

History Taking in Medicine

TUCOM

Dep. of Medicine

Dr. Hasan I. Sultan

٤/١٠/2017

❖ Medicine is learned by the bedside and not in the classroom.

Sir William Osler

❖ Listen to the patient, he is telling you the diagnosis.

أنصت إلى المريض، سينبئك التشخيص

Sir William Osler (1849–1919)

Learning Objectives

1. Identify the components of patient's medical history.
2. Clarify the methods of gathering information from the patient.
3. Recognize the complain that make the patient ask a medical advice.
4. Explain the symptoms of patient and their time of occurrence in relation to the illness.
5. Recognize the risk factors and significant co-morbid diseases present in the patient.
6. Make a summary of patient's health problem.
7. Give the differential diagnoses of patient's health problem.
8. Introduce the history to the examiner in a clear satisfactory manner.

Components of the history

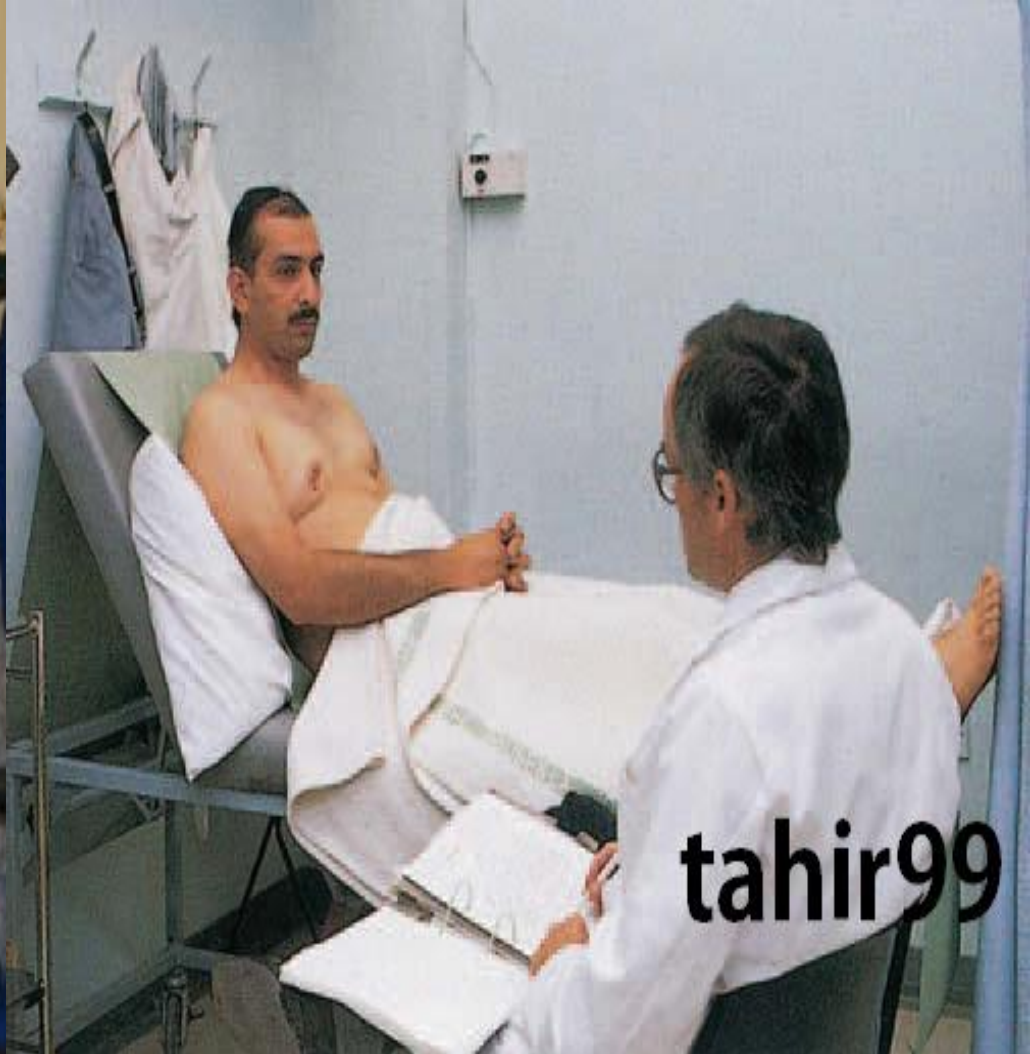
- General information
- The chief complaint and duration
- The history of the present illness
- Remaining questions of abnormal (involving) system, fever and change in body weight
- Review of systems
- Past medical history
- Past surgical history
- Drug history
- Family history
- Social and personal history

Preparation

- In preparing for a consultation, you should plan for an optimal setting in which to conduct the interview.
- The consulting room should be quiet and free from interruptions. In hospital wards, if you consult with a patient at the bedside, sit in a chair alongside the bed, not on the bed, and ensure the patient is comfortable and able to engage with you without straining.
- Introduce yourself to the patient and explain to him or her what you are going to do, if you are a student, inform the patient that you are in training. Use the patient's and your own names to confirm identity.
- It may be appropriate to shake hands. Get a chaperon when you interview a female patient.



The preferred seating arrangement when interviewing the patient: you are physically closer to the patient, without any barrier.



tahir99

For the bedside interview sit in a chair alongside the bed. Ensure that the patient is comfortable and is able to look at you without straining.

❖ **General information:**

- **Name:** full name, including first, second and third name.
- **Age:** some diseases occur in specific age group
- **Sex:** some diseases common in females and other common in males.
- **Marital status** and number of children
- **Occupation:** disease may related to form of occupation like occupational lung diseases
- **Address (residency):** distribution of the disease differ from country to country and from area to area within the same country
- **Date of admission**
- **Date of history taking**
- **Source of information** (patient, family member or friend)

Active listening

- Hearing the patient's story about his illness experience is vital.
- Ask **open questions** to start with like: 'How can I help you today?' or 'What has brought you along to see me today?'
- Active listening means encouraging the patient to talk by looking interested, making encouraging comments or noises, e.g. 'Tell me a bit more' or 'Uhuh', and giving the impression that you have time for the patient. Active listening helps gather information and allows patients to tell their story in their own words.
- Clarify anything you do not understand.

- Remember that patients often have more than one concern they wish to raise and discuss. It is therefore particularly important in this opening phase not to interrupt the patient as this might inhibit the disclosure of important information.
- Research has shown that doctors often fail to allow patients to complete their opening statements uninterrupted and yet, when allowed to proceed without interruption, most people do so in less than 60 seconds.
- **Closed questions**, e.g. 'Have you had a cough today?' seek specific information as part of a systematic enquiry. They invite 'yes' or 'no' answers.
- During the interview it is usual to use a combination of open and closed questions. Normally, open questions are more commonly asked at the start of the interview with closed questions asked later, as information gathering becomes more focused in an attempt to elicit more detail.

❖ The chief complaint and duration:

- The symptom that make a patient ask a medical advice. When a patient gives a multiple complaints; which was the worst or most worrying?
- In patient's own words with duration. Duration: in hours, days, months or years, not "since 'Monday'" etc.
- Elicited by asking (open question):
 - what made you come to hospital / consult your doctor on this occasion.
 - What are you complaining of?"
 - "What is the problem?"
 - "What is the matter?"

❖ History of presenting illness:

A- General description of patient's story:

- It is the most important part of a consultation. It is the main bulk of the history. It becomes progressively simpler as the clinician's knowledge of disease and experience increases.
- The history of the present illness may extend over hours, days, weeks, months or even years and should be recorded chronologically (according to the time of occurrence of each symptoms).
- If the patient have a chronic disease that related to current problem, mentioned it at the begging then describe current problem that related to involving system in details.
- Write the patient's own words e.g. "giddiness", "wind", "palpitation" and an attempt should be made to find out precisely what they mean to the patient.

B- Symptoms of involving system: After the patient has given a general description of his illness, he should then be asked about the cardinal symptoms produced by involving system (even if they are negative).

C- General symptoms: Sleep, fatigue, fever, sweating and weight changes are regarded as a part of HOPI of any involved system.

- **Is the patient sleeping well?** If not, is there a problem getting to sleep, is the disease affect the sleep?
- **Change in weight:** Ask the patient if there has been any recent weight loss or gain. If there is uncertainty about weight change, ask the patient whether they have noticed any alteration in the fit of clothes or belts.

- **Is the patient has a fever?** Duration? What is severity (low or high grade)? Continuous or intermittent? Have there been rigors or sweating (mild or profuse sweating)? Has there been a rash or skin changes? Have there history of travel abroad?

D- Notes about: admission to hospital, types of investigations done to the patient, any treatment received and its effect. Is the patient improved or not. HOPI extended till the moment of interview.

Note: Rigors (chills): are bouts of uncontrollable muscular shaking, often with ‘chattering’ teeth, lasting for minutes. They are associated with rapid temperature rises and may be caused by cytokines and acute-phase proteins resetting the hypothalamic temperature set point.

Note: Significant weight loss: loss of more than 3 kg of body weight over 6 months and often indicates the presence of an underlying disease.

❖ Systemic review:

A systemic review can provide an opportunity to identify symptoms that the patient may have failed to mention in the HOPD. It is a routine, to avoid missing out a particular system. The system that discussed in history of presenting illness should not be included. The review here related to current problem rather than past history. Every positive symptom in any system should be followed by further questions to analyze this symptom.

1- Cardiovascular system:

- **Chest pain:** Onset, duration, location, character - sharp, crushing or tight, periodicity, radiation, exacerbating (exercise, cold, heavy meal, emotion) and relieving factors (e.g. drugs such as GTN). accompanying sensations (e.g. breathlessness, vomiting, cold sweats, pallor, reflux, heartburn)
- **Dyspnoea:** Ask about breathlessness. Does this occur after climbing one or more flight of stairs, after walking on the fl at and after what distance? Does the patient become short of breath on lying fl at (orthopnoea) or

does the patient wake up breathless in the middle of the night (paroxysmal nocturnal dyspnoea)?, duration, severity, precipitating factors, number of pillows used.

- **Ankle swelling:** Has the patient noticed any ankle swelling? Is it confined to one leg, or does it affect both? abdominal swelling?
- **Palpitations:** Patients may recognize abnormal heart rhythm, particularly one that is rapid or irregular. Try to establish whether the abnormal rhythm is regular or irregular and or how long it lasts. Do any other symptoms appear such as dizziness, fainting or loss of consciousness at or around the time of the palpitation?
- **Dizziness:** whether associated with change in posture, or palpitation, whether true vertigo, whether associated with collapse, loss of consciousness or faints

- **Peripheral vascular symptoms:** intermittent claudication – pain in the calves or buttocks on exertion, relieved by rest. Exercise limit, on flat ground and stairs. cold feet or hands – association with temperature. Associated cyanosis, pain or dysaesthesia (Raynaud's phenomenon).

2- Respiratory system:

- **Cough:** duration, character, productive (of sputum) or not?, frequency, causing or associated with pain?, associated with symptoms of infection?
- **Sputum:** quantity, colour type (frothy, stringy, sticky). When most profuse (during the day, night, the time of year and the effect of posture) presence of blood (haemoptysis) Is the blood red or brown? (i.e. fresh or old). Streaked with blood/ clots? Is it purulent?

- **Breathlessness:** on exercise or at rest. exercise limit – on flat, on stairs. relationship with posture. Diurnal variation
- **Wheeze:** precipitating factors, (cough, change of environment, contact with animals or birds, time of year) Diurnal variation.
- **Chest pain:** site, character, relationship with respiration (pleuritic)?, relationship with coughing?
- **Hoarseness:** change of voice with or without pain, duration?, site of pain - pharynx or neck “Sore throat”

3- Gastrointestinal system:

- **Abdominal pain:** onset, duration, site, character - burning, gnawing, colicky etc, radiation, frequency – continuous, periodic, continuous with exacerbations, timing and association – nocturnal pain, relationship to eating aggravating and relieving factors e.g. food, milk, alkalis, bowel action, posture

- **Appetite:** loss of appetite (anorexia), increased appetite – obesity, pregnancy, hyperthyroidism.
- **Difficulty in swallowing (dysphagia):** duration - continuous or intermittent; progressive, fluids or solids, or both? painful or painless? level at which food “sticks”.
- **Vomiting:** with nausea - continuous (e.g. hepatitis, pregnancy, uraemia); or intermittent. related to food (type), e.g. neoplasm, gastritis, gallbladder disease (fatty foods). related to posture, e.g. labyrinthitis. **Projectile vomiting** refers to vomiting without nausea and forcefully projected to a distance. It is associated with increased intracranial pressure or pyloric obstruction.
- **Vomit**: amount. Colour: clear, bile stained, coffee grounds, fresh blood. content - undigested food (e.g. taken days or many hours before in pyloric obstruction).

- **Belching:** eructation of gas through mouth (aerophagy). **Flatus:** passage of gas rectally. **Flatulence:** discomfort caused by excessive gaseous distension
- **Distension:** abdominal enlargement due to flatus, fluid, fat, foetus or faeces (5 F's)
- **Water brash:** regurgitation of tasteless or salty fluid to mouth
- **Heartburn:** burning sensation behind sternum which may be intermittent; related to posture (reflux); continuous and prolonged (oesophagitis)
- **Jaundice:** urine dark, pale stools, sclera and skin yellow, constant, fluctuating or progressive? itching?
- **Alteration in bowel habits:** normal bowel habits may vary in normal individuals from three times daily to twice weekly

- **Constipation:** reduction in frequency of defaecation with hardening of stools. how infrequent?. consistency of stool?. discomfort or straining?. rectal pain?. constipating drugs
- **Diarrhea:** Duration. Frequency. Volume. Content- blood and mucus. Tenesmus. Character- watery, semi-formed, bloody, steatorrhoea. Diarrhea disturb sleep suggesting organic disease. Abdominal pain, vomiting, fever, rigors or arthralgia. contact or possible source.
- **Stools:** Hard? Small? Pencil shaped? Pellets? colour - black (melaena, iron, bismuth); clay coloured (obstructive jaundice); yellow (steatorrhoea). abnormal constituents – blood (on surface or toilet paper - haemorrhoids); blood, (mixed with stool - colitis, dysentery); mucus; pus; steatorrhoea (stools bulky, yellow, offensive, difficult to flush away, leaving greasy stain on lavatory pan). Stool incontinence.

- **Piles/haemorrhoids:** how long present? painful? bleeding? prolapsing?

4- Genitourinary system:

- **Pain: Renal angle or loin pain:** constant dull loin pain occur in acute pyelonephritis, vesicoureteric reflux, adult polycystic kidney disease (APKD), renal stone disease or glomerulonephritis. **Ureteric colic (renal colic):** obstruction of the renal pelvis and ureter by a stone, blood clot or, rarely, a necrotic renal papilla. The pain is of sudden onset, severe and sustained, and may radiate to the groin and the genitalia, the patient is restless and nauseated, and vomits. **Dysuria:** suprapubic burning sensation, felt also at the urethral meatus during or immediately after passing urine. The most common cause is cystitis.

- **Voiding symptoms:** **Frequency:** micturating more often with no increase in the total urine output. **Urgency:** a sudden strong need to pass urine, is due to overactivity in the detrusor muscle. **Nocturia:** waking more than twice at night to void.

These symptoms are usually associated with bladder, prostate or urethral problems, e.g. lower urinary tract infection, tumour, or stones.

Hesitancy: is difficulty or delay in initiating urine flow. In men over 40 this is commonly due to bladder outlet obstruction by prostatic enlargement. In women this symptom suggest urethral stenosis. **Incontinence:** is defined as any involuntary leakage of urine. Urge incontinence: due to neurological conditions such as spina bifida or multiple sclerosis. Stress incontinence: due to weakness of the pelvic floor.

- **Abnormalities in urine volume:** **Polyuria:** is defined as a urine volume in excess of 3 L/day. **Oliguria:** is a reduction in urine volume to less than 300 ml/day. **Anuria:** is the total absence of urine production or urine less than 50 mL/day.
- **Abnormalities in urine composition:** **Hematuria:** presence of red blood cells in the urine. **Abnormalities of urine colour rather than hematuria:** concentrated normal urine or urine contain conjugated bilirubin, senna, myoglobin, free haemoglobin, porphyrins, beetroot, rifampicin, metronidazole. **Heavy proteinuria** may cause frothy urine appearance.

- **Oedema:** ankles, dependent oedema, abdomen, ascites, facial, peri-orbital swelling.
- **For Females: Menstruation:** age at onset (menarche), age at cessation (menopause), menses – regularity, duration, volume, pain (dysmenorrhoea). **History of pregnancies:** Outcome, including abortion, complications like pre-eclampsia or DM.
- **For Males: Features of bladder outlet obstruction due to prostatic hyperplasia:** Slow flow, Hesitancy, incomplete emptying (the need to pass urine again within a few minutes of micturition), Dribbling after micturition, Frequency and nocturia (due to incomplete bladder emptying). **Impotence. urethral discharge:** purulent, mucoid, blood-stained.

5- Nervous system:

- Handedness
- Mental state and memory
- **Loss of consciousness:** sudden, warning, duration, tongue biting, injuries, urine incontinence, precipitating factors, relieving factors like food (sugar).
- **Headache:** Onset, duration, site, character, associated symptoms – vomiting, aggravating or relieving symptoms, time of day, change in posture, straining (e.g. defaecation, micturition)
- **Weakness or paralysis of limbs:** sudden gradual, progressive, distribution.
- Abnormalities of gait
- Numbness or “pins and needles” in limbs or elsewhere (paraesthesiae)

- **Dizziness / giddiness / vertigo?**
- **Visual disturbance:** seeing double (diplopia)? dimness of vision? 'Zig-zag' figures (fortification spectra)? visual field defect?
- **Tremors**
- **Deafness, tinnitus**
- **incontinence, faecal, urinary**
- **Speech disturbance:** duration, onset – sudden, gradual, nature – dysphasia, dysarthria

6- Haemopoetic system:

- Sore tongue: anaemia
- Blood loss: menorrhagia, haemorrhoids, obvious upper or lower GI bleeding, haematuria
- Pallor
- Bruising
- Symptoms of anaemia: tiredness, breathlessness, palpitations

7- Skin:

Exposure to irritants, drugs, sunlight

Rashes: type, distribution, duration, treatment? painful? itching (pruritus)?

Pigmentation: any change in the color of skin? distribution?

^ - Musculoskeletal system:

- **Swelling of joints:** one joint or multiple joints, symmetry, distribution, flitting (from joint to joint) or fixed?
- **Pain**
- **Stiffness**
- **Mechanical dysfunction**
- **Previous bone or joint injury**

9 - Endocrine system:

- **Thirst and polyuria.** Changes in skin, voice and bowel habit (e.g. hypothyroidism – coarse. skin, dry skin and hair, weight gain and hoarseness). Weight: weight gain or weight lost- time. Temperature preference. Neck swelling. Pigmentation. Sweating. Visual disturbance (fields). Flashes. Growth abnormality. Tremor.

❖ Past Medical History:

Past medical history may be relevant to the presenting complaint regarding previous acute illness or chronic diseases.

- Any similar condition in the past. Date?
- Any previous hospitalization. Date? And for what?
- History of previous illness with date of occurrence: infection (typhoid fever, brucellosis, tuberculosis, malaria, hepatitis), hypertension, diabetes mellitus, ischemic heart disease, heart failure, rheumatic heart disease, asthma, COPD, jaundice, migraine, epilepsy,

❖ Past Surgical History:

- Is the patient undergone any surgical procedure, including caesarean sections in women. Date?

❖ Drug History:

- Any medications, taken in the past and for current illness
- Current medications should be listed accurately, with the name of drug, dose and timing e.g. Amlodipine 10mg o.d. Also include “over-the-counter” Medication, such as ibuprofen
- Ask about and record any adverse drug reactions/allergies.

❖ Family History:

- Any similar condition in the family members
- Family history of hereditary diseases like hemophilia
- Family history of multifactorial diseases like hypertesion, DM, ischemic heart diseases, asthma, autoimmune diseases,.....
- Infectious diseases in the family like tuberculosis, hepatitis, gastroenteritis,

- Causes of death in the family member like cardiomyopathy.

❖ Social and personal history:

- Occupation: whether employed or unemployed
- Socioeconomic state, nutrition, sanitation and water supply
- Location, type, size of house (where necessary)
- Family circumstances, e.g. Living alone or with the family, marital state, family problems, social relations, crowding.
- Tobacco smoking (cigarettes, cigars, pipe), present smoker or ex-smoker (record number of years). Calculate “Pack Years”
- Alcohol: daily, weekly, amount, type, past history of alcoholic intake.

❖ Summary:

At the end of presenting a history you will often be asked to give a summary. Prepare a paragraph (3-4 sentences) to summarise the patient's problem including positive findings.

Example: A 60 year old man smoker, hypertensive and diabetic presents to hospital with a 6 hours history of crushing central chest pain associated with breathlessness and sweating. He had a history of bleeding duodenal ulcer but has had no recent symptoms of dyspepsia or bleeding. On arrival to emergency unite, ECG done to him. He receive the treatment and his condition is now improved.

في أثناء المقابلة الطبية

تتضمن قصة المريض كيف يتدبر أمره ويعيش حياته في أثناء مآزقه المرضي.

لذلك ينبغي إدراك عمق مضمون رواية المريض لمرضه في أثناء سرده الذي قد يكون:

- ١ - معقداً وملتبساً،
- ٢ - وبحاجة إلى مراجعة وتدقيق،
- ٣ - يعتمد هذا الإدراك على مهارة الطبيب في فك رموز هذه الرواية.
- ٤ - وإعادة صياغتها لما يوافق مغزى المريض.

المعاناة Illness

المعاناة: التجربة الشخصية التي يشعر فيها الإنسان بالتعاسة، بسبب مشكلات اجتماعية أو اقتصادية أو شخصية أو نفسية أو مرض عضوي. وقد تؤدي بالإنسان الى:

١ - فقدان إمكانية العمل بسبب الضعف البدني.

٢ - الافتقار إلى المعرفة اللازمة لاتخاذ خطوات عقلانية نحو التعافي.

٣ - فقدان الاستقلالية الذاتية مما يؤدي إلى مزيد من الاعتماد على الآخرين.

٤ - اضطراب الصورة الذاتية " self-image " وعدم التكيف مع الوضع الجديد.

إدراك المعاناة

لذلك يجب أن تحظى المعاناة بجوهر أية علاقة بين الطبيب والمريض،

وأن تكون حجر الزاوية للمقابلة الطبية بدلاً من أن تكون شقها الثانوي.

وفهم المعاناة هو: السبيل الوحيد للطبيب الذي بواسطته يتمكن من الدخول دخولاً شرعياً في علاقة الشفاء "Therapeutic relationship"

وإذا ما اقتصرَت الممارسة المهنية على علاج الأمراض "المتغيرات الإحيائية، البيولوجية" فقط، ولم تعالج العيوب الأربعة فإنها ممارسة ناقصة.

الأفكار والمعتقدات Ideas & Beliefs

على الطبيب أن يخصص وقتاً في أثناء المقابلة الطبية؛ لشرح المريض؛

- وجهة نظره الخاصة،
- وأسباب المعاناة، وما يؤثر فيها.
- ومدى تأثير المعتقدات الاجتماعية، والثقافية، والروحية، على تفسير الناس لمشكلاتهم، وتوقعاتهم،
- والطريق الذي يسلكونه عند طلب المساعدة من عائلاتهم، وأصدقائهم، والمعالجين الشعبيين، والأطباء.

التعاطف Empathy

ينبغي أن يستعمل الطبيب التعاطف للتعبير عن فهم مآزق المريض، وتقدير مشاعره. ويعد تعلم التعاطف أحد أكثر المهام الصعبة في التعليم الطبي، ويتكون من ثلاثة عناصر متميزة:

- **العنصر المعرفي:** الذي يتعرف الطبيب به وجهة نظر المريض للمآزق الذي يمر به.
- **العنصر العاطفي:** وفيه الطبيب يضع نفسه في مكان المريض ويتمثل المعاناة.
- **وأخيراً، عنصر الإجراء:** الموقف الذي يتخذه الطبيب تجاه معاناة المريض، ويوصله بوضوح إليه، وينتظر ردة فعله؛ لتأكيد فهم الطبيب لموقفه.

تقنيات الحوار الطبي

ولكي يزود الأطباء بمجموعة مناسبة من مهارات المقابلة ، يؤكد الباحثون على ثلاثة أساليب مبدئية هي:

- **تقنية الأسئلة:** ادع المريض لكي يتحدث عما يعاينه
Invite
- **تقنية الإنصات:** الإنصات إليه بإمعان خلال حديثه
Listen
- **تقنية التلخيص:** تلخيص المعاناة المستقاة من أقوال المريض
Summarize

١- تقنية الأسئلة Questioning techniques

تعتمد درجة السيطرة والتحكم بمسار المقابلة الطبية على أفعال الطبيب وأقواله، وأن الطريقة التي يوجه بها الأسئلة تؤدي دوراً رئيساً في كمية المعلومات التي يحصل عليها ونوعيتها.

وتشير الدراسات إلى أن الأطباء يفرضون سيطرة عالية على المقابلة الطبية تحد من حرية المريض وتعبيره عن مآزقه بنوع الأسئلة التي يطرحونها على المريض، لذلك ينبغي أن يختار الطبيب أنواع مختلفة من الأسئلة بحسب الحاجة إليها.

الأسئلة المغلقة:

هي الأسئلة التي يتوقع جوابها وغالباً بكلمة واحدة، وتحد من التوسع في الإجابة حاصرة إياها في اختيار ضيق يقتصر على كلمة أو اثنتين من دون إسهاب، مثل:

هل لديك ألم؟ نعم أو لا.

أين الألم؟ هنا

ما مدة الألم؟ ٤ ساعات

هل ينتقل الألم من منطقة إلى أخرى؟ نعم

وعند استعمال الأسئلة المغلقة في بداية الحوار سيقع الطبيب بمشكلة

- زارتي مريضة في الخمسينيات من العمر تشكو من آلام مفاصل الركبتين، فسألتها عن بداية المرض فقالت من مدة .
- فقلت لها كم المدة؟ فقالت من فترة .
- فقلت لها كم الفترة الزمنية؟ فقالت من زمان .
- فقلت لها يعني كم من السنين؟ فقالت بعد ولادة طفلي الصغير .
- فقلت لها أنا لم احضر الولادة، يعني كم هو عمر طفلك الصغير؟ فقالت هو الآن في المدرسة .
- فقلت في أي صف؟، فقالت والله ما ادري لو بالثاني لو بالثالث .
- فقلت ألم يرسب؟ فقالت يمكن رسب في السنة الماضية .
- فقلت يعني تعانين منذ عشر سنين؟ فقالت لا شدة عوه يجوز تسعة لو شوي أكثر.

تنفست الصعداء والحمد لله خلصنا من السؤال الاول لمعرفة بداية المرض!!!

ادعُ المريض ليروي معاناته:

وهنا تعطى الحرية للمريض للإجابة عن السؤال، وفي كثير من الأحيان يبدو كاستفسار وليس سؤالاً، ولا يحتاج أن تضع علامة استفهام بعده. وقد يتدرج السؤال من إعطاء الحرية الكاملة للتعبير عما يجول بخاطر المريض ويتحدد إلى إرشاد المريض إلى التعبير عن معاناة معينة بما يرغب حتى يصل إلى السؤال المغلق مع تقدم المقابلة الطبية، مثل:

• ما الذي دعاك لزيارتي اليوم؟

سؤال مفتوح النهايات، قد يذكر المريض عدة مشكلات ومنها الألم، وبعد الاتفاق على تحديد المشكلات التي يرغب بمناقشتها المريض يبدأ الطبيب بالتحري عن الأعراض واحدة واحدة منها.

محاسن الطريقة المفتوحة

- تشجع الطريقة المفتوحة المريض على أن يعرض قصته عرضاً شاملاً.
- تمنع الطريقة المفتوحة من الافتراض والحدس التي تكثر عند توجيه الأسئلة المغلقة.
- تمنح الطبيب الوقت للإنصات، والمجال للتأمل بأقوال المريض، وليس توجيه السؤال اللاحق فقط.
- تسهم في الاستنتاج التشخيصي الفاعل.
- تساعد على استكشاف المرض والمعاناة.
- تضع نمطاً يتضمن مشاركة المريض في المقابلة، بدلاً عن هيمنة الطبيب عليها.

أمثلة

كيف أستطيع أن أساعدك؟

اخبرني، ما الذي دعاك لزيارتي؟

عماذا ترغب أن نتكلم اليوم؟

ماذا أستطيع أن اعمل لك؟

كيف حالك؟

كيف تسير الامور؟

ما الجديد؟

حسنًا، نعم،

من دون كلام، إشارات غير لفظية،

تمرين ترجم هذه الأسئلة إلى اللهجة العامية

٢- الانصات

الانصات: أداة حوارية ومهارة تمكن الشخص المنصت إلى والصبر لحين اكمال المقابل روايته

الانصات في الممارسة الطبية هو التفاعل الوجداني المستجيب نفسياً واجتماعياً وعاطفياً للطرف الاخر فهو ليس مجرد جلوس دون عمل اي شي بل هو إجراء أساسي في مقابلة المريض.

غالباً ما نتظاهر أننا منصتون ولكن الحقيقة أذهاننا مشغولة بأمور أخرى.
ماذا يجب علينا أن نفعل في أثناء الإنصات؟

الخطوات :

- الانصات الداخلي
- الاستماع والتأمل
- عدم المقاطعة
- اظهار الانصات
- التغذية الراجعة

الاستماع: يبدو بديهياً أننا يجب أن نستمع إلى الآخرين في أثناء حديثهم، ولكن الاستماع هو أهم عامل من عوامل الانصات، ولتحقيق الإنصات المطلوب، ينبغي أن نقلل عوامل تشتت الاستماع الداخلية؛ أي أن نتواصل بصرياً مع المتكلم، ونتوقف عن التفكير بمواضيع أخرى، وأن نقاوم الرغبة الداخلية في التفكير فيما سنقوله لاحقاً. كما يجب أن نقلل عوامل تشتت الاستماع الخارجية أيضاً: بتوفير جواً ملائماً للإنصات والحد من الضوضاء، وعدم الانشغال بأمور جانبية تؤثر على انصاتنا.

إظهار الإنصات: يجب أن نوفر بيئة داعمة للإنصات، ترتيب غرفة الانتظار والمقابلة والإضاءة والقيافة وطريقة الجلوس بزاوية قائمة بين المريض والطبيب؛ تعطي للمريض حرية أكبر في التعبير عما يجول في ذهنه، وأن نحضر وجدانياً ومادياً في أثناء المقابلة، لا يكفي أن نجلس صامتين أمام المتكلم، ويجب أن نُظهر للمتكلم أننا منصتون له من خلال التواصل البصري، والقرب منه، ونبرات الصوت، والسلوك المعد بشكل جيد يساعد على التفاعل ويبني علاقة وطيدة بين الطبيب والمريض

التغذية الراجعة: إن ما نسمعه سيخضع لمفاهيمنا واحكامنا، لذلك ينبغي أن نؤجل ما يؤثر على الحديث الذي سمعناه؛ وتلخيص ما قاله المتكلم بأمانة أو باعادة صياغة القول بعبارات يدرك المتكلم من فهمنا واستيعابنا لما قيل من دون الحكم عليها. وبهذا يتمكن أن يكمل ما بدا غامضاً أو ناقصاً من دون الحاجة إلى سؤال مباشر لاكمال فكرته.

ما مزايا الإنصات الفعال ؟

يؤدي الإنصات الكامل الى :

- إظهار إشارة الاهتمام بالمريض.
- سماع قصص المرضى.
- امتناع الطبيب من صياغة الافتراضات المبكرة و توجيه الأسئلة التي تجعل دور المريض سلبي يجيب عليها فقط.
- استكشاف مشاعر المريض ومعاناته .
- زيادة دقة الملاحظة و التقاط الإشارات اللفظية و غير اللفظية.

قصة مريضة

دكتور عندي جفدة بثدي الأيسر، طلع فطر بيها، وبعدين كام يدي، وينغزني مثل الأبرة، ويدي مدة ودم، وتتوصخ ملابسي واغسلها بالمي والصابون الركي واضمدها بس ما يفيد، وكلما اتحرك تنلجم، وما اكر انام على صفحتي اليسرى ولا على ظهري ينقطع نفسي.

راجعت دكتور بالعمارة انطاني ابر وعلاج، وانقطعت المدة والدم واحد وعشرين يوم، ومن رجعت لبغداد رجعت النوب. دكتور ما عندي غير الله وانت، بس اريدك تيبسها لي، ما اريد غير شي، ورحت لبو الجوادين وذبيت التقرير بشباجه واريد من ابو الجوادين ينطيني مرادي.

واني ارملة ومالي احد وعاشة وحيدة منك ومن غيرك الله ساترها، وعندي بس ابنية وحدة، هم ارملة؛ زوجها شهيد وتركلها ثلاثة اطفال، ما اكر اروحلها، صايره ثكيلة ما اكر اروح لبنتي وكطعت زيارة اليمه، من امشي اكوم انهج، واريد الله ياخذ عمري وارتاح.

ترجم هذه القصة إلى لغة طبية باللغة العربية والانكليزية

أظهرت البحوث أن الأطباء منصتون غير جيدين
يقاطع الأطباء مرضاهم بمعدل (١٨) ثانية
ولهم طرق نمطية محدودة لمحاورة المرضى
ولا يمتلكون مهارات كافية لتغييرها نحو احتياج الأفراد.
مما يؤدي إلى عدم كشف المرضى لأسباب زياراتهم وإهمالها

٣- التلخيص Summarizing

- الخطوة التي يلخص الطبيب فيها كلام المريض تلخيصاً لفظياً واضحاً، وهناك نوعان

- التلخيص في أثناء المقابلة: الذي يركّز على جزء محدّد من المقابلة.

- التلخيص النهائي : يلخص جميع أجزاء المقابلة.

- ويساعد التلخيص الدوري الطبيب في مهمتين بارزتين هما:

ضمان الدقة خلال المقابلة،

وتيسير الحصول على المزيد من المعلومات.

قصة مريضة : الانصت - اختبار:

ما الحالة الاجتماعية للمريضة ؟ ومع من تسكن؟

ما المحافظة التي راجعت فيها الطبيب ؟

ما عدد أولاد المريضة ؟

ما الحالة الاجتماعية لأبنة المريضة ؟

ما عدد أطفال أبنة المريضة ؟

ما قائمة المشكلات التي طرحتها المريضة ؟

التواصل الغير لفظي Non-verbal communication

لغة الجسد

هو التواصل بدون كلام قد يكون عن طريق النظر والجلسة والموقع والحركات وتعابير الوجه ونبرة الصوت ونمط الحديث. ويعتبر ٦٥% من التواصل هو تواصل غير لفظي

ماذا يعني التواصل الغير اللفظي؟:

- الإبتسامة: الارتياح أو الرضا أو الموافقة
- قضم الشفاه: العصبية أو الغضب أو الضيق
- رفع الحواجب مع أو الكتف: المفاجأة أو عدم التصديق أو الدهشة
- رفع الحواجب مع ابتسامه مصطنعة: التهكم أو السخرية
- تضيق العينين: عدم الموافقة أو الشعور السلبي

- الانحناء للإمام: الاهتمام أو العناية
- الحركة الكثيرة فى الجلسة: القلق أو السأم أو التعب
- الاستقامة والاعتدال فى الجلسة: الثقة بالنفس
- تركيز العين فى عين الطرف الآخر: الإنصات أو تركيز الانتباه
- تجنب تلاقى الأعين: التجنب أو اللامبالاة أو العصبية
- التثاؤب: الملل والضجر

References

1. Snadden D, Laing R, Potts S, Nicol F, Colledge N. History taking. In: Robertson C, Nicol F, Douglas G. Macleod's Clinical Examination. 13th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone and Elsevier: 2013: 5-20.
2. Epstein O, Perkin GD, Cookson J, Watt IS, Rakhit R, Robins A, et al. Consultation, medical history and record taking. In: Clinical Examination. 4th ed. Edinburgh: Mosby and Elsevier: 2008: 1-19.
3. University of Glasgow School of Medicine. MB Ch B Clinical History and Examination Manual. 2015: 1-18.

المصادر العربية

١. د. عبد السلام صالح سلطان كلية الطب جامعة البصرة. فن الحوار الطبي. الطبعة الثانية. بغداد: مطبعة دار المرتضى: ٢٠١٧: ٢٢ - ٨٠.
٢. د. حسام الدين سالم النجار . مهارات الاتصال والحوار الطبي - دورة تدريبية في كلية الطب ٢٠١٧-٤-٢٠ . شعبة التعليم المستمر جامعة تكريت.

Thanks