

Шість кроків повідомлення поганих новин при репродуктивному виборі під час вагітності

Тетяна Бут

КНП «Київський міський пологовий будинок №1»

Ірина Франкова

НМУ імені О.О. Богомольця

Вступ. Лікарська компетентність та ефективність лікування залежить не тільки від “hard skills”- вчасно встановленого діагнозу та підбраного лікування згідно з останніми протоколами, але й від “soft skills” комунікативних навичок самого лікаря, які весь час потрібно удосконалювати.

Коли в акушерській чи гінекологічній практиці постає питання репродуктивного вибору, це складне випробування для родини. Тільки пацієнтка та її родина може врахувати свої наявні ресурси, цінності та прийняти вірне для себе рішення. Важливо, щоб інформація надавалась згідно об'єктивних даних, а не з суб'єктивної позиції лікаря. Повідомлення поганих новин це також виклик і для лікаря.

Мета. Впровадити у практику протокол послідовної комунікації лікаря акушер-гінеколога з пацієнткою, починаючи від телефонного запрошення на очну консультацію і закінчуючи подальшим зв'язком з родиною.

Метод. Був проведений літературний пошук ключових слів у наукометричних базах даних та адаптований протокол повідомлення поганих медичних новин відповідно до потреб лікаря акушер-гінеколога в ситуації репродуктивного вибору.

Результати. Протокол включає шість послідовних кроків побудови бесіди лікаря акушер-гінеколога з пацієнткою в жіночій консультації, а саме: початок роботи, визначення рівня поінформованості, отримання згоди на повідомлення інформації, безпосереднє повідомлення інформації, реагування на почуття, підсумки і планування подальшої взаємодії. Запропоновані конкретні приклади діалогів, фраз, що варто використовувати при розмові, а також фраз, яких слід уникати. Також представлені інструменти роботи для повідомлення діагнозу: попередження, заперечення, пояснення, «тут та тепер», та як лікарю після розмови піклуватися про себе.

Висновок. Слід визнати важливість комунікативних навичок лікаря на всіх етапах догляду за сім'ями, яким загрожує перинатальна втрата. Протокол повідомлення поганих новин в акушерській та гінекологічній практиці є класичним протоколом, що вже пройшов випробування часом в світовій практиці. Слід продовжувати впроваджувати його в Україні.

Вступ

Повідомлення поганих новин це емоційний виклик не тільки для пацієнта, але й для лікаря. В акушерстві та гінекології не рідкі ситуації, коли пацієнтка стоїть перед складним репродуктивним вибором зберігати чи переривати вагітність в ситуації генетичної патології

розвитку плода, патології плода несумісної з життям, важкої екстрагенітальної патології у жінки. Така патологія неминуче призведе до перинатальної втрати. Перинатальна втрата це катастрофічний, проте досить поширений досвід [1]. В Україні за 2019 рік у 2506 жінок були виявлені вроджені вади розвитку плода, ще 2018 жінок перервали вагітність за медичними показаннями (Центр медичної статистики МОЗ України) [2].

В ситуації репродуктивного вибору жінка багато в чому покладається на лікаря, саме від комунікативних навичок та стилю повідомлення поганих новин залежить майбутній психічний та емоційний стан жінки (перебіг горювання) і, як наслідок, прогноз одужання. В ситуації репродуктивного вибору повідомлення поганих новин має відбуватись відповідно до конкретних керівництв, в атмосфері емпатії та турботи, що вважається частиною стандартної допомоги в більшості акушерських відділень розвинених країн [3].

Ефективне спілкування з батьками - це процес, який вимагає від клініцистів знання, яку інформацію надавати, як і коли повідомляти інформацію та як оцінювати розуміння батьками даної інформації. Лікарі, що піклуються про батьків, які зазнали втрат, потребують конкретних знань про поведінку та потреби цих батьків, що є базисом для застосування вказівок щодо повідомлення поганих медичних новин та залучення батьків до сумісного прийняття рішень.

Комунікативні навички є необхідним та невід'ємним компонентом медичної допомоги, але на жаль, як в до так і післядипломній освіті, як правило, не є пріоритетним напрямком навчання [4]. Дуже часто фокусом медичної допомоги стає турбота про фізичне здоров'я, лікарі не знають як поводити себе в присутності матері, що страждає від горя, і намагаються уникати емоційного та емпатичного контакту. Їм бракує навичок, стратегій та ресурсу в цих ситуаціях, як результат, у багатьох випадках, поведінка та відношення медичного персоналу (лікарі, медсестри) не є завжди коректними, що включає дистанціювання, емоційну холодність, заперечення тяжкості втрат, особливо на ранніх термінах вагітності [5]. Метою такої уникаючої поведінки медиків є спроба знизити рівень власного емоційного болю та захиститись від ірраціональних почуттів провини та безпомічності [6].

Момент повідомлення поганих новин змушує професіонала відчувати занепокоєння, через складні почуття та брак навичок, акушер-гінеколог може ненароком поставити під загрозу свою компетентність, не усвідомлюючи наскільки спосіб передачі поганих новин допоможе або зашкодить процесу горя і вплине на довіру в майбутніх відносинах лікар-пацієнт.

Процес горя через перинатальні втрати починається в момент повідомлення поганих медичних новин, тож супровід та надання допомоги батькам, які їх зазнали - це процес в якому не слід імпровізувати. Тож назріла потреба запропонувати лікарям робочий інструмент щодо повідомлення поганих медичних новин.

Даний алгоритм був розроблений з метою покращення комунікації лікар-пацієнт та призначений для лікарів акушер-гінекологів, сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, що стикаються в рамках клінічної практики з повідомленням поганих новин жінкам в перинатальний період.

У впровадженні в лікарську практику протоколу повідомлення поганих новин на інституціональному рівні може бути ефективним інструментом для попередження виникнення професійного вигорання. Залученість персоналу в даному процесі не має бути лише особистою відповідальністю медичного працівника, а повинно являти собою комплексний підхід взаємодії організації та співробітників [7]. Моральний дистрес, що виникає як наслідок емоційного навантаження через повідомлення поганих новин, виражається у відчутті безсилля, знеціненні власних зусиль та досягнень, і коло замикається, бо виснажений лікар схильний давати хибну надію пацієнткам. Дистрес лікаря може проявлятися в зниженні ефективності, підвищенні кількості медичних помилок, зниженні прихильності пацієнтів до терапії, зниженні задоволеності пацієнтів медичними послугами [8].

Метод

Було проведено пошук наукової україномовної та англomовної літератури, опублікованої за період з 2000 по 2020 р., який включав ключові слова: репродуктивний вибір, перинатальна втрата, повідомлення поганих медичних новин та комунікативні навички. Пошук відбувався із використанням баз даних PubMed та Google Scholar. Через брак публікацій з цієї теми інформаційний пошук був розширений до довшого часового періоду ніж у стандартному підході (п'ять років). На основі результатів інформаційного пошуку та клінічного досвіду була проведена адаптація протоколу повідомлення поганих новин, що складається з шести етапів "A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer (SPIKES)" з онкологічної практики відповідно до особливостей акушерсько-гінекологічної практики у питанні репродуктивного вибору [9, 10, 11]. Даний протокол був адаптований до потреб клінічної практики Консультативно - діагностичного відділення КНП "Київського міського пологового будинку #1" м. Києва.

Протокол повідомлення поганих новин в акушерстві та гінекології

Початок роботи

Підготовка на етапі жіночої консультації:

Ви, як лікар, отримали інформацію, яка поставить жінку перед репродуктивним вибором. Якщо є хоч незначний процент, що дана інформація хибна - потрібно провести перевірку на вірогідність ще раз, щоб бути впевненим на 100%. Якщо неможливо підтвердити інформацію - це потрібно повідомити пацієнтці під час консультації.

- Для повідомлення поганих новин слід призначити очну консультацію;
- Не бажано повідомляти погані новини телефоном;

Фрази, які слід уникати при запрошенні на консультацію телефоном:

- "Прийшли погані результати скринінгу - потрібно терміново перервати вагітність";
- "Вам терміново потрібно прийти, бо за результатами скринінгу висока вірогідність, що дитина буде інвалідом. Нам терміново потрібно переривати вагітність, поки ще не пізно";
- "Прийшли погані результати скринінгу, але не хвилюйтесь, термін вагітності такий, що дозволяє її перервати".

Фрази, які рекомендовано використовувати:

- "Я маю складну розмову, необхідно щоб ви прийшли на консультацію";
- "Мені шкода, в мене погані новини".
- По телефону запропонуйте, щоб пацієнтку на консультацію супроводжував хтось з близьких (партнер, подруга чи інша довірена особа).
- Виділіть достатньо часу на консультацію. Організуйте конфіденційний простір, щоб вас не турбували під час консультації. На такий випадок добре мати табличку, що можна повісити на ручку дверей: "Не турбувати, йде консультація". Приготуйте серветки на випадок, якщо пацієнтка буде плакати. Приготуйте стакан води для себе та пацієнтки. Приготуйте візуальний матеріал (зображення, малюнки) на випадок, якщо пацієнтка матиме бажання отримати більше інформації.
- Перед початком консультації представте пацієнтці та її партнеру інших медичних працівників, які будуть присутні на консультації та проговоріть їх роль:



- "Це Антоніна Іванівна, моя акушерка, вона буде заповнювати всі необхідні документи (направлення)";

- "Це Іван Сергійович, лікар-інтерн, він сьогодні буде допомагати з необхідними документами".

Визначення рівня поінформованості

Дізнайтесь, що пацієнтка вже знає про діагноз. Можливо це не перша її вагітність з таким діагнозом, чи хтось з родичів, або близьких стикався з цим діагнозом, тощо.

- "Можливо ви щось чули чи знаєте про цей діагноз? Що саме вам відомо?"

Використовуйте слова, що використовує пацієнтка. Якщо пацієнтка звертається до свого малюка: дитина, хлопчик, дівчинка - бажано в розмові також використовувати ці слова. Уникайте слів "плід", "вагітність".

Наприклад, пацієнтка вас питає:

- "Що з моїм хлопчиком?"

Прийнятним буде відповісти:

- "Мені шкода, у вашого хлопчика виявлено наступну патологію".

Визначте чи має ірраціональні переконання пацієнтка, щодо виявленого діагнозу. Як вона це собі пояснює (Карма, Божа кара)

Наприклад, пацієнтка може запитати:

- "Лікарю, це сталося тому, що я спочатку не зраділа цій вагітності?"
- "Це, мабуть сталося тому, що я колись зробила аборт, і це мене Бог карає".

В такому випадку у розмові та поясненні зробіть акцент на раціональних фактах.

Визначте здатність до розуміння інформації, що ви повідомляєте.

- Запитайте пацієнтку, наскільки зрозумілий їй діагноз?
- Якщо це екстрагенітальна патологія - запитайте, наскільки її непокоїли симптоми чи хвороба?
- Чи діагноз вперше був встановлений під час вагітності?
- Що розповідали їй інші лікарі про стан її здоров'я чи стан дитини?

Ці додаткові запитання дадуть можливість визначити який саме об'єм інформації необхідно надати. Якщо пацієнтка вже була поінформована раніше про можливі ризики з вагітністю, вона могла щось попередньо прочитати, і підготуватись до різних варіантів розвитку подій.

Отримання згоди на повідомлення інформації

Дізнайтесь, чи бажає/готова пацієнтка отримати більше інформації? Поставте відкрите запитання:

- "Ви б хотіли, щоб я пояснив вам детальніше, чому вас сьогодні запросили на консультацію?"
- "Я підготував/ла матеріали, які допоможуть вам зрозуміти суть даних ускладнень"



перебігу вагітності/захворювання. Будь ласка, ставте мені запитання чи уточнення, як тільки вони виникатимуть. Це дозволить вам отримати інформацію, необхідну для прийняття рішення".

Розпізнайте та підтримайте різні потреби пацієнтки. Слідкуйте за тим, які саме ставить запитання пацієнтка (на що звертає увагу, в яку тему направляє розмову); що саме зараз її турбує (наприклад, яка тривалість та якість життя дитини з цим діагнозом).

Поставтесь з розумінням, якщо пацієнтка відмовиться від отримання інформації. Якщо вона попросила вас зробити паузу, чи попросила не говорити більше про дитину чи діагноз - зробіть паузу. Запропонуйте їй води.

Доречним буде сказати: "Я бачу, що вам зараз складно. Інформації багато, і потрібен час, щоб її прийняти й зрозуміти, що робити далі. Не поспішайте, в нас ще є час в рамках сьогоднішньої консультації. Чи можу Я запропонувати вам води? Ми можемо повернутися до цієї теми, коли ви будете готові"

Дізнайтесь, чи хоче пацієнтка знати всі можливі варіанти розвитку подій. Якщо ні, можливо вона хоче, щоб ви розповіли цю інформацію комусь з близьких пацієнтки?

- "За наказом МОЗ, даний діагноз є показом для переривання вагітності. Ви маєте вибір - погодитися чи ні. Чи можу я розповісти вам, які можливі варіанти розвитку подій?"

"Ви бажаєте дізнатись більше, чи на сьогодні досить? Ми можемо продовжити цю розмову, коли прийдуть результати додаткового обстеження".

Повідомлення інформації

Сумісно з пацієнткою та її партнером ухваліть рішення, що саме повинно зараз обговорюватися (діагноз, прогноз, тощо). Проговоріть з пацієнткою всі можливі варіанти розвитку подій.

"Давайте, ми розглянемо ситуацію, якщо ви приймете рішення зберігати вагітність та народжувати"

Під час даної бесіди бажано висвітлити наступні моменти:

- Як далі буде протікати вагітність
- Які складнощі зі здоров'ям можуть виникнути
- Як ця вагітність може закінчитись (антенатальна загибель плода, передчасні пологи, пологи в термін. Вагінальні пологи чи кесарський розтин)
- Як можуть протікати пологи
- Чи потребуватиме новонароджений термінової реанімації чи вони одразу можуть бути на сумісному перебуванні
- Чи потребуватиме малюк консультації вузьких спеціалістів (генетик, кардіолог, хірург, ін.)
- Як довго може тривати життя немовляти з таким діагнозом

"Тепер ми розглянемо ситуацію, якщо ви приймете рішення переривати цю вагітність"

- Зазначте перелік необхідних додаткових обстежень з обов'язковим зазначенням терміну вагітності на момент виконання цих обстежень, скільки часу потрібно чекати результат. Оскільки очікування обстеження та його результатів може тривати декілька тижнів, весь цей час пацієнтка може відчувати тривогу та напруження. В неї можуть з'явитись розлади сну, пригнічення апетиту та настрою, загостритись хронічні



соматичні захворювання. Ви можете висловити слова підтримки:

"В період очікування ви можете відчувати тривогу та напруження, і це природно, в цей період вам потрібна підтримка"

- Повідомте про наступні етапи після отримання результатів обстежень (повторна консультація, розгляд спеціальної комісії).
- Повідомте про госпіталізацію до пологового будинку. Що саме там буде відбуватися (бажано назвати терміни перебування до процедури та після процедури, без урахування форс-мажорних ситуацій).
- Поясніть, як саме буде проходити процедура переривання вагітності.
- Як ця процедура позначиться на репродуктивному здоров'ї жінки
- Надайте відповіді на запитання, що виникають.

Пристосовуйтеся до пацієнтки та "дозуйте" інформацію. Використовуйте зрозумілу мову для пацієнтки. Намагайтеся не використовувати спеціальних термінів (кажіть не "амніоцентез", а "взяття навколоплідних вод"). Слідкуйте, щоб ваша розповідь не ставала монологом. Робіть паузи, давайте можливість для відреагування емоцій пацієнтці. Заохочуйте пацієнтку озвучувати запитання.

Не приймайте рішення за пацієнтку та її родину. Не схиляйте її до рішення, яке на вашу думку є правильним. Намагайтеся нейтрально подавати інформацію. Уникайте невизначеності, не заплутуйте.

Не пом'якшуйте тяжкість/серйозність. Якщо дитина з даною патологією не може жити повноцінним життям без спеціальних пристроїв - повідомте про це. Будьте делікатними, але кажіть правду.

НЕ СЛІД використовувати фрази:

- "Добре, що цей діагноз встановили зараз, а не після народження"
- "Ви молода, народила ще"
- "Це природний відбір"
- "Ви про це забудете, після процедури"
- "Добре, що ви вже маєте здорових дітей"

Якщо жінка НЕ питає, коли можна планувати наступну вагітність, то НЕ кажіть їй:

- "Після такого терміну можна планувати нову вагітність"
- "Тримайтесь, все буде добре"
- "У вас ще будуть здорові діти"

Фрази, які рекомендовано використовувати:

- "Нас чекає не проста розмова. Прийшли результати скринінгу. Мені шкода, що виявлено високий відсоток ризику даної патології. Це означає, що..."
- "Мені прикро повідомляти вам сумні новини"
- "Мені шкода"
- "Співчуваю вам"

Регулярно перевіряйте, чи все розуміє пацієнтка. Запитайте її, що саме вона зрозуміла з ваших слів. Людина після повідомлення поганих новин може знаходитись у шоковому емоційному стані, цей стан блокує здатність сприймати складну інформацію.

- "Скажіть, будь ласка, що саме ви зрозуміли з того, що я вам розповів/ла?"



- Чи не могли б ви сказати своїми словами, що ви зрозуміли?"

Пояснюйте і регулярно повторюйте інформацію. Використовуйте схематичні візуальні матеріали, щоб пацієнтці було більш зрозуміло. Дайте можливість пацієнтці вирішити скільки і якої саме інформації вона хоче отримати. Нагадайте, що вона має можливість зупинити вас в будь-який момент, коли отриманої інформації достатньо.

- "Якщо вам буде складно сприймати інформацію - скажіть мені про це. Ми зробимо паузу, чи перенесемо це обговорення на наступну зустріч"

Реагуйте на почуття

Вияв сильних емоцій є очікуваним компонентом повідомлення поганих новин. Лікаряю необхідно здобути навичку витримувати сильні почуття при повідомленні поганих новин. Пам'ятайте, що це емоційна реакція на отриману інформацію, а не на вас особисто.

- "Я бачу, що вам зараз складно. Якщо сльози підступають - не стримуйтеся (подайте серветки пацієнтці).
- - Це справді складна розмова, яка потребує мужності від вас.

Нормальні емоційні реакції:

- афективні реакції: шок, злість, тривога, страх, полегшення, сором, відчуття провини, зневіра, відчуття втрати, сльози, сум;
- когнітивні реакції: заперечення, звинувачення, інтелектуалізація;
- основна психофізіологічна реакція "боротьба або втеча" (чоловіки); пошук підтримки або ізоляція (жінки).

Підсумки та планування

Надайте пацієнтці коротке резюме проведеної консультації та окресліть наступні кроки:

- "У нас сьогодні була не проста розмова, але ви трималися мужньо. Інформації було дуже багато, і вам потрібен певний час на її усвідомлення. Хочу ще раз зазначити наші наступні кроки на найближчий час"
- Стимулюйте пацієнтку записати озвучені вами кроки. Оскільки зустріч була емоційно та інформаційно насиченою, пацієнтка запам'ятає не все.
- Зазначте часові рамки, які є у пацієнтки для прийняття рішення (якщо це дозволяє акушерська ситуація). Зупиніться на мотивах для хвилювання (симптоми, які можуть свідчити про те, що терміново необхідно звернутись за медичною допомогою).
- Заплануйте наступні кроки
- Запропонуйте додаткову інформацію (це можуть бути посилання на професійні джерела, інформаційні брошури, чи форуми батьків, що виховують дітей з таким діагнозом)
- Обговорить потенційні джерела підтримки (це можуть бути контакти спеціалізованих груп підтримки, психолога чи профільних організацій).

Інструменти роботи при повідомленні діагнозу

1. Попередження.

На початку розмови буде доречно сказати фразу, що підготує до не простої розмови: "Мені шкода, але я маю погані новини для вас".



Якщо у розмові виникає пауза, не кваптесь її заповнити. Надайте час пацієнтці для усвідомлення та емоційного відреагування, спостерігайте за невербальними проявами (погляд, міміка, жести, поза).

2. Заперечення. Заперечення – захисна реакція психіки, спосіб вистояти перед складною ситуацією. Це також спосіб контролювати об'єм інформації. З іншого боку, це спроба батьків лишатись “гарними батьками”, намагатись не втратити надію тоді, коли всі її вже втратили.

3. Пояснення. При повідомленні діагнозу використовуйте різні способи донесення інформації (вербальний, візуальний).

Стимулюйте діалог. Підбирайте слова, уникайте грубих слів. Використовуйте паузи та невербальне спілкування (ваш погляд, вираз обличчя, поза, інтонація - все це має значення). Стимулюйте пацієнтку записати запитання, що виникають до вас після консультації та обов'язково обговоріть їх при наступній зустрічі.

4. «Що найбільше в даний момент вас турбує?» Дайте час для відповіді на відкрите питання, слухайте, не намагайтесь перебивати чи давати передчасних гарантій. Не намагайтесь підбадьорювати пацієнтку, це може дати їй безпідставну надію та може порушити довіру до вас, як до лікаря.

5. Піклуйтесь про себе. Повідомляти погані новини - завжди складно для лікаря. Навіть якщо ви зробили все залежне від вас - можливі ситуації, коли пацієнтка може все одно звинувачувати вас.

Пам'ятайте, що всі виявлені емоції - пов'язані з ситуацією та діагнозом, а не з вашою особистістю чи компетенцією.

Важливо, щоб лікар мав можливість прожити свої емоції, пов'язані з даною ситуацією. Після консультації дайте собі час побути наодинці, випити теплого чаю, поговорити з колегою.

Можливо ви захочете поговорити про свої почуття зі спеціалістом у сфері ментального здоров'я. Також саме для обговорення складних випадків у медичній практиці існують спеціалізовані психологічні групи підтримки для лікарів (Балінтовські групи).

За період 2020-2021 років даний протокол був впроваджений у клінічну практику Консультативно-діагностичного відділення КНП "Київського міського пологового будинку #1" м. Києва.

Підсумки

Слід визнати важливість комунікативних навичок лікаря на всіх етапах догляду за сім'ями, яким загрожує перинатальна втрата. Клініцисти, які спілкуються з батьками, що зазнали перинатальної втрати, повинні бути добре поінформовані про алгоритм повідомлення поганих медичних новин, який ефективно зменшує емоційні розлади, гнів та депресію, а також підвищує впевненість у собі у матерів. Крім того, клініцисти, які вміють піклуватися про батьків, які зазнали втрат, повинні служити наставниками для своїх колег, щоб збільшити пул компетентних клініцистів. Даний алгоритм стане в нагоді не тільки молодим фахівцям, які на початку свого професійного шляху, але й досвідченим спеціалістам, допомагаючи будувати чітку структуру бесіди. Протокол повідомлення поганих новин в акушерській та гінекологічній практиці є класичним протоколом, що вже пройшов випробування часом в світовій практиці. Слід продовжувати впроваджувати його в Україні.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Simwaka AN, de Kok B, Chilemba W. Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. *Malawi Med J*. 2014;26(1):8-11. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24959318/>
2. Ministerstvo ohorony zdozdorov'ja Ukrai'ny. Statystychni dani systemy MOZ za 2019 rik. Kyi'v: MOZ; 2019. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>
3. Kuti O, Ilesanmi CE. Experiences and needs of Nigerian women after stillbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(3):205-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.025> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21458808/>
4. Kavanaugh K, John BP. Communicating with parents who experience a perinatal loss. *Illness, Crisis & Loss*. 2001;9(4):369-80. DOI: <https://doi.org/10.1177/105413730100900404>
5. Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(6):1405-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22249676/>
6. Chan MF, Arthur DG. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Adv Nurs*. 2009;65(12): 2532-41. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19941541/>
7. Naumenko G. From burnout to involvement of medical staff. Strategies for successful creation of an effective organizational culture in a medical institution (practical cases of the Mayo Clinic). *PMGP*. 2020;5(2). DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i2.238>
8. Shanafelt T, Sloan J, Satele D, Balch C. Why do surgeons consider leaving practice. *J Am Coll Surg*. 2011;212(3):421-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.006> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21356491/>
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000;5(4):302-11. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998>
10. Bezsheiko V, Davydenko I. Algorithm for professional communication in medical settings. *PMGP*. 2017;2(4). DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v2i4.77>
11. Asanova A, Khaustova O. Typical difficult situations in doctor-patient interactions. *PMGP*. 2018;3(3). DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v3i3.125>