



Ֆինանսավորվում է  
Եվրոպական միության կողմից



Ժողովրդավարության  
զարգացման  
հիմնադրամ



## Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

ՀԵՏՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ՍԹՐԵՍԱՅԻՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ

### Կլինիկական ուղի

Հեղինակներ՝

Արամ Հովսեփյան  
Գևորգ Փաշիկյան  
Քրիստինե Գալստյան

«Հետտրավմատիկ սթրեսային 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 զարգացման 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:

2025թ. Երևան

## **Բաժին 1. Բացատրական և վերլուծական մաս**

Չետորավատիկ սթրեսային խանգարման (ՉՏՄԽ) կլինիկական ուղին բազմամասնագիտական և ապացուցահեն կառավարման գործիք է՝ նախատեսված ՉՏՄԽ-ի շուրջ սահմանելու պացիենտի բուժման և ռեաբիլիտացիայի մեջ ներգրավված տարբեր մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացված և հաջորդականացված ըստ ժամի, օրվա և այցելության:

ՉՏՄԽ-ի կլինիկական ուղու մշակումն ու ներդրումը հնարավորություն կընձեռնի իրականացնել բարեփոխումներ տարբեր մակարդակներում՝ անհատական, բժշկական կազմակերպության և ազգային:

- Հայաստանում ՉՏՄԽ ունեցող անձանց ավելի վաղ հայտնաբերում:
- Պացիենտի կլինիկական և տնտեսական արդյունքների բարելավում և բավարարվածության բարձրացում:
- Բուժման և ռեաբիլիտացիայի գործընթացների և արդյունքների անհարկի շեղումների նվազեցում:
- Ինտեգրված ծառայությունների մատուցում՝ համակարգելով առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում բուժանձնակազմի շրջանում գործառույթների և դերերի բաշխման մեխանիզմները, հաղորդակցման և ուղղորդման ընթացակարգերը:
- Բժշկական կազմակերպության ներսում աշխատանքային կլիմայի բարելավում՝ հստակեցնելով պացիենտի բուժման մեջ ներգրավված յուրաքանչյուր մասնագետի գործառույթները:

Նախքան ՉՏՄԽ-ի կլինիկական ուղու ներկայացումը անհրաժեշտ է հասկանալ, թե ինչու է ՉՏՄԽ-ն համարվում առաջնահերթ առողջապահական խնդիր և որոնք են ներկա համակարգման բացերը:

### ***Ներածություն.***

ՉՏՄԽ-ն հոգեախտաբանական վիճակ է, որը զարգանում է որոշ մարդկանց մոտ, ովքեր վերապրել են ցնցող, սարսափելի կամ վտանգավոր իրադարձություն: ՉՏՄԽ-ն սովորաբար զարգանում է կյանքին ու առողջությանը սպառնացող, սուր վախ ու սարսափ առաջացնող արտակարգ իրավիճակներում հայտնված անձանց՝ ինչպես տուժածների, այնպես էլ ականատեսների մոտ՝ դիսթրեսի արդյունքում: Այդպիսի իրավիճակներից են պատերազմները, ցեղասպանությունը, տարերային

և տեխնոգեն աղետները, ահաբեկչական գրոհները, բռնաբարությունը, զանգվածային սպանության և մահվան տեսարանները:

Բնական է վախ զգալ տրավմատիկ իրավիճակի ժամանակ և դրանից հետո: Վախը մարմնի «կռիվ կամ փախուստ» արձագանքի մի մասն է, որն օգնում է մեզ խուսափել կամ արձագանքել հնարավոր վտանգին: Մարդիկ կարող են ունենալ մի շարք հոգեբանական կամ հոգեախտաբանական դրսևորումներ տրավմայից հետո, սակայն մեծամասամբ սկզբնական հոգեվիճակը մարդկանց մոտ ժամանակի ընթացքում վերականգնվում է:<sup>1</sup>

- ՉՏՄԽ-ի չափանիշներին համապատասխանելու համար անձը պետք է ունենա բնորոշ ախտանիշներ 1 ամսից ավելի, և ախտանշանները պետք է բավականաչափ արտահայտված լինեն, որպեսզի խանգարեն առօրյա կյանքի ասպեկտներին, օրինակ՝ փոխհարաբերություններին կամ աշխատանքին: Ախտանիշները նույնպես պետք է կապ չունենան դեղորայքի, հոգեակտիվ նյութերի գործածման կամ այլ հիվանդության հետ և պայմանավորված լինեն հոգետրավմա առաջացնող պատահարի առկայությամբ:<sup>1</sup> Բացի այդ, ՉՏՄԽ չափանիշներին համապատասխանելու համար պետք է լինեն հետևյալ դրսևորումները:
- Չոգետրավմատիկ իրավիճակի կրկնվող վերապրում (Flashback) հիշողությունների և մղձավանջների ձևով: ՉՏՄԽ ունեցող մարդիկ կրկնակի և անցանկալի հիշողություններ ունեն տրավմատիկ իրադարձության վերաբերյալ, ինչը նրանց ստիպում է զգալ, որ իրադարձությունը նորից է կրկնվում: Այս հիշողությունները ուղեկցվում են ուժեղ վախով կամ սարսափի զգացումով:
- Խուսափողական վարք- ՉՏՄԽ ունեցող մարդիկ խուսափում են իրավիճակներից, գործողություններից, անձանցից, մտքերից, որոնք կարող են իրենց կրկին հիշեցնել տրավմատիկ իրադարձության մասին: Նրանք նույնիսկ կարող են խուսափել իրադարձության մասին խոսել իրենց ընտանիքի կամ բժշկի հետ:
- Գերգրգռման ախտանիշներ, որը դրսևորվում է կենտրոնանալու դժվարությամբ, քնի խանգարումներով, վախի զգացումը վերահսկելու անկարողության խնդիրներով: ՉՏՄԽ ունեցող մարդիկ կարող են ունենալ վտանգի ուժեղ զգացում, նույնիսկ երբ նրանց իրականում վտանգ չի սպառնում: Սա կարող է ենթադրել, որ նրանք սովորականից շատ ավելի

զգոն են, օրինակ՝ անընդհատ գնում են շրջապատը պոտենցիալ սպառնալիքների համար կամ զգում են հասարակական վայրերում մեջքով պատին սեղմված մնալու անհրաժեշտությունը:

ՀՏՄԽ ժամանակ ախտանիշները սովորաբար սկսվում են հոգետրավմատիկ իրադարձությունից անմիջապես հետո կամ մեկ ամսվա ընթացքում: Ավելի փոքր երեխաների մոտ ախտանշանները հաճախ վարքագծային են և կարող են ներառել տրավմատիկ իրադարձության վերարտադրումը խաղի կամ նկարների միջոցով: Երեխաները հաճախ անարդարացիորեն իրենց են մեղադրում կատարվածի համար:<sup>2</sup>

Որոշ դեպքերում ՀՏՄԽ ախտանիշները համակցվում են հուզական խանգարումների և փոխհարաբերությունները կառուցելու խնդիրների հետ: Նման դեպքերում խոսքը գնում է Կոմպլեքս հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ԿՀՏՄԽ) մասին: ԿՀՏՄԽ-ն ներառում է նաև

- Անլիարժեքության, ամոթի և մեղքի զգացում,
- Նոր հարաբերություններ կառուցելու անկարողություն,
- Առկա սոցիալական կապերի թուլացում կամ կորուստ:<sup>3</sup>

ՀՏՄԽ-ն, ինչպես և հոգեկան առողջության այլ խնդիրներ, առաջանում է սոցիալական, հոգեբանական և կենսաբանական գործոնների փոխազդեցության հետևանքով: Յուրաքանչյուրը կարող է ունենալ ՀՏՄԽ պոտենցիալ տրավմատիկ իրադարձությունից հետո, բայց տարբեր գործոններ կարող են մարդկանց ավելի զգայուն դարձնել դրա հանդեպ Հոգետրավմատիկ իրադարձությունների նախկին փորձ

- Սեռ՝ կանանց մոտ ՀՏՄԽ զարգացման հավանականությունը առավել բարձր է
- Հոգեկան առողջության խնդիրների ընտանեկան պատմություն,
- Երիտասարդ տարիք,
- Կրթական ցածր մակարդակ,
- Հոգետրավմատիկ իրադարձության բնույթը: Հոգետրավմատիկ իրադարձության ընթացքում լուրջ ֆիզիկական վնասվածք ստանալը կամ ուրիշների վնասվածքի ակնատես լինելը կարող է մեծացնել ռիսկը:<sup>2</sup>

Շատ այլ տրավմատիկ իրադարձություններ նույնպես կարող են հանգեցնել ՀՏՄԽ-ի զարգացման, ինչպիսիք են հրդեհը, բնական աղետը, գողությունը, կողոպուտը, ինքնաթիռի վթարը, խոշտանգումները, առևանգումը, կյանքին

սպառնացող բժշկական ախտորոշումը, և այլ ծայրահեղ կամ կյանքին սպառնացող իրադարձություններ:<sup>4</sup>

**Իրավիճակն աշխարհում՝** Պոտենցիալ հոգետրավմատիկ իրադարձությունների ականատես լինելը կամ զգալը միշտ չի որ հանգեցնում է ՅՏՄԻ-ի զարգացմանը:

1. Աշխարհում մարդկանց մոտ 70%-ը կյանքի ընթացքում վերապրում են պոտենցիալ տրավմատիկ իրադարձություն, բայց միայն փոքրամասնության մոտ (5.6%) կարող է զարգանալ ՅՏՄԻ: Աշխարհի բնակչության մոտ 3,9%-ը կյանքի ինչ-որ պահի ունեցել է ՅՏՄԻ: ՅՏՄԻ-ի զարգացման հավանականությունը տատանվում է կախված հոգետրավմատիկ իրադարձության բնույթից: Օրինակ՝ ՅՏՄԻ-ի մակարդակը ավելի քան երեք անգամ (15,3%) ավելի բարձր է բռնի տեղահանվածների կամ պատերազմ վերապրած անձանց շրջանում: ՅՏՄԻ մակարդակը հատկապես բարձր է սեռական բռնությունից հետո:<sup>2</sup>
2. Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ աղջիկների մոտ 15%- 43%-ը և տղաների 14%-43%-ը ունենում են առնվազն մեկ հոգետրավմա: Այն երեխաները, դեռահասները, ովքեր ունեցել են հոգետրավմա, միայն աղջիկների 3%- 15%-ը և տղաների 1%-6%-ի մոտ է զարգանում ՅՏՄԻ:<sup>5</sup>

ՅՏՄԻ ունեցող մարդկանց մինչև 40%-ը ապաքինվում է մեկ տարվա ընթացքում: Չնայած ՅՏՄԻ բուժման արդյունավետ մեթոդների առկայությունը, ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում ՅՏՄԻ-ունեցող անձանց միայն 1 % է դիմում բուժման:<sup>2</sup>

Բուժման խոչընդոտները ներառում են բնակչության ցածր տեղեկացվածությունը ՅՏՄԻ բուժման արդյունավետության մասին, հոգեկան առողջության ծառայությունների հասանելիության ցածր մակարդակը, սոցիալական խարանը և հոգեկան առողջության ոլորտում բարձր մասնագիտական կարողություններով բուժաշխատողների անբավարար քանակ:

Տրավմատիկ իրադարձության դեպքում հնարավոր աջակցությունը ընտանիքի, ընկերների կամ այլ մարդկանց կողմից կարող է նվազեցնել ՅՏՄԻ զարգացման ռիսկը:

### **1) Իրավիճակը Հայաստանում.**

Հայաստանը վերջին 30 տարիների ընթացքում բախվել է 3 լայնամասշտաբ պատերազմների, որոնց պատճառով ՅՏՄԻ-ի տարածվածությունը մեծացել է: Ընդ

որում ՅՏՄԻ զարգացել է ոչ միայն պատերազմի անմիջական մասնակից անձանց մոտ, այլ նաև նրանց ընտանիքի անդամների և համայնքի այլ ներկայացուցիչների: Չնայած այդ պատերազմների առկայությանը, որոնք պետք է միանշանակ բերեն ՅՏՄԻ ունեցող մարդկանց քանակի ավելացմանը, մինչ օրս որևէ ապացուցահեն հետազոտություն չի իրականացվել՝ պարզելու ՅՏՄԻ Հայաստանում տարածվածությունը:

Բացի դա, 2022թ-ին Արցախի շրջափակումից հետո մոտ 91000 անձ բռնի տեղահանվել է, և այդ մարդիկ ապաստան են գտել Հայաստանում: Համաձայն ԱՀԿ վերլուծության՝ վերջին 10 տարիների պատերազմների և բռնի տեղահանման հետևանքով ապաստան հայցած անձանց մոտ 22%-ի մոտ կարող է դիտվել ՅՏՄԻ, բիպոլյար խանգարում և շիզոֆրենիա:<sup>6</sup>

**Կանխարգելում և իրազեկում:** Հարկ է նշել, որ ՅՏՄԻ-ն ունի խրոնիկական ընթացի բարձր ռիսկ, ուստի ՅՏՄԻ-ի վաղ հայտնաբերումը ուղղորդումը և բուժումը կկրճատի ՅՏՄԻ խրոնիկական ընթացք ունեցող դեպքերի քանակը:

Հայաստանում ցածր է հանրային իրազեկվածությունը ՅՏՄԻ-ի վերաբերյալ, չնայած որ Հայաստանը հոգետրավմատիկ գործոնների բարձր ռիսկային գոտի է: Հիվանդության ճանաչումը հանրության կողմից կնպաստի պացիենտի առողջական ելքերի բարելավմանը, քանի որ նրանք ավելի վաղ փոխվում կփնտրեն բուժօգնություն:

ՅՏՄԻ-ն առավել հաճախ զարգանում է արտակարգ իրավիճակների ժամանակ, երբ նույն հոգետրավմատիկ իրավիճակում են հայտնվում բազմաթիվ մարդիկ: Նմանատիպ իրավիճակներում կարևոր է ինքնօգնության և փոխօգնության հմտությունների տիրապետումը՝ ինչը կմեղմացնի ՅՏՄԻ զարգացման ռիսկը: Չնայած նրան որ Հայաստանը համարվում է խոցելի ՅՏՄԻ առումով (պատերազմներ, բնական կատակլիզմներ), հանրությունը իրազեկված չէ արտակարգ իրավիճակներում ինքնօգնության և փոխօգնության հմտություններին:

**Ախտորոշում:** Հայաստանում ՅՏՄԻ-ն թերախտորոշված է, որի պատճառներն են՝

- Դիմելիության ցածր մակարդակը: ՅՏՄԻ ունեցող մարդիկ չեն դիմում հոգեկան առողջության մասնագետի՝ ոլորտում առկա խարանի, ինչպես նաև ցածր իրազեկվածության պատճառով

- ՀՏՍԽ հաճախ չի ախտորոշվում՝ համապատասխան մասնագիտական կարողություններ ունեցող հոգեկան առողջության մասնագետների անբավարարության պատճառով:
- ՀՏՍԽ ունեցող մարդիկ գործնականում չեն դիմում ԱԱՊ կազմակերպություններ, իսկ ԱԱՊ մասնագետները գործնականում չեն տիրապետում ՀՏՍԽ ախտորոշման և ուղղորդման հմտություններին:
- ՀՏՍԽ ախտորոշման գործընթացում հոգեկան առողջության մասնագետների կողմից գործնականում չեն կիրառվում հոգեախտորոշիչ գործիքներ, իսկ բժիշկները (հոգեբույժ, հոգեթերապևտ, ընտանեկան բժիշկ) չեն հետևում միջազգայնորեն ընդունված և Հայաստանում կիրառելի ՀՏՍԽ ախտորոշման չափանիշներին, ինչի պատճառով շատ ՀՏՍԽ դեպքեր ախտորոշվում են որպես հոգեկան առողջության այլ խնդիր (դեպրեսիա, տագնապային խանգարում և այլն):

**Բուժում:** Հայաստանում առկա են այն բոլոր դեղերը և բուժման ոչ դեղորայքային մեթոդները, որոնք անհրաժեշտ են ՀՏՍԽ բուժման համար: ՀՏՍԽ բուժմամբ զբաղվում են թե՛ ԱՆ ենթակայության տակ գտնվող հոգեկան առողջության կենտրոնները, թե՛ մասնավոր հոգեկան առողջության կենտրոնները: Բուժումը իրականացվում է թե՛ հիվանդանոցային և թե՛ արտահիվանդանոցային պայմաններում: Չնայծ նրան, որ առկա են անհրաժեշտ բուժման մեթոդները, չկան պացիենտի ուղղորդման հստակ մեխանիզմներ:

- Հայաստանում հոգեկան առողջության ծառայությունները ունեն կենտրոնացված բնույթ՝ հոգեկան առողջության ծառայությունները հիմնականում մատուցվում են մայրաքաղաքում՝ խոշոր հոգեկան առողջության կենտրոնների կողմից, ինչը անհասանելի է դարձնում հոգեկան առողջության ծառայությունները Հայաստանի մարզերում: 44-օրյա պատերազմի փորձը ցույց տվեց, որ հոգեկան առողջության ծառայությունների կենտրոնացված մոդելը անհնարին է դարձնում արտակարգ իրավիճակներում պատշաճ կազմակերպել հոգեկան առողջության ծառայությունները: Փորձը ցույց տվեց՝ հոգեկան առողջության կենտրոններն աշխատում էին գերծանրաբեռնված, գործնականում չէր գործում աղետը վերապրած անձանց բուժօգնության տրամադրման հստակ համակարգ, որի պատճառով բուժօգնության կարիք ունեցող անձինք շրջանցում էին մարզային կամ համայնքային հոգեկան առողջության

ծառայությունները (ԱԼՊ կազմակերպություններ, առաջին հոգեբանական օգնության ծառայություններ և այլն)

- Չկան ձևավորված համայնքահեն ծառայություններ, որտեղ ՀՏՄ ունեցող անձին կցուցաբերվեն առաջին հոգեբանական և բժշկական օգնություն:
- ՀՏՄ կանխարգելման առումով կարևոր նշանակություն ունի հոգետրավմատիկ իրավիճակից հետո առաջին հոգեբանական օգնությունը: Բացի դա՝ ՀՏՄ վաղ շրջանում հոգեբանական աջակցությունը նպաստում է ՀՏՄ առավել թեթև ընթացքին Հայաստանի մարզերում չկա բավարար քանակի և համապատասխան որակավորում ունեցող հոգեբաններ, ինչի պատճառով տրավմա վերապրած անձը հաճախ զրկված է լինում հոգեբանական աջակցությունից:

## 2) ՀՏՄ ազդեցությունն անհատի, ընտանիքի և տնտեսության վրա.

**Անհատական մակարդակ:** ՀՏՄ-ն կարող է ազդել մարդու՝ ամենօրյա գործունեության, աշխատելու, ընտանիքի և ընկերների հետ շփվելու ունակության վրա: ՀՏՄ ունեցող անձը հաճախ կարող է ինքնամփոփ կամ անտարբեր լինել, քանի որ նրանք փորձում են չմտածել կամ չզգալ, որպեսզի արգելափակեն հոգետրավմատիկ իրադարձության հետ կապված ցավոտ հիշողությունները: ՀՏՄ-ն կարող է խանգարել այն ունեցող անձանց մասնակցությունն ընտանեկան կյանքին կամ անտեսել աջակցության առաջարկները: ՀՏՄ ունեցող մարդիկ նախընտրում են մեկուսի կյանք՝ հրաժարվելով սոցիալական շփումներից: Տևական ՀՏՄ ունեցող անձանց մինչև 80 %-ի մոտ առաջանում են լրացուցիչ խնդիրներ՝ առավել հաճախ՝ դեպրեսիա, տագնապ և կախվածություն հոգեակտիվ կյուրներից: ՀՏՄ ունեցող անձինք հաճախ են ունենում ինքնասպանության մտքեր:

**Ընտանեկան մակարդակ:** ՀՏՄ վերաբերյալ առավել վաղ հետազոտությունը ցույց է տվել ՀՏՄ վնասակար ազդեցությունը ընտանիքների վրա: Համաձայն հետազոտության արդյունքների՝ Վիետնամի վետերաններն ավելի շատ ամուսնական խնդիրներ են ունենում և ընտանեկան բռնության դեպքեր գրանցում: Նրանց կողակիցների մոտ ավելի հաճախ է դիտարկվում հայտնաբերվում, իսկ նրանց երեխաների մոտ ավելի շատ են դիտվում վարքի խանգարումները:

ՀՏՄԽ ունեցող անձի ընտանիքի անդամները հաճախ ունենում են բացասական հույզեր, մեղքի զգացողություն, հարազատին օգնելու անկարողության զգացում, ինչպես նաև հաճախ են նշում միանման ախտանիշներ ինչպիսին որ ունի ՀՏՄԽ ունեցող անձը: Ընտանիքի անդամները հաճախ ամբողջությամբ նվիրվում են նրանց, ում մասին հոգ են տանում և այդ ընթացքում անտեսում են իրենց սեփական կարիքները: Ծնողների ՀՏՄԽ ախտանիշները ուղղակիորեն կապված են իրենց երեխաների հոգեբանական վիճակի հետ: Երեխաները կարող են խնդիրներ ունենալ դպրոցում, տիրություն, վախ, ընտանեկան և անձնական անլիարժեքության զգացում և ավելի մեծ տարիքում դրսևորեն խնդիրներ փոխհարաբերություններում<sup>5</sup>:

**Տնտեսական բեռը:** ՀՏՄԽ-ն կապված է բարձր տնտեսական բեռի հետ: Ուսումնասիրություններից մեկը ցույց է տվել, որ ԱՄՆ-ում ՀՏՄԽ-ի ընդհանուր ավելցուկային տնտեսական բեռը գնահատվել է 232,2 միլիարդ դոլար 2018-ի համար (ՀՏՄԽ ունեցող մեկ անձի հաշվով 19,630 դոլար): Ընդհանուր ավելցուկային ծախսերը կազմել են \$189,5 մլրդ (81,6%) քաղաքացիական բնակչության և \$42,7 մլրդ (18,4%) զինվորական բնակչության համար, որը կազմում է 18,640 դոլար և 25,684 դոլար ՀՏՄԽ ունեցող մեկ անձի քաղաքացիական և զինվորական բնակչության համար համապատասխանաբար: Քաղաքացիական բնակչության մեջ ավելորդ բեռը պայմանավորված է ուղղակի առողջապահական (66,0 միլիարդ դոլար) և գործազրկության (42,7 միլիարդ դոլար) ծախսերով: Չինվորականների շրջանում ավելորդ բեռը պայմանավորված է հաշմանդամության (17,8 միլիարդ դոլար) և ուղղակի առողջապահական (10,1 միլիարդ դոլար) ծախսերով:<sup>8</sup>

Մեկ այլ ուսումնասիրություն ցույց է տվել, որ ՀՏՄԽ-ն կապված է հաշմանդամության զգալի մակարդակի, վերարտադրողականության նվազման և կյանքի որակի անկման հետ: Օրինակ՝ Համաշխարհային հոգեկան առողջության նախագծում ներգրավված 26 երկրների տվյալները վերլուծվել են՝ ուսումնասիրելով մասնակի հաշմանդամությունը՝ պայմանավորված մի շարք ֆիզիկական (օրինակ՝ սրտանոթային հիվանդություն, շաքարախտ, քաղցկեղ, մեջքի ցավ) և հոգեկան առողջության խնդիրներով: Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ անհատական մակարդակում մասնակի հաշմանդամության ամենաբարձր ցուցանիշների են հանգեցրել դեպրեսիան և աֆեկտիվ խանգարումները: Բնակչության մակարդակում այլ պատկեր է դիտվել: Համեմատած հոգեկան խանգարումների ֆիզիկական խանգարումները ավելի հաճախ են պատճառ

դարձել մասնակի հաշմանդամության՝ դրանց ավելի մեծ տարածվածության պատճառով:<sup>9</sup>

## **Բաժին 2: ՀՏՄԽ կլինիկական ուղի**

Սահմանումների ցանկ

1. ԱԱՊ հոգեբույժ– արտահիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժիշկ-հոգեբույժ
2. 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:
3. Օրինական ներկայացուցիչ- ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված և դատարանի համապատասխան որոշմամբ՝ անգործունակ ճանաչված անձի խնամակալ:
4. Ուղեցույց-Հայաստանի մասնագիտական ասոցիացիաների կամ առողջապահության նախարարության կողմից խորհուրդ տրվող ուղեցույցեր, կամ ՀՏՄԽ NICE կլինիկական ուղեցույց (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>)
5. Խնամք- ներառում է պացիենտի նկատմամբ իրականացվող բուժական, սոցիալական, վերականգնողական, իրավական միջոցառումներ:

Այս բաժնում կներկայացվի հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող պացիենտի (այսուհետ ՀՏՄԽ) բուժման և խնամքի համակարգումը, ներգրավված տարբեր ոլորտային մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացնելով և հաջորդականացնելով ամբողջ գործընթացը: ՀՏՄԽ ունեցող պացիենտի բուժօգնությունն այս փաստաթղթում պայմանականորեն կբաժանենք երկու բաղադրիչների ախտորոշում և խնամք՝ հաշվի առնելով հետևյալ սկզբունքները.

- Կիրառել գնահատման համապարփակ մոտեցում՝ ներառելով ընտանիքի անդամներին, ընկերներին, ոչ ֆորմալ խնամողներին:

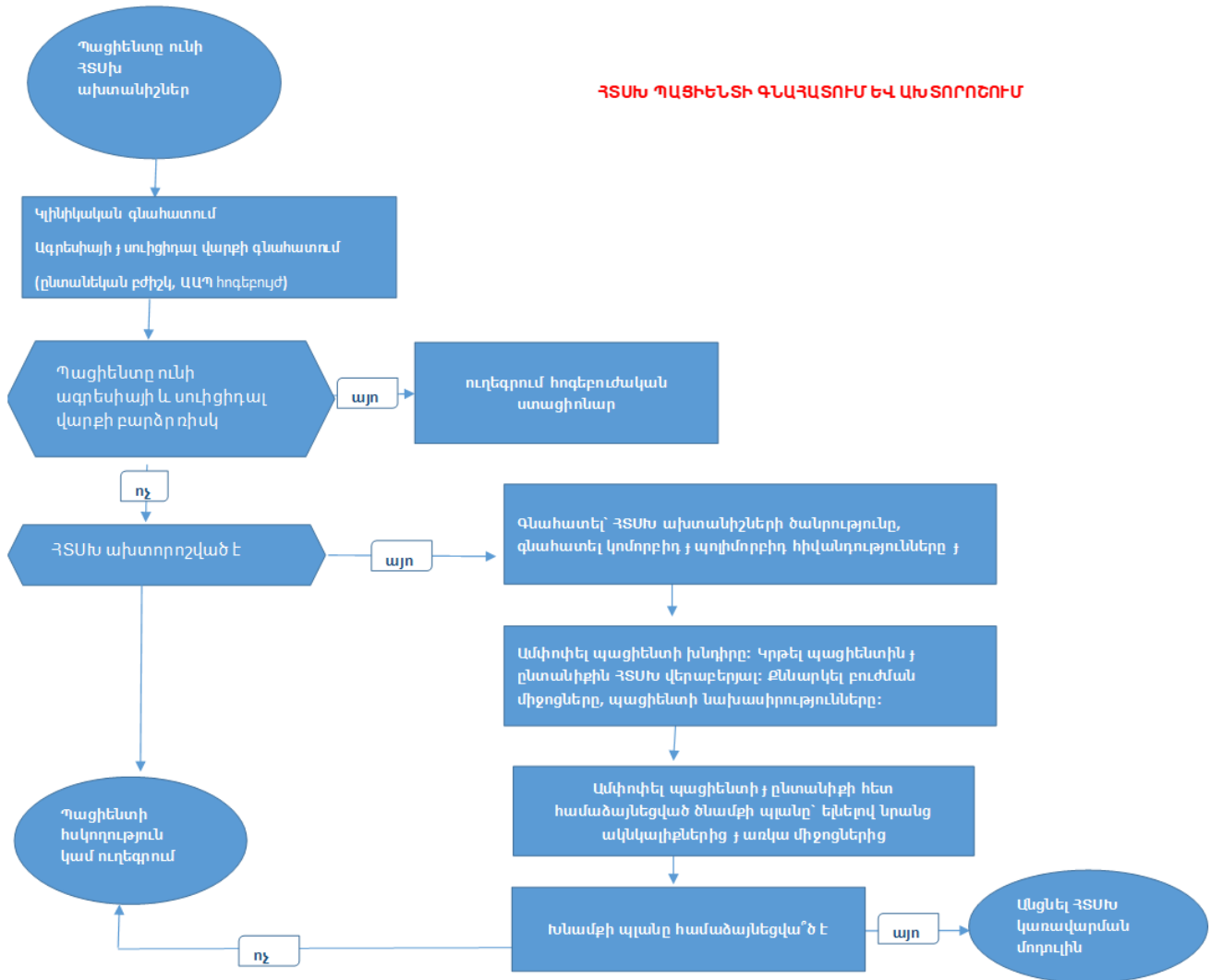
- Գնահատման արդյունքները մեկնաբանելիս հաշվի առնել նաև այլ գործոններ՝ ուղեկցող սոմատիկ հիվանդություններ, ինչպես նաև կոմորբիդ և պոլիմորբիդ հոգեկան խանգարումները:
- Պացիենտի գնահատման, ախտորոշման և ինսամքի համար կիրառել ապացուցահեն մոտեցումներ:
- Պացիենտակենտրոն ինսամք՝ հաշվի առնել պացիենտի և նրա ընտանիքի անդամների արժեքները, անհատական նախասիրությունները և կյանքի պայմանները:
- Կիրառել ինտեգրված բուժօգնության և ինսամքի մատուցման ձևաչափ, համաձայնեցնել ինսամքի պլանը՝ շարունակական ինսամքի կարիք ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայությունների միջև անցումների ժամանակ, մինչև պացիենտի լավացումը:

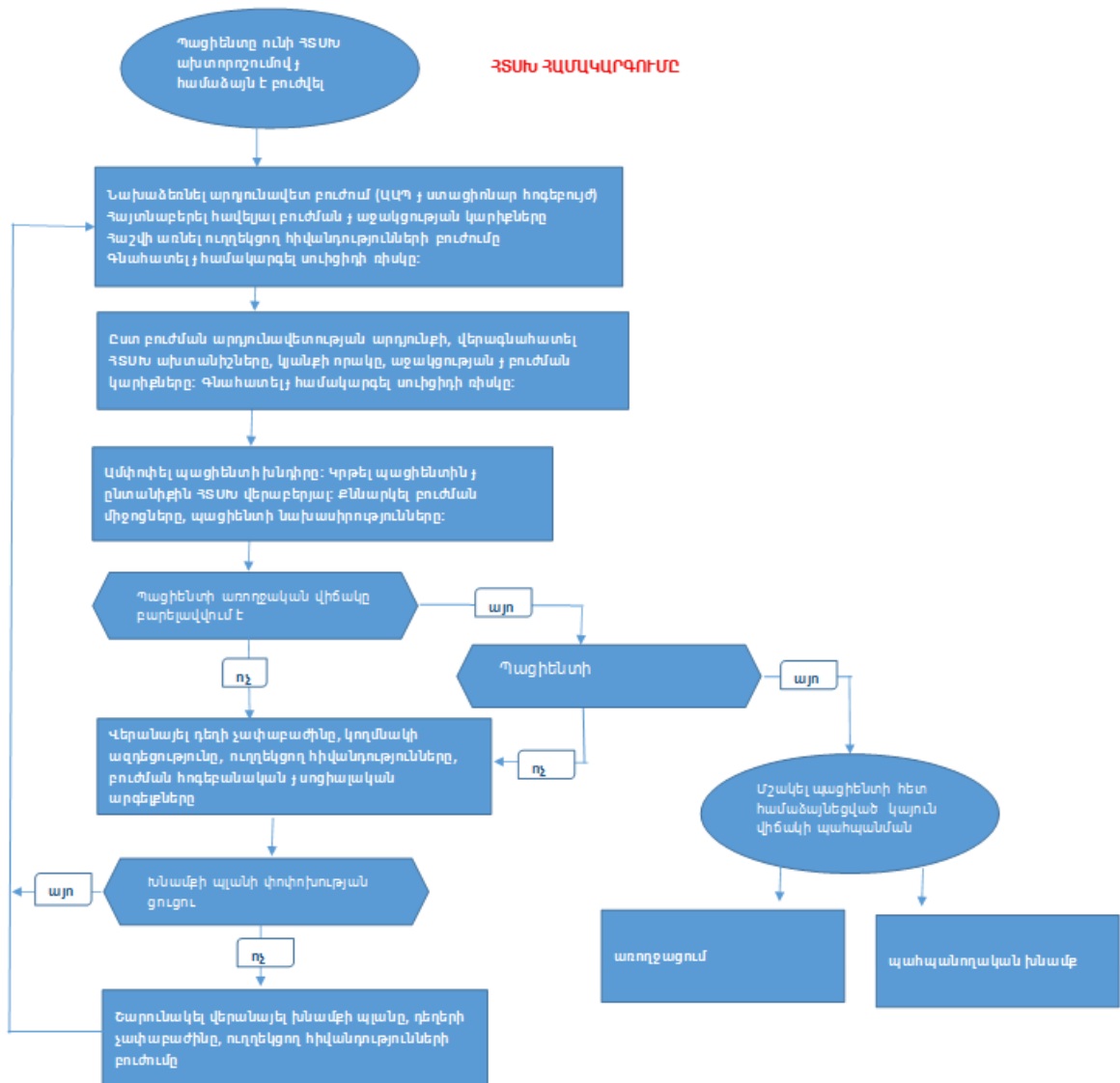
ՀՏՄԽ ախտորոշումն ու ինսամքը փաստաթղթում կներկայացվեն՝ ըստ առանձին մասնագետների գործընթացների:

***Ստորև ներկայացված են ՀՏՄԽ ունեցող պացիենտի գնահատման և ախտորոշման (գծապատկեր 1) և համակարգման (գծապատկեր 2) ուղիները.***

# Գծապատկեր 1

## ՀՏՄԻ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԵՎ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ





Գծապատկեր 1-ից երևում է որ ՀՏՍԽ ունեցող պացիենտի գնահատման և ախտորոշման ուղին սկսվում է առողջության առաջնային պահպանման (ԱԿՊ) հաստատությունից՝ ընտանեկան բժշկի գործառույթներից:

ՀՏՍԽ համակարգումը տարբեր մասնագետների կողմից կիրականացվի համաձայն Գծապատկեր 2-ի:

### 1. Ընտանեկան բժիշկ

Ընտանեկան բժշկի կոնստակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ, երբ պացիենտը դիմում է ԱԿՊ կազմակերպություն՝ այցի միջոցով: ԱԿՊ

կազմակերպությունն պացիենտը կարող է դիմել ինքնուրույն, կոնտակտային անձի կամ օրինական ներկայացուցիչի միջոցով:

- **Ընտանեկան բժշկի գործառույթները պացիենտի վիճակի նախնական գնահատման գործընթացում.**

1. Նախքան որևէ միջամտության սկսելը՝ ընտանեկան բժիշկը պետք է ստանա պացիենտից գրավոր իրազեկ համաձայնություն, որը կկցվի պացիենտի բժշկական փաստաթղթին, ինչպես նաև գրանցում է կոնտակտային անձի տվյալները( պացիենտի համաձայնությամբ)

2. Անամնեզի հավաքագրում և կլինիկական ախտանիշների նախնական գնահատում:

- Անամնեզի հավաքագրվում է պացիենտի խոսքերից:
- Պացիենտի համաձայնությամբ՝ կոնտակտային անձից, օրինական ներկայացուցիչից կամ այլ անձից, ով կարող է տալ տեղեկատվություն ( տրավմատիկ իրավիճակին ականատես այլ անձ, ընտանիքի անդամ, հարազատ, հարևան):
- Սոցիալական ադապտացիայի կարգավիճակ՝ մասնագիտական և սոցիալական գործունեություն, կենցաղավարություն:
- Անամնեզի հավաքագրման և պացիենտի հոգեկան վիճակի նախնական գնահատման ժամանակ պետք է ուղղորդվել հետևյալ չափանիշներով:
  - Անամնեզում տրավմատիկ իրադարձության հաստատված ներքոնշյալ փաստերից որևէ մեկի կամ մի քանիսի առկայությունը (պատերազմ, աղետ, հարազատի մահ, սեռական բռնություն և այլն),
  - Տրավմատիկ իրադարձության անմիջական վերապրում,
  - Տրավմատիկ իրադարձությանն ականատես լինելը,
  - Տրավմատիկ իրադարձությունը տեղի է ունեցել հարազատի հետ, որի մասին պացիենտը տեղեկացել է,
  - Որևէ տրավմատիկ իրադարձության մանրամասների կրկնվող վերարտադրություններ,
  - Ներքոնշյալ ախտանիշներից առնվազն մեկի առկայություն, որը առաջացել է տրավմատիկ իրադարձությունից հետո՝

- ❖ Տրավմատիկ իրադարձության վերաբերյալ սևեռուն և ինքնաբուխ հիշողություններ,
  - ❖ Մղձավանջային երազներ, որոնք բովանդակային առումով կապված են տրավմատիկ իրադարձության հետ,
  - ❖ Դիսոցիատիվ ախտանիշների առկայություն( օրինակ Ֆլեշբեք),
  - ❖ Հոգեբանական ապրումներ և սոմատո-վեգետատիվ ախտանիշների առկայություն, երբ որևէ արտաքին ազդակ հիշեցնում կամ խորհրդանշում է տրավմատիկ իրադարձությունը,
  - ❖ Տիպիկ հիշողություններից, զգացողություններից և մտքերից կամ մարդկանցից, վայրերից կամ իրադարձություններից խուսափում, կամ խուսափման փորձ, որոնք կապված են տրավմատիկ իրադարձության հետ,
- Տրամադրության և շրջակա միջավայրի ընկալման նեգատիվ փոփոխություններ ( ներքոնշյալ ախտանիշներից առնվազն 2-ը)`
- ❖ Տրավմատիկիկ իրադարձության առավել կարևոր մանրամասների վերարտադրման անհնարինություն,
  - ❖ Կասկածամտություն կամ մշտական վտանգի զգացողություն,
  - ❖ Ինքնամեղադրման մտքեր,
  - ❖ Նեգատիվ Էմոցիոնալ ապրումներ (ամոթ, վախ, սարսափ, մեղք, զայրույթ և այլն), դրական Էմոցիաներ ապրելու անհնարինություն,
  - ❖ Սոցիալական ակտիվության նշանակալի անկում,
  - ❖ Մեկուսացված լինելու զգացողություն,
- Ռեակտիվականության և գրգռվողականության հետ կապված խնդիրներ`
- ❖ Գերզգոնություն,
  - ❖ Չայրույթի պոռթկումներ` առանց համարժեք արտաքին ազդակի,

- ❖ Ուշադրության կենտրոնացման դժվարություն,
  - ❖ Զնի հետ կապված խնդիրներ,
  - Բնորոշ ախտանիշները պետք է տևեն ոչ պակաս քան 1 ամիս:
  - Բնորոշ ախտանիշները պետք է բերեն կլինիկորեն նշանակալի դիսթրեսի, կամ խաթարեն սոցիալական կամ պրոֆեսիոնալ գործունեությունը:
  - Պացիենտի մոտ կարող է դիտվել նաև դեռեալիզացիայի կամ դեպրեսոնալիզացիայի ախտանիշներ:
  - Պացիենտի հոգեկան վիճակի գնահատումը իրականացվում է համաձայն ուղեցույցի խորհուրդ տրվող ՀՏՍԽ ախտանիշների գնահատման սանդղակների:
3. Պացիենտի ֆիզիկական վիճակի գնահատում:
  4. Ընտանեկան բժշկի կողմից իր գործառույթների շրջանակում անամենտոիկ 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 (Ագրեսիայի որևէ ձևի առկայություն կամ ագրեսիայի բարձր ռիսկ, սուիցիդի բարձր ռիսկ, որը պահանջում է շտապ հոսպիտալացում):
    - Պացիենտի մոտ ագրեսիայի կամ սուիցիդի ռիսկը գնահատվում է ուղեցույցում խորհուրդ տրվող ագրեսիայի և սուիցիդալ վարքի գնահատման սանդղակների օգնությամբ:
  5. Ընտանեկան բժշկի կողմից իրականացված բոլոր գործողությունները պետք է ամրագրվեն և կցվեն պացիենտի ամբուլատոր քարտին, ինչպես նաև ներմուծվեն գործող Էլկտրոնային շտեմարանին:
  6. 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 ՅՄԴ-10 դասակարգչի «Ճանաչողական ունակություններին, ընկալունակությանը, հուզական վիճակին և վարքագծին վերաբերվող ախտանիշներ և նշաններ R40-R46» բաժինը:

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

8. Հետազոտության 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 հետազոտությունների ընթացքը,
- տրամադրել ԱԱՊ հաստատությունում պացիենտին այսուհետ, համակարգող բուժաշխատողի կոնտակտային տվյալները:

• **Պացիենտի նախնական գնահատումից հետո, ընտանեկան բժշկի կողմից հետազոտվող խնամքի համակարգման հնարավոր ուղիները, ներառյալ ուղեգրումները՝**

1. Պացիենտի մոտ առկա է ՀՏՍԽ բնորոշ ախտանիշներ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետազոտությունից կամ խնամքից: Այդ դեպքում ընտանեկան բժիշկը կրկին տեղեկացնում է պացիենտին կամ նրա կոնտակտային անձին հետազոտության անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև հրաժարվելու դեպքում հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է հետազոտությունից, ապա դուրս է մնում կլինիկական ուղուց:

2. Եթե պացիենտի մոտ առկա են հոգեախտաբանական ախտանիշներ, սակայն նրանք չեն համապատասխանում ՀՏՍԽ

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 ՅՏՍԻՆ հիմնավոր կասկած, ապա ընտանեկան բժիշկը պացիենտին ուղեգրում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ: Նախքան ուղեգրումը՝ պացիենտը ներկայացնում է գրավոր դիմում՝ շարունակելու հետագա խնամքը:

- 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,
- 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 պացիենտին ուղեգրում է հոգեբուժական ստացիոնար բուժման և հետազոտման (ուղեգրումն իրականացվում է 3-րդ կետի պահանջների համաձայն):

- **Ընտանեկան բժշկի խնամքի գործառույթները, եթե պացիենտն ուղեգրվել է ընտանեկան բժշկի մոտ ԱԱՊ կամ ստացիոնար հոգեբույժի կողմից:**

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

1. Պացիենտի բնակության վայրին անհասանելի է ԱԱՊ հոգեբույժի ծառայությունները,
2. Պացիենտը ցանկություն է հայտնում հետագա խնամքը շարունակել ընտանեկան բժշկի հսկողության տակ,

- Առաջնային այց,

- ❖ Ուսումնասիրում է ԱԱՊ հոգեբույժի կամ ստացիոնար հոգեբույժի կողմից ներկայացված քաղվածքը և այլ բժշկական փաստաթղթերը:
- ❖ Զաղվածքը ստանալուց հետո միջին բուժաշխատողը կապ է հաստատում պացիենտի հետ՝ հստակեցնելով այցելության օրը և ժամը:
- ❖ Մինչ խնամքի գործընթացը սկսելը, ընտանեկան բժիշկը պացիենտից վերցնում է գրավոր իրազեկ համաձայնություն: Եթե պացիենտը չի տալիս իր գրավոր համաձայնությունը՝ խնամքի նպատակով, ապա ընտանեկան բժշկի կողմից կրկին իրազեկվում է խնամք իրականացնելու անհրաժեշտության մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է խնամքից, ապա նա դուրս է մնում կլինիկական ուղուց: Պացիենտի իրազեկ համաձայնությունը կցվում է բժշկական փաստաթղթին:
- ❖ Առաջին այցի ընթացքում պացիենտի հետ համատեղ քննարկվում է խնամքի համակարգման հետագա գործողությունները՝ հիմնվելով հոգեբույժի կողմից մշակված խնամքի անհատական պլանի և կլինիկական ուղեցույցի վրա:
- ❖ Խնամքի անհատական պլանը կարող է լրամշակվել ընտանեկան բժշկի կողմից՝ ներառյալ բոլոր հասանելի այլ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվությունը (վերականգնողական կենտրոններ, փոխօգնության խմբեր, կլինիկական հոգեբանի ծառայություններ):
- ❖ Լրամշակված խնամքի անհատական պլանի կրկնօրինակը տրամադրվում է պացիենտին:
- ❖ Պացիենտի հետ համատեղ համաձայնեցվում է հետագա այցերի հաճախականությունը, որը պետք է լինի ամսական ոչ պակաս, քան երկու անգամ:
- Խնամքի հսկողություն՝
  - ❖ Խնամքի հետագա հսկողությունը իրականացվում է պացիենտի, ԱԱՊ կազմակերպություն այցերի միջոցով:
  - ❖ Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ իրականացվում է՝
    - Պացիենտի ֆիզիկական զննում,
    - Հոգեկան վիճակի գնահատում,

- Պացիենտի խնամքի անհատական պլանի վերանայում ըստ անհրաժեշտության՝ պայմանավորված ընթացիկ այցերի ժամանակ վերհանված խնդիրներով:
- Առնվազն երկու ամիսը մեկ անգամ, պայմանավորված առողջական կարգավիճակով, պացիենտը կրկին ուղեգրվում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ՝ պացիենտի խնամքի ընթացքը գնահատելու նպատակով: Պացիենտի հոգեկան վիճակի գնահատումը իրականացվում է՝ հաշվի առնելով ուղեցույցում նշված բուժման էֆեկտիվության ժամանակահատվածը:

## **2. ԱԱՊ հոգեբույժ**

### **• ԱԱՊ հոգեբույժի և պացիենտի կոնտակտը 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 ախտորոշում 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 (ևրա 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 ՀՏՍԽ վերջնական ախտորոշումը՝ ներկայում կիրառվող (ՀՄԴ-10) դասակարգչի ՀՏՍԽ ախտորոշիչ չափանիշներին համապատասխան:
  - 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 խնամքի պլանը:
- **Պացիենտի վերջնական ախտորոշումից հետո ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից հետագա խնամքի համակարգման հնարավոր ուղիները, ներառյալ ուղեգրումները՝**
    1. Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՀՏՍԽ, 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 ՀՏՍԽ վերջնական ախտորոշման չափանիշներին, ապա պացիենտը դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց, իսկ ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից տրվում են համապատասխան խորհուրդներ:
    3. Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՀՏՍԽ և պացիենտը ցանկանում է հետագա խնամքը իրականացնել ընտանեկան բժշկի մոտ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը կազմում է պացիենտի խնամքի անհատական պլան՝ համաձայն ընդունված կլինիկական ուղեցույցի

և ուղեգրում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ խնամքի հետագա համակարգման նպատակով:

4. Եթե պացիենտի մոտ առկա են անհետաձգելի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ցուցումներ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին ուղեգրում է հոգեբուժական ստացիոնար բուժման և հետազոտման՝ կցելով հիմնավորմամբ և էլեկտրոնային ուղեգրման միջոցով:
5. Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՉՏՍԽ և պացիենտը տալիս է իր գրավոր համաձայնությունը իրականացնելու հետագա խնամքը՝ ԱԱՊ հոգեբույժի հսկողությամբ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը մշակում է պացիենտի անհատական պլան՝ համաձայն ուղեցույցի: Խնամքի անհատական պլանին ներկայացվող հիմնական պահանջները:
  - Խնամքի 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 աջակցության կամ վերականգնողական կենտրոններ:
  - Բուժման անհատական պլանի մշակման գործնառնական կարող է ներգրավվել նաև կլինիկական հոգեբանը( եթե ԱԱՊ կազմակերպությունը ունի համապատասխան աշխատակից):
  - Գնահատել ագրեսիայի և սուիցիդի ռիսկի մակարդակը, իսկա խնամքի ընթացքում այն գնահատել ամսեկան առնվազն 1 անգամ:
  - Խնամքի ընթացքում պարբերաբար վերագնահատել ՉՏՍԽ ախտանիշները՝ հաշվի առնելով բուժման էֆեկտիվության ժամանակահատվածը:
6. Իրականացնում է հոգեկրթում պացիենտի և նրա հարազատների շրջանում:
7. Եթե պացիենտի մոտ նկատվում է հոգեկան վիճակի բարելավում, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը շարունակում է պացիենտի խնամքը

համապատասխան մշակված խնամքի պլանի, իսկ առողջացման դեպքում պացիենտի կլինիկական ուղին համարվում է ավարտված:

8. Եթե անհատական խնամքի պլանը անարդյունավետ է, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը վերանայում է բուժման անհատական պլանը՝ համաձայն կլինիկական ուղեցույցի:
9. 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):

### **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):

Ստացիոնար հոգեբույժն իրականացնում է ախտորոշման, խնամքի և դեղորայքային բուժման գործընթացներ: 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: Դրանք կարող են լինել միայն այն դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է անհետաձգելի հոգեբուժական օգնություն՝ Սուիցիդի և ագրեսիայի բարձր ռիսկ կամ սոցիալական աջակցության բացակայություն, որը

թույլ չի տալիս պացիենտի բուժումը արդյունավետ իրականացնել արտահիվանդանոցային պայմաններում:

2. Եթե պացիենտի մոտ չեն հաստատվում հոգեբուժական անհետաձգելի հոսպիտալացման ցուցումները, ապա պացիենտի հոսպիտալացումը մերժվում է: Այս պարագայում հոգեբույժը կապ է հաստատում ԱԱՊ հոգեբույժի 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: Պացիենտի ներհիվանդանոցային անհատական պլանը մշակելու ընթացքում առաջնային է համարվում սուլիցիդի կամ ագրեսիայի հնարավորինս շուտ կորեկցիան:
6. Պացիենտի դուրսգրման հիմք է հանդիսանում պացիենտի մոտ անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժման ցուցումների բացակայությունը: Պացիենտի հոսպիտալիզացիայի ցուցումների բացակայությունը պետք է հիմնավորվի հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից՝ համաձայն ՀՀ հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների: Բացի դա դուրսգրումից առնվազն 1 օր առաջ պետք է իրականացվի ագրեսիայի և սուլիցիդալ վարքի գնահատում:
7. Նախքան պացիենտի դուրսգրումը, 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 հետազայում պետք է իրականացնի խնամքը և հսկողությունը :

8. Բուժող բժիշկը դուրսգրումից 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 պացիենտի հոգեկան վիճակի նախնական գնահատում՝ համաձայն 1. Ա) կետի (բացառությամբ ֆիզիկական գնումը): Նախնական գնահատման արդյունքում ՀՏՍԽ բնորոշ ախտանիշների առկայության դեպքում կլինիկական հոգեբանը պացիենտին ուղղորդում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ՝ գնահատման և ախտորոշման նպատակով:

2. ԱԱՊ հոգեբույժի ներքին ուղեգրմամբ, ուղղորդմամբ կամ ստացիոնար հոգեբույժի ներքին ուղեգրմամբ՝

- Կլինիկական հոգեբանը, հոգեբույժը և պացիենտը համատեղ քննարկում են կլինիկական հոգեբանի աշխատանքի առանձնահատկությունները և ծավալը,
- Պացիենտին առավել հարմար և արդյունավետ հոգեթերապիայի ուղղությունը,
- Պացիենտի ընթացիկ հոգեկան վիճակի շարունակական գնահատումը իրականացվում է հոգեբույժի կողմից:

## **Առաջարկություններ**

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

1. Թարգմանել և ադապտացնել ՀՏՄԽ կլինիկական NICE ուղեցույցը:
2. Թարգմանել և վալիդացնել ՀՏՄԽ ախտանիշների գնահատման, ինչպես նաև ագրեսիայի և սուլցիդալ վարքի գնահատման սանդղակները:
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:

## Գրականության ցանկ

1. National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>.
2. WHO. Post-traumatic stress disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>.
3. NHS. Post-traumatic stress disorder. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/overview/>.
4. Mayo Clinic. Post-traumatic stress disorder. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>.
5. National Center for PTSD. Post-traumatic stress disorders. [https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common\\_children\\_teens.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_children_teens.asp).
6. WHO. Integrating mental health services into primary health care systems for internally displaced persons and host communities in Armenia. <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/integrating-mental-health-services-into-primary-health-care-systems-for-internally-displaced-persons-and-host-communities-in-armenia>.
7. Better Health Channel. Post-traumatic Stress Disorder. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/post-traumatic-stress-disorder-ptsd#impact-of-ptsd-on-relationships-and-day-to-day-life>.
8. U.S. Department of Veterans Affairs. Economic Burden of PTSD. <https://news.va.gov/103611/study-national-economic-burden-of-ptsd-staggering/>.
9. Australian Government NH and medical research council. AUSTRALIAN GUIDELINES FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Chapter 8, Economic considerations. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>.