmierci pacjenta została uzupełniona o dodatkową współpracę z zespołem psychologów specjalizujących się w terapii rodzin. Trwają rozmowy nad przygotowaniem opieki duchowej dla rodzin pacjentów, którzy odczuwają taką potrzebę.

Trwają także prace nad ważnym zagadnieniem, jakim jest ocena jakości rozmów ze strony rodzin pacjentów, ze względu na ich specyfikę wymagają one dużej delikatności i ostrożności. Kolejnym ważnym zadaniem jest opracowanie algorytmu postępowania w przypadku prośby o donację organów. W założeniu stanowiłyby on dodatkowy element już istniejącego protokołu.

Autorzy mają nadzieję, że ich doświadczenia będą stanowić głos w dyskusji i propozycję sposobu postępowania dla personelu, który na co dzień styka się z niełatwymi rozmowami, które w pracy na tak trudnych odcinkach jak oddziały OIT są, niestety, nieuniknione.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Jakub Lickiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
ul. Kopernika 25; 31-501 Kraków
☎ (+48 12) 424 72 86
✉ jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl

Piśmiennictwo

1. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 2007.
2. Eid A, Petty M, Hutchins L, Thompson R. „Breaking Bad News”: Standardized Patient Intervention Improves Communication Skills for Hematology-Oncology Fellows and Advanced Practice Nurses. *J Cancer Educ* 2009;24:154-9.
3. Jezierska N, Borkowski B, Gaszyński W. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Care Ther* 2014;46:42-5.
4. Buckman R. How to Break Bad News., Johns Hopkins University Press, Baltimore 1992.
5. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock* 2010;3:385-8.
6. Kaplan M. SPIKES. A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2010;14(4):514-6.
7. Fields S, Johnson W. Physician-patient communication: breaking bad news. *W V Med J* 2012;108:32-5.
8. Stratos GA, Katz S, Bergen MR, Hallenbeck J. Faculty development in end-of-life care: evaluation of a national train-the-trainer program. *Acad Med* 2006;81(11):1000-7.

9. Lickiewicz J, Serednicki W, Zasada E. Breaking bad news - how to improve communication? poster European Resuscitation Council Symposium, Cracow, 25-26.10.2013.
10. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. Now Lek 2006;75(4):351-8.
11. Waksmańska W, Łukasik R, Gawlik K, Makowska-Songin J. Oczekiwania rodzin pacjentów a postawy personelu medycznego- analiza na przykładzie Szpitala Pediatrycznego w Bielsku Białej. Probl Piel 2012;20(1).
12. Zieniuk AM. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego, Psychoonkologia 2009;1-2:17-27.