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 незыблемымидаже 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 21века

MyShared

Факторы риска развития СД 2 типа

- Возраст ≥ 45 лет.
- Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ ≥ 25 кг/м 2 *).
- 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 (≥ 140/90 мм рт. ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия).
- Холестерин ЛВП ≤ 0,9 ммоль/л и/или уровень триглицеридов ≥ 2,82 ммоль/л.
- Синдром поликистозных яичников.
- Наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

На эти факторы риска мы можем повлиять

Курение

Нездоровое питание

Низкая физическая активность

Повышенный холестерин

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

Артериальная гипертония

Стресс, тревога, депрессия

Ожирение

Избыточное потребление алкоголя

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

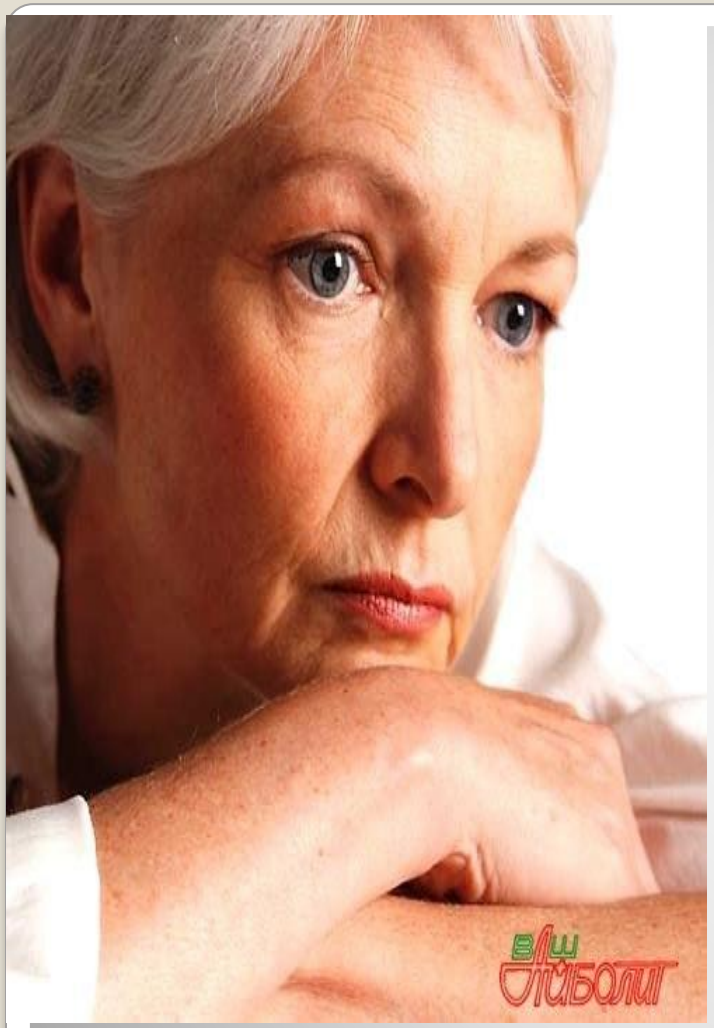
На современном этапе в медицинском сообществе понятие болезни может быть определено в рамках трёх основных подходов:

- 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 о 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 сосредоточьтесь 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 настроя 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.

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.

Анозогнозический 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 неблагополучного 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.

Обессивно-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 злому 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!