

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი  
ICPC-2-R

მეორე შესწორებული გამოცემა

მომზადებულია ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმთა ეროვნული კოლეგიების, ასოციაციების და აკადემიური ასოციაციების მსოფლიო ორგანიზაციის საერთაშორისო კლასიფიკაციების კომიტეტის მიერ

ოქსფორდის უნივერსიტეტის გამოცემა



# სარჩივი

წინასიტყვაობა	v
1 შესავალი	1
2 ICPC-ის სტრუქტურა	10
3 სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი:	
ზოგადი/საოჯახო მედიცინის ძირითადი კონცეფცია	14
4 ICPC-ის გამოყენება მიმართვის მიზეზთა ჩაწერისათვის	16
5 ICPC-ის გამოყენება ჯანმრთელობის პრობლემებისა და სამედიცინო მომსახურების (ჩარევების) პროცესის აღსაწერად	33
6 შერჩევის კრიტერიუმები ICPC-ში	34
7 დაავადებათა სიმძიმის კოდირება	40
8 ფუნქციონალური სტატუსის შეფასება: COOP/WONCA-ს ანკეტები	48
9 ბიბლიოგრაფია	54
10 პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი, მეორე შესწორებული გამოცემა ICPC-2-R: ცხრილური ჩამონათვალი	Error! Bookmark not defined.
11 ICD-10-ის შესატყვისი კოდები	Error! Bookmark not defined.
12 ანბანური საძიებელი	Error! Bookmark not defined.



## ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის (WONCA) საერთაშორისო კლასიფიკაციების კომიტეტი (1998)

---

C. BRIDGES-WEBB, Chairmen, Sydney, Australia  
B. BENTSEN, Oslo, Norway  
N. BENTZEN, Odense, Denmark  
R. BERNSTEIN, Ottawa, Canada  
N. BOOTH, Newcastle, UK  
S. BRAGE, Oslo, Norway  
H. BRITT, Sydney, Australia  
L. CULPEPPER, Boston, USA  
G. FISHER, Hannover, Germany  
T. GARDNER, Dunedin, New Zealand  
J. GERVAS, Madrid, Spain  
A. GRIMSMO, Surnadal, Norway  
J. HUMBERT, Beauvoir sur Mer, France  
M. JAMOULLE, Jumet, Belgium  
M. KLINKMAN, Michigan, USA  
M. KVIST, Turku, Finland  
H. LAMBERTS, Asterdam, The Netherlands  
A.LEE, Shatin, Hong Kong  
M. Luikko, Helsinki, Finland  
I. MARSHALL, Mallorca, Spain  
F. MENNERAT, Paris, France  
L. MICHENER, Durham, USA  
G. MILLER, Sydney, Australia  
M. MIRZA, Lahore, Pakistan  
S. MOHAN, Vijayawada, India  
J. NUNES, Mem Martins, Portugal  
I. OKKES, Amsterdam, The Netherlands  
J. PARKERSON, Durham, USA  
W. PATTERSON, Edinburgh, Scotland  
M.RAJAKUMAR, Kuala Lumpur, Malaysia  
D. SALTMAN, Sydney, Australia  
P. SIVE, Herzlia, Israel  
M. WOOD, Roseland, USA  
T. YAMADA, Gifu, Japan  
G. ZORZ, Ljubljana, Slovenia



მოქმედი თავმჯდომარე (2005):

Professor Niels Bentzen  
Department of Community Medicine and General Practice  
Norwegian University of Science and Technology  
7489 Trondheim  
Norway

Tel: +47 7359 8885

Fax: +47 7359 7851

E-mail: [Niels.Bentzen@medisin.ntnu.no](mailto:Niels.Bentzen@medisin.ntnu.no)





## წინასიტყვაობა

---

მთელ მსოფლიოში გაზრდილია მოთხოვნილება ჯანდაცვის ინფორმაციაზე. სამედიცინო მომსახურების ოპტიმალური მიწოდებისათვის პროფესიონალებს ესაჭიროებათ საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული ინფორმაცია თემში ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის, დიაგნოსტიკური საშუალებების, დიაგნოზებისა და შესაბამისი სამედიცინო ჩარევების შესახებ პაციენტთა მიმართვის მიზნებზე დაყრდნობით. ინფორმაციის მოცულობა უზარმაზარია და მოითხოვს ისეთი სახით დალაგებას, რომელიც ინტუიციური მოძიების საშუალებასაც იძლევა.

მსოფლიოში ყველაზე ფართოდ გავრცელებულ ინსტრუმენტს პირველადი ჯანდაცვისა და საოჯახო მედიცინის კლინიკური ინფორმაციის მოსაწესრიგებლად პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი (ICPC) წარმოადგენს. პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი შემუშავებულია ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის (WONCA) საერთაშორისო კლასიფიკაციების კომიტეტის (WICC) მიერ. აღნიშნულ კომიტეტში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პრაქტიკოსი ექიმები და მეცნიერ-მუშაკებია გაერთიანებული. პრაქტიკულ საქმიანობასა და სამეცნიერო გამოკვლევებზე ერთდროული ორიენტაცია, ერთი მხრივ, და მეორე მხრივ, ჯგუფის აქტიური, თავისუფალი პოზიცია ICPC-ის მუდმივი განვითარების საუკეთესო გარანტიაა.

ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანამშრომლობის მრავალწლიანი ტრადიციის და კლასიფიკაციებთან დაკავშირებული საქმიანობის თავდაპირველი ერთიანი საფუძველის არსებობის მიუხედავად, ICD-სა და ICPC-ის შემუშავების თაობაზე არსებობდა განსხვავებული მოსაზრებებიც. ამიტომაც მუშაობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვასა (ICD-10) და ICPC-ის მეორე ვერსიაზე (ICPC-2) პარალელურად მიმდინარეობდა. ერთ-ერთ ძირითად წინ გადადგმულ ნაბიჯს 2003 წლის ოქტომბერში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საერთაშორისო კლასიფიკატორების ოჯახის (WHO-FIC) მიერ ICPC-2-ის პირველადი ჯანდაცვის სფეროსთვის შესატყვის კლასიფიკატორად აღიარება წარმოადგენდა. ამავე დროს მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, რომ აუცილებელია WICC-სა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საერთაშორისო კლასიფიკატორების ოჯახის (WHO-FIC) მუდმივი თანამშრომლობა ICD-ის მე-11 გადახედვის მომზადების პროცესში.

რადგანაც ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების საფუძველს სამი დაკავშირებული საერთაშორისო კლასიფიკატორი წარმოადგენს - ICD ჯანმრთელობის პრობლემების, ICF (ფუნქციონირების, უნარშეზღუდულობისა და ჯანმრთელობის საერთაშორისო კლასიფიკაცია) ჯანმრთელობის ფუნქციური ასპექტების და ICHI - სამედიცინო ჩარევების, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ WHO-FIC სისტემაში კლასიფიკატორებთან დაკავშირებული საკუთარი საქმიანობების მიზნები გააფართოვა.

თავდაპირველად ICPC შემუშავებულ იქნა, როგორც მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკატორი. გამომდინარე იქიდან, რომ პაციენტის მიმართვის მიზეზი შეიძლება იყოს დაავადება, ჯანმრთელობის ფუნქციური პრობლემა ან რაიმე ჩარევის აუცილებლობა, ICPC-ის მოეთხოვება ამასთან დაკავშირებული სამივე კლასიფიკაციის მოცვა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების თითოეული მიმწოდებლის დონეზე. შესაბაისად, ICPC-ს გააჩნია კოდები ფუნქციონირებისა და ჩარევებისთვის, თუმცა ძირითადად კოდები სადიაგნოსტიკო სფეროში გამოიყენება.

ტერმინოლოგიური სისტემების შემუშავებელთა მიერ დაისვა საკითხი კოდირების სისტემების აუცილებლობის შესახებ, ვინაიდან კლასიფიკატორის საერთაშორისო დონეზე გამოყენების შემთხვევაში ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას თარგმანი წარმოადგენს. ტერმინებს ახასიათებს ენობრივი სპეციფიკურობა და ამიტომ კონცეფციათა დეტალიზებული კლასიფიკაცია თარგმანის სირთულით ხასიათდება. პირველადი ჯანდაცვის შემთხვევაში ძირითადი საინფორმაციო მოთხოვნილება ICPC-ით არის მოცული, რომელიც უკვე 20 ენაზე არის ხელმისაწვდომი. ეს ისეთ ჩარჩოს ქმნის, რაც ინფორმაციის საერთაშორისო დონეზე გაცვლის საშუალებას იძლევა.

საინფორმაციო სისტემათა უმრავლესობა განვითარებულ ქვეყნებში და მათივე საჭიროებებისთვის შეიქმნა. ამ პროცესში მნიშვნელოვანია განვითარებადი ქვეყნების როლიც, რადგანაც მსოფლიო ჯანდაცვაში არსებობს საინფორმაციო პარადოქსი: ქვეყნებში, სადაც ყველაზე ნაკლებია ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ყველაზე მძიმე ჯანდაცვითი პრობლემები დგას. მიუხედავად იმისა, რომ ICPC განვითარებულ ქვეყნებში ჩამოყალიბდა, ხშირად არსებულ პრობლემათა გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპი გარკვეულწილად ნებისმიერი სახის პირველადი ჯანდაცვის შემთხვევაშიც არის მისაღები. მაგრამ შესაძლებელია, რომ აუცილებელი გახდეს ზოგიერთი მოდულის მოდიფიცირება, მაგალითად, ტროპიკული გარემოს შემთხვევაში.

ICPC-2-ის წინამდებარე შესწორებული ვერსია ICPC-ის ელექტრონულ ვერსიას (ICPC-2-E) ეფუძნება, რომელიც 1998 წლის შემდეგ, როცა ICPC-2 წიგნის სახით გამოიცა, მუდმივ განახლებას განიცდიდა. ის მოიცავს WICC-ის მიერ შეტანილ ყველა შესწორებას. თარგმანთა უმეტესობა სწორედ ამ ვერსიაზე არის დაფუძნებული.

ამგვარად, წიგნის განახლებული ვერსიის ხელმისაწვდომობა ამ მიმართულების განვითარების მნიშვნელოვან ქვაკუთხედს წარმოადგენს.

მარტი ვირტანენი

ცენტრის ხელმძღვანელი, კლასიფიკაციების ექსპერტი, პედიატრი  
სკანდინავიური ქვეყნების სამედიცინო კლასიფიკაციების ცენტრი  
WHO-FIC ქსელის თანამშრომლობის ცენტრი  
WICC წევრი 1998 წლიდან

# 1 შესავალი

---

## ისტორიული წანამძღვრები

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოპოვებული ავადობის მონაცემების კლასიფიცირება მეოცე საუკუნის 70-იანი წლების შუამდე დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) მეშვეობით ხდებოდა<sup>1,2</sup>. ამას დიდი საერთაშორისო მნიშვნელობა ჰქონდა, რადგანაც სხვადასხვა ქვეყნებში არსებული მონაცემების შედარების საშუალებას იძლეოდა. თუმცა აღნიშნულს უარყოფითი მხარეც გააჩნდა: ამ კლასიფიკაციით, რომელიც თავდაპირველად სიკვდილიანობის სტატისტიკისა და დაავადებაზე ორიენტირებული სტრუქტურისთვის იყო შექმნილი, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული მრავალი სიმპტომისა და პირობის კლასიფიცირება, რომლებიც დაავადებასთან არ იყო დაკავშირებული, ძალიან რთული აღმოჩნდა.

ქვემოთ მოყვანილია იმ წყაროების ჩამონათვალი, სადაც აღწერილია ზოგიერთი საკითხი, მიგნებები და იდეები, რომლებიც არსებობდა ზოგადი პრაქტიკის კლასიფიკაციებთან დაკავშირებით 1972 წლამდე და შემდგომ, როცა WONCA–ს კლასიფიკაციების კომიტეტი ჩამოყალიბდა:

- Research Committee of Royal College of General Practitioners. A classification of disease. *J.Roy. Coll. Gen. Pract.* 1959; **2**: 140-59.
- Westbury R C, Tarrant M. Classification of disease in general practice: a comparative study. *Can. Med. Assoc. J.* 1969; **101**: 82-7.
- Bentsen B G. Illness and general practice: a survey of medical cae in an inland population in South-East Norvegy. Oslo: Scandinavian University Books, University Press 1970; second edition 1986.
- Hutchinson I M. Th Autralian morbidity survey 1969-70. *Annals of General Practice.* 1971; **16**: 68-72.
- Anderson J E, Leese R E M. Patient morbidity and some patterns of family practice in South-eastern Ontario. *Can. Med. Assoc. J.* 1975; **113**: 123-6.
- Kjaer P, Mabecj C E, Olsen O M , Pederson P. Testing WONCA's classification of diseases for use in general practice (in Danish). *Ugeskrift laeger.* 1977; **139**: 1614-16.

WONCA–ს კლასიფიკაციების კომიტეტმა, გააცნობიერა რა ICD-ის გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები და საერთაშორისოდ აღიარებული ზოგადი პრაქტიკის კლასიფიკატორის არსებობის აუცილებლობა, შეიმუშავა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICHPPC), რომელიც პირველად 1975 წელს<sup>3</sup> გამოიცა. 1979 წელს<sup>4</sup> გამოიცა კლასიფიკაციის მეორე, ICD–ის მეცხრე გადახედვასთან თავსებადი გამოცემა. ამ კლასიფიკაციის ერთი ნაწილის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა ზოგიერთი ისეთი სიმპტომის კლასიფიცირება, რომელიც დიაგნოზთან არ იყო დაკავშირებული. თუმცა კლასიფიკატორი მაინც ICD–ის სტრუქტურასთან დაკავშირებული და საკმაოდ მოუქნელი იყო. მესამე გამოცემა 1983 წლით თარიღდება, ის მოიცავდა რუბრიკების უმეტესობათა გამოყენების კრიტერიუმებს<sup>5</sup>, რაც სანდოობას ზრდიდა. თუმცა

პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებებთან დაკავშირებული ყველა მოთხოვნილება მაინც ვერ დაკმაყოფილდა. აუცილებელი იყო ისეთი კლასიფიკაცია, რომელიც გამოყენებული იქნებოდა როგორც პაციენტის მიმართვის მიზეზების, ისე პროვაიდერის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული ჩანაწერების წარმოებისთვის.

1978 წელს ალმა-ატაში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პირველადი ჯანდაცვის კონფერენციაზე “ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 წელს” მიზნის მიღწევის ძირითად საშუალებად ადეკვატური პირველადი ჯანდაცვა იქნა განცხადებული. შემდგომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ და ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციამ აღიარეს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სათანადო სისტემის ჩამოყალიბება, რომელიც ჯანდაცვის პრიორიტეტების შეფასებისა და განხორციელების საშუალებას იძლევა, მხოლოდ იმ შემთხვევაში არის შესაძლებელი, თუკი ჯანდაცვის დაგეგმვის პროცესში მონაწილე პირთათვის მართებული ინფორმაცია არის ხელმისაწვდომი. ამან კი ბიძგი მისცა ახალი კლასიფიკაციის სისტემის შემუშავებას.

1978 წელსვე ჩატარდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სამუშაო ჯგუფის შეხვედრა, რომელმაც პირველად ჯანდაცვაში მიმართვის მიზეზთა საერთაშორისო კლასიფიკაციის შექმნას ჩაუყარა საფუძველი<sup>7</sup>. ჯგუფმა, რომლის უმეტესი ნაწილი ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციების კომიტეტის წევრები იყვნენ, შეიმუშავა მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკაცია (RFEC)<sup>7-9</sup>, რომელიც შემდგომ ICPC-ში გარდაიქმნა.

მიმართვის მიზეზები (RFEs) არის იმ მიზეზების ჩამონათვალი, რომელთა გამოც პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს, და წარმოადგენს თითოეული პიროვნების საჭიროებას მიიღოს სამედიცინო მომსახურება. ეს შეიძლება იყოს სიმპტომი ან ჩივილი (თავის ტკივილი ან კიბოს შიში), რომელიმე დაავადება (გრიპი ან დიაბეტი), პროფილაქტიკური ან დიაგნოსტიკური მომსახურების მოთხოვნა (წნევის გაზომვა ან ელექტროკარდიოგრამის გადაღება), მკურნალობის საჭიროება/თხოვნა (გამეორებითი დანიშნულება), გამოკვლევების პასუხის მიღება ან ადმინისტრაციული მოთხოვნა (სამედიცინო ცნობის მიღება). აღნიშნული მიზეზები, როგორც წესი, ერთსა ან მეტ ძირითად ჯანმრთელობის პრობლემას უკავშირდება, მათ ექიმი ვიზიტის დასრულებისთვის აღნიშნავს, როგორც მკურნალობას დაქვემდებარებულს, ამავე დროს ისინი მიმართვის მიზეზს შეიძლება დაემთხვას ან არა.

დაავადებათა კლასიფიკაცია შემუშავებულია იმისთვის, რომ შესაძლებლობა მისცეს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს კოდირებული სახით აღნიშნოს პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ისეთი პრობლემები, როგორცაა შეუძლოდ ყოფნა, დაავადება ან ტრავმა. მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკაცია ფოკუსირებულია პაციენტის თვალთვახედვით მოწოდებულ მონაცემთა ელემენტებზე<sup>7,10,11</sup>. შესაბამისად, ის უფრო პაციენტზე, ვიდრე დაავადებასა ან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელზე არის ორიენტირებული. პაციენტის მიერ დასახელებული მიმართვის მიზეზი ან სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა ექიმის ან სხვა მედმუშაკის მიერ უნდა იქნას გარკვეული და შეფასებული მანამ, ვიდრე დიაგნოზის სახით პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის შეფასებისა ან ინტერპრეტაციის მცდელობა, ან პროცესის წარმართვის ან მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება მოხდება.

სამუშაო ჯგუფმა, რომელიც მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკატორზე მუშაობდა, მისი რამდენიმე ვერსიის სხვადასხვა სფეროში ტესტირება მოახდინა. პირველი საპილოტე კვლევა სისრულისა და სარწმუნოების ტესტირებისთვის 1980 წელს<sup>8</sup> ნიდერლანდებში ჩატარდა. აღნიშნული საპილოტე კვლევის შედეგების ტესტირება 1983 წელს ცხრა ქვეყანაში მოხდა (ავსტრალია, ბრაზილია, ბარბადოსი, უნგრეთი, მალაიზია, ნიდერლანდები, ნორვეგია, ფილიპინები და ამერიკის შეერთებული შტატები)<sup>9,12,13</sup>. კლასიფიკატორი ინგლისურიდან რამდენიმე ენაზე გადაითარგმნა, მათ შორის იყო ფრანგული, უნგრული, ნორვეგიული, პორტუგალიური და რუსული ენები. კვლევისას განხორციელებული 75000 ინდივიდუალური მიმართვისას ჩაიწერა 90000-ზე მეტი მიმართვის მიზეზი. მონაწილეთა კოლექტიური გამოცდილების ანალიზის შედეგები თავმოყრილ იქნა გაუმჯობესებულ კლასიფიკატორში<sup>9,12,13</sup>.

ტესტირებისას გამოიკვეთა, რომ მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკატორი ადვილად გამოყენებადია მიმართვის მიზეზთა და პრობლემაზე ორიენტირებული მომსახურების კიდევ ორი სხვა ელემენტის პარალელური კლასიფიცირებისათვის, - სამედიცინო მომსახურების პროცესი და ჯანმრთელობის პრობლემის დიაგნოზი. ამგვარად, კონცეფტუალური ჩარჩოს მეშვეობით მოხდა მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკატორის ევოლუციური გარდაქმნა პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორად.

პრობლემებმა, რომლებიც დაკავშირებული იყო ICD-10-ის პარალელურ განვითარებასთან, ხელი შეუშალა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას მიმართვის მიზეზთა კლასიფიკატორის გამოცემაში. მაგრამ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციამ შეიმუშავა და 1987 წელს გამოსცა ICPC-ის პირველი რედაქცია. მიუხედავად იმისა, რომ ICPC პირველადი ჯანდაცვისათვის უფრო მეტად მისაღები იყო, ვიდრე მანამდე არსებული ICD-ის ჩარჩოზე დაფუძნებული კლასიფიკატორი, მას არ გააჩნდა რუბრიკების შერჩევის კრიტერიუმები და ვერ ასახავდა ნებისმიერ სახის ჯვარედინ მიმართვებს. სწორედ ამიტომ ის ნაკლებად მოხერხებული გამოდგა, ვიდრე წინამორბედი ICHPPC-2-გაუმჯობესებული ვერსია, თუმცა იგი შეიძლება განხილულიყო, როგორც შეტანის კრიტერიუმის წყარო.

პროექტის განხორციელება 1985 წელს რამდენიმე ევროპულ ქვეყანაში დაიწყო, მისი მიზანი იყო ახალი კლასიფიკაციის სისტემის გამოყენება ზოგად პრაქტიკაში არსებული ავადობის მონაცემების შესაკრებად ეროვნული საინფორმაციო სისტემებისათვის. ეს თავისთავად კლასიფიკატორის სხვადასხვა ენებზე გადათარგმნას და ქვეყნებს შორის შედარებითი ანალიზის ჩატარებას გულისხმობდა. შედეგები და ICPC-ის განახლებული ვერსია 1993 წელს წიგნის სახით გამოქვეყნდა<sup>14</sup>.

1980 წელს ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციამ არასამთავრობო ორგანიზაციის სტატუსი მიიღო. მას შემდეგ შესაძლებელი გახდა პირველადი ჯანდაცვის მოთხოვნილებათა ჩამოყალიბებისათვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ოფიციალური ურთიერთობის დამყარება და ერთობლივი სამუშაოების ჩატარება, კერძოდ კი, პირველადი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემებისა და კლასიფიკატორების შექმნისათვის, ჯანდაცვის ყველა სახის მომსახურების ერთიან ჩარჩოში მოქცევის მიზნით.

## პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორმა (ICPC\*)<sup>15</sup>, რომელიც შემუშავებულ იქნა 1987 წელს ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმთა ეროვნული კოლეგიების, ასოციაციების და აკადემიური ასოციაციების მსოფლიო ორგანიზაციის (რომელსაც ამჟამად შემოკლებით ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაცია ეწოდება) მიერ, ახლებური საფუძველი ჩაუყარა კლასიფიკატორების გამოყენების სფეროს. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს ერთი კლასიფიკატორის გამოყენებით სამედიცინო მომსახურების სამი ძირითადი ელემენტის კლასიფიცირების საშუალება ეძლევა; ეს არის მიმართვის მიზეზები (RFE), დიაგნოზები ან პრობლემები და სამედიცინო მომსახურების პროცესი. ელემენტებს შორის არსებული კავშირის მემუაობით შესაძლებელია კატეგორიზაცია მიმართვის მომენტიდან მის დასრულებამდე.

ახალი კლასიფიკატორი განცალკევებულ იქნა ტრადიციული ICD–ის თავების ფორმატისაგან, რომელშიც სხვადასხვა თავები დალაგებულია სხეულის სისტემების(თავები III, IV,V,VI,VII,VIII,IX, X, XI, XIII, XIV), ეტიოლოგიის (თავები I, II, XVII, XIX, XX) და სხვათა (თავები XV, XVI,XVIII,XXI) მიხედვით. ღერძების ასეთი დალაგება გარკვეულ გაუგებრობას ქმნის, რადგანაც დიაგნოსტიკური ერთეულები თანაბარილოგიკურობით შეიძლება კლასიფიცირებულ იქნეს ერთზე მეტ თავში, მაგალითად, გრიპი შეიძლება მოხვდეს როგორც ინფექციების თავში, ისე რესპირაციული სისტემის თავში ან ორივეში ერთად. ამ ფორმატისგან განსხვავებით, ICPC–ის ყველა თავი მხოლოდ სხეულის სისტემების მიხედვით არის დალაგებული იმ პრინციპით, რომ ეტიოლოგიასთან შედარებით ლოკალიზაციას უპირატესობა გააჩნია. თითოეულ თავში შემავალი კომპონენტები კლასიფიცირებისათვის განკუთვნილ სამივე ელემენტთან მიმართებაში საკმარისი სპეციფიკურობით არის განსაზღვრული. ამის გარდა, მათი სიმეტრიული სტრუქტურა და სინშირე დათვლის საშუალებას იძლევა თითოეული თავის მიხედვით, რაც ჩანაწერების ხელით შევსების შემთხვევაშიც კი ამ სისტემას ადვილად გამოყენებადს ხდის. ICPC–ის რაციონალური და ყოვლისმომცველი სტრუქტურა მომავალში მისი საერთაშორისო კლასიფიკატორის სახით განხილვის საშუალებას იძლევა.

გამოცემის მომენტიდან ICPC–ის, როგორც ზოგადი/ოჯახის პრაქტიკის და პირველადი ჯანდაცვის შესატყვის კლასიფიკატორს, მუდმივად ზრდადი საერთაშორისო აღიარება გააჩნდა. მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილებში, განსაკუთრებით კი ევროპასა<sup>14</sup> და ავსტრალიაში<sup>16</sup> მისი გამოყენება თანდათან ფართოვდებოდა.

უკანასკნელ დროს ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციების კომიტეტმა მონაწილეობა მიიღო კლასიფიკაციებთან დაკავშირებული საერთაშორისო განვითარების ინიციატივებში. მათ შორის იყო ფუნქციონალური სტატუსის განსაზღვრებები, დაავადებათა გართულებების ინდიკატორები და ზოგადი/ოჯახის პრაქტიკის საერთაშორისო გლოსარიუმი.

ინფორმაცია აღნიშნულის შესახებ წინამდებარე წიგნშია მოცემულია.

\* ICPC პირველად 1987 წელს გამოიცა. ამჟამად მას ICPC-1 ეწოდება. 1993 წელს კლასიფიკატორი შეტანილ იქნა გამოცემაში, რომელიც მის ევროპაში გამოყენებას ეძღვნებოდა<sup>13</sup>. მას როგორც ICPC-E–ს მოიხსენიებენ, ხოლო წინამდებარე გადახედვას - როგორც ICPC-2–ს. დასახელება ICPC გამოიყენება მაშინ, როდესაც საუბარი ზოგადად კლასიფიკატორს ეხება.

## კლასიფიკაცია, ნომენკლატურა და თეზაურუსი

ზოგადი/ოჯახის პრაქტიკის სპეციფიკური ასპექტებისთვის (ასეთია მიმართვის მიზეზი და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები) მახასიათებლების გამოყოფა მოითხოვს, რომ ეს მახასიათებელი კონკრეტულ სფეროს - ზოგად პრაქტიკას/საოჯახო მედიცინას - განსაზღვრავდეს. მახასიათებლები მიიღება ნომენკლატურიდან ან თეზაურუსიდან. ნომენკლატურა მოიცავს ყველა სამედიცინო ტერმინს და პროფესიულ ჟარგონს, ხოლო თეზაურუსი არის ტერმინების ერთგვარი „საწყობი“, მსგავსად ენციკლოპედიისა ან კომპიუტერული ფაილისა, რომელსაც დიდი ანბანური საძიებელი და სინონიმები გააჩნია<sup>17</sup>.

კლასიფიცირების სისტემები იძლევა სტრუქტურას, რომელიც მოცემულ ობიექტებს ჩამოყალიბებული კრიტერიუმების მიხედვით კლასებად ალაგებს. არ არის აუცილებელი, რომ მასში ყველა ტერმინი იყოს შესული. სირთულეები წარმოიქმნება, როდესაც კლასიფიკატორი გამოიყენება როგორც ნომენკლატურა და მასში ტერმინების მოძიების საშუალება არ არსებობს. მრავალი ტერმინი ხშირად ერთ რუბრიკაში თავსდება და ამიტომ კლასიფიკატორზე დაფუძნებული კოდირება სათანადო სპეციფიკურობას ვერ იძლევა<sup>17</sup>.

ICPC არის კლასიფიკატორი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სპეციფიკურ მახასიათებლებს და ასპექტებს ასახავს. ეს არ არის ნომენკლატურა. მედიცინის მრავალფეროვნება მოითხოვს თითოეული პაციენტის დონეზე ნომენკლატურისა და თეზაურუსის გამოყენებას, რომელიც უფრო მეტად ვრცელია, ვიდრე ICPC, კერძოდ, იმ სპეციფიკური დეტალების ჩასანიშნად, რომლებიც თითოეული პაციენტის ჩანაწერებში არის შესატანი. ICPC-ის გამოყენება ICD-10-სა და სხვა კლასიფიკატორთან (მაგალითად, წამლების ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური კლასიფიკაცია - ATC) ერთად სათანადო ნომენკლატურისა ან თეზაურუსის საფუძველს იძლევა, მაგრამ იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროა სრული კოდირება, ამას აუცილებლად უნდა დაემატოს უფრო მეტად სპეციფიკური კოდირების სისტემები. ამავე დროს, თუკი ასეთი კოდირების სისტემები შესაბამის კლასიფიკაციაზე არის დაფუძნებული, მაგალითად, როგორც ICPC განკუთვნილია ზოგადი/საოჯახო მედიცინის საკითხებისადმი, უფრო რთულია მკაფიოდ განსაზღვრული მონაცემების მოპოვება პოპულაციების, ვიდრე ცალკეული პიროვნებების შესახებ.

წლების განმავლობაში არსებობდა აზრთა სხვადასხვაობა პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომი კლასიფიკაციებისა (ICHPPC და ICPC) და ICD-ის ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ, რაც კონცეფტუალური და სისტემატიზაციის პირობითობის პრობლემებით იყო გამოწვეული. მაგრამ დღეისათვის ICD-10 წარმოადგენს დაავადებათა და ჯანმრთელობის პრობლემათა ფართოდ აღიარებულ ნომენკლატურას, რომელიც პირველადი ჯანდაცვისთვისაც არის მისაღები. მიუხედავად იმისა, რომ ICD-10 არ არის სრულად შესატყვისი ინსტრუმენტი პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკაციისათვის<sup>18</sup>, ის ICPC-თან ერთად მონაცემების სიტემატიზაციისათვის გამოიყენება, რომლის მეშვეობითაც პაციენტთა ელექტრონული ჩანაწერების წარმოების შესაძლებლობა იქმნება, რაც თავისთავად, სპეციალისტებსა და ჰოსპიტლებს შორის პაციენტების შესახებ მონაცემების გაცვლის საშუალებასაც იძლევა<sup>17</sup>.

**ICPC-2**

ICPC-ის წინამდებარე მეორე რედაქცია ორი ძირითადი მიზნისთვის იყო შემუშავებული: მისი ICD-10-თან დაკავშირებისათვის, რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 1992 წელს გამოიცა, და რუბრიკებს შორის ჯვარედინი კავშირებისა და შერჩევის კრიტერიუმების დასამატებლად. უკანასკნელი მე-6 თავშია აღწერილი და უფრო დეტალურად მე-10 თავში მოცემულ ცხრილურ ჩამონათვალში არის განხილული. მდგრადობის და თანმიმდევრულობის მიზნებიდან გამომდინარე, ამ კლასიფიკატორში ძალიან ცოტა ცვლილება იქნა შეტანილი, თუმცა ძალიან ბევრი შემოთავაზებული ცვლილება ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტის მომავალი მსჯელობის საგანი იქნება. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებულ მნიშვნელობას მომხმარებლებთან უკუკავშირი იძენს.

ამავე დროს მეორე გამოცემა მოიცავს ახალ ინფორმაციას ოჯახის/ზოგადი პრაქტიკის კონცეფტუალური საფუძვლების შესახებ, მათი დიდი ნაწილი წარმოიშვა კლასიფიკაციის გამოყენების პროცესში. აღნიშნული მოცემულია 2-5 თავებში.

წინამდებარე წიგნი დაფუძნებულია იმ სტანდარტული ტერმინოლოგიის გამოყენებაზე, რომელიც ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტის მიერ 1995 წელს გამოიცა<sup>19</sup>.

წიგნი ასევე მოიცავს ინფორმაციას კლასიფიკატორთან დაკავშირებული რამდენიმე ახალი ინიციატივის შესახებ. Duke/WONCA-ს დაავადებათა სიმძიმის კითხვარი (DUSOI/WONCA) ჯანმრთელობის როგორც ცალკეული, ისე კომბინირებული პრობლემების სისტემატიზაციის საშუალებას იძლევა სირთულის მიხედვით (თავი 7). COOP/WONCA-ს ფუნქციონალური მდგომარეობის შეფასების ანკეტების მეშვეობით შესაძლებელია პაციენტის ფუნქციონალური სტატუსის შეფასება, კონკრეტული მიმართვის მიზეზის ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემისაგან განყენებულად (თავი 8).

ცხრილური ჩამონათვალის ანბანური საძიებელი (თავი 12) რუბრიკების სათაურებით და მათში შემავალი ტერმინებით შემოიფარგლება, თუმცა სრული შესატყვისობა არ არსებობს (იხ. თავი 2).

**ICPC და ICD**

ICPC-ის განვითარების ყველა ეტაპზე არსებობდა კავშირი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულ ფართოდ გავრცელებულ და გამოყენებად დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციასთან. პირველი გამოცემა მოიცავდა ICD-9 გადასაყვანი კოდების ჩამონათვალს. შემდეგ გამოიცა ICD-10 და ICPC-2-ის ICD-10-თან ზედმიწევნით დეტალიზებული დაკავშირება, ამგვარად შესაძლებელი გახდა გადაყვანის სისტემის გამოყენებაც (თავი 11). იმ მომხმარებლებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ ICD-9-თან დაკავშირება, შეუძლიათ მიიღონ დისკი ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტიდან. ფართო ემპირიული კვლევით დადასტურდა, რომ ICPC და ICD წარმოადგენს ერთმანეთის დამატებას და მათ შორის კონკურენცია არ არსებობს.



**თარგმანები**

WONCA წარმოადგენს საერთაშორისო ორგანიზაციას, ამიტომ მის ინტერესებში შედის ICPC–ის არა მარტო ინგლისურად (WICC–ის სამუშაო ენა), არამედ სხვადასხვა ენებზეც გამოცემა. ICPC უკვე 19 ენაზე არის გადათარგმნილი და ზოგიერთ მათგანზე უკვე წიგნადაც გამოიცა (ცხრილი 1)<sup>13,20,21</sup>. ICPC–2–ის თარგმანი კიდევ რამდენიმე ენაზე ხორციელდება. კომიტეტი მხარს უჭერს ყველას, ვისაც ესაჭიროება ხელის შეწყობა ან დახმარება ახალი თარგმანების მომზადებაში. WICC მათთან თანამშრომლობისათვის მზად არის.

**ცხრილი 1. ICPC ხელმისაწვდომობა სხვადასხვა ენებზე<sup>17</sup>**

ბასკური	პოლონური
ბერძნული*	პორტუგალიური*
გერმანული	რუსული
დანიური*	სამხრეთ აფრიკული
ესპანური*	უნგრული
იაპონური*	ფინური*
ივრითი	ფრანგული*
ინგლისური*	შვედური
იტალიური	ჰოლანდიური*
ნორვეგიული*	

\* ამ ენებზე არსებობს ცალკე გამოცემები

ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის პოლიტიკა ICPC–2–ის გადათარგმნასთან მიმართებაში შემდეგნაირია:

1. ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაცია მხარს უჭერს ICPC–2–ის სხვა ენებზე გადათარგმნას.
2. თარგმანი უნდა მოიცავდეს მთლიან წიგნს და არა მარტო რუბრიკებს.
3. რუბრიკებში ცვლილებები არ დაიშვება. ნებისმიერი დამატება უნდა იყოს მკაფიოდ განსაზღვრული და დამტკიცებული ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტის მიერ მანამ, სანამ პუბლიკაცია გამოიცემა.
4. თარგმანი უნდა მომზადდეს დასახელებული თარჯიმნების მიერ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტთან თანამშრომლობით და მისი სტანდარტების დაცვით, განსაკუთრებით იმისათვის, რომ საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელი გახდეს თარგმანის შემოწმება.
5. ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციას აქვს საავტორო უფლებები და ის, როგორც წესი, მთარგმნელობით ორგანიზაციებს უსასყიდლოდ გადასცემს მათი საკუთარი ვერსიების უფლებებს. აღნიშნული მოითხოვს ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციასა და მთარგმნელობით ორგანიზაციას ან გამომცემელთა შორის ფორმალური შეთანხმების არსებობას.

## საავტორო უფლებებისა და ლიცენზირების პოლიტიკა

ICPC წიგნის და ელექტრონული ფორმის საავტორო უფლებები ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციას ეკუთვნის. წინამდებარე პოლიტიკა ეხება ელექტრონულ ფორმას და მას შემდეგი მიზნები გააჩნია.

### *მიზნები:*

1. ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტს ეძლევა უფლება რეკლამირება გაუწიოს, გავრცელოს და მხარი დაუჭიროს ICPC-2-სა და მის შემდგომ განვითარებას, როგორც პირველადი ჯანდაცვისთვის განკუთვნილ საუკეთესო კლასიფიკატორს.
2. მხარი დაუჭიროს საერთაშორისო მასშტაბით არსებული ICPC-2-ის ვერსიების შედარებადობას.
3. იქონიოს უკუკავშირი და შექმნას ICPC-2-ის საერთაშორისო გამოცდილების საინფორმაციო ცენტრი.
4. მიაღწიოს WONCA-ს ინიციატივებისა და კლასიფიკაციასთან დაკავშირებული ინიციატივების აღიარებას.
5. მხარი დაუჭიროს ICPC-2-სა და სხვა კლასიფიკატორებსა და კოდირების სისტემებს (კერძოდ, ICD-10-ს) შორის არსებული შესაბამისი კავშირების მართებულად გაგებას.
6. ხელი შეუწყოს ICPC-2-ის გამოყენებას და არ შექმნას დაბრკოლებები და შეზღუდვები.
7. მოიპოვოს ფინანსური მხარდაჭერა ზემოხსენებული მიზნების მისაღწევად და შესაძლებლობა მისცეს ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტს გააგრძელოს და გააფართოვოს სამუშაოები.

### *პოლიტიკა:*

1. ICPC-2-ის ელექტრონული ვერსია უნდა გახდეს ხელმისაწვდომი იმდენ ქვეყანაში, რამდენშიც ეს შესაძლებელია.
2. სხვადასხვა ვერსიები (დამატებების, თარგმანების, ცვლილებების ჩათვლით) უნდა სრულდებოდეს მხოლოდ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციების კომიტეტში მიმართვისა და თანხმობის მიღებით, რადგანაც ისინი უნდა შეესატყვისებოდნენ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის ოფიციალურ ვერსიებს.
3. ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციამ უნდა მოახდინოს შესაბამისი ორგანიზაციების ლიცენზირება იმისათვის, რომ მოხდეს ICPC-2-ის ელექტრონული ვერსიების რეკლამირება და გავრცელება სხვადასხვა ქვეყნებში, რეგიონებში და სხვადასხვა ენებზე.
4. ლიცენზირების გადასახადი შეიძლება დაფარულ იქნეს ამ ორგანიზაციების მეშვეობით და შეგროვებულ იქნას დისტრიბუტორების მიერ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციისათვის. გადასახადები დგინდება მოლაპარაკებების გზით და შეიძლება განსხვავებული იყოს. ეს ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციას კვლევების წარმოების და განვითარების შესაძლებლობას აძლევს.

თუკი მკითხველს სურს აღნიშნული წიგნის ელექტრონული ფორმით მიღება ან ICPC-ის ელექტრონული ვერსიის კომპიუტერულ სისტემებში შეტანა ან ICPC განვითარება და გამოყენება რომელიმე სხვა გზით, მათ უნდა მიმართონ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტის ადგილობრივ წევრს (იხ. წევრთა სია) ან ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციას(იხ. ქვემოთ).

## აბრევიატურები

ამ წიგნში შეძლებისდაგვარად არ არის გამოყენებული აბრევიატურები. რამდენიმე ადგილას გამოყენებულია ის ინგლისური აბრევიატურა, რომელიც უფრო ხშირად იხმარება და ნათლად არის განსაზღვრულ კონტექსტშიშეტანილ რუბრიკებში. მაგრამ ზოგიერთი აბრევიატურა მაინც აუცილებელია. ესენია:

abn	ნორმიდან გადახრა
dis	დაავადება
complt	ჩივილი
excl	რაიმეს გარდა
incl	რაიმეს ჩათვლით
NOS	თუ სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული
sympt	სიმპტომი
/	ან

## უკუკავშირი მომხმარებლებთან

იმისთვის, რომ მოხდეს ICPC-ის შემდგომი განვითარება, ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტს სურს იქონიოს უკუკავშირი იმდენ მომხმარებელთან, რამდენთანაც ეს არის შესაძლებელი, რათა მათ მიერ მოწოდებულ იქნას გაუმჯობესებასთან, ცვლილებებთან ან გაფართოვებასთან დაკავშირებული წინადადებები. გთხოვთ, დაუკავშირდეთ ოჯახის ექიმთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციის კომიტეტის ადგილობრივ წევრს (იხ. წევრთა სია) ან თავმჯდომარეს (იხ. გვ.vi) ან WONCA-ს აღმასრულებელს: [ceo@wonca.com.sg](mailto:ceo@wonca.com.sg).

## 2 ICPC-ის სტრუქტურა

ICPC-ის აქვს მარტივი ორდებიანი სტრუქტურა, ის მოიცავს 17 თავს, რომლებიც სხეულის სისტემების მიხედვით არის დალაგებული ერთ ღერძზე, თითოეული ანბანური კოდითურთ, და შვიდი კომპონენტს რუბრიკებითურთ, რომლებსაც მეორე ღერძზე ორციფრა კოდი გააჩნია (ნახ.1 და ცხრილი 2).

ICPC-ის მნიშვნელოვანი მნემონიკური ხარისხი აქვს, რაც ექიმებს მის ყოველდღიურ გამოყენებას და მონაცემთა ჩანაწერების კოდირებას უმარტივებს.

კლასიფიკატორი ცხრილური ჩამონათვალის სახით არისწარმოდგენილი (იხ. თავი 10). პირველი და მეშვიდე კომპონენტების რუბრიკები თითოეული თავისთვის სრულად არის მოცემული. მეორე და მეექვსე კომპონენტის რუბრიკები ერთგვაროვანია ყველა თავისათვის და მხოლოდ ერთხელ არის მოყვანილი. თითოეულ რუბრიკას გააჩნია სამციფრა კოდი, შეზღუდული სიგრძის დასახელება და ICD-10-ის შესაბამისი რუბრიკების კოდი. რუბრიკების უმრავლესობა ასევე მოიცავს შემავალ, გამორიცხულ და „განსახილველ“ ტერმინებს (იხ. თავი 6). აბრევიატურებიგამოიყენება იშვიათად, მათი ჩამონათვალი მოცემულია გვ. 17. ICPC-ში ტერმინი „მრავლობითი“ სამს ან მეტს გულისხმობს.

ჩამონათვალის ანბანურ მაძიებელში ყველა რუბრიკის სათაური და რუბრიკების ტერმინები შედის (თავი 12). ეს არ ნიშნავს სრულ მოცვას, შემავალი ტერმინები მხოლოდ ისეთებია, რომლებიც ზოგადი ან მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვისათვის.

	თავები																	
კომპონენტები	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		

ნახ.1. ICPC-ის სტრუქტურა: 17 თავი და 7 კომპონენტი

## ცხრილი 2. ICPC-ის თავები და კომპონენტები

A	ზოგადი ან დაუზუსტებელი
B	სისხლი, სისხლმზადი ორგანოები ან იმუნური მექანიზმები (ელენთა, ძვლის ტვინი)
D	კუჭ-ნაწლავთა სისტემა
F	თვალი
H	ყური (სმენა)
K	სისხლის მიმოქცევის სისტემა
L	ძვალ-კუნთოვანი (მოძრაობის) სისტემა
N	ნერვული სისტემა
P	ფსიქიკური/ფსიქოლოგიური
R	რესპირაციული სისტემა
S	კანი
T	ენდოკრინული, მეტაბოლური ან კვების სისტემა
U	უროლოგიური
W	ორსულობა, მშობიარობა, ოჯახის დაგეგმვა (ქალები)
X	ქალთა სასქესო ორგანოები (X-ქრომოსომა)
Y	მამაკაცთა სასქესო ორგანოები (Y-ქრომოსომა)
Z	სოციალური პრობლემები

## კომპონენტები (სტანდარტული ყველა თავისათვის)

1	ჩივილი და სიმპტომი
2	დიაგნოსტიკა, სკრინინგი და პრევენცია
3	წამლები, მკურნალობა, პროცედურები
4	ანალიზების (გამოკვლევების) შედეგები
5	ადმინისტრაციული კომპონენტი
6	რეფერალი და მიმართვის სხვა მიზეზები
7	დაავადებათა კომპონენტი: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინფექციური დაავადებები</li> <li>• ახალწარმონაქმნები</li> <li>• ტრავმები</li> <li>• თანდაყოლილი ანომალიები</li> <li>• სხვა</li> </ul>

---

ანბანური კოდი A გამოიყენება ყველგან, სადაც ეს შესაძლებელია

თუკი მომხმარებლისთვის საჭირო ტერმინი ვერ მოინახა, შესაძლებელია ICD-10-ის საძიებლიდან რუბრიკის მონახვა, შემდეგ კი ICPC-ის რუბრიკის მოსაძიებლად გადაყვანის ცხრილის გამოყენება (თავი 11). ზოგიერთი მომხმარებლის მიერ შემუშავდა სრული თეზაურუსი ელექტრონული ფორმით, მაგრამ დამტკიცებული საერთაშორისო ვერსია ჯერ-ჯერობით დამუშავების სტადიაშია.

მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი ელემენტების კლასიფიცირებისათვის ICPC საკმარისად მოქნილია, მას ზოგიერთი შეზღუდვაც გააჩნია. რუბრიკები მეორედან მეექვსე კომპონენტის ჩათვლით, რომლებიც მოიცავს სამედიცინო მომსახურების პროცესს, ძალიან ფართო და არასპეციფიკურია. მედიკამენტებისა და წამლების კლასიფიკაცია შემუშავებულია და ევროპული კვლევის<sup>14</sup> შედეგებშიც აისახა, მაგრამ ჯერ-ჯერობით ფორმალურად ICPC კლასიფიკატორში შესული არ არის. ICPC-ში არ არის შეტანილი ფიზიკური გასინჯვისა ან გამოკვლევების ობიექტური შედეგები. ყოველივე ზემოაღნიშნული შემდგომი განვითარების საგანია.

### დარჩენილი რუბრიკები

დარჩენილი რუბრიკები, ე.წ. «ნარჩენების ჩანთა» (“rag-bags”), მოთავსებულია სექციის ბოლოში ან ქვესექციაში, მათი აღწერა მოიცავს სიტყვას «სხვა». ცხადია, რომ ტერმინი «თუ სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული» რუბრიკის ყველა ტერმინთან მიმართებაში გამოიყენება. კლასიფიკატორის უკეთესი გამოყენებისათვის აუცილებელია იმის ცოდნა, თუ რას მოიცავს თითოეული სექცია ან ქვესექცია. როდესაც დარწმუნებული არ ხართ, მიმართეთ ანბანურ საძიებელს.

### ავადობის/დიაგნოსტიკის მონაცემთა პრაქტიკული გამოყენება

წინამდებარე კლასიფიკატორი ძირითადად გამოიყენებოდა ჯანმრთელობის შესახებ სტატისტიკის შესაგროვებლად და პოლიტიკის ჩამოყალიბების მიზნით. სამედიცინო ჩანაწერების კომპიუტერის მეშვეობით წარმოებამ მის უფრო ფართო გამოყენებას შეუწყო ხელი, აქ რუტინული კლინიკური მიმართვებისას მოპოვებული მონაცემების ორგანიზება და შენახვა იგულისხმება. აღნიშნული მონაცემები საჭიროა როგორც პაციენტის შესახებ სამედიცინო ჩანაწერების არსებობის თვალსაზრისით, ისე სამედიცინო სტატისტიკის წარმოებისათვის. ამ ორ მიზანთან მიმართებაში კლასიფიცირებისა და კოდირებისადმი წაყენებული მოთხოვნები განსხვავდება. პაციენტის შესახებ სამედიცინო ჩანაწერები შემდგომისდაგვარ დეტალიზაციას მოითხოვს, ამავე დროს სამედიცინო სტატისტიკისათვის საჭიროა მონაცემთა კატეგორიების მიხედვით სისტემატური აგრეგირება, მათი სიხშირისა ან პოლიტიკის შემუშავებისათვის მნიშვნელობის გათვალისწინებით. ICPC სწორედ პოლიტიკის მიზნების განსაზღვრისათვის შემუშავდა. მაგრამ სამედიცინო ჩანაწერებში კლინიკური მონაცემების კოდირებისათვის აუცილებელია მისი შემდგომი მოდიფიცირება.

## დამატებითი იერარქიული გაფართოება

ცხადია, რომ არც ერთ საერთაშორისო კლასიფიკაციას ყველა მომხმარებლის ნებისმიერი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება არ ძალუძს. აუცილებლად დგება მომენტი, როდესაც მომხმარებელს სურს იმ რამდენიმე პრობლემის განცალკევება, რომლებიც ერთ რუბრიკაში არის მოქცეული. ეს კი, როგორც წესი, მოითხოვს კოდების გაფართოებას დამატებითი იერარქიული პრინციპის გამოყენებით.

რეკომენდებულია, რომ, თუკი ეს შესაძლებელია, გაფართოება ICD-10-ის გამოყენებასთან თანხვედრაში იყოს ან გაფართოების კოდებად ICD-10-ის კოდები იქნას გამოყენებული. ეს მონაცემთა სისტემებს შორის მაქსიმალურ შედარებადობას უწყობს ხელს. ამ შემთხვევაშიც კი აუცილებელია პაციენტის შესახებ სპეციფიკური ინფორმაციის უზრუნველყოფა, იმისათვის რომ მოხდეს პაციენტის შესახებ სამედიცინო ჩანაწერების ადეკვატური წარმოება.

## დაავადების სიმძიმე და ფუნქციონალური სტატუსი

ICPC-ის გამოყენებით შესაძლებელია პაციენტის დაავადების სიმძიმისა და ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების შესახებ ინფორმაციის ჩაწერა. კლასიფიცირების შესაძლებლობები წინამდებარე წიგნში არის მოყვანილი. შესაძლებელია Duke/WONCA-ს დაავადებათა სიმძიმის ჩამონათვალის (DUSOI/WONCA) ICPC-ის რუბრიკებთან დაკავშირება და მათი გამოყენება ჯანმრთელობის ინდივიდუალურ პრობლემებთან მიმართებაში, ამავე დროს მათი შეჯამება პაციენტის ჯანმრთელობის კომბინირებული პრობლემების სიმძიმის აღსანიშნავად (თავი 7). COOP/WONCA-ს ფუნქციონალური მდგომარეობის შეფასების ცხრილები გამოიყენება პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემებისაგან დამოუკიდებლად და მერვე თავში არის განხილული.

### **3 სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი: ზოგადი/საოჯახო მედიცინის ძირითადი კონცეფცია**

---

პირველადი ჯანდაცვის სფეროში კლასიფიკატორის გამოყენებასთან დაკავშირებული ცვლილებები 1987 წელს, კლასიფიკატორის გამოცემის შემდეგ, დაიწყო. კლასიფიკატორის შექმნის ძირითადი მიზანი იყო კვლევებისათვის, მონაცემთა შეგროვებისა და პოლიტიკის ფორმულირებისათვის მისი გამოყენება.

შემდგომში კლასიფიკატორის გამოყენების სფერო გაფართოვდა, ერთი მხრივ, კვლევებისათვის შეგროვილი მონაცემების და კლასიფიკატორის პრაქტიკული მოხმარების კუთხით, მეორე მხრივ კი, ზოგადი/საოჯახო მედიცინის ახალი კონცეფციების ჩამოყალიბების მიმართულებითაც, რასაც შედეგად ICPC-ის ახალ სფეროებში გამოყენება მოჰყვა.

ამ ახალ სფეროებს შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდების აღწერა და პაციენტების შესახებ კომპიუტერული ჩანაწერების წარმოება. ორივე მიმართულება ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირშია და ზოგადი/საოჯახო მედიცინის და პირველადი ჯანდაცვის სფეროში პაციენტების შესახებ მონაცემთა შეგროვების პროცესში ICPC-ის, როგორც სისტემატიზაციის საშუალების, გამოყენებასთან არის დაკავშირებული.

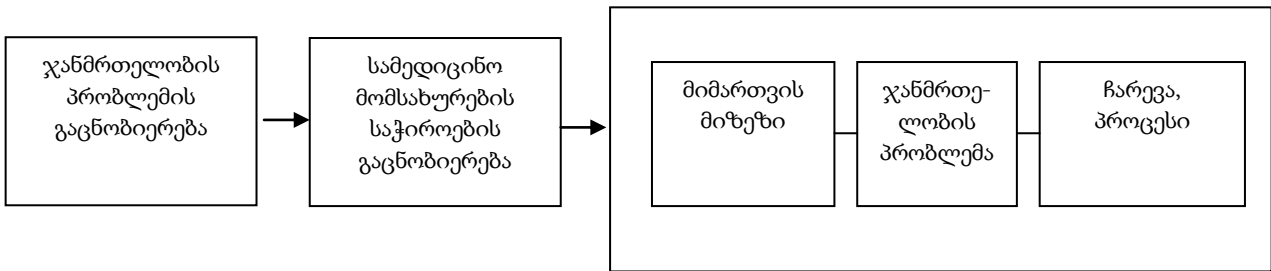
WONCA-ს მიერ მოწოდებული ზოგადი საოჯახო პრაქტიკის ექიმის განმარტება ასეთია: „ექიმი, რომელიც აწარმოებს ინდივიდუალურ, პირველად მომსახურებას და შემდგომაც აგრძელებს სათანადო სამედიცინო მომსახურებას ინდივიდებისა და ოჯახების მიმართ“<sup>19</sup>. ეს განმარტება მედიცინის ინსტიტუტის (Institute of Medicine - IOM) მიერ მოწოდებული პირველადი ჯანდაცვის განმარტების მსგავსია: „პირველადი ჯანდაცვა არის ხელმისაწვდომი ინტეგრირებული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა იმ ექიმების მიერ, რომელთა დანიშნულებაა ოჯახისა და თემის დონეზე ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნილებათა უმეტესობის მიწოდება, პაციენტისა და პრაქტიკოსი ექიმების მდგრადი პარტნიორობის განვითარების მეშვეობით“<sup>22</sup>.

#### **სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი**

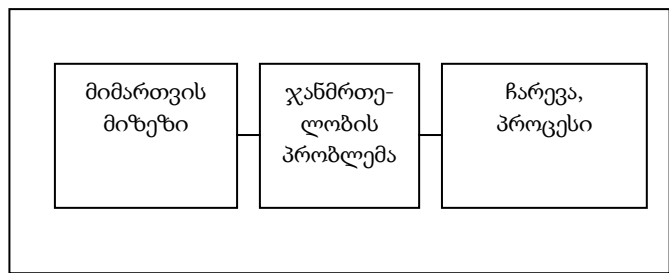
წინამდებარე განსაზღვრებები მოყვანილია პრაქტიკული გამოყენების თვალსაზრისით და აქ „სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი“ შეფასების ერთეულს წარმოადგენს. სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი ინდივიდთა ავადმყოფობის ან შეუძლოდ ყოფნის ეპიზოდისგან განსხვავდება. სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი არის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა ან დაავადება, მისი პროვაიდერთან მიმართვის პირველი მომენტიდან ამ კონკრეტული ჯანმრთელობის პრობლემისა ან დაავადების გამო სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერთან ბოლო მიმართვის ჩათვლით(ნახ. 2)<sup>17</sup>.



ეპიზოდის დასაწყისი



მეორე მიმართვაიგივე ეპიზოდის გამო



ნახ. 2. სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი

მიმართვის მიზეზები, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა/ დიაგნოზები და მკურნალობის პროცესი/ჩარევები სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის ძირითადი არსია. ის შედგება ერთი ან მეტი მიმართვისაგან და ექიმ-პაციენტთა ურთერთობებში წარმოქმნილ ცვლილებებს („ეკოლუციას“) მოიცავს. ამგვარად, სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი თითოეული პაციენტის ჯანმრთელობის ცალკეული პრობლემის ან დაავადების გამო ნებისმიერ მიწოდებულ მომსახურებას უკავშირდება.

„სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნილებათა უმეტესობა“, „სისრულე“, „ინტეგრირების“ დონე, „ხელმისაწვდომობა“ და „ანგარიშგება“ შესაძლებელია ICPC-ის მეშვეობით შეფასდეს, სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდების კლასიფიცირებისდა პაციენტთა ჩანაწერების კომპიუტერით წარმოებისას.

სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის კონცეფცია ICPC-ის გამოყენების ევროპულ კვლევაში იყო ნაჩვენები<sup>14</sup>. აღნიშნულ კვლევაში სხვადასხვა შემთხვევებში გამოვლენილი ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მახასიათებლების ერთგვაროვნება და განსხვავებები იყო მოყვანილი. ამის გარდა, წარმოდგენილი იყო მიმართვის მიზეზთა აღრიცხვის კონცეფცია - პაციენტთა მიერ სამედიცინო მოთხოვნილებების აღრიცხვის თვალსაზრისით ინოვაციური და პრაქტიკული გამოყენებისათვის მოქნილი. ოჯახის ექიმთა მიერ მიმართვის მიზეზებისადმი კოდების მინიჭებისა და პაციენტთა ხედვით წარმოდგენილი მიმართვის მიზეზების შედარების შედეგად მიღებული სიზუსტის ხარისხი<sup>23</sup> საკმარისად მაღალი აღმოჩნდა.

ახალი „პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი“ ზოგად/საოჯახო პრაქტიკას განსაზღვრავს და ICPC-ის მეშვეობით ეპიზოდების სტრუქტურირების წესებს იძლევა, რაც ეპიდემიოლოგიური სტანდარტების დაცვასა და სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემთა შედარებადობას უზრუნველყოფს.

### მიმართვის მიზეზი

მიმართვის მიზეზის (RFE) ცნება ჩამოყალიბდა პაციენტის შესახებ ინფორმაციის პრაქტიკული წარმოდგენისა და კვლევებისა და სწავლებისათვის საფუძვლის შესაქმნელად. ამას ჰოლანდიის გარდამავალი პერიოდის პროექტის (Dutch Transition Project) ფარგლებში მიღებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ცხადყოფს. ისინი მოცემულია სტანდარტული ფორმით, რომელიც გლოსარიუმში წარმოდგენილ წესებს ეფუძნება. მიმართვის მიზეზის გამოყენებით შესაძლებელია ჯანმრთელობის ნებისმიერი მოცემული პრობლემის განსაზღვრა ეპიზოდის საწყისი ეტაპიდან ან მისი მსვლელობის განმავლობაში, თითოეული სტანდარტული ასაკობრივ-სქესობრივი ჯგუფისათვის. ასე, მაგალითად: ხველებასთან დაკავშირებული 10 ყველაზე ხშირი პრობლემა, რომელიც ეპიზოდის დასაწყისში არის მოცემული, 5-14 წლის ბავშვთა და 65-74 წლის მამაკაცთა შორის არსებულ კლინიკურად მნიშვნელოვან სხვაობებს ასახავს (ცხრილი 3). შებრუნებული პროცედურა კლინიკური თვალსაზრისით აბსოლუტურად რელევანტურია: რა სახის მიმართვის მიზეზი იყო წარმოდგენილი ეპიზოდის დასაწყისში და მისი მსვლელობის განმავლობაში ამ კონკრეტულ ჯანმრთელობის პრობლემასთან დაკავშირებით, შესაბამისი ასაკობრივ/სქესობრივი ჯგუფის მიხედვით? ილუსტრაციისათვის აქვე მოყვანილია მწვავე ბრონქიტის შემთხვევა (ცხრილი 4). აღნიშნული ცხრილები კლინიკურ სხვაობებს უფრო დეტალურად ასაბუთებს, ვიდრე ეს აქამდე იყო შესაძლებელი.

**ცხრილი 3.** 10 ყველაზე ხშირად არსებული ეპიზოდის დასახელება, რომელიც ხველით (R05) იწყება (მანამდე არსებული შესაძლებლობები)

მიმართვის მიზეზი R05 ხველა (N=1267)		N	%
R74	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია	456	35,6
R78	მწვავე ბრონქიტი/ბრონქიოლიტი	261	20,4
R05	ხველა	159	12,4
R77	ლარინგიტი/ტრაქეიტი მწვავე	110	8,6
A77	სხვა ვირუსული დაავადება, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული	54	4,2
R96	ასთმა	40	3,1
R81	პნევმონია	33	2,6
R75	სინუსიტი მწვავე/ქრონიკული	30	2,3
R80	გრიპი პნევმონიის გარეშე	24	1,9
R71	ყივანახველა	22	1,7
სულ - 10 ყველაზე ხშირად არსებული		1189	92,8
სულ		1281	100,0

მამაკაცები, 65-74 წლის ასაკში (N=646)		N	%
R78	მწვავე ბრონქიტი/ბრონქიოლიტი	256	39,1
R74	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია	155	23,7
R05	ხველა	65	9,9
R77	ლარინგიტი/ტრაქეიტი მწვავე	45	6,9
R75	სინუსიტი მწვავე/ქრონიკული	22	3,4
R77	გულის უკმარისობა	15	2,3
R96	ასთმა	13	2,0
R91	ქრონიკული ბრონქიტი/ბრონქიექტაზი	12	1,8
R81	პნევმონია	10	1,5
R95	ემფიზემა/ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	9	1,4
10 ყველაზე ხშირად არსებული -სულ		602	92,0
სულ		654	100,0

წყარო: Transition Project, reported in Hofmans-Okkes and Lamberts<sup>17</sup>.

**ცხრილი 4.** 10 ყველაზე ხშირად არსებული მიმართვის მიზეზი მწვავე ბრონქიტის/ბრონქიოლიტის ეპიზოდის დროს (R78)

ბავშვები, 5-14 წლის ასაკში (N=377)		N	%
R05	ხველა	321	46,1
A03	სიცხე	98	14,1
R31	სამედიცინო შემოწმება/ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება/არასრული	64	9,2
R02	ზედაპირული სუნთქვა/დისპნოე	43	6,2
R74	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია	24	3,4
A04	სისუსტე/დაღლილობა (ზოგადად)	18	2,6
R03	ქოშინი	17	2,4
R64	ახალი ეპიზოდის დასაწყისი (ეპიზოდის განვითარება)	17	2,4
R78	მწვავე ბრონქიტი/ბრონქიოლიტი	13	1,9
R21	ყელის სიმპტომები/ჩივილები	9	1,3
10 ყველაზე ხშირად არსებული - სულ		624	89,5
სულ		697	100,0

მამაკაცები, 65-74 წლის ასაკში (N=422)		N	%
R05	ხველა	324	39,4
R02	ზედაპირული სუნთქვა/დისპნოე	133	16,2
R78	მწვავე ბრონქიტი/ბრონქიოლიტი	100	12,2
R31	სამედიცინო შემოწმება/ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება/არასრული	79	9,6
A03	სიცხე	34	4,1
R25	ნახველი/ნახველის პათოლოგია	23	2,8
R64	ახალი ეპიზოდის დასაწყისი (ეპიზოდის განვითარება)	21	2,6
R74	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია	14	1,7
A04	სისუსტე/დაღლილობა (ზოგადად)	13	1,6
R01	ტკივილი სასუნთქი სისტემის არეში	8	1,0
სულ - 10 ყველაზე ხშირად არსებული		749	91,1
სულ		822	100,0

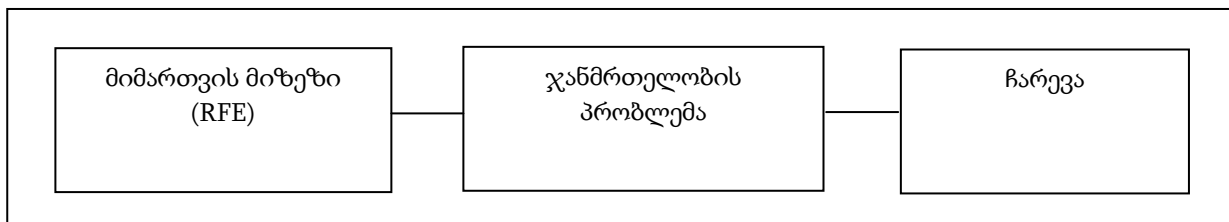
წყარო: Transition Project, reported in Hofmans-Okkes and Lamberts<sup>17</sup>.

### ჯანმრთელობის პრობლემა/დიაგნოზი

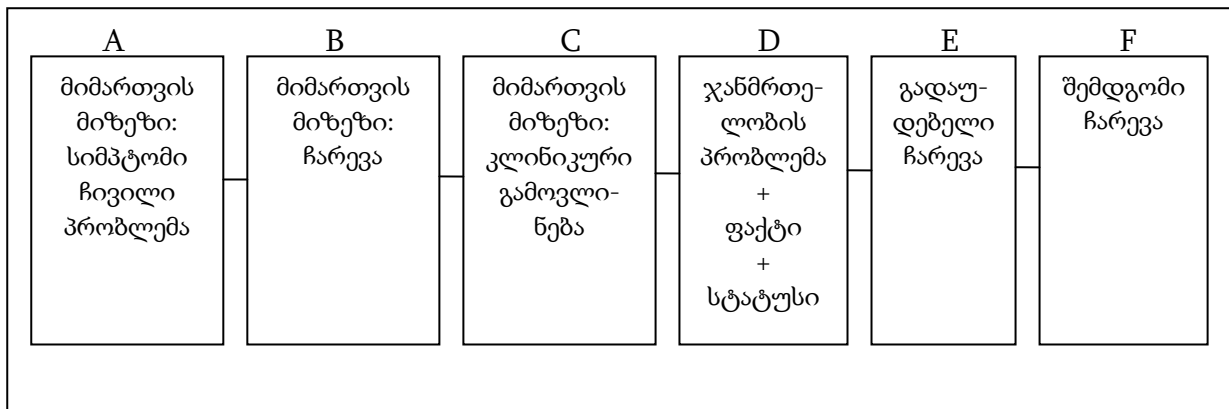
ჯანმრთელობის პრობლემა/დიაგნოზი სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის ძირითად ნაწილს წარმოადგენს და მის დასახელებას განსაზღვრავს. ჯანმრთელობის პრობლემათა დიდი ნაწილი ფაქტიურად სამედიცინო დიაგნოზიც არის, მაგრამ პირველადი ჯანდაცვის შემთხვევაში მრავალი სხვა პირობაც ემატება, ასეთებია: დაავადების შიში, სიმპტომები, ჩივილები, უუნარობა ან სამედიცინო სერვისის მოთხოვნა - მაგალითად, იმუნოზაცია. ICPC ყველა ზემოაღნიშნულს მოიცავს. ჯანმრთელობის პრობლემა მიმართვის მიზეზებში მდგომარეობის აღმწერი ტერმინებით შეიძლება აღინიშნოს, პროვაიდერი კი ზუსტად განსაზღვრავს მას დიაგნოზის და დაავადების სიმძიმის მიხედვით.

ეპიზოდი მიმართვის მიზეზების მიხედვით შეიძლება განისაზღვროს როგორც ექიმისა და პაციენტისათვის ახალი; ან ახალი ექიმისათვის, მაგრამ მანამდე უკვე ნამკურნალევი ამ სამედიცინო დაწესებულების ფარგლებს გარეთ; ან არც ერთი - იმ შემთხვევაში, თუკი ეს განმეორებით მიმართვაა(იხ.ნახ. 3D).

### ძველი სტრუქტურა



### ახალი სტრუქტურა



ნახ. 3. მიმართვის მიზეზთა ამსახველი ახალი სტრუქტურა<sup>17</sup>.

პაციენტთა ჩანაწერების კარგად ორგანიზებული კომპიუტერული სისტემა პროვაიდერს აწვდის შეტყობინებას, როდესაც სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი ცდილობს შეიყვანოს მიმართვა როგორც განმეორებითი იმ ეპიზოდისათვის, რომელიც აქამდე მონაცემთა ბაზაში არ იყო შეტანილი, ან იმ შემთხვევაში, როცა იწყებს ახალ ეპიზოდს ისეთივე დასახელებით, რომელიც უკვე არსებობდა. ცხადია, რომ ეს ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის უზრუნველსაყოფად.

სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდთან დაკავშირებით კიდევ სხვა ასპექტიც არსებობს: რამდენად ზუსტად არის განსაზღვრული ის დიაგნოზი, რომელსაც ექიმი აფიქსირებს. აქ შესაძლებლობები არაზუსტიდან ძალიან კორექტულად დასმულ დიაგნოზამდე ვარირებს, თუმცა ამის სტანდარტული განსაზღვრება არ არსებობს. ამავე დროს ICPC-2-ის შემთხვევაში არსებობს რუბრიკების შერჩევის კრიტერიუმი, რომელიც ეპიზოდის შესატყვისი სახელების შერჩევას უწყობს ხელს. ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების შემთხვევაში შესაძლებელია, რომ კომპიუტერის ეკრანზე პერიოდულად ჩნდებოდეს კოდირებისათვის აუცილებელი შეტყობინება.

სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის მესამე მახასიათებელი - დაავადების სიმძიმე - მე-7 თავში არის განხილული.

პირველადი ჯანდაცვისათვის ხშირია შემთხვევები, როდესაც პაციენტს გააჩნია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მრავლობითი პრობლემები და მათთან დაკავშირებით სამედიცინო მომსახურების რამდენიმე ეპიზოდი არის აღნუსხული. მონაცემთა შესატყვისი სისტემას ძალუძს აღნიშნული პრობლემებისა და ეპიზოდების ურთიერთკავშირების დადგენა და თანმხლები დაავადებების შესახებ მონაცემების მოწოდება (ცხრილი 5).

## ჩარევები, მკურნალობის პროცესი

გადაუდებელი ჩარევების კლასიფიცირებისათვის გამოყენებული, პროცესის ამსახველი ICPC-ის სამნიშნა კოდების სპეციფიკურობა საკმაოდ შეზღუდული, თუმცა როგორც წესი - ადეკვატურია. მაგრამ როდესაც ხდება მედიკამენტების დანიშვნა, აუცილებელია წამლის კოდის მითითება. რადგანაც არსებობს გამოყენებული მედიკამენტების უზარმაზარი რაოდენობა და ამავე დროს გარკვეული იდიოსინკრაზია ეროვნული წამლების ხელმისაწვდომობის მიმართ, საერთაშორისო მასშტაბით მისაღები მედიკამენტების კოდირება ჯერ-ჯერობით არ შემუშავებულა. ევროპაში წარმატებულად გამოიყენება ICPC-ის მედიკამენტების კოდირება, რომელიც წამლების ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიურ კლასიფიკაციასთან (ATC) არის თავსებადი, შესაძლებელია ის ფართო გამოყენებისათვისაც მისაღები აღმოჩნდეს.

**ცხრილი 5.** თანმხლები ეპიზოდები მწვავე ბრონქიტის/ბრონქიოლიტის (R78) მქონე პაციენტებისათვის

ბავშვები 5-14 წლის ასაკში (N=329)		N	%	Prev.
R74	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია	90	9,6	274
H71	შუა ყურის დაფის აპკის მწვავე ანთება	57	6,1	173
R78	მწვავე ბრონქიტი/ბრონქიოლიტი	48	5,1	146
R96	ასთმა	37	3,9	112
A97	ავადმყოფობის არ არსებობა	32	3,4	97
S03	მეჭეჭი	29	3,1	88
A77	სხვა ვირუსული დაავადება, რომელიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული	21	2,2	64
R76	ტონზილიტი მწვავე	20	2,1	61
S18	ნაგლეჯი ჭრილობა/გაჭრა	20	2,1	61
D73	სავარაუდო კუჭ-ნაწლავური ინფექცია	17	1,8	52
10 ყველაზე ხშირად არსებული - სულ		371	39,6	1128
სულ		938	100,0	2851

თანმხლები ეპიზოდების საშუალო რაოდენობა = 2,9

მამაკაცები 65-74 წლის ასაკში (N=350)		N	%	Prev.
R78	მწვავე ბრონქიტი/ბრონქიოლიტი	72	4,7	206
A97	ავადმყოფობის არ არსებობა	56	3,7	160
R95	ემფიზემა/ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	47	3,1	134
K86	ჰიპერტენზია გართულების გარეშე	46	3,0	131
R74	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია	46	3,0	131
K77	გულის უკმარისობა	35	2,3	100
A85	წამლისმიერი აგენტის არასასურველი ზემოქმედება	30	2,0	86
H81	ყურში გოგირდის სიჭარბე	30	2,0	86
K76	გულის იშემიური დაავადება ანგინის გარეშე	30	2,0	86
T90	ინსულინდამოუკიდებელი დიაბეტი	25	1,6	71
10 ყველაზე ხშირად არსებული - სულ		417	27,4	1191
სულ		1521	100,0	4346

თანმხლები ეპიზოდების საშუალო რაოდენობა = 4,3

Prev. = თანმხლები ეპიზოდების რაოდენობა R78 დიაგნოზის მქონე 1000 პაციენტზე წყარო: Transition Project, reported in Hofmans-Okkes and Lamberts<sup>17</sup>.

## პაციენტთა ჩანაწერები

კომპიუტერზე დაფუძნებული პაციენტების ჩანაწერების საფუძველს ICPC-ის მეშვეობით კოდირებული მონაცემები წარმოადგენს, და ისინი რომელიმე ენაზე დამოკიდებული არ არის. ეს ჩანაწერთა პრაქტიკულ გამოყენებას უფრო ღირებულს ხდის, რადგანაც სხვადასხვა ქვეყნებს შორის მონაცემთა შედარების საშუალებას იძლევა. ეს, თავის მხრივ, ზოგადი/საოჯახო მედიცინის განვითარებას უწყობს ხელს, როგორც საერთაშორისოდ აღიარებულ, კარგად განვითარებულ პროფესიას, რომელსაც მკაფიოდ განსაზღვრული და ემპირიულად დადასტურებული კავშირების ჩარჩო გააჩნია. ICPC-ის 19 ენაზე არსებობა და ICD-10-ის თარგმანების ზრდადი რაოდენობა, რომელსაც ანბანური საძიებელიც გააჩნია, მრავალი ქვეყნის ოჯახის ექიმებს დეტალიზებული ენობრივად სპეციფიკური თეზაურუსების საკუთარ სისტემებში გაერთიანების საშუალებას აძლევს. ამავე დროს ICPC-ის გამოყენებით ჩანაწერების სისტემატიზებული სტრუქტურირება და მონაცემთა ბაზების უფრო სტანდარტიზებული ფორმით ჩამოყალიბება ხდება შესაძლებელი.

## შემდგომი განვითარება

თავდაპირველად არსებობდა სამი ძირითადი ელემენტი (მიმართვის მიზეზი, ჯანმრთელობის პრობლემა, ჩარევები), რომელთა კოდირება ICPC-ისმეშვეობით ხდებოდა (ნახ.2). შემდგომ, პაციენტთა ელექტრონული ჩანაწერების შემთხვევაში, მოხდა მათი 6 მონაცემის სახით შეტანა (A-F) (ნახ. 3)<sup>17</sup>. მიმართვის მიზეზი ორ სექციაში ფიქსირდება: სიმპტომები და ჩივილები და პაციენტის მოთხოვნა რაიმე ჩარევასთან დაკავშირებით. მიმართვის მიზეზებში მოყვანილი სიმპტომების და ჩივილების გარდა, ექიმის მიერ აღმოჩენილი კლინიკური მიგნებების (სიმპტომების და ჩივილების) კოდირებაც ხდება.

ჩარევები ან პროცესები აღინიშნება როგორც გადაუდებელი (მიმართვისას ჩატარებული) ან შემდგომი (რომელიც მოგვიანებით გაკეთდება). აღნიშნული მიმართულებით, კერძოდ, ნიდერლანდებში, განხორციელებულმა სამუშაოებმა დაადასტურა მიმართვის მიზეზთა კონცეფციის გამოყენებადობა, შემდგომ მოხდა მისი გაუმჯობესება - ჩამოყალიბდა მიმართვის მიზეზების, ჯანმრთელობის პრობლემების/ დიაგნოზების და სამედიცინო მომსახურების კონცეფციები<sup>14</sup>.

ცხადია, რომ ძალიან სასარგებლოა უწინ არსებული შესაძლებლობების შეფასებისათვის მიმართვის მიზეზთა გამოყენება, მაგალითად, როცა პაციენტის მიერ წარმოდგენილი მიმართვის მიზეზები არის ხველა, სუნთქვის გახშირება, სიცხე, პათოლოგიური ნახველი ან ქოშინი (ნახ. 3A) და ისინი განსხვავდება ექიმის მიერ გამოვლენილი კლინიკური მიგნებებისგან ანამნეზის შედეგის დროს (ნახ. 3C).

ICPC 200-ზე მეტ სიმპტომსა და ჩივილს მოიცავს, რომელთა მეშვეობით მიმართვის მიზეზებისა და კლინიკური მიგნებების სათანადო კლასიფიცირება ხდება შესაძლებელი, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მასში ობიექტური მიგნებების კლასიფიცირება ჯერ-ჯერობით არ შედის. აღნიშნულის შეტანა შესაძლებელია მიმართვის მიზეზთა და ეპიზოდის სტრუქტურისათვის ელექტრონული ჩანაწერების წარმოების შემთხვევაში (ნახ. 3A და C). ერთად აღებული, ეს მანამდე არსებული



შესაძლებლობების სრული აღრიცხვის საშუალებას იძლევა, რადგანაც პაციენტის მიერ მიმართვის მიზეზის სახით აღწერილ სიმპტომსა და ექიმის მიერ დადგენილ შორის არსებული განსხვავების დამახსოვრების და საჭიროების შემთხვევაში - ცალ-ცალკე დათვლის საშუალებასაც იძლევა.

მიმართვის მიზეზები, რომლებიც მოცემულია სიმპტომის ან ჯანმრთელობის პრობლემის/დიაგნოზის სახით, უნდა განვასხვავოთ იმ მიმართვის მიზეზებისაგან, რომლებიც რაიმე ჩარევის (მაგალითად, დანიშნულება, რენტგენი, რეფერალი, რჩევის მიღება) მოთხოვნის ფორმით არის მოცემული (ნახ. 3A და B). რომელიმე ჩარევის მოთხოვნა ხშირად უკვე ჩატარებულ ჩარევას მოსდევს ხოლმე: როდესაც პაციენტს წამალი ან წნევის გაზომვა სჭირდება, ის მას იღებს კიდევაც<sup>17</sup>. როდესაც პაციენტი აქტიურ ზეგავლენას ახდენს იმ მომსახურებაზე, რომელსაც ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმისგან იღებს, მნიშვნელოვანია აღნიშნულის მკაფიოდ დაფიქსირება, შეთანხმებული ურთიერთგაგების მიღწევის მიზნით.

ჩანაწერების სისტემებს დიაგნოსტიკური და თერაპიული ჩარევების ერთმანეთისგან განსხვავების საშუალება უნდა ჰქონდეთ ისეთი შემთხვევებისათვის, როდესაც მიმართვა („დაუყოვნებელი“, ნახ. 3E) ან შემდგომ ჩასატარებელი პროცედურა („შემდგომი“, ნახ. 3F) ფიქსირდება. ოჯახის ექიმის მიერ მიმართვის დროს ფაქტიურად ჩატარებული და მოსალოდნელი (შემდგომ განსახორციელებელი) აქტივობების ერთმანეთისაგან განსხვავების შესაძლებლობა უნდა არსებობდეს. ეს უკანასკნელი მონაცემთა ანალიზის, სხვადასხვა ექიმების აზრთა სხვადასხვაობის და შეთანხმების მიღწევის თვალსაზრისით არის მნიშვნელოვანი. ამის გარდა, ეპიზოდის შემდგომი განვითარებისას პირველი მიმართვისას დაფიქსირებული ვარიანტების უკეთესი გაცნობიერება ხდება შესაძლებელი<sup>17</sup>.

შემდგომი ჩარევების დაფიქსირებისათვის საჭიროა უფრო მეტად სპეციფიკური კლასიფიცირება, ვიდრე ეს ICPC-ის მეშვეობით არის შესაძლებელი. აღნიშნული კი WONCA-ს კლასიფიკაციების კომიტეტის მიმდინარე საქმიანობის საგანს წარმოადგენს.

## 4 ICPC–ის გამოყენება მიმართვის მიზეზთა ჩაწერისათვის

---

ICPC–ის გამოყენებით ინფორმაციის კოდირების პროცედურა განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ რა ტიპის ინფორმაციის ჩაწერა არის საჭირო. ეს შეიძლება იყოს მიმართვის მიზეზი, ჯანმრთელობის პრობლემა ან ჩარევა. იმისათვის, რომ ხელი შევუწყოთ ჩანაწერთა თანმიმდევრულობას და აქედან გამომდინარე, სხვადასხვა დაწესებულებებში მოპოვებული მონაცემების შედარებადობას, შემდეგი სტანდარტებია შემოთავაზებული.

### მიმართვის მიზეზი

პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა უნდა განსაზღვროს და მკაფიოდ ჩამოაყალიბოს მიმართვის მიზეზი (RFE) ისეთი სახით, როგორც ის პაციენტის მიერ არის მოწოდებული. მის ფუნქციაში არ შედის არავითარი შეფასება, მაგალითად, კორექტირება ან მიმართვის მიზეზის სიზუსტის შემოწმება. კლასიფიკატორის გამოყენება აღნიშნული მიზეზისათვის სამ ძირითად პრინციპს ეფუძნება:

1. მიმართვის მიზეზი უნდა დაზუსტებული იქნას და შეთანხმდეს პაციენტსა და პროვაიდერის მიერ და პაციენტმა ის მისთვის მისაღებად უნდა ჩათვალოს.
2. ICPC–ის რუბრიკა ზუსტად პაციენტის მიერ დასახელებული მიმართვის მიზეზის მიხედვით უნდა იყოს შერჩეული. პროვაიდერის მხრიდან მიმართვის მიზეზის ცვლილება დასაშვებია არ არის ან ეს მინიმალური უნდა იყოს. ICPC–ის ფარგლებში პაციენტთა მიმართვის მიზეზების მკაფიო განსაზღვრა აუცილებელია კლასიფიკატორის ყველაზე შესატყვისი რუბრიკის შესარჩევად.
3. რუბრიკებისათვის ჩამოთვლილი შერჩევის კრიტერიუმები ჯანმრთელობის პრობლემების/დიაგნოზების ჩასაწერად არ უნდა იყოს გამოყენებული, რადგანაც მიმართვის მიზეზი მხოლოდ პაციენტის ხედვით უნდა დაფიქსირდეს და მხოლოდ პაციენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას უნდა ეფუძნებოდეს.

ხერხი, რომლითაც პაციენტი აღწერს მისი მიმართვის მიზეზს (მიზეზებს) განსაზღვრავს, თუ რომელი თავი და რომელი კომპონენტი უნდა იყოს გამოყენებული (ნახ.1 და ცხრილი 2). ამ შემთხვევაში გამოიყენება მთლიანი კლასიფიკატორი და პაციენტს შეუძლია აღწეროს მისი სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის მიზეზის იმპტომების ან ჩივილის, მომსახურების მიღების ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების სახით.



## კოდის არჩევა

მიმართვის მიზეზის კოდირებისთვის, უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია იმ ორგანოთა სისტემის ან თავის არჩევა, რომლითაც სწორი ანბანური კოდი განისაზღვრება, ამის შემდეგ კი ხდება იმ ორნიშნა ციფრული კოდის სათანადოდ განსაზღვრა, რომელიც აღნიშნავს სიმპტომს ან ჩივილს, დიაგნოზს ან ჩარევას. ანბანური საძიებელი გამოყენებული უნდა იქნას მაშინ, როდესაც არსებობს გარკვეული უზუსტობა იმის შესახებ, თუ რომელ თავსა ან კომპონენტს მიეკუთვნება კონკრეტული მიმართვის მიზეზი. განუსაზღვრელი ან ორგანიზმის რამდენიმე სისტემასთან დაკავშირებული მიმართვის მიზეზების კოდირებისათვის გამოიყენება თავი A.

მიმართვის მიზეზების ჩასაწერად ICPC-ის გამოყენებისას არსებობს თავების შერჩევის ოთხი წესი, ხოლო კომპონენტების შესარჩევად - სამი. ქვემოთ ეს წესები და მათი გამოყენების მაგალითები არის მოყვანილი.

### წესი 1

მიმართვის მიზეზი მაქსიმალურად ზუსტად უნდა იყოს კოდირებული. შესაძლებელია, რომ პროვაიდერმა გარკვეული დაზუსტება მოითხოვოს.

### მაგალითი

ტკივილი გულმკერდის არეში - შესაძლებელია შემდეგი კოდის მინიჭება: კოდი A11 (ტკივილი გულმკერდის არეში, თუ სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული), კოდი K01 (გულის ტკივილი), კოდი R01 (ტკივილი სასუნთქი სისტემის არეში), კოდი L04 (გულმკერდთან დაკავშირებული სიმპტომები/ჩივილები). სწორი არჩევანის შესახებ გადაწყვეტილება არ ემყარება პროვაიდერის აზრს, თუ რომელი ტიპის ტკივილი არის გულმკერდის არეში - მან მხოლოდ პაციენტის მიერ მიმართვის მიზეზის აღწერა უნდა მოახდინოს.

„ტკივილი მთელი გულმკერდის არეში...“	A11
„ხველებისას გულმკერდი მტკივა“	R01
“გულმკერდი მტკივა . . . ვფიქრობ გულის პრობლემაა “	K01
“ტკივილი მაქვს გულმკერდის არეში, მას შემდეგ, რაც კიბიდან ჩამოვვარდი“	L04

### წესი 2

პაციენტის მიერ მიმართვის მიზეზის აღწერის კოდირების დროს პაციენტის ტერმინოლოგია უნდა იქნას გამოყენებული.

### მაგალითი

სიყვითლე, როგორც დიაგნოსტიკური ტერმინი, მოცემულია თავში D (კუჭ-ნაწლავი), მაგრამ შესაძლებელია, რომ პაციენტმა ეს სიმპტომი წარმოადგინოს, როგორც კანის ყვითელი შეფერილობა (თავი S). თუ პაციენტი პრობლემას „სიყვითლის“ სახით განსაზღვრავს, მაშინ ICPC-ის კოდი იქნება D13. მაგრამ თუკი პაციენტი ამბობს „კანი

მიყვითლდება“, სწორად განსაზღვრული კოდი იქნება S08, მიუხედავად იმისა, თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის აზრით ეს ფაქტი ჰეპატიტის რომელიმე ფორმის დიაგნოზს უნდა უკავშირდებოდეს.

### წესი 3

როდესაც პაციენტს არ ძალუძს ჩვილის სიტყვებით აღწერა, შესაძლებელია მიმართვის მიზეზის თანმხლები პირის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით დაფიქსირება (მაგალითად, თუკი დედა მოიყვანს შვილს ან რომელიმე ნათესავი უგონოდ მყოფ პაციენტს).

### წესი 4

ნებისმიერი პრობლემა, რომელიც პაციენტის მიერ ვერბალურად არის წარმოდგენილი, უნდა დაფიქსირდეს, როგორც მიმართვის მიზეზი. მრავლობითი კოდირება საჭიროა, თუკი პაციენტი ერთ მიზეზზე მეტს წარმოადგენს. თითოეული მიზეზის კოდირება ეტაპობრივად ხდება.

### მაგალითი

„მე მჭირდება წნევის წამალი. ამის გარდა,სარძევე ჯირკვალზე მგრძნობიარე და მტკივნეული მაქვს“ - K50, X18. თუკი მოგვიანებით პაციენტი იკითხავს: „რა წარმონაქმნი მაქვს კანზე?“ - ეს აგრეთვე უნდა იყოს დაფიქსირებული, როგორც მიმართვის მიზეზი S04.

### კომპონენტის კოდის არჩევა

#### 1. სიმპტომები და ჩივილები

პაციენტთა მიმართვის ყველა გავრცელებული მიზეზი, რომელთა გამოც ისინი სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავენ, სიმპტომებისა და ჩივილების ფორმით არის მოცემული<sup>14,16,23,24</sup>. შესაბამისად, სავარაუდოა, რომ კომპონენტი 1 (სიმპტომები და ჩივილები) ფართოდ იქნება გამოყენებული. ეს სიმპტომები სპეციფიკურია თითოეული თავისათვის; გულისრევის შეგრძნება მოცემულია კუჭ-ნაწლავის თავში (D09), მაშინ როდესაც ცემინება – სუნთქვის თავში. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა კომპონენტი იმ სპეციფიკური სიმპტომების აღნიშვნას მოითხოვს, რომელიც ამ თავშია მოცემული, აუცილებელია გარკვეული სტანდარტიზაცია, იმისათვის რომ კოდირება უფრო გამარტივებულად მოხდეს.

ყველა თავში (გარდა ფსიქოლოგიური და სოციალურისა) პირველი რუბრიკა (რუბრიკები) უკავშირდება სიმპტომს “ტკივილი”. მაგალითად, ყურის ტკივილი (H01) და თავის ტკივილი (N01). ამის გარდა, თითოეული თავისათვის არსებობს პირველი კომპონენტის კიდევ ოთხი სტანდარტული რუბრიკა. ესენია:

- 26 კიბოს შიში
- 27 დაავადების ან მსგავსის შიში
- 28 ფუნქციის შეზღუდვა (უუნარობა)
- 29 სხვა სიმპტომები/ჩივილები.

კოდები 26 და 27 (და ზოგჯერ რამდენიმე სხვა) იმ შემთხვევაში გამოიყენება, როდესაც პაციენტი აღნიშნავს, რომ გააჩნია შიში კიბოს ან სხვა რომელიმე დაავადების ან პრობლემის არსებობის შესახებ. მაგალითად:

„ვშიშობ, რომ ტუბერკულოზი მაქვს“	A27
„შიში მაქვს, ძუძუს კიბო ხომ არ არის“	X26
„მაშინებს ვენერიული დაავადება“	Y25

იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც პროვაიდერი ფიქრობს, რომ აღნიშნული შიში დაუსაბუთებელი ან არალოგიკურია, ის მაინც წარმოადგენს პაციენტის მიმართვის მიზეზს იმ სახით, როგორც ეს პაციენტმა დააფიქსირა.

რუბრიკა 28 უნდა იყოს გამოყენებული მაშინ, როდესაც პაციენტის მიმართვის მიზეზი ჩამოყალიბებულია როგორც უუნარობა, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ყოველდღიურ საქმიანობასა და სოციალურ ფუნქციებზე.

### მაგალითები

„მე კიბეზე ვერ ავდივარ თაბაშირის ნახვევის გამო, რომელიც კოჭის მოტეხილობისას გამიკეთეს“ - L28 (კომპონენტი 1) და L76 (კომპონენტი 7).

„ოფისში ვერ ვმუშაობ, რადგანაც არ შემძლია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჯდომა ბუასილის გამო“ - K28 (კომპონენტი 1) და K96 (კომპონენტი 7).

ყველა თავში კომპონენტი 29 იმ სიმპტომებს ან ჩივილებს მოიცავს, რომლებიც სხვა რუბრიკაში არ მოხვდა (ე.წ. „ნარჩენების ჩანთა“ - „rag-bag“). ის მოიცავს კონკრეტულ ან უჩვეულო სიმპტომებსა და ჩივილებს, რომლებსაც ცალკე გამოყოფილი რუბრიკა არ გააჩნია. ის ასევე უკავშირდება იმ სიმპტომებს/ჩივილებს, რომლებიც მკაფიოთ არ არის გამოკვეთილი. საჭიროა რაიმე სინონიმის მონახვა სხვა რუბრიკებში, ვიდრე ეს რუბრიკა იქნება გამოყენებული.

## 2. დიაგნოსტიკა, სკრინინგი და პრევენციული პროცედურები

წარმოდგენილი რუბრიკები ასახავს პაციენტის მოლოდინს ჩაიტაროს გარკვეული პროცედურა, მაგალითად, „მე მოვედი სისხლის ანალიზის გასაკეთებლად“ (-34). პაციენტმა შეიძლება მოითხოვოს პროცედურის ჩატარება, რომელიც გარკვეულ პრობლემას უკავშირდება ან გააჩნდეს რაიმე ერთჯერადი მოთხოვნა, მაგალითად:

„მსურს, რომ ექიმმა გული გამისინჯოს,“	K31	ან
„ვფიქრობ, რომ შარდის ანალიზის გაკეთება მჭირდება“	(-35)	ან
„მე მოვედი რენტგენის პასუხის მისაღებად“	(-60)	ან
„მე აცრა მჭირდება“	(-44).	

პროვაიდერის მიერ უნდა განისაზღვროს, თუ რატომ თვლის პაციენტი, რომ მას შარდის ანალიზი უნდა გაუკეთდეს, რადგანაც შესაბამისი ანბანური კოდის შერჩევა არის საჭირო. თუ ეს უკავშირდება შარდის ბუშტის შესაძლო ინფექციას, მაშინ კოდი იქნება U35; თუ დიაბეტს – T35. თუკი მოთხოვნა ბარიუმის მიღებას გამოა, კოდი იქნება D60. წითურას საწინააღმდეგო აცრის მოთხოვნა აღინიშნებაკოდით A44.

## 3. წამლები, მკურნალობა, პროცედურები

აღნიშნული მიმართვის მიზეზების კოდი გამოიყენება მაშინ, როდესაც პაციენტის მოთხოვნა მკურნალობას ეხება ან თუკი პაციენტი მოდის ექიმთან გარკვეული მითითებების მისაღებად, რომლებიც მის მკურნალობას, სხვადასხვა პროცედურებს ან წამლების მიღებას უკავშირდება. პროვაიდერს ყველაზე შესატყვისი კოდის განსაზღვრისთვის სათანადო ინფორმაცია სჭირდება.

### მაგალითები

„მე წამალი მჭირდება“ (-50). თუკი პაციენტი აღნიშნავს მიზეზს, რომლის გამოც მოითხოვს წამალს ან თუკი პროვაიდერმა იცის ეს მიზეზი, მაშინ მოხდება შესაბამისი ანბანური კოდის შერჩევა. მაგალითად, სინუსური ინფექციის დროს კოდი იქნება R50.

„მე მოვედი, რომ მოვიხსნა თაბაშირის ნახვევი“(-54). თუკი ეს ეხება, მაგალითად, მარცხენა ხელის მოტეხილობას, შესატყვისი ანბანური კოდი იქნება L.

„მე დღეს ვარ დაბარებული ნაკერების მოსახსნელად“(-54). მიუხედავად იმისა, რომ თავდაპირველად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ყველა ნაკერის მოხსნასთან დაკავშირებული საკითხი კანის თავში უნდა მოხვდეს, თუკი პაციენტი მოდის ნაკერების ამოსაღებად ქუთუთოს გაკერვის შემდეგ, კოდი იქნება F54, თუკი ფიმოზის გამო - მაშინ Y54.

#### 4. ანალიზების პასუხები

ამ კომპონენტის გამოყენება ხდება მაშინ, როდესაც პაციენტი მოდის ადრე ჩატარებული ანალიზების პასუხის მისაღებად. ამ კომპონენტის გამოყენება ხდება იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ანალიზების პასუხები უარყოფითია. ხშირად პაციენტი ითხოვს არა მარტო ანალიზების შედეგებს, მას შემდგომი განმარტებები და დამატებითი ინფორმაცია სჭირდება აღნიშნული პრობლემების გამო. ამ შემთხვევაში გამოიყენება დამატებითი კოდი -45 (ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სწავლება, რჩევა).

##### მაგალითები

„სისხლის ანალიზის შედეგების მისაღებად მოვედი“.თუ ანალიზი ჩატარდა ანემიის გამო, კოდი არის B60, თუ ლიპიდებზე – T60, თუ პაციენტი ზუსტად არ აღნიშნავს – A60.

„მინდა ვიცოდე, რა გამოჩნდა კუჭის რენტგენოსკოპიის შედეგად, რომელიც წინა კვირას გავიკეთე“(D60).

„მსურს შარდის ანალიზის შედეგების მიღება და მათი უროლოგთან წარდგენა. აგრეთვე მინდა გავიგო, რის გაკეთებას აპირებს ის და რა გამოკვლევები და მკურნალობა არის მოსალოდნელი შემდგომისთვის“(U60, U45).

#### 5. ადმინისტრირება

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული მიმართვის მიზეზები მოიცავს გამოკვლევებს, რომლებიც მესამე მხარის მიერ არის მოთხოვნილი (ნებისმიერი სხვა პირი ან დაწესებულება, თვით პაციენტის გარდა), სადაზღვევო ფორმებს, რომლებიც უნდა შეივსოს, ან მსჯელობას იმის თაობაზე, სად უნდა გაიგზავნოს ჩანაწერი.

##### მაგალითები

„მჭირდება ამ სადაზღვევო ფორმის შევსება“ (A62).

„მოტეხილობა მომირჩა და მჭირდება ცნობა სამსახურში დასაბრუნებლად“ (L62).

#### 6. რეფერალი და მიმართვის სხვა მიზეზები

თუკი პაციენტის მიმართვის მიზეზი მის სხვა პროვაიდერთან გაგზავნას უკავშირდება, გამოიყენება კოდები -66; -67; -68. როცა პაციენტის მიმართვის მიზეზად აღინიშნება „გამოგზავნილია ვინმეს მიერ“, გამოიყენება კოდი -65.

როდესაც პროვაიდერი იწყებს ახალ ეპიზოდს ან მოითხოვს არსებული ეპიზოდის გაგრძელებას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ისეთი პრობლემების გამო, როგორცაა ჰიპერტენზია, ჭარბი წონა, ალკოჰოლიზმი ან თამბაქოს მოხმარება, მართებულია მიმართვის მიზეზისათვის -64 კოდის გამოყენება.



*მაგალითები*

პაციენტს, რომელიც უჩივის დაგუბებას ყურში გოგირდის სიჭარბის გამო, ყური ამოუსუფთავდა, ამის გარდა, მას გაუზომეს წნევა და ის მაღალი აღმოაჩნდა და ამასთან მისცეს რჩევები თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით. ამ შემთხვევაში მიმართვის მიზეზი, მასთან დაკავშირებული პრობლემები და მკურნალობა შემდეგნაირად უნდა ჩაიწეროს:

H13 (ყურის დახშობა), H81 (ყურში გოგირდის სიჭარბე), H51 (ყურიდან გოგირდის ამოსუფთავება).

K64 (პროვადერის ინიციატივა), K85 (არტერიული წნევის მომატება), K31 (არტერიული წნევის გაზომვა).

P64(პროვადერის ინიციატივა), P17 (თამბაქოს მოხმარება),P45 (რჩევა თამბაქოს მოხმარებისათვის თავის დანებების შესახებ).

## 7. დიაგნოზი/დაავადება

მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი მიმართვის მიზეზად განსაზღვრულ დიაგნოზს ან დაავადებას ასახელებს, ეს უნდა აისახოს მეშვიდე კომპონენტის კოდით. იმ პაციენტის მიმართვის მიზეზი, რომელიც დიაბეტით არის დაავადებული, მაგრამ მოსულია მდგომარეობის გაუარესების ან სისუსტის გამო, არ უნდა აღირიცხოს დიაბეტის კოდით - კოდი უნდა აღნიშნავდეს სისუსტეს (A04). მაგრამ თუ პაციენტი აღნიშნავს, რომ ის დიაბეტის გამო მოვიდა, მაშინ მიმართვის მიზეზში მიეთითება „დიაბეტი“(T90).

თუ პაციენტი მიმართვის მიზეზად აღნიშნავს დიაგნოზს, რომელიც პროვადერისათვის ცნობილია, როგორც არასწორი, მიმართვის მიზეზად მაინც აღინიშნება პაციენტის მიერ მოწოდებული „არასწორი“ და არა პროვადერისათვის ცნობილი „კორექტული“ მიზეზი. მაგალითად, პაციენტი მიზეზად “შაკიკს” ასახელებს, პროვადერმა კი იცის, რომ ეს „დამაბულობის თავის ტკივილია“. ან არსებობს პაციენტი, რომლის შესახებაც ცნობილია, რომ მას ცხვირში „პოლიპები“ აქვს, მაგრამ ის მიმართვის მიზეზად „თივის ცხელებას“ ასახელებს.

*მაგალითები*

„მოვედი ჰიპერტენზიის გამო“(K86).

„მე ყოველთვის ურად გაკითხავთ ბარძაყის ოსტეოართროზის გამო“(L89).

## წესები კომპონენტებისათვის

ქვემოთ მოყვანილია თითოეული კომპონენტის გამოყენებისათვის არსებული წესები, რომლებიც კომპონენტს უფრო დეტალურად აღწერს.

### წესი 1

როდესაც ციფრობრივი კოდი უკვე მითითებულია ტირეს (-) მეშვეობით, აუცილებელია თავის ანბანური კოდის შერჩევა. როდესაც კონკრეტული თავი ვერ შეირჩა ან თუკი რამდენიმე თავიაგამოსაყენებელი, იხმარება A. იმისათვის, რომ კოდმა დასრულებული სახე მიიღოს, აუცილებელია მისი ანბანური ნიშნულის მითითება.

### მაგალითი

ბიოფსიის კოდი არის -52, კუჭ-ნაწლავთა სისტემისათვის იქნება D52, ხოლო კანისათვის - S52.

გამოწერილი წამლები აღინიშნება კოდით -50. პაციენტი, რომელსაც დაენიშნა ასთმის წამლები, ჩანიშნული იქნება კოდით R50.

### წესი 2

თუკი მიმართვისას პაციენტის მიერ მითითებულია რამდენიმე მიმართვის მიზეზი, მაშინ ერთზე მეტი კომპონენტის რუბრიკები ან ერთსა და იმავე კომპონენტისთვის რამდენიმე რუბრიკის გამოყენება შეიძლება.

### მაგალითი

„წუხელ მაწუხებდა მუცლის ტკივილი და რამდენჯერმე პირღებინება მქონდა“ D01, D10.

„მაქვს მუცლის ტკივილი, ვფიქრობ, რომ ეს შეიძლება აპენდიციტი იყოს“ D06, D88.

## 5 ICPC-ის გამოყენება ჯანმრთელობის პრობლემებისა და სამედიცინო მომსახურების (ჩარევების) პროცესის აღსაწერად

---

### ჯანმრთელობის პრობლემები

ICPC-ის გამოყენება შესაძლებელია პროვაიდერის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების შეფასების ჩასაწერად. ეს შეიძლება გაკეთდეს სიმპტომებისა და ჩივილების ან დიაგნოზის ფორმით - ანუ პირველი ან მეშვიდე კომპონენტის გამოყენებით. კომპონენტი 7 დაავადებების, ტრავმების და მათთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების ჩამონათვალს ეფუძნება, რომელიც ICD-ში არის მოცემული, მაგრამ ცალკეული რუბრიკების სახით მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვისათვის ზოგად ან მნიშვნელოვან საკითხებს მოიცავს.

ჯანმრთელობის პრობლემათა დიდი ნაწილი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის საგანს წარმოადგენს, დაავადებისა ან ტრავმების ტერმინებით ვერ განისაზღვრება. ისინი მოიცავს სიმპტომებსა და ჩივილებს, რომლებიც პირველ კომპონენტში არის ჩამოთვლილი. ხანდახან არ არსებობს ჯანმრთელობის მკაფიოდ განსაზღვრული პრობლემა, რომელიც მომსახურების ეპიზოდში არის შესული - მაგალითად, როდესაც ის იმუნიზაციის აუცილებლობასთან, ან PAP-ტესტთან, ან რჩევასთან არის დაკავშირებული. აღნიშნული ეპიზოდები უნდა აღინიშნოს შემდეგი რუბრიკების გამოყენებით: A97 - ავადმყოფობის არარსებობა ან A98 - ჯანმრთელობის ხელშეწყობა/პრევენციული მედიცინა.

პირველ და მეშვიდე კომპონენტებში ჩამოთვლილია ICD-10-ის შესაბამისი კოდები თითოეული რუბრიკისათვის. არსებობს ზუსტი („ერთი-ერთზე“) შესატყვისობები, თუმცა გაცილებით უფრო ხშირად ICPC-2-ის თითოეულ რუბრიკას ICD-ის რამდენიმე კოდი და პირიქით - ICPC-2-ის რამდენიმე კოდი ICD-10-ის ერთ რუბრიკას შეესაბამება. ერთმანეთის შესაბამისობის სრული სტრუქტურა მე-10 თავში არის მოყვანილი.

იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს ჯანმრთელობის პრობლემების ICPC-2-ის გამოყენებით კოდირების სიზუსტე, მე-7 კომპონენტის რუბრიკების დიდ ნაწილს შერჩევის კრიტერიუმები აქვს განსაზღვრული. აღნიშნული უფრო ფართოდ მეექვსე თავში არის მოცემული.

პირველი და მეშვიდე კომპონენტების რუბრიკებს ხშირად დამატებითი ინფორმაციაც გააჩნია, რომელიც მათ გამოყენებას ალწერს: სინონიმებისა და ალტერნატიული აღწერების ჩამონათვალი (შერჩევის ტერმინები); მსგავსი პირობების ჩამონათვალი, რომლებიც ყველგან გამორიცხვის ტერმინებში უნდა იყოს კოდირებული; ნაკლებად სპეციფიკური კოდების ჩამონათვალი, რომლებიც შეიძლება რომ განიხილებოდეს, თუკი პაციენტის მდგომარეობის აღსაწერად შერჩევის ზუსტი კრიტერიუმი არ არსებობს. მსგავსი გაიდლაინები მეორედან მეექვსე კომპონენტისათვის არ არსებობს.

## ჯანმრთელობის პრობლემების კოდირების ზოგადი წესები

მისასაღმებელია, რომ მომხმარებლების მიერ თითოეული მიმართვისას, ნებისმიერი პრობლემის (ადმინისტრირება, ორგანული, ფსიქოლოგიური, სოციალური ჯანმრთელობის პრობლემები) აღწერა სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის ფორმით მოხდეს: ჩანაწერი დიაგნოსტიკურად ძალიან ზუსტი უნდა იყოს და მომხმარებელი მასში დარწმუნებული უნდა იყოს, ამავე დროს კონკრეტული რუბრიკის შერჩევის კრიტერიუმებს უნდა აკმაყოფილებდეს.

მონაცემთა ნებისმიერი სისტემისათვის აუცილებელია მკაფიოდ განსაზღვრული და სპეციფიკური კრიტერიუმის არსებობა, რომლის მიხედვითაც მოხდება ჯანმრთელობის პრობლემებისა და მომსახურების ეპიზოდების ჩაწერა. კერძოდ, ეს გამოიყენება რაიმე კონკრეტული პირობისა და გამოვლინებებს შორის ურთიერთკავშირისათვის, როდესაც ორივე მათგანი არის ხელმისაწვდომი კლასიფიკატორის რუბრიკების სახით და მაგალითის საუკეთესო ილუსტრაციას წარმოადგენს. შესაძლოა, რომ გულის იშემიური დაავადების მქონე პაციენტს ატრიალური მოციმციმე არითმია და შფოთვა აღენიშნებოდეს. უფრო სწორი იქნება, თუკი მათი შერჩევა ცალ-ცალკე ეპიზოდების სახით მოხდება, რომლებიც, შესაბამისად, სხვადასხვა მკურნალობას მოითხოვს. მოყვანილ მაგალითში მოციმციმე არითმია და შფოთვა უნდა ჩაიწეროს მომსახურების დამატებითი ეპიზოდების სახით.

ზოგიერთი სისტემა მოითხოვს, რომ პრობლემების კოდირება მხოლოდ კომპონენტ 1-ის და კომპონენტ 7-ის გამოყენებით მოხდეს, მაგრამ ისეთი სისტემებიც არსებობს, სადაც სხვა კომპონენტების კოდებიც არის მისაღები. მაგალითად, პაციენტი მოვიდა ტეტანუსის საწინააღმდეგო აცრის გასაკეთებლად, თუმცა ამჟამად ტრავმა არ აქვს, მაშინ აღნიშნული პრობლემის კოდი N44 იქნება.

ICPC-სათვის დამახასიათებელია მეტი უპირატესობის მინიჭება ორგანიზმის სხეულის მიხედვით ლოკალიზაციისათვის, ვიდრე ეტიოლოგიის საკითხებისათვის. ამიტომ თუკი ხდება ისეთი პრობლემის კოდირება, რომელიც ეტიოლოგიას უკავშირდება და რამდენიმე თავში არის მოყვანილი (მაგალითად, ტრავმა), საჭიროა შესაბამისი თავის მითითება. თავი A (ზოგადი) უნდა გამოიყენებოდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი ზუსტი ლოკალიზაცია ცნობილი არ არის ან დაავადება სხეულის ორზე მეტ სისტემას ეხება. ყველა თავში არის მოცემული სპეციფიკური რუბრიკები, რომლებიც დაავადებისა და ეტიოლოგიის მიხედვით სხეულის სისტემებსა ან ორგანოებზე არის დაფუძნებული. მდგომარეობები, რომლებიც თან ახლავს და ზეგავლენას ახდენს ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდზე, როგორც წესი, თავი W-ს კოდებით აღინიშნება, მაგრამ არ ხდება აღნიშნული თავის მიხედვით კოდირება მხოლოდ ორსულობის დასაფიქსირებლად, აუცილებელია სხეულის შესაბამისი სისტემების მიხედვით რუბრიკის შერჩევა. ყველა სოციალური პრობლემა, რომელიც მიმართვის მიზეზის ან პრობლემის სახით არის ჩამოყალიბებული, მე-7 თავის პირველ კომპონენტში არის ჩამოთვლილი.



ჯანმრთელობის პრობლემების კოდირებისათვის არსებული სპეციფიკური წესები შერჩევის კრიტერიუმების გამოყენებით (იხ. აგრეთვე თავი 6).

1. დიაგნოზის კოდი მაქსიმალურად სპეციფიკური უნდა იყოს.
2. შერჩევის კრიტერიუმები მოიცავს კრიტერიუმების მინიმალურ რაოდენობას, რომლებიც აუცილებელია რაიმე რუბრიკის კოდის დასაშვებად.
3. კრიტერიუმებთან შედარება ხორციელდება იმის შემდეგ, რაც დიაგნოზის ჩამოყალიბება მოხდა. დიაგნოზების გაიდლაინები არ არსებობს და მათი გამოყენება თერაპიული გადაწყვეტილებების მიღებისათვის არც არის ნავარაუდები.
4. თუ კრიტერიუმების ჩამონათვალი არ არის დამაკმაყოფილებელი რუბრიკის შესარჩევად, მიმართეთ ნაკლებად სპეციფიკურ რუბრიკებს, რომლებიც მოცემულია პუნქტში „სხვა შესაძლო“.
5. იმ რუბრიკებისათვის, რომელთაც შერჩევის კრიტერიუმები არ გააჩნია, გაითვალისწინეთ პუნქტები „იგულისხმება“ და „არ იგულისხმება“.

### სამედიცინო მომსახურების პროცესი, ჩარევები

ICPC-ის გამოყენება სამედიცინო მომსახურების პროცესში გამოყენებული პროცედურების კლასიფიცირებისათვისაც არის შესაძლებელი. ამისათვის მეორე, მესამე და მეხუთე კომპონენტები და მეექვსე კომპონენტის ნაწილის გამოყენება არის საჭირო, მაგრამ მეოთხე კომპონენტი და მეექვსე კომპონენტის ნაწილი (კერძოდ კი, -63, -64, -65 და -69) ასეთ შემთხვევებში არ იხმარება.

პროცესებთან დაკავშირებული რუბრიკები ფართო და ზოგადი ანუ ნაკლებად სპეციფიკურია, მაგალითად, სისხლის ანალიზი (-34) იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ორგანიზმის მხოლოდ ერთ სისტემას უკავშირდება, შეიძლება მრავალ სხვადასხვა (ენზიმების, ლიპიდების, ელექტროლიტების) ანალიზს მოიცავდეს.

მეორე, მესამე და მეხუთე კომპონენტებში მოცემული პროცესების კოდების უფრო ღრმა დეტალიზაცია მოყვანილია კლასიფიკატორში IC-Process-PC, რომელიც WONCA-ს კლასიფიკაციისკომიტეტის მიერ იქნა შემუშავებული<sup>25</sup>. ამიტომაც არსებობს ICPC და IC-Process-PC შედარების საშუალება. დეტალიზება, რომელიც IC-Process-PC-ში არის მოყვანილი, შეიძლება გამოყენებული იქნას ICPC-ის სამნიშნა კოდებში, თუკი მათი 4 ან 5 ციფრამდე გაფართოება მოხდება.

მეორე, მესამე და მეხუთე კომპონენტები და მეექვსე კომპონენტის ნაწილი სამედიცინო მომსახურების პროცესის კლასიფიცირებისთვის გამოიყენება; რუბრიკების კოდები ორციფრა კოდების დონეზე ყველა თავისთვის სტანდარტულია.

პროვაიდერმა, რომელიც კოდირებას აკეთებს, კოდს ანბანური ნიშნული უნდა დაუმატოს. W, X, Y თავების პირველი და მეშვიდე კომპონენტების რუბრიკათა შეზღუდული რაოდენობა ზოგიერთ ისეთ პროცედურასაც მოიცავს, როგორცაა მშობიარობა, აბორტი და ოჯახის დაგეგმვა.

კოდირების პროცესის უმთავრესი პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ უნდა მოხდეს ყველა იმ ჩარევის კოდირება, რომელიც კონკრეტული მიმართვისას ხორციელდება და რომელსაც სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდთან ლოგიკური კავშირი აქვს. მეოთხე და მეხუთე ციფრის აუცილებლობა შეიძლება გაჩნდეს, თუკი უფრო მეტი დეტალიზაცია არის საჭირო. ქვემოთ ამის ამსახველი მაგალითები არის მოყვანილი:

## მაგალითი 1

- 54 აღდგენა / ფიქსაცია / გაკერვა / იმობილიზაციის საშუალება / პროთეზი
- L54.1 იმობილიზაციის საშუალების გაკეთება
- L54.2 იმობილიზაციის საშუალების მოხსნა

## მაგალითი 2

- 40 დიაგნოსტიკური ენდოსკოპია
- D40 კუჭ-ნაწლავთა სისტემის დიაგნოსტიკური ენდოსკოპია
- D40.1 გასტროსკოპია

თითოეული მიმართვისათვის ერთზე მეტი პროცესის კოდი შეიძლება იყოს გამოყენებული, მაგრამ მნიშვნელოვანია თანმიმდევრულობის დაცვა. მაგალითად: წნევის გაზომვა, რომელიც ჰიპერტენზიისას რუტინულ პროცედურას წარმოადგენს, ნებისმიერ შემთხვევაში კოდით K31 უნდა აღინიშნოს. რუტინული გასინჯვა, სრული ან ნაწილობრივი, როგორც სხეულის სისტემებისათვის, ისე ზოგადი თავის შემთხვევისთვის ასევე ერთგვაროვნად უნდა იყოს კოდირებული. ქვემოთ მოყვანილია სრული და ნაწილობრივი გასინჯვის განსაზღვრებების მაგალითები, რომლებიც ერთიანი სახით გამოიყენება. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ თითოეული ქვეყანა საკუთარ განსაზღვრებას იყენებს იმისთვის, რომ აღნიშნოს „სრული გასინჯვა - ზოგადი“ და „სრული გასინჯვა - სხეულის სისტემა“, ამგვარად საჭიროა ამ ტერმინების შესაბამისი გამოყენება. ამის გარდა, ტერმინები „ნაწილობრივი გასინჯვა - ზოგადი“ ან „ნაწილობრივი გასინჯვა - სხეულის სისტემა“ კონკრეტული ქვეყნისათვის სათანადო აზრობრივ დატვირთვას უნდა ატარებდეს.

### სრული გასინჯვა

ტერმინი „სრული გასინჯვა“ გულისხმობს, რომ გასინჯვა მოიცავს პროფესიული შეფასების ისეთ ელემენტებს, რომლებიც ადგილობრივი პროფესიონალების ჯგუფის მიერ შეთანხმებული პოზიციის თანახმად სამედიცინო მომსახურების ჩვეულებრივ სტანდარტებს შეესაბამება. ასეთი სრული გასინჯვა შეიძლება სხეულის რომელიმე სისტემას (მაგალითად, თვალი - თავი F ) ან ზოგად გასინჯვას (თავი A ) მოიცავდეს.

### ნაწილობრივი გასინჯვა

ტერმინი „ნაწილობრივი გასინჯვა“ ნებისმიერ თავში გულისხმობს გასინჯვას, რომელიც შესაბამის ორგანოთა სისტემაზე ან ფუნქციაზე არის მიმართული. როდესაც შეზღუდულ ან არასრულ გასინჯვაში ორზე მეტი სისტემაა ჩართული, ის აღინიშნება როგორც ზოგადი (თავი A). მიმართვათა უმრავლესობა მოიცავს ან ნაწილობრივ გასინჯვას, რომელიც მწვავე მდგომარეობის ან მარტივი დაავადების შეფასებაზე არის მიმართული, ან განმეორებით ვიზიტს ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში. ქვემოთ მოყვანილია მაგალითები:

სრული გასინჯვა - ზოგადი = A30

სრული ნერვოლოგიური გასინჯვა = N30

ნაწილობრივი გასინჯვა - ზოგადი, ორგანიზმის ზოგიერთი სისტემის არასრული გასინჯვა, მაგალითად: რესპირაციული, ნერვული და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის = A31

ნაწილობრივი გასინჯვა - ორგანიზმის სისტემა, წნევის გაზომვა = K31

WONCA-ს კლასიფიკაციის კომიტეტის თანახმად, რუტინულ გასინჯვაში შემავალი შემდეგი პროცედურები შესაბამის რუბრიკებში უნდა აღინიშნოს კოდებით - 30 და -31:

- დათვალიერება, პალპაცია, პერკუსია, აუსკულტაცია;
- მხედველობის შემოწმება და თვალის ფსკერის დათვალიერება;
- ოტოსკოპია;
- ვიზრაციის შემოწმება (გამოკვლევა კამერტონის გამოყენებით);
- ვესტიბულარული ფუნქცია (კალორიმეტრიული ტესტების გარდა);
- სწორი ნაწლავის და საშოს თითით გამოკვლევა;
- წნევის გაზომვა;
- არაპირდაპირი ლარინგოსკოპია;
- წონა / სიმაღლე.

ყველასხვა სახის გასინჯვა სხვა რუბრიკებში უნდა იყოს შეტანილი.

### კომპონენტი 2 - დიაგნოსტიკა, სკრინინგი და პრევენციული პროცედურები

დიაგნოსტიკური და პრევენციული პროცედურები სამედიცინო მომსახურების სახეობათა ფართო სპექტრს მოიცავს, მათ შორისაა: იმუნიზაცია, სკრინინგი, რისკის შეფასება, სწავლება, კონსულტირება.

### კომპონენტი 3 - მედიკამენტები, მკურნალობა, პროცედურები

ეს კომპონენტი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ ჩატარებული პროცედურების კლასიფიცირებას ახდენს. არ იგულისხმება, რომ ის გამოიყენება ისეთი პროცედურების დასაფიქსირებლად, რომლებიც იმ პროვაიდერის მიერ ჩატარდა, რომელთანაც პაციენტი იქნა გაგზავნილი; ამ შემთხვევაში პროცედურების ბევრად უფრო ფართო ჩამონათვალი არის საჭირო. იმუნიზაციის კოდირება მეორე კომპონენტში წარმოებს.



#### კომპონენტი 4 - ანალიზების პასუხები

კომპონენტი 4 პროცესს ან ჩარევებს არ მოიცავს.

#### კომპონენტი 5 - ადმინისტრირება

აღნიშნული კომპონენტი მიმართულია ისეთი შემთხვევების დასაფიქსირებლად, როდესაც საჭიროა პროვაიდერის მიერ პაციენტისთვის ან სხვა ორგანიზაციისათვის შევსებული საბუთისა ან ფორმის მიწოდება, რაც არსებული რეგულაციებით, კანონებით ან კანონქვემდებარე აქტებით არის გათვალისწინებული. მიმართვის (რეფერალის) ფორმის შევსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში შედის ადმინისტრაციულ მომსახურებაში, თუკი ეს იყო ერთადერთი აქტივობა, რომელიც მიმართვისას ჩატარდა - ყველა სხვა შემთხვევაში ის მეექვსე კომპონენტში შედის.

#### კომპონენტი 6 - რეფერალი და მიმართვის სხვა მიზეზები

პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროვაიდერთან, ექიმებთან, ჰოსპიტალში, კლინიკებში ან სხვა დაწესებულებაში რაიმე თერაპიულიან საკონსულტაციო მიზნებით გაგზავნა მეექვსე კომპონენტის კოდებით უნდა აღინიშნოს. რენტგენოგრაფიაზე ან ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე გაგზავნა მეორე კომპონენტით ხდება.

უფრო დეტალიზებული აღნიშვნისთვის შეიძლება მეოთხე ციფრის დამატება. მაგალითად:

- 66 გაგზავნა სხვა მიმწოდებელთან (ექთანთან / ფსიქოლოგთან / სოციალურ მუშაკთან)
  - 66.1 ექთანთან
  - 66.2 ფსიქოლოგი
  - 66.3 სოციალური მუშაკი
  
- 67 სპეციალისტი
  - 67.1 თერაპევტი
  - 67.2 კარდიოლოგი
  - 67.3 ქირურგი

## 6 შერჩევის კრიტერიუმები ICPC-ში

---

### შესავალი

WONCA-ს კლასიფიკაციის კომიტეტისთვის ყოველთვის ნათელი იყო, რომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული პრობლემების კლასიფიცირებისათვის საერთაშორისო დონეზე შეთანხმებულ რუბრიკების ჩამონათვალს არ ძალუძს სტატისტიკური შედარებადობის უმაღლეს დონეზე უზრუნველყოფა. კოდირების შესატყვისობის უზრუნველყოფისათვის 1983 წელს გამოიცა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია ICHPPC-2-გაუმჯობესებული (ICHPPC-2-Defined), რომელიც თითოეული რუბრიკის გამოყენებისათვის განკუთვნილ შერჩევის კრიტერიუმებს მოიცავდა.

შერჩევის კრიტერიუმები განსაზღვრებათა იდენტური არ არის, შერჩევის კრიტერიუმები მიზნებთან მიმართებაში განიხილება და კოდირების შესატყვისობას უზრუნველყოფს, მაშინ როდესაც განსაზღვრებების მეშვეობით მხოლოდ ჯანმრთელობის პრობლემათა აღწერა ხდება. მაგრამ გარკვეული ნაბიჯები იქნა გადადგმული იმისათვის, რომ მათ შორის შედარებადობა არსებობდეს, როგორც ეს დაავადებათა საერთაშორისო ნომენკლატურაში (IND) არის.

წინამდებარე პუბლიკაციაში შეტანის კრიტერიუმთა დიდი ნაწილი, რომელიც ICHPPC-2-Defined-ში იყო მოცემული, განახლდა და ICPC-ის რუბრიკებს პირდაპირ დაუკავშირდა. ზოგიერთ შემთხვევაში ახალი ან ფართოდ მოდიფიცირებული შერჩევის კრიტერიუმები ჩამოყალიბდა, ამისათვის გამოყენებული იქნა თეორიული ჩარჩო, რომელიც შემდეგ ნაწილში არის აღწერილი. მიუხედავად იმისა, რომ მოცემული პუბლიკაცია ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის საკმაოდ მაღალ დონეზე სტემატიზაციის საშუალებას იძლევა, ის მაინც არ არის იდეალური. ICPC არის კლასიფიკატორი, რომელიც ევოლუციას განიცდის, და ის გამოცდილება, რომელიც დაგროვდა შერჩევის კრიტერიუმებთან მიმართებაში და ამ წიგნში არის მოცემული, შემდგომი წლების განმავლობაში აუცილებლად კლასიფიკატორის გასაუმჯობესებლად იქნება გამოყენებული. ამიტომ ჩვენ მომხმარებლების მიერ მოწოდებულ ნებისმიერ კომენტარს მივესალმებით.

### შერჩევის კრიტერიუმების ჩამოსაყალიბებელი თეორიული ჩარჩო

თეორიული ჩარჩო, რომელიც წინამდებარე კლასიფიკატორში შერჩევის კრიტერიუმების (თავი 10 – „კრიტერიუმები“) ჩამოსაყალიბებლად გამოიყენება, პირველად ჯანდაცვაში არსებულ დიაგნოზთა ოთხ ზოგად კატეგორიას ეფუძნება. ესენია: დაავადების ეტიოლოგიური და პათოლოგიური არსი, პათოფიზიოლოგიური სტატუსი, ნოზოლოგიური დიაგნოზები (სინდრომები) და სიმპტომური დიაგნოზები. მიღებული იქნა გადაწყვეტილება, რომ თითოეული კატეგორიის მახასიათებლებიდან გამომდინარე, სხვადასხვა პრინციპი გამოყენებულიყო:



- *ეტოლოგიური და პათოლოგიური:* დიაგნოზი ეტიოლოგიურად ან პათოლოგიურად დასტურდება. შერჩევის კრიტერიუმები დაავადების სტანდარტულ დეფინიციას ეფუძნება; თუკი საჭიროა ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკისათვის გარკვეული დაშვებების არსებობა - ხდება მოდიფიცირება. მაგალითად: აპენდიციტი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი.
- *პათფიზიოლოგიური:* დიაგნოზს დადასტურებული პათფიზიოლოგიური საფუძველი გააჩნია; შერჩევის კრიტერიუმები სიმპტომებს და ჩივილებს მოიცავს. მაგალითად, მოხუცებულობის სმენის დაქვეითება, ჰიპერტენზია.
- *ნოზოლოგიური:* დიაგნოზი სიმპტომთა კომპლექსზე არის დამოკიდებული, რომელიც ექიმების მიერ არის შეთანხმებული, მაგრამ პათოლოგიური, პათფიზიოლოგიური ან ეტიოლოგიური საფუძველი არ გააჩნია; მას ხშირად სინდრომი ეწოდება. შერჩევის კრიტერიუმები მხოლოდ სიმპტომებსა და ჩივილებს მოიცავს. მაგალითად: დეპრესია, შინაგანი ორგანოების გაღიზიანების სინდრომი.
- *სიმპტომი:* ეპიზოდის საუკეთესო სამედიცინო ნიშანს სიმპტომი ან ჩივილი წარმოადგენს. მაგალითად: დაღლილობა, თვალის ტკივილი.

## კრიტერიუმები

წინამდებარე წიგნში გამოყენებული უმთავრესი პრინციპია „ყველაზე მოკლე შესაძლებელი შერჩევის კრიტერიუმები, რომლებსაც კოდირების ცვალებადობის მინიმუმამდე დაყვანა ძალუძს“. აღნიშნული პრინციპის დაცვა თითოეული რუბრიკისთვის *მინიმალური შერჩევის კრიტერიუმების* გამოყენებას ნიშნავს. ეს შემდგომ დეტალიზაციას მოითხოვს.

დიაგნოსტიკური რუბრიკების უმრავლესობას ერთი ან მეტი კრიტერიუმი გააჩნია, რომელიც აღნიშნული სათაურით მოცემული პრობლემის კოდირებისას უნდა შეივსოს. ხანდახან კრიტერიუმების არჩევის საშუალება არსებობს, ზოგჯერ კი კრიტერიუმები გარკვეულ ჩამონათვალს უნდა პასუხობდეს. როდესაც ჩამონათვალში არის სიტყვა „ან“, ის ჩართვის თვალსაზრისით იხმარება, ეს იგივეა, რაც აღნიშნული იყოს ტერმინით „და/ან“. წინამდებარე წიგნში სიტყვა „მრავლობითი“ სამს ან მეტს ნიშნავს.

ძალისხმევა, რომელიც *მინიმალური კრიტერიუმების* განსაზღვრაზე იყო მიმართული, კოდირების სირთულისდა შესაბამისად, არასწორი კოდირების თავიდან ასაცილებლად იყო აუცილებელი. ამის გარდა, მხოლოდ ისეთი კრიტერიუმები იქნა შეტანილი, რომლებსაც საკმარისი *სელექციურობის დონე* გააჩნიათ, ეს რუბრიკების ერთმანეთისგან განსხვავების და მათი ერთმანეთში არევის თავიდან აცილებისკენ იყო მიმართული. ზოგიერთ შემთხვევაში მისაღები კრიტერიუმების სიმცირე, *ყველა* სხვა შესაძლო პირობის გამორიცხვის საშუალებას არ იძლევა, შედეგად კი შეიძლება კოდირებას შეცდომა მოჰყვეს, თუმცა ზოგადი შემთხვევების გამორიცხვა მაინც შეიძლება.

კრიტერიუმები შეძლებისდაგვარად უფრო კლინიკურ მახასიათებლებს, ვიდრე საჭირო გამოკვლევებისა და ანალიზების შედეგებს უნდა ეფუძნებოდეს. ეს, რამდენადაც შეიძლება, ტექნოლოგიებისაგან დამოუკიდებელი უნდა იყოს, რადგანაც ისინი მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ძალიან განსხვავებულია და სწრაფადაც იცვლება.

ზემოაღნიშნული კი მათი პირველადი ჯანდაცვისათვის მთელ მსოფლიოში გამოყენების საშუალებას იძლევა.

ზემოხსენებული მიდგომა დაავადებებზე ორიენტირებული სახელმძღვანელოების მიდგომისაგან ძალიან განსხვავდება. მასში, როგორც წესი, ყველა ნიშნისა და სიმპტომის ჩამონათვალი ან ყველა ის შესაძლებელი კრიტერიუმი არის მოყვანილი, რომელიც კონკრეტულ დიაგნოსტიკურ დასახელებასთან არის ასოცირებული. ჩვენ ვიმედოვნებთ, რომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კრიტერიუმებზე დაფუძნებული პრობლემათა მოკლე ჩანაწერების კოდირების მაქსიმალური გამოყენება ამომწურავ სისრულეს მოგვცემს.

ზოგ შემთხვევაში თვითონ რუბრიკის სათაური ადეკვატურად სპეციფიკურია. ასეთ შემთხვევაში შერჩევის კრიტერიუმები მოცემული არ არის. შეცდომების თავიდან ასაცილებლად თითოეული რუბრიკა თავისი შერჩევისა და გამორიცხვის ტერმინებითურთ და შერჩევის კრიტერიუმებით მთლიანობაში უნდა განიხილებოდეს.

არ გადადგმულა ნაბიჯები იმისათვის, რომ თითოეული რუბრიკის შესატყვისი კრიტერიუმები ჩამოყალიბებულიყო, განსაკუთრებით კი იმ დარჩენილი რუბრიკების შემთხვევაში, რომლებიც მრავალ, ერთმანეთისგან განსხვავებულ დიაგნოზს მოიცავენ. ასეთ შემთხვევაში, მომხმარებელმა დიაგნოზების და შერჩევის ტერმინების ცხრილურ ჩამონათვალს, რომელიც რუბრიკის სათაურში არის მოყვანილი, ან ICD-10-ის შესაბამისი რუბრიკების უფრო სრულ ჩამონათვალს უნდა მიმართოს.

## ჯვარედინი კავშირები

შერჩევის კრიტერიუმებთან ერთად თითოეულ რუბრიკას შემდეგი ინფორმაცია შეიძლება გააჩნდეს:

- **იგულისხმება:** რუბრიკაში მოცემული ტერმინის სინონიმებისა და ალტერნატიული აღწერილობების ჩამონათვალი;
- **არ იგულისხმება:** მსგავსი მდგომარეობები, რომელთა კოდირება უნდა მოხდეს, სხვა შესატყვისი კოდის გამოყენებით;
- **სხვა შესაძლო კოდი:** სხვა რუბრიკები (კოდებით), როგორც წესი, ნაკლებად სპეციფიკური, რომლებიც გამოიყენება, როდესაც კონკრეტული მდგომარეობა შესაბამის შერჩევის კრიტერიუმებს არ პასუხობს.

## არსებული ჩარჩოს უპირატესობანი

მოყვანილი ჩარჩო გამოიყენება მკაფიოდ განსაზღვრული და ზოგადად მისაღები შერჩევის კრიტერიუმებით, რომლებიც იხმარება ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის შემთხვევებისათვის და სათანადო კოდირებისათვის შერჩევის კრიტერიუმებს მოითხოვს.

აღნიშნული ჩარჩოს უპირატესობა იმაშიც მდგომარეობს, რომ მინიმალური შერჩევის კრიტერიუმების კოდირებისთვის გამოყენება ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის შესასწავლად და მოხმარებისთვის ადვილია. ამას კი პრობლემების ურთიერთკოდირების ვარიაციების შემცირების საშუალება აქვს.

## შერჩევის კრიტერიუმების გამოყენება

შერჩევის კრიტერიუმები მიმართვის მიზეზის დასაფიქსირებლად არ უნდა იყოს გამოყენებული, რადგანაც ამის კოდირება პაციენტის მიერ წარმოდგენილი და ექიმის მიერ გაგებულ ინფორმაციის ტერმინებში ხდება, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა პაციენტი „სწორი“.

შერჩევის კრიტერიუმები ექიმის მიერ დიაგნოზისა ან პრობლემების კოდირებისას უნდა იყოს გამოყენებული. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც პრობლემას სიმპტომის ან ჩივილის სახით ენიჭება კოდი, გარკვეული სახელმძღვანელო არის საჭირო ყველაზე შესატყვისი კოდის შესარჩევად. მაგალითად: გულის წასვლის შეგრძნებას (N17) არ მიენიჭება იგივე რუბრიკის კოდი, როგორც გონების დაკარგვის/გულის წასვლის შემთხვევაში (A06); ტკივილი მუცლის არეში შეიძლება იყოს გენერალიზებული (D01), ეპიგასტრიუმის არეში (D02) ან სხვა ლოკალიზაციის (D06). მომხმარებლის მიერ საჭიროებები მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული, რათა ყველაზე მისაღები ალტერნატივის გამოყენება გახდეს შესაძლებელი.

## კრიტერიუმების სხვადასხვა ეტაპებზე გამოყენება

შერჩევის კრიტერიუმები თავდაპირველად პრობლემის საწყის ეტაპზე წარმოდგენისას კოდირებისთვის შემუშავდა. თუკი პრობლემის კოდირების საკითხი შემდგომი მიმართვისას (მას შემდეგ, რაც მისი დროში სახეცვლილება ან თერაპიის გამოყენება მოხდა) დგება, კოდის მიმნიჭებელმა მანამდე არსებული ინფორმაცია უნდა გაითვალისწინოს (მაგალითად, ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტს თერაპიის შედეგად უკანასკნელი კონსულტაციებისას წნევა ნორმალური ჰქონდა, მაგრამ კოდირება მაინც ჰიპერტენზიით ხდება).

## სისტემის ნაკლოვანებები

ცხადია, რომ მოყვანილი შერჩევის კრიტერიუმების სისტემას ნაკლოვანებებიც გააჩნია. ზოგადი/ოჯახის პრაქტიკის სტატისტიკური მონაცემების სიზუსტისა და სანდოობის უზრუნველსაყოფად მოხდა დიაგნოსტიკური კონცეფციების გაუმჯობესება, რადგანაც მრავალი მათგანი გარკვეული უზუსტობით ხასიათდება. მიუხედავად იმისა, რომ მკაფიოდ განსაზღვრული ჩარჩოების არსებობა თერაპიისა ან მართვის შემთხვევაში შეიძლება აუცილებელი არც იყოს, გამოკვლევების მიზნებისთვის მონაცემთა სიზუსტეა საჭირო. ზუსტად განსაზღვრული შერჩევის კრიტერიუმების გამოყენებით დარჩენილი, ნაკლებად სპეციფიკური რუბრიკების რაოდენობის გაზრდა არის შესაძლებელი, მაგრამ ეს მაინც უფრო მისაღები ვარიანტია. იმ პრობლემების კოდირებისას, რომლებიც მოცემულ კრიტერიუმებს სრულად არ ემთხვევა, ნაკლებად სპეციფიკური ალტერნატივები მოცემულია ნაწილში „განსახილველი“; მსგავსი წინადადებები დამატებით არის მოცემული ისეთი შემთხვევებისათვის, რომლებიც რუბრიკებში „გამორიცხულის“ სახით არსებობს.

## ზოგიერთი შესაძლო გაუგებრობა

ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მკითხველმა ნათლად გააცნობიეროს ზოგიერთი რამ, რაც კრიტერიუმებს არ მოეთხოვება.

1. *კრიტერიუმები დიაგნოზების სახელმძღვანელოს სახით არ არის ჩამოყალიბებული.* კლასიფიკატორის უპირველესი მიზანია დიაგნოზის დასმის შემდეგ არასწორი კოდირების შესაძლებლობის შემცირება და არა დიაგნოსტიკის შეცდომის თავიდან აცილება. იგულისხმება, რომ მომხმარებელი ჯერ სხვადასხვა დიაგნოზებს განიხილავს და შემდეგ იწყებს კოდირებას. შემთხვევათა უმრავლესობაში კარგი სამედიცინო პრაქტიკა მოითხოვს, რომ ზუსტი დიაგნოზის დასასმელად უფრო მეტი ინფორმაციის გამოყენება მოხდეს, ვიდრე ეს შერჩევის კრიტერიუმებში არის მოცემული.
2. *კრიტერიუმები სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებს არ იძლევა.* მიუხედავად იმისა, რომ კლასიფიკატორის გამოყენებით მიღებული ინფორმაცია შესაძლოა სამედიცინო კონცეფციებს ცვლიდეს და საბოლოო ჯამში, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებზე ზემოქმედებდეს, შერჩევის კრიტერიუმებს მხოლოდ მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესება მოეთხოვება.
3. *კრიტერიუმები თერაპიის სახელმძღვანელოს სახით არ მოქმედებს.* კრიტერიუმები, რომლებიც რაიმე პირობის შერჩევის ან გამორიცხვის მიზნით არის მოცემული, სავალდებულოდ სხვადასხვა თერაპიის გამოყენების კრიტერიუმებს არ უკავშირდება. მაგალითად, პრაქტიკოსმა ექიმმა გადაწყვიტა, რომ შაკიკის თერაპია აქვს დანიშნული პაციენტს, რომლის მიმართაც არსებობს მონაცემები, რომლებიც ამ სათაურისათვის არსებული კრიტერიუმებისათვის არ არის დამაკმაყოფილებელი, და მისი მდგომარეობის კოდი აღნიშნა როგორც „თავის ტკივილი“.

## წყაროები

კომიტეტი არ თვლის სავალდებულოდ ახალი განსაზღვრებების ჩამოყალიბებას, ის არსებული შერჩევის კრიტერიუმებს ეფუძნება, თუკი ისინი მოყვანილი მიზნების შესატყვისი არის. ფაქტიურად, რამდენიმე არსებული განსაზღვრება აღნიშნულ პირობებს აკმაყოფილებს, რადგანაც მათი უმრავლესობა უფრო მეტად კვლევითი პროექტებისათვის და ნაკლებად კლინიკური პრაქტიკისათვის იქნა შემუშავებული და ამგვარად საკმაოდ მოუქნელია. თუმცა აქ მოყვანილი შერჩევის კრიტერიუმები დაავადებათა ყველაზე სტანდარტული დეფინიციების მიმართაც არის თავსებადი.

ბოდიშს ვიხდით, თუკი შემთხვევით ზოგიერთი ნაშრომი მაღლიერების გამოხატვის გარეშე იქნა გამოყენებული: კოპირება ხომ პირფერობის საუკეთესო ფორმაა.

## 7 დაავადებათა სიმძიმის კოდირება

---

### დაავადებათა სიმძიმის კოდირების განვითარება

1993 წლიდან WONCA-ს კლასიფიკაციების კომიტეტი Duke-ის დაავადებათა სიმძიმის ჩამონათვალის (DUSOI) სისტემის<sup>26</sup> საერთაშორისო მოხმარებისთვის გაუმჯობესებას ახორციელებს. აღნიშნული სისტემის ტესტირება (WONCA-ს დაავადებათა სიმძიმის საველე გამოცდები - WONCA-SIFT) 16 ქვეყანაში ჩატარდა<sup>27</sup>. კომიტეტმა დაადგინა: მეთოდის აუცილებლობა იმით არის განპირობებული, რომ ექიმებს, როგორც ჯანმრთელობის თითოეული პრობლემის დასახელების, ისე მისი სიმძიმის დონის კოდირების საშუალება უნდა ჰქონდეთ. ეს სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდებისა და თითოეული მიმართვის შემთხვევაში არსებულ პრობლემებს ეხება (იხ. ნახ. 2).

დღეისათვის საერთაშორისო კლასიფიკაციების სისტემათა შორის ICPC არის ერთადერთი კლასიფიკატორი, რომელიც თითოეული პაციენტისათვის ჯანმრთელობის პრობლემათა სიმძიმის მიხედვით კლასიფიცირების საშუალებას იძლევა. დაავადების სიმძიმის კოდირების სისტემა (DUSOI/WONCA) არის გაფართოებული სისტემა, რომელიც ექიმს ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკს არა მარტო პრობლემის სტანდარტიზებული დასახელებისა და კლასიფიკაციის კოდის, არამედ დაავადების სიმძიმის სტანდარტიზებული კოდის შერჩევის საშუალებასაც აძლევს. ამ კოდით სხვადასხვა პაციენტებისათვის ერთსა და იმავე ჯანმრთელობის პრობლემის არსებობის დროს დაავადების სიმძიმის განსაზღვრა ხდება. რადგანაც დაავადების სიმძიმის პარამეტრები და სისტემის კრიტერიუმები ზოგადი და არა პრობლემა-სპეციფიკურია, ისინი ჯანმრთელობის ნებისმიერი პრობლემისათვის შეიძლება იქნეს გამოყენებული. ასეთი ზოგადი თვისება შეფასების ერთგვაროვან სტანდარტებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემების სიმძიმის შეფასების საშუალებას იძლევა. როგორც WONCA-SIFT საველე გამოკვლევამ ცხადყო, ეს სისტემა ოჯახის/ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიერ კლინიკური გამოყენებისთვის მოქნილი აღმოჩნდა.

### დაავადებათა სიმძიმის კოდირება

DUSOI/WONCA-ს დაავადებათა სიმძიმის კოდირების სისტემა ICPC-ის ჯანმრთელობის პრობლემათა სიმძიმის მიხედვით კლასიფიცირებისათვის გამოყენების საშუალებას იძლევა. დაავადების სიმძიმის კოდირებისათვის სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერი თითოეული პრობლემის იდენტიფიცირებას პაციენტის მიმართვის მომენტში ახდენს და ამავე დროს განსაზღვრავს, ამ კონკრეტული პაციენტისათვის მოცემულ მომენტში რამდენად მძიმეა არსებული პრობლემა.





სიმძიმე ოთხი ძირითადი ზოგადი პარამეტრით განისაზღვრება:

1. უკანასკნელი კვირის განმავლობაში არსებული *სიმპტომები*.
2. უკანასკნელი კვირის განმავლობაში არსებული *გართულებები*.
3. შემდგომი ექვსი თვის *პროგნოზი*, თუკი მკურნალობა არ ჩატარდება.
4. *განკურნებადობა* - კონკრეტული პაციენტისთვის მკურნალობის განხორციელების აუცილებლობა და მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი.

ნახ.4 მოცემულია შევსებული ფორმის მაგალითი. მასში პროვაიდერი ჯონ სმიტი ჯანმრთელობის იმ პრობლემებს აღწერს, რომლებიც მას პაციენტმა მერი ჯონსმა 1995 წლის 5 ოქტომბერს მიმართა. მაგალითის ყველა ფორმაში პოდაგრა არის ჩაბეჭდილი, მაგრამ ის ამ პაციენტს არ ეხება. თუკი პაციენტ ჯონსს პოდაგრა აქვს, პროვაიდერს პოდაგრის ხელახლა აღნიშვნა შეუძლია. უნდა შეფასდეს მისი სიმძიმე პაციენტ მერი ჯონსისთვის. ამ კონკრეტულ შემთხვევაში პაციენტს გულის იშემიური დაავადება გააჩნია სტენოკარდიის, შაქრიანი დიაბეტისა და მწვავე ბრონქიტის გარეშე.

### საწყისი ქულები

დაავადების სიმძიმის საწყისი ქულები, რომლებიც სიმძიმის ამსახველი ოთხი პარამეტრისათვის არის შესაძლებელი, DUSOI/WONCA-ს ფორმის ქვედა ნაწილში მოცემულ დიდ უჯრაში არის მოცემული. ნახ.4 განხილულია სტენოკარდიის გარეშე გულის იშემიური დაავადების მაგალითი (K76). *სიმპტომთა* სიმძიმე შეფასდა „2“-ით (0-დან 4-მდე შესაძლებელიდან), რადგანაც მოცემულ მომენტში პაციენტი თვლიდა, რომ მსუბუქი დონის სიმპტომები ჰქონდა. დაავადების სიმძიმე გართულებების თვალსაზრისით შეფასდა როგორც „0“, რადგანაც გულის იშემიური დაავადების კლინიკურად დადასტურებული გართულებები არ არსებობდა. DUSOI/WONCA-ს შეფასებებში გართულება არის „ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელიც ჯანმრთელობის სხვა პრობლემასთან მიმართებაში მეორად ხასიათს ატარებს, მაგრამ არ არის ჩაწერილი და შეფასებული, როგორც ცალკე არსებული პრობლემა“. იმ შემთხვევაში, როდესაც *გართულება* ფორმაში როგორც განცალკევებული პრობლემა არის შეტანილი, ეს ცალკე ჩანაწერი საწყისი ჯანმრთელობის პრობლემის სიმძიმის შეფასებაში არ უნდა იყოს შეტანილი, რადგანაც გართულების ქულების დათვლისას ამას შესაძლოა ორმაგი წონის მინიჭება მოჰყვეს. ნახ.4 მოცემული გულის იშემიური დაავადების *პროგნოზი* შეფასებულია ციფრით „4“, რადგანაც პროვაიდერის კლინიკური შეფასებით, თუკი არ ჩატარდება სათანადო მკურნალობა, მიმართვიდან 6 თვის განმავლობაში პაციენტის სიკვდილი არის მოსალოდნელი. თუკი ექიმი სმიტი თვლის, რომ მერი ჯონსი მკურნალობის გარეშე არ მოკვდება, მაგრამ დაავადებას მისი ზოგადი უუნარობა მოჰყვება, მაშინ პროგნოზისთვის მისაღებია შეფასება „3“.

DUKE/WONCA-ს დაავადების სიმძიმის შეფასების კითხვარი: **DUSOI/WONCA\*** პაციენტი: მერი ჯონსი

დაბადების თარიღი: 06.11.1925      ქალი:       კაცი:       პროვაიდერი: ჯონ სმიტი      მიმარვის თარიღი: 05.10.1995

ჯანმრთელობის პრობლემები (განხილული ამ მიმართვის დროს)	საწყისი ქულები (ციფრები 0-4)**				სულ საწყისი ქულა (0-16)	სიმძიმის კოდი*** (0-4)	ICPC-ის კოდი
	სიმპტომები	გართულებები	პროგნოზი	განკურნებადობა			
მაგალითი: პოდაგრა	3	1	3	2	9	3	T92:3
გულის იშემიური დაავადება							
1. სტენოკარდიის გარეშე	2	0	4	2	8	2	K76:2
2. შაქრიანი დიაბეტი	0	0	2	2	4	1	T90:1
3. მწვავე ბრონქიტი	3	0	2	2	7	2	R78:2
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(გამოიყენეთ დამატებითი გვერდები, თუკი არის ექვსზე მეტი ჯანმრთელობის პრობლემა.)

**\*\*საწყისი ქულები**

**\*\*\*სიმძიმის კოდები**

	არ იყო	სათუო	მსუბუქი	საშუალო	მნიშვნელოვანი
1. სიმპტომები (უკანასკნელ კვირაში):	0	1	2	3	4
2. გართულებები (უკანასკნელ კვირაში):	0	1	2	3	4
უუნარობა					
3. პროგნოზი (შემდეგი 6 თვე, მკურნალობის გარეშე):	არა	მსუბუქი	საშუალო	მნიშვნელოვანი	სიცოცხლისთვის საშიში
	0	1	2	3	4
	მკურნალობის აუცილებლობა		მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი		
	არა	სათუო	თუ კი →→	კარგი	სათუო ცუდი
4. განკურნებადობა:	0	1		2	3 4

სულ საწყისი* ქულა	სიმძიმის კოდი	სიმძიმე
0	= 0	არ არსებობს
1-4	= 1	მცირე
5-8	= 2	საშუალო
9-12	= 3	საშუალოზე მაღალი
13-16	= 4	მაქსიმუმი

დაავადებათა სიმძიმის კოდირება

\*Copyright © 1996, Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Curham, NC, USA

**ნახ.4.** Duke/WONCA-ს დაავადების სიმძიმის შეფასების კითხვარი: DUSOI/WONCA.

უუნარობა არის „ადამიანის ყოველდღიური ფუნქციონირების უნარის შეზღუდვა“. ზოგადი უუნარობა (შეფასება „3“) განისაზღვრება, როგორც „ჩვეულებრივი აქტივობის დიდი ნაწილის შეზღუდვა და დანარჩენი აქტივობებისათვის მნიშვნელოვანი დახმარების აუცილებლობა“. მსუბუქი უუნარობა (შეფასება „1“) „ჩვეულებრივი აქტივობის მცირე შეზღუდვას“ და საშუალო დონის უუნარობა (შეფასება „2“) ჩვეულებრივი აქტივობის დიდი ნაწილის შეზღუდვასა და დანარჩენისათვის მცირე დახმარების აუცილებლობას ნიშნავს. მოცემულ მაგალითში განკურნებადობა ორი ქულით შეფასდა, რადგანაც პროვაიდერმა გადაწყვიტა, რომ ამ პაციენტს ესაჭიროება მკურნალობა და მკურნალობის კარგი შედეგი არის მოსალოდნელი.

### დაავადების სიმძიმის კოდები

იმისათვის, რომ განისაზღვროს დაავადების სიმძიმის აღმნიშვნელი ერთციფრა კოდი, თითოეული ჯანმრთელობის პრობლემისათვის მოცემული საწყისი ქულების დაჯამება უნდა მოხდეს, ამის შემდეგ მიღებული ჯამური ქულა გადაიყვანება დაავადების სიმძიმის კოდში. ამისათვის ფორმის ქვედა ნაწილში არსებული გადაყვანის ცხრილი გამოიყენება. ნახ.4 მოყვანილი მაგალითის შემთხვევაში ჯამური ქულა არის =  $8(2+0+4+2)$ , ხოლო სიმძიმის კოდი = 2 (გადაყვანის ცხრილში აღნიშნულია, რომ თუკი ქულა 5-დან 8-მდეა, მაშინ სიმძიმის კოდი ორს უდრის). აღნიშნული სიმძიმის კოდი ნიშნავს, რომ ამ კონკრეტული პაციენტისათვის კონკრეტული ვიზიტის დროს სტენოკარდიის გარეშე გულის იშემიური დაავადების სიმძიმე განისაზღვრებოდა, როგორც საშუალო, რადგანაც შესაძლებლობები 0-დან („არარსებობა“) 4-მდე („მაქსიმალური“) ვარირებს.

სიმძიმის კოდი შეიძლება ჯანმრთელობის პრობლემის კოდს დაემატოს, ამისათვის დამაკავშირებელ ნიშნად „:“ გამოიყენება, რაც სიმძიმის აღმნიშვნელ სხვადასხვა ნიშნების ერთმანეთისაგან განსხვავების მიზნით არის გაკეთებული. ამგვარად, სტენოკარდიის გარეშე გულის იშემიური დაავადების კოდი ნახ.4-ის მიხედვით K76:2 იქნება.

### დაავადების სიმძიმის საველე გამოცდების (WOIMCA-SIFT) შედეგები

1993-1995 წლებში ჩატარდა საერთაშორისო გამოცდები, რომელთა მიზანი DUSOI/WONCA-ს დაავადებათა სიმძიმის ჩამონათვალის სანდოობის, განხორციელებადობის და პოტენციური კლინიკური გამოყენების ტესტირება იყო. თავდაპირველად მონაწილეობა 16 სხვადასხვა ქვეყნის 47 ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის ექიმმა მიიღო. 22 მონაწილე 9 ქვეყანას წარმოადგენდა (ბელგია, გერმანია, ჰონ-კონგი, ისრაელი, იაპონია, ნიდერლანდები, ესპანეთი, გაერთიანებული სამეფო და აშშ). მონაწილეების მიერ მონაცემთა შეკრება მოხდა<sup>27</sup>.

აღნიშნული 22 მონაწილის მიერ წარმოდგენილი იყო DUSOI/WONCA-ს ქულები 1191 პაციენტის შესახებ. საკვლევი ჯგუფის პაციენტთა საშუალო ასაკი 59.2 წელი იყო, მათგან 59.6%-ს ქალები შეადგენდნენ, აღრიცხულ იქნა 2488 ჯანმრთელობის პრობლემა. DUSOI/WONCA-ს სანდოობის დონე სტანდარტიზებული ჯანმრთელობის პრობლემების სერიის რეიტინგების მიხედვით შეფასდა. ჯგუფისშიდა კორელაციის კოეფიციენტი (ICC<sup>28</sup>) სანდოობის მიმართ 0.45 იყო, ICC-ის სანდოობა 0.39-დან

(სოციალური პრობლემა, რომელიც ერთ-ერთ ავადმყოფში აღინიშნა; ICPC-ის კოდი - Z14) 0.68-მდე (შფოთვა; ICPC-ის კოდი - P74) და 0.78-მდე (სიმსუქნის პრობლემა, ICPC-ის კოდი - T82) ვარირებდა. განხორციელებადობა პრაქტიკული გამოყენებისათვის კარგი იყო - აღინიშნა, რომ საშუალოდ მხოლოდ 1.9 წუთი იყო საჭირო თითოეული პაციენტისათვის DUSOI/WONCA-ს ქულის მისანიჭებლად (რანჟირება 1-დან 10-მდე იყო). პაციენტთა 71,1%-ის მიმართ ექიმები აღნიშნავდნენ, რომ სირთულეები არ ჰქონდათ. პაციენტთა 14,7%-ის მიმართ აღნიშნავდნენ, რომ საკმაოდ სასარგებლო, მეტნაკლებად სასარგებლო 53,6%-ში და გამოუყენებელი 31,7%-ის შემთხვევაში იყო. გამოყენებადობა მაღალი იყო იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს დაავადების უმძიმესი დონე ჰქონდა. DUSOI/WONCA-ს სიმძიმის საშუალო ქულა 2488 პაციენტისათვის 39.1 იყო (ყველაზე მსუბუქიდან ყველაზე მძიმემდე ქულები 0-100 იყო). პრობლემები სიმძიმის კლასიფიკაციაში ხუთ ჯგუფად განაწილდა:

- კოდი 0 (სიმძიმის გარეშე) = 1,6%
- კოდი 1 (მცირე სიმძიმე) = 29,9%
- კოდი 2 (საშუალო სიმძიმე) = 45,9%
- კოდი 3 (საშუალოზე მაღალი სიმძიმე) = 19,5%
- კოდი 4 (სიმძიმის მაქსიმუმი) = 3,3%

სიმძიმის დონე საკმაოდ ვარირებდა, როგორც სხვადასხვა დიაგნოზებს შორის, ისე თითოეული დიაგნოზის შიგნითაც. მაგალითად, რესპირაციული სისტემის პრობლემებთან დაკავშირებით სიმძიმის საშუალო დონე 26.4-დან (ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია, ICPC-ის კოდი - R74) 53.2-მდე (ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ICPC-ის კოდი - R95), ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის შემთხვევაში სიმძიმის კოდების სიხშირე 61,1%-დან (კოდი 1) 0%-მდე (კოდი 4) ვარირებდა. ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებისათვის ის 8,4%-დან (კოდი 1) 10,6%-მდე (კოდი 4) იყო.

საველე გამოცდების ჩატარების შემდეგ DUSOI/WONCA-ს მომავალი გამოყენების შესახებ 22 მონაწილიდან 41,2%-მა ჩათვალა, რომ გამოყენების სფერო პაციენტთა სამედიცინო მომსახურება შეიძლება იყოს, 71,2%-ის აზრით - სამეცნიერო კვლევები, 43,8%-ის - სწავლება, 52,9%-ის - პრაქტიკული მენეჯმენტი.

გაკეთდა დასკვნა, რომ DUSOI/WONCA არის გამოყენებადი და პოტენციურად კლინიკურად სასარგებლო საოჯახო/ზოგადი პრაქტიკისათვის<sup>27</sup>. მიუხედავად იმისა, რომ მონაწილეებს ეჭვი არ ეპარებოდათ სისტემის დაავადებათა სიმძიმის კლასიფიკაციისათვის გამოყენებადობაში, ემპირიულმა საველე გამოცდებმა მისი ამ მიზნებისათვის ძალიან კარგი მორგება დაადასტურა.

## 8 ფუნქციონალური სტატუსის შეფასება: COOP/WONCA-ს ანკეტები

---

1987 წელს WONCA-ს კლასიფიკაციების კომიტეტმა დაიწყო პაციენტის სრული ფუნქციონალური სტატუსის კლასიფიცირების და ამის შესახებ ჩანაწერების წარმოებისათვის საშუალებების ჩამოყალიბება, რომლებიც ჯანმრთელობის პრობლემების სიმძიმისაგან განცალკევებით მოხდებოდა<sup>26</sup>. აღნიშნული სამუშაოები წლების განმავლობაში ხორციელდებოდა, მოგვიანებით მათში WONCA-ს კვლევების კომიტეტიც ჩაერთო, შედეგად კი ე.წ. COOP/WONCA-ს ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების ანკეტები ჩამოყალიბდა<sup>30,31</sup>.

ფუნქციონალური სტატუსი არის ადამიანის სრული კეთილდღეობის შეფასება. ის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი სიმრავლის ერთ-ერთი კომპონენტია და კლინიკური სტატუსისა და ცხოვრების ხარისხის შეფასებასაც მოიცავს. ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის საერთაშორისო გლოსარიუმი ფუნქციონალურ სტატუსს ასე განსაზღვრავს: „ადამიანის საკუთარ გარემოში მოქმედებისა და ადაპტირების უნარი, რომელიც დროის გარკვეულ პერიოდში ობიექტურად და სუბიექტურად არის შეფასებული“<sup>19</sup>. ფუნქციონალური სტატუსის ნებისმიერ დეფინიციამ დაავადებისაგან განსახვავებული, პაციენტის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების მნიშვნელობა არის ნაგულისხმები. სამედიცინო პრობლემების სურთულისა და დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობის ზრდასთან ერთად, ზოგადი/ოჯახის ექიმები ფუნქციონირების ინდიკატორებისა და დაავადების სტატუსის მიმართ უფრო დაჯერებულნი გახდებიან, რათა ჩარევებისადმი დაკვირვება და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება მოახდინონ.

ფუნქციონალური სტატუსი პაციენტთან და არა ჯანმრთელობის პრობლემასთან, დაავადებასა ან სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდთან არის დაკავშირებული. შესაბამისად, ის უფრო დაავადების სიმძიმეს და ნაკლებად ICPC-ის კოდებს ებმის. მაგრამ მისი წინამდებარე წიგნში შეტანა საჭირო გახდა, რადგანაც ეს საკითხი ზოგადი/საოჯახო მედიცინისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია.

დადგა მომენტი, როდესაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების განხილვის აუცილებლობის მნიშვნელობა გააცნობიერეს. აღნიშნული შეფასებები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ასაკობრივი პრობლემებისა და ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში. ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის დონეზე მიმართვის მიზეზის, დიაგნოზის და თერაპიული ჩარევების ჩანაწერებში ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების დამატება კლასიფიცირების პროცესის ლოგიკურ ნაბიჯს წარმოადგენს.

## ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების ინსტრუმენტები

ერთ-ერთი პირველი ინსტრუმენტი, რომელიც საოჯახო მედიცინისათვის ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების სანდო და პრაქტიკული საშუალების სახით WONCA-ს მიერ იქნა მიღებული, დართმუსის COOP ფუნქციონალური შეფასების ანკეტები იყო<sup>32</sup>. კლასიფიკაციების კომიტეტის მიერ აღნიშნული ანკეტების მოდიფიცირება და მათი ICPC-თან ერთად გამოყენების ხელშეწყობა მოხდა. გაუმჯობესებული ანკეტები ამჟამად COOP/WONCA-ს ანკეტების სახით არის ცნობილი.

COOP/WONCA-ს ანკეტები, რომლებიც თავდაპირველად ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკისათვის იყო შემუშავებული, მხოლოდ ფუნქციონალური სტატუსის შეფასებისათვის გამოსადეგი ინსტრუმენტი არ არის. დღეისათვის უამრავი ინდიკატორი არის ხელმისაწვდომი. ზოგიერთი მათგანი ზოგადი პრაქტიკისათვის გამოიყენება.

36 ტერმინისაგან შემდგარი მოკლე ანკეტა (Medical Outcomes Study Short Form 36-item inventory) და მისი წარმოებულები პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ფართოდ გამოიყენება. ამის მსგავსად, ჩრდილოეთ ამერიკაში წარმატებით დიუკის ჯანმრთელობის პროფილს (Duke Health Profile)<sup>33</sup>, ევპორაში კი რამდენიმე სხვა ინსტრუმენტს იყენებენ. ყველაზე მეტად გავრცელებული ანკეტებია დაავადების ზემოქმედების პროფილი (Sickness Impact Profile - SIP) და ნოტინგჰემის ჯანმრთელობის პროფილი (Nottingham Health Profile - NHP). ამ ინსტრუმენტებისაგან რამდენიმე კვლევებისათვის და არა კლინიკური მიზნებისთვის იქნა შემუშავებული (მაგალითად, SIP<sup>34</sup>).

დღეისათვის COOP/WONCA-ს ანკეტების ტესტირება ყველაზე ფართოდ პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებისათვის მოხდა<sup>35</sup>. საერთაშორისო მასშტაბით დადასტურდა, რომ ზოგად პრაქტიკაში მათ კარგი ვალიდურობა და კლინიკური გამოყენება აქვთ<sup>36</sup>. ზოდადი პრაქტიკის ექიმებმა დაადასტურეს, რომ კონსულტაციებისას ანკეტები ადვილად გამოსაყენებელია და სასარგებლოა, როგორც პაციენტის ზოგადი სტატუსის და სამედიცინო მომსახურების შედეგების შეფასების საშუალება.

ფუნქციონალური სტატუსის, კულტურული და კონტექსტუალური საკითხების შეფასება დადასტურებული უნდა იყოს. ანკეტებთან დაკავშირებული რამდენიმე კვლევით გაირკვა, რომ ისინი ურთიერთკულტურულ სტაბილურობას არ ასახავენ. ტესტირებისა და რეტესტირების კვლევების ინსტრუმენტის სახით გამოყენების სანდოობა ყოველთვის იქნება იმ ინდიკატორების საგანი, რომლებიც გლობალურია და მრავალი ცვლადის ზემოქმედებას განიცდის. ამ საკითხთან დაკავშირებით რამდენიმე კვლევა იქნა ჩატარებული. ტესტური პირობების სტანდარტიზაციასა და შიდაჯგუფური სანდოობის შეფასებას საკვლევი პროექტების შედეგების გაუმჯობესება შეუძლია.

## COOP/WONCA-ს ანკეტები

COOP/WONCA-ს ანკეტების ამჟამინდელი ფორმა ზოგადი/საოჯახო პრაქტიკის სფეროში ფართო ტესტირების საფუძველზე შემუშავდა. დღეისათვის ექვსი ანკეტა არსებობს: ფიზიკური შესაბამისობა; შეგრძნებები; ყოველდღიური აქტივობა; სოციალური აქტივობა; ცვლილებები ჯანმრთელობის მდგომარეობაში; ჯანმრთელობა მთლიანობაში. ყოველდღიური აქტივობის ანკეტის მაგალითი ნახ.5 არის მოყვანილი. ტკივილთან და ძილთან დაკავშირებული დამატებითი ანკეტები შემუშავების პროცესშია.

თითოეული ანკეტა ძირითად წინადადებას და 5 სავარაუდოპასუხს მოიცავს. ტექსტს ხუთი შესაზღვრელი პასუხის შესატყვისი ილუსტრაცია მოჰყვება. ამგვარი ილუსტრაციები მოცემული ანკეტების გამოყენებადობას ზრდის იმ შემთხვევებში, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე წიგნიერების სხვადასხვა დონის მქონე პაციენტების მიმართ იხმარება.

დღეისათვის ანკეტები გამოქვეყნებულია შემდეგ ენებზე: ჩინური, დანიური, ჰოლანდიური, ფინური, ფრანგული, გერმანული, ივრიტი, იტალიური, იაპონური, კორეული, ნორვეგიული, პორტუგალიური, ესპანური (კატალონური, კასტილიური და კალეგო), სლოვაკური, შვედური და ურდუ<sup>31</sup>.

## ანკეტების გამოყენება

შესაძლებელია ანკეტების ცალ-ცალკე ან ერთობლივად გამოყენება. როდესაც ერთ ანკეტაზე მეტი გამოიყენება, რეკომენდებულია მათი შემდეგი მიმდევრობით მიწოდება: ფიზიკური შესაბამისობა; შეგრძნებები; ყოველდღიური აქტივობა; სოციალური აქტივობა; ცვლილებები ჯანმრთელობის მდგომარეობაში; ჯანმრთელობა მთლიანობაში. ანკეტების გამოყენებისას უპირატესობა თვით-შეფასებას ენიჭება. თუმცა ერთ-ერთ კვლევაში ნაჩვენებია კორელაცია, რომელიც თვით-შეფასებასა და პროვაიდერის მიერ გაკეთებულ შეფასებებს შორის არსებობს<sup>31</sup>. ექვსი ანკეტის შევსებისთვის საშუალოდ 5 წუთზე ნაკლები არის საჭირო.

როდესაც ანკეტები ახალ კულტურულ გარემოში გამოიყენება, მნიშვნელოვანია, რომ შესაფასებელი კონცეფციები გარემოსათვის შესატყვისად და სპეციფიკურად ჩამოყალიბდეს. სათანადო თარგმანის მომზადება აღნიშნულის პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს.






COOP/WONCA-ს ჯანმრთელობის ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების ანკეტების სახელმძღვანელოში<sup>31</sup> უფრო ვრცელი ინფორმაცია არის მოცემული ანკეტების გაუმჯობესებისა და გამოყენების, თარგმანის შესახებ, საკონტაქტო ინფორმაცია შემდგომი დახმარებისთვის, მათ შორის სხვადასხვა ენებზე თარგმანების ავტორების შესახებ.



ყოველდღიური აქტივობა

უკანასკნელი 2 კვირის განმავლობაში...

თქვენი ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობიდან გამომდინარე, რამდენად რთული იყო თქვენთვის ჩვეულებრივი საქმიანობა და რაიმე დავალებების შესრულება სახლში და სხვაგან?

საერთოდ არ იყო რთული	 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>
ცოტათი გამიჭირდა	 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>
მეტნაკლებად გამიჭირდა	 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span>
ძალიან გამიჭირდა	 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">4</span>
საერთოდ ვერ ვაკეთებდი	 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">5</span>

**ნახ.5.** COOP/WONCA-ს ფუნქციონალური სტატუსის შეფასების ანკეტა: ყოველდღიური აქტივობა.

## COOP/WONCA-ს ანკეტებსა და ICPC-ის შორის არსებული ურთიერთკავშირი

იმისათვის, რომ ფუნქციონალურ სტატუსსა და ჯანმრთელობის პრობლემებს შორის არსებული ურთიერთკავშირი იქნას გამოკვლეული, შესაძლებელია COOP/WONCA-ს ანკეტების ICPC-ისთან ერთად გამოყენება. მაგალითად, ICPC-ის ყველა თავში პირველი კომპონენტის რუბრიკა 28 (სიმპტომები და ჩივილები) ფუნქციების შეზღუდვასა და უუნარობას უკავშირდება. ამ კომპონენტში ფუნქციონალური სტატუსის კოდირება დამატებითი ციფრით უნდა მოხდეს. მაგრამ ფუნქციონალური სტატუსი პაციენტის მთლიან მდგომარეობას და არა მის ჯანმრთელობის პრობლემას ეხება. თუკი ერთზე მეტი მიმდინარე პრობლემა არსებობს, ურთიერთკავშირის ინტერპრეტაცია რთულდება, რადგანაც თანმხლები დაავადებები ინტერპრეტაციის სურთულეებთან არის დაკავშირებული. მაგალითად, თუკი პაციენტს ჰიპერტენზია და დიაბეტი აღენიშნება, მის ფუნქციონალურ სტატუსზე ორივე ზემოქმედებს, მაგრამ მათი შედარებითი მნიშვნელობა და ეფექტი რუტინული ჩანაწერებით ვერ განისაზღვრება. ერთი პრობლემის არსებობის შემთხვევაშიც კი ფუნქციონალური სტატუსის შეფასება აღნიშნული პრობლემის შეფასებას სცილდება და ამგვარად, კავშირი ICPC-ის კონკრეტულ კოდთან შეიძლება არც ისე მარტივი აღმოჩნდეს.



## 9 ბიბლიოგრაფია

---

1. International classification of diseases (9th revision). Geneva, World Health Organization, 1977.
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision). Geneva, World Health Organization, 1992.
3. International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC). Chicago, World Organization National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)/American Hospital Association (AHA), 1975.
4. ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford, Oxford University Press, 1979.
5. ICHPPC-2-Defined: International Classification of Health Problems in Primary Care, 3rd edition. Oxford, Oxford University Press, 1983.
6. Report of the International Conference on Primary Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978; WHO/Alma Ata/78.10.
7. Meads S. The WHO Reason for Encounter classification. *WHO Chronicle 1983*; **37**(5): 159-162.
8. Lamberts H, Meads S, and Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. *Public Health Rep.* 1984; **99**: 597-605.
9. Lamberts H, Meads S, and Wood M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification (RFEC). *Med. Sociale Preventive 1985*; **30**: 80-87.
10. Working party to develop a classification of the 'Reasons for Contact with Primary Health Care Services'. Report to the World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1981.
11. Wood M. Family medicine classification systems in evolution. *J. Fam. Pract.* 1981; **12**: 199-200.
12. Lamberts H, Meads S, and Wood M. Results of the field trial with the Reason for Encounter Classification (RFEC). In: Cote R A, Protti A J, and Schemer J R (ed.) *Role of Informatics in Health Data Coding and Classification Systems*. Amsterdam, Elsevier/JFIP-JMIA, 1985.
13. Bentsen B G. International Classification of Primary Care. *Scand. J. Prim. Health Care* 1986; **4**: 43-56.
14. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (ed.). *The International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
15. Lamberts H and Wood M (ed.). *ICPC: International Classification of Primary Care*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
16. Bridges-Webb C, Britt H, Miles D A, Neary S, Charles J, and Traynor V. Morbidity and treatment in general practice in Australia 1990-1991. *Med. J. Aust.* 1992; **157**, Suppl. 19 Oct: S1-S56.



17. Hofmans-Okkes I M and Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. *Fam. Pract.* 1996; **13**: 294-302.
18. Wood M, Lamberts H, Meijer J S, and Hofmans-Okkes I M. The conversion between ICPC and ICD-10: requirements for a family of classification systems in the next decade. In: Lamberts H, Wood M, and Hofman-Okkes I (ed.) *The International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer*. Oxford, Oxford University Press, 1993: 18-24.
19. Bentzen N (ed.). An international glossary for general/family practice. *Fam. Pract.* 1995; **12**: 341-369.
20. Jamouille M and Roland M. *Classification Internationale des Soins Primaires (traduction française de l'ICPC)*. Edition Alexandre Lacassagne, Lyon, 1992.
21. Jamouille M and Roland M. *Approches taxonomiques en médecine de famille, assorties d'une terminologie médicale normalisée et classifiée à usage informatique en soins de santé primaires*. CARE Editions, Brussels, 2 vol., 1996.
22. Donaldson M S, Yordy K D, Lohr K N, and Vanselow N A (ed.). *Primary care: America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press, 1996.
23. Hofmans-Okkes I M. An international study into the concept and validity of the 'reason for encounter'. In: Lamberts H, Wood M, and Hofmans-Okkes I M (ed.) *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford, Oxford University Press, 1993: 34-44.
24. Nylenna, M. Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. *Scand. J. Prim. Health Care* 1985; **3**: 155-162.
25. *International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC)*. Oxford, Oxford University Press, 1986.
26. Parkerson G R Jr, Broadhead W E, and Tse C-K J. The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *J. Clin. Epidemiol.* 1993; **46**: 379-393.
27. Parkerson G R Jr, Bridges-Webb C, Gervas J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Fromm J, Fischer O, Meyboom-de Jong B, Klinkman M, and Maeseneer J. Classification of severity of health problems in family/general practice: an international field trial. *Fam. Pract.* 1996; **13**: 303-309.
28. Shrout P E and Fleiss J L. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol. Bull.* 1979; **86**: 420-428.
29. WONCA Classification Committee. *Functional status in primary care*. New York, Springer, 1990.
30. Scholten J H G and van Weel C. *Functional Status Assessment in Family Practice*. MEDITekst CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, The Hague, 1992.
31. van Weel C, König-Zahn C, Touw-Otten F W M M, van Duijn N P, and Meyboom-de Jong B. *Measuring functional health status with the COOPAVONCA Charts: a manual*. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, The Hague, 1995.

32. Nelson E C, Wasson J, Kirk J, *et al.* Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP chart method and preliminary findings. *J. Chron. Dis.* 1987; **40** (Suppl. 1): 55s-64s.
33. Parkerson G R Jr, Broadhead W E, and Tse C-K J. The Duke Health Profile, a 17-item measure of health and dysfunction. *Med. Care* 1990; **28**: 1056-1072.
34. Bergner M, Bobbin R A, Carter W B, *et al.* The Sickness Impact Profile. Conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Int. J. Health Serv.* 1976; **6**: 393.
35. Hutchinson A, Bentzen N, Konig-Zahn C (eds.). Cross cultural health outcome assessment: a user's guide. *European Research Group on Health Outcomes (ERGHO)*, 1997; 1-184.
36. Bentsen B, Natvig B, Winnem M. Assessment of own functional capacity. COOP-WONCA charts in clinical work and research (in Norwegian, English summary). *Tidssk. Nor. Laegeforen.* 1997; **117**: 1790-93.