

COMUNICAREA DIAGNOSTICULUI DE BOALĂ INCURABILĂ LA COPII – O PROVOCARE PENTRU PROFESIONISTI

DIAGNOSIS COMMUNICATION TO CHILDREN WITH DISABLED DISEASE - A CHALLENGE FOR PROFESSIONALS

Teodora Mathe; Liliana Rogoza

Facultatea de Medicină Braşov, Universitatea Transilvania

Autor corespondent: *Teodora Mathe*, e-mail teomathe12@gmail.com

Abstract:

Good communication between professionals and patients is often the key to quality health care. Disclosure truth regarding incurable disease is however a problem, many professionals disagree, feel vulnerable. Moreover in the case of children with life limiting illness for some professionals telling truth it becomes an extremely difficult task. The emotional charge is larger and the idea of incurable disease for children often contradicts the idea of meaning of life.

Key-words: *communication, patient, incurable disease, doctor, medical care.*

Introducere

Comunicarea este o aptitudine esențială a personalului medical, deoarece medicii și asistenții medicali comunică cu pacienții și familia acestora mai des decât aplică oricare din procedurile medicale. [3]

Clinicienii au nevoie de abilități de comunicare bune, pentru a diagnostica și trata bolile, pentru a stabili și menține o relație terapeutică și pentru a oferi informații și a instrui. [22]

Pacienții copii cu boli limitatoare sau amenințătoare de viață se constituie într-un grup foarte heterogen. Boala limitatoare de viață este aceea care în mod obișnuit duce la moarte prematură [2]

Medicii au fost instruiți pentru a menține starea de sănătate și pentru a lupta cu boala și au fost puțin instruiți în ceea ce privește comunicarea cu pacienții aflați pe moarte și cu familiile acestora.

Unele studii au explorat barierele și strategiile de comunicare despre sfârșitul vieții în cazul pacienților adulți bolnavi de cancer, SIDA sau alte boli. Discuțiile despre sfârșitul vieții în cazul pacienților copii vor fi diferite față de cele purtate în cazul adulților. [21]

Un diagnostic de cancer reprezintă deseori o transformare majoră a vieții, boala în sine devine o provocare pentru pacient și întreaga comunitate din care face parte. [10]

Semnificația pe care oamenii o dau evenimentelor este importantă pentru clinicieni

dacă aceștia doresc să comunice efectiv cu familiile. A întreba o persoană foarte bolnavă ce anume vrea să facă într-o situație particulară va permite profesioniștilor să afle exact unde se situează aceasta și să elimine presupunerile. [16]

Relația unui clinician cu un pacient copil va fi centrată în primul rând pe promovarea unei calități a vieții ridicată pentru acesta. Dezvoltarea unei astfel de relații va facilita luarea deciziilor de către familie și va preveni anumite conflicte precum și probleme ca doliul patologic. [20]

Copilul trebuie privit de către echipa medicală ca o persoană aparte, o ființă umană, cineva care înainte de a fi bolnav este un copil, care are nevoie să fie iubit și acceptat de către părinți, are dreptul la copilărie și respect. [13]

Diferența semnificativă este dată de faptul că părinții joacă un rol important în comunicarea cu pacienții copii, ei se pot constitui într-un tampon în comunicarea dintre profesioniști și copii. Ei decid când și cum și se poate spune copilului despre boală. Comunicarea cu copiii și adolescenții bolnavi de cancer ar trebui încadrată în contextul familial sau al altei rețele de suport existente. Acest lucru face comunicarea despre boală cu pacienții copii mult mai sensibilă și mai complexă decât cea cu pacienții adulți [21]

În general apropierea decesului unui copil este un subiect pe care cei implicați în îngrijire nu doresc să îl abordeze. Refuzul de a discuta despre moarte ține de o multitudine de factori

emoționali și etici, inclusiv de tendința naturală din familiile copiilor cu boala terminală de a evita veștile proaste și conflictele de orice fel cu îngrijitorii care ar trebui să aibă un rol protector.[6]

Scurt istoric al dezvăluirii diagnosticului în practica medicală

Medicina americană are o istorie lungă în ceea ce privește ascunderea informațiilor pentru a proteja pacienții de vătămările produse de veștile proaste. American Medical Association (AMA) în Codul de etică în 1847 a declarat: „Un medic ar trebui să fie departe de a face prognoze sumbre pentru că un medic ar trebui să fie ministrul speranței și confortului celor bolnavi.” Având în vedere că boala oncologică a fost în esență o boală terminală, această abordare a fost probabil înrădăcinată atât din preocuparea pentru bunăstarea pacientului și pentru disconfortul personal al medicului. Codul a declarat în continuare: „Viața unei persoane bolnave poate fi scurtată, nu numai prin actele, ci și prin cuvintele sau comportamentul unui medic. Această abordare a persistat pentru următorul secol. Recent, în 1961, un studiu a constatat că 90% dintre medicii au preferat să nu dezvăluie diagnostice de cancer pacienților adulți.

Pe parcursul anilor 1960 și 1970, factorii profesionali și sociali au dus la schimbări majore în concepția relației medic-pacient. Bioetica modernă și schimbările privind drepturile pacienților au scos în evidență autonomia și autoritatea acestora de a lua decizii medicale personale.

În ciuda acestei lungi istorii în medicina pentru adulți, puțină atenție a fost acordată dezvăluirii adevărului în pediatrie, până în 1950. Înainte de data aceasta, cea mai mare parte a mortalității infantile a fost atribuită tuberculozei și infecțiilor acute. Cancerul a devenit o cauză relativ mai mare a mortalității la copii după ce numărul deceselor datorate infecțiilor a scăzut ca răspuns la antibiotice, nutriție, vaccinare și îmbunătățirea igienei. Dintr-o dată clinicienii au avut o dilemă în a comunica cu acești pacienți tineri cu privire la o boală de care „nici un copil nu a fost vreodată vindecat.”

Datorită lipsei de experiență și a unei pregătiri profesionale în acest sens, mulți profesioniști s-au simțit vulnerabili [17]

A fi onest și a avea o discuție sinceră în special despre diagnostic și prognostic constituie o problemă în spitale, pentru personalul administrativ, medici și asistentele medicale. În trecut practicienii au raportat că dezvăluirea adevărului putea fi privită ca o problemă etică.

Argumente pro și contra dezvăluirii adevărului

Argumente pro dezvăluirea adevărului

Autonomia este principiul etic recunoscut pe scară largă cu înțelesul de auto-determinare și autoguvernare în acțiunile unui individ. Pentru a putea determina cursul acțiunilor și a governa îngrijirea propriei persoane un pacient nu are nevoie de nimic altceva decât de dezvăluiri sincere. Orice altceva în afară de adevăr ar diminua abilitatea pacientului de a fi autonom și eșuează în a arăta respect pentru persoană. Împărtășirea informațiilor permite pacienților să planifice îngrijirea, să caute o a doua opinie și să își rezolve problemele personale și financiare.

Beneficiul fizic. Pacienții care știu adevărul sunt cei care au încredere în cei care îi îngrijesc și au tendința să coopereze în căutarea de tratamente. Încrederea generată de spunerea adevărului duce la o complianță la tratament care în cele din urmă duce la scăderea morbidității. Dezvăluirea adevărului despre diagnostic și prognostic susține toleranța la tratament, la durere și în general rezultatele sunt mai bune.

Beneficiul psihologic. Practicile înșelătoare riscă să fie descoperite și să ducă la neîncredere când pacienții ajung la concluzia că nu li s-a spus despre diagnostic și prognostic. Prin urmare relația pacient – îngrijitor sau pacient – familie devine tensionată. Pacienții devin suspicioși și asta poate să ducă la izolare socială în sensul de „abandon” și ei devin incapabili să mai caute sfaturi la cineva. În cele din urmă cunoașterea diagnosticului și prognosticului este pe departe mai puțin debilitantă decât îngrijorarea față de necunoscut. Răul poate fi o consecință a descoperirii accidentale a adevărului și minciuna poate cauza suferință celor înșelați.

Binele intrinsec. Unii consideră că spunerea adevărului în relația îngrijitor pacient nu este similară cu cea din viața socială, este o

obligatie și o datorie. Așa cum spunerea adevărului are o valoare intrinsecă, nu este nici contextuală, nici fondată pe natura relațiilor. Indiferent de consecințe, indivizii dezvăluie întotdeauna adevărul. Baza acestui argument este aceea că prin înșelăciune nu se acordă respect cuvenit unei ființe capabile de autodeterminare și autogovernare. O formă de îngrijire bazată pe înșelăciune controlează gândirea unui pacient. Semnificația spunerii adevărului este privită în toate relațiile ca o lege universală în acord cu faptul că, o bună comunicare urmează convenții. Convențiile comunicării dictate de spunerea adevărului este o regulă de așteptat universal valabilă, o „promisiune implicită” în relația asistent medical pacient.

Argumente împotriva dezvăluirii adevărului

Autonomia. Atunci când un pacient solicită în mod explicit să nu i se spună adevărul, dezvăluirea acestuia poate fi omisă. Această autorizare de către pacient este subliniată de unii ca fiind cel mai important factor determinant atunci când se analizează o credință față de spunerea adevărului. În plus, o persoană își pierde autonomia, capacitatea de auto-determinare și autogovernare, atunci când este mental incompetentă. În consecință, unii cercetători propun această incompetență sau cogniție diminuată ca fiind justificarea pentru reținerea informațiilor și ascunderea adevărului.

Beneficiul fizic. Utilitatea socială sau personală a fost folosită drept argument împotriva dezvăluirii adevărului. Utilitatea în acest sens se referă la maximizarea fericirii și motivației celor în discuție. Utilitatea socială ca argument pentru tănuire este folosită în spitalele unde „materialele informative sunt ascunse”

Asistentele au raportat utilizarea înșelăciunii în cazul unui copil astmatic și a unui pacient anxios pentru a obține un răspuns terapeutic la medicamente. În ambele cazuri, prezentarea naturii reale a medicației a fost refuzată deoarece divulgarea acesteia ar fi determinat pacientul să refuze să ia medicamentele, ceea ce nu ar fi în interesul lor în ceea ce privește rezultatele tratamentului.

Spunerea adevărului poate cauza rău în situațiile de urgență deoarece poate cauza durere

sau poate fi responsabilă de provocarea morții.

Beneficiul psihologic. În spunerea adevărului intenția este importantă. Discutarea veștilor proaste este deseori evitată deoarece contravine principiilor eficienței și nonmaleficienței. Aceste două principii sugerează că dezvăluirea adevărului ar putea cauza pacienților stres, angoase, depresie, durere, furie și le-ar diminua speranța. Unii propun tănuirea ca mijloc de a păstra și proteja viața și de a menaja sentimentele celorlalți, de a evita răul și a promova starea de bine.

Principiul incertitudinii. Incertitudinea diagnosticului și prognosticului este oferită ca un argument pentru a nu spune adevărul. Acest principiu sugerează faptul că nu există certitudine în îngrijirea medicală, prin urmare nu există un „adevăr absolut” de dezvăluit.[19]

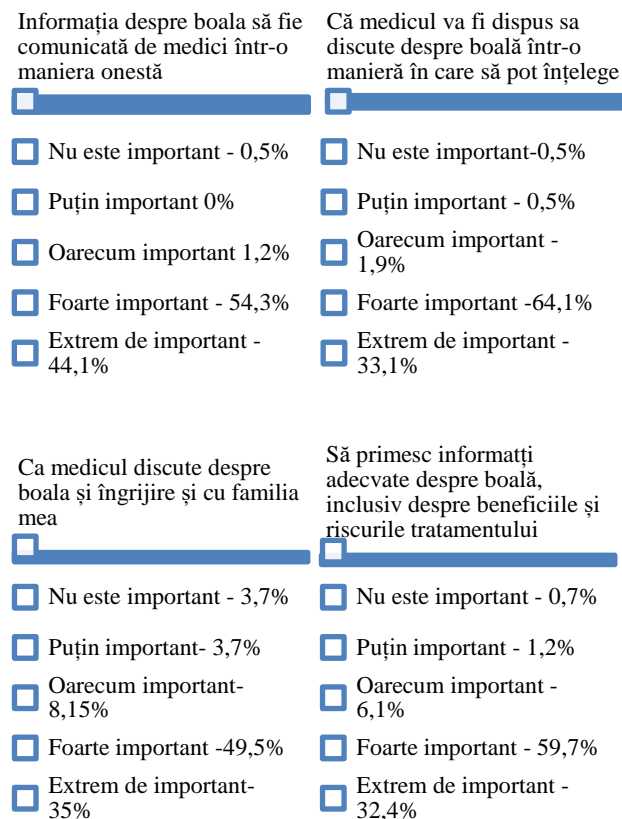
Există patru tipuri de incertitudini: cea legată de statusul bolii, de complexitatea tratamentului raportat la sistemul de sănătate, lipsa informațiilor despre diagnostic și severitatea bolii și incertitudinea despre prognostic și evoluția bolii [5]

Perspective privind dezvăluirea adevărului

Dezvăluirea adevărului din perspectiva pacienților

Încă din 1950 opinia pacienților în ceea ce privește dezvăluirea diagnosticului de cancer a fost luată în considerare. Studiile efectuate în Australia, SUA, Canada și Marea Britanie au raportat rezultate similare: pacienții cu cancer ar dori să știe despre boala lor. Rezultatele au fost similare și în cazul adolescenților cu cancer și a pacienților cu scleroză multiplă. De asemeni părinții copiilor diagnosticați cu leucemie au revendicat o discuție despre diagnostic și prognostic.[19]

Cele mai importante elemente în ceea ce privește comunicarea din perspectiva pacienților:



[7]

Dezvăluirea adevărului din perspectiva medicului

Problemele legate de diagnosticul de malignitate îi vizează pe oncologii care se confruntă frecvent cu comunicarea veștilor proaste și cu decesul pacienților. Nevoia de informare a pacienților a crescut, iar aceștia își consideră medicul curant ca fiind principala sursă de sprijin psiho-emoțional. Pe de altă parte oncologii nu sunt pregătiți din punct de vedere profesional pentru comunicare și pentru dimensiunile interpersonale ale îngrijirii pacientului oncologic [12]

Studiile efectuate între 1950 – 1970 când rezultatele tratamentului pentru cancer erau dezastruoase au evidențiat faptul că majoritatea medicilor considerau comunicarea veștilor rele inumană și dăunătoare pentru pacient. În mod ironic pe măsură ce tratamentele pentru cancer au schimbat evoluția acestuia și au dat speranță la momentul diagnosticului a apărut nevoia clinicienilor de a-și dezvolta abilitățile în ceea ce privește comunicarea veștilor proaste. [1]

În studiul efectuat de Fitts și Radvin la jumătatea secolului trecut pe 444 de medici care au fost întrebați dacă ar dezvălui diagnosticul de cancer, mai mult de jumătate au afirmat că ei de

obicei nu ar face acest lucru, 12% au spus că ei niciodată nu ar spune și 3% au afirmat că ei ar dezvălui adevărul întotdeauna. Într-un studiu făcut de Oken în 1961 din 219 medici chestionați, 10% au afirmat că ei ar dezvălui un diagnostic de cancer.

Zece ani mai târziu un studiu similar făcut pe un lot de 151 de medici a arătat că: 39% au fost ezitanți în a dezvălui adevărul, 22% refuză să discute natura terminală a bolii cu un pacient aparent sănătos, 54% erau pregătiți să facă dezvăluirea adevărului familiei, 37% ar respecta cererea familiei și 9% ar trece peste familie și ar ține cont de părerea pacientului.

Douăzeci de ani mai târziu după studiul lui Oken s-a observat o schimbare de atitudine în ceea ce privește spunerea adevărului pacienților bolnavi de cancer, respectiv 98% din medicii chestionați preferă să spună pacienților adevărul. [19]

Doctorii care posedă bune calități de comunicator au o satisfacție mai mare a muncii și mai puțin stres legat de locul de muncă [15]

Dezvăluirea adevărului din perspectiva asistenților medicali

Despre asistenții medicali și medici se spune că obișnuiesc să mintă prin omiterea adevărului, răspunsuri vagi, eufemistice și prin tănuire.

Asistenții medicali obișnuiesc să amăgească pacientul bazându-se pe faptul că dezvăluirea diagnosticului nu este în atribuțiile lor. Puțini asistenți mint însă pacientul, ei preferă să spună jumătăți de adevăr, refuză să înșele în mod deliberat. [19]

Deseori asistenții medicali sunt cei care sunt în linia întâi în ceea ce privește sprijinul copiilor și familiilor acestora în urma primirii unei vești proaste și pot fi chiar profesioniștii cei mai îndreptățiți în a comunica aceste vești.

Totuși comunicarea efectivă are un rol crucial pentru asistenții medicali și abilitățile în comunicare sunt o parte importantă în procesul lor de instruire.

În timp ce medicii explică de obicei tratamentul și efectele lui asupra pacienților, asistenții sunt cei care oferă detaliile. Pacienții s-ar putea să nu înțeleagă sau să înțeleagă greșit ce li se spune. Drept urmare deseori asistentului medical îi revine sarcina de a relua și prezenta din nou informația [18]

Pentru ca această comunicare să se realizeze în maniera cea mai potrivită posibil Royal College of Nursing a elaborat anumite principii privind comunicarea veștilor proaste de către asistenții medicali.

Principiile comunicării veștilor proaste ale RCN (Royal College of Nursing)

Principiul A. Asistentele medicale care trebuie să comunice o veste proastă vor trata fiecare pacient cu demnitate și omenie. Vor trebui să înțeleagă nevoile fiecărui individ, vor manifesta compasiune și sensibilitate și vor asigura îngrijirea respectând pacienții și în mod echitabil.

Principiul B. Asistentele medicale vor oferi informații într-un mod responsabil și vor fi capabile să răspundă de propriile raționamente, judecăți și acțiuni. În momentul în care vor comunica o veste proastă ele trebuie să caute să acționeze în acord cu pacienții, familiile și ceilalți îngrijitori precum și cu organismele profesionale și legislative.

Principiul C. Asistentele medicale care vor comunica o veste proastă vor aprecia care sunt riscurile care derivă din această acțiune și vor gestiona situația. Vor fi vigilenți în ceea ce privește aceste riscuri și vor face în așa fel încât fiecare pacient să se simtă în siguranță.

Principiul D. Asistentele medicale care vor comunica vești proaste o vor face în așa manieră încât pacientul să fie în centrul discuției. Vor implica pacienții, beneficiarii, familiile și îngrijitorii în luarea deciziilor și le vor da posibilitatea unor alegeri informate în ceea ce privește îngrijirea și tratamentul.

Principiul E. Asistentele medicale reprezintă sufletul procesului de comunicare; când are loc comunicarea veștilor proaste ele trebuie să rețină și să noteze modul în care au fost primite informațiile. Ele gestionează situații sensibile și confidențiale și acolo unde este cazul se confruntă cu reclamații. Trebuie să fie conștiente că toate motivele de îngrijorare trebuie cunoscute și de ceilalți.

Principiul F. Asistentele medicale care comunică vești proaste înțeleg că este necesar ca ele să își îmbunătățească cunoștințele, abilitățile și să acționeze inteligent cu o bună cunoaștere și înțelegere a nevoilor fiecărui individ aflat în îngrijire.

Principiul G. Asistentele medicale vor lucra în strânsă legătură cu propria echipă și cu

alți profesioniști. Vor căuta să se asigure că procesul comunicării veștilor proaste pacientului este unul coordonat, este de standarde înalte și are cele mai bune rezultate.

Principiul H. Asistentele medicale se vor constitui într-un exemplu, se vor dezvolta continuu atât pe ele cât și pe alți colegi. Vor căuta permanent să influențeze modul în care îngrijirea este acordată și modul în care o informație importantă, ca o veste proastă, este împărtășită să se facă într-o manieră deschisă care răspunde nevoilor individului.[8]

Procesul comunicării propriu zise

Indiferent de cadrul – social sau profesional – unul din primele lucruri pe care îl ai de făcut când dialoghezi cu oamenii este să-i faci să se simtă confortabil.

Oamenii cu care ne place să discutăm sunt cei care se dovedesc empatici față de noi – care demonstrează limpede că înțeleg ce simțim și ce spunem. [9]

Una din abilitățile necesare pentru a comunica este ascultarea. Ascultarea înseamnă nu doar a auzi ceea ce se spune, dar a și încerca să înțelegi ceea ce se află dincolo de cuvintele rostite.[22]

Cele cinci reguli de aur ale ascultării

Folosiți „ascultarea activă”. Ascultarea activă este o metodă remarcabilă de a-i încuraja pe alții să continue să vorbească și de a vă asigura ca înțelegeți ce vă comunică

Folosiți încurajări minime. Încurajările minime pot tripla durata relatărilor celeilalte persoane și cantitatea de informații pe care o oferă

Mențineți contactul vizual cu interlocutorul. Priviți-vă interlocutorul în ochi pe toată perioada cât și el vă privește în ochi. În felul acesta între voi se stabilește o legătură

Aplecați-vă spre interlocutor. Avem tendința să ne îndepărtăm de persoanele care nu ne plac sau ne plictisesc. Aplecați-vă în față, arătați-vă interesul

Nu întrerupeți interlocutorul. Nu schimbați subiectul. Evitați nevoia de a schimba subiectul. Lăsați vorbitorul să termine ce are de spus. [14]

Elemente de bază ale unei conversații reușite sunt:

- Onestitatea
- Atitudinea potrivită
- Interesul față de interlocutor
- Franchețea în ceea ce te privește

Comentarii de genul „Ce tragedie!” sau „Este o pierdere ireparabilă” sugerează că le cântăriți suferința, ceea ce nu e cazul. E mai bine să spunem ce simțim – să arătăm compasiunea, fără să fim patetici.[9]

Protocoale privind comunicarea veștilor proaste la copii

Protocolul Kaye (1996) în 10 pași și SPIKES(2000) privind comunicarea veștilor proaste, precum și mnemonicul ABDCE folosit în evaluarea copilului cu o afecțiune acută oferă un suport și au fost dezvoltate pentru a crea o structură în procesul comunicării veștilor proaste. Cadrul de lucru este flexibil și permite profesioniștilor să se bazeze pe judecata lor clinică, așa că procesul comunicării veștilor proaste se poate face în mai multe moduri și poate acoperi un număr mare de situații.

Aceste cadre de lucru pot fi grupate în patru etape pentru a face acest act mai facil și mai ușor de aplicat în practica clinică:

- Pregătirea – personală, a mediului și a beneficiarilor
- Comunicarea – oferirea de informații
- Planificarea – punerea de acord legat de ceea ce urmează
- Follow-up – documentarea, furnizare de informații scrise, legături cu alte agenții [8]

Când un copil ajunge în situația ca boala oncologică este incurabilă, părinții sunt supuși la multe conversații provocatoare cu echipa medicală. Aceste conversații au mai existat și la momentul diagnosticului însă acum când scopul îngrijirii se schimbă, din curativ devine paliativ se schimbă și natura comunicării [11]

Comunicarea cu copii și familiile lor despre trecerea la îngrijiri paliative:

În situațiile în care copilul se află la sfârșitul vieții sunt foarte importante întâlnirile dintre medic, echipa de îngrijire și membrii familiei. Aceste întâlniri trebuie organizate pentru a afla exact care sunt nevoile familiilor și se va sublinia că simptomele copilului vor fi abordate adecvat. Vor fi oferite informații oneste și clare despre starea pacientului și

tratament, este nevoie de multa bunăvoință în a asculta familiile, a-i încuraja să își exprime emoțiile și în același timp nu se uită și de preferințele pacientului. [4]

Concluzii

Înainte de a face presupuneri, profesioniștii ar trebui să se bazeze pe comunicare terapeutică și să afle de la pacienți și familii care sunt preferințele și cerințele informaționale.

Cercetările în ceea ce privește spunerea adevărului ar trebui să continue, să descopere în mod particular aspect culturale și alte context în care spunerea adevărului ar putea să nu fie preferată

Majoritatea pacienților doresc să afle adevărul despre sănătatea lor. Activitatea practică a asistenților medicali și medicilor a reorientat comunicarea către una onestă despre starea de sănătate a pacienților.

Bibliografie:

- [1] Baille WF, Buckman R, Lenzi R, Glocker G, Beale E, Kudelka A – SPIKES – A Six Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer – The Oncologist 2000; 5:302-311
- [2] Buzgova R, Palenikova A – Lived Experience of Parents of Children with Life-Limiting and Lifethreatening Disease – Central Europe Journal nurses and Midwives 2015 6(1) 729-735
- [3] Fallowfield LJ- Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care, Palliative Medicine 2002; 16;297-303
- [4] Ferrel B, Coyle N – Oxford Textbook of Palliative Nursing — Oxford University Press, New York, 2010 p 1024;1030
- [5] Fortier MA, Batista ML, Wahi A, Kain A, Storm S, Sender LS – Illness Uncertainty and Quality of Life in Children With Cancer – Journal of Pediatric Hematology/Oncology, 2013 vol 35, nr. 5 July 366-370
- [6] Gaab E, Owens RG, MacLend RD – Primary Caregivers Decision Around Communicating About Death With Children Involved in Pediatric Palliative Care – Journal of Hospice and Palliative Nursing 2013; 15(6): 332-329
- [7] Heyland D, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, Shortt S, Tranmer

- J, Lazar N, Kutsogiannis J, Lam M – What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members, CMAJ. 2006 Feb 28; 174(5): 627–633
- [8] [8] Hollis R, Corkin D, Crawford D, Campbell M, Coad J, Davis J, Dunlop S, Hutchinson R, Shirtkiffe J – Breaking bad news: supporting parents when they are told of their child diagnosis –Royal College of Nursing october 2013 p 8-19
- [9] [9] King L, Gilbert B) Secterele comunicarii – Editura Amaltea Bucuresti 2002 –p 11;21; 48
- [10] [10] Kristiansen M, Thomsen T, Krasnik A – “Sometimes You Just Have to Walk Alone” – Meanings of Emotional Support Among Danis Born and Migrant Cancer Patients – Journal of Psychosocila Oncology, 2010 28:699-717,
- [11] [11] Lannen P, Wolfe J, Mack J, Onelov E, Nyberg U, Kreicbergs U – Absorbing Information about Child`s Incurable Cancer – Oncology 2010; 78:259-266
- [12] [12] Mazilu L, Niculescu Z, Suceveanu AI, Suceveanu AP, Tofolean D, Adam T – Probleme de etica in comunicarea cu pacientul oncologic Revista Romana de Bioetica 2010 vol 8 nr. 3 p 81 – 87
- [13] [13] Negrea I – Comunicarea Diagnosticului unui Nou Nascut. Importanta abordarii Parintilor si Copilului – 2010 Revista Romana de Pediatrie Vol LIX p 13 -15
- [14] [14] Pease AB – Abilitati de comunicare - Bucuresti – Curtea Veche 2007 - pag. 20-23
- [15] [15] Ramirez AJ, Graham J,Richards MA, Cull A, Gregory WM – Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction of work. Lancet 1995;16:724-8
- [16] [16] Stiefel F Communication in Cancer Care — Ed Springer Leipzig 2006 p 66)
- [17] [17] Sisk B, MD, .Bluebond-Langner M, PhD, Wiener L PhD, Mack J, MD, MPH, and Wolfe J, MD, – Prognostic Disclosures to Children: A Historical Perspective – MPH Pediatrics. 2016 Sep; 138(3)
- [18] [18] Sonnek FC, Muilekom E – Metastatic castration resistant prostate cancer. Part 2: helping patient make informed choises and managing treatment side effects – European Journal of Oncology Nursing 2013 17(S1) p 7-12)
- [19] [19] Tucket A. – Truth Telling in Clinical Practice and the Arguments For and Against – A review of the literature – Nursing Ethics 2004 11 p 500-508
- [20] [20] Wolfe J, Hinds P, Sourkes B Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care – Elsevier Saunders, China 2011 p 125
- [21] [21] Yoshida S, Shimizu K, Kobayashi M, Inoguchi H, OshimaY, Dotani C, Nakahara R, Takahashi T and Kato M – Barriers of Healthcare Providers Against End-of-life Discussions with Pediatric Cancer Patients Jpn J Clin Oncol 2014;44(8)729–735
- [22] [22] (Zeppetella G – Ingrijirea paliativa in practica clinica – Ed FarmaMedia Targu Mures 2014 p 11, 14)