

ALDONA KATARZYNA JANKOWSKA

Jak poprawnie prowadzić wywiad

W praktyce lekarskiej wywiad medyczny jest najbardziej uniwersalnym narzędziem. Umożliwia bowiem rozpoznanie i terapię. Ta rozmowa z chorym, będąca elementem diagnostyki i opieki, jest jednak czymś więcej. Widziana z perspektywy medycyny skupionej na pacjencie, staje się spotkaniem dwóch niezależnych osób, zapewniając, jak w słowach Jana Pawła II, wysłuchanie, szacunek i zainteresowanie.

Jeżeli przyjąlibyśmy, że istotna jest tylko treść informacji, które uzyskujemy w trakcie zbierania wywiadu, odrzucając humanistyczne aspekty kontaktu z chorym, rola lekarza zostałaby ograniczona do roli rejestratora możliwego do zastąpienia programem komputerowym.

Niezależnie od rozwoju możliwości technicznych relacja między lekarzem a pacjentem pozostaje istotą naszego zawodu. Niezależnie od szybkiego rozwoju laboratoryjnych i obrazowych metod diagnostycznych wywiad pozostaje dla lekarza źródłem unikalnych informacji, pozwalając na postawienie prawidłowego rozpoznania i stworzenie podstaw właściwej współpracy z pacjentem.

Umiejętność prawidłowego prowadzenia wywiadu lekarskiego jest sztuką, której można się nauczyć. Wymaga wiedzy medycznej, kompetencji komunikacyjnych i zdolności analitycznych. W ciągu lat praktyki lekarze zdobywają wiedzę o tym, co należy podkreślić, a co pominąć, jakie kolejne pytanie zadać, jak przeprowadzić dyskusję, i łącząc teorię z doświadczeniem, wypracowują własny styl zbierania wywiadu.

Praktyczne aspekty komunikacji między lekarzem a pacjentem w trakcie wywiadu

■ Miejsce wizyty

W budowaniu atmosfery spotkania duże znaczenie ma miejsce rozmowy. Należy starać się, aby gabinet lekarski był miejscem przyjaznym. Tak jak

w trakcie innych rozmów, najbardziej właściwa jest sytuacja, w której oboje rozmówcy wygodnie siedzą. Miejsce zajmowane przez lekarza i pacjenta powinno stwarzać możliwie najbardziej komfortowe warunki tej rozmowy. Należy unikać form budujących duży dystans i poczucie podległości. Przykładem takiego niefortunnego rozwiązania jest lekarz siedzący na fotelu, za dużym biurkiem i pacjent siedzący naprzeciw niego na małym krzeselku.

Należy zadbać o usunięcie innych przeszkód w komunikacji. Osoba zbierająca wywiad może poprosić o wyłączenie radia czy telewizora, jeżeli rozmowa odbywa się w sali chorego.

■ Osoby uczestniczące w wizycie medycznej

Nie należy zbierać wywiadu w obecności innych chorych i osób postronnych. Pacjent ma natomiast prawo do decyzji o obecności osób wspierających go. Decyzja ta ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów z niepełnosprawnością fizyczną czy intelektualną. Dobrą praktyką jest zgodna z wolą pacjenta obecność osób najbliższych w przypadku chorób o poważnym rokowaniu. Oczywiście i obowiązkiem formalnym jest obecność rodziców lub osób odpowiedzialnych za dziecko w czasie wizyty pediatrycznej. Kontakt z osobami współuczestniczącymi w wizycie medycznej może być źródłem dodatkowych informacji dla lekarza. Zawsze jednak należy pamiętać, że to chory jest podmiotem wywiadu i wizyty oraz partnerem lekarza we współpracy.

Pacjent powinien zostać również zapytany o zgodę na ewentualną obecność studentów w czasie zbierania wywiadu.

■ Początek rozmowy

W wielu krajach o wysokim poziomie opieki medycznej ściśle obowiązującym standardem jest rozpoczynanie wizyty od przywitania pacjenta uściskiem dłoni i przedstawienia się. Pierwsze chwile kontaktu lekarza z pacjentem przynoszą obu stronom istotne informacje i mają znaczący wpływ na tworzącą się między nimi współpracę. Często zarówno pacjent, jak i lekarz mają wiedzę lub opinię o sobie już przed wizytą. Pacjent udaje się do lekarza, którego ktoś mu polecił, lub wybiera lekarza na podstawie opinii na forum internetowym. Lekarz może mieć informacje o pacjencie od kolegi, który wcześniej prowadził jego leczenie. To często stanowi istotną podstawę współpracy.

Lekarz już w chwili wejścia pacjenta do gabinetu czyni wiele istotnych dla diagnozy obserwacji. Postawa pacjenta, sposób, w jaki się porusza, sposób nawiązywania kontaktu wzrokowego staje się źródłem ważnych informacji medycznych.

Przed rozmową z pacjentem lub, jeżeli jest to możliwe, przed jego wejściem do gabinetu lekarz powinien przejrzeć dokumentację chorego.

Przed rozpoczęciem zbierania wywiadu od chorego powinniśmy upewnić się, czy czuje się wystarczająco komfortowo, żeby udzielać odpowiedzi. Chorzy w cięższym stanie mogą wymagać pomocy w zmianie pozycji czy poprawienia maski tlenowej.

■ Wywiad zbierany od osoby obcojęzycznej

W przypadku wywiadu zbieranego od osoby obcojęzycznej może zaistnieć konieczność współpracy z tłumaczem. Istnieje wtedy niebezpieczeństwo dodatkowych nieporozumień wynikających między innymi z ingerencji tłumacza w przekazywane treści. Czasem powodują nim najlepsze intencje. Przykładem takiej motywacji jest pragnienie zaoszczędzenia osobie bliskiej złej wiadomości. Należy unikać sytuacji, kiedy tłumaczem jest członek rodziny chorego. Niedopuszczalne jest tłumaczenie wywiadu przez dziecko. W trakcie tego typu rozmów należy używać dużych ilości schematów rysunkowych i utrzymywać stały kontakt wzrokowy z pacjentem, a nie z tłumaczem. Problemem w takiej komunikacji może być nie tylko bariera językowa, ale także kulturowa. Najlepszym rozwiązaniem jest obecność profesjonalnego tłumacza, ponieważ jakość przekładu, zwłaszcza w zupełnie nieznanym lekarzowi języku, jest niemożliwa do oceny.

■ Presja czasu

We współczesnej opiece medycznej miejsce długich rozważań czy dysput zajmuje najbardziej oczekiwana przez wszystkich krótka synteza. W codziennej pracy czas lekarza jest niezwykle cenny. Czas, który możemy poświęcić na konsultację jednego pacjenta, jest coraz krótszy. To sprawia, że skuteczność zebrania wywiadu nabiera szczególnego znaczenia i nakazuje jak najlepiej wykorzystać minuty, które możemy mu poświęcić.

Pacjent jednak nie powinien odczuwać, że jego wizyta przeprowadzana jest w pośpiechu. Nawet jeżeli się śpieszymy, bezcelowe jest werbalne podkreślanie tego. Pacjent może w takiej sytuacji pominąć najistotniejsze fakty. Może odłożyć je na inną wizytę, wychodząc z założenia, że wymagają one poświęcenia im skupionej uwagi, uwarunkowanej brakiem pośpiechu.

Niekiedy w imię błędnie pojętej oszczędności czasu pierwsze chwile wizyty pacjenta poświęcamy wypełnieniu dokumentacji poprzedniego chorego. Poza wyjątkowymi sytuacjami taka praktyka pogłębia poczucie uprzedmiotowienia pacjenta, wcale nie skracając czasu wizyt. Wypełnienie dokumentacji chorego w trakcie jego wizyty jest lepszym rozwiązaniem, ponieważ jest dobrze rozumiane i akceptowane przez pacjentów oraz zmniejsza ryzyko błędów medycznych.

Utrzymywanie kontaktu wzrokowego z chorym w czasie zbierania wywiadu i robienia notatek jest dla pacjenta komunikatem, że dysponujemy czasem, który możemy mu poświęcić. Brak kontaktu wzrokowego pacjent odbiera jako lekceważenie.

Według Christakisa i Feudtnera: „Dla większości pacjentów 2-minutowe spotkanie z lekarzem, podczas którego oboje, lekarz i pacjent, siedzą, jest bardziej znaczące i istotne niż trwająca tyle samo rozmowa na stojąco w drzwiach gabinetu”.

Stosowanie poprawnych form kontaktów z chorym sprawi, że pacjent poczuje się lepiej, chociaż nie poświęcimy mu więcej czasu.

Niektórzy pacjenci wydają się nieświadomi ograniczeń czasowych. W czasie kolejnych wizyt starają się przedłużyć rozmowę. Jedną z form takiego działania jest podawanie niepokojących objawów, np. duszności wysiłkowej czy krwiotoczenia, w ostatniej części wywiadu. To zwykle jest frustrujące dla lekarza i zagraża właściwej relacji lekarz–pacjent. Dobrym wyjściem jest łagodna konfrontacja. Można powiedzieć na początku kolejnego wywiadu: „W czasie ostatnich wizyt mówił pan o niepokojących objawach na końcu wizyty. To uniemożliwia nam dokładne omówienie tych dolegliwości. Dlatego chciałbym, żebyśmy ustalili, czym zajmiemy się dzisiaj”.

■ Komunikacja z kłopotliwym pacjentem

Wszyscy praktykujący lekarze wiedzą, że są pacjenci, którzy od chwili wejścia do gabinetu budzą naszą sympatię. Bywa też odwrotnie. Pacjenci w sytuacji choroby zachowują się bardzo różnie. Pod wpływem emocji i frustracji mogą prezentować bardzo skrajne reakcje. Należy jednak zachować cierpliwość i tolerancję. Brak zrozumienia i zniecierpliwienie lekarza, wyrażane zwłaszcza pozawerbalnie, mogą w takich sytuacjach prowokować i nasilać agresję, powodować nasilenie żalu oraz poczucia niezrozumienia i w konsekwencji uniemożliwić stworzenie właściwej relacji z pacjentem. Rodzajem odpowiedniego wyrazu empatii jest w takich sytuacjach spokojne milczenie. Wobec odczuwanej akceptacji pacjenci nie chcą zachować się niewłaściwie i w możliwym dla nich w danym momencie zakresie starają się kontrolować swoje reakcje.

Lekarz, akceptując pacjenta, musi jednocześnie zachować asertywność w stosunku do niego. Asertywność lekarza w relacji z pacjentem wiąże się z jasno określonym celem jego działania, umiejętnością kontrolowania własnych emocji, niepoddawaniem się manipulacjom i naciskom emocjonalnym. Często trudności w komunikacji z pacjentem wynikają z jego poprzednich negatywnych doświadczeń w kontaktach z personelem medycznym. Te doświadczenia mogą wynikać z różnych przyczyn. Mogą ni-

mi być długie oczekiwanie na pomoc medyczną lub trwające u kogoś z najbliższych poważne konsekwencje zdrowotne błędu medycznego. Pacjent do kolejnego kontaktu z lekarzem przystępuje wówczas jak do konfrontacji i walki.

■ Pierwsze pytanie wywiadu

Uniwersalną zasadą jest rozpoczynanie wywiadu od pytania otwartego, które umożliwia swobodną odpowiedź. Pytanie to dotyczy skargi głównej – powodu, dla którego pacjent przybył do lekarza. Ta pierwsza wypowiedź pacjenta nie powinna być przerywana przez lekarza. Doświadczenie uczy nas, że zwykle w takiej sytuacji większość pacjentów nie mówi dłużej niż 2 minuty. Możliwość krótkiej nieprzerwanej wypowiedzi pozwala pacjentowi uzyskać świadomość, że został usłyszany. Otwarcie lekarza na pacjenta w tej sytuacji sprawia, że pacjent lepiej współpracuje z lekarzem i lepiej przypomina sobie istotne fakty.

■ Umiejętność słuchania

Zazwyczaj lekarze źle znoszą dłuższe wypowiedzi pacjenta, który często przedstawia swoje problemy z zupełnie innej niż biomedyczna perspektywy. Trudne są dla nas do zaakceptowania chwile milczenia, gdy chory zastanawia się nad wypowiedzią. Wynika to z faktu odczuwania przez nas stałej presji działania, presji maksymalnego wykorzystania czasu i obawy przed utratą kontroli. Niekiedy powolny, zagmatwany i nie-spójny wywiad jest objawem zaburzeń poznawczych. Częściej jednak jest wyrazem złożoności ludzkich doświadczeń.

Podtrzymywanie motywacji do rozmowy sprawia, że pacjenci chętnie udzielają szczerych informacji.

Wywiad wymaga umiejętności aktywnego słuchania. Aktywne słuchanie to nie tylko milczenie, lecz także stosowanie niewerbalnych zachęt: gestów, przyjaznego wyrazu twarzy oraz krótkich neutralnych wyrażań w rodzaju: „tak”, „aha”. Takim działaniem wywołujemy u pacjenta przekonanie, że jego wypowiedź jest dla nas ważna i zostanie przez nas usłyszana.

■ Spójność komunikatów werbalnych i pozawerbalnych

Zgodność tego, co przekazujemy pacjentowi słownie, z naszymi komunikatami pozawerbalnymi jest warunkiem stworzenia relacji opartej na zaufaniu.

Komunikaty pozawerbalne pozwalają pacjentowi odczytać kontekst wypowiedzi, intencje i zabarwienie emocjonalne stosunku lekarza do poruszanych problemów. Elementy komunikacji pozawerbalnej, takie jak ruchy

głową, kontakt wzrokowy, mają bardzo istotny, udowodniony wpływ na stworzenie atmosfery zainteresowania, bliskości i równowagi sił w trakcie wizyty medycznej.

■ Chronologia zdarzeń

Istotnym aspektem wywiadu lekarskiego jest rzetelna chronologia zdarzeń. W niektórych sytuacjach klinicznych ma ona rozstrzygające znaczenie w kwestii diagnozy i dalszego postępowania z chorym. W sytuacjach wątpliwych, kiedy trudno nam ustalić z pacjentem kolejność zdarzeń, dobrym pomysłem jest stworzenie schematu liniowego. Prosta obrazująca przebieg dolegliwości w czasie pozwala na znalezienie korelacji i zależności od ewentualnie stosowanego leczenia czy innych czynników pojawiających się w określonym momencie.

■ Powtarzanie i parafrazowanie

W celu ukierunkowania pacjenta na konkretny, istotny temat lekarz może zastosować techniki zawężające. Osoba przeprowadzająca wywiad, powtarzając słowa pacjenta, np. „trudność w oddychaniu”, zachęca go do kontynuacji wypowiedzi na określony przez lekarza temat.

Parafrazowanie polega na powtórzeniu zmodyfikowanego tekstu wypowiedzi pacjenta z zachowaniem jej sensu. Może być „przekładem słów chorego na język lekarza”. Lekarz może powiedzieć: „Jeżeli dobrze zrozumiałem, to dolegliwości bólowe w klatce piersiowej pojawiają się od około trzech miesięcy, w czasie wysiłku”. Stosowanie parafrazy pozwala na uzyskanie potwierdzenia prawidłowego zrozumienia słów pacjenta, zrobienie przerwy pozwalającej mówiącemu odpocząć oraz pokazanie, że pewien fragment wypowiedzi został już zakończony.

■ Obawy pacjenta

Niedocenianym przez lekarzy elementem wywiadu jest poznanie opinii chorego o jego chorobie. Zawsze należy zdecydowanie dążyć do poznania obaw pacjenta związanych z jego stanem zdrowia, stawiając i w razie potrzeby ponawiając pytania o ewentualne źródła niepokoju. Możliwość wyrażenia swojego zdania na temat choroby i zagrożeń jest istotnym warunkiem właściwej relacji z pacjentem.

■ Wywiad psychospołeczny

Wywiad nie może ograniczać się tylko do ustalenia objawów somatycznych. Bardzo istotna jest jego część dotycząca elementów psychospołecznych, obejmujących również osobisty i emocjonalny kontekst choroby.

■ Informacje biomedyczne

W dalszej części wywiadu, w przeciwieństwie do tej zależnej od pacjenta, lekarz „przejmuje pałeczkę” w celu uzyskania szczegółowych informacji. Klinicyści pytają o objawy do tej pory przez pacjentów niewymienione, stawiając serię pytań otwartych, pogłębiających i zamkniętych.

Pytania otwarte to takie, na które badany odpowiada własnymi słowami, budując odpowiedź w sposób według niego najodpowiedniejszy. Pytania otwarte pozwalają na szeroki wybór odpowiedzi, swobodę, nastroj mniej formalnej rozmowy i łagodzą trudności związane z poruszaniem tematów drażliwych. Pozwalają na uniknięcie atmosfery przesłuchania. Posługiwanie się pytaniami otwartymi jest szczególnie istotne na początku wywiadu, przy zmianie tematu oraz przy poruszaniu tematów uchodzących za tabu.

Pytania zamknięte są pytaniami, na które można odpowiedzieć „tak”, „nie” lub „czasami”. W pierwszej części wywiadu unikanie stosowania pytań zamkniętych zapobiega wystąpieniu u pacjenta wrażenia ignorowania go. Upraszczają one pracę lekarza, jednak kryją w sobie niebezpieczeństwo podsunęcia pacjentowi już gotowej odpowiedzi, odmiennej od tej, której udzieliłby zapytany w inny sposób. Zaletą tego rodzaju pytań jest możliwość uzyskania jednoznacznych odpowiedzi.

Treść i kolejność tych pytań jest zależna od tego, czy jest to pierwszy, czy kolejny kontakt z pacjentem, od jego problemów zdrowotnych i wiedzy lekarza o pacjencie.

Niekiedy odpowiedzi pacjenta są krótkie, ogólnikowe, niedostarczające lekarzowi potrzebnych informacji. Duże znaczenie ma wówczas stosowanie pytań pogłębiających, będących kategorią pośrednią między pytaniem otwartym a zamkniętym. Tego rodzaju pytania z jednej strony ograniczają pole odpowiedzi, a z drugiej zachęcają do udzielenia obszerniejszej. Do tej kategorii należy na przykład pytanie: „Tylko wspomniał Pan o poważnej chorobie w rodzinie, czy mógłby Pan powiedzieć o tym coś więcej?”. Pytania pogłębiające trzeba zadać, gdy kwestie, o których ma mówić pacjent, są dla niego przykre, budzą opory lub wymagają ujawnienia społecznie nieakceptowanych faktów. W takich rozmowach bardzo niewiele dzieli konstruktywne pytanie od zranienia.

W relacji z chorym lekarz powinien unikać obarczania pacjenta odpowiedzialnością za przebieg choroby, pytając np.: „Jak Pan mógł palić przez tyle lat?”. Takie postawienie problemu, wzmagające istniejące już

w pacjencie poczucie winy, uruchamia w nim mechanizmy obronne i minimalizuje szansę na szczerzy wywiad.

■ Compliance

Zalecenia ustalone i przekazane przez lekarza, a zalecenia usłyszane i zastosowane przez pacjenta to często zbiory z niewielkim obszarem wspólnym.

Obszarem wymagającym potwierdzenia jest zwykle przyjmowanie leków przez pacjenta. Krokiem, który nam to ułatwi, jest poproszenie pacjenta o przyniesienie przyjmowanych leków. Zaskakująco często brak efektów leczenia wynika z braku współpracy z pacjentem, wyrażającego się nieprzyjmowaniem przez niego leku.

W takiej sytuacji zwiększenie dawki czy zmiana stosowanego preparatu nie przyniesie poprawy. Jedynym rozwiązaniem jest właściwie zebrany wywiad.

■ Zakończenie wywiadu

Kończąc wywiad, warto zapytać pacjenta, czy istnieją jeszcze jakieś sprawy wymagające omówienia. To ostatnie pytanie stwarza pacjentowi szansę uzupełnienia wypowiedzi lub omówienia kwestii, której w pierwszej części wywiadu nie poruszał, nie mając jeszcze wystarczającego zaufania do lekarza lub po prostu zostawiając najważniejsze informacje na koniec rozmowy. Ostatnim elementem wywiadu jest jego podsumowanie, zbierające wywiad w całość, pozwalające choremu zorientować się, czy powiedział wszystko, co zamierzał, i ewentualnie uzupełnić wypowiedź.

Wywiad medyczny jest dla praktykującego klinicysty najbardziej uniwersalnym narzędziem diagnostycznym i terapeutycznym. Ważne jest, aby lekarz, zbierając wywiad, miał świadomość, że jego celem jest nie tylko **zdobycie istotnych dla diagnozy informacji**, lecz także **zbudowanie prawidłowej relacji z pacjentem**. Stworzenie opartej na zaufaniu relacji pozwala na szczerą i skuteczną współpracę.

Umiejętność przeprowadzenia prawidłowego wywiadu jest jedną z najtrudniejszych do wykształcenia kompetencji klinicznych o składowych intelektualnych i emocjonalnych. Jej zdobycie wymaga oprócz wiedzy czerpanej z podręczników i szkoleń przede wszystkim praktyki.

Tabela 1. Ważniejsze elementy wpływające na poprawną komunikację w czasie wywiadu

	Zasada	Źle	Dobrze
Miejsce	Wygodna pozycja pacjenta	Pacjent stoi na korytarzu	Pacjent siedzi na wygodnym krześle
	Unikać form budujących dystans	Lekarz za biurkiem na fotelu, pacjent na małym krześle	Oboje siedzą przy stoliku
	Usunąć przeszkody komunikacyjne	Włączony telewizor	Cisza w pomieszczeniu
Osoby	Unikać obecności innych osób	Obecne osoby postronne lub studenci bez zgody pacjenta	Obecni członkowie rodziny, zwłaszcza gdy pacjentem jest dziecko lub osoba niepełnosprawna
Presja czasu	Zapewnić wystarczająco dużo czasu dla pacjenta	Wypełnianie historii choroby poprzedniego pacjenta; Brak kontaktu wzrokowego; Pozycja stojąca w trakcie wywiadu	Zapoznanie się z historią choroby przed wejściem pacjenta; Utrzymywanie kontaktu wzrokowego; Pozycja siedząca w trakcie wywiadu
	Budować relację opartą na zaufaniu	Obwinianie pacjenta	Unikanie oceniania chorego
Pytania	Właściwa kolejność pytań	Rozpoczynanie wywiadu od pytań zamkniętych	Rozpoczynanie wywiadu od pytań otwartych, następnie zadawanie pytań pogłębiających i zamkniętych
	Podsumować wywiad	Brak podsumowania	Stosowanie parafraz w trakcie kolejnych etapów wywiadu i streszczenie na końcu najważniejszych jego elementów

Piśmiennictwo

- Christakis D.A., Feudtner C. (1997), *Temporary matters: the ethical consequences of transient social relationships in medical training*, JAMA, 278 (9), s. 739–743.
- Crawford P., Brown B. (2011), *Fast healthcare: Brief communication, traps and opportunities* Patient, Education and Counseling, 82, s. 3–10.
- Dwamena F.C., Fortin A.H., Smith R. (2007), *Wywiad skoncentrowany na pacjencie*, [w:] Lawrence M., Tierney J., Henderson M.C. (red.), *Wywiad lekarski oparty na zasadach EBM*, PZWL, Warszawa, s. 9–17.
- Fernandez A., Schenker Y. (2010), *Time to establish national standards and certification for Health care interpreters* Patients, Education and Counseling, 78, s. 139–140.
- Fortin VI A.H., Dwamena F.C., Smith R. (2007), *Wywiad skoncentrowany na lekarzu*, [w:] Lawrence M., Tierney J., Henderson M.C. (red.), *Wywiad lekarski oparty na zasadach EBM*, PZWL, Warszawa, s. 9–31.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B. (1994), *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, PZWL, Warszawa.
- Jakubowska-Winecka A. (2007), *Zasady prowadzenia rozmowy z pacjentem*, [w:] Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.), *Psychologia w praktyce medycznej*, PZWL, Warszawa, s. 179–188.
- Laks Kravitz H., Kravitz R.L. (2007), *Subtelności zbierania wywiadu lekarskiego*, [w:] Lawrence M., Tierney J., Henderson M.C. (red.), *Wywiad lekarski oparty na zasadach EBM*, PZWL, Warszawa, s. 5–8.
- Larsen K.M., Smith C.K. (1981), *Assessment of non-verbal communication in the patient-physician interview*, J Fam Pract, 12, s. 481–488.