



# Zarządzanie relacją z pacjentem i jego rodziną w procesie leczenia koordynowanego i spersonalizowanego

Managing the relationship with the patient and his family in the process of coordinated and personalized treatment

<https://doi.org/10.34766/fetr.v58i2.1259>

Katarzyna Barłóg<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Mgr Katarzyna Barłóg, <https://orcid.org/0000-0003-1356-094X>,  
Szkoła Doktorska Nauk Społecznych, Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie

**Abstrakt:** Artykuł przedstawia wyzwania, z jakimi w najbliższych latach będzie mierzyć się podstawowa opieka zdrowotna, szczególnie z perspektywy medycyny koordynowanej i spersonalizowanej. W leczeniu spersonalizowanym, gdzie współpraca lekarza z pacjentem jest długoterminowa i regularna, oprócz kwestii medycznych, kluczowa wydaje się relacja nie tylko z pacjentem, ale i zaangażowanie najbliższego otoczenia społecznego w proces wsparcia. Współpraca z rodziną ułatwia pacjentowi zrozumienie poszczególnych kroków terapii, wzmacnia utrzymanie motywacji do leczenia, czy przestrzeganie ustalonych działań, dlatego lekarz w planowaniu procesu terapii medycznej powinien uwzględnić potrzeby nie tylko pacjenta, ale i jego rodziny.

**Słowa kluczowe:** medycyna koordynowana, medycyna spersonalizowana, relacja lekarz-pacjent, relacja lekarz-pacjent-rodzina, choroba przewlekła

**Abstract:** The article presents the challenges that primary health care will face in the coming years, especially from the perspective of coordinated and personalized medicine. In personalized treatment, where cooperation between the doctor and the patient is long-term and regular, apart from medical issues, the key issue seems to be the relationship not only with the patient, but also the involvement of the immediate social environment in the support process. Cooperation with the family makes it easier for the patient to understand the individual steps of the therapy, strengthens the maintenance of motivation for treatment, or compliance with established actions, therefore, when planning the medical therapy process, the doctor should take into account the needs of not only the patient, but also his family.

**Keywords:** coordinated medicine, personalized medicine, doctor-patient relationship, doctor-patient-family relationship, chronic disease

## 1. Medycyna koordynowana i spersonalizowana w podstawowej opiece zdrowotnej

Światowa organizacja zdrowia (WHO) określa podstawową opiekę zdrowotną (POZ) jako fundamentalny element systemu ochrony zdrowia, niezbędny dla profilaktyki zdrowia i leczenia chorób na świecie (Bem, 2011). Placówka podstawowej opieki zdrowotnej jest pierwszym i głównym miejscem kontaktu pomiędzy pacjentem a personelem ochrony zdrowia, w którym zapewnia się kompleksowe oraz skoordynowane świadczenia zdrowotne (NFZ, 2016).

W Polsce placówki podstawowej opieki zdrowotnej są najpopularniejszym, powszechnie dostępnym miejscem leczenia. W 2014 roku w placówkach POZ udzielono 148 milionów świadczeń medycznych, a w 2017 prawie 170 milionów świadczeń, z 291 milionów wszystkich porad świadczonych w Polsce. Oznacza to, że prawie 60% świadczeń medycznych w Polsce jest realizowanych w punktach POZ (Sikorski, Mędrzycki, 2021), gdzie z pomocy medycznej może skorzystać każda osoba ubezpieczona (obowiązkowo lub dobrowolnie) lub spełniająca jeden z warunków określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Osoby nieubezpieczone ale uprawnione do korzystania ze świadczeń POZ,

to między innymi osoby niepełnoletnie, kobiety w ciąży, porodzie i położeniu oraz osoby posiadające kartę Polaka (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135).

Odpowiednio funkcjonująca sieć placówek POZ wydaje się najbardziej efektywnym sposobem leczenia dużej liczby pacjentów, jednocześnie z korzystnym bilansem na linii efekty leczenia a koszty leczenia (Bem, 2011). W perspektywie rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej kluczową kwestią jest podnoszenie jakości leczenia, przy jednoczesnej właściwej ekonomizacji systemu ochrony zdrowia (Skawińska, 2009). Odpowiedzią na potrzebę zbilansowania kosztów działalności podstawowej opieki zdrowotnej jest rozwój opieki skoordynowanej w ramach, której lekarz POZ ustala niezbędny proces leczenia pacjenta skoordynowany ze specjalistami innych dziedzin (Sikorski, 2018).

W perspektywie najbliższych lat kluczowe wydaje się dostosowanie usług realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej do pojawiających się wyzwań, związanych ze starzejącym się społeczeństwem i lawinowo wzrastającą liczbą osób chorujących przewlekle. Analiza medycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej koncepcji przewlekłej choroby, pokazuje specyficzne mechanizmy zmagania się chorych z krytycznymi wydarzeniami tej stresującej choroby (Kurpas, Hans-Wytrychowska, Mroczek, 2011; Ziarko, 2014). Choroba przewlekła trwa nie krócej niż rok, dlatego wymaga regularnego kontaktu pacjenta z lekarzem POZ, ale i innymi specjalistami opieki zdrowotnej: pracownikami prowadzącymi badania diagnostyczne, farmaceutami czy fizjoterapeutami. Choroby przewlekłe stają się podstawowym powodem zgonów lub niepełnosprawności obywateli państw o wysokim poziomie uprzemysłowienia (Gębska-Kuczerowska, 2023; Kurpas, Hans-Wytrychowska, Mroczek, 2011), dlatego tak ważne jest zarządzanie zmianą w ochronie zdrowia. Wśród istotnych potrzeb znajduje się nie tylko koordynacja procesu leczenia oraz współpraca międzysektorowa i międzyzawodowa pomiędzy specjalistami (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022), ale i właściwa profilaktyka zdrowia, oparta na edukacji pacjentów oraz prowadzeniu skutecznej, wczesnej diagnostyki chorób (Garbarczyk, 2021; Magnuszewska-Otulak, 2013). W perspektywie kolejnych lat powinien nastąpić rozwój opieki skoordynowanej w leczeniu personalizowane, a więc leczenie

dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022; Gaciong, 2009; 2016; Jain, 2002; Kaleta, 2016; Wysocki, Handschuh, Mackiewicz, 2009). Uniwersalne formy leczenia w wielu przypadkach mogą być nieskuteczne, dlatego tak ważne jest wdrażanie leczenia personalizowanego. Przykładowo standardowy lek jest skuteczny dla około 40-60% pacjentów, a kolejnych 15 % odczuwa działania niepożądane (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022; Gaciong, 2016), co więcej 12% pacjentów powyżej 70 roku życia trafia do szpitala w konsekwencji działania skutków ubocznych stosowanych leków (Kurpas, Hans-Wytrychowska, Mroczek, 2011).

Indywidualizacja terapii i jej dostosowanie do potrzeb pacjenta wymaga szerokiego wachlarza kompetencji lekarzy różnych specjalności. Specjaliści podkreślają potrzebę rozwoju metodyki badań genetycznych oraz ochrony danych wrażliwych (Chan, Ginsburg, 2011; Hamburg, Collins, 2010; Gaciong, 2016; Schork, 2015), rozwijania umiejętności w zakresie korzystania z nowych technologii (Abul-Husn, Kenny, 2019), a także dotyczących analizy dużych zbiorów danych (Cirillo, Valencia, 2019; Suwinski, Ong, Ling, Poh, Khan, Ong, 2019; Senn, 2018). Wydaje się priorytetowe rozwijanie u specjalistów ochrony zdrowia nie tylko kompetencji twardych, ale i kompetencji miękkich, w tym dotyczących budowania relacji z pacjentem oraz komunikacji międzyzawodowej (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022). Istotne wydaje się również doskonalenie umiejętności w zakresie współpracy z rodziną pacjenta, ponieważ w leczeniu chorób przewlekłych specjalista powinien uwzględniać aspekty motywacyjne i emocjonalne, zarówno pacjenta, jak i jego rodziny, które bezpośrednio mogą wpływać na efekty w procesie terapii (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022; Małecki, 2018; Małecki, Nowina-Konopka, 2018; Nowakowska i in., 2009; Nowina-Konopka, 2016). Pomimo coraz większej wiedzy dotyczącej ogólnych zasad efektywnej komunikacji lekarza z pacjentem i rodziną, istnieją specyficzne potrzeby pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi, dlatego w zależności od specjalności lekarza i diagnozy pacjenta, niektóre zasady współpracy i komunikacji mogą się różnić (Gaciong, 2015; Jarema, 2015; Kupryś-Lipińska, Kuna, 2015; Małecka-Panas, Mokrowiecka, 2015;

Sewerynek, Stuss, 2015; Stelmach, Jerzyńska, 2015; Stępińska, 2015; Tlustochowicz, 2015; Walicka, Franek, 2015; Zaleska-Żmijewska, Szafflik, 2015).

## **2. Konsekwencje nieefektywnej komunikacji specjalistów ochrony zdrowia z pacjentem i jego rodziną**

Komunikowanie się charakteryzuje interakcja i wymiana informacji pomiędzy stronami (Desouza, Evaristo, 2006, Drela, 2007, Muszyńska, 2010). Jest to dynamiczny proces, w którym następuje przekazywanie informacji przez jedną stronę, a przez drugą jej odbiór i interpretacja oraz sprzężenie zwrotne, a więc reakcja. Przekazywanie informacji przebiega w rozmaity sposób, między innymi poprzez komunikację werbalną i niewerbalną. Komunikacji towarzyszą rozmaite szумы, a więc bariery utrudniające interakcję uczestników (Frączek, 2012; Nęcki, 2000, Pease, Pease, 2019). Co ważne, komunikowanie realizuje kilka ważnych funkcji: informacyjną, edukacyjną, wzmacniającą postawy i wartości, integracyjną (budowanie więzi pomiędzy rozmówcami), mobilizacyjną (motywującą), czy rozrywkową. Komunikowanie się jest zatem jednym z fundamentalnych procesów społecznych (Frączek, 2012).

Umiejętność poprawnego komunikowania się lekarza z chorym jest podstawowym elementem sztuki lekarskiej, która wyznacza kanony lekarskiego profesjonalizmu. Od umiejętności komunikacyjnych lekarza lub terapeuty zależy w znacznym stopniu zgoda pacjenta na proponowaną terapię, jego współdziałanie i zaangażowanie w proces przywracania zdrowia. Kompetencje komunikacyjne lekarza są najczęściej wskazywane przez pacjentów jako pożądane, zaraz po wiedzy fachowej lekarza. W sytuacji coraz większych możliwości diagnostycznych, coraz nowocześniejszych technik leczenia zapomina się, że w dużej mierze profesjonalna komunikacja lekarz-pacjent, istotnie wpływa na tempo zdrowienia pacjenta. Empatyczna komunikacja w sytuacji choroby jest cennym narzędziem terapeutycznym (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018; Świrydowicz, 2011).

Komunikowanie się z pacjentem jest jednym z podstawowych zadań i narzędzi terapeutycznych lekarza. Lekarz poprzez komunikację otrzymuje informacje o problemie zdrowotnym pacjenta, może wyjaśniać proces leczenia, przekazywać zalecenia oraz odpowiadać na potrzeby emocjonalne, między innymi poprzez wysłuchanie i zrozumienie pojawiających się obaw pacjenta (Mendyk, Kowalik, Kuczyński, Nurzyńska-Flak, 2016). Z badań wynika, że efektywny proces komunikacji lekarza z pacjentem sprzyja obniżeniu poziomu lęku pacjenta przed leczeniem, zwiększaniu prawdopodobieństwa uzyskania przez lekarza wiarygodnych informacji o objawach choroby, uzyskaniu wspólnych oczekiwań lekarza i pacjenta w zakresie leczenia, zwiększaniu motywacji pacjenta do leczenia, podnoszeniu satysfakcji z postępów terapii, redukcji liczby konfliktów na linii lekarz – pacjent (Chen, Tang, Guo, 2022; Moslehpour, Shalehah, Rahman, Lin, 2022; Tavakoly, Behzhad, Ferns, Peyman, 2020; Zaborowski, 2019).

Analiza wyników badań prowadzi również do wniosku, że lekarz powinien zapewniać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz pozostawiać nadzieję, że uda się pozytywnie rozwiązać problemy zdrowotne (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). Umiejętności komunikacyjne lekarza lub terapeuty skutkują dobrą relacją z pacjentem, co przenosi się na wzrost poziomu zaufania pacjenta do proponowanej terapii a co za tym idzie wzrost skuteczności leczenia (Bankiewicz-Nakielska, Walkiewicz, Tyszkiewicz-Bandur, Karakiewicz, 2017).

Niestety poziom komunikacji lekarza z pacjentem wydaje się jednym z podstawowych elementów luki kompetencyjnej w polskiej ochronie zdrowia (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022; NFZ, 2016). Wśród najczęstszych trudności komunikacyjnych z lekarzem pacjenci wymieniają: brak zaangażowania oraz wytłumaczenia planu leczenia, czy brak zainteresowania stanem emocjonalnym pacjenta. Pacjenci zwracają również uwagę na niski poziom kompetencji interpersonalnych lekarzy, w zakresie sposobu prowadzenia rozmowy, zachowania właściwego dystansu (komunikacja pozbawiona form grzecznościowych, albo przesadnie oficjalna). Pacjenci wskazują także, że specjaliści ochrony zdrowia w niewielkim stopniu kontrolują komuni-

kację niewerbalną (między innymi: brak kontaktu wzrokowego, czy niewłaściwe tempo mówienia). Niestety, ze względu na krótki czas przeznaczony na wizytę, lekarze często przerywają wypowiedzi pacjentów, lub ograniczają rozmowę do minimum (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018).

Co ważne, równie rzadko podejmowana jest kwestia poczucia wsparcia od najbliższego otoczenia społecznego, a więc od rodziny pacjenta. W przypadku, gdy pacjentem jest dziecko, zupełnie naturalnym jest włączanie rodziny w proces leczenia, ponieważ specjalista buduje relacje, zarówno z dzieckiem, jak i z rodzicami podejmującymi decyzje w kwestii zdrowia małoletnich (Ladd, Forman, 2011).

Perspektywa współpracy z rodziną pełnoletniego pacjenta ulega w ostatnich latach zmianie. W coraz większym stopniu wzrasta samoświadomość pacjentów, a przez to poziom ich oczekiwań. Pacjenci wyrażają potrzebę uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia, chcą mieć poczucie decyzyjności, zwłaszcza decydowania o własnym zdrowiu. Pacjent chce mieć poczucie, że lekarz rzeczywiście jest zaangażowany w proces leczenia, dlatego umiejętność budowania właściwej relacji lekarz-pacjent i profesjonalnej komunikacji jest jednym z kluczowych zadań w edukowaniu specjalistów ochrony zdrowia oraz koordynowania procesu leczenia (Oleszczyk, 2014). Potwierdzeniem tej tezy wydają się dane wskazujące, że 75% skarg składanych przez pacjentów do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) związanych jest z niesatysfakcjonującą jakością relacji na linii lekarz-pacjent. Niewłaściwe relacje lekarza z pacjentem oraz jego rodziną są jednym z podstawowych (obok błędów w sztuce lekarskiej) błędów jatrogennych, czyli działania i zachowania personelu medycznego, które szkodzą zdrowiu podopiecznego, skutkujące pogorszeniem się choroby podstawowej czy wydłużeniem czasu leczenia (Włoszczak-Szubzda, Jarosz, 2012). Opiswane trudności dotyczą nie tylko polskiej medycyny, dlatego coraz częściej w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo wprowadza się programy treningowe z zakresu komunikacji dla studentów i specjalistów ochrony zdrowia (Donisi i in., 2022; Sharma i in., 2021; Taff i in., 2023).

### 3. Korzyści wynikające z partnerskiej relacji lekarza z pacjentem i jego rodziną

Literatura przedmiotu wyróżnia 4 podstawowe modele relacji lekarza z pacjentem: 1. model jednokierunkowy – autorytarny, 2. model dwukierunkowy – paternalistyczny, 3. model dwukierunkowy – kooperacyjny, 4. model systemowy – partnerski (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012; Nowina-Konopka, 2016). W komunikacji jednokierunkowej, relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem nacechowana jest dużym dystansem emocjonalnym, specjalista koncentruje się jedynie na przekazaniu informacji medycznej. Pozostałe modele uwzględniają interakcję pomiędzy specjalistą ochrony zdrowia a pacjentem. W modelu paternalistycznym relacja ma charakter autorytarny, to lekarz w pełni nadzoruje proces komunikacji. W modelu kooperacyjnym lekarz i pacjent są w relacji partnerskiej, a wymiana komunikatów i współpraca dotyczy także sfery emocjonalnej i roli rodziny w procesie terapii. W modelu systemowym – partnerskim komunikacja przebiega w triadzie lekarz-pacjent-rodzina. W ten sposób monitorowane mogą być kluczowe zmienne mające związek z procesem leczenia, takie jak: konflikty w rodzinie, zagrożenie jej rozpadem, czy nagłe zmiany w cyklu życia rodziny (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012; Nowina-Konopka, 2016).

Niezależnie od przyjętego modelu relacji istnieje kilka podstawowych barier komunikacyjnych w relacji lekarza z pacjentem. Wśród podstawowych należy uwzględnić słaby stan zdrowia pacjenta i jego gorsze samopoczucie, wysoki poziom lęku lub negatywnych emocji, czy niektóre cechy osobowości. Barię może być także niska samoocena (w tym niezdecydowanie pacjenta, brak poproszenia o bardziej szczegółowe wyjaśnienie lub wytłumaczenie niejasnych dla pacjenta informacji) oraz niski poziom zdolności poznawczych, przekładający się na brak zrozumienia wypowiedzi lekarza (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022; Chapman, Roberts, Duberstein, 2011; Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). Część tych barier można zredukować budując relację partnerską z pacjentem i angażując w nią członków rodziny. Najbliżsi są dla pacjenta podstawowym źródłem

Tabela 1 Korzyści wynikające z prawidłowej komunikacji lekarz-pacjent-rodzina

Korzyści lekarza	Korzyści pacjenta	Korzyści rodziny pacjenta
Obniżenie napięcia emocjonalnego pacjenta, co ułatwia uzyskanie kluczowych dla leczenia informacji	Poczucie zaspokajania potrzeb przez lekarza	Zbudowanie długotrwałej relacji z lekarzem, poczucie ciągłości współpracy
Mniejszy opór pacjenta wobec terapii	Zwiększa się poziom odczuwanego bezpieczeństwa	Zwiększa się poziom odczuwanego bezpieczeństwa w rodzinie
Zbudowanie zaufania, sprzyja wprowadzaniu pozytywnych zmian w funkcjonowaniu chorego	Poczucie kontroli i decyzyjności – lekarz informuje o wszystkich kwestiach związanych z chorobą	Poczucie wszechstronnego zaopiekowania
Zwiększa się motywacja pacjenta do leczenia		
Mniejsza liczba skarg pacjentów oraz ich większa satysfakcja.	Poczucie relacji z lekarzem oraz bycia wysłuchanym i zrozumianym	Lekarz może oprzeć diagnozę w oparciu na szerszym kontekście społecznym, kulturowym, psychologicznym, co sprzyja trafności leczenia
Wzrasta satysfakcja i samoocena lekarza		

Źródło: Włoszczak-Szubzda, Jarosz, 2012, s.210

poczucia wsparcia, zarówno emocjonalnego, jak i merytorycznego (m.in. kontrolują realizację zaleceń medycznych, motywują, tłumaczą zasady). Ponadto gdy lekarz przekazuje informacje pacjentowi w obecności jego rodziny wzrasta prawdopodobieństwo ich zapamiętania a następnie przestrzegania zaleceń lekarskich (Chmielewska, Kostrzewa-Itrych, Kostrzewa, Hermanowski, 2017; Gaciong, Kardas, 2015; Kardas, 2014; Sobczak, 2019). Warto zwrócić uwagę na przedstawione przez Włoszczak-Szubzdę i Jarosza (2012, s. 210) korzyści wynikające z prawidłowej komunikacji lekarz-pacjent-rodzina.

Włączanie rodziny pacjenta w jego proces leczenia może być także istotnym sposobem niwelowania lęku i oporu przed operacjami, czy zabiegami, ponieważ wsparcie bliskich jest jednym z podstawowych zasobów w radzeniu sobie ze stresem i chorobą (Kadłubowska, Kózka, 2014). Warto przy tym zwrócić uwagę, że współpraca zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną jest ważna także dlatego, że często pacjent i rodzina mają rozbieżne wymagania wobec specjalistów ochrony zdrowia (Wysocka, Frydrych, Klimkiewicz, Jarosz, Pasierski, 2021). Pacjenci zgłaszają potrzebę bliskości i wsparcia ich rodziny, a najbliżsi często koncentrują się tylko na kwestiach medycznych. Lekarz, który profesjonalnie angażuje się w proces leczenia pacjenta, widząc szerszy kontekst procesu zdrowienia może regulować poziom oczekiwań obu stron, a także wypracować spójne działania pacjenta i jego bliskich.

## Podsumowanie

Przedstawione założenia dotyczące włączenia rodziny w proces leczenia pacjenta są istotnie powiązane z teorią opieki skoncentrowanej na pacjencie. Fundamentem teorii jest założenie, że bardzo ważnym elementem procesu leczenia jest wzmacnianie podmiotowości pacjenta, m.in. poprzez wysłuchanie jego opinii i potrzeb, w tym emocjonalnych (Bankiewicz-Nakielska, Walkiewicz, Tyszkiewicz-Bandur, Karakiewicz, 2017). Włączenie rodziny w proces leczenia koordynowanego lub spersonalizowanego wydaje się jednym z istotnych kroków ku zaspokojeniu psychologicznych potrzeb pacjenta, niezbędnych w efektywnym procesie zdrowienia. Omówione kwestie wymagają jednak weryfikacji empirycznej, m.in. w zakresie: praktycznych możliwości włączania rodziny w proces terapii, kwestii ochrony danych osobowych, współpracy między zawodowej pomiędzy specjalistami, poziomu kompetencji interpersonalnych specjalistów, zmian systemowych w ochronie zdrowia (między innymi dotyczących czasu lekarza na pojedynczą konsultację z pacjentem i jego rodziną).

Szczególnie ważna wydaje się kwestia zmian systemowych w ochronie zdrowia dotycząca komunikacji pomiędzy specjalistami ochrony zdrowia pracującymi w różnych placówkach, a prowadzącymi proces terapii pacjenta. Ścisła współpraca wszystkich specjalistów włączonych w proces leczenia, nie tylko lekarzy różnych specjalności, ale i farmaceutów, czy

firm medycznych lub farmaceutycznych dostarczających leki wydaje się niezbędna (K. Barłóg, M. Barłóg, 2022). Dobra komunikacja międzyosobowa i międzyzawodowa, wymiana doświadczeń i prowadzenie spójnych działań może maksymalizować efektywność terapii. Jednocześnie spójna interakcja specjalistów z pacjentem i jego rodziną może wzmac-

niać siłę przekazu oraz niwelować efekt pierwszego wrażenia (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Lekarz sporadycznie spotykający się z rodziną może mieć jej niewłaściwy obraz, natomiast kilku współpracujących ze sobą specjalistów może zaobserwować rzeczywiste zależności w systemie rodziny pacjenta i efektywnie włączyć je w proces leczenia.

## Bibliografia

- Abul-Husn, N.S., Kenny, E.E. (2019). Personalized Medicine and the Power of Electronic Health Records. *Cell*, 177(1), 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.02.039>
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Bankiewicz-Nakielska, J., Walkiewicz, M., Tyszkiewicz-Bandur, M., Karakiewicz, B. (2017). Z jakimi lekarzami pacjenci współpracują najchętniej? Umiejętności psychologiczne w relacji lekarz-pacjent. *Medycyna Rodzinna*, 20(2), 156-161.
- Barłóg, K., Barłóg, M. (2022). Inter-professional and patient communication as part of the personalized treatment process. Patient – doctor – pharmacist – pharmaceutical plant relationship model. *Quarterly Journal Fides et Ratio*, 50(2), 117-122. <https://doi.org/10.34766/fetr.v50i2.1069>
- Bem, A. (2011). Podstawowa opieka zdrowotna – rola w systemie ochrony zdrowia, mechanizmy wynagradzania świadczeniodawców. *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 158, 566-575.
- Chan, I.S., Ginsburg, G.S. (2011). Personalized Medicine: Progress and Promise. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 12, 217-244. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-082410-101446>
- Chapman, B.P., Roberts, B., Duberstein, P. (2011). Personality and Longevity: Knowns, Unknowns, and Implications for Public Health and Personalized Medicine. *Journal of Aging Research*, Volume 2011.
- Chen, L., Tang, H., Guo, Y. (2022). Effect of patient-centered communication on physician-patient conflicts from the physicians' perspective: A moderated mediation model. *Journal of Health Communication*, 27(3), 164-172.
- Chmielewska, M., Kostrzewa-Itrych, A., Kostrzewa, T., Hermanowski, T. (2017). Znaczenie komunikacji farmaceuty z pacjentem w terapii bólu nowotworowego. *Farmacja Współczesna*, 10, 29-35.
- Cirillo, D., Valencia, A. (2019). Big data analytics for personalized medicine. *Current Opinion in Biotechnology*, 58, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.copbio.2019.03.004>
- Desouza, K.C., Evaristo, R.J. (2006). Project management offices: A case of knowledge based archetypes. *International Journal of Information Management*, 26(5), 414-423. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2006.07.002>
- Drela, K. (2007). Rewolucja komunikacyjna i informatyczna w UE. (W:) A. Szewczyk (red.), *Problemy społeczeństwa informacyjnego*, 50-56. Szczecin: Printshop.
- Donisi, V., Perlini, C., Mazzi, M. A., Rimondini, M., Garbin, D., Ardenghi, S., Rampoldi, G., Montelisciani, L., Antolini, L., Strepparava M.G., Del Piccolo L. (2022). Training in communication and emotion handling skills for students attending medical school: Relationship with empathy, emotional intelligence, and attachment style. *Patient Education and Counseling*, 105(9), 2871-2879. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.05.015>
- Frączek, A. (2012). Komunikacja interpersonalna. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, t. IX, 118-131.
- Gaciong, Z. (2009). Medycyna personalizowana – nowa era diagnostyki i farmakoterapii. *Biotechnologia*, 5, *Monografie*, 11-17.
- Gaciong, Z. (2015). Hipertensjologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 113-122. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Gaciong, Z. (2016). Medycyna personalizowana: przeszłość i przyszłość, nadzieje i zagrożenia. (W:) Z. Gaciong, J. Jassem, A. Kowalik, K. Krajewski-Siuda, P. Krawczyk, K. Łach (red.), *Medycyna personalizowana*, 15-26. Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia.
- Garbarczyk, K. (2021). Organizacja i metody finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i innych wybranych państwach. (W:) M. Jamróży, A. Karbowski (red.), *Rozważania ekonomiczne studentów SGH*, 55-80. Warszawa: Wydawnictwo SGH.
- Gębska-Kuczerowska, A. (2023). Choroba przewlekła. (W:) J. Bleszyński, A. Fidelus (red.), *Studenci z różnymi niepełnosprawnościami. Raport nt. wsparcia instytucjonalnego. Co warto zmienić?*, 39-50. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Hamburg, M.A., Collins, F.S. (2010). The Path to Personalized Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 363, 301-304. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1006304>
- Jain, K.K. (2002). Personalized medicine. *Current Opinion in Molecular Therapeutics*, 4(6): 548-558.
- Jarema, M. (2015). Psychiatria. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 167-176. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Jarosz, M.J., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubzda, A. (2012). Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18 (3), 212-218.
- Kadłubowska, M., Kózka, M. (2014). Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie z bólem niedokrwiennym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(3), 293-299.
- Kaleta, D. (2016). Miejsce medycyny personalizowanej w koncepcji zdrowia publicznego. (W:) Fronczak A. (red.), *Medycyna personalizowana. Mity, fakty, rekomendacje*, 11-18. Łódź: Holograf.
- Kardas, P. (2014). Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12(4), 331-337. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.14.035.3795>
- Kardas, P. (2015). Interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 53-64. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.



- Kupryś-Lipińska, I., Kuna, P. (2015). Pneumonologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 123-136. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Kurpas, D., Hans-Wytrchowska, A., Mroczek, B. (2011). Choroby przewlekłe w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review*, 13(2), 325-327.
- Ladd, R.E., Forman, E.N. (2011). Wzajemne relacje pediatra – pacjent – rodzic. *Pediatrics po dyplomie*, 15(6), 62-64.
- Magnuszewska-Otulak, G. (2013). Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 21(2), 85-107.
- Małeczka-Panas, E., Mokrowiecka, A. (2015). Gastroenterologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 157-166. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Małeczki, Ł. (2018). Radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta. (W:) M. Nowina-Konopka, W. Feleszka, Ł. Małeczki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, 123-140. Kraków: Medycyna praktyczna.
- Małeczki, Ł., Nowina-Konopka, M. (2018). Budowanie relacji. (W:) M. Nowina-Konopka, W. Feleszka, Ł. Małeczki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, 41-49. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Mendyk, K., Kowalik, M., Kuczyński, B., Nurzyńska-Flak, J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień*, 267-276. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel.
- Moslehpour, M., Shalehah, A., Rahman, F.F., & Lin, K.H. (2022). The effect of physician communication on inpatient satisfaction. *Healthcare*, 10(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare10030463>
- Muszyńska, K. (2010). *Kształtowanie modelu komunikacji w zespole projektowym*. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński, nieopublikowana praca doktorska.
- Nęcki, Z. (2000). *Komunikacja Międzyludzka*. Antykwa.
- Nowakowska, E., Metelska, J., Matschay, A., Burda, K., Czubak, A., Kus, K. (2009). Czy warto inwestować w medycynę personalizowaną? *Biotechnologia*, 2 (85), Monografie, 50-56.
- Nowina-Konopka, M. (2016). *Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: UJ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2016). *Podstawowa opieka zdrowotna. Potencjał i jego wykorzystanie*. Warszawa: NFZ.
- Oleszczyk, M. (2014). *Jakość podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce w ocenie pacjentów*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, nieopublikowana praca doktorska.
- Pease, A., Pease, B. (2019). *Mowa ciała*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Schork, N. (2015). Personalized medicine: Time for one-person trials. *Nature*, 520, 609-611. <https://doi.org/10.1038/520609a>
- Senn, S. (2018). Statistical pitfalls of personalized medicine. *Nature*, 563, 619-621. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-07535-2>
- Sewerynek, E., Stuss, M. (2015). Endokrynologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 177-186. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Sharma, S., Arora, K., Chandrashekar, Sinha, R.K., Akhtar, F., Mehra, S. (2021). Evaluation of a training program for life skills education and financial literacy to community health workers in India: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 21, 1-10.
- Sikorski, S. (2018). Opieka koordynowana/zintegrowana na gruncie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. *Studia nad Rodziną*, 22(1), 99-112.
- Sikorski, S., Mędrzycki, R. (2021). *Nowe zawody w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Skawińska, M. (2009). Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec). (W:) S. Gałuszek (red.), *Studia medyczne*, 13, 69-78. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego.
- Sobczak, K. (2019). Relacje lekarz-pacjent jako szczególna forma komunikacji interpersonalnej. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Kadr Menedżerskich w Koninie*, 4, 23-40.
- Stelmach, I., Jerzyńska, J. (2015). Pediatria. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 187-196. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Stępińska, J. (2015). Kardiologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 145-156. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Sulkowska, A., Milewski, S., Kaczorowska-Bray, K. (2018). Komunikacja lekarz-pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*, 7, 36-55. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03>
- Suwinski, P., Ong, C., Ling, M.H.T., Poh, Y.M., Khan, A.M., Ong, H.S. (2019). Advancing Personalized Medicine Through the Application of Whole Exome Sequencing and Big Data Analytics. *Frontiers in Genetics*, Volume 10. <https://doi.org/10.3389/fgene.2019.00049>
- Świrydowicz, T. (2011). Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanych stadium choroby nowotworowej. (W:) M. Obrębska (red.), *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*, 175-206. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Taff, H., Gilkerson, L., Osta, A., Lee, A.S., Schwartz, A., Chunara, Z., McGinn, L., Pillai N., Barnes M.M. (2023). Strengthening Parent – Physician Communication: A Mixed Methods Study on Attuned Communication Training for Pediatric Residents. *Teaching and Learning in Medicine*, 35(5), 577-588. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2107528>
- Tavakoly Sany, S.B., Behzad, F., Ferns, G., Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20, 1-10.
- Tłustochowicz, M. (2015). Reumatologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 209-216. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Dz.U. 2017 poz. 2217. (Za:) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170002217/U/D20172217Lj.pdf> (dostęp: 20.03.2024).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135. (Za:) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20042102135/U/D20042135Lj.pdf>(dostęp: 20.03.2024).
- Walicka, M., Franek, E. (2015). Diabetologia. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 137-144. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Włoszczak-Szubzda, A., Jarosz, M.J. (2012). Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(3), 206-211.
- Wysocka, M., Frydrych, J., Klimkiewicz, A., Jarosz, J., Pasierski, T. (2021). Potrzeby pacjentów i ich rodzin objętych opieką hospicjum stacjonarnego w dobie pandemii COVID-19 – podobieństwa i różnice. Badanie jakościowe. *Medycyna Paliatywna*, 13 (2), 71-82. <https://doi.org/10.5114/pm.2021.107673>

- Wysocki, P.J., Handschuh, P., Mackiewicz, A. (2009). Medycyna personalizowana z perspektywy onkologa. *Biotechnologia* 5, 18-26.
- Zaborowski, P. (2019). Komunikacja... i co dalej?. (W:) M. Doroszewska, M. Kulus, M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, 89-97. Warszawa: Polska Akademia Nauk.
- Zaleska-Żmijewska, A., Szaflik, J. (2015). Okulistyka. (W:) Z. Gaciong, P. Kardas (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, 197-208. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.