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 *

۱- آیا باید هر بیمار پرونده‌ای مخصوص بخود داشته باشد.
۲- درصورتیکه باید پرونده داشته باشد چه‌کسی باید آنرا تنظیم کند.
۳- درکجا و بچه‌وسیله باید این کار آموخته شود.
۴- نواقص پرونده‌های موجود وعلاج آن چیست.

طرح پرسش‌های ظاهراً پیش پا افتاده وواضح بالا در یك مجله معتبر ووزین چون مجله «نظام پزشکی» دربادی امر ممکنست بسیارعجیب آید وعده‌ای ازهمکاران را درسلامت عقل نویسنده دچار تردید کند ! ولی اگر نه یك‌بار بلکه چند بارمتن پرسشها مرور وبمعانی آن توجه شود گمان میکنم اکثر بلکه همهٔ خوانندگان بااهمیت سئوال‌های مطرح شده ولزوم حل مسائل مربوط بآن بااینجانب هم عقیده خواهند شد زیرا بامطالعهٔ نسبتاً درازمدتیکه بعلت شغل دوگانه خویش (هم مصرف‌کننده محصول دانشکده‌های پزشکی وهم تولیدکننده آن) داشته‌ام درسالهای اخیر برآن شدم که اصولا مسئله تنظیم پرونده بیماررا ازهردوجهت، یعنی مصرف کننده و تولیدکننده ، درکشور خویش یالااقل در استان‌هائیکه دارای دانشکده پزشکی هستند موردمطالعه قراردهم. ازمطالعات مذکور نتایج زیر بدست آمد:

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 خواسته آنان است ولی نسبت به‌تعداد پزشکان شاغل‌کشور هنوزهم بسیار ناچیز است.

ب- درقسمت تولیدکننده (دانشکده‌های پزشکی‌کشور ومؤسسات دیگر تربیت‌کننده متخصص).

دراین قسمت نگارنده در سال گذشته الگوی پرونده‌هائی را که برای بیماران بستری درسه دانشگاه معروف ومعتبرکشور ، یك مرکز آموزشی ویك مرکزغیرآموزشی وابسته به‌وزارت‌بهداری، 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 بررسی کردم‌وباین نتیجه رسیدم که گرچه پرونده‌های مؤسسات وابسته بدانشگاهها 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.

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 قانون 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 پرونده نمونه» باتفصیل بیشتر از نظر میگذرانیم ، باشدکه 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 یانهفته» بدانیم ، و هدف بیمار راکه قطب دیگر مورد بحث است ، «شفا یافتن یاتسکین 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 هر پزشك شاغل، ایجاب میکندکه‌به‌سلامت افراد سپرده شده باو ، خواه اختیاری وانتخابی یاموظف و مؤسسه‌ای ، ازدل وجان علاقه‌مندباشد وازکلیه امکاناتی‌که دردسترس‌او گذاشته شده ویاباید باکوشش خود بدست آورد در راه برآوردن این‌منظور استفاده‌کند وقدم اول‌انجام یك‌چنین خدمتی توجه‌به شخص‌بیمار» به‌عنوان «یك‌انسان‌نیازمند» ودرعین‌حال «طلبکار ومتوقع» است، که‌کوچکترین وابتدائی‌ترین‌آنها 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 صرفاً جنبه اخلاقی وانسانی دارد .
اما ماپزشکان‌که این حرفهٔ شریف ودرعین حال خطیر را قبول کرده‌ایم‌بحکم‌وظیفه‌مجبوریم‌این‌حق‌را به«مشتریان»و«خریداران» کالای خود بدهیم. پس‌پاسخ پرسش‌اول مثبت خواهدبود.

پرسش دوم - 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 حال آنکه اگر حقیقتی را بخواهید چون بمصداق « خشت اول چون نهد معمار کج، تاثریا میرود دیوار کج» ، اساس هرتشخیصی را دقت در گفتهٔ بیماران تشکیل میدهد، این کار باید بوسیله خود پزشك انجام گیرد 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 ظاهراً 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 یا 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 بحضرت رسول‌اکرم‌که معنای‌آن چنین است:«کردارها تابع پندارها ونیت‌هاست» بعبارت دیگر کسی‌که بچیزی وموضوعی علاقه دارد ازعملش پیداست .

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 در برابر 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 وبه‌ماشین سپرده میشودوخلاصه آن در پرونده بیمار ازنظر پزشك میگذرد . البته معایب ومحاسن این روش، همانطور که در چند مقاله قبل درمجله علمی نظام پزشکی نوشتم، کم‌وبیش برهمگان روشن است ودراینجا نیاز به‌تکرار آنها نیست.

فقط بایداضافه کنم که گرچه این سیستم درمؤسسات بزرگ ممکنست مزایائی داشته باشد ویاگریزی از بکار بردن آن نباشد ولی در مطب‌های خصوصی بهیچ وجه نباید مورد نظر قرارگیرد . منشی یا «پیراپزشك» فقط باید خصوصیات عمومی وگاه‌پرکردن بعضی پرسشهارا بعهده گیرد و وظیفه‌اومنحصراً «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 ـ 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 در بیمارستان دانشگاهی معمولا بعلت وجود امکانات بیشتر ازحد اعلای وسائل برخوردار است و بیماری وی قسمتی ازسیر خودرا زیرچشم پزشکان درمحیط بیمارستان می گذراند وحال آنکه معمولا وقتی بیمار بدرمانگاه یامطب خصوصی مراجعه می کندیانشانه‌های خاص بیماری اوهنوزکاملاروشن وواضح نشده ویافرصت کافی برای دقت درسیر بیماری برای پزشك نمانده ویاوسیله کافی پاراکلینیکی موجودنیست 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 پزشك 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 از آموزش کلینیکی که متأسفانه عملا دردانشکده یافراموش شده ویا در ردیف دوم قرارگرفته 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 بستری‌شدن‌هم‌داشته‌باشد، ومطب‌های خصوصی، اندکی باهم‌متفاوت خواهد بود ودرحقیقت بایدفشرده‌تر باشد که بتوان باسرعت آنرا مرور کرد وبه نتیجه مطلوب رسید مضافاً به آنکه استفاده کننده ازاین پرونده درهر مطب خصوصی فقط یك پزشك است وحال آنکه دردرمانگاههای بیمارستانی یاموسسه‌ای 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 ونامهم آهنگی‌ها برطرف می گردد ولی در عوض عامل انسانی بیشتر از پیش حذف و به‌اصطلاح طبابت «قالبی» تر می‌شود که آنهم تابع میزان «وابستگی» پزشك بماشین است، که کدامیك مخدوم است وکدام خادم ، واین امر تاچه حدی پیش خواهد رفت وتاچه وقت ادامه خواهد یافت ؟

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 هر کدام از این گروهها :

۱ـ نواقص مربوط به‌بیمار

آنچه‌راکه درقسمت‌مربوط به‌تنظیم پرونده میتوان مربوط به‌بیمار 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 هر بیمار 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 باصطلاح 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 داد که 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«مطب‌دار»را 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 کاری‌غیر 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

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

۱ـ۴ـ 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 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 اتومبیل 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 به‌درستی با آن مبارزه کرد . این یک عیب بزرگ اجتماعی است که در تولید آن هم مردم و هم 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 پزشک قوی است و اگر خود پزشکان آنرا سست نکنند 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 «جامعه پزشکان» و «توده مردم» یا «اجتماع» بطور کلی نیاز است .

۱ـ۵ـ 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 «چک آپ» به پزشک مراجعه میکنند) شفا یافتن از بیماری است و چون آنچه بیمار را بیشتر رنج میدهد و او را بسوی پزشک میکشاند معمولا یک 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 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 «همهٔ» 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 عملا در همین مرحله باز میایستیم زیرا ظاهراً بیمارمان تسکین یافته و راضی است و اگر هدفمان صرفاً راضی نگاهداشتن مشتری «بهرقیمت» باشد نتیجه آن خواهد بود که الان هست یعنی «هرج ومرج» درامر درمان و ایجاد «بازار مکاره داروهای» کارخانه‌های تولیدکننده داروها و نسخه نویسی «علامتی».

بسیار کم‌اند بیمارانیکه فقط خواهان تخفیف یا تسکین علائم 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 درجامعه کم نیست .

بعبارت دیگر در هردوصورت ، این بیماران هستند که راهنما و راهبر پزشکان خواهند بود 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 و زودگذر او ترجیح ندهیم ، زیرا مسئولیت حفظ سلامت بیمار برعهده پزشک معالج است خواه بیمار بداند یا نداند ، و بفهمد یا نفهمد .

نمونه‌های تخطی از این دستور کلی بسیار است و کافیست که نظری اجمالی به فهرست داروهای علامتی و اثرات سوء آنها بر دستگاههای مختلف بیندازیم که سردسته آنها داروهای ضددرد و به اصطلاح «ضد رماتیسمی» ومسکن و سپس داروهای آرام بخش و ضد ناراحتی اعصاب است که بیشتر ازهمه خواهان دارد و بهمان نسبت نیز اگر بیموقع و بی‌رویه مصرف شود ، عوارض « پزشک ساخته » یا «یاتروژنیک» آن بسیار است و روزبروز زیادتر هم میشود.

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

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 اجراکننده 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 در بعضی 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 بیمارکه گاه اساسی‌ترین مسائل اورا تشکیل میدهند ، یاعدم توجه باین‌اصل که این«مشتری» برخلاف «مشتری» کالاهای دیگرخریدارکالائی 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 و گرچه 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«بیماربستری 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 $\frac{۱۰}{۱}$ ـ $\frac{۴۰}{۱}$ 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

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 در توسعه 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 از نظر اجتماعی 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 «پی گیری» ودقت درسیر بیماری است ، نه‌فقط درمدت بستری بودن در بیمارستان بلکه درتمام مواردیکه بدرمانگاه یامطب مراجعه می کرده ، وحتی دراجتماع . زیرا همانطور که 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 یاهزمن یادیررس از خودبیادگار میگذارند که پایه‌واساس 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 هستند که بوسیله پزشکان خارج ازکادر دانشگاهها یابیمارستانها معرفی‌شده‌اند و وظیفه پزشك آنست که حتماً پس ازمرخص‌شدن بیمار خلاصه پرونده ونتیجه مطالعات ومشاهدات خود را برای پزشك معرفی‌کننده بفرستد (البته در پاکت ومستقیم) و رعایت اعتماد متقابل را بجای آورد که متأسفانه اینکار هم بدرستی‌عملی‌نمیشود که درقسمت تنظیم پرونده بدان اشاره خواهدشد.

۳-۳- نواقص محتویات پرونده

پرونده هر بیمار بایدارای مراحل‌مختلف‌ومرتب ومنظم باشد که هر کس درهروقت خواست اطلاعاتی درباره وی کسب‌کند بتواند به‌درستی آنچه‌را که‌لازمست‌در آن بآسانی بیابد ومثل کلافهٔ سردرگم نباشد که اوراقی متفرق و پراکنده بنام محتویات پرونده در آن 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 سیر آینده او گرفته 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 است که 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 سلاح عموم و بهداشت اجتماع پی‌گیری بیشتر را ایجاب کند، همانطورکه درجرائمی‌که جنبه عمومی دارد این دادستان است که مدعی است وباید نفع اجتماع را درنظر گیرد ولواینکه از نظرخصوصی پرونده مختوم تلقی شود.

حال اگر نظری به‌طرز تنظیم پرونده‌های بیماران دربیمارستان بیاندازیم می‌بینیم که 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 و بیماریهائیکه حدس‌زده‌میشود. Impression

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 به‌حقیقت است انتخاب کرده برطبق آن برنامه درمانی خویش را شروع میکند . در این کار سعی میکند حتماً نامی برای بیماری بیمار خویش‌دست وپاکند ولواینکه درحقیقت ممکنست بیمار فقط یك نشانه داشته باشد و علتی هم برای آن نتوان‌جست . اگر پزشك‌مصنوعاً بهرقیمتی خواست درهمان ابتدا نامی برای بیماری بتراشد نتیجه آن خواهد بود که از وظیفه اصلی‌خود که «قضاوت بیطرف» باشد منحرف شود ودرکارتشخیص که همان قضاوت‌است جانبداری کرده باشد ، جانبداری‌ازعقیدهٔ خود یا ازآنچه باواالهام 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 سرلوحه کوشش خود قرار دهد وسعی نکندجهل 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 تازه‌تری‌بریزد، وحال آنکه‌اینکارفعلا عملی‌نمیشود ومعلوم نیست‌کی وچه وقت تشخیص‌های احتمالی ذکر شده به‌ثمر 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؟ این‌نتیجه گیری 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 یابه‌کجامراجعه 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 معرفی کرده‌اند نیز از نواقصی است که درپرونده‌های فعلی کم‌تر بدان توجه شده‌است.

بطور خلاصه‌لازم‌است تذکر داده شود که‌آنچه 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 نتیجهٔ کافی از مطالعه‌آن بدست آورند واینکاردرکمترین وقت ممکن انجام پذیر باشد . اینکار مخصوصاً درعصر حاضر که 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

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 به مثال 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 بربالین بیمار بیشتر صادق است زیرا دانشجویان تازه نفس که همین دیروز علوم پزشکی و تازه‌های آنهارا فراگرفته‌اند وقتی وارد دوره بالینی شدند خود باولع بسیار در صدد خواهند بود دروسی را که درسر کلاس یا آزمایشگاه فراگرفته‌اند بر بالین بیمار بکاربندند وحق هم همین است، چون اساساً به دانشکده پزشکی برای همین کار آمده‌اند و در نتیجه بهترین محرك استادان در انجام آزمایش‌های پاراکلینیك و تعبیر آنها و همچنین تفسیر علائم بیمار براساس فیزیولوژی و آناتومی و پاتولوژی و بیوشیمی و میکروب شناسی و بیولوژی و همچنین تطبیق معلومات فارماکولوژی در قلمرو درمان ، و بهداشت در قلمرو پیش گیری، و جامعه‌شناسی و علوم انسانی در قلمرو طب اجتماعی، هستند.

بر استادان است که از این نیروی عظیم محرك در هدایت و راهبری آن بنفع «انسان بیمار» و « پیشرفت علوم پزشکی » و «آموزش و پرورش» دانشجو استفاده کنند. نتیجهٔ دیگری که از اینکار گرفته میشود «تازه شدن» معلومات اساسی استاد و یا لااقل تحریك بیشتر او به مطالعه «تازه‌های علمی پزشکی» است که کم نتیجه‌ای نیست. بایك بررسی اجمالی میتوان بحق معتقد شد که از بهترین وسائل یك چنین آموزشی مطالعه و دقت در پرونده‌های تنظیمی بیماران بر معیارهائی صحیح و آموزنده است .

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

۳-۶- نواقص از نظر عدم آشنائی دانشجو 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 ازاین راه برمردم میشود آشنا نشده‌اند و در نتیجه مقادیر معتنابهی پول و وقت صرف مسائل نامناسب و غلطی ممکنست بشود که اغلب جنبه «فوق‌اختصاصی» دارند و اینکار 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 به پژوهش شده است ولی پژوهشی که اکثراً ربطی به مسائل اساسی ملی و موجود ندارد بلکه پی گیری کورکورانه آنچیزهائی است که در ممالك خیلی پیشرفته و مرفه گاه درمسائل بسیار جزئی و کم اهمیت انجام شده ودرا ینجا نیز دنبال میشود، وحال آنکه مصرف کننده حقیقی واستفاده کننده اصلی که «بیمار» و «پزشك» باشند هردو از آنها بی‌اطلاع هستند و نمونه‌های 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» واحیاناً «غیرمفید» 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 یك بیمارستان مختلط آموزشی دانشگاهی بعمل آوردم باین نتیجه رسیدم که تنظیم پرونده‌ها برطبق همین اصول ناقص متداول آنچنانکه شاید و باید 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 به اجتماع و سازمان‌های اجتماعی

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

متأسفانه باید اذعان کرد که بعللی که مجال بحث آن دراین‌جا نیست، روابط اجتماعی و مخصوصاً قسمتی که مربوط به «اخلاقیات» میشود درهمه دنیا واز آنجمله درکشورما نیز چندی است متحول شده ودگرگونی عظیمی از همه‌سو درآن پدید آمده ویادرشرف پدید آمدن است . مسلماً برای مقابله باهرسیل بنیان کن نیاز به پیش بینی‌ها و پیش گیری‌های بجا و ایجاد سیل‌شکن‌های مؤثر ومفیداست که امکان استفاده وراهبری این نیروی عظیم رادرجهت مصالح جامعه بیشتر سازد . ارزشیابی این دگرگونیها برای اشخاصی مانند ماکه خود درجریان آن واقع شده‌ایم نه کاردرستی است و نه آسان. درست نیست از آنجهت که در متن کار هستیم و نمیتوانیم باهمه «انصافی» که ممکنست داشته باشیم بدون جانبداری که تاروپود گذشته فکری مارا 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 گوشه‌ای کوچك از آن هستیم .

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 بشناخت این عوامل و لزوم راهبری این سیل، مؤمن ومعتقد باشیم . طبیعی است که «اخلاق پزشکی» و «روابط پزشك وبیمار» که هردو افرادی از همین اجتماع هستند نمیتوانند دراین گیرودار «تزلزل اخلاقی» و «لرزان شدن سنت‌ها» مصون بماند . مردم باید بدانند که پزشك هم فردی است از افراد یك اجتماع و همان خصوصیات یك انسان را باهمه معایب یا محاسن 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 برعایت آن ساخته است . اما این امر نیز مانند هرامر دیگر دوطرف دارد ونمیتوان انتظارداشت که پزشك فرشته باشد ومردم در رفتارخود نسبت به‌پزشك خدای 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 را باهم بسوزاند» که متأسفانه آثار آن 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 که به‌اختیار انتخاب کرده است در اصلاح خود وروابط بین افرادهم‌صنف خود وبین آنها واجتماع ، بکوشد . اینکار وقتی عملی خواهد شد که فردفرد پزشکان ومخصوصاً آنان که سلسله جنبان این صنف هستند، اعم از پیروجوان یاپیرو مکتب‌های مختلف 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 درطی نوشته‌های خودآورده‌ام وعلاقه‌مندان‌را به‌مرور درآنهاتوصیه میکنم. دراینجا همینقدراشاره‌میکنم که روابط بین‌پزشك و«بیمار» علاوه برآنچه‌مربوط به‌جنبه دادوستدی آنست وتابع قانون‌عمومی روابط «فروشنده» و «خریدار» یعنی اعتماد متقابل است باقوانین دیگری‌نیز بستگی دارد وآن جنبه‌های «انسانی» و«حیاتی» آنست زیرا «کالای» مورد معامله «سلامت وبهداشت جسمی وروانی یك انسان» است وهم فروشنده(پزشك) وهم‌خریدار (بیمار یافردسالم) 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 آموخت که البته سهم پزشکان دراین آموزش بمراتب بیش از «مشتری»ها خواهد بود زیرا دانسته وبه‌اختیار این‌حرفه خطیر را انتخاب کرده‌اند ومسلماً مزایائی که 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 انجام گیرد 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 مختلف کشور این حقیقت را مسلم میدارد که همه آنهادر یك چیزمشترکند که متأسفانه‌آن چیز نیز بزیان پزشك‌ومشتری است ؛ وآن توجه انحصاری به‌کمیت و تعداد وبـاصطلاح «براه انداختن» ویا «دست‌بسرکردن» هرچه بیشتر مشتری‌است ومسلم است که نتیجهٔ مستقیم یك‌چنین توجهی پائین آمدن کیفیت‌کاراست یعنی درست همان چیزی که 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 پیش گفته‌بیان داشتیم ودر اینجا نیز صادق‌است، علل دیگری نیز هستندکه سر دسته‌آن‌ها رویه‌اداری مدیران مسئول این سازمان‌هاست که‌بعوض تکثیر درمانگاه‌های‌مناسب ، وافزودن تعداد پزشکان وظیفه‌شناس

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 و شاید ازاین هم بدتر گردد.

باید سازمان نظام پزشکی یا وزارت بهداشت ورفاه اجتماعی یا هرمقام مسئول دیگری دراین امر سخت گیری کند وضمن تأمین رفاه نسبی پزشکان از آنها جداً بخواهد کار درمانینه درمانگاه و بیمارستان و تنظیم پرونده بیماران و توجه دقیق بآنان راسرسری نینگارند وحتی از آنانکه به تعداد مراجعین روزانه خویش مباهات میکنند بازخواست بعمل آورد و با گماردن بازرسان دقیق ودلسوز تامدتی این سیستم را برقرارسازد ولواینکه مانند داروی شفابخش تلخ در ابتدا تاحدودی هم جنبه «اجبار» داشته باشد. البته این کار در کلیه سازمانهای بیمه اجتماعی، سازمان خدمات درمانی شاهنشاهی، شیروخورشید سرخ، دانشگاهها، وزارت بهداری ووزارت خانه‌ها و مؤسسات مختلف عمومی وخصوصی بخشها وروستاها باید باکمال شدت وبانظم و «بی نظری» انجام گیرد تا هم ازبهدر رفتن اینهمه نیروی انسانی مورد نیاز جلوگیری شود و هم نیازمندان بهتر بتوانند ازخدمات درمانی و بهداشتی کشور خویش 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 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 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 از بستری 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 و بهداشتی 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 آنرادر دانشگاه اصفهان پیشنهاد کنم و باموافقت 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 اثمربخش‌تر کرده است. بجا خواهد 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 و بهمین 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 یا مسائل را از نظر فوریت وضرورت «انتخاب کند» ولی هیچگاه نباید «همه» مسائل بیمار را بطور «سطحی»

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 به‌کارمیبرد 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 از آنچه ما خیال میکنیم میشناسند وقضاوت اکثریت‌تودهٔ مردم (یعنی نه‌طبقه‌خیلی مرفه نه‌خیلی نادار) دراین‌باره اغلب صحیح است، مشروط براینکه عواملی‌هم چون‌وسائل ارتباط جمعی، ازوظیفه اصلی‌خود منحرف نشوندوآنها نیزدوستی‌وامانت‌وانصاف را درتبلیغات خود رعایت کنند، لااقل بهمان‌اندازه‌ای که پزشکان انتظاردارند، زیرا تبلیغات موثرترین‌وسیلهٔ موجوداست، چه درجهت خیروصلاح جامعه، چه درجهت گسستن رشته‌های اجتماعی وتولید هرج ومرج.

توضیح: پیشنهادی که ضمیمه‌است مربوط به‌نمونه تنظیم پرونده برای‌بیماران بستری‌است. برای بیماران درمانگاهی یامطب‌های خصوصی نیز گرچه باید همین اصول رعایت شود امـا فرمهای کوچکتری برای‌این‌منظور تهیه‌شده‌است که‌بعداً باطلاع‌علاقه‌مندان 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 مدارك‌مبنا (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 وشغلی‌وشخصی مربوطه وعادیات.

۳ـ مدارك مربوط به‌بیماری کنونی یابیماریهای‌کنونی: (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).

مدارك‌هریك‌ازمسائل‌مطرح شده را درچند گروه باید عنوان کرد:

۳ـ۱ـ ذهنی‌یاحسی‌یا Symptoms Subjective یعنی‌نشانه‌های احساس شده بوسیله بیمار.

۳ـ۲ـ عینی‌یا Objective یا Signes وکلیه‌مدارك 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 فیزیوتراپی‌وغیره.

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: فرمول‌وشمارش‌ـ 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 (نه‌حدسهای تشخیصی) باید فهرست کرد:

۲ـ۱ـ تشخیص: مانند بیماری قلبی آترواسکلروزی.

۲ـ۲ـ پاتولوژی مانند: نارسائی قلبی احتقانی.

۲ـ۳ـ نشانه (Sy یا Si) مانند: کوتاه شدن‌وسوختن‌نفس‌یاتاکی پنه یاسوفل قلبی.

۲ـ۴ـ نشانه آزمایشگاهی غیر طبیعی مانند: ECG غیرطبیعی.

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 یادرمان ومواظبت 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 ۵۰/۶/۱۶ فارنژیت استرپتوککی یا

۹ـ سوختن نفس ۵۰/۶/۲۱ 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 ۵۰/۶/۳۰

(اگر اتیولوژی یك نشانه یا پاتوفیزیولوژی کاملا شناخته نشده باید درمقابل آن مسئله جمله «اتیولوژی ناشناخته» راگذاردولی ازاستعمال علامت استفهام 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 اطلاعات بیشتر، از جمله: بررسیها ومطالعات تشخیصی برای 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(R/O)TB← آنترادرموراکسیون ـ اخلاط 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 ـ حاد ـ مزمن)

سیر احتمالی بیماری بادرمان وبدون درمان

شناختن داروها واثرات آنها

چهارم ـ سیر بیماری و Progress Notes و پی‌گیری Follow_up

۱ـ تمام اطلاعات مهم بایستی 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 شماره گذاری 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 شماره گذاری وعنوان داده شده را آورده وهمه نشانه‌های حسی یا عینی وتغییرات آنها ومدارك آزمایشگاهی وپاراکلینیکی وبحثها ودرمانها وبرنامه‌هائی‌راکه طرح شده است جداگانه یادداشت میکنند .

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

۴ـ مشاورین نیز باید مسائل را باذکر شماره وعنوان یادداشت کرده وبحث کنند 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 دیگر تنظیم میکندکه آن نیز باید متوجه «مسائل» بیماربوده وشماره گذاری

شده باشد. درمقابل هرمسئله‌ای که کامل وصحیح است باید بنویسد «موافقت دارم» ودرصورتیکه احتیاج به بحث بیشتر یا اضافه کردن عددی به فهرست باشد آنرا نیز میآورد.

۲ـ عدم توافق مربوط به فهرست مسائل، بوسیله کاروز ورزیدنت و پزشك معالج، قبل از تهیه فهرست، برروی پرونده بیمار آورده شده باشد.

از آن پس هیچ فهرستی را نمیتوان خط زد یـا از بین 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 مسائل حل نشده» بوده ویك رونوشت آن بعنوان پزشك خصوصی بیمار یا پزشك معرفی کننده او ارسال شود.

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

یادداشت مربوط به جراحی

باید کاملا ودقیقاً نتایج ومشاهدات جراح یـادداشت شود وآنچه مربوط به مسائل طرح شده بیمار است و جراح توانسته آنها را کشف کند اضـافه شود ومسائلی که مربوط به عـوارض عمل است جداگانه تحت شماره جدید اضافی آورده شود.

یادداشت پزشك مشاور (Consultant)

نوع مسئله‌ای که 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 یا تغییری لازم میداند، آنها را قید کند.

فوائد روش جدید:

۱ـ از نظر اطلاعی: حاوی کلیه مدارك و اطلاعـات پزشکی ـ اجتماعی ـ روانی ـ مشورتی مربوط به بیمار.

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

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

۳ـ از نظر آموزش بالینی

۴ـ از نظر آموزش عملی علوم اساسی پزشکی (ونقش مهم دانشجو درواردکردن علوم اساسی درطب بالینی، وانتقال ومبادله دوطرفه 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 به مؤسسات زیر:

۱ـ مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.
۲ـ مرکز پزشکی فیروزگر وابسته به وزارت بهداری.
۳ـ مرکز پزشکی حافظ وابسته به دانشگاه پهلوی شیراز.
۴ـ مرکز پزشکی ریوی اصفهان وابسته به وزارت بهداری.
۵ـ مرکز پزشکی رضا پهلوی، سازمان بیمه‌های اجتماعی.
۶ـ موسسات درمانی شیروخورشید سرخ اصفهان.
۷ـ بیمارستان واحد آریامهر ذوب آهن اصفهان.
۸ـ مرکز پزشکی ثریا، دانشگاه اصفهان.
۹ـ مرکز پزشکی جرجانی، دانشگاه ملی تهران.

۱۰ـ دکتر ابوتراب نفیسی: پزشك را بشناسیم وباوظائف او آشنا شویم. مجله علمی نظام پزشکی، سال اول (۱۳۴۹) شمارهٔ ۵: صفحه ۳۴۱.
۱۱ـ دکتر ابوتراب نفیسی: چگونه پزشکی مورد نیاز کشور است. مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۱) شمارهٔ ۴ـ۵: صفحه ۲۴۱.
۱۲ـ دکتر ابوتراب نفیسی: پزشك برسر دوراهی تاریخ، مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۰) شمارهٔ ۱ـ۲: ۱۲۹.