



ارزیابی بیمار

تهیه و تنظیم : افخم ورقایی پایدار – کارشناس ارشد آموزش پرستاری
سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی شهید مدنی تبریز

بهار ۱۳۹۳

آدرس : بیمارستان شهید مدنی تبریز – تلفن ۰۴۱۱-۳۳۷۰۰۳۳

E-mail: Varghaei_a@yahoo.com

به نام یگانه هستی بخش

عنوان : ارزیابی بیمار

فهرست مطالب

۱.....	مقدمه
۱.....	استانداردهای عملکرد حرفه ای پرستاری
۲.....	استانداردهای مراقبت پرستاری
۳.....	فرآیند پرستاری
۳.....	بررسی و ارزیابی
۴.....	ملاحظات اخلاقی جهت ارزیابی و گرفتن تاریخچه وضعیت سلامتی
۴.....	انواع بررسی
۵.....	انواع داده ها
۵.....	منابع داده ها
۶.....	روشهای جمع آوری اطلاعات
۶.....	مراحل مصاحبه
۸.....	انواع پرسشهای مورد استفاده در مصاحبه
۹.....	تفاوتهای سنی خاص در مصاحبه
۱۰.....	شرح حال جامع در بزرگسالان
۱۳.....	معاینات فیزیکی
۱۳.....	نکات کلی مورد توجه هنگام معاینه فیزیکی
۱۴.....	مراحل آمادگی برای معاینه فیزیکی
۱۵.....	روشها و مهارتهای معاینه فیزیکی
۲۱.....	بررسی پوست
۲۵.....	معاینه سر و گردن
۲۹.....	معاینه قفسه صدری و ریه ها
۳۱.....	معاینه قلب و عروق
۳۲.....	معاینه شکم
۳۳.....	معاینه سیستم عصبی
۳۴.....	معاینه پستان ها و سیستم تناسلی
۳۵.....	معاینه جسمانی مادر باردار ، ارزیابی اولیه نوزاد

عنوان بسته آموزشی : ارزیابی بیمار : ۶ ساعت

***گروه هدف :** مدیر خدمات پرستاری - رئیس خدمات پرستاری - کارشناس مسئول اداره

پرستاری - کارشناس اداره پرستاری - کارشناس پرستاری - کارشناس مسئول پرستاری - سوپروایزر در گردش - رئیس اداره پرستاری و مامایی - کارشناس کنترل عفونت بیمارستانی (پرستار) - کارشناس کنترل عفونت بیمارستانی - سرپرستار - سرپرستار اتاق عمل - کاردان اتاق عمل - تکنسین بیهوشی - پرستار دندانپزشکی - تکنسین اتاق عمل - بهیار - پرستار ماما - بهیار ماما - پرستار دیالیز - بهیار دیالیز - کارشناس هوشبری - کاردان هوشبری - کارشناس بیهوشی - کاردان بیهوشی - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر آموزش ضمن خدمت - پرستار (مراقبتهای ویژه - روانی - داخلی - جراحی - اتاق عمل - سوختگی - اطفال - بهداشت مادران و نوزادان - ارتوپدی - اورژانس و تروما - چشم)

*اهداف آموزشی :

پس از مطالعه این بسته ، فراگیر قادر خواهد بود :

- اهمیت ارزیابی بیمار توسط پرستار را توضیح دهد.
- انواع ارزیابی بیمار را برشمارد.
- نحوه ی ارزیابی اولیه بیمار را شرح دهد.
- نحوه ی انجام معاینات فیزیکی بیمار را توضیح دهد.

*روش و نحوه اجرای آموزش و ارزیابی:

روش برگزاری : کتابخوانی یا غیر حضوری (رفع اشکال در صورت نیاز)

آزمون : آزمون کتبی

پیشگفتار:

پرستاری یکی از بزرگترین گروههای ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی - درمانی در بخش های دولتی و خصوصی است و بیماران نیز تماس بیشتری با پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان ارائه دهنده مراقبت دارند.

از آنجا که مراقبت ، تمامیت یکپارچه حرفه پرستاری را تشکیل می دهد ، لذا ایجاد و توسعه استانداردهای عملکرد پرستاری ضروری است . استانداردها سطح مهارت و عملکرد حرفه ای پرستاری را توصیف می کنند .

استانداردهای مرتبط با این حرفه به دو دسته استانداردهای حرفه ای و استانداردهای مراقبت پرستاری تقسیم می شوند . استانداردهای حرفه ای به منظور راهبری ، حفظ و ارتقاء شایستگی و صلاحیت حرفه ای پرستاران تدوین شده و استانداردهای مراقبت پرستاری با هدف حفظ و ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری تدوین شده است .(۱)

نظر به اهمیت اعتباربخشی بیمارستانها و مراکز درمانی ، ضرورت استانداردسازی خدمات درمانی و مراقبتی ، بیش از پیش احساس می شود . یکی از استانداردهای مراقبت پرستاری ، استاندارد فرآیند می باشد که بررسی و ارزیابی بیمار اولین و مهمترین بخش از استانداردهای فرآیند است و طی آن ، اطلاعات و داده های وسیع عینی و ذهنی در مورد بیمار جمع آوری می شود . این داده ها در برنامه ریزی مراقبتهای پرستاری و همچنین درمان پزشکی از اهمیت بالایی برخوردار است ، لذا آگاهی پرستاران از نحوه ی ارزیابی بیمار در مراحل مختلف بستری تا ترخیص وی و انجام صحیح ، دقیق وبموقع ارزیابی ، به تشخیص و برنامه ریزی مراقبت از بیماران کمک بسزایی می کند . این بسته ی آموزشی با هدف تسهیل یادگیری و استفاده از روشی آسان برای ارزیابی بیماران تهیه شده است . امید است مورد استفاده قرار گیرد.

مقدمه :

یکی از ضروریات هر حرفه ، تدوین استانداردهایی است که بتوان از انجام درست وظایف و حدود آن اطمینان حاصل نمود . مقایسه عملکرد پرستاران با استانداردها ، موجب تضمین کیفیت کاری و ایجاد اعتماد در مراجعین خواهد شد و به مسئولین امر نیز در ارزیابی عملکرد شاغلین این حرفه کمک می کند ، از سوی دیگر در مراجع قانونی ، مورد استناد بوده و در مورد عملکرد شاغلین ، بر اساس استانداردهای این حرفه قضاوت می شود . لذا دانش و نگرش پرستاران در مورد استانداردهای حرفه پرستاری و عملکرد مطابق آن ، بر کلیه ی شاغلین این حرفه الزامی و حائز اهمیت می باشد. (مولف)

استاندارد عبارتست از : بیانیه ارزشمند و مكتوب قوانین ، شرایط و عملکرد کارکنان در قبال بیماران ، کارکنان و یا سازمان . استانداردها، کیفیت مراقبت مورد انتظار در یک مرکز را تعریف و تعیین و عملکردها را هدایت می کنند. استانداردهای پرستاری به دو دسته : استانداردهای عملکرد حرفه ای و استانداردهای مراقبت پرستاری تقسیم می شوند.

استانداردهای عملکرد حرفه ای : بیانیه هایی هستند که از عملکرد یک پرستار کارشناس انتظار می رود . این استانداردها نمایان گر ارزشهای حرفه ای بوده و سطح انتظارات حرفه را از کارکنان خود روشن می سازند . کاربرد استانداردها در بررسی و سنجش عملکرد پرستاران کارشناس توسط کارفرمایان ، مدیران ، مددجویان و همکاران می باشد . این استانداردها در چهار حیطه عملکرد پرستاری شامل حیطه بالینی ، آموزش ، مدیریت و پژوهش قابل اجرا هستند. بطور کلی هشت استاندارد حرفه ای برای پرستاران تدوین شده است که عبارتند از :

- مسئولیت و پاسخگویی (Responsibility & Accountability)
- تداوم در تبحر و کارآمدی (Continuing Competency)
- کاربرد دانش ، مهارت و نحوه ی قضاوت (Application Of Knowledge ,Skills & Judgment)
- اخلاقیات حرفه ای (Professional Ethics)
- ارتباطات و مشارکت حرفه ای (Communication & Professional Collaboration)
- مدیریت و رهبری حرفه ای (Professional Management & Leadership)
- کیفیت مراقبت (Quality Of Care)
- خودکنترلی و ارزیابی عملکرد (Self-Regulation Performance Appraisal)

هدف از تدوین استانداردهای حرفه ای ، ارتقاء ، هدایت و رهبری عملکرد حرفه ای پرستاران می باشد . به بیان دیگر ، هدف ایجاد چارچوبی صحیح جهت کسب اطمینان از ارائه مراقبت پرستاری ایمن ، ارتقای عملکرد مطلوب ، پیشگیری از عملکرد نامطلوب و پیش بینی اقدام لازم برای تصحیح روندها است .

وظیفه ی همه پرستاران و کارفرمایان است تا استانداردهای حرفه پرستاری را بدانند و آنها را در عملکرد پرستاری بکار گیرند . این استانداردها ، معیارهایی را ایجاد میکنند تا مسئولان و ذی نفعان بتوانند از طریق آنها عملکرد پرستاری را بسنجند . استانداردها منعکس کننده ی ارزشهای حرفه و روشن کننده انتظارات سازمان های مسئول از پرستاران است . اهداف اصلی تدوین و توسعه استانداردهای حرفه ای پرستاری شامل موارد زیر است:

- تنظیم ، هدایت و راهنمایی عملکرد پرستاری
 - ارتقای عملکرد پرستاری حرفه ای
 - تسهیل و بستر سازی در جهت ارزشیابی عملکرد پرستاری
 - توانمند سازی بیمار جهت قضاوت در مورد کفایت مراقبت پرستاری
 - تدارک دستورالعملهایی برای پژوهشگران پرستاری به منظور شناسایی و تبیین ارتباط بین عملکرد پرستاری و برآوردهای مراقبت از بیمار
 - تدارک دستورالعملهایی برای مدیران پرستاری جهت حمایت ، تسهیل و بستر سازی برای ارائه مراقبتی ایمن ، مناسب ، شایسته و اخلاقی
 - تدارک دستورالعملهایی برای مدرسین پرستاری جهت تدوین اهداف برنامه های آموزشی و انجام خود تنظیمی لازم در این اهداف در صورت نیاز
 - تدارک چارچوبی برای توسعه استانداردهای تخصصی پرستاری
 - تسهیل و بستر سازی جهت تبیین نقش و جایگاه پرستاری در گروه مراقبت سلامت .
- استانداردهای مراقبت پرستاری :** استانداردهای مراقبت پرستاری را به سه گروه بزرگ تقسیم می کنند
- : استانداردهای ساختار - استانداردهای فرآیند - استانداردهای برآیند

- ۱- استانداردهای ساختار شامل مدیریت و رهبری سازمانی - منابع و نیروی انسانی - استانداردهای مربوط به هزینه ها و امکانات می باشد.
- ۲- استانداردهای فرآیند ، نحوه ی ارائه خدمات ، روشها و برنامه هایی است که باید برای دستیابی به اهداف سازمان بکار گرفته شود. این استانداردها نسبت به استانداردهای ساختار ، تاثیر مستقیم تری بر کیفیت خدمات دارند. این دسته از استانداردها را می توان در پنج گام فرآیند پرستاری گنجانند .

- بررسی و ارزیابی
- تشخیص و شناسایی برایندها
- برنامه ریزی
- اقدامات بالینی /اجرا
- ارزشیابی

سایر استانداردهای فرآیند شامل موارد ذیل اند:

- حمایت و آسایش بیمار
- ارتباط موثر
- حساسیت های فرهنگی
- ثبت و گزارش نویسی
- تحرک مددجو

- استانداردهای تغذیه و آب و الکترولیتها

- بهداشت فردی

- ایمنی و ارزیابی خطر

۳- استانداردهای برآیند شامل : استانداردهای رضایت مندی مددجو - استانداردهای اجتناب و پیشگیری از وقوع عوارض و حوادث مراقبتی می باشد . در این جزوه ، بررسی و ارزیابی بیمار که بخش اول فرآیند پرستاری است بحث می شود. ابتدا مختصری از فرآیند پرستاری و بخشهای مختلف آن بیان می گردد.

فرآیند پرستاری : یک روش حل مشکل است که برای رفع نیازهای مراقبتی و پرستاری مردم استفاده می شود. اجزای اصلی فرآیند پرستاری عبارتند از : ارزیابی ، تشخیص ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزشیابی .

۱- بررسی و ارزیابی : جمع آوری سیستماتیک داده ها برای تعیین وضعیت سلامتی بیمار و یا هرگونه مشکل بالقوه و بالفعل دیگر می باشد.

۲- تشخیص : تعیین دو دسته از مشکلات بیمار می باشد .

تشخیص پرستاری : مشکلات بالفعل یا بالقوه بهداشتی که بصورت مستقل توسط اقدامات پرستاری می توانند رفع شوند.

مشکلات همراه : عوارض فیزیولوژیکی معینی که پرستاران به منظور تغییر و تحول در وضعیت موجود ، آنها را کنترل می کنند و از طریق تجویز پزشک یا مداخله مستقیم آنها را کاهش می دهند.

۳- برنامه ریزی : تعیین اهداف و برآیندهای مورد انتظار به وسیله طراحی برنامه مراقبتی برای کمک به بیماران ، جهت حل مشکلات و دستیابی به اهداف و برآیندهای مورد انتظار

۴- اجرا: اجرا و انجام برنامه مراقبتی از طریق مداخلات پرستاری

۵- ارزشیابی : تعیین پاسخ های بیمار به مداخلات پرستاری و بررسی میزان دستیابی به نتایج مورد انتظار

بررسی و ارزیابی (Assessment) :

بررسی داده های جمع آوری شده از طریق تاریخچه سلامتی و معاینه وضعیت سلامت انجام می شود که علاوه بر کنترل بیمار ، برای آگاهی از نیازها و تاثیر مراقبتهای پرستاری ، امری مهم می باشد.

- گرفتن تاریخچه سلامتی از بیمار جهت تعیین وضعیت بیماری یا تندرستی است و بهتر است از طریق مصاحبه انجام شود. توانایی ایجاد یک ارتباط دو طرفه همراه با علاقه و احترام بستگی به توانایی پرستار در ایجاد ارتباط صادقانه و بدون ریا با بیمار دارد . استفاده از یک الگوی مشخص برای گرفتن تاریخچه سلامتی می تواند در کسب اطلاعات از بیمار و جهت دهی به مصاحبه موثر باشد .

- ارزیابی فیزیکی با توجه به وضعیت فیزیکی و روحی روانی بیمار و اولویتها ، ممکن است قبل ، همزمان و بعد از تاریخچه سلامتی انجام شود. هدف از انجام این مرحله ، تعیین وضعیت فیزیکی ، روحی و روانی و احساسی یا هیجانی بیمار است که نیاز به مراقبت پرستاری دارد. برای انجام این

مرحله باید از حواس بینایی، شنوایی، لامسه و بویایی استفاده کرد. همچنین داشتن مهارت مصاحبه و تکنیک مناسب، امری ضروری است.

مهم: پس از کامل شدن تاریخچه سلامتی و بررسی وضعیت سلامتی، اطلاعات کسب شده باید در پرونده دائمی بیمار ثبت شود. ثبت اطلاعات باعث ارتباط بهتر در بین پرسنل تیم مراقبتی می شود و نیز باعث ایجاد هماهنگی در برنامه ریزی و ادامه مراقبتها می گردد. از مزایای دیگر ثبت می توان به این موارد اشاره کرد: گزارشات به عنوان مدرک و سندی قانونی برای مراجع قانونی محسوب می شوند - چارچوبی برای ارزیابی کیفیت و تناسب خدمات ارائه شده و بازنگری خدمات ارائه شده برای بیماران را فراهم می کند - از این اطلاعات می توان برای برنامه ریزی کوتاه مدت و دراز مدت، پژوهش و آموزش استفاده کرد.

ملاحظات اخلاقی جهت ارزیابی و گرفتن تاریخچه وضعیت سلامتی:

افرادی که جهت حل مشکلات بهداشتی خود هستند، اغلب دچار اضطراب هستند که بدلیل ترس از تشخیص، اختلال در شیوه زندگی و نگرانی های دیگر می باشد. پرستار باید یک ارتباط خوب و صمیمی با بیمار برقرار کند، بیمار را در وضعیت راحت قرار دهد و با مهارتهای ارتباطی مثل تماس چشمی، به پاسخها بیمار در ارتباط با سوالات مربوط به وضعیت سلامتی به دقت گوش می دهد. پرستار در زمان گرفتن تاریخچه، باید از ارتباط غیر کلامی خود و بیمار آگاهی داشته باشد و به سابقه فرهنگی و آموزشی بیمار، مانند مهارت او در صحبت کردن توجه خاصی نماید. سوالات و آموزشهای وی باید برای بیمار قابل فهم باشد و از بکار بردن عبارات تخصصی و اصطلاحات پزشکی خودداری نماید. علاوه بر این باید به ناتوانی ها و آسیبهای بیمار (شنوایی - بینایی - شناختی و محدودیتهای فیزیکی) توجه کند.

زمانی که اطلاعاتی از طریق تاریخچه سلامتی یا معاینات فیزیکی از بیمار گرفته می شود، بیمار حق دارد علت گرفتن اطلاعات و نحوه استفاده از آنها را بداند. به همین علت باید برای بیمار کاملاً توضیح داده شود که هدف از گرفتن تاریخچه سلامتی و معاینه فیزیکی چیست. ایجاد محیط خصوصی و امن و راحت در هنگام مصاحبه و معاینه، باعث اعتماد و آرامش بیمار می شود. اطلاعات ثبت شده توسط پرستار باید در محلی ایمن و مطمئن نگهداری شود و فقط افراد تیم بهداشتی که مستقیماً وظیفه مراقبت از بیمار را بر عهده دارند، می توانند از این اطلاعات استفاده کنند. (۲)

انواع بررسی:

۱- بررسی جامع: برای فراهم نمودن اطلاعات پایه جهت بررسی های مقایسه ای بعدی و به محض ورود بیمار به مرکز درمانی انجام می شود.

۲- بررسی مختصر: در فواصل منظم مراقبت از بیمار صورت می گیرد (در هر شیفت). این نوع بررسی روی مشخص کردن مشکلات سلامتی به منظور کنترل تغییرات مثبت و منفی و ارزیابی تاثیر مداخلات تمرکز دارد. (بررسی مستمر)

۳- بررسی متمرکز: این نوع بررسی برای بررسی یک مشکل خاص صورت می گیرد. مثلاً اگر بیمار درد شکم داشته باشد، پرستار سؤالاتی پیرامون مشکلات ادراری - حساسیتهای - تاریخچه

قاعدگی (در زنان) می پرسد و سپس علائم حیاتی و ساختمان شکم را طی معاینات فیزیکی ، بررسی می نماید.

۴- بررسی اورژانسی : این بررسی نوعی بررسی متمرکز سریع است که برای مشخص کردن وضعیت های بالقوه مرگبار انجام می شود . به عنوان مثال بررسی راه هوایی ، تنفس و گردش خون قبل از شروع احیای قلبی ، تنفسی قسمتی از یک بررسی اورژانسی است.(۳)
چنانچه ذکر شد بررسی شامل جمع آوری و تصدیق داده هایی است که پرستار برای تشخیص های پرستاری از آنها استفاده میکند . داده ها به روشهای مختلف بدست می آیند .

انواع داده ها :

- داده های عینی (Objective): این داده ها را می توان دید ، شنید ، احساس کرد و یا بویید ، مانند فشار خون ، گریه کردن ، تغییر رنگ پوست و لرزش دستها ، این داده ها را داده های آشکار نیز می نامند.

- داده های ذهنی (Subjective): این داده ها شامل درک مددجو از وضعیت سلامت و موقعیت زندگی است مثل : خارش ، درد ، احساس نگرانی . این داده ها را داده ها و یا نشانه های پنهان نیز می نامند.

منابع داده ها : منابع ، اولیه و یا ثانویه هستند. خود بیمار به عنوان منبع اولیه و افراد مهم خانواده (پدر ، مادر ، خواهر ، برادر و سایر اقوام نزدیک) به عنوان منبع ثانویه می باشند . این افراد وقتی که بیمار بیهوش بوده و یا خردسال است ، کمک کننده می باشند. (۴) همچنین سایر پرسنل بهداشتی ، پرونده ها و گزارشات ، اسناد و مدارک مربوطه نیز به عنوان منبع ثانویه یا غیر مستقیم برای جمع آوری داده ها مورد استفاده قرار می گیرند. (۷)

- خود بیمار که منبع اصلی است می تواند داده های ذهنی را فراهم نماید که هیچکدام از منابع قادر به اینکار نیستند.

- اشخاص مهم یا حمایت کننده ، بیمار را بخوبی می شناسند و می توانند اطلاعات را تکمیل نموده و یا اطلاعات داده شده توسط بیمار را تایید نمایند و یا ممکنست در مورد استرسهایی که بیمار قبل از ناخوشی تجربه کرده ، نگرش خانواده به بیماری و سلامت ، و محیط خانه بیمار را ارئه دهند .

- پرسنل بهداشتی مثلا مددکاران اجتماعی ، پزشکان ، فیزیوتراپیستها و پرستاران ممکنست اطلاعاتی از تماس قبلی یا کنونی با بیمار داشته باشند .

- پرونده های پزشکی منابعی از الگوهای حال و گذشته سلامت و بیماری فرد می باشند . این پرونده ها می توانند اطلاعاتی در باره رفتارهای تطابقی بیماران ، اعمال سلامتی ، بیماریها و حساسیتهای قبلی را برای پرستاران فراهم نمایند.

• سایر گزارشات نیز می تواند اطلاعات سلامتی مناسبی را فراهم نمایند . تستهای آزمایشگاهی معمولاً به عنوان بخشی از معاینه اولیه پزشکان در خواست می شود تا به تشخیص پزشکی کمک نمایند . تستهای آزمایشگاهی علاوه بر این برای درمانهای پزشکی مثل تعیین سطح گلوکز خون به منظور بکار بردن داروهای هیپوگلیسمیک خوراکی مورد استفاده قرار می گیرند. سایر گزارشات به عنوان مثال گزارش موسسه اجتماعی در باره موقعیت زندگی بیمار ، گزارش موسسه مراقبت بهداشتی خانگی در باره سازگاری بیمار در خانه می تواند برای هدایت بررسی به پرستار کمک نماید.

• اسناد ، مرور پرستاری و اسناد مربوطه مثل کتابها و مجلات حرفه ای می تواند اطلاعات تکمیلی برای داده های پایه را فراهم کند. مرور اسناد شامل اطلاعات زیر است ولی محدود به این موارد نیست. استانداردها یا مقادیر طبیعی ، به عنوان مثال جداول قد و وزن ، اعمال تکاملی طبیعی در گروههای سنی که با یافته ها مقایسه می شوند.(۷)

روشهای جمع آوری اطلاعات : شامل مشاهده ، مصاحبه و معاینه می باشد. (۴)

الگوهای متعددی ممکن است برای راهنمایی پرستار در جمع آوری داده ها بکار روند . چارچوب بررسی الگوی سلامت عملکردی گوردون (Marjory Gordon) در جمع آوری داده های سلامتی برای تنظیم تشخیص های پرستاری مفید می باشد . گوردون ۱۱ الگوی سلامت عملکردی را به منظور اطلاعات پایه مددجو تعریف نموده است .الگو عبارتست : از توالی رفتارهای مربوطه که به پرستار در جمع آوری و دسته بندی داده ها کمک می کند .این ۱۱ الگو می تواند برای بررسی پرستاری در مراقبتی برای مددجویان در تمام گروههای سنی و در بررسی خانواده ها و جوامع بکار رود. استفاده از چارچوب الگوی سلامت عملکردی به پرستار در جمع آوری داده های مورد نیاز برای شناسایی و معتبر کردن تشخیص های پرستاری کمک می کند .(۵)

*** یکی از اصلی ترین روشهای جمع اوری داده ها ، مصاحبه با بیمار است . مصاحبه یک ارتباط برنامه ریزی شده و هدفمند است که به منظور ذیل صورت می گیرد:

۱- جمع اوری اطلاعات

۲- ارائه اطلاعات

۳- تعیین مشکلات و علائق دو طرفه

۴- ارزشیابی تغییر

۵- ارائه آموزش

۶- فراهم کردن حمایت

۷- ایجاد زمینه برای مشاوره

۸- ایجاد زمینه برای درمان

مراحل مصاحبه : آماده شدن برای مصاحبه – آماده کردن محیط

آماده شدن برای مصاحبه: ابتدا پرونده بیمار را مرور کنید تا اطلاعات قبلی ثبت شده در مورد بیمار را بدست آورید. اینکار داده های پایه را مشخص می سازد و به پرستار جهت برقراری ارتباط کمک می کند. با فرم جمع اوری اطلاعات یا فرم تاریخچه سلامتی کاملاً آشنا شوید، این مسئله باعث می شود که یادداشت برداری تکراری کاهش یابد. قبل از انجام مصاحبه، به شرایط بیمار نظیر درد، عدم آگاهی به زمان و مکان و اشخاص و یا شدیداً گیج و یا در سطح هوشیاری پایین توجه کنید، زیرا می تواند سبب کاهش اعتبار مصاحبه ی شما شود.

آماده نمودن محیط: محیط مصاحبه باید خلوت، با نور کافی، ساکت و آرام و بدون وجود عوامل مختل کننده مثل صدای رادیو، پرسنل، آه و ناله ی بیمار کناری و... باشد. طرز نشستن باید طوری باشد که بیمار و پرستار در شرایط یکسان قرار گیرند. در صورت امکان روی صندلی کنار بیمار بنشینید، طوری که چشمهای شما در یک سطح قرار گیرد. فاصله شما و بیمار بر اساس خصوصیات فرهنگی، شخصی و جنسی بیمار متغیر است، فاصله مناسب بین ۱۰۰ تا ۱۲۰ سانتی متر می باشد، از موانع فیزیکی (نظیر میز کنار تخت و کمد بیمار) بین خود و بیمار استفاده نکنید.

از قرار گرفتن میان بیمار و نور تابیده شده از پشت سر خود به صورت بیمار پرهیز کنید، در این حالت در واقع به جای مصاحبه مفید، در حال انجام بازجویی هستید. به آرامش بیمار اهمیت دهید. بهبود وضعیت بیمار در تخت با فراهم کردن آسایش وی نظیر مرتب بودن ملافه ها، تهویه مناسب اتاق، حرارت مناسب امکان پذیر است. اولین ارتباط می تواند مهمترین ارتباط باشد، لذا در طول مصاحبه به بیمار خود توجه کنید. تماس چشمی برقرار کنید و از یادداشت برداری و خواندن متن از روی فرم تاریخچه سلامتی خودداری کنید.

روش شروع مصاحبه: برای انجام مصاحبه تمایل و ترغیب ایجاد کنید. با سلام کردن، معرفی خود، استفاده از ارتباطات غیرکلامی نظیر لبخند زدن، دست دادن (بر اساس فرهنگ و جنس و...) حسن نیت ایجاد کنید.

از حاشیه رفتن و زیاده روی در مورد سوالات شخصی و.. قبل از شروع مصاحبه ی اصلی بپرهیزید (زیرا سبب اضطراب در بیمار و ایجاد حالت غیرطبیعی و نامناسب می شود). برقراری ارتباط چشمی و توجه به اشارات و حرکات صورت و بدن بیمار، عدم عجله و شتاب در پرسش کردن، داشتن همدردی و نشان دادن توجه، علاقه و صمیمیت در طول مصاحبه ضروری است. طول مدت مصاحبه را معین کنید.

ادامه مصاحبه:

- از اولین شکایت بیمار سوال را آغاز کنید تا او هدف و ضرورت مصاحبه را درک کند.
- از اصطلاحاتی که بیمار نمی فهمد استفاده نکنید.

- مصاحبه را با سؤالاتی حساس و خصوصی شروع نکنید .
 - در طول مصاحبه اجازه دهید بیمار جمله اش را تمام کند حتی اگر نامفهوم و مبهم باشد. سپس با سؤالاتی مستقیم به صحبت‌های وی وضوح دهید.
 - از تکرار سؤالات بپرهیزید . در صورت نیاز با تکرار سوال ، آنرا به گونه ای دیگر مطرح کنید تا حالت بازجویی نداشته باشد.
 - آنچه بیمار می گوید را بپذیرید، مثلاً با تکان دادن سرو...
در طول مصاحبه بیمار را چند بار با اسم خود صدا کنید (عادات و جنبه های رسمی فراموش نشود).
 - واضح ، شمرده و آهسته صحبت کنید.
 - به صحبت‌های بیمار بدقت و با توجه گوش دهید.
 - هر بار ، تنها یک سوال بپرسید ، زیرا ممکن است بیمار فقط به یکی توجه کرده و پاسخ دهد و شما مجبور شوید بخش پاسخ داده نشده را تکرار کنید.
 - سؤالات حساس یا خصوصی را در پایان مصاحبه که تا حدودی اعتماد بیمار جلب شده بپرسید .
 - ارزشها را به مددجو نسبت نداده و کار وی را مورد قضاوت قرار ندهید (مثلاً اگر بجای شما بودم اینکار را می کردم)
- اختتام مصاحبه :** در پایان از همکاری بیمار تقدیر و تشکر کنید و امکان تماسهای بعدی را معلوم سازید. همچنین باید از بیمار خواست و به وی فرصت داد تا اگر سوالی دارد ، بپرسد و یا در صورت امکان به موضوعات دیگری که مورد توجه بیمار بوده ولی در مورد آنها بحث نشده ، بپردازد.
- آنچه را در آینده در رابطه با مراقبت پرستاری اجرا می شود مثلاً زمان و دفعات دارو دادن ، تعویض پانسمان ، صرف غذا ، و... را معلوم سازید . در پایان خلاصه ای از مهمترین یافته ها را سریعاً مرور کنید . با بیمار خداحافظی کرده و زمان مصاحبه بعدی را (در صورت نیاز) مشخص نمایید.

انواع پرسش های مورد استفاده در مصاحبه :

پرسش باز: هدف از این نوع پرسش ها بدست آوردن اطلاعات عمومی است . معمولاً برای شروع مصاحبه یا تغییر موضوع ، اجازه به بیمار جهت جمع کردن افکار ، احساسات و آزادی بیان مطالب خود ، استفاده می شود . همچنین از این سؤالات برای دور شدن از موضوع مورد بحث توسط بیمار ، استفاده می گردد. مثال: چه مشکلی دارید؟ در مورد درد شکم تان توضیح دهید .

پرسش بسته : پرسشهایی هستند که نیازمند پاسخ های کوتاه می باشند و مستقیماً به مسائل خاص بیان شده در پرسشهای باز و یا به عبارتی به روشن شدن دامنه و جزئیات بیشتر مشکل

تمرکز دارند. مثال: صدمه یا آسیب در کجاست؟ چه موقع سوختید؟ چه داروهایی مصرف می کنید؟(۶)

تفاوت‌های سنی خاص در مصاحبه :

مصاحبه با بیمار خردسال (تولد تا ۱۴ سالگی) : تمام اطلاعات تاریخچه باید از نظر قابلیت اعتماد با فرد مسئول دیگری (مثلا والدین ، پدر بزرگ یا مادر بزرگ) معتبر شود.

مصاحبه با بیمار سالمند:

- از روش ملایم و بی ریا استفاده کنید.
 - از سوالات ساده و اصطلاحات عامه استفاده کنید . به بیمار اجازه دهید که سرعت مکالمه را تعیین کند ، شکایا باشید و بخوبی گوش فرا دهید . زمان کافی بدهید.
 - خودتان را معرفی نمایید ، اما به خاطر داشته باشید که بیمار سالمندتر ممکن است بزودی نام شما را فراموش کند . ممکنست مجبور شوید بعدا در حین مصاحبه آنرا برای بیمار بنویسید.
 - از تماس چشمی مستقیم استفاده کنید و در سطح چشمی بیمار بنشینید . محیط خصوصی برقرار کرده و آنرا حفظ نمایید.
 - حدت شنوایی را بررسی کنید . در صورت از دست دادن آن ، آهسته صحبت کنید ، به بیمار رو کرده و در طرف دارای شنوایی کافی تر صحبت نمایید . تنها در صورتیکه ثابت کردید بیمار نقص شنوایی دارد ، بلندتر صحبت کنید.
 - به خاطر داشته باشید ، سن بر اکثر سیستم های بدن تاثیر می گذارد و اغلب آنها را در افراد ، با درجات مختلفی کند می سازد.
- بیمار عصبانی :** او را دعوت به سکوت نموده ، در رویه کنترل شده به او قوت قلب بدهید. اجازه تخلیه احساسات را به بیمار بدهید و از بحث کردن پرهیزید و محیط خلوتی را فراهم آورید.
- بیمار مضطرب :** با اطلاعات ساده و سازمان یافته پیش بروید. نقش و هدف خود را شرح دهید .
- بیمار بازیگوش:** قالبی ارائه کنید و محدودیتها را مشخص سازید.
- بیمار افسرده :** ابراز علاقه و درک در یک حالت خنثی نمایید.
- موارد حساس کننده :** (به عنوان مثال جنسیت ، مرگ ، مذهب) : مراقب افکار و احساسات خود باشید . این عوامل می تواند سلامت بیمار را تحت تاثیر قرار دهد و لازم است تا با فرد دیگری مورد بحث قرار گیرد. موقعیکه احساس راحتی در بحث پیرامون موضوعات شخصی و حساس نمی کنید ، می توانید آنها را ارجاع دهید.

تغییرات فرهنگی : تفاوت‌های تربیتی در ارتباط و روشهای اظهار وجود می توانند بطور جدی اطلاعات کسب شده را تحت تاثیر قرار دهد. از تغییرات ممکن در روشهای ارتباطی خود و بیمار

آگاه شوید. در صورتیکه سوء تعبیر یا مشکل در ارتباط مشهود است، از فرد دیگری که در ارتباط بین فرهنگی مهارت دارد، کمک بگیرید.

- در بیماران با زبان متفاوت، از فرد دیگری کمک بگیرید.
- در بیمارانی که قادر به خواندن نیستند، استفاده از تصاویر برای انتقال بهتر اصطلاحات اساسی مراقبتی مناسب است. (۵)

- ابعاد تاریخچه سلامتی روی جمع آوری اطلاعات در مورد وضعیت فیزیولوژیک، رشد و تکامل، روانی، فرهنگی، اجتماعی و دینی بیمار تمرکز دارد و شامل ابعاد زیر است:
- بعد فیزیولوژیک شامل مشکلات و درمانهای گذشته، درمانهای حاضر و عوامل تهدید کننده، مروری بر دستگاههای بدن و تعادل بین فعالیت و استراحت می باشد.
- بعد رشد و تکامل شامل رشد و تکامل فعلی بیمار، تاثیر وضعیت بیماری بر رشد و تکامل وی، اعضای خانواده، وضعیت تاهل، رشد و بلوغ و فعالیت می باشد.
- بعد روانی شامل حالات رفتاری و احساسی، فعالیتهای عقلانی، سیستم های حمایتی و تصویر از خویشتن می باشد.
- بعد فرهنگی، اجتماعی شامل تغییرات در نقش فرهنگی، عادات خانوادگی، کمکها و حمایتهای قابل دسترس در جامعه، زبان اصلی و عوامل محیطی تهدید کننده می باشد.
- بعد مذهبی شامل ارزشها، باورها، شعائر و سلوک اجتماعی بیمار می باشد.
- معمولاً فرم شرح حال یا تاریخچه موارد زیر را شامل می باشد: اطلاعات بیوگرافیک، شکایت اصلی یا علت مراجعه، تاریخچه بیماری کنونی، مروری بر سیستم ها، شیوه زندگی، اطلاعات اجتماعی و اطلاعات روانی، الگوهای مراقبت از سلامت. (۶)

**** شرح حال جامع در بزرگسالان:** شامل بخشهای زیر است.

اطلاعات فردی: سن، جنس، وضعیت تاهل، مذهب، نژاد، محل تولد.

منبع ارجاع: مشخص نمودن منبع ارجاع به بررسی نوع اطلاعات موجود و سوگیری احتمالی کمک می کند.

قابلیت اعتماد: در برخی از موارد باید قابلیت اعتماد شرح حال ثبت شود. به عنوان مثال ممکن است گفته شود "بیمار در هنگام توصیف علائم خود حالت گنگ و گیج دارد و نمی تواند جزئیات آنها را مشخص کند." این قضاوت بازتابی از کیفیت اطلاعات ارائه شده از طرف بیمار است و معمولاً در پایان مصاحبه صورت می گیرد.

شکایت اصلی (Chief Complaint): شکایت یا شکایات اصلی، بخش اصلی شرح حال را تشکیل می دهد و شامل علائم و نشانه هایی برای جستجوی معالجه یا مشورت می باشد. باید سعی نمود تا مسائل را با کلمات خود بیمار بیان کرد. به عنوان مثال: "معدة ام درد می کند و احساس بدی به من دست می

دهد". گاهی اوقات بیماران شکایت بارزی ندارند، در این موارد شما باید اهراف بیماران را از مراجعه کشف کنید. به عنوان مثال "علت مراجعه من اینست که می خواهم قلبم مورد بررسی کامل قرار گیرد".

بیماری فعلی (Present Illness): این بخش شامل توضیح واضح مشکلاتی است که بیمار در جستجوی درمان آن می باشد و باید زمان شروع مشکل، محل مشکل، کیفیت مشکل، مدت یا شدت مشکل، علائمو نشانه های مشکل، عواملی که سبب بهبودی یا تشدید مشکل می شوند، در این قسمت توصیف شوند.

سابقه قبلی (Post History): در این بخش به موارد زیر توجه می شود:

- ۱- بیماریهای دوران بچگی (سرخک، سرخجه، اوریون، سیاه سرفه، آبله مرغان، تب روماتیسمی، مخملک، فلج اطفال)
- ۲- بیماریهای بزرگسالی
- ۳- بیماری های روانی
- ۴- جراحی ها
- ۵- تصادفات و صدمه
- ۶- سابقه بستری در بیمارستان (علت، تعداد دفعات، مدت بستری، نتیجه)
- ۷- واکسیناسیون (کزاز، سیاه سرفه، دیفتی، فلج اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، آنفلوانزا، هپاتیت B، هموفیلوس انفلوانزا و پنموکوک که معمولا با توجه به پرونده های طبی و قبلی نیز مشخص می شود) و تستهای غربالگری (تست توپرکولین، پاپ اسمیر، ماموگرافی، بررسی مدفوع از نظر خون مخفی و آزمایش کلسترول همراه با نتایج و زمان انجام تستها).
- ۸- مسائل زنان و مامایی (شرح حال مامایی، شرح حال قاعدگی، کنترل موالید، عملکرد جنسی)
- ۹- سابقه آلرژی

نکته: در صورت سابقه بیماری، تصادف و صدمه یا جراحی، زمان بروزمشکل، شدت، درمانهای انجام گرفته و نتیجه نیز ذکر می شود.

شرح حال خانوادگی (Family History): در قسمت شرح حال خانوادگی باید وضعیت سلامتی و یا سن و علت مرگ هر یک از بستگان نزدیک از جمله والدین، پدربزرگها، خواهران، برادران، کودکان و نوه ها ذکر شود. مسایل مورد توجه عبارتند از: هیپرتانسیون، بیماری شریان کرونری، افزایش میزان کلسترول، حادثه عروق مغزی، دیابت، بیماری تیروئید یا فوق کلیه، سرطان با ذکر نوع آن، آرتریت، سل، آسم یا بیماری ریوی، اختلالات تشنجی، بیماری عقلانی، خودکشی، اعتیاد به الکل و داروها و آلرژی هایی که در هر کدام از اعضای خانواده وجود دارد.

شرح حال فردی و اجتماعی: در این قسمت، شخصیت و علائق فردی بیمار، شیوه های تطابقی و توانایی ها، منابع حمایتی و ترسهای بیمار بررسی می شوند. همچنین عادات مرتبط با شیوه زندگی که

سبب افزایش سلامتی یا ایجاد خطر می شوند (مانند فعالیت و رژیم غذایی) مورد توجه قرار می گیرند . بنابراین لازم است این نکات مورد توجه قرار گیرد:

الگوی خواب : شامل مشخص نمودن زمان رفتن به رختخواب ، داشتن یا نداشتن چرت نیمروزی ، عادات خاص قبل از خواب ، داشتن عادات خاص در حین خواب (مثلا استفاده از مکتا و ...) مشکلات در طول خواب (مثل راه رفتن در خواب یا صحبت کردن در خواب و یا بیدار شدنهای مکرر در طی شب) مدت زمان خواب ، احساس راحتی یا خستگی بعد از بیدار شدن از خواب ، داشتن یا نداشتن حالت خواب آلودگی در طی روز .

رژیم غذایی : شامل مواد غذایی که در فاصله ۲۴ ساعت اخیر مصرف شده اند ، داشتن محدودیت غذایی ، مصرف مواد غذایی خاص ، مصرف و یا عدم مصرف قهوه ف چای و نوشیدنیهای کولادار و یا داشتن آلرژی به مواد غذایی خاص می باشد.

داروهای مصرفی : در صورتی که بیمار داروی خاصی مصرف میکند ، نام ، روش مصرف ، و دفعات مصرف آنها باید مورد توجه قرار گیرد . هم چنین باید فهرست داروهای خانگی ، داروهای نسخه شده ، ویتامینها ، مواد معدنی یا مکملهای ویتامینی ، قرصهای کنترل بارداری و داروهای توصیه شده توسط اعضاء خانواده و دوستان مشخص شود.

نکته : یکی از اقدامات خوب اینست که از بیمار خواسته شود همه داروهای مصرفی خود را به همراه بیاورد تا شما بتوانید از ماهیت دقیق آنها مطلع شوید.

مصرف الکل و دخانیات: نام ، مقدار و مدت استفاده مورد توجه می باشد.

تاریخچه روانی (Psychological History) : شامل مشخص نمودن واکنش های بیمار نسبت به بیماری و نیز منابع حمایتی (نظیر افرادی که در خانه با فرد زندگی می کنند) می باشد.

اتفاقات و خطرات محیطی : این بخش شامل مواردی است که در خانه ، مدرسه یا محل کار اتفاق می افتد : مثلا ممکنست به علت نداشتن تهویه مناسب در آشپزخانه ، احتمال مبتلا شدن یک بیماری به بیماریهای ریوی وجود داشته باشد.

اقدامات ایمنی : شامل کاربرد روشهایی است که به واسطه آنها احتمال وقوع خطرات کاهش می یابد ، مثلا استفاده از وسایل ایمنی (کمر بند ایمنی ، کلاه ایمنی ، تجهیزات حفاظت کننده در برابر نور خورشید و...) .

ورزش و تفریحات : شامل تعداد ساعات اختصاص داده شده توسط افراد به ورزش و تفریح ، نوع ورزش می باشد.

مرور سیستم ها (Review Of Systems) : در این قسمت تک تک سیستم های مختلف بدن مورد بررسی قرار میگیرند . لازم است قبل از معاینه هر کدام از سیستم ها ی بدن ، یک تاریخچه ای در مورد داشتن یا نداشتن اختلال قبلی در آن سیستم و یا احتمالا درمان مورد استفاده جهت برطرف نمودن آن اختلال و میزان سودمند بودن درمان گرفته شود.(۴)

معاینات فیزیکی :

معاینه فیزیکی شامل بررسی کامل وضعیت سلامت سیستم های مختلف بدن با استفاده از تکنیکهای مشاهده (Inspection) - لمس (Palpation) - سمع (Auscultation) - و دق (Percussion) می باشد. که کمک می کند تا علل جسمی مرتبط با بیماریها شناسایی یا رد شوند. این معاینه، اطلاعاتی را برای پاسخ دهی به پرسشهای بیمار به دست می دهد و به عنوان پایه ای برای مقایسه های بعدی عمل می کند. هم چنین معاینه فیزیکی، فرصتهای مهمی را برای ارتقای سلامت از طریق آموزش و مشاوره فراهم می کند و قابلیت اعتماد و اعتبار راسخ به توصیه های پزشک را قوت می بخشد. (۴) مهم این است که در بررسی سلامت از روش سیستماتیک و روشی که کمترین فشار و استرس را برای بیمار داشته باشد استفاده نمود. مثلاً بر حسب شکایت بیمار ممکنست فقط نواحی خاصی از بدن توسط پرستار معاینه شوند. (۶)

نکات کلی مورد توجه به هنگام معاینات فیزیکی :

- ۱- قبل از انجام معاینه فیزیکی، راحتی بیمار را فراهم کنید و محیط را از نظر نور آماده نمایید.
- ۲- دستهای خود را حتماً در حضور بیمار بشویید، اینکار اقدامی به ظاهر کم اهمیت اما پسندیده است که به بیمار نشان می دهد در فکر سلامت او هستید.
- ۳- در اولین معاینه بکوشید ظاهری خونسرد، آراسته و شایسته داشته باشید (حتی وقتی احساسی متفاوت از این حالت دارید).
- ۴- اگر فراموش کردید که بخشی از معاینه را انجام دهید، بدانید که این مسئله ناشایع نیست. تنها کاری که باید بکنید اینست که قسمتهای فراموش شده را خارج از ترتیب، اما به آرامی معاینه کنید.
- ۵- در مقام مبتدی، باید از تفسیر یافته های خود بپرهیزید. شما تنها شخص مسئول مراقبت از بیمار نیستید و عقاید شما ممکنست متناقض یا نادرست باشند. به موازات افزایش تجربه و مسئولیت پذیری شما، انتقال یافته ها به بیمار مناسب تر انجام خواهد شد.
- ۶- ترتیب معاینه را انتخاب کنید. به خاطر داشته باشید که توالی معاینه جامع یا متمرکز، به نحوی باشد که راحتی بیمار به حداکثر برسد، از تغییرات غیر ضروری اجتناب شود، باید "از سر تا انگشتان پا" حرکت کنید. هدف مهم برای شما اینست که توالی خاص خود را در معاینه با تکیه بر اصولی که در ذهن دارید، پیدا کنید. به عنوان مثال باید از معاینه پاها یا ناحیه تناسلی بیمار، قبل از بررسی صورت یا دهان خودداری کنید.
- ۷- توصیه می شود که معاینه بیمار از سمت راست شروع شده و به سمت مقابل یا پایین بستر بیمار یا تخت معاینه، ادامه داده شود. این وضعیت، وضعیت استاندارد برای معاینه فیزیکی است و در مقایسه با سمت چپ، از چند مزیت به شرح زیر برخوردار است:
 - برآورد فشار ورید ژوگولر از سمت راست قابل اعتمادتر است.
 - دست لمس کننده با راحتی بیشتری بر روی ایمپالس نوک قلب قرار می گیرد.

- کلیه راست نسبت به کلیه چپ ، بیشتر قابل دسترسی است.
- تخته‌های معاینه غالباً طوری قرار داده می شوند که از سمت راست در دسترس باشند.
- نکته : حتی افراد چپ دست نیز بهتر است وضعیت سمت راست را اختیار کنند ، با وجود این استفاده از دست چپ به منظور دق یا برای نگهداشتن ابزارهایی مانند اتوسکوپ یا چکش رفلکس ، آسان تر است.(۴)

■ مراحل آمادگی برای معاینه فیزیکی :

- آماده سازی بیمار : اکثر افراد نیاز دارند که توضیحاتی را در رابطه با معاینه دریافت نمایند. پرستار باید زمان و مکان انجام معاینه ی فیزیکی ، علت معاینه ، فرد معاینه کننده و آنچه که در طی معاینه انجام می شود را توضیح دهد .
- اتاق باید مناسب و مجهز برای معاینه باشد . از پرده یا پاراوان و یا هر چیز دیگری که بتواند محیط خصوصی برای بیمار فراهم نماید ، استفاده کنید.
- تا حد امکان اتاق باید صداگیر باشد و سرو صدای بیرون هم به حداقل برسد.
- اگر باید بیمار روی تخت دراز بکشد ، با گذاشتن یک بالش زیر سر او راحتی و اسایش وی را برقرار کنید و در وضعیت خوابیده به پشت ، سر او را ۳۰ درجه بالاتر قرار دهید.
- در صورت نیاز بیمار را در خوابیدن و بلند شدن کمک کنید .
- اگر اطفال و سالخوردگان تحت معاینه قرار می گیرند، حتماً از گرم بودن اتاق مطمئن شوید .
- آماده سازی وسایل : قبل از شروع معاینه تمام وسایل کار خود را جهت جلوگیری از سردرگمی و طولانی شدن معاینه ، در دسترس خود قرار دهید .
- قبل از تماس وسیله با بدن بیمار ، از گرم بودن آن مطمئن شوید (با مالیدن دستهای خود به هم و یا با آب گرم ، آن را گرم کنید) زیرا تماس با جسم سرد موجب تحریک و انقباض عضلات می شود ، این امر می تواند موجب اشتباه در معاینه شود .
- از درستی و صحت کارکرد دستگاهها مطمئن شوید.
- وسایل مورد نیاز عبارتند از: فشارسنج و گوشی - پنبه و اپلیکاتور - چراغ قوه - فرم ثبت ارزیابی بیمار - دستکش و گان - افتالموسکوپ ، اتوسکوپ ، دماسنج - ملافه - آبسلانگ - دیاپازن - اسپکولوم - ساعت ثانیه شمار دار- چکش رفلکس - آینه حنجره و دندان .

آمادگی جسمی بیمار :

- از بیمار بخواهید مthane و روده خود را خالی کند. در صورت لزوم نمونه ادرار و مدفوع را جمع آوری کنید.
- بیمار را کاملاً بپوشانید و دورش را پرده بکشید.
- لباس ساده و راحتی نظیر گان به تن بیمار بپوشانید.(تعویض لباس باید در جای خلوت و راحت انجام شود).
- در صورت کم بودن حرارت اتاق ، از پتو استفاده نموده و مرتباً در مورد راحتی بیمار از او سوال کنید.

- اگر قرار گرفت بیمار در وضعیت‌های خاصی ناراحت کننده است ، بیش از حد او را در آن وضعیت قرار ندهید.
- قسمتهایی از بدن بیمار را که معاینه نمیکنید ، بپوشانید.
- دستهایتان را قبل و بعد از معاینه بشویید.
- **آمادگی روانی بیمار :** از نظر روانی بیمار را برای معاینه آماده کنید . در اطفال به علت خستگی ، بهتر است معاینه را در دو نوبت انجام دهید . از یک اسباب بازی برای سرگرم کردن کودک استفاده کنید . حضور والدین به دلیل اثر آرامبخشی ، لازم است .
- هدف از معاینه را توضیح داده و فرصتی برای پرسش فراهم نمایید .
- اگر بیمار از جنس مخالف شما باشد ، ضرورتاً از حضور شخص ثالثی که همجنس بیمار است ، استفاده نمایید.
- به حرکات بدن از قبیل انقباض دست و پا و چنگ زدن لباس ، اخم کردن و ... توجه کنید.

روش ها و مهارت های معاینه فیزیکی : از چهار روش اصلی برای معاینه استفاده می شود:

- مشاهده یا نگاه کردن (Inspection)
- لمس (Palpation)
- دق (Percussion)
- سمع (Auscultation) (۴)
- **مشاهده (Inspection):** مشاهده با استفاده از حس بنایی صورت می گیرد . پرستار می تواند با چشم غیر مسلح و یا یک وسیله نظیر اتوسکوپ و افتالموسکوپ ، عمل مشاهده را انجام دهد. مشاهده یک فرآیند فعال است . پرستاری که مشاهده می کند باید بداند چه چیزی را و در کجا جستجو می کند . مشاهده باید به صورت سیستماتیک انجام شود، بطوریکه هیچ چیزی فراموش نشود . نور باید به اندازه کافی باشد .

■ **لمس (Palpation):** با استفاده از حس لامسه صورت می گیرد . در لمس از قسمت گوشتی نوک انگشتان استفاده می شود ، زیرا تراکم پایانه های عصبی در این قسمت بیشتر بوده و در نتیجه حساسیت بالایی دارد.

- **انواع لمس :** لمس سطحی و لمس عمقی
- **لمس سطحی :** پرستار دست غالب خود را به موازات سطح پوست بیمار قرار می دهد و به آهستگی بطور چرخشی به طرف پایین فشار وارد می کند . پرستار باید بجای فشار عمقی دائمی ، چندین بار بطور سطحی فشار وارد نماید.
- **لمس عمقی :** با یک و یا هر دو دست انجام می شود. در لمس دو دستی ، پرستار دست غالب خودش را مثل لمس سطحی روی سطح بدن بیمار قرار داده و کف سه انگشت میانی دست دیگر را بر روی مفاصل انتهایی دست اول می گذارد، در حالیکه دست پایینی به منظور احساس لمسی ، بصورت آزاد و شل نگه داشته شده است ، دست بالایی فشار وارد می کند. برای لمس عمقی با استفاده از یک دست ، کف انگشتان دست غالب بر روی نواحی که باید لمس شود ، فشار وارد می

کند . غالباً دست دیگر برای حمایت توده یا اندام زیری مورد استفاده قرار می گیرد. (تکنیک لمس عمقی بیشتر توسط پرستاران کار ورزیده و متخصص بالینی انجام می شود و در موارد معمولی توسط پرستاران انجام نمی گردد)

- نکات مورد توجه هنگام لمس :

- ۱- بیمار بطور مناسب پوشانده شود.
- ۲- بیمار در وضعیت راحت قرار گیرد.
- ۳- دستها قبل از معاینه گرم شوند.
- ۴- لمس از نواحی که دردناک نیست شروع شود.
- ۵- در طی لمس پرستار باید به حالت چهره و کلامی بیمار که مشخص کننده ناراحتی اوست ، دقت کند.



شکل ۱-۲ تکنیک لمس سطحی

شکل ۲-۲ تکنیک لمس عمقی

■ **دق (Percussion) :** یک روش بررسی است که در آن به سطح بدن ضربه زده می شود تا صداهای قابل سمع و ارتعاشات قابل احساس استخراج و استنباط شود.

- انواع دق : مستقیم - غیر مستقیم

- **دق مستقیم :** در دق مستقیم پرستار به ناحیه ای که باید دق شود بطور مستقیم با قسمت گوشتی نوک انگشتان ، دو سه و چهار یا با نوک انگشت میانی ضربه می زند، ضربه ها سریع و توسط حرکت مچ وارد می شوند . این تکنیک معمولاً برای دق قفسه صدری بکار نمی رود ولی برای دق سینوسها در بزرگسالان مفید است .

- **دق غیر مستقیم :** در این نوع دق ، به انگشتی که بر روی ناحیه ای از بدن قرار گرفته ، ضربه وارد می شود . در این روش انگشت میانی دست غیر غالب به عنوان واسطه دق بطور ثابت بر روی پوست قرار می گیرد . فقط بند آخر و مفصل این انگشت باید در تماس با پوست باشد. با استفاده از نوک خم شده انگشت میانی دست دیگر ، بر روی مفصل بند آخر انگشتی که روی پوست قرار دارد ، ضربه زده می شود. زاویه بین انگشتی که روی پوست فرد قرار دارد و انگشت ضربه زننده باید ۹۰ درجه باشد و حرکت دست از مچ صورت گیرد . برای اینکه صداهای واضح شنیده شود

نواختن ضربه باید محکم ، ریع و کوتاه باشد . این روش به ما نشان می دهد که بافت مورد نظر با مایع پر شده یا هوا، توپر است یا جامد .

دق پنج نوع صدا ایجاد می کند که بر طبق شدت ، ارتفاع ، مدت و کیفیت توصیف می شود :
(صدای طبل "Tympany"- پیچش صدا "Resonance" - پیچش شدید صدا "Hyper Resonance" - ماتیتة "Dullness" - صافی صدا "Flatness") (۸) روی هم رفته صدای خمیری بیانگر حداکثر تراکم بافتی (کمترین مقدار هوا) و صدای تمپان نشانه کمترین تراکم بافتی (بیشترین مقدار هوا) است



شکل ۱۳. دق مستقیم



شکل ۱۴. دق غیر مستقیم

■ **سمع (Auscultation) :** فرآیند شنیدن صداهای ایجاد شده در داخل بدن است و ممکنست به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم انجام شود . در سمع مستقیم از گوشی پزشکی استفاده نمی شود همانند شنیدن صدای خس خس تنفسی ، ولی در سمع غیر مستقیم از گوشی استفاده می شود که صداها را تقویت نموده و به گوش معاینه کننده هدایت کند.

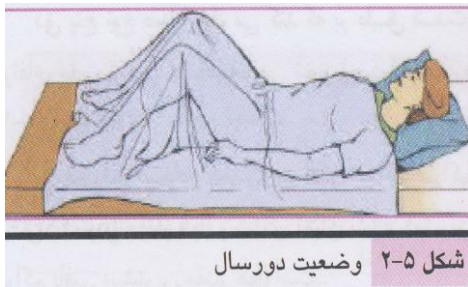
- گوشی باید ۲۵-۳۰ سانتی متر طول و ۰/۳ سانتی متر قطر داشته باشد و دارای دو قسمت بل (مخصوص شنیدن صداهای با فرکانس پایین) و دیافراگم (مخصوص شنیدن صداهای با فرکانس بالا) باشد.

- صداهای سمع شده بر طبق ارتفاع یا فرکانس ارتعاشات (تعداد ارتعاشات در ثانیه) ، شدت یا دامنه (بلندی یا کوتاهی صدا) ، مدت (طول مدتی که صدا شنیده می شود) و کیفیت توصیف می شود. (۴)

- **سوپاین یا خوابیده به پشت با پاهای صاف (Supine Or Recumbent Position):**
ناحیه مورد معاینه : سر و گردن ، زیر بغل ، قسمت قدامی قفسه صدری ، ریه ها ، پستانها ، قلب ، اندامها ، شکم ، نبض های محیطی ، علائم حیاتی .
موارد احتیاط : بیمارانی که مشکل قلبی ، ریوی دارند.
- **دورسال (Dorsal Position):** وضعیت خوابیده به پشت با زانوهای خمیده ، یک بالش کوچک زیر سر قرار داده می شود.

ناحیه مورد معاینه : واژن

موارد احتیاط : بیمارانی که مشکل قلبی ، ریوی دارند.



شکل ۲-۵ وضعیت دورسال



ت خوابیده به پشت

• نشسته (Fowlers Position):

ناحیه مورد معاینه: سر و گردن ، قسمت‌های قدامی و خلفی قفسه صدری ، ریه ها ، پستانها ، زیر بغل ، قلب ، علائم حیاتی ، اندامهای فوقانی و تحتانی ، رفلکسها.
موارد احتیاط : برای افراد پیر و ضعیف مشکل بوده و نیاز به حمایت دارند.



شکل ۲-۶ حالت‌های مختلف وضعیت نشسته

• لیتاتومی (Lithotomy Position): وضعیت خوابیده به پشت که پاها در داخل رکابهایی قرار گرفته ، رانها مماس با لبه تخت می باشند.

ناحیه مورد معاینه : معاینات زنانگی

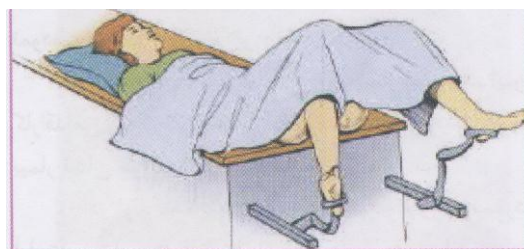
موارد احتیاط : برای افراد سالمند ممکنست مشکل باشد.

• سجده (Knee Chest Position – Genupectoral) : در این وضعیت شخص در

حالت زانو زده و بدن با رانها زاویه ۹۰ درجه دارد.

ناحیه مورد معاینه : رکتوم

موارد احتیاط : برای افرادی که دچار مشکلات تنفسی هستند ، مشکل است .



شکل ۲-۷ وضعیت لیتاتومی

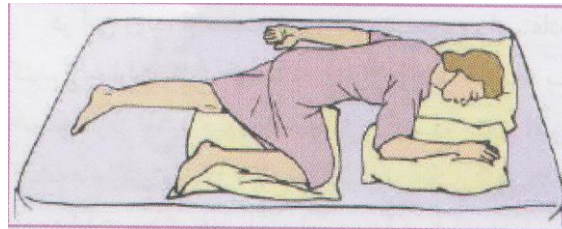


شکل ۲-۸ وضعیت سجده

- خوابیده به پهلو و شکم (نیمه دمر) یا سیمز (Semi Prone Position): وضعیت خوابیده به یکطرف و دست پائینی پشت بدن قرار گرفته ، بازوی بالایی از ناحیه شانه و آرنج خم شده است . هر دو پا خم شده ولی پای بالایی از ناحیه ران و زانو خمیدگی بیشتری دارد.

ناحیه مورد معاینه : واژن و رکتوم

موارد احتیاط : برای افراد پیر و کسانی که محدودیت حرکت مفاصل دارند ، سخت است.



شکل ۹-۲ وضعیت نیمه دمر

- دمر (Prone Position): وضعیت خوابیده به شکم با بالش یا بدون قرار دادن بالش کوچک

ناحیه مورد معاینه : قسمت خلفی قفسه صدری

موارد احتیاط: برای افراد پیر که مشکلات قلبی ، عروقی و تنفسی دارند ، تحملش مشکل است.

- خوابیده به پهلو (Lateral position): وضعیت خوابیده به یکی از پهلوها .



شکل ۱۰-۲ وضعیت دمر



شکل ۱۱-۲ وضعیت خوابیده به پهلو

■ ثبت معاینه فیزیکی ، بررسی عمومی و علائم حیاتی : گزارش معاینه فیزیکی ، با توصیف ظاهر عمومی بیمار (بر پایه بررسی عمومی) آغاز می شود . توجه داشته باشید که برای توصیف یافته های خود ، نخست از جملات و سپس از عبارات استفاده کنید. در این روند از صفتهای زنده و تصویری استفاده کنید ، از عبارات کلیشه ای مانند "دارای رشد خوب" یا "برخوردار از تغذیه خوب" خودداری کنید ، چون این کلیشه ها را می توان در مورد همه بیماران بکار گرفت و این عبارات ، ویژگی های اختصاصی بیماری را روی شما را نشان نمی دهد.

علائم حیاتی اندازه گیری شده را ثبت کنید . این مقادیر بر مقادیری که قبل از شما در همان روز توسط دیگران حاصل شده است ، ارجحیت دارند (علائم اختصاصی رایج برای فشار خون ، BP ، تعداد ضربان قلب HR ، تعداد تنفس RR ، و درجه حرارت بدن BT می باشند).

- نکته : به موازات آغاز معاینه فیزیکی ، ظاهر عمومی بیمار را بررسی کرده و قد و وزن او را اندازه بگیرید . این داده ها ، اطلاعاتی را در مورد وضعیت تغذیه ای بیمار و مقدار چربی بدن ارائه می کند . جهت ارزیابی این موارد از محاسبه BMI استفاده می شود که عبارتست از کیلوگرم وزن بدن ، تقسیم بر قد بر حسب متر مربع . (جدول زیر معیار BMI برای ارزیابی قد و وزن را نشان می دهد.(۴)

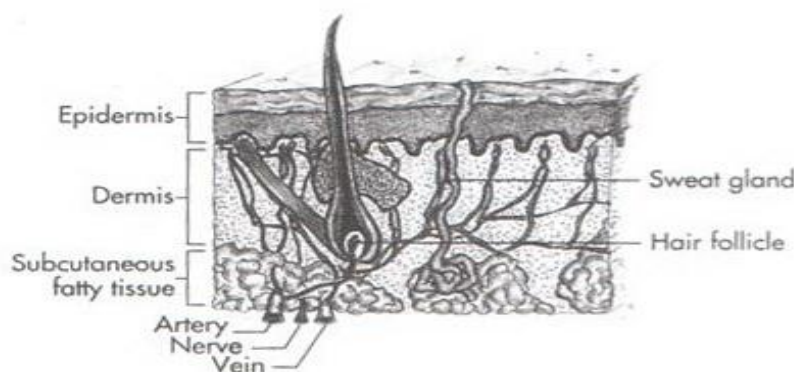
جدول ۱-۱ معیار BMI برای ارزیابی قد و وزن	
وضعیت	BMI (Kg/m ²)
زیر وزن مطلوب	< ۱۸/۵
نرمال	۱۸/۵ تا ۲۴/۹
افزایش وزن	۲۵ تا ۲۹/۹
چاق	۳۰ تا ۳۴/۹
چاقی شدید	۳۵ تا ۳۹/۹
چاقی بسیار شدید	≥ ۴۰

- **ظاهر عمومی و وضعیت عقلی :** ظاهر عمومی و رفتار شخص نیز باید مورد توجه قرار گیرد و با توجه به شرایط فرهنگی ، سطح آموزش ، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و مسائل معمول افراد بررسی شود . به عنوان مثال شخصی که اخیرا عزیزی را از دست داده ، ممکنست ظاهری افسرده داشته باشد . علاوه بر این سن ف جنس ، نژاد فرد فاکتورهای مفیدی برای تفسیر یافته هایی است که معرف افزایش خطر در موقعیتهای شناخته نشده می باشند. (۷)
- **بررسی تغییرات جسمانی در بیمار کودک :** تامین وقت کافی بای تعامل با کودک قبل از معاینه به کاهش ترس او کمک می کند. گاهی برای معاینه باید کودک توسط فردی بزرگسال محدود شود . سرگرم کردن کودک در زمان معاینه و آمیختن کار با بازی مهم است
- **بررسی تغییرات جسمانی در بیمار مسن :** به خاطر داشته باشید که تغییرات ناشی از افزایش سن در تمام قسمتهای بدن مشاهده می شود . برای اجتناب از خسته کردن بیمار مسن ، اجازه دهید دوره هایی از استراحت را در بین معاینه بدنی داشته باشند. برای پاسخ دادن به سوالات ، تغییر پوزیشن و اطاعت از دستورات به بیمار وقت کافی بدهید. (۸)

■ **بررسی سیستم های مختلف بدن :** در این بخش ، موارد کلی در مورد معاینه ی هر یک از سیستم های بدن که باید مورد توجه قرار گیرند ، بصورت خلاصه ذکر می شود . جهت کسب اطلاعات بیشتر ، لازمست گروه هدف به منابع معرفی شده در پایان این جزوه مراجعه نموده و نیز بصورت عملی معاینه ی هر کدام از سیستم ها را فراگیرند. لازم

به یادآوری است که جهت به خاطر سپردن بهتر معاینات فیزیکی ، استفاده از ابزارها (به عنوان مثال در جزوه ارزیابی بیمار توسط پرستار که در سایت معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی قرار داده شده ، به چند ابزار اشاره شده است) پیشنهاد می شود . جهت کسب مهارت در زمینه معاینات فیزیکی ، نیاز به تمرین عملی می باشد که با توجه به تخصص های موجود در مراکز درمانی ، لزوم برگزاری کلاسهای عملی ، باید بررسی و اقدام لازم صورت گیرد.(مولف)

■ **بررسی پوست :** پوشش طبیعی بدن شامل پوست ، مو و ناخن ها می باشد . (۴) پوست عمل حفاظت خارجی بدن و تنظیم درجه حرارت را بر عهده دارد و به عنوان عضوی حسای به درد و لمس عمل می کند . بررسی پوست ممکنست به صورت مشاهده سطح پوست کل بدن یا کم کم در حین معاینه سایر قسمتهای بدن انجام شود . معاینه بالینی این عضو شامل مشاهده ، لمس و حس بوایی است . از بیمار در مورد تاریخچه هر گونه تغییر در پوست نظیر خشکی ، خارش ، زخم ، راش (Rash) ، رنگ ، قوام ، بو یا زخمی که بهبود نیافته ، از نظر قرار گرفتن در معرض نور خورشید و میزان محافظت خود سوال نمایید . هم چنین در مورد دفعات حمام کردن ، نوع صابون مصرفی ، سابقه تروما به پوست و آلرژی بپرسید . از حس بوایی برای تشخیص بوهای غیرطبیعی پوست استفاده کنید. (۶)



شکل ۱-۲. مقطعی از ساختمان پوست

• مواردی که در بررسی پوست مورد توجه قرار می گیرند عبارتند :

- رنگ پوست و پیگمانتاسیون (Color & Pigmentation)
- رنگ پریدگی (Pallor)
- سیانوز (Cyanosis) ، رنگ مایل به آبی (مرکزی و محیطی : سیانوز مرکزی ناشی از بیماریهای ریوی پیشرفته ، بیماریهای مادرزادی قلب و نیز هموگلوبین غیرطبیعی است . سیانوز محیطی ناشی از اضطراب ، سرد بودن اتاق معاینه یا فشار موضعی بر روی عروق می باشد . در سیانوز

- مرکزی میزان اشباع اکسیژن خون شریانی کاهش می یابد ، در حالیکه در سیانوز محیطی خونرسانی به بعضی از اعضاء کاهش می یابد.)
- زردی (Jaundice) : زردی نشان دهنده بیماری کبدی و یا همولیز بیش از حد گلبولهای قرمز است و در ملتحمه پلکی ، لبها ف کام سخت ، سطح زیرین زبان ، غشاء تمپانیک و پوست ظاهر می شود . البته ابتدا در صلبیه چشمها و سپس در غشاءهای مخاطی پوست ظاهر می گردد .
- اریتم (Erythema) : اریتم یعنی سرخی پوست که به علت گشاد شدن عروق سطحی و جریان خون ایجاد می شود . اگر بر روی ناحیه اریتم فشار وارد کنیم رنگ آن سفید می شود . ناحیه اریتم گرمتر نیز است .
- هیپرپیگمانتاسیون و هیپوپپیگمانتاسیون (Hyperpigmentation & Hypopigmentation) اختلال در توزیع ملانین یا رنگ دانه می باشد . هر گاه بصورت موضعی رنگدانه بیشتری وجود داشته باشد هیپرپیگمانتاسیون (مثل ماه گرفتگی) و در صورتی که رنگدانه کمتری وجود داشته باشد ، هیپوپپیگمانتاسیون گفته می شود (مثل ویتیلیگو) . آلبینیسم به فقدان کامل و نسبی ملانین در پوست ، مو و چشم ها گفته می شود.
- رطوبت (Moisture) : میزان رطوبت با توجه به درجه حرارت محیط ، رطوبت هوا و درجه حرارت بدن فرد و فعالیت متغیر است . افزایش درجه حرارت سبب رطوبت پوست و دهیدراتاسیون سبب خشکی پوست می شود.
- درجه حرارت بدن (Temperature) : با بالا رفتن درجه حرارت بدن ، درجه حرارت پوست افزایش می یابد مثلا به هنگام تب ، و در موارد پایین آمدن درجه حرارت بدن ، درجه حرارت پوست نیز کاهش می یابد مثل موارد شوک . هیپرترمی موضعی در عفونت و هیپوترمی موضعی در آتروسکلروز مشاهده می شود.
- قوام و ضخامت پوست (Texture & Thickness) : مناطقی از پوست که تحت پوشش لباس هستند ، نرم بوده و مناطقی که تحت پوشش نیست خصوصا پاها و دستها خشن می باشند.
- تورگور پوست (Turgor) : تورگور یا الاستیسیته بوسیله بلند کردن و نیشگون گرفتن پوست مشخص می شود . در حالت طبیعی پوست فوراً به حالت اول برمی گردد ولی در حالت دهیدراتاسیون ، پوست در حالت نیشگون گرفته باقی می ماند و یا به آرامی به حالت اول برمی گردد . وجود ادم منجر به کاهش تحرک و بالا آوردن پوست در زمان آزمایش تورگور پوستی می شود.
- بهداشت پوست (Hygiene)
- ضایعات (Lesions) : اولیه مثل ماکول ، پلاک ، تاول و...- ثانویه نظیر پوسته ، کبره ، اسکار ، اولسر و...

• **ارزیابی بیماران محدود به بستر:** افرادی که وضعیت آنها محدود به بستر است، به خصوص زمانی که ضعیف، مسن یا دچار اختلال عصبی هستند، در معرض آسیب دیدگی و زخمی شدن پوست قرار دارند. زخمهای فشاری زمانی رخ می دهند که فشار مداوم، خونرسانی شریانچه ای و مویرگی به پوست را مختل کند. همچنین زخمها ممکن است از نیروهای پاره کننده حاصل از حرکات بدنی ناشی شوند. به عنوان مثال، زمانی که فرد در بستر از وضعیت تقریباً نشسته به طرف پایین لیز می خورد یا بجای بلند شدن از وضعیت خوابیده به پشت، بر روی زمین کشیده می شوند ف حرکات حاصل ممکن است در بافتهای نرم ناحیه باسن تغییر شکل ایجاد کنند و در نتیجه عملکرد شریانها و شریانچه های موجود در این بافتها مختل شود. سایش و رطوبت این خطر را بیشتر افزایش می دهند. با مشاهده دقیق پوست روی ساکروم، باسن و تروکانتر بزرگ، زانوها و پاشنه ها، بیماران مشکوک را بررسی کنید. بیمار را روی یک طرف برگردانید تا بتوانید ساکروم و باسن را مشاهده کنید.

• **ارزیابی بیماران دچار ادم:** در صورت وجود ادم باید آنرا از نظر محل، رنگ، درجه حرارت، شکل و درجه گوده گذاری مورد بررسی قرار دهیم. جهت بررسی ادم گوده گذار، ناحیه ای که دچار ادم شده را با انگشت فشار می دهیم.

- **درجه بندی ادم گوده گذار (Pitting edema):**

- ۱+ به زحمت آشکار می شود
- ۲+ فرورفتگی کمتر از ۵ میلی متر
- ۳+ فرورفتگی ۵-۱۰ میلی متر
- ۴+ فرورفتگی بیش از ۱۰ میلی متر

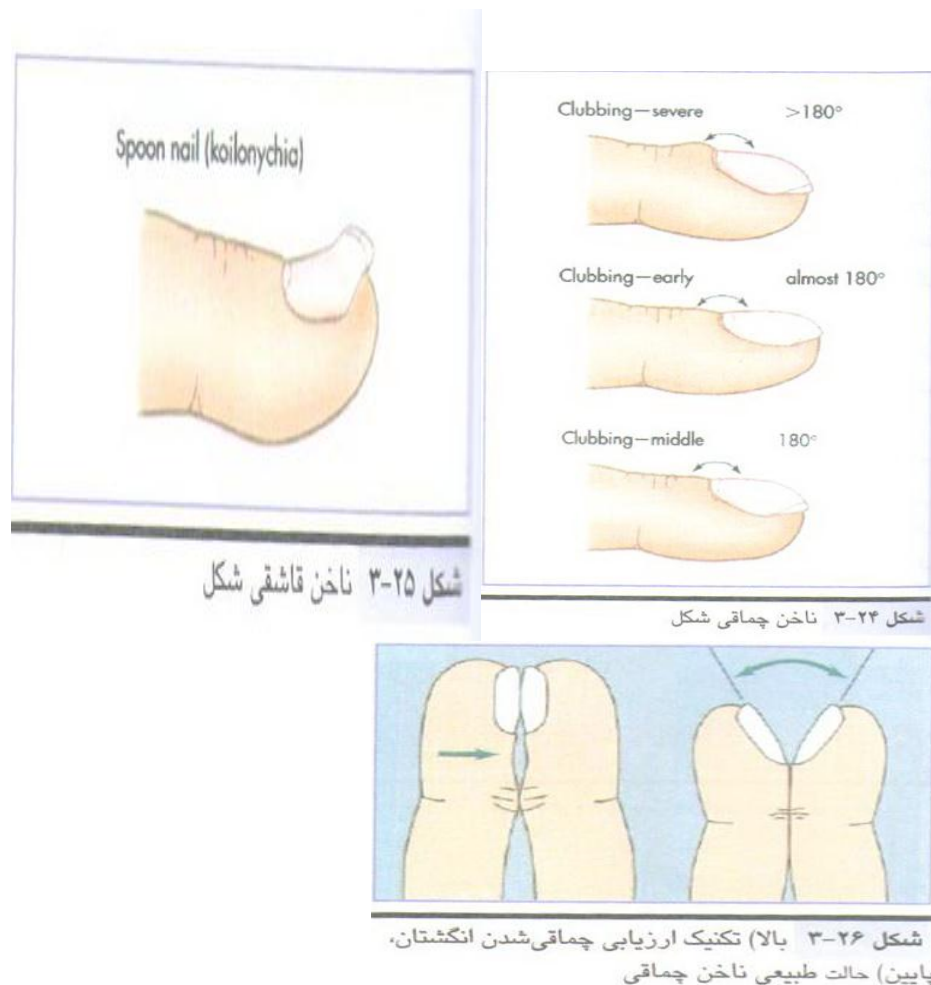
■ **مو:** بیشتر اطلاعات در رابطه با مو را می توان با سوال کردن از بیمار جمع آوری کرد. موارد بررسی شامل:

- توزیع رشد موها (یکنواخت یا ریزش منتشر، تکه ای یا کامل (آلوپسی)).
- ضخامت یا نازکی موها و کم پشت یا پر پشت بودن (موهای کم پشت در هیپوتیوئیدی دیده می شود).

- وجود عفونت یا آلودگی با حشرات (وجود پوسته، زخم، شپش، کچلی، تخم شپش)
- میزان موهای بدن (پرمویی یا هیرسوتیسم)

■ **ناخن:** مشاهده ناخنهای انگشتان دست ها و پاها و لمس آنها. موارد بررسی شامل:

- **شکل صفحه ناخن:** در حالت طبیعی، زاویه بین ناخن و بستر ناخن ۱۶۰ درجه است. در ناخن چماقی شکل این زاویه بیش از ۱۸۰ درجه می باشد. که در بیماریهای مزمن انسدادی ریه و به علت کمبود اکسیژن طولانی مدت دیده می شود. - ناخن قاشقی شکل در بیماران دچار آنمی فقر آهن دیده می شود.

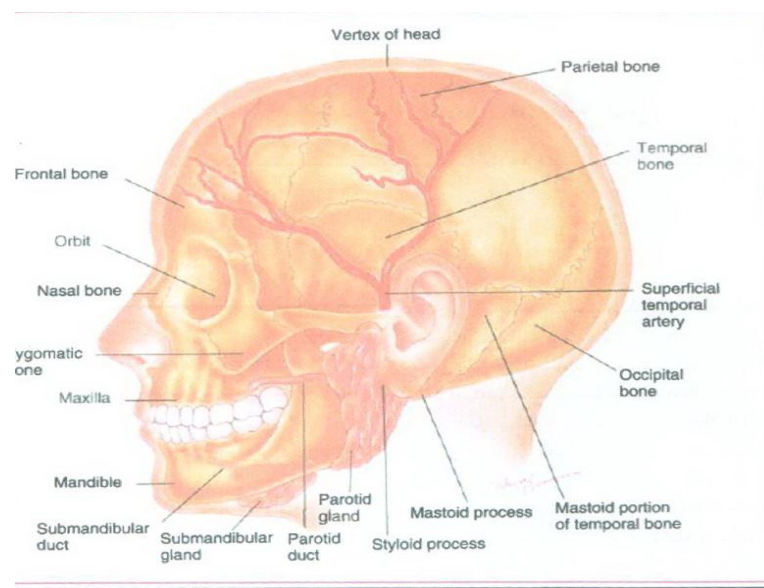


- **بافت ناخن :** در حالت طبیعی صاف است . حالتهای غیر طبیعی عبارتند از : ضخامت زیاد (به علت کاهش جریان خون به بستر ناخن و یا آنمی) - نازکی شدید با وجود شیار یا شکاف (به علت آنمی فقر آهن) - خطوط عرضی موازی در سراسر ناخن (در اثر بیماری هپاتیت و عفونت کلیه) - شکاف طولی در وسط ناخن - لکه های سفید - پسوریازیس - انیکولیزویس (جداشدگی بدون درد صفحه ناخن از بستر ناخن) - خطوط سفید عرضی - دیستروفی ناخن بصورت نازکی و مقعر شدن آنها و برجسته شدن لبه های ناخن . (Koilonychia)
- **رنگ بستر ناخن :** در سفید پوستان به رنگ صورتی بوده ولی در سیاه پوستان رنگدانه سیاه یا قهوه ای به صورت رگه های طولی دارند . در حالات غیر طبیعی به رنگ ارغوانی (سیانوتیک) - یا رنگ پریده (به علت کاهش جریان خون شریانی و آنمی) .
- **رنگ ناخن : (Lindsay's Nails)** بخش ابتدایی سفید و بخش انتهایی صورتی یا قرمز است و به علت بیماری مزمن کله یا ازوتمی ایجاد می شود . - (Terry, Nails) این ناخنها در قسمت اعظم خود رنگ متمایل به سفید دارند و در آنها یک نوار دیستال برنگ قهوه ای متمایل به قرمز

وجود دارد و به دلیل افزایش ، سن و بیماری سیروز کبدی ، نارسایی احتقانی قلب و دیابت تیپ ۲ می باشد.

- **بافتهای اطراف ناخن :** باید سالم و غیر حساس باشند . حالات غیر طبیعی عبارتند از:
پارونیشیا (التهاب پوست اطراف ناخن که با درد ، قرمزی و حساسیت همراه است و به علت تروما ، مانیکور یا جویدن و عفونت استافیلوکوک طلائی ایجاد می شود).

■ **معاینه سر و گردن :** در طی معاینه سر ، پرستار معمولاً مشاهده و لمس و نیز سمع را انجام می دهد . باید جمجمه ، صورت ، چشم ها ، گوشها ، بینی ، سینوسها ، دهان و حلق معاینه شوند.



شکل ۱-۴ استخوانهای سر

• **جمجمه :** حالت طبیعی : گرد با اندازه طبیعی و طرح صاف (نروموسفالیک) - حالات غیر طبیعی : اکرومگالی (بزرگ و ضخیم شدن جمجمه ، درازی فک ، برآمدگی بینی و پیشانی ، صورت خشن که در اثر افزایش هورمون رشد ایجاد می شود) - وجود ندول ، توده یا فرورفتگی .

• **صورت :** حالت طبیعی (مقارن) ، حالات غیر طبیعی : اگزوفتالمی ، بیرون زدگی چشمها در اثر پرکاری تیروئید - صورت میگزدم ، پف آلود و پوست خشک و چهره خشن در اثر کم کاری تیروئید - صورت ماه (Moon face) در بیماری کوشینگ - فرورفتگی چشمها ، گونه ها و نواحی گيجگاهی در اثر سوء تغذیه و دهیدراتاسیون .

• **تقارن حرکات چهره :** حلت غیر طبیعی : تیک یا لرزش و حرکات غیر ارادی .

• **چشمها :**

- ساختمان خارجی چشم ، ابروها ، پوست اطراف چشمها . حالت غیر طبیعی : از دست دادن مو ، پوسته پوسته شدن و شوره .

- مژه ها : توزیع یکنواخت و مساوی . حالت غیر طبیعی : پیچش مژه ها به داخل .

- پلکها : ۱۵-۲۰ بار پلک زدن غیر ارادی در دقیقه طبیعی است . حالت غیر طبیعی : پلک زدن سریع و یا با یک چشم . - پتوزیس یا افتادگی پلک - اکتروپسیون (برگشتن پلکها به بیرون) - انتروپسیون (برگشتن پلکها به سمت داخل) به علت صدمه یا آسیب و فرآیند پیری .
 - ملتحمه چشم ، صلبیه (سفیدی چشم) - وجود ندول یا سایر ضایعات در پلک ها
 - غدد اشکی و عدم تورم یا حساسیت در لمس .
 - کیسه اشکی و مجرای بینی اشکی ، اشک ریزش و ...
 - بررسی قرینه از نظر روشنی و وضوح ساختمان
 - آزمون رفلکس قرینه (برای تعیین عمل عصب سه قلو : پلک زدن در پاسخ به لمس سطحی قرینه با پنبه)
 - بررسی مردمکها : واکنش به نور - واکنش به تطابق .
 - بررسی میدان بینایی : در حالت طبیعی ، بیمار باید قادر باشد همزمان با معاینه کننده ، علامت را در ۹۰ درجه ای تمپورال ، ۵۰ درجه ای نازال ، ۵۰ درجه ای بالا و ۶۵ درجه ای پایین ببیند.
 - بررسی عضلات خارج چشمی (در حالت طبیعی حرکت هر دو چشم با هم است)
 - آزمون رفلکس قرینه (برای تشخیص استرابیسم)
 - بررسی حدت بینایی (Visual Acuity) با استفاده از تابلو اسنلن .
 - معاینه با افتالموسکوپ : بررسی رفلکس قرمز ، معاینه ته چشم یا دیسک Optic
- گوشها :

- بررسی لاله گوش از نظر ترکیب و بافت ، خاصیت ارتجاعی و نواحی حساس ، رنگ و وضعیت قرار گیری گوش ها .



- معاینه با اتوسکوپ : مجرای خارجی گوش ، پرده صماخ از نظر رنگ و جلا
- *** نکته : هنگام استفاده از اتوسکوپ ، در بزرگسالان لاله گوش را به بالا و عقب و در کودکان به پایین و عقب بکشید.

- **بررسی حدت شنوایی :** پاسخ بیمار به نجوا ها - آزمایش تیک ساعت : بیمار با مسدود نمودن یک گوش قادر به شنیدن صدای تیک تیک ساعت ، بدون دیدن آن می باشد. - آزمایش دیاپازن (تست وبر و تست رینه)



شکل ۴-۲۰ تکنیک ارزیابی تست رینه

شکل ۴-۱۹ ارزیابی تست وبر

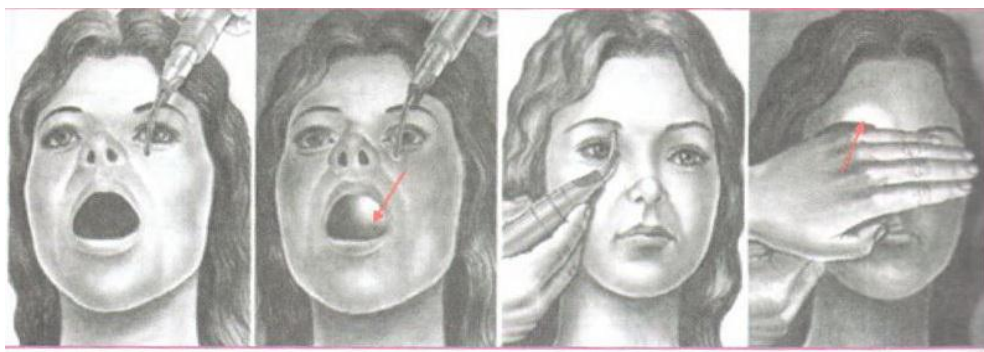
- **معاینه بینی و سینوسها :** قسمت خارجی بینی از نظر تقارن و انحراف ، رنگ و لرزش یا ترشح از سوراخ های بینی - باز بودن حفرات بینی



شکل ۴-۲۱ طریقه استفاده از اسپکولوم بینی برای مشاهده ساختمانهای داخلی بینی

شکل ۴-۲۲ نحوه لمس سینوسها

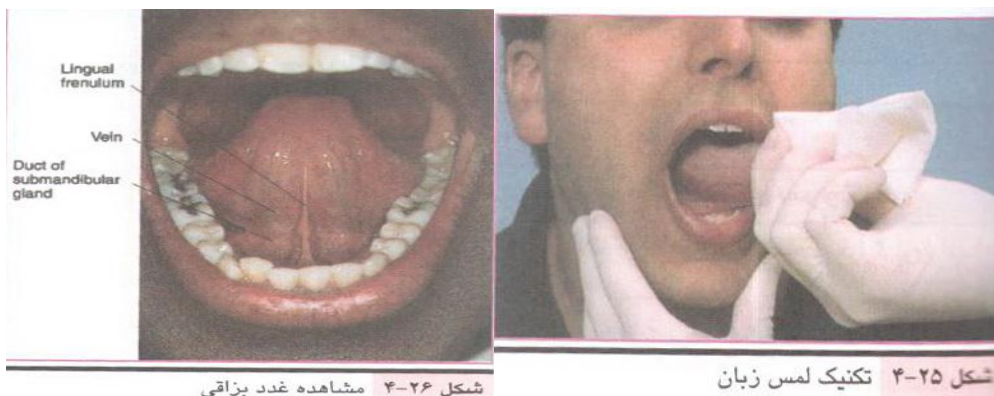
- **بررسی قسمت داخلی بینی :** پوشش مخاطی ، وضعیت سپتوم بین حفرات
- **بررسی سینوسها :** در حالت طبیعی حساسیت ندارند - عبور نور از سینوسها .



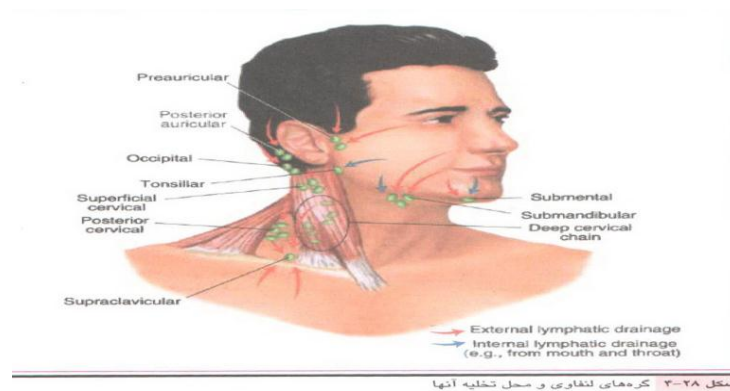
شکل ۴-۲۳ تکنیک عبور نور از سینوسها

• معاینه دهان و حلق :

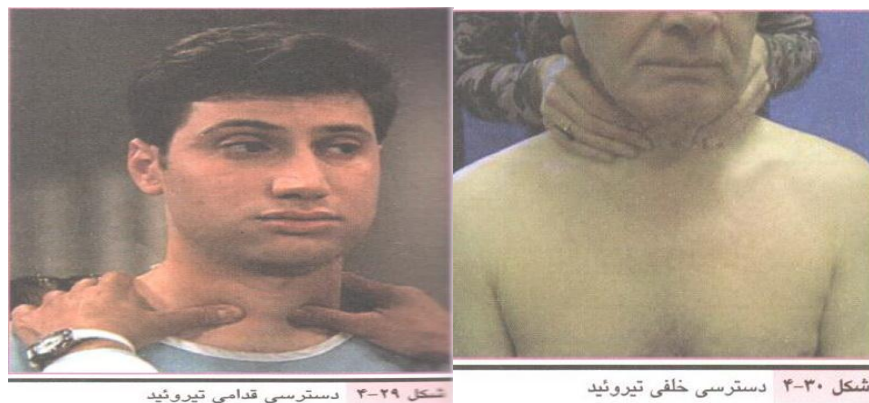
- لبها : رنگ ، تقارن ، طرح و بافت ، باید نرم ، رنگ صورتی یکنواخت ، مرطوب و صاف
- مشاهده ی دندانها و لثه ها
- بررسی زبان از نظر موقعیت ، رنگ ، بافت و حرکت
- مشاهده قاعده زبان ، کف دهان و محل اتصال زبان به کف دهان
- لمس زبان و سقف دهان از نظر ندول و برآمدگی یا نواحی تحریک شده
- بررسی مجاری بزاقی
- بررسی کام و زبان کوچک
- بررسی حلق و لوزه ها



• معاینه گره های لنفاوی : محل گره های لنفاوی سر و گردن

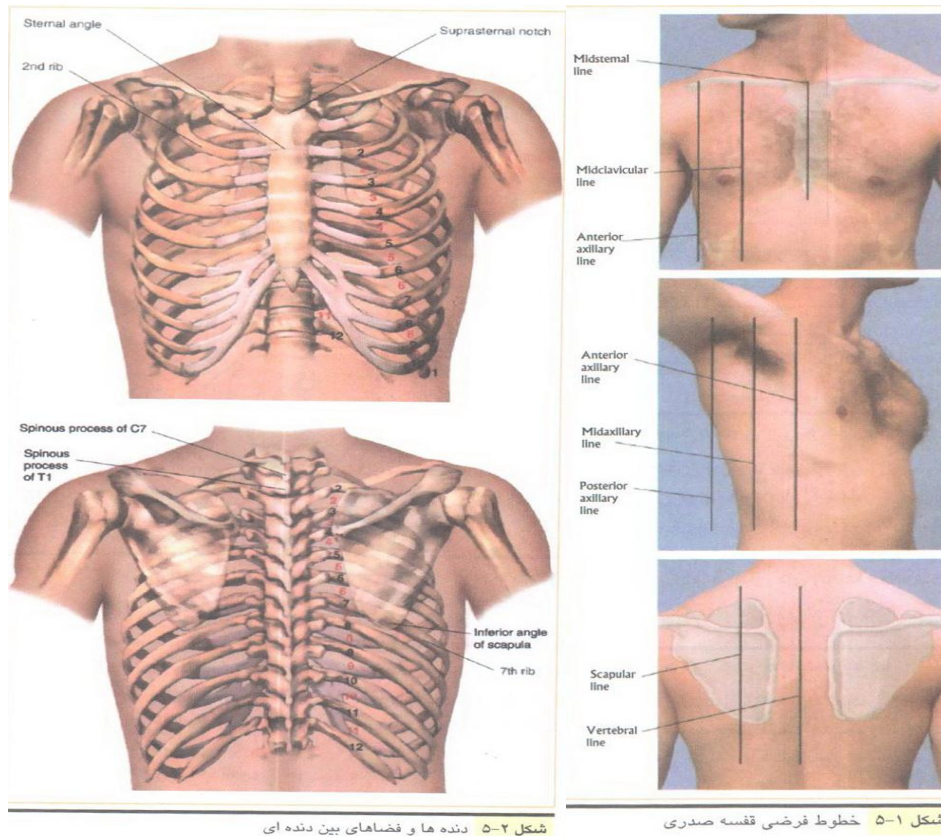


• معاینه تراشه و تیروئید

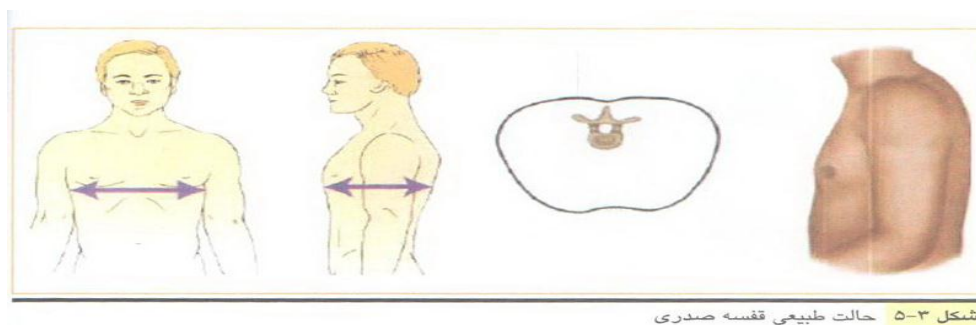


- بررسی تراشه (هر گونه انحراف از خط وسط غیر طبیعی است)
- بررسی تیروئید از نظر تقارن و توده های مرئی ، سمع بروئی تیروئید (صدای فوران ملایم ایجاد شده بوسیله جریان خون متلاطم ، شبیه به صدای سوفل قلبی است)

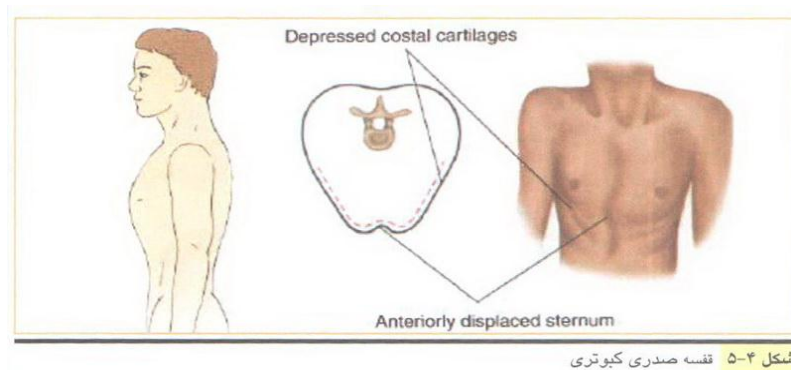
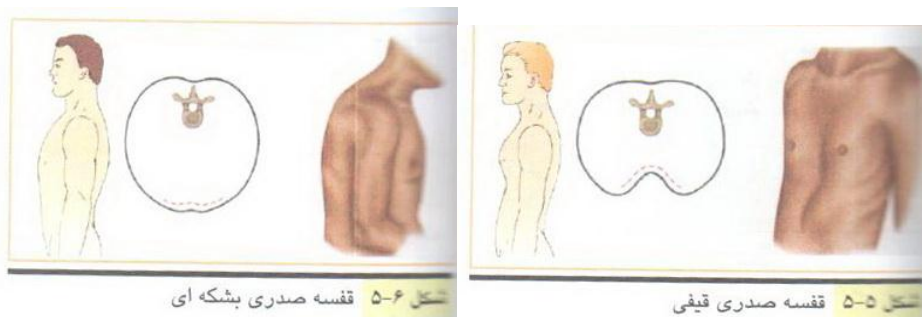
■ **معاینه قفسه صدري و ریه ها :** بررسی به منظور ارزیابی وضعیت تهویه بیمار امری مهم و حیاتی است .پرستار باید با خطوط فرضی روی جدار قفسه سینه و محل دنده ها آشنا باشد .



- **موارد توجه در معاینه ریه ها :** معاینه قسمت خلفی ریه ها و قفسه سینه در وضعیت نشسته و معاینه قسمت قدامی در وضعیت خوابیده به پشت انجام می شود .(هر چند بعضی ها هر دو را در وضعیت نشسته انجام می دهند)



- **روند معاینه** بصورت مشاهده ، لمس ، دق و سمع می باشد. تعداد ، ریتم ، عمق و میزان تلاش برای تنفس را مورد توجه قرار دهید.
- حالت های غیر طبیعی عبارتند از : تاکی پنه - برادی پنه - هیپرپنه - هیپرونتیلیسیون - تنفس شین استوک (بطور منظم تعداد و عمق تنفس افزایش و سپس کاهش همراه با یک دوره آپنه و تکرار مجدد این سیکل) - تنفس بایوت (تنفس آتاکسیک یا نامنظمی که ممکنست عمقی یا سطحی باشد و برای مدتی کوتاه متوقف شود . از علل آن دپرسیون تنفسی و صدمه مغزی بویژه در سط بصل النخاع می باشد)
- رنگ بیمار از نظر سیانوز کنترل شود.
- شکل قفسه سینه : سینه کبوتری ، قیفی ، بشکه ای



- مسیر ستون فقرات از نظر تغییر شکل (کیفوز ، لوردوز ، اسکولیوز)



شکل ۱۰-۱. وضعیتهای غیرطبیعی قرارگیری بدن. A: لوردوز؛ B: کیفوز؛ C: اسکولیوز

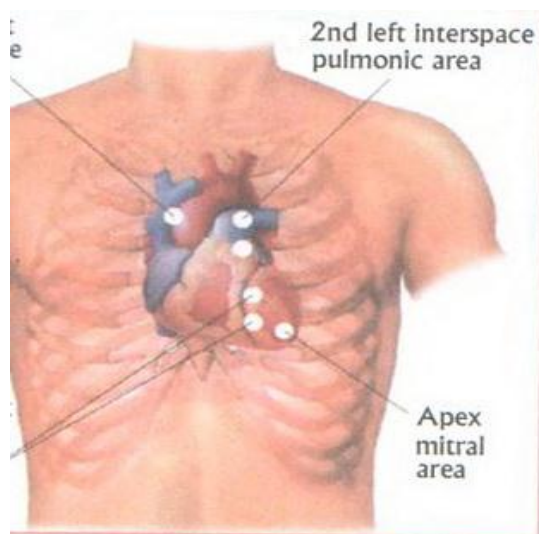
- بررسی دامنه نوسان قفسه سینه (اتساع)
- بررسی لرزش لمسی
- دق قفسه سینه (سونور یا رزونانس - هیپررزونانس - ماتیتة) ، دق دامنه نوسان دیافراگماتیک
- سمع قفسه سینه : صداهای طبیعی ریه (وزیکولار ، برونشیال، برونکوزیکولار ، تراکتال) -

صداهاى غير طبيعى ربه : کراکل (رال) اين صدا متناوب و غير موزيکال است و در هنگام دم بهتر شنیده می شود - رونکاي که به علت وجود هوا از مجاری باریک ایجاد می شود - ویز که به علت عبور هوا از برونش های تنگ شده ایجاد می شود و صدای موزیکال ، جیر جیر مانند با ارتفاع بالا و دائمی می باشد و در بازدم بهتر شنیده می شود . - صدای مالشی (Friction Rub) به علت التهاب پلور ایجاد می شود و در دم و بازدم بصورت مالش سطحی شنیده می شود.

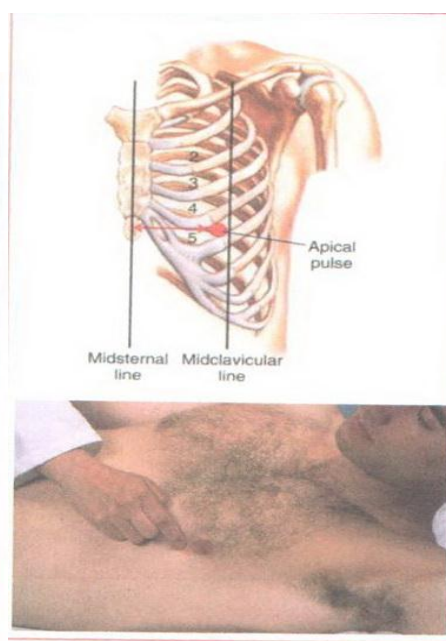
■ معاینه قلب و عروق : تعیین تعداد ضربان قلب (HR) با کنترل نبض شریان رادیال

(در موارد نامنظم بودن ریتم ، باید ضربان قلب بوسیله سمع قلب تعیین شود)

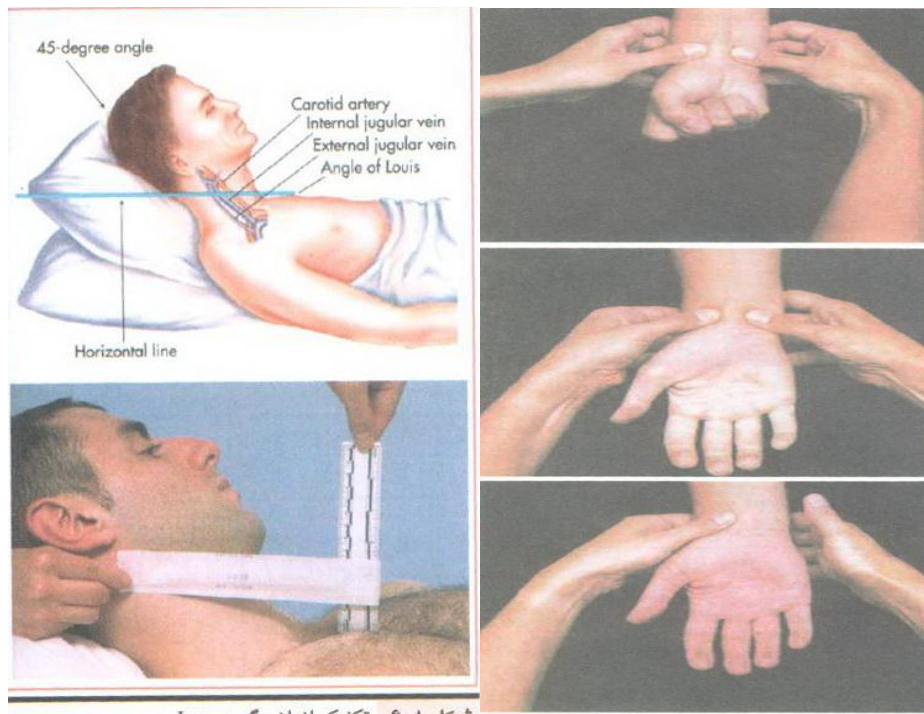
- کنترل فشار خون ، لمس و مشاهده ناحیه آپیکال (PMI)
- سمع قلب در محل های آئورتیک ، پلمونیک ، تریکوسپید و آپیکال
- لمس دو طرفه نبض های محیطی بطور همزمان
- لمس نبض کاروتید
- بررسی ورید ژوگولار
- بررسی کفایت جریان خون شریانی (آزمایش بورگر)
- آزمون پرشدگی مجدد مویرگی
- بررسی علامت هومن
- بررسی تست آلن
- مشاهده پوست دستها و پاها از نظر رنگ ، حرارت ، ادم و تغییرات پوستی



شکل ۵-۶ مکان های معمول جهت سمع صد



شکل ۴-۶ محل و نحوه بررسی ضربان نوک قلب



شکل ۸-۶ تکنیک اندازه گیری Jvp

شکل ۱۰-۶ نحوه بررسی تست آلن



شکل ۹-۶ نحوه بررسی تست هومان

■ معاینه شکم : تقسیم بندی شکم در معاینه به چهار ناحیه زیر :

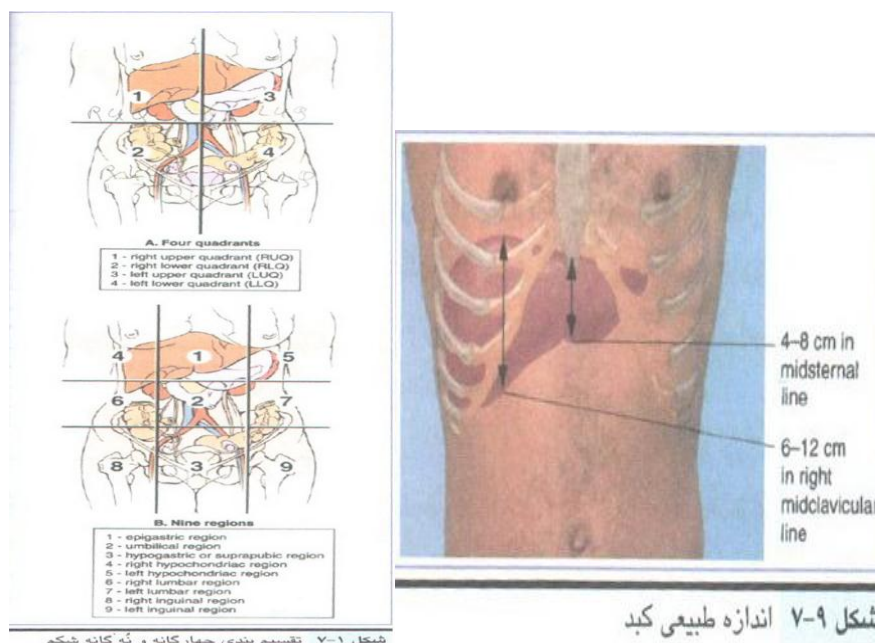
- RUQ ربع فوقانی راست
- RLQ ربع تحتانی راست
- LUQ ربع فوقانی چپ
- LLQ ربع تحتانی چپ

در روشی دیگر شکم به نه ناحیه تقسیم و معاینه می شود.

- لمس ساختمانهای طبیعی در معاینه شکم مهم است . از تکنیک های مشاهده ، سمع ، دق و لمس استفاده کنید (قبل از لمس حتما باید دستها و گوشی را گرم کنید و بازوهای بیمار را در طرفین بدنش قرار دهید) .
- مشاهده شکم از نظر اسکارهای جراحی ، خطوط سفید نقره ای (استریا) ، وریدهای متسع ، استریاهای ارغوانی یا صورتی (در سندرم کوشینگ) ، وریدهای بسیار متسع (در سیروز کبدی یا

انسداد ورید اجوف تحتانی) ، راش و ضایعات پوستی ، پوست براق در ادم و آسیت ، برآمدگی های لوکالیزه شکم در اثر فتق ، لیپوم و ...

- بررسی ظاهر شکم از نظر طرح و تقارن ، نفخ ، تجمع چربی ، تومورهای شکمی ، آسیت
- مشاهده حرکات دودی (پریتالیتسم)
- بررسی ضربانات آئورت
- سمع شکم از نظر صداهای روده ای
- سمع شکم از نظر صداهای عروقی (آئورت ، شرایین کلیوی ، شرایین ایلیاک) ، حالت طبیعی بدون بروئی است .
- سمع شکم از نظر صدای مالش پریتوان
- دق شکم
- معاینه کبد ، طحال
- لمس شکم ، لمس کبد ، لمس طحال ، لمس کلیه ها
- مانورهای تشخیص آسیت (تست شیفت ماتیته ، تست موج مایع)
- ازمنه های تشخیص آپاندیسیت (نشانه روزینگ ، نشانه حساسیت بازگشتی ، نشانه حساسیت بازگشتی ارجاعی ، نشانه پسواس ، نشانه ابتراتور) ، حساسیت بیش از حد پوستی در قسمتهای پایین شکم
- ارزیابی کله سیستیت احتمالی (درد ربع فوقانی شکم و علامت مورفی مثبت)



■ معاینه سیستم عصبی : معاینه عصبی شامل پنج بخش می باشد که عبارتند از:

- ۱- وضعیت عقلانی (ظاهر و رفتار ، وضعیت هوشیاری ، تکلم ، زبان، خلق ، تفکرات و ادراکات ، شناخت ، حافظه)

۲- اعصاب مجمله ای (اعصاب زوج ۱-۱۲ ، بویایی ، بینایی ، حرکتی چشم ، عصب سه قلو ، عصب قرقره ای ، عصب دور کننده ، عصب صورتی ، شنوایی ، زبانی حلقی ، واگ ، فرعی ، زیر زبانی)

۳- سیستم حرکتی (توده ، تونوس و قدرت عضلانی ، هماهنگی ، راه رفتن و ایستایی)

۴- سیستم حسی (درد و حرارت ، وضعیت و ارتعاش ، لمس سطحی ، تمایز)

۵- رفلکس تاندونی عمقی ، شکمی و کف پای (پلانتار)

■ معاینه پستان و سیستم تناسلی : در وضعیت نشسته که بیمار لباسهایش را تا

کمر پایین کشیده و بازوهای خود را در کنارش آویزان کرده ، انجام می شود. در زنان غیر از این وضعیت در سه وضعیت دیگر نیز (دستها بالای سر ، فشردن دستها به هیپ ، وضعیت خمیده به جلو) معاینات مربوطه انجام می شود.

- مشاهده پوست پستانها از نظر تغییر رنگ و یا پر رنگ شدن ، تورفتگی ، نواحی موضعی با افزایش عروق خونی ، تورم یا ادم ، اندازه ، طرح و شکل پستانها ، مشاهده نیپل از نظر اندازه ، شکل ، رنگ ، ترشح و ضایعات

- لمس نیپل ها

- لمس پستانها از نظر وجود توده و حساسیت

- بررسی حلقه رنگین دور پستان از نظر توده

- بررسی پوست ناحیه اگزیلاری (زیر بغل) از نظر عفونت و پیگمانتاسیون غیر معمول

- لمس گره های لنفاوی زیر بغل

• معاینه سیستم تناسلی : به هنگام معاینه ، باید بیمار پوشش مناسب داشته و از معرض دید قرار دادن قسمتهایی که معاینه نمی شوند ، خودداری شود. نکات مورد توجه عبارتند از:

- مشاهده میزان توزیع و مشخصات موهای ناحیه

- مشاهده پوست ناحیه از نظر ضایعات

- مشاهده سوراخ مجرای ادرار و مجرای واژن

- لمس غدد اسکن

- لمس غدد بارتولن

- بررسی قدرت عضلات لگن

- معاینه و لمس سرویکس ، رحم و تخمدانها

• معاینه سیستم تناسلی در مردان :

- مشاهده توزیع و مشخصات موهای ناحیه

- مشاهده از نظر ضایعات ، ندول ، تورم و التهاب

- مشاهده ی مجرای ادراری از نظر تورم ، التهاب و ترشح

- لمس از نظر حساسیت ، سفتی و ندول
- لمس به منظور بررسی بیضه ها و پوست آن
- لمس فتق فمورال
- مشاهده آنوس و بافت اطراف آن از نظر رنگ ، سلامت و ضایعات پوستی
- لمس آنوس و رکتوم از نظر تونیسیته دریچه ، ندول ، حساسیت و توده
- مشاهده انگشت خارج شده از رکتوم از نظر مدفوع ، وجود خون ، مخاط (۴)

■ بررسی جسمانی مادر باردار: در طول بارداری ، بدن فرد تغییرات آناتومیکی و

فیزیولوژیکی زیادی را تجربه می کند که در ارزیابی مددجو باید مد نظر قرار گیرد . بررسی مادر باردار در چهار بخش بررسی مادر پیش از تولد نوزاد ، بررسی نوزاد قبل از تولد ، بررسی مادر در حین زایمان ، بررسی مادر پس از زایمان انجام می شود.

- **بررسی مادر پیش از زایمان :** بررسی و جمع آوری اطلاعات در مورد سن ، وزن ، فشارخون ، نبض و رفتار و کلیه ی سیستم های بدن و توجه به تغییرات فیزیولوژیک آنها .
- **بررسی نوزاد پیش از تولد :** مشاهده و لمس شکم و ارتفاع قله رحم و سمع صدای قلب جنین و تعداد و ریتم آن
- **بررسی مادر در حین زایمان :** معاینه شکم ، اندازه رحم و شکل آن ، لمس رحم از نظر تعداد انقباضات و طول مدت آنها و شدت انقباضات ، سمع تعداد ضربانات قلب جنین ، مشاهده پرینه از نظر ترشح ، تورم ، شکل و اندام جنین ، افسمان و دیلاتاسیون ، لمس عضو نمایش جنین ، وضعیت جنین و محل قرار گیری ، بند ناف ، بررسی عروق محیطی و مشاهده رنگ و ادم ، مشاهده رنگ و ادم اندامهای تحتانی ، سمع فشارخون ، دق اندام تحتانی به لحاظ بررسی رفلکسا و انقباض و انبساط عضلانی ، مشاهده تغییرات رفتاری در مراحل مختلف زایمان
- **بررسی مادر پس از زایمان :** کنترل علائم حیاتی ، بررسی پستانها و لمس آنها ، بررسی شکمی از نظر اندازه ، رنگ ، بافت ، بررسی و لمس قله رحم از نظر موقعیت ، قوام و ارتفاع و خروج لخته ، بررسی صورت و اندام تحتانی از نظر رنگ ، ادم ، لمس ماهیچه های پاها از نظر حساسیت ، بافت و علامت هومن ، بررسی مثانه از نظر حجم و لمس مثانه ، بررسی پرینه از نظر بهبود محل اپیزیوتومی ، رنگ ، تورم و ترشحات ، بو و هموروئید.

■ **بررسی جسمانی اولیه نوزاد :** بررسی نمره آپگار در عرض ۱ و ۵ دقیقه بعد از تولد

که باید ۸-۱۰ باشد (سمع نبض آپیکال ، مشاهده سینه و شکم از نظر تنفس ، گریه کردن ، تون عضلانی ، رنگ پوست) ، بررسی علائم حیاتی نوزاد ، وزن کردن ، اندازه گیری قد، اندازه دور سر ، مشاهده وضعیت بدن ، بررسی کلیه سیستم های بدن و ثبت نتایج (۸).

منابع مورد استفاده :

- ۱- صلصالی ، مهوش و همکاران . جزوه استانداردهای پرستاری . وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی . ۱۳۹۲.
- ۲- برونر و سودارت. مفاهیم پایه ، پرستاری داخلی جراحی . مترجم: حسن پور دهکردی ، علی . انتشارات اندیشه رفیع . ۱۳۹۰.
- ۳- عزیزی ، داوود . ثقفی ، عبدالله و همکاران . اصول پرستاری تیلور . علم و هنر پرستاری . انتشارات حیان . ۱۳۸۷.
- ۴- شهدادی ، حسین و همکاران . بررسی وضعیت سلامت بر اساس سرفصل دروس وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی . نشر جامعه نگر . ۱۳۸۸.
- ۵- وبر ، ژانت - ر . پرستاری بررسی وضعیت سلامت . مترجم : فخر موحدی ، علی و همکاران . نشر تحفه و بشری . ۱۳۸۳.
- ۶- بصام پور ، شیوا سادات . ورعی ، شکوه . بررسی و معاینات بالینی برای پرستاران انتشارات اندیشه رفیع . ۱۳۸۱.
- ۷- کوشیار ، هادی . بررسی وضعیت سلامت . نشر و تبلیغ بشری . ۱۳۸۸.
- ۸- وبر ، ژانت . بررسی وضعیت سلامت . ترجمه ی نیکبخت نصرآبادی ، علیرضا و همکاران . نشر جامعه نگر . ۱۳۸۵.
- ۹- گروه اعتبار بخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز . جزوه ارزیابی بیمار توسط پرستار . ۱۳۹۲.

نمونه سوالات و نکات مهم :

- ۱- تعریف استاندارد
- ۲- ضرورت تدوین استانداردها در حرفه ی پرستاری
- ۳- استانداردهای عملکرد حرفه ای کدامند
- ۴- استانداردهای مراقبت پرستاری چند نوعند
- ۵- ارزیابی و بررسی جزء کدام استانداردها است؟
- ۶- اجزای فرایند پرستاری کدامند؟
- ۷- انواع بررسی و ارزیابی .
- ۸- بررسی مستمر؟
- ۹- داده ها بر چند نوعند؟
- ۱۰- داده ها از چه منابعی بدست می آیند؟
- ۱۱- مهمترین منبع برای جمع اوری اطلاعات کدام است؟
- ۱۲- مراحل مصاحبه ؟
- ۱۳- نکات مهم در مصاحبه ؟
- ۱۴- نکات اخلاقی در مصاحبه ؟
- ۱۵- مصاحبه با بیماران مختلف ؟
- ۱۶- انواع پرسشها در مصاحبه ؟
- ۱۷- نکات مهم در ثبت ارزیابی و معاینه؟
- ۱۸- بررسی ظاهر عمومی بیمار شامل چه مواردی است؟
- ۱۹- نکات مهم در ارزیابی کودکان؟
- ۲۰- نکات مهم در ارزیابی افراد مسن؟
- ۲۱- بررسی جامع بزرگسالان شامل چه مواردی است؟
- ۲۲- تکنیک های معاینه فیزیکی ؟
- ۲۳- نکات مورد توجه در مشاهده؟

- ۲۴- نکات مورد توجه در لمس؟
- ۲۵- نکات مورد توجه در دق؟
- ۲۶- نکات مورد توجه در سمع؟
- ۲۷- انواع دق ؟
- ۲۸- نکات مهم در معاینه فیزیکی ؟
- ۲۹- انواع آمادگی برای معاینه فیزیکی ؟
- ۳۰- بهترین است جهت معاینه کدام طرف بیمار ایستاد؟
- ۳۱- انواع پوزیشن برای معاینه ؟
- ۳۲- وضعیتهای مختلف معاینه برای معاینه چه قسمتهایی بکار می رود؟
- ۳۳- نکات مهم در معاینه پوست ؟
- ۳۴- موارد ارزیابی پوست؟
- ۳۵- انواع سیانوز؟
- ۳۶- درجه بندی ادم گوده گذار ؟
- ۳۷- ارزیابی بیماران محدود به بستر؟
- ۳۸- نکات مهم در ارزیابی مو ؟
- ۳۹- نکات مهم در ارزیابی ناخن ها؟
- ۴۰- انواع غیر طبیعی ناخنها؟
- ۴۱- در بررسی مجموعه به چه مواردی توجه می شود؟
- ۴۲- نکات مهم در معاینه سرو گردن ؟
- ۴۳- نکات مورد توجه در معاینه گوشها
- ۴۴- دو تست معروف در معاینه گوشها؟
- ۴۵- موارد توجه در بررسی سینوسها؟
- ۴۶- موارد توجه در معاینه دهان ؟
- ۴۷- در بررسی صورت به چه نکاتی توجه می کنیم؟

- ۴۸- هنگام معاینه چشمها به چه مواردی دقت می شود؟
- ۴۹- موارد مورد توجه در معاینه قفسه صدری و ریه ها کدامند؟
- ۵۰- صداهای غیر طبیعی تنفس؟
- ۵۱- انواع غیر طبیعی تنفس؟
- ۵۲- حالت‌های غیر طبیعی قفسه سینه؟
- ۵۳- حالت های غیر طبیعی ستون فقرات؟
- ۵۴- موارد مورد توجه در معاینه قلب و عروق؟
- ۵۵- در معاینه قلب و عروق چه نقاطی سمع می شود؟
- ۵۶- تست آلن؟
- ۵۷- تست هومن؟
- ۵۸- انواع تقسیم بندی شکم در معاینه؟
- ۵۹- RUQ یعنی؟
- ۶۰- LUQ یعنی؟
- ۶۱- LLQ یعنی؟
- ۶۲- RLQ یعنی؟
- ۶۳- تکنیکهای مورد استفاده برای معاینه شکم را شرح دهید؟
- ۶۴- معاینه سیستم عصبی شامل چند بخش است؟
- ۶۵- معاینه پستانها در چه وضعیتی انجام می شود؟
- ۶۶- موارد مورد توجه در معاینه پستانها؟
- ۶۷- موارد توجه در معاینه سیستم تناسلی:
- ۶۸- بررسی جسمانی مادر باردار شامل چه مواردی است؟
- ۶۹- موارد توجه در مراحل مختلف ارزیابی مادر باردار؟
- ۷۰- ارزیابی اولیه نوزاد شامل چه مواردی است؟