

Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

ԴԵՊՐԵՍԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ Կլինիկական ուղի

Հեղինակներ՝
Գևորգ Փաշիկյան
Արամ Հովսեփյան

«Դեպրեսիվ 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 ամբողջությամբ պատասխանատու է Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիան, և պարտադիր չէ, որ այն արտացոլի Եվրոպական միության տեսակետները:

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

2026թ. Երևան

ԲԱԺԻՆ 1. Բացատրական և վերլուծական մաս

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

ԴԽ-ի կլինիկական ուղու մշակումն ու կիրառումը հնարավորություն կընձեռի Հայաստանում ավելի վաղ հայտնաբերել ԴԽ ունեցող անձանց, ավելի արդյունավետ բուժել և աջակցել նրանց: Այն կառաջարկի նաև առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում բուժանձնակազմի շրջանում գործառույթների և դերերի բաշխման մեխանիզմը և ուղղորդման ընթացակարգը: Կլինիկական ուղիների կիրառումը կարող է բերել որոշակի բարեփոխումների:

- Պացիենտի կլինիկական և տնտեսական արդյունքների բարելավման և բավարարվածության բարձրացման:
- Բուժման և աջակցության գործընթացների և արդյունքների անհարկի շեղումների նվազեցման:
- Աշխատանքային կլիմայի բարելավման՝ հստակեցնելով պացիենտի բուժման մեջ ներգրավված յուրաքանչյուր մասնագետի գործառույթները:
- Ժամանակավոր անաշխատունակության և հիվանդության քրոնիզացման մակարդակի իջեցման:

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

1. Ներածություն. ԴԽ հանդիսանում է հոգեկան առողջության առավել տարածված, քրոնիկացվող և հաշմանդամության բերող հոգեկան առողջության խնդիրներից մեկը՝ Էական ազդեցություն ունենալով անհատի կյանքի որակի, սոցիալական ֆունկցիոնալության և հասարակության սոցիալ-տնտեսական բեռի վրա:

Այն բնորոշվում է ընկճված տրամադրությամբ, հաճույքի և հետաքրքրությունների կորստով, Էներգետիկ պոտենցիալի նվազումով, ինչպես նաև ճանաչողական, վարքային և սոմատիկ բազմազան ախտանիշներով, որոնք տևում են առնվազն երկու շաբաթ և հանգեցնում են անձի ֆունկցիոնալության իջեցման:

1.1. Դեպրեսիվ խանգարումների հիմնական ախտանիշներն են՝

- Տևական ընկճված տրամադրություն՝ օրվա մեծ մասը,
- Հաճույքի և հետաքրքրությունների կորուստ (անհետոնիա),
- Հոգնածություն և էներգետիկ պոտենցիալի պակաս,
- Զննի խանգարումներ (ինսոմնիա կամ հիպերսոմնիա),
- Ախորժակի և քաշի փոփոխություններ,
- Կենտրոնացման և հիշողության խանգարումներ,
- Ինքնագնահատականի նվազում, մեղքի և անլիարժեքության զգացում,
- Հոսսահատություն, անկարողություն, ապագայի նկատմամբ հոռետեսական ընկալում,
- Մահվան կամ ինքնասպանության մտքեր, ծրագրեր կամ փորձեր,
- Սոմատիկ գանգատներ՝ առանց բավարար օրգանական հիմքի:

1.2. Հիվանդությունների միջազգային դասակարգչում (ՀՄԴ-10) Դեպրեսիվ խանգարումը ներառված է հոգեկան և վարքային խանգարումներ դասի «Աֆեկտիվ խանգարումներ» գլխի մեջ, որպես առանձին կլինիկական միավոր: Չնայած դրան, դեպրեսիվ համախտանիշը կարելի է համարել առավել տարածված հոգեախտաբանական համախտանիշներից և այն կարող է դիտվել տարբեր կլինիկական միավորների կազմում որպես դոմինանտ համախտանիշ, ինչպիսիք են, օրինակ, երկբևեռ աֆեկտիվ խանգարումը, շիզոֆրենիկ խանգարումը, նախածերունական մելանխոլիկ խանգարումը և այլն: Որոշ կլինիկական միավորների դեպքում դեպրեսիվ համախտանիշը կարող է համարվել միակ կամ հատկանշական համախտանիշ, ինչպիսիք են, օրինակ, դիսթիմիան, հետծննդաբերական դեպրեսիան, դեպրեսիվ հակազդումով ընթացող հարմարվողականության խանգարումները և այլն: Հատկանշական է նաև դեպրեսիայի բարձր կոմորբիդությունը տագնապային խանգարումների, կախվածությունների և հոգեկան առողջության այլ խնդիրների հետ: Հետևաբար, Դես ախտորոշումը հոգեկան առողջության մասնագետների կողմից պահանջում է բարձր մասնագիտական պատրաստվածություն և բուժման ու ախտորոշման հարցում փոխլրացման և թիմային աշխատանքի հմտություններ:

Դես հիմնական ձևերն են.

- Մեծ դեպրեսիվ էպիզոդ
- Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում

1.3. Դես ռիսկի գործոնները և պատճառները

Դես-ն հոգեբանական, սոցիալական և կենսաբանական գործոնների բարդ փոխազդեցության հետևանք է: Դեպրեսիայի բարձր ռիսկի գոտում են այն անձինք,

ովքեր ապրել են կյանքի դժվարին իրավիճակներ, ինչպիսիք են, օրինակ, հարազատի կորուստը, գործազրկությունը և հոգետրավմատիկ իրավիճակները: Իր հերթին դեպրեսիան բերում է սթրեսակայունության նվազման, որը լրացուցիչ գործոն է թե՛ դեպրեսիայի ախտանիշների թանձրացման, թե՛ հոգեսոցիալական դժվարությունները հաղթահարելու ունակությունների նվազեցման համար:

Դեպրեսիայի առաջացման գործում քիչ կարևոր չեն ֆիզիոլոգիական գործոնները և սոմատիկ խանգարումները՝ ինչպիսիք են ցավային համախտանիշը, քրոնիկական մարմնական հիվանդությունները, հորմոնալ տեղաշարժերը և այլն: Այնուամենայնիվ, ԴԽ-ի հիմնական ռիսկի գործոններ են համարվում.

- Ժառանգական նախատրամադրվածություն
- Իգական սեռ
- Հոգետրավմատիկ իրավիճակներ
- Սոցիալական մեկուսացում և աղքատություն
- Զրոնիկ մարմնական հիվանդություններ և ցավային համախտանիշ
- Հոգեներգործուն նյութերի չարաշահում
- Մոլեխաղեր և վիդեոխաղեր
- Հորմոնալ փոփոխություններ
- Կյանքի ընթացքում առկա դեպրեսիվ էպիզոդ

2. Առկա համակարգային բացերը

2.1 Ծառայությունների հասանելիություն

Հայաստանում հոգեկան առողջության ծառայությունները կենտրոնացված են հիմնականում մայրաքաղաքում: ՀՀ մարզերում կա համապատասխան կրթություն և հմտություններ ունեցող հոգեկան առողջության մասնագետների դեֆիցիտ, ինչը հնարավորություն չի տալիս ԴԽ ունեցող անձին ժամանակին դիմել բուժօգնության: Բացի այդ, թե՛ ՀՀ մայրաքաղաքում, թե՛ մարզերում քաքանակ են համապատասխան կրթություն և ոլորտային աշխատող հարբժշկական մասնագետները, որոնք կարևոր դերակատարում ունեն պացիենտի ուղղորդման և հոգեկրթության գործում:

2.2 ԱԱՊ օդակ

ԴԽ ունեցող անձինք սովորաբար չեն դիմում ԱԱՊ կազմակերպություններ՝ սոցիալական խարանի պատճառով: Բացի այդ, ԱԱՊ մասնագետները չունեն համապատասխան գիտելիքներ ԴԽ ունեցող պացիենտին բուժօգնություն ցուցաբերելու և ուղղորդելու համար: ԱԱՊ օդակում ներդրված չեն դեպրեսիան

հայտնաբերելու և ախտորոշելու փսիխոմետրիկ գործիքներ և ուղղորդման հստակ համակարգեր:

2.3 Հայտնաբերում և կանխարգելում

Հայաստանում առավել շատ վերլուծվում են դեպրեսիայի հետևանքները (ինքնասպանություններ, բարձր հոսպիտալացում և այլն), մինչդեռ ԴԽ-ի կանխարգելման և հայտնաբերման հետ կապված հարցերը անտեսված են: Դեպքերի ճնշող մեծամասնությամբ մարդիկ ինքնուրույն են դիմում հոգեկան առողջության մասնագետի, ուղղորդվելով իրենց գանգատներով: Առկա է բաց իրազեկման տեսանկյունից՝ Հայաստանում չկան դեպրեսիային ուղղված լայնամաշտաբ իրազեկման ծրագրեր, ինչը անհրաժեշտություն է, հաշվի առնելով ԴԽ-ի տարածվածությունը և աճի միտումները:

2.4 Ախտորոշում, բուժում և ուղղորդում

ՀՀ-ում ԴԽ-ն թերախտորոշված է ցածր դիմելիության և սոցիալական խարանի պատճառով: Բացի այդ, ԴԽ ունեցող անձինք գերադասում են դիմել տարբեր հոգեբանական կենտրոններ, որտեղ ստանում են միայն հոգեբանական աջակցություն, այն դեպքում երբ ԴԽ-ների մեծամասնության դեպքում անհրաժեշտ է և՛ հոգեբանական աջակցություն, և՛ մասնագիտացված բուժօգնություն: Հետևաբար նշված անձինք ստանում են ոչ լիարժեք աջակցություն, ինչի պատճառով զարգանում է հիվանդության քրոնիկ ընթացք, ինչպես նաև առաջ են գալիս դեպրեսիվ համախտանիշի ավելի ծանր ձևեր:

Հայաստանում չկա նաև ԴԽ-ի հստակ ուղղորդման համակարգ, որը թույլ կտար առավել օպտիմալ և ըստ կարիքների աջակցություն ցուցաբերել: Չնայած նրան, որ առկա է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված դեպրեսիայի կլինիկական ուղեցույցը (2017թ.), այն կարիք ունի լրամշակման և թարմացման:

3. Դեպրեսիվ խանգարումների ազդեցությունը անհատի, հասարակության և տնտեսության վրա

ԴԽ-ն հանրային առողջության ամենաբարդ մարտահրավերներից է: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալներով՝ աշխարհում ավելի քան 280 մլն. մարդ ունի դեպրեսիա, ինչը կազմում է աշխարհի բնակչության շուրջ 3.5-4%, իսկ կյանքի ընթացքում դեպրեսիվ էպիզոդ է ունենում բնակչության մոտ 15-20%-ը [1,2]: Դեպրեսիան համարվում է հաշմանդամության առաջատար պատճառներից մեկը՝ կազմելով գլոբալ հիվանդաբեռնվածության (YLD)

շուրջ 5-6%-ը: Բազմաթիվ հետազոտություններ փաստում են նաև, որ ԴԽ-ն առավել տարածված է իգական սեռի շրջանում [2]:

Հայաստանում հաճախ ԴԽ ունեցող անձինք խուսափում են դիմել հոգեկան առողջության մասնագետի, բուժում են ստանում մասնավոր ոլորտում գործող հոգեկան առողջության կենտրոններում, որտեղ երբեմն չեն ախտորոշվում որպես ԴԽ ունեցող անձ կամ ախտորոշվում են, բայց չեն ներառվում միասնական առողջապահական համակարգում, ինչը անհնարին է դարձնում հստակ պատկերացում կազմել Հայաստանում ԴԽ-ի համաճարակաբանության վերաբերյալ: Բացի այդ մինչ օրս Հայաստանում չեն իրականացվել ԴԽ-ի վերաբերյալ որևէ համաճարակաբանական հետազոտություններ, ուստի Հայաստանում ԴԽ-ի տարածվածության վերաբերյալ կարելի է դատողություններ անել հիմնվելով եվրոպական տարածաշրջանում ԴԽ-ի տարածվածության վերաբերյալ ԱՀԿ-ի տվյալների վրա [1]:

3.1 ԴԽ ազդեցությունն անհատի վրա

Դեպրեսիան էականորեն խաթարում է անձի կյանքի որակը: Միջազգային հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ դեպրեսիա ունեցող անձանց շուրջ 60-70%-ի մոտ առկա են միջին կամ ծանր ֆունկցիոնալ խանգարումներ: Հատկանշական է, որ ծանր ֆունկցիոնալության խանգարումների մեծ մասը քրոնիկացված դեպքերն են և բերում են անձի տևական հաշմանդամության [3]: ԴԽ-ն հանդիսանում է ինքնասպանության հիմնական ռիսկի գործոններից մեկը: ԱՀԿ-ի տվյալներով՝ աշխարհում տարեկան գրանցվում է շուրջ 700 000 ինքնասպանություն, որոնց զգալի մասը կապված է դեպրեսիայի և տրամադրության այլ խանգարումների հետ [4]: Դեպրեսիա ունեցող անձանց մոտ ինքնասպանության ռիսկը ընդհանուր բնակչության համեմատ աճում է մոտ 15-20 անգամ [5]: Հայաստանում վերջին տարիներին տարեկան գրանցվում է մոտ 150-200 ինքնասպանություն, իսկ փորձերի թիվը մի քանի անգամ գերազանցում է այդ ցուցանիշը, ինչը վկայում է հոգեկան առողջության բարձր բեռի մասին [9]: Դեպրեսիան ունի բարձր կոմորբիդություն սոմատիկ հիվանդությունների հետ:

Դեպրեսիա ունեցող անձանց մոտ սիրտ-անոթային հիվանդությունների ռիսկը բարձր է մոտ 1.5-2 անգամ, իսկ շաքարային դիաբետի և քրոնիկ ցավային համախտանիշի կոմորբիդությունը հասնում է համապատասխանաբար 15-20% և 30-40% [6]:

3.2 ԴԽ ազդեցությունը սոցիալական կապերի վրա

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ դեպրեսիա ունեցող անձանց մոտ սոցիալական ակտիվությունը նվազում է շուրջ 40-60%-ով, իսկ ընտանեկան հարաբերություններում՝ 30-50%-ի մոտ բերում է բավարարվածության և փոխհարաբերությունների խաթարման [7]: Հաճախ ԴԽ ունեցող անձանց ընտանիքի անդամները ունենում են դժվարություններ ԴԽ ունեցող անձի խնամքի հետ կապված, ինչի արդյունքում 2-3 անգամ ավելի ժամանակ և ռեսուրսներ են ծախսում ԴԽ ունեցող անձի խնամքի համար, իսկ ԴԽ ունեցող անձինք տարեկան ունենում են մոտ մեկ ամիս աշխատանքային բացակայություններ, ընդ որում նրանց աշխատանքային ֆունկցիոնալությունը տուժում է մոտ 30-50%-ով [7,8,10]:

3.3 ԴԽ ազդեցությունը առողջապահական համակարգի վրա

ԴԽ ունեցող անձանց կողմից առաջնային և մասնագիտացված բժշկական ծառայությունների օգտագործումը մոտ 2 անգամ ավելին է սոմատիկ հիվանդությունների համեմատությամբ: Որոշ դեպքերում դա բժշկական և հարբժշկական ծառայությունների համակարգվածության և ներառականության ցածր մակարդակի հետևանք է, իսկ որոշ դեպքերում նաև ԴԽ ժամանակ ախտանիշների սոմատիզացիայի հետևանք, ինչի պատճառով ԴԽ ունեցող անձինք անհարկի հետազոտություններ են անցնում այլ նեղ մասնագետների կողմից, իսկ առանձին դեպքերում նաև ունենում են հոսպիտալացումներ նաև թերապևտիկ կամ սրտաբանական բաժանմունքներում: Նաև ոչ արդյունավետ կանխարգելիչ գործողությունների հետևանքով շատանում են հոսպիտալացումները: ԴԽ ունեցող անձանց կողմից բարձր է նաև շտապ բուժօգնության դիմելիությունը՝ մոտ 1,5-2 անգամ [10, 11]: Վերը նշվածը վկայում է ԴԽ-ի կանխարգելման և հանրային իրազեկվածության կարևորության մասին՝ առողջապահական բեռը նվազեցնելու նպատակով:

3.4 ԴԽ ազդեցությունը տնտեսության և հասարակության վրա

ԱՀԿ և Համաշխարհային բանկի գնահատմամբ՝ դեպրեսիան և տագնապային խանգարումները միասին աշխարհին տարեկան պատճառում են շուրջ 1 տրիլիոն ԱՄՆ դոլարի արտադրողականության կորուստ, ինչը դեպրեսիան դասում է առողջապահական համակարգում առավել ծախսատար հիվանդությունների շարքին [12]: Չարգացած երկրներում դեպրեսիայի տարեկան տնտեսական բեռը մեկ պացիենտի հաշվով գնահատվում է մոտ 3 000-10 000 ԱՄՆ դոլար, ներառյալ ուղիղ և անուղղակի ծախսերը, ընդ որում անուղղակի ծախսերի առյուծի բաժինը ԴԽ ունեցող

անձի ցածր արտադրողականությունն են և նրա կողմից բացթողնված աշխատանքային ժամերն են [8,10]:

Դեպրեսիան նպաստում է նաև.

- կախվածությունների տարածվածության աճին՝ շուրջ 20-30% կոմորբիդությամբ [6],
- աղքատության և սոցիալական մեկուսացման ռիսկի բարձրացմանը,
- ինքնասպանությունների և վաղ մահացության ցուցանիշների աճին [4,5],
- Վաղ տարիքում սկսվող դեպրեսիան կապված է ցածր կրթական մակարդակի և անկայուն զբաղվածության հետ, ինչն ունի երկարաժամկետ սոցիալ-տնտեսական հետևանքներ [3]:

Չնայած արդյունավետ բուժման առկայությանը՝ դեպրեսիա ունեցող անձանց աշխարհում ավելի քան 50%-ը չի ստանում համապատասխան բուժօգնություն [1,3] և հաճախ դիմում է այն փուլում, երբ արդեն առկա են ծանր անհատական, սոցիալական և տնտեսական հետևանքներ:

Հետևաբար, դեպրեսիվ խանգարումների վաղ հայտնաբերմանը և ինտեգրված բուժմանն ուղղված կլինիկական ուղու կիրառումը պետք է դիտարկել արդարացված մարդկային կապիտալի պահպանման և սոցիալ-տնտեսական վնասների նվազեցման նպատակով թե՛ անհատի, թե՛ պետության մակարդակում:

Բաժին 2: ԴԽ կլինիկական ուղի

Սահմանումների ցանկ

1. ԱԱՊ հոգեբույժ - արտահիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկ-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 ԴԽ-ի NICE կլինիկական ուղեցույց (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>)
5. Խնամք - ներառում է պացիենտի նկատմամբ իրականացվող բուժական, սոցիալական, վերականգնողական, իրավական միջոցառումներ
6. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) 2 և 9 - Պացիենտի առողջության գնահատման հարցաշար - 2 և 9
7. PHQ A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) - Պացիենտի առողջության գնահատման հարցաշար դեռահասների և երեխաների համար

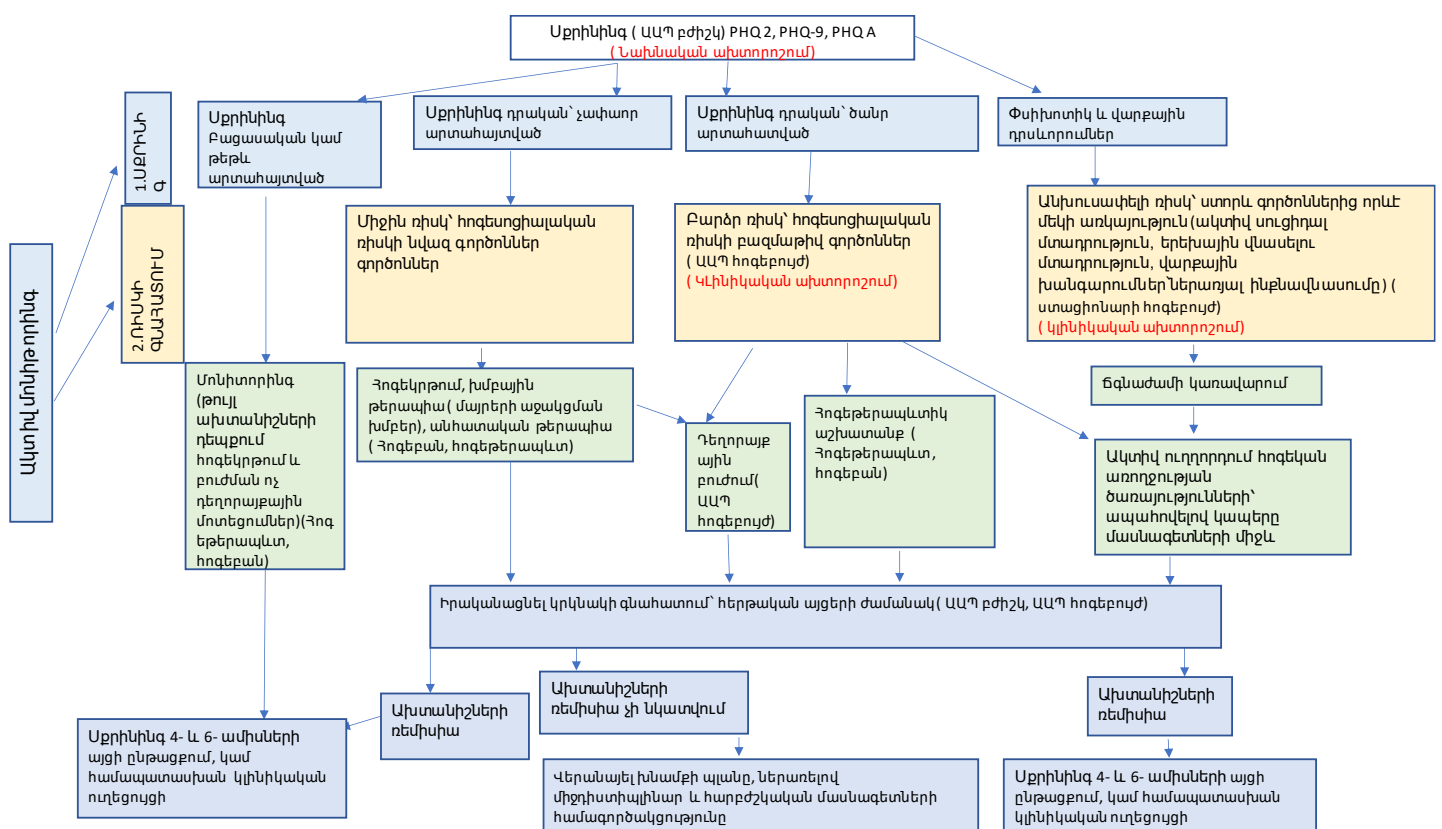
Այս բաժնում կներկայացվի ԴԽ ունեցող պացիենտի խնամքի համակարգումը, ներգրավված տարբեր ոլորտային մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացնելով և հաջորդականացնելով խնամքի գործընթացը: Կկիրառվի գնահատման համապարփակ մոտեցում՝ ներառելով նաև ընտանիքի անդամներին և ոչ ֆորմալ խնամողներին: Կկիրառվեն խնամքի և գնահատման պացիենտակենտրոն և ապացուցահեն մոտեցումներ:

Դիս կառավարումը, ինչպես հոգեկան առողջության այլ խնդիրների դեպքում, իրականացվում է stepped care մոդելով, ինչը նշանակում է, որ պացիենտի կառավարումը ենթադրում է փուլային և աստիճանական մոտեցում՝ միջամտությունը սկսելով բուժօգնության ցածր մակարդակից դեպի ավելի բարձր մակարդակ, եթե դրա անհրաժեշտությունը կա՝ այդպիսով կրճատելով թե՛ պացիենտի խնամքի ժամանակահատվածը, թե՛ կիրառվող ռեսուրսները:

- Սույն կլինիկական ուղին վերաբերելի է մեծ դեպրեսիվ և այլ հստակեցված դեպրեսիվ էպիզոդների դեպքում: Կլինիկական ուղին վերաբերելի չէ հետծննդաբերական դեպրեսիային և երկբևեռ խանգարմանը:

Ստորև ներկայացված է Դիս ունեցող պացիենտի գնահատման, ախտորոշման և համակարգման ուղիների գծապատկերը:

Գծապատկեր 1



Ինչպես երևում է գծապատկերից՝ ԴԽ ունեցող պացիենտի խնամքի ուղին, ինչպես դեպրեսիվ համախտանիշով ուղեկցվող բոլոր հոգեկան առողջության խնդիրների դեպքում, սկսվում է առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունից և/կամ ԱԱՊ բժշկից: ԱԱՊ բժիշկը տվյալ դեպքում իրականացնում է ընտանեկան բժշկի և մանկաբույժի գործառույթները: Նպատակն է թեթևացնել հոգեկան առողջության այլ մասնագետների ծանրաբեռնվածությունը և հասանելի դարձնել հոգեկան առողջության ծառայությունները պացիենտներին իրենց համայնքի շրջանակում:

ԴԽ համակարգումը այլ մասնագետների կողմից կիրականացվի նույնպես համաձայն սույն գծապատկերի:

1. Ընտանեկան բժիշկ

ԴԽ սքրինինգ

ԱԱՊ կազմակերպություններում յուրաքանչյուր դիմողի դեպքում պետք է դիտարկել ակտիվ սքրինինգը, եթե առկա է ներքոշարադրյալ պլաններից որևէ մեկը.

- Սովորական կանխարգելիչ/պարբերական բժշկական զննում, որն իրականացվում է սովորաբար տարին 1 անգամ:
- Սթրեսային գործոններ՝
 - Հոգետրավմա
 - Խտրականության կամ խոշտանգման ենթարկվելը կամ ականատես լինելը
 - Կյանքի նշանակալի փոփոխություններ
 - Բուլինգ դպրոցում, ուսումնական այլ հաստատություններում
- Ֆիզիկական բռնություն
- Սեռական բռնություն
- Սեռական շահագործում
- Վարքային կամ հուզական խնդիրներ
- Վերջին շրջանում իրականացված դեպրեսիայի հարցաշարի դրական արդյունք (օրինակ՝ PHQ-9)
- Նախկին հոգեբուժական ախտորոշումների պատմություն, օրինակ՝
 - Ուշադրության պակասի և հիպերակտիվության խանգարում
 - Տագնապային խանգարում
 - Հոգեսոմատիկ խանգարումներ

- Ընդհանուր կլինիկական, վարքային կամ հոլզական վիճակների պատճառով անձի ֆունկցիոնալության վատթարացում
- Վերջին շրջանում սուիցիդալ մտքեր կամ սուիցիդալ վարք
- Ընտանեկան անամնեզում դեպրեսիայի կամ հոգեկան առողջության այլ խնդիրների առկայություն

Իրականացվող սքրինինգի արդյունքներով անձը կարող է ներառվել կլինիկական ուղում (դրական արդյունքների դեպքում) կամ ոչ (եթե արդյունքները բացասական են):

Ընտանեկան բժշկի կոնտակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ, երբ պացիենտը դիմում է ԱԱՊ կազմակերպություն այցի միջոցով: ԱԱՊ կազմակերպություն պացիենտը կարող է դիմել ինքնուրույն, համայնքային սոցիալական աշխատողների (ռիսկի խմբում գտնվող պացիենտին ակտիվ սքրինինգի կապակցությամբ), կոնտակտային անձի կամ օրինական ներկայացուցչի միջոցով:

Ա. Ընտանեկան բժշկի գործառույթները պացիենտի վիճակի նախնական գնահատման գործընթացում.

1) Նախքան որևէ միջամտություն սկսելը՝ ընտանեկան բժիշկը պետք է ստանա պացիենտից գրավոր իրազեկ համաձայնություն, օրենսդրությամբ սահմանված կարգով, որը կկցվի պացիենտի բժշկական փաստաթղթին: Նա գրանցում է նաև կոնտակտային անձի տվյալները (պացիենտի համաձայնությամբ և առկայության դեպքում): Պացիենտի բժշկական փաստաթղթերը կարող են լինել էլեկտրոնային, կամ թղթային տարբերակով:

Անամնեզի հավաքագրում և կլինիկական ախտանիշների նախնական գնահատում:

- ✓ Անամնեզը հավաքագրվում է պացիենտի խոսքերից
- ✓ Պացիենտի համաձայնությամբ՝ կոնտակտային անձից, օրինական ներկայացուցչից կամ այլ անձից, ով կարող է տալ լրացուցիչ տեղեկատվություն (ընտանիքի անդամ, հարազատ):
- ✓ Պացիենտի հոգեկան վիճակի, ռիսկի գնահատումը ինչպես նաև անամնեստիկ տվյալների հավաքագրումը իրականացվում է ՀՀ մասնագիտացված ասոցիացիաների կողմից մշակված և օրենսդրությամբ սահմանված կարգով

Դիս կլինիկական ուղեցույցի կամ Դիս NICE կլինիկական ուղեցույցի խորհուրդների համապատասխան՝ կիրառելով ադապտացված փսիխոմետրիկ սանդղակներ՝ PHQ-9 (նախընտրելի), PHQ 2, PHQ A (նախընտրելի երեխաների և դեռահասների համար), զննումը իրականացնելով ներքոշարադրյալ 1)- 11) կետերի համապատասխան:

Դեպրեսիայի գնահատման գործընթացը կարող է իրականացվել մեկ կամ մի քանի այցերի ընթացքում՝ կախված պացիենտի կլինիկական վիճակից և կարիքներից: Գնահատման ընթացքում կարող են կիրառվել նաև նախորդ այցերի տվյալները:

1) Դեպրեսիայի գնահատման հիմնական բաղադրիչներն են՝

- Սուկցիդի/հոմիցիդի ռիսկի գնահատում
- Դեպրեսիվ ախտանիշների գնահատում (ներառյալ ծանրության աստիճանը)
- Հոգեբուժական ախտանիշների համակարգային վերանայում
- Անձնական հոգեկան առողջության պատմություն
- Հոգեցոցիալական անամնեզ
- Ընտանեկան, բժշկական և հոգեկան առողջության պատմություն
- Կրթական/ակադեմիական պատմություն
- Ֆունկցիոնալության խանգարման աստիճանի գնահատում
- Ընդհանուր բժշկական գնահատում և հոգեակտիվ նյութերի սքրինինգ (կլինիկական անհրաժեշտության դեպքում)

2) Սուկցիդի/հոմիցիդի ռիսկի գնահատում

Պետք է գնահատել՝

- ինքնավնասման մտքերը
- սուկցիդալ մտքերը
- սուկցիդալ պլանը
- նախկին սուկցիդալ փորձերը
- ոչ սուկցիդալ ինքնավնասող վարքը
- ուրիշներին վնաս հասցնելու մտքերը կամ մղումները

Կիրառվող գործիքների օրինակներ՝

- Կոլումբիայի սուկցիդալության ծանրության գնահատման սանդղակ (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

- Կոլումբիայի սուիցիդալության ծանրության գնահատման սանդղակ. մանկական արագ սքրինինգ (Columbia Suicide Severity Rating Scale Pediatric Quick Screen)

Եթե սքրինինգը դրական է՝

- իրականացվում է ամբողջական C-SSRS գնահատում
- մշակվում է անվտանգության պլան
- գնահատվում է՝
 - վտանգավոր առարկաների հասանելիությունը
 - տան ընդհանուր անվտանգությունը

Սքրինինգի դրական արդյունքների դեպքում բացի վերը նշված անվտանգության միջոցառումներից, խորհուրդ է տրվում պացիենտին հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում՝ նպատակահարմար է ստացիոնար պայմաններում:

3) Դեպրեսիվ ախտանիշների գնահատում

Գնահատումը իրականացվում է ICD-10/ICD-11 ախտորոշիչ չափանիշների հիման վրա՝ կլինիկական հարցազրույցի միջոցով:

Հիմնական ախտանիշներ՝

- Տրամադրություն անկում օրվա մեծ մասում
- Հետաքրքրության կամ հաճույք ստանալու զգացողության արտահայտված նվազում
- Զաշի կամ ախորժակի փոփոխություններ
- Անքնություն կամ չափազանց քնկոտություն
- Հոգեշարժական դանդաղում կամ գրգռվածություն
- Էներգետիկ պոտենցիալի կորուստ
- Անարժեքության կամ չափազանց մեղքի զգացում
- Կենտրոնացման դժվարություններ
- Մահվան հետ կապված կրկնվող մտքեր կամ սուիցիդալ մտքեր

Դեպրեսիվ խանգարման ախտորոշման համար անհրաժեշտ է առնվազն 5 ախտանիշ, որոնցից մեկը պետք է լինի՝

- **ընկճված տրամադրություն**
կամ
- **անհեղինակ**

4) Հոգեբուժական ախտանիշների համակարգային վերանայում (ոչ պարտադիր իրականացվող կետ է ընտանեկան բժշկի կողմից, պարտադիր է ԱԱՊ հոգեբույժի համար)

Պետք է գնահատել հետևյալ խանգարումների առկայությունը կամ բացառումը.

- Տագնապային խանգարումներ
- Աուտիստիկ սպեկտրի խանգարումներ
- Ուշադրության և կենտրոնացման խանգարումներ
- Երկբևեռ խանգարում
- Սննդային վարքի խանգարումներ
- Անձի խանգարումներ
- Փսիխոտիկ խանգարումներ
- Հետծննդաբերական խանգարումներ
- Զնի խանգարումներ
- Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում

Հոգեկան առողջության բուժման պատմություն

Գնահատվում է՝

- նախկին հոգեբուժական ախտորոշումները
- ամբուլատոր բուժումը
- հոսպիտալացումները
- Մասնակի ստացիոնար բուժումը
- նախկին դեղորայքային բուժումը

5) Հոգեւոցիալական գնահատում

Ռիսկի գործոններ.

Տրավմայի պատմություն

- ֆիզիկական բռնություն
- սեռական բռնություն
- անտեսում
- կորուստներ

Անձնային գործոններ

- ցածր ինքնագնահատական
- կոգնիտիվ տիպ

6) Ընտանեկան գործոններ

- ծնողի հոգեկան առողջություն
- ընտանեկան կոնֆլիկտներ
- ֆինանսական դժվարություններ
- Համակեցության անկայունություն

7) Սոցիալական այլ գործոններ

- բուլինգ
- սոցիալական մեկուսացում
- հարաբերությունների կորուստ

8) Հասարակական գործոններ

- համայնքային ռեսուրսների հասանելիություն
- բռնության ազդեցություն
- խտրականություն

9) Բժշկական պատմություն

Գնահատել.

- ուղեկցող հիվանդություններ
- վիրահատություններ
- ալերգիաներ
- դեղորայք

Հատուկ ուշադրություն դարձնել՝

- սրտային հիվանդություններին
- գլխի վնասվածքներին
- ցնցումային համախտանիշին

10) Ֆունկցիոնալության գնահատում

Գնահատել.

- միջանձնային հարաբերությունները
- աշխատանքի կամ ուսման կատարողականությունը
- առօրյա գործունեությունը
- ախտանիշների ազդեցությունը կյանքի որակի վրա
Խորհուրդ տրվող գործիքների օրինակներ՝
- Կլինիկական գլոբալ գնահատման սանդղակ (Clinical Global Assessment Scale)
- Կոլումբիայի ֆունկցիոնալ խանգարման գնահատման սանդղակ

(Columbia Impairment Scale)

11) Բժշկական գնահատում

Առաջարկվում է գնահատել՝

- զարկերակային ճնշում
- սրտի հաճախություն
- հասակ
- քաշ

Լաբորատոր հետազոտություններ՝ ըստ կլինիկական ցուցումների

- արյան ընդհանուր քննություն
- կենսաքիմիական քննություն
- վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի հետազոտություն
- լյարդային ֆունկցիոնալ թեստեր
- մեզի թմրանյութերի սքրինինգ
- հղիության թեստ (անհրաժեշտության դեպքում)

Դեպրեսիայի սքրինինգի և գնահատման ընթացքում խորհուրդ է տրվում կիրառել գծապատկեր 2-ում ներկայացված վալիդացման գործընթաց անցած համապատասխան փսիխոմետրիկ գործիքներ, որոնք կիրառվում են թե՛ ընտանեկան բժշկի կողմից, թե՛ հաջորդող մակարդակներում հոգեբույժի կամ հոգեբանի կողմից՝ եթե ընտանեկան բժշկի կողմից դրանք չեն իրականացվել, կամ կլինիկական անհրաժեշտությունից ելնելով անհրաժեշտ է կրկնակի գնահատում:

Գծապատկեր 2

Գործիք	Տեսակ	Մեկնաբանություն
PHQ-2	Սքրինինգ	≥ 3 միավոր $\rightarrow$ դրական սքրինինգ
PHQ-9	Սքրինինգ + գնահատում	$\geq 10 \rightarrow$ դրական սքրինինգ
PHQ-A	Սքրինինգ + գնահատում	$\geq 10 \rightarrow$ դրական սքրինինգ
Behavioral Health Screen	Սքրինինգ	դեպրեսիայի արտահայտվածության գնահատում

Գործիք	Տեսակ	Մեկնաբանություն
DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure	Արհեստական	≥2 («մեղմ»)

12) Ընտանեկան բժշկի կողմից իրականացված բոլոր գործողությունները պետք է ամրագրվեն և կցվեն պացիենտի ամբուլատոր քարտին, ինչպես նաև ներմուծվեն գործող Էլկտրոնային շտեմարան:

- 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, այլ կիրառում է ՀՄԴ-10 դասակարգչի «ճանաչողական ունակություններին, ընկալունակությանը, հուզական վիճակին և վարքագծին վերաբերվող ախտանիշներ և նշաններ R40-R46» բաժինը:
 - Ընտանեկան բժշկի կողմից դրված նախնական ախտորոշման վերաբերյալ տեղեկացվում է պացիենտը և նրա կոնտակտային անձը (պացիենտի համաձայնությամբ)՝ պահպանելով բժշկական Էթիկայի կանոնները:
- ✓ Հետազոտության արդյունքները տրամադրվում և քննարկվում են պացիենտի հետ միայն այն դեպքում, երբ պացիենտը ցանկություն է հայտնում իմանալ այդ տեղեկատվությունը: Ընտանեկան բժիշկը պացիենտի հետ փոխհարաբերություններում ուղղորդվում է հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետների Էթիկայի կանոններով (ԱՆ համապատասխան հրամաններ): Պացիենտի հետ համաձայնեցվում է նաև կոնտակտային անձի մասնակցությունը՝ 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:

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

- 1) Եթե պացիենտի մոտ առկա են ԴԽ-ին բնորոշ ախտանիշներ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետագա հետազոտությունից կամ խնամքից, ընտանեկան բժիշկը կրկին տեղեկացնում է պացիենտին կամ նրա կոնտակտային անձին հետագա աջակցության նպատակահարմարության կամ անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև, հրաժարվելու դեպքում, հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է հետագա հետազոտությունից, ապա նա դուրս է մնում կլինիկական ուղուց:
- 2) Եթե պացիենտի մոտ առկա են հոգեախտաբանական ախտանիշներ, սակայն նրանք չեն համապատասխանում ԴԽ չափանիշներին, ապա պացիենտը դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց, իսկ ընտանեկան բժշկի կողմից տրվում են համապատասխան խորհուրդներ, կամ անձը ներառվում է այլ կլինիկական ուղու շրջանակ՝ համապատասխան նախնական գնահատման արդյունքների:
- 3) Եթե պացիենտի մոտ նախնական գնահատման արդյունքում առկա է ԴԽ, ապա ընտանեկան բժիշկը կախված ԴԽ-ի ախտանիշների արտահայտվածության աստիճանից պացիենտին ուղեգրում է ԱԱՊ հոգեբույժի, ստացիոնարի հոգեբույժի, կամ ուղղորդում է կլինիկական հոգեբանի: Նախքան ուղեգրումը կամ ուղղորդումը 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,
 - Իրականացված փսիխոմետրիկ հետազոտությունների հստակ ցուցանիշները,
 - ուղեգրման հստակ հիմնավորումը,
 - նախնական ախտորոշում (ՀՄԴ-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):

Գ. 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 չէ ԱԱՊ հոգեբույժի ծառայությունները
- 2) Պացիենտը ցանկություն է հայտնում հետագա խնամքը շարունակել ընտանեկան բժշկի հսկողության տակ
- 3) Պացիենտին հոգեբույժի կողմից ցուցված է ակտիվ մոնիթորինգ բուժումից հետո, կամ պահպանողական բուժում, որը չի պահանջում հոգեբույժի հաճախակի միջամտություն:

Առաջնային այց.

- ✓ Ուսումնասիրվում 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 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 կամ նպատակահարմարության 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 են 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 (փոխօգնության խմբեր, կլինիկական հոգեբանի ծառայություններ):
- ✓ Լրամշակված խնամքի անհատական պլանի կրկնօրինակը տրամադրվում է պացիենտին:

- ✓ Պացիենտի հետ համատեղ համաձայնեցվում է հետագա այցերի հաճախականությունը:
- ✓ Պացիենտի խնամքի անհատական պլանը մշակվում է՝ հաշվի առնելով խորհուրդ տրվող կլինիկական ուղեցույցի դրույթները և խնամքը պատշաճ կազմակերպելու համար հասանելի այլ բժշկական և հարբժշկական ծառայությունների առկայությունը
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
- ✓ Պացիենտի խնամքի անհատական պլանը կարող է վերանայվել և փոփոխվել հերթական այցերի ժամանակ վեր հանված խնդիրների պատճառով: Անհատական պլանի վերանայումը իրականացվում է ԱԱՊ բժշկի և ԱԱՊ հոգեբույժի համատեղ որոշմամբ՝ խորհուրդ տրվող ուղեցույցի դրույթներին համապատասխան:
- ✓ Ստորև ներկայացված են ԴԽ ունեցող անձի ծանրության աստիճանի որոշման ժամանակ ինտեգրվող ոլորտները (գծապատկեր 3) և ուղղորդումը (գծապատկեր 4) ԱԱՊ օղակից դեպի այլ մակարդակներ:

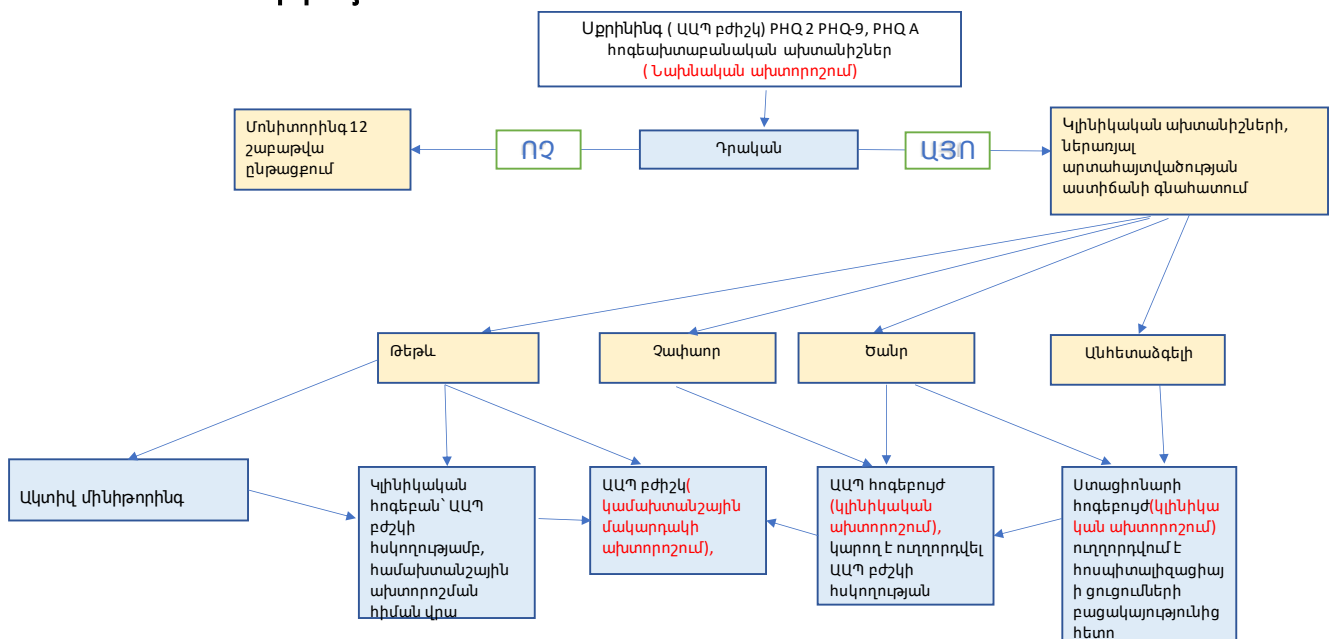
Ծանրության գնահատման ընթացքում պետք է ինտեգրել հետևյալ բաղադրիչները.

Գծապատկեր 3

Գնահատվող ոլորտ	Կիրառվող գործիքներ/մեթոդներ
Ախտանիշների քանակ	Կլինիկական հարցազրույց կամ կառուցվածքային/կիսակառուցվածքային ախտորոշիչ հարցազրույց
Սուիցիդալության առկայություն	Columbia Suicide Severity Rating Scale, PHQ-9, PHQ-A, Ask Suicide-Screening Questions
Ուղեկցող խանգարումներ	Կլինիկական հարցազրույց կամ կառուցվածքային/կիսակառուցվածքային հարցազրույց
Տառապանքի և ֆունկցիոնալ խանգարման աստիճան	Clinical Global Assessment Scale, Columbia Impairment Scale, Columbia Impairment Scale

Գծապատկեր 4

2. ԱԱՊ Հոգեբույժ



Ա. 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 գործառույթներն իրականացվում են համաձայն կետ 1-ի (ընտանեկան բժշկի այց):

2) Ընտանեկան բժշկի ուղեգրի հիման վրա.

Այս պարագայում՝ ԱԱՊ հոգեբույժի գործառույթները հետևյալն են.

- ✓ Նա 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 (նրա օրինական ներկայացուցչի) կողմից ստանում է իրազեկ համաձայնություն՝ հետազոտություն իրականացնելու նպատակով:
- ✓ Իրականացնում է ԴԽ-ի վերջնական ախտորոշումը՝ ներկայում կիրառվող (ՀՄԴ-10) դասակարգչի ԴԽ-ի ախտորոշիչ չափանիշներին համապատասխան:
- ✓ Պացիենտին (նրա օրինական ներկայացուցչին կամ կոնտակտային անձին) իրազեկում է հետազոտության արդյունքների մասին:
- ✓ Պացիենտի (նրա օրինական ներկայացուցչի կամ կոնտակտային անձի) անմիջական մասնակցությամբ քննարկում է պացիենտի անհատական խնամքի պլանը:

Բ. Պացիենտի վերջնական ախտորոշումից հետո ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից հետագա խնամքի համակարգման հնարավոր ուղիները, ներառյալ ուղեգրումները.

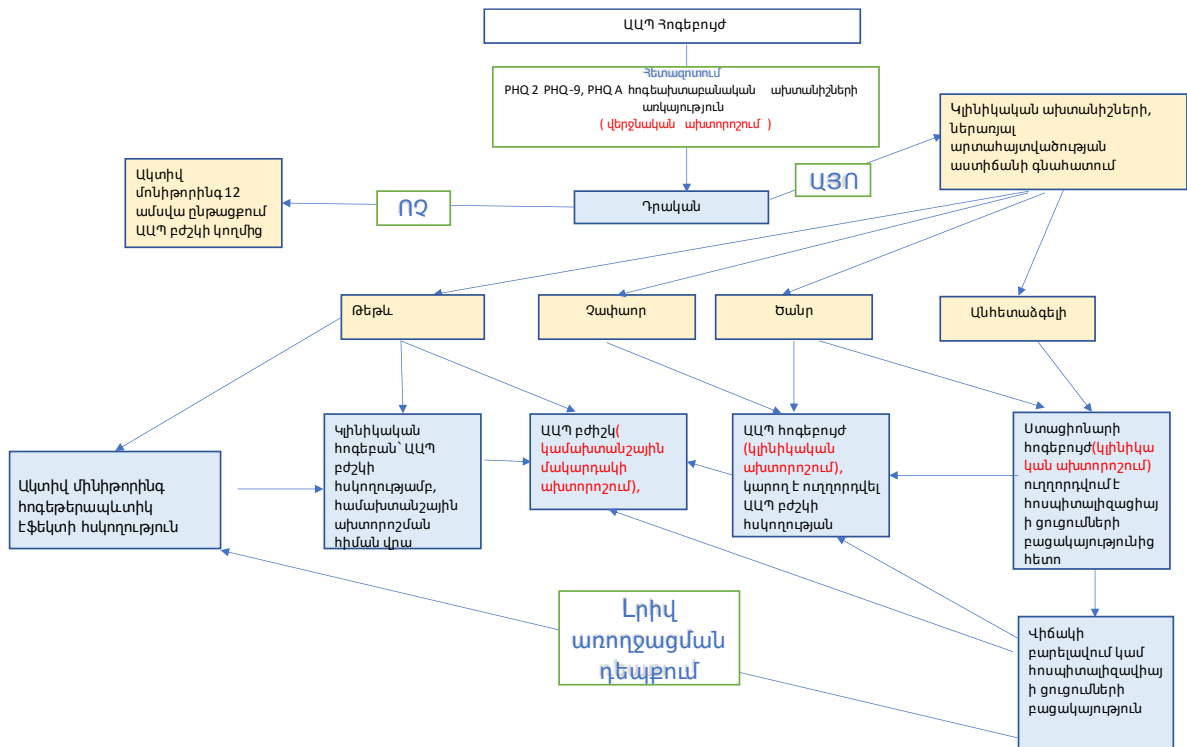
- 1) Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ԴԽ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետագա բուժօգնությունից, ապա հոգեբույժը պացիենտին կրկին իրազեկում է նրա մոտ առկա խնդրի մասին, նաև տեղեկացնում է բուժօգնությունից հրաժարման դեպքում հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է բուժօգնությունից, ապա նա դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց:
- 2) Եթե պացիենտի մոտ առկա են հոգեախտաբանական ախտանիշներ, սակայն նրանք չեն համապատասխանում ԴԽ-ի վերջնական ախտորոշման չափանիշներին, ապա պացիենտը դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց, իսկ ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից տրվում են համապատասխան խորհուրդներ:
- 3) Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ԴԽ 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 էլեկտրոնային ուղեգրման միջոցով ուղեգրում է հոգեբուժական ստացիոնար բուժման և հետազոտման՝ կցելով հիմնավորումը:
- 5) Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ԴԽ 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.

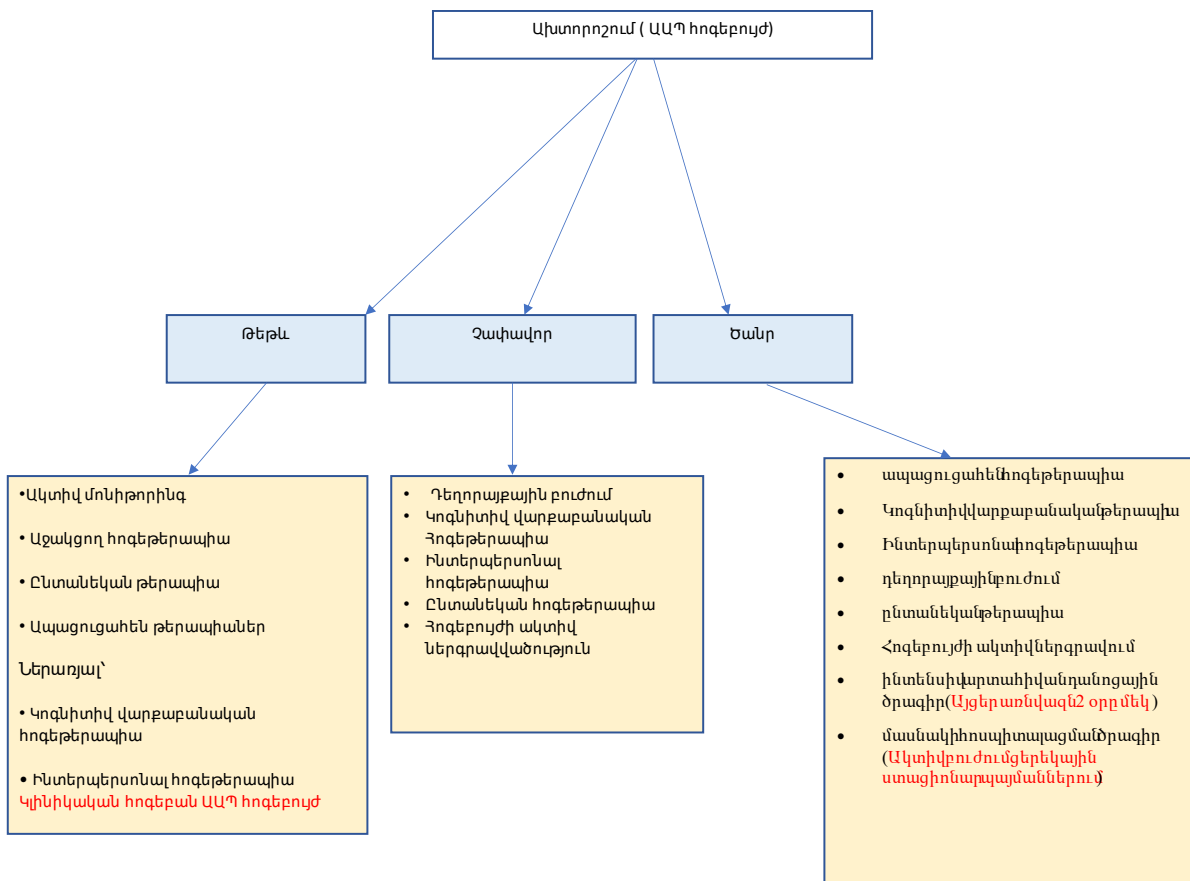
- ✓ Խնամքի անհատական պլանը պետք է մշակվի պացիենտի անմիջական մասնակցությամբ հաշվի առնելով պացիենտի բուժման նախասիրությունները՝ հոգեթերապևտիկ կամ դեղորայքային, հիմնվելով ուղեցույցում խորհուրդ տրվող բուժման ձևերի վրա:

- ✓ Բուժման անհատական պլանը պետք է ներառի պացիենտին աջակցության հավելյալ ձևեր՝ փոխօգնության խմբեր, սոցիալական աջակցության կամ վերականգնողական կենտրոններ
 - ✓ Բուժման անհատական պլանի մշակման գործնաթացում կարող է ներգրավվել նաև կլինիկական հոգեբանը (եթե ԱԱՊ կազմակերպությունն ունի համապատասխան աշխատակից)
 - ✓ Գնահատել ագրեսիայի և սուիցիդի ռիսկի մակարդակը, իսկ խնամքի ընթացքում այն գնահատել ամսեկան առնվազն 1 անգամ:
 - ✓ Խնամքի ընթացքում պարբերաբար վերագնահատել ԴԽ-ի ախտանիշները՝ հաշվի առնելով բուժման էֆեկտիվության ժամանակահատվածը:
 - ✓ Իրականացնել հսկողություն խնամքի սկզբից ոչ պակաս քան 12 ամսվա ընթացքում
 - ✓ Իրականացնել հոգեկրթում պացիենտի և նրա հարազատների շրջանում
- 6) 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:
- 7) Եթե անհատական խնամքի պլանը անարդյունավետ է, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը վերանայում է բուժման անհատական պլանը՝ համաձայն կլինիկական ուղեցույցի:
- 8) 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 (ԱԱՊ կազմակերպությունում կլինիկական հոգեբանի առկայության դեպքում), կամ ուղղորդման միջոցով (քանի որ չկա համապատասխան ուղեգրման համակարգ):
- Ստորև գծապատկերում ներկայացվում է ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից ԴԽ ունեցող պացիենտի ուղեգրման համակարգը (գծապատկեր 5) և բուժման ընդհանուր մոտեցումները (գծապատկեր 6):

Գծապատկեր 5



Գծապատկեր 6



3. Հոգեբուժական ստացիոնար

Ա. Ստացիոնարի հոգեբույժի և պացիենտի կոնտակտը կարող է տեղի ունենալ ստորև աղբյուրներից ուղեգրի հիման վրա (գծապատկեր 1).

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

Ստացիոնարի հոգեբույժն իրականացնում է ախտորոշման 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՝ ծանր դեպրեսիայի, սուիցիդի և ագրեսիայի բարձր ռիսկ կամ սոցիալական աջակցության բացակայություն, որը թույլ չի տալիս պացիենտի բուժումը արդյունավետ իրականացնել արտահիվանդանոցային պայմաններում (գծապատկեր 6):
- 2) Ստացիոնարի հոգեբույժը պացիենտի հոսպիտալացման հարցը քննարկելիս ուղղորդվում է հոգեախտաբանական ակտիվ նշաններով և գծապատկեր 3-ով:
- 3) 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:
- 4) Եթե պացիենտը ընդունվում է հոգեբուժական ստացիոնար, ապա իրականացվում է բուժում՝ համաձայն հոգեբուժական օգնության և

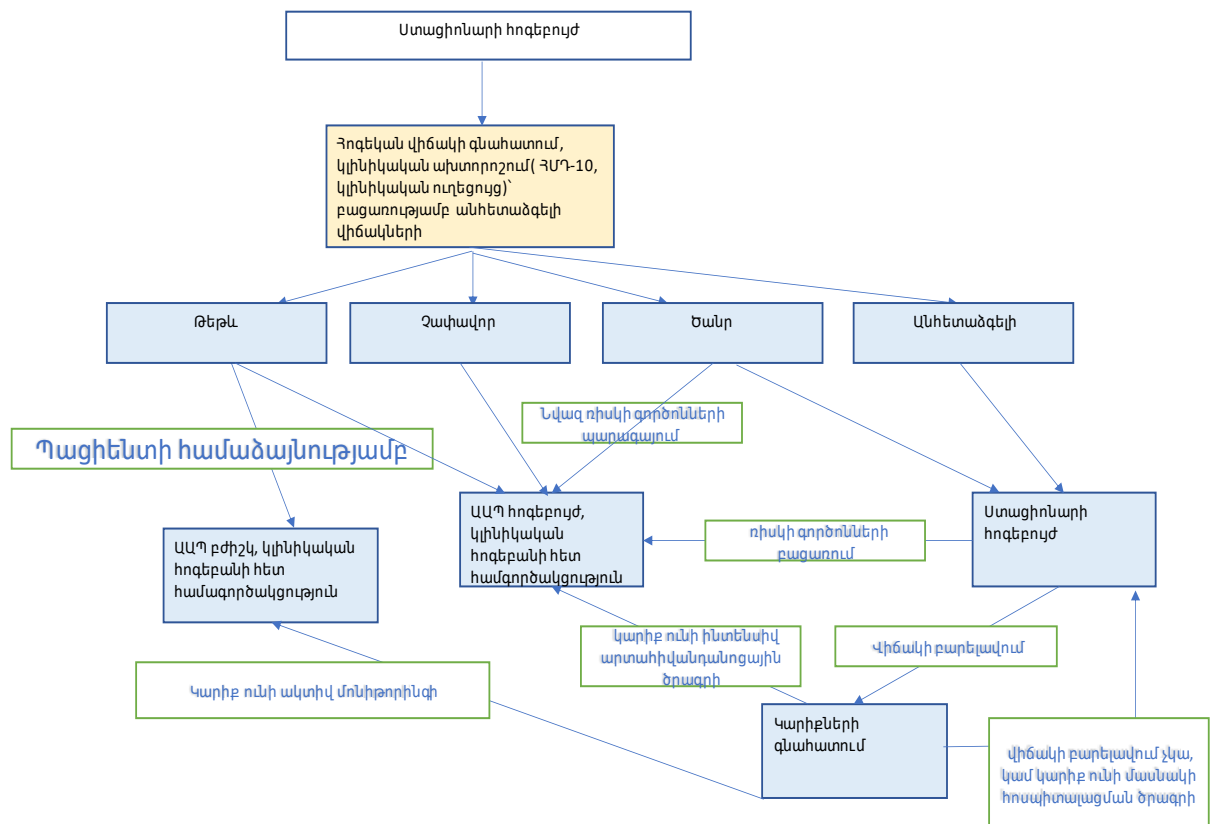
սպասարկման մասին օրենքի դրույթների և ընդունված կլինիկական ուղեցույցի:

- 5) Պացիենտի ախտորոշումը իրականացվում է ընդունման օրվանից մինչև 15 օրվա ընթացքում՝ հիմնվելով կլինիկական ուղեցույցի և ՀՄԴ-10-ի ախտորոշման ցուցումների վրա:
- 6) Հոգեբուժական ստացիոնարում պացիենտի օրինական ներկայացուցչի կամ պացիենտի անմիջական մասնակցությամբ մշակվում է պացիենտի բուժման ներհիվանդանոցային պլան: Պացիենտի ներհիվանդանոցային անհատական պլանը մշակելու ընթացքում առաջնային է համարվում ծանր դեպրեսիայի, սուիցիդի ռիսկի կամ ագրեսիայի հնարավորինս արագ կոռեկցիան:
- 7) Դուրս գրման հետ կապված հարցերը քննարկվում են պացիենտի մոտ անհետաձգելի հոսպիտալացման ցուցումների բացակայության պայմաններում: Պացիենտի հոսպիտալացման ցուցումների բացակայությունը պետք է հիմնավորվի հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից՝ համաձայն ՀՀ հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների: Բացի այդ դուրս գրումից առնվազն 1 օր առաջ պետք է իրականացվի դեպրեսիայի ծանրության աստիճանի գնահատում, ինչպես նաև բացառվի սուիցիդի բարձր ռիսկը:
- 8) Պացիենտին դուրս գրումից առաջ տրվում է բավարար տեղեկություն՝ իրականացված բուժման և հետագա խորհուրդների վերաբերյալ, որը հետագայում կարող է ներառվել խնամքի պլանի մեջ՝ կամ ընտանեկան բժշկի, կամ ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից: Տեղեկատվությունը 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:
- 10) Պացիենտի դուրսգրման հետ կապված բոլոր փաստաթղթերը ներառվում են առողջապահական էլեկտրոնային շտեմարանում:

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

Ստորև ներկայացված է ԴԻ ունեցող պացիենտի ներհիվանդանոցային խնամքի և ուղղորդման ալգորիթմը (գծապատկեր 7)

Գծապատկեր 7



4. Կլինիկական հոգեբանի ծառայություն

Ա) Կլինիկական հոգեբանի կոնտակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ

1) Առաջնային այցի ժամանակ;

Եթե պացիենտը այցելում է կլինիկական հոգեբանին առաջնային այցով, ապա կլինիկական հոգեբանը իրականացնում է պացիենտի հոգեկան վիճակի նախնական գնահատում՝ համաձայն 1. Ա) կետի (բացառությամբ ֆիզիկական զննումը): Նախնական գնահատման արդյունքում ԴԽ-ին 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 ԴԽ-ի կլինիկական NICE ուղեցույցը:
- 2) Թարգմանել և վալիդացնել ԴԽ-ի գնահատման փսիխոմետրիկ սանդղակները IPDS, PHQ-9 PHQ A և կլինիկական ուղիում ներկայացված այլ փսիխոմետրիկ գործիքներ:
- 3) Իրականացնել վերապատրաստումներ հոգեկան առողջության մասնագետների շրջանում՝ հիմք ընդունելով սույն կլինիկական ուղին, խորհուրդ տրվող կլինիկական ուղեցույցը:
- 4) Իրականացնել ԴԽ-ի ճանաչմանը և ուղղորդմանը ուղղված վերապատրաստումներ հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետների շրջանում:
- 5) Բարելավել պացիենտների ուղեգրման համակարգը՝ ներառելով նաև հարբժշկական մասնագետներին (կլինիկական հոգեբան, սոցիալական աշխատող):
- 6) Մշակել և ներդնել ճիշտ ֆինանսավորման խթաններ (բոնուսային ցուցանիշներ)՝ չափելու, գնահատելու և խրախուսելու բժշկի գործառույթները՝ համաձայն կլինիկական ուղու:
- 7) Իրականացնել դեպրեսիայի ճանաչմանն ուղղված իրազեկման արշավներ:
- 8) ԱԱՊ օղակում ներդնել դեպրեսիայի սքրինինգային գործիքներ և համակարգ:

Գրականության ցանկ

1. **World Health Organization (WHO).** Depression. Fact sheet.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. **GBD 2019 Mental Disorders Collaborators.** Global prevalence and burden of depressive disorders. *The Lancet Psychiatry*, 2022.
3. **American Psychiatric Association.** Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed., 2010/2023 update.
4. **World Health Organization.** Suicide worldwide in the 21st century.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
5. **Hawton K, Williams K.** The Papageno effect and suicide prevention. *Br J Psychiatry*, 2001.
6. **Read JR et al.** Depression and comorbidity: a systematic review. *Psychol Med*, 2017.
7. **Kessler RC et al.** The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA*, 2003.
8. **Dewa CS et al.** Mental health and productivity in the workplace. *J Occup Environ Med*, 2022.
9. **ՀՀ վիճակագրական կոմիտե.** Ինքնասպանությունների տարեկան տվյալներ (առողջապահության և ժողովրդագրության բաժիններ):
10. **Greenberg PE et al.** The economic burden of depression in the United States. *J Clin Psychiatry*, 2015.
11. **Horenstein A, Heimberg RG.** Anxiety and depressive disorders and healthcare utilization. *Clin Psychol Rev*, 2020.
12. **WHO & World Bank.** Out of the shadows: Making mental health a global development priority, 2016.
13. **NICE Guidelines: Depression in adults.**