

## **SPIKES – 6 ступенчатый протокол для сообщения плохих новостей: применение в общении с онкологическим пациентом**

**Резюме.** Мы описали протокол для сообщения «плохих новостей» - неблагоприятной информации раковым пациентам об их болезни. Простой и практичный, он соответствует требованиям определенных в опубликованных исследованиях. Протокол SPIKES состоит из шести шагов. Цель протокола состоит в том, чтобы позволить врачу выполнить четыре наиболее важные задачи при сообщении «плохих новостей»: получение информации от пациента, передача пациенту медицинской информации, оказание психологической поддержки пациента, просьба о дальнейшем сотрудничестве пациента при обсуждении стратегии лечения. Онкологи, наставники онкологов и студенты - медики усвоившие этот протокол отмечали повышение уверенности при сообщении пациенту неблагоприятной информации («плохих новостей»).

**Обзор.** Опросы проведенные в период с 1950 по 1970 гг., когда перспективы лечения рака были мрачными, выявили, что большинство врачей считали негуманным и даже вредным для пациентов раскрывать плохой прогноз об их болезни [1,2]. По иронии судьбы, в то время как достижения в лечении рака позволили значительно улучшить прогноз пациентов, стало намного проще давать пациентам надежду на излечение, но также они создали необходимость улучшить клинический навык сообщения прочих плохих новостей. Эти ситуации включали рецидив заболевания, распространение заболевания, неудача лечения и прогрессирование болезни, наличие необратимых побочных эффектов, выявление положительных результатов генетических тестов, необходимость перевода пациента в хоспис или отделение реанимации при отсутствии лечения. Эта необходимость может быть проиллюстрирована информацией, собранной в результате неофициального опроса, проведенного в 1998 году на Ежегодном заседании Американского Общества Клинической

Онкологии, где мы опросили участников о навыках общения. На этом симпозиуме несколько специалистов в области преподавания аспектов взаимоотношений между доктором и пациентов в онкологии сформулировали серию вопросов для оценки отношения участников к практике сообщения плохих новостей. Из 700 человек присутствующих на форуме, которое проводилось дважды за двухдневный период, 500 человек получили пульта для голосования, позволяющие отвечать в реальном времени на вопросы, представленные на экране. Результаты были немедленно проанализированы и представлены на экране для обсуждения. Мы спросили участников об их опыте сообщения плохих новостей и их мнение по наиболее трудным аспектам. Приблизительно 60 % респондентов отметили, что не должным образом сообщали плохие новости от 5 до 20 раз в месяц, и около 14 % - более 20 раз. Эти данные свидетельствуют о том, что для многих онкологов сообщения плохих новостей является важным навыком общения.

Однако, сообщение плохих новостей является сложной коммуникативной задачей. Для сообщения плохих новостей, помимо вербального компонента необходимы и другие навыки. Они включают в себя реагирование на эмоциональные реакции пациента; вовлечения пациента в процесс принятия решения; иметь дело со стрессом, созданным ожиданиями пациента о лечении; участие в беседе нескольких родственников пациента, а также дилемма о том, как дать надежду пациенту в том случае, когда ситуации безнадежная. Сложность коммуникации и взаимоотношений могут иногда создавать серьезные недопонимания, такие как недопонимания пациента о прогнозе заболевания или цели лечения [7-12]. Плохое общение также может препятствовать цели понимания пациентом ожидания от лечения или вовлечения пациента в планирования будущего лечения.

Задача сообщения плохих новостей может быть упрощена за понимания процессов, лежащих в ее основе, а также рассмотрения этого процесса как Котов Максим, 2017 г.

ступенчатой процедуры, а также применения устоявшихся принципов общения и консультирования. Ниже мы опишем шести ступенчатый протокол, который включает в себя эти принципы.

### **Определение «Плохие новости»**

Плохие новости могут быть определены как «любая информация которая серьезно и негативно влияет на представление индивида об его или её будущее» [13]. Плохие новости всегда «в глазах смотрящего», так никто и никогда не сможет оценить влияние плохих новостей, если мы не будем знать ожидания получателя плохих новостей и его понимания. Например, если пациентке сказать, что ее боль в спине усилилась из-за рецидива рак молочной железы, в то время когда она думала что она была обусловлено защемлением мышц, она вероятно будет шокирована.

### **Плохие новости: Почему это важно**

**Частая, но стрессовая задача.** В течении карьеры занятой врач может раскрыть неблагоприятную для пациента медицинскую информацию пациенту и его родственникам тысячи раз [14]. Плохие новости для пациента больным раком по сути как «удар по голове» или «сброс бомбы»[6]. Сообщать плохие новости особенно тяжело в том случае если врач не имеет в этом опыта, пациент молодой, а возможностей для успешного лечения нет или они ограничены [3].

**Пациентам нужна правда.** К концу 1970 гг. большинство врачей были открыты при сообщении онкологическим пациентам их диагноза [15]. Однако исследования стали указывать о том, что пациенты хотели знать дополнительную информацию. Например, опубликованный в 1982 году опрос 1251 американца выявил, что 96% из них желали знать, если бы у них диагностировали рак, а также 85% хотели в случае плохого прогноза знать реалистичную оценку продолжительности оставшейся жизни. На протяжении многих лет появились исследования в США, которые поддержали эти данные

[17-23], однако ожидания пациентов не всегда оправдывались [24-27]. Желания европейских пациентов были такими же, как и у американских. Например, исследование, включающее 250 пациентов онкологического центра Шотландии, показало что от 91% до 94% хотели знать шансы на успех лечения и вероятность побочных эффектов и их тяжесть [28].

**Этические и правовые требования.** В Северной Америке принципы информированного добровольного согласия, самостоятельности пациента и прецедентное право создали четкие этические и правовые обязательства, направленные на то, чтобы предоставить пациентам как можно больше информации, которую они хотят знать о своем заболевании и лечении [29,30]. Врачи не могут отказать пациенту в информации, даже если это может иметь нежелательное влияние на пациента. Однако раскрытие правдивой информации без должного сочувствия и поддержки пациента может расстроить его также, как и ложь относительно его состояния [4]. Как было справедливо отмечено, практика обмана пациента не может быть немедленно изменена на бесчувственное сообщение правды [31].

**Клинические результаты.** В литературе обсуждали, как сообщение плохих новостей влияет на понимание пациентом информации [32], удовлетворенность медицинской помощью [34,34], уровень оптимизма [35] и последующую психологическую корректировку [36-38]. Врачи, которые испытывают трудности при сообщении пациентам плохих новостей, могут подвергнуть их лечению, которое может быть не настолько полезным, насколько это ожидалось [39]. Идея о том, что получение нежелательной медицинской информации о своем здоровье приведет к нанесению психологической травмы является необоснованной [40,41]. Многие пациенты желают знать точную информацию, которая поможет сделать важные жизненные решения. Однако другие могут использовать эту информацию для отрицания, избегая или сводя к минимуму информацию, но до сих пор участвуя в лечении.

## **Какие существуют барьеры при сообщении плохих новостей?**

Tesser [42] с соавторами провели психологические эксперименты, которые показали что барьером при сообщении плохих новостей является переживание сильных эмоций, таких как тревога, страх, бремя ответственности за новости и страх негативной оценки. Этот стресс создает нежелание сообщать плохие новости, которое названо «MUM» эффект. «MUM» эффект особенно силен, когда адресат плохих новостей воспринимает их будучи расстроенным [43]. Это не трудно представить, что эти факторы могут оказывать влияние, когда плохие новости предназначены больным раком [45].

Участники нашего предыдущего вышеупомянутого опроса Американского Общества Клинической Онкологии выявили ряд дополнительных переживаний при сообщении плохих новостей. 55% опрошенных отметили пункты «как быть честным с пациентом и не разрушить надежду» как наиболее важный, в то время как пункт «иметь дело с эмоциями пациента» отметили 25 % респондентов. Поиск нужного количества времени для разговора стал проблемой только для 10% опрошенных.

Несмотря на выявленные проблемы менее чем 10% участников опроса проходили формальное обучение навыкам общения по сообщению плохих новостей и только 32% имели возможность во время обучения регулярно наблюдать интервью с сообщением плохих новостей. В то время как 53% респондентов оценивали свою способность сообщать плохие новости как «хорошо» и «очень хорошо», 39% думали что это правда и 8% - что нет.

На основании этой информации и данных других исследований можно сделать вывод о том, что для многих клиницистов дополнительное обучение по сообщению неблагоприятной информации может быть полезной, так как увеличит уверенность в выполнении этой задачи. Кроме того, методики для сообщения плохих новостей, учитывая ожидания и эмоции пациента, являются крайне необходимыми, однако редко изучаются.

## **Как методика сообщения плохих новостей может помочь врачу и пациенту?**

Когда врачам некомфортно сообщать плохие новости, они могут избегать обсуждения тревожной информации, такой как плохой прогноз, или передавать пациенту неоправданный оптимизм [46]. План для определения жизненных ценностей пациента, желаний для участия в принятии решений, а также стратегии для привлечения внимания к переживаниям пациента может увеличить доверие врача к сообщению неблагоприятной медицинской информации [47,48]. Это также может подталкивать пациента к участию в принятии сложных решений относительно лечения, особенно когда существует низкая вероятность, что противоопухолевая терапия будет эффективной. Наконец врачи, которые будут испытывать меньше тревоги при сообщении плохих новостей, будут меньше подвержены стрессу и эмоциональному выгоранию [49].

### **6 ступенчатая стратегия сообщения плохих новостей**

Авторы нескольких последних публикаций советуют, чтобы беседа с сообщением плохих новостей должна включать ряд ключевых методик общения, чтобы обеспечить поток информации [3,13,50-54]. Мы включили их в пошаговую методику, которая дополнительно включает несколько методик для устранения тревоги пациента.

**Сложную клиническую задачу можно считать серией шагов.** Процесс сообщения неблагоприятной медицинской информации онкологическому пациенту можно сравнить с другой медицинской процедурой, которая требует выполнения поэтапного плана. В медицинских протоколах, например, сердечно- легочной реанимации или ведения диабетического кетоацидоза, каждый шаг должен быть выполнен, и успех мероприятий зависит от успешного выполнения каждого предыдущего шага.

**Цель беседы о плохих новостях.** Процесс сообщения плохих новостей можно представить, как попытку достижения четырех целей. Первая – это сбор информации от пациента. Это позволит врачу определить знания пациента, его ожидания и готовность к восприятию плохих новостей. Вторая цель – дать пациенту информацию в соответствии с нуждами и переживаниями пациента. Третья цель – поддержать пациента используя навыки для снижения эмоционального воздействия и изоляции получателя плохих новостей. Конечная цель – разработать план лечения при участии пациента.

Достижение этих целей осуществляется путем пошагового выполнения шести шагов, каждый из которых связан с конкретным навыком. Не всегда при сообщении плохих новостей необходимо выполнение всех шагов протокола, но при их выполнении необходимо строго соблюдать последовательность.

### **6 шагов протокола SPIKES**

**Шаг 1.: S – SETTING UP the interview (настройте беседу).** Ментальная репетиция является полезным способом для подготовки к стрессовой ситуации. Это может быть достигнуто путем обзора плана будущей беседы с пациентом, а именно каким образом вы будете реагировать на эмоциональное состояние пациента и его трудные вопросы. Как вестник плохих новостей, вы должны ожидать что будете испытывать негативные эмоции и отчаяние и ответственность. Полезно напомнить, что сообщение плохих новостей может расстроить пациента, но в то же время данная информация будет очень важна для планирования будущего пациента.

Несколько полезных рекомендаций.

***Организуйте общение наедине.*** Если беседа с пациентом в отдельной комнате невозможна, то можно отгородить постель пациента при помощи шторы (ширмы);

***Задействуйте в разговоре значимых для пациента людей.*** Большинство пациентов желают присутствие в разговоре кого-то еще, однако этот выбор  
Котов Максим, 2017 г.

должен сделать пациент. Когда членов семьи очень много, попросите пациента оставить одного или двух ближайших родственников;

***Присядьте.*** Тот факт, что вы присели рядом с пациентом, расслабит его, а также говорит о том, что вы не будете спешить в разговоре. Когда вы сидите, вы не должны иметь барьеров между Вами и пациентом (например, в виде стола). Если вы только что обследовали пациента, то перед началом разговора предложите ему одеться.

***Наладьте связь с пациентом.*** Поддержание зрительного контакта может быть некомфортно, однако это важный способ создания взаимопонимания между вами. Прикоснитесь к руке пациента, держите его за руку (если конечно ему это комфортно), либо используете другие методы для достижения взаимопонимания.

***Управляйте ограничением времени и отвлекающими факторами.*** Сообщите пациенту о том, у вас ограниченное время и вы ожидаете, что вас могут отвлечь разговора. Отключите на время разговора свой мобильный телефон и попросите коллег вас не беспокоить.

## **Шаг 2.: Assessing the Patient's PERCEPTION ( Оценка восприятия пациента)**

Шаги 2 и 3 протокола SPIKES являются точками в беседе, где вы осуществляете аксиому «прежде чем сказать – спроси». То есть прежде чем обсуждать медицинские данные, врач при помощи открытых вопросов создает точную картину того, как пациент воспринимает ситуацию – что он понял и насколько важно это для него. Например, «Что Вы расскажите о своей болезни до этого момента?», или «Как вы думаете, почему мы выполнили Вам МРТ?». Основываясь на полученной информации, вы сможете скорректировать имеющуюся у пациента дезинформацию и сообщить плохие новости пациенту с учетом того, что пациент не понимает. Это также поможет выполнить важную задачу – определить есть ли у пациента какая-нибудь форма отрицания болезни: выдача желаемого за действительное; пропуск



существенных, но неприятных деталей своей болезни, или нереальные ожидания от лечения [56].

### **Шаг 3.: I – Obtaining Patient’s INVITATION (Получение приглашения пациента).**

В то время как большинство пациентов желает получить полную информацию о своем диагнозе, прогнозе, и деталях своей болезни, некоторые пациенты не хотят видеть полную картину. Когда врач слышит желание пациент получить полную информацию о своей болезни, это способствует снижению волнения при сообщении плохих новостей [57]. Однако, избегание информации является действенным механизмом психологической защиты [58,59], и проявляется более вероятно при тяжелом течении заболевания [60]. Обсуждая ту информацию с пациентом, которую врач ему сообщает во время разговора, он может планировать дальнейшее обсуждение с пациентом. Примерами вопросов, задаваемых пациенту врачом – «Как бы вы хотели, чтобы я сообщил вам о результатах исследований?» или «Вы хотели бы получить полную информацию о результатах исследования, или кратко обозначить результаты и подробно обсудить план лечения?». Если пациенты не хотят знать детали, предложите ему ответить на любые интересующие его вопросы, которые появятся в будущем, или поговорить с родственниками и друзьями.

### **Шаг 4.: K – Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient ( Дайте информация пациенту)**

Предупреждение пациента о том, что вы сообщаете ему плохие новости может уменьшить шок от их последующего получения и способствовать более легкому пониманию полученной информации [61]. Пример фраз, которые могут использоваться для этих целей - *«К сожалению у меня для Вас плохие новости», «Я сожалею о том, что должен Вам сообщить ..».*

Сообщение медицинской информации – одна сторона диалога между врачом и пациентом – может быть лучше, если придерживаться нескольких

рекомендаций. Во-первых, начинайте разговор на уровне понимания и словарного запаса пациента. Во-вторых, используйте общедоступные слова вместо специальных терминов, таких как «распространение» вместо «метастазирование» или «кусоч ткани» вместо «биоптат». В третьих, не используйте чрезмерного «затупления» («У вас очень плохой рак и если вы не получите немедленного лечения то умрете»), так как это приведет к отстранению пациента, а в последствии он будет зол на вас с тенденцией обвинять вас как посланника плохих новостей [4,32,61]. В - четвертых, сообщайте информацию небольшими и частями и периодически проверяйте, понимает ли Вас пациент или нет. В-пятых, если прогноз пациент плохой при общении избегайте таких фраз как «Мы ничего больше ничего сделать для Вас». Такая позиция несовместима с тем, что пациенты часто имеют другие цели лечения, такие как отсутствие боли и других симптомов болезни [35,62].

#### **Шаг 5.: Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses ( Относитесь к эмоциям пациент с сочувствием)**

Реагирование на эмоции пациента одна из наиболее сложных задач при сообщении плохих новостей. Эмоциональные реакции пациента могут быть различны, от молчания до неверия, плача, отрицания, или гнева. Когда пациенты узнают плохие новости их эмоциональные реакции проявляются в виде шока, изоляции и горя. В этой ситуации врач может поддержать пациента, быть солидарным с ним при помощи эмпатии (сочувствия). Эмпатия состоит из четырех шагов:

Во-первых, смотрите на любые эмоции со стороны пациента. Это могут быть слезы, печальный взгляд, тишина или шок.

Во-вторых, определите эмоции которые испытывает пациент, назвав их для себя. Используйте открытые вопросы для того чтобы узнать, что пациент думает или чувствует.

В-третьих, определите причину этих эмоций. Обычно это связано с плохими новостями. Но если вы не уверены в этом, снова спросите об этом пациента;

В-четвертых, после того как вы дали пациенту короткий период времени для выражения своих эмоций, позвольте пациенту понять что вы связаны с причиной этих эмоций. Например:

**Врач:** Я сожалею, рентген показал, что химиотерапия больше не эффективна [пауза]. Опухоль увеличилась в размерах.

**Пациент:** Я боялся этого [плачет]

**Врач** [передвигает свой стул ближе к пациенту, предлагает ему платок]: Я знаю, что это не то, что вы хотели бы услышать. Я хотел бы, чтобы новости были лучше.

В вышеуказанном диалоге врач наблюдал плач пациента и понял, что он был вызван полученной плохой новостью. Он подошел ближе к пациенту. В этот момент он мог прикоснуться к руке пациента и подождать пока к нему вернется самообладание. Он позволил пациенту понять, что понимает почему тот расстроен и сделал заявление, что он его понимает. Другие примеры эмпатии представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Пока эмоции ясные, трудно перейти к обсуждению других вопросов. Если эмоции пациента разрешаются не быстро, полезным будет продолжить с сочувствием отвечать на эмоции пациента до тех пор, пока он не успокоится. Врачи также могут применять сочувственные ответы для признания собственных эмоций («Я хотел бы, чтобы новости были лучше»). Это показывает вашу приверженность эмпатии, чтобы позволяет понять пациенту истинность ваших чувств.

**Таблица 3**

Кроме того, когда эмоции пациента не явно выражены, например, когда пациент молчит, врач должен задать уточняющий вопрос, прежде чем сочувственно реагировать. Когда эмоции пациента едва уловимы, или проявляются косвенно, или в завуалированной форме, такие как разочарование или гнев («Я полагаю мне снова придется страдать от химиотерапии»), вы все еще можете реагировать с сочувствием («Я вижу эти новости печальные для вас»). Пациенты считают, что их лечащий онколог является важным источником психологической поддержки [63], и сочетание сочувствия, объяснения и проверки сказанного являются наиболее сильными методами, обеспечивающую эту поддержку [64-66] (Таблица 2). Это уменьшает отстраненность пациента, выражает солидарность и соответствие чувствам пациента и его мыслям [67].

### **Шаг 6.: S-STRATEGY and SUMMARY**

Пациенты, ясно представляющие свое будущее, с меньшей вероятностью чувствуют тревогу и неопределенность. До обсуждения плана лечения, важно спросить пациента, готов ли он сейчас к этому обсуждению. Рассказы пациенту о вариантах лечения, когда они пригодны не только как стандарт в некоторых случаях [68], но это создаст впечатление что врач считает желание пациента важным. Разделение ответственности за принятие решения с пациентом может также снизить любое чувство неудачи со стороны врача когда лечение не эффективно. Проверка недопонимания пациентом дискуссии может предотвратить тенденцию пациентов в переоцениванию эффективности лечения или недопонимания цели лечения [7-9,57]. Врачи часто чувствуют себя некомфортно когда обсуждают с пациентом прогноз или варианты лечения, если информация неблагоприятная. Основываясь на собственных наблюдениях и данных других исследований [1,5,6, 10, 44-46], мы верим, что данный дискомфорт основан на переживаниях, которые испытывает врач. Они включают неуверенность относительно ожиданий пациента, страх разрушить надежду у пациента, страх в собственном бессилии

перед лицом бесконтрольно прогрессирующей болезни, отсутствием уверенности в том, что он сможет управлять ожидаемыми эмоциями пациента и иногда смущение за ранее оптимистично обрисованный прогноз для пациента.

Эти непростые беседы могут быть облегчены **использованием нескольких приемов.**

**Во-первых**, многие пациенты имеют некоторое представление о серьезности своего заболевания и ограниченных возможностях лечения, но боятся поделиться ими или спросить о последствиях. Исследование знаний пациента, его ожиданий и надежд (**Шаг 2 Протокола SPIKES**) позволяет врачу понять где сейчас находится пациент в своих представлениях именно с этой точки начать разговор. Когда пациенты имеют нереалистичные ожидания («Мне сказали, что Вы творите чудеса»), просьба пациента рассказать историю болезни обычно выявит страхи, тревогу и эмоции, которые лежат за этими ожиданиями. Пациенты могут видеть в излечении решение нескольких различных проблем, значимых для них. Это может быть потеря работы, неспособность заботиться о семье, боль и страдание, чувство обузы для других или ограниченная подвижность. Выражение этих страхов и опасений часто позволяет пациенту признать серьезность своего состояния. Если пациент стал грустным при обсуждении своих опасений, будет уместно применить методики, описанные в Шаге 5 протокола SPIKES. Во-вторых, понимание важных конкретных целей, которые есть у многих пациентов, такие как контроль симптомов, и уверенность в том, что они получают лучшее возможное лечение и постоянную заботу позволяет врачу надеяться на достижение этих целей. Это может очень обнадеживать пациентов.

### **Опыт применения протокола SPIKES**

**Оценка протокола онкологами.** В описанном выше опросе на встрече Американского Общества Клинической Онкологии, мы спросили участников

является ли протокол SPIKES полезным в их собственной практике. 99% респондентов отметили, что протокол имеет практическую направленность и прост для понимания. Они сообщали, что, использование сочувствия, исследование и подтверждение эмоций пациентов является большой проблемой данного протокола (52% респондентов). В обучении, протокол SPIKES использовался для создания сценариев обучающих фильмов по общению врача и пациента [67]. Эти сценарии оказались эффективными в преподавании протокола и инициировали дискуссию об особенностях сообщения плохих новостей.

**Достигнут ли консенсус среди экспертов относительно протокола SPIKES?** Существует мало исследований, изучающие мнение пациента об их предпочтениях при сообщении плохих новостей [69]. Однако, из-за скудности медицинской информации, содержания протокола SPIKES тесно отражает консенсус онкологических пациентов и профессионалов, как основной элемент при сообщении плохих новостей [3,13,50-54]. В частности, протокол SPIKES подчеркивает, что методика полезная при реакции на эмоции пациента и поддержке пациента в эти моменты.

**Могут ли студенты и врачи научиться пользоваться протоколом SPIKES?**

Большинство учебных программ дипломного и последипломного медицинского образования обычно не предлагают специальные тренинги по сообщению плохих новостей [70] и большинство онкологов учатся сообщать плохие новости наблюдая за более опытными коллегами в различных клинических ситуациях [39]. В Университете Техаса M.D. Anderson Cancer Center мы используем протокол SPIKES в интерактивных семинарах для онкологов и аспирантов. Как результат, до и после семинара мы использовали письменный тест для оценки уверенности врача при выполнении различных заданий с использованием протокола SPIKES. Мы обнаружили, что протокол SPIKES в комбинации с практическими занятиями, такими как ролевые игры, могут увеличить уверенность наставников и аспирантов при применении

протокола SPIKES. Применение протокола SPIKES при обучении студентов-медиков, показало, что оно повышает уверенность при составлении плана сообщения плохих новостей [71].

**Обсуждение.** В клинической онкологии способность эффективно общаться с пациентами и членами их семей больше не может рассматриваться как факультативный навык [72]. Современные рекомендации ASCO по разработке учебных программ пока не содержат рекомендации по разработке программ обучения навыкам общения [73]. С другой стороны, исследование Shea и соавторов, показало заинтересованность онкологов в дополнительном обучении навыкам общения на основании опроса 2516 специалистов [74]. Данные Shea относительно навыков общения были поддержаны в нашем опросе участников встречи Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO), многие из которых сообщали о неуверенности при сообщении плохих новостей. Определенное отсутствие возможности обучения играет важную если не ведущую роль в этой проблеме, так 40% респондентов не только не имели достаточной теоретической подготовки, но и не имели возможности наблюдения за тем, как более опытные коллеги сообщают плохие новости пациентам.

Несколько публикаций наглядно продемонстрировали, что навыкам общения можно научиться и они сохраняются [47,48,71,75,76]. SPIKES протокол для сообщения плохих новостей является специальной формой обучения навыкам общения между врачом и пациентом, который используется для преподавания навыков общения и при других медицинских ситуациях [77]. Эти ключевые навыки являются важной основой эффективного общения [78]. Используя вербальные навыки для оказания поддержки и защиты представляется расширением видения роли онколога, что согласуется с важной целью медицинской помощи, направленной на уменьшение страдания пациента. Они формируют основу поддержки пациентов важного психологического воздействия на тревогу.

Мы признаем, что протокол SPIKES не полностью основан на экспериментальных данных, и вопрос о том, найдут ли пациенты полезным данный протокол, остается важным. Однако его применение предполагает динамическое взаимоотношение между врачом и пациентом, при котором врач руководствуется пониманием, предпочтениями и поведением пациента. Такой гибкий подход наиболее вероятно решит проблему неоднородности между пациентами, чем применение какой-то ригидной модели общения для всех.

### **Будущие направления.**

В настоящее время мы находимся в процессе определения того, какого психосоциального влияния плохих новостей во время их сообщения пациенту. Мы планируем эмпирически определить, может ли использование протокола SPIKES уменьшить волнение врача при сообщении плохих новостей, а также улучшить беседу и поддержку пациента. В дальнейшем мы планируем исследовать предпочтения при сообщении плохих новостей пациенту, используя шаги протокола SPIKES, при различных заболеваниях, возрасте, пола, и стадии заболевания. Предварительные данные свидетельствуют о том, что, как указано в протоколе SPIKES, пациенты желают получить объем информации в соответствии со своими предпочтениями. Мы также проводим долгосрочные наблюдения за результатами участников семинаров для онкологов и их наставников, для того, чтобы определить, как их организовывать.

### **Список литературы:**

1. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998;24:81-88. CrossRefMedline
2. American Society of Clinical Oncology. Cancer care during the last phase of life. *J Clin Oncol* 1998;16:1986-1996. Abstract



3. American Society of Clinical Oncology. Training resource document for curriculum development in medical oncology. *J Clin Oncol* 1998;16:372-379. Abstract/FREE Full Text
4. Annas G. Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *N Engl J Med* 1994;330:223-225. CrossRefMedline
5. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999;86:887-897. CrossRefMedline
6. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP et al. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ* 1997;12:166-173. Medline
7. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC et al. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988;27:1139-1145.
8. Buckman R, Korsch B, Baile WF. *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice*. Toronto: Medical Audio Visual Communications, 1998;CD-ROM (Pt 2):Dealing with feelings.
9. Buckman R. *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992:15.
10. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* 1984;288:1597-1599.
11. Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Communication with cancer patients: does it matter? *J Palliat Care* 1995;11:34-38.
12. Butow PN, Maclean M, Dunn SM et al. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8:857-863. Abstract/FREE Full Text
13. Cassem NH, Stewart RS. Management and care of the dying patient. *Int J Psychiatry Med* 1975;6:293-304. Medline

14. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K et al. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980;92:832-836.
15. Conlee MC, Tesser A. The effects of recipient desire to hear on news transmission. *Sociometry* 1973;36:588-599. CrossRef
16. Davidson JR, Brundage MD, Feldman-Stewart D. Lung cancer treatment decisions: patient's desires for participation and information. *Psychooncology* 1999;8:11-20.
17. Davison BJ, Degner LF, Morgan TR. Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *Oncol Nurs Forum* 1995;22:1401-1408. Medline
18. Degner LF, Kristanjanson LJ, Bowman D et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997;18:1485-1492.
19. DelVecchio-Good M, Good BJ, Schaffer C et al. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiatry* 1990;14:59-79. CrossRefMedline
20. Donovan K. Breaking bad news. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating Bad News*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:3-14.
21. Dunsmore J, Quine S. Information, support and decision-making needs and preferences of adolescents with cancer: implications for health professionals. *J Psychosoc Oncol* 1995;13:39-56.
22. Eidinger RN, Schapira DV. Cancer patients' insight into their treatment, prognosis and unconventional therapies. *Cancer* 1984;53:2736-2740. CrossRefMedline
23. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:1961-1968. Abstract
24. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-1519.

25. Friedman HS. Physician management of dying patients: an exploration. *Psychiatry Med* 1970;1:295-305. Medline
26. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997;156:1159-1164. Abstract/FREE Full Text
27. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH et al. Misunderstanding in cancer patients: why shoot the messenger. *Ann Oncol* 1999;10:39-46. Abstract/FREE Full Text
28. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. I: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998;24:53-59. CrossRefMedline
29. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13:2449-2456. Abstract/FREE Full Text
30. Goldberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. *J Clin Oncol* 1984;2:948-955. Abstract
31. Greisinger AJ, Lorimor RJ, Aday LA et al. Terminally ill cancer patients: their most important concerns. *Cancer Pract* 1997;5:147-154. Medline
32. Haidet P, Hamel MB, Davis RB et al. Outcomes, preferences for resuscitation, and physician-patient communication among patients with metastatic colorectal cancer. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Am J Med* 1998;105:222-229. CrossRefMedline
33. Hoffman JC, Wegner NS, Davis RB et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Int Med* 1997;127:1-12. Medline
34. Holland JC. Now we tell—but how well. *J Clin Oncol* 1989;7:557-559.
35. Keller V, Carroll JG. A new model for physician-patient communication. *Patient Educ Commun* 1994;23:131-140.

36. Last BF, van Veldhuizen AM. Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depress in children with cancer aged 8-16 years. *Eur J Cancer* 1996;32:290-294. CrossRef
37. Ley P. Giving information to patients. In: Eiser JR, ed. *Social Psychology and Behavioral Science*. New York: John Wiley, 1982:353.
38. Lind SE, DeVecchio-Good MJ, Seidel S et al. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 1989;7:583-589. Abstract
39. Lipkin M, Frankel RM, Buckman HB et al. The structure and process of the medical interview. 5. Performing the interview. In: Lipkin M, Putnam SM, Laxare A, eds. *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer-Verlag, 1995:65-82.
40. Lobb EA, Butow PN, Kenny DT et al. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust* 1999;171:290-294. Medline
41. Lubinsky MS. Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Genet Couns* 1999;3:5-12.
42. Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsberg AD et al. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer* 1988;58:355-358. CrossRefMedline
43. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I—Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986;292:1573-1576.
44. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988;297:907-909.
45. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985;291:1711-1713.
46. Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making “connexions”: enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med* 1993;118:973-977. Medline

47. Mayer RJ, Cassel C, Emmanuel E. Report of the task force on end of life issues. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, Los Angeles California, May 16, 1998.
48. Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy of "forecasting." *Cleve Clin J Med* 1997;64:181-182. [FREE Full Text](#)
49. Maynard DW. On "realization" in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation. *Am Sociol Rev* 1996;61:109-131.
50. Meredith C, Symonds P, Webster L et al. Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313:724-726. [Abstract/FREE Full Text](#)
51. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer* 1995;76:167-177. [CrossRefMedline](#)
52. Miyaji N. The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. *Soc Sci Med* 1993;36:249-264.
53. Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med* 1984;6:475-480.
54. Morris B, Abram C. *Making Healthcare Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Practitioner-Patient Relationship.* Washington: United States Superintendent of Documents, 1982:119.
55. Nattinger AB, Hoffman RG, Sharpiro R et al. The effects of legislative requirements on the use of breast conserving surgery. *N Engl J Med* 1996;335:1035-1040. [CrossRefMedline](#)
56. Novack DH, Plumer R, Smith RL et al. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979;241:897-900. [CrossRefMedline](#)
57. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med* 1987;2:346-355. [Medline](#)

58. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961;175:1120-1128.
59. Pfeiffer MP, Sidorov JE, Smith AC et al. and the EOL Study Group. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians. A multicentered study using structured qualitative interviews. *J Gen Intern Med* 1994;9:82-88. CrossRefMedline
60. Premi JN. Communicating bad news to patients. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating Bad News*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:15-21.
61. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996;276:496-502. CrossRefMedline
62. Quirt CF, McKillop WJ, Ginsberg AD et al. Do doctors know when their patients don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer* 1997;18:1-20. CrossRefMedline
63. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians [see comments]. *Br J Cancer* 1995;71:1263-1269. CrossRefMedline
64. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994;74:336-341. CrossRefMedline
65. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* 1993;72:3355-3365. CrossRefMedline
66. Shea JA, Frenkel EP, Webster GD. Training and practice activities of hematology and medical oncology diplomates. *Arch Intern Med* 1990;150:145-148. CrossRefMedline
67. Siminoff LA, Fetting JH, Abeloff MD. Doctor-patient communication about breast cancer adjuvant therapy. *J Clin Oncol* 1989;7:1192-1200. Abstract
68. Slavin LA, O'Malley JE, Koocher GP et al. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment. *Am J Psychiatry* 1982;139:179-183. Medline

69. Suchman AL. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-682. CrossRefMedline
70. Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA et al. Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *J R Soc Med* 1989;82:260-263. Abstract/FREE Full Text
71. Taylor C. Telling bad news: physicians and the disclosure of undesirable information. *Sociol Health Illn* 1988;10:120-132.
72. Tesser A, Conlee MC. Recipient emotionality as a determinant of the transmission of bad news. *Proc Annu Conv Am Psych Assoc* 1973;247-248.
73. Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). A field study. *Psychol Rep* 1971;29:651-654. CrossRef
74. Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR et al. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 1998;129:441-449. Medline
75. Vaidya VU, Greenberg L, Kantilal MP et al. Teaching physicians how to break bad news. A 1-day workshop using standardized patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:419-422. CrossRefMedline
76. Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 2: What evidence is available to guide clinicians? *Behav Med* 1998;24:61-72. Medline
77. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998;279:1709-1714. CrossRefMedline
78. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991;9:1916-1920. Abstract