Сувилагчийн сувилгааны түүх хөтлөлтийг судалсан дүн

П.Наранцэцэг[1,2], В.Даваахүү[1]
[1]АШУҮИС, Сувилахуйн сургууль
[2]УНТЭ
Цахим шуудан: naraa_pagma@yahoo.com, Утас: 99081066

Түлхүүр үг:

Амин үзүүлэлт
Өвдөлт
Шингэний баланс
Эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлгээ
Бичиг баримт

Товч утга:

Үндэслэл: Монгол орны хувьд 2013 оноос өмнө эмчлүүлэгчид хийгдсэн сувилахуйн тусламжийг тэмдэглэх албан ёсны сувилгааны түүх хөтөлдөггүй байсан тухай баримт байна. Финландийн судлаач Kaija S нар (2013) онд хийсэн тойм судалгаанд 143 сувилгааны түүх нь стандарт үг хэллэгтэй байх шаардлагатай төдийгүй өдөр тутмын үйл ажиллагаа болон эмчлүүлэгчийн аюулгүй байдлын талаарх мэдээллийг яаж хэрхэн бичиж үлдээх талаар нэгдсэн ойлголттой байх нь чухал ач холбогдолтойг тэмдэглэсэн байна. Судлаач Б.Азжаргал нар (2017) сувилгааны түүхийн үнэлгээг гордоны үзүүлэлтээр бүрэн гүйцэд хэрэгжүүлэх асуудал дунд зэрэг байна гэж үзсэн байна. Түүнчлэн судлаач Д.Ариунаа нар (2013) зүрхний цочмог шигдээстэй үйлчлүүлэгчдийн сувилгааны түүхийг үнэлсэн судалгаандаа зүрхний цочмог шигдээстэй 36 үйлчлүүлэгчдийн 80.5% нь сувилахуйн түүх хөтөлсөн болохыг тодорхойлсон байна. Харин сүүлийн жилүүдэд сувилагчийн сувилгааны түүхийн агуулгыг өөрчилж гаргахын тулд энэхүү судалгааг хийх боллоо. **Зорилго:** Сувилгааны түүх хөтлөлтөнд судалгаа хийж, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлийг судлах. **Арга, аргачлал:** Судалгааг агшингийн загвараар чанарын судалгааны баримт бичгийн аргыг ашиглан УНТЭ, Өмнөговь аймгийн БОЭТ, Ховд, Сүхбаатар, Төв аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дотор, мэс заслын тасагт хөтлөгдсөн 120 сувилгааны түүх нийт сувилагчийн хөтөлсөн 4 баримтанд дүн шинжилгээ хийсэн. Дүн шинжилгээ хийхдээ ЭМ-ийн сайдын 2019 оны 611 тоот тушаалаар батлагдсан сувилгааны түүх хөтлөх зааварт үндэслэн 33 асуулт бүхий үнэлгээний хуудас боловсруулан хийсэн болно. Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн байгууллагын сувилгааны түүх үнэлсэн судалгааны мэдээлэлд нийгмийн судалгааны статистик боловсруулалтын “SPSS-22” программ ашиглан боловсруулалтыг хийв. **Үр дүн:** Сувилгааны түүх хөтлөлтөд сувилагч дундажаар дотрын тасаг 22.9 минут мэс заслын тасаг 25.4 минут зарцуулдаг байна. Сувилгааны түүх хөтлөлтийг баримтын аргаар судлахад эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлтийн хуудсыг хөтлөөгүй 70% (84) (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг бүрэн ойлгож, бөглөж чадаагүй 32.5% (39) (p=0.0001) бөгөөд эмнэлэг хооронд ялгаатай байна. Сувилгааны түүх хөтлөлтийг эмнэлгээр нь авч үзэхэд эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлтийн хуудсыг дутуу ба хөтлөөгүй УНТЭ 15% (6), Сүхбаатар аймгийн НЭ 100% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 90% (18), (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг дутуу ба бөглөж чадаагүй Сүхбаатар аймгийн НЭ 55% (11), Ховд аймгийн БОЭТ 60% (12), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 45% (9), Төв аймгийн НЭ 35% (7), (p=0.0001) байв. Сонгомлоор хэрэглэх өвдөлт, шингэний баланс хянах хуудасны хөтлөлт хийгээгүй ба дутуу хийсэн 64.2% (77) (p=0.0001) аймаг тус бүрээр авч үзвэл Сүхбаатар аймгийн НЭ 100.0% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 95.0% (19), Төв аймгийн НЭ 90.0% (18), (p=0.0001) байв. **Дүгнэлт:** Сувилгааны түүх хөтлөлтийг эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлтийн хуудсыг ихэнхидээ хөтлөөгүй, эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг бүрэн ойлгож, бөглөж чадаагүй, өвдөлт, шингэний баланс хянах хуудасны хөтлөлт хийгээгүй ба дутуу хийсэн бөгөөд эмнэлэг хооронд ялгаатай байгаа нь тодорхойлогдлоо.

Үндэслэл: Сувилгааны түүх нь эмчлүүлэгчийн биеийн байдалд үнэлгээ өгч, оношлох тавин, авах арга хэмжээг төлөвлөн хэрэгжүүлж, дүгнэлт өгч, сувилахуйн мэргэжлийн үйл ажиллагаа явуулсан тухай баримтжуулсан бичиг баримт юм[1].

Дэлхийн цөөнгүй улс орнууд сувилгааны түүхийн бичилт цахим хэлбэр лүү шилжүүлэн ажиллаж буй талаар цөөнгүй судлаач нарын баримт байна. Финландийн судлаач Kaija S нар (2013) онд хийсэн тойм судалгаанд 143 судалгааны өгүүллэгт дүн шинжилгээ хийж сувилгааны түүх нь стандарт үг хэллэгтэй байх шаардлагатайг дурьдаад өдөр тутмын үйл ажиллагаа болон эмчлүүлэгчийн аюулгүй байдлын талаарх мэдээллийг яаж хэрхэн бичиж үлдээх талаар нэгдсэн ойлголттой байх нь чухал ач холбогдолтойг тогтоожээ[2].

Монгол орны хувьд 2013 оноос өмнө эмчлүүлэгчид хийгдсэн сувилахуйн тусламжийг тэмдэглэх албан ёсны сувилгааны түүх хөтөлдөггүй байсан ба энэ нь сувилгааны төдийгүй сувилахуйн тусламж үйлчилгээ доголдох шалтгаан болж байсан[3]. Салбарын түүхэнд анх удаа батлагдан Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 450 дугаар тушаалаар батлагдсан сувилгааны түүх нь сувилагч нарын хийсэн үйлдэл, ажилбараа бичиж тэмдэглэх, эмчлүүлэгчийн биеийн байдлын талаарх мэдээллийг бусадтайгаа хуваалцах, сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын дагуу тасралтгүйгээр тусламж үзүүлэн тэмдэглэх чухал бичиг баримт болж байна[4].

Судлаач Б.Азжаргал нар (2017) онд хийсэн судалгаанд сувилгааны түүхийн үнэлгээг гордоны үзүүлэлтээр бүрэн гүйцэд хэрэгжүүлэх асуудал дунд зэрэг байна. Зовиур, шинж тэмдэг, эрсдэлт хүчин зүйл, сэтгэц нийгмийн хэрэгцээг тодорхойлж артерийн гипертензийн үе дэх сувилахуйн оношийг зүрх судасны өөрчлөлтийн оношийг зонхилон тавьсан нь сувилахуйн дүгнэлтийг хийх арга техник нь үнэлгээг тогтмол хийгээгүйгээс үр дүнг тодорхойлоход бэрхшээлтэй байна гэж үзсэн[5].

Судлаач Д.Ариунаа нар (2018) онд хийсэн судалгаанд зүрхний цочмог шигдээстэй үйлчлүүлэгчийн сувилгааны түүхийг үнэлэхдээ зүрхний цочмог шигдээстэй 36 үйлчлүүлэгчдийн 80.5% нь сувилахуйн түүх хөтөлсөн бөгөөд зүрхний шигдээсийн үед тавьж болох сувилгааны 15 оношоос 9 сувилахуйн онош бичигдэж сувилгааг хэрэгжүүлсэн байгааг тогтоосон байна[6].

Бид сувилгааны түүхийг хэрэгжүүлээд 10 жил болжээ иймд сувилгааны түүхийн хөтлөлтөнд үнэлгээ хийх шаардлага тулгарч байна[4,7,8]. Иймд эрүүл мэндийн салбарын зарим эмнэлгүүдийн хэрэглэж буй сувилгааны түүх хөтлөлтийн өнөөгийн байдлыг судлах шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна.

Зорилго: Сувилгааны түүх хөтлөлтөнд судалгаа хийж, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлийг судлах.

Арга, аргачлал: Судалгааг агшингийн загвараар чанарын судалгааны баримт бичгийн аргыг ашиглан УНТЭ, Өмнөговь аймгийн БОЭТ, Ховд, Сүхбаатар, Төв аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дотор, мэс заслын тасагт хөтлөгдсөн 120 сувилгааны түүх, сувилагчийн хөтөлсөн 4 баримтанд дүн шинжилгээ хийсэн. Дүн шинжилгээ хийхдээ ЭМ-ийн сайдын 2019 оны 611 тоот тушаалаар батлагдсан сувилгааны түүх хөтлөх зааварт үндэслэн 33 асуулт бүхий үнэлгээний хуудас боловсруулан хийсэн болно. Сувилахуйн тусламжийг тэмдэглэсэн дараах 4 баримтанд үнэлгээ хийв. Үүнд: Сувилагч эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудас, сувилагч эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлт хянах хуудас, шингэний баланс хянах хуудас, өвдөлт хянах хуудас.

Судалгаа хийх ёс зүйн зөвшөөрлийг АШУҮИС-ийн Судалгааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2020 оны 04 дүгээр сарын 24-ний 2020/3-04 тоот хурлын шийдвэрээр авсан.

Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн байгууллагын сувилгааны түүх үнэлсэн судалгааны мэдээлэлд нийгмийн судалгааны статистик боловсруулалтын “SPSS-22” программ ашиглан боловсруулалтыг хийлээ. Судалгааны мэдээллийг SPSS-22 программд оруулж өгөгдлийн алдааг хянаж, дескриптив статистик шинжилгээ хийж, тархалт, төвийн хандлагыг тодорхойлсны дараа судалгааны зорилго, зорилтын дагуу таамаглал дэвшүүлэн, тохирох статистик аргуудаар (хи квадрат, p, ANOVA) шалгаж, p утга 0.05-аас бага байх тохиолдолд ялгааг статистик үнэн магадлалтай гэж үзсэн.

Үр дүн: Сувилгааны түүх хөтлөлтөд сувилагч дундажаар дотрын тасаг 22.9 минут мэс заслын тасаг 25.4 минут зарцуулдаг байна. Сувилгааны түүх хөтлөлтийг баримтын аргаар судлахад эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлтийн хуудсыг хөтлөөгүй 70% (84), (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг бүрэн ойлгож, бөглөж чадаагүй 32.5% (39), (p=0.0001), өдөр тутмын сувилгааны тэмдэглэл хөтлөөгүй 21.6% (26), (p=0.0001), хөтлөх зааврын тэмдэглэгээнүүдийг бүрэн ойлгож тэмдэглээгүй 10.0% (12), (p=0.0001), тусгай тэмдэглэлийн талаар ойлголтгүй, баталгаажилт хийгдээгүй 47.5% (57), (p=0.0001), сувилагчийн үнэлгээ хийсэн үзүүлэлтийг ахлах сувилагч хянаж тусгай тэмдэглэл хөтлөөгүй 56.7% (57), (p=0.0001), хийсэн үйлдлээ нотлох гарын үсгийг бүтэн зураагүй 56.7% (57), (p=0.0001) байсан бөгөөд эмнэлэг хооронд ялгаатай байна.

Сувилгааны түүх хөтлөлтийг эмнэлгээр нь авч үзэхэд эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлтийн хуудсыг дутуу ба хөтлөөгүй УНТЭ 15% (6), Сүхбаатар аймгийн НЭ 100% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 90% (18), (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг дутуу ба бөглөж чадаагүй Сүхбаатар аймгийн НЭ 55% (11), Ховд аймгийн БОЭТ 60% (12), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 45% (9), Төв аймгийн НЭ 35% (7), (p=0.0001), өдөр тутмын сувилгааны тэмдэглэлийг дутуу болон хөтлөөгүй УНТЭ 15% (6), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 70% (14), Төв аймгийн НЭ 35% (7), (p=0.0001), хөтлөх зааврын тэмдэглэгээнүүдийг бүрэн ойлгож тэмдэглээгүй УНТЭ 5% (2), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 50% (10) p=0.0001), тусгай тэмдэглэлийн талаар ойлголтгүй, баталгаажилт хийгдээгүй УНТЭ 2.5%

(1), Сүхбаатар аймгийн НЭ 65% (13), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 15% (3), (p=0.0001), сувилагчийн үнэлгээ хийсэн үзүүлэлтийг ахлах сувилагч хянаж тусгай тэмдэглэл хөтлөөгүй Сүхбаатар аймгийн НЭ 100% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 95% (19), Төв аймгийн НЭ 45% (9), (p=0.0001), хийсэн үйлдлээ нотлох гарын үсгийг бүтэн зураагүй Өмнөговь аймгийн БОЭТ 25% (5), (p=0.0001) байв.

Хүснэгт 1. Сувилгааны түүх хөтлөлтийг эмнэлэг тус бүрээр харьцуулан судласан дүн

Шалгуур үзүүлэлт		УНТЭ		Сүхбаатар аймгийн НЭ		Ховд аймгийн БОЭТ		Өмнөговь аймгийн БОЭТ		Төв аймгийн НЭ		Нийт дүн		P утга
		Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	
Сувилгааны асуудал буюу сувилгааны оношийг зөв тодорхойлсон эсэх	Бүрэн	14	35.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	11.7	
	Үгүй	5	12.5	0	0.0	0	0.0	5	25.0	0	0.0	10	8.3	0.0001
	Дутуу	21	52.5	20	100.0	20	100.0	15	75.0	20	100.0	96	80.0	
Сувилгааны төлөвлөлт тохирсон, бүрэн эсэх	Бүрэн	28	70.0	4	20.0	0	0.0	0	0.0	15	75.0	47	39.2	
	Үгүй	5	12.5	0	0.0	0	0.0	4	20.0	4	20.0	13	10.8	0.0001
	Дутуу	7	17.5	16	80.0	20	100.0	16	80.0	1	5.0	60	50.0	
Сувилгааны хэрэгжилт бүрэн, бодитой, үр дүнтэй эсэх	Бүрэн	32	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	45.0	41	34.5	
	Үгүй	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	25.0	0	0.0	4	3.4	0.0001
	Дутуу	8	20.0	20	100.0	20	100.0	15	75.0	11	55.0	74	62.2	
Сувилгааны үйл ажиллагааны дүгнэлт, хүрсэн үр дүнтэй бодитой эсэх,	Бүрэн	37	92.5	10	50.0	20	100.0	0	0.0	15	75.0	82	68.3	
	Үгүй	0	0.0	1	5.0	0	0.0	17	85.0	3	15.0	21	17.5	0.0001
	Дутуу	3	7.5	9	45.0	0	0.0	3	15.0	2	10.0	17	14.2	
Сонгомлоор хэрэглэх өвдөлт, шингэний баланс хянах хуудасны хөтлөлт	Бүрэн	40	100.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0	2	10.0	43	35.8	
	Үгүй	0	0.0	16	80.0	0	0.0	19	95.0	13	65.0	48	40.0	0.0001
	Дутуу	0	0.0	4	20.0	20	100.0	0	0.0	5	25.0	29	24.2	
Эмчилгээний хуудасны хөтлөлт бүрэн, журмын дагуу эсэх	Бүрэн	40	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	80.0	56	46.7	
	Үгүй	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	95.0	4	20.0	23	19.2	0.0001
	Дутуу	0	0.0	20	100.0	20	100.0	1	5.0	0	0.0	41	34.2	
Эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг сувилагч анхлан үнэлснийг тасгийн ахлах сувилагч шалган баталгаажуулдаг эсэх	Бүрэн	36	90.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	25.0	41	34.2	
	Үгүй	1	2.5	20	100.0	20	100.0	19	95.0	15	75.0	75	62.5	0.0001
	Дутуу	3	7.5	0	0.0	0	0.0	1	5.0	0	0.0	4	3.3	

Сувилгааны асуудал буюу сувилгааны оношийг зөв тодорхойлоогүй, дутуу хийсэн 88.3% (106), (p=0.0001), сувилгааны төлөвлөлт тохироогүй, бүрэн бус 60.8% (73), (p=0.0001), сувилгааны хэрэгжилт бүрэн бус, хийгдээгүй 65.6% (78), (p=0.0001), сувилгааны үйл ажиллагааны дүгнэлтийг хийгээгүй, дутуу хийсэн 31.6% (88) (p=0.0001), сонгомлоор хэрэглэх өвдөлт, шингэний баланс хянах хуудасны хөтлөлт хийгээгүй ба дутуу хийсэн 64.2% (77), (p=0.0001), эмчилгээний хуудас хөтлөгдөөгүй, дутуу хөтлөгдсөн 53.4% (64), (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг сувилагч анхлан үнэлснийг тасгийн ахлах сувилагч шалган баталгаажуулаагүй, дутуу хийсэн 65.8% (79), (p=0.0001), байсан бөгөөд эмнэлэг хооронд ялгаатай байв. Сувилгааны түүх хөтлөлтийг баримтын аргаар судлахад сувилгааны асуудал буюу сувилгааны оношийг зөв тодорхойлоогүй, дутуу хийсэн УНТЭ 65.0% (26), Сүхбаатар аймгийн НЭ 100% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 100% (20), (p=0.0001), сувилгааны төлөвлөлт тохироогүй, бүрэн бус УНТЭ 30.0% (12), Сүхбаатар аймгийн НЭ 80.0% (16), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 25.0% (5), (p=0.0001), сувилгааны хэрэгжилт бүрэн бус, хийгдээгүй УНТЭ 20.0% (8), Сүхбаатар аймгийн НЭ 100.0% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 55.0% (11), (p=0.0001), сувилгааны үйл ажиллагааны дүгнэлтийг хийгээгүй, дутуу хийсэн УНТЭ 7.5% (3), Сүхбаатар аймгийн НЭ 50.0% (10), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 25.0% (5), (p=0.0001), сонгомлоор хэрэглэх өвдөлт, шингэний баланс хянах хуудасны хөтлөлт хийгээгүй ба дутуу хийсэн Сүхбаатар аймгийн НЭ 100.0% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 95.0% (19), Төв аймгийн НЭ 90.0% (18), (p=0.0001), эмчилгээний хуудас хөтлөгдөөгүй, дутуу хөтлөгдсөн Сүхбаатар аймгийн НЭ 100.0% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ

20.0% (4), (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг сувилагч анхлан үнэлснийг тасгийн ахлах сувилагч шалган баталгаажуулаагүй, дутуу хийсэн УНТЭ 10.0% (4), Сүхбаатар аймгийн НЭ 100.0% (20), Ховд аймгийн БОЭТ 100% (20), Өмнөговь аймгийн БОЭТ 100% (20), Төв аймгийн НЭ 75.0% (15), (p=0.0001) байв.

Хэлцэмж: Бидний судалгаанд УНТЭ болон 4 аймгийн БОЭТ, Нэгдсэн эмнэлэг нийт 5 эмнэлгийн мэс засал болон дотрын тасагт хөтлөгдсөн 120 сувилгааны түүхэнд баримт бичгийн судалгааны аргаар дүн шинжилгээ хийсэн.

Сувилахуйн мэргэжлийн тусламж үзүүлсэн тухай мэдээ тайланг, мэдээлэх эрх зүйн бие даасан бичиг баримт нь МУ-ын Эрүүл мэндийн сайдын 2005 оны 8 дугаар сарын 19-ний өдрийн 203 тоот тушаалын дагуу халууны хуудас, эмчлүүлэгчийн хэрэглэсэн эмийн хуудас, эрчимт эмчилгээний карт гэсэн 3 төрлийн бүртгэлийн маягтаар хязгаарлагдаж мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн тухай мэдээлэл бүртгэлийн маягт байхгүй байсан. Харин 2004 оны 05 дугаар сарын 28-ны 136 тоот тушаалаар гэрээр үзүүлэх сувилахуйн тусламж үйлчилгээнд сувилахуйн баримт бичгийг хөтлөх загвар батлагдан гарсан нь сувилахуйн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээний анхны батлагдсан бичиг баримтыг загвар болсон байна[9].

Хэвтэн эмчлүүлэх тасагт сувилагч нь сувилахуйн тусламжийг бичиж тэмдэглэх баримт бичгийг ЭМ-ийн сайдын 2013 оны 450 дугаар тушаалаар батласан[4] 2019 онд ЭМ-ийн сайдын 611 тоот тушаалаар сувилгааны түүхийг дахин батлаж гаргасан бөгөөд сувилагчийн эмчлүүлэгчийг үнэлэн хэвтэн эмчлүүлэх тасгийн насанд хүрсэн хүнд хөтлөх бичиг баримтад өөрчлөлт ороогүй. Индонез улсын судлаач Mira A (Мира Асмиражинт) нар (2017) онд хийсэн судалгаагаар Сувилахуйн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх сувилахуйн үйл ажиллагаа хангалтгүй байгаа нь тогтоогдсон ба үүнд сувилахуйн үнэлгээ 20.8%, биологийн үнэлгээ 0.4%, сувилахуйн оношийг тавих (20.8%), өвчтөний гэрийн сувилахуйн хэрэгцээг тодорхойлох (41.3%) гэсэн бол бидний судалгаанд сувилахуйн түүхийг агуулгын хувьд шинэчлэх шаардлагатай гэж тодорхойлсон байна[10].

Судлаач Ayele S (Аеэл Симачив) нар (2018) онд хийсэн судалгаагаар Этиоф улсын 3 эмнэлгийн сувилахуйн 338 баримтанд судалгаа хийсэн бөгөөд 264 (78.1%) нь эмчлүүлэгчийн сувилахуйн үйл явцыг стандартын дагуу хийсэн, 107 (31.7%) нь сувилахуйн оношгүй, 185 (54.7%) нь сувилахуйн тусламж үйлчилгээний төлөвлөгөөгөө үндэслэн гаргасан байна. Сувилагчдын 173 (51.2%) нь төлөвлөгөөний дагуу хийсэн тусламжийг баримтжуулж бичээгүй, 179 (53.0%) сувилагч эмчлүүлэгчийн оролцоог үнэлээгүй байна. Судалгаанд хамрагдсан 3 эмнэлгүүдийн дунд сувилахуйн тусламжийн хэрэгжилт 49.12%, 68.18% ба 69.42%-тай байсан байна. Сувилахуйн мэргэжилтнүүд сувилахуйн үйл явцыг хэрэгжүүлэхэд шаардагдах бичиг баримтыг сайжруулах ёстой. Сувилахуйн менежер нь сувилахуйн үйл явцын ерөнхий хэрэгжилтэд хяналт тавих хэрэгтэй бөгөөд сувилагчийн баримт бичиг, сувилахуйн үйл явцын шинэчлэлд анхаарлаа хандуулах шаардлагатайг ойлгуулах үйл ажиллагаа зохион байгуулах хэрэгтэй байна[11].

АНУ-ын судлаач Darinda E. S (Даринда Суттон) нар 2019 онд хийсэн судалгаагаар **С**увилагчдын бичиг баримтын ачааллыг бууруулахын тулд урьдчилан тодорхойлсон эмнэлзүйн багцыг эрүүл мэндийн цахим бүртгэлд бий болгох нь чухал юм. Ингэснээр баримт бичгийн агуулгын хэмжээг 48.5%-иар бууруулсан, сувилгааны түүхийн бичилт хуудас бүрт 2 минутаас илүү хугацаагаар буурсан болохыг тогтоосон байна[12].

Судлаач Д.Сарантуяа нар Дорнод аймгийн БОЭТ-д 2019 онд хийсэн судалгаагаар бөөр шээсний замын эмгэгтэй эмчлүүлэгчдэд сувилахуйн онош #39-96.6%-д нь тавигдсан боловч өвдөлтийн хүчийг Вонг Бейкерийн аргаар үнэлээгүй, хэрэгжилтийг үр дүнгээр тооцож бичээгүй байна. Мөн эмчлүүлэгчийн сувилахуйн түүх хөтлөгдсөн 90.7%, хөтлөгдөөгүй 10.3% байна. Сувилагч эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх хуудсаар тавигдсан сувилахуйн онош өвчний түүхийн шээс бэлгийн тогтолцооны асуумжтай тохирсон 17.3%, дутуу оношилсон 82.7% байна[13].

Этиоп улсад 2019 онд хийгдсэн судлаач Hagos T (Хагос Тасеу) нарын судалгаа сувилагч нарын дунд сувилахуйн тусламж үйлчилгээний бичиг баримт бүрдүүлэх туршлага муу байна. Бичиг баримтын бүрдүүлэлт хангалтгүй байгаад цаг хугацаа дутмаг, сувилахуйн баримт бичгийн үйл ажиллагааны стандартыг сайн мэддэггүй зэрэг нь нөлөөлж буй хүчин зүйлүүд юм гэж тогтоожээ[14].

Бразил улсад 2019 онд хийсэн судлаач Oswalcir Almeida de A нарын судалгаагаар судалгаанд хамрагдсан 416 салбарын сувилагчдын 89.9% нь нэг шатлалыг баримтжуулсан; 56.0% нь дөрвөн үе шатыг баримтжуулсан; 4.3% нь зөвхөн сувилахуйн тэмдэглэгээг баримтжуулсан; 5.8% нь ямар ч үе шатыг баримтжуулаагүй байсан байна. Мөн сувилахуйн тэмдэглэлийг амбулатори, оношлогооны хэсгүүд, мэс заслын тасаг бага хөтөлсөн бол хамгийн их баримтжуулсан нь эрчимт эмчилгээний тасаг, яаралтай тусламжийн өрөө, эмнэлэгийн хэвтэх тасгууд байсан. Мэдээлэл цуглуулах, оношлох нь шатлалыг судалгаанд хамрагдсан салбаруудын 78.8% нь хамгийн бага баримтжуулсан байсныг тогтоожээ[15].

Дүгнэлт: Сувилгааны түүх хөтлөлтийг эмчлүүлэгчийн амин үзүүлэлтийн хуудсыг хөтлөөгүй 70% (84) (p=0.0001), эмчлүүлэгчийн биеийн байдлыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг бүрэн ойлгож, бөглөж чадаагүй 32.5% (39) (p=0.0001), өвдөлт, шингэний баланс хянах хуудасны хөтлөлт хийгээгүй ба дутуу хийсэн 64.2% (77) (p=0.0001) байсан бөгөөд эмнэлэг хооронд ялгаатай байв.

Талархал: Судалгааны ажлыг дэмжин, судалгаа хийх орчинг бүрдүүлж өгсөн Сувилахуйн сургуулийн нийт хамт олондоо судалгаа хийх зөвшөөрөл олгосон эмнэлгүүдийн хамт олондоо талархсанаа илэрхийлж байна.

Ном зүй:

1. Солонго.Д нар. Сувилахуйн ухааны товч тайлбар толь бичиг. 2019.36 х
2. Saranto K, Kinnunen UM, Kivekas E, et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. Scand J Caring Sci 2014;28:629-647.
3. Наранчимэг. С нар. Сувилахуйн шинэчлэл ба түүх, 2014.42 х
4. Сайдын ЭМ. Эрүүл мэндийн статистик мэдээллийн талаар авах зарим арга хэмжээний тухай, 2013.
5. АШУҮИС. Анагаах ухааны боловсрол, сувилахуйн эрдмийн чуулган 59 2017;85-86.
6. Ариунаа Д. Зүрхний цочмог шигдээсийн үеийн сувилахуйн тусламжийн зарим асуудалд. УБ: АШУҮИС, 2021.
7. Сайдын ЭМ. Сувилахуйн тусламж үйлчилгээнд үйл ажиллагааны 5 шатлалыг хэрэгжүүлэх журам 2015.
8. Сайдын ЭМ. Эрүүл мэндийн салбарын статистик мэдээ, мэдээллийн журам, бүртгэлийн маягтыг шинэчлэн батлах тухай. 2019:269-275.
9. ОУСН ЭД. Сувилахуйн мэргэжлийн үйл ажиллагааны анхан шатны бичиг баримтыг боловсронгуй болгох нь. УБ, 2006;12.
10. Солонго.Д нар. Эмнэлгийн нөхцөлд сувилагчийн бичиг баримт хөтлөлтийг боловсронгуй болгох нь АУИС, 2001.
11. Semachew A. Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017. BMC Res Notes 2018;11:173.
12. Sutton DE, Fogel JR, Giard AS, et al. Defining an Essential Clinical Dataset for Admission Patient History to Reduce Nursing Documentation Burden. Appl Clin Inform 2020;11:464-473.
13. Солонго.Д нар Дорнод аймгийн БОЭТ-ийн дотрын тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн бөөр шээсний замын эмгэгтэй үйлчлүүлэгчдэд сувилахуйн түүх хөтлөлтөд хийсэн үнэлгээ. Нийгмийн эрүүл мэндийн сувилахуй сувилагчдын эрдэм шинжилгээний хурал 2019:52.
14. Tasew H, Mariye T, Teklay G. Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. BMC Res Notes 2019;12:612.
15. Azevedo OA, Guedes ES, Araujo SAN, et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. Rev Esc Enferm USP 2019;53:e03471.

Studying nurse's care history recording

Narantsetseg P[1,2], Davaakhuu B[1]

[1]School of Nursing MNUMS
[2]FCHM
E-mail: naraa_pagma@yahoo.com, Tel: +976-99081066

Background: In Mongolia, before 2013, there was no official nursing history to record nursing care provided to patients. In 2013 review by Finnish researcher Kaija Saranto et al., who analyzed 143 research articles, they noted the need for standardized terminology for nursing histories, and found it important to have a common understanding of how to record daily activities and patient safety information. In a study conducted by researcher B.Azjargal et al. in 2017, it was considered that the complete implementation of nursing history evaluation according to Gordan indicators is moderate. In a 2018 study conducted by researcher D. Ariunaa et al, when evaluating the nursing history of acute heart attack patients, 80.5% of 36 patients with acute heart attack had a nursing history documented. It has been 10 years since we implemented nursing history; therefore, there is a need to evaluate nursing history.

Aim: To evaluate the nursing record keeping and study the factors affecting it.

Materials and Methods: The study was conducted using a qualitative research method using a quality research documents, and 4 types of 120 nursing histories' documents conducted in the surgical and internal medicine departments of the First Central General Hospital, General Hospital of Central province, Khovd, Sukhbaatar and Umnugobi Provinces' regional diagnostic and treatment centers were analyzed. In the analysis, an evaluation sheet with 33 questions was developed based on the instructions for keeping nursing history approved by the order of the Minister of Health No. 611 of 2019. Statistical processing of the research the data of the research on the nursing history of the health institution included in the study were processed using the "SPSS-22" software. According to the purpose and objectives of the study, hypotheses were made and tested by appropriate statistical methods (chi-square, p, ANOVA), and if the p value was less than 0.05, the difference was considered statistically probable.

Results: On average, nurses spend 22.9 minutes in the internal medicine department and 25.4 minutes in the surgical department for taking nursing history. In the research of nursing history keeping by documentary method, 70% (84) (p=0.0001) did not keep the patient's vital signs sheet, 32.5% (39) (p=0.0001) did not fully understand and fill in the parameters to evaluate the patient's condition, and it differs between hospitals. When looking at nursing record keeping by hospital, patients' vital signs sheets are incomplete or not kept at the First Central Hospital 15% (6), Sukhbaatar province General Hospital 100% (20), Hovd Regional Diagnostic and Treatment Center 100% (20), Umnogobi Regional Diagnostic Center treatment center 100% (20), Central Province General Hospital 90% (18), (p=0.0001), Sukhbaatar Province General Hospital 55% (11), Khovd Province Regional Diagnostic and Treatment Center 60 % (12), Umnogobi province Regional Diagnostic and Treatment Center was 45% (9), and the Central Province General hospital was 35% (7), (p=0.0001). 64.2% (77) (p=0.0001) did not keep the pain and fluid balance monitoring sheet and did not do it. Considering each province, Sukhbaatar General Hospital 100.0% (20), Khovd Province Regional Diagnostic and Treatment Center 100% (20), Umnogobi Province Regional diagnostic and treatment center was 95.0% (19), Central province General Hospital was 90.0% (18), (p=0.0001).

Conclusion: Most of the nursing records were not kept on the patients' vital signs sheet, the patients' condition assessment parameters were not fully understood and completed, the pain and fluid balance control sheets were not kept or insufficiently kept, and it differed between hospitals.

Keywords: Vital signs, Pain, Fluid balance, Physical assessment of patients, Documentation