

تنوع عکس العمل‌های

بیمار

دکتر محمد حسن هدایتی امامی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دامون غضنفری املشی

دانشجوی پزشکی

پائیز ۱۳۸۰

t.me/MHAN_Endocrine

t.me/MHAN_EndoPublic

اقتباس از فصل دوم کتاب زیر

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Swartz, Mark H.
Textbook of physical diagnosis: history and examination/
Mark H. Swartz. —4th ed.

p. cm.

Includes index.

ISBN 0-7216-9411-X

1. Physical diagnosis. I. Title.

RC76 .S95 2002 616'.07'54—dc21

2001032847



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی ازماتی گیلان

تنوع عکس العمل‌های

بیمار

دکتر محمد حسن هدایتی امامی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دامون غضنفری املشی

پائیز ۱۳۸۰

۱۳۹۹

همان کتاب با صفحه آرائی تازه.
دکتر هدایتی اکنون بازنشسته است.
دکتر غضنفری که آن زمان، دانشجوی پزشکی بود،
اکنون رادیولوژیست است

این وظیفه ماست که همیشه و در
همه حال، دائم به یاد داشته باشیم که پزشکی
فقط علم نیست، بلکه هنر هم هست. هنر آزاد
گذاشتن شخصیت خویش برای تعامل با
شخصیت بیمار .

آلبرت شوایتزر ۱۸۷۵ - ۱۹۶۵

فهرست	
۷	واکنش نسبت به ناخوشی
۸	اضطراب
۱۰	افسردگی
۱۳	انکار
۱۴	فرافکنی
۱۶	واپس روی
۱۹	واکنش در برابر مصاحبه کننده
۱۹	بیمار کم حرف
۲۰	بیمار پر حرف
۲۱	بیمار اغواگر
۲۲	بیمار عصبانی
۲۵	بیمار مظلون
۲۶	بیمار ناراضی
۲۶	بیمار خوشنود کننده
۲۷	بیمار مهاجم
۲۸	بیمار رد کننده کمک
۲۹	بیمار پرتوقع
۳۰	تأثیر زمینه و سن بر واکنش بیمار
۳۰	زمینه نژادی
۳۷	بیمار بازمانده از قتل عام و بلایای طبیعی
۳۹	بیمار سالخورده
۴۱	بیمار بیوه
۴۲	کودک ناخوش
۴۵	دکتر مریض
۴۷	تأثیر بیماری بر واکنش بیمار
۴۷	بیمار معلول
۴۹	بیمار سرطانی
۵۱	بیمار ایدزی

۵۲	بیمار مبتلا به دیسفازی	
۵۳	بیمار روان پریش	
۵۵	بیمار با زوال عقل	
۵۶	بیمار با ناخوشی حاد	
۵۷	بیمار جراحی	
۵۹	بیمار الکلی	
۶۰	بیمار روان تنی	
۶۱	بیمار در حال مرگ	

واکنش نسبت به ناخوشی

سلامتی عبارتست از احساس تندرستی، خوشبینی، تعقیب فعالانه هدف‌های زندگی. ناخوشی عبارتست از احساس ناراحتی، نومیدی و کاهش علاقه به آینده. زمانی که بیمار در می‌یابد ناخوش است و احیاناً به زودی با مرگ رویاروی می‌شود، زنجیره‌ای از واکنش‌های عاطفی در وی پدیدار می‌شود. این واکنش‌های عاطفی عبارتند از اضطراب، ترس، خشم، درماندگی، انکار، افسردگی، گوشه‌گیری، فرافکنی و اغراق‌علائم. این واکنش‌های روانی، عمومی‌اند و خاص هیچ بیماری جسمی معینی نیستند. بیمار باید بیاموزد که خود را نه تنها با علائم ناخوشی، بلکه با دگرگونی‌های ناشی از آن ناخوشی در زندگی خود نیز تطبیق دهد.

اضطراب

اضطراب حالتی از ناآسودگی است. بیمار حس می‌کند خطری در کمین است. اضطراب پاسخی بنیادی به هر نوع استرس است. از جدائی و آسیب گرفته تا طرد اجتماعی یا کاهش عزت نفس. اضطراب و ترس دو واکنش شایعی است که افراد در برابر استرس ناخوشی از خود بروز می‌دهند. احساس ازدست دادن کنترل، گناه و درماندگی به بروز این واکنش‌های عاطفی کمک می‌کند. ناخوشی افراد را نومید می‌کند.

بیمار وقتی که می‌فهمد به‌زودی خواهد مرد، دچار اضطراب شدید می‌شود. ترس علاوه بر ایجاد این واکنش‌های عاطفی، برمبنائی فیزیولوژیک باعث بی‌قراری، مشکلات گوارشی یا سردرد هم می‌شود. سایر علائم شایع اضطراب عبارتند از: اختلال در خواب، کابوس، تکرر ادرار، تپش قلب، خستگی، کوفتگی و دردهای مبهم، پarestزی‌ها، تنگ‌نفس. بیمار ممکن است احساس کند که دارد "تکه پاره" می‌شود.

مرد جوانی که دچار حمله قلبی شده، جداً امید خود را از دست می‌دهد. بر همان تخت بخش مراقبت‌های ویژه در می‌یابد

که چقدر آسیب پذیر بوده و مرگ چقدر نزدیک است. از این که بر بستر بیماری افتاده، احساس نومییدی می کند. اکنون حس می کند زندگی اش وابسته به چیزها و کسانی دیگر است: پرستار، دکتر، سرم و حتی مونیتور. اضطراب بیمار که بر پایه نومییدی شکل گرفته، پاسخی است طبیعی به ناخوشی اش. او فکر می کرده فنانا پذیر است. اکنون با این ناخوشی ناگهانی و خطر مرگ، این باور بیمار، پوچ درآمده است .

پیرمرد ۷۲ ساله ای که بعد از فوت همسرش، سالهاست که تنها زندگی می کند، برای عمل جراحی پروستات در بیمارستان بستری می شود. او نگران است که مبادا علیل و به فرزندانش وابسته شود. او بیشتر از وابستگی به خویشان خود می ترسد تا از خود ناخوشی.

بیماری بستری در بخش را که برای عکس برداری معمولی از قفسه سینه به بخش رادیولوژی برده اند، از این که مجبور است یکی دو ساعتی منتظر بیماربر باشد تا بیاید و او را به بخش برگرداند، دچار اضطراب می شود. از این که او را در انتظار گذشته اند و احيانا فرصت دیدار با چند ملاقاتی خود را از دست می دهد، عصبانی است. او البته چیزی نمی گوید. می ترسد که

پرستار و کارکنان رادیولوژی متوجه عصبانیت او بشوند. فکر می‌کند اگر عصبانیت خود را بروز بدهد، ممکن است کارکنان بیمارستان خوب از او مراقبت نکنند یا حتی خدمات پزشکی را از او دریغ کنند. مایه اضطراب او ممکن است همین‌ها باشد.

بعضی از بیماران بستری قادر به پذیرش محبت و مراقبت خویشاوندان و دوستان خود نیستند. همین ناتوانی در پذیرفتن مهر و محبت، یکی از مایه‌های شایع اضطراب است. بیمار از همین کارهای محبت‌آمیز، تهدید می‌شود، زیرا همین محبت‌ها احساس وابستگی را در بیمار تقویت می‌کند.

همه بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند، به نوعی در اضطرابند. بیمار باید عزیزترین چیز خود، یعنی زندگی خود، را به دست گروهی بیگانه بسپرد که مطمئن نیست آیا تبحر کافی در حفظ جان وی دارند یا نه؛ این همان ترس از بیگانه‌هاست.

افسردگی

افسردگی واکنشی است فیزیولوژیک در مواجهه با از دست دادن سلامتی، فرد مورد علاقه یا عزت نفس. در تمام

بیماری‌های مزمن احتمالاً درجات معینی از افسردگی روی می دهد. افسردگی انواع مختلفی دارد. برخی از آن‌ها عبارتند از: واکنشی، نوروزی، مانیک، مالیخولیائی و تحریکی. درکل لحن کلام بیمار افسرده، بدبینانه و چهره‌اش گرفته‌است. ممکن است بگوید که احساس بیهودگی می‌کند و خود را مقصر بداند. به سوالات جواب‌های کوتاه می‌دهد. آرام، آهسته و یکنواخت صحبت می‌کند به نحوی که مصاحبه‌کننده ممکن است به خواب رود. بیمار افسرده احساس می‌کند که بی‌کفایت و بی‌ارزش و شکست خورده است. او همچنین شدیداً احساس گناه می‌کند. کافی است بگوئید شما "غمگین به نظر می‌رسید" تا باب گفتگو باز شود و از افسردگی خود بگوید.

گریه احساس افسردگی شدید را تسکین می‌دهد و به بیمار فرصت می‌دهد تا بقیه ماجرا را تعریف کند. گرچه ممکن است علت گریه بیمار نگرانی از ناخوشی خویش باشد، لیکن معمولاً گریه بیمار، ناشی از فکر بیماری یا مرگ، یا احتمال مرگ یکی از افراد مورد علاقه او است. نسبت به خیلی‌ها خصومت دارد و از خیلی‌ها منزجر است. فکر می‌کند طرد شده و تنها مانده است. بیماری که به شدت افسرده است، ممکن است از روی توهم،

خویشتن را گناهکار بداند و خود را مسئول وضعیت حقارت‌آمیز خود تلقی کند. در صورت وجود چنین توهمات بیمار ممکن است آن چنان احساس پوچی کند که تنها راه نجات خود از این محمصه را خودکشی بداند. دانشجوی حقوق ۲۳ ساله‌ای وقتی می‌فهمد دچار ایدز شده، تمام وجودش را اضطراب فرا می‌گیرد. خیال می‌کند اگر دوستان و بستگانش با خبر شوند بلافاصله همه روابط خود را با او قطع خواهند کرد. جداً احساس گناه می‌کند. وقتی که می‌فهمد دانشگاه از وی خواسته درس خود را رها کند، افسردگی‌اش به حد اعلامی‌رسد. اندکی بعد در خانه والدین خود، خود را حلق آویز می‌کند. در نظر وی، تنها راه کنار آمدن با ناخوشی، خودکشی بوده‌است.

افسردگی ممکن‌است شایع‌ترین واکنش به ناخوشی باشد. متأسفانه واکنشی است که پزشکان بیش از هر واکنش دیگری آنرا نادیده می‌گیرند. مهم‌ترین علائم تشخیصی افسردگی عبارتند از بی‌خوابی، کاهش اشتها یا کاهش وزن، خستگی یا کاهش بنیه، تحریک‌پذیری، کاهش علاقه، احساس گناه یا میل به سرزنش خود، کاهش قدرت تفکر یا تمرکز حواس، فکر مرگ یا خودکشی.

انکار

انکار یعنی اندیشیدن و عمل کردن به نحوی که گویی بخشی از واقعیت درست نبوده است. انکار یکی از شایع ترین مکانیسم های دفاعی روانی در پزشکی است و هم در بیمار و هم در پزشک دیده می شود. انکار واکنشی عاطفی در برابر تنش درونی است و مانع بروز کشمکش دردناک می شود تا از شکل گیری اضطرابی آشکار جلوگیری نماید. این واکنش، در واقع نوعی خودفریبی است. انکار غالباً در ناخوشی های کشنده یا بیماری های لاعلاج مزمن دیده می شود. به طور کلی هرچه ناخوشی حادثر باشد، بیش بیمار بیشتر است و هرچه تدریجی تر باشد، انکار بیشتر است.

بیماری که دچار سرطان است، می بیند که سرطان دارد جانش را می گیرد و وزنش کم می شود و عوارض داروها را حس می کند. مراجعات مکرر به بیمارستان، برای شیمی درمانی و پرتو درمانی بر وی مسلم می کند که دچار بیماری خطرناکی است، با این همه او وجود ناخوشی را انکار می کند. برای آینده زندگی خود نقشه می کشد و در باره زمان پس از بهبودی خود سخن

می‌گوید. برای این بیمار، انکار مکانیسمی روانی است که وی را قادر می‌سازد به زندگی ادامه دهد. مصاحبه‌کننده نباید این انکار را، علی‌رغم آن که بسیار نامعقول به نظر می‌رسد، نفی کند. تذکر به‌چنین بیمارانی که این خیال باطل را کنار بگذارند و " واقعیت را بپذیرند"، مجازاتی ظالمانه است. سعی در حذف انکار در چنین بیمار رو به مرگ در واقع افزودن بر بدبختی‌های اوست. البته، بستگان بیمار باید از پیش‌آگهی بد آگاه باشند و آن را درک کنند.

انکار گاهی مانع ارائه مراقبت‌های پزشکی مناسب می‌شود. خانمی که توده‌ای به اندازه پرتقال در پستانش دارد، برای اولین بار به درمانگاه پستان مراجعه می‌کند. توده زخمی هم شده است و بوی بد عفونت به مشام می‌رسد. وقتی که از او سوال می‌شود چه مدتی است که آن توده در سینه اش پیدا شده است، حق به‌جانب پاسخ می‌دهد که همین دیروز متوجه آن شده است. وقتی با فرد بیماری که دچار انکار است، مواجه شدید، اغلب بهتر است از فرد مطلع مورد اعتماد دیگری، شرح حال بیمار را بگیرید.

فرافکنی

فرافکنی مکانیسم دفاعی شایع دیگری است که بدان طریق شخص ناآگاهانه یک وجه احساسی غیرقابل قبول را از خود طرد

می کند و به شخص دیگری نسبت می دهد. فرافکنی مکانیسم اصلی دخیل در پیدایش احساسات پارانوئید است. به عنوان مثال بیمار دشمن خو ممکن است به مصاحبه کننده بگوید "چرا این قدر نسبت به من دشمنی داری؟" در واقع این بیمار در حال فرافکنی دشمن خوئی خود به مصاحبه کننده است.

بیماران به طور شایع اضطراب های خود را به پزشکان شان فرافکنی می کنند. بیمارانی که فرافکنی می کنند، دائم به چهره پزشک خود دقیق می شوند تا کوچکترین نشانه های ترس خویش را در آن ببینند. به عنوان مثال، خانم ۴۳ ساله ای را که چند نفر از بستگانش در اثر سرطان پستان فوت شده اند، در نظر بگیرید. او از سرطان بسیار می ترسد. در هنگام معاینه که پزشک سرگرم نگاه کردن به جاهای مختلف بدن وی است، بیمار به چهره پزشک دقیق می شود تا از تغییر چهره او اطلاعاتی به دست آورد. اگر پزشک در هنگام معاینه ابرو درهم کشد یا به نحوی تغییری از ناخشنودی در چهره خود نمایان سازد، بیمار پیش خود خواهد گفت "دیدید! پزشک حتماً چیز ناجوری دیده است." پزشک ممکن است آن موقع در فکر و ذکر چیزهای دیگری بوده است، در این فکر بوده با آن که خسته شده، هنوز باید چند بیمار دیگر را هم

معاینه کند یا چه دارویی باید برای فلان بیمار تجویز کند و آن تغییر چهره به این دلیل بوده است. بیمار اضطراب خود را به پزشک فرافکنی کرده است. پزشک باید متوجه این "گفتگوهای" خاموش باشد .

گاهی فرافکنی سازنده است و بیمار را از واماندگی ناشی از ناخوشی نجات می دهد.

واپس روی

واپس روی مکانیسم دفاعی اولیه شایعی است که بدان طریق بیماری که دچار اضطراب عظیم است، ناآگاهانه سعی می کند به گذشته، به دوران مطلوب خود باز گردد. در این مدت بیمار احساس رضایت می کند و کاملاً از اضطراب خلاص می شود. بیماری که واپس روی می کند، به دیگران وابسته می شود و گریبان خود را از مشکلات پیچیده‌ای که مسبب اضطرابش بوده، رها می کند .

برای مثال، مرد متاهل میان سالی را در نظر بگیرید که اخیراً فهمیده سرطان ریه لاعلاجی دارد که به چند استخوانش دست

اندازی کرده‌است. او دچار اندوه و اضطراب شدیدی است. سوالات بی‌جواب فراوانی در ذهنش وجود دارد. چقدر زنده خواهد ماند؟ آیا ماه‌های آخر عمرش در عذاب دردی دائمی خواهد گذشت؟ همسرش چگونه خواهد توانست به‌تنهایی پسر کوچک‌شان را بزرگ کند؟ او چگونه بدون درآمد وی از عهده مسائل مالی برمی‌آید؟ با واپس‌روی، بیمار می‌تواند با پیشه کردن رفتاری کودکانه و وابسته کردن خود به دیگران، از این اضطراب فرار کند. گوشه‌گیر و خجالتی می‌شود و اغلب رفتار و کرداری غیرقابل کنترل از خود بروز می‌دهد. او اکنون به محبت بیشتری نیاز دارد.

نوجوانی متوجه می‌شود که علت ضعف و خونریزی از لته شش ماه اخیرش، لوسمی حاد بوده‌است. او درمی‌یابد که چیزی از عمرش باقی نمانده است و همین مدت کوتاه هم، برای شیمی درمانی مکرر، باید در بیمارستان بگذرد. واکنش او به اضطراب ممکن است واپس‌روی باشد. او حالا احتیاج دارد که والدینش شب و روز کنار تخت‌خوابش باشند. او مشتاق مهر و محبت و بوسه‌های والدینش می‌شود. بازگشت شب‌اداراری، بخشی از واکنش روانی او به این ناخوشی است.

خانمی ۲۵ ساله مبتلا به بیماری التهاب روده به خاطر
شعله‌ور شدن بیماری بارها در بیمارستان بستری شده‌است. او از
آینده وحشت دارد و از این می‌ترسد که نکند هم اکنون سرطانی
در روده‌اش پیدا شده‌است. تمام وجودش را وحشت و نگرانی
فراگرفته است. می‌ترسد که مبادا کولوستومی لازم شود و او از
یکی از مهم‌ترین اعمال بدن، یعنی کنترل مدفوع محروم شود. او
رفتار نامناسبی در پیش می‌گیرد، دمدمی مزاج و مردد می‌شود.
وابستگی‌اش به والدین یکی از تظاهراتِ واپس‌روی است.

واکنش در برابر مصاحبه کننده

بخش عمده‌ای از لذت شغل پزشکی ماحصل گفتگو با بیماران است. هر بیمار ذهن مصاحبه کننده را به مبارزه می‌طلبد. همان‌طور که هیچ‌وقت دو مصاحبه، شبیه هم نیست، دو نفر هم هرگز نمی‌توانند شبیه یکدیگر با یک فرد مصاحبه کنند. چند نوع شایع بیمار معرفی می‌کنیم و نشان می‌دهیم که مصاحبه کننده چگونه باید خود را با هر مورد تطبیق دهد.

بیمار کم حرف

بعضی بیماران در سرتاسر عمرشان، خجالتی بوده‌اند. برخی از این بیماران اعتماد به نفس ندارند و دچار عقده حقارتند.

این افراد بسیار نگران Self-image خود هستند و نمی‌خواهند حرف نادرستی بزنند یا کار غلطی بکنند. در واقع به‌نحوی افراطی معتقدند "تا مرد سخن نگفته باشد، عیب و هنرش نهفته باشد." این بیماران خیلی زود ناراحت و دلخور می‌شوند. افرادی دیگر با بروز ترس از ناخوشی، کینه‌جو یا کم‌حرف می‌شوند. بیماران کم‌حرف اغلب دچار افسردگی شدید هم هستند، که ممکن است به‌طور اولیه ناشی از خود ناخوشی یا به‌طور ثانویه ناشی از واکنش به آن ناخوشی باشد. در رفتار و کردار، سیما و وضعیت بدن این بیماران، به‌طور شایع بسیاری از علائم دیگر افسردگی دیده می‌شود. در هنگام گفتگو با این بیماران استفاده از پرسش‌های باز عموماً بی‌فایده است. با پرسش‌های جهت‌دار دقیق، می‌توان به پاسخ‌هایی دست یافت.

بیمار پر حرف

بیمار پر حرف برای مصاحبه‌کننده تازه‌کار، مشکلی واقعاً جدی است. این بیماران حریف مصاحبه‌کننده‌اند. مصاحبه‌کننده به زحمت مجال مطرح کردن سوالی تازه پیدا می‌کند. بیمار به هر سوال، پاسخی طولانی می‌دهد. حتی پاسخ به سوالات "بله یا خیر" نیز بی‌پایان است. ارتباط این بیماران معمولاً تهاجمی است.

به هر سوال پاسخی مفصل با جریات بسیار می دهند. مودبانه کلامش را قطع کنید و بلافاصله سوال جهت دار دیگری که روی موضوع مصاحبه متمرکز باشد، از وی پرسید. از پرسیدن سوال باز، کمک کننده یا سکوت اجتناب کنید، زیرا با این کار بیمار را به ادامه پرحرفی تشویق می کنید. اگر با همه این ترفندها باز هم ناموفق بودید، چاره کار آن است که آرامش خود را حفظ کنید و واقعیت موجود را بپذیرید.

بیمار اغواگر

یکی از دشوارترین بیمار برای دانشجوی تازه کار، بیمار اغواگر است. بیمار اغواگر از جهاتی بسیار دشوارتر از بیمار کینه جو میباشد. بسیاری از این بیماران، دچار هیستری اند و خواهان برقرار کردن ارتباطی صمیمی با پزشک خود هستند. مشخصاً مایلند در همان ابتدای مصاحبه، علاقه خود را ابراز کنند. مصاحبه کننده ممکن است تصمیم بگیرد خواسته های بیمار را برآورده کند، لیکن معمولاً ناموفق است. دانشجوی پزشکی که می فهمد مجذوب چنین بیمارانی شده است، به زحمت می تواند با احساسات خود کنار بیاید. احساس علاقه، امری طبیعی است و مصاحبه کننده باید آن را بپذیرد. البته در برخورد با چنین بیمارانی، مصاحبه کننده

همیشه باید رفتاری اکیداً حرفه‌ای در پیش بگیرد و هرچه کمتر با آنان همدردی کند و کمتر آنان را دلگرم سازد، زیرا این کارهای حمایتی، توهم بیشتری در اینگونه بیماران ایجاد می‌کند. مصاحبه‌کننده هرگز نباید وارد رابطه‌ای شود که ممکن است احترام و کارایی حرفه پزشکی را مخدوش کند. در صورت لزوم باید موضوع را با فرد با تجربه‌ای در میان بگذارد و با وی مشورت کند.

بیمار عصبانی

به‌طور خیلی شایع، بیماری که قرار است با وی مصاحبه کنیم، عصبانی، نفرت‌انگیز، یا کینه‌جو است. برخی از بیماران مصاحبه‌کننده را تحقیر می‌کنند، یا به او طعنه می‌زنند. برخی دیگر پرتوقع، مهاجم یا آشکارا کینه‌توزند. بعضی از بیماران در تمام طول مصاحبه حتی یک کلمه هم بر زیان نمی‌آورند. در زمانی دیگر ممکن است حرف‌هایی نامربوط بزنند که برای دانشجوی تازه‌کار یا حتی پزشک باتجربه، تحقیرآمیز باشد. مصاحبه‌کننده ممکن است برنجد یا عصبانی شود، فکر کند اقتدار او مورد تهدید قرار گرفته‌است، یا شکیبائی خود را از دست بدهد یا درمانده

شود. در چنین مواردی ممکن است بیمار و مصاحبه‌کننده دچار کینه‌جوئی متقابل شوند یا بین آنان مبارزه قدرت در بگیرد .

مصاحبه‌کننده باید درک بکند که این واکنش‌ها، پاسخ بیمار به ناخوشی‌اش است، و الزاماً عکس‌العملی نسبت به مصاحبه‌کننده نیست. این واکنش‌ها ممکن است ریشه عمیقی در گذشته بیمار داشته باشد. هر مصاحبه‌کننده‌ای باید بداند که هم در بیمار و هم در خود او، احساسات مشابهی همچون خشم، حسادت یا ترس وجود دارد. بیمار ممکن است احساساتش را متوجه مصاحبه‌کننده کند، لیکن مصاحبه‌کننده باید رفتاری مستقل و حرفه‌ای در پیش‌گیرد و رنجیده خاطر نشود و به فکر تلافی نیفتد.

با چنین بیمارانی چگونه باید رفتار کرد؟ مصاحبه‌کننده بلافاصله از بیمار عصبانی، متنفر می‌شود. ولی تنفر از بیماران در تضاد با همه آموخته‌های ماست. همیشه به دانشجویان آموخته‌اند که بیماران خود را دوست بدارند، تا بتوانند به‌نحو شایسته آنان را درمان کنند. مشکل، وجود همین دوگانگی در مصاحبه‌کننده است. چرا باید بیمار خود را دوست بداریم، ما باید با موازین صحیح پزشکی و با احترام بیمار را معالجه کنیم، ولی مجبور نیستیم آنها را دوست داشته باشیم. بیمار به خاطر ناخوشی خود، ممکن است

احساس کند کنترل خود را بر زندگی از دست داده، اقتدارش مورد تهدید قرار گرفته و دچار ترس شده است. عصبانیت او همان مکانیسمی است که وی با کمک آن می‌تواند بر ترس‌های خود غلبه کند. وقتی که مصاحبه‌کننده این نکته را دریابد و از احساسات خودش آگاه شود، بهتر می‌تواند چنین بیمارانی را معالجه کند. مصاحبه‌کننده باید این واقعیت را بپذیرد، و احساسات منفی خودش نسبت به بیمار را کنترل کند، به نحوی که قضاوت حرفه‌ای او ضایع نشود. مصاحبه‌کننده وقتی که بر اضطراب‌ها و احساسات خودش واقف شد، آنوقت می‌تواند مصاحبه‌پربارتری انجام دهد. بیان آگاهانه احساسات خود به نحو صریح بدون پرده پوشی، انجام مصاحبه را راحت‌تر می‌کند. هدف، عبارتست از تنظیم و کنترل احساسات خود ما.

یک روش مفید برای مصاحبه با چنین بیمارانی رویارویی با همین مشکل بیمار است. با گفتن "شما خیلی عصبانی به نظر می‌رسید"، به بیمار اجازه می‌دهید که مقداری از ترس‌هایش را بیرون بریزد. راه رویارویی دیگر، آن است که بگوئید "معلوم است که از چیزی عصبانی هستید. بگوئید اشکال در کجاست." متانت خود را حفظ کنید و مقابله به مثل نکنید. اگر در شروع مصاحبه

متوجه شدید که بیمار عصبانی است، سعی کنید که او را آرام کنید. تند تند از بیمار سوال نکنید. با حوصله سوال بعدی را پرسید. رفتار و کردار بیمار را تفسیر نکنید. سوالاتی پرسید که مربوط به شرح ناخوشی کنونی باشند.

بیمار مظنون

بیمار مظنون (پارانوئید) بیماری است که دائماً می پرسد "چرا از من این سوال را می پرسید، آیا من... دارم،" وقتی که مصاحبه کننده سوالات متعدد مربوط به "بررسی دستگاهها" را می پرسد، بیمار پاسخ می دهد "چه کسی این چیزها را به شما گفته است،" بیمار مظنون فکر می کند که توطئه ای در کار است و مردم دائماً درباره او صحبت می کنند.

برای رفع بدگمانی چنین بیمارانی می توان گفت که "چندین سوال هست که معمولاً از همه بیماران می پرسیم." کوشش برای اطمینان خاطر دادن به این بیماران، بی فایده است و حتی آن را نوعی تهدید تلقی می کنند و ممکن است باعث پارانوئای بیشتری شود. توهم بیمار دلیلی ندارد. در نتیجه، مصاحبه کننده باید تمام سوالات لازم را پرسد. نباید سعی کند بیمار را از عقاید غلطش منصرف نماید. مصاحبه کننده نباید به هیچوجه عصبانی شود. اجتناب از عصبانیت بسیار پراهمیت است.

بیمار ناراضی

بیماران ناراضی هرگز راضی نمی‌شوند. آن‌ها سوالات زیادی دارند و علی‌رغم توضیحات کافی احساس می‌کنند که مصاحبه‌کننده به تمام سوالات شان پاسخ نداده است. آن‌ها افرادی حساس و مضطرب می‌باشند. در مورد این بیماران باید روشی قاطع و بدون اغماض در پیش گرفت. صریح و بدون ملاحظه به این بیماران بگوئید "وقت امروز ما تمام شد. منشی در اولین فرصت نوبت دیگری به شما می‌دهد." یا بگوئید: "امروز به پایان وقت خود رسیدیم. شما را به دکتر... معرفی می‌کنم."

بیمار خوشنودکننده

بیمار خوشنودکننده، بیماری است که سعی می‌کند که مصاحبه‌کننده را خوشنود کند. او معتقد است که هر جوابی که می‌دهد، باید باب طبع مصاحبه‌کننده باشد. او فکر می‌کند که اگر پاسخ‌هایش رضایت‌بخش نباشد، مصاحبه‌کننده او را تحویل نمی‌گیرد یا حتی او را ترک می‌کند. این نوع بیماران شدیداً احساس طرد شدن دارند. مصاحبه‌کننده باید متوجه باشد که دلیل این رفتار، نگرانی بیمار است و باید سعی کند که نسبت به آن واکنشی نشان ندهد. مصاحبه‌کننده باید تمایل بیمار به دادن پاسخ‌های خوشنودکننده را دریابد و باید به بیمار یاد آوری کند که پاسخ

درست چقدر برای رسیدن به تشخیص درست و به موقع پراهمیت است.

بیمار مهاجم

بیمار مهاجم بیماری است دچار اختلال شخصیت. این فرد در برخورد با استرس‌های طبیعی روزمره زندگی خیلی زود آشفته می‌شود و اغلب به خشونت متوسل می‌شود. غالباً رفتاری تحکم‌آمیز دارد. سعی می‌کند مصاحبه را تحت کنترل خویش درآورد. البته، اگر اجازه این کار را به او بدهید، ممکن است بسیار دلپذیر باشد.

در بسیاری از موارد، بیمار مهاجم نیازهای وابستگی شدیدی دارد که نمی‌توان آگاهانه با آن‌ها کنارآمد. او با اتخاذ رفتاری تهاجمی و کینه‌توزانه سعی می‌کند اضطراب و احساس بی‌کفایتی و حقارت خود را بپوشاند.

انجام مصاحبه با بیمار مهاجم خیلی سخت است. در ابتدای کار، مصاحبه‌کننده باید مواظب باشد از ورود به مسائلی که باعث برانگیخته شدن اضطراب بیمار می‌شود، پرهیز کند. پس از آن که مصاحبه‌کننده با چنین بیمارانی به تفاهم رسید، آنوقت می‌تواند به این مسائل، عمقی‌تر پردازد. در کل، بیمار مهاجم هرگونه روان‌درمانی را رد می‌کند.

بیمار ردکننده کمک

بیماران ردکننده کمک معمولاً بیمارانی "درب و داغان"، "فرسوده"، یا "ازکارافتاده" نامیده می‌شوند، عموماً کینه‌جو نیستند. چنین بیمارانی شرح می‌دهند که تاکنون به چند پزشک "خیلی ماهر" مراجعه کرده‌اند و بی‌ملاحظه اضافه می‌کنند که هیچ‌کس نمی‌تواند مشکل او را پیدا کند. بیمار ردکننده کمک، بارها و بارها به مطب دکترها برمی‌گردد و اظهار می‌دارد توصیه‌های پزشک مفید نبوده است. به‌طور شایع، وقتی یک علامت از بین می‌رود، ناگهان علامت دیگری جایش را می‌گیرد.

این بیماران از علائم‌شان برای تحکیم ارتباط با دکترهای‌شان استفاده می‌کنند. این بیماران اغلب بسیار افسرده‌اند، لیکن وجود آن را انکار می‌کنند. احساس می‌کنند که خیلی از خود-گذشتگی نشان داده و ناملايمات بیشماری را تحمل کرده‌اند. همه این‌ها را به "ناخوشی" خود ربط می‌دهند.

بهترین روش برخورد با این افراد، حمایت عاطفی قوی و استدلال محبت‌آمیز است. این بیماران نیازی جدی به مشاوره روانپزشکی دارند، ولی عموماً آن را قبول نمی‌کنند.

بیمار پرتوقع

بیمار پرتوقع از هر کس، از پزشک، از پرستار، از دانشجو، از بهیار، و حتی از خدمه تقاضاهایی دارد. بیمار با توپ و تشر، جلب ترحم یا با گفتن "اگر کمک نکنی گناه دارد"، از دیگران سوء استفاده می‌کند و آنان وامی‌دارد از او بیشتر مراقبت کنند. چنین بیمارانی معتقدند آنان را فراموش کرده‌اند یا با آنان بد رفتار می‌شود. بیمار ممکن است سرِ پزشکی که ممکن است از آبرو ریزی بترسد، داد بزند. ممکن است بین پزشک و بیمار مبارزه قدرت در بگیرد.

تأثیر زمینه و سن بر واکنش بیمار

هر چند بیماری در همه جای جهان یک جور است، ولی پاسخ بیماران نسبت به ناخوشی‌ها بسیار متفاوت است. پاسخ بیماران به یک سوال معین تحت تأثیر زمینه نژادی، عواطف، عادات، سن، سابقه اجتماعی و سابقه خانوادگی قرار می‌گیرد و به گونه‌های متفاوت در می‌آید. همین عوامل، تعیین می‌کنند که بیمار سوال را چگونه درک کند و چگونه به آن پاسخ دهد. با آگاهی از زمینه‌های هر بیمار بهتر می‌توان با او ارتباط برقرار کرد.

زمینه نژادی

وضعیت اجتماعی-اقتصادی و همچنین قومیت بر نحوه برخورد بیماران با علائم بیماری، ناخوشی، و مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. مصاحبه‌کننده تازه‌کار باید بعضی از ارزش‌ها و

الگوهای فرهنگی قوم‌ها و گروه‌های تحت پوشش خود را یاد بگیرد تا در هنگام مراقبت از آن‌ها، آماده‌تر باشد. نگاه به‌روشن زندگی افراد یک گروه یا قوم با "استانداردهای" خود کاریست خطرناک. شایستگی توأم با مهربانی دو وسیله‌ای است که با آن می‌توان از این بیماران خوب مراقبت کرد. در شهرهای بزرگ یا در شهر و شهرک‌هایی که در مرز دو منطقه قومی قرار دارند، گروه‌ها نامتجانس و مختلف‌اند و برخی از ارزش‌های فرهنگی آنان مشترک، و برخی متفاوت‌اند. حتی نامتجانس هستند. بیشتر سیاهان آمریکایی، منشا آفریقایی، هند غربی یا جنوبی دارند و هر گروه ارزش‌های فرهنگی مشترک و نیز جداگانه‌ای دارند. پزشکی که در چنین مناطقی کار می‌کند، باید به این جنبه‌ها خوب توجه نماید. دامنه واکنش‌های افراد هر گروه یا قوم، در کل مشابه توده مردم است. ولی ممکن است ترس‌ها و قید و بندهای معینی در آنان شایع‌تر باشد.

وضعیت اجتماعی اقتصادی و همچنین قومیت، نقش مهمی در نحوه برخورد بیماران با ناخوشی، علائم و مراقبت‌های بهداشتی خود دارد. بعضی از مردم با آن‌که به مراقبت‌های بهداشتی یارانه‌ای دسترسی دارند، باز مراقبت بهداشتی خویش را

به تاخیر می‌اندازند. بعضی نمی‌دانند که چگونه وارد سیستم مراقبت‌های بهداشتی شوند. برخی دیگر اصلاً به آن اعتماد نمی‌کنند. بعضی از مردم از بستری شدن در بیمارستان واهمه دارند و ممکن است به طب بومی، درمان‌های گیاهی، ارتباط با ارواح، و معالجات مذهبی معتقد باشند. مراقبت‌های پزشکی پیشگیرانه در دسترس بسیاری از مردم نیست، زیرا برای تامین هزینه‌های آن پول کافی ندارند. خیلی‌ها تنها وقتی که دیگر تاب تحمل علائم را ندارند و غالباً وقتی که خیلی دیر شده و فرصت تغییر در پیش‌آگهی از دست‌رفته است، به پزشک مراجعه می‌کنند.

برای گردآوری اطلاعات از بیماران متعلق به برخی از قوم‌ها، مهم‌ترین قابلیت‌هایی که مصاحبه‌کننده باید داشته‌باشد عبارتند از: شایستگی، همدلی و ابراز مهربانی. برای جلب اعتماد این بیماران، مصاحبه‌کننده باید با بیمار محترمانه برخورد کند و باید شرایطی فراهم آورد که او بتواند شان انسانی خود را حفظ کند.

میزان بروز زیادی فشار خون و دیابت قندی در افراد برخی از قوم‌ها، بالاست. مخصوصاً باید به الگوی خورد و خوراک بیماران دقیقاً توجه کرد. برخی از غذاهای قومی ریشه‌های فرهنگی

عمیقی دارند و در صورت امکان نباید آن ها را بالکل از رژیم غذایی حذف نمود.

بسیاری از بیماران به جادوگری، ارتباط با ارواح و واسطه‌ها اعتقاد دارند. واسطه‌ها افرادی هستند که ارواح از طریق آن ها با دنیایی مرئی ارتباط برقرار می‌کنند. واسطه‌ها از طریق درمان‌های گیاهی، جادو و باورهای مذهبی، ناخوشی را درمان می‌کنند. درمان‌ها معمولاً شامل دم‌کرده‌ها و روغن‌های گیاهی است. هرگز سعی نکنید که اعتقادات بیمار را بی‌اهمیت جلوه دهید. با اعتقادات بیمار کنار بیایید. با استفاده از دانش پزشکی و تطبیق دادن آن با اعتقادات بیمار، می‌توانید اعتماد بیمار را به دست آورید. بعضی از بیماران به نظریه "گرم-سرد" بیماری اعتقاد دارند. مطابق این عقیده که در بسیاری از مناطق روستائی و شهرک ها امری بدیهی و متداول است، بدن به وسیله "اخلاط" گرم و سرد تنظیم می‌شود. سلامتی عبارتست از تعادل بین مایعات "گرم" و "سرد" بدن. بیماری عبارتست از از بین رفتن تعادل اخلاط. غذاها، گیاهان و داروها نیز به دو دسته "گرم" و "سرد" طبقه بندی می‌شوند و برای برگرداندن بدن به تعادل طبیعی از آن ها استفاده می‌کنند. مطابق این نظریه، حالاتی که "گرم" هستند، مثل بیماری

زخم پیتیک، باید به وسیله غذاهای سرد، معتدل و درمان شوند. ناخوشی‌های "سرد" مثل آرتریت با مواد "گرم" مثلاً آسپرین یا دارچین درمان می‌شوند. بیماری ممکن است تحت درمان با دیورتیک بوده، و نیازمند مصرف پتاسیم اضافی باشد. پزشک ممکن است به بیمار توصیه کند غذاهای غنی از پتاسیم مثل مرکبات یا موز بخورد. اگر این بیمار دچار عفونت مجاری تنفسی فوقانی که به نظرش یک بیماری "سرد" به حساب می‌آید، بشود، ممکن است خوردن این میوه‌ها را که جزء دسته "سرد" هستند، متوقف کند. زیرا این خوردنی‌ها عدم تعادل را بدتر می‌کنند. باید از این‌گونه عقاید مطلع بود، زیرا مشخصاً بر همراهی بیمار در اجرای دستورات داروئی تاثیر دارد. هنگامی که پزشک، داروئی "گرم" را برای بیماری "گرم"، یا داروئی "سرد" را برای بیماری "سرد" تجویز می‌کند، مشکلات بیشتری ایجاد می‌شود. در مورد نظریه "گرم-سرد" باید بدانید معیارهای تعیین کیفیت‌های "گرم" و "سرد"، از فرهنگی به فرهنگ دیگر فرق می‌کند، کار حتی پیچیده تر نیز می‌شود.

بسیاری از بیماران از بستری شدن در بیمارستان بسیار می‌ترسند، زیرا از خانواده خود جدا می‌شوند. افراد برخی از قوم‌ها

علی‌الاصول بسیار با حجب و حیا هستند. آن افرادی که غیر از زبان محلی، زبان دیگری بلد نیستند، بسیار نگرانند که در هنگام نیاز حتمی به کمک، نتوانند با کارکنان پزشکی ارتباط برقرار کنند. هر چند خیلی از بیماران ترجیح می‌دهند به زبان و لهجه محلی صحبت کنند، هرگز فکر نکنید که قادر به صحبت به زبان فارسی نیستند یا فارسی را نمی‌فهمند.

معمولاً اعضای خانواده خیلی با هم صمیمی هستند. بنابراین غیر معمول نیست که در کنار تخت زنی سالخورده که نمی‌تواند به فارسی حرف بزند، فرزندان، نوه‌ها، و نتیجه‌ها و حتی نیره‌هایش را ببینید. بعید نیست که حدود ۱۵ تا ۲۰ عضو خانواده بخواهند که در انتظار بردن خویشاوند خود به‌خانه، در راهروها بخواهند. گویی همه افراد خانواده بیمارند، و یکی را به نمایندگی از خود، روی تخت بستری کرده‌اند. تصمیم‌گیری‌ها نیز امری خانوادگی است. هرگز به بیمار فشار نیاورید که فوراً تصمیم بگیرد. اجازه بدهید موضوع را با افراد خانواده خود درمیان بگذارد.

برای بسیاری از بیماران تعهد، اقتدار و افتخار اموری پراهمیت است. آن افرادی که مغضوب خانواده خود شده‌اند،

سرانجام احساس گناه می‌کنند. این احساس گناه بعداً به صورت بیماری روان‌تنی، که در برخی از فرهنگ‌ها بسیار شایع است، خودنمایی می‌کند. افراد بیمار برخی از قوم‌ها، به‌ندرت از درد شکایت می‌کنند. ممکن است از آن رنج ببرند، ولی در این باره کلمه‌ای بر زبان نمی‌آورند. اگر مصاحبه‌کننده فکر می‌کند که بیمار دچار درد است، شایسته است که در مورد وجود درد از بیمار سوال کند. بعد از سوال کردن، بیمار وجود درد را تصدیق می‌کند. یک حقیقت بسیار مهم دیگر در برخورد با بیماران اقوام مختلف، مربوط به سوال "بله - خیر" است. افراد برخی از قوم‌ها از کلمه "خیر" خیلی کم استفاده می‌کنند. این افراد احساس می‌کنند که جواب "خیر" دادن، شخص را در وضعیت تدافعی قرار می‌دهد. در جواب به پرسش‌های شما ممکن است بگویند "بله". این "بله" به معنی آن است که متوجه منظور شما شده‌ام و لزوماً به معنی پاسخ مثبت به سوال شما نیست. افراد برخی از قوم‌ها، اگر از کسی دل‌آزرده شوند، لبخند می‌زنند.

بسیاری از ایرانی‌ها به طب سنتی اعتقاد دارند. نظریه "گرم - سرد" بیماری که قبلاً درباره‌اش صحبت شد، هنوز مورد قبول بسیاری از مردم، حتی افراد تحصیل کرده است.

یک مشکل شایع دیگر در بیماران برخی از قوم ها، مربوط به مصرف دارو است. در طب سنتی آنان، یک دوز از داروی گیاهی، معمولاً بیماری را "معالجه" می‌کند. نسخه‌های طب امروزی شامل داروهائی است که باید روزی دو سه بار و آن هم به مدتی طولانی مصرف شود. اجرای این نوع برنامه درمانی ممکن است برای چنین بیمارانی مشکل باشد. وظیفه پزشک است که این تفاوت دو نوع درمان را خوب به بیمار توضیح بدهد. مصاحبه کننده باید به این اعتقاد بیمار احترام بگذارد. پزشک با تلاش برای فهمیدن آن، در ارائه مراقبت بهتر، توانا تر خواهد بود.

بیمار بازمانده از قتل عام و بلایای طبیعی

بیمار باز مانده از بلایای طبیعی و یا قتل عام‌ها، بیماری است با مشکلات پیچیده که زندگی را در دوران پس از آن جداً تحت تاثیر قرار داده است. او فردی است که از مرگ حتمی جان بدر برده است، بنابراین هرگز از جدال برای بقا باز نمی‌ایستد. او از این که مریض شود، واهمه دارد. در جریان آن فاجعه، لازمه جان بدر بردن برای او آن بود که سلامت خود را حفظ کند و به هر نحوی که ممکن بود، از آن مهلکه بگریزد. شق دیگر، مواجهه

حتمی با مرگ بود. این بیمار نگران آن است که کنترلش بر زندگی و نیز شان انسانی خود را از دست بدهد .

بیماری که از فاجعه ای جان به در برده، از مشکلات روان تنی فراوان، مخصوصاً از علائم دستگاه گوارش شاکی است. درد سینه، که اغلب با چند آروغ خوب می شود، ممکن است مربوط به بلعیدن فراوان هوا باشد. این بیمار رویاهای پرآب و رنگ می بیند و دچار کابوس های فراوان می شود. چنین فردی شکاک است و به آسانی به مردم اعتماد نمی کند. او دلایل زیادی برای این عدم اعتماد دارد، زیرا در گذشته رنج زیادی کشیده است. مصاحبه کننده باید خیلی مهربان باشد و بیمار را درک کند. اکثر این بازماندگان، از نشانه های استرس دیررس، که هم اکنون در حال وارد کردن آسیب است، رنج می برند. خیلی ها دچار افسردگی شدید، ترس شدید و بی دلیل، و اضطراب هستند.

مصاحبه کننده در هنگام پرس و جو در باره خانواده و زمینه های قومی بیمار باید بسیار احتیاط کند، زیرا وقتی که در مورد خانواده و زمینه قومی صحبت می کند باید بیاد داشته باشد که بیشتر نجات یافتگان، یک یا چند نفر از اعضاء خانواده خود را از دست داده اند، خیلی ها همسر و فرزندان شان را از دست داده اند. زخم

ها عمیق هستند و هر چیزی می تواند باعث بروز اندوه شود، اکثراً مشکل است که بتوان چیزی در مورد سابقه خانوادگی پیدا کرد، زیرا والدین و اجداد وی در گذشته اند. به بیمار باید اطمینان داده شود که آبرومندانه و به شایستگی درمان خواهد شد .

بیمار سالخورده

بیمار سالخورده، اگر شاد و مهربان باشد، شما را خوشحال می کند و اگر تلخ مزاج و عصبانی باشد، مشکل آفرین است. به هر حال محتاج توجه زیاد است. در افراد سالخورده، افسردگی شایع است. بیمار سالخورده باید بارها با فوت این یا آن فرد مورد علاقه یا اشخاص مهم آشنای خود کنار بیاید. وقوع تغییرات در تصور خود از جسم و جان خویش و دگرگونی مدام از تلقی دیگران نسبت به او نیز، بر او استرس وارد می کند. تغییر در وظایف دستگاه های بدن نیز به ایجاد افسردگی در افراد سالخورده کمک می کند. افسردگی بیمار ممکن است آن چنان شدید باشد که به جای دست و پنجه نرم کردن با ناخوشی شدید و مزمن یا ادامه زندگی به تنهایی بعد از مرگ همسر، به فکر خودکشی بیفتد. بیشتر مرگ های سال اول پس از مرگ همسر، ناشی از خودکشی هستند تا از تمام علل دیگر. مصاحبه کننده هرگز نباید تصور کند که شکایت

بیمار سالخورده برای سنش طبیعی است. مردم از سالخوردگی نمی‌میرند، از ناخوشی‌ها می‌میرند. بیشتر این بیماران هوشیار و قادر به ادامه زندگی مستقل هستند. آن‌هایی که قادر به مراقبت از خود نیستند، معمولاً به‌همراه عضوی از خانواده یا خدمتکار زندگی می‌کنند. مصاحبه‌کننده باید تا حد ممکن از این منابع هم، اطلاعات کسب کند. مصاحبه‌کننده باید از رفتارهای تحقیرآمیز که فرد را کم ارزش جلوه می‌دهد، خودداری کند. رفتار محبت‌آمیز و محترمانه، بیمار سالخورده را خاطر جمع می‌کند. در مورد هرکاری که برای بیمار سالخورده انجام می‌دهید، به‌او آگاهی بدهید. این کار بیمار را مطمئن می‌کند که هیچ اتفاق خارق‌العاده و نامطبوعی در انتظار او نیست. بیمار سالخورده به خاطر سن زیادش ممکن است از مرگ بترسد. به بیماری که نگران است اطمینان بدهید که هرچه در توان دارید برای بهبودی وی انجام خواهید داد. خیلی اوقات مردم به خاطر شوق زندگی و در نتیجه، در اثر جدال برای زنده ماندن، از ناخوشی نجات می‌یابند. اطمینان دادن بیش از حد در همه بیماران سالخورده مناسب نیست، زیرا مرگ برای خیلی‌ها یک نتیجه منطقی است.

نکته مهم دیگر توجه به رابطه خدمت کار یا مراقب با بیمار سالخورده است. در بسیاری از موارد بستگانی وجود ندارند، یا بستگان وقت یا امکان نظارت لازم و کافی بر نحوه رفتار خدمت کار و مراقب را ندارند. آسیب‌های روانی یا جسمانی گوناگونی چنین بیماران سالخورده‌ای را تهدید می‌کند. حتی نحوه اجرای دستورات پزشک هم ممکن است مطلوب نباشد. در برخورد با چنین مواردی، شایسته است محرمانه، بستگان یا قیم را در جریان بگذارید یا به مددکار اجتماعی ارجاع بدهید.

بیمار بیوه

بیمار بیوه مسئله خاصی دارد. بارها و اکثراً تنها، با این اندیشه به بیمارستان مراجعه می‌کند که چون همسرش فوت کرده است، دیگر هیچ کس واقعاً به فکر مراقبت از او نیست. او ممکن است دچار افسردگی ناشی از تنهایی باشد. مصاحبه‌کننده باید مودبانه پرسد که آیا فرزندان، خویشاوندان و یا دوستانی هستند که بتوان با آن‌ها تماس گرفت یا به ملاقات او بیایند. بیمار ممکن است با بچه‌هایش قهر باشد و ممکن است ترجیح بدهد که آنها ندانند که او به بیمارستان آمده‌است. در موارد دیگر، ممکن است افراد خانواده در جایی دور از وی زندگی کنند. بیمار چون نمی

خواهد آنها را نگران کند، به آنها خبر نداده است. در این موارد بجاست که پزشک مددکار اجتماعی را از آن وضعیت ویژه آگاه کند. ملاقات‌کننده‌های داوطلب و همچنین کشیش، می‌توانند پندهای آرامش‌بخشی به بیمار بدهند. راه‌های موثر دیگر برای آرامش بخشیدن به این بیماران آن است که صمیمانه دست‌شان را بفشارید و به آنها اطمینان خاطر بدهید. بسیاری از بیوه‌ها، کاملاً فعالند. پزشک نباید تصور کند که تمام افراد بیوه تنها هستند.

کودک ناخوش

بچه‌ها همیشه دوست دارند که از آنها "مواظبت" شود. کودک ناخوش، آسیب‌پذیر و نگران است. اولاً کودک از محیط "صمیمانه" خانه‌اش دور شده است. ثانیاً دکترها، پرستارها و دانشجویان هر یک با ایماء و اشاره‌های گوناگون دائماً به او خیره می‌شوند. بسیاری از بچه‌های بزرگتر معتقدند پزشک دارای "چشم‌های جادویی" است که با آن می‌تواند ذهن آنها ببیند و از همه چیز آنها آگاه هست. تمام این‌ها منجر به ایجاد یک تجربه ترسناک برای کودک می‌شود. در بسیاری از موارد، آزمایش‌های ناراحت‌کننده لازم توسط مرد یا زن "سفید پوش" انجام می‌شوند، لذا پزشک سمبل خطر و درد می‌شود. کودک هر آن با وحشت و

اضطراب در انتظار فردی سفیدپوش است. کودک درک نمی‌کند که چرا او را از محیط مانوسش دور کرده‌اند.

وقتی که پزشک، پرستار یا تکنیسین کودک را برای انجام یک آزمایش با خود می‌برند، او بزرگترین ترس خود، یعنی جدایی از والدینش را تجربه می‌کند. این جدایی احساس ترس و اضطراب شدیدی را بر می‌انگیزد که با فریاد کردن، بی‌قراری و رفتار تهاجمی نمایان می‌شود. ترس کودک از این نگرانی منشاء می‌گیرد که او دیگر والدینش را نخواهد دید. این ترس ممکن است واقعاً آگاهانه نباشد. پزشک در صورتی که کودک به اندازه کافی بزرگ باشد، باید به او توضیح دهد که وی میداند که چرا او گریه می‌کند و باید به او اطمینان دهد که بزودی والدینش را خواهد دید. والدین باید تشویق شوند با کودک صحبت کنند و او را آماده سازند که دکتر قصد کمک به او را دارد. والدین باید دقت کنند که نگویند دکتر به کودک آسیب نخواهد رساند، زیرا اگر کودک در اثر یک آزمایش دچار درد شود، رابطه والدین با فرزند ممکن است به خطر بیفتد. والدین باید تشویق شوند تا آنجایی که ممکن است در بیمارستان با کودک بمانند و حتی در صورتی که اجازه بدهند در اتاق بچه بخوابند. مطالعات نشان داده

است که وقتی که به والدین اجازه داده می‌شود که پهلوی کودک بمانند، بهبودی سریع‌تر صورت می‌گیرد و آسیب عاطفی کمتری وارد می‌شود.

یک قسمت مهم در مراقبت از بچه‌ها صحبت کردن با والدین است. اگر آن‌ها موقعیت را درک کنند، می‌توانند نقش مهمی در رابطه پزشک-کودک داشته‌باشند.

کودک معلول مثل فرد بالغ معلول، از جو بیمارستان حتی نگران‌تر هم هست. این جو، تجربیات گذشته‌اش را به یادش می‌آورد. مصاحبه‌کننده باید هنگام صحبت با والدین یا شخص همراه کودک، برای بازی با کودک وقت بگذارد. تعریف کردن از کودک با عباراتی چون "چقدر قشنگی" یا "چه لباس قشنگی پوشیده‌ای" به نظر می‌رسد که آن‌ها را خوشحال می‌کند.

این کودکان در آرزوی علاقه، محبت و توجه‌اند. به والدین باید اطمینان داد که کارکنان بیمارستان قابل اعتمادند و از فرزندشان مواظبت می‌کنند. این امر به والدین آرامش خاطر می‌دهد. اگر کودک دوست داشته باشد اسباب بازی مورد علاقه‌اش را پیش خود نگه‌دارد، یا زیر پتوی خودش بخوابد، نباید مخالفت

کرد. جدایی از خانواده برای هر کودک تجربه‌ای هولناک است، ولی برای کودکی معلول که در محیط آشنای خود بهتر فعالیت می‌کند، هولناک‌تر هم هست.

دکتر مریض

شاید بین تمام بیماران، دشوارترین آنها "دکتر مریض" باشد. نگرانی پزشکان مریض را نباید ناچیز شمرد. مثل قدیمی "دانش کم، چیز خطرناکی است" در مورد دکتر مریض هم صدق می‌کند. هر دانشجوی پزشکی یا پرستاری دچار "سندرم دانشجویی" می‌شود. با خواندن هر بیماری، خیال می‌کند دچار آن بیماری شده‌است.

تصور کنید وقتی که پزشکی واقعاً دچار بیماری می‌شود، چه حالی پیدا می‌کند. او اکنون هم باید نگران سلامتی خود باشد و هم نقش بیمار را بازی کند. ناامید می‌شود و بیرون آمدن از نقش پزشکی مانوس برای او بسیار دشوار است. هر آن می‌پرسد "الکتروکاردیوگرام چه نشان داد؟"، "نتیجه آزمایش خونش چه بود؟". آزمایش‌های جدیدی پیشنهاد می‌کند یا حتی با انجام آزمایش‌هایی مخالفت می‌کند.

مصاحبه‌کننده تازه کار باید وقت زیادی برای دکتر مریض بگذارد تا ترس‌ها و نگرانی‌هایش را بیان کند. پزشک مریض با برآورده شدن نیازهایش توسط مصاحبه‌کننده، بالاخره نقش جدیدش را به‌عنوان مریض در می‌یابد و می‌پذیرد .

تأثیر بیماری بر واکنش بیمار

درست همان‌طور که زمینه قومی و سن بر واکنش بیمار تأثیر می‌گذارد، ناخوشی فعلی و ناخوشی قبلی بیمار نیز موثر است. این مبحث، تأثیر بیماری بر نوع واکنش را توضیح می‌دهد.

بیمار معلول

بیمار معلول ممکن است با تشویش و بی‌اعتمادی زیاد به بیمارستان بیاید. او معمولاً با کاستی‌های بیمارستان آشنا است، زیرا قبلاً به‌خاطر انجام آزمایش‌های دردناک یا جراحی بستری بوده‌است. او ممکن است که دچار عقده حقارت باشد و ممکن است احساس کند سر و وضع جالبی ندارد. مصاحبه‌کننده باید تمام این‌ها را در نظر داشته‌باشد و به بیمار اطمینان بدهد که هر چه در توان دارد برای آسایش وی انجام می‌دهد. مصاحبه‌کننده باید

مشکلات عاطفی شخص معلول را از مشکلات جسمی وی که او را به بیمارستان کشانده، جدا کند. یک لبخند دوستانه یا چند کلمه محبت‌آمیز می‌تواند تاثیر زیادی در جلب همکاری این بیمار داشته باشد و در نتیجه رابطه دکتر- بیمار بهتری برقرار شود.

بسیاری از افراد معلول برای انجام امور عادی زندگی خود، راه و روش مناسبی یافته‌اند و دوست ندارند کارکنان پزشکی این راه و روش آنان را برهم بزنند و شیوه خود را تحمیل کنند.

بیمار مبتلا به نقص شنوایی، مسائل خاصی دارد. برای آن که بتواند از لب خوانی هم سود ببرد، درست روی وی بنشینید و مواظب باشید که نور اطاق کافی باشد و خوب چهره شما را روشن کند. شمرده و با حرکات سر و صورت و ایما و اشاره صحبت بکنید. بین دو سوال کمی صبر کنید. از بیمار پرسید آیا لازم است صدای خود را بلندتر کنید. اگر از سمعک استفاده می‌کنند، ممکن است صحبت کردن با صدای بلند خوشایند نباشد. اگر چاره دیگری نداشتید، استفاده از سوالات مکتوب می‌تواند موثر باشد.

یکی دیگر از انواع خاصِ بیماران معلول، بیماران مبتلا به نقص بینائی هستند. چون بیماری که چشمانش کم سو یا کور است، شما را نمی بیند، خوب است هر چند وقت یکبار با دست-های خود دست یا شانه او را لمس کنید. به جای مشوق‌های غیر کلامی استاندارد، که در مورد این بیماران بی فایده است، می توان از همین لمس کردن‌ها، استفاده نمود .

همراه هر بیماری که عقب ماندگی ذهنی شدید دارد، حضور عضوی از خانواده یا قیم لازم است تا بتوان از وی شرح حال مناسبی به دست آورد .

بیمار سرطانی

بیمار سرطانی پنج نگرانی عمده دارد: از دست دادن کنترل بر زندگی، درد، بیگانگی، قطع عضو، و مرگ .

● از دست دادن کنترل بر زندگی باعث می شود که بیمار سرطانی احساس نومیدی بکند. بیمار سرطانی می داند که چیزی در درونش بی آن که تحت کنترل او باشد، در حال رشد و نمو است، و این امر او را درمانده، وحشت زده و عصبانی می کند.

● عذاب درد یکی از ترسناک‌ترین وجوه بیماران سرطانی است .

● احساس بیگانگی ریشه در عکس‌العمل اطرافیان دارد.

● ترس از قطع عضو در بیماران سرطانی شایع است. ترس از این که دیگران بیمار را دیگر "انسانی کامل" ندانند، به ایجاد افسردگی و نگرانی در بیمار کمک می‌کند. زن جوانی که سرطان پستان دارد و باید پستانش را بردارد، می‌ترسد که به خاطر نداشتن یک پستان، دیگر زنی کامل به حساب نیاید و طرد شود. حمایت اعضاء خانواده و خاطر جمع کردن این بیمار که مثل قبل از جراحی، او را دوست خواهند داشت، بسیار مفید است.

● تشخیص سرطان بیمار را متوجه مرگ می‌کند و منجر به ترس شدید از درد بی پایان می‌گردد.

اعضای خانواده و دوستان، اغلب قبل از مرگ بیمار دچار سوگ می‌شوند. ممکن است. سرخوردگی و خشم خود را متوجه بیمار سرطانی کنند. پزشک هم غالباً در مواجهه با این گونه بیماران کم می‌آورد و در گفتگو با آنان دچار مشکل می‌شود و در چنین

مواردی از بیمار دوری می‌جوید و در هنگام راند بخش از تخت بیمار رد می‌شود. پزشک نگران است که مبادا بیمار سوالاتی، احتمالاً در مورد مرگ پرسد که او توان پاسخ‌گویی به آن‌ها را ندارد. پزشک باید عکس‌العمل‌های عاطفی و رفتاری خود را بشناسد و در مورد محدودیت‌های پزشکی واقع‌گرا باشد.

مصاحبه‌کننده باید به بیمار اجازه دهد که نگرانی‌های خود را تخلیه کند و به گفت و گو تشویق شود. گوش فرادادن به بیمار به ایجاد رابطه دکتر - بیمار کمک می‌کند.

بیمار ایدزی

بیمار مبتلا به "سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)" به - خاطر زندگی و بی‌آبرویی انتساب به گروهی نامطلوب می‌ترسد. او می‌داند که شانس زنده ماندنش کم است. ترس و سوتفاهم شایع در چنین گروه پرخطری، منجر به تاخیر درمان می‌شود. در بیشتر این بیماران، انکار یکی از عوامل مهم است. بیمار از پزشکان، پرستاران، دانشجویان و پرسنل پیراپزشکی که ممکن است درباره این بیماری و گروه در معرض خطرش، جهت‌گیری داشته باشند، بسیار می‌ترسد. ترس بیمار هم‌تراز نگرانی کارکنان بیمارستان است که باید فردی مبتلاء به این بیماری کشنده را درمان کنند.

ترس آن‌ها از ابتلاء به بیماری، حتی با تماس اتفاقی، زیاد است. این ترس‌ها در میان دوستان و افراد خانواده بیمار که غالباً بیمار را از انجام هر نوع کاری ممانعت می‌کنند، نیز وجود دارد. بیمار ممکن است از کار اخراج شود، زیرا کارفرمایش می‌ترسد نکند دچار این بیماری شود. چون مردم خوب نمی‌دانند که این بیماری چگونه سرایت می‌کند، با نامهربانی افراد مبتلاء را از خود طرد می‌کنند. او از عذابی درونی در رنج است. این عذاب باعث اضطراب شدید، کینه‌توزی و افسردگی او می‌شود. ممکن است مجبور باشد در تنهایی بمیرد .

مصاحبه‌کننده باید تا حد امکان، بدون دادن اطمینان کاذب از او حمایت کند. بیشتر بیماران ایدزی پیش‌آگهی خود را می‌دانند. باید تا آن حدی که مناسب است، واقعیت‌ها را به بیمار گفت، و به کارکنانی که مسئول مراقبت از او هستند، باید درباره این بیماری آموزش داد .

بیمار مبتلا به دیسفازی

بیمار مبتلا به دیسفازی شخصی است که دچار اختلال در صحبت کردن است و نمی‌تواند کلمات را به درستی مرتب کند.

دیسفازی معمولاً در نتیجه یک ضایعه مغزی مثل سکتہ مغزی ایجاد می‌شود.

شدت دیسفازی ممکن است بسیار متنوع باشد، یا تقریباً به صورت آفازی کامل درآید. بیمار ممکن است ظاهراً عکس‌العملی از خود نشان ندهد، در عین حال همه گفتگوها را بفهمد. بنابراین تاکید می‌کنیم تمام بحث‌هایی که در حضور چنین بیمارانی انجام می‌شود، باید با این فرض صورت پذیرد که بیمار قادر به فهم آنها هست.

در هنگام مصاحبه با بیمار مبتلا به دیسفازی، مصاحبه کننده می‌تواند به بیمار قلم و کاغذ بدهد تا معلوم شود که آیا قادر به نوشتن هست یا نه. بیمار می‌تواند با تکان دادن سر، جواب "بله" یا "نه" را بدهد.

بیمار روان‌پریش

عموماً انجام مصاحبه با بیمار روان‌پریش برای مصاحبه کننده بی‌تجربه، کاریست دشوار. بعضی از این بیماران ناشمرده حرف می‌زنند و خیال بافی می‌کنند. برخی دیگر تا اندازه زیادی روشن هستند. در نگاه اول ممکن است علائم و نشانه‌های روان

پریشی هویدا نباشد. از روی چند سرنخ می‌توان به وجود روان پریشی پی‌برد. باید به الگوی گفتار و سازماندهی آن مخصوصاً توجه نمود. آیا پرواز اندیشه‌ها وجود دارد، بیمار روان‌پریش به سادگی از این شاخ به آن شاخ می‌پرد و مصاحبه‌کننده باید دائماً موضوع مورد سوال را به او یادآوری کند. بیمار روان‌پریش نمی‌تواند رشته افکارش را کامل نماید و قادر نیست هیچ اندیشه‌ای را تا انتها دنبال کند. چنین بیمارانی غالباً دچار توهم می‌شوند، یعنی آن که داده‌های شنوایی، بینائی و سایر داده‌های حسی را بد تفسیر می‌کنند. توهم در افراد سالم هم، که در زمان استرس و فشار عاطفی دچار آن می‌شوند، شایع است. به علاوه پندار واهی، احساس تعقیب و هذیان، از مشخصه‌های بیمار روان‌پریش است. این بیماران تصورات عجیب و غریبی در مورد بدن خود دارند. مثلاً می‌گویند که اخیراً متوجه شده‌اند بازوی راست‌شان کوتاه شده‌است، یا آلت تناسلی‌شان ناگهان بزرگ شده یا آب رفته‌است. ممکن است شواهدی از خلق و خوی نامناسب بروز دهند. هنگام سخن گفتن درباره مرگ دوست یا خویشاوندی بخندد .

نوع خاصی از اختلال شخصیت روان‌پریش در بیماران مبتلا به سندرم Munchausen مشاهده می‌شود. این بیماران، یکی

از تمارض‌کننده‌های کلاسیک بیمارستانی‌اند. این بیماران با انواع و اقسام مرض‌های دروغین، از این پزشک به آن پزشک، از این بیمارستان به بیمارستانی دیگر و از این شهر به آن شهر مراجعه می‌کنند. از علائم بسیار متنوعی شکایت دارند و در واقع برای کسب امتیاز، علائم ناخوشی‌ها را خلق می‌کنند. داستان چنین بیمارانی خوب توضیح داده شده است. آنان دچار خود آزاری مازوخیسمی دائمی هستند. بیمار Munchausen ممکن است عملاً پوست زیر ناخنش را ماهرانه کمی سوراخ کند به نحوی که عمدی بودن آن معلوم نشود، یا مقداری خون در ادرارش بریزد و پزشک را صدا بزند و بگوید که در ادرارش خون دیده است. او غالباً اقدامات تشخیصی و درمانی دردناک را می‌پذیرد و حتی ممکن است اقدامات جراحی را هم تحمل کند.

بیمار با زوال عقل

بیمار مبتلا به سندرم عضوی زوال عقل، مشکل ویژه‌ای دارد. این بیماران گاهی هوشیار به نظر می‌رسند، کمی بعد افراد را نمی‌شناسند و فاقد آگاهی از زمان و مکان هستند. اگر بیمار بتواند به بعضی از پرسش‌ها پاسخ بدهد، آن جواب‌ها را ثبت کنید. چند

وقت بعد همان سوالات را دوباره پرسید تا مشخص شود که آیا بیمار همان پاسخ ها می دهد یا نه. بیماران مبتلا به سندرم عقلی عضوی نقص هایی در مدت توجه، حافظه و تفکر انتزاعی دارند. باید مواظب جواب های مردد، ناپیوسته و آهسته بیمار باشید. گاهی بیماران برای مخفی کردن اشکال در حافظه، به شوخی و طنز پناه می برند. با معاینه دقیق وضعیت عقلی، می توان به این مشکل توجه کرد. خوب است نام خود را به بیمار بگوئید و یادآوری کنید که چند دقیقه دیگر نامتان را از او خواهید پرسید. این بیماران اغلب آن را فراموش می کنند. وقتی که متوجه شدید که بیماری دچار سندرم عقلی عضوی است، باید معلوم کرد که آیا می توان به شرح حالی که می دهد اعتماد کرد یا نه.

بیمار با ناخوشی حاد

بیمار مبتلا به ناخوشی حاد به توجه فوری نیاز دارد. در این وضعیت ها، علی الاصول شرح حال و معاینه فیزیکی مختصر است. ولی با سرعت باید از ناخوشی فعلی و قبلی بیمار سابقه دقیقی گرفته شود به طوری که بتوان به تشخیص رسید و درمان مناسب را شروع کرد. در این گونه موارد در همان حال که مشغول معاینه هستید، شرح حال هم بگیرید، تا زمان از دست نرود.

بیمارانی که دچار ناخوشی حاد هستند، به خاطر درد، تهوع یا استفراغ، آهسته تر از معمول به سئوالات پاسخ می دهند. آن‌ها را دستپاچه نکنید. ملاحظه مشکلات آن‌ها را بکنید و برای جواب دادن به سئوالاتان به آن‌ها وقت بدهید. بعد از تثبیت وضعیت بیمار، وقت فراوانی خواهید داشت تا شرح حال را کامل تر کنید .

بیمار جراحی

بیماری که قرار است تحت عمل جراحی قرار بگیرد، علی رغم ظاهر آرام، بسیار ترسیده است. او ممکن است مایوس و کنترل نشده باشد.

همه این بیماران از بیهوشی، بدشکل شدن بدن، معلولیت و مرگ می ترسند. بسیاری از بیماران می ترسند که از بیهوشی بیرون نیایند و برای برخی این ترسی واقعاً مهلک است. نگرانند که مبدا بعد از بهوش آمدن متوجه شوند که بدنشان دیگر "کامل" نیست، آیا ممکن هست جراح چیزی دور از انتظار پیدا کند؟، ریشه همه این واژه‌ها، ناشناخته‌هاست. بیمار از خود می پرسد، "او جراح خوبی است. مگر نه؟" و همین نشانه‌ای از نگرانی‌های اوست. بیمار قبلاً آزمایش‌هایی انجام داده است و به وی گفته اند، به جزء در یکجا، همه چیز خوب است و آن را هم با عمل

جراحی "درست" می‌کنند. همین ابهام‌گوئی‌های جراح، بیمار را بیشتر نگران می‌کند.

برنامه‌های اطاق عمل در بسیاری از موارد نامنظم است، زمان عمل تاخیر دارد یا روز عمل عوض می‌شود و همین امر بیمار را بیشتر مضطرب و عصبانی می‌کند. بسیاری از مشکلات، مربوط به نحوه ارتباط با جراح است. بهترین راه برای جلوگیری از وضعیت‌های نگران‌کننده غیرضروری، فراهم کردن شرایطی است که بیمار، پزشک و بستگان بیمار بتوانند آزادانه با هم تماس بگیرند.

در دوره بعد از عمل، بیمار وقتی که می‌بیند با عمل جراحی حیاتی دوباره یافته، از قید و بندهای استرس قبلی رها می‌شود و این رها شدن را به شکل‌های مختلفی بروز می‌دهد. بیمار ممکن است بی‌توجه شود و اصلاً به همه چیز بی‌علاقه شود. ممکن است بدخلق، تحریک‌پذیر، مهاجم، عصبانی شود یا گریه کند. این‌ها مکانیسم‌های مختلفی هستند که بیمار جراحی به وسیله آن‌ها اضطراب خود را تخلیه می‌کند.

بیمار ممکن است ناخودآگاه آرزو کند به جراحی که بدنش را "بریده"، آسیب برساند و در خودآگاه بخواهد از جراح تشکر کند. این دوگانگی ممکن است سرمنشاء عصبانیتی باشد که در دوران پس از عمل جراحی به طور شایع در بیماران دیده می‌شود. بیمارانی دیگر ممکن است به خاطر از دست دادن بخشی از بدن خود، دچار افسردگی شوند. بهترین مثال برای این مورد، "اندام خیالی" است. بیمارانی که پای‌شان را بریده‌اند، غالباً ادعای وجود احساسی در اندام از دست داده‌شان را می‌کنند. بخشی از این احساس ممکن است فیزیولوژیک باشد، ولی مطمئناً بخشی از درد پای خیالی مربوط به افسردگی است. مصاحبه‌کننده دلسوز باید به بیمار وقت بدهد تا وی از این تنش‌ها و احساس فقدان رها شود.

بیمار الکلی

بیمار الکلی به الکل، وابستگی فیزیولوژیک و/یا روانی دارد. مصاحبه‌کننده در بیشتر اوقات، وقتی که بیمار مست نیست، گفت و گو را برقرار می‌کند.

نوشیدن الکل زیاد، غالباً تلاشی است برای از بین بردن احساس گناه و خطا. هرچه بیمار بیشتر بنوشد، خانواده و دوستانش بیشتر او را طرد می‌کنند. او احساس می‌کند که تنبیه

شده است و تنهاست. تنها دوستی که برای او باقی می ماند، همان الکل است. صحبت کردن با بیمار الکلی جالب است. او غالباً آماده گفتگوست و توضیحات او در مورد این اعتیاد ممکن است جالب باشد.

الکلی ها عموماً احساس پستی می کنند. آن ها حتی ممکن است به خاطر عادت به نوشیدن دائمی عصبانی باشند. تنفر آن ها از خود ممکن است تجلی یک آرزوی خود ویرانگر باشد. بیمار الکلی همچنین ممکن است ترس هایی در مورد ناتوانی جنسی یا همجنس بازی داشته باشد. بازکردن باب گفت و گو در باره چنین موضوعاتی آسان نیست، زیرا این بیماران ممکن است پرخاشگرانه جواب بدهند. مصاحبه کننده حساس باید به گونه ای وارد این موضوعات شود که نه سرکوفت زنده باشد نه اخلاق گرایانه.

بیمار روان تنی

درست همان طور که ناخوشی جسمانی فیزیکی، مشکلات روانی ایجاد می کند، مشکلات روانی نیز می توانند باعث ناخوشی های جسمانی شوند. تاثیر متقابل و تنگاتنگ جسم و روان، به وضوح در اختلالات روان تنائی نمایان می گردد.

اضطراب، ترس و افسردگی مشکلات روانی عمده‌ای است که در بیماران روان‌تنائی دیده می‌شود. فهرست علائم و ناخوشی‌های شایع وابسته به آن طولانی و شامل درد قفسه سینه، سردرد، بیماری زخم پپتیک، سندرم روده تحریک‌پذیر، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی عصبی، کهیر، تاکیکاردی، زیادی فشار خون، آسم، میگرن، سندرم تنش عضله، چاقی، و بثورات پوستی و گیجی است.

بیمار در پاسخ به پرسشی باز، نظیر "آیا اتفاقی برای شما افتاده است؟"، اغلب شروع به سخن گفتن می‌کند و اطلاعات فراوانی در باره مشکلات درونی خود به شما می‌گوید. زیر و بم‌های زندگی خویش را برای شما شرح می‌دهد.

اگر به بیمار فرصت بدهید از امیدها و واهمه‌های خود آزادانه سخن بگویند، اغلب خیلی بیشتر از نوشتن یک نسخه به حال بیمار مفید است.

بیمار در حال مرگ

بسیاری از پزشکان چنان از مرگ می‌ترسند، که ممکن است در برخورد با بیماری محتضر از خود رفتاری غیرمنطقی بروز

دهند. این پزشکان از بیماران در حال مرگ یا از بیمارانی که مرضی لاعلاج دارند، می‌گریزند. ممکن است بسیاری از نیازهای عاطفی بیمار محتضر نادیده گرفته شود. خیلی از بیماران بیشتر از مردن می‌ترسند تا از خود مرگ. ترس از ادامه حیات به عنوان فردی با مرضی مزمن تقریباً به اندازه (گاه حتی بیش از) ترس از مرگ، غیرقابل تحمل است.

بیمار در حال مرگ از درد، تهوع یا استفراغ ناشی از خود بیماری یا از درمان، در رنج و عذاب است. ممکن است افراد خانواده، کارکنان بیمارستان یا حتی پزشک معالجش هم او را طرد کرده باشند. خیلی از بیماران محتضر خشمگین‌اند، احساس گناه می‌کنند، سرخورده و درمانده‌اند. "چرا این بیماری باید گریبان مرا می‌گرفت؟" می‌بایست زودتر آن را تشخیص می‌دادند. آن‌ها به افراد سالم حسودی می‌کنند. فعالانه مرگ قریب‌الوقوع خود را انکار خواهند کرد. این اولین مرحله از فرایند مردن است. گاه پیش می‌آید که با بیمار در حال مرگ مصاحبه شود و بعید نیست که بیمار در باره مرض خود چیزی به مصاحبه‌کننده نگوید. حتی وقتی صریحاً در مورد بیماری‌اش از او سؤال شود، بیمار ممکن است هرگونه اطلاع از ابتلاء به یک بیماری کشنده را انکار کند. این

مکانیسم انکار به بیمار اجازه می‌دهد که با زندگیش همان گونه که هست، کنار بیاید. رویارویی هر شخص با مرگ با دیگران تفاوت دارد. بعضی‌ها می‌توانند با آن "رویاروی" شوند و برخی دیگر قادر به این کار نیستند. بعضی با ترس و آه و ناله به آن نزدیک می‌شوند، در حالی که برخی دیگر آن را به‌عنوان یک واقعه اجتناب‌ناپذیر می‌پذیرند. اکثر بیماران با گذشت زمان و بالاخره وضعیت خود را درک می‌کنند و به‌آخرین مرحله مردن، "پذیرش" می‌رسند. این مرحله با بی‌خیالی و کناره‌گیری از جامعه مشخص می‌شود. مشاورانی که به‌طور ویژه در فرایندهای غم‌انگیز سوگواری آموزش دیده‌اند، غالباً برای بیمار، خانواده و پزشک مفیدند.

بیمار در حال مرگ نیاز دارد که با کسی صحبت کند. پزشک باید در جستجوی سرنخ‌های ظریفی باشد که بیمار عملاً آرزومند است از آن طریق وارد گفتگو در باره مرگ شود. برای مثال، اگر بیمار اظهار کند که "برای زنش امکانات کافی گذاشته است"، زمان خوبی است که با ذکر جمله‌ای تفسیری، بگوئید "معلوم است که از ناخوشی خود خیلی نگران هستی". هرچند گفتگویی که پس از آن در می‌گیرد، ممکن است از نظر عاطفی

برای مصاحبه‌کننده ناخوشایند باشد، ولی وظیفه اوست که به بیمار در حال مرگ فرصت سخن گفتن بدهد. گاهی اوقات مناسب‌ترین واکنش در برابر ابراز اندوه و غم، مدتی سکوت توأم با تفکر است .

t.me/MHAN_Endocrine

t.me/MHAN_EndoPublic