



Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարան  
Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և  
զարգացման կենտրոն



Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոն

**ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ԽՈՐՆՐԴԱՏՎԱԿԱՆ  
ՆՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՆԱՆԱՏՈՒՄԸ ՆՈՐՔ  
ՄԱՐԱՇ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆԻ  
ՄԵԾԱՆԱՍԱԿՆԵՐԻ ՍՐՏԱԲԱՆԱԿԱՆ  
ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ**

Աննա Օքսուզյան  
Հայկանուշ Մինասյան  
Անահիտ Դեմիրճյան  
Մայրլ Թոմփսոն

Երևան, 2003

## Բովանդակություն

Անփոփազ իր.....	ii
Ներածություն.....	1
Մեթոդները.....	2
Հետազոտության դիզայնը և ընտրանքը.....	2
Հետազոտության կարգ ը.....	3
Հետազոտության հարցաշարը.....	3
Հետազոտության մասնակիցները.....	3
Էթիկական նկատառումները.....	4
Տվյալների մուտքագրում և վերլուծություն.....	4
Արդյունքները.....	4
Ընդհանուր տեղեկություններ.....	4
Խորհրդատվական հմտությունները.....	5
Հետազոտության սահմանափակումները.....	11
Քննարկում.....	11
Եզրահանգ ումներ և առաջարկություններ.....	14
Գրականություն.....	14
Հավելված 1. Բժիշկների խորհրդատվական հմտությունների հարցաթերթիկ.....	16
Հավելված 2. Յուրաքանչյուր խորհրդատվական ոլորտում ընդգրկված էլեմենտները.....	18

## Անփոփագ իր

**Ներածություն.** Հիվանդի առողջապահական կրթությունն արդյունավետ է, երբ համապատասխանում է նրա ընկալուններին, արժեքներին և ուսուցման հանդեպ տածած հավատին: Հիվանդության և բուժման վերաբերյալ տեղեկությունները մատչելիորեն հիվանդին մատուցելը բարձրացնում է նրա ինքնագ խոսակցությունը և հետևողականությունը բուժման և ամենօրյա կանխարգ ելիչ միջոցառումների հանդեպ: Որպես Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնում (ՆՄԲԿ) հիվանդ-բժիշկ փոխհարաբերությունները բարելավելու առաջին քայլ, ՆՄԲԿ մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում (ՄՍԿ) գ նահատվել են բժիշկների խորհրդատվական հմտությունները՝ նպատակ ունենալով բացահայտել վերջինիս բարելավման կարիք ունեցող կողմերը: Դա թույլ կտա հետագ ալում ծրագ ըել հիվանդների առողջապահական կրթության բարելավմանն ուղղված արդյունավետ միջոցառումներ:

**Նպատակը.** Սույն հետազոտությունը նպատակ է հետապնդել գ նահատել սրտաբանների և սրտաբան-ռեզիդենտների խորհրդատվական հմտությունները ՆՄԲԿ ՄՍԿ-ում և առաջարկել համապատասխան միջոցառումներ հիվանդների առողջապահական կրթությունը բարելավելու համար: Ժամանակի ընթացքում դա կարող է նպաստել հիվանդների առողջական վիճակի բարելավմանը, առողջ ապրելակերպին և իջեցնել բժշկական հսկողությունից դուրս մնացող հիվանդների քանակը:

**Մեթոդները.** Հետազոտությունն իրականացվել է դիտարկումների ձևով, և կրել է նկարագ թական բնույթ: Տվյալները հավաքվել են աստիճնաբար՝ ՄՍԿ-ում հիվանդ-սրտաբան հանդիպումների ժամանակ: Հետազոտության ընտրանքը հաշվարկվել է 53՝ որպես հիմք ընդունելով այն կանխավարկածը, որ գ նահատվող խորհրդատվական ունակություններից ամենաքիչը 85%-ն առկա կլինեն հիվանդ-սրտաբան հանդիպման ժամանակ: Հաշվի առնելով չնախատեսված խնդիրները, որ կարող էին ծագ ել հետազոտության իրականացման ընթացքում, այս ընտրանքը ավելացվել է մինչև 61-ի: Հետազոտության մեջ ընդգ ըկվել են 2003 թվականի հուլիսին ՄՍԿ ընդունված հիվանդները՝ ըստ իրենց ընդունման հաջորդականության: Հարցաթերթիկը կազմվել է «Ստուգ եք Ձեր խորհրդատվական հմտությունները» ուղեցույցի հիման վրա, որի հիմքում ընկած է եղել GATHER մոդելը (Ողջունել, հարցնել, բացատրել, օգ նել, ուղղորդել, հաջորդ այց): Այն ադապտացվել է և կրճատվել մինչև 36 հարց պարունակող հարցաթերթիկի: Հետազոտության մեջ ներգ ըկվել են 18 տարեկան և ավելի տարիքով հիվանդները՝ անկախ այցի տեսակից (առաջնակի կամ կրկնակի, շտապ կամ պլանավորված, հերթագ ըկված կամ ոչ հերթագ ըկված):

**Էթիկական նկատառումները.** Հետազոտությունը ներկայացրել է նվազագ ույն ռիսկ հիվանդների և բժիշկների համար և համարվել է ներքին գ նահատման գ ործընթացի մաս: Այնպես որ, հիվանդներին տեղեկացված համաձայնագ իր չի ներկայացվել, սակայն վաղօրոք ձեռք է բերվել բժիշկների համաձայնությունը դիտարկումներին:

**Արդյունքները.** Վերլուծվել է 61 հիվանդ-սրտաբան հանդիպման արդյունք: Սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունները միջինում կազմել են 16.46 (ս2 ±3.73) միավոր, որը հավաստիորեն ավելի ցածր էր, քան ենթադրված արժեքը

(հնարավոր առավելագույն միավորի 85%-ը կամ 28.8): Խորհրդատվության առանձին ոլորտների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ նրանց բոլորի (ողջունել, գրուցել, հարցնել, բացատրել, հաջորդ այց) միջին գումարային միավորները ցածր են եղել ենթադրվածներից (բոլոր ոլորտների համար  $p < .000$ ): Սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների գումարային միավորները չեն տարբերվել կախված հիվանդի ախտորոշումից, սրտաբանից կամ հիվանդի բուժօգնության շտապ լինելու կարգավիճակից: Ինչևէ, այդ միավորները հավաստիորեն տարբեր են եղել հերթագրված և չհերթագրված այցերի համար ( $p = .013$ ): Հետազոտությունը հայտնաբերել է խորհրդատվության այն ոլորտները, որոնք կարիք ունեն բարելավման ՄՍԿ-ում:

**Եզրահանգ ումներ և առաջարկություններ.** Ելնելով հետազոտության արդյունքներից, խորհուրդ է տրվում բարձրացնել ՄՍԿ բժիշկների խորհրդատվական հմտությունները՝ ներմուծելով հետևյալ խորհրդատվական նորմերը. (1) ներկայանալ հիվանդին և նրա ընտանիքի անդամներին, (2) բացատրել, թե ինչ է կատարվելու այցի ընթացքում, (3) հիվանդությունը կամ բուժումը բացատրելիս օգտագործել դիտակտիկ նյութեր, (4) հիվանդին հարցնել այն բժիշկների կամ բուժհաստատությունների մասին, որոնց նա կտար գերապատվություն ուղեգրման դեպքում և տրամադրել այդ հաստատությունների ցանկը, (6) խրախուսել հիվանդներին՝ հարցեր տալ, և պարզաբանել այդ հարցերը, (7) հիվանդներին զգուշացնել անհրաժեշտության դեպքում կրկին դիմելու կարևորության մասին, (8) ՄՍԿ-ում և ՆՄԲԿ այլ բաժանմունքներում հաստատել ինքնագնահատման գործընթաց՝ բուժաշխատողների խորհրդատվական հմտությունները բարելավելու համար:

## Ներածություն

Առողջական խնդիրների հիմնական մասը քրոնիկ վիճակի արդյունք են՝ կապված անհատի վարքագծի հետ, որը կարող է փոխվել հիվանդության զարգացման ցանկացած մակարդակում՝ առաջնային (հիվանդության կանխարգելում), երկրորդային (վաղ հայտնաբերում) և երրորդային (օրգանիզմի վնասման դանդաղեցում կամ կանխարգելում): Այս ամենը պահանջում է հիվանդի ակտիվ մասնակցություն, որը կվերահսկվի բժիշկների, հանրային առողջապահության մասնագետների և սոցիալական աշխատողների կողմից: Բազմաթիվ հետազոտություններ ապացուցել են, որ հիվանդի կենսակերպը կամ վարքացիոնը կարելի է փոխել պարզ (օր. ծխելու դադարեցումը) կամ ինտենսիվ (սեռավարակների դեպքում) խորհրդատվության միջոցով [1-3]: Չնայած արդյունավետ խորհրդատվությունը առողջ կենսակերպի ապահովման կարևոր գործոններից է, լուրջ առողջապահական գիտելիքի բարձրացումը անհրաժեշտորեն չի բերում վարքագծի փոփոխության, այլապես ֆիզիկապես ակտիվ մարդիկ ավելի շատ կլինեին, իսկ ծխողներն ու գերմարդիկ՝ ավելի քիչ: Գիտական գրականությունն առաջարկում է տարբեր խորհրդատվական մեթոդների արդյունավետության համեմատություն [4]: Հիվանդի կրթությունը կազմակերպելիս պետք է հաշվի առնել նրա ընկալումները, արժեքներն ու մտածելակերպը, քանի որ այսպիսի մոտեցումը բարձրացնում է հիվանդի ինքնավստահությունն ու հավատն այն բանի հանդեպ, որ ինքնի վիճակի է դեկավարել իր սեփական առողջությունը [5]: Բուժման տարբերակների, դրանից սպասվելիք արդյունքների և ռիսկի մասին բացատրությունները, ինչպես նաև տեղեկությունը, թե երբ պետք է սպասել այդ արդյունքները, հիվանդներին դարձնում է ավելի պատասխանատու ամենօրյա կանխարգելիչ միջոցառումների նկատմամբ և ավելի հետևողական նշանակված բուժման հանդեպ, նույնիսկ երբ արդյունքներն անմիջապես տեսանելի չեն: Ցույց է տրվել, որ սպեցիֆիկ և կարճ ուղեցույցները ավելի լավ են ըմբռնվում և կիրառվում հիվանդների կողմից [6]: Կան ապացուցված արդյունավետությամբ այլ մեթոդներ և դրանց տարբեր զուգակցումներ, որոնք ազդում են առողջության նկատմամբ հիվանդի վերաբերմունքի և վարքագծի վրա:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը (ՀԱՀ) և Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնը (ՆՄԲԿ) համատեղ իրականացնում են Որակի ապահովման ծրագիրը (ՀՆԾ), որի նպատակն է բարելավել կլինիկական և վարչական համակարգերը, ինչպես նաև բուժօգնության որակը ՆՄԲԿ-ում: Այս ծրագրի շրջանակներում 2001 թվականին ՆՄԲԿ-ում անցկացված «Խորացված ուսուցման ազդեցությունը սրտի պսակաձև զարկերակների վիրահատություն տարած հիվանդների վրա» հետազոտությունը ցույց տվեց, որ հիվանդների խորացված ուսուցումը բարձրացնում է նրանց գիտելիքը հիվանդության և դրա ռիսկի գործոնների վերաբերյալ [7]: Գրականությունը ցույց է տալիս, որ առողջության վերաբերյալ հիվանդների գիտելիքների բարձրացումը կարող է բերել վարքագծի փոփոխության և իջեցնել սիրտ-անոթային հիվանդություններով հիվանդացությունը և մահացությունը [8,9]: ՆՄԲԿ-ում հիվանդ-սրտաբան փոխհարաբերությունները բարելավելու նպատակով անհրաժեշտ է գնահատել բժիշկների խորհրդատվական հմտությունների ներկա մակարդակը, բացահայտել դրանց ուժեղ կողմերը և բարեփոխման կարիք ունեցող ոլորտները, ինչպես նաև

ալանավորել համապատասխան միջոցառումներ հիվանդանոցում հիվանդների ուսուցումը բարելավելու համար:

Հաշվի առնելով ներսրտային վիրահատությունների բնույթը, դրանց հետ կապված ռիսկը և հիվանդի կյանքի վրա ունեցած հնարավոր ազդեցությունը, անհրաժեշտ է հիվանդներին և նրանց ընտանիքի անդամներին ապահովել հիվանդի առողջության, բուժման հնարավոր տարբերակների, դրանց հետ կապված ռիսկի և օգ տավետության և այլ հարցերի մասին լիարժեք տեղեկատվությամբ, որը կօգ նի հիվանդներին՝ համապատասխան որոշում կայացնել: Սա հատկապես կարևոր է Հայաստանի առողջապահական համակարգ ի համար, որտեղ հիվանդների համար նախատեսված հանրամատչելի առողջապահական գ րականությունը խիստ սահմանափակ է:

ՆՄԲԿ-ում հիվանդները սկզբում ընդունվում են Մեծահասակների, Մանկական կամ Առիթմոլոգ իական կլինիկաներ, որտեղ նրանց առողջությունը գ նահատվում է և, անհրաժեշտության դեպքում, համապատասխան բուժում է առաջարկվում: Սա հիվանդի առաջին հանդիպումն է ՆՄԲԿ-ի բժշկական ծառայությունների հետ: Այն սրտաբանը, որն ընդունում է հիվանդին առաջին անգ ամ, դառնում է նրա «դեպքը վարողը», այսինքն դառնում է պատասխանատու հիվանդի խնամքի կազմակերպման համար վիրահատությունից առաջ, հետո, ինչպես նաև հիվանդանոցում պառկած ժամանակ: Այսպիսով, շատ կարևոր է ստեղծել արդյունավետ հիվանդ-սրտաբան փոխհարաբերություններ առաջին իսկ հանդիպումից սկսած և պահպանել այդ փոխհարաբերությունները ժամանակի ընթացքում: Չնայած դրան, սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունները ՆՄԲԿ-ում երբեք չեն գ նահատվել:

Սույն հետազոտությունն իրականացվել է սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունները նկարագ րելու և դրա հիման վրա համապատասխան առաջարկություններ ներկայացնելու համար՝ ՆՄԲԿ-ում հիվանդների խորհրդատվությունը/ուսուցումը բարելավելու նպատակով: Վերջինս ժամանակի ընթացքում կարող է բերել հիվանդների առողջական վիճակի բարելավման և առողջ կենսակերպի նվաճման:

## Մեթոդները

### Հետազոտության դիզայնը և ընտրանքը

Հետազոտության դիզայնը եղել է միանվագ և նկարագ րական: Տվյալները հավաքվել են Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում հիվանդ-սրտաբան հանդիպումների հաջորդական դիտարկումների միջոցով: Հետազոտության ընտրանքը հաշվարկվել է համամասնությունների մեկ ընտրանքի բանաձևով և օգ տագ ործելով STATA 7.0 վիճակագ րական ծրագ րը: Հետազոտության կանխավարկածը եղել է այն, որ հիվանդ-սրտաբան հանդիպումների ժամանակ դիտարկվելու է խորհրդատվական առավելագ ույն հմտությունների առնվազն 85%-ը: Ցանկալի համարելով ունենալ 15% նվազագ ույն դիտարկելի տարբերություն, ընտրանքը հաշվարկվել է հավասար 53-ի: Այս թիվը բարձրացվել է 61-ի՝ հաշվի առնելով այն հնարավոր խնդիրները, որոնք կարող էին բնականորեն ծագ ել հետազոտության իրականացման ընթացքում:

### Հետազոտության կարգը

Հիվանդները ներգրավվել են այս հետազոտության մեջ հաջորդականորեն՝ ըստ նրանց կատարած այցերի ժամանակի: Բոլոր դեպքերում միաժամանակ դիտարկվել է միայն մեկ այց: Եթե տվյալ ժամի համար մեկից ավելի հիվանդի ընդունելություն է կատարվել, ապա հետազոտողը ընտրել է այն այցը, որն առաջինն է սկսվել: Եթե դիտարկումն ինչ-որ պատճառով ընդհատվել է (օր.՝ հիվանդը ուղարկվել է լաբորատորիա, ռենտգ են հետազոտության և այլն) և հնարավոր չի եղել շարունակել այն, ապա հետազոտողը շարունակել է հարցաթերթիկի լրացումը հաջորդ հիվանդի համար: ՄՍԿ-ում կա մեծահասակների հինգ սրտաբան և չորս ռեզիդենտ: Չնայած դիտարկված այցերի թիվը չի կազմել ամեն սրտաբանի աշխատանքի ծավալին համամասն ընտրանք, փորձ է արվել դիտարկել հնարավորինս հավասար այցեր յուրաքանչյուր սրտաբանի մոտ: Ինչևէ, դա եղել է բավականին դժվար, քանի որ հետազոտության ժամանակ բժիշկներից մեկը եղել է արձակուրդում և առաջնակի հիվանդների ընդունման գրաֆիկը փոփոխվել է: Բացի դրանից, հետազոտությունը նպատակ է ունեցել նկարագրել ՄՍԿ-ում խորհրդատվական հմտություններն ընդհանուր առմամբ և ոչ թե տարբերակել սրտաբաններին կամ ռեզիդենտներին ըստ նրանց խորհրդատվական հմտությունների: Դիտարկվել են հիվանդների առավոտյան և կեսօրից հետո կատարած այցերը, որպեսզի հայտնաբերվեն խորհրդատվության հնարավոր տարբերությունները՝ կախված օրվա ժամից: Տվյալները հավաքվել են մեկ ամսվա ընթացքում (հունիս, 2003):

### Հետազոտության հարցաշարը

Հետազոտության հարցաշարը կազմվել է «Ստուգ եք Ձեր խորհրդատվական հմտությունները» հարցաթերթիկի հիման վրա [10]: Գնահատման հարցաթերթիկն ընդգրկել է 36 հարց: Այդ հարցերը համապատասխանեցվել են սրտաբանական հիվանդներին և գնահատվել որպես հավասարապես կարևոր: Ուստի, գումարային միավորները հաշվարկելիս դրանցից յուրաքանչյուրին տրվել է նույն կշիռը:

Հարցաթերթիկը հնարավորություն է տվել գնահատել և՛ առաջնակի, և՛ կրկնակի այցի ներկայացած հիվանդներին ցուցաբերվող խորհրդատվությունը (Հավելված 1): Եթե որևէ հարց եղել է անհամապատասխան որևէ խմբի համար, օգտագործվել է «Կիրառելի չէ» (Կ/Չ) տարբերակը: Հավաքվել են նաև լրացուցիչ տեղեկություններ՝ հիվանդի տարիքը, սեռը, ախտորոշումը, այցի տեսակը (հերթագրված և ոչ հերթագրված) և այցի շտապ լինելու կարգավիճակը: Հարցաթերթիկներում գրանցվել են նաև այցի սկզբի և ավարտի ժամերը, դիտարկման ավարտում լինելու փաստը, ինչպես նաև հետազոտման սենյակում սրտաբան ռեզիդենտի ներկա գտնվելը հիվանդի այցի ժամանակ:

Հարցաթերթիկը փորձարկվել է ՄՍԿ-ում՝ դիտարկելով 10 այց: Հայտնաբերվել են միայն մի քանի հարցեր, որոնք պահանջել են պատասխանի Կ/Չ տարբերակը, որը և ավելացվել է:

### Հետազոտության մասնակիցները

- Հետազոտության մեջ ընդգրկման չափանիշներն են եղել.
- ՄՍԿ առաջնակի կամ կրկնակի այց կատարած հիվանդներ
  - 18 տարեկան և բարձր տարիքի հիվանդներ



- Բոլոր տեսակի այցերով հիվանդներ (շտապ և պլանավորված, հերթագ ըված և չհերթագ ըված)։

### Էթիկական նկատառումները

Ո՛չ հիվանդներին, ո՛չ էլ սրտաբաններին համաձայնագ իր չի ներկայացվել։ Հետազոտությունը ներկայացրել է նվազագ ույն վտանգ հիվանդների համար, քանի որ սպասվող վնասի կամ անհարմարության հավանականությունը եղել է ոչ ավելի, քան առօրյայում կատարվող օբյեկտիվ կամ հոգ եբանական հետազոտությունների ժամանակ։ Ավելին, սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների գ նահատումը համարվել է Որակի ապահովման ծրագ ըի շրջանակներում կատարվող ներքին գ նահատման մի մաս։ ՄՍԿ-ի սրտաբանները տեղեկացվել են, որ հիվանդ-սրտաբան փոխհարաբերությունները պետք է գ նահատվեն այցերը դիտարկելու միջոցով և նրանց բանավոր համաձայնությունը վերցվել է հետազոտությունը սկսելուց առաջ։

### Տվյալների մուտքագ ըում և վերլուծություն

Տվյալների մուտքագ ըման և վերլուծության համար օգ տագ ործվել է SPSS 10.0 վիճակագ ըական ծրագ իրը։ Կատարվել է տվյալների եզակի մուտքագ ըում և նրանց մաքրում՝ մուտքագ ըված տվյալների ճշգ ըտությունը ապահովելու համար։

## Արդյունքները

### Ընդհանուր տեղեկություններ

Ընդհանուր առմամբ, դիտարկվել է 66 հիվանդ-սրտաբան հանդիպում։ Դրանցից 9-ը եղել է կիսատ, քանի որ ընդհատվել է։ Հիմնականում դա պատահել է, երբ այցի ժամանակ հիվանդն ուղարկվել է լաբորատորիա՝ արյան անալիզ հանձնելու։ Քանի որ երկար ժամանակ կարող էր անցնել մինչև ընդհատված դիտարկումը շարունակելը, կիսատ մնացած հարցաթերթիկը շարունակվել է նույն սրտաբանի՝ հաջորդ հիվանդի հետ ունեցած հանդիպման համար։ Արդյունքում, միայն 5 դիտարկում է համարվել անավարտ (հարցերի երկու երրորդը մնացել են անպատասխան) և հանվել վերլուծությունից։

Հիվանդների մոտ կեսը (50.8%) գ նահատվել են սրտաբան ռեզիդենտների կողմից, ուստի արդյունքներն արտացոլել են ՄՍԿ և՛ սրտաբանների, և՛ ռեզիդենտների խորհրդատվական հմտությունները։ Գնահատման հարցաթերթիկը նախատեսված է եղել այնպես, որ տարբերակեր առաջնակի և կրկնակի այցերը։ Ենթադրվել է, որ թեև խորհրդատվական հմտությունները կապ չունեն այցի տեսակի հետ, սակայն վերջինս ազդում է այցի ժամանակ քննարկվող հարցերի բնույթի վրա։ Առաջնակի այցերը կազմել են դիտարկումների 39.3%-ը։ Տղամարդիկ կազմել են ընտրանքի 66.7%-ը, իսկ կանայք՝ 33.3%-ը։ Այս և հիվանդներին բնորոշող այլ տվյալներ ներկայացված են աղյուսակ 1-ում։

Հիվանդների միջին տարիքը կազմել է 49.03 տարի ( $u_2 \pm 13.06$ ), իսկ այցի միջին տևողությունը եղել է 19.14 րոպե ( $u_2 \pm 8.15$ )։

**Աղյուսակ 1. Հիվանդի այցերի տեսակները**

Հարց	%
Հիվանդի գ նահատում սրտաբանի կողմից	50.8
Հիվանդի գ նահատում ռեզիդենտի կողմից	49.2
Առաջնակի այց	39.3
Կրկնակի այց	60.7
Հերթագ ըված այց	83.3
Չհերթագ ըված այց	16.7
Շտապ այց	11.1
Պլանավորված այց	88.9

**Խորհրդատվական հմտությունները**

Տվյալների վերլուծությունը կատարվել է առանձին երկտարբերակ հարցերի համար («Այո» և «Ոչ» պատասխանների համար) և այն հարցերի համար, որոնք պարունակում են նաև Կ/2 տարբերակը: Հակառակ դեպքում կխաթարվեր «Այո» և «Ոչ» պատասխանների ճիշտ հարաբերակցությունը: Հիվանդին աթոռ առաջարկելու վերաբերյալ 5-րդ հարցը հանվել է տվյալների վերլուծությունից, քանի որ դիտարկված բոլոր դեպքերում սրտաբանի մտնելու պահին հիվանդները պառկած են եղել դիտարկման սեղանին կամ նստած են եղել աթոռին: Հարցերը վերլուծվել են ինչպես առանձին-առանձին, այնպես էլ ըստ ոլորտների: Վերջինիս համար հարցերը խմբավորվել են և ամեն ոլորտի համար հաշվարկվել են դրանց գ ունարային ցուցանիշները: Գնահատվել են հետևյալ ոլորտները՝ ողջունել, զրուցել, օգ նել, բացատրել, հաջորդ այց: Ոլորտներն ըստ հարցերի (էլեմենտների) ներկայացված են Հավելված 2-ում:

Խորհրդատվական հմտությունների միջին գ ունարային միավորը կազմել է 16.46 (սշ±3.73)՝ տատանվելով 9-ից մինչև 26-ի սահմաններում: Ըստ հետազոտության կանխավարկածի, բժիշկների խորհրդատվական հմտությունները պետք է կազմեին հնարավոր առավելագ ույնի առնվազն 85%-ը, այսինքն միջին միավորը պետք է հավասար լիներ 30.6-ի: Խորհրդատվական հմտությունների իրական և ենթադրված միավորների միջև տարբերության (14.14 միավոր) հավաստիությունը գ նահատվել մեկ ընտրանքի համար նախատեսված t-տեստով: Արդյունքում, դիտարկված տարբերությունը եղել է վիճակագ թորեն հավաստի (աղյուսակ 2):

**Աղյուսակ 2. ՄՍԿ-ում սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների իրական և ենթադրված միավորների տարբերությունը**

Իրական միավոր	Ենթադրված միավոր	Միջին տարբերություն	p-արժեք	95% Վստահելիության միջակայք*	
				Ստորին սահման	Վերին սահման
16.46	30.6	14.14	.000	11.19	15.10

Խորհրդատվական հմտությունների մի շարք անկախ փոփոխականներ (սրտաբան, ակտորոշում, այցի տեսակ) հետազոտվել են՝ նրանցից կախված միջին միավորի հնարավոր տարբերություններ գ տնելու համար: Հաստատվել է, որ սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորները

միանման են տարբեր ախտորոշումների դեպքում և տարբեր սրտաբանների մոտ և կախված չեն հիվանդի այցի տեսակից (շտապ և ոչ շտապ, հերթագ ըված և չհերթագ ըված):

Հիվանդների ախտորոշումները դասակարգ վել են հետևյալ յոթ խմբերի՝ Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (ՍԻՀ), Սրտի փականային հիվանդություն (ՍՓՀ), Հիպերտոնիա, Առիթմիաներ, Համակցված, Առողջ և Այլ ախտորոշում: Միջին միավորներն ըստ անհատների (սրտաբանների միջև), ինչպես նաև ըստ ախտորոշումների համեմատվել են վարիանսների մի-ուղի վերլուծության ANOVA-տեստի միջոցով: Տեսող հայտնաբերել է, որ սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորը չի տարբերվում կախված ախտորոշումից կամ սրտաբանից:

Խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորների տարբերություններն ըստ հիվանդի այցի տեսակների վերլուծվել է անկախ ընտրանքների t-տեստի միջոցով: Վերջինս ցույց է տվել, որ թեև միջին միավորներն ավելի բարձր են եղել շտապ, քան ոչ շտապ դեպքերի համար, տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չի եղել: Խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորների վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն է հայտնաբերվել հերթագ ըված և չհերթագ ըված այցերի միջև (F-տեստ հավասար վարիանսների համար,  $p=.596$ ): Խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորն ավելի բարձր է եղել չհերթագ ըված, քան հերթագ ըված այցերով հիվանդների համար ( $p=.013$ ) (աղյուսակ 3):

**Աղյուսակ 3. Հերթագ ըված և չհերթագ ըված այցերի ժամանակ սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորի տարբերությունը**

Հերթագ ըված այց	Չհերթագ ըված այց	Միջին տարբերություն	p-արժեք	95% Վստահելիության միջակայք	
				Ստորին սահման	Վերին սահման
15.89	19.22	3.33	.013	.74	5.93

Առանձին-առանձին վերլուծության են ենթարկվել նաև խորհրդատվական հմտություններից յուրաքանչյուրը: Դիտարկված հմտությունների տոկոսը յուրաքանչյուր ոլորտի մեջ հաշվարկվել է 4/2 տարբերակը բացառելով: Հիվանդ-սրտաբան փոխհարաբերության առաջին մասը բնութագրող «Ողջունել» ոլորտի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ բժշկից բացի հետազոտման սենյակում գտնվող բուժանձնակազմի այլ անդամ(ներ)ը երբեք չեն ներկայացվում հիվանդին կամ նրա ընտանիքի անդամներին: Այս ոլորտի մյուս թույլ կողմն այն էր, որ սրտաբանները հազվադեպ են ներկայանում (3.4%) հիվանդին կամ նրա ընտանիքի անդամներին (աղյուսակ 4):

**Աղյուսակ 4. Հիվանդի խորհրդատվության «Ողջունել» ոլորտը**

Էլեմենտներ	Էլեմենտի առկայության դեպքերի %-ը*	Կ/Չ դեպքերի քանակը
1. Մտնելիս ողջունում է հիվանդին	96.7 (59)	0
2. Հիվանդին ընդունում է հարմար կամ առանձին սենյակում	95.1 (58)	0
4. Ներկայանում է	3.4 (1)	32
5. Ներկայացնում է անձնակազմի այլ ներկա անդամ(ներ)ին	0	1
6. Բացատրում է այցից հիվանդի սպասելիքները	37.5 (21)	0
7. Ժպտում է հիվանդին և նրա հարազատներին	39.0 (23)	0
8. Հիվանդին դիմում է քաղաքավարի և սիրալիր կերպով	96.7 (59)	0
9. Հարցնում է նրա գալու պատճառները	96.4 (27)	33
19. Հարցնում է հիվանդի վիճակի փոփոխության մասին	97.3 (36)	24

\* Տոկոսները հաշվարկվել են բացակա և Կ/Չ դեպքերը բացառելով

Հարցաթերթիկի «Զրուցել» մասը արտացոլել է սրտաբանի կողմից հիվանդի վիճակի, կարիքների և մտահոգ ունեցողությունների քննարկման հմտությունը: Հիվանդին ներկայացվող տեղեկատվությունը պետք է լինի մատչելի, օգտակար և անհատականացված, այնպես, որ հիվանդը և նրա ընտանիքի անդամները կարողանան որոշում ընդունել առաջարկվող բուժման վերաբերյալ: Հիվանդին ավելորդ տեղեկատվությամբ կամ մասնագիտական տերմինոլոգիայով ծանրաբեռնելը չի օգնի նրան ճիշտ պատկերացնել իր վիճակը և կատարել ճիշտ որոշում: Այս հետազոտությունը հայտնաբերեց, որ մեծ մասամբ հիվանդներին տեղեկությունը տրվում է մատչելի կերպով, որի հիման վրա էլ նրանք որոշում են կայացնում (աղյուսակ 5): Ինչևէ, տեսողական նյութերի կամ այլ ուսուցողական նյութերի օգտագործումը ՄՄԿ-ում հաճախակի չէ: Մինչդեռ, բանավոր բացատրությունների զուգակցումը տեսողական նյութերի ցուցադրման հետ հեշտացնում է հիվանդի կողմից իր հիվանդության և դրա բուժման տարբեր մեթոդների հասկանալը և նպաստում է առաջարկվող բուժմանը ենթարկվելուն:

Հետազոտությունը հայտնաբերեց, որ սրտաբաններից ոչ մեկը հիվանդին չի տեղեկացնում ՆՄԲԿ-ում վիրահատական միջամտությունների համար կատարվող վճարումների ներկա խմբերը: Չնայած սա հիվանդանոցի վարչական անձնակազմի պատասխանատվությունն է, հիվանդն իրավունք ունի ընդունան ժամանակ տեղեկություն ստանալ ՆՄԲԿ-ի ծառայությունների, վճարումների և ըստ սոցիալական կարգավիճակի վճարման խմբերի մասին:

**Աղյուսակ 5. Հիվանդի խորհրդատվության «Ձրուցել» ոլորտը**

Էլենենտներ	Էլենենտի առկայության դեպքերի %-ը*	Կ/Չ դեպքերի քանակը
15. Բացատրում է հիվանդության էությունը (ընթացքը)	88.3 (53)	1
16. Բացատրում է օգ տազ որժած տերմինները	88 (22)	36
17. Օգ տազ որժում է տեսողական նյութեր	68.4 (13)	42
18. Ապահովում է ուսուցողական նյութերով	40 (8)	38
20. Բացատրում է կրկնակի այցի պատճառները	94.4 (17)	43
21. Բացատրում է, թե ինչ է կատարվելու ուղեգ ըվող հաստատությունում	94.1 (16)	44
31. Տեղեկացնում է վիրահատական միջամտությունների վճարումների խմբերի մասին	0	59

\* Տոկոսները հաշվարկվել են բացակա և Կ/Չ դեպքերը բացառելով

Գնահատվել է բժիշկների սրտացավ ուշադրությունը հիվանդների և նրանց հարազատների գ անգ ատների, զգ ացումների, մտահոգ ությունների և որոշման ընդունման նկատմամբ: Այս հարցերը համախմբվել են «Օգ նել» ոլորտի մեջ: Հայտնաբերվել է, որ մեծահասակների սրտաբանները հիվանդներին ուշադիր լսում են և հարցեր տալիս նրանց զգ ացումների, կարիքների և ցանկությունների վերաբերյալ (Աղյուսակ 6): Առողջության վերաբերյալ հիվանդների մտահոգ ությունները հաճախ լինում են խիստ անձնական և ուղեկցվում վախով ու անհանգ ստությամբ՝ ազդելով որոշում կայացնելու նրանց ընդունակության վրա: Հիվանդին քննադատելուց խուսափելը, հանդիպումը չընդհատելը, հիվանդների հետ արդյունավետ զրույցները, որոնք դիտվել են ՄՍԿ հիվանդ-սրտաբան հանդիպումների մեծ մասի ընթացքում, կարող են նվազեցնել հիվանդների անհանգ ստությունները և ավելացնել հավատը բժիշկների նկատմամբ:

Մի շարք հարցեր չեն քննարկվել սրտաբանների կողմից: Աղյուսակ 6-ը ցույց է տալիս, որ հիվանդների կեսը չեն հարցվել նախընտրելի հաստատության կամ բժշկի մասին կրկնակի այցի անհրաժեշտության դեպքում, և հիվանդների միայն երկու-երրորդն է ստացել այն բուժհաստատությունների ցանկը, ուր համապատասխան ծառայություններ են մատուցվում: Այցերի 68.2% դեպքերում է միայն հիվանդի բուժման պլանը քննարկվել նրա հետ: Խորհրդատվության մյուս թույլ կողմն այն է, որ բժիշկները ոչ բոլոր հիվանդներին են ժամանակ տալիս առաջարկված բուժման մասին մտածելու համար և նրանցից չեն ստանում նշանակված բուժմանը հետևելու պարտավորվածություն:

Աղյուսակ 6. Հիվանդի խորհրդատվության «Օգ նել» ոլորտը

Էլեմենտներ	Էլեմենտի առկայության դեպքերի %-ը*	Կ/Չ դեպքերի քանակը
10. Տալիս է բաց հարցեր	90.2 (55)	-
11. Օգ նում է հիվանդին արտահայտել իր զգացումները	85.2 (52)	-
12. Խոսափում է հիվանդի արտահայտած մտքերը քննադատելուց	93.4 (57)	-
13. Նույնիսկ դժվար դեպքերում արդյունավետ է շփվում	85.2 (52)	-
14. Ընդհատում է հանդիպումը	91.8 (56)	-
22. Հարցնում է նախընտրած բժիշկների/ հաստատությունների մասին	55.6 (5)	52
23. Տրամադրում է դրանց ցանկը	66.7 (6)	52
25. Քննարկում է այլընտրանքային բուժումներ	85.0 (17)	41
26. Հիվանդին ընդգրկում է բուժման պլանի մշակման մեջ	68.2 (15)	39
27. Առաջարկում է ժամանակ առաջարկված բուժման մասին մտածելու համար	78.6 (11)	47
28. Վերանայում է բուժման պլանը	100 (36)	24
29. Հիվանդից բուժմանը հետևելու պարտավորություն է ստանում	72.1 (31)	17

\* Տոկոսները հաշվարկվել են բացակա և Կ/Չ դեպքերը բացառելով

«Բացատրել» մասում բժիշկը խորհուրդներ է տալիս հիվանդին բուժման մասին կայացրած իր որոշումը ճիշտ իրականացնելու համար և հաճախ տալիս է ցուցումներ: Ինչպես ցույց է տրված աղյուսակ 7-ում, գրեթե միշտ սրտաբանները պատճառաբանում են առաջարկվող բուժումը, լինի դա ներսրտային միջամտություն, վիրահատություն, թե դեղորայքային բուժում: Դա կարող է օգ նել հիվանդներին և նրանց ընտանիքի անդամներին, որպեսզի նրանք կշռեն առաջարկված բուժման առավելությունները և հնարավոր վտանգները և կատարեն ճիշտ ընտրություն: Հիվանդների կողմից բուժումը հասկանալու և այն կիրառելու համար անհրաժեշտ է կրկնել կարևոր ցուցումները: Այս հմտությունը դիտարկվել է 73.3% դեպքերում: Այս ոլորտի ամենաթույլ կետն այն էր, որ դեպքերի մեծ մասում բժիշկները հիվանդներին և նրանց ընտանիքի անդամներին չէին հարցնում, թե նրանք ինչ լրացուցիչ հարցեր կամ մտահոգություններ ունեն (աղյուսակ 7):

Աղյուսակ 7. Հիվանդի խորհրդատվության «Բացատրել» ոլորտը

Էլեմենտներ	Էլեմենտի առկա լինելու դեպքերի %-ը*	Կ/Չ դեպքերի քանակը
24. Պատճառաբանում է առաջարկված բուժումը	96.0 (24)	41
33. Հետաքրքրվում է ունեցած հարցերի կամ մտահոգությունների մասին	13.6 (8)	-

Էլեմենտներ	Էլեմենտի առկա լինելու դեպքերի %-ը*	Կ/Չ դեպքերի քանակը
34. Ամփոփում է քննարկված կարևոր թեմաները	73.3 (44)	-

\* Տոկոսները հաշվարկվել են բացակա և Կ/Չ դեպքերը բացառելով

Հիվանդին առաջարկված բուժումը, ինչպես օրինակ սրտային վիրահատության դեպքում, կարող է ժամանակավորապես ամբողջովին փոխել նրա կենսակերպը: Եթե հիվանդին որևէ բուժում է նշանակվում, ապա նա պետք է իմանա նրա տևողությունը և կրկնակի այցերի հաճախությունը: Հիվանդին բուժման կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկացնելը կարող է օգնել նրան՝ նախօրոք ունենալ իր պլանը, նաև՝ անմիջապես դիմել բժշկի որևէ խնդիր ունենալիս: Շտապ դեպքերին պատրաստ լինելը կարող է նպաստել հիվանդի բժշկի դիմելուն մինչև ամողջական վիճակի լուրջ բարդացումը: Այս հետազոտությունը բացահայտել է, որ չնայած դեպքերի երկու երրորդում սրտաբանները քննարկում էին բուժման տևողության վերաբերյալ հարցերը, դիտարկվածներից միայն 29.6% դեպքերում էին նրանք հիվանդներին առաջարկում շտապ դեպքերում կամ այլ որևէ խնդրի դեպքում այցելել կլինիկա (աղյուսակ 8): Ինչևէ, հիվանդների 94.2%-ին նշանակվել է կրկնակի այց:

#### Աղյուսակ 8. Հիվանդի խորհրդատվության «Հաջորդ այցի» ոլորտը

Էլեմենտներ	Էլեմենտի առկայության դեպքերի %-ը*	Կ/Չ դեպքերի քանակը
30. Քննարկում է բուժման և հետագա ա հսկողության տևողությունը	65.9 (31)	13
32. Տեղեկացնում է, թե ինչ կատարել, եթե վիճակը փոխվի	63.4 (26)	18
35. Առաջարկում է շտապ դեպքերում գալ կլինիկա և այլն	29.6 (16)	5
36. Պլանավորում է հաջորդ այցը	94.2 (49)	7

\* Տոկոսները հաշվարկվել են բացակա և Կ/Չ դեպքերը բացառելով

Բոլոր ոլորտների համար հաշվարկվել են գումարային միջին միավորները և մեկ ընտրանքի t-տեստի միջոցով համեմատվել են ենթադրված արժեքների հետ (առավելագույն հնարավոր միավորի 85%-ը): Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ բժիշկների խորհրդատվական ունակությունների բոլոր ոլորտներում մեծահասակների սրտաբաններն ունեին ենթադրվածից հավաստիորեն ցածր միավորներ (աղյուսակ 9)։

**Աղյուսակ 9. Իրական և ենթադրված միավորների տարբերություններն ըստ խորհրդատվական հմտությունների ոլորտների**

Ոլորտ	Իրական միջին միավոր (միջին± ս <sub>2</sub> )	Ենթադրված առավելագույն միջին միավոր	Միջին տարբերություն (Ե-Ի)	p-արժեք	95% Վստահելիության միջակայք Ստորին սահման    Վերին սահման	
Ողջունել	4.66 (±.89)	7.65 (9)	2.99	.000	2.77	3.22
Զրուցել	2.11 (±1.45)	5.95 (7)	3.84	.000	3.46	4.21
Օգնել	6.44 (±1.71)	10.2 (12)	3.76	.000	3.32	4.19
Բացատրել	1.27 (±.78)	2.55 (3)	1.28	.000	1.08	1.48
Հաջորդ այց	2.18 (±1.06)	3.4 (4)	1.22	.000	0.94	1.51

Այս արդյունքները հիմնավորում են ՆՄԲԿ-ում սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունների բարելավման միջոցառումների ներդրման անհրաժեշտությունը:

**Հետազոտության սահմանափակումները**

Հետազոտությունն իրականացվել է հիվանդների այցերի ուղղակի դիտարկումների միջոցով, որը կարող էր ազդել բժիշկների կատարողականության և գրառումների կատարման վրա: Սակայն ՆՄԲԿ-ում նախկինում կատարված աշխատանքները, որոնք ևս ընդգրկել էին հիվանդ-սրտաբան հանդիպումների դիտարկումներ, թույլ են տալիս եզրակացնել, որ հետազոտող թիմի անդամների ներկայությունը զգալիորեն չի ազդում սրտաբանների կատարողականության վրա: Բացի այդ, տվյալների հավաքման այլ մեթոդները (օր.՝ ձայնագրումը կամ տեսագրումը) կարող են բերել տեղեկությունների (օր.՝ ոչ խոսքային դրսևորումների) մասնակի կորստի կամ բավականին թանկ են:

Հետազոտության արդյունքները դժվար է ընդհանրացնել, քանի որ դրանք վերաբերում են միայն ՄՍԿ բժիշկներին: Բացի այդ, ընտրանքի փոքրությունը հնարավորություն չի տվել հայտնաբերել այն տարբերությունները, որոնք կարող էին լինել՝ կախված հիվանդի ախտորոշումից, հետազոտող սրտաբանի անձից, այցի բնույթից (շտապ կամ պլանավորված), ինչպես նաև՝ հետազոտողի ստատուսից (սրտաբան կամ ռեզիդենտ): Ինչևէ, որպես փոքր հետազոտություն, սույն ուսումնասիրությունը կատարել է իր խնդիրը՝ ցույց տալով ՄՍԿ բժիշկների խորհրդատվական հմտությունների ելակետային պատկերը և հնարավորություն ընձեռելով եզրակացություններ և առաջարկություններ անել այս ասպարեզի հետագա և հետազոտությունների և բարելավման միջոցառումների համար:

**Քննարկում**

Հետազոտությունից առաջ ընդունվել է կանխավարկած, որ ՄՍԿ սրտաբանների խորհրդատվական հմտությունները պետք է կազմեն առնվազն 30.6 միավոր, մինչդեռ իրականում դրանք կազմել են 16.46, այսինքն՝ ենթադրվածից 14.14-ով ցածր (95% ՎՄ՝ 11.39; 13.30): Գումարային միջին



միավորները եղել են ենթադրվածից հավաստիորեն ցածր բոլոր խորհրդատվական ոլորտներում՝ առանձին-առանձին վերցված:

Չնայած «Ողջունել» ոլորտի ենթադրված և իրական միջին արժեքների միջև հայտնաբերված տարբերությանը, այդ ոլորտի մեջ ընդգրկված յուրաքանչյուր էլեմենտի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ սրտաբանները և ռեզիդենտները բավականին կայուն հիմքերի վրա են դնում հիվանդ-սրտաբան փոխհարաբերությունները: Դեպքերի մեծ մասում սրտաբանները հիվանդներին ընդունում են մեկուսի և հարմարավետ պայմաններում, բարեկամաբար են վերաբերվում, հարցնում են գալու պատճառը և առողջական վիճակի փոփոխությունը: Փոխհարաբերության լավ սկիզբը ստեղծում է հավատ բժշկի նկատմամբ՝ նպաստելով հիվանդի կողմից իր հիվանդության ընկալմանը և բուժմանը ենթարկվելուն [4]: Բժշկական հաստատությունում, որտեղ կիրառվում է «դեպքի վարում» մեթոդը, շատ կարևոր է հիվանդի և բժշկի միջև վստահելի փոխհարաբերությունների ստեղծումը, քանի որ վերջինս պատասխանատու է հիվանդի առողջության համար ինչպես հիվանդանոցում, այնպես էլ՝ դուրս գալով ուց հետո:

Հետազոտությունը հայտնաբերել է, որ չկան խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորի վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ՝ կախված հիվանդի ախտորոշումից, հետազոտող սրտաբանի անձից, այցի բնույթից (շտապ կամ պլանավորված), ինչպես նաև՝ հետազոտողի ստատուսից (սրտաբան կամ ռեզիդենտ): Սրա հնարավոր պատճառը կարող է լինել փոքր ընտրանքը: Սակայն հայտնաբերվել է, որ խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորը հավաստիորեն ավելի բարձր էր չհերթագրված այցերի համար, քան հերթագրվածների: Հնարավոր բացատրություններից մեկն այն է, որ առանց հերթագրման հիվանդանոց դիմող հիվանդները մեծ մասամբ շտապ բուժօգնության կարիք ունեն, ուստի և նրանց ներկայացվող տեղեկատվությունը պետք է հնարավորինս լիարժեք լինի, որպեսզի արագ ացնի բուժման վերաբերյալ որոշումների ընդունումը: Այս ենթադրությունը հաստատվում է այն փաստով, որ թեև վիճակագրորեն ոչ հավաստի, սակայն ավելի բարձր արդյունք էր ստացվել շտապ այցերի ժամանակ ցուցաբերվող խորհրդատվական հմտությունների միջին միավորի համար, քան պլանավորված այցերի ժամանակ ցուցաբերվողի: Այս դեպքում էլ ոչ հավաստի արդյունքի պատճառը կարող էր լինել փոքր ընտրանքը:

Անհրաժեշտ բարելավումների թվում են բժշկի կողմից ինքն իրեն և զննման պահին սենյակում գտնվող անձնակազմի այլ անդամներին հիվանդին ներկայացնելը: Վերջինս ընդունված գործելակերպ էլ ՆՄԲԿ-ում, մինչդեռ հիվանդի համար նաև կարևոր է իմանալ իր առաջնակի սրտաբանի կամ իրեն զննող բժշկի անունը, որը կհեշտացնի նրա կողմից բժշկին արված հարցադրումը կամ կրկնակի այցերի իրականացումը նույն բժշկի մոտ՝ ապահովելով բուժման շարունակականությունը: Նաև, հիվանդին կամ նրա ընտանիքի անդամներին ժպտալը, որը հետազոտության ընթացքում սակավ է հանդիպել, կարող է թեթևացնել հիվանդի անհանգստությունը, վախը, ինչպես նաև հեշտացնել զգացումների արտահայտումը նրա կողմից:

Ցանկալի է հիվանդներին բացատրել, թե ինչ պետք է սպասել այցից կամ ինչ պետք է իրականացվի այցի ժամանակ: Այս հմտությունը դիտվել է 50%-ից պակաս դեպքերում: Հնարավոր բացատրությունն այն է, որ մինչ սրտաբանի հետ հանդիպումը բուժքույրերը հիվանդի մասին մի շարք տեղեկություններ են գրանցում բժշկական ձևերում, կատարում էՍԳ, չափում հիվանդի հասակը, քաշը

և այլն: Հնարավոր է, որ այդ ընթացքում բուժքույրերը հիվանդների հետ քննարկում են այցի վերաբերյալ որոշ հարցեր: Դիտարկումների մեծ մասը սկսվել է այն պահին, երբ սրտաբանն է մտել հետազոտման սենյակ, այնպես որ անհնար է եղել որոշել, թե արդյո՞ք բուժքույրերի կողմից հիվանդը տեղեկացվել է այցից սպասելիքների մասին:

Հիվանդի խորհրդատվության «Զրուցել» ոլորտը համեմատաբար լավ է իրականացվել ՄՍԿ-ում: Թույլ կողմերը եղել են տեսողական և ուսուցողական նյութեր չօգ տազ ործելը, ինչպես նաև հիվանդներին վիրահատական միջամտությունների վճարման կատեգ որիաների մասին չտեղեկացնելը: Անհրաժեշտ է նշել, որ ներկայումս ԱՆԾ շրջանակներում տպագ գ րության գ ործընթացի մեջ են գ տնվում 6 ուսուցողական գ ըքույկներ վիրահատվող հիվանդների համար: Ենթադրվում է, որ ուսուցողական գ ըքույկների մատչելիությունը կնպաստի բժիշկների կողմից ուսուցողական նյութերի օգ տազ ործմանը և քննարկվող նյութի ավելի լավ ըմբռնմանը հիվանդի ու նրա ընտանիքի անդամների կողմից: Վճարման կատեգ որիաների մասին հիվանդներին կարող են տեղեկացնել ՄՍԿ բուժքույրերը:

ՄՍԿ-ում պետք է բարելավել նաև հիվանդներին այլ բուժիմնարկ ուղեգ րելիս նրանց համար նախընտրելի բուժհաստատությունների մասին հարցնելը և այդ հաստատությունների վերաբերյալ տեղեկություններ տալը: Ըստ ՆՄԲԿ-ում ընդունված հիվանդի իրավունքների քաղաքականության և գ ործելակեպի, յուրաքանչյուր հիվանդ պետք է տեղեկացված լինի այն բուժհաստատությունների մասին, ուր համապատասխան ծառայությունները մատուցվում են: Ուստի, առաջարկվածներից որևէ հաստատություն ընտրելն ավելի շուտ հիվանդի, քան բժշկի իրավունքն է: Մեկ այլ խնդիր, որն ուշադրության կարիք ունի որպես որակի շարունակական բարելավման միջոցառում, հիվանդների ներգ րավումն է իրենց բուժման պլանի մշակման մեջ, որը բարձրացնում է նրանց հետևողականությունը բուժման հանդեպ և բարելավում է բուժման արդյունքները [4,10]:

Բուժման մասին բացատրություններ տալու ոլորտի ամենաթույլ կողմը եղել է հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների ունեցած լրացուցիչ հարցերի կամ մտահոգ ությունների մասին չհետաքրքրվելը: Հիվանդը կարող է անհարմար գգ ալ լրացուցիչ հարցեր տալ կամ բժշկից խնդրել, որ կրկնի որոշ բացատրություններ: Հաշվի առնելով մեծահասակ բնակչությանը բնորոշ պահվածքը, նրանց իրենց առողջական վիճակի մասին ավելի լավ պատկերացում տալու համ ար անհրաժեշտ է այցի ընթացքում քննարկված կարևոր հարցերը վերջում ընդհանրացնել, կրկնել այն տեղեկատվությունը, որը հիվանդը պետք է հիշի և քաջալերել լրացուցիչ հարցերը: Սա նաև կօգ նի, որ բժիշկը համոզվի, որ հիվանդը հասկացել է ասվածը, իսկ եթե ոչ, ապա բացատրի անհասկանալի հարցերը:

Խորհրդատվության «Հաջորդ այց» ոլորտը ներառում էր բուժման քննարկումը, հետագ ա հսկողության տևողությունը, նշանակված բուժման հնարավոր արդյունքները և այլն: Ենթադրվում է, որ հիվանդն իրեն ավելի լավ է գգ ում, երբ նրան քաջալերում են կրկնի դիմել հաստատություն, եթե որևէ խնդիր ծագ ի կամ շտապ բուժօգ նության կարիք լինի: Սակայն այս խորհուրդը տրվել էր ՄՍԿ-ում կատարված դիտարկումների մեկ երրորդից էլ պակաս դեպքերում:

## Եզրահանգ ուժներ և առաջարկություններ

Արդյունավետ խորհրդատվությունը այն կարևոր հմտություններից է, որը կարող է փոխել հիվանդի վարքագիծը և բարելավել նրա առողջական վիճակը: Իհարկե, հիվանդը պատասխանատու է կանխարգելիչ կամ բուժական միջոցառումների իրականացման համար, որոնք ուղղված են իր առողջության բարելավմանը կամ պահպանմանը, սակայն նրա ակտիվ մասնակցությունը ապահովելու համար պահանջվում է համապատասխան խորհրդատվություն այդ հարցերի շուրջ: Այս հետազոտությունը հայտնաբերեց ՄՍԿ բժիշկների խորհրդատվական հմտությունների բազմաթիվ թույլ օղակներ, որոնք կարիք ունեն բարելավման: ՄՍԿ-ի բժիշկներին խորհուրդ է տրվում՝

- հետազոտման սենյակում ներկայանալ հիվանդին և նրա ընտանիքի անդամներին, ինչպես նաև ներկայացնել անձնակազմի այլ ներկա անդամներին,
- ավելի մանրամասնորեն բացատրել, թե ինչ է պետք սպասել այցից,
- հիվանդին իր հիվանդությունը կամ դրա բուժումը բացատրելիս օգտագործել դիտակտիկ նյութեր,
- հիվանդին հարցնել իր նախընտրած բժշկի կամ բուժհաստատության մասին և տրամադրել դրանց համապատասխան ցանկ, եթե կրկնակի այցի/ուղեգրման կարիք կա,
- անհրաժեշտության դեպքում ներգրավել հիվանդին և նրա ընտանիքի անդամներին բուժման պլանի մշակման մեջ, այնպես, որ նա իրեն ավելի պատասխանատու զգա որոշումների կայացման գործում և, հնարավոր է, ավելի լավ հետևի բուժմանը,
- խրախուսել հիվանդին հարցեր տալ և բացատրել անհասկանալի կետերը,
- կարիքի կամ շտապ դեպքերում հիվանդին հրավիրել կրկնակի այցի,
- ՄՍԿ-ում և ՆՄԲԿ այլ բաժանմունքներում բժիշկների խորհրդատվական հմտությունները բարելավելու նպատակով հիմնել ինքնագնահատման գործընթաց:

## Գրականություն

Brownell KD, Kramer FM. Behavioral management of obesity. Med Clin North Am 1989;73:185-201.

King AC, Blair SN, Bild DE, et al. Determinants of physical activity and interventions in adults. J Med Sci Sports Exerc 1988;24:S221-S236.

King AC, Martin JE. Exercise adherence and maintenance. In: Paiter P, ed. Resource manual for guidelines and exercising testing and prescription. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: American College of Sports Medicine 1988;93:443-454.

Guide to clinical preventive services. Introduction. 2<sup>nd</sup> ed.  
<http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/gspc0009.html> (30.07.03).

Bandura A. Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

Daltroy LH, Katz JN, Liang MH. Doctor-patient communications and adherence to arthritis treatments. Arthritis Crae Res 1992;5:S19.

Yeritsyan N. Impact of enhanced patient education program among surgical coronary artery disease patients at Nork Marash Medical Center. Mater's degree thesis project. Yerevan, Armenia (unpublished).

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

Cardiac rehabilitation. Overview.

[http://www.saintjosephdenver.org/cardiacrehab/cardiac\\_rehab.htm](http://www.saintjosephdenver.org/cardiacrehab/cardiac_rehab.htm) (9/12/01).

Check your counseling skills, Population Reports, Series J, Number 48. <http://www.jhuccp.Org/pr/j48/skills.shtml> (30/07/03).

Skills in communicating with patients is particularly important for surgeons. <http://ahcpr.gov/research/jul99/799ra7.htm> (30/07/03).

Հավելված 1. Բժիշկների խորհրդատվական հնտությունների հարցաթերթիկ

Անսաթիվ: \_\_\_\_\_ Այցի սկիզբ: \_\_\_\_\_ Այցի ավարտ: \_\_\_\_\_  
 Սրտաբան: \_\_\_\_\_ Ռեզիդենտ: • Այո • Ոչ Դիտարկում: • Ավարտուն • Անավարտ  
 Հիվանդի այց: • Առաջնակի • Կրկնակի Հերթագ ըված: • Այո • Ոչ  
 Շտապ այց: • Այո • Ոչ  
 Հիվանդի սեռը: • Արական • Իգ ական Հիվանդի տարիքը: \_\_\_\_\_  
 Ախտորոշում: • ՍԻՀ • ՍՓՀ • Հիպերտոնիա • Առիթմիա • Այլ • Առողջ

#	Էլեմենտ	Այո	Ոչ	Կ/Չ	#	Էլեմենտ	Այո	Ոչ	Կ/Չ
1.	Ողջունում է հիվանդին նրա մտնելիս				19.	Հարցնում է հիվանդի վիճակի փոփոխության մասին			
2.	Հարմարավետ/մեկուսի տեղ				20.	Բացատրում է կրկնակի այցի պատճառները			
3.	Առաջարկում է նստել				21.	Բացատրում է, թե ինչ է կատարվելու հաստատությունում, ուր հիվանդն ուղեգ ըվում է			
4.	Ներկայանում է				22.	Հարցնում է նախընտրած բժիշկների/ հաստատությունների մասին			
5.	Ներկայացնում է անձնակազմի այլ անդամներին				23.	Տրամադրում է դրանց համապատասխան ցանկը			
6.	Բացատրում է այցից հիվանդի սպասելիքները				24.	Պատճառաբանում է առաջարկված բուժումը			
7.	Ժպտում է հիվանդին և նրա հարազատներին				25.	Քննարկում է այլ/լրացուցիչ բուժում			
8.	Հիվանդին դիմում է քաղաքավարի և սիրալիր կերպով				26.	Հիվանդին ընդգ ըվում է բուժման պլանի մշակման մեջ			
9.	Հարցնում է նրա գ ալու պատճառները				27.	Առաջարկում է ժամանակ առաջարկված բուժման մասին մտածելու համար			
10.	Տալիս է բաց հարցեր				28.	Վերանայում է բուժման պլանը			
11.	Օգ նում է հիվանդին արտահայտել իր գգ ացումները				29.	Հիվանդից բուժմանը հետևելու պարտավորություն է ստանում			
12.	Խուսափում է հիվանդի մտքերի				30.	Քննարկում է բուժման և հետագ ա հսկողության			

	քննադատությունից					տևողությունը			
13.	Նույնիսկ դժվար դեպքերում արդյունավետ է շփվում				31.	Տեղեկացնում է վիրահատական միջամտությունների համար վճարումների խմբերի մասին			
14.	Ընդհատում է հանդիպումը				32.	Տեղեկացնում է, թե ինչ կատարել, եթե վիճակը լավանա կամ վատանա			
15.	Բացատրում է հիվանդության էությունը (ընթացքը)				33.	Հետաքրքրվում է ունեցած հարցերի կամ մտահոգ ուրյունների մասին			
16.	Բացատրում է օգ տագ որժած տերմինները				34.	Ամփոփում է քննարկված կարևոր թեմաները			
17.	Օգ տագ որժում է տեսողական նյութեր				35.	Առաջարկում է շտապ դեպքերում գ ալ կլինիկա և այլն			
18.	Ապահովում է ուսուցողական նյութերով				36.	Պլանավորում է հաջորդ այցը			

## Հավելված 2. Յուրաքանչյուր խորհրդատվական ոլորտում ընդգ ըկված էլեմենտները

### Ողջունել (9 էլեմենտ)

1. Ողջունում է հիվանդին նրա մտնելիս
2. Հարմարավետ/առանձին տեղ
3. Առաջարկում է նստել
4. Ներկայանում է
5. Ներկայացնում է անձնակազմի այլ անդամներին
6. Բացատրում է այցից հիվանդի սպասելիքները
7. Ժպտում է հիվանդին և նրա հարազատներին
8. Հիվանդին դիմում է քաղաքավարի և սիրալիր կերպով
9. Հարցնում է նրա գ ալու պատճառները
10. Հարցնում է հիվանդի վիճակի փոփոխության մասին

### Ջրուցել (7 էլեմենտ)

15. Բացատրում է հիվանդության էությունը (ընթացքը)
16. Բացատրում է օգ տագ որժած տերմինները
17. Օգ տագ որժում է տեսողական նյութեր
18. Ապահովում է ուսուցողական նյութերով
20. Բացատրում է կրկնակի այցի պատճառները
21. Բացատրում է, թե ինչ է կատարվելու հաստատությունում, ուր հիվանդն ուղեգ ըկում է
31. Տեղեկացնում է վիրահատական միջամտությունների համար վճարումների խմբերի մասին

### Օգ նել (12 էլեմենտ)

10. Տալիս է բաց հարցեր
11. Օգ նում է հիվանդին արտահայտել իր զգ ացումները
12. Խուսափում է հիվանդի մտքերի քննադատությունից
13. Նույնիսկ դժվար դեպքերում արդյունավետ է շփվում
14. Ընդհատում է հանդիպումը
22. Հարցնում է նախընտրած բժիշկների/ հաստատությունների մասին
23. Տրամադրում է դրանց համապատասխան ցանկը
25. Քննարկում է այլ/լրացուցիչ բուժումներ
26. Հիվանդին ընդգ ըկում է բուժման պլանի մշակման մեջ
27. Առաջարկում է ժամանակ առաջարկված բուժման մասին մտածելու համար
28. Վերանայում է բուժման պլանը
29. Հիվանդից բուժմանը հետևելու պարտավորություն է ստանում

### Բացատրել (3 էլեմենտ)

24. Պատճառաբանում է առաջարկված բուժումը
33. Հետաքրքրվում է ունեցած հարցերի կամ մտահոգ ությունների մասին
34. Ամփոփում է քննարկված կարևոր թեմաները

### Հաջորդ այց (4 էլեմենտ)

30. Քննարկում է բուժման և հետագ ա հսկողության տևողությունը

- 32. Տեղեկացնում է, թե ինչ կատարել, եթե վիճակը լավանա կամ վատանա
- 35. Առաջարկում է շտապ դեպքերում գ ալ կլինիկա և այլն
- 36. Պլանավորում է հաջորդ այցը