

Piotr Zaborowski

Komunikacja... i co dalej?

Wstęp

O komunikacji w medycynie mówi się w ciągu ostatnich lat coraz więcej. Zainteresowanie tym zagadnieniem było bez wątpienia skutkiem powolnego, ale nieodwracalnego odchodzenia od paternalistycznego nastawienia lekarzy wobec chorego. Było ono wszechobecne w pierwszej połowie XX wieku, a utrzymywało się w tradycji nauczania i praktykowania medycyny aż do lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. W okresie wdrażania do medycyny nowoczesnych zdobyczy techniki i coraz droższych, ale przez to niedostępnych dla wszystkich, metod leczenia i leków istotnym problemem dla praktykujących lekarzy stało się uzasadnienie swoich wyborów przed pacjentami. Pacjenci bowiem domagali się wyjaśnień, np. dlaczego lekarz sugeruje wykonanie operacji właśnie tą, a nie inną metodą, dlaczego stosuje określone leki, chociaż mógłby zalecić inne, czy wreszcie dlaczego jednemu pacjentowi zaproponowano leczenie eksperymentalne i udział w badaniu klinicznym, a drugiemu nie. Coraz powszechniejsze stawało się także przekonanie, że pacjent jako podmiot w relacji z lekarzem nie tylko może, ale powinien mieć prawo do współdecydowania o swojej przyszłości i powinien mieć wpływ na realizację swoich celów życiowych, kształtowanych często przez chorobę. W przypadku chorób o złym rokowaniu zaczęto także, choć początkowo z dużymi oporami, uwzględniać prawo pacjenta do ograniczenia lub zaprzestania dalszego leczenia, w tym do odmowy terapii uciążliwych i znacznie obniżających jakość życia.

Autonomia i informowanie pacjenta a system ochrony zdrowia

Pojawienie się i kilkudziesięcioletnie doskonalenie formuły świadomej zgody stworzyło podstawę do pełnego ukształtowania się autonomii pacjenta, rozumianej nie tylko jako pełnia zdolności do decydowania o sobie, w tym do udzielania zgody i jej odmowy, lecz także jako swoboda działania. Tradycyjna etyczna „mantra z Geo-

rgetown”, ustanowiona przez Toma Beauchampa i Jamesa Childressa¹, wedle której lekarz poza poszanowaniem samostanowienia pacjenta ma obowiązek uczciwego, sprawiedliwego i dobroczynnego działania dla jego dobra i unikania wszystkiego, co może przynieść mu szkodę, stała się nie tylko wyznacznikiem powinności lekarza wobec pacjenta. Rychło zaczęto ją przekuwać na ustawowe przepisy regulujące prawa pacjenta i obowiązki lekarza.

Ten kierunek jurysdykcji został natychmiast wpleciony w prawne regulacje działania systemu opieki zdrowotnej. Zarówno sposób finansowania systemu (z kontraktowaniem, dokumentowaniem i rozliczaniem tzw. świadczeń medycznych), jak i obowiązek udzielenia przez pacjenta świadomej zgody na wszelkie działania medyczne podejmowane wobec niego jako podmiotu prawnego stykającego się z systemem spowodowały pojawienie się licznych dodatkowych dokumentów. W założeniu miały one chronić obie strony i potwierdzać spełnienie określonych wymogów, w tym informowania chorego przed podjęciem przez niego decyzji dotyczącej leczenia. Niestety, wprowadzenie nowych, często niedostatecznie doprecyzowanych regulacji prawnych wcale nie poprawiło sytuacji pacjentów, a lekarzy postawiło przed koniecznością samodzielnej interpretacji zapisów, np. tych dotyczących formy i zakresu informacji udzielanych pacjentowi albo sposobu udzielania zgody i jej dokumentowania. W ten sposób do katalogu błędów w sztuce lekarskiej i błędów organizacyjnych dołączyła nowa kategoria – błędów informacyjnych. Informacje przekazywane pacjentowi muszą być przez niego zrozumiane. Aby to osiągnąć, lekarze (i inni członkowie zespołu medycznego) powinni używać odpowiedniego języka, przystępnych określeń (słów z języka ogólnego zamiast terminologii specjalistycznej) i dostosowywać zakres przekazywanych treści do możliwości i potrzeb danego pacjenta (m.in. do jego wieku, poziomu intelektualnego, wykształcenia, sytuacji rodzinnej, stanu emocjonalnego itd.). Niestety zapomniano o tym, że nawet profesor uniwersytecki może w stanie silnego stresu i lęku zachowywać się nieracjonalnie i bezrefleksyjnie, a ten sam pacjent może zupełnie inaczej reagować na przekazywane wiadomości w toku kolejnych wizyt.

W ten sposób zamiast do poprawy jakości wzajemnych relacji pomiędzy pacjentami i przedstawicielami zawodów medycznych doszło z jednej strony do formalizacji tych kontaktów, z drugiej zaś do ograniczenia czasu, jaki lekarz czy pielęgniarka mogliby merytorycznie poświęcić choremu w trakcie kilkunastominutowej wizyty. To ostatnie wynika także z liczby zadań administracyjnych, jakie każdorazowo musi wykonać „lekarz świadczeniodawca”, by udokumentować swoje czynności zgodnie z wymaganiami płatnika. Skoro czasu na kontakt z pacjentem jest coraz mniej, to ze strony organizatorów systemu pojawiła się sugestia, aby proces komunikacji „polepszyć” i „usprawnić”. A jeśli nie można, zdaniem osób organizujących system opieki zdrowotnej, zrezygnować z części czasu wizyty poświęcanego na admini-

¹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.

stracyjne czynności pozamedyczne, to jedyną drogą naprawy sytuacji jest „lepsze wykorzystanie” tej mniejszej części, która jest merytorycznie poświęcana pacjentowi.

Komunikacja z pacjentem dzisiaj

Rychło dostrzeżono, że taka „projakościowa” zmiana wymaga specjalnej sprawności ze strony personelu medycznego. Tym bardziej że we współczesnym, zabieganym i zneurotyzowanym świecie szczególną rolę w procesie dążenia do zrozumienia i uzgadniania stanowisk, nazywanym powszechnie *komunikacją*, odgrywają już nie tylko same treści przekazu, lecz także w coraz większym stopniu emocje.

Przy współpracy z psychologami opracowano na świecie dziesiątki modeli komunikacji, uwzględniających także kontakt z rodzinami chorych i ich otoczeniem. Do nabywania umiejętności komunikacyjnych wykorzystuje się obecnie liczne techniki interpersonalne, znane i stosowane od dawna w korporacjach i organizacjach zajmujących się wpływaniem na preferencje klientów. Rozbudowano nauczanie technik negocjacyjnych i sposobów opanowywania kryzysów pojawiających się we wzajemnych kontaktach. Deklarowanym celem takich programów, aplikowanych później w systemach ochrony zdrowia, stało się jak najlepsze rozpoznanie, zrozumienie i zaspokojenie potrzeb pacjenta. Natomiast celem pragmatycznym wykorzystania tych technik, wprowadzanych powoli do programów nauczania w zawodach medycznych (celem coraz istotniejszym, choć nienagłaśnianym), było unikanie skarg i roszczeń pacjentów. Podkreśla się także, że zła komunikacja z pacjentem ma swój wymiar finansowy dla systemu. Koszty niestosowania się do zaleceń lekarzy, nieprzyjmowania zaordynowanych leków, leczenia się na własną rękę, wielokrotnych wizyt i konsultacji oraz dodatkowych hospitalizacji szacuje się w Polsce w skali roku na kilka miliardów złotych².

Komunikacja z pacjentem stała się zatem słowem kluczem w polityce zdrowotnej. Przekonuje się społeczeństwo, że to nieumiejętność komunikowania się lekarzy z pacjentami, a nie organizacja systemu ochrony zdrowia jest powodem błędów i skarg, niezadowolonych pacjentów, kolejek do lekarzy, niestosowania się do zaleceń i marnowania pieniędzy. W powszechnej opinii, umiejętnie podsycanej przez media, winę za ten stan rzeczy ponosi personel medyczny oraz uczelnie, które nie poświęcają wystarczająco dużo uwagi kształceniu studentów kierunków medycznych w tym właśnie zakresie. Między innymi z tego powodu w ostatnim dziesięcioleciu zdecydowano o finansowaniu ze środków publicznych i z funduszy europejskich centrów symulacji medycznej, a w nich także zespołów nauczających komunikacji,

² Zob. P. Kardas, *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*, [w:] *Polskiego pacjenta portret własny. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny*, Starogard Gdański 2010, s. 25–35.

np. z wykorzystaniem pacjentów symulowanych. Zapomniano jednak o edukacji samych pacjentów, zagubionych między niewielką, potoczną wiedzą o zdrowiu i chorobach, a internetowym bełkotem i pseudowiedzą. Znerwicowani i zagubieni pacjenci, straszni dramatycznymi wizjami (np. skutków szczepień) idą do lekarzy z bagażem dodatkowych lęków. Chcą nie tylko diagnozy swoich dolegliwości i szybkiego ich usunięcia. Często chcą także wyjaśnień i rady. Te wymagają od lekarza (szerzej: od personelu medycznego) czasu. Lekarze jednak mają go niewiele, bo znaczną jego część, przypomnę, pochłaniają czynności administracyjne.

W ten oto sposób dążenie samych lekarzy do poprawy jakości wzajemnych relacji z pacjentami w coraz szybciej zmieniającym się świecie powoli zamienia się w szukanie formuły unikania kolizji jako środka do poprawy subiektywnego wskaźnika zadowolenia z „usług medycznych”. Nie neguję faktu, że to, jak jest postrzegany system ochrony zdrowia w społeczeństwie, jest ważnym elementem osiągnięcia celów społecznych i politycznych, ale obwinianie za złe oceny wyłącznie personelu medycznego jest drastycznym spływaniem istoty problemu.

Jaki jest sens komunikacji medycznej?³

Istotę kontaktu pomiędzy osobą potrzebującą pomocy a tym, kto tej pomocy udziela, można ująć w czterech punktach, które wymieniam poniżej.

1. Obie strony tej relacji są **odrębnymi osobowościami** ze wszystkimi jej skutkami. Może je różnić zarówno płeć, pochodzenie, wykształcenie, status socjalny, stan zdrowia, cele życiowe, wiara i przekonania (także zdrowotne), jak i cechy charakteru, temperament czy sposób reagowania na sytuacje trudne.
2. Każdy kontakt odbywa się w określonym **kontekście sytuacyjnym**. Kontekst jest wyznaczany nie tylko przez miejsce (może to być np. ulica, przychodnia, izba przyjęć, oddział szpitalny), lecz także przez okoliczności i warunki tego kontaktu (np. zdarzenie nagłe, takie jak wypadek czy załabnięcie; wizyta w gabinecie; udział osób trzecich itp.).
3. Zawsze towarzyszą mu **niepewność i emocje**. Niepewność często przejawia się lękiem pacjenta, czasem obawami o swój wizerunek, bywa także spowodowana potencjalnie odmiennymi oczekiwaniami obu stron. Emocje, zarówno pozytywne (np. radość, zaufanie), jak i negatywne (np. smutek, wstręt, gniew), stanowią nieodłączny składnik każdej relacji międzyludzkiej. Mogą pojawiać się po różnych bodźcach, np. wskutek jakichś wypowiedzi, gestów czy zachowań.

³ Dla przejrzystości wywodu pozostanę przy omawianiu relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem. Relacje przedstawicieli innych zawodów medycznych są co prawda podobne, ale mają nieco inny zakres.

4. Komunikacja pomiędzy tymi podmiotami ma charakter **werbalny** (dobór słów, intonacja, sposób formułowania pytań i prowadzenia rozmowy) i **niewerbalny** (postawa ciała, wyraz twarzy i mimika, gesty).

Głównym celem kontaktu pomiędzy potrzebującym pomocy a tym, kto jej udziela, jest stworzenie wzajemnej relacji porozumienia opartej na **zaufaniu**. To ono jest niezbędnym podłożem do budowania **nadziei**, która stanowi najsilniejszy motywator do działania. Bez zbudowania zaufania pacjenta i późniejszego wzmocnienia tego stanu niemożliwa jest pełna współpraca między chorym a lekarzem. Środkiem do osiągnięcia zaufania jest nie tylko okazanie pacjentowi swojego zainteresowania, ale przede wszystkim wytworzenie atmosfery, w której nasza chęć niesienia pomocy będzie oczywista bez potrzeby mówienia o tym.

Tak scharakteryzowana **relacja z pacjentem** pozwala na osiągnięcie kilku korzyści, w których można widzieć cele komunikacji medycznej. Są to mianowicie:

- uzyskanie od pacjenta wiarygodnych danych do tworzenia hipotez diagnostycznych i podejmowanie na ich podstawie poprawnych i w większości optymalnych decyzji;
- łatwiejsze uzgadnianie celów i dążeń oraz oczekiwań pacjenta;
- zwiększenie motywacji chorego do poddania się zaleceniom i późniejszego przestrzegania uzgodnionego sposobu postępowania, a także podtrzymywanie przez pacjenta woli dokonywania zmian, np. w stylu życia⁴;
- pokonanie lęku i zwiększenie optymizmu pacjenta.

Jak uczyć komunikacji medycznej?

Jak wspomniałem wyżej, nauczanie komunikacji w medycynie nie może opierać się jedynie na technicznych umiejętnościach i klasycznych metodach negocjacyjnych. Na podstawie praktyki i wieloletnich doświadczeń własnych w tym zakresie, a także ze względu na charakter i treści programów nauczania na kierunkach medycznych, mogę stwierdzić, że optymalne wydaje się podzielenie nauki komunikacji na pięć etapów. Omawiam je skrótowo poniżej. Chciałbym przy tym podkreślić, że w procesie kształcenia studentów kierunków medycznych ogromne znaczenie ma nie zapisywany w sylabusach ogólnikowy wykaz efektów kształcenia, lecz przykład, jaki w toku zajęć dają swoim studentom nauczyciele. Nie chodzi tu bowiem o formalne uzyskanie i sprawdzenie umiejętności, lecz o kształtowanie postawy, etycznych i moralnych zasad niezbędnych w zawodach medycznych.

⁴ Opis definicji pochodzących z języka angielskiego terminów: *compliance* (nieprzestrzeganie zaleceń), *adherence* (przestrzeganie zaleceń), *persistence* (wytrwałość) i *concordance* (współodpowiedzialność) oraz omówienie badań w tym zakresie znajdzie Czytelnik w pracy *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych*, red. Z. Gaciong i P. Kardas, Warszawa 2015.

ETAP I. Komunikacja dwóch podmiotów

Na początku konieczna jest wiedza o procesie komunikacji i jej aspektach psychologicznych. Wachlarz stosowanych technik jest szeroki i dobrze opracowany w literaturze. Nauczanie komunikacji i zaznajamianie studentów z zasadami budowania relacji z drugim człowiekiem musi bazować na **znajomości siebie samego**. Bez autorefleksji i znajomości swoich własnych reakcji (np. na niektóre sytuacje kryzysowe) trudno będzie wytłumaczyć studentom, z czego wynikają porażki w osiągnięciu zrozumienia i porozumienia, także w sytuacjach towarzyskich i w codziennym życiu. Na tym etapie niezbędne jest także uzyskanie przez studenta wiedzy o tym, jak radzić sobie ze stresem, własnymi problemami i reakcjami na przeciążenia psychiczne. To powinien być wstęp do poznania zespołu wypalenia zawodowego.

ETAP II. Komunikacja: potrzebujący pomocy – udzielający pomocy

Jest to rozwinięcie etapu I o sytuacje, w których zmienia się wzajemna relacja osób uczestniczących w procesie komunikacji. Nie jest to już spotkanie towarzyskie, które można dyskretnie opuścić, nie jest to także inne spotkanie, które można w dowolnym momencie zakończyć. W relacji potrzebujący – pomagający obowiązują co prawda wszystkie kanony poprawnego zachowania wspólne dla dowolnych kontaktów międzyludzkich, ale wzajemne relacje tych osób nie są równorzędne. Obecnie dominuje paradygmat, że osoba udzielająca pomocy przyjmuje na siebie większą odpowiedzialność za jakość wzajemnych relacji niż osoba, która o tę pomoc prosi. U podstaw takiego podejścia leży przeświadczenie, że aktywna prośba o pomoc, jaką jest zgłoszenie się przez daną osobę do lekarza, oznacza, że osoba taka przyzwala na wejście w swoją prywatność i np. ujawnienie lekarzowi w zaufaniu informacji, których nie przekazałaby innym rozmówcom. Z tego powodu pacjenci najwyżej cenią sobie u lekarzy troskliwość i empatię, otwartość i szczerłość, umiejętność cierpliwego wysłuchania i zrozumienie, a dopiero w dalszej kolejności ich sprawność i kompetencję w ustalaniu diagnozy czy doborze odpowiednich metod leczenia⁵. Z badań przeprowadzonych przez Zbigniewa Kowalskiego⁶ wynika, że dla 80% pacjentów dobrym lekarzem jest ten, który właściwie ich traktuje i umiejętnie przekazuje informacje. Pacjenci ci oczekują od lekarza troski o zdrowie i informacji o swoim stanie. Dla podobnego odsetka pacjentów sposób traktowania chorego przez lekarza i umiejętne wyjaśnienie przez niego celów leczenia jest podstawą ich współodpowiedzialności za wyniki terapii.

⁵ Zob. P. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990; N.M. Bendapudi, L.L. Berry, K.A. Frey, J.T. Parish, W.L. Rayburn, *Patients' perspectives on ideal physician behaviors*, „Mayo Clinic Proceedings” 2006, nr 81(3), s. 338–344.

⁶ Z. Kowalski, *Komunikacja lekarza z pacjentem*, [w:] *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych*, op. cit., s. 219–230.

Realne sytuacje życiowe w codziennej praktyce lekarskiej pokazują też inne oblicza takich kontaktów: agresję, obrażanie, niekiedy przemoc. Nierówność relacji i większa odpowiedzialność lekarza za wstępną fazę kontaktu obejmuje także konieczność unikania dokonywania ocen oraz poznanie sposobów poprawnego reagowania na ujawnione uchybienia pacjenta, np. na nieprzestrzeżenie przez niego zaleceń.

ETAP III. Komunikacja lekarz – pacjent z określonym problemem zdrowotnym lub chorobą

To wyższy poziom komunikacji, ćwiczony na wszystkich zajęciach klinicznych w różnych specjalnościach i okolicznościach oraz z różnymi grupami pacjentów: od niemowląt i małych dzieci przez młodych dorosłych, osoby dojrzałe do tych w wieku podeszłym i starców, wraz ze wszystkimi stanami i okolicznościami ich życia. W tej fazie nauczania właściwej komunikacji ujawnia się unikatowość każdego kontaktu z osobą chorą i jej otoczeniem. Szczególnego znaczenia nabiera umiejętność poszanowania prawa pacjenta do uzyskiwania takich informacji, które on uznaje za niezbędne do podjęcia decyzji o swojej przyszłości i wszystko to, co mieści się w formule uzyskiwania świadomej zgody. Etap ten obejmuje również postępowanie z chorymi na choroby przewlekłe, zdobywanie umiejętności informowania chorego o złych rokowaniach, chorobach zagrażających życiu lub przekazywania niepomyślnych wiadomości. Niezbędna jest także pełna wiedza o zagrożeniach dla samego lekarza, wynikających z przeciążenia pracą, ciągłym stresem, nadmiarem odpowiedzialności oraz wyczerpaniem fizycznym i psychicznym.

ETAP IV. Komunikacja lekarz – pacjent i osoby najbliższe pacjenta

Jego elementy są organicznie zawarte w etapie poprzednim (chodzi np. o umiejętność współpracy z rodzicami małego dziecka lub z osobami opiekującymi się pacjentem w podeszłym wieku). Na tym etapie istotna staje się umiejętność współpracy i wymiany informacji ze środowiskiem chorego i jego opiekunami, np. odpowiedniego reagowania na zespół wypalenia w rodzinie opiekującej się pacjentem (np. z chorobą Alzheimera czy chorobą nowotworową). Szczególnego podejścia wymaga komunikacja z rodzicami przewlekłe lub śmiertelnie chorych dzieci czy komunikacja z ciężko chorym niepełnoletnim i jego rodziną, zwłaszcza w okresie nieuchronnie zbliżającej się śmierci. Za niezwykle ważne uważam także nabywanie umiejętności prowadzenia rozmowy z rodzinami po stracie ich najbliższych, znajomości faz żałoby i rozumienia zachowań i przeżyć osób, które doświadczyły takich dramatów życiowych.

ETAP V. Komunikacja zespół medyczny – pacjent i jego najbliżsi

Ostatni z wymienionych etapów obejmuje trening budowania i podtrzymywania właściwych relacji w zespole medycznym, mającym do czynienia z tym samym pacjentem, oraz spójnego działania przy rozwiązywaniu problemów danego pacjenta. Krytycznego znaczenia na tym etapie nabiera kwestia uzgadniania hierarchii członków zespołu i wykonywanych przez nich zadań, a także np. zakresu udzielanych informacji samemu pacjentowi i jego bliskim lub opiekunom. Za przykład takiego wyzwania może posłużyć pacjent z chorobą nowotworową po zabiegu operacyjnym z wyłonią stomią, obciążony dodatkowo cukrzycą i rehabilitowany z powodu patologii neurologicznych, a skierowany w trakcie pobytu w szpitalu na chemioterapię. Kto i o czym powinien go informować?

Podsumowanie

Każdy, kto zajmuje się zagadnieniami budowania kontaktów międzyludzkich, wie doskonale, że za ogólnym pojęciem komunikacji zawsze kryją się osobiste relacje między jej uczestnikami. Zetknięcie się dwóch odrębnych osobowości w warunkach choroby i cierpienia stwarza w takich kontaktach liczne zagrożenia związane z niezrozumieniem i nieporozumieniami, ale także daje szanse. Dla udzielających pomocy najważniejszą szansą jest to, że mogą skutecznie pomóc potrzebującym. W ten sposób komunikacja medyczna staje się najszlachetniejszym rodzajem kontaktów pomiędzy myślącymi i czującymi podmiotami. Powierzenie komuś dostępu do największego dobra, jakie człowiek posiada – wpływu na jego zdrowie i życie, wymaga szczególnej odpowiedzialności za ten akt ze strony osoby, której taka zgoda została udzielona. Oczywiście w życiu zdarzają się różne sytuacje, także takie, w których prośba o pomoc bywa żądaniem, a forma prośby jest nie do przyjęcia. Nie zmienia to jednak faktu, że umiejętność porozumiewania się przedstawicieli zawodów medycznych z pacjentami, mająca ów szczególny charakter, musi być poznawana i doskonalona przez cały okres aktywności zawodowej. Komunikacja medyczna nie może być traktowana w sposób techniczny jako środek do osiągnięcia jakichś celów. To, co osiąga się dzięki poprawnej relacji z pacjentem, pozwala lepiej diagnozować, wybrać najlepszą dla chorego metodę postępowania i wraz z nim i przy jego pomocy uzyskać założony efekt leczniczy. Nie jest to jednak cel sam w sobie. Podzielał pogląd tych, którzy twierdzą, że proces komunikacji medycznej ma charakter moralny, a nie etyczny. I zgadzam się z tym, że jako właśnie taki ma szczególne znaczenie dla zawodu lekarza i innych zawodów medycznych.

Bibliografia

- Bendapudi N.M., Berry L.L., Frey K.A., Parish J.T., Rayburn W.L., *Patients' perspectives on ideal physician behaviors*, „Mayo Clinic Proceedings” 2006, nr 81(3), s. 338–344.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.
- Kardas P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*, [w:] *Polskiego pacjenta portret własny. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny*, Starogard Gdański 2010, s. 25–35.
- Kowalski Z., *Komunikacja lekarza z pacjentem*, [w:] *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych*, red. Z. Gaciong i P. Kardas, Warszawa 2015, s. 219–230.
- Zaborowski P., *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990.