

بیماری‌های زنان

برک و نواک

فهرست مطالب

بخش ۱ - اصول عملی ۱۳

فصل ۱	ارزیابی اولیه و ایجاد ارتباط	۱۴
فصل ۲	اصول مراقبت از بیمار	۳۷
فصل ۳	بهبود کیفیت، ایمنی و عملکرد	۵۰
فصل ۴	پژوهش بالینی	۶۵
فصل ۵	آناتومی و رویان‌شناسی	۸۲
فصل ۶	ژنتیک و بیولوژی مولکولی	۱۴۱
فصل ۷	فیزیولوژی تولیدمثل	۱۷۴

بخش ۲ - مباحث زنان و زایمان ۱۹۹

فصل ۸	بلوغ	۲۰۰
فصل ۹	ژنیکولوژی اطفال و نوجوانان	۲۴۴
فصل ۱۰	ژنیکولوژی بزرگسالان: سال‌های باروری	۲۸۳
فصل ۱۱	فیبروئیدهای رحمی	۳۲۵
فصل ۱۲	درد لگن و قاعدگی دردناک	۳۶۴
فصل ۱۳	اندومتریوز	۴۰۶
فصل ۱۴	تنظیم خانواده	۴۶۶
فصل ۱۵	عفونت‌های تناسلی - ادراری و بیماری‌های مقاربتی	۵۳۳
فصل ۱۶	بیماری درون اپیتلیومی دهانه رحم، واژن، و فرج	۵۵۰
فصل ۱۷	مسائل جنسی و اختلال عملکرد جنسی	۵۸۷
فصل ۱۸	یائسگی	۶۲۰
فصل ۱۹	بیماری‌های خوش‌خیم پستان	۶۴۰
فصل ۲۰	خشونت علیه زنان و آزار جنسی	۶۶۹

بخش ۳ - مراقبت‌های پزشکی اولیه ۶۸۳

فصل ۲۱	مراقبت‌های بهداشتی در جهت پیشگیری و غربالگری	۶۸۴
فصل ۲۲	مراقبت‌های اولیه	۶۹۵
فصل ۲۳	مشکلات شایع روانپزشکی	۷۲۶
فصل ۲۴	طب مکمل و یکپارچه	۷۵۶
نمایه		۷۹۵

«به نام آنکه هستی نام از او یافت»

سپاس فراوان خداوند منان را که سعادت را همراهمان نمود تا بتوانیم خدمتی را در راه تعالی پزشکی در زمینه بیماری‌های زنان تقدیم جامعه نمائیم. کتابی را که پیش‌رو داریم ترجمه کتابی است که در حدود هشت دهه قبل توسط دکتر امیل نواک در دانشگاه جان هاپکینز به رشته تحریر در آمده است. شکی نیست که چاپ‌های بعدی این کتاب ارزنده تفاوت‌های محسوسی نسبت به نسخ قبلی داشته و در آینده خواهد داشت. هنر این مصنفین به روز نمودن مطالب علمی براساس پژوهش‌های نوین بوده است. گرچه سرعت دانش و تکنولوژی نسبت به دهه‌های قبل جهشی می‌باشد و ناگزیر به مراجعه به مطالب به روز (update) هستیم ولی نویسندگان بخش‌های مختلف تلاش بسیاری در جمع‌آوری و تنظیم مطالب بنحو احسن نموده، بطوریکه اکثر مطالب کاملاً به روز و حاوی آخرین دستاوردهای دانش بیماری‌های زنان می‌باشد.

آشنایی به زبان انگلیسی در انتقال مفاهیم، بطوریکه دخل و تصرفی در مطالب بوقوع نیبندد، کار بسیار دشواری است، ترجمه کلمه به کلمه یا جمله به جمله ممکن است ما را از درک صحیح مطالب دور نماید. در حالیکه اگر مترجم پس از درک مفاهیم، مطالب را به زبان خواننده مزین نماید که نیازمند هنرمندی ویژه‌ای می‌باشد، نتیجه‌ی غایی تحصیل میگردد و خواننده به استمرار و تداوم مطالعه رهنمون می‌شود.

سپاس ایزد یکتا را که همکاران جوان ما با قلم شیوای خود توانسته‌اند با زیبایی کامل، ترجمان این کتاب نفیس بوده، بطوریکه خواننده ممکن است تصویری فراتر از ترجمه، بلکه این کتاب وزین را نوشتار فارسی‌زبان ببیند. اینجانب که سال‌های مدیدی با این کتاب چه از نظر متون انگلیسی و ترجمه‌های آن توسط سایر همکاران گرامی آشنایی کامل دارم، اطمینان دارم که خوانندگان با مطالعه این کتاب به درک صحیح بیماری‌های زنان از جنبه‌های مختلف تسلط کافی و وافی پیدا خواهند نمود.

به نوبه خود ضمن تبریک و سپاس از همکاران محترم دکتر مهران ولدان، دکتر سیامک ستوده، دکتر پریشاد قوام و دکتر محمود خدادادگی توفیق روزافزون در راه تعالی دانش بیماری‌های زنان را از خداوند متعال مسئلت می‌نمایم. همچنین از انتشارات محترم ارجمند که در پیشبرد اهداف عالیه دانش پزشکی از هیچگونه حمایتی دریغ ننموده‌اند سپاسگزاری می‌نمایم.

دکتر فیروزه اکبری اسبق

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

جراح و متخصص زنان و زایمان - فلوشیپ نازایی و IVF

کتاب شاخص و مرجع رشته زنان، **درسنامه ژنیکولوژی**، که توسط امیل نواک از دانشکده پزشکی و بیمارستان دانشگاه جان هاپکینز ویراستاری شد، ابتدا در سال ۱۹۴۱ منتشر شد. ویراست چهاردهم این کتاب راهگشا، که در سال ۲۰۰۷ به چاپ رسید، عنوانی جدید به نام **ژنیکولوژی برک و نواک** یافت. این نام‌گذاری به افتخار دکتر نواک فقید و کمک‌های قابل ملاحظه دکتر جوناتان س. برک انجام گرفت. این دو در استوار ماندن این کتاب و هرچا که لازم بود، حتی در نوآوری‌های چند ویراست اخیر کمک شایان توجهی کرده‌اند و بدین گونه موفق شدند پویایی و ارتباط این کتاب را با پزشکان نسل‌های جدید حفظ کنند. بنابراین، این کتاب، اهمیت خود را به عنوان یکی از درسنامه‌های مهم طب زنان حفظ کرده و مصمم است همین وضعیت را در ویراست شانزدهم نیز حفظ کند.

در ویراست اخیر، دکتر برک طیف چشمگیری از همکاران را گرد هم آورده است - پزشکان بالینی و محققان، که در رشته‌های خود پیشرو هستند - که دانش مبتنی بر بینش و دیدگاه‌های ارزشمندی در مورد حوزه‌های مهارت خود ارائه کرده‌اند. نتیجه تلاش آنان، درمان جامع در طبابت روزمره - ولی همراه با نگاهی به سمت پیشرفت‌های آینده - در علم نظری و عملی زنان و فوق تخصص‌های مربوط به آن است. با ذکر جزئیات به پیشرفت‌های بدیع در تحقیق و طبابت بالینی پرداخته شده است. به عنوان مثال، برای هم‌پایی با یکی از رشته‌های فوق تخصصی ژنیکولوژی، بخشی جدید با نام اوروژنیکولوژی با فصل‌هایی دربارهٔ مجرای ادراری، پرولاپس، و آنورکتال با حجمی متناسب با توسعه این رشته اضافه شده است. حوزه "جراحی ژنیکولوژیک با کمترین میزان تهاجم" که توسعه‌ای چشمگیر یافته است، در فصل‌هایی که به اندوسکوپی، هیستریکتومی، و علم روباتیک اختصاص یافته‌اند، به طور کامل شرح داده شده است. با توجه به شهرت دکتر برک به عنوان یکی از پیشگامان و نوآوران حوزه سرطان‌شناسی زنان درسنامه حاضر بی‌تردید همچنان در حکم دائرةالمعارف مسلم این حوزه قلمداد می‌شود. بخش علوم پایه، به زیبایی با اصول طبابت در هم تنیده شده است تا درک تغییرات پرشماری که در سال‌های اخیر در طب بالینی صورت گرفته‌اند را تسهیل سازد. در سرتاسر این اثر، به ویژه در بخش‌هایی که به وضعیت جنسی و مسائل جنسی مربوطه می‌پردازند، دلسوزی و بذل توجه، مشهود هستند. توجه به این نکته حساس لازم است که فصل خشونت علیه زنان برای مراقبت زنان حیاتی بوده و امروزه حتی مسئولیت بزرگ‌تری را بر دوش ما نهاده است. مشخصه دیگر قابل ذکر این است که مطالب سنتی ژنیکولوژی این ویراست جدید در قالبی بسیار بدیع با تمامی اطلاعات مورد نیاز متخصصین زنان جهت مراقبت عالی از بیماران و همراه با تصاویر و گرافیک‌های تمام رنگی و بهبود یافته چاپ شده است که این موضوع خواندن و قابلیت دسترسی به مطالب کتاب را بالا برده است.

پزشکان رشته تخصصی زنان، چه پزشکان بالینی و چه پژوهشگران، خود را به طور کامل وقف درمان و سلامت زنان کرده‌اند. ویراست جدید **ژنیکولوژی برک و نواک** نیز همانند ویراست‌های قبلی، چه برای تدریس و چه به عنوان مرجع کمکی بسیار پر ارزش است.

دکتر ایزاک شیف

استاد ممتاز جراحی زنان
دانشکده پزشکی هاروارد
رئیس گروه زنان و مامایی و نسان
بیمارستان عمومی ماساچوست
بوستون، ماساچوست

مقدمه مؤلف

ویراست اول کتاب **بیماری‌های زنان نواک** نوشته استاد برجسته دانشگاه جان هاپکینز، دکتر امیل نواک، به یک مرجع موفق و مهم بین‌المللی در رشته زنان تبدیل شد. ویراست حاضر، از نوادگان برحق همان کتاب بوده و شکل چهار ویراست قبلی آن را حفظ کرده است و در عین حال با اشکال تمام رنگی و بازسازی‌های فتوگرافیک بر غنای آن افزوده شده است. همانند ویراست‌های قبلی، هدف، فراهم کردن یک خلاصه جامع در تخصص زنان است. تمام فصول به طور کامل مورد بازنگری قرار گرفته‌اند و از نظر اطلاعات و مراجع به روز شده‌اند. توجه خاصی به تصاویر و عکس‌ها شده است تا قابل فهم‌تر و آموزنده‌تر شوند.

این کتاب که اولین بار توسط هیئت اساتید دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز نوشته شد، هنوز نشانه‌هایی از مشارکت این موسسه بزرگ را دارد. پس از ویراست پنجم و مرگ دکتر نواک در سال ۱۹۵۷، بسیاری از پزشکان از دانشگاه جان هاپکینز و تعدادی از اعضای هیئت ون دریلت، مانند دکتر ادموند ر. نواک تا ویراست نهم در سال ۱۹۷۹؛ دکترها هوارد و. جونز پسر و جرجینا سیگار جونز در ویراست دهم در سال ۱۹۸۱؛ و دکترها هوارد و. جونز سوم، لونی س. بورت و آن کولستون ونتز، در ویراست یازدهم در سال ۱۹۸۸، راه دکتر امیل نواک را ادامه دادند. این ویراستاران که توسط بسیاری از اعضای هیئت اساتید جان هاپکینز به خصوص دکترها ج. دونالد وودراف و کونراد ج. جولیان یاری می‌شدند، به تعریف تخصص زنان در نیمه دوم قرن بیستم کمک کردند. این پزشکان علم زنان را به شکل امروزی خود در آوردند - درمان‌های جراحی و طبی آن، اندوکرینولوژی تولیدمثلی، فن‌آوری‌های تولید مثلی کمکی، انکولوژی زنان، اورولوژی و بیماری‌های عفونی آن. من به عنوان یک فارغ‌التحصیل از دانشگاه پزشکی جان هاپکینز، افتخار این را دارم که در این سنت پر بار شرکت داشته باشم.

بیماری‌های زنان برک و نواک، ویراست شانزدهم، در هشت بخش تنظیم شده است. بخش اول، «اصول طبابت» شامل ارزیابی اولیه بیمار از نظر مسائل مربوط به زنان، شرح حال و معاینه فیزیکی و مهارت‌های ارتباطی است. این بخش به قواعد اخلاقی درمان بیمار، ارزیابی و بهبود کیفیت کار، تحقیقات بالینی و همه‌گیری‌شناسی بیماری‌های زنان می‌پردازد. همچنین فصولی، به طور خلاصه به پایه‌های علمی این تخصص می‌پردازد - آناتومی و رویان‌شناسی، زیست‌شناسی مولکولی و ژنتیک و فیزیولوژی تولید مثل. بخش دوم، در سرفصل‌های زنان به بلوغ، ژنیکولوژی اطفال و نوجوانان، ژنیکولوژی بزرگسالان، پرداخته و همچنین به مرور بیماری‌های خوش‌خیم مجرای تناسلی زنانه، ارزیابی عفونت‌های لگنی، فیبروئیدهای رحمی، درد و بیماری‌های داخل اپی‌تلیالی، عملکرد مجرای تولیدمثلی زنان از بلوغ تا یائسگی و ارزیابی بیماری خوش‌خیم پستان می‌پردازد. در این قسمت، فصلی جدید در مورد موضوعی حساس وجود دارد - خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی. بخش سوم، مراقبت اولیه پزشکی، به اهمیت مراقبت بهداشتی اولیه در زنان می‌پردازد: درمان پیشگیرانه و غربالگری، مراقبت روانی و طب مکمل. بخش چهارم «جراحی در ژنیکولوژی عمومی»، مراقبت‌های حوالی عمل جراحی و درمان جراحی بیماری‌های خوش‌خیم زنان را با استفاده از اندوسکوپی و هیستروکتومی و علم رباتیک توضیح می‌دهد. بخش پنجم، «اورولوژی‌نیکولوژی» نام دارد. و شامل فصولی در مورد مجرای ادراری، پرولاپس و مشکلات آنورکتال است. بخش ششم - مسائل زودهنگام حاملگی - به مدیریت از دست رفتن زودهنگام حاملگی و حاملگی نابجا می‌پردازد. بخش هفتم، اندوکرینولوژی تولیدمثل و ناباروری، راه‌های کنترل آمнوره، اختلالات اصلی اندوکرین و ناباروری را خلاصه می‌کند. بخش هشتم، «سرطان‌شناسی زنان» به بیماری‌های بدخیم مجرای تناسلی زنانه و سرطان پستان می‌پردازد.

من از افراد بسیاری که در به وجود آمدن این کتاب شرکت داشتند، تشکر می‌کنم. از ویراستار با استعدادم، دבורا برک

سپاس‌گزارم، که با جدیت، کل پروژه را از دست نوشته‌های اولیه تا صفحه‌آرایی نهایی، ارزیابی کرد و آن را یاری داد. من از بسیاری از افراد شاغل در ویلیام و ویلکینز لیبین‌کات که یاریگر من بودند، به ویژه چارلی میشل که بیش از ربع قرن است که با وی همکاری دارم و بهترین ناشر در زمینه نشر کتب پزشکی شمرده می‌شود، قدردانی می‌کنم. به طور ویژه از بسیاری از افرادی که به نحوی به این کتاب ارتباط پیدا می‌کنند تشکر می‌کنم و تشکر ویژه دارم از آشلی فیشر و کایلا اسمول برای تعهد و علاقه و مهارت آنها در هدایت این کتاب در طی پروسه ویراستاری. من از کار بسیار عالی کریس میلر که تا این حد سخت‌کوشانه و استادانه همکاری نزدیکی با من برای انجام طرح صفحه‌آرایی و صفحه‌آرایی این کتاب داشت، تشکر می‌کنم. از تیم هنجست، تصویرپرداز بی‌نظیر پزشکی به دلیل تصاویر عالی، نقاشی‌های آناتومیک و طرح‌های موضوعی برای تمام ویراست‌ها زیر نظر من، تشکر می‌کنم. من از تمام تلاش‌های پیش‌کسوتان و همکارانم - دین شرمین ملینکاف، دکترها ج. دونالد وودراف، کنث ج. ریان، ج. جورج مور، ویلیام ج. دیگنم، ایساک شف، بورلی میچل، و دین فیلیپ پیترو قدردانی می‌کنم. هر یک از این پزشکان و دانشمندان مرا راهنمایی و به ادامه کار تشویق کردند. تشکر ویژه من به لوری لاکوب، نیکول کیدمن، و کیث اوربان، تریشا پیروود، گارت بروکس بابت حمایت‌شان از مرکز سرطان زنان استنفورد اختصاص دارد، کسانی که کمک و حمایت و دوستی‌شان، انجام این پروژه را تسهیل کرد.

بعد از ۱۲ سال رئیس بخش زنان و مامایی دانشکده پزشکی دانشگاه استنفورد، من از سمت خود در سال ۲۰۱۷ کنار رفتم تا به سایر فعالیت‌های آکادمیک در دانشگاه استنفورد و دانشکده پزشکی این دانشگاه بپردازم. سعه صدر و تعهد همکاران من در استنفورد نسبت به زنان و سلامتی آنان، مایه الهام و لذت من بوده است. اجتماع محلی خارج از محیط دانشگاه نیز در این تعهد نسبت به ارتقای سطح سلامت و رفاه زنان سهیم است، و تلاش یکایک آنان در راستای ایجاد تفاوت در نوع مراقبت‌هایی که در دسترس زنان و خانواده‌های آنان قرار می‌گیرد، مایه خرسندی است.

من به تأثیر مثبت مداوم این تخصص بر سلامت زنان در سرتاسر دنیا نگاه می‌کنم. از صمیم قلب امیدوارم که این کتاب به تمام زنان سود برساند و از تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های مجرای تناسلی زنانه و پستان بکاهد و به حفظ توانایی آنها به عنوان عضوی از خانواده و جامعه کمک کند. در پایان، این کتاب منبعی است برای کمک و دلگرمی تمام افرادی که در رشته زنان تحصیل می‌کنند.

جانا تان. اس. برک

بخش ۱

اصول عملی

فصل ۵

آناتومی و رویان‌شناسی

Shannon L. Wallace, Eric R. Sokol



فصل ۱

ارزیابی اولیه و
ایجاد ارتباط

Jonathan S. Berek, Paula J. Adams Hillard



فصل ۶

ژنتیک و بیولوژی مولکولی

Oliver Dorigo, Mana Baskovic, Jonathan S.

Breke



فصل ۲

اصول مراقبت
از بیمار

Susan L. Zweizig, Joanna M. Cain



فصل ۷

فیزیولوژی تولیدمثل

David L. Olive, Steven F. Palter, Juan Luis

Giraldo Moreno



فصل ۳

بهبود کیفیت،
ایمنی و عملکرد

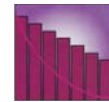
John P. Keats, Joseph C. Gambone



فصل ۴

پژوهش بالینی

Maureen G. Phipps, Kristen A. Matteson



فصل ۱



ارزیابی اولیه و ایجاد ارتباط

Jonathan S. Berek Paula J. Adams Hillard

شرح حال
معاینه فیزیکی
معاینه شکم
معاینه لگن
بیماران کودک
بیماران نوجوان
پیگیری
خلاصه

متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت بیمار
برقراری ارتباط
مهارت برقراری ارتباط
تعامل پزشک - بیمار
روش
خنده و شوخی
راهکارهایی برای برقراری ارتباط بهتر
شرح حال و معاینه فیزیکی

نکات کلیدی

- ۱ همه ما محصولات محیط، پس‌زمینه و فرهنگ خود هستیم. هر چقدر بر اهمیت مشخص کردن وضعیت عمومی، اجتماعی و خانوادگی بیمار تأکید شود کم است. پزشک باید از قضاوت اجتناب کند؛ بخصوص در مورد سؤالات مربوط به تجربیات و ترجیحات جنسی.
- ۲ ارتباط خوب برای ارزیابی و درمان بیمار ضروری است. بنیان ارتباط بر چهار مهارت کلیدی بنا شده است: همدلی، گوش کردن همراه با توجه، دانش عمیق و رابطه دوستانه. این مهارت‌ها قابل یادگیری و تجدید نظراند.
- ۳ سوگندنامه بقراط از تمام پزشکان می‌خواهد که در مورد تمام اطلاعات مربوط به بیمار رازدار باشند. برای موثر بودن ارتباط پزشک - بیمار، بیمار باید احساس کند که قادر است به طور کامل و با اطمینان خاطر درباره مشکلاتش با پزشک صحبت کند.
- ۴ روش‌های مختلف برقراری ارتباط، ممکن است بر توانایی پزشک در فهم وضعیت بیمار و رسیدن به آرمان ارزیابی بهینه و درمان موفق تأثیر بگذارند. ماهیت خصوصی و بسیار شخصی بسیاری از بیماری‌های زنان نیازمند حساسیت خاصی برای گرفتن پاسخ صادقانه از بیماران است.

مطلوب بیمار - پزشک و توجه به جزئیات وابسته‌اند. **۷** در زمان خاتمه معاینه فیزیکی، بیمار را باید از یافته‌ها آگاه ساخت. در صورت طبیعی بودن نتایج، می‌توان به بیمار قوت قلب داد. در صورتی که احتمال یک مورد غیرطبیعی وجود دارد، بیمار را بلافاصله باید آگاه ساخت؛ این بحث باید پس از اتمام معاینه و زمانی که بیمار لباسش را پوشیده است انجام شود.

۵ بعضی بیماران فاقد اطلاعاتی صحیح راجع به بیماری خود هستند. عدم فهم کامل از بیماری می‌تواند منجر به نارضایتی از روند درمانی، افزایش اضطراب، رنج و عذاب، مشکلات در تحمل بیماری، درمان ناموفق و پاسخ ضعیف به درمان شود.

۶ پس از شروع مکالمه، ارزیابی بیمار با گرفتن شرح حال کامل و انجام معاینه فیزیکی ادامه می‌یابد. هر دوی اینها به مبادله

متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت بیمار

جدول ۱-۱

بیمار
سن
تاریخچه بیماری
نگرش‌ها و ادراک‌ها
ترجیح جنسی
عادات (برای مثال، استفاده از الکل، دخانیات و موارد دیگر)
خانواده
وضعیت بیمار (برای مثال، متاهل، متارکه کرده، زندگی با شریک جنسی، مطلقه)
افراد تحت سرپرستی (مثلاً فرزندان کوچک، فرزندان دارای معلولیت، والدین پیر)
برادران و خواهران (برای نمونه، تعداد، سن، نزدیکی روابط)
تاریخچه (برای مثال، بیماری)
محیط
محیط اجتماعی (برای نمونه، اجتماع، هم‌بستگی اجتماعی)
وضعیت اقتصادی (برای مثال، فقر، وضعیت بیمه)
مذهب (برای مثال، اعتقاد به مذهب، اعتقاد به روح)
پس‌زمینه فرهنگی و نژادی (برای مثال، زبان مادری، جامعه)
شغل (برای نمونه، محیط کاری، و رضایت، مسؤولیت‌ها، استرس شغلی)

۴. حساسیت فرهنگی می‌تواند در ارائه مراقبت‌های بهداشتی کارآمد، نقش بسیار مهمی داشته باشد (۶).

۱ ساختار خانواده و سیستم حمایتی بیمار را می‌توان و باید به طور مستقیم مورد توجه قرار داد. سابقه خانوادگی باید شامل تجزیه و تحلیل دقیق افرادی که بیماری‌های مهمی مانند سرطان یا بیماری‌ای که بیمار، آن را یک توجیه احتمالی برای علائم خود قلمداد می‌کند داشته‌اند، باشد. دیدگاه بیمار نسبت به بیماری خود، می‌تواند اطلاعات مهمی را فراهم آورد که سبب

طبابت در رشته زنان به مهارت‌های بسیاری نیاز دارد. متخصص زنان علاوه بر دانش پزشکی، باید دارای مهارت‌های بین فردی و ارتباطی باشد که منجر به تعامل بیمار-پزشک و اعتماد شود. ارزیابی باید از «بیمار به عنوان یک کل» صورت گیرد نه فقط وضعیت عمومی پزشکی او. ارزیابی باید شامل هرگونه بیماری پزشکی ظاهری و نیز ابعاد روانشناختی، اجتماعی و خانوادگی موقعیت بیمار باشد. برای نگاه به بیمار در یک ساختار مناسب، باید موارد محیطی و فرهنگی تأثیرگذار بر بیمار مورد توجه قرار گیرند. این رویکرد در ارزیابی‌های معمول ارزشمند است و فرصت‌هایی برای مراقبت پیشگیرانه و مشاوره در مورد شرایط بیمار و همچنین ارزیابی بیماری‌های پزشکی فراهم می‌آورد.

متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت بیمار

بسیاری از متغیرهای خارجی بر بیمار و مراقبت درمانی‌ای که وی دریافت می‌کند تأثیر می‌گذارند. بعضی از این عوامل شامل «اطرافیان مهم» بیمار هستند - خانواده، دوستان و روابط شخصی و خصوصی وی (جدول ۱-۱). این متغیرهای خارجی همچنین شامل موارد روانشناختی، ژنتیک، زیست‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی می‌شوند. عواملی که بر فهم بیمار از بیماری و درد و نیز بر روش‌هایی که به وی برای چگونگی تطابق با بیماری یاد داده شده است تأثیر می‌گذارند، شامل تحصیلات، عادات، درک از تولید مثل و فعالیت جنسی انسان، و شرح حال خانوادگی بیماری هستند (۳-۱). عوامل فرهنگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، مذهب، مسائل نژادی، زبان، سن، و ترجیحات جنسی، ملاحظات مهمی هستند که باید در فهم پاسخ بیمار به درمان وی در نظر گرفته شوند.

همه ما محصولات محیط، پس‌زمینه و فرهنگ خود هستیم. هر چقدر بر اهمیت مشخص کردن وضعیت عمومی، اجتماعی و خانوادگی بیمار تاکید شود کم است (۵ و

می‌توانند سبب کاهش چنین اثراتی شوند. ترجمه ویدیویی و تلفنی راه‌حل‌های تکنولوژی برای کاهش مشکلات ارتباطی با افرادی است که دارای مهارت کمی در زبان انگلیسی هستند (۱۳). ایالت کالیفرنیا با گنجاندن بندی در "قانون ایمنی و سلامتی" مبنی بر اینکه "چنانچه بین بیماران و کارکنان هر بیمارستان عمومی ویژه مراقبت‌های حاد، مواعی از نظر زبان یا برقراری ارتباط وجود داشته باشد، تدابیری باید اندیشیده شود تا مترجمان یا کارکنان متخصص و دو زبانه آن بیمارستان بتوانند برقراری ارتباط سریع و کافی بین بیماران و کارکنان را تضمین کنند"، بر اهمیت برقراری ارتباط در تعاملات بین بیمار و پزشک تأکید کرده است (۱۴). تربیت پزشکی در آینده که بتوانند با مترجمان همکاری کنند، امروزه بیش از پیش در دانشکده‌های پزشکی ایالات متحده مورد توجه قرار گرفته و سبب بهبود کیفیت طب بالینی و کاهش اختلافات در مراقبت‌های سلامتی خواهد شد (۱۵).

۳ اگر چه روش‌های بسیاری برای تعامل با بیماران وجود دارد و هر پزشک باید بهترین راهی را که می‌تواند با بیماران رابطه برقرار کند پیدا کند، پزشکان باید به بیمار القا کنند که آنها توانایی و اشتیاق به گوش کردن دارند و اطلاعات را با نهایت رازداری دریافت می‌کنند (۱ و ۴). سوگندنامه بقراط از تمام پزشکان می‌خواهد که در مورد تمام اطلاعات مربوط به بیمار رازدار باشند. قانون در دسترس بودن و مسئولیت‌پذیری بیمه سلامت (HIPAA) که در سال ۲۰۰۳ قابلیت اجرایی پیدا کرد، استانداردهایی ملی برای محافظت از خصوصی بودن اطلاعات مربوط به سلامت افراد را به وجود آورد. ترس‌هایی که در بدو امر درباره تأثیر مقررات HIPAA و احتمال پیدایش مسئولیت‌های حقوقی پدید آمد، به مطرح شدن بحث‌های درباره برقراری ارتباط مناسب و قضاوت پزشکان براساس اصول اخلاقی حفظ اسرار بیماران در هنگام ارائه مراقبت‌های مناسب پزشکی منجر شدند (۱۶ و ۱۷) (فصل ۲).

مهارت‌های برقراری ارتباط

برای پزشک ضروری است که به نحوی با بیمار ارتباط برقرار کند که بیمار بتواند در ادامه خواستار رسیدگی مناسب پزشکی شود. نه فقط کلمات مورد استفاده، بلکه الگوی صحبت کردن، روش ادای کلمات حتی ارتباط غیرکلامی و تماس چشمی جنبه‌های مهمی از تعامل بیمار-پزشک هستند. نقش سنتی پزشک، رفتار به صورت یک پدرسالار بوده است و

بهبود قضاوت پزشک شوند؛ مطرح کردن پرسش‌های تخصصی جهت پی‌بردن به این دیدگاه می‌تواند میزان رضایت از این تعامل را افزایش دهد (۷ و ۴). فهم بیمار از وقایع کلیدی در سابقه پزشکی خانوادگی و اینکه وی چگونه به آنها مربوط می‌شود نیز مهم است. عملکرد و روابط و تاریخچه جنسی بیمار باید شناخته و میزان رضایت وی از این موارد باید تعیین شود. **پزشک باید از قضاوت اجتناب کند؛ به خصوص در مورد سؤالات مربوط به تجربیات و ترجیحات و هویت جنسی (فصل ۱۷).**

برقراری ارتباط

۲ ارتباط خوب برای ارزیابی و درمان بیمار ضروری است. رابطه بیمار - پزشک بر پایه ارتباطی است که به صورتی باز، صادقانه و دقیق برقرار می‌شود و اجازه می‌دهد تا موقعیت بیمار و مشکلات وی بدرستی فهمیده و راه‌حل‌های موثر با همکاری پزشک و بیمار پیدا شود. برقراری ارتباط خوب نیازمند بردباری، از خودگذشتگی و تجربه است و شامل گوش دادن دقیق و ارتباط کلامی و غیرکلامی است.

بنیان ارتباط بر چهار مهارت کلیدی بنا شده است: همدلی، گوش کردن همراه با توجه، دانش عمیق و برقراری ارتباط دوستانه. این مهارت‌ها قابل یادگیری و تجدید نظراند (۳ و ۵ و ۸). پس از برقراری ارتباط اولیه با بیمار، پزشک باید هشیارانه مهارت‌های انجام مصاحبه را که موقعیت‌هایی را برای گسترش فهم از دغدغه‌های بیمار فراهم می‌آورند، پیگیری کند. اعتماد، جزئی اساسی از رابطه است که بیمار را به بازگوکردن احساسات، دغدغه‌ها و افکارش به صورت باز و بدون مخفی کردن اطلاعات ترغیب می‌کند (۹).

هنگامی که پزشک با بیماری تعامل دارد که فاقد مهارت یا مهارت محدودی در زبان انگلیسی است، ممکن است یکی از عناصر بسیار اساسی برقراری ارتباط - یعنی داشتن زبان و فرهنگ مشترک - وجود نداشته باشد. در بسیاری از بحث‌هایی که درباره برقراری ارتباط صورت می‌گیرد، فرض بر این است که زبان پزشک با زبان بیمار شباهت دارد. بیش از ۲۱ درصد آمریکایی‌ها در منزل به زبانی غیر از زبان انگلیسی صحبت می‌کنند، و ۴۱ درصد آنان طبق گزارش اداره آمار و سرشماری دارای مهارت محدودی در زبان انگلیسی هستند (۱۰). موانع زبان، سبب محدودشدن آموزش سلامتی، لطمه دیدن مراقبت‌های بین فردی، و کاهش رضایت بیمار در مسائل مراقبت‌های سلامتی می‌شوند (۱۱ و ۱۲). مترجمان پزشکی،

تعامل پزشک - بیمار

الگوی صحبت کردن پزشک می‌تواند بر تعاملات وی با بیمار اثر بگذارد. بعضی از اجزای مهم ارتباط موثر بین بیماران و پزشکان در **جدول ۱-۲** آمده است. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه نه تنها مهارت‌های انجام مصاحبه که از نظر علمی و تجربی معتبر هستند را می‌توان آموزش داد و یاد گرفت، بلکه همچنین این مهارت‌ها می‌توانند نتایج درمان را بهبود بخشند (۲۴). فهرستی از این مهارت‌ها در **جدول ۱-۳** آمده است.

۳ برای موثر بودن ارتباط پزشک - بیمار، بیمار باید احساس کند که می‌تواند به طور کامل و با اطمینان خاطر در مورد مشکلاتش با پزشک بحث و گفتگو کند. محدودیت‌های زمانی ایجاد شده توسط فشار برنامه‌ریزی‌های مطب که مبتنی بر واقع بینی اقتصادی است، تحقق این امر را سخت می‌کند؛ هم پزشک و هم بیمار به طور مکرر نیاز دارند که اولویت‌های خود را بازبینی کنند. اگر بیمار احساس کند که در تصمیم‌گیری مشارکت دارد و تا حد امکان به وی اطلاعات داده شده است، نسبت به برنامه درمانی که با همکاری وی تهیه شده است، با اضطراب و افسردگی کمتری پاسخ می‌دهد و آن را یک برنامه کاری مشترک در نظر می‌گیرد. او باید بتواند جایگزین‌ها یا تغییراتی در پیشنهادهاى پزشک که منعکس کننده عقاید و عادات خود باشد ارائه کند. شواهد فراوانی وجود دارد که برقراری ارتباط و فهم بیمار و نتایج درمانی وقتی که بحث بین پزشک و بیمار به صورت گفتگوی دوطرفه باشد تا سخن‌رانی، بهبود می‌یابند. علاوه بر این، وقتی بیماران احساس می‌کنند که فضای برای گفتگوی دوطرفه وجود دارد، تمایل پیدا می‌کند که اطلاعات بیشتری را درباره برنامه‌های مراقبت سلامت به دست آورند. مفهوم برنامه‌ریزی مشارکتی بین بیماران و پزشکان، موثرتر از الگوی قبلی است که در آن پزشکان دستور می‌دادند. بنابراین به بیمار مسؤلیت‌های بیشتری در ارتباط با تعیین گزینه‌های درمانی محول می‌شود. برای مثال، تصمیم‌گیری در مورد خطرات و فواید هورمون درمانی زمان یائسگی باید در زمینه سلامت فردی و سابقه خانوادگی و نیز عقاید و اهداف شخصی بیمار مورد بحث قرار گیرد. اینکه آیا فواید بر خطرات بالقوه می‌چربند یا خیر فقط توسط بیمار تعیین می‌شود و اوست که در مورد استفاده از این درمان تصمیم می‌گیرد. با اینکه اکثر زنان در موارد عدم قطعیت، تصمیم‌گیری شراکتی را به همراه انجام بحثی مبتنی بر شواهد درباره خطرات و منافعی که متوجه آنان است، ترجیح می‌دهند، عده‌ای دیگر، خواهان رویکردی هدایت‌گرانه‌تر هستند (۲۵). چالش پزشک، توانایی وی در شخصی کردن تعامل و ارتباط

بیمار از پزشک انتظار داشت که وی به‌طور مستقیم و در تمام زمینه‌ها فرامین و یا «دستورات» و راهنمایی‌های اختصاصی بدهد (۵). امروزه بیماران بدرستی خواستار ارتباط متعادل‌تری با پزشکان خود هستند و اگرچه در بیشتر موارد انتظار درک همه جانبه را ندارند، خواهان درمان با حرمت مناسب، احترام به شعور آنها و ارتباط متعادل‌تری با پزشک هستند. امروزه، برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار، توجه بیشتری را در آموزش پزشکی دریافت کرده است، و به عنوان یک وظیفه مهم در آموزش‌های حرفه‌ای مادام‌العمر و نیز یک عنصر کلیدی در ارائه مراقبت‌های سلامتی موفق قلمداد می‌شود (۱۸).

بیماران با وضعیت‌های نادر یا غیرمعمول، اغلب اطلاعات پزشکی اختصاصی تری نسبت به پزشک از مشکل پزشکی خود دارند. هنگام مواجهه با چنین موردی، پزشک باید از واکنش دفاعی پرهیز کند. یک نظرسنجی در سال ۲۰۱۳ به این موضوع اشاره کرد که یک سوم آمریکایی‌ها، علایم یا تشخیص‌ها را به صورت آنلاین مورد جستجو قرار می‌دهند؛ ۴۶ درصد این افراد گزارش کردند که جستجوی آنلاین آنها منجر به جستجوی مراقبت پزشکی شده است، در حالی که ۳۸ درصد تصمیم گرفتند که وضعیت سلامتی مشکوک خود را بدون مشورت با یک پزشک مدیریت کنند (۱۹). بیمار اغلب فاقد یک دانش وسیع‌تر درباره زمینه ایجاد مشکل، آگاهی از قابلیت اعتماد متغیر منابع الکترونیک دانش، توانایی برای ارزیابی یک مطالعه یا گزارش مجله در یک زمینه تاریخی یا در مقایسه با مطالعات دیگر مربوط به همان موضوع، دانش از تداخلات دارویی، توانایی برای نگاه کردن از بیرون به موضوع که باعث عینیت‌گرایی می‌شود یا تجربه در انجام هنر و دانش پزشکی است. پزشک تمام این مهارت‌ها و دانش‌ها را دارد؛ در حالی که بیمار توجه شخصی شدیدی به بیماری خاص مربوط به خود دارد. زمینه‌یابی‌هایی که بر روی میزان درک پزشکان از تأثیر اطلاعات سلامتی مبتنی بر اینترنت بر روی رابطه بین پزشک و بیمار انجام شده‌اند، وجود هر دو نوع ادراک‌های مثبت و منفی را نشان دادند؛ پزشکان نگرانی‌هایی را ابراز کرده‌اند مبنی بر اینکه اطلاعات مذکور، خللی را در مدیریت کارآمد بر زمان در حین ویزیت بیمار در مطب پدید می‌آورند، ولی در عین حال معتقد بوده‌اند که اثرات بالقوه این اطلاعات بر روی کیفیت مراقبت‌ها و نتایجی که برای بیماران حاصل می‌شود، مثبت بوده‌اند (۲۰). **یک رابطه مشارکتی که از رابطه سنتی بین پزشک و بیمار، نقش بیشتری به بیماری دهد، به طور بالقوه می‌تواند به نتایج بهتر از نظر سلامت منجر شود (۲۳-۲۱).**

جدول ۱-۲

اجزای مهم برقراری ارتباط بین بیمار و پزشک: نقش پزشک

پزشک هست:
یک شنونده خوب
همدل
دلسوز
صادق
بی‌ریا
مودب
منصف
گره‌گشا
پزشک نیست:
جبهه‌گیرنده
مقابله‌گر
جدال‌کننده
خودپسند
سلطه‌جو
جزم‌اندیش
قضاوت‌گر
تحکم‌کننده
پزشک استفاده می‌کند:
زبان قابل فهم
زبان بدنی مناسب
یک رویکرد مشارکتی
گفتگوی باز
محتوای عاطفی مناسب
شوخی و صمیمیت

مسائل و نگرانی‌های خود را مطرح کنند و یا اطلاعات مربوط به خطرات بالقوه بر سلامت را به پزشک بازگو کنند و ممکن است بهتر پذیرای توصیه‌های پزشک باشند. این میزان از ارتباط ممکن است کارایی مداخله‌های سلامت از جمله اصلاح در رفتار را افزایش دهد. این امر همچنین به اطمینان یافتن از اینکه بیماران برای مراقبت‌های منظم برمی‌گردند کمک می‌کند زیرا آنها احساس می‌کنند که پزشک صادقانه به سلامت آنها علاقه‌مند است، و در ضمن خود آنها نیز به کیفیت درمان و رهنمودهایی که دریافت می‌کنند، اطمینان می‌کنند.

وقتی بیماران ناخوش هستند، خود را آسیب‌پذیر و از نظر جسمی و روانشناختی بدون محافظ و ناتوان احساس می‌کنند. پزشک بدلیل توانایی ناشی از دانش و موقعیت خود، قدرتی دارد که می‌تواند تهدیدکننده یک ارتباط برابر باشد. ضروری است که پزشک از این تفاوت آگاه باشد تا «تعادل قدرت» خیلی از بیمار دور نشود. برگرداندن این تعادل از پزشک به سمت بیمار ممکن است باعث بهبود نتایج شود (۱ و ۲۲). رفتار پزشکان می‌تواند در ذهن بیمار این احتمال را به وجود آورد که آنها نسبت به وی احترام نمی‌گذارند. کارهایی مانند برهم زدن قرار ملاقات برنامه‌ریزی شده، بحث‌های اساسی و به طور مفصل در زمان برهنه بودن بیمار یا صحبت با بیمار در حال ایستاده در حالی که بیمار خوابیده یا در وضعیت لیتوتومی قرار گرفته است، می‌تواند عدم تعادل قدرت بین رابطه بیمار و پزشک را افزایش دهد.

در ارزیابی اثرات تعامل بیمار-پزشک بر فرجام بیماری مزمن، سه خصوصیت با نتایج درمانی بهتر همراهند (۲۶):

۱. همدلی پزشک و درگیر کردن زیاد بیمار در مصاحبه.
۲. بروز احساسات چه توسط بیمار و چه توسط پزشک.
۳. ارائه اطلاعات توسط پزشک در پاسخ به کنجکاوی‌های بیمار.

در بیماران مبتلا به دیابت، این خصوصیات باعث بهبود فشارخون دیاستولی و کاهش هموگلوبین A1c شده‌اند. بهترین پاسخ‌ها زمانی گرفته شده‌اند که یک پزشک همدل تا حد ممکن به ارائه اطلاعات و روشن کردن شرایط پرداخته، به سؤالات بیمار به طور باز و صادقانه پاسخ گفته و طیف گسترده‌ای از احساسات از جمله شوخ طبعی را چاشنی کار کرده است. پاسخ‌ها زمانی که پزشک در رابطه نقش سلطه‌گر را نداشته است بهبود

با بیمار است.

شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه اگر به بیماران گوش داده شود و مشکلاتشان درک شود، آنان صحبت بیشتری می‌کنند و پرسش‌های بیشتری را مطرح می‌سازند، و سلامت آنان بهبود می‌یابد. مشارکت، سرمایه‌گذاری و دادن اختیار را تسهیل می‌کند. برقراری ارتباط خوب برای حفظ رابطه بین بیمار و پزشک که منجر به پیشرفت در درمان در حال انجام می‌شود، ضروری است. بنابراین، حفظ سلامت می‌تواند به طور مستقیم به تأثیر تعاملات مثبت بین پزشک و بیمار مربوط باشد. زنانی که با پزشکانشان راحت‌ترند، احتمال بیشتری دارد که

جدول ۱-۳ رفتارهای مرتبط با ۱۴ جزء ساختاری مصاحبه

آماده‌سازی محیط	مورد بحث قرار دادن اولویت‌ها
ایجاد یک محیط خصوصی	پرسیدن از اولویت‌های بیمار
جلوگیری از سروصدا و موجبات پرت شدن حواس	بازگرفتن اولویت‌های خود
مهیا کردن محل نشستن راحت به طوری که تماس چشم در چشم امکان پذیر باشد	ایجاد علائق دوطرفه
فراهم کردن امکان دسترسی	رسیدن به توافق درباره ترتیب پرداختن به موارد
مهیا کردن خود	دنبال کردن مطالب بیمار
جلوگیری از حواس پرتی‌ها و وقفه‌ها	گسترش راه‌های شخصی برای تقاضا از بیمار جهت گفتن داستان خود
تمرکز	بپرسید آخرین بار چه وقت احساس سلامت می‌کرده است
خود هپینو تیزم	درباره کل سیر بیماری سؤال کنید
مراقبه	درباره اپی‌زود اخیر یا اپی‌زود معمول بپرسید
تصورسازی سازنده	پی بردن به شرایط زندگی بیمار
بیرون کردن افکار مزاحم	از اولین فرصت برای جستجو درباره جزئیات شخصی و اجتماعی استفاده کنید
	تاریخچه رشد و نمو را با ذکر جزئیات کامل کنید
مشاهده	
فراهم کردن یک فهرست شخصی از موارد مورد مشاهده	درباره سیستم حمایتی بیمار پرس و جو کنید
تمرین در محیط‌های مختلف	درباره خانه، محیط کار، همسایگان و امنیت بیمار اطلاعاتی به دست آورید
توجه به نشانه‌های بدنی	ایجاد شبکه ایمنی
معرفی	مرور کامل دستگاه‌های بدن را از یاد نبرید
عاطفه	مسائل را برحسب تناسب با یک مشکل خاص مرور کنید
چه چیزی گفته شد و چه چیزی گفته نشد	ارائه یافته‌ها و گزینه‌ها
	مختصر و مفید صحبت کنید
خوشامدگویی	
روشی شخصی و قالبی برای شروع کلام طراحی کنید	سطح درک و شناخت بیمار را تعیین کنید
خود را معرفی کنید	از بیمار بخواهید مطالب گفته شده را مرور کند و سطح درک او را تعیین کنید
اسم بیمار و طریقه اداى آن را کنترل کنید	مطالب را خلاصه و بازبینی کنید
محیط اجتماعی خوشایندی ایجاد کنید	مطالب را روی نوار ضبط کنید و آن را به بیمار بدهید
مقدمه	
نقش و اهداف خود را توضیح دهید	نظرات مریض را جویا شوید
برنامه‌ریزی	
انتظارات بیمار را جویا شوید	بیمار را به طور فعال مشارکت دهید
درباره تفاوت در نظرات خود و بیمار، صحبت کنید	درباره این که چه کاری مناسب است به توافق برسید
مطمئن شوید که انتظارات شما با بیمار همخوانی دارد	هر زمان که امکان دارد به گزینه‌های بیمار توجه کنید
تشخیص و غلبه بر موانع ایجاد ارتباط	ختم مصاحبه
لیستی شخصی از موانع برقراری ارتباط تهیه کنید	از بیمار بخواهید تا برنامه‌های درمانی و قرارهای ملاقات را مرور کند
از کلام مناسب استفاده کنید	مشخص سازید که چه کاری را در حد فاصل بین دو ملاقات انجام دهد
به ناتوانایی‌های جسمی مانند ناشنوایی و دلیریوم توجه کنید	قرار ملاقات بعدی را تعیین کنید

جدول ۱-۳ رفتارهای مرتبط با ۱۴ جزء ساختاری مصاحبه (ادامه)

موانع فرهنگی را در نظر داشته باشید	موانع فرهنگی را در نظر داشته باشید
موانع روانشناختی بیمار مانند شرم، ترس و بدبینی را تشخیص دهید	موانع روانشناختی بیمار مانند شرم، ترس و بدبینی را تشخیص دهید
بررسی مشکلات	بررسی مشکلات
روش‌هایی شخصی برای آغاز لیست کردن مشکلات تهیه کنید	روش‌هایی شخصی برای آغاز لیست کردن مشکلات تهیه کنید
بپرسید «دیگر چه» تا تمام مشکلات روشن شوند	بپرسید «دیگر چه» تا تمام مشکلات روشن شوند

بسیاری از بیماری‌های زنان، نیازمند حساسیت خاصی برای گرفتن پاسخ صادقانه از بیماران است.

روش

هنر برقراری ارتباط و ترغیب بیمار برای صحبت کردن، بر پایه احترام متقابل و درک بیمار از وضعیت سلامت خود است. بهترین راه رسیدن به بینش وقتی است که بیمار به پرسیدن سؤال از پزشک خود ترغیب می‌شود و برای گرفتن تصمیم تحت فشار قرار نمی‌گیرد. بیمارانی که احساس می‌کنند «در گوشه‌ای به دام افتاده‌اند» کمترین سازگاری را با درمان‌های پیشنهادی نشان می‌دهند (۳۶).

موارد زیر، تکنیک‌هایی برای کمک به برقراری ارتباط با بیماران هستند:

۱. از زبان مثبت (برای مثال، موافقت، تأیید و شوخی) استفاده کنید.
۲. یک رابطه دوطرفه ایجاد کنید (برای مثال، بیان درک کردن بیمار، پرسش درباره عقاید، تعبیر، و تفسیر کلمات بیمار).
۳. سؤالات را دوباره و این بار با جمله‌بندی جدید بپرسید.
۴. به پرسش‌های بیمار، به طور کامل پاسخ دهید.

چگونگی هدایت بحث توسط پزشک، میزان درک بیمار را از توانایی وی در کامل کردن موفقیت‌آمیز درمان تعیین می‌کند. اصطلاح پذیرش، مدت‌های مدیدی است که در پزشکی استفاده می‌شود؛ این اصطلاح بیان‌گر میزان پیروی بیمار از توصیه‌ها یا «دستورات» پزشک است. انتقاد شده که این اصطلاح بسیار تحکم‌آمیز است و به جای آن، اصطلاح تبعیت از درمان پیشنهاد شده است (۳۷-۳۸). با این حال، این کلمه نیز دارای این معنای ضمنی است که درمان توسط پزشک دیکته

یافته‌اند (۲۶).

در مطالعات مربوط به جنسیت و زبان، مردان تمایل بیشتری برای صحبت دارند، به طور موفقیت‌آمیزی کلام زنان را قطع می‌کنند و کنترل موضوعات مصاحبه را به دست می‌گیرند (۲۷). در نتیجه، پزشکان مرد ممکن است تمایل به کنترل کردن مصاحبه داشته باشند و این عدم تعادل قدرت در رشته زنان و مامایی که تمام بیماران زن هستند افزایش یابد. پزشکان مرد ممکن است جسارت بیشتری در مقایسه با پزشکان زن داشته باشند. از مشخصات کلام مردان تمایل به قطع صحبت‌های طرف مقابل، دستور دادن و سخنرانی و از مشخصات گفتار زنان سکوت، پرسش و پیشنهاددهی است (۲۷ و ۲۸). بعضی بیماران ممکن است به سادگی در حضور یک پزشک مرد تمایل کمتری به حرف زدن داشته باشند، در حالی که ممکن است دیگران بیشتر پذیرای یک پزشک مرد باشند تا زن (۲۹). ترجیح زنان در مورد زن بودن یا مرد بودن پزشک ممکن است بر پایه رفتارهای جنسی، تجربیات، سن، تبحر، روش‌های ارتباطی و مهارت‌های دیگر باشد (۳۰-۳۲). اگر چه این عمومیت بخشی به روشنی در تمام پزشکان صدق نمی‌کند، می‌تواند آگاهی از روش‌های مختلف برقراری ارتباط و اینکه چگونه آنها به رابطه پزشک - بیمار شکل می‌دهند را بالا برد (۲۸). ۴ این الگوها بیانگر نیاز

تمام پزشکان بدون توجه به جنسیت آنها به توجه نسبت به روش صحبت هستند، زیرا این مسئله می‌تواند بر توانایی آنها در دریافت پاسخهای باز و آزاد از بیمارانشان تأثیر بگذارد (۳۳-۳۴). زنان تمایل به صحبت به صورت باز برای بیان احساسات خود دارند و اینکه آنها را اعتبار بخشی کنند و با دیگران در میان بگذارند تا بتوانند دیگران را متوجه دغدغه‌های خود بکنند (۲۷، ۳۵).

روش‌های مختلف برقراری ارتباط ممکن است بر توانایی پزشک در فهم وضعیت بیمار و رسیدن به آرمان ارزیابی بهینه و درمان موفق تأثیر بگذارند. ماهیت خصوصی و بسیار شخصی

نابه‌جا می‌تواند بیمار را بترساند، وی را منجر کند، به وی توهین کند، یا به طور کلی باعث عدم احساس راحتی وی شود و یا غیرمؤدبانانه به نظر برسد. خنده می‌تواند به عنوان یک وسیله مناسب جهت آرام کردن بیمار و ایجاد احساس خوب در وی مورد استفاده قرار گیرد.

خنده، «استعاره‌ای است که کل طیف احساسات مثبت را پوشش می‌دهد». خنده، پاسخ انسان‌ها به تناقضات و یکی از بالاترین تظاهرات فرایندهای مغزی است. این عمل باعث تسهیل شدن طیف کامل احساسات مثبت می‌شود - عشق، امید، ایمان، علاقه به زندگی، شادمانی، هدف و تصمیم (۴۴). خنده یک پاسخ فیزیولوژیک است، نوعی رها سازی که به ما کمک می‌کند احساس بهتری داشته باشیم و به ما اجازه می‌دهد تا خود را با تضادی بین منطق و امور نامعقول تطبیق دهیم. بیماری یا انتظار آن آگاهی ما را از ناهمخوانی بین وجود ما و توانایی ما در کنترل وقایعی که به زندگی و فرجام ما شکل می‌دهند، بالا می‌برد. ما از خنده برای مقابله با استرس استفاده می‌کنیم و کاهش استرس، مکانیسمی حیاتی برای تطابق فرد با بیماری است.

راهکارهایی برای برقراری ارتباط بهتر

تمام پزشکان باید به اهمیت هنر برقراری ارتباط در طول مصاحبه پزشکی توجه داشته باشند. ضروری است که تعاملات با بیماران حرفه‌ای، شرافتمندانه و صادقانه باشد. موارد مهم برای پزشکان در مورد تعاملات بیمار-پزشک در جدول ۴-۱ آمده‌اند. به طور مشابه، بیماران نیز به اهمیت بسیاری از همین موارد در تسهیل تصمیم‌گیری مشارکتی تأکید کرده‌اند (۴۶).

موارد زیر، چند دستورالعمل عمومی است که می‌تواند به بهبود ارتباط کمک کند:

۱. بیشتر گوش کنید و کمتر حرف بزنید.
۲. بیمار را ترغیب کنید که موضوعاتی را که درباره آنها صحبت می‌کند و برایش مهم است، پیگیری کند.
۳. رفتارهای سلطه‌گرانه مانند قطع سخن بیمار، دستور دادن و سخنرانی کردن را به حداقل برسانید.
۴. دنبال پرسش‌های بیمار باشید و به آنها پاسخ‌های کامل و قابل فهم بدهید.

می‌شود. عبارت استفاده موفقیت‌آمیز از درمان، مطرح‌کننده رویکردی مشارکتی‌تر است و می‌تواند هم به نقش پزشک و هم بیمار در درمان تأکید کند. در عین حال استفاده از این عبارت، موفقیت نهایی درمان را بدرستی به عهده بیمار می‌گذارد (۳۹). اگر دستوری برای مصرف یک داروی تجویز شده بدون صحبت درباره دلیل مصرف آن داده شود، بیماران ممکن است آن را مصرف نکنند؛ بخصوص اگر دستورات گیج‌کننده یا پیروی از آنها مشکل باشد. دشواری در پذیرش را ممکن است توسط ملاحظات عملی کنترل کرد: تقریباً همه می‌دانند که مصرف یک دارو چهار بار در روز، سخت‌تر از مصرف یک بار آن است. یک عامل عمده در پذیرش موفقیت‌آمیز بیمار، سادگی رژیم دارویی است (۴۰، ۴۱). عوامل تجربی تأثیرگذار بر استفاده موفقیت‌آمیز، عبارت‌اند از ملاحظات مالی، پوشش بیمه و حتی سواد خواندن و نوشتن (۴۲). گفتگو و فهم دلیل درمان همراه با فواید و خطرات بالقوه آن، اجزای ضروری استفاده موفقیت‌آمیز از درمان هستند؛ لیکن، ممکن است این کار در صورت وجود موانع عملی کافی نباشد. مشخص کردن اینکه کی و چگونه از دارو استفاده شود و اینکه در صورت فراموش کردن یک وعده چه کار باید کرد نیز بر استفاده موفقیت‌آمیز تأثیر می‌گذارد. برقراری ارتباط مثبت بین پزشک و بیمار، رابطه مستقیمی با تبعیت بیمار از توصیه‌های پزشکی دارد (۴۳).

روش ارائه اطلاعات، کلید اثربخشی آن است. همانطور که گفته شد، پزشک باید یک تعادل قدرت را در رابطه خود با بیمار شامل انجام گفتگوهای جدی درباره راهکارهای تشخیصی و درمانی در زمانی که بیمار کاملاً لباس‌هایش را پوشیده و رو در روی پزشک در یک اتاق خصوصی قرار گرفته ایجاد کند. زبان بدنی نیز در تعاملات با بیمار مهم است. پزشک باید از حالات توام با لاقیدی که می‌تواند به بیمار بی‌تفاوتی یا فقدان همدردی پزشک را نسبت به وضعیت او القا کند، خودداری کند. پزشک باید به‌طور مستقیم به بیمار نگاه کند و بیمار تصور نکند که «وی به دوردست‌ها خیره شده است».

خنده و شوخی

شوخی، جزئی ضروری در پیشبرد ارتباط باز است و می‌تواند مناسب یا نامناسب باشد. شوخی به‌جا به بیمار اجازه می‌دهد تا اضطراب خود را بیرون بریزد و بفهمد که (حتی در موقعیت‌های دشوار) خنده می‌تواند نشانه سلامت باشد (۴۴ و ۴۵). شوخی

جدول ۴-۱ موارد مهم در ارتباط بیمار-پزشک^a

رتبه	خدمات حمایتی پزشک	همیشه یا اغلب موارد (%)	به ندرت یا هیچگاه (%)
۱	پاسخ به سؤالات بیمار درباره بیماری و درمان، عوارض جانبی و فرجام احتمالی آن	۹۹	۱
۲	اطمینان از اینکه بیمار به روشنی توضیح پزشک درباره روش‌های درمانی را فهمیده است	۹۹	۱
۳	ترغیب بیمار به امیدواربودن و خوش‌بینی در مورد فرجام درمان	۹۵	۵
۴	تنظیم برنامه‌های درمانی برای افزایش پذیرش بیمار در مواردی که بیمار همکاری خوبی ندارد	۸۸	۱۲
۵	مشاوره مستقیم با اعضای خانواده	۸۷	۱۳
۶	ادامه خدمات به عنوان پزشک اصلی وقتی بیمار از یک مرکز دیگر خدمات درمانی تکمیلی دریافت می‌کند	۸۵	۱۵
۷	فراهم کردن امکان ارجاع به گروه‌های حمایت اجتماعی	۸۳	۱۷
۸	فراهم کردن وسایل آموزشی برای بیمار	۸۱	۱۹
۹	کمک به بیمار برای ایجاد روش‌هایی برای بالا بردن کیفیت زندگی خود	۷۴	۲۶
۱۰	یاری به بیمار در تعیین اینکه کدام یک از مکانیسم‌های تطابقی وی بیشتر از بقیه مفید هستند و کمک به فعال کردن آنها	۶۲	۳۸
۱۱	فراهم کردن امکان ارجاع به مراکز مشاوره روانشناختی	۵۷	۴۳

a. نتایج یک بررسی بر روی ۶۴۹ متخصص سرطان‌شناسی و نظر آنها درباره ارتباط بین بیمار و پزشک

آنها روش‌هایی هستند که در جستجوی «پنجره‌های فرصت» هستند (یعنی، گوش کردن دقیق و همراه با توجه و پاسخ یا پرسش در زمان‌های مناسب). این مهارت برقراری ارتباط، به خصوص در موشکافی مسائل روانشناختی و اجتماعی در طی مصاحبه‌های مختصر، موثر است. مهارت اصلی که به پزشک توان درک مشکلات بیمار را می‌دهد، توانایی در گوش کردن همراه با توجه است.

یک مصاحبه که امکان انتقال حداکثر اطلاعات را به پزشک فراهم می‌کند، به بهترین نحو از طریق رویکرد زیر به دست می‌آید (۹):

۱. شروع مصاحبه با یک سؤال باز.
۲. با شروع صحبت‌های بیمار، توجه نه فقط به پاسخ‌های او بلکه همچنین به عواطف و زبان بدنی او.
۳. مطرح کردن سؤال یا پیشنهاد دیگری و بدین وسیله ترغیب بیمار به ادامه صحبت.
۴. کلام بیمار را قطع نکنید و برای این کار از سکوت، تکان دادن سر یا نظرات کوتاه تسهیل‌کننده صحبت که بیمار را در حالی که پزشک به حرف‌های او گوش می‌دهد به

۵. نسبت به هر گونه احساس ناراحتی که در طی یک مصاحبه به وجود می‌آید هشیار باشید؛ تشخیص دهید که آیا این احساس از تلاش پزشک جهت کنترل مصاحبه نشأت می‌گیرد و در این صورت رفتار خود را اصلاح کنید.
۶. به بیماران اطمینان دهید که می‌توانند به طور کامل درباره مشکل خود با پزشک بحث و گفتگو کنند.
۷. تشخیص دهید که چه زمانی بیماران بیشتر از اینکه دنبال راه‌حل باشند، در جستجوی هم‌دردی و اعتبار بخشی به احساسات خود هستند. گاهی تمام چیزی که لازم است، حضور شما به عنوان یک انسان دلسوز است.

در انجام مصاحبه، برای پزشک مهم است که دغدغه‌های بیمار را در درک کند. با توجه به برنامه‌های فشرده کاری مطب پزشک، ممکن است برای گفتگوی کامل درباره بعضی موضوعات نیاز به ویزیت اضافی باشد. در بررسی‌های تکنیک‌های مصاحبه، نشان داده شده است که اگر چه پزشکان از روش‌های بسیاری استفاده می‌کنند، موفق‌ترین

کافی و در بعضی موارد خودداری از دادن اطلاعاتی که طبق نظر پزشک به صلاح بیمار نیست نیز ناشی شود.

اگر یافته‌های بالینی یا آزمون‌های قطعی کننده، قویاً مطرح کننده یک بیماری جدی باشند (برای مثال، بدخیمی)، اهمیت و فوریت این وضعیت باید به نحوی به بیمار انتقال داده شود که بیهوده سبب نگرانی یا ترس وی نشود. باید به هر سؤال بیمار، به طور صادقانه پاسخ داده شود (۴۸).

دادن زمان جهت پرسیدن سؤالات مهم است و برنامه‌ریزی یک ویزیت بعدی جهت بحث درباره گزینیه‌های درمانی پس از اینکه بیمار فرصت داشت تا گزینیه‌ها و توصیه‌های پزشک را در نظر بگیرد، اغلب ارزشمند است. بیمار باید ترغیب شود تا همسر خود یا یکی از اعضای خانواده را همراه خود بیاورد تا بدین وسیله از وی از نظر اخلاقی حمایت کند، به عنوان یک شنونده دیگر مشکلات بیمار را بشنود و آن را درک کند و در پرسیدن سؤالات به وی کمک کند. همچنین باید بیمار را ترغیب کرد تا سؤالات و دغدغه‌های خود را یادداشت کند و آن‌ها را در ویزیت بعدی همراه خود بیاورد؛ ممکن است موارد مهم به راحتی در طی ملاقات مطب به ذهن خطور نکنند. اگر بیمار خواستار یک عقیده دیگر است، همیشه باید با نظر مثبت به آن نگاه کرد. پزشک نباید از تلاش‌های بیمار جهت کسب اطلاعات و دانش احساس خطر کند.

اطلاعات ارزشمندی را می‌توان از طریق مصاحبه با سایر کارکنان و ارائه جزوات و موارد دیگری که جهت آموزش بیمار تهیه شده است ارائه کرد. بعضی مطالعات بیانگر این موضوع هستند که استفاده از جزوات در فهم بیماری و گزینیه‌های درمانی بسیار مهم هستند. مطالعات دیگر نشان داده‌اند که استفاده از نوارهای صوتی و تصویری و یا اطلاعات ارائه شده در یک پایگاه اینترنتی تأثیری مثبت بر دانش بیمار دارند و می‌توانند از اضطراب وی بکاهند.

سایت‌های پزشکی بیشماری وجود دارند که می‌توان از طریق اینترنت به آنان دسترسی پیدا کرد؛ اگرچه درستی اطلاعات ارائه شده توسط آنها متغیر است و باید پزشک قبل از توصیه‌های آنها به بیمار، به دقت مطالب آنها را مرور کند. پزشکان باید با منابع اینترنتی حاوی اطلاعات صحیح آشنا باشند و بتوانند آدرس‌های این سایت‌ها را در صورت تمایل بیمار، به وی بدهند (۴۹).

ادامه صحبت ترغیب می‌کند استفاده کنید.

۵. پزشک باید در طول مصاحبه، هرچند وقت یک‌بار، درک خود از شرح حال را خلاصه کند تا از صحیح بودن آن اطمینان یابد.

۶. در پایان مصاحبه توصیه‌ها و ارزیابی‌ها را به طور خلاصه جمع‌بندی کنید، با وی هم‌دلی کنید و نشان دهید که حرف‌های او را فهمیده‌اید.

توجه، برقراری ارتباط نزدیک و همکاری دوطرفه، مشخصات تکنیک‌های مصاحبه خوب هستند. سؤالات باز («چطور هستید؟» «اوضاع خانه چطور است؟» «این چه احساسی را در شما ایجاد می‌کند؟»)، به طور معمول مطلوب هستند، به خصوص وقتی که با مهارت‌های گوش کردن خوب همراه شوند (۴۷).

دلایل متعددی ممکن است منجر به ختم پیش از موعد مصاحبه و ناتوانی در گرفتن اطلاعات کامل از بیمار شوند. این مسئله ممکن است در اثر عدم تشخیص دغدغه‌های به خصوص بیمار، فراهم نکردن فرصت مناسب برای بحث و گفتگو، احساس معذب بودن پزشک از شریک شدن در احساسات بیمار یا احتمالاً عدم اعتماد به نفس پزشک در توانایی وی برای مواجهه با دغدغه‌های بیمار رخ دهد. یکی از عوامل اصلی که باعث کاهش موفقیت مصاحبه می‌شود، کمبود وقت است. دغدغه پزشک در این مورد مبتنی بر واقعیت است ولی پزشکان ماهر می‌توانند حتی در زمان کوتاه از طریق ترغیب بیمار برای برقراری ارتباط باز، تعاملات قابل ملاحظه‌ای را به وجود آورند.

بعضی بیماران فاقد اطلاعات صحیح درباره بیماری خود هستند. عدم فهم کامل از بیماری می‌تواند منجر به نارضایتی از روند درمانی، افزایش اضطراب، رنج و عذاب، مشکلات سازگاری با بیماری، درمان ناموفق و پاسخ ضعیف به درمان شود. با افزایش تقاضای بیماران برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیماری‌ها و درگیر شدن بیشتر در تصمیم‌گیری برای نحوه درمان خود و نیز همچنان که پزشکان تلاش می‌کنند تا مکالمه بازتری انجام دهند، مشکلات برقراری ارتباط شفاف و کارآمد بیشتر خود را نشان می‌دهند. اگر چه ظرفیت عقلانی، کارکنشگی در امور پزشکی، میزان انکار و اضطراب و مهارت‌های ارتباطی بیماران متغیر است، درک ضعیف بیمار می‌تواند از تکنیک‌های ضعیف ارتباطی پزشک، عدم زمان

پذیرفته نشده است، اگرچه افزایش استفاده از گوشی‌های هوشمند با اپلیکیشن مربوط به سلامت، نگهداری اطلاعات و داده‌ها مثل میزان فشار خون، لیست داروها و میزان فعالیت را توسط بیمار تسهیل می‌کند. ثبت سیکل قاعدگی امروزه جزئی از چالش است که به نام «خودارزیابی» نامیده می‌شود (۵۰ و ۵۱).

شرح حال

پس از یافتن شکایت اصلی و مشخصات بیماری فعلی، باید از بیمار شرح حال پزشکی گرفته شود. به طور وسیعی، این اطلاعات به صورت الکترونیک در گزارش پزشکی الکترونیکی در دسترس است ولی باید به تأیید بیمار برسد. این شرح حال باید شامل سابقه کامل طبی و جراحی، سابقه تولید مثلی (شامل سابقه قاعدگی و مامایی)، داروهای مصرفی فعلی او (شامل داروهای بدون نسخه و مکمل و جایگزین) و سابقه جامع خانوادگی و اجتماعی باشد.

در **جدول ۵-۱**، تکنیکی جهت اخذ اطلاعات درباره بیماری فعلی آمده است. پزشک باید در نظر بگیرد که افراد دیگر تیم مراقبت سلامت ممکن است در تکمیل ارزیابی و ارائه درمان مفید باشند. افراد تعامل کننده با بیمار در مطب - از متصدی پذیرش تا دستیارهای پزشکی، پرستاران، پرستاران با تجربه بالا (پرستاران متخصص یا نرس-ماماها) - همگی می‌توانند در درمان بیمار شریک باشند و ممکن است به اخذ اطلاعات یا بینشی اضافی کمک کنند و یا در پیگیری بیمار مفید باشند. در برخی بیمارستان‌های آموزشی، دستیاران یا دانشجویان پزشکی می‌توانند درمان را انجام داده و در مطب نیز با متخصص زنان همکاری کنند. نقشی که توسط هر کدام از این افراد در محیط مطب یا مراقبت سلامت بازی می‌شود، ممکن است به نظر بیمار نیاید؛ در این صورت باید اجزای مختلف تیم درمانی معرفی و در مورد نقش و عملکرد هر کدام از آنها با بیمار بحث و گفتگو شود. در بعضی موارد، ارجاع به یک متخصص تغذیه، درمان‌گر فیزیکی یا شغلی، مددکار اجتماعی، روانشناس، روانپزشک یا مشاور امور جنسی مفید خواهد بود. باید در صورت لزوم با این بالین‌گران و نیز پزشکان متخصص دیگر رشته‌ها مشاوره یا بیمار به آنان ارجاع داده شود. ماهیت رابطه بین متخصص زنان و مامایی با بیمار باید روشن شود. بعضی از زنان دارای یک پزشک مراقبت‌های اولیه هستند که برای مراقبت‌های

ارتباط بین بیمار و پزشک او همانند تمام جنبه‌های تعاملات اجتماعی، در معرض تغییر دائمی قرار دارد. وضعیت سلامت ما، امری پویاست و بر توانایی ما در برقراری ارتباط با دیگران (و از جمله گفتگوی بین بیماران و پزشکان) تأثیر می‌گذارد. **برقراری رابطه باز بین بیمار و پزشک می‌تواند در تمام بیماران به اثربخشی حداکثری تشخیص و درمان بیماری منجر شود و پذیرش بیمار را نسبت به دستورات پزشک، بالا ببرد.**

با قلب و روح سخن بگو

به هستی نگاه کن و به چیستی انسان پی ببر

با بازوانی گشاده پذیرای حقیقت باش

با اراده حرف بزنی؛ نشسته بر کرسی خرد

زیرا زندگی موهبتی الهی است

در لحظات سخت و دشوار، در جستجوی آرامش باش

خودت را رها کن

با اندیشه‌ای آزاد و شادی بخش

از زندان تن رها شو

شرح حال و معاینه فیزیکی

پس از شروع مکالمه، ارزیابی بیمار با گرفتن شرح حال کامل و در صورت نیاز، انجام معاینه فیزیکی ادامه می‌یابد. هر دوی این‌ها، به مبادله مطلوب بیمار-پزشک و توجه به جزئیات وابسته‌اند. در طی گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی، باید عوامل خطر که ممکن است نیازمند توجه خاص باشند تعیین شوند. این عوامل باید همراه با بیمار برای برنامه‌ریزی جهت مراقبت‌های درمانی آینده وی مرور شوند (فصل ۲۱).

بسته به محیط - مراقبت سرپایی در مطب، بستری شدن در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی - فرم‌های نوشته شده از قبل (اعم از نوشتاری یا الکترونیکی) ثبت یافته‌ها را تسهیل می‌کند. این فرم‌ها، عناصر مهم شرح حال پزشکی، خانوادگی و اجتماعی را یادآوری می‌کنند. بر ثبت الکترونیک موارد پزشکی چه در مطب و چه در بیمارستان افزوده شده است. با این حال، مشکل ما این است که نوشته‌های روی کاغذ یا الکترونیک، در همه موارد با هم همخوانی ندارند و هر دوی اینها گاهی غیرقابل دسترسی هستند. تلاش جهت به وجود آوردن پرونده‌های پزشکی که توسط بیمار نگاه‌داری می‌شود، هنوز به طور گسترده

۱. تکنیک مورد استفاده در گرفتن شرح حال از بیماری فعلی، بسته به بیمار، مشکل او و پزشک متفاوت است. به بیمار اجازه دهید تا درباره علامت اصلی خود صحبت کند. اگر چه این علامت ممکن است نشاندهنده مشکل حقیقی باشد یا نباشد (بسته به ارزیابی بعدی)، این علامت به طور معمول مهمترین دغدغه بیمار است و اغلب موارد دلیل اصلی مراجعه به پزشک را تشکیل می‌دهد. در طی مصاحبه، رابطه زمانی علامت اصلی را با کل دوره بیماری تعیین کنید. سؤالاتی از قبیل: «پس تا زمان ایجاد این علامت، شما کاملاً خوب بودید؟»، ممکن است منجر به آشکار شدن علائم دیگری شوند که ممکن است روزها، ماهها یا سالها قبل از علامت اصلی موجود بوده باشند. با پرسیدن سؤال به این صورت، بیمار ممکن است تاریخ اولین تظاهر بیماری را به یاد بیاورد. بیمار را ترغیب کنید که به طور آزادانه و خودجوش در مورد بیماری از زمان شروع آن صحبت کند. صحبت بیمار را قطع نکنید؛ مگر برای سؤالات مختصری از قبیل «کی شروع شد؟» و «چگونه شروع شد؟»، این سؤالات می‌توانند به ایجاد نظم زمانی در صحبت‌های بیمار کمک کنند. پس از اتمام صحبت خودجوش بیمار (و قبل از شروع مرحله بعدی مصاحبه)، پرسیدن سؤالاتی از قبیل «از زمان بیماری متوجه چه مشکلات دیگری شدید؟» مفید است. پاسخ به این سؤال ممکن است علائم دیگری را که هنوز توسط بیمار بازگو نشده‌اند، آشکار سازد. بنابراین، در مرحله اول مصاحبه، پزشک با علائم با زبان بیمار آشنا می‌شود و هیچ‌گونه سوگیری توسط سؤالات مستقیم پزشک به وجود نمی‌آید. اطلاعات مربوط به اهمیت علائم برای بیمار و واکنش عاطفی بیمار به علائم خودش نیز آشکار می‌شود.
۲. از آنجا که به طور معمول تمام اطلاعات مربوط به علائم با تکنیک‌های بالا آشکار نمی‌شوند، پس از مرحله ابتدایی مصاحبه، پزشک باید یک سری سؤالات مستقیم و با ذکر جزئیات درباره علائم توصیف شده توسط بیمار بپرسد. هر علامت را در مقطع زمانی مربوط به خودش قرار دهید و سپس هر کدام را مطابق راهنمایی‌های مربوط به تجزیه و تحلیل یک علامت، ارزیابی کنید. دقت کنید که سؤالات مستقیم شما، پیشنهادکننده جواب خاصی نباشد. این مسئله به خصوص در مورد سؤالاتی که ممکن است با «بله» یا «خیر» پاسخ داده شوند صدق می‌کند. اگر باید یک سؤال جهت‌دار از بیمار پرسیده شود، پاسخ را باید با دقت هر چه تمام‌تر مورد ارزیابی قرار داد. بیمار را در معرض سؤالات متقاطع تکراری قرار دهید تا مطمئن شوید که هدف پاسخ فقط تأمین رضایت شما نبوده است. در آخر، قبل از اتمام بررسی درباره یک علامت، درباره علائم دیگری که ممکن است در شرایط بالینی مشابه انتظار وقوع آنها را داشته باشید سؤال کنید. علائمی که به طور اختصاصی درباره آنها سؤال ولی توسط بیمار انکار می‌شوند، علائم منفی نام دارند. این علائم ممکن است احتمالات تشخیصی مطرح شده توسط علائم مثبت را تایید یا رد کنند.
۳. در این زمان، داده‌های به دست آمده توسط تکنیک‌های توصیف شده در دو مرحله قبل باید احتمالات تشخیصی متعددی را مطرح کنند. احتمالات را توسط جستجوی علائم یا وقایع دیگری که ممکن است جزئی از سیر طبیعی بیماری یا بیماری‌های مورد شک باشند، بیشتر مورد ارزیابی قرار دهید.
۴. علیرغم تمام این تکنیک‌ها، هنوز ممکن است علائم مهم متعددی در رابطه با بیماری فعلی از نظر دور مانده باشند؛ به ویژه اگر از نظر زمانی دور باشند و در ظاهر، نامربوط به علامت فعلی به نظر برسند. بنابراین، در این زمان مرور دستگاه‌های بدن ممکن است کمک قابل ملاحظه‌ای در به یاد آوردن این علائم کند. در صورت ارائه پاسخ مثبت از جانب بیمار در هر کدام از دستگاه‌های بدن، باید پزشک بلافاصله سؤالات بیشتری را با ذکر جزئیات بپرسد.
۵. در سرتاسر بخشی از مصاحبه که مربوط به بیماری فعلی است، عوامل زیر را در نظر بگیرید:
 - a. علت احتمالی هر علامت یا بیماری مانند استرس هیجانی، عفونت، تئوپلاسما، به اظهارات بیمار درباره عوامل ایجادکننده، بی‌توجهی نکنید. هر جمله را به دقت بررسی کنید و از آن به عنوان پایه‌ای جهت تحقیق و بررسی بیشتر استفاده کنید. اگر علائم به یک عفونت خاص اشاره می‌کنند، به طور مستقیم درباره آب، شیر و غذاهای مصرفی، مواجهه با بیماری‌های مسری، حیوانات، یا حیوانات خانگی، منابع بیماری منتقله از راه جنسی، یا سکونت یا مسافرت به مناطق حاره یا دیگر نقاط شناخته شده عفونت پرس و جو کنید. در هر کدام از موارد بالا، در صورت امکان زمان مواجهه، دوره کمون و علائم تهاجم (علائم پیش درآمد [prodromal]) را تعیین کنید.
 - b. شدت بیماری فرد که از طریق وجود علائم سیستمیک مانند ضعف، خستگی، کاهش وزن یا تغییر در عادات شخصی در مورد آن قضاوت می‌شود. این عادات عبارت‌اند از تغییر در خواب، خوردن، مصرف مایعات، حرکات روده، فعالیت‌های اجتماعی، ورزش یا کار. زمان نهایی را که بیمار کارش را ترک کرده یا در بستر افتاده است، یادداشت کنید. آیا بیمار به طور مداوم مجبور به استراحت در بستر بوده است؟
 - c. از طریق مشاهده چگونگی بازگو کردن شرح حال و نیز رفتار غیرکلامی بیمار، واکنش روانشناختی وی را نسبت به بیماریش (اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری، ترس) مشخص سازید. پاسخ به سؤالی از قبیل «آیا هیچ‌گونه نظر یا ترسی نسبت به مشکل احتمالی خود دارید؟»، ممکن است کلیدهای مهمی در رابطه با فهم و احساس بیمار درباره بیماری‌اش به دست دهد و پاسخ بیمار ممکن است به درمان مشکل بیمار کمک کند و به پزشک توانایی رهنمود دادن را مطابق فهم بیمار از بیماری‌اش بدهد.

انجام آرام و بدون ترومای معاینه توجه داشت، در افرادی که سابقه قبلی تروما داشته‌اند، انجام معاینه زنان می‌تواند باعث یادآوری آن خاطرات شده یا دوباره باعث تروما شود. باید به زنان گفته شود که اگر معاینه برای آنها خیلی سخت بود می‌توانند درخواست توقف انجام معاینه را نمایند. برای زنانی که نخستین بار تحت معاینه ژنیکولوژی قرار می‌گیرند، بهتر است پرسیم که درباره معاینه ژنیکولوژی چه مطالبی شنیده‌اند، و یا می‌توانیم بگوییم: «اکثر زنان، قبل از نخستین معاینه، مضطرب هستند، ولی پس از معاینه، اکثر آنان این معاینه را ناراحت‌کننده توصیف می‌کنند».

معاینه شکمی

در حالی که بیمار به پشت خوابیده است، باید تلاش شود که وی تا حد امکان راحت باشد. سر بیمار باید به سمت عقب خم شود و به آرامی توسط یک بالش حمایت شود تا وی عضلات شکمی خود را سفت نکند. خم کردن زانوها می‌تواند به آرام‌بخشی بیمار کمک کند.

شکم باید از نظر نشانه‌های یک توده داخل شکم، بزرگ بودن اعضا (ارگانومگالی) یا اتساعی که برای مثال مطرح‌کننده آسیت یا انسداد روده‌ای است لمس شود. اگر سمع صداهای روده برای مشخص کردن ماهیت این صداها لازم باشد، باید پیش از لمس انجام گیرد. فرکانس صداهای روده‌ای و کیفیت آنها باید ذکر شود. در بیمار مبتلا به انسداد روده‌ای ممکن است «همهمه» و نیز گاهی یک صدای زیر سمع شود. صداهای روده‌ای مرتبط با ایلئوس ممکن است تناوب کمتری داشته باشند ولی زیر و بمی آنها مانند صداهای طبیعی روده باشد.

شکم از نظر سنجش اندازه و شکل کبد، طحال و دیگر اجزای شکمی لمس می‌شود. دق شکم قبل از لمس ممکن است ارگانومگالی را مطرح کند. شواهد مبتنی بر پُری یا اثر توده باید مورد توجه قرار گیرند. این مسئله به خصوص در ارزیابی بیماران که ممکن است دارای یک توده لگنی باشند و نیز در تعیین میزان درگیری چادرینه^۱ (برای مثال در سرطان متاستاتیک تخمدان) اهمیت دارد. وجود پُری در قسمت فوقانی شکم می‌تواند منطبق با یک «کیک

اولیه خود به وی متکی هستند. زنان دیگر، بخصوص زنان سالم در سن باروری، از پزشک متخصص زنان و مامایی خود انتظار انجام این وظیفه را دارند. راحتی پزشک با این نقش، باید در ویزیت ابتدایی مورد بحث قرار گیرد و روشن شود و در صورت لزوم در طول درمان، مورد بازنگری قرار گیرد. این موارد در بخش III، مراقبت درمانی پیشگیرانه و اولیه (فصل‌های ۲۱ و ۲۲) مورد بحث قرار گرفته‌اند. بررسی‌های آزمایشگاهی برای مراقبت معمول و عوامل پرخطر در فصل ۲۱ آمده است.

معاینه فیزیکی

یک معاینه فیزیکی ژنیکولوژی جامع باید به طور معمول در اولین ویزیت، به طور دوره‌ای و هر زمانی که در طول دوره درمان لازم شد انجام گیرد (جدول ۶-۱). حدود معاینه فیزیکی به طور معمول توسط دغدغه‌ها و علائم اصلی بیمار تعیین می‌شود. برای مثال، در نوجوانان سالم بدون علامت که خواستار مصرف ضدبارداری‌های خوراکی قبل از شروع مقاربت جنسی هستند، لزوماً نیازی به انجام معاینه ژنیکولوژیک نیست. متخصصین زنان معمولاً معاینه سالیانه لگن جهت غربالگری شرایط بدون علامت را توصیه کرده‌اند، اگرچه شواهد مبنی بر مفید بودن معاینه غربالگری زیر سؤال است (۵۲ و ۵۳). کالج امریکایی زنان و مامایی، ویزیت سالیانه را به عنوان فرصتی برای زنان و متخصصین آنها جهت بحث در مورد انجام معاینه، توصیه می‌کند (۵۴). در حالی که قویاً از تصمیم مشترک پیرامون معاینات لگنی سالیانه برای زنان بدون علامت حمایت می‌شود، زنانی که علائمی دال بر بیماری ژنیکولوژیک دارند، از جمله مشکلات قاعدگی، ترشحات واژینال، بی‌اختیاری، ناباروری یا درد لگن، باید تحت معاینه لگن قرار گیرند (۵۴). بعضی از جنبه‌های معاینه - مانند اندازه‌گیری علائم حیاتی و نیز قد، وزن و فشارخون و محاسبه شاخص توده بدنی - باید به طور معمول در اغلب ویزیت‌های بیمار در مطب انجام گیرند. به طور معمول، معاینه پستان، شکم و معاینه کامل لگن، اجزاء اساسی معاینه زنان در نظر گرفته می‌شوند.

قبل از انجام معاینه لگن در زنان و در حالی که بیمار هنوز لباس کامل بر تن دارد، باید در مورد تجربیات قبلی وی در مورد معاینه، سؤال شود. آیا اولین معاینه زنان وی است؟ آیا معاینه قبلی وی مشکل یا دردناک بوده است؟ آیا قبلاً مورد سوء استفاده فیزیکی یا جنسی قرار گرفته است؟ در حالی که همیشه باید بر

1- omentum

جدول ۶-۱ روش معاینه لگنی خانمها

<p>به بیمار گفته می‌شود که مثانه‌اش را خالی کند. بیمار در وضعیت لیتوتومی قرار می‌گیرد (شکل ۱-۱) و به طور مناسب پوشانده می‌شود. پزشک بسته به ترجیح خود، دستکش را در دست راست یا چپ خود می‌کند. ناحیه لگنی در معرض نور کافی و معاینه کننده رو به بیمار قرار می‌گیرد. ترتیب پیشنهادی جهت معاینه لگنی در زیر آمده است:</p>
<p>A. دستگاه تناسلی خارجی</p> <p>۱. ناحیه عانه، لب‌های بزرگ، لب‌های کوچک، جسم پرینه‌ای و ناحیه مقعد را از نظر مشخصات پوست، توزیع مو، شکل و تورم مشاهده کنید. هر مورد غیرطبیعی را لمس کنید.</p> <p>۲. لب‌های بزرگ را توسط انگشت‌های اشاره و میانی دستی که دستکش دارد از هم جدا کنید و مشخصات اپیدرمی و مخاطی و شکل آناتومیک ساختمان‌های زیر را به ترتیبی که بیان شده مشاهده کنید:</p> <p>a. لب‌های کوچک</p> <p>b. کلیتوریس</p> <p>c. منفذ پیشابراه</p> <p>d. مدخل مهبل (introitus)</p> <p>e. پرده بکارت</p> <p>f. جسم پرینه‌ای</p> <p>g. مقعد</p> <p>۳. در صورت شک به بیماری غدد اسکن (skene)، غده را توسط دوشیدن سطح زیرین پیشابراه از طریق دیواره قدامی مهبل از نظر ترشحات غیرطبیعی لمس کنید. ترشحات خارج شده را توسط مشاهده زیر میکروسکوپ و کشت بررسی کنید.</p> <p>در صورت وجود سابقه تورم لب‌ها، انگشت شست خود را بر روی بخش خلفی لب‌های بزرگ و انگشت اشاره را در منفذ مهبل قرار دهید و غده بارتولن را از نظر وجود بیماری لمس کنید. به علاوه، در صورت وجود کیست‌های سباسه‌ای، می‌توان آنها را در لب‌های کوچک لمس کرد.</p>
<p>B. مدخل مهبل</p> <p>از بیمار بخواهید در حالی که هنوز لب‌ها توسط انگشتان میانی و اشاره از هم جدا شده‌اند، به سمت پایین زور بزند. به پایین آمدن دیواره قدامی مهبل در صورت وجود سیستوسل یا برآمدگی دیواره خلفی در صورت وجود رکتوسل یا انتروسل توجه کنید. برآمدگی هر دوی این قسمت‌ها، ممکن است نشانه پایین افتادگی کامل رحم باشد.</p> <p>ارزیابی بیشتر ساختمان حمایتی دهانه خروجی لگن توسط معاینه دو دستی لگنی انجام می‌شود.</p>
<p>C. مهبل و دهانه رحم</p> <p>مشاهده مهبل و دهانه رحم با استفاده از یک اسپکولوم باید همواره قبل از لمس صورت گیرد. در صورت نیاز به گرفتن نمونه از مهبل یا دهانه رحم برای آزمایش یا کشت، اسپکولوم را با آب شیر گرم کنید و از آغشته کردن آن به ماده لیزکننده خودداری کنید.</p> <p>اسپکولومی با اندازه مناسب انتخاب (شکل ۲-۱) و آن را گرم و آغشته به ماده لیزکننده (در صورت عدم وجودکنتراندیکاسیون) کنید. اسپکولوم را در حالی که لبه‌های آن مایل، بسته و به پرینه فشار وارد می‌آورند داخل منفذ مهبل ببرید. اسپکولوم را به موازات دیواره خلفی مهبل حرکت دهید و پس از اینکه به طور کامل داخل شد، تیغه‌ها را به وضعیت افقی بچرخانید و آنها را باز کنید. اسپکولوم را جابه‌جا کنید تا دهانه رحم از بین دو تیغه دیده شود. به آرامی اسپکولوم را در امتداد محور طولی خود بچرخانید تا تمام سطوح مهبل و دهانه رحم مورد مشاهده قرار گیرند.</p> <p>۱. مهبل را از نظر موارد زیر مشاهده کنید:</p> <p>a. وجود خون</p> <p>b. ترشحات. ترشحات باید برای تشخیص تریکومونیاژیس، مونیلیا و سلول‌های کلیدی و از نظر تهیه کشت (به طور عمده جهت بررسی گنوکوک و کلامیدیا) مورد مطالعه قرار گیرند.</p> <p>c. مشخصات مخاطی (یعنی؛ رنگ، ضایعات، میزان عروق سطحی و ادم) ضایعه ممکن است به اشکال زیر باشد:</p> <p>۱. التهابی - قرمزی، تورم، آگزودا، زخم، وزیکول</p> <p>۲. نتوپلاستیک</p>

جدول ۱-۶ روش معاینه لگنی خانم‌ها (ادامه)

۳. عروقی
۴. رنگدانه‌دار - تغییر رنگ آبی که در حاملگی دیده می‌شود (نشانه چادویک)
۵. متفرقه (برای نمونه، اندومترئوز، ضایعات ناشی از ضربه و کیست‌ها)
d. ناهنجاری‌های ساختمانی (مادرزادی و اکتسابی)
۲. دهانه رحم را از نظر همان عواملی که در بالا در مورد مهبل گفته شد، مشاهده کنید. به توصیه‌های زیر در مورد مشاهده دهانه رحم توجه کنید:
a. خونریزی غیرطبیعی از مجرای دهانه رحم غیر از زمان قاعدگی، نیاز به ارزیابی از نظر وجود نئوپلازی‌های دهانه رحم یا رحم دارد.
b. ضایعات التهابی با یک ترشح مخاطی-چرکی از سوراخ دهانه رحم و قرمزی، تورم و زخم‌های سطحی سطح دهانه رحم مشخص می‌شوند.
c. پولیپ‌ها ممکن است از سطح دهانه رحم یا مجرای دهانه رحم منشاء بگیرند و از مهبل بیرون بزنند. پولیپ‌ها ممکن است التهابی یا نئوپلاستیک باشند.
d. کارسینوم دهانه رحم ممکن است تغییر عمده‌ای در مشخصات ظاهری دهانه رحم ایجاد نکند یا به صورت ضایعاتی با ظاهری شبیه یک التهاب خود را نشان دهد. بنابراین، باید در صورت شک به وجود نئوپلازی، بیوپسی انجام شود.
D. معاینه دو دستی
محدوده اعضای لگنی را می‌توان توسط لمس دو دستی مشخص کرد؛ معاینه کننده یک دست خود را بر روی دیواره تحتانی شکم و انگشت (ها) (یک یا دو انگشت) (شکل ۳-۱) دست دیگر را درون مهبل (یا مهبل و رکتوم در معاینه رکتوواژینال) (شکل ۴-۱) قرار می‌دهد. از هر کدام از دست‌های چپ یا راست می‌توان برای لمس مهبل استفاده کرد. تعداد انگشتان داخل شده در مهبل توسط سهولت ورود انگشتان، اندازه و قابلیت انعطاف مهبل و وزن بیمار تعیین می‌شود. برای مثال، ممکن است بهترین تکنیک معاینه بیماران نوجوان، لاغر و پیر معاینه تک‌انگشتی باشد.
۱. انگشت اشاره آغشته به ماده لیزکننده و در بعضی بیماران دو انگشت اشاره و میانی را از سطح خلفی مهبل در نزدیکی پرینه داخل مهبل کنید. قدرت پرینه را توسط فشار دادن پرینه به سمت پایین و درخواست از بیمار برای زور زدن به سمت پایین امتحان کنید. این روش ممکن است سیستوسل یا رکتوسل و پایین افتادگی رحمی را که تاکنون مخفی بود، آشکار سازد.
انگشتان را آنقدر در امتداد دیواره خلفی پیش ببرید تا به دهانه رحم برسید. به هرگونه ناهنجاری در ساختمان یا حساسیت مهبل یا دهانه رحم به لمس توجه کنید.
۲. دست شکی را که در ناحیه تحت ناف قرار گرفته است، بسیار آرام به سمت پایین فشار دهید و ساختمان‌های لگنی را به سمت انگشتان داخل مهبل برانید. حرکت دو دست را با هم هماهنگ و تنه رحم را از نظر موارد زیر، ارزیابی کنید:
a. موقعیت قرارگیری
b. ساختمان، اندازه، شکل، تقارن، تومور
c. قوام
d. حساسیت به لمس
e. قابلیت تحرک
در صورت یافتن تومورها، آن‌ها را از نظر مکان، ساختمان، قوام، حساسیت به لمس، قابلیت حرکت و تعداد، مورد ارزیابی قرار دهید.
۳. لمس دودستی را ادامه دهید و دهانه رحم را از نظر موقعیت قرارگیری، ساختمان، قوام و حساسیت به لمس؛ به خصوص در هنگام حرکت دادن دهانه رحم ارزیابی کنید. به حساسیت برگشتی در این زمان توجه کنید. سپس انگشتان داخل مهبل باید فورنیکس‌های قدامی، خلفی و جانبی را مورد بررسی قرار دهند.
۴. انگشت (های) «مهلی» را در فورنیکس جانبی راست و دست «شکی» را روی ربع راست تحتانی شکم قرار دهید. دست شکی را به آرامی به سمت انگشتان مهلی به پایین حرکت دهید تا حدود ضمام رحم (آدنکس‌ها) مشخص شود.
لوله رحم در حالت طبیعی قابل لمس نیست. یک تخمدان طبیعی (با اندازه حدوداً ۳×۲×۴ سانتی‌متر، حساس، سفت و کاملاً متحرک) اغلب با لمس پیدا نمی‌شود. در صورت یافتن یک توده در ضمام، آن را از نظر موقعیتش نسبت به رحم و دهانه رحم، ساختمان، قوام، حساسیت به لمس و قابلیت تحرک ارزیابی کنید.