

Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

ՀԵՏԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԴԵՊՐԵՍԻԱ Կլինիկական ուղի

Հեղինակներ՝
Գևորգ Փաշիկյան
Արամ Հովսեփյան

«Հետծննդաբերական դեպրեսիա» 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

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

ՀԾԴ-ի կլինիկական ուղու մշակումն ու ներդրումը հնարավորություն կընձեռի Հայաստանում ավելի վաղ հայտնաբերել ՀԾԴ 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 ներդրումը 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:

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

Ներածություն

ՀԾԴ-ն հոգեախտաբանական վիճակ է, որը զարգանում է ծննդաբերությունից հետո, ուղեկցվում է դեպրեսիվ համախտանիշով, բերում է նորմալ կենսագործունեության խաթարմանը, ինչպես նաև մոր ու նորածնի փոխհարաբերությունների խաթարմանը: ՀԾԴ-ն ծննդաբերությունից հետո ամենատարածված հոգեախտաբանական վիճակն է և կարող է վնասակար ազդեցություն ունենալ ամուսինների, նորածինների և երեխաների սոցիալական և ճանաչողական առողջության վրա:¹ Ծննդաբերությունը դժվար և հոգնեցնող գործընթաց է: Կինը հղիության ընթացքում ենթարկվում է բազմաթիվ հորմոնալ, ֆիզիկական, էմոցիոնալ և հոգեբանական փոփոխությունների: Հսկայական փոփոխություններ են տեղի ունենում մոր ընտանեկան և միջանձնային փոխհարաբերություններում: Ծննդաբերությունից հետո մայրը կարող է զգալ տարբեր

հույզեր՝ սկսած ուրախությունից և հաճույքից մինչև տխրություն: Արցունքները և տխրության դրսևորումները կոչվում են «մանկական բլուզ», որոնք հակված են նվազել ծննդաբերությունից հետո առաջին 2 շաբաթվա ընթացքում: Մինչդեռ մանկական բլուզով կանայք հակված են արագ վերականգնվել, ՅՄԴ-ն ավելի երկար է տևում և լրջորեն ազդում է կանանց նորմալ ֆունկցիոնալությանը վերադառնալու ընթացքի վրա:

Հիվանդության միջազգային դասակարգչում ՅՄԴ-ն սահմանվում է որպես հիմնական դեպրեսիվ էպիզոդ՝ հղիության սկզբից կամ ծննդաբերությունից հետո 4 շաբաթվա ընթացքում: ՅՄԴ-ն ախտորոշվում է, երբ առնվազն 2 շաբաթվա ընթացքում դիտվում են դեպրեսիային բնորոշ առնվազն 5 ախտանիշներ: Ախտանիշները ներառում են դեպրեսիվ տրամադրություն, հետաքրքրության կորուստ, քնի ռեժիմի փոփոխություն, ախորժակի փոփոխություն, անլիարժեքության զգացում, կենտրոնանալու ունակության նվազում: ՅՄԴ ունեցող մայրերի մոտ կարող են դրսևորվել նաև այլ հոգեախտաբանական ախտանիշներ, ինչպիսիք են. ինքնասպանության մտքեր, զառանցական մտքեր և ցնորային ապրումներ: ՅՄԴ-ն կարող է հանգեցնել մայր-մանուկ դետրուկտիվ կապերի, կրծքով կերակրման ձախողման, ծնողական բացասական գործելակերպի, ամուսնական տարածայնությունների, ինչպես նաև երեխայի ֆիզիկական և հոգեբանական զարգացման հետ կապված ավելի վատ արդյունքների:

ՅՄԴ զարգացման գործոնները և պատճառները

Ա) Հորմոնալ տեղաշարժեր: Ծննդաբերությունից հետո էստրոգենների և պրոգեստերոնի մակարդակի իջեցումը կարող է ուղիղ պատճառ հանդիսանալ ՅՄԴ-ի զարգացման համար:

Բ) Նյարդաբանական փոփոխություններ: Ծննդաբերությունից հետո ցածր նեյրոպլաստիկությունը կարող է խաթարել սերոտոնինային և դոֆամինային համակարգի գործունեությունը, ինչն իր հերթին կարող է անձի մոտ բերել դեպրեսիայի:

Գ) Երեխայի խնամքի հետ կապված մշտական անքնությունը և էմոցիոնալ լարվածությունը կարող են բերել օրգանիզմի հյուծմանը և դեպրեսիայի զարգացմանը:

Դ) Հոգեբանական գործոններ: Ծննդաբերությունից հետո նոր կարգավիճակը, նոր կենսակերպը, ինչպես նաև նոր պարտականությունների հետ բախվելը պահանջում են որոշակի ադապտիվ ունակություններ: Որոշ կանայք ունենում են նախկին կյանքին վերադարձի անհնարինության, սեռական գրավչության կորստի զգացողություն: Կնոջ ունակությունները հաճախ կարող են բավարար չլինել նոր իրականությանը հարմարվելու համար, ինչի արդյունքում կարող է զարգանալ ՅՄԴ: Բացի այդ երեխայի նկատմամբ բացասական վերաբերմունքը, երեխայի սեռի դժկամությունը և սեռական բռնության պատմությունը մշտական գործոններ են ՅՄԴ-ի զարգացման համար:

Ե) Մանկաբարձական ռիսկի գործոններ: Ռիսկային հղիություն, որը ներառում է շտապ կեսարյան հատում և հղիության ընթացքում հոսպիտալացումներ: Վաղաժամ կամ ցածր քաշով ծնված նորածինները, ցածր հեմոգլոբինի ցուցանիշները կապված են ԶԾԴ-ի հետ:

2) Սոցիալական գործոններ: Սոցիալական աջակցության բացակայությունը, ընտանեկան բռնությունը՝ ամուսնական սեռական, ֆիզիկական կամ բանավոր բռնության տեսքով, նույնպես կարող են ԶԾԴ-ի զարգացման պատճառ հանդիսանալ:

Է) Կենսակերպ: Անառողջ սնունդը, ծխելը, ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը նույնպես կարող են նպաստել ԶԾԴ-ի զարգացմանը: Ֆիզիկական վարժությունները նպաստում են էնդոգեն էնդորֆինների և օփիոիդների մակարդակի բարձրացմանը, ինչը դրական ազդեցություն է ունենում հոգեկան առողջության վրա: Ֆիզիկական ակտիվությունը նպաստում է նաև ինքնավստահության, խնդիրներ լուծելու կարողության բարելավմանը:

Սովորաբար ԶԾԴ-ն զարգանում է մի քանի գործոնների համակցման, կամ մեկ գործոնի ինտենսիվ ազդեցության պարագայում:

Իրավիճակն աշխարհում: ԶԾԴ-ի համաշխարհային տարածվածության վերաբերյալ իրականացվել են բազմաթիվ հետազոտություններ և այդ հետազոտությունների արդյունքները նույնական են: Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների, աշխարհում հղի կանանց 10%-ի և ծննդաբերած կանանց 13%-ի մոտ առկա են հոգեկան առողջության խնդիրներ՝ մեծամասամբ դեպրեսիա: Առավել բարձր ցուցանիշներ են զարգացող երկրներում, հղի կանանց 15,6%-ի և ծննդաբերությունից հետո 19,8%-ի մոտ առկա են հոգեկան առողջության խնդիրներ: Առավել ծանր դեպքերում ԶԾԴ-ի ելքը լինում է ինքնասպանությունը: Բացի դա ԶԾԴ ունեցող կանայք ունեն ցածր ֆունկցիոնալություն, ինչն ազդում է նորածնի աճի և զարգացման վրա:

Hahn-Holbrook et al. հետազոտական վերջին ակնարկը ցույց է տվել 291 ուսումնասիրություններից ԶԾԴ-ի 17,7% համնդիանուր գլոբալ տարածվածություն: Համաձայն հետազոտության արդյունքների, այն երկրները, որոնք բնութագրվում են բարձր մայրական մահացության, մանկական մահացության ցուցանիշներով, երեխայի խնամքի ընթացքում կանանց երկար աշխատանքային ժամերով և եկամուտների բարձր անհավասարությամբ, արձանագրում են ԶԾԴ-ի բարձր տարածվածություն: Հետծննդյան դեպրեսիան պատճառ է մայրական մահացությունների 20% դեպքերի համար՝ համաձայն այն երկրների տվյալների, որոնք հետևում են ԶԾԴ-ի հաճախականությանը:

Մեկ այլ ուսումնասիրություն ցույց է տալիս, որ ՀԾԴ-ն պատահում է կանանց 6,5%-ից 20%-ի մոտ: Այն ավելի հաճախ հանդիպում է դեռահաս կանանց, վաղաժամ ծննդաբերած մայրերի և քաղաքային բնակավայրերում ապրող կանանց շրջանում:

Իրավիճակը Հայաստանում: Հայաստանում, ինչպես և ամբողջ աշխարհում, ՀԾԴ-ն համարվում է հանրային առողջության խնդիր: Չնայած դրան, մինչ օրս Հայաստանում չեն իրականացվել հետազոտություններ, որոնք ցույց կտային ՀԾԴ-ի տարածվածության աստիճանը կամ նրա ազդեցությունը հանրային առողջության վրա: Վիճակագրական տեղեկությունները չեն հավաքագրվում առանձին նոգոլոգիական ուղղություններով: Տեղեկատվությունը հավաքագրվում է միայն ԱՆ ենթակայության տակ գործող հոգեկան առողջության կենտրոններից, որը թույլ չի տալիս հստակ պատկերացում կազմել ՀԾԴ-ի հիվանդացության վերաբերյալ: Ուստի Հայաստանում ՀԾԴ-ի վերաբերյալ վերլուծությունները պետք է հիմնված լինեն ՀԾԴ-ի վերաբերյալ համաշխարհային տվյալների և փորձի վրա: Միևնույն ժամանակ պետք է հաշվի առնել նաև Հայաստանում ընտանիքի հանդեպ վերաբերմունքի առանձնահատկությունները, որոնք որոշ չափով տարբեր են դարձնում ՀԾԴ-ի պատկերը մեր երկրում:

Մշակութային առանձնահատկություններ: Ընտանիքը, որպես ինստիտուտ, մեծ դեր ունի Հայաստանում և ընտանիքի անդամները սովորաբար պատշաճ հոգ են տանում մոր և երեխայի ֆիզիկական բարեկեցության մասին՝ ապահովելով բարենպաստ կենսամիջավայր: Այս ամենը որոշակի դրական ազդեցություն կարող է ունենալ կնոջ հոգեվիճակի վրա և կանխել ՀԾԴ-ի զարգացման որոշակի գործոններ: Միևնույն ժամանակ ընտանիքներում քիչ ուշադրություն է դարձվում կնոջ հոգեկան առողջությանը, ներընտանեկան կապերը մեծամասամբ հիմնված են ավանդույթների վրա, որոնք բացառում են ծննդաբերության հետ կապված որևէ հոգեկան անհարմարություն: Այնուամենայնիվ, եթե զարգանում է ՀԾԴ, դիմելիությունը բուժժառայության ցածր է՝ քիչ գիտելիքների և իրազեկվածության բացակայության պատճառով: Սովորաբար ընտանիքի անդամները չեն ճանաչում ՀԾԴ-ի ախտանշանները: Միաժամանակ ՀԾԴ ունեցող կանայք առավել հակված են թաքցնել իրենց խնդիրները՝ չհասկացված կամ լքված լինելու վախի և սոցիալական խարանի պատճառով:

Առկա համակարգային բացերը

Ա) 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 ՀԾԴ ունեցող անձին ժամանակին դիմել բուժօգնության:

Բ) ԱԱՊ օղակ: ՀԾԴ ունեցող կանայք սովորաբար չեն դիմում ԱԱՊ կազմակերպություններ սոցիալական խարանի պատճառով: Բացի այդ, ԱԱՊ մասնագետները չունեն համապատասխան գիտելիքներ ՀԾԴ ունեցող պացիենտին բուժօգնություն ցուցաբերելու և ուղղորդելու համար: ԱԱՊ օղակում ներդրված չեն դեպրեսիան հայտնաբերելու և ախտորոշելու փսիխոմետրիկ գործիքներ:

Գ) Հայտնաբերում և կանխարգելում: Հայաստանում գործում են մի շարք ծրագրեր մոր և մանկան առողջության պահպանման և ամրապնդման ուղղությամբ, սակայն դրանցից որևէ մեկում ներառված չեն հոգեկան առողջության խնդիրները, չկան սքրինինգային ծրագրեր, որտեղ ներառված կլինի ՀԾԴ-ն: Վերոգրյալը ցույց է տալիս, որ ՀԾԴ-ն դեռևս չի ընկալվում որպես հանրային առողջության առաջնահերթ խնդիր և պատշաճ ջանքեր չեն ուղղվում ՀԾԴ-ի հանրային վնասակար հետևանքների մեղմացմանը:

Դ) Ախտորոշում, բուժում և ուղղորդում: ՀՀ-ում ՀԾԴ-ն թերախտորոշված է ցածր դիմելիության և սոցիալական խարանի պատճառով: Բացի այդ ՀԾԴ ունեցող կանայք գերադասում են դիմել տարբեր հոգեբանական կենտրոններ, որտեղ ստանում են միայն հոգեբանական աջակցություն, այն դեպքում երբ ՀԾԴ-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 դեպրեսիվ համախտանիշի ավելի ծանր ձևեր:

Հայաստանում չկա նաև ՀԾԴ-ի հստակ ուղղորդման համակարգ, որը թույլ կտար առավել օպտիմալ և ըստ կարիքների աջակցության ցուցաբերում: Մինչ օրս չկան մշակված կամ ադապտացված ՀԾԴ-ի կլինիկական ուղեցույցեր և գործելակարգեր, ինչը թույլ կտար ՀԾԴ-ի բուժումը իրականացնել գիտահեն և ապացուցողականության վրա հիմնված դեղերով և բուժման այլ մեթոդներով:

ՀԾԴ ազդեցությունն անհատի, տնտեսության և հասարակության վրա

Յուրաքանչյուր յոթերորդ կնոջ մոտ կարող է զարգանալ ՀԾԴ: ՀԾԴ-ն ազդում է մոր կենսագործունեության և երեխայի հետ նրա փոխհարաբերության վրա: ՀԾԴ-ն բերում է երեխայի մոտ մի շարք նեգատիվ հետևանքների՝ կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կտրվածքով: Կարճաժամկետ ազդեցություններից հայտնի են. 15 ամսական հասակում՝ մոտոր ֆունկցիաների թերզարգացվածություն, 2 տարեկան հասակում՝ երեխայի աճի հապաղում, առավել բարձր հիվանդացության ցուցանիշ 4 տարեկան երեխաների

շրջանում, 18 ամսական հասակում՝ առավել ցածր ճանաչողական և վարքային ունակությունների կարգավիճակ, 19 ամսական հասակում՝ միջանձնային ֆունկցիոնալության իջեցում: ՅԾԴ ունեցող կանայք հաճախ կարող են դրսևորել երեխայի համար պոտենցիալ վտանգավոր ծնողական վարքագիծ: ՅԾԴ-ի երկարաժամկետ ազդեցության հետազոտությունները վերաբերվում են դեռահասության տարիքին: Մոր մոտ եղած ՅԾԴ-ն փոխկապակցված է դեռահասի մոտ դեպրեսիվ և տագնապային խանգարումների, կորտիզոլի բարձր մակարդակի, դեռահասի մոտ ցածր մտավոր կարողությունների և դեռահասի ցածր ակադեմիական նվաճումների հետ: ՅԾԴ-ն նաև կապված է զուգընկերների միջև ամուսնական տարածայնությունների և դեպրեսիայի աճի հետ, ինչը կարող է հետագայում ազդել երեխաների նորմալ զարգացման վրա այն ընտանիքներում, որտեղ առաջանում են այս խնդիրները: Շատ տարբեր ռիսկի գործոններ և իրավիճակներ, որոնք տեղի են ունենում միաժամանակ, կարող են հանգեցնել ամուսնական զույգերի միջև խնդիրների՝ խաթարված հաղորդակցություն, ֆինանսական դժվարություններ, միասին անցկացրած որակյալ ժամանակի բացակայություն, մտերմության կորուստ:

ՅԾԴ-ն դառնում է հանրային առողջության առաջնահերթ խնդիր: Մինչև վերջերս ՅԾԴ-ի համատարած սքրինինգը համարվում էր ոչ ծախսարդյունավետ: Սակայն ՅԾԴ-ով պայմանավորված բեռը հանրության վրա ստիպեց վերանայել ՅԾԴ-ի հետ կապված քաղաքականությունը: 2016-ին ԱՄՆ-ի Կանխարգելիչ ծառայությունների աշխատանքային խումբը (US Preventative Services Taskforce) կազմակերպեց հղիների և հետծննդյան շրջանում գտնվող կանանց՝ դեպրեսիայի համար բնակչության լայն սքրինինգ: Արդյունքները, որոնք ցույց են տալիս ՅԾԴ-ի երկարաժամկետ հետևանքները, խթանում են ներդրումներ կատարել կանխարգելիչ ռազմավարություններ մշակելու և իրականացնելու ուղղությամբ, այլ ոչ թե ուղղակի հայտնաբերել կանանց, որոնք արդեն իսկ ունեն դեպրեսիա:

ԱՄՆ-ում իրականացվել է հետազոտություն, որի նպատակն է եղել գնահատել ՅԾԴ-ի տնտեսական բեռը՝ ՅԾԴ-ի բուժման առումով ֆինանսական և հանրային քաղաքականությունը հիմնավորելու համար: Արդյունքները ցույց են տվել, որ չբուժված ՅԾԴ-ի հանրային արժեքը, բեղմնավորումից մինչև ծննդաբերությունից 5 տարի անց, կազմել է \$14 միլիարդ՝ 2017 թվականին ծննդաբերած կանանց խմբի համար: Մոդելային ժամկետի 6 տարիների ընթացքում մեկ ՅԾԴ-ով մայր-երեխա զույգի արժեքը կազմել էր մոտ \$31 800, իսկ ՅԾԴ-ով մայր-երեխա դիադայի միջին տարեկան արժեքը կազմել էր \$5300 :

Միացյալ Թագավորությունում իրականացված հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ պերինատալ դեպրեսիայի արժեքը ամբողջ կյանքի ընթացքի համար կազմել է մոտ 75 728 ֆունտ (կամ \$95 000) մեկ դեպրեսիայով կնոջ համար՝ տվյալ հետազոտական խմբի շրջանակում: Ավստրալիայի մի ուսումնասիրություն գնահատել է 2012 թվականին ծննդաբերած կանանց խմբի շրջանում չբուժված պերինատալ դեպրեսիայի և տագնապի արժեքը՝ 20 տարվա ընթացքում, որը կազմել է 518 միլիոն ԱՄՆ դոլար, ինչը կկազմի մոտ 11000 ԱՄՆ դոլար յուրաքանչյուր ախտահարված կնոջ համար:

Համաձայն մեկ այլ ուսումնասիրության արդյունքների, որը կատարվել է Medicaid շրջանակում շարունակաբար ընդգրկված անհատների խմբի վրա, ցույց է տվել, որ հղիության և ծննդաբերությունից 1 տարվա ընթացքում ՅՕԴ ունեցող կանայք ավելի շատ են օգտվել առողջապահական ծառայություններից (հիվանդանոցային ընդունելությունների ավելի մեծ քանակ, ընդհանուր ստացիոնար օրերի քանակ, ամբուլատոր այցելություններ, անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքներ այցելություններ և դեղորայքային թերապիայի շաբաթներ), քան անծինք առանց ՅՕԴ-ի, իսկ ընդհանուր ծախսերը կազմել են մոտավորապես 54%-ով ավել, որոնց ամենամեծ մասնաբաժինը վերագրվում է ամբուլատոր ծախսերին:

2006թ-ին Բեկի կողմից իրականացված ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ առաջին անգամ ծննդաբերած ՅՕԴ ունեցող մայրերի գրեթե կեսը չեն ախտորոշվում մտերմների հետ կոնֆլիկտի մտավախության պատճառով: Նոր ծննդաբերած մայրերի մոտ առկա է նաև աջակցման բացակայության և լքված լինելու վախ: ՅՕԴ-ն բուժելի է: ՅՕԴ-ն չբուժելը կբերի ծանր տնտեսական բեռի, ինչը ցույց է տալիս, որ ՅՕԴ-ին պետք է ուշադրություն դարձնել, որպես հանրային առողջության խնդրի:

Նախքան նոր կլինիկական ուղու մշակումը անհրաժեշտ է հասկանալ, թե ինչպես է ներկայումս իրականացվում ՅՕԴ ունեցող պացիենտի կոորդինացիան առողջապահական համակարգում: Ստորև ներկայացված գծապատկերից երևում է, որ պացիենտները փնտրում են աջակցություն, դիմելով տարբեր մասնագետների. ԱՎՊ հոգեբույժ, նյարդաբան, ընտանեկան բժիշկ, հոգեբան, շտապ օգնություն, ինչպես նաև նեղ մասնագետների՝ համաձայն սիմպտոմատիկ դրսևորումների: Նեղ մասնագիտացված ախտորոշում որևիցե օղակում չի իրականացվում, քանի որ համակարգում առկա է ախտորոշիչ գործիքների պակաս: Պացիենտին տրամադրվող ծառայությունները ինտեգրված չեն, տարբեր ոլորտային մասնագետներ գործում են իրարից անկախ: Որոշ դեպքերում պացիենտի հետ աշխատում են երկու մասնագետ համատեղ (կարմիր սլաք)՝ հոգեբանը հոգուբույժի կամ հոգեբույժն ընտանեկան բժշկի հետ: Ինչպես երևում է գծապատկերից, ուղեգրումները համակարգված չեն

իրականացվում և հաճախ կարևոր կետերում պացիենտն ուղղակի բանավոր ուղղորդվում է այլ մասնագետի մոտ, ինչը ռիսկ է ստեղծում անավարտ բուժօգնության և խնամքի համար (գծապատկերում բանավոր ուղղորդումները նշված են կամաչ սլաքով):



Բաժին 2. ՀԾԴ կլինիկական ուղի

Սահմանումների ցանկ

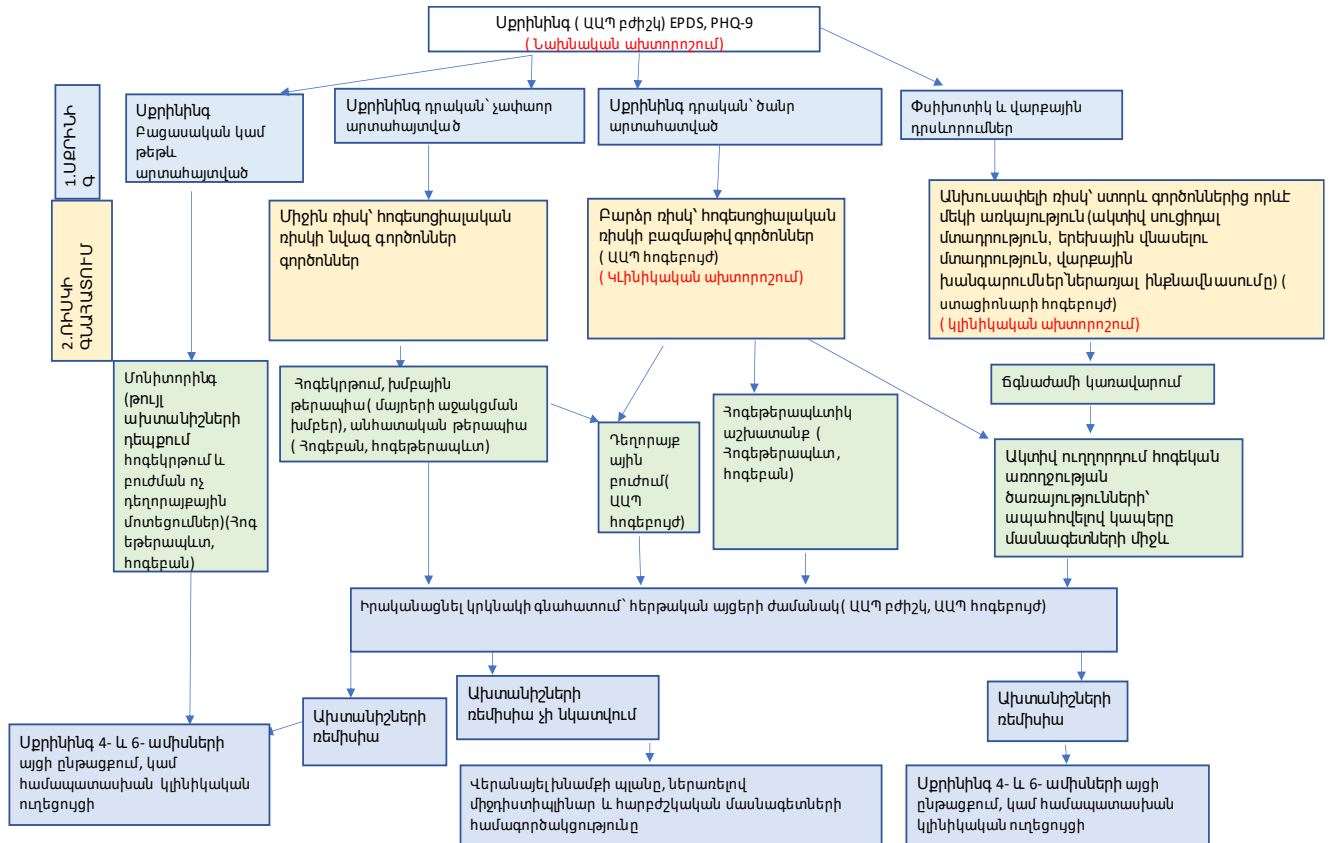
1. ԱԱՊ հոգեբույժ - արտահիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժիշկ-հոգեբույժ
2. Կոնտակտային անձ - պացիենտի լիազորած, չափահաս, գործունակ անձ, որի հետ առաջնահերթության կարգով անհրաժեշտության դեպքում բուժաշխատողը կարող է կապ հաստատել՝ կապված պացիենտի առողջական վիճակի, դրա հետագա ընթացքի հետ, իսկ անգիտակից պացիենտի դեպքում՝ նաև բժշկական միջամտություն իրականացնելու համար, որի վերաբերյալ տվյալները պացիենտը տրամադրում է առաջին անգամ բժշկական օգնության և սպասարկման դիմելիս՝ հետագայում նրան փոխելու հնարավորությամբ
3. Օրինական ներկայացուցիչ - ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված և դատարանի համապատասխան որոշմամբ՝ անգործունակ ճանաչված անձի խնամակալ
4. Ուղեցույց - Հայաստանի մասնագիտական ասոցիացիաների կամ Առողջապահության նախարարության կողմից խորհուրդ տրվող ուղեցույցներ, կամ ՀԾԴ NICE կլինիկական ուղեցույց (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>)
5. Խնամք - ներառում է պացիենտի նկատմամբ իրականացվող բուժական, սոցիալական, վերականգնողական, իրավական միջոցառումներ
6. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) - Էդինբուրգյան պոստնատալ դեպրեսիայի սանդղակ
7. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - Պացիենտի առողջության գնահատման հարցաշար-9

Այս բաժնում կներկայացվեն ՀԾԴ 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:

ՀԾԴ կառավարումը 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:

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

Գծապատկեր 1



Ինչպես երևում է գծապատկերից՝ ՀԾԴ ունեցող պացիենտի խնամքի ուղին սկսվում է առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունից և/կամ ԱԱՊ բժշկից: ԱԱՊ բժիշկը համատեղում է ընտանեկան բժշկի, մանկաբույժի, մանկաբարձ-գինեկոլոգի գործառույթները:

ՀԾԴ-ի համակարգումը այլ մասնագետների կողմից կիրականացվի նույնպես համաձայն սույն գծապատկերի:

1. Ընտանեկան բժիշկ

Ընտանեկան բժշկի կոնտակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ, երբ պացիենտը դիմում է ԱԱՊ կազմակերպություն մանկաբույժի կամ մանկաբարձ-գինեկոլոգի այցի միջոցով: ԱԱՊ կազմակերպություն պացիենտը կարող է դիմել ինքնուրույն, 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 ՀԾԴ կլինիկական ուղեցույցի կամ ՀԾԴ NICE կլինիկական ուղեցույցի խորհուրդների համապատասխան՝ կիրառելով ադապտացված փսիխոմետրիկ սանդղակներ՝ EPDS (նախընտրելի), PHQ-9, զննումը իրականացնելով ներքոշարադրյալ 2) - 9) կետերի համապատասխան:

2) Ախտանիշների գնահատում

- Տրամադրություն (տխրություն, հուսահատություն...)
- Անհանգստություն
- Անհեղոնիա
- Զնի և ախորժակի փոփոխություններ
- Ուշադրության կենտրոնացման դժվարություններ

3) Ռիսկի գնահատում

- Սուիցիդալ մտքեր, կամ պլանավորում
- Ինքնավնասման տենդենցներ, կամ մտքեր

- Ինֆանտիցիդալ մղումներ (երեխային վնաս հասցնելու վախ, մղում կամ մտքեր)
- Փսիխոտիկ կամ այլ վարքային խանգարումներ

4) Մայր- երեխա հարաբերություններ

- Մայր - երեխա կապի ձևաորում
- Երեխային էմոցիոնալ արձագանք
- Երեխայի խնամքի կարողություն

Այս կետը պետք է գնահատվի յուրաքանչյուր այցի ժամանակ անկախ ԶԾԴ-ի ռիսկի առկայության

5) Ֆունկցիոնալության գնահատում

- Կենցաղավարության ունակություններ
- Սոցիալական դերեր (մայր-երեխա, ընտանիքի այլ անդամների հետ հարաբերություններ)

6) Հոգեոցիալական գնահատում

- Սոցիալական աջակցության առկայություն (ընտանիքի անդամների կողմից, ամուսնու կողից)
- Սթրեսորների առկայություն
- Ընտանեկան բռնության ռիսկ

7) Հոգեկան առողջության պատմություն և դեղերի կամ հոգեներգործուն նյութերի գործածում

- Նախկինում դեպրեսիվ էպիզոտների առկայություն
- Հոսպիտալացումներ, հոգեկան առողջության այլ խնդիրների առկայություն
- Ալկոհոլի կամ այլ հոգեակտիվ նյութերից կախվածություն կամ չարաշահումներ
- Հոգեբուժական դեղերի օգտագործման պատմություն

8) Ֆիզիկական առողջություն

- Անեմիկ վիճակ
- Վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի խանգարումներ

- Քնի խանգարումներ
- Հետծննդաբերական բարդություններ

9) Երեխայի ազդեցությունը մոր վրա

- Երեխայի ֆիզիկական առողջություն
- Երեխայի կերակրման հետ կապված բարդություններ
- Երեխայի քնի ռեժիմ

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

11) 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:

12) 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: Պացիենտի հետ համաձայնեցվում է նաև կոնտակտային անձի մասնակցության հարցը՝ իր առողջական վիճակի հետ կապված քննարկմանը: Տեղեկատվությունը պետք է տրամադրել.

- պացիենտի համար մատչելի լեզվով կամ եղանակով
- անդրադառնալ նրա բոլոր մտահոգություններին
- բացատրել հետագա գործողությունների ընթացքը
- տրամադրել ԱԱՊ հաստատությունում պացիենտին այսուհետ համակարգող բուժաշխատողի կոնտակտային տվյալները

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

- 1) Պացիենտի մոտ առկա են ՅԾԴ-ին բնորոշ ախտանիշներ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետազա հետազոտությունից կամ խնամքից: Այդ դեպքում ընտանեկան բժիշկը կրկին տեղեկացնում է պացիենտին կամ նրա կոնտակտային անձին հետազա աջակցության նպատակահարմարության կամ անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև հրաժարվելու դեպքում հնարավոր հետևանքների մասին: Եթե պացիենտը կրկին հրաժարվում է հետազա հետազոտությունից, ապա դուրս է մնում կլինիկական ուղուց:
- 2) Եթե պացիենտի մոտ առկա են հոգեախտաբանական ախտանիշներ, սակայն նրանք չեն համապատասխանում ՅԾԴ-ի 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 ՅԾԴ, ապա ընտանեկան բժիշկը, կախված ՅԾԴ 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 հետազա խնամքը:
 - ✓ Ուղեգրումն իրականացվում է էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի միջոցով
 - ✓ Պացիենտի ուղեգրին կցվում են հետևյալ փաստաթղթերը.
 - բոլոր այն հետազոտությունները, որոնք իրականացրել է ընտանեկան բժիշկը՝ ներառյալ անամնեստիկ տվյալները և նախնական գնահատման արդյունքները;
 - ուղեգրման հստակ հիմնավորումը;
 - նախնական ախտորոշում (ՅԾԴ-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 ստացիոնարի հոգեբույժի կողմից պացիենտը ուղեգրվում է եթե.

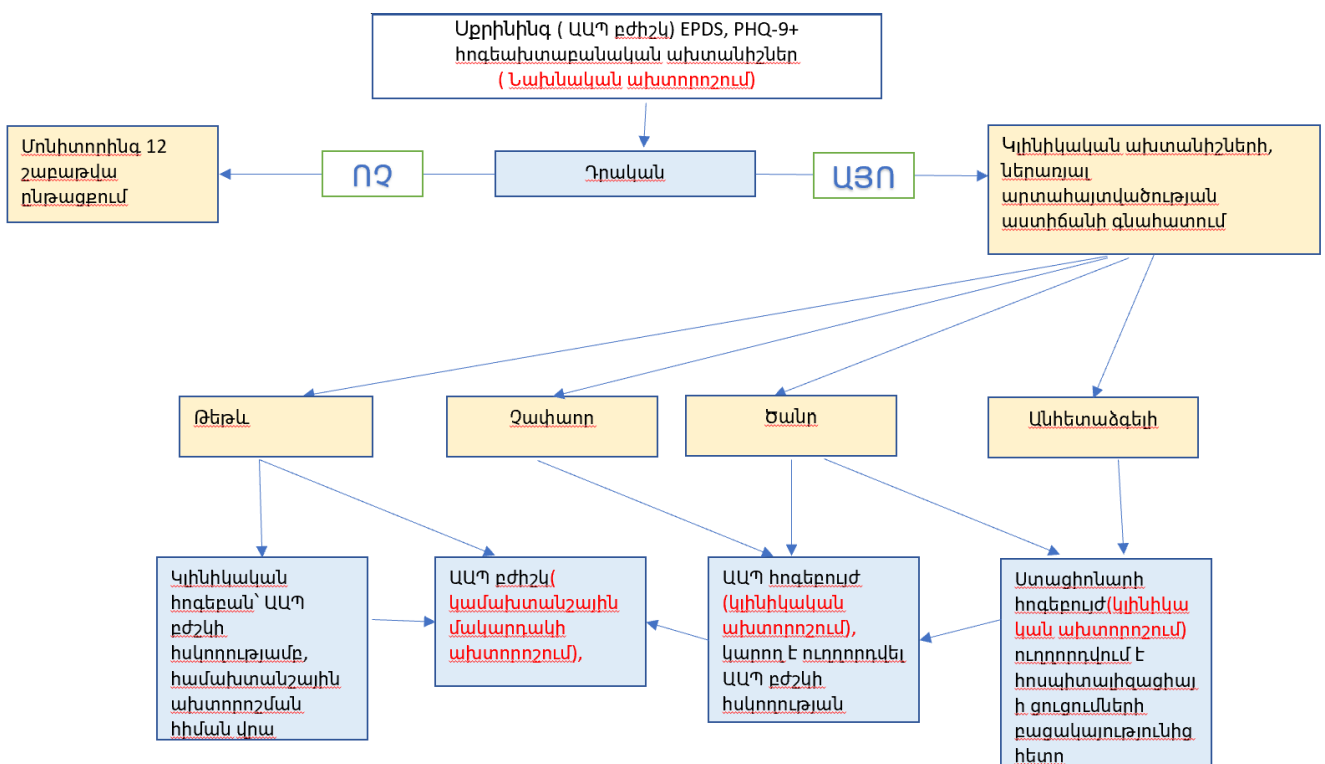
- 1) Պացիենտի բնակության վայրում անհասանելի չէ ԱԱՊ հոգեբույժի ծառայությունները
- 2) Պացիենտը ցանկություն է հայտնում հետագա խնամքը շարունակել ընտանեկան բժշկի հսկողության տակ

Առաջնային այց.

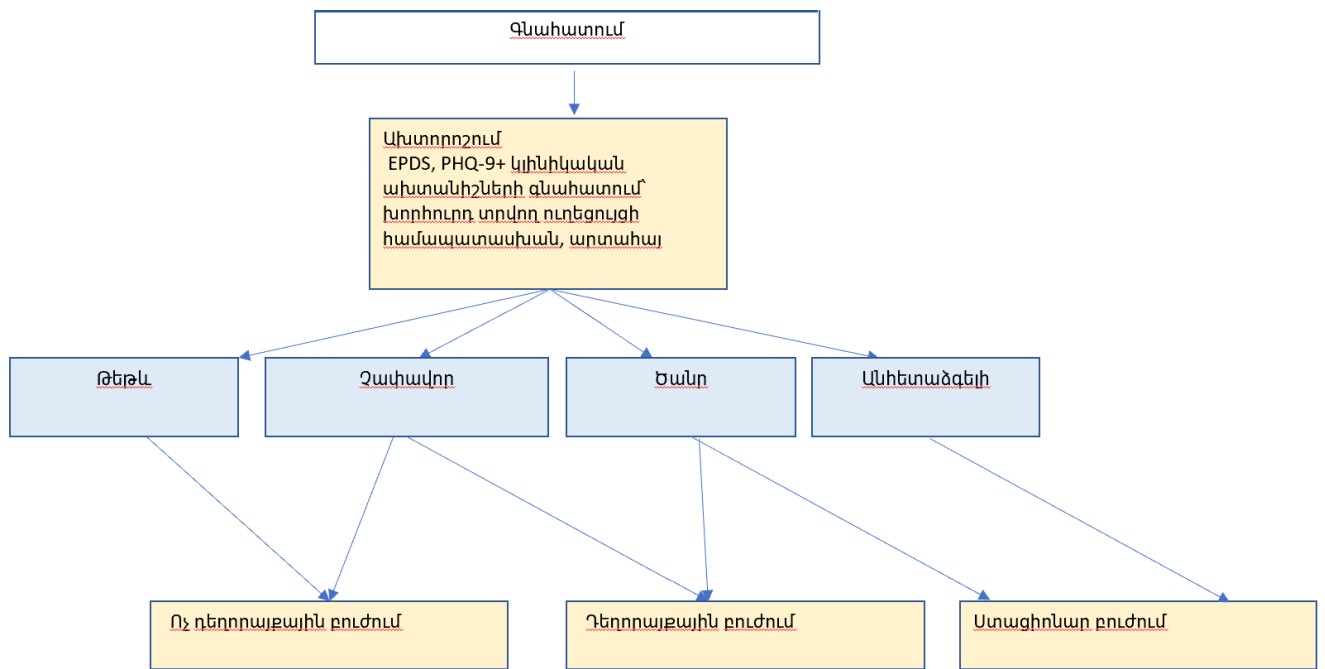
- ✓ Ուսումնասիրվում է ԱԱՊ հոգեբույժի կամ ստացիոնար հոգեբույժի կողմից ներկայացված քաղվածքը և այլ բժշկական փաստաթղթերը:
- ✓ Քաղվածքը ստանալուց հետո միջին բուժաշխատողը կապ է հաստատում պացիենտի հետ՝ հստակեցնելով այցելության օրը և ժամը:
- ✓ Մինչ խնամքի գործընթացը սկսելը, ընտանեկան բժիշկը պացիենտից վերցնում 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 է խնամքի համակարգման հետագա գործողությունները՝ հիմնվելով հոգեբույժի կողմից մշակված խնամքի անհատական պլանի և կլինիկական ուղեցույցի վրա:
- ✓ Խնամքի անհատական պլանը կարող է լրամշակվել ընտանեկան բժշկի կողմից՝ ներառյալ բոլոր հասանելի այլ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվությունը (մայրական խմբակներ, 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՝ համապատասխան կետ 3)-ի պահանջների
 - Հոգեկան վիճակի գնահատում՝ համապատասխան կետ 3)-ի պահանջների
 - Պացիենտի խնամքի անհատական պլանի վերանայումը 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 ՀԾԴ ունեցող անձի սքրինինգի և ուղղորդման (գծապատկեր 2), բուժման (գծապատկեր 3), և հսկողության (գծապատկեր 4) ալգորիթմերը՝ սկսած ԱԱՊ բժշկի գործառույթներից:

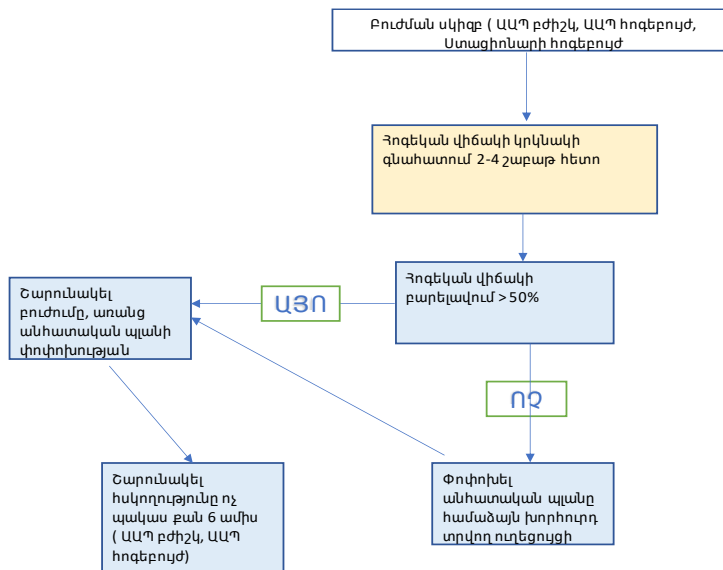
Գծապատկեր 2



Գծապատկեր 3



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.

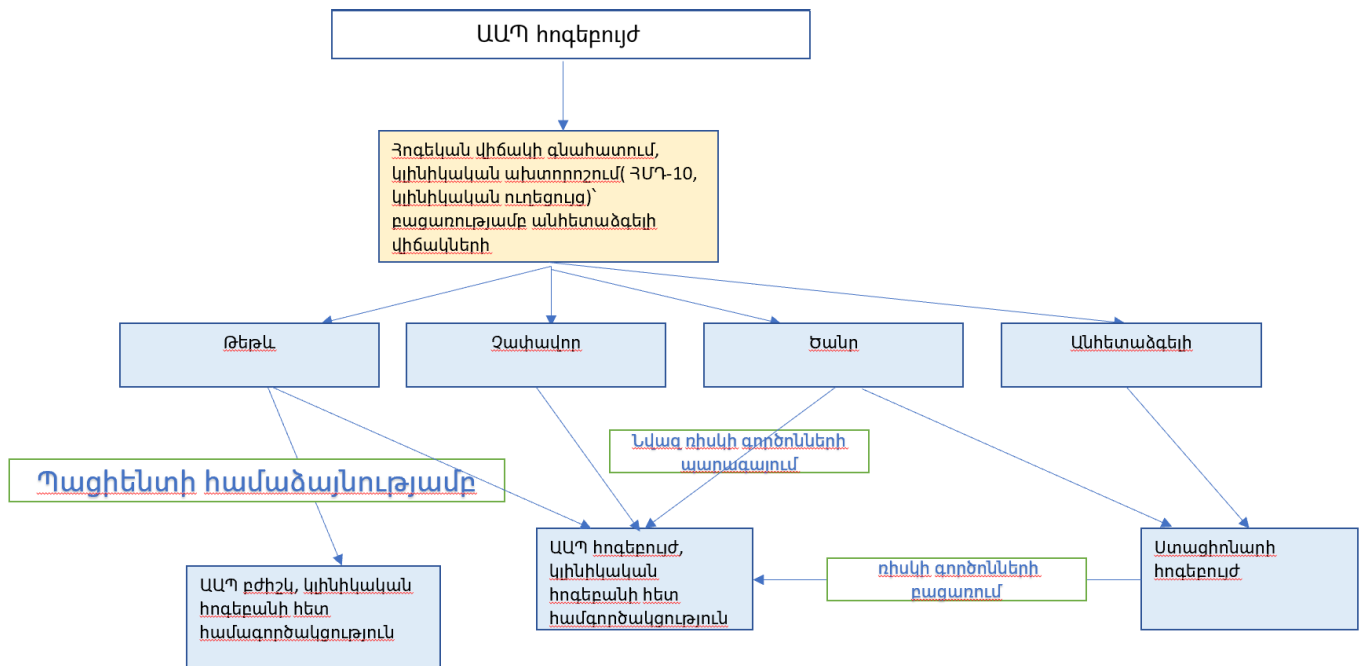
- ✓ Ուսումնասիրում են ընտանեկան բժշկի կողմից ուղեգրին կցված բոլոր հետազոտությունները, հիմնավորումը և նախնական ախտորոշումը:
- ✓ Միջին բուժաշխատողի կողմից կապ է հաստատվում պացիենտի հետ՝ ընդունելության օրը և ժամը համաձայնեցնելու նպատակով:
- ✓ Իրազեկում է պացիենտին (նրա օրինական ներկայացուցչին) այցի նպատակների 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 ՀԾԴ վերջնական ախտորոշումը՝ ներկայումս կիրառվող (ՀՄԴ-10) դասակարգչի ՀԾԴ 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 ՅԾԴ, սակայն պացիենտը հրաժարվում է հետագա բուժօգնությունից, ապա հոգեբույժը պացիենտին կրկին իրազեկում է նրա մոտ առկա խնդրի վերաբերյալ, 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 ՅԾԴ-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 ՅԾԴ և պացիենտը ցանկանում է հետագա խնամքը իրականացնել ընտանեկան բժշկի մոտ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը կազմում է պացիենտի խնամքի անհատական պլան՝ համաձայն ընդունված կլինիկական ուղեցույցի և ուղեգրում է ընտանեկան բժշկի մոտ՝ խնամքի հետագա համակարգման նպատակով:
 - 4) Եթե պացիենտի մոտ առկա են անհետաձգելի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ցուցումներ, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը պացիենտին ուղեգրում է հոգեբուժական ստացիոնար բուժման և հետազոտման՝ կցված հիմնավորմամբ և էլեկտրոնային ուղեգրման միջոցով:
 - 5) Եթե պացիենտի մոտ ախտորոշվել է ՅԾԴ 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 գործնթացում կարող է ներգրավվել նաև կլինիկական հոգեբանը (եթե ԱԱՊ կազմակերպությունը ունի համապատասխան աշխատակից)

- ✓ Գնահատել ագրեսիայի և սուլիցիդի ռիսկի մակարդակը, իսկ խնամքի ընթացքում այն գնահատել ամսական առնվազն 1 անգամ
 - ✓ խնամքի ընթացքում պարբերաբար վերագնահատել ՀԾԴ-ի ախտանիշները՝ հաշվի առնելով բուժման էֆեկտիվության ժամանակահատվածը
 - ✓ Իրականացնել հսկողություն խնամքի սկզբից ոչ պակաս քան 6 ամսվա ընթացքում
- 6) Իրականացնում է հոգեկրթում պացիենտի և նրա հարազատների շրջանում
- 7) Եթե պացիենտի մոտ նկատվում է հոգեկան վիճակի բարելավում, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը շարունակում է պացիենտի խնամքը համապատասխան մշակված խնամքի պլանի, իսկ առողջացման դեպքում պացիենտի կլինիկական ուղին համարվում է ավարտված:
- 8) Եթե անհատական խնամքի պլանը անարդյունավետ է, ապա ԱԱՊ հոգեբույժը վերանայում է բուժման անհատական պլանը՝ համաձայն կլինիկական ուղեցույցի (Գծապատկեր 4):
- 9) Եթե ԱԱՊ հոգեբույժը չունի համապատասխան կրթություն (ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված հոգեթերապևտի պետական նմուշի դիպլոմ և հոգեթերապևտիկ գործունեությամբ զբաղվելու հավաստագիր) հոգեթերապևտիկ աշխատանքի համար, ապա Հոգեթերապևտիկ աշխատանքը իրականացվում է կլինիկական հոգեբանի կողմից: Կլինիկական հոգեբանի մոտ պացիենտը ուղեգրվում է կամ ներքին ուղեգրման միջոցով (ԱԱՊ կազմակերպությունում կլինիկական հոգեբանի առկայության դեպքում), կամ ուղղորդման (քանի որ չկա համապատասխան ուղեգրման համակարգ):
- Ստորև գծապատկերում ներկայացվում է ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից ՀԾԴ ունեցող պացիենտի ուղեգրման համակարգը:

Գծապատկեր 5



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) Եթե պացիենտի մոտ չեն հաստատվում հոգեբուժական անհետաձգելի հոսպիտալացման ցուցումները, ապա պացիենտի հոսպիտալացումը մերժվում է: Այս պարագայում հոգեբույժը կապ է հաստատում ԱԱՊ հոգեբույժի հետ, ում տեղեկացնում է մերժման պատճառները և պացիենտի այցի համար ձեռք է բերում պայմանավորվածություն: Հոսպիտալացման մերժման պատճառների մասին տեղեկությունը գրանցվում է համապատասխան գրանցամատյանում:
- 3) Եթե պացիենտը ընդունվում է հոգեբուժական ստացիոնար, ապա իրականացվում է բուժում՝ համաձայն հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի դրույթների և ընդունված կլինիկական ուղեցույցի:
- 4) Պացիենտի ախտորոշումը իրականացվում է ընդունման օրվանից մինչև 15 օրվա ընթացքում՝ հիմնվելով կլինիկական ուղեցույցի և ՀՄԴ-10 ախտորոշման ցուցումների վրա:
- 5) Հոգեբուժական ստացիոնարում պացիենտի օրինական ներկայացուցչի կամ պացիենտի անմիջական մասնակցությամբ մշակվում է պացիենտի բուժման ներհիվանդանոցային պլան: Պացիենտի ներհիվանդանոցային անհատական պլանը մշակելու ընթացքում առաջնային է համարվում ծանր դեպրեսիայի, սուիցիդի ռիսկի կամ ագրեսիայի հնարավորինս արագ կոռեկցիան:
- 6) Դուրս գրման հետ կապված հարցերը քննարկվում են պացիենտի մոտ անհետաձգելի հոսպիտալացման ցուցումների բացակայության պայմաններում: Պացիենտի հոսպիտալիզացիայի 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:
- 7) Պացիենտի դուրսգրման հարցերում պետք է հաշվի առնվի երեխա-մայր կապը և դուրսգրումը իրականացվի անմիջապես պացիենտի մոտ անհետաձգելի ցուցումների բացակայությունը հաստատելուց հետո:
- 8) Պացիենտի դուրս գրումից առաջ տրվում է բավարար տեղեկություն՝ իրականացված բուժման և հետագա խորհուրդների վերաբերյալ, որը հետագայում կարող է ներառվել կամ ընտանեկան բժշկի, կամ ԱԱՊ հոգեբույժի կողմից՝ խնամքի պլանի մեջ: Տեղեկատվությունը ներառվում է հիվանդության պատմագրից քաղվածքի մեջ, «խորհուրդներ» բաժնում: Քաղվածքում պետք է

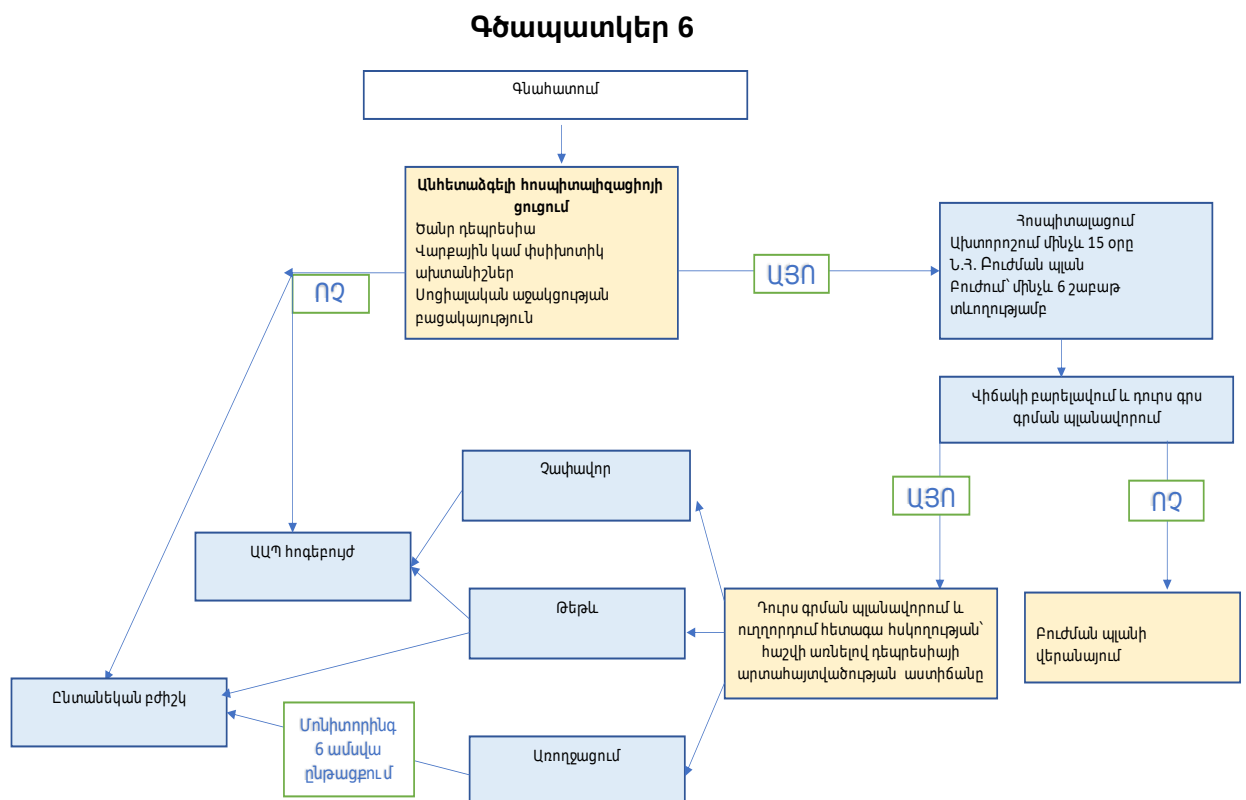
նշել նաև այն սուբյեկտի տվյալները, ով հետազայում պետք է իրականացնի խնամքը և հսկողությունը:

9) Բուժող բժիշկը դուրս գրումից առնվազն մեկ օր առաջ կապ է հաստատում (հեռախոսազանգ, էլ. նամակ) այն մասնագետի հետ, ով պետք է իրականացնի պացիենտի հետազա 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 ՀԾԴ ունեցող պացիենտի ներհիվանդանոցային խնամքի և ուղղորդման ալգորիթմը (գծապատկեր 6):



4. Կլինիկական հոգեբանի ծառայություն

Ա) Կլինիկական հոգեբանի կոնտակտը պացիենտի հետ կարող է տեղի ունենալ

1) Առաջնային այցի ժամանակ;

- ✓ Եթե պացիենտը այցելում է կլինիկական հոգեբանի մոտ առաջնային այցով, ապա կլինիկական հոգեբանը իրականացնում է պացիենտի հոգեկան վիճակի նախնական գնահատում՝ համաձայն 1. Ա) կետի (բացառությամբ ֆիզիկական զննումը): Նախնական գնահատման արդյունքում ՀԾԴ 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 ՀԾԴ կլինիկական NICE ուղեցույցը:
- 2) Թարգմանել և վալիդացնել ՀԾԴ-ի գնահատման փսիխոմետրիկ սանդղակները IPDS, PHQ-9:
- 3) Իրականացնել վերապատրաստումներ հոգեկան առողջության մասնագետների շրջանում՝ հիմք ընդունելով սույն կլինիկական ուղին, խորհուրդ տրվող կլինիկական ուղեցույցը:
- 4) Իրականացնել ՀԾԴ ճանաչմանը և ուղղորդմանը ուղղված վերապատրաստումներ մոր և մանկան առողջության մասնագետների շրջանում:
- 5) Բարելավել պացիենտների ուղեգրման համակարգը՝ այնտեղ 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:

Գրականության ցանկ

1. Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):1-24. doi:10.1038/s41398-021-01663-6
2. Siddiqui SMYAW. Postpartum Depression. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>. Published 2022.
3. WHO. Maternal mental health. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>.
4. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248. doi:10.1016/J.JPSYCHIRES.2018.08.001
5. Johns Hopkins Medicine. Baby Blues and Postpartum Depression: Mood Disorders and Pregnancy. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/postpartum-mood-disorders-what-new-moms-need-to-know>.
6. Myersn S, Johns SE. Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multigenerational impacts on relationship quality. *PeerJ*. 2018;2018(2). doi:10.7717/peerj.4305
7. Carberg J. Postpartum Depression Marriage Problems. <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/marriage/>. Published 2023.
8. Luca DL, Margiotta C, Staatz C, Garlow E, Christensen A, Zivin K. Financial Toll of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among 2017 Births in the United States. *Am J Public Health*. 2020;110(6):888-896. doi:10.2105/AJPH.2020.305619
9. Pollack LM, Chen J, Cox S, et al. Healthcare Utilization and Costs Associated With Perinatal Depression Among Medicaid Enrollees. *Am J Prev Med*. 2022;62(6):e333-e341. doi:10.1016/j.amepre.2021.12.008