

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы	4
Введение	5
Глава 1. Зарубежный опыт обучения навыкам сообщения плохих новостей и их оценки.	9
1.1. Подходы к обучению навыкам сообщения плохих новостей	12
1.2. Подходы к оценке сообщения плохих новостей	24
Глава 2. Опыт адаптации опросника Breaking bad news Assessment Schedule на выборке ординаторов	52
2.1. Перевод и адаптация опросника Breaking bad news Assessment Schedule	52
2.2. Навыки сообщения плохих новостей: экспертная оценка и самооценка ординаторов по разделам опросника	57
2.3. Навыки сообщения плохих новостей: интегральная экспертная оценка и самооценка ординаторов	106
2.4. Оценка навыков сообщения плохих новостей стандартизированным пациентом.	114
2.5. Опросник BAS как основа для проектирования модуля «Сообщение пациенту плохих новостей»	120
2.6. Навыки сообщения плохих новостей: самооценка ординаторов до и после обучения.	132
Заключение	144
Список литературы	146
Приложение 1. Опросник для оценки навыков сообщения врачом плохих новостей пациенту	147
Приложение 2. Методика оценки сообщения плохих новостей: пошаговый план для экспертов	150
Приложение 3. Анкета для стандартизированного пациента	157

Глава 1

Зарубежный опыт обучения навыкам сообщения плохих новостей и их оценки

Введение. Исторически в системах зарубежного и отечественного практического здравоохранения сложилось так, что пациенты с неизлечимым тяжелым заболеванием, например раком, обычно оставались неосведомленными относительно своего диагноза. Это делалось в значительной степени из тех соображений, что информирование пациентов вредно, так как вызывает у них сильный стресс. Врачи таким образом защищали пациентов от плохих новостей, аргументируя это тем, что еще Гиппократ советовал «скрывать от пациента большинство вещей», поскольку многим «становится хуже... из-за предсказания того, что должно произойти». Такой подход был поддержан и в первом Кодексе этики Американской медицинской ассоциации, где врачам рекомендовалось «избегать всего, что имеет тенденцию “обескураживать пациента”». Этот подход сохранялся вплоть до середины XX в. (по данным исследований, большинство врачей избегали бы раскрывать диагноз рака, если бы их специально не спросили об этом) [69].

На практике опросы пациентов показывали, что они предпочли бы знать правду о сложном диагнозе, что сокрытие информации может усугубить путаницу в сознании пациента или отсрочить лечение и часто является контрпродуктивным.

По мере развития медицины и совершенствования методов лечения тяжелых заболеваний, включая рак, начиная с конца 1970-х гг. модели оказания медицинской помощи, ориентированные на врача, эволюционировали и большинство врачей более полно информировали своих пациентов о диагнозе рака [47]. Однако с этим изменением возникли новые коммуникационные проблемы как для пациента, так и для лечащего врача. Было установлено, что непрофессиональное сообщение плохих новостей может негативно отразиться как на пациенте, так и на враче. Негативные исходы

у пациентов могут включать стресс и тревогу; непонимание относительно диагноза, лечения и прогноза; ухудшение общего состояния здоровья. Негативные последствия для врача — повышенный стресс, тревога и эмоциональное выгорание [47]. В этой ситуации обучение ординаторов и врачей сообщению плохих новостей пациенту и его родственникам становится актуальной задачей для медицинского образования. С психологической точки зрения эта задача сложна. Нужна особая подготовка и специальные коммуникативные навыки, которые требуют от врача непрерывного совершенствования. Актуальность темы усиливается еще и тем, что согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врач обязан сообщать информацию о здоровье пациенту лично [37]. Готовность к выполнению данного требования в ближайшем будущем у ординаторов будет определяться в процедурах первичной специализированной аккредитации путем введения коммуникативной станции «Плохие новости». Однако проведенный анализ методического обеспечения обучения и оценки у ординаторов навыков сообщения плохих новостей, а также выборочный анализ 11 аннотаций рабочих программ медицинских вузов РФ, направленных на подготовку ординаторов к общению с пациентами, показал фактическое отсутствие вопросов, связанных с обучением и оценкой навыков общения у ординаторов в области менеджмента плохих новостей [7]. Таким образом, налицо противоречие между необходимостью целенаправленного обучения и оценки у ординаторов навыков сообщения пациенту плохих новостей и отсутствием современного методического обеспечения этого процесса, а также надежных и валидных оценочных средств, позволяющих достоверно оценить уровень сформированности данной компетентности. Выявленное противоречие позволило сформулировать *проблему исследования*, которая заключается в обосновании и разработке методологических подходов к оценке навыков общения у ординаторов в ситуации сообщения пациенту плохих новостей в различных процедурах контроля и оценки.

Цель исследования на данном этапе заключается в изучении методологических подходов в зарубежной практике к обучению и оценке навыков общения будущих врачей в ситуации сообщения плохих новостей пациенту для последующей разработки инструмента оценки данной компетентности обучающихся в системе медицинского образования России.

Материал и методы. Для поиска зарубежной литературы в электронной базе данных на английском языке (PubMed) были определены ключевые слова: инструменты оценки, коммуникативные навыки, медицинская школа, медицина, плохие новости, менеджмент плохих новостей, интерны, ординаторы, протокол, обучение. Критерии включения: источники должны быть только последних 20 лет, в базах данных должен быть доступ к полно-

текстовым статьям. В соответствии с заданными критериями были отобраны и проанализированы 10 публикаций, в которых представлены результаты исследований, отражающие методологические подходы к обучению и оценке коммуникативных навыков в зарубежной практике медицинского образования, в том числе к оценке навыков сообщения плохих новостей пациенту.

Для поиска отечественной литературы в электронной базе данных eLibrary.ru были определены такие ключевые слова: плохие новости, неприятные новости, обучение, навыки общения, ординаторы, оценка, оценочные листы.

Критерии включения: источники должны быть только последних 10 лет, в базах данных должен быть доступ к полнотекстовым статьям и пособиям. Для анализа были отобраны 6 источников.

Для решения прикладной диагностической проблемы оценки навыков по сообщению плохих новостей необходимо четко определиться в операционализации этого понятия. Анализ источников показал, что определение плохих новостей как «любая информация, которая радикально и негативно меняет представление индивида об ее или его будущем», было введено в медицинскую практику Робертом Бакманом в 1975 г. Сюда относится любая ситуация, в которой возникает «ощущение отсутствия надежды» или «получение сообщения, которое дает человеку меньше возможностей выбора» [51, 52].

Примеры плохих новостей, например в онкологии, включают: диагноз рака, рецидив рака и лечение, которое не дало результатов.

С течением времени понятие «плохие новости» уточнялось и конкретизировалось. Так, А.В. Казаева и М.В. Носкова в своей работе приводят следующее определение плохих новостей с классификацией [18].

Плохие новости — это новости, когда врач должен сообщить пациентам, их партнерам и членам семьи о смертельной болезни, неизлечимой болезни, увечье, внезапной или прогнозируемой смерти.

Плохие новости содержат:

- сообщение о тяжелых заболеваниях, но с обратимыми процессами (например, сифилис, туберкулез и т.д.);
- сообщение о смертельных заболеваниях с необратимыми процессами (например, вирус иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита человека, лейкемия, рассеянный склероз, злокачественные опухоли с метастазами и т.д.);
- сообщение о неизлечимых заболеваниях с тяжелыми или необратимыми последствиями (например, сахарный диабет, болезнь Дауна, гемофилия, шизофрения, эпилепсия и т.д.);
- сообщение об инвалидизации пациента (например, потеря конечностей);

- сообщение родственникам о смерти пациента как о свершившемся факте [18].

Неприятные новости — это новости, в ответ на которые у пациента могут возникнуть такие эмоциональные реакции, как страх, тревога, волнение, печаль, огорчение.

Неприятные новости содержат сообщения врачом пациенту:

- о предстоящей операции;
- хроническом заболевании (например, бронхите, артериальной гипертензии и т.д.);
- переломе конечности, который вызывает у пациента переживание неприятного характера (тревогу, страх, огорчение и т.д.) [18].

В литературе классификации плохих и неприятных новостей по врачебным специальностям фактически отсутствуют [7]. В связи с этим возникает еще одна научно-практическая задача — разработка классификаций плохих новостей с учетом врачебных специальностей и клинических ситуаций, которые наиболее часто встречаются в практике. Важно в ходе обучения сформировать у врачей представление не только о перечне плохих и неприятных новостей для сообщения пациенту, но и о тех навыках общения, которые необходимы для эффективного взаимодействия в этой непростой ситуации. Так, можно рекомендовать ординаторам на примере своей врачебной специальности составить классификацию плохих и неприятных новостей и привести примеры сообщения для каждого вида таких новостей. При этом следует помнить, что эти новости по своей сути субъективны и имеющийся опыт каждого пациента и его собственное восприятие определяют, квалифицируется ли им, например, конкретный диагноз как плохая (неприятная) новость или нет.

1.1. ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ НАВЫКАМ СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ

Особое значение зарубежные исследователи придают вопросу тактики (менеджменту) сообщения плохих новостей пациентам. Сообщение плохих новостей является сложной коммуникативной задачей. Помимо вербального компонента, необходимы и другие навыки, включая реагирование на эмоциональные реакции пациента; вовлечение пациента в процесс принятия решения; работа со стрессом, созданным ожидаемым пациентом лечением; участие в беседе родственников пациента, а также умение дать пациенту надежду в том случае, когда ситуация представляется безнадежной. Сложности коммуникации и взаимоотношений могут создавать серьезные проблемы, такие как недопонимание пациентом прогноза заболевания или цели лечения. Непрофессиональное общение может пре-

пятствовать пониманию пациентом перспектив лечения или вовлечению пациента в планирование лечения.

В литературе и медицинской практике предложено и опробовано несколько протоколов ведения сложных разговоров при коммуникации врачей с пациентами: ABCDE, BREAK, SPIKES (Buckman, Fine Rabow, McPhee и др.) [44, 51, 84, 87, 93, 99, 100].

Все они предлагают учитывать факторы, которые надо иметь в виду при сообщении плохих новостей: учет физических и социальных условий и специфику самого сообщения. В частности, место беседы с пациентом должно быть тихим, удобным и изолированным. Что касается других аспектов встречи врача и пациента, то плохие новости должны быть сообщены тогда, когда это удобно пациенту, без каких-либо перерывов, с достаточным запасом времени и лично.

В идеале тому, кто получает плохие новости, должно быть предоставлено право выбора быть вместе с тем, кто может поддержать. Если говорить о враче, приносящем плохие новости, то он должен понимать, какой информацией пациент уже владеет, вселить немного надежды, позволить случиться эмоциональной реакции, выслушать вопросы и подвести итоги встречи.

Плохие новости следует сообщать с эмпатией и уважением, на языке, понятном пациенту, без медицинского жаргона и специальных терминов.

Ординаторам и врачам-онкологам для сообщения плохих новостей предлагается протокол *SPIKES*. Он состоит из шести шагов. Цель протокола состоит в том, чтобы помочь врачу выполнить четыре наиболее важные задачи при сообщении «плохих новостей»:

- получение информации от пациента;
- передача пациенту медицинской информации;
- оказание психологической поддержки пациенту;
- просьба о дальнейшем сотрудничестве пациента при обсуждении стратегии лечения [7].

The S-P-I-K-E-S (О-В-П-З-Э-С).

Протокол.

О — Обстановка для беседы.

В — Восприятие.

П — Приглашение.

З — Знание.

Э — Эмоции.

С — Стратегия и Обобщение.

О — Обстановка. Обеспечьте подходящее место для беседы.

- Ведите беседу в тихом месте.
- Подготовьтесь к беседе и предвосхитите реакцию пациента/семьи.