چگونگی تنظیم پرونده بیماران و تغییراتیکه باید درآن داده شود

مجله علمی نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۲ ، صفحه ۷۵ ، ۱۳۵۲

دکترابوتراب نفیسی *

۱- آیا باید هر بیمار پرونده‌ای مخصوص بخود داشته باشد.
۲- درصورتیکه باید پرونده داشته باشد چه‌کسی باید آنرا تنظیم‌کند.
۳- درکجا وبچه‌وسیله باید این‌کارآموخته شود.
۴- نواقص پرونده‌های موجود وعلاج‌آن چیست.

طرح پرسش‌های ظاهراً پیش پا افتاده وواضح بالا در یك مجله معتبر ووزین چون مجله «نظام پزشکی» دربادی امر ممکنست بسیارعجیب‌آید وعده‌ای‌ازهمکاران را درسلامت عقل‌نویسنده‌دچار تردیدکند ! ولی اگرنه یك‌بار بلکه چند بارمتن پرسشها مرور وبمعانی آن توجه شودگمان میکنم اکثر بلکه همهٔ خوانندگان به‌اهمیت سئوال‌های مطرح شده ولزوم حل مسائل مربوط بآن بااینجانب هم عقیده خواهند شد زیرا بامطالعهٔ نسبتاً درازمدتیکه بعلت شغل‌دوگانه خویش (هم مصرف‌کننده محصول دانشکده‌های پزشکی وهم تولیدکننده‌آن) داشته‌ام درسالهای اخیر برآن‌شدم که‌اصولا مسئله تنظیم پرونده بیماررا ازهردوجهت، یعنی مصرف کننده و تولیدکننده ، درکشور خویش یالااقل در استان‌هائیکه دارای دانشکده پزشکی‌هستند موردمطالعه قراردهم. ازمطالعات مذکور نتایج زیر بدست‌آمد:

الف - درقسمت مصرف‌کننده ، یعنی پزشکان مطب‌دار یاآنانکه در درمانگاه‌ها کارمی‌کنند .

۱- عده بسیار زیادی از پزشکان برای بیماران مراجعه کننده خویش هیچگونه پرونده‌ای تشکیل نمیدهند .

۲- عده زیادی از آنانکه بعلت دستور اداری (مانند مؤسسات مختلف درمانی کشور) یا احتیاج به‌تشکیل پرونده(که متأسفانه بسیارکم‌اند) ملزم به‌ثبت مشخصات بیمار وبیماری او دردفاتر هستند ، منحصراً به ثبت سرسری و بدون تعمق (آنهم اغلب بوسیله دفترداران ومنشیان غیرفنی) نام ومشخصات بیمار وفقط یك نشانه از نشانه‌های آن وشاید نام یك یاچند داروآنهم دریك سطراکتفا میکنند وشاهدآن دفاتر درمانگاه‌ها و احیاناً بعضی مطب‌ها است .

۳- باقی‌میماندعده‌قلیلی‌ازپزشکان‌علاقه‌مندکه‌کم وبیش‌پرونده‌های فشرده‌ای‌بصورت‌یادداشت‌ازنشانه‌های‌برجسته‌وآزمایش‌هاودرمانها تهیه‌میکنندکه‌گرچه‌تعدادشان سال بسال نسبتاً افزوده‌تر میگردد و علت آنهم بیشتر بعلت فشار وتقاضای مراجعین وافزایش سطح فهم و خواسته‌آنان است ولی نسبت به‌تعداد پزشکان شاغل‌کشور هنوزهم بسیارناچیزاست.

ب- درقسمت تولیدکننده (دانشکده‌های پزشکی‌کشورومؤسسات دیگرتربیت‌کننده متخصص).

دراین قسمت نگارنده در سال گذشته الگوی پرونده‌هائی را که برای بیماران بستری درسه دانشگاه معروف ومعتبرکشور ، یك مرکزآموزشی ویك مرکزغیرآموزشی وابسته‌به‌وزارت‌بهداری، یك مرکز درمانی سازمان بیمه‌های‌اجتماعی، یك مرکز درمانی وابسته به‌شیروخورشید سرخ ویك مرکز درمانی دیگر وابسته به‌یکی‌ازسازمان‌های‌مهم‌ملی(دولتی) کشورتنظیم‌شده وموردمصرف روزمره همه پزشکان ودانشجویان‌مربوطه بود بررسی‌کردم‌وباین نتیجه رسیدم که‌گرچه پرونده‌های مؤسسات وابسته به‌دانشگاهها ازهمه آنها کامل‌تر وجامع‌تر است (وباید هم‌چنین باشد) معهذا دارای‌نقائصی‌آشکار است که‌قسمتی ازآنهاکم وبیش درپرونده‌های مراکز پزشکی کشورهای راقیه نیز موجود است وبعداً بدانها اشاره خواهد شد .

* دانشکده‌پزشکی، دانشگاه اصفهان.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

بطور خلاصه ازاین مطالعات باین نتیجه رسیدم که :
اکثریت عظیمی ازمراجعین به‌پزشکان (اعم از مطب‌های خصوصی یاعمومی) فاقد پرونده، بمعنای اصلی آن هستند .
در جاهائیکه بعللی لزوم تشکیل و تنظیم پرونده احساس میشده الگوئی که عرضه شده جوابگوی نیازمندیهای بهداشتی * یك جامعهٔ مترقی ودرحال‌رشد نظیر مملکت ماایران نبوده‌ومتأسفانه عدهٔ نسبتاً قابل توجهی ازاین پرونده‌ها حتی مطابق الگوی‌تهیه شده نیز تنظیم وتکمیل نشده است .
بااین مقدمه خوانندگان گرامی به اینجانب حق میدهند که در اصل موضوع شك‌ومسائل طرح شده بالارا تکرارکنم زیرامطابق قانـون عمومی انما الاعمال بالنیات ** ، چون عمل ما نوعی دیگر است احتمال دارد اعتقاد ما نسبت به‌اصول سئوالات طرح شده خیلی محکم نباشد . ازهمین روباختصار به‌یکایك این‌چهار پرسش پاسخ گفته درانتهای مقال راهی را که بنظر بیشتر منطبق براصول فوق میگردد «بعنوان چگونگی مشخصات یك پـرونده نمونه» باتفصیل بیشتر از نظر میگذرانیم ، بـاشدکه مورد قبول صاحبنظران قرارگیرد و این نقیصه بسیار بزرگ حرفهٔ پزشکی ومخصوصاً آموزش پزشکی کشور مرتفع گردد .

نخستین پرسش : آیا باید هر بیمار پرونده‌ای مخصوص بخود داشته باشد؟

اگر هدف هرپزشك را آنچنانکه باید باشد وهست سه‌منظور : «درمان بیماری موجود ، پیشگیری بیماری غیر موجود و حفظ سلامت افراد وکشف بیماریهای خفته یـانهفته» بدانیم ، و هدف بیمار راکه قطب دیگر مورد بحث است ، «شفا یافتن یـاتسکین وتخفیف یالااقل تشخیص بیماری موجود ، ودرعده‌ای دیگر (که روزبروز بعلت بالا رفتن سطح دانش عمومی برتعدادشان افزوده میگردد)، حفظ سلامت وجلوگیری از ابتلاء به‌بیماریها» بدانیم، بخوبی‌لزوم‌تنظیم‌تشکیل‌پرونده برای‌هر بیمارمراجعه‌کننده وگاه کلیه افرادی‌که بعلتی سلامت آنها و خانواده یابستگان یاگروه اجتماعی آنها بدست پزشك سپرده شده احساس میشود .
مسئولیت هرپزشك شاغل، ایجاب میکندکه‌به‌سلامت افراد سپرده شده باو ، خواه اختیاری وانتخابی یاموظف و مؤسسه‌ای ، ازدل وجان علاقه‌مندباشد وازکلیه امکاناتی که دردسترس‌او گذاشته شده ویاباید باکوشش خود بدست آورد در راه برآوردن این‌منظور استفاده کند وقدم اول‌انجام یك‌چنین خدمتی توجه‌به شخص‌بیمار» به‌عنوان «یك‌انسان‌نیازمند» ودرعین‌حال «طلبکار ومتوقع» است، که‌کوچکترین وابتدائی‌ترین آنها تشکیل پرونده برای اوست.
زیرا درزیر هریك از عبارات وصفاتیکه یادآورشدم یك‌دنیانکات روانی نهفته‌است‌که شاید بزرگترین اصول روابط پزشك وبیمار راتشکیل‌میدهد وبحق میتوان گفت‌که قسمت مهمی‌ازنارضائی‌های بیماران‌از پزشکان برمبنای همین عدم «توجه» ، عدم «دلسوزی» وعدم «علاقه» بعضی‌همکاران به‌مراجعین‌خویش است(واین گلایه‌ها همه ازگفته‌های بیماران و مراجعین اقتباس واز زبان آنان نقل قول‌شده است)، ودرنظر بیاوریم‌که هر بیمارلااقل باندازه‌یك‌متهم حق دارد پرونده داشته باشد و اگر از این «لغت» واهمه دارید بایدعرض‌کنم باندازه یك«مشتری». قبول‌داریم‌که هرمشتری‌آنهم «خریدار سلامت» ،که بزرگترین وگرانبهاترین‌کالاهای‌انسانی است ، نسبت به «فروشنده» حقی خواهد داشت که صرفـاً جنبه اخلاقی وانسانی دارد .
اما ماپزشکان‌که این حرفهٔ شریف ودرعین حـال خطیر را قبول کرده‌ایم‌بحکم‌وظیفه‌مجبوریم‌این‌حق‌را به«مشتریان»و«خریداران» کالای خود بدهیم. پس‌پاسخ پرسش‌اول مثبت خواهدبود.

پرسش دوم ـ چه‌کسی باید این پرونده را تنظیم‌کند؟

گویا سئوال پیش‌پا افتاده‌ای را مطرح‌کردم ؟ ولی آن‌چنان هم پیش‌پا افتاده نیست زیرا بسیارندکسانیکه این‌کار بزرگ را فقط بدست منشی و گاه مستخدم خود سپرده‌اند و حـال آنکه اگر حقیقتی را بخواهید چون بمصداق « خشت اول چون نهد معمار کج، تـاثریا میرود دیوار کج» ، اساس هرتشخیصی را دقت در گفتهٔ بیماران تشکیل میدهد، این کار بـاید بوسیله خود پزشك انجام‌گیرد واگر بعللی‌که در زیرشرح خواهیم داد این‌کارعملی نبودباید بوسیله پزشك وارسی‌شود ومورد مداقه قرارگیرد چون در هر برخورد رودرروی دو انسان ، آنهم یك انسان «دردمند» ویك انسان«دردفهم»ویك‌انسان«رنج‌کش» و «نیازمند» که‌استمداد میکند و یك انسان ظـاهراً سالم‌که میخواهد کمك کند ، نکات بسیاری نهفته است‌که‌اغلب درك‌کردنی است نه‌وصف شدنی، آنهم باقلم یك نویسندهٔ احیاناً کم سواد یاناوارد .
دربعضی ممالك پیشرفته ومخصوصاً درجاهائیکه‌کاربهداشت مردم بدست مؤسسات خصوصی بزرگ یـا عمومی ودولتی است وتعداد

* مقصود از«بهداشتی» کلمه جامعی‌است برای‌کلیه نیازمندیهائی‌که با «بهداشت» و «سلامت» مردم سروکار داردکه طبعاً شامل «بیماری» یا «عدم سلامت» آنها نیزمیگردد.

** جمله‌ای منسوب به‌حضرت رسول‌اکرم‌که معنای‌آن چنین است:«کردارها تابع پندارها وابسته‌هاست» بعبارت دیگرکسی‌که بچیزی وموضوعی عقیده دارد ازعملش پیداست .

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

مراجعین بآنها بسیار زیاد و پزشکان مسئول نیز تعدادشان بسیار زیاد ومختلف است، چون ممکنست این امکان برای پزشك وجود نداشته باشد که خود تنظیم پرونده را برعهده بگیرد این کاررا بعهدهٔ افراد دیگری قرار داده‌اند.

این افراد کسانی هستند از قبیل دستیار، بهیار، پرستار و بطور خلاصه عده‌ای که تحت عنوان جامع پارامدیکال یا ـ Medical Auxiliaries گردآمده‌اند. اخیراً خواندم که دربرابر اصطلاح خارجی پارامدیکال واژه زیبای پیراپزشکی را پیشنهاد کرده‌اند. بهرحال این گروه که روزبروز براهمیتشان افزوده می‌شود باید آموزش لازم را ببینند تابه‌زبان بیمار آشنا شوند.

ناگفته نماند که باورود شمارگر یا «کمپیوتر» درخدمت پزشکی قسمتی ازاین وظیفه بعهده کارشناسان این فن قرارداده شده وباتهیه پرسشنامه‌های خاص که بیمارخود پرمیکند یا باکمك «پیراپزشك» تکمیل و به‌ماشین سپرده میشود وخلاصه آن درپرونده بیمار اززیر نظر پزشك میگذرد. البته معایب ومحاسن این روش، همانطور که در چند مقاله قبل درمجله علمی نظام پزشکی نوشتم، کم وبیش برهمگان روشن است ودراینجا نیاز به‌تکرار آنها نیست.

فقط بایداضافه کنم که گرچه این سیستم درمؤسسات بزرگ ممکنست مزایائی داشته باشد ویا گریزی از بکار بردن آن نباشد ولی در مطب‌های خصوصی بهیچ وجه نباید مورد نظر قرار گیرد. منشی یا «پیراپزشك» فقط باید خصوصیات عمومی وگاه پرکردن بعضی پرسشهارا بعهده گیرد و وظیفه اومنحصراً «انتقال» بعضی اطلاعات مخصوص از بیمار به‌پزشك است وجالب است که عده‌ای ازبیماران قبلا یك طومار شرح‌حال دقیق ومفصل خود را بهمراه می‌آورند که اینجانب آنها را عیناً، وبعنوان نمونه‌ای ازخط بیماروانشای او، درپرونده ضبط میکنم.

البته لازم بتوضیح نیست که تنظیم و تدوین کامل آن باید بوسیله شخص پزشك انجام گیرد.

پرسش سوم- تشکیل و تنظیم پرونده درکجا باید آموخته‌شود؟

پاسخ این پرسش بسیار ساده وصریح است وآن اینستکه‌درهرجا که آموزش پزشکی انجام میگیرد یعنی در دانشکده‌های پزشکی باید آموخته شود و مسلم است این پایه گذاری از همان ابتدای آشنائی دانشجو بابیمار یعنی درسالهای مقدماتی بالینی بایدشروع شده، در سالهای کارورزی تکمیل گردد، بطوریکه یك دانشجوی فارغ‌التحصیل حتماً باید قادر به‌تنظیم وتکمیل پرونده بیمار برطبق اصول و موازین قابل قبول بین‌المللی باشد. البته لازم به‌تذکر نیست که تشکیل پرونده برای بیمار، منحصر به‌بیماران بستری نیست بلکه شامل مراجعین بدرمانگاه‌ها نیز میشود، زیرا اهمیت آموزش درمانگاهی اگر از آموزش بالینی مشکل‌تر ومهم‌تر نباشد مسلماً آسان‌تر و بی‌اهمیت‌تر نیست، زیرا میدانیم بیمار بستری‌شده دربیمارستان دانشگاهی معمولا بعلت وجود امکانات بیشتر ازحد اعلای وسائل برخوردار است وبیماری وی قسمتی ازسیر خودرا زیرچشم پزشکان درمحیط بیمارستان می‌گذراند وحال آنکه معمولا وقتی بیمار بدرمانگاه یامطب خصوصی مراجعه می‌کند یانشانه‌های خاص بیماری اوهنوز کاملاروشن وواضح نشده ویافرصت کافی برای دقت درسیر بیماری برای پزشك نمانده ویاوسیله کافی پاراکلینیکی موجود نیست ودرنتیجه ازچهار پایه اساسی تشخیصی (گرفتن شرح حال ـ امتحان جسمی وروانی ـ امتحان پاراکلینیکی ودقت در سیر بیماری) دوپایه آن نارسا و پایه‌های دیگر کم وبیش ناقص خواهد بود.

بهمین جهت بارپزشك در درمانگاه بسیار سنگین‌تر ووظیفه او در حل مشکلات ومسائل نیز مشکل‌تر خواهد بود وبحق پزشك خوب وماهر کسی است که درمطب یادرمانگاه بتواند درکمترین وقت وباکمترین وسیله به‌تشخیص برسد.

درنتیجه این قسمت ازآموزش کلینیکی که متأسفانه عملادردانشکده یافراموش شده ویا در ردیف دوم قرار گرفته بسیار نارسا است و حال آنکه مصرف کنندگان دانش پزشکی که پزشکان مطب‌دار کشور هستند اکثریت را تشکیل میدهند و باید اذعان کرد که آموزش دانشجوی پزشکی، در پزشکی درمانگاهی (نه‌بمعنای مردم داری‌وجلب مشتری واداره مطب ومطب داری) بسیار ناتوان ونارسا بوده وهست.

تشکیل پرونده در درمانگاه بیمارستان‌ها، که بیمار ممکنست سابقه بستری‌شدن هم‌داشته باشد، ومطب‌های خصوصی، اندکی باهم متفاوت خواهد بود ودرحقیقت بایدفشرده‌تر باشد که بتوان باسرعت آنرا مرور کرد وبه نتیجه مطلوب رسید مضافاً به آنکه استفاده کننده ازاین پرونده درهرمطب خصوصی فقط یك پزشك است وحال آنکه دردرمانگاههای بیمارستانی یامؤسسه‌ای یاگروهی ممکنست یك بیمار را پزشکان مختلف ـ وفقط برای یك بیماری مورد معاینه قرار دهند. درهرحال اساس تنظیم پرونده نباید بهم بخورد ویکی مکمل دیگری باید باشد. باماشینی شدن پزشکی خواه دربیمارستان وخواه درمانگاه طبعاً عده‌ای از این مشکلات ونامآهنگی‌ها برطرف می‌گردد ولی در عوض عامل انسانی بیشتر ازپیش حذف وبه‌اصطلاح طبابت «قالبی» تر می‌شود که آنهم تابع میزان «وابستگی» پزشك به‌ماشین است، که کدامیك مخدوم است وکدام خادم، واین امر تاچه حدی پیش خواهد رفت وتاچه وقت ادامه خواهد یافت؟

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

پرسش چهارم ـ نواقص موجود در پرونده‌های تنظیمی چیست وعلل آنها کدامست ؟

این نواقص رامیتوان به‌چهار گروه تقسیم کرد وهر گروه‌رامربوط بیك نوع علت دانست ، از اینقرار :

نواقص مربوط به‌بیمار ـ نواقص مربوط به‌پزشك وطرز کار او ـ نواقص‌مربوط به‌آموزش پزشکی ونحوهٔ این‌آموزش مخصوصاً در قسمت بالینی ـ نواقص مربوط به‌سازمان‌های اجتماعی وبهداشت ورفاه عمومی.

واینك شرح هرکدام از این گروهها :

۱ـ نواقص مربوط به‌بیمار

آنچه‌راکه درقسمت‌مربوط به‌تنظیم پرونده میتوان مربوط‌به‌بیمار یاباصطلاح «مشتری» دانست بطور خلاصه چنین خواهد بود :

۱ـ۱ـ عدم علاقه بیمار به‌تشکیل پرونده

میتوان گفت با بالا رفتن سطح دانش عمومی و افـزایش سریع خواسته‌های افراد اجتماع و از آنجمله « بیمـاران » این علت تقـریباً منتفی است و کسی یـافت نمیشود که خواهان تنظیم پرونده بهداشتی برای خود نباشد مگر آنکه بسلامت خودپایبند نباشد که در آنصورت نمی‌بایستی به پـزشك مراجعه می‌کرد . البته این موضوع همیشه باین سادگی نیست .

نگارنده خوب بخاطر دارد که‌درسالهای ۱۳۳۰ـ۱۳۳۲ که‌خواستم رفورمی درطرز معاینه بیماران بعمل آورم وبرای آنهاپرونده تنظیم کنم ، بسبك پرونده‌هائیکه پزشکان دانشگاهی دنیا تنظیم میکنند. بعلت وقت زیادی که این‌کارمیگرفت (بطورمتوسط برای هربیمار تازه وارد بین ۴۵ـ۴۰ دقیقه وبرای مرتبه‌های بعدبین ۱۰ـ۶ دقیقه) طبعاً از میزان پذیرفتن بیماران کاستم واندکی‌هم برحق معـاینه مرتبه اول افزودم (برای اطلاع همکاران جوان بدنیست گفته شود که مرتبه اول‌حق معاینه پنجاه ریال‌ومرتبه‌های بعدی هرمرتبه ۳۰ ریال تعیین شده‌بود!).

این کار سروصدائی در شهر براه انداخت و چون روزنامه‌های به‌اصطلاح آزادیخواه ! هرروز مانند قارچ سبز میشدندومطالبی هم نداشتند بنویسند به‌نگارنده حمله‌کردند که البته مطابق شیوهٔ مرسوم به‌هیچیك ازآنها جواب‌ندادم. رئیس وقت دانشکده‌برای حیثیت یکی ازهمکاران‌خود بانهایت حسن ظن‌جلسه‌ای دردفترش تشکیل دادکه در آن مدیران روزنامه‌ها هم‌حضور داشتند . پس ازاینکه شکایات‌آنها مطرح شد واکثراً جنبه خصوصی داشت‌یکی از مدیران بنام روزنـامه‌ای پرسید، چرا شما مرتبه اول اینقدر مطالبه میکنید در جواب‌گفتم بعلت صرف وقت بیشتری که برای تنظیم پرونده میشود . ناگهان فریـاد برآورد مگر مطب شما محکمه دادگستری‌است که برای مردم پرونده می‌سازید؟ ماهیچ احتیاجی به«پرونده مرونده» نداریم، گفتم اگر برای شماتوجه پزشك ورسیدگی کامل او مفهومی ندارد برای من دارد ووظیفه من‌حکم میکند اینکاررا ادامه دهم‌منتها این مرتبه تشکیل‌پرونده اختیاری شدومن برای بیمارانیکه راضی نمی‌شدند اما خودم از نظر مطالعه و وظیفه لازم میدانستم ، پرونده‌های فشرده‌تری که وقت‌کمتر میگرفت تهیه‌کردم‌که درضمن ارزانتر ! هم تمام‌شود. این نمونه را برای این آوردم تادانسته شودکه روحیه‌آن وقت مردم باحالاکه اکثرمراجعین خود، خواهان تشکیل‌پرونده‌هستند (خواه بعلت درك موضوع یا به‌پیروی وتقلید از دیگران) بسیار فرق‌کرده است واین امرکار پزشك مخصوصاً پزشك«مطب‌داررا» مشکل‌تر ودرعین حال دقیق‌تر ساخته است .

۱ـ۲ـ عدم مراجعه بموقع

عده‌ای از بیمـاران ،که خوشبختانه تعدادشان لااقل در مراکز استانها روزبروز کم‌تر میشود، وقت‌شناس نیستند وبه‌عللی که‌ذکر همه‌آنها دراین مقال باعث اطناب‌کلام خواهد شد درموقع معین برای پی‌گیری حاضر نمیشوند ویکی‌از پـایه‌های تشخیص وگاه دوتای ازآنها را ،که آزمایشهای پاراکلینیك وپی‌گیری باشد، لنگ میکنند ودر نتیجه پرونده آنها باین دلائل ناتمام‌میماند. مهم‌ترین علت عدم مراجعه آنان یابهبود آنهاست (عدم احتیاج به‌پزشك) یاتغییر سلیقهٔ آنهاست (عوض‌کردن پزشك معالج) ویا عدم توجه به‌نظم وترتیب .

۱ـ۳ـ نحوهٔ مراجعه

البته منطقی آنست‌که بیمـار برای اطلاع از وضع سلامت خود فقط در مطب یا بیمارستان به‌پزشك مورد اعتماد خویش مراجعه کند ، ولی تعجب خواهید کرد اگر بدانید که عده‌ای از همین مردم درمجالس خصوصی، درمهمانیهـا، درمجامع عمومی‌وحتی درگردشها و ... کارهای طبی خود را با پزشك مطرح میکنند وحال‌آنکه درباره هیچ‌شغل دیگر«چنین بی‌قیدوبند» نیازمندیهای خود را مطرح نمیسازند زیرا هنوز هستند عده‌ای که‌کار پزشك‌را سرسری می‌پندارند و عقیده دارند او «سرمایه‌ای غیرازفکرخود و اسباب کاری غیر از قلم خود (برای نوشتن نسخه) لازم ندارد واین هردوهم‌که همیشه همراه او هستند!»

البته تعداد این‌گونه مراجعین خوشبختانه روزبروزکم‌تر میشود اما درشهرستانهاومسلماً درروستاها، هنوزهم یکی‌ازگرفتاریهای پزشکان را تشکیل میدهدکه باید بـاتبلیغات صحیح هم مردم را

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

آگاه ساخت وهم پزشکان را به جدی گرفتن هر گونه مشاوره پزشکی متوجه کرد که خود «حریم» خویش را نگاهدارند .

۱-۴- گذرا بودن بیمار

عده‌ای از مراجعین به پزشکان جزو دستهٔ «گذرا» یا موقتی هستند که علل چندی در آن دخالت دارند از آن جمله است: عدم امکان جسمی یا روانی یا مالی بیمار برای مراجعه مجدد به همان پزشك، بهبود بیماری و باصطلاح گذرا بودن بیماری و عدم لزوم مراجعه مجدد، سلب اعتماد و اعتقاد از پزشك، روحیه خاص بعضی از بیماران که یا پزشك را هم چون «مد» می‌پندارند و همچنان که لباس و آرایش و اتومبیل خود را عوض میکنند پزشك خود را نیز عوض میکنند ویا از غریزه خاص «بوالهوسی» وشاید «نوخواهی» بشر بیشتر پیروی میکنند واصل «لکل جدید لذة» یعنی «درهر تازه‌ای لذتی است» را بکار می‌بندند ، یاعدم توافق اخلاقی بین بیمار و پزشك وچندین عامل دیگر که عده‌ای از آنها منطقی وطبیعی است وعده‌ای دیگر مخصوصاً «بوالهوسی صرف» و «مدپرستی» و از این «شاخ بآن شاخ پریدن» است که باید به درستی با آن مبارزه کرد . این یك عیب بزرگ اجتماعی است که در تولید آن هم مردم وهم پزشکان یعنی هردو قطب دخالت دارند .

خوشبختانه در تودهٔ مردم که اکثریت مردم به اصطلاح «کوچه و بازار» را تشکیل میدهند هنوز هم حس اعتماد مردم به پزشك قوی است واگر خود پزشکان آنرا سست نکنند و وسائل ارتباط جمعی مخصوصاً روزنامه وتلویزیون بیش از آنچه هست تبلیغات سوء درباره آن نکنند امکان دارد بتوان شالوده آنرا همچنان محکم نگاهداشت ، مخصوصاً در این زمان که بیش از هر وقت دیگر باین همبستگی و «اعتماد متقابل» پزشك و بیمار و «جامعه پزشکان» و «توده مردم» یا «اجتماع» بطور کلی نیاز است .

۱-۵- توجه بیشتر بدرمان علامتی

البته هدف معمولی بیمار در مراجعه به پزشك (گفتم «معمولی» برای آنکه عده‌ای دیگر نیز هستند که برای پیشگیری و بررسی کامل و باصطلاح «چك آپ» به پزشك مراجعه میکنند) شفایافتن از بیماری است وچون آنچه بیمار را بیشتر رنج میدهد و ویرا بسوی پزشك میکشاند معمولا یك نوع ناراحتی یا «رنج» یا «آزار» یا «درد» است که همه جزو «نشانه» بیماریها شمرده میشوند بنابراین انتظار اغلب بیماران ، شفا ولااقل تسکین و تخفیف هرچه زودتر این ناراحتی است و عامل زمان مخصوصاً در این روزگار که ماشین زندگی مردم را بیرحمانه بدنبال میکشاند وذره‌ای تأخیر را جایز نمیشمارد بسیار مهم است وشاید بزرگترین عامل فعلی تعیین کننده رضایت خاطر بیمار از پزشك باشد. پس جای تعجبی نخواهد بود اگر تمام حواس پزشك متوجه تسکین یا تخفیف ناراحتی بیمار باشد، یعنی فقط به «درمان علامتی» بپردازد .

ماهم نمیتوانیم «درمان علامتی» را بکلی طرد کنیم واجباراً بایستی مانند سایر پزشکان آنرا بپذیریم منتها به شرط آنکه این سبك درمان «همهٔ» درمان ومتوقف کننده پزشك در تشکیل پرونده و بررسی علت نشانه‌ها و تعیین تشخیص نباشد .

متأسفانه باید پذیرفت که در بسیاری از موارد چنین نیست وما عملا در همین مرحله باز میایستیم زیرا ظاهراً بیمارمان تسکین یافته وراضی است واگر هدفمان صرفاً راضی نگاهداشتن مشتری «بهرقیمت» باشد نتیجه آن خواهد بود که الان هست یعنی «هرج ومرج» درامر درمان وایجاد «بازار مکاره داروهای» کارخانه‌های تولیدکننده داروها ونسخه نویسی «علامتی».

بسیار کم‌اند بیمارانیکه فقط خواهان تخفیف یا تسکین علائم نباشند واز پزشك «نوع تشخیص» او را بخواهند و شاید عده‌ای هم ازاین طرف بیفتندوفقط به‌شنیدن یك نام تشخیصی یا «برچسب تشخیصی» دلخوش باشند. این قبیل بیماران اغلب دچار بیماریهای پسیکوسوماتیك هستند وتعدادشان هم درجامعه کم نیست .

بعبارت دیگر در هردوصورت ، این بیماران هستند که راهنما وراهبر پزشکان خواهندبود مخصوصاً آندسته از پزشکان که بهرقیمت بدنبال «جلب مشتری» بیشتر یا «مانع از دست رفتن مشتری» موجود میباشند. برماست که هیچگاه ندانسته آلت دست «مشتری» نشویم ومنافع کلی ویرا که حفظ سلامت او بهرقیمت هست بر رضایت خاطر موقتی وزودگذر او ترجیح ندهیم، زیرا مسئولیت حفظ سلامت بیمار برعهده پزشك معالج است خواه بیمار بداند یا نداند ، و بفهمد یا نفهمد .

نمونه‌های تخطی ازاین دستور کلی بسیار است وکافیست که نظری اجمالی به فهرست داروهای علامتی واثرات سوء آنها بر دستگاههای مختلف بیندازیم که سردسته آنها داروهای ضددرد و به اصطلاح «ضد رماتیسمی» ومسکن وسپس داروهای آرام بخش وضدناراحتی اعصاب است که بیشتر ازهمه خواهان دارد وبهمان نسبت نیزاگر بیموقع و بی‌رویه مصرف شود ، عوارض «پزشك ساخته» یا «یاتروژنیك» آن بسیاراست و روزبروز زیادترهم میشود.

از مجموعه این پنج نمونه که مقصر اصلی «بیمار» وگاه «بیمار و پزشك» هردو هستند میتوان قسمتی از علل اساسی عدم تنظیم پروندهٔ کافی را، برموازین علمی شناخته‌شده ومورد قبول مخصوصاً درمطب‌ها درك کرد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

۲- نواقص مربوط به پزشك وطرز کار او

در زیر بطور خلاصه چند نمونه از نواقصی را که مهم‌تر و فراوان‌تر به‌نظر می‌رسد می‌آورد واضافه می‌کند که همهٔ راهها به‌همین یك راه منتهی میشوند چون اجرا کننده نهائی «شخص پزشك» است وهم اوست که باید باین امر معتقد ومومن ودر رفع سایر نواقص کوشا باشد .

اینهاست چند نمونه :

۲-۱- عدم اعتقاد یاعدم علاقه یا عدم توجه به‌تنظیم پرونده که خوشبختانه نادر است وآنرا بایدکالمعدوم فرض کرد.

۲-۲- کمی دقت ونبودن فرصت کافی برای تنظیم پرونده‌مخصوصاً دربعضی مطب‌های خصوصی یا درمانگاههای عمومی ومؤسساتیکه تعداد مراجعین بسیار زیاد و در پذیرفتن آنها «نوعی» اجبار موجود باشد .

۲-۳- عدم توجه به‌اجزاء متشکله پرونده ، یاتوجه بیشتر بیك قسمت وغافل‌ماندن از قسمتهای دیگر، از آنجمله توجه بیشتر به آزمایشگاه و پاراکلینیك و غافل بودن ازسه پایه دیگر، یاتوجه بیشتر به‌آزمایش بدنی و غفلت از سئوال و گفته‌های بیمار وقس علیهذا ، یا عدم توجه به نتیجه گیری صحیح و حل مسائل و مشکلات بیمار که علت اصلی مراجعه او است ، یا عدم توجه به‌مشکلات اجتماعی وشغلی و خانوادگی و روانی بیمار که گاه اساسی‌ترین مسائل اورا تشکیل میدهند ، یاعدم توجه باین‌اصل که این«مشتری» برخلاف «مشتری» کالاهای دیگر خریدار کالائی است که گرچه بنام «سلامت» یا «رفع بیماری» خوانده میشود اما شامل معنا و مفهوم وسیعتری است که بامسائل دیگر فرد در اجتماع گذشته وآینده او وافراد دیگر وابسته به او پیوستگی ناگسستنی وگاه ناپیدا دارد که باید پزشك «معتمد» درجستجو ورفع آنها نیز بکوشد ودرنتیجه نیازبدان داردکه این مسائل‌را نیز درپرونده تنظیمی خود بیاورد ، یعنی بطور خلاصه یك‌انسان «چندبعدی» بامسائل«پیچیده‌چندین‌بعدی» و«متعدد» درگیراست.

۳- نواقص مربوط به‌آموزش پزشکی

بنظرما چون مهمترین نواقص در تنظیم صحیح ومنطقی پرونده بیمار مربوط به‌آموزش‌پزشکی‌میشود، لازم‌میداند باتفصیل‌بیشتری آنها را بررسی کند .

این نواقص را میتوان بطریق زیر خلاصه‌کرد :

۳-۱- توجه بیشتر به‌بیمار بستری وغفلت از درمانگاه .

این نقصی است که تقریباً درکلیه نوشته‌هایم منعکس کرده وشاید متجاوز از ده سال است درباره آن گفته ونوشته وپیشنهاد داده‌ام وگرچه کوشش‌هائی هم‌دراین زمینه دربعضی دانشکده‌های‌پزشکی بعمل‌آمده اما عملا آنطورکه شاید وباید نتیجه گیری نشده‌است. شاید اهمیت موضوع برمسئولان امور دانشکده‌ها و بیمارستانها روشن نیست ، یابدان معتقد نیستند ، و یااینکه تفهیم آن برای پزشکان مسئول مشکل است ، یاامکانات پاراکلینیکی لازم برای خوب گرداندن یك درمانگاه‌آموزشی نارساست. (مخصوصاً آنان که عادت کرده‌اند همه چیزرا از دریچه آزمایشگاه نگاه‌کنند). علت هرچه میخواهد باشدعامل انسانی یعنی اعتقاد مجریان‌امور وپزشکان مسئول بدرمانگاه ازارکان اساسی بشمار میرود و این کاری است که اززمان تحصیل باید درذهن دانشجو رسوخ کند .

هنوز هم در ذهن دانشجوی پزشکی ، بیمار و مخصوصاً بیمار «پرونده‌دار» مترادف با«بیمار بستری شده» دربیمارستان‌است،وبا وجود اینکه در برنامه آموزشی بعضی از دانشکده‌ها آموزش درمانگاهی درسطوح مختلف آموزش بالینی گنجانده شده ولی عملا بیماران درمانگاهی ، در دانشگاه نیز مانند سایر مؤسسات دولتی یاعمومی معاینه‌ومعالجه میشوند واگر پرونده‌ای‌هم‌تشکیل شود خیلی‌جدی گرفته نشده وکافی‌یارسانیست. وحال‌آنکه بنظر اینجانب‌مهمترین‌ومشکل‌ترین‌ودرعین‌حال‌شیرین‌ترین‌ومفیدترین قسمت‌آموزش، هم از نظر کثرت تعداد مراجعین بدرمانگاه‌ها نسبت به‌بیماران بستری شده (که بتفاوت بین $\frac{10}{1}$ ـ $\frac{40}{1}$ برحسب نوع درمانگاه ممکنست فرق‌کند) وهم ازنظر ورزش‌علمی‌وعملی، آموزش درمانگاهی است .

زیرا تمام قوای فکری پزشك باید برای حل مسئله بیمار ، که گاه حیاتی وفوری است ، درکوتاهترین زمان برای مشکلترین مسائل باکمترین معلومات ، متمرکز گردد ومنجر به‌اخذ تصمیم یاتهیه برنامه برای بیمار شود . این قسمت آموزش برای‌کلیه پزشکان‌که یادرمطب‌های خصوصی‌کار میکنند یا در درمانگاههای عمومی ویا اورژانس مشغولند یا در روستاها و بخشها (باکمی وسائل وکمی همکار متخصص‌ومشاور)کار میکنند بسیارحیاتیست، زیرا قسمت اعظم وقت اینگونه پزشکان‌که اکثریت پزشکان شاغل کشوررا تشکیل میدهند صرف تشخیص ودرمان این‌گونه‌بیماران میگردد . درست مانندآنست‌که شخصی برای خوراك خودمجبور باشد دست تنها هم مواد اولیه را بخرد و هم خوراك قابل اکلی تهیه‌کندوهم مصرف‌کند(پزشك‌درمانگاه)، ودرمقابل شخص‌دیگر که مواد اولیه را کسی دیگرتهیه میکند وکسی دیگر هم‌آشپزی را عهده‌دار است‌وشخص سومی میزرا مرتب میکند و... تاخوراك مأکول بدست‌آید وتناول شود (پزشك بیمارستان)،وتوجه‌میکنید که در وضع فشرده امروزی وعصر سرعت‌کدام روش بیشتر مورد

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

نیاز است و یالااقل در ردیف اول احتیاج قرار دارد : خود یاری تنها یا تعاون تنها یا استفاده از هر دو روش برحسب موقعیت زمان و مکان .

بعلاوه باید در نظر داشت که تعدد انواع بیماریهائیکه در درمانگاهها ومطب‌ها مشاهده میشود بیشتر از نوع بیماری‌هائی است که در بیماران بستری مشهود است ، بطوریکه لااقل $\frac{3}{4}$ آنان که بدرمانگاهها مراجعه میکنند کسانی هستند که در بیمارستان بستری نشده‌اند وبطور سرپائی رجوع میکنند وخود این موضوع درتوسعه اطلاعات بالینی دانشجو بسیار مؤثر است .

۳-۲- عدم پی‌گیری کافی

بیماری که بستری بوده و پرونده‌ای برایش تنظیم شده ومرخص شده پی‌کارخود میرود ونه‌فقط در درمانگاه وضع او (البته برای بیماران غیرحاد وغیراتفاقی) دنبال نمیشود بلکه ازنظراجتماعی نیز ازهیچگونه راهنمائی استفاده نمی‌کند، ودرحقیقت پرونده هر بیمار ـ مگر درصورتیکه مجدداً مراجعه کند وبستری شود ـ عملا مختوم تلقی میشود، وحال آنکه میدانیم یکی از پایه‌های بزرگ تشخیص «پی‌گیری» ودقت درسیر بیماری است ، نه‌فقط درمدت بستری بودن در بیمارستان بلکه درتمام مواردیکه بدرمانگاه یامطب مراجعه می‌کرده ، وحتی دراجتماع . زیرا همانطورکه گفته شد بیماریك «انسان» و«فردی» در «اجتماع» است وبیماری ممکنست وضع اورانه فقط ازنظر شخصی وخانوادگی دگرگون کند بلکه‌مسلماً در روابطاو بااجتماع وشغل وکار وحرفه‌واقتصاد خاص وعام نیز مؤثر است مضافاً بآنکه بیشتر بیماریها بکلی بهبود نمی‌یابند واثراتی بصورت نیمه‌حاد یامزمن یادیررس از خودبیادگار میگذارند که پایه واساس نابسامانی‌های بعدی‌جسمی وروانی واجتماعی افراد میگردد . وظیفه یك‌پزشك آنست که‌همه این عوامل را درنظر بگیرد واز راهنمائی‌ها واحیاناً کمك‌های خود نسبت به «مشتری» خویش دریغ‌نورزد. عده‌ای از بیماران بیمارستانها ، مخصوصاً بیمارستانهای دانشگاهی‌که از وسائل گسترده‌تر وکمیاب‌تر وگاه گرانبهاتر برخوردارند ، آنهائی هستندکه بوسیله پزشکان خارج ازکادر دانشگاهها یابیمارستانها معرفی‌شده‌اند و وظیفه پزشك آنست که حتماً پس ازمرخصی‌بیمار خلاصه پرونده ونتیجه مطالعات ومشاهدات خود را برای پزشك معرفی‌کننده بفرستد (البته در پاکت ومستقیم) و رعایت اعتماد متقابل را بجای آوردکه متأسفانه اینکار هم بدرستی‌عملی‌نمیشود که درقسمت تنظیم پرونده بدان اشاره خواهدشد.

۳-۳- نواقص محتویات پرونده

پرونده هر بیمار بایدارای مراحل‌مختلف‌ومرتب ومنظم باشدکه هرکس درهروقت خواست اطلاعاتی درباره وی کسب‌کند بتواند به‌درستی آنچه‌راکه‌لازمست‌درآن‌بآسانی‌بیابد ومثل کلافهٔ سردرگم نباشدکه اوراقی متفرق و پراکنده بنام محتویات پرونده درآن بایگانی‌شده‌باشد، بلکه بایدهمچون یك‌پرونده دادگستری ابتدا وانتهاونتیجه ورأی درتمام مراحل‌مختلف بازپرسی، قضاوت‌های ابتدائی‌ومشورتی ونهائی داشته‌باشد وازخواندن آن تکلیف‌بیمار واینکه دچار چه‌بیماری است وچه روشی در درمان یاتعیین خط سیرآینده اوگرفته شده است وعاقبت‌آن به‌کجا انجامیده است، روشن شود . همانطورکه یك فرد مراجعه کننده به‌دادگستری برای‌احقاق حقی یاابطال باطلی مراجعه میکند (یادادستان‌ویرا میخواندکه درآنصورت نیز صاحب حق، اجتماع‌است و دادستان بنمایندگی از اجتماع) و هیئت داوران وقضات موظفند تکلیف ویرا از جهت ختم ونتیجه‌گیری پرونده یا بازبودن آن برای تکمیل روشن نمایند، همانطورهم یك‌فرد بیمار یاشخص‌سالمی‌که به‌پزشك مراجعه میکند (ویااز طرف مقامات بهداشتی از نظر حفظ بهداشت عمومی تحت مراقبت قرار میگیرد) حق داردکه بخواهد تکلیفش‌معین شود، وبرپزشك است‌که آنرا برپایه‌های روشن ومنظمی استوار سازد مگرآنکه خود «خواهان» از حقوق خود بگذرد یاموانعی عالماً عامداً درسرراه قرار دهد ونخواهد به‌نتیجه برسد که در آنصورت تکلیف ساقط خواهد بود . مگر آنکه صلاح عموم و بهداشت اجتماع پی‌گیری بیشتر را ایجاب کند، همانطورکه درجرائمی‌که جنبه عمومی دارد این دادستان است‌که مدعی است وباید نفع اجتماع را درنظر گیرد ولواینکه از نظرخصوصی پرونده مختوم تلقی شود.

حال اگر نظری به‌طرز تنظیم پرونده‌های بیماران دربیمارستان بیاندازیم می‌بینیم‌که هنوز هم روش سابق چنین عمل میشود که هرپرونده دارای مشخصات زیر است :

۱ـ علت درد وشکایت (C.C) Chief Complaint

۲ـ شرح بیماری‌کنونی (P.I) Present Illness

۳ـ بررسی نشانه در دستگاههای مختلف (R.S) Review of The systems

۴ـ شرح گذشته‌بیمار وبیماری (P.H) Past History

۵ـ تاریخچه فامیلی (F.H) Family History

۶ـ تاریخچهٔ‌شخصی‌واجتماعی (Px S.H) Personal and Social History

۷ـ امتحان بدنی (Ph.E) Physical Exam.

۸ـ نظراحتمالی‌یاابتدائی‌پزشك وبیماریهائیکه حدس‌زده‌میشود. Impression

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

۹ـ برنامه وکارهائیکه برای تشخیص ودرمان باید کرد .

۱۰ـ دقت درسیر بیماری (P.N) Progress Notes

هفت شماره اول ازموضوعهای بالا راکه اساس کار است ومراحل جمع آوری مدارك واطلاعات را تشکیل میدهد درلزوم آنهاشکی نیست ولی آنچه در این قسمت فراموش میشود، اول آزمایشهای روانی ودوم مدارك دیگری است که بیمار ازجای دیگر تهیه کرده ودر دست دارد وباید دراین فهرست گنجانیده شود .

اما آنچه بیشتر مورد بحث ماست آنست که تاکنون چنین معمول بوده که درقسمت «هشت» پزشك فهرستی از بیماریها وتشخیص‌هائیکه بنظرش محتمل میآید نوشته سپس موقتاً یکی ازآنها را که بنظرش نزدیکتر به‌حقیقت‌است انتخاب کرده برطبق آن برنامه درمانی خویش را شروع میکند . در این کار سعی میکند حتماً نامی برای‌بیماری بیمار خویش‌دست وپاکند ولواینکه درحقیقت ممکنست بیمار فقط یك نشانه داشته باشد و علتی هم برای آن نتوان‌جست . اگرپزشك‌مصنوعاً بهرقیمتی خواست درهمان ابتدا نامی برای بیماری بتراشد نتیجه آن خواهد بودکه از وظیفه اصلی‌خودکه «قضاوت بیطرف» باشد منحرف شود ودرکارتشخیص که همان قضاوت‌است جانبداری کرده باشد ، جانبداری‌ازعقیدهٔ خود یا ازآنچه باوالهام شده است، وحال آنکه اگر سعی کند هرچه‌راکه بدرستی وکمال‌تشخیص نداده آنهارا بهمان‌صورتیکه هست (ولویك علامت مانند سوفل سیستولی کوتاه نوك قلب ـ یا آسیت‌ـ یااضطراب ودلهره) بعنوان یك‌مسئله یاچند مسئله‌مطرح کند وحل آنهارا سرلوحه‌کوشش خود قرار دهد وسعی‌نکندجهل خودرا بپوشاند خیلی بیشتر به‌حل مشکل بیمار کمك کرده‌است. دیگر اینکه پس‌از جمع‌آوری مدارك کمکی وپاراکلینیك باید روزبروز یا هرچندگاه‌که تغییرات تازه ظاهر میشود یا مدارك جدیدبدست می‌آیدمسائل‌قبلی‌را مجدداً ارزیابی کندودرصورتیکه حل شده است آنها را بطور وضوح وکمال بنویسد و اگر بازهم ناقص‌است واحتیاج به‌دقت بیشتر ویاجمع‌آوری اطلاعات زیادتر است‌بازبرنامه تازه‌تری بریزد، وحال آنکه‌اینکارفعلا عملی‌نمیشود ومعلوم نیست‌کی وچه وقت تشخیص‌های احتمالی ذکر شده‌به‌ثمر رسیده وازصورت احتمال به‌قطعیت مبدل شده‌اند .

سومین موضوع نحوه‌پی گیری بیماری ودقت درسیر نشانه‌هاست، (چه‌نشانه‌های‌احساس‌شده بوسیله‌بیمار (Subj) یارؤیت‌شده‌بوسیله پزشك‌یاآزمایشگاه‌وپاراکلینیك(Obj) ، که‌باید بدان‌بیش‌ازپیش توجه کرد . چهارمین موضوع نحوه ختم پرونده است‌که باید حتماً رأی نهائی (تشخیص نهائی) درپرونده بیمار منعکس باشد که تشخیص چه بوده وچه‌کار باید کرد، کامل است ؟ ناقص‌است؟ پرونده بازاست یاتمام شده‌وتکلیف‌بیمار چیست؟ این‌نتیجه‌گیری که قانوناً واخلاقاً باید بدان بسیار توجه شود اغلب ازقلم‌میافتد چون معمولا بعهده دانشجو گذاشته شده واوهم بدون بازخواست ممکنست توجهی نکند . از مجموع پرونده‌هائیکه در یکی از بیمارستانهای دانشگاهی‌مطالعه شد بدین نتیجه رسیدم که‌فقط $\frac{1}{10}$ ازکلیه پرونده‌ها حاوی این برگ نتیجه بوده‌اند، باوجوداینکه از طرف چاپ کنندگان پرونده این ورقه بنام (Discharge Summary) دراختیار آنان بوده است .

پنجمین قسمت آنست که تکلیف بیمار ازنظر «فردی» و«اجتماعی» روشن شده باشد وآنچه باید بکند یانباید بکند یا به‌کجامراجعه کند مطلقاً درپرونده‌ها نیست، وحال آنکه همانطورکه اشاره شد این قسمت هم برای بیمار وهم برای اجتماع بسیار لازم است . مراجعه بعدی بیمار وارسال یك نسخه ازخلاصه پرونده‌وی‌برای افراد یامؤسساتیکه ویرا معرفی‌کرده‌اند نیز از نواقصی است‌که درپرونده‌های فعلی‌کم‌تر بدان توجه شده‌است.

بطور خلاصه‌لازم‌است تذکر داده شودکه‌آنچه اهمیت دارد،علاوه بردقت درتنظیم وجمع‌آوری مدارك وتشخیص فیزیوپاتولوژیك، سپس جستجوی علت وتشخیص اتیولوژیك وبرنامه‌ریزی درمانی وپیشگیری وسایر احتیاجات ، نظم وترتیب در تنظیم این‌مطالب ومراحل مختلف آنست که مراجعین به‌پرونده هروقت بخواهند بتوانند نتیجهٔ‌کافی از مطالعه‌آن بدست آورند واینکاردرکمترین وقت ممکن انجام پذیر باشد . اینکار مخصوصاً درعصر حاضرکه ماشین«شمارگر» به‌خدمت پزشکان‌ومؤسسات درمانی درآمده‌است خیلی بیشتر مورد لزوم است زیرا ماشین با«حساب» و «نظم» و «ترتیب» و «معیار» سروکاردارد .

۳-۴ـ نواقص ازنظرآموزش بالینی

همانطورکه از نوشته‌های پیش برمیآید مسلم است‌که یك پرونده صحیح‌ومنظم اساس اصلی‌هرآموزش بالینی است وبرعکس‌پرونده نامنظم وبی‌وسروته عملا بدترین‌آموزنده خواهد بود، ولازم‌است ازابتدا کلیه دانشجویان پزشکی‌وپزشکان‌آینده‌کشور، این‌قسمت رابیشتر ازپیش‌مورد نظر قراردهند وبراولیای اموردانشکده‌های پزشکی است که ورزیده‌ترین وباتجربه‌ترین و علاقه‌مندترین استادان بالینی خویش را مسئول این‌کار ، ازهمان ابتداودرسال اول بالینی وحتی دوره مقدمات پزشکی و «پیش‌بالینی»، کنند.

۳-۵ـ نواقص ازنظرآموزش علوم‌اساسی وهمبستگی بین‌علوم بالینی وعلوم اساسی وآموزش‌استاد ودانشجو.

میدانیم‌که دانشجوی‌پزشکی بزرگترین «محرك» استادان‌خویش است وپدیده Feedback که اکنون درکلیه انتقال نیروها (چه

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

نیروهای ماشینی یا نیروی بیولوژیك و انسانی و مغزی و حتی اجتماعی) نیز اصلی مسلم و شناخته شده است شامل آموزش پزشکی نیز میشود . برای اثبات این دو اصل نیازی به‌مثال نیست زیرا همه استادان بخوبی باین دو نکته واقفند که بسیاری از مجهولات آنان براثر مطالعه «اجباری» متعاقب یك سئوال دانشجو روشن می‌شود واگر استاد به گردن دانشجو حق دارد دانشجو نیز از این نظر به گردن استاد بی‌حق نیست .

این پدیده‌ها مخصوصاً درباره «بکاربردن» آموخته‌های علوم اساسی پزشکی بر بالین بیمار بیشتر صادق است زیرا دانشجویان تازه نفس که همین دیروز علوم پزشکی و تازه‌های آنهارا فرا گرفته‌اند وقتی وارد دوره بالینی شدند خود باولع بسیار در صدد خواهند بود دروسی را که درسر کلاس یا آزمایشگاه فرا گرفته‌اند بر بالین بیمار بکاربندند وحق هم همین است، چون اساساً به‌دانشکده پزشکی برای همین کار آمده‌اند ودر نتیجه بهترین محرك استادان در انجام آزمایش‌های پاراکلینیك وتعبیر آنها وهمچنین تفسیر علائم بیمار براساس فیزیولوژی و آناتومی و پاتولوژی و بیوشیمی و میکرب شناسی و بیولوژی و همچنین تطبیق معلومات فارماکولوژی در قلمرو درمان ، و بهداشت درقلمرو پیش گیری، و جامعه‌شناسی و علوم انسانی درقلمرو طب اجتماعی، هستند.

بر استادان است که ازاین نیروی عظیم محرك درهدایت وراهبری آن بنفع «انسان بیمار» و « پیشرفت علوم پزشکی » و «آموزش وپرورش» دانشجو استفاده کنند. نتیجهٔ دیگری که از اینکار گرفته میشود «تازه شدن» معلومات اساسی استاد ویالااقل تحریك بیشتر او به‌مطالعه «تازه‌های علمی پزشکی» است که کم نتیجه‌ای نیست. بایك بررسی اجمالی میتوان بحق معتقد شد که ازبهترین وسائل یك چنین آموزشی مطالعه ودقت درپرونده‌های تنظیمی بیماران برمعیارهائی صحیح وآموزنده است .

اگر این کار یعنی «دادوستد علمی» انجام نگیرد علاوه برعاطل وباطل ماندن نیروی محرك دانشجو و رکوداستاد در معلومات قدیمی خویش نوعی بدبینی وناامیدی وعدم علاقه در دانشجو بوجود میآید که مسلماً مطلوب هیچ کس نیست وبه‌زیان آموزش کلی کشور وپیشرفت حرفه پزشکی تمام میشود .

۳-۶- نواقص از نظر عدم آشنائی دانشجو بامسائل اقتصادی پزشکی

بعلت کامل نبودن پرونده‌ها وروشن نشدن کامل هدف از تشکیل پرونده وحل مسائل مختلف پزشکی بیمار، اغلب دانشجویان با مسائل روزمره اقتصادی خدمات پزشکی وتحمیلی که ازاین راه برمردم میشود آشنا نشده‌اند و در نتیجه مقادیر معتنابهی پول ووقت صرف مسائل نامناسب وغلطی ممکنست بشود که اغلب جنبه «فوق‌اختصاصی» دارند واینکار بتقلید کورکورانه از ممالك غربی روز بروز در دانشگاهها توسعه می‌یابد زیرا رقابتی بین افراد هیئت آموزشی برای تهیه و تنظیم مقالات قابل درج در مجلات طبی خارجی بوجود آمده و باصطلاح توجه به‌پژوهش شده است ولی پژوهشی که اکثراً ربطی به‌مسائل اساسی ملی وموجود ماندارد بلکه پی گیری کورکورانه آنچیزهائی است که در ممالك خیلی پیشرفته ومرفه گاه درمسائل بسیار جزئی وکم اهمیت انجام شده ودرا ینجا نیز دنبال میشود، وحال آنکه مصرف کننده حقیقی واستفاده کننده اصلی که «بیمار» و «پزشك» باشند هردو ازآنها بی‌اطلاع هستند ونمونه‌های آنها مخصوصاً درمؤسسات دانشگاهی که گاه براساس تحقیقات «واهی وبیفایده» یا «بدون هدف» وقت وپول ونیروی انسانی فعال ومورد لزوم کشور در راههای «غیر لازم» واحیاناً «غیرمفید» مصرف میشود، وجود دارد.

۳-۷- عدم توجه حتی به‌اصول موجود

دربررسی که روی تعدادی پرونده که بطور تصادفی (Random) ازبخشهای مختلف یك بیمارستان مختلط آموزشی دانشگاهی بعمل آوردم باین نتیجه رسیدم که تنظیم پرونده‌ها برطبق همین اصول ناقص متداول آنچنانکه شایدوباید انجام نمیگیرد واز ۱۱ پرونده فقط یك پرونده از نظر اصول نسبتاً کامل بوده است واین کاری است که برمبنای علاقه پزشکان و استادان قرار دارد .

۴- نواقص مربوط به‌اجتماع وسازمان‌های اجتماعی

۴-۱- معایب «اجتماعی کلی» یا «کلی اجتماع»

متأسفانه باید اذعان کرد که بعللی که مجال بحث آن دراین‌جا نیست، روابط اجتماعی ومخصوصاً قسمتی که مربوط به«اخلاقیات» میشود درهمه دنیا واز آنجمله درکشورمانیز چندی‌است متحول شده ودگرگونی عظیمی از همه‌سو درآن پدید آمده ویادرشرف پدید آمدن است . مسلماً برای مقابله باهرسیل بنیان کن نیاز به‌پیش بینی‌ها و پیش گیری‌های بجا و ایجاد سیل‌شکن‌های مؤثر ومفیداست که‌امکان استفاده وراهبری این نیروی عظیم رادرجهت مصالح جامعه بیشتر سازد . ارزشیابی این دگرگونیها برای اشخاصی مانند ماکه‌خود درجریان آن واقع شده‌ایم نه‌کاردرستی است و نه‌آسان. درست نیست از آنجهت که در متن کار هستیم ونمیتوانیم باهمه «انصافی» که‌ممکنست‌داشته باشیم بدون‌جانبداری که تاروپود گذشته فکری مارا ساخته است ، قضاوت کنیم. آسان نیست برای اینکه عوامل متعددی که عده‌ای‌ازآنها از دسترس ما بدور وتابع جبرهای زمان ومکان ووضع دیگر نقاط جهان است در این تحول دست اندرکارند و ما فقط گوشه‌ای کوچك از آن هستیم .

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

اما بحکم آن که ، هر که بخواهد میتواند ، تجزیه وتحلیل وفهم علل وشناخت اصول آنها بمقدار زیادی ممکنست درسیر حوادث مؤثر باشد . مخصوصاً اگر همگی باهم در هرمقام ومرتبه‌ای که دراجتماع هستیم بهشناخت این‌عوامل و لزوم راهبری این سیل، مؤمن ومعتقد باشیم . طبیعی‌است که «اخلاق پزشکی» و «روابط پزشك وبیمار» که هردو افرادی از همین اجتماع هستند نمیتوانند دراین گیرودار «تزلزل اخلاقی» و «لرزان شدن سنت‌ها» مصون بمانند . مردم باید بدانند که پزشك هم فردی است از افراد یك اجتماع و همان خصوصیات یك انسان را باهمه معایب یاءحاسن آن دارد منتها بعلت وظیفه انسانی که «دانسته» و به «اختیار» قبول کرده، اصولی را بنام «اخلاق» یا «آئین پزشکی» برخود تحمیل کرده وخود را ملزم بهرعایت آن ساخته است . اما این امر نیز مانند هرامر دیگر دوطرف دارد ونمیتوان انتظارداشت که پزشك فرشته باشد ومردم در رفتارخود نسبت بهپزشك‌خدای نکرده همچون «دیو».

ولی وقتی زبانمان برای مردم دراز خواهد بود وحق‌را میتوانیم بجانب خود دهیم که اگر احیاناً «دیوصفتانی» دربین خودداریم آنها را خود و بانیروی خودمان که «نظام پزشکی» برآن مبنا قرارگرفته طردکنیم، قبل از اینکه جامعه «همه» را طردکند و بهاصطلاح «تروخشك راباهم‌بسوزاند» که متأسفانه‌آثارآن ازافق پدیدار است .

بطورخلاصه پزشك باید هم بحکم آموزش وپرورش که دیده است و هم دینی که باجتماع دارد ، مانند دیگر روشنفکران اجتماع، در بهبود وضع اجتماع خویش وهم باقتضای حرفه‌ای که‌بهاختیار انتخاب‌کرده است در اصلاح‌خود وروابط بین افرادهم‌صنف‌خود وبین آنها واجتماع ، بکوشد . اینکار وقتی عملی خواهد شد که فردفرد پزشکان ومخصوصاً آنان که‌سلسله جنبان‌این‌صنف هستند، اعم از پیروجوان یاپیرو مکتب‌های‌مختلف پزشکی جهان، بهاین سخنان معتقد شوند و«علاج واقعه قبل ازوقوع کنند، بلکه بتوان «سرچشمه» را با «بیل» گرفت قبل از آنکه با «پیل» هم‌نشود از آن گذشت .

۴-۲- نواقص مربوط بهروابط خاص بیمار وپزشك

علاوه برتحولاتی که از نظر « عام » در رفتار افراد اجتماع بوجود آمده و بدانها اشاره شد در روابط خاص بین «بیمار» و«پزشك» نیزدگرگونی‌هائی بسیار چشمگیرتر بوجود آمده که لازم است بدانها نیز بیشتر توجه شود واینجانب قسمتی ازآنهارا درطی‌نوشته‌های‌خودآورده‌ام‌وعلاقه‌مندان‌را بهمرور درآنهاتوصیه میکنم. دراینجا همینقدراشاره‌میکنم که روابط بین‌پزشك‌و«بیمار» علاوه برآنچه‌مربوط بهجنبه دادوستدی آنست وتابع قانون‌عمومی روابط «فروشنده» و «خریدار» یعنی اعتماد متقابل است‌باقوانین دیگری‌نیز بستگی دارد وآن جنبه‌های«انسانی» و«حیاتی» آنست زیرا «کالای» مورد معامله «سلامت وبهداشت جسمی وروانی یك انسان»است وهم فروشنده(پزشك) وهم‌خریدار (بیماریافردسالم) باید باصول انسانی واخلاقی خاص آشنا باشند و بـاصطلاح یك دوره‌علم «روش پزشك‌بودن» وروش«بیماربودن» باآداب مراجعه بهپزشك وتوقعاتی که باید از پزشك داشت، را آموخت‌که البته سهم پزشکان دراین آموزش بمراتب بیش از «مشتری»ها خواهد بود زیرا دانسته وبهاختیار این‌حرفه خطیر را انتخاب‌کرده‌اند ومسلماً مزایائی‌که احتمالا مهمترین‌آن مزایای معنوی‌وروحانی که «کمك بهمنوع نیازمند» است در رأس همه‌آنهـا قرار دارد، اما تصدیق بایدکردکه همه زندگی ـ آنهم زندگی امروزه‌را ـ لذت معنوی وروحانی تشکیل نمیدهد .

«اعتمادمتقابل» نیز یك رابطه اجتماعی بین دوفرد است که«کسب کردنی»است وعملا باید آنرا بطرف مورد معامله نشان‌دادوشاید اگر همین یك‌اصل ساده را هردوطرف قضیه وجهه نظرخودقرار میدادند وبرموازین آن عمل میکردند این همه سروصدا درباره روابط پزشك وبیمار براه نمیافتاد .

بالاخره بدنیست بدانیم که جلب اعتماد افرادباید حتماًازمجاری مجاز ومشروع و مورد قبول اجتماع و نظام پزشکی انجام‌گیرد تاطبیعی ومداوم باشد والاصرف نظر از محکوم بودن آن مسلماً زودگذر نیز خواهد بود .

۴-۳- نواقص طرزکارسازمان‌های درمانی

یك نظر سطحی بهطرز کار درمانگاه‌های وابسته به سازمانهـای درمانی مختلف‌کشور این حقیقت را مسلم میداردکه همه آنهادر یك چیزمشترکندکه متأسفانه‌آن چیز نیز بزیان پزشك‌ومشتری است ؛ وآن توجه انحصاری به‌کمیت و تعداد وبـاصطلاح «براه انداختن» ویا «دست‌بسرکردن» هرچه بیشتر مشتری‌است ومسلم است‌که نتیجهٔ مستقیم یك‌چنین توجهی پائین آمدن‌کیفیت‌کاراست یعنی درست همان چیزی‌که هدف اصلی وظیفه پزشك را تشکیل میدهد وتنظیم پرونده نیز اجباراً عملی نخواهد بود .

بررسی عواملی که‌دراین «انحراف‌ازوظیفه» مؤثرند ومسلماًمورد مطالعه همه‌علاقه‌مندان درسطوح‌مختلف‌اجتماع بوده وهست، نشان میدهدکه درتولیدآن علاوه برآنهائیکه درمباحث پیش‌گفته‌بیان داشتیم ودر اینجا نیز صادق‌است، علل دیگری نیز هستندکه سر دسته‌آن‌ها رویه‌اداری مدیران مسئول این سازمان‌هاست که‌بعوض تکثیر درمانگاه‌های‌مناسب ، وافزودن تعداد پزشکان وظیفه‌شناس

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

ومؤمن به مسئولیتی که بر عهده ایشان گذاشته شده، وتکمیل وسائل، اگر کوشش خودرا فقط منحصر به ساکت نگاهداشتن یا راضی کردن موقت مراجعین قرار دهند، نتیجه همین خواهد بود که هست وشاید ازاین هم بدتر گردد.

باید سازمان نظام پزشکی یاوزارت بهداشت ورفاه اجتماعی یا هرمقام مسئول دیگری دراین امر سخت گیری کند وضمن تأمین رفاه نسبی پزشکان از آنها جداً بخواهد کار درمعاینه درمانگاه وبیمارستان وتنظیم پرونده بیماران وتوجه دقیق بآنان راسرسری نیانگارند وحتی از آنانکه به تعداد مراجعین روزانه خویش مباهات میکنند بازخواست بعمل آورد وباگماردن بازرسان دقیق ودلسوز تامدتی این سیستم را برقرارسازد ولواینکه مانند داروی شفابخش تلخ در ابتدا تاحدودی همجنبه «اجبار» داشته باشد. البته این کار درکلیه سازمانهای بیمه اجتماعی، سازمان خدمات درمانی شاهنشاهی، شیروخورشید سرخ، دانشگاهها، وزارت بهداری ووزارت خانه‌ها ومؤسسات مختلف عمومی وخصوصی بخشها وروستاها باید باکمال شدت وبانظم و«بی نظری» انجام گیرد تاهم ازبهدر رفتن اینهمه نیروی انسانی مورد نیاز جلوگیری شود و هم نیازمندان بهتر بتوانند ازخدمات درمانی وبهداشتی کشورخویش بهره‌برند. خطر بسیار بزرگتری که در پیش است وهم اکنون مقدمه آن بخوبی برصاحبنظران آشکار است خطر پیدایش یك نوع «بی تفاوتی» است که در بین عدهٔ زیادی از پزشکان در مؤسسات مختلف بوجود آمده و مانند هرنوع روحیه «منفی» و «مایوس» و «بدبین» از هر بیماری دیگری بیشتر واگیری دارد. بر بزرگان قوم است که آنرا جدی تلقی کنند و زودتر درصدد ریشه کنی آن برآیند مبادا «فردا خیلی دیر باشد».

۵ ـ چه باید کرد؟

ازبررسی مجموع چهار قسمتی که بحث کردیم باین نتیجه میرسیم که تنظیم پرونده برای هر بیمار، اعم ازبستری در بیمارستان یا در درمانگاه ومطب خصوصی، لازم است واین پرونده باید برمبانی صحیحی قرار داشته باشد که توجه بیشتری به حل «مسائل» بیمار بکند. برای اینکار نیز باید همان کاری را کرد که دیگران کرده‌اند. همانطور که اغلب خوانندگان اطلاع دارند قریب شش سال است جنبشی درامر تنظیم پرونده بیماران، مخصوصاً مراجعین به مؤسسات دانشگاهی، در تمام دنیا و بخصوص در ایالات متحده آمریکا وقسمتهائی از اروپا بوجود آمده تاهرچه بیشتر این پرونده‌ها منظم وکامل وبرحسب روش معین وتقریباً مشابه برروی اصول جدید ومورد قبول تشکیل شود، که هم در امر آموزش دانشجو و پزشکان بطور عموم، وهم در حل مشکلات مختلف بیمار در سطوح مختلف زندگی او، وهم درامر پی گیری مواظبت‌های درمانی وبهداشتی کشور، به کارافتد. اکنون در بسیاری ازمراکز دانشگاهی آمریکا پرونده‌ها را براساس «حل مسائل» بیماران یا Problem Orientation تنظیم میکنند و پیشقدم این روش «لاورنس ویـد» Lawrence L. Weed از دانشگاه «وسترن رزرو» کلیولاند ایالت اوهایو بوده و طبق گفته دکتر «مارکس» رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه کلمبیا که چندی پیش باصفهان آمده بود، در بیشتر دانشگاهها اکنون این روش معمول شده است.

علیهذا اینجانب برآن شدم که ضمن مطالعه اصول مزبور در کتابی که بچاپ رسیده است بامختصر تغییراتی آنرا در دانشگاه اصفهان پیشنهاد کنم وباموافقت ریاست دانشگاه ودانشکده پزشکی آنرا از تاریخ ۵۱/۲/۲۷ باجرا در آورم. بهمین منظور یك نمونه از پیشنهاد خود را بهمراه ارسال میدارد، امید است مورد توجه صاحبنظران مخصوصاً آنانکه مسئول آموزش بالینی دانشجویان ودوره‌های رزیدنسی وتربیت پزشك عمومی هستند، قرار گیرد. لازم است اضافه کند که این روش برای دو دوره از کارورزان ورزیدنت‌های گروه داخلی کاملا تشریح شده وتا آنجا که اطلاع دارم مورد توجه علاقه‌مندان قرار گرفته وروش آموزش را اثمر بخش‌تر کرده است. بجاخواهد بود اگر قبل از ورود دراصل پیشنهاد، مقدمه‌ای راهم برآن بیافزایم تابعضی نکات بیشتر روشن گردد.

***

آنچه در مقایسه بین یك دانشمند ویك پزشك بیشتر از هرچیز بچشم میخورد آنست که دانشمند مسائل خویش را خود انتخاب وهدف خودرا خود تعیین وسپس بهرمیزان که وقت لازم باشد برای حل مسئله مزبور صرف میکند ولی پزشك «خود» مسائل خود را «انتخاب» نمیکند بلکه این مسائل را قبلا «بیمار» برای او انتخاب کرده وهم او است که شروع کننده وخواهان حل مسئله است وبهمین دلیل هم به پزشك مراجعه میکند یعنی درحقیقت کوشش پزشك محدود به نوع خواهش «بیمار» و«مسائل» آن و میزان وقتی است که برای او تعیین شده. میدانیم که این وقت گاه بعلت ضرورت «مسئله» جنبه فوریت پیدا میکند یعنی پزشك درکمترین مدت هم باید مسئله را بشناسد وهم تجزیه وتحلیل کند وهم آنرا حل کرده وبرنامه ریزی نموده و بمرحله اجرا درآورد. یعنی چهارکار را درکمترین فرصت باکمترین مدارك انجام دهد.

البته درمواقعیکه پزشك از نظر کمی وقت ولزوم سرعت عمل در «فشار» است باید بازهم هرچه را انجام میدهد «خوب» انجام دهد. او میتواند مسئله یامسائل را از نظر فوریت وضرورت «انتخاب کند» ولی هیچگاه نباید «همه» مسائل بیمار را بطور «سطحی»

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

مطرح سازد، وفقط برای اینکه چنین وانمود کند که «همه مسائل» را زیر نظر داشته است . هیچگاه نباید کارائی پزشك را ازروی میزان وقتی که صرف بیمار میکند یـا وسائل شگفت انگیزی که به کارمیبرد قضاوت کرد، بلکه آنرا فقط باید در «کمال» و «درستی» مدارکی که درابتدای کار تنظیم کرده ، وسرعت وصرفه در وقتی را که برای تهیه این مدارك معمول داشته واز «کفایت» در تنظیم «مسائل مبتلا به بیمار» وهوش ومهارتی که برای تشخیص ودرمان و دقت درسیر هریك از مسائل مزبور بکار برده واز مجموعه «تدابیر» ومواظبتهای ممکنه‌ای که برطبق امکانات برای حل مسائل بیمار انجام داده، ارزشیابی کرد واینست قضاوت اساسی ومنطقی درمورد پزشکان مختلف که اتفاقاً اجتماع نیز بخوبی وبرهمین مبانی قضاوت کرده وخواهد کرد . اگرچه دربادی نظر برای عده‌ای ازافراد ملاك «خوبی» و «بدی» پزشکان صرفاً برمبانی طول مدت وقت صرف شده برای امتحان ، و یا شگفتی‌های وسائل پاراکلینیك قرار دارد ، اما این نوع قضاوتهـا هم « زودگذر» است وهم «معدود».

این نکته را هم اضافـه کنم که بیمـاران معمولا پـزشك علاقه‌مند ودلسوز ومعتقد باصول را خیلی زودتر ازآنچه ما خیال میکنیم میشناسند وقضاوت اکثریت تودهٔ مردم (یعنی نه طبقه خیلی مرفه نه خیلی نادار) دراین باره اغلب صحیح است، مشروط براینکه عواملی هم چون وسائل ارتباط جمعی، ازوظیفه اصلی خود منحرف نشوند وآنها نیز دوستی وامانت وانصاف را درتبلیغات خود رعایت کنند، لااقل بهمان اندازه‌ای که پزشکان انتظار دارند، زیرا تبلیغات موثرترین وسیلهٔ موجوداست، چه درجهت خیروصلاح جامعه، چه درجهت گسستن رشته‌های اجتماعی وتولید هرج ومرج.

توضیح : پیشنهادی که ضمیمه است مربوط به نمونه تنظیم پرونده برای بیماران بستری است. برای بیماران درمانگاهی یامطب‌های خصوصی نیز گرچه باید همین اصول رعایت شود امـا فرمهای کوچکتری برای این منظور تهیه شده است که بعداً باطلاع علاقه‌مندان خواهد رسانید .

طرز تنظیم پرونده شرح حال بیمار

محتوای هر پرونده:

مدارك اساسی (Data Base)

فهرست مسائل بیمار (Problems List)

برنامه ابتدائی (Initial Plan)

سیر بیماری (Progress Notes)

نمونه تنظیم «پرونده بیمار» به‌روش جدید

اول ـ مدارك مبنا (یامدارك اساسی) Data Base

۱ـ مدارك مربوط به‌مهمترین شکایت بیمار (C. C.)

۲ـ سوابق شخصی:

شرح چگونگی گذران یك روز بیمـار بطور متوسط و مدارك اجتماعی وشغلی وشخصی مربوطه وعادیات.

۳ـ مدارك مربوط به‌بیماری کنونی یابیماریهای کنونی: (P.I.) شامل شکایتهای مهم ومسائل فعال و جاری (یافعلی) بیمار .

هرمسئله را باید بطور جداگانه درنظر گرفت وآن راشرح داد. هرمسئله باید باعنوان بارزترین نشانه مطرح شود (اگر مسئله تازه است و هنوز بمرحله تشخیص نرسیده) یا بـاتشخیص عینی (درصورتیکه مسئله مزمن وکاملا مستند است).

مدارك هریك ازمسائل مطرح شده را درچند گروه باید عنوان کرد:

۳ـ۱ـ ذهنی یاحسی یا Symptoms Subjective یعنی نشانه‌های احساس شده بوسیله بیمار .

۳ـ۲ـ عینی یا Objective یا Signes وکلیه مدارك مستندمانند پرونده‌های قبلی که شامل نشانه‌های فیزیکی ـ آزمایشگاهی ـ اشعه ایکس ـ جراحی ـ بیوپسی و غیره باشد .

۳ـ۳ـ (RX) یا درمانی : دارو ـ رژیم ـ فیزیوتراپی وغیره .

۳ـ۴ـ مدارك منفی جـالب (Negatif) که از نظر نشانه عمده مسئله طرح شده اهمیت داشته باشد .

۴ـ تاریخچه گذشته ـ سوابق فامیلی و سوابق مرضی ونشانه در هریك از دستگاهها (Review of the systems)

۵ـ امتحان فیزیکی وروانی .

۶ـ مدارك آزمایشگاهی اساسی: فرمول وشمارش ـ آزمایش ادرار VDRL ـ ورادیولوژی قفسه سینه وECG درصورت لزوم .

دوم ـ فهرست مسائل (Problem List)

۱ـ فهرست شماره گذاری شده کلیه مسائل ، گذشته یاحال، حل شده یانشده ، مهم یافرعی، طبی، روانی یااجتماعی .

۲ـ هرمسئله را در هرمرحله‌ای که شناخته شده ودریکی ازچهار گروه زیر قرارگیرد (نه حدسهای تشخیصی) باید فهرست کرد:

۲ـ۱ـ تشخیص : مانند بیماری قلبی آترواسکلروزی.

۲ـ۲ـ پاتولوژی مانند : نارسائی قلبی احتقانی .

۲ـ۳ـ نشانه (Sy یا Si) مانند: کوتاه شدن وسوختن نفس یاتاکی پنه یاسوفل قلبی.

۲ـ۴ـ نشانه آزمایشگاهی غیر طبیعی مانند: ECG غیرطبیعی.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

۳ـ اگر یك تشخیص «نمره‌داده شده» چندنوع تظاهر دارد آنها را باید درزیر نمره تشخیص آورد مانند :

۱ـ سیروز

یرقان

آسیت (خفیف)

ولی اگر یکی ازمظاهر بیماری ازنظر اهمیت یادرمان‌ومواظبت جالب‌تر باشد واحتیاج به‌مراقبت و توجه مخصوص داشته باشد بصورت مسئله جداگانه مطرح میگردد مانند :

۱ـ سیروز

یرقان

۲ـ آسیت درنتیجه مسئله « ۱ »

۴ـ وقتی مسئله‌ای روشن شد فهرست اولیه را با ذکر تاریخچه باید تغییر داد مثلا :

۴ـ گلودرد ۱۶/۶/۵۰ فارنژیت استرپتوککی یا

۹ـ سوختن نفس ۲۱/۶/۵۰ نارسائی احتقانی قلب .

مسائل را بصورت فعال یاغیرفعال درستون‌های مربوطه‌مینویسند مثلا :

کله سیستکتمی ۱۰ سال قبل. غیرفعال.

هرمسئله‌ای‌که حل میشود یاسهمی آنرا نشان میدهند وباتاریخی که حل شده یاازبین رفته است مثلا :

۲ـ پنومونی پنوموککی ازبین رفته در ۳۰/۶/۵۰

(اگر اتیولوژی یك نشانه یا پاتوفیزیولوژی کاملا شناخته نشده باید درمقابل‌آن مسئله جمله «اتیولوژی ناشناخته» راگذاردولی ازاستعمال‌علامت‌استفهام یا «ردشود» Rule out خودداری‌نمود).

سوم ـ برنامه اولیه (Plans):

برای هریك از مسائل مطروحه شماره گذاری شده یك برنامه بهمان شماره طرح میشود، درسه نوع:

۱ـ اطلاعات‌بیشتر، از جمله: بررسیها ومطالعات تشخیصی‌برای رسیدن به‌تشخیص مسلم‌تر ودرمان بهتر مانند :

آسیب «سکه‌ای» ریه دراشعه X :

برای ردکردن (R/O) کارسینوم← توموگرام ـ اخلاط برای سیتولوژی ـ برنکوسکپی.

برای ردکردن(TB(R/O← آنترادرموراکسیون‌ـاخلاط برای میکرب سل ـ کشت،شست‌وشوی برنش.

برای ردکردن پنومونی باکتری‌ای وغیره .

۲ـ درمان : دارو وروشهای درمانی .

۳ـ پرورش بیمار : توضیح مختصر آنچه بیمار باید از بیماری ودرمان آن بداند مثلا :

نوع بیماری (بدخیم ـ خوش‌خیم ـحاد ـ مزمن)

سیراحتمالی بیماری بادرمان وبدون درمان

شناختن داروها واثرات‌آنها

چهارم‌ـسیر بیماری وProgress Notes وپی‌گیری Follow_up

۱ـ تمام اطلاعات مهم‌بایستی برطبق مسائل مطرح شده دراوراق سیر بیماری آورده شود ازآنجمله مدارك بدست آمده از بیمار، از امتحان فیزیکی ، از آزمایشگاه ، از اشعه X ، از مشاوره ، ازکنفرانس وغیره .

۲ـ هریك از این مدارك و اطلاعات تازه باید برحسب مسائل شماره‌گذاری شده تنظیم شود و برای هرمسئله‌ای یك یاهرچند تااز عناصر زیر باید آورده شود :

SUBJ : گفته یااحساس بیمار .

OBJ : امتحان پزشك یا پاراکلینیك.

INT : تعبیر وتفسیرها .

RX : درمانها .

PLAN : برنامه فوری .

بدین ترتیب هریك از مسائل شماره‌گذاری وعنوان داده شده را آورده وهمه نشانه‌های حسی یا عینی وتغییرات آنها ومدارك آزمایشگاهی‌وپاراکلینیکی وبحثها ودرمانها وبرنامه‌هائی‌راکه طرح شده است جداگانه یادداشت میکنند .

۳ـ وقتی‌مسائل تازه‌ای بوجودآیدآنهارا نیزشماره‌گذاری‌کرده به‌فهرست مسائل اولیه باذکر تاریخ و سیرآن در(P. N.) اضافه میکنند .

۴ـ مشاورین نیز باید مسائل را باذکر شماره وعنوان یادداشت کرده وبحث‌کنند واگرنکته یانکات دیگری میخواهندبرفهرست موجود اضافه‌کنند یابحث‌کنند،آنها را نیز زیر شماره وعنوان تازه به‌فهرست مزبور اضافه میکند،اگر این‌کارراخودمشاورین انجام نداده‌اند وظیفه‌کارورزها است‌که آنها را بصورت«فهرست مسائل» درآورند .

۵ـ تنظیم برگه مقایسه‌ای «یا (Flow Sheet) برای آن‌دسته‌از «متغیرهای»موجوددرنشانه‌های‌بیمار(اعم‌ازحسی‌ـرویتی‌ـروانی‌ـ آزمایشگاهی) برحسب تاریخ‌که بتوان بسرعت تغییرات مهم را بایك نگاه درك‌کرد .

پنجم ـ یادداشت رزیدنتها و پزشکان مسئول ونظرات آنان :

۱ـ پس ازآنکه رزیدنت بیمار را مطالعه کرد وبرروی فهرست مسائل باکارورز موافقت بعمل‌آورد ویادداشت پذیرش بیمار را بوسیله کارورز خواند ، خود یك یادداشت پذیرشی دیگرتنظیم میکندکه آن نیزباید متوجه «مسائل» بیماربوده وشماره‌گذاری

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

شده باشد. درمقابل هرمسئله‌ای که کامل وصحیح است باید بنویسد «موافقت‌دارم» ودرصورتیکه احتیاج به‌بحث بیشتر یااضافه‌کردن عددی به‌فهرست باشد آنرا نیز میآورد.

۲ـ عدم توافق مربوط به‌فهرست مسائل، بوسیله کارورز ورزیدنت و پزشك معالج، قبل‌ازتهیه فهرست، برروی پرونده بیمار آورده شده باشد.

از آن پس هیچ فهرستی را نمیتوان خط زد یـا ازبین برد فقط میتوان آنرا تغییرداد آنهم باذکر تاریخ ودلیل.

ششم ـ برگه مرخصی یا انتقالی (Reference, Discharge Summary)

۱ـ قبل از اینکه بیمار بخش یا واحد را ترك کند بـاید برگه مرخصی و خلاصه پـرونده مطالعه شده او بوسیله پزشك مسئول تنظیم شده باشد. این برگه باید حاوی مدارك گزارش نشده «یا مسائل‌حل‌نشده» بوده ویك‌رونوشت آن بعنوان پزشك خصوصی بیمار یاپزشك معرفی‌کننده او ارسال شود.

۲ـ اصل این گزارش باید ضمیمه پرونده بیمار بوده و رونوشت آن‌فوراً به‌پزشك مخصوص‌بیمارپست شود واگر احتیاج‌به‌مواظبت فوری یااطلاع ضروری هست باوی تلفنی نیز تماس‌گرفته شود.

یادداشت مربوط به‌جراحی

بایدکاملا ودقیقاً نتایج ومشاهدات جراح یـادداشت شود وآنچه مربوط به‌مسائل طرح شده بیمار است و جراح توانسته آنها را کشف‌کند اضـافه شود ومسائلی‌که مربوط به‌عـوارض عمل است جداگانه تحت شماره جدید اضافی‌آورده شود.

یادداشت پزشك مشاور (Consultant)

نوع مسئله‌ای‌که باوی مشاوره شده دقیقاً آورده شده، ونتیجه در یکی دوسطر ذکر شود و در روی یك کاغذ جداگانه اگر بحثی دارد بادلائل آن بتفصیل بیاورد، وبعد فهرست مسائل را بررسی کند واگر مسئله جدیدی بنظرش میرسد یاتغییری لازم میداند، آنها را قیدکند.

فوائد روش جدید:

۱ـ از نظر اطلاعی: حاوی‌کلیه مدارك و اطلاعـات پزشکی ـ اجتماعی ـ روانی ـ مشورتی مربوط به‌بیمار.

شامل مراحل: بازجوئی ـ تهیه اسناد ـ قضاوت ـ رأی ـ اجرا ونقائص = (بامقایسه باتنظیم پرونده‌های قضائی).

۲ـ ازنظر امکان مواظبت دائم بیمار: دربیمارستان ـ درمانگاه مطب ـ خانه و دراجتماع.

۳ـ از نظرآموزش بالینی

۴ـ از نظرآموزش عملی علوم اساسی پزشکی (ونقش‌مهم‌دانشجو دروارد‌کردن علوم اساسی درطب بالینی، وانتقال ومبادله‌دوطرفه استاد ودانشجو وتداخل علوم اساسی وبالینی)

۵ـ از نظر امکان استفاده از «شمارگر» (Computer) درخدمت پزشکی وآموزش ومطالعات وسیع، همه جانبه ومشابه.

REFERENCES:

1- Lawrence L.Weed: Medical Records, Medical Education, and Patient Care: The press of Case Western Reserve Univ. 1970.

2- L.L. «Weed» Medical Records, Patient Care, and Medical Education,: Irish Journ. of Med. Sc. 6:271 282.1964.

3- L.L. «Weed» Medical Records that Guide and Teach: New Eng. J. Med. 228:593_599 and 652-657, 1968.

4- L.L. «Weed» What Physicians worry about: How to organize care of Multiple_Problems Patients, in: Modern Hosp. 110:90_94, 1968.

5- Paul. A Marks, Dean, College of Physicians and Surgeons Columbia University, N.Y. U.S.A: Personal communication, 1972.

نمونه پرونده‌های بیماران مربوط به‌مؤسسات زیر:

۱ـ مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.

۲ـ مرکز پزشکی فیروزگر وابسته به‌وزارت‌بهداری.

۳ـ مرکز پزشکی حافظ وابسته به‌دانشگاه پهلوی‌شیراز.

۴ـ مرکزپزشکی ریوی اصفهان وابسته به‌وزارت‌بهداری.

۵ـ مرکز پزشکی رضا پهلوی، سازمان بیمه‌های‌اجتماعی.

۶ـ موسسات درمانی‌شیروخورشید سرخ اصفهان.

۷ـ بیمارستان واحد آریامهر ذوب‌آهن اصفهان.

۸ـ مرکز پزشکی ثریا، دانشگاه اصفهان.

۹ـ مرکز پزشکی جرجانی، دانشگاه ملی‌تهران.

۱۰ـ دکتر ابوتراب نفیسی: پزشك را بشناسیم وباوظائف اوآشنا شویم. مجله علمی‌نظام‌پزشکی، سال‌اول(۱۳۴۹)شمارهٔ۵: صفحه۳۴۱.

۱۱ـ دکتر ابوتراب نفیسی: چگونه پزشکی مورد نیازکشور است. مجله علمی‌نظام‌پزشکی، سال‌دوم(۱۳۵۱)شمارهٔ۴ـ۵: صفحه۲۴۱.

۱۲ـ دکتر ابوتراب نفیسی: پزشك برسر دوراهی‌تاریخ، مجله علمی نظام‌پزشکی، سال‌دوم(۱۳۵۰)شمارهٔ ۱ـ۲: ۱۲۹.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]