

چگونگی تنظیم پرونده بیماران و تغییراتیکه

باید در آن داده شود

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۲، صفحه ۷۵، ۱۳۵۲

دکتر ابوتراب نفیسی *

بوسیله دفتر داران و منشیان غیر فنی) نام و مشخصات بیمار فقط يك نشانه از نشانه‌های آن و شاید نام يك یا چند دارو آنهم در يك سطر اکتفا میکنند و شاهد آن دفاتر درمانگاه‌ها و احیاناً بعضی مطبها است.

۳- باقی میماند عده قلیلی از پزشکان علاقه‌مند که کم و بیش پرونده‌های فشرده‌ای بصورت یادداشت از نشانه‌های برجسته و آزمایش‌ها و درمانها تهیه میکنند که گرچه تعدادشان سال بسال نسبتاً افزوده‌تر میگردد و علت آنهم بیشتر بعلت فشار و تقاضای مراجعین و افزایش سطح فهم و خواسته‌آنان است ولی نسبت به تعداد پزشکان شاغل کشور هنوز هم بسیار ناچیز است.

ب- در قسمت تولیدکننده (دانشکده‌های پزشکی کشور و مؤسسات دیگر تربیت‌کننده متخصص).

در این قسمت نگارنده در سال گذشته الکوی پرونده‌هایی را که برای بیماران بستری درسه دانشگاه معروف و معتبر کشور، يك مرکز آموزشی و يك مرکز غیر آموزشی وابسته به وزارت بهداشتی، يك مرکز درمانی سازمان بیمه‌های اجتماعی، يك مرکز درمانی وابسته به شیر و خورشید سرخ و يك مرکز درمانی دیگر وابسته به یکی از سازمان‌های مهم ملی (دولتی) کشور تنظیم شده و مورد مصرف روزمره همه پزشکان و دانشجویان مربوطه بود بررسی کرد و باین نتیجه رسیدم که گرچه پرونده‌های مؤسسات وابسته به دانشگاهها از همه آنها کامل‌تر و جامع‌تر است (و باید هم چنین باشد) مع هذا دارای نقائص آشکار است که قسمتی از آنها کم و بیش در پرونده‌های مراکز پزشکی کشورهای راقیه نیز موجود است و بعداً بدانها اشاره خواهد شد.

- ۱- آیا باید هر بیمار پرونده‌ای مخصوص بحدود داشته باشد.
- ۲- در صورتیکه باید پرونده داشته باشد چه کسی باید آنرا تنظیم کند.
- ۳- در کجا و بجه وسیله باید این کار آموخته شود.
- ۴- نواقص پرونده‌های موجود و علاج آن چیست.

طرح پرسش‌های ظاهرأ پیش پا افتاده و واضح بسالا در يك مجله معتبر و وزین چون مجله «نظام پزشکی» در بسادی امر ممکنست بسیار عجیب آید و عده‌ای از همکاران را در سلامت عقل نویسنده دچار تردید کند! ولی اگر نه يك بار بلکه چند بار متن پرسشها مرور و بمعانی آن توجه شود گمان میکنم اکثر بلکه همه خوانندگان به اهمیت سئوال‌های مطرح شده و لزوم حل مسائل مربوط بآن با اینجانب هم عقیده خواهند شد زیرا با مطالعه نسبتاً دراز مدتیکه بعلت شغل دوگانه خویش (هم مصرف‌کننده محصول دانشکده‌های پزشکی و هم تولیدکننده آن) داشته‌ام در سالهای اخیر بر آن شدم که اصولاً مسئله تنظیم پرونده بیمار را از هر دو جهت، یعنی مصرف‌کننده و تولیدکننده، در کشور خویش یا الاقل در استان‌هاییکه دارای دانشکده پزشکی هستند مورد مطالعه قرار دهم. از مطالعات مذکور نتایج زیر بدست آمد:

الف - در قسمت مصرف‌کننده، یعنی پزشکان مطب‌دار یا آنانکه در درمانگاه‌ها کار می‌کنند.

- ۱- عده بسیار زیادی از پزشکان برای بیماران مراجعه‌کننده خویش هیچگونه پرونده‌ای تشکیل نمیدهند.
- ۲- عده زیادی از آنانکه بعلت دستور اداری (مانند مؤسسات مختلف درمانی کشور) یا احتیاج به تشکیل پرونده (که متأسفانه بسیار کم‌اند) ملزم به ثبت مشخصات بیمار و بیماری او در دفاتر هستند، منحصرأ به ثبت سرسری و بدون تعمق (آنهم اغلب

* دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

استفاده کند و قدم اول انجام يك چنین خدمتی توجه به شخص بیمار» به عنوان «يك انسان نیازمند» و در عين حال «طلبکار و متوقع» است، که کوچکترین و ابتدائی ترین آنها تشکیل پرونده برای اوست. زیرا در زیر هر يك از عبارات و صفاتی که یاد آور شد يك دنیا نکات روانی نهفته است که شاید بزرگترین اصول روابط پزشک و بیمار را تشکیل میدهد و بحق میتوان گفت که قسمت مهمی از ناراضی های بیماران از پزشکان بر مبنای همین عدم «توجه»، عدم «دلسوزی» و عدم «علاقه» بعضی همکاران به مراجعین خویش است (و این گلابها همه از گفته های بیماران و مراجعین اقتباس از زبان آنان نقل قول شده است)، و در نظر بیاوریم که هر بیمار لااقل با اندازه يك «تعمیر» حق دارد پرونده داشته باشد و اگر از این «لغت» و اهمه دارید باید عرض کنم با اندازه يك «مشتري». قبول داریم که هر مشتری آنها «خریدار سلامت»، که بزرگترین و گرانبهاترین کالاهاى انسانی است، نسبت به «فروشنده» حتی خواهد داشت که صرفاً جنبه اخلاقی و انسانی دارد.

اما ما پزشکان که این حرفه شریف و در عين حال خطیر را قبول کرده ایم بحکم وظیفه مجبوریم این حق را به «مشتريان» و «خریداران» کالای خود بدهیم. پس پاسخ پرسش اول مثبت خواهد بود.

پرسش دوم - چه کسی باید این پرونده را تنظیم کند؟

گویا سؤال پیش یا افتادای را مطرح کردم؟ ولی آن چنان هم پیش پا افتاده نیست زیرا بسیارند کسانی که این کار بزرگ را فقط بدست منشی و گاه مستخدم خود سپرده اند و حال آنکه اگر حقیقتی را بخواهید چون بمصادق «خشت اول چون نهاد معمار کج، تاثر با می رود دیوار کج»، اساس هر تشخیصی را دقت در گفته بیماران تشکیل میدهد، این کار نباید بوسیله خود پزشک انجام گیرد و اگر بعلمی که در زیر شرح خواهیم داد این کار عملی نبود باید بوسیله پزشک واری شود و مورد مذاقه قرار گیرد چون در هر برخورد رود روی دو انسان، آنها يك انسان «دردمند» و يك انسان «درد فهم» و يك انسان «رنج کش» و «نیازمند» که استمداد میکند و يك انسان ظاهراً سالم که میخواهد کمک کند، نکات بسیاری نهفته است که اغاب درک کردنی است نه وصف شدنی، آنها با قلم يك نویسنده احیاناً کم سواد یا ناوارد.

در بعضی ممالک پیشرفته و مخصوصاً در جاهایی که کار بهداشت مردم بدست مؤسسات خصوصی بزرگ یا عمومی دولتی است و تعداد

بطور خلاصه از این مطالعات باین نتیجه رسیدم که : اکثریت عظیمی از مراجعین به پزشکان (اعم از مطب های خصوصی یا عمومی) فاقد پرونده، بمعنای اصلی آن هستند.

در جاهایی که بعلمی لزوم تشکیل و تنظیم پرونده احساس میشده الگوئی که عرضه شده جوابگوی نیازمندیهای بهداشتی * يك جامعه مترقی و در حال رشد نظیر مملکت ما ایران نبوده و متأسفانه عده نسبتاً قابل توجهی از این پرونده ها حتی مطابق الگوی تهیه شده نیز تنظیم و تکمیل نشده است.

باین مقدمه خوانندگان گرامی به اینجانب حق میدهند که در اصل موضوع شك و مسائل طرح شده بالا را تکرار کنم زیرا مطابق قانون عمومی انما الاعمال بالنیات *، چون عمل ما نوعی دیگر است احتمال دارد اعتقاد ما نسبت به اصول سئوالات طرح شده خیلی محکم نباشد. از همین رو باختصار به يكايك این چهار پرسش پاسخ گفته در انتهای مقال راعی را که بنظر بیشتر منطبق بر اصول فوق میگردد «بعنوان چگونگی مشخصات يك پرونده نمونه» با تفصیل بیشتر از نظر میگذرانیم، باشد که مورد قبول صاحب نظران قرار گیرد و این نقیمه بسیار بزرگ حرفه پزشکی و مخصوصاً آموزش پزشکی کشور مرتفع گردد.

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

اگر هدف هر پزشک را آنچنانکه باید باشد و هست سهمنتور : «درمان بیماری موجود، پیشگیری بیماری غیر موجود و حفظ سلامت افراد و کشف بیماریهای خفته یا نهفته» بدانیم، و هدف بیمار را که قطب دیگر مورد بحث است، «شفا یافتن یا تسکین و تخفیف یا لااقل تشخیص بیماری موجود، و در عده ای دیگر (که روز بروز بعلت بالا رفتن سطح دانش عمومی بر تعدادشان افزوده میگردد)، حفظ سلامت و جلوگیری از ابتلاء به بیماریها» بدانیم، بخوبی لزوم تنظیم تشکیل پرونده برای هر بیمار مراجعه کننده و گاه کلیه افرادی که بعلمتی سلامت آنها و خانواده یا بستگان یا گروه اجتماعی آنها بدست پزشک سپرده شده احساس میشود.

مسئولیت هر پزشک شاغل، ایجاب میکند که به سلامت افراد سپرده شده باو، خواه اختیاری و انتخابی یا موظف و مؤسسه ای، اذ دل و جان علاقه مند باشد و از کلیه امکاناتی که در دسترس او گذاشته شده و یا باید با کوشش خود بدست آورد در راه بر آوردن این منظور

* مقصود از «بهداشتی» کلمه جامع است برای کلیه نیازمندیهایی که با «بهداشت» و «سلامت» مردم سروکار دارد که طباً شامل «بیماری» یا «عدم سلامت» آنها نیز میگردد.

** جمله ای منسوب به حضرت رسول اکرم که معنای آن چنین است: «کردارها تابع پندارها و نیتهاست». عبارت دیگر کسی که چیزی را موضوعی عقیده داده از عملش پنداست.

آموزش درمانگاهی اگر از آموزش بالینی مشکل تر و مهم تر نباشد مسلماً آسان تر و بی اهمیت تر نیست، زیرا میدانیم بیمار بستری شده در بیمارستان دانشگاهی معمولاً بعلت وجود امکانات بیشتر از حد اعلاى وسائل برخوردار است و بیماری وی قسمتی از سیر خود را زیر چشم پزشکان در محیط بیمارستان می گذراند و حال آنکه معمولاً وقتی بیمار بدرمانگاه یا مطب خصوصی مراجعه می کند یا نشانه های خاص بیماری او هنوز کاملاً روشن و واضح نشده و یا فرصت کافی برای دقت در سیر بیماری برای پزشک نمانده و یا وسیله کافی پاراکلینیکی موجود نیست و در نتیجه از چهار پایه اساسی تشخیصی (گرفتن شرح حال - امتحان جسمی و روانی - امتحان پاراکلینیکی و دقت در سیر بیماری) دو پایه آن نارسا و پایه های دیگر کم و بیش ناقص خواهد بود.

بهمین جهت بار پزشک در درمانگاه بسیار سنگین تر و وظیفه او در حل مشکلات و مسائل نیز مشکل تر خواهد بود و بحق پزشک خوب و ماهر کسی است که در مطب یا درمانگاه بتواند در کمترین وقت و با کمترین وسیله به تشخیص برسد.

در نتیجه این قسمت از آموزش کلینیکی که متأسفانه عملاً در دانشکده یا فرا آموزش شده و یا در ردیف دوم قرار گرفته بسیار نارسا است و حال آنکه مصرف کنندگان دانش پزشکی که پزشکان مطب دار کشور هستند اکثریت را تشکیل میدهند و باید اذعان کرد که آموزش دانشجوی پزشکی، در پزشکی درمانگاهی (نه بمعنای مردم داری و جلب مشتری و اداره مطب و مطب داری) بسیار ناتوان و نارسا بوده و هست.

تشکیل پرونده در درمانگاه بیمارستانها، که بیمار ممکنست سابقه بستری شدن هم داشته باشد، و مطب های خصوصی، اندکی باهم متفاوت خواهد بود و در حقیقت باید فشرده تر باشد که بتوان با سرعت آنرا مرور کرد و به نتیجه مطلوب رسید مضافاً به آنکه استفاده کننده از این پرونده در هر مطب خصوصی فقط يك پزشک است و حال آنکه در درمانگاه های بیمارستانی یا مؤسسه های یا گروهی ممکنست يك بیمار را پزشکان مختلف و فقط برای يك بیماری مورد معاینه قرار دهند. در هر حال اساس تنظیم پرونده نباید بهم بخورد و یکی مکمل دیگری باید باشد. با ماشینی شدن پزشکی خواه در بیمارستان و خواه درمانگاه طبعاً عده ای از این مشکلات و ناعام آهنگی ها بر طرف می گردد ولی در عوض عامل انسانی بیشتر از پیش حذف و به اصطلاح طبابت «قالبی» تر می شود که آنهم تابع میزان «وابستگی» پزشک به ماشین است، که کدامیک مخدوم است و کدام خادم، و این امر تاسچه حدی پیش خواهد رفت و تاسچه وقت ادامه خواهد یافت؟

مراجعه با آنها بسیار زیاد و پزشکان مسئول نیز تعدادشان بسیار زیاد و مختلف است، چون ممکنست این امکان برای پزشک وجود نداشته باشد که خود تنظیم پرونده را بر عهده بگیرد این کار را بعهده افراد دیگری قرار داده اند.

این افراد کسانی هستند از قبیل دستیار، بهیار، پرستار و بطور خلاصه عده ای که تحت عنوان جامع پارامدیکال یا - Medical Auxiliaries گرد آمده اند. اخیراً خواندم که در برابراصطلاح خارجی پارامدیکال واژه زیبای پیراپزشکی را پیشنهاد کرده اند. بهر حال این گروه که روز بروز بر اهمیتشان افزوده می شود باید آموزش لازم را ببینند تا به زبان بیمار آشنا شوند.

ناگفته نماند که با ورود شمار گری یا «کمپیوتر» در خدمت پزشکی قسمتی از این وظیفه بعهده کارشناسان این فن قرار داده شده و باتئیه پرسشنامه های خاص که بیمار خود پر میکند یا با کمک «پیراپزشک» تکمیل و به ماشین سپرده میشود و خلاصه آن در پرونده بیمار از زیر نظر پزشک میگذرد. البته معایب و حاسن این روش، همانطور که در چند مقاله قبیل در مجله علمی نظام پزشکی نوشتم، کم و بیش بر همگان روشن است و در اینجا نیاز به تکرار آنها نیست.

فقط باید اضافه کنم که گرچه این سیستم در مؤسسات بزرگ ممکنست مزایایی داشته باشد و یا گریزی از بکار بردن آن نباشد ولی در مطب های خصوصی بهیچ وجه نباید مورد نظر قرار گیرد. منشی یا «پیراپزشک» فقط باید خصوصیات عمومی و گاه پر کردن بعضی پرسشها را بعهده گیرد و وظیفه او منحصرأ «انتقال» بعضی اطلاعات مخصوص از بیمار به پزشک است و جالب است که عده ای از بیماران قبلاً يك طومار شرح حال دقیق و مفصل خود را به همراه می آورند که اینجانب آنها را عیناً، و بمنوان نمونه ای از خط بیمار و انشای او، در پرونده ضبط میکنم.

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

پزشک سوم - تشکیل و تنظیم پرونده در کجا باید آموخته شود؟ پاسخ این پرسش بسیار ساده و صریح است و آن اینست که در هر جا که آموزش پزشکی انجام میگیرد یعنی در دانشکده های پزشکی باید آموخته شود و مسلم است این پایه گذاری از همان ابتدای آشنائی دانشجوی بیمار یعنی در سالهای مقدماتی بالینی باید شروع شده، در سالهای کارورزی تکمیل گردد، بطوریکه يك دانشجوی فارغ التحصیل حتماً باید قادر به تنظیم و تکمیل پرونده بیمار بر طبق اصول و موازین قابل قبول بین المللی باشد. البته لازم به تذکر نیست که تشکیل پرونده برای بیمار، منحصر به بیماران بستری نیست بلکه شامل مراجعین بدرمانگاهها نیز میشود، زیرا اهمیت

پرسش چهارم - نواقص موجود در پرونده‌های تنظیمی چیست و علل آنها کدامست؟

این نواقص را میتوان به چهار گروه تقسیم کرد و هر گروه را مربوط بیک نوع علت دانست، از اینقرار:

نواقص مربوط به بیمار - نواقص مربوط به پزشک و طرز کار او - نواقص مربوط به آموزش پزشکی و نحوه این آموزش مخصوصاً در قسمت بالینی - نواقص مربوط به سازمان‌های اجتماعی و بهداشت و رفاه عمومی.

و اینک شرح هر کدام از این گروهها:

۱- نواقص مربوط به بیمار

آنچه را که در قسمت مربوط به تنظیم پرونده میتوان مربوط به بیمار یا باصطلاح «مشرتی» دانست بطور خلاصه چنین خواهد بود:

۱-۱- عدم علاقه بیمار به تشکیل پرونده

میتوان گفت با بالا رفتن سطح دانش عمومی و افزایش سریع خواسته‌های افراد اجتماع و از آنجمله «بیماران» این علت تقریباً منفي است و کسی یافت نمیشود که خواهان تنظیم پرونده بهداشتی برای خود نباشد مگر آنکه سلامت خود پایبند نباشد که در آنصورت نمی‌بایستی به پزشک مراجعه می‌کرد. البته این موضوع همیشه باین سادگی نیست.

نگارنده خوب بخاطر دارد که در سالهای ۱۳۳۰-۱۳۳۲ که خواستم رفورمی در طرز معاینه بیماران بعمل آورم و برای آنها پرونده تنظیم کنم، بسبب پرونده‌هایی که پزشکان دانشگاهی دنیا تنظیم میکنند. بعلت وقت زیادی که این کار می‌گرفت (بطور متوسط برای هر بیمار تازه وارد بین ۴۵-۴۰ دقیقه و برای مرتبه‌های بعد بین ۱۰-۶ دقیقه) طبعاً از میزان پذیرفتن بیماران کاستم و اندکی هم برحق معاینه مرتبه اول افزودم (برای اطلاع همکاران جوان بد نیست گفته شود که مرتبه اول حق معاینه پنجاه ریال و مرتبه‌های بعدی هر مرتبه ۳۰ ریال تعیین شده بود!).

این کار سروصدائی در شهر براه انداخت و چون روزنامه‌های به اصطلاح آزاد بخوانه! هر روز مانند قارچ سبز میشدند و مطالبی هم نداشتند بنویسند به نگارنده حمله کردند که البته مطابق شیوه مرسوم به هیچیک از آنها جواب ندادم. رئیس وقت دانشکده برای حیثیت یکی از همکاران خود بانهایت حسن ظن جلسه‌ای در دفترش تشکیل داد که در آن مدیران روزنامه‌ها هم حضور داشتند. پس از اینکه شکایات آنها مطرح شد و اکثرأ جنبه خصوصی داشت یکی از مدیران بنام روزنامه‌های پرسید، چرا شما مرتبه اول اینقدر مطالبه میکنید در جواب گفتم بعلت صرف وقت بیشتری که برای

تنظیم پرونده میشود. ناگهان فریاد برآورد مگر مطب شما محکمه دادگستری است که برای مردم پرونده می‌سازید؟ ماهیچ احتیاجی به پرونده مرونده نداریم، گفتم اگر برای شما توجه پزشک و رسیدگی کامل او مفهومی ندارد برای من دارد و وظیفه من حکم میکند اینکار را ادامه دهم منتها این مرتبه تشکیل پرونده اختیاری شد و من برای بیمارانی که راضی نمی‌شدند اما خودم از نظر مطالعه و وظیفه لازم میدانستم، پرونده‌های فشرده‌تری که وقت کمتر می‌گرفت تهیه کردم که در ضمن ارزانتر! هم تمام شود. این نمونه را برای این آوردم تا دانسته شود که روحیه آن وقت مردم باحالا که اکثر مراجعین خود، خواهان تشکیل پرونده هستند (خواه بعلت درک موضوع یا به پیروی و تقلید از دیگران) بسیار فرق کرده است و این امر کار پزشک مخصوصاً پزشک «مطب‌داران» مشکل‌تر و در عین حال دقیق‌تر ساخته است.

۱-۲- عدم مراجعه بموقع

عده‌ای از بیماران، که خوشبختانه تعدادشان لااقل در مراکز استانها روز بروز کم‌تر میشود، وقت شناس نیستند و به‌عللی که ذکر همه آنها در این مقال باعث اطناب کلام خواهد شد در موقع معین برای پی‌گیری حاضر نمیشوند و یکی از پایهای تشخیص و گاه دوتای از آنها را، که آزمایشهای پاراکلینیک و پی‌گیری باشد، لنگ میکنند و در نتیجه پرونده آنها باین دلایل ناتمام میمانند. مهم‌ترین علت عدم مراجعه آنان یا بهبود آنهاست (عدم احتیاج به پزشک) یا تغییر سلیقه آنهاست (عوض کردن پزشک معالج) و یا عدم توجه به نظم و ترتیب.

۱-۳- نحوه مراجعه

البته منطقی آنست که بیمار برای اطلاع از وضع سلامت خود فقط در مطب یا بیمارستان به پزشک مورد اعتماد خویش مراجعه کند، ولی تعجب خواهید کرد اگر بدانید که عده‌ای از همین مردم در مجالس خصوصی، درهما‌نیها، در جماع عمومی و حتی در گردشها و... کارهای طبی خود را با پزشک مطرح میکنند و حال آنکه درباره هیچ شغل دیگر «چنین بی‌قیدوبند» نیازمندیهای خود را مطرح نمیسازند زیرا هنوز هستند عده‌ای که کار پزشک را سرسری می‌پندارند و عقیده دارند او «سرماپه‌ای غیر از فکر خود و اسباب کاری غیر از قلم خود» (برای نوشتن نسخه) لازم ندارد و این هر دو هم که همیشه همراه او هستند!

البته تعداد این گونه مراجعین خوشبختانه روز بروز کم‌تر میشود اما در شهرستانها و مسلماً در روستاها، هنوز هم یکی از گرفتاریهای پزشکان را تشکیل میدهد که باین سبب تبلیغات صحیح هم مردم را

آگاه ساخت و هم 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 دسته «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 پزشک، بهبود بیماری و باصطلاح گذرا بودن بیماری و عدم لزوم مراجعه مجدد، سلب اعتماد و اعتقاد از پزشک، روحیه خاص بعضی از بیماران که یا پزشک را هم چون «مد» می‌پندارند و همچنان که لباس و آرایش و اتوبیل خود را عوض میکنند پزشک خود را نیز عوض میکنند و یا از غریزه خاص «بوالهوسی» و شاید «نوخواهی» بشر بیشتر پیروی میکنند و اصل «لکل جدید لذة» یعنی «در هر تازه‌ای لذتی است» را بکار می‌بندند، یا عدم توافق اخلاقی بین بیمار و پزشک و چندین عامل دیگر که عده‌ای از آنها منطقی و طبیعی است و عده‌ای دیگر مخصوصاً «بوالهوسی صرف» و «مدپرستی» و از این «شاخ» بآن شاخ پریدن است که باید به درستی با آن مبارزه کرد. این یک عیب بزرگ اجتماعی است که در تولید آن هم مردم و هم پزشکان یعنی هر دو قطب دخالت دارند.

خوشبختانه در توده مردم که اکثریت مردم به اصطلاح «کوچه‌بازار» را تشکیل میدهند هنوز هم حس اعتماد مردم به پزشک قوی است و اگر خود پزشکان آنرا ست نکند و وسائل ارتباط جمعی مخصوصاً روزنامه و تلویزیون 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» پزشک و بیمار و «جسامه پزشکان» و «توده مردم» یا «اجتماع» بطور کلی نیاز است.

۱-۵- توجه بیشتر بدرمان علامتی

البته هدف معمولی بیمار در مراجعه به پزشک (گفتم «معمولی» برای آنکه عده‌ای دیگر نیز هستند که برای پیشگیری و بررسی کامل و باصطلاح «چک‌آپ» به پزشک مراجعه میکنند) شفا یافتن از بیماری است و چون آنچه بیمار را بیشتر رنج میدهد و ویران‌سوی پزشک میکشاند معمولاً یک نوع ناراحتی یا «رنج» یا «آزار» یا «درد» است که همه جزو «نشانه» بیماریها شمرده میشوند بنابراین انتظار اغلب بیماران، شفا و لااقل تسکین و تخفیف هر چه زودتر این ناراحتی است و عامل زمان مخصوصاً در این روزگار که ماشین زندگی مردم را بیرحمانه بدنبال میکشاند و ذره‌ای تأخیر را جایز نمیشمارد بسیار مهم است و شاید بزرگترین عامل فعلی

تعیین کننده رضایت خاطر بیمار از پزشک باشد. پس جای تعجبی نخواهد بود اگر تمام حواس پزشک متوجه تسکین یا تخفیف ناراحتی بیمار باشد، یعنی فقط به «درمان علامتی» بپردازد.

ما هم نمیتوانیم «درمان علامتی» را بکلی طرد کنیم و اجباراً بایستی مانند سایر پزشکان آنرا بپذیریم منتها به شرط آنکه این سبک درمان «همه» درمان و متوقف کننده پزشک در تشکیل پرونده و بررسی علت نشانه‌ها و تعیین تشخیص نباشد.

متأسفانه باید پذیرفت که در بسیاری از موارد چنین نیست و ما عملاً در همین مرحله باز می‌ایستیم زیرا ظاهراً بیماران تسکین یافته و راضی است و اگر هدفمان صرفاً راضی نگاهداشتن مشتری «بهر قیمت» باشد نتیجه آن خواهد بود که الان هست یعنی «هرج و مرج» در امر درمان و ایجاد «بازار مکاره داروهای» کارخانه‌های تولیدکننده داروها و نسخه نویسی «علامتی».

بسیار کم‌اند بیمارانیکه فقط خواهان تخفیف یا تسکین علامت نباشند و از پزشک «نوع تشخیص» او را بخواهند و شاید عده‌ای هم از این طرف بیفتند و فقط به شنیدن یک نام تشخیصی یا «برچسب تشخیصی» دلخوش باشند. این قبیل بیماران اغلب دچار بیماریهای پسیکوسوماتیک هستند و تعدادشان هم در جامعه کم نیست.

بعبارت دیگر در هر دو صورت، این بیماران هستند که راهنما و راهبر پزشکان خواهند بود مخصوصاً آن دسته از پزشکان که به قیمت بدنبال «جلب مشتری» بیشتر یا «مانع از دست رفتن مشتری» موجود میباشد. بر ماست که هیچگاه ندانسته آلت دست «مشتری» نشویم و منافع کلی ویرا که حفظ سلامت او بهر قیمت هست بر رضایت خاطر موقتی و زود گذر او ترجیح ندهیم، زیرا مسئولیت حفظ سلامت بیمار بر عهده پزشک معالج است خواه بیمار بداند یا نداند، و بفهمد یا نفهمد.

نمونه‌های تخطی از این دستور کلی بسیار است و کافیت که نظری اجمالی به فهرست داروهای علامتی و اثرات سوء آنها بر دستگاه‌های مختلف بیندازیم که سرده آنها داروهای ضد درد و به اصطلاح «ضد روماتیسمی» و مسکن و سپس داروهای آرام بخش و ضد ناراحتی اعصاب است که بیشتر از همه خواهان دارد و بهمان نسبت نیز اگر بی‌موقع و بی‌رویه مصرف شود، عوارض «پزشک ساخته» یا «یاتروژنیک» آن بسیار است و روز بروز زیادتر هم میشود.

از مجموعه این پنج نمونه که مقصر اصلی «بیمار» و گاه «بیمار و پزشک» هر دو هستند میتوان قسمتی از علل اساسی عدم تنظیم پرونده کافی را، بر موازین علمی شناخته شده و مورد قبول مخصوصاً در مطب‌ها درک کرد.

۲- نواقص مربوط به پزشک و طرز کار او

در زیر بطور خلاصه چند نمونه از نواقصی را که مهم تر و فراوان تر به نظر می رسد می آورد و اضافه می کند که همه راهها به همین یک راه منتهی میشوند چون اجرا کننده نهائی «شخص پزشک» است و هم اوست که باید باین امر معتقد و مومن و در رفع سایر نواقص کوشا باشد.

اینهاست چند نمونه:

۱-۲- عدم اعتقاد یا عدم علاقه یا عدم توجه به تنظیم پرونده که خوشبختانه نادر است و آنرا باید کالعدم فرض کرد.

۲-۲- کمی دقت و نبودن فرصت کافی برای تنظیم پرونده مخصوصاً در بعضی مطبهای خصوصی یا درمانگاههای عمومی و مؤسساتیکه تعداد مراجعین بسیار زیاد و در پذیرفتن آنها «نوعی» اجبار موجود باشد.

۳-۲- عدم توجه به اجزاء متشکله پرونده، یا توجه بیشتر بیک قسمت و غافل ماندن از قسمتهای دیگر، از آنجمله توجه بیشتر به آزمایشگاه و پاراکلینیک و غافل بودن از سه پایه دیگر، یا توجه بیشتر به آزمایش بدنی و غفلت از سؤال و گفتههای بیمار و قس علیهذا، یا عدم توجه به نتیجه گیری صحیح و حل مسائل و مشکلات بیمار که علت اصلی مراجعه او است، یا عدم توجه به مشکلات اجتماعی و شغلی و خانوادگی و روانی بیمار که گاه اساسی ترین مسائل او را تشکیل میدهند، یا عدم توجه باین اصل 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 با مسائل دیگر فرد در اجتماع گذشته و آینده او و افراد دیگر وابسته به او پیوستگی ناگسستنی و گاه ناپیدا دارد که باید پزشک «معتد» در جستجو و رفع آنها نیز بکوشد و در نتیجه نیاز بدان دارد که این مسائل را نیز در پرونده تنظیمی خود بیاورد، یعنی بطور خلاصه یک انسان «چند بعدی» با مسائل پیچیده چندین بعدی و «متعدد» درگیر است.

۳- نواقص مربوط به آموزش پزشکی

بنظر ما چون مهمترین نواقص در تنظیم صحیح و منطقی پرونده بیمار مربوط به آموزش پزشکی میشود، لازم میدانم با تفصیل بیشتری آنها را بررسی کند.

این نواقص را میتوان بطریق زیر خلاصه کرد:

۱-۳- توجه بیشتر به بیمار بستری و غفلت از درمانگاه.

این نقصی است که تقریباً در کلیه نوشتههایم منعکس کرده و شاید متجاوز از ده سال است درباره آن گفته و نوشته و پیشنهاد داده ام

و گرچه کوششهایی هم در این زمینه در بعضی دانشکدههای پزشکی بعمل آمده اما عملاً آنطور که شاید و باید نتیجه گیری نشده است. شاید اهمیت موضوع بر مسئولان امور دانشکدهها و بیمارستانها روشن نیست، یا بدان معتقد نیستند، و یا اینکه تفهیم آن برای پزشکان مسئول مشکل است، یا امکانات پاراکلینیکی لازم برای خوب گرداندن یک درمانگاه آموزشی نارساست. (مخصوصاً آنان که عادت کرده اند همه چیز را از دریچه آزمایشگاه نگاه کنند). علت هر چه میخواهد باشد عامل انسانی یعنی اعتقاد مجربان امور و پزشکان مسئول بدرمانگاه ازارکان اساسی بشمار میرود و این کاری است که از زمان تحصیل باید در ذهن دانشجو رسوخ کند.

هنوز هم در ذهن دانشجوی پزشکی، بیمار و مخصوصاً بیمار «پرونده دار» مترادف با «بیمار بستری شده» در بیمارستان است، و با وجود اینکه در برنامه آموزشی بعضی از دانشکدهها آموزش درمانگاهی در سطوح مختلف آموزش بالینی گنجانده شده ولی عملاً بیماران درمانگاهی، در دانشگاه نیز مانند سایر مؤسسات دولتی یا عمومی معاینه و معالجه میشوند و اگر پرونده ای هم تشکیل شود خیلی جدی گرفته نشده و کافی یارسانیت. و حال آنکه بنظر اینجانب مهمترین و مشکل ترین و در عین حال شیرین ترین و مفیدترین قسمت آموزش، هم از نظر کثرت تعداد مراجعین بدرمانگاهها نسبت به بیماران بستری شده (که تفاوت بین $\frac{1}{1}$ - $\frac{1}{4}$ بر حسب نوع درمانگاه ممکنست فرق کند) و هم از نظر ورزش علمی و عملی، آموزش درمانگاهی است.

زیرا تمام قوای فکری پزشک باید برای حل مسئله بیمار، که گاه حیاتی و فوری است، در کوتاهترین زمان برای مشکلترین مسائل با کمترین معلومات، متمرکز گردد و منجر به اخذ تصمیم یا تهیه برنامه برای بیمار شود. این قسمت آموزش برای کلیه پزشکان که بادره طبهای خصوصی کار میکنند یا در درمانگاههای عمومی و یا اورژانس مشغولند یا در روستاها و بخشها (با کمی وسائل و کمی همکار متخصص و مشاور) کار میکنند بسیار حیاتیست، زیرا قسمت اعظم وقت اینگونه پزشکان که اکثریت پزشکان شاغل کشور را تشکیل میدهند صرف تشخیص و درمان این گونه بیماران میگردد. درست مانند آنست که شخصی برای خوراک خود مجبور باشد دست تنها هم مواد اولیه را بخرد و هم خوراک قابل اכלی تهیه کند و هم مصرف کند (پزشک درمانگاه)، و در مقابل شخص دیگر که مواد اولیه را کسی دیگر تهیه میکند و کسی دیگر هم آشپزی را عهده دار است و شخص سومی میز را مرتب میکند و... تا خوراک مأکول بدست آید و تناول شود (پزشک بیمارستان)، و توجه میکنید که در وضع فشرده امروزی و عصر سرعت کدام روش بیشتر مورد

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

بعلاوه باید در نظر داشت که تعدد انواع بیماریهایی که در درمانگاهها و مطبها مشاهده میشود بیشتر از نوع بیماری هائی است که در بیمارستان بستی مشهود است، بطوریکه لاقلاً $\frac{3}{4}$ انسان که بدرمانگاهها مراجعه میکنند کسانی هستند که در بیمارستان بستی نشده اند و بطور سرپائی رجوع میکنند و خود این موضوع در توسعه اطلاعات بالینی دانشجو بسیار مؤثر است.

۳-۲- عدم پی گیری کافی

بیماری که بستی بوده و پرونده ای برایش تنظیم شده و مرخص شده پی کار خود می رود و نه فقط در درمانگاه وضع او (البته برای بیماران غیر حاد و غیر انفاقی) دنبال نمیشود بلکه از نظر اجتماعی نیز از هیچگونه راهنمایی استفاده نمی کند، و در حقیقت پرونده هر بیمار - مگر در صورتیکه مجدداً مراجعه کند و بستی شود - عملاً مختوم تلقی میشود، و حال آنکه میدانیم یکی از پایه های بزرگ تشخیص «پی گیری» و دقت در سر بیماری است، نه فقط در مدت بستی بودن در بیمارستان بلکه در تمام مواردیکه بدرمانگاه با مطب مراجعه می کرده، و حتی در اجتماع. زیرا همانطور که گفته شد بیماریک «انسان» و «فردی» در «اجتماع» است و بیماری ممکنست وضع او را نه فقط از نظر شخصی و خانوادگی دیگرگون کند بلکه مسلماً در روابط او با اجتماع و شغل و کار و حرفه و اقتصاد خاص و عام نیز مؤثر است مضافاً بآنکه بیشتر بیماریها بکلی بهبود نمی یابند و اثراتی بصورت نیمه حاد یا مزمن یادیررس از خود بیادگار میگذارند که پایه و اساس نابسامانی های بعدی جسمی و روانی و اجتماعی افراد میگردد. وظیفه یک پزشک آنست که همه این عوامل را در نظر بگیرد و از راهنمایی ها و احیاناً کمک های خود نسبت به «مشری» خویش دریغ نوزد. عده ای از بیماران بیمارستانها، مخصوصاً بیمارستانهای دانشجویی که از وسایل گسترده تر و کم یاب تر و گاه گران بها تر برخوردارند، آنهایی هستند که بوسیله پزشکان خارج از کادر دانشگاهها یا بیمارستانها معرفی شده اند و وظیفه پزشک آنست که حتماً پس از مرخصی بیمار خلاصه پرونده و نتیجه مطالعات و مشاهدات خود را برای پزشک معرفی کننده بفرستد (البته در پاکت و مستقیم) و رعایت اعتماد متقابل را بجای آورد که متأسفانه اینکار هم بدرستی عملی نمیشود که در قسمت تنظیم پرونده بدان اشاره خواهد شد.

۳-۳- نواقص محتویات پرونده

پرونده هر بیمار باید دارای مراحل مختلف و مرتب و منظم باشد که

هر کس در هر وقت خواست اطلاعاتی درباره وی کسب کند بتواند به درستی آنچه را که لازمست در آن باسانی بیابد و مثل کلافه سردرگم نباشد که اوراقی متفرق و پراکنده بنام محتویات پرونده در آن بایگانی شده باشد، بلکه باید همچون یک پرونده دادگستری ابتدا و انتها و نتیجه ورای در تمام مراحل مختلف بازپرسی، قضاوت های ابتدائی و مشورتی و نهائی داشته باشد و از خواندن آن تکلیف بیمار و اینکه دچار چه بیماری است و چه روشی در درمان یا تعیین خط سیر آینده او گرفته شده است و عاقبت آن به کجا انجامیده است، روشن شود. همانطور که یک فرد مراجعه کننده به دادگستری برای احقاق حقی یا ابطال باطلی مراجعه میکند (یا دادستان و ویرا میخواند که در آنصورت نیز صاحب حق، اجتماع است و دادستان بنمایندگی از اجتماع) و هیئت داوران و قضات موظفند تکلیف ویرا از جهت ختم و نتیجه گیری پرونده یا بازبودن آن برای تکمیل روشن نمایند، همانطور هم یک فرد بیمار یا شخص سالمی که به پزشک مراجعه میکند (و یا از طرف مقامات بهداشتی از نظر حفظ بهداشت عمومی تحت مراقبت قرار میگیرد) حق دارد که بخواهد تکلیفش معین شود، و بر پزشک است که آنرا بر پایه های روشن و منظمی استوار سازد مگر آنکه خود «خواهان» از حقوق خود بگذرد یا موانعی عالملاً عامداً در سر راه قرار دهد و نخواهد به نتیجه برسد که در آنصورت تکلیف ساقط خواهد بود. مگر آنکه صلاح عموم و بهداشت اجتماع پی گیری بیشتر را ایجاب کند، همانطور که در جرائمی که جنبه عمومی دارد این دادستان است که مدعی است و باید نفع اجتماع را در نظر گیرد و لواطیکه از نظر خصوصی پرونده مختوم تلقی شود.

حال اگر نظری به طرز تنظیم پرونده های بیماران در بیمارستان بیاندازیم می بینیم که هنوز هم روش سابق چنین عمل میشود که هر پرونده دارای مشخصات زیر است:

- ۱- علت درد و شکایت (C.C) Chief Complaint
- ۲- شرح بیماری کنونی (P.I) Present Illness
- ۳- بررسی نشانه در دستگاههای مختلف (R.S) Review of The systems
- ۴- شرح گذشته بیمار و بیماری (P.H) Past History
- ۵- تاریخچه فامیلی (F.H) Family History
- ۶- تاریخچه شخصی و اجتماعی (Px S.H) Personal and Social History
- ۷- امتحان بدنی (Ph.E) Physical Exam.
- ۸- نظر احتمالی یا ابتدائی پزشک و بیماریها بیکه حدس زده میشود. Impression

۹- برنامه و کارهایی که برای تشخیص و درمان باید کرد .

۱۰- دقت در سیر بیماری (P.N) Progress Notes

هفت شماره اول از موضوعهای بالا را که اساس کار است و مراحل جمع آوری مدارک و اطلاعات را تشکیل میدهد در لزوم آنهاشکی نیست ولی آنچه در این قسمت فراموش میشود، اول آزمایشهای روانی و دوم مدارک دیگری است که بیمار از جای دیگر تهیه کرده و در دست دارد و باید در این فهرست گنجانیده شود .

اما آنچه بیشتر مورد بحث ماست آنست که تاکنون چنین معمول بوده که در قسمت «هشت» پزشک فهرستی از بیماریها و تشخیص-هائیکه بنظرش محتمل میآید نوشته سپس موقتاً یکی از آنها را که بنظرش نزدیکتر به حقیقت است انتخاب کرده برطبق آن برنامه درمانی خویش را شروع میکند . در این کار سعی میکند حتماً نامی برای بیماری بیمار خویش دست و پا کند و لو اینکه در حقیقت ممکنست بیمار فقط يك نشانه داشته باشد و علتی هم برای آن نتوان جست . اگر پزشک مصنوعاً بهر قیمتی خواست در همان ابتدا نامی برای بیماری بترشد نتیجه آن خواهد بود که از وظیفه اصلی خود که «قضاوت بیطرف» باشد منحرف شود و در کار تشخیص که همان قضاوت است جانبداری کرده باشد ، جانبداری از عقیده خود یا از آنچه با او الهام شده است، و حال آنکه اگر سعی کند هر چه را که بدرستی و کمال تشخیص نداده آنها را بهمان صورتیکه هست (ولو يك علامت مانند سوئل سیستولی کوتاه نوك قلب - یا آسیت- یا اضطراب و دلهره) بعنوان يك مسئله یا چند مسئله مطرح کند و حل آنها را سر لوحه کوشش خود قرار دهد و سعی نکند جهل خود را بپوشاند خیلی بیشتر به حل مشکل بیمار کمک کرده است . دیگر اینکه پس از جمع آوری مدارک کمکی و پاراکلینیک باید روز بروز یا هر چند گاه که تغییرات تازه ظاهر میشود یا مدارک جدید بدست می آید مسائل قبلی را مجدداً ارزیابی کند و در صورتیکه حل شده است آنها را بطور وضوح و کمال بنویسد و اگر بازم ناقص است و احتیاج به دقت بیشتر و یا جمع آوری اطلاعات زیادتر است باز بر نامه تازه تری بریزد، و حال آنکه اینکار فعلاً عملی نمیشود و معلوم نیست کی و چه وقت تشخیصهای احتمالی ذکر شده به ثمر رسیده و از صورت احتمال به قطعیت مبدل شده اند .

سومین موضوع نحوه پی گیری بیماری و دقت در سیر نشانههاست، (چه نشانههای احساس شده بوسیله بیمار (Subj) یا درویت شده بوسیله پزشک یا آزمایشگاه و پاراکلینیک (Obj))، که باید بدان بیش از پیش توجه کرد . چهارمین موضوع نحوه ختم پرونده است که باید حتماً رأی نهائی (تشخیص نهائی) در پرونده بیمار منعکس باشد که تشخیص چه بوده و چه کار باید کرد، کامل است ؟ ناقص است؟

پرونده باز است یا تمام شده و تکلیف بیمار چیست؟ این نتیجه گیری که قانوناً و اخلاقاً باید بدان بسیار توجه شود اغلب از قلم میافتد چون معمولاً بمعده دانشجوی گذاشته شده و او هم بدون بازخواست ممکنست توجهی نکند . از مجموع پرونده هائیکه در یکی از بیمارستانهای دانشگاهی مطالعه شد بدین نتیجه رسیدم که فقط ۱/۱۰ از کلیه پروندهها حاوی این برگ نتیجه بوده اند، با وجود اینکه از طرف چاپ کنندگان پرونده این ورقه بنام (Discharge Summary) در اختیار آنان بوده است .

پنجمین قسمت آنست که تکلیف بیمار از نظر «فردی» و «اجتماعی» روشن شده باشد و آنچه باید بکند یا نباید بکند یا به کجا مراجعه کند مطلقاً در پروندهها نیست، و حال آنکه همانطور که اشاره شد این قسمت هم برای بیمار و هم برای اجتماع بسیار لازم است . مراجعه بعدی بیمار و ارسال يك نسخه از خلاصه پرونده وی برای افراد یا مؤسساتیکه ویرا معرفی کرده اند نیز از نواقصی است که در پروندههای فعلی کم تر بدان توجه شده است .

بطور خلاصه لازم است تذکر داده شود که آنچه اهمیت دارد، علاوه بر دقت در تنظیم و جمع آوری مدارک و تشخیص فیزیوپاتولوژیک، سپس جستجوی علت و تشخیص اتیولوژیک و بر نامه ریزی درمانی و پیشگیری و سایر احتیاجات ، نظم و ترتیب در تنظیم این مطالب و مراحل مختلف آنست که مراجعین به پرونده هر وقت بخواهند بتوانند نتیجه کافی از مطالعه آن بدست آورند و اینکار در کمترین وقت ممکن انجام پذیر باشد ، اینکار مخصوصاً در عصر حاضر که ماشین «شمارگر» به خدمت پزشکان و مؤسسات درمانی درآمده است خیلی بیشتر مورد لزوم است زیرا ماشین «با حساب» و «نظم» و «ترتیب» و «معیار» سروکار دارد .

۳-۴- نواقص از نظر آموزش بالینی

همانطور که از نوشتههای پیش بر میآید مسلم است که يك پرونده صحیح و منظم اساس اصلی هر آموزش بالینی است و برعکس پرونده نامنظم و بی و سر و ته عملاً بدترین آموزنده خواهد بود، و لازم است از ابتدا کلیه دانشجویان پزشکی و پزشکان آینده کشور، این قسمت را بیشتر از پیش مورد نظر قرار دهند و بر اولیای امور دانشگاهی پزشکی است که ورزیده ترین و بسا تجربه ترین و علاقه مندترین استادان بالینی خویش را مسئول این کار ، از همان ابتدا و در سال اول بالینی و حتی دوره مقدمات پزشکی و «پیش بالینی»، کنند .

۳-۵- نواقص از نظر آموزش علوم اساسی و همبستگی بین علوم بالینی و علوم اساسی و آموزش استاد و دانشجو .

میدانیم که دانشجوی پزشکی بزرگترین «محرک» استادان خویش است و پدیده Feedback که اکنون در کلیه انتقال نیروها (چه

«فوق تخصصی» دارند و اینکار بتقلید کور کورانہ از ممالک غربی روز بروز در دانشگاهها توسعه می یابد زیرا رقابتی بین افراد هیئت آموزشی برای تهیه و تنظیم مقالات قابل درج در مجلات طبی خارجی بوجود آمده و باصطلاح توجه به پژوهش شده است ولی پژوهشی که اکثرأً ربطی به مسائل اساسی ملی و موجودمانند دارد بلکه پی گیری کور کورانہ آنچه هائی است که در ممالک خیلی پیشرفته و مرفه گاه درمسائل بسیار جزئی و کم اهمیت انجام شده و در اینجا نیز دنبال میشود، و حال آنکه مصرف کننده حقیقی و استفاده کننده اصلی که «بیمار» و «پزشک» باشند هر دو از آنها بی اطلاع هستند و نمونه های آنها مخصوصاً درمؤسسات دانشگاهی که گاه براساس تحقیقات «واهی و بیفایده» یا «بدون هدف» وقت و پول و نیروی انسانی فعال و مورد لزوم کشور در راههای «غیر لازم» و احیاناً «غیر مفید» مصرف میشود، وجود دارد.

۳-۷- عدم توجه حتی به اصول موجود

در بررسی که روی تعدادی پرونده که بطور تصادفی (Random) از بخشهای مختلف يك بیمارستان مختلط آموزشی دانشگاهی بعمل آوردم باین نتیجه رسیدم که تنظیم پروندهها برطبق همین اصول ناقص متداول آنچنانکه شاید و باید انجام نمیگیرد و از ۱۱ پرونده فقط يك پرونده از نظر اصول نسبتاً کامل بوده است و این کاری است که بر مبنای علاقه پزشکان و استادان قرار دارد.

۴- نواقص مربوط به اجتماع و سازمانهای اجتماعی

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

متأسفانه باید اذعان کرد که بعللی که مجال بحث آن در این جا نیست، روابط اجتماعی و مخصوصاً قیمتی که مربوط به «اخلاقیات» میشود در همه دنیا و از آن جمله در کشورمان نیز چندی است متحول شده و دگرگونی عظیمی از همه سو در آن پدید آمده و یادشرف به پیش بینیها و پیش گیریهای بجا و ایجاد سیل شکنهای مؤثر و مفید است که امکان استفاده و راهبری این نیروی عظیم را در جهت مصالح جامعه بیشتر سازد. ارزشیابی این دگرگوئیها برای اشخاصی مانند ما که خود در جریان آن واقع شده ایم نه کاردرستی است و نه آسان. درست نیست از آن جهت که در متن کار هستیم و نمیتوانیم با همه «انصافی» که ممکنست داشته باشیم بدون جانبداری که تاروپود گذشته فکری ما را ساخته است، قضاوت کنیم. آسان نیست برای اینکه عوامل متعددی که عدهای از آنها از دسترس ما بدور و تابع جبرهای زمان و مکان و وضع دیگر نقاط جهان است در این تحول دست اندرکارند و ما فقط گوشه ای کوچک از آن هستیم.

نیروهای ماشینی یا نیروی بیولوژیک 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 به مثال نیست زیرا همه استادان بخوبی باین دو نکته واقفند که بسیاری از مجهولات آنان بر اثر مطالعه «اجباری» متعاقب يك سئوال دانشجویی روشن می شود و اگر استاد به گردن دانشجوی حق دارد دانشجوی نیز از این نظر به گردن استاد بی حق نیست.

این پدیدهها مخصوصاً در باره «بکار بردن» آموخته های علوم اساسی پزشکی بر بالین بیمار بیشتر صادق است زیرا دانشجویان تازه نفس که همین دیروز علوم پزشکی و تازه های آنها را فرا گرفته اند وقتی وارد دوره بالینی شدند خود باولع بسیار در صدد خواهند بود دروسی را که در کلاس یا آزمایشگاه فرا گرفته اند بر بالین بیمار بکار بندند و حق هم همین است، چون اساساً به دانشکده پزشکی برای همین کار آمده اند و در نتیجه بهترین محرك استادان در انجام آزمایشهای پاراکلینیک و تعبیر آنها و همچنین تفسیر علائم بیمار بر اساس فیزیولوژی و آناتومی و پاتولوژی و بیوشیمی و میکروب شناسی و بیولوژی و همچنین تطبیق معلومات فاره کولوژی در قلمرو درمان، و بهداشت در قلمرو پیش گیری، و جامعه شناسی و علوم انسانی در قلمرو طب اجتماعی، هستند.

بر استادان است که از این نیروی عظیم محرك در هدایت و راهبری آن بنبغ «انسان بیمار» و «پیشرفت علوم پزشکی» و «آموزش و پرورش» دانشجوی استفاده کنند. نتیجه دیگری که از اینکار گرفته میشود «تازه شدن» معلومات اساسی استاد و بالا اقل تحریک بیشتر او به مطالعه «تازه های علمی پزشکی» است که کم نتیجه ای نیست. بایک بررسی اجمالی میتوان بحق معتقد شد که از بهترین وسائل يك چنین آموزشی مطالعه و دقت در پرونده های تنظیمی بیماران بر معیارهائی صحیح و آموخته است.

اگر این کار یعنی «دادوستد علمی» انجام نگیرد علاوه بر عاقل و باطل ماندن نیروی محرك دانشجوی و رکود استاد در معلومات قدیمی خویش نوعی بدبینی و ناامیدی و عدم علاقه در دانشجوی بوجود می آید که مسلماً «طلوب هیچ کس نیست و به زیان آموزش کلی کشور و پیشرفت حرفه پزشکی تمام میشود.

۳-۶- نواقص از نظر عدم آشنائی دانشجوی با مسائل اقتصادی پزشکی

بعلت کامل نبودن پروندهها و روشن نشدن کامل هدف از تشکیل پرونده و حل مسائل مختلف پزشکی بیمار، اغلب دانشجویان با مسائل روزمره اقتصادی خدمات پزشکی و تحمیلی که از این راه بر مردم میشود آشنا نشده اند و در نتیجه مقادیر معتنا بیهی پول و وقت صرف مسائل نامناسب و غلطی ممکنست بشود که اغلب جنبه

علاوه بر آنچه مر بوط به جنبه دادوستدی آنست و تابع قانون عمومی روابط «فروشنده» و «خریدار» یعنی اعتماد متقابل است باقوانین دیگری نیز بستگی دارد و آن جنبه‌های «انسانی» و «حیاتی» آنست زیرا «کالای» مورد معامله «سلامت و بهداشت جسمی و روانی يك انسان» است و هم فروشنده (پزشک) و هم خریدار (بیماریافر دسالم) باید با اصول انسانی و اخلاقی خاص آشنا باشند و بااصطلاح يك دوره علم «روش پزشك بودن» و روش «بیمار بودن» با آداب مراجعه به پزشك و توقعاتی که باید از پزشك داشت، را آموخت که البته سهم پزشكان در این آموزش بمراتب بیش از «مشتری»ها خواهد بود زیرا دانسته و به اختیار این حرفه خطیر را انتخاب کرده اند و مسلماً مزایایی که احتمالاً مهمترین آن مزایای معنوی و روحانی که «کمک بهمنوع نیازمند» است در رأس همه آنها قرار دارد، اما تصدیق باید کرد که همه زندگی - آنهم زندگی امروزه - را لذت معنوی و روحانی تشکیل نمیدهد .

«اعتماد متقابل» نیز يك رابطه اجتماعی بین دوفرد است که «کسب کردنی» است و عملاً باید آنرا بطرف مورد معامله نشان داد و شاید اگر همین يك اصل ساده را هر دوطرف قضیه وجهه نظر خود قرار میدادند و بر موازین آن عمل میکردند این همه سر و صدا درباره روابط پزشك و بیمار براه نیافتاد .

بالاخره بد نیست بدانیم که جلب اعتماد افراد باید حتماً از مجاری مجاز و مشروع و مورد قبول اجتماع و نظام پزشکی انجام گیرد تا طبیعی و مداوم باشد و الا صرف نظر از محکوم بودن آن مسلماً زود گذر نیز خواهد بود .

۳-۴- نواقص طرز کار سازمان‌های درمانی

يك نظر سطحی به طرز کار درمانگاه‌های وابسته به سازمان‌های درمانی مختلف کشور این حقیقت را مسلم میدارد که همه آنها در يك چیز مشترکند که متأسفانه آن چیز نیز بزبان پزشك و مشتری است ؛ و آن توجه انحصاری به کمیت و تعداد و بااصطلاح «براه انداختن» و یا «دست بسر کردن» هر چه بیشتر مشتری است و مسلم است که نتیجه مستقیم يك چنین توجهی پائین آمدن کیفیت کار است یعنی درست همان چیزی که هدف اصلی وظیفه پزشك را تشکیل میدهد و تنظیم پرونده نیز اجباراً عملی نخواهد بود .

بررسی عواملی که در این «انحراف از وظیفه» مؤثرند و مسلماً مورد مطالعه همه علاقه‌مندان در سطوح مختلف اجتماع بوده و هست، نشان میدهد که در تولید آن علاوه بر آنهاییکه در مباحث پیش گفته بیان داشتیم و در اینجا نیز صادق است، علل دیگری نیز هستند که سر دسته آنها رویه‌داری مدیران مسئول این سازمان‌هاست که بعوض تکثیر درمانگاه‌های مناسب ، و افزودن تعداد پزشكان و وظیفه‌شناس

اما بحکم آن که ، هر که بخواهد میتواند ، تجزیه و تحلیل و فهم علل و شناخت اصول آنها بمقدار زیادی ممکنست در سیر حوادث مؤثر باشد . مخصوصاً اگر همگی باهم در هر مقام و مرتبه‌ای که در اجتماع هستیم به شناخت این عوامل و لزوم راهبری این سیل ، مؤمن و معتقد باشیم ، طبیعی است که «اخلاق پزشکی» و «روابط پزشك و بیمار» که هر دو افرادی از همین اجتماع هستند نمیتواند در این گیرودار «تزلزل اخلاقی» و «لرزان شدن سنت‌ها» مصون بماند . مردم باید بدانند که پزشك هم فردی است از افراد يك اجتماع و همان خصوصیات يك انسان را باهمه معایب یا عیاشی آن دارد منتها بعلت وظیفه انسانی که «دانسته» و به «اختیار» قبول کرده ، اصولی را بنام «اخلاق» یا «آئین پزشکی» بر خود تحمیل کرده و خود را ملزم به رعایت آن ساخته است . اما این امر نیز مانند هر امر دیگر دوطرف دارد و نمیتوان انتظار داشت که پزشك فرشته باشد و مردم در رفتار خود نسبت به پزشك خدای نکرده همچون «دیو» .

ولی وقتی زبانمان برای مردم دراز خواهد بود و حق را نمیتوانیم بجانب خود دهیم که اگر احیاناً «دیو صفتانی» در بین خود داریم آنها را خود و بانیروی خودمان که «نظام پزشکی» بر آن مینا قرار گرفته طرد کنیم، قبل از اینکه جامعه «همه» را طرد کند و به اصطلاح «تر و خشك را باهم بسوزاند» که متأسفانه آثار آن از افق پدیدار است .

بطور خلاصه پزشك باید هم بحکم آموزش و پرورش که دیده است و هم دینی که با اجتماع دارد ، مانند دیگر روشنفکران اجتماع ، در بهبود وضع اجتماع خویش و هم باقتضای حرفه‌ای که به اختیار انتخاب کرده است در اصلاح خود و روابط بین افراد هم صنف خود و بین آنها و اجتماع ، بکوشد . اینکار وقتی عملی خواهد شد که فرد فرد پزشكان و مخصوصاً آنان که سلسله جنبان این صنف هستند ، اعم از پیرو جوان یا پیر و مکتب‌های مختلف پزشکی جهان ، به این سخنان معتقد شوند و «علاج واقعه قبل از وقوع کنند» ، بلکه بتوان «سرچشمه» را با «پیل» گرفت قبل از آنکه با «پیل» هم نشود از آن گذشت .

۳-۴- نواقص مر بوط به روابط خاص بیمار و پزشك

علاوه بر تجولاتی که از نظر «عام» در رفتار افراد اجتماع بوجود آمده و بدانها اشاره شد در روابط خاص بین «بیمار» و «پزشك» نیز دگرگونی‌هایی بسیار چشمگیر تر بوجود آمده که لازم است بدانها نیز بیشتر توجه شود و اینجانب قسمتی از آنها را در طی نوشته‌های خود آورده‌ام و علاقه‌مندان را به مرور در آنها توصیه میکنم . در اینجا هم بمقدار اشاره میکنم که روابط بین پزشك و «بیمار»

سطوح مختلف زندگی او، و هم در امر پی گیری مواظبت های درمانی و بهداشتی کشور، به کار افتد. اکنون در بسیاری از مراکز دانشگاهی آمریکا پرونده ها را بر اساس «حل مسائل» بیماران یا Problem Orientation تنظیم میکنند و پیشقدم این روش «لورنس وید» 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 بر آن شدم که ضمن مطالعه اصول مزبور در کتابی که بچاپ رسیده است بامختصر تغییراتی آنرا در دانشگاه اصفهان پیشنهاد کنم و با موافقت ریاست دانشگاه و دانشکده پزشکی آنرا از تاریخ ۵۱/۲/۲۷ با اجرا در آورم. بهمین منظور یک نمونه از پیشنهاد خود را بهمراه ارسال میدارد، امید است مورد توجه صاحب نظران مخصوصاً آنانکه مسئول آموزش بالینی دانشجویان و دوردهای رزیدنسی و تربیت پزشک عمومی هستند، قرار گیرد. لازم است اضافه کند که این روش برای دو دوره از کارورزان و رزیدنت های گروه داخلی کاملاً تشریح شده و تا آنجا که اطلاع دارم مورد توجه علاقه مندان قرار گرفته و روش آموزش رانمر بخش تر کرده است. بجا خواهد بود اگر قبل از ورود در اصل پیشنهاد، مقدمه ای را هم بر آن بیافزایم تا بعضی نکات بیشتر روشن گردد.

آنچه در مقایسه بین یک دانشمند و یک پزشک بیشتر از هر چیز بچشم میخورد آنست که دانشمند مسائل خویش را خود انتخاب و هدف خود را خود تعیین و سپس به میزان که وقت لازم باشد برای حل مسئله مزبور صرف میکند ولی پزشک «خود» مسائل خود را «انتخاب» نمیکند بلکه این مسائل را قبلاً «بیمار» برای او انتخاب کرده و هم او است که شروع کننده و خواهان حل مسئله است و بهمین دلیل هم به پزشک مراجعه میکند یعنی در حقیقت کوشش پزشک 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 پزشک در کمترین مدت هم باید مسئله را بشناسد و هم تجزیه و تحلیل کند و هم آنرا حل کرده و برنامه ریزی نموده و بمرحله اجرا در آورد. یعنی چهارکار را در کمترین فرصت با کمترین مدارک انجام دهد. البته در مواقعی که پزشک از نظر کمی وقت و لزوم سرعت عمل در «فشار» است باید باز هم هر چه را انجام میدهد «خوب» انجام دهد. او میتواند مسئله یا مسائل را از نظر فوریت و ضرورت «انتخاب کند» ولی هیچگاه نباید «همه» مسائل بیمار را بطور «سطحی»

و مؤمن به مسئولیتی که بر عهده ایشان گذاشته شده، و تکمیل وسائل، اگر کوشش خود را فقط منحصر به ساکت نگاه داشتن یا راضی کردن موقت مراجعین قرار دهند، نتیجه همین خواهد بود که هست و شاید از این هم بدتر گردد.

باید سازمان نظام پزشکی یا وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی یا هر مقام مسئول دیگری در این امر سخت گیری کند و ضمن تأمین رفاه نسبی پزشکان از آنها جداً بخواهد کار در معاینه درمانگاه و بیمارستان و تنظیم پرونده بیماران و توجه دقیق با آنان را سرسری نیانگارند و حتی از آنانکه به تعداد مراجعین روزانه خویش مبالغات میکنند بازخواست بعمل آورد و با گماردن بازرسان دقیق و دلسوز تا مدتی این سیستم را برقرار سازد و لولایتکه مانند داروی شفا بخش تلخ در ابتدا تا حدودی هم جنبه «اجبار» داشته باشد. البته این کار در کلیه سازمانهای بیمه اجتماعی، سازمان خدمات درمانی شاعشاهی، شیر و خورشید سرخ، دانشگاهها، وزارت بهداشتی و وزارت خانه ها و مؤسسات مختلف عمومی و خصوصی بخشها و روستاها باید با کمال شدت و با نظم و «بی نظری» انجام گیرد تا هم از بهدر رفتن اینهمه نیروی انسانی مورد نیاز جلوگیری شود و هم نیازمندان بهتر بتوانند از خدمات درمانی و بهداشتی کشور خویش بهره ببرند. خطر بسیار بزرگتری که در پیش است و هم اکنون مقدمه آن بخوبی بر صاحب نظران آشکار است خطر پیدایش یک نوع «بی تفاوتی» است که در بین عده زیادی از پزشکان در مؤسسات مختلف بوجود آمده و مانند هر نوع روحیه «منفی» و «مایوس» و «بدبین» از هر بیماری دیگری بیشتر واگیری دارد. بر بزرگان قوم است که آنرا جدی تلقی کنند و زودتر در صدد ریشه کنی آن برآیند مبادا «فردا خیلی دیر باشد».

۵ - چه باید کرد؟

از بررسی مجموع چهار قسمتی که بحث کردیم باین نتیجه میرسیم که تنظیم پرونده برای هر بیمار، اعم از بستری در بیمارستان یا در درمانگاه و مطب خصوصی، لازم است و این پرونده باید بر مبنای صحیحی قرار داشته باشد که توجه بیشتری به حل «مسائل» بیمار بکنند. برای اینکار نیز باید همان کاری را کرد که دیگران کرده اند. همانطور که اغلب خوانندگان اطلاع دارند قریب شش سال است جنبشی در امر تنظیم پرونده بیماران، مخصوصاً مراجعین به مؤسسات دانشگاهی، در تمام دنیا و بخصوص در ایالات متحده آمریکا و قسمت هائی از اروپا بوجود آمده تا هر چه بیشتر این پرونده ها منظم و کامل و بر حسب روش معین و تقریباً مشابه بر روی اصول جدید و مورد قبول تشکیل شود، که هم در امر آموزش دانشجویان و پزشکان بطور عموم، و هم در حل مشکلات مختلف بیمار در

مطرح سازد، و فقط برای اینکه چنین وانمود کند که «همه مسائل» را زیر نظر داشته است. هیچگاه نباید کارائی پزشک را از روی میزان وقتی که صرف بیمار میکنند یا وسایل شکفت انگیزی که به کار میبرد قضاوت کرد، بلکه آنرا فقط باید در «کمال» و «درستی» مدارکی که در ابتدای کار تنظیم کرده، و سرعت و صرفه در وقتی را که برای تهیه این مدارک معمول داشته و از «کفایت» در تنظیم «مسائل مبتلا به بیمار» و هوش و مهارتی که برای تشخیص و درمان و دقت در سیر هر یک از مسائل مزبور بکار برده و از مجموعه «تدابیر» و مواظبت‌های ممکنه‌ای که بر طبق امکانات برای حل مسائل بیمار انجام داده، ارزشیابی کرد و اینست قضاوت اساسی و منطقی در مورد پزشکان مختلف که اتفاقاً اجتماع نیز بخوبی و بر همین مبانی قضاوت کرده و خواهد کرد. اگرچه در بادی نظر برای عده‌ای از افراد ملاک «خوبی» و «بدی» پزشکان صرفاً بر مبنای طول مدت وقت صرف شده برای امتحان، و یا شکفتی‌های وسایل پاراکلینیک قرار دارد، اما این نوع قضاوت‌ها هم «زودگذر» است و هم «معدود».

این نکته را هم اضافه کنم که بیماران معمولاً پزشک علاقه‌مند و دلسوز و معتقد با اصول را خیلی زودتر از آنچه ما خیال میکنیم میشناسند و قضاوت اکثریت توده مردم (یعنی نه طبقه خیلی مرفه نه خیلی نادار) در این باره اغلب صحیح است، مشروط بر اینکه عواملی هم چون وسایل ارتباط جمعی، از وظیفه اصلی خود منحرف نشوند و آنها نیز دوستی و امانت و انصاف را در تبلیغات خود رعایت کنند، لااقل بهمان اندازه‌ای که پزشکان انتظار دارند، زیرا تبلیغات موثرترین وسیله موجود است، چه در جهت خیر و صلاح جامعه، چه در جهت گسستن رشته‌های اجتماعی و تولید هرج و مرج.

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

طرز تنظیم پرونده شرح حال بیمار

محتوای هر پرونده:

- مدارک اساسی (Data Base)
- فهرست مسائل بیمار (Problems List)
- برنامه ابتدائی (Initial Plan)
- سیر بیماری (Progress Notes)

نمونه تنظیم «پرونده بیمار» به روش جدید

اول - مدارک هینا (یا مدارک اساسی) Data Base

۱- مدارک مربوط به مهمترین شکایت بیمار (C. C.)

۲- سوابق شخصی:

شرح چگونگی گذران یک روز بیمار بطور متوسط و مدارک اجتماعی و شغلی و شخصی مربوطه و عادات.

۳- مدارک مربوط به بیماری کنونی یا بیماریهای کنونی: (P.I.)

شامل شکایتهای مهم و مسائل فعال و جاری (یا فعلی) بیمار.

هر مسئله را باید بطور جداگانه در نظر گرفت و آن را شرح داد.

هر مسئله باید با عنوان بارزترین نشانه مطرح شود (اگر مسئله تازه است و هنوز به مرحله تشخیص نرسیده) یا با تشخیص عینی

(در صورتیکه مسئله مزمن و کاملاً مستند است).

مدارک هر یک از مسائل مطرح شده را در چند گروه باید عنوان کرد:

۳-۱- ذهنی یا حسی یا Symptoms Subjective یعنی نشانه‌های احساس شده بوسیله بیمار.

۳-۲- عینی یا Objective یا Signs و کلیه مدارک مستند مانند

پرونده‌های قبلی که شامل نشانه‌های فیزیکی - آزمایشگاهی -

اشعه ایکس - جراحی - بیوپسی و غیره باشد.

۳-۳- (RX) یا درمانی: دارو - رژیم - فیزیوتراپی و غیره.

۳-۴- مدارک منفی جالب (Negatif) که از نظر نشانه عمده

مسئله طرح شده اهمیت داشته باشد.

۴- تاریخچه گذشته - سوابق فامیلی و سوابق مرضی و نشانه در

هر یک از دستکاهها (Review of the systems)

۵- امتحان فیزیکی و روانی.

۶- مدارک آزمایشگاهی اساسی: فرمول و شمارش - آزمایش ادرار

VDRL - و رادیولوژی قفسه سینه و ECG در صورت لزوم.

دوم - فهرست مسائل (Problem List)

۱- فهرست شماره گذاری شده کلیه مسائل، گذشته یا حال، حل

شده یا نشده، مهم یا فرعی، طبی، روانی یا اجتماعی.

۲- هر مسئله را در هر مرحله‌ای که شناخته شده و در یکی از چهار

گروه زیر قرار گیرد (نه حدهای تشخیصی) باید فهرست کرد:

۲-۱- تشخیص: مانند بیماری قلبی آترواسکلروزی.

۲-۲- پاتولوژی مانند: نارسائی قلبی احتقانی.

۲-۳- نشانه (Sy یا Si) مانند: کوتاه شدن و سوختن نفس یا تاکی

پنه یا سوفل قلبی.

۲-۴- نشانه آزمایشگاهی غیر طبیعی مانند: ECG غیر طبیعی.

۳- اگر يك تشخیص «نمره داده شده» چند نوع تظاهر دارد آنها را باید در زیر نمره تشخیص آورد مانند:

۱- سیروز
یرقان

آسیت (خفیف)

ولی اگر یکی از مظاهر بیماری از نظر اهمیت یا درمان و مواظبت جالب تر باشد و احتیاج به مراقبت و توجه مخصوص داشته باشد بصورت مسئله جداگانه مطرح میگردد مانند:

۱- سیروز
یرقان

۲- آسیت در نتیجه مسئله «ا»

۴- وقتی مسئله ای روشن شد فهرست اولیه را با ذکر تاریخچه باید تغییر داد مثلا:

۴- گلودرد ۵۰/۶/۱۶ فارنژیت استرپتوکوکی یا

۹- سوختن نفس ۵۰/۶/۲۱ نارسایی احتقانی قلب.

مسائل را بصورت فعال یا غیر فعال در ستون های مربوطه مینویسند
مثلا:

کله سیستکتومی ۱۰ سال قبل. غیر فعال.

هر مسئله ای که حل میشود یا سهمی آنرا نشان میدهند و با تاریخی که حل شده یا از بین رفته است مثلا:

۲- پنومونی پنوموکی از بین رفته در ۵۰/۶/۳۰

(اگر اتیولوژی يك نشانه یا پاتوفیزیولوژی کاملا شناخته نشده باید در مقابل آن مسئله جمله «اتیولوژی ناشناخته» را گذارد ولی از استعمال علامت استفهام یا «ردشود» Rule out خودداری نمود).

سوم - برنامه اولیه (Plans):

برای هر يك از مسائل مطرح شده شماره گذاری شده يك برنامه بهمین شماره طرح میشود، درسه نوع:

۱- اطلاعات بیشتر، از جمله: بردسیها و مطالعات تشخیصی برای رسیدن به تشخیص مسلم تر و درمان بهتر مانند:

آسپ «سکه ای» ریه در اشعه X:

برای رد کردن (R/O) کارسینوم - توده و گرام - اخلاط برای سیتولوژی - برنکوسکپی.

برای رد کردن (R/O) TB - آنترادرمورا کسیون - اخلاط برای میکرب سل - کشت، شست و شوی برنش.

برای رد کردن پنومونی باکتری ای و غیره.

۲- درمان: دارو و روشهای درمانی.

۳- پرورش بیمار: توضیح مختصر آنچه بیمار باید از بیماری

و درمان آن بداند مثلا:

نوع بیماری (بدخیم - خوش خیم - حاد - مزمن)

سیر احتمالی بیماری با درمان و بدون درمان

شناختن داروها و اثرات آنها

چهارم - سیر بیماری و Progress Notes و پی گیری Follow-up

۱- تمام اطلاعات مهم بایستی بر طبق مسائل مطرح شده در اواری سیر بیماری آورده شود از آن جمله مدارک بدست آمده از بیمار، از امتحان فیزیکی، از آزمایشگاه، از اشعه X، از مشاوره، از کنفرانس و غیره.

۲- هر يك از این مدارک و اطلاعات تازه باید بر حسب مسائل شماره گذاری شده تنظیم شود و برای هر مسئله ای يك یا هر چند تا از عناصر زیر باید آورده شود:

SUBJ: گفته یا احساس بیمار.

OBJ: امتحان پزشک یا پاراکلینیک.

INT: تعبیر و تفسیرها.

RX: درمانها.

PLAN: برنامه فوری.

بدین ترتیب هر يك از مسائل شماره گذاری و عنوان داده شده را آورده و همه نشانه های حسی یا عینی و تغییرات آنها و مدارک آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و بحثها و درمانها و برنامه هایی را که طرح شده است جداگانه یادداشت میکنند.

۳- وقتی مسائل تازه ای بوجود آید آنها را نیز شماره گذاری کرده به فهرست مسائل اولیه با ذکر تاریخ و سیر آن در (P. N.) اضافه میکنند.

۴- مشاورین نیز باید مسائل را با ذکر شماره و عنوان یادداشت کرده و بحث کنند و اگر نکته یا نکات دیگری میخواهند بر فهرست موجود اضافه کنند یا بحث کنند، آنها را نیز زیر شماره و عنوان تازه به فهرست مزبور اضافه میکند، اگر این کار را خود مشاورین انجام نداده اند وظیفه کارورزها است که آنها را بصورت «فهرست مسائل» در آورند.

۵- تنظیم برگه مقایسه ای «یا» (Flow Sheet) برای آن دسته از «متغیرهای» موجود در نشانه های بیمار (اعم از حسی - رویتی - روانی - آزمایشگاهی) بر حسب تاریخ که بتوان سرعت تغییرات مهم را بایک نگاه درک کرد.

پنجم - یادداشت رزیدنتها و پزشکان مسئول و نظرات آنان:

۱- پس از آنکه رزیدنت بیمار را مطالعه کرد و بر روی فهرست مسائل با کارورز موافقت بعمل آورد و یادداشت پذیرش بیمار را بوسیله کارورز خواند، خود يك یادداشت پذیرشی دیگر تنظیم میکند که آن نیز باید متوجه «مسائل» بیمار بوده و شماره گذاری

کشف کند اضافه شود و مسائلی که مربوط به موارد عمل است جداگانه تحت شماره جدید اضافی آورده شود.

یادداشت پزشک مشاور (Consultant)

نوع مسئله‌ای که باوی مشاوره شده دقیقاً آورده شده، و نتیجه در یکی دوسطر ذکر شود و در روی یک کاغذ جداگانه اگر بحثی دارد با دلایل آن بتفصیل بیاورد، و بعد فهرست مسائل را بررسی کند و اگر مسئله جدیدی بنظرش میرسد یا تغییری لازم میدانند، آنها را قید کند.

فواید روش جدید:

- ۱- از نظر اطلاعی: حاوی کلیه مدارک و اطلاعات پزشکی - اجتماعی - روانی - مشورتی مربوط به بیمار. شامل مراحل: بازجویی - تهیه اسناد - قضاوت - رأی - اجرا و نتایج = (بامقایسه با تنظیم پرونده‌های قضائی).
- ۲- از نظر امکان مواظبت دائم بیمار: در بیمارستان - درمانگاه - مطب - خانه و در اجتماع.
- ۳- از نظر آموزش بالینی
- ۴- از نظر آموزش عملی علوم اساسی پزشکی (ونقش هم‌دانشجو در وارد کردن علوم اساسی در طب بالینی، و انتقال و مبادله دو طرفه استاد و دانشجو و تداخل علوم اساسی و بالینی)
- ۵- از نظر امکان استفاده از «شمارگر» (Computer) در خدمت پزشکی و آموزش و مطالعات وسیع، همه جانبه و مشابه.

شده باشد. در مقابل هر مسئله‌ای که کامل و صحیح است باید بنویسد «موافقت دارم» و در صورتیکه احتیاج به بحث بیشتر یا اضافه کردن عددی به فهرست باشد آنرا نیز می‌آورد.

۲- عدم توافق مربوط به فهرست مسائل، بوسیله کارورز و زیدنت و پزشک معالج، قبل از تهیه فهرست، بر روی پرونده بیمار آورده شده باشد.

از آن پس هیچ فهرستی را نمیتوان خط زد یا از بین برد فقط میتوان آنرا تغییر داد آنهم با ذکر تاریخ و دلیل.

ششم - برگه مرخصی یا انتقایی (Reference, Discharge Summary)

۱- قبل از اینکه بیمار بخش یا واحد را ترک کند باید برگه مرخصی و خلاصه پرونده مطالعه شده او بوسیله پزشک مسئول تنظیم شده باشد. این برگه باید حاوی مدارک گزارش نشده یا مسائل حل نشده، بوده و یک رو نوشت آن بعنوان پزشک خصوصی بیمار یا پزشک معرفی کننده او ارسال شود.

۲- اصل این گزارش باید ضمیمه پرونده بیمار بوده و رونوشت آن فوراً به پزشک مخصوص بیمار پست شود و اگر احتیاج به مواظبت فوری یا اطلاع ضروری هست باوی تلفنی نیز تماس گرفته شود.

یادداشت مربوط به جراحی

باید کاملاً و دقیقاً نتایج و مشاهدات جراح یادداشت شود و آنچه مربوط به مسائل طرح شده بیمار است و جراح توانسته آنها را

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 به مؤسسات زیر:

- ۱- مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.
- ۲- مرکز پزشکی فیروزگر وابسته به وزارت بهداشتی.
- ۳- مرکز پزشکی حافظ وابسته به دانشگاه پهلوی شیراز.
- ۴- مرکز پزشکی ریوی اصفهان وابسته به وزارت بهداشتی.
- ۵- مرکز پزشکی رضا پهلوی، سازمان بیمه‌های اجتماعی.
- ۶- مؤسسات درمانی شیر و خورشید سرخ اصفهان.
- ۷- بیمارستان واحد آریامهر ذوب آهن اصفهان.
- ۸- مرکز پزشکی ثریا، دانشگاه اصفهان.
- ۹- مرکز پزشکی جرجانی، دانشگاه ملی تهران.
- ۱۰- دکتر ابوتراب نفیسی: پزشک را بشناسیم و باوظائف او آشنا شویم. مجله علمی نظام پزشکی، سال اول (۱۳۴۹) شماره ۵: صفحه ۳۴۱.
- ۱۱- دکتر ابوتراب نفیسی: چگونگی پزشکی مورد نیاز کشور است. مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۱) شماره ۴-۵: صفحه ۲۴۱.
- ۱۲- دکتر ابوتراب نفیسی: پزشک بر سر دوراهی تاریخ، مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۰) شماره ۱-۲: ۱۲۹.