



Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարան  
Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և  
զարգացման կենտրոն



Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոն

**ՆԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՍՊԱՍՄԱՆ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅԱՆ  
ԳՆԱՆԱՏՈՒՄԸ ՆՈՐՔ ՄԱՐԱՇ ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
ԿԵՆՏՐՈՆԻ ՄԵԾԱՆԱՍԱԿՆԵՐԻ  
ՍՐՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ**

Դարեն Զիրիկյան  
Առողջապահության Ռուլինսի դպրոց, Էմորիի համալսարան, Ատլանտա, ԱՄՆ  
Հայկանուշ Մինասյան  
Անահիտ Դեմիրճյան

Երևան  
Ղեկտեմբեր 2003

## Բովանդակություն

Անփոփազ իր .....	ii
1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ .....	1
1.1 Հետազոտության անհրաժեշտությունը .....	1
1.2 Ելակետային տեղեկություններ .....	2
2. ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ .....	3
2.1 Հետազոտության կառուցվածքը .....	3
2.2 Հետազոտության հարցաթերթիկը .....	4
2.3 Հետազոտության խումբը .....	5
2.4 Էթիկական նկատառումներ .....	5
2.5 Տվյալների վերլուծություն .....	5
3. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ .....	5
3.1 Նախամիջամտական փուլ .....	6
3.2 Հետմիջամտական փուլ .....	16
4. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐԸ .....	20
5. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ .....	21
5.1 Սկզբնական փուլ .....	21
5.2 Միջամտական և հետմիջամտական փուլեր .....	23
6. ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....	24
Հավելված 1. Հիվանդի սպասելու ժամանակի դիտարկման հարցաթերթիկ ...	28
Հավելված 2. Հիվանդի այցին հետևելու հարցաթերթիկ .....	30
Հավելված 3. Հիվանդի գրանցման ձև .....	31
Հավելված 4. Հիվանդի այցին հետևելու հարցաթերթիկ (միջամտական) .....	32

## Ամփոփագ իր

**Նպատակը.** Նորք 2-Հիվանդների սպասման տևողության (Ն2-ՀՍ) հետազոտությունը ուսումնասիրում է հիվանդների սպասման տևողությունը Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնի (ՆՄԲԿ) Մեծահասակների Սրտաբանական Կլինիկայում (ՄՍԿ): Հետազոտության նպատակը հիվանդների սպասման տևականության պատճառների պարզաբանումն է, որը թույլ կտա առաջարկել համապատասխան միջոցառումներ ներկա համակարգ ի պայմաններում հիվանդների հոսքը բարելավելու և կլինիկայում նրանց սպասման տևողությունը կարճացնելու համար:

**Մեթոդները.** Հետազոտության կառուցվածքը նկարագրողական է: Կազմվել է հարցաթերթիկ, որը հնարավորություն է տվել հետևել հիվանդների տեղաշարժին ՄՍԿ-ում: Հետազոտությունն անց է կացվել երեք փուլով՝ հարցաթերթիկի մշակում, փորձարկում, ձևափոխում, ելակետային տվյալների հավաքում (1); տվյալների վերլուծություն, առաջարկված միջոցառման կիրառում (2); տվյալների կրկնակի հավաքում միջոցառման ազդեցությունը գ նահատելու համար (3): Բոլոր փուլերում կիրառվել է հիվանդների պատահական ընտրության սկզբունքը (random sampling): Հիվանդները դիտարկվել են կլինիկա մտնելու պահից սկսած մինչև նրանց հետազոտության ավարտը: Հետազոտության առաջին փուլում կատարվել է 152 դիտարկում 18 օրվա ընթացքում: Տվյալների մուտքագրումը և վերլուծությունը իրականացվել են SPSS 11.0 վիճակագրական ծրագրի միջոցով: Որպես միջամտություն, առաջարկվել է ներմուծել առանց հերթագրման ՄՍԿ այցելող հիվանդների համարակալման համակարգ՝ հիվանդների սպասման տևողությունը կրճատելու նպատակով: Հետազոտության հետմիջամտական 10 օրերի ընթացքում (երրորդ փուլ) դիտարկվել են 63 հիվանդ: Դիտարկումները կրկին իրականացվել են առավոտյան և հետմիջօրեին: Excel Spreadsheet 2000-ի միջոցով համեմատվել են հետազոտության նախա- և հետմիջամտական փուլերում դիտարկված հիվանդների սպասման միջին տրողությունները՝ միջամտության արդյունավետությունը գ նահատելու նպատակով:

**Էթիկական նկատառումները.** Հետազոտության արձանագրությունը դիտարկվել և հաստատվել է Էմորիի համալսարանի (Ատլանտա, ԱՄՆ) Համալսարանական վերանայման հանձնաժողովի կողմից:

**Արդյունքները.** Սկզբնական փուլում դիտարկված թվով 113 (74%) հերթագրված այցով հիվանդների սպասման միջին տևողությունը կազմել է 31:06 ! 26:44 րոպե\*, իսկ թվով 35 (23%) շտապ այցով և առանց հերթագրման

\* Տեքստում ամենուր ! նշանը համապատասխանում է  $\pm$  նշանին:

հիվանդներինը՝ 49:24 ! 72:07 թույլ: Անկախ ընտրանքների t-տեստը ցույց է տվել, որ սպասելու տևողությունների այս տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չէ: Հետազոտության երրորդ փուլում դիտարկված 63 հիվանդներից 41-ը (65.1%) եղել են հերթագրված, 19-ը (30.2%)՝ ոչ, իսկ երեք հիվանդի հնարավոր չի եղել հետևել մինչև վերջ: Հերթագրված հիվանդների սպասելու միջին ժամանակը կազմել է 27:17 ! 27:27 թույլ, շտապ հիվանդներինը՝ 29:00 ! 31:49 թույլ: Նախա- և հետմիջամտական փուլերում սպասման տևողությունների տարբերությունները հավաստի չեն եղել ինչպես հերթագրված, այնպես էլ՝ չհերթագրված հիվանդների համար (31:06! 26:44 և 27:17 ! 27:27 թույլ, և 49:24 ! 72:07 և 29:00 ! 31:49 թույլ համապատասխանաբար):

**Եզրակացություն.** Հիվանդների սպասման տևողության հսկման հարցաթերթիկի միջոցով ձեռք բերված քանակական տվյալները և դիտարկումների որակական արդյունքները ցույց են տվել բարեփոխիչ մի շարք միջամտությունների կիրառման անհրաժեշտություն ՄՍԿ-ում, այն է՝

1. ունենալ ավելի շատ հետազոտման սենյակներ և լիարժեք գործող ԷԽԳ և ԷՍԳ սարքեր,
2. ստեղծել համակարգ չայնացված համակարգ հիվանդների հերթագրումը և հոսքը հեշտացնելու համար,
3. առանց հերթագրման հիվանդներին հետազոտել հերթագրված այցով հիվանդներից առանձին,
4. հերթագրված հիվանդներին հետազոտել նշանակված ժամին հնարավորին չափ մոտ ժամին,
5. հետազոտությունից հետո հիվանդի խորհրդատվությունը կազմակերպել առանձին սենյակում,
6. ստեղծել կլինիկա մուտք գործած հիվանդների համարակալման համակարգ :

Բժշկական անձնակազմի հետ վերոհիշյալ և մի շարք այլ միջոցառումների քննարկումներից հետո որոշվել է կիրառել հիվանդների համարակալման համակարգը: Չնայած այս միջոցառումը հավաստիորեն չի կրճատել հիվանդների սպասման տևողությունը, սակայն եղել է նպաստավոր այն առումով, որ կլինիկական անձնակազմի անդամներն սկսել են քննադատաբար մոտենալ առկա խնդրին և փորձել են համատեղ լուծումներ գտնել:

# 1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

## 1.1 Հետազոտության անհրաժեշտությունը

Հիվանդի սպասման տևողությունը կարող է ծառայել որպես հիվանդանոցի գործունեության ցուցանիշ: Նորթ Մարաշ բժշկական կենտրոնը (ՆՄԲԿ) նպատակ ունի ստանալու միջազգային հավատարմագիրը Բժշկական կազմակերպությունների հավատարմագրման միացյալ հանձնաժողովի (ԲԿՀՄՀ) կողմից՝ հիվանդանոցների համար այդ կազմակերպության սահմանած ցուցանիշները նվաճելու միջոցով: Ըստ Միացյալ հանձնաժողովի միջազգային հավատարմագրման (ՄՀՄՀ) չափանիշների, հիվանդանոցը պետք է ունենա այնպիսի մի համակարգ, որտեղ տվյալների հավաքումը նպաստում է հետագա ազարգացմանը և բարեփոխումներին (չափանիշ՝ Որակի բարելավում և պահպանում. 3.19, ՄՀՄՀ): ՆՄԲԿ-ում այս չափանիշը գնահատվել է բավարար: Ինչևէ, հիվանդների զննման վրա ծախսվող ժամանակը ոչ միշտ է համապատասխանել հիվանդանոցի կողմից դրա համար սահմանված տևողությանը (չափանիշ՝ Հիվանդի առողջության գնահատում. 1.3, ՄՀՄՀ): Օրինակ, Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկայում (ՄՍԿ), որն ընդունում է 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի հիվանդներին, հետազոտության համար սահմանված տևողությունը 15 րոպե է, որը ներառում է բժշկի և բուժքրոջ կողմից իրականացվող հետազոտությունները: Կլինիկայի կառուցվածքային կամ գործընթացային որևէ խնդրի դեպքում սահմանված այս ժամանակը կարող է խախտվել: Գործընթացային խնդիր կարող է լինել բարդ կամ բազմաթիվ ախտորոշումներով հիվանդը, իսկ կառուցվածքային՝ սարքավորումների վատ աշխատանքը, որը կերկարացնի հետազոտության ժամանակը:

Մյուս կողմից, հետազոտության վրա ծախսվող սահմանվածից ավելի երկար ժամանակը երկարացնում է նշանակված այցելության ներկայացած հիվանդների սպասման տևողությունը: Դա իր հերթին նպաստում է հիվանդների կուտակմանը սպասարահում, բուժանձնակազմի աշխատանքի լարվածությանը, հիվանդների դժգոհությանը և այլ բացասական հետևանքների:

Այս հետազոտությունը ծրագրվել է ըստ Տոնապետեանի Որակի ապահովման մոդելի, որն «իր մեջ ներառում է այն բոլոր գործողությունները, որոնք ձեռնարկվում են բուժօգնության որակը սահմանելու, պահպանելու, խթանելու և բարելավելու նպատակով» (Տոնապետեան, էջ 9, 2003): Հիվանդների սպասման տևողությունը հետազոտելու նպատակով ստեղծվել է հարցաթերթիկ, որի միջոցով գրանցվել է հերթագրված և ոչ հերթագրված այց կատարած հիվանդների սպասման տևողությունը, դրա փոփոխման հնարավոր պատճառները, և հավաքվել են ելակետային տվյալներ ՄՍԿ-ի գործունեության այս ոլորտում որակի բարելավման միջամտություններ առաջարկելու կամ իրականացնելու համար:

Արևմտյան երկրներում կատարվել են բազմաթիվ հետազոտություններ հիվանդների սպասման տևողության վերաբերյալ (Backer, Family Practice Management, June 2002; Miro et al., Emergency Medical Journal, 2003; 20:143-148; Kapustiak et al., J Med Pract Manage, 2000 Mar-Apr;15(5) 228-33; Lambe et al., Ann Emerg Med, 2003 Jan; 41(1):35-44; Racine et al., Arch Pediatr Adolesc Med. 2002 Dec; 156(12):1203-9; Fam Plan Manag., 1992 Mar-Apr;1(1): 1-8; Pomar et al., Rev Esp

Salud Publica., 2000 May-Jun;74(3):263-74): Սույն հետազոտության նպատակահարմարությունը հիմնավորվում է նաև նրանով, որ հիվանդների սպասման տևողության վերաբերյալ աշխատանքներ Հայաստանում դեռևս չեն կատարվել:

## 1.2 Ելակետային տեղեկություններ

2000 թվականի մարտից Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և գարգ ացման կենտրոնի (ԱԾՀԶԿ) և Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնի (ՆՄԲԿ) միջև գ ործում է համատեղ ծրագ իր (Օքսուզյան, Դեմիրճյան և Թոմփսոն, Բժշկական գ ռառունների և վիրաբուժական տվյալների ամփոփ քանկի գ նահատում Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնում, 2001): ՀԱՀ/ՆՄԲԿ ծրագ ըի (ՀՆԾ) հիմնական նպատակը հիվանդանոցի կառավարման համակարգ երի և բուժօգ նության որակի բարելավումն է: Այս ծրագ ըի շրջանակներում ՆՄԲԿ-ում անց է կացվել հետազոտություն, որի նպատակը այս բուժհաստատության գ ործունեության գ նահատումն էր ըստ Միացյալ հանձնաժողովի միջազգ ային հավատարմագ ըման (ՄՀՄՀ) չափանիշների (Կորուկյան Ս. և Վարդանյան Ա. Տվյալների հավաքումը և նրանց վերլուծությունը Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնում, ՀԱՀ/ՆՄԲԿ; 2001): Ըստ այս գ նահատման արդյունքների, ՆՄԲԿ-ն ի վիճակի է հավաքել ամենաբազմազան կլինիկական, ֆինանսական և այլ տվյալներ իր գ ործունեության մասին և օգ տագ ործել դրանք կառավարման և այլ նպատակներով (Օքսուզյան և այլոք, 2001): Հիվանդների սպասման տևողության այս հետազոտությունը (Ն2-ՀՄԺ) ուսումնասիրում է հիվանդների տեղաշարժը ՄՍԿ-ում և առաջարկում է միջոցառումներ ներկա համակարգ ի պայմաններում հիվանդների սպասման տևողությունը կրճատելու համար: Առաջարկված միջոցառումների արդյունավետությունը ստուգ ելու համար հարկ է հաշվի առնել նաև այլ գ ործոնների, օրինակ՝ հիվանդների օրական հոսքի, ազդեցությունը, որպեսզի հավաստիանանք, որ ձեռք բերված արդյունքը իսկապես վերագ ըելի է առաջարկված միջոցառմանը, ոչ թե այլ գ ործոնի փոփոխությանը, օրինակ՝ հիվանդների օրական հոսքի կրճատմանը:

ՄՍԿ-ն ՆՄԲԿ-ում իրականացնում է ամբուլատոր ծառայություններ՝ ընդունելով 18 տարեկան և բարձր տարիքի հիվանդներին: Այս հիվանդները դիմում են կլինիկա որպես առաջնակի հիվանդներ, ովքեր հետազոտվում են և ստանում համապատասխան բուժում կամ խորհուրդ, կամ որպես կրկնակի հիվանդներ, ովքեր սրտային միջամտությունից հետո գ տնվում են հսկողության տակ:

Ն2-ՀՄՏ-ը որակի բարելավման ներքին ծրագ իր է, որն իրականացվել է ՀԱՀ ԱԾՀԶԿ-ի և ՆՄԲԿ-ի կողմից: Հետազոտության նպատակն է եղել ուսումնասիրել հերթագ ըված և ոչ հերթագ ըված այցերով հիվանդների սպասման տևողությունը, հիվանդների սպասման պատճառները, մշակել և կիրառել միջամտություններ, որոնք դրական ազդեցություն կունենան սպասման տևողության վրա, ինչպես նաև գ նահատել այդ միջոցառումների արդյունավետությունը: Փաստորեն կիրառվել է Աւ. Տօնապետեանի Որակի հսկման շրջանը, որն ընդգ ըկում է աշխատանքի կատարման մասին տվյալների հավաքում, դիտվող հատկանիշների վերլուծություն և դրանք բացատրող վարկածների առաջադրում; ըստ այդ վարկածների կանխարգ ելող,

շտկող կամ խրախուսող քայլերի ձեռնարկում և, վերջապես, աշխատանքի կատարման հետագա ա ընթացքի մասին տվյալների հավաքում՝ ձեռնարկված քայլերի հետևանքները գ նահատելու նպատակով (Տոնապետեան, էջ 17-18, 2003):

ՄՍԿ-ում հիվանդների սպասման երկար տևողության պատճառների վերաբերյալ առաջարկվել են հետևյալ վարկածները.

1. հետազոտման սենյակների թիվն անբավարար է;
2. լիարժեք աշխատող էխոսրտագ ըերի քանակն անբավարար է;
3. ՆՄԲԿ-ի աշխատակիցների բարեկամներն ընդունվում են առանց հերթի:

Այսպիսով, սույն հետազոտության նպատակները եղել են.

1. մշակել հիվանդների սպասման տևողության գ ռանցման հարցաթերթիկ, փորձարկել այն և կատարել համապատասխան փոփոխություններ;
2. հիվանդների սպասման տևողության հսկման հարցաթերթիկի միջոցով կատարել դիտարկումներ և հավաքել տվյալներ;
3. վերլուծել հիվանդների սպասման երկար տևողության պատճառները;
4. հիվանդանոցի Բժշկական խորհրդին ներկայացնել հիվանդների սպասման տևողության մասին ելակետային տվյալներ և առաջարկել բարելավման միջոցառումներ;
5. կիրառել ընտրված և հաստատված միջոցառումները;
6. հավաքել տվյալներ միջոցառումների ձեռնարկումից հետո՝ համակարգ ի բարեփոխումը գ նահատելու համար:

Երկարաժամկետ փոփոխությունների գ նահատմանն ուղղված ծրագ իրը պետք է ունենա շարունակական բնույթ: Այդպիսի գ նահատումը նաև պարբերաբար կտեղեկացնի հիվանդանոցի կլինիկական և վարչական ղեկավարությանը որակի բարելավման նպատակով իրականացվող միջոցառումների ընթացքի մասին:

## 2. ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

### 2.1 Հետազոտության կառուցվածքը

Հետազոտությունը կրել է նկարագ ըական բնույթ և իրականացվել ուղղակի դիտարկումների միջոցով: Հիվանդի սպասման տևողությունը սահմանվել է որպես հիվանդի կլինիկա մտնելու և հետազոտման սենյակ մտնելու միջև ընկած ժամանակահատված: Հետազոտության կառուցվածքը թույլ է տվել գ նահատել ոչ միայն հիվանդների սպասման տևողությունը, այլև կլինիկայի գ ործունեության օրական պահանջներին համապատասխանող ֆիզիկական ռեսուրսների առկայությունը:

Առաջին փուլի դիտարկումները տևել են 18 օր: Օրվա ընթացքում դիտարկումների վրա ծախսվել է միջինում 3 ժամ 42 րոպե՝ ընդգ ըկելով առավոտյան և հետկեսօրյա այցերը: Հետազոտությունը ներառել է այն հիվանդներին, ում

հնարավոր է եղել հետևել կլինիկա մտնելուց մինչև հետազոտության վերջը, այնպես որ հնարավոր է եղել նաև հաշվել հետազոտման ընդհանուր ժամանակը:

## 2.2 Հետազոտության հարցաթերթիկը

Դիտարկման հարցաթերթիկը նախատեսված է եղել հիվանդի կլինիկա մտնելու պահից ի վեր նրա տեղաշարժին հետևելու համար: Հարցաթերթիկի սկզբնական տարբերակը պարունակում էր 16 նկարագիր: Այն փորձարկվեց 29 հիվանդի դիտարկումների միջոցով, որի արդյունքում հարցաթերթիկին ավելացվեց ևս մեկ նկարագիր՝ բժշկի բացատրությունը առանց հերթագրության հիվանդի այցի գալու պատճառների վերաբերյալ: Վերջնական հարցաթերթիկի պարունակած 17 նկարագրից ընդհանուր էին (Հավելված 1).

1. դիտարկման համարը,
2. հիվանդի անունը,
3. այցի տեսակը՝ առաջնակի կամ կրկնակի,
4. այցի հետվիրահատական լինելը/չլինելը,
5. այցի շտապ լինելը/չլինելը,
6. այցի հերթագրված լինելը/չլինելը,
7. առանց հերթագրված այցի գալու բացատրությունն ըստ բժշկի,
8. հերթագրված այցի պահը (եթե կիրառելի է),
9. հիվանդի կլինիկա մտնելու պահը,
10. հետազոտման սենյակի համարը,
11. հիվանդի հետազոտման սենյակ մտնելու պահը,
12. բուժքույրական հետազոտության սկիզբը և ավարտը,
13. բժշկի հետազոտության սկիզբը և ավարտը,
14. բուժքրոջ անունը,
15. բժշկի անունը,
16. հիվանդի առաջնակի ախտորոշումը,
17. սպասելու պատճառը:

Հարցաթերթիկում ընդգրկված են եղել նաև հետևյալ փոփոխականները՝ դիտարկման ամսաթիվը, դիտարկողի անունը, դիտարկման սկիզբն ու ավարտը, օրվա առաջնակի հիվանդներին ընդունող բժշկի անունը, առաջնակի և կրկնակի հիվանդների ընդհանուր թիվը, նրանցից առանց հերթագրված եկածների թիվը, բուժքույրերի, սրտաբանների և ռեզիդենտների օրվա քանակը, գործող հետազոտման սենյակների և էխոսրտագրերի քանակը, ինչպես նաև չներկայացած առաջնակի և կրկնակի այցերի քանակը:

Դիտարկումներն անց են կացվել ընդունարանի գրանցման սեղանի մոտից, որտեղից նաև պարզ երևում են հետազոտման առաջին և երկրորդ սենյակները: Հետազոտման երրորդ սենյակը դիտարկողի տեսադաշտից դուրս է եղել, որի պատճառով էլ այստեղ հետազոտված հիվանդներից քչերն են ընդգրկվել հետազոտության մեջ: Հետազոտության 2-6 և 8-րդ նկարագրերը լրացվել են բուժքույրերի կողմից, իսկ 7-րդը և 16-րդը լրացվել են ըստ հետազոտող բժշկի



հայտնած տեղեկության: Հիվանդի ախտորոշումը նշվել է հարցաթերթիկում՝ անգ ամ կրկնակի այցի դեպքում:

### 2.3 Հետազոտության խումբը

18 տարեկան և բարձր տարիքի բոլոր տեսակի այց կատարող հիվանդներն ընդգ ռկվել են հետազոտության մեջ: Հետազոտության ընտրանքը հաշվարկվել է 96 հիվանդ, սակայն հետկեսօրյա հիվանդների համապատասխան քանակ ունենալու համար վերջինս մեծացվել է մինչև 152 հիվանդ:

### 2.4 Էթիկական նկատառումներ

Հետազոտության արձանագ ղությունը դիտարկվել է Էմորիի համալսարանի (Ատլանտա, ԱՄՆ) Համալսարանական վերանայման հանձնաժողովի կողմից: Հետազոտությունը համարվել է ներքին գ նահատման մաս, չի ընդգ ռկել հիվանդի մասին տեղեկության բացահայտում հիվանդանոցից դուրս: Բացի այդ, հիվանդի հետազոտման ընթացքում դիտարկողը մնացել է հետազոտման սենյակից դուրս:

### 2.5 Տվյալների վերլուծություն

Տվյալների մուտքագ ղումը և վերլուծությունը իրականացվել են SPSS 11.0 վիճակագ ղական ծրագ ղի միջոցով:

## 3. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

Մեծահասակների սրտաբանական կլինիկական բաղկացած է հիվանդների սպասարահից, հետազոտման 3 սենյակից, որտեղ տեղադրված են էլեկտրասրտագ ղիչ (ԷՍԳ) և էխոսրտագ ղիչ (ԷԽԳ) սարքերը, հիվանդների ընդունման համար նախատեսված բուժքույրական կետից և բժիշկների սենյակներից: Կլինիկական աշխատում է ժամը 9:00-ից մինչև 17:00-ը, որից հետո այնտեղ մնում են միայն հերթապահ ռեզիդենտները: ՄՍԿ-ում աշխատում են չորս բուժքույր, չորս սրտաբան- ռեզիդենտ, հինգ սրտաբան, սրտաբան ֆելլոուներ, որոնց թիվը փոփոխական է, ֆինանսական խնդիրներով զբաղվող երկու բուժքույր, հիվանդների տվյալների բազայի հետ աշխատող մեկ օպերատոր: Հիվանդի ընդունման ժամանակ բուժքույրը լրացնում է Բժշկական ձևի մի մասը (անկետային տվյալները, այցի տեսակը և այլն), չափում է զարկերակային ճնշումը, կատարում է ԷՍԳ: Ռեզիդենտ-սրտաբանները կլինիկայի սրտաբանների հսկողության տակ գ նահատում են հիվանդի առողջական վիճակը: Շաբաթվա յուրաքանչյուր օր որոշակի սրտաբան պատասխանատու է բոլոր առաջնակի դեպքերի ընդունելության համար, բացի շաբաթ օրվանից, երբ առաջնակի դեպքերի ընդունելությունը խառն է: Բժիշկները հետազոտության ընթացքում կատարում են հիվանդի օբյեկտիվ քննություն, ըստ անհրաժեշտության՝ ԷԽԳ և գ ռանցում են արդյունքները (Օքսուզյան և այլոք., էջ 5, 2001): Այցերը կարող են լինել հերթագ ղված և չհերթագ ղված: Հերթագ ղված այցերը

լինում են առաջնակի կամ կրկնակի: Առանց հերթագ ըման ընդունվում են շտապ հիվանդները, ստացիոնարի հիվանդները, որոնք գ ալիս են դուրս գ ըման համար, Հայաստանի հեռավոր շրջաններից կամ այլ երկրներից եկած հիվանդները: Այնպես որ, հիվանդների օրական հոսքը կարող է նշանակալիորեն տատանվել:

### 3.1 Նախամիջամտական փուլ

Նախամիջամտական փուլում դիտարկման միջին տևողությունն օրվա ընթացքում կազմել է 3 ժամ 42 րոպե, տատանվելով 1 ժամ 55 րոպեից մինչև 6 ժամ 49 րոպե (ս<sub>2</sub> = 73 րոպե): Դիտարկվել է 152 հիվանդ: Բժշկական հետազոտություն անցել է 149 հիվանդ, որոնց 59.1%-ն իրականացվել է սրտաբանների, իսկ 40.9%-ը՝ սրտաբան-ռեզիդենտների կողմից: Դիտարկման հարցաթերթիկի մեջ նշվել է միայն այն բժշկի անունը, որը սկսել է հիվանդի հետազոտությունը:

Դիտարկված 152 հիվանդից 113-ը (74.3%) կատարել են հերթագ ըման այց, իսկ մնացածը՝ չհերթագ ըման (39 հիվանդ կամ 25.7%): Առանց հերթագ ըման եկած հիվանդներից 35-ը շտապ դեպքեր են եղել (23.0%), իսկ մնացած 4-ից երեքը եկել են դուրս գ ըման համար, մեկը՝ կլինիկայի բժիշկներից մեկի նշանակմամբ: Շտապ հիվանդների հերթագ ըմանը կլինիկայում ևս առաջնահերթ է իրականացվում:

Հիվանդները դասակարգ վել են նաև ըստ այցի տեսակի: Նրանցից 64-ը (42.1%) եղել են առաջնակի հիվանդներ, իսկ 88-ը՝ կրկնակի այցով հիվանդներ (57.9%): Հիվանդներից 61-ը (40.1%) կատարել են հետվիրահատական կամ հետմիջամտական այց, իսկ 91-ը՝ ամբուլատոր այց (59.9%): Ստորև ներկայացված աղյուսակներում թվերը մի փոքր տարբեր են, քանի որ եղել են 6 հիվանդ, որ եկել են առանց հերթագ ըման, սակայն դեպքերը շտապ չեն եղել, իսկ մեկ հիվանդ կատարել է հերթագ ըման շտապ այց: Նշված 6 հիվանդից 5-ը կատարել են կրկնակի և հետվիրահատական այց, իսկ մեկը՝ կրկնակի ոչ հետվիրահատական այց: Հերթագ ըման շտապ այցով հիվանդը եղել է առաջնակի և ոչ հետվիրահատական:

113 հերթագ ըման այցերից 41 եղել են առաջնակի, իսկ 72-ը՝ կրկնակի (Աղյուսակ 1):

#### Աղյուսակ 1. Հերթագ ըման առաջնակի կամ կրկնակի այցերը

	Քանակ	Տոկոս
Առաջնակի	41	36.3
Կրկնակի	72	63.7
Ընդհանուր	113	100.0

Հերթագ ըման հիվանդներից 50-ը հետվիրահատական այցեր են կատարել, իսկ 63-ը՝ ոչ հետվիրահատական (Աղյուսակ 2):

#### Աղյուսակ 2. Հերթագ ըման այցերի տեսակները

	Քանակ	Տոկոս
Հետվիրահատական	50	44.2
Ոչ հետվիրահատական	63	55.8
Ընդհանուր	113	100.0

Շտապ հիվանդներից 24-ը առաջնակի այց են կատարել, իսկ 11-ը՝ կրկնակի (Աղյուսակ 3):

**Աղյուսակ 3. Առաջնակի և կրկնակի շտապ այցերը**

	Քանակ	Տոկոս
Առաջնակի	24	68.6
Կրկնակի	11	31.4
Ընդհանուր	35	100.0

Շտապ դեպքերով 35 հիվանդներից 6-ը հետվիրահատական, իսկ 29-ը՝ ոչ հետվիրահատական այց են կատարել (Աղյուսակ 4):

**Աղյուսակ 4. Շտապ այցերի տեսակները**

	Քանակ	Տոկոս	Ճշգրիտ Գումարային տոկոս	տոկոս
Հետվիրահատական	6	17.1	17.1	17.1
Ոչ հետվիրահատական	29	82.9	82.9	100.0
Ընդհանուր	35	100.0	100.0	

Հերթագրված և շտապ դեպքերով հիվանդների սպասման միջին տևողությունը, որը սահմանվել էր որպես հիվանդի կլինիկա մտնելուց մինչև հետազոտման սենյակ մտնելու միջև ընկած ժամանակահատված, կազմել է 31:06 ! 26:44 րոպե՝ հերթագրված (n = 113), և 49:24 ! 72:07 րոպե՝ շտապ (n = 35) հիվանդների համար: Այս տևողությունների միջև տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չի եղել: Սպասման միջին տևողությունը տարբեր չի եղել նաև առաջնակի և կրկնակի հիվանդների համար, սակայն սահմանային չափով տարբեր է եղել հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական այցերի միջև (Աղյուսակ 5 և 6):

**Աղյուսակ 5. Հերթագրված, շտապ և առաջնակի այցերով հիվանդների սպասման տևողությունը**

	Հերթագրված այց (n = 113)	Շտապ այց (n = 35)	Առաջնակի այց (n = 64)	Կրկնակի այց (n = 88)
Միջին արժեք ! սշ	31:06 ! 26:44	49:24 ! 72:07	41:11 ! 55:01	30:39 ! 29:32
Տիպական արժեք	4:00	0:00	0:00	0:00
Միջանկյալ արժեք	25:00	24:00	25:00	25:00

Վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել:

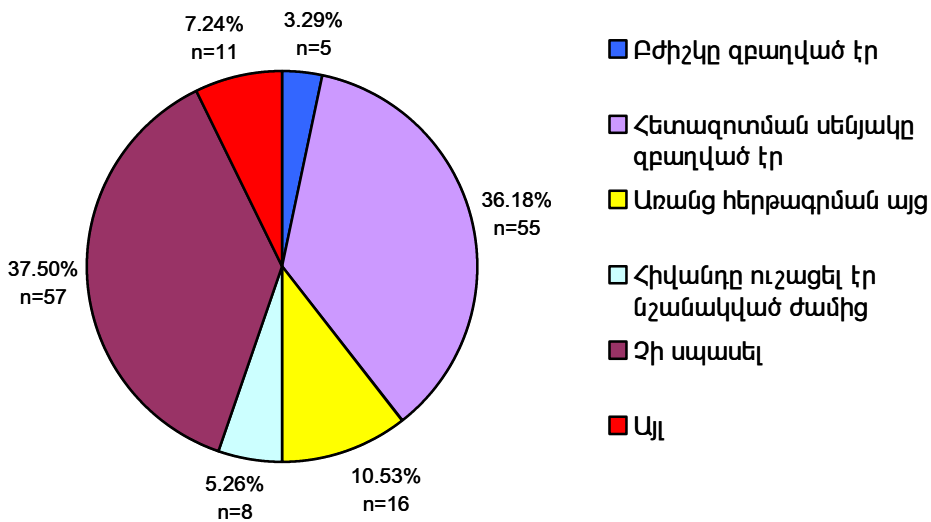
**Աղյուսակ 6. Հետվիրահատական այցերով հիվանդների սպասման տևողությունը**

	Հետվիրահատական այց	
	Այո (n = 61)	Ոչ (n = 91)
Միջին ! սշ	27:50 ! 28:23*	39:57 ! 49:06*
Տիպական արժեք	0:00	4:00
Միջանկյալ արժեք	20:00	26

\* Հայտնաբերվել է վիճակագրորեն սահմանային հավաստիությամբ տարբերություն (p = 0.084)

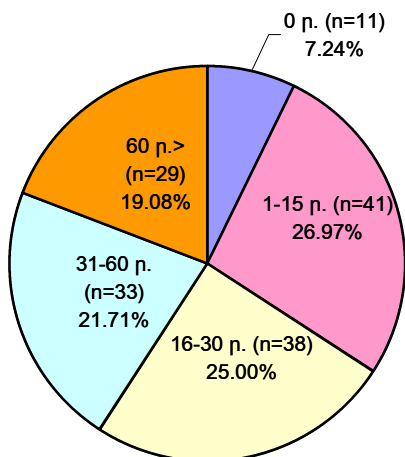
Բոլոր 152 հիվանդների սպասման պատճառները գ ռանցվել են և խմբավորվել: Ամենահաճախ հանդիպող պատճառը եղել է՝ «հետազոտման սենյակը զբաղված է» (n = 55) (Նկար 1): Ընդհանրապես չսպասած 57 հիվանդներից 2-ը հետազոտվել են նշանակված ժամին, 3-ը հիվանդանոցի աշխատողների բարեկամ էին, 18-ը հետազոտվել են կլինիկայում գ տնվելու առաջին 15 րոպեի ընթացքում, իսկ 34-ը հետազոտվել են նշանակված ժամից առաջ: Հարկ է նշել, որ ի սկզբանե կիրառվել է ոչ ճիշտ մոտեցում և ամենաշատը 15 րոպե սպասած հիվանդներն ընդգ ռկվել են ընդհանրապես չսպասածների խմբում:

Նկար 1. Հիվանդների սպասելու պատճառները



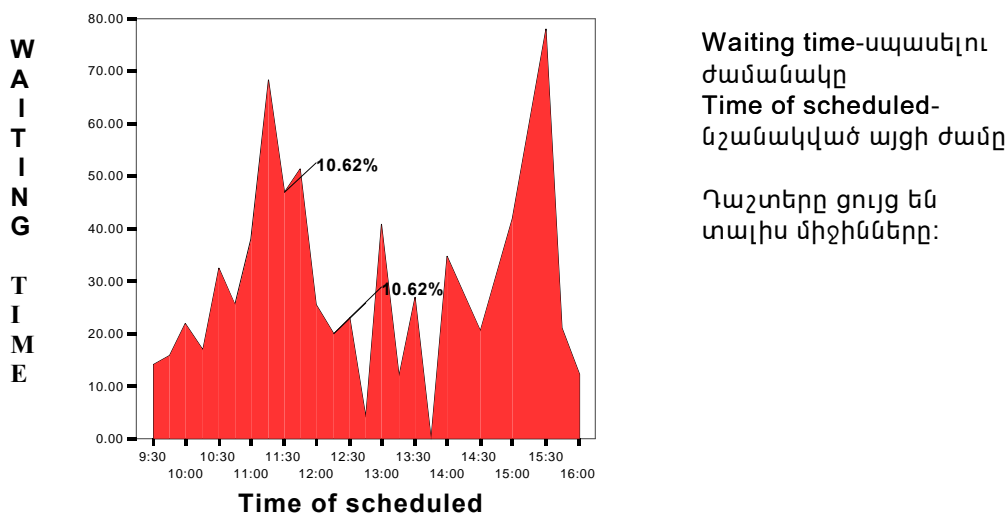
Հիվանդների դասակարգ ումն ըստ սպասելու տևողության ցույց տվեց, որ նրանց մոտ 66%-ը սպասել է 15 րոպեից ավելի (Նկար 2), որը հաստատում է, որ հիվանդի հետազոտումը նախատեսված 15 րոպեից երկար է տևում:

Նկար 2. Հիվանդների դասակարգ ումն ըստ սպասելու ժամանակի



Սպասելու ամենաերկար տևողությունը պատկերացնելու համար կազմվել է գ րաֆիկ ըստ նշանակված այցի ժամի և սպասման տևողության: Ժամը 11:30-ին նշանակված այցով հիվանդների մոտավորապես 11%-ի սպասման տևողությունը կազմել է 46 րոպե, իսկ 12:30-ին նշանակված այցով հիվանդների 11%-ինը՝ մոտավորապես 22 րոպե (Նկար 3):

Նկար 3. Սպասելու ժամանակն ըստ նշանակված այցի ժամի



Հիվանդների սպասման տևողության վրա ազդող հնարավոր գ ործոններից է բուժքրոջ կամ բժշկի կողմից իրականացվող հետազոտության տևողությունը: Քանի որ կլինիկան ունի միայն երեք հետազոտման սենյակ, որից միայն մեկն է լիարժեք սարքավորված, բուժքրոջ կամ բժշկի կողմից իրականացվող հետազոտությունների տևողությունը գ նահատվել է ըստ այցի տեսակի (Աղյուսակներ 7 և 8):

Աղյուսակ 7. Հետազոտության միջին տևողությունն ըստ այցի տեսակի

		Հերթագ րված այց (n=113)	Շտապ այց (n=35)	Առաջնակի այց (n = 64)	Կրկնակի այց (n = 88)
Բուժքույրական հետազոտություն	Միջին	5:05!2:21 (n = 109)	5:10!2:29 (n = 32)	5:50!3:03* (n = 60)	4:35!1:31* (n = 86)
Բժշկական հետազոտություն	Միջին	16:53!10:48 (n = 104)	16:22!9:10 (n = 35)	20:30!9:53** (n = 64)	13:19!9:28** (n = 78)
Ընդհանուր տևողություն	Միջին	22:04!11:05 (n = 113)	21:43!9:34 (n = 35)	25:58!10:09*** (n = 64)	16:16!10:07*** (n = 88)

\*Վիճակագ րորեն հավաստի տարբերություն (p < 0.05) առաջնակի և կրկնակի այցերի բուժքույրական հետազոտության տևողությունների միջև

\*\* Վիճակագ րորեն հավաստի տարբերություն (p < 0.05) առաջնակի և կրկնակի այցերի բժշկական հետազոտության տևողությունների միջև

\*\*\* Վիճակագ րորեն հավաստի տարբերություն (p < 0.05) առաջնակի և կրկնակի այցերի հետազոտության ընդհանուր տևողությունների միջև

**Աղյուսակ 8. Հետազոտության միջին տևողությունն ըստ այցի տեսակի (հետվիրահատական)**

		Հետվիրահատական	
		Այո	Ոչ
Բուժքույրական հետազոտություն	Միջին	4.82	5.29
	Սձ	1.66	2.72
Բժշկական հետազոտություն	Միջին	13.00*	18.93*
	Սձ	10.00	9.81
Ընդհանուր տևողություն	Միջին	16.89**	22.68**
	Սձ	10.28	11.21

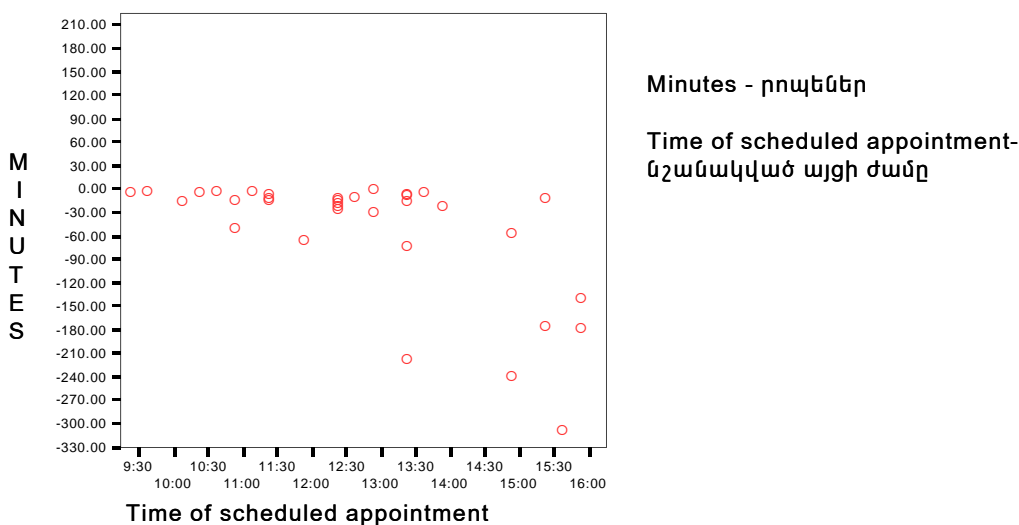
\* Վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն ( $p = 0.001$ )

\*\* Վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն ( $p < 0.05$ )

Բուժքույրական հետազոտության տևողությունը կազմել է 5:06 ! 2:21 րոպե (n=146), բժշկական հետազոտությանը՝ 16:33 ! 10:16 (n=142), իսկ ընդհանուր հետազոտությանը՝ 20:21 ! 11:11 րոպե (n=136): Հետազոտության ընդհանուր տևողությունը հավաստիորեն տարբերվել է սահմանված ցանկալի 15 րոպեից ( $p < 0.001$ ):

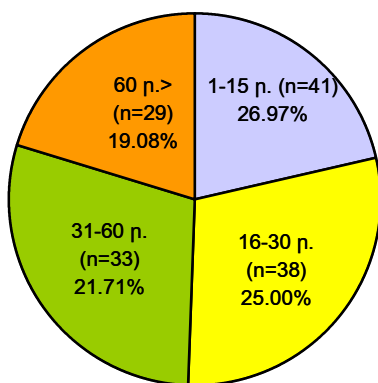
Իրենց նշանակված ժամից առաջ հետազոտված 34 հիվանդներից 24-ը (71%) մտել էին հետազոտման սենյակ նշանակված ժամից 1-ից 30 րոպե առաջ, իսկ 8-ը (24%)՝ 60 րոպե առաջ(Նկար 4):

**Նկար 4. Այցի նշանակված ժամից առաջ հետազոտության սենյակ մտնելը**



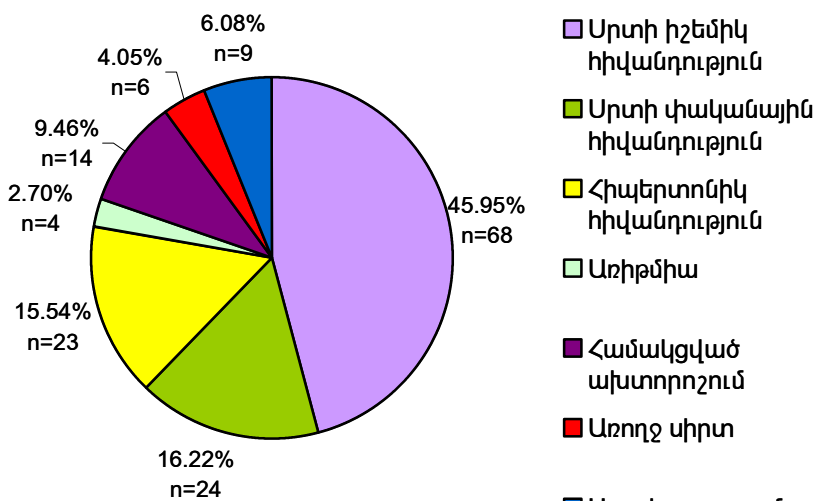
Նշանակված այցի ժամից ուշ ներկայացած հիվանդների հետազոտությունը ՄՍԿ-ում կարող է խնդիրներ առաջ բերել, հատկապես եթե այդ նույն օրը որևէ շտապ դեպքի պատճառով արդեն հիվանդների հերթ է գ ոյացել (Նկար 5): Իրենց հերթագ ըման ժամից ուշացած 79 հիվանդների մոտ 78%-ը ստիպված է եղել սպասել 15 րոպեից ավելի: Դա իր հերթին կարող է նպաստել արդեն ՄՍԿ-ում գ տնվող հիվանդների սպասելու ժամանակի երկարացմանը: Մյուս կողմից, հերթագ ըման բաց թողած ժամը կարող է մնալ ազատ կամ օգ տագ ործվել մեկ այլ ներկա հիվանդի կամ շտապ դեպքի հետազոտության համար:

Նկար 5. Այցի նշանակված ժամից ուշացած հիվանդների սպասելու ժամանակը



Քանի որ հետազոտության ցանկալի տևողությունը սահմանված էր 15 րոպե, հետազոտության ժամանակը դասակարգ վել է ըստ հիվանդների առաջնակի ախտորոշման՝ անկախ այցի առաջնակի կամ կրկնակի լինելուց: Ջարմանալի չէ, որ հետազոտության ժամանակն ավելի կարճ է եղել կրկնակի, քան առաջնակի այցերի համար: Ամենահաճախ հանդիպող ախտորոշումը եղել է սրտի իշեմիկ հիվանդությունը, իսկ ամենահազվադեպը՝ առիթմիաները (Նկար 6):

Նկար 6. Հիվանդների դասակարգ ումն ըստ առաջնակի ախտորոշման



Վերլուծվել է հիվանդների հետազոտության ժամանակի համապատասխանությունը նախատեսված 15 րոպեի հետ՝ ըստ նրանց առաջնակի ախտորոշումների: Ախտորոշման բոլոր խմբերի համար հետազոտման միջին ժամանակը գ երազանցել է 15 րոպեն (Աղյուսակ 9):

**Աղյուսակ 9. Հետազոտության ժամանակի և առաջնակի ախտորոշման հարաբերությունը**

Առաջնակի ախտորոշում (n = 150)	Բուժքույրական հետազոտության տևողությունը (Միջին ! սշ)	Բժշկական հետազոտության տևողությունը (Միջին ! սշ)	Ընդհանուր հետազոտության տևողությունը (Միջին ! սշ)
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (68)	4:53 ! 1:41	13:51 ! 10:04	17:55 ! 10:35
Սրտի փականային հիվանդություն (24)	5:00 ! 2:34	19:27 ! 10:29	22:38 ! 12:40
Հիպերտոնիկ հիվանդություն (23)	5:13 ! 1:51	18:41 ! 8:13	23:05 ! 8:53
Առիթմիա (4)	9:15 ! 16:24	17:00 ! 9:58	26:15 ! 11:30
Առողջ սիրտ (8)	6:20 ! 4:48	18:00 ! 3:57	22:28 ! 12:23
Համակցված ախտորոշում (13)	4:41 ! 2:08	19:15 ! 11:31	24:20 ! 5:03
Այլ (10)	4:38 ! 1:25	19:06 ! 14:26	22:48 ! 13:49

Այլ. կարդիոմիոպաթիա (1), ատիպիկ կրծքային ցավ (1), թիրեոիդիտ (1), իշեմիկ կարդիոմիոպաթիա (3), էքսուդատիվ պերիկարդիտ (1), հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիա (1), հետվիրահատական պերիկարդիտ (1), պերիկարդիալ էֆուզիա (1):

Համակցված ախտորոշում. հիպերտոնիա + նախասրտերի շողացում (1), սրտի իշեմիկ հիվանդություն + հիպերտոնիա (4), հիպերտոնիա + կարդիոմիոպաթիա (2), սրտի իշեմիկ հիվանդություն + սրտի փականային հիվանդություն (2), հիպերտոնիա + սրտի փականային հիվանդություն (1), սրտի իշեմիկ հիվանդություն + իշեմիկ կարդիոմիոպաթիա (1), սրտային անբավարարություն + առիթմիա (1), սրտամկանի ինֆարկտ + հիպերտոնիա (1):

Վերլուծվել է հիվանդների տեղաբաշխման նպատակահարմարությունը ըստ հետազոտման սենյակների, որոնք ՄՍԿ-ում սահմանափակ թվով են և ունեն ոչ լիարժեք գ ործող ԷԽԳ և ԷՍԳ սարքեր (Աղյուսակ 10): Օրինակ, կրկնակի այցով հիվանդները, ում նախնական ախտորոշումն արդեն հայտնի էր, կարող էին հետազոտվել այն սենյակում, որը նախատեսված չէր վերը նշված հետազոտությունների համար: Այս դեպքում լիարժեք սարքավորված հետազոտության սենյակը կարելի էր օգ տազ ործել մեկ այլ հիվանդի համար: Այս ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տվել նաև հետևել հիվանդներին ըստ հետազոտման սենյակների, չնայած 3-րդ հետազոտման սենյակի համար դիտարկումների թիվն ավելի սահմանափակ է եղել: Առաջնակի և կրկնակի հիվանդների տեղաբաշխումն ըստ հետազոտման սենյակների ներկայացված է աղյուսակ 11 և 12-ում:



**Աղյուսակ 10. Հետազոտման սենյակների սարքավորումների բնութագրերը**

Սենյակի #	1	2	3
ԷԽԳ	Խնդիրներ սրտի փականները հետազոտելիս	Լիարժեք գ ործում է	Միայն սրտի իշեմիկ հիվանդների համար
ԷՍԳ	Լիարժեք գ ործում է	Հին է, երբեմն սխալ է պատկերում	Չի առանձնացնում արտածումները

**Աղյուսակ 11. Առաջնակի հիվանդների հետազոտումը**

Առաջնակի հիվանդների ախտորոշումները (n = 63)	Հետազոտման առաջին սենյակ			Հետազոտման երկրորդ սենյակ
	1	2	3	2
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (n=19)	8	7	4	1
Սրտի փականային հիվանդություն (n=10)	2	7	1	2
Հիպերտոնիկ հիվանդություն (n=15)	10	5	0	0
Առիթմիա (n=4)	2	2	0	1
Առողջ սիրտ (n=6)	5	0	1	0
Համակցված ախտորոշում (n=4)	3	1	0	1
Այլ (n=5)	2	1	2	1

Հետազոտվել են 64 առաջնակի հիվանդ:

**Աղյուսակ 12. Կրկնակի հիվանդների հետազոտումը**

Կրկնակի հիվանդների ախտորոշումները (n = 85)	Հետազոտման առաջին սենյակ			Հետազոտման երկրորդ սենյակ	
	1	2	3	1	2
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (n=49)	33	13	3	1	5
Սրտի փականային հիվանդություն (n=14)	5	9	0	0	0
Հիպերտոնիկ հիվանդություն (n = 8)	7	1	0	0	1
Առիթմիա (n = 0)	0	0	0	0	0
Առողջ սիրտ (n = 0)	0	0	0	0	0
Համակցված ախտորոշում (n = 9)	4	4	1	0	0
Այլ (n = 5)	3	1	1	0	0

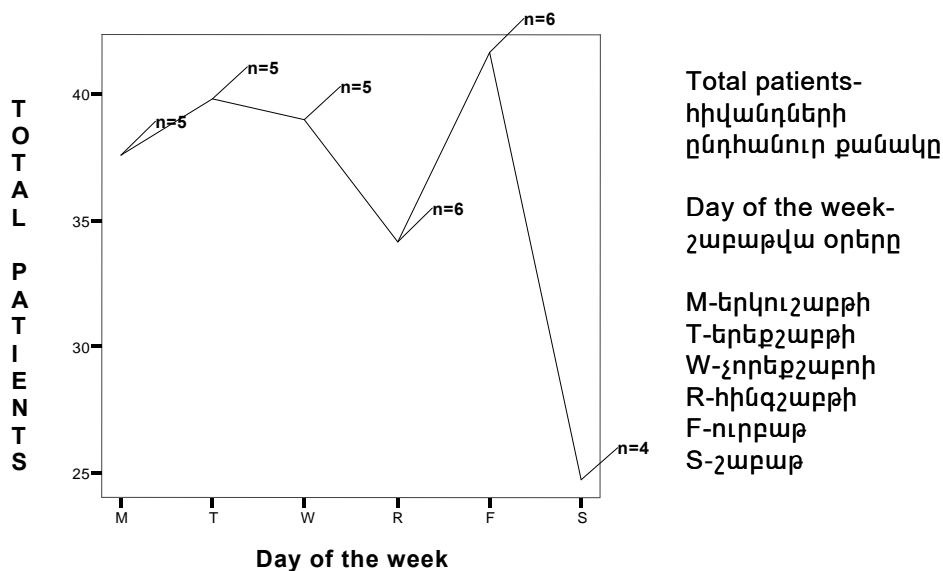
Հետազոտվել են 88 կրկնակի հիվանդ:

Ըստ աղյուսակների, հետազոտման սենյակներն արդյունավետ են օգտագործվել սրտի իշեմիկ (ՍԻՀ) և փականային (ՍՓՀ) հիվանդություններով տառապող հիվանդների համար: ՍԻՀ հիվանդների մեծ մասը հետազոտվել է առաջին սենյակում, ուր տեղադրված է միակ լիարժեք գ ործող ԷՍԳ-ն: Ըստ բժիշկների, ՍԻՀ-ը հնարավոր է ախտորոշել հիմնվելով միայն ԷՍԳ արդյունքի վրա: ՍՓՀ հետազոտությունների մեծ մասն անց է կացվել հետազոտման երկրորդ սենյակում, ուր տեղակայված էր այս հիվանդության ախտորոշման համար անհրաժեշտ և միակ լիարժեք գ ործող ԷԽԳ-ն: Սա կարևոր արդյունք է և բացահայտում է, որ ՄՍԿ-ի սահամանափակ միջոցներն արդյունավետ են

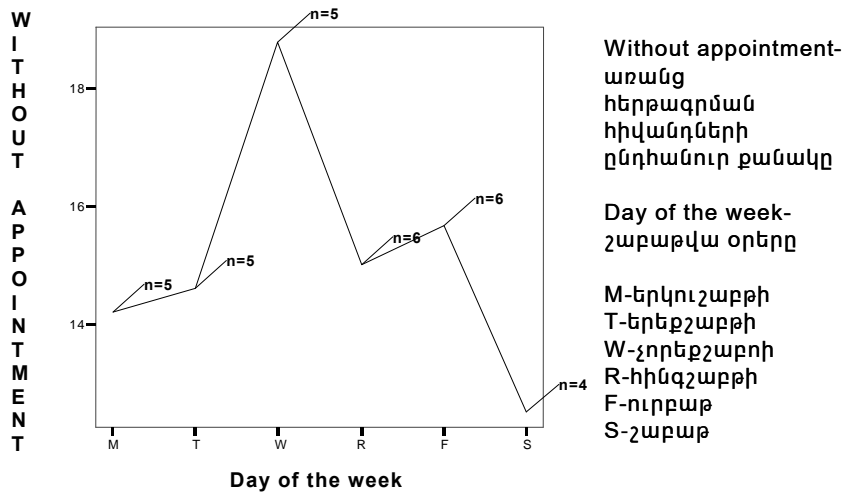
օգ տագ ործվում: Աղյուսակ 11-ից և 12-ից երևում է նաև, որ բուժսարքավորումների պակաս կա, քանի որ հիվանդների մի մասը հետազոտման ընթացքում սենյակից սենյակ են տեղափոխվել: Արդյունքում հիվանդը կարող է կրկին վերադառնալ սպասասրահ և սպասել հաջորդ սենյակի ազատվելուն (տվյալը ցույց չի տրված), իսկ իրենց հերթին սպասող հիվանդների սպասելու տևողությունը կարող է երկարել: Այսպիսով, աղյուսակ 10-ից, 11-ից և 12-ից կարելի է եզրակացնել, որ ՄՍԿ-ի ավելի արդյունավետ աշխատանքի համար անհրաժեշտ են ավելի կատարյալ բուժսարքավորումներ:

Հերթագ ղված և չհերթագ ղված հիվանդների միջին թիվը կարելի է դիտարկել նաև ըստ շաբաթվա օրերի: Բուժքույրերն ունեն գ ղանցումներ (Հավելված 2), որտեղից կարելի է իմանալ մեկ ամսվա ընթացքում կլինիկա այցելած հերթագ ղված և առանց հերթագ ղման, առաջնակի և կրկնակի այցով հիվանդների մասին (Նկարներ 7 և 8): Այդ գ ղանցումները ցույց են տվել, որ բացառությամբ շաբաթ օրերի, կլինիկայում օրվա ընթացքում միջինում հետազոտվել են 39 հիվանդ, որոնցից միջինում 16-ը եկել են առանց հերթագ ղման: Այս տվյալները գ ղանցվել են բուժքույրերի կողմից, ուստի և չի բացառվում, որ իրավիճակն ավելի մեղմ է ներկայացվել: Շաբաթ օրերին և՛ աշխատող անձնակազմի անդամների, և՛ հիվանդների քանակն ավելի քիչ է, քան մյուս օրերին: Աղյուսակներում ներկայացված թվերը (n) համապատասխանում են օրվա ընթացքում դիտարկման ժամերին: Տվյալները ցույց են տալիս, որ օրվա ընթացքում այցելած հիվանդների մոտ կեսը ներկայանում են առանց հերթագ ղման, որը կարող է իր հերթին նպաստել հերթագ ղված հիվանդների սպասման տևողության երկարացմանը, հատկապես երբ անհերթ այցը շտապ է:

Նկար 7. Հիվանդների ընդհանուր թիվն ըստ շաբաթվա օրերի



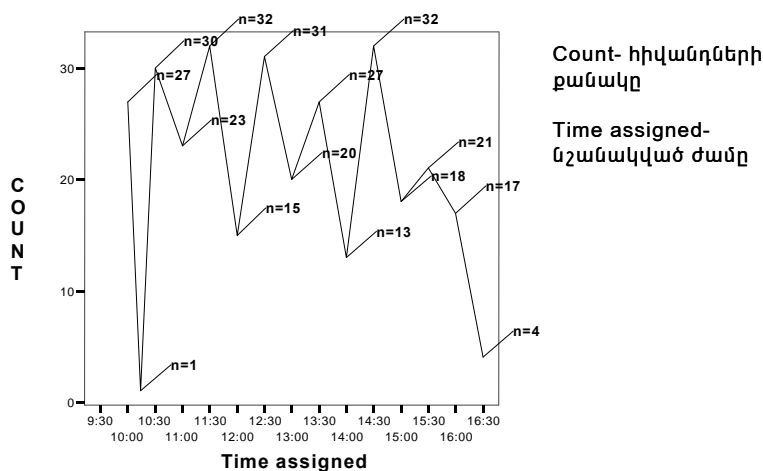
Նկար 8. Առանց հերթագ ըման հիվանդների ընդհանուր թիվն ըստ շաբաթվա օրերի



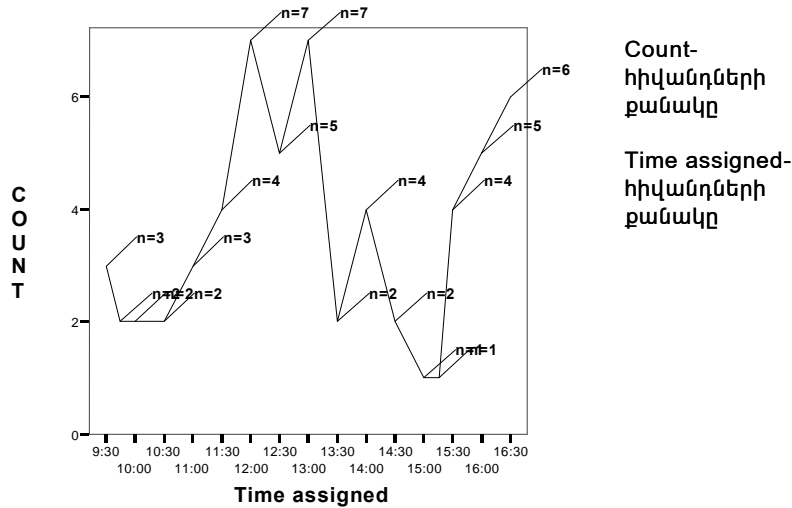
Հերթագ ըման մատյանում բուժքույրերը գ ըանցում են առաջիկա մեկ ամսվա ընթացքում հերթագ ըված այցերը՝ նշանակված հեռախոսազանգ երի կամ կլինիկա այցելությունների միջոցով (Հավելված 3): Ըստ այդ մատյանի տվյալների, դիմելու պահից մինչև նշանակված այցի օրը հիվանդները միջինում սպասել են 33 ! 29 օր (n = 373): Ոչ շտապ հիվանդների նշանակված այցին սպասելու միջին տևողությունը եղել է 39 ! 29 օր (n = 311), իսկ շտապ հիվանդներինը՝ 6 ! 4 օր (n = 60): Այս երկու խմբերի սպասման տևողության միջև եղել է հավաստի տարբերություն (p < 0.001):

Հետաքրքիր է այն փաստը, որ հերթագ ըված այցերի (n = 311) համար պիկ ժամը եղել է նույնը, ինչ չհերթագ ըվածների (շտապ հիվանդների, n = 35), այն է՝ 12:49 ! 13:53 հերթագ ըվածների համար և 13:08 PM ! 14:10 չհերթագ ըվածների: Դա նշանակում է, որ շտապ հիվանդների մեծ մասը կլինիկա են գ ալիս հերթագ ըված այցերի ժամերին (Նկարներ 9 և 10):

Նկար 9. Հերթագ ըված հիվանդներին նշանակված այցի ժամերը



Նկար 10. Շտապ հիվանդներին նշանակված այցի ժամերը



### 3.2 Հետմիջամտական փուլ

Հետմիջամտական փուլում դիտարկվել է 63 հիվանդ և գ նահատվել է միջամտության, այսինքն՝ հիվանդների համարակալման ազդեցությունը: Դիտարկված այցերը եղել են հերթագ ըված, արտահերթ կամ շտապ: Երեք հիվանդ դուրս են մնացել դիտարկումներից, քանի որ հնարավոր չի եղել պարզել նրաց այցի տեսակը: Առանց հերթագ ըման այցի եկած հիվանդները կլինիկա մտնելիս ստացել են հերթական համարներ: Դիտարկված միակ թերությունը եղել է այն , որ դա չի կատարվել ամեն օր: Ինչևէ, ըստ բուժքույրերի, հիվանդների համարակալման համակարգ ը նպաստել է չհերթագ ըված հիվանդների հետազոտության կազմակերպմանը:

Ըստ այցի տեսակների, հիվանդներից 41-ը կամ 65.1%-ը կատարել են հերթագ ըված այց, իսկ 19-ը կամ 30.2%-ը՝ արտահերթ: Իրական և ճշգ ըրիտ տոկոսների միջև տարբերությունը (Աղյուսակ 13) պայմանավորված է եղել դիտարկումից դուրս մնացած երեք հիվանդի առկայությամբ:

Աղյուսակ 13. Այցի տեսակը

	Հերթագ ըված այց Հիվանդների Իրական ճշգ ըրիտ Գումարային			
	քանակը	տոկոս	տոկոս	տոկոս
Այո	41	65.1	68.3	68.3
Ոչ	19	30.2	31.7	100.0
Ընդամենը	60	95.2	100.0	
Բացակա տվյալ	3	4.8		
Ընդամենը	63	100.0		

Առաջնակի և կրկնակի, ինչպես նաև հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական այցերը դիտարկվել են զատ-զատ: Ընդհանուր առմամբ, դիտարկվել են 63 հիվանդ, որոնցից երկուսի դիտարկումը մնացել է անավարտ: Մնացած 61-ից 27-ը (42.9%) առաջնակի այց են կատարել, իսկ 34-ը (54.0%)՝ կրկնակի (Աղյուսակ 14): Դիտարկված այցերից 26-ը (41.3%) եղել են հետվիրահատական, իսկ 34-ը (54.0%)՝ ոչ հետվիրահատական (3 հիվանդ այս դիտարկումից դուրս են մնացել)(Աղյուսակ 15):

**Աղյուսակ 14. Հիվանդների այցի տեսակները (առաջնակի կամ կրկնակի)**

	Այցի տեսակը	Հիվանդների քանակը	Տոկոս	Ճշգ ըստ հիտ	Փունարային տոկոս
	Առաջնակի	27	42.9	44.3	44.3
	Կրկնակի	34	54.0	55.7	100.0
	Ընդամենը	61	96.8	100.0	
<b>Բացակա տվյալ</b>		2	3.2		
<b>Ընդամենը</b>		63	100.0		

**Աղյուսակ 15. Հիվանդների այցի տեսակները (հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական)**

	Հետվիրահատական այց	Հիվանդների քանակը	Տոկոս	Ճշգ ըստ հիտ	Փունարային տոկոս
	Այո	26	41.3	43.3	43.3
	Ոչ	34	54.0	56.7	100.0
	Ընդամենը	60	95.2	100.0	
<b>Բացակա տվյալ</b>		3	4.8		
<b>Ընդամենը</b>		63	100.0		

Հիվանդներից 19-ը (30.2%) դասակարգ վել են որպես շտապ, իսկ 41-ը (65.1%)՝ ոչ շտապ: Այս դիտարկումից կրկին երեք հիվանդ դուրս են մնացել (Աղյուսակ 16):

**Աղյուսակ 16. Հիվանդների այցի տեսակները (շտապ և ոչ շտապ)**

	Շտապ այց	Հիվանդների քանակը	Տոկոս	Ճշգ ըստ հիտ	Փունարային տոկոս
<b>Ճշգ ըստ հիտ</b>	Այո	19	30.2	31.7	31.7
	Ոչ	41	65.1	68.3	100.0
	Ընդհանուր	60	95.2	100.0	
<b>Բացակա տվյալ</b>		3	4.8		
<b>Ընդամենը</b>		63	100.0		

Բոլոր 19 հիվանդները, ում այցը գ նահատվել էր որպես շտապ, կլինիկա էին եկել առանց հերթագ ըման: Նաև, բոլոր առանց հերթագ ըման հիվանդները շտապ հիվանդներ էին: Բժիշկների կարծիքը առանց նշանակման այցերի պատճառների

մասին գ ընդգծվել է Հիվանդների սպասման տևողության դիտարկման հարցաթերթիկում: Ստացված արդյունքները ներկայացված են Աղյուսակ 17-ում:

**Աղյուսակ 17. Հիվանդների՝ առանց հերթագ ըման այցի գ այլու պատճառները Հիվանդների՝ առանց հերթագ ըման այցի գ այլու պատճառներն Քանակ ըստ բժշկի**

Հիվանդին բժիշկն է կանչել	3
Անհայտ է (դիտարկողը չի կարողացել հարցնել բժշկից)	4
Հիվանդը լավ չի գգ ացել	1
Կրծքի ցավ, Տրեդմիլ հետազոտության դրական արդյունք	1
Հետազոտություն ՆՄԲԿ-ից դուրս գ ըման համար	1
Հիվանդը դիմել է ՆՄԲԿ-ից՝ կրկնակի այցի նշանակման համար	1
Հետվիրահատական այց՝ վիրահատությունից 10 օր հետո	1
Բժիշկը չգ իտի պատճառը	1
Ճնշման բարձրացում	1
Հիվանդը կարծում է, որ սրտամկանի վնասում ունի	1
Ցավ	1
Հիվանդանոցի վիրաբույժի կողմից է ուղարկվել	1
Հիվանդանոց է բերվել վիրաբույժի կողմից	1
<b>Ընդամենը</b>	<b>19</b>

**Աղյուսակ 18. Հիվանդների սպասման տևողության նախա- և հետմիջամտական տվյալները և դրանց համեմատությունը**

	<u>Հերթագ ըված այց</u>	<u>Շտապ այց</u>
Նախամիջամտական տվյալ	(n = 113)	(n = 35)
Միջին + / - սշ	31:06 ! 26:44	49:24 ! 72:07
Տիպական արժեք	4:00	0:00
Միջանկյալ արժեք	25:00:00	24:00:00
Հետմիջամտական տվյալ	(n = 41)	(n = 19)
Միջին + / - սշ	27:17 +/- 27:27	29:00 +/- 31:49
Տիպական արժեք	3:00	0:00
Միջանկյալ արժեք	21:00	24:00:00
<b>Երկկողմանի t-տեստ</b>	<b>0.45</b>	<b>0.29</b>

Երկկողմանի t-տեստի միջոցով համեմատվել են նախա- և հետմիջամտական տվյալները: Եվ՝ շտապ, և՛ հերթագ ըված հիվանդների համար նախա- և հետմիջամտական սպասման տևողությունների միջև վիճակագ ըրորեն հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել ( $p > 0.05$ ) (Աղյուսակ 18):

Քանի որ միակ վարկածը հետմիջամտական փուլում այն էր, որ առանց հերթի եկած հիվանդների համարակալումը կարող էր իջեցնել հերթագ ըված և չհերթագ ըված հիվանդների սպասման տևողությունը, ապա կարիք չկար լրացուցիչ համեմատելու առաջնակի և կրկնակի կամ հետվիրատական և ոչ

հետվիրահատական հիվանդների սպասման տևողությունները, սակայն նկարագրական նպատակներով այդ տվյալները ներկայացված են Աղյուսակներ 19-ում և 20-ում:

**Աղյուսակ 19. Առաջնակի և կրկնակի հիվանդների սպասման տևողությունը**

	Առաջնակի այց (n = 27)	Կրկնակի այց (n = 34)
Միջին +/- ս2	32:00 +/- 23:52	24:05 +/- 31:34
Ամենահաճախակի արժեքը	22:00	1:00
Կենտրոնական արժեքը	25:00:00	14:00

Առաջնակի և կրկնակի այցով հիվանդների սպասման տևողությունների միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չկա:

**Աղյուսակ 20. Հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական հիվանդների սպասման տևողությունը**

	Հետվիրահատական (n = 26)	Ոչ հետվիրահատական (n = 34)
Միջին +/- ս2	20:51 +/- 30:15	33:10 +/- 26:35
Ամենահաճախակի արժեքը	1:00	22:00
Կենտրոնական արժեքը	14:00	26:00:00

Հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական հիվանդների սպասման տևողության միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չկա:

Նկարագրական նպատակներով ներկայացված են նաև բուժքույրերի, բժիշկների և ընդհանուր հետազոտության տևողությունները ըստ այցի տեսակների (Աղյուսակներ 21, 22, 23): Բժշկական հետազոտության տևողությունը հավաստիորեն տարբեր էր ( $p < 0.05$ ) առաջնակի և կրկնակի այցերի, ինչպես նաև հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական այցերի համար (Աղյուսակ 22 և 23): Հետազոտության ընդհանուր ժամանակը հավաստիորեն տարբեր էր ( $p < 0.05$ ) առաջնակի և կրկնակի այցերով հիվանդների համար (Աղյուսակ 22): Ինչևէ, այս տարբերությունները չեն առնչվում սպասման տևողության հետմիջամտական փոփոխությունների հետ:

**Աղյուսակ 21. Հերթագրված և ոչ հերթագրված այցերի հետազոտության միջին ժամանակը**

		Հերթագրված (n = 41)	Շտապ (n = 19)
Բուժք. հետազոտություն	Միջին +/- ս2	4:31 +/- 1:22	4:57 +/- 2:25
Բժշկական հետազոտություն	Միջին +/- ս2	14:57 +/- 6:59	18:25 +/- 12:45
Ընդհանուր տևողություն	Միջին +/- ս2	18:53 +/- 7:59	21:25 +/- 14:16

Հերթագրված և շտապ այցերի հետազոտության տևողության միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չկա:

**Աղյուսակ 22. Առաջնակի և կրկնակի այցերով հիվանդների հետազոտության միջին ժամանակը**

		Առաջնակի (n = 27)	Կրկնակի (n = 34)
Բուժք. հետազոտություն	Միջին +/- ս2	4:22 +/- 1:34	4:53 +/- 1:54
Բժշկական հետազոտություն	Միջին +/- ս2	20:09 +/- 10:43*	12:34 +/- 5:31*
Ընդհանուր տևողություն	Միջին +/- ս2	23:47 +/- 12:01*	16:25 +/- 7:13*

\* Վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն (p < 0.05)

**Աղյուսակ 23. Հետվիրահատական և ոչ հետվիրահատական այցերով հիվանդների հետազոտության միջին ժամանակը**

		Հետվիրահատական	
		Այո	Ոչ
Բուժք. հետազոտություն	Միջին +/- ս2	5:07 +/- 2:03	4:18 +/- 1:28
Բժշկական հետազոտություն	Միջին +/- ս2	12:46 +/- 5:52*	18:30 +/- 10:25*
Ընդհանուր տևողություն	Միջին +/- ս2	17:11 +/- 7:28	21:35 +/- 11:50

\* Վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն (p < 0.05)

Որպեսզի պարզաբանվի, թե ինչու միջամտությունից հետո սպասման տևողությունը չի փոխվել, համեմատվել են նաև օրվա բուժքույրերի, բժիշկների և ռեզիդենտների քանակները: Դիտարկված տարբերությունները եղել են վիճակագրորեն հավաստի (Աղյուսակ 24):

**Աղյուսակ 24. Կլինիկական անձնակազմի քանակի համեմատությունը**

	Բուժքույրեր	Բժիշկներ	Ռեզիդենտներ
Նախամիջամատական (Միջին)	3.8	4.9	3.8
Հետմիջամատական (Միջին)	2.9	3.6	2.6
Երկկողմանի T-տեստ *	p = 0.001	p << 0.001	p << 0.001

\*Անհավասար վարիանսների համար

**4. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆԱՓՈՎՄՆԵՐԸ**

Հետազոտության սկզբնական փուլում հիվանդների մոտ 23%-ի այցը բուժքույրերի կողմից գ նահատվել է շտապ: Այս գ նահատումը, սակայն, կարիք ունի հիմնավորման: Շտապ այցերով ներկայացած բոլոր հիվանդների սկզբնական հետազոտությունը կատարվում է բուժքույրերի կողմից, որից հետո իսկապես շտապ դեպքերը հետազոտվում են բժիշկների կողմից հնարավորին չափ շուտ, իսկ մնացածները սպասում են, որքան անհրաժեշտ է:



Հերթագ ըված և շտապ այցերով հիվանդների սպասման տևողությունների միջև առկա տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չի եղել, սակայն սա կարող էր պայմանավորված լինել շտապ այցով հիվանդների փոքր ընտրանքով:

Հետազոտության մեթոդը թույլ չի տվել որոշ հիվանդների դիտարկումը հասցնել ավարտին, քանի որ նրանք դիտարկման ընթացքում ուղարկվել են արյան կամ մեկ այլ հետազոտության կամ դեռևս մնացել են սպասասրահում դիտարկման ավարտից հետո:

Այլ սահմանափակումներից են՝ հետազոտությունների մեծ մասը կատարվել է առավոտյան ժամերին, որը կարող էր ազդել սպասման տևողության վրա, հետազոտության երրորդ սենյակը դիտարկողի տեսադաշտից դուրս է եղել և այնտեղ հետազոտվող հիվանդներից ոչ բոլորին է հնարավոր եղել դիտարկել: Հիվանդների սպասման տևողության վրա կարող էր ազդել նաև այն հանգամանքը, որ մեկից ավելի բժիշկ կարող էր հետազոտել որոշ հիվանդների, որը, սակայն, չի քննարկվել այս ուսումնասիրության ընթացքում:

Անդրադառնալով հիվանդների համարակալմանը, պետք է ասել, որ իրականում այդպիսի միջամտության ազդեցությունը սպասման տևողության վրա անհայտ է: Ինչևէ, այն առնվազն կազդի կլինիկայի կարգ ուկանոնի վրա, քանի որ հիվանդներն արդեն կիմանան են, որ իրենք գրանցվել են հետազոտության համար և անընդհատ չեն հարցնի բուժքույրերին, թե երբ պետք է հետազոտեն իրենց:

## 5. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

### 5.1 Սկզբնական փուլ

Հիվանդների սպասման տևողության Նորք-2 հետազոտության (Ն2-ՀՍ) սկզբնական փուլում հավաքվեցին ելակետային տվյալներ ՆՄԲԿ-ի ՄՍԿ-ում հիվանդների սպասման տևողության վերաբերյալ: Մինչ այս հետազոտությունը ՄՍԿ-ի բժիշկները նշել էին, որ սպասման տևողությունը իրենց կլինիկայում համարում են անընդունելիորեն երկար, ուստի և հետազոտության նպատակն է եղել գնահատել հիվանդների սպասման տևողությունը պայմանավորող գործոնները և այն միջամտությունները, որոնց միջոցով կարելի է բարելավել իրավիճակը ներկա որակի ապահովման ծրագրի շրջանակներում: Ըստ Տօնապետեանի որակի ապահովման մոդելի, ելակետային տվյալները հետագա առաջարկությունների հիմքն են հանդիսանում: Հիվանդի սպասման տևողությունը նրա կլինիկա մտնելու և հետազոտման սենյակ մտնելու միջև ընկած ժամանակահատվածն է:

Հետազոտությունն իրականացվել է դիտարկումների միջոցով, որոնց տվյալները գրանցվել են հարցաթերթիկում՝ մշակված կլինիկայի ներսում հիվանդների տեղաշարժին հետևելու և նրանց սպասելու պատճառները պարզելու համար:

Հետազոտության սկզբնական վարկածներն են եղել՝ հետազոտման սենյակների և լիարժեք աշխատող էխոսրտագրերի քանակի անբավարարությունը և այն, որ ՆՄԲԿ-ի աշխատակիցների ծանոթները կարող են կլինիկա ընդունվել արտահերթ: Ստացված տվյալները հաստատել են առաջին երկու վարկածները, սակայն չեն հաստատել հաճախակիորեն հերթից դուրս այցեր նշանակելը: Կլինիկան

ունի միայն երեք հետազոտման սենյակ, որոնցում սակայն լիարժեք գ ործում են ընդամենը մեկական ԷՍԳ և ԷԽԳ, որն էլ հիվանդների երկար սպասման իրական պատճառն է: Չնայած այս սահմանափակմանը, կլինիկայի անձնակազմն արդյունավետ է աշխատում՝ օրվա ընթացքում հնարավորին չափ շատ հիվանդներ հետազոտելով:

Թեև սույն հետազոտությունն ուներ որոշ սահմանափակումներ, այն հնարավորություն ընձեռեց 18 օրվա ընթացքում դիտարկել ինչպես հերթագ ըված, այնպես էլ չհերթագ ըված այցերով բավականաչափ թվով հիվանդների:

Դիտարկումների նախնական փուլը բացահայտեց, որ հերթագ ըված այցով հիվանդների (n = 113) սպասման տևողությունը 31:06 ! 26:44 րոպե է, իսկ չհերթագ ըված (շտապ) այցով հիվանդներինը՝ 49:24 ! 72:07 րոպե (n = 35): Առաջնակի և կրկնակի այցերի ենթախմբերում սպասելու ժամանակը համապատասխանորեն կազմել էր 41:11 ! 55:01 րոպե և 30:39 ! 29:32րոպե: Չնայած դիտարկված տարբերությունը հավաստի չէր, այն ցույց է տալիս, որ հերթագ ըված այցով հիվանդների սպասման տևողությունը հավանաբար ավելի կարճ է: Սա կարող է նշանակել, որ հիվանդների մի մասը, որ կլինիկա են գ ալիս արտահերթ և իրենց ներկայացնում որպես «շտապ» հիվանդներ, իրականում այդպիսին չեն: Ըստ ՄՍԿ-ի անձնակազմի, բոլոր «շտապ» հիվանդները աուսկուլտացիայից, զարկերակային ճնշման չափումից և ԷՍԳ-ից հետո միայն դասակարգ վում են որպես շտապ և արագ հետազոտվում: Հետազոտության սահմանափակումներից մեկն այն էր, որ հիվանդների դասակարգ ունը որպես շտապ կարող էր ճիշտ չլինել: Մյուս սահմանափակումն այն էր, որ դիտարկումների մեծ մասը կատարվել են առավոտյան ժամերին, որը չէր կարող արտացոլել սպասման տևողությունը ողջ օրվա ընթացքում: Բազմաթիվ հիվանդներ կլինիկա էին գ ալիս ժամը 13:00-ից հետո, որը կրկին հանգ եցնում էր սպասման ժամանակի երկարացման (Նկար 3):

Հիվանդների մոտ 27%-ն առավելագ ույնը 15 րոպե է սպասել (Նկար 2): Այս հիվանդներից 32-ը հերթագ ըված այց են կատարել, իսկ 9-ը՝ շտապ: Սա անձնակազմի արդյունավետ աշխատանքի ցուցանիշ է, ինչպես նաև վկայում է այն մասին, որ իրոք շտապ հիվանդները կարող են ժամանակին հետազոտվել: 60 րոպեից ավելի սպասած հերթագ ըված 19 հիվանդներից 15-ը եկել էին նշանակված ժամից շուտ (միջինում 60 րոպեով), իսկ 9 շտապ հիվանդները հնարավոր է, որ իրոք շտապ չեն եղել: Ինչևէ, սա ցույց է տալիս, որ բուժանձնակազմը փորձում է հիվանդներին հետազոտել նշանակված ժամերին, իսկ ոչ շտապ հիվանդներին ուղարկում է սպասասրահ:

Սպասման երկար տևողության բոլոր պատճառներից ամենացայտունը հետազոտման սենյակների և լիարժեք գ ործող սարքավորումների պակասն է: Սա համապատասխանում է հետազոտության սկզբնական վարկածին, ինչպես նաև կլինիկայի աշխատակիցների նախնական ենթադրությանը: Սպասման երկար տևողությունը կարող է հանգ եցնել հիվանդների գ ժգ ոհությանը, ինչպես նաև ազդել բուժանձնակազմի աշխատանքի արդյունավետության վրա: ՄՍԿ-ի ներկա անձնակազմն արդյունավետ է աշխատում, քանի որ հետազոտման սենյակ մտնելուց անմիջապես հետո հիվանդները հետազոտվում են բուժքրոջ կողմից, որից հետո միջինում յոթ րոպեի ընթացքում դիտվում են բժշկի կողմից (տվյալները ցուցադրված չեն):

## 5.2 Միջամտական և հետմիջամտական փուլեր

Միջամտությունն իրենից ներկայացնում էր առանց հերթագ ըման կլինիկա եկած հիվանդներին հերթական համարների բաժանում բուժքույրերի կողմից: Հետմիջամտական փուլում կատարված 61 դիտարկումներից 19-ը շտապ հիվանդներ էին, ովքեր և ստացան հերթական համարներ: Ծրագրի քայլերն էին. (1) մշակել հիվանդների սպասման տևողությունը հսկելու հարցաթերթիկ, փորձարկել այն և կատարել համապատասխան փոփոխություններ, (2) հիվանդների սպասման տևողության հսկման հարցաթերթիկի միջոցով կատարել դիտարկումներ և հավաքել տվյալներ, (3) վերլուծել հիվանդների երկար սպասման պատճառները, (4) հիվանդանոցի Բժշկական խորհրդին ներկայացնել ելակետային տվյալները հիվանդների սպասման տևողության մասին և առաջարկել բարելավման միջոցառումներ, (5) կիրառել ընտրված և հաստատված միջոցառումները, (6) հավաքել տվյալներ միջոցառումներից հետո՝ համակարգի բարեփոխումը գնահատելու համար, (7) պատրաստել վերջնական զեկույց հետմիջամտական փոփոխությունների վերաբերյալ:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ կատարված միջամտությունը հավաստիորեն չի ազդել հիվանդների սպասման տևողության վրա: Կարևոր է սակայն հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ սպասարկող բուժանձնակազմի միջին թիվն ավելի ցածր էր հետմիջամտական փուլում և հավաստիորեն տարբերվում էր նախամիջամտական փուլից: Թեև ոչ հավաստիորեն, բայց շտապ և հերթագրված այցերով հիվանդների սպասման տևողությունը հետմիջամտական փուլում ավելի կարճ էր, քան նախամիջամտականում: Ավելին, ըստ հետազոտության տվյալների, միայն շտապ հիվանդների թիվն էր հավաստիորեն տարբերվում նախա- և հետմիջամտական փուլերում: Ինչևէ, բավականին դժվար է ասել, թե կլինիկական անձնակազմի թվի փոփոխությունն ինչ ազդեցություն է ունեցել հիվանդների սպասման տևողության վրա:

Որակի ապահովման շրջանակներում իրականացվող ցանկացած միջամտության նպատակը համակարգի բարեփոխումն է: Միջամտությունից անմիջապես հետո տվյալների կրկնակի հավաքումը գնահատում է միջամտության ազդեցությունը: Այս դեպքում իրականացված միջամտությունը համընկավ կլինիկական անձնակազմի թվի պակասելու հետ, որը կարող էր ազդել միջամտության արդյունավետության վրա: Մյուս սահմանափակումն այն էր, որ բուժքույրերը համարների բաժանումը չէին կատարում կանոնավոր կերպով՝ ամեն օր: Սա ևս բացատրելի է, քանի որ փոփոխությունների ներմուծումը երբեմն դժվար է լինում: Ինչևէ, ըստ բուժքույրերի, համարակալման այս համակարգը դրականորեն է ազդել չհերթագրված հիվանդների սպասարկման վրա: Նրանք ավելի հազվադեպ են մոտեցել բուժքրոջը՝ իրենց ընդունման ժամը հարցնելու համար: Բուժքույրերի աշխատանքի կատարողականությունը բարելավվել է նաև նրանով, որ նրանք կարծես կանոնակարգել են հիվանդների հոսքը կլինիկայում: Այսպիսով, չնայած տվյալները չեն ապացուցել միջամտության ազդեցությունը հիվանդների սպասման տևողության վրա, հետմիջամտական դիտարկումը բացահայտել է կլինիկայի աշխատանքի կազմակերպման բարելավում և հիվանդների գոհունակության աճ:

Ընդհանուր առմամբ, հիվանդների սպասման տևողության վրա հնարավոր ազդեցություն ունեցող միջամտության ընտրությունն արդեն իսկ ստիպում է բժիշկներին և բուժքույրերին մտածել քննադատաբար և համատեղ՝ ամրացնելով նրանց փոխհարաբերությունները: Այն փաստը, որ կլինիկայի անձնակազմը պատրաստ է փոփոխություններ կատարել իր աշխատանքի համակարգ ում, վկայում է ավելի որակյալ և կազմակերպված բուժօգ նություն ցուցաբերելու նրանց վճռականությունը:

## 6. ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կլինիկայի աշխատանքի արդյունավետության վրա ազդող հիմնական կառուցվածքային խնդիրը հետազոտման սենյակների և բուժսարքավորումներով դրանց ապահովվածության պակասն է, որը դանդաղեցնում է բուժօգ նության ցուցաբերման ընթացքը և կարող է բացասաբար ազդել հիվանդների բավարարվածության վրա:

Թեև սպասման տևողության վրա բացասաբար ազդող հիմնական գ ործոնը՝ ֆիզիկական ռեսուրսների սակավությունը եղել է անհաղթահարելի սույն միջամտության շրջանակներում, ՄՍԿ-ի բուժանձնակազմին ներկայացվել և համատեղ քննարկվել են բազմաթիվ միջամտությաններ, որոնք կարող էին նվազեցնել հիվանդների սպասման տևողությունը: Ըստ Տօնապետեանի, համակարգ ի վերափոխումները լինում են կարճաժամկետ և երկարաժամկետ: Կարճաժամկետ վերափոխումները ներառում են «աշխատանքի թեթևացում, կանոնակարգ ում և շրջանցում»: Աշխատանքի թեթևացումը «որակյալ բուժօգ նությանը խանգ արող խոչընդոտների հայտնաբերումը և վերացումն է»: Կանոնակարգ ման նպատակը վարչական և կլինիկական գ ործընթացների հեշտացումը և կարգ ավորումն է: Շրջանցումը «այնպիսի գ ործելակերպերի կամ գ ործելակարգ երի որդեգ թումն է, որոնք թույլ են տալիս շրջանցել այն խոչընդոտները, որոնք չեն կարող վերացվել» (Տօնապետեան, էջ 163-4): Երկարաժամկետ վերափոխումը «բավարար քանակությամբ բարձրորակ միջոցների տրամադրումն է՝ ինչպես նյութական, այնպես էլ՝ մարդկային» (Տօնապետեան, էջ 162): Հիվանդների սպասման տևողության կրճատման նպատակով կլինիկական անձնակազմին արված առաջարկությունների հիմքում ընկած էր վերափոխումների ներմուծման այս համակարգ ը:

Հետազոտության արդյունքները և առաջարկությունները ներկայացվել են կլինիկական անձնակազմին, սակայն ժամանակի սղության պատճառով հնարավոր չի եղել ստանալ նրանց պատասխան եզրահանգ ումները: Չնայած սրան, մինչև աշխատանքի ավարտը, կլինիկական անձնակազմի հետ երկու հանդիպման ընթացքում քննարկվել են այն միջոցառումները, որոնք կարող էին նպաստել հիվանդների սպասման տևողության կրճատմանը:

<b>Կարճաժամկետ վերափոխումների առաջարկություններ</b>	
<b>Հեշտացման առաջարկություններ</b>	<b>Արձագ անքը</b>
Օգ տագ ործել երկու առանձին գ ռանցման մատյան՝ հերթագ ըված և ոչ հերթագ ըված հիվանդների համար	Համկարգ չի կարիք կա:
Ընդունման սեղանի մոտ օրական մեկ բուժքույր աշխատի, որպեսզի հիվանդների ընդունման կարգ ն ավելի կանոնավոր լինի:	Հնարավոր չէ, քանի որ աշխատանքի կազմակերպումն այդպիսին չէ:
Օգ տագ ործել ուսուցողական տեսանյութեր, որոնք կհեշտացնեն հիվանդների սպասումը:	Տարիներ շարունակ փորձել են ձեռք բերել այդպիսի տեսանյութեր:
Սահմանափակել հիվանդների ընտանիքի անդամների մուտքը կլինիկա (ուղեփակոց):	Ընդունված է, որ հիվանդը բուժքրոջ հարցերին պատասխանելիս պետք է ընտանիքի անդամների հետ լինի:
Բուժքույրերը առաջնակի հետազոտության միջոցով պետք է պարզեն, թե արդյո՞ք առանց հերթագ ըման եկած հիվանդները շտապ են:	Դա արդեն կատարվում է բուժքույրերի կողմից:
Անկախ հերթագ ըման կարգ ավիճակից՝ հետազոտել այն հիվանդներին, ովքեր եկել են հեռավոր շրջաններից:	Դա արդեն կատարվում է:
<b>Կանոնակարգ ման առաջարկություններ</b>	<b>Արձագ անքը</b>
Օգ տագ ործել համարակալման համակարգ՝ կլինիկա մուտք գ ործող հիվանդներին տալ նրանց հետազոտման ժամանակին համապատասխանող հերթական համարներ: Համարների բաժանման ընթացքը պետք է որոշվի բուժքույրերի կողմից:	Լավ առաջարկ է:
Հիվանդների բժշկական ձևերում գ ռանցել նրանց հերթագ ըված այցի ժամը, ինչպես նաև հետազոտության սկիզբը և վերջը, որը հնարավորություն կտա մշտապես հսկել հիվանդների սպասման տևողությունը:	Հնարավոր է որպես երկարաժամկետ միջամտություն:
Օրական մեկ բժիշկ զբաղվի առանց հերթագ ըման և ոչ շտապ հիվանդներով՝ հետազոտելով նրանց աշխատանքային օրվա վերջում, երբ կլինեն հետազոտման ազատ սենյակներ:	Այդ հիվանդները հետազոտվում են օրվա ընթացքում, երբ որևէ սենյակ է ազատվում:
Անձնակազմի ժողովների ժամերին հիվանդներ չհերթագ ըել:	Մեկնաբանություն չկա:
Հիվանդներին հետազոտել նշանակված ժամին հնարավորին չափ մոտ:	Դա արդեն կատարվում է:
<b>Շրջանցման առաջարկություններ</b>	<b>Արձագ անքը</b>
Հետազոտությունից հետո խորհրդատվությունը կատարել բժշկի սենյակում՝ հետազոտման սենյակն ազատելու համար:	Սենյակների սակավության պատճառով ոչ միշտ է հնարավոր, սակայն մասամբ կիրառվում է:
Խորհրդատվության գ աղտոնիության նպատակով այն իրականացնել առանձին սենյակներում՝ մեկուսի:	Մեկնաբանություն չկա:
Հետազոտության արդյունքները քննարկել խորհրդատվության հետ միաժամանակ (ներառյալ արյան, խոլեստերինի և այլ հետազոտությունների արդյունքները):	Մեկնաբանություն չկա:
<b>Երկարաժամկետ վերափոխումների առաջարկություններ</b>	
<b>Առաջարկություններ</b>	<b>Արձագ անքը</b>
Ունենալ ավելի շատ հետազոտման սենյակներ:	Դրանց անհրաժեշտությունն ակնհայտ է
Վերանորոգել ԷՍԳ և ԷՍԳ սարքերը կամ փոխարինել դրանք նորերով:	Դրանց անհրաժեշտությունը կա, սակայն կան ֆինանսական խնդիրներ:

Հանդիպումների ժամանակ բուժքույրերի և բժիշկների կողմից կատարվեցին մի շարք լրացուցիչ առաջարկություններ.

- ստեղծել մի ցուցատախտակ, որը կհիշեցնի, որ հիվանդները բուժքույրերին պետք է մոտենան մեկ-մեկ,
- հաշվի առնելով ՄՍԿ-ի սահմանափակ միջոցները՝ հիվանդների մի մասին, օրինակ՝ հիպերտոնիայով հիվանդներին, ուղարկել այլ կլինիկաներ,
- հիվանդների հերթագ ըման թերթիկների վրա գ ռել նրանց անունները, այցի ներկայանալիս այդ թերթիկները հավաքել, համարակալել և ըստ այդ հերթագ ըման էլ ընդունել հիվանդներին,
- ՄՍԿ-ում հետազոտված այն հիվանդները, ովքեր ընդունվում են ստացիոնար բուժման, ուղարկել ՆՄԲԿ մեկ այլ ընդունարան, ոչ ՄՍԿ-ի ընդունարանը,
- վիրահատությունից առաջ հիվանդը պետք է հետազոտվի մեկ սրտաբանի կողմից,
- վիրահատությունից առաջ հիվանդից հետազոտության համար արյունը պետք է վերցնեն վիրահատարանի բուժքույրերը՝ ՄՍԿ բուժքույրերի փոխարեն,
- ՄՍԿ բժիշկների փոխարեն շաբաթական մեկ ռեզիդենտ պետք է պատասխանատու լինի հետվիրահատական հիվանդներին հիվանդասենյակներում հետազոտելու համար,
- ստեղծել տվյալների առանձին բազա, որտեղ կհաշվարկվի հիվանդների սպասման տևողությունը՝ նրանց կլինիկա մտնելու պահի, հետազոտության սկզբի և ավարտի մասին տեղեկությունները գ ռանցելու միջոցով,

Ավագ բուժքրոջ հետ երրորդ հանդիպման ժամանակ որոշվեց կիրառել մի միջամտություն, որի էությունը առանց հերթագ ըման եկած (շտապ և ոչ շտապ) հիվանդներին հերթական համարների բաժանումն էր: Միայն մեկ միջամտությամբ սահմանափակվելու պատճառը անձնակազմի որոշ անդամների բացակայությունն էր արձակուրդի պատճառով, քանի որ հուլիսի մեկից մինչև օգ ոստոսի կեսը ՄՍԿ-ում պետք է աշխատեին միայն երեք բուժքույր: Ղա նշանակում էր, որ մեկ բուժքույր պետք է ընդուներ և գ ռանցեր հիվանդներին, իսկ մյուս երկուսը պետք է անմիջականորեն աշխատեին հիվանդների հետ:

Չնայած շատ առաջարկություններ այդպես էլ հնարավոր չեղավ կիրառել, անձնակազմի հետ հանդիպումները և համատեղ քննարկումներն արդեն վկայում էին այն մասին, որ նրանք ցանկանում են բարելավել կլինիկայի աշխատանքի կազմակերպումը: Սա խոսում էր նաև այն մասին, որ անձնակազմի անդամները՝ բժիշկները և բուժքույրերը, փորձում են միասին լուծել ծագ ող խնդիրները: Հետազոտության սենյակների և սարքավորումների սահմանափակ թվի պայմաններում անձնակազմը փորձում էր լավագ ոյնս օգ տագ ործել առկա հնարավորությունները՝ հնարավորին չափ կրճատելով հիվանդների սպասման տևողությունը և կանխարգ ելելով նրանց դժգ ոհությունները: Ներկայումս կիրառվող միջոցառումներից են հիվանդների զարկերակային արյան ճնշման չափումը և աուսկուլտացիան հենց սպասարահում:

ՄՍԿ-ն պլանավորում է մոտ ապագայում տեղափոխվել ՆՄԲԿ-ում տեղակայված մեկ այլ բաժանմունք, որն ունի յոթ հետազոտման սենյակ, որոնք նաև չափերով ավելի մեծ են, քան ներկայիս սենյակները: Բացի դրանից, այս կլինիկայում արդեն աշխատելու են հինգ բուժքույր՝ մեկով ավելի ներկայից կազմից: Մի բուժքույրն աշխատելու է ընդունարանի գրանցման սեղանի մոտ, իսկ մյուսներն աշխատելու են հիվանդների հետ: Մեկ առանձին սեղան տրամադրվելու է հիվանդների վերաբերյալ տարբեր տեղեկություններ և փաստաթղթեր պատրաստելու ու փոխանակելու համար: Բաժանմունքում լինելու է երկու մեծ սենյակ բժշկների համար: Սպասասրահը ևս ավելի մեծ է, քան ներկայիս, չնայած նստելու տեղերի քանակը դեռ անորոշ է: Ցավոք, դեռ պարզ չէ, թե արդյո՞ք նոր կլինիկան ունենալու է նոր սարքավորումներ: Եթե ոչ, ապա հիվանդների սպասման ժամանակը կարող է դարձյալ մնալ խնդրահարույց, քանի որ նույնիսկ նոր կլինիկայի պայմաններում ցանկացած միջամտություն կարող է անօգուտ լինել, եթե անձնակազմն աշխատում է հին սարքավորումներով:

Թեև դեռ պարզ չէ նոր կլինիկայում աշխատանքի կազմակերպումը, ցանկալի կլինիկեր հիվանդների առաջնակի բուժքույրական քննությունն անցկացնել առանձին սենյակում՝ մինչև բժշկական քննությունը: Մի կողմից սա կարող է բարձրացնել հիվանդների գոհունակությունը, իսկ մյուս կողմից՝ կրճատել հետազոտման սենյակների զբաղվածությունը և հիվանդների սպասման տևողությունը: Կարգ ուկանոնի համար լավ կլինի կլինիկայում ունենալ հայտարարություն, որ գրանցվելու համար հիվանդները պետք է բուժքույրերին մոտենան առանց ընտանիքի անդամների ուղեկցության: Հնարավոր է, որ միայն հայտարարությունը բավական չլինի: Այդ դեպքում իրոք կարելի է պատրաստել մետաղյա ցանկապատի նման ուղեփակոց, որը հնարավորություն կտա հիվանդներին միայն մեկ-մեկ մոտենալ բուժքույրական կետին՝ պակասեցնելով ընդհանուր աղմուկը և սահմանելով կարգ ուկանոն:

Միջամտության օրվանից սկսած օգտագործվել է հիվանդների տեղաշարժի հսկման վերանայված ձևը (Հավելված 4): Այն ցույց է տալիս հիվանդի այցի տեսակը (հերթագրված և ոչ), կլինիկա մտնելու ժամը, հերթագրման ժամը, հետազոտման սենյակ մտնելու ժամը: Որակի բարելավման ցիկլի ավարտին բուժքույրերն այս ձևը կկիրառեն ընթացիկ աշխատանքում՝ հիվանդների սպասման տևողությունը հսկելու համար:

Հավելված 1. Հիվանդի սպասելու ժամանակի դիտարկման հարցաթերթիկ

ՆՄԲԿ  
ՄՍԿ

Հիվանդների սպասելու ժամանակի դիտարկման հարցաթերթիկ

Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_  
 Դիտարկողի անունը՝ \_\_\_\_\_  
 Դիտարկման սկզբի ժամը \_\_\_\_\_  
 Դիտարկման ավարտի ժամը՝ \_\_\_\_\_  
 Առաջնակի այցերով հիվանդներին ընդունող  
 բժշկի անունը՝ \_\_\_\_\_

Հիվանդների օրական քանակը՝ առաջնակի \_\_\_\_\_ կրկնակի \_\_\_\_\_  
 Առանց հերթագ ըման ընդունված հիվանդների օրական քանակը՝  
 առաջնակի \_\_\_\_\_ կրկնակի \_\_\_\_\_  
 Բուժանձնակազմի օրվա քանակը: բուժքույրեր \_\_\_\_\_ բժիշկներ \_\_\_\_\_ ռեզիդենտներ \_\_\_\_\_  
 Հետազոտման սենյակների օրական քանակը \_\_\_\_\_  
 Օրվա աշխատող էխսպրտագ ռեբի քանակը \_\_\_\_\_

Դիտարկում #	Հիվանդի անունը	Առաջնակի կամ կրկնակի այց	Հետվիրահատական (հետմիջամտական) այց (Այո/Ոչ)	Շտապ այց (Այո/Ոչ)	Հերթագ ըված այց (Այո/Ոչ)	Առանց հերթագ ըման այցի գ ալու պատճառը*	Եթե հերթագ ըված այց է, ապա ժամը	Հիվանդի կլինիկա մտնելու ժամը
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

\*ըստ բժիշկների



Բացակա այցերի քանակը՝

Առաջնակի՝ \_\_\_\_\_

Կրկնակի՝ \_\_\_\_\_

Հետազոտման սենյակ #	Դիտարկում #	Հետազոտման սենյակ մտնելու ժամը	Բուժքույրական հետազոտության սկիզբը/ավարտը	Բժշկական հետազոտության սկիզբը/ավարտը	Բուժքրոջ անունը	Բժշկի անունը	Հիվանդի առաջնակի ախտորոշումը	Սպասելու պատճառը
10	1	11	12	13	14	15	16	17
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							

Հավելված 2. Հիվանդի այցին հետևելու հարցաթերթիկ

ՆՄԲԿ ՄՍԿ

Հիվանդի այցին հետևելու հարցաթերթիկ

Ամսաթիվ՝

	Հիվանդի անունը	Հերթագ րում		Առաջնակի այց		Կրկնակի այց	
		Այո	Ոչ	Այո	Ոչ	Այո	Ոչ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Հավելված 3. Հիվանդի գ ռանցման ձև

Այցի կարիք ունեցող հիվանդների գ ռանցման ձև

Ամսաթիվ \_\_\_\_\_

	Այցի տեսակը		Առաջնակի	Կրկնակի	Այցի ամսաթիվը	Այցի ժամը	Բժշկի անունը
	Շտապ	Նորմալ					
	1	2	3	4	5	6	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Հավելված 4. Հիվանդի այցին հետևելու հարցաթերթիկ (միջամտական)

ՆՄԲԿ ՄՍԿ

Ամսաթիվ՝

Չկայացած այցերի քանակը՝

Առաջնակի՝

Կրկնակի՝

	Հերթական համար #	Հերթագ ըված այց		Առաջնակի այց	Կրկնակի այց	Հերթագ ըված այցի ժամը	Կլինիկա մտնելու ժամը	Հետազոտման սենյակ մտնելու ժամը
		Այո	Ոչ					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								