

**COMMUNICATION IN THE SITUATION OF
TREATMENT – MEDICAL STAFF AND PATIENT
– SUICIDOLOGICAL APPROACH**

**KOMUNIKACJA W SYTUACJI LECZENIA
– BIAŁY PERSONEL A PACJENT
– UJĘCIE SUICYDOLOGICZNE**

ABSTRACT

The article is the conclusion of studies regarding communication in the situation of treatment, hospitalization and recovery of people. Undoubtedly, the disease is associated with many elements which can lead to negative effects, both health and those related to the human psyche. Special attention should be paid to the treatment aspect in hospitals or psychiatric clinics. Unfortunately, in the long-term perspective, mental illness is a taboo subject for the society of the 21st century. Researchers often focus more on the situation of treatment, the use of appropriate methods and the pharmacological means than on the communication in a given place. This article will present reports from our own research carried out from 2016 to the present in the framework of the activity of the Polish Suicidology Society – Lublin Branch. The people with mental disorders who reported to the Society for psychological consultations are the subject of this research. The research group consists of men and women (n = 100), mainly from the Lublin and Małopolska provinces..

STRESZCZENIE

Artykuł stanowi konkluzję rozważań na temat komunikacji w sytuacji leczenia, hospitalizacji i powrotu do zdrowia osób. Niewątpliwie choroba jest związana z wieloma elementami, które mogą prowadzić do negatywnych skutków, zarówno

zdrowotnych, jak i tych związanych z psychiką człowieka. Szczególnej uwagi wymaga aspekt dotyczący leczenia w szpitalach czy klinikach psychiatrycznych. Niestety w dalszej perspektywie choroba psychiczna jest tematem tabu dla społeczeństwa XXI wieku. Naukowcy często skupiają się na sytuacji leczenia, używania odpowiednich metod, środków farmakologicznych niż komunikacji w danym miejscu. W niniejszym artykule zostaną przedstawione doniesienia z badań własnych realizowanych od 2016 roku do chwili obecnej w ramach działalności Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego – Oddział Lublin. Badani to osoby z zaburzeniami natury psychicznej, którzy zgłaszali się do Towarzystwa w celu konsultacji psychologicznych. Grupę badawczą stanowią grupy równoliczne – kobiety i mężczyźni (n = 100), pochodzący głównie z województwa lubelskiego i małopolskiego.

KEYWORDS: *communication, hospitalization, suicidology, medical-staff – patient relationship, treatment.*

SŁOWA KLUCZOWE: *komunikacja, hospitalizacja, suicydologia, relacja białej personel – pacjent, leczenie.*

WPROWADZENIE

Człowiek w XXI w. ma określone prawa i obowiązki, które powinny być podstawą jego funkcjonowania w społeczeństwie (Hołyst, 2014). Każdej jednostce przypisane są prawa takie jak: osobiste, obywatelskie, ekonomiczne, socjalne czy kulturalne (Majer, 2012). Kwestie dotyczące komunikacji są związane z wieloma dziedzinami naukowymi (Grzegorzczkova, 2005). Natomiast wiele instytucji postuluje, aby do programu nauczania w uczelniach medycznych wprowadzono przedmiot kształtujący odpowiedni sposób informowania pacjentów m.in. o przebiegu leczenia, sytuacjach trudnych, pogorszeniu się stanu zdrowia, ryzyku czy śmierci (Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Światowa Organizacja Zdrowia, 2003). Odpowiednie przygotowanie psychologiczne wpływa pozytywnie na funkcjonowanie zarówno pracowników medycznych, jak i pacjentów (Kozłowska, 2010). Niestety według badań zamieszczonych w *Health communication the 21st century*, Wright, Sparks, O’Hair (2008) studenci nauk medycznych uważają, że kursy psychologiczne, szkolenia dotyczące komunikacji czy innych aspektów społecznych są zbędne. Dodatkowo przedmioty te traktowane są jako mało użyteczne, gdyż związane są z umiejętnościami miękkimi (ang. *soft science*). Postawa ta może mieć negatywny wpływ na proces leczenia

oraz relacje biały personel – pacjent (Wright, Sparks, O’Hair). Karta Praw Pacjenta jest elementarnym dokumentem określającym prawa pacjenta, także te związane z hospitalizacją czy leczeniem. Dotyczy przede wszystkim pacjentów: korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych niż ubezpieczenie (Karta Praw Pacjenta, 2019). Podstawą uchwalenia niniejszego dokumentu był fakt, że pacjent jest najważniejszą osobą w procesie leczenia (w tym także troska o jego zdrowie i życie). W badaniach Little i wsp. pacjenci zwracają uwagę na ciepło i życzliwość białego personelu w stosunku do osoby leczonej, a także wzajemnego stosunku personelu do siebie (Little i in., 2010). Warto zaznaczyć, że prawa pacjenta są wpisane w prawa człowieka określone w polskim ustawodawstwie. Niniejsze prawa ujęto co najmniej w kilkunastu aktach normatywnych. Wielu badaczy uważa, że komunikacja to inaczej stosunek pacjenta do lekarza. Według badań Neumanna i współpracowników istotnymi kwestiami w sytuacji choroby jest przede wszystkim dobra komunikacja, partnerstwo czy promocja zdrowia (Neumann, Scheffer, Cysarz, Bovelet i in., 2011). Natomiast A. Olchowska-Kotala twierdzi, że dla pacjenta ważnym elementem może być dla przykładu to, że lekarz jest zainteresowany losem pacjenta. Odzwierciedla to poprzez: pytania, wizyty, zapamiętywanie wcześniejszych informacji, umiejętność powrotu do rozmowy, poświęcony czas czy motywację. Wówczas pacjent ma często większe szanse na powrót do zdrowia, gdyż wsparcie ze strony autorytetu i osoby, która posiada wiedzę na temat danego schorzenia jednostki, może być budujące i motywujące do dalszych zmaganiań (Olchowska-Kotala, 2000). Tobiasz-Adamczyk (2002) zauważa, że pacjenci zauważają u lekarza wiele cech, od których będzie zależała ich dalsza relacja. Elementami, które można tutaj wymienić, są np. umiejętność nawiązania kontaktu, osobowość, stosunek do pacjenta i otaczającej rzeczywistości, relacja z innymi osobami w pracy, empatia czy otwartość. Niepokojące staje się to, że jeśli osoba nie zaakceptuje lekarza lub będzie uważała go za niekompetentnego – w najlepszym wypadku może prosić o zmianę specjalisty, a w najgorszym zdecyduje o zakończeniu leczenia, uważając: „I tak nic mi to nie da, nikt mi tu nie pomoże” lub spróbuje wykorzystać składowe niekonwencjonalnej medycyny (Tobiasz-Adamczyk, 2002).

KOMUNIKACJA BIAŁY PERSONEL A PACJENT

Komunikacja jest jedną z najważniejszych kompetencji, która uzyskiwana jest na drodze rozwoju życiowego. Komunikacja zachodzi praktycznie wszędzie i jest niezbędna w życiu osobistym, jak też zawodowym. Stanowi podstawę interakcji i relacji w środowisku społecznym. Bowdur (2006) uznaje, że komunikacja zachodzi za pomocą dwóch systemów. Pierwszy z nich to werbalny, którego składowymi są przede wszystkim: polecenia i instrukcje stosowane w celu wywierania wpływu na innych. Kolejnym elementem są pytania (mające na celu uzyskać informację), informacje, mowa nieformalna (żarty, pogawędki, w celu wzmocnienia relacji, rozbudowy tematu). Dodatkowo wymienić można wyrażanie emocji i postaw, wypowiedzi wykonawcze, w tym akty mowy: sążenie czy nazywanie (Bowdur, 2006). Nęcka (1996) uznaje, że: „komunikacja to wymiana werbalnych, wokalnych, niewerbalnych sygnałów podejmowana w określonym kontekście w celu osiągnięcia lepszego współdziałania”.

Wyjątkowo znaczącym w sytuacji komunikacji chory – lekarz mogą być komunikaty niewerbalne:

- mimika – informuje o stanach emocjonalnych, osobowości, nastawieniu, reakcji na przebieg spotkania;
- głos – ton, barwa głosu, siła, tempo, zatrzymania;
- pozycja ciała – informuje o ewentualnym dystansie emocjonalnym (Bowdur, 2006).

Prawa pacjenta w dalszej perspektywie są rozwijane i uregulowane, w celu osiągnięcia jak najlepszych rezultatów w wieloaspektowym rozumieniu – ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.). Zastanawiające jest także to, że osoby pracujące w placówkach medycznych mogą mieć wpływ na pacjentów i ich proces leczenia. Według Wielkiego słownika języka polskiego – biały personel to: „pracownicy służby zdrowia mający medyczne wykształcenie” (<https://www.wsjp.pl/>). Warto dodać, że powinności lekarza normuje Kodeks Etyki Lekarskiej, którego część dotyczy odpowiedniego porozumiewania się, a przede wszystkim stosunku wobec człowieka, który potrzebuje pomocy medycznej (Czernicki, 2006).

W 1972 r. The American Association (<https://www.aapsonline.org/patients/billrts.htm>) przyjęło dokument: A Patient's Bill of Rights, który zawierał następujące postulaty:

- 1) informowania w pełni pacjenta o postępach w leczeniu jego choroby,
- 2) otaczania pacjenta właściwą opieką połączoną z szacunkiem dla niego,
- 3) udzielania pacjentowi niezbędnych informacji,
- 4) prywatności,
- 5) poufności,
- 6) odpowiedzi lekarzy na prośby pacjenta o pomoc,
- 7) informowania pacjenta o innych instytucjach, które są zdolne do leczenia jego choroby, zaburzenia itd.,
- 8) ciągłości opieki nad pacjentem,
- 9) uzasadnienia wysokości opłat za leczenie,
- 10) informowania pacjenta o regulacjach prawnych, obowiązujących w procesie leczenia (Tokarczyk, 2000, s. 309–310).

Świadomość wymienionych w dokumencie praw stanowi podstawę do poprawnej komunikacji w sytuacji hospitalizacji, jak również zachowania komfortu psychicznego przez osoby przebywające w placówce. Podstawowym elementem jest tutaj szacunek, udzielanie informacji, szczerść oraz komunikacja, która pozwala w sposób poprawny przeprowadzić ważne rozmowy (<https://www.aapsonline.org/patients/billrts.htm>).

Ważne analizy zostały opublikowane w wielu badaniach naukowych, które pokazują, że część pacjentów, z różnych względów, nie stosuje się do porad lekarskich, a to powinno być podstawą poprawnej hospitalizacji (Cushing, 2002). Brak przestrzegania podstawowych zaleceń wpływa znacząco na proces leczenia (Arbuthnott, Sharpe, 2009). Według Zolniereki, Dimatteo kwestia komunikacji jest znacząca, wykazano, na podstawie 106 badań typu korelacyjnego oraz 21 eksperymentów, że dobra komunikacja pozytywnie koreluje z przestrzeganiem zaleceń lekarskich (Haskard Zolnierek, Dimatteo, 2009). Szymańska-Świątnicka, Pietraśińska (2012) zauważają, że aktywne słuchanie drugiej osoby może doprowadzić do tego, że jednostka zostanie „zauważona” i ważna. Niniejsza kwestia pozwala na zrozumienie i akceptację komunikatu, aktywne słuchanie może być traktowane jako wyraz szacunku i zrozumienia rozmówcy (Misztal, 2013).

ASPEKT SUICYDOLOGICZNY

Samobójstwa są trudnym do rozwiązania i wielowymiarowym problemem dla specjalistów wielu dziedzin (Hołyst, 2012). Warto w niniejszym artykule przytoczyć dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która w swoim pierwszym raporcie poświęconym wyłącznie kwestii samobójstw z 2014 roku – *Preventing Suicide. A global imperative* – przedstawia zatrważające statystyki dotyczące samobójstw. Tematyka ta w dalszej perspektywie jest tematem tabu dla społeczeństwa (Gmitrowicz, Młodożeniec, Makara-Studzińska, 2015). Jednakże statystyki i dane, które są prowadzone niezależnie, doprowadzają nawet największych sceptyków do wyciągnięcia pewnych wniosków – a mianowicie, co około minutę na świecie jedna osoba popełnia samobójstwo – nie ma jednej przyczyny tego faktu. Samobójstwo jest procesem, który w ostateczności doprowadza do samouszkodzeń, próby samobójczej lub w najgorszym przypadku – samobójstwa dokonanego. W 2020 roku co około 20 sekund statystycznie ma ginąć śmiercią samobójczą jedna osoba, a liczba osób, która chce popełnić samobójstwo, będzie prawdopodobnie kilkanaście razy większa niż w poprzednich latach. Rok 2001 był przełomowy pod względem liczby ofiar samobójstw (849 000), łącznie była ona większa niż liczba ofiar przemocy (500 000) i wojen (230 000). W większości krajów europejskich roczna liczba ofiar samobójstw jest większa niż ofiar wypadków samochodowych (World Health Organization, 2012, 186).

OPIS BADAŃ WŁASNYCH

W niniejszym artykule przedstawione zostaną doniesienia z badań własnych realizowanych od 2016 roku do chwili obecnej w ramach działalności Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego – Oddział Lublin. Towarzystwo zajmuje się przede wszystkim osobami, które są zagrożone samobójstwem. W statucie zapisane są najistotniejsze kwestie dotyczące funkcjonowania niniejszej jednostki, jednakże najważniejszym elementem jest zachowanie zdrowia i życia ludzkiego przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych metod wsparcia (Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, <http://suicydologia.org/statut/>).

GRUPA BADAWCZA

Badani to osoby z zaburzeniami natury psychicznej, którzy zgłaszali się do Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego w celu konsultacji psychologicznych. Grupę badawczą stanowią kobiety i mężczyźni ($n = 100$), pochodzący głównie z województwa lubelskiego i małopolskiego. Grupa badana była w wieku od 19 do 30 lat. W badaniach uczestniczyło ponad 140 osób, jednak do ostatecznych analiz uwzględniono osoby, które przebywały w placówkach psychiatrycznych co najmniej dwa razy. Kolejnym kryterium było to, że dane osoby miały tendencje lub próby samobójcze.

Metody

Metodami badawczymi były metody ilościowe i jakościowe. Natomiast w niniejszej pracy zostaną opisane dwie metody wybrane z baterii testów: autorska ankieta oraz wywiad pogłębiony.

Autorska ankieta – ankieta składała się z 30 itemów dotyczących kwestii związanej z komunikacją w placówkach psychiatrycznych, sytuacją zdrowienia, metod leczenia, relacją pacjent – lekarz, relacją pacjent – biały personel, znajomości praw i obowiązków pacjenta oraz motywacji związanej z przestrzeganiem zaleceń medycznych.

Wywiad pogłębiony – wywiad składał się z 10 pytań, które dotyczyły aspektów komunikacyjnych, przestrzegania zaleceń białego personelu, sposobów przyjmowania farmakoterapii po wizycie w placówce psychiatrycznej oraz własnych doświadczeń.

W skład autorskiej metody włączona była metryczka, w której zawarto informacje na temat następujących elementów:

- wiek,
- płeć,
- wykonywany zawód,
- stan cywilny,
- diagnoza,
- liczba hospitalizacji,
- opis sytuacji suicydologicznej.

Cele

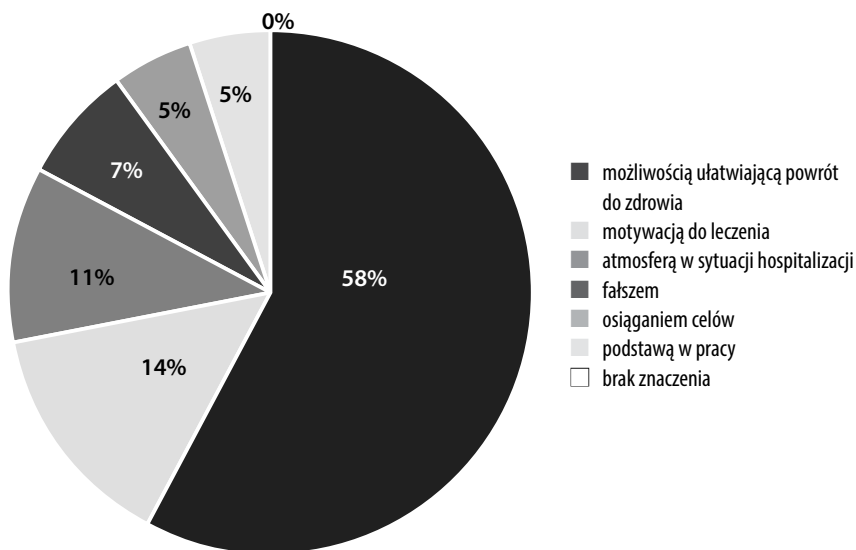
Głównym celem realizowanych badań było wskazanie najważniejszych elementów dotyczących komunikacji w sytuacji leczenia z uwzględnieniem relacji biały personel – pacjent. Wymienione zostaną także cele szczegółowe.

Celami dodatkowymi było to:

1. Jak relacja komunikacji biały personel – pacjent wpływa na proces leczenia?
2. Jak sytuacja hospitalizacji wpływa na proces leczenia osób z tendencjami lub po próbach samobójczych.

Rys. 1.

Czym jest dla Ciebie komunikacja biały personel – pacjent?



Źródło: opracowanie własne.

W niniejszym pytaniu próbowano uzyskać informacje odnośnie do sytuacji komunikacji między osobą chorą a personelem medycznym. Zgodnie z wypowiedziami osób badanych aż 57% z nich uznało, że komunikacja stanowi możliwość ułatwiającą powrót do zdrowia. Natomiast 13% respondentów stwierdziło, że jest to motywacja do przyjmowania leków i całości leczenia. Komunikacja jest także elementem związanym z budowaniem atmosfery w miejscu leczenia (11%). 7% osób badanych stwierdziło, że sytuacja komu-

nikowania się z personelem medycznym jest tylko kłamstwem i udawaniem tego, że ktoś zwraca uwagę na osoby chore. Kolejno 5% osób uważa, że komunikacja jest ważna do osiągnięcia celów z lekarzami, rodziną, a także otoczeniem. Respondenci zwrócili także uwagę na to, że rozmowy, wymienianie się informacjami stanowią podstawę wpisana w pracę personelu (5%), a dla nikogo z badanych komunikacja w relacji pacjent – lekarz nie ma znaczenia.

Rys. 2.

Czy biały personel ma umiejętności komunikacyjne do pracy z osobą z tendencjami samobójczymi?



Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie: „Czy biały personel ma umiejętności komunikacyjne do pracy z osobą z tendencjami samobójczymi?” osoby badane odpowiedziały niepokojąco, gdyż 43 kobiet uznało, że biały personel nie potrafi rozmawiać z osobą po próbie samobójczej. Osoby badane sugerowały, że bardzo często słyszały komunikaty, które w żaden sposób nie sprzyjały sytuacji zdrowienia np. „przejdzie ci”, „już na zawsze zostaną Ci te ślady na udach, po co to zrobiłaś”, „trzeba wziąć się do roboty”. Natomiast u mężczyzn – 35 z nich, czyli 70% uważa, że w ich sytuacji relacja pacjent – biały personel nie przebiegała właściwie ze względu na to, że w większości przypadków kontakt był bardzo pobieżny. Badani uważają, że psychoterapia prowadzona w placówce psychiatrycznej nie była skuteczna i nie pozwoliła im się „odpowiednio otworzyć”, ponadto „w szpitalu podleczone objawy, a nie przyczynę tego, co się stało”.

Na pytanie: „Skąd czerpiesz wiedzę na temat praw pacjenta?” większość osób badanych uznała, że o swoich prawach dowiaduje się od innych pacjentów – 88 osób, w szczególności z ich wcześniejszych nieprzyjemnych do-

świadczeń. Tylko kilka z osób badanych wymieniło, że ważnym elementem związanym z uzyskiwaniem wiedzy na temat praw i obowiązków pacjenta są rozporządzenia, ustawy, kampanie społeczne czy dokumenty zamieszczone na stronach ministerialnych (12 osób).

Na potrzeby niniejszego tekstu poniżej zostanie przedstawione studium przypadku osoby, z uwzględnieniem danych uzyskanych z wywiadu pogłębianego wykorzystywanego w niniejszym badaniu, która kilkakrotnie była hospitalizowana. W związku z tym, że w artykule zapewniona jest anonimowość, zostały zmienione podstawowe dane o osobie badanej (np. imię), a pozostałe zostały nieujawnione.

Studium przypadku – Karolina 21 lat

Rozpoznanie: ICD-10 F33.4 – **Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie – stan remisji**

Wiek rozpoznania: 16 lat

Liczba hospitalizacji: 6

Tendencje samobójcze: tak, 3 próby samobójcze

Pacjentka zgłosiła się do Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego – Oddział Lublin w celu konsultacji psychologicznej. Dziewczyna przygotowuje się do aplikacji na studia. Odczuwa stres przed podjęciem kolejnej próby, która w przeszłości zakończyła się niepowodzeniem. Kobieta była hospitalizowana co najmniej 6 razy, głównie w placówkach mieszczących się w Lublinie. Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych nastąpiło w wieku 16 lat. Objawy depresyjne nasiliły się, uniemożliwiając funkcjonowanie w wieku 18 lat (po niezdanej maturze). Pacjentka wspomina, że komunikacja w placówkach psychiatrycznych była nieodpowiednia, co prowadziło do tego, że się izolowała i nie chciała wyzdrowieć. Ponadto bała się mówić o swoich odczuciach i prawdziwych emocjach ze względu na fakt, że jej intymne zwierzenia były przekazywane rodzicom. Przykład wypowiedzi: „Moje zaburzenia nasiliły się po tym jak nie zdałam matury. Nie wiedziałam, co ze sobą zrobić. Ja wspominałam strasznie hospitalizacje. W szkole ukrywałam, że jestem chora. Mama zawsze przygotowywała dokumenty, że jestem na turnusie rehabilitacyjnym

lub na obozach, gdzie uczyć się czegoś pożytecznego. Kiedyś do szpitala przyszli wolontariusze. W jednej z dziewczyn rozpoznałam swoją koleżankę z liceum. To było straszne. Stres i niezadowolenie z siebie, a później depresja były najgorsze w ostatniej klasie liceum. Wówczas wiele tygodni w klinice uniemożliwiło mi zdanie matury. Miałam szkołę w placówce, ale nie byłam w stanie się uczyć. Pielęgniarki i lekarze, ich stosunek do mnie wpływał na to, że np. chciałam się wyleczyć. Szczególnie że moje życie intymne było przekazywane rodzicom, a później z tego tytułu miałam problemy. Chociaż niektórzy w innych szpitalach podnosili mi samoocenę, czułam, że są ze mną w tej chorobie i chcą, żebym sobie poradziła”. Dla kobiety traumą było to, że musi przez dłuższy czas przebywać w placówce psychiatrycznej, w której w żaden sposób nie odczuwa wsparcia i akceptacji. Stwierdziła, że każdy czyn był piętnowany, co prowadziło do wtórej wiktymizacji. W tym momencie osoba badana jest pod stałą opieką psychologiczno-psychiatryczną. Uczestniczy w dodatkowych zajęciach psychoprophylaktycznych, warsztatach czy pogadankach tematycznych w celu zwiększenia swojej wiedzy na temat choroby i sposobów radzenia sobie z trudnościami.

PODSUMOWANIE

W minionych latach prawa pacjenta były ujmowane zazwyczaj w kodeksach etyki zawodowej pracowników medycznych (Grzegorzczkova, 2005). Na przestrzeni ostatnich lat, z inicjatywy różnych organizacji społecznych oraz rządowych organizacji międzynarodowych, zaczęły powstawać uregulowania dotyczące prawnych aspektów związanych z prawami pacjenta (World Health Organization). W każdym możliwym aspekcie warto przypominać jednostkom chorym czy hospitalizowanym o tym, że mają oni prawo do poszanowania osoby ludzkiej, prawo do informacji o stanie zdrowia, prawo do wyrażania świadomej zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, prawo do opieki i leczenia, prawo do samodzielnego decydowania o własnym losie, prawo do skargi w razie naruszenia praw pacjenta.

Na podstawie analizy materiału badawczego oraz zebranej literatury można sformułować następujące wnioski praktyczne:

- istnieje potrzeba kierowania większej ilości kampanii społecznych dotyczących problematyki komunikacji w sytuacji hospitalizacji,

- zbyt mało akcji społecznych skierowanych jest bezpośrednio do pacjentów, ich najbliższych oraz personelu medycznego, które powinny być realizowane w celu poszerzenia wiedzy na temat elementarnych aspektów związanych z hospitalizacją,
- biały personel nie ma odpowiedniej wiedzy (lub ma jej za mało),
- personel medyczny ma nieodpowiednie umiejętności do pracy z osobami z tendencjami samobójczymi,
- na studiach medycznych, pielęgniarskich i innych powinien być położony nacisk na aspekt przygotowania psychologicznego, który ułatwiłby pracę personelu medycznego np. w sytuacji przekazywania traumatycznych informacji osobom chorym.

Niniejszy artykuł stanowi podsumowanie jedynie części badań. Tematyka jest wartościowa i ma charakter rozwojowy, który powinien być rozwijany w XXI wieku, która mimo ogromnego rozwoju często musi zmagać się z chorobami cywilizacyjnymi. Bez odpowiedniej wiedzy na temat komunikacji i możliwości współpracy na platformie pacjent – lekarz nie dojdzie do odpowiednich mediacji, które mogą wiązać się z kluczowym aspektem, jakim jest zdrowienie pacjentów (Wright, Sparks, O’Hair, 2008).

Bibliografia:

Arbuthnott A., Sharpe D. (2009). *The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine*. Patient Education and Counseling, 77. ISSN 0738-3991.

Association of American Physicians and Surgeons, Patients’ bills of rights. Pobrane z: <https://www.aapsonline.org/patients/billrts.htm> (dostęp 4.05.2019).

Bowdur E. (2006). *Komunikacja i informacja. Wstęp do zagadnienia*, pobrano ze strony: http://sp15szklarski.edupage.org/files/podrecznik_do_komunikacji.pdf (dostęp 4.05.2019).

Cushing A. (2002). *Assessment of non-cognitive factors*. W: G. Norman, C. Vleuten, D. Newble (red.), *International handbook of research in medical education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. ISBN 9789401004626.

Czernicki Z. (2006). *Problemy prawne przekazywania informacji o stanie zdrowia w praktyce rzecznika odpowiedzialności zawodowej*. W: M. Kącka, *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, Warszawa: Rada Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. ISBN 9788361236009.

- Gmitrowicz A., Młodożeniec A., Makara-Studzińska M. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży: diagnoza, terapia, profilaktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. ISBN 9788320049954.
- Grzegorzczkowska R. (2005). *Podstawowe funkcje języka a dialog lekarz-pacjent*. W: A. Hącia, *Komunikacja lekarz-pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*. Warszawa: Rada Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. ISBN 8391626814.
- Haskard Zolnierek K., Dimatteo M. (2009). *Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis*. *Medical Care*, 8. ISSN 0025-7079.
- Hołyst B. (2014). *Bezpieczeństwo jednostki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 110–224. ISBN 9788301179809.
- Hołyst B. (2012). *Suicydologia*, Warszawa: LexisNexis. ISBN 9788376206905.
- Karta Praw Pacjenta (2019). Pobrane z: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/karta_praw_pacjenta_07082007.pdf (dostęp 4.05.2019).
- Kozłowska K.B. (2010). *Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Ministra Zdrowia w sprawie bariery zrozumienia w komunikacji*. Pobrano ze strony: <http://www.bpp.gov.pl/dok/wystapienia/ZIP-071-37-MC-11-28.11.11.pdf> (dostęp 4.05.2019).
- Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C., Ferrier K., Payne S. (2001). *Preferences of patients for patientcentred approach to consultation in primary care: observational study*. *British Medical Journal*, 322. ISSN 0959-8138.
- Majer P. (2012). *W poszukiwaniu uniwersalnej definicji bezpieczeństwa wewnętrznego*. *Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego nr 7*. Pobrano z: www.abw.gov.pl/download/1/1756/Majer.pdf (dostęp 30.04.2019).
- Misztal A. (2013). *Wychowanie bez porażek w szkole*, za: T. Gordon (2007). *Wychowanie bez porażek w szkole*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX. ISBN 9788321117812.
- Nęcka Z. (1996). *Komunikacja międzyludzka*, Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej szkoły biznesu. ISBN 838544145X.
- Neumann M., Scheffer C., Cysarz D., Bovelet M., Tauschel D., Taylor-Swanson L., Edelhaeuser F. (2011). *Thermometer of warmth in the patient-provider relationship. Theory-based development of a patient self-report measure and initial validation Using Cognitive interview methodology*. *Patient Education and Counseling* 3. ISSN 0738-3991.
- Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne *Zapobieganie samobójstwom*. Genewa, Warszawa 2003. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Pobrane z: <http://suicydologia.org/statut/> (dostęp 4.05.2019).

- Szymańska-Świątnicka E., Pietrasińska J. (2012). *Komunikacja interpersonalna. Jak porozumiewać się skutecznie?*, Cz. 1, Warszawa: Polska Federacja Edukacji w Diabetologii.
- Tokarczyk R. (2000). *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze. ISBN 8388114778.
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
- Wielki słownik języka polskiego. Pobrane z: <https://www.wsjp.pl/> (dostęp 4.05.2019).
- World Health Organization (2014). Pobrane z: <http://www.who.int/>.(dostęp 4.05.2019).
- Wright K., Sparks L., O'Hair H. (2008). *Health communication in the 21st century*. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing. ISBN 9780470672723.