הרצאה 6 – אנמנזה וגישה למטופל

אנמנזה וגישה למטופל

מבוא

אנמנזה מסייעת בקביעת אבחנה משוערת וטיפול רלוונטי וזהו כלי טיפולי בסיסי. דורשת מיומנות רבה וניסיון קליני.

גישה נכונה למטופל משפיעה באופן ישיר על המשך הטיפול. יש לשלב בין אנמנזה לבין טיפול קליני.

עקרונות תקשורתיים

* הצגה עצמית ומראה חיצוני מוקפד מהווים את הרושם הראשוני.
* קריאה למטופל בשמו או בכינוי מכבד (אדוני/גברתי).
* שמירה על סביבתו האינטימית של המטופל.
* הקשבה למטופל, למשפחה, ולצוות.
* הכרה במגבלות הזמן
* דיבור בגובה העיניים ובשפה פשוטה ומכבדת.
* שאילת שאלות פתוחות רלוונטיות למחלה הנוכחית
* הימנעות מדעות קדומות ואבחנות פזיזות
* הפגנת אדיבות
* הימנעות משימוש במונחים רפואיים,

מי שמתשאל לרוב באירוע זה ראש צוות, אם יש אורגניות בצוות אפשר ששני אנשים אבל לרוב זה בגדול ראש הצוות.

מקורות אינפורמציה

נוכל לקבל מידע רב לגבי המטופל מהסביבה שלו:

* משפחה, חברים, שכנים, כוחות ביטחון, עובר אורח.
* תליונים רפואיים, כרטיסי תרופות, צמידי מידע, מסמכים ורשומות רפואיות – ניתן גם לקחת לבית חולים.
* צוות רפואי או סיעודי במתקן המטפל.

קשיים בלקיחת אנמנזה

ישנם מספר דברים אשר יכולים להפריע בלקיחת אנמנזה:

* מצבו של המטפל עלול להשפיע על הדיבור, הפרעות נפשיות ,הבדלי תרבות או גיל, ליקוי קוגניטיבי - משום כל אלו חשוב לשאול איך המטופל מתנהל ביומיום, מה הבסיס שלו? האם הוא מתנהג ככה ביומיום? כך נוכל להשוות ולהסיק מכאן האם זה מצב מסוכן או לא.
* קשיי שפה – נוכל להיעזר במשפחת המטופל, בצוות הרפואי, באנשים מסביב או בגוגל במקרים קיצוניים.
* מטופלים המטעים את הצוות בכוונה תחילה – יש לשאול את האנשים מסביב כדי לדעת מה המצב.

אוכלוסיות קשות לאנמנזה

ישנן אוכלוסיות אשר יהיה קשה יותר לאבחן אותן ולדבר איתן:

* מטופלים שאינם משתפים פעולה/עוינים
* ילדים וקשישים
* דמנציה, דליריום, הפרעות נפשיות, הזיות או ירידה בתפקוד המוחי
* מצבי התעללות או תקיפה מינית
* מינון יתר או צריכה של אלכוהול או סמים
* מטופלים עם לקויות שמיעה, ראייה או דיבור
* מטופלים עם שינויים במצבי רוח (מדוכאים, נרגשים, נסערים)

בטיפול במטופלים עם קושי נפשי או התקף חרדה למשל, נצטרך למשל לחשוב על הדברים הקטנים כדי ליצור עבורו סביבה מרגיעה, למשל לא להגיע עם רעש של סירנה, לא לפנות עם סירנה.

גורמים מלבי עוינות

כולנו בני אדם, יש מספר דברים שאנחנו יכולים לעשות שיגרמו למטופל לעוינות כלפינו:

עייפות וחוסר סבלנות, התנשאות, חילוקי דעות מקצועיים בצוות (עלול לגרום למטופל לא לסמוך עלינו במיוחד), התעלמות מצרכי המטופל, התעלמות ממשפחת המטופל.

למרות שזה טבעי להרגיש את הרגשות האלו, צריך לשים לב שאנחנו לא נופלים למקומות האלו, אנחנו מטפלים בבני אדם ברגעים הכי פגיעים שלהם, לכן חשוב לגלות רגישות, וגם אם מרגישים אותם – לא להראות את זה.

דוגמה: התעלמות מצרכי המטופל יכולה לבוא לידי ביטוי למשל גם במקרים בהם הוא אומר שהוא צריך להקיא ואנחנו מתעלמים ואומרים לו תעלה לאמבולנס, בסוף אנחנו גם דופקים את עצמינו שנצטרך לנקות וגם פוגעים בטיפול בו.

שלבי התשאול

1. איסוף פרטים מזהים של המטופל (תעודת זהות/דרכון וכו').
2. הצגה עצמית והצגת שמות אנשי הצוות.
3. תלונות עיקריות (למה קראתם לנו? מה אתם צריכים? מה כואב? חשוב לשאול שאלות פתוחות).
4. מחלה נוכחית.
5. מחלות רקע.
6. היסטוריה אישית ומשפחתית.
7. סקירת מערכות ובדיקה פיזית.

פירוט:

1. פרטים מזהים:  
   - זיהוי פרטי המטופל חיוני ביותר למתן טיפולי מצבי החירום.  
   - על המטפל לוודא שהפרטים המזהים הם אכן של המטופל.  
   - פרטים מזהים כוללים: שם, גיל, מס' ת.ז, מקום מגורים, קופת חולים, מצב משפחתי, מצב קוגניטיבי.  
   - ניתן להיעזר בת.ז, דרכון, כרטיס קופ"ח, רישיון נהיגה או ברשומות רפואיות של המטופל.
2. הצגה עצמית:  
   הצגה עצמית עם חיוך, להגיד שם, להיראות אנושיים.
3. תלונות עיקריות:  
   - חשוב להבין מה התלונה העיקרית ולציין בדוח כל דבר שהמטופל אומר.  
   - חשוב להבדיל בין מידע סובייקטיבי (סימפוטימים-דיווחים, דברים שאומרים לנו שלא ניתנים למדידה והמטופל מתלונן עליהם, למשל תיאור של כאב) לבין מידע אובייקטיבי (מידע שניתן למדידה-מדדים כמו דופק, נשימה, ל"ד, מילוי קפילרי וכו').   
   - יש לנסות להבין מדוע פנה המטופל לקבלת טיפול רפואי/מודע הוזעק אמבולנס? האם סבל מבעיה בעבר? במידה וכן – מה קרה בפעם הקודמת?
4. מחלה נוכחית:  
   - יש להבין את הסדר הכרונולוגי של המחלה: מה קדם לה? מתי התחילה? מתי התגלתה? מתי טופלה? כל אלו יכולים לעזור לצוות בית החולים.  
   - יש לאפיין סימפטומים היטב עם תיאורי מיקום, איכות, כמות או חומרה, עיתוי, משך ותדירות, גורמים מחמירים או מקלים והבנה של תסמינים נוספים (יעזרו להבדיל בין מצב חירום רפואי למצב רפואי אחר – למשל לשבץ/היפוגליקמיה יש סימנים דומים).  
   - להלן שאלות שיכולות לסייע לנוע להבין את המחלה הנוכחית: מה קדם לאירוע? מה מקור התלונה? 🡨 מה גרם לתלונה או מה מחמיר אותה? 🡨 איכות/סוג הכאב (לוחץ/דוקר/שורף) 🡨 אזור הכאב/הקרנה (נוכל לשאול עצמנו גם מה גורמי הסיכון) 🡨 חומרת הכאב או התלונה 🡨 מתי התחיל הכאב? כמה זמן נמשך?  
     
   - סרגל כאב: כאב הינו תלונה סובייקטיבית שמשתנה בין מטופלים, בין מגדרים ובין גילאים. הערכת כאב מספרית מאפשרת הערכת כאב עתידית (תאפשר לעקוב אחר מצב המטופל וגם להעריך האם טיפול תרופתי יעזור). יש לבקש מהמטופל לדרג את הכאב בסקלה של 1-10? בנוסף יש לשאול את אופי הכאב: למשל כאב לוחץ/דוקר/שורף יכולים להעיד על האם זו בעיה לבבית או בעיה שרירית (בנשימה).
5. מחלות רקע:  
   - נשאל שאלות בנוגע למחלות רקע כרוניות: האם ישנן מחלות רקע כרוניות? רגישויות לתרופות, חרקים, חומרים או גורמים סביבתיים?   
   - נשאל על הרגלים כמו עישון, צריכת אלכוהול או שימוש בסמים.  
   - יש להעריך ולשאול על גורמי סיכון כמו עודף כולסטרול בדם, עודף משקל, סכרת.  
   - נטילת תרופות באופן קבוע – כמה? מתי? האם נלקח או ששכח לקחת?
6. היסטוריה רפואית:  
   - מחלות ילדות כרוניות כמו אסטמה, סכרת, מום לבבי מולד.  
   - חיסונים (רלוונטי יותר בילדים עם פרכוסי חום, דלקת קרום המוח, דלקת ריאות וכו').  
   - אשפוזים וניתוחים קודמים (יכול להעיד על האם יש קשר בין הדברים).  
   - מצב קוגניטיבי (אם המטופל אינו משתף פעולה).  
   - היסטוריה רפואית של בני משפחה מדרגה ראשונה יכולה להעיד על המטופל.
7. סקירת מערכות ובדיקה פיזית.

סיכום מרכיבי התשאול:

* סימנים וסימפטומים
* רגישות ואלרגיות
* טיפול תרופתי קבוע
* מחלות רקע הקשורות למחלה הנוכחית
* מתי אכל/שתה לאחרונה?
* אירועים שקדמו לפציעה או למחלה

כשמגיעים למטופל נתחיל מ3 שאלות עיקריות:

1. למה הזעקת אותנו?
2. מחלות ברקע?
3. תרופות ואלרגיות/רגישויות?

משלושת שאלות אלו נתחיל להסיק מה יש למטופל ונגזור את המשך הטיפול.