

# **Здоровьесберегающие технологии в процессе взаимодействия врача и пациента**

**Выполнила: кл.ординатор 1-го года обучения кафедры  
терапии, ОВП, эндокринологии и гастроэнтерологии  
Грачева Д.И.**

Здоровьесберегающие технологии –

*это совокупность педагогических, психологических и медицинских взаимодействий, направленных на защиту и обеспечение здоровья, формирование осознанного и ценного отношения к своему здоровью.*

# Нормативно-правовые основы, определяющие взаимодействие врача и пациента



- Приказ Минздравсоцразвития России от 01.03.2010 N 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями»
  - Приложение 3. Стандарт оснащения кабинета врача-эндокринолога (врача-диабетолога), отделения эндокринологии, центра эндокринологии
  - Приложение 8. Стандарт оснащения кабинета «Диабетической стопы
  - Приложение 10. Стандарт оснащения кабинета диабетической ретинопатии
  - Приложение 12. Стандарт оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом»

- Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Федеральный закон РФ от 30.03.1999 N 52-ФЗ – Действующая последняя редакция от 03.07.2016 – Редакция N 36 – Начало действия редакции 04.07.2016
- Указ Президента России "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации". Указ Президента РФ от 20.04.1993 N 468.
- «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
- Статья 60 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» говорит о том, что врач клянётся «...внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств».

Согласно разделу 10 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

- 1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- 2) работу по трудовому договору, в том числе за рубежом;
- 3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- 4) получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической подготовки;
- 5) совершенствование профессиональных знаний;
- 6) переподготовку за счет средств бюджета всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья и др. причин;
- 7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- 8) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи и транспорта, принадлежащих, организациям для перевозки гражданина в ближайшее ЛПУ в случаях, угрожающих его жизни.

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи"
- Распоряжение Правительства РФ от 29.12.2014 N 2762-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг»

# **Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации . Принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (г. Москва, 5 октября 2012 Г.)**

## **I ВРАЧ И ОБЩЕСТВО**

### **СТАТЬЯ 1**

Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются незыблемыми даже после смерти человека.

## **II ВРАЧ И ПАЦИЕНТ**

### **СТАТЬЯ 42**

Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

**Согласно форме №30, утвержденной постановлением  
Госкомстата России от 10.09.2002 №175, выделяют 7 основных  
"Школ здоровья"**

- "Школа для больных сахарным диабетом".



# САХАРНЫЙ ДИАБЕТ- болезнь 21 века





# Факторы риска развития СД 2 типа

- Возраст  $\geq 45$  лет.
- Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> \*).
- Семейный анамнез СД (родители или сибсы с СД 2 типа).
- Привычно низкая физическая активность.
- Нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе в анамнезе.
- Гестационный СД или рождение крупного плода в анамнезе.
- Артериальная гипертензия ( $\geq 140/90$  мм рт. ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия).
- Холестерин ЛВП  $\leq 0,9$  ммоль/л и/или уровень триглицеридов  $\geq 2,82$  ммоль/л.
- Синдром поликистозных яичников.
- Наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

На эти факторы риска мы можем повлиять



Курение



Артериальная гипертензия



Нездоровое питание



Стресс, тревога, депрессия



Низкая физическая активность



Ожирение



Повышенный холестерин



Избыточное потребление алкоголя

# РИСК

Сердечно-сосудистых  
Онкологических  
Бронхолегочных  
заболеваний  
Сахарного диабета

Каждый из перечисленных факторов повышает риск развития заболеваний. Эти факторы взаимосвязаны и усиливают действие друг друга, поэтому врач определит Ваш суммарный сердечно-сосудистый риск

Возраст

Пол

У мужчин инфаркт миокарда и мозговые инсульты развиваются в среднем на 10 лет раньше

Наследственность

Факторы, которые мы не можем изменить

# Внутренняя картина болезни

На современном этапе в медицинском сообществе понятие болезни может быть определено в рамках трёх основных подходов:

- как некое изменение состояния организма;
- как мнение больного и полнота осознания им болезни;
- как интерпретация врача или клинический диагноз.

При возникновении заболевания, происходят изменения психики больного. В результате чего у пациентов складывается субъективное представление о своей болезни.

- **Внутренняя картина болезни** - создаётся самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием.
- **Переживание болезни** - общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью.

- **Отношение к болезни** - складывается из восприятия больным своей болезни, её оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий (Татров А.С., 2010).
- **Внутренняя картина инвалидности** - «комплекс представлений, чувств о себе как о социально-недостаточном субъекте, сформировавшихся в условиях инвалидизирующего заболевания, на основании которых у человека происходит трансформация самосознания, планирование своего поведения и преобразование дальнейшей перспективы своего существования в соответствии с возникшими изменениями» (Шинина Т.В., 2011).



Психические расстройства при сахарном диабете встречаются у 17,4-84% больных. В патогенезе этих расстройств придается значение следующим факторам: гипоксия головного мозга при поражении церебральных сосудов, гипогликемия, интоксикация вследствие поражения печени и почек, непосредственное поражение ткани мозга. Помимо первичных расстройств функции нервной системы, при сахарном диабете имеют значение социально-психологические факторы (снижение трудоспособности, ежедневные инъекции, снижение половой функции), особенности характера индивидуума (тревожно-мнительные черты в сочетании с прямолинейностью, обязательностью,

принципиальностью и ригидностью психики), неблагоприятные внешние влияния в форме перенапряжения и психических потрясений, влияние длительного медикаментозного лечения. Сам факт наличия у больного сахарного диабета может быть источником психотравмирующей ситуации.

## «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ»

Ей свойственны эмоциональная неустойчивость, невротические реакции, амбивалентность, зависимость, безразличие, заострение преморбидных особенностей характера, лабильность настроения, мнительность, тревожность. Реакция личности на болезнь у лиц, страдающих сахарным диабетом, возможна следующая: 1) реакция игнорирования болезни; 2) невротический тип реакции с тревожно-фобическим отношением к болезни; 3) эмоциональный тип реакции, при котором отношение к болезни завуалировано преобладанием раздражительности, эмоциональной лабильности.

## Стадия отрицания диагноза

Первой реакцией обычно бывает отрицание своего диагноза, вопреки всем объективным результатам анализов. Такое отрицание реальности это нормальная попытка рационализации ошеломляющей и подавляющей новости и защитная реакция, которая смягчает шок. Человек прячется от фактов и отмахивается от объяснений, или, напротив, рьяно бросается на поиски доказательств тому, что весь этот кошмар — всего-навсего досадная ошибка. Эта временная защита помогает преодолевать первую волну боли.

Необходимо объяснить пациенту, что в том, что он заболел диабетом, нет его вины. Новостью о своем диагнозе следует поделиться с членами своей семьи, друзьями и всеми близкими вам людьми. Диабет — это не та болезнь, которой надо стесняться, и ее не нужно скрывать. Потребуется помощь окружающих: от коллег, которые должны знать, что не следует соблазнять сладостями, до друзей, которые должны уметь вводить вам гормон глюкагон для устранения гипогликемии — опасного понижения уровня глюкозы в крови, возникающего в результате приема инсулина.





## Чувство гнева

Стадия отрицания диагноза "диабет" переходит к следующей стадии, когда больной впадает в ярость. Он злится на окружающих, на себя самого и на весь мир за то, что его угораздило заполучить такой ужасный диагноз. На этой стадии больной склонен менять врачей, обвиняя их в некомпетентности, обращаться к нетрадиционной медицине. К сожалению, в состоянии гнева на себя совершаются попытки суицида, причем даже чаще, чем на стадии депрессии. Пациентам следует сосредоточиться на будущем.

До тех пор, пока они расходуют свои силы и время на ярость или вину, эффективно контролировать диабет и решать другие проблемы не возможно. Необходимо направить свои мысли в положительное русло и осваивать созидательные методы, позволяющие успешно поддерживать нормальный сахар в крови при диабете.



## Стадия торга

Ярость рано или поздно исчерпывается и обычно переходит в этап, на котором пациенты стремятся заключать сделки с врачами, обществом, членами семьи, Богом, собой. "А если я буду выполнять все ваши рекомендации, я вылечусь?". Диабет можно хорошо контролировать, но полностью вылечиться от него на сегодняшний день невозможно.

Пациенты с впервые выявленным диабетом перечитывают горы литературы, становятся настоящими специалистами в вопросах анализа крови, таблеток и инсулина. Но все это - ради того, чтобы любыми путями избавиться от заболевания. Когда приходит осознание того, что даже такие отчаянные попытки не способны привести к цели - избавиться от диабета, наступает депрессия.

# Стадия депрессии



Исследования показали, что больные диабетом страдают депрессией в два—четыре раза чаще, чем остальные люди. Повышенная тревожность возникает у них в три-пять раз чаще, чем у здоровых людей. При этом, любые эмоциональные расстройства весьма ухудшают качество контроля диабета.

Депрессивный разум может провоцировать угнетающие размышления о том, что из-за диабета вся жизнь полетела под откос. Могут посещать следующие отрицательные и неверные мысли:

- Из-за диабета я не смогу заводить новых друзей.
- Я не смогу развлекаться так, как привык.
- На меня все станут показывать пальцем.
- Меня начнут избегать.
- Я слишком устал от всего этого.
- Я боюсь осложнений диабета и беспокоюсь о своем будущем.
- Мне осточертела эта диета!
- Я не хочу каждый день думать о том, как контролировать диабет: делать уколы, измерять сахар в крови глюкометром.
- Я не смогу иметь детей!

С одной стороны, такие и подобные им мысли вполне объяснимы, но они также и преодолимы. Необходимо дать отпор депрессии - ведь она подобна мощному тормозу, удерживающему в болоте бессмысленных переживаний и исключающему всякую конструктивную активность. Вот несколько ценных советов:

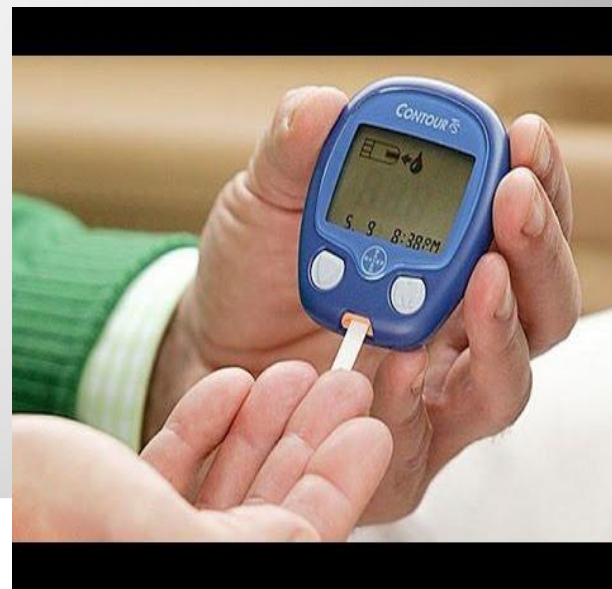
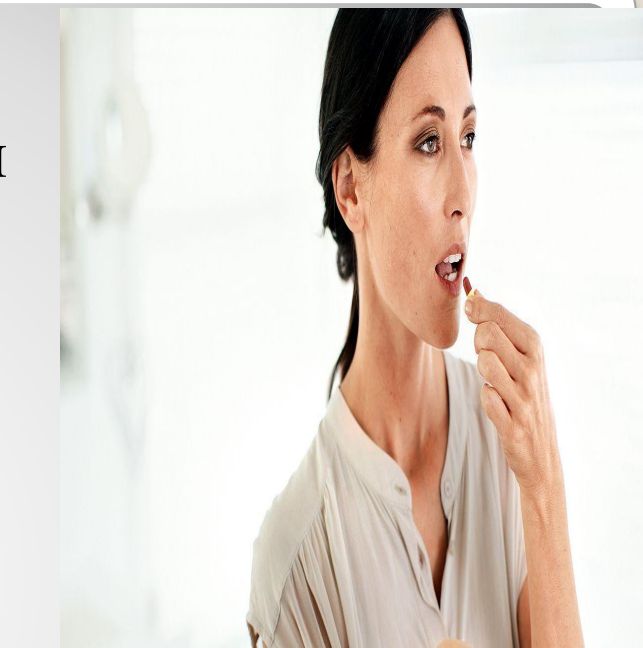
- Признайте, что в заболевании диабетом нет вашей вины.
- Поставьте перед собой реалистичные цели - добиться контроля уровня глюкозы в крови, побольше узнать о диабете. научиться готовить блюда согласно рекомендуемой вам диете.
- Начните регулярно выполнять физические упражнения. Побольше гуляйте на свежем воздухе.
- Вспомните, какие занятия доставляли вам радость в прошлом, до диабета.

При депрессии деятельность должна предшествовать мотивации. Это означает, что нужно заниматься чем-то даже если нет желания, а потом постепенно вы втянетесь в ритм деятельности.

- Откровенно поговорите с близким человеком - другом или членом семьи. Расскажите ему о том, как вы себя чувствуете, попросите поддержки - снимите камень с сердца!
- Найдите хорошего психолога или психотерапевта и обратитесь к нему.

## Стадия принятия диагноза

Пройдя через этапы реакции на свой диагноз, в какой-то момент больной смиряется со своим диабетом. Некоторые этапы могут быть более выражены, другие - едва заметны. Дальше многое зависит от настроения пациента - предпочтет ли диабетик слепо довериться врачам, а сам не будет ничего делать, чтобы контролировать свой сахар в крови? Или же будет активно учиться и действовать - станет не просто прилежным, но и грамотным пациентом?



*При всем разнообразии подходов сотрудничество врача и больного состоит из четырех главных компонентов:*

- поддержки,
- понимания,
- уважения,
- сочувствия.



<http://garmoniyavdome.tiu.ru/>

## Модели взаимоотношений врача и пациента.

### Патерналистская (сакральная) модель.

Основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача.





### Модель технического типа.

Одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Модель коллегиального типа.

Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

### Модель контрактного типа.

Ещё одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

**Однако не со всеми больными врачу  
удается наладить взаимоотношения.  
Таких больных условно можно отнести к  
категориям:**

- **больные, не склонные к сотрудничеству с врачом;**
- **больные, имеющие цели, отличные от лечения;**
- **больные, с которыми трудно наладить  
взаимопонимание;**
- **больные, доверительные отношения с которыми  
мешают процессу лечения.**

## ТИПЫ ПАЦИЕНТОВ

### **Гармоничный тип**

Для этого типа реагирования характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации - переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному.

### **Эргопатический тип**

Характерен "уход от болезни в работу". Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

### **Анозогностический тип**

Характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям

### **Тревожный тип**

Для этого типа реагирования непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов».

### **Неврастенический тип**

Характерно поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами

### **Меланхолический тип**

Характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.

### **Эйфорический тип**

Характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что "само все обойдется".

### **Апатический тип**

Характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения.

### **Обсессивно-фобический**

Характерна тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

### **Сенситивный тип**

Характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни.

### **Эгоцентрический тип**

Характерен "Уход в болезнь", выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном.

### **Паранойяльный тип**

характерна уверенность, что болезнь - результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала.

### **Дисфорический тип**

Характерно тоскливо-озлобленное настроение. Взаимодействие с некоторыми из таких пациентов может приносить врачу выраженный психологический дискомфорт. Но знание психологических оснований этого типа поведения пациента поможет врачу лучше понимать его потребности, ожидания, страхи и эмоциональные реакции, оптимально организовывать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния. Важно понимать, что, даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, пациент больше всего хочет услышать слова надежды и нуждается в укреплении его веры в лучшее.

**Взаимоотношения с больным в ходе лечения – одна из важнейших составляющих врачебного искусства. Поддержка, внимание, уважение и сочувствие – средства, позволяющие добиться эффекта плацебо без плацебо. Однако не все больные склонны к плодотворному сотрудничеству. Иногда они используют доверительные отношения с врачом для целей, отличных от лечения. Важно быть готовым к встрече с человеком, который вызовет антипатию. Бывает, что доверительные отношения с больным мешают врачу объективно оценивать ситуацию. И, тем не менее, значение их переоценить невозможно. Способность устанавливать и поддерживать доверительные отношения – часто самое главное качество врача, которое побуждает людей обращаться к нему за помощью.**



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**

