

بررسی نحوه پرونده‌نویسی و انتقال اطلاعات در مجروحین جنگ تحمیلی

سیدمحسن تولیت‌کاشانی M.D. و فرزاد پناهی M.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع» - گروه جراحی و مرکز تحقیقات تروما و بیداری در رزم - تهران - ایران

خلاصه

از آنجایی که صحنه نبرد یک واقعه تقریباً ناگهانی به همراه و تعداد زیادی مجروح با ضایعات بسیار سطحی تا ضایعات بسیار بحرانی می‌باشد، تریاژ و تعیین میزان ضایعات و درمان سریع از اهمیت خاصی برخوردار است که اکثر بیماران در مراکز مختلف درمانی از پست امداد تا بیمارستان‌های صحرایی و نهایتاً بیمارستان‌های پشت جبهه تحت مداوا قرار می‌گیرند، لیکن آنچه که دز کنار درمان اورژانس بیماران از اهمیت بیشتری برخوردار است، مسئله پرونده‌نویسی و ثبت و انتقال اطلاعات مجروح می‌باشد.

در این مطالعه ۱۵۱ پرونده مجروحین جنگ تحمیلی که از ابتدای فروردین ۱۳۶۳ تا پایان اسفند ماه ۱۳۶۵ به منظور ادامه درمان به مرکز آموزشی و درمانی شهدای تجریش منتقل و در بخش جراحی این بیمارستان بستری شدند، وضعیت درمان از خطوط مقدم جبهه و نهایتاً پرونده‌نویسی و ثبت اطلاعات آنان مورد ارزیابی قرار گرفته است، از مجموع ۱۵۱ پرونده، ۶۹ مورد (۴۵/۷ درصد) پرونده‌نویسی مناسب بوده و ۸۲ مورد (۵۴/۳ درصد) با پرونده ناقص بوده است. و به علاوه انتقال اطلاعات ۹۶ پرونده (۶۳/۶ درصد) مناسب و ۵۵ پرونده (۳۶/۴ درصد) دارای نقص بوده است. با توجه به تأثیر پرونده‌نویسی و ثبت اطلاعات بیمار در اعمال جراحی مجدد و گاهاً غیرضروری انجام شده، عدم اطلاع مرکز بعدی از اقدامات انجام شده اولیه و همین‌طور آمار به دست آمده در بین کسانی که در بیمارستان شهداء شهید شدند، یکی از اشکالات بسیار مشهود می‌باشد. لذا، با توجه به این که پرونده‌نویسی نامناسب در بین شهدای ۱/۶۱ درصد و انتقال اطلاعات نامناسب ۵۰ درصد بوده است و این امر اشکالات متعددی را به وجود آورده است توجه به امر برنامه‌ریزی صحیح و ضرورت پرونده‌نویسی را می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: پرونده‌نویسی، ثبت اطلاعات مجروحین، تریاژ، مرگ و میر مجروحین

مقدمه

کامل‌تر باشد، ادامه درمان برای تیم بعدی آسان‌تر و صحیح‌تر می‌شود. همچنین قضاوت بالینی و بررسی پرونده‌ها آسان‌تر می‌شود. لذا با توجه به نقایص موجود در پرونده‌نویسی و انتقال اطلاعات پزشکی مجروحین خسارات جبران ناپذیری به مجروحان عزیز و حتی ادامه درمان معلولین و همین‌طور کمیسیون‌های پزشکی از نظر حقوقی ایجاد می‌نماید که با تدوین پرونده‌های استاندارد، از نظر فرم و جنس و نوع اطلاعات و حتی استفاده از

یکی از بزرگترین معضلات درمانی مجروحین در پشت جبهه و یا مرکز درمانی بعدی که مجروح به آن منتقل می‌شود مسئله ثبت اطلاعات و انتقال اطلاعات پزشکی و خدمات ارایه شده و یا به عبارت دیگر وضعیت پرونده مجروح می‌گردد. با توجه به تجربیات فردی و همچنین بررسی پرونده‌های مجروحین جنگ تحمیلی بایستی اذعان کرد که هر چه این پرونده‌ها تکمیل‌تر و

نتایج

در این مطالعه ۱۵۱ بیمار که طی سه سال بستری شدند. از جهت ضایعات شکمی و قفسه صدری و ضایعات عمومی مورد بررسی قرار گرفتند، مجروحین تحت این مطالعه در مجموع دارای ۳۷۴ ضایعه بودند که هر کدام از این ضایعات به طور مجزا مورد ارزیابی قرار گرفتند، در کنار این ضایعات نحوه پرونده نویسی و انتقال اطلاعات آنان و نقش این دو مقوله را در ادامه درمان مجروحان از نظر آماری مورد بررسی قرار داده ایم (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه پرونده نویسی و انتقال اطلاعات

جمع	درصد نامناسب	نامناسب	درصد مناسب	مناسب	
۱۵۱	۵۴/۳	۸۲	۴۵/۷٪	۶۹	پرونده نویسی
۱۵۱	۲۶/۴٪	۵۵	۶۳/۶٪	۹۶	انتقال اطلاعات

با توجه به آمار فوق از ۱۵۱ مورد پرونده مجروحین مورد بررسی تقریباً ۶۹ مورد از نظر پرونده نویسی در حد قابل قبول بوده اند. البته به این معنی نیست که واقعاً پرونده نویسی در این ۶۹ مورد (۷/۴۵ درصد) خوب بوده، بلکه در حد کفایت بوده اند و در غیر این صورت می توان ادعا کرد که با توجه به پرونده های بررسی شده ۹۹ درصد از نظر اصول پرونده نویسی نقص داشته است. تعداد پرونده های با انتقال اطلاعات مناسب ۹۶ مورد (۶۳/۶ درصد) و تعداد پرونده های با انتقال اطلاعات نامناسب ۵۵ مورد (۳۶/۴ درصد) بود.

انتقال اطلاعات به این منظور است که اطلاعات مجروح و اقدامات اولیه انجام شده بدون توجه به نحوه پرونده نویسی که ممکن است کامل و یا ناقص باشد و یا این اطلاعات از بیمارستان خط مقدم به بیمارستان های پشت جبهه منتقل شده و یا نشده اطلاق می گردد. اگر اطلاعات لازم منتقل شده باشد، انتقال اطلاعات مناسب و در غیر این صورت نامناسب تلقی شده است که با توجه به آمار فوق (۶۳/۴ درصد) انتقال اطلاعات تا حدود کافی صورت گرفته است که با توجه به آمار فوق ۶۳/۶ درصد انتقال اطلاعات صورت نگرفته است. در واقع ۵۵ مجروح تقریباً بدون هیچگونه اطلاعات مفید در پرونده پزشکی منتقل شده اند.

تکنولوژی رایانه ای می توان مانع خسارات جسمی، روحی و حقوقی شد. با توجه به این کار از نظر روش بررسی و ثبت اطلاعات روش های دقیق ارزیابی وجود دارند، از بهترین روش های ارزیابی مصدومین جنگی دو روش زیر شایع تر می باشد.

The Abbreviated Injury Scale (AIS) , Derivate Injury Severity Score (ISS)

در روش AIS بدن به شش ناحیه تقسیم و هر ناحیه از نظر شدت جراحات به شش درجه تقسیم می شود که این می تواند در مطالعات آینده نگر مورد استفاده قرار گیرد [۱]. البته بررسی دیگری برای ثبت اطلاعات در ICU مثل روش SAPS II و NEMS وجود دارد [۲]. با این حال، بررسی و ارزیابی نحوه پرونده نویسی و ثبت اطلاعات مجروحین ۸ سال دفاع مقدس، ضمن برطرف کردن اشکالات موجود، می تواند موجب ارتقای خدمات پزشکی به مجروحان جنگی گردد. لذا هدف این مقاله بررسی وضعیت پرونده نویسی در جریان جنگ تحمیلی و برطرف نمودن اشکالات آن می باشد.

مواد و روش ها

در این بررسی فقط مجروحین جنگی که در جبهه های جنگ تحمیلی توسط ترکش، گلوله و یا موج انفجار مجروح گردیدند، مورد مطالعه قرار گرفتند و مجروحان تصادفات و بیماران شهری حذف شده اند.

مجروحان از ابتدای فروردین سال ۱۳۶۳ تا پایان اسفند ۱۳۶۵ به منظور ادامه درمان از خطوط مقدم جبهه به مرکز آموزشی و درمانی شهیدای تجریش منتقل و در بخش جراحی این بیمارستان بستری گردیدند، که در کل ۱۵۱ پرونده مورد بررسی قرار گرفته است. فاکتورهای متعددی از جمله: تاریخ مجروحیت، منطقه مجروح شدن، نوع جراحی، اقدامات اولیه در منطقه پشت جبهه، اقدامات انجام شده توسط پزشکان درمان کننده و بیمارستان شهری مورد توجه قرار گرفته است. در این تحقیق با استفاده از نرم افزار Spss Ver.11 و تست Qi Squair تحلیل آماری انجام گردیده است.

جدول ۲: مقایسه پرونده‌نویسی و انتقال اطلاعات بین کل مجروحین و شهداء

جمع	درصد نامناسب	نامناسب	درصد مناسب	مناسب		
۱۵۱	٪۵۴/۳	۸۲	٪۴۵/۷	۶۹	کل مجروحین	پرونده‌نویسی
۱۸	٪۶۱/۱	۱۱	٪۳۸/۹	۷	شهداء	
۱۵۱	٪۳۶/۴	۵۵	٪۶۳/۶	۹۶	کل مجروحین	انتقال اطلاعات
۱۸	٪۵۰	۹	٪۵۰	۹	شهداء	

ثبت اطلاعات تروما وجود دارد [۵]. در صورتی که اطلاعات از مراحل اولیه ثبت شده باشد، می‌توان معاینات ادواری اورژانس را در مراحل مختلف به‌طور روتین انجام داد و از ضایعاتی که ممکن است در مراحل اولیه تشخیص داده نشوند و یا از عوارض تأخیری جلوگیری نمود [۶]. در این مطالعه بایستی اشاره کرد که بعضی از پرونده‌های مجروحین در راه مفقود گردیده و یا آنقدر آلوده یا ناخوانا بود که قابل استفاده نبوده‌اند. این مسئله می‌توانست با تدابیر لازم از قبیل انتخاب جنس، نوع و شکل و یا نحوه تکمیل آن مثل پرسش و پاسخی‌بودن پرونده‌ها برطرف گردد و نکته با اهمیت دیگر ضرورت استخدام گروه پزشکی مخصوص جراحان در تکمیل پرونده در جبهه به‌طور کامل و ارسال صحیح آن به پشت جبهه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعه حاضر تهیه و تدوین دستورالعمل‌های لازم جهت شیوه ثبت و انتقال اطلاعات در مورد جراحان مجروحین و ثبت علائم حیاتی در بدو ورود و موقع ترخیص به‌همراه اطلاعات دقیق درمانی انجام شده از قبیل اعمال جراحی و نوع آن و حتی میزان و نوع مایعات و خون مصرف شده از طریق یک سیستم دقیق، سریع و کارآمد که پیوسته بتواند همراه بیمار باشد تا مورد استفاده تیم پزشکی بعدی باشد، از ضروریات درمان مجروحان بوده و مسئولین مورد درمان مراکز نظامی را به این امر متوجه می‌کنیم. در این راستا استفاده از یک سیستم رایانه‌ای و شبکه ارتباطی می‌تواند مفید باشد.

با توجه به میزان جراحات وارده و نوع درمان‌های انجام شده در جبهه بیماران تحت درمان‌های آکادمیک قرار گرفته. ولیکن تعداد ۱۸ نفر از ۱۵۱ مجروح شهید شده‌اند که وضعیت پرونده‌نویسی و انتقال اطلاعات بی‌تأثیر نبوده است (جدول ۲).

بحث

در بررسی پرونده مجروحین در بسیاری از موارد مشاهده شد که اعمال جراحی مجدد و یا عوارض متعدد که بعضاً باعث فوت مجروح شده است ناشی از عدم وجود پرونده صحیح و انتقال اطلاعات در مورد اقدامات درمانی انجام شده در مرکز قبلی به‌خصوص جبهه بوده است. البته این نکته بایستی اضافه شود که نباید نقائص موجود در پرونده‌نویسی در جبهه به‌دلیل شرایط حاد منطقه عملیاتی و یا تراکم و ازدحام بیش از ظرفیت در یک مرکز درمانی یا بیمارستان صحرایی در یک مقطع زمانی به‌خصوص نادیده گرفته شود، بلکه لازم است پرونده‌نویسی و انتقال اطلاعات مجروحان به‌طور صحیح و در حداقل زمان ممکن انجام گیرد. بسیاری از تجربیات نشان می‌دهد که نیازی نیست اطلاعات مجروح حتماً توسط پزشک و یا پرستار تکمیل گردد. بلکه می‌تواند توسط فردی که در اولین بار بیمار را ویزیت می‌کند، تکمیل شود [۳]. با توجه به تکنولوژی جدید رایانه‌ای می‌توان برنامه‌ای سراسری تدوین کرد که در حداقل زمان ممکن حداکثر اطلاعات را با کیفیت مطلوب توسط کادر پزشکی در طول مسیر درمانی منتقل کرد. ثبت اطلاعات در مراحل اولیه به‌صورت دست‌نویس سریع‌تر از ثبت رایانه‌ای است و می‌توان اطلاعات دست‌نویس اولیه را بعداً وارد رایانه کرد [۴]. امروزه گرایش جهانی برای طراحی

منابع

- 1- Nikolic S, Micic J, Mihailovic Z (2001). Correlation between survival time and severity of injuries in fatal injuries in traffic accidents. *J Srp Arh celok lek*; 129 (11-12): 291 - 5.
- 2- Haagensen R, Jamtli B, Moen H, Stoklando (2001). Experiences with scoring Systems SAPS II and NEMS for registration of activities in an intensive care unit. *J Tidsskr Nor Laegeforen*; 121(6): 687 - 90.
- 3- Schull MJ, Lazier K, Vermeulen M, Mawhinney S, Morrison LJ (2003). Emergency department Contributors to ambulance diversion: a quantitative analysis. *J Ann Emerg Med*; 41(4): 467 – 76.
- 4- Hu SC, Yen DH, Kao WF (2002). The feasibility of full Computerization in the ED. *Am J emerg Med*; 20 (2): 118 - 21.
- 5- Ten Duis HJ, Vander Werken C (2003). Trauma Care Systems in the Netherlands. *Injury*; 34 (9): 722 - 7.
- 6- Vles WJ, Veen EJ, Roukema JA, Meeuwis JD, Leenen LP (2003). Consequences of delayed diagnoses in trauma patients: a prospective study, *Am J coll sary*; 197 (4): 595 - 602.