

فهرست

مقدمه	۵
پیشگفتار	۷
فصل ۱ رویکرد به مواجهه بالینی	۹
فصل ۲ مصاحبه، برقراری ارتباط و مهارت‌های بین فردی	۳۷
فصل ۳ تاریخچه سلامتی	۵۷
فصل ۴ معاینه جسمی	۸۵
فصل ۵ علت یابی، ارزیابی، و طرح‌ریزی بالینی	۱۰۳
فصل ۶ غربالگری و حفظ سلامت	۱۲۱
فصل ۷ ارزیابی شواهد بالینی	۱۵۱
فصل ۸ ارزیابی کلی، علائم حیاتی و درد	۱۶۵
فصل ۹ شناخت، رفتار و وضعیت روانی	۱۸۷
فصل ۱۰ پوست، مو، و ناخن	۲۱۱
فصل ۱۱ سر و گردن	۲۴۹
فصل ۱۲ چشم	۲۵۷
فصل ۱۳ گوش و بینی	۲۷۵
فصل ۱۴ گلو و حفره دهان	۲۹۱
فصل ۱۵ قفسه سینه و ریه‌ها	۳۰۳
فصل ۱۶ دستگاه قلبی - عروقی	۳۳۱
فصل ۱۷ دستگاه عروق محیطی	۳۶۷
فصل ۱۸ پستان و زیربغل	۳۸۷
فصل ۱۹ شکم	۴۰۵
فصل ۲۰ دستگاه تناسلی مرد	۴۳۷
فصل ۲۱ اندام تناسلی زن	۴۵۳
فصل ۲۲ مقعد، رکتوم و پروستات	۴۷۵
فصل ۲۳ سیستم عضلانی - اسکلتی	۴۸۷
فصل ۲۴ دستگاه عصبی	۵۴۹
فصل ۲۵ بررسی کودکان: شیرخوارگی تا نوجوانی	۶۰۹
فصل ۲۶ زن باردار	۶۷۵
فصل ۲۷ سالمندان	۷۱۹
نمایه	۷۶۱

به نام نامی او

خوش است خلوت اگر یار، یار من باشد نه من بسوزم و او شمع انجمن باشد

قریب پنجاه سال است که عضوی از خانواده پزشکی هستیم. استادان زیادی را دیده‌ام که در گذشته که وسایل پیشرفته تشخیصی وجود نداشت، تشخیص بیماری را با یک معاینه فیزیکی و شرح حال دقیق انجام می‌دادند. مثلاً تومور لوب فرونتال مغز را با یک معاینه عصبی تشخیص می‌دادند و در رشته این‌جانب بزرگانی مانند مرحوم پرفسور معصومی بودند که با یک گوشی و حداکثر یک نوار قلب و رادیوگرافی قفسه سینه، بیماری را تشخیص می‌دادند و اصرار داشتند ما به سمپولوژی دقت بیشتری بکنیم. در گذشته که کتاب‌های پزشکی بین‌المللی کم بود، دانشجویان فقط با استفاده از جزوات استادان آموزش می‌دیدند. ولی در عوض، معاینه فیزیکی را به خوبی فرا می‌گرفتند و بعد از فارغ‌التحصیلی کارایی زیادی داشتند.

امروز، علی‌رغم توسعه روزافزون تکنولوژی، پزشکی عمومی کارایی زیادی در رشته‌های مختلف ندارد و نمی‌تواند تصمیم‌گیری کامل داشته باشد. چون سمپولوژی جای کوچکی را در آموزش پزشکی دارد و استادان قدیمی همه رفته‌اند و استادان امروزی به دلیل عدم فرصت کافی، کمتر وقت صرف آموزش پزشکی به دانشجویان در سال چهارم و پنجم و ششم دوره پزشکی می‌کنند. امروزه دیگر لمس بیمار، گرفتن نبض، لمس قلب، سمع قلب و ریه، گردن و شکم جایی در امور پزشکی ندارند.

گوشی پزشکی فقط برای گرفتن فشارخون به کار می‌رود. حتی متخصص قلب هم گاهی به سمع قلب مریض نمی‌پردازد و فوراً به تکنولوژی و وسایل گران‌قیمت تشخیصی رو می‌آورد. این در حالی است که امروزه در کشورهای پیشرفته، به اهمیت بالای سمپولوژی توجه می‌شود و کتاب‌های زیادی در این رابطه نوشته شده‌اند.

کتاب سمیولوژی باربارا بیتز یکی از بهترین کتاب‌های سمیولوژی است و مطالعه این کتاب برای همه دانشجویان و پزشکان عمومی واجب است. انتشارات معظم ارجمند با همکاری مترجمان متخصص و توانمند، راهنمای جیبی معاینه فیزیکی باربارا بیتز را در کنار نسخه اصلی آن منتشر کرده است. این نسخه جیبی و همراه، در هنگام معاینه بیمار می‌تواند به راحتی در دسترس پزشک و راهنمای وی باشد. ترجمه کتاب نیز در سطح مطلوبی قرار دارد که آن را برای تمامی خوانندگان قابل استفاده کرده است. آرزوی سعادت و موفقیت را برای تمامی عزیزانی که دست‌اندرکار انتشار این کتاب بوده‌اند دارم.

دکتر منوچهر قارونی

زمستان ۱۴۰۰

پیشگفتار

ویرایش نهم کتاب راهنمای جیبی معاینه فیزیکی و گرفتن شرح حال بار بار ایتز، کتابی مختصر و قابل حمل، و با فصل‌های جدیدی است که حوزه‌های تازه‌ای را نظیر آموزش و تمرین مهارت‌های بالینی پوشش می‌دهند. این راهنما:

- مواجهه با بیمار و عناصر اساسی آن را معرفی می‌کند.
- چارچوبی برای ارتباط پیشرفته و مهارت‌های بین فردی ارائه می‌کند.
- چگونگی مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال را توصیف می‌کند.
- مراحل مختلف معاینه بالینی را در هر یک از نواحی مختلف بدن شرح و بسط می‌دهد.
- یافته‌های جسمی رایج، طبیعی و غیرطبیعی را نشان می‌دهد.
- رویکردی مرحله‌بندی شده را برای فرایند استدلال بالینی ارائه می‌دهد.
- برای کمک به شناسایی یافته‌های شایع و خاص، کمک‌های بصری و جدول‌های مقایسه‌ای ارائه می‌کند.

از جمله نکات برجسته این ویرایش نهم، الگوریتم‌های تشخیصی بالینی برای علائم و نشانه‌های رایج است که در انتهای هر یک از فصول مربوط به معاینه ناحیه‌ای گنجانده شده است. هدف این الگوریتم‌ها آن است که با نظم بخشیدن به فرایند تفکر، تصمیم‌گیری بالینی را تسهیل کنند. این موارد نه قواعدی نهایی، که نمونه‌هایی هستند که بالینگر می‌تواند در فرایند تصمیم‌گیری خود از آنها الگو بگیرد، اما ملزم به پیروی از آنها نیست. به خاطر داشته باشید که هر بیماری که با مجموعه‌ای از علائم به شما رجوع می‌کند ویژگی‌های منحصر به فرد خودش را دارد. الگوریتم‌های مورد استفاده در این کتاب صرفاً نقش راهنمای تشخیصی را برای یادگیری بهتر دارند، و نباید آنها را تنها چارچوب‌های موجود برای تشخیص و درمان بیماران در نظر گرفت.

راهنمای جیبی را نباید منبعی اصلی برای یادگیری اصول مواجهه با بیمار و مهارت‌های شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی در نظر گرفت. زیرا این کتاب بسیار مختصر است. بلکه هدف این کتاب آن است که کلیات معاینه فیزیکی و اصول معاینه جمعیت‌های خاص را به پزشک یادآوری کند، و بنابراین نقش منبعی مختصر، قابل حمل و در دسترس را خواهد داشت. می‌توان از راهنمای جیبی به

روش‌های مختلفی بهره برد:

- مرور و یادآوری عناصر مختلفی که باید در مواجهه بیمار- بالینگر مدنظر قرار گیرند.
- مرور و یادآوری محتویات شرح حال بیمار. مرور و اجرای روش‌های معاینه.
- جست‌وجوی اقدامات یا روش‌های معاینه‌ای مربوط به نواحی مختلف بدن، با توجه به موقعیت.
- مرور انواع رایج ناهنجاری‌های معمول و نادر.
- هنگامی که معاینه کننده بداند که باید دنبال چه چیزی بگردد، چه صدایی را بشنود یا چه چیزی را لمس کند، مشاهده دقیق و نتیجه‌بخش خواهد بود.
- جست‌وجوی اطلاعات بیشتر در مورد یافته‌های احتمالی، از جمله ناهنجاری‌ها و معیارهای طبیعی بودن.
- مرور توصیه‌های بالینی مربوط به غربال‌گری، حفظ سلامت و پیش‌گیری از بیماری.



رویکرد به مواجهه بالینی

رویکرد به مواجهه بالینی

رویکرد به مواجهه بالینی هم پزشک محور و هم بیمار محور می‌باشد (شکل ۱-۱).

- رویکرد پزشک محور بیشتر بر علائم تمرکز دارد و بر بیماری پاتولوژیک متمرکز است.
- رویکرد بیمار محور راهنمایی بیمار در خصوص فهم افکار، عقاید، نگرانی‌ها و خواسته‌های وی را پیگیری می‌کند و برداشت شخصی در خصوص علایم و بیماری بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد.

تعادل بین این دو قسمت اصلی منجر به مصاحبه بالینی مؤثر در مواجهه با بیمار می‌شود.



شکل ۱-۱. راهنماهای تقویت شده شده Calgary- Cambridge

ساختار کلی و توالی مواجهه بالینی

به طور کلی، مواجهه بالینی از ورای مراحل متعددی عبور می‌کند (جدول ۱-۱). در طول این توالی شما باید همیشه با احساسات بیمار هماهنگ شوید، به بیمار کمک کنید تا آنها را بیان کند، به محتوای آنها پاسخ دهد و اهمیت آنها را تصدیق کنید.

جدول ۱-۱. مراحل مواجهه بالینی

مرحله ۱: شروع ملاقات

- اتاق را آماده کنید/ آماده‌سازی
- به بیمار خوش آمد بگویید و ارتباط اولیه را برقرار کنید.

مرحله ۲: جمع‌آوری اطلاعات

- جمع‌آوری اطلاعات را آغاز کنید.
- دید بیمار در مورد بیماری را جستجو کنید.
- دید بیومدیكال بیماری از جمله مفاد و زمینه مرتبط با آن را جستجو کنید.

مرحله ۳: انجام معاینه فیزیکی

مرحله ۴: شرح و برنامه‌ریزی

- تهیه میزان و نوع صحیح اطلاعات
- در مورد نقشه عمل و برنامه مذاکره کنید.
- تصمیمات مشترک گرفته شده را دنبال کنید.

مرحله ۵: اتمام ملاقات

مرحله ۱: شروع ملاقات

- اتاق را مرتبط و جهت مصاحبه آماده کنید. ظاهر خود را بررسی کنید. مطمئن شوید که بیمار راحت است و محیط جهت اشتراک اطلاعات شخصی مناسب می‌باشد.
- محیط را مساعد کنید. همیشه خصوصی بودن مسائل بیمار را در نظر داشته باشید. پرده‌های جانبی تخت بیمار را بکشید. به جای مصاحبه با بیمار در حضور فرد دیگر، به او پیشنهاد مصاحبه در یک اتاق خصوصی را بدهید. فاصله‌ای را انتخاب کنید که مکالمه را راحت می‌کند و اجازه تماس چشمی خوب را می‌دهد.

- مرور پرونده پزشکی. قبل از دیدن بیمار، به گزارش پزشکی الکترونیک بیماری (EHR) و نگاهی بیاندازید. این گزارش، اغلب اطلاعات با ارزشی درباره تشخیص‌ها و درمان‌های قبلی به دست می‌دهد؛ با این وجود ممکن است آن اطلاعات ناقص باشد یا حتی با آنچه که شما از بیمار بدست آورده‌اید مطابقت نداشته باشد، بنابراین پذیرای پیدایش ایده‌ها یا رویکردهای تازه باشید.
- مصاحبه را با هدف انجام دهید. هدف‌های خود را از مصاحبه روشن کنید. یک پزشک باید بین «اهداف مصاحبه‌گر - محور»^۱ و «اهداف بیمار - محور»^۲ تعادل برقرار کند. وظیفه پزشک، برقراری تعادل بین این دستورکارهای متعدد است.
- با بیمار احوالپرسی کنید. در شروع با بیمار احوالپرسی کنید و او را با نام صدا کنید و خودتان را با نام معرفی کنید. در صورت امکان به او دست بدهید. اگر این اولین برخورد شما با او است نقش خود را توصیف کنید، از جمله موقعیت خود را به عنوان یک دانشجوی پزشکی و اینکه در درمان وی چه نقشی خواهید داشت. تا آنجا که امکان دارد، اجازه دهید بیماران به شما بگویند که چگونه دوست دارند مورد خطاب قرار گیرند.
- پزشکان باید از تمام بیماران، اسم و ضمیر جنسی ترجیحی را سؤال کنند. از صدا کردن بیمار با اسم کوچک اجتناب کنید مگر اینکه از جانب بیمار این اجازه به شما داده شده باشد.
- هنگامی که از بیماران در مورد ضمیر خطابی سؤال می‌کنید، اشتراک ضمیر خودتان با بیمار کمک کننده خواهد بود، بپرسید: «چه ضمیر جنسی استفاده می‌کنید؟» به عنوان مثال: «من او (مرد) / او (زن) / شما را به کار می‌برم.»
- رابطه دوستانه اولیه را برقرار کنید (جدول ۱-۲). اقدامات متعدد جهت برقراری رابطه دوستانه عبارتند از:
 - حفظ رازداری. اجازه بدهید که بیمار راجع به حضور یا عدم حضور همراهان یا اعضای خانواده‌اش در اتاق معاینه تصمیم بگیرد، و قبل از آغاز مصاحبه نظر بیمار را در این مورد جویا شوید.

- به راحتی بیمار توجه داشته باشید. احساس بیمار را جویا شوید و ببینید که آیا زمان مناسبی را برای مصاحبه انتخاب کرده‌اید. به علائم حاکی از ناراحتی بیمار، نظیر تغییر وضعیت مکرر یا تغییر حالت چهره که نشانگر درد یا اضطراب است، توجه داشته باشید. تنظیم تخت بیمار ممکن است او را راحت‌تر سازد.
- اتاق معاینه را به بهترین شکل ممکن ترتیب دهید. فاصله صندلی شما با بیمار باید به حدی باشد که مکالمه بین شما و او راحت باشد و بتوانید با او تماس چشمی خوبی برقرار سازید. سعی کنید چشمان شما و بیمارتان در یک سطح قرار داشته باشد. هر گونه سد فیزیکی، نظیر میز تحریر، یا میز کوچک کناری یا صفحه کامپیوتر را از سر راه خودتان و بیمار بردارید.
- توجه کامل خود را به بیمار بدهید. برای مکالمات کوتاه، وقت کافی بگذارید تا بیمار احساس راحتی کند. در صورت لزوم، به جای نوشتن گزارش به شکل چهارچوب نهایی، عبارت کوتاه، تاریخ‌های خاص، یا کلمات را فوراً یادداشت کنید. تماس چشمی خوب خصوصاً هنگام استفاده از گزارش الکترونیک سلامت، برقرار کنید و هر وقت که بیمار درباره موضوعات حساس یا ناراحت کننده صحبت می‌کند، قلم خود را روی میز بگذارید یا تایپ کردن را متوقف کنید و به او توجه کنید.

جدول ۱-۲. ایجاد رابطه دوستانه با بیماران در گروه‌های سنی مختلف

جمعیت خاص	رویکرد عمومی اولیه
نوزادان و شیرخواران	<ul style="list-style-type: none"> ■ در حالی که نوزادان (از زمان تولد تا ۳۰ روزگی) یا شیرخواران (۱ ماه تا ۱ سال) قادر به مکالمه با شما نمی‌باشند، ولی هنوز به سرنخ‌های احساسی و فیزیکی که از شما منتقل می‌شود واکنش نشان می‌دهند لذا صدای خود را آرام نگه دارید. ■ مراقب را تشویق کنید تا کودک را به راحت‌ترین حالت ممکن نگه دارد تا حداکثر مواجهه قابل دسترس باشد. ■ ویزیت را با تمرکز بر مراقبین و سؤال در مورد احوال

جدول ۲-۱. ایجاد رابطه دوستانه با بیماران در گروه‌های سنی مختلف (ادامه)

جمعیت خاص	رویکرد عمومی اولیه
<p>آنها آغاز کنید. این کار باعث می‌شود که برای آنها مشخص شود که شما همان قدر که مراقب کودک آنها هستید، مراقب خودشان نیز هستید و کمک می‌کند تا آنها احساس راحتی کنند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ کودکان جوان و در سنین مدرسه (۴-۱ سال) و کودکان سنین مدرسه (۱۰-۵ سال) دارای احساس فزاینده استقلال، اجتماعی بودن و کنجکاوی هستند، تمام مواردی که شما به عنوان پزشک نیاز دارید که به آن دقت کنید و حساس باشید. ■ شروع ملاقات از محل بازی کودک راه خوبی جهت برقراری رابطه دوستانه با کودک و والدین می‌باشد. بسیاری از مراحل مهم تکامل در این گروه سنی، راه‌های معمول بازی کردن می‌باشد (یعنی پریدن، نقاشی کشیدن، تقلید کردن و پرتاب کردن توپ) ■ ابتدا خود را به بیمار و سپس به خانواده معرفی کنید. ■ در صورتی که امکان داشته باشد کودک سنین مدرسه را با پرسیدن سؤالات مربوط به سن وارد مصاحبه کنید. باید از مراقبین بخواهید که در صورت نیاز تأیید کنند یا شرح دهند.
نوجوانان	<ul style="list-style-type: none"> ■ نوجوانان معمولاً می‌خواهند که مانند بزرگسالان درمان شوند و تحت احترام قرار گیرند و حق انتخاب به آنها داده شود. ■ معمولاً چالش برانگیزترین قسمت این ملاقات برای پزشکان ایجاد تعادل بین نیازهای خانواده و استقلال نوجوان است. ■ مهم است که سؤالات را مستقیم از بیمار نوجوان

جدول ۲-۱. ایجاد رابطه دوستانه با بیماران در گروه‌های سنی مختلف (ادامه)

جمعیت خاص	رویکرد عمومی اولیه
<p>خود بپرسید و پاسخ‌ها را از او دریافت کنید در حالی که همزمان مطمئن شوید که اعضای خانواده و مراقبین احساس راحتی می‌کنند و نگرانی‌های آنها شنیده می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ فرصت کافی در اختیار نوجوان جهت به اشتراک‌گذاری سؤالات یا نگرانی‌هایش با شما از طریق استفاده از سؤال گسترده با انتهای باز، قرار دهید. ▪ قسمت مهم چنین ملاقات‌های بالینی، افزایش زمانی است که شما با بیمار نوجوان خود به تنهایی بدون حضور اعضای خانواده صرف کنید. در طی این زمان، این نکته حیاتی است که شما رازداری و اطمینان را در فضا تزریق کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ راه ترجیحی مورد خطاب قرار گرفتن بیماران سالمند را مشخص کنید. نامیدن بیمار سالمند به صورت «عزیز»، «عزیزم» یا نام‌های خیلی خودمانی ممکن است باعث برداشت وجود حالت شخصیت‌زدایی و تحقیر شود. ▪ زمانی را برای تطابق محیط کلینیک صرف کنید. روشنایی خوب، گرمای متوسط با حداقل سر و صدای زمینه، صندلی با دسته، و دسترسی به میز معاینه را ایجاد کنید. ▪ از امنیت در اتاق معاینه برای بیمار سالمند از نظر جابجایی ایمن خصوصاً اگر از وسایل کمکی مثل عصا یا واکر استفاده می‌کند، مطمئن شوید. ▪ فرصت برای سؤالات باز و به یاد آوردن بدهید. ▪ زمانی که اندیکاسیون دارد خصوصاً اگر بیمار اختلال شناختی داشته باشد، اعضای خانواده و مراقبین را دخیل کنید.
سالمندان	

بیماران با ناتوانی‌های جسمی و حسی. از زبان «اولیه مردم» خصوصاً هنگامی که به بیماران با ناتوانی اشاره می‌کنید استفاده کنید مگر اینکه بیمار از شما درخواست کند تا به صورت دیگری به وی اشاره کنید. شما باید همیشه مستقیم با بیمار صحبت کنید نه با همراهانی که با بیمار مبتلا به ناتوانی جسمی و/ یا حسی آمده‌اند. جدول ۳-۱ گایدلاین‌های شروع دوستانه مصاحبه با بیماران مبتلا به ناتوانی را آورده است.

جدول ۳-۱. برقراری اولیه رابطه دوستانه با بیماران مبتلا به ناتوانی‌های جسمی و حسی

حسی	
بیمارانی که نابینا هستند یا بینایی ضعیف دارند	<ul style="list-style-type: none"> ■ همیشه به صورت کلامی هنگام نزدیک شدن به بیمار خود را معرفی کرده و سایر افراد حاضر در اتاق را نیز معرفی کنید. ■ هنگامی که اتاق را ترک می‌کنید به بیمار اطلاع دهید. ■ قبل از اینکه به بیمار کمک کنید، از او بپرسید که دوست دارد چگونه به وی کمک کنید. قبل از لمس وی به وی اطلاع داده و کسب اجازه کنید. ■ آمادگی این را داشته باشید که اطلاعات نوشتاری به شکل شنیداری، لمسی یا الکترونیک براساس ترجیح بیمار به وی تحویل دهید (فایل شنیداری، خط بریل، فونت بزرگ). ■ به صورت کلامی قبل از شروع مصاحبه توضیح دهید که قرار است چه اتفاقی رخ دهد و از بیمار بپرسید که آیا سؤالی دارد یا خیر. ■ به بیمار محل وسایل شخصی (لباس و سایر متعلقات) را در اتاق بگویید و بدون اطلاع به بیمار آنها را حرکت ندهید. ■ باید به پرسنل خوش‌آمد بگویید و محیط فیزیکی را

جدول ۳-۱. برقراری اولیه رابطه دوستانه با بیماران مبتلا به ناتوانی‌های جسمی و

حسی (ادامه)

شرح دهید (درها، پله‌ها، رمپ‌ها، محل دستشویی،...).

■ هرگز بدون کسب اجازه از مالک حیوانی که در حال خدمت‌رسانی به بیمار می‌باشد به او دست نزنید یا حواس او را پرت نکنید.

■ **بیمارانی که مشکل شنوایی دارند** در مورد بهترین روش برقراری ارتباط سؤال کنید. ■ آمادگی اینکه وسایل نوشتاری را در اختیار بیمار قرار دهید داشته باشید (با اینکه آنها روش اولیه برقراری ارتباط نیستند).

■ به بیمار اطلاع دهید که تفسیر زبان اشاره و خدمات ترجمه هم‌زمان در دسترس هستند.

■ در صورتی که درخواست شود، فوراً این سرویس‌ها را برای ارتباط مؤثر تهیه کنید.

■ با بیمار از فاصله دور یا از اتاق دیگر صحبت نکنید.

■ هنگامی که با بیمار صحبت می‌کنید مستقیماً به صورت وی نگاه کنید بنابراین آنها می‌توانند دهان شما را ببینند.

■ به صورت طبیعی و واضح صحبت کنید. فریاد نزنید، حرکات دهان را بیش از حد انجام ندهید یا سریع صحبت نکنید.

■ نور و صدای زمینه را با حداقل برسانید.

■ **بیمارانی که ناشنوا هستند.** در مورد بهترین روش برقراری ارتباط سؤال کنید. ■ به بیمار اطلاع دهید که تفسیر زبان اشاره و خدمات

ترجمه هم‌زمان در دسترس هستند.

■ در صورتی که درخواست شود، فوراً این خدمات را

جدول ۳-۱. برقراری اولیه رابطه دوستانه با بیماران مبتلا به ناتوانی‌های جسمی و

حسی (ادامه)

<ul style="list-style-type: none"> ■ برای ارتباط مؤثر فراهم کنید. ■ از اعضای خانواده جهت تفسیر استفاده نکنید. ■ بیمار را خطاب قرار دهید نه مفسر را. ■ آمادگی این را داشته باشید که وسایل نوشتاری را در اختیار بیمار قرار دهید (با اینکه آنها اشکال اولیه برقراری ارتباط نمی‌باشند). 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ مطمئن شوید که مسیری برای دسترسی در اتاق وجود دارد. ■ به فضای شخصی از جمله ویلچر و وسایل کمکی احترام بگذارید. ■ ویلچر را فقط در صورتی که از شما درخواست شود، حرکت دهید. ■ در صورت نیاز تجهیزات را در دسترس قرار دهید. ■ در صورت نیاز کمک کنید، مثلاً برداشتن موانع از مسیر حرکت یا کمک به بیماران برای جابجایی تجهیزات اگر تجهیزات در دسترس، وجود ندارند. ■ بیماران را از ویلچرشان جدا نکنید. 	<p>بیمارانی که از ویلچر استفاده می‌کنند.</p>

بیماران بزرگسال (LGBT) Transgender, Bisexual, Gay, Lesbian

- در ۲۰۱۳ در نمونه‌ای متشکل از بیش از ۳۴۰۰۰ بزرگسال، ۱/۶٪ gay یا lesbian ۰/۷٪ به عنوان bisexual و ۱/۱٪ سایر موارد یا عدم دانش در مورد اینکه در کدام گروه هستند، قرار داشت. اغلب افراد شرکت‌کننده بین سنین ۱۸ و ۶۴ سال بودند؛ بیش از ۷۲۶۰۰۰ از خانواده‌ها زوج‌هایی از یک جنس بودند؛ ۳۴٪ همسران هم‌جنس داشتند.
- بیماران LGBT میزان بالاتری از افسردگی، خودکشی، اضطراب، مصرف مواد، قربانی شدن جنسی و خطر عفونت HIV و STI‌ها را دارند.

- یک سوم (۳۳٪) افراد transgender که مراقبین بهداشتی را در سال قبل ملاقات کرده‌اند حداقل یک تجربه منفی مرتبط با ترانس بودن را گزارش داده‌اند مثل «عدم انجام درمان روی آنها، آزار کلامی، یا تجاوز جسمی یا جنسی، یا مجبور به آموزش به مراقبین در مورد افراد ترانس تا مراقبت مناسب دریافت کنند، با میزان بالاتر در مورد افراد رنگین پوست و افراد مبتلا به ناتوانی».
- انستیتوی طب بیان کرد که موانع دسترسی به کیفیت مراقبت سلامت برای بزرگسالان LGBT، «فقدان مراقبینی که در مورد نیازهای سلامتی LGBT اطلاع دارند و همچنین ترس تبعیض در شرایط مراقبت سلامت» می‌باشد.

فراگیری این مطلب که بیماران LGBT چگونه احساس راحتی کنند و به قدری به شما اطمینان کنند که چنین اطلاعات شخصی را برایتان آشکار نمایند، زمان می‌برد (جدول ۴-۱). تمرین و عذرخواهی در مورد اشتباهات هنگامی که مطالبی را فرا می‌گیرید، به شما کمک خواهد کرد که این مهارت‌ها را ارتقا دهید.

جدول ۴-۱. برقراری رابطه دوستانه اولیه با بیماران LGBT

بهترین تمرین	مثال
<ul style="list-style-type: none"> ■ هنگامی که بیماران جدید را مورد خطاب قرار می‌دهید، از ضمائر یا عبارات مربوط به جنس مثل «آقا» یا «مادام» اجتناب کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ «چگونه می‌توانم امروز به شما کمک کنم؟»
<ul style="list-style-type: none"> ■ هنگامی که با همکاران در مورد بیماران جدید صحبت می‌کنید، از ضمائر و عبارات مربوط به جنس اجتناب کنید. یا از کلمات خنثی از نظر جنسی مثل «ایشان» استفاده کنید. هرگز به فردی به صورت «آن» اشاره نکنید. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ «بیمار شما اینجا در اتاق انتظار است.» ■ «آنها اینجا هستند برای ملاقات ساعت ۳.»
<ul style="list-style-type: none"> ■ مؤدبانه و به طور خصوصی در صورتی که در مورد اسم یا ضمائر ترجیحی بیمار مطمئن نمی‌باشید، از او سؤال کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ «چه اسم یا ضمیری را دوست دارید که ما به کار ببریم؟»
<ul style="list-style-type: none"> ■ «من می‌خواهم مؤدب 	