

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

О. А. СКУГАРЕВСКИЙ, И. И. ХВОСТОВА, А. Ф. КРОТ

СООБЩЕНИЕ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2024

УДК 614.253:159.99(075.8)

ББК 87.75я73

С46

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 20.12.2023 г., протокол № 12

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, зам. директора по медицинской части Республиканского научно-практического центра психического здоровья Ю. М. Каминская; каф. психиатрии и наркологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета

Скугаревский, О. А.

С46 Сообщение плохих новостей : методические рекомендации / О. А. Скугаревский, И. И. Хвостова, А. Ф. Крот. – Минск : БГМУ, 2024. – 15 с.

ISBN 978-985-21-1540-7.

Изложены алгоритмы взаимодействия в диаде «врач – пациент» при сообщении неблагоприятных новостей.

Предназначено для студентов 6-го курса лечебного и педиатрического факультетов.

УДК 614.253:159.99(075.8)

ББК 87.75я73

ISBN 978-985-21-1540-7

© Скугаревский О. А., Хвостова И. И., Крот А. Ф., 2024
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2024

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития медицины, имеющей достаточно большие возможности, профессионалы поглощены технической стороной лечебно-диагностического процесса. Кроме того, в медицинском образовании более важными традиционно считаются врачебные компетенции, а не навыки общения с пациентом. Для многих молодых специалистов образцом для подражания часто становятся уверенные в себе старшие коллеги, не говорящие лишних слов, не демонстрирующие свои эмоции и считающие излишними проявление эмоций и чувств со стороны пациентов. Врачи, таким образом, оказываются неподготовленными к сложным и эмоционально напряженным ситуациям, связанным с сообщением пациенту плохих новостей.

Роберт Александр Амиэль Бакман, британский доктор медицины, один из авторов протокола для сообщения пациентам плохих новостей, давал следующее определение понятия «плохие новости» применительно к медицине: «Плохие новости — это любая информация, которая может кардинально изменить взгляд пациента на свое будущее». Таким образом, неблагоприятной новостью является не только информация о тяжелом, возможно смертельном заболевании, но и другая, на первый взгляд, не такая травмирующая. Исчерпывающий перечень таких ситуаций привести сложно. Это может быть информация о необходимости проведения сложных, сопряженных с высокими рисками, возможно, болезненных лечебно-диагностических манипуляций в связи с подозрением на серьезное заболевание, о продолжительности заболевания и его социальных последствиях, о побочных эффектах проводимой терапии, новость о вероятном бесплодии, о патологии, выявленной у плода, о хроническом психическом заболевании и т. д. В связи с высоким уровнем стигматизации неблагоприятной новостью для пациента может стать направление на консультацию к врачу-психиатру-наркологу, фтизиатру. Навык сообщения неблагоприятных новостей может быть использован не только при общении с пациентом, но и в беседе с его родственниками.

В профессиональной среде существует заблуждение о целесообразности тренировки навыка сообщения неблагоприятных новостей. Владение таким навыком ошибочно увязывают с характером или личностными качествами врача. Навыки общения часто считаются врожденными, интуитивными и необязательными. Однако неправильное информирование пациента или его близких о новой, имеющей неблагоприятное значение информации, связанной с лечебно-диагностическим процессом, всегда несет разнообразные негативные, а подчас и катастрофические последствия как для пациента, так и для медицинского персонала. Самыми легкими из этих последствий являются жалобы на качество оказания медицинской помощи, обесценивание профессиональных усилий конкретных специалистов или всей системы здравоохранения в целом. К наиболее серьезным последствиям пренебрежения к правильности подачи неблагоприятной информации относятся частичный или

полный отказ пациента от необходимого обследования и лечения, поиск альтернативных немедицинских и нетрадиционных способов лечения, самолечение, ряд психических расстройств, ассоциированных с ожиданиями неблагоприятных исходов, суицидальные действия.

Несмотря на то что сообщение плохих новостей является достаточно сложным с психологической точки зрения процессом как для врача, так и для пациента, в большинстве случаев оно является желательным. Так, по данным исследования, 86,8 % пациентов с онкологической патологией хотели знать всю информацию о диагнозе, прогнозе и лечении. При этом такая информация была сообщена врачами всего лишь 43 % пациентов. В исследовании, проведенном в Иране в 2015 г., было продемонстрировано, что среди пациентов с онкологическими заболеваниями о своем диагнозе знали только 60,3 % человек. Однако среди тех, кто не знал точно, чем он болеет, 88 % утверждали, что им нужна более подробная и правдивая информация об их заболевании, а 68 % — жаловались на сильный психологический дискомфорт, связанный с малой осведомленностью. Среди пациентов, информированных о диагнозе, 92,1 % подтвердили, что хотели бы его знать. При этом 73,6 % пациентов предпочли бы узнать его от лечащего врача.

Почему врачи испытывают значительные трудности, связанные с сообщением неблагоприятных новостей пациенту? Причины в первую очередь связаны с личностью самого профессионала. Это может быть страх быть обвиненным, вызвать негативную реакцию, неготовность к выражению эмоций (как своих, так и пациента), сомнения в собственной компетентности, затруднения при объяснении пациенту научных сведений доступным ему языком, недостаток времени на беседу с пациентом, а также нехватка знаний о правильном поведении в такой ситуации и об алгоритмах сообщения информации такого рода. Все эти причины в совокупности и по отдельности могут привести к тому, что неблагоприятная для пациента информация будет сообщена в неуместной, бестактной манере, нанесет ему травму и надолго оставит чувство собственной несостоятельности у врача.

***Пример.** На одном из сайтов, содержащих отзывы о специалистах в области здравоохранения Беларуси, долго находился такой отзыв о грамотном, опытном враче и далеко не черством человеке: «Врач А. на все мои жалобы о том, что лечение не помогает, мне становится только хуже, с улыбкой сообщил, что мое заболевание смертельное и вообще я должна радоваться тому что есть, а не тратить время на ворчание. Никогда его не прощу».*

Навык сообщения неблагоприятных новостей относится к продвинутым коммуникативным компетенциям, сложным с клинической точки зрения, так как является интерактивным, где каждый последующий шаг врача определяется реакцией пациента на предыдущий. Однако данный навык хорошо тренируется, что делает возможным его формирование еще на этапе обучения в университете. Грамотное сообщение нежелательных новостей не только ставит пациента во главу угла, но также обеспечивает наибольшую удовлетворенность качеством медицинской помощи и помогает ему воспринимать врача как

человека небезучастного, доступного для общения, не властного, но вселяющего надежду.

Существуют несколько способов (протоколов) и рекомендаций по сообщению неблагоприятных новостей. В основу большинства из них положены сходные принципы: это линейные алгоритмы, выполнение которых шаг за шагом позволяет врачу решить основные задачи при сообщении плохих новостей. Основная задача любого протокола заключается в структурировании беседы, когда разговор следует разделить на этапы. Остановимся на некоторых техниках сообщения плохих новостей.

Протокол Fine:

1. Подготовка места проведения встречи, оповещение пациента о временных ограничениях и цели встречи с учетом потребностей пациента и его культурных и религиозных ценностей.

2. Получение информации, которое включает такие вопросы, как степень осведомленности пациента о болезни, какую дополнительную информацию он хочет получить, что он думает о своем состоянии.

3. Обмен информацией с целью пересмотра дальнейших планов и обучения пациента.

4. Получение информации: оценка восприятия информации пациентом, разъяснение ошибочно понятой информации, тактичное разрешение разногласий.

5. Оценка реакции пациента на полученную информацию.

Интересна и удобна в применении *модель ABCDE*, которая предполагает следующие этапы:

1. A (advance) — предварительная подготовка.

2. B (build) — создание терапевтической атмосферы / выстраивание терапевтических отношений [с пациентом].

3. C (communicate) — качественная коммуникация.

4. D (deal) — проработка реакции пациента и его близких.

5. E (encourage) — поддержка и признание права пациента и его близких выражать любые эмоции.

Похожий вариант сообщения плохих новостей предложил VandeKieft, сформулировавший мнемоническое правило, в русском варианте звучащее как **РАДОН**:

1. Репетиция: зарезервировать достаточно времени на беседу с пациентом с глазу на глаз, подготовить необходимые медицинские научные данные и эмоционально настроиться на разговор.

2. Анализ: определить отношение пациента к «плохим новостям».

3. Диалог: определить степень информированности пациента и его понимание ситуации, всю беседу вести в комфортном для пациента ритме, избегать профессионального жаргона, позволить пациенту помолчать и заплакать, ответить на вопросы.

4. Отношение: оценить реакцию пациента, сопереживать, реагировать на эмоциональные проявления.

5. Награда: дать пациенту надежду, основанную на реалистичной возможности достигнуть определенных результатов лечения.

В основу настоящих методических рекомендаций лег *протокол SPIKES*, который включает в себя следующие шаги:

1. S (setting up) — подготовиться к беседе.
2. P (perception) — выяснить, как пациент воспринимает свое состояние.
3. I (invitation) — пригласить пациента к получению информации.
4. K (knowledge) — предоставить информацию пациенту.
5. E (emotion) — отреагировать на эмоции пациента, проявить эмпатию.
6. S (summary/strategy) — подвести итоги и разработать стратегию дальнейших действий.

Несмотря на некоторые различия, все перечисленные протоколы предполагают подготовку самого врача к каждой беседе, обязательное постоянное получение обратной связи от пациента (что он знает, что хочет знать, как и что понял, как воспринял) и, конечно же, глубокое сопереживание больному. Подготовка к сообщению плохих новостей должна включать согласованное мнение всех врачей о диагнозе и факторах, влияющих на прогноз, чтобы исключить возможность получения пациентом противоречивой информации. Готовность ответить пациенту на вопросы о заболевании, методах лечения и их побочных эффектах, а также о влиянии заболевания на качество жизни — важный компонент подготовки к беседе с пациентом.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ НОВОСТИ И ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ К НИМ

Паттерналистская модель отношений «врач – пациент» предполагала, что врач обладает правом принимать решение об объеме информации, которую следует знать пациенту о состоянии его здоровья. И хотя эта модель сегодня уходит в прошлое, врачу следует быть подготовленным к тому, что мнение родственников пациентов с потенциально смертельными заболеваниями по поводу раскрытия информации может не совпадать с мнением самих пациентов: менее половины родственников поддерживают идею полного раскрытия информации. Остальные считают, что истинный диагноз необходимо скрывать как можно дольше, объясняя это тем, что такого рода информация может стать слишком обременительной и вызвать негативные психологические реакции, которые могут усугубить состояние пациента. По мнению многих родственников, условиями для сообщения пациенту его диагноза являются необходимость сотрудничества пациента с врачами в период лечения или невозможность сокрытия истинного положения дел.

Современная партнерская модель отношений предполагает, что именно взрослый дееспособный пациент является правообладателем информации, касающейся состояния его здоровья. Однако данный постулат вовсе не означает, что врач должен изложить пациенту абсолютно всю информацию, касающуюся его здоровья и подозрений. Объем предоставляемой информации должен

не только соответствовать желаниям пациента, но и учитывать потенциальные риски раскрытия всех имеющихся данных.

Для врача полезно понимать, что предпочтения пациентов в отношении объема и полноты новой неблагоприятной информации, касающейся их здоровья, очень различны. Эти предпочтения зависят от пола, возраста, образования и этнической принадлежности. Так, молодые пациенты, женщины и люди с высшим образованием предпочитали знать о своем состоянии как можно больше. При этом все пациенты при получении неблагоприятных известий, касающихся здоровья, отмечают важность следующих моментов: установка (надо бороться или все безнадежно), манера сообщения, какая именно информация сообщена и каков ее объем, наличие эмоциональной поддержки.

Существуют культурные различия между странами Запада и Востока, влияющие на способ сообщения негативной информации пациенту о его состоянии. Так, при сравнении подходов к решению о сообщении онкологического диагноза пациенту в США и Японии было установлено, что в Японии решение принимают, опираясь преимущественно на мнение родственников и лечащего врача. В США, наоборот, мнение родственников играет второстепенную роль, хотя в обоих случаях во главу угла ставят интересы пациента. Азиаты чаще европейцев желают присутствия родственников при сообщении неблагоприятной информации и реже хотят обсуждать предполагаемую продолжительность своей жизни.

СООБЩЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ НОВОСТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОТОКОЛОМ SPIKES

Шаг 1: подготовка к беседе. Большинство специалистов работают в условиях ограниченного времени. Вместе с тем предварительная подготовка к беседе поможет снизить уровень стресса: заранее обдумав возможные сценарии разговора и реакцию пациента, врач правильно настроится на диалог. Подобные беседы стоит устраивать с глазу на глаз в уединенной обстановке. Если в помещении несколько пациентов, лучше попросить их выйти или отгородиться от них ширмой.

С согласия пациента к разговору можно привлечь его родственников или близких друзей, которые рядом с ним переживают сложный период. Однако не желательно присутствие при сообщении неблагоприятных новостей более двух доверенных лиц, так как это резко уменьшает управляемость ситуации. Если пациент желает сохранить плохие новости в тайне, то не стоит его убеждать.

Перед началом беседы необходимо установить невербальный контакт с пациентом: наладить зрительный контакт, присесть рядом с ним. Если пациент лежит, лучше взять стул, если пациент стоит — предложить ему сесть. Стулья врача и пациента должны быть одинаковой высоты, крайне нежелательно в этот момент наличие преград между врачом и пациентом в виде стола, аппаратов и т. д. Врачу следует избегать закрытой позы (скрещенные руки на

груди, скрещенные ноги, нога на колено, не следует держать перед собой папку). Медицинские документы пациента во время беседы лучше отложить в сторону. Пациент должен чувствовать себя комфортно и открыто. Врачу важно отключить звуковой сигнал мобильного телефона, изолироваться от всех отвлекающих факторов и полностью сконцентрироваться на разговоре. Если есть вероятность внезапного прерывания беседы из-за загруженности врача, об этом надо заранее предупредить пациента.

Пример: Врач входит в палату, где находится пациент и навещающая его дочь: «Иван Петрович, нам нужно обсудить Ваше состояние. Хотите, чтобы Ваша дочь осталась в палате или она подождет в холле, пока мы беседуем?». Пододвигает стул к кровати пациента и садится лицом к нему.

Шаг 2: оценка восприятия пациента. Необходимо узнать, как пациент воспринимает текущую ситуацию? Это делается с помощью наводящих вопросов. Они формулируются индивидуально, исходя из контекста ситуации и предыдущих лечебных или диагностических мероприятий: «Как Вы думаете, что с Вами происходит?» «У Вас есть какие-нибудь предположения на этот счет?» «Как вы думаете, почему мы выполнили вам МРТ?».

Иногда такому вопросу может предшествовать короткое резюме, обобщающее сведения, которыми врач и пациент располагают одновременно, но не раскрывающее информацию, которая есть только у врача. Обычно пациенты пытаются, исходя из имеющихся у них представлений, объяснить себе свои симптомы. Ответы пациента помогут скорректировать вопросы врача и ход беседы. Подобные вопросы помогут выявить не только пробелы и ожидания в представлении пациента, но и общее его отношение к своей болезни.

Пример. «– Иван Петрович, около полугода назад Вы стали чувствовать себя плохо, появились боли в спине, потливость, Вы очевидно ослабли и похудели. Как Вы объясняли себе Ваше необычное состояние все это время?

– Я думал, что расслабился и раскис, выйдя на пенсию.

– Расслабляясь, люди обычно набирают вес, а Вы худели. Вас разве это не настораживало?

– Иногда глядя на себя в зеркало, я думал, что также похудел мой отец, когда заболел раком...».

В приведенном примере второй уточняющий вопрос выявил определенные ожидания в отношении своего состояния у пациента. Это дает врачу основания предполагать, что серьезный диагноз, который он собирается озвучить не будет для пациента полной неожиданностью.

Шаг 3: приглашение пациента к получению информации. Попытки пациента отгородиться от негативных эмоций, бесед и новостей, выстраивая защитный психологический барьер, являются нормальными реакциями. Не каждый готов и желает получать неблагоприятные известия. На данном этапе врач управляет беседой, не давая ей зайти в тупик, задав вопрос, подобный следующему: «Вы хотели бы получить полную информацию о результатах исследования или кратко обозначить результаты и подробно обсудить план лечения?».

Не каждый пациент может объективно оценить информацию, полученную от врача. Такая способность зависит от многих факторов, включая пол, уровень интеллекта, образование, принадлежность к определенным профессиональным группам. Врачу следует понимать, что не всегда отказ от подробной информации подразумевает полное доверие специалисту. Скорее, такое поведение свидетельствует о личностных особенностях, предшествующем опыте и т. д. Если пациент отказывается от подробностей, возможно, имеет смысл поговорить с его родственниками.

Шаг 4: сообщение информации. Этот этап следует начать с предупреждения о том, что предстоящий разговор будет эмоционально сложным для обеих сторон. При этом врачу следует сначала показать свое участие и неравнодушие, для чего используются слова «к сожалению», «очень жаль», «сожалею»: «К сожалению, у меня для вас плохие новости», «Я сожалею о том, что должен вам сообщить», «Мне жаль, но результаты обследования показывают, что проблема более серьезна, чем Вы ожидали».

Такое предупреждение помогает пациенту подготовиться к получению неблагоприятных новостей. Во время разговора следует использовать общедоступную лексику и выражения, которые будут ясны пациенту без медицинского образования.

Раскрывать информацию необходимо в соответствии с пожеланиями пациента на предыдущем шаге (подробно или кратко). Однако в этот момент пациент может пожелать узнать больше. Тогда можно предложить ему задать конкретный вопрос. Резкое и безапелляционное сообщение негативной информации («Результаты настолько плохи, что, если Вы не получите немедленного лечения, то умрете») приводит к утрате контакта с пациентом. Категорически следует избегать фраз: «ничего нельзя сделать», «медицина не располагает средствами лечения», «врачи бессильны» и им подобных, так как симптоматическое и паллиативное лечение возможны даже в безнадежных случаях. Во время раскрытия информации врачу следует отслеживать реакцию и мимику пациента. Периодически необходимо спрашивать о его состоянии и проверять, все ли он понимает.

Шаг 5: сочувствие и сострадание. Эмоциональную реакцию собеседника в такой ситуации предугадать сложно. Это могут быть плач, крик, отрицание, смех, гнев, ярость или молчание. В этот момент врач не должен отстраняться от пациента. Следует дать пациенту выразить свои эмоции. Возможны ситуации, когда информация доносится дозированно, через паузы, во время которых у пациента есть возможность отреагировать эмоционально.

Например, вы сообщаете, что терапия больше не приносит результатов. Выдерживаете паузу, чтобы пациент осознал это. Затем говорите, что результаты исследований свидетельствуют об ухудшении, тогда пациент эмоционально реагирует на сообщенную информацию. После того как пройдет пик реакции, вы выражаете свою поддержку: например, прикасаетесь к руке, плечу пациента, если он плачет, протягиваете ему салфетку. Задача врача на данном этапе состоит в том, чтобы пациент был уверен, что врачу небезразлична его

судьба. Это вселит в пациента уверенность в том, что на протяжении сложного периода борьбы с заболеванием работник сферы здравоохранения будет рядом. Эмпатия в таких ситуациях служит рациональным целям: сохранит доверие, поддержит приверженность назначениям врача, что в конечном счете отразится на эффективности лечения.

Если эмоциональная реакция слишком бурная, врач должен дополнить ответы сочувствием: «Я хотел бы, чтобы новости были лучше». В тех случаях, когда пациент демонстрирует «замирание» (молчит), следует выдержать 10–15-секундную паузу и задать уточняющие вопросы, чтобы убедиться в состоянии пациента: «Как Вы себя чувствуете?», «Может, дать Вам воды?». Иногда эмоции могут быть скрытыми и завуалированными, тогда следует продолжать поддерживать контакт и не дать пациенту изолироваться. Ведь для многих лечащий врач — это первый источник помощи.

Шаг 6: стратегия и резюме. После сообщения плохих новостей необходимо перейти к плану лечения. Попытка отказаться от этого шага (перенести его на другую встречу) из-за слишком выраженной эмоциональной реакции недопустима. Такая стратегия породит у пациента чувство безысходности, когда он останется наедине с собой. Поэтому, невзирая на любой тип реагирования на плохие новости, шаг 6 должен быть выполнен. Однако нужно поинтересоваться, готов ли пациент к этому обсуждению. Рассказывать ему о лечении стоит только тогда, когда он осознает свое положение и принимает ситуацию. Часто врачи испытывают неловкость и дискомфорт, когда речь идет о лечении пациентов с неблагоприятным прогнозом, однако совместное обсуждение прогноза с пациентами разделяет ответственность за принятие решения.

***Пример.** Пациент К., 30 лет, успешный адвокат, находился в психиатрическом стационаре несколько месяцев. Клиническая картина заболевания полностью соответствовала диагностическим критериям шизофрении. За два дня до выписки пациент на обходе попросил информировать его о результатах обследования и установленном диагнозе, сделав акцент на том, что, насколько ему известно, «некоторые из психических расстройств препятствуют юридической карьере». Пациент был приглашен врачом в ординаторскую после обхода. Врач предложил пациенту сесть, предварительно поставив стул так, чтобы письменный стол не разделял их барьером. Посмотрев в глаза пациенту, врач начал беседу:*

– Иван Аркадьевич, Вы хотели узнать о своем диагнозе и результатах обследований, поэтому я Вас пригласил. Вы находитесь в нашем отделении три месяца, и только в последние 14 дней Ваше состояние можно назвать удовлетворительным. Вы были доставлены к нам в состоянии острого психомоторного возбуждения, два месяца Вы утверждали, что ситуация вокруг Вас инсценирована, Некто управляет Вами, вкладывая в голову мысли. Вы образованный и разносторонний человек и, наверное, последние две недели Вы пытались себе как-то объяснить, что с Вами случилось?

– Доктор, я думаю об этом постоянно. Это было какое-то болезненное состояние, я много работал последнее время, нервничал, мои нервы расшатаны. Наверное, это то, что называют «нервный срыв»? Пожалуйста, только не говорите мне, что это шизофрения! И как мне теперь жить?

– Иван Аркадьевич, нервный срыв — это не диагноз, а, скорее, выражение, которое используют обыватели. Вы перенесли серьезное состояние, сопровождавшееся бредом и галлюцинациями. Позже мы обсудим план наших дальнейших действий. А сейчас скажите мне: как бы Вы хотели, чтобы я рассказал о Вашем состоянии: подробно или кратко?

– Сейчас я просто хочу услышать, какой диагноз мне установлен...

– К сожалению, новость будет неприятная... Вам установлен диагноз «Шизофрения. Параноидная. Период наблюдения менее года».

– Что означает «Период наблюдения менее года»? Через год диагноз изменится?

– Это означает, что ближайший год поможет определиться с типом течения Вашего заболевания.

Пациент подавлено молчит.

– Иван Аркадьевич, Вы молчите. Мне нужно знать, что Вы чувствуете?

– Чувствую, что все идет прахом. Мне страшно! Как я буду работать?! Что я скажу семье?!

– У нас с Вами будет время подготовиться к решению этих вопросов — выписка назначена через день. Все не так драматично. Сейчас Вам очень плохо. Но мы нередко видим, как люди с подобными диагнозами справляются со всеми вызовами и достигают даже большего, чем хотели. Но для этого Вам необходимо четко следовать плану поддерживающего лечения и наблюдения, который мы сейчас обсудим. Вы готовы?

– Да, пожалуйста...

– Итак, наблюдаться Вы будете у врача-психиатра-нарколога в Городском клиническом центре психиатрии и психотерапии. Первый раз Вы отправитесь туда на третий день после выписки. Вы будете принимать уже известный Вам оланзапин 5 мг утром и 10 — вечером. Я выпишу рецепт на первое время, затем Вы сможете получать рецепт у врача, который будет Вас наблюдать. Любые изменения режима приема и дозы оланзапина только по назначению Вашего врача. Завтра мы обсудим с Вами и нашим психотерапевтом, как правильно рассказать о Вашем заболевании близким, стоит ли упоминать о нем в беседах с сослуживцами, какие возможные ограничения будут в работе и как распознать обострение. До завтра. От Вас зависит очень много.

– Спасибо, доктор. До завтра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Умение изложить информацию, не сформировав ятрогению, не травмировав пациента, в щадящей и доступной для понимания форме — это не врожденные качества, присущие только избранным врачам, но тренируемый навык, который может усвоить любой специалист. Владение врачом навыками сообщения пациенту и его родственникам неприятных новостей существенным образом влияет на комплаентность пациента, на отношение как к врачу персонально, так и к системе оказания медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Buckman, R.* Communication skills in palliative care : a practical guide / R. Buckman // *Neurol Clin.* 2001. Vol. 19, N 4. P. 989–1004.
2. *Fine, R. L.* Personal choices — communication among physicians and patients when confronting critical illness / R. L. Fine // *Tex. Med.* 1991. Vol. 87, N 9. P. 76–82.
3. *Rabow, M. W.* Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer / M. W. Rabow, S. J. McPhee // *West J. Med.* 1999. Vol. 171, N 4. P. 260–263.
4. *VandeKieft, G. K.* Breaking bad news / G. K. VandeKieft // *Am. Fam. Physician.* 2001. Vol. 64, N 12. P. 1975–1978.
5. *SPIKES* — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer / W. F. Baile [et al.] // *Oncologist.* 2000. Vol. 5, N 4. P. 302–311.
6. *Навыки общения с пациентами: симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе : методическое руководство / под науч. ред. Н. С. Давыдовой, Е. В. Дьяченко.* Екатеринбург : АТГрупп, 2019. 128 с.
7. *Monden, K. R.* Delivering bad news to patients / K. R. Monden, L. Gentry, T. R. Cox // *Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent).* 2016. Vol. 29, N 1. P. 101–102.
8. *Informing patients about cancer in Nepal: what do people prefer?* / R. Gongal [et al.] // *Palliat. Med.* 2006. Vol. 20, N 4. P. 471–476.
9. *Fujimori, M.* Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review / M. Fujimori, Y. Uchitomi // *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2009. Vol. 39, N 4. P. 201–216.
10. *Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States* / G. W. Ruhnke [et al.] // *Chest.* 2000. Vol. 118, N 4. P. 1172–1178.
11. *Shahidi, J.* Not telling the truth: circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients / J. Shahidi // *Eur. J. Cancer Care (Engl).* 2010. Vol. 19, N 5. P. 589–593.
12. *Котов, М. А.* Как сообщать плохие новости максимально эффективно? Протокол SPIKES для сообщения «плохих новостей» / М. А. Котов, В. В. Гуцин // *Эндоскопическая хирургия.* 2018. Т. 24, № 5. С. 45–50.
13. *Денисов, И.* Коммуникативные навыки. Сообщение плохих новостей / И. Денисов, А. Резе, А. Волнухин // *Врач.* 2010. № 12. С. 79–80.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Неблагоприятные новости и отношение пациентов к ним.....	6
Сообщение неблагоприятных новостей в соответствии с протоколом SPIKES	7
Заключение	12
Список использованной литературы.....	13

Учебное издание

Скугаревский Олег Алексеевич
Хвостова Ирина Игоревна
Крот Алексей Федорович

СООБЩЕНИЕ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский
Редактор Ю. В. Киселёва
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 20.05.24. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хегох Марафон Бизнес».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,73. Тираж 53 экз. Заказ 240.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

