

Επικοινωνιακές δεξιότητες

Κ. Λασιθιωτάκης, Γ. Πετρά, Δ. Σχίζας

Εισαγωγή

Τα περισσότερα παράπονα προς τους ιατρούς σχετίζονται με αποτυχία αποτελεσματικής επικοινωνίας. Γι' αυτό είναι στοιχειώδεις να ενθαρρύνουμε τους ασθενείς να παρουσιάζουν τα προβλήματά τους χωρίς διακοπή. Αποδεικνύεται και από επιστημονικές μελέτες ότι αυτό αυξάνει την ικανοποίηση χωρίς να παρατείνει το χρόνο εξέτασης πάνω από 2 λεπτά. Επίσης έχει φανεί ότι η πρόωρη παροχή συμβουλής και ο πρόωρος εφησυχασμός αποδυναμώνουν σημαντικά την επικοινωνία με τους ασθενείς: «Φαίνεστε μια χαρά, είμαι σίγουρος ότι δεν έχουμε να κάνουμε με τίποτα σοβαρό, εδώ». Και μετά ο ασθενής σας δείχνει την αξονική με έναν όγκο στο πάγκρεας και ηπατικές μεταστάσεις. Ποιος έχει βλάψει την ωριμότητα και την αξιοπιστία σας περισσότερο από εσάς σε αυτή την περίπτωση;

Οι δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας και λήψης ιστορικού μπορούν να διδαχθούν αλλά πρώτον είναι δύσκολες να αποκτηθούν και δεύτερον απαιτούν μεγάλη συστηματική εξάσκηση με αναστοχασμό και αυτοκριτική. Η επικοινωνία δυστυχώς δεν αποτελεί αντικείμενο διδασκαλίας στις ιατρικές σχολές ακόμη και των ανεπτυγμένων χωρών παρόλο που η κλινική ιατρική στηρίζεται στη διεπιστημονική και διαπροσωπική επικοινωνία σε κάθε στάδιο της. Ενώ οι φοιτητές διδάσκονται ενδελεχώς για τα αίτια των νοσημάτων, την παθοφυσιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία τους, δε συμβαίνει το ίδιο για τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση, η οποία είναι το βασικότερο εργαλείο για να αξιοποιήσουν τις παραπάνω γνώσεις. Δηλαδή αν δεν μπορείς να αντιληφθείς με βεβαιότητα τον περιτοναϊκό ερεθισμό σε έναν ασθενή, δεν μπορείς να αξιοποιήσεις τη γνώση ότι ο περιτοναϊκός ερεθισμός υποδηλώνει μια συγκεκριμένη ομάδα σοβαρών ενδοκοιλιακών νοσημάτων. Το ίδιο συμβαίνει και με το ιστορικό. Αν η επικοινωνία σου με τον ασθενή δεν είναι ελεύθερη, ανοικτή και με επαρκή χρόνο είναι πιθανό ότι θα παραλείψει ο ασθενής να σου δώσει πληροφορίες οι οποίες μπορούν να αλλάξουν άρδην την αντιμετώπισή του. Για παράδειγμα: Ασθενής 58 ετών προσέρχεται προκειμένου να υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης κύστης ήπατος. Αυτός ο ασθενής είχε διε-



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

- Να αντιληφθεί ο εκπαιδευόμενος τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας στην κλινική πράξη.
- Να κατανοήσει τις τεχνικές διευκόλυνσής της και τη διαχείριση ειδικών περιπτώσεων δυσχερούς επικοινωνίας με τους ασθενείς.
- Ιδιαίτερος σημαντικός στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να συστηματοποιήσει την παρουσίαση του ασθενούς από τον ιατρό σε συνάδελφους του.

ρευνηθεί πριν από 5 χρόνια για ένα «ύποπτο» οζίδιο στον πνεύμονα το οποίο μετά από ενδελεχή έλεγχο αποδείχθηκε ότι ήταν καλόηθες και δεν χρειαζόταν περαιτέρω αντιμετώπιση. Αν δεν έχετε αυτή την πληροφορία τί νομίζεις ότι θα γίνει όταν ο ακτινολόγος ή ακόμη και ο χειρουργός δουν την ακτινογραφία του προεγχειρητικού ελέγχου; Ακριβώς. Θα θεωρήσουν ότι είναι κάτι νέο και θα συστήσουν διαγνωστικό έλεγχο με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις να αναβληθεί μια προγραμματισμένη επέμβαση και να χαθεί πολύτιμος χρόνος. Ο ασθενής μπορεί να μην μπορεί να προσκομίσει τις προηγούμενες εξετάσεις αν δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο ή αν παρεμβάλλεται σαββατοκύριακο και αργίες. Δημιουργείται μεγάλη αναστάτωση και καθυστέρηση η οποία θα μπορούσε να προληφθεί αν είχατε την πληροφορία από την αρχή. Άλλο παράδειγμα: Ρωτάτε τον ασθενή αν λαμβάνει «αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα» και σας απαντά όχι. Η απάντηση αυτή σημαίνει «όχι δε λαμβάνω αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα τα οποία γνωρίζω ότι τα παίρνουν συνήθως οι καρδιοπαθείς και προκαλούν αιμορραγίες στο χειρουργείο» ή «όχι, κανείς δε μου έχει πει ότι λαμβάνω αντιαιμο...τέτοια φάρμακα, αν ήταν μέσα σε αυτά που μου δίνει ο καρδιολόγος μου θα το ήξερα. Εγώ παίρνω μόνο το πλαβίξ και το λοπρεσόρ». (Το πλαβίξ είναι η κλοπιδογρέλη). Σε αυτή την περίπτωση η ερώτηση: «Λαμβάνετε φάρμακα για την πήξη του αίματος;» είναι ικανοποιητική; Όχι, διότι προϋποθέτει ότι ο ασθενής γνωρίζει τη δράση των φαρμάκων που λαμβάνει κάτι το οποίο επουδενί δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο. Αν τώρα μέχρι να φτάσετε σε αυτή την ερώτηση στο ατομικό αναμνηστικό έχετε δημιουργήσει μια αντιπαραγωγική επικοινωνία με τον ασθενή σας πως νομίζετε ότι θα επηρεάσει αυτό την λήψη κρίσιμων πληροφοριών; Αρνητικά. Γι'αυτό πρέπει να οικοδομούμε από την αρχή με τον ασθενή μας μια δημιουργική σχέση. Από την στιγμή που τον βλέπουμε για πρώτη φορά στην πόρτα του ιατρείου μας ή στο κρεβάτι του στην κλινική. Αυτό θα αναλύσουμε από δω και κάτω.

Προετοιμασία

Τις περισσότερες φορές εξετάζουμε έναν ασθενή ο οποίος έχει έναν ιατρικό φάκελο, με αποτελέ-

σματα εξετάσεων, γνωματεύσεις γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και το παραπεμπτικό από το συνάδελφο ο οποίος παραπέμπει τον ασθενή σε εσάς. Είναι στοιχειώδες να ανασκοπήσετε αυτό το υλικό προτού μιλήσετε στον ασθενή για τους εξής λόγους: Πρώτον σας γίνεται ξεκάθαρο για ποιο λόγο εξετάζετε τον ασθενή και σας επιτρέπει να θέσετε εσείς το σκοπό της κλινικής εξέτασης από την αρχή. Πολλοί ασθενείς και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι νοσηλευόμενοι ασθενείς μπορεί να μην γνωρίζουν το λόγο για τον οποίο βρίσκονται στη χειρουργική κλινική ή τους εξετάζει ένας χειρουργός στην κλινική που νοσηλεύονται. Γνωρίζοντας την αιτία εισόδου προτού δείτε τον ασθενή σας δίδει την πολύτιμη ευκαιρία να καταρτίσετε μια αρχική διαφορική διάγνωση στο μυαλό σας και να κάνετε μια πιο στοχευμένη και αποτελεσματική κλινική εξέταση. Δεύτερον, ο ιατρικός φάκελος είναι μια αρκετά αξιόπιστη πηγή πληροφοριών. Πιο αξιόπιστη από τον ασθενή ο οποίος μπορεί να μην αντιλαμβάνεται σωστά τα αποτελέσματα των νοσημάτων και των εξετάσεών τους. Τρίτον, δημιουργεί για εσάς μια εικόνα επαγγελματισμού και εμπιστοσύνης η οποία είναι πολύτιμη για τη δημιουργική επικοινωνία που αναφέρθηκε παραπάνω. Συμπεριφορές που θα πρέπει να αποφεύγονται είναι να ανασκοπείται ένας ογκώδης ιατρικός φάκελος ενώπιον του ασθενούς κρατώντας τον σε αναμονή. Πολύ περισσότερο να ανασκοπείτε το φάκελο μπροστά στον ασθενή και να κάνετε σχόλια ή να εκφράζετε δυσάρεστα αισθήματα. Για παράδειγμα «Τί γράφει τώρα εδώ ο γαστρεντερολόγος; Δεν μπορώ να καταλάβω», «Δε βγάζουν νόημα αυτές οι εξετάσεις που έχουν γίνει μέχρι τώρα.», «Καλά δεν είδε το ανεύρυσμα στην γνωμάτευση της αξονικής αυτός που σας την έγραψε;» «Μμμ, δεν τα βλέπω και πολύ καλά τα πράγματα εδώ» κτλ. Μια άλλη μη εποικοδομητική συμπεριφορά είναι να φέρνεται τον ασθενή σε αντιπαράθεση με τον ιατρικό του φάκελο. Για παράδειγμα «Τί μου λέτε ότι δε λαμβάνετε αντιαιμοπεταλιακά; Αφού το γράφει στον φάκελο σας ότι τα λαμβάνετε από το 2014.» Μπορεί ο ασθενής να τα έχει διακόψει προσφάτως ή παλαιότερα και να μην έχει καταχωρηθεί στο φάκελό του ακόμη ή μπορεί να μην γνωρίζει ότι αυτά τα φάρμακα που λαμβάνει είναι αντιαιμοπεταλιακά όπως είπαμε παραπάνω. Η

σωστή λοιπόν ερώτηση είναι: «Είδα στον ιατρικό σας φάκελο ότι έχετε λάβει στο παρελθόν πλαβίξ, που είναι ένα φάρμακο. Παίρνετε ακόμη αυτό το φάρμακο;».

Η προετοιμασία αφορά ακόμη και στο περιβάλλον της κλινικής εξέτασης. Φροντίστε το ιατρείο και το γραφείο σας να είναι καθαρό και τακτοποιημένο. Αυτό εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους ασθενείς. Φροντίστε να μην διακόπτεται η εξέτασή σας για ασήμαντους λόγους ή αν δέχεστε πολλά τηλεφωνήματα αναθέστε σε κάποιον να τα απαντά κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Φροντίστε να υπάρχουν άνετα καθίσματα για τον ασθενή και το συνοδό του. Αφαιρέστε τους φυσικούς φραγμούς στην επικοινωνία όπως είναι οι θόνοι υπολογιστών και τα ογκώδη αντικείμενα μεταξύ σας και του ασθενούς, οργανώστε το γραφείο ώστε να μη βρίσκεστε ακριβώς απέναντι από τον ασθενή αλλά υπό γωνία καθώς αυτό βελτιώνει την επικοινωνία. Δώστε σημασία στην απόστασή σας από τον ασθενή σεβόμενοι τον στενό ζωτικό του χώρο. Στους περισσότερους δυτικούς πληθυσμούς ο στενός ζωτικός χώρος του ασθενούς είναι τουλάχιστον τα 50εκ. Καλό είναι να διατηρείται αυτή η ελάχιστη απόσταση από τον ασθενή μας κατά τη λήψη του ιστορικού καθώς η παραβίαση του στενού ζωτικού χώρου από μη οικεία άτομα δημιουργεί άγχος και φραγμούς στην επικοινωνία. Ένας άλλος φραγμός στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού είναι η έλλειψη ιδιωτικότητας. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι είναι προς όφελός τους να αναφέρουν όλες τις λεπτομέρειες του ιστορικού τους στο θεράποντα γιατρό ωστόσο είναι αρκετά λιγότεροι εκείνοι οι οποίοι θα το κάνουν δημοσίως, δηλαδή ενώπιω τρίτων ατόμων. Ο κύριος λόγος γι' αυτό είναι η ντροπή και ο κοινωνικός στιγματισμός (π.χ. ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, χειρισμοί υποβοήθησης της αφοδεύσης σε αποφρακτική δυσχεσία, πρωκτική σεξουαλική επαφή μετά από την οποία παρουσιάστηκε πρόπτωση ορθού ή αιματοχεσία κτλ). Γι' αυτό φροντίστε να είναι παρόντες μόνο οι απολύτως απαραίτητοι και εξουσιοδοτημένοι να ακούσουν τις πληροφορίες που μοιράζεται μαζί σας ο ασθενής. Πέραν της πρακτικής και της ηθικής διάστασης του σεβασμού της ιδιωτικότητας του ασθενούς σημειώνεται και η νομική μας ευ-

θύνη να προστατεύουμε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που μας εμπιστεύεται ο ασθενής μας. Αυτό θα πρέπει να ελέγχεται και για το συνοδό του ασθενούς στην περίπτωση που παρίσταται στην κλινική εξέταση. «Κα Δασκαλάκη δεν έχω αντίρρηση να βρίσκεται και η κόρη σας στο ιατρείο κατά τη διάρκεια της εξέτασης εκτός και αν θέλετε να μιλήσουμε οι δυο μας μόνο». Εντούτοις είναι ασύνηθες οι ασθενείς να μην επιθυμούν να παρευρίσκεται ο συνοδός στο ιατρείο κατά τη λήψη του ιστορικού κάτι το οποίο πολλές φορές είναι ιδιαίτερος χρήσιμο για τη λήψη πληροφοριών. Τέλος δεν θα πρέπει να υποτιμούμε την επίδραση που μπορεί να έχει η εικόνα του γιατρού (καθαριότητα, τάξη) στη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και επαγγελματισμού.

Χαιρετισμός και συστάσεις

Εκτός από στοιχειώδη συμπεριφορά ευγενείας σε όλους τους πολιτισμούς, ο χαιρετισμός είναι η πρώτη ευκαιρία του ιατρού να κάνει μια καλή πρώτη εντύπωση και να οικοδομήσει μια παραγωγική σχέση επικοινωνίας με τον ασθενή. Χαιρετάμε τον ασθενή απευθυνόμενοι προς αυτόν με το επίθετό του, το οποίο το γνωρίζουμε εκ των προτέρων. Αυτό πρέπει να γίνεται για τουλάχιστον δύο λόγους. Ο πρώτος είναι ότι βεβαιωνόμαστε εξ αρχής ότι εξετάζουμε τον σωστό ασθενή και όχι τον ασθενή στο διπλανό κρεβάτι ή αυτόν που πήρε το κρεβάτι του ασθενούς μας μετά από μια νοσηλευτική αλλαγή κλινών. Ο δεύτερος είναι ότι αυτό εμπνέει εμπιστοσύνη και επαγγελματισμό στον ασθενή διότι υποδηλώνει ότι έχουμε κάνει μια ελάχιστη προετοιμασία για να τον εξετάσουμε. Για τους ίδιους λόγους χρειάζονται και οι συστάσεις: «Καλημέρα σας Κε Ποζίδη, το όνομα μου είναι Κώστας Λασιθιωτάκης και είμαι ο εφημερεύων επιμελητής χειρουργός. Ο γιατρός σας ο Κος Παναγιωτάκης μου ζήτησε να έρθω να σας εξετάσω γι' αυτό τον πόνο που έχετε στην κοιλιά σας». Για φοιτητές και εκπαιδευόμενους: «Γεια σας Κε Ποζίδη, το όνομα μου είναι Μανώλης Χρυσός και είμαι 5οετής φοιτητής της ιατρικής. Θα μπορούσα να πάρω το ιστορικό σας και να σας εξετάσω για τον προεγχειρητικό έλεγχο/την άσκησή μου; Θα πάρει περίπου 15-20λεπτά». Για τους ειδικευμένους και ειδικούς θα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συστάσεις για αποτελεσματική επικοινωνία κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού

1. Χρησιμοποιείτε **καταρχήν** ανοικτές ερωτήσεις, συχνές συνόψεις, συχνές διευκρινίσεις.
2. Χρησιμοποιείτε κλειστές ερωτήσεις στο τέλος για να πάρετε συγκεκριμένες πληροφορίες ή λεπτομέρειες.
3. Μη βιάζεστε (... ακόμη και όταν δεν έχετε πολύ χρόνο) ή τουλάχιστον μη δείχνετε ότι βιάζεστε. Αποτελεί φραγμό επικοινωνίας.
4. Υποκινήστε τον ασθενή να μιλήσει ρωτώντας τον επανειλημμένως: «Έχετε κάτι άλλο να μου πείτε γι' αυτό;»
5. Διατηρήστε βλεμματική επαφή όταν κάνετε τις ερωτήσεις ακόμη και αν χρειάζεται να κοιτάξετε τις σημειώσεις ή το μόνιτορ του υπολογιστή σας για να καταγράψετε το ιστορικό.
6. Επιδείξτε προσοχή κατά την ακρόαση του ιστορικού κουνώντας συγκαταβατικά το κεφάλι σας, με βλεμματική επαφή και με λεκτική επικοινωνία: «Μάλιστα...», «Καταλαβαίνω...», «Όστε έτσι...», «Μμμ...».
7. Χρησιμοποιείτε παύσεις μερικών δευτερολέπτων ώστε να ενθαρρύνετε τον ασθενή να εκφραστεί.
8. Ζητάτε από τον ασθενή να ξεκαθαρίσει ασάφειες ή να παράσχει λεπτομέρειες όπως π.χ. η χρονολογική σειρά των γεγονότων στην παρούσα νόσο.
9. Δώστε σημασία στα συναισθήματα του ασθενούς. Αν ο ασθενής φαίνεται ιδιαίτερος λυπημένος, απογοητευμένος, κλαίει, είναι θυμωμένος κτλ αναγνωρίστε τα συναισθήματά του, μην τα αγνοείτε: «Φαίνεται λυπημένος», «Είναι κατανητό να είστε θυμωμένος με όλα αυτά» κτλ
10. Ρωτήστε για άλλες ανησυχίες και φόβους που μπορεί να έχει ο ασθενής και δώστε τις απαραίτητες εξηγήσεις όπου είναι δυνατό. Πολλοί ασθενείς μπορεί να έχουν ανησυχίες και φόβους που δεν είναι βάσιμοι. Π.χ. ένας ασθενής με μια βουβωνοκήλη που μεγαλώνει μπορεί να φοβάται ότι έχει καρκίνο γιατί η μητέρα του που πέθανε από λέμφωμα είχε και αυτή μια διόγκωση στην ίδια περιοχή που μεγάλωνε...

πρέπει πάντα να γίνονται συστάσεις για τους εκπαιδευόμενους και φοιτητές που ακολουθούν και παρακολουθούν την εξέταση: «Από δω είναι ο Κος Αθανασάκης ο οποίος είναι φοιτητής της ιατρικής και θα παρακολουθήσει την εξέταση σας αν δεν έχετε αντίρρηση». Ένα ευγενικό χαμόγελο και μια ευγενική χειραψία όταν το επιτρέπουν οι επιδημιολογικές συνθήκες της εποχής μόνο θετική επίδραση μπορεί να έχουν στην επικοινωνία μας με τον ασθενή.

Απευθυνθείτε στον ασθενή χρησιμοποιώντας τίτλο και επώνυμο (Κος, Κα, Δις, κτλ) και όχι με τα μικρά τους ονόματα εκτός και αν υπάρχει προηγούμενη οικειότητα με τους ασθενείς ή στην περίπτωση παιδιών και εφήβων. «Γιαγιούλα», «καλή μου», «θείτσα», «παππούλη», «αγάπη μου» και τα συναφή δεν έχουν θέση στην ιατρική επικοινωνία.

Τεχνικές διευκόλυνσης της λήψης ιατρικού ιστορικού

Ο επιδέξιος κλινικός ιατρός χρησιμοποιεί τεχνικές οι οποίες διευκολύνουν σημαντικά τη λήψη

του ιατρικού ιστορικού και μπορούν να διδαχθούν, εντούτοις απαιτούν εξάσκηση με αναστοχασμό και ανατροφοδότηση. Είναι αρκετά χρήσιμο ο εκπαιδευόμενος να αναλύει και να παρατηρεί την τεχνική του ακόμη και με χρήση βίντεο προκειμένου να τελειοποιήσει τις προχωρημένες επικοινωνιακές δεξιότητες που αναφέρονται στον Πίνακα 2.

Ενεργητική ακρόαση (active listening).

Με αυτό τον όρο εννοείται η αδιάσπαστη προσο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Τεχνικές διευκόλυνσης λήψης ιστορικού

- Ενεργητική ακρόαση (*active listening*)
- Προσαρμοστική ερώτηση (*adaptive questioning*)
- Μη λεκτική επικοινωνία (*non verbal communication*)
- Ενσυναίσθηση (*empathy*)
- Ανακεφαλαίωση (*summarization*)
- Επισήμανση μεταβάσεων (*highlighting transitions*)

χή στην αφήγηση του ασθενούς, η πλήρης αντίληψη της συναισθηματικής του κατάστασης και η χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας για την ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφραστεί και να αναλύσει περισσότερο τις πληροφορίες του ιστορικού. Αυτό μπορεί να θεωρείται αυτονόητο αλλά απαιτεί αρκετή εξάσκηση για να επιτευχθεί διότι είναι πολύ εύκολο να αποσπαστεί η προσοχή του εξεταστή σκεπτόμενος την επόμενη ερώτηση ή τη διαφορική διάγνωση ή ακόμη και τον επόμενο ασθενή που περιμένει να εξεταστεί στην εφημερία ή στο ιατρείο.

Προσαρμοστική ερώτηση

Αυτή η τεχνική είναι χρήσιμη στη εστίαση από τον εξεταστή σε σημεία του ιστορικού τα οποία έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τη διάγνωση του ασθενούς και διευκολύνει τη λήψη λεπτομερειών για τα συμπτώματα διότι προσαρμόζεται στις απαντήσεις του ασθενούς. Για παράδειγμα. «Πείτε μου για τον πόνο στην κοιλιά σας», (παύση) «Κάτι άλλο;», (παύση), «Που το νιώσατε;» (παύση), «Μπορείτε να μου δείξετε με το δάκτυλό σας» (παύση), «Κάπου αλλού;» (παύση), «Μετακινείται ο πόνος κάπου αλλού;», (παύση), «Σε ποιον ώμο;» (παύση), «Μπορείτε να μου δείξετε που ακριβώς;» κτλ. Με αυτή την τεχνική λαμβάνει κανείς τις περισσότερες πληροφορίες για τα συμπτώματα και τις νόσους. Οι ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με ένα ναι ή ένα όχι μπορεί να είναι γρήγορες αλλά δεν αναδεικνύουν όλες τις δυνατές πληροφορίες.

Προσπαθείτε οι ερωτήσεις σας να μπορούν να απαντηθούν με **διαβαθμιζόμενες απαντήσεις**. Δηλαδή η ερώτηση «Ποια δραστηριότητα σας κάνει να λαχανιάζετε περισσότερο;» είναι προτιμότερη από την ερώτηση «Πόσα σκαλιά μπορείτε να ανεβείτε προτού χρειαστεί να σταματήσετε από λαχάνιασμα;» η οποία είναι καλύτερη από την ερώτηση: «Λαχανιάζετε όταν ανεβαίνετε σκαλοπάτια;» κτλ. Οι **ερωτήσεις πρέπει να γίνονται μία μία**. Δηλαδή δε ρωτάμε: «Έχετε ποτέ περάσει πνευμονία, έμφραγμα, εγκεφαλικό ή φυματίωση;». Μετά από κάθε ερώτηση αποκτούμε βλεμματική επαφή για να μεγιστοποιήσουμε τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Ορισμένες φορές οι ασθενείς μοιάζουν ανήμποροι να περιγράψουν

από μόνοι τους τα συμπτώματά τους οπότε η τελευταία τεχνική δεν προχωράει. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να προσφέρετε στον ασθενή **πολλαπλές επιλογές απαντήσεων**: «Είναι ο πόνος σας σαν σφίξιμο, τσίμπημα, κάψιμο ή κάτι άλλο;», «Όταν βήχετε βγάζετε πτύελα (φλέματα) ή είναι ξηρός ο βήχας σας;».

Μη λεκτική επικοινωνία

Είναι πολύ σημαντικό να διατηρούμε οπτική επαφή, να προσέχουμε τη στάση μας και την απόσταση που διατηρούμε από τον ασθενή μας, τόσο κοντά ώστε να μπορεί να δημιουργηθεί οικειότητα αλλά όχι τόσο ώστε να παραβιάζεται η ιδιωτικότητα του. Ο τόνος της φωνής μας, οι χειρονομίες μας, νεύματα, συγκαταβατικές κινήσεις και οι εκφράσεις του προσώπου μας καταδεικνύουν το ενδιαφέρον μας και την κατανόησή μας. Οφείλουμε να είμαστε ήρεμοι κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης, διότι οποιαδήποτε ένδειξη αμηχανίας, ανυπομονησίας ή αποδοκιμασίας ακυρώνουν την επικοινωνία μας. Η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να ενισχύσει την έκφραση του ασθενούς. Το συγκαταβατικό νεύμα της κεφαλής (ήπια κάμψη), η ήπια κάμψη του κορμού προς τα εμπρός και η χρήση λέξεων και ήχων όπως «Χμμ», «Μάλιστα», «Ναι», «Σας καταλαβαίνω» υποκινούν τον ασθενή να συνεχίσει τη ροή της αφήγησής του. Η **αντήχηση (echoing)** κάνει επίσης το ίδιο. Για παράδειγμα «Ο πόνος αρχικά ήταν γύρω από τον ομφαλό αλλά αργότερα μετακινήθηκε», (αντήχηση) «Μετακινήθηκε;» (παύση). Υποκινεί τον ασθενή να δώσει περισσότερες πληροφορίες για την μετατόπιση του άλγους. «Ναι μετακινήθηκε κάτω και δεξιά και είναι τώρα πιο σταθερός και πιο έντονος από πριν». Σε αυτή την περίπτωση η αντήχηση υποκινεί την προσφορά περισσότερων πληροφοριών από την ερώτηση «Προς τα που μετακινήθηκε;».

Ενσυναίσθηση

Είναι η κατανόηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. Ο ασθενής αφηγείται το ιστορικό του και εκφράζει πολλές φορές συναισθήματα που δεν είχε ούτε ο ίδιος αντιληφθεί ότι έχει. Αυτά τα συναισθήματα είναι σημαντικά για την κατανόηση

της ασθένειας και των επιπτώσεών της. Η ανταπόκριση μας σε αυτά τα συναισθήματα είναι πολύ σημαντική διότι ενισχύει πολύ τη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς, την εμπιστοσύνη και την αίσθηση ασφάλειας των ασθενών. Δηλαδή βελτιώνει την επικοινωνία με τον ασθενή. Για να επιτύχετε την ενσυναίσθηση πρέπει να είστε σε θέση να αναγνωρίζετε τα συναισθήματα των ασθενών. Αυτό γίνεται με πολύπλοκο τρόπο που δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθεί σε αυτό το κείμενο αλλά περιλαμβάνει τη θέση του σώματος, την ομιλία, τον τόνο της φωνής, τα νεύματα, τη βλεμματική επικοινωνία και τις εκφράσεις του προσώπου κτλ. Οι περισσότεροι όμως γιατροί μπορούν με ακρίβεια έστω και διαισθητικά να αναγνωρίσουν τα κύρια συναισθήματα του ασθενούς: φόβος, άγχος, αγωνία, απογοήτευση, απελπισία, θλίψη, θυμό κτλ. Ακόμη όμως και όταν δεν αντιλαμβανόμαστε με ευκολία τα συναισθήματα του ασθενούς γιατί για παράδειγμα δεν τα αποκαλύπτει μπορούμε απλά αν ρωτήσουμε: «Πως νιώθετε γι' αυτό;». Αφού λοιπόν αναγνωρίσετε το συναίσθημα του ασθενούς ανταποκριθείτε με κατανόηση. Δηλαδή αν κάποιος είναι θλιμμένος, δε δείχνει κατανόηση από μέρους μας το να αστειευόμαστε έστω και με τον καλύτερο τρόπο. Για την αναγνώριση του συναισθήματος και την αποδοχή του δεν χρειάζεται τίποτα περισσότερο από μια φράση: «Φαίνεται αρκετά λυπημένος», «Καταλαβαίνω το θυμό σας γι' αυτό το περιστατικό» κτλ η οποία συνοδεύεται από βλεμματική επαφή, παύση, κλίση του κορμού προς το μέρος του ασθενή, αποφυγή φραγμών επικοινωνίας με τα χέρια κτλ. Δείχνοντας ότι αποδεχόμαστε τα συναισθήματα του ασθενούς τον **καθησυχάζουμε** και δημιουργούμε περιβάλλον οικειότητας που ενισχύει την επικοινωνία. Από την άλλη, ο πρόωρος εφησυχασμός: «Μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά» έχει τα αντίθετα αποτελέσματα αφού αφενός μπορεί ο ίδιος να διαψεύσετε τον εαυτό σας όταν ζητήσετε αργότερα μια μαγνητική για να αποκλείσετε καρκίνο στο πάγκρεας ή ακόμη χειρότερα όταν ο ίδιος ο ασθενής σας δείξει σε μερικά λεπτά μια αξονική τομογραφία που δείχνει διάσπαρτο καρκίνο σε όλα τα όργανα της κοιλιάς και του θώρακα. Ο καθησυχασμός θα έρθει όταν έχετε ελέγξει πλήρως τον ασθενή και έχετε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες γι' αυτό. Αλλιώς

πρόκειται για ευχολόγιο το οποίο βλάπτει την εμπιστοσύνη του ασθενούς στο πρόσωπό σας.

Ανακεφαλαίωση

Η ανακεφαλαίωση του ιστορικού του ασθενούς σε διάφορα σημεία ενισχύει την επικοινωνία διότι καταρχάς αποδεικνύει ότι προσέχετε αυτά που σας λέει, δεύτερο αποσαφηνίζει στοιχεία τα οποία ενδεχομένως να μην αντιληφθήκατε καλά ή να μην ακούσατε καλά κατά την αφήγηση του ασθενούς. Ακόμη δίδει την ευκαιρία στον ασθενή να ξανασκεφτεί αυτό που είπε και να το διορθώσει εάν χρειάζεται και στον γιατρό το χρόνο για να οργανώσει την κλινική συλλογιστική του (clinical reasoning) και να επικεντρωθεί στο πρόβλημα του ασθενούς κάνοντας την λήψη του ιστορικού πιο αποτελεσματική. Ας δούμε ένα παράδειγμα: «Ωραία, θα θελα τώρα να μου δώσετε ένα λεπτό για να βεβαιωθώ ότι έχω καταλάβει καλά όλα όσα μου λέτε. Ο πόνος στην κοιλιά σας ξεκίνησε πριν από 1 εβδομάδα, στο πάνω μέρος της και έμοιαζε με συνεχές σφίξιμο που αντανakλούσε πίσω προς τη ράχη σας, οι εμετοί ξεκίνησαν πριν από 2 ημέρες, αμέσως μετά το φαγητό και περιείχαν άπεπτες τροφές. Από χθες είπατε ότι ο πόνος έχει επιδεινωθεί και έχει ένταση 8/10. Σωστά;» (μικρή παύση), «Κάτι άλλο;».

Επισήμανση των μεταβάσεων

Όταν αλλάζουμε κεφάλαιο στην καταγραφή του ιστορικού δηλαδή από την «αιτία εισόδου» στην «παρούσα νόσο» και στη συνέχεια στην «ανασκόπηση των συστημάτων» βοηθά αρκετά να επισημάνουμε τη μετάβαση στον ασθενή. Έτσι, ο ασθενής νιώθει περισσότερη ασφάλεια διότι προσανατολίζεται στην πορεία της συζήτησης, δείχνει περισσότερη εμπιστοσύνη διότι αντιλαμβάνεται ότι η συζήτηση είναι συστηματική και έχει κάποιο σκοπό και μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου αφού συμμετέχει στο σχέδιο που του αποκαλύπτετε σιγά σιγά. Για παράδειγμα: «Θα θελα τώρα να μου πείτε περισσότερες λεπτομέρειες για ότι έχει συμβεί από την τελευταία φορά που ήσασταν απολύτως καλά». (μετάβαση στην παρούσα νόσο). «Θα θελα τώρα να σας κάνω ορισμένες ερωτήσεις για τα άλλα προβλήματα υγείας που έχετε». (μετάβαση στο ατομικό αναμνηστικό).

«Να μιλήσουμε τώρα για τα φάρμακα τα οποία λαμβάνετε αυτό τον καιρό;» (μετάβαση στο ατομικό αναμνηστικό - φαρμακευτική αγωγή). «Τώρα θα ήθελα να σας εξετάσω αν δεν έχετε αντίρρηση» (μετάβαση στην φυσική εξέταση).

Ειδικές περιπτώσεις ασθενών

Γενικώς οι ασθενείς είναι πολύ πρόθυμοι να συνεργαστούν και να μας παρέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπισή τους. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένες ειδικές περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι λιγότερο συνεργάσιμοι είτε λόγω της κατάστασής τους είτε λόγω χαρακτήρα. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες τέτοιες ειδικές περιπτώσεις και ο τρόπος διευκόλυνσης της λήψης του ιστορικού.

Ο «σιωπηλός» ασθενής

Ορισμένες φορές η συζήτηση με τον ασθενή δεν έχει γρήγορη και σταθερή ροή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να θυμηθεί και να μας δώσει τις πληροφορίες λόγω της νόσου του, της ηλικίας ή ακόμη και της φαρμακευτική αγωγής που του χορηγούμε (π.χ. οπιοειδή αναλγητικά). Μπορεί σε αυτό να συμβάλλει η συναισθηματική του κατάσταση (π.χ. στρες, φόβος, απογοήτευση) ή αισθήματα τα οποία βιώνει όπως ο σωματικός πόνος, η έντονη ναυτία ή η δύσπνοια και τα οποία δεν τον αφήνουν να συγκεντρωθεί στην αφήγηση του ιστορικού. Ακόμη ο ασθενής μπορεί να είναι εσωστρεφής και ολιγομίλητος εκ του χαρακτήρα του. Σε κάθε περίπτωση βοηθά να προσπαθήσουμε να αντιληφθούμε το λόγο που ο ασθενής δεν αφηγείται αποτελεσματικά. Αυτό απαιτεί εξάσκηση παρατηρώντας τη μη λεκτική επικοινωνία του ασθενούς δηλαδή θέσεις σώματος, εκφράσεις προσώπου και χειρονομίες οι οποίες υποδηλώνουν τα παραπάνω αλλά και λαμβάνοντας υπόψη ιατρικές παραμέτρους οι οποίες μπορεί να προκαλούν εγκεφαλική δυσλειτουργία και σύγχυση όπως είναι η υποξυγοναιμία και η υποάρδευση του ΚΝΣ. Προσπαθούμε λοιπόν να κατανοήσουμε τους λόγους αυτής της συμπεριφοράς, αναγνωρίζουμε και αποδεχόμαστε τα συναισθήματα του ασθενούς, διορθώνουμε ό,τι μπορεί να διορθωθεί

(υποξυγοναιμία, υπόταση, ναυτία, άλγος, στρες κτλ) και παροτρύνουμε την αφήγηση χρησιμοποιώντας τις μεθόδους που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο. Εάν δεν μπορούμε να καταλάβουμε γιατί ο ασθενής δεν αφηγείται αποτελεσματικά μπορούμε να τον ρωτήσουμε. «Φαίνεται αρκετά ήσυχος (αναγνώριση της κατάστασης)». «Μήπως έκανα κάτι που σας αναστάτωσε;». Λαμβάνουμε πάντα υπόψη ότι ίσως να ευθύνεται η τεχνική μας για τη σιωπή του ασθενούς. Μήπως δεν ομιλούμε αρκετά δυνατά και καθαρά; Χρησιμοποιούμε όρους που ο ασθενής δεν καταλαβαίνει; Μήπως βιαζόμαστε και κάνουμε ερωτήσεις κατά ρυπάς; Μήπως τον έχουμε προσβάλλει ασκώντας του κριτική;

Ο αναξιόπιστος ασθενής (*unreliable, poor historian*)

Ορισμένες φορές ο ασθενής αποδεικνύεται μη αξιόπιστη πηγή για το ιστορικό του. Για παράδειγμα πέφτει σε αντιφάσεις: «Έχετε χειρουργηθεί ποτέ;». «Όχι». Και εσείς γνωρίζετε από τη μελέτη του ιατρικού φακέλου ότι ο ασθενής έχει υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή προ 10ετίας και επιβεβαιώνετε ότι υπάρχει ουλή από τομή McBurney στην κοιλιά του. Είναι δύσκολο να εμπιστευθεί κανείς ότι δεν παραλείπει και άλλα σημαντικά στοιχεία από το ιστορικό του αυτός ο ασθενής. Ένα άλλο παράδειγμα είναι όταν ο ασθενής απαντά συνέχεια να σε αντικρουόμενες ερωτήσεις που του κάνουμε. Για παράδειγμα: «Ο πόνος σας είναι σαν σφίξιμο;» Ναι. «Είναι ο πόνος σας σαν τρύπημα;» «Ναι», «Μήπως μοιάζει με κάψιμο;» «Ναι». Προφανώς ο ασθενής δεν προσέχει ή δεν καταλαβαίνει αυτό που τον ρωτάμε. Ένα άλλο παράδειγμα είναι όταν ο ασθενής δεν μπορεί να απαντήσει σε ανοικτές ερωτήσεις που του θέτουμε. Για παράδειγμα: «Μιλήστε μου λίγο για τον πόνο που είχατε στην κοιλιά σας;», «Γιατρέ εγώ έχω περάσει φυματίωση το 50 και από τότε όλα μου πάνε στραβά». Μπορεί να μην μπορεί να απαντήσει ούτε σε κλειστές ερωτήσεις: «Ξυπνάτε τη νύκτα πολλές φορές για να ουρήσετε;», «Γιατρέ τη νύκτα γιατί όπως σας είπα έχω την καρδιά μου και με πιάνει δύσπνοια τη νύκτα πολλές φορές». Ένα άλλο παράδειγμα είναι όταν ο ασθενής σας έχει πει κάτι και στην πραγματικότητα έχει

γίνει κάτι άλλο. Για παράδειγμα: Έχετε χειρουργηθεί ποτέ στον πρωκτό δηλαδή στο τέλος του εντέρου σας από πίσω;» «Ναι γιατρέ μου είχε βγάλει τις αιμορροΐδες ο κύριος Παναγιωτάκης πριν από 5-6 χρόνια». «Πείτε μου περισσότερα γι' αυτό». «Είχα πολύ πόνο και πυρετό και πήγα στο νοσοκομείο και ο εφημέριος ο Κος Παναγιωτάκης ο οποίος μου τις άνοιξε και έφυγε όλο το πύο και να ναι καλά ο άνθρωπος δεν είχα πρόβλημα από κει και πέρα». Εδώ προφανώς ο ασθενής υποβλήθηκε σε διάνοιξη και παροχέτευση περιδερμικού αποστήματος και όχι σε αιμορροϊδεκτομή και αυτό αποδεικνύεται από την παρουσία ουλής μερικά εκατοστά μακριά από τον πρωκτό ή από τον ιατρικό του φάκελο. Άλλο συχνό παράδειγμα: «Έχετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;» (ατομικό αναμνηστικό). «Όχι γιατρέ». Λίγο πιο κάτω: «Παίρνετε κάποια φάρμακα;» «Ναι ένα για το ζάχαρο, ένα για τον προστάτη και ένα ασπιρινάκι και ένα για τη χοληστερίνη» και λίγο πιο κάτω: «Μπορείτε να μου πείτε τα ονόματά και πόσα παίρνετε παρακαλώ για να τα σημειώσω;». «Γιατρέ αυτά τα ξέρει μόνο η γυναίκα μου».

Και στην περίπτωση του αναξιόπιστου ασθενούς θα πρέπει να σκεφτούμε αν η αναξιοπιστία του, η σύγχυσή του οφείλεται στο τρέχον ή σε προϋπάρχον ιατρικό πρόβλημα π.χ. υποάρδευση, παραλήρημα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, ψυχιατρικό νόσημα, λήψη αλκοόλ ή ναρκωτικών κτλ. Σε κάθε περίπτωση όμως δεν ωφελεί να επενδύουμε πολύ χρόνο σε αυτούς τους ασθενείς για τη λήψη πληροφοριών και πιθανώς είναι επικίνδυνο να στηριζόμαστε σε αυτές για τη διάγνωση ή τη θεραπεία τους. Για τις απαραίτητες πληροφορίες θα πρέπει να απευθυνθούμε στο περιβάλλον του ασθενούς (σύζυγος, παιδιά, φίλοι, φροντιστές, κηδεμόνας ή νόμιμος αντιπρόσωπος κτλ) καθώς και στον ιατρικό φάκελο ή στην επικοινωνία μας με άλλους γιατρούς που έχουν θεραπεύσει ή παρακολουθούν τον ασθενή για διαφορετικά νοσήματα. Αυτός είναι ο τύπος του ασθενούς ο οποίος μπορεί να μην έχει καταλογισμό (capacity) και να μην μπορεί να συναινέσει για θεραπείες μετά από ενημέρωση. Ο ασθενής δεν έχει καταλογισμό αν έχει τουλάχιστο ένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά.

- Δεν καταλαβαίνει τις πληροφορίες που του δίνετε ή τη βαρύτητά τους.

- Δε συγκρατεί τις πληροφορίες που του δίνετε για αρκετό χρόνο ώστε να πάρει απόφαση.
- Δεν μπορεί να επικοινωνήσει την απόφασή του.

Η ικανότητα του καταλογισμού είναι ιδιαιτέρως σημαντική στην περίπτωση που απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς για μια χειρουργική επέμβαση και αποτελεί ζήτημα που ξεφεύγει από το αντικείμενο αυτού του κεφαλαίου. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι η απώλεια του καταλογισμού μπορεί να οφείλεται στη νόσο ή στη φαρμακευτική αγωγή και μπορεί να είναι παροδική. Όλοι οι κλινικοί πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσουν τον καταλογισμό τους ασθενούς. Η επίσημη όμως εκτίμηση είναι αντικείμενο των ψυχιάτρων.

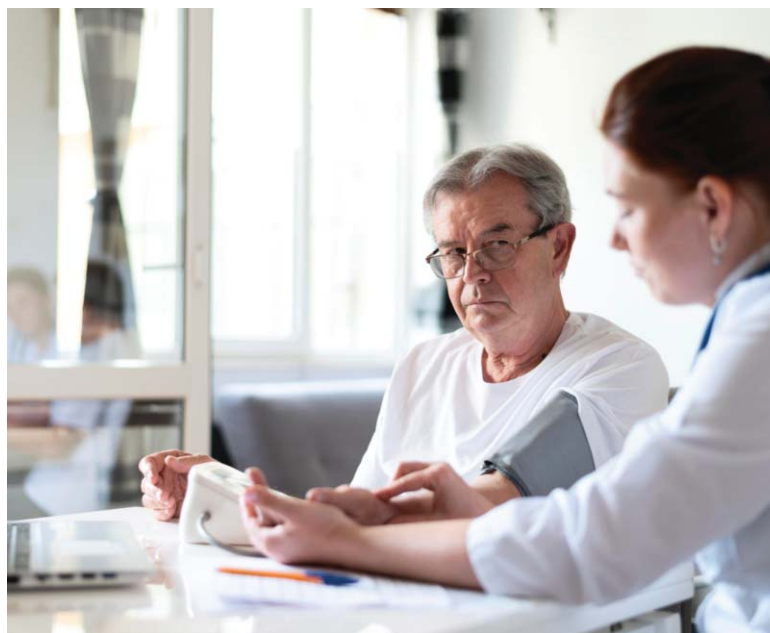
Ο φλύαρος ασθενής

Ένας ασθενής που μιλάει πολύ είναι ενδεχομένως υπερβολικά ανήσυχος και φοβισμένος, ίσως έχει κάποια συγχυτική κατάσταση που τον αποτρέπει να συγκεντρωθεί σε ένα θέμα ή απλά έχει εμμονή με τις λεπτομέρειες και του αρέσει να διηγείται ιστορίες. Το πρόβλημα σε αυτή την περίπτωση είναι ότι μπορεί να χαθεί πολύς χρόνος κατά τη λήψη του ιστορικού εις βάρος της φυσικής εξέτασης και παρόλα αυτά να μη ληφθούν οι απαραίτητες πληροφορίες διότι η φλυαρία συνήθως είναι επί ασχέτων θεμάτων. Ο χρόνος στον οποίο ο εκπαιδευμένος κλινικός γιατρός πρέπει να έχει ολοκληρώσει τη λήψη του ιστορικού και την φυσική εξέταση είναι τα 15 λεπτά και αυτός είναι ο χρόνος που δίδεται και στις εξετάσεις φοιτητών με τη χρήση προσομοίωσης κλινικών περιστατικών. Καλό είναι λοιπόν γι' αυτή την όχι και τόσο ασυνήθιστη περίπτωση να έχουμε μια στρατηγική αντιμετώπισης. Καταρχάς αφήνουμε τον ασθενή να μιλήσει ελεύθερα στα πρώτα λεπτά και αμέσως παρεμβαίνουμε για να εστιάσουμε στα σημεία που θέλουμε. Αναπόφευκτα θα πρέπει να διακόψουμε τον ασθενή αλλά αυτό πρέπει να γίνεται με ευγένεια για να μην επηρεάσει την επικοινωνία μας: «Τα λέτε πολύ ωραία αλλά επειδή είναι περιορισμένος ο χρόνος μας θα θελα να μου μιλήσετε συγκεκριμένα για τον πόνο στην κοιλιά σας.» Αν η φλυαρία επιμένει: «Μπορείτε παρακαλώ να μου πείτε τότε ακριβώς ξεκίνησε ο

πόνος;», «Μάλιστα», «Που;», «πολύ ωραία», Μπορείτε να μου δείξετε που ακριβώς» κτλ. Δηλαδή κάνουμε πιο κλειστές ερωτήσεις. Σε πιο δύσκολες περιπτώσεις καταφεύγουμε σε ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών και μονολεκτικών απαντήσεων. Αυτό που δεν πρέπει να γίνεται είναι να δείχνουμε εκνευρισμό, ανυπομονησία και δυσάρεσκεια διότι έτσι υπονομεύεται η επικοινωνία και η σχέση γιατρού-ασθενούς. Σε τέτοιες περιπτώσεις καλό είναι να γνωρίζετε στον ασθενή σας τους χρονικούς περιορισμούς της ιατρικής επίσκεψης: «Κε Κασίδη έχουμε 15 λεπτά στη διάθεσή μας γι'αυτή την εξέταση οπότε θα θελα να επικεντρωθούμε στους λόγους που σας φέρνουν στο ιατρείο μου αυτή τη φορά».

Ο «μη συνεργάσιμος» ή «δύσκολος» ασθενής

Στις περισσότερες περιπτώσεις η συζήτηση για τη λήψη του ιατρικού ιστορικού γίνεται σε κλίμα αμοιβαίας συνεργασίας και καλή διάθεσης. Εντούτοις μερικές φορές παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία έχουν διάφορες μορφές. Ο ασθενής μπορεί να μη θέλει να μας δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες για το ιστορικό ή να υποβληθεί σε φυσική εξέταση. Μπορεί να αμφισβητεί τις συμβουλές του γιατρού και να μην τις ακολουθεί. Ο ασθενής μπορεί να είναι επιθετικός ή θυμωμένος. Ο ασθενής μπορεί να έχει έρθει με ένα συγκεκριμένο σκοπό π.χ. να πάρει αναρρωτική άδεια λόγω της βουβωνοκήλης του και αρνείται να υποβληθεί στον έλεγχο που χρειάζεται για την τεκμηρίωση της διάγνωσης. Ή μπορεί να έχει έρθει στο ιατρείο με μια διάγνωση που βρήκε στο ίντερνετ και να απαιτεί θεραπεία χωρίς να επιτρέπει να επιβεβαιωθεί η διάγνωση από εσάς. Ή μπορεί να έρχεται με μια διάγνωση που έχει θέσει άλλος γιατρός και να απαιτεί θεραπεία χωρίς να τεκμηριώνεται σε εσάς η ορθή διάγνωση. Ορισμένες αρχές για τη διαχείριση αυτών των καταστάσεων είναι οι παρακάτω: **Πρώτα** απ'όλα θα πρέπει να έχει κανείς στο μυαλό του ότι ο ρόλος του γιατρού είναι να συμβουλευτεί σε κάθε περίπτωση και όχι να επιβάλλει. Εάν ο ασθενής δεν θέλει/δεν μπορεί να διακόψει το κάπνισμα αφού τον έχετε ενημερώσει σωστά για τις επιπτώσεις σε μια χειρουργική επέμβαση είναι ελεύθερος να



καπνίσει. Μπορεί να μην τον χειρουργήσετε εσείς αλλά σίγουρα είναι ελεύθερος να καπνίσει. Εξαιρέση σε αυτό είναι όταν ο ασθενής δεν έχει καταλογισμό και αποτελεί απειλή για την ασφάλεια του εαυτού του ή του κοινωνικού συνόλου (εννοείται όχι λόγω του καπνίσματος!). Αυτό αφορά κυρίως σε ψυχιατρικά νοσήματα και κατάχρηση ουσιών. **Δεύτερον** οι συμβουλές μας γίνονται με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, με καλή προαίρεση αλλά και με ευγένεια. Ακόμη και η καλύτερη συμβουλή η οποία γίνεται με απρεπή, αγενή τρόπο μπορεί να οδηγήσει σε προσβολή και θυμό του ασθενούς. **Τρίτον**, πάντα όταν ο ασθενής είναι μη συνεργάσιμος και ιδιαιτέρως όταν είναι επιθετικός θα πρέπει να αναρωτιόμαστε αν αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας οξείας ή χρόνιας παθολογικής κατάστασης όπως για παράδειγμα μια ενδοκράνια μάζα ή αιμάτωμα, στέρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ή μιας ψυχιατρικής νόσου. Αυτό μας βοηθά πολλές φορές να διατηρήσουμε την ψυχραιμία μας και τα επίπεδα της συμπόνοιας μας διότι τότε ο ασθενής δεν είναι υπεύθυνος για την συμπεριφορά του. **Τέταρτον**, λάβετε πάντα υπόψη σας ότι η ιατρική συμβουλή την οποία δίνετε στον ασθενή σας μπορεί να μην είναι σωστή. Ή μπορεί να μη βγάζει νόημα από τον ασθενή. **Πέμπτον** οι ενέργειες και η συμπεριφορά μας πρέπει να έχουν γνώμονα την αποκλιμάκωση κάθε έντασης και επιθετικής συμπεριφοράς κατά την κλινική πράξη. Εάν αντιληφθείτε ότι αυτό δεν είναι δυνατό διακόψτε την εξέταση

και ζητήστε βοήθεια από προσωπικό ασφαλείας ή από πιο έμπειρο συνάδελφο. Καμία καταχρηστική συμπεριφορά από τους ασθενείς δε θα πρέπει να γίνεται αποδεκτή από το γιατρό και για κανένα λόγο.

Τέλος επειδή ακριβώς οι δύσκολοι ασθενείς είναι η εξαίρεση του κανόνα, στην περίπτωση που τους συναντάτε συχνά θα πρέπει να αναστοχάζεστε αν κάποια συμπεριφορά, τεχνική σας ή συστημικός λόγος (π.χ. μεγάλος χρόνος αναμονής, αγενής γραμματέας ή νοσηλεύτρια κτλ) ευθύνεται γι' αυτό. Παραδείγματα είναι η βιασύνη, ο κυνισμός και η έλλειψη συμπόνοιας στο πρόβλημα του ασθενούς, υποβάθμιση της σημασίας που έχει το πρόβλημα υγείας («Δεν είναι δα τόσο σημαντική αυτή η κήλη ώστε να μην μπορείτε να κάνετε τη δουλειά σας»), αστεϊσμοί και σαρκασμός (γενικώς δεν έχουν θέση στη λήψη του ιστορικού), ο μεγάλος χρόνος αναμονής, αγενής συμπεριφορά από το παραϊατρικό προσωπικό ή τη γραμματέα κτλ.

Ο εχθρικός ασθενής

Η εχθρική συμπεριφορά και ο θυμός συχνά αποτελούν εκδήλωση φόβου από τον ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση αναμένετε ότι ο ασθενής θα παρατηρήσει πως εσείς διαχειρίζεστε τα συναισθήματά του. Εάν τα διαχειρίζεστε με αποτελεσματικό τρόπο ο ασθενής ενδέχεται να αντιληφθεί ότι και ο ίδιος μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του. Διατηρείστε την ψυχραιμία σας και μην παίρνετε την συμπεριφορά του ασθενούς προσωπικά. Για τον ασθενή πολλές φορές ο γιατρός συμβολίζει το σύνολο της φροντίδας υγείας ενός κράτους, το σύνολο της ιατρικής η οποία μπορεί να μη δύναται να θεραπεύσει το πρόβλημά του, συμβολίζει ακόμη και την ίδια του την ασθένεια. Ένας τρόπος για να εξουδετερώσετε το θυμό του ασθενούς είναι να τον αφήσετε να εκφραστεί και να τον ακούσετε προσεκτικά δείχνοντάς του ότι μπορείτε να ανεχθείτε τα συναισθήματά του εφόσον δεν κλιμακώνονται προς την κατεύθυνση της κακοποίησης. Αποδεχθείτε τα συναισθήματα του ασθενούς χωρίς να συμφωνήσετε μαζί του, αν δεν είναι σωστό ούτε και να διαφωνήσετε. Δείξτε συμπόνοια στα προβλήματα και στην ταλαιπωρία του. Εάν ο ασθενής φωνάζει

διατηρείστε χαμηλό τον τόνο της φωνής σας και ανταποκριθείτε σε αυτό που σας λέει. Εάν απαντήσετε με φωνές οδηγείτε σε κλιμάκωση της εχθρικής συμπεριφοράς η οποία πρέπει να αποφεύγεται με κάθε τρόπο. Αποφύγετε να προσπαθήσετε να πείσετε τον ασθενή ότι αυτό που λέει ή κάνει είναι λάθος. Συνήθως αυτοί οι ασθενείς δεν ενδιαφέρονται για τα επιχειρήματά των άλλων και η συμπεριφορά τους είναι συναισθηματική όχι λογική. Δείξτε στον ασθενή ότι είστε επικεντρωμένος στην λήψη του ιστορικού με σκοπό την καλύτερη δυνατή ιατρική του φροντίδα.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να γίνονται με μία βασική αρχή: «Μηδενική ανοχή στη βία σε οποιαδήποτε μορφή». Προσωπικές ύβρεις, απειλές, άσκηση βίας σε αντικείμενα του περιβάλλοντος και βεβαίως οποιαδήποτε σωματική επαφή σημαίνει αυτομάτως διακοπή της εξέτασης και ενημέρωση του προσωπικού ασφαλείας ή της αστυνομίας. Βασικά η διακοπή της εξέτασης πρέπει να γίνει πριν την άσκηση βίας όταν ο γιατρός αισθάνεται ότι η κλιμάκωση της συμπεριφοράς του ασθενούς οδηγεί προς τα εκεί. Αν πρόκειται να εξετάσετε έναν ασθενή με γνωστό ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς λάβετε τα μέτρα σας από πριν. Ζητήστε την παρουσία προσωπικού ασφαλείας κατά την εξέταση ή ενημερώστε το προσωπικό ασφαλείας ότι εξετάζετε ασθενή με ιστορικό κακοποίησης του ιατρικού προσωπικού και έχετε εύκολη πρόσβαση στην πόρτα για διαφυγή. Λάβετε υπόψη σας ότι πολλές φορές η βίαιη συμπεριφορά εκδηλώνεται κατά την φυσική εξέταση. Γι' αυτό σε τέτοιες περιπτώσεις φροντίστε να ζητήσετε την άδεια για την φυσική εξέταση και να εξηγήσετε ακριβώς τί πρόκειται να κάνετε ώστε να μην εκληφθεί η παραβίαση του προσωπικού χώρου του ασθενούς ως επιθετική συμπεριφορά από τον ασθενή. Παρατηρείστε με προσοχή σημάδια κλιμάκωσης της εχθρικότητας του ασθενούς όπως η γρήγορη αναπνοή, το σφίξιμο των δοντιών και η αποφυγή της βλεμματικής επαφής. Αποφύγετε την επανειλημμένη έκλυση επώδυνων κλινικών σημείων όπως η αναπηδώσα ευαισθησία.

Ο αλλόγλωσσος ασθενής

Εάν ο γιατρός και ο ασθενής δεν ομιλούν καλά

μια κοινή γλώσσα ακόμη και αν αυτή δεν είναι η μητρική τους, η λήψη του ιστορικού δυσκολεύει αρκετά. Σε αυτή την περίπτωση είναι πολύτιμη η χρήση ενός διερμηνέα ο οποίος ιδανικά δε θα πρέπει να είναι συγγενής ή φίλος του ασθενούς. Αυτό γιατί πολλοί ασθενείς δυσκολεύονται να συζητήσουν ιατρικά τους θέματα όταν είναι παρόντες οι συγγενείς τους και οι συγγενείς συχνά τείνουν να ερμηνεύουν τις απαντήσεις του ασθενούς αντί να τις μεταφράζουν. Σε αρκετά νοσοκομεία υπάρχει διαθέσιμη τηλεφωνική υπηρεσία για τη διευκόλυνση τέτοιων ασθενών ενώ στην περίπτωση τουριστών συχνά υπάρχει κάποιος ξεναγός ή ταξιδιωτικός υπάλληλος διαθέσιμος να βοηθήσει έστω και δια τηλεφώνου. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να επιδεικνύει κανείς υπομονή και να υπολογίζει ότι η διαδικασία της κλινικής εξέτασης θα διαρκέσει πολύ παραπάνω από το μέσο όρο. Η μη λεκτική επικοινωνία σε αυτές τις περιπτώσεις λαμβάνει ιδιαίτερη βαρύτητα. Η βλεμματική επαφή, το χαμόγελο, ο ήρεμος τόνος φωνής και οι ανοικτές κινήσεις χεριών και θέσεις του σώματος βελτιώνουν την επικοινωνία και την αίσθηση εμπιστοσύνης. Είναι σημαντικό να απευθύνετε τις ερωτήσεις στον ασθενή ακόμη και όταν υπάρχει διερμηνέας. Συχνό φαινόμενο αποτελεί το να διακόπτουν οι συνοδοί/συγγενείς τον ασθενή που δεν μπορεί να μιλήσει τη γλώσσα για να διαψεύσουν τον ασθενή και να πουν τη δική τους εκδοχή των συμπτωμάτων του. Αυτό βεβαίως ενέχει το κίνδυνο σφάλματος στην καταγραφή του ιστορικού και θα πρέπει με ευγένεια να ζητάμε από τους συγγενείς να αφήνουν τον ασθενή να εκφραστεί με δικά του λόγια. Εντούτοις, το περιβάλλον του ασθενούς μπορεί συχνά να δώσει πολύτιμες πληροφορίες για το ιατρικό του ιστορικό. Η χρήση ηλεκτρονικών μέσων αυτόματης διερμηνείας ή μετάφρασης είναι μια λογική εναλλακτική όταν δεν υπάρχει συγγενής ή διερμηνέας για να μεταφράσει.

Μια πολύπλοκη και δυναμική διαδικασία που απαιτεί προχωρημένες δεξιότητες επικοινωνίας και ιατρικές γνώσεις

Η λήψη του ιατρικού ιστορικού έχει ως σκοπό την κατάρτιση μιας αρχικής διαφορικής διάγνωσης για τον ασθενή, μιας λίστας δηλαδή με τις 5-6 πι-

θανότερες διαγνώσεις από την οποία δε θα πρέπει να παραλείπονται ορισμένες διαγνώσεις οι οποίες δεν πρέπει να χαθούν όπως για παράδειγμα το έμφραγμα σε έναν ασθενή με επιγαστραλγία ή η ρήξη ανευρύσματος αορτής σε έναν ασθενή με κεντρικό κοιλιακό άλγος. Η κατάρτιση της διαφορικής διάγνωσης ξεκινά με τη διευκρίνιση της αιτίας εισόδου και καθώς προχωρά το ιστορικό ο κατάλογος της διαφορικής διάγνωσης μπορεί να αλλάξει σημαντικά. Γι' αυτό λέμε ότι είναι μια δυναμική διαδικασία. Για παράδειγμα σε μια ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο η αρχική διαφορική διάγνωση έχει στην κορυφή της την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Αυτό όμως λίγο παρακάτω μπορεί να αλλάξει εντελώς εάν η ασθενής μας αναφέρει ότι προ έτους υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή. Το ίδιο ισχύει και για τη διάγνωση του εμφράγματος σε έναν ασθενή ο οποίος υποβλήθηκε προσφάτως σε τεστ κόπωσης και στεφανιογραφία τα οποία ήταν εντελώς φυσιολογικά. Είναι επίσης πολύπλοκη διότι συχνά οι κλινικές εκδηλώσεις των νοσημάτων είναι άτυπες και επηρεάζονται από συνοδά νοσήματα και τρέχουσες ή χρόνιες θεραπείες. Για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος ο οποίος έπεσε και χτύπησε στο κεφάλι του μπορεί να έχει δυσκολία συγκέντρωσης και ανάκλησης λόγω της κάκωσης ή λόγω της προϋπάρχουσας άνοιάς του ή λόγω μιας νέας ψυχιατρικής αγωγής ή διότι έπαθε ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο το οποίο προκάλεσε την πτώση ή διότι νοσηλεύεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας κτλ. Αυτό είναι κάτι πολύπλοκο και δεν είναι σπάνιο στην καθημερινή κλινική πράξη αυτός ο βαθμός πολυπλοκότητας. Ακόμη πολλές φορές κατά την λήψη του ιστορικού προκύπτουν συμπτώματα τα οποία παρόλο που δε σχετίζονται με την αιτία εισόδου δεν μπορούν να αγνοηθούν (red flags – alarm symptoms) και πρέπει να ληφθούν υπόψη ξεχωριστά. Το βασικό εργαλείο για να ανταποκριθεί κανείς σε αυτή την πολυπλοκότητα είναι οι ιατρικές γνώσεις. Όσο περισσότερες ιατρικές γνώσεις έχεις, τόσο πιο έγκυρη διαφοροδιάγνωση κάνεις και τόσο πιο σπάνια χάνεις ασυνήθιστες διαγνώσεις. Οι προχωρημένες δεξιότητες επικοινωνίας αρκετές από τις οποίες αναφέρθηκαν σε αυτό το κείμενο σε βοηθούν να εφαρμόσεις τις ιατρικές γνώσεις για να μεγιστο-

ποιήσεις την λήψη πληροφοριών από τον ασθενή σε ένα περιβάλλον το οποίο μπορεί να μην είναι και το πιο πρόσφορο όπως για παράδειγμα το ΤΕΠ ή σε μια δύσκολη άυπνη διπλή εφημερία. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες θα σε βοηθήσουν ακόμη να εδραιώσεις από την αρχή μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γι'αυτό το λόγο η εκπαίδευση στη λήψη του ιστορικού απαιτεί εντατική και μακρόχρονη εξάσκηση η οποία προϋποθέτει την προσωπική ενεργοποίηση και συστηματικό αναστοχασμό (Πίνακας 3).

Η παρουσίαση των περιστατικών

Η αποτελεσματική παρουσίαση των ασθενών αποτελεί στοιχειώδη δεξιότητα την οποία αναμένεται να αποκτήσουν όλοι οι φοιτητές πριν από τη λήψη του πτυχίου ιατρικής. Γι'αυτό το λόγο κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης ο κάθε φοιτητής κατανέμεται σε θαλάμους και αναλαμβάνει ασθενείς τους οποίους καλείται να μελετά και να γνωρίζει πολύ καλά όσον αφορά το ιστορικό τους και την παρούσα νόσο, την επέμβαση στην οποία έχουν υποβληθεί ή τη συντηρητική θεραπεία και βεβαίως την πορεία της νόσου δηλαδή τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα της τρέ-

χουσας νοσηλείας τους. Η παρουσίαση των ασθενών είναι από τις πιο συχνές καθημερινές πράξεις κατά την άσκηση της ιατρικής και σας αναφέρω ορισμένα παραδείγματα:

- Παρουσίαση ασθενούς που εισήχθη στο τμήμα κατά την επίσκεψη των ιατρών.
- Ενημέρωση της ιατρικής ομάδας για την πορεία νόσου κατά τις καθημερινές επισκέψεις.
- Παράδοση ενός ασθενούς που αλλάζει θάλαμο ή τμήμα σε συνάδελφό σας.
- Παρουσίαση ασθενούς στις εβδομαδιαίες εκπαιδευτικές επισκέψεις των τμημάτων.
- Παρουσίαση ασθενούς σε συνάδελφο από τον οποίο χρειάζεστε μια συμβουλή εκτίμηση ή μια παρακλινική εξέταση

Για τον ιατρό και δη τον εκπαιδευόμενο η ορθή παρουσίαση των ασθενών αποτελεί καθρέπτη α) των ιατρικών του γνώσεων, β) της κατανόησης και ιεράρχησης των ιατρικών προβλημάτων γ) της μελέτης και της προσπάθειας για επιτυχή αλληλεπίδραση με το προσωπικό του τμήματος δ) των επικοινωνιακών του δεξιοτήτων.

Οι αρχές της αποτελεσματικής παρουσίασης των περιστατικών είναι η καθαρότητα, η ακρίβεια και η συντομία. Το να μάθει κανείς τί να παρου-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Συχνά λάθη στη λήψη του ιατρικού ιστορικού

1. Προσκόλληση σε μια διάγνωση από πολύ νωρίς – π.χ. όταν τον έχει εξετάσει κάποιος άλλος και τον παραπέμπει με διάγνωση ή όταν η νοσηλεύτρια σας ρωτά εάν μπορείτε να εξετάσετε έναν ασθενή με κωλικό χολής.
2. Εμμονή σε συγκεκριμένες διαγνώσεις διότι μας ενδιαφέρει το αντικείμενο ή όταν ο γιατρός έχει διαβάσει προσφάτως πολύ για ένα συγκεκριμένο νόσημα ή έχει παρακολουθήσει ένα ειδικό σεμινάριο ή είχε ένα πολύ δραματικό περιστατικό προσφάτως κτλ.
3. Στερεότυπα. Ο ασθενής με γνωστή χολολιθίαση δεν έχει απαραίτητως κωλικό χοληφόρων κάθε φορά που πονά η ανώτερη κοιλιά του. Μπορεί να είναι και ένα έμφραγμα μυοκαρδίου.
4. Χρήση ιατρικής ορολογίας η οποία είναι ακατάλλητη από τον ασθενή
5. Υπερβολική χρήση κλειστών ερωτήσεων
6. Αλλεπάλληλες ερωτήσεις. «Έχετε νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο ή έχετε χειρουργηθεί ή έχετε κάνει κάποια κολοноσκόπηση ή γαστροσκόπηση;»
7. Αποτυχία διεκρίνισης των συμπτωμάτων. «Ο ασθενής αναφέρει εμετούς από τριημέρου». (πόσους, τροφώδεις, χολώδεις, κοπρανώδεις, αιματέμεση, ποια σχέση με τα γεύματα, ποια συνοδά συμπτώματα; κτλ)
8. Διακοπή της αφήγησης των ασθενών
9. Μη διατήρηση της προσοχής μας στον ασθενή – απόσπαση της προσοχής του γιατρού από τηλέφωνα, νοσηλευτικό προσωπικό και άλλους ασθενείς.