

А.А. Маркова*¹, М.И. Барсукова²

¹— ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет» им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета, Саратов, Россия

²— ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет» им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра педагогики, образовательных технологий и профессиональной коммуникации, Саратов, Россия

ТАКТИКА СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

A.A. Markova*¹, M.I. Barsukova²

¹— Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Ministry of Health of Russian Federation, Department of the Internal Medicine, Saratov, Russian Federation

²— Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Ministry of Health of Russian Federation, Department of Pedagogics, Educational Technologies and Professional Communication, Saratov, Russian Federation

Tactics of Reporting Bad News in Professional Communication between a Doctor and a Patient

Резюме

Статья посвящена развитию уровня коммуникативной компетентности будущих врачей и особенностям профессионального общения с пациентами. Основанием работы стали вопросы определения речевого поведения врача в одной из самых сложных коммуникативных ситуаций — ситуации сообщения плохих новостей. На материале реальных записей речи врачей проведен анализ рискованных коммуникативных шагов в общении врача и пациента, определены максимально эффективные способы реализации речевых тактик врача в ситуации сообщения плохих новостей. Сделано заключение о необходимости повышения уровня профессиональной коммуникации врачей и обучения студентов медицинских вузов коммуникативным навыкам сообщения плохих новостей.

Ключевые слова: речевая тактика, сообщение плохих новостей, врач, пациент, коммуникативные навыки

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

Источники финансирования

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования

Статья получена 24.03.2021 г.

Принята к публикации 11.11.2021 г.

Для цитирования: Маркова А.А., Барсукова М.И. ТАКТИКА СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. Архивъ внутренней медицины. 2022; 12(2): 136-142. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-12-2-136-142

Abstract

The article is devoted to the development of the level of communicative competence of future doctors and the peculiarities of professional communication with patients. The basis of the work were the questions of determining the speech behavior of a doctor in one of the most difficult communicative situations — the situation of delivering bad news. Based on the material of real recordings of doctors' speech, the analysis of risky communicative steps in the communication between the doctor and the patient is carried out, the most effective ways of implementing the doctor's

*Контакты: Анна Александровна Маркова, e-mail: markova-ann@yandex.ru

*Contacts: Anna A. Markova, e-mail: markova-ann@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8561-2214>

speech tactics in the situation of bad news are determined. Conclusions are drawn about the need to improve the level of professional communication of doctors and to train medical students in the communication skills of delivering bad news.

Key words: *speech tactics, delivering bad news, doctor, patient, communication skills*

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests

Sources of funding

The authors declare no funding for this study

Article received on 24.03.2021

Accepted for publication on 11.11.2021

For citation: Markova A.A., Barsukova M.I. TACTICS OF REPORTING BAD NEWS IN PROFESSIONAL COMMUNICATION BETWEEN A DOCTOR AND A PATIENT. The Russian Archives of Internal Medicine. 2022; 12(2): 136-142. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-12-2-136-142

Введение

Профессиональное общение врача и пациента является важнейшим разделом практической медицины. Сами врачи, их пациенты и многие исследователи в этой области признают необходимость и важность коммуникативного аспекта [1, 2]. Английская пословица гласит: «Старый врач говорит на латинском, молодой — на английском, а хороший врач говорит на языке пациента». Несомненно, правильно выстроенная коммуникация между врачом и пациентом определяет отношение пациента к врачу, успех диагностики и лечения заболевания. Речевое поведение врача, его коммуникативная компетентность помогают найти общий язык с пациентом.

Введение нового образовательного стандарта позволило включить в перечень дисциплин, преподаваемых на кафедре педагогики, образовательных технологий и профессиональной коммуникации в Саратовском государственном медицинском университете им. В.И. Разумовского дисциплину «Профессиональная коммуникация». На практических занятиях отрабатываются теоретические основы профессионального общения, прорабатываются речеповеденческие модели различных ситуаций медицинского дискурса. Преподаватели решают ряд задач: повысить общую и коммуникативную культуру будущих специалистов; научить владению основными инструментами эффективной профессиональной коммуникации; сформировать навыки бесконфликтного профессионального общения врача с пациентом; изучить со студентами практические приемы убеждающего воздействия на пациентов и преодоления коммуникативных барьеров, возникающих в процессе взаимодействия врача с пациентом.

Одной из наиболее сложных для изучения является особая ситуация взаимодействия между пациентом и врачом — сообщение пациенту плохих новостей. Недостаточная разработанность темы в отечественной и зарубежной литературе придает особую актуальность изучению вопросов коммуникативного поведения врача в общении с пациентом, находящимся в тяжелых жизненных обстоятельствах, и представляет определенную сложность, связанную в том числе со сбором материала. В отечественной медицинской, педагогической, психологической литературе обозначенная тема

разрабатывается, как правило, с точки зрения этики и деонтологии [3-6]. В зарубежных исследованиях описан ряд коммуникативных моделей, апробированных в клинической практике [7, 8]. Однако отметим, что многие исследователи пишут лишь о том, что врач должен быть внимательнее, тактичнее и т.д., то есть должен соблюдать этические нормы, а анализ конкретных речеповеденческих шагов и способы их вербального и невербального выражения по-прежнему остаются вне спектра изучения, а следовательно, врач может лишь предполагать, какие способы общения окажутся уместными и наиболее эффективными, и действовать, следуя своим языковым привычкам.

Согласно действующему законодательству, врач обязан предоставить пациенту полную информацию о заболевании [9]. Поэтому овладение тактикой сообщения плохих новостей в различных ситуациях институционального общения с пациентами становится для врача обязательным профессиональным навыком.

Врачу в своей повседневной деятельности постоянно приходится сталкиваться с негативными эмоциями пациента. Особенно большая психологическая нагрузка на врача происходит при необходимости сообщения пациенту плохих новостей.

В зарубежной литературе под термином «bad news» (плохие новости) понимают любую информацию от врача о состоянии здоровья, которая негативно и значительно меняет представление пациента о будущем [10-12].

В российской тематической литературе используется подразделение плохих новостей на два типа, которые представляются уместными: непосредственно плохие новости и неприятные новости [13]. Под *плохими новостями* будем понимать такие, которые врач должен сообщить пациентам, партнерам и членам семьи о смертельной болезни, неизлечимой болезни, увечье, внезапной или прогнозируемой смерти. Плохие новости могут содержать в себе сообщение о тяжелых заболеваниях, но с обратимыми процессами (например, сифилис, туберкулез и т.д.); сообщение о смертельных заболеваниях с необратимыми процессами (например, ВИЧ, СПИД, лейкоemia, 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. *Неприятная новость* — это новость, в ответ на которую у пациента могут возникнуть такие эмоциональные реакции, как страх, тревога, волнение, печаль, огорчение. Это может быть сообщение пациенту о предстоящей операции; о хроническом заболевании (например, бронхите, артериальной гипертензии и т.д.); о переломе конечности, которое вызывает у пациента переживания неприятного характера (тревога, страх, огорчение и т.д.) [13].

Наиболее разработанной и апробированной на практике является модель сообщения плохих новостей **SPIKES**. Модель состоит из 6 последовательных шагов: **S** (setting, подготовка) — подготовка к разговору, разработка плана разговора, создание комфортной обстановки, выделение времени для разговора, обеспечение конфиденциальности, определение количества участников разговора. **P** (perception, осознание) — выяснение, что уже известно пациенту о его состоянии, заболевании, определение ожиданий пациента, его представления о текущем состоянии. **I** (invitation, приглашение) — определение информации, которую пациент хочет услышать; что для пациента важно услышать в первую очередь, хочет ли он знать все детали текущей ситуации. **K** (knowledge, знание) — сообщение о текущем состоянии и вербализация диагноза: начните с того, что у вас появилась информация о текущем состоянии пациента; не приуменьшайте, не спешите; предоставляйте информацию дозированно; убедитесь, что пациент вас понимает; окажите поддержку, выскажите сожаление. **E** (emotion, эмоции) — психологическая поддержка: уделите время эмоциональным реакциям пациента; спросите его, что он чувствует; поясните, что его переживания в данной ситуации нормальны. **S** (strategy and summary, стратегия и обобщение) — разработка совместного плана дальнейших действий: обсудите, кто может помочь и поддержать пациента из близкого окружения, из социальных организаций; предупредите пациента о возможных непредвиденных обстоятельствах; сообщите ему, в какой день и в какое время к вам можно обратиться [7].

Однако в реальной клинической практике в силу отсутствия достаточного количества времени у врача, условий для создания комфортной обстановки во время разговора с больным и других факторов, придерживаться вышеописанной модели сложно. В связи с чем нам представляется особенно важным и актуальным использование вербальных и невербальных тактик при сообщении пациенту плохих новостей.

Цель исследования: найти максимально эффективные способы реализации тактики сообщения плохих новостей.

Задачи исследования: проведение анализа проблемных моментов в коммуникации врача и пациента, изучение культуры сообщения плохих новостей

в практике врача и описание коммуникативных ошибок в речевом поведении врача при реализации тактики сообщения плохих новостей на примере реальных случаев из практики врача-терапевта.

Материалы и методы исследования

Работа представляет собой одноцентровое одномоментное исследование. Настоящее исследование было проведено в соответствии с международными и российскими этическими стандартами, положениями Хельсинкской декларации, одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Все пациенты и врачи подписали информированное согласие на добровольное участие в исследовании. Критерии включения в исследование: необходимость сообщения пациенту плохих новостей, возраст старше 18 лет, наличие информированного согласия.

Принимали участие в беседе с пациентами 6 врачей женского пола, со стажем работы от 3 до 10 лет, терапевты по специальности, средний возраст $29 \pm 4,3$ года. В исследовании принимали участие 30 пациентов (20 женщин и 10 мужчин, средний возраст $54,3 \pm 12,5$ года).

Были записаны и проанализированы диалоги врача и пациента во время сообщения плохих новостей пациенту, собранные методом включенного наблюдения, выполненного в терапевтических отделениях клиник г. Саратова. Причины сообщения плохих новостей: впервые диагностированные доброкачественные образования и злокачественные опухоли внутренних органов. Во время беседы обращалось внимание на применение врачом невербальных способов общения с пациентом. После записи диалога у лечащего врача выяснялись подробности и особенности клинической ситуации пациента, необходимые для полноценного описания каждого конкретного случая.

Результаты исследования

В данной статье для иллюстрации рассматриваемой темы выбраны четыре клинических случая, демонстрирующие как неверное речевое поведение врача, так и удачный выбор речевых тактик и их вербального и невербального воплощения.

Клиническая демонстрация № 1

Рассмотрим эпизод диалога врача с пациентом.

Врач: У Вас по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости нашли образование в печени.

Пациентка: Что это может быть? Это серьезно?

Врач: Нужно выполнить магнитно-резонансную томографию печени.

Пациентка: А это может быть рак? (изменилась в лице)

Врач: Все может быть.

Правильным ли было поведение врача во время беседы? Пациентка явно не была настроена получить такую новость. Она была расстроена, стала переживать по поводу вновь полученной информации. Зачастую пациенты теряют аппетит и перестают спать, постоянно думая о своей новой проблеме, и, переживая, строят в воображении возможные варианты исхода. В данном случае не была ясна этиология образования в печени. Это могла быть киста печени, гемангиома, нодулярная гиперплазия, аденома. Эти образования доброкачественные и, как правило, нуждаются в наблюдении. Можно ли было при неподтвержденном диагнозе говорить пациентке, что это может быть онкология?! Конечно, для пациентки эта новость оказалась «плохой», потому что вызвала отрицательные эмоции и переживания. Возможно, само слово «рак» ассоциируется у каждого человека с неблагоприятным прогнозом. На наш взгляд, в данной ситуации доктору следовало сказать, что в настоящее время мы не можем сказать точно, что это за образование, нужны дополнительные обследования, и возможно, даже обнадежить пациентку, сказав, что чаще образования в печени имеют доброкачественный характер, и не исключены погрешности в методах обследования (например, при магнитно-резонансной томографии печени образование может не подтвердиться).

Клиническая демонстрация № 2

Приведем еще один пример неправильного взаимодействия между врачом и пациентом. Пациент И., 20 лет. При обследовании выявлена злокачественная опухоль ободочной кишки, канцероматоз брюшины. Пациенту показана химиотерапия, обширная операция. На обходе пациент спросил врача о своем состоянии. Доктор ответила, что сначала будет говорить с родителями пациента. После ухода доктора пациент выглядел взволнованным. Вечером доктор поговорила с отцом пациента, объяснила, что прогноз неблагоприятный, требуется химиотерапия и ряд серьезных операций. На что рассчитывала доктор, поговорив сначала с отцом, а не с самим пациентом? Видимо, глубоко сочувствуя пациенту, доктор пыталась избежать неприятного разговора, пыталась переложить ответственность в сообщении диагноза пациента на плечи его родителей. Имеет ли право врач так поступать? Согласно действующему законодательству — нет. Пациент совершеннолетний, он хотел знать о своем состоянии, был обеспокоен и, конечно, сразу почувствовал, что доктор что-то скрывает от него. А насколько правильно с пациентом может поговорить убитый горем отец? Сможет ли он поддержать сына в трудную минуту? Скорее всего, увидев родителей в расстроенном состоянии, пациент подумает, что все очень плохо, может потерять веру и надежду на будущее. В подобной ситуации врач сам должен рассказать пациенту о диагнозе, о методах лечения, о дальнейшем прогнозе, не скрывая от пациента правду, но в то же время несколько обнадеживая пациента, давая

понять, что лечение возможно и нужно приложить все усилия для борьбы с болезнью.

Информирование пациента является очень сложной проблемой. Практически всегда, услышав от доктора диагноз с плохим прогнозом, пациенты спрашивают: «А сколько мне осталось?». Несмотря на то, что современная медицина располагает приблизительными сроками продолжительности жизни пациентов с той или иной патологией, ни один, даже самый опытный врач, не может сказать, сколько осталось пациенту жить. Несомненно, этот вопрос очень важен для пациентов с тяжелыми заболеваниями. Ведь они должны представлять, как далее «строить» свою жизнь, что необходимо успеть сделать за отведенное время. А если сказать, что осталось совсем мало времени? К сожалению, многие пациенты в этом случае теряют надежду, интерес к жизни и погибают еще быстрее, чем можно было бы ожидать.

Клиническая демонстрация № 3

Рассмотрим поведение врача в ситуации общения с находящимся долгое время под наблюдением пациентом, страдающим злокачественной опухолью поджелудочной железы с плохим прогнозом. Пациент — мужчина, 51 год, диагноз — аденокарцинома поджелудочной железы. Консилиум врачей признал пациента неоперабельным. Медиана выживаемости больных в таком случае составляет 6 месяцев [14]. При первой беседе доктор доходчиво объяснила пациенту, что продолжительность жизни при одной и той же патологии может быть различной, зависит от многих факторов, настроила пациента на дальнейшую борьбу с недугом. Пациент в течение 3 лет наблюдался в отделении, диагноз неоднократно подтверждался, пациент находился в постоянном контакте с лечащим врачом, своевременно выполнял все рекомендации и неплохо себя чувствовал. Этот пример иллюстрирует большую продолжительность жизни пациента, имеющего злокачественную опухоль со статистически низкой продолжительностью жизни, при условии доверительных отношений между врачом и пациентом и формирования высокой приверженности к терапии.

Клиническая демонстрация № 4

В данном клиническом примере продемонстрированы правильно выбранные врачом тактики речевого поведения и характерные черты их воплощения. Пациент — мужчина, 76 лет. В процессе обследования выявлены первично-множественные злокачественные опухоли толстой кишки и желудка с тяжелой сопутствующей патологией. Консилиум врачей признал пациента неоперабельным. Во время беседы с пациентом доктор рассказал о диагностированной патологии:

Врач: Здравствуйте, И.М. (обращается по имени и отчеству; берет стул, садится рядом с кроватью пациента). И.М., мне нужно сообщить вам не очень

хорошие новости (пауза). По результатам обследования у вас выявлены две опухоли: в желудке и в толстом кишечнике...к сожалению, оперировать Вас нельзя...

Пациент: Ну вот и жизнь закончилась (глядит не на доктора, а перед собой).

Врач: И.М., знаете (кладет руку на предплечье пациента), гистологический вариант опухолей не самый плохой, метастазов нет, я обязательно расскажу вам попозже, как нужно себя вести, как питаться, какие препараты принимать для лечения анемии... мы с вами обязательно справимся и сделаем все возможное, чтобы вы хорошо себя чувствовали...

Врач нашел нужные слова, чтобы ободрить пациента, вселить в него веру в возможность дальнейшей борьбы. На уровне речевого воплощения врач использовал тактики утешения, сочувствия и поддержки, тактики формирования хода мыслей и объяснения. Анализ материала показал, что характерными действенными чертами являлись средства гармонизирующего общения: «мы» — совместное, подчеркивающее общность решаемой задачи (мы с вами обязательно справимся и сделаем); эвфемизмы, демонстрирующие смягчение категоричности (не очень хорошие новости). Следует отметить, что большую роль в поддержке пациента оказали его родственники: они были очень внимательны, помогали ему чувствовать себя нужным и наполняли жизнь пациента положительными эмоциями и заботой, постоянно состояли в контакте с лечащим доктором и выполняли все рекомендации по лечению и уходу.

Обсуждение

Искусство общения врача и пациента — весьма сложный, многогранный и разносторонний процесс, где врач выступает не только как специалист, использующий свои знания и опыт для лечения, реабилитации и поддержания здоровья пациента, но и как человек, который анализирует процесс лечения пациента в контексте морально-этических, культурных, религиозных ценностей. Искусство общения с пациентом, требует не только желания врача, но и соответствующих знаний. Навыками общения с пациентом будущие и уже практикующие врачи, как правило, овладевают в силу своих языковых способностей во время практической деятельности, перенимая от «клиницистов манеру говорения или интуитивно находят свой стиль, удачность которого может вызывать сомнения» [2].

Несомненно, врачи должны быть хорошо осведомлены о принципах этики и деонтологии в медицине, владеть знаниями в области психологии коммуникации. Без достаточного уровня знаний в этих сферах невозможно найти нужный индивидуальный подход к каждому пациенту.

Особую нишу в деятельности врача занимает коммуникативная культура сообщения плохих новостей. Несмотря на то, что сообщение плохих новостей пациенту или его родственникам является неотъемлемой частью работы практического врача, это всегда вызывает напряжение эмоционально-волевой сферы.

Таблица. Вербальные и невербальные тактики при сообщении пациенту плохих новостей

Вербальные тактики
Утешение: «не переживайте»; «мы справимся, мы облегчим Ваше страдание»; «все могло быть намного хуже»; «теперь нужно думать о том, чтобы справиться с болезнью»
Поддержка: «не переживайте раньше времени, давайте дождемся результатов исследования»; «Вы правильно сделали, что вовремя обратились»; «прежде всего, Вам нужно успокоиться»; «не стоит бояться этой операции»; «не волнуйтесь, все пройдет хорошо»; «мы с Вами обязательно справимся, Вы не один, не переживайте»
Сочувствие: «знаю, что Вы переживаете»; «потерпите немного, понимаю, что Вам больно, на фоне лечения станет намного легче»; «понимаю, что неприятно делать данное исследование, но это необходимо»
Невербальные тактики
Прикосновение, похлопывание (такесика): прикосновение к предплечью пациента; пожатие кисти руки; похлопывание по плечу с целью поддержки больного
Визуальный контакт: установление зрительного контакта на одном уровне глаз; не отворачиваться в сторону и не отводить глаза во время разговора
Выражение глаз: добрый, открытый, уверенный, теплый, заботливый, успокаивающий взгляд
Выражение лица (мимика): приветливое, участливое, сострадательное, но, в то же время, ободряющее и поддерживающее выражение лица
Поза (пантомимика): прямая спина, легкий наклон головы или верхней части тела к пациенту
Дистанция (расстояние до собеседника): расстояние до пациента около полуметра, достаточное для доверительного разговора; отсутствие преград между врачом и пациентом (например, стола)
Голос (интонация, громкость, тон, ритм): доверительная интонация; негромкая речь, неторопливый ритм, смысловые паузы в сочетании с визуальным контактом

Table. Verbal and nonverbal tactics when telling a patient bad news

Verbal tactics
Consolation: “don’t worry”; “we’ll manage, we’ll ease Your suffering”; “it could be worse”; “now you need to think about how to cope with the disease”
Support: “do not worry ahead of time, let’s wait for the results of the study”; “You did the right thing, seeing the doctor just in time”; “first of all, You need to calm down”; “do not be afraid of this operation”; “don’t worry, everything will go well”; “we are going to manage it, You are not alone, don’t worry”
Empathy: “I know what you are going through”; “be patient a little, I understand that it hurts you, it will become much easier against the background of treatment”; “I understand that it is unpleasant to do this study, but it is necessary”
Nonverbal tactics
Touching, patting (takesika): touching the patient’s forearm; shaking the hand; patting the shoulder to support the patient
Eye contact: making eye contact at the same eye level; do not turn away and do not avert your eyes during a conversation
Eye expression: kind, open, confident, warm, caring, soothing look
Facial expression (facial expressions): friendly, sympathetic, compassionate, but at the same time, encouraging and supportive facial expression
Pose (pantomime): straight back, slight tilt of the head or upper body towards the patient
Distance (distance to the interlocutor): the distance to the patient is about half a meter, sufficient for a confidential conversation; there are no barriers between the doctor and the patient (for example, a table)
Voice (intonation, volume, tone, rhythm): confidential intonation; soft speech, unhurried rhythm, semantic pauses in combination with visual contact

Не вызывает сомнений тот факт, что чем тяжелее и неблагоприятнее прогноз у пациента, тем сложнее врачу подобрать нужные слова и правильно рассказать о проблеме. Не только молодые, но и опытные специалисты в глубине души не хотят иметь дело с отрицательными эмоциями пациента. Такое нежелание может привести к ситуации, когда врач или недостаточно полно сообщает пациенту о диагнозе, пытается избежать лишних вопросов, или же сообщает отстраненно, «на ходу», не заботясь о психическом состоянии пациента. Оба сценария речевого поведения в таком случае являются рискованными и не могут быть выбраны врачом как допустимые [15]. Безусловно, не только пациент испытывает отрицательные эмоции во время разговора о негативном развитии состояния здоровья, но и сам врач переживает тревогу и страх за будущее пациента. Доктор понимает, что после этого разговора жизнь пациента изменится и уже никогда не станет прежней.

Болеющий человек во многом качественно отличается от здорового: особое физическое состояние в период болезни, глубина переживаний, психическое напряжение, вера в выздоровление, надежда на возвращение к семье, трудовой и социальной активности создают особую атмосферу отношений между врачом и пациентом. Болезнь для многих людей представляет тяжелую травму, которая приводит к заметным изменениям психики: меняется отношение к самому себе, близким людям, работе, жизни. Эти изменения в психоэмоциональной сфере человека обусловлены наличием физических страданий, нарушением привычного ритма жизни, угрозой появления различных

осложнений, зависимостью от других, переживаниями и страхом за свою дальнейшую судьбу [16]. Несомненно, насколько плохими будут новости для пациента, будет зависеть от его ожиданий, осведомленности о своей болезни, от того, насколько «больным» человек ощущал себя до получения сведений о состоянии своего здоровья. Знание законов профессионального общения и способов реализации тактики сообщения плохих новостей поможет врачам не растеряться в сложной ситуации, верно выстроить коммуникативную стратегию, поддержать, утешить пациента и значительно уменьшить его негативные реакции. В таблице приведены наиболее удачные, на наш взгляд, вербальные и невербальные тактики, использование которых поможет врачу наиболее корректно сообщить пациенту плохие новости [17].

Заключение

Особенную значимость приобретают знание законов профессионального общения и способность оптимального выбора речевых тактик и способов их вербального и невербального воплощения в профессиональном взаимодействии врача и пациента при реализации тактики сообщения плохих новостей. Необходимыми речевыми тактиками при сообщении плохих новостей являются утешение, сочувствие и поддержка. В медицинских учреждениях высшего профессионального образования в перечень преподаваемых дисциплин целесообразно включать «Профессиональную коммуникацию» для обучающихся по программам специалитета «Лечебное дело» и «Педиатрия».

Педагогам на практических занятиях необходимо отработать со студентами основы профессионального общения, особое внимание уделять речевому поведению врача в сложной ситуации взаимодействия с пациентом — сообщении плохих новостей. Выпускник, владеющий навыками коммуникативного поведения в различных ситуациях профессионального общения, сможет соответствовать образу врача, определенному в качестве единственно возможного в одном из постулатов В.М. Бехтерева: «Если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач».

Вклад авторов:

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией

Маркова А.А. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8561-2214>): концепция и дизайн исследования, получение данных, анализ и интерпретация данных, написание статьи, утверждение итогового варианта текста рукописи

Барсукова М.И. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5277-8090>): концепция и дизайн исследования, получение данных, анализ и интерпретация данных, написание статьи, утверждение итогового варианта текста рукописи

Author Contribution:

All the authors contributed significantly to the study and the article, read and approved the final version of the article before publication

Markova A.A. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8561-2214>): research concept and design, obtaining data, analyzing and interpreting data, writing articles, approving the final version of the publication

Barsukova M.I. (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5277-8090>): research concept and design, obtaining data, analyzing and interpreting data, writing articles, approving the final version of the publication

Список литературы/References:

1. Клокунова Н.А., Барсукова М.И., Рамазанова А.Я. и др. Набор речеповеденческих тактик врача-педиатра (на материале диагностической стратегии). Высшее образование сегодня. 2020; 4: 42-47. doi: 10.25586/RNU.HET.20.04.P.42
Kloktunova N.A., Barsukova M.I., Ramazanov A.YA. et al. A set of speech-behavioral tactics of a pediatrician (based on the diagnostic strategy). Higher Education Today. 2020; 4: 42-47. doi: 10.25586/RNU.HET.20.04.P.42 [In Russian].
2. Барсукова М.И., Клокунова Н.А., Романовская А.В. и др. Коммуникативная подготовка будущих врачей (на материале речевого поведения врачей акушеров-гинекологов). Мир науки, культуры, образования. 2020; 4 (83): 113-114. doi: 10.24411/1991-5497-2020-00695
Barsukova M.I., Kloktunova N.A., Romanovskaya A.V. et al. Communicative training of future doctors (based on the material of speech behavior of obstetricians and gynecologists). The world of science, culture and education. 2020; 4 (83): 113-114 [In Russian].
3. Barsukova M.I., Rodionova T.V. Communicative risks in the dyad 'doctor — patient'. Izvestiya of Saratov University. New Series. Series: Philology. Journalism. 2021; 21 (2): 176-179. doi: 10.18500/1817-7115-2021-21-2-176-179
4. Денисов И., Резе А., Волнухин А. Коммуникативные навыки. Сообщение плохих новостей. Врач. 2010; 12: 79-80.
Denisov I., Reze A., Volnuhin A. Communication skills. Delivering of bad news. Vrach. 2010; 12: 79-80 [In Russian].
5. Саперов В.Н. Медицинская этика. М.: Бином. 2019; 232 с.
Saperov V.N. Medical ethics. M.: Binom. 2019; 232 p [In Russian].
6. Шакарашвили М.В. Коммуникативный диалог врача и пациента. GESJ: Education Science and Psychology. 2012; 2(21): 79-80.
Shakarashvili M.V. A communicative dialogue between a doctor and a patient. GESJ: Education Science and Psychology. 2012; 2(21): 79-80 [In Russian].
7. Bailea F.W., Buckmanb R., Lenzia R et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000; 5(4):302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
8. Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. Изд.: Гранат, 2018; 304 с.
Sil'verman Dzh., Kerc S., Drejper Dzh. Skills for communicating with patients. Izd.: Granat, 2018; 304 p [In Russian].
9. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021). Правовой сервер «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 26.01.2021).
Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ (red. ot 22.12.2020) "Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii" (s izm. i dop., vstup. v silu s 01.01.2021). Pravovoj server «Konsul'tantPlyus» [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (date of the application: 26.01.2021) [In Russian].
10. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology. 2005; 2(2):183-142. doi:10.1016/S1548-5315(11)70867-1
11. Alshami A., Douedi S., Avila-Ariyoshi A. et al. Breaking bad news, a pertinent yet still an overlooked skill: an international survey study. Healthcare (Basel). 2020; 8(4):501. doi: 10.3390/healthcare8040501
12. Monden K.R., Gentry L., Cox T.R. Delivering bad news to patients. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2016; 29(1): 1-2. doi:10.1080/08998280.2016.11929380
13. Казаева А.В., Носкова М.В. Культура сообщения плохих новостей в практическом здравоохранении: концепция формирования. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2016; 4(15): 66-71. doi: 10.23888/humj2016466-71
Kazaeva A.V., Noskova M.V. The culture of delivering bad news in practical health care: a concept of formation. Personality in a changing world: health, adaptation, development. 2016; 4(15): 66-71. doi: 10.23888/humj2016466-71 [In Russian].
14. Ercan G., Karlitepe A., Ozpolat B. Pancreatic cancer stem cells and therapeutic approaches. Anticancer Research. 2017; 37 (6): 2761-2775. doi: 10.21873/anticancer.11628
15. Барсукова М.И., Шешнева И.В., Рамазанова А.Я. Рискогенность общения врача и пациента: коммуникативный аспект. Мир науки, культуры, образования. 2019; 3(76): 486-487.
Barsukova M.I., Sheshneva I.V., Ramazanov A.Ya. Risks of doctor-patient communication: a communicative aspect. The world of science, culture and education. 2019; 3(76): 486-487 [In Russian].
16. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь. 2007; 162 с.
Gnezdilov A.V. Psychology and psychotherapy of losses. SPb.: Rech'. 2007; 162 p [In Russian].
17. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. (Лекция 2). Медицинская психология в России. 2007; 2(7).
Boluchevskaya V.V., Pavlyukova A.I. Doctor's communication: verbal and nonverbal communication. (Lecture 2). Med. psihol. Ross. 2007; 2(7) [In Russian].