



Ֆինանսավորվում է
Եվրոպական միության կողմից



Ժողովրդավարության
գարգացման
հիմնադրամ



Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

Տագնապային խանգարում

Կլինիկական ուղի

Հեղինակներ՝

Գևորգ Փաշիկյան
Արամ Հովսեփյան
Քրիստինե Գալստյան

«Տագնապային խանգարում» կլինիկական ուղին պատրաստվել է Եվրոպական միության կողմից ֆինանսավորվող «Իրավունքներ, ծառայություններ և մասնակցություն. Հայաստանում հոգեկան առողջության համապարփակ շրջանակի խթանում» եռամյա ծրագրի շրջանակում: Ծրագիրն իրականացվում է Հելսինկյան քաղաքացիական ասամբլեայի Վանաձորի գրասենյակի, ժողովրդավարության գարգացման հիմնադրամի, «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների օրակարգ» ՀԿ-ի և Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի կողմից:

Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիան, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության տեսակետները:

© Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Տվյալ կլինիկական ուղու որևէ մաս չպետք է օգտագործվի առանց Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի թույլտվության:

ՏԱԳՆԱՊԱՅԻՆ ԽԱՆՁԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԻ

Բաժին 1. Բացատրական, վերլուծական մաս

Տաճնապային խանգարումների (ՏԽ) կլինիկական ուղին բազմամասնագիտական և ապացուցահեն կառավարման գործիք է՝ նախատեսված ՏԽ-ների շուրջ սահմանելու պացիենտի բուժման և ռեաբիլիտացիայի մեջ ներգրավված տարբեր մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացված և հաջորդականացված ըստ ժամի, օրվա և այցելության:

ՏԽ-ների կլինիկական ուղու մշակումն ու ներդրումը հնարավորություն կընձեռնի Հայաստանում ավելի վաղ հայտնաբերել ՏԽ ունեցող անձանց, ավելի արդյունավետ բուժել և վերականգնել նրանց: Այն կառաջարկի նաև առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում բուժանձնակազմի շրջանում գործառույթների և դերերի բաշխման մեխանիզմը և ուղղորդման ընթացակարգը: Կլինիկական ուղիների ներդրումը կարող է բերել որոշակի բարեփոխումների՝

- Պացիենտի կլինիկական և տնտեսական արդյունքների բարելավման և բավարարվածության բարձրացման,
- Բուժման և ռեաբիլիտացիայի գործընթացների և արդյունքների անհարկի շեղումների նվազեցման,
- Աշխատանքային կլիմայի բարելավման՝ հստակեցնելով պացիենտի բուժման մեջ ներգրավված յուրաքանչյուր մասնագետի գործառույթները:

Նախքան ՏԽ-երի կլինիկական ուղու ներկայացումը անհրաժեշտ է հասկանալ, թե ինչու են ՏԽ-ները համարվում առաջնահերթ առողջապահական խնդիր և որոնք են ներկա համակարգման բացերը:

Ներածություն

ՏԽ-ները բնորոշվում են իրավիճակին անհամապատասխան ուժգին տաճնապի կամ անհանգստության դրսևորումներով: ՏԽ-ները, ինչպես նաև հոգեկան առողջության այլ խնդիրներ, զարգանում են տարաբնույթ հոգեբանական, կենսաբանական և սոցիալական գործոնների փոխազդեցության հետևանքով: Այն հաճախ ուղեկցվում է մարմնական և ճանաչողական խանգարումների ախտանիշներով և ժամանակին բուժում չստանալու պարագայում կարող է տևել ամիսներ, իսկ որոշ դեպքերում այն կարող է ուղեկցել

անձին իր ամբողջ կյանքի ընթացքում: Տազնապի կամ անհանգստության զգացումը համարվում է նորմալ պատասխան սթրեսային իրավիճակներին և միտված է պաշտպանել անձին հնարավոր արտաքին վտանգներից սակայն տազնապային խանգարումների ժամանակ այն այնքան ուժգին է, որ բերում է անձի սոցիալական և մասնագիտական գործունեության խաթարմանը: Տազնապի և վախի զգացումը կարող է դրսևորվել թե՛ կոնկրետ իրավիճակի կամ օբիեկտի նկատմամբ, թե՛ սպասվելիք իրադարձությունների նկատմամբ: Չնայած նրան, որ տազնապային խանգարումների դոմինանտ ախտանիշները տազնապի, վախի կամ անհանգստության զգացողությունն է, կարող են դրսևորվել նաև սոմատիկ, վեգետատիվ և ճանաչողական ոլորտի, ինչպես նաև վարքային խանգարումներ՝

- Ուշադրության կենտրոնացման և որոշումներ կայացնելու դժվարություն,
- Շրջապատի անիրականության զգացողություն,
- Մոտալուստ վտանգի, ֆիզիկական վնասի կամ մահվան զգացողություն,
- Դյուրագրգռություն, իմպուլսիվություն,
- Սրտխառնոց, կամ որովայնի շրջանում դիսկոմֆորտ,
- Հաճախասրտություն, դժվարաշնչություն,
- Մկանային լարվածություն, դող, գերքրտնություն,
- Զնի խանգարումներ,
- Ախորժակի խանգարումներ:

Տես-երը ըստ ընթացքի և կլինիկական ախտանիշների առանձնահատկությունների ունեն հստակ դասակարգում, և կարող են ունենալ տարբեր դրսևորումներ՝ կախված ախտանիշների տևողությունից, պատճառներից և իրավիճակից:

Տես ձևերն են՝

- Ընդհանրացված Տես: Ուժգին անորոշ և չպատճառաբանված տազնապի զգացողություն, որը դիտվում է գրեթե ամբողջ օրվա ընթացքում և տարածվում է կյանքի բոլոր ոլորտների վրա:
- Խուճապային խանգարում: Հանկարծակի, ուժգին, կրկնվող և կարճատև տազնապի գրոհն է, որը ուղեկցվում է մարմնական, ճանաչողական և վարքային ախտանիշներով:
- Յուրահատուկ (մեկուսացված) ֆոբիա: Վախ կոնկրետ իրադարձության, օբիեկտի կամ գործողության նկատմամբ: Այս խանգարումների ժամանակ տազնապի գրոհները առաջանում են վախ առաջացնող

օրիելտի, գործողության կամ իրադարձության հետ առերեսվելիս կամ այդ առերեսման վտանգի դեպքում:

- Ագորաֆոբիա: Վախի կամ տագնապի գրոհները առաջանում են այնպիսի իրավիճակներում, երբ անձը զգում է անօգնականություն խուճապի ախտանիշների առաջման դեպքում: Անձը ունենում է խուճապի սպասում, որ իրեն չեն հասցնի օգնություն ցուցաբերել, ուշագնացություն կամ գլխապտուկտ կունենա, կամ մահվան վտանգ կարող է լինել: Հաճախ ագորաֆոբիան դրսևորվում է մարդաշատ, բաց կամ փակ տարածքներում, կամ այնպիսի վայրերում, որտեղ իր մասին չկա հոգ տանող անձ կամ հեռու են բուժօգնություն ցուցաբերող հիմնարկները: Ագորաֆոբիա ունեցող անձինք շատ քիչ են տանից դուրս գալիս, իրենց զգալով ապահով միայն տանը, կամ անհրաժեշտության դեպքում օգնություն ցուցաբերող անձի հետ:
- Սոցիալական ֆոբիա: Սոցիալական փոխհարաբերությունների կամ դրանց սպասման ժամանակ մերժված, արհամարհված, կամ նվաստացված լինելու սաստիկ վախի կամ անհանգստության զգացումն է: Տարածված օրինակներ են հրապարակային ելույթներից, նոր շփումներից կամ հրապարակային վայրերում ուտելուց, խմելուց ծայրահեղ վախը:
- Ընտրովի մուտիզմ: Սիստեմատիկ խոսքի բացակայությունն է որոշակի սոցիալական փոխհարաբերությունների ժամանակ՝ նորմալ հաղորդակցման պահպանմամբ այլ սոցիալական պայմաններում: Այս խանգարումը բնորոշ է մանկական տարիքին և կարող է հանգեցնել սոցիալական շփումների խանգարմանը դպրոցում՝ բերելով ակադեմիական և սոցիալական մեկուսացման:
- Բաժանման վախ: Բաժանման վախ ունեցող անձը չափազանց վախենում է կամ անհանգստանում է բաժանվել նրանցից, ում հետ նա կապված է: Մարդը կարող է համառորեն անհանգստանալ իր ամենամոտ մարդուն կորցնելու համար, կարող է դժկամություն ունենալ կամ հրաժարվել տնից հեռու կամ առանց այդ անձի դուրս գալ կամ քնել, կարող է նաև ունենալ մղձավանջներ՝ կապված բաժանման հետ:¹

Իրավիճակն աշխարհում: Տես-ները ամենատարածված հոգեկան առողջության խնդիրներից են՝ երբեմն իրենց տարածվածությամբ գիջելով միայն

դեպրեսիային: Աշխարհում մեծահասակ բնակչության 30%-ը կյանքի ինչ որ ժամանակահատվածում ունեցել է ՏԽ: Աշխարհում բնակչության 4%-ը ներկայում ունի ՏԽ: 2019 թվականին աշխարհում 301 միլիոն մարդ ունեցել է ՏԽ, ինչը տվյալ ժամանակահատվածում բոլոր հոգեկան խանգարումներից ամենատարածվածն է եղել: ՏԽ-ները առավել տարածված են կանանց շրջանում: ՏԽ բնորոշ ախտանիշները հաճախ ի հայտ են գալիս պատանեկան տարիքում:

Չնայած ՏԽ բուժման բարձր արդյունավետությանը բուժման կարիք ունեցող 4 անձից միայն 1-ն է (27.6%) ստանում բուժօգնություն:²

Բուժմանը և ռեաբիլիտացիային խոչընդոտող գործոններ են իրազեկվածության բացակայությունը, հոգեկան առողջության ոլորտում անբավարար ներդրումները, վերապատրաստված մասնագետների քիչ քանակը և սոցիալական խարանը:

ԱՄՆ-ում իրականացված հետազոտությունները ցույց են տալիս տազևապային խանգարումների հետևյալ համամասնությունը¹

- Սպեցիֆիկ ֆոբիա՝ 8%-12% (ԱՄՆ),
- Սոցիալական ֆոբիա 7% (ԱՄՆ),
- Խուճապի խանգարում. 2% - 3% (ԱՄՆ),
- Ագորաֆոբիա՝ 1-1,7% (դեռահասներ և մեծահասակներ, ամբողջ աշխարհում),
- Ընդհանրացված տազևապային խանգարում. 0,9% (դեռահասներ)' 2,9% (մեծահասակներ),
- Բաժանման վախ. 4% (երեխաներ); 1.6% (դեռահասներ); 0,9%-1,9% (մեծահասակներ),
- Ընտրովի մուտիզմ՝ 0,03-1,9% (ԱՄՆ, Եվրոպա, Իսրայել):

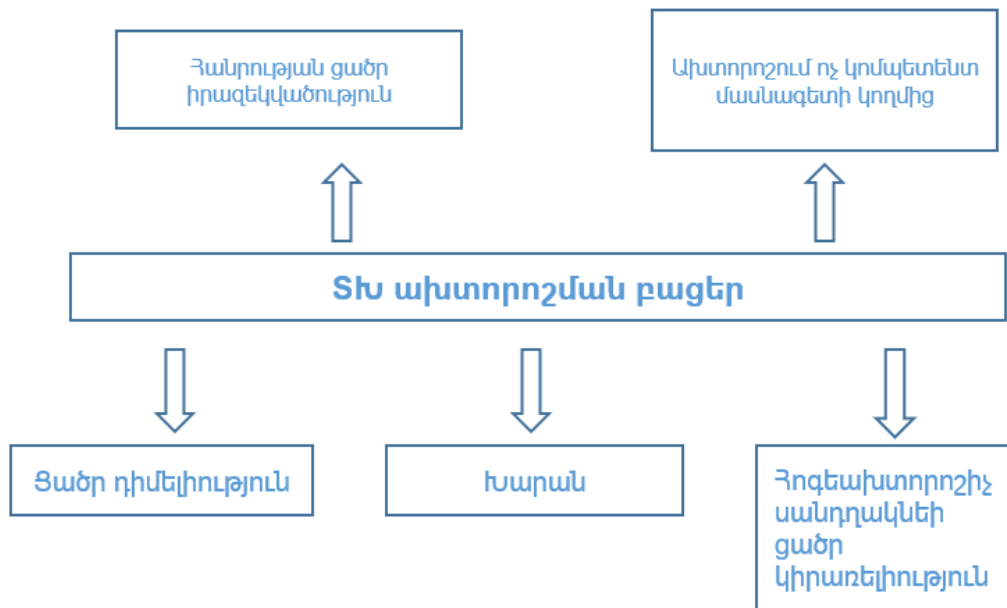
Իրավիճակը Հայաստանում: ՏԽ-ն՝ ինչպես աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում համարվում են հանրային առողջության առաջնահերթ խնդիրներից և չնայած նրան, որ Հայաստանում երբևէ չի իրականացվել տազևապային խանգարումների հետ կապված վիճակագրական տվյալներ, Հայաստանին նույնպես բնորոշ են այն բոլոր ռիսկի գործոնները, որոնք առկա են Եվրոպական տարածաշրջանում: Հետևաբար՝ Հայաստանում ՏԽ տարածվածության վերլուծությունները պետք է իրականացնել՝ հաշվի առնելով Եվրոպական տարածաշրջանի և գլոբալ ստատիստիկ տվյալները:

ՏԽ-ները դասակարգվում են, որպես հոգեկան առողջության խնդիրներ (ՅՄԴ-10) և վիճակագրությունը այս ոլորտում հավաքագրվում է ոչ թե առանձին նոզոլոգիական միավորներով, այլ նոզոլոգիական խմբերով, ինչը անհնարին է դարձնում վեր հանել տազնապային խանգարումով հաշվառված անձանց թիվը: Տազնապային խանգարումների աճի միտումների մասին հնարավոր է ենթադրություններ անել միայն ելնելով հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետների պրակտիկայից, ինչը ցույց է տալիս տազնապային խանգարում ունեցող անձանց դիմելիության աճ:

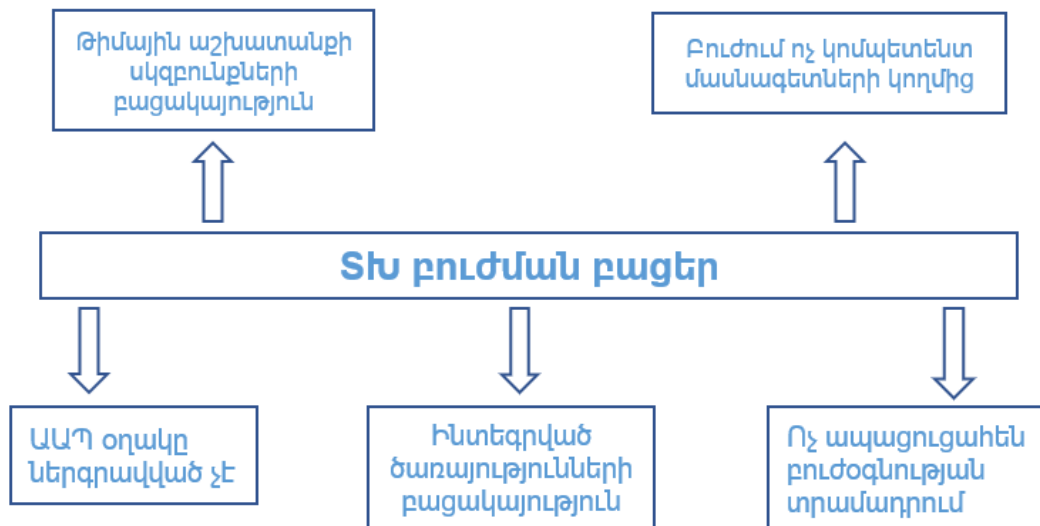
Բացի վերլուծական համակարգերի անկատարությունից, առկա են բացեր նաև կանխարգելման, բժշկական, հոգեբանական և սոցիալական աջակցության ուղղություններում:

Կանխարգելում: Չնայած տազնապային խանգարումների լայն տարածվածությանը, հանրության շրջանում չկա բավականաչափ իրազեկվածություն այս խնդիրների կապակցությամբ: Արդյունքում՝ անձինք չունեն համապատասխան գիտելիքներ իրենց մոտ առկա խնդիրը ճանաչելու և ճիշտ կողմորոշվելու հնարավորություն: Անձինք դիմում են բուժօգնության միայն այն դեպքում, երբ իրենց մոտ առկա տազնապի ախտանիշները լրջորեն խոչնդոտում են սոցիալական և մասնագիտական գործունեությանը: Իրազեկումը կարևորագույն միջոց է տազնապային խանգարումների կանխարգելման և թեթև դրսևորումների դեպքում ինքնօգնության (ինքնառելաքսացիայի միջոցներ, ֆիզիկական ակտիվություն, սոցիալական ակտիվ շփումներ, առողջ սնունդ և այլն) միջոցների կիրառման համար:

Ախտորոշումը: Հայաստանում ՏԽ-ները թերախտորոշված են: Սակավաթիվ մարդիկ են դիմում հոգեկան առողջության մասնագետի՝ բուժօգնություն ստանալու նպատակով և հետևաբար նրանց մոտ չի ախտորոշվում ՏԽ: Ցածր դիմելիության պատճառներն են հոգեկան առողջության ոլորտում առկա խարանը և ՏԽ-ների վերաբերյալ հանրության գիտելիքների բացակայություն: Մարդիկ չունեն տեղեկություն, որ ՏԽ-ները հոգեկան առողջության խնդիրներ են և հաճախ պատկերացում չունեն, թե իրենց խնդիրներով ում դիմեն: ՏԽ ախտորոշելիս գրեթե չեն կիրառվում հոգեախտորոշիչ սանդղակներ: Ավելին՝ հաճախ ՏԽ ախտորոշվում են ոչ բժիշկ մասնագետների կողմից, որոնք չունեն համապատասխան կոմպետենցիաներ (սյարդաբաններ, ներգատաբաններ, գաստրոէնտերոլոգներ, շտապ բուժօգնության բժիշկներ և այլն):



Բուժումը: Հայաստանում առկա են այն բոլոր բուժման մեթոդները (կենսաբանական և հոգեթերապևտիկ), որոնք անհրաժեշտ են Stu ունեցող անձին լիարժեք բուժօգնություն ցուցաբերելու համար: Stu բուժմամբ զբաղվում են և ԱՆ ենթակայության տակ գործող հոգեկան առողջության կենտրոնները և մասնավոր գործունեություն իրականացնող հոգեկան առողջության կենտրոնները (հոգեբանական կենտրոններ, արտահիվանդանոցային հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կենտրոններ): Այնուամենայնիվ, նույնիսկ նման կենտրոններ դիմելու պարագայում քչերն են ստանում լիարժեք աջակցություն, քանի որ ծառայությունների մեջ ներդրված չեն թիմային աշխատանքի սկզբունքները, համակարգված և ձևայնացված չեն տարբեր մասնագետների փոխգործակցությունը և գործառույթների շրջանակները (պացիենտները ստանում են կամ միայն հոգեբանական աջակցություն, կամ միայն հոգեբուժական օգնություն), արդյունքում անձը կարող է ստանալ թերի բուժօգնություն և մեծացնել Stu քրոնիկ ընթացքի ռիսկը: Հարկ է նշել նաև Stu-ների բուժման կոմպետենտության մասին: Հաճախ Stu ունեցող անձինք դեղորայքային բուժում են ստանում կամ հոգեբանների կողմից, կամ ոչ մասնագետ բուժանձնակազմի կողմից: Արդյունքում տրամադրվում է ոչ ապացուցահեն բուժօգնություն, ինչը բերում է խրոնիկական ընթացք ունեցող Stu-ների աճի:



Ուղղորդումը: ՏԽ ունեցող անձինք գրեթե չեն դիմում ԱԱՊ օղակի մասնագետներին, իսկ դիմելու դեպքում ընտանեկան բժիշկները մեծամասամբ չունեն համապատասխան գիտելիքներ և գործիքակազմ (հոգեախտորոշիչ թեստեր, ՏԽ կլինիկական զննման հմտություններ) ՏԽ ախտորոշելու և ուղղորդելու համար: ՏԽ ունեցող մարդիկ մեծամասամբ դիմում են ոչ բժիշկ մասնագետների (ոչ հոգեկան առողջության ոլորտի), կամ հոգեբանի ծառայությունների և որպես կանոն չեն ուղղորդվում իրենց կարիքներին համապատասխան աջակցության (դեղորայքային, ստացիոնար բուժման և այլն): Ավելին հաճախ հոգեբույժի, կամ հոգեթերապևտի մոտ բուժում ստացող պացիենտը չի ուղղորդվում հոգեբանական աջակցության և վերականգնման, ինչը կրկին պարունակում է բարձր ռիսկ ՏԽ-ների խրոնիկական ընթացի զարգացման համար:

Վերոգրյալից ելնելով կարելի է եզրակացնել, որ չնայած Հայաստանում հասանելի են ՏԽ բուժման հասանելի մեթոդներ, չկա բուժման և ռեաբիլիտացիայի հստակ ուղղորդման համակարգ, չկա ՏԽ ունեցող անձի աջակցման մուլտիդիսցիպլինար փոխգործակցության համակարգ, ինչպես նաև բացեր կան ԱԱՊ օղակի ներգրավվածության հարցում:

Տագնապային խանգարումների ազդեցությունն անհատի, շրջապատի և տնտեսության վրա: ՏԽ-ն լրջորեն ազդում են անձի կյանքի որակի վրա: ՏԽ ունեցող անձինք զգում են վախ կամ խուճապ և չեն կարող վերահսկել այդ զգացողությունները, թեև կոնցեպտուալ կերպով ընդունում են իրենց չափից ավելի էմոցիանալ արձագանքը: ՏԽ-ները սերտորեն կապված են ֆիզիկական առողջության հետ և ազդում են դրա վրա: ՏԽ դրսևորումներից շատերը (օրինակ՝

Ֆիզիկական լարվածությունը, նյարդային համակարգի գերլարվածությունը կամ ակոհոլի վնասակար օգտագործումը) հանդիսանում են մարմնական հիվանդությունների ռիսկի գործոններ՝ օրինակ սիրտ-անոթային պաթոլոգիաների: Իր հերթին բազմաթիվ մարմնական պաթոլոգիաների կարող են պատճառ դառնալ ՏԽ-ների (հայտնի է սիրտ-անոթային պաթոլոգիաների(14%), կախվածությունների(20%), ինֆեկցիոն հիվանդություններ (COVID-19 ի դեպքում գրեթե 25%) բարձր կոմորբիդությունը տազնապային խանգարումների հետ):

Սոցիալական կապեր: Վախի կամ անհանգստության զգացումը խանգարում է մարդկանց զարգացնել կամ վայելել իրենց սոցիալական հարաբերությունները: Երբեմն այն, թե ինչպես են մարդիկ հաղթահարում տազնապը, կարող է բացասաբար ազդել իրենց ամենամոտ մարդկանց վրա՝ ձեռք բերելով կախվածություն:

Նրանք կարող են խնդրել ուրիշներին հոգ տանել իրենց անվտանգության մասին կամ փոխել իրենց կենսակերպը, սեփական վախերը մեղմելու նպատակով: Վախը կարող է դժվարացնել սոցիալական ժամանցը և սոցիալական նոր կապերի ստեղծումն ու զարգացումը: Բացի այդ, տազնապը կարող է բերել ամուսնական հարաբերություններից բավարարվածության անկման, ամուսնական կյանքում լարվածության:

Զբաղվածություն: ՏԽ կարող է լրջորեն ազդել ակադեմիական և մասնագիտական առաջընթացի վրա: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ տազնապային խանգարում ունեցող մարդիկ հաճախ են ունենում ժամանակավոր անաշխատունակության կամ աշխատանքի արդյունավետության հետ կապված խնդիրներ, ինչի պատճառով հաճախ են բացակայում դասերից, կամ աշխատանքից, հաճախ տուժում է ուսումնական կամ աշխատանքային առաջխաղացումը: Մարդիկ կարող են պարզել, որ նրանք ավելի շատ կենտրոնանում են տազնապի դրսևորումների և ավելի քիչ իրենց դպրոցական աշխատանքի կամ իրենց աշխատանքի առօրյա խնդիրների վրա: Երբեմն նրանք խուսափում են ուրիշների առջև կամ ղեկավարի հետ խոսելիս և դա կարող է ազդել գործատուների՝ իրենց կարողությունների ընկալման վրա: Բացի այդ, տազնապային խանգարումները կանխատեսում են անաշխատունակության ավելի երկար ընթացքներ, ավելի քիչ աշխատանքային օրեր, ավելի շատ հաշմանդամության օրեր, միջին աշխատավարձի ցածր մակարդակ և աշխատանքի արտադրողականության և ձեռքբերումների նվազում:³

Չետագոտությունները ցույց են տալիս, որ տազնապային խանգարում ունեցող անձինք կորցնում են իրենց աշխատանքային արդյունավետության 30-50%-ը, իսկ տազնապի գրոհների պատճառով աշխատանքից բացակայությունները կազմում են ավելի քան 25% (Kessler, R.C., et al. (2020). "The impact of chronic pain on workplace productivity.") ԱՄՆ-ում կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ՏԽ-ները ԱՄՆ-ի տնտեսությանը հասցնում են 42 մլրդ դոլար վնաս, իսկ տազնապային խանգարումների բուժման համար յուրաքանչյուր անձի հաշվով ծախսվում է 3000-10000 դոլար (Dewa, C.S., et al. (2022). "Mental health and productivity in the workplace.")

Վարքագծերից մեկը, որն արժանացել է ուշադրության, դա բուժօգնության ծառայությունների բարձր սպառումն է ՏԽ պացիենտի կողմից: Նախ, պացիենտները իրենց առողջական խնդրի վերահաստատում են փնտրում այցելելով բազմաթիվ բժիշկների: Երկրորդ՝ նրանց մոտ զարգանում են շարք սոմատիկ ախտանիշեր, ինչպիսիք են վատ քունը, էներգիայի պակասը, հոգնածությունը, գլխացավերը, շնչահեղձությունը և ստամոքս-աղիքային համակարգի խնդիրներ: Չետևաբար, պացիենտները բժշկի են դիմում նաև այս խնդիրների բուժման նպատակով: Երրորդ՝ ՏԽ հաճախ պատճառ է հանդիսանում քրոնիկ հիվանդությունների զարգացման և պահպանման համար, որը ևս մեծացնում է բուժօգնության ծառայությունների սպառումը:4

Չամաձայն ԱՉԿ-ի Չիվանդությունների գլոբալ բեռի (GBD) տվյալների, կան մի քանի գործոններ, որոնք հանգեցնում են ՏԽ սոցիալական բարձր ծախսերի՝

- ՏԽ-ն բոլոր հիվանդությունների շրջանում ամենատարածվածներից է,
- ՏԽ-ների տարածվածությունը շատ երկրներում աճում է,
- ՏԽ-ները շատ ավելի վաղ տարիքում են զարգանում, քան մյուս սովորաբար քրոնիկ ընթացքով հիվանդությունները,
- ՏԽ-ները սովորաբար անցնում են քրոնիկ վիճակի,
- Վաղ տարիքում սկսվող տազնապային խանգարումը ունի անբարենպաստ ազդեցությունների լայն շրջանակ, ինչպիսիք են վաղաժամ ծննդաբերությունը, ամուսնական կապերի կայունությունը, ցածր կրթական մակարդակը, որոնք ունեն Էական տնտեսական հետևանքներ,
- ՏԽ-ները ունեն բարձր կոմորբիդության աստիճան և հաճախ նրանք դրսևորվում են որպես ժամանակավոր առաջնային խնդիր: Որոշ խանգարումներ, որոնք ժամանակավորապես երկրորդային են ՏԽ

նկատմամբ, ինչպիսիք են խոցերը և թմրամիջոցների չարաշահումը, ունեն բացասական տնտեսական հետևանքներ, և պետք է հաշվի առնվեն բուժման ծախսերի շարքում:

Չնայած արդյունավետ բուժման առկայությանը՝ ՏԽ ունեցող անձանց փոքրամասնությունն է դիմում բուժօգնության: Ավելին, այն անձինք, ովքեր դիմում են բուժօգնության սովորաբար դա անում են, երբ արդեն առկա են անբարենպաստ հետևանքներ, ինչը հանգեցնում է անդարձելի տնտեսական վնասների:

Ելնելով վերոնշյալից, ՏԽ պետք է համարել բոլոր ֆիզիկական և հոգեկան խանգարումներից ամենաթանկը⁵, հետևաբար ռեսուրսներ ուղղել ազգային մակարդակում բուժօգնության կարգավորմանը: Ուստի ՏԽ կլինիկական ուղիների մշակումը և ներդրումը կհամարվի արդարացված ծախս երկրի համար:

Բաժին 2: Տազնապային խանգրման կլինիկական ուղի

Սահմանումների ցանկ՝

- ԱԱՊ հոգեբույժ– արտահիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժիշկ-հոգեբույժ
- Կոնտակտային անձ– պացիենտի լիազորած, չափահաս, գործունակ անձ, որի հետ առաջնահերթության կարգով անհրաժեշտության դեպքում բուժաշխատողը կարող է կապ հաստատել՝ կապված պացիենտի առողջական վիճակի, դրա հետագա ընթացքի հետ, իսկ անգիտակից պացիենտի դեպքում՝ նաև բժշկական միջամտություն իրականացնելու համար, որի վերաբերյալ տվյալները պացիենտը տրամադրում է առաջին անգամ բժշկական օգնության և սպասարկման դիմելիս՝ հետագայում նրան փոխելու հնարավորությամբ:
- Օրինական ներկայացուցիչ– ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված և դատարանի համապատասխան որոշմամբ՝ անգործունակ ճանաչված անձի խնամակալ:
- Ուղեցույց– Հայաստանի մասնագիտական ասոցիացիաների կամ առողջապահության նախարարության կողմից խորհուրդ տրվող ուղեցույցեր, կամ ՏԽ NICE կլինիկական ուղեցույց (<https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-behavioural-and-neurodevelopmental-conditions/anxiety>)

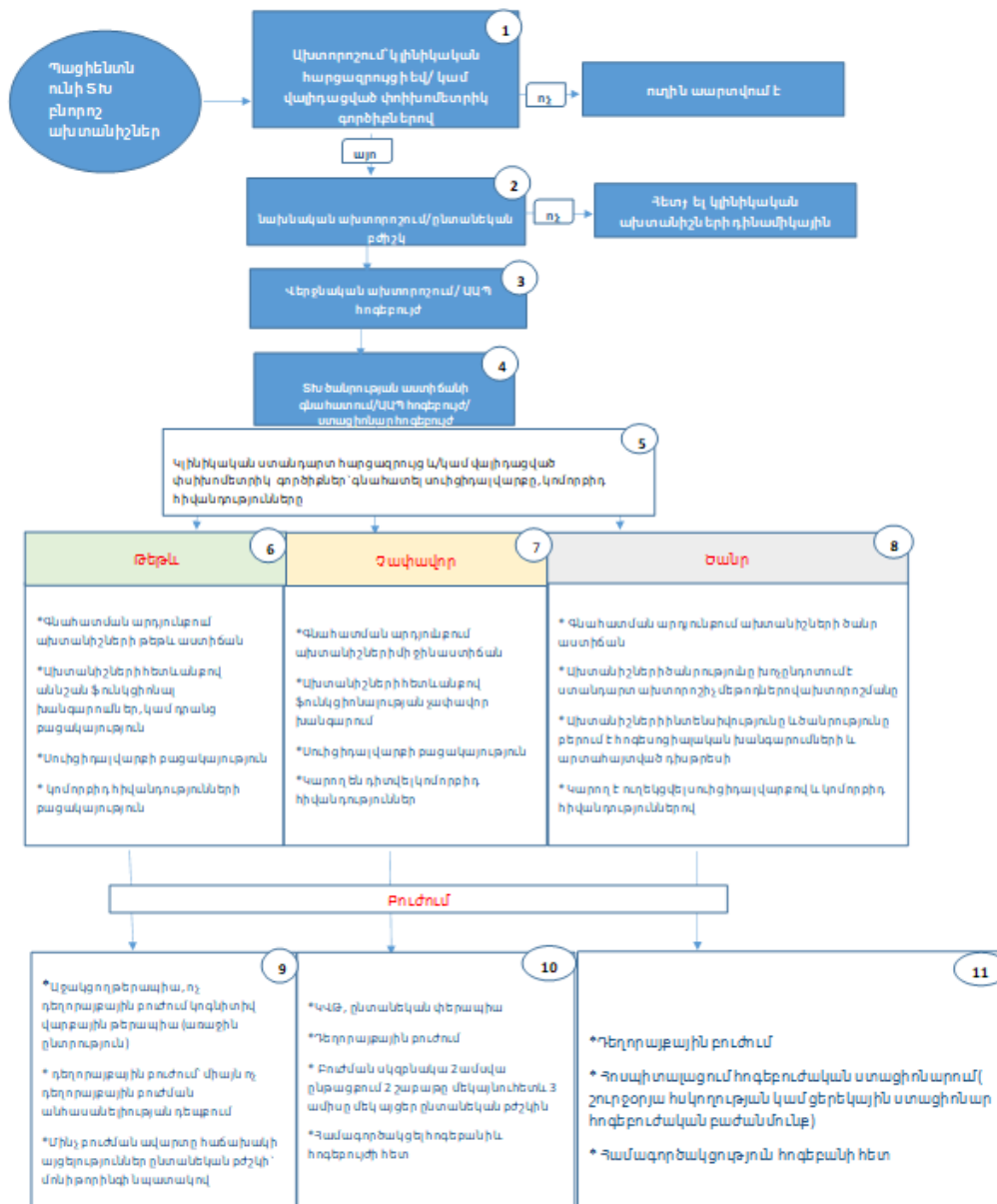
- Վալիդացված փսիխոմետրիկ գործիք– Տազնապի գնահատման սանդղակներ, որոնք անցել են համապատասխան վալիդացման գործնթաց (Խորհուրդ տրվող՝ Տազնապի գնահատման Հեմիլթոնի սանդղակ, ինքնագնահատման GAD-7 սանդղակ, Ցունգի դեպրեսիայի սանդղակ, այլ սանդղակներ՝ Բեկի տազնապի և Թեյլորի տազնապայինության սանդղակ):

Այս բաժնում կներկայացվի տազնապային խանգարում ունեցող պացիենտի (այսուհետ ՏԽ) ախտորոշման և բուժման համակարգումը, ներգրավված տարբեր ոլորտային մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացնելով և հաջորդականացնելով ամբողջ գործընթացը: ՏԽ ունեցող պացիենտի բուժօգնությունն այս փաստաթղթում պայմանականորեն կբաժանենք երկու բաղադրիչների ախտորոշում և բուժում՝ հաշվի առնելով հետևյալ սկզբունքները, կիրառել գնահատման համապարփակ մոտեցում՝ ներառելով ընտանիքի անդամներին, ընկերներին, ոչ ֆորմալ խնամողներին՝

- Գնահատման արդյունքները մեկնաբանելիս հաշվի առնել նաև այլ գործոններ՝ ուղեկցող սոմատիկ հիվանդություններ, ինչպես նաև կոմորբիդ և պոլիմորբիդ հոգեկան խանգարումները:
- Պացիենտի գնահատման, ախտորոշման և խնամքի համար կիրառել ապացուցահեն մոտեցումներ:
- Պացիենտակենտրոն խնամք՝ հաշվի առնել պացիենտի և նրա ընտանիքի անդամների արժեքները, անհատական նախասիրությունները և կյանքի պայմանները:

Կիրառել ինտեգրված բուժօգնության մատուցման ձևաչափ, համաձայնեցնել բուժման պլանը՝ բուժման կարիք ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայությունների միջև անցումների ժամանակ, մինչև պացիենտի լավացումը: ՏԽ ախտորոշումն ու խնամքը փաստաթղթում կներկայացվեն՝ ըստ առանձին մասնագետների գործընթացների:

Ստորև ներկայացված են ՏԽ ունեցող պացիենտի գնահատման, ախտորոշման և համակարգման ուղիները գծապատկերով.



1. Ընտանեկան բժշկ

Ընտանեկան բժշկի կոնտակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ, երբ պացիենտը դիմում է ԱԱՊ կազմակերպություն՝ անհատական այցի միջոցով, կամ ընդհանուր առողջական վիճակի ամենամյա հետազոտությունների շրջանակներում: ԱԱՊ կազմակերպություն պացիենտը կարող է դիմել ինքնուրույն, կոնտակտային անձի կամ օրինական ներկայացուցիչի միջոցով:

Ինչպես երևում է աղյուսակից ՏԻՄ կառավարման գործում հիմնական գործառնությունը իրականացվում է ընտանեկան բժշկի կողմից: Ընտանեկան բժշկի հիմնական գործառնություններն են՝

- ՏԻՄ նախնական գնահատում,

- Բուժման պլանի մշակում,
- Տես բուժմանը ներառված այլ բժշկական և հարբժշկական մասնագետների գործունեության համակարգում:

Ընտանեկան բժշկի գործառույթները պացիենտի վիճակի նախնական գնահատման գործընթացում

1. Նախքան որևէ միջամտության սկսելը՝ ընտանեկան բժիշկը պետք է ստանա պացիենտից գրավոր իրազեկ համաձայնություն, որը կցվում է պացիենտի բժշկական փաստաթղթին, ինչպես նաև գրանցում է կոնտակտային անձի տվյալները (պացիենտի համաձայնությամբ):
2. Տես սքրինինգը և հայտնաբերումը կարելի է կազմակերպել ամենամյա հետազոտությունների շրջանակում: Այս պարագայում այցի ընթացքում պացիենտի կողմից լրացվում է Տես ինքնագնահատման վալիդացված գործիք: Եթե ինքնագնահատման արդյունքում Տես բնորոշ ախտանիշներ չեն հայտնաբերվում, ապա այցելուն դուրս է մնում կլինիկական ուղուց: Պացիենտի Տես ինքնագնահատման գործընթացը իրականացվում է միջին բուժաշխատողի հսկողությամբ և օգնությամբ:
3. Եթե պացիենտը դիմել է ԱԱՊ հաստատություն Տես բնորոշ ակտիվ զանգատներով, ապա իրականացվում է՝
 - Կլինիկական հարցազրույց, որը ներառում է անամնեստիկ և կատամնեստիկ տվյալների հավաքագրումը և տվյալ պահին հոգեկան վիճակի մասին տեղեկատվության հավաքագրումը,
 - Անամնեզը հավաքագրվում է պացիենտի հետ հարցազրույցից,
 - Պացիենտի համաձայնությամբ տվյալներ հավաքագրվում են նաև կոնտակտային անձից, օրինական ներկայացուցիչից կամ այլ անձից,
 - Գնահատվում է սոցիալական ադապտացիայի կարգավիճակը՝ մասնագիտական և սոցիալական գործունեություն, կենցաղավարություն,
 - Կոմորբիդ և պոլիմորբիդ հոգեկան և մարմնական հիվանդությունների գնահատում:
4. Պացիենտի ֆիզիկական վիճակի գնահատում:

5. Իրականացվում է լաբորատոր- գործիքային հետազոտություններ՝ տաճևապի ախտանիշներ առաջացնող կամ դրանց նպաստող գործոնները բացահայտելու նպատակով՝
 - Արյան և մեզի լաբորատոր հետազոտություն՝ Էլեկտրոլիտների, կորտիզոլի, շաքարի մակարդակը որոշելու նպատակով, հիպեր- և հիպոթիրեոզը բացառելու, ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն կամ նյութափոխանակային գործոնների հնարավոր ազդեցությունը բացահայտելու նպատակով,
 - Նյարդահաղորդիչների և հորմոնալ հետազոտություններ,
 - ԷԷԳ և ԷՍԳ հետազոտություններ,
 - Նյարդաբանական կամ գլխուղեղի առաջնային կամ երկրորդային ախտահարման կասկածի դեպքում ՄՌՇ կամ ԿՏ հետազոտման ուղեգրում:
6. Ընտանեկան բժշկի կողմից իր գործառույթների շրջանակում անամնեստիկ տվյալների հավաքագրման կամ նախնական գնահատման համար որոշ գործառույթներ չիրականացնելու փաստը պետք է հիմնավորվի և գրանցվի պացիենտի բժշկական փաստաթղթում (պացիենտի ամբուլատոր քարտ, ուղեգրմանը կից բուժփաստաթղթեր): Դրանք չեն իրականացվում հետևյալ դեպքում՝
 - Երբ պացիենտի հոգեկան վիճակը թույլ չի տալիս իրականացնել հետազոտությունը (տես աղյուսակի 8 կետը),
 - Պացիենտը հրաժարվում է անցնել նախնական գնահատում ընտանեկան բժշկի մոտ:
7. Ընտանեկան բժշկի կողմից իրականացված բոլոր գործողությունները պետք է ամրագրվեն և կցվեն պացիենտի ամբուլատոր քարտին, ինչպես նաև ներմուծվեն գործող Էլկտրոնային շտեմարանին:
8. Հաշվի առնելով ՀՀ հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթները՝ հոգեկան խանգարում ախտորոշվում է միայն հոգեբույժի կողմից: Այդ իսկ պատճառով ընտանեկան բժիշկն ախտորոշման նպատակով չի կարող կիրառել ՀՄԴ-10 դասակարգչի հոգեկան և վարքային խարգարումներ խորագիրը (F 43.1), այլ կիրառում է ՀՄԴ-10 դասակարգչի «Ճանաչողական ունակություններին, ընկալունակությանը, հուզական վիճակին և

վարքագծին վերաբերվող ախտանիշներ և նշաններ R40-R46» բաժինը:

9. Ընտանեկան բժշկի կողմից դրված նախնական ախտորոշման վերաբերյալ տեղեկացվում է պացիենտը և նրա կոնտակտային անձը (պացիենտի համաձայնությամբ)՝ պահպանելով բժշկական էթիկայի կանոնները՝

- Չետագոտության արդյունքները տրամադրվում և քննարկվում են պացիենտի հետ միայն այն դեպքում, երբ պացիենտը ցանկություն է հայտնում իմանալ այդ տեղեկատվությունը: Պացիենտի հետ համաձայնեցվում է նաև կոնտակտային անձի մասնակցության հարցը՝ իր առողջական վիճակի հետ կապված քննարկմանը: Տեղեկատվությունը պետք է տրամադրել,
- պացիենտի համար մատչելի լեզվով կամ եղանակով,
- անդրադառնալ նրա բոլոր մտահոգություններին,
- բացատրել հետագա գործողությունների ընթացքը,
- տրամադրել ԱԱՊ հաստատությունում պացիենտին այսուհետ համակարգող բուժաշխատողի կոնտակտային տվյալները:

Պացիենտի նախնական գնահատումից հետո, ընտանեկան բժշկի կողմից հետագա խնամքի համակարգման հնարավոր ուղիները, ներառյալ ուղեգրումները՝

1. Պացիենտի մոտ առկա է ՏԽ բնորոշ ախտանիշներ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետագա հետազոտությունից կամ խնամքից: Այդ դեպքում ընտանեկան բժիշկը կրկին տեղեկացնում է պացիենտին կամ նրա կոնտակտային անձին հետագա բուժօգնության անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև հրաժարվելու դեպքում հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է հետագա հետազոտությունից, ապա դուրս է մնում կլինիկական ուղուց:
2. Եթե պացիենտի մոտ առկա են հոգեախտաբանական ախտանիշներ, սակայն նրանք չեն համապատասխանում ՏԽ չափանիշներին, ապա պացիենտը դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց, իսկ ընտանեկան բժշկի կողմից տրվում են համապատասխան խորհուրդներ:

3. Եթե պացիենտի մոտ նախնական գնահատման արդյունքում առկա է ՏԽ հիմնավոր կասկած, ապա ընտանեկան բժիշկը պացիենտին ուղեգրում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ՝ վերջնական ախտորոշման նպատակով (տես աղյուսակի 3 կետը): Նախքան ուղեգրումը՝ պացիենտը ներկայացնում է գրավոր դիմում՝ շարունակելու հետագա հետազոտությունը:

Ուղեգրումն իրականացվում է Էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի միջոցով: Պացիենտի ուղեգրին կցվում են հետևյալ փաստաթղթերը՝

- բոլոր այն հետազոտությունները, որոնք իրականացրել է ընտանեկան բժիշկը՝ ներառյալ անամնեստիկ տվյալները և նախնական գնահատման արդյունքները, ինչպես նաև ինքնագնահատման արդյունքները,
- ուղեգրման հստակ հիմնավորումը,
- նախնական ախտորոշում (ՅՄԴ-10 R խորագրին համապատասխան):

4. Եթե պացիենտի մոտ առկա է անհետաձգելի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ցուցում, ապա ընտանեկան բժիշկը 3)-րդ կետի պահանջների համաձայն պացիենտին ուղեգրում է հոգեբուժական ստացիոնար բուժման և հետազոտման (տես աղյուսակի 11-րդ կետը):

Ընտանեկան բժշկի գործառույթները, եթե պացիենտն ուղեգրվել է ԱԱՊ կամ ստացիոնար հոգեբույժի կողմից:

ԱԱՊ հոգեբույժի, կամ ստացիոնար հոգեբույժի կողմից պացիենտը ուղեգրվում է եթե՝

1. Պացիենտի գնահատվել է տագնապի թեթև և չափավոր աստիճան և պացիենտը կարիք ունի հետագա բուժումը և հսկողությունը իրականացնել ընտանեկան բժշկի հսկողության տակ (տես աղյուսակի 6 և 7- րդ կետերը),
2. Պացիենտը ստացիոնար բուժումից հետո կարիք ունի հսկողության և շարունակական բուժման՝ ընտանեկան բժշկի հսկողության տակ:

Ուղեգրումից հետո առաջին այց՝

- Ուսումնասիրում է ԱԱՊ հոգեբույժի կամ ստացիոնար հոգեբույժի կողմից ներկայացված քաղվածքը և այլ բժշկական փաստաթղթերը,
- Քաղվածքը ստանալուց հետո միջին բուժաշխատողը կապ է հաստատում պացիենտի հետ՝ հստակեցնելով այցելության օրը և ժամը,
- Մինչ բուժման գործընթացը սկսելը, ընտանեկան բժիշկը պացիենտից վերցնում է գրավոր իրազեկ համաձայնություն: Եթե պացիենտը չի համաձայնվում, ապա ընտանեկան բժշկի կողմից կրկին իրազեկվում է բուժում իրականացնելու անհրաժեշտության մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է բուժումից, ապա նա դուրս է մտնում կլինիկական ուղուց: Պացիենտի իրազեկ համաձայնությունը կցվում է բժշկական փաստաթղթին,
- Առաջին այցի ընթացքում պացիենտի հետ համատեղ քննարկվում է բուժման համակարգման հետագա գործողությունները՝ հիմնվելով հոգեբույժի կողմից մշակված բուժման անհատական պլանի և կլինիկական ուղեցույցի վրա,
- Բուժման անհատական պլանը կարող է լրամշակվել ընտանեկան բժշկի կողմից՝ ներառելով բոլոր հասանելի այլ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվությունը (վերականգնողական կենտրոններ, փոխօգնության խմբեր, կլինիկական հոգեբանի ծառայություններ): Այլ ծառայությունները բուժման պլանում ներառելիս ընտանեկան բժիշկը միջին բուժաշխատողի միջոցով համակարգում և վերահսկում է բուժման պլանում իր կողմից ներառված նոր ծառայություններից պացիենտի օգտվելու գործընթացը,
- Լրամշակված բուժման անհատական պլանի կրկնօրինակը տրամադրվում է պացիենտին,
- Պացիենտի հետ համատեղ համաձայնեցվում է հետագա այցերի հաճախականությունը: ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ այցերը պետք է լինեն համաձայն աղյուսակի 9 և 10-րդ կետերի,

Բուժման հսկողություն՝

- Բուժման հետագա հսկողությունը իրականացվում է պացիենտի ԱԱՊ կազմակերպություն այցերի միջոցով: Առնվազն 3 ամիսը մեկ անգամ, պայմանավորված առողջական կարգավիճակով, պացիենտը կրկին ուղեգրվում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ՝ պացիենտի բուժման ընթացքը գնահատելու նպատակով: Պացիենտի հոգեկան վիճակի գնահատումը իրականացվում է հաշվի առնելով ուղեցույցում նշված բուժման էֆեկտիվության ժամանակահատվածը:
 - Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ իրականացվում է՝
 - Պացիենտի ֆիզիկական զննում,
 - Հոգեկան վիճակի գնահատում՝ անհատական հարցազրույցի և վալիդացված փսիխոմետրիկ գործիքների միջոցով,
 - Պացիենտի բուժման անհատական պլանի վերանայում ըստ անհրաժեշտության՝ պայմանավորված ընթացիկ այցերի ժամանակ վերհանված խնդիրներով:
3. Ընտանեկան բժշկի կողմից բոլոր ուղեգրումները իրականացվում է բացառապես էլեկտրոնային ուղեգրման համակարգի միջոցով:
4. Պացիենտի բուժման պլանում նախատեսված հոգեբանական աջակցության, հոգեթերապիայի կամ սոցիալական աջակցության (սոցիալական պատրոնաժ) համակարգումը իրականացվում է ընտանեկան բժշկի կողմից՝
- Ներքին ուղեգրման միջոցով՝ եթե առաջ հաստատությունում առկա են անհրաժեշտ մասնագետները,
 - Ուղղորդման միջոցով՝ եթե անհրաժեշտ հարբժշկական մասնագետները գտնվում են հիվանդանոցից դուրս,
 - Նեղ և հարբժշկական մասնագետների կողմից տրամադրված փաստաթղթերը կցվում են պացիենտի ամբուլատոր քարտին և բուժական անհրաժեշտությունից ելնելով տրամադրվում են ՏԽ բուժման և ախտորոշման գործնաթացում ներգրավված մասնագետներին՝ պահպանելով գաղտնիության սկզբունքները,
 - Պացիենտի բուժման մեջ ներգրավված Հարբժշկական մասնագետների և ԱԱՊ հոգեբույժի հաղորդակցումն իրականացվում է ընտանեկան բժշկի միջոցով,

- Եթե մշակված բուժման պլանը Էֆեկտիվ չէ և պացիենտի մոտ բուժման Էֆեկտիվության ժամանակացույցը չի համապատասխանում բուժման պլանին, ապա ընտանեկան բժշկը պացիենտին ուղեգրում է ԱԱՊ հոգեբույժի՝ այն վերանայելու նպատակով,
- Տես ունեցող պացիենտի բուժումը սկսելու և այն ավարտելու որոշումը կայացվում է ընտանեկան բժշկի կողմից՝ հիմնվելով ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից տրված ցուցումների:

2. ԱԱՊ հոգեբույժ

ԱԱՊ հոգեբույժի և պացիենտի կոնսուլտը կարող է տեղի ունենալ առաջնային այցի կամ ուղեգրի հիման վրա:

1. Առաջնային այց՝

- Եթե պացիենտը դիմում է ԱԱՊ հոգեբույժին, առաջնային այցի ժամանակ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին ուղեգրում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ նախնական ախտորոշումը իրականացնելու նպատակով,
- Նախքան ուղեգրումը միջին բուժաշխատողը հեռախոսակապի կամ Էլ փոստի միջոցով կապ է հաստատում ընտանեկան բժշկի հետ՝ պացիենտի և ընտանեկան բժշկի հանդիպումը կազմակերպելու նպատակով,
- Ընտանեկան բժշկի հետագա գործառույթները իրականացվում են համաձայն կետ 1-ի (ընտանեկան բժշկի այց):

2. Ընտանեկան բժշկի ուղեգրի հիման վրա՝

Այս պարագայում ԱԱՊ հոգեբույժի գործառույթները հետևյալն են՝

- Ուսումնասիրում է ընտանեկան բժշկի կողմից ուղեգրին կցված բոլոր հետազոտությունները, հիմնավորումը և նախնական ախտորոշումը,
- Միջին բուժաշխատողի կողմից կապ է հաստատվում պացիենտի հետ՝ ընդունելության օրը և ժամը համաձայնեցնելու նպատակով,
- Իրազեկում է պացիենտին (նրա օրինական ներկայացուցչին) այցի նպատակների մասին,

- Իրականացնում է բոլոր այն հետազոտությունները, որոնք հասանելի չեն եղել ընտանեկան բժշկին կամ թույլ չի տվել պացիենտի հոգեկան վիճակը,
- Պացիենտի (ևրա օրինական ներկայացուցչի) կողմից ստանում է իրազեկ համաձայնություն՝ հետազոտություն իրականացնելու նպատակով,
- Իրականացնում է ՏԽ վերջնական ախտորոշումը՝ ներկայումս կիրառվող (ՅՄԴ-10) դասակարգչի ՏԽ ախտորոշիչ չափանիշներին համապատասխան,
- Որոշում է պացիենտի մոտ ՏԽ ծանրության աստիճանը՝ կիրառելով վալիդացված փսիխոմետրիկ գործիքներ,
- Պացիենտին (ևրա օրինական ներկայացուցչին կամ կոնտակտային անձին) իրազեկում է հետազոտության արդյունքների մասին,
- Պացիենտի (ևրա օրինական ներկայացուցչի կամ կոնտակտային անձի) անմիջական մասնակցությամբ քննարկում է պացիենտի անհատական բուժման պլանը:

Պացիենտի վերջնական ախտորոշումից հետո ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից հետագա բուժման համակարգման հնարավոր ուղիները, ներառյալ ուղեգրումները՝

1. Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՏԽ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետագա բուժօգնությունից, ապա հոգեբույժը պացիենտին կրկին իրազեկում է իր մոտ առկա խնդիրը, նաև տեղեկացնում է բուժօգնությունից հրաժարման դեպքում հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է բուժօգնությունից, ապա նա դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց:
2. Եթե պացիենտի մոտ առկա են հոգեախտաբանական ախտանիշներ, սակայն նրանք չեն համապատասխանում ՏԽ վերջնական ախտորոշման չափանիշներին, ապա պացիենտը դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց, իսկ ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից տրվում են համապատասխան խորհուրդներ:
3. Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՏԽ և պացիենտը ցանկանում է հետագա խնամքը իրականացնել ընտանեկան բժշկի մոտ, ապա

ԱԱՊ հոգեբույժը կազմում է պացիենտի բուժման անհատական պլան՝ համաձայն ընդունված կլինիկական ուղեցույցի և ուղեգրում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ բուժման հետագա համակարգման նպատակով:

4. Եթե պացիենտի մոտ առկա են հիվանդանոցային բուժման ցուցումներ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին ուղեգրում է հոգեբուժական ստացիոնար բուժման և հետազոտման՝ կցելով հիմնավորումը և Էլեկտրոնային ուղեգրման միջոցով:
5. Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՏԽ և պացիենտը տալիս է իր գրավոր համաձայնությունը իրականացնելու հետագա բուժումը, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը մշակում է պացիենտի բուժման անհատական պլան՝ համաձայն ուղեցույցի: Բուժման անհատական պլանին ներկայացվող հիմնական պահանջները՝
 - Բուժման անհատական պլանը պետք է մշակվի պացիենտի անմիջական մասնակցությամբ՝ հաշվի առնելով պացիենտի բուժման նախասիրությունները՝ հոգեթերապևտիկ կամ դեղորայքային, հիմնվելով ուղեցույցում խորհուրդ տրվող բուժման ձևերի վրա,
 - Բուժման անհատական պլանը պետք է ներառի պացիենտին աջակցության հավելյալ ձևեր՝ փոխօգնության խմբեր, սոցիալական աջակցություն,
 - Բուժման անհատական պլանի մշակման գործնառարար կարող է ներգրավվել նաև կլինիկական հոգեբանը (եթե ԱԱՊ կազմակերպությունը ունի համապատասխան աշխատակից),
 - Խնամքի ընթացքում պարբերաբար վերազնահատել ՏԽ ախտանիշները՝ հաշվի առնելով բուժման Էֆեկտիվության ժամանակահատվածը:
6. Իրականացնել հոգեկրթում պացիենտի և նրա հարազատների շրջանում:
7. Պացիենտի մոտ լրիվ ախտադադարձի (ինտերմիսիա), կամ առողջացման դեպքում, ընտանեկան բժիշկը կարող է ավարտել կլինիկական ուղին միայն ԱԱՊ հոգեբույժի հաստատումից հետո:

8. Եթե անհատական խնամքի պլանը անարդյունավետ է, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը վերանայում է բուժման անհատական պլանը՝ համաձայն կլինիկական ուղեցույցի:
9. ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից բուժման պլանը մշակվում է, եթե Պացիենտի մոտ առկա է տագնապի թեթև կամ միջին աստիճան (տե՛ս աղյուսակի 6 և 7-րդ կետերը):
10. Եթե ԱԱՊ հոգեբույժը չունի համապատասխան կրթություն (ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված հոգեթերապևտի պետական նմուշի դիպլոմ և հոգեթերապևտիկ գործունեությամբ զբաղվելու հավաստագիր) հոգեթերապևտիկ աշխատանքի համար, ապա Հոգեթերապևտիկ աշխատանքը իրականացվում է կլինիկական հոգեբանի կողմից: Կլինիկական հոգեբանի մոտ պացիենտը ուղեգրվում է կամ ներքին ուղեգրման միջոցով (ԱԱՊ կազմակերպությունում կլինիկական հոգեբանի առկայության դեպքում), կամ ուղղորդման (քանի որ չկա համապատասխան ուղեգրման համակարգ): Եթե պացիենտը ուղղորդվում է այլ կլինիկական հոգեբանի մոտ, ապա ընտանեկան բժիշկը միջին բուժաշխատողի միջոցով վերահսկում և համակարգում է այդ գործնթացը:

3. Հոգեբուժական ստացիոնար

Ստացիոնար հոգեբույժի և պացիենտի կոնտակտը կարող է տեղի ունենալ՝ ստորև աղբյուրներից ուղեգրի հիման վրա՝

- Ընտանեկան բժշկի,
- ԱԱՊ հոգեբույժի,
- Շտապ բուժօգնության,
- Այլ անձի ուղեկցությամբ (ինքնուրույն):

Ծանր ախտորոշված ՏԽ-ի դեպքում (աղյուսակ, կետ 8) կլինիկական ուղին հետևում է կետ 11-ին: Ստացիոնար հոգեբույժն իրականացնում է ախտորոշման, խնամքի և դեղորայքային բուժման ծառայություններ: Ցանկացած մասնագետից ուղեգրման պարագայում՝ ստացիոնար հոգեբույժի գործառույթները նույնն են և թվարկված են ստորև՝

1. Ուղեգիրը ստանալուց հետո հոգեբուժական կազմակերպության հոգեբույժի կամ հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից պետք է գնահատվեն պացիենտի հոսպիտալացման ցուցումները:
2. Եթե պացիենտի մոտ առկա չեն հոսպիտալացման ցուցումներ՝ այս պարագայում հոգեբույժը կապ է հաստատում ընտանեկան բժշկի հետ, ում տեղեկացնում է մերժման պատճառները և պացիենտի այցի համար ձեռք է բերում պայմանավորվածություն: Հոսպիտալացման մերժման պատճառների մասին տեղեկությունը գրանցվում է համապատասխան գրանցամատյանում:
3. Եթե պացիենտը ընդունվում է հոգեբուժական ստացիոնար, ապա իրականացվում է բուժում՝ համաձայն հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների և ընդունված կլինիկական ուղեցույցի:
4. Պացիենտի ախտորոշումը իրականացվում է ընդունման օրվանից մինչև 15 օրվա ընթացքում՝ հիմնվելով կլինիկական ուղեցույցի և ՀՄԴ-10 ախտորոշման ցուցումների վրա:
5. Հոգեբուժական ստացիոնարում պացիենտի օրինական ներկայացուցչի կամ պացիենտի անմիջական մասնակցությամբ՝ մշակվում է պացիենտի բուժման ներհիվանդանոցային պլան:
6. Բուժման ընթացքում առնվազն 10 օրը մեկ անգամ իրականացվում է ՏԽ ախտանիշների ծանրության աստիճանի գնահատում:
7. Պացիենտի դուրս գրման հիմք է հանդիսանում ՏԽ ախտանիշների նահանջը, առնվազն մինչև թեթև կամ չափավոր աստիճանի(աղյուսակ, 6,7 կետեր): Պացիենտի հետագա հոսպիտալիզացիայի ցուցումների բացակայությունը պետք է հիմնավորվի հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից՝ համաձայն ՀՀ հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների: Պացիենտի դուրս գրումից 1 օր առաջ պետք է իրականացվի տազնապի գնահատում վալիդացված փսիխոմետրիկ գործիքով:
8. Նախքան պացիենտի դուրս գրումը, բուժող բժշկի կողմից մշակվում է պացիենտին խորհուրդ տրվող անհատական պլանը, որը հետագայում կարող է լրամշակվել կամ ընտանեկան բժշկի, կամ ԱԱՊ

հոգեբույժի կողմից: Վերջինս ներառվում է հիվանդության պատմագրից քաղվածքի մեջ, խորհուրդներ բաժնում: Քաղվածքում պետք է նշել նաև այն սուբյեկտի տվյալները, ով հետագայում պետք է իրականացնի խնամքը և հսկողությունը:

9. Բուժող բժիշկը դուրս գրումից առնվազն մեկ օր առաջ կապ է հաստատում (հեռախոսազանգ, էլ. նամակ) այն մասնագետի հետ, ով պետք է իրականացնի պացիենտի հետագա խնամքը:

Համաձայն վերոնշյալի՝ ստացիոնար հոգեբույժը պացիենտին կարող է ուղեգրել ընտանեկան բժշկի կամ ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ:

4. Կլինիկական հոգեբանի ծառայություն

Կլինիկական հոգեբանի կոնտակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ՝

1. Առաջնային այցի ժամանակ՝
 - Եթե պացիենտը այցելում է կլինիկական հոգեբանի մոտ առաջնային այցով, ապա կլինիկական հոգեբանը իրականացնում է կլինիկական հարցազրույց: Տեղ բնորոշ ախտանիշների դեպքում կլինիկական հոգեբանը պացիենտին ուղղորդում է ընտանեկան բժշկի մոտ նախնական գնահատման նպատակով (տես 1-ի Ա կետը):
2. Ընտանեկան բժշկի ներքին ուղեգրմամբ կամ ուղղորդմամբ՝
 - Ընտանեկան բժիշկը, կլինիկական հոգեբանը և պացիենտը քննարկում են կլինիկական հոգեբանի աշխատանքի ծավալը, առանձնահատկությունները և պացիենտին առավել հարմար և արդյունավետ հոգեբանական աջակցության կամ հոգեթերապիայի ուղղությունը՝ հիմք ընդունելով մշակված բուժման անհատական պլանը,
 - Կլինիկական հոգեբանը հոգեթերապիայի ընթացքում պարբերաբար ընտանեկան բժշկին տալիս է տեղեկատվություն բուժման ընթացքի մասին (թերապիայի առաջին 2 ամիսների ընթացքում 2 շաբաթը մեկ անգամ, իսկ հաջորդող ամիսներին 3 շաբաթը մեկ անգամ),

- Եթե կլինիկական հոգեբանի գնահատմամբ ընթացիկ հոգեթերապիայի ուղղությունը կամ հոգեբանական աջակցության մեթոդը ոչ արդյունավետ է՝ ապա կլինիկական հոգեբանը ընտանեկան բժշկին տալիս է համապատասխան առաջարկություններ՝ բուժման պլանում փոփոխություններ իրականացնելու նպատակով:

3. ԱԱՊ հոգեբույժի ներքին ուղեգրմամբ, ուղղորդմամբ կամ ստացինար հոգեբույժի ներքին ուղեգրմամբ՝

- Մասնակցում է պացիենտի բուժման անհատական պլանի մշակմանը,
- Իրականացնում է հոգեբանական գնահատում՝ վալիդացված փսիխոմետրիկ գործիքներով:

Առաջարկություններ

Ներկայացված կլինիկական ուղին ներդնելու համար՝ անհրաժեշտ է իրականացնել համակարգային բարելավումներ՝

1. Թարգմանել և ադապտացնել ՏԻ կլինիկական NICE ուղեցույցը:
2. Թարգմանել և վալիդացնել ՏԻ ախտանիշների գնահատման փսիխոմետրիկ գործիքներ:
3. Ուժեղացնել հոգեկան առողջության ոլորտի բուժանձնակազմի կարողությունները՝ վերապատրաստումներ իրականացնելով ուղեցույցի և մշակված կլինիկական ուղու հիման վրա:
4. Մշակել և ներդնել ուղեգրման համակարգ, որտեղ ներգրավված կլինեն նաև հարբժշկական մասնագետները, ինչպիսիք են, օրինակ, կլինիկական հոգեբանը և սոցիալական աշխատողը:
5. Մշակել և ներդնել ճիշտ ֆինանսավորման խթաններ (բոնուսային ցուցանիշներ)՝ չափելու, գնահատելու և խրախուսելու բժշկի գործառույթները, համաձայն կլինիկական ուղու:
6. Օրենսդրորեն կարգավորել հոգեբանների՝ մասնավորապես կլինիկական հոգեբանների աշխատանքի և գործունեության շրջանակը:
7. Օրենսդրությամբ և համապատասխան իրավական փաստաթղթերով ընդլայնել ընտանեկան բժիշկների լիազորությունները հոգեկան առողջության խնդիրների, այդ թվում, ՏԻ բուժման և ախտորոշման համար:

Գրականության ցանկ

1. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
2. WHO. Anxiety disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
3. Anxiety Treatment Center of Austin. The Impact of Anxiety. <https://www.anxietyaustin.com/anxiety/the-impact-of-anxiety/>
4. Horenstein A, Heimberg RG. Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2020;81:101894. doi:10.1016/J.CPR.2020.101894
5. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR. The economic burden of anxiety and stress disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry.* 2002;60(7):426-435. http://www.acnp.org/Docs/G5/CH67_981-992.pdf
6. Outpatient Behavioral Health and Primary Care Clinical Pathway for the Evaluation/Treatment of Patients at Risk for Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. Children's hospital of Philadelphia