



Ֆինանսավորվում է
Եվրոպական միության կողմից



Ժողովրդավարության
զարգացման
հիմնադրամ



Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

Դեմենցիա

Կլինիկական ուղի Հեղինակներ՝

Գևորգ Փաշիկյան
Արամ Հովսեփյան
Քրիստինե Գալստյան

«Դեմենցիա» 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

ԴԵՄԵՆՑԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԻ

Բաժին 1. Բացատրական, վերլուծական մաս

Դեմենցիան որպես Հայաստանի առողջապահական համակարգի կարևոր խնդիր ամրագրված է ինչպես Հայաստանի հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարության, այնպես էլ Հոգեկան առողջության ռազմավարության մեջ: Համաձայն այս ռազմավարական փաստաթղթերի նպատակների, 2023 թվականի հուլիսի 28-ին մշակվեց և նախարարի թիվ 3727-Լ հրամանով հաստատվեց դեմենցիայի ազգային պլանը, որի առաքելությունն է համակարգել դեմենցիա ունեցող անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման ընթացքն առողջապահության համակարգի ողջ շարունակականությամբ: Այս նպատակին ընդառաջ սույն փաստաթղթով ներկայացված դեմենցիայի կլինիկական ուղին: Կլինիկական ուղին բազմամասնագիտական ապացուցահեն կառավարման գործիք է՝ նախատեսված որոշակի առողջական խնդրի շուրջ սահմանելու պացիենտի բուժման և խնամքի մեջ ներգրավված տարբեր ոլորտային մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացված և հաջորդականացված ըստ ժամի, օրվա և այցելության:

Դեմենցիայի կլինիկական ուղու մշակումն ու ներդրումը հնարավորություն կընձեռնի Հայաստանում ավելի վաղ հայտնաբերել դեմենցա ունեցող անձանց և ավելի արդյունավետ բուժել, խնամել նրանց: Այն կառաջարկի նաև առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում բուժանձնակազմի շրջանում գործառույթների և դերերի բաշխման մեխանիզմը, ուղղեգրման ընթացակարգը և պացիենտի նավիգացիան համակարգով: Կլինիկական ուղիների ներդրումը կարող է բերել որոշակի բարեփոխումների.

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

Նախքան դեմենցիայի կլինիկական ուղու ներկայացումը անհրաժեշտ է հասկանալ, թե ինչու է դեմենցիան համարվում առաջնահերթ առողջապահական խնդիր և որոնք են ներկա համակարգման բացերը:

Ներածություն.

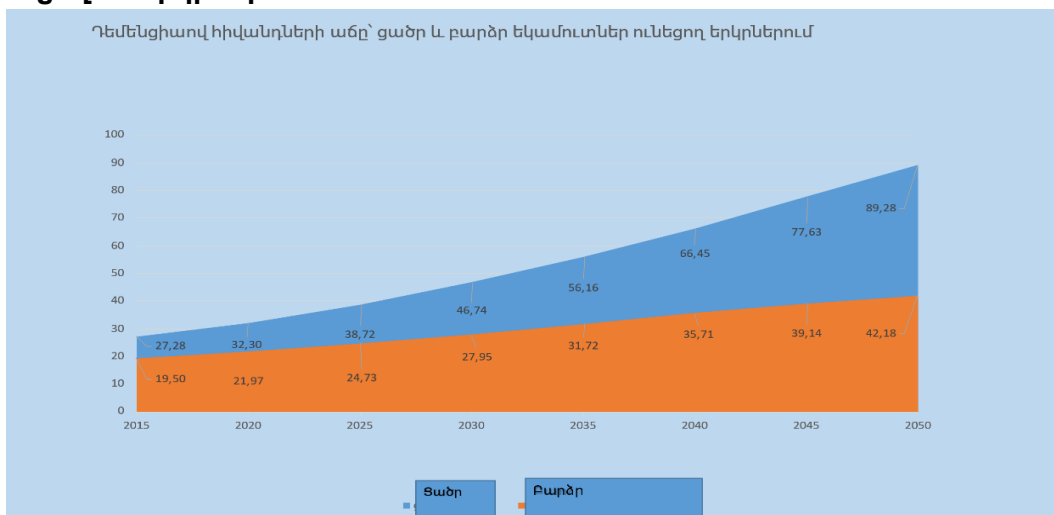
Դեմենցիան համապարփակ տերմին է մի շարք հիվանդությունների համար, որոնք հիմնականում պրոգրեսիվորեն են, ախտահարում են հիշողությունը, այլ ճանաչողական ֆունկցիաները և վարքը, որոնք էապես խանգարում են մարդու առօրյա կյանքի գործունեությունը պահպանելու կարողությունը: Դեմենցիան զարգանում է տարբեր հիվանդությունների և վիճակների հետևանքով, որոնց

Ժամանակ ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն ախտահարվում է գլխուղեղը: Մեծամասամբ դրսևորվում է 65 և բարձր տարիքային խմբում:

Ալցհայմերի հիվանդությունը դեմենցիայի ամենատարածված ձևն է և կարող է հանդիսանալ դեմենցիայի դեպքերի 60-70%-ի պատճառ: Դեմենցիայի առավել տարածված ձևերից են նաև անոթային դեմենցիան և Լևհի մարմնիկներով դեմենցիան:

Իրավիճակն աշխարհում: Համաձայն ԱՀԿ 2019թ.-ի հետազոտության արդյունքների (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>) ամբողջ աշխարհում 55,2 մլն անձ ունի Դեմենցիա, որից 14,1 մլն-ը բնակվում է Եվրոպական տարածաշրջանում: Ըստ նույն հետազոտության արդյունքների՝ յուրաքանչյուր տարի դեմենցիա ունեցող անձանց թիվն աճում է մոտ 10 մլն-ով և 2050թ.-ին այդ ցուցանիշը կարող է հասնել 130 մլն-ի: 2019թ-ին աշխարհում դեմենցիայից մահացել է 1,6 մլն մարդ: Դեմենցիան աշխարհում մահացության և հաշմանդամության յոթերորդ հիմնական պատճառն է: Սակայն տեղեկատվության, ծառայությունների, աջակցության և խնամքի հասանելիությունը ծայրահեղ անհավասարաչափ է բաշխված, հատկապես ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, չնայած այն հանգամանքին, որ նրանք կազմում են դեպքերի գրեթե երկու երրորդը: Ստորև գրաֆիկում պատկերված է դեմենցիայի տարածվածությունը բարձր և ցածր եկամուտներ ունեցող երկրներում:

Աղյուսակ 1. Դեմենցիայով հիվանդների աճը՝ ցածր և բարձր եկամուտներ ունեցող երկրներում:



Իրավիճակը Հայաստանում: Դեմենցիան հանրային առողջության առաջնահերթություն է, քանի որ հասարակության տարիքային կազմը ծերանում է, որն էլ իր հերթին մեծացնում է Ալցհայմերի և դեմենցիայի այլ ձևերով հիվանդացության հավանականությունը: 3-րդ մարդահամարի նախնական տվյալներով՝ 2022թ.-ի հոկտեմբերի դրությամբ՝ ՀՀ մշտական բնակչության թիվը կազմել է 2 մլն 928 հազար 914 մարդ: Կյանքի միջին տևողությունը 2020թ-ին կազմել է 73.5: Համաձայն ԱՀԿ 2018թ.-ի հրապարակման՝ Հայաստանում

դեմենցիայի հետևանքով մահացությունը կազմել է 1058 անձ, ինչը ընդհանուր մահերի 4,4%-ն է:

Հայաստանը ծերացող երկիր է: Հայաստանի բնակչությունը ծերանում է կյանքի տևողության աճի, ծնելիության ցածր մակարդակի և արտագաղթի բարձր մակարդակի հետևանքով: Բնակչության 11%-ը 65 և ավելի տարեկան է և մինչև 2030 թվականն այս թիվը կաճի մինչև 19%: Ըստ ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի տվյալների՝ Հայաստանն ավելի է մոտեցել բնակչության ծերացման շեմին: Հիմնադրամը կանխատեսում է, որ երկիրը շուտով կգերազանցի այդ շեմը. ակնկալվում է, որ մինչև 2050 թվականը 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի մարդիկ կկազմեն երկրի ընդհանուր բնակչության մոտ 22-23%-ը:

Հայաստանում մինչ օրս չեն իրականացվել որևէ հետազոտական աշխատանքներ դեմենցիայի տարածվածության, տևտեսական, սոցիալական և առողջապահական բեռի վերաբերյալ: Բացեր կան նաև կլինիկական տվյալների հավաքագրման համակարգում և առկա ստատիստիկ տվյալները կարելի է համարել ոչ հավաստի: Ուստի Հայաստանում դեմենցիայի տարածվածության վերաբերյալ վերլուծությունները պետք է հիմնվեն աշխարհում տարածվածության ընդհանուր ցուցանիշների վրա՝ մասնավորապես Եվրոպական տարածաշրջանում միջին և ցածր եկամուտներ ունեցող երկրների ցուցանիշների:

Դեմենցիայի ազդեցությունն անհատի, շրջապատի և տնտեսության վրա: Դեմենցիան ամբողջ աշխարհում հանդիսանում է տարեցների շրջանում հաշմանդամության և ինքնուրույնությունից զրկվելու հիմնական պատճառներից մեկը, որը զգալի ազդեցություն ունի ոչ միայն պացիենտի, այլ նաև նրանց խնամողի, ընտանիքի, համայնքի և հասարակության վրա: Կախված դեմենցիայի ձևից, ուղեկցող այլ հիվանդություններից և դեմենցիայի ընթացքի վրա ազդող այլ գործոններից՝ այն կարող է զանազան դրսևորումներ ունենալ առանձին անձանց մոտ, սակայն դեմենցիային բնորոշ հիմնական ախտանիշները ժամանակի ընթացքում պրոգրեսիվում են՝ բերելով անձի մոտ խորը ֆիզիկական և հոգեկան հյուժանքի: Դեմենցիայի հարաճմանը զուգահեռ, անձի կարիքը կողմնակի օգնության ու խնամքի էլ ավելի է շատանում: Դեմենցիայի հետևանքով անձը աստիճանաբար կորցնում է սոցիալական կապերը և աշխատունակությունը:

Դեմենցիա ունեցող անձինք և նրանց ընտանիքները ֆինանսական զգալի կորուստներ են ունենում առողջության և սոցիալական խնամքի ծախսերի և եկամուտների կրճատման կամ կորստի պատճառով: Համաձայն ԱՀԿ 2023թ.-ի հրապարակման՝ դեմենցիա ունեցող անձանց ոչ մասնագիտացված խնամքի վրա հարազատները ծախսում են օրական 5 ժամ, իսկ ֆինանսական վնասները կազմում են ամսական մոտ 16 հազար ԱՄՆ դոլար (<https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>): Բացի ֆինանսական դժվարություններից, դեմենցիա ունեցող անձանց հարազատները ունենում են հոգեբանական դժվարություններ՝ տևական սթրես, անօգնականության զգացում և սոցիալական մեկուսացում: Արդյունքում դեմենցիա ունեցող անձանց հարազատները դուրս են մնում իրենց սոցիալական միջավայրից:

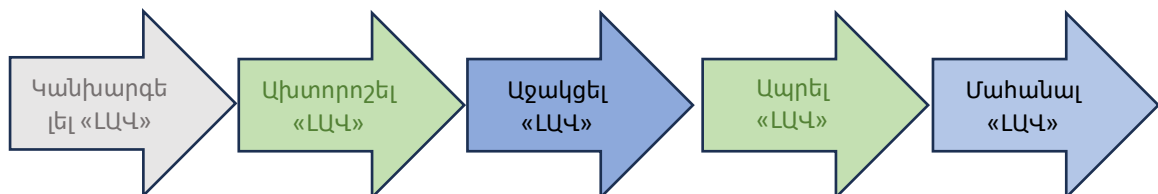
Ծերացող բնակչության աճին զուգահեռաբար աճում է նաև դեմենցիա ունեցող անձանց քանակը, որը մեծ բեռ կլինի առողջապահական համակարգի և երկրի տնտեսության վրա: Անգլիական հետազոտության տվյալների համաձայն հիվանդանոցային ծառայությունը (հատկապես երկարաձգված) կարող է սրել դեմենցիայի ախտանիշները, զրկել դեմենցիա ունեցող անձին ինքնուրույնությունից, մեծացնել դիմելիությունը խնամքի կենտրոններ և կրկնակի ընդունելիությունը հիվանդանոց: Ենթադրվում է, որ դեմենցիա ունեցող անձիք զբաղեցնում են հիվանդանոցային մահճակալների 25%-ը, հաճախ այն դեպքում, երբ բժշկական կարիքը սուր չէ, և նրանց հիվանդանոցում մնալը միջինում 1 շաբաթ ավելի երկար է, քան մյուս պացիենտներինը: Սա հանգեցնում է առողջության ավելի վատ արդյունքների և նկատելի ծախսերի:¹

Ըստ ԱՀԿ տվյալների՝ 2019թ.-ին դեմենցիայի հետ կապված տնտեսական ծախսերը կազմել են 1,3 տրիլիոն ԱՄՆ դոլար, այդ ծախսերի մոտավորապես 50%-ը վերագրվում է ոչ մասնագիտական խնամողների կողմից տրամադրվող խնամքին: Համաձայն Նույն տվյալների՝ դեմենցիայի հետ կապված ծախսերը ամբողջ աշխարհում 2030թ.-ին կկազմեն 2.8 տրիլիոն ԱՄՆ դոլար:

Դեմենցիա ունեցող անձանց բուժման և խնամքի ծառայությունների ներկա համակարգման մեխանիզմները և դրանց բացերը Հայաստանում: Այս բաժնում կներկայցվի, թե ինչպես է առողջապահական համակարգը ներկայումս արձագանքում դեմենցիա ունեցող անձանց կարիքներին, կբացահայտվեն առկա բացերը, որոնք էլ հիմք կծառայեն նոր կլինիկական ուղու մշակմանը:

Համաձայն Առողջապահության և խնամքի գերազանցության ազգային ինստիտուտի (National Institute for Health and Care Excellence/ NICE) դեմենցիայի խնամքը ներառում է 5 կարևոր տարրեր, որոնք կազմում են դեմենցիայի կլինիկական ուղու «ԼԱՎ» կոնցեպտի հիմքը: Համաձայն այդ կոնցեպտի՝ դեմենցիա ունեցող անձանց բարեկեցության ապահովման համար անհրաժեշտ է «ԼԱՎ» համակարգել ծառայությունները 5 տարրերի շուրջ: Ստորև ներկայացված է «ԼԱՎ» կոնցեպտի 5 տարրերը, որոնք էլ կհանդիսանան պրիզմա՝ գնահատելու համար Հայաստանի առողջապահական համակարգի կարողությունը դեմենցիայի ոլորտում.

Աղյուսակ 2. «ԼԱՎ» կոնցեպտի 5 տարրերը.



1. Կանխարգելել «ԼԱՎ»՝ դեմենցիա ձեռք բերելու ռիսկերի նվազեցում:

Տարիքը կոգնիտիվ ֆունկցիաների նվազման որոշիչ գործոն է, մյուս կողմից դեմենցիայի զարգացումը ծերացման անխուսափելի հետևանք չէ: Մի քանի ուսումնասիրությունների արդյունքները հաստատել են դրական կորելացիոն կապ

կոգնիտիվ խանգարումների և ապրելակերպի ռիսկի գործոնների միջև: Բացի այդ, որոշ առողջական խնդիրներ, սոցիալական մեկուսացումը, ճանաչողական պասիվությունը համարվում են դեմենցիայի փոփոխելի ռիսկի գործոններ: Մինչև 2020 թվականը շեշտվում էր դեմենցիայի ռիսկի ինը գործոն: Կրթության ցածր մակարդակը, հիպերտոնիան, լսողության խանգարումը, ծխելը, ճարպակալումը, դեպրեսիան, ֆիզիկական թերակտիվությունը, շաքարախտը և հազվադեպ սոցիալական շփումները: Հետագայում գոյություն ունեցող ցանկին ավելացվել են ևս երեքը՝ գլխի վնասվածքը, օդի աղտոտվածությունը և ակոհոլի չարաշահումը: Lancet-ի կողմից հաստատվել է, որ «փոփոխելի» ռիսկի գործոնների միջոցով կարելի է կանխել կամ հետաձգել ամբողջ աշխարհում դեմենցիայի դեպքերի մինչև 40%-ը: Ստորև կներկայացվի կարևորագույն ռիսկի գործոնների կառավարումը Հայաստանում:

Ծխախոտ: Ըստ ԱՀԿ-ի գնահատման, ամբողջ աշխարհում դեմենցիայի դեպքերի 14%-ը կարող է առաջանալ ծխելու հետևանքով: Ներկայումս Հայաստանի 18-69 տարեկան բնակչության 28%-ը ծխում է, որոնցից գրեթե բոլորը ծխում են ամեն օր: Հայաստանում բարձր է երկրորդային ծխի ազդեցությունը: 2020 թվականի փետրվարի 13-ին «Ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների օգտագործման հետևանքով առողջությանը հասցվող վնասի նվազեցման և կանխարգելման մասին» օրենքի (այսուհետ՝ օրենք) ընդունումից հետո 2022 թվականից ի վեր ծխելն արգելված է հանրային սննդի վայրերում, ներառյալ բացօթյա վայրերում (ռեստորաններ, սրճարաններ, բարեր, հանրային սննդի պատրաստման և վաճառքի օբյեկտներ): Օրենքի նպատակն է պաշտպանել ներկա և ապագա սերունդներին ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման բացասական ազդեցությունից, միտված է նվազեցնելու երկրորդային ծխի ազդեցությունը և բնակչության մեջ ծխողների ընդհանուր թիվը: Այնուամենայնիվ, շարունակական վերահսկողություն և մոնիտորինգ պետք է իրականացվի Հայաստանում «առանց ծխախոտի» վարքագիծը պահպանելու համար:

Ալկոհոլ: Ալկոհոլի ցածր կամ միջին քանակների օգտագործումը, ըստ երևույթին, զգալիորեն չի մեծացնում դեմենցիայի վտանգը կամ կարող է նույնիսկ պաշտպանիչ նշանակություն ունենալ: Ալկոհոլի մեծ քանակների օգտագործումը (>14 խմիչքի չափաբաժին/շաբաթական) անպայման կապված է դեմենցիայի ռիսկի մեծացման հետ: Թեև Հայաստանում ալկոհոլի օգտագործումը ըստ ԱՀԿ-ի գնահատման բարձր չէ, այնուամենայնիվ ընդհանուր բնակչության 6%-ի մոտ դիտվում է ալկոհոլի էպիզոդիկ չարաշահում:

Ֆիզիկական թերակտիվություն: Կոհորտային հետազոտությունների մետա-վերլուծության արդյունքները, որոնք ունեն առավել արդի ապացույցներ, ցույց են տվել, որ նստակյաց կենսաձևը զգալիորեն կապված է դեմենցիայի զարգացման ռիսկի բարձրացման հետ: 18-69 տարեկան մեծահասակների 21%-ի մոտ գրանցվել է անբավարար ֆիզիկական ակտիվություն, որը չի համապատասխանում շաբաթական առնվազն 150 րոպե միջին ինտենսիվության ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ ԱՀԿ-ի առաջարկած ցուցանիշին:

Մեծահասակների գրեթե չորս հինգերորդը (78%), հատկապես կանայք (89%), չեն զբաղվում եռանդուն ֆիզիկական ակտիվությամբ:

Շաքարային դիաբետ: Մարդկանց մոտ արյան մեջ գլյուկոզի նորմայից բարձր մակարդակը, նույնիսկ առանց շաքարային դիաբետի, կապված է դեմենցիայի զարգացման ռիսկի հետ: 2016 թվականի տվյալները ցույց են տալիս, որ շաքարային դիաբետի տարածվածությունը Հայաստանում կազմել է 12,3%, ինչը բավականին բարձր է միջին եկամուտ ունեցող երկրների միջին մակարդակի (9,3%) համեմատ: Ավելորդ քաշի/գիրության մակարդակը, որպես շաքարային դիաբետի ռիսկի գործոն, աճում է բոլոր տարիքային խմբերում: Այնուամենայնիվ, դրանք առավել մտահոգիչ են երեխաների և դեռահասների մոտ:

Քննարկվող ռիսկի գործոնների ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա 2021 թվականին մեղմելու նպատակով մշակվել և ՀՀ կառավարության կողմից հավանության է արժանացել Առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված միջոցառումների 2021-2026թթ. ծրագիրը:

Սոցիալական շփումներ: Շատ տարեց անհատներ նստակյաց կյանք են վարում և չունեն բավարար սոցիալական շփումներ, մտավոր խթանում: Բավարար սոցիալական շփումները կհանգեցնեն ծերության ժամանակ մեկուսացման նվազեցմանը և դեմենցիայի զարգացման հավանականության իջեցմանը: 2024 թվականին մեծ փոփոխություններ տեղի ունեցան այս ոլորտում, քանի որ Հայաստանում մեկնարկվեցին թվով 10 ֆիզիկական ակտիվության և հիշողության բարելավման ակումբներ Երևան քաղաքում: Այս խնբակներն անվճար են և ունեն բավականին դրական ազդեցություն՝ մասնակիցները նշում են ֆիզիկական և կոգնիտիվ առողջության բարելավումներ: Այս ծրագիրը նոր նախաձեռնություն է և դեռևս հանրության լայն շերտերին հասանելիություն չի ապահովում:

Երկրում իրականացվում են առողջ ապրելակերպի տարբեր թեմատիկ արշավներ՝ հանրության առողջապահական գրագիտությունը բարձրացնելու նպատակով:

Չնայած վերոնշյալ կարգավորումներին, հանրությունը դեռևս կարիք ունի կրթվելու, և մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել խորհրդատվության տրամադրմանը ԱԱԴ օղակում, այսինքն ներգրավել ընտանեկան բժիշկներին հանրության իրազեկման գործընթացում:

2. Ախտորոշել «ԼԱՎ»՝ ժամանակին և ճշգրիտ ախտորոշում, բուժման և խնամքի պլանի մշակում և վերանայում մեկ տարվա ընթացքում:

Հայաստանում դեմենցիան ախտորոշվում է հիվանդությունների միջազգային դասակարգչի 10-րդ վերանայման (ICD-10) համաձայն, որտեղ դեմենցիան ներառված է «Հոգեկան և վարքային խանգարումներ» գլխի «Օրգանական, ներառյալ սիմպտոմատիկ հոգեկան խանգարումներ» դասում:

Դեմենցիան համարվում է հոգեկան առողջության խնդիր և ունի հստակ ախտորոշման չափանիշներ, որոնք առանձնացված են ՀԴ-10 դասակարգչով: Համաձայն դասակարգչի այն ուղղեկցվում է պրոֆեսիոնալ և սոցիալական

գործունեության խանգարումով, հիշողության և նվազագույնը մեկ կոգնիտիվ ֆունկցիայի խանգարումով (խոսք, պրաքսիա, գնոզիա, մտածողություն) և այլն: Հայաստանի Հանրապետությունում դեմենցիան վերջնական (Նոզոլոգիական ախտորոշում) ախտորոշվում է հոգեբույժի կողմից՝ համաձայն ՀՀ հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների, ինչը պահանջում է հոգեբուժական հանձնաժողովային գնում: Հաշվի առնելով հոգեբույժների դեֆիցիտը և հոգեբույժների անհամաչափ բաշխվածությունը (մասնագետները կենտրոնացված են հիմնականում Երևանում)՝ վերջնական ախտորոշման գործնաքննող դեմենցիա ունեցող անձի համար դառնում է անհասանելի, վերջնական ախտորոշում ստանալու համար պահանջվում են լրացուցիչ ֆինանսական ծախսեր, իսկ որոշ դեպքերում ախտորոշելը անհնարին է դառնում դեմենցիա ունեցող պացիենտի տեղափոխելի չլինելու պատճառով (դեմենցիայի ծանր աստիճան, ուղեկցող մարմնական խնդիրներ, որոնք սահմանափակում են անձի տեղաշարժումը):

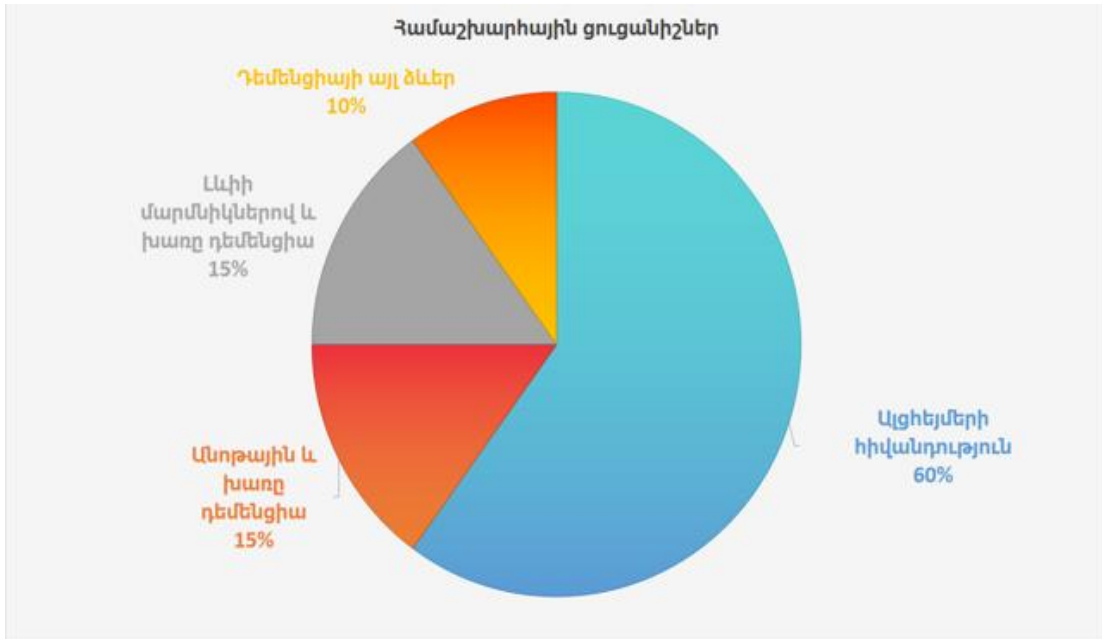
Համաձայն Հայաստանի օրենսդրության դեմենցիայի նախնական (համախտանշային) ախտորոշումը դրվում է ընտանեկան բժիշկների և տեղամասային հոգեբույժների կողմից: ԱԼՊ օղակում նախնական ախտորոշում դրվում է միայն հիմնվելով պացիենտի անամնեստիկ, կատամնեստիկ տվյալների և տվյալ պահին գնման արդյունքի հիման վրա: Գործնականում ԱԼՊ օղակում չեն կիրառվում կոգնիտիվ ոլորտի փսիխոմետրիկ գործիքներ, ինչը հաճախ հանգեցնում է չհիմնավորված նախնական ախտորոշման և չհիմնավորված ուղեգրումների՝ ծանրաբեռնելով բուժօգնության ապահովման այլ մակարդակները:

Հաճախ պացիենտները շրջանցում են ընտանեկան բժիշկներին՝ բուժօգնություն ստանալու նպատակով դիմելով կամ այլ բժիշկ մասնագետների, կամ տեղամասային հոգեբույժի:

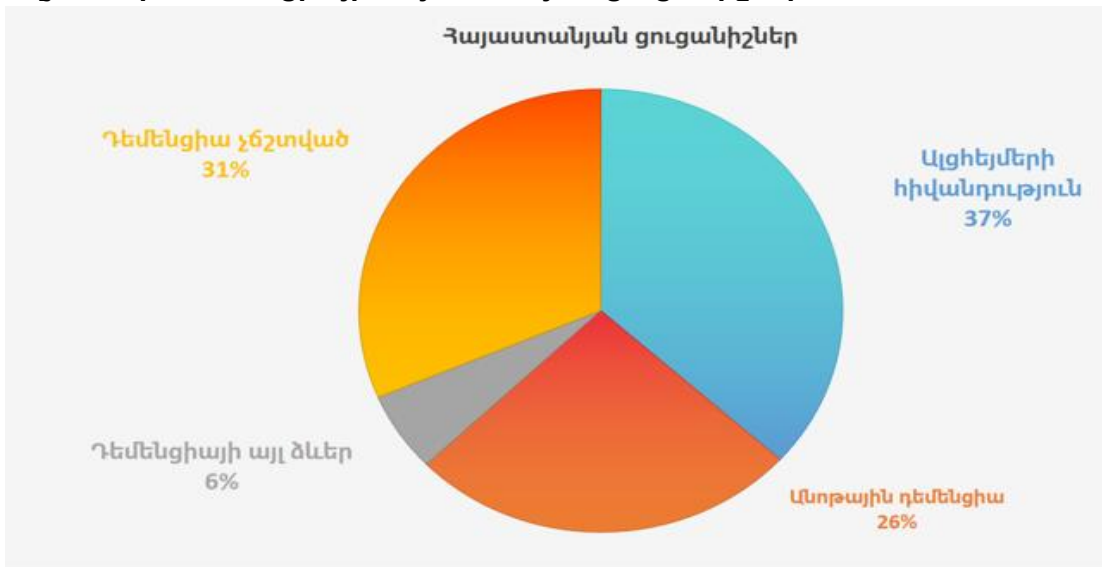
Ընդհանուր առմամբ Հայաստանում դեմենցիան թերախտորոշված է և բժիշկների տեսադաշտում են հայտնվում մեծամասամբ այն պացիենտները, որոնց մոտ դեմենցիան ուղեկցվում է փսիխոտիկ և վարքային խանգարումներով:

Դեմենցիայի թերի տարբերակիչ ախտորոշման մասին է վկայում ստորև ներկայացված գծապատկերը, որը ներկայացնում է Հայաստանում ախտորոշված դեմենցիայի ձևերի միջև հարաբերակցությունը և դրանց համաշխարհային տվյալների հետ համեմատականը: Հատկանշական է, որ իրենց տարածվածությամբ դեմենցիայի ձևերի առաջին հնգյակում գտնվող ԼԵԻ մարմնիկներով դեմենցիան կամ խառը դեմենցիայի ձևերը գործնականում չեն ախտորոշվում և փոխարենը առավել հաճախ ախտորոշվում է չճշտված դեմենցիան, ինչը խոսում է դեմենցիայի ախտորոշման բացերի մասին:

Աղյուսակ 3. Դեմենցիայի համաշխարհային ցուցանիշներ



Աղյուսակ 4. Դեմենցիայի հայաստանյան ցուցանիշներ



Վերոնշյալից կարելի է ենթադրել, որ Հայաստանում դեմենցիայի ախտորոշման գործընթացներում կան բազմաթիվ բացեր, ինչպիսիք են բուժանձնակազմով քիչ հագեցվածությունը, համապատասխան կոմպետենցիաների անբավարարությունը, ծառայությունների անհամասեռ բաշխվածությունը և բուժօգնության անհարմարավետ համակարգումը:

Այս ամենը նպաստում է հիվանդության ուշ շրջանում ախտորոշված դեպքերի քանակի մեծացմանը կամ ընդհանրապես չբացահայտված դեպքերին:

3. Աջակցել «ԼԱՎ»՝ հասանելիություն բուժման և սոցիալական խնամքի բարձրորակ ծառայությունների դեմենցիա ունեցող անձի և խնամողի համար:

Ամբողջ աշխարհում դեմենցիայի բուժումն ու խնամքն ուղղված է հիվանդության պրոգրեսիվող ընթացքի դանդաղեցմանը, սիմպտոմատիկ կորեկցիային, դեմենցիա ունեցող անձի կյանքի որակի բարձրացմանը և սոցիալական ներգրավմանը: Հայաստանում դեմենցիայի բուժման կամ խնամքի են դիմում հիմնականում այն դեպքերում, երբ նկատելի են դառնում վարքային, փսիխոտիկ խանգարումները և այս փուլում բուժման կամ խնամքի արդյունավետությունը լինում է ցածր: Դեմենցիա ունեցող անձանց բուժմամբ և խնամքով զբաղվում են տարբեր ոլորտային մասնագետներ՝ նյարդաբան, հոգեբույժ, հոգեբան, սոցիալական աշխատող, խնամք իրականացնող անձ, սակայն միջմասնագիտական հաղորդակցման ձևայնացված սկզբունքներ մշակված և ներդրված չեն:

Համաձայն համաշխարհային փորձի դեմենցիայի ոլորտում առաջնային են համարվում ծառայությունների մատուցումը արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցից դուրս պայմաններում, սակայն երբ դեմենցիա ունեցող անձի մոտ առկա են սուր խանգարումներ անհրաժեշտություն է լինում մատուցել ծառայություններ հիվանդանոցային պայմաններում կամ մասնագիտացված խնամք իրականացնող կենտրոններում (կյանքի վերջին շրջանում պալիատիվ շուրջօրյա բուժօգնություն): Նմանատիպ սկզբունքներ են գործում

Հայաստանի Հանրապետությունում հիվանդանոցից դուրս ծառայություններ տրամադրում են հիմնականում հասարակական կազմակերպությունները կամ պետության կողմից ֆինանսավորվող կազմակերպությունները, որոնք մասնագիտացված են հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձանց տնային խնամքի ուղղությամբ և չունեն դեմենցիայի նեղ մասնագիտացում:

Հիվանդանոցից դուրս ծառայությունները նախատեսված են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար, հաշվի չեն առնված դեմենցիա ունեցող անձանց բուժման և խնամքի առանձնահատկությունները: Նման ծառայությունները խիստ փոքրաթիվ են, գործում են իրարից անկախ, և չկան ծառայությունների համակարգման և փոխգործակցության մեխանիզմներ, ինչն իջեցնում է ծառայությունների մատուցման արդյունավետությունը:

Հայաստանի Հանրապետությունում դեմենցիա ունեցող անձանց արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցվում են ընտանեկան բժշկության կենտրոնների կամ կաբինետների, տեղամասային հոգեբուժական կաբինետների և արտահիվանդանոցային հոգեբուժական բաժանմունքների միջոցով:

Հայաստանի Հանրապետության ամբողջ տարածքում հասանելի են ընտանեկան բժշկի ծառայությունները, որոնց միջոցով պետք է իրականացվի դեմենցիա ունեցող անձանց ակտիվ հայտնաբերումը և ուղղորդումը: Տարեցտարի

ավելանում են մասնավոր հիմունքներով արտահիվանդանոցային հոգեբուժական ծառայություններ մատուցող և ընտանեկան բժշկության կենտրոնները, ինչը նպաստում է ծառայությունների հասանելիությանը (2023թ.-ի ԱՆ տրամադրած տվյալների համաձայն արտահիվանդանոցային հոգեբուժական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունեն 95 կազմակերպություններ):

Թեև դեմենցիա ունեցող անձանց հիվանդանոցային ծառայություն մատուցվում է հոգեբուժական թվով 6 հիվանդանոցների, 7 հիվանդանոցային հոգեբուժական ծառայություն մատուցող մասնավոր կազմակերպությունների և հոգեբուժական մասնագիտացված խնամքի ծառայություն մատուցող 2 կազմակերպությունների կողմից, դրանք հարմարեցված չեն դեմենցիա ունեցող անձանց համար, հաշվի չեն առնված նրանց բուժման և խնամքի առանձնահատկությունները:

Նշված կազմակերպությունները գերծանրաբեռնված են, ինչի պատճառով դեմենցիա ունեցող անձիք զրկվում են խնամքի և բուժման հնարավորությունից:

Հայաստանում բոլոր այն դեղերը, որոնք կիրառվում են դեմենցիայի բուժման համար հասանելի են: Դեղերի մի մասը տրամադրվում է պետության կողմից անվճար, իսկ որոշ դեղեր տրամադրվում են համավճարի սկզբումքով:

Դեմենցիայի բուժման համար նախատեսված հիմնական դեղորայքային խմբերը հասանելի են ՀՀ ամբողջ տարածքում:

Դեմենցիայի բուժման համար կիրառվող հիմնական դեղորայքային խմբերն են՝

- Գլուտամատային NMDA- ռեցեպտորների պաշարիչներ,
- Ացետիլխոլինեսթերազայի ինհիբիտորներ,
- Հակադեպրեսանտներ,
- Հակափսիխոտիկներ:

Գործնականում չի հաշվարկվում նշանակված դեղորայքային բուժման «օգուտ-վնաս» հարաբերակցությունը, գրեթե չեն կիրառվում բուժման ոչ դեղորայքային մեթոդներ:

Գործնականում դեմենցիայի բուժօգնության ոչ մի մակարդակում չի կիրառվում բուժօգնության կամ մասնագիտացված խնամքի պացիենտի անհատական պլանի մշակման սկզբունքը: Ավելին, չեն կիրառվում կլինիկական ուղեցույցներ, գործելակարգեր, խնամատարի ուղեցույցներ, այսինքն ներդրված չի ծառայությունների մատուցման ապացուցահենությունը:

Այսպիսով, Հայաստանում չկա դեմենցիա ունեցող անձանց ախտորոշման, ուղեգրման, բուժման և խնամքի համակարգված մոտեցում, որտեղ հստակեցված կլինեն բուժօգնության յուրաքանչյուր մակարդակում իրականացվելիք գործողությունների ծավալը, հաջորդականությունը, փոխգործակցության և փոխլրացման մեխանիզմները, որն էլ ստեղծում է կլինիկական ուղու մշակման անհրաժեշտություն:

4. Ապրել «ԼԱՎ»՝ դեմենցիա ունեցող անձիք և նրանց խնամատարները ապրում են նորմալ ապահով, հանդուրժող և աջակցող համայնքում:

Մեծ է խնամատարների դերը դեմենցիա ունեցող անձանց համար «ԼԱՎ» և անկախ կյանք ապահովելու հարցում: Հայաստանում խնամատարները հայտնում են, որ իրենք իրենց անպատրաստ են զգում դեմենցիա ունեցող անձին խնամելու որոշ մարտահրավերներին դիմակայելու հարցում, օրինակ՝ քնի խանգարումներով, վարքային փոփոխություններով կամ ֆիզիկական օգնության կարիք ունեցող հարազատի խնամքը կարող է հսկայական մարտահրավեր լինել: Խնամատարներին անհրաժեշտ տեղեկատվության և ուսուցման տրամադրումը՝ հաշվի առնելով մշակութային առանձնահատկությունները, օգնում է նրանց ավելի լավ պատրաստվել մարտահրավերներին:

Ավելին, հաշվի առնելով դեմենցիայի դեգեներատիվ բնույթը, խնամքը բնութագրվում է շարունակական հարմարեցմամբ: Ի տարբերություն այլ առողջական խնդիրների դեպքում տրամադրվող ոչ ֆորմալ խնամքի՝ դեմենցիա ունեցող անձի խնամքը պետք է իրականացվի շուրջօրյա:

Ներկայումս Հայաստանում որոշ քաղաքացիական նախաձեռնություններ տրամադրում են վերապատրաստման դասընթացներ խնամատարների համար՝ աջակցելով գյուղական համայնքներում դեմենցիա ունեցող անձանց ընտանիքներին այնպիսի ծառայություններով, ինչպիսիք են ցերեկային խնամքը, տնային օգնությունը: Այնուամենայնիվ, նման ծառայությունների մատչելիությունն ու հասանելիությունը անհավասարաչափ են բաշխված երկրում:

5. Մահանալ «ԼԱՎ»՝ դեմենցիա ունեցող անձիք կմահանան արժանապատվորեն և իրենց նախընտրած վայրում: Նրանց ցանկությունները հաշվի կառնվեն:

Դեմենցիան պրոգրեսիվող հիվանդություն է, և դեմենցիայի ավելի ուշ շրջաններում պացիենտը սովորաբար զրկվում է ինքնուրույնությունից, և կարիք է լինում պացիենտի շուրջօրյա մասնագիտական խնամքի և աջակցության՝ ապահովելու համար դեմենցիա ունեցող պացիենտի կյանքի վերջին շրջանի բարեկեցությունը:

Հայաստանում ներկայումս չեն գործում ցերեկային կամ շուրջօրյա պալիատիվ խամքի կենտրոններ, ինչպես նաև աջակցող անձի տնային մասնագիտացված ծառայություններ:

Այսպիսով՝ դեմենցիա ունեցող պացիենտի կյանքի վերջին շրջանի խնամքն իրականացվում է կամ հոգեկան առողջության խնամքի կենտրոններում, որոնք հարմարեցված չեն դեմենցիա ունեցող անձանց համար, կամ ընտանիքի անդամների կողմից, որոնք չունեն համապատասխան գիտելիքներ դեմենցիա ունեցող պացիենտի խնամքը պատշաճ իրականացնելու համար:

Արդյունքում՝ դեմենցիա ունեցող անձը ստանում է ոչ պրոֆեսիոնալ և որոշ դեպքերում առողջությանը վնասող խնամք (վատ վերաբերմունք, ինքնաբուժություն, կոգնիտիվ անհարմարավետ պայմաններ և այլն), իսկ ընտանիքի անդամները բախվում են սոցիալական, ֆինանսական և

հոգեբանական դժվարությունների հետ (օգտակար աշխատաժամանակի կորուստ, խնամքի ընթացքում տևական սթրեսային իրավիճակ, սովորական առօրյան կազմակերպելու անհնարինություն):

Հետևաբար, Հայաստանում կան բազմաթիվ խոչընդոտներ դեմենցիա ունեցող անձանց կյանքի վերջին շրջանում արժանապատիվ կյանք ունենալու համար: Դեմենցիայի կլինիկական ուղու մշակումը հիմնված է լինելու ներկա վերլուծության վրա, հաշվի առնելով նախանշված բացերը և համադրվելու են միջազգային լավագույն փորձի հետ, ինչը կբարելավի պացիենտի բուժման և խնամքի վերջնարդյունքը, կկրճատի և կօպտիմալացնի ֆինանսական և ժամանակի ծախսերը:

Բաժին 2

Դեմենցիայի ախտորոշման և խնամքի կլինիկական ուղի Սահմանումների ցանկ

1. ԱԱՊ- առողջության առաջնային պահպանում:
2. ԱԱՊ հոգեբույժ – արտահիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժիշկ-հոգեբույժ:
3. Կոնսուլտային 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:
4. Օրինական ներկայացուցիչ - ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված և դատարանի համապատասխան որոշմամբ՝ անգործունակ ճանաչված անձի խնամակալ:

Այս բաժնում կներկայացվի դեմենցիա ունեցող պացիենտի բուժման և խնամքի համակարգումը, ներգրավված տարբեր ոլորտային մասնագետների գործառույթները՝ օպտիմիզացնելով և հաջորդականացնելով ամբողջ գործընթացը: Դեմենցիա ունեցող պացիենտի բուժօգնությունն այս փաստաթղթում պայմանականորեն կբաժանենք երկու բաղադրիչների՝ ախտորոշում և խնամք: Յուրաքանչյուր բաղադրիչը կներկայացվի «ԼԱՎ» կոնցեպտի տեսանկյունից:

Ախտորոշել «ԼԱՎ» նշանակում է.

- Կիրառել գնահատման ամբողջական մոտեցում՝ ներառելով ընտանիքի անդամներին, ընկերներին, ֆորմալ և ոչ ֆորմալ խնամողներին:
- Գնահատման արդյունքները մեկնաբանելիս հաշվի առնել նաև այլ գործոններ՝ ներառյալ կրթական մակարդակը, հմտությունները, լեզվական, զգայական և հոգեկան խանգարումները:
- Կիրառել կոգնիտիվ ոլորտի փսիխոմետրիկ գործիքներ:
- Վերապատրաստել անձնակազմին փսիխոմետրիկ գործիքների օգտագործման հմտություններով:

Քանի որ դեմենցիան համարվում է քրոնիկական և պրոգրեսիվող հիվանդություն, բուժօգնություն ասելով նկատի կունենանք պացիենտի խնամքը, որն ուղղված է հիվանդության զարգացման դանդաղեցմանը, պացիենտի կյանքի որակի բարձրացմանը, աջակցությանը և կյանքի վերջին տարիների խնամքի կազմակերպմանը:

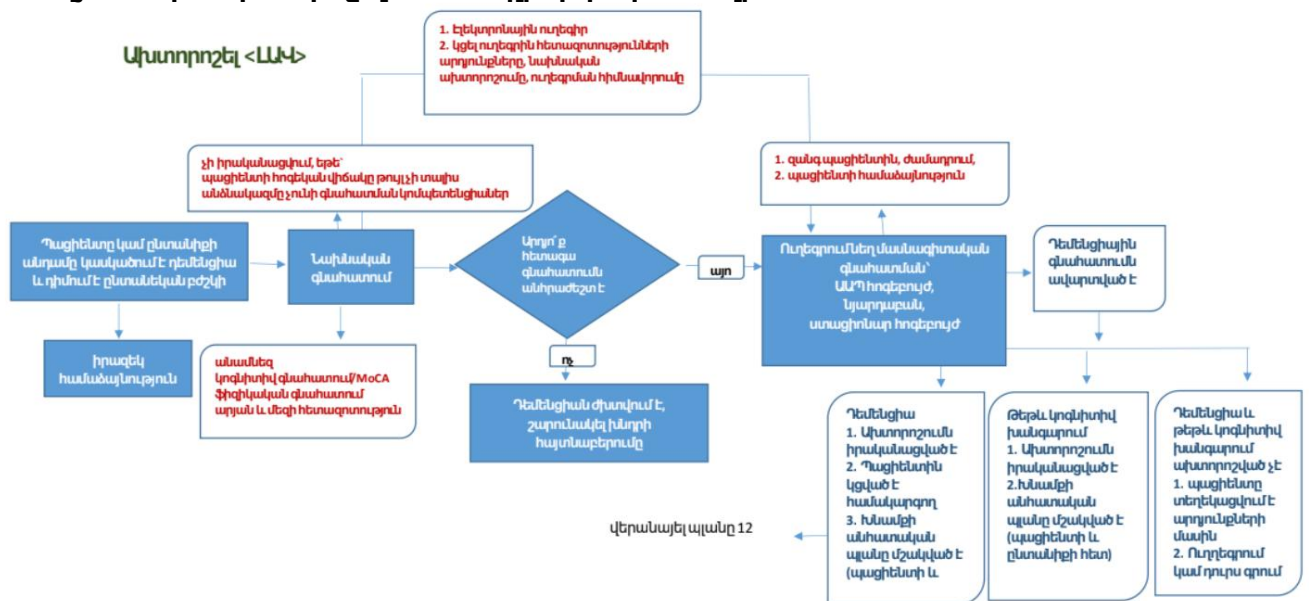
Խնամել «ԼԳՎ» նշանակում է.

- Համակարգել խնամքը, ելևելով ապացուցահեն սկզբունքներից, հետևելով միջազգային լավագույն փորձին: Առաջնորդվել դեմենցիա ունեցող անձանց ախտորոշման, խնամքի և աջակցության NICE ուղեցույցով (<https://www.sign.ac.uk/media/2157/sign-168-dementia.pdf>), նաև Հայաստանի մասնագիտական ասոցիացիաների կամ առողջապահության նախարարության կողմից խորհուրդ տրվող ուղեցույցով (այսուհետ՝ կլինիկական ուղեցույց):
- Պացիենտակենտրոն խնամք, հաշվի առնել պացիենտի և նրա ընտանիքի անդամների արժեքները, անհատական նախասիրությունները, կյանքի պայմանները, խնամողների կարիքները:

Դեմենցիայի ախտորոշումն ու ինսամբը փաստաթղթում կներկայացվեն՝ ըստ առանձին մասնագետների գործընթացների:

Ստորև ներկայացված է ախտորոշել «ԼԱՎ» կլինիկական ուղու գծապատկերը:

Աղյուսակ 5. Ախտորոշել «ԼԱՎ» կլինիկական ուղին.



Գծապատկերից երևում է, որ ուղին սկսվում է, երբ դեմենցիա ունեցող պացիենտը, ունենալով գանգատներ ճանաչողական ֆունկցիաների վատթարացումից, դիմում է առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) հաստատություն:

1. Ընտանեկան բժիշկ

Ընտանեկան բժշկի կոնսուլտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ, երբ պացիենտը դիմում է ԱԳՊ հաստատություն՝ այցի կամ, երբ իրականացվում է տնային այց (եթե պացիենտը ունի տեղաշարժման խնդիրներ կամ հոգեկան վիճակը թույլ չի տալիս պացիենտին լքել բնակության վայրը (ճանաչողական

ֆունկցիաների խորը խանգարումներ կամ փսիխոտիկ և վարքային խանգարումներ): ԱԱՊ այցի պարագայում պացիենտը կարող է ներկայանալ ինքնուրույն, կոնտակտային անձի կամ իր օրինական ներկայացուցչի ուղեկցությամբ:

Ա. 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):
- 2) Անամնեզի հավաքագրում՝
 - Պացիենտի և նրան ճանաչող մարդկանց խոսքերից (ընտանիքի անդամ, հարազատ, հարևան),
 - Տեղեկատվություն ճանաչողական ֆունկցիաների վատթարացման,
 - Սոցիալական ադապտացիայի կարգավիճակ՝ մասնագիտական և սոցիալական գործունեություն, կենցաղարարություն:
- 3) Դեմենցիայի ռիսկի գործոնների գնահատում՝ բարձր տարիք, Գ/Ու վնասվածքներ, նյարդաբանական հիվանդություններ, անոթային հիվանդություններ և այլն:
- 4) Պացիենտի ֆիզիկական վիճակի գնահատում:
- 5) Լաբորատոր հետազոտություններ՝
 - Արյան ընդհանուր և բիոքիմիական հետազոտություններ՝ կոգնիտիվ ֆունկցիաների փոփոխության նյութափոխանակային պատճառները գնահատելու համար,
 - Արյան մեջ վիտ. B12 և ֆոլաթթվի մակարդակի որոշում,
 - Վահանաձև գեղձի ֆունկցիան գնահատող հետազոտություն (TTG, T4):
- 6) Կոգնիտիվ ստատուսի գնահատում՝ MMSE կամ MoCA (Հայաստանում վալիդացված է) թեստերի միջոցով: Գնահատումն իրականացվում է համապատասխան վերապատրաստում անցած անձնակազմի կողմից՝
 - Թեստի տեխնիկական լրացման գործընթացը կարող է իրականացվել միջին բուժաշխատողի կամ ընտանեկան բժշկի կողմից, մինչդեռ թեստի արդյունքների համապարփակ վերլուծությունը իրականացվում է ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից,
 - Ընտանեկան բժշկի կողմից իր գործառույթների շրջանակում որոշ հետազոտություններ չիրականացնելու փաստը պետք է հիմնավորվի և գրանցվի պացիենտի բժշկական փաստաթղթին (պացիենտի ամբուլատոր քարտ, ուղեգրմանը կից բուժփաստաթղթեր): Դրանք չեն իրականացվում հետևյալ դեպքերում,

- Երբ պացիենտի հոգեկան վիճակը թույլ չի տալիս իրականացնել հետազոտությունը (հոգեշարժական գրգռվածություն, սուր փսիխոտիկ վիճակ),
 - Երբ ընտանեկան բժշկին հասանելի չեն այն լաբորատոր գործիքային հետազոտությունները, որոնք ներառված են իր գործառույթների մեջ, օրինակ գյուղական ամբուլատորիաներում:
- 7) Ընտանեկան բժշկի կողմից իրականացված բոլոր գործողությունները պետք է ամրագրվեն և կցվեն պացիենտի ամբուլատոր քարտին, ինչպես նաև գործող Էկտրոնային 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 (F00-F99), 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 ախտորոշումը տեղեկացվում է պացիենտին և նրա կոնտակտային անձին՝ պահպանելով բժշկական էթիկայի կանոնները՝
- Հետազոտության արդյունքները տրամադրվում են միայն այն դեպքում, երբ պացիենտը ցանկություն է հայտնում իմանալ այդ տեղեկատվությունը: Նաև ճշտել պացիենտի ցանկությունը, արդյոք նա կնախընտրի, որ քննարկմանը մասնակցի իր կոնտակտային անձը: Տեղեկատվությունը տրամադրել.
 - պացիենտի համար մատչելի լեզվով,
 - անդրադառնալ նրա բոլոր մտահոգություններին,
 - բացատրել հետագա գործողությունները,
 - 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) Պացիենտի մոտ առկա է դեմենցիային 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 ճանաչողական ֆունկցիաների դարձելի բնույթի փոփոխություններ կամ առկա է թեթև և չափավոր նեյրոկոգնիտիվ խանգարում, ապա պացիենտը դուրս է գալիս կլինիկական ուղուց, իսկ ընտանեկան բժշկի կողմից տրվում են համապատասխան խորհուրդներ:
- 3) Եթե պացիենտի մոտ հետազոտությունների արդյունքում առկա է դեմենցիայի 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,
 - ուղեգրման հստակ հիմնավորում,
 - 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):
- 5) Եթե պացիենտի մոտ առկա են արագ զարգացող դեմենցիայի նշաններ կամ պացիենտի մոտ ընտանեկան բժշկի գնահատմամբ՝ առաջնային է նյարդաբանական ախտանիշների բուժումը, ապա ընտանեկան բժիշկը պացիենտին ուղեգրում է նյարդաբանական հետազոտման և բուժման (հիվանդանոցային կամ արտահիվանդանոցային պայմաններում):
Ընտանեկան բժիշկը նյարդաբանական ախտանիշների գնահատման հարցում ուղղորդվում է ընդունված ուղեցույցներով:

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

Ինչպես քննարկվեց վերը, պացիենտը կարող է ընտանեկան բժշկի կողմից ուղեգրվել ԱԱՊ կամ ստացիոնար հոգեբույժի, ինչպես նաև նյարդաբանի մոտ՝ վերջնական ախտորոշման, անհատական խնամքի պլանի մշակման, դեղորայքային բուժման, հիվանդության սուր ախտանիշների մեղմացման նպատակով: Համապատասխան ծառայություններ ստանալուց հետո, պացիենտը

հետ է ուղեգրվում ընտանեկան բժշկի մոտ, ով պատասխանատու է պացիենտի հետագա խնամքի համակարգման համար:

Նյարդաբանից ուղեգրում ԱԱՊ օդակ չի լինում, քանի որ համաձայն օրենքի՝ վերջնական ախտորոշում դնելու իրավունք ունի միայն հոգեբույժը: Այսպիսով, պացիենտը ուղեգրվում է նյարդաբանի մոտ ընտանեկան բժշկից՝ նախնական ախտորոշումով, որից հետո նյարդաբանն իրականացնում է հավելյալ հետազոտություններ և ուղեգրում պացիենտին հոգեբույժի մոտ՝ վերջնական ախտորոշման նպատակով: Իսկ խնամքի նպատակով՝ նյարդաբանը համագործակցում է դարձյալ հոգեբույժի հետ:

Ցանկացած դեպքում, երբ պացիենտն ուղեգրվում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ խնամքի համակարգման նպատակով, ընտանեկան բժշկի գործառույթները հետևյալն են լինում.

1) Առաջնային 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, ժամը և այցի ձևաչափը (տնային այց կամ այց ԱԱՊ կազմակերպություն):
- 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 լրամշակվում է ընտանեկան բժշկի կողմից՝ ներառյալ բոլոր հասանելի սոցիալական ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվությունը (հիշողության ակումբներ, ցերեկային, տնային և շուրջօրյա խնամքի կենտրոններ, իրավաբանական աջակցության կենտրոններ և այլն):
- Լրամշակված խնամքի անհատական պլանի կրկնօրինակը տրամադրվում է պացիենտին:

- Պացիենտի հետ համատեղ համաձայնեցվում է հետագա այցերի հաճախականությունը, որը պետք է լինի ամսական ոչ պակաս, քան մեկ անգամ:
- 2) Խնամքի հսկողություն՝
- Խնամքի հետագա հսկողությունը իրականացվում է պացիենտի ԱԱՊ կազմակերպություն այցերի կամ տնային այցի միջոցով, ամսական առնվազն մեկ անգամ:
 - Տնային այցը կարող է իրականացվել միջին բուժաշխատողի կողմից:
 - Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ իրականացվում է՝
 - Պացիենտի ֆիզիկական զննում,
 - Հոգեկան վիճակի գնահատում,
 - Պացիենտի խնամքի անհատական պլանի վերանայում ըստ անհրաժեշտության՝ պայմանավորված ընթացիկ այցերի ժամանակ վերհանված խնդիրներով:
 - Յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ անգամ իրականացվում է կոգնիտիվ ստատուսի գնահատում:
 - Առնվազն տարին մեկ անգամ պացիենտը կրկին ուղեգրվում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ՝ պացիենտի խնամքի անհատական պլանի համապարփակ վերանայման նպատակով:

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 գործառնությունները իրականացվում են համաձայն կետ 1-ի (ընտանեկան բժշկի այց):

- 2) Ընտանեկան բժշկի ուղեգրի հիման վրա՝

Այս պարագայում ԱԱՊ հոգեբույժի գործառնությունները հետևյալն են.

- Ուսումնասիրում է ընտանեկան բժշկի կողմից ուղեգրին կցված բոլոր հետազոտությունները, հիմնավորումը և նախնական ախտորոշումը:

- Միջին բուժաշխատողի կողմից կապ է հաստատվում պացիենտի հետ՝ ընդունելության կամ տնային այցի օրը և ժամը համաձայնեցնելու նպատակով:
 - Իրազեկում է պացիենտին (սրա օրինական ներկայացուցչին) այցի նպատակների մասին:
 - Իրականացնում է բոլոր այն հետազոտությունները, որոնք հասանելի չեն եղել ընտանեկան բժշկին կամ թույլ չի տվել պացիենտի վիճակը:
 - Պացիենտի (սրա օրինական ներկայացուցչի) կողմից ստանում է իրազեկ համաձայնություն՝ հետազոտություն իրականացնելու նպատակով:
 - Իրականացնում է դեմենցիայի վերջնական և տարբերակիչ ախտորոշումը՝ ներկայում կիրառվող (ՅՄԴ-10) դասակարգչի դեմենցիայի ախտորոշիչ չափանիշներով:
 - Տարբերակիչ ախտորոշման կամ կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացման դարձելի պատճառները բացառելու նպատակով, ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին կարող է ուղեգրել գլխուղեղի (ՄՌՏ, ԿՏ) կամ այլ լաբորատոր գործիքային հետազոտությունների: Վերոնշյալ հետազոտություններն իրականացնել միայն հստակ հիմնավորմամբ, հաշվի առնելով, որ դրանք ներառված չեն պետական պատվերի շրջանակում:
 - Պացիենտին (սրա օրինական ներկայացուցչին) իրազեկում է հետազոտության արդյունքների մասին:
 - Պացիենտի (սրա օրինական ներկայացուցչի) անմիջական մասնակցությամբ քննարկում է պացիենտի անհատական խնամքի պլանը:
- 3) Նյարդաբանական կազմակերպությունից ուղեգրի պարագայում՝ ԱԱՊ հոգեբույժը առաջնորդվում է առաջնային այցի տրամաբանությամբ (կետ 2-ի 1) ենթակետ)՝ բացառությամբ կետ 1-ի, 5) ենթակետի:
- 4) Բժշկական կամ այլ կազմակերպությունների ուղեգրի կամ ուղղորդման պարագայում, ցանկացած դեպքում, երբ պացիենտը նախնական գնահատում չի անցել, ուղեգրվում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ նախնական գնահատման:

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

- 1) Եթե պացիենտի մոտ առկա է դեմենցիայի կասկած կամ հետազոտության արդյունքում հաստատվել է դեմենցիա, 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 հետազոտության արդյունքում արձանագրվում են կոգնիտիվ ֆունկցիաների դարձելի խանգարումներ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին ուղղորդում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ ուղեգրին կցելով բժշկական փաստաթղթի էլեկտրոնային քաղվածքը: Եթե դարձելի խանգարումները կապված են այլ հոգեկան առողջության խնդրի հետ, ԱԱՊ հոգեբույժը շարունակում է պացիենտի վարումը, սակայն երկու դեպքում էլ պացիենտը դուրս է մնում դեմենցիայի կլինիկական ուղուց:
- 3) Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է դեմենցիա, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը կազմում է պացիենտի խնամքի անհատական պլան՝ համաձայն ընդունված կլինիկական ուղեցույցի և ուղեգրում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ խնամքի հետագա համակարգման նպատակով (տես կետ 1-ի, Գ ենթակետ):
- 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 հետազոտության արդյունքում ախտորոշվել է դեմենցիա և պացիենտի նկատմամբ հնարավոր է իրականացնել խնամք տնային պայմաններում, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը՝
 - Պացիենտի (սրա օրինական ներկայացուցչի) անմիջական մասնակցությամբ մշակում են առավել պացիենտի խնամքի անհատական պլան՝ համապատասխան ընդունված կլինիկական ուղեցույցի:
 - Առնվազն տարին մեկ անգամ իրականացնում է խնամքի անհատական պլանի համապարփակ վերանայում:
 - Իրականացնում է անձի ֆունկցիոնալության գնահատման ուղեգրում (պացիենտի համաձայնությամբ)՝ համաձայն առողջապահության նախարարի N 72-Ն հրամանի:
 - Եթե պացիենտը կարիք ունի շուրջօրյա խնամքի ծառայությունների (ծանր դեմենցիայի շրջան, պացիենտը չունի խնամող և այլն), ապա ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին ուղղորդում է շուրջօրյա խնամքի ծառայությունների:

3. Հոգեբուժական ստացիոնար

Ա. 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՝

- 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 (սուր հոգեշարժական գրգռվածություն կամ փսիխոտիկ, վարքային կամ աֆեկտիվ այնպիսի խանգարումներ, որոնք անհնարին են դարձնում պացիենտի խնամքը տնային պայմաններում):
- Եթե պացիենտի մոտ չեն հաստատվում հոգեբուժական անհետաձգելի հոսպիտալացման ցուցումները, ապա պացիենտի հոսպիտալացումը մերժվում է: 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:
- Եթե պացիենտը ընդունվում է հոգեբուժական ստացիոնար, ապա իրականացվում է բուժում՝ համաձայն հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների և ընդունված կլինիկական ուղեցույցի:
- Պացիենտի ախտորոշումը իրականացվում է ընդունման օրվանից մինչև 15 օրվա ընթացքում՝ հիմնվելով կլինիկական ուղեցույցի և ՀՄԴ-10 ախտորոշման ցուցումների վրա:
- Հոգեբուժական ստացիոնարում պացիենտի օրինական ներկայացուցչի կամ պացիենտի անմիջական մասնակցությամբ՝ մշակվում է պացիենտի բուժման ներհիվանդանոցային պլան:
- 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:

- Նախքան պացիենտի դուրս գրումը, բուժող բժշկի կողմից մշակվում է պացիենտին խորհուրդ տրվող անհատական պլանը, որը հետագայում լրամշակվում է ընտանեկան բժշկի 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 (ընտանեկան բժիշկ):
- Բուժող բժիշկը դուրս գրումից առնվազն մեկ օր առաջ կապ է հաստատում (հեռախոսազանգ, էլ. նամակ) ընտանեկան բժշկի հետ, ով պետք է իրականացնի պացիենտի հետագա խնամքը և բուժումը (ընտանեկան բժիշկ, շուրջօրյա խնամք իրականացնող կազմակերպության բժիշկ-հոգեբույժ):

Համաձայն վերոնշյալի՝ ստացիոնար հոգեբույժը պացիենտին կարող է ուղեգրել ընտանեկան բժշկի և շուրջօրյա խնամք իրականացնող կազմակերպության բժիշկ-հոգեբույժի:

4. Նյարդաբանական ծառայություն

Ա. Նյարդաբանի և պացիենտի կոնտակտը կարող է տեղի ունենալ առաջնային այցի կամ ուղեգրի հիման վրա: Ուղեգրումը կարող է իրականացվել հետևյալ մասնագետների կողմից՝

- ընտանեկան բժշկ,
- ԱԱՊ հոգեբույժ:

Նյարդաբանական հիվանդանոցային կամ արտահիվանդանոցային ծառայություն պացիենտին ուղեգրում են, երբ պացիենտի մոտ դեմենցիան ուղեկցվում է ծանր նյարդաբանական ախտանիշներով (շարժողական խանգարումներ, ցնցումային համախտանիշ, գիտակցության խանգարում և այլն), արագ պրոգրեսիվող դեմենցիայի դեպքում: Նյարդաբանը կարող է մասնակցել ախտորոշման, խնամքի և դեղորայքային բուժման գործընթացներին: Ցանկացած մասնագետից ուղեգրման պարագայում՝ նյարդաբանի գործառույթները նույնն են և թվարկված են ստորև.

1) Եթե պացիենտը ուղեգրվում է ընտանեկան բժշկի կողմից, ապա նյարդաբանը նյարդաբանական հետազոտությունը և բուժումը իրականացնելու ընթացքում համագործակցում է ԱԱՊ հոգեբույժի կամ հոգեբույժ խորհրդատուի հետ (տվյալ նյարդաբանական կենտրոնում հոգեբույժ խորհրդատուի առկայության դեպքում):

- Եթե պացիենտի մոտ նյարդաբանական ախտանիշները շտկվում են, ապա պացիենտը հետագա խնամքը իրականացնելու նպատակով ուղեգրվում է ԱԱՊ հոգեբույժի մոտ:
- Եթե դեմենցիա ունեցող պացիենտին անհրաժեշտ է մշտական նյարդաբանական հսկողություն և բուժում կամ նյարդաբանական

վիճակի պարբերական գնահատում (օրինակ ԼԼԻի մարմնիկներով դեմենցիա, պարկինսոնի հիվանդության հետևանքով դեմենցիա, Կլաիտցֆելտ-Յակոբի հիվանդություն և այլն), ապա պացիենտի հսկողությունը և խնամքը իրականացվում են համատեղ՝ Նյարդաբանի և հոգեբույժի կողմից: Յուրաքանչյուր մասնագետ իր կողմից իրականացված հետազոտությունների և բուժման կամ այլ գործառնությունների վերաբերյալ տվյալները ներառում է Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ՝ երկկողմանի տվյալների հասանելիությունը ապահովելու համար:

- Ցանկալի է պացիենտի ախտորոշման և խնամքի հարցերը քննարկել բժշկական կոնսիլիումի շրջանակներում, որտեղ ներառված կլինեն բուժող Նյարդաբանը և բուժող հոգեբույժը:

Առաջարկություններ

- Ներկայացված կլինիկական ուղին ներդնելու համար՝ անհրաժեշտ է իրականացնել համակարգային բարելավումներ:
- Թարգմանել և ադապտացնել դեմենցիա ունեցող անձանց ախտորոշման, խնամքի և աջակցության NICE ուղեցույցը: Ուժեղացնել հոգեկան առողջության ոլորտի բուժանձնակազմի կարողությունները՝ վերապատրաստումներ իրականացնելով ուղեցույցի և մշակված կլինիկական ուղու հիման վրա:
- Ընտանեկան բժիշկների դերը մեծ է դեմենցիայի կլինիկական ուղու իրականացման հարցում՝ պացիենտների հայտնաբերում, նախնական ախտորոշում, նպատակային ուղեգրումներ և հետագա խնամք: Հետևաբար, նրանք պետք է լավ տիրապետեն իրենց Նոր գործառնություններին՝ շարունակաբար կրթվելով: Այս նպատակին ընդառաջ՝ ուսումնասիրել ընտանեկան բժիշկների բոլոր կրթական բացերը և նախագծել համապատասխան կրթական ծրագրեր: Նաև մշակել մեխանիզմ, որը կխթանի բուժանձնակազմի շարունակական կրթությունը:
- Մշակել և ներդնել ճիշտ ֆինանսավորման խթաններ (բոնուսային ցուցանիշներ)՝ չափելու, գնահատելու և խրախուսելու ընտանեկան բժշկի գործառնությունները՝ համաձայն կլինիկական ուղու:
- Թվայնացնել կոգնիտիվ ստատուսի գնահատման MoCA գործիքը և ներդնել առողջապահության Էլեկտրոնային համակարգում:
- Իրականացնել օրենսդրական փոփոխություններ՝ ապահովելու ինտեգրված կլինիկական ուղու ներդրումը:
- Դեմենցիայի կլինիկական ուղին ամրագրել՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի համապատասխան հրամանով:
- Էլեկտրոնային ուղեգրման համակարգը համապատասխանեցնել դեմենցիայի կլինիկական ուղուն:

- Հիմնել դեմենցիա ունեցող անձանց համար հարմարեցված շուրջօրյա խնամքի և ցերեկային կենտրոններ՝ հաշվի առնելով, որ Հայաստանում չկան նման կենտրոններ, ինչի պատճառով գերծանրաբեռնվում են հոգեբուժական ստացիոնարները և հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձանց համար նախատեսված շուրջօրյա խնամքի կենտրոնները, իսկ դեմենցիա ունեցող անձինք ստանում են իրենց կարիքներին անհամապատասխան աջակցություն:
- Մշակել և իրականացնել ոչ ֆորմալ խնամողների վերապատրաստման ծրագրեր, հասանելի դարձնել բոլոր խնամողների համար:

Գրականության ցանկ

- 1) World Health Organization. **Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines**. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia>
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. **Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97)**. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- 3) World Health Organization. **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**. Geneva: WHO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- 4) Alzheimer's Disease International. **World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk**. Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2023>
- 5) World Health Organization. **Dementia: A Public Health Priority**. Geneva: WHO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
- 6) Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. **CCCDTD5 recommendations on the diagnosis and treatment of dementia**. Alzheimer's & Dementia. 2020.
- 7) Alzheimer's Association. **2024 Alzheimer's disease facts and figures**. Alzheimer's & Dementia.
- 8) World Health Organization. **Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions (WHO PEN) for Primary Health Care** [Internet]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-ncd-interventions-for-primary-health-care>
- 9) World Health Organization. **Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025** [Internet]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>