



Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարան
Առողջապահական ծառայությունների հերթագրման –
գարգացման կենտրոն



Նորը Մարաշ բժշկական կենտրոն

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ
ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓ ԲԱՆԿԻ
ԳՆԱՆԱՏՈՒՄ ՆՈՐՔ ՄԱՐԱՇ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ**

**Աննա Օքսուզյան
Անահիտ Դեմիրճյան
Մայրլ Թոմփսոն**

**Եր–ան, Հայաստան
Նոկտեմբեր, 2001**

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ամփոփագիր	iii
1. Ներածություն	1
1.1 Տիմնավորում	1
1.2 Տիմնական փեղեկություններ	3
2. ՆՄԲԿ-ի մեծահասակների կլինիկայում կադարվող բժշկական գրառումների գնահատում	6
2.1 Մեթոդները	6
2.1.1 Ներագրության դիզայնը	6
2.1.2 Ներագրության կարգը	6
2.1.3 Ներագրության հարցաշարը	7
2.1.4 Ներագրության մասնակիցները	9
2.2 Էթիկական նկատառումներ	10
2.3 Ներագրության սահմանափակումները	11
2.4 Տվյալների վերլուծություն	11
2.4.1 Նամապատասխանության փուլեր	12
2.4.2 Գրանցումների բնույթը	13
2.4.3 Միջին համապատասխանության գործակցի փարբերություններն ըստ հիվանդի նախնական ախտորոշման, սրտաբանների միջ– – սրտաբան-օրդինատոր զույգերի միջ–	15
2.4.4 Նավաստիության ուսումնասիրություն	17
2.5 Քննարկում	17
2.5.1 Նամապատասխանության փուլեր	17
2.5.2 Գրառումների բնույթը	18
2.5.3 Միջին համապատասխանության գործակցի փարբերություններն ըստ հիվանդի նախնական ախտորոշման, սրտաբանների միջ– – սրտաբան-օրդինատոր զույգերի միջ–	21
2.5.4 Նավաստիության ուսումնասիրություն	21
2.6 Եզրահանգումներ – հանձնարարականներ	21
3. Վիրարկման փուլերի ամփոփ բանկի գնահատում Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնում	24
3.1 Մեթոդները	24
3.1.1 Ներագրության կարգը	24
3.1.2 Ներագրության հարցաշարը	25
3.1.3 Ներագրության մասնակիցները	25
3.2 Էթիկական նկատառումներ	26
3.3 Ներագրության սահմանափակումները	26
3.4 Տվյալների վերլուծությունը	26
3.4.1 Նամապատասխանության փուլեր	27
3.4.2 Նավաստիության ուսումնասիրություն	28
3.5 Քննարկում	29
3.5.1 Նամապատասխանության փուլեր	29
3.5.2 Նավաստիության ուսումնասիրություն	30
3.6 Եզրահանգումներ – հանձնարարականներ	31

Գրականություն	33
Նավելվածներ	35
Նավելված 1. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայի առաջնակի այցի քարտ	36
Նավելված 2. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում բժշկական գրառումների գնահատման հարցաշար	39
Նավելված 3. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում հիվանդի առաջնակի այցի դիտարկման ցուցումներ	42
Նավելված 4. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում հիվանդի առաջնակի այցի ժամանակ կատարված բժշկական գրառումների դիտարկման ցուցումներ	48
Նավելված 5. Նարցերի խմբավորումը ըստ ուսումնասիրված ոլորտների	53
Նավելված 6. Միավորների գումարն ու համապատասխանության փոկոսը յուրաքանչյուր հարցի համար	54
Նավելված 7. Նիվանդի գանգապներին, անամնեզին – վնասակար սովորույթ-ներին վերաբերվող հարցերի գրանցման բնույթը	55
Նավելված 8. Օբյեկտիվ քննությանը, կատարված – նշանակված հետազոտություններին վերաբերվող հարցերի գրանցման բնույթը	56
Նավելված 9. Յուրաքանչյուր գրանցված հարցի զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը (ԴԿՈ)	57
Նավելված 10. Վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի գնահատման ցուցումներ	58
Նավելված 11. Վիրաբուժական հիվանդի քարտ	66
Նավելված 12. Վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի գնահատման հարցաշար	67
Նավելված 13/1. Ախտորոշումների հապավումների ցանկ	68
Նավելված 13/2. Վիրաբուժական միջամտությունների հապավումների ցանկ	70
Նավելված 14. Նամապատասխանությունը հիվանդության պատմությունների – փվյալների բանկի միջ- յուրաքանչյուր հարցի համար	73
Նավելված 15. Յուրաքանչյուր մուտքագրված պատասխանի զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը (ԴԿՈ)	74

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Նպատակը. Գրառումների գնահատման Նորք-2 (ԳԳ-Ն2) ծրագիրը նպատակ է հետապնդել գնահատելու հիվանդների մասին ժողովրդական տեղեկությունների հավաստիությունը Նորք Մարաշ Բժշկական Կենտրոնում (ՆՄԲԿ): Գնահատման համար ընտրվել են փոխարինող հավաքման երկու ասպարեզ՝ բժշկական գրառումները Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում (ՄՄԿ) – վիրաբուժական փոխարինող ամփոփ բանկը ՆՄԲԿ-ում: Ծրագրի խնդիրն է եղել պարզել, թե բժշկական գրառումներն ու փոխարինող բանկը որքանով են պիտանի օգտագործվելու համար որպես փոխարինող աղբյուր՝ ՆՄԲԿ-ում ցուցաբերվող բուժօգնության որակը գնահատելու համար:

Ներածություն. Բժշկական գրառումներն ու կլինիկական փոխարինող բանկերը հիվանդների մասին փոխարինող կար–որ աղբյուրներ են, որոնք կարող են օգտագործվել բուժօգնության որակի ապահովման (ՈԱ), բժշկական սպուգումների, բուժօգնության ծախսերի փոխհատուցման, հետազոտությունների – կրթական ձեռնարկումների համար: Բժշկական գրառումները կարող են նա– պաշտպանության հիմք հանդիսանալ բժշկական սխալի կապակցությամբ հարուցված դատական գործի դեպքում: Սակայն, նախքան բժշկական գրառումների – կլինիկական փոխարինող բանկերի վրա հիմնվելը, պետք է գնահատվի դրանց հուսալիության ու հավաստիության աստիճանը: Մի շարք հետազոտություններ են իրականացվել՝ ուղղված փորձեր սրացիոնար ու պոլիկլինիկական հաստատություններում բժշկական գրառումների որակի ուսումնասիրությանը: Դրանց մի մասը հայտնաբերել են հիվանդի մասին որոշ փոխարինող անձնություն կամ անլիարժեքություն: Զարգացած երկրներում վաղուց ի վեր գիտակցվել է անհրաժեշտությունը՝ ստեղծելու սրտի վիրահատության ենթարկված հիվանդների փոխարինող որակյալ բանկ, որը հնարավորություն կընձեռի գնահատել վիրահատական բուժման արդյունքները – ճշգրիտ դրանք ըստ դեպքերի փորձերի – հիվանդության ծանրության աստիճանի:

ՆՄԲԿ-ում փոխարինող հավաքման – վերլուծման ընթացքի նախնական ուսումնասիրությունը բացահայտել է, որ հիվանդի վարման յուրաքանչյուր փուլում լրացվում են բազմաբնույթ բժշկական ձ–եր, որոնք կարող են օգտագործվել բուժօգնության որակի գնահատման – ժամանակի ընթացքում բուժման արդյունքների հսկման համար: Ինչ–է, բժշկական գրառումներն ու փոխարինող բանկերը հետապնդող վերլուծության չեն ենթարկվում ՆՄԲԿ-ում: Ավելին, դրանց հավաստիությունը երբ–է չի գնահատվել:

Մեթոդները. Ներազոտության դիզայնը նախատեսել է միանվագ ուսումնասիրություն՝ ուղղակի դիտարկումների – բժշկական գրառումների ուսումնասիրության մեթոդների կիրառմամբ: Առաջին այցելության ժամանակ լրացվող սահմանված տեղեկություններ պարունակող (structured) բժշկական ձ–երի (ԲՁ) հավաստիությունն ու լիարժեքությունը գնահատվել են՝ գրանցված տեղեկությունները համեմատելով հիվանդ–սրտաբան փաստացի հանդիպումների դիտարկման փոխարինող հետ՝ վերջինս համարելով «ոսկի ստանդարտ»: Ներազոտության մասնակիցները եղել են 18 փորձական – ավելի փորձով կանայք – փղամարդիկ, ովքեր դիմել են ՆՄԲԿ առաջին անգամ: Նարցատրոֆիկը կազմվել է առաջնակի այցելության ԲՁ-ի բովանդակությունից ելնելով: ԲՁ-երը դիտարկվել են հիվանդ–սրտաբան փաստացի հանդիպումների դիտարկումից մոտ 30 օր անց, արդյունքները համեմատվել են, – հարցաթերթիկում ընդգրկված յուրաքանչյուր հարցին փոխարինող է

համապատասխանության աստիճանն արագուղող լրիվ (1), մասնակի (0-1) կամ զրո միավոր:

Վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի հավաստիությունն ու լիարժեքությունը գնահատվել են՝ փոփոխությունների բանկ մուտքագրված փորձերի փորձերը համեմատելով բժշկական գրառումներում գրանցված համապատասխան փոփոխությունների հետ՝ վերջինս համարելով «ոսկի սպանդար»:

Ընդհանուր. ԳԳ-Ն2 ծրագրի առաջին խնդրի՝ առաջնակի այցելության ժամանակ լրացվող ԲԶ-ի հավաստիության գնահատման համար, հետազոտման ենթակա դեպքերի ընդհանուր կազմել է 66: Դիպարկուսների – գրառումների միջ– համապատասխանության ենթադրվող փորձերը եղել է 85, իսկ դիպարկուսի նվազագույն փորձերությունը՝ 10%: ՆՄԲԿ-ում աշխատող հինգ արտաբաններից (մեծահասակների) չորսը մասնակցել են հետազոտությանը: Յուրաքանչյուր արտաբանի կողմից սպասարկված հիվանդների թիվն ընդհանուրում եղել է համեմատական նրա աշխատանքի առօրյա ծավալին:

Վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի հավաստիության գնահատման համար հետազոտման ենթակա դեպքերի ընդհանուր կազմել է 61: Ընդհանուր ընդգրկված բժշկական գրառումները վերցվել են ըստ հիվանդների դիմումների հաջորդականության:

Էթիկական նկատառումներ. Հետազոտության առաջարկը դիպարկուսի – հաստատվել է Նայասարանի Ամերիկյան համալսարանի (ՆԱՏ) Նանրային առողջապահության բաժնի Նամալսարանական դիպարկուսի հանձնաժողովի (ՆԴՏ) կողմից:

Արդյունքներ. Բժշկական գրառումների գնահատում. Ուղղակի դիպարկուսների միջին փորձությունը կազմել է 29 րոպե, իսկ գրառումների ստուգման միջին փորձությունը՝ 4 րոպե: Ուղղակի դիպարկուսների արդյունքների – գրառումների միջ– համապատասխանության ընդհանուր գործակիցը կազմել է 69.8%: Կատարվել է փոփոխությունների վերլուծություն՝ պարզելու համար համապատասխանության գործակիցը յուրաքանչյուր կոնկրետ ասպարեզի – փոփոխականի համար: Գերազանց համապատասխանություն է արձանագրվել հիվանդին նշանակված – իրականացված հետազոտությունների առումով, լավ համապատասխանություն է նկատվել հիվանդի գանգապների – օբյեկտիվ քննության արդյունքների առումով, – վաղ համապատասխանություն՝ անամնեզի – հիվանդի սովորույթների առումով: Գրառումներն ուսումնասիրվել են նա–՝ հայտնաբերելու համար անճիշտ, թեր- (արված- չգրանցված) – գեր- (չարված-գրանցված) գրանցումները՝ հարցաթերթիկում ընդգրկված յուրաքանչյուր հարցի համար: Ընդհանուր առմամբ, նկատվել է թե՛ հաստատված, թե՛ ժխտված ախտանիշների/փոփոխությունների զգալի թեր-գրանցում հիվանդի գանգապների, անամնեզի, ծիսելու – օբյեկտիվ քննության վերաբերյալ: Գրանցված փոփոխությունների հավաստիության ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ ԲԶ-երը հիվանդի մասին փորձերի փորձերի հավաստի աղբյուր են հիվանդին նշանակված – իրականացված փորձերի առումով:

Վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի գնահատում. Ընդհանուր առմամբ, համապատասխանությունը բժշկական գրառումների – վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի միջ– կազմել է 88.74%: Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ առկա է 81-100% համապատասխանություն բոլոր ուսումնասիրված գործոնների

համար, բացի ախտորոշումից, սրբային անբավարարության ասպիճանից, ինքենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գրնվելու տ-ողությունից – դոնորական արյան օգրագործումից: Վերջիններիս համապարասխանության տոկոսը տարանվել է 47.54%-ից 77.05%-ի սահմաններում: Ընդհանուր առմամբ, վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկը համարվել է բավականաչափ զգայուն (86.26%) – բնորոշ (100%), որպեսզի օգրագործվի որպես հիվանդների մասին տեղեկությունների սրացման հավաստի աղբյուր: Տավաստիության ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ այս տվյալների բանկն արտացոլում է իրականում առկա ախտանիշները 77-100%-ով, իսկ իրականում բացակա ախտանիշները՝ 79-100%-ով՝ գրեթե բոլոր ուսումնասիրված գործոնների համար, բացի սեռից, ախտորոշումից, սրբային անբավարարության ասպիճանից – փոխներարկման նպատակով օգրագործված արյունից:

Եզրահանգումներ. Գերազանց ընդհանուր համապարասխանությունը բժշկական գրառումների – վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի միջ–, ինչպես նա–՝ լավ ընդհանուր համապարասխանությունը ուղղակի դիտարկման տվյալների – բժշկական ձ–երի միջ– ցույց է տալիս, որ դրանք կարող են օգրագործվել որպես հիվանդի մասին տեղեկությունների աղբյուր՝ անհրաժեշտ բարելավումների հղացումից – կիրառումից հետո:

Տերագոտության արդյունքներն ընդգծում են հետ–յալի անհրաժեշտությունը.

- Տիվանդների վիճակի գնահատման ուղեցույցի մշակում ՄՄԿ-ում;
- Առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երի լրացման վերաբերյալ ուսուցման կազմակերպում;
- Ախտորոշումների ու վիրաբուժական միջամտությունների կողավորման սրանդարտների հիմնում;
- Վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի վերափոխում՝ գոյություն ունեցող սրանդարտներին համապարասխան;
- Ներքին գնահատման գործընթացի հիմնում ՆՄԲԿ-ում:

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 ՆԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ

Բժշկական գրառումները հիվանդի մասին տեղեկությունների կար–որ աղբյուր են, տեղեկությունների, որ անհրաժեշտ են որակի ապահովման (ՈԱ), բժշկական սպուգումների, հեղափոխությունների – կրթական միջոցառումների անցկացման համար: Առողջապահական հաստատությունների հավաքարմագրման միացյալ հանձնախմբի (ԱՏՄՄ) կողմից առաջարկված սրանդարտների համաձայն, բժշկական գրառումները պետք է պարունակեն բավարար տեղեկություններ՝ հիվանդի անձի տարբերակման, ախտորոշման ու բուժման, բուժման ընթացքի – արդյունքի հիմնավորման, ինչպես նա՝ բուժման շարունակականության ապահովման համար [1]: Որակյալ բժշկական գրառումները նպաստում են բուժման հեղ–ողականությանը – հանդիսանում են տեղեկությունների փոխանակման վստահելի միջոց բուժօգնություն ցուցաբերող տարբեր հաստատությունների միջ–: Մանրակրկիտ գրառումները ապացուցում են ցուցաբերված բուժօգնության համապատասխանությունը գոյություն ունեցող սրանդարտներին –, անհրաժեշտության դեպքում, արդարացնում են գիտակցված շեղումներն այդ սրանդարտներից՝ բուժման պահանջվող որակն ապահովելու համար [2].

Բժշկական գրառումները կարող են օգտագործվել բժշկա–իրավական նպատակներով – պաշտպանություն հանդիսանալ բժշկական սխալների մեղադրանքով հարուցված հայցերի դեմ: Լիարժեք – մանրակրկիտ գրառումների կար–որությունն ակնհայտ է դարձել բուժման արդյունքների հսկմանն ու գնահատմանն ուղղված Որակի կառավարման – բարելավման (ՈԿԲ) ծրագրերի ներդրումից ի վեր [2]: Ջարգացած երկրներում հիվանդներին մատուցված ծառայությունների դիմաց վճարման հիմք են հանդիսանում բժշկական ձ–երում արված գրանցումները: Ինչպես հարկն է լրացված հիվանդության պատմությունները հեղափոխական նպատակներով հիվանդների մասին տեղեկություններ քաղելու անփոխարինելի աղբյուր են հանդիսանում [3]:

Վերջին ժամանակներս մեծ տարածում են գտել բարձրորակ տվյալների կոմպյուտերային բանկերը (ԲՏԿԲ), որտեղ կուտակվում են ճիշտ – հանգամանալից տեղեկություններ, որոնք կարող են օգտագործվել կլինիկական գործունեության մեջ – առողջապահության կառավարման ասպարեզում: ԲՏԿԲ–ը հիվանդների մասին տեղեկությունների աղբյուր է, որը հնարավոր է դարձնում հեղափոխությունների արդյունքների տարածումը բնակչության լայն խավերի վրա – նրա տարբեր ենթախմբերի միջ– համեմատությունների կատարումը: Այսպիսի տվյալների բանկերը կարող են օգտագործվել նա– կազմակերպիչների կողմից՝ առողջապահական ծառայությունները պլանավորելու – ղեկավարելու նպատակով [4]:

Նախքան բժշկական գրառումների վրա հիմնվելը պետք է գնահատվի դրանց պարունակած տեղեկությունների հուսալիությունն ու հավաստիությունը: Ավ. Տոնապետյանը նշել է. «տվյալների էական թերությունն այն է, որ դրանք չեն արտացոլում այն ամենը, ինչ կատարվել է հիվանդի համար, –, անտարակույս, չեն արտացոլում այն, ինչ հարկ է, որ կատարվել» [5]: Ըստ նրա, յուրաքանչյուր բժշկի կողմից իր հիվանդի մասին լրացվող բժշկական ձ–երը բուժման ընթացքի, դրա անմիջական – մտպակա արդյունքների մասին տեղեկությունների ամենից հաճախ օգտագործվող աղբյուրներն են: Որակյալ բժշկական գրառումները կենսական անհրաժեշտություն են որակյալ բուժօգնություն ցուցաբերելու, ինչպես նա՝ բուժօգնության որակը ճիշտ գնահատելու համար [6].

Կլինիցիստները կարող են առարկել սրան՝ ասելով, որ բժշկական գրառումների դիտարկումը ոչ թե բուժօգնության որակի, այլ հիվանդության պարամետրերի լրացնելու գնահատում է: Չնայած փրամաբանության – ճշմարտացիության հնարավոր առկայությանը այս փաստարկի մեջ, համընդհանուր ընդունելություն է գտել այն համոզմունքը, որ շափ դժվար է բարձրորակ բուժօգնության ցուցաբերումը՝ առանց համապատասխան գրառումների, որոնք հիմք կհանդիսանան հիվանդի վիճակի մասին որոշումների կայացման – հիվանդի վարման համար [7]: Ավելին, Lyons-ը – Payne-ն ցույց են տվել, որ «խմբային մակարդակով, անհատ բժշկի մակարդակով – անհատական բուժօգնության մակարդակով...», 1) լավորակ գրառումները առնչվում են լավ գործելակերպի հետ – 2) առնչությունը կատարյալ չէ, բայց վիճակագրորեն հավասարի է» [8]:

Բժշկական գրառումների որակի գնահատմանն ուղղված մի շարք հետազոտություններ են կատարվել, որոնք համեմատել են հիվանդ-բժիշկ հանդիպման արձանագրությունը կամ կոմպյուտերային բժշկական գրառումները հիվանդության պարամետրերում գրանցված փեղեկությունների հետ [8-11]: Ջոնս Նոփկինսի համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման – զարգացման կենտրոնի կողմից իրականացված հետազոտությունը նպատակ է հետապնդել պարզել, թե բժշկական գրառումները որքանով են արպացուում բուժօգնության կոորդինացիայի հարցերը: Ներազոտությունը ցույց է տվել, որ դիտարկումների փոխադրումն ու բժշկական գրառումները համապատասխանել են դեպքերի 70-85%-ում՝ կախված փեղեկությունների տեսակից: Դիտարկումների – գրառումների միջ– ավելի բարձր համապատասխանություն է նկատվել առավել նշանակալից փեղեկությունների համար, այն է՝ ախտահիշների – ախտորոշման համար՝ 82%, նշանակված բուժման համար՝ 81%, մինչդեռ, հիվանդին նշանակված հետազոտությունների համար՝ ընդամենը 70%: Ներազոտողները եզրակացրել են, որ բժշկական գրառումները պարունակում են բավարար փեղեկություններ հիվանդների մասին – կարող են օգտագործվել բուժման շարունակականության ապահովման համար [10]:

A.E. Zuckerman-ը – մյուսները գնահատել են մանկաբուժական ամբուլատոր քարտերում գրառումների որակը՝ համեմատելով հիվանդ-բժիշկ հանդիպման մեքենագրված արձանագրությունը քարտերում գրանցված փեղեկությունների հետ: Արդյունքում նկատվել է բարձր համապատասխանություն հիմնական զանգապների առումով՝ 96%, ախտորոշման՝ 70%, ոչ դեղորայքային բուժման՝ 96% – հետագա այցերի նշանակման՝ 100%: Մակայն, համապատասխանությունը ցածր է եղել այլ փեղեկությունների առումով, ինչպիսիք են նշանակված դեղի անունը (34%) – դեղաչափը (58%): Նեղինակները հետ–ություն են արել, որ բժշկական գրառումները կարող են ծառայել որպես հիվանդների մասին փարբեր նպատակներով օգտագործվելիք փեղեկությունների աղբյուր՝ դրանց գնահատումից – անհրաժեշտ շփումներ մտցնելուց հետո միայն [12]:

Նյուսիսային Կարոլինայի Մեմորիալ հիվանդանոցի ընդհանուր թերապիայի բաժանմունքների բժշկական գրառումների որակի գնահատմանն ուղղված հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ այցերի արձանագրությունների – բժշկական գրառումների միջ– փաստացի համապատասխանությունը փոխանվել է 26-ից 100%-ի սահմաններում, ընդ որում, հիմնական զանգապների համապատասխանության փոկոսը եղել է ամենաբարձրը (92%), ախտորոշման կամ դրա արքահայտության, ախտորոշիչ հետազոտությունների – բուժման համապատասխանությունը կազմել է մոտ 70%, իսկ անամնեստիկ փոխանվելի համապատասխանությունը՝ ընդամենը 29% [13]: Ներազոտությունը ցույց է տվել, որ

բժշկական գրառումները կադարյալ չեն – անհրաժեշտ է բարելավել հիվանդի մասին – հիվանդի կրթության մասին արվող գրանցումները, հարկապես նրանք, որ առնչվում են ախտորոշմանը, հեղափոխություններին – նշանակված բուժմանը [13].

Բուժաշխատողի աշխատանքը – գրառումների որակը կարող են փոխվել՝ կախված բժշկական ձ-ի բնույթից: Որոշ հեղափոխություններ ցույց են տալիս, որ սահմանված տեղեկություններ պարունակող բժշկական ձ-երի օգտագործման դեպքում բուժաշխատողի աշխատանքն ու գրառումների որակն ավելի լավ են լինում, քան ազատ շարադրանք ենթադրող ձ-երի օգտագործման դեպքում [9, 15-16]: Ջոնս Նոփկինսիսի հիվանդանոցում իրականացված Harriet Lane-ի առաջնակի բուժասարկվման ծրագրի արդյունքում պարզվել է, որ սահմանված տեղեկություններ պարունակող ձ-երն առաջացնում են օբյեկտիվ քննության արդյունքները հավելուրդով գրանցելու միտում, մինչդեռ ազատ շարադրանք ենթադրող ձ-երը պրամադրում են անամնեստիկ արձանագրության թերի գրանցման [9]: Նեղագրողները եզրակացրել են, որ բժշկական գրառման ձ-ը կարող է բարելավել բուժաշխատողի աշխատանքը, հիվանդի մասին գրառումների որակը – ցուցաբերվող բուժօգնությունը [9, 16].

Նայաստանում անցկացված որ-է նմանապիպ հեղափոխության մասին արձանագրությունները: Նեղ-աբար, հեղափոխություն է պարզել, թե Նայաստանի առողջապահական հաստատությունում կադարվող բժշկական գրառումներում պարունակվող արձանագրությունները որքանով են պիպանի բուժօգնության որակի ապահովման – հեղափոխական նպատակներով օգտագործման համար:

1.2 ՆԻՄՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Նամագործակցության ծրագիրը Նայաստանի Ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հեղափոխման – զարգացման կենտրոնի (ԱԾՆԶԿ) – Նորթ Մարաշ բժշկական կենտրոնի (ՆՄԲԿ) միջ- առաջարկվել է 2000թ. մարտին փոխադարձ համաձայնությամբ: ՏԱՏՆՄԲԿ ծրագրի (ՆՆԾ) նպատակներից է բարելավել կառավարման համակարգը – բուժօգնության որակը ՆՄԲԿ-ում: ՆՄԲԿ-ը եղել է առաջին բուժհաստատությունը Նայաստանում, որ, այս ծրագրի շրջանակներում, ենթարկվել է ներքին գնահատման՝ Նիվանդանոցների հավաքարձագրման միջազգային հանձնախմբի (ՆՆՄՆ) սահմանած ստանդարտների հետ իր գործունեության համապատասխանությունը որոշելու համար [17]: Գնահատումը ցույց է տվել, որ ՆՄԲԿ-ը ի վիճակի է հավաքել կլինիկական, ֆինանսական – այլաբնույթ ողջ տեղեկատվությունը՝ իր կառավարման – մյուս կարիքները հոգալու համար: Նիվանդության պարունակություն է լրացվում յուրաքանչյուր վիրաբուժական հիվանդի համար: Բացի այդ, կլինիկական – վարչական ստորաբաժանումների մեծ մասում առկա են կոնկրետ հարցեր պարունակող արաբենույթ ձ-եր՝ յուրաքանչյուր հիվանդի մասին հարկ եղած տեղեկությունները հավաքելու – բուժման շարունակականությունն ապահովելու համար: Նիվանդության պարունակություններն ու գոյություն ունեցող համակարգչային արձանագրության արձանագրության հիվանդի մասին տեղեկությունների հիմնական աղբյուր են, որոնցից ստացվում են արձանագրության՝ վճիռներ ընդունելու, հիմնական կլինիկական ցուցանիշները հսկելու, ցուցաբերվող բուժօգնության որակը բարելավելու համար: Սակայն, ՆՄԲԿ-ում չի կիրառվում կլինիկական գրառումները վերանայելու գործելակարգ: Բժշկական գրառումները վերանայվում են հիմնականում այլ բուժհաստատություն հիվանդին ուղեգրելիս կամ հիվանդի կրկնակի այցերի ժամանակ՝ բուժման շարունակականությունն ապահովելու համար [17]:

ՏԱՏՆՄԲԿ ծրագրով նախատեսված հաջորդ քայլն ուղղված էր հիվանդի վերաբերյալ տեղեկությունների փոխանցման ընթացքի – ՆՄԲԿ-ում փոխալների հավաքման – վերլուծության ուժեղ – թույլ կողմերի ուսումնասիրությանը: Այս ուսումնասիրությունը պարզեց, որ ՆՄԲԿ-ն ունի հիվանդների մասին փոխալների հարուստ բանկ – բժշկական ձևերի բազմազանություն, որոնք կարող են օգտագործվել հիվանդի բուժման շարունակականության ապահովման, ժամանակի ընթացքում բուժման արդյունքների վերահսկման – նմանափայ հաստատությունների միջ– այդ արդյունքների համեմատության նպատակով [18]: Ինչ–է, բժշկական գրառումների – հիվանդանոցային փոխալների բանկի հուսալիությունն ու հավաստիությունը երբ–է չէին գնահատվել:

Ինվազիվ սրտաբանությունն ու սրտային վիրաբուժությունը կլինիկական բժշկության այն բնագավառներն են, որոնք պետք է հնարավորինս վաղ փուլերում ընդունեն – կիրառեն որակի ապահովմանն ու բարելավմանն ուղղված միջոցառումներ՝ ի նկատի ունենալով իրականացվող բուժման ինվազիվ բնույթը՝ իր հետ կապված վրանգներով, ինչպես նաև՝ բուժման կիրառվող ձևերի արագ ծավալումը [19-21]: Թե– «որակի շարունակական բարելավման» (ՈՇԲ) գաղափարը պաշտոնապես չի ամրագրված ՆՄԲԿ-ում, սակայն առկա է այն համոզումները, որ առօրյա աշխատանքի ընթացքում հավաքվող տեղեկությունների ստուգությունն ու լիարժեքությունը զգալիորեն ազդում են որոշումների կայացման, –, վերջին հաշվով՝ բուժման արդյունքների վրա: Ներ–աբար, նախքան բժշկական գրառումների – փոխալների համակարգչային բանկի վրա հիմնվելը՝ որպես հիվանդների մասին հետհայաց փոխալների աղբյուրների, կար–որ է գնահատել դրանց պարունակած տեղեկությունների որակը:

18 տարեկան – ավելի տարեց հիվանդները դիմում են Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկա (ՄՄԿ)՝ պոլիկլինիկական բնույթի մի հաստատություն, որտեղ գնահատվում է հիվանդների առողջական վիճակը, –, անհրաժեշտության դեպքում, նշանակվում է համապատասխան բուժում: Կլինիկայում լրացվում է առաջնակի այցելության բժշկական ձև՝ յուրաքանչյուր հիվանդի համար: Այս ձևը պարունակում է սահմանված տեղեկություններ պահանջող կոնկրետ հարցեր, – միայն անամնեստիկ փոխալներն են գրանցվում ազատ շարադրանքի ձևով (հավելված 1):

Վիրաբուժական փոխալների ամփոփ բանկը լրացվում է յուրաքանչյուր հիվանդի համար՝ դուրս գրման շրջանում: Եթե առաջնակի այցելության բժշկական ձևը պարունակում է նախնական՝ նախա-վիրահատական տեղեկություններ հիվանդների մասին, ապա վիրաբուժական փոխալների ամփոփ բանկը ներառում է տեղեկություններ նախա-վիրահատական ռիսկի գործոնների ու հիվանդի հետ-վիրահատական վիճակի մասին, որոնք կարող են օգտագործվել բուժման արդյունքների գնահատման ժամանակ դեպքերի փորձերության հետ կապված ճշտում մտնելու համար, որը հնարավոր կդարձնի այդ արդյունքների ճիշտ համեմատությունը ժամանակի ընթացքում – համանման փորձեր հաստատությունների միջ–:

Նաշվի առնելով բժշկական գրառումներում – փոխալների բանկում գրանցված տեղեկությունների հավաստիության – հուսալիության կար–որությունը, առաջարկվել է Գրանցումների գնահատման Նորք-2 ծրագիրը (ԳԳ-Ն2)՝ ՄՄԿ-ի առաջնակի այցելության բժշկական ձևերի – ՆՄԲԿ-ի վիրաբուժական փոխալների ամփոփ բանկի գնահատման համար: Ներագոյությունն ուղղված է եղել պարզաբանելու հետ–յալը.

1. Արդյո՞ք ՄՄԿ-ում օգտագործվող առաջնակի այցելության սահմանված տեղեկություններ պարունակող բժշկական ձևերը (Բ2) փոխալների

համապատասխան աղբյուր են՝ ՆՄԲԿ-ում որակի ապահովմանն ուղղված ձեռնարկումների – հեղափոխական աշխատանքների իրականացման համար

2. Արդյո՞ք վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկը փվյալների համապատասխան աղբյուր է՝ ՆՄԲԿ-ում որակի ապահովմանն ուղղված ձեռնարկումների – հեղափոխական աշխատանքների իրականացման համար

Նեղագրության հիմնական նպատակն է եղել.

1. Գնահատել համապատասխանությունը հիվանդ-բժիշկ հանդիպման ուղղակի դիտարկման փվյալների («ոսկի սրանդար») – բժշկական գրառումների միջ-:
2. Գնահատել համապատասխանությունը բժշկական գրառումների («ոսկի սրանդար») – վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի միջ-:
3. Գնահատել առաջնակի այցելության բժշկական ձ-երի – վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի հավաստիությունը (զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը):

Նեղագրության կոնկրետ խնդիրներն են եղել.

1. Պարզաբանել առաջնակի այցելության ձ-երի – վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի լիարժեքությունը՝ ՆՄԲԿ-ում որակի ապահովման ծրագիր – հեղափոխական աշխատանք ծավալելու առումով:
2. Նեղագրել առաջնակի այցելության ձ-երում – վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկում պարունակվող փվյալների հավաստիությունը:
3. Առաջարկություններ անել ՆՄԲԿ-ում հիվանդների վերաբերյալ փվյալների հավաքման աշխատանքները բարելավելու համար:

ԳԳ-Ն2 ծրագիրը եղել է ներքին գնահատում՝ առաջարկված – իրականացված ԱԾՆԶԿ-ի – ՆՄԲԿ-ի կողմից: Ծրագրի նպատակն է եղել ուսումնասիրել բժշկական գրառումների – վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի ստույգությունն ու լիարժեքությունը, քանի որ ցուցաբերված բուժօգնության որակի մասին պատկերացում կազմելու համար փվյալների այս աղբյուրներից կարելի է օգտվել միայն այն բանից հետո, երբ դրանց հավաստիությունն ու լիարժեքությունը հաստատված են: Բարձրորակ փվյալների բանկի առկայությունը նա– հնարավորություն է ստեղծում բուժման արդյունքների արդարացի համեմատություն կատարել ժամանակի ընթացքում – փարբեր նմանապիպ բուժհաստատությունների միջ–, ինչպես նա– ունենալ համապատասխան փվյալներ գիտական ուսումնասիրություններ անցկացնելու համար: Սույն հեղափոխության արդյունքները կարող են հիմք հանդիսանալ հիվանդների մասին փվյալների հավաքման գործընթացի բարելավման ուղղությամբ առաջարկություններ մշակելու համար, որոնց ներդրումը կնպաստի բուժօգնության որակի – բուժման արդյունքների հեղափոխական բարելավմանը ՆՄԲԿ-ում: Սույն հեղափոխության արդյունքները պետք է հաշվի առնվեն ՆՄԲԿ-ի կլինիկական – վարչական ղեկավարների կողմից՝ որոշումներ կայացնելիս, որակի ապահովման ծրագրեր նախաձեռնելիս – հեղափոխական աշխատանքներ պլանավորելիս:

2. ՆՄԲԿ-Ի ՄԵԾԱՏԱՍԱԿՆԵՐԻ ՍՐՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎՈՂ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ԳՆԱՏԱՏՈՒՄ

2.1. ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

2.1.1. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԴԻԶԱՅՆԸ

Ներագոյության դիզայնը նախատեսել է միանվագ ուսումնասիրություն՝ ուղղակի դիտարկումների – բժշկական գրառումների ուսումնասիրության մեթոդների կիրառմամբ: Առաջին այցելության ժամանակ լրացվող սահմանված տեղեկություններ պարունակող բժշկական ձ–երի (ԲՁ) հավաստիությունն ու լիարժեքությունը գնահատվել են՝ գրանցված տեղեկությունները համեմատելով հիվանդ-սրբաբան փաստացի հանդիպումների դիտարկման փյուջաների հետ՝ վերջինս համարելով «ոսկի սրանդար»:

Նույն մոտեցմամբ, վիրաբուժական փյուջաների ամփոփ բանկի հավաստիությունն ու լիարժեքությունը գնահատվել են՝ փյուջաների բանկ մուտքագրված տեղեկությունները համեմատելով բժշկական գրառումներում գրանցված համապատասխան փյուջաների հետ՝ վերջինս համարելով «ոսկի սրանդար»:

Տվյալների որ–է աղբյուրի լիարժեքությունը գնահատելիս սովորաբար հաշվի են առնվում երկու գործոն՝ գնահատվող աղբյուրում գրանցված փյուջաների համապատասխանության աստիճանը սկզբնաղբյուրում եղած փյուջաների հետ, – տեղեկությունների այն ամբողջությունը, որ պետք է արտացոլվեր գնահատվող աղբյուրում՝ ըստ փյուջա բուժաստիությունում սահմանված սրանդարների: Առաջին գործոնն արտացոլում է որակը՝ վարչական առումով, մինչդեռ երկրորդը՝ ցուցաբերվող բուժօգնության առումով: Ժամանակի սահմանափակության պարճառով սույն ներագոյությունը չի անդրադարձել փյուջաների աղբյուրի լիարժեքությունը պայմանավորող երկրորդ գործոնի ուսումնասիրությանը: Բժշկական գրառումների հավաստիությունը սահմանվել է որպես դրանց համապատասխանության աստիճան ուղղակի դիտարկման արճանագրության հետ, իսկ վիրաբուժական փյուջաների ամփոփ բանկի հավաստիությունը սահմանվել է որպես դրա համապատասխանության աստիճան բժշկական գրառումների հետ:

2.1.2. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԸ

Ընդհանրապես, ՄՄԿ-ում հիվանդ-բժիշկ հանդիպումները նշանակվում են նախնական հերթագրությամբ, որը կատարվում է՝ հաշվի առնելով հիվանդի վիճակի ծանրության աստիճանը: Բացառություններ են արվում հեռավոր շրջաններից – այլ երկրներից եկած հիվանդների համար, ինչպես նա–՝ նրանց, ովքեր ունեն շտապ միջամտության կարիք: Այսպիսի դեպքերում հիվանդն ընդունվում է դիմելու օրը: Կլինիկայում աշխատում են երեք կլինիկական օրդինատոր – հինգ սրբաբան: Սրբաբաններից յուրաքանչյուրը շաբաթական մեկ օր կրում է առաջնակի հիվանդների ընդունման պատասխանատվությունը: Կլինիկական օրդինատորները հիվանդի առողջական վիճակի գնահատումն ու բուժման նշանակումն իրականացնում են ինքնուրույն, սակայն՝ սրբաբանի հսկողությամբ: Յուրաքանչյուր հիվանդի զարկերակային ճնշման չափումն ու էլեկտրասրբագրությունը, ինչպես նա–՝ նրա անկետային փյուջաների – վնասակար սովորույթների մասին փյուջաների գրանցումն իրականացնում են բուժքույրերը: Բժիշկները կատարում են հիվանդի օբյեկտիվ

հեղափոխությունը, էխոկարդիոգրաֆիան – այլ միջամտություններ – գրանցում են կինիկական փոփոխությունները (անամնեստիկ փոփոխություններ, գանգապները, ախտորոշիչ հեղափոխությունների արդյունքները – այլն):

Սույն հեղափոխության ընթացքում ամեն անգամ դիտարկվել է միայն մեկ հիվանդ-բժիշկ հանդիպում: Եթե մի-նույն ժամանակ նշանակված են եղել մեկից ավելի հիվանդ-բժիշկ հանդիպումներ, դիտարկողն ընտրել է առաջինը սկսած հանդիպումը – այս կերպ դիտարկել է այնքան հանդիպումներ, որքան նախատեսված է եղել դիտարկելի փոփոխությունների մոտ:

Բժշկական ձ-երը դիտարկվել են հիվանդ-սրտաբան փաստագրի հանդիպումների արձանագրությունից մոտ 30 օր անց: Այս ընդմիջումն անհրաժեշտ է համարվել՝ նվազագույնի հասցնելու համար այն հավանականությունը, որ սրտաբանը կամ օրդինատորը լրացումներ/փոփոխություններ կկատարեն գրառումներում: Գրառումներն ու դիտարկումները համարվել են համապատասխանող, եթե երկուսն էլ պարունակել են միանման փոփոխություններ փոփոխ կոնկրետ հարցի վերաբերյալ: Նարկոզից հետո ընդգրկված յուրաքանչյուր հարցի փոփոխությունը է 0-1 միավոր, ընդ որում՝ 1-ը նշանակել է լրիվ համապատասխանություն, 0-ից 1-ի միջ- ընկած միավորները՝ մասնակի համապատասխանություն, իսկ 0-ն՝ լրիվ անհամապատասխանություն: Միավորները նշանակվել են «շաղկապներ»՝ նա- ոչ լիարժեք գրանցումների համար: Այսպես. եթե հանդիպման ժամանակ հիվանդը նշել է, որ կրծքավանդակի շրջանում ցավեր, հ-ոց – օրթոպեդիկ չունի, սակայն գանգապվել է անկանոն սրտադարկից – հաճախակի ուշաթափություններից, իսկ գրառումներում գրանցված է եղել, որ հիվանդը որ-է այլ գանգապ չի ունեցել, բացի առիթմախախտություն – սինկոպի հաճախակի էպիզոդներից, բոլոր հինգ հարցերին էլ փոփոխություն է 1 լրիվ միավոր: Եթե հիվանդը հայտնել է 3 ուղեկցող հիվանդությունների առկայության մասին, բայց դրանցից միայն երկուսն են գրանցվել, մասնակի (այս դեպքում՝ 0.67) միավոր է փոփոխություն ուղեկցող հիվանդությունների մասին հարցին: Միավորների փոփոխումն սկզբունքային է կիրառվել, եթե նշված ուղեկցող հիվանդությունների թիվը համապատասխանել է գրանցվածին, սակայն նշված ուղեկցող հիվանդություններից մեկը եղել է այլ, քան՝ բժշկական ձ-ում գրանցվածը:

Ճիշտ է, սակայն, այն, որ հիվանդի առաջնակի այցի բժշկական ձ-երի մեջ պետք է նշվեն ոչ միայն այն նշանները, որոնց առկայությունը հաստատվել է, այլ- նրանք, որոնց առկայությունը ժխտվել է: Այս պնդումը հիմնված է գրականության փոփոխությունների վրա, որոնցում շեշտվում է կար-որությունը՝ արձանագրելու նա- ախտանիշների բացակայության փաստը [13].

2.1.3. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԲՅԱՇԱՐԸ

Նարկոզարը կազմվել է առաջնակի այցելության բժշկական ձ-ի բովանդակության հիման վրա – պարունակել է 22 հարց՝ որոնցից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ բժշկական գրառումներում գրանցված փոփոխությունների հավաստիության ու լիարժեքության գնահատումն է եղել հեղափոխության առարկան: Նարկոզարի մեջ մտնում են ավելի հաճախակի սրտաբանային ախտանշաններ, ինչպիսիք են՝ ախտորոշումը, ընդունվող դեղորայքը (ներկա բուժումը), նշանակված ախտորոշիչ հեղափոխությունները, ախտաբանի առկայությունը: Որոշ գործոններ, որոնք ավելի քիչ են ուշադրություն գրավում բժշկական սրտագրումների ժամանակ, օրինակ՝ հիվանդի գանգապներն ու նախկինում փորձված վիրաբուժական միջամտությունները, նույնպես մտնում են նարկոզարի մեջ: Նարկոզարը պատրաստվել է հեղափոխողի կողմից՝ ԳԳ-

Ն2 ծրագրին աջակցող սրտաբանի մասնակցությամբ: Նարցաշարի մեջ ներմուծված բոլոր հարցերը համարվել են կար–որ – անհրաժեշտ որակի ապահովման – հեղափոխական աշխատանքների համար, – բոլորին տրվել է համանման «կշիռ»՝ համապատասխանության ընդհանուր գործակիցը հաշվարկելիս:

Ներագրության բնույթը հաշվի առնելով, հարցաշարը կազմվել է այնպես, որ հեշտացնի փոխառնի հավաքումը, ոչ թե՛ դրանց մուտքագրումը համակարգիչ: Այդ պարճառով էլ այն պարունակել է ինչպես փակ, այնպես էլ բաց հարցեր (հավելված 2): Բաց հարցերը նախատեսված են եղել ընդհանրական անամնեզի, ուղեկցող հիվանդությունների, նախկինում փարած վիրահատական միջամտությունների, ներկա բուժման – նշանակված արյան հեղուկությունների համար: Յուրաքանչյուր հարցին տրվելիք հնարավոր պատասխանները –ս փարբեր են եղել՝ կախված հարցի բնույթից: Այն հարցերը, որոնք վերաբերվում են բուժաշխատողի կողմից փաստացիորեն իրականացվող հեղափոխություններին, օրինակ՝ օբյեկտիվ քննությանը, էլեկտրասրտագրությանը, էխոսրտագրությանը, արյան, ռենտգենաբանական հեղափոխության, արեդմիլի կամ սրտի կատետրիզացիայի նշանակմանը, ունեցել են այդ/ոչ պատասխաններ: Մյուս հարցերը, օրինակ՝ լարվածության սպենտկարդիան, հ–ոցը լարվածության ժամանակ, առիթմիան, օրթոպնեն, ընդհանրական անամնեզը, ալերգիան, ուղեկցող հիվանդությունները, ներկա բուժումը, նախկինում փարած վիրահատական միջամտությունները – ծխելը, ունեցել են 1/2/3 պատասխաններ: Օրինակ՝ երբ առաջին այցելության ժամանակ քննարկվել է որ–է գանգալի առկայությունը – հիվանդը նշել է, որ ունի այդ գանգալը, նշվել է 1՝ որպես փոխառն հարցի պատասխան: Երբ հարցը բարձրացվել է, – հիվանդը նշել է, որ չունի այդ գանգալը, որպես պատասխան նշվել է 2: Վերջապես, պատասխանը նշվել է 3, եթե փոխառն հարցը չի քննարկվել առաջնակի այցելության ժամանակ: Պատասխանների փոքրամասն նույն մոտեցումն է կիրառվել բժշկական գրառումների դիտարկման ժամանակ, որը հնարավորություն է տվել ընդգրկել հիվանդի թե՛ հասարակական, թե՛ ժխտական պատասխանները: Ներագրողը մշակել է ցուցումներ, թե ինչպիսի պատասխաններ պետք է ընտրել հնարավոր փարբեր դեպքերում՝ ուղղակի դիտարկումների ժամանակ կամ բժշկական գրառումները դիտարկելիս (հավելված 3 – հավելված 4՝ համապատասխանաբար), այնպես, որ բժշկական կրթություն չունեցող անձը –ս, կարճապ– ուսուցում անցնելուց հետո, կարող է հավաքել պահանջվող փոխառնները:

Ախտորոշումը, առաջարկվող բուժումը – առողջ ապրելակերպի մասին փորձերը/սովորաբար հաղորդվում են հիվանդին – նրա ընդհանրիկ անդամներին այն բանից հետո, երբ սրտաբանը ստանում է նշանակված հեղափոխությունների պատասխանները: Այդ հեղափոխությունների կատարումը պահանջում է 30-45 րոպե: Ժամանակի սղության պարճառով որոշվել է, որ չդիտարկվի հիվանդ–բժիշկ համդիպման այս երկրորդ մասը, այդ պարճառով էլ դիտարկվել է առաջնակի այցի միայն առաջին մասը:

Նարցաշարը ենթարկվել է նախնական փորձարկման 9 հիվանդի ընդգրկմամբ, որոնք դիմել են ՄՄԿ առաջնակի այցով: Որոշ խնդիրներ են ծագել՝ կապված «ներկա բուժման» – «գարկերակային արյան ճնշման չափման» հարցերի հետ: ՄՄԿ դիմելու պահին որոշ հիվանդներ արդեն ստանալիս են եղել հակա-հիպերտենզիվ –/կամ հակա-անգինալ բուժում: Որոշ դեպքերում, երբ բժիշկը որոշել է նշանակել նույն դեղորայքը, ինչ հիվանդն արդեն իսկ ստանում է, առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երում որպես առաջարկվող բուժում նշվել է հիվանդի կողմից արդեն իսկ ընդունվող դեղորայքը: Մա թույլ չի տվել փարբերակել սրտաբանի կողմից նոր նշանակված դեղորայքը այն դեղորայքից, որ հիվանդն արդեն ստանալիս է եղել նախքան

սրբաբանին դիմելը: Նեպ–աբար, եթե հիվանդի ներկա բուժման մասին հարց է փոխվել դիտարկման ժամանակ, – պատասխանը եղել է դրական, բայց այդ բուժումը բժշկական ձ–ում չի գրանցվել հենց որպես ներկա բուժում, դա համարվել է անհամապատասխանություն:

Նարցաշարի նախնական փորձարկումը ցույց է տվել նա–, որ բուժքույրերը արյան ճնշումը չափում են հիվանդի նստած կամ կանգնած դիրքում: Նայրնի է, որ արյան ճնշումը կարող է փոխվել՝ հիվանդի դիրքից կախված, հեպ–աբար, դա պետք է հաշվի առնվի բժշկի կողմից՝ չափման արդյունքները գնահատելիս: Այդ պարճառով էլ հարցաշարը ձ–ափոխվել է՝ գրանցելու համար ոչ միայն արյան չափումը կատարելու – արդյունքները գրանցելու փաստը, այլ նա– այն, թե բժշկական գրառումներում նշվել է արդյոք հիվանդի դիրքը՝ արյան ճնշումը չափելիս:

Նախնական փորձարկումը ցույց է տվել նա–, որ ուղեկցող հիվանդությունները ներառում են ոչ միայն այն հիվանդությունները, որ հիվանդն ունի ներկայումս, այլ նա– նրանք, որ նա փարել է անցյալում: Թե– նախկինում փարած հիվանդություններն ավելի շար առնչվում են անամնեզին, որոշվել է հիվանդությունների երկու խումբն էլ ներառել ուղեկցող հիվանդությունների մեջ:

Նախնական փորձարկման արդյունքները ցույց են տվել, որ որոշ հիվանդների նշանակվում է փրեդմիլ հեպրազոպություն – սրբի կապտերիզացիա՝ ախտորոշիչ նպատակներով: Տրեդմիլ հեպրազոպությունը կատարվում է ՆՄԲԿ-ից դուրս – հիվանդները ուղեգրվում են այն բուժհաստատություններ, որտեղ կարող են կատարել այս փեսարը: Սրբի կապտերիզացիան – փրեդմիլ փեսարը թանկ հեպրազոպություններ են – որոշ հիվանդներ ի վիճակի չեն վճարել դրանց համար, հեպ–աբար՝ այդ հեպրազոպությունների արդյունքները ոչ միշտ են ստացվում: Ինչ–է, այս հեպրազոպությունների նշանակման փաստը գրանցվում է առաջնակի այցելության ձ–երում – սույն հեպրազոպության ընթացքում գնահատվել է համապատասխանությունը այս հեպրազոպությունների բանավոր նշանակման – դրանց մասին գրանցման առկայության միջ–:

Սովորաբար, ծխելու մասին հարցը փոխվում է – պատասխանը գրանցվում բուժքույրերի կողմից՝ ընդունարանում: Առաջնակի այցելության ձ–ը կառուցված է այնպես, որ գրանցվում են հիմնականում հաստատական պատասխանները, – հազվադեպ՝ ժխտական (օրինակ՝ երբ հիվանդը չի ծխում, բայց միայն վերջերս է դադարել ծխել): Պատասխան 3-ը (ոչինչ չի գրանցված) նշանակվել է, երբ փոխյալ հարցի պատասխանը բացակայել է, քանի որ հնարավոր չի եղել փարբերակել, թե որ դեպքում է պատասխանի բացակայությունը նշանակում ժխտական պատասխան, իսկ որ դեպքում՝ պարզապես բացթողում:

2.1.4. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԸ

Առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երի գնահատմանը մասնակցության չափանիշները եղել են հեպ–յալը.

- առաջին անգամ ՄՄԿ դիմած հիվանդներ,
- փարիքը՝ 18 փարեկան – ավելի:

Նեպրազոպության մեջ չեն ընդգրկվել.

- առաջին անգամ ՆՄԲԿ դիմած այն հիվանդները, որոնք ունեցել են շրապ օգնության կարիք
- Կրկնակի քննությունների համար ՆՄԲԿ դիմած հիվանդները:

Ներագրության մեջ ընդգրկված հիվանդների թիվը որոշվել է STATA վիճակագրական ծրագրի (7.0 փարբերակ) միջոցով՝ համապատասխան բանաձևի (մեկ ընտրանքի համար, մասնաբաժնով) կիրառմամբ: Սրանուհար համապատասխանությունը եղել է 0.95, ենթադրվող համապատասխանությունը դիտարկումների – գրառումների միջ–՝ 0.85 (հիմնվելով մասնագիտական կարծիքի վրա), իսկ դիտարկելի նվազագույն փարբերությունը՝ 10%: Ներագրության 80% հզորության – 0.05 ալֆա սխալանքի պայմաններում մասնակիցների թիվը կազմել է 53: Այս թիվն ավելացվել է մինչ– 66՝ հաշվի առնելով այն հնարավոր խնդիրները, որ կարող են ծագել ծրագրի իրականացման ընթացքում:

Ներագրության մեջ կիրառվել է մասնաբաժնային (quota) ընտրանքի սկզբունքը: Յուրաքանչյուր բժշկի ընդունած հիվանդների այնպիսի թիվ է ընդգրկվել ընտրանքում, որ նրանց հարաբերակցությունը համամասն լինի այդ բժիշկների համեմատական աշխատանքային ծանրաբեռնվածությանը: ՆՄԲԿ-ում աշխատող հինգ մեծահասակների սրտաբաններից չորսը մասնակցել են հեղափոխությանը: Նրանց աշխատանքային միջին ծանրաբեռնվածությունը հաշվարկվել է առաջնակի այցելությանը երեք ամսվա ընթացքում ՄՄԿ ընդունված հիվանդների վարման փուլային հիման վրա: Հաշվարկվել է յուրաքանչյուր սրտաբանի վարած հիվանդների փոկոսը, – սրացված փոկոսային հարաբերակցությունը կիրառվել է ընտրված 66 ընտրանքի վրա՝ հաշվարկելու համար, թե յուրաքանչյուր սրտաբանի մոտ քանի այց պետք է դիտարկվի: Սրացվել է 17, 22, 12 – 15 հիվանդ՝ հեղափոխության մեջ ներգրավված 4 սրտաբանների համար:

2.2. ԷԹԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՏԱՌՈՒՄՆԵՐ

Ներագրության նախագիծը դիտարկվել է – հաստատվել Հայաստանի Ամերիկյան համալսարանի (ՆԱՏ) Հանրային առողջապահության բաժնի Համալսարանական դիտարկման հանձնաժողովի (ՆԴՏ) կողմից (հավելված 5): Հիվանդներին –/կամ սրտաբաններին չի առաջարկվել համաձայնագրի ձ–: Ներագրությունը ներկայացրել է նվազագույն վրանգ հիվանդների համար, քանի որ սպասվող վնասի կամ անհարմարության հավանականությունը եղել է ոչ ավելի, քան առօրյայում կատարվող օբյեկտիվ կամ հոգեբանական հեղափոխության ժամանակ: Առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երի դիտումը պաշտոնական ՆԱՏ/ՆՄԲԿ ծրագրի մաս է կազմում, իսկ դրանց գնահատումը՝ ներքին գնահատման գործընթացի: Ավելին, բուժանձնակազմի առանձին անդամների (օրդինատորների – այլոց) ներկայությունը հիվանդի գնման ժամանակ անսովոր եր–ույթ չէ ՆՄԲԿ-ում: Այն դեպքերում, երբ հիվանդը անվստահ կամ անհարմար է զգացել հեղափոխողի ներկայությունից, հիվանդի ցանկությունը հարգվել է: Ներագրությանը մասնակցել են միայն այն սրտաբանները, որոնք ցանկացել են մասնակցել – բարեհաճ են եղել ՆԱՏ/ՆՄԲԿ ծրագրի ձեռնարկումների նկարմամբ: Ներագրությանը մասնակցության սրտաբանների համաձայնությունը ձեռք է բերվել նախքան այն ձեռնարկելը:

Ներագրությունը ենթադրել է հիվանդների անունների գրանցում, քանի որ մասնակիցների բժշկական ձ–երը պետք է հեղափոխում դիտարկվեին: Բժշկական ձ–երը դիտարկվել են հիվանդանոցում՝ գաղտնիությունն ապահովելու համար: Բացի այդ, հիվանդների անունները կողավորվել են – մրցվել համակարգիչ առանձին ֆայլով, որը

տվյալների վերլուծությունից հետո ոչնչացվել է: Տվյալները մաքսելի են եղել միայն ՆՏԾ խորհրդարանների – անմիջական հեղափոխողի համար:

2.3. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՍԱՆՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐԸ

Նեղագրությունը ներառել է հիվանդների այցի ուղղակի դիտարկումներ, որոնք կարող էին ազդել բուժաշխատողի վարքագծի – գրառումների վրա: Ինչ–է, հիվանդի այցի ուղղակի դիտարկումների – համաձայնագրի ազդեցությունը բուժաշխատողի վարքագծի վրա գնահատվել է Ջոնս Նոփկինսի հիվանդանոցի Harriet Lane-ի առաջնակի բուժապատասխանի ծրագրի շրջանակներում – ծրագրի մասնակիցների համար եղել է վիճակագրորեն ոչ հավասարի [9]: Նաշվի առնելով այս հանգամանքը – ծրագրի ինքնա-գնահատողական բնույթը, չդիտարկված այցերից հետո լրացված բժշկական գրառումների լրացուցիչ դիտարկումը համարվել է ավելորդ:

Նեղագրության արդյունքների փարամման հնարավորությունը հիվանդանոցի այլ նմանատիպ գործունեության ձ–երի վրա եղել է սահմանափակ, քանի որ ուսումնասիրվել են միայն առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երը ՄՄԿ-ում: Բացի այդ, փոքր ընտրանքն ընձեռել է սահմանափակ հնարավորություն՝ գնահատելու համապատասխանության գործակցի փոփոխությունները՝ կախված հիվանդի ախտորոշումից, սեռից, ինչպես նա– այն բանից, թե որ սրտաբանը կամ սրտաբան-օրդինատոր գույզն են վարել հիվանդին: Այնուամենայնիվ, հեղափոխության արդյունքում սրացվել են նախնական տվյալներ առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երի աղեկավարության մասին, որը հիմք է տալիս համապատասխան եզրահանգումներ – առաջարկություններ անելու:

Նամապատասխանության փոփոխի վերլուծությունը իրականացվել է՝ ներառելով այն դեպքերը, երբ տվյալ հարցը չի բարձրացվել առաջին այցելության ժամանակ կամ տվյալ հեղափոխությունը չի կատարվել, որը հանգեցրել է համընդհանուր – ամեն հարցին վերաբերվող համապատասխանության փոփոխության արհեստական բարձրացման: Սա կարելի է համարել վերլուծության թերությունը:

2.4. ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Տվյալների վերլուծությունն իրականացվել է MS Excel – SPSS 10.0 համակարգչային վիճակագրական ծրագրերի միջոցով: Ինչպես նշվել է ավելի վաղ, հարցաշարը կազմված է եղել այնպես, որ հեշտացներ տվյալների հավաքումը, ոչ թե՛ դրանց մուտքագրումը համակարգչային ծրագիր: Արդյունքում, հարցաշարի կառուցվածքը – համակարգչային ծրագիր տվյալների մուտքագրման ձ–ը որոշ հարցերի, օրինակ՝ արյան ճնշման, պերիֆերիկ հեմոդինամիկայի – բաց հարցերի համար եղել է փոփոխ: Պատահական սխալների հավանականությունը նվազեցնելու համար իրականացվել է տվյալների կրկնակի մուտքագրում, որը սխալների շրվման հնարավորություն է ընձեռել:

Նեղագրության մեջ ընդգրկվել են 66 հիվանդ: Մասնակցող 4 սրտաբանների վարած հիվանդների թվաքանակն ընտրանքում կազմել է՝ 17 (25.8%), 22 (33.3%), 12 (18.2%) – 15 (22.7%): Բոլոր հիվանդների առաջնակի այցելության գրառումները դիտարկվել են: Սրտաբանները միայնակ իրականացրել են հիվանդների վարումը դիտարկված դեպքերի 57.6%-ում, մնացած դեպքերում հիվանդին վարել է կլինիկական օրդինատոր-սրտաբան գույզը: Տղամարդիկ կազմել են դիտարկված հիվանդների

56.1%-ը, իսկ կանայք՝ 43.9%-ը: Այցերի դիտարկումների միջին արժեքները կազմել է 29 բույս՝ ստանդարտը 10 բույսից 1 ժամ 40 րոպեի սահմաններում (ստանդարտը շեղումը՝ 12 րոպե): Գրառումների դիտարկման միջին արժեքները եղել է 4 բույս՝ ստանդարտը 2-ից 10 բույսի սահմաններում (ստանդարտը շեղումը՝ 1 րոպե):

2.4.1. ՆԱԿԱԿԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏՈԿՈՍԸ

Նամապարասխանության միջին միավորը կազմել է 16.7 (ս₂=1.83, նվազագույնը=13, առավելագույնը=20) (աղյուսակ 1), որը նշանակել է 69.8% համապարասխանություն, այն դեպքում, երբ առավելագույն հնարավորը եղել է 24 (հարցաշարում ներառված հարցերի թիվը):

Աղյուսակ 1. Միջին միավորը – համապարասխանության փոկոսը յուրաքանչյուր հիվանդի համար

Նվազագույնը	Առավելագույնը	Միջինը	Ստանդարտ շեղումը	Նամապարասխանության %-ը
13	20	16.74	1.83	69.8

Նախնական վարկածն այն մասին, որ դիտարկումների – գրառումների միջ– համապարասխանության փոկոսը կկազմի 85%, ստուգվել է մեկ ընտրանքի համար նախատեսված t-տեսքի միջոցով: Ներագոյության նախնական վարկածը դիտարկումների – գրառումների միջ– 85% համապարասխանության մասին ժխտվել է (p<0.000) (աղյուսակ 2): Նամապարասխանության իրական միջին փոկոսը եղել է ենթադրվածից 15.23%-ով ցածր (95% վստահելիության միջակայքը՝ 13.36%, 17.11%):

Աղյուսակ 2. Իրական – ենթադրված համապարասխանության փոկոսները – նրանց միջին փարբերությունը 95% վստահելիության միջակայքում*

Հիվանդների %-ը	Իրական միջինը (X)	Ենթադրված միջինը (Y)	Միջին փարբերությունը (X-Y)	Ստանդարտ շեղումը	Նավաստիության մակարդակը (2-կողմանի)	95% վստահելիության միջակայքը	
						Ստորին սահմանը	Վերին սահմանը
66	69.78%	85%	-15.23%	7.62	.000	-17.11%	-13.36%

Առանձին-առանձին հաշվարկվել են համապարասխանության փոկոսները հիվանդի գանգապների, անամնեստիկ փոխյալների, օբյեկտիվ քննության փոխյալների, կատարված հետազոտությունների, նշանակված հետազոտությունների – հիվանդի ծիւղու փաստի համար (հավելված 6): Պարզվել է, որ հիվանդի գանգապները համապարասխանել են 70.83%-ով, անամնեստիկ փոխյալները՝ 52.73%-ով, օբյեկտիվ քննության փոխյալները՝ 60.61%-ով, իսկ կատարված – նշանակված հետազոտությունները համապարասխանել են 100%-ով – 97.35%-ով համապարասխանաբար: Ամենից ցածր համապարասխանության փոկոս նկատվել է վնասակար սովորությունների (ծխելու) համար՝ 45.45% (աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3. Նամապարասխանության փոկոսն ըստ ոլորտների

Ոլորտը	Նամապարասխանության %-ը	Նամապարասխանության բնույթը
Հիվանդի գանգապներ	70.83	լավ
Անամնեստիկ փոխյալներ	52.73	վատ
Օբյեկտիվ քննության փոխյալներ	60.61	լավ
Իրականացված հետազոտություններ*	100	գերազանց
Նշանակված հետազոտություններ**	97.35	գերազանց

Ծխելը	45.45	վար
-------	-------	-----

*Կարարված տեսքերի մեջ մտնում են էլեկտրասրբազրությունն ու էխոսրբազրությունը

** Նշանակված հեղափոխությունների մեջ մտնում են ռենտգենագրաֆիան, արյան քննությունները, փրեդմիլը – սրբի կարտերիզացիան

Ամեն առանձին հարցի համապարասխանության տոկոսը –ս հաշվարկվել է՝ 66-ը (դիտարկումների թիվը) համարելով կարարյալ միավոր: Արդյունքները ներկայացված են հավելված 7-ում: Նամապարասխանության տոկոսը բավականին ցածր է եղել լարվածության ժամանակ հ–ոցի, ուղեկցող հիվանդությունների, նախկինում փարած վիրաբուժական միջամտությունների, բնային զարկերակի աուսկուլյացիայի, հիվանդի ծխելու, ընդամենական անամնեզի, ներկա բուժման, արյան ճնշումը չափելիս – պերիֆերիկ պուլսը գնահատելիս հիվանդի դիրքի համար: Նամապարասխանության ցածր տոկոսն այս հարցերի համար հիմնականում պայմանավորված է եղել հայրնաբերված նշանների թեր-գրանցմամբ:

2.4.2 ԳՐԱՆՑՈՒՄՆԵՐԻ ԲՆՈՒՅԹԸ

Ուսումնասիրվել է գրանցումների կարարման բնույթը՝ բացահայտելու համար հաստատված – ժխտված ախտանիշների/նշանների թեր- կամ գեր- գրանցման միտումը – հիվանդի գանգապների, անամնեստիկ տվյալների ու վնասակար սովորույթների գրանցման անկարարությունները: Ուսումնասիրվել է նա– օբյեկտիվ քննության տվյալների – հիվանդներին նշանակված – կարարված տեսքերի մասին գրանցումների կարարման բնույթը:

Նիվանդի գանգապներին, անամնեստիկ տվյալներին – հիվանդի սովորույթներին վերաբերվող թե՛ հաստատական, թե՛ ժխտական պարասխանների թեր-գրանցումը հաշվարկվել է որպես բժշկական ձ–երում չգրանցված պարասխանների տոկոս՝ բոլոր այն պարասխանների թվից, որոնք սրացվել են հիվանդ-բժիշկ փաստացի հանդիպման ընթացքում: Նաստատական պարասխանների թեր-գրանցումը սահմանվել է որպես գրանցված հաստատական պարասխանների տոկոս՝ հանդիպման ընթացքում սրացված բոլոր հաստատական պարասխանների թվից: Նույն կերպ, ժխտական պարասխանների թեր-գրանցումը սահմանվել է որպես գրանցված ժխտական պարասխանների տոկոս՝ հանդիպման ընթացքում սրացված բոլոր ժխտական պարասխանների թվից: Այս ոլորտներին վերաբերվող պարասխանների գեր-գրանցումը հաշվարկվել է որպես այն պարասխանների տոկոս, որոնք չեն սրացվել փաստացի հանդիպման ընթացքում՝ բոլոր գրանցված պարասխանների թվից:

Օբյեկտիվ քննության տվյալների – նշանակված ու կարարված հեղափոխությունների համար թեր-գրանցումը հաշվարկվել է որպես բժշկական ձ–երում չգրանցված արդյունքների տոկոս այն հեղափոխությունների թվից, որոնք իրականացվել են փաստացի հանդիպման ընթացքում: Նույն կերպ, գեր-գրանցումը հաշվարկվել է որպես չիրականացված հեղափոխությունների տոկոս՝ բոլոր բժշկական ձ–երում գրանցված արդյունքների թվից:

Ընդհանուր առմամբ, հիվանդի գանգապների – անամնեստիկ տվյալների ոչ ճիշտ գրանցման դեպքեր չեն նկատվել, սակայն թեր-գրանցումն այս ոլորտներում կազմել է 42.16% – 77.56% համապարասխանաբար: Նիվանդի ծխելու հանգամանքը ոչ ճիշտ է գրանցվել դեպքերի 7.32%-ում, իսկ դրա թեր-գրանցումը կազմել է 68.29% (աղյուսակ 4):

Աղյուսակ 4. Գրանցումների կատարման բնույթը (%) հիվանդի գանգառների, անամնեստիկ փվյալների – ծխելու հանգամանքի վերաբերյալ

Ոլորտ	Նաստարական – ժխտական պատասխանների թեր-գրանցում	Նաստարական պատասխանների թեր-գրանցում	Ժխտական պատասխանների թեր-գրանցում	Ոչ ճիշտ գրանցում	Գեր-գրանցում
Գանգառներ	42.16	18.75	60	0	0
Անամնեստիկ փվյալներ	77.56	72.22	92.31	0	8.33
Վնասակար սովորույթներ	68.29	26.67	92.31	7.32	27.78

Այս ոլորտներում ընդգրկված յուրաքանչյուր հարցի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ հաստարական պատասխանների թեր-գրանցումն առավել հաճախ է նկատվում առիթմիան, շնչելիս՝ հարկադրական դիրքը (օրթոփնոտ), ալերգիան –, հարկապես, ընթանեկան անամնեստիկ ու ներկա բուժումը գրանցելիս: Ժխտական պատասխանների թեր-գրանցումը եղել է փարածված լարվածության սպենոկարդիան, առիթմիան, օրթոփնոտեն, ներկա բուժումը, ուղեկցող հիվանդությունները, նախկինում փարած վիրահատությունները – հիվանդի ծխելու հանգամանքը գրանցելիս (հավելված 8):

Կիրառվել է անկախության X^2 փեսսը՝ պարզաբանելու համար հնարավոր առնչությունը ծխելու մասին հարց տալու – հիվանդի սեռի միջ–: Պարզվել է, որ կապ կա հիվանդի հետ ծխելու հարցը քննարկելու – նրա սեռի միջ–. ծխելու հարցին անդրադառնալու հավանականությունը (odds ratio) 3,8 անգամ ավելի մեծ է, եթե հիվանդը փղամարդ է (աղյուսակ 5):

Աղյուսակ 5. Ծխելու մասին հարցի փրման հաճախականությունը՝ ըստ հիվանդի սեռի

	Տղվել է	Չի փրվել	Նիվանդների թիվը	Տոկոսը
Տղամարդիկ	28	9	37	75.68
Կանայք	13	16	29	44.83
Ընդամենը	41	25		
Նավանականությունների հարաբերակցությունը = 3.82906			95% վստահելիության միջակայքը	
			Ստորին սահման	Վերին սահման
Pr>chi2 = 0.0103			1.194321	12.55209

Օբյեկտիվ քննության արդյունքների – նշանակված ու կատարված հետազոտությունների մասին գրառումների ուսումնասիրությունը ցույց է տվել նշանակված փեսսերի թեր-գրանցումների որոշ միփում (9.72%), ինչպես նա՝ օբյեկտիվ քննության արդյունքների թե՛ թեր-(29.32%), թե՛ գեր-գրանցումներ (28.13%) (աղյուսակ 6): Նիվանդների անցած հետազոտությունների թեր- կան գեր-գրանցումներ ընդհանրապես չեն նկատվել:

Աղյուսակ 6. Օբյեկտիվ բնության, կատարված – նշանակված հեղափոխությունների գրանցման բնույթը (%)

Ոլորտ	Թեր-գրանցում	Գեր-գրանցում
Օբյեկտիվ բնություն	29.32	28.13
Կատարված հեղափոխություններ	0	0
Նշանակված հեղափոխություններ	9.72	0

Յուրաքանչյուր առանձին հարցի գրանցման բնույթի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ արյան ճնշման չափման արդյունքները, արյան հեղափոխությունների – սրտի կադերերի զացիայի նշանակումը գրանցվել են անթերի (0% թեր- – գեր-գրանցումներ): Թեր-գրանցումները եղել են զգալի՝ արյան ճնշումը չափելիս հիվանդի դիրքը (պառկած կամ նստած), պերիֆերիկ պուլսի գնահատումը, քնային զարկերակի աուսկուլյացիան – կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հեղափոխության նշանակումը գրանցելիս: Գեր-գրանցում նկատվել է թոքերի աուսկուլյացիայի, որովայնի շոշափման, պերիֆերիկ պուլսի գնահատման, պերիֆերիկ պուլսի գնահատման ժամանակ հիվանդի դիրքի – քնային զարկերակի աուսկուլյացիայի գրանցման ժամանակ (հավելված 9):

2.4.3. ՄԻՋԻՆ ՆԱՄԱԿԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԱԿՑԻ ՏԱՐԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ԸՍՏ ՆԻՎԱՆԴԻ ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ, ՍՐՏԱԲԱՆՆԵՐԻ ՄԻՋԵՎ ԵՎ ՍՐՏԱԲԱՆ-ՕՐԴԻՆԱՏՈՐ ԶՈՒՅԳԵՐԻ ՄԻՋԵՎ

Նեղագրվել են համապատասխանության միջին գործակցի հնարավոր փոփոխումները՝ կախված մի շարք գործոններից: Անհամապատասխանությունների միակողմ վերլուծության փոստի (ANOVA) միջոցով ստուգվել է այն վարկածը, որ համապատասխանության միջին գործակցից նույնն է՝ անկախ հիվանդի նախնական ախտորոշումից կամ այն բանից, թե ո՞ր սրտաբանն է իրականացրել հիվանդի առաջնակի զննումը: Կատարվել է F-փոստ՝ որոշելու համար, թե արդյո՞ք համապատասխանության միջին գործակցից նույնն է փոքր սրտաբանների մոտ: Նամաձայն ՄՄԿ-ում կիրառվող դասակարգման, հիվանդների ախտորոշումները դասվում են վեց խմբի, որոնցից մեկը (ոչ ու-մասրիկ ձեռքերովի սրտի հիվանդություն) հեղափոխված ընտրանքում հանդիպել է միայն մեկ հիվանդի մոտ: Որպեսզի հնարավոր լիներ կատարել նշված վիճակագրական վերլուծությունը՝ պարզաբանելու համար համապատասխանության միջին գործակցի հնարավոր փոփոխությունները՝ կախված հիվանդի ախտորոշումից, այս միակ դեպքը դուրս է թողնվել վերլուծությունից:

ANOVA փոստով պարզվել է, որ համապատասխանության միջին գործակցի փոփոխությունները եղել են վիճակագրորեն ոչ հավասարի ինչպես փոքր նախնական ախտորոշումների դեպքում ($p=0.373$), այնպես էլ՝ փոքր սրտաբանների մոտ ($p=0.156$): ANOVA փոստի միջոցով ստուգվել է նաև՝ համապատասխանության միջին գործակցի փոփոխությունների հնարավորությունը՝ կախված այն բանից, թե հիվանդի զննումն ով է իրականացրել՝ սրտաբանը միայնակ, թե կլինիկական օրդինատորը՝ սրտաբանի վերահսկողությամբ (օրդինատոր-սրտաբան զույգ): Օրդինատոր-սրտաբան զույգերից մեկը զննել է ընտրանքում ընդգրկված հիվանդներից միայն մեկին: Նամաձայն ANOVA փոստի պահանջների, այս զույգը դուրս է թողնվել

վերլուծությունից: Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ համապարասխանության միջին գործակիցը եղել է հավասարիորեն փարբեր զույգերից մեկի (սրտաբան 2 – օրդինատոր 2) – սրտաբան 3-ի միջ–, ինչպես նա– նույն այդ զույգի – սրտաբան 4-ի միջ– (աղյուսակ 7):

Աղյուսակ 7. Նամապարասխանության միջին գործակցի փարբերությունները սրտաբանների – սրտաբանների վերահսկողությամբ աշխատող օրդինատորների միջ–

Սրտաբան + օրդինատոր (X)	Սրտաբան + օրդինատոր (Y)	Միջին փարբերությունը (X-Y)	Սրանդարդ սխալը	Նավաստիության մակարդակ	95% վստահելիության միջակայք	
					Վերին սահման	Ստորին սահման
30	22	3.2813	.8821	.032	.1280	6.4345
40	22	3.9786	.9890	.012	.4431	7.5141

ANOVA փեսպի միջոցով ստուգվել է նա– սրտաբանների միջ– փարբերությունների առկայությունը առանձին-առանձին յուրաքանչյուր հարցի գրանցման առումով: Վիճակագրորոն հավաստի փարբերություն հայտնաբերելու դեպքում կիրառվել է post-hoc փեսպ Բոնֆերոնիի ուղղումով՝ որպեսզի ալֆա սխալանքի հավանականությունը մնա 0.05, քանի որ բազմակի փեսպերի համար այս սխալանքի հավանականությունը 0.05-ից շար ավելի է:

ANOVA-ն – post hoc փեսպը ցույց են տվել, որ համապարասխանության միջին գործակիցները սրտաբանների միջ– եղել են հավաստիորեն փարբեր առիթմիայի, թոքերի աուսկուլպացիայի, որովայնի շոշափման – պերիֆերիկ պուլսի գնահատման գրանցման հարցում (աղյուսակ 8):

Աղյուսակ 8. Նամապարասխանության միջին գործակիցների փարբերությունները սրտաբանների միջ– առիթմիայի, թոքերի աուսկուլպացիայի, որովայնի շոշափման – պերիֆերիկ պուլսի գնահատման գրանցման հարցում

Նարցը	Սրտաբան (X)	Սրտաբան (Y)	Միջին փարբերությունը (X-Y)	Սրանդարդ սխալը	Նավաստիության մակարդակ	95% վստահելիության միջակայք	
						Վերին սահման	Ստորին սահման
Առիթմիա	3	4	.5379	.1512	.004	.1259	.9499
Թոքերի աուսկուլպացիա	2	5	.5412	.1374	.001	.1668	.9156
	3	5	.3727	.1298	.034	.0189	.7266
	4	5	.5167	.1502	.006	.1074	.9260
Որովայնի շոշափում	3	2	.4198	.1512	.044	.0763	.8319
Պերիֆերիկ պուլսի գնահատում	3	5	.4902	.1348	.003	.1226	.8577
	4	5	.5583	.1560	.004	.1333	.9834

2.4.4 ՆԱՎԱՍԻՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Որպես փվյալների աղբյուրի՝ առաջնակի այցելության բժշկական ձ-երի կիրառելիությունը որոշելու համար կատարվել է գրառումների հավաստիության ուսումնասիրություն: Որոշվել է զգայունությունն ու բնորոշությունը յուրաքանչյուր գրանցված ոլորտի համար: Դրական կանխորոշելիության չափը (positive predictive value) – ս հաշվարկվել է յուրաքանչյուր ոլորտի համար՝ որպեսզի պարզ դառնա, թե գրանցված հաստատական պատասխանների որ մասն է հաստատական իրականում:

Տիվանդներին նշանակված – կատարված հեղադրությունների մասին գրանցումների զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը եղել են 70% կամ ավելի: Գանգապների, անամնեստիկ փվյալների – վնասակար սովորույթների մասին գրանցումների զգայունությունը եղել է 70%-ից ցածր, սակայն բնորոշությունն ու դրական կանխորոշիչ ունակությունը եղել են 70% կամ ավելի բարձր: Բացառություն է կազմել ծխելու մասին գրանցումը, որի դրական կանխորոշիչ ունակությունը եղել է 70%-ից ցածր: Ի վարբերություն սրանց, օբյեկտիվ քննության մասին գրանցումների զգայունությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը եղել են 70% կամ ավելի բարձր, մինչդեռ բնորոշությունը՝ 70%-ից ցածր (աղյուսակ 9): Առաջնակի այցելության բժշկական ձ-երում արվող գրանցումների հավաստիությունն ուսումնասիրվել է նա– յուրաքանչյուր հարցի համար՝ առանձին-առանձին: Արդյունքները ներկայացված են հավելված 10-ում:

Աղյուսակ 9. Գրանցումների յուրաքանչյուր ոլորտի զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը

Ոլորտը	Զգայունությունը	Բնորոշությունը	Դրական կանխորոշելիության չափը
Տիվանդի գանգապներ	58.15	100	100
Անամնեստիկ փվյալներ	22.45	97.01	91.67
Օբյեկտիվ քննություն	70.68	38.04	71.87
Կատարված հեղադրություններ*	100	100	100
Նշանակված հեղադրություններ**	89.39	100	100
Ծխելու հանգամանքը	24.39	80	66.67

*Կատարված հեղադրություններն են էլեկտրասրտագրությունն ու էխոսրտագրությունը

**Նշանակված հեղադրություններն են ռենտգենոգրաֆիան, արյան հեղադրությունները, պրեդմիլ փեսսոր – սրտի կատարելիության

2.5. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

2.5.1. ՆԱՄԱԿԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏՈԿՈՍԸ

Նախքան այս հեղադրությունը նախաձեռնելը ենթադրվել է, որ ուղղակի դիտարկումների – առաջնակի այցելության բժշկական ձ-երում արված գրանցումների համապատասխանության միջին փոկոսը 85 է, այն դեպքում, երբ իրականում այն եղել է 69.8%: Միջին հաշվով, իրական համապատասխանությունը եղել է ենթադրվածից 15.23%-ով ցածր (95% վստահելիության միջակայքը՝ 13.36, 17.11): Բացի այդ, համապատասխանության փոկոսի առանձին ուսումնասիրությունը ամեն ոլորտի համար ցույց է փվել, որ հիվանդին նշանակված – կատարված հեղադրությունների

համապարասխանության փոփոխությունները գերազանց են, մինչդեռ հիվանդի գանագապների – օբյեկտիվ հետազոտության փոփոխությունների համապարասխանության փոփոխություն միայն «լավ» է: Տվյալների հավաքման ամենից թույլ ասպարեզը ՄՄԿ-ում եղել է անամնեստիկ փոփոխությունների – հիվանդի վնասակար սովորությունների գրանցումը:

Այս հետազոտության արդյունքները նման են բժշկական գրառումների հավաստիության որոշմանն ուղղված մեկ այլ նմանատիպ հետազոտության արդյունքներին: Վերջինս հայտնաբերել է վատ համապարասխանություն հիվանդի սովորությունների, ալերգիայի, նրա ընդունած դեղորայքի, ինչպես նաև՝ ընթացիկ – սոցիալական անամնեստիկ ոլորտներում (29%) [13]: Մակայն, եթե ՄՄԿ-ում կատարված հետազոտությունը հայտնաբերել է գերազանց համապարասխանություն նշանակված – կատարված հետազոտությունների ոլորտում – վատ համապարասխանություն հիմնական գանագապների ոլորտում, ապա այլ հետազոտություններ երբևէ են հանել փրամագծորեն հակառակ երևույթ [10, 12]: Սա կարող է բացատրվել ՆԱԿ-ի սրտաբանների հակվածությամբ՝ թեր-գրանցելու հիվանդների ինչպես առկա, այնպես էլ ժխտված գանագապները:

Ամեն հարցի առանձին ուսումնասիրությունը ցույց է տվել արհեստական գերազանց համապարասխանություն ալերգիայի համար, թե՛ նկատվել է ալերգիաների զգալի թեր-գրանցում: Սա բացատրվում է նրանով, որ ալերգիայի առկայության մասին հարց է տրվել դիտարկված բոլոր 66 հանդիպումներից միայն 5-ում (8.2%), – բոլոր այն դեպքերը, երբ այդ հարցը չի տրվել, ըստ հետազոտության պայմանների, համարվել են համապարասխանություն (չի տրվել՝ չի գրանցվել): Մինչդեռ, ալերգիայի մասին հարց չբարձրացնելու ՄՄԿ-ում նկատվող միտումը մտահոգության փոփոխ է փախս, քանի որ քաջ հայտնի է, որ նախկին ալերգիաների, այդ թվում՝ դեղորայքային ալերգիաների, վերաբերյալ մանրակրկիտ փնտրությունների ժողովումը դեղերի նկատմամբ գերզգայունության հավանականությունն իջեցնելու կարևոր նախապայման է [22]:

Նամապարասխանության փոփոխ վերլուծությունն իրականացվել է՝ ներառելով այն բոլոր դեպքերը, երբ փոփոխ հարցի մասին ոչինչ չի ասվել կամ արվել առաջնակի այցի ժամանակ, – բոլոր այս դեպքերում արվածն ու գրանցվածը (այն է՝ դրանց բացակայությունը) համարվել են համապարասխան, ինչն արհեստականորեն բարձրացրել է ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ՝ ըստ առանձին հարցերի/ոլորտների համապարասխանության փոփոխությունը: Ներառելով, հարկ է եզրակացնել, որ համապարասխանությունը դիտարկումների – առաջնակի այցելության բժշկական ձեռքի միջոցով կլինել ավելի ցածր, եթե այս դեպքերը դուրս թողնվեին վերլուծությունից:

2.5.2. ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ԲՆՈՒՅԹԸ

ՄՄԿ-ում փոփոխությունների գրանցման ուժեղ կողմերից է այն, որ հիվանդներին նշանակված – կատարված հետազոտությունները գրանցվում են ճիշտ – լիարժեք: Միակ բացառությունը ռենտգենոգրաֆիայի նշանակման հաճախակի թեր-գրանցումն է, որը կարող է բացատրվել նրանով, որ սրտաբանները հույս ունեն, որ ռենտգենյան նկարի փաստացի առկայությունն ինքնին կվկայի այդ նշանակման մասին: Ինչ-է, այս նկարները պահվում են առանձին – չեն կցվում ամբուլատոր փաստաթղթերի թղթապանակին, որպես պահվում են առաջնակի այցելության բժշկական ձեռքը: Ներառելով, ստուգողներն ու հետազոտողները չեն կարող առաջնակի այցելության բժշկական ձեռքի դիտարկման միջոցով փնտրելու, թե արդյոք հիվանդին նշանակվել է ռենտգենոգրաֆիա, եթե այդ նշանակման մասին որևէ գրառում այնպեղ չլինի:

Ներագոյություն արդյունքները ցույց են տվել հիվանդի գանգապների, վնասակար սովորությունների –, հատկապես, անամնեստիկ փոփոխություն ուղղությամբ ինչպես հասարակական, այնպես էլ՝ ժխտական պարասիսանների զգալի թեր-գրանցում: Ընդհանուր անամնեստիկ վերաբերվող մի շարք հարցեր, ինչպիսիք են՝ հիվանդի ազգականների մոտ սրտամկանի ինֆարկտի, հիպերտենզիայի, հանկարծամահության – կաթվածի առկայությունը, սովորաբար քննարկվել են առաջնակի այցելության ժամանակ, սակայն գրեթե երբեք չեն գրանցվել: Մինչդեռ, ժառանգական հակվածությունը, թե– անշարժի, սակայն կար–որ ռիսկի գործոն է սրտի հիվանդությունների համար – պետք է բժիշկների մանրակրկիտ ուշադրության արժանանա [23-24, 27]: Մույն հետազոտությունը հայտնաբերել է նա– անամնեստիկ փոփոխությունների գեր-գրանցման միտում, որը կարող է լինել այն բանի արդյունք, որ, որոշ դեպքերում, ուղեկցող հիվանդությունների – նախկինում փարած վիրահատությունների հարցը չի քննարկվում այցի ժամանակ, սակայն բժշկական գրառումներում նշվում է, որ հիվանդի մոտ դրանք չկան:

Ներկա բուժման գրանցումը փոփոխությունների հավաքման մեկ այլ թույլ բնագավառ է ՄՄԿ-ում: Այլ բուժաշխատողի կողմից հիվանդին նշանակված դեղամիջոցները հազվադեպ են գրանցվում առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երում, – դա կարող է դժվարությունների փոփոխություն փալ բուժման շարունակականությունն ու որակը գնահատելիս [27]:

Արդեն նշվել է, որ ուղեկցող հիվանդություններին – նախկինում փարած վիրահատություններին հարկացվող ուշադրության աստիճանը փարանվել է սրտաբանների – սրտաբան-օրդինատոր զույգերի միջ–: Նրանց մի մասը գրանցել են միայն այն հիվանդությունները, որ հիվանդներն ունեցել են այցի պահին –/կամ նրանք, որոնք համարվել են կար–որ հիվանդի բուժումը պլանավորելու համար: Ինչ–է, սա կարող է լինել սուբյեկտիվ կարծիք: Ավելին, բժշկական գրառումներում պետք է գրանցվի նա– ուղեկցող հիվանդությունների – նախկինում փարած վիրահատությունների բացակայությունը, սակայն այսպիսի դեպքերի մեծ մասում հարցը պարզապես թողնվել է անպարասիսան, – սա հնարավորություն չի տվել փարբերակելու ժխտական պարասիսանները բացակայողներից: Մինչդեռ հայտնի է, որ որոշ ուղեկցող հիվանդություններ – նախկին վիրահատություններ հանդիսանում են հենց այն նախնական գործոնները, որոնք պետք է հաշվի առնվեն ռիսկի չափը – սրտի վիրահատությունից սպասվող արդյունքները կանխատեսելիս [25-26]: Դրանք նա– հիվանդության ծանրության ցուցիչներ են – պետք է հաշվի առնվեն սրտային հիվանդների համար բուժման այլընտրանքային մեթոդներ ընտրելիս [25-26]:

Նույն խնդիրն է դիտվել հիվանդի վնասակար սովորությունների գրանցման հարցում. հասարակական պարասիսանները գրանցվել են, իսկ ժխտական պարասիսանների դեպքում հարցը թողնվել է անպարասիսան: Ավելին, դեպքերի ոչ մեծ փոքրամասում նկատվել է հիվանդի ծխելու հանգամանքի ոչ ճիշտ գրանցում: Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արական սեռի հիվանդներին ծխելու մասին հարց տրվել է 3,8 անգամ ավելի հաճախ, քան՝ իգական սեռի հիվանդներին: Սա կարող է բացատրվել այն փարածված կարծիքով, որ հայ կանայք սովորաբար չեն ծխում: Պետք է, սակայն, նշել, որ վնասակար սովորությունները կար–որ ռիսկի գործոն են սրտային հիվանդների համար, – պետք է արժանանան պարզաճ ուշադրության [23-24]. Այս գործոնների սխալ կամ թեր-գրանցումը կարող է հարուցել դժվարություններ՝ հիվանդների համար համապարասիսան կրթական ծրագրեր կազմակերպելիս: Կարող է նա– խոչնդոտել որակի ապահովման կամ հետազոտական նպատակներով փոփոխությունների հետախոյզ հավաքման գործընթացը: Ինչպես հասարակական, այնպես էլ՝ ժխտական

պապասխանների թեր-գրանցումը կարող է պարճառ դառնալ նա– սրբաբանի աշխատանքի թերագնահատման, քանի որ առանց գրառումների անհնար է ապացուցել, որ Կարելի է եզրակացնել, որ հասարակական – ժխտական պապասխանների թեր-գրանցումը արդյունք է հիվանդի անամենասրիկ Կրկյաները – վարքագծային ռիսկի գործոնները գրանցելու մասին կլինիկայում ընդունված գործելակերպի – համապապասխան ուղեցույցների բացակայության:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել նա–, որ առկա է օբյեկտիվ հեղափոխության Կրկյաների զգալի թեր- կամ գեր-գրանցում: Այս ոլորտի յուրաքանչյուր հարցի առանձին ուսումնասիրությունը պարզել է, որ հիմնական պրոբլեմները կապված են արյան ճնշումը չափելիս կամ պուլսը գնահատելիս հիվանդի դիրքի – քնային զարկերակի աուսկուլյացիայի գրանցման հետ: Տիվանդների արյան ճնշումը չափվել է նստած կամ կանգնած դիրքում, բայց դիրքը երբեք չի հիշատակվել բժշկական գրառումներում:

Տվյալների հավաքման ընթացքում պարզվել է նա–, որ ուշադրությունը, որ հարկացվում է պերիֆերիկ արյան շրջանառության գնահատման – խոշոր զարկերակների աուսկուլյացիայի արդյունքների գրանցմանը, փարբերվում է փարբեր սրբաբանների – օրդինատորների մոտ: «Պերիֆերիկ արյան շրջանառություն/խոշոր զարկերակներ» հարցի պապասխանից եր–ացել է, թե քանի զարկերակի վրա է որոշվել պուլսը, իսկ «պուլս» հարցի պապասխանից՝ թե որ զարկերակի վրա է գնահատվել պուլսը: Քնային զարկերակի աուսկուլյացիայի արդյունքները գրանցվել են կամ որպես «խոշոր զարկերակներ» հարցի պապասխան, կամ էլ՝ նշումներում՝ որպես առանձին հարց: Ըստ գործող կարգի, պերիֆերիկ պուլսի գնահատումը (աջ – ձախ ճաճաչային, աջ – ձախ ոլոքային զարկերակների վրա) – քնային զարկերակի աուսկուլյացիան պետք է կատարվեն առաջին անգամ կլինիկա դիմած բոլոր հիվանդների մոտ: Տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց այս հեղափոխությունների զգալի թեր-գրանցում, որն իր հերթին ցույց է տալիս, որ չկան հասարակած սրանդարներ օբյեկտիվ քննության անցկացման – դրա արդյունքների գրանցման կարգի մասին:

Նկատվել է թոքերի աուսկուլյացիայի, որովայնի շոշափման, պերիֆերիկ պուլսի շոշափման – քնային զարկերակի աուսկուլյացիայի Կրկյաների գեր-գրանցման միտում: Բժշկի աշխատանքի – գրառումների որակի վրա սահմանված հարցեր պարունակող բժշկական ձ–երի ազդեցությունը ուսումնասիրող մի հեղափոխություն պարզել է, որ օբյեկտիվ քննության Կրկյաների գեր-գրանցումն ավելի հաճախակի եր–ույթ է սահմանված հա–ցեր պարունակող բժշկական ձ–երում, քան՝ ազատ րեքսպ ենթադրող բժշկական ձ–երում: Ձ–ում կոնկրետ հարցերի առկայությունը նախապարամադրում է բուժաշխատողին պապասխանելու օբյեկտիվ քննությանը վերաբերվող բոլոր հարցերին, մինչ–իսկ եթե քննությունը կատարվել է ոչ լրիվ: Նավանաբար, հենց սա էլ փեղի է ունեցել ՄՄԿ-ում: Միաժամանակ, օբյեկտիվ քննության ոչ լիարժեք կատարումը կարող է հանգեցնել նրան, որ հիվանդի որոշ ախտանիշներ մնան աննկատ, նշանակվի անհամապապասխան բուժում, –, արդյունքում, փուժի բուժօգնության որակը: Կարելի է եզրակացնել, որ օբյեկտիվ քննության Կրկյաների գրանցումներում նկատված թերությունները արդյունք են մի կողմից՝ հիվանդի օբյեկտիվ քննության անցկացման ընդունված կարգի – ուղեցույցի բացակայության, մյուս կողմից՝ բժշկական ձ–երը լրացնելու մասին ուսուցողական կուրսերի բացակայության ՄՄԿ-ում:

**2.5.3. ՄԻՋԻՆ ՆԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԱԿՑԻ
ՏԱՐՔԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ԸՍՏ ՆԻՎԱՆԴԻ ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ,
ՍՐՏԱԲԱՆՆԵՐԻ ՄԻՋԵՎ ԵՎ ՍՐՏԱԲԱՆ-ՕՐԴԻՆԱՏՈՐ ԶՈՒՅԳԵՐԻ ՄԻՋԵՎ**

Ներագոյությունը պարզել է, որ, ընդհանուր առմամբ, համապարասխանության միջին գործակցի վիճակագրորեն հավասարի փարբերություն չկա՝ կախված հիվանդի նախնական ախտորոշումից կամ նրանից, թե որ սրտաբանն է վարել հիվանդին: Սակայն կա հավասարի փարբերություն սրտաբանների – կլինիկական օրդինատորների միջ–, որոնք աշխատում են սրտաբանի հսկողությամբ: Յուրաքանչյուր հարցի առանձին վերլուծությունը ցույց է տվել, որ սրտաբանների միջ– առկա է հավասարի փարբերություն որոշ հարցերում, այն է՝ առիթմիայի, թոքերի աուսկուլյացիայի, որովայնի շոշափման – պերիֆերիկ պուլսի գնահատման արդյունքների գրանցման հարցում: Թե– հեղափոխության մեջ ավելի մեծ թվով հիվանդների ընդգրկում է պահանջվում, որպեսզի արվեն համապարասխան եզրակացություններ – արվեն ճիշտ հանձնարարականներ, սակայն այս հեղափոխության արդյունքները արվել են նախնական արդյունքներ, որոնք կարող են օգտակար լինել հեղափոխության հեղափոխությունների պլանավորման համար:

2.5.4. ՆԱՎԱՍՏԻՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Նախքան բժշկական ձ–երը որպես արվյալների աղբյուր օգտագործելը՝ հեղափոխությունների կամ այլ նպատակներով, անհրաժեշտ է գնահատել դրանց հավասարիությունը: Կատարվել է արվյալների վերլուծություն՝ հիվանդի մասին փարբերությամբ տեղեկություններ պարունակելու առումով առաջնակի այցելության բժշկական քարտերի զգայունությունը, բնորոշությունն ու դրական կանխորոշիչ ունակությունը որոշելու համար: Բժշկական ձ–երը հարող են համարվել արվյալների հավասարի աղբյուր, եթե նրանց պարունակած տեղեկությունների թե՛ զգայունությունը, թե՛ բնորոշությունը հավասար են 70%-ի կամ գերազանցում են այն:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երը զգայուն են լրացուցիչ հեղափոխությունների նշանակման –/կամ կատարման փաստն արտացոլելու առումով, – բավականաչափ բնորոշ են, որպեսզի տեղեկություն փան այն դեպքերի մասին, երբ այդ տեսքերը փաստացիորեն չեն նշանակվել –/կամ կատարվել: Բացի այդ, բժշկական ձ–երը 100% հավասարիությամբ կանխորոշում են այդ տեսքերի նշանակման կամ կատարման փաստը: Ավելի մանրակրկիտ վերլուծությունը ցույց է տվել, որ առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երն արտացոլում են իրական պատկերը արյան ճնշման – լարվածության սրենոկարդիայի որոշման փաստի առումով՝ 76-100%-ով, – դրանց չորոշման փաստի առումով՝ 100%-ով: Մնացած հարցերն ունեցել են բարձր զգայունություն, բայց ցածր բնորոշություն, կամ՝ բարձր բնորոշություն, բայց ցածր զգայունություն (հավելված 14), որը պետք է հաշվի առնվի հեղափոխության նպատակով այս ձ–երը որպես արվյալների աղբյուր օգտագործելիս:

2.6. ԵԶՐԱՆԱԳՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՆԱՆՁՆԱՐԱՐԱԿԱՆՆԵՐ

Բժշկական մանրակրկիտ գրառումները հիմնական աղբյուր են հիվանդի մասին փարբեր նպատակներով օգտագործվող արվյալների սրացման համար: Գիտակցելով

սպույզ – լիարժեք բժշկական գրառումների կար–որությունը, կատարվել է հեղափոխություն՝ գնահատելու համար բժշկական գրառումների հավաստիությունը ՆԱԲԵՐ-ի Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում: Ներագրությունը պարզել ՄՄԿ-ում հիվանդների մասին տվյալների հավաքման հետ–յալ ուժեղ – թույլ կողմերը.

- Լավ համապատասխանություն հիվանդ–բժիշկ հանդիպման ուղղակի դիտարկումների – բժշկական գրառումների միջ–,
- Ընդհանրական անամնեզին – ներկա բուժմանը վերաբերվող հասարակական պատասխանների զգալի թեր-գրանցում,
- Նիվանդի գանգապներին, անամնեստիկ տվյալներին – վնասակար սովորույթներին վերաբերվող ժխտական պատասխանների զգալի թեր-գրանցում,
- Արյան ճնշումը չափելիս – պերիֆերիկ զարկերակները գնահատելիս հիվանդի դիրքի նշանակալից թեր-գրանցում,
- Թոքերի աուսկուլյացիայի, որովայնի շոշափման, պերիֆերիկ պուլսի գնահատման – քնային զարկերակի աուսկուլյացիայի նշանակալից գեր-գրանցում,
- Նիվանդի մասին հավաստի տեղեկություններ արյան ճնշման չափման, նշանակված – կատարված հեղափոխությունների առումով
- Նիվանդի անամնեստիկ տվյալների հավաքման, օբյեկտիվ քննության անցկացման – բժշկական ձ–երում գրառումների կատարման կարգի մասին հաստատված սրանդարտների բացակայություն,
- Նամապատասխանության միջին գործակցի տարբերություններ տարբեր բուժաշխատողների մոտ:

Լավ համապատասխանությունը ուղղակի դիտարկումների – բժշկական գրառումների միջ– հնարավորություն է ընձեռում առաջնակի այցելության բժշկական ձ–երն օգտագործելու որպես տվյալների աղբյուր հեղափոխության կամ որակի ապահովման ձեռնարկումների համար միայն այն բանից հետո, երբ կնախապատրաստվեն – կիրականացվեն դրանց բարելավմանն ուղղված միջոցառումներ: Առաջնակի այցելության բժշկական ձ–ը, ըստ հեղափոխության արդյունքների, տվյալների հավաստի աղբյուր է արյան ճնշման չափումների, էլեկտրասրտագրության, էխոսրտագրության, արյան քննությունների, փրեդմիլ տեսքի – սրտի կապերերի զացիայի նշանակման / կատարման փաստի արձանագրության առումով միայն: Վերջիններս ունեն համապատասխանության բարձր գործակցից, ինչպես նա՝ բարձր զգայունություն, բնորոշություն – դրական կանխորոշիչ ունակություն:

Նիվանդի գանգապների, անամնեստիկ տվյալների – վնասակար սովորույթների (ծխելու) թեր-գրանցումը հանգեցրել է համապատասխանության տոկոսի իջեցման, ուստի՝ նվազեցրել է բժշկական ձ–երի պիտանիությունը որպես տվյալների աղբյուրի: Նարկ է ընդգծել կար–որությունը՝ գրանցելու ոչ միայն հասարակական, այլ– ժխտական պատասխանները, որպեսզի հնարավոր լինի տարբերակել դրանք բացակայող պատասխաններից: Շատ կար–որ է գրանցել հիվանդի ընդհանրական անամնեզն ու պերիֆերիկ առկայության/բացակայության հանգամանքը, – առաջնակի այցելության բժշկական ձ–ը պետք է վերափոխվի՝ այս տեղեկությունները ներառելու համար: Ուղեկցող հիվանդությունների – նախկինում տարած վիրակապությունների առումով համապատասխանության տոկոսը –ս ցածր է, որն ընդգծում է կար–որությունը՝ մշակելու այս ոլորտների մասին տվյալների հավաքման սրանդարտներ –

3. ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓ ԲԱՆԿԻ ԳՆԱՏԱՏՈՒՄ ՆՈՐՔ ՄԱՐԱՇ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ

3.1. ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

3.1.1. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԸ

Յուրաքանչյուր հիվանդի համար, ով ընդունվում է ՆՄԲԿ վիրահատվելու կամ սրտի կատետերիզացիայի նպատակով, լրացվում է հիվանդության պատմություն: Դուրս գրվելիս վիրահատված հիվանդների մասին հավաքվում են մի շարք տվյալներ, որոնք գրանցվում են սահմանված հարցեր պարունակող հատուկ ձևում («Վիրաբուժական հիվանդի քարտ») սրտային վիրաբուժություն ուսումնասիրող կլինիկական օրդինատորի կողմից: Այնուհետև՝ հիվանդի մասին տեղեկությունները ներմուծվում են վիրաբուժական տվյալների համակարգչային ամփոփ բանկ՝ սրտային վիրաբուժություն ուսումնասիրող բժշկի կողմից: Մույն հեղափոխությունը սկսելիս մարտի 1-ին այն հիվանդների հիվանդության պատմություններն ու համակարգչային բանկ ներմուծված տվյալները, ովքեր վիրահատվել էին մայիս-հունիս ամիսներին: Վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի համապատասխանությունը գնահատվել է՝ յուրաքանչյուր հիվանդի հիվանդության պատմության մեջ գրանցված տվյալները համեմատելով նույն հիվանդի մասին համակարգիչ ներմուծված տվյալների հետ:

Սովորաբար, որոշ տվյալներ գրանցվում են անմիջապես հիվանդության պատմության մեջ, մինչդեռ այլ տվյալներ նախ գրանցվում են փոքր կլինիկական բաժանմունքներում լրացվող այլ ձևերում, իսկ հիվանդության պատմության մեջ անցկացվում են, երբ հիվանդը դուրս է գրվում կամ տեղափոխվում է: Այդ պարագայում, որպես տվյալների սկզբնաղբյուր օգտագործվել են հիվանդության պատմությունները, ինքնուրույն բուժման բաժանմունքի քարտերը կամ արյան փոխներարկման քարտերը:

Կախված համեմատվող երկու աղբյուրներում (գրառումներում – տվյալների բանկում) գրանցված տվյալների համապատասխանության աստիճանից, հարցաշարում ընդգրկված յուրաքանչյուր հարցին տրվել է միավոր՝ 1-ից 5-ի սահմաններում: Նարցին 1 միավոր է տրվել այն դեպքում, երբ տվյալը գրանցված է եղել երկու աղբյուրներում էլ – ունեցել է մի-նույն բովանդակությունը: 2 միավոր տրվել է այն դեպքում, երբ տվյալը գրանցված է եղել երկու աղբյուրներում էլ, սակայն ունեցել է փոքր բովանդակություն: 3 – 4 միավորներ տրվել են այն դեպքում, երբ տվյալը գրանցված է եղել կամ միայն գրառումներում, կամ էլ՝ միայն տվյալների բանկում համապատասխանաբար: Իսկ 5 միավոր տրվել է այն դեպքում, երբ տվյալը գրանցված չի եղել – ոչ մի աղբյուրում: Նարկ է նշել, որ վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկը կառուցված է այնպես, որ ենթադրում է միայն հասարակական պատասխանների գրանցում, հետաքրքիր, անհնար է այս աղբյուրի միջոցով փոքրերակել ժխտական պատասխանները բացակայողներից: Ուստի, տվյալների բանկի անպատասխան թողնված հարցը գնահատվել է որպես համապատասխան տվյալի բացակայություն, – եթե այդ տվյալը գրանցված չի եղել նաև՝ գրառումներում, տվյալ հարցին տրվել է 5 միավոր:

Մշակվել են վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի գնահատման ցուցումներ. որպեսզի ապահովվի գնահատման օբյեկտիվությունը – հեշտանա տվյալների հավաքումը բժշկական կրթություն չունեցող անձնավորության կողմից (հավելված 10):

3.1.2. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԲՅԱՇԱՐԸ

Նարցաշարը մշակվել է հիվանդության պարմության պարունակած փեղեկությունների հիման վրա (հավելված 11) – պարունակել է 23 փակ հարց (հավելված 12): Նարցաշարը ներառել է այնպիսի հարցեր, որոնք կար–որություն են ներկայացնում որակի ապահովման միջոցառումների անցկացման համար –/կամ հանդիսանում են սրբային վիրաբուժության ռիսկի գործոններ: Նարցաշարը մշակվել է սրբային վիրաբուժություն ուսումնասիրող բժշկի (ԳԳ-Ն2 ծրագրի աջակցի) մասնակցությամբ:

Նարցաշարը ենթարկվել է նախնական փորձարկման 10 հիվանդության պարմությունների օգտագործմամբ: Նայրնաբերված հիմնական խնդիրները կապված են եղել «հիվանդի ախտորոշում», «վիրահատական միջամտություն» – «այլ հեղվիրահատական բարդություններ» հարցերի հետ: Պարզվել է, որ հիվանդի ախտորոշումն ու վիրահատական միջամտության անունը փոփոխվելիս բանկ են մտնում բառերով, իսկ երբեմն՝ հապավումների օգտագործմամբ: Մշակվել է հնարավոր ախտորոշումների – վիրահատական միջամտությունների ցուցակ (հավելված 13), որպեսզի այս հարցերի առումով փոփոխվելիս բանկի համապատասխանությունը ստուգելիս ապահովվի համեմատության ստույգությունը:

Ընդհանրապես, հիշարակված փոփոխությունները գրանցվում են հիվանդության պարմություններում մինչ– վիրահատությունը, մինչդեռ վիրահատության արձանագրությունը կատարվում է վիրահատությունից հետո: Այն դեպքերում, երբ հիվանդի ախտորոշման, վիրահատական միջամտության կամ հեղվիրահատական բարդությունների անհամապատասխանություն է նկատվել հիվանդության պարմությունների – վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի միջ–, համապատասխանությունը ստուգվել է՝ փոփոխությունների բանկ ներմուծված փեղեկությունները համեմատելով վիրահատության արձանագրության հետ: Մի քանի աղբյուրներ համեմատելու այս մոտեցումն է կիրառվել նա– հիվանդի ախտորոշման համապատասխանությունը ստուգելու համար, ինչպես նա– պարզելու համար, թե այս աղբյուրները վերանայվում են արդյոք վիրահատությունից առաջ – հետո:

Որոշ փեխնիկական դժվարություններ են նկատվել «կրկնակի վիրահատություն», «հեղվիրահատական ներհիվանդանոցային մահ», «միջնորմի բորբոքում», «վերքի ինֆեկցում», «փոխներարկման համար արյան օգտագործում» – «ինսուլինի ներարկում հիվանդին» հարցերի համար: Նամեմատվող երկու աղբյուրներում էլ այս փոփոխությունները նշվել են որպես առկա կամ բացակա, հետ–աբար, այս հարցերին միավոր 2-ի նշանակումը (առկա է երկու աղբյուրում էլ, բայց փարբեր է բովանդակությամբ) բացառվել է:

3.1.3. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍՆԱԿԻՅՆԵՐԸ

Վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի գնահատման ենթա-ծրագրում ներգրավման չափանիշները եղել են.

- ՆՄԲԿ-ի վիրահատական հիվանդ,
- վիրահատության ենթարկված ոչ ուշ, քան մինչ– 2001թ. հունիսը:

Ներագոյությունից բացառման չափանիշը եղել է հեր-յալը.

- բաց սրտի վրա կատարված վիրահատությունից զատ որ-է այլ վիրաբուժական միջամտության (օր.՝ սրտի կատերերիզացիայի – այլն) ենթարկված հիվանդներ:

Ներագոյության ընտրանքի թվաքանակը որոշվել է STATA վիճակագրական ծրագրի (7.0 տարբերակ) միջոցով՝ համապատասխան բանաձ-ի (մեկ ընտրանքի համար, մասնաբաժնով) կիրառմամբ: Ստանդարտ համապատասխանությունը եղել է 0.95, ենթադրվող համապատասխանությունը գրառումների – վիրաբուժական փոփոխության ամփոփ բանկի միջ-՝ 0.85 (հիմնվելով մասնագիտական կարծիքի վրա), իսկ դիտարկելի նվազագույն տարբերությունը՝ 0.10: Ներագոյության 80% հզորության – 0.05 ալֆա սխալանքի պայմաններում մասնակիցների թիվը կազմել է 53: Այս թիվն ավելացվել է մինչ- 61՝ հաշվի առնելով այն հնարավոր խնդիրները, որ կարող էին ծագել ծրագրի իրականացման ընթացքում: Սկսած 2000թ. հունիսից, ընտրվել են 61 հիվանդության պատմություններ – դիտարկվել են փոփոխության բանկի պարունակած փոփոխությունները այս հիվանդների մասին:

3.2. ԷԹԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՏԱՌՈՒՄՆԵՐ

Ներագոյությունը որ-է վրանգ չի ներկայացրել հիվանդների համար, քանի որ իրենից ներկայացրել է փոփոխության երկրորդային վերլուծություն: Ուստի, համաձայնագիր չի ներկայացվել ոչ հիվանդներին, ոչ էլ՝ ՆՄԲԿ-ի բուժանձնակազմին: Այնուհանդերձ, վիրաբուժական փոփոխության բանկը դիտարկելու – արխիվից հիվանդության պատմություններ դուրս բերելու համար նախքան հերագոյությունը սկսելը ձեռք է բերվել համաձայնություն: Նիվանդության պատմություններն ու վիրաբուժական փոփոխության բանկը դիտարկվել են հիվանդանոցում՝ գաղտնիությունն ապահովելու համար: Բացի այդ, այն դեպքերում, երբ հիվանդության պատմությունները ձեռք բերելու համար հարկ է եղել օգտագործել հիվանդների անունները, հերագոյությունը ձեռնարկել է անհրաժեշտ միջոցներ՝ գաղտնիությունն ապահովելու համար:

3.3. ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՍԱՆՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐԸ

Թե- հիվանդության պատմությունները ընտրվել են ոչ պատահականորեն, համարվել է, որ հերագոյության արդյունքները արտացոլում են ՆՄԲԿ-ում փոփոխության հավաքման ճշմարտացի պատկերը, քանի որ մի-նույն անձնավորությունն է հիվանդության պատմություններից փոփոխությունը ներմուծում համակարգչային բանկ: Ուստի, փոփոխության ներմուծման վրա տարբեր օպերատորների ազդեցության գործոնը եղել է նվազագույն: Բացի այդ, այս փոփոխության հերագոյությունների համար հաջորդական հիվանդության պատմությունների ուսումնասիրությունը համարվում է նորմալ:

3.4. ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ

Տվյալները ներմուծվել են SPSS 10.0 ծրագիր – վերլուծվել են SPSS 10.0 – MS Excel վիճակագրական ծրագրերի միջոցով: Կատարվել է փոփոխության կրկնակի

մուտքագրում, այնուհետև՝ սխալների ուղղում՝ հնարավոր անճշտությունները վերացնելու համար: 61 հիվանդի հիվանդության պատմություն – համակարգչային փեղեկություններ են դիտարկվել: Դիտարկման ընթացքում երկու աղբյուրների պարունակած տվյալներին էլ տրվել են միավորներ, որը հնարավոր է դարձրել համեմատությունը նրանց միջև: Քանի որ հիվանդության պատմությունները համարվել են «ոսկի սրանդար», միավոր 2-ը (առկա է երկու աղբյուրներում, բայց փարբերվում է բովանդակությամբ) – 3-ը (առկա է հիվանդության պատմությունում, բայց չկա տվյալների բանկում) ձեռք են բերել նույն նշանակությունը հավաստիության վերլուծության ժամանակ:

3.4.1. ՆԱՄԱՊԱՏԱՄԵԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏՈԿՈՍԸ

Բժշկական գրառումների – վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի միջ– համապատասխանության ընդհանուր փոկոսը կազմել է 88.74%, այն է՝ հավաստիորեն չի փարբերվել համապատասխանության ենթադրված փոկոսից (85%): (Աղյուսակ 11)

Աղյուսակ 11. Փաստական – ենթադրված համապատասխանության փոկոսները – դրանց միջին փարբերությունը 95% վստահելիության միջակայքով

Բժշկական գրառումների թիվը	Փաստական միջինը (X)	Ենթադրված միջինը (Y)	Միջին փարբերությունը (X-Y)	Սրանդարը շեղումը	Նավաստիության մակարդակ (երկկողմանի)	95% վստահելիության միջակայք	
						Մտորին սահման	Վերին սահման
61	.8874	.85	.0374	.0405	.4133	.8081	.9667

Նաշվարկվել է համապատասխանության միավորը հարցաշարում ընդգրկված յուրաքանչյուր հարցի համար՝ 61-ը (ընտրանքում ընդգրկված բժշկական գրառումների թիվը) համարելով կատարյալ համապատասխանություն: Արդյունքները ցույց են տվել, որ բոլոր հարցերի համապատասխանության փոկոսը փափանկվել է 81-100%-ի սահմաններում, բացի բժշկական գրառումներում գրանցված ախտորոշումից, սրտային անբավարարության դասից, ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գտնվելու տրոհությունից – արյան փոխներարկման փաստից (հավելված 14): Սրտային անբավարարության դասի – ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գտնվելու տրոհության համապատասխանության փոկոսը եղել է 77.05%, մինչդեռ ախտորոշման – արյան փոխներարկման փաստի համապատասխանության փոկոսը եղել է միայն 47.54%: Կատարվել է տվյալների վերլուծություն՝ պարզելու համար ախտորոշումների – վիրաբուժական միջամտությունների համապատասխանությունը վիրաբուժական արձանագրության – տվյալների ամփոփ բանկի միջև: Նիվանդի մասին փեղեկություններ պարունակող այս երկու աղբյուրների միջ– համապատասխանությունը եղել է հավաստիորեն ավելի բարձր, քան հիվանդության պատմությունների – տվյալների համակարգչային բանկի միջև: Ախտորոշումների առումով, համապատասխանությունը վիրաբուժական արձանագրության – տվյալների բանկի միջև կազմել է 59.38%, մինչդեռ հիվանդության պատմությունների – տվյալների բանկի միջև այդ համապատասխանությունը կազմել է միայն 47.05% (աղյուսակ 12):

Աղյուսակ 12. Տիվանդի ախտորոշման – վիրաբուժական միջամտության համապատասխանության տոկոսը տվյալների բանկի – հիվանդության պատմությունների միջ–, ինչպես նա– տվյալների բանկի – վիրաբուժական արձանագրությունների միջ–

Տարրը	Նամապատասխանության տոկոսը տվյալների բանկի – հիվանդության պատմությունների միջ– *	Նամապատասխանության տոկոսը տվյալների բանկի – վիրաբուժական արձանագրությունների միջ–**
Տիվանդի ախտորոշումը	47.54%	59.38%
Վիրաբուժական միջամտությունը	93.44%	100%

* Նամապատասխանության տոկոսը հաշվարկվել է բոլոր 61 հիվանդների համար

** Նամապատասխանության տոկոսը հաշվարկվել է միայն այն հիվանդների համար, որոնց ախտորոշումները / վիրաբուժական միջամտությունները հիվանդության պատմություններում – տվյալների բանկում եղել են պարբեր

3.4.2. ՆԱՎԱՍՏԻՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ուսումնասիրվել է վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի հավաստիությունը, որպեսզի պարզվի դրա արժեքավորությունը՝ որպես տվյալների հետհայաց հավաքման աղբյուրի: Այն դեպքերում, երբ մուտքագրված տեղեկությունների թե՛ զգայունությունը, թե՛ բնորոշությունը գերազանցել են 70%-ը, տվյալների բանկը համարվել է հիվանդի մասին տեղեկությունների հավաստի աղբյուր:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի ընդհանուր զգայունությունը, այն է՝ դրա կարողությունը՝ արտացոլելու իսկապես հաստատական ախտանիշները/տվյալները՝ բոլոր իրական հաստատականների թվից, եղել է 86.26%, իսկ ընդհանուր բնորոշությունը, այն է՝ տվյալների ամփոփ բանկի կարողությունը՝ արտացոլելու իսկապես ժխտական ախտանիշները/տվյալները բոլոր իրական ժխտականների թվից, եղել է 100%: Նա–, դեպքերի 96.96%-ում տվյալների բանկը ճիշտ է կանխորոշել հաստատական ախտանիշները/տվյալները հիվանդի մասին (այսինքն, որպես հաստատական նշված բոլոր ախտանիշներից/տվյալներից 96.96%-ը եղել են իսկապես հաստատական): Առանձին-առանձին՝ յուրաքանչյուր հարցի հավաստիության վերլուծությունը ցույց է տվել, որ գրեթե բոլոր հարցերի համար տվյալների բանկն արտացոլում է իսկապես հաստատական ախտանիշները/տվյալները 77-100%-ով, – իսկապես ժխտական ախտանիշները/տվյալները՝ 79-100%-ով: Բացառություն են կազմել սեռը, ախտորոշումը, սրտային անբավարարության դասը – արյան փոխներարկումը: Սեռն ունեցել է 100% զգայունություն, բայց 0% բնորոշություն, որը կարող է բացատրվել ընդունված միտումով՝ չնշելու հիվանդի սեռը հիվանդության պատմություններում, բավարարվելով այն բանով, որ հիվանդի անունը սովորաբար արտացոլում է նրա սեռը: Ի պարբերություն սրա, հիվանդի ախտորոշումը, սրտային անբավարարության դասը – արյան փոխներարկումն ունեցել են ցածր զգայունություն (3-48%), բայց բարձր բնորոշություն (85-100%): Այլ հետվիրահայական բարդությունների զգայունությունը եղել է 100%, բնորոշությունը՝ 85%, սակայն տվյալների բանկի կարողությունը՝ կանխորոշելու հետվիրահայական բարդությունները, եղել է միայն 18% (հավելված 15):

3.5. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

3.5.1. ՆԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏՈԿՈՍԸ

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ բոլոր հարցերն ունեցել են գերազանց համապատասխանություն, բացի ախտորոշումից, սրտային անբավարարության դասից, ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գրնվելու պո-ռոլությունից – փոխներարկման նպատակով արյան օգտագործումից: Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գրնվելու պո-ռոլությունը – սրտային անբավարարության դասն ունեցել են լավ համապատասխանության տոկոս, մինչդեռ հիվանդի ախտորոշումն ու փոխներարկման նպատակով արյան օգտագործումն ունեցել են վաղ համապատասխանության տոկոս: Տիվանդի ախտորոշման վաղ համապատասխանության պատճառը կարող է լինել այն հանգամանքը, որ տվյալները մուտքագրվում են առանց կողավորման: Թե- տվյալները մուտքագրում է մի-նույն անձնավորությունը, մուտքագրման ժամանակ ախտորոշումը կարող է նկարագրվել այլ տերմինաբանությամբ, քան այդ արել է այն անձնավորությունը, ով գրանցել է ախտորոշումը հիվանդության պատմության մեջ: Բացի այդ, հիվանդի ախտորոշումն ու իրականացված վիրաբուժական միջամտությունները գրանցվում են հապավումների օգտագործմամբ, որոնք կարող են անձանոթ լինել հետազոտողներին կամ ստուգողներին: Այլ բժշկական կենտրոնների տվյալների բանկերում ախտորոշումներն ու միջամտությունները մուտքագրվում են հիվանդությունների միջազգային կոդավորման (International Coding of Diseases: ICD) կիրառմամբ [4]: Նարկ է նշել, որ հիվանդի ախտորոշումն ամենակար-որ տեղեկությունն է, որը պետք է ճշգրտորեն գրանցվի, որպեսզի հնարավոր դարձնի բուժօգնության որակի ցուցանիշների հսկումը ժամանակի ընթացքում:

Արյան փոխներարկման փաստի վաղ համապատասխանությունը կարող է բացատրվել նրանով, որ բժիշկները հույս են դնում արյան փոխներարկման տվյալների բանկի վրա, որտեղ պարունակվում են մանրակրկիտ տեղեկություններ յուրաքանչյուր բաժանմունքի յուրաքանչյուր հիվանդի համար օգտագործված արյան – արյան պրեպարատների մասին: Ինչ-է, այս տվյալների բանկերը կապված են մեկմեկու հետ միայն հիվանդների անունների – հիվանդության պատմությունների համարների միջոցով, հետ-աբար, անհնար է ուղղակի անցում կատարել մի տվյալների բանկից մյուսին:

Նամապատասխանության համեմատաբար ցածր տոկոսը հիվանդության պատմությունների – վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի միջ- ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գրնվելու պո-ռոլության առումով կարող է բացատրվել այն հանգամանքով, որ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում հիվանդի գրնվելու պո-ռոլությունը հաշվարկվում է ձեռքով – գրանցվում է համապատասխան քարտում սրտային վիրաբուժություն ուսումնասիրող կլինիկական օրդինատորի կողմից: Չկա ընդունված մեթոդ՝ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում հիվանդի գրնվելու պո-ռոլությունը հաշվարկելու համար, հետ-աբար, փարբեր կլինիկական օրդինատորներ կարող են այդ հաշվարկը կատարել փարբեր ձ-ով: Օրինակ, մեկը կարող է հաշվարկել այդ պո-ռոլությունը՝ օգտագործելով ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում լրացվող քարտի սյունակների վեր-ում տրված ժամերը, իսկ մի ուրիշը կարող է նույն հաշվարկը կատարել՝ ելնելով քարտում լրացված աղյուսակների թվից: Վերջին ձ-ը կարող է ճշգրիտ չլինել, քանի որ սյունակները կարող են լրացվել ոչ միայն մեկ ամբողջ ժամի, այլ- կես ժամի համար: Թե- նկատված փարբերությունը մեծ չէ (1-3 ժամ), ինտենսիվ

թերապիայի բաժանմունքում հիվանդի գրնվելու պ-ողությունը համարվում է բուժօգնության որակի ցուցանիշ: Այդ պատճառով, անհրաժեշտ է կիրառել այդ բաժանմունքում հիվանդի գրնվելու պ-ողության հաշվարկի մեկ միասնական եղանակ: Բացի այդ, սրտային անբավարարության դասը հիվանդության պատմություններում գրանցվում է սրտաբանի կողմից՝ նախքան վիրահատությունը, մինչդեռ ավյալների բանկ այս ավյալը մուտքագրվում է սրտային վիրաբուժություն ուսումնասիրող կլինիկական օրդինատորի կողմից՝ վիրահատությունից հետո, երբ վերջնական ախտորոշումը հաստատվել է: Ինչ-է, վիրահատությունից հետո հիվանդության պատմությունները վերանայելու գործելակերպ ՆՄԲԿ-ում չի կիրառվում, որն էլ կարող է բացատրել անհամապատասխանությունը հիվանդի մասին ավյալներ պարունակող այս երկու աղբյուրների միջ-:

Այլ նմանատիպ բուժհաստատություններում գոյություն ունեցող ավյալների բանկերի համեմատությամբ ՆՄԲԿ-ի վիրաբուժական ավյալների ամփոփ բանկի լիարժեքության գնահատումը դուրս էր սույն հետազոտության շրջանակներից: Այնուամենայնիվ, հետազոտությունը պարզեց, որ ավյալների բանկը չի պարունակում բուժման արդյունքների հետ կապված մի շարք կար-որ տեղեկություններ: 1993-94թթ. իրականացված Պասկաձ- գարկերակի շունտավորման համապետ ծրագիրը (Cooperative Coronary Artery Bypass Graft [CABG] Project) հանգել է համակարծության հետ-CABG մահացության ռիսկի գործոնների հարցում, - տարբերակել է այս գործոնների երեք խումբ՝ ըստ հետվիրահատական մահացության հետ նրանց առնչության [25]: Գիտական գրականության մեջ ավյալներ կան վիրահատական մահացության հետ կապված որոշ հանգուցային գործոնների մասին, որպիսիք են ձախ փորոքի արբանդման ֆրակցիան, ձախ հիմնական պսակաձ- գարկերակի նեղացման ասպիճանը (%), 70%-ը գերազանցող նեղացմամբ խոշոր պսակաձ- անոթների թիվը, վիրահատության անհետաձգելիությունը - այլն: Այս ավյալները պետք է համապարձ ձ-ով հավաքվեն յուրաքանչյուր հիվանդի մասին [24-26, 28]: Սույն հետազոտությունը պարզեց, որ այս ավյալների մի մասը գոյություն ունեն միայն հիվանդության ձեռագիր պատմություններում: Ի նկատի ունենալով վիրաբուժական ավյալների ամփոփ բանկի հնարավոր օգտագործումը համաձարակաբանական նպատակներով, ինչպես նա՝ ժամանակի ընթացքում - տարբեր համանման հաստատությունների միջ- բուժման արդյունքների արդարացի համեմատության համար, անհրաժեշտ է հետվիրահատական արդյունքների հետ կապված այս գործոնները ներառել վիրաբուժական ավյալների ամփոփ բանկում:

Ներագոտությունը ցույց է տվել, որ ուղեկցող հիվանդությունները - հետվիրահատական բարդությունները -ս ներմուծվում են ավյալների բանկ առանց սպանդար կողավորման, որը կարող է հանգեցնել տարբեր օրդինատորների կողմից կիրառվող տերմինաբանության տարբերությունների: Սպանդար կողավորումը կոյուրինացնի բուժման արդյունքների ձշտումը՝ ըստ դեպքերի տարբերության, - կնպաստի որակի ցուցանիշների համեմատելիությանը ժամանակի ընթացքում - տարբեր համանման հաստատությունների միջ-:

Ներմուծված ավյալների որոշ անձշտություններ կարող են վերացվել, եթե ավյալների ներմուծման համար օգտագործվող համակարգչային ծրագիրը ներմուծողին տեղեկացնի, որ ավյալ տող ներմուծված ավյալը գերազանցում է ընդունելի միջակայքը (բարձր է կամ ցածր, օրինակ՝ կրեատինինի մակարդակի համար):

3.5.2. ՆԱՎԱՍՏԻՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Տվյալների կլինիկական բանկերը մեծ ներուժ ունեն` դյուրինացնելու հետազոտությունը, վերահսկողությունը, որակի ապահովումը – այլ ձեռնարկումներ: Սակայն, տվյալների ցանկացած բանկի օգտագործումից առաջ անհրաժեշտ է գնահատել դրա հավաստիությունն ու հուսալիությունը: ԳԳ-Ն2 ծրագիրը ցույց տվեց, որ վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկը բավականաչափ զգայուն է, բնորոշ – կանխորոշիչ, որպեսզի համարվի հիվանդի մասին տեղեկությունների հավաստի աղբյուր: Ինչ–է, հավաստիության հարց առ հարց վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ախտորոշումը, սրտային անբավարարության դասը – փոխներարկման համար արյան օգտագործումն ունեն ցածր զգայունություն: Նաշվի առնելով այս տեղեկությունների առնչությունը հետվիրահատական շրջանում բուժման արդյունքների հետ, կար–որ է ճիշտ գրանցել դրանք, որպեսզի հնարավոր դառնա բուժման արդյունքների ճշտումը ըստ դեպքերի տարբերության – այդ արդյունքների շարունակական հսկումը:

Պետք է նշել նա–, որ ոչ մի տեղեկություն հիվանդի չունեցած ախտանիշների/վիճակների մասին վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկում չի պարունակվում, արդյունքում անհնարին դարձնելով տարբերակումը ժխտական – ուղղակի բաց թողնված պատասխանների միջ–: Սա կարող է խոչնդոտներ հարուցել ինչպես այս տվյալների բանկի հիման վրա ՆՄԲԿ-ում բուժօգնության որակի գնահատման, այնպես էլ` հետազոտական աշխատանքների իրականացման համար:

3.6. ԵԶՐԱՏԱՆԳՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՆԱՆՁՆԱԲԱՐԱԿԱՆՆԵՐ

Բարձրորակ կլինիկական տվյալների բանկը հիվանդի մասին տեղեկությունների կար–որ աղբյուր է, որը կարող է օգտագործվել որակի ապահովման, հետազոտական, բժշկական վերահսկողության, փոխհատուցման – այլ նպատակներով: Ներազոտությունը ի դեր– է հանել ՆՄԲԿ-ում տվյալների հավաքման հետ–յալ ուժեղ – թույլ կողմերը.

- Գերազանց ընդհանուր համապատասխանություն հիվանդության պատմությունների – վիրաբուժական տվյալների ամփոփ բանկի միջ–
- Լավ համապատասխանություն սրտային անբավարարության դասի – ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում հիվանդի գրանցվելու տ–ողության առումով
- Վատ համապատասխանություն հիվանդի ախտորոշման – արյան օգտագործման առումով
- Տվյալների մուտքագրում առանց ուղեկցող հիվանդությունների, ախտորոշումների, վիրաբուժական միջամտությունների – հետվիրահատական բարդությունների սրտադարպացված կողավորման
- Տվյալների մուտքագրում առանց հիվանդների –/կամ բուժաշխատողների անունների կողավորման (գաղտնիությունը ապահովելու նպատակով)
- Տվյալների բանկում ժխտական պատասխանները (որ–է ախտանիշի/վիճակի բացակայությունը) գրանցելու գործելակերպի բացակայություն
- Տվյալների բանկ մուտքագրվող տվյալների ընդունելի միջակայքից դուրս լինելու մասին տեղեկացնող ծրագրի բացակայություն

- Կլինիկական փոփոխությունների ոչ լիարժեք բանկ՝ համեմատած այլ համանման հասարակություններում գոյություն ունեցող համապատասխան փոփոխությունների բանկերի հետ
- Տվյալների բանկի բարձր ընդհանուր զգայունություն, բնորոշություն – դրական կանխորոշիչ ունակություն
- Տիվանդի ախտորոշման, սրտային անբավարարության դասի – արյան օգտագործման մասին փոփոխությունների ցածր զգայունություն:

Ընդհանուր գերազանց համապատասխանությունը հիվանդության պատմությունների – վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի միջ-, ինչպես նաև՝ վերջինիս բարձր հավաստիությունը ցույց են տալիս փոփոխությունների այս աղբյուրի օգտագործման հնարավորությունը ՆՄԲԿ-ում որակի ապահովման – հեղուկացման աշխատանքների համար: Ինչ-է, անհրաժեշտություն կա մշակելու – ներդնելու ՆՄԲԿ-ում փոփոխությունների հավաքման բարելավմանն ուղղված մի շարք միջոցառումներ: Ներ-արար, առաջարկվում է.

- Ներմուծել հիվանդների ախտորոշումների – վիրաբուժական միջամտությունների սրանդարտ կոդավորման համակարգ (օրինակ՝ ICD)
- Վերափոխել վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի դիզայնն այնպես, որ այն ենթադրի նաև՝ ժխտական պատասխանների գրանցում
- Կիրառել ծրագրեր, որոնք կտեղեկացնեն մուտքագրողին պակասող փոփոխության մասին – կիսկեն, որ մուտքագրվող փոփոխությունը գրանցվի սահմանված ընդունելի միջակայքում
- Տիվանդի միջազգային սրանդարտների վրա, վերափոխել վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկն այնպես, որ այն ներառի բուժման արդյունքները ըստ դեպքերի փարբերության ճշգրտելու համար անհրաժեշտ տեղեկություններ
- Բուժանձնակազմին ուսուցանել հիվանդության պատմությունների ճիշտ լրացման – փոփոխությունների ճիշտ մուտքագրման սկզբունքները:

Ըստ միջազգային սրանդարտների վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի լիարժեքության, ինչպես նաև՝ փոփոխությունների ներմուծման ժամանակին լինելու հանգամանքի ուսումնասիրությունը դուրս են եղել այս հեղուկացման շրջանակներից: Առաջարկվում է անցկացնել հեղուկացման հեղուկացումը՝ պարզելու համար վիրաբուժական փոփոխությունների ամփոփ բանկի լրացման ժամանակին լինելը, – գնահատելու համար դրա լիարժեքությունը՝ միջազգային սրանդարտներին համապատասխանության առումով:

Կարելի է եզրակացնել, որ սույն հեղուկացումները մեկ անգամ –ս հասարակում է, որ նախքան բժշկական գրառումներն ու փոփոխությունների բանկերն օգտագործելը՝ որպես որակի ապահովման կամ հեղուկացման նպատակներով հիվանդի մասին տեղեկությունների հեղուկացման աղբյուրների, անհրաժեշտ է գնահատել դրանց հավաստիությունն ու լիարժեքությունը: Սույն հեղուկացումները կարող է հիմք հանդիսանալ ՆՄԲԿ-ում հիվանդների մասին փոփոխությունների հավաքման այլ ասպեկտների բարելավմանն ուղղված ձեռնարկումների նախագծման – իրականացման համար: Խորհուրդ է տրվում առկա խնդիրները բացահայտելու – լուծելու համար կիրառել խմբային մոտեցում այն աշխատակիցների ներգրավմամբ, ովքեր իրավասու են իրականացնել փոփոխություններ: Սա կարող է նպաստել բուժօգնության որակի բարելավմանը, հեղ-արար – բուժման արդյունքների լավացմանը: Ավելին, ավելի լայն

առումով, ՆՄԲԿ-ն կարող է դառնալ Նայասպանի առողջապահության համակարգում որակի ապահովման միջոցառումների հաջող ներմուծման – կիրառման առաջամարտիկ, իսկ նրա օրինակը կարող է մղել այլոց՝ ընդունելու որակի ապահովման փիլիսոփայությունը որպես բարձրորակ բուժօգնություն ցուցաբերելու ձգվող ցանկացած բուժհասպարակության անփոխարինելի պարպավորություն:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Joint Commission International Accreditation. Manual: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 2000.

Rasisnski D. Medical records. October, 2001. [on-line]
<http://www.afip.org/Departments/legalmed/jnrm1999/records.html>

Payne, B. C. The medical record as a basis for assessing physician competence. *Annals of Internal Medicine*. 1979; 91(4): 623-9.

Black N. High-quality clinical databases: breaking down barriers. *Lancet*. 1999; 353 (9160), 1205-6.

Donabedian A. The definitions of quality and approaches to its assessment. vol.1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.

Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. (unpublished) 2000.

Selbmann H.-K. and Uberla K.K., editors. Quality assessment of medical care. Gerlingen: Bleicher; 1982.

Lyons, T. F. and B. C. Payne. The relationship of physicians' medical recording performance to their medical care performance. *Medical Care*. 1974; 12(5): 463-9.

Duggan, A. K., B. Starfield, et al. Structured encounter form: The impact on provider performance and recording of well-child care. *Pediatrics*. 1990; 85(1): 104-113.

Starfield, B., D. Steinwachs, et al. Concordance between medical records and observations regarding information on coordination of care. *Medical Care*. 1979; 17(7): 758-66.

Reich DL, Wood RKJr, Krol M, Adams DC, Hossain S, Bodian CA. Arterial blood pressure and heart rate discrepancies between handwritten and computerized anesthesia records. *Anesth Analg*. 2000; 12(3): 612-6.

Zuckerman, A. E., B. Starfield, et al. Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape-recording doctor-patient encounters. *Pediatrics*. 1975; 56(3): 407-11.

Romm, F. J. and S. M. Putnam. The validity of the medical record. *Medical Care*. 1981; 19(3): 310-15.

Bentsen, B. G. The accuracy of recording patient problems in family practice. *Journal of Medical Education*. 1976; 51(4): 311-316.

Wrenn, K., L. Rodewald, et al. The use of structured, complaint-specific patient encounter forms in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 1993; 22(5): 805-12.

Britt H, Meza RA, and Del Mar C. Methodology of morbidity and treatment data collection in general practice in Australia: a comparison of two methods. *Family Practice*. 1996; 13(5): 462-7.

Koroukian S, McPherson R, Yeritsyan N, and Oksuzyan A. A survey of adherence to international hospital standards at Nork Marash Medical Center. Technical Report. AUA/NMMC; 2000.

Koroukian S and Vardanian A. Report on data collection and analysis at Nork Marash Medical Center. AUA/NMMC; 2001.

American Heart Association. Angioplasty and cardiac revascularization treatments and statistics. Open heart surgery statistics. September, 2001. [on-line]
http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/angioc.html

Goble AJ and Worcester MUC. Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention. Heart Research Center, Australia: Department of Human Services Victoria, 1999.

US National Library of Medicine. Medical Encyclopedia. Heart bypass surgery. September, 2001. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002946.htm>

Malseed RT and Girton SE. Pharmacology. Drug therapy and nursing considerations. 3rd edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1990.

Coronary heart disease statistics: Risk factors for coronary heart disease. August, 2001. [on-line] http://www.dphpc.ox.ac.uk/stats/2000/2000/key_facts/index.html

Bloomington Hospital u Health Care System: Heart Risk Assessment Quiz: Risk factors for heart disease. June, 2001. [on-line] <http://www.bhhs.org/heart/>

Jones RH, Hannan EL, Hammermeister KE, DeLong ER, O'Connor GT, Luepker RV, Parsonnet V, and Pryor DB. Identification of preoperative variables needed for risk adjustment of short-term mortality after coronary artery bypass graft surgery. *J Am Coll Card*. 1996; 28: 1478-87.

Hannan EL, Racz MJ, Jollis JG, and Peterson ED. Using Medicare claims data to assess provider quality for CABG surgery: does it work well enough? *Health Services Research*. 1997; 31: 6.

Greenberger NJ and Hinthorn DR. History taking and physical examination: essentials and clinical correlates. Baltimore: Mosby-Year Book, Inc, 1993.

Issued by Center Health Services Research at the American University of Armenia.
The Society of Thoracic Surgeons. Adult Cardiac Surgery Database: Data Collection Form. Version 2.33, 1999.

ՆԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Նավելված 1. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայի առաջնակի այցի քարտ

Սրտաբան _____ 1-ին այցի ա/թ _____ / _____ / _____ թ.
 Ա.Ա.Ն. _____ Սեռը _____
 Ծննդյան ամսաթիվը _____ / _____ 19 _____ թ. Տարիքը _____ տ.
 Պեղծություն _____ Մարզ _____ Քաղաք _____
 Փողոց _____ Տուն _____ Բնակ. _____ Նեռ. _____
 Աշխ. վայր _____ Նեռ. _____
 Բարեկամ _____ Նեռ. _____
 Ուղարկող բժիշկ _____

Ախտորոշում՝ _____											
Ուղեկցող հիվ. _____											
SA-FC-	I	II	III	IV	UA	HF-FC-	0I	II	III	IV	
Հիվ. տեսակը՝		<input type="checkbox"/> IHD	<input type="checkbox"/> AHD//Rheumatic		<input type="checkbox"/> AHD//NonRheumatic		<input type="checkbox"/> CHD				
Գտնվում է՝		<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Arrhythmia		<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy		<input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> Other			
		<input type="checkbox"/> Medication	<input type="checkbox"/> Follow-up		<input type="checkbox"/> X-ray	<input type="checkbox"/> Holter	<input type="checkbox"/> Treadmill				

ՆԵՐՍՐՏԱՅԻՆ ՆԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

_____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

ՎԻՐԱՆԱՏԱԿԱՆ ՄԻԶԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆ

_____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

<input type="checkbox"/> Օխախտ	<input type="checkbox"/> Ալկոհոլ	<input type="checkbox"/> Կլինաքս	<input type="checkbox"/> Հիպերխոլեսթերինեմիա	<input type="checkbox"/> Հիպերգլիկեմիա	<input type="checkbox"/> Այլ
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------

Մահվան ա/թ. _____ / _____ / _____

Պատճառը _____

Արտի առևկուլտացիա՝ տոները՝ I _____ II _____ այլ _____, ռիթմիկ՝ այո , ոչ . ,

սիստոլիկ աղմուկ , բնույթը _____ մաքսիմալ լսում է՝ _____

դիաստոլիկ աղմուկ , բնույթը _____ մաքսիմալ լսում է՝ _____

Ռենտգեն

ԷՍԳ՝ ռիթմը՝ _____ զարկ 1 րոպեում, ՍԷԱ՝ _____

հիպերտրոֆիա՝ _____, այլ _____

սպիական փոփոխություններ՝ _____

ԷԽՈ-ՍԳ: _____ ժապավեն # _____

LA _____; Ao _____; LV ed _____; LV s _____; PW d/s _____; IVS _____; RV _____; RVAW _____; EF _____ %; PAAT _____

Եշտումներ _____

Կրկին քննություն _____ / _____ / 200 թ.

Այլ հետազոտություններ

- 1.tredmil
- 2.holter
- 3. CT
- 4. MRI

Դեղորայք՝

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Նավելված 2. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում բժշկական գրառումների գնահատման հարցաշար

1 = հարցը բարձրացված է/հաստատական	1 = պարասխանը գրանցված է/հաստատական
2 = հարցը բարձրացված է/ժխտական	2 = պարասխանը գրանցված է/ժխտական
3 = հարցը բարձրացված չէ	3 = պարասխանը գրանցված չէ

1-3 պարասխանները Ա – Դ բաժինների համար

Այո = հետազոտությունը կատարված/նշանակված է	Այո = հետազոտության արդյունքները/նշանակումը գրանցված է
Ոչ = հետազոտությունը կատարված/նշանակված չէ	Այո = հետազոտության արդյունքները/նշանակումը գրանցված չէ

Այո/Ոչ պարասխանները Բ – Գ բաժինների համար

Անսաթիվ՝ ____/____/2001

Նիվանդի փարբերակման համար՝

Օրդինատորի փարբերակման համար՝

Դիպարկման սկիզբ՝ ____: ____:

Գրառումների գնահատման սկիզբ՝ ____: ____:

Դիպարկման ավարտ՝ ____: ____:

Գրառումների գնահատման ավարտ՝ ____: ____:

N	Նարց	Դիպարկում	1 ^{ին} այցի քարտ	Միավոր
		Պարասխան	Պարասխան	0-1
Ա.	Նիվանդության անամնեզ	1/2/3	1/2/3	
1.	Ցավ կրծքավանդակում ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ			
2.	Շնչարգելություն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ			
3.	Սրտի անկանոն աշխատանք (առիթմիա)			
4.	Օրթոպնոե			
5.	Ընդհանրական անամնեզ (այն է՝ ժառանգական հակվածություն հանդեպ սրտամկանի ինֆարկտը, հիպերտենզիան, ուղեղի արյան շրջանառության խանգարումը, շաքարային դիաբետը,			

	երիկամային անբավարարությունը, այլ)				
6.	Ալերգիա				
7.	Ներկա բուժումը				
8.	Ուղեկցող հիվանդություններ (օրինակ՝ սրտամկանի ինֆարկտ, ուղեղի արյան շրջանառության խանգարում, շաքարային դիաբետ, սպամոքսի խոց, ռ-մապիզմ, այլ)				
9.	Տարած վիրահատություն(ներ) (օրինակ՝ սրտի վիրահատություն, սպամոքսի խոցի մասնահատում, այլ)				
Բ.	Օբյեկտիվ հետազոտություն	Այո	Ոչ	Այո	Ոչ
10ա.	Արյան ճնշման չափում				
10բ.	Դիրքը՝ արյան ճնշումը չափելիս (նստած/պառկած)				
11.	Սրտի աուսկուլյացիա				
12.	Թոքերի աուսկուլյացիա				
13.	Որովայնի շոշափում				
14ա.	Պերիֆերիկ հեմոդինամիկա (ձախ ճաճանչային պուլս,				

	աջ ճաճանչային պուլս,				
	ձախ ուրնաթաթային պուլս,				
	աջ ուրնաթաթային պուլս)				
14բ.	Հիվանդի դիրքը՝ պուլսը գնահատելիս				
15.	Քներակի աուսկուլյացիա				
Գ.	Այլ հեղազոտություններ				
16.	Էլեկտրասրտագիր (ԷՍԳ)				
17.	Էխոսրտագիր (ԷԽՍԳ)				
18.	Սրտի ռենտգենաբանական հեղազոտություն				
19.	Արյան հեղազոտություններ				
	(պրոթրոմբինային ցուցանիշ, Էլեկտրոլիտներ [Na, Ca, K], կրեատինին, շաքար, խոլեստերին, փրիզլիցերիդներ, բարձր հագեցվածության լիպիդներ, ցածր հագեցվածության լիպիդներ, միզանյութ, այլ)				
20.	Տրեղմիլ				
21.	Սրտի կաթեպերիդացիա				
Դ.	Վարքագծային ռիսկի գործոն	1/2/3		1/2/3	
22.	Ծխախոտի օգտագործում				

Հիվանդի անուն և ազգանուն՝
Հիմնական ախտորոշում՝
Ուղեկցող հիվանդություններ՝

ՏԱՎԵԼՎԱԾ 3. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում հիվանդի առաջնակի այցի դիտարկման ցուցումներ

1 = քննարկված է/հաստատական*	Առաջին այցի ընթացքում հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է հաստատական:
2 = քննարկված է/ժխտական	Առաջին այցի ընթացքում հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է ժխտական:
3 = քննարկված չէ	Առաջին այցի ընթացքում հարցը չի բարձրացվել:

*1-3 պատասխաններ՝ Ա և Դ բաժինների համար
 Այո/Ոչ պատասխաններ՝ Բ և Գ բաժինների համար

Բաժին Ա / Անամնեզ

1. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու մասին [1-3]

- 1 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդն ունի այդպիսի ցավ
- 2 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, բայց հիվանդը չունի այդպիսի ցավ
- 3 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

Նշում՝ Կրծքավանդակում ցավի ուժեղացումը ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ հիվանդը կարող է նկարագրել որպես տհաճ զգացում (ճնշում, սեղմոց, այրոց, և այլն):

2. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ հեղց ունենալու մասին [1-3]

- 1 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ հեղց ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդն ունի այդպիսի հեղց
- 2 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ հեղց ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, բայց հիվանդը չունի այդպիսի հեղց
- 3 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ հեղց ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

Նշում՝ Հեղցի ուժեղացումը ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ հիվանդը կարող է նկարագրել որպես օդի պակասի, խորը ներշնչման կարիք ունենալու զգացում:

3. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին սրտի անկանոն աշխատանք ունենալու մասին [1-3]

- 1 սրտի անկանոն աշխատանքի մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդն ունեցել է այդպիսի գանգատ

- 2 սրտի անկանոն աշխատանքի մասին հարցը բարձրացվել է, բայց հիվանդը չի ունեցել այդպիսի գանգատ
- 3 հիվանդի առաջին այցի ժամանակ սրտի անկանոն աշխատանքի մասին հարցը չի բարձրացվել

Նշում՝ Սրտի անկանոն աշխատանքը հիվանդը կարող է նկարագրել որպես սրտի թրոռոց, արագ կամ դանդաղ աշխատանք և այլն:

4. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին օրթոպնոե ունենալու մասին [1-3]

- 1 օրթոպնեա ունենալու մասին հարցը քննարկվել է, և հիվանդն ունեցել է այդպիսի գանգատ
- 2 օրթոպնեա ունենալու մասին հարցը քննարկվել է, բայց հիվանդը չի ունեցել այդպիսի գանգատ
- 3 հիվանդի առաջին այցի ժամանակ պառկած վիճակում շնչարգելություն ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

Նշում՝ Օրթոպնոեն շնչարգելություն է պառկած վիճակում, որը դադարում է նստած կամ կանգնած դիրքում:

5. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին որևէ հիվանդության նկատմամբ ժառանգական հակվածության ունենալու մասին [1-3]

- 1 որևէ հիվանդության նկատմամբ ժառանգական հակվածության ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է դրական
- 2 որևէ հիվանդության նկատմամբ ժառանգական հակվածության ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է բացասական
- 3 հիվանդի առաջին այցի ժամանակ որևէ հիվանդության նկատմամբ ժառանգական հակվածության ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

Նշում՝ Եթե հիվանդի պատասխանը եղել է դրական, գրել այն հիվանդությունները, որոնց նկատմամբ նա ունի ժառանգական հակվածություն

6. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին ալերգիայի մասին [1-3]

- 1 ալերգիա ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է դրական
- 2 ալերգիա ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է բացասական
- 3 հիվանդի առաջին այցի ժամանակ ալերգիա ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

7. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին սրտի հիվանդության պատճառով ներկայումս բուժում ստանալու մասին [1-3]

- 1 սրտի հիվանդության պատճառով ներկայումս բուժում ստանալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է հաստատական
- 2 սրտի հիվանդության կապակցությամբ ներկայումս բուժում ստանալու մասին հարցը բարձրացվել է, բայց հիվանդի պատասխանը եղել է ժխտական
- 3 հիվանդի առաջին այցի ժամանակ սրտի հիվանդության կապակցությամբ բուժում ստանալու մասին հարցը չի բարձրացվել

Նշում՝ Եթե հիվանդը ստանում է բուժում, գրել նրա ընդունած յուրաքանչյուր դեղորայքի անվանումը:

8. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին ուղեկցող հիվանդություններ (սրտի պրոբլեմից բացի որևէ այլ հիվանդություն) ունենալու մասին [1-3]

- 1 ուղեկցող հիվանդություն ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է հաստատական
- 2 ուղեկցող հիվանդություն ունենալու մասին հարցը բարձրացվել է, բայց հիվանդի պատասխանը եղել է ժխտական
- 3 առաջին այցի ժամանակ ուղեկցող հիվանդություն ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

9. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին անցյալում որևէ վիրահատություն ունենալու մասին [1-3]

- 1 անցյալում վիրահատություն տարած լինելու մասին հարցը բարձրացվել է, և հիվանդի պատասխանը եղել է հաստատական
- 2 անցյալում վիրահատություն տարած լինելու մասին հարցը բարձրացվել է, բայց հիվանդի պատասխանը եղել է ժխտական
- 3 առաջին այցի ժամանակ անցյալում վիրահատություն ունենալու մասին հարցը չի բարձրացվել

Բաժին Բ / Օբյեկտիվ քննություն

10ա. Արդյո՞ք սրտաբանը/բուժքույրը չափել է հիվանդի արյան ճնշումը [Այո/Ոչ]

- Այո** սրտաբանը/բուժքույրը սֆիզմոմանոմետրի մանժետը կապել է հիվանդի նախաբազուկին, ստետոսկոպի սկավառակը տեղադրել մանժետի տակ ու հիվանդի արմունկից անմիջապես վերև, արագ սեղմել կոճղեզը և դանդաղ բաց թողել օդը:
- Ոչ** սրտաբանը/բուժքույրը սֆիզմոմանոմետրի մանժետը չի կապել հիվանդի նախաբազուկին կամ չի տեղադրել ստետոսկոպի սկավառակը մանժետի տակ ու հիվանդի արմունկից անմիջապես վերև կամ չի սեղմել կոճղեզը և բաց չի թողել օդը:

10բ. Ինչպիսի՞ն է եղել հիվանդի դիրքը արյան ճնշումը չափելու ժամանակ [Այո/Ոչ]

Այո Արյան ճնշումը չափելու ժամանակ հիվանդի դիրքը եղել է նստած կամ պառկած

Ոչ Եթե հիվանդի արյան ճնշման չափումը չի կատարվել (տես 10ա՝ Ոչ)

Նշում՝ Նշել հիվանդի դիրքը արյան ճնշումը չափելու ժամանակ:

11. Արդյո՞ք սրտաբանը կատարել է սրտի աուսկուլտացիա [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը կատարել է սրտի աուսկուլտացիա

Ոչ սրտաբանը սրտի աուսկուլտացիա չի կատարել

12. Արդյո՞ք սրտաբանը կատարել է թոքերի աուսկուլտացիա [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը կատարել է թոքերի աուսկուլտացիա

Ոչ սրտաբանը թոքերի աուսկուլտացիա չի կատարել

13. Արդյո՞ք սրտաբանը շոշափել է հիվանդի որովայնը [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը շոշափել է հիվանդի որովայնը

Ոչ սրտաբանը չի շոշափել հիվանդի որովայնը

14. Արդյո՞ք սրտաբանը գնահատել է հիվանդի պերիֆերիկ հեմոդինամիկան [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը շոշափել է հիվանդի ճաճանչային և ոտնաթաթային զարկերակները

Ոչ սրտաբանը չի շոշափել հիվանդի ճաճանչային և ոտնաթաթային զարկերակները

Նշում՝ Եթե սրտաբանը գնահատել էր հիվանդի պերիֆերիկ հեմոդինամիկան, նշեք այն զարկերակները, որոնք սրտաբանը շոշափել է

15. Արդյո՞ք սրտաբանը գնահատել է հիվանդի քներակները [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը տեղադրել է ստետոսկոպի սկավառակը վզի աջ ու ձախ կողմնային պատերի վրա

Ոչ սրտաբանը չի տեղադրել ստետոսկոպի սկավառակը վզի աջ ու ձախ կողմնային պատերի վրա

Բաժին Գ / Գործիքային հետազոտություն

16. Արդյո՞ք սրտաբանը հիվանդին կատարել է էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ) [Այո/Ոչ]

Այո էլեկտրոդները փակցվել են հիվանդի կրծքավանդակին, ձեռքերին և ոտքերին:
Հետազոտության ժամանակ թղթի վրա գրանցվել է սրտի աշխատանքի գրաֆիկական պատկերը:

Ոչ էլեկտրոդները չեն փակցվել հիվանդի կրծքավանդակին, ձեռքերին և ոտքերին:
Հետազոտության ժամանակ թղթի վրա չի գրանցվել սրտի աշխատանքի գրաֆիկական պատկերը:

17. Արդյո՞ք սրտաբանը հիվանդին կատարել է էխոսրտագրություն (ԷԽԳ) [Այո/Ոչ]

Այո Տրանսդյուսերի միջոցով սրտաբանը հետազոտել է հիվանդի սիրտը, որի պատկերը արտացոլվել է էկրանի վրա:

Ոչ տրանսդյուսերի միջոցով սրտաբանը չի հետազոտել հիվանդի սիրտը կամ դրա պատկերը չի արտացոլվել էկրանի վրա:

18. Արդյո՞ք սրտաբանը նշանակել է հիվանդին կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը նշանակել է հիվանդին կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն:

Ոչ սրտաբանը հիվանդին կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն չի նշանակել:

19. Արդյո՞ք սրտաբանը նշանակել է հիվանդին արյան քննություն [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը նշանակել է հիվանդին արյան քննություն

Ոչ սրտաբանը չի նշանակել հիվանդին արյան քննություն

Նշում՝ Եթե հիվանդին նշանակվել է արյան քննություն, գրանցել յուրաքանչյուր նշանակված քննությունը:

20. Արդյո՞ք սրտաբանը նշանակել է հիվանդին տրեդմիլ հետազոտություն [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը նշանակել է հիվանդին տրեդմիլ հետազոտություն

Ոչ սրտաբանը չի նշանակել հիվանդին տրեդմիլ հետազոտություն

21. Արդյո՞ք սրտաբանը նշանակել է հիվանդին ներսրտային հետազոտություն (կորոնարոգրաֆիա) [Այո/Ոչ]

Այո սրտաբանը նշանակել է հիվանդին ներսրտային հետազոտություն

Ոչ սրտաբանը չի նշանակել հիվանդին ներսրտային հետազոտություն

Բաժին Դ / Ռիսկի գործոններ

22. Արդյո՞ք սրտաբանը հարցրել է հիվանդին ծխելու մասին [1-3]

- 1 առաջնակի այցի ժամանակ բարձրացվել է ծխելու սովորություն ունենալու մասին հարցը, և հիվանդի պատասխանը եղել է հաստատական
- 2 առաջնակի այցի ժամանակ բարձրացվել է ծխելու սովորություն ունենալու մասին հարցը, բայց հիվանդի պատասխանը եղել է ժխտական
- 3 առաջնակի այցի ժամանակ ծխելու սովորություն ունենալու մասին հարցը չի քննարկվել

ՏԱՎԵԼՎԱԾ 4. Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում հիվանդի առաջնակի այցի ժամանակ կատարված բժշկական գրառումների դիտարկման ցուցումներ

1 = գրանցված է/հաստատական*	Գրանցվել է հիվանդի հաստատական պատասխանը:
2 = գրանցված է/ժխտական	Գրանցվել է հիվանդի ժխտական պատասխանը:
3 = գրանցված չէ	Հիվանդի պատասխանը չի գրանցվել:

*1-3 պատասխաններ՝ Ա և Դ բաժինների համար
 Այո/Ոչ պատասխաններ՝ Բ և Գ բաժինների համար

Բաժին Ա / Անամնեզ

1. **Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու մասին հիվանդի զանգատը [1-3]**
 - 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու հիվանդի զանգատը
 - 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է կրծքավանդակում ցավ ունենալու հիվանդի զանգատը, որը կապված չէ ֆիզիկական աշխատանքի հետ
 - 3 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ կրծքավանդակում ցավ ունենալու հիվանդի զանգատը կամ դրա բացակայությունը չեն գրանցվել

2. **Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի զանգատը ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ հևոց ունենալու մասին [1-3]**
 - 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ հևոց ունենալու հիվանդի զանգատը
 - 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի զանգատը հևոց ունենալու մասին, որը կապված չէ ֆիզիկական աշխատանքի հետ
 - 3 ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ հևոց ունենալու հիվանդի զանգատը կամ դրա բացակայությունը չեն գրանցվել

3. **Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի զանգատը անկանոն սրտի աշխատանք ունենալու մասին [1-3]**
 - 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի զանգատը անկանոն սրտի աշխատանք ունենալու մասին
 - 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է, որ հիվանդը չի զանգատվում սրտի անկանոն աշխատանքից
 - 3 առաջնակի այցի քարտում սրտի անկանոն աշխատանք ունենալու մասին հիվանդի զանգատը կամ դրա բացակայությունը չեն գրանցվել

4. **Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի զանգատը օրթոպնոե ունենալու մասին [1-3]**

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի գանգատը օրթոպնոտ (շնչահեղձության ուժեղացում պառկած վիճակում) ունենալու մասին
- 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է, որ հիվանդը չի գանգատվում պառկած վիճակում շնչարգելությունից
- 3 առաջնակի այցի քարտում օրթոպնոտ ունենալու հիվանդի գանգատը կամ դրա բացակայությունը չեն գրանցվել

5. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է որևէ հիվանդության նկատմամբ հիվանդի ժառանգական հակվածությունը [1-3]

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի ժառանգական հակվածությունը որևէ հիվանդության նկատմամբ
- 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է որևէ հիվանդության նկատմամբ հիվանդի ժառանգական հակվածության բացակայությունը
- 3 առաջնակի այցի քարտում որևէ հիվանդության նկատմամբ հիվանդի ժառանգական հակվածությունը կամ դրա բացակայությունը չեն գրանցվել

Նշում՝ Եթե հիվանդն ունի հակվածություն որևէ հիվանդության նկատմամբ, նշել այդ հիվանդություն(ներ)ը:

6. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի մոտ ալերգիայի առկայությունը [1-3]

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի մոտ ալերգիայի առկայությունը
- 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի մոտ ալերգիայի բացակայությունը
- 3 առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել հիվանդի մոտ ալերգիայի առկայությունը կամ դրա բացակայությունը

7. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի ներկայիս բուժումը [1-3]

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի ներկայիս բուժումը
- 2 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի ներկայիս բուժման բացակայությունը
- 3 առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել հիվանդի ներկայիս բուժումը կամ դրա բացակայությունը

8. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է սրտի պրոբլեմը ուղեկցող հիվանդությունները [1-3]

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են ուղեկցող հիվանդությունները
- 2 առաջնակի այցի քարտում նշվել է ուղեկցող հիվանդությունների բացակայությունը
- 3 առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել ուղեկցող հիվանդությունները կամ դրանց բացակայությունը

9. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է անցյալում տարած որևէ վիրահատություն [1-3]

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են անցյալում տարած վիրահատությունները
- 2 առաջնակի այցի քարտում նշվել է, որ հիվանդը անցյալում չի տարել որևէ վիրահատություն
- 3 առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել անցյալում տարած վիրահատությունները կամ որևէ վիրահատություն տարած չլինելու փաստը

Բաժին Բ / Օբյեկտիվ քննություն

10ա. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի արյան ճնշումը [Այո/Ոչ]

- Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են հիվանդի արյան ճնշումը (սիստոլիկ և դիաստոլիկ)
- Ոչ առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել հիվանդի արյան ճնշման տվյալները կամ գրանցել է միայն սիստոլիկ կամ դիաստոլիկ ճնշումը

10բ. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է հիվանդի դիրքը արյան ճնշումը չափելու ժամանակ [Այո/Ոչ]

- Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդի դիրքը արյան ճնշումը չափելու ժամանակ
- Ոչ առաջնակի այցի քարտում չի գրանցվել հիվանդի դիրքը արյան ճնշումը չափելու ժամանակ

11. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է սրտի աուսկուլտացիայի արդյունքները [Այո/Ոչ]

- Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են սրտի աուսկուլտացիայի արդյունքները
- Ոչ առաջնակի այցի քարտում սրտի աուսկուլտացիայի արդյունքները չեն գրանցվել

12. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է թոքերի աուսկուլտացիայի արդյունքները [Այո/Ոչ]

- Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են թոքերի աուսկուլտացիայի արդյունքները
- Ոչ առաջնակի այցի քարտում թոքերի աուսկուլտացիայի արդյունքները չեն գրանցվել

13. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է որովայնի շոշափման արդյունքները [Այո/Ոչ]

- Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են որովայնի շոշափման արդյունքները
- Ոչ առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել որովայնի շոշափման արդյունքները

14ա. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է պերիֆերիկ զարկերակների գնահատման արդյունքները [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում "Խոշոր անոթներ" անվան տակ գրանցվել են պերիֆերիկ զարկերակների գնահատման արդյունքները

Ոչ առաջնակի այցի քարտում պերիֆերիկ զարկերակների գնահատման արդյունքները չեն գրանցվել

14բ. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է, թե որ պերիֆերիկ զարկերակներն է գնահատել [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում "Պուլս" անվան տակ գրանցվել են յուրաքանչյուր պերիֆերիկ զարկերակի գնահատման տվյալները

Ոչ առաջնակի այցի քարտում չի նշվել յուրաքանչյուր պերիֆերիկ զարկերակի գնահատման մասին

15. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է քներակի աուսկուլտացիայի արդյունքները [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են քներակի աուսկուլտացիայի արդյունքները

Ոչ առաջնակի այցի քարտում քներակների գնահատման արդյունքները չեն նշվել

Բաժին Գ / Գործիքային հետազոտություններ

16. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է էլեկտրասրտագրության (ԷՍԳ) արդյունքները [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են ԷՍԳ արդյունքները կամ ԷՍԳ-ը կցված է ամբուլատոր քարտին

Ոչ առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել ԷՍԳ արդյունքները և ԷՍԳ-ը կցված չէ ամբուլատոր քարտին

17. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է էխոսրտագրության (ԷՍԳ) արդյունքները [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են ԷՍԳ արդյունքները

Ոչ առաջնակի այցի քարտում ԷՍԳ արդյունքները չեն գրանցվել

18. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտության արդյունքները կամ նշել դրա նշանակումը [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել են կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտության արդյունքները/նշանակումը

Ոչ առաջնակի այցի քարտում կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտության արդյունքները կամ դրա նշանակումը չեն գրանցվել

19. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է արյան քննության նշանակումը [Այո/Ոչ]

Այո արյան քննության թերթիկում գրանցվել են հիվանդին նշանակված քննությունները կամ այդ թերթիկը կցված է ամբուլատոր քարտին

Ոչ արյան քննության թերթիկում չեն գրանցվել հիվանդին նշանակված քննությունները կամ այդ թերթիկը կցված է ամբուլատոր քարտին

20. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է տրեդմիլ հետազոտության նշանակումը [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդին նշանակված տրեդմիլ հետազոտությունը

Ոչ առաջնակի այցի քարտում տրեդմիլ հետազոտության նշանակումը չի նշվել

21. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է ներսրտային հետազոտության (կորոնարոգրաֆիայի) նշանակումը [Այո/Ոչ]

Այո առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է հիվանդին նշանակված կորոնարոգրաֆիան

Ոչ առաջնակի այցի քարտում չի գրանցվել կորոնարոգրաֆիային նշանակում

Բաժին Դ / Ռիսկի գործոններ

22. Արդյո՞ք սրտաբանը գրանցել է տվյալներ ծխելու սովորության ունենալու մասին [1-3]

- 1 առաջնակի այցի քարտում գրանցվել է, որ հիվանդը ծխում է և օգտագործվող ծխախոտի օրեկան քանակը
- 2 առաջնակի այցի քարտում նշվել է, որ հիվանդը չի ծխում
- 3 առաջնակի այցի քարտում չեն գրանցվել հիվանդի մոտ ծխելու սովորության առկայությունը կամ բացակայությունը

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 5. Նարքերի խմբավորումը ըստ ուսումնասիրված ոլորտների

Ոլորտ	Հարց
Հիվանդի գանգատներ	Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ կապված ցավ կրծքավանդակում, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ կապված հևոց, սրտի առիթմիկ աշխատանք, օրթոպնոտ
Անամնեզ	Ընտանեկան անամնեզ (ժառանգական հակվածություն), ալերգիա, ներկա բուժումը, ուղեկցող հիվանդություններ, նախկինում տարած վիրահատություններ
Օբյեկտիվ քննություն	ԱՃ* չափում, հիվանդի դիրքը ԱՃ չափելու ժամանակ, սրտի աուսկուլտացիա, թոքերի աուսկուլտացիա, որովայնի շոշափում, պերիֆերիկ զարկերակների գնահատում, գնահատված զարկերակների դիրքը, քներակի աուսկուլտացիա
Կատարված հետազոտություններ	ԷՍԳ† and ԷԽԳ‡
Նշանակված հետազոտություններ	Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն, արյան քննություն, տրեդմիլ հետազոտություն, կորոնարոգրաֆիա
Վնասակար սովորույթներ	Ծխելու սովորույթ

*ԱՃ – արյան ճնշում
 †ԷՍԳ – էլեկտրասրտագրություն
 ‡ԷԽԳ - էխսրատագրություն

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 6. Միավորների գումարն ու համապատասխանության տոկոսը յուրաքանչյուր հարցի համար

Հարց	Միավորների գումար	Համապատասխանության տոկոս (%)	Համապատասխանության արժեք (%)	Համապատասխանության բնութագիր
Ֆիզիկական լարվածության հետ կապված ցավ կրծքավանդակում	51	77.27	61-80	լավ
Ֆիզիկական լարվածության հետ կապված հևոց	35	53.03	41-60	վատ
Առիթմիա	47	71.21	61-80	լավ
Օրթոպնոտ	53	80.30	61-80	լավ
Ընտանեկան անամնեզ	19	28.79	< 40	շատ վատ
Ալերգիա	63	95.45	81-100	գերազանց
Ներկա բուժումը	28	42.42	41-60	վատ
Ուղեկցող հիվանդություններ	32.1	48.64	41-60	վատ
Անցյալում տարած վիրահատություններ	34.5	52.27	41-60	վատ
ԱՃ* չափում	66	100	81-100	գերազանց
Հիվանդի դիրքը ԱՃ չափելիս	0	0	< 40	շատ վատ
Սրտի աուսկուլտացիա	65	98.48	81-100	գերազանց
Թոքերի աուսկուլտացիա	50	75.76	61-80	լավ
Որովայնի շոշափում	41	62.12	61-80	լավ
Պերիֆերիկ զարկերակների գնահատում	42.5	64.39	61-80	լավ
Յուրաքանչյուր զարկերակի գնահատման արյունքներ	27	40.91	< 40	շատ վատ
Քներակի աուսկուլտացիա	33	50	41-60	վատ
ԷՍԳ†	66	100	81-100	գերազանց
ԷԽԳ‡	66	100	81-100	գերազանց
Կրծքավանդակի ռենտգենյան հետազոտություն	60	90.91	81-100	գերազանց
Արյան քննություն	65	98.48	81-100	գերազանց
Տրեդմիլ հետազոտություն	65	98.48	81-100	գերազանց
Կորոնարոգրաֆիա	66	100	81-100	գերազանց
Ծխելու սովորությունը	30	45.45	41-60	վատ

*ԱՃ – արյան ճնշում

†ԷՍԳ – էլեկտրասրտագրություն

‡ԷԽԳ - էխսրտագրություն

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 7. Նիվանդի գանգապներին, անամնեզին – վնասակար սովորույթ-ներին վերաբերվող հարցերի գրանցման բնույթը*

Հարց	Ժխտական և հաստատական պատասխանների թեր-գրանցում †	Հաստատական պատասխանների թեր-գրանցում ‡	Ժխտական պատասխանների թեր-գրանցում §
Ֆիզիկական լարվածության հետ կապված ցավ կրծքավանդակում	24.19	0	24.19
Ֆիզիկական լարվածության հետ կապված հևոց	49.21	5	69.77
Առիթմիա	43.18	37.14	66.67
Օրթոպնոե	81.25	25	100
Ընտանեկան անամնեզ	60	60	0
Ալերգիա	97.92	92.97	0
Ներկա բուժում	95	96.67	90
Ուղեկցող հիվանդություններ	60.34	40	91.30
Անցյալում տարած վիրահատություններ	64.44	42	94.74
Ծխելու սովորույթ	68.29	33.33	92.31

* Թեր-գրանցումը ներկայացված է տոկոսներով

† Չգրանցված պատասխանների տոկոսը բոլոր այն դեպքերի թվից, երբ հարցը բարձրացվել է առաջնակի այցի ժամանակ

‡ Չգրանցված հաստատական պատասխանների տոկոսը ստացված բոլոր հաստատական պատասխանների թվից

§ Չգրանցված ժխտական պատասխանների տոկոսը ստացված բոլոր ժխտական պատասխանների թվից

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 8. Օբյեկտիվ քննությանը, կատարված – նշանակված հետազոտություններին վերաբերվող հարցերի գրանցման բնույթը

Հարց	Թեր-գրանցում ⁴	Գեր-գրանցում ⁵
ԱՃ* չափում	0	0
Հիվանդի դիրքը ԱՃ չափելու ժամանակ	100	0
Սրտի աուսկուլտացիա	0	1.51
Թոքերի աուսկուլտացիա	0	75.76
Որովայնի շոշափում	2.38	36.92
Պերիֆերիկ զարկերակների գնահատում	3.33	48.21
Յուրաքանչյուր զարկերակի գնահատման արդյունքներ	92.5	40
Քննարկների աուսկուլտացիա	33.33	88.57
ԷՍԳ†	0	0
ԷԽԳ‡	0	0
Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն	60	0
Արյան քննություն	0	0
Տրեդմիլ հետազոտություն	7.69	0
Կորոնարոգրաֆիա	0	0

*ԱՃ – արյան ճնշում

†ԷՍԳ – էլեկտրասրտագրություն

‡ԷԽԳ - էխոսրտագրություն

« Չգրանցված արդյունքների տոկոսը բոլոր կատարված հետազոտությունների թվից

§ Չկատարված հետազոտությունների տոկոսը բոլոր այն հետազոտությունների թվից, որոնք գրանցված են որպես կատարված

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 9. Յուրաքանչյուր գրանցված հարցի զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը (ԴԿՈ)

Հարց	Զգայունություն	Բնորոշություն	ԴԿՈ
Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ կապված ցավ կրծքավանդակում	75.81	100	100
Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ կապված հևոց	51.61	100	100
Առիթմիա	56.82	100	100
Օրթոպնոտ	18.75	100	100
Ընտանեկան անամնեզ	2.08	100	100
Ալերգիա	40	100	100
Ներկա բուժում	5	100	100
Ուղեկցող հիվանդություններ	39.65	87.50	95.83
Անցյալում տարած վիրահատություններ	35.56	85.71	84.21
ԱՃ* չափում	100	100	100
Հիվանդի դիրքը ԱՃ չափելու ժամանակ	0	0	0
Սրտի աուսկուլտացիա	100	0	98.48
Թոքերի աուսկուլտացիա	100	0	75.76
Որովայնի շոշափում	97.62	0	63.08
Պերիֆերիկ զարկերակների գնահատում	96.67	25	51.79
Յուրաքանչյուր զարկերակի գնահատման արդյունքներ	7.5	92.31	60
Քննարկների աուսկուլտացիա	66.67	48.33	11.43
ԷՍԳ†	100	100	100
ԷԽԳ‡	100		100
Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտություն	40	100	100
Արյան քննություն	100	100	100
Տրեդմիլ հետազոտություն	92.31	100	100
Կորոնարոգրաֆիա	100	100	100
Ծխելու սովորություն	24.39	80	66.67

*ԱՃ – արյան ճնշում

†ԷՍԳ – էլեկտրասրտագրություն

‡ԷԽԳ - էխսրտագրություն

ՏԱՎԵԼՎԱԾ 10. Վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի գնահատման ցուցումներ

1 = առկա է երկու աղբյուրում/նույնն է	Պատասխանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և նույն ձևով մուտքագրված է տվյալների բանկ:
2 = առկա է երկու աղբյուրում/տարբեր է	Պատասխանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և մուտքագրված է տվյալների բանկ, բայց տարբեր բովանդակությամբ:
3 = առկա է հիվանդության պատմության մեջ/բացակայում է տվյալների բանկում	Պատասխանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մուտքագրված չէ տվյալների բանկ
4 = բացակայում է հիվանդության պատմության մեջ/առկա է տվյալների բանկում	Պատասխանը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մուտքագրված է տվյալների բանկ:
5 = բացակայում է և՛ հիվանդության պատմության մեջ, և՛ տվյալների բանկում	Պատասխանը բացակայում է և հիվանդության պատմության մեջ, և մուտքագրված չէ տվյալների բանկ

* այս կերպ նշված հարցերի համար 2 պատասխանը կիրառելի չէ (4/2)

1. Հիվանդության պատմության համարը [1-5]

- 1 հիվանդության պատմության համարը նույնանման գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդության պատմության համարը գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում, բայց համարները տարբեր են
- 3 հիվանդության պատմության համարը գրանցված է քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդության պատմության համարը գրանցված չէ քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդության պատմության համարը բացակայում է ինչպես քարտում, այնպես էլ տվյալների բանկում

2. Հիվանդի անունը [1-5]

- 1 հիվանդի անունը հնչողությամբ նույնանման գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդի անունը գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում, բայց հնչողությամբ տարբեր են
- 3 հիվանդի անունը գրանցված է քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի անունը գրանցված չէ քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի անունը բացակայում է ինչպես քարտում, այնպես էլ տվյալների բանկում

3. Ծննդյան ամսաթիվը [1-5]

- 1 հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը նույնանման գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում

- 2 հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը գրանցված է քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը գրանցված չէ քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը բացակայում է ինչպես քարտում, այնպես էլ տվյալների բանկում

4. Սեռ [1-5]

- 1 հիվանդի սեռը նույնանման գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդի սեռը գրանցված է քարտում և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 հիվանդի սեռը գրանցված է քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի սեռը գրանցված չէ քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի սեռը բացակայում է ինչպես քարտում, այնպես էլ տվյալների բանկում

5. Ընդունման ամսաթիվ [1-5]

- 1 հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը (օրը, ամիսը, ու տարին) նույնանման գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդանոց ընդունվելու ամսաթիվը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

6. Դուրս գրման ամսաթիվ [1-5]

- 1 հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը (օրը, ամիսը, ու տարին) նույնանման գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

7. Վիրահատության ամսաթիվ [1-5]

- 1 վիրահատության ամսաթիվը (օրը, ամիսը, ու տարին) նույնանման գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում

- 2 վիրահատության ամսաթիվը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 վիրահատության ամսաթիվը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 վիրահատության ամսաթիվը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 վիրահատության ամսաթիվը բացակայում է թե հիվանդության պատմության մեջ, թե տվյալների բանկում

8. Ախտորոշում [1-5]

- 1 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները համանման գրանցված են հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները գրանցված են հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում, բայց տարբեր են
- 3 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները գրանցված են հիվանդի քարտում, բայց մտցված չեն տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները գրանցված չեն հիվանդի քարտում, բայց մտցված են տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները բացակայում են թե հիվանդի քարտում, թե տվյալների բանկում

*Նշում՝ Ուշադրություն դարձնել ախտորոշման և ուղեկցող հիվանդությունների մուտքագրման լիարժեքության և անվանումների վրա և անտեսել նրանց հաջորդականությունը:
 ա) Հիվանդի ախտորոշումը մտցված է տվյալների բանկ հապավումներով: Տվյալների հավաքման ճշգրտությունը ապահովելու նպատակով մշակվել է ախտորոշումների և դրանց հապավումների ցանկը անգլերեն և հայերեն լեզուներով, որից անհրաժեշտ է օգտվել գնահատման ժամանակ:
 բ) Եթե հարցի միավորը 2 է, պետք է ստուգվի ախտորոշման համապատասխանությունը վիրահատության արձանագրության և տվյալների բանկի միջև:*

9. Սրտի անբավարարության աստիճանը [1-5]

- 1 սրտի անբավարարության աստիճանը նույնանման գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 սրտի անբավարարության աստիճանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 սրտի անբավարարության աստիճանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 սրտի անբավարարության աստիճանը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 սրտի անբավարարության աստիճանը բացակայում է թե՛ հիվանդության պատմության մեջ, թե՛ տվյալների բանկում

10. Վիրահատության տեսակը [1-5]

- 1 վիրահատության տեսակը նույնանման գրանցված է հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում

- 2 վիրահատության տեսակը գրանցված է հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 վիրահատության տեսակը գրանցված է հիվանդի քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 վիրահատության տեսակը գրանցված չէ հիվանդի քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 վիրահատության տեսակը բացակայում է թե հիվանդի քարտում, թե տվյալների բանկում

Նշում՝ Ուշադրություն դարձնել վիրաբուժական միջամտությունների մուտքագրման լիարժեքության և անվանումների վրա և անտեսել դրանց հաջորդականությունը:

ա) Հիվանդին կատարված վիրահատության տեսակը մտցված է տվյալների բանկ հապավումներով: Տվյալների հավաքման ճշգրտությունը ապահովելու նպատակով մշակվել է վիրահատության տեսակների և դրանց հապավումների ցանկը անգլերեն և հայերեն լեզուներով, որից և անհրաժեշտ է օգտվել:

բ) Եթե հարցի միավորը 2 է, պետք է ստուգվի վիրաբուժական միջամտության համապատասխանությունը վիրահատական արձանագրության և տվյալների բանկի միջև:

11. Սրտաբան

- 1 սրտաբանի անունը նույն կերպ գրանցված է հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում
- 2 սրտաբանի անունը գրանցված է հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում, բայց տարբեր կերպ
- 3 սրտաբանի անունը գրանցված է հիվանդի քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 սրտաբանի անունը գրանցված չէ հիվանդի քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 սրտաբանի անունը բացակայում է թե՛ հիվանդի քարտում, թե՛ տվյալների բանկում

12. Վիրաբույժ

- 1 վիրաբույժի անունը նույն կերպ գրանցված է հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում
- 2 վիրաբույժի անունը գրանցված է հիվանդի քարտում և տվյալների բանկում, բայց տարբեր կերպ
- 3 վիրաբույժի անունը գրանցված է հիվանդի քարտում, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 վիրաբույժի անունը գրանցված չէ հիվանդի քարտում, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 վիրաբույժի անունը բացակայում է թե՛ հիվանդի քարտում, թե՛ տվյալների բանկում

13. Հիվանդի քաշը [1-5]

- 1 հիվանդի քաշը նույնանման (մինչև 1 կգ տարբերություն) գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդի քաշը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է (1 կգ-ից ավելի տարբերություն)

- 3 հիվանդի քաշը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի քաշը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի քաշը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

14. Հիվանդի հասակը [1-5]

- 1 հիվանդի հասակը նույնանման (մինչև 1 սմ տարբերություն) գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 հիվանդի հասակը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է (1 սմ-ից ավելի տարբերություն)
- 3 հիվանդի հասակը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի հասակը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի հասակը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

15. Այլ հետվիրահատական բարդություններ [1-5]

- 1 հետվիրահատական բարդությունը (մեդիաստենիտից և վերքի բորբոքումից բացի բոլոր այլ բարդությունները) նույնանման գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 հետվիրահատական բարդությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 հետվիրահատական բարդությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հետվիրահատական բարդությունը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հետվիրահատական բարդությունը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

16. Կրկնակի վիրահատություն (ReDo) [1/3-4]

- 1 հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում արձանագրված է, որ հիվանդին կատարվել է կրկնակի վիրահատություն
- 2 կիրառելի չէ (Կ/2)
- 3 կրկնակի վիրահատությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 կրկնակի վիրահատությունը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 կրկնակի վիրահատությունը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

17. Ներհիվանդանոցային մահացություն [1/3-4]

- 1 հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում արձանագրված է, որ հիվանդը մահացել է վաղ հետվիրահատական շրջանում
- 2 կիրառելի չէ(Կ/Չ)
- 3 ներհիվանդանոցային մահացությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 ներհիվանդանոցային մահացությունը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 ներհիվանդանոցային մահացությունը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

18. Մեղիաստենիտ [1/3-4]

- 1 հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում արձանագրված է, որ հիվանդի մոտ հետվիրահատական շրջանում զարգացել է մեղիաստենիտ
- 2 կիրառելի չէ(Կ/Չ)
- 3 հետվիրահատական շրջանում մեղիաստենիտի զարգացումը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հետվիրահատական շրջանում մեղիաստենիտի զարգացումը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հետվիրահատական շրջանում մեղիաստենիտի զարգացումը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

19. Վերքի ինֆեկցում [1/3-4]

- 1 հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում արձանագրված է, որ հիվանդի մոտ զարգացել է վերքի ինֆեկցում
- 2 կիրառելի չէ(Կ/Չ)
- 3 հետվիրահատական վերքի ինֆեկցումը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հետվիրահատական վերքի ինֆեկցումը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հետվիրահատական վերքի ինֆեկցման մասին գրանցումը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

20. Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում (ԻԹԲ) գտնվելու տևողությունը [1-5]

- 1 ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը նույնանման (մինչև 1 ժամ տարբերություն) գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ

- 4 ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

Նշում: Մինչև մեկ ժամ տարբերությունը համարվում է ընդունելի:

21. Ինտուբացիայի տևողությունը [1-5]

- 1 ինտուբացիայի տևողությունը նույնանման (մինչև 1 ժամ տարբերություն) գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 ինտուբացիայի տևողությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 ինտուբացիայի տևողությունը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 ինտուբացիայի տևողությունը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 ինտուբացիայի տևողությունը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

22. Արյան և դրա բաղադրամասերի օգտագործում [1/3-4]

- 1 արյան և դրա բաղադրամասերի օգտագործումը (օգտագործված քանակը) գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 կիրառելի չէ(4/2)
- 3 արյան և դրա բաղադրամասերի օգտագործումը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 արյան և դրա բաղադրամասերի օգտագործումը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 արյան և դրա բաղադրամասերի օգտագործումը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

23. Ինսուլինի ներարկում [1/3-4]

- 1 ինսուլինի ներարկման փաստը արձանագրված է հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 կիրառելի չէ(4/2)
- 3 ինսուլինի ներարկման փաստը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 ինսուլինի ներարկման փաստը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 ինսուլինի ներարկման փաստը բացակայում է ինչպես հիվանդության պատմության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

8ա. Հիվանդի ախտորոշում [1-5]

- 1 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները համանման գրանցված են վիրահատության արձանագրության մեջ և տվյալների բանկում

- 2 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները գրանցված են վիրահատության արձանագրության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր են
- 3 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները գրանցված են վիրահատության արձանագրության մեջ, բայց մտցված չեն տվյալների բանկ
- 4 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները գրանցված չեն վիրահատության արձանագրության մեջ, բայց մտցված են տվյալների բանկ
- 5 հիվանդի ախտորոշումը և ուղեկցող հիվանդությունները բացակայում են թե վիրահատության արձանագրության մեջ, թե տվյալների բանկում

Նշում՝ ա) Ուշադրություն դարձնել ախտորոշման և ուղեկցող հիվանդությունների մուտքագրման լիարժեքության և անվանումների վրա և անտեսել դրանց հաջորդականությունը:

ա) Հիվանդի ախտորոշումը մտցված է տվյալների բանկ հապավումներով: Տվյալների հավաքման ճշգրտությունը ապահովելու նպատակով մշակվել է ախտորոշումների և դրանց հապավումների ցանկը անգլերեն և հայերեն լեզուներով, որից և անհրաժեշտ է օգտվել:

10ա. Վիրահատության տեսակը [1-5]

- 1 վիրահատության տեսակը նույնանման գրանցված է վիրահատության արձանագրության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 վիրահատության տեսակը գրանցված է վիրահատության արձանագրության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 վիրահատության տեսակը գրանցված է վիրահատության արձանագրության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 վիրահատության տեսակը գրանցված չէ վիրահատության արձանագրության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 վիրահատության տեսակը բացակայում է թե՛ վիրահատության արձանագրության մեջ, թե՛ տվյալների բանկում

Նշում՝ ա) Ուշադրություն դարձնել վիրահատական մշտամտությունների մուտքագրման լիարժեքության և անվանումների վրա և անտեսել դրանց հաջորդականությունը:

ա) Հիվանդին կատարված վիրահատության տեսակը մտցված է տվյալների բանկ հապավումներով: Տվյալների հավաքման ճշգրտությունը ապահովելու նպատակով մշակվել է վիրահատության տեսակների և դրանց հապավումների ցանկ անգլերեն և հայերեն լեզուներով, որից և անհրաժեշտ է օգտվել:

15ա. Այլ հետվիրահատական բարդություններ [1-5]

- 1 հետվիրահատական բարդությունը (մեդիաստենիտից և վերքի բորբոքումից բացի բոլոր այլ բարդությունները) նույնանման գրանցված է վիրահատական արձանագրության մեջ և տվյալների բանկում
- 2 հետվիրահատական բարդությունը գրանցված է վիրահատական արձանագրության մեջ և տվյալների բանկում, բայց տարբեր է
- 3 հետվիրահատական բարդությունը գրանցված է վիրահատական արձանագրության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
- 4 հետվիրահատական բարդությունը գրանցված չէ վիրահատական արձանագրության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ
- 5 հետվիրահատական բարդությունը բացակայում է ինչպես վիրահատական արձանագրության մեջ, այնպես էլ տվյալների բանկում

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 11. Վիրաբուժական հիվանդի քարտ

Heart chart #					
Name		Date Of Birth	Date Of Adm.	Date Of Disch.	Date Of Surg.
Weight	Height	History #	Age	Cardiolog.	
Diagnosis:					
Procedure:					
Complications:					
CPB <input type="checkbox"/>	Heart denervation <input type="checkbox"/>	Intubation time		ICU stay	
ReDo <input type="checkbox"/>	Left pleural top <input type="checkbox"/>	Right pleural top <input type="checkbox"/>	Drips -		
Valve	Aorta	Mitral	Tricuspid	CABG	
Repair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Number of distal anastomosis:	
Anuloplasty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterial <input type="checkbox"/>	
By Ring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venous <input type="checkbox"/>	
Autograft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sequential <input type="text"/>	
Homograft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Free mammaria <input type="text"/>	
Bioprosthesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aorta	
Mechanical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patch <input type="checkbox"/>	
Other IHD			Pacemaker		Pericardium
Myocardial resection <input type="checkbox"/>	Endocardial <input type="checkbox"/>		Pericardiotomy <input type="checkbox"/>		
Post MI VSD <input type="checkbox"/>	Epicardial <input type="checkbox"/>		Pericardiectomy <input type="checkbox"/>		
			Defibrillator <input type="checkbox"/>		
Circulatory Assist					
IABP <input type="checkbox"/>	VAD <input type="checkbox"/>	BIVAD <input type="checkbox"/>	Myoplasty <input type="checkbox"/>	TAH <input type="checkbox"/>	
Asplenia/Polysplenia <input type="checkbox"/>	Visceral situs inversus <input type="checkbox"/>		Atrial situs inversus <input type="checkbox"/>		
Right isomerism <input type="checkbox"/>	Left isomerism <input type="checkbox"/>				
Comments					

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 12. Վիրաբուժական փվյալների ամփոփ բանկի գնահատման հարցաշար

1 = առկա է երկու աղբյուրում/նույնն է	Պատասխանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և նույն կերպ մտցված է տվյալների բանկ:
2 = առկա է երկու աղբյուրում/տարբեր է	Պատասխանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ և մտցված է տվյալների բանկ, բայց տարբեր կերպ:
3 = առկա է հիվանդության պատմության մեջ/բացակայում է տվյալների բանկում	Պատասխանը գրանցված է հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված չէ տվյալների բանկ
4 = բացակայում է հիվանդության պատմության մեջ/առկա է տվյալների բանկում	Պատասխանը գրանցված չէ հիվանդության պատմության մեջ, բայց մտցված է տվյալների բանկ:
5 = բացակայում է թե՛ հիվանդության պատմության մեջ, թե՛ տվյալների բանկում	Պատասխանը բացակայում է հիվանդության պատմության մեջ և մտցված չէ համակարգիչ

* այս կերպ նշված հարցերի համար պատասխան 2-ը կիրառելի չէ (4/2)

Հիվանդի համարը

քարտի

	Հարց	Տեղեկության աղբյուր	Պատասխան [1-5]
1.	Հիվանդության պատմության #	Հիվանդության պատմություն	
2.	Հիվանդի անուն/ազգանուն	Հիվանդության պատմություն	
3.	Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվ	Հիվանդության պատմություն	
4.	Սեռ	Հիվանդության պատմություն	
5.	Ընդունման ամսաթիվ	Հիվանդության պատմություն	
6.	Դուրս գրման ամսաթիվ	Հիվանդության պատմություն	
7.	Վիրահատության ամսաթիվ	Հիվանդության պատմություն	
8.	Ախտորոշում**	Հիվանդության պատմություն	
9.	Սրտային անբավարարության աստիճան	Հիվանդության պատմություն	
10.	Վիրահատության տեսակը**	Հիվանդության պատմություն	
11.	Սրտաբան	Հիվանդության պատմություն	
12.	Վիրաբույժ	Հիվանդության պատմություն	
13.	Հիվանդի քաշը (կգ)	Հիվանդության պատմություն	
14.	Հիվանդի հասակը (սմ)	Հիվանդության պատմություն	
15.	Այլ հետվիրահատական բարդություններ	Հիվանդության պատմություն	
16.	Կրկնակի վիրահատություն (ReDo)*	Հիվանդության պատմություն	
17.	Ներհիվանդանոցային մահացություն*	Հիվանդության պատմություն	
18.	Մեղիաստեղծություն*	Հիվանդության պատմություն	
19.	Վերքի ինֆեկցում*	Հիվանդության պատմություն	
20.	ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը	ԻԹԲ-ի քարտ	
21.	Ինտուբացիայի տևողությունը	ԻԹԲ-ի քարտ	
22.	Արյան օգտագործում*	ԻԹԲ-ի քարտ	
23.	Ինսուլինի ներարկում*	ԻԹԲ-ի քարտ	

#	Հարց	Տեղեկության աղբյուր	Միավոր [1-5]
8ա.	Ախտորոշում	Վիրահատության արձանագրություն (ՎԱ)	
10ա	Վիրահատության տեսակը	ՎԱ	
15ա	Այլ հետվիրահատական բարդություններ	ՎԱ	

** Եթե հարցի պատասխանը միանման չէ հիվանդության պատմության մեջ և տվյալների բանկում

ՏԱՎԵԼՎԱԾ 13/1. Ախտորոշումների հապավումների ցանկ

Տապալում	Անվանում (անգլերեն)	Անվանում (հայերեն)
Anomalous Origin of L.C.A.	Anomalous Origin of Left Coronary Artery	Ձախ կորոնար զարկերակի անոմալ ծագում
Ao Aneurism	Aortic Aneurysm	Աորտալ ան-րիզմա
Ao Coarctation	Aortic Coarctation	Աորտային կոարկտացիա
Ao Insuf.	Aortic Insufficiency	Աորտալ անբավարարություն
Ao-LV Tunnel	Aortic-Left Ventricle Tunnel	Աորտա-թոքային թունել
Ao-Pulmonary Window	Aortic-Pulmonary Window	Աորտա-թոքային պապուհան
AS	Aortic Stenosis	Աորտալ սպենոզ (նեղացում)
ASD	Atrial Septum Defect	Նախասրտային միջնապատի դեֆեկտ
Cardiac Myxoma	Cardiac Myxoma	Սրտի միքսոմա
Common Atrium	Common Atrium	Ընդհանուր նախասիրտ
Common AV Valve	Common Atrio-Ventricular Valve	Ընդհանուր նախասիրտ-փորոքային փական
Complete AVC	Complete Atrio-Ventricular Canal	Նախասիրտ-փորոքային ամբողջական կանալ
Core Triatriatum	Core Triatriatum	Եռնախասրտային սիրտ
Corrected TGA	Corrected Transposition of Great Arteries	Խոշոր անոթների վերականգնած/ուղղած պրանսպոզիցիա
DILV	Double Outlet Left Ventricle	Երկնույք ձախ փորոք
DIRV	Double Inlet Right Ventricle	Երկնույք աջ փորոք
Dissecting Ao Aneurysm	Dissecting Aortic Aneurysm	Աորտալ ան-րիզմա
DOLV	Double Inlet Left Ventricle	Երկեյք ձախ փորոք
DORV	Double Outlet Right Ventricle	Երկեյք աջ փորոք
Ebstein Anomaly	Ebstein Anomaly	Էբշտեյնի անոմալիա (անկանոնություն)
HLHS	Hypoplastic Left Heart Syndrome	Տիպոպլաստիկ ձախ սրտի համախաբանիչ
Hypoplastic Ao	Hypoplastic Aorta	Տիպոպլաստիկ աորտա
Hypoplastic Ao Arch	Hypoplastic Aortic Arch	Աորտաի հիպոպլաստիկ աղեղ
Hypoplastic PA	Hypoplastic Pulmonary Artery	Տիպոպլաստիկ թոքային զարկերակ
Hypoplastic RV	Hypoplastic Right Ventricle	Տիպոպլաստիկ աջ փորոք
IHD	Ischemic Heart Disease	Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
III Degree AV Block	III Degree Atrio-Ventricular Block	III աստիճանի նախասիրտ-փորոքային պաշարում
LVOT Obstruction	Left Ventricle Outflow Tract Obstruction	Ձախ փորոքի արտահանող տրակտի օբստրուկցիա
MA	Mitral Atresia	Միտրալ աթրեզիա (բացակայություն)

Marfan`s Syndrome	Marfan`s Syndrome	Մարֆանի համախարանիշ
MI	Myocardial Infarction	Սրտամկանի ինֆարկտ
MR	Mitral Regurgitation	Միտրալ ռեգուրգիտացիա
MS	Mitral Stenosis	Միտրալ սպենոզ
PA Atresia	Pulmonary Artery Atresia	Թոքային զարկերակի աթրեզիա
PAPVR	Partial Anomalous Pulmonary Vein Return	Թոքային երակների մասնակի անոմալ դրենաժ
Partial AVC	Partial Atrio-Ventricular Canal	Արրիովենտրիկուլյար մասնակի հաղորդակցություն
PDA	Patent Ductus Arteriosus	Բոբայլյան ծորան (բաց զարկերակային ծորան)
Pericarditis (constrictive)	Pericarditis (constrictive)	Պերիկարդիտ (կոնստրիկտիվ)
PS	Pulmonary Stenosis	Թոքային զարկերակի սպենոզ (նեղացում)
SA	Single Atrium	Միակ նախասիրտ
Shone`s Syndrome	Shone`s Syndrome	Շոնի համախարանիշ
Sinus of Valsalva Aneurysm	Sinus of Valsalva Aneurysm	Վալսալվա ծոցի ան-րիզմա
Sinus Valsalva Aneurysm and Fistulas	Sinus Valsalva Aneurysm and Fistulas	Վալսալվա ծոցի ֆիստուլա
SubAo Ring	Subaortic Ring	Ենթաաորտալ օղակ
SV	Single Ventricle	Միակ փորոք
TA	Tricuspid Atresia	Տրիկուսպիդ աթրեզիա
TAPVR	Total Anomalous Pulmonary Vein Return	Թոքային երակների Կոբայլ անոմալ դրենաժ
TGA	Transposition of Great Arteries	Մագիստրալ անոթների փրանսպոզիցիա
ToF	Tetralogy of Fallot	Ֆայլոյի տետրադա
TR	Tricuspid Regurgitation	Տրիկուսպիդ Ռեգուրգիտացիա
Truncus Arteriosus	Truncus Arteriosus	Զարկերակային ցողուն
TS	Tricuspid Stenosis	Տրիկուսպիդ նեղացում
Vascular Ring	Vascular Ring	Անոթային Օղ
VSD	Ventricular Septum Defect	Փորոքային միջնապարի դեֆեկտ
WPW Syndrome	Wolf Parkinson White Syndrome	Վոլֆ-Պարկինսոն-Վայթի համախարանիշ

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 13/2. Վիրարուժական միջամտությունների հապավումների ցանկ

Նապավում	Անվանում (անգլերեն)	Անվանում (հայերեն)
Ao arch angioplasty	Aortic arch angioplasty	Աորտալ աղեղի անգիոպլաստիկա
Ao commissurotomy	Aortic commissurotomy	Աորտայի կոմմիսուրոտոմիա
Ao valvuloplasty	Aortic valvuloplasty	Աորտալ փականի պլաստիկա
Ao-coronary and mammary-coronary bypass	Aortic-coronary and mammary-coronary bypass	Աորտո-կորոնար – մամմարո-կորոնար շունքավորում
Ao-coronary bypass	Aortic-coronary bypass	Աորտո-կորոնար շունքավորում
Arterial switch	Arterial switch	Զարկերակային տեղափոխում
Artificial chord making	Artificial chord making	Արհեստական խորդայի ստեղծում
Atrial septotomy	Atrial septotomy	Նախասրտային միջնապարի հատում
AVR	Aortic Valve Replacement	Աորտալ փականի փոխադրում
Bilateral mammary-coronary bypass	Bilateral mammary-coronary bypass	Երկկողմնային մամմարո-կորոնար շունքավորում
B-T shunt	Blellok-Tausig shunt	Բլելոկ-Տաուսիգի շունք
Central shunt	Central shunt	Կենտրոնական շունք
Closure of PFO	Closure of Patent Foramen Ovale	Բաց օվալ անցքի փակում
Closure of VSD	Closure of Ventricular Septum Defect	Փորոքային միջնապարի դեֆեկտի փակում
Direct closure of ASD	Direct closure of Atrial Septum Defect	Նախասրտային միջնապարի դեֆեկտի ուղղակի փակում
Fontan procedure	Fontan procedure	Ֆոնտենի վիրահատություն
Glenn shunt	Glenn shunt	Գլեննի շունք
HemiFontan	HemiFontan	Նեմի-Ֆոնտենի վիրահատություն
Implantation of Pacemaker	Implantation of Pacemaker	Պեյսմեյկերի իմպլանտացիա
LA-isolation	Left Atrium isolation/denervation	Զախ նախասրտի մեկուսացում
Ligation of PDA	Ligation of PDA	Բորայան ծորանի (բաց զարկերակային ծորանի) կապում
Mammary-coronary bypass	Mammary-coronary bypass	Մամմարո-կորոնար շունքավորում
Mod.B-T shunt	Modified Blellok-Tausig shunt	Բլելոկ-Տաուսիգի մոդիֆիկացված շունք
Mod.Ross procedure	Modified Ross procedure	Ռոսսի մոդիֆիկացված վիրահատություն
Mustard	Mustard procedure	Մաստարդի վիրահատություն

procedure		
MV anuloplasty	Mitral Valve anuloplasty	Միպրալ փականի անուլոպլաստիկա
MV commissurotomy	Mitral Valve commissurotomy	Միպրալ փականի կոմիսսուրոպոմիա
MV valvuloplasty	Mitral Valve valvuloplasty	Միպրալ փականի պլաստիկա
MVR	Mitral Valve Repair	Միպրալ փականի շարկում
PA banding	Pulmonary Artery banding	Թոքային զարկերակի նեղացում
PA commissurotomy	Pulmonary Artery commissurotomy	Թոքային զարկերակի կոմիսսուրոպոմիա
PA patch angioplasty	Pulmonary Artery patch angioplasty	Թոքային զարկերակի անգիոպլաստիկա
PA valvotomy	Pulmonary Artery valvotomy	Թոքային զարկերակի փականի հարում
Patch closure of ASD	Patch closure of Atrial Septum Defect	Նախասրտային միջնապատի պլաստիկա լաթով
Pericardiectomy	Pericardiectomy	Պերիկարդի հարում
Peripheral arteriovenous shunt	Peripheral arteriovenous shunt	Պերիֆերալ զարկերակ-երակային շունք
Potts shunt	Potts shunt	Պոտտսի շունք
RA denervation	Right Atrium denervation/isolation	Աջ նախասրտի դեներվացիա/մեկուսացում
RA isolation	Right Atrium isolation/denervation	Աջ նախասրտի մեկուսացում
Rastelli procedure	Rastelli procedure	Ռաստելլիի վիրահատություն
Repair of Ao-Pulmonary window	Repair of Aortic-Pulmonary window	Աորտա-թոքային զարկերակի անցքի շարկում
Repair of complete AVC	Repair of complete Atrio-Ventricular Canal	Նախասիրտ-փորոքային ամբողջական կանալի շարկում
Repair of core triatriatum	Repair of core triatriatum	Եռնախասարտային սրտի շարկում
Repair of DORV	Repair of Double Outlet Left Ventricle	Երկելք աջ փորոքի շարկում
Repair of PAPVR	Repair of Partial Anomalous Pulmonary Vein Return	Թոքային երակների մասնակի անոմալ դրենաժի շարկում
Repair of partial AVC	Repair of partial Atrio-Ventricular Canal	Նախասիրտ-փորոքային մասնակի կանալի շարկում
Repair of sub-pulmonary stenosis	Repair of sub-pulmonary stenosis	Թոքային զարկերակի ենթափականային նեղացման շարկում
Repair of TAPVR	Repair of Total Anomalous Pulmonary Vein Return	Թոքային երակների ամբողջ անոմալ դրենաժի շարկում
Repair of ToF	Repair of Tetralogy of Fallot	Ֆալլոյի տետրադայի շարկում

Resection end to end anastomosis of Ao Coarctation	Resection end to end anastomosis of Aortic Coarctation	Աորտալ կոարկտացայի հասրում – ծայրը ծայրին բերանակցում
Resection of cardiac myxomas	Resection of cardiac myxomas	Մրրի միքսոմայի հեռացում
Resection of sub-Ao ring	Resection of subaortic ring	Ենթաաորտալ օղի հասրում
Ross procedure	Ross procedure	Ռոսսի միջամրություն
Senning procedure	Senning procedure	Սեննինգի վիրահասրություն
Subclavian angioplasty	Subclavian angioplasty	Աորտայի կոարկտացիայի շրկում ենթասանրակային զարկերակի միջոցով
Total heart isolation	Total heart isolation	Մրրի ամբողջական մեկուսացում
Transanular PA patch angioplasty	Transanular Pulmonary Artery patch angioplasty	Տրանսանուար թոքային զարկերակի անգիոպլասիկա
TV anuloplasty	Tricuspid Valve anuloplasty	Տրիկուսպիղ փականի օղի պլաստիկա
TV comissurotomy	Tricuspid Valve commissurotomy	Տրիկուսպիղ փականի կոմիսսուրոտոմիա
TV valvuloplasty	Tricuspid Valve valvuloplasty	Տրիկուսպիղ փականի պլաստիկա
TVR	Tricuspid Valve Replacement	Տրիկուսպիղ փականի փոխարինում/ պրոթեզավորում
Ventricular septum myotomy	Ventricular septum myotomy	Փորոքային միջնապարի մկանահասրում
Waterston-Cooley shunt	Waterston-Cooley shunt	Ուոստոն-Զուլեի շունր

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 14. Նամապատասխանությունը հիվանդության պարմությունների – փվյալների բանկի միջ– յուրաքանչյուր հարցի համար

Հարց	Համապատասխանության տոկոս (%)	Համապատասխանության արժեք (%)	Համապատասխանության բնույթ
Հիվանդության պատմության #	81.97	81-100	զերազանց
Հիվանդի անուն/ազգանուն	98.36	81-100	զերազանց
Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվ	95.08	81-100	զերազանց
Սեռ	78.69	81-100	զերազանց
Ընդունման ամսաթիվ	98.36	81-100	զերազանց
Դուրս գրման ամսաթիվ	93.44	81-100	զերազանց
Վիրահատության ամսաթիվ	96.72	81-100	զերազանց
Ախտորոշում**	47.54	41-60	վատ
Սրտային անբավարարության աստիճան	77.05	61-80	լավ
Վիրահատության տեսակը**	93.44	81-100	զերազանց
Սրտաբան	98.36	81-100	զերազանց
Վիրաբույժ	93.44	81-100	զերազանց
Հիվանդի քաշը (կգ)	100	81-100	զերազանց
Հիվանդի հասակը (սմ)	95.08	81-100	զերազանց
Այլ հետվիրահատական բարդություններ	98.36	81-100	զերազանց
Կրկնակի վիրահատություն (ReDo)*	100	81-100	զերազանց
Ներհիվանդանոցային մահացություն*	100	81-100	զերազանց
Մեդիաստենիտ*	100	81-100	զերազանց
Վերքի ինֆեկցում*	85.25	81-100	զերազանց
ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը	77.05	61-80	լավ
Ինտուբացիայի տևողությունը	85.25	81-100	զերազանց
Արյան օգտագործում*	47.54	41-60	վատ
Ինսուլինի ներարկում*	100	81-100	զերազանց

ՆԱՎԵԼՎԱԾ 15. Յուրաքանչյուր մուտքագրված պատասխանի զգայունությունը, բնորոշությունը – դրական կանխորոշիչ ունակությունը (ԲԿՈՒ)

Հարց	Զգայունություն	Բնորոշություն	ԴԿԱ
Հիվանդության պատմության #	81.97	100	100
Հիվանդի անուն/ազգանուն	98.36	100	100
Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվ	95.08	100	100
Սեռ	100	0	78.69
Ընդունման ամսաթիվ	98.36	100	100
Դուրս գրման ամսաթիվ	93.44	100	100
Վիրահատության ամսաթիվ	96.72	100	100
Ախտորոշում*	47.54	100	100
Սրտային անբավարարության աստիճան	41.18	90.91	63.64
Վիրահատության տեսակը	93.44	100	100
Սրտաբան	98.36	100	100
Վիրաբույժ	93.44	100	100
Հիվանդի քաշը (կգ)	100	100	100
Հիվանդի հասակը (սմ)	95.08	100	100
Կրկնակի վիրահատություն (ReDo)	80	100	100
Ներհիվանդանոցային մահացություն	100	100	100
Մեդիաստենիտ	100	100	100
Վերքի ինֆեկցում	100	100	100
Այլ հետվիրահատական բարդություններ	100	84.75	18.18
ԻԹԲ-ում գտնվելու տևողությունը	77.05	100	100
Ինտուբացիայի տևողությունը	85.25	100	100
Արյան օգտագործում	3.03	100	100
Ինսուլինի ներարկում	100	100	100

* Հիվանդության պատմության մեջ գրանցված ախտորոշումը