**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

*Μιχάλης Ανθρακόπουλος*

**Εισαγωγή**

Η Παιδιατρική ασχολείται με την υγεία και τη νόσο των βρεφών, των παιδιών και των εφήβων. Εμφανίσθηκε σαν *ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα* πριν από ένα περίπου αιώνα, όταν συνειδητοποιήθηκε ότι η παρακολούθηση της ανάπτυξης και της εξέλιξης των φυσιολογικών παιδιών καθώς και τα προβλή­ματα υγείας της παιδικής ηλικίας παρουσιάζουν σημαντικές ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη φροντίδα υγείας των ενηλίκων. Η δραματική ελάττωση της περι­γεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας καθώς και οι πρόοδοι στην αντιμετώ­πιση των λοιμωδών νόσων (εμβολιασμοί, αντιβιοτικά) έχουν συμβάλει στη ριζική αλλαγή της νοσολογίας των βρεφών και των παιδιών συγκριτικά με τις αρχές του προηγούμενου αιώνα στις χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας.

Η Παιδιατρική αποτελεί προνομιακό πεδίο άσκησης *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Προληπτικής Ιατρικής*. Η υγεία εξαρτάται από πλήθος παραγόντων πολλοί από τους οποίους δεν επηρεάζονται άμεσα από παρεμ­βάσεις στο σύστημα υγείας, όπως είναι η ειρήνη, η στέγη, η διατροφή, η κα­τάσταση του οικοσυστήματος, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η ισοτιμία κ.λπ. Πάντως, η τακτική παρακολούθηση του υγιούς βρέφους και παιδιού, αλλά και η συχνή επαφή της οικογένειας με τον Παιδίατρο ή το Γενικό (Οικογενειακό) Γιατρό με την ευκαιρία συνήθων μικροπροβλημάτων υγείας, καθιστούν την άσκηση της Παι­διατρικής στρατηγικής σημασίας σε ότι αφορά έγκαιρες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις στη φροντίδα υγείας της οικογένειας. Οι παρεμβάσεις αυτές πολλές φορές έχουν σημαντικές κοινωνικές προεκτάσεις που σχετίζονται με το σύστημα πρόληψης, την αγωγή υγείας, τη διαχείριση οικογενειακών προ­βλημάτων, τα ζητήματα κακοποίησης παιδιών, τις αποφάσεις ενδονοσοκο­μειακής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, το κόστος φροντίδας υγείας, κ.λπ.

Η ταχύτατη αύξηση του όγκου των πληροφοριών στην Παιδιατρική κα­θιστά αδύνατη την πλήρη γνώση σε ένα τόσο ευρύ πεδίο της ιατρικής πράξης. Συνέπεια αυτής της αύξησης είναι η Παιδιατρική –όπως προ πολλού η παθολογία– να αποκτήσει τις δικές της *υποειδικότητες* και η εξάρτηση του ενός υποειδικού από τον άλλο διαρκώς να αυξάνεται. Οι υποειδικότητες της Παιδιατρικής έχουν αναπτυχθεί στη βάση κοινών προβλημάτων διαφόρων ηλικιακών ομάδων (π.χ. νεογνολογία, εφηβική ιατρική), αναγκών του συστήματος υγείας (π.χ. παιδια­τρική περιπατητικών ασθενών, παιδιών με αναπηρίες, επειγόντων περιστατι­κών) ή στη βάση του οργανικού συστήματος ενασχόλησης (π.χ. παιδιατρική καρδιολογία, πνευμονολογία, γαστρεντερολογία, νεφρολογία, αιματολογία-ογκολογία, αλλεργιολογία, ενδοκρινολογία, προβλήματα γενετικής και μεταβο­λισμού, παιδοψυχιατρική κ.λπ). Ήδη αναπτύσσονται υπο­ειδικότητες στη νεογνολογία, την παιδοχειρουργική κ.ά. Τέλος, η εκρηκτική αύξηση των πληροφοριών καθιστά αναγκαία τη *συνεχιζόμενη παιδιατρική εκπαίδευση* προκειμένου η καινούργια γνώση να ενσωματώνεται στην καθημερινή πρακτική του ασκούντος γιατρού.

**Η παιδιατρική παρακολούθηση**

Ο λόγος που εφαρμόζεται η τακτική ιατρική παρακολούθηση των υγιών παιδιών είναι το γεγονός ότι η πρόληψη της νοσηρότητας είναι αποτελεσματι­κότερη από την αντιμετώπιση εγκατεστημένης νόσου τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Σκοπός της «επιτήρησης υγείας του παιδιού» (child health supervision) είναι η εξασφάλιση της συνέχειας της κα­λής υγείας του παιδιού που δε νοσεί, καθώς και η έγκαιρη αναγνώριση και κατά συνέπεια η αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του όταν νοσήσει. Οι στόχοι αυ­τοί επιτυγχάνονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening), την πρό­ληψη και την ιατρική παρέμβαση.

Γενικά, ως *εξέταση διαλογής (screening*) κατά την επιτήρηση υγείας του παιδιού, με την ευρεία έννοια, ορίζεται η διαδικασία που επιχειρεί να αναγνωρίσει τις διάφορες ανάγκες υγείας του ασυμπτωματικού παιδιού. Για το σκοπό αυτό ο κλινικός γιατρός χρησιμοποιεί το *ιστορικό* και τη *φυσική εξέταση*, ελέγχει την *ψυχοκινητική εξέλιξη* του παιδιού (λεπτές και αδρές κινήσεις, ομιλία, κοινωνικότητα) και πραγματοποιεί ορισμένες *εργαστη­ριακές εξετάσεις*. Έτσι, ένα παιδί μπορεί να αναγνωρισθεί ως ευάλωτο σε νόσο, ως ελλιπώς εμβολιασμένο ή να διαγνωσθεί με υποκλινική νόσο. Εάν στο screening ευρεθεί αυξημένος κίνδυνος για νόσο, τότε η πληροφορία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε *πρόληψη*. Εάν το screening αναδείξει πρώιμη νόσο, τότε η *έγκαιρη παρέμβαση* μπορεί να οδηγήσει σε πληρέστερη και/ή συντομό­τερη αποκατάσταση της υγείας του παιδιού.

Όσο ο κλινικός γιατρός βελτιώνει την τεχνική του στη λήψη του ιστορικού, στη φυσική εξέ­ταση, στον έλεγχο της ψυχοκινητικής εξέλιξης και στη λελογισμένη χρήση των εργαστηριακών εξετάσεων, τόσο αυξάνεται η *ευαισθησία* και η *ειδικότητα* του screening. Τα τελευταία χρόνια η πρόληψη και οι παρεμβάσεις που ασκούνται κατά την τακτική παιδιατρική παρακολούθηση (εκτός από τους εμβολιασμούς και την αναζήτηση νόσου μέσω του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων) ολοένα και περισσότερο λαμβάνουν υπ’ όψιν *ζη­τήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και εξέλιξης*, ενώ οι παρεχόμενες συμ­βουλές αποσκοπούν στο να προετοιμάσουν τους γονείς σε σχέση με τις συ­μπεριφορές του παιδιού που θα εμφανισθούν κατά το εξελικτικό στάδιο ανάπτυ­ξης που θα ακολουθήσει. Βεβαίως, επείγουν οι παρεμβάσεις που αφορούν στην πρόληψη σοβαρών ατυχημάτων ή θανάτου, όπως η εγκατάσταση καθι­σμάτων ασφαλείας στο αυτοκίνητο, η απομάκρυνση όπλων από το περιβάλ­λον του παιδιού, η ασφαλής φύλαξη φαρμάκων και άλλων χημικών ουσιών, η αποτροπή πνιγμού, εγκαύματος, πτώσης κ.λπ.

Άλλες, εξίσου σημαντικές, πλευρές της καθοδήγησης των γονέων από το γιατρό σε ότι αφορά ζητήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του υγιούς παιδιού είναι η διαβεβαίωσή τους ότι το βρέφος ή το παιδί πράγματι αναπτύσσεται φυσιολογικά, ότι είναι «καλοί γονείς» καθώς και ότι ο ίδιος (ο παιδίατρος) αποτελεί σταθερό και αξιόπιστο σημείο αναφοράς για τα ερωτήματα και τους προβληματισμούς τους ως προς τη συμπεριφορά του παιδιού. Οι τακτικές παιδιατρικές επισκέψεις είναι συχνότερες κατά τα δυο πρώτα χρόνια της ζωής, διάστημα κατά το οποίο συμβαίνουν ταχείες μεταβολές στην αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού και υφίσταται ο μεγαλύτερος κίνδυνος σοβαρών προβλημάτων σωματικής και ψυχοκινητικής εξέλιξης.

Στα παραπάνω, που αποτελούν τις «στοιχειώδεις αρχές» της επιτήρη­σης υγείας των παιδιών, είναι απαραίτητο να προστεθούν δύο επιπλέον «υποβοηθητικές διαδικασίες» που παίζουν σημαντικό ρόλο στην άσκηση της προληπτικής παιδιατρικής: (1) Η *ποιότητα της σχέσης γιατρού-οικογένειας*) καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επίτευξη των στόχων της τακτικής παι­διατρικής παρακολούθησης. Ο γιατρός που δείχνει κατανόηση στις ανησυχίες των γονέων και των μεγαλύτερων παιδιών και εφήβων εμπνέει την εμπιστο­σύνη τους και ένα αίσθημα ικανοποίησης από την πλευρά τους. Το αίσθημα αυτό αναβαθμίζει τη συνεργασία του γιατρού με την οικογένεια με προφανείς ευεργετι­κές συνέπειες στην αποτελεσματικότητα του screening και στην αποδοχή εκ μέρους της οικογένειας των παρεμβάσεων πρόληψης καθώς και τη «συμμόρφωση» με τη φαρμα­κευτική αγωγή. (2) Η αποτελεσματική *τήρηση πρακτικών κατά τις ιατρικές επι­σκέψεις (record keeping)* επιτρέπει να καταγράφονται τα εξελικτικά στάδια του παιδιού και να αποφεύγονται παρανοήσεις, επαναλήψεις ή λάθη. Η χρησιμοποίηση *καταλόγου προβλημάτων (problem list)*, οξέων και χρόνιων, του παιδιού μπορεί να αποβεί επιβοηθητική, ιδίως όταν η ιατρική παρακολούθηση γίνεται από πολλούς γιατρούς. Ωστόσο, η αποκλειστική εφαρ­μογή της μεθόδου αυτής (*problem oriented history*) τήρησης αρχείων (*problem oriented record keeping*) μάλλον δεν είναι η αποτελεσματικότερη για τον συνηθισμένο εξωτερικό παιδιατρικό ασθενή.

Οι τακτικές ιατρικές επισκέψεις επιτήρησης υγείας των παιδιών αποτελούν τη βάση για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων και κατέχουν κε­ντρική θέση σε ότι αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης παιδιατρικής φρο­ντίδας. Συγχρόνως είναι προϋπόθεση για την καλύτερη δυνατή φροντίδα όταν εκδηλωθεί νόσος.

# Τα χαρακτηριστικά του γιατρού πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας υγείας

Οι γιατροί που ασκούν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των παιδιών (παιδία­τροι, γενικοί γιατροί) παρέχουν στα πλαίσια του ρόλου τους εκπαίδευση, βοή­θεια και ενθάρρυνση στους γονείς στην προσπάθειά τους να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στο «μεγάλωμα» των παιδιών τους. Ενώ η παιδιατρική γνώση και ικανότητα είναι ασφαλώς αναντικατάστατες, η οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύ­νης μεταξύ του γιατρού και της οικογένειας εξαρτάται κυρίως από την προ­σωπικότητα του γιατρού και από «χαρίσματα» που, αν και δύσκολα περιγράφο­νται, εύκολα αναγνωρίζονται από τον καθένα.

Τα χαρίσματα αυτά και οι δεξιότητες που πρέπει να χαρακτηρίζουν το για­τρό περιλαμβάνουν κατ’ αρχήν το σεβασμό προς το παιδί και την οικογένειά του και την αποδοχή τους χωρίς προκαταλήψεις ανεξαρτήτως φυλής, εθνικότητας, θρησκεύματος, κοινωνικής τάξης ή πεποιθήσεων. Ο γιατρός πρέπει να δείχνει κατανόηση και ενδιαφέρον για τα προβλήματα της οικογένειας, ιατρικά ή άλλα, και για τις προσπάθειες που καταβάλλουν οι γονείς προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους που από κοινού έχουν θέσει. Πρέπει ακόμη να δείχνει ενδιαφέρον και, ιδανικά, ενθουσιασμό στην προσπάθειά του να επικοινωνήσει με τους γο­νείς και το παιδί, αλλά και υπομονή στις ερωτήσεις και στις αμφιβολίες τους. Είναι σημαντικό να αντιμετωπίζει καταστάσεις με αίσθηση χιούμορ (χωρίς να γίνεται απρεπής) αλλά και με επιμονή και αυστηρότητα, μη λησμονώντας ωστόσο το ρόλο του ως ένθερμου και σταθερού συμπαραστάτη της οικογέ­νειας. Πρέπει πάντοτε να μεταδίδει μια αίσθηση αισιοδοξίας και πίστης στις ικανότητες των γονέων, ενώ σε δύσκολες στιγμές μπορεί να βοηθήσει υπενθυμίζοντας τις πραγματικές (και ίσως παραγνωρισμένες) δυνατότητες της οικογένειας να αντιμετωπίζει τις διάφορες «κρίσεις».

# Η παιδιατρική επίσκεψη ρουτίνας

Η παιδιατρική επίσκεψη ρουτίνας αποτελείται από τρία μέρη: το ιστο­ρικό (συνέντευξη), τη φυσική εξέταση και την ανακεφαλαίωση (Πίνακας 1). Καθένα από τα τρία αυτά συστατικά μέρη συντίθεται από αμιγώς ιατρικές και από διαπροσωπικές συνιστώσες. Οι τελευταίες αποσκοπούν στην προαγωγή των ικανοτήτων της οικογένειας να αντιμετωπίζει προβλήματα και στην ενίσχυση της σχέσης για­τρού-οικογένειας.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Πίνακας 1. Συστατικά μέρη της παιδιατρικής επίσκεψης ρουτίνας. | | |
|  | ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ | ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΙΣΤΩΣΑ |
| **Α.** Ιστορικό | * Αιτία επίσκεψης / Κύριο ενόχλημα * Λήψη ιστορικού | * Δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης (connecting) * Πρωτοβουλία / ηγετικός  ρόλος γιατρού (establishing leadership) * Ημερησία διάταξη (agenda) |
| **Β.** Φυσική Εξέταση | * Screening | * Δημιουργία θεραπευτικής εμπειρίας * Συμμετοχή παιδιού και  γο­νέων * Επεξήγηση ευρημάτων |
| **Γ.** Ανακεφαλαίωση | * Ανακεφαλαίωση ιατρικών ευρημάτων | * Υπογράμμιση των  ευρημά­των που ετέθησαν από την ημερησία διάταξη * Ενθάρρυνση ερωτήσεων * Σχεδιασμός μελλοντικών στόχων |

Ακολουθούν σύντομες αναφορές στις ιδιαιτερότητες του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης του παιδιατρικού ασθενούς. Τα παρακάτω ΔΕΝ υποκα­θιστούν αλλά απλώς συμπορεύονται με τα αντίστοιχα εξαίρετα κεφάλαια του βιβλίου της *Barbara Bates: «Οδηγός για κλινική εξέταση» (Ελληνική μετά­φραση της 2ης έκδοσης: Χ. Μουτσόπουλος, Ι. Ανδρουλάκης)*. Πρόκειται για το *1ο Κεφάλαιο: Η λήψη του ιατρικού ιστορικού (Barbara Bates και Robert A. Hoekelman)* και το *20ο Κεφάλαιο: Κλινική εξέταση του παιδιού (Robert A. Hoekelman)*

## Το ιστορικό

Η λήψη του παιδιατρικού ιστορικού χαρακτηρίζεται από σημαντικές ιδιαιτερότητες συγκρινόμενο με το ιστορικό του ενηλίκου. Ακολουθεί σύντομη αναφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιατρικού ιστορικού που πρέπει να έχει υπ’ όψιν του ο γιατρός, όταν επικοινωνεί με το παιδί και τους γονείς του:

(1) Στο ιστορικό που αφορά σε παιδί ή έφηβο τουλάχιστον μέρος των πληροφοριών συλλέγεται από τρίτο πρόσωπο, δηλαδή τον ένα ή και τους δύο γονείς. Η ροή των πληροφοριών γίνεται μεταξύ γιατρού και γονέων, γιατρού και παιδιού, παιδιού και γονέων καθώς και μεταξύ των γονέων αναμεταξύ τους.

(2) Είναι σημαντικό η λήψη του ιστορικού να γίνεται κατά το δυνατόν σε ξεχωριστό χώρο (διαφορετικό από το χώρο όπου γίνονται επώδυνοι χειρισμοί (π.χ. εμβόλια, ενέσεις κ.λπ.) και ο γιατρός να βρίσκεται απέναντι από το παιδί (π.χ. όχι όρθιος σκυμμένος πάνω από το κρεβάτι του). Είναι χρήσιμο ο γιατρός να αναφέρεται στο παιδί με το όνομά του.

(3) Η πληροφορίες που παρέχονται από τους γονείς είναι κατά κανόνα αξιόπιστες, όμως αντανακλούν, σε μικρότερο η μεγαλύτερο βαθμό, τις προσωπικές τους απόψεις, προκαταλήψεις και ανάγκες. Η μητέρα, που είναι τις περισσότερες φορές η πηγή του ιστορικού, μπορεί να αισθάνεται ότι οι ικανότητές της να φροντίζει σωστά το παιδί και να λειτουργεί σαν «καλή μητέρα», «κρίνονται» από το γιατρό. Η υποστήριξη και ενθάρρυνση από το γιατρό βοηθά. Ο γιατρός πρέπει να απευθύνει συγκεκριμένες αλλά «ανοικτές» ερωτήσεις, που υποβοηθούν το γονέα να περιγράψει το πρόβλημα, ενώ πρέπει να αποφεύγει επικριτικά σχόλια. Πρέπει να αναζητούνται πρόσθετα, πιθανόν σημαντικότερα, αλλά μη προβαλλόμενα από το γονέα προβλήματα (ιατρικά ή κοινωνικά) και να γίνονται κατανοητές οι προσδοκίες του γονέα από την επίσκεψη του στο γιατρό. Δεν υπάρχουν «κουτές» ερωτήσεις. Η γνωριμία και με τον πατέρα είναι άκρως επιθυμητή και πρέπει να επιδιώκεται.

(4) Τα προβλήματα «συμμόρφωσης» με τη συσταθείσα αγωγή πρέπει να διερευνώνται διεξοδικά και να μην αντιμετωπίζονται σαν απλή «ανυπακοή» των γονέων. Η επιτυχής αγωγή βασίζεται στην αντιμετώπιση του ασθενούς και/ή του γονέα ως ισότιμου συνεταίρου προκειμένου να επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος.

(5) Μερικά παιδιά ήδη από την ηλικία των 3-4 ετών και τα περισσότερα στα 8 έτη μπορούν να συμμετάσχουν δείχνοντας και/ή λεκτικά στη λήψη του ιστορικού. Η συμμετοχή αυτή πρέπει να ενθαρρύνεται και να διδάσκεται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Από την ηλικία των 13 περίπου ετών το παιδί πρέπει να θεωρείται από το γιατρό ως η κύρια πηγή πληροφοριών.

(6) Το περιεχόμενο των πληροφοριών παραμένει πάντα κρίσιμο, όμως η διαδικασία λήψης τους (τόνος φωνής, γρήγορη ροή λόγου, τονισμός λέξεων, εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες, κινήσεις κεφαλιού και σώματος) έχει ιδιαίτερη σημασία. Τα παιδιά παρακολουθούν και απαντούν πολύ πριν κατανοήσουν πλήρως ή χρησιμοποιήσουν λέξεις. Ο γιατρός πρέπει να παρακολουθεί και να ερμηνεύει τα συναισθήματα του παιδιού. Η άρνηση του παιδιού να απαντήσει στις ερωτήσεις του μπορεί να εκφράζει φόβο ή άγχος. Το παιδί πρέπει να ενημερώνεται διαρκώς με καθησυχαστικό τόνο φωνής για το τι συμβαίνει και τι πρόκειται να ακολουθήσει.

(7) Μερικά χρήσιμα «μικρά μυστικά» στην επικοινωνία με τα παιδιά είναι τα εξής: (α) Ορισμένες φορές βοηθά να μιλάτε στα μικρότερα παιδιά ψιθυριστά γιατί τα ηρεμεί και προσελκύει την προσοχή τους. (β) Μη μιλάτε στα παιδιά «αφ’ υψηλού». (γ) Μην υπερβάλλετε σε αστεϊσμούς. (δ) Μην τα «πειράζετε», εκτός εάν έχετε ήδη αποκτήσει οικειότητα μαζί τους. (ε) Εξηγήστε στους γονείς ότι η αποτελεσματική επικοινωνία δεν επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας διδακτικό ύφος ή μαλώνοντας και προσβάλλοντας το παιδί ενώπιόν σας.

Το ιστορικό του εφήβου μπορεί να ληφθεί με τους γονείς παρόντες, όμως οι ερωτήσεις πρέπει να απευθύνονται στον ίδιο. Η λήψη του ιστορικού χωρίς την παρουσία των γονέων είναι επιθυμητή, ενώ είναι απαραίτητο η φυσική εξέταση να γίνεται απουσία των γονέων, εκτός και αν ο ίδιος ο έφηβος επιθυμεί την παρουσία τους. Ο γιατρός πρέπει οπωσδήποτε να συζητήσει και με τους γονείς, από τους οποίους είναι ακόμη εξαρτημένος ο έφηβος. Ας μη λησμονείται ότι εκείνοι θα πάρουν τις τελικές αποφάσεις. Η επιθυμία του εφήβου για εχεμύθεια πρέπει να είναι σεβαστή, όμως εάν πρόκειται για το συμφέρον του, κάποιες πληροφορίες πρέπει να κοινοποιούνται στους γονείς, αφού προειδοποιηθεί ο ίδιος. Ο χειρισμός τέτοιων περιπτώσεων απαιτεί ιδιαίτερη ευαισθησία και ωριμότητα εκ μέρους του γιατρού.

### Η φυσική εξέταση

Η ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να υποδιαιρεθεί σε τέσσερις εξελικτικές περιόδους: (1) Τη *βρεφική*, που υπό την ευρεία έννοια περιλαμβάνει τα δύο πρώτα έτη ζωής αν και, με την αυστηρή έννοια, η βρεφική ηλικία εκτείνεται από τη γέν­νηση μέχρι και το δωδέκατο μήνα. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής το υγιές παιδί εξελίσσεται με τους ταχύτερους ρυθμούς στη διάρκεια της ζωής του και οι προγραμματισμένες τακτικές επισκέψεις στο γιατρό είναι συχνότερες στη ζωή του (2-4 εβδομάδες μετά τη γέννηση, στους 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 και 24 μήνες ζωής). (2) Τη *νηπιακή* ή *προσχολική*, που περιλαμβάνει τα 2-6 έτη της ζωής. Κατά την περίοδο αυτή οι τακτικές ια­τρικές επισκέψεις είναι ετήσιες. (3) Τη *σχολική*, μεταξύ 6 και 11-12 ετών και (4) την *εφηβεία*, από 11-12 μέχρι τα 18-20 έτη ζωής. Κατά τις δύο τελευταίες πε­ριόδους οι τακτικές ιατρικές επισκέψεις συνιστάται να γίνονται ανά διετία. Στην Ελλάδα η παιδιατρική παρακολούθηση συνήθως δεν συνεχίζεται μετά τα 14-16 έτη.

Σε όλα τα παραπάνω στάδια ανάπτυξης η φυσική εξέταση κατά την τα­κτική παιδιατρική επίσκεψη, πέραν του αμιγώς διαγνωστικού στόχου της, πρέπει να επιτυγχάνει τρεις επιπλέον βασικούς στόχους: (1) Να προά­γει τη σχέση γιατρού-γονέων. (2) Να προάγει τις ικανότητες και την αυτοπεποίθηση των γονέων υπό συνήθεις αλλά και υπό αντίξοες συνθήκες. (3) Να δημιουργεί μια «θεραπευτική εμπειρία» για το παιδί και τους γονείς.

Η βρεφική ηλικία είναι για τους γονείς μια κατ’ εξοχήν ευαίσθητη και αγχογόνος περίο­δος, όμως η καθημερινή ενασχόλησή τους με το μικρό βρέφος θέτει τα θε­μέλια για την περαιτέρω εξέλιξή του. Ο γιατρός μπορεί να αξιοποιήσει τη φυσική εξέταση για να αναδείξει τις ικανότητες και τα ευαίσθητα σημεία του βρέφους, μετατρέποντας τη συνεδρία σε ένα χρήσιμο μάθημα για τους γονείς. Η πρώτη φυσική εξέταση του φυσιολογικού νεογέννητου καλό είναι να γίνεται ενώπιον της μητέρας (κατά προτίμηση και του πατέρα), ενώ ο γιατρός συγχρόνως δίνει εξηγήσεις στους γονείς για την όλη διαδικασία και τους μιλά για το νεογέννητο. Η απαλές κινήσεις, η ήρεμη χαμηλόφωνη ομιλία, η επαφή με το βλέμμα, η έκφραση τρυφερότητας, η απουσία «τιμωρίας» ή δυσαρέσκειας όταν το βρέφος δε «συνεργάζεται», η πρόσκληση προς τους γο­νείς να παρατηρήσουν το χαμόγελο και τα άλλα αντανακλαστικά του βρέφους βοηθούν τους γονείς να συνειδητοποιήσουν ότι αυτό είναι πράγματι «ένας αληθινός άνθρωπος». Μέσα από αυτή τη διαδικασία ο γιατρός μπορεί να αναδείξει, μπροστά στους γεμάτους άγχος και αβεβαιότητες γονείς, την υπέροχη περιπέ­τεια που είναι το μεγάλωμα του βρέφους, του νηπίου και του μεγαλύτερου παιδιού.

Κατά τη νηπιακή ηλικία γίνονται σημαντικά βήματα στην κατάκτηση του λόγου. Το παιδί δείχνει ζωηρό ενδιαφέρον στο να εκφράζεται με λέξεις, φράσεις και προϊούσης της ηλικίας με ολόκληρες προτάσεις. Γίνεται κοινωνικό, και του αρέσει να μαθαίνει. Χρέος του γιατρού είναι να προάγει τον αυθορμητισμό, την περιέρ­γεια, το παιχνίδι και τη συμμετοχή του μικρού παιδιού σε διάφορες δραστηριότητες. Χρησιμο­ποιεί τη φυσική εξέταση με τρόπο ώστε να εκτιμήσει τη σχέση παιδιού-οικογένειας και να προάγει τη συμμετοχή των γονέων σε «σωστές δόσεις».

Οι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν σε ότι αφορά το παιδί σχολικής ηλικίας περι­λαμβάνουν την ανάπτυξη του αισθήματος πληρότητας και ευχαρίστησης που συνοδεύει την ολοκλήρωση κά­ποιου έργου, του αισθήματος της αυτονομίας και εκείνου της αυτοεκτίμη­σης. Έτσι, ο γιατρός ολοένα και περισσότερο επικεντρώνει τις προσπάθειές του στην οικοδόμηση της σχέσης του με το παιδί, χωρίς να παραλείπει να εμπλέκει στη συζήτηση και στους γονείς, που –δεν πρέπει να λησμονείται– έχουν και την τελική ευθύνη για τη φρο­ντίδα του. Κατά την εξέταση ο γιατρός απευθύνεται συχνά στο παιδί παρέχο­ντάς του προοδευτικά περισσότερες πληροφορίες, αναγνωρίζοντάς του το δι­καίωμα να έχει αυξημένο έλεγχο πάνω στο σώμα του και σεβόμενος τη φυσική του συστολή. Συγχρόνως, ενθαρρύνει τους γονείς να αναγνωρίζουν και να προάγουν τις ικανότητες και την αυτονομία του.

Στην εφηβεία προάγεται ακόμη περισσότερο το αίσθημα της αυτο­νομίας, της υπευθυνότητας, η ταυτότητα και ο έλεγχος του σώματος και η αποδοχή της σεξουαλικότητας. Ο γιατρός συζητάει και εξετάζει τον έφηβο χω­ρίς την παρουσία των γονέων, όμως ενημερώνει τους γονείς για μείζονα ζη­τήματα υγείας. Αξιοποιεί το χρόνο της φυσικής εξέτασης για να συζητήσει ζη­τήματα όπως η φυσική αύξηση, η άσκηση, η διατροφή, ο έλεγχος του βάρους, η ακμή και η έμμηνος ρύση. Είναι άκρως επιθυμητή η συζήτηση με τον έφηβο προσωπικών του ζητημάτων (σεξουαλικότητα, πρόληψη κύησης, αλκοόλ, ναρκωτικά, οικογενειακές σχέσεις κ.ά.), ενώ πρέπει να είναι σεβαστό το απόρρητο των πληροφοριών πλην ελαχίστων εξαιρέσεων (π.χ. απόπειρα ή απειλή αυτοκτονίας).

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται οι στόχοι και οι τεχνικές που προάγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις του γιατρού με τους γονείς και το παιδί που είναι αρκετά μεγάλο ώστε να χρησιμοποιεί την ομιλία.

|  |  |
| --- | --- |
| **Πίνακας 2.** Τεχνικές που προάγουν τη σχέση του γιατρού με τους γονείς και το παιδί. | |
| ΣΧΕΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΠΑΙΔΙΟΥ | ΣΧΕΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΓΟΝΕΩΝ |
| * Εξασφάλιση μεταβατικού σταδίου μεταξύ λήψης ιστορικού και φυσικής εξέτασης * Εμπλοκή του παιδιού σε συζή­τηση * Χρησιμοποίηση χιούμορ * Επεξήγηση των διαφόρων ιατρικών χειρι­σμών * Κατευνασμός του φόβου * Ενθάρρυνση της περιέργειας * Ενθάρρυνση της συνεργασίας * «Κλείσιμο ειρήνης» μετά από δυ­σάρεστο χειρισμό (προσφορά στο μικρό παιδί αυτοκόλλητης φιγούρας, γλωσσοπίεστρου κ.λπ.) * Διασαφήνιση των ανταλλασσόμε­νων πληροφοριών | * Χρήση κομπλιμέντων για το παιδί * Ενθάρρυνση της επαφής με το βλέμμα παιδιού-γονέων * Ενθάρρυνση της συμμετοχής των γονέων * Διασαφήνιση των ανταλλασσόμε­νων πληροφοριών |

###### Η ανακεφαλαίωση της επίσκεψης

Με την ανακεφαλαίωση στο τέλος της επίσκεψης ο γιατρός συνθέτει τις πληροφορίες από το ιστορικό και τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης, έτσι ώστε η επίσκεψη να καταλήξει σε θεραπευτικό αποτέλεσμα (διάγνωση νόσου, αναγνώριση κινδύνου για μελλοντική νόσηση και οργάνωση χειρισμών πρό­ληψης, καθησυχασμός των γονέων ότι το παιδί αναπτύσσεται φυσιολογικά) και να τονισθούν τα σημαντικά ζητήματα υγείας που προέκυψαν. Επίσης, εν­θαρρύνει τους γονείς να θέσουν ερωτήματα και προσπαθεί να ανακουφίσει τους φόβους τους και να ελαττώσει το άγχος τους. Τέλος, θέτει μελλοντικούς στόχους (ιατρικούς, ανάπτυξης, ψυχοκοινωνικής εξέλιξης), ορίζει τις υποχρε­ώσεις και υποδεικνύει τους ρόλους στα διάφορα μέλη της οικογένειας.

# Βιβλιογραφία

1. Barrie James M. Peter Pan. Eds Hodder & Stoughton 1928
2. Bates B, Hoekelman RA. Η λήψη του ιατρικού ιστορικού. *Από*: Bates B, ed. Οδηγός για κλινική εξέταση. 2η έκδοση (ελληνική μετάφραση 1982), Αθήνα: σελ. 1-23.
3. Frankenburg WK, Fandal AW, Sciarillo W, Burgess D. The newly abbreviated and revised Denver Developmental Screening Test. J Pediatr 1981; 99:995-999.
4. Hetznecher WH, Forman MA. Η κλινική εκτίμηση και συνέντευξη: *Από*: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. Nelson Παιδιατρική, 15η έκδοση (Ελληνική μετάφραση: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2000), σελ 111-117.
5. Hoekelman RA. What constitutes adequate well-baby care? Pediatrics 1975; 55:313-326.
6. Hoekelman RA. Κλινική εξέταση του παιδιού. *Από*: Bates B, ed. Οδηγός για κλινική εξέταση. 2η έκδοση (ελληνική μετάφραση: Εκδόσεις Λίτσας 1982), Αθήνα: σελ. 367-426.
7. Kestenbaum CJ. The clinical interview of the child. *In*: Wiener JM, ed. Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Press; Washington, DC.
8. Korsch BM. Patient-physician communication: more research needed. Clin Pediatr (Phila) 1994; 33:202-203.