

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

## **ԱՐՄԻՆԵ ՍԱՄՎԵԼԻ ՉՈՓԻԿՅԱՆ**

**ՄԱՐԶԱՅԻՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐԱԿԻ  
ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ԵՎ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ  
(ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶԻ ՕՐԻՆԱԿՈՎ)**

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում»  
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման  
Ատենախոսություն

**Գիտական ղեկավար՝  
բ.գ.դ., պրոֆեսոր Մ.Ա. ՄԱՐԴԻՅԱՆ**

ԵՐԵՎԱՆ 2018

# ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

|                                                                                                                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ .....                                                                                                                                                    | 3         |
| ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....                                                                                                                                                          | 4         |
| <b>ԳԼՈՒԽ 1. ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐԱԿԻ ԲԵՐԱԼԱՎՈՒՄԸ ՈՐՊԵՍ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ<br/>ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՄՔ<br/>(ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ) .....</b>                                     | <b>12</b> |
| 1.1. Բժշկական օգնության կազմակերպման մարզային խնդիրներն ու<br>առանձնահատկությունները .....                                                                                 | 12        |
| 1.2 Բժշկական օգնության որակի բարելավման և արդյունավետության բարձրացման<br>խթանները .....                                                                                   | 17        |
| 1.3 Կյանքի որակի գնահատումը որպես բուժօգնության որակի և<br>արդյունավետության գնահատման օբյեկտիվ չափանիշ .....                                                              | 27        |
| <b>ԳԼՈՒԽ 2. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ .....</b>                                                                                                                    | <b>36</b> |
| <b>ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ.....</b>                                                                                                                    | <b>47</b> |
| 3.1 Շիրակի մարզի բնակչության առողջության բնութագիրն ու առողջապահական<br>ռեսուրսները .....                                                                                  | 47        |
| 3.2 Շիրակի մարզում տրամադրված բուժօգնության, դրա դիմաց հատկացված<br>ֆինանսավորման և բուժօգնության հասանելիության վերլուծություն .....                                      | 61        |
| 3.3 Շիրակի մարզում բնակչության կարծիքի ուսումնասիրությունը որպես<br>բուժօգնության որակի գնահատման չափանիշ.....                                                             | 73        |
| 3.4 Շիրակի մարզի բնակչության կյանքի որակի գնահատումը SF-12 ընդհանուր<br>թեստի օգնությամբ .....                                                                             | 81        |
| 3.5 Քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության<br>համակարգի հիվանդություններով պացիենտների կյանքի որակը գնահատումը<br>Մինեսոթայան թեստի օգնությամբ..... | 86        |
| 3.6 Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների կյանքի որակի<br>գնահատումը Սիեթլյան թեստի օգնությամբ.....                                                             | 94        |

|                                                                                                                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.7 Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ<br>հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների կյանքի որակի<br>գնահատումը ըստ SGRQ թեստի ..... | 97         |
| <b>ԱՄՓՈՓՈՒՄ .....</b>                                                                                                                                                | <b>102</b> |
| <b>ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....</b>                                                                                                                                       | <b>114</b> |
| <b>ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ .....</b>                                                                                                                                | <b>116</b> |
| <b>ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ .....</b>                                                                                                                           | <b>118</b> |

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

|      |                                                          |
|------|----------------------------------------------------------|
| ՀՀ   | - Հայաստանի Հանրապետություն                              |
| ՌԴ   | - Ռուսաստանի Դաշնություն                                 |
| ՀՆԱ  | - Համախառն ներքին արդյունք                               |
| ԱՆ   | - Առողջապահության նախարարություն                         |
| ՊՆԾ  | - Պետական նպատակային ծրագիր                              |
| ՀԾՓ  | - Հիմնական ծառայությունների փաթեթ                        |
| ՊԲԱ  | - Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն                     |
| ԱՎԾ  | - Ազգային վիճակագրական ծառայություն                      |
| ԱՀԿ  | - Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն         |
| ԿՈ   | - Կյանքի որակ                                            |
| ԲՕ   | - Բուժօգնություն                                         |
| ԲՕՈ  | - Բուժօգնության որակ                                     |
| ԵՊԲՀ | - Երևանի պետական բժշկական համալսարան                     |
| ԽՍՀՄ | - Խորհրդային սոցիալիստական հանրապետությունների միություն |
| ԱԱՊ  | - Առողջության առաջնային պահպանում                        |



## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

### Թեմայի արդիականությունը

ՀՀ առողջապահական համակարգն ապրում է զարգացման նոր փուլ, որում առավել կարևորվում են ապահովագրական բժշկության ներդրման հնարավորություններն ու բուժօգնության որակի ապահովման և բարելավմանն ուղղված գործընթացները:

Բուժօգնության որակի (ԲՕՈ) հսկողության արդյունավետ համակարգերի ձևավորումը այսօրվա առողջապահական համակարգի գերակա հիմնախնդիրներից է [19, 60, 72]:

Բոլոր պետությունները բախվում են բնակչությանը ցուցաբերվող բժշկական ծառայությունների մատչելիության, համահավասարության, անվտանգության, ինչպես նաև առկա ռեսուրսների պայմաններում ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված տեխնոլոգիաների և հմտությունների կատարելագործման խնդիրների հետ: Խորհրդային առողջապահական համակարգի փլուզումից հետո ձևավորվեցին նոր տնտեսական հարաբերություններ, որոնք հանգեցրեցին առողջապահական համակարգում կառուցվածքային վերափոխումների, համակարգի կառավարման ապակենտրոնացման: Կատարված բարեփոխումները հիմնականում ուղղված էին տեղական ինքնակառավարման մարմիններին որոշակի լիազորություններով ապահովմանը: Այս առումով առավել կարևոր է ուշադրությունը սևեռել մարզերի առողջապահական ծրագրերի վրա: Այդ միտումները որոշ չափով առկա են, մասնավորապես, նկատվում է պետական բյուջեից առողջապահական օբյեկտների վրա կատարված կապիտալ ներդրումների՝ Երևանի և ՀՀ մարզերի միջև բաշխվածության տեսակարար կշռի փոփոխություն՝ հօգուտ մարզերի: Այսպես, 2016թ-ին համեմատած 2008թ-ի հետ, ՀՀ պետական բյուջեից մարզերում կատարված առողջապահական ներդրումներն աճել են մոտ երկու անգամ [5]:

Այս ներդրումների շրջանակներում կառուցվեցին և վերակառուցվեցին բուժ-հաստատություններ՝ հագեցած ժամանակակից սարքավորումներով: Սակայն այս բարեփոխումները դրական ազդեցություն չունեցան մարզի բնակչությանը տրամադրվող բուժօգնության որակի և մատչելիության վրա: Ըստ պաշտոնական վիճա-

կագրական տվյալների ՀՀ մարզերի բնակչության առողջությունը բնութագրող ցուցանիշները դինամիկայում վատթարացման միտում ունեն [1]:

Յուրաքանչյուր պետության զարգացման միտումներն ենթադրում են հանրության առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների վերլուծությունից բացի իրականացնել նաև միջոցառումներ, որոնք ուղղված են այդ ցուցանիշների բարելավմանը: Գնալով սրվում է ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումների ներդրման արդիականությունը [61]:

Առողջապահական համակարգի կառավարման բացասական միտումների ձևավորման հիմնական պատճառներից մեկը ֆինանսավորման ոչ բավարար մակարդակն է, ռեսուրսների ոչ արդյունավետ օգտագործումը, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների բաշխվածության անհամաչափությունը [57]:

Առկա են անհամաչափություններ, հատկապես քաղաքային և գյուղական վայրերում բուժօգնությունների ռեսուրսներով ապահովման, մատուցած ծառայությունների որակի և ծավալի աճի միջև: Արդեն իսկ երկար տարիներ նկատվում է անհամապատասխանություն բժշկական կադրերով ապահովվածության, բաշխվածության և կադրերի որակավորման մակարդակի միջև [62]:

ՀՀ-ում տարածքային զարգացման անհամաչափությունները սկսեցին ավելի ակնառու դառնալ և խորանալ տնտեսական աճի արագացմանը զուգընթաց, ինչը հանգեցրեց Երևանի քաղաքի տնտեսական նշանակության և դերի մեծացմանը՝ դրանով պայմանավորելով կենսամակարդակի էական տարբերությունները: Մեծ են տարբերությունները նաև մարզերի միջև: Որպես տարածքային անհամաչափության ցուցանիշ կարող է հանդես գալ տվյալ տարածաշրջանում 1 շնչի հաշվով ստեղծված հավելյալ արժեքը, աղքատության մակարդակը: Առկա տարբերությունները վկայում են, որ աղքատության մակարդակը բնութագրող և տնտեսական ցուցանիշների հարաբերություններն ըստ տարածքների նույն կապվածությունը չունեն: Արդյունքում ոչ միշտ է հնարավոր հաշվարկել տնտեսական զարգացման ցուցանիշների փոփոխության ազդեցությունը աղքատության մակարդակի, հանրության առողջության ցուցանիշների վրա: Հետևաբար, երկրում սոցիալական քաղաքականություն մշակելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել այս տարբերությունները և ցանկացած քաղաքականություն պետք է կոնկրետացնել ըստ առանձին տարածաշրջանների:

Ըստ պաշտոնական վիճակագրության՝ աղքատության և 1 շնչի հաշվով ՀՆԱ-ի ցուցանիշով ամենավատ վիճակում է գտնվում Շիրակի մարզը: Այս մարզում աղքատության մակարդակը գերազանցում է միջին հանրապետական ցուցանիշը 1.5 անգամ: Ակնառու տարբերություններ են նկատվում նաև բժշկներով ապահովվածության, հիվանդացության ցուցանիշների և հատկացված ֆինանսական միջոցների միջև [5]: Վերը նշվածն էլ պայմանավորում է տվյալ մարզի ընտրությունը:

Նոր օրենսդրական բազայի ստեղծումը կհանգեցնի բժշկական ապահովագրական ընկերությունների կարգավիճակի և պատասխանատվության փոփոխմանը, այդ թվում՝ նաև ցուցաբերված բուժօգնության ծավալների և որակի վերահսկողության կատարելագործմանը: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում որակի վերահսկողությունը շարունակում է մնալ կարևոր գիտական, կազմակերպչական-մեթոդական խնդիր [31]:

Բուժօգնության որակի հսկողության արդյունավետ համակարգերի ձևավորումը այսօրվա առողջապահության առավել հրատապ խնդիրներից է [71]:

Վերջին տարիներին, ժամանակակից տեխնոլոգիաների զարգացմանը զուգահեռ, ավելի մեծ կարևորություն է տրվում կյանքի որակի (ԿՌ) ուսումնասիրությանը նվիրված հետազոտություններին, քանի որ այն նպատակ ունի համարժեք գնահատել պացիենտի առողջական վիճակը և ցուցաբերված բուժօգնության արդյունավետությունը՝ օգտագործելով նախապես մշակված գործիքներ: Այս առումով, ԿՌ-ի գնահատման մեթոդաբանության կիրառումը ավելի լիարժեք կարող է դարձնել բուժօգնության որակի գնահատումը [132]:

Ժամանակակից տեղեկատվական համակարգերի ներդրումը առողջապահական համակարգում թույլ կտա շարունակել այս ուղղության զարգացումը, որը կնպաստի բուժօգնության մատչելիության բարելավմանն ըստ հաստատված չափանիշների [21]:

Առողջապահության ոլորտի նոր բարեփոխումները և փոփոխությունները կանխատեսում են ոլորտի դրական զարգացում, ենթադրում՝ առողջապահական համակարգում ռեսուրսապահովման և բարձր տեխնոլոգիական մոդելի ձևավորում, ընդ որում, բուժօգնության որակի վերահսկողության կատարելագործմանը վերաբերող հարցերի օպտիմալ մոտեցումների ձևավորում, ինչպես գերատեսչական,

այնպես էլ արտագերատեսչական մակարդակներում: Ներկա տնտեսության պայմաններում առողջապահական համակարգում բուժօգնության որակի ապահովման, կառավարման և ֆինանսավորման խնդիրների գիտական հիմնավորումն արդիական է [81]: Հետազոտողները նշում են, որ նոր տնտեսահարաբերությունների պայմաններին համահունչ գործունեության իրականացման համար անհրաժեշտ է անցում կատարել բժշկական օգնության կազմակերպման նոր մոդելի [142]:

Բնակչությանը բժշկական ծառայությունների մատուցման արդյունավետ համակարգի ստեղծման համատեքստում կարևոր նշանակություն է ձեռք բերում առանձին տարածաշրջաններում բժշկական ծառայությունների մատուցման օպտիմալ համակարգի ստեղծումը, քանզի տարածաշրջանները և այն պայմանները, որոնցում իրենց գործունեությունն են իրականացնում կազմակերպությունները կարող են էական ազդեցություն ունենալ մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի վրա [38]:

Ուստի կոնկրետ, գիտականորեն հիմնավորված միջոցառումների իրականացման համար անհրաժեշտ է վերլուծել տարածաշրջանային մակարդակում բնակչության հիվանդացության առանձնահատկությունները:

Չնայած մարզային մակարդակում բժշկական օգնության և սպասարկման հիմքում ընկած են նույն այն սկզբունքները, ինչը և քաղաքային բուժհաստատություններում է, սակայն մարզերում ձևավորված կենսակերպի առանձնահատկություններն ազդում են նաև բժշկական օգնության կազմակերպման վրա [14]:

Որպես այդպիսի գործոններ կարելի է առանձնացնել՝

1. սպասարկվող ազգաբնակչության թվաքանակը. մարզերում  $1\text{կմ}^2$  բնակեցվածների խտությունը համեմատած Երևան քաղաքի հետ ավելի փոքր է,
2. տրանսպորտային հաղորդակցության խնդիրները՝ կապված հեռավորության, կլիմայական պայմանների հետ,
3. բնակչության զբաղվածության առանձնահատկությունները,
4. կյանքի պայմանների, ավանդույթների առանձնահատկությունները,
5. առողջապահական ռեսուրսներով ապահովվածության ցածր մակարդակը [14]:

Մի շարք հեղինակների կողմից [30] մշակվել է բնակչությանը ցուցաբերվող բուժ-կանխարգելիչ ծառայությունների մատուցման կառուցվածքաֆունկցիոնալ

սխեմա, ինչն ապահովում է մարզային մակարդակում ցուցաբերվող բուժօգնության փուլայնությունն ու անընդհատությունը:

Այն կազմված է հետևյալ բաժիններից՝

- ա) Առաջնային օղակում պրակտիկ առողջապահական համակարգի բարեփոխումների իրականացում բնակչությանը մատչելի և որակյալ բուժօգնություն ցուցաբերելու նպատակով,
- բ) Ժամանակակից փուլում մարզային առողջապահական նպատակային ծրագրերի կիրառման կազմակերպա-մեթոդաբանական սկզբունքների տեսական և գործնական հիմնավորում,
- գ) Կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացման կազմակերպա-մեթոդական և մեթոդաբանական սկզբունքների կատարելագործում, որոնք կապահովեն այս սկզբունքների համընդհանրությունը, պարբերականությունը և կայունությունը՝ միաժամանակ հաշվի առնելով մարզային առանձնահատկությունները,
- դ) Հատուկ մշակված տեղեկատվա-կազմակերպչական և ուսումնա-մեթոդաբանական հարցերի (դիսպանսեր հսկողություն, հիվանդությունների կանխարգելում, մշակված որակյալ փաստաթղթաշրջանառություն) գծով մասնագետների և միջին բուժանձնակազմի որակավորման շարունակական կատարելագործում,
- ե) Ազգաբնակչության սանիտարա-համաճարակաբանական բարեկեցության մակարդակի բարելավում, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն [30]:

Այս հիմնախնդիրներն պահանջում է մարզային մակարդակում խորքային գիտական հետազոտությունների իրականացում՝ հանրության առողջական վիճակի գնահատման և բուժօգնության արդյունավետ կազմակերպման համար:

Այսպիսով, ԲՕՌ-ի ապահովումը և կառավարումն ունի տարածաշրջանային առանձնահատկություններ: Այս հիմնախնդրի լուծումը պահանջում է գիտական հիմնավորում ունեցող կառավարման մոտեցումների մշակում և ներդրում:

### **Հետազոտության նպատակը**

Շիրակի մարզում ազգաբնակչությանը ցուցաբերված բուժօգնության որակի ապահովման առանձնահատկությունների ուսումնասիրության հիման վրա մշակել ԲՕՌ-ի ապահովման համակարգի մոդել:

## **Խնդիրները**

1. Ուսումնասիրել և վերլուծել Շիրակի մարզի ազգաբնակչության առողջության և առողջապահության հիմնական ցուցանիշների դինամիկան 2012-2015թթ. ժամանակահատվածում:
2. Ուսումնասիրել և գնահատել Շիրակի մարզում կատարված առողջապահական ծախսերի արդյունավետությունը և ֆինանսական հոսքերը 2012-2015թթ. ժամանակահատվածի համար:
3. Ուսումնասիրել և գնահատել մարզային մակարդակում բժշկական ծառայությունների մատուցման համար անհրաժեշտ պայմանները, ծավալներն ու կառուցվածքը, ֆինանսական մատչելիությունը 2012-2015թթ. ժամանակահատվածի համար:
4. Գնահատել Շիրակի մարզի բնակչության բուժօգնության բավարարվածության մակարդակը:
5. Վերլուծության ենթարկել մարզային մակարդակում բժշկական ծառայությունների որակն ու մատչելիությունը՝ դրանք համեմատության մեջ դնելով ցուցաբերված բժշկական ծառայությունների և բնակչության հիմնական առողջական ցուցանիշների հետ:
6. Գնահատել Շիրակի մարզի բնակչության ԿՌ-ը միջազգային SF-12 թեստի օգնությամբ և հիմնավորել կիրառման հնարավորությունը որպես նոր գործիք ԲՕՌ-ի գնահատման համար:
7. Գնահատել սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով հիվանդների ԿՌ-ը կիրառելով միջազգային Սիեթլյան, քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդների ԿՌ-ը՝ Մինեսոթյան, ինչպես նաև բրոնխիալ ասթմայով և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ հիվանդների ԿՌ-ը՝ «Սուրբ Գևորգ» հոսպիտալի շնչառական թեստերի օգնությամբ:
8. Հաշվի առնելով մարզային մակարդակում ԲՕՌ-ի ապահովման և կառավարման առանձնահատկությունները՝ մշակել ԲՕՌ-ի բարելավմանն ուղղված միջոցառումների համալիր մոտեցումներ:

## **Աշխատանքի գիտական նորույթը**

Առաջին անգամ մարզային մակարդակում կատարվել է ՊՆԾ-ի, ազգաբնակչության հիվանդացության, դիմելիության և հատկացված ֆինանսական միջոցների համեմատական վերլուծություն, գնահատվել են արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդացությամբ հիվանդների ԿՈ-ի փոփոխությունների հիմնական օրինաչափությունները: Մարզային մակարդակում ԲՕՈ-ի բաղադրիչների բարելավման և առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացման նպատակով առաջարկվել է կիրառել նոր գործիք՝ ԿՈ-ի միջազգային թեստերը:

## **Աշխատանքի գործնական նշանակությունը**

Ստացված արդյունքների գիտագործնական նշանակությունը կայանում է նրանում, որ առաջարկվել է ԲՕՈ-ի գործընթացային և արդյունքային բաղադրիչների արդյունավետության գնահատման համար կիրառել նոր միջազգային գործիք՝ ԿՈ-ի չափանիշները: Հիմնավորվել է բուժհաստատություններում պայմանագրային գումարների հաշվարկման մեթոդաբանության մեջ նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը:

Հետազոտության արդյունքների հիման վրա մշակված գիտագործնական առաջարկությունները հաստատվել են ՀՀ ԱՆ կողմից որպես մեթոդական ցուցումներ (Չոփիկյան Ա.Ս., Դունամալյան Ռ.Ա. Մինեստրյան և Սիթեյան թեստերի կիրառման մեթոդաբանությունը արյան շրջանառության համակարգի հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար // Մեթոդական ցուցումներ, Երևան, 2018, 30 էջ):

## **Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները**

1. Շիրակի մարզի բնակչության առողջական վիճակը և առողջապահական ռեսուրսներով ապահովվածությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների առանձնահատկությունները:
2. Մարզային մակարդակում առողջապահական ռեսուրսների օպտիմալացում և տնտեսական արդյունավետություն ապահովող առողջապահական հիմնական չափանիշների ընտրություն:
3. ԿՈ-ի գնահատման մեթոդաբանությունը որպես բուժօգնության որակի և մատչելիության գնահատման նոր չափանիշ:

### **Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը**

Ատենախոսության հիմնական դրույթները զեկուցվել են հետևյալ միջազգային և տեղական գիտաժողովներում. ԵՊԲՀ-ի տարեկան հաշվետու գիտաժողով (Երևան, 2013թ., 2014թ.), The Second International Conference on Biology and Medical Sciences, Vienna, Austria (2014), Հայաստանի մանկական բժիշկների կոնֆերանս (Երևան 2014թ.), ԵՊԲՀ 95-ամյակին նվիրված գիտաժողով (2015թ.), International Society of Quality of Life Research, 15th Annual Conference, Austria (2017թ.), ինչպես նաև գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում (փետրվարի 7-ին 2018թ, արձանագրություն թիվ 1): Ատենախոսության հիմնական դրույթները արտացոլված են 11 տպագիր աշխատանքներում:

### **Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը**

Ատենախոսությունը շարադրված է 132 էջի վրա: Բաղկացած է ներածությունից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութը և մեթոդները գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացնող գլխից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից, գրականության ցանկից, հավելվածներից: Նյութը մշակվել է 27 աղյուսակի և 39 գծապատկերի օգնությամբ: Գրականության ցանկը ներառում է 154 սկզբնաղբյուր:



## **ԳԼՈՒԽ 1.**

### **ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐԱԿԻ ԲԵՐԱԼԱՎՈՒՄԸ ՈՐՊԵՍ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՄՔ (ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ)**

#### **1.1. Բժշկական օգնության կազմակերպման մարզային խնդիրներն ու առանձնահատկությունները**

Յուրաքանչյուր պետության զարգացման ներկա փուլն ենթադրում է հանրության առողջության վերաբերյալ վերլուծություն իրականացնելուց բացի, կատարել նաև հանրային առողջապահության կառավարում, քանի որ գնալով սրվում է ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման արդիականությունը [60]:

Վերջին տասնամյակում առողջապահական համակարգում ձևավորվել են անբարենպաստ պայմաններ՝ կապված հանրության հիվանդացության, բժշկական ծառայությունների որակի և մատչելիության հետ: Այդպիսի բացասական երևույթների ձևավորման հիմնական պատճառներից են ֆինանսավորման ոչ բավարար մակարդակը, ռեսուրսների ոչ արդյունավետ օգտագործումը, ինչպես նաև տարբեր տիպի բժշկական ծառայությունների բաշխման անհամաչափությունը [57]:

Առկա են անհամաչափություններ առողջապահական համակարգի զարգացման տեմպերում, հատկապես քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի բուժօգնատառությունների ռեսուրսներով ապահովման, մատուցած ծառայությունների ծավալի ու որակի միջև [62]:

Արդեն իսկ երկար տարիներ նկատվում է անհամապատասխանություն բժշկական կադրերով ապահովվածության մակարդակի միջև: Օրենսդրական բազայի կատարելագործումը կհանգեցնի բժշկական ապահովագրական ընկերությունների կարգավիճակի և պատասխանատվության փոփոխման, այդ թվում նաև ցուցաբերված բուժօգնության ծավալների և որակի վերահսկողության կատարելագործման: Պարտադիր բժշկական ապահովագրական համակարգում որակի վերահիշկողությունը շարունակում է մնալ կարևոր գիտական, կազմակերպչական-մեթոդական հիմնախնդիր [31]:

Բուժօգնության որակի հսկողության արդյունավետ համակարգերի ձևավորումն այսօրվա առողջապահական համակարգի առավել հրատապ խնդիրներից է [61]:

Ժամանակակից տեղեկատվական համակարգերի ներդրումը առողջապահական համակարգում թույլ կտա շարունակել այս ուղղության զարգացումը, որը կնպաստի ըստ հաստատված չափանիշների բուժօգնության մատչելիության բարելավմանը [21]:

«Որակի կառավարում առողջապահության ոլորտում՝ ստանդարտացում, կլինիկական և տնտեսական վերլուծություն» գիտաժողովին 2006թ. Շեպինի կողմից ընդգծվել է, որ «բուժօգնության որակի գնահատման գործընթացում ամենակարևորը ոչ թե որոշ թերությունների բացահայտումն է, այլ ավելի շուտ դրական մոտեցումը, այսինքն՝ օպտիմալ տեխնոլոգիաների որոնումը, դրական փորձը՝ նպատակ ունենալով խթանել և ընդլայնել համակարգերի պատրաստման և վերապատրաստման շրջանակները: Այսինքն՝ անհրաժեշտ է ստեղծել գործուն մեխանիզմներ ոչ միայն բուժօգնության որակի գնահատման, այլև անվտանգության ապահովման համար ... » [71]:

Ժամանակակից առողջապահական համակարգի բարեփոխումների հիմնական նպատակներից մեկը հանրությանը տրամադրված բուժօգնության որակի բարելավումն է: Ըստ բազմաթիվ հեղինակների, այդ նպատակին հասնելու համար անհրաժեշտ է մշակել և կլինիկական պրակտիկայում ներդնել վերահսկողության օբյեկտիվ համակարգեր, ինչպես նաև բուժօգնության որակի ապահովման համարժեք ծրագրեր: Այս ուսումնասիրությունների արդյունքների հետ են կապված առողջապահության ու սոցիալական օգնության արդյունավետ զարգացման հեռանկարները պարտադիր բժշկական ապահովագրական համակարգի շրջանակներում [72]:

Բուժօգնության որակի հսկողության գերատեսչական փորձաքննությունը առողջության իրավահարաբերությունների բավականին ավանդական ձև է, որն առաջանում է առողջապահական համակարգում գործող սուբյեկտների միջև: Հետազոտողները նշում են, որ փորձաքննության ոչ գերատեսչական տարբերակը համեմատաբար նոր ձև է, որն առաջացել է բժշկական ապահովագրական համակարգի ներդրման հետ և հանգեցրել բուժհաստատությունների իրավական պարտա-

վորությունների՝ բժշկական գերատեսչության սահմաններից դուրս գտնվող սուբյեկտների նկատմամբ [19]:

Նախկին ԽՍՀՄ-ի կազմի մեջ մտնող երկրների առողջապահական համակարգերն անցնում են բարդ սոցիալ-տնտեսական բարեփոխումների շրջան: Բարեփոխումների շրջանակներում երկրների առողջապահական համակարգերը պետք է կարողանան դիմակայել կառավարման ապակենտրոնացման սկզբունքներին, պետական ոլորտի դեմոնոպոլիզացիային, համակարգի բազմաշերտությանը, բազմադրյուր ֆինանսավորմանը, բժշկական ապահովագրական համակարգի և շուկայական մեխանիզմների ներդրմանը [14]:

Բնակչությանը բժշկական ծառայությունների մատուցման արդյունավետ համակարգի ստեղծման համատեքստում կարևոր նշանակություն է ձեռք բերում տարածաշրջանային մակարդակում բժշկական ծառայությունների մատուցման օպտիմալ համակարգի ստեղծումը, քանզի տարածաշրջանները և այն պայմանները, որոնցում իրենց գործունեությունն են իրականացնում կազմակերպությունները կարող են էական ազդեցություն ունենալ մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի վրա [74]:

Ուստի կոնկրետ, գիտականորեն հիմնավորված, միջոցառումների իրականացման համար անհրաժեշտ է վերլուծել տարածաշրջանում բնակչության հիվանդացության առանձնահատկությունները՝ պայմանավորված կլիմայական, աշխարհագրական, էկոլոգիական գործոններով, ինչպես նաև բնակչության սոցիալական բարեկեցության մակարդակով: Հեղինակները նշում են, որ տարածքային միավորում բժշկական օգնության և սպասարկման հիմքում ընկած են այն նույն սկզբունքները, ինչն ընկած է քաղաքային բուժհաստատություններում, սակայն տարածաշրջանում ձևավորված կենսակերպի առանձնահատկություններն ազդում են նաև բժշկական օգնության կազմակերպման մեթոդների վրա [30]:

Որպես այդպիսի գործոններ կարելի է առանձնացնել.

1. սպասարկվող ազգաբնակչության թվաքանակը, բնակեցման խտությունը,
2. սպասարկման շառավիղը՝ կապված հեռավորության, կլիմայական պայմանների հետ,
3. կատարվող աշխատանքի առանձնահատկությունները,

4. կյանքի պայմանների, ավանդույթների առանձնահատկությունները,
5. կադրերով և համապատասխան սարքավորումներով հագեցվածության աստիճանը:

Առողջապահության ոլորտում ազգային գերակա ծրագրերի իրականացումը հիմնականում կատարվում է հետևյալ ուղղություններով.

- առաջնային բժշկական օգնության զարգացում,
- բնակչության ապահովվածություն բարձր տեխնոլոգիական բժշկական օգնությամբ [13]:

Բոլոր այս գործողությունները, իհարկե, ուղղված են բուն համակարգի գործունեության արդյունավետության բարձրացմանը, այսինքն ապահովում են առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավում: Մյուս կողմից, կատարված բարեփոխումների ազդեցությունը կախված է առողջապահական համակարգի կառավարման ոլորտում կազմակերպվող միջոցառումներից: Հետևաբար, բարեփոխումների արդյունավետությունը կախված է առողջապահության կառավարման տեխնոլոգիաների գրագետ օգտագործումից [14]:

Առողջապահական համակարգի կառավարման մեխանիզմն իրենից ներկայացնում է համագործակցություն համակարգի բոլոր մասնակիցների միջև: Այն հիմնված է կառավարման կառույցների ինտեգրման, իրավիճակային ցուցանիշների նկատմամբ դրանց հարմարվողականության վրա և իր մեջ ներառում է բոլոր ռեսուրսների՝ ֆինանսական, կադրային, իրավական, մեթոդական, տեղեկատվական, նյութական, մտավոր և այլնի արդյունավետ օգտագործում [24]:

Առողջապահական համակարգի բոլոր միջոցառումներն ուղղված են հետևյալ խնդիրների լուծմանը.

- ✓ որոնել առողջապահական համակարգի կառավարման արդյունավետ մեթոդներ,
- ✓ սահմանել գիտական արդյունքների և ներդրումների հարաբերակցության օպտիմալ չափանիշներ, այսինքն՝ այն պայմանների ընտրություն, որոնց պարագայում կարելի է ապահովել առավելագույն արդյունք նվազագույն ծախսերի պարագայում (ընտրել տնտեսագիտական առումով այլընտրանքային մոտեցումների առավել արդյունավետ կառավարում),

- ✓ հաշվարկել առողջապահական համակարգում ռեսուրսների հասանելիության սոցիալական և տարածաշրջանային գործակիցը,
- ✓ սահմանել տարածաշրջաններում բժշկական օգնության նկատմամբ առկա պահանջարկը [24]:

Վերը նշվածը պայմանավորում է մարզային մակարդակում խորքային գիտական հետազոտությունների իրականացման անհրաժեշտությունը հանրության առողջական վիճակի գնահատման և արդյունավետ բուժօգնության կազմակերպման համար:

Բուժօգնության հասանելիությունը բարձրացնելու պետության պատրաստակամությունը հիմնականում կախված է երկրի տնտեսական վիճակից: Ոչ մի երկիր չի կարող առողջապահական ծախսերին հատկացնել ՀՆԱ-ի 15%-ից ավելին, քանի որ այդ ծախսերը բացասաբար կանդրադառնան թողարկվող արտադրանքի և մատուցվող ծառայությունների գների վրա, ինչի պատճառով էլ կկորցնեն իրենց մրցունակությունը: Տարբեր պետություններ առողջապահական ծախսերի համար հատկացնում են 2-17%, միջինում՝ 8,7%: Օրինակ՝ ԱՄՆ-ում առողջապահական ծախսերի համար հատկացվում է ՀՆԱ-ի 13-16%-ը, Շվեյցարիայում՝ 11,6%-ը, Գերմանիայում՝ 9,9-10,9%-ը, Ֆրանսիայում՝ 9-10,6%-ը, Մեծ Բրիտանիայում՝ 6,7%-ը, ՀՀ-ում՝ 4,2%-ը: Այդ իսկ պատճառով ռեսուրսների սահմանափակության գիտակցումը հիմնարար է հանրության մեջ բժշկական ծառայությունների հնարավորությունները հասկանալու տեսանկյունից [15]:

Բժշկական ծառայությունների հասանելիությունն ապահովող նշանակալի մեխանիզմ է նրա ստանդարտավորումը: Բժշկական ստանդարտները կազմվում են՝ հաշվի առնելով տարբեր բուժհաստատություններում կազմակերպչական միջոցները և բժշկական ծառայությունների մատուցման առանձնահատկությունները: Այդ իսկ պատճառով նրանցում ներառվում է անհրաժեշտ օգնության նվազագույն մակարդակը [59]:

## **1.2 Բժշկական օգնության որակի բարելավման և արդյունավետության բարձրացման խթանները**

Բժշկական օգնության որակի (ԲՕՈ) հասկացությունը, սովորաբար, ընկալվում է որպես բուժօգնության մի շարք հատկանիշների հանրագումար, արտացոլելով իր ունակությունը բավարարել պացիենտների կարիքները՝ հաշվի առնելով բժշկական ստանդարտները, որոնք համապատասխանում են բժշկագիտության զարգացման ներկա փուլին: Բժշկական օգնության հասանելիությունն իրենից ներկայացնում է իրական հնարավորություն ստանալու բնակչությանն անհրաժեշտ բժշկական օգնություն՝ անկախ սոցիալական կարգավիճակից, բարեկեցության մակարդակից, ինչպես նաև բնակության վայրից: Այլ կերպ ասած, որակյալ բժշկական օգնությունը ճիշտ ժամանակին ցուցաբերված բուժօգնություն է, որը մատուցվում է որակավորված բուժաշխատողների կողմից և համապատասխանում է նորմատիվ իրավական ակտերի, բժշկական օգնության մատուցման ստանդարտների, պայմանագրային կամ սովորական ակնկալվող պահանջներին [63]:

Բժշկական օգնության որակի հասկացությունը, ըստ Алексеев-ի, բժշկական գործընթացի հիմնական օղակների ունակություն է ցուցաբերելու այդ գործընթացի բոլոր մասնակիցների պահանջներին համարժեք բուժօգնություն [11]:

Բժշկական օգնության որակի հիմնական չափանիշներին են դասվում հետևյալ բնութագրերը՝

**Բժշկական ծառայությունների մատչելիություն՝** առողջապահական ծառայությունների ազատ հասանելիությունն է՝ անկախ աշխարհագրական, տնտեսական, սոցիալական, մշակութային, կազմակերպական և լեզվական արգելքներից: Բժշկական ծառայությունների մատչելիությունն ամրագրված է բազմաթիվ երկրների սահմանադրություններում, կանոնակարգվում է անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կարգի, ծավալի ազգային նորմատիվաիրավական ակտերով: Նշված կանոնակարգումը պայմանավորված է մի շարք հանգամանքներով՝ պետության ունեցած ֆինանսական միջոցների և մատուցված ծառայությունների միջև համապատասխանությամբ, բուժհաստատության և բժշկի ազատ ընտրության իրավունքով, ժամանակին բժշկական ծառայության մատուցման ապահովմամբ, առողջության

պահպանման և ամրապնդման ուղղությամբ, հանրության կրթական մակարդակով, հիվանդությունների կանխարգելմամբ [8, 9, 124]:

Սակայն վերը նշվածը չի նշանակում, որ պետություններում առկա է բժշկական օգնության և սպասարկման բոլոր տեսակների մատչելիություն: Զարգացող երկրներում այսպիսի սահմանափակումները լայնորեն կիրառվում է, իսկ զարգացած երկրներում այդպիսի սահմանափակումներ գործում են միայն թանկարժեք ու դժվարամատչելի հետազոտությունների համար: Բացի դրանից տարբեր երկրներում կիրառվում են գաղտնի սահմանափակումներ՝ հերթեր, բյուրոկրատական քաշքշուկներ, հիմնական ծառայությունների փաթեթի մեջ տարբեր ծառայությունների չընդգրկում և այլն [147]:

Բժշկական ծառայությունների մատչելիության վրա ազդող հիմնական գործոնը երկրի տնտեսական վիճակն է: Առողջապահության ոլորտում կատարված չափից ավելի ծախսերը հանգեցնում են բժշկական ծառայությունների գների բարձրացման և մրցունակության անկման: Ուստի ռեսուրսների սահմանափակվածության գիտակցումը հիմնարար է բժշկական ծառայության մատուցման հնարավորությունների համար [52, 69]:

Ю. Шабадчиев-ի կարծիքով բժշկական ծառայության մատչելիությունը կարող է իրագործվել՝ պահանջները բաժանելով մինիմալ (պարտադիր) և օպտիմալ (անհրաժեշտ) ծավալի, որը մատուցվում է ըստ բժշկական ցուցումների և ներառում է բուժօգնության թանկարժեք տեսակներ [68]:

**Համարժեքություն:** Համաձայն ԱՀԿ-ի մասնագետների կարծիքի, բժշկական ծառայության համարժեքությունը բժշկական ծառայության տեխնոլոգիաների և հիվանդի համար ընդունելի ԿՈ-ի շրջանակներում հանրության պահանջներին և սպասումներին համապատասխանությունն է: Համարժեքությունը ներառում է բժշկական ծառայության մատչելիության և ժամանակայնության տարրեր, որը ներկայացվում է որպես պացիենտին հարմար վայրում, անհրաժեշտ պահի, անհրաժեշտ և ընդունելի ծավալի սահմանում բուժօգնություն ստանալու հնարավորություն [88]:

**Բժշկական օգնության անընդհատության ապահովում** – տարբեր բուժ-հաստատություններում, տարբեր ժամերի և տարբեր մասնագետների կողմից

գործունեության կոորդինացում: Բժշկական ծառայության անընդհատությունը ապահովվում է բժշկական փաստաթղթերին [38], տեխնիկական հագեցվածությանը, պրոցեսին և անձնակազմին ներկայացվող ստանդարտ պահանջներով: Գործունեության նման ստանդարտացումն է երաշխավորում բուժման գործընթացի և վերջնական արդյունքի կայունությունը [75]:

**Արդյունավետություն** – մատուցված բժշկական ծառայության ծավալի համապատասխանություն վերջնական արդյունքին: Արդյունավետ առողջապահությունը պետք է ապահովի բժշկական օգնության օպտիմալ, այլ ոչ թե առավելագույն ծավալ: Համաձայն ԱՀԿ-ի՝ օպտիմալ բժշկական օգնությունը՝ բոլոր այն միջոցառումների իրականացումն է, որոնք կատարված ծախսերի տեսանկյունից համարվում են անվտանգ և ընդունելի [8, 56]:

**Ուղղվածություն դեպի պացիենտը և նրա բավարարվածությունը** – նշանակում է որոշումների կայացման և ընդունման գործընթացում պացիենտի ներգրավվածություն և արդյունքներից նրա բավարարվածություն: Այս չափորոշիչը վերաբերում է ոչ միայն որակյալ բժշկական օգնությանը և սպասարկմանը, այլև՝ բուժանձնակազմի ուշադիր վերաբերմունքին, հիվանդի համաձայնությանը իրականացվող միջամտությանը, հիվանդի այլ իրավունքների պահպանմանը [10, 96, 98]:

**Բուժման պրոցեսի անվտանգություն** - բժշկի և պացիենտի կյանքին ու առողջությանը, կողմնակի բացասական ազդեցության, սանիտարական անվտանգության երաշխիքների ապահովում: Բուժման արդյունավետությունը և անվտանգությունն ուղղակիորեն կախված են բժշկի կողմից տիրապետվող տեղեկատվության ծավալով: Հիվանդների համար անբարենպաստ պայմանների կրճատումը և բուժօգնության ցուցաբերման ընթացքում հիվանդների նկատմամբ արդարացի վերաբերմունքը գերակայություն է առողջապահության քաղաքականության տե-սանկյունից [143]:

**Բժշկական օգնության արդիականություն** – բժշկական օգնության մատուցում ըստ անհրաժեշտության, այսինքն ըստ բժշկական ցուցումների, ինչպես նաև արագ և առանց հերթերի [96]:

**Գիտատեխնիկական մակարդակ** – բժշկական ծառայությունների որակի կարևոր բաղադրիչ է կիրառվող բժշկական մեթոդների, ախտորոշման և կանխար-



գելման գիտատեխնիկական մակարդակը, ինչը հնարավորություն է տալիս գնահատել մատուցվող ծառայության ամբողջականությունը: Շատ հաճախ այս ցուցանիշը ներառվում է համարժեքության ցուցանիշի մեջ [138]:

**Ոլորտի ստանդարտացում** – միջազգային փորձի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բժշկական ստանդարտներն ապահովում են ԲՕՈ-ի տարրերի կիրառման արդյունավետությունը: Ստանդարտները կարևորագույն գիտականորեն հիմնավորված մեխանիզմներ են, որոնք թույլ են տալիս որոշում ընդունել այս կամ այն միջամտության մատուցման կամ դրա սահմափակման վերաբերյալ [7, 141]:

Աշխարհում առավել մեծ տարածում ունի բժշկական ծառայության որակի գնահատման եռաստիճան մոտեցումը [96].

1. Ռեսուրսներ (կամ կառուցվածք) – որն իր մեջ ներառում է ռեսուրսների բազայի ստանդարտների գնահատում (կադրեր, բժշկական տեխնիկա, պացիենտների և բուժանձնակազմի աշխատանքի համար անհրաժեշտ պայմաններ):
2. Պրոցես (կամ գործընթաց) – իր մեջ ներառում է բուժման տեխնոլոգիաները, ախտորոշումը և կանխարգելումը:
3. Արդյունք – իր մեջ ներառում է բուժման արդյունքներ, կանխարգելման, վերականգնողական և այլ ստանդարտներ:

Վերջին հաշվով առողջապահության ոլորտում համակարգային ստանդարտացումն ուղղված է ոլորտի նորմատիվ կարգավորման ստեղծմանը և կատարելագործմանը, որն ապահովում է բժշկական ծառայության համընդհանուր մատչելիություն և բարձր որակ ըստ հետևյալ ուղղությունների՝

- ✓ բժշկական տեխնոլոգիաներ,
- ✓ սանիտարա-հիգիենիկ տեխնոլոգիաներ,
- ✓ կրթական ստանդարտներ,
- ✓ կազմակերպման և կառավարման տեխնոլոգիաներ,
- ✓ տեղեկատվական տեխնոլոգիաներ,
- ✓ դեղերի մատակարարման տեխնոլոգիաներ,
- ✓ բժշկական տեխնոլոգիաների հարցերը կանոնակարգող տեխնոլոգիաներ [97]:

Մի շարք երկրներում կիրառվող կլինիկա-տնտեսական ստանդարտները ներառում են բժշկական ծառայության որակի գնահատման համալիր մեթոդներ՝

բժշկական սխալների նվազեցման և ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման ցուցանիշներով: Այլ կերպ ասած՝ համապատասխան որակի բժշկական ծառայությունը մատուցվում է որակավորված բժշկի կողմից՝ տարածքային ստանդարտներին համապատասխան և արտացոլվում է բժշկական սխալի բացակայությամբ [104, 140]:

Բժշկական ծառայության ստանդարտը նորմատիվ փաստաթուղթ է, որը սահմանում է կոնկրետ ախտորոշման դեպքում բժշկական ծառայության մատուցման պրոցեսի պահանջներ՝ հաշվի առնելով առողջապահական համակարգի հնարավորությունների սահմաններում ախտորոշման, կանխարգելման, բուժման, վերականգնման անհրաժեշտ մեթոդները, որոնք ապահովում են համապատասխան որակ [134]:

Առողջապահական համակարգի կառավարման որակն ու արդյունավետությունը բարձրացնելու համար կարևորվում է ուսումնասիրել բժշկական ծառայություններ սպառողի կարծիքը: Առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության արդյունքային որակի գնահատման համար կարևոր է ոչ միայն օրյեկտիվ, այլ նաև սուբյեկտիվ բնույթի տեղեկատվության առկայությունը [39, 44, 53]:

Բժշկական օգնության որակի արդյունքային բաղադրիչի վերաբերյալ տեղեկատվության ստացման ամենաարդյունավետ մեթոդներից է պացիենտների սոցիոլոգիական հարցման փուլը: Սոցիոլոգիական հարցման արդյունքների շարունակական մշտադիտարկումը կարևոր դեր ունի օպերատիվ տեղեկատվության ստացման գործում: Այն կարող է օգտագործվել բազմապրոֆիլ բժշկական հաստատության կառավարման և, մասնավորապես, կարևոր կազմակերպչական որոշումներ կայացնելիս [42]:

Հիվանդներին ցուցաբերվող բուժօգնության որակի բավարարվածության մակարդակի գնահատման կարևորագույն տարրերից է մատուցված ծառայության համապատասխանությունը: Այն պետք է արդարացնի անհատի, սոցիալական խմբի և ընդանուր առմամբ հանրության ակնկալիքները: «Բուժօգնության որակի բավարարվածություն» հասկացությունն ինքնին արտահայտում է անչափ բարդ և բազմապլանային սոցիալական երևույթ [34]:

### **Բժշկական ծառայության որակի փորձաքննություն և վերահսկողություն:**

Փորձաքննությունը բժշկական ծառայության որակի ապահովման և վերահսկման հիմնական պայմանն է և մեխանիզմը: Բժշկական ծառայության որակի փորձաքննություն իրականացվում է առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում: Ցանկացած փորձաքննություն միտված է բժշկական ծառայությունների մատուցման խնդիրների, ինչպես նաև բժշկական սխալների բացահայտմանը կամ բացառմանը [146]:

Բժշկական ծառայությունների մատուցման խնդիրներ ասելով հասկանում ենք՝ ախտորոշման, բուժման, բժշկական ծառայության մատուցման կազմակերպման ոչ լիարժեք իրականացում, որը հանգեցրել է, կամ կարող է հանգեցնել իրականացվող միջամտության ոչ բարենպաստ ելքի: Ըստ էության բժշկական ծառայությունների մատուցման խնդիրները համարժեք են յատրոգենիային: Յատրոգենիան բժշկական ծառայության մատուցման խնդիրներն են, որոնք արտահայտվում են նոր հիվանդության կամ ախտորոշման տեսքով: Այն առաջանում է ախտորոշման, բուժման, վերակենդանացման, վերականգնողական միջամտությունների ինչպես համարժեք, այնպես էլ ոչ համարժեք իրականացման արդյունքում [102]:

Հետազոտողները գտնում են, որ բժշկական ծառայության մատուցման գերատեսչական փորձաքննություն և վերահսկողություն իրականացվում է պլանային կարգով, համապատասխան իրավասություն ունեցող անձի որոշման հիման վրա: Բժշկական ծառայության արդյունավետության և որակի գերատեսչական վերահսկողությունը վերահսկողության հիմնական տեսակն է, որն առավել մոտեցված է բժշկական ծառայություն մատուցողին: Նրա արդյունքները համադրվում են արտագերատեսչական փորձաքննության արդյունքների հետ: Բժշկական ծառայության որակը և արդյունավետությունը կարող է օգտագործվել բուժաշխատողների տարբերակված վարձատրման համար: Գերատեսչական փորձաքննություն իրականացվում է լիցենզավորման և ակրեդիտավորման միջոցով: Սակայն կա կարծիք, որ լիցենզավորման և ակրեդիտավորման գործառույթները, որպես առողջապահության ոլորտի ստանդարտավորման հիմնական բաղադրիչներ, պետք է դուրս բերել գերատեսչական համակարգից [70]:

Բժշկական ծառայության որակի արտագերատեսչական փորձաքննությունն և վերահսկողությունն իրականացվում է բուժհաստատության կադրային և այլ ռեսուրսների, կիրառվող տեխնոլոգիաների, մատուցված բժշկական օգնության ծավալի և արձանագրած ցուցանիշների գնահատման հիման վրա: Մատուցված բժշկական օգնության որակի և ծավալի փորձաքննություն կարող է իրականացվել քաղաքացիաիրավական հարաբերությունների յուրաքանչյուր մասնակցի նախաձեռնությամբ (լիցենզավորման հանձնաժողով, ապահովագրական կազմակերպություն, մասնագիտացված ասոցիացիաներ և այլն) [28]:

Ըստ հետազոտողների կարծիքի, բժշկական ծառայության որակի արտագերատեսչական փորձաքննության հիմնական նպատակը բժշկական և բժշկատնտեսական փորձաքննության կազմակերպումն է՝ նպատակ ունենալով պաշտպանել համապատասխան որակի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու հանրության անդամի իրավունքները, ապահովել առողջապահական ռեսուրսների, մատուցած ծառայությունների դիմաց ստացված փոխհատուցման արդյունավետ օգտագործումը [33]:

Սանկտ Պետերբուրգում բժշկական օգնության որակի կառավարման միասնական համակարգի ստեղծման աշխատանքների կատարումը սկսվել է դեռևս 2007թ-ից: Համակարգի ձևավորման հիմքում եղել են Սանկտ Պետերբուրգի Մեչնիկովի անվան պետական բժշկական ակադեմիայի առողջապահության կազմակերպման և բժշկական օգնության որակի կառավարման ամբիոնի գիտահետազոտական մշակումներն ու մանկավարժական ներուժը [12]:

Սահմանվել են հետևյալ հիմնական խնդիրները՝

1. Սանկտ Պետերբուրգի բժշկական հաստատություններում ապահովել որակի բարելավման շարունակականություն:
2. Բժշկական օգնության որակի կառավարման համակարգում ստեղծել սուբյեկտների իրավահարաբերությունների փոխազդեցության մեխանիզմներ:
3. Բժշկական օգնության որակին վերաբերող տվյալների հավաքման և ընդհանրացման նույնականացված մեխանիզմների ներդրում:

4. Բժշկական օգնության որակի ծառայության ձևավորում բժշկական հաստատություններում և համայնքներում բժշկական օգնության որակի կառավարման համակարգի ստեղծում:
5. Բժշկական հաստատությունների գործունեության մշտադիտարկման համակարգի ստեղծում:
6. Բժշկական օգնության որակի կառավարման և փորձաքննության հարցերով զբաղվող մասնագետների շարունակական կրթության ապահովում:
7. Բժշկական օգնության որակի փորձագետների տեղեկատվական բազայի ստեղծում:
8. Պետական մարմիններին ԲՕՈ-ի կառավարման և բարելավման հարցերով տեղեկատվության ապահովում [12]:

Պացիենտներին ցուցաբերվող բուժօգնության որակից բավարարվածության մակարդակի գնահատման կարևորագույն տարրերից մեկը մատուցված ծառայության համապատասխանությունն է և անհատի, սոցիալական խմբի, ինչպես նաև ընդանուր առմամբ հանրության ակնկալիքների ապահովումը: «Բուժօգնության որակի բավարարվածություն» հասկացությունն ինքնին արտահայտում է անչափ բարդ և բազմապլանային սոցիալական երևույթ: Ներկայումս այս հարցի ուսումնասիրությանը նվիրված են բազմաթիվ հեղինակների աշխատանքներ [54, 116, 151]: Գրականության ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ հեղինակների կողմից օգտագործված պացիենտների բուժօգնության բավարարվածության գնահատման մեթոդները բազմազան են, որոնց հիմքում ընկած են սոցիոլոգիական հետազոտությունները: Այդ հետազոտությունները արտացոլում են ուսումնասիրվող երևույթի տարատեսականությունն ու հաշվառման հատկանիշների խմբավորման բազմազանությունը [55]:

Բժշկական օգնության համար ի լրացում պետական և տարածաշրջանային ցուցանիշների արդիական են այնպիսի ցուցանիշները, ինչպիսիք են մատուցված ծառայություններից պացիենտի բավարարվածությունը, հիվանդի ինքնազգացողության գնահատումը մատուցված ծառայություններից առաջ և հետո [34]:

Բժշկական օգնության որակի գործոնների ուսումնասիրության ավանդական սոցիալ-հիգիենիկ մոտեցումը իրենից ներկայացնում է բժշկական ստանդարտներին

բութօգնության որակի բաղադրիչների համապատասխանության գնահատումը: Համաձայն ռուսալեզու և անգլալեզու հեղինակների կողմից անցկացված համալիր սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտությունների տվյալների, ցուցաբերվող բութօգնության թերությունների հիմնական պատճառը ոչ այնքան բժշկական անձնակազմի մասնագիտացման և նյութատեխնիկական հագեցվածության մակարդակն է, որքան ցուցաբերվող բժշկական օգնության ոչ բավարար կազմակերպումը [73, 119]:

Առողջապահական համակարգում ԲՕ արդյունավետության վրա ազդում են բազմաթիվ գործոններ, մասնավորապես, առավել կարևորները՝ բժշկական միջամտությունների որակը, բուժման և բժշկական վերակենդանացման նպատակին հասնելու պայմաններն ու միջոցների որակը, բժշկական ծառայությունների վերջնական արդյունքի որակը [22, 49]:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման՝ (ԱՀԿ 1948) «Առողջությունը մարդու օրգանիզմի ֆիզիկական, հոգևոր և սոցիալական բարեկցությունն է, այլ ոչ թե միայն հիվանդությունների և ֆիզիկական արատների բացակայությունը» [153]:

Առողջապահության ոլորտում սոցիալական բարեկեցություն հասկացությունը կարելի է դիտարկել, որպես աշխատող մարդու կենսական ունակությունների և առողջապահական համակարգի փոխազդեցություն, որն ապահովում է հնարավոր սոցիալական կոնֆլիկտների կանխում և կառուցողական լուծում [27]:

Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների նմանատիպ պայմաններում ժամանակակից բազմապրոֆիլ բուժհաստատություններում բժշկական ծառայությունների որակի կարևորագույն բաղադրիչ է բժշկական օգնության մատուցման որակի կառավարումն ու բժշկական օգնության որակի փորձաքննության նորմատիվ իրավական բազայի ստեղծումը: Բժշկական օգնության որակի և արդյունավետության բարձրացման խնդիրները, պացիենտների համար ռիսկերի ու ֆինանսական բեռի նվազեցումն արդիական են բոլոր բուժհաստատությունների համար [42]:

Բժշկական օգնության որակի գնահատման ամենաարդյունավետ մեթոդներից է պացիենտների շրջանում իրականացվող սոցիոլոգիական հարցումների իրականացումը: Սոցիոլոգիական հարցման արդյունքում ստացված տվյալների

մշտադիտարկումը կարևոր դեր ունի օպերատիվ տեղեկատվության ստացման գործում: Այն կարող է օգտագործվել բազմապրոֆիլ բժշկական հաստատության ղեկավարման մեջ և կարևոր կազմակերպչական որոշումների կայացնելիս [42]:

Այն պայմանները, որոնցում իրենց գործունեությունն են ծավալում ՌԴ ժամանակակից առողջապահական հաստատությունները, թելադրում են բարձր պահանջներ մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի հարցում: Համապատասխանաբար, բուժհաստատությունների ղեկավարները կազմակերպությունների մրցունակությունն ապահովելու նպատակով մեծ ուշադրություն են դարձնում մատուցվող ծառայությունների որակի վրա [43, 51, 71]:

Ղեկավարման որակն ու արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով անհարժեշտ և շատ կարևոր է ուսումնասիրել անմիջապես սպառողի կարծիքը: Առողջապահական համակարգում որպես սպառող հանդես է գալիս պացիենտը: Այդ համակարգի գործունեության արդյունավետության գնահատման համար կարևորվում է ոչ միայն օբյեկտիվ, այլ նաև սուբյեկտիվ բնույթի տեղեկատվության առկայությունը [39, 44, 53, 56]:

Գործոնային դիսպերսիոն վերլուծության արդյունքում առանձնացվել են երեք խումբ չափանիշներ, որոնք ազդում են պացիենտների բավարարվածության մակարդակի վրա: Առաջին խմբի մեջ մտնում են բժշկի և բուժքրոջ բարեհամբույր վերաբերմունքը, բժշկի և բուժքրոջ մասնագիտական գիտելիքները, բժշկի կողմից տրամադրվող տեղեկատվության հասանելիության գործոնները, երկրորդ խումբ՝ հիվանդների ընդունման կազմակերպումը, հետազոտությունների նշանակման և կատարման ճիշտ ժամանակին լինելը, կենցաղային պայմանները, երրորդ խումբ՝ ցուցաբերված բժշկական ծառայության որակն ու անվտանգությունը [50]:

Բուժօգնության որակի բարելավման գործում մեծ դեր ունի բուժանձնակազմի մասնագիտական գիտելիքների և հմտությունների բարձր մակարդակը: Այդ առումով շատ կարևորվում է շարունակական մասնագիտական զարգացումը, ինչպես նաև ատեստավորումը: Մասնագիտական գիտելիքների շարունակական համալրումը և ստուգումը հնարավորություն է ընձեռում բուժանձնակազմին լինել ավելի զգոն, պատրաստված և տեղեկացված ժամանակակից առողջապահության գիտության և տեխնոլոգիաների առաջընթացին ինչն էլ կապահովի պացիենտների

անվտանգություն և բուժօգնության բարձր որակ [26, 65, 69, 108, 112]:

ՀՀ-ում վերջին տասնամյակներին կատարվել են մի շարք հետազոտական աշխատանքներ նվիրված ՀՀ առողջապահական համակարգի վերլուծությանը և բուժօգնության համակարգի գնահատմանը [2-4, 6, 9]:

### **1.3 Կյանքի որակի գնահատումը որպես բուժօգնության որակի և արդյունավետության գնահատման օբյեկտիվ չափանիշ**

Բժշկության մեջ ԿՈ-ի ուսումնասիրությունը յուրահատուկ մոտեցում է, որը թույլ է տալիս սկզբունքորեն փոխել ավանդական մոտեցումները հիվանդի և հիվանդության վերաբերյալ: Առողջության հետ փոխկապակցված ԿՈ-ի ուսումնասիրությունը թույլ է տալիս հետազոտել հիվանդության և բուժման ազդեցությունը հիվանդի, մարդու ԿՈ-ի ցուցանիշների վրա, ուսումնասիրել առողջության բոլոր բաղադրիչները՝ ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական գործունեությունը [132, 120, 130]:

Ներկայումս ժամանակակից բժշկության մեջ կարևորագույն հետազոտական ուղղություններից մեկն է գտնել ընդհանուր օրինաչափություններ հիվանդության նկատմամբ մարդու պատասխան ռեակցիայի, մշակել գործուն հայեցակարգեր և կոնկրետ չափանիշներ, որոնք նկարագրում են հիվանդի կյանքում տեղ գտած իրադարձությունները և փոփոխությունները [87, 123]:

Ապացուցված է, որ հիվանդությունն ազդում է ինչպես անհատի ֆիզիկական վիճակի, այնպես էլ վարքի հոգեբանության, հուզական ռեակցիաների վրա՝ հաճախ փոխելով հասարակական կյանքում անհատի տեղն ու դերը: Հիվանդությունների բնույթն ուսումնասիրելիս, անչափ կարևոր է ստանալ ամբողջական պատկերացում մարդու կարևորագույն գործառույթների վրա հիվանդության ազդեցության վերաբերյալ [37, 40, 48, 101]:

Անհրաժեշտ է նշել, որ սոմատիկ հիվանդությամբ տառապող հիվանդի հոգեբանությունը, հատկապես, քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում, երբեք չի կարող նորմալ լինել: Անդադար քրոնիկ հիվանդության ազդեցության տակ գտնվող հիվանդի հոգեկան ստատուսը ձեռք է բերում ներոտիկ հատկանիշներ: Հեղինակների մեծամասնությունը շեշտում է համբերատար վերաբերմունքի անհրաժեշտությո-



յունը հիվանդի որոշ բնութագրական գծերի նկատմամբ, որոնք դարձնում են պացիենտին ավելի բարդ, երբեմն տարօրինակ՝ հաճախ հնարելով գոյություն չունեցող գանգատներ [66, 83, 84, 101, 110]:

Որոշ հետազոտողների կողմից կատարված աշխատանքներում փորձ է արվել ուսումնասիրել հիվանդության ազդեցությունն անհատի կյանքի վրա՝ օգտագործելով փսիխոմետրիկ միջոցներ, միաժամանակ՝ չուսումնասիրված թողնելով հիվանդության ազդեցությունը կյանքի մյուս ոլորտների վրա, առաջին հերթին սոցիալական ոլորտի [37, 47, 83, 84, 93]: Հետևաբար, 20-րդ դարի վերջին տասնամյակում առողջապահական համակարգի կարևորագույն ձեռքբերումներից է պացիենտի տեսանկյունից սեփական առողջության գնահատումը որպես առողջապահական արդյունքների մշտադիտարկում, որի վերջնական նպատակը պացիենտի կյանքը բարելավելու հետ մեկտեղ նրա աշխատունակության և լավ ինքնազգացողության պահպանումն է [103, 133, 149]:

Անհրաժեշտ է նշել, որ կարևոր տեղեկատվությունը կապված հիվանդի հոգեբանական և սոցիալական խնդիրների հետ, որոնք առաջացել են անհատի կյանքում պայմանավորված հիվանդությամբ, սովորաբար այնքան էլ հասանելի չեն բժշկին: Այս երևույթի առկայությունը բացատրող պատճառներից մեկն էլ այն է, որ չկա հարմար և արդյունավետ մեթոդ, որի օգնությամբ կիրականացվի անհատի կենսագործունեության վրա հիվանդության թողած ազդեցության ինտեգրալ գնահատում [36]:

ԿՈ-ի հասկացությունը որպես բժշկական կատեգորիա սերտ կապի մեջ է գտնվում ԱՀԿ կողմից սահմանված առողջություն տերմինի հետ: Հայտնի է, որ յուրաքանչյուր քրոնիկ հիվանդություն, որն ունի առաջընթացի հակվածություն և ընթանում է սրացումներով, կարող է հանգեցնել անհատի կյանքի բոլոր կամ գրեթե բոլոր բաղադրիչների նշանակալի սահմանափակումների: Եվ շատ հաճախ, այդպիսի սահմանափակումները պացիենտի համար դառնում են ավելի կարևոր, քան հիվանդության հիմնական հատկանիշները: Անհատի նկատմամբ ամբողջական մոտեցումը, որն ենթադրում է այնպիսի կարևոր պարամետրերի փոխկապվածություն, ինչպիսիք են ֆիզիկական, հոգեհուզական և սոցիալական կարգավիճակը, հիմնավորում է բժշկության մեջ «Կյանքի որակ» հասկացության կիրառումը և ընդգծում նրա ուսումնասիրման առավել կարևոր ասպեկտները [37, 99, 150]:

«Կյանքի որակ» հասկացությունը համաշխարհային բժշկության մեջ առաջին անգամ օգտագործել է 1949թ-ին Karnofsky-ն, երբ վերջինս իր «Քաղցկեղի ժամանակ քիմիոթերապիայի կլինիկական գնահատումը» աշխատանքում առաջին անգամ ուռուցքաբանության մեջ առաջարկեց գնահատման ոչ ֆիզիոլոգիական մեթոդ [148]: Այս աշխատանքը հիմք դրեց պացիենտի անհատականության բազմակողմանի ուսումնասիրմանը, այդպես էլ սկսվեց ԿՌ-ի մասին գիտության պատմությունը:

McSweeny-ն և համահեղինակները 1982 թ-ին սահմանեցին «Կյանքի որակ» հասկացությունը՝ հիմնվելով չորս հիմնական ասպեկտների վրա՝ հուզական գործունեություն, սոցիալական գործունեություն, ամենօրյա ակտիվություն և վարքագծային գործունեություն [125]: N. Wenger-ը [152] տվեց ԿՌ-ի երեք հիմնական (ֆունկցիոնալ հնարավորություններ, ընկալում և սիմպտոմներ) և ինը հավելյալ պարամետրերի (ամենօրյա ռեժիմ, սոցիալական գործունեություն, ինտելեկտուալ գործունեություն, ֆինանսական դրություն, ընդհանուր առողջություն, բարեկեցություն, կյանքից բավարարվածություն, հիմնական և ուղեկցող հիվանդությունների սիմպտոմների ընկալում) առավել ընդլայնված նկարագրություն: Հետագա հետազոտողները փորձել են պահպանել նման բազմակողմանի մոտեցումը [117]:

Բժշկության մեջ ԿՌ-ի հարցերն ուսումնասիրելիս ավելի մեծ ուշադրություն է հատկացվում հիվանդությամբ պայմանավորված ֆունկցիոնալ հնարավորություններին (օրինակ՝ թոքային ախտաբանության ժամանակ տեղաշարժվելու ունակություն), ինչպես նաև պացիենտի սեփական առողջության և հիվանդության ախտանիշների արտահայտվածության նկատմամբ սուբյեկտիվ ընկալմանը [25]:

Գոյություն ունեն ԿՌ-ի բազմաթիվ սահմանումներ, այնուամենայնիվ, ընդունված է, որ ԿՌ-ը բազմակողմանի հասկացություն է և արտացոլում է հիվանդության և բուժման ազդեցությունը հիվանդի բարեկեցության վրա: Կլինիկական հետազոտություններում, հիմնականում գնահատվում է առողջությամբ պայմանավորված կյանքի որակը (Health related quality of Life) [154]:

Առողջությամբ պայմանավորված կյանքի որակը բնութագրում է, թե ինչպես է փոխվում հիվանդի ֆիզիկական, հուզական և սոցիալական բարեկեցությունը՝ պայմանավորված հիվանդության կամ նրա բուժման ազդեցությամբ: Որոշ դեպքերում

այն իր մեջ ներառում է նաև հիվանդի գործունեության տնտեսական և հոգևոր ասպեկտներ [91, 105, 106]:

Սպեցիֆիկ վիճակներում առողջությամբ պայմանավորված կյանքի որակը բնութագրում է առողջական վիճակը, կապված կոնկրետ սուր կամ քրոնիկ հիվանդության հետ՝ ներառելով ֆունկցիոնալ հարթություններ կամ կյանքի տիրույթները, որոնք համապատասխանում են հիվանդությանը: Նման մոտեցումը կարող է ապահովել հիվանդի համար լիարժեք պատկերացում կոնկրետ քրոնիկ հիվանդության ազդեցության և բուժման ընթացքում առաջացող որոշակի վնասների մասին [135]:

ԿՌ-ի հասկացությունը կարևոր է ոչ միայն առողջապահության, այլև ժամանակակից հանրության կյանքի բոլոր ոլորտների համար, քանզի բոլոր հանրային ինստիտուտների գործունեության հիմնական նպատակը մարդու բարեկեցությունն է [80, 107, 137]:

Ապացուցված է, որ հիմնվելով մարդու ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական գործունեության գնահատման վրա, կարելի է լուծել մի շարք կարևոր խնդիրներ, ինչպես անհատական մակարդակում՝ ելնելով կոնկրետ հիվանդի շահերից, այնպես էլ համակարգային՝ տարբեր հիվանդությունների բուժման մեջ նոր մոտեցումների արդյունավետության գնահատման համար: Նման մոտեցումը վերջին տասնամյակների ընթացքում մշակվել և լայն տարածում է գտել զարգացած երկրների առողջապահության և սոցիոլոգիայի ոլորտներում [32, 48]:

Կա երեք հիմնական պատճառ, որոնց հիման վրա բժիշկները դիմում են այս կամ այն միջոցառմանը՝ հիվանդի կյանքի տևողության ավելացում, վաղաժամ մահվան կանխում և առողջության բարելավում: Առաջին երկու դեպքերում արդյունավետության գնահատումը բավականին պարզ է: Սակայն ինքնազգացողության դինամիկայի գնահատումը երկար տարիների ընթացքում կատարվում էր միայն ֆունկցիոնալ և/կամ լաբորատոր թեստերի օգնությամբ: Հենց ԿՌ-ն էլ հիվանդի ինքնազգացողության և առօրեական գործունեության գնահատման համալիր չափանիշ է [25]:

Հայտնի է, որ կախված հիվանդի վիճակից՝ ժամանակի ընթացքում ԿՌ-ն անընդհատ փոփոխվում է, որը պայմանավորված է մի շարք էկզոգեն և էնդոգեն գործոններով: ԿՌ-ի տվյալները թույլ են տալիս մշտադիտարկման ենթարկել

հիվանդի վիճակը և, անհրաժեշտության դեպքում, իրականացնել բուժման շտկում [100, 114, 118, 122]:

Ինչպես նշում են բազմաթիվ հեղինակներ, ԿՌ-ի ուսումնասիրության մեջ, հատկապես, կարևոր է հիվանդի ներգրավվածությունը սեփական առողջական վիճակի գնահատման գործընթացին: ԿՌ-ի գնահատումը հիվանդի կողմից ընդհանուր առողջական վիճակի արժեքավոր և հուսալի ցուցանիշ է: Calman-ի կողմից տրվել է ԿՌ-ի համալիր սահմանում՝ որպես «անհամապատասխանություն մարդու սպասումների ու ձեռքբերումների միջև», որը զուտ սուբյեկտիվ հասկացություն է [41, 89]:

ԿՌ-ի գնահատումն ընդունված է միջազգային պրակտիկայում և առողջական վիճակի գնահատման բարձր տեղեկատվական, զգայուն և տնտեսական մեթոդ է: Այն կիրառելի է ինչպես բնակչության որպես ամբողջություն, այնպես էլ առանձին սոցիալական խմբերի առողջական վիճակի գնահատման համար: Մեթոդը հնարավորություն է տալիս իրականացնել մարդու կենսագործունեության բազմաբաղադրիչ բնութագրերի քանակական գնահատական, որն իր մեջ ներառում է ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական բարեկեցություն [45, 64, 99, 111]:

Վերջին տարիներին ԿՌ-ի ուսումնասիրությունն ավելի հաճախ է դառնում կլինիկական հետազոտությունների առարկա: Այն նպատակ ունի համարժեք գնահատել պացիենտի առողջական վիճակը և ցուցաբերված բուժօգնության արդյունավետությունը՝ օգտագործելով նախապես մշակված հարցաթերթիկներ [67]:

Ըստ A.A. Новик-ի և համահեղինակների սահմանման՝ «Կյանքի որակը հիվանդի սուբյեկտիվ ընկալման վրա հիմնված ֆիզիկական, հոգեբանական, էմոցիոնալ և սոցիալական գործունեության ինտեգրալ բնութագիր է» [48]:

Հիմնական խնդիրը ԿՌ-ի չափումն է, քանի որ ԿՌ-ի չափանիշներն ունեն ինչպես օբյեկտիվ, այնպես էլ սուբյեկտիվ բնույթ [91]: Օբյեկտիվ չափանիշներ են կրթական մակարդակը, զբաղվածությունը, եկամուտը, բնակարանային պայմանները, սնունդը և այլն, իսկ սուբյեկտիվ՝ սեփական ֆիզիկական, հոգեբանական, սոցիալական և հոգևոր բարեկեցությունից բավարարվածության մակարդակը և առողջական վիճակի ընդհանուր ընկալումը [109]:

Ժամանակակից արտասահմանյան բժշկության մեջ լայնորեն օգտագործվում է «health related quality of life» տերմինը, այսինքն՝ առողջության հետ կապված

կյանքի որակ [85]: Առողջության հետ կապված կյանքի որակը ժամանակակից բժշկության անբաժանելի մասն է և հիվանդի կողմից կատարվող կյանքի որակի գնահատման օգտագործումը, որպես լրացում բժշկի ավանդական բժշկական եզրակացությանը, թույլ է տալիս կատարել հիվանդի առողջական վիճակի լիարժեք և օբյեկտիվ բնութագրում [48]:

Շատ կարևոր է, որ ԿՌ-ը գնահատելիս հաշվի չառնվի բժշկական աշխատակիցների մասնագիտական, անհատի ընտանիքի անդամների կամ նրա շրջապատողների կարծիքը: Բազմաթիվ հեղինակներ իրենց նախապատվությունը տալիս են հենց պացիենտի սուբյեկտիվ կարծիքին, այսինքն՝ հիվանդության նկատմամբ պացիենտի վերաբերմունքին, այլ ոչ՝ այլ կարծիքների [115]: Յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում հիվանդության ներքին պատկերը չի կրկնվում բոլոր առումներով, քանի որ այն կախված է ինչպես բուն հիվանդությունից և նրա ընթացքից, այնպես էլ պացիենտի անհատական և հոգեբանական առանձնահատկություններից: Հիվանդության մասին պացիենտի պատկերացումների ամբողջությունն էլ կազմում է այպես կոչված հիվանդության ներքին պատկերը: Այդպիսի պատկերացումներն էական ազդեցություն են ունենում հիվանդի վարքի, բժշկական, մասնագիտական, ընտանեկան և այլ ասպեկտների վրա [23]:

Ախտաբանության ազդեցությունը մարդու հոգեկանի վրա և հիվանդության նկատմամբ նրա հոգեբանական արձագանքը գտնվում են անքակտելի միասնության և փոխազդեցության մեջ, որը հաճախ հիմնվում է «օղակային փոխկապվածության» սկզբունքի վրա: Առանձնացնում են ԿՌ-ի լայն և նեղ բժշկական իմաստով, երբ հաշվի են առնում բուն հիվանդության և նրա հետևանքով առաջացող ֆունկցիոնալ գործունեության սահմանափակումը, ինչպես նաև բուժման ազդեցությունը հիվանդի առօրյա կենսագործունեության վրա [67]: Բազմաթիվ հեղինակներ որպես ԿՌ-ի ինդիկատոր օգտագործում են պացիենտի ֆունկցիոնալ կարգավիճակը [99]: Ընդ որում՝ հաշվի չառնելով անհատի հոգեհուզական վիճակը, անկախության մակարդակը և սոցիալական կարգավիճակը, անհատական համոզմունքները և կյանքի բազմաթիվ այլ ասպեկտներ: Այսպիսով, հիվանդի ֆունկցիոնալ կարգավիճակն ընդամենը ավելի բարդ հասկացության՝ ԿՌ-ի չափանիշներից մեկն է [16]:

ԿՌ-ի գնահատման հիմնական գործիքը հարցաթերթերն են: Բոլոր հարցաթերթերը բաժանվում են երկու խմբի՝ ընդհանուր, այսինքն, տարբեր հիվանդությունների դեպքում օգտագործվող, և հատուկ, որն օգտագործվում է հիվանդության խմբի կամ կոնկրետ նոզոլոգիայի դեպքում [16, 76]: Առավել հավաստի տվյալներ ստանալու համար խորհուրդ է տրվում միաժամանակ օգտագործել հարցաթերթերի երկու տեսակները [46]: Գործիքի ընտրությունը կախված է պլանավորվող գիտական հետազոտության նպատակից, ինչպես նաև մի շարք այլ գործոններից, մասնավորապես՝ հետազոտվող պոպուլյացիայի բնութագրերից (օրինակ՝ տարիք, առողջական վիճակ, լեզու, մշակույթ և այլն) և ԿՌ-ի գնահատման պայմաններից (օրինակ՝ կլինիկական փորձարկում, բժշկի սովորական այց և այլն) [92]: Քանի որ շատ հաճախ օգտագործվում են այլազգի հեղինակների կողմից առաջարկվող հարցաթերթեր, հետազոտողների մոտ լուրջ խնդիր է առաջանում՝ կապված միջազգային հարցաթերթերի թարգմանության և մշակութային ադապտացիայի հետ [77]: Այդ իսկ պատճառով, անհրաժեշտ է հետևյալ քայլերի հաջորդականությունը՝

- 1) գործիքի թարգմանություն՝ ներառյալ թարգմանության որակի գնահատում,
- 2) գործիքի հիմնավորում՝ օգտագործելով փսիխոմետրիկ չափանիշներ՝ վավերականություն և հուսալիություն,
- 3) գործիքի նորմավորում՝ օգտագործելով ազգային ներկայացուցչական ընտրանք [94]:

Հարցաթերթի թարգմանությունը մի լեզվից մյուսին ստուգվում է մի քանի անկախ թարգմանիչ-փորձագետների կողմից, ովքեր 2 լեզուների կրողներ են [145]:

Պայմանավորված տարբեր երկրների միջև առկա բնակչության հիմնական առողջական վիճակի ցուցանիշների էական տարբերությամբ՝ ԿՌ-ի հիմնական ցուցանիշները գնահատելիս անհրաժեշտություն է զգացվում անցկացնել միջազգային կլինիկական փորձարկումներ և այս կամ այն գործիքի կիրառման միջազգային համաձայնեցում [79]:

Ապացուցված է, որ ԿՌ-ը հավաստի է գնահատում կլինիկական փորձարկումների արդյունքները, սակայն այս մեթոդի ներդրմանը խոչընդոտել է կասկածելի վավերականությամբ և հուսալիությամբ գործիքների կիրառումը [58]: Այդ իսկ պատճառով անչափ կարևոր է բարձր հուսալիությամբ գործիքների օգտագործումը:

Գործիքի հուսալիությունը ցույց է տալիս պատահական սխալի շեղման հավանականությունը գործիքի կիրառման դեպքում [121]: Հուսալիությունը գնահատելու համար օգտագործվում է պատասխանների վերարտադրողականությունը, որը տրվում է մարդկանց միևնույն խմբի կողմից միևնույն հարցերին՝ մի քանի օր ընդմիջումով: Բավարար են հարցերի այն ձևակերպումները, որոնց դեպքում հարցվածների փոքր մասն է առաջնային և կրկնակի թեստավորման ընթացքում միևնույն հարցին տալիս տարբեր պատասխաններ [82, 127]:

Ժամանակակից բժշկության մեջ ԿՌ-ի գնահատումն իրականացվում է հետևյալ նպատակներով [45, 67, 87, 109]՝

- պացիենտի օբյեկտիվ վիճակի և աշխատունակության մասին տեղեկատվություն ստանալու նպատակով,
- քրոնիկ հիվանդությունների երկարատև ընթացքի դեպքում հիվանդի առողջական վիճակի խանգարումների և փոփոխությունների օբյեկտիվ տվյալների գնահատման և հայտնաբերման համար,
- բուժման արդյունավետությունը գնահատելու համար,
- բուժման տարբեր մեթոդների առավելությունների համեմատման և արդյունավետության ու արժողության տեսանկյունից օպտիմալ բժշկական ծրագրերի սահմանման համար,
- նոր դեղորայքային միջոցների կլինիկական հետազոտման համար,
- ընդհանուր առմամբ բժշկական օգնության արդյունավետության տնտեսական գնահատման համար:

Սիրտանոթային հիվանդությունները շարունակում են մնալ հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառն աշխարհում, ամեն տարի խլելով մոտ 17 միլիոն կյանք [78, 129]: Սրտամկանի ինֆարկտը սիրտանոթային հիվանդություններով տառապող հիվանդների մահվան առաջատար պատճառներից մեկն է [17]:

Սրտամկանի ինֆարկտը հիվանդների մեծամասնության համար հզոր հոգետրավմատիկ գործոն է և հաճախ ուղեկցվում է տագնապով և դեպրեսիվ խանգարումներով [136]:

Վերջին տարիներին առավել մեծ ուշադրություն է հատկացվում սիրտանոթային հիվանդություններով տառապող հիվանդների ԿՌ-ի գնահատմանը [87]:

Բազմիցս ապացուցվել է, որ առկա գործիքային պարամետրերից և ոչ մեկը, այդ թվում ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ սրտի գործունեության հետազոտությունը, սրտամականի կծկողականությունն ու կորոնար անոթների ստենոզը իրենք իրենցով չեն տալիս ամբողջական տեղեկություն պացիենտի վերաբերյալ: Բացի այդ հայտնի է, որ հիվանդների ԿՈ-ի գնահատումը կարևոր ինտեգրալ և անկախ ցուցանիշ է սիրտանոթային համակարգի հիվանդների բուժման արդյունավետությունն ու հիվանդության ընթացքի ծանրությունը գնահատելու համար [95]:



## ԳԼՈՒԽ 2.

### ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հետազոտությունը անց է կացվել 2012-2016թթ. ժամանակահատվածում ԵՊԲՀ առողջապահության կառավարման և տնտեսագիտության ամբիոնում: Հետազոտության կազմակերպման ծրագիրը քննարկվել և երաշխավորվել է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի էթիկայի կոմիտեի նիստում:

Հետազոտության անցկացման համար բազա են հանդիսացել Շիրակի մարզի 11 ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և 5 հիվանդանոցային բուժհաստատություն: Հետազոտության մեջ ներառվելու չափանիշ է հանդիսացել պացիենտների տեղեկացված համաձայնությունը:

Հետազոտության դիզայնը՝ բազմակենտրոն առաջընթաց դիտական (observational) հետազոտություն:

Հետազոտության ընթացքում օգտագործվել են մի շարք պաշտոնական նյութեր և փաստաթղթեր.

- տվյալներ, տրամադրված Ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից՝ Շիրակի մարզի բնակչության թվաքանակի վերաբերյալ,
- տվյալներ, տրամադրված ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտի տեղեկատվավերլուծական կենտրոնի կողմից՝ Շիրակի մարզում և ՀՀ-ում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների (ՀՄԴ-10-ին համապատասխան) վերաբերյալ,
- տվյալներ, տրամադրված պետական առողջապահական գործակալության կողմից առողջապահական համակարգի և Շիրակի մարզի առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման, պետական պատվերի շրջանակներում սպասարկված դեպքերի և ուղեգրումների վերաբերյալ:

Հետազոտության կազմակերպման ժամանակ կիրառված հիմնական նյութերի ընդհանուր նկարագիրը ներկայացված է աղ. 1-ում:

## Առաջնային և երկրորդային ուսումնասիրման նյութերը

|     | Ուսումնասիրության նյութը                                                   | Հետազոտության ծավալ և ժամանակագրություն        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1.  | Առողջություն և առողջապահություն վիճակագրական տեղեկագրեր                    | 2012-2015թթ.                                   |
| 2.  | ՀՀ Շիրակի մարզի առողջապահական համակարգի գործունեության վիճակագրական քարտեզ | 2012-2015թթ                                    |
| 3.  | ՀՀ առողջապահության ազգային հաշիվներ                                        | 2012-2015թթ.                                   |
| 4.  | ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալություն տվյալների բազա                 | 2012-2016թթ.                                   |
| 5.  | Բուժօգնության որակից բնակչության բավարարվածության գնահատում                | n= 500                                         |
| 6.  | SF-12 միջազգային թեստ                                                      | n= 726                                         |
| 7.  | Սիեթյան թեստ                                                               | n= 265                                         |
| 8.  | Մինեսոթյան թեստ                                                            | n= 264                                         |
| 9.  | Սուրբ Գևորգի շնչառական թեստ                                                | n= 202                                         |
| 10. | Համալիր սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտության հարցաթերթ                            | n= 529 (ամբուլատոր քարտ/հիվանդության պատմագիր) |

**Գործիքներ***Բուժօգնության որակի գնահատում*

Հետազոտության ընթացքում կատարվել է մատուցված ծառայություններից պացիենտների բավարարվածության գնահատում՝ որպես բուժօգնության որակի արդյունքային բաղադրիչի: Պացիենտներին մատուցված ծառայություններից բավարարվածության մակարդակը գնահատվել է սոցիոլոգիական հարցման մեթոդով (հավելված 1): Հետազոտության շրջանակներում պատահական ընտրանքով բաժանվել է 550 հարցաթերթ, իսկ վերջնական մշակման ենթարկվել՝ 500-ը: Հարցաթերթն իր մեջ ներառում է 47 հարց և կազմված է ընդհանուր տեղեկատվական մասից, բժշկա-

կան օգնության հասանելիության, բժշկական օգնության որակից բավարարվածության և բժշկական օգնության տեղեկացվածության ուսումնասիրության ենթաբաժիններից:

#### *ԿՈ-ի գնահատում*

Հետազոտության ընթացում օգտագործվել են ԿՈ-ի գնահատման ընդհանուր և սպեցիֆիկ թեստեր.

1. Շիրակի մարզում քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՈ-ի գնահատում Մինեսոթյան թեստի (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire MLHFQ) օգնությամբ (սպեցիֆիկ) (n= 264) (հավելված 2),
2. Շիրակի մարզում սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի գնահատում Սիեթլյան թեստի (Seattle Angina Questionnaire SAQ) օգնությամբ (սպեցիֆիկ) (n= 265) (հավելված 3),
3. Շիրակի մարզի ազգաբնակչության ԿՈ-ի գնահատում SF-12 միջազգային թեստի օգնությամբ (ընդհանուր) (n= 726) (հավելված 4),
4. Շիրակի մարզում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններով և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՈ-ի գնահատում Սուրբ Գևորգի շնչառական թեստի (ST George's Respiratory Questionnaire - SGRQ) օգնությամբ (սպեցիֆիկ) (n= 202) (հավելված 5):

**SF-12 թեստը** (The Short Form-12) ոչ սպեցիֆիկ թեստ է պացիենտների ԿՈ-ը գնահատելու համար [128]: Այն մեծ կիրառում ունի Եվրոպայում և ԱՄՆ-ում: SF-12-ը կազմված է 12 հարցից, որոնք խմբավորված են 8 սանդղակի մեջ: ԿՈ-ը գնահատվել է բալերով: Յուրաքանչյուր սանդղակ գնահատվել է 0-100 բալի սահմաններում: Բարձր գնահատականը ցույց է տալիս ԿՈ-ի ավելի բարձր մակարդակ: Քանակապես գնահատվել են ԿՈ-ի հետևյալ չափանիշները՝

1. ֆիզիկական գործունեություն (**Physical Functioning - PF**) արտահայտում է, թե որքանով է անձի ֆիզիկական վիճակը սահմանափակում ֆիզիկական ակտիվության կատարմանը (ինքնասպասարկում, քայլք, աստիճաններ բարձրանալ, ծանրության տեղափոխում և այլն): Այս սանդղակի ցածր ցուցանիշները վկայում են այն մասին, որ

առողջական վիճակով պայմանավորված զգալիորեն սահմանափակվում է հիվանդի ֆիզիկական ակտիվությունը:

2. Դերային ֆիզիկական գործունեություն (**Role-Physical Functioning - RP**) արտացոլում է ֆիզիկական վիճակի ազդեցությունն առօրյա դերային գործունեության վրա (աշխատանք, առօրեական աշխատանքների կատարում): Այս սանդղակի ցածր ցուցանիշները վկայում են այն մասին, որ առողջական վիճակով պայմանավորված զգալիորեն սահմանափակվում է հիվանդի ամենօրյա դերային գործունեությունը:

3. Ցավի ինտենսիվություն (**Bodily pain - BP**) արտացոլում է ցավի ազդեցությունը առօրյա գործունեությամբ զբաղվելու կարողության վրա, ներառյալ ներտնային աշխատանքների կատարումը: Այս սանդղակի ցածր ցուցանիշները վկայում են այն մասին, որ ցավը զգալիորեն սահմանափակում է պացիենտի ակտիվությունը:

4. Ընդհանուր առողջություն (**General Health - GH**) արտացոլում է տվյալ պահին հիվանդի սեփական առողջական վիճակի և բուժման հեռանկարների գնահատումը: Որքան ցածր է ցուցանիշը, այնքան ցածր է գնահատվում ընդհանուր առողջական վիճակը:

5. Կենսունակություն (**Vitality - VT**) արտացոլում է ուժ ու եռանդով լցված լինելու կամ ընդհակառակը՝ հոգնածության զգացումը: Ցածր միավորները վկայում են պացիենտի կենսունակության անկման և հոգնածության մասին:

6. Սոցիալական գործունեություն (**Social Functioning - SF**), արտացոլում է ֆիզիկական կամ էմոցիոնալ վիճակով պայմանավորված հասարակական գործունեության (հաղորդակցություն) սահմանափակումը: Ցածր միավորները ցույց են տալիս, որ ֆիզիկական կամ էմոցիոնալ վիճակի վատթարացմամբ պայմանավորված զգալիորեն սահմանափակվում են պացիենտի սոցիալական շփումներն ու հաղորդակցության մակարդակը:

7. Դերային էմոցիոնալ գործունեություն (**Role-Emotional - RE**) արտացոլում է հոգեվիճակով պայմանավորված աշխատանքի կամ այլ առօրեական գործունեության կատարումը (ներառյալ աշխատանքի կատարման համար ծախսվող ժամանակ, աշխատանքի ծավալ, որակ և այլն): Ցածր միավորները ցույց են տալիս, որ հոգեվիճակի

վատթարացմամբ պայմանավորված զգալիորեն սահմանափակվում է պացիենտի առօրյա գործունեությունը:

8. Հոգեկան առողջություն (**Mental Health - MH**), արտացոլում է տրամադրությունը, դեպրեսիայի առկայությունը, անհանգստությունը, ընդհանուր դրական հույզերը: Ցածր միավորները փաստում են դեպրեսիայի, անհանգստության առկայությունը:

Վերոնշյալ ցուցանիշներից (կշռված միջինով) ձևավորվում է առողջական վիճակի 2 պարամետր՝ առողջական վիճակի հոգեբանական (Mental Health – MH) և ֆիզիկական (Physical health – PH) բաղադրիչները՝

➤ Առողջության ֆիզիկական բաղադրիչ՝ (Physical health - PH)

- ✓ ֆիզիկական գործունեություն,
- ✓ դերային ֆիզիկական գործունեություն,
- ✓ ցավի ինտենսիվություն,
- ✓ ընդհանուր առողջություն:

➤ Առողջության հոգեկան բաղադրիչ՝ (Mental Health - MH)

- ✓ կենսունակություն,
- ✓ սոցիալական գործունեություն,
- ✓ դերային էմոցիոնալ գործունեություն,
- ✓ հոգեկան առողջություն:

**Սիեթլյան թեստը** (Seattle Angina Questionnaire SAQ) կազմված է 19 հարցից, որոնք բաժանվում են 5 սանդղակի և վերաբերում են սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտներիի ԿՈ-ի առավել կարևոր ասպեկտների գնահատմանը՝

- ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանափակում (PL- Physical limitation),
- նոպաների կայունություն (AS - Angina stability),
- նոպաների հաճախականություն (AF- Angina frequency),
- բուժումից բավարարվածություն (TS-Treatment satisfaction),
- հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք (DP- Disease perception):

Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանափակում սանդղակին համապատասխանում են թեստի առաջին 9-ը հարցերը, նոպաների կայունության սանդղակին՝

10-րդ հարցը, նոպաների հաճախականության սանդղակին՝ 11-րդ և 12-րդ հարցերը, բուժումից բավարարվածության սանդղակին՝ 13-16-րդ հարցերը, հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունքի սանդղակին՝ 17-19-րդ հարցերը:

Յուրաքանչյուր սանդղակ գնահատվել է 0-100%-ի սահմաններում: Ընդ որում, որքան բարձր է ցուցանիշը, այնքան բարձր է գնահատվում ԿՈ-ը:

**Մինեսոթյան թեստը** (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire - MLHFQ) մշակվել է 1984թ-ին [126] և սրտաբանական պրոֆիլի պացիենտների ԿՈ-ի գնահատման սպեցիֆիկ թեստ է, որը համարվում է «ոսկե ստանդարտ»: Թեստը կազմված է 21 պնդումից, որոնք նկարագրում են քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ հիվանդի ԿՈ-ի առանձնահատկությունները վերջին մեկ ամսվա ընթացքում: Յուրաքանչյուր պնդման համար կիրառվում է Լիկերտի 6 բալային սանդղակը, որտեղ 0-ն (ընդհանրապես ոչ) հնարավոր նվազագույն, իսկ 5-ը (չափազանց շատ)՝ առավելագույն արժեքն է: Ընդ որում, որքան ցածր է միավորը, այնքան բարձր է ԿՈ-ը:

Ընդհանուր բալը 21 պնդումից ստացված բալերի հանրագումարն է: Բացի ընդհանուր բալից կարելի է հաշվարկել ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչները.

1. Ֆիզիկական բաղադրիչը ենթադրում է 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13 պնդումների հանրագումար (նվազագույն 0, առավելագույնը 40 միավոր),
2. Էմոցիոնալ բաղադրիչը ենթադրում է 17, 18, 19, 20, 21 պնդումների հանրագումար (նվազագույն 0, առավելագույնը 25 միավոր),
3. Սոցիալական բաղադրիչը ենթադրում է 1, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16 պնդումների հանրագումար (նվազագույն 0, առավելագույնը 40 միավոր):

**Սուրբ Գևորգի շնչառական թեստը** (ST George's Respiratory Questionnaire - SGRQ) նախատեսված է բրոնխիալ ասթմայով և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ պացիենտների ԿՈ-ի և առողջության գնահատման համար: Այն կիրառելի է նաև բրոնխիտների դեպքում, ինչպես նաև հաջողությամբ օգտագործվում է կիֆոսկոլիոզով և սարկոիդոզով պացիենտների շրջանում: Թեստը բաղկացած է երկու մասից: Առաջին մասն արտացոլում է ախտանիշներ սանդղակը, իսկ երկրորդ մասը՝ գործունեություն և ազդեցություն սանդղակները [113]:

SGRQ- ի համար հաշվարկվում են երեք բաղադրիչներ՝

- ✓ Ախտանիշներ (Symptoms) - ցույց է տալիս է շնչառական ախտանիշների ազդեցությունը, դրանց հաճախականությունը և ծանրությունը,
- ✓ Գործունեություն (Activity) – ցույց է տալիս այն գործունեությունները, որոնք առաջանում կամ սահմանափակվում են հևոցի հետևանքով,
- ✓ Ազդեցություններ (Impacts) – իր մեջ ներառում է մի շարք ասպեկտներ, որոնք վերաբերում են շնչառական համակարգի հիվանդության հետևանքով առաջացող սոցիալական և հոգեբանական գործունեության սահմանափակումներին:

Բացի այս երեք սանդղակներից հաշվարկվում է նաև ընդհանուր միավորը (TS), որը ցույց է տալիս ընդհանուր առմամբ հիվանդության ազդեցությունը: Յուրաքանչյուր սանդղակ ցույց է տալիս ընդհանուր ազդեցության տեսակարար կշիռը (%) որտեղ 100-ն արտացոլում է առողջության հնարավոր վատագույն, իսկ 0-ն՝ լավագույն կարգավիճակը:

Հետազոտության առաջին փուլում համագործակցել ենք University of Minnesota ինստիտուտի և թեստերի հեղինակների հետ: Ստացվել է թույլտվություն ՀՀ-ում թեստը կիրառելու վերաբերյալ (License Agreement #6327-սմո):

Հետազոտության երկրորդ փուլում ստեղծվել է թեստերի հայերեն տարբերակը: Հայերեն տարբերակի ստեղծումն ըստ միջազգային պահանջների անցել է անհրաժեշտ փուլեր:

ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության նշանակալիությունը գնահատման 100 բալային սանդղակների համար կատարվել է ըստ Osoba-ի կողմից առաջարկվող մեթոդաբանության [131].

- ✓ մինչև 5 բալ - ոչ նշանակալի փոփոխություն,
- ✓ 5-10 բալ – թույլ փոփոխություն,
- ✓ 10-20 բալ - միջին ուժգնության փոփոխություն
- ✓ 20 և ավելի բալ - ուժգին փոփոխություն:

Բուժօգնության ցուցաբերման գործընթացի կազմակերպման և բուժօգնության բարելավման վրա առավել նշանակալի ազդեցություն ունեցող հիվանդությունների

դասերի ընտրության համար (ըստ ՀՄԴ 10-ի) իրականացվել է կլաստերային վերլուծություն:

Տարբերակում ենք կլաստերային վերլուծության 3 մոտեցում [18]՝

- Հիերարխիկ ագլոմերատիվ մեթոդ (tree clustering),
- K-միջինների կլաստերացում (K-means clustering),
- Երկկողմանի միավորում (Two-way joining):

Մեր կողմից կատարվող հետազոտության շրջանակներում կատարվել է հիերարխիկ ագլոմերատիվ կլաստերային վերլուծություն, որի ընթացքում որպես թիրախային խմբեր ընտրվել են հիվանդությունների դասերն ըստ ՀՄԴ 10-րդ դասակարգման և նրանց բնութագրող մի շարք փոփոխականներ՝ ռեսուրսներով ապահովվածություն, կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացություն, հիվանդելիություն, մահացություն, ՊՆԾ-ի շրջանակներում հատկացված ֆինանսական միջոցներ, ՊՆԾ-ի շրջանակներում սպասարկված դեպքեր, առաջնային հաշմանդամություն և այլն: Վիճակագրական մշակման ընթացքում կատարվել է փոփոխականների միջին թվաքանականի (M) և ստանդարտ շեղման (SD) հաշվարկում, որոնց հիման վրա կատարվել է ցուցանիշների ստանդարտացում (z scores): Ցուցանիշների ստանդարտացումից հետո հաշվարկվել է կլաստերների միջև եղած հեռավորությունը (Էվկլիդյան հեռավորություն), որի հիման վրա կատարվել է կլաստերների խմբավորում:

Կատարված քայլերի հաջորդականությունը ներկայացված է ստորև.

1. Էվկլիդային հեռավորությունը (յուրաքանչյուր հատկանիշի հեռավորությունը նորմալից) հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով.

$$r_{pq} = \sqrt{\sum_{j=1}^k d_{jpq}^2},$$

որտեղ k-ն կլաստերների թիվն է, j-ն կլաստերի հերթական համարը:

2. Ընտրվել է ամենափոքր հեռավորությունը:
3. Էվկլիդային ամենափոքր հեռավորություն ունեցող միավորները խմբավորվել են մեկ կլաստերի մեջ:



4. Միավորված կլաստերների ներսում խմբավորված հատկանիշների համար կատարվել է նոր միջին թվաբանականի հաշվում:
5. Հատկանիշների նորմավորման նոր տարբերությունների հաշվարկ:
6. Միավորված կլաստերների մյուս կլաստերներից էվկլիդային հեռավորության հաշվարկ:
7. Ամենափոքր էվկլիդային հեռավորության հաշվարկ:

Կլաստերների քանակի որոշումը կատարվում է ըստ համապատասխան ֆունկցիայի փոփոխության, մասնավորապես, միջին քառակուսային շեղումների հանրագումարով.

$$E_j = \sum_{i=1}^n r_{ij}^2 - \frac{1}{n} \left( \sum_{i=1}^n r_{ij} \right)^2$$

որտեղ՝  $r_{ij}$ -ն փոփոխականների միջև կորելացիայի գործակիցն է:

Խմբավորմանը զուգահեռ դիտվում է E-ի աստիճանական աճ: Մեծության կտրուկ փոփոխությունը վկայում է կլաստերների օբյեկտիվ քանակության մասին:

Արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունների հիվանդացության կանխատեսական գնահատման նպատակով օգտագործվել է մաթեմատիկական մոդելավորում ըստ աճի միջին տեմպի մեթոդի [35].

$$y_{\text{կանխ.}} = y_0 \bar{T}, \text{ որտեղ՝}$$

$$\bar{T} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}}, \text{ աճի միջին տեմպն է նախկինում:}$$

#### *Ընտրանքի ծավալի հաշվարկ*

Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում բուժօգնության բավարարվածության և SF-12 թեստով ԿՈ-ի գնահատման դեպքում սոցիոլոգիական հարցման ընտրանքի ծավալի հաշվարկը կատարվել է հետևյալ բանաձևով՝

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{N\Delta^2 + Z_{\alpha}^2 pq}$$

$$n = \frac{193029 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{193029 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 384$$

որտեղ.

n – ընտրանքի ծավալն է (384),

N - պոպուլացիայի ծավալն է (193029),

Z $\alpha$  – հավաստիության գործակիցն է առաջին տիպի սխալի 0,05 հավանականության համար և հավասար է 1,96,

$\Delta$  - նշանակալիության մակարդակն է (ընդունված է հավասար 0,05),

p – երևույթի հանդիպման հավանականությունն է (ընդունված է հավասար 0,5, որի դեպքում n-ը ստանում է առավելագույն արժեք),

q - երևույթի բացակայության հավանականությունն է (հավասար է 1-p):

Շիրակի մարզում SAQ թեստով սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՌ-ի գնահատման դեպքում սոցիոլոգիական հարցման ընտրանքի ծավալի հաշվարկը կատարվել է՝

$$n = \frac{3950 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{3950 * 0.06^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 250$$

Շիրակի մարզում MLHFQ թեստով քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի գնահատման դեպքում սոցիոլոգիական հարցման ընտրանքի ծավալի հաշվարկը կատարվել է՝

$$n = \frac{7402 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{7402 * 0.06^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 252$$

Շիրակի մարզում Սուրբ Գևորգի շնչառական թեստով թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններով և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ի գնահատման դեպքում սոցիոլոգիական հարցման ընտրանքի ծավալի հաշվարկը կատարվել է՝

$$n = \frac{1667 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{1667 * 0.07^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 184$$

#### *Վիճակագրական մշակում*

Excel for Windows ծրագրային փաթեթի օգնությամբ ստեղծվել է տվյալների բազա: Վիճակագրական նյութի վերլուծության և գնահատման համար կիրառվել են հետևյալ

վիճակագրական մեթոդները. միջին և հարաբերական ցուցանիշների հաշվարկ, դրանց հավաստիության գնահատում՝ կիրառելով Independent Sample Test, կորելյացիոն վերլուծություն:

Դիտողության միավորը բնութագրող քանակական թվերը ամփոփվել են միջին թվաբանականով, միջին ցուցանիշով, ստանդարտ շեղումով և ստանդարտ սխալով: Ստյուդենտի t-գործակցի օգնությամբ գնահատվել է տարբերության հավաստիությունը ( $p < 0.05$ ): Երկուսից ավելի որակական ցուցանիշների միջև կախվածությունը գնահատելու համար կիրառել ենք  $\chi^2$  –ի համապատասխանության գործակցի արժեքը:

### ԳԼՈՒԽ 3.

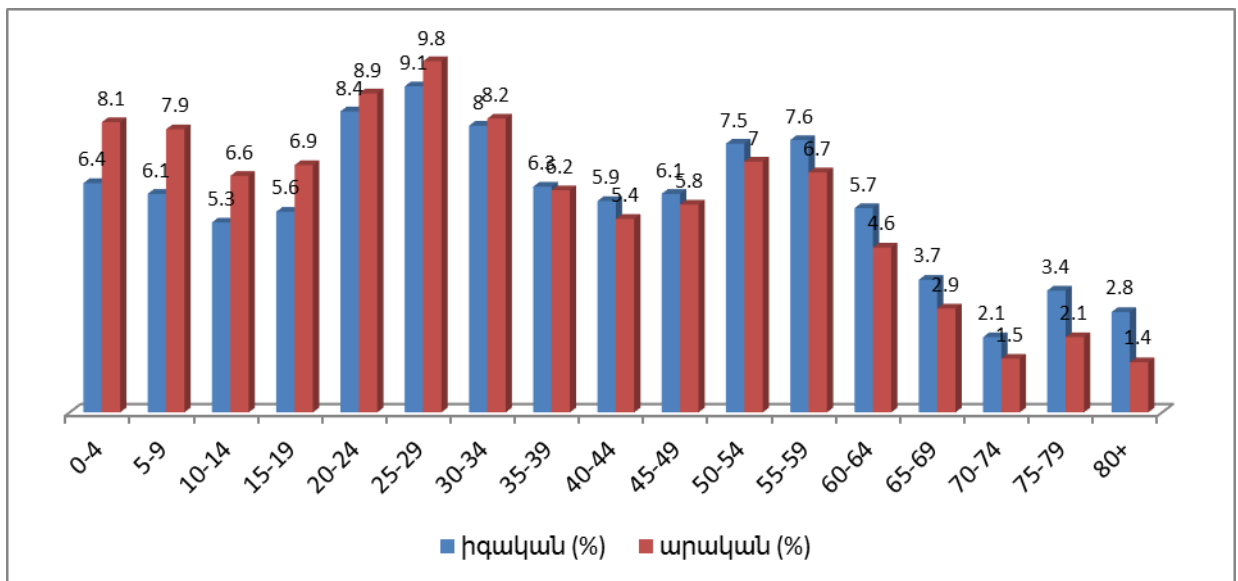
#### ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

##### 3.1. Շիրակի մարզի բնակչության առողջության բնութագիրն ու առողջապահական ռեսուրսները

ՀՀ Շիրակի մարզը ՀՀ վարչատարածքային առանձին միավոր է, որը տեղակայված է ՀՀ հյուսիս-արևմտյան հատվածում, ընդհանուր մակերեսը կազմում է 2681.0 քառ. կմ՝ զբաղեցնելով ՀՀ տարածքի 9,0%-ը: Ազգաբնակչության թվաքանակը 2016թ. հունվարի 1-ի դրությամբ կազմել է 243.2 հազար մարդ՝ կազմելով ՀՀ ազգաբնակչության 8.1%-ը: Շիրակի մարզի բնակչության 58.4%-ը քաղաքայիններ են, իսկ 41.6%-ը՝ գյուղացիներ: 2016թ-ի հունվարի մեկի դրությամբ բնակչության բացարձակ թիվը 2013-ի հունվարի մեկի համեմատ նվազել է 7.9 հազարով, որը կազմում է 3,2%:

Շիրակի մարզի բնակչության սեռա-տարիքային կազմը 2016թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ներկայացված է գծ. 1-ում:

Ինչպես երևում է գծ. 1-ից 0-34 տարիքային խմբում արական սեռի տեսակարար կշիռը գերազանցում է իգականին, ինչն ընդգծված ձևով արտացոլվում է 0-19 տարիքային խմբում: 35-ից սկսած դիտվում է հակադարձ պատկերը՝ իգական սեռի տեսակարար կշիռը գերազանցում է արականին:



**Գծապատկեր 1.** Շիրակի մարզի մշտական բնակչության կազմն (%) ըստ տարիքային խմբերի (2016թ. հունվարի 1-ի դրությամբ)

Շիրակի մարզում ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում դիտվել է ամուսնությունների բացարձակ թվի նվազեցում և միաժամանակ ամուսնալուծությունների աճ՝ պահպանելով ՀՀ-ում դիտվող հիմնական օրինաչափությունները (աղ. 2):

## Աղյուսակ 2

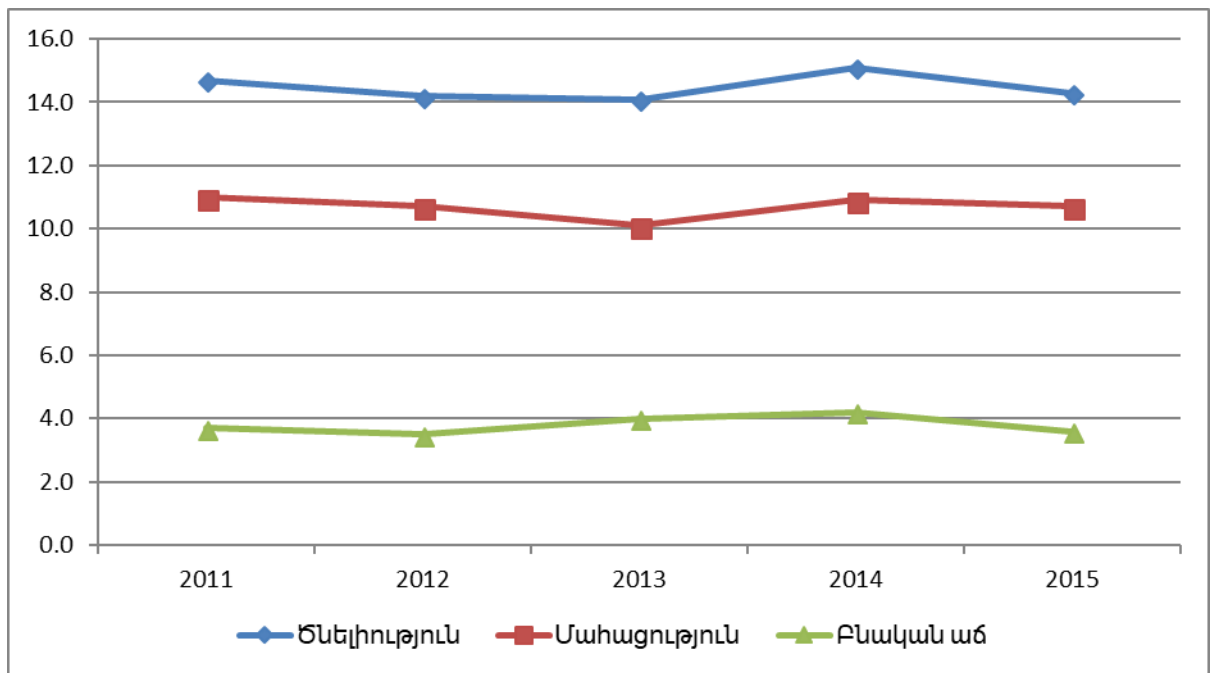
Ամուսնությունների և ամուսնալուծությունների դինամիկան 2012-2015թթ.

(2011թ-ը դիտարկել է որպես ելակետ)

| Տարեթիվ               |             | 2011թ.<br>% | 2012թ.<br>% | 2013թ.<br>% | 2014թ.<br>% | 2015թ.<br>% |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ամուսնություններ      | ՀՀ          | 100         | 96.7        | 93.2        | 96.0        | 89.3        |
|                       | Շիրակի մարզ | 100         | 89.1        | 86.1        | 94.8        | 81.4        |
| Ամուսնալուծություններ | ՀՀ          | 100         | 101.9       | 117.8       | 141.0       | 115.1       |
|                       | Շիրակի մարզ | 100         | 97.5        | 118.4       | 176.2       | 109.6       |

2011-2015թթ. ժամանակահատվածում Շիրակի մարզում դիտվել է ծնելիության ցուցանիշի նվազեցում, բացառությամբ 2014թ-ի, երբ գրանցվել է ծնելիության ցուցանիշի աճ 2.7%-ով: Ընդհանուր առմամբ, 2015թ-ին ծնելիության ցուցանիշը նվազել է 2011-ի համեմատ 2.7%-ով, իսկ 2014-ի համեմատ՝ 5.3%-ով: Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում Շիրակի մարզում դիտվել է մահացության ցուցանիշի դինամիկ նվազեցում. 2015թ-ին այն նվազել է 2011-ի համեմատ 2.7%-ով (գծ. 2): 2013 և 2014թ-ին դիտվել է բնական աճի ցուցանիշի աճ 2011-ի համեմատ:

Ինչպես երևում է աղ. 3-ում ներկայացված տվյալներից 2015թ-ին Շիրակի մարզում 2013-ի համեմատ արձանագրվել է ծնելիության ցուցանիշի աճ 0.9%-ով և նվազեցում 2014-ի համեմատ 3.25%-ով: Միջին հանրապետական ցուցանիշի դեպքում 2015-ին 2013-ի համեմատ աճը կազմել է 0.5%, իսկ նվազեցումը 2014-ի համեմատ՝ 2.66%-ով: Ծնելիության ցուցանիշը Ախուրյանում (16.8) և Աշոցքում (15.7) բարձր է համեմատաժ միջին մարզային ցուցանիշի հետ (14.27), իսկ Արթիկում (13.08) և Գյումրիում (13.71)՝ ցածր: Ընդհանուր առմամբ, մարզում ծնելիության ցուցանիշը 2.66%-ով բարձր է՝ համեմատաժ միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ:



**Գծապատկեր 2.** Հիմնական դեմոգրաֆիկ ցուցանիշների դինամիկան Շիրակի մարզում (2012-2015թթ., հաշվարկված 1000 բնակչի հաշվով)

### Աղյուսակ 3

Շիրակի մարզի բնակչության ծնելիության ցուցանիշի (%) դինամիկա (2013-2015թթ.)

| Տարածաշրջան | 2013թ. |       | 2014թ. |       | 2015թ. |       |
|-------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|             | բ.թ.   | %     | բ.թ.   | %     | բ.թ.   | %     |
| ՀՀ          | 41790  | 13.83 | 43031  | 14.28 | 41763  | 13.90 |
| ՇԻՐԱԿ       | 3531   | 14.14 | 3726   | 15.06 | 3492   | 14.27 |
| Ամասիա      | 109    | 17.30 | 108    | 16.88 | 88     | 13.97 |
| Անի         | 300    | 15.71 | 346    | 18.12 | 288    | 15.08 |
| Արթիկ       | 644    | 12.06 | 732    | 13.92 | 676    | 13.08 |
| Ախուրյան    | 701    | 17.02 | 711    | 17.47 | 672    | 16.80 |
| Աշոցք       | 162    | 17.61 | 156    | 16.96 | 146    | 15.70 |
| Գյումրի     | 1615   | 13.39 | 1673   | 14.01 | 1622   | 13.71 |

Ինչպես երևում է աղ. 4-ում ներկայացված տվյալներից 2015թ.-ին Շիրակի մարզում մահացության ցուցանիշն աճել է համեմատած 2013-ի հետ, նվազել՝ համեմատած 2014-ի հետ: Շիրակի մարզում մահացության ցուցանիշը (10.68%) բարձր է համեմատած միջին հանրապետականի հետ (9.28%) 15.1%-ով: Մարզում մահացության ցուցանիշը բարձր է Գյումրիում (12.60%), իսկ ցածր՝ Ամասիայում (7.80%) և Արթիկում (8.26%):

## Աղյուսակ 4

Շիրակի մարզի բնակչության մահացության ցուցանիշները (2013-2015թթ.)

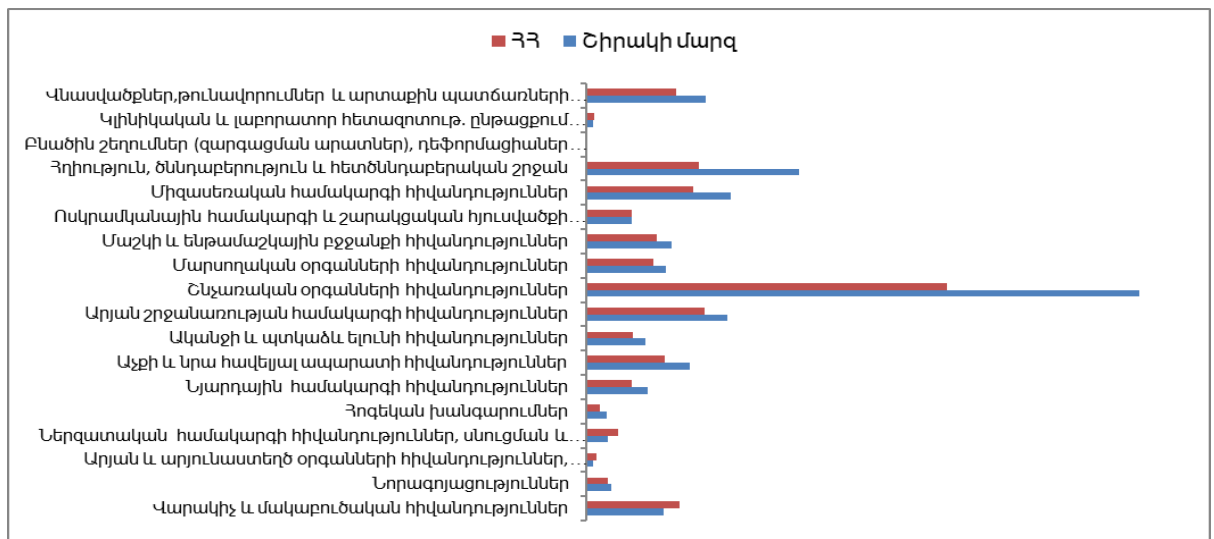
| Տարածաշրջան | 2013թ. |       | 2014թ. |       | 2015թ. |       |
|-------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|             | բ.թ.   | ‰     | բ.թ.   | ‰     | բ.թ.   | ‰     |
| ՀՀ          | 27196  | 9.00  | 27714  | 9.20  | 27878  | 9.28  |
| ՇԻՐԱԿ       | 2534   | 10.14 | 2699   | 10.91 | 2613   | 10.68 |
| Ամասիա      | 47     | 7.46  | 43     | 6.72  | 46     | 7.80  |
| Անի         | 173    | 9.06  | 181    | 9.48  | 163    | 8.53  |
| Արթիկ       | 424    | 7.94  | 436    | 8.29  | 427    | 8.26  |
| Ախուրյան    | 348    | 8.45  | 400    | 9.83  | 399    | 9.98  |
| Աշոցք       | 78     | 8.48  | 80     | 8.70  | 88     | 9.46  |
| Գյումրի     | 1464   | 12.14 | 1559   | 13.06 | 1490   | 12.60 |

Ըստ սեռի ծնելիության առանձնահատկությունների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում պահպանվել են հիմնական հանրապետական օրինաչափությունները: Այսպես, 2014թ-ին Շիրակի մարզում սեռերի փոխհարաբերության ցուցանիշը բարձր է եղել (100 աղջկա դիմաց 120 տղա), իսկ 2015-ին ցածր՝ համեմատած միջին հանրապետականի հետ (100 աղջկա դիմաց 110 տղա) (աղ. 5):

## Աղյուսակ 5

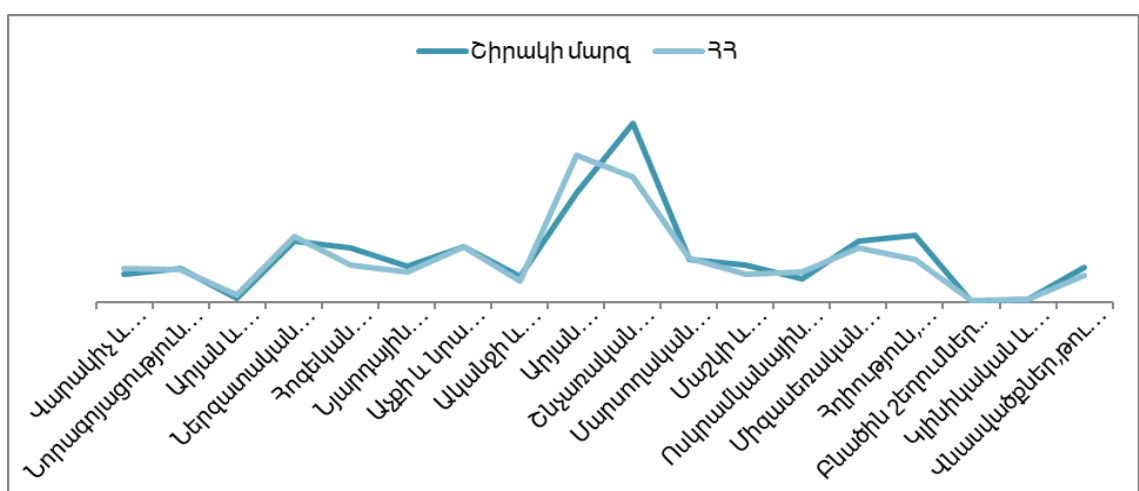
Շիրակի մարզի բնակչության ծնելիության առանձնահատկություններն ըստ սեռի

| Տարածաշրջան | 2014թ.   |        |       |        |       | 2015թ.   |        |       |        |       |
|-------------|----------|--------|-------|--------|-------|----------|--------|-------|--------|-------|
|             | Ընդամենը | իգական |       | արական |       | Ընդամենը | իգական |       | արական |       |
|             |          | n      | %     | n      | %     |          | n      | %     | n      | %     |
| ՀՀ          | 43031    | 20162  | 46.9% | 22869  | 53.1% | 41763    | 19630  | 47.0% | 22133  | 53.0% |
| ՇԻՐԱԿ       | 3726     | 1695   | 45.5% | 2031   | 54.5% | 3492     | 1664   | 47.7% | 1828   | 52.3% |
| Ամասիա      | 108      | 50     | 46.3% | 58     | 53.7% | 88       | 37     | 42.0% | 51     | 58.0% |
| Անի         | 346      | 139    | 40.2% | 207    | 59.8% | 288      | 142    | 49.3% | 146    | 50.7% |
| Արթիկ       | 732      | 330    | 45.1% | 402    | 54.9% | 676      | 313    | 46.3% | 363    | 53.7% |
| Ախուրյան    | 711      | 336    | 47.3% | 375    | 52.7% | 672      | 292    | 43.5% | 380    | 56.5% |
| Աշոցք       | 156      | 64     | 41.0% | 92     | 59.0% | 146      | 87     | 59.6% | 59     | 40.4% |
| Գյումրի     | 1673     | 776    | 46.4% | 897    | 53.6% | 1622     | 793    | 48.9% | 829    | 51.1% |



**Գծապատկեր 3.** Հիմնական մարզի բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության համեմատական նկարագիրը 2015թ. (100 000 բնակչի հաշվով)

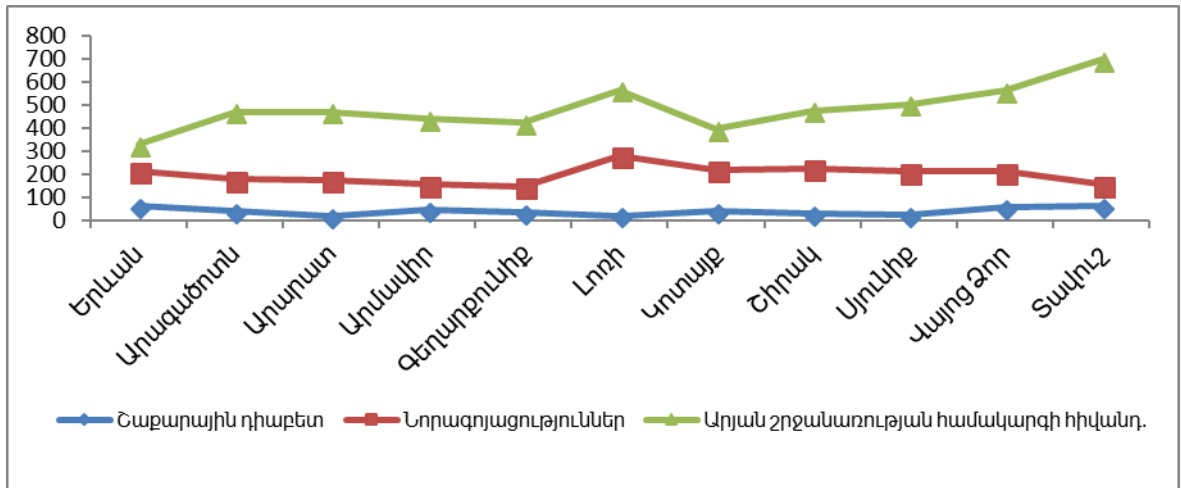
Հիմնական մարզի չափահաս բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում շնչական օրգանների հիվանդություններն են, երկրորդում՝ միզասեռական համակարգի, երրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (գծ. 3): Կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Հիմնական մարզում համեմատաբար միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ բավականին բարձր է վերը նշված դասերի հիվանդացության մակարդակը:



**Գծապատկեր 4.** Հիմնական մարզի բնակչության շրջանում ընդհանուր հիվանդացության համեմատական նկարագիրը 2015թ. (100 000 բնակչի հաշվով)



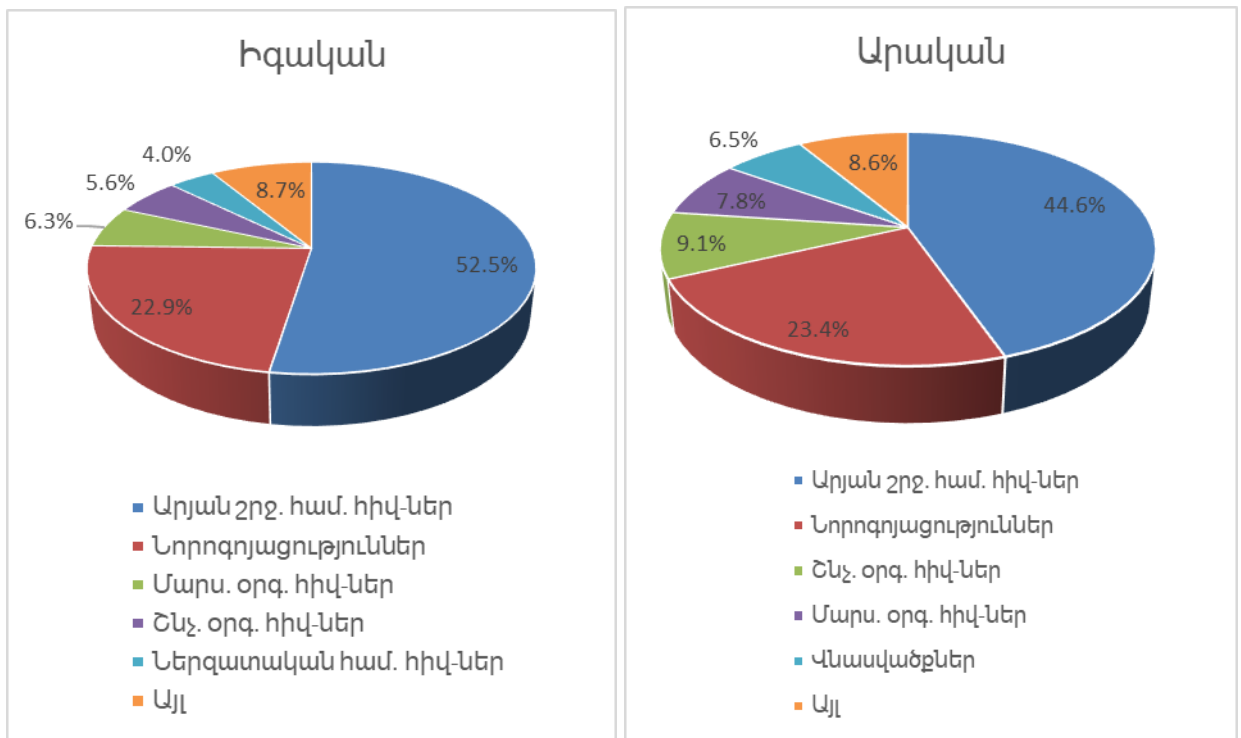
Ընդհանուր հիվանդացության համեմատական վերլուծությունը (գծ. 4) ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում՝ ի համեմատ միջին հանրապետական ցուցանիշի բավականին բարձր է «Շնչառական օրգանների հիվանդություններ» դասի հիվանդացությունը:



**Գծապատկեր 5.** ՀՀ բնակչության ընդհանուր մահացության համեմատական բնութագիրը ըստ մարզերի (2015թ.)

Գծապատկեր 5-ում ներկայացված տվյալները փաստում են, որ Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում, համեմատած այլ մարզերի, զգալիորեն բարձր է մահացությունն արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից, իսկ շաքարային դիաբետից մահացությունը Լոռու մարզից հետո ամենացածրն է:

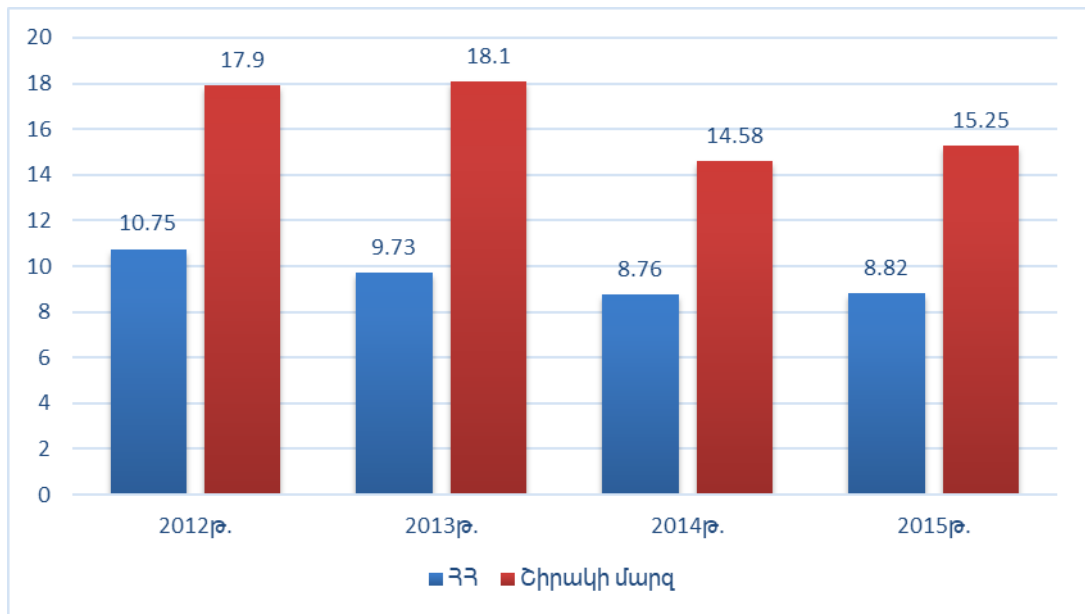
Շիրակի մարզի բնակչության՝ ըստ սեռի մահացության պատճառների կառուցվածքը հիմնականում համապատասխանում է ընդհանուր հանրապետականի առանձնահատկություններին: Այսպես, ընդհանուր մահացության կառուցվածքում իգական սեռի մոտ առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են, երկրորդում՝ նորագոյացությունները, երրորդում՝ մարսողական օրգանների հիվանդությունները, իսկ արական սեռի մոտ առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են, երկրորդում՝ նորագոյացությունները, երրորդում՝ շնչառական օրգանների հիվանդությունները (գծ. 6):



**Գծապատկեր 6.** Շիրակի մարզում ընդհանուր մահացության կառուցվածքն ըստ սեռի (2015թ.)

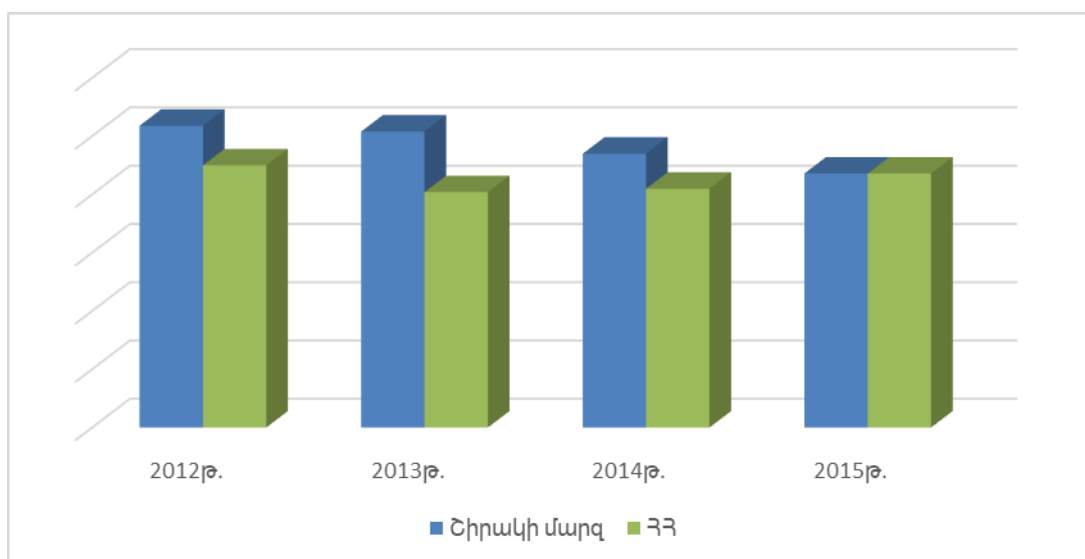
Պետք է նշել, որ այս օրինաչափությունները պահպանվել են 2012-2015թթ. ժամանակահատվածում:

Ըստ ԱՀԿ-ի երկրի սոցիալ-տնտեսական մակարդակը և առողջապահական համակարգի զարգացման վիճակը բնութագրող կարևոր ինդիկատորներ են մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները: Այդ ցուցանիշները նաև բնակչության սոցիալական կարգավիճակը բնութագրող ամենազգայուն ցուցանիշներն են, ինչպես նաև հնարավորություն են տալիս ընդհանրապես գնահատել երկրի սոցիալական քաղաքականության արդյունավետությունը: Շիրակի մարզում 2012-2015թթ. ժամանակահատվածում արձանագրվել է մայրական մահացության 1 դեպք (2014թ., 24.2%), իսկ մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը թեև 2012-2015թթ. ժամանակահատվածի ընթացքում ունեցել է նվազեցման միտումներ, սակայն համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է բարձր (գծ. 7):



**Գծապատկեր 7.** Մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացությունը  
Շիրակի մարզում համեմատած միջին հանրապետականի հետ  
(2012-2015թթ., 1000 կենդանածինի հաշվով)

Միաժամանակ հարկ է նշել, որ Շիրակի մարզում դինամիկայում դիտվում է պերինատալ մահացության դինամիկ նվազեցում 2012-2015թթ., իսկ միջին հանրապետական ցուցանիշը 2013-ից սկսած աճման միտում ունի, արդյունքում 2015թ-ին Շիրակի մարզում պերինատալ մահացության ցուցանիշը հավասարվել է միջին հանրապետական ցուցանիշին (գծ. 8):

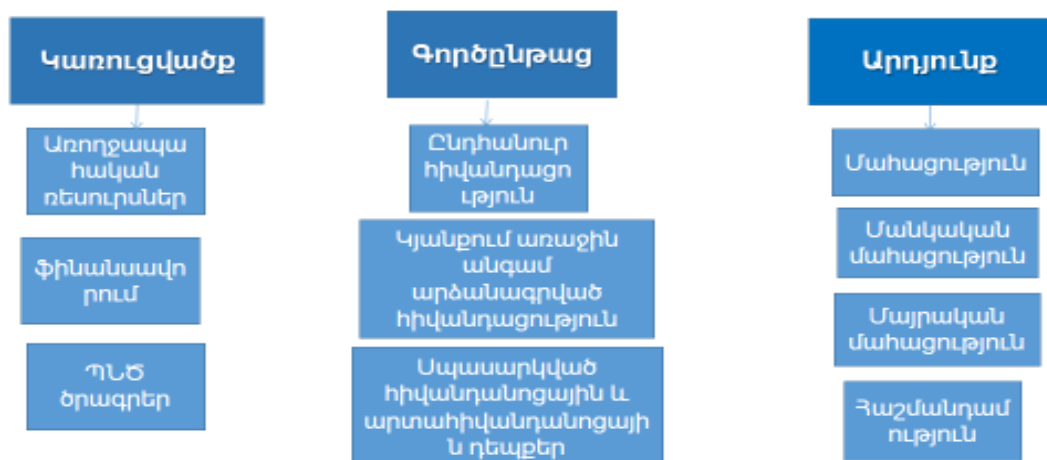


**Գծապատկեր 8.** Շիրակի մարզում պերինատալ մահացության ցուցանիշի դինամիկան  
(2012-2015թթ.)

Կարևոր հիմնախնդիր է վերարտադրողական առողջության պահպանման հիմնահարցը, այդ իսկ պատճառով անչափ կարևոր է արհեստական բժշկական վիժման հաճախականության ցուցանիշների վերլուծությունը: Այսպես, համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ (14.2), Շիրակի մարզում բավականին ցածր է 1000 ֆերտիլ հասակի կանանց հաշվով հղիության ընդհատումների թիվը (5.5), այն զիջում է միայն Վայոց Ձորի մարզին (5.3):

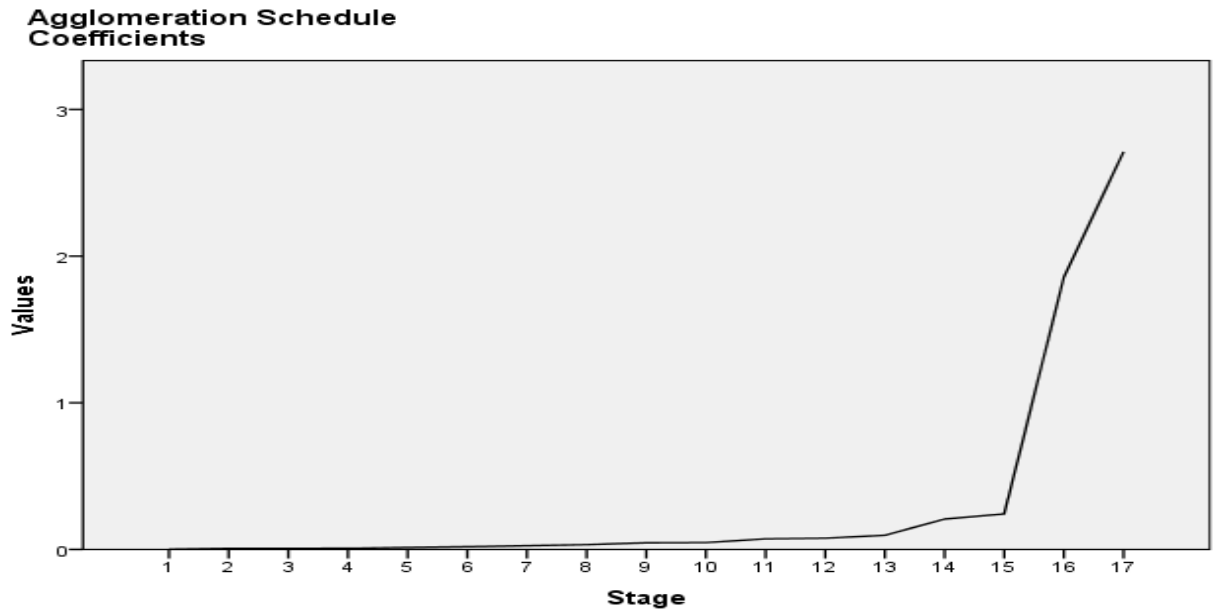
Բուժօգնության ցուցաբերման գործընթացի կազմակերպման և բուժօգնության բարելավման վրա առավել նշանակալի ազդեցություն ունեցող հիվանդությունների դասերի ընտրության համար (ըստ ՀՄԴ 10-ի) իրականացվել է կլաստերային վերլուծություն ըստ հիերարխիկ ազլումերատիվ մեթոդի: Կլաստերային վերլուծության ընթացքում վերլուծության են ենթարկվել կլաստերին բնութագրող փոփոխականները: Փոփոխականների ընտրությունը կատարվել է համաձայն Դոնաբեդյանի որակի եռաբաղադրիչ մոդելի (գծ. 9): Ըստ կլաստերային վերլուծության մեթոդաբանության կլաստերների քանակի որոշումը կատարվում է ըստ համապատասխան ֆունկցիայի փոփոխության, մասնավորապես, միջին քառակուսային շեղումների հանրագումարով: Կլաստերների խմբավորմանը զուգահեռ դիտվում է քառակուսային շեղումների հանրագումարի աստիճանական աճ: Մեծության կտրուկ փոփոխությունը վկայում է կլաստերների օբյեկտիվ քանակության մասին:

## Կլաստերային վերլուծություն



**Գծապատկեր 9.** Կլաստերներին բնութագրող փոփոխականները ըստ Դոնաբեդյանի եռաբաղադրիչ մոդելի

Մեր կողմից կատարված հետազոտության շրջանակներում օբյեկտիվ կլաստերների քանակ ընտրվել է 3-ը գծապատկեր 10-ում ներկայացված նկարագրի հիման վրա:



**Գծապատկեր 10.** Ագլոմերացիայի գրաֆիկական պատկերում

Կլաստերային վերլուծության ընթացքում հաշվարկվել է կլաստերների միջև եղած էվկլիդեսյան հեռավորությունը, ինչի հիման վրա կատարվել է կլաստերների խմբավորում (աղ. 6):

Կլաստերների միջև էվկլիդային հեռավորության հաշվարկ

Proximity Matrix

| Case                                   | Squared Euclidean Distance |                          |                           |                           |                                  |                               |                       |                            |                        |                          |                         |                                        |                          |                             |                                 |                                   |                                     |                                   |
|----------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|                                        | 1:Արյան շրջ. հիվ-ներ       | 2:Շնչառական օրգ. հիվ-ներ | 3:Սիզաստեռական հի-հիվ-ներ | 4:Սարսոռական օրգ. հիվ-ներ | 5:Վարակիչ և մակաբուժական հիվ-ներ | 6:Վնասվածքներ, թունավորումներ | 7:Նորագոյացություններ | 8:Կլինիկ-լաբ. չդասակարգված | 9:Նյարդային հի-հիվ-ներ | 10:Ներզատական հի-հիվ-ներ | 11:Գոգեկան խանցարումներ | 12:Ռ-մկանային հի-և շար. հյուս. հիվ-ներ | 13:Պերինատալ վնասվածքներ | 14:Բնածին զարգացման արատներ | 15:Անշլի և ենթ. բջջանքի հիվ-ներ | 16:Նքի և հավելյալ ապարատի հիվ-ներ | 17:Արյան և արյունատեղծ օրգ. հիվ-ներ | 18:Ականջի և պոկան. ելունի հիվ-ներ |
| 1:Արյան շրջ. հի-հիվ-ներ                | .000                       | 1.941                    | 1.938                     | 2.055                     | 2.508                            | 2.412                         | 1.991                 | 2.714                      | 2.841                  | 2.651                    | 2.727                   | 3.027                                  | 3.165                    | 3.307                       | 3.108                           | 3.084                             | 3.397                               | 3.239                             |
| 2:Շնչառական օրգ. հիվ-ներ               | 1.941                      | .000                     | 1.087                     | 1.462                     | 1.672                            | 1.507                         | 1.948                 | 2.282                      | 1.795                  | 1.699                    | 1.736                   | 2.014                                  | 1.988                    | 2.473                       | 1.851                           | 1.663                             | 2.458                               | 2.068                             |
| 3:Սիզաստեռական հի-հիվ-ներ              | 1.938                      | 1.087                    | .000                      | .055                      | .090                             | .087                          | .340                  | .293                       | .157                   | .162                     | .158                    | .215                                   | .268                     | .359                        | .216                            | .208                              | .366                                | .269                              |
| 4:Սարսոռական օրգ. հիվ-ներ              | 2.055                      | 1.462                    | .055                      | .000                      | .029                             | .022                          | .143                  | .107                       | .065                   | .070                     | .072                    | .097                                   | .159                     | .181                        | .117                            | .136                              | .193                                | .142                              |
| 5:Վարակիչ և մակաբուժական հիվ-ներ       | 2.508                      | 1.672                    | .090                      | .029                      | .000                             | .018                          | .232                  | .083                       | .025                   | .067                     | .049                    | .039                                   | .083                     | .100                        | .064                            | .098                              | .106                                | .075                              |
| 6:Վնասվածքներ, թունավորումներ          | 2.412                      | 1.507                    | .087                      | .022                      | .018                             | .000                          | .171                  | .089                       | .029                   | .061                     | .061                    | .050                                   | .072                     | .126                        | .052                            | .070                              | .129                                | .073                              |
| 7:Նորագոյացություններ                  | 1.991                      | 1.948                    | .340                      | .143                      | .232                             | .171                          | .000                  | .120                       | .229                   | .201                     | .244                    | .243                                   | .308                     | .271                        | .268                            | .301                              | .293                                | .270                              |
| 8:Կլինիկ-լաբ. չդասակարգված             | 2.714                      | 2.282                    | .293                      | .107                      | .083                             | .089                          | .120                  | .000                       | .076                   | .124                     | .124                    | .055                                   | .095                     | .039                        | .101                            | .170                              | .052                                | .077                              |
| 9:Նյարդային հի-հիվ-ներ                 | 2.841                      | 1.795                    | .157                      | .065                      | .025                             | .029                          | .229                  | .076                       | .000                   | .027                     | .020                    | .007                                   | .067                     | .060                        | .012                            | .032                              | .057                                | .020                              |
| 10:Ներզատական հի-հիվ-ներ               | 2.651                      | 1.699                    | .162                      | .070                      | .067                             | .061                          | .201                  | .124                       | .027                   | .000                     | .007                    | .052                                   | .173                     | .128                        | .050                            | .044                              | .124                                | .067                              |
| 11:Գոգեկան խանցարումներ                | 2.727                      | 1.736                    | .158                      | .072                      | .049                             | .061                          | .244                  | .124                       | .020                   | .007                     | .000                    | .042                                   | .159                     | .114                        | .049                            | .053                              | .110                                | .063                              |
| 12:Ռ-մկանային հի-և շար. հյուս. հիվ-ներ | 3.027                      | 2.014                    | .215                      | .097                      | .039                             | .050                          | .243                  | .055                       | .007                   | .052                     | .042                    | .000                                   | .050                     | .026                        | .014                            | .050                              | .023                                | .008                              |
| 13:Պերինատալ վնասվածքներ               | 3.165                      | 1.988                    | .268                      | .159                      | .083                             | .072                          | .308                  | .095                       | .067                   | .173                     | .159                    | .050                                   | .000                     | .069                        | .052                            | .103                              | .066                                | .047                              |
| 14:Բնածին զարգացման արատներ            | 3.307                      | 2.473                    | .359                      | .181                      | .100                             | .126                          | .271                  | .039                       | .060                   | .128                     | .114                    | .026                                   | .069                     | .000                        | .062                            | .129                              | .002                                | .031                              |
| 15:Անշլի և ենթ. բջջանքի հիվ-ներ        | 3.108                      | 1.851                    | .216                      | .117                      | .064                             | .052                          | .268                  | .101                       | .012                   | .050                     | .049                    | .014                                   | .052                     | .062                        | .000                            | .013                              | .052                                | .007                              |
| 16:Նքի և հավելյալ ապարատի հիվ-ներ      | 3.084                      | 1.663                    | .208                      | .136                      | .098                             | .070                          | .301                  | .170                       | .032                   | .044                     | .053                    | .050                                   | .103                     | .129                        | .013                            | .000                              | .113                                | .035                              |
| 17:Արյան և արյունատեղծ օրգ. հիվ-ներ    | 3.397                      | 2.458                    | .366                      | .193                      | .106                             | .129                          | .293                  | .052                       | .057                   | .124                     | .110                    | .023                                   | .066                     | .002                        | .052                            | .113                              | .000                                | .023                              |
| 18:Ականջի և պոկան. ելունի հիվ-ներ      | 3.239                      | 2.068                    | .269                      | .142                      | .075                             | .073                          | .270                  | .077                       | .020                   | .067                     | .063                    | .008                                   | .047                     | .031                        | .007                            | .035                              | .023                                | .000                              |

This is a dissimilarity matrix

Աղյուսակ 7-ում ներկայացված է յուրաքանչյուր դասի պատկանելիությունը համապատասխան կլաստերին՝ կախված կլաստերների քանակից (2-4): Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները առաջին կլաստերում ներառված են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները և շնչառական օրգանների հիվանդությունները:

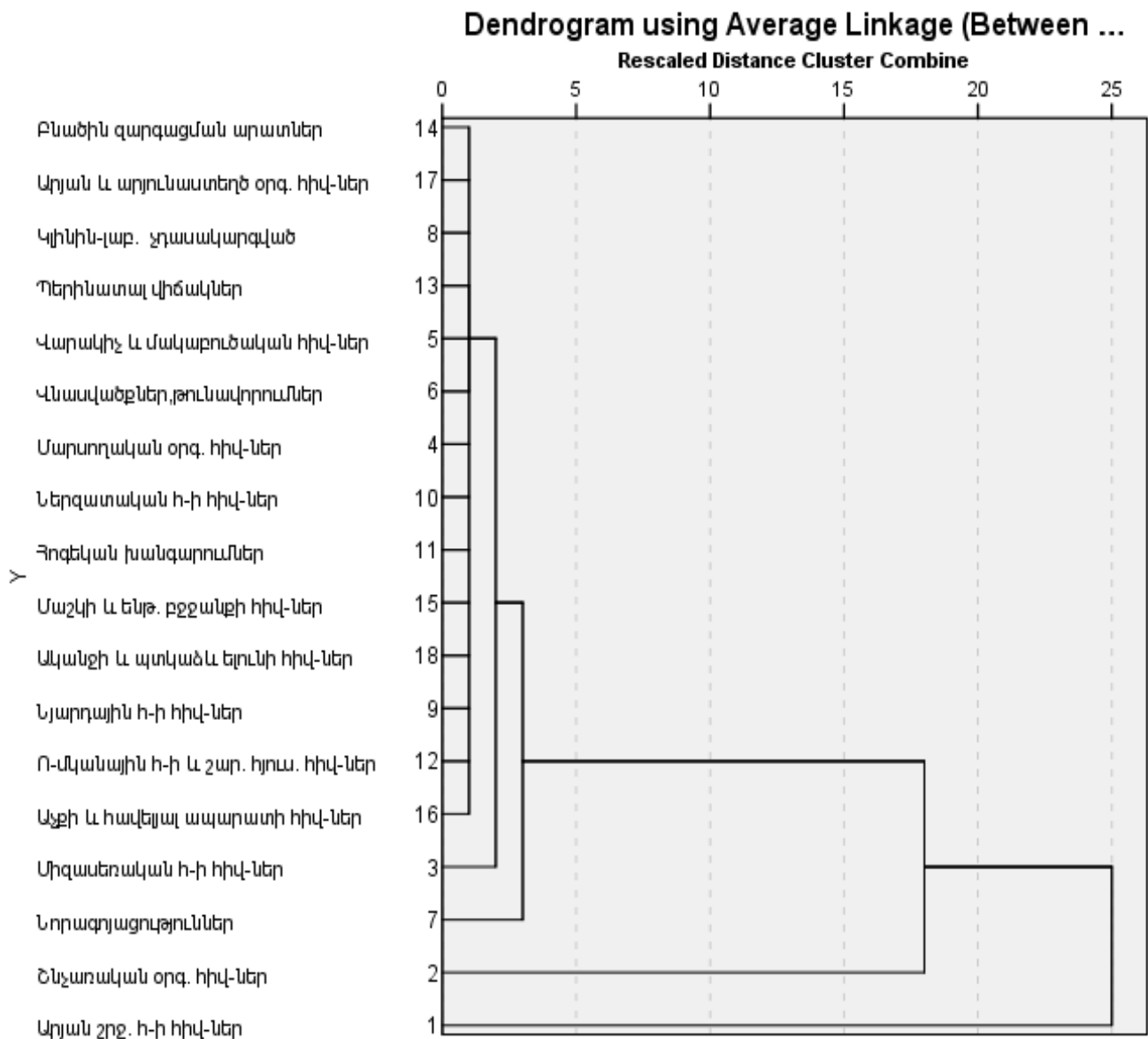
## Աղյուսակ 7

Ըստ ՀՄԴ 10-ի դասերի պատկանելիությունը համապատասխան կլաստերներին

### Cluster Membership

| Case                                     | 4<br>Clusters | 3<br>Clusters | 2<br>Clusters |
|------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Արյան շրջ. հ-ի հիվ-ներ                | 1             | 1             | 1             |
| 2. Շնչառական օրգ. հիվ-ներ                | 2             | 2             | 1             |
| 3. Միզասեռական հ-ի հիվ-ներ               | 3             | 3             | 2             |
| 4. Մարսողական օրգ. հիվ-ներ               | 3             | 3             | 2             |
| 5. Վարակիչ և մակաբուժական հիվ-ներ        | 3             | 3             | 2             |
| 6. Վնասվածքներ, թունավորումներ           | 3             | 3             | 2             |
| 7. Նորագոյացություններ                   | 3             | 3             | 2             |
| 8. Կլինին-լաբ. չդասակարգված              | 4             | 3             | 2             |
| 9. Նյարդային հ-ի հիվ-ներ                 | 4             | 3             | 2             |
| 10. Ներզատական հ-ի հիվ-ներ               | 4             | 3             | 2             |
| 11. Հոգեկան խանգարումներ                 | 4             | 3             | 2             |
| 12. Ումկանային հ-ի և շար. հյուս. հիվ-ներ | 4             | 3             | 2             |
| 13. Պերինատալ վիճակներ                   | 4             | 3             | 2             |
| 14. Բնածին զարգացման արատներ             | 4             | 3             | 2             |
| 15. Մաշկի և ենթ. բջջանքի հիվ-ներ         | 4             | 3             | 2             |
| 16. Աչքի և հավելյալ ապարատի հիվ-ներ      | 4             | 3             | 2             |
| 17. Արյան և արյունաստեղծ օրգ. հիվ-ներ    | 4             | 3             | 2             |
| 18. Ականջի և պտկածն ելունի հիվ-ներ       | 4             | 3             | 2             |

Կլաստերների խմբավորման արդյունքում ստացվել է դենդոգրամմա (գծ. 11):



**Գծապատկեր 11.** Դենդոգրամմայի գրաֆիկական պատկերում՝ օգտագործելով փոփոխականների ստանդարտացում

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները, համաձայն կլաստերային վերլուծության մեթոդաբանության, Շիրակի մարզում բուժօգնության որակի ապահովման համար առավել ռիսկային են համարվել «արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» և «շնչառական օրգանների հիվանդություններ» դասերը:

Հաջորդ քայլով կանխատեսման մաթեմատական մոդելավորման մեթոդի օգնությամբ տրվել է արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունների հիվանդացության կանխատեսական գնահատականը՝ ուսումնասիրելով հիվանդացության ցուցանիշը 2007-2016թթ. ժամանակահատվածի համար (աղ. 8, 9):



## Աղյուսակ 8

Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի  
հիվանդացության կանխատեսական գնահատում

| Տարեթիվ                                                                 | $y_{1,...,n}$ # | $y_0$                       | $\bar{T} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}}$ | Կանխատեսում<br>$y_{կանխ} = y_0 \bar{T}$ |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 2007                                                                    | $y_1=4210.4$    | -                           | -                                       | -                                       |
| 2008                                                                    | $y_2=4686.2$    | -                           | -                                       | -                                       |
| 2009                                                                    | $y_3=4740.7$    | $(y_1+y_2)/2=4448.3$        | $(y_2/y_1)^1=1.113$                     | $4448.3*1.113^1=4951.0$                 |
| 2010                                                                    | $y_4=4884.4$    | $(y_1+y_2+y_3)/3=4545.8$    | $(y_3/y_1)^{1/2}=1.061$                 | $4545.8*1.061^1=4823.6$                 |
| 2011                                                                    | $y_5=5377.6$    | $(y_2+y_3+y_4)/3=4770.4$    | $(y_4/y_1)^{1/3}=1.051$                 | $4770.4*1.051^1=5012.5$                 |
| 2012                                                                    | $y_6=5898.0$    | $(y_3+y_4+y_5)/3=5000.9$    | $(y_5/y_1)^{1/4}=1.063$                 | $5000.9*1.063^1=5316.4$                 |
| 2013                                                                    | $y_7=6614.0$    | $(y_4+y_5+y_6)/3=5386.7$    | $(y_6/y_1)^{1/5}=1.070$                 | $5386.7*1.07^1=5762.3$                  |
| 2014                                                                    | $y_8=7394.0$    | $(y_5+y_6+y_7)/3=5963.2$    | $(y_7/y_1)^{1/6}=1.078$                 | $5963.2*1.078^1=6429.4$                 |
| 2015                                                                    | $y_9=7536.0$    | $(y_6+y_7+y_8)/3=6635.3$    | $(y_8/y_1)^{1/7}=1.084$                 | $6635.3*1.084^1=7191.2$                 |
| 2016                                                                    | $y_{10}=8576.0$ | $(y_7+y_8+y_9)/3=7181.3$    | $(y_9/y_1)^{1/8}=1.075$                 | $7181.3*1.075^1=7723.4$                 |
| 2017                                                                    | -               | $(y_8+y_9+y_{10})/3=7835.3$ | $(y_{10}/y_1)^{1/9}=1.082$              | $7835.3*1.082^1=8479.8$                 |
| 2018                                                                    | -               | -                           | -                                       | $7835.3*1.082^2=9177.3$                 |
| 2019                                                                    | -               | -                           | -                                       | $7835.3*1.082^3=9932.2$                 |
| 2020                                                                    | -               | -                           | -                                       | $7835.3*1.082^4=10749.2$                |
| # հիվանդացության ցուցանիշն է տվյալ տարեթվի համար (100000 բնակչի հաշվով) |                 |                             |                                         |                                         |

## Աղյուսակ 9

Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում շնչառական օրգանների  
հիվանդությունների հիվանդացության կանխատեսական գնահատում

| Տարեթիվ                                                                 | $y_{1,...,n}$ #  | $y_0$                        | $\bar{T} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}}$ | Կանխատեսում<br>$y_{կանխ} = y_0 \bar{T}$ |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 2007                                                                    | $y_1=7658.4$     | -                            | -                                       | -                                       |
| 2008                                                                    | $y_2=8410.1$     | -                            | -                                       | -                                       |
| 2009                                                                    | $y_3=8739.6$     | $(y_1+y_2)/2=8034.2$         | $(y_2/y_1)^1=1.098$                     | $8034.2*1.098^1=8822.8$                 |
| 2010                                                                    | $y_4=9281.4$     | $(y_1+y_2+y_3)/3=8269.4$     | $(y_3/y_1)^{1/2}=1.068$                 | $8269.4*1.068^1=8833.8$                 |
| 2011                                                                    | $y_5=9529.9$     | $(y_2+y_3+y_4)/3=8810.4$     | $(y_4/y_1)^{1/3}=1.066$                 | $8810.4*1.066^1=9393.3$                 |
| 2012                                                                    | $y_6=10225.8$    | $(y_3+y_4+y_5)/3=9183.6$     | $(y_5/y_1)^{1/4}=1.056$                 | $9183.6*1.056^1=9699.6$                 |
| 2013                                                                    | $y_7=11142.7$    | $(y_4+y_5+y_6)/3=9679$       | $(y_6/y_1)^{1/5}=1.06$                  | $9679*1.06^1=10255.2$                   |
| 2014                                                                    | $y_8=11215.4$    | $(y_5+y_6+y_7)/3=10299.5$    | $(y_7/y_1)^{1/6}=1.064$                 | $10299.5*1.064^1=10963.7$               |
| 2015                                                                    | $y_9=12325.5$    | $(y_6+y_7+y_8)/3=10861.3$    | $(y_8/y_1)^{1/7}=1.056$                 | $10861.3*1.056^1=11469.6$               |
| 2016                                                                    | $y_{10}=13512.8$ | $(y_7+y_8+y_9)/3=11561.2$    | $(y_9/y_1)^{1/8}=1.061$                 | $11561.2*1.061^1=12269.8$               |
| 2017                                                                    | -                | $(y_8+y_9+y_{10})/3=12351.2$ | $(y_{10}/y_1)^{1/9}=1.065$              | $12351.2*1.065^1=13155.6$               |
| 2018                                                                    | -                | -                            | -                                       | $12351.2*1.065^2=14012.4$               |
| 2019                                                                    | -                | -                            | -                                       | $12351.2*1.065^3=14924.9$               |
| 2020                                                                    | -                | -                            | -                                       | $12351.2*1.065^4=15896.9$               |
| # հիվանդացության ցուցանիշն է տվյալ տարեթվի համար (100000 բնակչի հաշվով) |                  |                              |                                         |                                         |

Ինչպես ցույց են տալիս կանխատեսական գնահատման տվյալները, Շիրակի մարզում ենթադրվում է սիրտ-անոթային համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդացության աճ, մասնավորապես արյան շրջանառության համակարգի հիվանդացությունը 2020-ին 2012-ի համեմատ կաճի 82.3%-ով ( $p < 0.05$ ), իսկ շնչառական օրգանների հիվանդացությունը՝ 55.5%-ով ( $p < 0.05$ ), եթե մարզում ԲՕՈ-ի ապահովմանը և կառավարմանն ուղղված բարեփոխումներ չիրականացվեն:

Այսպիսով, Շիրակի մարզի բնակչության դեմոգրաֆիկ և առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշների միտումները անհանգստացնող են:

### 3.2 Շիրակի մարզում տրամադրված բուժօգնության, դրա դիմաց հատկացված ֆինանսավորման և բուժօգնության հասանելիության վերլուծություն

Շիրակի մարզում բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցվում են թվով 38 բուժհաստատության կողմից:

ՀՀ Շիրակի մարզի առողջապահական հիմնական ռեսուրսների ընդհանուր նկարագիրը ներկայացված է աղ. 10-ում և 11-ում:

#### Աղյուսակ 10

Շիրակի մարզի կադրային ներուժի նկարագիրը 2013-2015թթ. ժամանակահատվածում

| Կադրային ներուժ                                                                         | <i><b>Բժիշկներ –<br/>ընդամենը*</b></i> |        |        | <i><b>Միջին<br/>բուժանձնակազմ<br/>ընդամենը*</b></i> |        |        | <i><b>Բժիշկ/բուժքույր<br/>հարաբերակցություն</b></i> |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|--------|-----------------------------------------------------|--------|--------|-----------------------------------------------------|--------|--------|
|                                                                                         | 2013թ.                                 | 2014թ. | 2015թ. | 2013թ.                                              | 2014թ. | 2015թ. | 2013թ.                                              | 2014թ. | 2015թ. |
| Հիվանդանոցային և<br>ԱԱՊ<br>հաստատություններում<br>գործող մարդկային<br>ներուժ, այդ թվում | 19.15                                  | 19.24  | 21.35  | 50.16                                               | 49.91  | 53.27  | 2.62                                                | 2.59   | 2.5    |
| Հիվանդանոցային<br>հաստատություններ                                                      | 7.8                                    | 8.04   | 9.09   | 23.83                                               | 23.21  | 26.61  | 3.06                                                | 2.89   | 2.93   |
| ԱԱՊ<br>հաստատություններ                                                                 | 11.35                                  | 11.2   | 12.26  | 26.33                                               | 26.7   | 26.66  | 2.32                                                | 2.38   | 2.17   |
| *- ցուցանիշը հաշվարկված է 10 000 բնակչի հաշվով                                          |                                        |        |        |                                                     |        |        |                                                     |        |        |

Ինչպես երևում է աղյուսակ 11-ում ներկայացված տվյալներից՝ Շիրակի մարզում առողջապահական հիմնական ռեսուրսների մասով 2013-2015թթ. ընթացքում փոփոխություններ գրեթե չեն կատարվել: Հաշվի առնելով պետության կողմից նշված ժամանակահատվածի համար հատկացված ֆինանսական միջոցների աճը, ինչպես նաև բնակչության հիմնական առողջական ցուցանիշների վատթարացման միտումները՝ կարելի է փաստել, որ մարզի կտրվածքով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների օպտիմալացման կամ արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումներ չեն իրականացվել:

#### Աղյուսակ 11

Շիրակի մարզի առողջապահական հիմնական ռեսուրսները 2013-2015թթ.  
 Ժամանակահատվածում

| Ռեսուրսներ                                                                   | 2013թ. | 2014թ. | 2015թ. |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Հիվանդանոցային բուժօգնություն իրականացնող հաստատություններ                   | 17     | 18     | 18     |
| Հիվանդանոցային մահճակալների թիվը                                             | 881    | 878    | 878    |
| ԱԱՊ օգնություն իրականացնող հիմնարկների թիվը                                  | 32     | 32     | 32     |
| Ստոմատոլոգիական բուժօգնություն իրականացնող հաստատություններ՝ պոլիկլինիկաներ. | 2      | 2      | 2      |

#### Աղյուսակ 12

Շիրակի մարզում արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների կողմից սպասարկված հաճախումները և շտապ օգնության կանչերը (2013-2015թթ.)

| Տարի | Հաճախումներ բժիշկներին |                 | Բժիշկների տնային հաճախումներ |                 | Շտապ բուժօգնություն կանչեր |                 |
|------|------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
|      | Բացարձակ թիվ           | 1 բնակչի հաշվով | Բացարձակ թիվ                 | 1 բնակչի հաշվով | Բացարձակ թիվ               | 1 բնակչի հաշվով |
| 2013 | 696232                 | 2.80            | 41185                        | 0.17            | 39263                      | 0.16            |
| 2014 | 737531                 | 2.99            | 39050                        | 0.16            | 39755                      | 0.16            |
| 2015 | 766114                 | 3.15            | 37020                        | 0.15            | 41147                      | 0.17            |

Շիրակի մարզում արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաս-  
տատությունների կողմից սպասարկվող հաճախումների միջին ցուցանիշի աճ է գրանց-  
վել: Պարզվում է, որ 2015թ-ին Շիրակի մարզում 2013-ի համեմատ դիմելությունն աճել է  
ավելի քան 10.1%-ով, նվազել է բժիշկների կողմից կատարվող տնային այցերը 10.1%-ով,  
իսկ շտապ օգնության կանչերը ավելացել են 4.7%-ով ( $p < 0.05$ ):

Բուժման միջին տևողության բարձր ցուցանիշ ունեն Գյումրու հոգեկան առող-  
ջության կենտրոնը (49.9 մահճակալ/օր), Գյումրու ուռուցքաբանական դիսպանսերը (11.1  
մահճակալ/օր) և Գյումրու ինֆեկցիոն-հակատուբերկուլյոզային հիվանդանոցը (10.6  
մահճակալ/օր) (աղ. 13):

Մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածության բարձր ցուցանիշ ունեն Գյումրու  
«Գենրիխ Կյուրեղյան» նյարդաբանական կենտրոնը (335 օր), Ախուրյանի «Մոր և ման-  
կան առողջության կենտրոն» հիմնադրամը (325 օր) և Գյումրու հոգեկան առողջության  
կենտրոնը (293 օր): Հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատու-  
թյունների մահճակալների ծանրաբեռնվածությունը չափազանց ցածր է, միջինում կազմում  
է ընդամենը 47%, ինչն էլ հիմնավորում է Շիրակի մարզում բուժօգնության որակի  
ապահովման կառուցվածքային բաղադրիչի համակողմանի վերլուծության և բուժհաս-  
տատությունների օպտիմալ հզորությունների ձևավորման անհրաժեշտությունը:

Շիրակի մարզի բուժհաստատությունների մահճակալային ֆոնդը և դրանց ծանրաբեռնվածությունը

| Բուժհիմնարկի անվանումը                              | Մահճակալների թիվը | Ընդունվել են հիվանդներ |                   | Մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածություն օրերով | Մահճակալների շրջապատույտ | Բուժման միջին տևողություն |
|-----------------------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
|                                                     |                   | Բացարձակ թիվ           | 100 բնակչի հաշվով |                                               |                          |                           |
| Շիրակի մարզ, ընդամենը                               | 878               | 21180                  | 8.7               | 172                                           | 24.1                     | 7.1                       |
| «Գյումրի» բժշկական կենտրոն                          | 200               | 7761                   | 6.6               | 257                                           | 38.8                     | 6.6                       |
| Գյումրու «Մոր և մանկան ավստրիական հիվանդանոց        | 100               | 3580                   | 3                 | 229                                           | 35.8                     | 6.4                       |
| «Ճերմակ» հիվանդանոց                                 | 120               | 92                     | 0.1               | 7                                             | 0.8                      | 9.1                       |
| «Սամարիթեր» վերականգնողական կենտրոն                 | 35                | 172                    | 0.2               | 41                                            | 4.9                      | 8.3                       |
| Գյումրու ինֆեկցիոն-հակատուբերկուլյոզային հիվանդանոց | 75                | 1044                   | 0.9               | 147                                           | 13.9                     | 10.6                      |
| Գյումրու «Գենրիխ Կյուրեղյան» նյարդաբանական կենտրոն  | 15                | 519                    | 0.4               | 335                                           | 34.6                     | 9.7                       |
| Գյումրու ծննդատուն                                  | 30                | 1557                   | 1.3               | 197                                           | 51.9                     | 3.8                       |
| Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն                | 65                | 382                    | 0.3               | 293                                           | 5.9                      | 49.9                      |
| Գյումրու ուռուցքաբանական դիսպանսեր                  | 30                | 221                    | 0.2               | 82                                            | 7.4                      | 11.1                      |

Աղյուսակ 13-ի շարունակությունը

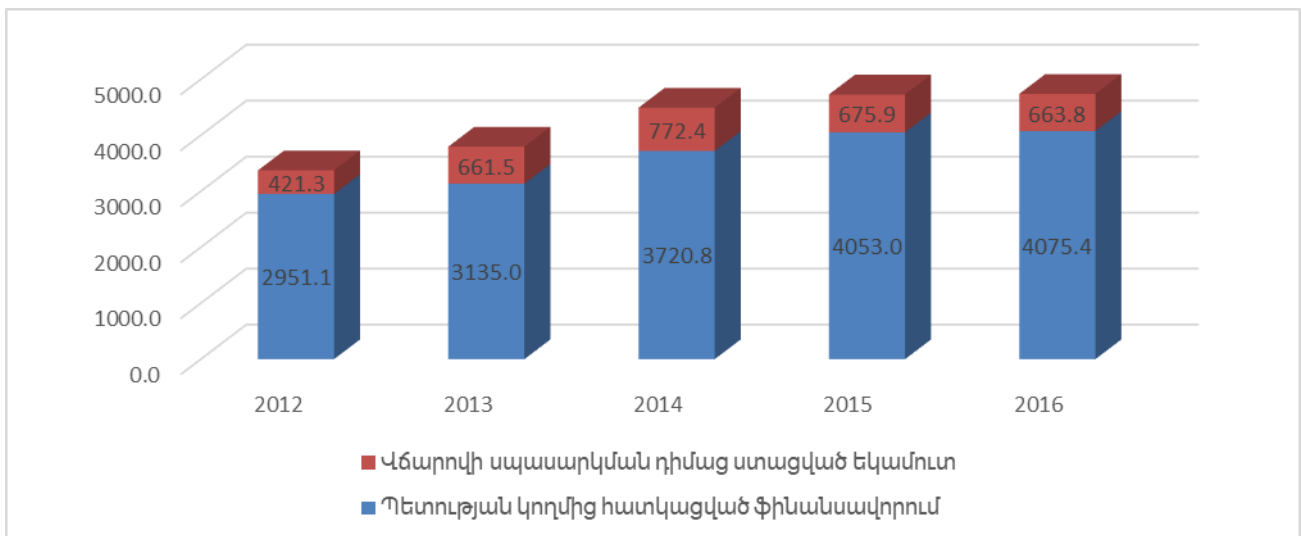
|                                                           |    |      |      |     |      |     |
|-----------------------------------------------------------|----|------|------|-----|------|-----|
| Արթիկի բժշկական կենտրոն                                   | 25 | 594  | 1.2  | 145 | 23.8 | 6.1 |
| Արթիկի «Մոր և մանկան առողջության կենտրոն»                 | 26 | 1142 | 2.2  | 194 | 43.9 | 4.4 |
| Ախուրյանի բժշկական կենտրոն                                | 15 | 159  | 0.4  | 84  | 10.6 | 7.9 |
| Ախուրյանի «Մոր և մանկան առողջության կենտրոն» հիմնադրամ    | 21 | 1737 | 4.4  | 325 | 82.7 | 3.9 |
| Մարալիկի առողջության կենտրոն                              | 10 | 205  | 1.1  | 66  | 20.5 | 3.2 |
| Աղինի առողջության կենտրոն                                 | 15 | 15   | 0.3  | 3   | 1.0  | 3.0 |
| Աշոցքի «Տիրամայր Նարեկ» հիվանդանոց բարեգործական հիմնադրամ | 92 | 1997 | 21.5 | 152 | 21.7 | 7.0 |
| Ամասիայի առողջության կենտրոն                              | 4  | 3    | 0.1  | 3   | 0.8  | 4.0 |

Շիրակի մարզում հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների սպասարկված դեպքերը (2013-2015թթ.).

|                                          | 2013թ. | 2014թ. | 2015թ. |
|------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Ընդամենը դեպքեր, որից                    | 21764  | 23022  | 21180  |
| Պետական պատվերի շրջանակներում սպասարկված | 16975  | 18839  | 18278  |
| Տեսակարար կշիռ                           | 78%    | 82%    | 86%    |

Ինչպես երևում է աղյուսակ 14-ից հիվանդանոցային դեպքերի գերակշիռ մեծամասնությունը սպասարկվել է պետական պատվերի շրջանակներում և նշված դեպքերի տեսակարար կշիռն ունի աճման միտում, ինչը կվայում է այն մասին, որ նվազել են վճարովի ծառայությունից օգտվողները:

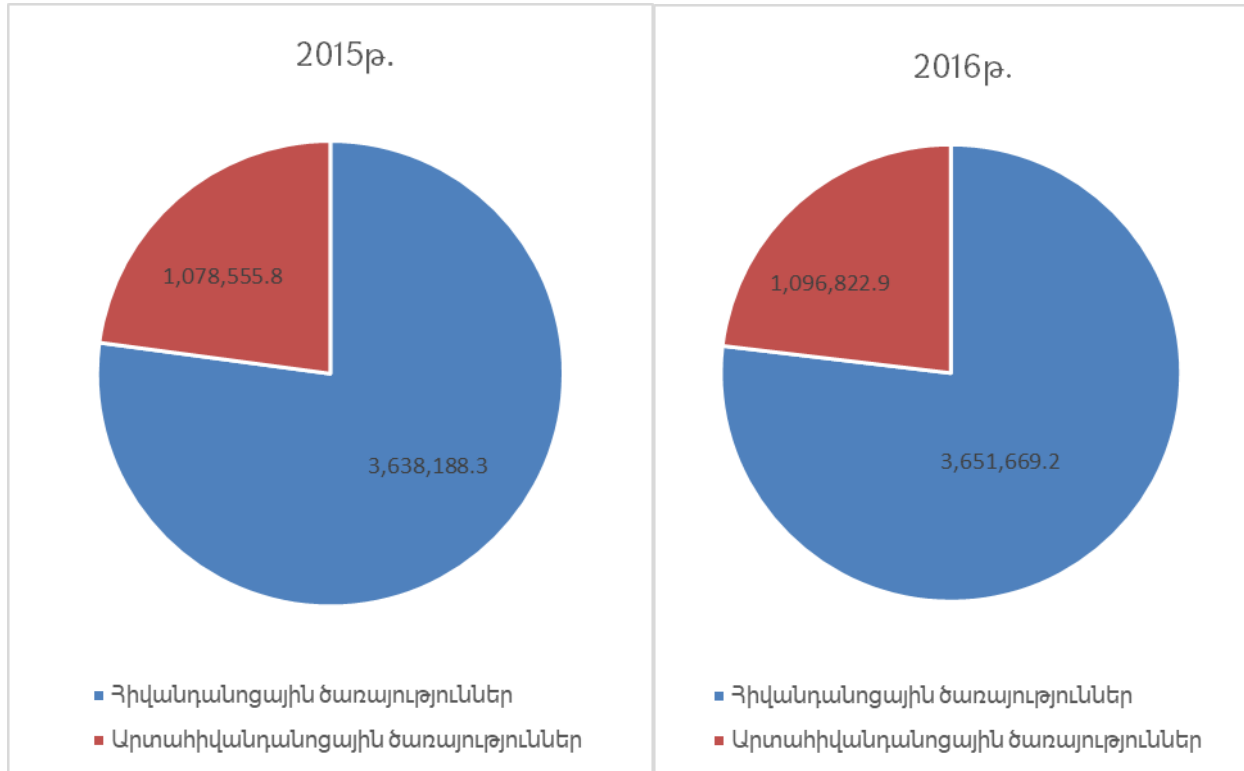
Նշված ծառայությունների համար պետական պատվերի շրջանակներում հատկացված ֆինանսական միջոցները 2016 թվականին կազմել են 4 075 360.1 հազար ՀՀ դրամ: Պետության կողմից հատկացված ֆինանսական միջոցների համեմատականը ըստ տարիների ներկայացված է գծապատկեր 12-ում:



Գծապատկեր 12. Շիրակի մարզում կատարված առողջապահական ծախսերի նկարագիրը 2012-2016թթ. (մլն ՀՀ դրամ)

Շիրակի մարզում գործող բուժհաստատությունների կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ են մատուցվում ինչպես վճարովի հիմունքներով, այնպես էլ պետական պատվերի շրջանակներում: Բուժհաստատությունների ֆինանսական

հոսքերի վերլուծության արդյունքում պարզ դարձավ, որ բուժհաստատությունների ֆինանսական մուտքերը հիմնականում ապահովվում են պետական բյուջեից: Բուժհաստատությունների ֆինանսական մուտքերը ըստ բուժօժանդությունների ներկայացված են գծապատկեր 13-ում:

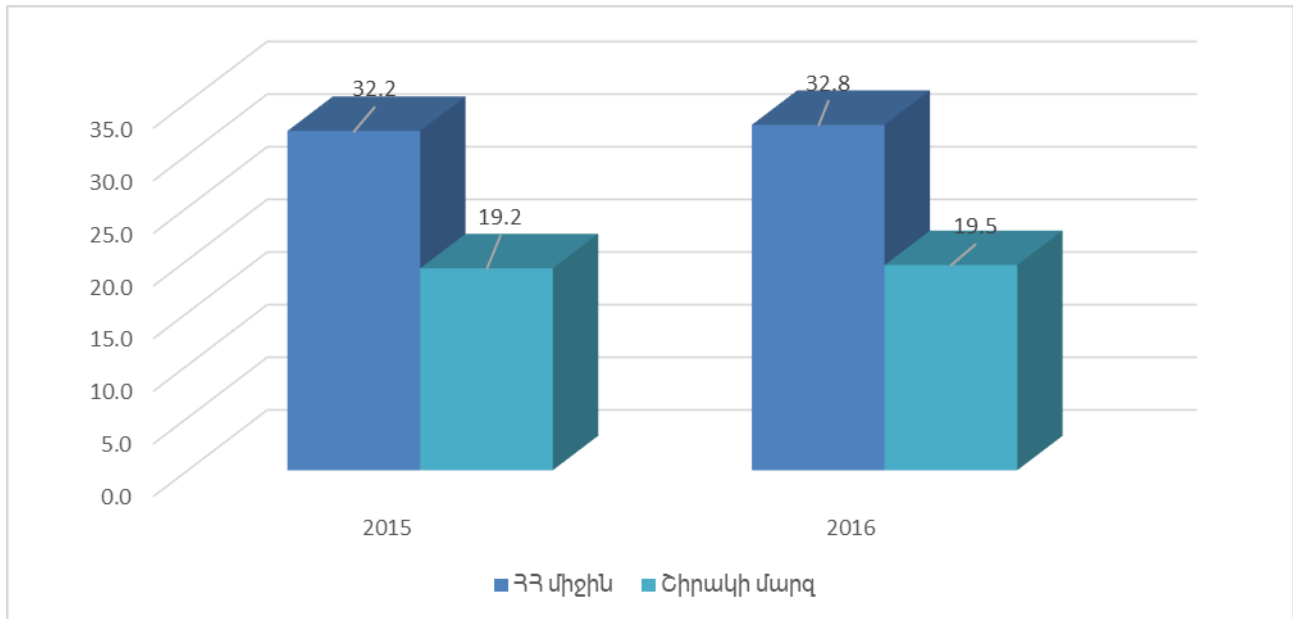


**Գծապատկեր 13.** Բուժհաստատությունների ֆինանսական մուտքերը ըստ աղբյուրների (հազար ՀՀ դրամ)

Երկու տարիներին էլ բուժհաստատությունների ֆինանսական հոսքերի կառուցվածքում մեծ տեսակարար կշիռ ունեն պետության կողմից հատկացված ֆինանսները, մասնավորապես 2015 և 2016թթ. վճարովի հիմունքներով մատուցած ծառայությունների տեսակարար կշիռը եկամտի մեջ կազմել է ընդամենը 23%: Նշված ցուցանիշը էականորեն տարբերվում է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների մասով: Հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների եկամտի մեջ վճարովի հիմունքներով մատուցվող ծառայությունների տեսակարար կշիռը կազմում է մոտ 20%, այն դեպքում, երբ արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցողների համար նշված ցուցանիշը կազմում է ընդամենը 6%:



Բժշկական ծառայությունների հասանելիության գնահատման համար իրականացվել է 1 բնակչի հաշվով կատարվող առողջապահական ծախսի համեմատական (զծ. 14):



**Գծապատկեր 14.** Պետության և քաղաքացիների կողմից 1 բնակչի հաշվով կատարված առողջապահական ծախսերը 2015-2016թթ. (հազար ՀՀ դրամ)

Ինչպես երևում է տվյալներից՝ Շիրակի մարզում 1 բնակչի հաշվով կատարվող ուղղակի վճարումները 2015-2016թթ. էականորեն զիջել են միջին հանրապետական ցուցանիշներին, մասնավորապես 2015թ. այն կազմել 19.2 հազար դրամ միջին հանրապետականի 32.2 հազարի դիմաց, իսկ 2016թ-ին՝ 19.5 հազար դրամ միջին հանրապետականի 32.8 հազարի դիմաց: 2015-2016թթ. նշված ցուցանիշը պակաս է միջին հանրապետական ցուցանիշից մոտ 60%-ով:

Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների հետ կապված բժշկական ծառայությունների հասանելիության գնահատման նպատակով իրականացվել է ազգաբնակչության հիվանդացության և հոսպիտալացումների համեմատական վերլուծություն ըստ ՀՄԴ 10-ի «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի (աղ. 15): Ըստ վերլուծության 2014-2015թթ. Շիրակի մարզում «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի սպասարկված դեպքերի թիվն ու հոսպիտալացման տեսակարար կշիռը մնացել են անփոփոխ, չնայած առանձին նոզոլոգիաների մասով դիտվել են նշանակալի փոփոխություններ: Այսպես, օրինակ սրտամկանի սուր և կրկնակի ինֆարկտների հոսպիտալիզացիայի

տեսակարար կշիռը 2015-ին համեմատած 2014-ի հետ նվազել է համապատասխանաբար 38.2%-ով և 53.9%-ով, իսկ ուղեղի ինֆարկտի հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշիռը 2015-ին համեմատած 2014-ի հետ աճել է 75%-ով: Նշված ժամանակահատվածում ՀՀ-ում «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի սպասարկված դեպքերի թիվն ու հոսպիտալացման տեսակարար կշիռը 2015-ին համեմատած 2014-ի հետ նվազել են համապատասխանաբար 1.5% և 5.5%-ով, միաժամանակ դիտվել է սրտամկանի սուր ինֆարկտի հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշռի նվազեցում և կրկնակի ինֆարկտների հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշռի աճ (աղ. 16):

## Աղյուսակ 15

«Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի հիվանդացության և հոսպիտալացումների համեմատական նկարագիրը Շիրակի մարզում (2014-2015թթ.)

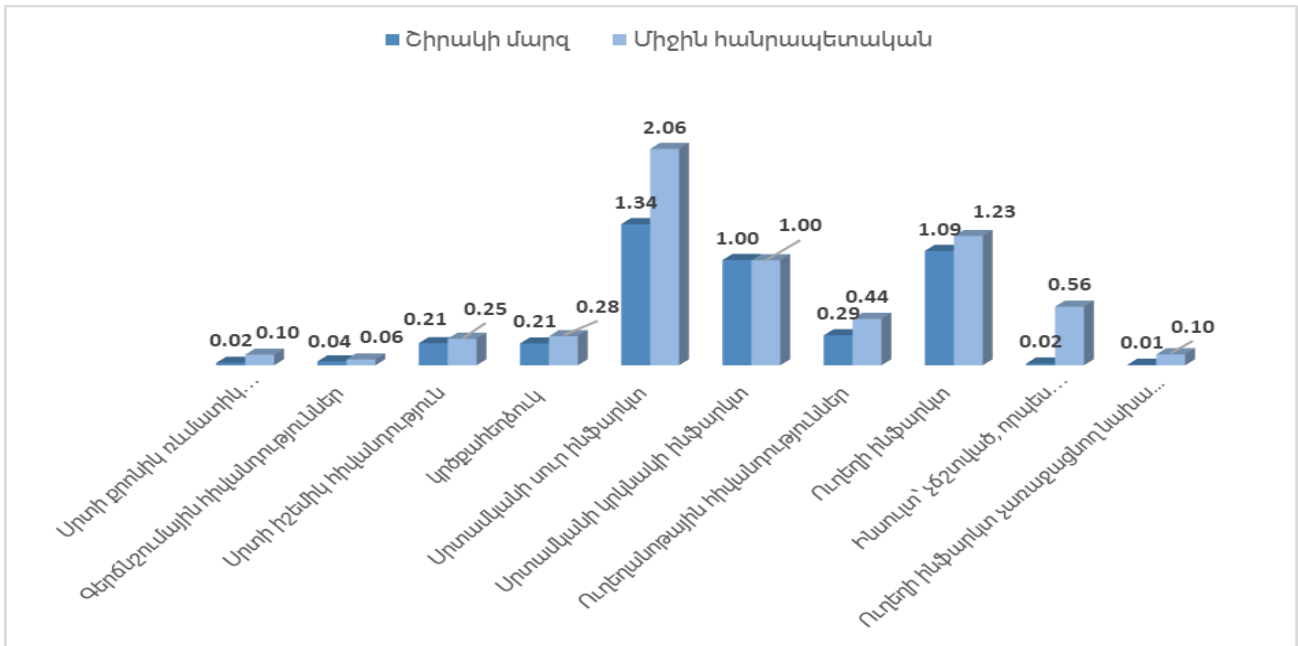
| Հիվանդություն                                                                | ՀՄԴ-10  | Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունը |       | Սպասարկված դեպքերի թվաքանակ |      | Հոսպիտալացման տեսակարար կշիռ |        |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|------|------------------------------|--------|
|                                                                              |         | 2014                                                                                               | 2015  | 2014                        | 2015 | 2014                         | 2015   |
| Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ ընդամենը                      | I00-I99 | 14249                                                                                              | 14323 | 3094                        | 3046 | 21.7%                        | 21.3%  |
| Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություններ                                         | I05-I09 | 544                                                                                                | 460   | 13                          | 11   | 2.4%                         | 2.4%   |
| Գերճնշումային հիվանդություններ                                               | I10-I13 | 7021                                                                                               | 7451  | 285                         | 272  | 4.1%                         | 3.7%   |
| Սրտի իշեմիկ հիվանդություն                                                    | I20-I25 | 3826                                                                                               | 3742  | 811                         | 782  | 21.2%                        | 20.9%  |
| ա.թ.՝ կրծքահեղձուկ                                                           | I20     | 1405                                                                                               | 1702  | 314                         | 353  | 22.3%                        | 20.7%  |
| Սրտամկանի սուր ինֆարկտ                                                       | I21     | 154                                                                                                | 208   | 310                         | 279  | 201.3%                       | 134.1% |
| Սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ                                                    | I22     | 76                                                                                                 | 92    | 165                         | 92   | 217.1%                       | 100.0% |
| Ուղեղանոթային հիվանդություններ                                               | I60-I69 | 1579                                                                                               | 1334  | 403                         | 380  | 25.5%                        | 28.5%  |
| այդ թվում՝ ուղեղանոթային հիվանդություններ                                    | I60-I62 | 118                                                                                                | 128   | 20                          | 18   | 16.9%                        | 14.1%  |
| Ուղեղի ինֆարկտ                                                               | I63     | 319                                                                                                | 172   | 198                         | 187  | 62.1%                        | 108.7% |
| Ինսուլտ՝ չճշտված, որպես արյունազեղում/ ինֆարկտ                               | I64     | 202                                                                                                | 176   | 7                           | 3    | 3.5%                         | 1.7%   |
| Ուղեղի ինֆարկտ չառաջացնող նախա / և ուղեղային զարկերակների խցանում և նեղացում | I65-I66 | 206                                                                                                | 213   | 0                           | 1    | 0.0%                         | 0.5%   |

«Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի հիվանդացության և հոսպիտալացումների համեմատական նկարագիրը ՀՀ-ում (2014-2015թթ.)

| Հիվանդություն                                                                | ՀՄԴ-10  | ՀՀ բնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունը |        | Սպասարկված դեպքերի թվաքանակ |       | Հոսպիտալացման տեսակարար կշիռ |        |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------|------------------------------|--------|
|                                                                              |         | 2014                                                                                     | 2015   | 2014                        | 2015  | 2014                         | 2015   |
| Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ ընդամենը                      | I00-I99 | 225571                                                                                   | 236055 | 45431                       | 44754 | 20.1%                        | 19.0%  |
| Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություններ                                         | I05-I09 | 4440                                                                                     | 4208   | 692                         | 427   | 15.6%                        | 10.1%  |
| Գերճնշումային հիվանդություններ                                               | I10-I13 | 116162                                                                                   | 123243 | 7316                        | 6909  | 6.3%                         | 5.6%   |
| Սրտի իշեմիկ հիվանդություն                                                    | I20-I25 | 68595                                                                                    | 71391  | 17746                       | 17974 | 25.9%                        | 25.2%  |
| ա.թ.' կրծքահեղձուկ                                                           | I20     | 22414                                                                                    | 24306  | 6388                        | 6700  | 28.5%                        | 27.6%  |
| Սրտամկանի սուր ինֆարկտ                                                       | I21     | 2127                                                                                     | 2439   | 4562                        | 5014  | 214.5%                       | 205.6% |
| Սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ                                                    | I22     | 770                                                                                      | 775    | 720                         | 773   | 93.5%                        | 99.7%  |
| Ուղեղանոթային հիվանդություններ                                               | I60-I69 | 18138                                                                                    | 18591  | 7945                        | 8199  | 43.8%                        | 44.1%  |
| այդ թվում՝ ուղեղանոթային հիվանդություններ                                    | I60-I62 | 2039                                                                                     | 2267   | 913                         | 1011  | 44.8%                        | 44.6%  |
| Ուղեղի ինֆարկտ                                                               | I63     | 2320                                                                                     | 2634   | 3401                        | 3233  | 146.6%                       | 122.7% |
| Ինսուլտ՝ չճշտված, որպես արյունազեղում/ ինֆարկտ                               | I64     | 1914                                                                                     | 2034   | 1001                        | 1132  | 52.3%                        | 55.7%  |
| Ուղեղի ինֆարկտ չառաջացնող նախա / և ուղեղային զարկերակների խցանում և նեղացում | I65-I66 | 4308                                                                                     | 4427   | 381                         | 460   | 8.8%                         | 10.4%  |

Շիրակի մարզում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով հիվանդացության 1 միավորին բաժին ընկնող հոսպիտալացման դեպքերն էականորեն տարբերվում են միջին հանրապետական ցուցանիշներից (գծ. 15), ինչով էլ գնահատվել է հիվանդանոցային բուժօգնության հասանելիությունը: Մասնավորապես, առավել հաճախ հանդիպող ախտորոշումների դեպքում հոսպիտալացման ցուցանիշը ցածր է միջին հանրապետականից, ինչն անուղղակիորեն բերում է մահացության ավելի բարձր ցուցանիշի: Հետևաբար, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դեպքում մատուցվող բուժօգնության համապարփակ վերլուծությունը արդիական է: Մահացության բարձր ցուցանիշը կարող է պայմանավորված լինել նաև ուշացած դեպքերով, ուստի ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակների փոխգործակցության օպտիմալ ուղիների որոնումը հրա-

տապ է՝ հաշվի առնելով նոր տեղեկատվական համակարգի (e-Health) հնարավորությունները:



**Գծապատկեր 15.** Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով հիվանդացության 1 միավորին բաժին ընկնող հոսպիտալացման դեպքեր

Սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտների գծով պետության կողմից կատարված ծախսը 2015-2016թթ. կազմել են 40.5 մլն ՀՀ դրամ: Կրկնակի ինֆարկտով հոսպիտալացումների քանակը կազմել է 165 դեպք, 1 դեպքի հաշվով տրվող միջին գումարը կազմել է ավելի քան 240.0 հազար ՀՀ դրամ: Կրկնակի ինֆարկտների առաջացման հիմնական պատճառը դեղորայքային բուժման ոչ լիարժեք կազմակերպումն է, դիսպանսեր ոչ լիարժեք հսկողության իրականացումը:

Սիրտ-անոթային հիվանդությունների կանխարգելման և ցուցաբերվող բուժօգնության արդյունավետության բարձրացման, պացիենտների կյանքի որակի բարելավման, սիրտ-անոթային հիվանդությունների համահավասար մատչելիության, պոլիկլինիկական օղակում դիսպանսեր հսկողության արդյունավետության բարձրացման համար ներդնել պայմանագրային գումարի հաշվարկման և փոխհատուցման նոր մեխանիզմ, մասնավորապես՝

1. Պլանավորում իրականացնել՝ հաշվի առնելով տարածաշրջանում ազգաբնակչության հիվանդացությունը, նորմատիվային հոսպիտալացումը: Ֆինանսական միջոցների պլանավորման համար առաջարկում ենք կիրառել հետևյալ բանաձևը՝

$$U\Phi = \frac{\text{մարզում առկա հիվանդների թիվ}}{\text{հանրապետությունում գրանցված հիվանդների թիվ}} \times \text{ԲԳ}$$

որտեղ՝

UΦ-ն՝ մարզին հատկացվելիք ֆինանսական միջոցների ծավալն է,

ԲԳ-ն՝ տվյալ տարվա պետական բյուջեի մասին օրենքով տվյալ ծառայության համար նախատեսված ֆինանսական միջոցների ծավալը:

$$\text{ԲՊԳ} = \frac{\text{ԲՓՍԴ}}{\text{ՄԸԴ}} \times U\Phi$$

որտեղ՝

ԲՊԳ-ն բուժհաստատության պայմանագրային գումարն է,

ԲՓՍԴ-ն հիվանդությունների տվյալ դասի մասով նախորդ տարում փաստացի սպասարկված դեպքերի քանակն է,

ՄԸԴ-ն մարզում հիվանդությունների տվյալ դասի մասով նախորդ տարում փաստացի սպասարկված դեպքերի քանակն է,

UΦ-ն մարզին հատկացվելիք ֆինանսական միջոցների ծավալն է:

2. Հիվանդության փոխհատուցվող գումարի հաշվարկման ժամանակ կիրառել հետևյալ բանաձևը՝ հաշվի առնելով բուժման ինքնարժեքի նորմատիվային հաշվարկները, մասնավորապես



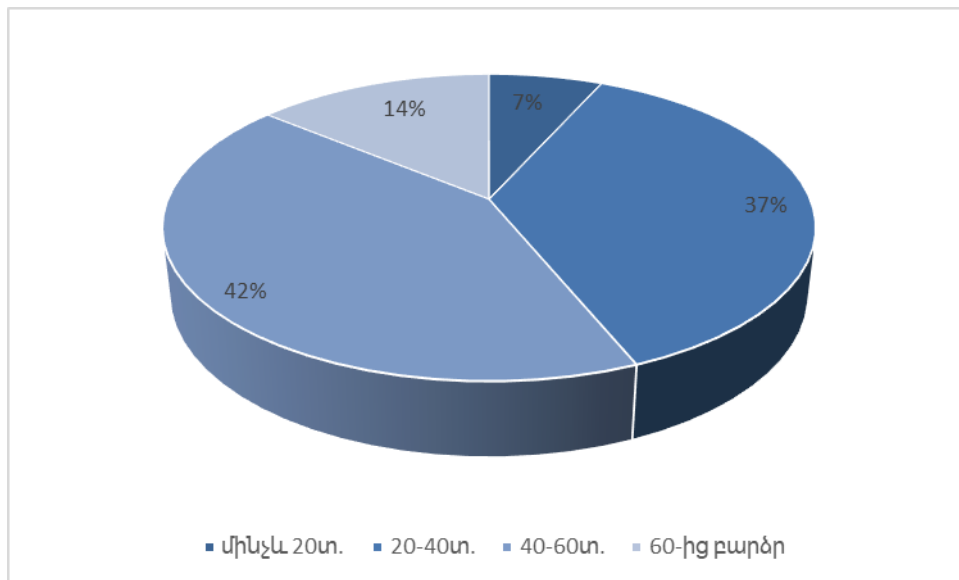
Արտահիվանդանոցային օղակում սիրտ-անոթային հիվանդությունների բուժման համար առաջարկում ենք կիրառվող Per Capita (ըստ ազգաբնակչության թվաքանակի) սկզբունքը զուգակցել սպասարկման տարածքի համար հիվանդների դիսպանսեր հսկողության ընդգրկվածության և հիվանդանոցային բուժօգնությունից հետո հիվանդին դիսպանսեր հսկողության ընդգրկման ժամկետի համադրմամբ ստացվող գործակցով:

### 3.3 Շիրակի մարզում բնակչության կարծիքի ուսումնասիրությունը որպես բուժօգնության որակի գնահատման չափանիշ

Հետազոտության շրջանակներում մեր առջև խնդիր ենք դրել գնահատել Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում բժշկական օգնության հասանելիությունը, բժշկական օգնության և սպասարկման որակից բավարարվածությունը, ինչպես նաև բժշկական օգնության և սպասարկման հարցերի վերաբերյալ տեղեկացվածությունը:

Հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտների 35%-ը արական, իսկ 65%-ը իգական սեռի են:

Հարցվածների տարիքային կազմը ներկայացված է գծապատկեր 16-ում: Ըստ հետազոտության տվյալների հարցվածների 42%-ը կազմել են 40-60տ. խումբ, 37%-ը՝ 20-40տ. խումբ:



**Գծապատկեր 16.** Սոցիոլոգիական հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտների բաշխումն ըստ տարիքային խմբերի

Հարցվածների դեմոգրաֆիկ նկարագիրն ըստ սեռի ներկայացված է աղյուսակ 17-ում: Հարցվածների 35.7%-ն ունի միջին մասնագիտական կրթություն, ընդ որում միջին մասնագիտական կրթությունն առավել տարածված է իգական սեռի շրջանում: Հարցվածների 42.5%-ը գործազուրկ են, ընդ որում գործազրկության ցուցանիշն ավելի բարձր է արական սեռի շրջանում: Ըստ ամուսնական կարգավիճակի՝ հարցվածների 69.5%-ը ամուսնացած են:

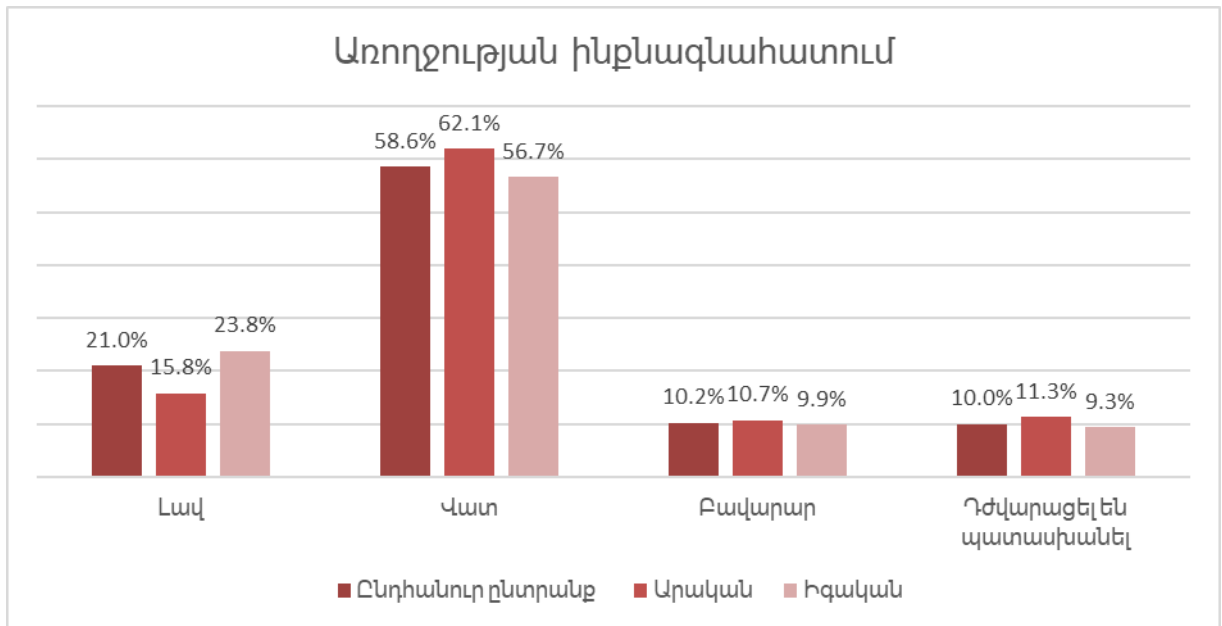
Սոցիոլոգիական հարցման մասնակցածների մի շարք դեմոգրաֆիկ ցուցանիշների  
սեռային առանձնահատկությունները

| Դեմոգրաֆիկ բնութագիր                             | Ընդհանուր ընտրանք | Արական     | Իգական     |
|--------------------------------------------------|-------------------|------------|------------|
| N (%)                                            | 500               | 177(35.4%) | 323(64.6%) |
| <b>Կրթություն</b>                                |                   |            |            |
| թերի միջնակարգ                                   | 25 (5.0%)         | 12(6.8%)   | 13(4%)     |
| միջնակարգ                                        | 156 (31.1%)       | 63(35.6%)  | 93(29%)    |
| միջին մասնագիտական                               | 179 (35.7%)       | 46(26.0%)  | 133(41%)   |
| բարձրագույն                                      | 141 (28.1%)       | 56(31.6%)  | 85(26%)    |
| <b>Հիմնական զբաղմունք</b>                        |                   |            |            |
| աշխատանք հիմնարկությունում կամ ձեռնարկությունում | 163(32.4%)        | 33(19%)    | 130(40%)   |
| կրթություն ԲՈՒՀ-ում կամ քոլեջում                 | 40(8.0%)          | 15(8%)     | 25(8%)     |
| թոշակառու                                        | 54(10.7%)         | 25(14%)    | 29(9%)     |
| անհատական աշխատանքային գործունեություն           | 32(6.4%)          | 23(13%)    | 9(3%)      |
| չաշխատող                                         | 214(42.5%)        | 81(46%)    | 133(41%)   |
| <b>Ամուսնական կարգավիճակ</b>                     |                   |            |            |
| ամուսնացած                                       | 348(69.5%)        | 129(73%)   | 219(68%)   |
| բաժանված                                         | 28(5.6%)          | 7(4%)      | 21(6%)     |
| այրի                                             | 40(8.0%)          | 8(5%)      | 32(10%)    |
| չամուսնացած                                      | 85(17.0%)         | 33(19%)    | 52(16%)    |

Բժշկական սպասարկման մեջ ազգաբնակչությանն առավել շատ անհանգստացնում է վճարովի ծառայությունների ծավալի մեծացումը (35%) և դեղորայքի բարձր գինը (29%):

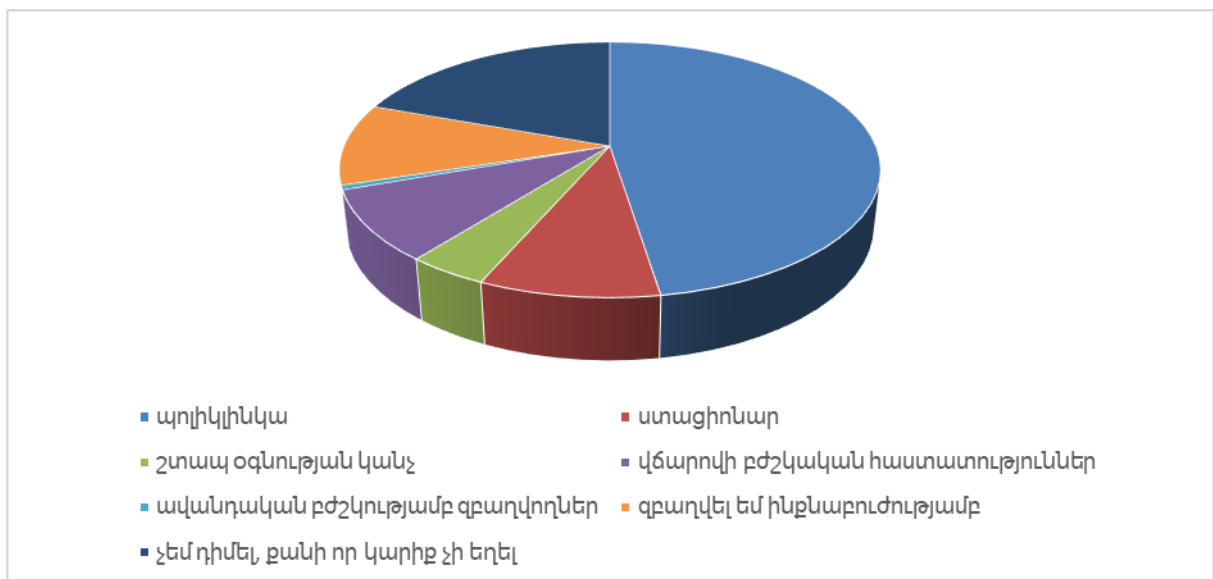
Իրենց առողջական վիճակը լավ են գնահատել հարցվածների 21.0%-ը, բավարար՝ 10.2%-ը, վատ՝ 58.6% և դժվարացել են պատասխանել հարցվածների 10.0%-ը, ընդ որում հարկ է նշել, որ իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առողջական վիճակի ինքնագնահատումն ավելի բարձր է, մասնավորապես՝ իրենց առողջությունը լավ են գնահատել կանանց 23.8%-ը, այն դեպքում, երբ տղամարդկանց մոտ ցուցանիշը կազմել է 15.8% (զձ. 17):

Տարբեր քրոնիկ հիվանդություններով տառապում են հարցվածների 22%-ը, որոնցից 36%-ը որպես քրոնիկ հիվանդություն նշել են զարկերակային գերճնշումը, որն ուղեկցվում է քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ (ըստ ամբուլատոր քարտի տվյալների):



**Գծապատկեր 17.** Սեփական առողջության ինքնագնահատումն ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների

Ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների 47%-ը նշել է, որ դիմել է պոլիկլինիկա, իսկ 10%-ը զբաղվել է ինքնաբուժությամբ (գծ. 18):



**Գծապատկեր 18.** Սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցների բժշկական հաստատություններ դիմելության նկարագիրը

Բժշկական օգնության հասանելիությունն ունեցել է մի շարք առանձնահատկություններ: Բուժկանխարգելիչ հաստատություն հասնելու համար պացիենտների 29%-ը նշել



է, որ ծախսում է մինչև 15 րոպե, 41%-ը՝ 15-30 րոպե, 23%-ը՝ 30 րոպեից մինչև 1 ժամ, 3%-ը՝ 1-2 ժամ և 4%-ը՝ ավելի քան 2 ժամ, իսկ պոլիկլինիկայում բժշկի ընդունելության համար՝ մինչև 15 րոպե և 15-30 րոպե են սպասում պացիենտների 43-ական %-ը, 30 րոպեից մինչև 1 ժամ՝ 10%-ը և 1-2 ժամ՝ 4%-ը:

Բժշկի և պոլիկլինիկայի աշխատանքային գրաֆիկը հարմար է պացիենտների 61%-ի համար, իսկ 6%-ը նշել է, որ առկա աշխատանքային գրաֆիկը ստեղծում է դժվարություններ: Ըստ հետազոտության արդյունքների 25%-ը նշել են, որ իրենց բուժօգնության ցուցաբերման տարածքներում բացակայում են անհրաժեշտ մասնագետներ, իսկ 26%-ը դժվարացել են պատասխանել: Ախտորոշիչ կաբինետներ հաճախելու համար մինչև 30 րոպե են սպասել հարցվածների 37%-ը, մինչև 60 րոպե՝ 25%-ը, ավելի քան մեկ ժամ՝ 16%-ը, իսկ 22%-ը վաղուց չեն հաճախել ախտորոշիչ կաբինետներ: Վերջին մեկ տարվա ընթացքում շտապ օգնության ծառայության հետ կապված բարդություններ ունեցել են հարցվածների միայն 4%-ը, իսկ 33%-ը՝ չեն դիմել: Շտապ օգնության բրիգադի ժամանմանը մինչև 15 րոպե են սպասել հարցվածների 38%-ը, 15-30 րոպե՝ 40%-ը, 30 րոպեից մինչև 1 ժամ՝ 18%-ը, 1-2 ժամ՝ 4%-ը:

Վճարովի ծառայությունների հասանելիության վերլուծությունից պարզվեց, որ ազգաբնակչության 45%-ի համար վճարովի ծառայությունները հասանելի չեն (աղ. 18):

## Աղյուսակ 18

Վճարովի ծառայությունների հասանելիությունը ըստ բնակչության կարծիքի  
ուսումնասիրության հարցաթերթիկի տվյալների

| Արդյոք Ձեզ հասանելի են վճարովի ծառայությունները                   | %  |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Այո, քանի որ թույլ է տալիս նյութական վիճակը                       | 12 |
| Այո, քանի որ վճարում է կազմակերպությունը                          | 6  |
| Այո, բայց ստիպված եմ ինձ սահմանափակել գնումների և սննդի ծախսերում | 21 |
| Ոչ                                                                | 45 |
| Դժվարանում եմ պատասխանել, քանի որ չեմ օգտվել                      | 16 |

Տվյալները ևս մեկ անգամ փաստում են այն հանգամանքը, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում մա-

տուցվող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունն առաջնակի նշանակություն ունի ռեսպոնդենտների մեծ մասի համար:

Որպես վճարովի բժշկական ծառայություններից օգտվելու հիմնական պատճառ, հարցվածների 31%-ը նշել է պոլիկլինիկայի ցածր տեխնիկական հագեցվածությունը, 26%-ը անհրաժեշտ նեղ մասնագետի բացակայությունը, իսկ 32%-ը՝ բարձր որակի բժշկական օգնություն ստանալու ակնկալիքը:

Հարցվածների 28%-ը նշել է, որ ստիպված են եղել կատարել ոչ պաշտոնական վճարում բուժման և ծառայությունների համար (աղ. 19):

### Աղյուսակ 19

Ոչ պաշտոնական վճարումները ըստ բնակչության կարծիքի ուսումնասիրության հարցաթերթիկի տվյալների

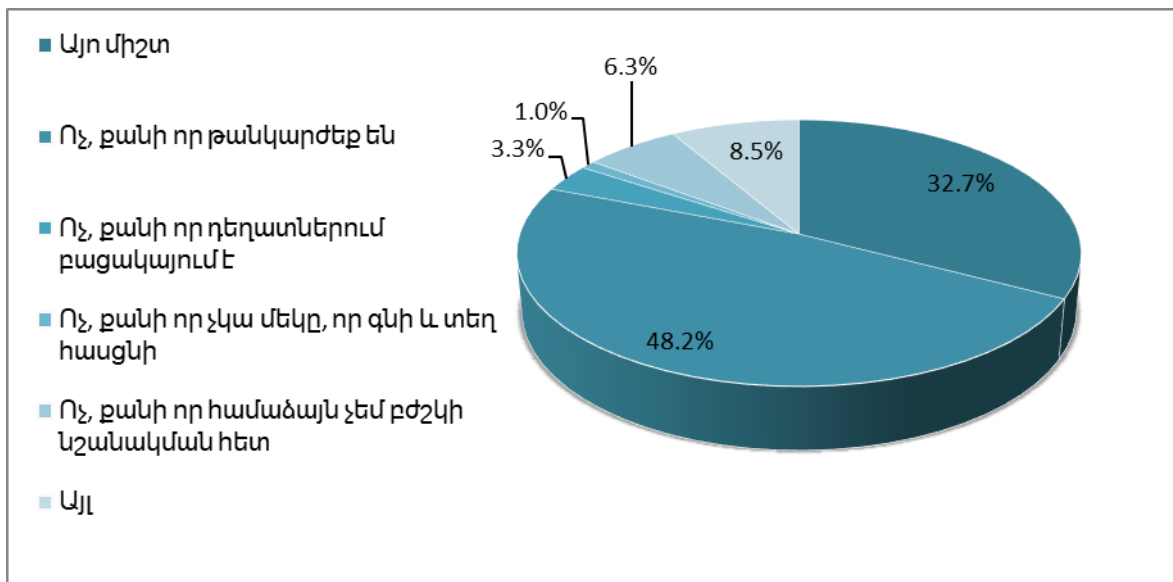
| Ստիպված եղել ե՞ք ոչ պաշտոնական վճարում կատարել բուժման և հետազոտությունների համար | %  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ոչ                                                                                | 57 |
| Այո, գումարով                                                                     | 19 |
| Այո, նվերներով                                                                    | 8  |
| Այո, ծառայություններով                                                            | 1  |
| Չեմ կարող պատասխանել                                                              | 15 |

Հետազոտության տվյալներից պարզվել է, որ Շիրակի մարզում բժշկական օգնության ծառայության մասով առկա են բազմաթիվ հիմնախնդիրներ: Մասնավորապես արտահիվանդանոցային ծառայության սպասարկման արդյունքից գոհ են եղել միայն հարցվածների 53.5%-ը, հիվանդանոցային ծառայության՝ 34.3%-ը, մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայության՝ 58.1%-ը և շտապ բուժօգնության ծառայության՝ 36.5%-ը: Արտահիվանդանոցային ծառայությունում բժշկի վերաբերմունքից բավարարված են եղել հարցվածների 72.1%-ը, հիվանդանոցային ծառայությունում՝ 46.7%-ը, մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայությունում՝ 63.6%-ը և շտապ բուժօգնության ծառայությունում՝ 46.9%-ը: Միջին բուժանձնակազմի վերաբերմունքից բավարարվածության նկարագիրը համանման է բժշկի վերաբերմունքից բավարարվածությանը: Հարցվածները բավականին ցածր են գնահատել սանիտարա-հիգիենիկ պայմանների պահպանումն (միջինում 44%) ու դեղորայքով ապահովվածության մակարդակը (միջինում 37%) (աղ. 20): Ստեղծված հիմնախնդիրների լուծման և բժշկական օգնության ծառայության կազմակերպման որակի բարելավման համար անհրաժեշտ է համալիր միջոցառումների անցկացում:

Բուժօգնության որակի գնահատման մի շարք ասպեկտներ՝ ըստ բնակչության կարծիքի ուսումնասիրության հարցաթերթիկի տվյալների

| <b>Բավարարում է Ձեզ բժշկական սպասարկման արդյունքը</b>                                  |       |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|
|                                                                                        | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                            | 53.5% | 19.0% | 27.5%  |
| Հիվանդանոց                                                                             | 34.3% | 26.2% | 39.5%  |
| Մասնավոր բուժարոժիլակտիկ հաստատություն                                                 | 58.1% | 15.6% | 26.3%  |
| Շտապօգնություն                                                                         | 36.5% | 18.8% | 44.8%  |
| <b>Բավարված եք արդյոք բժշկի վերաբերմունքից</b>                                         |       |       |        |
|                                                                                        | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                            | 72.1% | 8.0%  | 19.9%  |
| Հիվանդանոց                                                                             | 46.7% | 19.9% | 33.4%  |
| Մասնավոր բուժարոժիլակտիկ հաստատություն                                                 | 63.6% | 14.9% | 21.4%  |
| Շտապօգնություն                                                                         | 46.9% | 15.8% | 37.4%  |
| <b>Բավարված եք արդյոք միջին բուժանձնակազմի վերաբերմունքից</b>                          |       |       |        |
|                                                                                        | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                            | 75.1% | 8.2%  | 16.7%  |
| Հիվանդանոց                                                                             | 50.2% | 21.0% | 28.8%  |
| Մասնավոր բուժարոժիլակտիկ հաստատություն                                                 | 66.0% | 13.0% | 21.1%  |
| Շտապօգնություն                                                                         | 49.7% | 15.1% | 35.2%  |
| <b>Բավարված եք արդյոք բժշկական օգնության ցուցաբերման սանիտարա-հիգիենիկ պայմաններից</b> |       |       |        |
|                                                                                        | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                            | 52.4% | 22.6% | 25.0%  |
| Հիվանդանոց                                                                             | 30.8% | 35.0% | 34.2%  |
| Մասնավոր բուժարոժիլակտիկ հաստատություն                                                 | 57.5% | 16.3% | 26.2%  |
| Շտապօգնություն                                                                         | 35.2% | 26.6% | 38.2%  |
| <b>Բավարված եք արդյոք դեղորայքով ապահովվածության մակարդակից</b>                        |       |       |        |
|                                                                                        | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                            | 43.3% | 33.3% | 23.4%  |
| Հիվանդանոց                                                                             | 23.1% | 44.9% | 32.0%  |
| Մասնավոր բուժարոժիլակտիկ հաստատություն                                                 | 53.8% | 21.6% | 24.6%  |
| Շտապօգնություն                                                                         | 25.9% | 30.1% | 44.0%  |

Հարցվածների ավելի քան 60%-ը հետագայում տարբեր պատճառներով ձեռք չեն բերում բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքը (գծ. 19):



**Գծապատկեր 19.** Բժշկի նշանակումից հետո դեղորայքի ձեռք բերման նկարագիրն ըստ բնակչության կարծիքի ուսումնասիրության հարցաթերթիկի տվյալների

Հարցվածների 84%-ը նշել է, որ վստահում են պոլիկլինիկայի մասնագետներին, 10%-ը նշել, որ կցանկանային փոխել իրենց տեղամասային թերապևտին:

Ընդ որում, հարցման մասնակցածներն առավել շատ վստահում են բժշկական տեղեկատվության հետևյալ աղբյուրներին. բժշկական հաստատությունների աշխատակիցներ՝ 34%-ը, ռադիո, հեռուստացույց, մամուլ՝ 28%-ը, ծանոթներ, հարևաններ, ընկերներ՝ 7%-ը, այլ աղբյուրներ՝ 12%-ը, իսկ 19%-ը նշել են, որ չեն հետաքրքրվում նմանատիպ տեղեկատվությամբ:

Հարցվածների 73%-ը նշել են, որ տեղամասային բժշկի կողմից տրվել են առողջության պահպանմանն ուղղված ցուցումներ, 16%-ը՝ ոչ բավարար, իսկ 11%-ը նշել են, որ առհասարակ ցուցումներ չեն ստացել:

Հետազոտության արդյունքում արձանագրվել են բավականին ցածր ցուցանիշներ բնակչության շրջանում բժշկական ծառայությունների տեղեկացվածության հարցերում, մասնավորապես՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին հիմնականում իրազեկված են եղել հարցվածների 22%-ը, քիչ իրազեկված 31%-ը և անիրազեկ՝ 47%-ը: Կամավոր բժշկական ապահովագրության մասին հիմնականում իրազեկված են եղել հարցմանը մասնակցածների 16%-ը, քիչ իրազեկված 33%-ը և անիրազեկ՝ 51%-ը: Պետության կողմից տրամադրվող անվճար բժշկական ծառայությունների հետ կապված իրազեկված են եղել հարցվածների 51%-ը և անիրազեկ՝ 49%-ը: Բժշկի ազատ ընտրության իրավունքից օգտվել

են հարցվածների միայն 65%-ը, 22%-ը չեն օգտվել այդ իրավունքից, 1%-ը մերժում են ստացել, իսկ 11%-ը առհասարակ չեն իմացել այդպիսի իրավունքի մասին:

Բժշկի կողմից հիվանդի հետ բուժման քայլերի համաձայնեցումը և այս կամ այն դեղորայքի, ախտորոշիչ կամ բուժական միջամտության կողմնակի ազդեցության վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրման նկարագիրը ներկայացված է աղյուսակ 21-ում:

## Աղյուսակ 21

Բուժման համաձայնեցման և տեղեկատվության տրամադրում ըստ բնակչության կարծիքի ուսումնասիրության հարցաթերթիկի տվյալների

| Արդյո՞ք բժիշկը բուժման քայլերը համաձայնեցնում է Ձեզ հետ                                                                                        |       |       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|
|                                                                                                                                                | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                                                                                    | 72.1% | 7.6%  | 20.2%  |
| Հիվանդանոց                                                                                                                                     | 49.0% | 15.7% | 35.3%  |
| Վճարովի բուժարոՖիլակտիկ հաստատություն                                                                                                          | 59.2% | 13.3% | 27.5%  |
| Շտապ օգնություն                                                                                                                                | 42.2% | 17.8% | 40.0%  |
| Արդյո՞ք բժշկի կողմից տրամադրվում է տեղեկատվություն այս կամ այն դեղորայքի, ախտորոշիչ կամ բուժական միջամտության կողմնակի ազդեցության վերաբերյալ՝ |       |       |        |
|                                                                                                                                                | Այո   | Ոչ    | Մասամբ |
| Պոլիկլինիկա                                                                                                                                    | 67.9% | 16.0% | 16.0%  |
| Հիվանդանոց                                                                                                                                     | 47.5% | 22.3% | 30.2%  |
| Վճարովի բուժարոՖիլակտիկ հաստատություն                                                                                                          | 61.7% | 14.5% | 23.8%  |
| Շտապ օգնություն                                                                                                                                | 44.5% | 21.1% | 34.2%  |

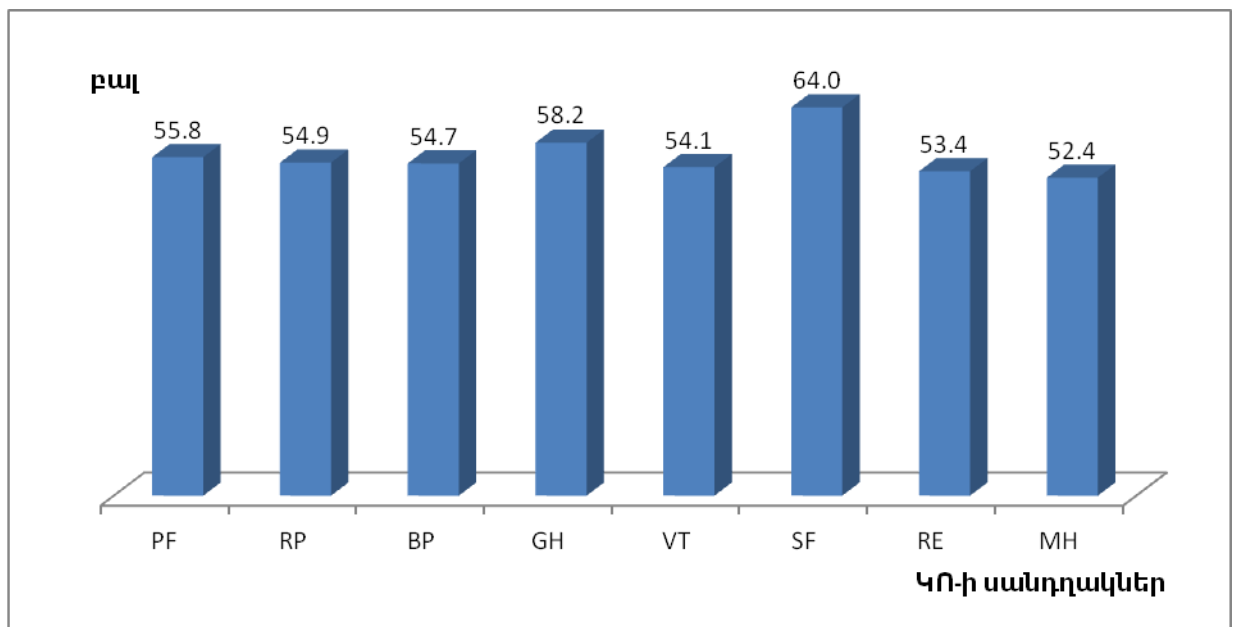
Ըստ հետազոտության արդյունքների պարզվում է, որ 72.1% դեպքերում պոլիկլինիկայի բժիշկը բուժման քայլերը համաձայնեցնում է պացիենտի հետ, իսկ բուժման կամ ախտորոշիչ միջամտությունների կողմնակի ազդեցության վերաբերյալ՝ 67.9%-ը:

Այսպիսով, սոցիոլոգիական հարցման մեթոդը հնարավորություն է տալիս գնահատել բժշկական օգնության սպասարկման մատչելիությունը, հասանելիությունը և որակի ընկալումը: Բժշկական ծառայություններից բավարարվածության ցուցանիշի վրա մեծ ազդեցություն ունի բուժհաստատությունների տեխնիկական հագեցվածությունը և դեղորայքով ապահովվածությունը, ուստի բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման մեխանիզմներում անհրաժեշտ է կատարել համապատասխան փոփոխություններ՝ հնարավորություն ստեղծելով ապահովել բուժհաստատության երակարածամկետ զարգացում:

### 3.4. Շիրակի մարզի բնակչության կյանքի որակի գնահատումը SF-12 ընդհանուր թեստի օգնությամբ

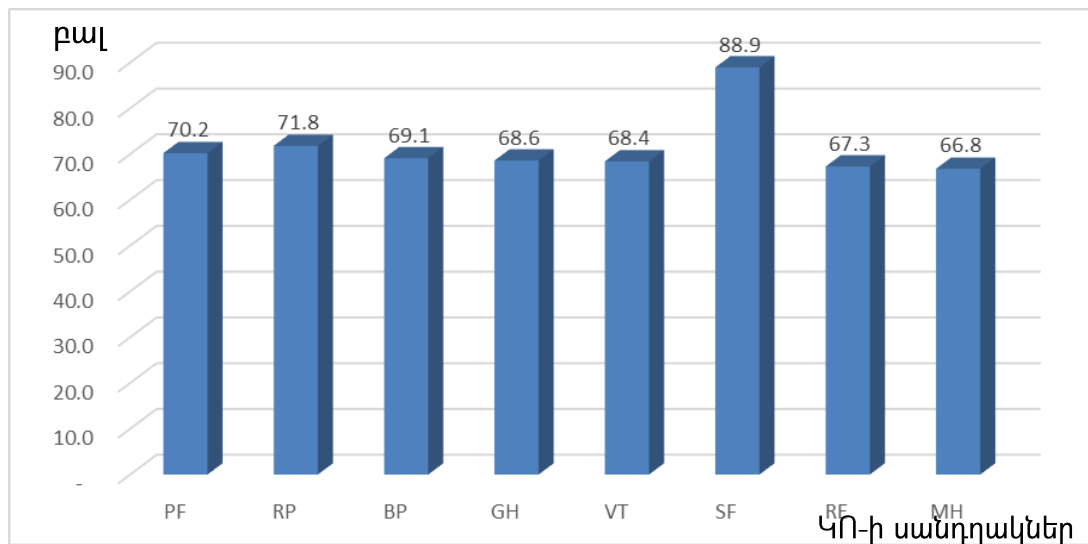
SF-36 թեստը լայնորեն կիրառվում է ամբողջ աշխարհում՝ որպես առողջությամբ պայմանավորված ԿՈ-ի գնահատման ընդհանուր գործիք: Ներկայումս լայնորեն օգտագործվում է նաև SF-12 ոչ սպեցիֆիկ թեստը, որը SF-36-ի կարճ տարբերակն է: Գործիքի հուսալիությունն ու վավերականությունն ապացուցվել է բազմաթիվ երկրներում անցկացված հետազոտությունների հիման վրա [128]:

Մեր հետազոտության շրջանակներում գնահատվել է Շիրակի մարզի ազգաբնակչության ԿՈ-ը SF-12 ընդհանուր թեստի օգնությամբ: Հետազոտության շրջանակներում դեմոգրաֆիկ ցուցանիշների առանձնահատկությունները չեն ուսումնասիրվել:



**Գծապատկեր 20.** Շիրակի մարզի ազգաբնակչության ԿՈ-ի չափանիշները (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)

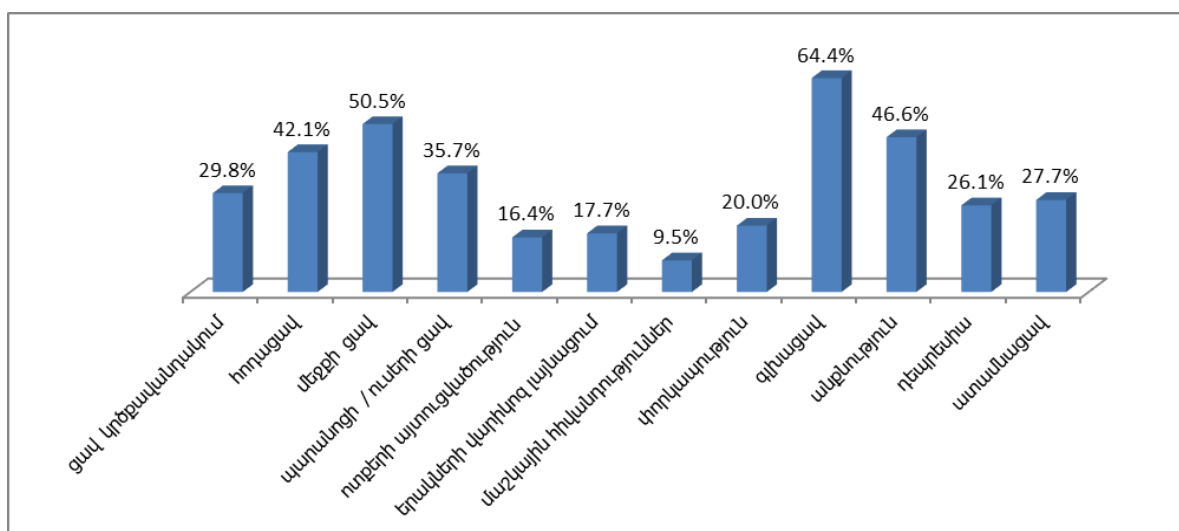
Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է (գծ. 20), որ Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում ԿՈ-ի բոլոր սանդղակները նկատելիորեն ցածր են ԿՈ-ի առավելագույն արժեքի համեմատ (ըստ Osoba-ի՝ ուժգին փոփոխություն [131]): Մասնավորապես, առավել տուժել են ԿՈ-ի հոգեբանական բաղադրիչի հոգեկան առողջություն (52.4 բալ), դերային էմոցիոնալ գործունեություն (53.4 բալ) և կենսունակություն սանդղակները (54.1 բալ):



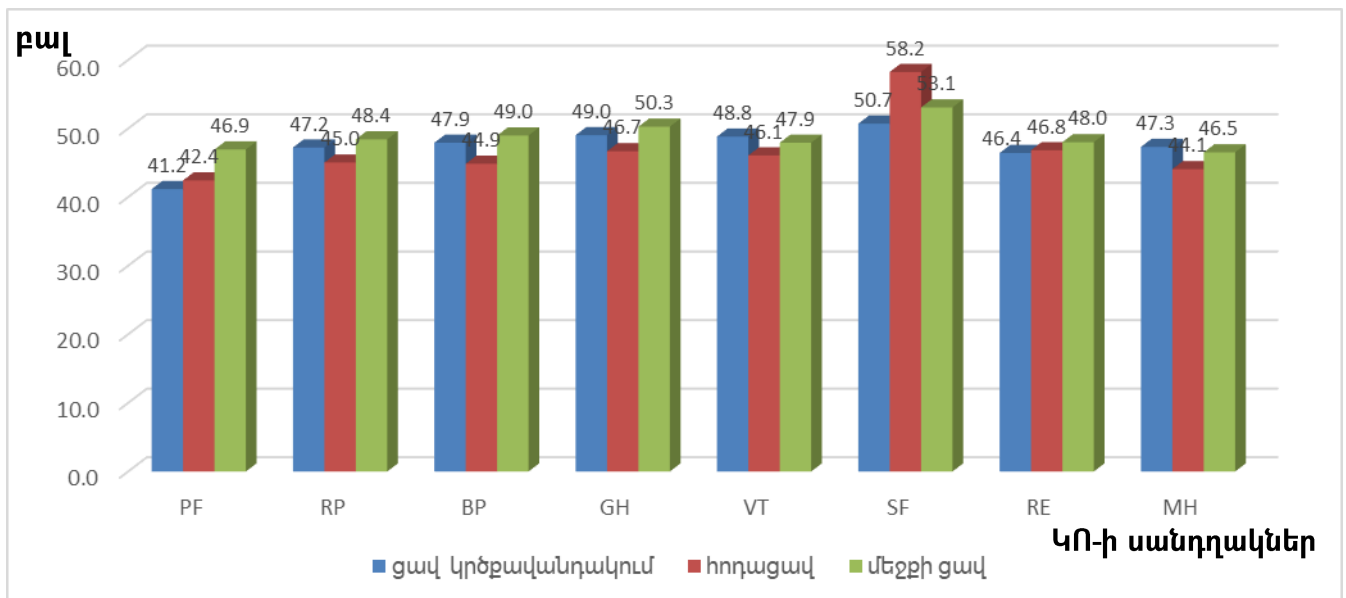
**Գծապատկեր 21.** Շիրակի մարզի պրակտիկորեն առողջ ազգաբնակչության ԿՈ-ի չափանիշները (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Պրակտիկորեն առողջ ազգաբնակչության շրջանում առավել տուժել են ԿՈ-ի հոգեբանական բաղադրիչի դերային էմոցիոնալ գործունեություն (67.3 բալ) և հոգեկան առողջություն (66.8 բալ) սանդղակները (գծ. 21):

Հետազոտության ընթացքում գնահատվել է նաև ազգաբնակչության շրջանում վերջին մեկ ամսում դիտված ախտանշանների հաճախականությունն ու ԿՈ-ի ցուցանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները՝ կախված գանգատներից: Պարզվել է, որ գլխացավ նշել են 64.4% դեպքերում, անքնություն՝ 46.6% (գծ. 22):

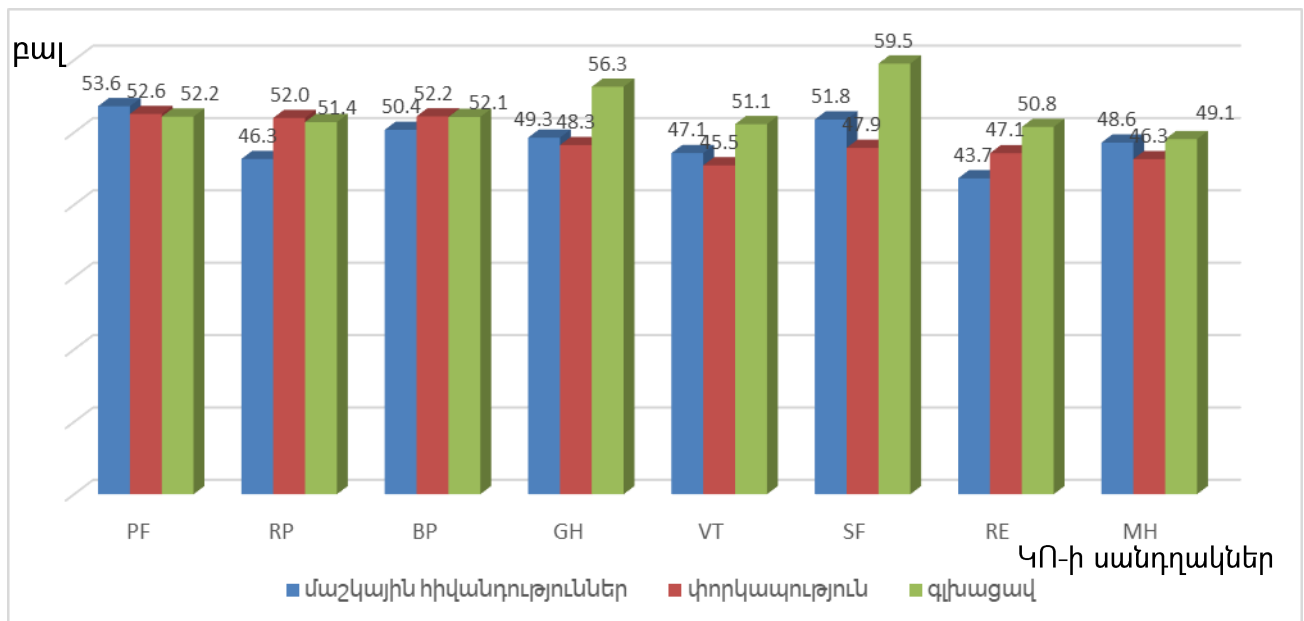


**Գծապատկեր 22.** Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում մի շարք գանգատների հանդիպման հաճախականությունը



**Գծապատկեր 23.** ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները առավել հաճախ հանդիպող գանգատների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)

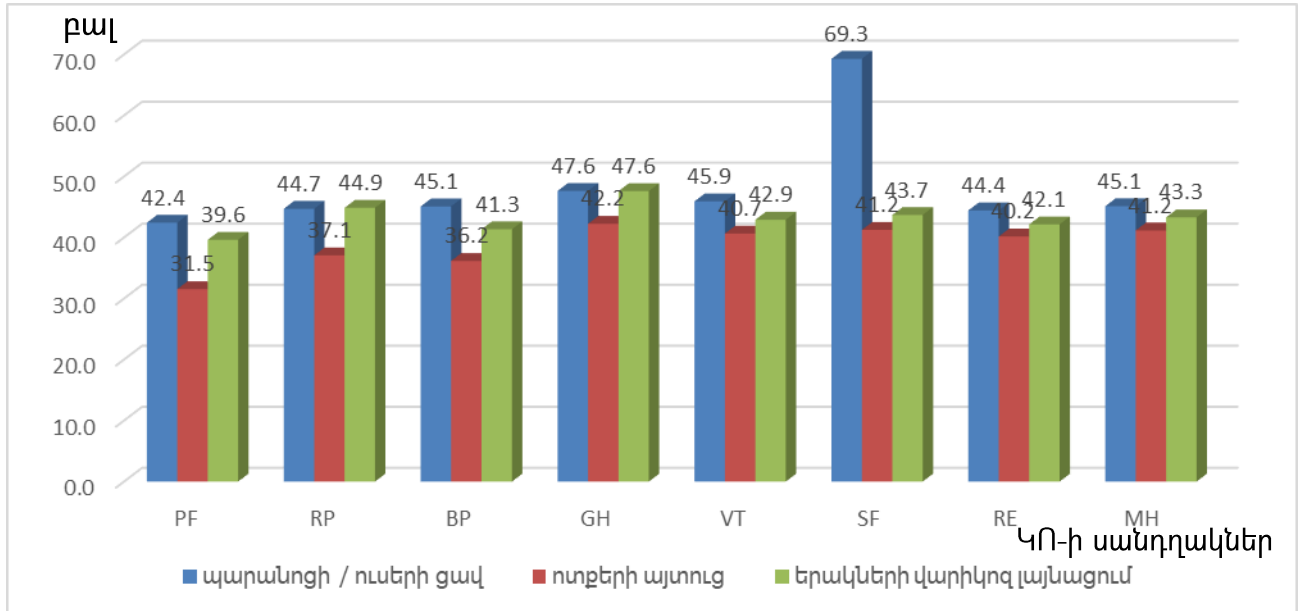
Կրծքավանդակում ցավի դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի ֆիզիկական գործունեություն և դերային էմոցիոնալ գործունեություն սանդղակները, հոդացավի և մեջքի ցավի դեպքում՝ ԿՌ-ի ֆիզիկական գործունեություն և հոգեկան առողջություն սանդղակները (գծ. 23):



**Գծապատկեր 24.** ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները առավել հաճախ հանդիպող գանգատների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)



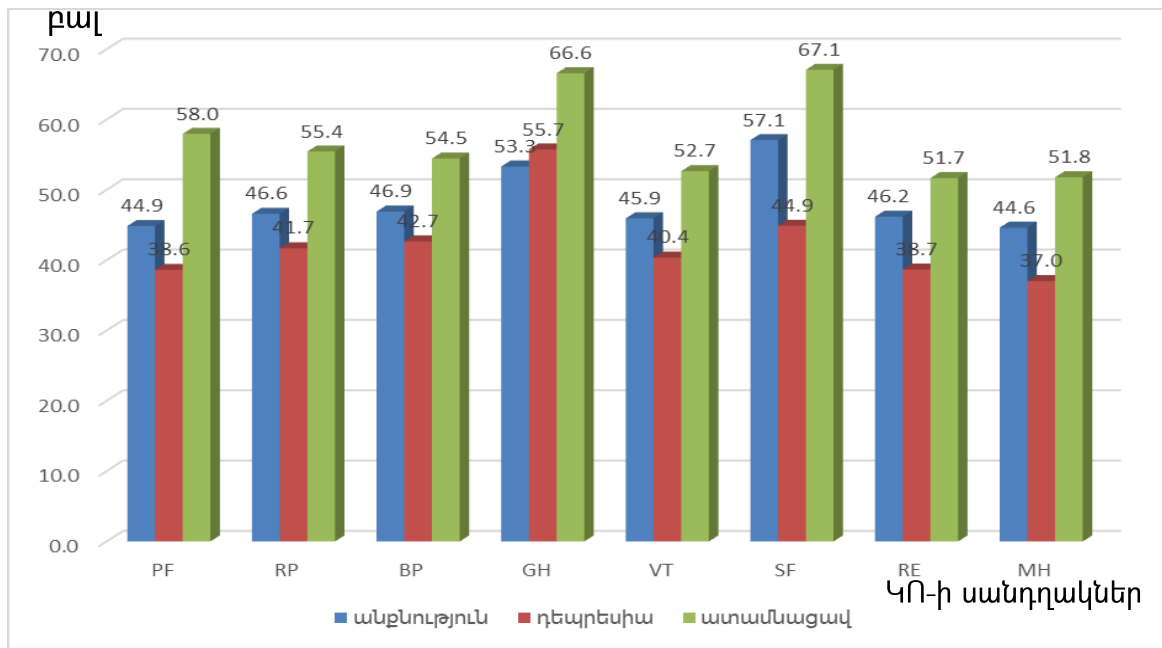
Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ մաշկային հիվանդությունների գանգատի դեպքում առավել տուժել են ԿՈ-ի դերային էմոցիոնալ և դերային ֆիզիկական գործունեություն, փորկապության դեպքում՝ կենսունակություն, իսկ գլխացավի դեպքում՝ հոգեկան առողջություն սանդղակները (զծ. 24):



**Գծապատկեր 25.** ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները առավել հաճախ հանդիպող գանգատների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)

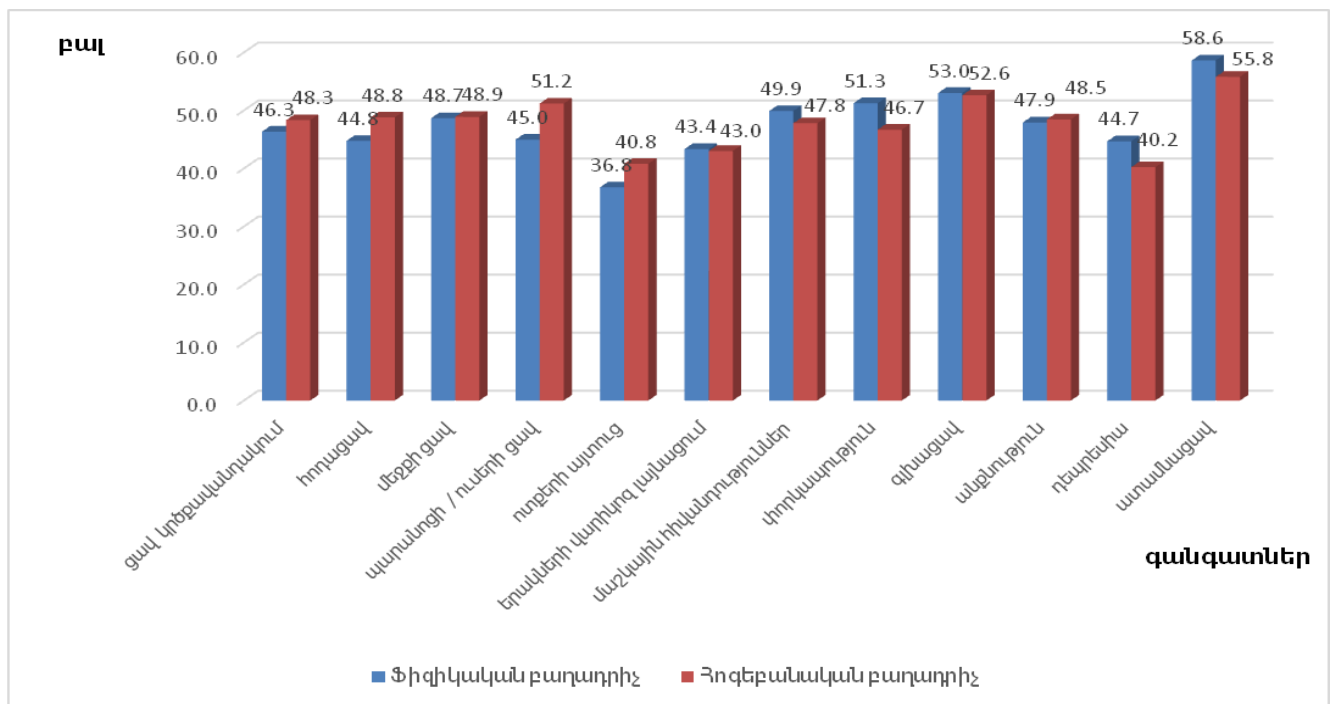
Պարանոցի/ուսերի ցավի դեպքում առավել տուժել են ԿՈ-ի ֆիզիկական գործունեություն և դերային էմոցիոնալ գործունեություն սանդղակները, նոքերի այտուցի դեպքում՝ ֆիզիկական գործունեություն, ցավային զգացողություն և դերային ֆիզիկական գործունեություն սանդղակները: Երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում առավել տուժել են ֆիզիկական գործունեություն, ցավային զգացողություն սանդղակները (զծ. 25):

Անքնության դեպքում առավել տուժել են ԿՈ-ի հոգեկան առողջություն, ֆիզիկական գործունեություն և դերային գործունեություն սանդղակները, դեպրեսիայի դեպքում՝ հոգեկան առողջություն, ֆիզիկական գործունեություն և դերային էմոցիոնալ գործունեություն սանդղակները: Ատամնացավի դեպքում առավել տուժել են դերային էմոցիոնալ գործունեություն և կենսունակություն սանդղակները (զծ. 26):



**Գծապատկեր 26.** ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները առավել հաճախ հանդիպող գանգատների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Վերը նշված գանգատների դեպքում ԿՈ-ի ֆիզիկական և հոգեբանական բաղադրիչների ընդհանուր նկարագիրը ներկայացված է գծ. 27-ում:



**Գծապատկեր 27.** ԿՈ-ի ֆիզիկական և հոգեբանական բաղադրիչների ընդհանուր նկարագրի առանձնահատկությունները մի շարք ախտանշանների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ինչպես երևում է ԿՈ-ի ֆիզիկական բաղադրիչն առավել շատ տուժել է ոտքերի այտուցի (36.8 բայ), երակների վարիկոզ լայնացման (43.4 բայ), հոդացավի (44.8 բայ), վզի/ուսերի ցավի (45.0 բայ) և կրծքավանդակում ցավի (46.3 բայ) դեպքում, իսկ հոգեբանական բաղադրիչը՝ դեպրեսիայի (40.2 բայ), ոտքերի այտուցի (40.8 բայ), երակների վարիկոզ լայնացման (43.0 բայ) և փորկապության դեպքում (46.7 բայ):

Վերը նշված գանգատներից ոտքերի այտուցի, դեպրեսիայի և երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում ԿՈ-ն բոլոր սանդղակներն հավաստիորեն ցածր են պրակտիկ առողջ ազգաբնակչության համեմատ ( $p < 0.05$ ): Այս գանգատների դեպքում միաժամանակ տուժել են ԿՈ-ի և՛ ֆիզիկական, և՛ հոգեբանական բաղադրիչները:

Այսպիսով, ԿՈ-ն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես կարևոր անկախ ցուցանիշ ազգաբնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության գործընթացային և արդյունքային բաղադրիչների, առողջության, ինչպես նաև հիվանդությունների ընթացքի և բուժման արդյունավետության գնահատման համար:

### **3.5. Քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների կյանքի որակը գնահատումը Մինեսոթյան թեստի օգնությամբ**

Սրտային անբավարարությունը ծանր, քրոնիկ սինդրոմ է, որն ուղեկցում է բազում սիրտ-անոթային հիվանդությունների [86]: Այն բնորոշվում է նյարդահորմոնալ ակտիվությամբ, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ ցածր հանդուրժողականությամբ, կարճ ապրելիությամբ և առողջությամբ պայմանավորված ցածր կյանքի որակով [90]: Վերջին տասնամյակների ընթացքում ամբողջ աշխարհում դիտվում է սրտային անբավարարության տարածվածության աճ [139]:

Ներկայումս Մինեսոթյան թեստը սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող սիրտ-անոթային պաթոլոգիաների ժամանակ առողջությամբ պայմանավորված կյանքի որակի գնահատման ամենակիրառելի գործիքներից մեկն է [126]:

Հետազոտության մեջ ընդգրկվածների 77.3%-ը վերջին մեկ տարվա ընթացքում բուժօգնություն ստանալու նպատակով դիմել է պոլիկլինիկա, 12.9%-ը՝ ստացիոնար, 4.9%-

ը՝ վճարովի բժշկական հաստատություններ, 8.0%-ը՝ չեն դիմել, իսկ 17.0%-ն օգտվել է շտապ բժշկական օգնության ծառայությունից:

Իրենց հիվանդության վերաբերյալ բժշկական տեղեկատվությամբ իրազեկված են եղել հարցվածների 52.7%-ը, միայն մասամբ՝ 37.9%-ը և չեն տիրապետել՝ 9.5%-ը: Ընդ որում, 66.5% դեպքերում հիվանդության հետ կապված գիտելիքների հիմնական աղբյուր է հանդիսացել պոլիկլինիկայի, 6.3% դեպքերում՝ ստացիոնարի բժիշկը, 11.1%՝ ընկերներն ու հարևանները, իսկ 16.1%՝ լրատվամիջոցները: Հարցվածների 3.0%-ն ունեցել է հաշմանդամության առաջին խումբ, 13.3%-ը՝ երկրորդ, 20.1%-ը՝ երրորդ:

Հարցվածների 43.9%-ը գոհ է եղել մատուցված ծառայություններից, 42.4%-ը՝ մասամբ գոհ և 13.6%-ը՝ դժգոհ:

69.7% դեպքերում թեստը լրացրել է պացիենտը, 22.0% դեպքերում՝ պացիենտի հարազատները, իսկ 8.3%՝ բժիշկը: Հետազոտության մեջ ընդգրկվածների 40.2%-ը 40-60տ. են, 34.1%-ն ունի միջին մասնագիտական կրթություն (աղ. 22):

Ըստ հետազոտության տվյալների մինչև 20 տարեկան, 20-40տ. և 60-70տ. տարիքային խմբերում իգական սեռը գերազանցել է արականին, իսկ 40-60տ. և 70 և բարձր տարիքային խմբերում՝ արականը իգականին: Հարցվածների կրթական մակարդակի նկարագիրն երկու սեռերի դեպքում էլ գրեթե համանման է:

Ամուսնացած են եղել հարցված տղամարդկանց 71.7%-ը, ցուցանիշը կանանց շրջանում կազմել է 50.7%: Չամուսնացած են եղել տղամարդկանց 4.2% և կանանց՝ 11.8%-ը:

Ըստ հետազոտության տվյալների սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող սիրտ-անոթային հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի ընդհանուր բալլը կազմել է 48.1 բալլ: ԿՌ-ի ընդհանուր բալլը կանանց մոտ եղել է ավելի ցածր (46.8 բալլ)՝ համեմատած տղամարդկանց հետ (49.5) ( $p < 0.05$ ), ինչը վկայում է տղամարդկանց շրջանում ավելի ցածր ԿՌ-ի մասին: Ընդ որում հարկ է նշել, որ ԿՌ-ի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչների դեպքում սեռային տարբերություն չի հայտնաբերվել (աղ. 23):

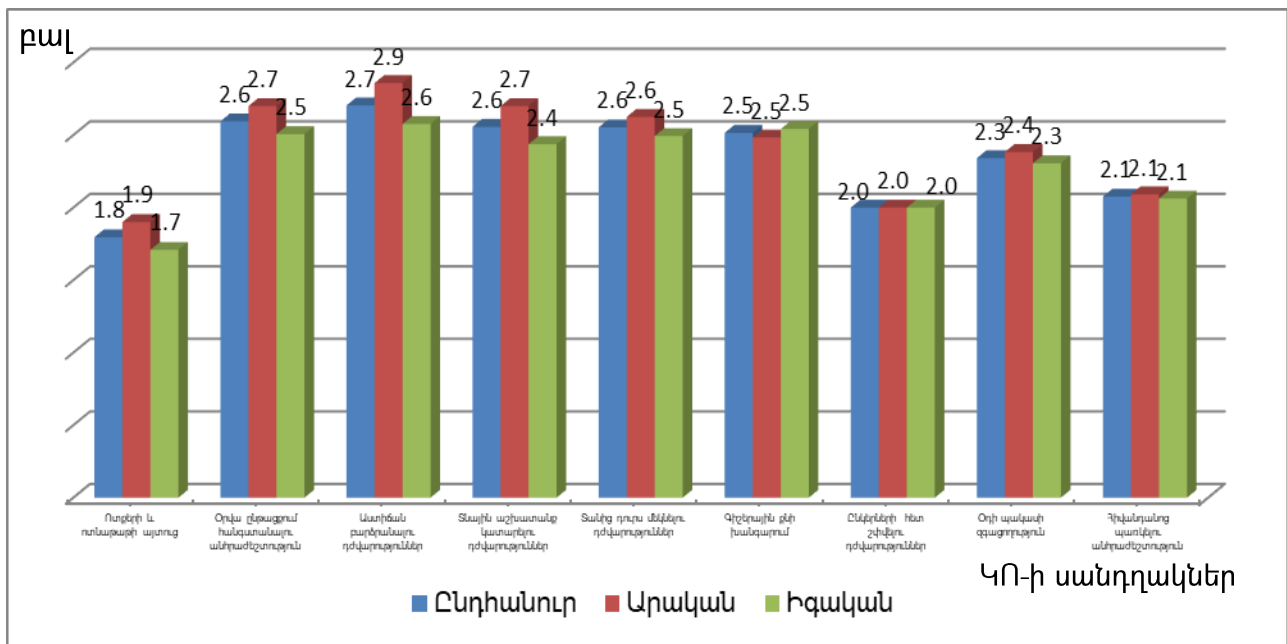
Հարցվածների դեմոգրաֆիկ նկարագիրն ըստ քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի գնահատման Մինեսոթյան թեստի տվյալների

| Դեմոգրաֆիկ բնութագիր                                   | Ընդամենը   | Սեռ        |            |
|--------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                        |            | Արական     | Իգական     |
| N(%)                                                   | 264        | 120(45.5%) | 144(54.5%) |
| <b>Տարիքային խումբը</b>                                |            |            |            |
| 18-20 տ.                                               | 16(6.1%)   | 6(5.0%)    | 10(6.9%)   |
| 20-40 տ.                                               | 53(20.1%)  | 21(17.5%)  | 32(22.2%)  |
| 40-60 տ.                                               | 106(40.2%) | 51(42.5%)  | 55(38.2%)  |
| 60-70 տ.                                               | 59(22.3%)  | 25(20.8%)  | 34(23.6%)  |
| 70-ից բարձր                                            | 30(11.4%)  | 17(14.2%)  | 13(9.0%)   |
| <b>Կրթություն</b>                                      |            |            |            |
| թերի միջնակարգ                                         | 38(14.4%)  | 17(14.2%)  | 21(14.6%)  |
| միջնակարգ                                              | 89(33.7%)  | 42(35.0%)  | 47(32.6%)  |
| միջին մասնագիտական                                     | 90(34.1%)  | 39(32.5%)  | 51(35.4%)  |
| բարձրագույն                                            | 47(17.8%)  | 22(18.3%)  | 25(17.4%)  |
| <b>Հիմնական զբաղմունք</b>                              |            |            |            |
| աշխատանք<br>հիմնարկությունում կամ<br>ձեռնարկությունում | 41(15.5%)  | 14(11.7%)  | 27(18.8%)  |
| կրթություն ԲՈՒՀ-ում կամ<br>քոլեջում                    | 12(4.5%)   | 3(2.5%)    | 9(6.3%)    |
| թոշակառու                                              | 53(20.1%)  | 27(22.5%)  | 26(18.1%)  |
| անհատական<br>աշխատանքային<br>գործունեություն           | 23(8.7%)   | 13(10.8%)  | 10(6.9%)   |
| չաշխատող                                               | 135(51.1%) | 63(52.5%)  | 72(50.0%)  |
| <b>Ընտանեկան<br/>կարգավիճակ</b>                        |            |            |            |
| ամուսնացած                                             | 159(60.2%) | 86(71.7%)  | 73(50.7%)  |
| բաժանված                                               | 21(8.0%)   | 8(6.7%)    | 13(9.0%)   |
| այրի                                                   | 62(23.5%)  | 21(17.5%)  | 41(28.5%)  |
| չամուսնացած                                            | 22(8.3%)   | 5(4.2%)    | 17(11.8%)  |

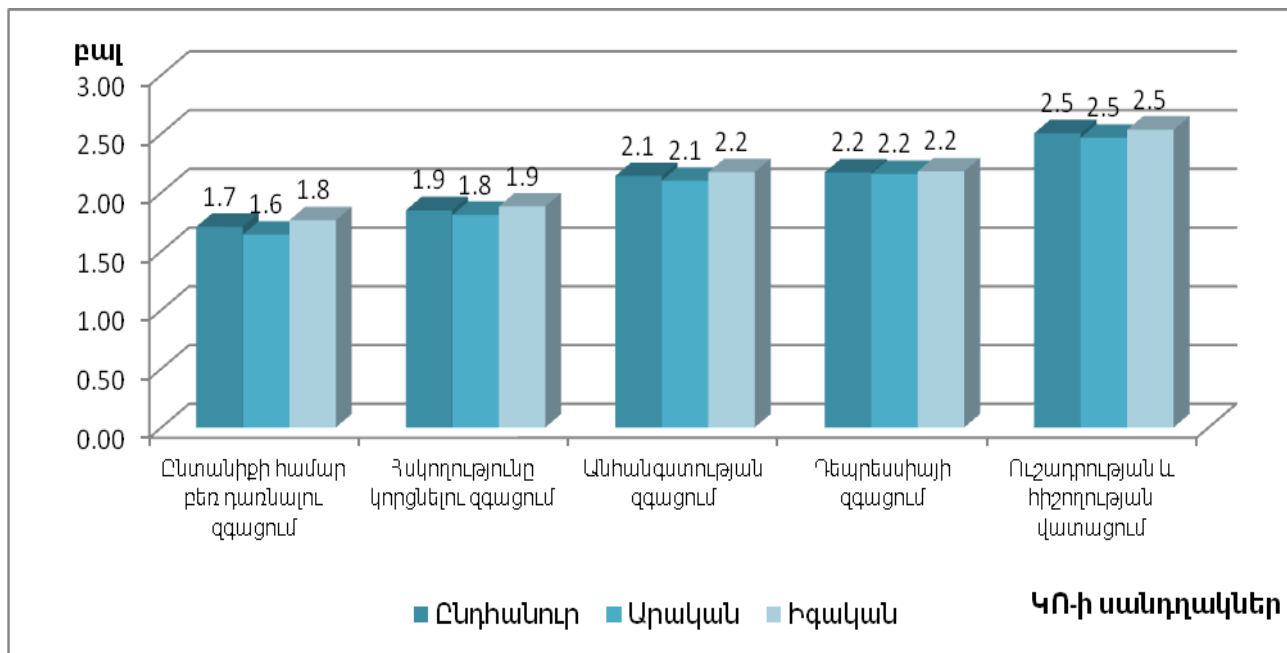
Քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի բաղադրիչների փոփոխության սեռային առանձնահատկությունները (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

| MLHFQ                  | Ընդհանուր<br>ընտրանք<br>$M \pm m$ | Արական<br>$M \pm m$ | Իգական<br>$M \pm m$ |
|------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| Ֆիզիկական<br>բաղադրիչ  | 21.1 $\pm$ 0.3                    | 21.7 $\pm$ 0.3      | 20.6 $\pm$ 0.3      |
| Էմոցիոնալ<br>բաղադրիչ  | 10.4 $\pm$ 0.2                    | 10.2 $\pm$ 0.2      | 10.5 $\pm$ 0.2      |
| Սոցիալական<br>բաղադրիչ | 16.5 $\pm$ 0.3                    | 17.6 $\pm$ 0.3      | 15.7 $\pm$ 0.3      |
| Ընդհանուր բալ          | 48.1 $\pm$ 0.8                    | 49.5 $\pm$ 0.8      | 46.8 $\pm$ 0.8      |

Գծապատկեր 28-ում ներկայացված են քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի ֆիզիկական բաղադրիչի փոփոխության առանձնահատկություններն ըստ սեռի: Այսպես, «Ուտքերի և ոտնաթաթի այտուց» սանդղակը տղամարդիկ գնահատել են 1.9 բալ, իսկ կանայք՝ 1.7 բալ, «Օրվա ընթացքում հանգստանալու անհրաժեշտություն» սանդղակը տղամարդիկ գնահատել են 2.7, իսկ կանայք՝ 2.5 բալ: Երկու սեռերի մոտ էլ համանման են գնահատվել «Գիշերային քնի խանգարում», «Ընկերների հետ շփվելու դժվարություններ» և «Հիվանդանոց պառկելու անհրաժեշտություն» սանդղակները: «Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ» և «Տնային աշխատանք կատարելու դժվարություններ» սանդղակներն առավել շատ տուժում են տղամարդկանց մոտ:

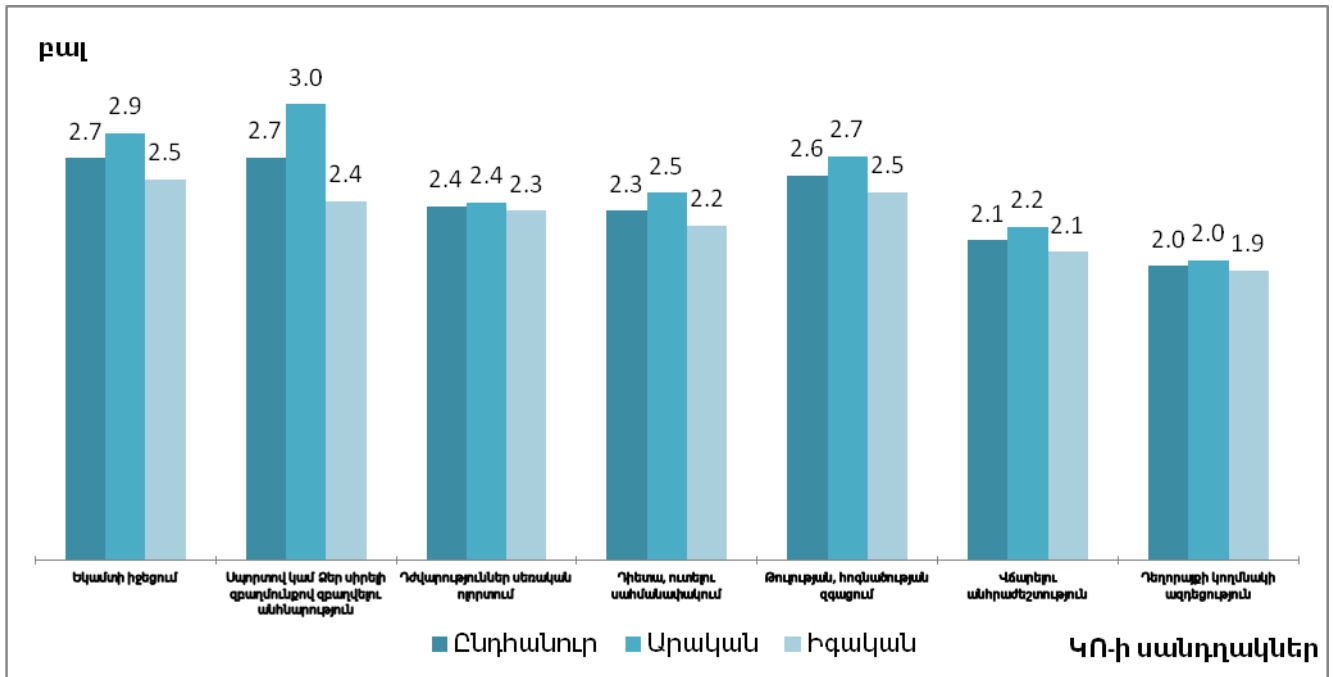


**Գծապատկեր 28.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՈ-ի ֆիզիկական բաղադրիչի փոփոխության առանձնահատկությունները (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)



**Գծապատկեր 29.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՈ-ի էմոցիոնալ բաղադրիչի փոփոխության առանձնահատկությունները (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ըստ հետազոտության տվյալների Մինեսոթայան թեստի էմոցիոնալ բաղադրիչի 5 սանդղակն էլ նկատելի ցածր են բաղադրիչ առավելագույն արժեքի համեմատ (զձ. 29):

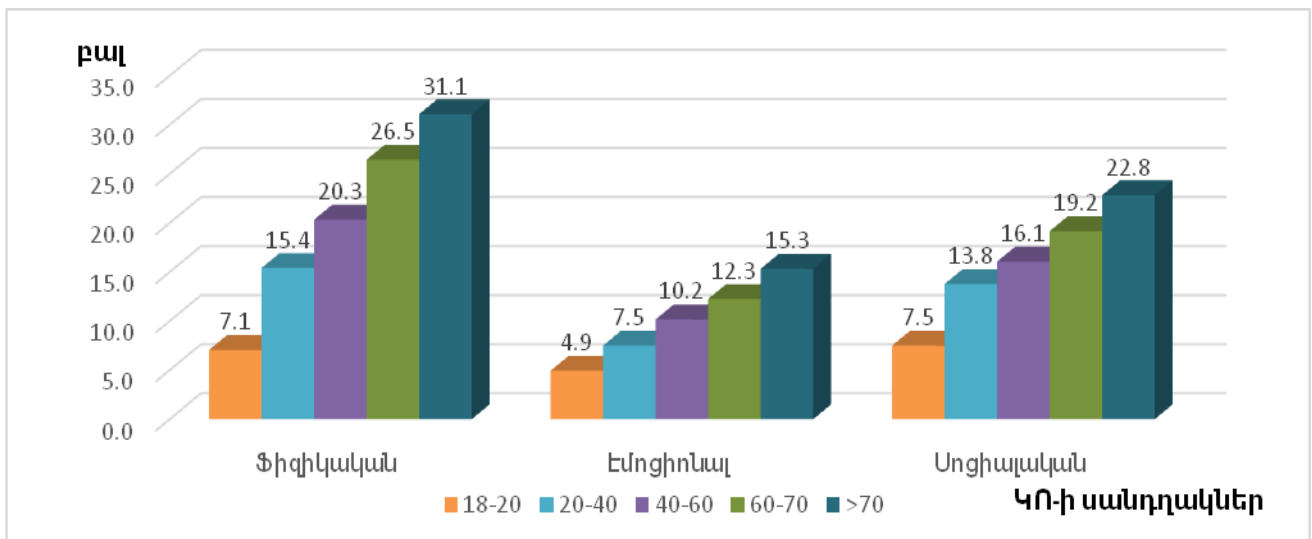


**Գծապատկեր 30.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի սոցիալական բաղադրիչի փոփոխության առանձնահատկությունները (ըստ Մինեսոթայան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները թեստի սոցիալական բաղադրիչի բոլոր սանդղակներն էլ նկատելի ցածր են գնահատման առավելագույն արժեքի համեմատ: Այդ տարբերությունն առավել ակներև է «Սպորտով կամ Ձեր սիրելի զբաղմունքով զբաղվելու անհնարություն» և «Եկամտի իջեցում» սանդղակներում զձ. 30:

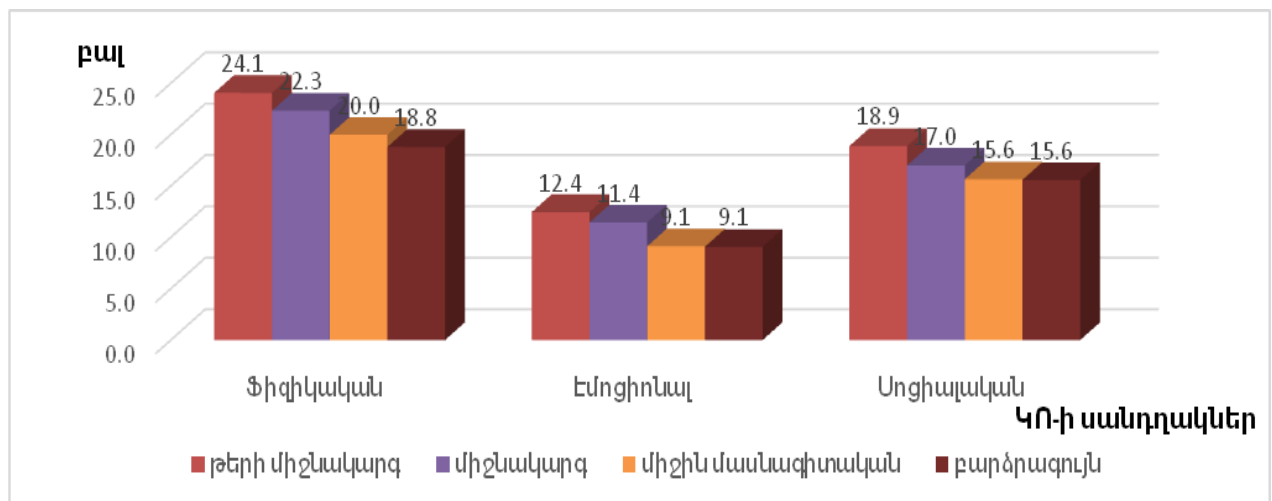
Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները թեստի բոլոր երեք սանդղակների դեպքում էլ տարիքի ավելացմանը զուգընթաց դիտվում է ԿՌ-ի նվազեցում ըստ համապատասխան բաղադրիչների ( $r_{xy}=0.51$ ,  $p<0.05$ ): Այսպես, ԿՌ-ի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչներն էլ առավել տուժել են 70 և բարձր տարիքային խմբում (զձ. 31):





**Գծապատկեր 31.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՈ-ի բաղադրիչների փոփոխության առանձնահատկությունները տարբեր տարիքային խմբերում (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

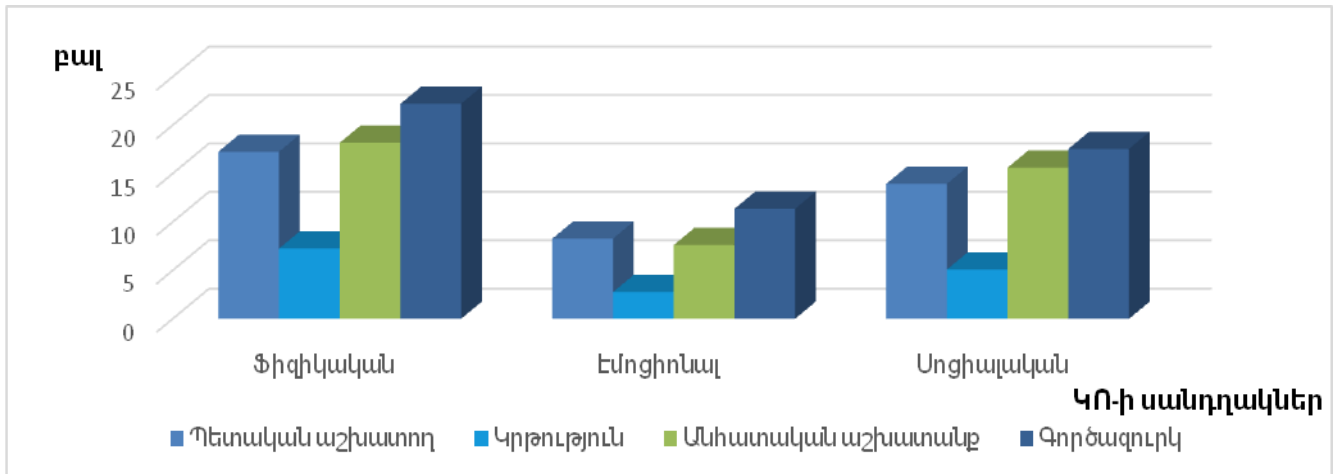
Գծապատկեր 32-ում ներկայացված են քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ տառապող պացիենտների ԿՈ-ի 3 բաղադրիչի փոփոխության առանձնահատկություններն ըստ կրթական մակարդակի:



**Գծապատկեր 32.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՈ-ի բաղադրիչների փոփոխության առանձնահատկությունները կախված կրթական մակարդակից տարիքային խմբերում (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

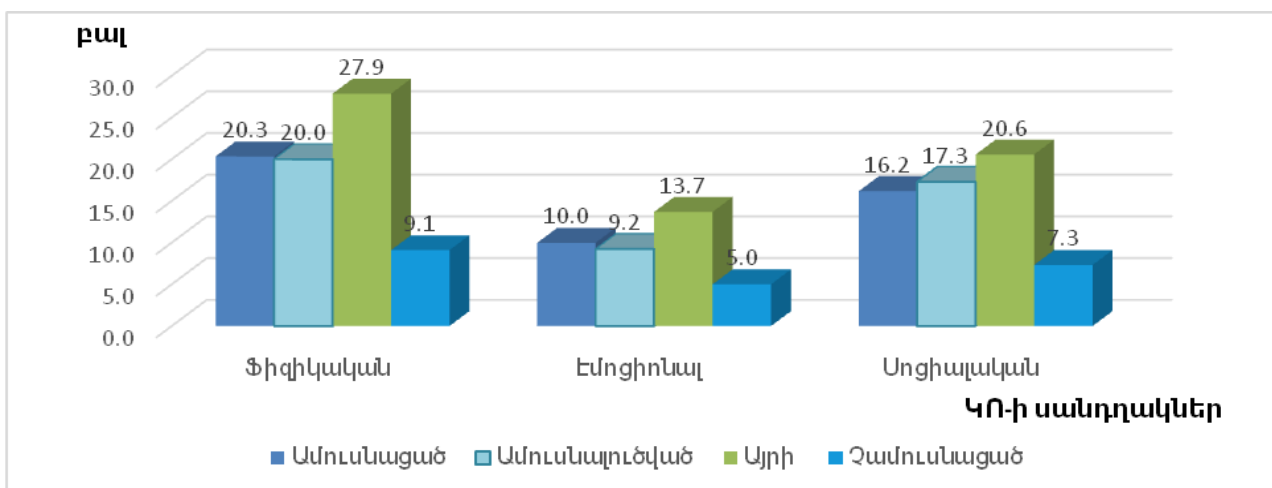
Այսպես ԿՈ-ի ֆիզիկական բաղադրիչը համեմատաբար քիչ է տուժել բարձրագույն կրթություն ունեցող պացիենտների դեպքում, էնոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչները՝

միջին մասնագիտական և բարձրագույն կրթություն ունեցող պացիենտների դեպքում: Կրթական մակարդակի և ըստ Մինեսոթյան թեստի ԿՌ-ի գումարային միավորի միջև դիտվում է հակադարձ համեմատական թույլ կորելացիոն կապ ( $r=-0.17$ ,  $p<0.05$ ), այսինքն, որքան բարձր է կրթական մակարդակը, այնքան քիչ է տուժում ԿՌ-ի գումարային բալը:



**Գծապատկեր 33.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի բաղադրիչների փոփոխության առանձնահատկությունները կախված զբաղվածությունից (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները թեստի բոլոր երեք սանդղակներն էլ առավել տուժում են գործազրկության դեպքում (գծ. 33):



**Գծապատկեր 34.** Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդների ԿՌ-ի բաղադրիչների փոփոխության առանձնահատկությունները կախված ամուսնական կարգավիճակից (ըստ Մինեսոթյան թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ըստ հետազոտության տվյալների Մինեսոթայի թեստի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչներն առավել տուժել են ամուսին կամ կին կորցրած պացիենտների մոտ, իսկ համեմատաբար քիչ են տուժել չամուսնացածների մոտ (գծ. 34):

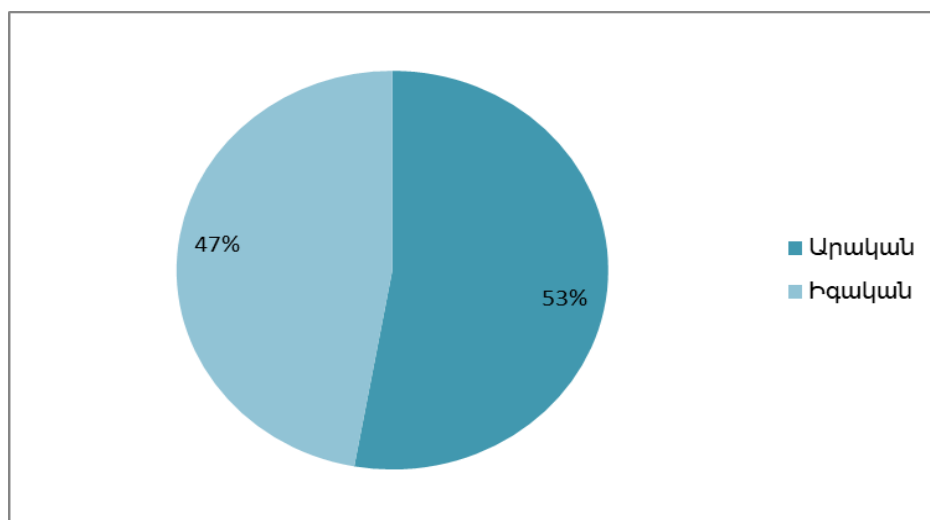
Այսպիսով, քրոնիկ սրտային անբավարարության հետևանքով առաջացող խնդիրների շարքում իգական սեռի մոտ առավել տուժում է «Ուշադրության և հիշողության վատացում», «Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ» և «Գիշերային քնի խանգարում» սանդղակները, իսկ արական սեռի մոտ՝ «Սպորտով կամ սիրելի զբաղմունքով զբաղվելու անհնարություն», «Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ» և «Եկամտի իջեցում» սանդղակները:

### **3.6. Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների կյանքի որակի գնահատումը Սիեթլյան թեստի օգնությամբ**

Մեր կողմից անցկացված հետազոտության շրջանակներում գնահատվել է Շիրակի մարզի ամբուլատոր պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային բուժօգնություններում բուժվող կամ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՌ-ը սպեցիֆիկ Սիեթլյան թեստի օգնությամբ [144]:

Թեստի յուրաքանչյուր սանդղակի համար սահմանվում է առավելագույնը 100%:

Ըստ սեռի հիվանդների գերակշիռ մասը կազմել են տղամարդիկ (գծ. 35), ինչն համընկնում է այլ հեղինակների կողմից ներկայացված տվյալների հետ [20]:



**Գծապատկեր 35.** Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով հիվանդների կառուցվածքն ըստ սեռի

Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով հիվանդների դեմոգրաֆիկ բնութագրերն ըստ սեռի ունեն մի շարք առանձնահատկություններ (աղ. 25): Մասնավորապես, ընդհանուր ընտրանքում 18-20 տ. խումբը կազմում է 4.5%, իգական սեռի մոտ՝ 6.4%, իսկ արական՝ 2.9%: Երկու սեռերի մոտ էլ պացիենտների ավելի քան 60%-ը աշխատունակ տարիքի են (20-60տ.), սակայն հարկ է նշել, որ իգական սեռի մոտ 20-40 տարիքային խմբի տեսակարար կշիռն ավելի բարձր է համեմատած արականի հետ (համապատասխանաբար 20.0% և 15.7%):

## Աղյուսակ 24

Կրծքահեղձուկով և սրտամկանի ինֆարկտով պացիենտների մի շարք դեմոգրաֆիկ բնութագրերի նկարագիրն ըստ սեռի

| Դեմոգրաֆիկ բնութագիր                                   | Ընդհանուր ընտրանք | Արական     | Իգական     |
|--------------------------------------------------------|-------------------|------------|------------|
| N (%)                                                  | 265               | 140(52.8%) | 125(47.2%) |
| <b>Տարիքային խումբը</b>                                |                   |            |            |
| 18-20 տ.                                               | 12 (4.5%)         | 4 (2.9%)   | 8(6.4%)    |
| 20-40 տ.                                               | 47 (17.7%)        | 22 (15.7%) | 25(20.0%)  |
| 40-60 տ.                                               | 117 (44.2%)       | 65 (46.4%) | 52(41.6%)  |
| 60-70 տ.                                               | 69 (26.0%)        | 36 (25.7%) | 33(26.4%)  |
| 70-ից բարձր                                            | 20 (7.5%)         | 13 (9.3%)  | 7(5.6%)    |
| <b>Կրթություն</b>                                      |                   |            |            |
| թերի միջնակարգ                                         | 19(7.2%)          | 9(6.4%)    | 10(8.0%)   |
| միջնակարգ                                              | 83(31.3%)         | 47(33.6%)  | 36(28.8%)  |
| միջին մասնագիտական                                     | 102(38.5%)        | 50(35.7%)  | 52(41.6%)  |
| բարձրագույն                                            | 61(23.0%)         | 34(24.3%)  | 27(21.6%)  |
| <b>Հիմնական զբաղմունք</b>                              |                   |            |            |
| աշխատանք<br>հիմնարկությունում կամ<br>ծեռնարկությունում | 53 (20.0%)        | 27(19.3%)  | 26 (20.8%) |
| կրթություն ԲՈՒՀ-ում կամ<br>քոլեջում                    | 16 (6.0%)         | 4 (2.9%)   | 12 (9.6%)  |
| թոշակառու                                              | 81 (30.6%)        | 40 (28.6%) | 41 (32.8%) |
| անհատական<br>աշխատանքային<br>գործունեություն           | 23 (8.7%)         | 16 (11.4%) | 7 (5.6%)   |
| չաշխատող                                               | 92 (34.7%)        | 53 (37.9%) | 39(31.2%)  |

Ըստ կրթական մակարդակի գնահատման պարզվել է, որ բարձրագույն կրթություն ունեցողները արական սեռի մոտ կազմել են 24.3%, իսկ իգականի մոտ՝ 21.6%: Պացիենտների ըստ զբաղվածության ոլորտի կառուցածքի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ իգական սեռի մոտ գերակշռում են ԲՈՒՀ-ում սովորողները, այն դեպքում, երբ գործազրկության մակարդակը բարձր է արական սեռի մոտ (աղ. 24):

Ըստ հետազոտության տվյալների սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի բոլոր պարամետրերն էլ ունեցել են նկատելի ցածր մակարդակ, ընդ որում առավել մեծ ուշադրության են արժանի «ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում» ( $49.0 \pm 1.28$ ) ու «հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք» ( $49.4 \pm 1.63$ ) սանդղակները: Ընդ որում հարկ է նշել, որ տղամարդկանց շրջանում գրեթե բոլոր սանդղակներն ավելի շատ են տուժել՝ համեմատած կանանց հետ: Բացառություն է կազմում միայն բուժումից բավարարվածություն (TS) սանդղակը, որն ավելի բարձր է տղամարդկանց շրջանում՝ համեմատած կանանց հետ (աղ. 25):

## Աղյուսակ 25

Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի սանդղակներն ըստ  
SAQ թեստի

| Սեռ              | SAQ սանդղակներ, (%) |                 |                 |                 |                 |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                  | $\bar{P} \pm SE$    |                 |                 |                 |                 |
|                  | PL                  | AS              | AF              | TS              | DP              |
| Արական (n=140)   | 48.3 $\pm$ 1.21     | 52.1 $\pm$ 1.22 | 64.5 $\pm$ 1.40 | 68.5 $\pm$ 1.58 | 47.0 $\pm$ 1.29 |
| Իգական (n=125)   | 49.9 $\pm$ 1.28     | 56.3 $\pm$ 1.28 | 67.4 $\pm$ 1.41 | 65.1 $\pm$ 1.28 | 52.1 $\pm$ 1.35 |
| Ընդամենը (n=265) | 49.0 $\pm$ 1.28     | 54.1 $\pm$ 1.23 | 65.9 $\pm$ 1.28 | 66.9 $\pm$ 1.35 | 49.4 $\pm$ 1.63 |

Սրտամկանի ինֆարկտով պացիենտների ԿՈ-ի ուսումնասիրության բժշկասոցիալական նշանակությունը կարևորող հանգամանքներից մեկն էլ այն է, որ հիվանդության պատճառով նկատելիորեն իջեցնում է ԿՈ-ն աշխատունակ բնակչության շրջանում, ինչպես նաև շատ հաճախ հանգեցնում ժամանակավոր կամ կայուն անաշխատունակության, որը բարձրացնում է պետության սոցիալական բեռը:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի AF, TS և DP սանդղակները բարձրագույն

կրթություն ունեցող պացիենտների շրջանում հավաստիորեն բարձր են ի համեմատ միջին մասնագիտական կրթություն ունեցողների ( $p < 0.05$ ) (աղ. 26):

## Աղյուսակ 26

Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՌ-ի չափանիշները կախված կրթական մակարդակից ըստ Սիեթլյան թեստի

| ԿՌ-ի պարամետրերն ըստ<br>SAQ թեստի | SAQ սանդղակներ, (%) |                 |                 |                 |                 |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                                   | $\bar{P} \pm SE$    |                 |                 |                 |                 |
| Կրթական մակարդակ                  | PL                  | AS              | AF              | TS              | DP              |
| բարձրագույն կրթություն            | 52.8 $\pm$ 1.23     | 59.7 $\pm$ 1.22 | 71.8 $\pm$ 1.21 | 77.4 $\pm$ 1.2  | 58.2 $\pm$ 1.21 |
| միջին մասնագիտական<br>կրթություն  | 51.2 $\pm$ 1.22     | 58.2 $\pm$ 1.24 | 67.8 $\pm$ 1.22 | 69.2 $\pm$ 1.21 | 51.5 $\pm$ 1.2  |

Այսպիսով, սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՌ-ի ուսումնասիրությունն ըստ SAQ-ի արձանագրել է ցածր ցուցանիշ ԿՌ-ի բոլոր սանդղակների համար: Ըստ հետազոտության տվյալների, առավել տուժել են ԿՌ-ի «ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում» և «հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք» սանդղակները: Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՌ-ը լավացնելու նպատակով անհրաժեշտ է առողջապահության առաջնային օղակում դիսպանսեր հսկողության վարման ծրագրում պարբերաբար ներառել հոգեբանի խորհրդատվություն: Առողջության առաջնային պահպանման օղակում բուժական միջոցառումների արդյունավետության գնահատման համար կարելի է կիրառել սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՌ-ի գնահատման սպեցիֆիկ SAQ թեստը:

### 3.7. Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների կյանքի որակի գնահատումը ըստ SGRQ թեստի

Անցկացված հետազոտության շրջանակներում բաժանվել է 240 թեստ, իսկ վիճակագրական մշակման ենթարկվել 202-ը: Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության

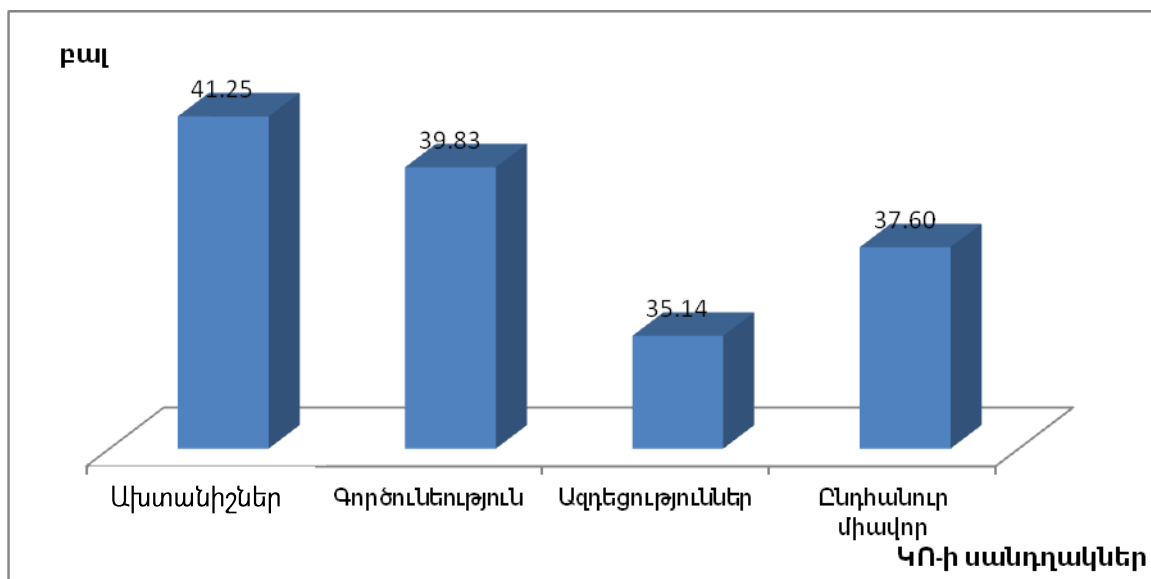
տվյալները (աղ. 27) պացիենտների 60.4%-ը արական, իսկ 39.6%-ը իգական սեռի ներկայացուցիչներ են: Ընտրանքում գերակշռել են թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ պացիենտները (65.8%): Միաժամանակ հարկ է նշել, որ բրոնխիալ ասթմայի դեպքում գերակշռել են իգական (56.5%), իսկ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեպքում՝ արական (69.2%) սեռի ներկայացուցիչները:

## Աղյուսակ 27

Շիրակի մարզում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ  
և բրոնխիալ ասթմայով տառապող պացիենտների ընդհանուր նկարագիրը

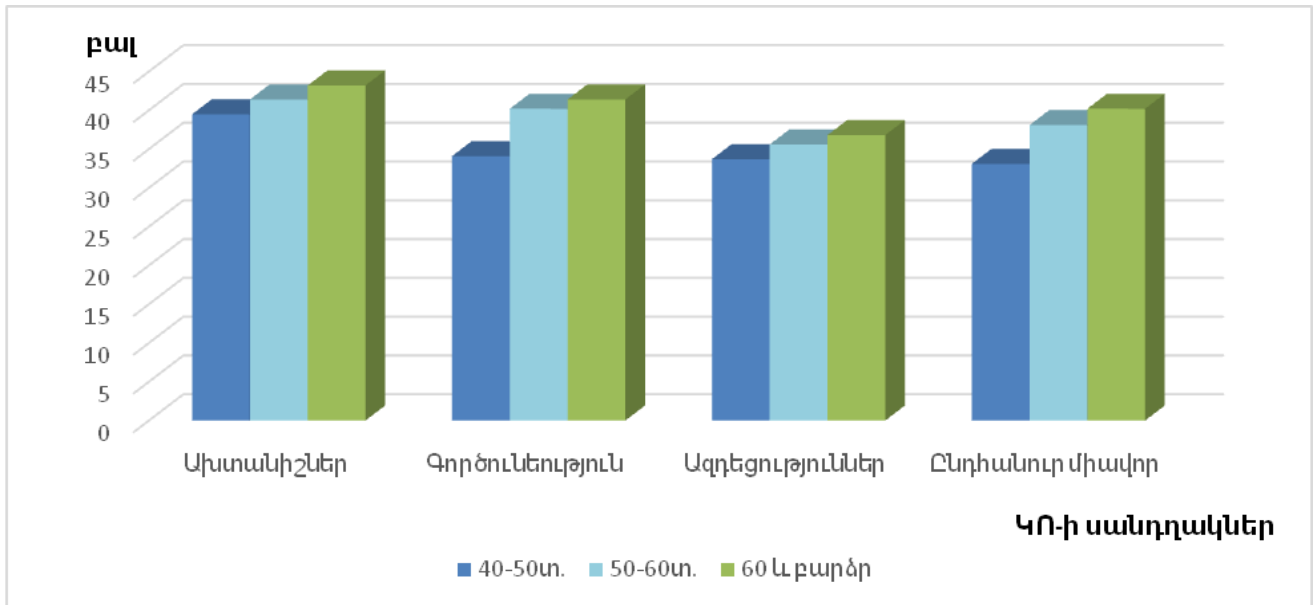
| Ընտրանք   | Ընդամենը<br>n (%) | Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ<br>հիվանդություն<br>n (%) | Բրոնխիալ ասթմա<br>n (%) |
|-----------|-------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| Արական    | 122 (60.4%)       | 92 (69.2%)                                          | 30 (43.5%)              |
| Իգական    | 80 (39.6%)        | 41 (30.8%)                                          | 39 (56.5%)              |
| Ընդհամենը | 202 (100.0%)      | 133 ( 65.8%)                                        | 69 (34.2%)              |

Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ի գնահատման տվյալներն ըստ SGRQ թեստի ներկայացված են գծապատկեր 36-ում:



**Գծապատկեր 36.** Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ի չափանիշների առանձնահատկությունները (ըստ SGRQ թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ինչպես երևում է ներկայացված պատկերից, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունն և բրոնխիալ ասթման էականորեն ազդում են պացիենտների ԿՌ-ի վրա: Առավել շատ տուժում են ԿՌ-ի ախտանշաններ (41.25 բալ) և գործունեություն սանդղակները (39.83 բալ):

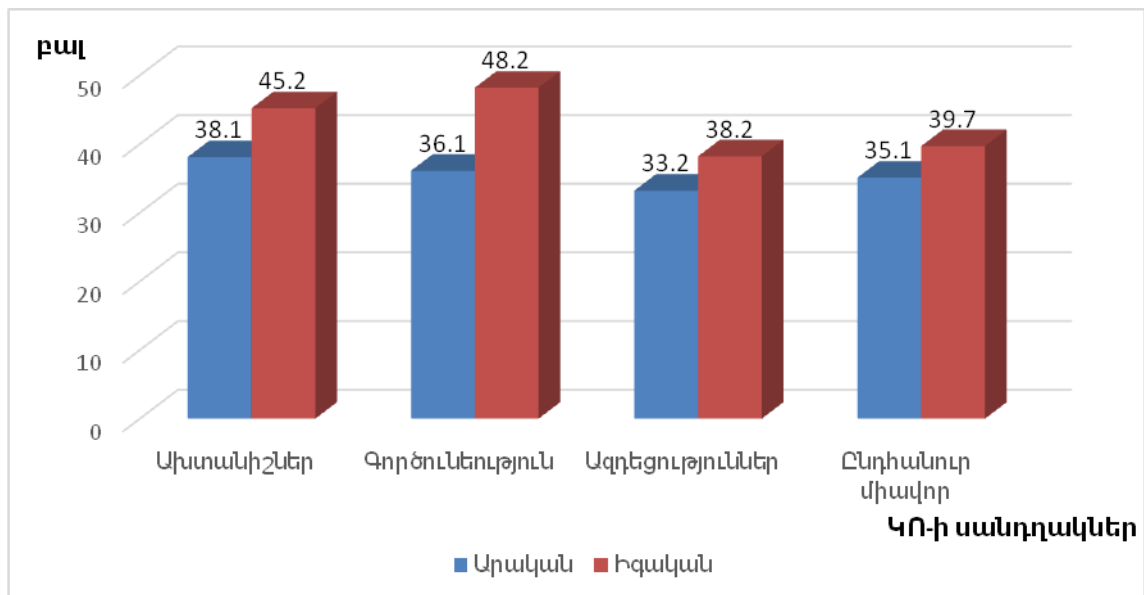


**Գծապատկեր 37.** Շիրակի մարզի թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ն ըստ տարիքային խմբերի (ըստ SGRQ թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները «ախտանշաններ» և «ազդեցություններ» սանդղակների դեպքում ԿՌ-ի ցուցանիշների տարիքային տարբերություններ չեն արձանագարվել: ԿՌ-ի «գործունեություն» և «ընդհանուր միավոր» սանդղակներն ավելի շատ են տուժել 50-60տ. ու 60 և բարձր տարիքային խմբերում ի համեմատ 40-50տ. տարիքային խմբի ( $p < 0.05$ ): Միաժամանակ հարկ է նշել, որ 50-60տ. ու 60 և բարձր տարիքային խմբերում տարբերություն չի արձանագրվել SGRQ թեստի ոչ մի սանդղակի դեպքում ( $p > 0.05$ ):

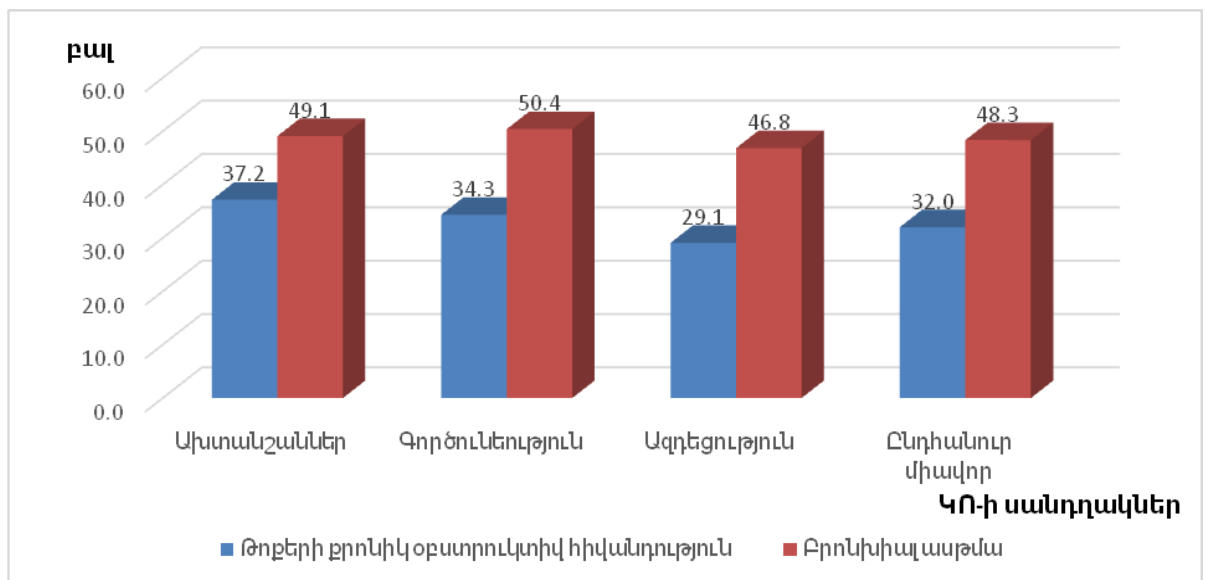
SGRQ թեստի սեռային առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ SGRQ թեստի բոլոր սանդղակներն առավել շատ են տուժում կանանց շրջանում ( $p < 0.05$ ): Այդ տարբերությունն առավել ակներև է «գործունեություն» սանդղակի դեպքում (գծ. 38):





**Գծապատկեր 38.** Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ի սեռային առանձնահատկությունները (ըստ SGRQ թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Անցկացված հետազոտության շրջանակներում տրվել է նաև թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ի համեմատական նկարագիրը ըստ նոզոլոգիայի (գծ. 39)



**Գծապատկեր 39.** Շնչառական օրգանների հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության նոզոլոգիական առանձնահատկություններն (ըստ SGRQ թեստի՝ արտահայտված բալերով)

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության տվյալները SGRQ թեստի բոլոր սանդղակներն էլ առավել շատ են տուժում բրոնխիալ ասթմայի դեպքում ( $p < 0.05$ ): Ընդ որում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեպքում առավել տուժում է ախտանշաններ սանդղակը (37.2 բալ), իսկ բրոնխիալ ասթմայի դեպքում՝ գործունեություն սանդղակը (50.4 բալ):

Այսպիսով, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը և բրոնխիալ ասթման էականորեն ազդում են պացիենտների ԿՌ-ի վրա, հետևաբար բուժառողջացուցիչ գործընթացներում և դիսպանսեր հսկողության ժամանակ ԿՌ-ի գնահատումը կարելի է օգտագործել, որպես համապատասխան ծառայության արդյունավետության գնահատման մեթոդ:

## ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ՀՀ Շիրակի մարզը ՀՀ վարչատարածքային առանձին միավոր է, որը տեղակայված է ՀՀ հյուսիս-արևմտյան հատվածում, ընդհանուր մակերեսը կազմում է 2681.0 քառ. կմ՝ զբաղեցնելով ՀՀ տարածքի 9.0%-ը: Ազգաբնակչության թվաքանակը 2014թ. հունվարի 1-ի դրությամբ կազմել է 243.2 հազար մարդ՝ կազմելով ՀՀ ազգաբնակչության 8.1%-ը: Շիրակի մարզի բնակչության 58.4%-ը քաղաքաբնակներ են, իսկ 41.6%-ը՝ գյուղաբնակներ: 2016թ-ի հունվարի մեկի դրությամբ բնակչության բացարձակ թիվը 2014-ի համեմատ նվազել է 5.1 հազարով, որը կազմում է 2.1%:

Ինչպես երևում է Շիրակի մարզի բնակչության սեռա-տարիքային կազմի վերլուծությունից, 0-34 տարիքային խմբում արական սեռի տեսակարար կշիռը գերազանցում է իգականին, ինչն ընդգծված ձևով արտացոլվում է 0-19 տարիքային խմբում: 35-ից սկսած դիտվում է հակադարձ պատկերը՝ իգական սեռի տեսակարար կշիռը գերազանցում է արականին:

Շիրակի մարզում ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում դիտվել է ամուսնությունների բացարձակ թվի նվազեցում և միաժամանակ ամուսնալուծությունների տեսակարար կշռի աճ:

2011-2015թթ. ժամանակահատվածում Շիրակի մարզում դիտվել է ծնելիության ցուցանիշի դինամիկ նվազեցում, բացառությամբ 2014թ-ի, երբ գրանցվել է ծնելիության ցուցանիշի աճ 2.7%-ով: Ընդհանուր առմամբ, 2015թ-ին ծնելիության ցուցանիշը նվազել է 2011-ի համեմատ 2.7%-ով, իսկ 2014-ի համեմատ՝ 5.3%-ով: Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում Շիրակի մարզում դիտվել է մահացության ցուցանիշի դինամիկ նվազեցում. 2015թ-ին այն նվազել է 2011-ի համեմատ 2.7%-ով: 2013 և 2014թ-ին դիտվել է բնական աճի ցուցանիշի աճ 2011-ի համեմատ:

Ըստ սեռի ծնելիության առանձնահատկությունների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում պահպանվել են հիմնական հանրապետական օրինաչափությունները: Այսպես, 2014թ-ին Շիրակի մարզում սեռերի փոխհարաբերության ցուցանիշը բարձր է եղել (100 աղջկա դիմաց 120 տղա), իսկ 2015-ին ցածր՝ համեմատաժամանակ հանրապետականի հետ (100 աղջկա դիմաց 110 տղա):

Մեծահասակ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության կառուցվածքում Շիրակի մարզում առաջին տեղում շնչական օրգանների հիվանդություններն են, երկրորդում՝ միզասեռական համակարգի, երրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները: Կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ բավականին բարձր է վերը նշված դասերի հիվանդացության մակարդակը:

Ընդհանուր հիվանդացության համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում ի համեմատ միջին հանրապետական ցուցանիշի բավականին բարձր է «Շնչառական օրգանների հիվանդություններ» դասի հիվանդացությունը:

Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում, համեմատած այլ մարզերի, զգալիորեն բարձր է մահացությունն արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից, իսկ շաքարային դիաբետից մահացությունը ցածր՝ զիջելով միայն Լոռու մարզին:

Շիրակի մարզի բնակչության՝ ըստ սեռի մահացության պատճառների կառուցվածքը հիմնականում համապատասխանում է ընդհանուր հանրապետականի առանձնահատկություններին:

Շիրակի մարզում 2012-2015թթ. ժամանակահատվածում արձանագրվել է մայրական մահացության 1 դեպք (2014թ.), իսկ մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը թեև 2012-2015թթ. ժամանակահատվածի ընթացքում ունեցել է նվազեցման միտումներ, սակայն համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է բարձր:

Միաժամանակ հարկ է նշել, որ Շիրակի մարզում դինամիկայում դիտվում է պերինատալ մահացության դինամիկ նվազեցում 2012-2015թթ., իսկ միջին հանրապետական ցուցանիշը 2013-ից սկսած աճման միտում ունի, արդյունքում 2015թ-ին Շիրակի մարզում պերինատալ մահացության ցուցանիշը հավասարվել է միջին հանրապետական ցուցանիշին:

Բուժօգնության ցուցաբերման գործընթացի կազմակերպման և բուժօգնության բարելավման վրա առավել նշանակալի ազդեցություն ունեցող դիսկային գործոնների ընտրության համար (ըստ ՀՄԴ 10-ի) իրականացվել է կլաստերային վերլուծություն ըստ հիերարխիկ ազլոմերատիվ մեթոդի: Փոփոխականների ընտրությունը կատարվել է ըստ

Դոնապետյանի որակի գնահատման եռաբաղադրիչ մոդելի: Որպես փոփոխականներ ընտրվել են կյանքում առաջին անգամ արձանագրված և ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշները, ընդհանուր, մայրական և մանկական մահացության ցուցանիշները, հաշմանդամությունը, ՊՆԾ-ի շրջանակներում հատկացված ֆինանսավորումը, սպասարկված դեպքերը և այլն:

Մեր կողմից կատարված հետազոտության շրջանակներում օբյեկտիվ կլաստերների քանակ ընտրվել է 3-ը: Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները, համաձայն կլաստերային վերլուծության մեթոդաբանության, Շիրակի մարզում բուժօգնության որակի վրա առավել մեծ ազդեցություն են թողնում «արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» և «շնչառական օրգանների հիվանդություններ» դասերը:

Ինչպես ցույց են տալիս կանխատեսական գնահատման տվյալները, Շիրակի մարզում կանխատեսվում է արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդացության դեպքերի աճ, մասնավորապես 2020-ին 2012-ի համեմատ աճը կկազմի համապատասխանաբար՝ 82.3% և 55.5% ( $p < 0.05$ ):

Շիրակի մարզում բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցվում են թվով 38 բուժհաստատության կողմից: Շիրակի մարզում առողջապահական հիմնական ռեսուրսների մասով 2013-2015թթ. ընթացքում փոփոխություններ գրեթե չեն կատարվել, ինչը վկայում է, որ մարզի կտրվածքով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների օպտիմալացման կամ արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումներ չեն իրականացվել:

Շիրակի մարզում արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների կողմից սպասարկվող հաճախումների միջին ցուցանիշի աճ է գրանցվել: Պարզվում է, որ 2015թ-ին Շիրակի մարզում 2013-ի համեմատ դիմելությունն աճել է ավելի քան 10.1%-ով, նվազել են բժիշկների կողմից կատարվող տնային այցերը 10.1%-ով, իսկ շտապ օգնության կանչերը ավելացել են 4.7%-ով:

Բուժման միջին տևողության բարձր ցուցանիշ ունեն Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնը (49.9 մահճակալ/օր), Գյումրու ուռուցքաբանական դիսպանսերը (11.1 մահճակալ/օր) և Գյումրու ինֆեկցիոն-հակատուբերկուլյոզային հիվանդանոցը (49.9 մահճակալ/օր):

Հիվանդանոցային դեպքերի գերակշիռ մեծամասնությունը սպասարկվել է պետական պատվերի շրջանակներում և նշված դեպքերի տեսակարար կշիռն ունի աճման միտում:

Նշված ծառայությունների համար պետական պատվերի շրջանակներում հատկացված ֆինանսական միջոցները 2016 թվականին կազմել են 4 075 360.1 հազար ՀՀ դրամ:

Շիրակի մարզում գործող բուժհաստատությունների կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ են մատուցվում ինչպես վճարովի հիմունքներով, այնպես էլ պետական պատվերի շրջանակներում: Բուժհաստատությունների ֆինանսական հոսքերի վերլուծության արդյունքում պարզ դարձավ, որ բուժհաստատությունների ֆինանսական մուտքերը հիմնականում ապահովվում են պետական բյուջեից:

Երկու տարիներին էլ բուժհաստատությունների ֆինանսական հոսքերի կառուցվածքում մեծ տեսակարար կշիռ ունեն պետության կողմից հատկացված ֆինանսները, մասնավորապես 2015 և 2016թթ. վճարովի հիմունքներով մատուցած ծառայությունների տեսակարար կշիռը եկամտի մեջ կազմել է ընդամենը 23%: Նշված ցուցանիշը էականորեն տարբերվում է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների մասով: Հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունների եկամտի մեջ վճարովի հիմունքներով մատուցվող ծառայությունների տեսակարար կշիռը կազմում է մոտ 20%, այն դեպքում, երբ արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցողների համար նշված ցուցանիշը կազմում է ընդամենը 6%:

Շիրակի մարզում 1 բնակչի հաշվով կատարվող ուղղակի վճարումները 2015-2016թթ. էականորեն զիջել են միջին հանրապետական ցուցանիշներին, մասնավորապես 2015թ. այն կազմել 19.2 հազար դրամ միջին հանրապետականի 32.2 հազարի դիմաց, իսկ 2016թ-ին՝ 19.5 հազար դրամ միջին հանրապետականի 32.8 հազարի դիմաց: 2015-2016թթ. նշված ցուցանիշը պակաս է միջին հանրապետական ցուցանիշից մոտ 60%-ով:

Շիրակի մարզում 2014-2015թթ. «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի սպասարկված դեպքերի թիվն ու հոսպիտալացման տեսակարար կշիռը մնացել են անփոփոխ, չնայած առանձին նոզոլոգիաների մասով դիտվել են նշանակալի փոփոխություններ: Այսպես, օրինակ սրտամկանի սուր և կրկնակի ինֆարկտների հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշիռը 2015-ին համեմատած 2014-ի հետ նվազել է

համապատասխանաբար 38.2%-ով և 53.9%-ով, իսկ ուղեղի ինֆարկտի հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշիռը 2015-ին համեմատած 2014-ի հետ աճել է 75%-ով: Նշված ժամանակահատվածում ՀՀ-ում «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ» դասի սպասարկված դեպքերի թիվն ու հոսպիտալացման տեսակարար կշիռը 2015-ին համեմատած 2014-ի հետ նվազել են համապատասխանաբար 1.5% և 5.5%-ով, միաժամանակ դիտվել է սրտամկանի սուր ինֆարկտով հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշռի նվազեցում և կրկնակի ինֆարկտների հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշռի աճ:

Շիրակի մարզում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով հիվանդացությանը բաժին ընկնող հոսպիտալացման դեպքերը էականորեն տարբերվում են միջին հանրապետական ցուցանիշներից, ինչով էլ գնահատվել է հիվանդանոցային բուժօգնության հասանելիությունը: Մասնավորապես, առավել հաճախ հանդիպող ախտորոշումների դեպքում հոսպիտալացման ցուցանիշը ցածր է՝ ի համեմատական միջին հանրապետականի, ինչն անուղղակիորեն բերում է մահացության ավելի բարձր ցուցանիշի: Հետևաբար արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դեպքում մատուցվող բուժօգնության համապարփակ վերլուծությունը արդիական է:

Սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտների գծով պետության կողմից կատարված ծախսը 2015-2016թթ. կազմել է 40.5 մլն ՀՀ դրամ: Կրկնակի ինֆարկտով հոսպիտալացումների քանակը կազմել է 165 դեպք, 1 դեպքի հաշվով տրվող միջին գումարը կազմել է ավելի քան 240.0 հազար ՀՀ դրամ: Կրկնակի ինֆարկտների առաջացման հիմնական պատճառը դեղորայքային բուժման ոչ լիարժեք կազմակերպումն է, դիսպանսեր հսկողության ոչ լիարժեք իրականացումը:

Հետազատության շրջանակներում մեր առջև խնդիր ենք դրել գնահատել Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում բժշկական օգնության հասանելիությունը, բժշկական օգնության և սպասարկման որակից բավարարվածությունը, ինչպես նաև բժշկական օգնության և սպասարկման հարցերի վերաբերյալ տեղեկացվածությունը:

Հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտների 35%-ը արական, իսկ 65%-ը իգական սեռի են:

Հարցվածների 35.7%-ն ունի միջին մասնագիտական կրթություն, ընդ որում միջին մասնագիտական կրթությունն առավել տարածված է իգական սեռի շրջանում: Հարցված-

ների 42.5%-ը գործազույց են, ընդ որում գործազույցության ցուցանիշն ավելի բարձր է արական սեռի շրջանում: Ըստ ամուսնական կարգավիճակի՝ հարցվածների 69.5%-ը ամուսնացած են:

Բժշկական սպասարկման մեջ ազգաբնակչությանն առավել շատ անհանգստացնում է վճարովի ծառայությունների ծավալի մեծացումը (35%) և դեղորայքի բարձր գինը (29%):

Իրենց առողջական վիճակը լավ են գնահատել հարցվածների 21.0%-ը, բավարար՝ 10.2%-ը, վատ՝ 58.6% և դժվարացել են պատասխանել հարցվածների 10.0%-ը, ընդ որում հարկ է նշել, որ իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առողջական վիճակի ինքնագնահատումն ավելի բարձր է, մասնավորապես՝ իրենց առողջությունը լավ են գնահատել կանանց 23.8%-ը, այն դեպքում, երբ տղամարդկանց մոտ ցուցանիշը կազմել է 15.8%:

Տարբեր քրոնիկ հիվանդություններով տառապում են հարցվածների 22%-ը, որոնցից 36%-ը որպես քրոնիկ հիվանդություն նշել են զարկերակային գերճնշումը, որն ուղեկցվում է քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ:

Բժշկական օգնության հասանելիությունն ունեցել է մի շարք առանձնահատկություններ: Բուժկանխարգելիչ հաստատություն հասնելու համար պացիենտների 29%-ը նշել է, որ ծախսում է մինչև 15 րոպե, 41%-ը՝ 15-30 րոպե, 23%-ը՝ 30 րոպեից մինչև 1 ժամ, 3%-ը՝ 1-2 ժամ և 4%-ը՝ ավելի քան 2 ժամ, իսկ պոլիկլինիկայում բժշկի ընդունելության համար՝ մինչև 15 րոպե և 15-30 րոպե են սպասում պացիենտների 43-ական %-ը, 30 րոպեից մինչև 1 ժամ՝ 10%-ը և 1-2 ժամ՝ 4%-ը:

Բժշկի և պոլիկլինիկայի աշխատանքային գրաֆիկը հարմար է պացիենտների 61%-ի համար, իսկ 6%-ը նշել է, որ առկա աշխատանքային գրաֆիկը ստեղծում է դժվարություններ: Ըստ հետազոտության արդյունքների 25%-ը նշել են, որ իրենց բուժօգնության ցուցաբերման տարածքներում բացակայում են անհրաժեշտ մասնագետներ, իսկ 26%-ը դժվարացել են պատասխանել: Ախտորոշիչ կաբինետներ հաճախելու համար մինչև 30 րոպե են սպասել հարցվածների 37%-ը, մինչև 60 րոպե՝ 25%-ը, ավելի քան մեկ ժամ՝ 16%-ը, իսկ 22%-ը վաղուց չեն հաճախել ախտորոշիչ կաբինետներ: Վերջին մեկ տարվա ընթացքում շտապ օգնության ծառայության հետ կապված բարդություններ ունեցել են հարցվածների միայն 4%-ը, իսկ 33%-ը՝ չեն դիմել: Շտապ օգնության բրիգադի



Ժամանմանը մինչև 15 րոպե են սպասել հարցվածների 38%-ը, 15-30 րոպե՝ 40%-ը, 30 րոպեից մինչև 1 ժամ՝ 18%-ը, 1-2 ժամ՝ 4%-ը:

Վճարովի ծառայությունների հասանելիության վերլուծությունից պարզվեց, որ ազգաբնակչության 45%-ի համար վճարովի ծառայությունները հասանելի չեն:

Տվյալները ևս մեկ անգամ փաստում են այն հանգամանքը, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում մատուցվող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունն առաջնակի նշանակություն ունի ռեսպոնդենտների մեծ մասի համար:

Որպես վճարովի բժշկական ծառայություններից օգտվելու հիմնական պատճառ, հարցվածների 31%-ը նշել է պոլիկլինիկայի ցածր տեխնիկական հագեցվածությունը, 26%-ը անհրաժեշտ նեղ մասնագետի բացակայությունը, իսկ 32%-ը՝ բարձր որակի բժշկական օգնություն ստանալու ակնկալիքը:

Հարցվածների 28%-ը նշել է, որ ստիպված են եղել կատարել ոչ պաշտոնական վճարում բուժման և ծառայությունների համար:

Շիրակի մարզում բժշկական օգնության ծառայության մասով առկա են բազմաթիվ հիմնախնդիրներ, մասնավորապես, արտահիվանդանոցային ծառայության սպասարկման արդյունքից գոհ են եղել միայն հարցվածների 53.5%-ը, հիվանդանոցային ծառայության՝ 34.3%-ը, մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայության՝ 58.1%-ը և շտապ բուժօգնության ծառայության՝ 36.5%-ը: Արտահիվանդանոցային ծառայությունում բժշկի վերաբերմունքից բավարարված են եղել հարցվածների 72.1%-ը, հիվանդանոցային ծառայությունում՝ 46.7%-ը, մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայությունում՝ 63.6%-ը և շտապ բուժօգնության ծառայությունում՝ 46.9%-ը: Միջին բուժանձնակազմի վերաբերմունքից բավարարվածության նկարագիրը համանման է բժշկի վերաբերմունքից բավարարվածությանը: Հարցվածները բավականին ցածր են գնահատել սանիտար-հիգիենիկ պայմանների պահպանումն ու դեղորայքով ապահովվածության մակարդակը:

Հարցվածների 73%-ը նշել են, որ տեղամասային բժշկի կողմից տրվել են առողջության պահպանմանն ուղղված ցուցումներ, 16%-ը՝ ոչ բավարար, իսկ 11%-ը նշել են, որ առհասարակ ցուցումներ չեն ստացել:

Հետազոտության արդյունքում արձանագրվել են բավականին ցածր ցուցանիշներ բնակչության շրջանում բժշկական ծառայությունների տեղեկացվածության հարցերում,

մասնավորապես՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին հիմնականում իրազեկված են եղել հարցվածների 22%-ը, քիչ իրազեկված 31%-ը և անիրազեկ՝ 47%-ը: Կամավոր բժշկական ապահովագրության մասին հիմնականում իրազեկված են եղել հարցմանը մասնակցածների 16%-ը, քիչ իրազեկված 33%-ը և անիրազեկ՝ 51%-ը: Պետության կողմից տրամադրվող անվճար բժշկական ծառայությունների հետ կապված իրազեկված են եղել հարցվածների 51%-ը և անիրազեկ՝ 49%-ը: Բժշկի ազատ ընտրության իրավունքից օգտվել են հարցվածների միայն 65%-ը, 22%-ը չեն օգտվել այդ իրավունքից, 1%-ը մերժում են ստացել, իսկ 11%-ը առհասարակ չեն իմացել այդպիսի իրավունքի մասին:

Մեր հետազոտության շրջանակներում գնահատվել է Շիրակի մարզի ազգաբնակչության ԿՌ-ը SF-12 ընդհանուր թեստի օգնությամբ:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում ԿՌ-ի բոլոր սանդղակները նկատելիորեն ցածր են ԿՌ-ի առավելագույն արժեքի համեմատ: Մասնավորապես առավել տուժել են ԿՌ-ի հոգեբանական բաղադրիչի հոգեկան առողջություն (52.4 բալ), դերային էմոցիոնալ գործունեություն (53.4 բալ) և կենսունակություն սանդղակները (54.1 բալ):

Հետազոտության ընթացքում գնահատվել է նաև ազգաբնակչության շրջանում վերջին մեկ ամսում դիտված ախտանշանների հաճախականությունն ու ԿՌ-ի ցուցանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները՝ կախված գանգատներից: Պարզվել է, որ գլխացավ նշել են 64.4% դեպքերում, անքնություն՝ 46.6%:

Կրծքավանդակում ցավի դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի ֆիզիկական գործունեություն և դերային էմոցիոնալ գործունեություն սանդղակները, հոդացավի և մեջքի ցավի դեպքում՝ ԿՌ-ի ֆիզիկական գործունեություն և հոգեկան առողջություն սանդղակները:

Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ մաշկային հիվանդությունների գանգատի դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի դերային էմոցիոնալ և դերային ֆիզիկական գործունեություն, փորկապության դեպքում՝ կենսունակություն, իսկ գլխացավի դեպքում՝ հոգեկան առողջություն սանդղակները:

Պարանոցի/ուների ցավի դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի ֆիզիկական գործունեություն և դերային էմոցիոնալ գործունեություն սանդղակները, ոտքերի այտուցի

դեպքում՝ ֆիզիկական գործունեություն, ցավային զգացողություն և դերային ֆիզիկական գործունեություն սանդղակները: Երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում առավել տուժել են ֆիզիկական գործունեություն, ցավային զգացողություն սանդղակները:

Անքնության դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի հոգեկան առողջություն, ֆիզիկական գործունեություն և դերային գործունեություն սանդղակները, դեպրեսիայի դեպքում՝ հոգեկան առողջություն, ֆիզիկական գործունեություն և դերային էմոցիոնալ գործունեություն սանդղակները: Ատամնացավի դեպքում առավել տուժել են դերային էմոցիոնալ գործունեություն և կենսունակություն սանդղակները:

ԿՌ-ի ֆիզիկական բաղադրիչն առավել շատ տուժել է ոտքերի այտուցի (36,8), երակների վարիկոզ լայնացման (43.4 բալ), հոդացավի (44.8 բալ), վզի/ուսերի ցավի (45.0 բալ) և կրծքավանդակում ցավի (46.3 բալ) դեպքում, իսկ հոգեբանական բաղադրիչը՝ դեպրեսիայի (40.2 բալ), ոտքերի այտուցի (40.8 բալ), երակների վարիկոզ լայնացման (43.0 բալ) և փորկապության դեպքում (46.7 բալ):

Վերը նշված գանգատներից ոտքերի այտուցի, դեպրեսիայի և երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում ԿՌ-ի բոլոր սանդղակներն հավաստիորեն ցածր են ի համեմատ պրակտիկ առողջների ( $p < 0.05$ ): Այս գանգատների դեպքում միաժամանակ տուժել են ԿՌ-ի և՛ ֆիզիկական, և՛ հոգեբանական բաղադրիչները:

Ըստ հետազոտության տվյալների սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող սիրտ-անոթային հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի ընդհանուր բալը կազմել է 48.1 բալ: ԿՌ-ի այս բաղադրիչը կանանց մոտ եղել է ավելի ցածր (46.8 բալ)՝ համեմատած տղամարդկանց հետ (49.5 բալ), ինչը վկայում է տղամարդկանց շրջանում ավելի ցածր ԿՌ-ի մասին: Ընդ որում հարկ է նշել, որ ԿՌ-ի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչների դեպքում սեռային տարբերություններ չեն արձանագրվել:

«Ոտքերի և ոտնաթաթի այտուց» սանդղակը տղամարդիկ գնահատել են 1.9 բալ, իսկ կանայք՝ 1.7 բալ, «Օրվա ընթացքում հանգստանալու անհրաժեշտություն» սանդղակը տղամարդիկ գնահատել են 2.7, իսկ կանայք՝ 2.5 բալ: Երկու սեռերի մոտ էլ համանման են գնահատվել «Գիշերային քնի խանգարում», «Ընկերների հետ շփվելու դժվարություններ» և «Հիվանդանոց պառկելու անհրաժեշտություն» սանդղակները: «Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ» և «Տնային աշխատանք կատարելու դժվարություններ» սանդղակներն առավել շատ տուժում են տղամարդկանց մոտ:

Ըստ հետազոտության տվյալների Մինեսոթայան թեստի էմոցիոնալ բաղադրիչի 5 սանդղակներն էլ տուժել են գնահատման առավելագույն միավորի համեմատ:

Մինեսոթայան թեստի «Սպորտով կամ Ձեր սիրելի զբաղմունքով զբաղվելու անհնարինություն» և «Եկամտի իջեցում» սանդղակներն առավել տուժել են տղամարդկանց շրջանում:

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները թեստի բոլոր երեք սանդղակների դեպքում էլ տարիքի ավելացմանը զուգընթաց դիտվում է ԿՈ-ի նվազեցում ըստ համապատասխան բաղադրիչների ( $r_{xy}=0.51$ ): Այսպես, ԿՈ-ի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչներն էլ առավել տուժել են 70 և բարձր տարիքային խմբում:

Ըստ Մինեսոթայան թեստի ԿՈ-ի ֆիզիկական բաղադրիչը համեմատաբար քիչ է տուժել բարձրագույն կրթություն ունեցող պացիենտների դեպքում, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչները՝ միջին մասնագիտական և բարձրագույն կրթություն ունեցող պացիենտների դեպքում: Կրթական մակարդակի և ըստ Մինեսոթայան թեստի ԿՈ-ի գումարային միավորի միջև դիտվում է հակադարձ համեմատական թույլ կորելացիան կապ ( $r=-0.17$ ), այսինքն, որքան բարձր է կրթական մակարդակը, այնքան քիչ է տուժում ԿՈ-ի գումարային բաղը:

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները թեստի բոլոր երեք սանդղակներն էլ առավել տուժում են գործազրկության դեպքում:

Մինեսոթայան թեստի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչներն առավել տուժել են ամուսին կամ կին կորցրած պացիենտների մոտ, իսկ համեմատաբար քիչ են տուժել չամուսնացածների մոտ:

Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով հիվանդների դեմոգրաֆիկ բնութագրերն ըստ սեռի ունեն մի շարք առանձնահատկություններ, մասնավորապես, ընդհանուր ընտրանքում 18-20 տ. խումբը կազմում է 4.5%, իգական սեռի մոտ՝ 6.9%, իսկ արական՝ 2.9%: Երկու սեռերի մոտ էլ պացիենտների ավելի քան 60%-ը աշխատունակ տարիքի են (20-60տ.), սակայն հարկ է նշել, որ իգական սեռի մոտ 20-40 տարիքային խմբի տեսակարար կշիռն ավելի բարձր է համեմատած արականի հետ (համապատասխանաբար 22.2% և 15.7%): Ըստ կրթական մակարդակի գնահատման պարզվել է, որ բարձրագույն կրթություն ունեցողները արական սեռի մոտ կազմել են 24.3%, իսկ իգականի մոտ՝ 17.4%: Պացիենտների ըստ զբաղվածության ոլորտի կառուցվածքի ուսումնասիրությունից

պարզվել է, որ իգական սեռի մոտ գերակշռում են ԲՈՒՀ-ում սովորողները, այն դեպքում, երբ գործազրկության մակարդակը բարձր է արական սեռի մոտ:

Ըստ հետազոտության տվյալների սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի բոլոր պարամետրերն էլ ունեցել են նկատելի ցածր մակարդակ, ընդ որում առավել մեծ ուշադրության են արժանի «ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում» ( $49.0 \pm 1.28$ ) ու «հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք» ( $49.4 \pm 1.63$ ) սանդղակները: Ընդ որում հարկ է նշել, որ արական սեռի մոտ գրեթե բոլոր սանդղակներն ավելի շատ են տուժել՝ համեմատած իգականի հետ: Բացառություն է կազմում միայն բուժումից բավարարվածություն (TS) սանդղակը, որն ավելի բարձր է արական սեռի մոտ՝ համեմատած իգականի հետ:

Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի ուսումնասիրության բժշկա-սոցիալական նշանակությունը կարևորող հանգամանքներից մեկն էլ այն է, որ հիվանդության պատճառով նկատելիորեն իջեցնում է ԿՈ-ն աշխատունակ բնակչության շրջանում, ինչպես նաև շատ հաճախ հանգեցնում ժամանակավոր կամ կայուն անաշխատունակության, որը բարձրացնում է պետության սոցիալական բեռը:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների ԿՈ-ի AF, TS և DP սանդղակները բարձրագույն կրթություն ունեցող պացիենտների շրջանում հավաստիորեն բարձր են ի համեմատ միջին մասնագիտական կրթություն ունեցողների ( $p < 0.05$ ):

Շիրակի մարզում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով տառապող պացիենտների ընտրանքում գերակշռել են թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ պացիենտները (65.8%): Միաժամանակ հարկ է նշել, որ բրոնխիալ ասթմայի դեպքում գերակշռել են իգական (56.5%), իսկ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեպքում՝ արական (69.2%) սեռի ներկայացուցիչները:

Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունն և բրոնխիալ ասթման էականորեն ազդում են պացիենտների ԿՈ-ի վրա: Առավել շատ տուժում են ԿՈ-ի ախտանշաններ (41.25 բալ) և գործունեություն սանդղակները (39.83 բալ):

SGRQ թեստի բոլոր սանդղակներն էլ առավել շատ են տուժում բրոնխիալ ասթմայի դեպքում ( $p < 0.05$ ): Ընդ որում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեպքում

առավել տուժում է ախտանշաններ սանդղակը (37.2 բալ), իսկ բրոնխիալ ասթմայի դեպքում՝ գործունեություն սանդղակը (50.4 բալ):

Այսպիսով, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը և բրոնխիալ ասթման էականորեն ազդում են պացիենտների ԿՌ-ի վրա, հետևաբար բուժառողջացուցիչ գործընթացներում և դիսպանսեր հսկողության ժամանակ ԿՌ-ի գնահատումը կարելի է օգտագործել, որպես համապատասխան ծառայության արդյունավետության գնահատման մեթոդ:

## ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Շիրակի մարզում համեմատած միջին հանրապետականի հետ բարձր են հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդություններից: Մարզի բնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների կապակցությամբ մատուցված ծառայությունների ծավալի և մատչելիության մասով առկա են առողջապահական հիմնախնդիրներ:
2. Ըստ կլաստերային վերլուծության արդյունքների Շիրակի մարզում բուժօգնության որակի բոլոր բաղադրիչների վրա առավել մեծ ազդեցություն են ունեցել արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունների կապակցությամբ մատուցված արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային ծառայությունների արդյունավետությունն ու մատչելիությունը: Ըստ կանխատեսական գնահատման մեթոդի՝ մինչև 2020թ-ը այդ դասերի հիվանդությունների հիվանդացության ցուցանիշն աճելու է 2012թ-ի համեմատ համապատասխանաբար 82.3% և 55.5%-ով:
3. Մարզի բնակչության բժշկական ծառայություններից բավարարվածության վերլուծությունը փաստում է, որ բնակչության շրջանում ցածր է բժշկական օգնության և սպասարկման վերաբերյալ իրազեկվածության աստիճանը: Ցուցանիշը ՊՆԾ-ի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների մասով կազմել է 51%, իսկ բժշկական ապահովագրությանը վերաբերող հարցերի՝ 22%:
4. Ըստ SF-12 թեստի տվյալների ԿՈ-ի ֆիզիկական բաղադրիչն առավել տուժել է ուռքերի այտուցի (36.8 բալ), երակների վարիկոզ լայնացման (43.4 բալ), հոդացավի (44.8 բալ), պարանոցի/ուսերի ցավի (45.0 բալ) և կրծքավանդակում ցավի (46.3 բալ) ենթաբաղադրիչներում, իսկ հոգեբանականը՝ դեպրեսիայի (40.2 բալ), ուռքերի այտուցի (40.8 բալ), երակների վարիկոզ լայնացման (43.0 բալ) և փորկապության (46.7 բալ) ենթաբաղադրիչներում: Ուռքերի այտուցի, դեպրեսիայի և երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում ԿՈ-ի բոլոր սանդղակները հավաստիորեն ցածր են եղել համեմատած գործնական առողջների հետ ( $p < 0.05$ ): Այս գանգատների դեպքում միաժամանակ տուժել են ԿՈ-ի և՛ ֆիզիկական

(համապատասխանաբար 36.8 բալ, 44.7 բալ և 43.4 բալ), և՛ հոգեբանական բաղադրիչները (համապատասխանաբար 40.8 բալ, 40.2 բալ և 43.0 բալ):

5. Ըստ Մինեսոթյան թեստի տվյալների քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով տառապող պացիենտների ԿՌ-ի ընդհանուր բալը կազմել է 48.1 բալ (կորուստը 45.8%): Կանանց շրջանում առավել տուժում է «Ուշադրության և հիշողության վատացում» (2.6 բալ, կորուստը՝ 52%), «Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ» (2.6 բալ, կորուստը՝ 52%), և «Գիշերային քնի խանգարում» (2.5 բալ, կորուստը՝ 50%) սանդղակները, իսկ տղամարդկանց՝ «Սպորտով կամ սիրելի զբաղմունքով զբաղվելու անհնարինություն» (3.0 բալ, կորուստը՝ 60%), «Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ» (2.9 բալ, կորուստը՝ 58%) և «Եկամտի իջեցում» (2.9 բալ, կորուստը՝ 58%) սանդղակները:
6. Ըստ Սիեթլյան թեստի սրտամկանի ինֆարկտ և կրծքահեղձուկ ունեցող պացիենտների ԿՌ-ի ցածր ցուցանիշներ են գրանցվել թեստի բոլոր սանդղակների համար: Առավել տուժել են ԿՌ-ի «ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում» (49.0%, կորուստը՝ 51.0%) և «հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք» (49.4%, կորուստը՝ 50.6% ) սանդղակները:
7. Ըստ SGRQ թեստի թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեպքում առավել տուժել է թեստի «ախտանիշներ» (37.2 բալ, կորուստը՝ 37.2%), իսկ քրոնիսիալ ասթմայի դեպքում՝ «գործունեություն» սանդղակը (50.4 բալ, կորուստը՝ 50.4%):



**Շիրակի մարզի առողջապահության և սոցիալական հարցերի վարչությանը.**

Ըստ հետազոտության կլաստերային վերլուծության արդյունքների մարզի բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության որակի և մատչելիության վրա էական ազդեցություն են ունենում արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունները: Անհրաժեշտ է.

1. Բնակչության կարծիքի ուսումնասիրության թեստի մշտադիտարկման արդյունքները կիրառել որպես բժշկական օգնության սպասարկման մատչելիության, հասանելիության և որակի գնահատման լրացուցիչ ցուցանիշ:

2. Մարզում բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման մեխանիզմներում անհրաժեշտ է ներդնել մեր կողմից առաջարկվող մոտեցումները, որը ըստ հետազոտության արդյունքների հիմնավորում է, որ այն հնարավորություն կստեղծի ապահովել բուժհաստատության երկարաժամկետ զարգացման ռազմավարական ծրագրերի ներդրման արդյունավետություն, մատչելիություն և որակ:

3. Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով, քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ ունեցող պացիենտների դիսպանսեր հսկողության արդյունավետության բարձրացման համար վարման ծրագրում ներդնել հոգեբանի խորհրդատվություն և ԿՌ-ի գնահատման մշտադիտարկում:

4. Առողջության պահպանման առաջնային օղակում բուժական միջոցառումների, ԲՕՌ-ի արդյունքային բաղադրիչի արդյունավետության գնահատման համար սրտամկանի ինֆարկտ և կրծքահեղձուկ ունեցող պացիենտների համար կիրառել ԿՌ-ի գնահատման սպեցիֆիկ SAQ, քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների համար՝ Մինեսոթյան, իսկ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունների և բրոնխիալ ասթմայի դեպքում՝ սուրբ Գևորգ հիվանդանոցի թեստերը:

5. Բնակչության առողջության, հիվանդությունների ընթացքի և բուժման արդյունավետության գնահատման մշտադիտարկման համար կիրառել SF-12 թեստը, որպես նոր գործիք պոպուլյացիայի ԿՌ-ը գնահատելու համար:

## **ՀՀ առողջապահության նախարարությանը.**

1. Բժշկական ծառայությունների մատչելիության, հավասարության ապահովման համար առաջարկում ենք բուժօգնությունների պայմանագրային գումարների հաշվարկման մեթոդաբանության մեջ ներդնել նոր մոտեցումներ: Մասնավորապես, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների բարելավման ապահովման համար պայմանագրային գումարի հաշվարկման հիմքում ելակետ ընդունել տվյալ տարածաշրջանում այդ դասի հիվանդություն ունեցող պացիենտների թվաքանակը, հոսպիտալացման իրական պահանջարկը:

2. ԿՈ-ն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես կարևոր անկախ ցուցանիշ ազգաբնակչության առողջության, ինչպես նաև հիվանդությունների ընթացքի, բուժման և ԲՕՈ-ի ապահովման համակարգի արդյունավետության գնահատման համար: ԿՈ-ի գնահատման մոտեցումների ներդրումը բժշկական պրակտիկայում հնարավորություն կտա բարելավել բուժման արդյունավետության հսկողությունը:

3. Ֆինանսավորման մեխանիզմին զուգահեռ անհրաժեշտ է զարգացնել առաջնային օղակում արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունների կապակցությամբ դիսպանսեր հսկողության արդյունավետությունը, մասնավորապես E-Health համակարգում առաջարկում ենք ներդնել հետադարձ կապի համակարգ, իսկ առաջնային օղակում աշխատող սրտաբանի և տեղամասային թերապևտի համար մշակել բոնուսային վարձատրման չափն ավելացնող կամ նվազեցնող նոր մեխանիզմ՝ հաշվի առնելով դուրսգրումից հետո հիվանդի դիսպանսեր հսկողության ներգրավման, կրկնակի հոսպիտալացման և պացիենտների ԿՈ-ի ցուցանիշների բարելավման միտումները:

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Առողջություն և առողջապահություն վիճակագրական տարեգիրք, 2017, 246 էջ:
2. Դանիելյան Լ.Մ. Համալսարանական կլինիկաներում առաջնային և մասնագիտացված բուժօգնության կազմակերպման նոր մոդելի գիտական հիմնավորումը, սեղմագիր, 2007, 24 էջ:
3. Դավթյան Ժ.Յ. Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժօգնության որակի գնահատում Կոտայքի մարզի բուժհաստատությունների օրինակով, սեղմագիր, 2013, 22 էջ:
4. Խաչատրյան Թ.Ս., Լեայան Մ.Կ., Տոնոյան Թ.Ջ. Առողջապահության կառավարում, տնտեսագիտություն և ֆինանսավորում շուկայական հարաբերությունների պայմաններում: Երևան, 2002, էջ 24-43:
5. Հայաստանի Հանրապետության Շիրակի մարզը թվերով 2017, 91 էջ:
6. Հարությունյան Զ.Մ. ՀՀ առողջապահության համակարգի պետական ֆինանսավորման ազդեցությունը բնակչության առողջության ցուցանիշների վրա, սեղմագիր, 2004, 22 էջ:
7. Հովհաննիսյան Ռ.Ա. Հայաստանի առողջապահական համակարգում բժշկական չափորոշիչների ներդրման հետ կապված հիմնախնդիրները // Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես, Երևան, 2005, էջ 35-42:
8. Հովհաննիսյան Ս.Գ., Դավթյան Ժ.Յ. Բուժօգնության որակի ապահովման խնդիրների արձարծումը հայրենական և օտարերկրյա հետազոտություններում // «Հայաստանի բժշկագիտություն» Երևան 2012, №2, էջ 18-32:
9. Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա. Բուժօգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների կիրառումը Հայաստանի Հանրապետությունում, Երևան 2004, 120 էջ:
10. Акопян Л.А., Мардяян М.А., Чопикян А.С. Мониторинг удовлетворенности населения города Еревана поликлинической помощью как индикатор оценки качества медицинской помощи // Инновационные научные исследования: теория, методология, практика, 2017, №1, с.232-235.

11. Алексеев Н.А. Научное обоснование оптимизации организационных технологий в деятельности городского многопрофильного лечебно-профилактического учреждения // Автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук, 2002, 34 с.
12. Андреева М.Р., Карачевцева М.А., Махова О.А., Шипачёва Н.В. Основные задачи и перспективы развития системы управления качеством медицинской помощи в С.-Петербурге, Вестник Росздравнадзора, 2010, № 5, с.22-27.
13. Бестремянная Г.Е., Заборовская А.С., Чернец В.А., Шишкин С.В. Здравоохранение в регионах РФ: механизмы финансирования и управления. 2006, 272 с.
14. Бульхина Г.Р. Совершенствование контроля качества медицинской помощи на региональном уровне // Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2010, 24 с.
15. Бурменко Т.Д., Тарханова Е.Г. Состояние сферы социально значимых услуг в мире (на примере здравоохранения и образования) // Известия Байкальского государственного университета, 2013, №5 (91), с.109-116.
16. Бычкова С.В. Качество жизни детей с бронхиальной астмой // Сибирское медицинское обозрение, 2011, №1, с.8-12.
17. Васюк Ю.А. Новые возможности лечения больных ишемической болезнью сердца и бронхиальной астмой // Consilium medicum, 2007, №5, с.110-115.
18. Власенко В.Д. Кластерный анализ: методические указания к изучению курса и задания к лабораторным работам для студентов математических и экономических специальностей / Хабаровск: Изд-во Тихоокеанского гос. ун-та, 2006, 32 с.
19. Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М., Серёгина И.Ф. Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению // Вестник Росздравнадзора 2016, № 5, с.62-66.
20. Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 252 летнее эпидемиологическое изучение инфаркта миокарда в среднеурбанизированном городе западной Сибири // Сибирский медицинский журнал, 2010, Том 25, №2, Выпуск 1, с.44-48.

21. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Политика охраны здоровья: о «Стратегии здравоохранения 2020» и не только // Менеджер здравоохранения, 2012, №12, с.15-21.
22. Гиляревский С.Р. Современные принципы анализа экономической эффективности медицинских вмешательств // Экономика здравоохранения, 2001, №9, с.19-22.
23. Громыко Е.В., Соколова Э.А. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии, 2012, №1(31), с.37-44.
24. Гундаров И.А., Полесский В.А. Реализация профилактической стратегии Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" на региональном и муниципальном уровнях // Здравоохранение Российской Федерации 2012, №6, с.3-6.
25. Гурылева М.Э. Качество жизни больных саркоидозом // Казанский медицинский журнал, 2004, том 85, №1, с. 11-19.
26. Денисов И.Н., Резе А.Г., Волнухин А.В. Профилактика претензий к качеству медицинского обслуживания. роль коммуникативных навыков врачебного персонала // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2012, №6, с.32-35.
27. Димов А.С. О социальной доминанте в происхождении болезни // социология медицины, № 2, 2014, с.30-36.
28. Дмитриев В.А. Вневедомственный экспертный контроль качества лечения пациентов на основе использования критериев эффективности экспертизы с учетом степени достижения конкретных результатов // Саратовский научно-медицинский журнал, 2011, том 7, № 3, с.573-579.
29. Дмитриева Т.Б., Воложина А.И. Социальный стресс и психическое здоровье. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001, с.64–72.
30. Егиазарян А.В., Думанян Г.Д. Особенности организации лечебно-профилактической помощи населению на региональном уровне// Научно-медицинский журнал НИЗ, 2009, 4. <http://www.med-practic.com/rus/174/15799/article.more.html>
31. Зайков С.Н. Проблемы и перспективы реформирования обязательного медицинского страхования // Вестник Алтайского государственного аграрного университета 2014, № 3 (113), с.180-185.

32. Игнатова Г.Л., Хужин Н.А., Бельснер М.С Реабилитационное лечение больных с хронической обструктивной болезнью легких геотермальными парами в санатории «ЯНГАН-ТАУ» // Современные проблемы науки и образования, 2016, №2, с. 1-7.
33. Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Гуринов П.В., Савин К.А. Экспертиза в сфере обязательного медицинского страхования (опыт Санкт-Петербурга) // Вестник Росздравнадзора, 2013, № 3, с.68-73.
34. Карпова О.В., Татарников М.А., Марочкина Е.Б. Социологические исследования в системе управления качеством медицинской помощи // Социология Медицины, 2013, № 1(22), с.11-15.
35. Койчубеков Б.К., Сорокина М.А., Мхитарян К.Э. Математические методы прогнозирования в медицине // Медицинские Науки, 2014, №4, с.29-36.
36. Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких, Благовещенск, 2011, 133с.
37. Королёв С.В., Степанян А.Ж., Гурдус В.О. Изменение качества жизни рабочих в результате реализации здоровьесохраняющих технологий// Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2014, с.1-9.
38. Костырин Е.В. Организационная структура лечебно-профилактического учреждения и ее особенности при оказании медицинских диагностических услуг. Гуманитарный вестник, 2013, № 1, с.1-12.
39. Красильников А. В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // Проблемы управ/ления здравоохранением, 2005, №1, том 20, с.34-39.
40. Кром И.Л. Современные подходы к оценке качества жизни, связанного со здоровьем, в практике института медико-социальной экспертизы // Вестник Саратовского государственного технического университета, 2006, №1(82), том 1, с.1-9.
41. Ландышев Ю.С., Щербань Н.А., Лазуткина Е.Л. Влияние обучения в астма-школе на качество жизни у больных бронхиальной астмой // Дальневосточный медицинский журнал, 2006, № 1, с.66-69.

42. Ледяева Н.П., Гайдаров Г.М, Сафонова Н.Г., Алексеева Н.Ю., Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ, Вестник Росздравнадзора, 2013, №1, с.43-54.
43. Линденбратен А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы // Здравоохранение, 2011, №6, с.50-55.
44. Лихота А.И., Шишкина И.Б., Сорокина Н.В., Вардосанидзе С.Л. Мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Главврач 2006, №11, с.59-62.
45. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы)// Качественная клиническая практика, 2011, №1, с.11-18.
46. Минаков Э.В., Ковалев С. А., Белов В. Н., Белова Е. А. Качество жизни больных с резистентной к медикаментозной терапии фибрилляцией предсердий неклапанного генеза // Российский кардиологический журнал 2005, № 1(51) с.37-40.
47. Муромкина А.В., Егорова Л.А., Романчук С.В. Качество жизни больных с пароксизмальной и постоянной формами фибрилляции предсердий // Вестник Ивановской медицинской академии, 2008, том 13, №3-4, с.63-65.
48. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине, М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007, 320 с.
49. Норенко В.В. Медико-физиологические особенности обеспечения качества медицинской помощи в промышленном здравоохранении // Вестник новых медицинских технологий, 2013, №1, с.1-3.
50. Оспанова Ш.Х. Управление качеством медицинской помощи путем анализа мнения пациентов, Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150), 2013, том 3, №10, с.1112-1114.
51. Павловская О.Г. Управление качеством медицинской помощи детскому населению Оренбургской области // Медицинский Альманах, 2011, № 6 (19), с.22-24.
52. Петрова Н.Г., Малинин А.Н., Комличенко Э.В., Зубарева Т.М., Иванов А.В., Шевелева Т.С. О проблеме стандартизации в здравоохранении // Вестник РУДН, серия Медицина, 2011, № 1, с.91-94.

53. Плеханов А.Н., Занданов А.О., Семенищева Е.А., Вещицкий В.П. Пути повышения качества медицинской помощи населению // Главврач, 2005, № 1, с.24-28.
54. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Зинькевич В.К. Уровень и структура удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений Мурманска // Здравоохранение Российской Федерации, 2012, № 3, с.3-7.
55. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Методика анализа удовлетворенности населения качеством медицинской помощи // Методические рекомендации, Архангельск, 2010, 51с.
56. Семенов В.Ю., Самородская И.В. Оценка затрат: Стандарты медицинской помощи и клинико-статистические группы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2014, с.35-40.
57. Сергеев О.Е., Ахметзянов И.М., Зинкин В.Н., Свидовый В.И. Охрана и укрепление здоровья здоровых людей: актуальные вопросы нормативного правового обеспечения //Общественное здоровье и здравоохранение 2007, №1(8), с.18-21.
58. Сизова Л.В. Оценка качества жизни в современной медицине // Научно-практическая ревматология 2003, № 2, с.38-46.
59. Соляник Е. В., Елисеева Е. В., Гельцер Б. И. Роль фармакоэпидемиологических исследований в стандартизации подходов к терапии сердечно-сосудистых заболеваний // Дальневосточный медицинский журнал, 2008, с.116-119.
60. Стародубов В.И., Флек В.О., Дмитриева Е.Д. Комплексная оценка финансирования здравоохранения РФ по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы. Ч.2. // Менеджер здравоохранения, 2007, №11, с.4-12.
61. Стародубов В.И., Флек В.О., Дмитриева Е.Д. Комплексная оценка финансирования здравоохранения РФ по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы. Ч.1 // Менеджер здравоохранения, 2007, №10. с.4-11.
62. Стародубов В.И., Флек В.О., И.М. Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев,. М.Н. Бантьева Региональные модели медицинского обеспечения населения // Менеджер здравоохранения, 2010, №12, с.8-13.
63. Тапенова А.Е. Доступность медицинских услуг ПМСП глазами топ-менеджеров// Менеджер здравоохранения Республики Казахстан, 2014, № 3(12), с.8-12.



64. Татькова А.Ю., Чечельницкая С.М., Румянцев А.Г. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2009, №4, с.46-51.
65. Тревор Гиббс, Химион Л. В. // Непрерывное профессиональное развитие: продолжая учиться и развиваться // «Медицинское образование и профессиональное развитие», 2012, №2(8), с.53-57.
66. Чернова Т.В. Исследование ценностных ориентаций и стилей поведения родителей в зависимости от состава семьи // Вестник Кемеровского государственного университета, 2009, №3, с.85-89.
67. Чичерина Е.Н., Серебrenикова О.В. Оценка качества жизни у больных артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких, Вятский медицинский вестник, 2006, №3-4, с.17-23.
68. Шарабчиев Ю.Т. Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения// Международные обзоры: клиническая практика и здоровье, 2014, №3, с.26-61.
69. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье, 2013, № 4, с.16-34.
70. Шаронов А.Н., Ковалёв С.В. Государственный и ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности: разграничение полномочий между Росздравнадзором и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора, 2013, №2, с. 24-29.
71. Щепин О.П., Дятлов В.Ю. Здравоохранение как социально-экономическая система // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012, №3, с.3-5.
72. Щепин О.П., Дятлов В.Ю. Региональные особенности, тенденции, факторы развития общественного здоровья Смоленской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2012, с.6-9.
73. Шишкин С.В. с соавт. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития

экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2017, 54с.

74. Шуршуков Ю.Ю., Савельев С.И., Мурузов В.Х. Применение картографического ранжирования в оценке риска заболеваемости взрослого сельского населения // Общественное здоровье и здравоохранение, 2006, № 3(7), с. 7-10.
75. Якубовяк В. Международный опыт стандартизации в здравоохранении //Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2002, №4, с. 3–5.
76. Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Майоров А.Ю. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования // Сахарный диабет, 2011, №3, с.70-75.
77. Acquadro C., Conway K., Hareendran A., Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. Value Health. 2008 May-Jun;11(3):509-21.
78. Angelini GD, Taylor FC, Reeves BC, Ascione R: Early and midterm outcome after off-pump and on-pumpsurgery in beating heart against cardioplegic arrest study (BHACAS 1 and 2): a pooled analysis of two randomised controlled trials. Lancet 2002; 359:1194–1199.
79. Archenholtz B., Bjelle A. Reliability, validity, and sensitivity of a Swedish version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS 2). J. Rheumatol., 1997;24:7:1370-1377.
80. Bai M., Lazenby M. A Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. Journal of Palliative Medicine. 2015;18(3):286-298.
81. Benjamin D. S., Rosenbaum S. Issues In Health Reform: How Changes In Eligibility May Move Millions Back And Forth Between Medicaid And Insurance Exchanges Health Affairs 30, no.2 (2011):228-236.
82. Bere E. and Bjørkelund L.A. Test-retest reliability of a new self reported comprehensive questionnaire measuring frequencies of different modes of adolescents commuting to school and their parents commuting to work - the ATN questionnaire. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2009, 6:68.

83. Berry C.E., M. Bradley Drummond, MeiLan K. Han, Daner Li, Cathy Fuller, Andrew H. Limper, Fernando J. Martinez, Marvin I. Schwarz, Frank C. Sciurba, Robert A. Wise Relationship Between Lung Function Impairment and Health-Related Quality of Life in COPD and Interstitial Lung Disease *Chest*. 2012 Sep; 142(3): 704–711.
84. Berry C.E., Meilan K. Han, Bruce Thompson, Andrew H. Limper, Fernando J. Martinez, Marvin I. Schwarz, Frank C. Sciurba, Gerald J. Criner, Robert A. Wise Older Adults with Chronic Lung Disease Report Less Limitation Compared with Younger Adults with Similar Lung Function Impairment // *Ann Am Thorac Soc*. 2015 Jan; 12(1): 21–26.
85. Bravo G., Sene M., Arcand M. Reliability of health-related quality-of-life assessments made by older adults and significant others for health states of increasing cognitive impairment. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;15:4.
86. Brokalaki H., Patelarou E., Giakoumidakis K. et al Translation and Validation of the Greek “Minnesota Living with Heart Failure” Questionnaire. *Hellenic J Cardiol* 2015; 56: 10-19.
87. Bullinger M, Quitmann J. Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment // *Dialogues Clin Neurosci*. 2014 Jun;16(2):137-45.
88. Busari J.O. Comparative analysis of quality assurance in health care delivery and higher medical education, Comparative analysis of quality assurance in health care delivery and higher medical education, 2012:3 121–127
89. Calman K.C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of medical ethics* 1984; 10: 124-127.
90. Carvalho V.O., Guimarães G.V., Carrara D., Bacal F., Bocchi E.A. Validation of the Portuguese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93: 39-44.
91. Choi Y., Kim J-H, Park E-C. The effect of subjective and objective social class on health-related quality of life: new paradigm using longitudinal analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13:121.
92. Coons S.J., Rao S., Keininger D.L., Hays R.D. Comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000 Jan;17(1):13-35.

93. Cossutta R., Zeni S., Soldi A., Colombelli P., Belotti Masserini A., Fantini F. Evaluation of quality of life in patients with systemic sclerosis by the SF-36 questionnaire // *Reumatismo*. 2002 Apr-Jun;54(2):122-7.
94. Danielsen A.K., Pommergaard H-C., Burcharth J., Angenete E., Rosenberg J. Translation of Questionnaires Measuring Health Related Quality of Life Is Not Standardized: A Literature Based Research Study. Zhang Q, ed. *PLoS ONE*. 2015;10(5).
95. Diegeler A., Matin M., Falk V., Binner C. et al.: Quality assessment in minimally invasive coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999; 16(Suppl.2):S67-S72.
96. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care // *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729).
97. Donabedian A. Quality of care-Who is responsible for it? // *American J. of Med. Qual.* 1993, 32-36.
98. Donabedian A. The role of Outcomes in Quality assessment and Assurance // *QRB: Quality Review Bulletin*. 1992; 18: 356-360.
99. Dunbar S.B., Reilly C.M., Gary R., et al. Randomized Clinical Trial of an Integrated Self-care Intervention for Persons with Heart Failure and Diabetes: Quality of Life and Physical Functioning Outcomes. *Journal of cardiac failure*. 2015;21(9):719-729.
100. Dunderdale K., Thompson D.R., Miles J.N., Beer S.F., Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *Eur J Heart Fail*. 2005 Jun;7(4):572-82.
101. Erez G., Selman L., Murtagh FEM. Measuring health-related quality of life in patients with conservatively managed stage 5 chronic kidney disease: limitations of the Medical Outcomes Study Short Form 36: SF-36. *Quality of Life Research*. 2016;25(11):2799-2809.
102. Ewen S.C., Hollinsworth D. “Unwell while Aboriginal”: iatrogenesis in Australian medical education and clinical case management. *Advances in Medical Education and Practice*. 2016;7:311-315.
103. Firouzabadi M.G., Sherfat A., Vafaeenasab M. Effect of physical activity on the life quality of coronary artery bypass graft patients// *Journal of Medicine and Life*, 2014, Vol. 7, Issue 2, pp.260-263.

104. Flessa S., Moeller M., Ensor T., Hornetz K. Basing care reforms on evidence: The Kenya health sector costing model. *BMC Health Services Research*. 2011;11:128.
105. Gakhar H., Kamali A., Holodniy M. Health-related Quality of Life Assessment after Antiretroviral Therapy: A Review of the Literature. *Drugs*. 2013;73(7):651-672.
106. Gilchrist F., Rodd H., Deery C., Marshman Z. Assessment of the quality of measures of child oral health-related quality of life. *BMC Oral Health*. 2014;14:40
107. Gowan M.E., Kirk R.C., Sloan J.A. Building resiliency: a cross-sectional study examining relationships among health-related quality of life, well-being, and disaster preparedness. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12:85.
108. Hackbarth G.J. and Boccuti C. // Transforming Graduate Medical Education to Improve Health Care Value.// *Perspective from The New England Journal of Medicine*. 2011.
109. Halverson et al., Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *J Health Commun*. 2015 ; 20(11): 1320–1329.
110. Hjerstad M.J., et al., The EORTC QLQ-OH17: A supplementary module to the EORTC QLQ-C30 for assessment of oral health and quality of life in cancer patients// *European Journal of Cancer* (2012) 48, 2203– 2211.
111. Huang I-C, Lee JL, Ketheeswaran P, Jones CM, Revicki DA, Wu AW. Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. Luo N, ed. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0173806.
112. IHI 90-Day R&D Project Final Summary Report: Improving Graduate Medical Education: Innovations in Primary Care and Ambulatory Settings. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; October 2012. (Available at [www.ihl.org](http://www.ihl.org)).
113. Jones Paul W., ST George's respiratory questionnaire manual, 2009, 16p.
114. Kato N., Kinugawa K., Seki S., Shiga T., Hatano M., Yao A., Hirata Y., Kazuma K., Nagai R. Quality of life as an independent predictor for cardiac events and death in patients with heart failure. *Circ J*. 2011; 75(7):1661-9.
115. Kayaniyil S., Leung YW., Suskin N., Stewart DE., Grace SL. Concordance of self- and program-reported rates of cardiac rehabilitation referral, enrollment and participation. *The Canadian Journal of Cardiology*. 2009;25(4):e96-e99.

116. Kennedy G.D., Tevis S.E., Kent K.C., Is There a Relationship Between Patient Satisfaction and Favorable Outcomes? *Ann Surg.* 2014 October; 260(4): 592–600.
117. Ketelaars CA, Schlösser MA, Mostert R, Huyer Abu-Saad H, Halfens RJ, Wouters EF. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 1996;51(1):39-43.
118. Laporta Hernández R., Lázaro Carrasco M.T., Varela de Ugarte A., Ussetti Gil P. Long-term follow-up of the lung transplant patient. *Arch Bronconeumol.* 2014 Feb;50(2):67-72.
119. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson To Err Is Human: Building a Safer Health System, 2000, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, ISBN: 0-309-51563-7, 312p.
120. Lins L., Carvalho F.M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine.* 2016;4:2050312116671725.
121. Lou Y., Lu L., Li Y., Liu M., Bredle J.M., Jia L. Reliability and Validity of the Chinese Version of FACIT-AI, a New Tool for Assessing Quality of Life in Patients with Malignant Ascites. *Journal of Palliative Medicine.* 2015;18(10):829-833.
122. Lupón J. et al., Quality of life monitoring in ambulatory heart failure patients: temporal changes and prognostic value. *European Journal of Heart Failure* (2013) 15, 103–109
123. Marco R., Pesce G., Marcon A., Accordini S., Antonicelli L., et al. The Coexistence of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Prevalence and Risk Factors in Young, Middle-aged and Elderly People from the General Population. *PLoS ONE*, May 2013, Volume 8, Issue 5, 8(5): e62985
124. McDonald KM, et al., Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9 (Prepared by the Stanford University). AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2007.
125. McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 1982 Mar;142(3):473-8.

126. Mogle J, Buck H, Zambroski C, Alvaro R, Vellone E. Cross-Validation of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *J Nurs Scholarsh*. 2017 Jul 29. doi: 10.1111/jnu.12318. (Epub ahead of print)
127. Myr R.K., Bere E., Øverby N.C. Test-retest reliability of a new questionnaire on the diet and eating behavior of one year old children. *BMC Research Notes*. 2015;8:16.
128. Noor NM, Aziz AA. Validity and reliability of the Malay version of 12-item short form health survey among postpartum mothers. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*. 2014;14(2):56–66.
129. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Noncommunicable disease in the Russian Federation and the role of risk factors. In: *Health Promotion and Prevention of Noncommunicable disease in Russia and Canada*. Eds. I.S. Glasunov, S. Stachenko. July 2006. 156p. HP5-16/2006E ISBN: 0-062-02873.
130. Osoba D. Health-related quality of life and cancer clinical trials/ *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, (2011) 3(2) 57-71.
131. Osoba D, King MT. Interpreting quality of life in individuals and groups: meaningful differences. In: Fayers PM, Hays RD, editors. *Assessing quality of life in clinical trials: Methods and practice*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2005. pp. 243–257.
132. Page T.E., Farina N., Brown A., et al. Instruments measuring the diseasespecific quality of life of family carers of people with neurodegenerative diseases: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e013611.
133. Petkari E., Pietschnig J. Associations of Quality of Life with Service Satisfaction in Psychotic Patients: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 2015, 10 (8): e0135267.
134. Piña IL, Cohen PD, Larson DB, et al. A Framework for Describing Health Care Delivery Organizations and Systems. *American Journal of Public Health*. 2015;105(4):670-679.
135. Preedy V.R., Watson R.R. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*, Vol. 1 (Springer Reference) 2010th Edition, 4448p.
136. Prieto M.L., Cuéllar-Barboza A.B., Bobo W.V., et al. Risk of myocardial infarction and stroke in bipolar disorder: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2014;130(5):342-353..

137. Read S., Grundy E., Foverskov E. Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & Mental Health*. 2016;20(5):529-542.
138. Ricciardi W. Health systems, quality of health care, and translational cancer research: the role of the Istituto Superiore Sanità –Rome. *Tumori*. 2015;101 Suppl 1:S67-8.
139. Roger V.L., Go A.S., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1):e2-e220.
140. Saronga H.P., Duysburgh E., Massawe S., et al. Cost-effectiveness of an electronic clinical decision support system for improving quality of antenatal and childbirth care in rural Tanzania: an intervention study. *BMC Health Services Research*. 2017;17:537.
141. Savoia E., Lin L., Bernard D., Klein N., James L.P., Guicciardi S. Public Health System Research in Public Health Emergency Preparedness in the United States (2009–2015): Actionable Knowledge Base. *American Journal of Public Health*. 2017;107(Suppl 2):e1-e6.
142. Schwartz R., Price A., Deber R.B., Manson H., Scott F. Hopes and Realities of Public Health Accountability Policies. *Healthcare Policy*. 2014;10(SP):79-89.
143. Spencer C.S., Roberts E., Gaskin D.J. Differences in the Rates of Patient Safety Events by Payer: Implications for Providers and Policymakers. *Medical care*. 2015;53(6):524-529.
144. Spertus J.A., Winder J.A., Dewhurst T.A., et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 1995;25(2): 333-41.
145. Swaine-Verdier A., et al., Adapting Quality of Life Instruments. *Value in health*, Volume 7, Supplement 1, 2004 S27- S30.
146. Takaki O., Takeuti I., Takahashi K., et al. Graphical representation of quality indicators based on medical service ontology. *SpringerPlus*. 2013;2:274.
147. Tashobya C.K., et al., Health systems performance assessment in low-income countries: learning from international experiences. *Globalization and Health* 2014, 10:5
148. Timmermann C. “Just give me the best quality of life questionnaire”: the Karnofsky scale and the history of quality of life measurements in cancer trials // *Chronic Illness*. 2013;9(3):179-190.



149. Ulrike Ravens-Sieberer, Anne Karow, Dana Barthel, Fionna Klasen How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry// Dialogues in Clinical Neuroscience, 2014, Vol 16 . No. 2, p. 147-58.
150. Van Roekel, Eline H. et al. Modeling How Substitution of Sedentary Behavior with Standing or Physical Activity Is Associated with Health-Related Quality of Life in Colorectal Cancer Survivors // Cancer Causes & Control, 2016, 27:513–525.
151. Wen J., Schulman K.A. Can Team-Based Care Improve Patient Satisfaction? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Hempel S, ed. PLoS ONE. 2014;9(7):e100603.
152. Wenger N.K. Assessment of quality of life: A medical imperative Cardiovascular Drugs and Therapy, January 1988, Volume 1, Issue 5, pp 553–558.
153. WHO CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006
154. Xu F., Chen G., Stevens K., et al. Measuring and Valuing Health-Related Quality of Life among Children and Adolescents in Mainland China – A Pilot Study. Baradaran HR, ed. PLoS ONE. 2014;9(2):e89222.

# ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ  
ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԾԻՔԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ

Բնակչությանը մատուցվող բժշկական օգնության որակի գնահատման նպատակով խնդրում ենք Ձեզ պատասխանել ստորև ներկայացվող հարցերին՝ ընդգծելով առավել բնորոշ պատասխանները, որոնք հետագայում կարող են նպաստել բժշկական օգնության որակի, մատչելիության և արդյունավետության բարձրացմանը:

Հարցումն անանուն է և ցանկացած պահի Դուք կարող եք հրաժարվել այն շարունակելուց:

1. Ձեր սեռը՝
  - 1.1) Արական
  - 1.2 ) Իգական
2. Տարիքային խումբը՝
  - 2.1) Մինչև 20 տարեկան
  - 2.2) 20-40 տարեկան
  - 2.3) 40-60 տարեկան
  - 2.4) 60-ից բարձր
3. Ընտանեկան դրությունը՝
  - 3.1) ամուսնացած
  - 3.2) բաժանված
  - 3.3) այրի
  - 3.4) չամուսնացած
5. Կրթությունը՝
  - 5.1 ) թերի միջնակարգ
  - 5.2 ) միջնակարգ
  - 5.3 ) միջին մասնագիտական
  - 5.4 ) բարձրագույն
6. Հիմնական զբաղմունքը՝
  - 6.1) աշխատանք հիմնարկությունում կամ ձեռնարկությունում
  - 6.2) կրթություն ԲՈՒՀ-ում կամ քոլեջում
  - 6.3) թոշակառու ( աշխատող, չաշխատող )
  - 6.4) անհատական աշխատանքային գործունեություն
  - 6.5) չաշխատող
7. Ինչպե՞ս եք գնահատում Ձեր ընտանիքի ֆինանսական կարգավիճակը՝
  - 7.1 ) Բարձր
  - 7.2 ) Միջինից բարձր
  - 7.3 ) Միջին
  - 7.4 ) Միջինից ցածր
  - 7.5 ) Ցածր
  - 7.6 ) Դժվարանում եմ պատասխանել
8. Ի՞նչն է Ձեզ առավել անհանգստացնում բժշկական սպասարկման մեջ՝

- 8.1 ) Վճարովի ծառայությունների ծավալի մեծացումը,
- 8.2 ) Դեղորայքի բարձր գինը,
- 8.3 ) Բժշկական սպասարկման որակի իջեցումը,
- 8.4 ) Լավ հագեցվածություն ունեցող պոլիկլինիկաների ոչ բավարար քանակությունը
- 8.5 ) Լավ հագեցվածություն ունեցող հիվանդանոցների ոչ բավարար քանակությունը
- 8.6 ) Լավ հագեցվածություն ունեցող շտապ օգնության կայանների ոչ բավարար քանակությունը
- 8.7 ) Բուժհաստատություններում բժշկական անձնակազմի անուշադիր վերաբերմունքը,
- 8.8 ) Բժշկական անձնակազմի ոչ բավարար որակավորում,
- 8.9 ) Այլ:
- 9. Ինչպե՞ս եք գնահատում Ձեր առողջական վիճակը՝
- 9.1) Լավ
- 9.2) Բավարար
- 9.3) Վատ(խնդրում ենք նշել պատճառը)\_\_\_\_\_
- 9.4) Դժվարարնում եմ պատասխանել
- 10. Տառապում եք խրոնիկ հիվանդություններով՝
- 10.1) Այո (խնդրում ենք նշել հիվանդությունները)\_\_\_\_\_
- 10.2) Ոչ
- 11. Արդյո՞ք ունեք հաշմանդամության խումբ՝
- 11.1) Ոչ
- 11.2) Այո(առաջին)
- 11.3) Այո(երկրորդ)
- 11.4) Այո(երրորդ)
- 12. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում ու՞ր եք դիմել բուժօգնություն ստանալու նպատակով
- 12.1) Պոլիկլինիկա
- 12.2) Ստացիոնար
- 12.3) Շտապ օգնության կանչ
- 12.4) Վճարովի բժշկական հաստատություններ
- 12.5) Ավանդական բժշկությամբ զբաղվողներին (հոմեոպաթ, սնխչի)
- 12.6) Զբաղվել եմ ինքնաբուժությամբ
- 12.7) Չեմ դիմել, քանի որ կարիք չի եղել

### ***Ի Բժշկական օգնության հասանելիություն***

- 13. Որքա՞ն ժամանակ եք ծախսում բուժպրոֆիլակտիկ հաստատության ճանապարհին՝
- 13.1) Մինչև 15 րոպե
- 13.2) 15-30 րոպե
- 13.3) 30 րոպեից մինչև 1 ժամ
- 13.4) 1-2 ժամ
- 13.5) ավելի քան 2 ժամ
- 14. Պոլիկլինիկայում բժշկի ընդունելությանը համար որքա՞ն եք սպասում
- 14.1) Մինչև 15 րոպե (նշել որ բժշկի մոտ) \_\_\_\_\_
- 14.2) 15-30 րոպե (նշել որ բժշկի մոտ) \_\_\_\_\_
- 14.3) 30 րոպեից մինչև 1 ժամ(նշել որ բժշկի մոտ) \_\_\_\_\_
- 14.4) 1-2 ժամ(նշել որ բժշկի մոտ) \_\_\_\_\_

- 14.5) ավելի քան 2 ժամ(նշել որ բժշկի մոտ Որքա՞ն ժամանակ \_\_\_\_\_
15. Ըստ ձեզ արդյո՞ք հարմար է բժշկի և պոլիկլինիկայի աշխատանքային գրաֆիկը՝
- 15.1) Այո
- 15.2) Ոչ (խնդրում ենք նշել կոնկրետ ինչը հարմար չի )\_\_\_\_\_
- 15.3) Դժվարարժեքում եմ պատասխանել
16. Ի՞նչ եք կարծում այն հաստատությունում, որում դուք սովորաբար բուժօգնություն եք ստանում, բացակայում են Ձեզ անհրաժեշտ մասնագետները
- 16.1) Այո (խնդրում ենք նշել կոնկրետ որ մասնագետը )\_\_\_\_\_
- 16.2) Ոչ
- 16.3) Դժվարարժեքում եմ պատասխանել, քանի որ վաղուց չեմ դիմել
17. Որքա՞ն ժամանակ եք ծախսում ախտորոշիչ կաբինետների հաճախման վրա
- 17.1) մինչև 30րոպե
- 17.2) մինչև 60րոպե
- 17.3) ավելի քան եկ ժամ
- 17.4) վաղուց չեմ դիմել
18. Որքա՞ն եք սպասել պլանային ստացիոնար բուժում ստանալու համար
- 18.1) հերթ չի եղել
- 18.2) 2 շաբաթից քիչ
- 18.3) 2-4 շաբաթ
- 18.4) մեկ ամսից ավել(խնդրում ենք նշել կոնկրետ որ ծառայության համար և որքան)
19. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում շտապ օգնության ծառայության հետ կապված բարդություններ ունեցել եք՝
- 19.1) Այո (խնդրում ենք նշել կոնկրետ ինչպիսի)\_\_\_\_\_
- 19.2) Ոչ
- 19.3) Չեմ դիմել
20. Որքա՞ն եք սպասել շտապ օգնության բրիգադի ժամանմանը՝
- 20.1) Մինչև 15 րոպե
- 20.2) 15-30 րոպե
- 20.3) 30 րոպեից մինչև 1 ժամ
- 20.4) 1-2 ժամ
- 20.5) ավելի քան 2 ժամ
21. Արդյոք Ձեզ հասանելի են վճարովի բժշկական ծառայությունները՝
- 21.1) Այո, քանի որ թույլ է տալիս նյութական վիճակը
- 21.2) Այո, քանի որ վճարում է կազմակերպությունը, ֆիրման
- 21.3) Այո, բայց ստիպված եմ ինձ սահմանափակել գնումների և սննդի ծախսերում
- 21.4) Ոչ
- 21.5) Դժվարարժեքում եմ պատասխանել, քանի որ չեմ օգտվել
22. Ստիպված եղել ե՞ք ոչ պաշտոնական վճարում կատարել բուժման և հետազոտությունների համար
- 22.1) Ոչ
- 22.2) Այո, գումարով
- 22.3) Այո, նվերներով
- 22.4) Այո, ծառայություններով
- 22.5) Չեմ կարող պատասխանել

23. Ինձ դուր է գալիս համալիր բժշկական օգնությունը՝
- 23.1) Մասնագետների բարձր պրոֆեսիոնալիզմ
- 23.2) Աշխատանքի կազմակերպման բարձր մակարդակը(հերթերը բացակայում են)
- 23.3) Բժշկական անձնակազմի ուշադիր վերաբերմունք
- 23.4) Տրամադրվող բժշկական ծառայությունների լայն սպեկտր
- 23.5) Բժշկական օգնության ցուցաբերման բարձր մակարդակ
- 23.6) Ժամանակակից սարքավորումներ
- 23.7) Այլ
24. Եթե դիմել եք վճարովի բժշկական ծառայությունների, ապա խնդրում ենք նշել պատճառը՝
- 24.1 Բնակության վայրի բժիշկը հրաժարվել է
- 24.2 Ուզում եմ բարձրակարգ սպասարկում ստանալ
- 24.3 Պոլիկլինիկան հեռու է գտնվում
- 24.4 Պոլիկլինիկայի ցածր տեխնիկական հագեցվածություն
- 24.5 Պոլիկլինիկայում անհարժեշտ նեղ մասնագետի բացակայություն

## **II. Բավարարվածությունը բժշկական օգնության որակից**

25. Բավարարում է Ձեզ բժշկական սպասարկման արդյունքը (պատասխանել ✓ աղյուսակի համապատասխան վանդակում)

|                                     | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|-------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                         |     |    |        |
| Հիվանդանոց                          |     |    |        |
| Վճարովի բուժօգնության հաստատություն |     |    |        |
| Շտապ օգնություն                     |     |    |        |

26. Բավարված եք արդյոք բժշկի վերաբերմունքից՝(պատասխանել ✓ աղյուսակի համապատասխան վանդակում)

|                                     | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|-------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                         |     |    |        |
| Հիվանդանոց                          |     |    |        |
| Վճարովի բուժօգնության հաստատություն |     |    |        |
| Շտապ օգնություն                     |     |    |        |

27. Բավարված եք արդյոք միջին բուժանձնակազմի վերաբերմունքից՝(պատասխանել ✓ աղյուսակի համապատասխան վանդակում)

|                                     | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|-------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                         |     |    |        |
| Հիվանդանոց                          |     |    |        |
| Վճարովի բուժօգնության հաստատություն |     |    |        |
| Շտապ օգնություն                     |     |    |        |

28. Բավարված եք արդյոք բժշկական օգնության ցուցաբերման սանիտարա-հիգիենիկ պայմաններից (պատասխանել ✓ աղյուսակի համապատասխան վանդակում)

|                                       | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|---------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                           |     |    |        |
| Հիվանդանոց                            |     |    |        |
| Վճարովի բուժարոժիլակտիկ հաստատություն |     |    |        |
| Շտապ օգնություն                       |     |    |        |

29. Բավարված եք արդյոք դեղորայքով ապահովվածության մակարդակից (պատասխանել ✓ աղյուսակի համապատասխան վանդակում)

|                                       | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|---------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                           |     |    |        |
| Հիվանդանոց                            |     |    |        |
| Վճարովի բուժարոժիլակտիկ հաստատություն |     |    |        |
| Շտապ օգնություն                       |     |    |        |

30. Միշտ եք ձեռք բերում բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքը՝

30.1) Այո միշտ

30.2) Ոչ, քանի որ թանկարժեք են

30.3) Ոչ, քանի որ դեղատներում բացակայում է

30.4) Ոչ, քանի որ չկա մեկ, որ գնի և տեղ հասցնի

30.5) Ոչ, քանի որ համաձայն չեմ բժշկի նշանակման հետ

30.6) Այլ

31. Վստահում եք արդյո՞ք պոլիկլինիկայի մասնագետներին՝

31.1) Այո

31.2) Ոչ

32. Կուզենայիք փոխել Ձեր տեղամասային թերապևտին՝

32.1) Այո

32.2) Ոչ

### **III. Բժշկական օգնության տեղեկացվածության ուսումնասիրություն**

33. Դուք առավել շատ վստահում եք բժշկական տեղեկատվության հետևյալ աղբյուրին՝

33.1) Տեղական ռադիո, հեռուստացույց, մամուլ

33.2) Հանրապետական ռադիո, հեռուստացույց, մամուլ

33.3) Ծանոթներ, հարևաններ, ընկերներ

33.4) Բժշկական հաստատությունների աշխատակիցներ

33.5) Չեմ հետաքրքրվում նմանատիպ տեղեկատվությամբ

33.6) Այլ աղբյուրներ\_\_\_\_\_

34. Գիտե՞ք արդյո՞ք, թե ինչ է իրենից ներկայացնում պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը՝

34.1) Հիմնականում այո

34.2) Գիտեմ, բայց քիչ

34.3) Ոչ, չգիտեմ

35. Գիտե՞ք արդյո՞ք, թե ինչ իրավունքներ ունե՞ք պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում՝
- 35.1) Այո
  - 35.2) Ոչ
  - 35.3) Չեմ մտածել այդ մասին
36. Գիտե՞ք արդյո՞ք, թե ինչ է իրենից ներկայացնում կամավոր բժշկական ապահովագրությունը՝
- 36.1) Հիմնականում այո
  - 36.2) Գիտեմ, բայց քիչ
  - 36.3) Ոչ, չգիտեմ
37. Պատահել է, որ դիմե՞ք ապահովագրական փաթեթ տրամադրող ապահովագրական ընկերություն կոնկրետ բուժհաստատությունում ստացած բժշկական օգնության անբավարարվածության հարցով՝
- 37.1) Այո
  - 37.2) Ոչ
38. Բժշկական հաստատությունում Ձեզ ծանոթացրել են այն ծառայությունների ցանկին, որոնցից կարող եք անվճար օգտվել՝
- 38.1) Այո
  - 38.2) Ոչ
39. Ըստ Ձեզ ո՞ւմ կարող եք դիմել ոչ բավարար բժշկական սպասարկում ստանալու դեպքում՝
- 39.1) Բժշկական հաստատության գլխավոր բժշկին,
  - 39.2) Բժշկական ապահովագրություն իրականացնող կազմակերպությանը
  - 39.3) Առողջապահության նախարարություն, մարզային վարչություն
  - 39.4) Դատական մարմինների
  - 39.5) Բոլոր վերը նշված օղակներ
  - 39.6) Չգիտեմ
40. Ձեզ անհրաժեշտ է տեղեկատվություն պոլիկլինիկայի մասնագետների աշխատանքի վերաբերյալ՝
- 40.1) Այո, հետաքրքրվում եմ մատուցվող ծառայությունների ամբողջ ծավալով
  - 40.2) Հետաքրքրվում եմ միայն իմ հիվանդության հետ կապված ծառայությունների ծավալով
  - 40.3) Չեմ հետաքրքրվում
41. Արդյո՞ք Դուք օգտվել եք բժշկի ազատ ընտրության իրավունքից՝
- 41.1) Այո, օգտվել եմ
  - 41.2) Ոչ, քանի որ չի եղել դրա անհրաժեշտությունը
  - 41.3) Ցանկանում էի օգտվել այդ իրավունքից, բայց մերժում ստացա,
  - 41.4) Չգիտեի, որ ունեմ այդպիսի իրավունք
42. Արդյո՞ք բժիշկը բուժման քայլերը համաձայնեցնում է Ձեզ հետ՝

|                                        | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|----------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                            |     |    |        |
| Հիվանդանոց                             |     |    |        |
| Վճարովի բուժարոճֆիլակտիկ հաստատություն |     |    |        |



|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| Շտապ օգնություն |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|

43. Արդյո՞ք պոլիկլինիկայի բժշկի կողմից տրվել են ցուցումներ ուղղված առողջության պահպանմանը՝

43.1) Այո

43.2) Ոչ

43.3) Ոչ բավարար

44. Երբ բժիշկը Ձեզ նշանակում է թանկարժեք դեղեր, քննարկում է արդյո՞ք Ձեզ հետ նրանց արժեքը՝

44.1) Այո

44.2) Ոչ

44.3) Դրա անհրաժեշտությունը չի լինում

45. Արդյո՞ք բժշկի կողմից տրամադրվում է տեղեկատվություն այս կամ այն դեղորայքի, ախտորոշիչ կամ բուժական միջամտության կողմնակի ազդեցության վերաբերյալ՝

|                                       | Այո | Ոչ | Մասամբ |
|---------------------------------------|-----|----|--------|
| Պոլիկլինիկա                           |     |    |        |
| Հիվանդանոց                            |     |    |        |
| Վճարովի բուժարոժիլակտիկ հաստատություն |     |    |        |
| Շտապ օգնություն                       |     |    |        |

46. Ըստ Ձեզ բժշկական ծառայությունների մատուցման ո՞ր մեխանիզմն է առավել օպտիմալ՝

46.1) Պետպատվեր

46.2) Վճարովի բժշկական օգնությունը

46.3) Կամավոր բժշկական ապահովագրություն

46.4) Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն

46.3) Այլ

47. Ըստ Ձեզ ի՞նչ միջոցներ են անհրաժեշտ ձեռք առնել բժշկական օգնության որակն ու մատչելիությունը բարձրացնելու համար՝

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ



**ՄԻՆԵՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՍՏ**

Քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով հիվանդների կյանքի որակի գնահատման նպատակով խնդրում ենք Ձեզ պատասխանել ստորև ներկայացվող հարցերին՝ ընդգծելով առավել բնորոշ պատասխանները, որոնք հետագայում կարող են նպաստել բժշկական օգնության կազմակերպման բարելավմանը:

Հարցումն անանուն է և ցանկացած պահի Դուք կարող եք հրաժարվել այն շարունակելուց:

1. Հարցաթերթիկը լրացրել է
  - 1.1) հիվանդը,
  - 1.2) հիվանդի հարազատները
  - 1.3) բժիշկը
2. Հիվանդի սեռը՝
  - 2.1) արական
  - 2.2) իգական
3. Տարիքային խումբը՝
  - 3.1) Մինչև 18 տարեկան
  - 3.2) 18-40 տարեկան
  - 3.3) 40-60 տարեկան
  - 3.4) 60-70 տարեկան
  - 3.5) 70-ից բարձր
4. Կրթությունը՝
  - 4.1) թերի միջնակարգ
  - 4.2) միջնակարգ
  - 4.3) միջին մասնագիտական
  - 4.4) բարձրագույն
5. Հիմնական զբաղմունքը՝
  - 5.1) աշխատանք հիմնարկությունում կամ ձեռնարկությունում

- 5.2) կրթություն ԲՈՒՀ-ում կամ քոլեջում
  - 5.3) հաշմանդամ ( աշխատող, չաշխատող )
  - 5.4) անհատական աշխատանքային գործունեություն
  - 5.5) չաշխատող
  6. Ընտանեկան դրությունը՝
    - 6.1) ամուսնացած
    - 6.2) բաժանված
    - 6.3) այրի
    - 6.4) չամուսնացած
  7. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում ու՞ր եք դիմել բուժօգնություն ստանալու նպատակով
    - 7.1) Պոլիկլինիկա
    - 7.2) Ստացիոնար
    - 7.3) Շտապ օգնության կանչ
    - 7.4) Վճարովի բժշկական հաստատություններ
    - 7.5) Չեմ դիմել
  8. Տիրապետում եք արդյո՞ք բժշկական գիտելիքների Ձեր հիվանդության վերաբերյալ
    - 8.1) Այո
    - 8.2) Միայն մասամբ
    - 8.3) Ոչ
  9. Ձեր հիվանդության հետ կապված գիտելիքների հիմնական աղբյուր է հանդիսանում՝
    - 9.1) Պոլիկլինիկա
    - 9.2) Ստացիոնար
    - 9.3) Ընկերներ, հարևաններ
    - 9.4) Լրատվամիջոցներ
  10. Արդյո՞ք ունեք հաշմանդամության խումբ՝
    - 10.1) Ոչ
    - 10.2) Այո(առաջին)
    - 10.3) Այո(երկրորդ)
    - 10.4) Այո(երրորդ)
  - 11.Եթե վերջին մեկ տարվա ընթացքում դիմել եք բուժհաստատություն, ապա գոհ ե՞ք մատուցված ծառայություններից
    - 11.1) ամբողջությամբ
    - 11.2) մասամբ
    - 11.3) դժգոհ եմ
    - 11.4) չեմ դիմել
- Ստորև նշված 21 հարցերին առաջարկում ենք պատասխանել թվերով, որտեղ**
- 0- Ընհանրապես ոչ
  - 1- Շատ քիչ
  - 2- Թեթևակի
  - 3- Ոչ այնքան շատ
  - 4- Բավականին շատ
  - 5- Չափազանց շատ

| Վերջին մեկ ամսում խանգարել է Ձեզ սրտային անբավարարությունն ապրել այնպես, ինչպես կցանկանայիք, հետևյալ պատճառներով | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ուռքերի և ոտնաթաթի այտուց                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 2. Օրվա ընթացքում հանգստանալու անհրաժեշտություն                                                                  |   |   |   |   |   |   |
| 3. Աստիճան բարձրանալու դժվարություններ                                                                           |   |   |   |   |   |   |
| 4. Տնային աշխատանք կատարելու դժվարություններ                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 5. Տանից դուրս մեկնելու դժվարություններ                                                                          |   |   |   |   |   |   |
| 6. Գիշերային քնի խանգարում                                                                                       |   |   |   |   |   |   |
| 7. Ընկերների հետ շփվելու դժվարություններ                                                                         |   |   |   |   |   |   |
| 8. Եկամտի իջեցում                                                                                                |   |   |   |   |   |   |
| 9. Սպորտով կամ Ձեր սիրելի զբաղմունքով զբաղվելու անհնարություն                                                    |   |   |   |   |   |   |
| 10. Դժվարություններ սեռական ոլորտում                                                                             |   |   |   |   |   |   |
| 11. Դիետա, ուտելու սահմանափակում                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
| 12. Օդի պակասի զգացողություն                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
| 13. Հիվանդանոց պառկելու անհրաժեշտություն                                                                         |   |   |   |   |   |   |
| 14. Թուլության, հոգնածության զգացում                                                                             |   |   |   |   |   |   |
| 15. Վճարելու անհրաժեշտություն                                                                                    |   |   |   |   |   |   |
| 16. Դեղորայքի կողմնակի ազդեցություն                                                                              |   |   |   |   |   |   |
| 17. Ընտանիքի համար բեռ դառնալու զգացում                                                                          |   |   |   |   |   |   |
| 18. Հսկողությունը կորցնելու զգացում                                                                              |   |   |   |   |   |   |
| 19. Անհանգստության զգացում                                                                                       |   |   |   |   |   |   |
| 20. Դեպրեսիայի զգացում                                                                                           |   |   |   |   |   |   |
| 21. Ուշադրության և հիշողության վատացում                                                                          |   |   |   |   |   |   |

**Սիեթյան թեստ**

Սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով պացիենտների կյանքի որակի գնահատման նպատակով խնդրում ենք Ձեզ պատասխանել ստորև ներկայացվող հարցերին՝ ընդգծելով առավել բնորոշ պատասխանները, որոնք հետագայում կարող են նպաստել բժշկական օգնության կազմակերպման բարելավմանը:

Հարցումն անանուն է և ցանկացած պահի Դուք կարող եք հրաժարվել այն շարունակելուց:

- |                                                       |                       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. Հիվանդի սեռը՝                                      | 3. Տարիքային խումբը՝  |
| 1.1) արական                                           | 3.1) Մինչև 18 տարեկան |
| 1.2) իգական                                           | 3.2) 19-39 տարեկան    |
| 2. Հիմնական զբաղմունքը՝                               | 3.3) 40-59 տարեկան    |
| 2.1) աշխատանք հիմնարկությունում կամ ձեռնարկությունում | 3.4) 60-79            |
| 2.2) կրթություն ԲՈՒՀ-ում կամ քոլեջում                 | 3.5) 70-ից բարձր      |
| 2.3 ) թոշակառու ( աշխատող, չաշխատող)                  | 4. Կրթությունը՝       |
| 2.4) անհատական աշխատանքային գործունեություն           | ա) թերի միջնակարգ     |
| 2.5) չաշխատող                                         | բ) միջնակարգ          |
|                                                       | գ) միջին մասնագիտական |
|                                                       | դ) բարձրագույն        |

| Գործունեության տեսակը                                                           | Ինչքանով եք դուք սահմանափակված ձախ կողմում նշված գործողությունների կատարման մեջ |               |               |         |                |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------|----------------|------------------------------------|
|                                                                                 | Չափազանց շատ                                                                    | Բավականին շատ | Ոչ այնքան շատ | Թեթևակի | Ընդհանրապես չէ | Չեմ կատարում այդպիսի գործողություն |
| 1. Հագնվել և հանվել                                                             |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 2. Հաստատության նույն հարկում քայլել                                            |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 3. Լոգանք ընդունել                                                              |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 4. Բարձրություն հաղթահարելը կամ աստիճաններով վերև բարձրանալն առանց հանգստանալու |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 5. Տան մաքրություն անելը, գնումների գնալը                                       |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 6. Մեկ թաղամասից ավել արագ քայլելը                                              |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 7. Մարզանքներով վազք                                                            |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |
| 8. Բարձրացնել կամ տեղափոխել ծանրություն (երեխաներ, կահույք)                     |                                                                                 |               |               |         |                |                                    |

|                                            |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 9. Զբաղվել ակտիվ սպորտով (օր.՝ լող, թենիս) |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

10. Ինչքան հաճախ եք զգում կրծքավանդակում ցավ, ծանրության զգացում և սրտային ցավ նախորդ չորս շաբաթների համեմատ:

| Համեմատաբար հաճախ | Հաճախ, բայց ոչ շատ | Գրեթե նույն կերպ | Մի քիչ ավելի հազվադեպ | Բավականին հազվադեպ | Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում կրծքավանդակի ցավը բացակայել է |
|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------|
|                   |                    |                  |                       |                    |                                                            |

11. Անցած 4 շաբաթների ընթացքում որքան հաճախ եք զգացել կրծքավանդակում ցավ, ծանրության զգացում և սրտային ցավ

| Օրվա մեջ 4 և ավելի անգամ | Օրվա մեջ 1-3 անգամ | Շաբաթվա ընթացքում 3 և ավելի անգամ, բայց ոչ ամեն օր | Շաբաթվա ընթացքում 1-2 անգամ | Շաբաթվա ընթացքում 1 անգամից քիչ | Ոչ մի անգամ վերջին 4 շաբաթների ընթացքում |
|--------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
|                          |                    |                                                    |                             |                                 |                                          |

12. Անցած 4 շաբաթների ընթացքում որքան հաճախ եք նիտրոգլիցերին ընդունել կրծքավանդակում ցավի, ծանրության զգացման և սրտային ցավի պատճառով

| Օրվա մեջ 4 և ավելի անգամ | Օրվա մեջ 1-3 անգամ | Շաբաթվա ընթացքում 3 և ավելի անգամ, բայց ոչ ամեն օր | Շաբաթվա ընթացքում 1-2 անգամ | Շաբաթվա ընթացքում 1 անգամից քիչ | Ոչ մի անգամ վերջին 4 շաբաթների ընթացքում |
|--------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
|                          |                    |                                                    |                             |                                 |                                          |

13. Որքան ծանրաբեռնող է Ձեզ համար դեղորայք ընդունելու անհրաժեշտությունը՝ կրծքավանդակում ցավի, ծանրության զգացման և սրտային ցավեր ունենալու պատճառից ելնելով:

| Չափազանց ծանր | Բավականին ծանր | Ոչ այքան ծանր | Թեթևակի | Ընդհանրապես ծանր չէ | Դեղորայք չեմ ընդունում |
|---------------|----------------|---------------|---------|---------------------|------------------------|
|               |                |               |         |                     |                        |

Հաջորդ չորս հարցերին խնդրում ենք պատասխանել թվերով, որտեղ՝

1-Ոչ 3-Բավարարված եմ միայն որոշ չափով

2-Մեծամասամբ ոչ 4- Մեծամասամբ բավարարված եմ

5-Ամբողջությամբ բավարարված եմ

|                                                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 14. Գոհ եք այն ջանքերից, որոնք ցուցաբերվում են կրծքավանդակում ցավի, ծանրության զգացման և սրտային ցավի վերացման ուղղությամբ                     |   |   |   |   |   |
| 15. Գոհ եք այն բացատրություններից որոնք տալիս է բժիշկը կրծքավանդակում ցավի, ծանրության զգացման և սրտային ցավի մասին, որոնցով դուք տառապում եք: |   |   |   |   |   |
| 16. Ընհանուր առմամբ գոհ եք այն բուժումից, որը ստանում եք կրծքավանդակում ցավի, ծանրության զգացման և սրտային ցավի ուղղությամբ                    |   |   |   |   |   |
| 17. Եթե այնպես ստացվի, որ մինչև կյանքի վերջ պահպանվեն այս պահի դրությամբ Ձեր ունեցած ցավերը, գոհ կլինե՞ք արդյոք:                               |   |   |   |   |   |

18. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում կրծքավանդակում ցավը, ծանրության զգացումը և սրտային ցավը որքանով են խանգարել Ձեզ կյանքից հաճույք ստանալուն:

| Չափազանց շատ | Բավականին շատ | Ոչ այքան շատ | Թերևսակի | Ընդհանրապես չեն խանգարել |
|--------------|---------------|--------------|----------|--------------------------|
|              |               |              |          |                          |

19. Որքան հաճախ եք մտահոգվում կամ անհանգստանում, որ Ձեզ մոտ կարող է լինել սրտային նոպա կամ էլ կարող եք հանկարծակի մահանալ:

| Միայն այդ մասին եմ մտածում | Այդ մտքերն ինձ հաճախ են ահանգստացնում | Երբեմն մտածում եմ այդ մասին | Հազվադեպ եմ մտածում այդ մասին | Դա ինձ չի անհանգստացնում: |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
|                            |                                       |                             |                               |                           |

## ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

SF 12

|                | ՀԱՐՑԵՐ                                                                                                                                                                                      | ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐ                                                                                                      |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0101<br>(gh)   | Ընդհանուր առմամբ ինչպե՞ս կգնահատեք Ձեր առողջությունը՝ շատ լավ, լավ, բավարար, վատ, շատ վատ:                                                                                                  | Շատ լավ .....4<br>Լավ .....3<br>Բավարար .....2<br>Վատ .....1<br>Շատ վատ .....0<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98     |
| 0102<br>(pf-1) | Ձեր առողջական վիճակն այժմ Ձեզ խանգարու՞մ է միջին ծանրության գործողություններ կատարելիս, օրինակ սեղանը տեղաշարժելիս, հատակը մաքրելիս, քայլելիս: <i>(Պատասխանը հարմարեցնել տարբերակներին)</i> | Խանգարում է .....0<br>Մի փոքր խանգարում է .....1<br>Չի խանգարում .....2<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98            |
| 0103<br>(pf-2) | Ձեր առողջական վիճակն այժմ խանգարու՞մ է Ձեզ աստիճաններով մի քանի հարկ բարձրանալիս: <i>(Պատասխանը հարմարեցնել տարբերակներին)</i>                                                              | Խանգարում է .....0<br>Մի փոքր խանգարում է .....1<br>Չի խանգարում .....2<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98            |
| 0104<br>(rp-1) | Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցյալ ամսվա ընթացքում, որ Ձեր առողջական վիճակի պատճառով ավելի քիչ գործ եք հասցրել կատարել, քան սովորաբար հասցնում էիք:                                              | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98 |
| 0105<br>(rp-2) | Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցյալ ամսվա ընթացքում, որ Ձեր առողջական վիճակի պատճառով, դժվարացել եք որևէ աշխատանք կատարել:                                                                        | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98 |
| 0106<br>(re-1) | Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցյալ ամսվա ընթացքում, որ, Ձեր վատ տրամադրության պատճառով, ավելի քիչ գործ եք հասցրել կատարել, քան սովորաբար հասցնում էիք:                                           | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98 |
| 0107<br>(re-2) | Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցյալ ամսվա ընթացքում, որ, Ձեր վատ տրամադրության պատճառով, ավելի անուշադիր ու ցրված եք կատարել Ձեր առօրյա աշխատանքները:                                             | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98 |
| 0108<br>(bp)   | Անցյալ ամսվա ընթացքում տարբեր ֆիզիկական ցավերը Ձեզ խանգարե՞լ են կատարել Ձեր առօրյա աշխատանքները:                                                                                            | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98 |
| 0109<br>(mh-1) | Որքա՞ն հաճախ եք անցյալ ամսվա ընթացքում Դուք Ձեզ, հանգիստ ու հանդարտ զգացել:                                                                                                                 | Մշտապես .....4<br>Հաճախ .....3<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....1<br>Երբեք .....0<br>Դժվարանում եմ պատասխանել98 |



|                | ՀԱՐՑԵՐ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐ                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0110<br>(mh-2) | Որքա՞ն հաճախ եք անցյալ ամսվա ընթացքում<br>Դուք Ձեզ.<br>ընկճված ու հուզված զգացել:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել 98                                                                                                              |
| 0111<br>(vt)   | Որքա՞ն հաճախ եք անցյալ ամսվա ընթացքում<br>Դուք Ձեզ.<br>աշխույժ ու եռանդուն զգացել:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Մշտապես .....4<br>Հաճախ .....3<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....1<br>Երբեք .....0<br>Դժվարանում եմ պատասխանել 98                                                                                                              |
| 0112<br>(sf)   | Անցյալ ամսվա ընթացքում, պատահե՞լ է, որ<br>ստիպված հրաժարվել եք հյուր գնալուց կամ հյուր<br>ընդունելուց, կամ որևէ միջոցառման<br>մասնակցելուց՝ Ձեր առողջական վիճակի կամ<br>վատ տրամադրության պատճառով:                                                                                                                                                                                                                                                                      | Մշտապես .....0<br>Հաճախ .....1<br>Երբեմն .....2<br>Հազվադեպ .....3<br>Երբեք .....4<br>Դժվարանում եմ պատասխանել 98                                                                                                              |
| 0114           | Անցյալ ամսվա ընթացքում ունեցե՞լ եք.<br>A. ... ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ<br>այլ շարժումներ կատարելիս,<br>B. ... հոդացավ,<br>C. ... մեջքի ցավ,<br>D. ... պարանոցի / ուսերի ցավ,<br>E. ... ոտքերի ..... այտուցվածություն<br>(ուռածություն),<br>F. ... երակների վարիկոզ լայնացում,<br>G. ... մաշկային հիվանդություններ,<br>H. ... փորկապություն,<br>I. ... գլխացավ,<br>J. ... անքնություն,<br>K. ... հոգեկան խիստ ընկճվածություն՝<br>դեպրեսիա,<br>L. ... ատամնացավ: | Այո Ոչ<br>A.....1..... 0<br>B.....1..... 0<br>C.....1..... 0<br>D.....1..... 0<br>E.....1..... 0<br>F.....1..... 0<br>G.....1..... 0<br>H.....1..... 0<br>I.....1..... 0<br>J.....1..... 0<br>K.....1..... 0<br>L.....1..... 0 |
| 0115           | Դուք ունե՞ք հաշմանդամության կարգ: Եթե՝ այո,<br>ապա ինչպիսի՞:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ոչ .....0<br>Առաջին կարգ .....1<br>Երկրորդ կարգ .....2<br>Երրորդ կարգ .....3<br>Մանկուց հաշմանդամ .....4                                                                                                                       |

**Մուրք Գևորգ հոսպիտալի թեստ  
Շնչառական ֆունկցիան գնահատելու համար(SGRQ)**

Այս թեստը նախատեսված է օգնել մեզ, որպեսզի ավելի լավ հասկանանք շնչառական համակարգի հետ ունեցած Ձեր խնդիրներն ու նրանց ազդեցությունը Ձեր կյանքի որակի վրա: Մեզ հետաքրքիր է ոչ միայն բժիշկների կարծիքը Ձեր հիվանդության մասին, այլ այն, թե Ձեր հիվանդության ինչպիսի դրսևորումներն են Ձեր մոտ առավել շատ խնդիրներ առաջացնում:

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ ցուցումները: Շատ երկար մի մտածեք պատասխան ընտրելիս:

Մինչ մյուս հարցերին պատասխանելը, խնդրում ենք ընտրել համապատասխան պատասխանը, թե ներկայումս ինչպես եք գնահատում Ձեր առողջական վիճակը

| Շատ լավ                                                                                                                    | Լավ                          | Բավարար             | Վատ                        | Շատ վատ                                 |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| □                                                                                                                          | □                            | □                   | □                          | □                                       |                                   |
| <b>Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում որքան հաճախ է Ձեզ մոտ դիտվել հիվանդության դրսևորումներ շնչառական համակարգի կողմից</b>      |                              |                     |                            |                                         |                                   |
| <i>Խնդրում ենք նշել (✓) մեկ պատասխան յուրաքանչյուր նախադասության դիմացի տողում</i>                                         |                              |                     |                            |                                         |                                   |
|                                                                                                                            | Շաբաթվա օրերի մեծ մասը       | Շաբաթվա մի քանի օրը | Մի քանի օր ամսվա ընթացքում | Միայն բրոնխոթոքային ինֆեկցիայի դեպքում  | Ընդհանրապես ոչ                    |
| 1. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում ունեցել եմ հազ                                                                             | □                            | □                   | □                          | □                                       | □                                 |
| 2. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում ունեցել եմ խորխարտադրություն                                                               | □                            | □                   | □                          | □                                       | □                                 |
| 3. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում ունեցել եմ հևոց                                                                            | □                            | □                   | □                          | □                                       | □                                 |
| 4. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում ունեցել եմ կոշտ շնչառության նոպաներ                                                        | □                            | □                   | □                          | □                                       | □                                 |
| <i>Խնդրում ենք նշել (✓) միայն մեկ պատասխան</i>                                                                             |                              |                     |                            |                                         |                                   |
| 5. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում որքան ծանր կամ շատ տհաճ նոպաների ե ք ունեցել շնչառական համակարգի կողմից:                   | 3-ից ավելի<br>□              | 3 նոպա<br>□         | 2 նոպա<br>□                | 1 նոպա<br>□                             | Ոչ մի<br>□                        |
| 6. Որքա՞ն է տևել ամենածանր նոպան: (Եթե ծանր նոպաներ չեք ունեցել միանգամից անցեք 7-րդ հարցին)                               | Մեկ շաբաթ կամ ավել<br>□      | 3 օր և ավելի<br>□   | 1-2 օր<br>□                | 1օրից պակաս<br>□                        |                                   |
| 7. Վերջին 4 շաբաթների ընթացքում միջինում որքա՞ն բարեհաջող օրեր եք ունեցել(երբ շնչառական համակարգի խնդիրը քիչ է դրսևորվել): | Բարեհաջող օրեր չեն եղել<br>□ | 1-2 օր<br>□         | 3-4 օր<br>□                | Գրեթե բոլոր օրերն էլ բարեհաջող էին<br>□ | Բոլոր օրերն էլ բարեհաջող էին<br>□ |
| 8. Եթե Ձեզ մոտ կա խզոցոցով շնչառություն, այն ավելի վատ է առավոտյան:                                                        | Ոչ<br>□                      | Այո<br>□            |                            |                                         |                                   |

| Բաժին 1                                          |                                                               |                                               |                                          |                                                       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Ինչպես կգնահատեիք Ձեր շնչառական համակարգի վիճակը | Այն իմ հիմնական խնդիրն է                                      | Այն բավականաչափ խնդիրներ է ստեղծում ինձ համար | Այն մի քիչ խնդիրներ է ստեղծում ինձ համար | Ինձ համար խնդիրներ չի ստեղծում                        |
|                                                  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                              |
| Եթե Դուք երբևէ աշխատել եք                        | Թոքերի և բրոնխներ խնդիրները ստիպեցին ինձ հրաժարվել աշխատանքից | Թոքերի և բրոնխներ խնդիրները խանգարում էին     | ինձ աշխատել կամ ստիպեցին փոխել աշխատանքը | Թոքերի և բրոնխներ խնդիրները չեն խանգարում ինձ աշխատել |
|                                                  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <div>Բաժին2</div> <div>Հարցեր գործունեության այն տեսակների մասին, որոնք վերջին շրջանում սովորաբար առաջացնում են շնչահեղձություն</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  | <div>պատճառում իմ ընտանիքին, ընկերներին կամ հարևաններին</div> <div>Ես վախենում կամ նույնիսկ խուճապի եմ մատնվում, երբ չեմ կարողանում լիաթոք շնչել</div> <div>Ես զգում եմ, որ չեմ կարողանում կառավարել շնչառական համակարգի իմ հիվանդությունը</div> <div>Ես չեմ ակնկալում բարելավում շնչառական համակարգի իմ հիվանդության կողմից</div> <div>Ես սպառվել կամ հաշմանդամ եմ դարձել այս հիվանդության պատճառով</div> <div>Ֆիզիկական ակտիվությունը վտանգավոր է ինձ համար</div> <div>Շատ մեծ ջանքեր է պահանջում ինձանից</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <div><input type="checkbox"/></div> | <div><input type="checkbox"/></div> |
| <div>Խնդրում ենք նշել (✓)այն պատասխանը, որն առավել բնորոշ է վերջին ժամանակների Ձեր զգացողություններին ճիշտ է I Մխալ է</div> <div>Հանգիստ վիճակում, նստած կամ պառկած</div> <div>Երբ լացվում կամ հագնվում եք</div> <div>Երբ քայլում եք տան մեջ</div> <div>Երբ քայլում եք ուղիղ հարթ տարածություն</div> <div>Երբ բարձրանում եք մեկ աստիճանահարթակ</div> <div>Երբ սար եք բարձրանում</div> <div>Երբ զբաղվում եք սպորտով կամ ակտիվ խաղերով</div> |  |  | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |  |                                     |                                     |
| <div>Բաժին 3</div> <div>Վերջին ժամանակներս Ձեզ անհանգստացնող հազի և հնոցի վերաբերյալ լրացուցիչ հարցեր</div> <div>Հազն ինձ ցավ է պատճառում</div> <div>Ես հոգնում եմ հազից</div> <div>Երբ խոսում եմ շունչս կտրվում է</div> <div>Երբ կռանում եմ շունչս կտրվում է</div> <div>Հազն ու շնչառական խնդիրները խանգարում են ինձ քնել</div> <div>Ես արագ հոգնում եմ</div>                                                                             |  |  | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                         |  |                                     |                                     |
| <div>Բաժին 4</div> <div>Վերջին ժամանակներս շնչառական համակարգի կողմից Ձեզ անհանգստացնող այլ խնդիրների վերաբերյալ լրացուցիչ հարցեր</div> <div>Իմ հազը կամ շնչառական խնդիրները շփոթեցնում ինձ հանրության ներկայությամբ</div> <div>Շնչառական համակարգի իմ հիվանդությունն անհարմարություն է</div>                                                                                                                                              |  |  | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |                                     |
| <div>Բաժին 5</div> <div>Հարցեր Ձեր բուժման վերաբերյալ: Եթե Դուք բուժում չեք ստանում միանգամից անցեք 6-րդ բաժնին</div> <div>Իմ բուժումն ինձ այնքան էլ չի օգնում</div> <div>Ես ամաչում եմ կիրառել բուժման միջոցները այլ մարդկանց ներկայությամբ</div> <div>Բուժումն ինձ մոտ առաջացնում է անցանկալի կողմնակի ազդեցություններ</div> <div>Բուժումը խախտում է իմ բնականոն կյանքը</div>                                                            |  |  | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                             |  |                                     |                                     |
| <div>Բաժին 6</div> <div>Հարցեր այն մասին, թե ինչպես շնչառությունը կարող է խանգարել Ձեր գործունեությանը</div> <div>Ինձանից շատ ժամանակ է պահանջվում, որպեսզի լվացվեմ և հագնվեմ</div> <div>Ես չեմ կարող լոգանք ընդունել կամ դրա համար շատ ժամանակ է հարկավոր</div>                                                                                                                                                                           |  |  | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                                                                                                                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Ես մնացած մարդկանցից ավելի դանդաղ եմ քայլում կամ ստիպված եմ լինում կանգնել, որպեսզի հանգստանամ</p> <p>Տնային աշխատանքների կատարումն ինձանից շատ ժամանակ է խլում կամ ես ստիպված եմ լինում ընդհատել այն, որպեսզի հանգստանամ</p> <p>Եթե ես բարձրանում եմ մեկ աստիճանահարթակ, ապա ստիպված եմ լինում կամ գնալ դանդաղ կամ կանգ առնել</p> <p>Եթե ես արագ եմ քայլում կամ շտապում, ապա ստիպված եմ լինում կամ գնալ դանդաղ կամ կանգ առնել</p> <p>Շնչառական խնդիրների պատճառով ինձ համար դժվար է սար բարձրանալ, աստիճաններով ծանրություն բարձրացնել, այգում կամ պարտեզում թեթև աշխատանք կատարել, պարել, սունկ կամ հատապտուղ հավաքել</p> <p>Շնչառական խնդիրների պատճառով ինձ համար դժվար է ծանրություն տանել, փոս փորել, ձյուն մաքրել, մարզվելով վազել կամ արագ քայլել, թենիս քաղալ կամ լողալ</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Շնչառական խնդիրների պատճառով ինձ համար դժվար է ծանր ձեռքի աշխատանք կատարել, վազել, հեծանիվ քշել, արագ լողալ և զբաղվել սպորտի ծանր ձևերով | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                          |                          |                          |
| <p style="text-align: center;"><b>Բաժին 7</b></p> <p style="text-align: center;"><b><i>Մենք կցանկանայինք իմանալ, շնչառական համակարգի հիվանդությունը սովորաբար ազդում է Ձեր առօրյա կյանքի վրա :</i></b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ես չեմ կարող զբաղվել սպորտով կամ ակտիվ խաղերով                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ես չեմ կարող գնալ զվարճանալու կամ հանգստանալու                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ես չեմ կարող տանից դուրս գալ գնումների                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ես չեմ կարող տնային գործեր կատարել                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ես չեմ կարող անկողնուց կամ աթոռից հեռու գնալ                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

