

چگونگی تنظیم پرونده بیماران و تغییراتیکه باید در آن داده شود

مجله علمی نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۲، صفحه ۷۵، ۱۳۵۲

* دکترا ابوتراب نفیسی

بوسیله دفترداران و منشیان غیرفنی) نام و مشخصات بیمار و فقط یک نشانه از نشانه‌های آن و شاید نام یک یا چند داروآنهم در یک سطر اکتفا می‌کنند و شاهد آن دفاتر درمانگاهها و احياناً بعضی مطبهای است.

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

ب- در قسمت تولید کننده (دانشکده‌های پزشکی کشور و مؤسسات دیگر تر بیت کننده متخصص).

در این قسمت نگارنده در سال گذشته الگوی پرونده‌های را که برای بیماران بستری در سه دانشگاه معروف و معترض کشور، یک مرکز آموزشی و یک مرکز غیر آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، یک مرکز درمانی وابسته بهشیر و خورشید سرخ و یک مرکز درمانی دیگر وابسته به یکی از سازمان‌های مهم مملی (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 کامل تر و جامع تر است (و باید هم چنین باشد) معهدهای دارای نقاوصی آشکار است که قسمتی از آنها کم و بیش در پرونده‌های مرکز پزشکی کشورهای راقیه نیز موجود است و بعداً بدانه‌ها اشاره خواهد شد.

۱- آیا باید هر بیمار پرونده‌ای مخصوص بجود داشته باشد.
۲- در صورتیکه باید پرونده داشته باشد چه کسی باید آنرا تنظیم کند.
۳- در کجا و بجهه سیله باید این کار آمودخته شود.
۴- نواقص پرونده‌های موجود و علاج آن چیست.
طرح پرسش‌های ظاهرآ پیش پا افتاده واضح بالا در یک مجله معترض وزین چون مجله «نظام پزشکی» در بادی امر ممکنست بسیار عجیب آید و عده‌ای از همکاران را در سلامت عقل نویسنده‌دچار تردید کنند اولی اگر نه یک بار بلکه چند بار متن پرسشها مرور و بمعانی آن توجه شود گمان می‌کنم اکثر بلکه همه خوانندگان به اهمیت سوال‌های مطرح شده و لزوم حل مسائل مربوط با آن با اینجانب هم عقیده خواهند شد زیرا با مطالعه نسبتاً درازمدتیکه بعلت شغل دوگانه خوبیش (هم مصرف کننده محصول دانشکده‌های پزشکی و هم تولید کننده آن) داشتمام درسالهای اخیر بر آن شدم که اصولاً مسئله تنظیم پرونده بیمار را از هر دو جهت، یعنی مصرف کننده و تولید کننده، در کشور خوبیش بالا قل در استان‌هاییکه دارای دانشکده پزشکی هستند مورد مطالعه قراردهم. از مطالعات مذکور نتایج زیر بدست آمد:

الف- در قسمت مصرف کننده، یعنی پزشکان مطبدار یا آنکه در درمانگاه‌ها کارمی کنند.

۱- عدد بسیار زیادی از پزشکان برای بیماران مراجعت کننده خوبیش هیچ‌گونه پرونده‌ای تشکیل نمیدهند.

۲- عدد زیادی از آنکه 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، منحصراً 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 «بعنوان «یک انسان نیازمند» و در عین حال «طلبکار و متوقع» است، که کوچکترین واپدایی ترین آنها تشکیل پرونده برای اوست. زیرا در زیر هر یک از عبارات و صفاتی که یادآور شدم یک دنیانکات روانی نهفته است که شاید بزرگترین اصول روابط پزشک و بیمار را تشکیل میدهد و بحق میتوان گفت که قسمت مهمی از نارضایی های بیماران از پزشکان بر مبنای همین عدم «توجه»، عدم «دلسوزی» و عدم «علاوه» بعضی همکاران به مردم را خوش است (واین گایدها همه از گفته های بیماران و مردم را اقتباس و از زبان آنان نقل قول شده است)، و در نظر بیاوریم که هر بیمار لاقل باندازه يك متعه حق دارد پرونده داشته باشد و اگر از این «لغت» واهمه دارد باید عرض کنم باندازه يك «مشتری». قبول داریم که هر مشتری آنهم «خریدار سلامت»، که بزرگترین و گرانبهای ترین کالاهای انسانی است، نسبت به «فروشندۀ حقی خواهد داشت که صرفًا جنبه اخلاقی و انسانی دارد.

اما ما پزشکان که این حرفة شریف و در عین حال خطیور را قبول کرده‌ایم بحکم وظیفه مجبوریم این حق را به «مشتریان» و «خریداران» کالای خود بدهیم. پس باخراج پرسش اول مثبت خواهد بود.

پرسش دوم - چه کسی باید این پرونده را تنظیم کند؟ گویا سوال پیش پا افتاده ای را مطرح کرد؟ ولی آن چنان هم پیش پا افتاده نیست زیرا بسیارند که اینی که این کار بزرگ را فقط بدست منشی و گاه مستخدم خود سپرده اند و حال آنکه اگر حقیقتی را بخواهید چون بمصدقای «خشتش اول چون نهد معمار کچ، تا شریا، بیرو و دیوار کچ»، امس هر تشخیصی را دقت در گفته بیماران تشکیل میدهد، این کار باید بوسیله خود پزشک انجام گیرد و اگر بعلتی که در زیر شرح خواهیم داد این کار عملی نبود باید بوسیله پزشک وارسی شود و مورد مذاقه قرار گیرد چون در هر برخورد رود رروی دو انسان، آنهم يك انسان «دردمند» و يك انسان «دردفهم»؛ و يك انسان در نج کش» و «نیازمند» که استمداد میکند و يك انسان ظاهرًا سالم که میخواهد کدک کند، نکات بسیاری نهفته است که اگابر در کردنی است نه وصف شدنی، آنهم باقلم يك تویسته احیاناً کم سواد یا ناوارد.

در بعضی «مالک پیشرفت و مخصوصاً در جاهایی که کار بهداشت مردم بدست مؤسسات خصوصی بزرگ یا عمومی و دولتی است و تعداد

بطور خلاصه از این مطالعات باین نتیجه رسیدم که: اکثریت علمی از مردم را بپزشکان (اعم از مطبهای خصوصی یا عمومی) فاقد پرونده، بمعنای اصلی آن هستند. در جاهایی که بعلتی لزوم تشکیل و تنظیم پرونده احساس میشده الگوئی که عرضه شده جواہگوی نیازمندی های بهداشتی * يك جامعه مترقبی و درحال رشد نظیر مملکت ما ایران نبوده و متاسفانه عدد نسبتاً قابل توجهی از این پروندها حتی مطابق الگوی تهیه شده نیز تنظیم و تکمیل نشده است.

با این مقدمه خواهند گفتن گرامی به اینجا بحق میدهند که در اصل موضوع شکوه مسائل طرح شده بالا را تکرار کنم زیرا مطابق قانون عمومی اینما اعمال بالنیات **، چون عمل ما نوعی دیگر است اختلال دارد اعتقاد ما نسبت به اصول سوالات طرح شده خیلی محکم نیاشد. از همین رو با خصارت به یکاین چهار پرسش پاسخ گفته در انتهای مقاله راهی را که بنظر بیشتر منطبق بر اصول فوق میگردد «بعنوان چگونگی مشخصات یک پرونده نمونه» با تفصیل بیشتر از نظر میگذرانیم، باشد که مورد قبول صاحبینظران قرار گیرد و این نتیجه بسیار بزرگ حرفة 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 سه مفترض: «درمان بیماری موجود، بیشگیری بیماری غیر موجود و حفظ سلامت افراد و کشف بیماری های خفته یا نهفته» بدانیم، و هدف بیمار را که قطب دیگر مورد بحث است، «شفا یافتن یا تسکین و تخفیف یا لاقل 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 بیماری های بدانیم، بخوبی لزوم تنظیم تشکیل پرونده برای هر بیمار مراجعه کننده و گاه کلیه افرادی که بعلت سلامت آنها و خانواده یا بستگان یا گروه اجتماعی آنها بدست پزشک سپرده شده احساس میشود.

مسئولیت هر پزشک شاغل، ایجاب میکند که بسلامت افراد سپرده شده باو، خواه اخباری و انتخابی یا موظف و مؤسسه ای، از 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 برآوردن این منظور

* مقصود از «بیداشتی» کاملاً جامعی است برای کلیه نیازمندی های که با «بیداشت» و «سلامت» مردم سروکار دارد که طبقاً شامل «بیماری» یا «عدم «لامت» آنها نیز میگردد.

** حمله ای هندو بحضور رسول اکرم که مبنای آن جنین است: ذکر دارها ناین بندارها و بت هامت بیوارت دیگر گفته که بجزی و موضوعی عتیقه دارد از عملش بود است.

آموزش درمانگاهی اگر از آموزش بالینی مشکل‌تر و مهم‌تر باشد مسلماً آسان‌تر و بی‌اهمیت‌تر نیست، زیرا میدانیم بیمار بستری شده در بیمارستان دانشگاهی معمولاً بعلت وجود امکانات بیشتر از حد اعلای وسائل برخوردار است و بیماری وی قسمی از سیر خود را زیر چشم‌پوشان در محیط بیمارستانی گذراند و حال آنکه، معمولاً وقتی بیمار بدرمانگاه یا مطب خصوصی مراجعه می‌کند یا نشانه‌های خاص بیماری او هنوز کاملاً روشن و واضح نشده و یافرست کافی برای دقت در سیر بیماری برای پزشک فناور نمایند و با وسیله کافی پاراکلینیکی موجود نیست و در نتیجه از جهار پایه اساسی تشخیصی (گرفتن شرح حال - امتحان جسمی و روانی - امتحان پاراکلینیکی و دقت در سیر بیماری) دوپایه آن نارسا و پایه‌های دیگر کم و بیش ناقص خواهد بود.

به‌مین جهت بارپزشک در درمانگاه بسیار سنگین‌تر و وظیفه او در حل مشکلات و مسائل نیز مشکل‌تر خواهد بود و بحق پزشک خوب و ماهر کسی است که در مطب یادربمانگاه بتواند در کمترین وقت و با کمترین وسیله به تشخیص برسد.

در نتیجه‌این قسمت از آموزش کلینیکی که متأسفانه عملاً در داشکده یافر اموش شده و یا در ردیف دوم قرار گرفته بسیار نارسا است و حال آنکه مصرف کنندگان دانش‌پزشکی که پزشکان مطب‌دار کشور هستند اکثریت را تشکیل می‌دهند و باید اذعان کرد که آموزش دانشجویی 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 مطبهای خصوصی، اندکی باهم متفاوت خواهد بود و در حقیقت باید فشرده‌تر باشد که بتوان با سرعت آن اعور و کردو به نتیجه، مطلب رسیده مضافاً به آنکه استفاده کننده از این پرونده در هر مطب خصوصی فقط یک پزشک است و حال آنکه در درمانگاه‌های بیمارستانی یا موسسه‌ای یا گروهی ممکنست یک بیمار را پزشکان مختلف - و فقط برای یک بیماری مورد معاينه قرار دهند. در هر حال اساس تنظیم پرونده نباید بهم بخورد و یکی مکمل دیگری باید باشد. باماشه‌نی شدن پزشکی خواه در بیمارستان و خواه درمانگاه طبعاً عده‌ای از این مشکلات و نامم آهنگی‌ها بر طرف می‌گردد ولی در عوض عامل انسانی بیشتر از پیش حذف و به اصطلاح طبابت «قالیبی» تر می‌شود که آنهم تابع میزان «وابستگی» پزشک به ماشین است، که کدامیک مخدوم است و کدام خادم، و این امر تاچه حدی پیش خواهد رفت و تاچه وقت ادامه خواهد یافت؟

مراجعین بآنها 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 داده‌اند.

این افراد کسانی هستند از قبیل دستیار، بهیار، پرستار و بطور خلاصه عده‌ای که تحت عنوان جامع پارامدیکال یا - Medical Auxiliaries گردآمده‌اند. اخیراً خواندم که در برابر اصطلاح خارجی پارامدیکال واژه زیبای پیراپزشکی را پیشنهاد کرده‌اند. بهر حال این گروه که روز بروز بر اهمیتشان افزوده می‌شود باید آموزش لازم را بینند تا بذبان بیمار آشنا شوند.

ذا گفته نماند که باورود شمار گریا «کمپیوترا» در خدمت پزشکی قسمتی از این وظیفه بعهده کارشناسان این فن ارداده شده و باتوجه پرسشنامه‌های خاص که بیمار خود پرمیکند یا با کمک «پیراپزشک» تکمیل و بهماشین سپرده می‌شود و خلاصه آن در پرونده بیمار از زیر نظر پزشک می‌گذرد. البته معايب و محسن این روش، همانطور که در چند مقاله قبل 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 مزايان داشته باشد و یا گریزی از بکار بردن آن نباشد ولی در مطبهای خصوصی بهیچ وجه نباید عورت نظر قرار گیرد. منشی یا «پیراپزشک» فقط باید خصوصیات عمومی و گاه پر کردن بعضی پرسشهای این بعده گیرد و وظیفه‌ای مخصوصاً «انتقال» بعضی اطلاعات مخصوص از بیمار به پزشک است و جالب است که عده‌ای از بیماران قبل ایک طومار شرح حال دقیق و مفصل خود را به مراء می‌آورند که اینجا بآنها را عیناً، و بنوان نمونه‌ای از خط بیمار و انشای او، در پرونده ضبط می‌کنم.

البته لازم توضیح نیست که تنظیم و تدوین کامل آن باید بواسیله شخص پزشک انجام گیرد.

پرسش 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 دانشکده‌های پزشکی باید آموخته شود و مسلم است این پایه گذاری از همان ابتدای آشنايی دانشجو با بیمار یعنی درسالهای مقدماتی بالینی باید شروع شده، در سالهای کارورزی تکمیل گردد، بطوریکه یک 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 مراجعتین بدرمانگاهها نیز می‌شود، زیرا اهمیت

تنظیم پرونده میشود. ناگهان فریاد برآورد مگر مطب شما محکمه داد گستری است که برای مردم پرونده میسازید؟ ماهیج احتیاجی به پرونده منونده نداریم، گفتم اگر برای شماته 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 شدومن برای بیمارانیکه راضی نمیشدند اما خودم از نظر مطالعه و وظیفه لازم میدانستم، پرونده های فشرده تری که وقت کمتر میگرفت تهیه کردم که در ضمن ارزانتر! هم تمام شود. این نمونه را برای این آوردم تادانسته شود که روحبه آن وقت مردم باحالا که اکثر مراجعن 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 «مطب دار» مشکل تر و در عین حال دقیق تر ساخته است.

۱-۲- عدم مراجعة بموضع

عدهای از بیماران، که خوشبختانه تعدادشان لااقل در مراکز استانها روز بروز کمتر میشود، وقت شناس نیستند و بدعلی که ذکر همه آنها در این مقال باعث اطمینان کلام خواهد شد در موقع معین برای پیگیری حاضر نمیشوند و یکی از پایه های تشخیص و گاه دو تای از آنها را، که آزمایش های پاراکلینیک و پیگیری باشد، لنگ میکنند و در نتیجه پرونده آنها باین دلائل ناتمام میمانند. مهم ترین علت عدم مراجعة آنان یا بهبود آنهاست (عدم احتیاج به پزشک) یا تغییر سلیمان آنهاست (عوض کردن پزشک معالج) و یا عدم توجه به نظم و ترتیب.

۱-۳- نحوه مراجعة

البته منطقی آنست که بیمار برای اطلاع از وضع سلامت خود فقط در مطب یا بیمارستان به پزشک مورد اعتماد خویش مراجعت کند، ولی تعجب خواهید کرد اگر بدانید که عدهای از همین مردم در «جالس خصوصی» در «همانیها»، در «جامع عمومی» و حتی در «گردشها» و ... کارهای طبی خود را با پزشک مطرح میکنند و حال آنکه درباره هیچ شغل دیگر «چنین بی قید و بند» نیازمندی های خود را طرح نمیسازند زیرا هنوز هستند عدهای ای که کار پزشک را سرسری می پندارند و عقیده دارند او «سرمایه ای غیر از فکر خود و اسباب کاری غیر از قلم خود (برای نوشتن نسخه) لازم ندارد و این هر دوهم که همیشه همراه او هستند!»

البته تعداد این گونه مراجعن خوشبختانه روز بروز کمتر میشود اما در شهرستانها و مسلمانان در روستاهای هنوز هم یکی از گرفتاری های پزشکان را تشکیل میدهد که باید با تبلیغات صحیح هم مردم را

پرشن چهارم - نواقص موجود در پرونده های تنظیمی چیست و علل آنها کدام است؟

این نواقص را میتوان به چهار گروه تقسیم کرد و هر گروه دارم بوط ناقص مر بوط به بیمار - نواقص مر بوط به پزشک و طرز کار او - نواقص مر بوط به آموخت پزشکی و نحوه این آموخت مخصوصاً در قسمت بالینی - نواقص مر بوط به سازمان های اجتماعی و بهداشت و رفاه عمومی.

واینک شرح هر کدام از این گروهها:

۱- نواقص مر بوط به بیمار

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

۱-۱- عدم علاقه بیمار به تشکیل پرونده

میتوان گفت با بالا رفتن سطح داشت عمومی و افزایش سریع خواسته های افراد اجتماع و از آنجمله «بیماران» این علت تقریباً منتفی است و کسی یافته نمیشود که خواهان تنظیم پرونده بهداشتی برای خود نباشد مگر آنکه بسلامت خود پایند نباشد که در آن صورت نمی باشی بپزشک مراجعت می کرد. البته این موضوع همیشه باین سادگی نیست.

نگارنده خوب بخاطر دارد که در سالهای ۱۳۴۰-۱۳۴۲ رفاقتی در طرز معاینه بیماران بعمل آورم و برای آنها پرونده تنظیم کنم، بسبک پرونده های که پزشکان دانشگاهی دنیا تنظیم میکنند. بعلت وقت زیادی که این کار میگرفت (بطور متوسط برای هر بیمار تازه وارد بین ۴۰-۴۵ دقیقه و برای مرتبه های بعدین ۶-۷ دقیقه) طبعاً از هیزان پذیر فتن بیماران کاستم و اندکی هم بر حق معاینه مرتبه اول افزودم (برای اطلاع همکاران جوان بد نیست گفته شود که مرتبه اول حق معاینه پنجاه ریال و مرتبه های بعدی هر مرتبه ۳۰ ریال تعیین شده بود!).

این کار سروصادری در شهر برای انداخت و چون روزنامه های به اصطلاح آزاد بخواه! هر روز مانند قارچ سیز میشند و مطالبه هم نداشتند بنویسند به نگارنده حمله کردند که البته مطابق شیوه مرسوم بهمچیک از آنها جواب ندادم. رئیس وقت دانشکده برای حیثیت یکی از همکاران خود با نهایت حسن ظن جلسه ای در دفتر ش تشکیل داد که در آن مدیران روزنامه ها هم حضور داشتند. پس از اینکه شکایات آنها مطرح شد واکثر جنبه خصوصی داشت یکی از مدیران بنام روزنامه های پرسید، چرا شما مرتبه اول اینقدر مطالبه میکنید در جواب گفتم بعلت صرف وقت بیشتری که برای

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 بد «درمان عالمتی» پردازد.

ماهم نمیتوانیم «درمان عالمتی» را بلکل طرد کنیم واجباراً بایستی مانند سایر پزشکان آنرا پذیریم متنها به شرط آنکه این سبک درمان «همه» درمان و متوقف کننده پزشک در تشکیل پرونده و بررسی علت نشانه‌ها و تعیین تشخیص نباشد.

متناسفانه باید پذیرفت که در بسیاری از موارد چنین نیست و ما علاوه در همین مرحله باز میایستیم زیرا ظاهرآ بیمارمان تسکین یافته و راضی است و اگر هدفمان صرف آراضی نگاهداشت مشتری «به قیمت» باشد نتیجه آن خواهد بود که الان هست یعنی «هرچه و مرج» درامر درمان و ایجاد «بازار مکاره داروهای کارخانه‌های تولیدکننده داروها و نسخه نویسی عالمتی».

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

بعمارت دیگر در هر دو صورت، این بیماران هستند که راهنمای و راهبر پزشکان خواهند بود مخصوصاً آنسته از پزشکان که به قیمت بدنبال «جلب مشتری» بیشتر یا مانع از دست رفتن مشتری موجود میباشند. بر ماست که هیچگاه نداشته آلت دست «مشتری» نشویم و منافع کلی ویراکه حفظ سلامت او به قیمت هست بر رضایت خاطر موقتی وزود گذر او ترجیح ندهیم، زیرا مسئولیت حفظ سلامت بیمار بر عهده پزشک معالج است خواه بداند یا نداند، و بفهمد یا نفهمد.

نمونه‌های تخطی از این دستور کلی بسیار است و کافیست که نظری اجمالی به فهرست داروهای عالمتی و اثرات سوء آنها بر دستگاه‌های مختلف بیندازیم که سر دسته آنها داروهای ضد درد و به اصطلاح «ضد رماتیسمی» و مسکن و سپس داروهای آرام بخش و ضد ناراحتی اعصاب است که بیشتر از همه خواهان دارد و بیمار نسبت نیز اگر بیموع و بی رویه مصرف شود، عوارض «پزشک ساخته» یا «باتر و زنیک» آن بسیار است و روز بروز زیادتر هم میشود.

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

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

۱-۴- گذرا بودن بیمار

عده‌ای از مراجعین به پزشکان جزو دسته «گذرا» یا موقتی هستند که علل چندی در آن دخالت دارند از آن جمله است: عدم امکان جسمی یاروانی یا مالی بیمار برای مراجعه مجدد بهمان 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 اتو بیبل خود را عوض میکنند پزشک خود را نیز عوض میکنند و یا از غریزه خاص «بوالهوسی» و شاید «نوخواهی» بشر بیشتر پروری 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 «مد پرستی» و از این «شاخ با آن 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 هردو قطب دخالت دارند.

خوبی‌خانه 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 سست نکنند و وسائل ارتقاب جمعی مخصوصاً روزنامه و تلویزیون بیش از آنچه هست تبلیفات 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.

۱-۵- توجه بیشتر بدرمان عالمتی

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) شفایاقتن از بیماری است و چون آنچه بیمار را بیشتر رنج میدهد و برا بسوی 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 ولاقل تسکین و تخفیف هر چه زودتر این ناراحتی است و عامل زمان مخصوصاً در این روزگار که ماشین‌زندگی مردم را بیشتر میکشاند و ذره‌ای تأخیر را جایز نمیشمارد بسیار مهم است و شاید بزرگترین عامل فعلی

و گرچه کوشش‌هایی هم در این زمینه در بعضی دانشکده‌های پزشکی بعمل آمده اما عملاً آنلور 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 مکانات پاراکلینیکی لازم برای خوب گرداندن یک درمانگاه آموزشی نارسانست. (مخصوصاً آنان که عادت کرده‌اند همه چیز را از دریچه آزمایشگاه نگاه کنند). علت هرچه میخواهد باشده‌عامل انسانی یعنی اعتقاد مجریان امور و پزشکان مسئول بدرمانگاه از ادارکان 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 «پرونده‌دار» متراffد باه بیمار بستری شده در بیمارستان است، و با وجود اینکه در برنامه آموزشی بعضی از دانشکده‌ها آموزش درمانگاهی درسطوح مختلف آموزش بالینی گنجانده شده ولی عملابیماران درمانگاهی، در دانشگاه نیز مانند سایر مؤسسات دولتی یا عمومی معاینه و معالجه می‌شوند و اگر پرونده‌ای هم تشکیل شود خیلی جدی گرفته نشده و کافی بارسانیست. حال آنکه بنظر اینجانب مهمترین و مشکل‌ترین و در عین حال شرین ترین و مفیدترین قسمت آموزش، هم از نظر کثرت تعداد مراجعین بدرمانگاه‌ها نسبت به بیماران بستری شده (که بتفاوت بین $\frac{1}{10}$ - $\frac{1}{4}$ بر حسب نوع درمانگاه ممکنست فرق کند) وهم از نظر ورزش علمی و عملی، آموزش درمانگاهی است.

ذیرا تمام قوای فکری پزشک باید برای حل مسئله بیمار، که گاه حیاتی و فوری است، در کوتاهترین زمان برای مشکلترین مسائل باکمترین معلومات، منمر کن گردد و منجر به اخذ تصمیم یا تهیه برنامه برای بیمار شود. این قسمت آموزش برای کلیه پزشکان که یاد رطبهای خصوصی کار می‌کنند یا در درمانگاه‌های عمومی و یا اورژانس مشغولند یا در رستهای و بختها (با کمی وسائل و کمی همکار متخصص و مشاور) کار می‌کنند بسیار حیاتیست، ذیرا 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 خوارک خود مجبور باشد دست تنها هم مواد اولیه را بخرد و هم خوارک قابل اکلی تهیه کند و هم صرف کند (پزشک درمانگاه)، و در مقابل شخص دیگر که مواد اولیه را کسی دیگر تهیه نمی‌کند و کسی دیگر هم آشپزی را عهده‌دار است و شخص سومی می‌زدرا مرتب می‌کند و... تاخوراک مأکول بدست آید و تناول شود (پزشک بیمارستان)، و توجهه می‌کنید که در وضع فشرده امر و ذی وعصر سرعت کدام روش بیشتر مورد

۳- نواقص مربوط به پزشک و طرز کار او

در زیر بطور خلاصه چند نمونه از نواقصی را که مهم‌تر و فراوان تر به نظر می‌رسد می‌آورد و اضافه می‌کند که همه راهها بهمین یک راه منتهی می‌شوند چون اجرا کننده نهایی «شخص پزشک» است وهم اوست که باید باین امر معتقد و مممن و در رفع سایر نواقص کوشایش باشد.

اینهاست چند نمونه:

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

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

۳- عدم توجه به اجزاء مشکله پرونده، یا توجه بیشتر بیک قسمت و غافل‌ماندن از قسمتهای دیگر، از آنچه ملته 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 عليه‌هذا، 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 اورا تشکیل میدهد، یا عدم توجه باین اصل که این «مشتری» برخلاف «مشتری» کالاهای دیگر خردیار کالائی است که گرچه بنام «سلامت» یا «رفع بیماری» خوانده می‌شود اما شامل معنا و مفهوم و سیمتری است که بامسائل دیگر فرد در اجتماع گذشته و آینده او وفاداد دیگر وابسته به او پیوستگی ناگستینی و گاه ناپیدا دارد که باید پزشک «معتمد» درستجو ورفع آنها نیز بکوشد و درنتیجه نیاز بدان دارد که این مسائل را نیز در پرونده تنظیمی خود بیاورد، یعنی بطور خلاصه یک انسان چند بعدی «بامسائل پیچیده چندین بعدی» و «متعدد» در گیر است.

۴- نواقص مربوط به آموزش پزشکی

بنظر ما چون مهترین نواقص در تنظیم صحیح و منطقی پرونده بیمار مربوط به آموزش پزشکی می‌شود، لازم میداند باتفاقی بیشتری آنها را بررسی کند.

این نواقص را میتوان بطریق ذیر خلاصه کرد:

۱- توجه بیشتر به بیمار بستری و غفلت از درهای انتگاه این نقصی است که تقریباً در کلیه نوشته‌های منعکس کرده و شاید متجاوز از ده سال است درباره آن گفته و نوشته و پیشنهاد داده ام

هر کس در هر وقت خواست اطلاعاتی درباره وی کسب کند بتواند به درستی آنچه در آن باشد و مثل کلافه سردر گم نباشد که اوراقی متفرق و پراکنده بنام محتویات پرونده در آن بایگانی شده باشد، بلکه با یادهای جوون یا کپر و نهاد دادگستری ابتدا و انتها و نتیجه و رأی در تمام مراحل مختلف بازپرسی، قضاوتهای ابتدائی و مشورتی ونهائی داشته باشد و از خواندن آن تکلیف بیمار واینکه دچار چدیبماری است و چه روشی در درمان را تعیین خط سیر آینده او گرفته شده است و عاقبت آن به کجا انجامیده است، روشن شود. همانطور که یک فرد مراجعته کننده بدادگستری برای احتمال حقی یا بطلی هر ارجاعه میکند (باد استان ویرا میخواهد که در آن صورت 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، همانطورهم یک فرد بیمار یا شخص سالمی که به پژوهش مراجعته میکند (ویا از طرف مقامات بهداشتی از نظر حفظ بهداشت عمومی تحت مراقبت قرار گیرد) حق دارد که بخواهد تکلیفش معین شود، و بپژوهش است که آنرا برپایه عای روش و منظمی استوار سازد مگر آنکه خود «خواهان» از حقوق خود بگذرد یا موانعی عالم‌آماد در سر راه قرار دهد و تخواهد به نتیجه برسد که در آن صورت تکلیف ساقط خواهد بود. مگر آنکه صلاح عموم و بهداشت اجتماع پی‌گیری 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 لاینکه از نظر خصوصی پرونده مختوم تلقی شود.

حال اگر نظری بطریز تنظیم پروندهای بیماران در بیمارستان بیاندازیم می‌بینیم که هنوز هم روش سابق چنین عمل میشود که هر پرونده دارای مشخصات زیر است:

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

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

علاوه برای داشت که تعداد انواع بیماریهایی که در دستگاهها و مطبوعهای مشاهده میشود بیشتر از نوع بیماریهایی است که در بیماران بستری مشهود است، بطوطیکه لااقل $\frac{3}{4}$ آن را که بدرمانگاهها برای نشانه و بطلور سرباگی رجوع میکنند و خود این موضوع در توسعه اطلاعات بالینی داشجو بسیار مؤثر است.

۳-۴- عدم پی‌گیری کافی

بیماری که بستری بوده و پروندهای برایش تنظیم شده و مرخص شده پی‌کار خود «برود و نه فقط در درمانگاه وضع او (البته برای بیماران غیر حاد و غیر اتفاقی)» دنبال نمیشود بلکه از نظر اجتماعی نیز از همچیگونه راهنمایی استفاده نمی‌کند، و در حقیقت پرونده هر بیمار - مگر درصورتیکه مجدداً مراجعت کند و بستری شود - عملاً مختوم تلقی میشود، و حال آنکه میدانیم یکی از پایه‌های بزرگ تشخیص «پی‌گیری» و دقت در سیر بیماری در هدایت بستری بودن در بیمارستان بلکه در تمام مواردیکه بدرمانگاه یا مطب مراجعة می‌کرده، و حتی در اجتماع. زیرا همانطور که گفته شد بیماریک «انسان» و «فردی» در «اجتماع» است و بیماری ممکنست وضع اورانه فقط از نظر شخصی و خانوادگی دگرگون کند بلکه مسلمان در روابط او با اجتماع و شغل و کار و حرفة و اقتصاد خاص و عام نیز مؤثر است مضافاً با آنکه بیشتر بیماریهای اینکه بیاند و اثراهای بصورت نیمه حاد یا مزمن یادیرس از خود بیاد گار میگذارند که پایه و اساس نابسامانیهای بعدی جسمی و روانی و اجتماعی افراد میگردد. وظیفه یک پژوهش آنست که همه این عوامل را در نظر بگیرد و از راهنمایی‌ها و احیاناً کمک‌های خود نسبت به «عشری» خویش درین نورزد. عده‌ای از بیماران بیمارستانهای مخصوصاً بیمارستانهای دانشگاهی که از وسائل گستره‌تر و کمیاب‌تر و گاه گرانبهایتر برخوردارند، آنها هستند که بوسیله پژوهش خارج از کادر دانشگاهها یا بیمارستانها معرفی شده‌اند و وظیفه پژوهش آنست که حتماً پس از مرخصی بیمار خلاصه پرونده و نتیجه مطالبات و شاهدات خود را برای پژوهش معرفی کننده بفرستد (البته در پاکت و مستقیم) و رعایت اعتماد مقابل را بچای آورد که متأسفانه اینکار هم بدرستی عملی نمیشود که در قسمت تنظیم پرونده بدان اشاره خواهد شد.

۳-۵- نواقص محتویات پرونده

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

پرونده بازاست یاتام شده و تکلیف بیمار چیست؟ این نتیجه کیری که قانوناً و اخلاقاً باید بدان بسیار توجه شود اغلب از قلم می‌باشد چون معمولاً بعده داشجو گذاشته شده واهم بدون بازخواست ممکنست توجهی نکند. از مجموع پرونده‌هاییکه در یکی از بیمارستانهای دانشگاهی مطالعه شد بدین نتیجه رسیدم که فقط $\frac{1}{3}$ از کلیه پرونده‌ها حاوی این برگ نتیجه بوده‌اند، با وجوداًینکه از طرف چهار کنندگان پرونده این ورقه بنام (Discharge Summary) در اختیار آنان بوده است.

پنجمین قسم آنست که تکلیف بیمار از نظر «فردی» و «اجتماعی» روشن شده باشد و آنچه باید بکند یا نباید بکند یا به کجا مراجعه کنند مطلقاً در پرونده‌ها نیست، و حال آنکه همانطور که اشاره شد این قسمت هم برای بیمار وهم برای اجتماع بسیار لازم است. مراجعته بعدی بیمار وارسال یک نسخه از خلاصه پرونده‌وی برای افراد یامز-ساتیکه ویرا معرفی کرده‌اند نیز از نواقصی است که در پرونده‌های فعلی، کمتر دیدان 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 برنامه ریزی درمانی و پیشگیری و سایر احتیاجات، نظام و ترتیب در تنظیم این مطالب و مرحل مختلف آنست که هر ارجاعی به برونده هر وقت بخواهد 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 خوبی بیشتر مورد لزوم است زیرا ماشین با «حساب» و «نظم» و «ترتیب» و «معیار» سروکاردار است.

۴-۳- نواقص از نظر آموزش بالینی

همانطور که از نوشه های پیش برمی آید مسلم است که یک پرونده صحیح و منظم اساس اصلی هر آموزش بالینی است و بر عکس پرونده نامنظم و بی وسروته عملابدترین آموزنده خواهد بود، لازم است ازابتدا کلیه دانشجویان پزشکی و پزشکان آینده کشور، این قسم را بیشتر از پیش مورد نظر قرار دهند و بر اولیای امور دانشکده های پزشکی است که وزیرده ترین و بسیار جریه ترین و علاقه مند ترین استادان بالینی خویش را مسئول این کار، از همان ابتداء در سال اول بالینی و حتی دوره مقدمات پزشک و «پیش بالینی»، کنند.

**۵-۳- نوافع از نظر آموزش علوم اساسی و همبستگی بین علوم
بالتنه و علوم اساسی و آموزش استاد و داشجو.**

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

۹- نام و مکان حاکم کمیته تغییرات و دوام باید که در:

Progress Notes

۱۰- دقت درسی سمارتی (P.N)

هفت شماره اول از موضوعهای بالا را که اساس کار است و مرحله جمع آوری مدارک و اطلاعات را تشکیل میدهد در لر و 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 هاست آنست که تاکنون چنین معمول بوده که در قسمت «هشت» پزشک فهرستی از بیماریها و تشخیص راهنماییکه بنظرش محتمل میا ید نوشته سپس موقعتاً یکی از آنها را که بنظرش نزدیکتر به حقیقت است انتخاب کرده بروطیق آن بر نامه درمانی خویش را شروع میکند . در این کار سعی میکند حتماً نامی برای بیماری بیمار خویش دست و پاکند ولاینکه در حقیقت ممکنست بیمار فقط یک نشانه داشته باشد و علتی هم برای آن نتوان جست . اگر پزشک مصنوعاً بهر قیمتی خواست در همان ابتدا نامی برای بیماری پتر اش نتیجه آن خواهد بود که از وظیفه اصلی خود که «قضاؤت بیطراف» باشد منحرف شود و در کار تشخیص که همان قضاؤت است جانبداری کرده باشد ، جانبداری از عقیده خود یا از آنچه باوالهایم شده است ، وحال آنکه اگر سعی کند هر چدرا که بدرستی و کمال تشخیص نداده آنها را بهمان صورتیکه هست (ولویک علامت مانند سوقل سیستولی کوتاه نوک قلب - یا آسیت - یا اضطراب و دلهره) یعنوان یک مسئله یا چند مسئله طرح کند و حل آنها را سر لوحه کوش خود قرار دهد و سعی نکند جهل خود را بپوشاند خبیلی 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 کنند و در صورتیکه حل شده است آنها را بطور وضوح و کمال بنویسد و اگر باز هم ناقص است و احتیاج به دقت بیشتر و یا جمع آوری اطلاعات زیادتر است باز بر نامه تازه تری بریند ، وحال آنکه اینکار فعلاً عملی نمیشود و معلوم نیست کی وچه وقت تشخیص های احتمالی ذکر شده به ثمر رسیده و از صورت احتمال بقطعتی مدل شده اند .

سوهین موضع نجوه پی گیری بیماری و دقت درسیر نشانه هاست،
چه نشانه های احساس شده بوسیله بیمار (Subj) یارویت شده بوسیله
پزشک یا آزمایشگاه و پارا کلینیک (Obj)، که باید بدان بیش از پیش
توجه کرد. چهارمین موضع نجوه ختم پرونده است که باید
حنماً رأی نهائی (تشخیص نهائی) در پرونده بیمار منعکس باشد
که تشخیص چه بوده و چه کار باید کرد، کامل است؟ ناقص است؟

«فقا اختصاصی» دارد و اینکار بمقید کورکورانه از ممالک غربی روز بروز در دانشگاهها توسعه می‌باید زیرا رقابتی بین افراد هیئت آموزشی برای تهیه و تنظیم مقالات قابل درج در مجلات طبی خارجی بوجود آمده و باصلاح توجه به پژوهش شده است ولی پژوهشی که اکثر ادبی به سائل اساسی ملی و م وجود ندارد بلکه پی‌گیری کورکورانه آنچیزهایی است که در ممالک خیلی پیشرفت و مرفة گاه در مسائل بسیار جزئی و کم اهمیت انجام شده و درا ینجا نیز دنبال می‌شود، وحال آنکه مصرف کننده حقیقی واستفاده کننده اصلی که «بیمار» و «پزشک» باشند هردو از آنها بی اطلاع هستند و نمونه‌های آنها مخصوصاً در مؤسسات دانشگاهی که گاه بر اساس تحقیقات «واهی و بی‌غايده» یا «بدون هدف» وقت و پول و نیروی انسانی فعال و مورد لزوم کشور در راههای «غیر لازم» واحیاناً «غیر مفید» مصرف می‌شود، وجود دارد.

۷-۳. عدم توجه حقی به اصول موجود

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

۴- نواقص مر بوط به اجتماع و سازمان‌های اجتماعی

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

مناسفانه باید ادعان کرد که بعلی که مجال بحث آن در این جا نیست، روابط اجتماعی و مخصوصاً قسمتی که من بوط به «اخلاقیات» می‌شود در همه دنیا و از آنجمله در کشورمان نیز چندی است متحول شده و دگرگونی عظیمی از همسو در آن پدید آمده و یادداشتف پدید آمدن است. مسلماً برای مقابله با هرسیل بنیان کن نیاز به پیش‌بینی‌ها و پیش‌گیری‌های بجا و ایجاد سیل‌شکن‌های مؤثر و مفید است که امکان استفاده و راهبری این نیروی عظیم را در جهت مصالح جامعه بیشتر سازد. ارزشیابی این دگرگونی‌ها برای اشخاصی مانند ما که خود در جریان آن واقع شده‌ایم نه کاردستی است و نه آسان. درست نیست از آنچه که در متن کار هستیم نمیتوانیم باهمه «انصافی» که ممکنست داشته باشیم بدون جانبداری که تاروپود گذشته فکری مارا ساخته است، قضاآفت کنیم. آسان نیست برای اینکه عوامل متعددی که عده‌ای از آنها از دسترس ما بدور و تابع جبورهای زمان و مکان و وضع دیگر نقاط جهان است در این تحول دست اندرکارند و ما فقط گوشای کوچک از آن هستیم.

نیز وعای ماشینی و آینروی بیولوژیک و انسانی و مغزی و حنی 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 دونکته وافقند که بسیاری از مجھولات آنان بر اثر مطالعه «اجباری» متعاقب یک سوال دانشجو روشن می‌شود و اگر استاد به گردن دانشجو حق دارد دانشجو نیز از این نظر به گردن استاد بحق نیست.

این پدیده‌ها مخصوصاً در باره «بکار بردن» آموخته‌های علوم اساسی پزشکی بر بالین بیمار بیشتر صادق است زیرا دانشجویان تازه نفس که همین دیروز علوم پزشکی و تازه‌های آنها را فراگرفته‌اند و قرقی وارد دوره بالینی شدند خود باول بسیار در صدد خواهند بود دروسی را که درس کلاس یا آزمایشگاه فراگرفته‌اند بر بالین بیمار بکار بندند و حق هم‌هیمن است، چون اساساً به دانشکده پزشکی برای همین کار آمده‌اند و در نتیجه بهترین محرك استادان در انجام آزمایش‌های پاراکلینیک و تعبیر آنها و همچنین تفسیر علامت بیمار بر اساس فیزیولوژی آناتومی و پاتولوژی و بیوشیمی و بیکرب شناسی و بیولوژی و همچنین تطبیق معلومات فارماکولوژی در قلمرو درمان، و بهداشت در قلمرو پیش‌گیری، 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. نتیجه دیگری که از اینکار گرفته می‌شود «تازه شدن» معلومات اساسی استاد و بالا اقل تحریک بیشتر او به مطالعه «تازه‌های علمی پزشکی» است که کم نتیجه‌ای نیست. با یک بررسی اجمالی میتوان بحق معتقد شد که از بهترین وسائل یک چنین آموزشی مطالعه و دقت در پرونده‌های تنظیمی بیماران بر معیارهایی صحیح و آموزنده است.

اگر این کار یعنی «داداوستد علمی» انجام نمی‌گیرد علاوه بر عاطل و باطل ماندن نیروی محرك دانشجو و رکود استاد در معلومات قدیمی خویش نوعی بدینی و ناامیدی و عدم علاقه‌دار دانشجو بوجود می‌آید که مسلماً طلوب هیچ کس نیست و بدزیان آموزش کلی کشور و پیشرفت حرقه پزشکی تمام می‌شود.

۴-۲- نواقص از نظر عدم آشنازی دانشجو بامسائل 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 نشده‌اند و در نتیجه مقدادی معتبری پول و وقت صرف مسائل نامناسب و غلطی ممکنست بشود که اغلب جنبه

علاوه بر آنچه، بوط به جنبه دادوستی 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. ذیرا «کالای» مورد معامله «سلامت و بهداشت جسمی و روانی یک انسان» است وهم فروشنده (پزشک) وهم خریدار (بیمار یا فرد سالم) باید باصول انسانی و اخلاقی خاص آشنا باشند و با اصلاح یک دوره علم «روش پزشک بودن» و «روش بیمار بودن» با آداب مراجعته به پزشک و توقعاتی که باید از پزشک داشت، را آموخت که البته سهم پزشکان در این آموزش بمراتب بیش از «مشتری»‌ها خواهد بود زیرا دانسته و به اختیار این حرفه خطیم را انتخاب کرده‌اند و مسلماً مزایائی که احتمالاً همترین آن مزایای معنوی و روحانی که «کمک به منوع نیازمند» است در رأس همه آنها قرار دارد، اما تصدیق باید کرد که همه زندگی - آنهم زندگی امر و زردا - لذت معنوی و روحانی تشکیل نمی‌دهد.

«اعتماد متقابل» نیز یک رابطه اجتماعی بین دو فرد است که «کسب کردنی» است و عملاً باید آنرا بطرف مورد معامله نشان داد و شاید اگر همین یک اصل ساده را هر دو طرف قضیه وجهه نظر خود قرار میدادند و برموازین آن عمل می‌کردند این همه سر و صدا درباره روابط پزشک و بیمار برآ نمی‌افتد.

بالاخره بدنیست بدانیم که جلب اعتماد افراد باید حتماً از همان مجاز و مشروع و مورد قبول اجتماع و نظام پزشکی انجام گیرد تاطبیعی و مدام باید واصرف نظر از محکوم بودن آن مسلم است و گذز نیز خواهد بود.

۳-۴- نواقص طرز کار سازمان‌های درمانی

یک نظر سطحی بطرز کار درمانگاه‌های وابسته به سازمانهای درمانی مختلف کشور این حقیقت را مسلم میدارد که همه آنها در یک چیز مشترک کنند که متأسفانه آن چیز نیز بزیان پزشک و مشتری است؛ و آن توجه انجصاری به کمیت و تعداد و باصلاح انداختن و یا «دست بسر کردن» هرچه بیشتر مشتری است و مسلم است که نتیجه مستقیم یک چنین توجهی پائین آمدن کیفیت کار است یعنی درست همان چیزی که هدف اصلی وظیفه پزشک را تشکیل میدهد و تنظیم پرونده نیز اجباراً عملی نخواهد بود.

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

اما به حکم آن که، هر که بخواهد میتواند، تجربه و تحلیل و فهم علل و شناخت اصول آنها بمقدار زیادی ممکنست در سیو حواله مؤثر باشد. مخصوصاً اگر همگی باهم در هر مقام و مرتبه‌ای که در اجتماع هستیم به شناخت این عوامل و لزوم راهبری آین سیل، مؤمن و معتقد باشیم، طبیعی است که «اخلاق پزشکی» و «روابط پزشک و بیمار» که هر دو افرادی از همین اجتماع هستند نمیتوانند در این گیر و دار «زلزل اخلاقی» و «لرزان شدن سنت‌ها» مصون بمانند مردم باید بدانند که پزشک هم فردی است از افراد یک اجتماع و همان خصوصیات یک انسان را باهمه معاویب یا «جاذب» آن دارد متنها بعلت وظیفه انسانی که «دانسته» و به «اختیار» قبول کرده، اصولی را بنام «اخلاقی» یا «آین پزشکی» برخود 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 پزشک فرشته باشد و مردم در رفتار خود نسبت به پزشک خدای نکرده همچون «دیو».

ولی وقیعی زبانمان برای مردم در از خواهد بود و حق را میتوانیم بجانب خود دهیم که اگر احیاناً «دیو صفتانی» درین خودداریم آنها را خود و بانبروی خودهایان که «نظام پزشکی» برآن مبنای قرار گرفته طرد کنیم، قبل از اینکه جامعه «همه» را طرد کند و به اصلاح «تر و خشک را باهم بسوزاند» که متأسفانه آثار آن از افق پدیدار است.

بطور خلاصه پزشک باید هم به حکم آموزش و پرورش که دیده است و هم دینی که با اجتماع دارد، مانند دیگر روش‌فکران اجتماع، در بهبود وضع اجتماع خویش وهم باقتضای حرفاً که به اختیار انتخاب کرده است در اصلاح خود و روابط بین افراد هم‌صنف خود و بین آنها و اجتماع، بکوشد. اینکار وقیعی عملی خواهد شد که فرد فرد پزشکان و مخصوصاً آنان که سلسه جنبان این صفت هستند، اعم از پیرو جوان یا پیر و مکتب‌های مختلف پزشکی جهان، به این سخنان معتقد شوند و «عالج واقعه قبل از وقوع کنند، بلکه بتوان «سرچشم» را با «بیل» گرفت قبل از آنکه با «بیل» هم نشود از آن گذشت.

۴- نواقص مر بوط به روابط خاص بیمار و پزشک

علاوه بر تحوّلاتی که از نظر «عام» در رفتار افراد اجتماع بوجود آمده و بدانها اشاره شد در روابط خاص بین «بیمار» و «پزشک» نیز دگر گونی‌هایی بسیار چشمگیرتر بوجود آمده که لازم است بدانها نیز بیشتر توجه شود و این جانب قسمتی از آنها را در طی نوشه‌های خود آورده‌ام و علاوه‌های مدنان را بعد از آنها روشی می‌کنم. در اینجا همین‌قدر اشاره می‌کنم که روابط بین پزشک و «بیمار»

سطوح مختلف زندگی او، وهم در امور پری گیری مواظبتهای درمانی و بهداشتی کشور، به کارافتد. اکنون در بسیاری از مراکز دانشگاهی آمریکا پرونده‌ها را بر اساس «حل مسائل» بیماران یا Orientation تنظیم می‌کنند و پیشقدم این روش «لاؤرنس وید» Lawrence L. Weed از دانشگاه «وسترن رزرو» کلیولند ایالت اوهایو بوده و طبق گفته دکتر «مارکس» رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه کامبیا که چندی پیش با صفحه‌ان آمده بود، در بیشتر دانشگاه‌ها اکنون این روش معمول شده است.

علیه‌هذا اینچنان‌ب بر آن شدم که ضمن مطالعه اصول مزبور در کتابی که بچاپ رسیده است با مختصر تغییراتی آنرا در دانشگاه اصفهان پیشنهاد کنم و با موافقت ریاست دانشگاه و دانشکده پزشکی آنرا از تاریخ ۲۷/۰۵ با جرا در آورم. بهمین منظور یک نمونه از پیشنهاد خود را به مراد ارسال میدارد، امید است مورد توجه صاحب‌نظران مخصوصاً آنکه مسئول آموزش بالینی دانشجویان دوره‌های زیادتی و تربیت پزشک عمومی هستند، قرار گیرد. لازم است اضافه کند که این روش برای دو دوره از کارورزان و زیادت‌های گروه داخلی کاملاً تشریح شده و تا آنچاکه اطلاع دارم موردن توجه علاقه‌مندان قرار گرفته‌روش آموزش را مهر پیشتر تر کرده است. بجا خواهد بود اگر قبل از ورود در اصل پیشنهاد، مقدمه‌ای راهم بر آن بیافزایم تا بعضی نکات بیشتر روشن گردد.

آنچه در مقایسه بین یک دانشمند و یک پزشک بیشتر از هرچیز بچشم می‌خورد آنست که دانشمند مسائل خوبی را خود انتخاب و هدف خود را خود تعیین و سپس به مریزان 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 وهم او است که شروع کننده و خواهان حل مسئله است و بهمین دلیل هم به پزشک مر اجمعه «می‌کند یعنی در حقیقت کوشش پزشک محدود به نوع خواهش «بیمار» و «مسائل» آن و میزان وقایی 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 وهم تجزیه و تحلیل کند وهم آنرا حل کرده و برنامه دیزی نموده و بمرحله اجرا در آورد. یعنی چهارکار را در کمترین فرصت با کمترین مدارک انجام دهد.

البته در مواقیعیکه پزشک از نظر کمی وقت و لزوم سرعت عمل در «فسار» است باید باز هم هر چهار را انجام میدهد «خوب» انجام دهد. او میتواند مسئله یا مسائل را از نظر قوریت 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 نگاهداشتن یاراضی کردن موقع مراجعین قرار دهد، 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 فیزی پزشکان از آنها جداً بخواهد کار در معاینه درمانگاه و بیمارستان و تنظیم پرونده بیماران و توجه دقیق با ان راسری نیانگارند و حتی از آنکه به تعداد مراجعین روزانه خویش مباراکه می‌کنند باز خواست بعمل آورد و با گماردن بازرسان دقیق و دلسوز تامدی این سیستم را برقرار سازد و لوازنکه مانند داروی شفا بخش تلغی خواهد کرد تا حدودی هم جنبه «اجبار» داشته باشد. البته این کار در کلیه سازمانهای ییمه اجتماعی، سازمان خدمات درمانی شاغنشاهی، شیر و خوارشید سرخ، دانشگاهها، وزارت بهداری و وزارت خانه‌ها و مؤسسات مختلف عمومی و خصوصی بخشهای روسایها باید با کمال شدت و باقلم و «بین‌نظیری» انجام گیرد تاهم از بهادر رفتن اینهمه نیروی انسانی مورد نیاز جلو گیری شود و هم نیازمندان بهتر بتوانند از خدمات درمانی و بهداشتی کشور خویش بهره‌برند. خطر بسیار بزرگتری که در پیش است وهم اکنون مقدمه‌آن بخوبی بر صاحب‌نظران آشکار است خطر پیدایش بک نوع «بی‌تفاوتویی» است که در بین عده زیادی از پزشکان در مؤسسات مختلف بوجود آمد، و مانند هر نوع روحیه «منفی» و «مایوس» و «بدین» از هر بیماری دیگری بیشتر واگیری دارد. بر بزرگان قوم است که آنرا جدی تلقی کنند و زودتر در صدد ریشه‌کنی آن برآیند بیاندا «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 واین پرونده باید بر مبانی صحیحی قرار داشته باشد که توجه بیشتری به حل «مسائل» بیمار بکند. برای اینکار نیز بایدهمان کاری را کرد که دیگران کرده‌اند. 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 قسمت‌هایی از اروپا بوجود آمده تا هر چه بیشتر این پرونده‌ها منظم و کامل و بر حسب روش معین و تقریباً مشابه بر روی اصول جدید و موردن قبول تشکیل شود، که هم در امر آموزش دانشجو و پزشکان بطور عموم، وهم در حل مشکلات مختلف بیمار در

نمونه تنظیم «پرونده بیمار» به روش جدید

اول - مدارک هسته ای (یادارک اساسی) Data Base

۱- مدارک مر بوط به همترین شکایت بیمار (C.C.)

۲- سوابق شخصی:

شرح چگونگی گذران یک روز بیمار از طور متوسط و مدارک اجتماعی و شغلی و شخصی مر بوطه و عادیات.

۳- مدارک مر بوط به بیماری کنونی یا بیماریهای کنونی: (P.I.) شامل شکایتهای مهم و مسائل فعل و جاری (یافلمی) بیمار.

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

هر مسئله باید با عنوان بارزترین نشانه مطرح شود (اگر مسئله تازه است و هنوز بر مرحله تشخیص نرسیده) یا با تشخیص عینی (در صورتی که مسئله مزمن و کاملاً مستند است).

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

۱- ذهنی باحسی یا Symptoms Subjective

۲- احساس شده بو سیله بیمار.

۳- عینی یا Objective یا Signes و کلیه مدارک مستندمانند

پروندهای قبلی که شامل نشانهای فیزیکی - آزمایشگاهی -

اعشه ایکس - جراحی - بیوپسی وغیره باشد.

۴- RX) یا درمانی : دارو - رزیم - فیزیوتراپی وغیره .

۵- مدارک منفی جالب (Negatif) که از نظر نشانه عمدۀ

مسئله طرح شده اهمیت داشته باشد .

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

(Review of the systems) هر یک از سیستمها

۷- امتحان فیزیکی و روانی .

۸- مدارک آزمایشگاهی اساسی: فرمول و شمارش آزمایش ادرار

VDRL - ورادیولوژی 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 یافرعی، طبی، روانی یا اجتماعی .

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

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

۳- تشخیص : مانند بیماری قلبی آترواسکلروزی.

۴- پاتولوژی مانند : نارسائی قلبی احتقانی .

۵- نشانه (Sy یا Si) مانند: کوتاه شدن و سوختن نفس با تاکی

پنه یا سوافل قلبی .

۶- نشانه آزمایشگاهی غیر طبیعی مانند: ECG غیر طبیعی .

طرح سازد، فقط برای اینکه چنین وانمود کند که «همه مسائل» را زیر نظر داشته است . هیچگاه نباید کارائی پزشک را ازدوی میزان وقتی که صرف بیمار میکند یا با وسائل شگفت انگیزی که به کار میبرد قضایت کرد، بلکه آنرا فقط باید در «کمال» و «درستی» مدارکی که در ابتدای کار تنظیم کرد، و سرعت و صرفه در وقتی را که برای تهیه این مدارک معمول داشته واز «کفايت» در تنظیم «مسائل مبتلا به بیمار» و هوش و مهارتی که برای تشخیص و درمان و دقت درسیز هر یک از مسائل مزبور بکار برد و از مجموعه «تدا بیر» و مواطبه های ممکنہ ای که بر طبق امکانات برای حل مسائل بیمار انجام داده، ارزشیابی کرد و اینست قضایت اساسی و منطقی در مورد پزشکان مختلف که اتفاقاً اجتماع نیز بخوبی و برهمنی مبانی قضایت کرده و خواهد کرد . اگرچه در بادی نظر برای عده ای از افراد ملاک «خوبی» و «بدی» پزشکان صرفه بر مبنای طول مدت وقت صرف شده برای امتحان ، و یا شگفتی های وسائل پاراکلینیک قرار دارد ، اما این نوع قضایتها هم «زودگذر» است و هم «معدود» .

این نکته را هم اضافه کنم که بیماران عموماً پزشک علاقه مند و دلسویز و معتقد باصول را خیلی زودتر از آنچه مایه میکنیم میشناسند و قضایت اکثریت توده مردم (یعنی ناطقه خیلی مرقه ناطقه خیلی ندار) در این باره اغلب صحیح است، مشروط بر اینکه عواملی هم چون وسائل ارتباط جمعی، ازوظیفه اصلی خود منحرف نشوند آنها نیز دوستی و امانت و انصاف را در تبلیغات خود رعایت کنند، لااقل بهمان اندازه ای که پزشکان انتظار دارند، زیرا تبلیغات موثر ترین وسیله موجود است، چه درجه تحریر و صلاح جامعه، چه درجه تکست رشته های اجتماعی و تولید هرج و مرج .

توضیح : پیشنهادی که ضمیمه است مر بوط به نمونه تنظیم پرونده برای بیماران بستری است. برای بیماران درمانگاهی یا مطب های خصوصی نیز گزینه باید همین اصول رعایت شود اما فرم های کوچکتری برای این منظور تهیه شده است که بعداً با اطلاع علاقه مندان خواهد رسانید .

طریق تنظیم پرونده شرح حال بیمار

محتوا هر پرونده:

مدارک اساسی (Data Base)

فهرست مسائل بیمار (Problems List)

برنامه ابتدائی (Initial Plan)

سیر بیماری (Progress Notes)

ودرمان آن بداند مثلاً :

نوع بیماری (بدخیم - خوش خیم - حاد - مزمن)
سیر احتمالی بیماری با درمان و بدون درمان
شناختن داروها و اثرات آنها

چهارم-سیر بیماری و Notes Progress و پیگیری

۱- تمام اطلاعات مهم باستی بر طبق مسائل مطرح شده در اوراق سیر بیماری آورده شود از آن جمله مدارک بسته آمده از بیمار، از امتحان فیزیکی، از آزمایشگاه، از اشعه X، از مشاوره، از کنفرانس وغیره.

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

SUBJ : گفته یا احساس بیمار.
OBJ : امتحان پزشک یا پاراکلینیک.
INT : تعبیر و تفسیرها.
RX : درمان‌ها.
PLAN : برنامه فوری.

بدين ترتیب هر یک از مسائل شماره گذاری و عنوان داده شده را آورده وهم نشانه‌های حسی یا عینی و تغییرات آنها و مدارک آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و بحث‌ها و درمان‌ها و برنامه‌های را که طرح شده است جداگانه باداشت می‌کنند.

۳- وقتی مسائل تازه‌ای 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 باداشت کرده و بحث کنند و اگر نکته یا نکات دیگری می‌خواهند بر فهرست موجود اضافه کنند یا بحث کنند، اگر این کار را خود مشاورین تازه به فهرست مزبور اضافه می‌کنند، اگر این کار را خود مشاورین انجام نداده‌اند وظیفه کارورزها است که آنها را بصورت «فهرست مسائل» درآورند.

۵- تنظیم برگه مقایسه‌ای (Flow Sheet) برای آن دسته از «متغیرهای موجود در نشانه‌های بیمار (اعماق حسی-رویتی-روانی-آزمایشگاهی) بر حسب تاریخ که بتوان بسرعت تغییرات مهم را با یک نگاه درک کرد.

پنجم - بادداشت رزیدنت‌ها و پرسکان مسئول و نظرات آنان :

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

۳- اگریک تشخیص «نمره داده شده» چند نوع ظاهر دارد آنها را باید در زیر نمره تشخیص آورد مانند :

۱- سیرورز
بر قان

آسیت (خفیف)

ولی اگر یکی از ظاهر بیماری از نظر اهمیت یا درمان و موازنی جالب‌تر باشد و احتیاج به مرابت و توجه مخصوص داشته باشد بصورت مسئله جداگانه مطرح می‌گردد مانند :

۱- سیرورز
بر قان

۲- آسیت در نتیجه مسئله «۱»

۴- وقتی مسئله‌ای روشن شد فهرست اولیه را با ذکر تاریخچه باید تغییر داد مثلاً :

۴- گلودرد ۱۶/۰۶/۵۰ فارنزیت استرپتوکوکی یا

۹- سوختن نفس ۲۱/۰۶/۵۰ نارسائی احتقانی قلب.
مسئله را بصورت فعال یا غیرفعال درستون‌های مر بوطه مینویسد مثلاً :

کله سیستکتومی ۱۰ سال قبل. غیرفعال.

هر مسئله‌ای که حل می‌شود یا سهی آنرا نشان میدهدند و با تاریخی که حل شده یا ازین رفتہ است مثلاً :

۲- پنومونی پنوموکوکی ازین رفتہ در ۳۰/۰۶/۵۰

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

سوم - برنامه اولیه (Plans) :

برای هر یک از مسائل مطروحه شماره گذاری شده یک برنامه بهمان شماره طرح می‌شود، در سه نوع :

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

آسیب «سکدای» ریه در اشعه X :

برای رد کردن (R/O) کارسینوم → توهوگرام - اخلال برای سیتوالوژی - بر نکوسکپی.

برای رد کردن (R/O) ← آنرا درمودراکسیون - اخلال برای میکروب سل - کشت، شستشوی برنش.

برای رد کردن پنومونی باکتریایی وغیره.

۲- درمان : دارو و روش‌های درمانی .

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

کشف کند اضافه شود و مسائلی که مر بوط بدء وارض عمل است
جداگانه تحت شماره جدید اضافی آورده شود.

یادداشت پزشک مشاور (Consultant)

نوع مسئله‌ای که باوی مشاوره شده دقیقاً آورده شده، ونتیجه در یکی دو سطر ذکر شود و در روی یک کاغذ جداگانه اگر بحث دارد بدلائی آن بتفصیل بیاورد، و بعد فهرست مسائل را بررسی کند و اگر مسئله جدیدی بنتظرش میرسد یاتغییری لازم میداند، آنها را قید کند.

فوائد روش جدیده:

- از نظر اطلاعی : حاوی کلیه مدارک و اطلاعات پزشکی - اجتماعی - روانی - مشورتی مر بوط به بیمار شامل مراحل : بازجوئی - تهیه اسناد - قضاوت - رأی - اجرا و نتائج = (بامقايسه با تنظیم پرونده‌های قضائی).
- از نظر امکان مواجهت دائم بیمار : در بیمارستان - درمانگاه مطب - خانه و دراجتماع.
- از نظر آموزش بالینی
- از نظر آموزش عملی علوم اساسی پزشکی (ونتش هم داشته دروارد کردن علوم اساسی در طبق بالینی، و انتقال و مبادله دو طرفه استاد دانشجو و تداخل علوم اساسی و بالینی)
- از نظر امکان استفاده از «شمارگر» (Computer) در خدمت پزشکی و آموزش و مطالعات وسیع ، همه جانبه و مشایه .

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.

- ۱- دکتر ابوتراب نفیسی : پزشک را بشناسیم و باوظایف او آشنا شویم. مجله علمی نظام پزشکی، سال اول (۱۳۴۹) شماره ۵: صفحه ۳۶۱.
- ۲- دکتر ابوتراب نفیسی : چگونه پزشکی مورد نیاز کشور است . مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۱) شماره ۴-۵: صفحه ۲۴۱.
- ۳- دکتر ابوتراب نفیسی : پزشک بر سر دوراهی تاریخ، مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۰) شماره ۲-۱: ۱۲۹.

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

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

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

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

۱- قبل از اینکه بیمار بخش یا واحد را ترک کند باید بر گه مرخصی و خلاصه پرونده مطالعه شده او بوسیله پزشک مسئول تنظیم شده باشد . این بر گه باید حاوی مدارک گزارش نشده «یا مسائل حل نشده» بوده و یک رونوشت 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 پرست شود و اگر احتیاج به مواجهت فوری یا اطلاع ضروری هست باوی تلفنی نیز تماس گرفته شود .

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

نمونه پرونده‌های بیماران مر بوط به موسسات زیر :

- ۱- مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.
- ۲- مرکز پزشکی فیروزگر وابسته به وزارت بهداشت.
- ۳- مرکز پزشکی حافظ وابسته به دانشگاه پهلوی شیراز.
- ۴- مرکز پزشکی دیوی اصفهان وابسته به وزارت بهداشت.
- ۵- مرکز پزشکی رضا پهلوی، سازمان پیمایه‌های اجتماعی.
- ۶- موسسات 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 باوظایف او آشنا شویم.
- ۱۱- دکتر ابوتراب نفیسی : چگونه پزشکی مورد نیاز کشور است .
- ۱۲- دکتر ابوتراب نفیسی : پزشک بر سر دوراهی تاریخ، مجله علمی نظام پزشکی، سال دوم (۱۳۵۰) شماره ۲-۱: ۱۲۹.