Башкирский Государственный Медицинский Университет

***Реферат на тему:***

***МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК И ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ БОЛЬНОЙ***

Выполнил:

ст. гр. Л 201 Б

Булякова А. Б.

Проверил:

Асс. Имельгузина Г. Ф.

Уфа 2001

Медицина не всесильна, знания о некоторых онкологических заболеваниях недостаточны и поэтому ранее от больных скрывался диагноз. Врачей или медицинских сестер, если они давали безнадежному больному прочесть историю болезни, выгоняли с работы. В настоящее время медицинское законодательство России "списано " с либеральных голландских законов и больной имеет полное право знать о том, чем он болеет. И если человек все равно вскоре помрет, то возникает нравственная проблема: что лучше: цинично сказать человеку правду о его здоровье и лишить его последней надежды или лучше "ложь во спасение" и ложные надежды:

**ДОЛЖЕН ЛИ КАЖДЫЙ БОЛЬНОЙ ЗНАТЬ ВСЮ ПРАВДУ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ И СВОЕМ ПРОГНОЗЕ?**

*"Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения".*

*(из статьи 31 Основ законодательства РФ*

*об охране здоровья граждан, 1993).*

В недавнем прошлом считалось обязательным скрывать от пациента наличие у него злокачественной опухоли, например вместо диагноза "рак желудка" ему сообщали, что у него "язва или полип желудка", вместо "рак легкого" говорили о туберкулезе или нагноительном процессе и т.д. Далеко не всегда такой обман служил на пользу больному, который мог отказаться от необходимой операции или длительного и изнуряющего химиолучевого лечения. Кроме того, больной, узнав различными путями об истинном положении дел, терял доверие к врачу, что всегда идет во вред лечебному процессу.

Однако не ударились ли мы в другую крайность? Всегда ли следует информировать пациента о наличии у него неизлечимого, неизбежно приводящего к смерти заболевания? Да, пациент имеет право знать, что у него имеется злокачественный процесс, который угрожает его жизни, однако, сообщая об этом больному, необходимо тщательно выбирать не только объем, но и саму форму предоставления информации, привести ему данные о современных возможностях лечения, морально поддержать его. Нелишне напомнить, что "тон делает музыку". Но должен ли больной знать об исчерпанности всех методов патогенетического лечения, о том, что все, что ему делают, носит чисто симптоматический характер? А ведь по букве закона врач обязан сообщить больному эти сведения, хотя и "в деликатной форме", как сказано в цитированной статье 31.

Твердо убежден, что сведения о неизбежно плохом прогнозе можно сообщать только отдельным пациентам со строгим учетом их психического и эмоционального статуса и многих привходящих обстоятельств, например, если они отказываются от операции, которая может оказаться радикальной, или специального лечения. Следует ли всегда идти навстречу требованиям больного рассказать ему об истинном положении дел? Как соотносится с понятием милосердия сообщение пациенту о том, что у него имеется злокачественная опухоль с многочисленными отдаленными метастазами, не поддающимися ни современным средствам химиотерапии, ни методам лучевого воздействия? Можно ли убивать в нем последнюю надежду? Нет, нельзя лишать врачей права на "святую ложь"! Подавляющее большинство людей, узнав о неизбежной смерти в ближайшем будущем, впадают в тяжелую депрессию, жизнь их самих и их родственников становится сущим адом. Только очень сильные натуры способны в оставшиеся им недели или месяцы жить по возможности активной жизнью, работать в меру своих сил и оставаться полноценными членами общества. Достаточно редким, исключительным примером такого мужественного поведения являлся один из крупнейших отечественных физиков-теоретиков, который, зная о наличии у него неизлечимого процесса (боковой амиотрофический склероз), в течение четырех лет жил в условиях постоянной искусственной вентиляции легких и продолжал творческую деятельность.

Возросшая в последние годы религиозность населения мало что изменила в этом отношении. Наличие крестика на груди или иконы в изголовье больничной койки в подавляющем большинстве случаев отнюдь не означает, что больной смирился с неизбежностью смерти и надеется на спасение души и существование в ином мире. Как правило, это - надежда на исцеление, на продолжение своего земного существования, на помощь высших сил, раз уж медицина оказалась бессильна.

С другой стороны, мы знаем немало примеров, когда больным, в том числе и врачам, перенесшим операции по поводу онкологических заболеваний, при которых были обнаружены неудалимые метастазы, сообщали другие диагнозы (туберкулез, гепатит, панкреатит и т.п.), заводили дубликат истории болезни, где фигурировали ложные диагноз и данные обследования. В течение достаточно длительного времени эти люди жили с твердой надеждой на выздоровление, полноценной активной жизнью. В настоящее время это стало возможным благодаря целому комплексу мероприятий по улучшению качества жизни таких больных, в частности методам устранения хронического болевого синдрома. Ярким примером может служить судьба профессора А., которого оперировали по поводу рака Фатерова соска с множественными метастазами в печень, но убедили, что у него имеет место индуративный панкреатит и хронический гепатит. Больной прожил почти год после операции, постоянно работал, написал план новой монографии, за месяц до смерти выезжал на представительную конференцию, на которой сделал два больших доклада, а, умирая, ругал лечащих врачей за неспособность вылечить его от "гепатита". Неужели информировать его о том, что ему осталось жить всего несколько месяцев, было бы актом милосердия?

Сторонники предоставления больному полной и правдивой информации о его здоровье ссылаются на право каждого человека на получение таких сведений, а также на то, что, зная о близкой кончине, больной успеет привести в порядок свои дела, в частности - распорядиться своим имуществом. Но давайте не забывать, что у юриста и врача несколько разные задачи. Для врача высшим приоритетом является благо больного, в том числе защита его от психической травмы, а интересы его родственников, сотрудников и друзей должны стоять на втором месте и ими можно иногда и пренебречь. Что же касается прав человека, то в "Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан" записано, что гражданин имеет право "на отказ от медицинского вмешательства или на требование прекратить его" (статья 33). Это явно противоречит статье 45 тех же Основ, где четко указано: "Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в т.ч. прекращением искусственных мер по поддержанию жизни". В Конвенции о правах человека и биомедицине (1996) сказано: "В случаях, когда в момент проведения по отношению к нему медицинского вмешательства пациент не в состоянии выразить свою волю, необходимо учитывать пожелания по этому поводу, выраженные им заранее" (статья 9). Однако психология человека в здоровом состоянии значительно отличается от таковой в минуту смертельной опасности. Нередко заявления типа: "когда я буду умирать, меня оживлять не надо!" носят характер бравады или легкомыслия. Ведь смерть кажется такой далекой! Никогда не забуду хирурга Л., страдавшего хронической обструктивной болезнью легких, который часто прилюдно утверждал, что просит ни при каких обстоятельствах не применять ему реанимационные методы. Последние полтора года своей жизни он провел безвыходно в отделении реанимации на вспомогательной вентиляции легких, причем малейший сбой в работе респиратора вызывал у него ужасную панику. Так что к пожеланиям, высказанным "заранее", следует относиться с большой осторожностью.

В заключение позволю себе напомнить общеизвестную истину: клиницист всегда имеет дело с отдельным человеком, его главной обязанностью является оказание помощи именно этому человеку, а не обществу в целом. Законы, конечно, исполнять надо. Но не во вред больному.

**ПРОБЛЕМЫ ПРАВДИВОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА.**

Психотерапевтическая направленность работы персонала в онкологической клинике не вызывает сомнений и должна учитывать аспекты наибольшей ранимости пациента. Специфика онкологического больного включает несколько ключевых моментов.

1. Диагноз "рак" среди обывателей носит характер фатального заболевания. Можно сказать, что пациент перенес рак но перенести рак - никто не говорит. Таким образом, эта встреча на всю оставшуюся жизнь, хотя бы ты прожил благополучно и десяток и другой лет.
2. Раковые заболевания в 80% случаях сопровождаются болевым синдромом.
3. Онкологические заболевания требуют зачастую калечащей операцией, и пациенты часто переходят на инвалидность.
4. Невыясненная этиология рака вызывает представления о заразности этого заболевания, что нередко ведет к изоляции и самоизоляции больного.
5. Задействованность в возникновении и развитии заболевания психики не только больного, но и его близких требует особого внимания психологов и психотерапевтов, не говоря о поведении персонала.

Психологическая работа должна начинаться со среды, окружающей пациента. Те стереотипы поведения, что сложились у персонала, не всегда удачны случаях. Индивидуальность подхода к каждому больному с учетом его представлений о болезни, опасений, установок. Вот первое правило. И оно требует не готовых рецептов, как себя вести, но выслушивания и понимания больного. Как часто больной и не ждет излечения, но нуждается в понимании, сочувствии и поддержке. Здесь выступает второе правило - это терапия присутствием. Нередко мы размышляем, что и как сказать больному, что ему принести, а по большому счету каждый подходящий к нему человек в белом халате, сам уже является лекарством. Вспомним, что в присутствии другого легче переносится боль. Обычно выделяют физический и психический компонент боли. Наше сочувствие, милосердие облегчает и тревогу, и тоску и чувство одиночества. С годами работы мы открываем истину, что наша установка на помощь пациенту трансформирует нас самих, делая нас своеобразным лекарством, пилюлей для пациента. В этих случаях отпадает необходимость в словах.

Транс ситуационная информация о нашей установке мгновенно передается больному, и тут необходимо вспомнить, что лекарство действует во времени. Подарить пациенту кусочек своего времени, коснуться его руки, улыбнуться или поправить одеяло так важно. И это не просто жест вежливости или сочувствия. В каждом больном живет помимо взрослого психологический ребенок. Его аффективное "эго" возрождается в пациенте, который смотрит на нас "снизу вверх", беспомощен и зависим, надеется и верит нам, как когда-то своим родителям. Перенос на персонал своих глубинных установок, сформировавшихся в детстве, должен быть понятен. Достаточно вспомнить свои переживания, когда "мы были маленькими".

Проблемы времени для общения с пациентом должны учитывать и проблемы пространства. Здесь, помимо простора палаты, эстетики, учитывающей настроение больного, должно вспомнить о совместимости. Мы спокойно соглашаемся с тем, что сосны любят песок, и камни, васильки встречаются во ржи, розу и лилию нельзя ставить в одну вазу, но когда это равновесие или дискомфорт встречаются у людей, мы вспоминаем о нервах, о психике. Все проблемы несовместимости некоторых пациентов друг с другом и персоналом, так же естественны, как и в природе. И требуют своего разрешения для создания "психологического климата" в палате.

Теперь необходимо коснуться вопроса о даче больному той или иной информации. Вопрос о правдивости сам рано или поздно пробивает себе дорогу. Суть часто заключается в трудной игре. Как часто родные просят не говорить правду больному, так как это может его убить. В то же время и пациент обращается с подобной просьбой не говорить родным, чтобы это не подкосило их. Существуют психологические методы дачи негативной информации. Это выбор времени и места для каждого разговора, при котором приоритет отдается пациенту, он выбирает, сколько времени беседовать, когда и где. Это и информирование "по частям", не сразу, а с учетом созревания психики пациента. Это и метод контр вопроса, когда вы не знаете о действительной необходимости пациента услышать правду о диагнозе или прогнозе. На вопрос можно ответить вопросом: что сам больной думает по этому поводу, почему он задает этот вопрос. В конечном итоге, без явной лжи, которая рано или поздно обнаруживается, можно привести пациента к тому, что он сам произнесет те слова, которые ждет от персонала. Хотелось бы обогатить арсенал психотерапевтических средств, которые как будто не серьезны или скорее годятся в детской клинике, например применение "сказкотерапии" или "куклотерапии". В принципе, многие и многие из ненасытного племени экстрасенсов пользуются "заговорами", "талисманами" и так далее. Наше отношение к больному вполне может включить элементы упомянутых методов как психотерапевтических средств.

Например, многие знают о трудности общения с людьми пожилого возраста с тугоухостью, нарушением памяти. Есть закон Рибо, который говорит, что память на образы, эмоциональная память детства гораздо дольше сохраняются, чем недавние события и слова. И вот какая-нибудь добрая кукла возвращает улыбку на лицо одинокой старушки. Сказка, прочитанная добросердечной сиделкой, поддерживает настроение целой палаты взрослых людей. Молитва священника или сестры милосердия дает очень серьезную духовную помощь и порой наталкивает на проблемы о смысле жизни.

Таким образом, гуманизация взаимоотношений персонала и больных может способствовать потеплению общего климата в онкологической клинике.

**ПАЦИЕНТ - АКТИВНЫЙ УЧАСТНИК ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

Злокачественные образования в мире сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Наиболее распространенными в нашей стране являются следующие новообразования: рак легкого, рак молочной железы, рак толстой кишки, меланома кожи и другие.

Целью лечения онкологического больного при ряде заболеваний, особенно на ранних стадиях, является полное излечение. Однако нередко, особенно при распространенном опухолевом процессе, целью терапии может быть не только достижение максимально выраженного клинического эффекта, но и увеличение продолжительности и улучшение качества жизни. Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом. От поведения медицинских работников, их умения вселить оптимизм и уверенность в успехе лечения в значительной степени зависят настроение и самочувствие больного и, соответственно, качество его жизни. В настоящее время в России все больше больных получают лечение в дневных стационарах клиник, так как сеть амбулаторной специализированной онкологической помощи развита недостаточно, и поэтому на медперсонал онкологических клиник возложена огромная задача - обучение пациентов и их родственников самоуходу, самоконтролю, самоанализу.

Расширение сети амбулаторного лечения и активное проведение клинических испытаний делает пациента активным участником лечебного процесса. Перед началом лечения пациент знакомится с планом проведения диагностических процедур и схемой лечебного процесса. Естественно, у него могут возникнуть несколько существенных вопросов о предполагаемом лечении, других альтернативных видах лечения, возможности возникновения нежелательных побочных явлений, пациент имеет также право на полную информацию о распространенности своего заболевания. Медицинская сестра обучает пациента правилам подготовки к проведению диагностических процедур, информирует его о возможных нежелательных явлениях, которые могут возникнуть во время диагностики. После ознакомления со всеми аспектами лечебного процесса больной подтверждает свое участие в лечебном процессе письменным добровольным согласием.

Часто перед началом лечения пациенту предлагается заполнить анкету качества жизни. Главная задача использования анкет качества жизни - получить более точную предварительную информацию о состоянии больного. Оценивается несколько сфер жизни человека: функциональная, психологическая, социальная, духовная. Роль медицинской сестры - оказать больному психологическую поддержку и разъяснить некоторые вопросы, возникающие у больного во время заполнения анкеты качества жизни. Субъективная оценка, даваемая самим пациентом, более точно отражает состояние больного и его взгляды на будущее. Анкета качества жизни заполняется пациентом перед каждым курсом лечения. Для различных заболеваний используются специально разработанные анкеты. Таким образом, на протяжении всего периода лечения врач имеет более точную картину течения заболевания, психоэмоционального состояния больного, экономических затрат, перспектив лечения.

Для более точного контроля и самоанализа пациенту на всем протяжении лечения предлагается использовать дневник. Дневник заполняется 1 раз в день утром и отражает самочувствие больного в течение всего периода наблюдения. К дневнику прилагается сопроводительная брошюра, которая содержит некоторые правила, которые пациент должен соблюдать, рекомендации врача по коррекции побочных явлений в зависимости от сроков их возникновения, контактные телефоны медперсонала. Дневник необходимо показывать врачу при каждом посещении клиники. Целями ведения дневника являются:

1) необходимость сконцентрировать внимание пациента на более четкой регистрации возникающих побочных явлений (их частоте, продолжительности, степени выраженности);
2) обучение больного и его родственников анализировать свое состояние и вовремя использовать поддерживающую терапию согласно рекомендациям лечащего врача;
3) своевременное информирование медперсонала о возникновении нежелательных побочных явлений.

Таким образом, больной находится в курсе всех диагностических и лечебных мероприятий, оценивает свое состояние и учитывает экономические затраты, располагает информацией, позволяющей выбрать тот или иной метод лечения, в результате чего улучшается его психологическое состояние, что, соответственно, отражается на качестве его жизни и облегчает работу медперсонала.

**МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ОБРАЗОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

В 1997 году Российской ассоциацией медицинских сестёр принят Этический Кодекс медицинских сестёр России. Он содержит принципы и нормы, которые конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной деятельности медицинской сестры.

Сестринский процесс состоит из 5-ти основных этапов:

1) сестринское обследование, сбор информации;
2) выяснение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза;
3) определение целей ухода и планирование сестринской деятельности;
4) реализация планируемых действий;
5) оценка эффективности проводимых мероприятий.

Остановимся более подробно на 4-ом этапе - реализации планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения и реабилитации пациентов. Медицинской сестре в ходе своей работы приходится осуществлять просветительскую деятельность. Сестринский процесс должен включать в себя обсуждение с пациентом и его близкими всех возможных проблем, с которыми он может столкнуться вследствие своего заболевания, а также оказание помощи в их решении, естественно в пределах сестринской компетенции.

Медицинская сестра рассказывает больному о подготовке к диагностическим процедурам, о процессе лечения и целесообразности тех процедур и манипуляций, которым он подвергается, о соблюдении рациональной диеты. Важным моментом при работе с пациентами является простота речи. Целесообразно использовать короткие фразы в действительном залоге, а также слова, состоящие не более чем из двух-трёх слогов. В объяснениях медицинских терминов должен использоваться тот язык, который больной понимает.

Пациенту важно объяснить также:

1) цель приёма назначенного лекарственного средства;
2) потенциальные побочные эффекты и действия больного в случае их возникновения;
3) время и способ приёма лекарственного препарата;
4) правила хранения лекарственного препарата;
5) продолжительность лечения;
6) последствия в случае несоблюдения режима лечения.

Болезнь оказывает влияние на человека в целом. Она может изменить привычный образ жизни, заставить пациента отказаться от любимого дела, нарушить эмоциональное равновесие. Подавленное настроение значительно ухудшает течение заболевания.

Работа медицинской сестры, если она проводится на высоком профессиональном уровне, повышает уверенность больного в благоприятном исходе болезни, учит пациента жить со своей болезнью более полноценно.

Особенностью образования онкологических больных и потенциальных пациентов в онкологии является то обстоятельство, что, по данным социологических исследований, подавляющее большинство населения никогда не хотело бы слышать такие слова как "рак" и "онкология" ни по отношению к своим родным и близким, ни, тем более, по отношению к себе. Онкология и всё, что связано с понятием "рак", для большинства населения по-прежнему покрыто "страшными" тайнами.

Если в отношении других заболеваний (болезни органов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания) ведущими специалистами проводится активная просветительская работа с широким привлечением средств массовой информации, то в онкологии эта информация распространяется энтузиастами в узком кругу медиков, и, как следствие, образовавшийся информационный вакуум активно используется непорядочными людьми. Газеты и журналы обильно усыпаны объявлениями типа "Избавлю от любых недугов". В рекламных рубриках разнообразные нетрадиционные специалисты предлагают быстрое, качественное и гарантированное исцеление от рака. "За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несёт" - это можно прочитать в любой газете и журнале. Однако именно содержание рекламных объявлений и привлекает читателей. И чем более волшебные обещания будут даны рекламодателем, тем больший спрос это будет иметь среди читателей. Таковы особенности рекламного жанра. И выстраиваются очереди онкологических больных к специалистам нетрадиционной медицины. Подобные методы лечения оборачиваются для больных безвозвратной потерей времени и денег, а также прогрессированием опухолевого процесса.

А в это время, малочисленные и малоимущие благотворительные фонды занимаются психологической поддержкой онкологических больных. Врачи-энтузиасты пытаются при помощи "подручных средств" довести до населения информацию о возможностях и методах диагностики и, прежде всего, самодиагностики злокачественных опухолей. Важность самостоятельной диагностики опухолей наружной локализации чрезвычайно высока. Однако популярность самообследования среди населения не высока. Зачастую онкологический больной вспоминает об утраченной возможности ранней самодиагностики злокачественной опухоли, будучи уже прикованным к больничной койке онкологического учреждения.

Сегодня врачи-онкологи решают проблемы ранней диагностики злокачественных опухолей, совершенствуют существующие методы лечения и осуществляют поиск новых схем лечения онкологических больных. При этом они стремятся обеспечить больному максимально возможное качество жизни, а его близким и родственникам - минимальные затраты на его лечение.

Возможно, уже наступают времена, когда образование потенциальных пациентов онкологических учреждений по значимости будет сопоставимо с образованием онкологических больных, где роль медицинской сестры будет, несомненно, высока.

Бурный рост злокачественных опухолей и успех онкологической науки требуют на сегодняшний день участия в лечебно-диагностическом процессе не только медицинского персонала, но самих пациентов и их родственников. Зачастую только внимательное отношение пациента к своему здоровью и умение пользоваться приёмами самообследования позволяют выявить злокачественную опухоль на ранних стадиях, что значительно улучшает результаты лечения пациента и прогноз заболевания. Чаще злокачественные опухоли выявляются в распространённых стадиях и требуют значительных усилий со стороны медицинского персонала, больного и его родственников. Только совместными усилиями удаётся добиться тех результатов лечения злокачественных опухолей, которые уже сегодня позволяют человечеству смотреть в будущее с определённой долей оптимизма.

Результаты социологических исследований в развитых странах показывают, что население больше всего боится онкологических заболеваний. У людей укоренилось представление о раке как о фатальной болезни. А между тем прогресс онкологической науки позволяет уже сейчас добиваться выздоровления у значительного числа больных, в то время как 40 лет назад удавалось помочь одному больному из пяти. Сегодня онкологи знают, при каких опухолях можно полностью вылечить больного, при каких - значительно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни. Наступил период осторожного оптимизма с научным и индивидуальным подходом к лечению каждого больного.

Одним из способов лечения злокачественных новообразований является лекарственная терапия. Надо отметить, что психологически пациенты больше настроены на проведение хирургического лечения и лучевой терапии, чем на химиотерапию. Определенный страх у них вызывают побочные явления этого метода лечения. В этой ситуации роль медицинской сестры неоспорима. Доверие больных к медицинским сёстрам высоко, так как медицинские сестры по долгу службы проводят с ними значительно больше времени, чем врачи. Особенно важными являются беседы пациентов и медицинских сестёр в вечернее время. Медицинская сестра обладает возможностью настроить больного на благоприятный результат лечения и на преходящий характер побочных эффектов.

К сожалению, в нашей стране пока нет единой программы образования пациентов. Попадая на приём к другому специалисту или обращаясь к новой дежурной медсестре, пациент может услышать совершенно противоположные рекомендации. Сразу в мыслях больного человека возникает вопрос: "Кому верить?". Очень печально, что нередко пациент выслушивает и критику медиков в адрес своих коллег. Это недопустимое нарушение медицинской этики подрывает как личный авторитет медицинских работников, так и медицины в целом. Но все-таки, в настоящее время усилиями врачей и медицинских сестёр ведётся просветительская работа с пациентами и их родственниками. Может быть, эта работа происходит пока еще спонтанно, и качество её напрямую связано с личностью медицинского работника и его профессионализмом.

Назрел момент создать единые методические рекомендации для медицинских сестер по работе с онкологическими пациентами с учетом специфики отделений, использующих различные методы лечения. Первым опытом издания специальной литературы для медсестер, работающих с онкологическими пациентами, явилось "Пособие по онкологии для медицинских сестер" под редакцией проф. В.А. Горбуновой. Оно было издано по материалам 1го Общеобразовательного семинара для медицинских сестер онкологических стационаров, который прошел в рамках VII Российского национального конгресса "Человек и лекарство" в апреле 2000 г

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Асеев А. В. Отношение студентов медицинского института к онкологическим больным. // Вопр. онкологии. - 1992. - N 7. - C. 851-854.
2. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. - М.: Медицина, 1991. -110,[2] c.
3. Петровский Б. В. Вопросы врачебной этики и современность. // Вестн. Рос. АМН. - 1996. - N 11. - C. 3-5.
4. Угрюмов В. Л. О медицинской деонтологии. // Клинич. медицина. - 1993. - N 3. - C. 9-11.
5. Яровинский М. Я. Медицинский работник и пациент : (Конспект лекции). // Мед. помощь. - 1996. - N 5. - C. 32-39