

Patrycja Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Teresa Radzik

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Informowanie pacjenta – istotna składowa praktyki pielęgniarstwa

Patient information – an essential component of nursing practice

STRESZCZENIE

Przekazywane pacjentom informacje stanowią podstawę do wyrażania przez nich świadomej zgody na proponowane im działania, są również wyrazem poszanowania ich autonomii. Obowiązek udzielania informacji przez pielęgniarki (informowania) wynika zarówno z unormowań etycznych, jak i prawnych. Przekazywanie informacji co do zakresu i formy jest uzależnione od potrzeb pacjenta, ale wynika także z praktyki panującej w danej grupie zawodowej czy placówce. Udzielanie informacji pacjentom w taki sposób, by były one adekwatną odpowiedzią na ich potrzeby, stanowi dla pielęgniarek wyzwanie i wymaga niejednokrotnie odejścia od schematycznego jej przekazywania.

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień związanych z informowaniem pacjentów przez pielęgniarki w ramach pełnienia ich roli zawodowej.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 292–296

Słowa kluczowe: informowanie pacjenta; pielęgniarstwo

ABSTRACT

All information provided to patients constitutes not the basis for expressing their informed consent for the actions proposed to them, but it also means respect for their autonomy. The obligation of the nurse to provide information (informing) results from both ethical and legal regulations. As far as the scope and the form of transmitting information is concerned, it depends on the patient's needs, and this arises as well from the practice prevailing within a given professional group or institution. Providing information to patients in such a way that it should be an adequate response to their needs is a challenge for nurses, which often requires a departure from its schematic transmission.

The study is aimed at presenting selected issues related to patient's being informed by nurses in the context of their professional role.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 292–296

Key words: patient information; nursing

Wstęp

Przeobrażenia współczesnego świata i postępująca medykalizacja są związane między innymi ze zmianami w sferze przekazywania pacjentom informacji dotyczących ich stanu zdrowia, a także prowadzonego procesu terapeutycznego, w tym opieki pielęgniarstwa. Adekwatne co do potrzeb i skuteczne przekazywanie informacji korzystnie wpływa na opiekę i proces terapeutyczny, polepszając jego jakość oraz

zwiększając wzajemne zaufanie pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Informowanie pacjentów stanowi przejaw prawdomówności, której obowiązek wynika z poszanowania ich godności, autonomii oraz najlepiej pojmowanego interesu. Ponadto prawdomówność wpływa korzystnie na relacje terapeutyczne oraz wzmacnia zaufanie społeczne wobec przedstawicieli opieki zdrowotnej. Wynika ona także z istoty wykonywania zawodów medycznych i swego

Adres do korespondencji: dr n. hum., mgr piel. Patrycja Zurzycka, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJCM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel. 12 421 40 10, faks 12 429 48 72, e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0048

rodzaju kontraktu, który jest zawierany pomiędzy profesjonalistą a pacjentem w momencie rozpoczęcia korzystania z opieki medycznej [1–4].

Pielęgniarki są w sposób istotny zaangażowane w przekazywanie informacji adekwatnych do potrzeb pacjentów. Wynika to z obowiązku umocowanego zarówno w unormowaniach etycznych dotyczących wykonywania zawodu, jak i w prawie stanowionym. Informowanie, a także prowadzenie szeroko pojętej edukacji jest integralnym elementem praktykowania zawodu pielęgniarki zarówno ze względu na bliskość i specyfikę kontaktu z pacjentem oraz jego bliskimi, jak i na przygotowanie merytorycznie w tym zakresie [5–7].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień związanych z informowaniem pacjentów przez pielęgniarki w ramach pełnienia ich roli zawodowej.

Przekazywanie informacji jako podstawa wyrażenia świadomej zgody w procesie terapeutycznym

Informowanie pacjenta jest jednym z kluczowych elementów stanowiących podstawę do wydania świadomej i autonomicznej zgody. Podjęcie autonomicznej decyzji na podstawie udzielonych pacjentowi informacji wymaga czasu na przemyślenie przekazanych wiadomości oraz analizę możliwych wyborów wraz z potencjalnymi ich konsekwencjami. Informacja udzielona w niewystarczającym stopniu lub w sposób niezadowolający czy niezrozumiały dla pacjenta nie tylko nie może stanowić podstawy wydania świadomej zgody, ale także może stwarzać realne niebezpieczeństwo dla pacjenta [8, 9].

Informowanie pacjenta nie jest zazwyczaj jednorazową interakcją, lecz trwa tak długo, jak długo pacjent jest objęty opieką. Udzielanie informacji w formie i zakresie zgodnym z oczekiwaniami pacjenta i jego bliskich pozwala mu na lepsze ich zrozumienie, a także ma wpływ na dalsze stosowanie się do przekazywanych wskazówek i zaleceń. Trudno jednakże w sposób jednoznaczny określić, jaki standard skutecznej i efektywnej komunikacji z pacjentem i jego bliskimi jest najbardziej prawidłowy w indywidualnym przypadku. Wybór sposobu przekazywania informacji powinien być uzależniony przede wszystkim od preferencji samego pacjenta i jego bliskich. Powinien być także oparty na powszechnej praktyce, nierozzerwalnie związanej z tradycją, obowiązującą w zakresie przekazywania informacji w określonej grupie profesjonalistów oraz może pozostawać w relacji z indywidualnym stylem pracy przedstawiciela opieki zdrowotnej [2, 4, 10]. Istotnym elementem przekazywania informacji jest otrzymanie informacji zwrotnej dotyczącej zarówno tego, czy przekaz

odpowiadał oczekiwaniom pacjenta, ale także czy przedstawiane treści zostały poprawnie i właściwie zrozumiane. Ważne jest, by umożliwić pacjentowi i jego bliskim zadawanie pytań, posługiwać się zrozumiałą lub preferowaną przez nich terminologią [10, 11]. Należy również pamiętać, że przekazywanie pacjentom wszelkich informacji na temat ich stanu wpływa istotnie nie tylko na podejmowanie przez nich decyzji dotyczących opieki i terapii, ale także tych związanych z funkcjonowaniem społecznym czy zawodowym [12, 13].

Modele informowania pacjenta

Wśród modeli informowania opartych na relacjach pacjent–profesjonalista można wyróżnić model profesjonalno-praktyczny, model racjonalnego (rozumnego) pacjenta oraz model subiektywistyczny. Model profesjonalno-praktyczny zakłada, że zakres udzielanej informacji, jak i sposób jej przekazywania jest uzależniony od praktyki przyjętej w danej grupie profesjonalistów opieki. W tym modelu przekazywania informacji aktywną stroną jest pielęgniarka i to ona, na podstawie własnej oceny sytuacji, decyduje o tym, co i w jaki sposób powiedzieć pacjentowi i jego bliskim. W modelu tym są marginalizowane zarówno potrzeby pacjenta, jak i jego poziom wiedzy. Założenia takie w istocie nawiązują do paternalistycznego modelu relacji pacjent–profesjonalista ograniczającego autonomię decyzyjną pacjentów. Model racjonalnego czy też rozumnego pacjenta (model obiektywistyczny) zakłada, że zasób informacji, jaki jest przekazywany pacjentowi, powinien odpowiadać potrzebom hipotetycznego pacjenta wykazującego się zdrowym rozsądkiem. W tym modelu zakres informacji jest zależny teoretycznie od pacjenta, w praktyce problemem może być ustalenie zakresu i treści przekazywanych informacji ze względu na trudności w zdefiniowaniu potrzeb i oczekiwań hipotetycznego i racjonalnego pacjenta [7, 14–16]. W subiektywistycznym modelu przekazywania informacji uwaga koncentruje się na potrzebach konkretnego pacjenta. Potrzeby te są uzależnione od sytuacji pacjenta (klinicznej, ale także psychospołecznej), jego aktualnego poziomu wiedzy oraz szeregu innych indywidualnych czynników. W tym modelu informowania profesjonalista jest zobowiązany do udzielenia informacji w takim zakresie, w jakim życzy sobie tego pacjent, tak by przekaz ten mógł stanowić dla niego podstawę podejmowania autonomicznych decyzji [14]. Skupienie się na potrzebach pacjenta z pewnością jest wyrazem poszanowania jego podmiotowości, jednakże podejście subiektywistyczne jest związane z pewną dozą ryzyka polegającą na tym, że nie zawsze potrafi on sprzecyzować swoje potrzeby w zakresie informowania go, często ze względu na brak rozeznania w danym

obszarze. Może to prowadzić do sytuacji, w której pacjent będzie chciał mieć pełną wiedzę o swej sytuacji zdrowotnej, ale jednocześnie nie będzie wiedział, co w jej kontekście jest szczególnie istotne i o co pytać pielęgniarkę czy lekarza [14–16].

W praktyce najkorzystniejsze wydaje się łączenie modeli informowania pacjentów, czyli przedstawienie informacji, które co do treści i zakresu chciałby poznać racjonalny pacjent, a także które są powszechnie akceptowane przez określoną grupę profesjonalistów jako standard informacyjny. Uzupełnieniem przedstawionych treści powinno być udzielenie odpowiedzi na pytania zadawane przez pacjenta.

Informowanie pacjenta o wszelkich aspektach jego stanu zdrowia, rokowaniu oraz dalszym postępowaniu jest powszechnie obowiązującą praktyką wśród przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych. Udzielane informacje powinny się odnosić do aktualnego stanu klinicznego pacjenta, proponowanych interwencji i postępowania w procesie terapeutycznym wraz z opisem korzyści i ewentualnego ryzyka oraz możliwych alternatywnych rozwiązań [17]. Wspieranie pacjentów informacją stanowi o wzmocnieniu ich samostanowienia, a także wpływa na jakość świadczonej opieki. Pacjenci, którzy są informowani zgodnie z własnymi oczekiwaniami, biorą aktywny udział w procesie opieki i leczenia, a także są bardziej zadowoleni z jego przebiegu i wyników. Dlatego też w procesie przekazywania informacji istotna jest interdyscyplinarna współpraca, uwzględniająca specyfikę zawodów i kompetencje poszczególnych członków zespołu terapeutycznego [18, 19]. Znamiennym jest jednak, że pacjenci kierują swoje wątpliwości i pytania najczęściej do pielęgniarek, z którymi pozostają w ściślejszych relacjach [20].

Rola pielęgniarki w przekazywaniu informacji polega na ocenie potrzeb w zakresie informacji, identyfikacji i rozwiewania nieporozumień, zachęcania do dyskusji i zadawania pytań, wyjaśniania niezrozumiałej terminologii medycznej, a także na pomocy pacjentom i ich krewnym w radzeniu sobie z emocjami [12, 13]. Przekazywanie informacji i komunikowanie się stanowi istotny element praktykowania pielęgniarstwa we wszystkich jego obszarach, począwszy od edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, przez profilaktykę, udział w terapii i rehabilitacji. Dobra komunikacja pomiędzy pielęgniarkami a pacjentami ma zasadnicze znaczenie dla pomyślnego prowadzenia procesu zindywidualizowanej opieki. By móc to osiągnąć, konieczne jest autentyczne zaangażowanie obu stron tej relacji, obejmujące pozyskanie zaufania, szczerłość, uprzejmość i okazanie empatii. Istotne jest również poświęcenie dostatecznej ilości czasu, zapewnienie poufności i przyjaznego miejsca do rozmowy, stosowanie języka zrozumiałego i akceptowanego przez wszystkich uczestników interakcji (także w za-

kresie komunikacji pozawerbalnej) oraz umożliwienie zadawania pytań. Skuteczne informowanie wymaga całościowego poznania i zrozumienia pacjenta, co wymaga z jednej strony umiejętności, ale też autentycznego zaangażowania w sprawy pacjenta [21, 22].

Trudności związane z przekazywaniem informacji

Dostęp do niezbędnych informacji jest podstawowym warunkiem aktywnego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym. Wszelkie problemy w przekazywaniu informacji pacjentom, a także w komunikacji pomiędzy profesjonalistami czy placówkami opieki zdrowotnej niekorzystnie wpływają na opiekę nad chorymi [23]. Jako główne bariery w przekazywaniu informacji są wskazywane przez pielęgniarki: brak czasu (także na ponowne spotkanie w celu wyjaśnienia wątpliwości), niechęć pacjenta do otrzymania informacji, bariery praktyczne i organizacyjne (np. brak odpowiedniego miejsca), ograniczenia prawne odnoszące się do możliwości informowania [12, 21]. Istotną barierę stanowi również niedostatek lub brak kompetencji informacyjnych pracowników — zarówno merytorycznych, jak i związanych z umiejętnością przekazania informacji [15, 24, 25]. Ponadto przeszkodą może być także używanie niezrozumiałej terminologii, bariera językowa czy też kulturowa oraz wyładowywanie przez pacjentów czy ich bliskich swojej frustracji na personelu pielęgniarskim [21]. W dobie powszechności dostępu do informacji pielęgniarki i lekarze nie są już jedynym źródłem wiedzy dla pacjentów. Należy mieć na uwadze fakt, że wiedza pochodząca z mediów i zasobów Internetu nie zawsze jest wiarygodna i adekwatna do stanu zdrowia i potrzeb określonego pacjenta. Często informacje pozyskane przez pacjentów i ich bliskich wymagają korekty, której powinni dokonać profesjonalisci [17]. Istotne jest także uzmysłowienie sobie, że informowanie pacjenta jest powiązane z jego moralnym obowiązkiem aktywnego udziału w procesie terapeutycznym, w tym również w zakresie podejmowania decyzji, których podstawą jest udzielona mu informacja [26, 27].

Komunikowanie się personelu z pacjentami zawsze powinno być oparte na prawdzie. W razie braku pewności co do treści i zakresu informacji, jakie należy przekazać, stosowne jest poinformowanie pacjenta, że w danym momencie nie dysponuje się wiedzą, która umożliwiłaby udzielenie odpowiedzi na ich pytania. Oszustwo czy też zatajanie prawdy jest naganne, jako przeczące idei autonomii i świadomej zgody. Niektórzy praktycy uważają jednak, że pewne ograniczenia w prawdomówności mogą być korzystne dla dobra pacjenta (odwołanie się do zasady dobroczynienia) i są dopuszczalne [28]. Je-

dynie w wyjątkowych przypadkach, w świetle norm prawnych i etycznych, w zasadzie nieodnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarki, możliwe jest nieujawnianie informacji wynikające z inicjatywy profesjonalisty, zachowanie takie stanowi przykład tak zwanego przywileju terapeutycznego. Ma on miejsce wtedy, gdy są zatajane przed pacjentem informacje, których udzielenie, zdaniem profesjonalisty, mogłoby niekorzystnie wpłynąć na funkcjonowanie i dobrostan pacjenta [16]. Przywilej terapeutyczny zezwala zatem na ograniczenie udzielanej informacji, co nie oznacza, że może on być utożsamiany z przekazywaniem pacjentowi nieprawdy [7].

Formalne aspekty informowania pacjenta

Jedynie na podstawie otrzymania pełnej i wyczerpującej informacji może zapaść świadoma zgoda lub odrzucenie proponowanych procedur. Zarówno przepisy prawa, jak i zasady etyki zawodowej koncentrują się na obowiązku udzielania pacjentowi informacji w zakresie adekwatnym do wykonywanego zawodu [16]. Zakres informacji jest natomiast określony w sposób ogólny i uzależniony od zagadnienia, jakiego dotyczy. Informacja powinna być ujawniana samodzielnie, bez wyczekiwania na zapytanie ze strony pacjenta czy jego bliskich [16].

Obowiązek informowania pacjentów został umocowany w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej w artykule 16. Pielęgniarki i położne są obowiązane: informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu [29]. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi natomiast jednoznacznie, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, w tym prawo uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich [30].

Ponadto unormowania etyczne dotyczące praktykowania zawodu pielęgniarki odnoszą się do jej obowiązku udzielania informacji. W świetle kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka, pełniąc rolę zawodową, jest zobowiązana do udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania [31]. Kodeks etyki ICN dla pielęgniarek zawiera zapis mówiący o tym, iż pielęgniarka zapewnia, że osoba jest odpowiednio poinformowana o swojej sytuacji, dzięki czemu ma podstawy do wyrażenia zgody na opiekę i właściwe leczenie [32].

Przyjęte rozwiązania prawne odnoszące się do zakresu obowiązku informacyjnego realizowanego przez pielęgniarki wydają się zbyt wąskie w stosunku do przyznanych im kompetencji zawodowych [7]. Przepisy prawa upoważniają pielęgniarki, poza oczywistym sprawowaniem opieki pielęgniacyjnej, także do samodzielnego wykonywania (w ramach ograniczonych przepisami) świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Zakres przyznanych uprawnień nie pokrywa się więc z przyznanym zakresem obowiązków informacyjnych. W związku z zaistniałą sytuacją wydaje się, iż należałoby pielęgniarkom przyznać, poza prawem do udzielania informacji związanych z udzielaniem opieki pielęgniacyjnej, także prawo do udzielania informacji związanych ze świadczeniami wykraczającymi poza tę opiekę, realizowanymi samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Ponadto rozszerzenie obowiązku informacyjnego dla pielęgniarek wzmocniłoby ich samodzielność zawodową i pozycję w zespole terapeutycznym [7].

Podsumowanie

Aktywny udział pacjentów w procesie terapeutycznym staje się coraz bardziej powszechny, zwiększa się także ich zakres oczekiwań wobec świadczonej opieki, w tym oczekiwania dotyczące informowania. Przekazanie pacjentowi przez zespół terapeutyczny informacji o jego stanie zdrowia, rokowaniach i planowanych wobec niego działaniach opiekuńczych i terapeutycznych stanowi podstawę do wydania przez niego świadomej zgody na proponowane mu działania. Zarówno zakres, jak i sposób przekazywanych pacjentowi informacji może przybrać różną postać, w zależności od oczekiwań pacjenta oraz przyjętego przez danego profesjonalistę (lub grupę profesjonalistów) podejścia do udzielania informacji. W ujęciu teoretycznym można wyróżnić trzy modele przekazywania informacji, jednakże za najbardziej prawidłowe uznaje się ich łączenie.

Przekazywanie pacjentowi informacji stanowi istotny i uwarunkowany zarówno przepisami prawa, jak i wymogami etyki element praktyki zawodowej pielęgniarki. Jednakże wydaje się, że unormowania dotyczące obowiązku informacyjnego wypełnianego przez pielęgniarki nie są spójne ze zmianami, jakie dokonują się w obszarze poszerzania kompetencji zawodowych.

Piśmiennictwo

1. Parens E. On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*. 2013; 27(1): 28–35, doi: [10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x), indexed in Pubmed: 21535062.
2. Macdonald L, Stubbe M, Tester R, et al. Nurse-patient communication in primary care diabetes management: an exploratory study. *BMC Nurs*. 2013; 12(1): 20, doi: [10.1186/1472-6955-12-20](https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-20), indexed in Pubmed: 24028348.

3. Szewczyk K. Prawdomówność w medycynie. W: Różyńska J., Chańska W. (red.). Bioetyka. Wolters Kluwers, Warszawa. ; 2013: 108–119.
4. Jameton A. Information disclosure, ethical issues of. W: Post S. (red.). Encyclopedia of Bioethics 3rd edition. Macmillan, New York. ; 2004: 1264–1271.
5. Hutchison C, McCreddie M. The process of developing audiovisual patient information: challenges and opportunities. *J Clin Nurs*. 2007; 16(11): 2047–2055, doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01758.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01758.x), indexed in Pubmed: [17331092](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17331092/).
6. Dierckx de Casterlé B. Realising skilled companionship in nursing: a utopian idea or difficult challenge? *J Clin Nurs*. 2015; 24(21-22): 3327–3335, doi: [10.1111/jocn.12920](https://doi.org/10.1111/jocn.12920), indexed in Pubmed: [26248882](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26248882/).
7. Bączyk-Rozwadowska K. Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia*. 2011; 9(0): 59, doi: [10.12775/sit.2011.013](https://doi.org/10.12775/sit.2011.013).
8. Grime J, Blenkinsopp A, Raynor D, et al. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expectations*. 2007; 10(3): 286–298, doi: [10.1111/j.1369-7625.2007.00454.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00454.x).
9. Hellesø R. Information handling in the nursing discharge note. *J Clin Nurs*. 2006; 15(1): 11–21, doi: [10.1111/j.1365-2702.2005.01235.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01235.x), indexed in Pubmed: [16390519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16390519/).
10. Street RL. How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns*. 2013; 92(3): 286–291, doi: [10.1016/j.pec.2013.05.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.004), indexed in Pubmed: [23746769](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746769/).
11. Zomorodi M, Foley BJo. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *J Adv Nurs*. 2009; 65(8): 1746–1752, doi: [10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x), indexed in Pubmed: [19493141](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493141/).
12. Warnock C, Tod A, Foster J, et al. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs*. 2010; 66(7): 1543–1555, doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x), indexed in Pubmed: [20492016](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20492016/).
13. Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, et al. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *J Clin Nurs*. 2005; 14(10): 1167–1176, doi: [10.1111/j.1365-2702.2005.01233.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01233.x), indexed in Pubmed: [16238762](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16238762/).
14. Szewczyk K. Bioetyka. *Medycyna na granicach życia*. WNPWN, Warszawa. ; 2009: 119–121.
15. Ormandy P. Defining information need in health - assimilating complex theories derived from information science. *Health Expect*. 2011; 14(1): 92–104, doi: [10.1111/j.1369-7625.2010.00598.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00598.x), indexed in Pubmed: [20550592](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20550592/).
16. Kubiak R. The right to information. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2014; 46(3): 180–194, doi: [10.5603/AIT.2014.0033](https://doi.org/10.5603/AIT.2014.0033), indexed in Pubmed: [25078772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25078772/).
17. D'Agincourt-Canning L., Johnston C. Disclosure. W: Singer P. (red.). *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge University Press, New York. ; 2008: 24–30.
18. Rydeman I, Törnkvist L. The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *J Clin Nurs*. 2006; 15(10): 1299–1307, doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01379.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01379.x), indexed in Pubmed: [16968434](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16968434/).
19. Engel J, Prentice D. The ethics of interprofessional collaboration. *Nurs Ethics*. 2013; 20(4): 426–435, doi: [10.1177/0969733012468466](https://doi.org/10.1177/0969733012468466), indexed in Pubmed: [23329780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23329780/).
20. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs Ethics*. 2010; 17(2): 247–254, doi: [10.1177/0969733009351949](https://doi.org/10.1177/0969733009351949), indexed in Pubmed: [20185448](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20185448/).
21. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014; 26(1): 65–67, doi: [10.5455/msm.2014.26.65-67](https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67), indexed in Pubmed: [24757408](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24757408/).
22. Zaborowski P. Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem. W: Różyńska J., Chańska W. (red.). Bioetyka. Wolters Kluwers, Warszawa. ; 2013: 135–149.
23. Olsen RM, Østnor BH, Enmarker I, et al. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *J Clin Nurs*. 2013; 22(19-20): 2964–2973, doi: [10.1111/jocn.12246](https://doi.org/10.1111/jocn.12246), indexed in Pubmed: [23742093](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23742093/).
24. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *J Clin Nurs*. 2008; 17(21): 2935–2944, indexed in Pubmed: [19034992](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19034992/).
25. Redman BK. When is patient education unethical? *Nurs Ethics*. 2008; 15(6): 813–820, doi: [10.1177/0969733008095389](https://doi.org/10.1177/0969733008095389), indexed in Pubmed: [18849370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849370/).
26. Kangasniemi M, Halkoaho A, Länsimies-Antikainen H, et al. Duties of the patient: a tentative model based on metasynthesis. *Nurs Ethics*. 2012; 19(1): 58–67, doi: [10.1177/0969733011412105](https://doi.org/10.1177/0969733011412105), indexed in Pubmed: [22140181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22140181/).
27. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012; 27(10): 1361–1367, doi: [10.1007/s11606-012-2077-6](https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6).
28. Beauchamp T, Childress J. Veracity. W: (red.). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford University Press, New York. ; 2009: 288–295.
29. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. : zmianami.
30. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. : zmianami.
31. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2003.
32. The ICN Code of Ethics for Nurses revised 2012. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.