

# اصول مهارت بالینی



شکل ۱-۱. اهمیت برقراری رابطه با بیمار (rapport).



شکل ۱-۲. معاینه بالینی توأم با مهارت.

تکنیک‌های معاینه و شرح حال‌گیری که در این فصل خواهید آموخت، مشتمل بر مهارت‌های پرسابقه در زمینه مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. جمع‌آوری یک شرح حال دقیق و حاوی نکات ظریف و انجام معاینه کامل و عاری از اشتباه، ارتباط شما را با بیمار عمیق‌تر می‌کند، همکاری بیمار شما را جلب می‌کند و ارزیابی شما را متمرکزتر می‌کند به استدلال بالینی شما جهت می‌دهد (شکل ۱-۱). کیفیت اخذ شرح حال و معاینه بالینی اساس کار شما در زمینه ارزیابی بیمار، توصیه‌های مراقبتی شما و انتخاب شما جهت ارزیابی‌ها و تست‌های تشخیصی اضافه می‌باشد. شما حتی پس از دوره آموزش و تبدیل شدن به یک پزشک ماهر، این مهارت‌های بالینی و ارتباطی را بهبود می‌بخشید.

به موازاتی که به قلمرو بررسی بیمار وارد می‌شوید، شروع به تلفیق عناصر اساسی مراقبت‌های بالینی می‌کنید: گوش دادن همراه با همدلی، توانایی مصاحبه با بیماران در تمام سنین، وضعیت‌های روحی و زمینه خانوادگی، تکنیک‌های معاینه سیستم‌های گوناگون بدن و سطوح متفاوت از بیماری، و در نهایت فرآیند استدلال بالینی منجر به رسیدن شما به تشخیص و خط‌مشی درمانی می‌شود. تجربه شما در مورد شرح حال‌گیری و معاینه بالینی رفته رفته رشد و توسعه خواهد یافت و از اولین لحظات برخورد با بیمار گام‌های استدلال بالینی شما به زودی آغاز خواهد شد: شناسایی علائم و یافته‌های غیر طبیعی، ارتباط دادن این یافته‌ها به فرآیند زمینه‌ای، پاتوفیزیولوژی یا پاتولوژی روانی، و رسیدن به فرضیه‌های توجیه‌گر و آزمایش کردن آنها. تمرین کردن این گام‌ها وجوه مختلف بیمارتان را در پیش روی شما آشکار خواهد کرد. با طی کردن این مراحل مشخصات چندوجهی در مورد بیمار پیش چشمان شما نمایش داده می‌شود. از طرف دیگر همان مهارت‌هایی که شما را قادر به ارزیابی تمام بیماران می‌سازند، همچنین شما را به صورت انسان نمونه‌ای در ذهن بیمار نشان می‌دهد که برای درمان به شما اعتماد دارد. معاینه بالینی چیزی بیش از یک وسیله برای جمع‌آوری داده‌ها و تولید فرضیه برای بررسی روابط علت و معلولی و آزمایش آنها می‌باشد. معاینه بالینی برای شکل‌گیری پیوند میان پزشک و بیمار حیاتی است تا مشارکت‌های درمانی و روند بهبود در بیمار آغاز شود (شکل ۱-۲).

فصل پیش رو در این نسخه از کتاب مورد بازبینی قرار گرفته شده و راهنمایی در جهت مهارت بالینی در ۴ زمینه حیاتی ارائه می‌دهد: تاریخچه سلامت، معاینه بالینی، استدلال بالینی، ارزیابی و تعیین خط‌مشی و ثبت بالینی با کیفیت. این فصل به توصیف تاریخچه سلامت و نحوه سازماندهی داستان بیمار می‌پردازد و یک مروری بر معاینه بالینی بیمار با در نظر داشتن ترتیبی جهت اطمینان از راحتی بیمار داشته و توصیف مختصری بر تکنیک‌های معاینه هر جزء از ارزیابی کل تا ارزیابی سیستم عصبی را ارائه می‌دهد. در این نسخه از کتاب، این فصل حاوی قسمتی به نام استدلال بالینی، ارزیابی و تعیین خط‌مشی

و نیز ثبت بالینی با کیفیت می‌باشد. فصل دوم کتاب جدید نیز به ارزیابی شواهد بالینی و فراهم کردن ابزارهای تحلیلی برای ارزیابی تست‌ها، گایدلاین‌ها و متون بالینی می‌پردازد که شما را از طبابت به بهترین شکل ممکن و همچنین آموزش مادام‌العمر بالینی مطمئن می‌سازد. فصل سوم که در مورد مصاحبه و شرح حال‌گیری می‌باشد فصول پایه‌ای که شما را برای انجام معاینه بالینی آماده می‌سازد را کامل می‌کند. شما تکنیک‌های معاینه بالینی را در فصول ۴ تا ۱۷ آموزش می‌بینید. هر فصل مبتنی بر شواهد بوده و شامل ارجاعاتی از متون بالینی است تا شما به آسانی بتوانید با کمک آنها اطلاعات خود را در زمینه‌های مربوطه توسعه دهید. فصل ۴ که قسمتی با عنوان "ارتقای سلامت و مشاوره: شواهد و توصیه‌ها" دارد به بررسی گایدلاین‌های بالینی فعلی برای مراقبت‌های پیشگیری می‌پردازد. کتاب راهنمای بیتز جهت معاینه بالینی و اخذ شرح حال به ترتیب زیر می‌باشد:

- فصل ۲، ارزیابی شواهد بالینی که در مورد شرح حال و معاینه بالینی به عنوان یک ابزار تشخیصی، ارزیابی اعتبار و قابلیت تکرار تست‌های تشخیصی، ارتقای سلامت، ارزیابی انتقادی (critical appraisal) در مورد مطالعات بالینی و سطح‌بندی کرایتیا برای گایدلاین‌های بالینی می‌پردازد.
- فصل ۳، مصاحبه و اخذ شرح حال، در مورد مهارت‌های ضروری، متنوع، و اغلب چالش‌برانگیز ایجاد رابطه پایدار (rapport) بیمار و شروع داستان بیمار، سخن می‌گوید. این فصل اشاره‌ای به تکنیک‌های پایه‌ای و پیشرفته مربوط به مصاحبه و برخورد با بیمار چالش‌برانگیز و همچنین صلاحیت فرهنگی و رفتار حرفه‌ای می‌کند.
- فصول ۴ تا ۱۷، جزئیات آناتومی و فیزیولوژی، شرح حال، راهنماهای ارتقاء سلامت و مشاوره، تکنیک‌های معاینه و مثال‌هایی از پرونده‌های ثبت شده را در ارتباط با یک سیستم یا ناحیه خاص بدن مطرح می‌نمایند.
- فصول ۱۸ تا ۲۰ اجزای شرح حال و معاینه فیزیکی بالغین را با توجه به جمعیت‌های خاص بسط و تطبیق می‌دهند: نوزادان، شیرخواران، کودکان و نوجوانان، زنان باردار؛ و سالمندان.

با استادی در این مهارت‌ها و ایجاد اطمینان و احترام به یک رابطه سالم با بیمار به پاداش‌هایی فرای زمان در حرفه پزشکی دست خواهید یافت که در ابتدا به آهستگی و کم‌کم است و در طی زمان با بهبود مهارت و تخصص و در نهایت لیاقت بالینی رشد خواهد کرد. با تسلط بر این مهارت‌ها و اعتماد دوطرفه و در نظر داشتن ارتباط، مراقبت از بیمار باعث پاداش‌های مکرر شما در طول حرفه‌های تخصصی‌تان می‌شود و این محدود به زمان نیست.

## ارزیابی بیمار جامع با متمرکز

### مشخص نمودن اهداف ارزیابی

پس از ایجاد توانایی در اخذ شرح حال و معاینه بالینی، با این سؤال مواجه می‌شوید که «چقدر باید کار انجام دهید؟» و می‌پرسید «آیا ارزیابی من باید جامع باشد یا متمرکز؟»

جهت بیمارانی که برای اولین مرتبه در مطب یا بیمارستان ویزیت می‌نمایید، معمولاً یک ارزیابی جامع (Comprehensive assessment) را انتخاب می‌نمایید، که شامل همه اجزای شرح حال و یک معاینه فیزیکی کامل است. با این حال، در بسیاری شرایط، یک ارزیابی متمرکزتر و منعطف‌تر یا در جهت مشکل (Focused or problem-oriented) مناسب‌تر است، به خصوص در بیمارانی که به خوبی آنها را می‌شناسید و جهت پیگیری‌های روتین در مطب به شما مراجعه نموده‌اند یا بیمارانی که به «مراقبت‌های فوری» خاص در مورد نگرانی‌هایی مثل گلودرد یا درد زانو نیاز دارند. باید اهداف خاص شرح حال و معاینه فیزیکی را به شرایط خاص موجود وفق دهید، در حالی که چند عامل را در ذهن نگه داشته‌اید: عظمت و شدت مشکلات بیمار؛ نیاز شما به نظم و وقت؛ وضعیت بالینی (بستری یا سرپایی)، مراقبت اولیه یا فوق تخصصی؛ و زمان موجود. حرفه‌ای شدن در همه اجزای یک ارزیابی جامع به شما اجازه می‌دهد تا اجزایی را که در نگرانی‌های بیمار با اهمیت‌تر هستند انتخاب نمایید تا استانداردهای بالینی جهت بهترین شکل طبابت و دقت اقدامات تشخیصی اتفاق افتد.

| شرح حال و معاینه فیزیکی: جامع یا متمرکز؟ راهنمایی‌های عمومی         |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| معاینه جامع                                                         | معاینه متمرکز                                                                             |
| جهت بیماران تازه در مطب یا بیمارستان استفاده می‌شود.                | جهت بیماران ارزیابی شده، به خصوص طی ویزیت‌های روتین یا مراقبت‌های اورژانس استفاده می‌شود. |
| اطلاعات اساسی و شخصی درباره بیمار به دست می‌دهد.                    | رابطه پزشک - بیمار را محکم می‌کند.                                                        |
| کمک می‌کند تا علت‌های جسمی مرتبط با ناراحتی بیمار تأیید یا رد شوند. | علت نگرانی‌ها یا نشانه‌های متمرکز را مشخص می‌کند.                                         |
| یک سطح پایه‌ای از ارزیابی‌های بعدی مشخص می‌نماید.                   | نشانه‌های محدود به یک سیستم خاص بدن را ارزیابی می‌کند.                                    |
| سکویی جهت ارتقاء سلامت در حین آموزش و مشاوره ایجاد می‌کند.          | روش‌های معاینه در ارتباط با نگرانی و مشکل فراهم می‌کند که تا حد امکان دقیق و کامل است.    |
| حرفه‌ای‌گری را در مهارت‌های ضروری معاینه فیزیکی، توسعه می‌دهد.      |                                                                                           |

همانطور که می‌بینید، یک معاینه جامع بیش از ارزیابی سیستم‌های بدن است. معاینه بالینی منبعی برای اطلاعات اساسی و شخصی در مورد بیمار است و رابطه پزشک - بیمار را تقویت می‌کند. بیشتر بیماران در جستجوی مراقبت‌های بهداشتی نگرانی‌ها یا نشانه‌های خاص دارند. معاینه جامع مبنای کاملتری جهت ارزیابی نگرانی‌های بیمار ایجاد می‌کند و سوالات بیمار را پاسخ می‌دهد.

برای معاینه متمرکز، روش‌هایی را انتخاب کنید که برای ارزیابی هرچه دقیقتر و هوشیارانه‌تر مشکل، مناسب باشند. نشانه‌ها، سن بیمار، و تاریخچه سلامتی بیمار، همچون دانش شما از الگوی بیماری، به تعیین حوزه معاینه شما کمک خواهند کرد. بعنوان مثال شما

باید تصمیم بگیرید که از میان تمام بیماران با گلو درد، چه کسانی ممکن است مونونوکلئوز عفونی داشته باشند و لمس دقیق کبد و طحال را ایجاب می‌کنند و در مقابل، چه کسانی به یک سرما خوردگی معمولی مبتلا هستند و نیاز به معاینه متمرکز سر و گردن و ریه‌ها دارند. تفکر بالینی که چنین تصمیم‌گیریهایی را پایه ریزی و راهنمایی می‌کند، در ادامه این فصل تشریح شده است.

در مورد یک معاینه بالینی دوره‌ای یا یک بررسی بالینی روتین چطور؟ استفاده از معاینه بالینی جامع برای مقاصد غربالگری و پیشگیری بیماری، در مقایسه با ارزیابی علایم، در چندین مطالعه سلامتی دقیقاً مورد بررسی و موشکافی قرار گرفته است. مجموعه در حال رشدی از شواهد، کارایی بسیاری از اجزای معاینه فیزیکی را اثبات کرده‌اند که این نقش مهمی در تصمیم‌گیری و پتانسیل بالقوه‌ای برای صرفه‌جویی از طریق کاهش نیاز به ارزیابی‌های بیشتر ایجاد می‌کند. تکنیک‌های معاینه معتبر شامل: اندازه‌گیری فشار خون، ارزیابی فشار وریدی مرکزی بوسیله نبض ورید ژوگولر، سمع قلب برای شواهد بیماری دریچه‌ای، کشف بزرگ شدگی کبد و طحال، و معاینه لگن همراه با نمونه‌های پاپانیکولا (پاپ اسمیر) است. توصیه‌های معاینه و غربالگری بوسیله جداول مورد توافق و گروه‌های مشاوره خبره، بیشتر و بهتر شرح داده شده‌اند که آن را در فصل معاینات ناحیه‌ای شرح خواهیم داد.

شواهد جدید در ارتباط با معاینه بالینی و نیز ارتباط آن با تست‌های تشخیصی پیشرفته چگونه است؟ مطالعات اخیر به معاینه بالینی به چشم یک تست تشخیصی نگاه می‌کنند و شروع به ارزش‌گذاری اجزای آن با تعیین خصوصیات تست با استفاده از تئوری Bayes و ابزارهای مبتنی بر شواهد در فصل ۲ (ارزیابی شواهد بالینی) نموده‌اند. در طی زمان "معاینه بالینی منطقی" سبب بهبود فرآیند تصمیم‌گیری تشخیصی خواهد شد. در همین حال، معاینه بالینی سبب می‌شود که یک فایده نامشهود دیگر داشته باشد که سبب می‌شود که زمان بیشتری به برقراری ارتباط با بیماران صرف شود که خود سبب ارتباط درمانی منحصر به فرد، تشخیص‌های دقیق‌تر و ارزیابی‌ها و ایجاد خط مشی درمانی انتخابی‌تر جهت بیماران می‌گردد.

## اطلاعات سوژکتیو در برابر اطلاعات ابرژکتیو

در هنگام کسب تکنیک‌های شرح حال‌گیری و معاینه، تفاوت‌های مهم بین اطلاعات ارائه شده توسط بیمار (Subjective) و اطلاعات دریافتی پزشک (Objective) را به یاد داشته باشید که در جدولی که در ادامه می‌آید، خلاصه شده‌اند. آگاهی از این تفاوت‌ها به شما در بکارگیری استدلال بالینی و دسته‌بندی اطلاعات بیمار کمک می‌کند. Symptoms در واقع نگرانی‌های subjective هستند که خود بیمار ابراز می‌کند و در مقابل signs انواعی از اطلاعات objective هستند که پزشک آن را کشف می‌کند. این تمایز همچنین برای سازماندهی ارائه مکتوب یا شفاهی بیمار به شکلی هدفمند و قابل فهم نیز اهمیت دارند.

| تفاوت اطلاعات سوژکتیو و ابژکتیو                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اطلاعات ارائه شده بیمار<br>(Subjective)                                                                                                                      | اطلاعات دریافتی پزشک<br>(Objective)                                                                                                                                                                                         |
| آنچه بیمار به شما می‌گوید                                                                                                                                    | آنچه در معاینه، اطلاعات آزمایشگاهی و داده‌های تست کشف می‌کنید.                                                                                                                                                              |
| شرح حال از شکایت اصلی تا مرور سیستم‌ها                                                                                                                       | تمام یافته‌های معاینه بالینی یا sign                                                                                                                                                                                        |
| مثال: خانم گ آرایشگر ۵۴ ساله‌ای است که فشار در سمت چپ قفسه سینه را گزارش می‌کند «انگار یک فیل روی آن نشسته است» که به سمت چپ گردن و بازوی چپ انتشار می‌یابد. | مثال: خانم گ یک خانم سفیدپوست دارای اضافه وزن و مسن است که خوش مشرب و شاد است و همکاری خوبی دارد، ۱۶۳ سانتی‌متر قد دارد، وزن ۶۸ کیلوگرم، BMI وی ۲۶ است، BP ۱۶۰/۸۰، ضربان قلب ۹۶ و منظم، RR ۲۴، بدون تب (۳۷ درجه سانتی‌گراد) |

## ارزیابی جامع بالغین

فصل ۱۸، ارزیابی کودکان: شیرخوارگی تا نوجوانی، را جهت شرح حال‌های جامع اطفال، ملاحظه نمایید.

| شرح حال جامع بالغین                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● داده‌های شناساگر و منبع شرح حال؛ قابلیت اعتماد (Reliability)</li> <li>● شکایت(های) اصلی</li> <li>● بیماری کنونی</li> <li>● سابقه قبلی</li> <li>● سابقه خانوادگی</li> <li>● سابقه شخصی و اجتماعی</li> <li>● مرور سیستم‌ها</li> </ul> |

همانطور که در فصل ۳، خواهید آموخت، با مصاحبه با بیمار، خیلی سخت گل‌ها می‌شکفند! مصاحبه روان‌تر می‌شود ... شما از نزدیک نشانه‌های بیمار را دنبال می‌کنید تا جهت‌دهی بیمار به سمت بیماری را پیگیری نمایید، همدلی می‌کنید، و رابطه (rapport) خود با بیمار را تقویت می‌نمایید. خیلی سریع خواهید آموخت که چطور جنبه‌های مختلف شرح حال بیمار را در قالبی کلی برای ابراز کلامی یا ثبت در پرونده، بگنجانید. شما داستان بیمار را به اجزای مختلف شرح حال تبدیل می‌کنید تا برای همه اعضای تیم سلامت قابل شناسایی باشد. این ساختاربندی به استدلال بالینی شما کمک می‌نماید و قالبی برای رشد توانایی بالینی شما می‌شود.

با شروع سفر بالینی خود، اجزای شرح حال بالغین را که در جدول بعدی آمده است مرور نمایید، سپس توضیحات جزئی‌تری را که در ادامه می‌آیند، مطالعه کنید.

داده‌های معرفی‌کننده داده‌های شناساگر همچون سن، جنس، شغل و وضعیت تأهل  
منبع شرح حال - معمولاً خود بیمار ولی ممکن است یک  
عضو خانواده، دوست، نامه ارجاع بیمار یا سوابق کتبی  
پزشکی باشد

در صورت امکان منبع ارجاع بیمار را مشخص کنید زیرا  
ممکن است به یک گزارش کتبی نیاز باشد

بر حسب حافظه، اعتماد و وضعیت روحی بیمار متغیر است  
یک یا چند علامت نگران‌کننده که موجب جستجوی بیمار  
برای درمان شده‌اند

شکایت اصلی را بسط می‌دهد و توضیح می‌دهد که هر  
علامت چگونه بروز کرده است.

افکار و احساسات بیمار در مورد بیماری را شامل می‌شود  
قسمت‌های مربوطه را از مرور سیستم‌ها در بر دارد که شامل  
موارد مثبت و منفی مربوطه می‌شود  
ممکن است شامل مصرف داروها، آلرژی‌ها، مصرف  
دخانیات و الکل نیز باشد زیرا اینها اغلب با بیماری کنونی  
ارتباط دارند.

بیماری‌های دوران کودکی را فهرست می‌کند.  
بیماری‌های پس از بلوغ را با ذکر زمان حداقل در چهار زمینه  
ذکر می‌کند: داخلی، جراحی، زنان و زایمان، و روانپزشکی  
اقدامات مرتبط با حفظ سلامت را شامل می‌شود همچون  
واکسیناسیون، تست‌های غربالگری، مقولات سبک زندگی و  
ایمنی در منزل.

سن و وضعیت سلامت یا علت مرگ فرزندان، والدین و  
پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها را ذکر می‌کند.  
وجود یا نبود بیماری‌های خاص را در فامیل همچون فشار  
خون، دیابت و انواع سرطان و غیره ثبت می‌کند.

سطح تحصیلات، محل تولد، محل زندگی فعلی، علایق  
شخصی و سبک زندگی را وصف می‌کند

وجود یا نبود علایم شایع مربوط به هر سیستم فرعی بدن را  
ذکر می‌کند.

قابلیت اعتماد  
شکایت اصلی  
(Chief complaints)  
بیماری کنونی  
(present illness)

تاریخچه بیماری‌های  
قبلی (past history)

تاریخچه خانوادگی  
(family history)

تاریخچه شخصی و  
اجتماعی  
مرور سیستم‌ها  
(Review of systems)

## شرح حال جامع بالغین - توصیف‌های بیشتر اطلاعات اولیه

تاریخ و ساعت شرح حال (Date and time of history). تاریخ همیشه مهم  
است. شدیداً به شما توصیه می‌کنیم که همیشه ساعت ارزیابی بیمار را، خصوصاً در شرایط  
اورژانسی یا در بیمارستان ثبت کنید.



داده‌های شناساگر (identifying data). شامل سن، جنس، وضعیت تأهل و شغل می‌شود. منبع شرح حال یا ارجاع ممکن است بیمار، یک عضو خانواده یا دوست، پلیس، یک پزشک مشاور، یا مدارک پزشکی باشد. مشخص کردن منبع ارجاع به شما در ارزیابی کیفیت اطلاعات ارائه شده و هرگونه غرض احتمالی کمک می‌کند.

**قابلیت اعتماد (Reliability).** اگر مرتبط باشد باید ثبت شود. این قضاوت منعکس کننده کیفیت اطلاعات ارائه شده توسط بیمار است و معمولاً در پایان مصاحبه شکل می‌گیرد. به عنوان مثال «بیمار در توصیف نشانه‌ها مبهم حرف می‌زند و قادر به مشخص کردن جزئیات نیست» و یا «بیمار یک فرد قابل اعتماد در ارائه شرح حال می‌باشد».

**شکایت اصلی (Chief complaint).** سعی کنید تا حد ممکن کلمات خود بیمار را ذکر کنید. بعنوان مثال، «شکمم درد می‌کند و احساس بسیار بدی دارم». گاهی بیماران شکایات واضحی ندارند، در این صورت شما باید بجای آن مقاصدشان را ذکر کنید. بعنوان مثال، «من برای معاینه معمولی آمده‌ام»، یا «من برای بررسی کامل قلبی بستری شده‌ام».

**بیماری کنونی (Present illness).** این بخش از شرح حال یک توصیف کامل، واضح و با ترتیب زمانی، از مشکلاتی است که موجب شده‌اند بیماران در جستجوی درمان برآیند. این توصیف باید شامل زمان شروع مشکل، شرایط بروز آن، تظاهرات آن، و هرگونه درمان انجام شده تاکنون باشد.

فصل ۳، مصاحبه و شرح حال را ملاحظه نمایید.

■ علایم اصلی باید بخوبی شرح داده شوند و این موارد جهت آنها ذکر شود: (۱) محل، (۲) کیفیت، (۳) کمیت یا شدت، (۴) ویژگی زمانی شامل شروع، مدت و تکرار، (۵) شرایطی که در آن اتفاق افتاده‌اند، (۶) عواملی که نشانه‌ها را تشدید یا تسکین بخشیده‌اند، و (۷) تظاهرات همراه. این هفت خصوصیت برای درک تمام علایم بیمار پرارزش هستند. همچنین باید مشتمل بر «موارد مثبت» و «موارد منفی» مرتبط با شکایت (های) اصلی از بخش‌های مختلف مرور سیستم‌ها باشد. وجود یا فقدان علایم مرتبط ما را در تولید تشخیص‌های افتراقی کمک می‌کنند، که به محتمل‌ترین تشخیص‌هایی و به دفعات جدی‌ترین تشخیص‌ها حتی اگر کمتر محتمل باشند اطلاق می‌شوند که می‌توانند وضعیت بیمار را توجیه کنند.

■ اطلاعات دیگری نیز وجود دارند که به علت ارتباط قوی باید ذکر شوند، مانند عوامل خطرزا برای بیماری شریان کرونر در بیماران با درد سینه، یا داروهای مصرفی در بیماران مبتلا به سنکوپ.

■ بخش بیماری کنونی باید آشکار سازد که واکنش بیمار به نشانه‌هایش چه بوده است و بیماری چه اثراتی بر زندگی بیمار داشته است. همیشه بیاد داشته باشید که اطلاعات بصورت خودبخودی از بیمار جاری می‌شوند، ولی وظیفه سازماندهی آنها با شماست.

■ بیماران گاهی بیشتر از یک شکایت یا نگرانی دارند. هر کدام از این نگرانی‌ها به توصیف مفصل در حد یک پاراگراف نیاز دارند.

■ مصرف داروها باید ذکر شود، که این شامل نام، مقدار مصرف، نحوه مصرف و دفعات مصرف می‌شود. همچنین درمان‌های خانگی، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها، مواد معدنی، یا داروهای گیاهی، قرصهای پیشگیری از بارداری و داروهای قرض گرفته شده

از اعضای خانواده یا دوستان را ذکر کنید. فکر خوبی است که از بیمار بخواهید که تمام داروهایش را همراه بیاورد، تا شما دقیقاً بدانید که چه مصرف می‌کند.

■ آلرژی‌ها شامل واکنش‌های خاص به داروها مانند بشورات پوستی یا تهوع و همچنین آلرژی به غذاها، حشرات، یا عوامل محیطی باید ثبت شود.

■ مصرف دخانیات و نوع آن را ذکر کنید. سیگار معمولاً بصورت بسته - سال ذکر می‌شود (فردی که ۱/۵ پاکت در روز و به مدت ۱۲ سال سیگار کشیده است تاریخچه ۱۸ بسته - سال مصرف دارد). اگر فردی مصرف را ترک کرده است، مدت زمان ترک را ذکر کنید.

■ همیشه باید در مورد مصرف الکل و مواد مخدر پرس و جو شود (و اغلب مرتبط با بخش بیماری کنونی است).

### تاریخچه بیماری‌های قبلی (past history)

● بیماری‌های دوران کودکی: همچون سرخک، سرخچه، اوریون، سیاه سرفه، آبله مرغان، تب رماتیسمی، مخملک، و فلج اطفال. همچنین در این بخش هرگونه بیماری مزمن دوران کودکی باید ذکر شود.

● بیماری‌های بزرگسالی: باید در این چهار زمینه اطلاعاتی مربوط به بیماریهای دوران بعد از بلوغ فراهم کنید:

■ داخلی (مانند دیابت، فشار خون، آسم، هپاتیت، بیماری HIV، اطلاعاتی در مورد سابقه بستری، تعداد و جنس شریک‌های جنسی، تجربیات جنسی خطرناک)

■ جراحی (شامل تاریخ، علت، و نوع عمل جراحی)

■ زنان و زایمان (شرح حال بارداری، شرح حال قاعدگی، نحوه جلوگیری از بارداری و فعالیت جنسی)

■ روان‌پزشکی (شامل تاریخ، تشخیص، بستری و درمان).

● حفظ سلامت: همچنین باید بعضی جنبه‌های خاص اقدامات حفظ سلامت را ذکر کنید، به خصوص در مورد واکسیناسیون و تست‌های غربالگری. مانند واکسیناسیون برای کزاز، سیاه سرفه، دیفتی، واریسلا، و بروس پایلوم انسانی (HPV)، منگوکوک و هرپس زوستر، فلج اطفال، سرخک، سرخچه، اوریون، آنفلوآنزا، هپاتیت B، هموفیلوس آنفلوآنزا نوع B، و پنوموکوک و آزمایشات غربالگری مانند تست توبرکولین، پاپ اسمیر، ماموگرام، آزمایش مدفوع جهت خون مخفی، کلونوسکپی و آزمایش کولسترول همراه با نتایج آنها و تاریخ آخرین بار انجام آنها. اگر بیمار این اطلاعات را نمی‌داند ممکن است برای بدست آوردن مدارک پزشکی قدیمی نیاز به مجوز کتبی باشد.

**تاریخچه خانوادگی (Family history).** در بخش تاریخچه خانوادگی سن و وضعیت سلامت یا علت مرگ هر یک از وابستگان نزدیک شامل والدین، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها، خواهران و برادران، کودکان و نوه‌ها را خلاصه ذکر کنید. هر یک از بیماریهای زیر را مرور کرده و وجود یا فقدان آنها را در خانواده ثبت کنید: فشار خون، بیماری شریان کرونر، سطح بالای کولسترول، سکنه مغزی، دیابت، بیماری تیروئید یا بیماری

فصل ۳ را جهت سؤالات پیشنهادی در مورد الکل و مواد مخدر ملاحظه نمایید.



کلیوی، سرطان (نوع آنرا مشخص کنید)، آرتریت، سل، آسم یا بیماری ریوی، سردرد، اختلالات تشنجی، بیماری روانی، خودکشی، سوءمصرف الکل یا داروها، و آلرژی‌ها و همچنین تمامی علایمی که بیمار ذکر می‌کند. درباره هرگونه سابقه سرطان‌های پستان، تخمدان، کولون و یا پروستات پرس و جو نمایید. درباره هرگونه بیماری منتقله از راه ژنتیک پرس و جو نمایید.

تاریخچه شخصی و اجتماعی (personal and social history). بخش

تاریخچه شخصی و اجتماعی شامل شخصیت و علایق بیمار، منابع حمایتی، نحوه برخورد با مشکلات، نقاط قوت و ضعف می‌شود. همچنین باید موارد زیر را در بر گیرد: شغل و میزان تحصیلات، وضعیت خانوادگی و افراد مهم خانواده، منابع فشار روحی هم کوتاه‌مدت و هم بلندمدت، تجربیات مهم زندگی همچون خدمت سربازی، سوابق شغلی، وضعیت مالی، وضعیت بازنشستگی، فعالیت‌های اوقات فراغت، تمایلات مذهبی و باورهای معنوی و فعالیت‌های زندگی روزمره (ADLs). حد پایه فعالیت خصوصاً در بیماران مسن یا ناتوان مهم است. بخش تاریخچه شخصی و اجتماعی همچنین عادات زندگی را که سلامتی را ترفیع می‌بخشند و یا ایجاد خطر می‌کنند بیان می‌کند، مانند ورزش و رژیم غذایی (شامل میزان ورزش، دریافت غذایی معمول روزانه، مکمل‌ها یا پرهیزهای غذایی، مصرف قهوه، چای و سایر نوشیدنی‌های حاوی کافئین) و معیارهای ایمنی (شامل استفاده از کمربند ایمنی، کلاه ایمنی، دوچرخه سواری، محافظت از نور خورشید، کاشف دود در منزل و سایر وسایل مربوط به خطرات خاص). هرگونه درمان با روش‌های طبی جانشین و هرگونه تجارب روابط جنسی را نیز در اینجا ذکر کنید. از محدودکردن بخش تاریخچه شخصی و اجتماعی به فقط ذکر مصرف تنباکو و الکل و مواد مخدر پرهیز کنید چرا که توسعه و بسط این بخش از شرح حال سبب شخصی‌سازی رابطه شما با بیمار و برقراری rapport خواهد شد.

رفته رفته یاد خواهید گرفت که چگونه این سؤالات شخصی و اجتماعی را در لابلای کل مصاحبه بگنجانید تا بیمار احساس آرامش بیشتری کند.

مرور سیستم‌ها (Review of systems)

نکاتی که در هنگام استخراج مرور سیستم‌ها باید به آنها توجه گردد:

- درک و استفاده از سؤالات مرور سیستم‌ها اغلب برای دانشجویان در ابتدا چالش‌انگیز است. این سؤال‌های «بله - خیر» باید در انتهای مصاحبه آورده شوند. در نظر داشته باشید که می‌خواهید ردیف سؤالاتی از فرق سر تا نوک پا از بیمار بپرسید. بهتر است که بیمار را برای سؤالات در پیش رو آماده کنید، مثلاً بگوئید «بخش بعدی شرح حال ممکن است مثل صدها سؤال بنظر آید، ولی این سؤال‌ها مهم هستند تا مطمئن شویم چیزی از قلم نیافتاده باشد». اغلب سؤالات مرور سیستم‌ها به علایم ارتباط دارند، ولی گاهی بعضی از پزشکان بیماری‌هایی چون پنومونی یا سل را نیز در آن می‌گنجانند. ● توجه نمایید که ممکن است به سؤالات مرور سیستمی مربوط به شکایت اصلی بپردازید تا بتوانید با پاسخ‌های «مثبت یا منفی» مرتبط با شکایت اصلی تشخیص را قطعی‌تر نمایید. برای مثال پس از یک توصیف کلی درباره درد سینه شما ممکن است از بیمار بپرسید که آیا سابقه فشارخون بالا، تپش قلب، تنگی نفس و آدم قوزک پا و پا دارد؟ و یا به سؤالات مربوط به مرور سیستم‌ها در ارتباط با تنفس و GI بپردازید.

در مبحث سالمندان در مورد ADLs به کرات صحبت شده است.

فصل ۳، مصاحبه و شرح حال را جهت بحث دربارهٔ نقش سؤالات مثبت و منفی در تشخیص افتراقی، ملاحظه نماید.