



فصل اول

معاینه چشم مبتنی بر شواهد و یافته های علمی



۱.۱ آیا باید یک پایگاه داده، سیستم و یا معاینه چشم "مشکل محور" داشته باشیم؟

معاینات اولیه مراقبت از چشم باید قبل از هر چیز به الزامات قانونی در جایی که شما کار می کنید متکی باشد، اگرچه این موارد معمولاً به صورت بسیار گسترده ارائه می شوند. برخی از سازمان های حرفه ای که ممکن است به آن ها تعلق داشته باشید نیز ممکن است دستورالعمل های بالینی در مورد آنچه معاینه چشم شما باید شامل شود ارائه دهند. سه روش اصلی برای معاینه مراقبت های اولیه چشم که می تواند به صورت مجزا یا ترکیبی مورد استفاده قرار گیرد شامل: (۱) database format، که از یک سری آزمایشات از پیش تعیین شده استفاده می کند. (۲) systems approach، که ارزیابی چندین سیستم را تضمین می کند. و (۳) problem-oriented approach، که عمدتاً بر مشکلات بیمار تمرکز دارد. علاوه بر این، برخی از قسمت های معاینه چشم می تواند توسط دستیاران بالینی انجام شود.

۱.۱.۱ معاینات متکی بر داده ها (database)

روش معاینه database به معنای استفاده از مجموعه ای از روش های بالینی در هر معاینه است. یک database "کامل" از اطلاعات جمع آوری می شود تا اطمینان حاصل شود که می توان با استفاده از اطلاعات ارائه شده به مشکلات بیشتر بیماران رسیدگی کرد. این روش معاینه عموماً توسط دانشجویان استفاده می شود، زیرا آن ها باید تکنیک های مختلف بالینی را برای کسب صلاحیت های فنی و مهارتی تمرین کنند تا در حرفه خود یک متخصص شوند. هدف دانشجویان در سال های اولیه یادگیری بالینی باید، کسب مهارت های لازم برای معاینه بیماران باشد. یک وظیفه بسیار مهم تر به دست آوردن صلاحیت بالینی، درک تست ها و نتایج آن ها، نحوه تعامل آن ها و نحوه استفاده از آن ها در تشخیص افتراقی و حل مشکلات بیمار است. تنها زمانی که یک دانشجو یا معاینه کننده سطح بالایی از صلاحیت بالینی را به دست آورد، باید سبک معاینه database کنار گذاشته شود و از رویکرد دیگری استفاده کرد.

اگرچه سبک معاینه database برای دانشجویان ایده آل است، اما برای معاینه کننده های با تجربه مناسب نیست. اغلب، اگر از یک database بزرگ استفاده شود، برخی از داده های جمع آوری شده هیچ اطلاعات مفیدی در مورد تشخیص بالینی یا گزینه های درمانی ارائه نمی دهند. اگر بیماران به تست های اضافی نیاز داشته باشند، به دلیل انعطاف ناپذیری رویکرد معاینه database، معاینه کننده ها، تست ها را در پایان معاینه انجام می دهند که می تواند منجر به تأخیر در معاینات بعدی شود و یا ویژگی دیگری را در یک زمان مشخص برای بیمار برنامه ریزی می کنند. در بدترین حالت، می توان گفت که این سبک از معاینه، گاهی داده هایی را ارائه می دهد که مورد استفاده قرار نمی گیرند و ارزش کمی دارند.

۱.۱.۲ معاینات سیستمی

روش معاینه سیستمی شامل ارزیابی عملکرد بینایی، سیستم های دید دوچشمی و رفتاری و ارزیابی سلامت چشم است. معاینه اپتومتری نه با تست های مورد استفاده، بلکه توسط سیستم هایی که ارزیابی می شوند تعریف می شود (جدول ۱،۳). این رویکرد بسیار انعطاف پذیرتر است، زیرا نیازی به استفاده از مجموعه خاصی از تست ها ندارد. در چنین سبک معاینه ای، زمانی که هر سیستم تست شده است، یک database حداقلی جمع آوری شده است.

Visual ^a	Binocular ^a	Refractive	Ocular Health
Case history	Case history	Case history	Case history
Visual acuity	Visual acuity	Visual acuity	Visual acuity
Disability glare	Cover test	Retinoscopy	Biomicroscopy
Photostress recovery	Convergence tests	Autorefraction	Ophthalmoscopy
Contrast sensitivity	Accommodation tests	Subjective refraction	Tonometry
Colour vision	Suppression tests	Reading add	Gonioscopy
Visual fields	Stereopsis	Keratometry	Pupil responses
	Motility		Imaging
^a Other classifications discuss the sensory and motor systems rather than the visual and binocular systems and place suppression and stereopsis within the sensory system.			

جدول ۱،۳ - طبقه بندی تست ها و روش ها در یکی از چهار سیستم بینایی- چشمی

۱،۱،۳ معاینات Problem-oriented

معاینه Problem-oriented، معاینه را با مشکلات گزارش شده توسط بیمار هماهنگ می کند. با این حال، صرفاً از تست هایی استفاده نمی کند که به حل مشکلات بیمار کمک می کند زیرا این کار بر اساس رویکرد معاینه سیستمی است. علاوه بر این، مجموعه ای از تست ها معمولاً به عنوان تست های غربالگری یا «ورودی» استفاده می شوند که ارزیابی اولیه هر سیستم را ارائه می کنند. برخی از این تست ها ممکن است همان تست های اولیه ای باشد که توسط دستیاران بالینی انجام می شود، به طوری که یک دوره زمانی قبل از ویزیت بیمار لازم است تا این اطلاعات و سابقه قبلی بررسی شود. دستیاران بالینی می توانند داده هایی را از لنزومتری، اتورفرکتومتر، فوندوس فتوگرافی، OCT، ultra-widefield imaging مانند Optos، automated visual fields، تونومتری non-contact و pachymetry به علاوه تست های ساده مانند دید رنگ، استریوپسیس و فاصله بین مردمک ها (PD) ارائه دهند. تست های مورد استفاده ممکن است بسته به سن بیمار متفاوت باشد. از اطلاعات قبلی (در صورت موجود بودن)، تست های مقدماتی و اطلاعات پرونده اولیه بیمار، در ذهن خود فهرستی از تشخیص های اولیه ایجاد خواهید کرد. این ها احتمالاً به سؤالات بیشتر به عنوان بخشی از تشخیص افتراقی (مثلاً برای علائمی مانند قرمزی چشم) منجر می شود و با تست های دیگری که در طول معاینه Problem-oriented استفاده می شود، مشخص می شود که کدام تست به بهترین وجه به فرآیند تشخیص افتراقی کمک می کند.

۱،۲ شواهد برای حمایت از معایناتی که در آن ها برای ارزیابی فوندوس، مردمک را دیلاته می -

کنند، محدود است

دو استدلال اصلی به نفع DFE (dilated fundus examination) ارائه شده است. اولین مورد این است که یک DFE تعداد ناهنجاری های شناسایی شده در بخش مرکزی شبکیه را افزایش می دهد. در دو مطالعه، یک معاینه فوندوس non-dilated با افتالموسکوپی مستقیم با یک DFE با استفاده از افتالموسکوپی غیرمستقیم دوچشمی و افتالموسکوپی مستقیم مقایسه شد. سیگل و همکاران همچنین از افتالموسکوپ غیرمستقیم تک چشمی به عنوان بخشی از معاینه non-dilated استفاده کردند. میدان دید کم افتالموسکوپ مستقیم به ویژه به دلیل ناهنجاری های از دست رفته در قطب خلفی از ضعف های این روش می باشد، زیرا برای بررسی سریع و آسان بسیار کوچک است. با این حال، بیومیکروسکوپی فوندوس اکنون یک روش

استاندارد برای معاینه بخش های مرکزی فوندوس است و میدان دید بسیار بهتری نسبت به افتالموسکوپ مستقیم فراهم می کند و همچنین نمای مشاهده شده از فوندوس به صورت استریوسکوپ است و می توان آن را بدون دیلاته کردن مردمک انجام داد.

استدلال دوم برای DFE ها این است که در صورت دیلاته نکردن مردمک ناهنجاری های قابل توجهی در بخش های محیطی شبکه نادیده گرفته می شوند. در دو مطالعه به صورت گذشته نگر میزان تشخیص ضایعات قابل توجه فوندوس در حالت دیلاته تعیین شد. پولاک و برودی 1094 پرونده افتالمولوژی DFE از بیماران بدون علامت و بدون فاکتورهای خطر را بررسی کردند و سه نفر (0.3٪) با ضایعات فوندوس که از نظر کلینیکی اهمیت داشتند و بعید به نظر می رسید که با استفاده از افتالموسکوپ مستقیم تشخیص داده شوند شناسایی شدند. وارنر پس از 10 سال فالوآپ 592 بیمار مسن (متوسط سن تقریباً 70 سال) یک مورد (0.2٪) از یک بیمار بدون علامت با یک ضایعه محیطی شبکه که از نظر کلینیکی مهم بود را شناسایی کرد و همچنین به این نتیجه رسید که ارزش DFE ها بسیار پایین است.

معایب DFE ها شامل ایجاد ناراحتی برای بیمار (مثلاً مشکلات glare و تاری، که ممکن است بیماران نتوانند به طرف خانه راندگی کنند یا به محل کار خود برگردند) و افزایش احتمال تشخیص های مثبت کاذب است. این تشخیص های مثبت کاذب علاوه بر ویزیت غیرضروری، منجر به اضطراب و ناراحتی بیمار می شوند.

به طور خلاصه، شواهد کمی برای حمایت از DFE ها در مقایسه با معاینات معمول فوندوس که در آن مردمک های دیلاته نشده وجود دارد.

۱,۳ درس هایی که باید از کیس Honey Rose یاد بگیرید

پتانسیل اشتباهات مربوط به اتکای بیش از حد به تصویربرداری چشمی، به ویژه زمانی که دستیاران بالینی آن را انجام می دهند، به طرز وحشتناکی در سال 2012 در بریتانیا دیده شد. در سال 2016 اپتومتریست هانی رز به دلیل عدم تشخیص papilloedema دو طرفه در کودک ۸ ساله که متعاقباً ۵ ماه پس از معاینه چشم بر اثر هیدروسفالی درگذشت، به قتل ناشی از سهل انگاری متهم شد (متعاقباً در دادگاه تجدید نظر لغو شد). کارشناسان توافق کردند که اگر papilloedema در معاینه چشم مشاهده می شد و بیمار ارجاع داده می شد، امکان نجات او وجود داشت. اگرچه بیمار در زمان معاینه چشم هیچ علامتی برای نشان دادن مشکل نداشت، اما علائمی چون یک دوره سردرد بدون علت مشخص از چند هفته قبل به اپتومتریست گزارش شد. هانی رز ادعا کرد که او افتالموسکوپ را انجام نداده است زیرا بیمار چشم های خود را به دلیل حساسیت شدید به نور می بست. با این حال، او هیچ سابقه ای از این مورد ثبت نکرد. همچنین به نظر می رسد که اپتومتریست یادداشتی را در پرونده بیمار نوشته است تا نشان دهد که او داخل چشم را مشاهده کرده است. تصاویر فوندوس در زمان معاینه چشم توسط دستیار بالینی گرفته شد و متخصص شاهد بیان کرد که این تصاویر به وضوح papilloedema دو طرفه را نشان می دهند. درس های زیادی وجود دارد که اپتومتری باید از این مورد ناراحت کننده بیاموزد، که عبارتند از:

پ بیماران ممکن است شرایط تهدید کننده زندگی داشته باشند و بدون علامت باشند.

پ اپتومتریست ها برای مشاهده فوندوس نباید تنها به تصاویر متکی باشند.

پ یادگیری نحوه کار با تجهیزات تصویربرداری و سایر تست ها که معمولاً توسط دستیاران بالینی انجام می شود بر عهده اپتومتریست است.

فصل دوم

مهارت های ارتباطی



طرح کلی فصل

۲,۱ از بین بردن اضطراب در بیماران و ایجاد رضایت در آن ها

۲,۲ اهمیت ثبت و رکورد

۲,۳ گرفتن شرح حال

۲,۴ ارائه اطلاعات تشخیصی و برنامه درمانی

۲,۵ نحوه ارائه خبرهای بد به بیمار

۲,۶ یک نامه ارجاع خوب باید شامل چه مواردی باشد؟

۲,۱ از بین بردن اضطراب در بیماران و ایجاد رضایت در آن ها

۲,۱,۱ رضایت بیمار با مهارت های ارتباطی خوب مرتبط است

تحقیقات به طور مداوم نشان می دهد که رضایت بیمار با مهارت های ارتباطی خوب معاینه کننده مرتبط است: توانایی توضیح تشخیص، پیش آگهی، درمان و پیشگیری با استفاده از اصطلاحات واضح و بسیار ساده، صادق بودن و توانایی گوش دادن به حرف های بیماران و همدلی با آن ها، رسیدگی به نگرانی های بیمار و...

معاینه کنندگانی که ارتباط خوبی با بیماران برقرار می کنند، در بین بیماران خود محبوب می شوند و همین مهارت های ارتباطی خوب منجر به بازگشت اکثر بیماران شما برای ویزیت های بعدی می شود. این بیماران به دوستان و خانواده خود اطلاع می دهند و از این طریق تعداد بیماران شما افزایش می یابد.

۲,۱,۲ چرا برخی از بیماران مضطرب هستند؟

رضایت ضعیف بیمار با اضطراب بیمار قبل از مشاوره مرتبط است. تعداد قابل توجهی از بیماران نگران شرکت در معاینات اپتومتری هستند و به خصوص از دریافت "خبر بد" به هر شکلی می ترسند. ضرورتی ندارد که یک بیمار علائم واضحی از اضطراب را از خود نشان دهد تا متوجه اضطراب بیمار شویم، ما باید فرض کنیم همه بیماران قبل از معاینه سطحی از اضطراب را دارند. اضطراب، ارتباط با معاینه کننده را کاهش می دهد و همین عامل باعث کاهش توجه، به یاد آوردن اطلاعات و تبعیت از درمان می شود. این امر سودمندی معاینه را محدود می کند زیرا بیماران مضطرب بعید است که شرح حال کامل را ارائه دهند و تمام مشکلات بینایی خود را آشکار کنند، بعید است که به طور صحیح به دستورالعمل های شما توجه کنند، ممکن است پاسخ های غیر قابل اعتمادی را در سبجکتیو رفرکشن ارائه دهند و این امر به راحتی می تواند تشخیص و برنامه درمانی شما را به بیراهه ببرد. برای همدلی، باید از دلایل احتمالی اضطراب بیمار آگاه باشید که شامل موارد زیر است:

(الف) بیمارانی که به آن ها گفته می شود که به عینک نیاز دارند. این می تواند برای بیماران در اوایل شروع پیرچشمی و پیرچشمی که نگران تأثیر آن بر ظاهر خود هستند، نگران کننده باشد که عینک آن ها را مسن تر نشان دهد و همین عامل باعث کاهش اعتماد به نفس در این بیماران می شود.

(ب) ترس از از دست دادن بینایی؛ به ویژه در مورد بیماران مسن. همچنین ممکن است ترس مرتبط با از دست دادن گواهینامه رانندگی به دلیل دید ضعیف وجود داشته باشد.

(ج) مسائل مربوط به هزینه. بیماران پیر و جوان هر دو نگران هزینه ی بالقوه عینک و لنزهای تماسی هستند.

(د) ترس از اشتباه کردن. بیماران مسن و جوان نگرانی در مورد اشتباه در بخش سبجکتیو رفرکشن معاینه را گزارش می دهند. این امر ممکن است به این دلیل باشد که آن ها معتقدند که یک اشتباه از طرف آن ها می تواند باعث شود تا عیب انکسار چشم آن ها به درستی اصلاح نشود.

(ه) ترس از افزایش عیوب انکساری چشم. برخی از بیماران نگران هستند که استفاده از عینک باعث بدتر شدن دید آن ها شود و همین عامل باعث افزایش ضخامت عدسی عینک در آن ها شود، عدسی های ضخیم باعث افزایش جلب توجه و در نتیجه کاهش اعتماد به نفس در این بیماران می شوند.

(و) به آن‌ها گفته شود که دیگر نمی‌توانند از لنزهای تماسی استفاده کنند. افراد جوانی که از لنزهای تماسی استفاده می‌کنند معمولاً کیفیت دید بهتری نسبت به عینک دارند و برخی ممکن است نگران این باشند که دیگر نمی‌توانند از لنزهای تماسی استفاده کنند.

(ز) مشکلات سازگاری. بسیاری از بیماران مسن نگرانی‌هایی در مورد سازگاری با عینک جدید خود را گزارش می‌کنند.

(ح) ترس از مورد تمسخر قرار گرفتن. برخی از بیماران در رابطه با اینکه نگرانی‌های خود در مورد بینایی‌شان را بیان کنند مردد هستند زیرا فکر می‌کنند که بیان این مسئله موجب احمق به نظر رسیدن آن‌ها می‌شود. نگرانی در مورد فلوترهای ویت‌ره نمونه بارز این موضوع است.

(چ) ترس از مشکلات سلامت روان. سندرم چارلز بونت، که در آن بیماران دچار توهمات بینایی می‌شوند، در بیماران مبتلا به اختلال بینایی، به ویژه اگر شدید باشد، غیر معمول نیست و بیماران نگران هستند که دچار زوال عقل یا سایر مشکلات سلامت روان شوند.

۲.۱.۳ ایجاد یک رابطه: آرام کردن بیمار

مهارت‌های ارتباطی خوب کارکنان پذیرش و دستیاران بالینی برای کمک به آرامش بیمار بسیار مهم است.

(الف) اطلاعات مربوط به معاینه چشم را (از طریق وب سایت‌ها، کاتالوگ‌ها، پمفلت و غیره) قبل از قرار ملاقات ارائه دهید زیرا این امر می‌تواند اضطراب بیمار را کاهش دهد و رضایت از مشاوره را بهبود بخشد.

(ب) محیطی راحت و دلپذیر در اتاق انتظار فراهم کنید. صندلی‌های راحت، مجموعه‌ای از مجلات، موسیقی آرام و غیره همگی می‌توانند به آرامش بیمار کمک کنند. کپی‌های قاب شده از مدارک تحصیلی همه کارکنان، چه در اتاق انتظار و چه در اتاق معاینه، می‌تواند به برخی از بیماران اطمینان خاطر بدهد.

(ج) دستیاران بالینی باید آزمایشاتی را که انجام می‌دهند به طور کامل توضیح دهند و نشان دهند که نتایج آزمایش توسط اپتومتریست به آن‌ها اطلاع داده خواهد شد. یک ارتباط خوب می‌تواند بیمار مضطرب را آرام کند و رضایت بیمار را از معاینه چشم افزایش دهد. راه‌های زیادی برای آرام کردن بیمار و ایجاد رابطه وجود دارد که عبارتند از:

(د) به نظر می‌رسد که اهمیت لباس رسمی نسبت به گذشته کمتر شده است. تحقیقات پزشکی نشان می‌دهد که اگرچه برخی از بیماران مسن‌تر ظاهر رسمی و «حرفه‌ای» را ترجیح می‌دهند، اما بسته به کشور، محیط و زمینه مراقبت، تنوع زیادی وجود دارد.

(ه) برخی از معاینه‌کننده‌ها دوست دارند با نام خودشان صحبت و احوال‌پرسی کنند و آن‌ها را تا اتاق معاینه همراهی کنند. در این شرایط برای ارتباط بهتر می‌توانید «لبخند بزنید و تماس چشمی برقرار کنید».

(و) ارتفاع صندلی را تغییر دهید تا مطمئن شوید که در همان سطح چشم بیمار هستید.

(ز) در شروع شرح حال، توجه کامل به بیمار خود داشته باشید و به صفحه نمایش نگاه نکنید (یا قلم خود را پایین بگذارید). حالت و استایل شما باید آرام اما با دقت باشد.

(ح) برخی از معاینه کننده ها دوست دارند قبل از معاینه در مورد مسائل غیر بالینی (مانند آب و هوا، تعطیلات، تیم های ورزشی، پارکینگ) صحبت کنند تا به بیمار آرامش ببخشند. از این نظر، یادداشت هر گونه اطلاعات مرتبط (به عنوان مثال، ورزش مورد علاقه کودک، بازیکن ورزشی، تیم، نویسنده، حیوانات خانگی بیمار و نام آن ها، موفقیت های فرزندان) می تواند مفید باشد تا به شما اجازه دهد مکالمه را در بازدیدهای بعدی شروع کنید.

(چ) تماس چشمی منظم داشته باشید و از نام بیمار در فواصل مناسب در طول معاینه خود استفاده کنید. ترجیح استفاده از نام یا نام خانوادگی بیمار را می توان با سن آن ها مرتبط دانست. لحن صدای شما باید با آنچه می گوئید مطابقت داشته باشد.

(م) معمولاً از یک سؤال باز برای شروع گرفتن تاریخچه استفاده می شود (بخش 1.3.2، مرحله 3) زیرا این امکان را به بیماران می دهد تا در مورد مشکلات بینایی یا عینک خود به شما اطلاع دهند. دادن زمان کافی به بیماران برای بحث در مورد مشکلاتشان و عجله نکردن آن ها، اما در عین حال حفظ کنترل و تعادل در بحث، لازم است. شما باید اطمینان حاصل کنید که بیماران احساس می کنند که شما به طور کامل به مشکلات آن ها گوش داده و درک کرده اید و حتی ممکن است لازم باشد به آن ها اجازه دهید در مورد اطلاعاتی که می دانید از نظر تشخیصی ضروری نیستند صحبت کنند. با این حال، شما همچنین باید این مهارت را توسعه دهید که بتوانید صحبت یک بیمار بیش از حد پرحرف را بدون بی ادبی متوقف کنید.

(ک) برخی از بیماران بسیار خجالتی هستند و در این شرایط استفاده از یک سوال باز به احتمال زیاد آنقدر مفید نباشد و ممکن است باعث شود بیمار احساس ناراحتی کند. سؤالات بسته (یعنی سؤالاتی که پاسخ بله یا خیر دارند، مانند «آیا برای دیدن تخته در مدرسه مشکلی دارید؟») می تواند در ابتدای تاریخچه چنین بیمارانی مفید باشد. اگر بیمار آرام شود و مکالمه راحت تر شود، می توان بعداً از یک سؤال باز در تاریخچه مورد استفاده کرد.

(ل) گوش دادن یک مهارت ارتباطی بسیار مهم است. بسیار مهم است که به طور کامل به حرف های بیمار گوش داده و مشکلات او را درک کرده باشید. نشانه های مختلفی وجود دارد که به بیمار نشان می دهد که به او گوش می دهید، و این نشانه ها شامل حفظ تماس چشمی و نشان دادن توجه با تکان دادن سر و یا استفاده از کلمات مثبت است. کلماتی مانند «می فهمم»، «خب» و «ادامه بده». گوش دادن همچنین با استفاده از سؤالات بعدی، مانند پرسیدن در مورد محل، شروع، دفعات سردرد و غیره هنگامی که بیمار از سردرد رنج می برد، نشان داده می شود. در نهایت، خلاصه کردن مشکلات بیمار در پایان تاریخچه (به بخش 1.3.2، مرحله 10 نگاه کنید) روش مفیدی است که به بیماران نشان می دهد که به آنچه آن ها می گویند گوش داده اید و به طور کامل متوجه مشکلات آن ها شده اید. و همچنین این فرصت را برای بیمار فراهم می کند که اگر چیزی را از دست داده اید به شما اطلاع دهد.

(م) در مورد هر تستی که در طول معاینه خود استفاده می کنید، توضیح مختصری به بیمار ارائه دهید. اطلاعات بیمار در مورد تست هایی که انجام می دهید به احتمال زیاد بسیار اندک است و معمولاً بیماران تمایل دارند که از فرآیند معاینه آگاه شوند و اطلاعات بیشتری را به دست آورند. اطلاعات پیشنهادی، به زبان ساده، برای هر تستی که در فصل های بعدی توضیح داده می شود، ارائه شده است.



۲.۱.۴ چگونه مهارت های ارتباطی خود را بهبود ببخشیم

همه دانشجویان باید مهارت های ارتباطی کافی را از طریق سخنرانی، مطالعه کردن و بازخورد های کلینیکی به دست آورند. چگونه می توانیم ارتباط بهتری با بیمار داشته باشیم؟ یک ویژگی مفید در مورد مهارت های ارتباطی این است که می توانیم آن ها را در هر کجا و از هر کسی یاد بگیریم. بدیهی است که محبوبیت یک اپتومتریست یا یکی دیگر از متخصصان حوزه سلامت در بین بیماران از طریق برقراری ارتباط موثر بیشتر می شود. شما همچنین در مشاغلی که با عموم مردم ارتباط دارید می توانید متوجه این مسئله بشوید که مهارت ارتباط برقرار کردن می تواند بسیار ارزشمند باشد. در واقع، از سطح مهارت های ارتباطی که در کلینیک ها نشان داده می شود، مشخص می شود که کدام دانشجویان دارای مشاغلی بوده اند که با عموم مردم سر و کار داشته اند. در نهایت، ثبت فیلم در هنگام گرفتن تاریخچه و یا معاینه چشم و بررسی آن می تواند ابزار ارزشمندی باشد و به ویژه مهارت های ارتباط غیرکلامی شما را برجسته کند. فیلم را با همکار خود مرور کنید و مهارت های ارتباطی غیرکلامی خود را نقد و بررسی کنید. سعی کنید از نشانه های ارتباط غیرکلامی منفی مانند چهره بی حال و بی تفاوت، تماس چشمی کم، سکوت های طولانی، ژست های بی توجه یا مضطرب مانند لمس صورت یا موهای خود، چرخاندن خودکار، خم شدن به عقب، استفاده از یک وضعیت بدن بسته (بازو در سراسر بدن، پاها روی هم قرار گرفته است) یا لحن کسل کننده و آرام و عدم تغییر تن صدای خود اجتناب کنید.

۲.۲ اهمیت ثبت و رکورد

باید تمام نتایج آزمایشات (شامل شرح حال و بحث در مورد تشخیص ها و برنامه های مدیریتی و درمانی) ثبت شود و اگر ثبت نشوند، در مراحل بعدی و در صورت نیاز به تجزیه و تحلیل های قانونی، می تواند برای معاینه کننده مشکل ساز شود.

۲.۲.۱ پرونده الکترونیک سلامت

در حال حاضر شرح حال بیماران اغلب به صورت الکترونیک ثبت می شود و همین مسئله بسیاری از مشکلاتی را که پرونده های قدیمی داشتند، حل کرده است. پرونده های قدیمی اغلب به صورت دست نویس ثبت می شدند و احتمال ناخوانا بودن و گم شدن آن ها وجود داشت، پرونده های الکترونیک اغلب این مشکلات را رفع کرده اند. از دیگر مزایای پرونده های الکترونیک نسبت به سیستم های مبتنی بر پرونده کاغذی می توان به این موضوع اشاره کرد که اطلاعات مربوط به تاریخچه بیمار را می توان آپلود کرد و سپس با اطلاعات معاینه فعلی اصلاح کرد (این کار برای چشم راست و چپ نیز قابل انجام است). تصویربرداری های چشمی را می توان به این سیستم متصل کرد و نامه های ارجاعی را راحت تر به بیمار ارائه کرد. پرونده های سلامت الکترونیک بسیاری متنوع هستند اما در حال حاضر این سیستم ها (اگر امکان اتصال تصویربرداری های چشمی به آن ها وجود نداشته باشد)، معایبی مانند عدم توانایی در ترسیم الگوهای مختلف (مانند الگوهای رنگ آمیزی فلورسین و کاتاراکت) می تواند داشته باشد. همچنین عادت کردن اپتومتریست های جایگزین به سیستم های مختلف دشوار است.

۲,۳ گرفتن شرح حال

شرح حال، پایه و اساس معاینات بیمار است. این امر شما را در موقعیت یک کارآگاه قرار می دهد، در این شرایط شما باید سعی کنید از تمام مهارت های خود مثل مشاهده درست، گوش دادن به صحبت های بیمار و حتی نحوه بیان آن ها و همچنین سوال پرسیدن برای شناسایی کامل مشکلات و تشخیص درست استفاده کنید. در کادر 2.1 خلاصه ای از نحوه شرح حال گرفتن ارائه شده است. موضوع گرفتن شرح حال پیچیده است و سال ها طول می کشد تا به خوبی آن را انجام دهید.

کادر ۲-۱ خلاصه روش گرفتن شرح حال

- ۱- مشخص کردن شکایت اصلی بیمار (CC)، از LOFTSEA یا روش های مشابه برای جمع آوری تمام اطلاعات مناسب استفاده کنید.
- ۲- اصلاح عیوب انکساری اگر جزء شکایت اصلی بیمار نباشد، نوع، مقدار عیب انکسار موجود و مدت زمانی که بیمار از عینک و لنز تماسی استفاده می کند، کیفیت دید در دور و نزدیک با هر کدام و بدون آن ها را در صورت لزوم تعیین کنید.
- ۳- دید: اگر بیمار عینک ندارد، در مورد کیفیت دید در دور و نزدیک از بیمار بپرسید.
- ۴- علائم: اگر جزئی از شکایت اصلی بیمار نیست، در مورد علائم سردرد، خستگی چشم، درد و احساس ناراحتی، دوبینی، فلشینگ و فلوتر از بیمار سوال کنید.
- ۵- سابقه چشمی: در مورد سابقه چشمی بیمار، سابقه چشمی خانوادگی و آخرین معاینه چشمی سوال کنید.
- ۶- سلامت عمومی: در مورد سلامت عمومی بیمار، داروها، آلرژی ها، سابقه پزشکی خانوادگی و آخرین معاینه پزشکی سوال کنید.
- ۷- در مورد شغل، ورزش هایی که انجام می دهد، سرگرمی ها، استفاده از کامپیوتر و رانندگی از بیمار سوال کنید.
- ۸- شرح حال گرفته شده را خلاصه کنید.
- ۹- به یاد داشته باشید که گرفتن شرح حال بیمار محدود به ابتدای معاینه نیست و در طول معاینه ادامه دارد.

۲,۳,۱ پایه و اساس شرح حال گرفتن

گرفتن شرح حال از بیمارانی که مشکل چشمی و بینایی خاصی ندارند و از عینک یا لنز تماسی استفاده نمی کنند، معمولاً دشوار نیست. این بخش توضیح می دهد که چه سؤالاتی باید بپرسید (به زبان ساده)، به چه صورت و ترتیب باشد و چگونه پاسخ ها را ثبت کنید (مثالی از ثبت سابقه پرونده اصلی در بخش 2.3.8 الف آورده شده است): در ابتدا، تسلط بر نحوه گرفتن