

استاندارد طولانی مدت رشته زنان، **درسنامه ژنیکولوژی**، که توسط امیل نواک از دانشکده پزشکی و بیمارستان دانشگاه جان هاپکینز ویراستاری شده، 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 پایداری این کتاب و هر جا 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 پانزدهم 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 فصل‌هایی درباره جراحی بازسازی لگنی و اورولوژیکولوژی 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، هیسترنکتومی، و علم رباتیک 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 در **درسنامه حاضر** بی‌تردید همچنان در حکم **دائرة المعارف 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.

مشخصه دیگر قابل ذکر این است که مطالب سنتی ژنیکولوژی این ویراست جدید در قالبی بسیار بدیع و همراه با تصاویر و گرافیک‌های تمام رنگی و بهبود یافته چاپ شده است که این موضوع خواندن و قابلیت دسترس 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 ونسان
بیمارستان عمومی ماساچوست
بوستون، ماساچوست

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 سه 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. دو فصل جدید به ویراست پانزدهم اضافه شده‌اند: یکی در باب فیبروئیدهای رحمی (تا بحث جامع‌تری درباره این شایع‌ترین بیماری زنان ارائه شود) و دیگری در باب جراحی روباتیک (تا به کاربرد فزاینده این فن‌آوری در اعمال جراحی ژنیکولوژیک پرداخته شود).

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 دربیلت، 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 کوستمن و نتز، 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 تولید مثلی، فن‌آوری‌های تولید مثلی کمکی، انکولوژی زنان، اورولوژیکولوژی 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 پانزدهم، 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 و همه‌گیری‌شناسی بیماری‌های زنان می‌پردازد. بخش دوم، «اصول پایه»، به طور خلاصه به پایه‌های علمی این تخصص می‌پردازد - آناتومی و رویان‌شناسی، زیست‌شناسی مولکولی و ژنتیک و فیزیولوژی تولید مثل. بخش سوم، «مراقبت‌های پیشگیرانه و اولیه» بر اهمیت مراقبت‌های اولیه زنان می‌پردازد و شامل درمان پیشگیرانه، غربالگری، تنظیم خانواده، وضعیت جنسی و مشکلات شایع روانشناختی می‌شود. بخش چهارم، «ژنیکولوژی عمومی» به مرور بیماری‌های خوش‌خیم مجرای تناسلی زنانه، ارزیابی عفونت‌های لگنی، فیبروئیدهای رحمی، درد و بیماری‌های داخل اپی‌تلیالی، درمان سقط زودرس و بارداری نابجا، و ارزیابی بیماری خوش‌خیم پستان می‌پردازد. بخش پنجم، «جراحی در ژنیکولوژی عمومی»، مراقبت‌های حوالی عمل جراحی و درمان جراحی بیماری‌های خوش‌خیم زنان را با استفاده از اندوسکوپی و هیستروکتومی و علم روباتیک توضیح می‌دهد. بخش ششم، «اورولوژیکولوژی و جراحی بازسازی لگن» نام دارد. بخش هفتم، «اندوکرینولوژی تولید مثل»، به طور خلاصه درباره اختلالات مهم تأثیرگذار بر رشد و نمو و چگونگی عملکرد زنان از بلوغ تا یائسگی بحث 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 تیم هنجست، تصویرپرداز بی‌نظیر پزشکی بدلیل تصاویر، نقاشی‌های آناتومیک و طرح‌های موضوعی متشکرم. از ویراستار با استعدادم، دبورابریک 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 و شاغل در ویلیام و ویلکینز لیپین‌کات 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. همچنین از سونیا سیگافوز و نیکول والز بدلیل تلاش‌های بسیار و نسخه‌خطی‌شان متشکرم. 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. من از تمام تلاش‌های پیش‌کسوتان و همکارانم - دین شرمن ملینکاف، دکترهاج. دونالد وودراف، کنث ج. ریان، ایساک شیف، ج. جورج مور، ویلیام ج. دیگنام، گواتام چادهوری، نویل اف. هکر، بورلی میچل، و دین فیلیپ پیتزو 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 کیت اوربان، تریشا بیروود، دگارت بروکس بابت حمایت‌شان از مرکز سرطان زنان استنفورد اختصاص دارد کسانی که کمک و حمایت و دوستی‌شان، انجام این پروژه را تسهیل کرد.

انتشار این کتاب، بیانگر ۶ سال تدریس من در دانشکده پزشکی دانشگاه استنفورد بوده است. 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. در پایان، این کتاب منبعی است برای کمک و دلگرمی تمام افرادی که در رشته زنان تحصیل می‌کنند.

جوناتان س. برک

«به نام آنکه هستی نام از او یافت»

سپاس بیکران خداوندی را، که عالمیان از وصف توصیف‌ناپذیرش عاجزند و ذات اقدسش بی‌نیاز از همه کس و همه چیز، سرعت دانش بشری و پیشرفت فن‌آوری تحولات عظیمی را به ارمغان آورده است به گونه‌ای که امروزه شاهد جراحی با روبات هستیم.

۷۱ سال قبل دکتر امیل نواک (Emil Novak) اولین جلد کتاب جامع بیماری‌های زنان را به زیور طبع آراسته نمود که برای سالیان طولانی این کتاب، همچنان کتاب رفرانس در این زمینه باقی مانده است و اکنون پس از انتشار پانزدهمین چاپ، با آن همه شگفتی‌های دانش پزشکی شاهد کم‌اطلاعی این اسوه تاریخ پزشکی علم زنان می‌شویم. دریغ‌اکه در دهه‌های آینده نیز با پیشرفت دانش علم زنان، باز به این نتیجه برسیم که هیچ نمی‌دانیم و چه زیبا سروده است که «هو العلیم».

با این توصیف، همکاران عزیز، سرکار خانم دکتر مهرناز ولدان و جناب آقای دکتر عبدالرضا منصوری‌راد، با دقت و بیانی شیوا در جهت آسان به مقصد رساندن دیگر همکاران و دست‌یابی به این کتاب مرجع، اقدام به ترجمه آن نموده‌اند. این بار دکتر جوناتان برک (Jonathan Berek) با همکاری دیگر صاحب‌نظران، صفحات زرینی به این نوشتار افزوده‌اند. مباحث اعمال جراحی با حداقل تهاجم، اندوسکوپ، و جراحی با روبات و همچنین فصول مربوط به ترمیم لگن و اوروگانیکولوژی بخش‌های نوین این مجموعه ذی‌قیمت علمی می‌باشند و در یک کلام دکتر برک، پدیده‌ای نوین را پایه‌گذاری نموده که آن را می‌توان در زمره خلاقیت‌های شگفت‌انگیز نوین نام برد. آمیزش گرافیک‌ها همراه با تصاویر زیبا، جلوه خاصی به این کتاب داده است. همکاران ما با سلیقه خاصی این مجموعه را صفحه‌آرایی نموده‌اند.

اینجانب با توجه به مطالعه این کتاب و تجربیات سالیان دراز تدریس دانشجویان پزشکی، دستیاران و فلوشیپ‌ها، توصیه به مطالعه این اثر ارزشمند را به تمام همکاران و دانش‌پویان رشته زنان می‌نمایم.

امید است توفیق الهی رفیق راه‌گشائی گردد و با اتکال به ایزد منان در راستای خدمت به همکاران عزیز از راه انتشار مجموعه‌های علمی راه را برای پویندگان دانش زنان هموار نمایند. همچنین از انتشارات محترم ارجمند که در پیش‌برد اهداف عالی‌ه دانش پزشکی در چند سال اخیر از هیچ‌گونه حمایتی دریغ ننموده‌اند سپاس‌گزاری می‌نمایم.

دکتر فیروزه اکبری اسبق

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

جراح و متخصص زنان و زایمان - فلوشیپ نازائی و IVF

بخش اول - اصول عملی ۱۳

فصل ۱ - ارزیابی اولیه و ایجاد ارتباط ۱۴
 ۱۵ متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت بیمار
 ۲۴ شرح حال و معاینه فیزیکی
 ۳۶ چکیده

فصل ۲ - اصول مراقبت از بیمار ۳۸
 ۳۹ بیمار و پزشک: حرفه گرایی
 ۴۶ ارتباطات حرفه‌ای
 ۴۹ جامعه و پزشکی

فصل ۳ - ایمنی و کیفیت ۵۳
 ۵۴ مراقبت کیفیت چیست؟

فصل ۴ - پژوهش بالینی ۶۹
 ۷۰ طرح‌های مطالعه
 ۸۰ مطالعات توصیفی
 ۸۵ خلاصه

بخش دوم - علوم پایه ۸۷

فصل ۵ - آناتومی و رویان‌شناسی ۸۸
 ۸۹ ساختمان لگن
 ۱۱۰ احشای لگنی
 ۱۲۷ دستگاه تناسلی و ارتباطات آن
 ۱۴۵ چکیده

فصل ۶ - ژنتیک و بیولوژی مولکولی ۱۴۸
 ۱۵۰ چرخه سلولی
 ۱۵۵ تنظیم رشد و عملکرد سلولی
 ۱۶۹ پروژه اطللس ژنوم سرطان
 ۱۶۹ ایمنی‌شناسی
 ۱۷۶ عواملی که امکان ایجاد نئوپلازی را افزایش می‌دهند

فصل ۷ - فیزیولوژی تولیدمثل ۱۸۰
 ۱۸۱ نورواندوکرینولوژی
 ۱۸۱ آناتومی

۱۸۵.....	هورمون‌های تولید مثلی.....
۱۹۱.....	فیزیولوژی چرخه قاعدگی.....

بخش سوم - مراقبت‌های اولیه و پیشگیری از بیماری‌ها ۲۰۵

فصل ۸ - مراقبت‌های بهداشتی در جهت پیشگیری و غربالگری ۲۰۶

۲۰۸.....	متخصصان زنان به عنوان مراقب اولیه.....
۲۰۹.....	روش‌های مراقبت‌های پیشگیرانه.....

فصل ۹ - مراقبت‌های اولیه ۲۲۹

۲۳۰.....	عفونت‌های تنفسی.....
۲۳۶.....	بیماری‌های قلبی - عروقی.....
۲۵۱.....	دیابت ملیتوس.....
۲۵۴.....	بیماری‌های تیروئید.....
۲۶۰.....	سندرم روده تحریک‌پذیر.....
۲۶۲.....	بیماری ریفلاکس معده به مری.....
۲۶۳.....	سندرم تونل مچ دست.....
۲۶۳.....	سندرم پرولاپس دریچه میترال، دیس‌آتونومی، و سندرم تاکی‌کاردی.....
۲۶۳.....	آرتوستاتیک وضعیتی.....

فصل ۱۰ - روش‌های ضد بارداری ۲۶۶

۲۶۹.....	کارایی.....
۲۷۲.....	روش‌های ضد بارداری غیرهورمونی.....
۲۸۶.....	جلوگیری از حاملگی با استفاده از مواد هورمونی.....
۳۱۴.....	عقیم‌سازی.....
۳۲۵.....	سقط.....
۳۳۳.....	آینده.....

فصل ۱۱ - عملکرد جنسی، اختلال عملکرد جنسی و آزار جنسی ۳۴۴

۳۴۶.....	عملکرد جنسی.....
۳۵۱.....	عوامل موثر بر پاسخ جنسی.....
۳۵۹.....	ارزیابی مشکلات جنسی.....
۳۶۶.....	اختلال عملکرد جنسی.....
۳۷۴.....	قطع اعضای تناسلی زنانه.....
۳۷۶.....	آزار جنسی.....

فصل ۱۲ - مشکلات شایع روانپزشکی ۳۹۰

۳۹۱.....	روان‌پزشکی در مطب متخصص زنان.....
۳۹۵.....	اختلالات خلقی.....
۳۹۶.....	افسردگی.....
۴۰۹.....	سوء مصرف و مواد الکلی.....
۴۱۰.....	اختلالات اضطرابی.....

۴۱۹	اختلالات شخصیت
۴۲۱	اختلالات تطبیقی
۴۲۲	اختلالات خوردن
۴۲۳	اختلالات سایکوتیک

فصل ۱۳ - درمان‌های مکمل ۴۲۹

۴۳۰	تعاریف
۴۳۱	اطلاعات جمعیت‌شناختی
۴۳۳	تکنیک‌های طب مکمل و جایگزین
۴۴۲	مسائل مربوط به درمان بیمار
۴۴۷	موارد خاص مربوط به طب زنان
۴۶۶	جراحی و CAM
۴۷۰	نتیجه‌گیری

بخش چهارم - بیماری‌های عمومی دستگاه تناسلی زنان ۴۷۵

فصل ۱۴ - بیماری‌های خوش‌خیم دستگاه تولید مثل زنان ۴۷۶

۴۷۷	گروه سنی قبل از بلوغ
۴۹۳	گروه سنی نوجوانی
۵۱۳	گروه سنی باروری
۵۴۲	گروه سنی پس از یائسگی

فصل ۱۵ - فیبروئیدهای رحمی ۵۵۵

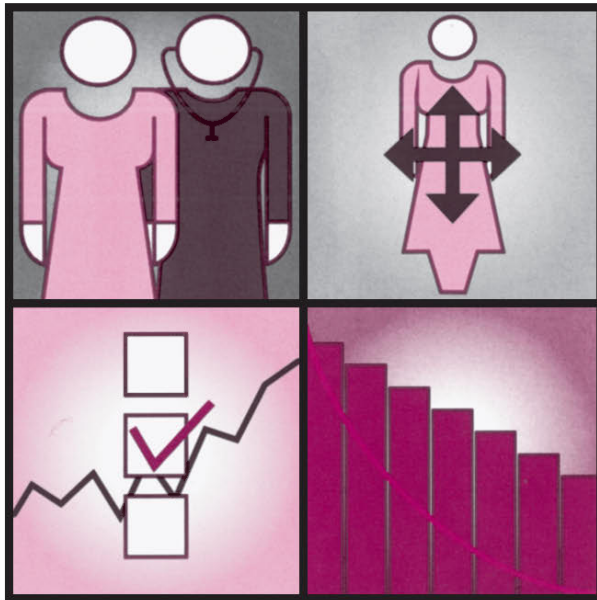
۵۵۶	منشأ فیبروئیدهای رحمی
۵۶۱	علائم
۵۶۳	سیر طبیعی فیبروئیدها
۵۶۳	تشخیص
۵۶۶	باروری
۵۶۷	فیبروئیدها و بارداری
۵۶۹	درمان
۵۷۲	گزینه‌های درمان جراحی
۵۸۳	ظهور فیبروئیدهای جدید
۵۸۵	آمبولیزه کردن شریان رحمی
۵۹۰	خلاصه درمان

فصل ۱۶ - درد لگن و قاعدگی دردناک ۵۹۵

۵۹۶	تعاریف
۵۹۶	درد حاد
۶۰۷	درد دوره‌ای: دیسمنوره اولیه و ثانویه
۶۱۲	اندومتریوز
۶۱۵	درد لگنی مزمن

فصل ۱۷ - اندومتر یوز	۶۳۷
همه گیری شناسی	۶۳۸
علت	۶۳۹
تشخیص	۶۴۶
درمان	۶۶۳
کنار آمدن با بیماری	۶۹۰
فصل ۱۸ - عفونت های تناسلی - ادراری و بیماری های مقاربتی	۷۰۱
واژن طبیعی	۷۰۲
عفونت های واژن	۷۰۳
سایر عفونت های مهم	۷۱۱
عفونت دستگاه ادراری	۷۱۶
فصل ۱۹ - بیماری داخل اپیتلیومی دهانه رحم، واژن، و فرج	۷۲۰
نئوپلازی داخل اپیتلیومی دهانه رحم	۷۲۲
نئوپلازی داخل اپیتلیومی واژن	۷۶۱
بیماری داخل اپیتلیومی فرج	۷۶۵
فصل ۲۰ - خاتمه یافتن زود هنگام حاملگی و حاملگی نابجا	۷۷۴
حاملگی غیر طبیعی داخل رحمی	۷۷۵
حاملگی نابجا	۷۷۷
فصل ۲۱ - بیماری های خوش خیم پستان	۸۱۴
شناسایی بیماری	۸۱۵
بررسی بافت پستان: هیستولوژی و سیتولوژی	۸۲۵
بیماری های خوش خیم پستان	۸۲۹
ناراحتی های نیازمند بررسی در پستان	۸۳۹

بخش اول
اصول عملی



ارزیابی اولیه و ایجاد ارتباط

Jonathan S. Berek

Paula J. Adams Hillard



- 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.
- ارتباط خوب برای ارزیابی و درمان بیمار ضروری است. بیان 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- پس از شروع مکالمه، ارزیابی بیمار با گرفتن شرح حال کامل و انجام معاینه فیزیکی ادامه می‌یابد. هر دو اینها به مبادله مطلوب بیمار - پزشک و توجه به جزئیات وابسته‌اند.
- 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 غیر طبیعی 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.

جدول ۱-۱. متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت بیمار

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، مسئولیت‌ها، استرس شغلی)

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 (۱-۳). 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.

همهٔ ماحصولات محیط، پس‌زمینه و فرهنگ خود هستیم. هر قدر بر اهمیت مشخص کردن وضعیت عمومی، اجتماعی و خانوادگی بیمار تأکید شود کم است (۴). حساسیت فرهنگی می‌تواند در ارائهٔ مراقبت‌های بهداشتی کارآمد، نقش بسیار مهمی داشته باشد (۵).

ساختار خانواده را می‌توان و باید به طور مستقیم مورد

بحث‌هایی که دربارهٔ برقراری ارتباط صورت می‌گیرد، فرض بر این است که زبان پزشک با زبان بیمار شباهت دارد. بیش از ۱۸ درصد آمریکایی‌ها در منزل به زبانی غیر از زبان انگلیسی صحبت می‌کنند، و بیش از ۸ درصد آنان دارای مهارت محدودی در زبان انگلیسی هستند (۱۱). موانع زبان، سبب محدود شدن آموزش سلامتی، لطمه دیدن مراقبت‌های بین فردی، و کاهش رضایت بیمار در مسائل مراقبت‌های سلامتی می‌شوند (۱۱ و ۱۲). مترجمان پزشکی، می‌توانند سبب کاهش چنین اثراتی شوند. ایالت کالیفرنیا با گنجاندن بندی در "قانون ایمنی و سلامتی" مبنی بر اینکه "چنانچه بین بیماران و کارکنان هر بیمارستان عمومی ویژهٔ مراقبت‌های حاد، موانعی از نظر زبان یا برقراری ارتباط وجود داشته باشد، تدابیری باید اندیشیده شود تا مترجمان یا کارکنان متخصص و دو زبانهٔ 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. (۱۳). تربیت پزشکانی 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.

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). **سوگندنامهٔ بقراط از تمام پزشکان می‌خواهد که در مورد تمام اطلاعات مربوط به بیمار رازدار باشند.** قانون در دسترس بودن و مسئولیت‌پذیری بیمهٔ 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 دربارهٔ تأثیر مقررات HIPAA و احتمال پیدایش مسئولیت‌های حقوقی پدید آمد، به مطرح شدن بحث‌های دربارهٔ برقراری ارتباط مناسب و قضاوت پزشکان براساس اصول اخلاقی حفظ اسرار بیماران در هنگام ارائهٔ مراقبت‌های مناسب پزشکی منجر شدند (۱۵) و (۱۶) (فصل ۲).

توجه قرار داد. سابقهٔ خانوادگی باید شامل تجزیه و تحلیل دقیق افرادی که بیماری‌های مهمی مانند سرطان یا بیماری‌ای که بیمار، آن را یک توجیه احتمالی برای علایم خود قلمداد می‌کند داشته‌اند، باشد. دیدگاه بیمار نسبت به بیماری خود، می‌تواند اطلاعات مهمی را فراهم آورد که سبب بهبود قضاوت پزشک شوند؛ مطرح کردن پرسش‌های تخصصی جهت پی بردن به این دیدگاه می‌تواند میزان رضایت از این تعامل را افزایش دهد (۶). فهم بیمار از وقایع کلیدی در سابقهٔ خانوادگی و اینکه وی چگونه به آنها مربوط می‌شود نیز مهم است. عملکرد و روابط و تاریخچهٔ جنسی بیمار باید شناخته و میزان رضایت وی از این موارد باید تعیین شود. **پزشک باید از قضاوت اجتناب کند؛ به خصوص در مورد سوالات مربوط به تجربیات و ترجیحات جنسی (فصل ۱۱).**

برقراری ارتباط

ارتباط خوب برای ارزیابی و درمان بیمار ضروری است. رابطهٔ بیمار - پزشک بر پایهٔ 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 (۴ و ۷ 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 (۹). اعتماد، جزئی اساسی از رابطه است که بیمار را به بازگ کردن احساسات، دغدغه‌ها و افکارش به صورت باز و بدون مخفی کردن اطلاعات ترغیب می‌کند (۱۰).

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

جدول ۱-۲. اجزای مهم برقراری ارتباط بین بیمار و پزشک: نقش

پزشک

پزشک هست :	پزشک نیست :
یک شنونده خوب	جبهه گیرنده
همدل	مقابله گر
دلسوز	جدال کننده
صادق	خودپسند
بی‌ریا	سلطه جو
مودب	جزم اندیش
منصف	قضاوتگر
گره‌گشا	تحکم کننده
پزشک استفاده می‌کند :	
زبان قابل فهم	
زبان بدنی مناسب	
یک رویکرد مشارکتی	
گفتگوی باز	
محتوی عاطفی مناسب	
شوخی و صمیمیت	

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 (۱۹). **یک رابطه مشارکتی که از رابطه سنتی بین پزشک و بیمار، نقش بیشتری به بیماری دهد، به‌طور بالقوه می‌تواند به نتایج بهتر از نظر سلامت منجر شود (۱ و ۲۰ و ۲۱).**

تعامل پزشک - بیمار

الگوی صحبت کردن پزشکی تواند بر تعاملات وی با بیمار اثر بگذارد. بعضی از اجرای 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 (۸). فهرستی از این مهارت‌ها در جدول ۱-۳ آمده است.

مهارت‌های برقراری ارتباط

برای پزشک ضروری است که به نحوی با بیمار ارتباط برقرار کند که بیمار بتواند خواستار توجه 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 پدر سالار بوده است و بیمار از پزشک انتظار داشت که وی به‌طور مستقیم و در تمام زمینه‌ها فرامین و یا «دستورات» و راهنمایی‌های اختصاصی بدهد (۴). امروزه بیماران بدرستی خواستار ارتباط متعادل‌تری با پزشکان خود هستند و اگرچه در بیشتر موارد انتظار درک تمام موارد را ندارند، خواهان درمان با حرمت مناسب، احترام به شعور آنها و ارتباط متعادل‌تری با پزشک هستند (۱۷). 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.

در نتیجه دستیابی الکترونیکی به اطلاعات پزشکی، گاهی بیماران در زمینه خاصی اطلاعات بیشتری درباره یک مشکل پزشکی نسبت به پزشک دارند. در این موارد، پزشک باید از موضع تدافعی پرهیز کند. بیمار اغلب فاقد یک دانش وسیع‌تر درباره زمینه ایجاد مشکل، آگاهی از قابلیت اعتماد متغیر منابع الکترونیکی 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 و 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

جدول ۱-۳. رفتارهای مرتبط با ۱۳ حوزه ساختاری مصاحبه (ادامه)

متخصص سازید که چه کاری را در حد فاصل بین دو ملاقات انجام دهد	از کلام مناسب استفاده کنید
قرار ملاقات بعدی را تعیین کنید	به ناتوانی‌های جسمی مانند ناتوانی و دل‌یروم توجه کنید
خیال‌آفای کنید	موانع فرهنگی را در نظر داشته باشید
	موانع روانشناختی بیمار مانند شرم، ترس و بدبینی را تشخیص دهید
	بررسی مشکلات
	روش‌هایی شخصی برای آغاز لیست کردن مشکلات تهیه کنید
	پرسید «دیگر چه» تا تمام مشکلات روشن شوند

خبیر 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 شراعت دربارهٔ خطرات و منافع که متوجه آنان است، ترجیح می‌دهند، عده‌ای دیگر، خواهان رویکردی هدایت‌گراانه‌تر هستند (۲۳). **چالش پزشکی، توانایی وی در تشخیصی کردن تعامل و ارتباط با بیمار است.**

شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه اگر به بیماران گوش داده شود و مشکلاتشان درک شود و نیز وقتی آنان صحبت بیشتری می‌کنند و پرسش‌های بیشتری را مطرح می‌سازند، سلامت آنان بهبود می‌یابد (۹). مشارکت، سرمایه‌گذاری و دادن اختیار را تسهیل می‌کند. برقراری ارتباط خوب برای حفظ یک رابطهٔ 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. زمانی که با پزشکانشان راحت‌ترند، احتمال بیشتری دارد که 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 برمی‌شوند 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

برای مؤثر 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 مشکلات 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 در اولت‌های 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 برنامهٔ درمانی که با همکاری وی تهیه شده است، با اضطراب و افسردگی کمتری پاسخ می‌دهد و آن را یک برنامهٔ کاری مشترک در نظر می‌گیرد. او باید بتواند جایگزین‌ها یا تغییراتی در پیشنهادهای پزشک که متعکس کنندهٔ عقاید و عادات خود باشد پیشنهاد کند.

شواهد فراوانی وجود دارد که برقراری ارتباط و فهم بیمار و نتایج درمانی وقتی که بحث بین پزشک و بیمار به صورت گفتگویی دو طرفه باشد تا سخن‌رانی، بهبود می‌یابند. علاوه بر این، وقتی بیماران احساس می‌کنند که فضایی برای گفتگویی دو طرفه وجود دارد، تمایل پیدا می‌کنند که اطلاعات بیشتری را دربارهٔ برنامه‌های مراقبت سلامت به دست آورند. مفهوم برنامه‌ریزی مشارکتی بین بیماران و پزشکان، مؤثرتر از الگوی قبلی است که در آن پزشکان دستور می‌دادند (۲۴). بنابراین به بیمار مسئولیت‌های بیشتری در ارتباط با تعیین گزینه‌های درمانی محول می‌شود. برای مثال، تصمیم‌گیری در مورد خطرات و فوائد هرزومون درمانی زمان پانسی باید در زمینهٔ سلامت فردی و سایهٔ خانوادگی و نیز عقاید و اهداف شخصی بیمار مورد بحث قرار گیرد. اینکه آیا فرآیند بر خطرات بالقوه می‌چربند یا

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، ۲۰ و ۲۱). 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 (۲۱):

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 A_{1c} شده‌اند. بهترین پاسخ‌ها زمانی گرفته شده‌اند که یک پزشک همدل تا حد ممکن به ارائه اطلاعات و روشن کردن شرایط پرداخته، به سئوالات 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 یافته‌اند (۲۱).

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 (۲۴). 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 (۲۵ و ۲۶). 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 (۲۷). ترجیح زنان در مورد زن بودن یا مرد بودن پزشک ممکن است بر پایه رفتارهای جنسی، تجربیات، تبخّر، روش‌های ارتباطی و مهارت‌های دیگر باشد (۲۸ و ۲۹). 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 (۳۰ و ۳۱). 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 بیماران تأثیر بگذارد (۳۲-۳۴). 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 (۲۲، ۲۴ و ۲۵).

روش‌های مختلف برقراری ارتباط ممکن است بر توانایی پزشک در فهم وضعیت بیمار و رسیدن به آرمان‌های زیایی بهینه و درمان موفق تأثیر بگذارد. ماهیت خصوصی و بسیار شخصی 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 (۲۰).

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

توصیه‌های پزشکی دارد (۴۲).

روش ارائه اطلاعات، کلید اثر بخشی 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 لباس هایش 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 به طور مستقیم به بیمار نگاه کند و بیمار تصور نکند که «وی به دوردست‌ها خیره شده است» (۹).

خنده و شوخی

شوخی، جزئی ضروری در پیشبرد ارتباط با 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 (۳۳ و ۴۴). شوخی نابه‌جا می‌تواند بیمار را بترساند، وی را منزجر کند، به وی توهین کند، یا به طور کلی باعث عدم احساس راحتی وی شود و یا غیرمؤدبان 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 (۴۳). 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 و 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.

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

چگونگی هدایت بحث توسط پزشک، میزان درک بیمار را از توانایی وی در کامل کردن موفقیت آمیز 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 (۳۷-۳۵). با این حال، این کلمه نیز دارای این معنای ضمنی است که درمان توسط پزشک دیکته می‌شود. عبارت استفاده موفقیت آمیز از درمان، مطرح‌کننده رویکردی مشارکتی تر است و می‌تواند هم به نقش پزشک و هم بر بیمار در درمان تأکید کند. در عین حال استفاده از این عبارت، موفقیت نهایی درمان را بدرستی به عهده بیمار می‌گذارد (۳۸). 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 (۳۹ و ۴۰). عوامل تجربی تأثیرگذار بر استفاده موفقیت‌آمیز، عبارت‌اند از ملاحظات مالی، پوشش بیمه و حتی سواد خواندن و نوشتن (۴۱). گفتگو و فهم دلیل درمان همراه با فوائد 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 می‌گذارند. برقراری ارتباط مثبت بین پزشک و بیمار، رابطه مستقیمی با تبعیت بیمار از

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 سئوالات 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 از همه بهتر مفید هستند و کمک به فعال کردن آنها	۶۲	۳۸
۱۱	فراهم کردن امکان ارجاع به مراکز مشاوره روانشناختی	۵۷	۴۳

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

۴. دنبال پرسش‌های بیمار باشید و به آنها پاسخ‌های کامل و قابل فهم بدهید.

۵. نسبت به هرگونه 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

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 (۴۵).

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

- بیشتر گوش کنید و کمتر حرف بزنید.
- بیمار را ترغیب کنید که موضوعاتی را که درباره آنها صحبت می‌کند و برایش مهم است، پیگیری کند.
- رفتارهای سلطه‌گرانه مانند قطع سخن بیمار، دستور دادن و سخنرانی کردن را به حداقل برسانید.

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 ترفیب بیمار برای برقراری ارتباط باز، تعاملات قابل ملاحظه‌ای را به وجود آورند (۴۷).

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 با نثری انجام دهند، مشکلات برقراری ارتباط شفاف و کارآمد بیشتر خود را نشان می‌دهند. اگر چه ظرفیت عقلانی، کارکنندگی در امور پزشکی، میزان انکار و اضطراب و مهارت‌های ارتباطی بیماران مستغیر است، درک ضعیف بیمار می‌تواند از تکنیک‌های ضعیف ارتباطی پزشک، عدم زمان کافی و در بعضی موارد خودداری از دادن اطلاعاتی که طبق نظر پزشک به صلاح بیمار نیست نیز ناشی شود (۴۸).

اگر یافته‌های بالینی یا آزمون‌های قطعی کننده قویاً مطرح کنند یک بیماری جدی باشد (برای مثال، بدخیمی)، اهمیت و فوریت این وضعیت باید به نحوی به بیمار انتقال داده شود که پیورده سبب نگرانی یا ترس وی نشود. باید به هر سنرال بیمار، به طور صادقانه پاسخ داده شود (۴۹ و ۵۰).

دادن زمان جهت پرسیدن سوالات مهم است و برنامه‌ریزی یک ویزیت بعدی جهت بحث درباره گزینه‌های درمانی پس از اینکه بیمار فرصت داشت تا گزینه‌ها 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

تکنیک‌های مصاحبه، نشان داده شده است که اگر چه پزشکان از روش‌های بسیاری استفاده می‌کنند، موفق‌ترین 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 مشکلاتی مسائل روزانه‌شناختی 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 (۱۰):

۱. شروع مصاحبه با یک سوال باز.
۲. با شروع صحبت‌های بیمار، توجه نه فقط به پاسخ‌های او بلکه همچنین به عواطف و زبان بدنی او.
۳. مطرح کردن سوال 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 ادامه صحبت ترغیب می‌کند استفاده کنید.
۵. پزشک باید در طول مصاحبه، هر چند 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. سوالات 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 (۴۶).

دلایل متعددی ممکن است منجر به ختم پیش از موعد مصاحبه و ناتوانی در گرفتن اطلاعات کامل از بیمار شوند.