

فهرست

فصل اول : آناتومی و دستگاه تناسلی زن و مرد.....
فصل دوم : ارتباط اولیه و اصول مراقبت از بیمار.....
فصل سوم : مراقبت های اولیه و بهداشتی.....
فصل چهارم : ارزیابی قبل از عمل.....
فصل پنجم : بیولوژی مولکولی و ژنتیک.....
فصل ششم : فیزیولوژی تولید مثل.....
فصل هفتم : کنترل هورمونی تولید مثلی زن و مرد.....
فصل هشتم : اختلالات اندوکرین.....
فصل نهم : بلوغ.....
فصل دهم : یائسگی.....
فصل یازدهم : آمنوره.....
فصل دوازدهم : ناباروری.....
فصل سیزدهم : سونوگرافی و اندوسکوپی ژنیکولوژیک.....
فصل چهاردهم : هیسترکتومی.....
فصل پانزدهم : بیماری تروفوبلاستیک حاملگی.....
فصل شانزدهم : بیماری های خوش خیم پستان.....
فصل هفدهم : سرطان پستان.....
فصل هجدهم : بیماری های داخل اپی تلیوم سرویکس و واژن و ولو.....
فصل نوزدهم : سرطان سرویکس و واژن.....

.....	فصل بیستم : فیبروئیدهای رحمی
.....	فصل بیست و یکم : درد لگن و دیسمنوره
.....	فصل بیست و دوم : اندومتریوز
.....	فصل بیست و سوم : سرطان رحم
.....	فصل بیست و چهارم : بیماری خوش خیم دستگاه تناسلی
.....	فصل بیست و پنجم : سرطان تخمدان و لوله فالوب و صفاق
.....	فصل بیست و ششم : عفونت های دستگاه ادراری و بیماری های آمیزشی
.....	فصل بیست و هفتم : دستگاه ادراری
.....	فصل بیست و هشتم : پرولاپس اعضای لگن
.....	فصل بیست و نهم : سرطان ولو
.....	فصل سی ام : تمایلات جنسی و اختلالات عملکرد جنسی
.....	فصل سی و یکم : انواع سقط و حاملگی خارج از رحم
.....	فصل سی و دوم : تنظیم خانواده
.....	منابع

فصل اول: آناتومی و دستگاه تناسلی زن و مرد

- دستگاه تناسلی زن؛ شامل اعضای داخلی و خارجی است. اعضای داخلی درون لگن کوچک قرار گرفته اند. و عبارتند از : تخمدانها، لوله های رحمی، رحم و واژن. اعضای تناسلی خارجی در جلو و پایین قوس پوبیس قرار گرفته اند. و عبارتند از : مونس پوبیس، لبهای بزرگ و کوچک، کلیتوریس، وستیبول، و عدد وستیبولاً بزرگ.

• تخمدان ها (Ovaries)؛ همتای بیضه در مردان هستند. هر تخمدان عضو بادامی شکل است. که تقریباً ۳ سانتی متر طول، ۱/۵ سانتی متر عرض، و یک سانتی متر ضخامت دارد. وزن هر تخمدان ۸-۶ گرم است. *نکته : که پس از یائسگی، وزن آن کمتر از یک گرم میشود. رنگ تخمدان ها در بچه ها سفید مایل به صورتی، و در بالغین صورتی مایل به خاکستری است. در هنگام قاعدگی رنگ آن تیره تر می شود. در زنان یائسه، رنگ آن خاکستری مایل به زرد است. و در روی جسد به رنگ سفید مایل به خاکستری دیده میشود. تخمدان ها در طرفین رحم، در مجاورت جدار خارجی لگن کوچک قرار دارند. و به قسمت فوقانی - خلفی رباط پهن رحمی در پایین و عقب لوله رحمی اتصال می یابند. *نکته : موقعیت تخمدان در زنانی که زایمان کرده اند، بسیار متغیر است. زیرا در اولین بارداری تخمدان ها از محل اصلی خود جابجا می شوند. و هرگز به محل اول خود بر نمی گردند. علاوه بر این، تغییر موقعیت احشاء مجاور نظیر روده ها نیز می تواند سبب تغییر موقعیت تخمدانها شود. در زنانی که زایمان نکرده اند، در حالت ایستاده، محور طولی تخمدان ها عمودی است. و هر تخمدان دارای یک سطح داخلی، یک سطح خارجی، یک انتهای فوقانی یا لوله ای، یک انتهای تحتانی یا رحمی، یک کنار قدامی یا کنار مزاوارین و یک کنار خلفی یا کنار آزاد می باشد. *نکته : در زنان نولی گراوید، تخمدان ناحیه ای را در جدار خارجی لگن کوچک به نام (حفره تخمدانی)، (Ovarian fossa) اشغال می کند. این حفره از جلو توسط شربان مسدود شده نافی و از عقب توسط شربان ایلیاک داخلی و حالب محدود می شود. در زنان مولتی پار، تخمدان ها کمی پایین تر هستند. و محور طولی آن ها به طرف پایین و داخل کشیده می شود. بطوريکه سطح خارجی آن ها به سطح تحتانی خارجی تبدیل می گردد. *نکته : در دوران جنبی تخمدانها نیز مانند بیضه ها در ناحیه کمر قرار دارند. و به تدریج به داخل لگن نزول می کنند. به همین دلیل در اطفال تخمدان ها بالاتر از حفره تخمدانی قرار دارند. و ممکن است در روی تنگه فوقانی لگن یا عضله پسواس مازور قرار بگیرند.

انتهای فوقانی یا لوله ای؛ (Superior or Tubal Extremity) انتهای فوقانی تخمدان مدور است. و در مجاورت ورید ایلیاک خارجی قرار می گیرد. یکی از شرابه های لوله رحمی به نام شرابه تخمدانی (Ovarian Fimbria)، و همچنین یک چین صفاقی به نام رباط آویزان کننده تخمدان (Ovarian Suspensory ligament)، به این انتهای متصل می شوند. انتهای تحتانی یا رحمی (Inferior or Uterine Extremity) این انتهای باریکتر از انتهای فوقانی است. و متوجه کف لگن میباشد. رباط تخمدانی، که در ضخامت رباط پهن رحمی قرار دارد. انتهای تخمدانی را به زاویه فوقانی طرفی رحم متصل می کند. سطح خارجی (Lateral Surface)، با صفاق حفره تخمدانی مجاورت دارد. و به واسطه صفاق یا عروق و عصب ابتدا تور نیز مجاور است. سطح داخلی (Medial Surface)، *نکته : قسمت اعظم این سطح توسط لوله رحمی پوشیده می شود. بین این سطح و مزاوالپینکس یک رسپوس صفاقی بنام (Ovarian bursa) وجود دارد. کنار قدامی یا مزاوارین (Anterior or Mesovarian border)، این کنار صاف است. و توسط یک چین صفاقی کوتاه به نام مزاواریوم به سطح خلفی رباط پهن رحمی متصل می شود. *نکته : مزاواریوم در طول کنار قدامی تخمدان فضای باریکی به نام ناف تخمدان را محدود می کند. که از آن عروق و اعصاب وارد تخمدان می شوند. کنار خلفی یا آزاد (Posterior or Free border)، این کنار محدب بوده و متوجه حالب است. و همانطور که از نامش مشخص است، به عناصر مجاور اتصال ندارد.

- رباط های تخمدان؛ تخمدان به واسطه رباط های زیر در جای خود نگهداری می شود.

۱. مزاواریوم (Mesovarium)، نکته: یک چین صفاقی کوتاه دو لایه است. که کنار قدامی تخدمان را به سطح خلفی رباط پهن رحمی متصل می کند. و از ضخامت آن عروق و اعصاب وارد ناف تخدمان می شوند.

۲. رباط آویزان کننده تخدمان (Suspensory Ligament of the Ovary or Infandibulopelvic Lig.)، یک چین صفاقی است. که از انتهای فوکانی تخدمان به طرف خارج رفته، پس از عبور از روی عروق ایلیاک خارجی، در خلف سکوم یا کولون نزوی، در امتداد صفاقی که عضله پسوسا مژور را می پوشاند، قرار می گیرد. نکته: عروق و اعصاب تخدمانی از ضخامت این رباط عبور کرده، به رباط پهن رحمی و مزاواریوم می رساند.

۳. رباط تخدمانی (Ovarian Ligament)، رباطی است با مقطع گرد که در ضخامت رباط پهن رحمی، در پایین و عقب لوله رحمی قرار می گیرد. این رباط دارای سلولهای عضله صاف نیز می باشد. رباط تخدمانی از انتهای تحتانی تخدمان، تا زاویه فوکانی طرفی رحم امتداد می یابد.

۴. شرابه تخدمانی (Ovarian Fimbrita)، یکی از شرابه های لوله رحمی است. که به انتهای فوکانی تخدمان متصل می شود. نکته: در بین رباط های فوق مزاواریوم و رباط آویزان کننده تخدمان در نگهداری تخدمان نقش مهمی دارند. زیرا دو رباط دیگر سبب اتصال تخدمان به اعضایی می شوند که خود متحرک هستند.

*نکته: تخدمان توسط صفاق پوشیده شده است. ولی این صفاق تغییر شکل یافته و به صورت یک لایه سلول مکعبی در می آید. که به آن اپی تلیوم ژمینیال می گویند. برخی نیز معتقدند که تخدمان توسط صفاق پوشیده نمی شود. و ابی تلیوم ژرمینیال در نتیجه تغییر شکل سلولهای خود تخدمان به وجود می آید. در مقطع تخدمان دو ناحیه قشری و مغزی، دیده می شود. ولی بین این دو مرز مشخصی وجود ندارد. پس از بلوغ ناحیه قشری که دارای فولیکول های تخدمانی است، ضخیم شده و ناحیه مغزی پر عروق را احاطه می کند. توجه شود که در ناف تخدمان، ناحیه قشری محو می شود. نکته: شریان تخدمانی شاخه ای از آورت شکمی است. که در خلف صفاق پایین می آید. و در جلوی عضله پسوسا مژور با حالت تقاطع می کند. این شریان از دهانه فوکانی لگن عبور کرده، وارد رباط آویزان کننده تخدمان می شود. سپس وارد رباط پهن رحمی شده، و از طریق مزاواریوم به ناف تخدمان می رسد. نکته: این شریان شاخه هایی به لوله رحمی می دهد. و با شریان رحمی نیز آنساستوموز می شود. نکته: وریدهای تخدمانی در مزاواریوم، و رباط آویزان کننده تخدمان، شبکه ای به نام شبکه پیچک مانند (Pampiniform plexus)، را تشکیل می دهند. این شبکه به یک جفت ورید تخلیه می شود. که همراه با شریان تخدمانی صعود می کنند. غالباً این دو ورید با یکدیگر پیوند شده، و یک ورید تخدمانی را در هر طرف ایجاد می کنند. نکته: ورید تخدمانی راست، به ورید اجوف تحتانی، و ورید تخدمانی چپ به ورید کلیوی چپ تخلیه می شوند. نکته: عروق لنفاوی تخدمان به عقده های لنفاوی آورتیک تخلیه می شوند. نکته: عصب گیری تخدمان، از شبکه تخدمانی است. که از شبکه های کلیوی، آورتیک و هیپوگاستریک مشتق می شود. و همراه با شریان تخدمانی است. این شبکه در الیاف سمپاتیک و پاراسمپاتیک می باشد. نکته: الیاف سمپاتیک آن (T₁₀₋₁₁، واژوموتور و الیاف پاراسمپاتیک آن (S₂₋₃-4)، واژودیلاتور هستند. نکته: الیاف حسی همراه با الیاف سمپاتیک می باشند. به طوریکه درد تخدمان مانند درد آپاندیس در اطراف ناف حس می شود.

• لوله های رحمی (Uterine Tubes)، یا لوله های فالوپ، در کنار فوکانی رباط پهن رحمی قرار دارند. این لوله ها تخمک و تخم لقاد یافته را به سمت رحم هدایت می کنند. هر لوله رحمی ۱۰ سانتی متر طول دارد. و در داخل به زاویه فوکانی حفره رحم باز می شود. انتهای خارجی لوله رحمی با تخدمان مجاور است. هر لوله رحمی از ۴ بخش تشکیل شده است. خارجی ترین بخش آن مانند شیپور، است و به آن اینفاندیبیولوم، می گویند. نکته: اینفاندیبیولوم توسط سوراخ شکمی (Abdominal Ostium)، به

حفره صفاقی باز می‌شود، که قطر آن حدود ۳ میلی متر است. در اطراف اینفاندیبولوم تعدادی زبانه انگشتی شکل به نام شرابه (Fimbria)، دیده می‌شود. یکی از این شرابه‌ها که طویل‌تر از بقیه است. به انتهای فوکانی تخدمان متصل می‌شود. که به آن شرابه تخدمانی می‌گویند. بخش دوم لوله رحمی که داخل تر از اینفاندیبولوم قرار دارد، آمپول (Ampulla) نامیده می‌شود. این بخش ۶-۷ سانتی متر طول دارد. و دارای دیواره نازک و مجرای متسع و پیچ دار است. سومین بخش لوله، تنگه (Isthmus)، نام دارد. این بخش که یک سوم داخلی لوله رحمی را تشکیل می‌دهد، باریک، مدور و طناب مانند است. بخش داخلی دیواره ای یا بخش رحمی، (Interamural or Uterine Part)، تقریباً یک سانتی متر طول دارد. و در ضخامت دیواره رحم قرار می‌گیرد. سوراخ رحمی که یک میلی متر قطر دارد، در زاویه فوکانی طرفی حفره رحم باز می‌شود. لوله رحمی در ضخامت کنار فوکانی رباط پهنه رحمی قرار دارد. ***نکته:** بخشی از رباط پهنه که بین این دو لوله و محل اتصال مزاوریوم قرار دارد، به نام مزوپالپنکس موسوم است. که حاوی انتهای عروق رحمی و تخدمانی می‌باشد. در ضخامت رباط پهنه رحمی، رباط گرد رحمی در جلو و پایین لوله رحمی قرار دارد. و رباط تخدمانی در پایین و عقب لوله رحمی است. لوله رحمی از روی تخدمان قوس می‌زند. بطوریکه در مجاورت با کنار قدامی تخدمان صعود کرده، از روی انتهای فوکانی تخدمان قوس زده و در مقابل کنار خلفی و سطح داخلی تخدمان پایین می‌آید. دیواره لوله رحمی از ۳ طبقه تشکیل می‌شود. که از داخل به خارج عبارتند از: مخاط، طبقه عضلانی، و طبقه سروزی. ***نکته:** شریان رحمی دو سوم داخلی، و شریان تخدمانی یک سوم خارجی لوله را خونرسانی می‌کنند. وریدهای لوله رحمی همراه با شریانها بوده، به شبکه پیچک مانند تخدمان و وریدهای تخدمانی تخلیه می‌شوند. ***نکته:** عروق لنفاوی این عضو با لنفاتیک های تخدمان پیوند شده، به عقده های لنفاوی آئورتیک تخلیه می‌شوند. البته لنفاتیک های تنگه لوله رحمی همراه با رباط گرد رحمی سیر می‌کنند. و به عقده های لنفاوی اینگوینال سطحی تخلیه می‌شوند. ***نکته:** لوله های رحمی از اعصاب سمباتیکی و پاراسمباتیکی که همراه با شریان های رحمی و تخدمانی هستند، عصب گیری می‌کنند. الیاف سمباتیک (T10-L1)، از شبکه هیپوگاستریک مشتق می‌شوند. این الیاف واژوموتور هستند. و احتمالاً محرك حرکات دودی لوله رحمی نیز می‌باشند. الیاف پاراسمباتیک نیمه خارجی لوله رحمی از عصب واگ، و الیاف پاراسمباتیک نیمه داخلی لوله از اعصاب احساسی لگن (S2,3,4)، مشتق می‌شوند. این الیاف متوقف کننده حرکات دودی واژودیلاتور هستند.

• رحم (Uterus)، یک عضو توخالی است. که جدار آن بسیار ضخیم می‌باشد. این عضو درون لگن حقیقی بین مثانه و رکتوم قرار می‌گیرد. لوله های رحمی به قسمت فوکانی رحم باز می‌شوند. و قسمت تحتانی این عضو در امتداد واژن است. در هنگام حاملگی، شکل، ساختمان و موقعیت رحم، تغییر می‌کند. ولی مدتی پس از زایمان تقریباً به محل قبلی خود باز می‌گردد. رحم شبیه به یک گلابی است. که از جلو به عقب تخت شده باشد. محور طولی آن غالباً در امتداد محور دهانه فوکانی لگن است. رحم دارای ۷/۵ سانتی متر طول، ۵ سانتی متر عرض (در قسمت فوکانی)، و ۲/۵ سانتی متر ضخامت دارد. ۳۰-۴۰ گرم وزن دارد. از نظر ساختمانی و عملی به دو بخش تقسیم می‌شود که عبارتند از: تنہ و گردن رحم. در سطح خارجی رحم، کمی پایین تر از نیمه ارتفاع آن، یک فرورفتگی کوچک به نام تنگه رحم (Isthmus)، دیده می‌شود. که تنہ را از گردن رحم جدا می‌کند. هم سطح با این فرورفتگی در حفره داخلی رحم نیز یک تنگی دیده می‌شود. که به آن سوراخ داخلی (Internal Os)، می‌گویند. تنہ رحم (Corpus Uteri)، در بالای تنگه رحم قرار دارد. بخشی از تنہ رحم که بالاتر از محل ورود لوله های رحمی است، به نام فوندوس موسوم است. که مرتفع ترین بخش رحم است. ولی هنگامیکه از طریق گردن رحم بررسی شود، عمیق ترین بخش رحم می‌باشد. تنہ رحم هر چه از فوندوس به سمت تنگه رحم پایین می‌آید؛ باریکتر می‌شود. سطح قدامی تنہ (یا سطح مثانه ای)، پهن بوده با مثانه مجاورت دارد. صفاق سطح سطح قدامی تنہ را پوشانده و در محاذات سوراخ داخلی رحم در روی، سطح فوکانی مثانه قرار می‌گیرد. بدین ترتیب بین رحم و مثانه یک بن بست صفاقی بنام بن بست رحمی- مثانه ای (Uterovesical pouch)، تشکیل می‌شود. که معمولاً درون آن هیچ عنصری قرار نمی‌گیرد.

سطح خلفی تنہ (یا سطح روده ای)، محدب است. و توسط صفاق پوشیده می شود. صفاق پس از پوشاندن سطح خلفی تنہ رحم، گردن رحم و قسمت فوقانی واژن را نیز پوشانده، سپس به سمت عقب منعطف شده و بر روی رکتوم قرار می گیرد. *نکته: بدین ترتیب یک بن بست صفاقی دیگر بین رحم و رکتوم به وجود می آید. که به آن بن بست راست روده ای-رحمی (Rectouterine Pouch)، یا بن بست دوگلاس (Pouch of Douglas)، می گویند. *نکته: معمولاً کولون سیگموئید و قوسهای انتهایی ایلئوم در این بن بست قرار می گیرند. فوندوس رحم، در تمام جهات محدب است. و توسط صفاق پوشیده می شود. این بخش از رحم با قوسهای روده کوچک و گاهی اوقات با کولون سیگموئید متسع شده، مجاورت دارد. کنار خارجی رحم، کمی محدب است. و در قسمت فوقانی آن لوله رحمی وارد رحم شده است. *نکته: در جلو و پایین محل ورود لوله رحم، رباط گرد رحمی، و در عقب و پایین محل ورود لوله رحمی، رباط تخدمانی به رحم اتصال می یابند. *نکته: این سه عنصر (لوله رحم، رباط گرد رحمی، و رباط تخدمانی)، در ضخامت یک چین صفاقی به نام رباط پهن رحمی قرار دارند. *نکته: رباط پهن رحمی از کنار خارجی رحم تا جدار خارجی لگن حقیقی کشیده شده است.

* گردن رحم (Cervix Uteri): ۲/۵ سانتی متر طول دارد. این بخش باریکتر و استوانه ای تراز تنہ رحم است. و نسبت به تنہ رحم تحرک کمتری دارد. *نکته: گردن رحم از جدار قدامی واژن وارد آن می شود. بنابراین، دارای یک بخش فوقانی واژنی، و یک بخش واژنی می باشد. *نکته: بخش سوبراؤژینال گردن رحم، در جلو توسط یک بافت همبند، به نام پارامتریوم از مثانه جدا شده است. پارامتریوم در طرفیت گردن رحم، و همچنین بین دو لایه رباط پهن رحمی نیز قرار دارد. *نکته: شریان های رحمی برای رسیدن به گردن رحم از این بافت عبور می کنند. و حالب ها با فاصله ۲ سانتی متر از گردن رحم از جلو و جلوی شریان رحمی عبور می نمایند. *نکته: مجاورت شریان رحمی و حالب همیشه دو طرف به صورت قرینه نیست. سطح خلفی بخش سوبراؤژینال گردن رحم توسط صفاق پوشیده می شود. این صفاق قسمت فوقانی جدار خلفی واژن را نیز می پوشاند. و سپس بر روی رکتوم منعطف می شود. بنابراین سطح خلفی این بخش از گردن رحم به واسطه بن بست داگلاس با رکتوم مجاورت دارد. بخش واژینال گردن رحم، وارد جدار قدامی واژن شده و در اطراف آن شباهایی به وجود می آید، که به نام فورنیکس های واژن، موسوم میباشند. این فورنیکس ها عبارتند از: یک فورنیکس قدامی، یک فورنیکس خلفی، و دو فورنیکس طرفی. *نکته: فورنیکس خلفی، عمیق تر از سایر فورنیکس های واژن می باشد. در انتهای مدور گردن رحم، یک سوراخ گرد یا بیضوی وجود دارد. که به داخل واژن باز میشود. این سوراخ که به نام سوراخ خارجی (External Os)، موسوم است. در زنانی که زایمان نکرده اند، دارای یک لب قدامی و یک لب خلفی می باشد. *نکته: لب قدامی کوتاهتر و ضخیم تراز لب خلفی است.

در لگن طبیعی، در صورتیکه مثانه و رکتوم خالی باشند. رحم به طرف جلو، خم شده و به ندرت ممکن است، در خط وسط قرار بگیرد. محورهای طولی تنہ و گردن در امتداد یک خط نیستند. بطوريکه محور طولی رحم به سمت، جلو مقعر است. این حالت را آنته فلکسیون می گویند. *نکته: گاهی اوقات ممکن است، محور طولی تنہ رحم، با محور طولی گردن رحم یک زاویه منفرجه بسازند، که اندازه آن بین ۱۰۰-۱۲۰ درجه است. و رأس زاویه در محل سوراخ داخلی رحم می باشد. این حالت را آنته فلکسیون حاد (Acute Anteflexion)، می گویند. *نکته: با توجه به اینکه گردن رحم از جدار قدامی واژن وارد آن می شود، بین محور طولی واژن که متوجه پایین و جلو است. و محور طولی رحم که متوجه پایین و عقب است، یک زاویه قائم به وجود می آید، این حالت را آنته ورسیون (Anteversion)، می گویند.

حفره رحم نسبتاً کوچک است. و در مقطع سازیتال به صورت یک شکاف باریک دیده می شود. در مقطع کرونال رحم، حفره رحم مثلثی شکل است. سوراخ داخلی رحم، رأس این مثلث را تشکیل می دهد. که در امتداد مجرای گردن رحم است. مجرای گردن رحم، یک مجرای دوکی شکل است، که از طریق سوراخ داخلی با حفره تنہ رحم و از طریق سوراخ خارجی با واژن ارتباط دارد. در

جدارهای قدامی و خلفی این مجرای کستیغ طولی دیده می‌شود که، تعدادی چین به نام (Palmate Folds)، به آن‌ها متصل می‌شوند. و منظره‌ای شبیه به شاخه‌های درخت را ایجاد می‌کنند، که به آن درخت حیات رحمی (Arbor Vitae Uterine) می‌گویند. چین‌های که در جدارهای قدامی و خلفی قرار دارند، دقیقاً در مقابل یکدیگر نیستند. بلکه هنگامیکه جدارهای قدامی و خلفی روی یکدیگر قرار می‌گیرند، این چین‌ها در هم فرو می‌روند، و مجرای گردن رحم را مسدود می‌کنند. *نکته: به طور کلی طول حفره رحمی از سوراخ خارجی تا فوندوس حدود ۶ سانتی متر است. و ظرفیت رحم در زنان نازا حدود ۳-۴ سانتی متر مکعب می‌باشد.

شكل، اندازه و موقعیت رحم در مراحل مختلف زندگی، متغیر است. در جنین و کودکان، رحم بالاتر از دهانه فوکانی لگن قرار گرفته و گردن رحم بزرگ‌تر از تنہ رحم است. در هنگام بلوغ، شکل رحم شبیه به گلابی شده و وزن آن ۱۴-۱۷ گرم است. در این زمان رحم به داخل لگن حقیقی نزول کرده، و فوندوس پایین تر از دهانه فوکانی قرار دارد. موقعیت رحم در بزرگسالان نسبت به پر یا خالی بودن مثانه و رکتوم تغییر می‌کند. هنگامیکه مثانه و رکتوم خالی باشند، و فرد ایستاده باشد، تنہ رحم تقریباً افقی است. و فوندوس تقریباً ۲ سانتی متر عقب تر از سمفیزیس پوییس می‌باشد. در این حالت، رحم و واژن نسبت به هم زاویه ۹۰ درجه می‌سازند. و سوراخ خارجی رحم در نیمه فاصله بین دو خار ایسکیال قرار دارد. وقتی که مثانه پر شود؛ رحم موقعیت عمودی پیدا می‌کند. و حتی ممکن است، فوندوس آن به طرف ساکروم خم شود. *نکته: در هنگام قاعده‌گی، رحم بزرگ‌تر و پر عروق تر می‌شود. در هنگام بارداری، رحم بزرگ شده و در ۸ ماهگی تا ناحیه اپیگاستر بالا می‌آید. این افزایش اندازه عمدتاً به دلیل هیپرتروفی الیاف عضلانی جدار رحم است. ولی اندکی نیز به علت افزایش تعداد الیاف عضلانی می‌باشد. پس از زایمان، رحم به محل و اندازه طبیعی خود برگشت می‌کند. در این حالت وزن آن حدود ۴۲ گرم است. و حفره آن بزرگ‌تر از حفره رحم زنان نازا می‌باشد. در سنین پیری، رحم آتروفی شده و جدار آن سخت تر و رنگ پریده تر می‌گردد.

*نکته: رباط‌های رحم، علاوه بر لگن استخوانی، عضلات کف لگن، و همچنین جسم پرینه آل، در نگهداری رحم نقش مهمی دارند. تعدادی رباط نیز در نگهداری رحم مؤثرند.

- رباط پهن رحمی (Broad Lig); دو رباط پهن رحمی از کنار طرفی رحم، تا جدار خارجی لگن حقیقی کشیده شده‌اند. هنگامیکه مثانه خالی باشد، رباط پهن دارای یک سطح فوکانی و یک سطح تحتانی است، ولی وقتی مثانه پر باشد این رباط دارای یک سطح خلفی و یک سطح قدامی بوده و یک کنار آزاد فوکانی دارد. *نکته: رباط پهن یک چین صفاق دو لایه است که عناصر زیر در ضخامت آن قرار دارند:

- یک لوله؛ لوله رحمی در کنار آزاد آن قرار دارد.
- دو رباط؛ رباط گرد رحمی در پایین و جلوی لوله رحمی و رباط تخدمانی در پایین و عقب لوله رحمی قرار دارند.
- دو دسته عروق؛ عروق رحمی در مجاورت رحم و عروق تخدمانی در ضخامت رباط آویزان کننده تخدمان قرار دارند.
- دو شبکه عصبی؛ شبکه رحمی - واژنی، و شبکه تخدمانی.
- دو باقی مانده جنینی؛ اپواوفرون، و پاراوفرون.
- یک بافت همبند؛ پارامتریوم بافت همبندی است که، در بین دو لایه رباط پهن رحمی قرار می‌گیرد. و ممکن است دارای تعداد کمی الیاف عضلانی صاف نیز باشد.

*نکته: رباط پهن را می‌توان به بخش‌های زیر تقسیم کرد:

۱. مزوپالپنکس، بخشی از رباط پهن است که بین لوله رحمی و رباط تخدمانی قرار می‌گیرد.
۲. مزومتریوم، بخشی از رباط پهن است که در زیر رباط تخدمانی قرار دارد.
۳. مزاواریوم، بخشی از لایه خلفی رباط پهن است که تا کنار قدامی تخدمان امتداد می‌یابد.
۴. رباط آویزان کننده تخدمان، بخش فوقانی خارجی رباط پهن است. که از اینفاندیبولوم لوله رحمی و قطب فوقانی تخدمان تا جدار خارجی لگن امتداد می‌یابد.

- رباط گرد رحمی (Round Lig): نوار باریک و مسطوحی است که ۱۰-۱۲ سانتی متر طول دارد. این نوار در ضخامت رباط پهن رحمی، در پایین و جلوی لوله رحمی قرار می‌گیرد. رباط گرد رحمی از زاویه فوقانی طرفی رحم به سمت خارج رفته، و پس از تقاطع با عروق ایلیاک خارجی و شریان اپی گاستریک تحتانی، وارد سوراخ عمقی کانال اینگوینال می‌شود. این رباط پس از طی کانال اینگوینال در لب بزرگ پخش می‌شود. در مجاورت رحم، تعدادی الیاف عضلانی صاف در ضخامت رباط گرد رحمی دیده می‌شود. ولی هر چه از رحم دورتر می‌شود، تعداد این الیاف کاهش می‌یابد.

- رباط رحمی- خاجی (Uterosacral Lig): یک نوار فیبرو است که از سطح خلفی گردن رحم تا سطح قدامی ساکروم امتداد می‌یابد. این رباط دارای تعدادی الیاف عضلانی صاف است. دو رباط رحمی خاجی در طرفین بن بست دوگلاس (بن بست رکتواوترين)، دو چین صفاقی به نام چین های رکتواوترين (چین های راست روده ای - رحمی)، را ایجاد می‌کنند.

- رباط عرضی گردن، رباط کاردینال یا رباط مکنرود (Transverse Cervical Lig of Mackenrodt or Cardinal Lig): یک نوار فیبرو است که در نتیجه ضخیم شدن بافت همبند اطراف عروق خونی به وجود می‌آید. این رباط از کنار طرفی گردن رحم و فورنیکس جانبی واژن به طرف خارج رفته و با فاسیای فوقانی دیافراگم لگنی ممتد می‌شود.

- رباط پوبوسرویکال (Pubocervical Lig): یک جفت ضخیم شدگی فاسیای لگنی هستند. که از گردن رحم تا سطح خلفی تنہ پوبیس کشیده شده اند.

- رباط قدامی یا چین رحمی- مثانه ای (Anterior Lig or Uterovesical Fold): یک چین صفاقی است که در محل اتصال تنہ رحم به گردن، از روی رحم بر روی مثانه منعطف می‌شود.

- رباط خلفی یا چین راست روده ای- رحمی (Posterior Lig or Rectouterine fold): یک چین صفاقی است که از فورنیکس خلفی واژن به سطح قدامی رکتوم منعطف شده و بن بست عمیقی به نام بن بست رکتواوترين یا بن بست دوگلاس را به وجود می‌آورد.

دیواره رحم نسبتاً ضخیم است. و از سه لایه تشکیل شده است. که از داخل به خارج شامل: انdomتر (مخاط رحم)، میومتر (طبقه عضلانی)، اپی متر (لایه خارجی که از جنس پرده های سروزی یا آدوانتیس) هستند. انdomتر دارای اپی تلیوم منشوری ساده است. که سلولهای آن مژکدار و ترشحی می‌باشد. این اپی تلیوم بر روی آستر مخاط یا کوریون که سرشار از فیبروبلاستها است، قرار می‌گیرد. در انdomتر تعدادی غدد لوله ای ساده دیده می‌شود. که اپی تلیوم آن ها شبیه اپی تلیوم سطحی است. ولی سلولهای مژکدار در آنها نادر است. آندومتر دارای سه لایه است که از سطح به عمق عبارتند از: طبقه متراکم سطحی، طبقه اسفنجی بینابینی، طبقه قاعده ای. طبقات متراکم و اسفنجی که در هنگام قاعدگی ریزش کرده و در دوره ماهانه بعدی جایگزین

می‌شوند. را طبقه کارکردی نیز می‌گویند. طبقه قاعده ای در هر سیکل جنسی باقی مانده و طبقه کارکردی را می‌سازد. میومتر یا طبقه عضلانی، ضخیم ترین قسمت دیواره رحم است. که تقریباً دو سوم ضخامت آن را تشکیل می‌دهد. در طی بارداری سلولهای عضلانی تقسیم شده و همچنین دچار هیپرتروفی می‌شوند. که این امر منجر به رشد میومتر خواهد شد. ساختمان گردن رحم با تنہ و فوندوس رحم تفاوت دارد. اپی تلیوم آن منشوری ساده است. و طبقه عضلانی آن سلولهای عضلانی زیادی ندارد. در عوض مقدار قابل توجهی بافت همبند متراکم در دیواره گردن رحم دیده می‌شود. اپی تلیوم بخش واژینال سرویکس از نوع مطبق سنجگرفشی است. تعداد زیادی غدد موکوسی در مخاط گردن رحم دیده می‌شوند. که در هنگام بارداری موکوس فراوانی را ترسیح می‌کنند.

شریان‌های رحمی که شاخه‌های شریان ایلیاک داخلی هستند، قسمت اعظم خونرسانی رحم را بر عهده دارند. این شریانها در هنگام بارداری دچار هیپرتروفی می‌شوند. شریان‌های رحمی با شریان‌های تخدمانی و واژینال آناستوموز می‌شوند. و شریان‌های دو طرف رحم با یکدیگر ارتباط دارند. وریدهای رحمی در کنار خارجی رحم یک شبکه تشکیل می‌دهند. که خون این شبکه از طریق وریدهای رحمی، تخدمانی و واژینال به ورید ایلیاک داخلی تخلیه می‌شود. عروق لنفاوی رحم را می‌توان به ۳ گروه تقسیم کرد، که با یکدیگر در ارتباط اند. لنفاتیکهای فوقانی با لنفاتیکهای تخدمان ارتباط داشته و لنف فوندوس و قسمت فوقانی تنہ را به عقده‌های لنفاوی آورتیک تخلیه می‌کنند. البته تعداد بسیار کمی از این لنفاتیکها همراه با رباط گرد رحمی طی مسیر کرده و به عقده‌های لنفاوی اینگوینال سطحی تخلیه می‌شوند. لنفاتیک‌های تحتانی که حامل لنف گردن رحم هستند، به عقده‌های لنفاتیک ایلیاک خارجی، ایلیاک داخلی، و ساکرال تخلیه می‌شوند. و لنفاتیک‌های میانی، لنف قسمت تحتانی تنہ را به عقده‌های ایلیاک خارجی تخلیه می‌کنند.

*نکته: عصب گیری رحم را شبکه رحمی- واژنی است که در مجاورت گردن رحم قرار دارد. الیاف سمتیک آن (L1,T12)، واژوموتور هستند. الیاف پاراسمتیک آن (S2,3,4)، واژودیلاتور هستند. و در مهار انقباضات رحمی نقش دارند. درد تنہ رحم از طریق الیافی منتقل می‌شود که همراه با الیاف سمتیک هستند. و درد گردن رحم از طریق اعصاب احساسی لگن (پاراسمتیک)، منتقل می‌شود.

• واژن Vagina؛ یک لوله لیفی عضلانی است. که از رحم تا لبهای کوچک شکاف پودنال (بخش خارجی دستگاه تناسلی زن) امتداد می‌یابد. در موقعیت آناتومیک جهت آن رو به بالا و عقب است. و با محور رحم یک زاویه ۹۰ درجه می‌سازد. جدار قدامی آن ۷/۵ سانتی متر، و جدار خلفی آن ۹ سانتی متر طول دارد. در دختران باکره، دهانه تحتانی واژن توسط یک چین مخاطی نازک به طور ناقص بسته می‌شود. که به آن پرده بکارت (Hymen) می‌گویند. پس از پاره شدن پرده، باقی مانده‌های این پرده به صورت برجستگی‌های کوچکی در اطراف دهانه تحتانی واژن دیده می‌شود، که به آنها کارنکولا (Carenculae Hymenale)، می‌گویند. انتهای فوقانی واژن به دلیل ورود گردن رحم، به یک ناوдан عمیق حلقوی تبدیل می‌شود. که به طور قراردادی این ناوдан را به ۴ بخش تقسیم می‌کند. که عبارتند از: یک فورنیکس خلفی، یک فورنیکس قدامی، و دو فورنیکس طرفی. جدار قدامی واژن با مثانه مجاورت دارد. و پیشایراه نیز در جدار قدامی واژن مدفون شده است. یک چهارم جدار خلفی توسط صفاق پوشیده شده است. و با بن بست دوگلاس مجاورت دارد. دو چهارم میانی به واسطه مقداری بافت سست با رکتوم مجاورت دارد. و یک چهارم تحتانی جدار خلفی توسط جسم پرینه آل از کanal مقعدی جدا شده است. واژن در خارج با عضله لواترآنی و فاسیای لگنی مجاورت دارد. *نکته: حالت‌ها از مجاورت فورنیکس‌های طرفی عبور کرده، به طرف جلو و داخل می‌رونند. و در هنگام ورود به مثانه در جلوی واژن قرار می‌گیرند.

جدار واژن از سه لایه مخاطی، عضلانی و آدوناتیس تشکیل شده است. و فاقد غده می‌باشد. مخاط واژن دارای تعدادی چین عرضی و طولی است. و اپی تلیوم آن از نوع مطبق سنجگرفشی می‌باشد. آستر مخاط از جنس بافت همبند سست بوده، و دارای عروق

فراوان است. لایه عضلانی واژن عمدتاً از الیاف عضلانی صاف طولی تشکیل شده است، که در خارج قرار می‌گیرند. و یک لایه نازک حلقوی در داخل دیده می‌شود. آدوناتیس از جنس بافت همبند متراکم، است. و سرشار از الیاف الاستیک می‌باشد. خاصیت ارجاعی زیاد واژن، به دلیل وجود این الیاف الاستیک است.

*نکته: شریانهای واژینال، رحمی، پودندال داخلی و رکتال میانی، که همگی شاخه‌های شریان ایلیاک داخلی هستند، خونرسانی واژن را بر عهده دارند. از آناستوموز این شریان‌ها با هم، دو شریان آزیگوس واژینال به وجود می‌آید. که یکی در خط میانی سطح قدامی و دیگری در خط میانی سطح خلفی واژن قرار می‌گیرند. وریدهای واژن شبکه‌ای را تشکیل می‌دهند. که از طریق ورید واژینال به ورید ایلیاک داخلی تخلیه می‌شود. عروق لنفاوی بخش فوقانی واژن به عقده‌های لنفاوی ایلیاک داخلی و خارجی تخلیه می‌شوند. و عروق لنفاوی بخش تحتانی واژن به عقده‌های اینگوینال سطحی تخلیه می‌گردند.*نکته: واژن از شبکه‌های رحمی - واژنی و مثانه‌ای عصب گیری می‌کند. الیاف پاراسمپاتیک آن از اعصاب احتشایی لگن می‌باشد. الیاف حسی یک سوم تحتانی واژن مربوط به عصب پودندال است. و این بخش از واژن نسبت به درد حساسیت دارد. بخش فوقانی واژن نسبت به کشش حساس است. و الیاف حسی آن همراه با الیاف سمپاتیک می‌باشد.

• اعضاء تناسلی خارجی زن؛

- مونس پوبیس (Mons Pubis)؛ یک برجستگی مدور در جلوی سمفیزیس پوبیس است. که توسط چربی زیر پوستی ایجاد می‌شود. پوست این برجستگی توسط مو پوشیده شده است.

- لبهای بزرگ (Labia Majora)؛ دو چین پوستی چربی دار و ضخیم هستند. که از مونس پوبیس تا پرینه کشیده شده‌اند. و حد خارجی شکاف پودندال را تشکیل می‌دهند. سطح خارجی لبهای بزرگ توسط مو پوشیده شده و سطح داخلی آنها دارای غدد سباسه بزرگ می‌باشد. انتهای قدامی لبهای بزرگ در زیر مونس پوبیس به یکدیگر متصل شده، رابط قدامی را ایجاد می‌کند. و انتهای خلفی آنها، رابط خلفی را می‌سازد.*نکته: ناحیه‌ای که بین رابط خلفی و مقعد قرار دارد، تقریباً ۳-۵/۲ سانتی متر طول دارد. و به نام پرینه ژنیکولوژیک موسوم است.

- لبهای کوچک (Labia Minora)؛ دو چین پوستی بدون چربی و نازک هستند. که در داخل شکاف پودندال قرار دارند. هر لب کوچک در جلو به دو لایه تقسیم می‌شوند. لایه فوقانی از بالای کلیتوریس عبور کرده، با لایه طرف مقابل پیوند می‌شود. و یک چین به نام Prepuce را ایجاد می‌کند. که بر روی گلنс کلیتوریس قرار می‌گیرد. لایه تحتانی از زیر کلیتوریس عبور کرده و با لایه طرف مقابل، فرنولوم کلیتوریس را می‌سازد. انتهای خلفی دو لب کوچک به یکدیگر متصل شده و فرنولوم لبهای کوچک را می‌سازد. سطح داخلی لبهای کوچک دارای تعداد زیادی غدد سباسه است.

- کلیتوریس (Clitoris)، یک عضو نعروظی، معادل پنیس است. ولی پیشابرای از داخل آن عبور نمی‌کند. این عضو در بخش قدامی شکاف پودندال قرار گرفته و تنہ آن از دو جسم غاری تشکیل شده است. که توسط یک غلاف فیبرو احاطه شده است. و به طور ناقص توسط یک تیغه به نام تیغه شانه مانند (Pecteniform Septum)، از یکدیگر جدا می‌شوند. هر جسم غاری توسط یک ستون به شاخ ایسکیوپوبیک، یک تکمه کوچک مدور است. که از بافت نعروظی اسفنجی ساخته شده و اپی تلیوم آن بسیار حساس است.

- دهلیز واژن (Vestibule)؛ فضایی است که در بین دو لب کوچک که ساختمانهای زیر در آن دیده می‌شوند :

الف) سوراخ خارجی پیشابرای، ۵/۲ سانتی متر پایین تر و عقب تر از گلنс کلیتوریس و درست در جلوی سوراخ واژن قرار دارد.

ب) سوراخ واژن، بصورت یک شکاف سازیتال در خلف سوراخ پیشابرای دیده می شود، در دختران باکره این سوراخ بطور ناقص توسط چین، هایمن پوشیده شده است. شکل و استحکام پرده بکارت متفاوت است. ممکن است، حلقوی، نیمه هلالی، و یا غربالی Imperforate Hymen باشد. و یا اینکه اصلاً وجود نداشته باشد. و یا کاملاً سوراخ خارجی واژن را پوشانده باشد، که این حالت، نامیده می شود.

ج) سوراخ های مجاري غدد وستیبولاير بزرگ در طرفين سوراخ واژن قرار دارند.

د) تعدادي غدد وستیبولاير کوچک.

ه) بخش خلفی دهليز که بين سوراخ واژن و فرنولوم لبهای کوچک قرار گرفته است. به صورت یک فوروفتگی کم عمق دیده ميشود. که به آن حفره دهليزی یا حفره ناويکولار می گويند.

- پيازهای دهليزی (Bulbus Vestibular)، يك جفت عضو بيضوي شكل به طول سه سانتي متر هستند. که از جنس بافت نعروطي می باشند. *نکته : اين ساختمانها همتاى بولب پوبيس می باشند. ولی به علت وجود سوراخ های واژن و پیشابرای دو بخش تقسيم شده اند. *نکته : اين اعضاء توسيع عضلات بوليواسپونژيوسوس پوشیده شده اند. و سطح عمقی آنها با ديافراگم اوروژنيتال مجاورت دارد. انتهای خلفی بولبهای وستیبولايل حجمی بوده و با غدد وستیبولاير بزرگ مجاورت دارد. انتهای قدامی اين دو عضو باریک شده و در جلوی پیشابرای، توسيع يك رابط بنام رابط بولبي (Bulbar Commissure)، به يكديگر متصل می شوند.

- غدد دهليزی بزرگ یا غدد بارتولن (Greater Vestibular Glands)؛ دو غده کوچک مدور یا بيضي شكل هستند. *نکته : که همتاى غدد بولبواورتال (غدد کوپر)، در مردان می باشند. اين غدد با انتهای خلفی بولبهای وستیبولايل مجاورت دارند. هر غده دارای يك مجرای دو سانتي متری است. که در شيار بين پرده بكارت و لب کوچک باز می شود.

شريانها و ورید ها، لنفاتيك و اعصاب اين ناحيه مشابه ساختمانهای همتا در مرد است. *نکته : شريانهای پودندال خارجي (شاخه های شريان راني)، و شريان پودندال داخلی (شاخه شريان ايلياك داخلی) خونرسانی اين ساختمان ها را بر عهده دارند. وریدهای اين ناحيه به شبکه پودندال تخليه می شوند. اين شبکه نيز به وریدهای مثانه اي تحتاني و واژينال تخليه می گردد. لنفاتيك های اين ناحيه به عقده های لنفاوی اينگوينال و ايلياك خارجي تخليه می شوند. *نکته : عصب پودندال، پوست اين ناحيه را عصب دهی می کند. عصب جلدی راني خلفی نيز تعدادي شاخه پرینه آل دارد. پوست مونس پوبيس و قسمت قدامی لبهای بزرگ از عصب ايليوانيگوينال و شاخه ژنيتال عصب ژنتيوفمورال عصب گيري می کنند. اعصاب پاراسمپاتيك ساکرال که همراه با شبکه اطراف شريان واژينال يا همراه با عصب پودندال می باشند، آرتربولهای بافت های نعروطي را متسع می کنند. *نکته : کليتوريس و لبهای کوچک دارای تعداد بسيار زيادي اليف حسي می باشند. و در تحريريات جنسی نقش دارند.

● پستان (Breast or Mammary Gland)، يك غده تغيير شكل يافته است. که در هر دو جنس دیده می شود. اين عضو در مردان به صورت ابتدائي باقی می ماند. ولی در زنان پس از بلوغ رشد و تمایز می يابد. در مردان و کودکان هر دو جنس، نوک پستان کوچک است. و هاله پستان (Areola)، به اندازه زمان پس از بلوغ می باشد. پستان در ضخامت فاسيای ناحيه پكتورال قرار می گيرد. در زنان، شكل اين عضو وابسته به تفاوت های فردی، نژادی، و سنی می باشد. پستان در زنان ممکن است، نيمکروي، مخروطي، پاندولی یا پهن و مسطح باشد. *نکته : در هر حال، قاعده آن بطور كامل عمودی از دنده دوم تا دنده ششم و بطور عرضی از كنار خارجي استرنوم تا خط ميداگزيلاري امتداد يافته، و در امتداد كنار تحتاني عضله سينه اي بزرگ قرار ميگيرد. و حتى ممکن است، فاسيای عمقی را نيز سوراخ کند. و تا نزديکی عقده های لنفاوی آگزيلاري گسترش يابد. اين زائد را

دُم آگزیلاری (Axillary Tail)، می گویند. سطح عمقی پستان کمی مقعر است. و در جلوی عضلات سینه ای بزرگ، دندانه ای قدامی و مایل خارجی شکم قرار می گیرد. فاسیای پکتورال، پستان را از این عضلات مجزا می کند. بین پستان و فاسیای پکتورال نیز یک فضای باریک به نام فضای خلف پستانی وجود دارد. که حاوی بافت همبند سُست می باشد. این بافت همبند سُست اجازه می دهد، که پستان بر روی فاسیای پکتورال حرکت کند.

- نوک پستان یا پاپیلای پستان (Nipple or mammary papilla)؛ یک برجستگی استوانه ای یا مخروطی شکل است، که کمی پایین تر از مرکز سطح قدامی پستان قرار دارد. *نکته : در زنان ناز، معمولاً نوک پستان، در محاذات چهارمین فضای بین دندنه ای است. پاپیلای پستان، صورتی یا قهوه ای روشن است. و ۱۵-۲۰ مجرای شیری به رأس آن باز می شوند. نوک پستان دارای دو دسته الیاف عضلانی صاف حلقوی و طولی می باشد. قاعده پاپیلای پستان توسط یک ناحیه مدور به نام هاله پستان؛ احاطه شده است. در زنان ناز، هاله صورتی رنگ باقی می ماند. ولی در هنگام حاملگی بزرگتر و تیره تر (قهوه ای تر)، می شود. و در هنگام شیر دادن کم رنگ تر می شود. ولی هیچگاه رنگ آن به حالت قبل از حاملگی بر نمی گردد. هاله دارای تعدادی غده سباسه است. که در هنگام حاملگی بزرگتر می شوند. این غدد به نام غدد هاله ای یا غدد مونتگومری (Montgomery Gland)؛ موسوم می باشند. و در هنگام بارداری و شیر دادن بزرگ تر می شوند. در هنگام شیر دادن ترشحات روغنی این غدد، یک نقش محافظتی برای نوک پستان دارند. هر غده پستان دارای ۱۵-۲۰ لوب نامنظم است. هر لوب پستان دارای بافت غددی از نوع لوله ای- حبابی می باشد. و توسط بافت همبند متراکم و مقدار زیادی بافت چربی احاطه شده است. در حقیقت هر لوب به تنها یک غده با مجرای ترشحی اختصاصی می باشد که مجرای شیری (Lactiferous Duct)، می نامند. مجرای شیری ۴/۵-۲ سانتی متر، طول داشته، و بطور مستقل در نوک پستان باز می شوند. هر مجرای شیری قبل از اینکه به نوک پستان باز شود، کمی متسع شده و سینوس شیری را ایجاد می کند.

تیغه هایی از جنس بافت همبند متراکم، از پوست نوک پستان تا فاسیای پکتورال امتداد می یابند. این تیغه ها که لوبهای پستان را از یکدیگر جدا می کنند، به نام رباط های آویزان کننده پستان یا رباطهای کوپر (Cooper Lig)، موسوم می باشند. *نکته : شاخه های سینه ای شریان آگزیلاری، شاخه های سوراخ کننده شریان سینه ای داخلی (به ویژه دومین و سومین شریان سوراخ کننده)، و شاخه های خارجی شریان های بین دندنه ای خلفی خونرسانی پستان را بر عهده دارند. وریدهای پستان، یک حلقه وریدی، در اطراف نوک پستان تشکیل می دهند. و نهایتاً به وریدهای آگزیلاری و سینه ای داخلی تخلیه می شوند. لنفاتیکهای پستان از شبکه دور لبولی (Perilobular Plexus)، شروع شده و همراه با مجرای شیری به طرف نوک پستان همگرایی پیدا می کنند. *نکته : این لنفاتیک ها با شبکه زیر هاله ای که یک شبکه زیر جلدی است، مرتبط می شوند. در سطح عمقی پستان نیز یک شبکه لنفاوی کوچک وجود دارد. لنفاتیک های وابران پستان عمدتاً به عقده های آگزیلاری قدامی، تخلیه می شوند. تعداد کمی از عروق لنفاوی، لنف بخش فوقانی پستان را به عقده های لنفاوی رأسی تخلیه می کنند. گاهی اوقات به طور مستقیم، و یا غیر مستقیم بخشی از لنف پستان به عقده های لنفاوی تحت ترقوه ای و یا عقده های غیر ثابت و کوچکی که بین عضلات سینه ای بزرگ و کوچک قرار دارند، تخلیه می شود. تقریباً ۷۵٪ لنف پستان به عقده های آگزیلاری تخلیه شده و باقیمانده آن، به عقده های پاراسترال تخلیه می گردد. این عقده ها در مسیر شریان سینه ای داخلی، قرار دارند. و لنف بخش های داخلی و یا خارجی پستان را دریافت می کنند. گاهی اوقات ممکن است، عروق لنفاوی پستان همراه با شاخه های زیرجلدی خارجی شریان های بین دندنه ای، خلفی حرکت کنند. و به عقده های بین دندنه ای تخلیه شوند. سایر ارتباطات لنفاوی پستان ممکن است به طرق زیر باشد :

۱. با پستان طرف مقابل؛

۲. با عقده های آگزیلاری طرف مقابل؛

۳. با عقده های بالا یا پایین ترقه؛

۴. با عقده های کبدی؛

۵. با لنفاتیکهای غلاف رکتوس؛

۶. با پلورای جداری.

*نکته: پستان توسط شاخه های جلدی قدامی و جلدی خارجی، چهارمین و ششمین اعصاب بین دنده ای، عصب دهی میشود. الیاف سمتیک نیز از طرق این اعصاب به پستان می رسد. *نکته: پاپیلاوی پستان دارای یک شبکه عصبی متراکم و تعدادی گیرنده عصبی نظیر جسمک مایسنر و دیسک مرکل و پایانه های آزاد عصبی می باشد.

- دستگاه تناسلی مرد

• بیضه ها (Testes): یک حفت عضو بیضوی شکل هستند. که درون کیسه بیضه قرار دارند. معمولاً بیضه سمت چپ ۱ سانتیمتر پایین تر از بیضه راست قرار می گیرد. طول هر بیضه ۴-۵ سانتی متر، و عرض آن ۲/۵ سانتی متر است. و قطر قدامی خلفی آن ۳ سانتی متر می باشد. وزن بیضه ۱۰/۵-۱۴ گرم، و رنگ آن سفید مایل به آبی می باشد. هر بیضه دارای دو سطح (داخلی و خارجی)، دو کنار (قدامی و خلفی)، و دو انتهای (فوکانی و تحتانی)، می باشد. کنار قدامی، دو سطح و دو انتهای بیضه همگی محدب و صاف هستند. و توسط لایه احشایی تونیکا واژینالیس پوشیده شده اند. کنار خلفی بیضه بطور ناقص توسط تونیکا واژینالیس پوشیده شده و اپی دیدیم در قسمت خارجی آن قرار میگیرد.

• اپیدیدیم ها (Epididymes): لوله ای است به طول ۶ متر، که به دور خود پیچ خورده و طول آن مساوی با طول بیضه شده است. *نکته: اپی دیدیم در قسمت خلفی خارجی بیضه قرار دارد. و دارای سر، تنہ و دم می باشد. سر اپیدیدیم بر روی انتهای فوقانی بیضه قرار گرفته و به واسطه ۱۲ تا ۲۰ مجرای کوچک به نام مجرای افرنث (Efferent Ductules)، که هر یک از آنها ۱۵ تا ۲۰ میلی متر طول دارند، با بیضه مرتبط می شود. تنہ اپی دیدیم با بخش خلفی سطح خارجی بیضه مجاورت دارد. *نکته: تونیکا واژینالیس در بین سطح خارجی بیضه و تنہ اپیدیدیم، یک رسوس به نام سینوس اپیدیدیم ایجاد می کند. دم اپیدیدیم توسط بافت همبند سست، به انتهای تحتانی بیضه متصل می شود. انتهای تحتانی دم در امتداد مجرای دفران قرار می گیرد.

• آپاندیس بیضه و آپاندیس اپی دیدیم (Testicular and Epididymal Appendics): یک زائد کوچک و بیضوی شکل از انتهای فوقانی بیضه، درست زیر سر اپیدیدیم، آویزان می شود. که به نام آپاندیس بیضه یا کرم بی پایه مورگانی موسوم است. *نکته: این زائد بقایای انتهای فوقانی مجرای پارامزونفریک می باشد. *نکته: بر روی سر اپیدیدیم نیز یک زائد کوچک دیده میشود، که از بقایای مجرای مزونفریک است. و به نام آپاندیس اپیدیدیم موسوم می باشد. بیضه توسط سه غلاف پوشیده می شود. که از خارج به داخل عبارتند از: تونیکا واژینالیس، تونیکا آلوژینه، تونیکا واسکولوزا.

- تونیکا واژینالیس (Tunica Vaginalis): یک غلاف صفاقی دو لایه است. که دارای یک لایه احشایی و یک لایه جداری میباشد. *نکته: این غلاف، انتهای دیستال پروسسوس واژینالیس است. که استطاله ای صفاقی است، که در هنگام نزول بیضه در دوران جنینی آن را همراهی می کند. و پس از ورود بیضه به کیسه بیضه مسدود می شود.

- تونیکا آلوژینه (Tunica Albuginea): یک غلاف سفید مایل به آبی است. که از جنس بافت همبند متراکم می باشد. این غلاف در طول کنار خلفی بیضه ضخیم تر شده، مدیاستینوم بیضه را به وجود می آورد. *نکته: عروق و اعصاب بیضه از طریق این

ناحیه وارد بیضه می‌شوند. تعدادی تیغه به نام تیغه‌های بیضه از مدیاستینوم وارد بیضه شده، و بیضه را به حدود ۲۵۰ لبول ناقص تقسیم می‌کنند. هر لبول بیضه دارای یک تا سه مجرای اسپرم ساز پیچ در پیچ می‌باشد. مجرای اسپرم ساز به مجرای مستقیمی ختم می‌شوند که، در مدیاستینوم بیضه یک شبکه بیضه تشکیل داده‌اند. ***نکته:** شبکه بیضه با مجرای افنت ارتباط داشته و از این طریق با سر آپی دیدیم مرتبط می‌شوند.

- تونیکا واسکولوزا (Tunica Vasculosa)، از جنس بافت همبند سست بوده و حاوی عروق خونی فراوان می‌باشد. این غلاف سطح داخلی تونیکا آلبوزینه را پوشانده و همراه با تیغه‌های آن وارد بیضه می‌شود.

هر لبول بیضه دارای یک تا سه مجرای اسپرم ساز می‌باشد. در لابه لای این مجرای بافت همبند ظرفی دیده می‌شود. که حاوی عروق و اعصاب و تعدادی سلول بیضوی شکل به نام لایدیگ می‌باشد. ***نکته:** سلول‌های لایدیگ، تستوسترون ترشح می‌کنند. اسپرماتوزوئیدها در داخل مجرای اسپرم ساز، تکامل و تمایز می‌یابند. سلول‌های سرتولی یا پشتیبان، سلولهای هرمی شکلی هستند که درون مجرای اسپرم ساز دیده می‌شوند. و دارای سه عمل پشتیبانی، فاگوسیتوز، و ترشح می‌باشند. سر اپیدیدیم دارای ۱۲-۲۰ مجرای کوچک است. که ادامه مجرای افنت می‌باشند. این مجرای به دور خود پیچ خورده و لبول‌های مخروطی شکل، اپیدیدیم را تشکیل می‌دهند. هر یک از لبول‌ها اپیدیدیم ۱۵-۲۰ سانتی متر طول، دارد. و مجموعه آنها با لوله منفرد اپیدیدیم که ۶ متر طول داشته و در نواحی تنہ و دُم اپیدیدیم قرار دارد، ختم می‌شود. ***نکته:** اپی‌تیلوم اپی دیدیم از نوع مطبق کاذب است. که در رأس آن سلولهای منشوری آن تعدادی مژه غیر متحرک به نام استرئوسیلیا وجود دارد.

***نکته:** شریان بیضه، شاخه‌ای از آئورت شکمی است. که در محاذات دومین مهره کمری شروع، و در خلف صفاق پایین می‌آید. این شریان از سوراخ عمقی کانال اینتوینال عبور کرده، وارد طناب اسپرماتیک می‌شود. وریدهای بیضه، شبکه‌ای را به نام شبکه پیچک مانند (Pampiniform Plexus)، تشکیل می‌دهند. که در اطراف شریان بیضه و مجرای دفران صعود می‌کند. این شبکه در سوراخ سطحی کانال اینتوینال، به ۴ ورید و در سوراخ عمقی به ۲ ورید تبدیل می‌شود. ***نکته:** این دو ورید نیز با هم پیوند شده، و یک ورید بیضه ای را ایجاد می‌کنند. که ورید سمت راست به ورید اجوف تحتانی و ورید سمت چپ به ورید کلیوی چپ تخلیه می‌شود. عروق لنفاوی بیضه به عقده‌های آئورتیک تخلیه می‌شوند. ***نکته:** اعصاب بیضه و اپیدیدیم همراه با شریان بیضه نزول می‌کنند. این اعصاب از شبکه‌های کلیوی و آئورتیک مشتق می‌شوند. الیاف سمتیک آن از دهمین و یازدهمین سگمان نخاع سینه‌ای می‌باشند. دردهای بیضه در قسمت تحتانی جدار شکم حس می‌شوند.

• مجرای دفران (Ductus Deferens)، مجرایی است به طول ۴۰-۵۰ سانتیمتر که از دُم اپیدیدیم شروع می‌شود. این لوله ابتدا در مجاورت کنار خلفی بیضه، در داخل اپی دیدیم صعود می‌کند. در مجاورت انتهای فوقانی بیضه، مجرای دفران در قسمت خلفی طناب اسپرماتیک قرار گرفته و در ضخامت آن صعود می‌کند. مجرای دفران در خلف مثانه متسع و پیچ دار می‌شود. این قسمت از مجرای دفران را آمپول می‌نامند. با توجه به اینکه جدار مجرای دفران ضخیم است. و مجرای داخلی آن کوچک می‌باشد. در هنگام لمس مجرای دفران به شکل طناب است. این مجرای شامل ۳ طبقه مخاطی، عضلانی، و همبندی است. مخاط آن دارای چین‌های طولی بوده و اپی‌تیلوم آن از نوع مطبق کاذب است. که سلولهای منشوری آن فاقد مژه می‌باشند. ***نکته:** شریان مجرای دفران شاخه‌ای از شریان مثانه ای فوقانی است. که همراه با مجرای دفران تا مجاورت بیضه پیش می‌رود. این شریان با شریان بیضه آناستوموز می‌شود. وریدهای مجرای دفران به شبکه پیچک مانند، وریدهای مثانه ای و شبکه پروستاتیک تخلیه می‌شوند. لنفاتیکهای مجرای دفران به عقده‌های لنفاوی ایلیاک خارجی تخلیه می‌شوند. ***نکته:** مجرای دفران از شبکه هیپوگاستریک عصب گیری می‌کند.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ‌گسترش‌بخان

• مجاری ابرنت (Abrrant Ductules)؛ یک مجرای باریک و بن بست به نام مجرای ابرنت دُمی به قسمت دُمی اپیدیدیم یا ابتدای مجرای دفران متصل می شود. این مgra ۳۵-۵ سانتیمتر طول دارد. و فاقد پیچ و خم است. این مجرای از مجرای مزوونفریک مشتق می شوند.

• پارادیدیم (Paradidymis)؛ مجموعه کوچکی از مجرای پیچ و خم دار است. که در جلوی طناب اسپرماتیک در بالای سر اپیدیدیم قرار دارند. ***نکته :** این مجرای بقایای مزوونفروس هستند.

• طناب اسپرماتیک (Spermatic Cord)؛ از سوراخ کانال اینگوینال تا بیضه امتداد می یابد. ***نکته :** این طناب شامل مجرای دفران، شریان مجرای دفران، عروق و اعصاب بیضه می باشد.

• اسکروتووم یا کیسه بیضه (Scortum)؛ کیسه ای در پایین سمفیزیس پوبیس، در بین سطوح قدامی داخلی رانهاست. بیضه ها، اپی دیدیمها، و قسمتهای تحتانی طنابهای اسپرماتیک درون این کیسه قرار می گیرند. اسکروتووم از دو نیمه راست و چپ تشکیل شده است. که توسط یک سجاف پوستی به هم متصل اند. لایه های کیسه بیضه عبارتند از : پوست، عضله دارتوس، فاسیای اسپرماتیک خارجی، فاسیای کرماستریک و فاسیای اسپرماتیک داخلی. شریانهای پودندال خارجی، شاخه اسکروتوال شریان های پودندال داخلی و شاخه کرماستریک شریانهای اپی گاستریک تحتانی، خونرسانی اسکروتووم را بر عهده دارند. یک سوم قدامی آن، از طریق عصب ایلیواینگوینال، و شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال از اولین عصب نخاعی کمری (L1) عصب گیری می کند. دو سوم خلفی آن، از طریق شاخه های اسکروتوال خلفی عصب پودندال و شاخه های پرینه آل عصب جلدی رانی خلفی از سومین عصب نخاعی حاجی (S3)، عصب گیری می کند.

• سمینال وزیکولها (Seminal Vesicles)؛ هر سمینال، لوله بن بستی است که به دور خود پیچیده و حالت لوبله دارد. طول این عضو هرمی شکل، ۵ سانتی متر است. سطح قدامی آن با قاعده مثانه، مجاورت دارد. و سطح خلفی آن با واسطه فاسیای رکتوزیکال از رکتوم جدا می شود. رأس این عضو در پایین، به صورت یک لوله مستقیم است. که به آن آمپول مجرای دفران متصل شده، و در تشکیل مجرای انزالی شرکت می کند. ***نکته :** ۷۰٪ مایع منی، توسط سمینال وزیکول ها ترشح می شود. شاخه هایی از شریان های مثانه ای تحتانی و رکتال میانی، خونرسانی آن را بر عهده دارند. وریدهای سمینال همراه با شریانها هستند. و به وریدهای ایلیاک داخلی تخلیه می شوند. لنفاتیکها به عقده های لنفاوی ایلیاک داخلی و ایلیاک خارجی تخلیه می شوند. سمینال وزیکولها از شبکه های لگنی، عصب گیری می کنند. الیاف سمپاتیک که از اولین گانگلیون نخاعی خارج می شوند. به عنوان عصب حرکتی عضلات جدار سمینال وزیکول ها عمل می کنند.

• مجرای انزالی (Ejaculatory Ducts)؛ لوله ای به طول ۲ سانتی متر است. که از اتصال مجرای دفران به مجرای سمینال وزیکول ایجاد می شود. از قاعده پروستات شروع شده، از بین لوب میانی و لوبهای راست و چپ پروستات به طرف پایین و جلو آمده و در روی کولیکولوس سمینالیس باز می شود.

• پروستات (Prostate)؛ عضوی مخروطی شبیه شاه بلوط است. که در زیر گردن مثانه قرار دارد. قاعده آن در بالا و رأس آن در پایین می باشد. این عضو پیشابرای پروستاتی را در بر می گیرد. قاعده پروستات با گردن مثانه مجاورت داشته و پیشابرای از این سطح وارد پروستات می گردد. قطر عرضی آن ۴ سانتی متر، قطر قدامی خلفی ۲ سانتی متر، و ارتفاع آن ۳ سانتی متر، و وزن تقریبی آن ۸ گرم می باشد. سطوح تحتانی خارجی آن، با بخشهای قدامی عضلات لواترآنی مجاورت دارند. پروستات ۵ لوب دارد. قدامی، میانی، خلفی، و دو لوب خارجی. ***نکته :** اهمیت لوبهای چپ و راست از آن جهت است که بیشترین تغییرات سلطانی در این نواحی مشاهده می شود. پروستات از ۳۰-۵۰ غده لوله ای حبابی تشکیل شده است. و توسط یک کپسول همبندی سرشار از

الیاف عضلانی صاف احاطه می‌شود. خونرسانی آن عمدهاً توسط شاخه پروستاتیک شریان مثانه‌ای تحتانی تأمین می‌گردد. البته شاخه‌هایی از شریانهای رکتال میانی و پودندال داخلی نیز به خونرسانی این عضو کمک می‌کنند. وریدهای پروستات به یک شبکه وریدی که در بین کپسول حقيقی و کاذب قرار دارد، تخلیه می‌شود. عروق لنفاوی این عضو از کف لگن عبور کرده، به عقده‌های ایلیاک داخلی، ایلیاک خارجی و ساکرال تخلیه می‌شوند. عصب گیری این عضو از شبکه هیپوگاستریک تحتانی می‌باشد. *نکته: الیاف سمپاتیک باعث انقباض الیاف عضلانی، و تخلیه غده در هنگام انزال می‌شوند. الیاف پاراسمپاتیک از اعصاب احساسی لگنی می‌باشند.

• غدد بولوبوارتال (Bulbo-urethral Glands): یا غدد کوپر، یک جفت عضو مدور، کوچک و زرد رنگ هستند. که یک سانتیمتر قطر داشته، و در طرفین پیشابرای غشاوی قرار می‌گیرند. این غدد در سنین بالا کوچکتر می‌شوند. مجرای خروجی هر غده تقریباً ۳ سانتیمتر، طول دارد. و در خارج مخاط پیشابرای غشاوی به طور مایل جلو می‌رود. این مجرای پس از سوراخ کردن فاسیای دیافراگماتیک تحتانی (غشاوی پرینه آل)، در کف پیشابرای اسفنجی باز می‌شود. سوراخ مجرای فوق، ۲/۵ سانتی متر پایین تر از غشاء پرینه آل قرار می‌گیرد.

• پنیس (Penis): آلت تناسلی مرد از یک تنه آزاد و یک ریشه متصل تشکیل شده است. و بخشی از پیشابرای از ضخامت آن عبور می‌کند. در حالت طبیعی آلت به شکل استوانه‌ای است. که در جلوی کیسه بیضه آویزان است. ولی در حالت نعط حجمش زیادتر شده و منشوری شکل می‌شود. تنه پنیس دارای یک سطح پیشابرای غشاوی است. که در حالت طبیعی با سطح قدامی کیسه بیضه مجاورت دارد. یک سطح پشتی دارد. که در مقابل سطح پیشابرای قرار می‌گیرد. و در هنگام نعط متوجه بالا و عقب می‌شود. تنه از سه توده نعطی (۲ جسم غاری، و یک جسم اسفنجی)، تشکیل شده است. که در هنگام نعط پر خون می‌شوند. اجسام غاری قسمت اعظم تنه پنیس را تشکیل می‌دهند. اجسام غاری توسط یک غلاف فیبری محکم (تونیکا آبوژینه) احاطه شده اند. در انتهای دیستال پنیس، جسم اسفنجی حجیم شده و یک ساختمان مخروطی شکل به نام حشفه (Glans)، را ایجاد می‌کند. انتهای دیستال اجسام غاری به قاعده مقعر این ساختمان اتصال می‌یابند. حاشیه قاعده گلنیس، کمی بر جسته و مدور است. و به نام تاج گلنیس (Corona Glandis)، موسوم می‌باشد. کمی قبل از تاج گلنیس، یک فرورفتگی بر روی تنه پنیس دیده می‌شود. که به آن گردن پنیس (Neck of the Penis)، می‌گویند. پیشابرای اسفنجی در ضخامت جسم اسفنجی قرار دارد. و انتهای آن که به نام حفره ناویکولار موسوم است، در ناحیه گلنیس قرار می‌گیرد. ریشه پنیس (Radix of the Penis)، از ۳ عضو نعطی تشکیل شده است. که در مثل اوروژنیتال قرار می‌گیرند. دو ستون پنیس که به شاخه‌های ایسکیوپوییک متصل می‌شوند. و یک بولب پنیس که در وسط دو ستون قرار می‌گیرد. و به غشاء پرینه آل اتصال می‌یابد. پوست پنیس نازک و تیره است. پوست به لایه‌های زیرین به سستی اتصال دارد. در ناحیه گردن پنیس پوست بر روی خود چین خورده و پرپوش (Prepuce) را ایجاد می‌کند. که گلنیس پنیس را می‌پوشاند. در سطح پیشابرایی گلنیس، یک چین پوستی میانی به سطح عمقی پرپوش اتصال می‌یابد. که به آن لگام یا فرنولوم (Frenulum) می‌گویند.

*نکته: یک فضای مجازی در بین پرپوش و گلنیس وجود دارد که به آن کیسه پرپوشی می‌گویند. این فضا بوسیله فرنولوم به دو بخش تقسیم می‌شود. بر روی تاج گلنیس و گردن پنیس تعدادی غده کوچک به نام غدد پرپوشی یا (Tyson) وجود دارد. که یک ماده سباسه به نام (Smegma) ترشح می‌کنند. تنه پنیس توسط دو رباط تقویت می‌شود. که دارای الیاف ارتجاعی فراوان هستند. و به فاسیای پنیس متصل می‌شوند. رباط فاندیفورم؛ از قسمت تحتانی خط سفید شکم شروع شده، به دو لایه تقسیم می‌شود. که این دو لایه از طرفین پنیس را دور زده، و به تیغه اسکروتال متصل می‌شوند. رباط آویزان کننده پنیس، رباط مثلثی شکلی است که در عمق رباط فاندیفورم قرار گرفته و از سطح قدامی سمفیزیس پوبیس تا فاسیای پنیس امتداد می‌یابد. از سطح داخلی غلافی فیبروی اجسام غاری و همچنین از تیغه پنیس تعدادی ترابکولا به داخل اجسام غاری می‌آیند. که در جهات مختلف

با یکدیگر تقاطع کنند. غلاف آلبوزینه جسم اسفنجی نازکتر و سفیدتر از غلاف آلبوزینه اجسام غاری است. ولی ساختمانی شبیه به هم دارند. *نکته: پنیس توسط سه جفت شریان خونرسانی می‌شود. که همه آنها شاخه‌های شریان پودندال داخلی هستند. شریان بولب پنیس، جسم اسفنجی، و گلنس را خونرسانی می‌کنند. شریان عمقی پنیس اجسام غاری را خونرسانی می‌کنند. و شریان پشتی پنیس، پوست و فاسیا و گلنس را خونرسانی می‌نمایند. در ناحیه گلنس شریانهای پشتی و بولب پنیس با یکدیگر آناستوموز می‌شوند. شاخه‌های کوچکی از شریانهای فوق، وارد ترابکولارهای اجسام نعروظی شده و با فضاهای غاری ارتباط می‌یابند. این شریانهای پیچ و خم دار را شریان‌های (helicine) می‌گویند.

وریدهای پشتی پنیس منفرد هستند. و شامل یک ورید سطحی و یک ورید عمقی می‌باشد. ورید پشتی سطحی، خون پرپوس و پوست پنیس را دریافت می‌کند. ورید پشتی عمقی در داخل غلاف فیبروپنیس قرار می‌گیرد. این ورید خون گلنس و اجسام غاری را دریافت کرده، در خط وسط سطح پشتی پنیس، بین دو شریان پشتی پنیس، به طرف عقب می‌رود. در نزدیکی ریشه پنیس از عمق رباط آویزان کننده پنیس عبور کرده، پس از عبور از فضای بین رباط قوسی پوبیس و کنار قدامی غشاء پرینه آل به دو شاخه راست و چپ تقسیم می‌شود. که این شاخه‌ها با شبکه پروستاتی و وریدهای پودندال داخلی ارتباط می‌یابند. لnf پوست پنیس به عقده‌های لنفاوی اینگوینال سطحی؛ لnf گلنس پنیس به عقده‌های اینگوینال عمقی؛ و عقده‌های ایلیاک خارجی و لnf اجسام نعروظی و پیشاپراه آلتی به عقده‌های ایلیاک داخلی تخلیه می‌شوند. *نکته: پوست پنیس از عصب پودندال عصب گیری می‌کند. اعصاب سمتیک که برای شروع انزال ضروری هستند، از اولین سگمان نخاعی کمری (L1)، مشتق شده، و از طریق شبکه‌های هیپوگاستریک فوقانی و تحتانی به پنیس می‌روند. اعصاب احشایی لگن (S2,4)، الیاف پاراسمپاتیک را تأمین می‌کنند.

● پرینه (Perineum)، ناحیه لوزی شکلی است که دهانه تحتانی لگن را می‌پوشاند. رأس قدامی این لوزی سمفیزیس پوبیس، و رباط‌های قوسی پوبیس می‌پوشانند. رأس خلفی آن نوک کوکسیکس و دو رأس طرفی آن برجستگی‌های ایسکیال می‌باشند. شاخه‌ای ایسکیوپوبیک دو ضلع قدامی و رباط‌های ساکروتوبروس دو ضلع خلفی این لوزی را تشکیل می‌دهند. یک خط عرضی که از جلوی برجستگی‌های ایسکیال عبور می‌کند، پرینه را به دو مثلث تقسیم می‌کند. *نکته: مثلث خلفی را ناحیه ایلیاک و مثلث قدامی را ناحیه پاراسمپاتیک (Urogenital Region) می‌گویند.

- جسم پرینه آل (Perineal Body)، یا تاندون مرکزی پرینه (Central Perineal Tendon)، *نکته: یک توده لیفی عضلانی است. که در مردان در بین مقعد و پنیس، و در زنان بین مقعد و واژن می‌باشد. *نکته: الیاف عضلانی که وارد این جسم می‌شوند. مربوط به دو اسفنکتر به نام‌های اسفنکتر خارجی مقعد، و اسفنکتر اورترا، بوده و همچنین مربوط به چهار جفت عضله به نام‌های لواترپروستاته (یا پوبوواژینالیس در زنان)، که بخشی از عضله لواترآنی می‌باشد، بولبواپیونتیوس، ترانسسورس پرینه ای سطحی و ترانسسورس پرینه ای عمقی می‌باشد. آسیب جسم پرینه آل در هنگام زایمان سبب ضعیف شدن کف لگن شده و ممکن است، منجر به پرولاپس رحم و واژن گردد.

- عضلات پرینه:

۱. عضلات مثلث آنال عبارتند از :

(۱) عضله چین دهنده پوست؛

(۲) اسفنکتر خارجی مقعد؛

(۳) اسفنکتر داخلی مقعد.

۲. عضلات مثلث اوروزنیتال، این عضلات در هر دو جنس در دو گروه سطحی و عمقی بررسی می شوند :
- گروه سطحی شامل : ۱) عضله عرضی سطحی پرینه؛ ۲) عضله بولبواسپونژیوس؛ ۳) عضله ایسکیوکاورنوس.
- گروه عمقی شامل : ۱) عضله عرضی عمقی پرینه؛ ۲) اسفنکتر پیشابراه.

عضله ترانسورس پرینه ای سطحی؛ عضله باریکی است که از سطوح قدامی و داخلی برجستگی ایسکیوم مبدأ گرفته و به صورت عرضی به سمت داخل می آید. این عضله از جلوی مقعد عبور کرده و به جسم پرینه آل متصل می شود.

عضله بولبواسپونژیوسوس؛ قبلاً به آن بولبواکاورنوس نیز می گفتهند. این عضله از دو بخش قرینه تشکیل شده است. که در مردان این دو بخش در خط میانی پرینه به یکدیگر متصل می شوند. ***نکته :** ولی در زنان از یکدیگر جدا بوده و سوراخ واژن را احاطه میکنند. این عضله در مردان از جسم پرینه آل مبدأ گرفته و در خط میانی پرینه به سمت جلو می رود. الیاف خلفی آن با فاسیای تحتانی دیافراگم اوروزنیتال متصل شد، الیاف میانی آن بولب پنیس را احاطه کرده و به جسم اسفنجی پنیس متصل می شوند. و الیاف قدامی آن سوراخ جانبی اجسام غاری را پوشانده و در جلوی عضله ایسکیوکاورنوس به جسم غاری همان طرف اتصال دارند.

عضله بولبواسپونژیوسوس؛ ***نکته :** در زنان به نام اسفنکتر واژن نیز موسوم است. این عضله از جسم پرینه آل مبدأ گرفته و از طرفین واژن به سمت جلو می آید. عضله بولبواسپونژیوسوس پس از پوشاندن بولب وستیبول به اجسام غاری کلیتوریس متصل میشود. این عضله در مردان به تخالیه کامل پیشابراه کمک کرده و الیاف میانی و قدامی آن به نعروظ آلت کمک می کنند. در زنان، باعث تنگ شدن سوراخ واژن شده و به نعروظ کلیتوریس کمک می کند.

عضله ایسکیوکاورنوسوس؛ در مردان ستون پنیس و در زنان ستون کلیتوریس را احاطه می کند. این عضله از سطح داخلی برجستگی ایسکیوم و شاخ ایسکیوم مبدأ گرفته، و به سطوح جانبی و تحتانی پنیس یا ستون کلیتوریس اتصال می یابد. انقباض این عضله بر روی ستون پنیس یا ستون کلیتوریس فشار آورده و از بازگشت خون چلوگیری می کند. بدین ترتیب در حفظ نعروظ این اعضاء نقش دارد.

عضله ترانسوروسوس پرینه ای عمقد؛ از سطح داخلی شاخ ایسکیوم مبدأ گرفته، به جسم پرینه آل ختم می شود. در این ناحیه با عضله طرف مقابل، اسفنکتر خارجی مقعد و اسفنکتر پیشابراه یکی می شود. ***نکته :** در زنان، علاوه بر جسم پرینه آل به جدار واژن نیز اتصال می یابد.

- فاسیاهای پرینه:

الف) فاسیای سطحی : مانند فاسیای سطحی جدار قدامی شکم، به دو لایه سطحی و عمقد تقسیم می شود. البته این دو لایه در ناحیه آنال کاملاً به یکدیگر چسبیده اند. لایه عمقد این فاسیا به نام فاسیای کل (Fasica of Colles)، موسوم است. در امتداد فاسیای اسکارپا قرار دارد. و لایه سطحی فاسیای سطحی که گاهی اوقات به نام (Cruveilhier Fascia) نامیده می شود، در امتداد فاسیای کمپر (Camper Fascia) قرار می گیرد. ***نکته :** داخل دو لایه سطحی و عمقد فاسیای سطحی با هم یکی شده، در مردان عضله دارتوس را به وجود می آورند. و در زنان قسمت اعظم لب بزرگ را تشکیل می دهند.

ب) فاسیای عمقی : در ناحیه آنال، شامل فاسیای تحتانی دیافراگم لگنی و قسمتی از فاسیای ابراتور است. که در زیر محل اتصال عضله لوائزآنی قرار دارد. در ناحیه اوروزنیتال، شامل فاسیاهای فوقانی و تحتانی دیافراگم اوروزنیتال می باشد. فاسیای تحتانی دیافراگم لگنی، که به آن فاسیای اینفراآنال نیز می گویند، سطح تحتانی دیافراگم لگنی را می پوشاند، و جدار داخلی حفره ایسکیورکتال را تشکیل می دهد. در جلوی حفره ایسکیورکتال، در مقابل خط عرضی که انتهای قدامی برجستگی های ایسکیال را به یکدیگر متصل می کند، فاسیای تحتانی دیافراگم لگنی به دو لایه تقسیم می شود. فاسیای تحتانی دیافراگم اوروزنیتال به نام غشاء پرینه آل نیز موسوم است. کنار قدامی این فاسیا کمی ضخیم شده، رباط پرینه آل عرضی نامیده می شود. بین این رباط و رباط قوسی پوبیس فضای برای عبور ورید پشتی عمقی پنیس (یا کلیتوریس)، و عصب پشتی پنیس (یا کلیتوریس)، وجود دارد. فاسیای فوقانی دیافراگم اوروزنیتال به قوس پوبیس اتصال داشته و در خارج به فاسیای ابراتور متصل می شود. *نکته : عضلات عرضی عمقی پرینه، عضلات اسفنکتر پیشاپراه و فاسیاهای فوقانی و تحتانی دیافراگم اوروزنیتال، مجموعاً دیافراگم اوروزنیتال را تشکیل می دهند.

- فضاهای پرینه

۱. حفره ایسکیورکتال یا ایسکیوآنال، در طرفین کanal مقعده قرار دارند. قرارگیری فاسیا در حفره ایسکیورکتال باعث ایجاد فضاهایی در این حفره می شود، که عبارتند از : فضای پرینه آل، فضای ایسکیورکتال، مجرای پودندال یا مجرای آلكوک.

۲. فضای پرینه آل سطحی، فضایی است که بین لایه عمقی فاسیای سطحی پرینه (فاسیای کل)، و فاسیای تحتانی دیافراگم اوروزنیتال (غشاء پرینه آل)، قرار می گیرد. *نکته : محتویات این فضا عبارتند از : ریشه پنیس، عضلات سطحی ناحیه اوروزنیتال، شاخه هایی از عصب پودندال، و عصب جلدی رانی خلفی، شاخه هایی از عروق پودندال داخلی، مجرای غدد بولبواورتال در مردان و غدد وستیبولا ر بزرگ در زنان.

۳. فضای پرینه آل عمقی، فضایی است که بین فاسیای فوقانی و فاسیای تحتانی دیافراگم اوروزنیتال قرار دارد. *نکته : محتویات این فضا عبارتند از : پیشاپراه غشایی، عضلات دیافراگم اوروزنیتال، غدد بولبواورتال و قسمت پروگزیمال مجرای آنها، عصب پشتی پنیس و عروق پودندال.

- شريان پودندال داخلی؛ از سوراخ سیاتیک بزرگ عبور کرده وارد ناحیه گلوتنال می شود. سپس از طریق سوراخ سیاتیک کوچک، وارد ناحیه پرینه می گردد. در ناحیه پرینه، ابتدا در جدار خارجی حفره ایسکیورکتال، در کanal پودندال، طی مسیر می کند. در این کanal عصب پودندال در بالای شريان و عصب پرینه آل در پایین شريان قرار دارند. شريان پودندال داخلی از کanal پودندال عبور کرده و سپس وارد فضای پرینه آل عمقی می شود. در این فضا با شاخه تحتانی پوبیس مجاورت دارد. این شريان یک سانتیمتر عقب تر از سمفیزیس پوبیس غشاء پرینه آل را سوراخ کرده و بلافصله به دو شاخه انتهایی (شريانهای پشتی و عمقی پنیس یا کلیتوریس)، تقسیم می شود. *نکته : شاخه های شريان پودندال داخلی عبارتند از : شريان رکتال تحتانی، شريان پرینه آل، شريان بولب پنیس، شريان پیشاپراهی، شريان عمقی پنیس، و شريان پشتی پنیس.

- شريان رکتال تحتانی؛ در بالای برجستگی ایسکیال از کanal پودندال خارج شده، به دو یا سه شاخه تقسیم می شود، که به طور عرضی حفره ایسکیورکتال را طی کرده، و به پوست و عضلات ناحیه مقعد میرسند. شاخه های این شريان با شريان همنام و همچنین شريانهای رکتال فوقانی و میانی آناستوموز می شوند.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ‌گسترش‌بخان

- شریان پرینه آل؛ در انتهای قدامی کanal پودندال جدا شده، پس از سوراخ کردن غشاء پرینه آل به فضای پرینه آل سطحی میرسد. در این محل، شریان به شاخه های پرینه آل عرضی، و اسکروتال خلفی، تقسیم می شود. *نکته: شاخه پرینه آل عرضی، بافت‌های بین مقعد و بولب پنیس را خونرسانی کرده و شاخه اسکروتال خلفی خونرسانی پوست اسکروتوم و عضله دارتوس می‌پردازد.
- شریان بولب پنیس؛ شریان کوتاه و قطوری است که در فضای پرینه آل عمقی جدا شده و پس از سوراخ کردن غشاء پرینه آل به بولب پنیس می‌رسد. این شریان بخش خلفی جسم اسفنجی و غده بولبواورترال را خونرسانی می‌کند.
- شریان پیشاپراهی؛ غشاء پرینه آل را سوراخ کرده و به جسم اسفنجی می‌رسد. در ضخامت جسم اسفنجی تا گلنس پیش می‌رود. و به خونرسانی پیشاپراه و ساختمانهای نعروظی مجاورش می‌پردازد.
- شریان عمقی پنس؛ یکی از شاخه های انتهایی شریان پودندال داخلی است. که غشاء پرینه آل را سوراخ کرده و به ستون پنیس می‌رسد. سپس در ضخامت جسم غاری قرار گرفته و بافت‌های نعروظی آنرا خونرسانی می‌کند.
- شریان پشتی پنس؛ یکی دیگر از شاخه های انتهایی شریان پودندال داخلی است. که از بین ستون پنیس و سمفیزیس پوبیس صعود کرده از ضخامت رباط آویزان کننده پنیس عبور می‌کند. و در سطح پشتی پنس تا گلنس پیش می‌رود.
- عصب پودندال؛ *نکته: عصب اصلی پرینه است. که در لگن از بخش های قدامی دومین و چهارمین اعصاب نخاعی ساکرال تشکیل می‌شود. این عصب، از سوراخ سیاتیک بزرگ عبور کرده، وارد ناحیه گلوتنال می‌شود. سپس خار ایسکیوم و رباط ساکرواسپینوس را دور زده و از طریق سوراخ سیاتیک کوچک وارد کanal پودندال می‌شود. که در جدار خارجی حفره ایسکیورکتال قرار دارد. در قسمت خلفی این مجرأ شاخه ای به نام عصب رکتال تحتانی از آن جدا شده، و سپس عصب پودندال درون مجرای پودندال به شاخه های انتهایی خود تقسیم می‌شود. هر دو شاخه انتهایی این عصب وارد فضای پرینه آل عمقی می‌شوند. این دو شاخه در حالیکه در بالا و پایین شریان پودندال داخلی قرار دارند، به طرف جلو می‌روند. *نکته: شاخه های عصب پودندال عبارتند از: عصب رکتال تحتانی، عصب پرینه آل، و عصب پشتی پنس (یا کلیتوریس).
- عصب رکتال تحتانی؛ جدار داخلی کanal پودندال را سوراخ کرده، همراه با عروق رکتال تحتانی بصورت عرضی در حفره ایسکیورکتال بطرف پایین و داخل می‌آید. این عصب اسفنکتر خارجی مقعد، بخش تحتانی کanal مقعدی و پوست اطراف مقعد را عصب دهی می‌کند.
- عصب پرینه آل؛ *نکته: شاخه انتهایی بزرگتر عصب پودندال است. که در زیر شریان پودندال داخلی به طرف جلو می‌رود. شاخه های عضلانی این عصب، عضلات سطحی و عمقی پرینه، و بخش قدامی اسفنکتر خارجی مقعد را عصب دهی می‌کند. در مردان، شاخه بولبواسپونژیوسوس عصب پرینه آل دارای الیاف حسی است. که مخاط پیشاپراه اسفنجی را عصب دهی می‌کند. عصب اسکروتال خلفی یا عصب لابیال خلفی، شاخه ای از عصب پرینه آل است. که به دو شاخه داخلی و خارجی تقسیم می‌شود. و از سطح غشاء پرینه آل بطرف جلو رفته و عصب دهی پوست اسکروتوم یا لب بزرگ را به عهده دارد.
- عصب پشتی پنس (یا کلیتوریس)؛ *نکته: شاخه انتهایی کوچکتر عصب پودندال است. این عصب در فضای پرینه آل عمقی در بالای شریان پودندال داخلی قرار می‌گیرد. عصب فوق پس از سوراخ کردن زاویه قدامی غشاء پرینه آل از بین شریان های عمقی و پشتی پنس عبور کرده، در سطح پشتی پنس قرار می‌گیرد. *نکته: این عصب پوست پنس و گلنس را عصب دهی کرده و شاخه هایی به جسم غاری می‌دهد. عصب فوق در فضای پرینه آل عمقی فاقد شاخه است.

سئوالات فصل اول

۱. انتهای فوقانی تخدمان در مجاورت کدام مورد است ؟

- الف) رباط پهن ب) ورید ایلیاک خارجی ج) لوله فالوپ د) روده

۲. در کدام گروه از زنان، تخدمان ها روی عضله پسواس مژهور قرار دارند ؟

- الف) مولتی پار ب) نولی پار ج) یائسه د) اطفال

۳. از ضخامت کدام رباط تخدمانی، عروق و اعصاب وارد ناف تخدمان می شوند ؟

- الف) مزاواریوم ب) رباط تخدمانی ج) شرابه تخدمانی د) رباط آویزان کننده تخدمان

۴. کدام دو رباط تخدمانی، عمل نگهداری تخدمان ها را بر عهده دارند ؟

- الف) تخدمانی، شرابه تخدمانی

ب) تخدمانی، آویزان کننده تخدمان

ج) مزاواریوم، آویزان کننده تخدمان

د) شرابه تخدمانی، مزاواریوم

۵. شريان تخدمانی در جلوی عضله پسواس مژهور با کدام شريان زیر تقاطع می کند ؟

- الف) رحمی ب) سرویکال ج) ایلیاک داخلی د) آئورت شکمی

۶. کولون سیگموئید و قوس های ایلئوم در بن بست قرار می گیرند.

الف) رحمی - تخدمانی

ب) راست روده ای - تخدمانی

ج) راست روده ای - رحمی

د) لوله ای - تخدمانی

۷. کدامیک جزو بخش واژینال سرویکس نمی باشد ؟

- الف) پارامتریوم ب) قدامی ج) خلفی د) طرفی

۸. همه موارد زیر در نگهداری رحم نقش مهمی دارند، بجز ؟

- الف) لگن استخوانی ب) عضلات کف لگن ج) جسم پرینه آل د) وازن

۹. پاراوارین و پاراوارین در باقیمانده جنینی هستند، که در کدام رباط یافت می شوند؟

- الف) گرد ب) رحمی - خاجی ج) پهن د) کاردینال

۱۰. یک نوار فیبرو است که، از سطح خلفی سرویکس تا سطح قدامی ساکروم امتداد می یابد.

الف) Uterosacral lig

ب) Round lig

ج) Infundibulopelvic lig

د) Pubocervical lig

۱۱. با وارد کردن دو انگشت نشانه و میانی به داخل واژن، تمام ساختمان های زیر قابل لمس اند، بجز؟

- الف) لوله های رحمی ب) پیشاپراه ج) تخدمان ها د) حالب

۱۲. بیشترین لنف پستان به کدام قسمت تخلیه می شود؟

الف) عقده های پاراسنترال

ب) عقده های آگزیلاری

ج) شبکه دور لبولی

د) لنف های بین دنده ای خلفی

۱۳. کدام گزینه بقایای انتهای فوقانی مجرای پارامزونفریک می باشد؟

الف) آپاندیس بیضه

ب) سینوس اپی دیدیم

ج) تونیکا واژینالیس

د) مجرای افرنت

۱۴. کدام یک از غلاف های بیضه، حاوی عروق خونی فراوانی می باشد؟

- الف) تونیکا آلبوزینه ب) تونیکا پروسپرسوس ج) تونیکا واژینالیس د) تونیکا واکولوزا

۱۵. کدام گزینه زیر، از بقایای مزونفروس می باشد؟

- الف) پارادیدیم ب) اپی دیدیم ج) مجرای ابرنت د) مجرای دفران

۱۶. تنظیم درجه حرارت بیضه بر عهده کدام بخش زیر است؟

(الف) رباط اسکروتال

(ب) طناب اسپرماتیک

(ج) فاسیای اینفاندیبولیفورم

(د) سمینال وزیکول

۱۷. خونرسانی پروسات توسط شریان های زیر می باشد، بجز؟

(د) پودنال خارجی

(ج) پودنال داخلی

(ب) رکتال میانی

۱۸. فاسیای سطحی پنیس در امتداد کدام قسمت است؟

(د) کیسه پرپوسي

(ج) فاسیای باک

(ب) عضله دارتوس

(الف) فاسیای عمقی

۱۹. همه گزینه های زیر جزو عضلات مثلث آنال هستند، بجز؟

(الف) عضله چین دهنده پوست مقعد

(ب) عضله ایسکیوکاورنوسوس

(ج) اسفنکتر خارجی مقعد

(د) اسفنکتر داخلی مقعد

۲۰. عضله؛ در زنان به نام اسفنکتر واژن نیز موسوم است؟

(الف) بولبواپنژیوسوس

(ب) ترانسووسوس پرینه ای سطحی

(ج) عرضی عمقی پرینه

(د) ایسکیوکاورنوسوس

پاسخنامه سوالات فصل اول

سؤال	الف	ب	ج	د
۱	*			
۲			*	*
۳	*			
۴	*			
۵	*			*
۶	*		*	
۷	*			
۸			*	*
۹		*		
۱۰			*	
۱۱			*	*
۱۲		*		
۱۳			*	
۱۴		*		
۱۵			*	
۱۶			*	
۱۷			*	*
۱۸		*		
۱۹		*		
۲۰			*	

فصل دوم: ارتباط اولیه و اصول مراقبت از بیمار

یکی از اجزای مهم مراقبتهای پزشکی، ارتباط با بیمار است. در رابطه با ارتباط بین پزشک و بیمار موارد زیر مورد ملاحظه قرار میگیرند :

- اهداف مختلف ارتباط پزشکی؛

- آنالیز ارتباط پزشک و بیمار؛

- رفتارهای خاص ارتباطی؛

- تأثیر رفتارهای ارتباطی بر سلامت بیماران؛

- اظهارات اجتماعی.

*نکته : سه هدف ارتباطات به قرار زیر است :

۱) برقرار کردن یک ارتباط خوب بین فردی؛

۲) تبادل اطلاعات؛

۳) گرفتن تصمیم های مرتبط با درمان.

ارتباط بین پزشک و بیمار طی ملاقات های پزشکی با استفاده از سیستم های مختلف آنالیز متقابل (IAS) قابل آنالیز هستند. این سیستم ها بر حسب وابستگی بالینی، استراتژی مشاهده ای، قابلیت اعتماد و اعتبار و انواع رفتارهای ارتباطی متفاوت هستند. رفتارهای ارتباطی مختلفی که در مشاوره موربد بحث قرار می گیرند عبارتند از : رفتارهای ابزاری (مبتنی بر درمان) در مقابل رفتارهای عاطفی (مبتنی بر مراقبت)، رفتارهای کلامی در مقابل رفتارهای غیر کلامی، رفتارهای کنترلی قوی در مقابل ضعیف، و استفاده از لغات پزشکی در مقابل زبان روزمره. نتایج رفتارهای خاص پزشک بر بیماران بدین صورت است : رضایت بیماران، مقبولیت، درمان، یادآوری و درک وضعیت سلامتی.

از آنجائیکه ارتباط پزشک و بیمار، ارتباط بین دو فردی است. که از نظر شرایط و موقعیت با هم در یک سطح نیستند، می باشد دارای اهمیت حیاتی است. و در نتیجه یک ارتباطی کاملاً عاطفی است. که نیازمند یک ارتباط دوطرفه نزدیک است. در زمانی که تکنولوژی های پیچیده در جهت تشخیص و درمان پزشکی استفاده می شوند، ارتباط بین فردی به عنوان وسیله ای اولیه جهت تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار است. به نظر می رسد جنبه های خاصی از روابط پزشک و بیمار بر رفتار و سلامتی بیمار تأثیر داشته باشد. به عنوان مثال، مثلاً رضایت از مراقبت، تمکین درمان، یادآوری و درک اطلاعات پزشکی، سازگاری با بیماری، کیفیت زندگی و حتی وضعیت سلامتی. در مورد بیماریهای مهلک مانند، سرطان نقش ارتباطات متقابل بارز است.

۱. فراهم کردن یک ارتباط بین فردی مناسب پزشک و بیمار؛ یکی از اهداف مهم ارتباط است Hall و Roter عقیده دارند، که صحبت کردن یکی از اجزای مهم مراقبت پزشکی و نیز یکی از اساسی ترین ابزار در ارتباط بین پزشک و بیمار و رسیدن به اهداف درمانی است. از این نظر، ارتباط خوب بین فردی، به عنوان یک شرطی لازم برای مراقبت پزشکی مطلوب به حساب می آید. محققان ارتباط، نظرات مختلفی در مورد نحوه تعریف یک رابطه خوب دارند. بعضی نویسندهای، این ارتباط را نوعی رابطه اجتماعی

تلقی می‌کنند. که لحن و طرز رفتار نقش مهمی را در آن ایفا می‌نمایند. اجزای ضروری آن عبارتند از : خنده‌دن، شوخی کردن اظهار نظرهای شخصی، اظهار علاقه، تعریف و تحسین بیمار، رفتار دوستانه، صداقت، علاقه به کمک کردن، اظهار محبت، برخورد عاری از قضاوت و چهت گیری اجتماعی. دیگر نویسنده‌گان باگرایش بالینی و روان درمانی بیشتر ادعا می‌کنند، که اهمیت یک رابطه خوب بین پزشک و بیمار کیفیت درمانی آن تعیین می‌کند. از نظر Irwin پزشکی بالینی به عنوان یک ارتباط بین دو فرد است، که هر دو طرف در صدد ایجاد یا تقویت یک ارتباط مؤثر در عین وجود اعتماد دو طرفه هستند. بسیاری از مفاهیم استفاده شده توسط این محققان، مبتنی بر تئوری مشتری گرایی (client central) کارل راجر هستند. وی شرایط حیاتی اولیه در تأثیر درمان را چنین معرفی می‌کند؛ هم دردی (empathy)، احترام، اعتبار، مهربانی و مقبولیت بی قید و شرط. اگر چه نویسنده‌گان مختلف برداشت‌های متفاوتی از مفهوم هم دردی دارند، اما در این مورد هم نظرند که این شرط اصلی، باید به حد کافی مهم تلقی شود. رابطه هم دردی بین پزشک و بیمار شامل فاکتورهای زیر می‌شود:

بروز احساسات (feelings) و توضیح و تفسیر و انعکاس، استفاده از سکوت، گوش کردن به حرف‌های بیمار و درک حرشهایی که قادر به بیان آنها نیست، تشویق کردن و رفتارهای غیر شفاهی.

روش بیمار محوری (patient – centered) مبتنی بر پاسخ‌های پزشک در قبال علل مراجعه بیمار از جمله علائم بیماری، احساسات، افکار و انتظارات است. توجه به این نکات در این روش مهم هستند :

- هدف پیگیری خواسته‌های بیمار است؛

- استفاده از تجارب خود بیمار برای شناخت بیشتری.

*نکته : یک مصاحبه پزشکی ایده آل باید مخلوطی از روش بیمار محور و پزشک محور باشد. به این صورت که بیمار در حوزه مهارت و تخصص خود یعنی بیان علائم بیماری، خواسته‌ها و نگرانی‌ها و پزشک نیز در موارد تخصصی خود یعنی جزئیات بیماری و درمان آن عمل کنند، که این روش در سازگاری کامل با نظریه "لونشتاین" است که "تلغیق دو برنامه کاری" نام دارد. این نوع رابطه بسیار شبیه نظریه متقابل بودن هال و روتراست. که در آن یکی از چهار الگوی اصلی رابطه پزشک و بیمار، بیان می‌شود.
۱۰٪ صحبت پزشک شامل برخوردهای وی در زمینه تسهیل مشارکت بیمار و نقش تفسیر مشکلات وی می‌باشد.

۲. تبادل اطلاعات؛ هدف مهم دیگر ارتباط پزشکی، ارتقای تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار است. اطلاعات ممکن است به صورت بیان شفاهی مطالب بین طرفین باشد. تبادل اطلاعات شامل دادن و دریافت آن است. از دیدگاه پزشکی، پزشکان برای تشخیص و درمان صحیح بیماران نیاز به اطلاعات دارند. از دیدگاه بیماران، آنها فقط دو هدف عمده از مراجعه به پزشک دارند : اول اینکه کاملاً در مورد بیماری خود آگاهی یابند. و علت بیماری خود را بدانند. و دوم اینکه مطمئن شوند که پزشک آنها را درک می‌کند. و بیماری آنها را جدی گرفته است. برای برطرف کردن نیاز بیماران و پزشکان، تناوبی بین دادن و گرفتن اطلاعات بین طرفین وجود دارد. بیمار باید اطلاعات کامل در مورد علائم بیماری خود دهد. و پزشک باید به طور فعال در صدد کسب اطلاعات مربوطه باشد. زمانی که روش‌های تشخیص و درمانی آغاز شدند، پزشک موظف است تمام اطلاعات را در اختیار بیمار قرار دهد. با وجود اینکه اغلب بیماران همیشه در صدد کسب هر چه بیشتر اطلاعات هستند. اما به نظر می‌رسد، پزشکان این مورد را نادیده می‌گیرند. بسیاری از نارضایتی‌های بیماران سلطانی در مورد تبادل اطلاعات به دلیل ناهمانگی بین درک بیماران و پزشکان است. هنگام مطلع کردن یک بیمار سلطانی از بیماری خود، زمانی که احتمالاً پزشک اطلاعات پزشکی مثل نوع بیماری یا مرحله بیماری یا نوع درمان را در اختیار بیمار قرار می‌دهد. بیمار به اطلاعات شخصی در مورد درمان کامل خود با میزان دردی که باید تحمل کند، نیاز دارد. در نتیجه پزشک تصور می‌کند، که اطلاعاتی کاملاً دقیق و مربوطه به بیمار داده اما از طرف دیگر بیمار احساس می‌کند که

هیچ چیز تازه ای یاد نگرفته است. پزشکان باید این اجازه را به بیماران خود بدهند که نگرانی های خود را بیان کنند. همچنین برای تبادل اطلاعات مؤثر پزشکان باید درک بیماران، از بیماری، احساسات و انتظارات مرتبط با بیماری را افزایش دهند.

۳. تصمیم گیری پزشکی؛ یکی دیگر از اهداف ارتباط بین پزشک و بیمار، تواناسازی پزشکان برای تصمیم گیری در مورد نحوه درمان است. به صورت سنتی رابطه ایده ال بین پزشک و بیمار بر پایه تصمیم پزشک استوار است. بدین صورت که پزشک، مستقیماً در مورد درمان و مراقبت تصمیم گیری می کند. در دو دهه گذشته، این شیوه توسط شیوه تصمیم گیری مشترک جایگزین شده است. در این شیوه کاملاً منطقی به نظر می آید. که بیمار برای تصمیم گیری نیاز به اطلاعات دارد. ارتباط بین تصمیم گیری مشترک پزشکی و نیاز بیماران به اطلاعات، احتیاج به توجه بیشتری دارد.

به هر حال قبل از اینکه بیماران در مورد شرکت در تصمیم گیری مطمئن شوند، باید توسط پزشک خود برای مشارکت دعوت شوند. به نظر می رسد تمايل پزشکان برای پیشنهاد یک آزمایش برای بیماران واجد شرایط و قبولاندن مسئولیت تصمیم گیری پزشکی، با یکسری عقاید و نگرشهای کاملاً مشخص که تعیین کننده رفتارهای آتی هستند، ارتباط دارد. از همه مهم تر، فرق بین درمان گر (therapist) و آزمایش گرها (experimenters) است. که البته ۷۱٪ پزشکان، جزو گروه اول به شمار می روند. این درمان کننده ها تمایلی به دخالت در بیماران واجد شرایط ندارند. و به عنوان پزشک فقط فقط مسئولیت تصمیم گیری اولیه را بر عهده می گیرند. از طرف دیگر آزمایش کننده ها مشارکت بیماران در تصمیم گیری را ترجیح می دهند. آنها کمبود تصمیم گیری های شخصی پزشکان در یک آزمایش بالینی را به عنوان یک پیش نیاز برای یک تحقیق علمی بدون عیب درنظر می گیرند.

آنالیز رابطه پزشک و بیمار؛ بسیاری از سیستمهای آنالیز ارتباط متقابل که ابزارهای مشاهده نیز نامیده می شوند، به منظور تحلیل ارتباطهای پزشکی تصمیم شده اند. آنالیز سیستمیک این برخورد شامل تعیین روش، طبقه بندی و اندازه گیری شاخص های ارتباط بین پزشک و بیمار است. یک مثال خوب، انتخاب یک سیستم آنالیز ارتباط است. انتخاب چنین سیستمی اغلب به علت قابلیت دسترسی و یا قابلیت اعتماد زیاد آنها و در نتیجه عدم نیاز به فکر زیاد است. به هر حال انتخاب و ویژگی های یک سیستم آنالیز متقابل برای ماهیت و کارآیی یافته های تحقیق حیاتی محسوب می شود. دو نوع سیستم آنالیز متقابل قابل تشخیص است: سیستمهای درمانی که رفتارهای کارساز و مفید را به کار می گیرند. و سیستمهای مراقبتی که در صدد اندازه گیری رفتارهای تأثیر گذار (اجتماعی احساسی) هستند. این دو نوع سیستم، نیازهای بیماران در زمینه درمان و مراقبت را برطرف می کنند. نیاز به فهمیدن و درک کردن (درمانی) و نیاز به درک شدن (مراقبت). آنالیز پروسه متقابل فشرده (Bale) به عنوان یک سیستم آنالیز درمانی است. که بر تبادل اطلاعات تأکید دارد. روش پزشک گرا بیشتر به عنوان مثالی برای سیستم مراقبتی به کار می رود. بسیاری از مشکلات پزشکی با هیچ کدام از رفتارهای ابزاری و یا عاطفی حل نمی شوند. علاوه بر انواع هدف های ارتباط و انواع راههای آنالیز برخوردهای پزشکی، انواع رفتارهای ارتباطی قابل تشخیص است. تحقیق در مورد چنین رفتارهایی مهم به نظر می رسد. چرا که تا کنون مشخص نشده که آیا بیماران توانایی تمیز انواع رفتارهای پزشک از جمله رفتارهای ابزاری و عاطفی را از همدیگر دارند یا نه.

رفتارهای ابزاری (مبتنی بر حرفه) در مقابل رفتارهای عاطفی اجتماعی احساسی؛ یکی از مهم ترین تفاوت ها در روابط پزشکی، فرق بین رفتارهای ابزاری (درمان محور) و رفتارهای عاطفی (مراقبت محور) است. رفتارهای ابزاری مهارت های فنی هستند، که در حل مشکلات مورد استفاده قرار می گیرند. و مبنای مهارت پزشک جهت مشاوره هستند. رفتارهای عاطفی توسط نویسنده کان مختلف به صور مختلف تعریف شده اند، به طور مثال؛ بیانات شفاهی مضمون اجتماعی احساسی صریح و یا رفتارهایی که پزشک در قبال بیمار، نه به عنوان یک بیمار، بلکه به عنوان یک انسان، از خود نشان می دهد و یا رفتارهایی برای ایجاد یا ثبات یک رابطه مثبت بین پزشک و بیمار. محققان ارتباطات، از راههای مختلفی برای اندازه گیری رفتارهای ابزاری و عاطفی استفاده کرده اند. مکالمات ابزاری شامل صحبت های زیر می شود : دادن اطلاعات، پرسیدن سؤال، مشاوره، راهنمایی کردن، مشخص کردن تستها و

درمان های آتی، عوارض جانبی درمان ها و تستها، بحث های نتیجه تستها با خود بیمار به خصوص بحث در مورد اندازه تومور، توضیح علل درمان یا عدم درمان و توضیح مفهوم بیماری میکرومتساتیک.

حقیقان به حدی در بررسی برخوردهای کلامی در حین مصاحبه توجه کرده اند. که از رفتارهای غیر کلامی غافل شده اند. به هر حال رفتارهای عاطفی تنها با رفتارهای شفاهی میسر نیستند. تنها ۷٪ از روابط احساسی، به طور شفاهی بیان می‌شوند، ۲۲٪ توسط تون صدا، اما ۵۵٪ توسط رفتارهای غیر کلامی از قبیل طرز نگاه کردن، وضعیت بدن و غیره بیان می‌شوند. رفتارهای غیر کلامی در انواع روش های مختلف قابل ارائه هستند. تون صدا، خیره شدن، خنده، وضعیت بدن، تظاهرات صورت، لمس کردن و فاصله فیزیکی، بیان کننده میزان احساسات برخورد بین فردی هستند. بیماری معمولاً در برگیرنده احساساتی از قبیل ترس، اضطراب و تردید است. در نتیجه بیماران اشارات ظرفی را جستجو می‌کنند. تا آنچه را که احساس می‌کنند و یا تصور می‌کنند پیدا کنند. همچنین بیشتر بیماران در جستجوی اطلاعاتی درباره جنبه های مختلف بیماریشان هستند (از قبیل شدت، دوره، پیش آگهی) بیماری، ارتباط غیر کلامی اطلاعاتی را فاش می‌کند. که قرار نبود انتقال پیدا کنند. بیماران نسبت به این پیام ها و تناقض بین ارتباط کلامی و غیر کلامی پزشک حساس اند. این تناقضات می‌تواند به عنوان بی صادقی در نظر گرفته شود. در حالیکه صداقت و خلوص یکی از شرایط اصلی لازمه برای ارتباط بین فردی در رویکرد "بیمار محور" است.

رازداری و حفظ حریم خصوصی بیمار، در بررسی های انجام شده، روابط پزشک - بیمار به مسئله رازداری و حفظ حریم خصوصی بیمار که می‌تواند به عنوان یک جنبه مربوط به ارتباط پزشک و بیمار در نظر گرفته شود، توجه کمی داده شده است. علاوه بر دسترسی پزشک به سابقه شخصی بیمار، رازداری و حفظ حریم خصوصی محدوده وسیع تری از "رازداری اطلاعات" دارد. سه نوع متفاوت از مسائل شخصی را می‌توان مشخص کرد : اسرار روانی، اجتماعی و جسمی. اسرار روانی شامل توانایی یک بیمار در کنترل عاطفه و ادراک دریافت ها و تراوشت، تفکر و چگونگی تکرش، عقاید یا ارزش ها و حق تعیین شرایط و فردی است. که بیمار با وی بتواند این افکار و احساسات را به عنوان اطلاعات محترمانه و خصوصی فاش کند. با این وجود، اگر پزشک بخواهد تشخیص و درمان مؤثری انجام دهد، پرسیدن سوالات شخصی و فاش کردن اطلاعات محترمانه غیر قابل اجتناب است. گسترش ارتباط پزشکان به صورت تهاجمی تر و قویاً کنترل شده ممکن است توسط بیمار به عنوان تجاوز به اسرار روانی تلقی شود. اسرار اجتماعی فراتر از اطلاعات و اسرار روانی هستند. و شامل توانایی و تلاش بیمار برای کنترل روابط اجتماعی و بهبود روابط بین فردی می‌باشد. میزان رعایت آداب و رسمی بودن و چگونگی موضوعات شخصی و زبان محاوره به عنوان اسرار اجتماعی تعریف می‌شوند. رفتار پزشکان در طول معاینات بیمار متأثر از هنجارهای اجتماعی است. برای مثال برقراری تماس چشمی ممکن است، به وسیله یک بیمار به عنوان صمیمیت زیاد در روابط برداشت شود. و بنابراین زیر پاکداشتن هنجارها در سیاق پزشکی محسوب شود. اسرار جسمی در حقیقت میزان دسترسی افراد به بیمار تعریف می‌شود. واضح است که در طول معاینات پزشکی اسرار یا حریم خصوصی جسمی بیماران به صورت لمس کامل، غیر قابل اجتناب و ضروری است. بعضی رفتارهای پزشکی توسط بیمار به عنوان تجاوز به اسرار و حریم خصوصی جسمی شناخته می‌شوند. مانند : تماسای یک بیمار در حالی که برای انجام معاينه آماده می‌شود، لمس غیر منتظره بیمار، گوش دادن به مکالمه خصوصی و یا فعالیت خصوصی بیمار. با وجود این مطالعات نتایج ضد و نقیصی در مورد امتناع بیماران از لمس پزشکان نشان دادند. اسرار و حریم خصوصی جسمی می‌تواند به عنوان مهمترین عنصر ارتباط غیر کلامی در نظر گرفته شود و می‌تواند بیشترین تأثیر را در کیفیت روابط بین فردی میان پزشکان و بیماران داشته باشد.

رفتارهای کنترلی شدید در مقابل ضعیف، رفتارهای کنترلی پزشک و بیمار عنوان اجزای روابط پزشکی هستند. رایج ترین فرم از روابط پزشک - بیمار روی طیفی از کنترل زیاد و کم قرار دارد. اگر پزشک کنترل زیادی داشته باشد (و بیمار اختیار کم)، پزشک در روابط غالب خواهد بود. بدین معنی که پزشک در مورد آنچه که تصور می‌کند بهترین بهره را برای بیمار دارد، تصمیم گیری می‌کند. این نوع از روابط مانند آنچه روتوروهال " پاترنالیسم " (رفتار پدر سالارانه) نامیدند. یکی از چهار مدل کنترل در روابط

پزشک - بیمار است. "استوارد و روتر" اظهار دارند که الگوهای سنتی که کنترل پزشک در آنها بیشتر است. هنوز رایج ترین نوع کنترل در حرفه پزشکی می‌باشد. این نوع از روابط پزشک گرا، می‌تواند به عنوان نوع متضاد روابط بیمار گرا که بیشتر مساوات طالب است، به حساب آید.

کلمه "کنترل" توسط کاپلان و همکاران به عنوان یکی از سه الگوی طبقه بندی ارتباط پزشک و بیمار به کار برده شد. آنها سه الگوی توصیف کننده تمام مکالمات طول مشاوره که شامل:

۱- راهنمایی پزشک (سئوالات، قطع صحبت و... توسط پزشک)؛

۲- راهنمایی بیمار (سئوالات، قطع مکالمه توسط بیمار)؛

۳- مبالغه احساسات و عقاید می‌باشند را شرح دارد. دو الگوی اول شامل رفتارهای کنترلی است.

غالب بودن در مکالمه، مبالغه در تأکید به یک نکته، دراماتیزه کردن، خیلی منطقی بودن، حرکات و اشارات دائم هنگام صحبت کردن. به نظر می‌رسد که علت تنوع در کنترل روابط پزشکی، شناخت محدود بیمار از مشکلات پزشکی و درمانی، تردید زیاد، کنترل پزشکان از اطلاعات پزشکی و وظایف تعیین شده برای پزشک و بیمار است.

اصطلاحات می‌تواند به عنوان جزئی از فرایند ارتباط مؤثر در طول تعامل های پزشک - بیمار باشد. پزشکان دو زبانه اند:

- آن ها هر روز به زبان بومی خود صحبت می‌کنند (everyday language, EL)

- همچنین آنها در زبان پزشکی فصیح اند (medical language, ML)

به طور معمول بیماران با ML ناشنا هستند. و فقط به زبان محاوره ای صحبت می‌کند. هنجارهای ارتباطی باید راهکارهایی را که اثربخشی ارتباطی بین متخصصین سلامت و بیمارانشان را به حداقل می‌رساند ارائه نماید. بنابراین انتظار می‌رود زبان پزشکان زمانی که با بیمارانشان ارتباط برقرار می‌کنند، از ML به EL تبدیل شود. از طرف دیگر ممکن است بیماران از ML شناخت کلی داشته باشند. و ممکن است برای برقراری ارتباط مؤثر از آن استفاده کنند. استفاده از ML توسط پزشکان به عنوان مشکلی اساسی برای بیماران محسوب می‌شود، در حالیکه EL برای ترجیع درک بهتر در نظر گرفته می‌شود. زمانی که پزشک در مورد یک موضوع علمی و پزشکی با بیمار خود صحبت می‌کند تمایز واضح بین دو زبان فوق برایش مشکل است.

*نکته: بالاترین سطح فهم صحیح مربوط به پزشکان و پایین ترین سطح مربوط به بیماران است. بیشترین اختلاف میزان فهم پزشک و بیمار در مورد اصطلاحات معمول روانشناسی از قبیل افسردگی، میگرن و ناراحتی های تغذیه ای می‌باشد. اصطلاحاتی از این قبیل، اغلب در تعامل بین پزشک و بیمار استفاده می‌شوند. در هر حال به نظر می‌رسد که این اصطلاحات شامل هر دو معنی بالینی و عامیانه هستند. که باعث برداشت اشتباه می‌شوند. که این خود، منجر به عدم رضایت بیمار و شاید عدم پیگیری روند درمان توسط وی می‌گردد.

تأثیر رفتارهای ارتباطی بر پیامد بیماران؛ علاوه بر تعیین و تجزیه رفتارهای ارتباطی، محققان ارتباط، در زمینه نتایج و پیامها صحبت کردن نیز علاقه نشان داده اند. به نظر می‌رسد رفتارهای مختلف پزشک در عملکرد و بهبود بیماران تأثیر می‌گذارد. اصطلاح "پیامد بیمار" در مطالعات مراقبت سلامت، برای ارزیابی میزان تأثیر این رفتارها استفاده شده اند. اصطلاح "پیامد" همانگونه که در مطالعات مراقبت سلامت استفاده می‌شود، می‌تواند به عنوان "یک نتیجه قابل مشاهده حاصل از یک رخداد بعد از یک مواجهه کامل یا ناقص" تعریف می‌شود. پیامدهای مختلف بیماران در دو دهه گذشته مشخص شده اند. برای مثال رضایت،

پذیرش (پیروی از روند درمان)، دانش، درک، سازگاری، کیفیت زندگی، وضعیت سلامت، یادآوری، بیماریهای روانی (اضطراب، افسردگی) بهبودی. بعضی از پیامدهای غالی که دیده می‌شوند. و به نظر می‌رسد نشانه‌های ارتباط مؤثر پزشک و بیمار هستند. نکته : رضایت بیمار به عنوان یک پیامد اندازه گیری شده، قابل تشخیص ترین و مهم ترین محسوب می‌شود. چرا که این یک حقیقت است که دارای جذبه منطقی و شهودی است. اغلب بیماران هنوز از اطلاعاتی که دریافت می‌کنند، ناراضی هستند. به طور کلی به کار بردن اسم کوچک بیمار، توجه به رازداری و حریم خصوصی در طول یک معاینه، داشتن یک سری مهارت‌های اجتماعی مرسوم (از قبیل نشستن در حال صحبت با بیمار، قطع نکردن کلام بیما ر) تعیین آزمایش‌ها و درمان‌های آتی و بحث در مورد ترخیص، رفتارهای مرتبط با رضایت هر چه بیشتر بیمار است. به نظر می‌رسد لمس، توسط بیماران به عنوان تجاوز به حریم فیزیکی خصوصی شان قلمداد شود.

پذیرش و پیروی بیمار؛ نیز به عنوان یکی دیگر از پیامدهای گسترده و شاخصی برای ارتباط مؤثر پزشک و بیمار بررسی شده است. با این حال بر خلاف نتایج مطالعات مربوط به رضایت بیماران، رابطه مشخصی بین رابطه پزشک و بیمار و میزان پذیرش و تمکین بیمار وجود ندارد. در شرایطی که بیماران سلطانی نگران اند، کمبود اطلاعات ممکن است منجر به جستجوی درمانهای جایگزین سلطان شود.

پیامد دیگری که برای ارزیابی کیفیت رابطه پزشک و بیمار به کار برده می‌شود، یادآوری و درک اطلاعات توسط بیماران است. بیماران اغلب آنچه را پزشک به آنها گفته است به خاطر نمی‌آورند. با خوب درک نمی‌کنند. نزدیکی هر چه بیشتر پزشک (میزان نزدیکی در روابط از قبیل خم شدن به جلو)، با درک زیادتر همراه است. از سوی لمس زیاد منجر به پائین آمدن سطح درک اطلاعات داده شده می‌شود. علاوه بر نزدیکی جسمی، زمان صرف شده توسط پزشک برای ارائه اطلاعات و نظرات پزشکی به طور چشمگیری با میزان درک بیمار در ارتباط است. مدت زیاد صرف شده در مطالعه پرونده بیمار توسط پزشک منجر به کاهش درک بیمار می‌شود، شاید به این خاطر که این فعالیت در کل، تماس چشمی و ارتباط را مختل می‌کند. صرف نظر از عدم درک اطلاعات داده شده توسط بیماران، اغلب آنها از به خاطر آوردن مقدار زیادی از آنچه که طی در یک مشاوره دریافت کرده اند، ناتوان هستند. از پدیده‌های شناخته شده در مطالعات ارتباط، تأثیرات تقدم و تأخیر هستند. که هر کدام از آن دو می‌تواند برجسته تر بوده و بنابراین بهتر به خاطر آورده شود. اغلب چنین بیان می‌شود که به منظور بهبود به یادآوری اطلاعات شفاهی ارائه شده، اطلاعات مهم از قبیل گفتن خبرهای بد، باید ابتدا بیان شوند.

محققان اخیراً توجه زیادی به کافی بودن مقیاس پیامدهای بیماران (مثل : رضایت و پذیرش و یادآوری) برای ارزیابی مؤثر بودن رابطه پزشک و بیمار کرده اند. اگر هدف نهایی مراقبت پزشکی، فراهم کردن پیامد سلامت بهینه برای بیماران است بنابراین روابط مؤثر پزشک و بیمار نیز باید نیز باشد منجر به سلامت بهتر بیماران شود. رضایت بیماران، پذیرش و دیگر نتایج عمده حاصله، لزوماً نشان دهنده وضعیت سلامت بیماران نیستند. برای نمونه ممکن است بیماران، از مراقبت‌های پزشکی نامناسب راضی باشند. و از توصیه‌های درمانی پزشکان خود، که در نهایت منجر به سلامت بهتر آنها نمی‌شود تبعیت کنند.

"کاپلان " و همکاران روابط میان جنبه‌های اختصاصی ارتباط پزشک و بیمار و سلامت بهتری را که از نظر جسمی (فشار خون، قند خون)، رفتاری (سطح کارکرد) و ذهنی (تصور بیمار از وضعیت کلی سلامت) برآورده شده اند، بررسی کردند. نتایج نشان دادند که رفتارهای کنترلی هر چه بیشتر بیماران و هر چه کمتر پزشکان (سوالات، قطع کلام) جنبه عاطفی بیشتر ارتباط (مخصوصاً عاطفه منفی پزشک و بیمار)، دادن اطلاعات بیشتر توسط پزشک در پاسخ به درخواست اطلاعات مؤثر توسط بیمار، با سطح بهتر سلامت بیمار در ارتباط است. بر اساس این یافته‌ها امکان دارد، که روابط پزشک و بیمار نتایج مهمی برای پیامد سلامت بیماران داشته باشند. رفتارهای پزشک که باعث تقویت اعتماد به نفس، انگیزش و دید مثبت نسبت به سطح سلامت در بیمار می‌شود، ممکن است به طور غیر مستقیم بر پیامد سلامت بیمار تأثیر گذارد. مشکلات روانی رابطه نزدیکی با سطح سلامت

و کیفیت زندگی می توانند داشته باشند. این پیامد، یک نتیجه قابل اندازه گیری است که غالباً در مطالعات روانی - اجتماعی سرطان شناسی بکار برده می شود.

*نکته: حرفه ژنیکولوژی مهارت های بسیاری نیاز دارد. و در حوزه زنان و زایمان دانستن این مهارت های بین فردی و ارتباطی بسیار اهمیت دارد. بسیاری از متغیرهای خارجی، بر روی بیمار و مراقبت هایی که دریافت می کند، تأثیر می گذارند. از این عوامل می توان به بستگان و نزدیکان مهمنم، یعنی خانواده و دوستان بیمار و روابط فردی و روابط اجتماعی و اقتصادی هستند. معاینه لگن زمانی انجام می شود که، علائمی مانند ترشح غیرطبیعی واژن و یا درد در ناحیه لگن وجود داشته باشد در معاینه لگن فرج، واژن، گردن رحم، رحم، تخدمان ها و مقعد را از نظر وجود توده ها و کیست و ناهنجاری ها تناسلي زنان بررسی می شود. در طول معاینه لگن یا Pelvic exam شیوه دستی و بصری ارزیابی می شود. معاینه لگن می تواند بخشی از چکاپ روتین فرد باشد، همچنین در صورت بروز علائمی مانند ترشح غیرطبیعی واژن و یا درد در ناحیه لگن، انجام معاینه لگن یا معاینه داخلی واژن توصیه می شود. معاینه لگن در مدت کوتاهی انجام می شود. و در طول آن، فرج، واژن، گردن رحم، رحم، تخدمان ها و مقعد، از نظر وجود توده ها و کیست و ناهنجاری ها تناسلي زنان بررسی می شود. پاپ اسمیر یا Pap test برای غربالگری سرطان دهانه رحم انجام می شود. که در صورت نیاز پاپ اسمیر نیز همزمان با معاینه لگن انجام شود. معاینه لگن به دلایل زیر انجام می شود :

- اطمینان از سلامت ناحیه تناسلي : معاینه لگن اغلب بخشی از روند روتین معاینات فیزیکی زنان می باشد. که در آن علائم احتمالی طیفی از اختلالات مانند کیست تخدمان، عفونت های مقاربتی جنسی، فیبروم رحم و یا وجود سرطان در مراحل اولیه بررسی می شود. بر اساس تشخیص پزشک نحوه تکرار معاینات لگن تعیین می شود. اما خیلی از خانم ها معاینه لگن را یک بار در سال انجام می دهند.

- اگر بیمار علائم ژنیکولوژیک از جمله درد لگنی، خونریزی غیرطبیعی واژینال، تغییرات پوستی، ترشحات غیر نرمال واژن یا مشکلات ادراری داشته باشد، معاینه لگن انجام خواهد شد. معاینه لگن به پزشک کمک می کند، تا علت احتمالی این علائم را تشخیص دهد. و تعیین کند آیا انجام تست های تشخیصی بیشتری لازم است یا خیر. برای انجام معاینه لگنی به آمادگی قیلی نیازی نیست. البته بهتر است به هنگام معاینه لگن، قاعده‌گی وجود نداشته باشد. و مثانه به طور کامل تخلیه شود. معاینه لگن عموماً شامل این مراحل زیر است :

- **معاینه بصری خارجی** : ابتدا پزشک به صورت بصری فرج یا قسمت خارجی دستگاه تناسلي را معاینه کرده و آن قسمت را از نظر سوزش، قرمزی، زخم، تورم یا ناهنجاری های دیگر معاینه می کند.

- **معاینه بصری داخلی** : در ادامه پزشک متخصص زنان از اسپکولوم استفاده می کند تا دیواره های واژن را از هم باز کرده و داخل واژن و دهانه رحم را ببیند و معاینه کند. ورود و باز کردن واژن با اسپکولوم می تواند فشاری ایجاد کند که برای برخی خانم ها ناخوشایند است. بهتر است بیمار، تا جایی که می تواند عضلات خود را ریلکس کند. و اگر درد داشت به پزشک اطلاع دهد.

- **پاپ اسمیر** : اگر معاینه لگن شامل پاپ اسمیر باشد، پزشک قبل از خارج کردن اسپکولوم از سلول های دهانه رحم نمونه برداری می کند.

- **معاینه دو دستی یا Bimanual exam**: از آن جائیکه ارگان های داخلی لگن مانند رحم و تخمدان ها قابل روئیت نیست. در این مرحله پزشک زیر شکم و حفره لگن را لمس می کند. تا بتواند این بخش ها را معاینه کند. به این منظور پزشک با استفاده از لوبریکانت و دستکش انگشتان خود را وارد واژن می کند. و با دست دیگر به آرامی از روی بدن بخش زیر شکم را فشار می دهد. در این مرحله پزشک اندازه و شکل رحم و تخمدان ها را بررسی می کند. بعد از معاینه داخلی واژن، در صورت نیاز و بررسی بیشتر پزشک با استفاده از لوبریکانت و دستکش انگشتان خود را وارد رکتوم یا مقعد می کند. تا وجود هر گونه ناهنجاری را در آن ناحیه بررسی کند. عموماً پزشک در هر مرحله توضیح می دهد که در حال انجام چه کاری است و به این صورت بیمار غافلگیر نخواهد شد.

در تنظیم نیازهای آموزشی بیماران ۱۰ عنوان کلی توسط انجمن بیمارستانهای آمریکا پیشنهاد شده که لازم است مدنظر قرار گیرند :

- × عملکرد طبیعی بدن؛
- × مشکلات مرتبط با تشخیص بیماری؛
- × داروهای تجویز شده؛
- × رژیم غذایی؛
- × محدودیت های فعالیتی (شامل فعالیت جنسی)؛
- × غربالگری تشخیصی و آزمایشات؛
- × معیارهای پیشگیری کننده یا ارتقاء سطح بهداشت؛
- × منابع جامعه؛
- × منابع مالی؛
- × برنامه های آتی پزشک برای بیمار.

*نکته : نیازهای اطلاعاتی بیماران شامل موارد زیر هستند :

- نام بیماری، علل، عوارض و پیش آگهی؛
- دلیل انجام تست ها و آزمایشات؛
- روش اصلی درمان و دلیل مصرف داروها؛
- چگونگی تناوب و روش مصرف داروها؛
- هزینه های تشخیصی و درمانی؛
- توصیه هایی که به رفع مشکل کمک می کند؛

- برنامه ادامه درمان و مراجعه مجدد.

اهداف حیاتی و ضروری اهدافی که دانستن آنها ضروری است. و در صورت برآورده نشدن حیات فرد به خطر می‌افتد. برای مثال مادر باید کودک را در وضعیت صحیح برای جلوگیری از آسپیره قرار دهد. بیمار باید عالیم و نشانه‌های سکته قلبی را توضیح دهد. بیمار باید مقدار صحیحی از انسولین را بکشد. اهدافی که بهتر است، بداند. موادی هستند که برای بهبود سلامتی مفید هستند. اما می‌توان آموزش آنها را به تأخیر انداخت. مانند نیازهای مربوط به تغذیه، تحرک، ارتباطات جنسی، کمکهای روانی- اجتماعی. نیازهایی که خوب است بیمار بداند نسبت به بقیه اولویت کمتری دارد و اگر برآورده نشود حادثه مهمی رخ نمی‌دهد. مثل دانستن میزان کالری هر یک از مواد غذایی.

میزان یادگیری بیماران، پس از پانزده دقیقه افت می‌کند. که یکی از موانع گوش دادن است. به قولی محفوظات کم بهتر از فراموشی‌های بزرگ است. پس توضیحات باید مختصر و مفید باشد. کوتاه در حد زیر پانزده کلمه در هر جمله. و ساده در حد به کار بردن کلمات یک یا دو سیلابی. به کار بردن اصطلاحات پزشکی برای بیمار فقط موجب آشفتگی و خستگی وی می‌شود. گاه این عمل ناخودآگاه صورت می‌گیرد. هر قدر تعداد کلمات و جملات مبهم قیدی وابهام انگیز کمتر باشد. پیام صراحت و روشی بیشتری دارد. مرور دوره ای مطلب در هنگام آموزش و مراقبت از بیمار، با فراگیری و بخاطر سپردن اطلاعات رابطه مستقیم دارد. پزشکان باید نکات مهم تجویز خود را تکرار کنند. مثال‌ها خصوصاً در مورد موضوعات جدید مؤثر است. بایستی که پزشک مهمترین اطلاعات را در ابتدای گفتگوی بیمار بگوید. اطلاعات اختصاصی و مربوط به شخص بیمار را بیان کند. از کلمات کاملاً ساده و جملات کوتاه استفاده کند. از اصطلاحات پزشکی استفاده نکند، و در صورت استفاده کاملاً توضیح دهد. تن صدا و سرعت صحبت خود را تنظیم نموده و در موقع لازم افرایش یا کاهش دهد. مطالب را ساختار بندي کند. و مطابق ساختار به بیمار توضیح دهد. مطالب نوشتاری را در کنار گفتگو و صحبت شفاهی به بیمار ارائه دهد. از بیمار سئوال شود که مطالب را فهمیده یا خیر. قبل مصاحبه از نظر فیزیکی و فکری خود را آماده ساخته و محیط فیزیکی مناسب انتخاب کند. همواره بیمار را تشویق به سئوال نمودن کند. بیمار را به فعالیت‌های در حین صحبت تشویق کند. مثلاً نوشتن، لمس کردن، دیدن عکس‌ها وغیره. لازم نیست که پزشک همه حیطه‌های لازم برای آموزش بیمار با جزئیات کامل توضیح دهد. توضیحات بیشتر را به همکاران دیگر واگذار نماید. برخی موارد فوق را از طریق جزوای کتبی به بیمار داده شود. مثل مراقبتهای ویژه و عالیم هشدار دهنده، رژیم غذایی، میزان فعالیت‌ها و مراقبتهای روانی اجتماعی و در گفتگوی پزشک بیمار صرفاً به مهمترین نکات آن اشاره شود. نکته: یک ویزیت مؤثر پزشک و بیمار شامل چهار جزء است: P : Plan، A : Assessment، O : Objective، S : Subjective.

• برنامه تشخیصی Diagnostic Plan :

- توضیح در مورد علت و ضرورت در خواست تست تشخیصی؛

- توضیح در مورد چگونگی انجام تست و آمادگی‌های لازم؛

- توضیح در مورد زمان و مکان مراجعه جهت انجام تست؛

- توضیح در مورد هزینه‌های انجام تست؛

- توضیح در مورد علت بیماری؛

- توضیح در مورد عوارض احتمالی بیماری؛

- توضیح در مورد سیر پیشرفت بیماری و پیش آگهی.

• برنامه درمانی Therapeutic Plan

- توضیح در مورد روش های اصلی درمان؛

- توضیح در مورد ضرورت و هدف تجویز دارو؛

- توضیح در مورد روش مصرف؛

- توضیح در مورد عوارض احتمالی داروها؛

- توضیح در مورد عدم مصرف داروهای بدون نسخه و مشورت با پزشک در این مورد.

• برنامه پیگیری Follow-Up Plan

- توضیح در مورد زمان مراجعة بعدی جهت ویزیت یا انجام تست های تشخیصی-درمانی؛

- توضیح در مورد ضرورت و اهمیت ویزیت های بعدی و انجام تست های تشخیصی-درمانی؛

- توضیح در مورد نحوه تماس با پزشک در موارد ضروری.

رشته بیماری های زنان نیز همانند سایر شاخه های پزشکی، بر اساس اصول اخلاقی که مراقبت از بیمار را هدایت می کنند، استوار است. خودمختاری، رازداری، سودرسانی، پیمان، رابطه امانت داری، رضایت نامه آگاهانه، عدالت، و عدم زیان رسانی از جمله موارد مهمی هستند که باید در نظر گرفته شوند. به طور مثال در حوزه عدم زیان رسانی باید گفت که، وظیفه اخلاقی پزشک جستجوی بهترین روش برای بقای بیمار (فایده رسانی)، و پرهیز از مضرات جراحی (عدم ضرر رسانی)، است. حتی اگر بیمار خواهان عمل جراحی باشد. سودمندی یا بیهودگی درمان، همراه با مسایل مربوط به کیفیت زندگی، باید در همه جوانب مراقبت از بیمار مورد بررسی قرار بگیرند. شالوده مراقبت های خوب پزشکی، تلاش برای بیان هر چه واضح تر پیامدهای مداخلات پیشنهادی است. کیفیت زندگی، واژه ای است که اغلب مبهم، که بسیار مورد استفاده قرار می گیرد. در روند مراقبت از بیماران، کیفیت زندگی عبارت است از، تأثیر درمان بر روی تجربه بیمار از زندگی بر اساس دیدگاه خود او. این تصویر که پزشکان می توانند از دیدگاه شخصی خود، در مورد کیفیت زندگی یک بیمار قضاوت کنند، پنداری خطرناک و کاملاً موهوم است. توجه آشکار در جهت اولویت دادن به بهترین منافع و علایق بیمار و رد کردن مسئولانه گزینه هایی که نیازهای بیمار را به مخاطره می اندازند، از الزامات اخلاقی محسوب می شوند.

● خانمی ۴۰ ساله مولتی پار جهت انجام پاپ اسمیر مراجعت کرده است. در معاینه به عمل آمده دیواره های واژن شل می باشد. کدام نوع اسپاکولوم جهت معاینه مناسب تر است؟ (ارشد ۹۹)

الف) گریوز

ب) هافمن

ج) موریسون

د) پدرسون

- جواب : گزینه الف.

سؤالات فصل دوم

۱. فقدان اطلاعات کامل در مورد یک بیماری خاص سبب همه موارد زیر می شود، بجز؟

- (الف) نارضایتی از مراقبت های طبی
- (ب) افزایش اضطراب
- (ج) پاسخ مناسب به درمان
- (د) عدم موفقیت درمان

۲. کدام گزینه بر پایه ارتباط متقابل خوب بین بیمار و پزشک استوار است؟

- (الف) به دست آوردن شرح حال کامل
- (ب) ارجاع مناسب در صورت لزوم
- (ج) درخواست آزمایشات تخصصی
- (د) بررسی های رادیولوژیک اورژانسی

۳. کدام گزینه از متغیرهای مؤثر بر وضعیت بیمار نمی باشد؟

- (الف) رفتارها و ادراکات بیمار
- (ب) خط مشی زندگی
- (ج) شرایط محیط کار
- (د) کیفیت مراقبت دریافتی

۴. همه موارد زیر از جمله مهارت های کلیدی روند ایجاد ارتباط با بیمار است، بجز؟

- (الف) توانایی گوش دادن دقیق
- (ب) دانش تخصصی و ایجاد رابطه
- (ج) یک دلی
- (د) فraigیری تکنیک های خاص

۵. زمانیکه پزشک در مورد اپیزود اخیر یا اپیزود تیپیک سوال میکند، در واقع با چه تکنیکی بیمار را آماده می کند؟

- (الف) هیپنоз
- (ب) مکاشفه
- (ج) تمرکز
- (د) خصوصی سازی

۶. زمانیکه پزشک در مورد تمام دوره بیماری از او می پرسد، در واقع با چه تکنیکی بیمار را آماده می کند؟

- الف) هیپنوز ب) مکاشفه ج) تمرکز د) خصوصی سازی

۷. انتظار می رود پزشک کدام خصوصیات زیر را نداشته باشد؟

- الف) شنونده خوب ب) سخت گیر ج) رعایت انصاف د) صداقت

۸. در بررسی اثر رابطه بیمار و پزشک بر پیامدهای مزمن تمام مشخصات پیامد بهتری دارند، بجز؟

- الف) هم دل بودن پزشک و کنترل بیشتر مصاحبه توسط بیمار

- ب) ابراز هیجان هم توسط بیمار و هم توسط پزشک

- ج) ارایه اطلاعات توسط پزشک در پاسخ به سوالات بیمار

- د) ارایه اطلاعات توسط بیمار در پاسخ به سوالات پزشک

۹.....؛ بدین معنی به کار می رود که بیمار از پیشنهادها یا دستورات پزشک پیروی خواهد کرد.

- الف) کمپلیانس ب) تمرکز ج) مکاشفه د) خصوصی سازی

۱۰. در طی مشاهده واژن و سرویکس به تمام موارد زیر می توان توجه کرد، بجز؟

- الف) پیگمانته بودن مخاط

- ب) وجود ترشحات

- ج) کارسینوم

- د) ناهنجاری های ساختمانی

۱۱. گایاک چه تستی است؟

- الف) پاپ اسمر ب) تست سرطان واژن

- ج) بررسی تون اسفنکتر خارجی مقعد د) خون مخفی در مدفوع

۱۲. کدام اسپاکولوم در زنان دارای دیواره های واژینال شل، حامله و یا تحت بیوپسی ضرورت پیدا می کند؟

- الف) Graves ب) Pederson ج) Huffman د) Warmer

۱۳. در روند مراقبت از بیماران، کیفیت زندگی عبارت است از:

- الف) تأثیر درمان بر روی تجربه بیمار از زندگی بر اساس دیدگاه خود او

ب) تأثیر درمان بر روی تجربه بیمار از زندگی بر اساس دیدگاه پزشک

ج) تأثیر درمان بر روی تجربه پزشک از روند بهبود بیمار

د) تأثیر درمان بر روی تجربه بیمار از روند بهبود خویش

۱۴. در روند، خواسته های بیمار در مقابل قضاوت طبی خوب در نظر گرفته نمی شود.

الف) رضایت آگاهانه ب) خودمختاری ج) موضوعات قانونی د) قیم های تصمیم گیرنده

۱۵. اخذ رضایت آگاهانه، از مفهوم ناشی می شود.

الف) مکافه ب) موضوعات قانونی ج) خودمختاری د) قیم های تصمیم گیرنده

۱۶.؛ ارتباطی بر اساس ایمان و اعتقاد است.

الف) رابطه امانت داری ب) فایده رسانی ج) خودمختاری د) ضرر رسانی

۱۷. الزام در پیشبرد بهتر زیستن دیگران کدام گزینه زیر است؟

الف) خودمختاری ب) فایده رسانی ج) پیمان د) رابطه امانت داری

۱۸. اصل عدم شخص را ملزم می سازد تا از رساندن آسیب خودداری کند.

الف) خودمختاری ب) فایده رسانی ج) ضرر رسانی د) رابطه امانت داری

۱۹. لازمه ی مراقبت های خوب پزشکی:

الف) تلاش هر چه واضح در جهت آگاهی از پیامدهای مداخلات پیشنهادی است.

ب) تأثیر درمان بر روی تجربه بیمار از زندگی بر اساس دیدگاه خود او است.

ج) تأثیر درمان بر روی تجربه بیمار از زندگی بر اساس دیدگاه پزشک است.

د) خوب بودن و پرهیز از زیان کاری است.

۲۰. اصل فایده رساندن و عدم ضرر رسانی بر چه امری تأکید دارد؟

الف) تلاش هر چه واضح در جهت آگاهی

ب) خوب بودن و پرهیز از آسیب زدن

ج) مراقبت های خوب پزشکی

د) دیدگاه شخصی بیمار در طی روند درمانش

پاسخنامه سوالات فصل دوم

سؤال	الف	ب	ج	د
۱	*			
۲	*			
۳	*			
۴	*			
۵	*	*		
۶	*			
۷	*			
۸	*			
۹	*			
۱۰	*			
۱۱	*			
۱۲	*			
۱۳	*			
۱۴	*	*		
۱۵	*			
۱۶	*			
۱۷	*			
۱۸	*			
۱۹	*			
۲۰	*			

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوای دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوای کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir