

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺժԿԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԿԱՐԵՆ ՀԱՄԼԵՏԻ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

***ՈՉ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼ ՄԱՆ
ՆՈՐ ՄՈՏԵՑՈՒ ՄԼԵՐՆ ԱՊՈՂՁՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՊԱՅՊԱՆՍԱՆ ՕՂԱԿՈՒՄ***

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահություն
կազմակերպում» մասնագիտությամբ բժշկական
գիտությունների թեկնածուի գիտակական աստիճանի
հայցման ատեստատություն

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ 2017

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ

ТОРОСЯН КАРЕН ГАМЛЕТОВИЧ

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по
специальности

14.00.17 «Общественное здоровье и организация здравоохранения»

ЕРЕВАН 2017

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Երևանի Մ. Յերացու
անվան պետական բժշկական համալսարանի
գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Դ., պրոֆեսոր Ա.Է.

Թարևոսյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Դ., Մ.Գ.

Յովհաննիսյան

Բ.Գ.Դ., Ս.Ա. Ազնատրյան

Առաջատար կազմակերպության Կոորդինատորական
և ֆիզիկական բժշկության գիտատեսչական
ինստիտուտ ՓԲԸ

Ատենախոսության պաշտպանությանը կայանալու է 2017թ.
հոկտեմբերի 31-ին ժամը 14⁰⁰-ին Երևանի Մ. Յերացու
անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող ԲՈՅ-ի
045 «Առողջապահության կազմակերպում» մասնագիտական
խորհրդի նիստում (ՀՀ, Երևան 0025, Կորյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի
գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2017թ. սեպտեմբերի 25-ին:

Մասնագիտական խորհրդի

գիտական քարտուղար՝
Յայրապետյան



Բ.Գ.Դ., պրոֆեսոր Ա.Կ.

Тема диссертации утверждена на заседании научно-координационного совета
Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.Э. Тадевосян

Официальные оппоненты: д.м.н., М.Г. Оганесян
д.м.н., С.А. Азнаурян

Ведущая организация: Научно-исследовательский институт
курортологии и физической медицины

Защита диссертации состоится 31-ого октября 2017г. в 14⁰⁰ часов на
заседании специализированного совета ВАК РА 045 «Организация
здравоохранения» при Ереванском государственном медицинском
университете им. М. Гераци (0025, Ереван, ул.Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского
государственного медицинского университета им. М. Гераци.

Автореферат разослан 25-ого сентября 2017 г.

Ученый секретарь

специализированного совета



д.м.н., профессор А.К. Айрапетян

ԱՇԽԱՏԱԼԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐ

Թեմայի արդիականությունը: XX-րդ դարավերջից մինչև XXI-րդ դարի սկիզբն ընկած ժամանակահատվածը «պատկանում է» ոչ վարակիչ հիվանդություններին (Караулько И.В.2010): Եթե անցյալ դարի կեսերին բնակչության մահացության պատճառների կառուցվածքում առաջնային դիրքերում էին վարակիչ հիվանդությունները, ապա այժմ, տարածվածության կտրուկ աճի շնորհիվ կազմելով մահացության պատճառների կառուցվածքի գրեթե 86%-ը, գերակշռում են ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՌՎՀ) (Бойцов С.А., Линчак Р.М., 2012): Հիվանդությունների կանխարգելման առավելագույն արդյունավետություն կարելի է արձանագրել առողջապահական համակարգի առաջնային օղակում կանխարգելիչ միջոցառումների րականացնելու դեպքում՝ հմտորեն օգտագործելով առաջնային օղակի ողջ մասնագիտական ներուժը: ՀՀ առողջապահության գարգացման ժամանակակից ռազմավարությունը բնութագրվում է սկզբունքային նոր ուղղվածությամբ, որտեղ առաջնահերթություն է տրվում հիվանդությունների կանխարգելման, առողջապահության տարածման և հանրային առողջապահական կանխարգելիչ ծրագրերի իրականացմանը: Առողջապահության ոլորտում արևմտյան և արևելյան երկրների պայմաններում կարևորվում են ՊՆԾ-ի համար պետության ֆինանսական ռեսուրսների խնայողաբար օգտագործմանը նպաստող հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների մշակումն ու կիրառումը (Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա., 2004): ՌՎՀ-ի կանխարգելման նոր մոտեցումների ներդրման համար ամբողջատոր-պոլիկլինիկական օղակը կարող է ծառայել որպես փորձարարական հարթակ: ՌՎՀ-ի կանխարգելման նոր մոտեցումների հիմքում դիտարկվում են բնակչության շրջանում առողջապահության գաղափարի ձևավորումն ու տարածումը, որի ներդրման համար կարևորվում է առողջապահական բոլոր ենթակառուցվածքների ճիշտ համագործակցությունը (Сон И.М., Иванова Е.С., Шалагина Ю.Д.,2012): Ներկայացվող դրույթները հնարավորություն են ընձեռում առողջապահության կազմակերպիչներին, համեմատելով առողջության գնահատման տարբեր մեթոդներն, ընտրել հանրային առողջության պահպանման համար առավել արդյունավետ և նախընտրելի բուժական խարգելիչ միջոցառումներ (Гундаров И.А., Полесский В.А.,2007):

Առաջարկված խնդիրները հիմնավորում են ատենախոսական թեմայի արդիականությունը:

Հետազոտության նպատակը: Մշակել առողջության առաջնային պահպանման օղակում ՌՎՀ-ի կանխարգելման

ուղղված կազմակերպչական նոր մոտեցումներն, ինչպես նաև հիմնավորել դրանց ներդրման անհրաժեշտությունը:

Յետադրույթյան խնդիրները

1. Կերլուծել և գնահատել «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության առողջական վիճակը 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում՝ հաշվի առնելով ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը:

2. Կերլուծել և գնահատել 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետությունը՝ ուսումնասիրելով ՌԿՅ-ի կանխարգելման վերաբերյալ բոլոր ժառանգողների կարծիքը:

3. Փորձարարական ծրագրի շրջանակներում մշակել և ներդնել ռիսկի գործոններով պայմանավորված ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումներ:

4. Գնահատել ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների արդյունավետությունը:

Աշխատանքի գիտական նորույթը: Առաջին անգամ ուսումնասիրվել են ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման և արդյունավետության վերաբերյալ ԱԱՊ օղակի բոլոր ժառանգողների կարծիքն ու մասնագիտական մոտեցումները: Ուսումնասիրելով ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և կանխարգելման ամանձնահատկությունները՝ մշակվել են այդ հիվանդությունների արդյունավետ կանխարգելման հիմնավորված մոտեցումներ: Գնահատվել է կազմակերպման նոր մոտեցմամբ իրականացված ՌԿՅ-ի կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունը:

Աշխատանքի գիտագործնական նշանակությունը: Ստացված արդյունքների գիտագործնական նշանակությունը կայանում է նրանում, որ մշակվել և փորձարարական աշխատանքների շրջանակներում ներ են դրվել ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումները: Յիմնավորվել է կազմակերպման նոր մոտեցմամբ իրականացված ՌԿՅ-ի կանխարգելիչ միջոցառումների բժշկասոցիալական և տնտեսական տեսանկյուններից ակնկալվող արդյունավետությունը: ՌԿՅ-ի կանխարգելման միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումները հնարավորություն են տվել, ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման որակի բարելավմամբ, ապահովել առողջապահական ՊՆԾ-ի համար հատկացվող պետական ֆինանսական ռեսուրսների խնայողաբար օգտագործում: Ատենախոսություն հիմնական դրույթները տպագրվել են 6 տպագիր աշխատանքներում և 1 մեթոդական ցուցումներում՝ հաստատված էրևանի քաղաքապետարանի

աշխատակազմի առողջապահության վարչության կողմից
(14.03.2017):

Պաշտպանությանը ներկայացվող հիմնական դրույթները

1. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության առողջությունը բնութագրվում է ՌԿՅ-ի հիվանդացության բարձր ցուցանիշներով, ինչև իր հերթին պահանջում է կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության մակարդակի բարձրացում:

2. ՌԿՅ-ի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնների մեծ տարածվածությունը և կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետության վերլուծությունը հիմնավորում են ԱԱՊ օղակում բուժկանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը:

3. Բուժկանխարգելիչ միջոցառումների նոր մոտեցումները հիմնված են ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների բացահայտման, հիվանդության առաջացման գումարային ռիսկի որոշման, ինչպես նաև անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների մշակման, իրականացման և արդյունավետության գնահատման գործառույթներով:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությանը:

Ատենախոսության հիմնական դրույթները ներկայացվել են ԵՊԲՅ-ի 95-ամյակին նվիրված գիտաժողովում (Երևան, 2015): Աշխատանքը գեկուցվել է ԵՊԲՅ-ի գիտակոորդինացիոն խորհրդի «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում» փորձագիտական հանձնաժողովում (24.02.2017թ. Արձանագրություն N 7) և այնուհետև ներկայացվել է ԵՊԲՅ-ի գիտակոորդինացիոն խորհուրդ (09.03.2017):

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը:

Ատենախոսությունը շարադրված է 119 էջի վրա: Այն բաղկացած է նախաբանից, «Գրականության տեսություն», «Հետազոտության նյութը և մեթոդները» և «Սեփական հետազոտության արդյունքները» գլուխներից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկներից, օգտագործված գրականության ցանկից և հավելվածներից: Նյութը մշակվել է 25 արյունակի և 21 գծապատկերի օգնությամբ: Օգտագործված գրականության ցանկը ներառում է 142 սկզբնաղբյուր:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հետազոտությունն իր տեսակով համալիր սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտություն է, որն իր մեջ ներառում է վիճակագրական, սոցիոլոգիական և փորձարարական մոդելավորման մեթոդները: Հետազոտության ծրագրում

հիմնավորվել են այն ցուցանիշները, որոնք հնարավորություն կընձեռեն կլինիկական և սոցիալ-տնտեսական տեսանկյուններից գնահատել իրականացված աշխատանքների արդյունավետությունը:

Յետազոտության օբյեկտեն հանդիսացել էր ևսի «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակիչները, կազմակերպության բուժաշխատողները, առողջապահական ՊՆԾ-ի և ԱԱՊ օղակի գործունեության վերաբերյալ պաշտոնական բազմաթիվ փաստաթղթերը: Յետազոտության նյութ են հանդիսացել՝

1. 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ գործունեության վերաբերյալ պաշտոնական հաշվետվական ձևերի տվյալները,
2. «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության ամբուլատոր-պուլիկլինիկական քարտերի տվյալները,
3. «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված 529 բնակչի առողջության վերաբերյալ սոցիոլոգիական հարցման տվյալները,
4. ԱԱՊ օղակում ՈՎՀ-ի կանխարգելման վերաբերյալ «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ բուժաշխատողների սոցիոլոգիական հարցման տվյալները,
5. «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված 295-ական բնակչից բաղկացած փորձարարական և ստուգիչ խմբերի մասնակիցների առողջության վերաբերյալ տվյալները:

Յետազոտության համար տեղեկատվության սկզբնաղբյուր են հանդիսացել 2010-2014թթ. հանրային առողջության պաշտոնական վիճակագրական տեղեկագրերը, ինչպես նաև ՀՀ առողջապահության նախարարի միջառք հրամաններն ու բժշկական բազմաթիվ կայքերը: Ապաստվել են նաև ստանալ բուժիաստատության նույն հավաքագրված բնակչության բժշկադեմոգրաֆիկ նկարագիրը՝ ուսումնասիրվել են կազմակերպության գործունեության վերաբերյալ պաշտոնական հաշվետվական ձևերն ու հավաքագրված բնակչության ամբուլատոր քարտերի տվյալները: Բնակչության ստատիկ ուսումնասիրության ժամանակ դիտարկվել է վերջինի թվաքանակն ու կազմը: Վերլուծության է ենթարկվել հանրային առողջությանը բնութագրող ցուցանիշները՝ ծնելիությունը, մահացությունը, բնական աճը: Ուսումնասիրվել են հավաքագրված բնակչության ընդհանուր և բուն հիվանդացության ցուցանիշներն ու առաջնային համադամության հիմնական պատճառների կառուցվածքը:

Յետազոտության առաջին փուլում հավաքագրված բնակիչների շրջանում, մշակված հարցաթերթիկի կիրառմամբ, անց է կացվել սոցիոլոգիական հարցում ՈՎՀ-ի

առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնները
տարածվածությունը պարզելու նպատակով:
Սոցիոլոգիական հարցմանը մասնակցել է 529 բնակիչ: ՌՎՀ-ի
առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերման համար
հավաքագրվել են սննդակարգի, ֆիզիկական ակտիվության,
վարքագծային վնասակար սովորությունները՝ ծխելու,
ալկոհոլի չարաչափման, ինչպես նաև քնի որակի ու
կոնֆլիկտների առկայություն վերաբերյալ տվյալներ:
Գրանցվել են մասնակիցների զարկերակային գերճնշման,
առաջիկա 10 տարիների ընթացքում ՍԱՀ-ից մահաբերության
/ՍԱՀ-ի ԲՌ/ ռիսկի, մարմնի միջին զանգվածի ցուցիչի /ՄՁՑ/,
արյան մեջ խոլեսթերինի, գլյուկոզայի մակարդակի,
ինչպես նաև ՍԱՀ-ի և ներզատական համակարգի
հիվանդությունների նկատմամբ ժառանգական
նախատրամադրվածություն վերաբերյալ տվյալներ:

Նպատակ ունենալով բացահայտել բուժաչափաբարձր
սոցիալ-հիգիենիկ բնութագիրը, հիվանդությունների
կանխարգելման ժամանակ կիրառվող հիմնական
մոտեցումները, ինչպես նաև ներկա կանխարգելիչ
գործունեության վերաբերյալ նրանց վերաբերմունքն ու
կարծիքը՝ հետազոտության հաջորդ փուլում, մշակված
հարցաթերթիկի կիրառմամբ, պլիկլի ինիկայի
բուժանձևակազմի շրջանում անց է կացվել
սոցիոլոգիական հարցում: Սոցիոլոգիական հարցմանը
մասնակցել են հաստատության 108 բուժաչափաբարձր:

Հետազոտության հիմնական փուլում երևանի «Թիվ 22
Պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված 295 բնակիչների՝
փորձարարական խմբի մասնակիցների, շրջանում
իրականացվել են բուժականխարգելիչ միջոցառումներ, այդ
թվում՝ անհատական կանխարգելիչ
խորհրդատվություններ:

ՌՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպչաֆունկցիոնալ նոր
մոտեցումը տարբերվել է գործողից կանխարգելիչ
գործունեության սուբյեկտների նոր
փոխհարաբերություններով: Այն ազատել է տեղամասային
թերապևտներին և ներդրումն ապահովել «մասնագիտացված»
կանխարգելիչ գործառնությունների բեռից՝ վնասակար
սովորությունների հայտնաբերումից և նրանց շտկման
հետևողական մոնիթորինգից, հիգիենիկ դաստիարակման,
ամոռոջ ապրելակերպի շարժառիթների ձևավորման և
«կանոններ»-ին հետևելու շարունակական աչախատանքներից:

Այսպես, կանխարգելման միջոցառումները, այդ թվում՝
անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվությունները,
իրականացվել են ընտանեկան բժիշկի կողմից
«Կանխարգելման աչախատանքային»-ում: Անհատական
կանխարգելիչ խորհրդատվությունը ներառել է՝

1. ՌՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերում,

- 2. ՌՎՅ-ի առաջացման գուժարային ռիսկի որոշում,
- 3.անհատական կանխարգելիչ ծրագրի մշակում և իրականացում,
- 4.իրականացված միջոցառումների գնահատում:

Փորձարարական խումբ մասնակիցներն ընդգրկվել են պատահականությամբ սկզբունքով: Նախապես, ըստ սեռի և տարիքի, շերտավորման՝ ստրատիֆիկացիայի, միջոցով պատահականությամբ սկզբունքով ձևավորվել է նաև ստուգիչ խումբ՝ բաղկացած բուժաստատությունում հավաքագրված 295 բնակչից: Մշակված անհատական խորհրդատվության հարցաթերթի կիրառմամբ՝ նախապես որոշվել է ստուգիչ և փորձարարական խմբերի մասնակիցների ՌՎՅ-ի առաջացման գուժարային ռիսկը:

Համապատասխան ԱՀԿ-ն կողմից ընդունված ՌՎՅ-ի կանխարգելման մի շարք՝ եվրոպական և ամերիկյան, ստանդարտների և ուղեցույցերի՝ փորձում է ընդգրկվածներն, ըստ ՌՎՅ-ի առաջացման ընդհանուր ռիսկի, առանձնացվել են հիմնական՝ ցածր, միջին, բարձր և շատ բարձր, ռիսկի խմբերի:

Ցածր ռիսկի խմբում ընդգրկվել են գործնականում առողջները: Այս խմբում ընդգրկվածները չեն ունեցել որևէ վնասակար վարքագծային սովորություն և կամ այնպիսի գանգառ, որը կարելի է համարել որևիցե ՌՎՅ-ն կլինիկական փաստաթուղթ, սակայն ունեցել են, օրինակ՝ ՍԱ և/կամ ներզատական համակարգի հիվանդությունների նկատմամբ ընդգծված ժառանգական նախատրամադրվածություն և կամ երբեմն լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքներում կրկնվող նորմայի վերին կամ ստորին սահմանների մոտ գտնվող տվյալների գրանցումներ: Տվյալ ռիսկի խմբում ընդգրկվածներն իրենց ամբողջատոր բարտերում լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների արդյունքներում նորմայից շեղումներ հիմնականում չեն ունեցել:

Միջին ռիսկի խմբում ընդգրկվել են մեկ և ավելի ռիսկի գործոններ, վնասակար վարքագծային սովորություններ և արդեն հստակ որևէ ՌՎՅ-ն կլինիկական նշաններ ունեցողները, որոնց ամբողջատոր բարտերում նշված են եղել լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների նորմայից շեղումներով արդյունքներ:

Բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբում ընդգրկվել են ՌՎՅ-ն հստակ ախտորոշումով հայտնաբերված նոր հիվանդներն, ինչպես նաև դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվողները: Բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբում ընդգրկվածներն իրարից տարբերվել են հիվանդություն/ուներին

կլիսիկական ընթացքի ծանրություն աստիճանով, առկա միսկի գործոնների քանակով:

Կանխարգելիչ միջոցառումները՝ ներառյալ անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններն, անց են կացվել միայն փորձարարական խմբում, որում արձանագրված արդյունքները հետազոտում համեմատվել են ստուգիչ խմբի տվյալներին հետ:

Փորձարարական խմբի ՌՎՀ-ի առաջացման ցածր միսկի խմբում ընդգրկվածներին տրամադրվել է տեղեկատվություն ամողջ ապրելակերպի «կանոնների» վերաբերյալ, ինչպես նաև տրվել են ուղեգրեր և ռեզուսիտոր-գործիքային հետազոտությունների՝ արյան մեջ ընդհանուր խոլեսթերինի և գլյուկոզայի որոշման, համար: Այնուհետև որոշվել է մասնակիցներին մարմնի ՄՁՑ-ը և ՁՃ-ը, կատարվել է ՄԳ:

Միջին միսկի խմբում իրականացվել են անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններ վարքագծային միսկի գործոնները բացահայտելու և նրանց շտկելու նպատակով: Այս խմբում անհատական խորհրդատվություններն ու լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններն, ի տարբերություն ցածր միսկի խմբի, բազմաթիվ անգամներ են իրականացվել, քանի որ մասնակիցների մոտ առկա միսկի գործոնների բացահայտումն ու շտկումը պայմանավորել են երկարատև և հետևողական հսկման աշխատանք: Կրկնակի այցերի քանակը պայմանավորված է եղել մասնակցի որևէ միսկի գործոնի, այդ թվում՝ նաև վարքագծային, շտկման պրոցեսում առկա խոչընդոտները բժիշկի հետ քննարկելու և դրանց հաղթահարման ուղիներն ու միջոցները գտնելու անհրաժեշտությամբ:

Բարձր և շատ բարձր միսկի խմբում բուժական խարգելիչ միջոցառումները ներառել են երկու բաղադրիչ՝

1. խորհրդատվական,
2. բուժական-ամողջացուցիչ:

Խորհրդատվական ծրագիրը իրականացվել է 3-5 օր իրար հաջորդող անհատական խորհրդատվություններով՝ յուրաքանչյուրը 30 րոպե տևողությամբ: Պետք է նշել, որ քննարկվող հարցերի առաջնահերթությունները խիստ անհատական են եղել՝ ըստ հրատապության: Սակայն, մեծամասամբ, մեր կողմից հարցերի նշված հետևողականությունը պահպանվել է: Հետազոտման ժամանակ կիրառված նյութերն ու տեղեկատվությունը մատուցվել են հնարավորինս փոքր չափաբաժիններով՝ ակնկալելով մասնակիցների համար մառցելիության և ընկալելիության ապահովումը: Խորհրդատվություններն անց են կացվել ինտերակտիվ ձևաչափով:

Այս պես, առաջին օրը կատարվել է անդրադարձ հիվանդության կլինիկական ախտանշաններին և հնարավոր ընթացքին, ինչպես նաև սեփական ուժերով բժշկական անհետաձգելի առաջին օգնության կազմակերպման վերաբերյալ հարցերին: Երկրորդ օրը քննարկվել է ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոններն ու նրանց ազդեցությունը, հստակեցվել են առողջ ապրելակերպի «կանոնները»: Երրորդ օրը անդրադարձ է արվել ճիշտ սննդակարգի հարցերին և «հնարավոր» ֆիզիկական ակտիվությանը: Չորրորդ օրը քննարկվել են հիվանդության բուժման մեթոդի/ներհի առանձնահատկություններն, ինքնաբուժության վտանգներն ու բժշկի նշանակումներն ամբողջական կատարելու շարժառիթները: Ուսուցողական ծրագրի վերջին օրը ամփոփվել են քննարկված բոլոր հարցերը: Զետազոտության ամբողջ ընթացքում բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբում կանխարգելիչ անհատական միջոցառումների բուժական-առողջացուցիչ բաղադրիչը, այն է՝ լաբորատոր-գործիքային տարբեր հետազոտությունները, ֆիզիոթերապևտիկ միջամտությունները, նույնպես շարունակական են եղել, ինչի շնորհիվ հնարավորություն է ստեղծվել դինամիկայում գրանցել և հնարավորինս ամրագրել ստացված արդյունքները:

Կանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումները գնահատվել են կլինիկական՝ բժշկական, և սոցիալ-տնտեսական արդյունավետության տեսանկյուններից (աղ.1):

Աղյուսակ 1

Յետազոտական աշխատանքների արդյունավետության գնահատման ցուցանիշները

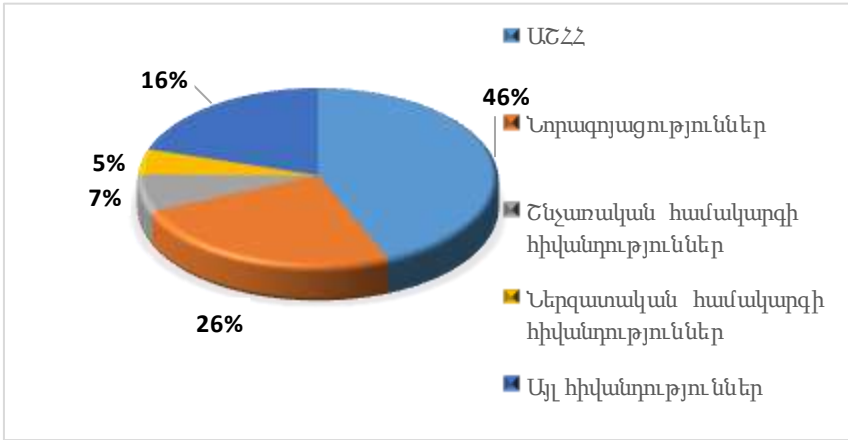
Արդյունավետության տեսակ	Ընտրված ցուցանիշներ
Կլինիկական	1.ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների վերաբերյալ իրազեկվածությունը, 2.ՌՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի, 3.ՌՎՅ-ով պայմանավորված հիվանդացությունը, 4.ՔՌՎՅ-ի կլինիկական ընթացք:
Սոցիալական արդյունավետություն	Ժամանակավոր անաշխատունակության օրերի քանակ:
Տնտեսական	Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և

արդյունավետություն	արտոնյալ պայմաններով տրամադրված ա/հիվանդանոցային բ/արտահիվանդանոցային գ/շտապարհություն ծառայություններին դիմաց պետական ֆինանսավորման ծավալներ:
--------------------	--

«Թիվ 22 արլիկլիկ հիկլ» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչություն և առողջություն բնութագրիր

Գիտական աշխատանքի կարևոր խնդիր է հանդիսացել «Թիվ 22 արլիկլիկ հիկլ» ՓԲԸ-ում 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում հավաքագրված բնակչության բժշկաժողովրդագրական նկարագրի վերլուծությունը:

Այսպես, 2010-2014 թթ. ժամանակահատվածում հավաքագրված բնակչության ժողովրդագրական ցուցանիշներն ունեցել են դրական դինամիկա եղել են համահունչ մայրաքաղաքային, ինչպես նաև հանրապետական բժշկադեմոգրաֆիկ ցուցանիշների հետ: Հավաքագրված բնակչության կանքի սպասվելիք միջին տևողությունը կազմել է 73,6 տարի, այն պարագայում, երբ միջին հանրապետական ցուցանիշը կազմել է 74,1 տարի: Բնակչության բնական աճի ցուցանիշը սլյալ ժամանակահատվածում մնացել է գրեթե անփոփոխ՝ 5,4%: Ճնշվողություն մակարդակը միշտ գերազանցել է մահացությանը՝ 2010 թվականին կազմել է 13,6%, իսկ 2014 թվականին՝ 14,1%: Մահացության ցուցանիշը 2010 թվականին 8,1-ից 2014 թվականին դարձել է 8,7%՝ մնալով ցածր մակարդակի: Մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքում 84-85%-ը զբաղեցրել են ՈԿԶ-ը, ինչը համադրելի է մայրաքաղաքի ցուցանիշների հետ: Մասնավորապես, 2010 թվականին մահացության պատճառների 47,8%-ը պայմանավորված է եղել ԱԾՀՀ-ով, 27%-ը նորագոյացություններով, 8%-ը՝ շնչառական համակարգի պտտահարումներով, 7%-ը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններով: 2014 թվականին բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքի 46%-ը պայմանավորված է եղել ԱԾՀՀ-ով, 26%-ը՝ նորագոյացություններով, 5%-ը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններով, 7%-ը՝ շնչառական օրգանների հիվանդություններով (գծ.1):



Գծապատկեր 1. 2014թ. «Թիվ 22 պրլիկլիկական» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքը

Տվյալ ժամանակահատվածում, հիվանդությունների գրանցման դինամիկ աճին գուցա հետ, բուժաստատությունում հավաքագրված բնակչության 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշը աճել է 14%-ով: Հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության ցուցանիշը 2010–2014 թվականների ընթացքում նվազել է 3,2%-ով: Ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում բնակչության 0-14տ. տարիքային խմբում նվազել է 15%-ով: Սակայն 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության ցուցանիշի աճ 4,6%-ով, իսկ 15-17տ. տարիքային խմբում՝ 28%-ով (աղ.2):

Աղյուսակ 2

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պրլիկլիկական» հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության դինամիկան (%) և ցայտունության ցուցանիշը (%)`

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Տարիքային խումբ										
0-14 տ.	573	100	525	91,6	465,5	80	465,4	80	487	85
15-17տ.	354	100	294,5	83	359	101,4	331	93,5	453	128
18 տ. և բարձր	123	100	106	81,5	129	99	140	108	136	104,8
Ընդամենը	216,2	100	194,7	90	202,8	94	210	97	209	96,8

ըստ տարիքային խմբերի

2014 թվականին բնակչության բուն հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում են եղել ՈւՅՐ-ից արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները: Մասնավորապես, ԱՇՀՀ-ից բնակչության բուն հիվանդացության գուցանիշը նվազել է 8%-ով: Ներգատական համակարգի հիվանդություններին հիմնականում հիվանդացության գուցանիշը աճել է 6%-ով, իսկ նորագոյացություններին՝ 9%-ով (աղ.3):

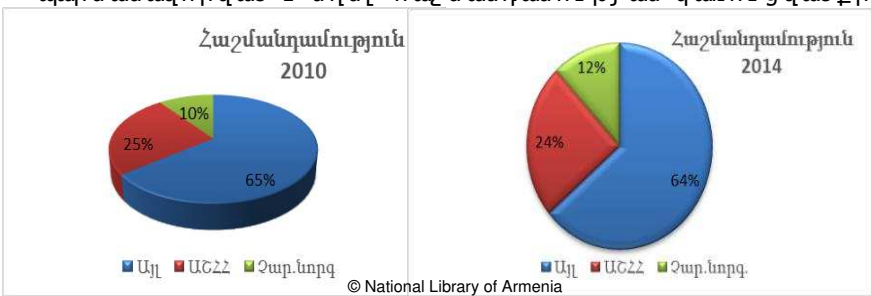
Աղյուսակ 3

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության դինամիկան (%) և ցայտուևության գուցանիշը (%)` ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)
ԱՇՀՀ	9,6	100	5,6	58	11,8	123	8,5	88	8,8	92
Ներգ.համ.հիվ.	4,1	100	3	72	3,5	85	4,3	104	4,4	106
Նորագոյաց.	3,3	100	2,7	83	4	120	4,3	105	3,6	109
Այլ հիվանդ.	199,2	100	183	92	183	92	193	96,8	193	97

Հավաքագրված բնակչության 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության գուցանիշի աճ 4,8%-ով: Մեծահասակների տարիքային խմբում ԱՇՀՀ-ից բուն հիվանդացության գուցանիշը կազմել է 12%: Այն 2013-2014թթ. ընթացքում նվազել է մինչև 10%: Բուն հիվանդացության գուցանիշը ներգատական համակարգի հիվանդություններին աճել է 4,4%-ից մինչև 5,1%, իսկ նորագոյացություններով պայմանավորված հիվանդություններին՝ ցուցանիշը մնացել է անփոփոխ՝ 4-4,1% սահմաններում:

Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում հավաքագրված բնակչության առաջնային հաշմանդամության գուցանիշը նվազել է 5,9-ից մինչև 5,2%: Առաջնային հաշմանդամության պատճառների կառուցվածքում 2010 թվականին 24%-ը, իսկ 2014 թվականին 25%-ը պայմանավորված է եղել ԱՇՀՀ-ով: Չարորակ նորագոյացություններով պայմանավորված է եղել հաշմանդամության կառուցվածքի



10-12%-ը (զծ.2):

Գծապատկեր 2. «Թիվ 22 պրլ իկլ ինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության 18 տ. և բարձր տարիքային խմբում 2010թ. և 2014թ. առաջնային հաշմանդամություն կառուցվածքը

Այս պիտու է հետազոտված բնակչության հիվանդացության և հաշմանդամության մակարդակը հիմնավորում է ԱԱՊ օղակում ՌՎՅ-ի կանխարգելման նոր միջոցառումների մշակման և ներդրման անհրաժեշտությունը:

«Թիվ 22 պրլ իկլ ինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության շրջանում ոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը

Հետազոտության խնդիրներից է հանդիսացել սոցիոլոգիական հարցման միջոցով երևանի «Թիվ 22 պրլ իկլ ինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության շրջանում ՌՎՅ-ի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնների, ինչպես նաև կենսակերպի մի շարք ցուցանիշների՝ կոնֆլիկտների հաճախականության և քնի որակի, վերաբերյալ տվյալների հավաքագրումը: Հետազոտական աշխատանքի շրջանակներում ուսումնասիրվել է նաև ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և առողջ կենսակերպի վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության մակարդակը: Հարցմանը մասնակցել են տարբեր տարիքի և սոցիալական շերտերի շուրջ 529 հավաքագրված բնակիչ:

Ըստ հետազոտման արդյունքների՝ պրլ իկլ ինիկա կատարած հաճախումների պատճառների միայն 5%-ն է կանխարգելման նպատակով: Կատարված հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցների 52%-ն ունի ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից առնվազն երկուսը: Մասնավորապես, հարցվածների շրջանում ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից գերակշռում են սխալ սննդակարգը և հիպոդինամիան: Արական սեռի մոտ առավել տարածված են ծխախոտամոլությունը՝ այն կազմում է 86%, կոնֆլիկտայնությունը՝ 67%, ինչպես նաև 29-ը՝ 26,7%: Իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում տարածված է ավելցուկ քաշը՝ կանանց 67%-ի (340-ից 229-ի) մոտ: Պետք է նշել, որ իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առավել տարածված է 29-ը՝ նրանք կազմում են կանանց 33,4%-ը: 26 կարգավորման դեղորայքի օգտագործման առումով, իգական սեռն ավելի ուշադիր և պարտաճանաչ է: Մասնավորապես, 29 ունեցող արական սեռի ներկայացուցիչներից (n=51) դեղորայք վերջի երկու շաբաթում ընդունել է միայն 45%-ը (n=23), իսկ 29 ունեցող իգական սեռի ներկայացուցիչներից (n=113)՝ 52%-ը (n=59): Մտահոգիչ է ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և առողջ

կենսակերպի վերաբերյալ հարցվածների գրեթե 50%-ի իրազեկվածություն անցածը մակարդակը:

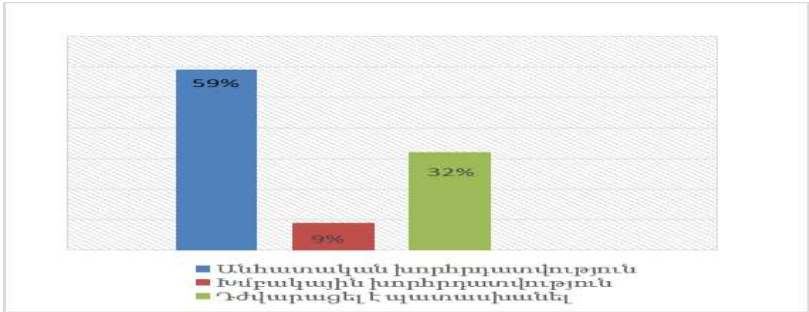
ԱՊՊՕղակի ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելիչ գործունեության վերլուծության շարունակությունը

Հետազոտության ընթացքում սոցիոլոգիական հարցմամբ ուսուցման արդյունքները և վերլուծության է ենթարկվել «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ բուժախտաբանության կարծիքը ԱՊՊՕՊՊ օղակում մ.Ռ.Վ.Յ-ի կանխարգելիչ աշխատանքների վերաբերյալ: Սոցիոլոգիական հարցումը հնարավորություն է տվել բացահայտել բուժախտաբանի սոցիալ-հիգիենիկ բնութագրերը, հիվանդությունների կանխարգելման վերաբերյալ հիմնական գիտելիքների պաշարը:

Այսպես, բուժախտաբանների 97%-ը՝ նշել է, որ ԱՊՊ օղակում անհրաժեշտ է զբաղվել կանխարգելիչ աշխատանքներով, ինչպես նաև անհրաժեշտ է կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումներ գտնել: Բուժախտաբանների մեծամասնությունը՝ 99%-ը, կարևորել է առողջ ապրելակերպի քարոզչության դերը ՌՎՅ-ի կանխարգելման գործում: Հետազոտության արդյունքները փաստում են նաև, որ դեռևս խնդրահարույց է «մասնագիտացված» կանխարգելման՝ վնասակար սովորությունների շտկման, հիգիենիկ դաստիարակման, առողջ ապրելակերպի շարժառիթների ձևավորման և «կանոններին» հետևելու շարունակական աշխատանքների, պատշաճ մակարդակի ապահովումը:

Ըստ հետազոտության տվյալների, հիվանդին համապատասխան սննդակարգ կարողացել է կազմել բժիշկների 36%-ը: Հարցվածների 37%-ը սթրեսայն իրավիճակների հաղթահարմանը գործնականում երբևէ չի անդրադարձել: Օրվա ռեժիմի՝ աշխատանքի և հանգստի, կազմակերպման վերաբերյալ խորհուրդներ տալ դժվարացել է բժիշկների 41%-ը: Առավոտյան մարմնամարզությանը զբաղվելու և օրգանիզմը կոփելու վերաբերյալ խորհուրդներ է տվել բուժանձևակազմի 64%-ը: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ կախված հիվանդությունից, համապատասխան \$իգիենիկական սովորությունների վերաբերյալ խորհուրդներ կարողացել է տալ բժիշկների 69%-ը: Սահմանափակել սկոհոլիսպառումը բոլորին խորհուրդ է տվել բժիշկների 33%-ը, կախված հիվանդությունից՝ 32%-ը: Հաշվի առնելով ծխախոտամոլությունը վնասակարությունը՝ բոլորին խորհուրդ է տվել ծխախոտից հրաժարվել բուժանձևակազմի 52%-ը, հիվանդությունից կախված՝ 14%-ը: Ինքնաբուժության վնասակարությունը անդրադարձել է հարցվածների 70%-ը, կախված հիվանդությունից՝ 9%-ը: Միայն հիվանդություն արտանիշների առկայությունից

ելնելով՝ բուժզննում անցնելու խորհուրդ է տվել բուժանձնակազմի 63%-ը, յուրաքանչյուրին կանխարգելման նպատակով հետազոտվել՝ 24%-ը: Կանխարգելման արդյունավետ կազմակերպման համար որպես հիգիենիկ ուսուցման և դաստիարակության արդյունավետ միջոց հարցման մասնակիցների 39%-ը ընտրել է թռուցիկների ու բրոշյուրների օգտագործումը, 15%-ը՝ պատասխանների, իսկ 56%-ը դժվարացել է պատասխանել: Պոլիկլինիկայում ՌԿՅ-ի կանխարգելման համար հարցման մասնակիցների 59%-ը առավել արդյունավետ համարել է միայն անհատական խորհրդատվությունը, 9%-ը՝ խմբակայինը, իսկ 32%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցարմանը:



բուժաշխատողների բաշխումն՝ ըստ կանխարգելման մեթոդների կիրառման

Հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման կարևորության վերաբերյալ առկա տեղեկատվական հոսքերի՝ տեղեկատվական տեղատարափի, պարագայում, կարևորվում է նաև այդ ինֆորմացիայի հասանելիության՝ մատչելիության և բնակչության շրջանում ադեկվատ ընկալելիության, հանգամանքը, ինչը շատ կարևոր է կանխարգելիչ միջոցառումների որակի ապահովման համար:

Այսպես, հարցվածներից 19%-ը համարում է, որ տվյալ տեղեկատվությունը հասանելի՝ մատչելի և ընկալելի է, բնակչությանը, 15%-ը՝ հասանելի է, իսկ 66%-ը դժվարացել է պատասխանել:

ԱԱՊ օղակում հիվանդությունների կանխարգելման արդյունավետության բարձրացման համար փոփոխությունների անհրաժեշտության վարաբերյալ հարցարմանը, մասնակիցների 3%-ը նշել է, որ պետք է ոչ ինչ փոխել, իսկ ավելացնել գիտելիքները, այդ թվում՝ մեթոդական գրականությունն ու կանխարգելման համար տրամադրվող ժամանակը, նշել է հարցման մասնակիցների 97%-ը: Բացի այդ, բոլոր թերապևտները նշել են, որ չնայած

ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված ամենամյա աշխատանքային «Չավորոշիչ»-ով նախատեսված տարեկան մեկ կանխարգելիչ այցի պահանջի, որով նախատեսվել է բարձրացնել ՌՎՀ-ի կանխարգելման արդյունավետությունը, առկա է կանխարգելման «գործիքների» բուժանձնակազմի համապատասխան գիտելիքի, ցուցադրական նյութի, կիրառվող տարբեր թեստերի, անբավարարություն:

Այսպիսով, պետք է նշել, որ արլիկլի նիկայի բուժանձնակազմը կարևորում է ՌՎՀ-ի կանխարգելումը ԱԱՊ օղակում: Հարցվածների 97%-ը կարծում է, որ անհրաժեշտ են կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումներ: Ելնելով հետազոտության արդյունքներից՝ պետք է նշել, որ դեռևս անբավարար են բուժանձնակազմի «մասնագիտացված» կանխարգելման համար աշխատաժամանակը, գիտելիքի մակարդակն ու առկա նյութառեսուրսները: Ինչպես նաև, որ վերոնշյալ հանգամանքները չեն կարող նպաստել իրականացվող և ուսավորչական, ՌՎՀ-ի առաջացման ռիսկի նվազեցման վարքագծային այլ գործոնների հայտնաբերմանն ու վերջինների շարունակական նվազեցման աշխատանքների պատշաճ մակարդակի ապահովմանը:

Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների արդյունավետության գնահատումը

Կանխարգելիչ խորհրդատվությունների ընթացքում փորձարարական խմբում սենդակարգի կանոնակարգման շնորհիվ նորմայի սահմաններում մարմնի ՄՅՏ ունեցող մասնակիցները 29%-ից դարձել են 35±2,8%: Մասնակիցների ֆիզիկական ակտիվությունը ավելացել է 11%-ով: Կանխարգելիչ խորհրդատվությունների արդյունքում ալկոհոլիչ արաշահումը 25%-ից՝ որից 21%-ը արական սեռի բոլոր ներկայացուցիչներն են, իսկ 4%-ը իգական սեռի ներկայացուցիչները, նվազել է մինչև 20%: Իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում ալկոհոլիչ արաշահման դեպքերը պակասել են ամբողջությամբ, իսկ արական սեռի՝ միայն 1%-ով: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբի ծխողների տեսակարար կշիռը նվազել է 10%-ով: Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումը նպաստել է 29 գրանցման դեպքերի նվազմանը ռեսպոնդենտների 56%-ից (n=165) մինչև 44% (n=134): Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբում նորմալ քուն ունեցողները ավելացել են 9%-ով: Փորձարարական խմբում փոխվել է նաև հաճախ կոնֆլիկտ ունեցողների տեսակարար կշիռը՝ նվազելով 10%-ով: Ստուգիչ խմբում վերը նշված

բոլոր ցուցանիշները մեկ տարվա ժամանակահատվածում էական փոփոխություններ չեն կրել :

Բուժկանխարգելիչ մջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբում արձանագրվել է ՌԿՅ-ի հիվանդացության նվազում 6,9%-ով: Արձանագրվել է նաև քրոնիկ ՌԿՅ-ի անկայուն ընթացքով հիվանդների շրջանում հիվանդության ընթացքի կայունացում՝ դրական տեղաշարժ 25%-ով: Ստուգիչ խմբում քրոնիկ հիվանդների շրջանում հիվանդության նկատմամբ կլինիկական ընթացքի դրական փոփոխություններ չեն գրանցվել: Հակառակը, ՍԱ շատ բարձր միսկի (ԲՌ≥10%) և ախտորոշված ՍԻՀ-ն կլինիկական ընթացքի կտրուկ սրացման պատճառով, ստուգիչ խմբում գրանցվել է մեկ մահ: Ստուգիչ խմբում 294 մասնակիցների շրջանում ՌԿՅ-ի առաջացման գումարային միսկի փոփոխություն չի գրանցվել :

Փորձարարական խմբում գրանցվել է ՌԿՅ-ի առաջացման գումարային միսկի դրական տեղաշարժ:

Այսպես, ցածր միսկի խմբում մասնակիցներն ավելացել են 19%-ից մինչև 31%, միջինում նվազել՝ 37%-ից մինչև 25%, իսկ բարձր և շատ բարձր միսկի խմբերում մասնակիցները մնացել են անփոփոխ: Հատկանշական է, որ ընդհանուր միսկի նվազումն ավելի ցայտուն դիտարկվել է միայն ցածր և միջին միսկի խմբերում, ինչը պայմանավորված է մնացյալ խմբերում ախտորոշված հիվանդությունների «դիմակայության ամբ»:

Հետազոտության սոցիալական արդյունավետությունը գնահատվել է ժամանակավոր անաչխատունականության օրերի թվի փոփոխման ուսումնասիրմամբ:

Այսպես, փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների շնորհիվ անաչխատունականության օրերը նվազել են 71-ով: Ստուգիչ խմբում անաչխատունականության օրերը սովորաբար ժամանակահատվածում ավելացել են 48-ով: Տնտեսական արդյունավետությունը գնահատվել է՝ ուսումնասիրելով պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով տրամադրված հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտապօգնության ծառայությունների դիմաց պետական ֆինանսավորման ծավալները: Այն հաշվարկվել է՝ համեմատելով տրամադրված բուժօժանայության քանակին և ծավալին համապատասխան պետական ֆինանսավորումը կանխագելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո:

Փորձարարական խմբի մասնակիցների շրջանում դիտարկվել է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժման դեպքերի նվազումը 7 դեպքով, ինչը ապահովել է պետական ֆինանսական ծախսերի նվազում 5316500 ՀՀ դրամից մինչև 4557000 ՀՀ դրամ՝ առաջացնելով 759500 ՀՀ դրամի չափով

խնայողություն: Ստուգիչ խմբում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքերը տվյալ ժամանակահատվածում ավելացել են՝ մեկ տարում աճելով 41-ից մինչև 50 դեպք, ինչը պայմանավորել է պետության ֆինանսական ծախսերի ծավալի ավելացում: Ըստ «Ծտապօգնություն» ՓԲԸ-ն կողմից տրամադրած տվյալների՝ փորձարարական խմբի մասնակիցների շտապօգնության կանչերը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին նվազել են 4 կանչով՝ 136-ից դարձել 132 կանչ: Ծտապօգնության մեկ տարվա կանչերի ընդհանուր արժեքը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին փորձարարական խմբում 992800 ՀՀ դրամից դարձել է 963600 ՀՀ դրամ՝ ապահովելով 29200 ՀՀ դրամի չափով խնայողություն: Պետք է նշել, որ 2015 թվականին ստուգիչ խմբի մասնակիցների շտապօգնության կանչերը, 2014 թվականի համեմատ, ավելացել են 11 կանչով՝ 128-ից դարձել 139 կանչ, ինչը մեծացրել է ստուգիչ խմբում պետության կողմից ֆինանսավորման ծավալը:

Կանխարգելիչ միջոցառումների ժամանակ փորձարարական խմբի մասնակիցներին փաստացի տրամադրված ամբողջատոր-պուլիկլինիկական բուժօգնության դիմաց պետության ֆինանսական ծախսերը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին 1085771 ՀՀ դրամից դարձել են 1216932 ՀՀ դրամ՝ աճելով 11%-ով, ինչը կազմել է 131161 ՀՀ դրամ: Իսկ ստուգիչ խմբի մասնակիցներին փաստացի տրամադրված ամբողջատոր-պուլիկլինիկական բուժօգնության դիմաց պետական ֆինանսական ծախսերի ծավալը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին աճել է 4%-ով: Պետք է նշել, որ Երևանի «N 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ ներքին կադրային հագեցվածության շրջանակներում «Կանխարգելման աշխատանքներ»-ը կադրերով ապահովելու և բուժանձնակազմի վարձատրման համար առաջարկվող ֆինանսավորման աղբյուրը հավելյալ հաստիքային և ֆինանսական ծանրաբեռնվածությունն է:

պայմանավորում: Համադրելով փորձարարական և ստուգիչ խմբերում կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո գոյացած պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտապօգնության ծառայությունների դիմաց տրամադրած պետական ֆինանսավորման ծավալները՝ փորձարարական խմբում արձանագրվել է խնայողություն 652952 ՀՀ դրամի չափով, ինչը կազմել է փորձարարական խմբի 295 մասնակցի տարեկան բուժսպասարկման համար ծախսված գումարի 8,8%-ը:

Այս պիստով, պետք է նշել, որ ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումները ապահովել են կլինիկական և սոցիալ-տնտեսական տեսանկյուններին ցանկալի վորդարդունակությունը:

ԵՆԴԱՍՏՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության առողջությունը բնութագրվել է ՌԿՅ-ի պայմանավորված հիվանդացության ցուցանիշների աճով:

2. Հետազոտված բնակիչների 52%-ն ունեցել է ՌԿՅ-ի առաջացման առևձայն երկու ռիսկի գործոն:

3. ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման վերաբերյալ բուժախտորոշների սոցիոլոգիական հարցման տվյալների վերլուծությունից պարզվել է՝

ա) հավաքագրված բնակչության շրջանում գրանցվել է առողջ ապրելակերպի՝ առողջ կենսակերպի և վերջինի պահպանման կանոններին հետևելու, վերաբերյալ տեղեկացվածության ցածր մակարդակ;

բ) ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման աշխատանքներում առկա է արդյունավետ կանխարգելման համար անհրաժեշտ «գործիքակազմի»՝ աշխատամանակի, բուժանձնակազմի համապատասխան գիտելիքի, ցուցադրական նյութի, տարբեր թեստերի, անբավարարողություն:

4. 2014-2015թթ. ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ անցկացված կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունը հիմնավորում է ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումները և ներդրման նպատակահարմարությունը:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. ՀՀ ԱՆ առողջության առաջնային պահմանման բուժիատառություններն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես հիմնական օղակ ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումների ներդրման համար:

2. ԱԱՊ օղակում անհրաժեշտ է ներդնել ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման այնպիսի նոր մոտեցում, որը կապահովի ՌԿՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի որոշումում և նրա հնարավոր նվազում:

3. ԱԱՊ օղակում կանխարգելման միջոցառումների պլանավորման ժամանակ անհրաժեշտ է գնահատել բուժիատառությունում հավաքագրված բնակչության շրջանում ՌԿՅ-ի առաջացման և առկա այլ վնասակար վարքագծային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, ինչպես նաև որոշել հավաքագրված բնակչության ՌԿՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկը:

4. Հիվանդություններին կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումների ներդրման համար կարևորվում է ԱԱՊ

օղակի բուժաչխատողների մասնագիտական շարունակական
զարգացման ծրագրերում հիմնախնդրի ներառումը :

5.ԱԱԳ օղակում ՌԿՀ-ի արդյունավետ կանխարգելման համար
նպաստակատար մար է ներդրել կազմակերպչական նոր
մոտեցում՝ «Կանխարգելման աչխատասենյակ»-ի
աչխատանքային մոդելը :

**ԱՏԵՆԱԽՆՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՅՐԱՊԱՐԱԿԿԱՅ
ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ**

1.Սարգիյան Մ.Ա., Թորոսյան Կ.Յ. «Основные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни» // «Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր» Գիտագործնական հանդես, 2014; N1 (87), էջ 43-46:

2.Թորոսյան Կ.Յ. «Оценка медицинскими работниками факторов риска образования неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения»// «Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր», Գիտագործնական հանդես 2015; N4 (100), էջ 63-65:

3. Մինայան Ա.Մ., Սարգիյան Մ.Ա., Թորոսյան Կ.Յ. «Ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումները առողջության առաջնային պահպանման օղակում»// Գիտաբժշկական հանդես, Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ, 2015,10:3, ISSN1829-0418, էջ 47-54:

4. Թորոսյան Կ.Յ. «Առողջության առաջնային պահպանման օղակում ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների կանխարգելման հիմնախնդիրները ըստ հարցման տվյալների»// «Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր» Գիտագործնական հանդես, 2015, N4 (100), էջ 66-72:

5. Թորոսյան Կ.Յ. «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացման և զարգացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների»// Գիտաբժշկական հանդես, Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ, 2016, 11:1, ISSN1829-0418, էջ 60-65:

6. Torosyan K.H. «Prevalens of factors of development of noninfectious diseases according to sociological poll among the population», «The New ARMENIAN MEDICAL JOURNAL», Towards The 95-th Anniversary of Yerevan Medical Universiti after M.Heratsi, October Vol 9.N 2, 2015 p.131:

7. Թախտոսյան Ա.Է., Թորոսյան Կ.Յ. «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումն առողջության առաջնային պահպանման օղակում՝ ըստ հետազոտության արդյունքների», // «Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր» Գիտագործնական հանդես, 2017; N 20 (115), էջ 59-64:

РЕЗЮМЕ

Актуальность проблемы. Современная концепция профилактики базируется на дефинициях ВОЗ, сформированных под влиянием угрозы социально-экономическому развитию многих стран мира в результате ощутимого роста заболеваемости и смертности от неинфекционной

патологии. В Европе с этими заболеваниями связано 80% смертности. Средняя продолжительность жизни в Армении - 74,12г., что приближается к соответствующему европейскому показателю (76,6 года) и значительно превышает средние показатели продолжительности жизни в странах СНГ (69,7года). Повышению показателей здоровья препятствует экономическая нестабильность в Армении. Стремительный рост хронических заболеваний и психических расстройств, недостаточная социальная защищенность, экологические угрозы затрудняют работу по улучшению здоровья населения и угрожают устойчивости систем здравоохранения, которые не могут преодолеть все эти трудности собственными силами. Статистические данные в Армении свидетельствуют, о том что около 85% в структуре заболеваемости, ранней инвалидности и преждевременной смертности населения занимают сердечно-сосудистые, онкологические, нервно-психические заболевания, а также болезни эндокринной системы. Вопросы профилактики хронических неинфекционных заболеваний являются одними из основных составляющих в концепции здравоохранения Армении.

Цель и методы исследования. Разработка новых организационных подходов профилактики неинфекционных заболеваний и обоснование необходимости внедрения их в первичном звене здравоохранения.

Исследование проводилось с помощью статистических, экономических оценок, а также с использованием методов социологического опроса и опытного моделирования. Для проведения социологического исследования был разработан специальный опросник. В результате проведенного в 22-ой поликлинике г.Еревана соц.исследования - выборка 530 человек, был подтвержден тот факт, что распространенность факторов риска образования неинфекционных заболеваний довольно высока. Среди 52% опрошенных было обнаружено более двух факторов риска образования неинфекционных заболеваний.

Целью исследования являлась также оценка подходов и значения профилактики неинфекционных заболеваний в целом на первичном уровне здравоохранения. С целью выявления уровня знаний и мнения о качестве профилактики неинфекционных заболеваний был проведен социологический опрос среди мед. работников 22-ой поликлиники г.Еревана с помощью разработанного нами опросника. Объем выборки - 108 единиц наблюдения. Выявленные статистические данные отдельных факторов риска говорят о более высоком уровне информированности врачей по сравнению с остальными группами респондентов. В целом, информированность медицинских работников поликлиники об опасности различных факторов достаточно высока, однако личностное восприятие не всегда корректно. В связи с вышеизложенным требуется проведение комплекса мероприятий, направленных на повышение уровня профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. С целью повышения уровня профилактики

неинфекционных заболеваний, в поликлинике N 22 города Еревана была использована новая модель организации профилактики инфекционных заболеваний. Новизна состоит в том, что проводя профилактические консультации с пациентами в «Кабинете профилактики», врачи общей практики освобождаются от так называемой «профессиональной профилактики». С целью выявления риска развития того или иного инфекционного заболевания, была разработана анкета профилактического консультирования, в которую включены помимо анкетных данных, вопросы питания, физической активности, наличия вредных привычек, психо-эмоционального состояния, организации труда и отдыха 295 участников исследования. Методом случайного отбора были сформированы две группы: экспериментальная, с которой проводилась индивидуальная профилактика по разработанной нами методике, и контрольная – обслуживалась по стандартной схеме.

Проводя итоги данного исследования, смело можно утверждать, что индивидуальные профилактические консультации и профилактические мероприятия привели к повышению качества профилактики инфекционных заболеваний, что в свою очередь привело к повышению качества деятельности, выражающееся в повышении медицинской, социальной и экономической эффективности. Так, после проведения профилактических мероприятий, снизился уровень распространения факторов риска развития инфекционных заболеваний на 11% среди лиц включенных в профилактические программы. В целом, положительные результаты зафиксированы и в клиническом течении инфекционных болезней. Так, обострения сердечно-сосудистых и неврологических нозологий стали более редкими и короче, а ремиссии-более продолжительными. Повысилось число посещений в поликлиническое учреждение по поводу профилактики инфекционных заболеваний, в следствии чего показатель обращаемости в поликлинику имел тенденцию к росту. В месте с этим, снизилось число вызовов скорой медицинской помощи среди участников опытной группы. Все это привело к уменьшению числа дней нетрудоспособности у пациентов на 20%, чем определяется социальная эффективность исследования. Экономическая составляющая эффективности данного исследования выразилась в уменьшении числа вызовов скорой медицинской помощи и направлений на стационарное лечение из числа исследуемых лиц, имеющих право на лечение по государственному заказу, что обусловило экономию государственных финансовых ресурсов на 8,8%.

Сделаны выводы и предложены пути решения для повышения уровня профилактики инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения, путем внедрения, в частности, новых подходов проведения профилактики инфекционных заболеваний.

SUMMARY

NEW APPROACHES OF PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE PRIMARY CARE

KAREN TOROSYAN

Problem urgency. The modern concept of prevention, first and foremost, is based on the definitions of the World Health Organization (WHO), formed under the influence of threat to socio-economic development of many countries of the world as a result of tangible growth of morbidity and mortality from non-infectious pathology [WHO report on the global situation on the problems of *noninfectious* diseases, 2011]. In Europe these diseases contribute to 85% of deaths. The causes of most diseases are well known: smoking, physical inactivity, unbalanced diet, alcohol abuse, stress.

Life expectancy in Armenia 74.12 years, which approximates to the corresponding European (76.6) Improving health indicators lets economic instability and the rapid growth of chronic diseases and mental disorders, lack of social protection, environmental threats complicate efforts to improve the health of the population, threaten the sustainability of health systems that are unable to overcome all these difficulties on their own. Addressing these challenges requires comprehensive approaches, including the reorientation of health systems primarily on disease prevention and health promotion. According to the World Health Organization, the greatest contribution to health status are making lifestyle factors-about 50%, significantly less than the proportion of the contribution of environmental factors-20%, as well as genetic factors is 15-20%, even less significantly influence on quality health care is about 10%.

In the 22-th poliklinik of Yerevan was conducted sociological poll among the population. About 530 people participated in sociological poll. The result was the fact that we the prevalence of risk factors of noninfectious diseases education high. More than two risk factors education of chronic noninfectious diseases has been discovered among the 60% of the respondents. It is clear that increasing the quality level for the prevention of noninfectious pathology remains topical. Statistics in Armenia is the same, with 48% of cardiovascular diseases, 20,6%-4,8% of malignant neoplasms, diabetes, 4,7%-injuries and poisoning. The main risk factors for noninfectious diseases in Armenia are linked to lifestyle: tobacco use, unhealthy diet, physical inactivity, alcohol abuse. As a result, excess weight, high blood pressure and improving blood cholesterol. The prevalence of risk factors among our population is rather high plus bad environmental conditions. 97% of worldwide resources for health is spent on diagnosis and treatment of disease, although health is linked to conditions in which people are born, live, work and age. The experience of developed countries shows that the life expectancy of their populations has been achieved by improving the quality of treatment, and by reducing morbidity through primary prevention. Priority in this matter are increased knowledge and awareness among health workers and the public. The most possibly will give chance to change attitude to their own health and the perception of it as a unequalled state Modern Healthcare provides an individual approach to each case, so perhaps individual preventative advice and new organizational technology can help solve this problem.

According to the indices of mortality and mobility, the level of noninfectious diseases prophylaxis is not in the proper standard in Armenia.To solve this problem, it is necessary to implement new organizational technologies of

noninfectious diseases prophylaxis. For this purpose, the new model of organizational noninfectious diseases prophylaxis has been applied in the polyclinic number 22, in Yerevan. The novelty consists of undergoing individual prophylactic consultations with patients in the so-called “professional prophylaxis”. Individual prophylactic consultations are performed in the room of medical prophylaxis. District doctors, narrow specialists as well as nurses of the outpatient department have participated in the research. In order to reveal the risk, the card of individual prophylactic consultations has been worked out including biographical particulars, nutrition questions, the physical activity, the presence of bad habits, the psycho-emotional condition, the organization of labour and rest as well. **295** patients have been examined.

In general, there are positive results in the clinical manifestation of noninfectious diseases. The aggravation of cardiovascular and neurological has become less often, and the remissions have prolonged more. Therefore, the result of this research proves that the individual prophylactic consultations and activities have increased the quality of noninfectious diseases prophylaxis as well as the increase of effectivity in the medical sociological and economical activities.