

Mgr Natalia Czyżowska
Katedra Psychologii
Uniwersytet Pedagogiczny
Kraków

Komunikacja zorientowana na pacjenta - ważny element wysokiej jakości opieki

Patient-centered communication - an important element of high-quality care

Abstrakt:

Celem artykułu jest przedstawienie idei komunikacji zorientowanej na pacjenta, która stanowi jeden z ważnych elementów opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Dobra komunikacja pomiędzy personelem medycznym, w szczególności lekarzem, a pacjentem może w znaczący sposób przyczynić się do satysfakcji pacjenta z opieki, a także zwiększyć szansę na dobór najbardziej adekwatnych metod leczenia pozostających w zgodzie z wartościami pacjentami. Artykuł zawiera propozycje konkretnych komunikatów, które mogą stanowić wskazówkę dla osób pracujących na co dzień z pacjentami. Choć styl komunikacji skoncentrowanej na pacjencie spotyka się z entuzjazmem większości osób nie można zapominać o indywidualnym podejściu do pacjentów, wśród których znajdują się także osoby z różnych przyczyn mogące preferować bardziej dyrektywny, biomedyczny styl komunikacji.

Słowa kluczowe: komunikacja zorientowana na pacjenta, opieka zdrowotna wysokiej jakości, komunikacja lekarz - pacjent

Abstract:

The aim of the article is to present the idea of patient-centered communication (PCC), which is one of the important elements of high-quality healthcare. Good communication between medical staff - in particular between a doctor and patient - can significantly contribute to patient satisfaction as well as increase the chance of choosing the most adequate treatment methods consistent with patients' values. The article contains proposals for specific phrases, which may be a hint for people working with patients on a daily basis. Although the patient-centered communication style meets with the enthusiasm of most people, it is important to remember about the individual approach to patients who for various reasons may prefer a more directive, biomedical style of communication.

Key words: patient-centered communication, high-quality healthcare, communication between a doctor and patient

Wprowadzenie

W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązuje się do jakości świadczonych usług medycznych, podkreślając jak ważne, oprócz poprawy stanu zdrowia i opanowania objawów, jest poczucie bezpieczeństwa i podmiotowe traktowanie pacjenta oraz jego rodziny. Amerykański Instytut Medycyny (Institute of Medicine - IoM)¹ w 2001 roku wśród

¹ W 2015 roku Instytut Medycyny (*Institute of Medicine - IoM*) został przemianowany na Narodową Akademię Medyczną (*National Academy of Medicine - NAM*).

sześciu elementów, które powinny charakteryzować opiekę wysokiej jakości, obok bezpieczeństwa czy skuteczności, wyróżnił także skoncentrowanie na pacjencie (ang. *patient – centeredness*). To zorientowanie na pacjenta oznacza, iż opieka powinna uwzględniać potrzeby i preferencje danej jednostki, a wszystkie decyzje kliniczne powinny pozostawać w zgodzie z wyznawanymi przez nią wartościami. Pacjent powinien mieć także możliwość dokonywania takich wyborów, które najlepiej odpowiadają jego indywidualnej życiowej sytuacji. Kluczowym elementem opieki zorientowanej na pacjenta jest zatem odpowiednia komunikacja (Levinson i in., 2010). Pozwala ona bowiem na rozeznanie potrzeb pacjenta i jego okoliczności życiowych jak również na przekazywanie istotnych informacji w sposób dla niego zrozumiały, co umożliwia mu podejmowanie świadomych decyzji w zgodzie z własnymi wartościami i przekonaniami. Jak pokazują badania komunikacja zorientowana na pacjenta wpływa pozytywnie na poziom satysfakcji (Yeh, Nagel, 2010), a także na przestrzeganie zaleceń lekarskich i wyniki leczenia (Stewart i in., 2000; Arora, 2003). Z kolei nieporozumienia i trudności komunikacyjne są silnie powiązane ze wzrostem prawdopodobieństwa włączenia niewłaściwego leczenia (Levinson i in., 1997). Jednym z powodów problemów w komunikacji w obszarze opieki zdrowotnej może być nadmierna koncentracja pracowników służby zdrowia na samych chorobach i radzeniu sobie z nimi, co sprawia, że ludzie i ich sytuacja życiowa znajdują się na dalszym planie (Dwamena i in., 2012). Wiadomo również, iż najczęstsze skargi pacjentów dotyczą tego, że lekarze nie zwracają należytej uwagi na ich obawy oraz nie przekazują wystarczającej ilości informacji odnośnie leczenia (Hickson i in., 1994). Wydaje się zatem, iż model komunikacji skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient – centered communication – PCC*) może przynieść wiele korzyści zarówno pacjentom i ich najbliższym jak również samym lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia, którzy będą mieli możliwość dobierania bardziej adekwatnych metod leczenia, co może nie tylko skrócić proces dochodzenia pacjenta do zdrowia, ale również obniżyć koszty leczenia. Istotną kwestią są także zachodzące zmiany społeczne, które powinny znajdować swoje odzwierciedlenie w obszarze służby zdrowia. Jeszcze jakiś czas temu za satysfakcjonującą uznawana była sytuacja, w której pacjent mógł zadawać lekarzowi pytania. Dominowało podejście biomedyczne, w którym lekarz pełnił rolę dyrektywną i koncentrował się przede wszystkim na problemach medycznych pacjenta. Obecnie jednak taki model opieki wydaje się nie być wystarczający. Model opieki zorientowanej na pacjenta idzie natomiast zdecydowanie dalej, gdyż tutaj lekarz niejako *zaprasza* pacjenta do współpracy i wymiany myśli (Epstein, Street, 2011).

1. Elementy komunikacji zorientowanej na pacjenta

Epstein i Street (2007) definiują komunikację zorientowaną na pacjenta pod względem procesu oraz rezultatów interakcji zachodzących pomiędzy lekarzem a pacjentem i zaliczają do niej:

- uzyskanie informacji (dotyczących obaw, uczuć, oczekiwań etc.), zrozumienie i weryfikacja perspektywy pacjenta,
- zrozumienie psychologicznego i społecznego kontekstu pacjenta,
- osiągnięcie wspólnego zrozumienia problemu pacjenta oraz możliwości leczenia,
- pomaganie pacjentowi w dzieleniu się władzą poprzez oferowanie mu sensownego zaangażowania w wybory dotyczące jego zdrowia.

Warto zwrócić uwagę, iż wiele elementów, o których pisze się w kontekście komunikacji zorientowanej na pacjenta, to po prostu atrybuty efektywnej komunikacji. W obszarze zachowań niewerbalnych wymienia się tu bowiem: utrzymywanie kontaktu wzrokowego, pochylanie się w kierunku pacjenta w celu okazania zainteresowania, potakiwanie głową, unikanie ruchów, które mogłyby rozpraszać lub wskazywać na zniecierpliwienie (np. wiercenie się na krześle). W przypadku zachowań werbalnych podkreśla się natomiast konieczność posługiwania się jasnym, zrozumiałym dla pacjenta językiem, dostarczanie potrzebnych wyjaśnień bez odwoływania się do specjalistycznego żargonu, upewnianie się czy pacjent zrozumiał to, co lekarz chciał mu przekazać, zadawanie pytań dotyczących rodziny i społecznego kontekstu funkcjonowania pacjenta, pozyskiwanie informacji o jego wartościach, potrzebach i przekonaniach (Epstein, Street, 2007). Należy również pamiętać o tym, aby nie przytłaczać pacjenta zbyt dużą ilością informacji. Lepszym rozwiązaniem jest przekazywanie mu danych w mniejszych „porcjach” w powtarzających się cyklach składających się z pytania, przekazywania informacji i ponownego pytania (dotyczącego np. reakcji pacjenta na właśnie otrzymaną wiadomość) (ang. *ask – tell – ask*) (Hashim, 2017).

Platt i współpracownicy (2001) wyróżnili z kolei pięć głównych obszarów, które powinny stanowić przedmiot zainteresowania lekarza chcącego poznać swojego pacjenta jako osobę. Pierwszy obszar dotyczy tego kim jest pacjent, co jest dla niego w życiu najważniejsze/co stanowi istotę jego życia. Lekarz powinien uzyskać również informacje gdzie pacjent pracuje, jakie ma ważne relacje w swoim życiu, co go pasjonuje i jakie ma obawy. Drugi istotny obszar to oczekiwania i wartości pacjenta. Co pacjent chciałby osiągnąć w trakcie aktualnego spotkania, jak również jakie ma nadzieje na przyszłość. Trzeci obszar dotyczy doświadczenia choroby przez pacjenta. Lekarz powinien skoncentrować się na tym czy/i jak zmieniło się funkcjonowanie pacjenta, czy choroba wpłynęła np. na jego bliskie relacje. Czwarty obszar to przekonania pacjenta na temat choroby – jak ją postrzega, jak

rozumie jej przyczyny i jakie leczenie wydaje mu się odpowiednie w jego sytuacji. Piąty obszar dotyczy emocji pacjenta – tego co czuje, myśląc o swojej chorobie. Badacze zwracają uwagę, iż lekarz powinien się tutaj przyjrzeć przeżyciom pacjenta szczególnie pod kątem pięciu najczęściej występujących reakcji emocjonalnych tj. strachu, nieufności, gniewu, smutku oraz ambiwalencji. Wydaje się, że w kontakcie z pacjentem lekarze zazwyczaj poruszają przynajmniej niektóre ze wspomnianych wyżej wątków jednak często robią to w sposób powierzchowny, nie przyglądając się im dokładniej. Dla niektórych lekarzy zadawanie pytań dotyczących poszczególnych obszarów może być w pewnym stopniu nienaturalne i problematyczne dlatego Platt wraz ze współpracownikami (2001) opracowali przykładowe pytania/zwroty, które mogą okazać się pomocne w przeprowadzeniu takiej rozmowy z pacjentem.

Obszar pierwszy – Kim jest pacjent?

„Zanim przejdziemy do problemów medycznych chciałbym, żeby opowiedział/a mi Pan/Pani coś o sobie”.

„Powinniśmy poświęcić trochę czasu na wzajemne poznanie się ponieważ od teraz będziemy wspólnie pracować. Na początek poproszę Pana/Panią o opowiedzenie o sobie, a później chętnie odpowiem na Pana/Pani pytania.”

„Niech mi Pan/Pani opowie coś o sobie. Jakby się Pan/Pani opisał/a?”

Obszar drugi – Jakie są oczekiwania pacjenta?

“Ponieważ jesteśmy dla siebie nowi, chciałbym zrozumieć czego najbardziej Pan/ Pani oczekuje w relacji z lekarzem.”

„Co skłoniło Pana/Panią do przyjścia tutaj dzisiaj? Co ma Pan/Pani nadzieję tutaj osiągnąć? Jak mogę Panu/Pani w tym pomóc?”

„Co Pana/Panią niepokoi? Proszę mi opowiedzieć więcej o swoich problemach”.

Obszar trzeci – Jak pacjent przeżywa chorobę?

„Mogę sobie wyobrazić, że ta choroba zakłóciła Pana/Pani życie. Czy może mi Pan/Pani o tym opowiedzieć?”

„Z tego co Pan/Pani mówi, wyobrażam sobie, że ta choroba jest dla Pana/Pani trudna. Czy może mi Pan/Pani opowiedzieć jak to dla Pana/Pani wygląda?”

„Od kiedy ma Pan/Pani ten problem, czego już nie jest w stanie Pan/Pani zrobić lub ma Pan/Pani trudności z robieniem czegoś co swobodnie robił/a Pan/Pani wcześniej? Jak Pana/Pani rodzina sobie z tym radzi? Czy myśli Pan/Pani o sobie inaczej odkąd pojawił się ten problem?”

Obszar czwarty – Jak pacjent rozumie chorobę?

„Jak Pan/Pani myśli co powoduje te objawy? Jak Pan/Pani myśli dlaczego to się dzieje teraz?”

„Jakie są Pana/Pani obawy związane z prognozą/rokowaniami? Kiedy myśli Pan/Pani o tym co może się stać, co jest najbardziej niepokojące?”

„Co Pan/Pani pomyślał/pomyślała, że powinniśmy zrobić?”

„Mam pewne pomysły, ale jest dla mnie bardzo ważne, aby zrozumieć, najlepiej jak potrafię, co Pan/Pani myśli na temat swojego stanu. Wtedy możemy wspólnie przedyskutować nasze pomysły/porozmawiać o naszych pomysłach.”

„Z tego zrozumiałem myśli Pan/Pani, że problemem jest (...) i powinniśmy zrobić(...). Z mojej perspektywy wygląda to bardziej jak (...) lub (...). Co Pan/Pani o tym sądzi?”

Obszar piąty – Jak pacjent przeżywa chorobę?

„Jak Pan/Pani się z tym czuje?”

„Interesuje mnie dlaczego Pan/Pani myśli, że tak się stało, ale chciałbym też wiedzieć jaka była Pana/Pani osobista reakcja, jakich emocji Pan/Pani doświadczył/a.”

„Widzę, że nie chce Pan/Pani o tym mówić. Oczywiście nie musi mi Pan/Pani mówić niczego co jest dla Pana/Pani niekomfortowe/zbyt trudne/nieprzyjemne, ale jako lekarz muszę starać się zrozumieć Pana/Pani sytuację najlepiej jak umiem dlatego czasami zadaję pytania, które mogą wydawać się natrętne. Im lepiej Pana/Panią zrozumiem, tym lepiej będę mógł Panu/Pani pomóc.”

Opracowano na podstawie: Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al (2001). "Tell me about yourself": The patient-centered interview. *Ann Intern Med.* 134:1079- 1085.

Choć dla części lekarzy poszerzanie wywiadu o informacje dotyczące osoby pacjenta i jego rozumienia sytuacji może wydawać się kłopotliwe i czasochłonne, wyniki badań wskazują na coś przeciwnego – pozwolenie pacjentowi na wyrażenie obaw i wątpliwości wcale nie wydłuża znacząco czasu trwania badania (Stewart, 1995; Levinson i in., 2000), a może nie tylko podnieść satysfakcję pacjenta, ale także dostarczyć danych przydatnych w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Kolejna obawa, która może towarzyszyć pracownikom służby zdrowia dotyczy tego, że taki sposób komunikacji może doprowadzić do zbytnej bliskości pomiędzy lekarzem a pacjentem, a tym samym relacja ta stanie się w jakimś stopniu nieprofesjonalna. Obawa ta jednak bazuje na błędnym założeniu, że dobre decyzje kliniczne lekarz może podejmować tylko w sytuacji, w której nie jest emocjonalnie zaangażowany, a wręcz pozostaje zdystansowany (Platt i in., 2001). Badania wskazują, iż pewien poziom emocjonalnej „zażyłości” pomiędzy lekarzem a pacjentem działa na

pacjentów motywująco i sprzyja procesowi zdrowienia (Coulehan, 1995). Warto równocześnie podkreślić, iż komunikacja skoncentrowana na pacjencie nie oznacza, iż lekarz powinien ulegać wszelkim prośbom pacjenta. Nietrudno bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której to, czego pacjent chce (np. przepisanie przez lekarza antybiotyku), nie jest wcale tym czego w danym momencie potrzebuje. Wypisanie recepty z niepotrzebnym lekiem, chociaż może stanowić odpowiedź na pewne potrzeby zgłaszane przez pacjenta i przyczynić się do wzrostu poczucia jego zadowolenia, nie może być traktowane jako realizacja postulatu skoncentrowania na pacjencie (Epstein, Street, 2011).

2. Czy komunikacja zorientowana na pacjenta zawsze jest pożądana?

Komunikacja skoncentrowana na pacjencie z jednej strony wzmacnia autonomię i stwarza mu możliwość podejmowania decyzji zgodnych z jego wartościami i przekonaniem, ale równocześnie niejako „wymaga” od pacjenta otwartości i zaangażowania. Pojawia się zatem pytanie czy wszyscy pacjenci mają w sobie gotowość do uczestniczenia w takich rozmowach z pracownikami służby zdrowia. Dane dotyczące pacjentów z chorobą nowotworową wskazują, iż ok. 90% z nich twierdzi, że chciałoby być aktywnie zaangażowanym w opiekę oraz że ceni sobie szczerść i wrażliwość w trakcie prowadzenia przez lekarzy rozmów o jakości życia, rokowaniach oraz możliwościach leczenia (Hagerty i in., 2005; Wright i in., 2008). Jednak jak pokazują wyniki badań pacjenci często niechętnie zadają pytania, proszą o wyjaśnienia, wyrażają wprost swoje emocje, opinie czy określają własne preferencje (Frosch i in., 2012). Można przypuszczać, iż jest to spowodowane między innymi tym, że część pacjentów w swoim przekonaniu nie jest wystarczająco kompetentna, żeby podejmować rozmowę z lekarzem lub nie ma świadomości, że ma prawo do własnego zdania również w kontekście leczenia. Należy natomiast brać także pod uwagę różnice indywidualne istniejące pomiędzy poszczególnymi osobami np. w zakresie potrzeby posiadania informacji. W przypadku pacjentów z chorobą nowotworową potrzeba posiadania informacji zmienia się z czasem (Rutten i in., 2005), ale jest także uwarunkowana np. rodzajem i stadiem raka (Harris, 1998). Część pacjentów nie chce także posiadać zbyt wielu informacji, gdyż unikanie stanowi dla nich mechanizm radzenia sobie z trudną sytuacją (Case i in., 2005). Inni natomiast deklarują, iż chcą mieć możliwie jak najwięcej informacji o samej chorobie jak również możliwych opcjach leczenia (Jenkins i in., 2001). Chociaż badania pokazują, że zdecydowana większość ludzi preferuje komunikację skoncentrowaną na pacjencie, argumentując m.in., iż podobają im się zachowania lekarza, które wskazują na zainteresowanie pacjentem jako osobą i wsłuchiwanie się w jego potrzeby (Krupat, Yager i in., 2000; Swenson i in., 2004), to nie można ignorować faktu, iż pewien odsetek pacjentów czuje się dużo pewniej i bezpieczniej, kiedy lekarz jest bardziej dyrektywny i prezentuje biomedyczny styl komunikacji (Swenson

i in., 2004, Parker i in., 2001). Czynnikiem wpływającym na preferencje bardziej dyrektywnego sposobu komunikacji są m.in.: wiek – osoby starsze lepiej oceniają dyrektywnych lekarzy (Krupat, Rosenkranz i in., 2000; McKinstry, 2000), poziom wykształcenia – osoby o niższym poziomie wykształcenia wolą dyrektywny, biomedyczny styl komunikacji (Benbassat i in., 1998; Krupat i in., 2001), status społeczno-ekonomiczny – niższy status łączy się z preferencją dyrektywnego stylu komunikacji (McKinstry, 2000) oraz poziom zaawansowania choroby – pacjenci w cięższym stanie także wyżej cenią dyrektywność (Benbassat i in., 1998; Krupat i in., 2001). Ważnym czynnikiem decydującym o tym jaki styl komunikacji może być bardziej pożądanym przez pacjenta jest także rodzaj problemu, z którym pacjent zgłasza się do lekarza. Wydaje się, iż komunikacja skoncentrowana na pacjencie jest szczególnie satysfakcjonująca w przypadku chorób przewlekłych, a także depresji czy innych zaburzeń psychicznych (Savage, Armstrong, 1990; McKinstry, 2000).

Podsumowanie

Idea komunikacji zorientowanej na pacjenta jest niewątpliwie godna uwagi i może przynieść wiele korzyści zarówno osobie chorej jak i członkom personelu medycznego, którzy dzięki poznaniu preferencji pacjenta będą mieli możliwość podejmowania bardziej trafnych decyzji dotyczących opieki nad nim. Należy jednak podkreślić, iż ten styl komunikacji wymaga od lekarzy i innych pracowników służby zdrowia większej samoświadomości oraz wrażliwości, a także doskonalenia i poszerzania swoich umiejętności w zakresie komunikacji, co stanowi prawdziwe wyzwanie. Co raz częściej pojawiają się głosy, iż elementy komunikacji skoncentrowanej na pacjencie powinny stanowić integralną część kształcenia lekarzy, którzy w większości przypadków mają bardzo ograniczone przeszkolenie, jeśli chodzi o umiejętności związane z efektywnym komunikowaniem się (Levinson i in., 2010; Hashim, 2017). Wydaje się, że aby idea komunikacji zorientowanej na pacjenta mogła się w pełni realizować, konieczne jest także zwiększanie świadomości pacjentów o możliwościach aktywnego współuczestniczenia przez nich w procesie podejmowania decyzji medycznych. Warto jednak podkreślić, iż w przypadku lekarzy niezwykle istotna jest także elastyczność i umiejętność dostosowania się do preferowanego przez pacjenta stylu komunikacji. Wiąże się to z koniecznością rozeznawania przez nich potrzeb pacjenta w tym zakresie, co w wielu sytuacjach nie jest łatwe, a lekarze nie są też odpowiednio do tego przygotowywani. Jak pokazują badania lekarze często nieadekwatnie przewidują preferencje pacjentów (Hall i in., 1999), a ponad połowa z nich przyjmuje pojedynczy styl komunikacji podczas większości swoich spotkań z pacjentami (Roter i in., 1997). Jednak nawet pojedyncze, proste pytania, wskazujące na zainteresowania lekarza pacjentem jako osobą, a nie jedynie przypadkiem medycznym, jego emocjami i potrzebami

czy słuchanie z uwagą, kiedy mówi on o tym jak rozumie sytuację i dzieli się swoimi obawami, mogą znacznie poprawić relację pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Bibliografia:

- Arora, N.K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of communication behavior, *Social Science & Medicine*, 57, 5, 791-806.
- Banebassat, J., Pilpel, D., Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys, *Behavioral Medicine*, 24, 81-88.
- Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D., Allard, S.L. (2005). Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts, *Journal of the Medical Library Association*, 93, 353-362.
- Coulehan, J.L. (1995). Tenderness and steadiness: emotions in medical practice, *Literature and Medicine*, 14, 222-236.
- Damena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C.M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R.C., Coffey, J., Olomu, A., Beasley, M. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, nr art. CD003267.
- Epstein, R.M., Street, R.L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda (MD): National Cancer Institute.
- Epstein, R.M., Street, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care, *Annals of Family Medicine*, 9, 100-103.
- Frosch, D.L., May, S.G., Rendle, K.A., Tietbohl, C., Elwyn, G. (2012) Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled "difficult" among key obstacles to shared decision making, *Health Affairs (Millwood)*, 31(5), 1030-1038.
- Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.M., Lobb, E.A., Pendlebury, S.C., Leighl, N., MacLeod, C., Tattersall, M.H. (2005). Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis, *Journal of Clinical Oncology*, 23, 1278-1288.
- Hall, J.A, Stein, T.S, Roter, D.L. Rieser, N. (1999). Inaccuracies in physicians' perception of their patients, *Medical Care*, 37, 1164 - 1168.
- Hashim, M.J. (2017). Patient - Centered Communication: Basic Skills, *American Family Physician*, 95(1), 29 - 34.
- Hickson, G.B., Clayton, E.W., Entman, S.S., Miller, C.S., Githens, P.B., Whetten-Goldstein, K., Sloan, F.A. (1994). Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care, *Journal of the American Medical Association*, 272(20), 1583-1587.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers, *British Journal of Cancer*, 84, 48-51.
- Krupat, E., Bell, R.A, Kravitz, R.L., Thom, D., Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust, *Journal of Family Practice*, 50, 1057-1062.

- Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C.M., Barnard, K., Putnam, S.M., Inui, T.S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence of satisfaction, *Patient Education and Counseling*, 39, 49 – 59.
- Krupat, E., Yeager, C.M., Putnam, S.M. (2000). Patient role orientations, doctor – patient fit, and visit satisfaction, *Psychology & Health*, 15, 707 – 719.
- Levinson, W., Roter, D.L., Mullooly, J.P., Dull, V.T., Frankel, R.M. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons, *Journal of the American Medical Association*, 277(7), 553–559.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., Lamb, J. (2000) A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings, *Journal of the American Medical Association*, 284, 1021-1027.
- Levinson, W., Lesser, C.S., Epstein, R.M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care, *Health Affairs (Millwood)*, 29, 1310–1318.
- McKinstry, B. (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes, *BMJ*, 321, 867-871.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P., Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication, *Journal of Clinical Oncology*, 19, 2049-2056.
- Platt, F.W., Gaspar, D.L., Coulehan, J.L., Fox, L., Adler, A.J., Weston, W.W. i in., (2001). "Tell me about yourself": The patient-centered interview, *Annals of Internal Medicine*, 134, 1079- 1085.
- Roter, D.L, Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M. Jr., Stiles, W., Inui T.S. (1997). Communication patterns of primary care physicians, *Journal of the American Medical Association*, 277, 350–356.
- Rutten, L.J., Arora, N.K., Bakos, A.D., Aziz, N., Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980- 2003), *Patient Education and Counseling*, 57, 250-261.
- Savage R., Armstrong D. (1990). Effects of general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study, *BMJ*, 301, 968–970.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W. i in., (2000). The impact of patient-centered care on outcomes, *Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Swenson, S.L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D.C., Lo, B. (2004). Patient-centered communication: do patients really prefer it? *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1069–1079.
- Wright, A.A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J.W, Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S.L., Jackson, V.A., Block, S. D., Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment, *Journal of the American Medical Association*, 300(14), 1665-1673.
- Yeh, J., Nagel, E. E. (2010). Patient Satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized Patient-centered Communication, *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 3, 23–32.