

بهینه سازی سیستم اطلاعات الکترونیکی بیمارستانی در بخش ویژه قلبی: تحقیق عملکردی مشارکتی

طاهره طولابی^۱، زهره ونکی^۱، ربابه معماریان^۱، مهرداد نامداری^۲

۱- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره چهاردهم / شماره ۵ / زمستان ۹۱ / مسلسل ۵۴

چکیده

دریافت مقاله: ۹۱/۱/۲۰، پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۸

*** مقدمه:** یکی از شاخص‌های توسعه بهداشتی درمانی وجود سیستم‌های اطلاعات الکترونیکی بیمارستانی (HIS) است، اما از فرایند پرستاری به عنوان یک روش علمی پشتیبانی نمی‌کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بهینه سازی HIS در بخش ویژه قلبی بارویکرد "مراقبت پرستاری باروش علمی" انجام شد.

*** مواد و روش‌ها:** این مطالعه بخشی از یک تحقیق عملکردی مشارکتی است که در بخش مراقبت ویژه قلبی مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی خرم آباد در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۰ در چهار فاز بررسی وضع موجود، طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های تغییر انجام شد. کلیه کسانی که در بکارگیری HIS تاثیر گذار بودند به عنوان شرکت کننده انتخاب شدند (۴۴ نفر). روش جمع آوری داده ها مصاحبه باز، بحث متمرکز گروهی، جلسات گروه هدایت کننده، چک لیست مشاهده مراقبت پرستاری بر بالین بیمار بود. نیاز به تغییر در نحوه ثبت گزارشات پرستاری در HIS تبیین، تایید و طراحی شد. مراقبت های پرستاری به روش SOAPIE، تهیه و با همکاری واحد IT در HIS قرار داده شد و برنامه ها اجرا و ارزشیابی گردید. همچنین انعکاس و به شور گذاشتن برای اعتبار بخشی استفاده شد. آنالیز داده ها به روش مقایسه مداوم و آزمون ویلکاکسون انجام گردید.

*** یافته‌ها:** با بهینه سازی HIS، میانگین مراقبت پرستاری بر بالین بیمار در حیطه های مختلف و در کل از ۱۷۷/۴۰ به ۲۷۳/۰۶ افزایش یافت ($P=0/001$). همچنین رابطه پرستار با بیمار و تیم مراقبتی بهتر شده و دستاورد آن، راحتی خیال بیمار، اطمینان به مراقبت‌های دریافتی، اعتماد به پرستار، کاهش شکایات و افزایش رضایتمندی بیمار و همراهان بود.

*** بحث و نتیجه‌گیری:** با دسترسی آسان به استانداردهای مراقبت پرستاری، استفاده بهینه از HIS مهیا شد. پیشنهاد می‌شود با ارتقاء توانمندی‌های HIS و ارتباط چند رشته‌ای، دریافت مراقبت‌های علمی و ایمن، و ثبت دقیق و سریع با استفاده از تکنولوژی فراهم شود.

*** واژه‌های کلیدی:** کیفیت مراقبت پرستاری، سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU)، تحقیق عملکردی مشارکتی.

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری

پست الکترونیک: vanaki_z @Modares.ac.ir

مقدمه

ثبت مراقبت‌های پرستاری بیانگر انجام مراقبت و کیفیت آن است. اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت، اندازه‌گیری کیفیت است و ثبت ضعیف؛ بیمار و پرستار را در معرض خطر قرار می‌دهد (۲،۱). از آنجا که نگارش تمام مراقبت‌های انجام شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و پاسخ به درمان است، هیچ چیز به اندازه یک ثبت کامل و استاندارد نمی‌تواند بیانگر تمام کارهای انجام شده برای بیماران باشد (۳). بررسی، ثبت و گزارش به موقع پرستاران در بخش ویژه منجر به طراحی و تصمیم‌گیری به موقع و اصولی تیم درمانی شده و از بروز حوادث و اورژانس‌های قلبی می‌کاهد (۴).

حنیفی و محمدی (۱۳۸۴) کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در بخش ویژه قلبی را ۱۷/۰۹ درصد در حد مطلوب گزارش نموده‌اند (۵). مطالعات مختلف تا کنون راهکارهای متعددی را برای ارتقاء کیفیت مراقبت ارائه نموده‌اند که عمدتاً مطالعات نیمه تجربی در خصوص آموزش مداوم به پرستاران ارزشیابی همکار و تدوین و اجرای برنامه‌های هدایتی و غیره بوده است (۶-۸)، اما سازمان‌ها در اجرا و بکارگیری آنها دخالتی نداشته‌اند در این پژوهش برای ایجاد تغییری پایدار، تحقیق عملکردی مشارکتی انتخاب شد. با همکاری و مشارکت همه کسانی که در فرآیندهای جاری ارائه مراقبت پرستاری ویژه قلبی نقش داشتند، بهینه سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی در اولویت تغییرات قرار گرفت.

یکی از شاخص‌های توسعه بهداشتی درمانی وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)^۱ است که اهداف مهمی مانند مدیریت ذخیره، بازیابی، تحلیل اطلاعات و تسهیل امور پژوهشی را دنبال می‌کند. (۹)، اما از فرایند پرستاری به عنوان یک روش علمی پشتیبانی نمی‌کند.

سیستم‌های مراقبت بهداشتی کنونی، توجه رهبران پرستاری را به توسعه پرونده‌های کامپیوتری در پاسخ به نیازهای اطلاعاتی بالینی، مدیریتی، و قانونی معطوف داشته است (۱۰). سیستم‌های اطلاعات پرستاری کامپیوتری با سازماندهی اطلاعات و بهبود جریان کارها، مدیریت داده‌ها، اطلاعات و دانش به پرستاران کمک می‌کنند (۱۱،۱). این سیستم‌ها برای بهبود عملکرد پرستاری و تدوین سیاست‌های مراقبتی دارای توان بالقوه‌ای می‌باشند (۱۲). در حالی که سیستم‌های اطلاعات پرستاری ایران فقط به میزان ۳۵/۷ درصد نیازها را برآورده می‌کنند (۱۰)، این پژوهش می‌خواهد به این سؤال پاسخ دهد که چگونه می‌توان با بهینه سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی کیفیت مراقبت پرستاری را ارتقاء داد.

پژوهشگران و مشارکت کنندگان می‌خواهند از HIS که در دهه اخیر در اکثر بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی راه‌اندازی شده است به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت استفاده نمایند و به یکی از اهداف مهم سازمانی که ارائه مراقبت ایمن و جلب رضایت بیمار است، نایل آیند. در حال حاضر این سیستم بیشتر در جهت مسایل مالی و مدیریتی کاربرد دارد و ثبت گزارش پرستاری به روش سنتی و ناقص انجام می‌شود. در این سیستم توانمندی‌های آموزشی، پژوهشی و ثبت گزارش پرستاری به روش‌های استاندارد، مورد توجه قرار نگرفته است. مطالعه کاهویی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد ۸۰ درصد کارکنان چند بار در روز از سیستم رایانه‌ای بخش خود استفاده می‌کنند. ۵۵ درصد آنان با در اختیار قرار گرفتن اطلاعات مراقبتی صحیح، ۵۰ درصد با راحت‌تر شدن بررسی داروهای تجویز شده، ۴۵/۸ درصد با کمتر شدن خطاهای کاری، ۲۸ درصد با نظارت بهتر بر سیر درمانی بیماران و ۱۵

1 . Hospital Information System(HIS)

درصد با بهبود نتیجه درمان به دنبال استفاده از HIS موافق بودند (۱۳). بنابراین استراتژی این تحقیق برای ارتقاء کیفیت مراقبت، مشارکت پرستاران، مدیران و سایر گروه درگیر در تبیین و تایید مسئله، طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های تغییر تعیین شد و تحقیق عملکردی مشارکتی انتخاب گردید. الگوی این پژوهش، همکاری و مشارکت بوده و پایه در نظریه اجتماعی تغییر دارد (۱۶-۱۴). پژوهشگران و شرکت کنندگان بطورسیستماتیک در چرخه‌های "جستجو، تفکر و عمل" با هم کار می‌کنند (۱۷، ۱۸). بی‌گمان تحقیق عملکردی رایج‌ترین و بحث برانگیزترین واژه در زمینه تحقیقات سازمانی است. امروزه از این واژه به عنوان یک "چتر" یاد می‌شود که مجموعه‌ای از فعالیت‌هایی که هدف آنها ایجاد تغییر است را پوشش می‌دهد (۱۹). این مطالعه با ارائه درک و بینش کلی در جهت بهبود مراقبت با تعامل و مشارکت گروه درگیر، استفاده از فناوری و ارتباط بین رشته‌ای، یک نوآوری در مراقبت از بیماران بخش ویژه قلبی را فراهم نموده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بهینه‌سازی سیستم الکترونیکی بیمارستانی در بخش ویژه قلبی با رویکرد "مراقبت پرستاری باروش علمی" طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق عملکردی مشارکتی است که در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU) مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی خرم‌آباد در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام شد. این بخش دارای ۱۲ تخت فعال و ۱۵ پرستار کارشناس، چهار نفر خدمه و یک منشی است. کلیه کسانی که در بکارگیری HIS تاثیر گذار بودند به عنوان شرکت‌کننده و عضوی از تیم تحقیق انتخاب شدند. به همه نظرات و دیدگاه‌ها توجه می‌گردید (۴۴ نفر). متوسط اقامت بیماران در طی مطالعه ۳/۵ روز بود. بیماران اغلب با اختلالات ایسکمیک قلبی، آریتمی‌ها، نارسایی

احتقانی قلبی، ادم حاد ریه در این بخش بستری می‌شدند. همچنین طی ۲ ماه کلیه بیمارانی که حداقل ۳ روز در بخش بستری بودند، شرایط جسمی و روانی مناسب و تمایل و توان بیان انتظارات خود را داشتند و حداقل ۹ مورد گزارش پرستاری ثبت شده از طریق HIS داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه باز، بحث گروهی متمرکز، جلسات گروه هدایت‌کننده، چک لیست مشاهده مراقبت پرستاری بر بالین بیمار بود. از روش انعکاس بازبینی شرکت‌کننده^۱ برای تایید اعتبار یا مقبولیت^۲ و از روش بازبینی همکار^۳ برای تایید تصدیق یا اعتماد داده‌ها^۴ استفاده شد.

داده‌های کیفی به روش مقایسه مداوم و داده‌های کمی با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (ویلکاکسون) آنالیز گردید (۱۸). در زیر به فازهای تحقیق اشاره می‌شود:

فاز ۱: جمع‌آوری اطلاعات اولیه و بررسی وضع

موجود

برای تعیین درک پرستاران و بیماران از مراقبت‌های پرستاری ویژه قلبی و شناسایی نقاط ضعف و قوت، تبیین و تایید مشکل به مدت ۴ ماه داده‌ها جمع‌آوری شد.

پرونده کلیه بیمارانی (۷۰ مورد) که حداقل ۹ گزارش ثبت شده در HIS داشتند (۶۳۰ گزارش)، ۷۰ پرسشنامه رضایت‌مندی و مشخصات دموگرافیک بیماران، و ۱۵ چک لیست مشاهده مراقبت پرستاری در بالین (۱۵۰-۹۰ مورد مشاهده) و فرم مشخصات دموگرافیک پرستاران توسط همکار پژوهشگر تکمیل شد. ۱۸ مورد مصاحبه از پرستاران، مدیران، مربیان بالینی، پزشکان و ۵ مصاحبه از بیماران ضبط گردید.

1. Member Check

2. Credibility

3. External Check & Peer check

4. Confirm ability

مشکلات استخراج شده از مصاحبه‌ها، در جلسات بحث گروهی متمرکز و گروه هدایت کننده (مدیران بیمارستان و پرستاری و واحد فناوری اطلاعات) مطرح شدند. سپس بر اساس فوریت، قابلیت اجرایی، بودجه، آمادگی تیم تحقیق، توافق اکثریت، مطابقت با سیاست‌های وزارت متبوع و دانشگاه، مشکلات اولویت‌بندی گردیدند. بدین ترتیب نیاز به تغییر در سیستم اطلاعات بیمارستانی به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی تعیین و در اولویت قرار گرفت.

فاز ۲: طراحی برنامه‌های تغییر

مشارکت کنندگان راه حل‌های مختلفی را ارائه دادند. از جمله اینکه استانداردهای مراقبتی آماده و تایپ شده از طریق HIS در اختیار پرستاران قرار گیرد، تا پس از مطالعه براساس نیاز بیمار آنها را اجرا و ثبت نمایند. این پیشنهادات در بحث‌های گروهی متمرکز و جلسات گروه هدایت کننده مورد موافقت قرار گرفت و مقرر گردید که گزارش‌های پرستاری آماده شامل، مراقبت‌های رایج پرستاری بیماران بستری در بخش ویژه قلبی بر اساس SOAPIE و نیازهای آموزشی آنها تهیه و در HIS نصب گردد.

بنابراین استراتژی کلیدی که در گروه‌های متمرکز روی آن بحث شد، بهینه سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی بود. برنامه تغییر با مشارکت گروه درگیر طی ۲ جلسه بحث گروهی متمرکز و ۱ جلسه گروه هدایت کننده طراحی شد (جدول ۱). تشخیص‌های پرستاری و نیازهای آموزشی بیماران شامل درد قفسه سینه، اضطراب، عدم تحمل فعالیت، اختلال در دفع مدفوع (یبوست)، و غیره بود. همچنین برنامه آموزش انفرادی (توسط پژوهشگر) در مورد نحوه استفاده از گزارش‌های آماده به همه پرستاران، سوپروایزهای آموزشی و بالینی طراحی شد.

فاز ۳: اجرا و ارزشیابی برنامه‌های تغییر:

برنامه اجرایی سیکل تغییر در سیستم اطلاعات بیمارستانی بر اساس جدول زمانبندی گانت انجام شد (جدول ۱). گزارش‌های آماده در سیستم نصب شدند. برای روشن شدن استراتژی‌ها، بحث، تبادل نظر و حل و فصل هر گونه مشکل در مورد استراتژی کلیدی "فناوری اطلاعات در ارتقاء کیفیت مراقبت"، فاز آزمایشی ۲ هفته انجام شد. سپس برنامه‌های تغییر به مدت ۶ ماه اجرا و ارزشیابی گردید.

جدول ۱- طراحی و استراتژی‌های برنامه تغییر در سیستم اطلاعات بیمارستانی

طراحی برنامه تغییر	استراتژی‌های اجرایی
طراحی برنامه گزارش-های آماده مراقبت‌های پرستاری به روش SOAPIE	۱. طرح در جلسات ماهانه بخش، بحث‌های گروهی متمرکز و گروه هدایت کننده ۲. تدوین برنامه مراقبت پرستاری بر اساس منابع معتبر و نظرات اساتید ۳. هماهنگی با مدیران بیمارستان و واحد فناوری اطلاعات برای نصب مراقبت‌ها در سیستم به صورت گزارش آماده ۴. هماهنگی با شرکت طرف قرارداد
طراحی برنامه آموزش عملی و چهره به چهره به همه پرستاران و سوپروایزهای آموزشی و بالینی	۱. هماهنگی با مدیران پرستاری و پرستاران ۲. اجرای برنامه آموزش عملی (توسط پژوهشگر) در شیفت‌های مختلف در مورد دسترسی به گزارش‌های آماده و نحوه ویرایش و ثبت سریع آنها بعد از اجرای مراقبت ۳. گرفتن بازخورد از کلیه شرکت کنندگان ۴. پشتیبانی، نظارت، بازنگری، تعدیل، اصلاح و افزایش گزارش‌های آماده ۵. تعیین رابط آموزشی برای کنترل و نظارت بیشتر کار پرستاران ۶. تشکیل کارگروه ۶ نفره متشکل از پرستاران باتجربه ۷. مشارکت فعال سرپرستار، سوپروایزهای آموزشی و بالینی در تکمیل فرم‌های ارزشیابی ثبت گزارش پرستاری بصورت

فاز ۴: جمع آوری اطلاعات بعد از تغییر

در این مرحله نیز مانند فاز یک با استفاده از روشهای کیفی و کمی به مدت ۲ ماه اطلاعات بعد از تغییر، جمع آوری و با قبل مقایسه شد. به طوری که ۷۰ پرسشنامه رضایت مندی و مشخصات دموگرافیک بیمار، ۷۰ چک لیست ثبت گزارش پرستاری در پرونده از طریق HIS و ۱۵ چک لیست مشاهده مراقبت پرستاری در بالین، توسط همکار پژوهشگر تکمیل شد. همچنین مصاحبه با پرستاران؛ مدیران، پزشکان و مربیان بالینی (۱۶ مورد)، بیماران (۴ مورد)، بحث گروهی متمرکز با پرستاران و مدیران (۳ مورد) و جلسه گروه هدایت کننده (۲ مورد) انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه پرستاران بالینی، مدیران بیمارستان و پرستاری، پزشک، کارکنان IT، کارشناسان تغذیه و تجهیزات پزشکی، مربی بالینی (جمعاً ۳۰ نفر)، ۹ بیمار و ۵ نفر پرسنل خدماتی و منشی مشارکت داشتند. پرستاران بالینی (۱۵ نفر) که بیشترین مشارکت را داشتند دارای میانگین و انحراف معیار $30/46 \pm 4/80$ سال $53/3$ درصد مجرد، ۸۰ درصد زن، سنوات خدمت ۱-۱۷ سال و با میانگین ۴ سال سنوات کار در بخش مراقبت ویژه قلبی بودند.

در بحث های گروهی متمرکز و مصاحبه ها؛ پرستاران و سایر شرکت کنندگان معتقد بودند که هدف از مراقبت ویژه قلبی " کمک به بیمار و خانواده برای گذر از مرحله بیماری " و نتایج کلیدی "سلامتی و رضایتمندی بیمار" است. همچنین رفع نیاز های روانی و آموزش به بیمار توسط پرستاران در اولویت قرار داشتند.

نتایج آنالیز کیفی نشان داد که باارائه مراقبتهای پرستاری، ارتباط پرستار با بیمار و پزشک بهتر شده است و منجر به راحتی خیال بیمار، اطمینان به مراقبتهای دریافتی، اعتماد به پرستار، تمایل به ماندن در بخش تا زمان ترخیص، مشورت بیمار و همراه با پرستار، ذهنیت مثبت بیمار نسبت به دقت پرستار، کاهش اضطراب، آرامش همراهان، و کاهش شکایات شده است.

آنالیز داده‌های کمی نشان داد، میانگین و انحراف معیار امتیاز کل چک لیست مشاهده ای مراقبت پرستار بر بالین بیماران بستری قبل از تغییر $9/64 \pm 177/40$ و بعد از آن $7/41 \pm 273/06$ است. همچنین آزمون آماری ویلکاکسون با $P < 0/001$ اختلاف معنی داری را در تمام حیطه ها بجز اضطراب نشان داد، به طوری که میانگین مراقبت بر بالین بعد از بهینه سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی بیشتر از قبل بود (جدول ۲).

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار مشاهده مراقبت پرستاری بر بالین بیماران بستری در بخش ویژه قلبی

حیطه ها	قبل	بعد	P
خواب و فعالیت	$8/93 \pm 2/08$	$10/66 \pm 0/61$	+
اضطراب	$6/80 \pm 0/94$	$7/20 \pm 0/67$	-

+	۰/۰۰۶	۱/۲۶۶ ± ۱/۰۹۹	۰/۱۳۳ ± ۰/۳۵۱	تغذیه و دفع
+	۰/۰۵	۳/۴۶۶ ± ۰/۶۳۹	۲/۹۳۳ ± ۰/۵۹۳	ایمنی
+	۰/۰۰۲	۱۲/۲۶۶ ± ۱/۶۶۷	۹/۱۳۳ ± ۱/۱۸۷	بیمار محتضر
+	۰/۰۰۴	۱۳/۷۳۳ ± ۰/۴۵۷	۱۲/۴۶۶ ± ۱/۲۴۵	درد قفسه سینه
+	۰/۰۰۲	۹/۷۳۳ ± ۰/۴۵۷	۸/۴۰۰ ± ۰/۸۲۸	دیس ریتمی
+	۰/۰۰۱	۱۳/۶۶۶ ± ۱/۱۱۲	۹/۲۰۰ ± ۱/۸۲۰	تست های تشخیصی
+	۰/۰۲۵	۱۰/۰۰۰ ± ۰/۰۰۰	۹/۳۳۳ ± ۰/۹۷۵	شوک کاردیوژنیک
+	۰/۰۱۷	۱۶/۵۳۳ ± ۱/۵۵۲	۱۴/۳۳۳ ± ۲/۸۷۰	ادم حاد ریه
+	۰/۰۰۱	۹۳/۰۶۶ ± ۷/۳۱۴	۲۷/۰۶۶ ± ۴/۲۶۷	آموزش به بیمار
+	۰/۰۰۱	۱۴/۵۳۳ ± ۰/۹۱۵	۷/۶۶۶ ± ۲/۹۴۳	کما
+	۰/۰۰۱	۵۵/۶۰ ± ۳/۴۳	۴۹/۸۰ ± ۲/۵۹	CPR
+	۰/۰۰۱	۳۴/۴۶۶ ± ۱/۷۶۷	۲۸/۳۳۳ ± ۲/۵۸۱	مراقبت های عمومی
+	۰/۰۰۱	۸۹/۹۳۳ ± ۳/۲۳۹	۷۲/۲۰۰ ± ۶/۳۹۴	مراقبت های تخصصی
+	۰/۰۰۱	۲۷۳/۰۶ ± ۷/۴۱	۱۷۷/۴۰ ± ۹/۶۴	نمره کل چک لیست

بحث و نتیجه گیری

نتایج کیفی و کمی بعد از تغییر نشان می دهد که با بهینه ساز سیستم اطلاعات بیمارستانی و دسترسی پرستار به استانداردهای مراقبتی و ارائه آنها بر اساس نیاز بیمار ، رابطه پرستار با بیمار و تیم مراقبتی بهتر شده است. دستاورد آن ، راحتی خیال بیمار، اطمینان به مراقبتهای دریافتی ، اعتماد به پرستار، مشورت بیمار و همراه با پرستار ، کاهش شکایات و افزایش رضایتمندی بیمار و همراهان ؛ بوده است . همچنین با تسهیل انتقال اطلاعات بین پرستاران در شیفتهای مختلف سردرگمی و ناهماهنگی های قبلی کاهش یافت و پرستاران با اعتماد بنفس بالاتر به امر مراقبت از بیماران می پرداختند.

نتایج یک مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه های عمیق؛ کاربرد موفقیت آمیز سیستم اطلاعات الکترونیکی بیمارستانی را نشان داد و به نظر می رسد کارایی سیستم نسبت به آنچه استفاده می شود، بیشتر باشد (۲۰). در تحقیق حاضر نیز نتایج نشان داد که با استفاده بهینه از امکانات موجود می توان از

توانمندی های این سیستم در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت بهره جست. از یافته های مهم دیگر این تحقیق اهمیت مشارکت گروه درگیر از جمله پرستاران ، پزشکان ، مدیران بیمارستان و پرستاری ، بیماران ، کارکنان واحد فناوری اطلاعات و غیره بود. که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد، به طوری که از دیگر عوامل موثر در اجرای موفق سیستم اطلاعات الکترونیکی بیمارستانی توجه ویژه به مدیریت تغییر، احساس نیاز نسبت به داشتن کانال های ارتباطی موثر و کارآمد و داشتن یک دورنمای مهم برای تغییر را می توان نام برد (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بهینه سازی HIS از نظر سرعت ، دقت ، دسترسی به مراقبت های پرستاری ، ثبت و ذخیره سازی ، تبادل اطلاعات بین تیم مراقبتی درمانی در شیفتهای مختلف ، تسهیلاتی را فراهم آورده است. در این راستا نتایج مطالعه آدامز (۲۰۱۰) هم نشان داد تعامل و همکاری کاربران وب فرصت جدیدی را برای رسیدگی به

¹ Adams

بیماران و سایر دریافت کنندگان مراقبت بهداشتی به وسیله تسهیل در ایجاد اطلاعات، مشارکت، و بازیابی داده‌ها ایجاد می‌کند(۲۲). کاتر^۱ (۱۹۹۶) به نقل از میندا و براندیج^۲ گزارش کردند که زمان مورد نیاز برای مستند سازی کامپیوتری به طور قابل توجهی کمتر از مستندسازی دستی است و تعداد مشاهدات ثبت شده از طریق کامپیوتر به طور قابل توجهی بیشتر از ثبت دستی است (۲۱). در پژوهشی که در آلمان انجام شد، میزان استفاده قسمت پرستاری از سیستم اطلاعات الکترونیکی بیمارستان، ۷۰ درصد مربوط به مستند سازی مراقبت و ۶۰ درصد برنامه ریزی مراقبت بود(۲۳) در این مطالعه نیز با بهینه ساز HIS سعی شد، زمینه مناسب برای برنامه ریزی مراقبت پرستاری در قالب گزارش های آماده شامل مراقبت های پرستاری بر اساس SOAPIE با قابلیت ویرایش بر اساس شرایط بیمار فراهم گردد که با توجه به وضعیت بیمار، پرستار بتواند یک برنامه مراقبتی را تنظیم، اجرا، ارزشیابی و در حداقل زمان ثبت نماید.

نتایج مطالعه سیستم های اطلاعات پرستاری در ایران بیانگر عدم پشتیبانی این سیستم ها از فرایند پرستاری است(۱۲). مطالعه کاهویی و همکاران(۱۳۹۰) نیز نشان داد که بین رضایت کارکنان از تاثیر HIS بر روی فرایند مراقبت از بیماران و رضایت کاربران از سیستم و نوع بخش، رابطه معنی داری مشاهده شد. کمتر از نیمی از کارکنان از تاثیر سیستم رایانه ای اطلاعات بیمارستانی بر فعالیت های مراقبت از بیماران رضایت نسبی داشتند(۱۳). اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این سیستم قابلیت بیشتری نسبت به کاربردهای موجود دارد، و با توسعه سیستم و بکار گیری توانمندی های آن، افزایش چشمگیر و معنا داری در ارائه مراقبتها بر بالین

بیمار مشاهده شد. در هر حال با ایجاد تغییرات لازم در سیستم اطلاعات بیمارستانی با رویکرد مشارکتی و توجه به فرهنگ سازمانی و ابعاد اجتماعی (۲۴)؛ این فناوری در امر استانداردسازی مراقبت پرستاری، مورد استفاده قرار گرفت. با دسترسی آسان پرستار به استانداردهای مراقبتی رضایت بیمار و همراهان حاصل شد که مسلماً بر رضایت سیستم مدیریتی؛ پرستار و تیم مراقبتی درمانی هم تاثیر گذار خواهد بود.

با توجه به اینکه در سیستم اطلاعات بیمارستانی ایران به جنبه های بالینی پرستاری توجه نشده است، طراحی و تاکید استفاده از مجموعه فوق به منظور ارتقاء سیستم و پاسخگویی به نیاز های بیمار و پرستار پیشنهاد می شود. بهینه سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی می تواند در اجرای طرح تعرفه گذاری پرستاری و بستر سازی پرونده الکترونیک مورد استفاده قرار گیرد. در هر حال با گذشت حدود یک دهه از کاربرد این سیستم وقت آن رسیده است که نسل جدیدی از سیستم اطلاعاتی بیمارستانی با رویکرد بیمار محوری و توجه به نیاز های کاربران مانند دسترسی آسان پرستار به استانداردهای مراقبتی؛ کنترل وضعیت بیمار از راه دور فراهم گردد. بنابراین قرار دادن شبکه روی موبایل، افزایش تعداد کامپیوتر و یا قرار دادن وسایل پرتابل بر بالین بیمار برای امکان ثبت گزارش توسط پرستار ارائه کننده مراقبت و دسترسی راحت تر به اطلاعات بیمار برای تیم مراقبتی درمانی و خود بیمار توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی و گروه محترم پرستاری دانشگاه تربیت مدرس برای تصویب و حمایت مالی رساله دکتری، همچنین از جناب آقای دکتر فضل الله احمدی

¹ Kotter

² Minda and Brundage

کارکنان IT، اداری و خدماتی مرکز آموزشی درمانی شهید
آیت اله مدنی خرم آباد کمال تشکر و قدردانی را دارد.

که به عنوان ناظر طرح با ارائه نظرات ارزنده ما را یاری دادند
واز همکاری صمیمانه کلیه مشارکت کنندگان شامل
بیماران، پرستاران، پزشکان، مدیران، اعضای هیات علمی،

References

1. Lee L, Su NH, Chang Sc. An evaluation of the quality of nursing care in orthopedic units. *J Orthop Nurs*. 2007; 11: 160 - 168.
2. Moloney R, Maggs C. A systemic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *J Advan Nurs*. 1999; 30 (1): 52-57.
3. Khodam H, Sanagho A, Joebari L. The effect of education on quality of nursing records. *J of Ghorghan UMS*. 2002; 3(8):65-69. (In Persian)
4. Ahmadi F. Quality of nursing reports contained in the medical records of patients in selected hospitals of Tehran. Abstracts presented at the Seminar on Nursing and the Health Ministry. Tehran, 1999 (In Persian)
5. Hanifi N, Mohammadi E. Causes of lack of proper documentation of nursing. *Hayat*. 2005; 10(21):39-46. (In Persian)
6. Ghazisaied M, Davarpanah A, Safdari R. Health Information Management. 1sted. Tehran: Mahan; 2005; P: 214-235. (In Persian)
7. Sue CD, Patricia KL. Fundamental of Nursing: Standard & Practice. New York: Delmar; 1998; P: 164-169.
8. Kathy HB. The Barriers and Benefits of Nursing Information Systems. *Comput in Nurs*. 1997; 15(4): 191-196.
9. Habibikoulaei M, Ahmadi M, Mirkarimi A. Nursing Information System in Iran: Status, Subjects and Recommendations. Articles of The First Congress of Information Technology in Health. Mazandaran UMS, Iran; 19-21 October 2011:150-154. (In Persian)
10. Safari M. Effect of nurse training method group discussion on the quality of nursing care of patients with myocardial infarction. Master of Nursing Thesis. Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University ,Tehran, Iran, 2003 ;P:100-105.(In Persian)
11. Ghamari Zare Z, Anousheh M, Vanaki Z, Hajizadeh E. Shahid Beheshti Faculty Nurs & Mid Quart. 2008; 18(61):46-54. (In Persian)
12. Satarzade Pashabake M, Navipour H, Memarian R. Plan guidance on the quality of nursing records of CCU. *Daneshvar*. 2006; 13(59):29-36. (In Persian)
13. Kahouei M, Soleymani M, Ghazavi S, Aalaei SA. Views, behaviour and satisfaction of the nurses and other hospital ward personnel about the effectiveness of computer system of Hospital Information on caring process .*Health Inform Manag*. 2007; 4(2):193-202. (In Persian)
14. Dempsey PD and Dempsey A. Using Nursing Research: Process, Critical Evaluation, and Utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Company, 2000; PP: 5-8.
15. Nieswiadomy RM. Foundation of Nursing Research. 5th ed, Mexico: Pearson Educ Inc, 2008; PP: 27-30.
16. Streubert Speziale HJ and Carpenter D R. Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic Imperative. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003; PP: 256-259.

17. Day J, Higgins I and Koch T. The process of practice redesign in delirium care for hospitalized older people: A participatory action research study. J Nurs Stud. 2009; 46(1): 13-22.
18. Craig DV. Action Research Essentials. 1st.ed. San Francisco: Jossey - Bass Pub, 2009; PP: 11-12.
19. Mc Innes P, Hibbert P. Exploring the complexities of validity claims in action research. Manag Res News. 2007; 30(5): 381-390.
20. Malik MA, Khan HR. Understanding the Implementation of an Electronic Hospital Information System in a Developing Country: A Case Study from Pakistan. Austr Compu Society, Inc, 2009; PP: 10-12.
21. Kotter JP. Leading Change. Harvard Busin Sch Pre, 1996; PP: 7-9.
22. Adams SA. Revisiting the online health information reliability debate in the wake of "web 2.0": An inter-disciplinary literature and website review, 2010; PP: 4-10.
23. Hubner U, Sellemann B. Nursing in the Information Age: Status Quo and Future of ICT Use in German Hospitals. Stud Health Technology Inorm. 2004; 107(Pt1):376-380.
24. Cook B, Cox JW. Fundamentals of action research. Vol II. London: SAGE Pub; 2005; PP: 11-23.