

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ.Յ.ԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԿԱՐԵՆ ՀԱՄԼԵՏԻ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

**ՈՉ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼ ՄԱՆ
ՆՈՐ ՄՈՏԵՑՈՒ ՄԼԵՐՆ ԱՊՈՂՋՈՒ ԹՅԱՆ ԱՊԱՋՆԱՅԻՆ
ՊԱՅՊԱՆՄԱՆ ՕՂԱԿՈՒՄ**

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջու թյ ու ն և առողջ ապահ ու թյ ան
կազմակերպում»

մասնագիտու թյ ամբ

բժշկական գիտու թյ ու ն ների թեկնած ու ի գիտական աստիճանի
հայցման

առե նախուս ու թյ ու ն

Գիտական ղեկավար՝

բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ա.Է. Թադևոսյան

ԵՐԵՎԱՆ 2017

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒ ԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱՃՈՒ ԹՅՈՒՆ	3
ԳԼՈՒԽ1. ԳՐԱԿԱՆՈՒ ԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒ ԹՅՈՒՆ	9
1.1 Հիվանդու թյուկ ներքի կանխարգելման համակարգի կայացումն ու զարգացումը	9
1.2 Ոչ վարակիչ հիվանդու թյուկ ներքի կանխարգելմանն ուղղված մոտեցումները	22
ԳԼՈՒԽ2. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ	28
ԳԼՈՒԽ3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ	42
3.1 Երևան քաղաքի «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության առողջության բնութագիրը	42
3.2 Հետազոտված բնակչության շրջանում ոչ վարակիչ հիվանդու թյուկ ներքի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը	52
3.3 Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ոչ վարակիչ հիվանդու թյուկ ներքի կանխարգելմանն ուղղված գործունեության վերլուծությունը	60
3.4 Ոչ վարակիչ հիվանդու թյուկ ներքի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների հիմնավորումն ու ներդրումն առողջության առաջնային պահպանման օղակում	66
3.5 Ոչ վարակիչ հիվանդու թյուկ ներքի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների արդյունավետության գնահատումը	71
ԱՄՓՈՓՈՒՄ	92
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐ	103
ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ	104
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒ ԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	105

ՀԱՎԵԼ ՎԱԾ.....
.120

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

.....131

ՆԵՐԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականությունը

XX-րդ դարավերջից մինչև XXI-րդ դարի սկիզբն ընկած ժամանակահատվածը «պատկանում է» ոչ վարակիչ հիվանդություններին [45]:

Եթե անցյալ դարի կեսերին բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքում առաջնային դիրքերում էին վարակիչ հիվանդությունները, ապա այժմ, կազմելով մահացության պատճառների կառուցվածքի գրեթե 85%-ը, գերակշռում են ՈՎՅ-ը [23, 65, 100, 101, 105]:

XX-րդ դարի բժշկագիտության ձեռքբերումներից է ոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների բացահայտումը: Մի շարք ռիսկի գործոններից որպես ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոններ առանձնացվում են ծխախոտամոլությունը, ալկոհոլի չարաչափումը, սխալ սննդակարգը, ցածր ֆիզիկական ակտիվությունն ու զարկերակային գերճնշումը [35, 41, 43, 44, 48, 117, 125]:

Բազմաթիվ զարգացած երկրներում բնակչության ֆիզիկական ցածր ակտիվությունը՝ հիպոդինամիան, բավականին շատ է տարածված: Ըստ ԱՄՆ-ում անցկացված հետազոտությունների արդյունքների, բնակչության մեծահասակների շրջանում ՈՎՅ-ի առաջացման 23%-ը պայմանավորված է ցածր ֆիզիկական ակտիվությամբ [74, 75]:

Բնակչության հիվանդացության մակարդակի վրա էական ազդեցություն են թողնում ջրի և սննդամթերքի ցածր որակն ու շրջակա միջավայրի անբարենպաստ պայմանները, այդ թվում՝ արտակարգ պատահարների արդյունքում առաջացած վնասվածքները: Նշված գործոնները համալրում են առողջության վրա վնասակար ազդեցություն ունեցող հիմնական 7 արտաքին գործոնների շարքը, որոնք նվազեցնում են բնակչության աշխատունակությունը [26, 36, 71, 80, 122]:

Ըստ եվրոպական մի շարք զարգացած երկրներում (Ֆրանսիա, Գերմանիա) անցկացված սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտությունների արդյունքների, բնակչության առողջությունն ու սոցիալական պայմանները գտնվում են անմիջական և դինամիկ փոխակապակցվածության մեջ [81]:

Գլոբալ առումով, բնակչության բուն հիվանդացության, ինչպես նաև վաղաժամ հաշմանդամության և մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքներում գերակշռում են սրտանոթային, նյարդահոգեկան, շնչառական համակարգերի հիվանդությունները, ինչպես նաև նորագոյացություններն ու վնասվածքները: Նշված պաթոլոգիաներով հիվանդացության աճը պայմանավորված է բնակչության կենսակերպով, հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների, այդ թվում՝ վարքագծային վնասակար սովորությունների, մեծ տարածվածությամբ [18, 57, 62, 96, 99, 102, 103]:

Բնակչության տարբեր տարիքային խմբերի և սոցիալական շերտերի շրջանում ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակն ու դրա կարևորության ընկալումը տարբեր են [90]:

ՈՎՅ-ի կանխարգելումն իր մեջ ներառում է բժշկասոցիալական և սանիտարահիգիենիկ այնպիսի համալիր միջոցառումներ, որոնք ուղղված են խմբային և անհատական մակարդակներում հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերմանն ու ընդհանուր գումարային ռիսկի որոշմանը [65]:

ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և դրանցով պայմանավորված հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը նպաստում է բնակչության հիվանդացության մակարդակի, ինչպես նաև հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության ցուցանիշների նվազմանը: Չարկ է նշել, որ աշխատունակ տարիքի բնակչության շրջանում մահացության մակարդակը պայմանավորված է տրամադրվող բուժօգնության հասանելիությամբ և համարժեքությամբ [59, 60]:

Հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների մշակման ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն և դարձնել ինչպես բժշկական բարձրագույն ուսումնական

հաստատության ներքո մոտավորապես և հետագայում կադրերի մասնագիտական պատրաստվածության պատշաճ մակարդակի պահպանմանը, այնպես էլ՝ ուսումնական այլ ուղղվածություն ունեցող հաստատության ներքո հիգիենիկ կրթմանը նպաստող ուսումնական ծրագրերի առկայությունը [16, 19, 32, 45, 132]:

Հիվանդների դիսպանսեր հսկողության ժամանակ կարևորվում է բուժզննումների, ինչպես նաև իրականացվող այլ բուժկանխարգելիչ, այդ թվում՝ լուսավորչական, միջոցառումների ծավալների հստակեցումը [63]:

Տարբեր երկրներում բժշկական կադրերի մասնագիտական ունակություններն ու հիվանդությունների կանխարգելման միջոցառումների անցկացման, այդ թվում՝ կազմակերպման, մոտեցումները որոշակիորեն տարբերվում են միմյանցից [52]:

ՀՀ բուժհաստատություններում իրականացված հարցումները ցույց են տվել, որ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի բուժաշխատողների 94,7%-ը կարևորում է ՌԿՀ-ի կանխարգելման անցկացման վերաբերյալ շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերը: Միաժամանակ հարկ է նշել, որ ըստ առաջնային օղակի բժիշկների, իրենց աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը գերազանցում է օպտիմալ ծանրաբեռնվածությունը 1,6 անգամ կամ՝ 60%-ով [1]:

Չնայած նրան, որ կանխարգելիչ բժշկությունն ունի մեծ փորձառություն և արդյունավետություն, դեռևս չի մշակվել հիվանդների հետ անհատական կանխարգելման համընդհանուր ընդունված աշխատանքային այնպիսի ձևաչափ, որի արդյունավետությունը համարելի կլինի զուտ բուժական միջոցառման արդյունավետության հետ [22]:

Ապագայում առողջապահության կազմակերպման գործառնություններում գերակա են համարվել ու ՌԿՀ-ի կանխարգելման համար ԱԱՊ օղակի բժշկական կադրերի մասնագիտական ներուժի նորովի օգտագործումն ու միջոցառումների կազմակերպչական նոր մոտեցումները, որոնք իրենց հերթին նպաստելու են հիվանդությունների կանխարգելման արդյունավետության մակարդակի բարձրացմանը [31, 97, 108, 110, 111, 130]:

Ակնհայտ է, որ անհրաժեշտ է մշակել հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումներ, որոնք ենթադրում են բժշկական կադրերի պատրաստման որակի չափանիշների վերանայում: Վերջինս հնարավորություն կընձեռի ապահովել բնակչության առողջության պահպանման գործում բուժ-կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության անհրաժեշտ մակարդակը [71]:

ԱԱՊ օղակի հիմնական գործառույթներից անբաժանելի են հիվանդությունների կանխարգելման, այդ թվում՝ լուսավորչական, աշխատանքների կազմակերպումն ու իրականացումը: Ուստի, ՌՎՀ-ի կանխարգելման նոր մոտեցումների ներդրման պարագայում, ամբողջատոր-պրոֆիլի նիկական օղակը կարող է ծառայել որպես փորձարարական հարթակ: ՌՎՀ-ի կանխարգելման նոր մոտեցումների հիմքում դիտարկվում են բնակչության շրջանում առողջապարելակերպի գաղափարի ձևավորումն ու տարածումը, որի ներդրման համար կարևորվում է առողջապահական բուրգ ենթակառուցվածքների ճիշտ համագործակցությունը [85]:

Ներկայացվող դրույթները հնարավորություն են ընձեռում առողջապահության կազմակերպչներին, համեմատելով առողջության գնահատման տարբեր մեթոդներն, ընտրել հանրային առողջության պահպանման համար առավել արդյունավետ և նախընտրելի բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ [38]:

Յեռագոտության հիմնական նպատակը

Մշակել ԱԱՊ օղակում ՌՎՀ-ի կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների կազմակերպչական նոր մոտեցումներն, ինչպես նաև հիմնավորել դրանց ներդրման անհրաժեշտությունը:

Յեռագոտության խնդիրները

1.Վերլուծել և գնահատել «Թիվ 22 պրոֆիլի նիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության առողջական վիճակը 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում՝ հաշվի առնելով ՌՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը:

2.Վերլուծել և գնահատել 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում ԱԱՊ օղակում ՌՎՀ-ի կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների

արդյունավետությունը՝ ուսումնասիրելով ՌԿՀ-ի կանխարգելման վերաբերյալ բուժաշխատողների կարծիքը:

3. Փորձարարական ծրագրի շրջանակներում մշակել և ներդնել ռիսկի գործոններով պայմանավորված ՌԿՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումներ:

4. Գնահատել ԱԱՊ օղակում ՌԿՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների արդյունավետությունը:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

1. Առաջին անգամ ուսումնասիրվել են ՌԿՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման և արդյունավետության վերաբերյալ ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կարծիքն ու մասնագիտական մոտեցումները:
2. Ուսումնասիրելով ՌԿՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և հիվանդությունների կանխարգելման առանձնահատկությունները՝ մշակվել են այդ հիվանդությունների արդյունավետ կանխարգելման հիմնավորված մոտեցումները:
3. Գնահատվել է ԱԱՊ օղակում կազմակերպման նոր մոտեցմամբ իրականացված ՌԿՀ-ի կանխարգելման միջոցառումների արդյունավետությունը:

Աշխատանքի գործնական նշանակությունը

1. ԱԱՊ օղակում ՌԿՀ-ի կանխարգելման միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումների մշակում և ներդրում:
2. ՌԿՀ-ի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոններով պայմանավորված հիվանդացության դեպքերի նվազում:
3. ՔՌԿՀ-ի կլինիկական ընթացքի բարելավում:
4. Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում աշխատունակ բնակչության շրջանում անաշխատունակության օրերի նվազում:
5. ԱԱՊ օղակում ՌԿՀ-ի կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումներով պայմանավորված՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժօգնության, ինչպես նաև շտապօգնության ծառայության սպասարկման դեպքերի նվազում՝ ապահովելով առողջապահական ՊՆԾ-ի համար հատկացվող պետական ֆինանսական ռեսուրսների խնայողությունը:

Պաշտպանությանը ներկայացվող հիմնական դրույթները

1. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության առողջությանը բնութագրվում է ՈՎՅ-ով հիվանդացության բարձր ցուցանիշներով, ինչն իր հերթին պահանջում է կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության մակարդակի բարձրացում:
2. ՈՎՅ-ի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնների մեծ տարածվածությունը և կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետության վերլուծությունը հիմնավորում են ԱԱՊ օղակում բուժկանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը:
3. Բուժկանխարգելիչ միջոցառումների նոր մոտեցումները հիմնված են ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների բացահայտման, հիվանդության առաջացման գումարային ռիսկի որոշման, ինչպես նաև անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների մշակման, իրականացման և արդյունավետության գնահատման գործառնություններով:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությանը

Ատենախոսության հիմնական դրույթները ներկայացվել են Մ.Յերացու անվան ԵՊԲՅ-ի 95-ամյակին նվիրված գիտաժողովում (Երևան, 2015): Նախնական փորձաքննության նպատակով աշխատանքը զեկուցվել է Մ.Յերացու անվան ԵՊԲՅ-ի գիտակոորդինացիոն խորհրդի «Յանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում» փորձագիտական հանձնաժողովում (24.02.2017) և ներկայացվել գիտակոորդինացիոն խորհուրդ (09.03.2017): Ատենախոսության հիմնական դրույթները տպագրվել են 6 տպագիր աշխատանքներում և 1 մեթոդական ցուցումներում՝ հաստատված Երևանի քաղաքապետարանի աշխատակազմի առողջապահության վարչության կողմից (14.03.2017):

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է 119 էջի վրա: Այն բաղկացած է նախաբանից, «Գրականության տեսությունը», «Յետազոտության նյութը և մեթոդները» և «Սեփական հետազոտության արդյունքները»

գլուխներից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկներից, օգտագործված գրականության ցանկից և հավելվածներից: Նյութը մշակվել է 25 աղյուսակի և 21 գծապատկերի օգնությամբ: Օգտագործված գրականության ցանկը ներառում է 142 սկզբնաղբյուր:

ԳԼՈՒԽ 1

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 Հիվանդությունների կանխարգելման համակարգի կայացումն ու զարգացումը

Ընդհանուր առմամբ, բնակչության հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքներում ՈՎՀ-ը մեծ տեղ են զբաղեցնում: Հատկապես մեծ է դրանց մասնաբաժինը զարգացած երկրներում: Բնակչության հիվանդացության հիմնական պատճառների կառուցվածքում մեծ մաս են կազմում արյան շրջանառության և շնչառական համակարգերի քրոնիկ հիվանդությունները, նորագոյացություններն ու ներզատական համակարգի ախտահարումները: Նշված հիվանդություններն իրենց ծանրակշիռ ազդեցությունն են թողնում բնակչության հաշմանդամության և ժամանակավոր անաշխատունակությամբ ուղեկցվող հիվանդացության կառուցվածքի ձևավորման վրա [66, 69, 95, 100, 115, 118, 135]:

Ըստ ԱՀԿ տվյալների, 2013 թվականին ՀՀ բնակչության հիվանդացության գլոբալ կառուցվածքում վարակիչ հիվանդությունները կազմել են 49%, ոչ վարակիչ

հիվանդությունները՝ 27%, հոգեկան շեղումները՝ 9%, իսկ վնասվածքները՝ 15%: Հարկ է նշել, որ ԱՅԿ կանխատեսումների համաձայն, մինչև 2020 թվականը բնակչության հիվանդացության կառուցվածքում ՈՎՅ-ը կազմելու են 43%, հոգեկան շեղումները՝ 14%, վնասվածքները՝ 21%, իսկ վարակիչ հիվանդությունները՝ 22% [87]:

ՀՀ-ում բնակչության հիվանդացության հիմնական ծանրաբեռնվածությունը պայմանավորված է ոչ վարակիչ հիվանդություններով (ՈՎՅ): ՈՎՅ-ից մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում են ԱՇՀՀ-ը: ՀՀ-ում առավել տարածված ՈՎՅ-ով պայմանավորված մահացության պատճառների կառուցվածքը կրկնօրինակում է եվրոպական տարածաշրջանի բնակչության մահացության պատճառների կառուցվածքի պատկերը: ՀՀ բնակչության մահացության պատճառների ընդհանուր կառուցվածքում ՈՎՅ-ից մահացության բեռը կազմում է 86%: Մասնավորապես, առաջատար է համարվում ԱՇՀՀ-ից մահացությունը՝ այն կազմում է ընդհանուրի 48%-ը: Մահացության պատճառների կառուցվածքում 19,8%-ով երկրորդ տեղում են չարորակ նորագոյացությունները, 4,9%-ով երրորդ տեղում է ԾԴ-ը, իսկ 4,8%-ով չորրորդում՝ վնասվածքներն ու թունավորումներն են [3, 6, 7]:

Հիվանդությունների կանխարգելման հիմնական նպատակներից գերակա է համարվում պահպանել «առողջների առողջությունը» և ամրապնդել այն՝ հաշվի առնելով բնակչության տարբեր սոցիալական շերտերի և խմբերի աանձնատկությունները [91,109]:

Հիվանդությունների կանխարգելումն իր մեջ ընդգրկում է քաղաքական, սոցիալ-տնտեսական, հակահամաճարակային, հիգիենիկ և այլ բժշկական միջոցառումներ: Այն կազմակերպվում և իրականացվում է պետական կառավարման մարմինների, բժշկական, տարբեր հասարակական կազմակերպությունների և բնակչության համագործակցությամբ: ՈՎՅ-ով պայմանավորված հիվանդացության աճը և բուժման արդյունավետ մեթոդների բացակայությունը նպաստում են տվյալ հիվանդությունների կանխարգելմանն

ուղղված միջոցառումների արդյունավետու - թյունը
բարձրացնող մոտեցումների մշակմանը: Կանխարգելման
նորարարական մոտեցումների որոնման և մշակման ժամանակ գերակա
խնդիր է դարձնում ակտիվացնել կլինիկական
ուսումնասիրությունները և դիտարկումները, որոնք կօգնեն
հայտնաբերել արդեն առաջացած ախտաբանության բարդացմանն ու
հետագա զարգացմանը նպաստող առանձին գործոններն ու
պայմանները [23, 28, 66, 126]:

Հիվանդությունների առաջնային կանխարգելման
միջոցառումների ներդրման և նոր մեթոդների մշակման
կարևորությունը դրանց անհրաժեշտության համար գիտական մեծ
արժեք են հանդիսացել բազմաթիվ հիմնարար հետազոտություններն,
որոնք նվիրվել են տեսական, կլինիկական ու կանխարգելիչ
սրտաբանության արդիական հիմնախնդիրներին: Այդ
հետազոտությունների հիման վրա մշակվել են ԱՇՀՀ-ի միջառք
կանխարգելման ծրագրեր: Վերջինները հիմք են հանդիսացել
առողջապահության ոլորտում բնակչության տարբեր խմբերում
զանգվածային հետազոտությունների և կանխարգելման նոր
մեթոդների ներդրման համար, որոնք ուղղված են եղել
ՍԱ պաթոլոգիաների ավելի գաղտնի ձևերի հայտնաբերմանը:
Բնակչության կյանքի որակի վրա ազդող առանձին
հիվանդություններն ավելի շատ են տարածված, քան
ենթադրում են կլինիկական դիտարկումներն ու
բուժհաստատությունների դիմելիության տվյալները [18, 61, 62]:

Հետազոտությունների արդյունքում բացահայտվել են նաև
այնպիսի գործոններ, որոնց ազդեցությունը օրգանիզմի վրա
մեծացնում է սոցիալական նշանակություն ունեցող
հիվանդությունների առաջացման հավանականությունը: Ռիսկի
գործոններ են համարվում կենսազործոնության, այդ թվում՝
աշխատանքի, անբարենպաստ ու վնասակար պայմանները, ինչպես նաև
քաշի ավելցուկը, նյութափոխանակության խանգարումներն ու
զարկերակային զերծնշումը [41, 42, 44, 68, 116]:

Ուսումնասիրությունները հիմք են հանդիսացել այն
եզրահանգման համար, ըստ որի, կենսակերպի որոշ գործոնները՝ ոչ

ռացիոնալ ռեժիմն ու սխալ սննդակարգը, սահմանափակ շարժողականությունն ու քաշի ավելցուկը, ինչպես նաև ծխախոտամոլությունն ու ակոհոլի չարաչափումը, փոխկապակցված են ՈՎՋ-ի առաջացման հետ [29, 43, 94]:

Պետք է նշել, որ ՍԱ հիվանդությունների առաջացման կանխարգելման համար հայտնի ռիսկի գործոններից առավել նշանակալի են 29-ը, ծխախոտամոլությունը, նյութափոխանակության խանգարումները, հիպերքոլեստերինեմիան, քաշի ավելցուկն ու անբավարար ֆիզիկական ակտիվությունը [50, 111]:

ՈՎՋ-ի կանխարգելման համար շատ կարևոր են վերջինների առաջացման ռիսկի գործոնների վաղ հայտնաբերումն ու տարածվածության համալիր ուսումնասիրումը [19, 98, 106, 114, 117, 120, 131]:

Երկրորդային կանխարգելումը բժշկական, սոցիալական, սանիտարահիգիենիկ միջոցառումների համալիր է, որն ուղղված է հիվանդությունների բարդությունների և քրոնիկացիայի վաղ հայտնաբերմանն ու կանխարգելմանը, ինչպես նաև մարդու կենսագործունեության, հանրային հարմարվողականության և աշխատունակության սահմանափակումների նվազմանը: Տվյալ միջոցառումներն իրենց հերթին ապահովում են հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության նվազում: Երկրորդային կանխարգելումն իր մեջ ներառում է սանիտարահիգիենիկ դաստիարակություն, անհատական և խմբային խորհրդատվություն, հիվանդներին և նրա ընտանիքի անդամներին հիվանդության վերաբերյալ տեղեկատվության՝ գիտելիքի, տրամադրում, հիվանդների դիսպանսեր հսկողություն, ինչպես նաև տարբեր բուժկանխարգելիչ միջոցառումների իրականացում: Երկրորդային կանխարգելումը ներառում է նաև հիվանդների մոտ առկա բարդությունների վերաբերյալ հոգեբանական հարմարվողականության դրսևորման խթանումը: Հիվանդությունների երկրորդային կանխարգելման միջոցառումների թվում են նաև պետական, տնտեսական, բժշկասոցիալական բնույթի այն միջոցառումները, որոնք ուղղված են հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների

ազդեցութեան նվազմանը, մնացորդային աշխատունակութեան պահպանմանն ու հիվանդների, այդ թվում՝ հաշմանդամների, բավարար կենսագործունեության համար սոցիալական հարմարվողականության բարենպաստ պայմանների ստեղծմանը: Յարկ Է նշել, որ երկրորդային կանխարգելումն իր մեջ ներառում է նաև վերականգնում, ինչը ենթադրում է կորցրած սոցիալական, այդ թվում՝ նաև մասնագիտական, կարգավիճակի վերականգնում [63, 66]:

Դիսպանսեր հսկողությունը համարվում է ԱԱՊ օղակի հիմնական գործառույթներից մեկը, որն ուղղված է բնակչության առողջության պահպանմանն ու հիվանդների առողջության շարունակական վերահսկմանը: Այն իրականացվում է բժշկական և սոցիալ-հիգիենիկ միջոցառումների մշակման և իրագործման միջոցով [73]:

Նախկինում մշակվել է ՈԿՅ-ի դեմ պայքարի հստակ մարտավարություն, որը ներառել է սոցիալական հիվանդությունների հնարավորինս վաղ հայտնաբերում, համապատասխան բուժում և դիսպանսեր հսկողություն: Տվյալ քաղաքականության հիմքում ընկած է եղել ոչ վարակիչ պաթոլոգիաներով հիվանդների պարբերաբար բուժումը, ինչը նվազեցրել է հիվանդության սրացումների հավանականությունը: Նշված մոտեցումն իր մեջ ենթադրել է բուժական և կանխարգելիչ ուղղվածության տարրերի միասնություն, որտեղ հիվանդությունների առաջնային և երկրորդային կանխարգելումը դիտարկվել է որպես կանխարգելիչ գործընթացի միասնական երկու փուլ [86, 89]:

Դիսպանսեր հսկողության լայն կիրառումը սկսվել է դեռևս անցյալ դարի 20-ականներին: Անցյալ դարի 50-ականներից հիվանդների դիսպանսեր հսկողությունը կիրառվել է նաև ՍԱՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման ժամանակ: Անցյալ դարի 80-ականներին դիսպանսեր հսկողության փորձը ցույց է տվել, որ բնակչության ամենամյա ընդհանուր դիսպանսերի զացիան առողջապահության համակարգի համար մեծ բեռ է դառնել: Բժշկական հսկողության միջոցառումների միջև ընկած տևական դադարները

չ են նպաստել զարգացման վաղ փուլներում հիվանդությունների հայտնաբերմանը [18, 24, 40]:

Վերջին տասնամյակների սոցիալ-տնտեսական փոփոխություններն ամբողջ հետխորհրդային տարածաշրջանում նպաստել են բնակչության առողջության վատթարացմանը: Այդ ժամանակահատվածը բնութագրվել է առողջապահության հանրային առողջությունը բարելավելու անկարողության ամբ, ոլորտի թերի ֆինանսավորմամբ, երբ ակնհայտ աճել է աշխատունակ բնակչության «թաքնված» հիվանդացությունը: Յարկ է նշել, որ առաջնային բուժօգնությունը չի ունեցել բավարար ֆինանսավորում, տեղամասային թերապևտների վարձատրման մեխանիզմը թերի է եղել, իսկ առաջնային օղակում ախտորոշիչ սարքավորումներով հագեցվածությունն՝ անբավարար: Այդ ամենը չէր կարող ապահովել բնակչության համար որակյալ և հասանելի բժշկական օգնություն [24, 40, 92]:

Պետք է նշել, որ բնակչության առողջության պահպանման և ամրապնդման գործում ավելի հաճախ ուշադրություն է դարձվել վաղաժամ մահացության և կառավարելի պատճառներից, այդ թվում՝ ճանապարհատրանսպորտային վթարների վնասվածքներից, առաջացած հաշմանդամության և հիվանդացության նվազման հարցերին: Կարևորվել է նաև դեմոգրաֆիկ ցուցանիշների դրական փոփոխմանը նպաստող միջոցառումներ կազմակերպելու առաջնահերթությունը, ինչը ենթադրել է համընդհանուր պետական միջոցառումների կազմակերպում, քանզի դեռևս պահպանվել է բնակչության վաղաժամ մահացության բարձր մակարդակը [26, 58, 64]:

ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների կազմակերպման ժամանակ նկատվել է անհրաժեշտ աշխատաժամանակի, մասնագիտական գիտելիքի և անհատական կանխարգելման համար հմտությունների պակաս [23, 55, 92]:

Հաշվի առնելով հետխորհրդային երկրների տնտեսական վիճակն ու կարևորելով հետագայում ակնկալվող զարգացումները՝ առողջապահության ոլորտում տրամադրվող բուժօժանայությունների, այդ թվում՝ հիվանդությունների

կանխարգելման, որակի բարձրացումը դիտարկվել է որպես առաջնահերթություն [31]:

Պետք է նշել, որ հետխորհրդային երկրներում առողջապահական համակարգի բարեփոխումներն ընթացել են հանրային առողջությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների՝ ծնելիություն, մահացություն, կյանքի սպասվող միջին տևողություն, բացասական դինամիկային զուգահեռ: Առողջապահական բարեփոխումներն ընթացել են նաև հասարակական կարգի փոփոխման զուգահեռ: Գնահատելով իրավիճակը՝ պետական առողջապահական մարմինների կողմից ձեռնարկվել են միջարք կազմակերպչական միջոցառումներ, որոնք ուղղվել են կանխարգելիչ գործունեության ոլորտի կատարելագործմանն ու զարգացմանը [21, 23, 43, 58, 76]:

ՌԿՅ-ի կանխարգելման ժամանակակից մոտեցման գաղափարախոսությունը ամրագրված է ԱՅԿ փաստաթղթերով [82, 93, 107, 123, 128]:

ՌԿՅ-ի կանխարգելման ռազմավարության մշակման ժամանակ կարևորվել և հաշվի են առնվել եվրոպական երկրների շրջանակներում իրականացվող բոլոր նախագծերը: Մասնավորապես, եվրոպական միության և ԱՊՅ երկրների տեխնոլոգիական համագործակցության ծրագրի շրջանակներում, 1998-2000թթ.-ին իրականացվել է «Կանխարգելիչ միջոցառումների համակարգը և Ռուսաստանի բնակչության առողջությունը» նախագիծը, որի արդյունքում ՌԴ տարբեր քաղաքներում իրականացվել են բազմաթիվ կանխարգելիչ միջոցառումներ [10]:

Բազմաթիվ են այն երկրները, որոնց առողջապահության ռազմավարությունը բնութագրվում է բնակչության առողջության պահպանման համակարգի զարգացմամբ, ինչի հիմքում դիտարկվում և գերակա են համարվում առողջ ապրելակերպի տարածման և հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման սկզբունքները [30, 39, 112, 119, 121, 133]:

ԱՅԿ-ը 2000 թվականին հանդես է եկել պաշտոնական առաջարկությամբ առայն, որ իր կողմից կմշակվի սկզբունքորեն նոր և համընդհանուր՝ տվյալների վրա հիմնված, քրոնիկ

հիվանդություններին կանխարգելման և դրանց զարգացման դեմ պայքարի արդի մարտավարություն: «Քրոնիկ ոչ վարակիչ հիվանդություններին համազգային ներընդգրկված կանխարգելում» («CINDI») ծրագիրը Եվրոպայում և Կանադայում հիվանդություններին կանխարգելման ոլորտում քաղաքականության մշակման, գնահատման և վերահսկման գործում կուտակել էր բավականաչափ մեծ փորձ: Ծնորհիվ կուտակված փորձառության՝ այն առաջատար դերակատարությունն ուներ այլ տարածաշրջաններում հիվանդություններին կանխարգելման նմանատիպ մարտավարության մշակման գործում: Սակայն, որպեսզի մշակված առաջարկվող մարտավարությունը հնարավոր լինի արդյունավետ ներդնել որևէ տարածաշրջանում, այն պետք է համապատասխանեցվի յուրաքանչյուր երկրի առողջապահական համակարգի առանձնահատկություններին և կարդային հնարավորություններին [82]:

Քրոնիկ ՈՎՅ-ի դեմ պայքարի հստակ դիրքորոշումն ու գործողություններին ծրագիրը, որտեղ նշվել է 2000թ.-ին հաստատված ՈՎՅ-ի կանխարգելման գլոբալ ռազմավարությունը, իրականացվում է ԱՅԿ-ի փաստաթղթերով՝

- 2000թ.-ՔՈՎՅ-ի կանխարգելման գլոբալ ռազմավարություն,
- 2003թ.- Ծխախոտի դեմ պայքարի ԱՅԿ-ի շրջանակային կոնվենցիան,
- 2004թ.-Սննդակարգի, ֆիզիկական ակտիվության և առողջության գլոբալ ռազմավարություն,
- 2008թ.-ՈՎՅ-ի կանխարգելման և նրանց դեմ պայքարի գլոբալ ռազմավարության 2008-2013 թթ. գործողություններին պլան,
- 2010թ.-Ալկոհոլի օգտագործման վնասակարության կրճատման գլոբալ ռազմավարություն,
- 2010թ.-ՔՈՎՅ-ի կանխարգելման և նրանց դեմ պայքարի ՄԱԿ-ի գլխավոր նստաշրջանի բանաձև,
- 2011թ.-Առողջ ապրելակերպի և ոչ վարակիչ հիվանդություններին վերաբերյալ առաջին գլոբալ նախարարական համաժողով,
- 2012թ.-Մոսկովյան հռչակագիր,
- 2013թ.-Առողջության խթանման ՅԵԼՍԻՆԿյան 8-րդ գլխավոր համաժողով,

2013թ.-ՌՎՀ-ի կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի հարցերով «Առողջ ություն և 2020» քաղաքականության դրույթների համատեքստում ԱՀԿ Եվրոպական նախարարական համաժողով, 2012-201թթ.-ՌՎՀ-ի կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի Եվրոպական ռազմավարության գլոբալ պլան [87]:

ՌԴ-ում 2002-2010թթ.-ի առողջապահության զարգացման ռազմավարության շրջանակներում 2002 թվականին ՌԴ-ն առողջապահության նախարարության խորհրդի կողմից ընդունվել է «Ռուսաստանի Դաշնության նույն առողջների առողջության պահպանման դրույթ»-ը: Նշված դրույթը հիմնված է եղել առողջապահական համակարգի առողջակենտրոն մոդելի ստեղծման վրա, որի հիմքում դիտարկվել է առողջ մարդու առողջության պահպանման սկզբունքը [91]:

2006 թվականից ՌԴ-ում իրականացվել է առողջության պահպանման ազգային նախագիծը («Առողջ ություն»), որը ենթադրել է առողջապահության կանխարգելման համակարգի շարունակական զարգացում: Այս ազգային նախագծի հիմնական նպատակն է եղել բարձրացնել բժշկական օգնության որակը, ինչպես նաև պահպանել և ամրապնդել բնակչության առողջ ությունը: Նախագծում նախատեսված են եղել լուծումներ հետևյալ խնդիրների վերաբերյալ`

- 1.բնակչության առողջ ություն ամրապնդում` հիվանդացության, հաշմանդամության և մահացության նվազում,
- 2.բժշկական օգնության մատչելիության և որակի բարձրացում,
- 3.առողջապահության առաջնային օղակի ամրապնդում ու զարգացում,
- 4.առողջապահության կանխարգելիչ ուղղվածության զարգացում,
- 5.բնակչության բարձրակարգ տեխնոլոգիաներով բժշկական օգնության հասանելիության ապահովում [87, 89]:

Կանխարգելման կարևոր միջոցառումներից է համարվել կրթության, առողջապահության, սոցիալական ապահովվածության և գիտության ոլորտներում աշխատող անձանց դիսպանսերի հսկողության իրականացումը: Այն պայմանավորել է լրացուցիչ պարբերաբար բժշկական հետազոտությունների իրականացումն ու աշխատունակ բնակչության շրջանում առողջ ապրելակերպի

շարժառիթների ձևավորում և տեղեկատվության տարածում: Սակայն դիսպանսերիզացիայի հետ միաժամանակ բացահայտվել են ամբողջատոր հսկողության աշխատանքներում որոշակի թերացումներ: Մասնավորապես, շատ դեպքերում հիվանդների դիսպանսեր հսկողության ժամանակ չեն գրանցվել ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների առկայությունը, որոնցով պայմանավորված հիվանդության առաջացման ռիսկը նվազեցնելու համար հարկավոր է եղել նաև զուգահեռ աշխատանքներ իրականացնել [34, 77]:

ՀՀ-ում ՈՎՅ-ի կանխարգելումն իրենից ներկայացնում է բազմակողմանի ռազմավարական ուղղություններ ունեցող միջոցառումների հանրագումար: Այն նպատակ ունի բարելավել ՀՀ բնակչության առողջական հիմնական ցուցանիշները, կանխարգելել ու նվազեցնել ՈՎՅ-ի տարածվածությունը, իսկ արդեն հիվանդ մարդկանց շրջանում կանխել այդ հիվանդություններից առաջացած բարդությունները, բարելավել կյանքի որակը, ավելացնել կյանքի միջին տևողությունը և նվազեցնել մահացության ցուցանիշը: Նշված գործառնությունների շարքում կարևորվում է գիտականորեն հիմնավորված և ժամանակակից մոտեցումներին համապատասխան համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ձևավորումը: ՀՀ-ում ՈՎՅ-ի կանխարգելման, դրանց առաջացման ռիսկի գործոնների դեմ պայքարը սկսվել է դեռևս 2004-2005 թթ.-ին: Առավել տարածված ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը գնահատվել է ԱՅԿ կողմից առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՅԳԳ) 2007, 2009 և 2012 թվականներին ընտրանքային հետազոտության համեմատական տվյալների հիման վրա (աղ.1) [5, 6]:

Ռիսկի գործոն	2007	2009	2012
Ամեն օր ծխախոտի օգտագործում (տղամարդ)	55,7%	58,0%	55,5%

Ալկոհոլային խմիչքների օգտագործում (տղամարդ)	11,4%	16,6%	13%
Չարկերակային գերճնշում (>140/90 մմ ս.ս.)	13,4%	11,9%	37%
Ավելորդ քաշ/գիրություն և ճարպակալում	52,8%	53,6%	57%
Ֆիզիկական թերակտիվություն	20,7%	17,5%	50%

Այդ ուսակ 1 ՅՅ-

ու մ ո չ վ ա ր ա կ ի չ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն եր ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբի բնակչության շրջանում

Յարկ է նշել, որ 2004 թվականի հոկտեմբերի 12-ին ՅՅ Ազգային ժողովը վավերացրել է ԱՅԿ «Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիան»: Նշված կոնվենցիայի և նրա արձանագրությունների նպատակն էր ներկա և ապագա սերունդներին պաշտպանել մարդկանց առողջության համար ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտի ծխի ազդեցության, ինչպես նաև սոցիալական, բնապահպանական և տնտեսական հետևանքներից: Նպատակ ունենալով կրճատել ծխախոտի օգտագործումն ու նվազեցնել ծխախոտի ծխի ազդեցության տարածվածությունը՝ մշակվել են ծխելու դեմ պայքարի միջազգային, ազգային և տարածաշրջանային մակարդակներում իրականացվող միջոցառումներ: Մասնավորապես, 2004 թվականի դեկտեմբերի 24-ին ՅՅ Ազգային ժողովն ընդունել է «Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին» ՅՅ օրենքը: 2005 թվականի սեպտեմբերի 22-ին ՅՅ կառավարության որոշմամբ հաստատվել են Յայաստանի Յանրապետությունում ծխախոտի դեմ պայքարի 2005-2009թթ. պետական ծրագիրն ու ծխախոտի դեմ պայքարի բնագավառում առաջնահերթ միջոցառումների ցանկը: Ծրագիրն ուղղվել է հասարակության տարբեր խավերում ծխախոտային բոլոր արտադրատեսակների նկատմամբ պահանջարկի և ծխախոտի օգտագործման տարածվածության նվազեցմանը միտված գիտականորեն հիմնավորված գործողությունների իրականացմանը: Այդ ծրագրում նշվել են ծխելու դեմ պայքարի գործողությունների մեխանիզմները, մոտեցումներն ու ուղղությունները: Ծրագիրն իրականացնելու համար ներգրավվել

են նաև հասարակական կազմակերպությունները: Հարկ է նշել, որ 2005 թվականի դեկտեմբերի 16-ին «Գովազդի մասին» ՀՀ օրենքում ծխախոտի և ծխախոտային արտադրատեսակների գովազդի մասով իրականացվել են որոշ փոփոխություններ: Մասնավորապես, 2006 թվականի հոկտեմբերի 1-ից արգելվել է ծխախոտի արտաքին գովազդը պաստառների, ազդագրերի, հայտարարությունների, վահանակների, լուսատախտակների և այլ միջոցներով: Հոկտեմբերի 12-ը ՀՀ կառավարության որոշմամբ ընդունվել է որպես ՀՀ-ում «Ծխախոտի դեմ պայքարի» օր: Հետագայում ծխախոտամուլության դեմ պայքարի պետական ծրագիրը նախատեսվել է իրականացնել 2010-2015թթ. ընթացքում: Ծրագրի նպատակին և առաջարկված խնդիրների լուծմանը կարելի էր հասնել ռազմավարության հիմնական խնդիրների համալիր իրականացման ճանապարհով: Առաջարկվող լուծումները՝ գործողություններն ու միջոցառումները, հիմնված են եղել ԱՀԿ մոտեցումների և առաջարկությունների, ինչպես նաև նախորդ տարիներին կուտակած ՀՀ-ում հակածխախոտային ոլորտում իրականացված աշխատանքների փորձի վրա՝ հաշվի առնելով մեր երկրում առկա հնարավորությունները, ազգային առանձնահատկություններն ու գործող օրենսդրությունը: Առավել շատ հանդիպող ՌԿՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածության ու սուղ մնասիրության ուղղությամբ նաև ՀՀ մարզերում իրականացված հետազոտական աշխատանքները բազմիցս փաստել են հանրապետական առողջապահական մարմինների գործունեության գերակա խնդիրների ճիշտ ընտրությունը: Մասնավորապես, ՀՀ կառավարությունը 2010 թվականի հունվարի 29-ի թիվ 3 արձանագրային որոշումով հաստատել է «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկ»-ը: Վերոհիշյալ հայեցակարգից հետո նախանշված նպատակներին հասնելու համար ՀՀ կառավարությունը 2011 թվականի մարտի 24-ի թիվ 11 արձանագրային որոշմամբ հավանություն է տվել և հաստատել առանձին ռազմավարությունների տեսքով՝ յուրաքանչյուրն իր հստակ

գործողությունների ծրագրով և համապատասխան բյուջեով, ՀՀ-ում ամառվել բարձր մահացության ցուցանիշ ունեցող երեք հիվանդությունների՝ ԱՇՀՀ-ի, չարորակ նորագոյացությունների, ՇԴ-ի, դեմ պայքարի ազգային ռազմավարական ծրագրերը և միջոցառումների ժամանակացույցը: Վերը նշված ծրագրերի շրջանակներում մշակվել են ՍԱՀ-ի, ՇԴ-ի, չարորակ նորագոյացությունների մոնիթորինգի, գնահատման, վերլուծության և կանխատեսման ցուցանիշերը [1, 4, 6, 7, 12, 140]:

Նշված որոշումների նախագծերը ՀՀ կառավարությունը ներկայացնելը հիմնավորվել է ԱՀԿ 193 անդամ-երկրների, այդ թվում՝ Հայաստանի, տվյալներով, ըստ որոնց, բնակչության հիվանդացության հիմնական բեռն ընկած է ոչ վարակիչ հիվանդությունների վրա, որոնցից մահացության հիմնական պատճառներից առաջին տեղում ԱՇՀՀ-ն են: Մասնավորապես, ակնառու է ՌԿՀ-ի հետևանքով մահացության աճը այնպիսի վարակիչ հիվանդությունների համեմատությամբ, ինչպիսիք են ՁԻԱՀ-ը, տուբերկուլոզը, մալարիան: Նման միտումն, ըստ կանխատեսումների, շարունակվելու է մոտակա 20 տարիներում: ՀՀ-ում ամառվել տարածված ՌԿՀ-ից մահացության կառուցվածքը կրկնօրինակում է եվրոպական տարածաշրջանի մահացության կառուցվածքի պատկերը: Բնակչության մահացության ընդհանուր կառուցվածքում ՌԿՀ-ից մահացության բեռը կազմում է մոտ 80%: Մասնավորապես, ՍԱՀ-ից մահացությունը զբաղեցնում է առաջին տեղը (48%), երկրորդ տեղում չարորակ նորագոյացություններն են (19,8%), երրորդում՝ ՇԴ-ը (4,9%), իսկ չորրորդում՝ վնասվածքներն ու թունավորումները (4,8%): Հանրապետության բնակչության «կյանքի անաշխատունակ տարիների» ցուցանիշի ավելացման (DALY, disability adjusted life years) 10 հիմնական պատճառներից ութը ՌԿՀ-ն են, որոնցից չորսը պատկանում են ՍԱՀ-ն (ՍԻՀ, ուղեղի անոթային հիվանդություններ, 29, սրտային այլ հիվանդություններ), երեքը՝ չարորակ նորագոյացություններին (շնչափողի, բրոնխների ու թոքերի, կրծքագեղձի և ստամոքսի չարորակ նորագոյացություններ) և մեկը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններին (ՇԴ): ՀՀ-ում 2012 թվականին, 1990 թվականի համեմատ, տեղի են ունեցել մի շարք

ցուցանիշների փոփոխություններ՝

1. ԱՃՀՀ-ի տարածվածությունը նվազել է 2%, իսկ մահացություն ցուցանիշն աճել է 23%,
2. չարորակ նորագոյացությունների տարածվածությունն աճել է 52%, իսկ մահացություն ցուցանիշը՝ 61%,
3. ԾԴ-ի տարածվածությունն աճել է 74%, իսկ մահացություն ցուցանիշը շատ ավելի մեծ աճ է ունեցել՝ գրեթե 2,7 անգամ [2, 3, 5]:

2012 թվականին ՀՀ առողջապահության նախարարության գերակա ծրագրերի մեջ ներառվել է ՀՀ-ում ՌԿՀ-ի վաղ հայտնաբերման, ճշգրիտ ախտորոշման և արդյունավետ բուժման ծրագրի իրականացումը:

Այսպես, ՀՀ կառավարության 2014 թվականի նոյեմբերի 27-ի թիվ 50 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Առողջապահության նախարարության ծրագրի և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» նախագիծը, որի շրջանակներում նախատեսվում է մինչև 2020 թվականը իրականացնել առողջապահության նախարարության նախագիծը: ՌԿՀ-ի կանխարգելման հիմնախնդիրները: ՀՀ կառավարության 2014 թվականի ապրիլի 17-ի թիվ 15 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Հայաստանի Հանրապետությունում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019թթ. ռազմավարությունը և ռազմավարության կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» նախագիծը: ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հունվարի 22-ի թիվ 2 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Տրավմատիզմի կանխարգելմանն ուղղված ռազմավարությունը հաստատելու մասին» նախագիծը, որի նպատակն է եղել ստեղծել տրավմատիզմի դեմ պայքարի գործընթացներն ապահովող կառավարման, համաճարակաբանական հսկողության տեղեկատվական համակարգեր, և համալիր միջոցառումների արդյունքում նվազեցնել բնակչության շրջանում տրավմատիզմի բեռը: «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» ծրագրի

շրջանակներում ՌԿՅ-ի, ինչպես նաև արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերման, դրանց առաջացման ռիսկի գործոնների և այդ հիվանդությունների կառավարման միասնականացված գործունեության կազմակերպման գործընթացի ապահովման նպատակով ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների՝ ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների, համար մշակվել են «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կառավարում և բուժում», «Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերում, վարում և քաղցկեղի կանխարգելում» ազգային ուղեցույցները [1, 4, 5, 136, 139]:

Կարևորելով հիվանդությունների ախտորոշումն ու բուժումը՝ ՅՅ առողջապահության համակարգի զարգացման ժամանակակից ռազմավարությունը բնութագրվում է գործունեության սկզբունքային նոր ուղղվածությամբ, որտեղ առաջնահերթություն են էտրվել հիվանդությունների կանխարգելման, առողջ ապրելակերպի տարածման և հանրային առողջապահական կանխարգելիչ ծրագրերի իրականացմանը՝ հիմնարար սկզբունք համարելով առողջության գնահատումն ու պահպանումը: Հիվանդությունների կանխարգելման առավելագույն արդյունավետություն կարելի է արձանագրել առողջապահական համակարգի առաջնային օղակում կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացնելու դեպքում՝ հմտորեն օգտագործելով առաջնային օղակի ողջ մասնագիտական ներուժը: Առողջապահական համակարգում առկա սուղ ռեսուրսների պայմաններում կարևորվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի համար հատկացվող պետության ֆինանսական ռեսուրսների խնայողաբար օգտագործմանը նպաստող հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների մշակումն ու կիրառումը [14]:

1.2 Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված մոտեցումները

Բնակչության համար ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների՝ դրանց բացասական ազդեցության և վերջինների հաղթահարման,

վերաբերյալ տեղեկատվության ամենահեղինակավոր աղբյուր են հանդիսանում բուժաշխատողները՝ հատկապես բժշկները: Բժշկի կողմից ժամանակին ստացած խորհրդատվությունը նպաստում է առողջության պահպանման շարժառիթների ձևավորմանը [42]:

Ընդհանուր առմամբ, բժշկության հիմնական նպատակը ոչ միայն հիվանդությունների հայտնաբերումն ու բուժումն է, այլ նաև՝ հիվանդության առաջացման ռիսկի գործոնների ազդեցության նվազեցումը, ինչպես նաև օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական պաշարների վերականգնմանն ուղղված միջոցառումների իրականացումը: Ընդ որում, դրանցից կարևորվում են սոցիալական պայմանների բարելավումն ու առողջապահական կանխարգելիչ ծրագրերի իրականացումը՝ առաջնորդվելով «առողջների առողջությունը պահպանել»-ու սկզբունքով [67, 91]:

Տնտեսապես զարգացած երկրների փորձը ցույց է տվել, որ բնակչության երկարակեցությանը կարելի է հասնել ոչ միայն բուժման որակի բարձրացմամբ, այլ՝ նաև հիվանդությունների առաջնային կանխարգելման ծրագրերի իրականացմամբ [45]:

ՈՎՅ-ի կանխարգելման մակարդակի բարելավման հարցում կարևորագույն նշանակություն ունեն սեփական առողջության պահպանման և ամրապնդման հանդեպ բնակչության պատասխանատվության բարձրացումն ու այն գնահատելու համար կայուն շարժառիթների ձևավորումը: Դաստիարակությունը, այդ թվում՝ հիգիենիկ, համարվում է սերունդների միջև սոցիալական փորձառության, գիտելիքների, ինչպես նաև գիտակից վարքագծի ձևավորման ունակությունների փոխանցումը, ինչը շահադրդում է առողջության պահպանմանը անհատական և հանրային մակարդակներում [88]:

ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների պահպանվող մեծ տարածվածությունը և դինամիկ աճը թելադրում են, որ անհրաժեշտ է մշակել կանխարգելման միջոցառումների իրականացման կազմակերպչական նոր մոտեցումներ [42, 100, 113, 134]:

Ինչպես փաստում են բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքները, բնակչության մեծամասնությունը, սոցիալական և տարիքաեռային պատկանելիությունից անկախ, ծանոթ է ճիշտ

սննդակարգի կանոններին կամ վերջինի վերաբերյալ ունի տարբեր՝ երբեմն իրարամերժ, պատկերացումներ: Օրինակ, ըստ ՌԴ-ում իրականացված հետազոտության արդյունքների, բուժաշխատողներից ճիշտ սննդակարգի պահպանման վերաբերյալ տեղեկություն ստանում է միայն ազգաբնակչության 7%-ը [54, 70]:

Հարկ է նշել, որ ԱԱՊ օղակի հաստատության ներքին աշխատակիցների կանխարգելիչ աշխատանքների կազմակերպման վերաբերյալ կարծիքի ուսուցումն ասիոլումը շատ կարևոր է կանխարգելման կազմակերպման մասին ընդհանուր պատկերացում ունենալու և հետագայում նոր մոտեցումներ, արդիական միջոցառումներ մշակելու և կազմակերպելու համար [22]:

Առողջապահության համակարգում կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացման հիմնական բեռն ընկնում է ԱԱՊ օղակի վրա: ԱԱՊ օղակի աշխատակիցները համարվում են կանխարգելիչ միջոցառումների, այդ թվում՝ ՌՎՀ-ի վաղ հայտնաբերման և վերջինների վիճակագրության, ինչպես նաև հիվանդների հետագա դիսպանսեր հսկման աշխատանքների, հիմնական կատարողները [33]:

Հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված աշխատանքներում կարևոր են առաջնային օղակում իրականացվող հիգիենիկ ուսուցման ու դաստիարակության, վնասակար վարքագծային գործոնների հայտնաբերման և շտկման, այնուհետև առողջապարհականության ձևավորմանն ուղղված միջոցառումները, որոնք կարող են կազմակերպվել խմբային կամ անհատական մակարդակներում [19, 45, 57, 65]:

Հիվանդությունների անհատական կանխարգելումը բժշկական միջոցառում է, որի հիմնական նպատակը բնակչության շրջանում առողջապարհականության վերաբերյալ իրազեկվածության աստիճանի բարձրացումն է, ինչպես նաև հիվանդության զարգացման ռիսկի գործոնների շտկումն ու արդեն ունեցած հիվանդության ընթացքի բարդացման կանխումը: Առաջնորդվելով «բուժել հիվանդին, այլ ոչ թե հիվանդությունը» սկզբունքով՝ անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվությունը ենթադրում է հիվանդի ակտիվ

մասնակցությունը հիվանդության կանխարգելման և բուժման գործում, որտեղ բժշկը պետք է սովորեցնի հիվանդին հետևել վարքագծային ճիշտ կանոններին, ինչպես նաև օգնի առողջ կենսակերպ վարելու շարժառիթների ձևավորմանը: Կանխարգելիչ խորհրդատվության արդյունավետությունը կախված է բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակից, հաղորդակցման հմտություններից, ինչպես նաև վարքագծային վնասակար սովորությունները փոխելու շարժառիթների ձևավորման և ձևակերպման կարողությունից: Տվյալ պարագայում, պետք է դիտարկել և միմյանցից տարանջատել դրական՝ հիվանդությունների կանխարգելման արդյունավետությունը բարձրացնող, և բացասական՝ կանխարգելմանը խոչընդոտող և արդյունավետությունը նվազեցնող, ազդեցության գործոնները: Յիվանդությունների անհատական կանխարգելման պարագայում դիտարկվում են աշխատանքների արդյունավետության վրա ազդող հետևյալ գործոնները՝

- բուժաշխատողի և հիվանդի միջև փոխըմբռնումն ու միջանձնային հարաբերությունները,
- բուժաշխատողի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակը,
- կանխարգելիչ աշխատանքների պատշաճ կազմակերպումը: Նշված գործոններն անմիջական ազդեցություն են թողնում հիվանդների առողջության պահպանման և ամրապնդման սկզբունքային ձևավորման ու դրսևորման վրա [37, 78, 124] (աղ.2):

Աղյուսակ 2

Յիվանդությունների կանխարգելման արդյունավետության վրա ազդող գործոնները

ԴՐԱԿԱՆ ԱՁԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆ	ԲԱՑԱՍԱԿԱՆ ԱՁԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆ
<i>Բուժաշխատող– հիվանդ փոխհարաբերության գործոններ</i>	
Դրական	Բացասական
Կարեկցանք	Անտարբերություն
Փոխըմբռնում, հիվանդին լսելու կարողություն	Յիվանդին չընկալելու, չլսելու հանգամանք

Բուժաշխատողի աշխատանքային մեծ փորձ	Բուժաշխատողի աշխատանքային փոքր փորձ
Բուժաշխատողի ներկայացուցչական լինելը, հիվանդին բացատրելու և համոզելու կարողություն	Բուժաշխատողի ներկայացուցչական չլինելը, բացատրելու և համոզելու անկարողություն
<i>Բուժաշխատողի մասնագիտական պատրաստվածության գործոններ</i>	
Կանխարգելման առաջնահերթություն, կանխարգելման հիմունքների հիմնարկություն, խորհրդատվության անցկացման ունակություն	Ախտորոշման և բուժման նախապատվություն՝ կանխարգելիչ միջոցառումների կրթորդային կարևորություն
Վարքագծային գործոնների շտկման կարևորում	Համախտանիշային մոտեցման գերակշռում
Բուժման և կանխարգելման համադրում	Բուժման և կանխարգելման համադրման բացակայություն
<i>Կանխարգելման կազմակերպման որակի գործոններ</i>	
Հերթական խորհրդատվության մասնակցելու կամավորության սկզբունքի պահպանում և ցուցումների մատուցման չպարտադրող ձև	Հերթական խորհրդատվության մասնակցելու և տրվող ցուցումների կատարելու շեշտադրված պարտադրում
Հիվանդի հետ առողջական խնդիրների քննարկում	Հիվանդի հետ առողջական խնդիրների քննարկման բացակայություն
Կանխարգելիչ միջոցառումների պարզություն և մատչելիություն	Բուժկանխարգելման բարդացրած ծրագրերի կիրառում
Գրավոր ուղղորդումներ, խորհուրդներ	Բանավոր խորհուրդներ և հրահանգներ
Անհրաժեշտ նյութի առկայություն	Անհրաժեշտ նյութի բացակայություն
Բուժաշխատողների միջև համագործակցություն	Բուժաշխատողների միջև համագործակցության բացակայում

Մի շարք գիտական աշխատանքներում լուսաբանվում են ՌԿՀ-ի կանխարգելման մասնահատկան և խմբային մոտեցումների առանձնահատկությունները: Մասնավորապես, հիվանդությունների կանխարգելման անհատական մոտեցման հիմքում հիմնարար դրույթ է

համարվում անհատի վարքագծի փոփոխության փոփոխության անհնարավորությունը: Ըստ այդ մոդելի, վարքագծի փոփոխության գործընթացը բաղկացած է մի քանի փուլերից՝ փոփոխությունների քննարկում, դրանց նախապատրաստում, փոփոխության իրագործում, վերջինիս պահպանում: Վարքագծային դրական փոփոխությունների խզման պարագայում, նախատեսվում է վերադարձ առաջին՝ քննարկման, փուլ: ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների կանխարգելման կազմակերպման անհատական և խմբային մոտեցման արդյունավետության անդրադառնալիս՝ նշվում է, որ դեռևս մշակված չեն որոշ առանձնահատկություններով՝ աշխատավայր և այլն, պայմանավորված ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի տարբեր գործոնների կանխարգելման հատուկ մոտեցումներ, սակայն լավագույն արդյունքներն արձանագրվում են անհատական խորհրդատվության կիրառման ժամանակ [46]:

Կարևոր է հետազայում արդիականացնել կանխարգելիչ գործունեությունը և բարելավել հիվանդությունների կանխարգելման գործող համակարգը՝ կիրառելով ՌՎՅ-ի կանխարգելման նոր մոտեցումներ, որտեղ պետք է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել հիվանդությունների անհատական կանխարգելմանը [104]:

ՌՎՅ-ի կանխարգելմանն ու վաղ հայտնաբերմանն ուղղված միջոցառումները՝ բնակչության սանիտարահիգիենիկ կրթումը և բնակչության ռիսկի խմբերի շրջանում զանգվածային հետազոտությունների իրականացումը, շատ կարևոր են: Ռիսկի գործոնների վրաներագդելով՝ հնարավոր է կանխարգելել ՌՎՅ-ի առաջացումն ու հետագա զարգացումը, ուստի կարևոր նշանակություն ունի դրանց վաղ հայտնաբերումը: Այն առավել մատչելի և հեշտ է իրականացնել առողջության առաջնային պահպանման գործառնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում, որոնք գործում են հանրապետության գրեթե բոլոր բնակավայրերում (գյուղական առողջության կենտրոններ և ամբուլատորիաներ, համաբուժարաններ): Այդ միջոցառումներն իրականացնելիս՝ կարևորվում է պացիենտի ռիսկի խմբի որոշումն ու վերջինիս

հիման վրա պետական մակարդակով զանգվածային սքրինինգների իրականացումը [13, 140, 141]:

Այսպիսով, արդի առողջապահական համակարգի զարգացման ռազմավարությունը բնութագրվում է սկզբունքորեն գործունեության նոր ուղղվածությամբ՝ անցումով հանրային առողջության պահպանման համակարգի, որը հիմնված է առողջ կենսակերպի և հիվանդությունների կանխարգելման առաջնահերթությունների վրա: Առավելագույն արդյունավետության կարելի է հասնել ԱԱՊ օղակում անհատական կանխարգելիչ միջոցառումներ իրականացնելու դեպքում՝ հմտորեն օգտագործելով առաջնային օղակի ողջ մասնագիտական ներուժը [14]:

ԳԼՈՒԽ 2
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ՆՅՈՒ ԹԸ ԵՎ ՍԵՐՈՂՆԵՐԸ

Առողջապահության ԱԱՊ օղակի բժշկական հաստատության ներքին կարող են հանդես գալ որպես հարթակ հիվանդության ներքին կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումներով փորձարարական մոդելների ներդրման համար [49,85]:

Հարկ է նշել, որ ՀՀ առողջապահության ԱԱՊ օղակում բուժսպասարկման գործելակարգերը՝ սպասարկվող բնակչության հավաքագրման, հիվանդության ներքին կանխարգելման կազմակերպման, ինչպես նաև բուժհիմնարկների ֆինանսավորման սկզբունքները, նույնական են ԱԱՊ իրականացնող բոլոր բուժկազմակերպությունների համար: Մասնավորապես, ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից ԱԱՊ օղակի աշխատանքներն, այդ թվում՝ ՈՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման մոտեցումներն, ամրագրված են ԱԱՊ օղակի աշխատանքային ամենամյա «Չափորոշիչ»-ով: Ըստ ամրագրված գործելակարգերի՝ ԱԱՊ օղակի յուրաքանչյուր կազմակերպություն, ի տարբերություն նախկինում գործող՝ բուժհիմնարկների գործունեության վարից սպասարկվող բնակչության կցագրման, սկզբունքի, կարող է կատարել սպասարկվող բնակչության հավաքագրում նաև այլ համայնքներից: Վերը նշվածը հնարավորություն է տալիս ԱԱՊ օղակում գործող որևէ բուժհիմնարկում իրականացրած հետազոտական աշխատանքների արդյունքները համարել ավելի ներկայացուցչական, իսկ գոյացած խնդիրները՝ համընդհանուր: Պետք է նշել այն հանգամանքը, որ հետազոտական աշխատանքների անցկացման և հետազոտության արդյունավետության գնահատման համար սկզբունքային է համարվել գուտ առանձին՝ որևէ առողջապահական բուրգի (հիվանդանոց+պոլիկլինիկա) կազմում չներառված, բնակչության առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող կազմակերպության ընտրումը: Տվյալ պարագայում, հաշվի է առնվել նաև բուժկազմակերպության գործունեության վարչական տարածքի բնակչության թվաքանակը, շտաբոզնության ծառայության ծանրաբեռնվածության մակարդակը, ինչպես նաև բուժհաստատությունում սպասարկվող բնակչության հավաքագրման տեմպերն և այլն: Ուստի, առաջնորդվելով վերը նշված

հանգամանքներով, ինչպես նաև հաշվի առնելով, ըստ պաշտոնական տեղեկագրերի, բուժկազմակերպության հավաքագրված բնակչության բժշկաժողովրդագրական միջին ցուցանիշների համադրելիությունը մայրաքաղաքային և հանրապետական միջին ցուցանիշների հետ, հետազոտությունն իրականացվել է մայրաքաղաքի ամենից մեծ վարչական շրջանում՝ Նոր Նորք համայնքում, բնակչության առողջության առաջնային պահպանումն իրականացնող «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում: Հարկ է նշել, որ այս բուժհաստատությանը, Երևանի քաղաքապետարանի որոշման համաձայն, իր կցագրված և հավաքագրված բնակչությամբ, ինչպես նաև աշխատակիցներով միացվել է ԱԱՊ օղակի ևս մեկ այլ բուժհիմնարկ՝ «Թիվ 5 բուժսանմաս» ՓԲԸ: Հետևաբար տվյալ կազմակերպությունում իրականացված հետազոտության արդյունքներն, իրականում, համարվել են իբրև ԱԱՊ օղակի փաստացի երկու բուժհիմնարկներում կատարված հետազոտական աշխատանքների արդյունքներ:

Հետազոտական աշխատանքներն իրականացնելու համար ձևավորվել է ծրագիր և անցկացման պլան [27,53]:

Հետազոտությունն իրականացվել է մի քանի՝

1. հետազոտական ծրագրի մշակման և պլանավորման,
2. ուսումնասիրվող նյութի հավաքագրման,
3. տվյալների վիճակագրական մշակման,
4. հետազոտության արդյունքների վերլուծության և գնահատման փուլներով:

Հետազոտությունն իր տեսակով համալիր սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտություն է, որն իր մեջ ներառել է վիճակագրական, սոցիոլոգիական և փորձարարական մոդելավորման մեթոդները [17]:

Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել Երևանի «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակիչները, կազմակերպության բուժաշխատողները, 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում առողջապահական ՊՆԾ-ի և ԱԱՊ օղակի գործունեության վերաբերյալ պաշտոնական բազմաթիվ փաստաթղթերը:

Հետազոտության նյութ են հանդիսացել՝

1. 2010-2014թթ. ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ գործունեության վերաբերյալ պաշտոնական հաշվետվական ձևերի տվյալները (Ձև 1, Ձև 3),
2. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության ամբողջատոր-պոլիկլինիկական քարտերի տվյալները,
3. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված 529 բնակչի առողջության վերաբերյալ սոցիոլոգիական հարցման տվյալները,
4. ԱԱՊ օղակում ՌՎՅ-ի կանխարգելման վերաբերյալ «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ բուժախստողների սոցիոլոգիական հարցման տվյալները,
5. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված 295-ական բնակչից բաղկացած փորձարարական և ստուգիչ խմբերի մասնակիցների առողջության վերաբերյալ տվյալները:

Հետազոտության համար տեղեկատվության սկզբնաղբյուր են հանդիսացել 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածի հանրային առողջության պաշտոնական վիճակագրական տեղեկագրերը, ինչպես նաև ՀՀ առողջապահության նախարարի միջառք հրամաններն ու բժշկական բազմաթիվ կայքերը: Բուժիաստատությանն ու հավաքագրված բնակչության առողջական վիճակի համալիր ուսումնասիրումն անց է կացվել 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում գրանցված պաշտոնական վիճակագրական տվյալների հիման վրա: Վիճակագրական նյութի վերլուծության ժամանակ օգտագործվել են բժշկաժողովրդագրական միջառք ցուցանիշներ:

Այսպես, բնակչության ստատիկ ուսումնասիրության ժամանակ դիտարկվել են վերջինի թվաքանակն ու կազմը: Վերլուծության են ենթարկվել 2010-2014թթ.-ին հանրային առողջությունը բնութագրող ցուցանիշները՝ ծնելիությունը, մահացությունը, բնական աճը: Ուսումնասիրվել են նաև ընդհանուր և բուն հիվանդացության ցուցանիշներն ու հավաքագրված բնակչության առաջնային հաշմանդամության հիմնական պատճառների կառուցվածքը:

Մշակված հարցաթերթիկի կիրառմամբ՝ հետազոտական աշխատանքների շրջանակներում հավաքագրված բնակիչների շրջանում անց է կացվել սոցիոլոգիական հարցում ՌՎՅ-ի

առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնների տարածվածությունը պարզելու նպատակով: Հարցաթերթիկը կազմվել է 33 հարցից (Հավելված 2): Սոցիոլոգիական հարցմանը մասնակցել է 529 բնակիչ: Հարցման նպատակն է եղել հավաքագրված բնակիչների շրջանում որոշել ՈՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների՝ ծխախոտամոլություն, ալկոհոլի չարաչափացում, ցածր ֆիզիկական ակտիվության (\$Ա), սխալ սննդակարգի, զարկերակային գերճնշման (2Գ), սոցիալ-հոգեբանական և վնասակար վարքագծային այլ գործոնների տարածվածությունը [48]:

Նպատակ ունենալով գնահատել ՈՎՀ-ի կանխարգելման որակը՝ հետազոտության հաջորդ փուլում, մշակված հարցաթերթիկի կիրառմամբ, «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ բուժանձնակազմի շրջանում անց է կացվել սոցիոլոգիական հարցում: Այն հնարավորություն է ընձեռել բացահայտել բուժաշխատողի սոցիալ-հիգիենիկ բնութագիրը, հիվանդությունների կանխարգելման ժամանակ կիրառվող հիմնական մոտեցումներն, ինչպես նաև ներկա կանխարգելիչ գործունեության վերաբերյալ նրանց վերաբերմունքն ու կարծիքը: Հարցաթերթիկը կազմվել է 21 հարցից (Հավելված 3): Սոցիոլոգիական հարցմանը մասնակցել է հաստատության 108 բուժաշխատող: Հարցման մասնակիցների 22%-ը տեղամասային թերապևտներ են, 29%-ը՝ նեղ մասնագետներ, իսկ 49%-ը՝ բուժքույրեր: Հարցվածների 4%-ն ունի մինչև 5 տարի աշխատանքային փորձ, 18,5%-ը՝ 6-10, իսկ 77,5%-ը՝ 10 տարի և ավել:

Հետազոտության հիմնական փուլում բուժհաստատությունում հավաքագրված 295 բնակիչների շրջանում իրականացվել են բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ, այդ թվում՝ անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններ: Հետազոտության փորձարարական խումբ մասնակիցներն ընդգրկվել են պատահականության սկզբունքով: Նախապես, ըստ սեռի և տարիքի, շերտավորման՝ ստրատիֆիկացիայի, միջոցով պատահականության սկզբունքով ձևավորվել է նաև ստուգիչ խումբ՝ բաղկացած բուժհաստատությունում նույնպես հավաքագրված 295 բնակիչից: Մշակված անհատական խորհրդատվության հարցաթերթիկի կիրառմամբ՝ նախապես որոշվել է ստուգիչ և փորձարարական

խմբերի մասնակիցների ՈՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկը (Հավելված 1):

Համապատասխան ԱՀԿ կողմից ընդունված ՈՎՅ-ի կանխարգելման միջարք միջազգային ստանդարտների և ուղեցույցների՝ փորձում ընդգրկվածներն, ըստ ՈՎՅ-ի առաջացման ընդհանուր ռիսկի, առանձնացվել են ցածր, միջին, բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբերի:

Այսպես, ցածր ռիսկի խմբում ընդգրկվել են գործնականում առողջները: Այս խմբում ընդգրկվածները չեն ունեցել որևէ վնասակար վարքագծային սովորություն և կամ այնպիսի գանգառ, որը կարելի է համարել որևիցե ՈՎՅ-ն կլինիկական ախտանիշ: Սակայն նրանք ունեցել են, օրինակ՝ ՍԱ և/կամ ներգատական համակարգի հիվանդությունների նկատմամբ ընդգծված ժառանգական նախատրամադրվածություն և կամ էլ Լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքներում կրկնվող նորմայի վերին կամ ստորին սահմաններում գտնվող տվյալների գրանցումներ: Տվյալ ռիսկի խմբում ընդգրկվածները հիմնականում իրենց Լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների արդյունքներում նորմայից շեղումներ չեն ունեցել:

Միջին ռիսկի խմբում ընդգրկվել են մեկ և ավելի ռիսկի գործոններ, վնասակար վարքագծային սովորություններ և արդեն հստակ որևէ ՈՎՅ-ն կլինիկական նշաններ ունեցողները, որոնց ամբողջատոր քարտերում նշված են եղել Լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների նորմայից շեղումներով արդյունքներ:

Բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբում ընդգրկվել են ՈՎՅ-ն հստակ ախտորոշումով հայտնաբերված նոր հիվանդներն, ինչպես նաև դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվողները: Բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբում ընդգրկվածներն իրարից տարբերվել են հիվանդության/ուսանողների կլինիկական ընթացքի ծանրության աստիճանով, առկա ռիսկի գործոնների քանակով:

Ստուգիչ խմբում ՈՎՅ-ի առաջացման ընդհանուր ռիսկի նախնական որոշումից հետո փորձարարական ողջ շրջանի ընթացքում տվյալ խմբի մասնակիցների հետ որևէ կանխարգելիչ միջոցառումներ՝ ներառյալ կանխարգելիչ խորհրդատվություններ, չեն իրականացվել: Փորձարարական շրջանի սկզբում և վերջում

ստուգիչ խմբի մասնակիցների ՌՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի տվյալները համեմատվել են միմյանց հետ:

Կանխարգելիչ միջոցառումներն, այդ թվում՝ անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններն, անց են կացվել միայն փորձարարական խմբում, որում արձանագրված արդյունքները հետագայում համեմատվել են ստուգիչ խմբի տվյալների հետ: Փորձարարական խմբի կանխարգելման անհատական խորհրդատվություններն իրականացվել են շուրջ մեկ տարի և շարունակական բնույթ են ունեցել: Տվյալ խմբի մասնակիցներն ընդգրկվել են նաև բուժկանխարգելիչ այլ միջոցառումներում՝ Լաբորատոր-գործիքային տարբեր հետազոտություններում, ներմասնագիտական խորհրդատվություններում: Կանխարգելման միջոցառումներն անց են կացվել կամ մասնակիցներից յուրաքանչյուրի ՌՎՅ-ի առաջացման ընդհանուր՝ գումարային, ռիսկի նվազման, կամ՝ արդեն առկա հիվանդության կլինիկական ընթացքը բարելավելու «հնարավորության» համապատասխան՝ հետևողականությամբ և համառությամբ ամրագրելով ու պահպանելով ստացված դրական արդյունքները: Անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններն իրականացվել են ընտանեկան բժիշկի կողմից «Կանխարգելման աշխատանքային»-ում [23, 49]:

Անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվությունը ներառել է՝

1. ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերում,
2. ՌՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի որոշում,
3. անհատական կանխարգելիչ ծրագրի մշակում և իրականացում,
4. իրականացված միջոցառումների արդյունավետության գնահատում:

ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերման համար հավաքագրվել են սննդակարգի, \$Ա, վարքագծային վնասակար սովորությունների՝ ծխելու, ալկոհոլի չարաչափման, ինչպես նաև քնի որակի ու կոնֆլիկտների առկայության վերաբերյալ տվյալները: Գրանցվել են նաև մասնակիցների զարկերակային գերճնշման (2Գ), առաջիկա 10 տարիների ընթացքում ՍԱՅ-ից իրատեսակական բարդության՝ մահաբերության (ՍԱՅ-ի ԲԴ), ռիսկի,

մարմնի միջին զանգվածի ցուցիչի ($U2S$), արյան մեջ
 խոլեսթերինի, գլյուկոզայի, ինչպես նաև որոշ՝ ՍԱ և ներզատական,
 հիվանդության նկատմամբ ժառանգական
 նախատրամադրվածության վերաբերյալ տվյալները:

Մարմնի միջին զանգվածի ցուցիչը որոշվել է Կետլի բանաձևով՝
 մարմնի զանգվածի (կգ) և հասակի ($մ^2$) հարաբերակցությամբ՝
 $U2S = \text{մարմնի զանգված} [կգ] / \text{հասակ} - 2 (մ^2)$: Նորմայից ցածր ցուցիչը
 գնահատվել է 18,5 միավորից պակաս, նորմալ՝ 18,5-ից մինչև 25, քաշի
 ավելցուկ՝ 25-ից մինչև 30, ճարպակալում՝ ցուցիչի 30 և ավելի
 լինելու դեպքերում [56]:

Հետազոտության մասնակցի ծխելը թողնելու
 պատրաստակամության գնահատումը, ծխախոտամոլության
 վնասակարության վերաբերյալ շարունակական գրույցներն ու
 ծխելը թողնելու նպատակով կազմած պլանը խորհրդատվության
 առաջին քայլերից են հանդիսացել: Ծխախոտի օգտագործման
 դադարեցման և նիկոտինային կախյալության նվազեցման համար
 կիրառվել է «5h»-ի մոդելը՝

1. **h**արցնել ծխախոտ օգտագործելու վերաբերյալ,
2. **h**որդորել դադարեցնել ծխելը,
3. **h**աշվարկել ծխախոտամոլության ունից կախվածության աստիճանը,
4. **h**ամաձայնեցնել ծխելը դադարեցնելու պլանը,
5. **h**ամակարգել և հսկել ողջ պրոցեսը:

Ծխող հիվանդների հետ սկզբում որոշվել է ծխախոտամոլության
 աստիճանը: Ծխողների շարքին դասվել են իրենց ամբողջ կյանքում
 ավելի քան 100 գլանակ օգտագործած անձինք: Ծխախոտից
 հրաժարվածները համարվել են այն անձինք, ովքեր իրենց կյանքում
 ծխել են 100-ից ավել գլանակ, իսկ վերջին վեց ամսում, չեն
 ծխում: Չծխողներ համարվել են նրանք, ովքեր իրենց կյանքում
 ծխել են մինչև 100 գլանակ և այժմ չեն ծխում: Ծխախոտ
 օգտագործելու «շարժառիթ» ունեցողներին ներկայացվել են
 ծխախոտից հրաժարվելու իրական շարժառիթները՝
 տրամադրելով ծխախոտամոլության վնասակար ազդեցության
 վերաբերյալ հստակ տեղեկատվություն: Բացի ծխողների
 կողմից տրամադրված տվյալների հավաքագրումից, որոշվել է

ծխելու սովորությունն ինչ հրաժարվելու կարողությունը՝ որոշվել է Ժ.Լագրյուի մեթոդով: Մեր կողմից Ֆագերսթրոմի մոդիֆիկացված թեստի միջոցով որոշվել է նաև նիկոտինային կախվածության մակարդակը [5, 51,72, 83]:

29 ունեցողներ են համարվել հետազոտության պահին 139 մմ սնդ.սն.-ից բարձր սիստոլիկ և 89 մմ սնդ.սն.-ից բարձր դիաստոլիկ ճնշման տվյալով և/կամ հակահիփերթենզիվ դեղորայք օգտագործող բնակիչները:

Արյան մեջ խլեթերինի բարձր մակարդակ ունեցողներն են համարվել այն անձինք, որոնց արյան ընդհանուր խլեթերինի մակարդակը քաղցած ժամանակ բարձր է եղել 5,2 մմոլ/լ-ից, և՛ նրանք, ում, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական քարտի տվյալների համաձայն, նշանակված է եղել լիափոփային փոխանակությունը կարգավորող դեղորայք: Արյան մեջ խլեթերինի մակարդակի հսկումը կանոնակարգվել է այսպես կոչված «**5-4-3-2-1**»-ի կանոնով՝

1. ընդհանուր խլեթերին < 5 մմոլ/լ ,
2. աթերոգենության գործակից < 4,
3. Ցիւ խլեթերին < 3 մմոլ/լ ,
4. եռազլիցերիդներ < 2 մմոլ/լ ,
5. Բիւ խլեթերին > 1 մմոլ/լ :

Արյան մեջ գլյուկոզայի բարձր մակարդակ ունեցողներ են համարվել նրանք, ում արյան մեջ գլյուկոզայի խտությունը գրանցվել է 6,1 մմոլ/լ-ից բարձր, և՛ այն անձինք, որոնց, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական քարտի տվյալների համաձայն, նշանակված է եղել գլյուկոզայի քանակը կարգավորող համապատասխան դեղորայք:

Ըստ ֆիզիկական ակտիվության, հարցվածները բաժանվել են 4 խմբի՝

1. ֆիզիկապես ոչ ակտիվների, ովքեր նստակյաց են աշխատում, օրվա մեջ քայլում են 30 րոպեից քիչ և աշխատանքից ազատ ժամանակ ֆիզիկական ակտիվություն չեն դրսևորում,
2. ֆիզիկական ցածր ակտիվության, ովքեր աշխատատեղում նստած են կամ օրական քայլում են 30 րոպեից մինչև 60 րոպե և ֆիզիկական ակտիվություն չեն դրսևորում նաև աշխատանքից ազատ ժամանակ,

3. Ֆիզիկական միջին ակտիվությամբ, ովքեր քայլում կամ ֆիզիկական աշխատանք են կատարում աշխատանքում, կամ ամեն օր 60-ից մինչև 90 րոպե քայլում են, կամ աշխատանքից ազատ ժամանակ շաբաթվա ընթացքում 1-ից 4 օր դրսևորում են ֆիզիկական ակտիվություն,

4. Ֆիզիկական բարձր ակտիվությամբ, ովքեր աշխատանքում զբաղված են ծանր ֆիզիկական աշխատանքով կամ քայլում են աշխատանքի ժամանակ 90 րոպե և ավել, կամ աշխատանքից ազատ ժամանակ շաբաթվա 5 օր և ավել զբաղվում են ֆիզիկական վարժություններով և/կամ մարմնամարզությամբ:

Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ անդրադարձալիս՝ հիվանդներին բացատրվել է, որ ֆիզիկական մարզումները շատ հաճախ ավելի արդյունավետ են լինում փոքր ծանրաբեռնվածությամբ և կանոնավոր անցկացման, քան՝ մեծ ծանրաբեռնվածությամբ և ոչ կանոնավոր անցկացման դեպքում: Ինտենսիվ ֆիզիկական վարժություններն առաջարկվել են ՍԱՀ-ին բնորոշ ախտանշաններ չունեցող մինչև 40 տարեկան տղամարդկանց և մինչև 50 տարեկան կանանց: Ավելի բարձր տարիքային խմբում ֆիզիկական ակտիվության շտկման հետ կապված հարցերը պայմանավորված են եղել օրգանիզմի ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ հանդեպ «հանդուրժողականությամբ»: Չափավոր քայլքը՝ 4-5 կմ/ժ արագությամբ, համարվել է ամենա քիչ ռիսկային ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը: Այն խորհուրդ է տրվել գրեթե բոլորին՝ օրական 2 անգամ 20 րոպե տևողությամբ [5]:

Անընդհատ փոփոխվող շրջակա միջավայրի պայմաններում անհրաժեշտ է վարել առողջ կենսակերպ: Այն պայմանավորում է ճիշտ և բավանսավորված սննդակարգ: Ըստ երկրան, սննդակարգի գնահատումն իրականացվել է փաստացի նախորդ մեկ օրում՝ 24 ժամերի ընթացքում, օգտագործած սննդամթերքի քանակի մտովի վերականգնման մեթոդի միջոցով: Վերլուծելով ստացված տեղեկությունը՝ սննդակարգը կարգավորվել է էներգետիկ բավանսավորվածությամբ՝ սպիտակուլների, ճարպերի և ածխաջրերի 1-1-4 հարաբերակցությամբ, համապատասխան: Ըստ վերոնշյալ հարաբերակցությամբ, մեծահասակներին անհրաժեշտ է օրական մոտ 100գ սպիտակուլ, այդ թվում՝ 50%-ը կենդանական ծագման, 70-120գ

ճարպ, այդ թվում՝ կենդանական ծագման, որը չպետք է գերազանցի ընդհանուրի 10%-ը, և մոտ 400-425գ ածխաջրեր (աղ.3):

Աղյուսակ 3

Մեծահասակ բնակչության հիմնական նյութափոխանակության արժեքները

Արական (հիմնական նյութափոխանակություն կկալ/օրը)					Իգական (հիմնական նյութափոխանակություն կկալ/օրը)				
Քաշ/կգ	18-29տ	30-39տ	40-59տ	60 և ավել	18-29տ	30-39տ	40-59տ	60 և ավել	Քաշ/կգ
50	1450	1370	1280	1180	1080	1050	1020	960	40
55	1520	1430	1350	1240	1150	1120	1080	1030	45
60	1590	1500	1410	1300	1230	1190	1160	1100	50
65	1670	1570	1480	1360	1300	1260	1220	1160	55
70	1750	1650	1550	1430	1380	1340	1300	1230	60
75	1830	1720	1620	1500	1450	1410	1370	1290	65
80	1920	1810	1700	1570	1530	1490	1440	1360	70
85	2010	1900	1780	1640	1600	1550	1510	1430	75
90	2110	1990	1870	1720	1680	1630	1580	1500	80

Անհրաժեշտ կալորիականությունը հաշվարկվել է, հաշվի առնելով օրգանիզմի հիմնական նյութափոխանակության արժեքն ու տվյալ ֆիզիկական ակտիվության խմբի գործակիցը՝ \$ԱԳ-ը (\$ԱԳ=էներգոծախս/հիմնական նյութափոխանակության համար անհրաժեշտ նվազագույն էներգ. պաշար) [20, 94]:

Ուշադրություն է դարձվել սննդի ընդունման հաճախականությանը, քանակին, ինչպես նաև սննդատեսակին: Սննդի ընդունումը պետք է լինի կանոնավոր՝ օրական 3-4 անգամ, իսկ սննդային օրաբաժնի էներգետիկ արժեքը բաշխվել է նախաճաշի - 25%, ճաշի - 35%, ետճաշի - 15%, ընթրիքի-25% [7]:

Սպառման ցածր քանակություն է համարվել օրական 400-500գ.-ից պակաս մրգերի և բանջարեղենի օգտագործումը (աղ.4):

Աղյուսակ 4

Օրական անհրաժեշտ սննդի չափաբաժինների քանակը

Սննդի խումբ	Չափաբաժնի քանակը, օրվամեջ ընդունման հաճախականությունը
Չացահատիկ և կարտոֆիլ (հաց, լավաշ, բլիթեր, մակարոնեղեն, տարեկան, կարտոֆիլ և այլն)	9 չփք., բաշխել օրը 6-8 անգամ ընդունելու վրա: Ընդհանուր կալորիականություն = 720 կկալ

Բանջարեղեն (կաղամբ, վարունգ, կանաչ եղեն, սոխ, լոլիկ և այլն)	9 չփք., բաշխել օրը 3-4 անգամ ընդունելու վրա: Օրական պետք է օգտագործել 200-300գ: Ընդհանուր կալորիականություն = 450 կկալ
Կաթնամթերք (կաթ, պանիր, յոգուրտ, մածուկ, թթվասեր, կաթնաշոռ և այլն)	3 չփք., բաշխել օրը 2 անգամ ընդունելու վրա: (800մգ կալցիում օրը) Ընդհանուր կալորիականություն = 360 կկալ
Միրգ (խնձոր, տանձ, ծիրան, խաղող և այլն՝ թարմ, չորացրած և պահածոյացված, ինչպես նաև մրգային հյութեր)	4 չփք., բաշխել օրը 3-4 անգամ ընդունելու վրա: Օրական պետք է օգտագործել 200-300գ: Ընդհանուր կալորիականություն = 240 կկալ
Միս և մսին փոխարինող մթերք (միս, թռչնամիս, ձուկ, ծովամթերք, հավկիթ, փորոտիք, լոբազգիներ, ընդեղեն)	2-3 չփք., բաշխել օրը 2 անգամ ընդունելու վրա: Ընդհանուր կալորիականություն = 200 կկալ
Ճարպեր (կարագ, մայրնեղ, բուսական յուղեր և այլն)	1-2 չփք., բաշխել օրը 2 անգամ ընդունելու վրա: Ընդհանուր կալորիականություն = 70 կկալ
Շաքար	Օրական 40-50գ (5-6 թեյի գդալ): Ընդհանուր կալորիականություն = 200 կկալ
Աղ	Օրական 5գ (մինչև 1/4 թեյի գդալ):

Աղի օգտագործումը կարգավորվել է նորմայում օրական 5-6գ օգտագործելու հաշվարկով՝ չգերազանցելով կերակրին ավելացվող աղի չափը թեյի գդալի 1/4-ից: Աղի օգտագործման

պակասեցումը 1գ.-ով նպաստում է 2Գ-ով հիվանդների արյան զարկերակային ճնշման 1,3-1,6 մմ սնդ.սն. նվազմանը:

Օրական կիրառվող շաքարը չպետք է գերազանցի 50-60 գրամը: Եթե շաքարը դիտարկվել է շաքարավազի տեսքով, ապա նշված քանակությունը կազմել է օրական 5-6 թեյի գդալ շաքարավազ: Շաքար պարունակող սննդամթերքի սահմանափակումը նպաստում է ՇԴ-ի առաջացման կանխարգելմանը [8, 120]:

Որոշվել են նաև ալկոհոլի չարաշահումն ու մասնակիցների հոգեբանական վիճակը: Ըստ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի N 47-Ն հրամանի Հավելված 2-ի, «Առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների կողմից կանխարգելիչ այցի կազմակերպման Չափորոշիչ»-ի, որպես ալկոհոլի չարաշահում համարվել է օրական 20 մլ.-ից ավել մաքուր սպիրտի պարունակությունը օգտագործվող ալկոհոլային խմիչքի մեջ (աղ.5):

Աղյուսակ 5

Ալ կոհոլի օրական սպառման թույլատրելի

Անվանումը	Ալ կոհոլի պարունակությունը (%)	Մեկ չախաբաժինը (մլ)	Մաքուր սպիրտի պարունակությունը (մլ)
Գարեջուր	2-5	330-500	15
Գինի	10-12	150	15
Օղի	40	50-60	16

չախաբաժինները

ՈՎՋ-ի առաջացման ռիսկի խմբերում ընդգրկվել են նաև ժառանգական նախատրամադրվածություն ունեցող մասնակիցները, որոնց ծնողների՝ մինչև 45 տարեկան արական և 50 տարեկան իգական սեռի, մոտախոտրոշվել է ՍԱ և/կամ ներզատական համակարգի որևէ հիվանդություն:

ՈՎՋ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերման և օբյեկտիվ տվյալներով դրանց հաստատման դեպքում հիվանդների մոտ որոշվել է առաջիկա 10 տարիների ընթացքում ՍԱՅ-ից իրատեսական բարդության՝ մահաբերության, ռիսկը: Առաջիկա տաս տարիների ընթացքում առանց կլինիկական նախանշանների ՍԻՅ-ից, անոթների աթերոսկլերոզից մահանալու հավանականությունը՝ բացարձակ ռիսկը, որոշվել է «SCORE»՝ Systematic Coronary Risk Evaluation, սանդղակով: Տվյալ սանդղակով ռիսկը գնահատվել է՝ հաշվի առնելով անհատի սեռը, տարիքը, ծխախոտամոլությունը, առկայությունը, սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը և արյան մեջ ընդհանուր խոլեսթերինի մակարդակը [25, 137, 138]:

Բացարձակ ռիսկը որոշելիս՝ այն համարվել է շատ բարձր, եթե, հիվանդի տվյալները «SCORE» սանդղակով համադրելիս, ցուցանիշը 10% է, բարձր՝ եթե այն տեղաբաշխված է եղել 5-10%-ի սահմաններում և ցածր՝ եթե այն 5%-ից պակաս է: ՍԱՅ-ի ամբողջական ռիսկը որոշելիս՝ հաշվի է առնվել նաև հարաբերական ռիսկի գործոնները՝ ճարպակալումը, ֆիզիկական թերակտիվությունը, ժառանգականությունը և այլն: Նշված ռիսկի գործոնները «հարաբերական» են համարվել, քանի որ ռիսկի բարձրացման հստակ քանակական օրինաչափություն սահմանված չէ: Կարևորվել է նաև որևէ առանձին ռիսկի գործոնի շատ բարձր արտահայտվածության հանգամանքը:

Ըստ ՍԱՅ-ի կանխարգելման միջազգային մի շարք ուղեցույցերի, առկա են ՍԱՅ-ի առաջացման ռիսկի հետևյալ խմբեր.

1. Բարձր ռիսկ`

- ա. ՍԱՅ-ի կլինիկական դրսևորումներով հիվանդներ;
- բ. ՍԱՅ-ի կլինիկական դրսևորումներ չունեցող, սակայն որոշ ռիսկի գործոններ և, ըստ «SCORE» -ի, ռիսկի 5%-ից ավել ցուցանիշ ունեցողներ;
- գ. առաջին և երկրորդ տեսակի ՇԴ ունեցողներ:

2. Միջին ռիսկ` ՍԱՅ-ի կլինիկական դրսևորումներ չունեցողներ, սակայն առկա է`

- ա. երկու և ավելի ռիսկի գործոն, նույնիսկ եթե, ըստ «SCORE»-ի, ռիսկը 5%-է;
- բ. ռիսկի գործոններից մեկի կտրուկ ավելացում, եթե առկա է խլե սթերիկի բարձրացում 8 մմոլ/լ -ից կամ զարկերակային ճնշման 180/110 մմ սնդ.սն. գերազանցում:

3. Ցածր ռիսկ`

- ա. ՍԱՅ-ի կլինիկական դրսևորում չունեցողներ, սակայն առկա է մեկ, բայց միջին արտահայտված ռիսկի գործոն, օրինակ` ընդհանուր խլե սթերիկն ը ավելին է, քան 5 մմոլ/լ, բայց քիչ է 8 մմոլ/լ -ից կամ արյան ճնշումը գտնվում է 140/90–160/100 մմ սնդ.սն. սահմաններում;
- բ. անձինք, որոնց ընտանիքում առկա է ՍԱ և/կամ ներզատական համակարգի հիվանդություների նկատմամբ ընդգծված ժառանգական նախատրամադրվածություն (ՍԱՅ ունեցող ծնողներ` մինչև 55 տ. իգական կամ 45 տ. արական սեռի) կամ ունեն սկսվող ՍԱՅ ունեցող մինչև 55 տարեկան արական, կամ մինչև 65 տարեկան իգական սեռի ընտանիքի այլ անդամ:

Չարկերակային գերճնշումով մասնակիցների ռիսկը գնատվել է` համաձայն աղյուսակ 6-ի:

Աղյուսակ 6

Վարքագծային ռիսկի գործոն	Չարկերակային գերճնշում I աստ. 140-159/90-99 մմ սնդ.սն.	Չարկերակային գերճնշում II աստ. 160-179/100-110 մմ սնդ.սն.	Չարկերակային գերճնշում III աստ. 180/110 մմ սնդ.սն.
-	Ցածր ռիսկ	Միջին ռիսկ	Բարձր ռիսկ

1-2 գործոն	Միջին ռիսկ	Միջին ռիսկ	Շատ բարձր ռիսկ
3 և ավելի գործոն	Բարձր ռիսկ	Բարձր ռիսկ	Շատ բարձր ռիսկ
Այլ հիվանդություն և/կամ ախտահիշ/ներ	Շատ բարձր ռիսկ	Շատ բարձր ռիսկ	Շատ բարձր ռիսկ

Չարկերակային գերճնշումով հիվանդների ընդհանուր ռիսկի որոշումը

Ընդհանուր հոգեբանական վիճակը գնահատելիս՝ կարևորվել է նաև աշխատավայրի հոգեբանական մթնոլորտը: Հոգեբանական կարգավիճակի գնահատման ժամանակ բացահայտվել են ենթադրվող դժվարությունները, կոնֆլիկտների առկայությունը, քնի խանգարումները, դրանց հաղթահարման ուղիներն ու առկա խոչընդոտները, ինչպես նաև կատարվել է բնակիչների հոգեվիճակի գնահատում՝ ըստ Սպիլբերգ-Խանինի մեթոդի [17, 56, 86]:

Կանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման նոր մոտեցումները գնահատվել են կլինիկական և սոցիալ-տնտեսական արդյունավետության տեսանկյուններից: Հետազոտության ծրագրում հիմնավորվել են այն ցուցանիշները, որոնք հնարավորություն են տվել կլինիկական և սոցիալ-տնտեսական տեսանկյուններից գնահատել իրականացված աշխատանքների արդյունավետությունը [47, 81]:

Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունը գնահատվել է՝ մեկ տարվա դինամիկայում հավաքագրված տվյալների վերլուծությամբ համեմատելով ստուգիչ և փորձարարական խմբերում արձանագրված արդյունքները:

Հետազոտության կլինիկական՝ բժշկական, արդյունավետությունը գնահատվել է՝ ըստ հետևյալ ցուցանիշների.

- 1.ՈՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների վերաբերյալ իրազեկվածություն,
- 2.ՈՎՀ-ի առաջացման գումարային ռիսկի,
- 3.ՈՎՀ-ով պայմանավորված հիվանդացություն,
- 4.ԶՈՎՀ-ի կլինիկական ընթացքի փոփոխությունների:

Հետազոտության արդյունավետությանը գնահատվել է՝ ուսումնասիրելով և համեմատելով ժամանակավոր անաշխատունակության օրերի թվի փոփոխության ներքին կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո:

Հետազոտական աշխատանքների տնտեսական արդյունավետությանը գնահատվել է՝ ուսումնասիրելով առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացված պետության կողմից անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրված հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտապօգնության ծառայությանների սպասարկման դիմաց պետական ֆինանսավորման ծավալները: Տնտեսական արդյունավետությանը հաշվարկվել է՝ համեմատելով կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո բուժօգնության տեսակին և քանակին համապատասխան հատկացրած պետական ֆինանսավորման ծավալները: Համեմատության համար օգտագործվել են հետևյալ ցուցանիշները՝

- հիվանդանոցային բուժօգնարկման արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով տրամադրված հիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման ծավալի,

- շտապօգնության ծառայության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում փաստացի կատարած կանչերի քանակի,

- ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով տրամադրված արտահիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման ծավալի:

Պետական պատվերով բուժօգնության ընդհանուր ծախսերը հաշվարկվել են անհատական կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո՝ համագումարի բերելով 12 ամիսների ընթացքում փաստացի իրականացված բուժական միջոցառումների ողջ ծավալի արժեքը:

ԳԼՈՒԽ 3

ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

3.1 Երևան քաղաքի «Թիվ 22 պուլիկլիկ հնիկա» ՓԲԸ

հավաքագրված բնակչության առողջության բնույթագիրը

2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պուլիկլիկ հնիկա» ՓԲԸ-ում գրանցվել է սպասարկվող բնակչության հավաքագրման անձ: Ըստ հավաքագրման տվյալների՝ տվյալ ժամանակահատվածում կազմակերպության նույն հավաքագրված բնակչության նաեւ է 22,9%-ով՝ կազմելով 2014 թվականին 30947 մարդ (աղ.7):

Աղյուսակ 7

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պուլիկլիկ հնիկա» ՓԲԸ բնակչության հավաքագրման դինամիկան (N) ու ցայտունության ցուցանիշը (%)՝ ըստ տարիքային խմբերի

Տարիքային խումբ	Մեծահասակ (18 տ. և բարձր)		Դեռահաս (15-17տ.)		Երեխա (0-14 տ.)		Ընդամենը	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
2010	20086	100	370	100	4718	100	25174	100
2011	20958	104	455	122,9	5504	116,6	26917	106,9
2012	21596	107,5	446	120,5	5812	123,2	27854	110,6
2013	22100	110,2	396	107,2	5898	125	28394	112,7
2014	24427	121,6	393	106,2	6127	129,9	30947	122,9

Բուժիատառության նույն հավաքագրված բնակչության 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում անը 2010-2014 թթ. ընկած ժամանակահատվածում կազմել է 21,6%, 15-17 տարեկանների խմբում՝ 6,2%, իսկ 0-14 տարեկանների՝ 29,86%: Հավաքագրված բնակչության տարիքասերային կառուցվածքի վերլուծության նից պարզվել է, որ 2010 թվականի համեմատ, 2014 թվականին հավաքագրված բնակչության մեծահասակների տարիքային խմբի հավաքագրված բնակչությանը գերազանցել է թվաքանակով մնացած տարիքային խմբերի բնակչությանը, սակայն մեծահասակ բնակչության տեսակարար կշիռը տվյալ ժամանակահատվածում 0,85% նվազել է: Մանկահասակ բնակչության տեսակարար կշիռը տվյալ ժամանակահատվածում ավելացել է 1,06%, իսկ դեռահասներինը պակասել է 0,2% (աղ.8):

Աղյուսակ 8

Տարիքային խումբ	2010	2011	2012	2013	2014
Տարիքային խումբ					

Մեծահասակ (18տ. և բարձր)	79,8	77,9	77,53	77,83	78,93
Դեռահաս (15-17տ.)	1,5	1,7	1,6	1,39	1,27
Երեխա (0-14տ.)	18,7	20,4	20,87	20,78	19,8
Ընդամենը	100	100	100	100	100

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության կառուցվածքն՝ ըստ տարիքային խմբերի (%)

Իգական սեռը 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում կազմել է «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության 54%-ը (աղ.9):

Աղյուսակ 9

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության բաշխումն՝ ըստ սեռի (%)

Տարեթիվ Սեռ	2010	2011	2012	2013	2014
Արական	45,79	45,7	45,5	45,45	45,54
Իգական	54,21	54,3	54,5	54,55	54,46

Հարկ է նշել, որ բուժհաստատության ունում հավաքագրված բնակչության բժշկաժողովրդագրական միջին ցուցանիշները, խոշոր հաշվով, համահունչ են եղել մայրաքաղաքի և հանրապետական միջին ցուցանիշների հետ [3, 6, 7]:

Այսպես, ըստ վիճակագրական տվյալների, 2010-2014թթ.-ին բուժհաստատության ունում հավաքագրված բնակչության կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը կազմել է 73,6 տարի, ինչը համադրելի է հանրապետական միջին ցուցանիշի՝ 74,1-ի, հետ: Բնակչության բնական աճի ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում մնացել է անփոփոխ՝ 5,4%-ի սահմաններում:

Հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքի 84-85%-ը բաժին է ընկել ՌԿՀ-ին, ինչը համադրելի է մայրաքաղաքային ցուցանիշի՝ 81-83%-ի, հետ: Մահացության ցուցանիշը 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում եղել է ցածր՝ 8,1-8,7‰, ինչը իրապես համադրելի է մայրաքաղաքային և հանրապետական ցուցանիշի՝ 8,17-8,6‰-ի, հետ:

Ճնշելիության մակարդակը այս ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության շրջանում և

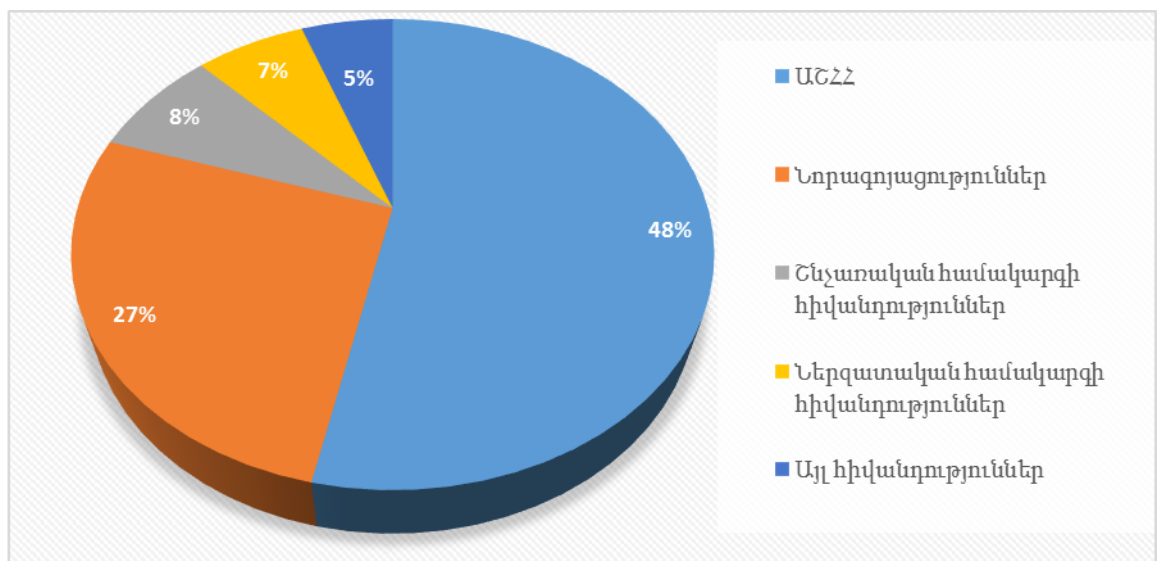
ամբողջությամբ երևան քաղաքում մշտապես գերազանցել է մահացությանը: Ծնելիության ցուցանիշը 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում տատանվել է 13,6-14,1%-ի սահմաններում (աղ.10):

Աղյուսակ 10

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության մահացության և ծնելիության ցուցանիշները (%) դիտարկյալ (n)

Տարեթիվ	Մահացություն		Ծնելիություն	
	(n)	(%)	(n)	(%)
2010	204	8,1	342	13,6
2011	218	8,1	369	13,7
2012	237	8,5	376	13,5
2013	244	8,6	389	13,7
2014	269	8,7	436	14,1

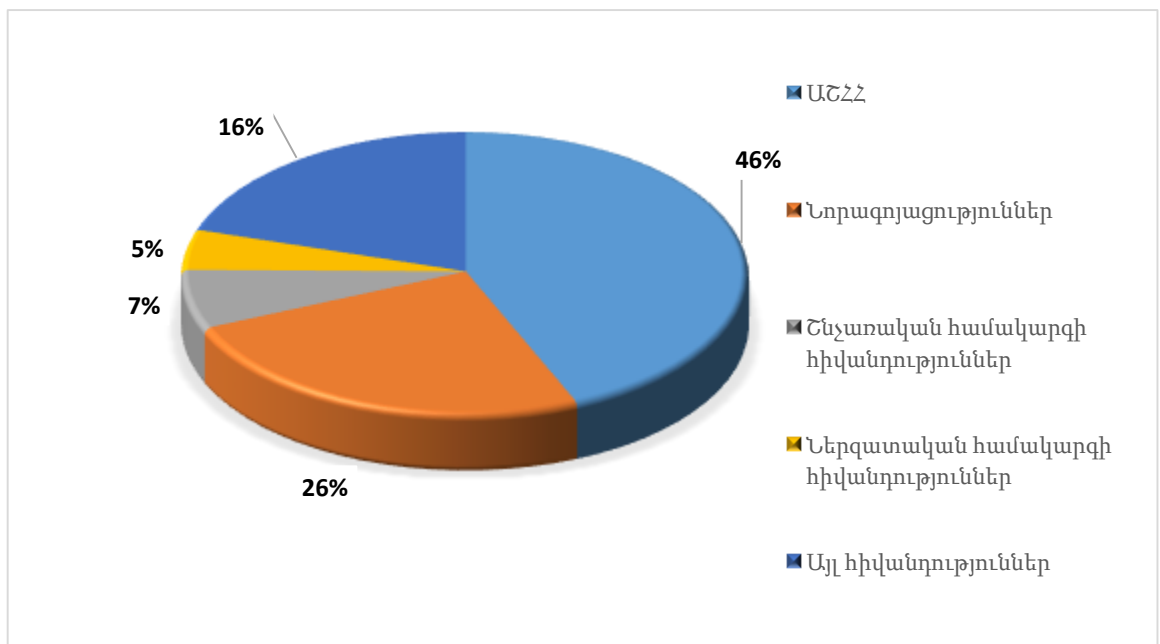
2010 թվականին «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության մահացության (n=204) հիմնական պատճառների կառուցվածքի 48%-ը (n=98) պայմանավորվել է ԱՇՀՀ-ով՝ ՍԻՅ, ՉԳ, անոթների աթերոսկլերոզով և այլն (գծ.1):



Գծապատկեր 1.2010թ. «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքը

Պետք է նշել, որ ԱՇՀՀ-ից մահացության 72%-ը (n=71) պայմանավորվել է ՍԻՅ-ով: Բուժօգնությունում 2010 թվականին հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքում մեծ տեղ են զբաղեցրել նորագոյացությունները՝ կառուցվածքի 27%-ը, շնչառական օրգանների ոչ սպեցիֆիկ

հիվանդությունները՝ 8%-ը, ներգատական համակարգի հիվանդությունները՝ 7%-ը: 2014 թվականին «Թիվ 22 պրլիկլիսիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների 46%-ը պայմանավորվել է ԱՇՀՀ-ով: Բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքում մեծ տեղ են զբաղեցրել նորագոյացությունները՝ կազմելով ընդհանուրի 26%-ը: Պետք է նշել, որ շնչառական համակարգի օրգանների հիվանդությունները կազմել են մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքի 7%-ը, իսկ ներգատական համակարգի հիվանդությունները՝ 5%-ը (գծ.2):



Գծապատկեր 2. 2014թ. «Թիվ 22 պրլիկլիսիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքը

Բնակչության առողջությունը բնութագրող կարևոր ցուցանիշներից են հիվանդացությունը և դրանով պայմանավորված հաշմանդամությունը: Պետք է նշել, որ 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում, «Թիվ 22 պրլիկլիսիկա» ՓԲԸ-ում բնակչության հավաքագրման աճին զուգահեռ, հավաքագրված բնակչության շրջանում արձանագրվել է հիվանդությունների գրանցման 27,7% աճ (աղ.11):

Աղյուսակ 11

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հիվանդությամբ զբաղվողների դինամիկան (n) և ցայտուևնությամբ ցուցանիշը՝ ըստ տարիքային խմբերի

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
18 տ. և քարձր	4681	100	4596	98	5837	124,7	6278	134	6491	138,6
15-17տ.	183	100	242	132	224	122	232	126	290	158,5
0-14տ.	3104	100	3373	107	3029	97,6	3075	99	3399	109,5
Ընդամենը	7968	100	8211	103	9030	114	9585	120	10180	127,7

Անհրաժեշտ է նշել, որ հավաքագրված բնակչության շրջանում ԱԾՅՅ-ի՝ ՍԻՅ, ՉԳ, անոթների արտոսկլերոզի և այլն, գրանցման դեպքերը 2014 թվականին, 2010 թվականի համեմատ, աճել են 30,7%-ով, ներգատական համակարգի փոփոխությունները՝ ՇԴ-ի, վահանաձև գեղձի դիսֆունկցիաները, 25%-ով, իսկ նորագոյացությունները՝ 33,6%-ով (աղ.12):

Աղյուսակ 12

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում առավել տարածված հիվանդությամբ զբաղվողների դինամիկան (n) և ցայտուևնությամբ ցուցանիշը (%)՝ ըստ հիվանդությամբ զբաղվողների հիմնական դասերի

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ՅՄԴ-10										
ԱԾՅՅ	808	100	873	108	1096	135,6	1037	128,3	1056	130,7
Ներգ.համ.հիվ.	549	100	542	98,7	585	106,6	641	116,7	686	125
Նորագոյաց.	369	100	383	103,8	501	135,8	492	133,3	493	133,6
Այլ հիվանդ.	6284	100	6498	103,4	6984	111	7415	118	7945	126,4
Ընդամենը	7968	100	8211	103	9090	114	9585	120	10180	127,7

Պետք է նշել, որ 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում, հիվանդությամբ զբաղվողների գրանցման դինամիկա աճիև գույանեռ, բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության մեծահասակների տարիքային խմբում ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշը աճել է 14%-ով: «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում

հավաքագրված բնակչության առաջնային կամ բուն հիվանդացության ցուցանիշը 2010–2014թթ.-ի ընթացքում նվազել է 3,2%-ով (աղ.13):

Աղյուսակ 13

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության դիստրիբյուցիան (%), և ցայտուևային ցուցանիշը (%)՝ ըստ տարիքային խմբերի

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)
0-14 տ.	573	100	525	91,6	465,5	80	465,4	80	487	85
15-17տ.	354	100	294,5	83	359	101,4	331	93,5	453	128
18 տ. և բարձր	123	100	106	81,5	129	99	140	108	136	104,8
Ընդամենը	216,2	100	194,7	90	202,8	94	210	97	209	96,8

Բուն հիվանդացության ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում բնակչության 0-14 տարեկանների խմբում նվազել է 15%-ով: Չարկ է նշել, որ հավաքագրված բնակչության 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության ցուցանիշի աճ 4,8%-ով, իսկ 15-17 տարեկանների խմբում՝ 28%-ով: Բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության դիստրիբյուցիան 2014 թվականին, 2010 թվականի համեմատ, ԱՇՀՀ-ից ցուցանիշը նվազել է 8%-ով: Տվյալ ժամանակահատվածում բուն հիվանդացության ցուցանիշը ներգաղթյալ համակարգի հիվանդություններից՝ ՇԴ-ից, վահանաձև գեղձի ֆունկցիոնալ խանգարումներից, աճել է 6%-ով, իսկ նորագոյացություններից՝ 9%-ով (աղ.14):

Աղյուսակ 14

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության դիստրիբյուցիան (%), և ցայտուևային ցուցանիշը (%)՝ ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)
ՅՄԴ-10										
ԱՇՀՀ	9,6	100	5,6	58	11,8	123	8,5	88	8,8	92
Ներգ.համ.հիվ.	4,1	100	3	72	3,5	85	4,3	104	4,4	106
Նորագոյաց.	3,3	100	2,7	83	4	120	4,3	105	3,6	109
Այլ հիվանդ.	199,2	100	183	92	183	92	193	96,8	193	97

2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում բուժօգնությունը հավաքագրված բնակչության մեծահասակների տարիքային խմբում առավել տարածված հիվանդացությունների գրանցման դեպքերը աճել են 38,6%-ով: Ընդ որում, ԱՇՀՀ-ը աճել են 29,3%-ով, ներգաղթյալ համակարգի հիվանդությունները՝ 24,2%-ով, իսկ նորագոյացությունները՝ 32,5%-ով (աղ.15):

Աղյուսակ 15

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում մեծահասակների խմբում առավել տարածված հիվանդությունների գրանցման դինամիկան (n) և ցայտուևնության ցուցանիշը (%)՝ ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի

Տարեթիվ ՀՄԴ-10	2010		2011		2012		2013		2014	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ԱՇՀՀ	804	100	873	108	1081	134	1019	126,7	1040	129,3
Ներգ.համ.հիվ.	517	100	470	91	536	103,7	582	112,6	642	124,2
Նորագոյաց.	363	100	370	101,2	489	134,7	474	130,6	481	132,5
Ընդամենը	4681	100	4596	98,2	5837	124,7	6278	134	6491	138,6

Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում մեծահասակների տարիքային խմբում ԱՇՀՀ-ից բուժն հիվանդացության ցուցանիշը բարձր է եղել՝ 2010 թվականին կազմելով 12%: Այն 2013-2014թթ.-ի ընթացքում նվազել է մինչև 10%: Հարկ է նշել, որ 2010-2014թթ.-ի ընթացքում ներգաղթյալ համակարգի հիվանդություններից բուժն հիվանդացության ցուցանիշը աճել է՝ 4,4-ից մինչև 5,1%: Նորագոյացություններով պայմանավորված հիվանդություններից բուժն հիվանդացության ցուցանիշը նույն ժամանակահատվածում մնացել է անփոփոխ՝ 4-4,1% սահմաններում (աղ.16):

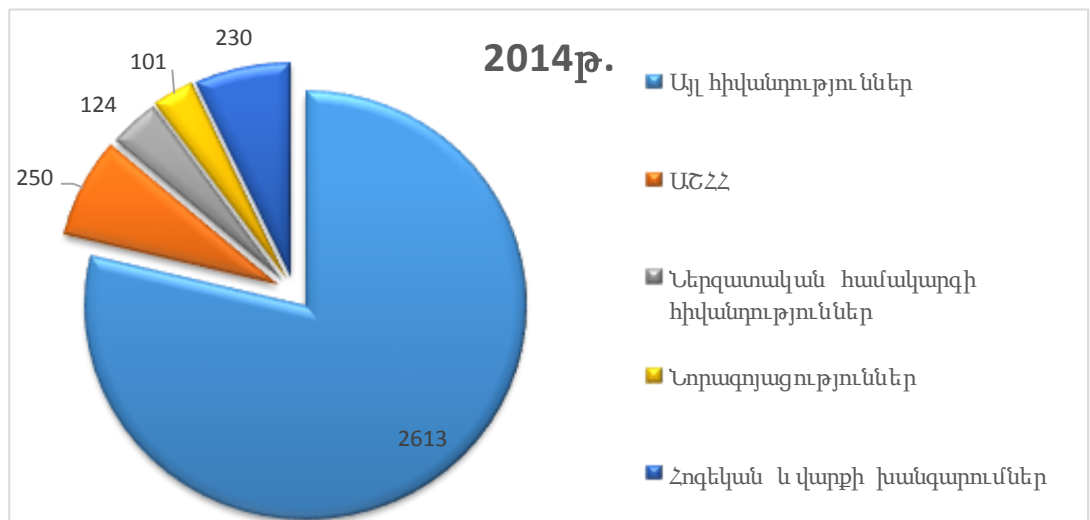
Աղյուսակ 16

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)
ՀՄԴ-10	100	12	104,6	12	131	14,6	96	10,5	104	10,2
Ներգ.համ.հիվ.	100	4,4	66	2,86	79	3,3	114	4,7	136	5,1

Նորագոյաց.	100	4	79	3,1	128	4,8	136	5	125	4,1
------------	-----	---	----	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում մեծահասակների տարիքային խմբում բուն հիվանդացության և դիստրոֆիայի հիմնական դասերի ցուցանիշները (%)`

Պետք է նշել, որ 2014 թվականին «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված մեծահասակ բնակչության բուն հիվանդացության կառուցվածքում ՈՎՅ-ից արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններին բաժին է ընկել 4,2%-ը (n=250), ներզատական համակարգի հիվանդություններին` 2,1% (n=124), իսկ նորագոյացություններին` 2% (n=101) (գծ.3):



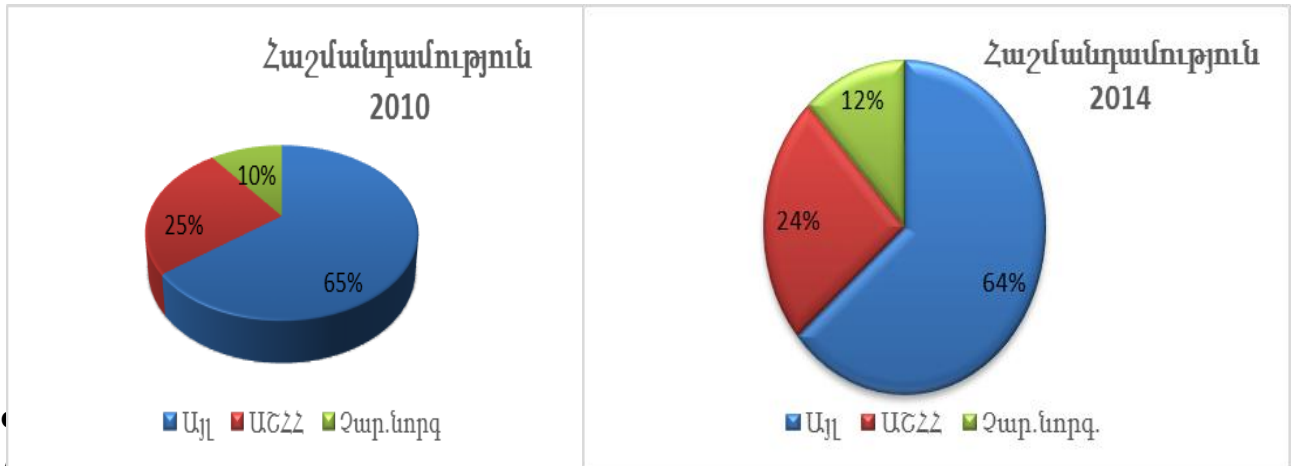
Գծապատկեր 3. 2014 թվականին «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված մեծահասակ բնակչության բուն հիվանդացության կառուցվածքը` ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի

ՈՎՅ-ից բուն հիվանդացության կառուցվածքում մեծ է նաև հոգեկան և վարքի խանգարումների բաժինը` այն կազմում է 4%-ը (n=230): Հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության կառուցվածքի մնացյալ 88%-ը զբաղեցրել են այլ հիվանդությունները, որտեղ գերակշռում են շնչառական համակարգի վարակիչ հիվանդություններն և այլ ախտահարումները:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է նաև բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող կարևոր ցուցանիշներից ևս մեկը` հաշմանդամության ցուցանիշը:

Այսպես, 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում բուն ժիաստատությունում հավաքագրված բնակչության առաջնային

հաշմանդամության հիմնական պատճառների կառուցվածքում 24-25%-ով առաջին տեղը զբաղեցրել են ԱՇՀՀ-ը, իսկ 10-12%-ով հիմնական պատճառների կառուցվածքի երկրորդ տեղում են եղել չարորակ նորագոյացությունները (գծ.4):



առաջնային հաշմանդամության կառուցվածքը

Հավաքագրված բնակչության առաջնային հաշմանդամության ցուցանիշը 2010 թվականին կազմել է 5,9‰: Այն նվազել և 2014 թվականին կազմել է 5,2‰: Հարկ է նշել, որ 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում բուժհաստատության հավաքագրված բնակչության առաջնային հաշմանդամության ցուցանիշն առավել հաճախահանդիպող հիվանդություններից եղել է կայուն (աղ.17):

Աղյուսակ 17

2010-2014 թթ. «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության առաջնային հաշմանդամության դիսաբիլիտետի ցուցանիշը (%) և ցայտունության ցուցանիշը (%)՝ ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի

Տարեթիվ	2010		2011		2012		2013		2014	
	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)	(%)	(‰)
ՅՄԴ-10										
ԱՇՀՀ	100	2,3	90	2	95	2	95	2	103	2
Չար.նորգ.	100	1	100	0,9	104	0,9	112	1	125	1
Ընդամենը	100	5,9	95	5,7	97	5,2	97	5,1	106	5,2

Ամփոփելով գրանցված ցուցանիշները՝ պետք է նշել, որ 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշները շատ չեն տարբերվել մայրաքաղաքային և հանրապետական ցուցանիշներից՝ ունեցել են դրական դինամիկա:

Այսպես, կյանքի սպասվող միջին տևողությունը 2010-2014թթ.-ին կազմել է 73,6 տարի, իսկ հանրապետական միջին ցուցանիշը կազմել է 74,1 տարի: Բնակչության բնական աճի ցուցանիշը եղել է անփոփոխ՝ 5,4%-ի սահմաններում: Ծնելիություն մակարդակը միշտ գերազանցել է մահացությանը՝ 2010 թվականին կազմելով 13,6‰, իսկ 2014 թվականին՝ 14,1‰: Մահացության ցուցանիշը եղել է ցածր՝ 2010 թվականին արձանագրած 8,1‰-ից 2014 թվականին դարձավ 8,7‰: Մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքի 84-85%-ը զբաղեցրել են ՈՎՅ-ը, ինչը համահունչ է մայրաքաղաքի և հանրապետական տվյալների հետ: Ընդ որում, 2010 թվականին մահացության հիմնական պատճառների 47,8%-ը պայմանավորված է եղել ԱՇՅՅ-ով, 27%-ը՝ նորագոյացություններով, 8%-ը՝ շնչառական համակարգի ախտահարումներով, 7%-ը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններով: Պետք է նշել, որ 2014 թվականին բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության մահացության հիմնական պատճառների 46%-ը պայմանավորվել է ԱՇՅՅ-ով, 26%-ը՝ նորագոյացություններով, 5%-ը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններով, իսկ 7%-ը՝ շնչառական օրգանների ախտահարումներով: Ուսումնասիրության արդյունքում, պարզվել է, որ 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության 18տ. և բարձր տարիքային խմբում ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշը աճել է 14%-ով: Հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության ցուցանիշը 2010–2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում նվազել է 3,2%-ով: Բուն հիվանդացության ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում բնակչության 0-14 տարեկանների խմբում նվազել է 15%-ով: Սակայն 18տ. և բարձր տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության ցուցանիշի աճ 4,8%-ով, իսկ 15-17 տարեկանների

խմբում՝ 28%-ով: 2014 թվականին հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում են ՌՎՅ-ից արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները: Առաջնային հիվանդացության կառուցվածքում մեծ է նաև հոգեկան և վարքի խանգարումների, ներզատական համակարգի և նորագոյացություններով պայմանավորված հիվանդությունների մասնաբաժինը: Մասնավորապես, ԱՇՀՀ-ից հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության ցուցանիշը նվազել է 8%-ով: Ներզատական համակարգի հիվանդություններից բուն հիվանդացության ցուցանիշը աճել է 6%-ով, իսկ նորագոյացություններից՝ 9%-ով: Բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության մեծահասակների տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության ցուցանիշի աճ 4,8%-ով: Մեծահասակների տարիքային խմբում ԱՇՀՀ-ից բուն հիվանդացության ցուցանիշը կազմել է 12%: Այդ ցուցանիշը 2013-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում նվազել է մինչև 10%: Հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության ցուցանիշը ներզատական համակարգի հիվանդություններից աճել է 4,4%-ից մինչև 5,1%, իսկ նորագոյացություններից ցուցանիշը մնացել է անփոփոխ՝ 4,1%-ի սահմաններում: Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության առաջնային հաշմանդամության ցուցանիշը նվազել է 5,9-ից մինչև 5,2%:

Առաջնային հաշմանդամության հիմնական պատճառների կառուցվածքում 2010 թվականին 24%-ը, իսկ 2014 թվականին 25%-ը պայմանավորվել են ԱՇՀՀ-ով: Չարորակ նորագոյացություններով պայմանավորվել է առաջնային հաշմանդամության կառուցվածքի 10-12%-ը:

Այսպիսով, հետազոտված բնակչության հիվանդացության ցուցանիշները և հաշմանդամության առկա մակարդակը հիմնավորում են առողջապահության համակարգում՝ ԱԱՊ օղակում, ՌՎՅ-ի կանխարգելման նոր միջոցառումների մշակման ու ներդրման անհրաժեշտությունը, որի հիմքում անհրաժեշտ է դիտարկել ՌՎՅ-ի

կանխարգելման առավել արդյունավետ կազմակերպչական մոտեցումներն ու իրականացման մեխանիզմները:

3.2 Հետազոտված բնակչության շրջանում ոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը

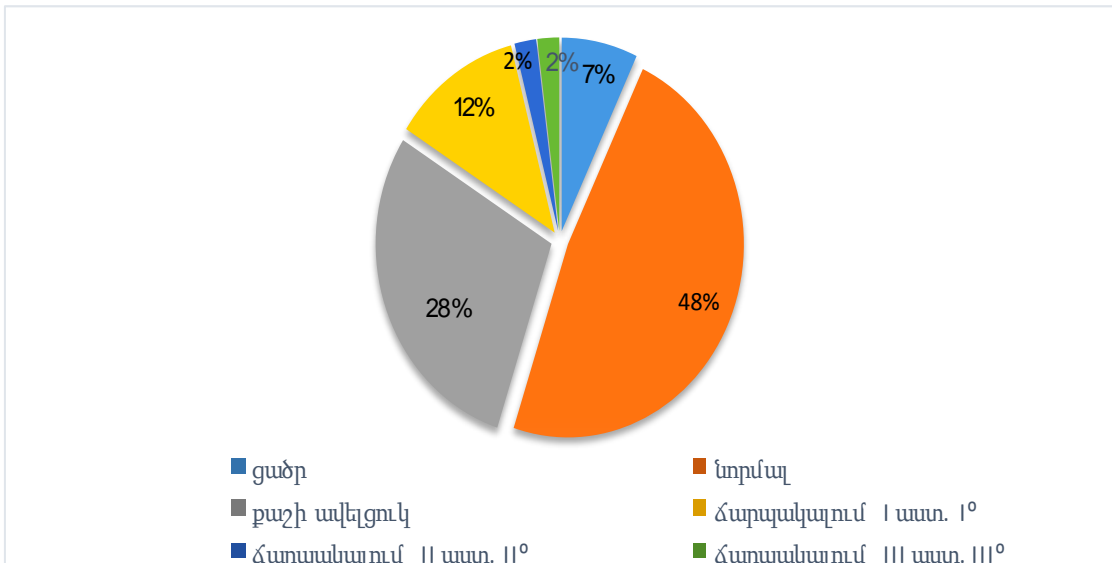
Ըստ ԱՀԿ տվյալների, մարդու առողջության վրա ազդում են մի շարք գործոններ: Մասնավորապես, մեծ ազդեցություն ունի անհատի ապրելակերպը: Այդ իսկ պատճառով, նպատակ ունենալով ստանալ ՈՎՐ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոնների տարածվածության իրական պատկերը՝ «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության շրջանում հետազոտական աշխատանքների շրջանակներում իրականացվել է սոցիոլոգիական հարցում:

Այսպես, հետազոտական աշխատանքի շրջանակներում մեր կողմից ուսումնասիրվել են ՈՎՐ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և առողջ կենսակերպի վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության մակարդակը, ինչպես նաև հավաքագրվել են առկամի շարք բարոյահոգեբանական գործոնների՝ կոնֆլիկտների հաճախականության, աշխատանքային միջավայրից և ընտանեկան մթնոլորտից բավարարվածության վերաբերյալ տվյալները: Հարցմանը մասնակցել են տարբեր տարիքի և սոցիալական շերտերի պատկանելիությամբ «Թիվ 22 պուլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված 529 բնակիչ: Հարցման մասնակիցների 54%-ը 18-39 տարեկանների տարիքային խմբից է, 29%-ը՝ 40-60 տարեկանների, իսկ 16%-ը՝ 60 տարեկան և բարձր տարիքային խմբից: Արական սեռի ներկայացուցիչները կազմել են հարցվածների 36%-ը:

Հարցման մասնակիցները պատասխանել են իրենց բուժիաստատության դիմելու պատճառների և հաճախականության վերաբերյալ հարցերին: Ըստ սոցիոլոգիական հարցման

տվյալների, բնակչության դիմելիության պատճառների վերլուծության, հաճախումների միայն 5%-ն է կանխարգելման նպատակով, մնացյալ 95%-ը՝ այլ կապակցությամբ (բուժական, դեղորայքի, փաստաթղթերի ստացման և այլն): Տարվա ընթացքում 1-2 հաճախում բուժական նպատակով կատարել է հարցվածների 33%-ը, 3 և ավել անգամ՝ 36%-ը: Հարցվածների մնացյալ 31%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը:

Միսլ սննդակարգը հանդիսանում է ՌԿՀ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոն: Ըստ ստացված տվյալների, հարցվածների 52%-ը ունեցել է մարմնի ՄՁՑ-ի նորմայի խախտումներ: Նորմայի խախտումներն առավել տարածված են եղել կանանց շրջանում՝ 340-ից 239-ի մոտ: Հարցման մասնակիցների շրջանում 29%-ը ունեցել է քաշի ավելցուկ, 7%-ը՝ քաշի պակաս, իսկ 16%-ը՝ տարբեր աստիճանի ճարպակալում (գծ.5):



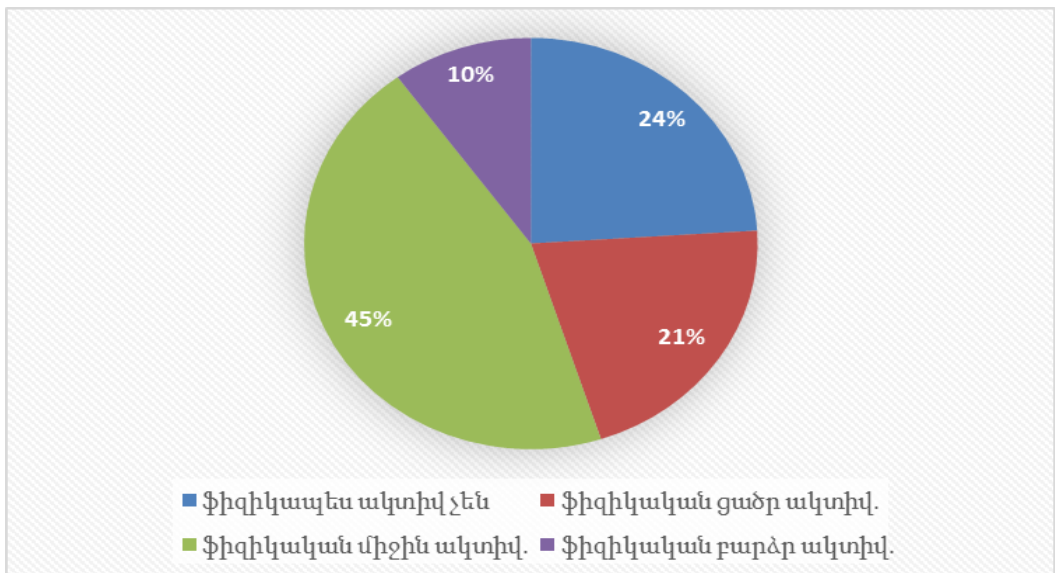
Գծապատկեր 5. Քաշի խտման ըստ մարմնի ՄՁՑ-ի

Սննդակարգի գնահատման ժամանակ պարզվել է, որ հարցման մասնակիցների 50%-ը սնվում է օրական 3-4 անգամ, 46%-ը՝ 1-2 անգամ, իսկ 4%-ը՝ 5-6 անգամ: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ հարցվածների շրջանում մսի օգտագործումը գերազանցում է ձկան կամ թրչնամսի սպառմանը: Ընդ որում,

յուրաքանչյուր օր 150գ միս սպառում է հարցվածների 14%-ը, իսկ ձուկ կամ թռչնամիս՝ 3%-ը: Շաբաթը 2, 3 օր միս օգտագործում է հարցման մասնակիցների 20%-ը, իսկ ձուկ կամ թռչնամիս՝ 7%-ը: Յարգվածների 4%-ը միս, իսկ 21%-ը ձկնամթերք ընդհանրապես չեն օգտագործում: Կաթնամթերքի բավարար քանակ ամեն օր սպառում է մասնակիցների 40%-ը: Ընդ որում, 3,2% յուղայնությամբ կաթնամթերք նախընտրում է մասնակիցների 23%-ը, 3,2%-ից ցածր՝ 30%-ը, իսկ 3,2%-ից բարձր՝ 15%-ը: Օրական 200-300գ միրգ և բանջարեղեն առկա է մասնակիցների միայն 48%-ի ճաշացանկում: Սննդի մեկ չափաբաժնում 100գ միրգ օգտագործում է հարցվածների 28%-ը, իսկ բանջարեղեն՝ 35%-ը: Ամեն օր 300գ և ավելի հացաբուլկեղեն սպառում է մասնակիցների 86%-ը: Սննդի պատրաստման մեջ միայն բուսայուղ օգտագործում է հարցվածների 32%-ը, միայն կարագ՝ 7%-ը, իսկ բոլոր յուղատեսակներից/կարագ, բուսայուղ և այլ/՝ 52%-ը:

ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոններից է նաև հիպոդիսլիպեմիան՝ ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը: Ըստ հարցման ժամանակ \$Ա մակարդակի գնահատման, պարզվել է, որ մասնակիցների 24%-ը ֆիզիկապես ակտիվ չէ՝ աշխատանքում նստակյաց է, օրվա մեջ քայլում է մինչև 30 րոպե (13%), և ֆիզիկական ակտիվությունը բացակայում է նաև աշխատանքից ազատ ժամանակ (11%) (գծ.6):

Ֆիզիկական ցածր ակտիվության խմբում է հարցվածների 21%-ը՝ ովքեր աշխատատեղում նստակյաց են, քայլում են 30-ից մինչև 60 րոպե (13%) և ֆիզիկական ակտիվություն չեն դրսևորում աշխատանքից նույնիսկ ազատ ժամանակ (8%):

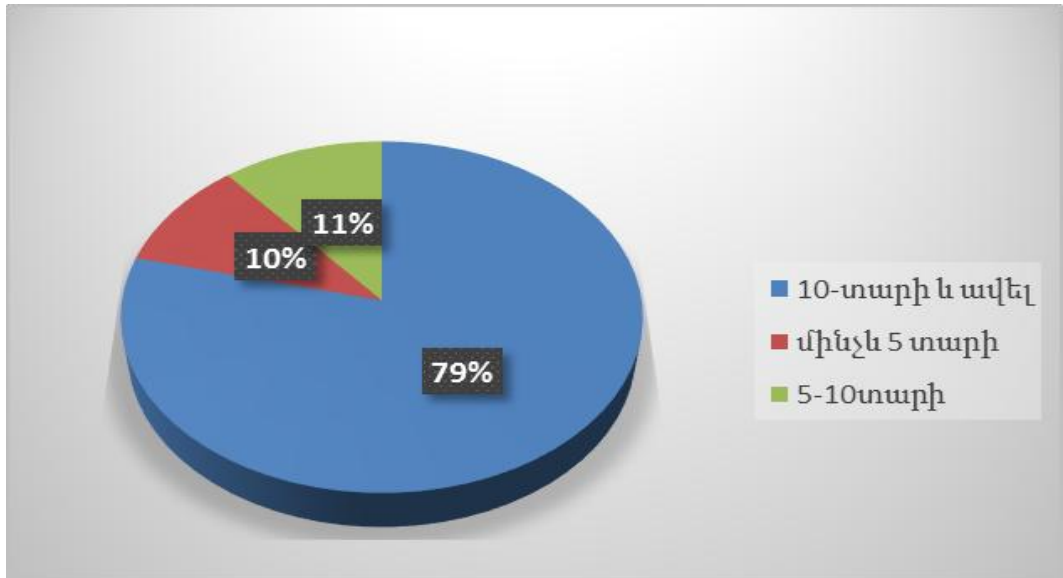


Գծապատկեր 6. Սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցների բաշխումն՝ ըստ \$Ա

Ֆիզիկական միջին ակտիվության խմբում է հարցվածների 45%-ը, ովքեր, իրենց աշխատանքի բնույթից ելնելով, օրվա ընթացքում 60-ից մինչև 90 րոպե քայլում են (21%) կամ աշխատատեղում կատարում են միջին ծանրության ֆիզիկական աշխատանք (5%), կամ աշխատանքից ազատ ժամանակ շաբաթվա ընթացքում 1-4 օր զբաղված են ֆիզիկական ակտիվ գործունեությամբ (19%): Ֆիզիկական բարձր ակտիվության խմբում մասնակիցների 10%-ն է, ովքեր զբաղված են ծանր ֆիզիկական աշխատանքով (8%) կամ աշխատանքի ժամանակ քայլում են 90 րոպե և ավել, կամ աշխատանքից ազատ ժամանակ շաբաթական 5 օր և ավել զբաղված են ֆիզիկական մարմնամարզությամբ (2%):

Պետք է նշել, որ ֆիզիկական որոշակի ծանրաբեռնվածության ժամանակ մարդու օրգանիզմում առկա կամ դեռ գաղտնի պարօլոգիաները՝ մասնավորապես, սիրտ-անոթային համակարգի ախտահարումներն, ի հայտ են գալիս՝ կլինիկական տարբեր դրսևորմամբ: «Ի՞նչ հաճախականությամբ է, 20-30 րոպե տևողությամբ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության դեպքում, Ձեզ մոտ առաջանում շնչահեղձություն կամ սառը քրտինք» հարցին, մասնակիցների 41%-ը (n=216) նշել է, որ ունեցել է նման գանգատներ: Ընդ որում, օրը մեկ և ավելի անգամ ունեցել է մասնակիցների 20%-ը (n=107), շաբաթական 2,3 անգամ՝ 8%-ը (n=41), իսկ ամսական բազմիցս՝ 13%-ը (n=68): Հարցման մասնակիցների ընդամենը 1%-ն է նշել, որ հիվանդության պատճառով որևէ ֆիզիկական աշխատանք չի կարողանում կատարել: Բնակիչների կենսակերպն առավել ամբողջական վերլուծելու և գնահատելու նպատակով ուսումնասիրվել է հարցման մասնակիցների հեռուստացույցի կամ համակարգչի առջև անցկացված ժամանակը: Ըստ հարցման տվյալների՝ պարզվել է, որ օրը մինչև 1 ժամ հեռուստացույցի կամ համակարգչի առաջ անց է կացնում հարցման մասնակիցների 15%-ը, 2-4 ժամ՝ 38%-ը, իսկ 4 և ավել ժամ՝ 33%-ը:

Չարկ է նշել, որ ՌՎՅ-ի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնն համարվող ծխախոտամուկ ու թյունը գրանցվել է միայն արական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում: Չատկանշական է, որ ծխողները (n=165) կազմել են արական սեռի ներկայացուցիչների գրեթե 86%-ը: Ստացված տվյալներից պարզվել է, որ մինչև 5 տարի ծխողների տեսակարար կշիռը 10% է, 5-10 տարի ծխողներինը՝ 11%, իսկ 10-20 տարի և ավել ծխողներինը՝ 79% է (գծ.7):



Գծապատկեր 7. Սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցների բաշխումն՝ ըստ ծխելու տևողության

Չետազոտող ունից պարզ է դարձել, որ ծխողների 36%-ը ցանկացել է ազատվել ծխելու սովորություններից, իսկ 18%-ը՝ երբևիցե չի ցանկացել: Չարցվածների 46%-ը դժվարացել է պատասխանել նշված հարցադրմանը:

Ալկոհոլի չարաչափումները գրանցվել են հարցմանը մասնակցած արական սեռի (n=190) ներկայացուցիչներից 26%-ի (n=49) մոտ:

Պետք է նշել, որ սեփական զարկերակային ճնշման տվյալների վերաբերյալ իրազեկվածության ու սուբնասիրության ժամանակ հարցվածների 31%-ը (n=164) նշել է 24-ն առկայության, 9%-ը՝ հիպոտոնիայի, իսկ 48%-ը՝ զարկերակային ճնշման շեղումներ չունենալու մասին: Չարցվածների 12%-ը դժվարացել է պատասխանել սեփական զարկերակային ճնշման տվյալների իրազեկվածության վերաբերյալ հարցադրմանը:

Չետազոտողան արդյունքում պարզ է դարձել, որ 24-ը ավելի տարածված է իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում:

Մասնավորապես, իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում (n=338) 29 ունեցողները կազմել են (n=113) 33,4%: 29-ն տարածվածությամբ արական սեռի շրջանում (n=191) կազմել է 26,7% (n=51): Վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում արյան զարկերակային ճնշման կարգավորման համար դեղորայք օգտագործել է մասնակիցների 23%-ը (n=121): Պետք է նշել, որ զարկերակային ճնշման կարգավորման համար դեղորայքի օգտագործման առումով, իգական սեռը ավելի ուշադիր և պարտաճանաչ է: Մասնավորապես, վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում զարկերակային ճնշման կարգավորման համար դեղորայք օգտագործողների 69%-ը (n=84) իգական, իսկ 31%-ը (n=37) արական սեռի ներկայացուցիչներն են: 29 ունեցող արական սեռի ներկայացուցիչներից (n=51) դեղորայք նշված ժամանակահատվածում ընդունել է 45%-ը (n=23), իսկ 29 ունեցող իգական սեռի ներկայացուցիչներից (n=113)՝ 52%-ը (n=59):

Ըստ հարցման տվյալների՝ հարցվածների արական սեռի ներկայացուցիչները՝ 40 տարեկան և բարձր տարիքի (n=120), ուրոլոգիական խորհրդատվություն կամ հետազոտություն երբևէ չեն անցել: Հետազոտության մասնակցած իգական սեռի ներկայացուցիչներից 28,5%-ին՝ 40 տարեկան և բարձր տարիքի (n=150) կանանց, ցուցված է մամոգրաֆիկ հետազոտությունը: Սակայն մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցել է 56 կին՝ հետազոտման ենթակա կանանցից 37%-ը: Հարցվածների 63%-ը տեղեկացված չի եղել և երբևիցե չի հետազոտվել:

Մարդու առողջության վրա մեծ ազդեցություն ունեն բարոյահոգեբանական գործոնները՝ կոնֆլիկտները, ընտանեկան բարդ մթնոլորտն ու աշխատանքային անառողջ միջավայրը, ինչպես նաև սթրեսային իրավիճակները: Տվյալ պարագայում, կարևորվում են նշված իրավիճակներից դուրս գալ ու ուղիների կամ միջոցների ընտրման հարցերը:

Այսպես, հարցման ժամանակ պարզ է դարձել, որ կոնֆլիկտներն առավել տարածված են տղամարդկանց շրջանում՝ տղամարդկանց 67%-ի մոտ, որոնց 58%-ը ամեն օր կամ շաբաթը 2-3 անգամ ունենում է տարբեր կոնֆլիկտային իրավիճակներ: Մասնակիցների ընդհանուր հոգեբանական վիճակը գնահատելիս՝ կարևորվել է աշխատանքային

մթնոլորտն ևս: Մասնավորապես, աշխատանքային մթնոլորտից միանգամայն գոհ է հարցվածների 22%-ը, դժգոհ է հարցվածների 44%-ը: Հարցվածների 34%-ը հարցադրմանը դժվարացել է պատասխանել: Հարցման տվյալներից պարզվել է, որ ընտանեկան հարաբերություններից միանգամայն գոհ է հարցման մասնակիցների 50%-ը, բացարձակ դժգոհ է՝ 3%-ը, մասամբ դժգոհ՝ 45%-ը: Հարցվածների 2%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը: Հետազոտության ընթացքում պարզվել է, որ սթրեսային իրավիճակից դուրս գալու միջոցների թվում ֆիզիկական աշխատանքը որպես միջոց նշել է հարցվածների 15%-ը, երաժշտությունը՝ 26%-ը, սնվելը՝ 8%, ակտիվությունը՝ 4%-ը, դեղորայքը՝ 9%-ը, ծխախոտը՝ 17%-ը: Հարցվածների 21%-ը սթրեսից դուրս է գալիս՝ օգտագործելով տարբեր, այդ թվում՝ նաև նշված, միջոցների համակցումը:

ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների վերաբերյալ իրականացվող լուսավորչական աշխատանքը համարվում է ԱԱՊ օղակի հիմնական գործառույթներից մեկը: ԱԱՊ օղակի աշխատանքի այդ բաղադրիչը նպաստում է բնակչության շրջանում հիվանդությունների առաջացման ռիսկերի վերաբերյալ իրազեկվածության պատշաճ մակարդակի պահպանմանը: Ուստի, հետազոտական աշխատանքների շրջանակներում, պարզվել է նաև հարցվածների տեղեկացվածության մակարդակն ու սկզբնաղբյուրը:

Այսպես, պարզվել է, որ ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ խորհուրդ պուլիկլինիկայի բժշկի կողմից ստացել է մասնակիցների 37%-ը, ընտանիքի անդամներից և այլ կազմակերպությունների բժիշկներից՝ 20%-ը: Հարցվածների 42%-ը նշել է, որ \$Ա-ը կարգավորելու վերաբերյալ որևիցե մեկից խորհուրդ չի ստացել:

Սննդակարգի շտկման վերաբերյալ խորհուրդներ պուլիկլինիկայի բժիշկներից ստացել է մասնակիցների 41%-ը, ընտանիքի անդամներից՝ 16%-ը, այլ անձանցից՝ 11%-ը: Հարցվածների 30%-ը նշել է, որ սննդակարգը կանոնակարգելու վերաբերյալ խորհուրդ որևիցե մեկից չի ստացել:

Պատք է նշել, որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում սննդակարգն ու ֆիզիկական ակտիվությունը շտկելու փորձեր կատարել է հարցվածների 91%-ը, որից 57%-ը իր կենսակերպը փորձել է շտկել միայն սննդակարգի կարգավորման, իսկ 34%-ը՝ սննդակարգը շտկել ու և ֆիզիկական ակտիվության ավելացման միջոցով:

Ծխելու վնասակար ազդեցության և երբևէ չծխելու վերաբերյալ տեղամասային բժշկի կողմից խորհրդատվություն ստացել է հարցվածների 24%-ը, այլ բժշկական կազմակերպությունների բժիշկների կողմից՝ 1%-ը, ընտանիքի անդամներից՝ 13%-ը: Հարցման մասնակիցների 24%-ը երբևէ չծխելու խորհուրդ չի ստացել: Հարցվածների 38%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը:

Չարկերակային ճնշման տվյալների վերաբերյալ իրազեկվածությունն ուսումնասիրելիս՝ պարզվել է, որ հարցվածների 31%-ը տեղեկացվել է բժիշկներից իր արյան բարձր ճնշում ունենալու և վերջինի վտանգավորության մասին: Հարցվածների 62%-ին երբևիցե այդ մասին որևէ մեկը չի տեղեկացրել: Հարցվածների 7%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը:

Արյան մեջ խլեթերիների բարձր մակարդակը նույնպես կարևոր ռիսկի գործոն է ՌՎՀ-ի առաջացման համար: Միայն հարցվածների 23%-ն է տեղյակ եղել խլեթերիների մակարդակին հետևելու անհրաժեշտության մասին և անցել է տվյալ հետազոտությունը, որոնց կեսի մոտ՝ 11,5%-ի, խլեթերիների մակարդակը գերազանցել է նորման՝ բարձր է եղել 5,2 մմոլ/լ-ից:

Այսպիսով, ըստ հետազոտության արդյունքների, Երևանի «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ հավաքագրված բնակչության հաճախումների պատճառների միայն 5%-ն է կանխարգելման նպատակով: Կատարված հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ մասնակիցների 52%-ն ունի ՌՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից առավելագույն երկուսը: Հարցվածների շրջանում ՌՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից գերակշռում են սխալ սննդակարգը և հիպոդինամիան: Արական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առավել տարածված է ծխախոտամոլությունը՝ գրանցվել է տղամարդկանց 86%-ի, կոնֆլիկտայնությունը՝ 67%-ի և ՉԳ-ը՝ 26,7%-ի շրջանում: Իգական

սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առավել տարածված է ավելցուկ քաշը և 29-ը: Ավելցուկ քաշը գրանցվել է իգական սեռի ներկայացուցիչների 67%-ի (n=229), իսկ 29-ը՝ 33,4%-ի շրջանում: Չարկերակայ ին ճնշման կարգավորման համար դեղորայքի կիրառման գործում իգական սեռը ավելի ուշադիր և պարտաճանաչ է: Մասնավորապես, վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում զարկերակայ ի ճնշման կարգավորման համար դեղորայք օգտագործողների 69%-ը (n=84) իգական, իսկ 31%-ը (n=37)՝ արական սեռի ներկայացուցիչներ են: Պետք է նշել, որ 29 ունեցող արական սեռի ներկայացուցիչներից (n=51) դեղորայք ընդունել է 45%-ը (n=23), իսկ 29 ունեցող իգական սեռի ներկայացուցիչներից (n=113)՝ 52%-ը (n=59): Մտահոգիչ է հետազոտված բնակչության շրջանում ՌՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և առողջ կենսակերպի վերաբերյալ իրազեկվածության ցածր (50%) մակարդակը:

3.3 Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված գործունեության վերլուծությունը

Հանրային առողջության պահպանման և ամրապնդման գործում մեծ դերակատարում ունի հիվանդությունների առաջնային կանխարգելիչ միջոցառումների համակարգը: Տվյալ պարագայում, շատ է կարևորվում առաջնային օղակի բուժաշխատողների դերը հանրային առողջության պահպանման, այդ թվում՝ առողջ ապրելակերպի ձևավորման, գործում: Բուժկանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության ապահովման համար կարևորվում է առողջության վրա բացասական ազդեցություն ունեցող հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնների կանխարգելման վերաբերյալ բնակչության իրազեկման մակարդակի բարձրացումը: ՌՎՀ-ի կանխարգելման բարձր որակ ապահովելու համար կարևորվում են ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների մասնագիտական պատրաստվածության, ինչպես նաև բուժհաստատության նյութատեխնիկական հագեցվածության անհրաժեշտ մակարդակի ապահովումն ու իրականացվող աշխատանքների հմուտ կազմակերպումը: Ուստի, հետազոտության կարևոր մաս է կազմել ԱԱՊ օղակում ՌՎՀ-ի կանխարգելման

աշխատանքների վերաբերյալ «Թիվ 22 պլիկլիկա» ՓԲԸ բուժաշխատողների կարծիքի ուսումնասիրությունը: Մասնավորապես, հաստատության բուժաշխատողների կարծիքը ՌԿՅ-ի կանխարգելման վերաբերյալ ուսումնասիրվել է պլիկլիկայի 108 բուժաշխատողների շրջանում իրականացված սոցիոլոգիական հարցման միջոցով: Հարցման մասնակիցների 22%-ը տեղամասային թերապևտ է, 29%-ը՝ նեղ մասնագետ, իսկ 49%-ը՝ բուժքույր: Հարցվածների 4%-ը ունեցել է մինչև 5 տարի աշխատանքային փորձ, 18,5%-ը՝ 6-10 տարի, իսկ 77,5%-ը՝ 10 տարի և ավել:

Հարցման համար կազմված հարցաթերթում ընդգրկվել են հիվանդությունների կանխարգելման աշխատանքների կազմակերպման և մեթոդաբանության, ինչպես նաև մասնագիտական մոտեցումների վերաբերյալ հարցեր:

Այսպես, ըստ «Թիվ 22 պլիկլիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության դիսպանսեր հսկողության տվյալների, հարցման մասնակիցների 16%-ն իր տեղամասում հավաքագրված բնակչության դիսպանսերի զացիայի մակարդակը գնահատել է բարձր (150 և ավել դիսպանսեր հսկողության հիվանդ), 51%-ը՝ միջին (100-150 դիսպանսեր հիվանդ), իսկ 33%-ը՝ ցածր (մինչև 100 դիսպանսեր հիվանդ):

Հարկ է նշել, որ հաստատության բուժաշխատողների 97%-ը կարևորել է առաջնային օղակում կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումը և նշել, որ անհրաժեշտ է կանխարգելման նոր կազմակերպչական լուծումներ գտնել, ինչը կնպաստի ՌԿՅ-ի կանխարգելման առջև ծառայած խնդիրների լուծմանը: Հարցվածների 1%-ը ԱԱՊ օղակում անցկացվող կանխարգելման աշխատանքներին տվել է երկրորդային կարևորություն: Բուժաշխատողների 2%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը:

Ճիշտ է հաստատության բուժաշխատողների մեծամասնությունը կարևորել է առողջ ապրելակերպի քարոզչության դերը ՌԿՅ-ի կանխարգելման գործում, սակայն հետազոտության արդյունքները փաստել են, որ դեռևս խնդրահարույց է «մասնագիտացված» կանխարգելման՝ վնասակար սովորությունների շտկման, հիգիենիկ դաստիարակման, առողջ ապրելակերպի շարժառիթների ձևավորման և

«կանոններ»-ին հետևելու շարունակական աշխատանքների, պատշաճ մակարդակի ապահովումը:

Այսպես, համապատասխան սննդակարգ կարողացել է կազմել բժիշկների՝ թերապևտների և նեղ մասնագետների, 36%-ը: Ընդ որում, սննդի ընդունման հաճախականությանը ուղարկվող ռեզիպեները բժիշկների 47%-ը, սննդի էներգետիկ բալանսավորվածությանը (1-1-4 հարաբերակցություն)՝ 28%-ը, էներգետիկ համապատասխանությանը՝ 16%-ը: Հարցման մասնակիցների 9%-ը սննդակարգի հետ կապված հարցադրումներին դժվարացել է պատասխանել:

Սթրեսային իրավիճակներից դուրս գալու համար բուժանձնակազմի 14%-ը խորհուրդ է տվել իրենց պացիենտներին ևսել երաժշտություն, 16%-ը՝ շփում ընկերների հետ, 19%-ը՝ շփում բնության հետ, 9%-ը՝ սպորտային խմբակի հաճախում և ընդամենը 5%-ը՝ զբաղվել մարմնամարզությամբ: Հարցվածների 37%-ը սթրեսային իրավիճակների հաղթահարման համար խորհուրդներին աշխատանքի ժամանակ երբևիցե չի էլ անդրադարձել:

Օրվա ընթացքում աշխատանքի և հանգստի կազմակերպման վերաբերյալ խորհուրդներ է տվել բժիշկների 59%-ը, իսկ 38%-ը դժվարացել է պատասխանել: Հարցվածների 3%-ը նշել է, որ երբևե չի էլ անդրադարձել այդ հարցերին:

Մարմնամարզությամբ զբաղվելու և օրգանիզմը կոփելու վերաբերյալ խորհուրդներ է տվել բուժանձնակազմի 64%-ը, ընդհանրապես ՖԱ վերաբերյալ հարցերին չի էլ անդրադարձել՝ 12%-ը, իսկ մասնակիցների 24%-ը դժվարացել է պատասխանել: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ կախված հիվանդությունից, համապատասխան ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ խորհուրդներ կարողացել է տալ բժիշկների 69%-ը, իսկ 31%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը:

Հարկ է նշել, որ ակոհոլը սահմանափակելու խորհուրդ բոլորին տվել է բուժանձնակազմի 33%-ը, կախված հիվանդությունից՝ 32%-ը: Ակոհոլի չարաչափմանն ընդհանրապես չի անդրադարձել հարցվածների 34%-ը:

Չաշվի առնելով ծխախոտամուկության վնասակարությունը՝ բուկորին խորհուրդ է տվել ծխախոտից հրաժարվել բուժանձնակազմի 52%-ը, հիվանդությաննից կախված՝ 14%-ը, խորհուրդ չի տվել՝ 2%-ը, իսկ դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը՝ 32%-ը:

Չաշվի առնելով մեր հասարակությունում ինքնաբուժության մշակույթի լայն տարածումը՝ շատ կարևոր է արժևորել բուժաշխատողի դերն այդ արատավոր երևույթի կանխարգելման գործում: Մասնավորապես, ինքնաբուժության վնասակարությանն անդրադարձել է հարցվածների 70%-ը, կախված հիվանդությունից՝ 9%-ը, չի քննարկել այն՝ 8%-ը, իսկ հարցադրմանը դժվարացել է պատասխանել սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցների 13%-ը:

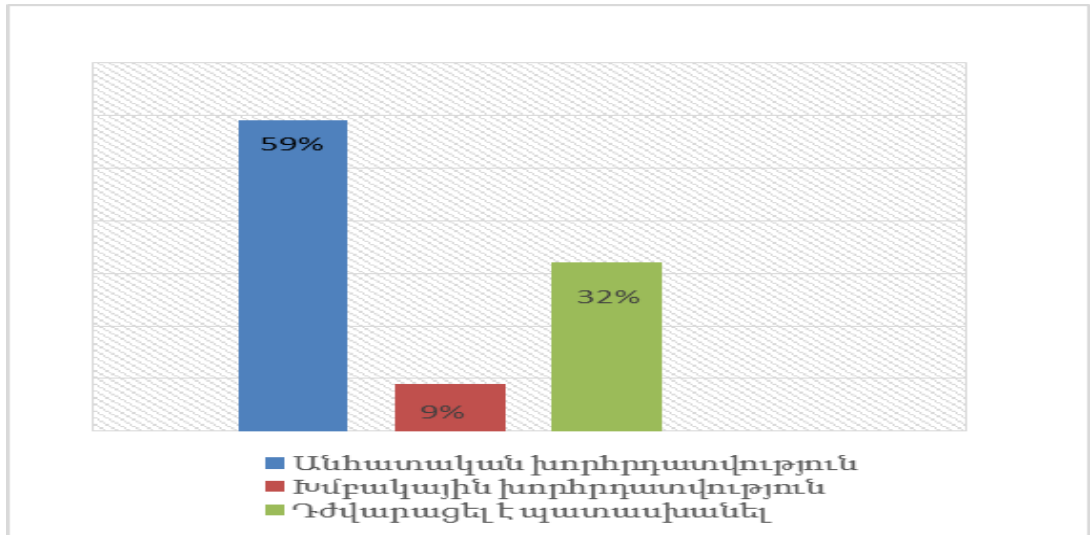
Չարցման մասնակցած բուժաշխատողների 25%-ն իբրև շրջակա միջավայրի վնասակար ազդեցությունը նվազեցնելու միջոց հիվանդներին խորհուրդ է տվել էկոլոգիապես մաքուր սննդամթերքի օգտագործումը, 9%-ը՝ վիտամինների ընդունումը, 2%-ը՝ հեռուստացույցից և/կամ համակարգչից օգտվելու սահմանափակումը, 1%-ը՝ ջրի ֆիլտրացումը, 1%-ը՝ հակաօքսիդանտների ընդունումը և 4%-ը՝ բնության հետ շփումը: Նշված բուկոր խորհուրդների համադրում ընտրել է հարցվածներից 58%-ը:

Միայն հիվանդության ախտանիշների առկայությունից ելնելով՝ բուժզննում անցնելու խորհուրդ է տվել բուժանձնակազմի 63%-ը, յուրաքանչյուրին կանխարգելման նպատակով հետազոտվել՝ 24%-ը, իսկ հարցվածների 13%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը:

Չարցման մասնակիցների 39%-ը կանխարգելման արդյունավետ կազմակերպման համար հիգիենիկ ուսուցման և դաստիարակության արդյունավետ միջոց որպես ընտրել է թռուցիկների ու բրոշյուրների օգտագործումը, 15%-ը՝ պատասխանների կիրառումը: Չարցվածների 56%-ը դժվարացել է պատասխանել:

Չարցման մասնակիցները պատասխանել են նաև հիվանդությունների կանխարգելման ժամանակ աշխատանքային այս կամ այն մոդելը նախընտրելու վերաբերյալ հարցադրմանը:

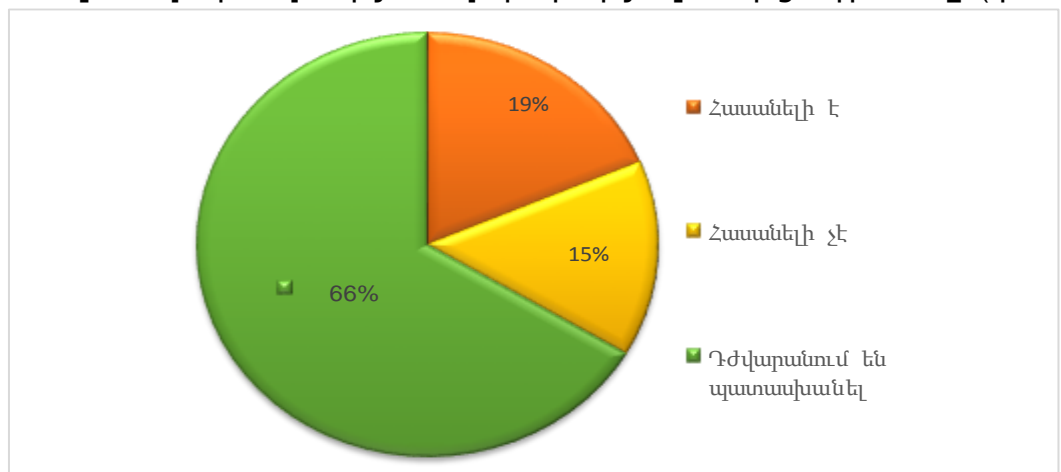
Այսպես, ըստ հարցման տվյալների, ՈԿՅ-ի կանխարգելման համար հարցման մասնակիցների 59%-ը որպես առավել արդյունավետ աշխատանքային մոդելն ընտրել է անհատական խորհրդատվությունը, 9%-ը՝ խմբակայինը: Հարցվածների 32%-ը դժվարացել է պատասխանել հարցադրմանը (գծ.8):



Գծապատկեր 8. Սոցիոլոգիական հարցման մասնակցած բոլ ժախատողների բախումն՝ ըստ կանխարգելման մեթոդների կիրառման

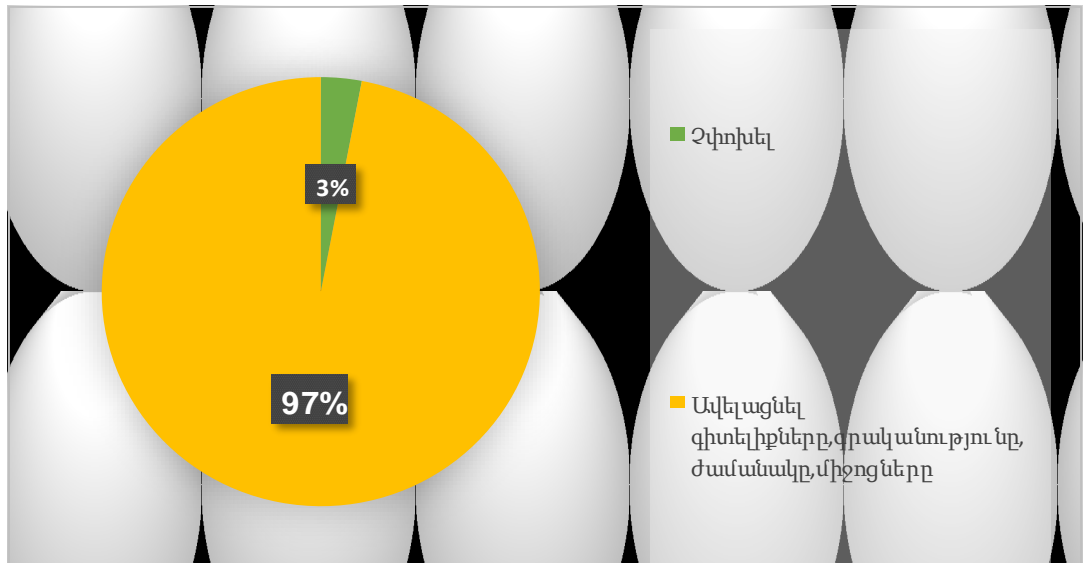
Հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման կարևորությունն վերաբերյալ առկա առատ տեղեկատվական հոսքերի պարագայում, կարևորվում է նաև այդ ինֆորմացիայի հասանելիության՝ մատչելիության և բնակչության շրջանում ադեկվատ ընկալելիության, հանգամանքը, ինչը շատ կարևոր է կանխարգելիչ միջոցառումների որակի ապահովման համար:

Այսպես, բոլ ժանձնակազմի 19%-ը համարել է, որ առկա տեղեկատվությունը հասանելի և ընկալելի է բնակչության համար, 15%-ը՝ հասանելի չէ: Հարցվածների 66%-ը դժվարացել է պատասխանել տեղեկատվության վերաբերյալ հարցադրմանը (գծ.9):



Գծապատկեր 9. Սոցիոլոգիական հարցման մասնակցած բուժաշխատողների բաշխումն՝ ըստ բնակչության շրջանում կանխարգելման վերաբերյալ տեղեկատվության հասանելիության՝ ընկալելիության, վերաբերյալ կարծիքի

ԱԱԴ օղակում հիվանդության ունենալու կանխարգելման արդյունավետության բարձրացման համար փոփոխությունների անհրաժեշտության վերաբերյալ հարցադրմանը մասնակիցների 3%-ը նշել է, որ պետք է ոչ ինչ փոխել, իսկ ավելացնել գիտելիքները, այդ թվում՝ մեթոդական գրականություն ու կանխարգելման համար տրամադրվող ժամանակը, նշել է հարցման մասնակիցների 97%-ը: Բացի այդ, բոլոր թերապևտները նշել են, որ չնայած ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված ամենամյա աշխատանքային «Չափորոշիչ»-ով նախատեսված տարեկան մեկ կանխարգելիչ այցի պահանջի, որով նախատեսվել է բարձրացնել ՈԿՀ-ի կանխարգելման արդյունավետությունը, իրականում առկա է կանխարգելման «գործիքների»՝ բուժանձնակազմի համապատասխան գիտելիքի, ցուցադրական նյութի, կիրառվող տարբեր թեստերի,



անբավարար ունենալու (գծ.10):

Գծապատկեր 10. *Սոցիոլոգիական հարցման մասնակցած բոլ ժաշխատողների բաշխումն՝ ըստ կանխարգելման կազմակերպման փոփոխությունների անհրաժեշտության վերաբերյալ կարծիքի*

Այս փաստով, ամփոփելով իրականացված սոցիոլոգիական հարցման տվյալները, պետք է նշել, որ հաստատության բոլ ժանձնակազմը կարևորում է ՈՎՅ-ի կանխարգելումը ԱԱՊ օղակում: Յարկ է նշել, որ, հարցվածների 97%-ի կարծի համաձայն, ԱԱՊ օղակում անհրաժեշտ է ներդնել ՈՎՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումներ: Ելնելով հետազոտության արդյունքներից՝ պետք է նշել, որ անբավարար են բոլ ժանձնակազմի «մասնագիտացված» կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքի մակարդակն ու կանխարգելման համար հատկացվող աշխատատեղերի և առկա նյութատեխնիկական հագեցվածությունը: Ակնհայտ է, որ վերոնշյալ հանգամանքները՝ աշխատանքային «Չափորոշիչ»-ում ամրագրված տարեկան մեկ կանխարգելիչ այցը, առկա նյութատեխնիկական հագեցվածության մակարդակն ու աշխատատեղերի սակավությունը, պետք է դիտարկել ամբողջ մայրաքաղաքային ԱԱՊ օղակի գործունեության համատեքստում, և արձանագրել, որ վերջիններս չեն կարող նպաստել ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի և վնասակար վարքագծային այլ գործոնների վերաբերյալ իրականացվող լուսավորչական գործունեության, ինչպես նաև ռիսկի գործոնների հայտնաբերման և շարունակական նվազեցման աշխատանքների պատշաճ մակարդակի ապահովմանը: Յետևաբար, հաշվի առնելով ԱԱՊ օղակի աշխատանքային ամենամյա «Չափորոշիչ»-ում ամրագրված սպասարկվող բնակչության հավաքագրման և սպասարկման սկզբունքները, երբ ԱԱՊ օղակի յուրաքանչյուր կազմակերպությունում փաստացի բնակչության հավաքագրում է կատարվում տարբեր համայնքներից, ինչպես նաև հետազոտված բնակչության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշների և ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածության համարելիությունը մայրաքաղաքային և հանրապետական միջին ցուցանիշների հետ, կարելի է փաստել, որ առողջապահության համակարգի ԱԱՊ օղակում ՈՎՅ-ի կանխարգելման

կազմակերպման նոր մոտեցումների մշակման ու ներդրման անհրաժեշտությունն ակնհայտ պահանջված է և հիմնավորված:

3.4 Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների հիմնավորումն ու ներդրումն առողջության առաջնային պահպանման օղակում

Հիվանդությունների առաջնային կանխարգելումն իր մեջ ներառում է բուժկանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպում, հանրության մեջ առողջ ապրելակերպի «կանոններ»-ին հետևելու շարժառիթների ձևավորում ու ամրապնդում: Ակնհայտ է այն փաստը, որ ժամանակակից բժշկության ձեռքբերումներն իրապես չեն կարող արդյունք տալ, եթե բժշկի և հիվանդի միջև չձևավորվի գործընկերային հարաբերությունն ու չամրապնդվի իրական համագործակցությունը: Պարզ է, որ հիվանդն է որոշում հետևել բժշկի խորհուրդներին, թե զբաղվել ինքնաբուժությամբ: Միայն հիվանդի և բժշկի գործընկերային հարաբերությունն է ապահովում բուժման դրական արդյունքը, ինչն էլ նպաստում է կյանքի որակի բարելավմանը: Բժիշկ-պացիենտ գործընկերային հարաբերությունների ձևավորման ուղիներից մեկն անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվության միջոցով պացիենտին սովորեցնելն է առողջ ապրելակերպի հմտություններին: Անհատական աշխատանքի ընթացքում հեշտ է պացիենտին ցուցաբերել հոգեբանական ճիշտ մոտեցում: Մոտեցման ճիշտ ընտրությունը հեշտացնում է շարժառիթների ձևավորման և հստակեցման գործընթացը, ինչը խիստ անհրաժեշտ է բուժկանխարգելիչ միջոցառումներն արդյունավետ անցկացման համար: Բժիշկ-պացիենտ փոխհարաբերությունը միջանձնային հարաբերությունների բարդ համակարգ է, որով մեծապես պայմանավորված է ցանկացած բժշկական միջամտության հաջողությունը:

Պայմանականորեն առանձնացնում են բժիշկ-պացիենտ փոխհարաբերության հետևյալ մոդելները.

1. Պատերնալ իստական, երբ բժիշկ-պացիենտ հարաբերության մեջ առաջատար դերը բժշկինն է, և նա միանձնյա է որոշումներ

ընդունում՝ հաճախ չստանալով հիվանդի գիտակցված համաձայնությունը:

2. Տեղեկատվական, երբ բժիշկ-պացիենտ հարաբերության մեջ գերիշխող դերը պացիենտինն է, ով համապատասխան մասնագիտական գրականություն կարդալով, բժշկին գրեթե թելադրում է իր որոշումները:

3. Բացարկյան, երբ բժիշկն ու պացիենտը միասին են որոշումներ ընդունում (տեղեկացված համաձայնություն): Տվյալ պարագայում, բժիշկը պացիենտին ներկայացնում է հիվանդության էությունը, ռիսկի գործոնները, որոշակի ախտորոշիչ միջոցառումների անհրաժեշտությունը, բուժման եղանակները, այդ թվում՝ այլ ընտրանքային, և նրանք միասին գտնում են տվյալ պացիենտի համար ավագույն ու օպտիմալ ճանապարհը:

Չարկ է նշել, որ հիվանդի հետաշխատելիս, բժիշկը կարող է կիրառել կոնկրետ մոդելի տեսակ կամ համակցել տարբեր մոդելները: Պետք է հիշել, որ բժիշկ-պացիենտ փոխհարաբերությունը դինամիկ գործընթաց է, որտեղ փոխհարաբերության մի տեսակը սահուն կարող է անցնել մյուսին: Բժիշկը կարող է համատեղել այդ մեթոդները, յուրաքանչյուր պացիենտի և կոնկրետ դեպքի համար [5,137]:

Յետազոտական աշխատանքի շրջանակներում 2014-2015 թթ. ընթացքում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում կազմակերպվել են բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ՝ ներառյալ անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններ: Յետազոտման համար ձևավորվել են փորձարարական և ստուգիչ խմբեր, որտեղ յուրաքանչյուրում պատահականության սկզբունքով ընդգրկվել է պոլիկլինիկայում հավաքագրված 295-ական բնակիչ: Խմբերում ընդգրկվածները բաշխվել են երեք տարիքային խմբերի՝ 18-39 տարեկան՝ 14%, 40-60 տարեկան՝ 42%, 60 տարեկան և բարձր՝ 44%: Մասնակիցների շրջանում իգական սեռի ներկայացուցիչները կազմել են ընդհանուրի 78%-ը: Ամուսնացածները կազմել են հետազոտվողների 78%-ը: Բարձրագույն կրթություն ունեցողները կազմել են մասնակիցների 33%-ը: Ռեսպոնդենտների 70%-ը կրթության և սպասարկման այլ ոլորտներից է:

Այսպես, ՈՎՅ-ի կանխարգելման համար առաջարկվող կազմակերպչա- ֆունկցիոնալ նորմոտեցումը տարբերվում է գործողից կանխարգելիչ գործունեության սուբյեկտների նոր փոխարարբերություններով: Այն ազատում է տեղամասային թերապևտներին և նեղ մասնագետներին «մասնագիտացված» կանխարգելիչ գործառույթների բեռից՝ վնասակար սովորությունների հայտնաբերումից և նրանց շտկման հետևողական մոնիթորինգից, հիգիենիկ դաստիարակման, առողջապարելակերպի շարժառիթների ձևավորման և «կանոններ»-ին հետևելու շարունակական աշխատանքներից: ՈՎՅ-ի կանխարգելման անհատական խորհրդատվություններն ընտանեկան բժիշկի և բուժքրոջ կողմից անց են կացվել «Կանխարգելման աշխատանքային»-ում:

Բնակիչների հետ անհատական աշխատանքի հիմնական ուղղություններն են՝

1. ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերումն ու հիվանդության առաջացման գումարային ռիսկի որոշումը,
2. առողջության ամրապնդմանն ու հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված շարժառիթների և վարքագծի ձևավորումը,
3. անհատական բուժկանխարգելիչ միջոցառումների մշակումը,
4. մասնագիտական խորհրդատվության տրամադրումը և/կամ հիվանդի ուղեգրումը,

5. հետազոտվածների վերաբերյալ տվյալների հավաքագրումը,

6. անհատական կանխարգելիչ ծրագրի արդյունքների գնահատումը:

«Կանխարգելման աշխատանքային»-ը բացի աշխատանքային կահույքից կահավորվել է նաև խորհրդատվության համար նախատեսված հարմարավետ սեղանով և աթոռներով, ինչը նաև նպաստել է բժիշկ-պացիտետ փոխարարբերության ձևավորման ավելի դյուրին և դինամիկ ընթացքի ապահովմանը: «Կանխարգելման աշխատանքային»-ի գործունեության համար անհրաժեշտ է՝

- երկու համակարգիչ,
- տոնոմետր, ֆունկցիոնալ սկոպ,
- կշեռք, հասակաչափ,
- ցուցադրական նյութ,

- անհատական աշխատանքի համար մշակված հարցաթերթ:

Հետազոտման ժամանակ կիրառված նյութն ու տեղեկատվությունը մատուցվել են հնարավորինս փոքր չափաբաժիններով՝ ակնկալելով մասնակիցների համար մատչելիության և ընկալելիության ապահովում: Խորհրդատվություններն անց են կացվել ինտերակտիվ ձևաչափով: Համաձայն ՈՎՅ-ի կանխարգելման միջազգային գործելակարգերի՝ փորձում ընդգրկվածներն, ըստ ՈՎՅ-ի առաջացման ընդհանուր ռիսկի, առանձնացվել են հիմնական՝ ցածր, միջին, բարձր և շատ բարձր, ռիսկի խմբերի:

Այսպես, փորձարարական խմբի ՈՎՅ-ի առաջացման ցածր ռիսկի խմբում ընդգրկվածներին տրամադրվել է տեղեկատվությունն առողջ ապրելակերպի «կանոններ»-ի վերաբերյալ, ինչպես նաև տրվել են ուղեգրեր լոբորատոր-գործիքային հետազոտությունների արյան մեջ ընդհանուր խլեթերիևի և գլյուկոզայի որոշման, համար: Այնուհետև որոշվել է մասնակիցների մարմնի ՄՑՑ-ը և զարկերակային ճնշումը, կատարվել է նաև ԷՍԳ: Միջին ռիսկի խմբում իրականացվել են անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններ վարքագծային ռիսկի գործոններ բացահայտելու և նրանց շտկելու նպատակով: Այս խմբում անհատական խորհրդատվություններն ու լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններն, ի տարբերություն ցածր ռիսկի խմբի, բազմաթիվ անգամներ են իրականացվել, քանի որ մասնակիցների մոտ առկա ռիսկի գործոնների բացահայտումն ու շտկումը պայմանավորել են երկարատև և հետևողական հսկման աշխատանք: Կրկնակի այցերի քանակը պայմանավորված է եղել մասնակցի որևէ ռիսկի գործոնի, այդ թվում՝ նաև վարքագծային, շտկման արոցեսուսում առկա խոչընդոտները բժշկի հետ քննարկելու և դրանց հաղթահարման ուղիներն ու միջոցները գտնելու անհրաժեշտությամբ: Բարձր և շատ բարձր ռիսկի խմբում բուժկանխարգելիչ միջոցառումները ներառել են երկու բաղադրիչ՝

1. Խորհրդատվական,

2. բուժական-առողջացուցիչ:

Խորհրդատվական տեղեկատվական ծրագիրն իրականացվել է 3-5 օր իրար հաջորդող անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություններով՝

յուրաքանչյուրը 30 րոպե տևողությամբ: Պետք է նշել, որ քննարկվող հարցերի առաջնահերթությունները խիստ անհատական են եղել՝ ըստ հրատապության: Սակայն, մեծամասամբ, մեր կողմից հարցերի նշված հետևողականությունը պահպանվել է:

Այսպես, առաջին օրը կատարվել է անդրադարձ հիվանդության կլինիկական ախտանիշներին և հնարավոր ընթացքին, ինչպես նաև սեփական ուժերով բժշկական անհետաձգելի առաջին օգնության կազմակերպման վերաբերյալ հարցերին: Երկրորդ օրը քննարկվել է ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոններն ու նրանց ազդեցությունը, հստակեցվել են առողջ ապրելակերպի «կանոններ»-ը: Երրորդ օրը անդրադարձ է արվել սննդակարգի կանոնակարգման հարցերին և «հնարավոր» ֆիզիկական ակտիվությանը: Չորրորդ օրը քննարկվել են հիվանդության բուժման մեթոդի/ների առանձնահատկությունները, ինքնաբուժության վտանգներն ու բժշկի նշանակումներն ամբողջական կատարելու շարժառիթները: Ուսուցողական ծրագրի վերջին օրը ամփոփվել են քննարկված բոլոր հարցերը՝

- առողջ ապրելակերպի «կանոններ»-ը,
- ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոնների, այդ թվում՝ վարքագծային վնասակար գործոնների, ազդեցությունը,
- ՌՎՅ-ի հնարավոր զարգացումն ու կլինիկական ընթացքը,
- սննդակարգի կանոնակարգումը, «հնարավոր» ֆիզիկական ակտիվությունը,
- դեղորայքային բուժման հիմնական մեթոդներն ու ինքնաբուժության վտանգը:

Քննարկման են հանվել նաև ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների շտկման խոչընդոտները: Գործնական կոնկրետ որևէ քայլ կամ լուծում ընտրելիս՝ իբրև առաջնահերթություն նդիտարկվել են տվյալ ռիսկի գործոնի հաղթահարման ընդունված պարիթմներն ու ուղիները: Մասնավորապես, ՉԳ-ն առկայության հաստատման համար մեծ նշանակություն են ունեցել զարկերակային ճնշման տնային չափումները, որոնք իրականում չեն կարող փոխարինել կլինիկական չափմանը, սակայն մի քանի օրվա կանոնավոր

չ ափու մ ն եր ի մ ի ջ ի ն ա ց վ ա ծ տ վ յ ա լ ը ձ ե ո ք է բ եր ու մ ա մ բ ու լ ա տ որ մ ո ն ի թ որ ա վ որ մ ա ն հ ա մ ա ր ժ ե ք կ ա ր ն որ ու թ յ ու ն` բ ա ց ա ն ե լ ո վ « ս ա ի տ ա կ խ ա լ ա թ ի ֆ ե ն ո մ ե ն »-ը: Տ վ յ ա լ ո ի ս կ ի գ որ ծ ո ն ի շ տ կ մ ա ն կ ա մ ն ր ա ն վ ա գ մ ա ն մ ի տ ու մ ն ա կ ն կ ա լ վ ե լ է վ եր ջ ի ն ի շ տ կ մ ա ն հ ա մ ա ր կ ա տ ա ր վ ա ծ ք ա յ լ եր ի մ ե կ ն ա ր կ ի ց ա ն ն վ ա գ ը մ ե կ ա մ ի ս հ ե տ ո: Ո Վ Յ -ի առաջացման ո ի ս կ ի գ որ ծ ո ն ն եր ի շ տ կ մ ա ն ա շ խ ա տ ա ն ք ն եր ը տ ն ա կ ա ն բ ն ու յ թ ե ն կ ր ե լ , ի ն չ ո վ և պ ա յ մ ա ն ա վ որ վ ե լ է մ ե կ տ ա ր ի շ ա ր ու ն ա կ հ ի վ ա ն դ ն եր ի հ ե տ կ ա տ ա ր վ ա ծ բ ա գ մ ա թ ի վ խ որ ի ր դ ա տ վ ու թ յ ու ն ն եր ն ու լ ա ր ո ր ա տ որ - գ որ ծ ի ք ա յ ի ն հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն ն եր ը:

Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն ա մ բ ող ջ ը ն թ ա ց ք ու մ բ ա ր ծ ր և շ ա տ բ ա ր ծ ր ո ի ս կ ի ե ն թ ա խ մ բ եր ու մ կ ա ն խ ա ր գ ե լ ի չ ա ն հ ա տ ա կ ա ն մ ի ջ ո ց ա ու մ ն եր ի բ ու ժ ա կ ա ն -առողջացուցիչ բաղադրիչը, այն է՝ լ ա ր ո ր ա տ որ - գ որ ծ ի ք ա յ ի ն տ ա ր բ եր հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու ն ն եր ը, ֆ ի զ ի ո թ եր ա պ և տ ի կ մ ի ջ ա մ տ ու թ յ ու ն ն եր ը, ն ու յ ն ա ք ս շ ա ր ու ն ա կ ա կ ա ն ե ն ե դ ե լ , ի ն չ ի շ ն որ հ ի վ հ ն ա ր ա վ որ ու թ յ ու ն է ս տ ե ղ ծ վ ե լ դ ի ն ա մ ի կ ա յ ու մ գ ր ա ն ց ե լ և հ ն ա ր ա վ որ ի ն ս ա մ ր ա գ ր ե լ ս տ ա ց վ ա ծ ար դ յ ու ն ք ն եր ը:

3.5 Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների արդյունավետության գնահատումը

Կազմակերպչական նոր մոտեցմամբ իրականացված ՈՎՅ-ի կանխարգելման միջոցառումների արդյունավետությունը գնահատվել է բժշկական (կլինիկական) և սոցիալ-տնտեսական արդյունավետության տեսանկյուններից (աղ.18):

Աղյուսակ 18

Յե տ ա գ ո տ ա կ ա ն ա շ խ ա տ ա ն ք ն եր ի ար դ յ ու ն ա վ ե տ ու թ յ ա ն գ ն ա հ ա տ մ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ն եր ը

Արդյունավետության տեսակ	Ընտրված ցուցանիշներ
Կլինիկական	1.ՈՎՅ-ի առաջացման ո ի ս կ ի գ որ ծ ո ն ն եր ի վ եր ա բ եր յ ա լ ի ր ա գ ե կ վ ա ծ ու թ յ ու ն , 2.ՈՎՅ-ի առաջացման գ ու մ ա ր ա յ ի ն ո ի ս կ , 3.ՈՎՅ-ով պ ա յ մ ա ն ա վ որ վ ա ծ հ ի վ ա ն դ ա ց ու թ յ ու ն , 4.ԲՈՎՅ-ի կ լ ի ն ի կ ա կ ա ն ը ն թ ա ց ք :

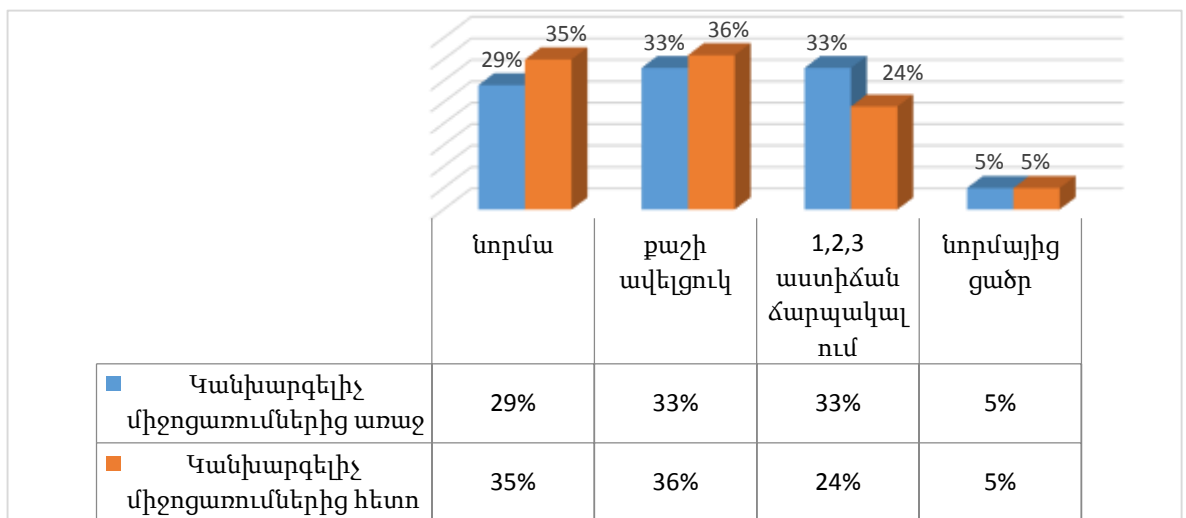
Սոցիալական	Ժամանակավոր անաշխատունակության օրեր:
Տնտեսական	Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրված՝ ա/ հիվանդանոցային բ/ արտահիվանդանոցային գ/ շտաբգնություն ծառայությունների դիմաց պետական ֆինանսավորման ծավալներ:

Յետադուրության կլինիկական արդյունավետությունը գնահատվել է ըստ հետևյալ ցուցանիշների՝

1. ՈՎՐ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների վերաբերյալ իրազեկվածություն,
2. ՈՎՐ-ի առաջացման գումարային ռիսկի,
3. ՈՎՐ-ով պայմանավորված հիվանդացության,
4. ԲՈՎՐ-ի կլինիկական ընթացքի փոփոխությունների:

Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո որոշվել ու ստուգվեց խմբի հետ համեմատվել են մասնակիցների մարմնի ՄՑՑ-ը, ՈՎՐ-ի առաջացման ռիսկի հիմնական գործոնների և այլ վարքագծային վնասակար սովորությունների առկայությունը, ինչպես նաև քնի որակն ու կոնֆլիկտների հաճախականությունը:

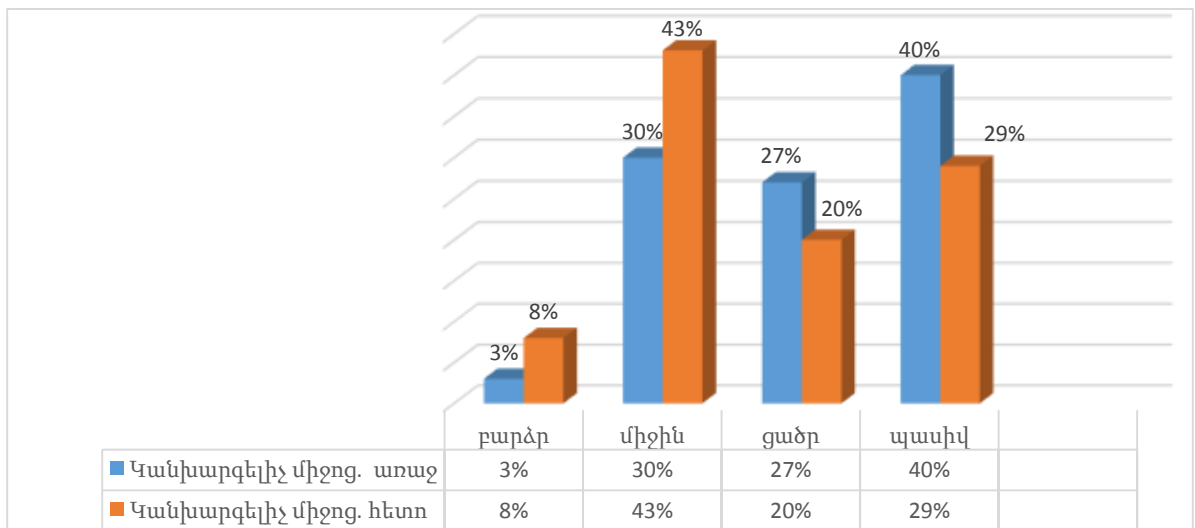
Այսպես, փորձարարական խմբում հետադուրվածների 29%-ի շրջանում մարմնի ՄՑՑ-ը եղել է նորմայի սահմաններում: Քաշի ավելցուկ ունեցել է հարցվածների 33%-ը, 1-ին 2-րդ և 3-րդ աստիճանի ճարպակալում՝ 33%-ը, իսկ ցուցանիշի նորմայից ցածր մակարդակ՝ 5%-ը (գծ.11):



Գծապատկեր 11. Փորձարարական խմբի մասնակիցների մարմնի ՄՁՑ-ի կառուցվածքը կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո

Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում նորմայի սահմաններում մարմնի ՄՁՑ ունեցել է հարցվածների 35±2,8%-ը (P<0,05), քաշի ավելցուկ՝ 36±3%-ը (P>0,05), իսկ 1-ին, 2-րդ և 3-րդ աստիճանի ճարպակալում՝ 24±2,5%-ը (P<0,05): Մարմնի ՄՁՑ-ը մնացել է նորմայից ցածր մասնակիցների 5±1,3%-ի (P>0,05) մոտ:

Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ ֆիզիկական ակտիվ կենսակերպ է վարել մասնակիցների 60%-ը, որից ֆիզիկական բարձր ակտիվության խմբում է գրանցվել հարցվածների 3%-ը, միջին ակտիվության՝ 30%-ը, ցածր՝ 27%-ը: Պասիվ ապրելակերպ գրանցվել է 40%-ի մոտ (գծ.12):



Գծապատկեր 12. Փորձարարական խմբի մասնակիցների ֆիզիկական ակտիվության կառուցվածքը կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո

Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում ֆիզիկական ակտիվություն ն դրսևորել է մասնակիցների 71±1,7%-ը (P<0,001), որից բարձր ակտիվության խմբում է՝ 8±2,3%-ը (P<0,001), միջին ակտիվության՝ 43±2,7%-ը (P<0,001), ցածր՝ 20±2,2%-ը (P<0,05), իսկ պասիվ կենսակերպ է վարել հետազոտության մասնակիցների 29±2%-ը (P<0,002):

Այսպիսով, պետք է արձանագրել, որ փորձարարական խմբում անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի մի շարք գործոնների տարածվածությունը

նվագել է՝ դինամիկայում արձանագրվել է դրական տեղաշարժ (աղ.19):

Աղյուսակ 19

Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների ազդեցությունը ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի միջավայր

ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոն	Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ	Կանխարգելիչ միջոցառումներից հետո	Արդյունքի հավաստիություն (P)
Ավելցուկ քաշ	33±2,7%	36±3%	P<0,05
Ճարպակալում	33±2,7%	24±2,5%	P<0,05
Ցածր ՖԱ	27±2,6%	20±2,2%	P<0,05
Պասիվ կենսակերպ	40±2,8%	29±2%	P<0,002

գործոնների տարածվածություն վրա

Փորձարարական խմբում իրենց ամենօրյա սննդի մեջ բավարարչափաբաժնով՝ օրը 360 կկալ .-ին համապատասխան, կաթնամթերք է օգտագործել մասնակիցների 48%-ը, շաքարական 2-3օր՝ 14%-ը, ամիսը 2-3 օր՝ 29%-ը: Ընդհանրապես կաթնամթերք չի օգտագործել մասնակիցների 9%-ը: Պետք է նշել, որ կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում օրական բավարար կաթնամթերք օգտագործել է մասնակիցների 62±2,9%-ը (P<0,05): Շաքարական 2-3 օր կաթնամթերքի սպառումն ավելացել է 14±2%-ից մինչև 26±2,5% (P<0,001): Ամիսը 2-3 օր կաթնամթերք օգտագործողները պակասել են 29±2,6%-ից մինչև 7±1,5% (P<0,001), իսկ կաթնամթերք չօգտագործողները՝ 9±1,7%-ից մինչև 5±1,3% (P>0,05):

Սննդակարգում մրգերի և բանջարեղենի սպառման քիչ քանակություն է համարվել օրական 400գ.-ից պակաս օգտագործումը: Մասնավորապես, ըստ հետազոտության տվյալների, մինչև կանխարգելիչ միջոցառումները օրը 400-500գ միրգ և բանջարեղեն սպառել է մասնակիցների 47%-ը, շաքարը 2-3 օր՝ 20%-ը, ամիսը 2-3 օր՝ 22%-ը: Ընդհանրապես միրգ և բանջարեղեն չեն օգտագործել հարցվածների 11%-ը: Պետք է նշել, որ կանխարգելիչ

խորհրդատվությունների արդյունքում փորձարարական խմբում արդեն օրը 400գ միրգ ու բանջարեղեն օգտագործել է մասնակիցների 59±2,7%-ը (P<0,001), շաքարը 2-3 օր՝ 23±2,5%-ը (P>0,05), ամիսը 2-3 օր՝ 15±2,1%-ը (P<0,05): Ընդհանրապես միրգ ու բանջարեղեն չեն օգտագործել արդեն մասնակիցների 3±1%-ը (P<0,05):

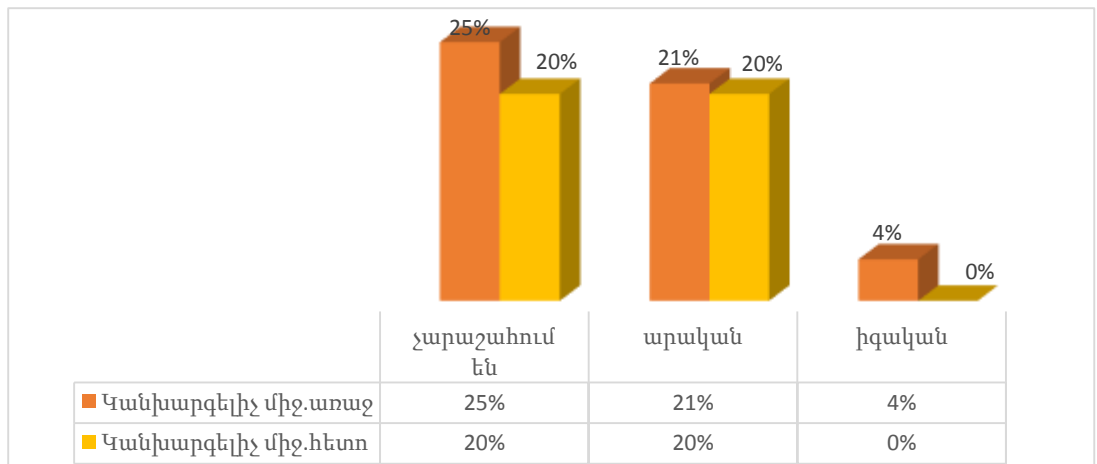
Յետագոտությամբ ընթացքում ուշադրություն է դարձվել մասնաբերքի սպառմանը ևս: Նպատակ ունենալով նվազեցնել մսի օգտագործումը՝ փորձ է կատարվել ավելացնել ձկնի կամ թրչնամսի օգտագործումը: Մասնավորապես, ձուկ կամ թրչնամիս 150-200գ շաբաթը 2-3 օր սպառել է փորձարարական խմբի մասնակիցների 12%-ը, ամիսը 2-3 օր՝ 78%-ը: Մասնաբերք ընդհանրապես չի օգտագործել մասնակիցների 10%-ը: Կանխարգելիչ խորհրդատվությունների արդյունքում շաբաթական 2-3 օր ձուկ կամ թրչնամիս օգտագործողները կազմել են մասնակիցների 45±2,9%-ը (P<0,0001), ամիսը 2-3 օր՝ 49±2,9%-ը (P<0,01), իսկ չի օգտագործել մասնակիցների 6±1,4%-ը (P>0,05): Օրական մինչև 150-200գ միս օգտագործել է մասնակիցների 10%-ը, շաբաթը 2-3 օր՝ 42%-ը, իսկ ամիսը 2-3 օր՝ 48%-ը: Կանխարգելիչ խորհրդատվությունների արդյունքում ամեն օր միս սպառողները 10%-ից նվազել են մինչև 7,5±1,5% (P>0,05), շաբաթական 2-3 օր՝ ավելացել են 42%-ից մինչև 63±2,8% (P<0,001), իսկ ամիսը 2-3 օր օգտագործողները 48%-ից նվազել մինչև 29,5±2,7% (P<0,01):

Կանխարգելիչ խորհրդատվությունների ընթացքում ուշադրություն է դարձվել սննդակարգում աղի օգտագործմանը: Մասնավորապես, ըստ հարցման տվյալների, աղի օգտագործման օրական նորման խախտել է փորձարարական խմբի մասնակիցների 62%-ը: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբում աղի օգտագործման նորման խախտողները պակասել են մինչև 52±2,9% (P<0,001):

Կարևորելով շաբաթի օգտագործման օրական նորմայի պահպանումը՝ օրը 50գ.-ից ոչ ավել, անդրադարձ է կատարվել շաբաթի կամ այն պարունակող սննդատեսակների (հրուշակեղենի՝ թխվածքների և այլ քաղցրավենիքի) սպառմանը: Պետք է նշել, որ շաբաթի կամ այն պարունակող սննդատեսակի սպառման չարաչափում գրանցվել է փորձարարական խմբի մասնակիցների 83%-ի մոտ: Ընդ որում, ամեն օր շաբաթի կամ այն պարունակող սննդատեսակների օգտագործման նորման գերազանցել է փորձարարական խմբի մասնակիցների 38%-ը, շաբաթը 2-3 օր՝ 19%-ը, ամիսը 2-3 օր՝ 26%-ը: Յարգվածների 17%-ը պահպանել է շաբաթի սպառման նորման: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում հաջողվել է

նվազեցնել շաքարի կամ այն պարունակող սննդամթերքների չարաչափման դեպքերի միայն հաճախականությունը: Ընդ որում, ամեն օր նորման արդեն խախտել է հարցվածների 18±2,2%-ը (P<0,001), շաքարական 2-3 օր՝ 40±2,9%-ը (P<0,001), ամիսը 2-3 օր՝ 25±2,5%-ը (P<0,05): Պետք է նշել, որ փորձարարական խմբում շաքարի կամ այն պարունակող սննդամթերքների սպառման նորման պահպանողները մնացել են անփոփոխ՝ կազմել են մասնակիցների 17±2,2%-ը:

Յարկ է նշել, որ հետազոտական աշխատանքների ընթացքում վերլուծվել է նաև ալկոհոլի օգտագործման չարաչափման անոմալիաները՝ առաջնորդվելով ալկոհոլի տարբեր տեսակների թույլատրելի չափաբաժիններով: Մասնավորապես, պարզվել է, որ ալկոհոլ չարաչափել է փորձարարական խմբի մասնակիցների 25%-ը՝ որից 21%-ը կազմել են արական սեռի բոլոր ներկայացուցիչները, իսկ 4%-ը՝ իգական սեռի ներկայացուցիչները: Կանխարգելիչ խորհրդատվությունների արդյունքում ալկոհոլի չարաչափման նվազել է՝ այն գրանցվել է մասնակիցների 20±2,3%-ի (P>0,05) մոտ: Իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում ալկոհոլի չարաչափման դեպքերը վերացել են ամբողջությամբ, իսկ արական սեռի՝ միայն 1%-ով (գծ.13):



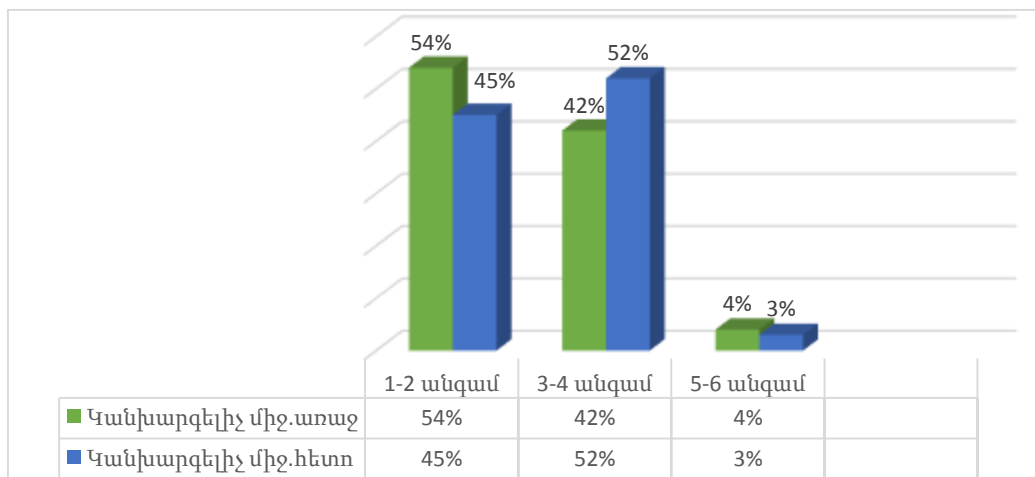
Գծապատկեր 13. Փորձարարական խմբի մասնակիցների ալկոհոլի չարաչափման կառուցվածքը կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո

Սննդի բաղադրիչների հետազոտման ժամանակ ուսումնասիրվել է օգտագործվող յուղատեսակի (յուղ, կարագ, ձիթայուղ) սպառումը: Ինչպես հայտնի է, կենդանական ծագման ճարպերը պարունակում են մեծ քանակությամբ հագեցած ճարպաթթուներ և խոլեսթերին, որոնց

չ ափալոր քանակությունն անհրաժեշտ է մարդու օրգանիզմին: Սակայն արյան մեջ խոլեսթերինի բարձր մակարդակը նպաստում է ՌՎՀ-ի առաջացմանը: ճարպերի օգտագործման օրական նորման կազմում է 70-120գ, իսկ կենդանական ծագման ճարպերը չպետք է գերազանցեն ընդհանուրի 10%-ը:

Այսպես, հետազոտության արդյունքում պարզվել է որ, բոլոր յուղատեսակներից, չգերազանցելով կենդանականի 10% չափաբաժինը, օգտագործել է մասնակիցների 52%-ը, միայն յուղ՝ 2%-ը, միայն բուսայուղ՝ 37%-ը, միայն կարագ՝ 9%-ը: Բուսայուղ ընդհանրապես չի օգտագործել հարցվածների 11%-ը: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում բոլոր յուղատեսակներից օգտագործել է արդեն մասնակիցների 31±2,7%-ը (P<0,001), միայն բուսայուղ՝ 63±2,8% (P<0,001), միայն յուղ՝ 1±0,6% (P>0,05), միայն կարագ՝ 5±1% (P<0,01): Բուսայուղ ընդհանրապես չի օգտագործել մասնակիցների 6±1%-ը (P<0,01):

Փորձարարական խմբի մասնակիցների սնվելու հաճախականության ուսումնասիրման ժամանակ պարզվել է, որ օրը 1-2 անգամ սնվել է մասնակիցների 54%-ը, 3-4 անգամ՝ 42%-ը, իսկ 5 և ավել անգամ՝ 4%-ը (գծ.14):



Գծապատկեր 14. Փորձարարական խմբի մասնակիցների սնվելու հաճախականության կառուցվածքը կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո

Անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում օրը 1-2 անգամ սնվողները կազմել են փորձարարական խմբի մասնակիցների 45±2,9%-ը (P<0,05), 3-4 անգամ՝ 52±2,9%-ը (P<0,05), իսկ 5 և ավել անգամ՝ 3±1%-ը (P>0,05):

Պետք է գրանցել, որ փորձարարական խմբում մասնակիցների սննդակարգի՝ սննդի որոշ բաղադրիչների, սնվելու հաճախականության, ուսումնասիրության ժամանակ դիտարկվել է փոփոխությունների դրական տեղադրություն (աղ.20):

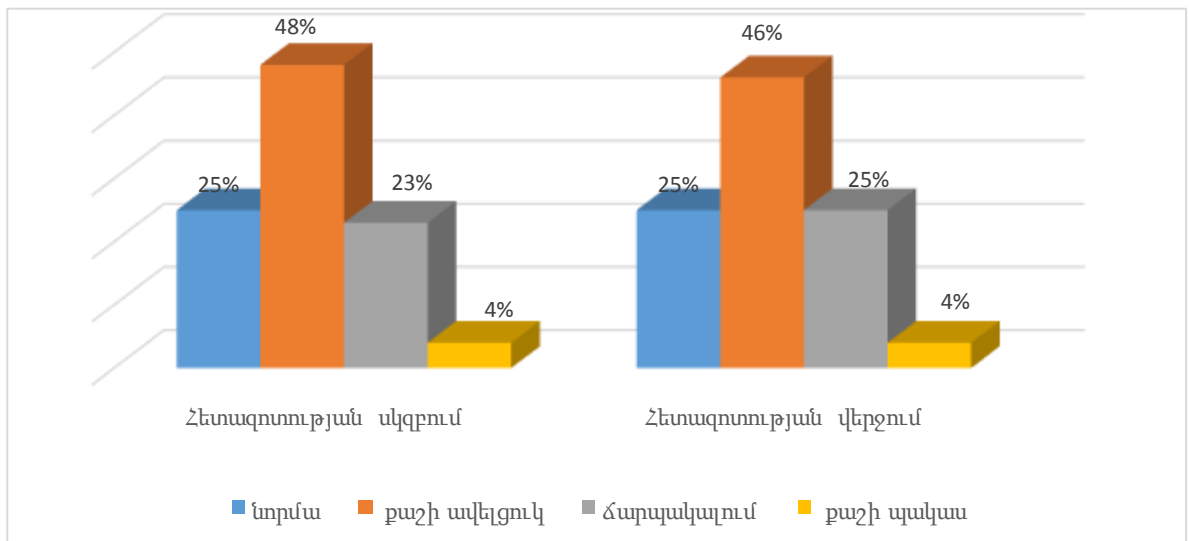
Աղյուսակ 20

Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների ազդեցությունը մասնակիցների սննդակարգի վրա

Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ				Կանխարգելիչ միջոցառումներից հետո			Արդյունքի հավաստիություն (P)
Սննդատեսակ	Ամենօր	Շաբաթը 2,3 օր	Ամիսը 2,3 օր	Ամենօր	Շաբաթը 2,3 օր	Ամիսը 2,3 օր	
Մսամթերք	10±2%	42±3%	48±3%	7,5±1%	63±3%	29±3%	P1>0,05 P2<0,001 P3<0,01
Ձուկ, թրչևամիս	-	12±2%	78±2%	-	45±3%	49±3%	P2<0,001 P3<0,01
Կաթնամթերք	48±3%	14±2%	29±2%	62±3%	26±2,5%	7±1,5%	P1<0,05 P2<0,001 P3<0,001
Միրգ, բանջարեղեն	47±3%	20±2%	22±2%	59±3%	23±2,5%	15±2%	P1<0,001 P2>0,05 P3<0,05
Շաբարիչ արաչահում	38±3%	19±2%	26±2%	18±2%	40±3%	25±2,5%	P1<0,001 P2<0,001 P3<0,05
Կարագ	9±1,6%			5±1%			P<0,01
Բուսայուղ	37±2,8%			63±2,8%			P<0,001
Յուղ	2±0,8%			1±0,6%			P>0,05
Յուղի բոլոր տեսակներից	52±2,9%			31±2,7%			P<0,001
Աղիչ արաչահում	62±3%			52±3%			P<0,001
Ալկոհոլիչ արաչահում	25±2,5%			20±2,3%			P>0,05
Սնվելու հաճախ(անգամ/օրը)	1-2	3-4	5 և ավել	1-2	3-4	5 և ավել	P1<0,05 P2<0,05 P3>0,05
	54±3%	42±3%	4±1%	45±3%	52±2,9%	3±1%	

Ստուգիչ խմբում հայտնաբերված ՈՎՋ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների ցուցանիշները մեկ տարում մնացել են գրեթե

անփոփոխ: Մասնավորապես, նորմայի սահմաններում մարմնի ՄՁՑ-ը ունեցել է հարցվածների 25%-ը, քաշի պակաս՝ 4%-ը, ավելցուկ քաշ՝ 48%-ը, իսկ 1-ին, 2-րդ և 3-րդ աստիճանի ճարպակալում՝ 23%-ը (գծ.15):



Գծապատկեր 15. Ստուգիչ խմբի մասնակիցների մարմնի ՄՁՑ-ի կառուցվածքը հետազոտության սկզբում և վերջում՝ մեկ տարի հետո

Ստուգիչ խմբում մեկ տարի հետո քաշի ավելցուկով մասնակիցները պակասել են 2%-ով, ինչի հաշվին ճարպակալում ունեցողները շատացել են՝ կազմելով մասնակիցների արդեն 25±2,5%-ը:

Ուսումնասիրությունից պարզ է դարձել, որ ստուգիչ խմբում ֆիզիկական ակտիվ կենսակերպ ունեցել է մասնակիցների 57%-ը: Ընդ որում, ֆիզիկական ակտիվության ցածր խմբում են գրանցվել մասնակիցների 33%-ը, իսկ պասիվում՝ 10±0,6%-ը: Ստուգիչ խմբում մասնակիցների ֆիզիկական ակտիվության փոփոխությունն չի գրանցվել:

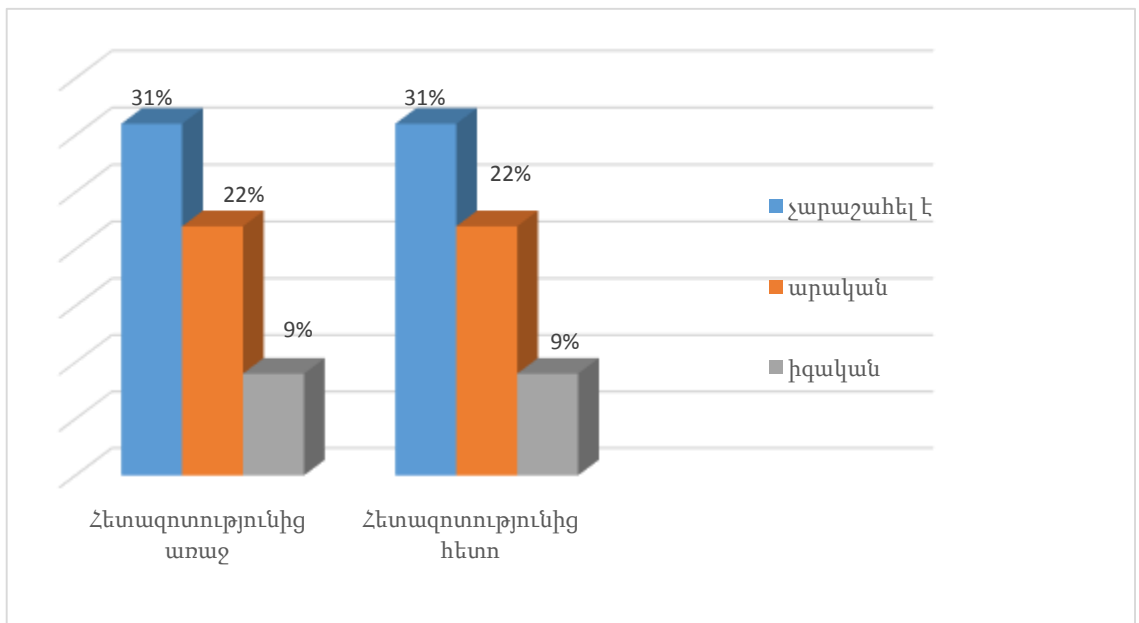
Ստուգիչ խմբում կաթնամթերքի նորման ամեն օր պահպանել է 54±2,9%-ը, շաքարական 2-3 օր՝ 36±2,8%-ը, ամիսը 2-3 օր՝ 2±0,8%, իսկ ընդհանրապես կաթնամթերք չի օգտագործել՝ 8±1,5%-ը: Մրգի անհրաժեշտ քանակը՝ մոտ 200-300գ, օրական սպառման սննդամթերքի ցանկում ներառել է մասնակիցների 77±2,5%-ը: Բանջարեղենի անհրաժեշտ քանակը՝ մոտ 200-300գ, ամեն օր օգտագործել է ստուգիչ խմբի մասնակիցների 51±2,9%-ը: Ընդհանրապես բանջարեղեն չի օգտագործել հետազոտվածների 4±1,1%-ը: Շաքարական 2-3 օր 150-200գ ձուկ կամ թրջ նամիս օգտագործել է մասնակիցների 43±2,8%-ը, ամիսը

2-3 օր՝ $49\pm 2,9\%$ -ը, իսկ ընդհանրապես չի օգտագործել՝ $8\pm 1,6\%$ -ը: Միս 150-200գ ամեն օր ստուգիչ խմբում օգտագործել է $12\pm 1,9\%$ -ը, շաբաթը 2-3 օր՝ $74\pm 2,5\%$ -ը, իսկ ամիսը 2-3 օր՝ $12\pm 1,9\%$ -ը:

Ամեն օր շաբաթ կամ այն պարունակող սննդամթերք՝ հրուշակեղեն (թխվածք, քաղցրավենիք) չարաշահողները կազմել են ստուգիչ խմբի մասնակիցների $44\pm 2,9\%$ -ը, շաբաթական 2-3 օր՝ $33\pm 2,7\%$ -ը, ամիսը 2-3 օր՝ $5\pm 1,2\%$ -ը, իսկ ընդհանրապես չի օգտագործել մասնակիցների $18\pm 2,1\%$ -ը: Ստուգիչ խմբում բոլոր յուզատեսակներից օգտագործել է մասնակիցների $63\pm 2,8\%$ -ը, միայն յուղ՝ $2\pm 0,8\%$ -ը, միայն բուսայուղ՝ $29\pm 2,6\%$ -ը, միայն կարագ՝ $6\pm 0,08\%$ -ը, իսկ բուսայուղ չի օգտագործել՝ $8\pm 1,6\%$ -ը:

Սնվելու հաճախականության հետազոտման ժամանակ պարզվել է, որ օրը 1-2 անգամ սնվում է մասնակիցների $56\pm 2,8\%$ -ը ($n=166$), 3-4 անգամ՝ $39\pm 2,8\%$ -ը ($n=117$), իսկ 5-6 և ավել՝ $5\pm 1,3\%$ -ը ($n=12$):

Պարզվել է, որ ավկոհոլի չարաշահում գրանցվել է ստուգիչ խմբի 31% մասնակիցների ($n=91$) մոտ, որից $22\pm 2,4\%$ -ը արական սեռի բոլոր ներկայացուցիչներն են, իսկ մնացյալ $9\pm 1,7\%$ -ը՝ իգական սեռի ներկայացուցիչները: Մեկ տարի հետո ստուգիչ խմբում ավկոհոլի չարաշահումների նվազում չի գրանցվել (գծ.16):



Գծապատկեր 16. Ստուգիչ խմբի մասնակիցների ավկոհոլի չարաշահման կառուցվածքը հետազոտության սկզբում և վերջում

Այսպիսով, համեմատելով հետազոտության արդյունքում ստացված տվյալները, պետք է արձանագրել, որ ստուգիչ խմբում վերը նշված ցուցանիշները մեկ տարվա ընթացքում՝ հետազոտական

աշխատանքների մեկնարկից մինչև ավարտն ընկած ժամանակահատվածում, Էական փոփոխությունների չեն ենթարկվել :

Պետք է նշել, որ հետազոտական աշխատանքների շրջանակներում մեր կողմից ուսումնասիրվել են ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից նաև ծխախոտամոլություն և 2Գ-ն տարածվածությունը, ինչպես նաև՝ քնի որակն ու կոնֆլիկտների հաճախականությունը:

Այսպես, փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում նորմալ քուն՝ չընդհատվող և 7-8 ժամ տևողությամբ, ունեցողները 48%-ից ավելացել են մինչև 57±2,9% (P<0,05): Տվյալ խմբում կանխարգելիչ անհատական միջոցառումների արդյունքում փոխվել է նաև հաճախակի կոնֆլիկտ ունեցողների տեսակարար կշիռը՝ 29%-ից նվազելով մինչև 19±2% (P<0,02): Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումը նպաստել է զարկերակային գերճնշման գրանցումների նվազմանը: Մասնավորապես, 2Գ-ն գրանցումները ռեսպոնդենտների 56%-ից (n=165) նվազել են 18%-ով՝ դառնալով 44±2,9% (n=134) (P<0,05) (աղ.21):

Աղյուսակ 21

Փորձարարական խմբում անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների ազդեցությունը կենսակերպի միջարթ գործոնների վրա (N=295)

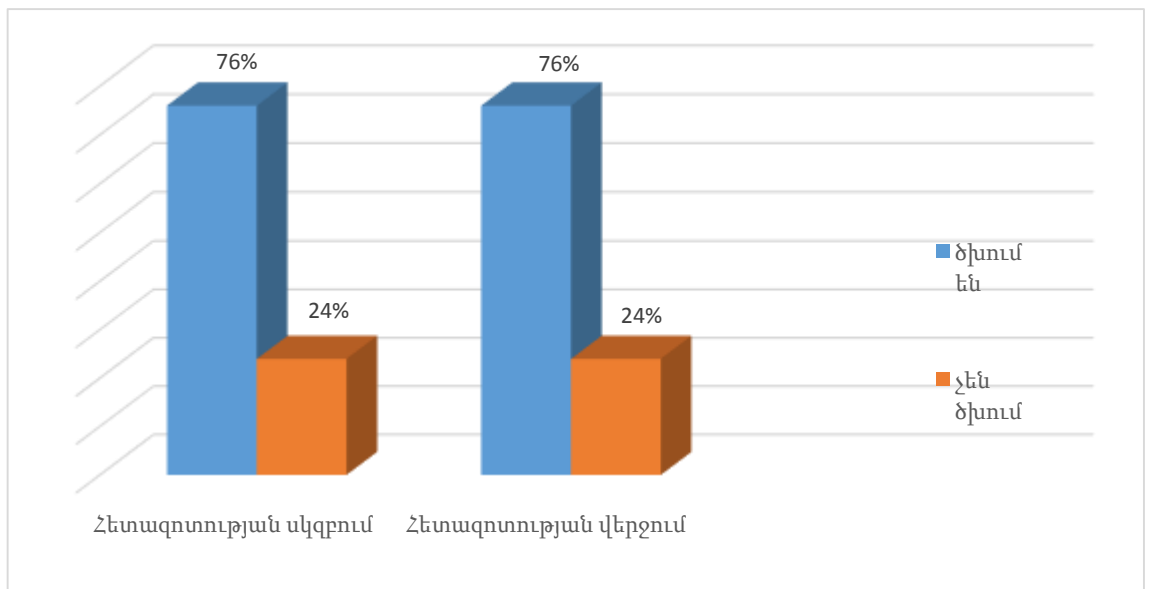
Կենսակերպի գործոն	Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ	Կանխարգելիչ միջոցառումներից հետո	Արդյունքի հավաստիության աստիճան (P)
Նորմալ քուն	48±2,9%	57±2,9%	P<0,05
Կոնֆլիկտ	29±2,6%	19±2%	P<0,02
2Գ	56±2,8%	44±2,9%	P<0,05
Ծխախոտամոլություն	20±2,3%	17,6±2%	P<0,05

Փորձարարական խմբում ծխախոտամոլությունը գրանցվել է բացառապես արական սեռի ներկայացուցիչների մոտ: Արական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում (n=65) ծխողները կազմել են 90% (n=58): Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ տղամարդկանց 58-ից 35-ը ծխել է օրական 20-30 գլանակ: Անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում ծխողները տվյալ խմբում պակասել են՝ 58-ից դարձել 52-ը: Նրանցից 33-ը արդեն օրական օգտագործել է մինչև 10-15 գլանակ:

Այս ափսոսով, ծխողների տեսակարար կշիռը տղամարդկանց շրջանում նվազել է $10\pm 4,9\%$ -ով ($P<0,05$), իսկ մնացածը զգալիորեն պակասացրել են օրական ծխած գլանակների քանակը: Ծխախոտամոլությունը, ամբողջ փորձարարական խմբի հաշվով, նվազել է $2,4\pm 2\%$ -ով ($P<0,05$):

Ստուգիչ խմբում նորմալ քուն ունեցողները կազմել են մասնակիցների $55\pm 2,9\%$ -ը, ինչը մեկ տարի հետո նույնպես մնացել է անփոփոխ: Կոնֆլիկտներ հաճախուն եցել է ստուգիչ խմբի մասնակիցների $23\pm 2,4\%$ -ը, և այն փոփոխության չի ենթարկվել:

Ստուգիչ խմբում ծխախոտամոլությունը տարածված է բացառապես տղամարդկանց շրջանում: Ծխողները կազմել են ստուգիչ խմբի արական սեռի 76% -ը: Ծխողների տեսակարար կշիռը մեկ տարում մնացել է անփոփոխ (գծ.17):



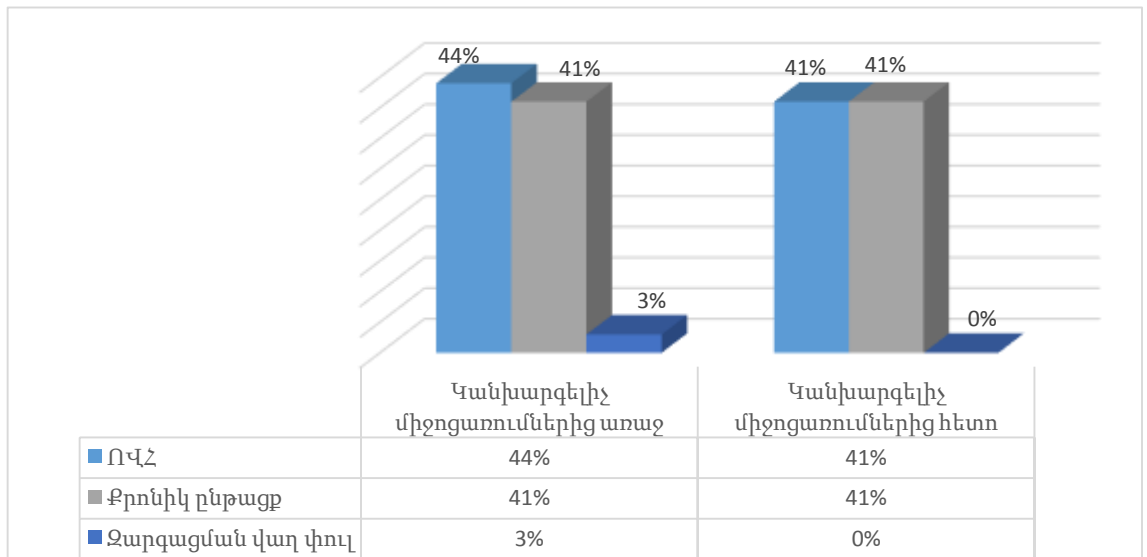
Գծապատկեր 17. Ստուգիչ խմբի արական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում ծխախոտամոլության տարածվածությունը հետազոտության սկզբում և վերջում

Ստուգիչ խմբում զարկերակային գերճնշում գրանցվել է հետազոտվածների 32% -ի մոտ ($n=94$): 24-ն գրանցումները մեկ տարում ավելացել են 2% -ով ($n=6$)` դառնալով $34\pm 0,3\%$ ($P<0,01$):

Հետազոտական աշխատանքների շրջանակներում մեր կողմից ուսումնասիրվել են փորձարարական և ստուգիչ խմբերի մասնակիցների շրջանում ՍԱ և ներզատական համակարգերի հիվանդությունների նկատմամբ ժառանգական

նախատրամադրված ու թյ ու նս ու ՈՎՅ-ով պայ մանավորված հիվանդաց ու թյ ան մակարդակը:

Այ սպես, հետազոտող թյ ու նից պարզվել է, որ փորձարարական խմբի մասնակիցների 19%-ն իրեն առողջ է համարել, իսկ 81%-ը (n=238) հայտնել է այս կամ այն որևէ հիվանդ ու թյ ան առկայ ու թյ ան մասին: Պարզվել է, որ ՈՎՅ-ի զարգացման ժառանգական նախատրամադրված ու թյ ու նս առկա է ռեսպոնդենտների 14%-ի շրջանում (4%-ՉՅ, 9%-ՇԴ, 1%-այլ): Փորձարարական խմբում հետազոտվածների 64%-ի մոտ (n=189) ախտորոշվել են վարակիչ և ոչ վարակիչ տարբեր հիվանդ ու թյ ու ններ: Ընդ որում, ՈՎՅ ախտորոշվել են միայն մասնակիցների 44%-ի (n=130) մոտ, որոնցից 41%-ը (n=121) ու նեն հիվանդ ու թյ ան քրոնիկ ընթացք (գծ.18):



Գծապատկեր 18. Փորձարարական խմբում քրոնիկ ընթացքով և զարգացման վաղ փուլում ՈՎՅ-ի տարածված ու թյ ու նը կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո

Բու ժկանխարգելիչ մջոցառումների անցկացման արդյ ու նքում զարգացման վաղ փուլում հայտնաբերված փորձարարական խմբի թվով 9 հիվանդ՝ մասնակիցների 3%-ը, առողջացել է, իսկ քրոնիկ ընթացքով հիվանդների քանակը (n=121) մնացել է անփոփոխ: Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացման արդյ ու նքում քրոնիկ հիվանդների մոտ հիվանդ ու թյ ան կլինիկական ընթացքի դրական փոփոխ ու թյ ան՝ կայ ու նացման, միտում է արձանագրվել:

Այսպես, երկարատև՝ մինչև 6 ամիս, ախտադադարներով՝ ռեմիսիաներով, են բնութագրվել հիվանդությունների կլինիկական ընթացքը, ինչն ավելի ակնառու դիտարկվել է ներուլոգիական ախտորոշմամբ հիվանդների շրջանում: Յարկ է նշել, որ փորձարարական խմբում հիվանդությունների կլինիկական ընթացքը դարձել է ավելի բարենպաստ՝ սրացումների թիվը 173-ից նվազել է մինչև 74 դեպք: ՔՈՎՅ-ի կայուն կլինիկական ընթացք՝ մեկ տարում հիվանդության կլինիկական ընթացքի 1-2 սրացում, ունեցող ռեսպոնդենտները 32%-ից ավելացել են մինչև 34,5±2,8%, իսկ անկայուն ընթացք՝ մեկ տարում 3-4 և ավելի սրացում, ունեցողները՝ 9%-ից նվազել մինչև 6,5±1,4% (P>0,05): Արդյունքում արձանագրվել է հիվանդության անկայուն կլինիկական ընթացքով հիվանդների նվազում 26%-ով՝ 27-ից մինչև 20 հիվանդ (աղ.22):

Աղյուսակ 22

Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների ազդեցությունը նշված կլինիկական հիվանդությունների ընթացքի վրա (N=295)

ՈՎՅ-ի կլինիկական ընթացք	Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ		Կանխարգելիչ միջոցառումներից հետո	
	n	%	n	%
Ընդամենը	130	44	121	41
ՈՎՅ-ի զարգացման վաղ փուլ	9	3	-	-
ՔՈՎՅ-ի կայուն ընթացք	94	32	101	34,5
ՔՈՎՅ-ի անկայուն ընթացք	27	9	20	6,5

Փորձարարական խմբում գրանցվել է ՈՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի փոփոխման դրական տեղաշարժ: Մասնավորապես, ըստ ստացված տվյալների, ցածր ռիսկի խմբում մասնակիցներն ավելացել են 19%-ից մինչև 31±2,7% (P<0,01), միջինում՝ 37%-ից մինչև 25±2,5% (P<0,01) (աղ.23):

Աղյուսակ 23

ՈՎՅ-ի առաջացման ռիսկի խումբ	Կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ		Կանխարգելիչ միջոցառումներից հետո		Արդյունքի հավաստիություն (P)
	n	%	n	%	
					P

1.ցածր	57	19±2,3	91	31±2,7	P<0,01
2.միջին	108	37±2,8	74	25±2,5	P<0,01

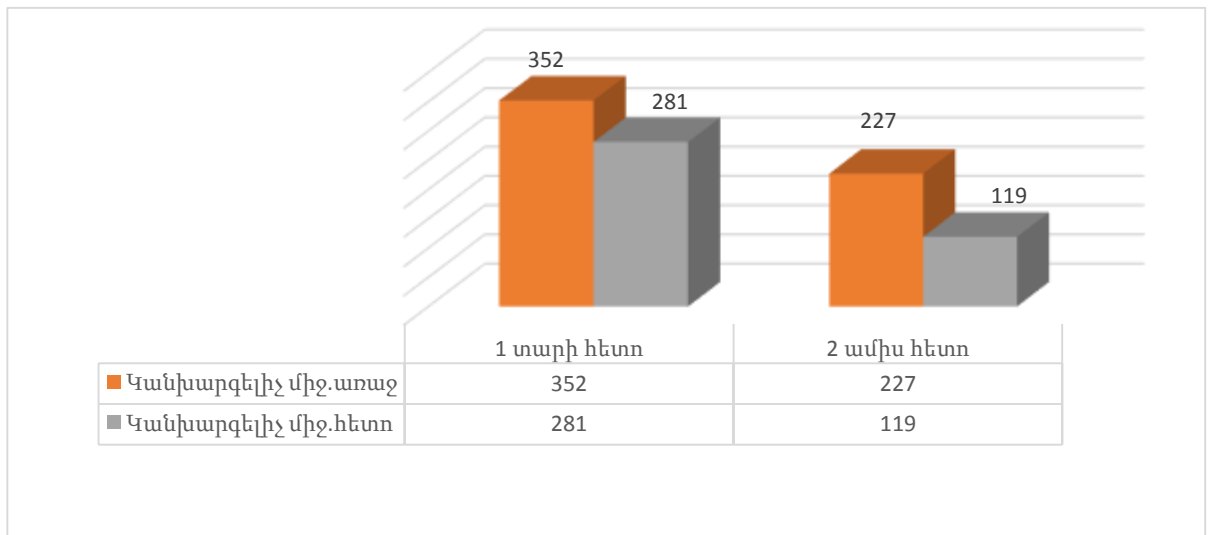
Փորձարարական խմբում մանհատական կանխարգել ման արդյունքներն՝ ըստոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացման գումարային ռիսկի (N=295)

Երրորդ խմբում՝ բարձր (28%) և շատ բարձր (16%) ռիսկի ենթախմբերում, մասնակիցների տեղաշարժ չի գրանցվել: Յատկանշական է, որ ռիսկի նվազում ավելի ցայտուն դիտարկվել է միայն ցածր և միջին ռիսկի խմբերում, ինչը պայպանավորված է մնացած խմբերում ախտորոշված հիվանդությունների «դիմակայություն»:

Ստուգիչ խմբում ՈՎՅ-ի կլինիկական ընթացքի դրական փոփոխություններ չեն գրանցվել: Յակառակը, հիվանդի մոտ ՍԱ շատ բարձր ռիսկի (ԲՌ≥10%) և ախտորոշված ՍԻՅ-ն կլինիկական ընթացքի կտրուկ սրացման պատճառով, ստուգիչ խմբում գրանցվել է մեկ մահ: Ստուգիչ խմբի մասնակիցների ՈՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկը որոշելիս՝ ցածր ռիսկի խմբում է գրանցվել մասնակիցների 58%-ը, միջինում՝ 25%-ը, երրորդ խմբի բարձր ռիսկի ենթախմբում 9%-ը, իսկ շատ բարձրում՝ 8%-ը: Ստուգիչ խմբում 294 մասնակիցների շրջանում ՈՎՅ-ի առաջացման գումարային՝ ընդհանուր, ռիսկի փոփոխություն չի գրանցվել:

Յետազոտության սոցիալական արդյունավետությունը գնահատվել է՝ ուսումնասիրելով և համեմատելով ժամանակավոր անաշխատունակության օրերի թվի փոփոխությունները կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո:

Այսպես, հետազոտության սոցիալական արդյունավետությունը գնահատելիս՝ պարզվել է, որ փորձարարական խմբի մասնակիցների անաշխատունակության օրերը կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում նվազել են երկու ամսում 227-ից մինչև 119 օր, իսկ մեկ տարվա ընթացքում պակասել 352-ից մինչև 281 օր՝ ապահովելով 71 օրով աշխատունակ օրերի ավելացում (գծ.19):



Գծապատկեր 19. Փորձ արարական խմբի մասնակիցների անաշխատունակության օրերի քանակը կանխարգելիչ միջոցառումների մեկնարկից երկու ամիս և մեկ տարի հետո

Ստուգիչ խմբի մասնակիցների անաշխատունակության օրերը 2015 թվականին, 2014 թվականի հետ համեմատ, շատացել են 48 օրով՝ 296-ից ավել անաշխատունակ միևնույն 344 օր:

Հետազոտության տեսության արդյունավետությանը գնահատվել է՝ ուսումնասիրելով առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացված պետության կողմից անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտաբգնության ծառայությանների դիմաց պետական ֆինանսավորման ծավալները: Տեսության արդյունավետությանը հաշվարկվել է՝ համեմատելով կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո տրամադրված բուժօգնության տեսակին և քանակին համապատասխան պետական ֆինանսավորման ծավալները: Համեմատության համար օգտագործվել են հետևյալ ցուցանիշները՝

- հիվանդանոցային բժշկական օգնության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրված հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ողջ ծավալի,
- շտաբգնության ծառայության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում փաստացի կատարած կանչերի քանակի,
- ամբուլատոր-պուլիկլինիկական՝ արտահիվանդանոցային, բուժօգնության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում

տրամադրված արտահիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման ողջ ծավալի:

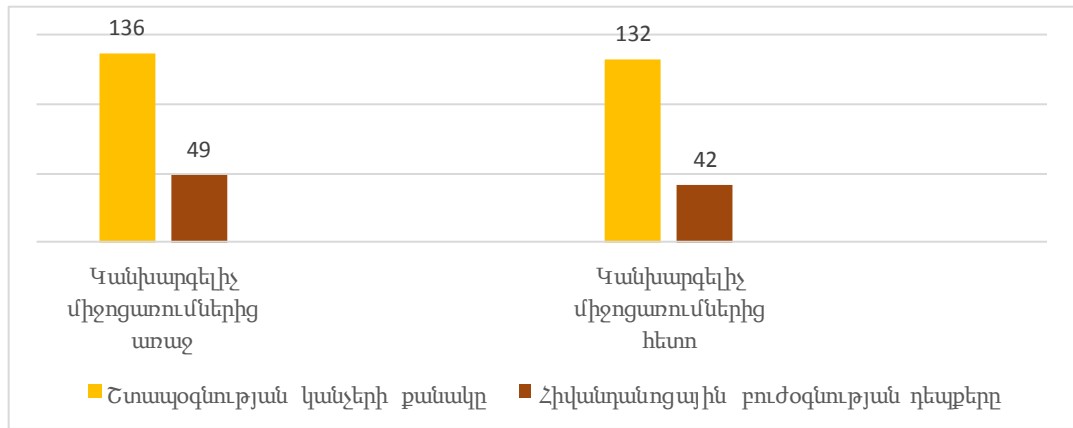
Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրված հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային բուժօգնության, ինչպես նաև շտաբօգնության ծառայության ծախսերը հաշվարկվել են՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2015 թվականի հունվարի 19-ի «2015 թվականին բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում թույլ տրված արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման, հանրային առողջապահական ծառայությունների և առողջապահական հարակից ծառայությունների նորմատիվները և միջինացված գները հաստատելու մասին» N 45-Ա

հրամանի: Ըստ ՊԱԳ-ն տվյալների, պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման մեկ դեպքի միջինացված արժեքը երևան քաղաքի համար 2014-2015թթ.-ին կազմել է 108500 ՀՀ դրամ (\$ինանս/դեպք), իսկ շտաբօգնության յուրաքանչյուր կանչի միջին արժեքը՝ 7300 ՀՀ դրամ: Պետք է նշել, որ 2014-2015թթ.-ին ամբողջատորպիվ իկլինիկական բուժօգնության և սպասարկման առանձին ձևերն ու տեսակները, ինչպես նաև դրանց արժեքները մնացել են անփոփոխ [10]:

Համագումարի բերելով պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժօգնության տրամադրման շրջանակներում ստացված ստացիոնար բուժօգնության դեպքերի քանակը՝ պարզվել է, որ մեկ տարում փորձարարական խմբում այն նվազել է 7 դեպքով՝ 49-ից մինչև 42 դեպք, ինչը ապահովել է պետական \$ինանսական ծախսերի նվազում 5316500 ՀՀ դրամից (49դեպք) մինչև 4557000 ՀՀ դրամ (42դեպք)՝ ապահովելով 759500 ՀՀ դրամի չափով խնայողություն:

Ըստ «Շտաբօգնություն» ՓԲԸ-ն կողմից մեզ տրամադրած տվյալների՝ կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում 2015 թվականին փորձարարական խմբի մասնակիցների շտաբօգնության

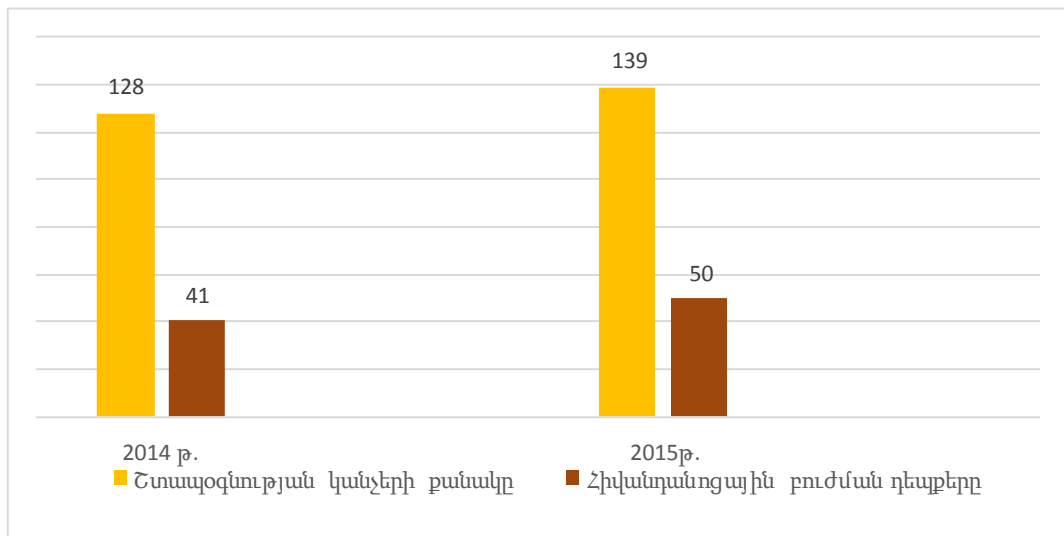
մեկ տարվա կանչերը, 2014 թվականի համեմատ, նվազել են 4 -ով՝ 136-ից դարձել 132 կանչ (գծ.20):



Գծապատկեր 20. Փորձարարական խմբում պետության կողմից անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերն ու շտապօգնության կանչերը կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո

Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբում 2015 թվականին շտապօգնության կանչերի ընդհանուր արժեքը 2014 թվականին գրանցված 992800 ՀՀ դրամից նվազել է մինչև 963600 ՀՀ դրամ, ինչն ապահովել է 29200 ՀՀ դրամի չափով պետական ֆինանսական միջոցների խնայողությունը:

Ստուգիչ խմբում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքերը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին ավելացել են՝ մեկ տարում աճելով 41-ից մինչև 50



դեպք (գծ.21):

Գծապատկեր 21. Ստուգիչ խմբում պետության կողմից անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժման դեպքերն ու շտապօգնության կանչերը (2014-2015 թթ.)

Ստուգիչ խմբում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքերի նվազումը պայմանավորել է պետության ֆինանսական ծախսերի ավելացում՝ 4448500 ՀՀ դրամից մինչև 5425000 ՀՀ դրամ, ինչը 976500 ՀՀ դրամի չափով ավելացրել է պետության ֆինանսական ծախսերը:

Պետք է նշել, որ 2015 թվականին ստուգիչ խմբի մասնակիցների շտապօգնության կանչերը, 2014 թվականի համեմատ, ավելացել են 11-ով՝ 128-ից դարձել 139 կանչ: Այդ իսկ պատճառով, ստուգիչ խմբում 2015 թվականին շտապօգնության մեկ տարվա կանչերի ընդհանուր արժեքը 2014 թվականին գրանցված 960000 ՀՀ դրամից դարձել է 1042500 ՀՀ դրամ, ինչը 82500 ՀՀ դրամի չափով ավելացրել է պետության ֆինանսական ծախսերը:

Համագումարի բերելով երևանի «Թիվ 22 պլիկլիկա» ՓԲԸ-ում բուժկանխարգելիչ միջոցառումների ընթացքում փաստացի կատարած աշխատանքները՝ ամբողջատոր քարտերում գրանցված բոլոր լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններն ու բուժական այլ միջամտությունները, հաշվարկվել են փորձարարական և ստուգիչ խմբերի մասնակիցներին տրամադրված բժշկական օգնության և սպասարկման ողջ ծավալի համապատասխան պետության կողմից ծախսված ֆինանսական միջոցները:

Այսպես, դիմելիության աճով պայմանավորված, 2015 թվականին ստուգիչ խմբի մասնակիցներին փաստացի տրամադրված ամբողջատոր-պլիկլիկական բժշկական օգնության դիմաց պետության ֆինանսական ծախսերը, 2014 թվականի համեմատ, աճել են 978620 ՀՀ

դրամից մինչև 1026315 ՀՀ դրամ, ինչը պայմանավորել է 4%-ով պետական ֆինանսական միջոցների ծախսի ավելացում: Պետք է նշել, որ փորձարարական խմբի մասնակիցներին կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փաստացի տրամադրված ամբողջատոր-պրոկլիվ ինիկական բժշկական օգնության դիմաց պետության ֆինանսական ծախսերը նույնպես, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին աճել են՝ 1085771 ՀՀ դրամից դարձել 1216932 ՀՀ դրամ, ինչը և պայմանավորել է 11%-ով պետության ֆինանսական միջոցների ծախսի ավելացում:

Մեր կողմից, հետազոտության տնտեսական արդյունավետությունը հաշվարկելիս, հաշվի է առնվել նաև փորձարարական խմբի մասնակիցներին բուժսպասարկում տրամադրած «Կանխարգելման աշխատանքային»-ի բուժաշխատողների՝ բժշկի և բուժքրոջ, կադրային ապահովումն ու վարձատրման աղբյուրը: Հարկ է նշել, որ բուժհաստատության ներքին կադրային հագեցվածության շրջանակներում «Կանխարգելման աշխատանքային»-ի կադրային ապահովումն ու վարձատրման առաջարկվող աղբյուրը հավելյալ հաստիքային և ֆինանսական ծանրաբեռնվածությունն **չեն** պայմանավորում, ինչը ֆինանսավորման սուղ պայմաններում շատ կարևոր է: «Կանխարգելման աշխատանքային»-ի կադրային հագեցվածությունը ապահովվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից ամենամյա պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության և սպասարկան շրջանակներում թույլ տրված արտահիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունների հաստիքացուցակում ներառված նեղ մասնագիտական, այդ թվում՝ «այլ կաթինետներ» առանձին տողով, բժշկական գործունեության կազմակերպման համար նախատեսված հաստիքների հաշվին: «Կանխարգելման աշխատանքային»-ի բուժաշխատողների աշխատավարձը հաշվարկվել է՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող աշխատողների աշխատանքի վարձատրման մասին» 2014 թվականի հունիսի 24-ի N 1791-Ա

հրամանով հաստատված «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկում հրականացնող աշխատողների աշխատանքի վարձատրման չափորոշիչ»-ի հավելված 3-ի համաձայն:

Ամփոփելով և համադրելով հետազոտական աշխատանքներից առաջ և հետո ստուգիչ խմբի մասնակիցներին փաստացի տրամադրված պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտաբօգնության ծառայությունների ծավալներն ու դրանցով պայմանավորված պետության ֆինանսական ծախսերը՝ պետք է նշել, որ պետության ֆինանսական բեռը 1106695 ՀՀ դրամի չափով ավելացել է (աղ.24):

Աղյուսակ 24

*Ստուգիչ խմբում առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում հրականացված բուժօգնության համապատասխան պետության ֆինանսական ծախսերն՝
բուժօգնության առանձին տեսակների ըստ*

Պ/պ բուժօգնության ծախսերը	Հետազոտության մեկնարկից առաջ	Հետազոտության մեկնարկից մեկ տարի հետո
Հիվանդանոցային բուժօգնության արժեքը	4448500 ՀՀ դրամ	5425000 ՀՀ դրամ
Արտահիվանդանոցային բուժօգնության արժեքը	978620 ՀՀ դրամ	1026315 ՀՀ դրամ
Շտաբօգնության ծառայության արժեքը	960000 ՀՀ դրամ	1042500 ՀՀ դրամ
Ընդամենը	6387120 ՀՀ դրամ	7493815 ՀՀ դրամ
Տարբերություն՝ ծախսի ավելացում	1106695 ՀՀ դրամ	

Համադրելով փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո տնտեսական արդյունավետության հիմնական ցուցանիշները՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտաբօգնության ծառայությունների ծավալներն ու դրանցով պայմանավորված պետության ֆինանսական ծախսերը, գրանցվել է խնայողություն 652952 ՀՀ դրամի չափով, ինչը կազմել է փորձարարական խմբի 295 մասնակցի տարեկան

բուժսպասարկման համար պետության կողմից ծախսված գումարի 8,8%-ը (աղ.25):

Աղյ ու սակ 25

Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների տնտեսական արդյունավետության գնահատումն՝ ըստ առողջապահական ՊԼԾ-ի շրջանակներում իրականացված բուժօգնության առանձին տեսակների

Պ/պբուժօգնության ծախսերը	Կանխարգելիչ միջոցառումների ցառաջ	Կանխարգելիչ միջոցառումներից հետո
Հիվանդանոցային բուժօգնության արժեքը	5316500 ՀՀ դրամ	4557000 ՀՀ դրամ
Արտահիվանդանոցային բուժօգնության արժեքը	1085771 ՀՀ դրամ	1216932 ՀՀ դրամ
Շտապօգնության ծառայության արժեքը	992800 ՀՀ դրամ	963600 ՀՀ դրամ
Ընդամենը	7395071 ՀՀ դրամ	6737532 ՀՀ դրամ
Տարբերություն՝ խնայողություն	652952 ՀՀ դրամ	

Այսպիսով, պետք է նշել, որ փորձարարական խմբում, հիվանդությունների կանխարգելման աշխատանքների նորովի բաշխման և իրականացման շնորհիվ ՈՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումներն ապահովել են բժշկական և սոցիալ-տնտեսական տեսանկյուններից ակնկալվող արդյունավետությունը:

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ՀՀ բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կարողվածքի 86%-ը պայմանավորված է ՈՎՀ-ով: ՀՀ

առողջ ապահովության առջև առկա հանրային առողջապահական խնդիրները լուծելու համար վերջին տարիներին ավելի հաճախ է կարևորվում հիվանդության նկատմամբ կանխարգելումը՝ իբրև բժշկական օգնության առաջնահերթություն:

Յետազոտության հիմնական նպատակն է մշակել առողջության առաջնային պահպանման օղակում ՌՎՀ-ի կանխարգելմանն ուղղված կազմակերպչական նոր, ավելի արդյունավետ մոտեցումներ, ինչպես նաև հիմնավորել դրանց ներդրման անհրաժեշտությունը: ՌՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումները ամբողջատոր-պրոֆիլի ինիկական հաստատություններին թույլ են տալիս նվազեցնել ՌՎՀ-ի առաջացման գումարային ռիսկն ու բարելավել կանխարգելիչ գործունեության որակը՝ միաժամանակ ապահովելով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տրամադրման և շտապօգնության սպասարկման դեպքերի նվազում, ինչպես նաև պետական ֆինանսական միջոցների խնայողաբար օգտագործում: Յետազոտությունն իր տեսակով համալիր սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտությունն է:

Գիտական աշխատանքի կարևոր խնդիր է հանդիսացել ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում՝ «Թիվ 22 պրոֆիլի ինիկա» ՓԲԸ-ում, 2010-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում հավաքագրված բնակչության բժշկաժողովրդագրական նկարագրի վերլուծությունը:

Այսպես, 2010-2014թթ. ընթացքում բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշներն ունեցել են դրական դինամիկա, և եղել են համահունչ հանրապետական ցուցանիշների հետ: Մասնավորապես, հաստատության հավաքագրված բնակչության կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը 73,6 տարի է, ինչը համարելի է հանրապետական միջին ցուցանիշի՝ 74,1-ի, հետ: Բնակչության բնական աճի ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում մնացել է անփոփոխ՝ 5,4%-ի սահմաններում: Ծնելիության մակարդակը միջտգերազանցել է մահացությանը՝ 2010 թվականին կազմել է 13,6%, իսկ 2014 թվականին՝ 14,1%:

Ընդ որում, մահացության ցուցանիշը 2010 թվականին գրանցված 8,1%-ից 2014 թվականին դարձել է 8,7%՝ մշտապես մնալով ցածր մակարդակի: Մահացության հիմնական

պատճառների կառուցվածքում 84-85% զբաղեցրել են ՌՎՀ-ը, ինչը, մեծ հաշվով, համահունչ է մայրաքաղաքային և հանրապետական ցուցանիշների հետ:

Ընդ որում, 2010 թվականին մահացության հիմնական պատճառների 47,8%-ը պայմանավորված է եղել ԱՇՀՀ-ով, 27%-ը՝ նորագոյացություններով, 8%-ը՝ շնչառական համակարգի ախտահարումներով, 7%-ը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններով: 2014 թվականին բնակչության մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքի 46%-ը պայմանավորված է եղել ԱՇՀՀ-ով, 26%-ը՝ նորագոյացություններով, 5%-ը՝ ներզատական համակարգի, իսկ 7%-ը՝ շնչառական օրգանների հիվանդություններով:

Բուժհաստատությունում 2010-2014թթ.-ի ընթացքում, հիվանդությունների գրանցման դինամիկ աճին զուգահեռ, հավաքագրված բնակչության 18տ. և բարձր տարիքային խմբում ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշը աճել է 14%-ով: Հավաքագրված բնակչության բուն հիվանդացության ցուցանիշը 2010–2014 թթ. ընթացքում նվազել է 3,2%-ով: Ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում բնակչության 0-14 տարեկանների տարիքային խմբում նվազել է 15%-ով: Սակայն 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության ցուցանիշի աճ 4,6%-ով, իսկ 15-17 տարեկան տարիքային խմբում՝ 28%-ով: 2014 թվականին բնակչության բուն հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում են եղել ՌՎՀ-ից արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները: Ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի՝ ԱՇՀՀ-ից բնակչության բուն հիվանդացության ցուցանիշը նվազել է 8%-ով: Ներզատական համակարգի հիվանդություններից բուն հիվանդացության ցուցանիշը աճել է 6%-ով, իսկ նորագոյացություններից՝ 9%-ով: Հավաքագրված բնակչության 18 տարեկան և բարձր տարիքային խմբում արձանագրվել է բուն հիվանդացության ցուցանիշի աճ 4,8%-ով: Մեծահասակների տարիքային խմբում ԱՇՀՀ-ից բուն հիվանդացության ցուցանիշը կազմել է 12%: Այն 2013-2014 թթ. ընթացքում նվազել է և դարձել 10%: Բուն հիվանդացության ցուցանիշը ներզատական համակարգի հիվանդություններից աճել է 4,4%-ից մինչև 5,1%, իսկ

Նորագոյացութիւնը ներկայումս պայմանավորված հիվանդութիւններով ցուցանիշը մնացել է անփոփոխ՝ 4-4,1% սահմաններում:

Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում բուժհաստատութիւնում հավաքագրված բնակչութեան առաջնային հաշմանդամութեան ցուցանիշը նվազել է 5,9%-ից մինչև 5,2%: Հաշմանդամութեան հիմնական պատճառների կառուցվածքում 2010 թվականին գրանցված 24%-ը, իսկ 2014 թվականին՝ 25%-ը պայմանավորված է եղել ԱՇՀՀ-ով: Չարորակ նորագոյացութիւնը 2014 թվականին պայմանավորված է եղել հաշմանդամութեան կառուցվածքի 10%-ը, իսկ 2015 թվականին՝ 12%-ը:

Այսպիսով, հետազոտված բնակչութեան հիվանդացութեան և հաշմանդամութեան մակարդակը հիմնավորում է առողջապահական համակարգում՝ ԱԱՊ օղակում, ՌԿՀ-ի կանխարգելման նոր միջոցառումների մշակման և ներդրման անհրաժեշտութիւնը:

Հետազոտութեան խնդիր է հանդիսացել նաև սոցիոլոգիական հարցման միջոցով հետազոտված բնակչութեան շրջանում ՌԿՀ-ի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնների, ինչպես նաև կենսակերպի մի շարք գործոնների՝ կոնֆլիկտների հաճախականութեան և քնի որակի, վերաբերյալ տվյալների հավաքագրումը: Հետազոտական աշխատանքի շրջանակներում ուսումնասիրվել է նաև ՌԿՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և առողջ կենսակերպի վերաբերյալ բնակչութեան իրազեկվածութեան մակարդակը: Հարցմանը մասնակցել է տարբեր տարիքի և սոցիալական շերտերի հավաքագրված 529 բնակիչ:

Այսպես, ըստ հետազոտման արդյունքների, բնակչութեան բուժհաստատութիւն կատարած հաճախումների պատճառների միայն 5%-ն է կանխարգելման նպատակով: Կատարված հետազոտութեան արդյունքում պարզվել է, որ սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցների 52%-ն ունի ՌԿՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից առնվազն երկուսը: Մասնավորապես, հարցվածների շրջանում ՌԿՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոններից գերակշռում են սխալ սննդակարգը և հիպոդինամիան: Արական սեռի մոտ առավել տարածված են ծխախոտամոլութիւնը՝ 86%-ի, ինչպես նաև 29-ը՝ 26,7%-ի մոտ: Իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առավել տարածված է

ավելցուկ քաշը՝ կանանց 67%-ի (340-ից 229-ի) մոտ: Պետք է նշել, որ իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առավել տարածված է նաև 24-ը՝ այն գրանցվել է 33,4%-ի մոտ: Չարկերակային ճնշման կարգավորման դեղորայքի օգտագործման առումով, իգական սեռն ավելի պարտաճանաչ է: Մասնավորապես, 24 ունեցող արական սեռի ներկայացուցիչներից (n=51) 26 կարգավորման դեղորայք վերջին երկու շաբաթում ընդունել է 45%-ը (n=23), իսկ 24 ունեցող իգական սեռի ներկայացուցիչներից (n=113)՝ 52%-ը (n=59):

Մտահոգիչ է ՌՎՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների և առողջ կենսակերպի վերաբերյալ հետազոտվածների գրեթե 50%-ի մոտ իրագրվածության ցածր մակարդակը:

Հետազոտության ընթացքում սոցիոլոգիական հարցմամբ է ուսումնասիրվել և վերլուծության ենթարկվել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կարծիքը ԱԱՊ օղակում ՌՎՅ-ի կանխարգելման աշխատանքների վերաբերյալ: Սոցիոլոգիական հարցումը հնարավորություն է տվել բացահայտել բուժաշխատողի սոցիալ-հիգիենիկ բնութագիրը, հիվանդության նկատմամբ կանխարգելման ժամանակ կիրառվող հիմնական մոտեցումները, ինչպես նաև ներկայ կանխարգելիչ գործունեության վերաբերյալ նրանց վերաբերմունքն ու կարծիքը:

Այսպես, բուժաշխատողների 97%-ը նշում է, որ ԱԱՊ օղակում անհրաժեշտ է զբաղվել կանխարգելիչ աշխատանքներով, ինչպես նաև անհրաժեշտ է կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումներ ներդնել: Բուժաշխատողների մեծամասնությունը կարևորում է առողջ ապրելակերպի քարոզչության դերը ՌՎՅ-ի կանխարգելման գործում:

Հետազոտության արդյունքները փաստում են նաև, որ դեռևս խնդրահարույց է «մասնագիտացված» կանխարգելման՝ վնասակար սովորությունների շտկման, հիգիենիկ դաստիարակման, առողջ ապրելակերպի շարժառիթների ձևավորման և «կանոններ»-ին հետևելու շարունակական աշխատանքների, պատշաճ մակարդակի ապահովումը:

Այսպես, ըստ հետազոտության տվյալների, հիվանդին համապատասխան սննդակարգ կարողանում է կազմել բժիշկների

միայն 36%-ը: Ընդ որում, սննդի ընդունման ռեժիմին ուշադրություն է դարձնում բժիշկների 47%-ը, սննդի համաչափության՝ բալանսավորության, պահպանմանը (1-1-4 հարաբերակցություն)՝ 28%-ը, էներգետիկ համապատասխանությունը՝ 16%-ը, իսկ մասնակիցների 9%-ը հարցադրումներին դժվարանում է պատասխանել: Հարցվածների 37%-ը սթրեսայն իրավիճակների հաղթահարմանը երբևիցե չի անդրադարձնում: Օրվա ռեժիմի՝ աշխատանքի և հանգստի, կազմակերպման վերաբերյալ խորհուրդներ տալ դժվարանում է բժիշկների 41%-ը: Առավոտյան մարմնամարզությանը զբաղվելու և օրգանիզմը կոփելու վերաբերյալ խորհուրդներ է տալիս բուժանձնակազմի 64%-ը, ընդհանրապես այս հարցին չի անդրադարձնում՝ 12%-ը, իսկ մասնակիցների 24%-ը դժվարանում է նշված հարցադրմանը պատասխանել: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ կախված հիվանդությունից, համապատասխան ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ խորհուրդներ կարողանում է տալ բժիշկների 69%-ը, իսկ՝ 31%-ը դժվարանում է պատասխանել հարցադրմանը: Սահմանափակել ավելի սպառումը բուրդին խորհուրդ է տալիս բուժանձնակազմի 33%-ը, կախված հիվանդությունից՝ 32%-ը, իսկ ընդհանրապես ավելի վերաբերյալ խորհուրդ չի տալիս՝ 34%-ը: Հաշվի առնելով ծխախոտամուխության վնասակարությունը՝ բուրդին խորհուրդ է տալիս ծխախոտից հրաժարվել բուժանձնակազմի 52%-ը, հիվանդությունից կախված՝ 14%-ը, խորհուրդ չի տալիս 2%-ը, իսկ դժվարանում է պատասխանել՝ 32%-ը: Ինքնաբուժության վնասակարությանը անդրադարձնում է հարցվածների 70%-ը, կախված հիվանդությունից՝ 9%-ը, չի քննարկում այն՝ 8%-ը, իսկ հարցադրմանը դժվարանում է պատասխանել հարցվածների 13%-ը: Հարցման մասնակցած բուժաշխատողների 25%-ը իբրև շրջակա միջավայրի վնասակար ազդեցությունը նվազեցնելու միջոց, հիվանդներին խորհուրդ է տալիս միայն էկոլոգիապես մաքուր սննդամթերքի օգտագործումը, 9%-ը՝ միայն վիտամինների ընդունումը, 2%-ը՝ միայն հեռուստացույցից և/կամ համակարգչից օգտվելու սահմանափակումը, 1%-ը՝ միայն ջրի ֆիլտրացումը, 1%-ը՝ միայն հակաօքսիդանտների ընդունումը և 4%-ը՝ միայն բնության

հետ շփումը: Նշված բոլոր խորհուրդների համադրում ընտրում է հարցվածներից 58%-ը: Միայն հիվանդության ախտանիշների առկայությունից ելնելով՝ բուժզննում անցնելու խորհուրդ է տալիս հետազոտվածների 63%-ը, յուրաքանչյուրին կանխարգելման նպատակով հետազոտվել՝ 24%-ը, իսկ հարցվածների 13%-ը դժվարանում է պատասխանել: Կանխարգելման արդյունավետ կազմակերպման համար որպես հիգիենիկ ուսուցման և դաստիարակության արդյունավետ միջոց հարցման մասնակիցների 39%-ը ընտրում է թռուցիկների ու բրոշյուրների օգտագործումը, 15%-ը՝ պատասխանների, իսկ հարցվածների 56%-ը դժվարանում է պատասխանել: Բուժհաստատությանում ՌՎՅ-ի կանխարգելման համար հարցման մասնակիցների 59%-ը առավել արդյունավետ համարում է անհատական խորհրդատվությունը, 9%-ը՝ խմբակայինը, իսկ հարցվածների 32%-ը դժվարանում է պատասխանել հարցադրմանը:

Հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման կարևորության վերաբերյալ առկա տեղեկատվական տեղատարափի պարագայում, կարևորվում է նաև այդ ինֆորմացիայի հասանելիության՝ մատչելիության և բնակչության շրջանում արեկվատ ընկալելիության, հանգամանքը, ինչը շատ կարևոր է կանխարգելիչ միջոցառումների որակի ապահովման համար:

Այսպես, հարցվածների 19%-ը համարում է, որ տվյալ տեղեկատվությունը հասանելի և ընկալելի է բնակչության համար, 15%-ը՝ հասանելի չէ, իսկ հարցվածների 66%-ը դժվարանում է պատասխանել:

ԱԱՊ օղակում հիվանդությունների կանխարգելման արդյունավետության բարձրացման համար փոփոխությունների անհրաժեշտության վարաբերյալ հարցադրմանը, մասնակիցների 3%-ը նշում է, որ պետք է ոչ ինչ փոխել, իսկ ավելացնել գիտելիքները, այդ թվում՝ մեթոդական գրականությունն ու կանխարգելման համար տրամադրվող ժամանակը, նշում է հարցման մասնակիցների 97%-ը: Բացի այդ, բոլոր թերապևտները նշում են, որ չնայած ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված ամենամյա աշխատանքային «Չափորոշիչ»-ով նախատեսված տարեկան մեկ կանխարգելիչ այցի պահանջի, որով նախատեսվել է բարձրացնել ՌՎՅ-ի կանխարգելման

արդյունավետությունը, առկա է կանխարգելման «գործիքների» բուժանձնակազմի համապատասխան գիտելիքի, ցուցադրական նյութի, կիրառվող տարբեր թեստերի, անբավարարություն:

Այսպիսով, ամփոփելով իրականացված սոցիոլոգիական հարցման տվյալները, պետք է նշել, որ հաստատության բուժանձնակազմը կարևորում է ՌԿՅ-ի կանխարգելումը ԱԱՊ օղակում: Յարկ է նշել, որ, հարցվածների 97%-ի կարծի համաձայն, ԱԱՊ օղակում անհրաժեշտ է ներդնել ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումներ: Ելնելով հետազոտության արդյունքներից՝ պետք է նշել, որ անբավարար են բուժանձնակազմի «**մասնագիտացված**» կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքի մակարդակն ու կանխարգելման համար հատկացվող աշխատատեղի և առկա նյութատեխնիկական հագեցվածությունը: Ակնհայտ է, որ վերոնշյալ հանգամանքները՝ աշխատանքային «Չափորոշիչ»-ում ամրագրված տարեկան մեկ կանխարգելիչ այցը, առկա նյութատեխնիկական հագեցվածության մակարդակն ու աշխատատեղի սակավությունը, պետք է դիտարկել ամբողջ մայրաքաղաքային ԱԱՊ օղակի գործունեության համատեքստում, և արձանագրել, որ վերջիններս չեն կարող նպաստել ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի և վնասակար վարքագծային այլ գործոնների վերաբերյալ իրականացվող լուսավորչական գործունեության, ինչպես նաև ռիսկի գործոնների հայտնաբերման և շարունակական նվազեցման աշխատանքների պատշաճ մակարդակի ապահովմանը: Յետևաբար, հաշվի առնելով ԱԱՊ օղակի աշխատանքային ամենամյա «Չափորոշիչ»-ում ամրագրված սպասարկվող բնակչության հավաքագրման և սպասարկման սկզբունքները, երբ ԱԱՊ օղակի յուրաքանչյուր կազմակերպությունում փաստացի հավաքագրում է կատարվում տարբեր համայնքներից, ինչպես նաև հետազոտված բնակչության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշների և ՌԿՅ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների տարածվածության համադրելիությունը մայրաքաղաքային և հանրապետական միջին ցուցանիշների հետ, կարելի է փաստել, որ առողջապահության համակարգի ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների մշակման

ու ներդրման անհրաժեշտություներն ակնհայտ պահանջված է և հիմնավորված:

Հետազոտական աշխատանքների շրջանակներում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում իրականացվել են բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ, այդ թվում՝ անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվություներ, որոնք գնահատվել են կլինիկական և սոցիալ-տնտեսական արդյունավետության տեսանկյուններից:

Բժշկական (կլինիկական) արդյունավետություները գնահատվել է, ըստ հետևյալ ցուցանիշների՝

1. ՈՎՀ-ի առաջացման ռիսկի գործոնների վերաբերյալ իրազեկվածության,
2. ՈՎՀ-ի առաջացման գումարային ռիսկի,
3. ՈՎՀ-ով պայմանավորված հիվանդացության (դեպք),
4. ՔՈՎՀ-ի կլինիկական ընթացքի փոփոխություների:

Այսպես, փորձարարական խմբում սննդակարգի կանոնակարգման արդյունքում նորմայի սահմաններում մարմնի ՄՁՑ ունեցող մասնակիցները 29%-ից ավելացել են մինչև 35±2,8%:

Մասնակիցների ֆիզիկական ակտիվություները ավելացել է 11%-ով: Կանխարգելիչ խորհրդատվություների արդյունքում ալկոհոլի չարաչափումը 25%-ից՝ որից 21%-ը արական սեռի բոլոր ներկայացուցիչներն են, իսկ 4%-ը իգական սեռի ներկայացուցիչները, նվազել է մինչև 20%: Իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում ալկոհոլի չարաչափումը դեպքերը պակասել են ամբողջությամբ, իսկ արական սեռի՝ միայն 1%-ով: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբի ծխողների տեսակարար կշիռը նվազել է 10%-ով:

Փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումը նպաստել է 29-ն գրանցման դեպքերի նվազմանը՝ ռեսպոնդենտների 56%-ից (n=165) մինչև 44% (n=134):

Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբում նորմալ՝ չընդհատվող և 7-8 ժամ տևողությամբ, քուն ունեցողները ավելացել են 9%-ով: Փորձարարական խմբում փոխվել է նաև հաճախ կոնֆլիկտ ունեցողների տեսակարար կշիռը՝ նվազելով 10%-ով:

Ստուգիչ խմբում վերը նշված բոլոր ցուցանիշները 2010-2014թթ. ընթացքում էական փոփոխություններ չեն կրել :

Բուժկանխարգելիչ մշոցառումների արդյունքում փորձարարական խմբում արձանագրվել է ՌՎՅ-ով պայմանավորված հիվանդացության (դեպքերի) 6,9% նվազում: Արձանագրվել է ՔՌՎՅ-ի անկայուն ընթացքով հիվանդների շրջանում դրական տեղաշարժ՝ նվազում 27-ից մինչև 20 հիվանդ (26%-ով):

Ստուգիչ խմբում տվյալ ժամանակահատվածում հիվանդությունների կլինիկական ընթացքի դրական փոփոխություններ չեն գրանցվել: Հակառակը, ՍԱ շատ բարձր ռիսկի (ԲՌ \geq 10%) և ախտորոշված ՍԻՅ-ն կլինիկական ընթացքի կտրուկ սրացման պատճառով, ստուգիչ խմբում գրանցվել է մեկ մահ: Ստուգիչ խմբում 294 մասնակիցների շրջանում ՌՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի փոփոխություն չի գրանցվել:

Փորձարարական խմբում գրանցվել է ՌՎՅ-ի առաջացման գումարային ռիսկի դրական տեղաշարժ: Մասնավորապես, ցածր ռիսկի խմբում մասնակիցներն ավելացել են 19%-ից մինչև 31%, միջինում նվազել՝ 37%-ից մինչև 25%, իսկ բարձր և շատ բարձր ռիսկի ենթախմբերում մասնակիցները մնացել են անփոփոխ: Հատկանշական է, որ ռիսկի նվազում ավելի ցայտուն դիտարկվել է ցածր և միջին ռիսկի խմբերում, ինչը պայմանավորված է մնացյալ ենթախմբերում ախտորոշված հիվանդությունների «դիմակայությամբ»:

Հետազոտության սոցիալական արդյունավետությունը գնահատվել է՝ ժամանակավոր անաշխատունակության օրերի թվի փոփոխման ուսումնասիրմամբ:

Այսպես, փորձարարական խմբում կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքում մասնակիցների անաշխատունակության օրերը նվազել են 71-ով: Ստուգիչ խմբում գրանցվել է 48-ով անաշխատունակության օրերի ավելացում:

Տնտեսական արդյունավետությունը գնահատվել է՝ ուսումնասիրելով առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացված պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտապգնություն ծառայությունների դիմաց պետական

Ֆինանսավորման ծավալները: ՌԿՅ-ի կանխարգելման փորձարարական մոդելի տնտեսական արդյունավետությունը հաշվարկվել է՝ համեմատելով կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո տրամադրված բուժօգնության տեսակին և քանակին համապատասխան պետության ֆինանսական ծախսերը:

Համեմատության համար օգտագործվել են հետևյալ ցուցանիշները՝

- հիվանդանոցային բուժսպասարկման արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրված հիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման ծավալի;

- շտապօգնության ծառայության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում փաստացի կատարած կանչերի քանակի;

- ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության արժեքն՝ ըստ 12 ամիսների ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրված արտահիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման ծավալի:

Ստուգիչ խմբում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքերը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին ավելացել են՝ մեկ տարում աճելով 41-ից մինչև 50 դեպք, ինչը պայմանավորել է պետության ֆինանսական ծախսերի ավելացում 4448500 ՀՀ դրամից մինչև 5425000 ՀՀ դրամ, ինչը 976500 ՀՀ դրամի չափով ավելացրել է պետության ֆինանսական ծախսերը:

Փորձարարական խմբի մասնակիցների շրջանում, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժման դեպքերի նվազումը 7 դեպքով ապահովել է պետական ֆինանսական ծախսերի նվազում 5316500 ՀՀ դրամից մինչև 4557000 ՀՀ դրամ՝ ապահովելով 759500 ՀՀ դրամի չափով խնայողություն:

Պետք է նշել, որ 2015 թվականին ստուգիչ խմբի մասնակիցների շտապօգնության կանչերը, 2014 թվականի համեմատ, ավելացել են 11 կանչով՝ 128-ից դարձել 139 կանչ, ինչը մեծացրել է ստուգիչ խմբում պետության կողմից ֆինանսավորման ծավալը 960000 ՀՀ

դրամից մինչև 1042500 ՀՀ դրամ, ինչը 82500 ՀՀ դրամի չափով ավելացրել է պետության ֆինանսական ծախսերը:

Ի տարբերություն ստուգիչ խորհարարական խմբի մասնակիցների շտաբոգնություն կանչերը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին նվազել են 4 կանչով՝ 136-ից դարձել 132 կանչ: Շտաբոգնության մեկ տարվա կանչերի ընդհանուր արժեքը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին փորձարարական խմբում 992800 ՀՀ դրամից դարձել է 963600 ՀՀ դրամ՝ ապահովելով 29200 ՀՀ դրամի չափով խնայողություն:

Կանխարգելիչ միջոցառումների ժամանակ փորձարարական խմբի մասնակիցներին փաստացի տրամադրված ամբուլատոր-պուլիկլինիկական բուժօգնության դիմաց պետության ֆինանսական ծախսերը մեկ տարում 1085771 ՀՀ դրամից դարձել են 1216932 ՀՀ դրամ՝ աճելով 11%-ով:

Պետք է նշել, որ ստուգիչ խմբի մասնակիցներին փաստացի տրամադրված ամբուլատոր-պուլիկլինիկական բուժօգնության դիմաց պետական ֆինանսական ծախսերը, 2014 թվականի համեմատ, 2015 թվականին ավելացել են՝ աճելով 4%-ով:

Հարկ է նշել, որ բուժօգնությունների կադրային հագեցվածության շրջանակներում «Կանխարգելման աշխատանքային»-ի կադրային ապահովումն ու բուժանձնակազմի վարձատրման համար առաջարկվող ֆինանսավորման աղբյուրը հավելյալ հաստիքային և ֆինանսական ծանրաբեռնվածություն **չեն** պայմանավորում:

Համադրելով փորձարարական և ստուգիչ խմբերում կանխարգելիչ միջոցառումներից առաջ և հետո առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացված պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և շտաբոգնության ծառայությունների դիմաց պետական ֆինանսական ծախսերի տարբերությունը՝ փորձարարական խմբում արձանագրվել է խնայողություն 652952 ՀՀ դրամի չափով, ինչը կազմել է փորձարարական խմբի 295 մասնակցի տարեկան բուժսպասարկման համար պետության կողմից ծախսված գումարի 8,8%-ը:

Այս պիսով, պետք է նշել, որ ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումները ապահովել են բժշկական և սոցիալ-տնտեսական տեսանկյուններից ակնկալվող արդյունավետությանը:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. 2010-2014թթ. ժամանակահատվածում «Թիվ 22 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում հավաքագրված բնակչության առողջությանը բնութագրվել է ՌԿՅ-ով պայամանավորված հիվանդացության ցուցանիշների աճով:
2. Հետազոտված բնակիչների 52%-ն ունեցել է ՌԿՅ-ի առաջացման առնվազն երկու ռիսկի գործոն:
3. Հաստատության բուժաշխատողների շրջանում հիվանդության ներքին կանխարգելման վերաբերյալ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների վերլուծությանը պարզվել է, որ՝
 - ա) բուժհաստատության նում հավաքագրված բնակչության շրջանում առկա է առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ տեղեկացվածության ցածր մակարդակ,
 - բ) ԱԱՊ օղակում ՌԿՅ-ի կանխարգելման աշխատանքներում առկա է արդյունավետ կանխարգելման համար անհրաժեշտ «գործիքակազմի»՝ աշխատաժամանակի, բուժանձնակազմի համապատասխան գիտելիքի, ցուցադրական նյութի, տարբեր թեստերի, անբավարարության:

4. Հետագոտական աշխատանքների շրջանակներում իրականացված ՌՎՀ-ի կանխարգելման միջոցառումների արդյունավետությունը հիմնավորում է ԱԱՊ օղակում ՌՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման նոր մոտեցումների ներդրման նպատակահարմարությունը:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. ՀՀ առողջապահության համակարգի ԱԱՊ բուժօգնություններն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես հիմնական օղակ ՌՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումների ներդրման համար:
2. ԱԱՊ օղակում անհրաժեշտ է ներդնել ՌՎՀ-ի կանխարգելման կազմակերպման այնպիսի նոր մոտեցումներ, որոնք կապահովեն ՌՎՀ-ի առաջացման գումարային ռիսկի որոշումն ու նրա հնարավոր նվազումը:
3. ԱԱՊ օղակում կանխարգելման միջոցառումների պլանավորման ժամանակ անհրաժեշտ է գնահատել բուժօգնությունում հավաքագրված բնակչության շրջանում ՌՎՀ-ի առաջացման և առկա այլ վնասակար վարքագծային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, ինչպես նաև որոշել հավաքագրված բնակչության ՌՎՀ-ի առաջացման գումարային ռիսկը:
4. Հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպչական նոր մոտեցումների ներդրման համար կարևորվում է ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների մասնագիտական շարունակական զարգացման ծրագրերում հիմնախնդրի ներառումը:

5. ԱԱՊ օղակում ՈՎՅ-ի արդյունավետ կանխարգելման համար նպատակահարմար է ներդնել կանխարգելման աշխատանքների անցկացման կազմակերպման նոր մոտեցումը՝ «Կանխարգելման աշխատանքային մոդելը»:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Անդրեասյան Դ., Մանուկյան Ս., Բազարչյան Ա., Մուրադյան Գ., Պողոսյան Ա. «Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում» // ԶԶ ԱՆ ԱԱԻ (գիրք); Երևան, 2014թ., 101 էջ:
2. «Առողջություն և առողջապահություն» // Վիճակագրական տարեգիրք; ԶԶ ԱՆ ԱԱԻ տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն; 2014թ., 218 էջ:
3. «Առողջություն և առողջապահություն» // Վիճակագրական տարեգիրք; ԶԶ ԱՆ ԱԱԻ տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն; 2015թ., 222 էջ:
4. ԶԶ ծխելու դեմ պայքարի 2010-2015թթ. ազգային պետական ծրագիր; ԶԶ կառավարության 2009 թվականի դեկտեմբերի 24-ի N 1523-Ն որոշում:
5. ԶԶ առողջապահության նախարարի 2014թ. ապրիլի 16-ի N 810-Ա հրաման // «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կառավարման և բուժման գործնական ուղեցույց»; 2014թ., 144 էջ:
6. ԶԶ վիճակագրական տարեգիրք 2013թ.; <http://www.armstat.am/file/doc/99477293.pdf>:
7. Զովհաննիսյան Ս., Մուրադյան Ն. «Չարկերակային գերճնշումը և հիմնական ռիսկի գործոններ» // «Բժշկություն, գիտություն և կրթություն» հանդես; Երևան, 2012թ., հ.13, էջ 55-61:

8. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2010 թվականի փետրվարի 16-ի N 191-A հրաման // «Չափահաս անձանց սննդակարգի ուղեցույց»; 2010թ., 83 էջ:
9. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. սեպտեմբերի 13-ի N 47-Ն հրաման:
10. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014թ. հունիսի 24-ի N 1791-Ա հրաման:
11. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2015թ. հունվարի 19-ի N 45-Ա հրաման:
12. Մարգարյան Զ., Բազարչյան Ա., Դարբինյան Չ., Դավիդյան Գ. «Ծխախոտի գովազդի «Ծածկագիրը» կամ ծխախոտի գովազդի առկա խնդիրները Հայաստանում» // Հանրային առողջության հայկական միավորում (գիրք); Երևան, 2006թ., 96 էջ:
13. Մուրադյան Ն.Ա. «Մարմնի ավելցուկային քաշը և ճարպակալումը որպես զարկերակային գերճշման ռիսկի գործոններ» // Գիտաբժշկական Հանդես, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ; Երևան, 2010թ., հ.4, էջ 51-58:
14. Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա. «Բուժօգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների կիրառումը Հայաստանի Հանրապետությունում»// Ուս.ձեռնարկ, Երևան, հեղինակային հրատարակություն, 2004թ., 120 էջ:
15. Аарва П. (менеджер проекта), Донковцев Г. Отчеты проекта «Тасис» - Система профилактических мер и здоровье населения России, июнь 2000 // ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; Министерство здравоохранения и соцразвития РФ, Библиотека проектов реформы здравоохранения <http://www.mednet. Ru>
16. Алексеенко С.Н., Авдеева М.Г., Дробот Е.В. Формирование компетенций по медицинской профилактике у выпускников медицинского вуза в контексте их участия в проектной деятельности // Социальные аспекты здоровья населения; 2013; N 3 <http://vestnik.mednet.ru/content/view/484/30/lang,ru/>
17. Алиева Л.А. Самооценка здоровья и образ жизни работников промышленных предприятий // Профилактическая медицина; 2010; том 13; N 1; с.29-32.
18. Артамонова Г.В. и др. Интеграция инновационных технологий управления кардиологической службой // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний; 2012; N1 <http://cyberleninka.ru/article/n/integratsiya-innovatsionnyh-tehnologiy-upravleniya-kardiologicheskoy-sluzhboy#ixzz47PvfT1UR>.

19. Астанин К. В. Подходы к оценке работы школ здоровья и реализации программ борьбы с артериальной гипертензией // Медицина и образование в Сибири; 2007; N3; УДК: 616.12-008.331.1:616-082 <http://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-otsenke-raboty-shkol-zdorovya-i-realizatsii-programm-borby-s-arterialnoy-gipertenziey#ixzz47ToeDmOF/>
20. Батурин А.К. Разработка системы оценки характеристика структуры питания пищевого статуса населения России //Афтореферат диссертации на соиск. уч. степени доктора медицинских наук; Москва; 1998; 45 с.
21. Богданов Н. А., Чуйков Ю. С., Шендо Г. Л. и др. К вопросу об изменении санитарно-гигиенического состояния территорий и здоровья на примере населения Икрянинского района Астраханской области //Астраханский вестник экологического образования; 2012; N 2; с. 110-121.
22. Богомолова Н.Д. Инновационные технологии организации охраны и укрепления здоровья населения //Афтореферат диссертации на соиск. уч. степени доктора медицинских наук; Кемерово; 2006; 24 с.
23. Бойцов С.А., Линчак Р.М. Профилактика в системе оказания медицинской помощи. Что сделано и что предстоит сделать? //Архив внутренней медицины; РИО ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины; Москва; N 6(8); 2012; с.15-19.
24. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., Гулин А.Н., Еганян Р.А., Зубкова И.И., Ипатов П.В., Калинина А.М., Пономарева Е. Г., Соловьева С.Б. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения //Методические рекомендации; РИО ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины; Москва; 2013; 87с.
25. Борисов К.Н., Алексеев В.А. Профилактика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Центре здоровья //Восстановительная медицина и реабилитация; том N 1; 2010; <http://biosite.ru/articles/14/172>
26. Боровков В.Н. Медико-социальные проблемы предотвратимости потерь здоровья, вследствие транспортного травматизма //Автореферат диссертации на соискание уч.степени доктора мед.наук; 2010; Москва; 46 с.
27. Власов В.В. Введение в доказательную медицину // Власов В.В.; 1-ое изд.-м.: гэотар-Медия Сфера; 2001; с. 256-261.

28. Власов В.В. Эпидемиология: учебное пособие для вузов //Власов В.В.; 2-ое изд.- м.: гэотар-Медия Сфера; 2005; N 1.1.4; стр.33-38.
29. Волкотруб Л.П. Табакокурение как фактор канцерогенного риска// Здравоохранение Российской Федерации; 2010; N 2; с.10-15.
30. Вялков.А.И. и др. Новые подходы к организации системы профилактики преждевременной смертности //Экономика здравоохранения; 2007; N 11; с.63-67.
31. Гаибов А.Г. , Пулотов К.Д., Пирова А.Х., Лукьянов Н.Б., Канаотов. Д.Я. Основные аспекты неинфекционной заболеваемости и смертности в Республике Таджикистан //Здравоохранение Российской Федерации; 2014; N 2; с.49-52.
32. Гамбарян М.Г., Калинина А.М. Опыт разработки курса интернет-обучения по профилактике болезней, связанных с курением, для врачей первичного звена здравоохранения //Профилактическая медицина; 2009; N 5; с. 35-42.
33. Галкин В.А. Поликлиническая терапия //Учебная литература для студентов; под ред. В.А. Галкина; М. : П 50 Медицина; 2000; 256 с.
34. Гичев И. М, Николаев А.А., Отева Э.А.и др. Состояние здоровья населения трудоспособного возраста на участках общей семейной практики, перспективы и задачи диспансеризации //Здравоохранение Российской Федерации; 2009; N 5; с.14-17.
35. Гноевых В.В., Шалашова Е.А., Куприянов А.А., Нагорнов Ю.С. Табакокурение и эпидемиология хронической обструктивной болезни легких //Эпидемиология; 2011; том 12; с.825-836.
36. Горшков А. И., Черкасова Л. В.,Осипова Е. М. Гигиена и санитария //Медицина и здравоохранение; 2012; N 2; с.77-79.
37. Гундаров И.А., Полесский В.А. Управление индивидуальными резервами здоровья: Новая стратегия профилактической медицины //Здравоохранение Российской Федерации; 2014 ; N 1; том 58; с.6 -10.
38. Гундаров И. А., Полесский В. А. Методологические требования к оценке качества технологий измерения здоровья //Менеджер здравоохранения; 2007г; N 4; с. 32-37.
39. 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 ; N 6; с. 3-6.

40. Давлетшин Ф.А., Соловова С.О., Петручук О.Е. Динамическое наблюдение—основа профилактического муниципального здравоохранения http://www.rusnauka.com/22_NNP_2011/Medecine/3_90798.doc.htm
41. Давыдов С.В. Артериальная гипертония: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни //Афтореферат диссертации на соискание уч. степени доктора мед.наук; Казань; 2004; 17с.
42. Дубель Е.В., Унгуряну Т. Н. Оценка восприятия медицинскими работниками факторов риска //Экология человека; 2015; N 2; с. 33-39.
43. Исаева И. Н., Возженникова Г.В., Горбунов В. И. Питание и некоторые показатели пищевого статуса студентов // Ульяновский медико-биологический журнал; 2011; N 2; с.108-112.
44. Исхаков Э.Р., Халикова З.В. Эффективность коррекции модифицируемых факторов риска, птоводимой у больнйх хроническими неинфекционными заболеваниями, находящихся на лечении в госпитале // Медицинский вестник Башкортостана; 2010; N3; том 5; с.85-89.
45. Караулько И.В. Первичная профилактика неинфекционных патологий в практике участкового врача-терапевта // Гродненского государственного медицинского университета; 2010; N 1; (29); с.10-14.
46. Концевая, А. В., Калинина А. М., Григорян Ц. А. Поведенческие факторы риска и их коррекция в организованных коллективах // Профилактическая медицина: Научно-практический журнал; 2009; том 12; N 4; с. 8-15.
47. Концевая А.В., Спивак Е.Ю., Калинина А.М. Социально-экономическая эффективность школ здоровья для больных ИБС в первичном звене здравоохранения // Эффективная фармакотерапия. Кардиология и ангиология; 2011; N 1; с. 92-97.
48. Красненков В. Л., Кудина Е. А., Петрухин И. С. Изучение распространенности поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и особенности технологии проведения телефонного, личного и почтового опроса населения г. Твери // Вестник новых медицинских технологий; 2007; N 1; том 14; с. 156-157.
49. Лавров А.Н., Зорина Т.В. Оценка эффективности деятельности кабинета профилактики сердечно-сосудистых заболеваний поликлиники восстановительного лечения для работников Арзамасского железнодорожного узла // Экономика здравоохранения; 2009; N 5; с. 49-52.

50. Лаатикайнен Т., Пушка. П. Стратегия профилактики: популяционная и в группах риска. Результаты и опыт Северокарельского проекта // Российский семейный врач; 2000; N 4; с. 4-8.
51. Лагрю Ж. Тест Каковы ваши шансы на успех попытки бросить курить? (по методике Ж. Лагрю) // Тесты для курильщиков; просмотрено 01.11.2014; <http://brosaem.info/test3kur.php>
52. Левшин.В.Ф. Профессиональное обучение врачей методам контроля и лечения табачной зависимости // Профилактическая медицина; 2009; N 5; стр.11-16.
53. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение // учебник: 2002; М.: ГЭОТАР-Медия; 520 с.
54. Лобыкина Е.Н., Хвостова О.И. и др. Методология профилактики массы тела и ожирения на современном этапе // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья; 2008; N 2; с.18-22.
55. Лобыкина Е. Н. Организация профилактики и лечения ожирения и избыточной массы тела взрослого населения крупного промышленного центра (на примере г. Новокузнецка) // Автореферат диссертации на соискание уч. степени доктора мед.наук; Кемерово; 2009; 51 с.
56. Марцияш А.А. Показатель «качество жизни» в реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья; 2003; N 2; с. 51-53.
57. Минздрав РФ. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. Неинфекционные заболевания и пропаганда здорового образа жизни // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья; 2003; N 6; с.3-20.
58. Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351.с изменениями на 1 июля 2014г. [http:// docs.cntd.ru/document/902064587](http://docs.cntd.ru/document/902064587)
59. Овчаров В. К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины; 2005; N 5; с. 6-10.
60. Оганов Р.Г., Комаров Ю.М., Масленникова Г.Я. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья; 2009; N 2; с. 3-8.

61. Оганов Р.Г., Бойцов С.А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России // Российский кардиологический журнал; 2013 ; N 4-102; с. 6-13.
62. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний-реальный путь улучшения демографической ситуации в России // Кардиология; 2007; N 1; с. 4-7.
63. Оганов Р. Г, Вялкова А. М. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний // руководство: Основные понятия и термины; 2000; с. 2-15.
64. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики // Профилактическая медицина; 2009; N 6; с.3-7.
65. Оганова Р. Г., Хальфина Р. А. Руководство по медицинской профилактике Эл. Ресурс; 2007; ГЭОТАР- Медиа <http://www.studentlibrary.ru/book/ ISBN 5970 403 385. Html>
66. Оганов Р.Г. и др. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации // Профилактическая медицина; 2009; N 2; с. 3-8.
67. Олиферчук М. К. Организационные аспекты разработки и внедрения инновационных технологий профилактики социально значимых заболеваний // Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук; 2006; Кемерово; 22 с.
68. Онищенко Г.Г. Анализ риска здоровью в задачах совершенствования санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации // Актуальные аспекты анализа риска здоровью; 2014; N 2; с.4-13.
69. Пурцевич В.Э. Первичная профилактика рака, 2006; N 1(3) // Информационный бюллетень; (документ А58/16 из доклада Секретариата «Профилактика рака и борьба с ним»); 2008.
70. Петрухин И.С. Некоторые привычки питания взрослого населения Тверской области и их связи с демографическими и социально-экономическими факторами // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья; 2007; N 1; с. 28-36.
71. Попова А.Ю., Зайцева Н.В., Май И.В., Шур. П.З. К проблеме выбора приоритетов при организации риск-ориентированного надзора за безопасностью потребительской продукции, обращаемой на едином экономическом пространстве

- России, республики Беларусь и республики Казахстан // Анализ риска здоровью; Москва; 2015; N 4; с. 4-12.
72. Погосов Г. В, Ахмеджанов Н. М., Качанов И. П. и др. Современные принципы медикаментозного лечения табакокурения и никотиновой зависимости// Профилактическая медицина; 2009; N 5; с. 29-34.
73. Потапова М. В. Диспансеризация важный метод профилактики заболеваний и укрепления состояния здоровья сотрудников подразделений министерства внутренних дел // Казанский медицинский журнал; 2008; N 2; том 89; с.219-221.
74. Потемкина Р.А. Рекомендации по коррекции физической активности// Профилактика заболеваний и укрепления здоровья; 2006; N 2; с.45-48.
75. Потемкина Р.А. Подходы к оптимизации коррекции физической активности среди населения // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья; 2002; N 2; с. 20-23.
76. Приказ Минздрава РФ N 364 от 22.12.1995г. «О мерах по развитию медицинской профилактики в Российской Федерации»-М; 1995; 11с.
77. Приказ Минздравсоцразвития РФ N 67 н от 24.02.2009 г. «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан» - М.; 2009; 10 с.
78. Радченко О.Р., Уразманов А.Р., Мусин Н.М. О подготовке медицинских кадров по программам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования основ здорового образа жизни // Фундаментальные исследования; 2014; N 10-9; с. 1786-1789.
79. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева; ВОЗ; 2005; с.59.
80. Рахманин Ю.А. Актуализация проблем экологии человека и гигиены окружающей среды и пути их решения // Гигиена и санитария; 2012; N 5; с. 4-8.
81. Решетников А.В. Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС /А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. 2002. № 11. С. 25-26.
82. Руководство программы «СИНДИ » по питанию; Женева; ВОЗ; 2000; с. 39.
83. Сахарова Г.М., Чучалин А.Г, Антонов Н.С., Новиков К.Ю., Зайцева О.Ю. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья; 2003; N 2; с.44-50.

84. Сырцова, Л. Е. Диспансеризация: вчера, сегодня, завтра // Экономика здравоохранения; 2007; N 11; с. 68-72.
85. Сон И.М., Иванова Е.С, Шалягин Ю.Д. Результаты пилотного проекта диспансеризации взрослого населения, проведенного в московской области в октябре-ноябре 2012 года // Архив внутренней медицины; 2013; N 3; с. 12-17.
86. Сурмач М.Ю., Богдан О.Г., Синицкая А.В. Уровень тревожности женщин во время беременности и медикосоциальные факторы, влияющие на него // Вестник Смоленской государственной медицинской академии; 2012; N2; том 11; с. 12-18.
87. Стратегии ВОЗ. Предупреждение и борьба с неинфекционными, в том числе, онкологическими заболеваниями-глобальные, региональные и национальные действия; <http://ppr-info.ru/> обупубликовано 17.11.2011; последнее обновление 31.01.2017.
88. Сухарев А. Г. Укрепление здоровья населения средствами гигиенического воспитания // Здравоохранение Российской Федерации; 2012; N6; с.40-46.
89. Таранцова А.В. Результаты интегральной скрининг-оценки состояния уровня здоровья молодежи (на примере центра здоровья Ростовской области) // Эл. научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке»; 2010; N 1; том 12; с.75-79.
90. Унгурияну Т. Н. Субъективная оценка и восприятие риска здоровью различными группами населения // Анализ риска здоровью; 2013; N 3; с. 82–87.
91. Хабриев Р. У., Линденбратен А. Л., Комаров Ю. М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины; N3; 2014; с.3-5.
92. Чернышев В.М., Гичев И.М., Герасименко О.Н., Заиграева А.Л. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической службы // Методические рекомендации; 2005; 32 с.; с. 8-10.
93. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких // Перевод с английского под ред. А.Г.Чучалина.- М.: «Издательский дом «Атмосфера»; 2007; 96 с.; с. 11.
94. Юрченко И. А., Гераськин В. Н. Предложение и обоснование метода расчета индивидуального питания, позволяющего создать условия для излечения хронических заболеваний человека в период их ремиссии // Вестник Оренбургского государственного университета; N 15 (134); 2011; с. 172-176.

95. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden, their risk factors and determinants. World Health Organization 2011. Reprinted 2011; p. 164.
96. Abdallah S Al-Rethaiaa, Alaa-Eldin A Fahmy, Naseem M Al-Shwaiyat, Al-Rethaiaa et al. Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia // Nutrition Journal - 2010; Vol 9; N 39; p.1-10 <http://www.nutritionj.com/content/9/1/39>
97. Adeyi O., Smith O., Robles S. Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases // International Journal of Epidemiology -2008; Vol.37; p.686–688.
98. Alexander C.M, Landsman P.B., Grundy S.M. Metabolic syndrome and hyperglycemia: congruence and divergence //The American journal of Cardiology -2006; Vol 98; N 7; p. 982-985. <http://www.ajcoline.org>.
99. Anthony J. C., Ph.D., Fernando Echeagaray-Wagner, Sc.D. Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use/ Patterns of co-occurring consumption and dependence in the United States // Alcohol Research & Health -2000; Vol. 24; N 4; p. 201-208.
100. Asaria P., Chisholm D., Mathers C., Ezzati M., Beaglehole R. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use // The Lancet -2007; Vol. 370; N 9604; p. 2044–2053.
101. Barros A.J.D., Bertoldi A.D. Out of pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil //International journal of Epidemiology -2008; Vol 37; p.758–765.
102. Bartolome K. Celly, R.J.Halbert, Nordyk R.J. Airway obstruction in never smokers: results from the third national health and nutrition examination survey // American journal of Medicine -2005; Vol.118; p.1364-1372.
103. Beaglehole R., Ebrahim S., Reddy S., Voute J., Leeder S. Chronic diseases 5 - Prevention of chronic diseases // The Lancet -2007; Vol.370; N 9605; p.2152-2157.
104. Ben-Shlomo Y., Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models empirical challenges and interdisciplinary perspectives // International journal of Epidemiology -2002; Vol 31; N 2; p.285–293.
105. Boutayeb A. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries // Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene -2006; Vol 100; N 3; p.191–199.

106. Boman.C., Forsberg B., Sandstrom T. Shedding new light on wood smoke: a risk factor for respiratory health // *European Respiratory Journal* -2006; Vol.27; N 3; p.446-447.
107. Cameron A.J, Shaw J.E, Zimmet P.Z. The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations // *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America* -2004; Vol.33; N2; p.351–375.
108. Chen Han-Yang, Dennis J. Baumgardner, Jessica P. Rice. Health-related quality of life among adults with multiple chronic conditions in the United States, Behavioural risk factor surveillance system questionnaire // *Preventing Chronic Disease* -2011; Vol.8; N 1; p.1-9.
109. Cohen J. H., Hyoshin Kim. Sociodemographic and health characteristics associated with attempting weight loss during pregnancy chronic disease indicators // *Preventing Chronic Disease* -2009; Vol.6; N 1; p.1-6.
110. Chobanian A., Bakris G., Black H., Cushman W., Green L., Izzo JL, Jr. et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure// *Hypertension* -2003; Vol.42; N 6; p.1206-1252.
111. Capone C., Faraco G., Park L., Cao X., Robin L. Davisson, Iadecola C. The cerebrovascular dysfunction induced by slow pressor doses of angiotensin II precedes the development of hypertension// *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology* -2011; Vol.300; N 1; p.397-407.
112. Derman E., Patel DN., Nossel C., Schwellnus M. Healthy lifestyle interventions in general practice // *Official journal of the South African Academy of Family Practice* - 2008; N 50(6); p.6-14.
113. Duceppe E., Joel Parlow, Paul MacDonald et al. al. Canadian cardiovascular society guidelines on perioperative cardiac risk assessment and management for patients who undergo noncardiac surgery // *Canadian Journal of Cardiology* -2017; N 33; p.17-32.
114. Din J.N. Omega 3 fatty acids and cardiovascular disease-fishing for nature's treatment // *British Medical Journal* -2004; Vol.328; p.30-35.
115. Egan Brent M., Dipankar Bandyopadhyay, Stephanie R. Shaftman, C. Shaun Wagner, Yumin Zhao, Yu-Isenberg Kristina S. Initial monotherapy and combination therapy and hypertension control the first year// *Hypertension* -2012; 59; p.1124-1131.
116. Epping-Jordan J, Pruitt S., Bengoa R, Wagner E. Improving the quality of health care for chronic conditions // *British Medical Journal: Quality and safety health care* -2004; Vol.13; p.299–305.

117. Ezzati M. Lopez A.D. Regional disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000// British Medical Journal: Tobacco Control -2004; Vol.13; N 4; p.388-395.
118. Gaziano T., Reddy K., Paccaud F., Horton S., Chaturvedi V. and ather Cardiovascular diseases // book: Disease control priorities in developing countries. 2nd edition -2006; p. 645-662.
119. Koh H., Joossens L., Connolly G. Making smoking history worldwide // The New England Journal of Medicine -2007; Vol.356; p.1496–1498.
120. Kooman J.P., Frank M. van der Sande et al. Sodium, blood pressure and cardiovascular pathology: is it all volaemia? // Nephrol Dial Transplant – 2004; Vol. 19; N 5; p.1046–1049.
121. Lawder R, Harding O, Stockton D, Fischbacher C, Brewster D, Chalmers J., et al. Is the Scottish population living dangerously? Prevalence of multiple risk factors: the Scottish Health Survey 2003 // BMC Public Health -2010; Vol.10; N 330; p-13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/330>.
122. Mishra Shiva R. et al. Burgeoning burden of non-communicable diseases in Nepal: a scoping review// Globalization and Health -2015; Vol.11; N 32; DOI 10.1186/s12992-015-0119-7.p.10.
123. Mackay J., Mensah G. The atlas of heart disease and stroke // World Health Organization & Centers for Disease Control and Prevention; Geneva: -2004 www.who.int and www.worldheart.org.
124. Martin R.A., Rohsenow. D.J., Mackinnon S.V. et al. Correlates of motivation to quit smoking among alcohol depend patients in esidential treatment // Drug alcohol depend - 2006; Vol. 83; N 1; p. 73–78.
125. Monica L.Oxford et al. Alcohol use among adolescent mothers: heterogeneity in growth curves, predictors, and outcomes of alcohol use overtime // Prevention Science - 2003; Vol. 4; N 1;p. 15-26.
126. Metelskaya A. et al. Prevalence, components, and correlates of metabolic syndrome among elderly muscovites, metabolic syndrome in elderly muscovites // Archives of gerontology and geriatrics -2012; Vol. 55; N 2; p. 231–237.
127. Miranda J. J., S. Kinra, J. P. Casas, G. Davey Smith and Ebrahim S. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy // European journal: Tropical Medicine & International Health -2008; Vol.13: N 10; p.1225–1234.

128. Mahonen M.S., P. Mcv Eduff, A.J.Dobson et al. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial in the WHO MONICA Project populations // British Medical Journal: Tobacco Control – 2004; Vol.13; N 3; p.244-250.
129. Maria M. Morales-Suarez-Varela, Helen Ann Halpin et al. Chronic disease prevention and the New Public Health // Public Health Reviews -2013; Vol. 32; N 1; p.120-154.
130. Raftery J.P., G.L. Yao, P. Murrchie et al. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomized controlled trial // British Medical Journal -2005; Vol.330; p.1-4.
131. Rosamond W., K.Flegal, G.Friday et al. Heart disease and stroke statistics -2008 update. A report from the American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee // Circulation -2008; Vol.117; p. e25 e146.
132. Victor M., R. Nyaba and Aleyira S. Lifestyle risk factors of general and abdominal obesity in students of the school of medicine and health science of the university of development studies, Tamale, Ghana Hindawi Publishing Corporation// International Scholarly Research Notices Obesity -2014; Vol.2014; article ID 508382; p. 10.
133. Vartiainen E., Puska P., Pekkanen J., Tuomilehto J., Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland // British Medical Journal -1994; N 309; p. 23–27.
134. World Health Organization. STEPS: A framework for surveillance. The WHO STEP wise approach to NCD surveillance // Step wise approach to surveillance noncommunicable diseases (STEPS) -2003; p.42. http://www.who.int/ncd_surveillance
135. World Health Organization. World health statistics -2009; Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; NLM classification: WA 900.1; P. 149.
136. WWW. MOH.AM http://moh.am/?section=static_pages/index&id=627&subID=26
137. Willett W.C. Balancing life-style and genomic research for disease prevention // Science -2002; Vol.296; Issue 5568; p.695-698.
138. William S., Daniels S., Burke L., et al. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease policy statement from the American Heart Association // Circulation -2011; Vol.124; p.967-990.
139. WWW.Moh.RA. Armenian Health System Performance Assessment; National report; WHO -2009.
140. WWW. Moh.RA. Armenian Health System Performance Assessment, National report; WHO -2010.

141. WWW. Moh.RA. Armenian Health System Performance Assessment, National report; WHO -2012.

142. WWW. Moh.RA. Armenian Health System Performance Assessment, National report; WHO -2014.

Հ ԱՎԵԼ ՎԱԾ

Հավելված 1

Անհատական կանխարգելիչ խորհրդատվության հարցաթերթ

1. Ա.Ա.Յ.....
2. Տարիք.....
հասցեն.....
3. Ընտանեկան կարգավիճակ.....
4. Կրթություն.....
5. Մասնագիտություն.....
6. Քրոնիկ հիվանդություններ....., ընթացք.....,
սրացումներ....
ռեմիսիաներ.....
7. Ժառանգական
հիվանդություններ.....
8. Բժշկական նշանակումների կատարում`.....,
ամբողջովին.....,
մասամբ.....
9. Քաշ.....հասակ.....2/ճ.....ՍՅՑ.....
- 10.Ծխախոտամոլություն`
10.1.Ծխում է.....
ա. ամենօր`..... բ. երբեմն`.....շաբաթը գ. երբեմն`
.....ամիսը
10.2.Չի ծխում.....

11. Ֆիզիկական ակտիվություն`
- 11.1. Ֆիզիկական ակտիվ չէ`
- 11.2. Ֆիզիկապես ակտիվ է`
- ա. Սպորտային խմբակ`
- 1) ամեն օր`
- 2) 2 ավել անգամ`
- 3) ամիսը`
- բ. Ֆիզ. մարմնամարզություն տանը`
- 1) ամեն օր`
- 2) 2 ավել անգամ`
- 3) ամիսը`
- գ. Ֆիզիկական ակտիվություն աշխատանքի հետ կապված`
1. առկա է`
2. առկա չէ`
- դ. Աշխատանքից ազատ ժամանակ քայլում է`րոպե` ժամ
12. Սննդակարգ`
- 12.1. Օգտագործվող սննդամթերքի ցանկը և օգտագործման հաճախակիությունը`
- ա) միս`, անգամ / օրը /, անգամ / 2 ավել անգամ /, անգամ / ամիսը /
- բ) ձուկ կամ թռչնամիս`, անգամ / օրը /, անգամ / 2 ավել անգամ /, անգամ / ամիսը /
- գ) կաթնամթերք`, անգամ / օրը /, անգամ / 2 ավել անգամ /, անգամ / ամիսը /
- դ) միրգ`, անգամ օրը, անգամ 2 ավել անգամ, անգամ ամիսը`
- ե) բանջարեղեն`, անգամ / օրը /, անգամ / 2 ավել անգամ /, անգամ / ամիսը /
- զ) հրուշակեղեն`, անգամ / օրը /, անգամ 2 ավել անգամ, անգամ / ամիսը /
- 12.2. Սնվելու քանակություն (անգամ) օրը`
- ա) 1-2 անգամ`
- բ) 3-4 անգամ`
- գ) 5-6 անգամ`
- 12.3. Սննդի մեջ օգտագործում է`
- ա. բոսայ ուղ`
- բ. կարագ`
- գ. յուղ (հալեցված)`
- դ. չի օգտագործվում`
13. Ալկոհոլի օգտագործում`
- 13.1. չի օգտագործվում`
- 13.2. օգտագործում է` անգամ օրը`, անգամ 2 ավել անգամ` անգամ ամիսը`
14. Քոլեստերոլ`
- 14.1. նորմալ է`
- 14.2. խախտված է`
15. Կոնֆլիկտներ`
- 15.1. ընտանիքում`
- 15.2. աշխատանքի վայրում`

15.3. դրսուլ մ.....

15.4.չ կան

Եզրահանգում

• ոչ վարակիչ հիվանդություներին առաջացման`

ա) ցածր ռիսկի խումբ.....

բ) միջին ռիսկի խումբ.....

գ) 1/բարձր ռիսկի խումբ.....

2/չ ատբարձր ռիսկի խումբ.....

Խորհուրդներ`

ա) ցածր ռիսկի խումբ

• առողջ ապրել ակերպ.....

• անդրադարձ ռիսկի հիմնական գործոններին.....

• պրոֆիլ ակտիվ բուժզննում.....

բ) միջին ռիսկի խումբ

•անդրադարձ ռիսկի հիմնական գործոններին

•անդրադարձ առողջ ապրել ակերպին

• ուղեգրում պրոֆիլ ակտիվ բուժզննման

• վարքագծային վնասակար գործոնների հայտնաբերում և շտկում

• գ) բարձր ռիսկի խումբ դ) շատ բարձր ռիսկի խումբ

• վարքային գործոնների շտկում (վնասակար սովորություններ).....

• անդրադարձ ռիսկի հիմնական գործոններին.....

• առողջ ապրել ակերպ.....

• ուղեգրում պարտադիր բուժզննման.....

• պրոֆիլ ակտիվ միջոցառումների մասնակցություն.....

• անդրադարձ հիվանդության ներկայից ինիկական պատկերին և հնարավոր ընթացքին....., սրացում....., ռեմիսիա.....

• բժշկական առաջին օգնության հարցեր (սեփական ուժերով).....

• բժշկի նշանակումների ամբողջական կատարման շարժառիթի ձևավորում, ինքնաբուժություն վնասներ

• հիվանդության արդիական բուժման մեթոդի

առանձնահատկություններին քննարկում.....

• ուղեգրում /անհրաժեշտության դեպքում/.....

ամսաթիվ.....

Հավելված 2

Բնակիչների սոցիոլոգիական հարցման քարտ

Խնդրում ենք Ձեզ ծանոթանալ ով հարցերին, պատասխանեք և եթե կան այլ կարծիքներ, նշեք նրանք ևս: Կանխավ շնորհակալ ու թյուրն:

1.Ո՞ր դեպքերում եք դիմում բժշկի օգնությանը`

1.1. հիվանդության դեպքում

1.2.կանխարգելիչ գննման նպատակով

1.3. դիսպանսեր հսկողության նպատակով

1.4.բժշկական որևիցե փաստաթուղթ ստանալու համար

1.5.հերթական դեղամիջոց ստանալու համար

2.Բուժօգնությանը որքա՞ն անգամ եք դիմել վերջին տարվա ընթացքում`.....

3.Նշված ֆիզիկական ակտիվության ո՞ր տեսակն է համապատասխանում Ձեր աշխատանքի ժամանակ ունեցած ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությանը`

3.1.հիմնականում նստած եք կամ կանգնած

3.2. հիմնականում քայլում եք

3.3. միջին ծանրության իրեր եք տեղափոխում

3.4.ծանր ֆիզիկական աշխատանք

եք կատարում

4.Օրվա ընթացքում ո՞րքան ժամանակ եք քայլում`..... րոպե

5. Ի՞նչ հաճախականությամբ է մոտ 20-30 րոպե տևող ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության դեպքում Ձեզ մոտառաջանում շնչահեղձության, սառը քրտինք`

5.1.օրվա ընթացքում անգամ

5.2.շաբաթվա ընթացքում անգամ

5.3.ամսվա ընթացքում անգամ

5.4. չի եղել

5.5.հիվանդության պատճառով ֆիզիկական ծանր աշխատանք չեմ կատարում

6. Որքա՞ն ժամանակ եք անց կացնում հեռուստացույցի կամ համակարգչի առջև նստած..... ժամ, րոպե
7. Տարվա ընթացքում Ձեզ խորհուրդ տվե՞լ են ավելացնել \$իզիկական ակտիվությունը`
- 7.1. բժիշկը...
 - 7.2. ուրիշ բուժաշխատող.....
 - 7.3. ընտանիքի անդամները.....
 - 7.4. հարևանները...
 - 7.5. ոչ ոք.....
8. Քանի՞ անգամ եք Դուք օրվա ընթացքում սնվում`
- 8.1. 1-2 անգամ.....
 - 8.2. 3-4 անգամ.....
 - 8.3. 5-6 անգամ.....
9. Ի՞նչ հաճախակիությունը եք Դուք օգտագործում նշված սննդամթերքը (ամեն օր, որքան անգամ շաբաթը, ամիսը)
- 9.1. միս.....
 - 9.2. ձուկ կամ թրչ նամիս.....
 - 9.3. կաթնամթերք.....
 - 9.4. հացաբուլկեղեն.....
 - 9.5. բանջարեղեն.....
 - 9.6. միրգ.....
10. Քանի՞ գրամ սնունդ եք օգտագործում մեկ անգամ ուտելու ընթացքում`
- 10.1. թարմ մրգեր.....
 - 10.2. թարմ բանջարեղեն.....
11. Սնունդ պատրաստելիս ին՞չ տեսակի յուղ եք Դուք օգտագործում`
- 11.1. բուսական յուղ.....
 - 11.2. կարագ.....
 - 11.3. մարգարին.....
 - 11.4. ոչ մի տեսակի.....
 - 11.5. հալած յուղ.....
12. Ի՞նչ պիսի կաթ եք նախընտրում`
- 12.1. 3.2% յուղայնությամբ.....
 - 12.2. 3.2%-ից ցածր.....
 - 12.3. չեմ օգտագործում.....
13. Ալկոհոլի օգտագործում`
- 13.1. չի օգտագործվում.....
 - 13.2. օգտագործում է..... անգամ օրը....., անգամ շաբաթը..... անգամ ամիսը.....
14. Արդյոք վերջին մեկ տարվա ընթացքում խորհուրդ տվե՞լ են փոխել Ձեր սովորությունները ի օգուտ առողջ սննդակարգի`
- 14.1. բժիշկը.....
 - 14.2. ուրիշ բուժաշխատող.....
 - 14.3. ընտանիքի անդամները.....
 - 14.4. այլ մարդիկ.....
 - 14.5. ոչ ոք չի առաջարկել.....
15. Փորձե՞լ եք արդյոք Դուք վերջին մեկ տարվա ընթացքում փոխել Ձեր սովորություններն` ի օգուտ առողջ ապրելակերպի.
- 15.1 օգտագործել քիչ յուղ.....
 - 15.2. օգտագործել քիչ շաքար.....

- 15.3. օգտագործել քիչ արդ.....
- 15.4. քաշը իջեցնել ու նպատակով դիետայի անցնել
- 15.5. օգտագործել քիչ խմիչք.....
- 15.6. ավելացնել ֆիզիկական ակտիվությունը.....
- 15.7. չծխել
- 16.Դուք ծխում եք`
 - 16.1. ամեն օր, քանի տարի
 - 16.2. օրվա ընթացքում քանի ծխախոտեք օգտագործում.....
 - 16.3. երբեմն.....
 - 16.4. չեմ ծխում.....
- 17.Դուք ուզում եք չծխել :
 - 17.1. այո.....
 - 17.2. ոչ
- 18.Արդյոք որևէ մեկը վերջին տարվա ընթացքում խորհուրդ տվե՞լ է Ձեզ չծխել`
 - 18.1. բժիշկը.....
 - 18.2. ուրիշ բուժաշխատող.....
 - 18.3. ընտանիքի անդամները.....
 - 18.4. այլ մարդիկ.....
 - 18.5. ոչ ոք.....
- 19.Ինչ` հաճախականությամբ եք Ձեր կոլեկտիվում ունենում կոնֆլիկտներ`
 - 19.1. ամեն օր.....
 - 19.2. շաբաթը մեկ անգամ.....
 - 19.3. ամիսը մեկ անգամ.....
 - 19.4. ոչ հաճախ.....
 - 19.5. չեմ ունենում.....
- 20. Ձեզ գոհացնո՞ւմ է աշխատանքի վայրի հոգեբանական մթնոլորտը`
 - 20.1. այո.....
 - 20.2. ոչ
 - 20.3. մասամբ.....
- 21.Ինչ` հաճախականությամբ եք կոնֆլիկտ ունենում տան անդամների հետ`
 - 21.1. ամեն օր.....
 - 21.2. շաբաթը մեկ անգամ.....
 - 21.3. ամիսը մեկ անգամ.....
 - 21.4. ոչ հաճախ.....
- 22.Գոհացնում են Ձեզ ընտանեկան հարաբերությունները`
 - 22.1. լիարժեք գոհացնում են.....
 - 22.2. մասամբ.....
 - 22.3. չեն գոհացնում.....
- 23.Ինչպե՞ս եք հաղթահարում սթրեսը`
 - 23.1. ֆիզիկական աշխատանքով....
 - 23.2. դեղորայքով.....
 - 23.3. խմիչքով.....
 - 23.4. ծխախոտով.....
 - 23.5. սնունդով.....
 - 23.6. երաժշտությամբ.....
 - 23.7. այլ միջոցներով.....

24. Ձեզ երբևիցե ասե՞լ է բժիշկը, որ Դուք բարձր ճնշում
 ունեք՝
 24.1. այո.....
 24.2. ոչ.....
25. Որքա՞ն է Ձեր արյան ճնշումը՝.....
26. Վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում օգտագործե՞լ էք
 զարկերակային ճնշումը կարգավորող դեղամիջոց
 26.1. այո.....
 26.2. ոչ.....
27. Ուրուլոգիական հետազոտություններ անցե՞լ էք
 (տղամարդկանց), մամոգրաֆիկ հետազոտություններ (կանանց)
 27.1. այո.....
 27.2. ոչ.....
28. Երբևիցե կատարե՞լ էք խոլեստերինի հետազոտություններ
 28.1. այո.....
 28.2. ոչ.....
29. Ձեզ ասել է բժիշկը, որ Ձեր խոլեստերինը բարձր է
 29.1. այո.....
 29.2. ոչ.....
30. Ձեր տարիքը.....սեռը.....
31. Ձեր ընտանեկան կարգավիճակը.....
32. Ձեր կրթությունը.....
33. Ձեր քաշը..... հասակը.....

ամսաթիվ _____

Հավելված 3

Բուժաջխատողների սոցիոլոգիական հարցման քարտ

Խնդրում ենք ծանոթանալ ով հարցերին, նշեք այն տարբերակը, որը համընկնում է Ձեր կարծիքի հետ: Կանխավ շնորհակալություն:

1. Ինչպիսի՞ն է Ձեր տեղամասում հիվանդացության աստիճանը՝ բարձր/150 և ավելի դիսպանսեր հիվանդ/....., միջին/100-150/....., ցածր/մինչև 100.....
2. Որքա՞ն է Ձեր դիսպանսեր հսկողության հիվանդների թիվը՝.....
3. Պոլիկլինիկայում կանխարգելիչ աջխատանքների նկատմամբ Ձեր վերաբերմունքը՝
 - 3.1. պետք է զբաղվել
 - 3.2. պետք է զբաղվել
 - 3.3. իմաստ չկա.....
 - 3.4. դժվարանում եմ պատասխանել
4. Սնվելու ո՞ր սկզբունքներն ենք Դուք խորհուրդ տալիս հիվանդներին՝
 - 4.1. սնվել՝ ըստ էներգետիկ համապատասխանության
 - 4.2. սնվել հավասարակշռված
 - 4.3. սնվել ռեժիմով
 - 4.4. դժվարանում եմ պատասխանել
5. Կարո՞ղ եք կազմել ճաշացանկ կապված հիվանդության հետ.....
 - 5.1. այո.....
 - 5.2. ոչ
 - 5.3. դժվարանում եմ պատասխանել
6. Առավոտյան մարմնամարզությանը զբաղվելու վերաբերյալ խորհուրդներ տալի՞ս եք՝
 - 6.1. այո.....
 - 6.2. ոչ
 - 6.3. դժվարանում եմ պատասխանել
7. Կախված հիվանդության պատմագրից, տրվու՞մ են \$իզիկական ծանրաբեռնվածության վերաբերյալ խորհուրդներ
 - 7.1. այո.....
 - 7.2. ոչ
 - 7.3. դժվարանում եմ պատասխանել
8. Սթրեսային իրավիճակները հաղթահարելու համար ո՞ր խորհուրդն ենք տալիս
 - 8.1. \$իզիկական մարմնամարզություն
 - 8.2. սպորտային խմբակ
 - 8.3. ակտիվ ընդունել
 - 8.4. շփում բնության հետ.....
 - 8.5. շփում ընկերների հետ.....
 - 8.6. երաժշտություն
9. Տրվու՞մ են արդյոք օրվա, աջխատանքի և հանգստի կազմակերպման, ռեժիմի պահպանման վերաբերյալ խորհուրդներ՝
 - 9.1. այո.....
 - 9.2. ոչ
 - 9.3. դժվարանում եմ պատասխանել

10. Ին՞չ հաճախակի անուշիկ ամբ էն տրվում ծխախոտից հրաժարվելու խորհուրդները՝
- 10.1. յուրաքանչյուրին
- 10.2. ըստ հիվանդության տեսակի
- 10.3. խորհուրդ է՞մ տալիս
- 10.4. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել
11. Ին՞չ հաճախակի անուշիկ ամբ էն տրվում ալկոհոլը սահմանափակելու խորհուրդները՝
- 11.1. յուրաքանչյուրին
- 11.2. ըստ հիվանդության տեսակի
- 11.3. խորհուրդ է՞մ տալիս
- 11.4. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել
12. Ինքնաբուժության վնասակարությանը ին՞չ հաճախակի անուշիկ ամբ էք անդրադառնում՝
- 12.1. յուրաքանչյուրին
- 12.2. ըստ հիվանդության տեսակի
- 12.3. է՞մ տալիս անդրադառնում
- 12.4. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել
13. Եկոլոգիայի վնասակար ազդեցությունն ի՞նչ պաշտպանության ի՞նչ միջոցներ էք խորհուրդ տալիս՝
- 13.1. վիտամինների ընդունում
- 13.2. իմ մոտև խթանիչ ներքին ընդունում
- 13.3. ջրի ֆիլտրացում
- 13.4. շփում բնության հետ
- 13.5. Եկոլոգիայի ամբողջական ներդրումի օգտագործում
- 13.6. հակաօքսիդանտների ընդունում
- 13.7. հեռուսացույցի և համակարգչի վնասակարության հետ կապված օգտվելու սահմանափակում
14. Ին՞չ հաճախակի անուշիկ ամբ էն տրվում բժշկական հետազոտում անցնելու անհրաժեշտության վերաբերյալ խորհուրդները՝
- 14.1. յուրաքանչյուրին կանխարգելման նպատակով
- 14.2. ըստ հիվանդության կլինիկական պատանիչների
- 14.3. խորհուրդ է՞մ տալիս
- 14.4. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել
15. Աշխատանքի ժամանակ հիգիենայի ուսուցման և դաստիարակության համար ին՞չ միջոցներ են օգտագործվում
- 15.1. թռուցիկներ, բրոշուրներ
- 15.2. պատարներ
- 15.3. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել
- 15.4. է՞մ օգտագործում
16. Աշխատանքի ժամանակ հիգիենայի ուսուցման և դաստիարակության համար ին՞չ մեթոդներ էք օգտագործում՝
- 16.1. անհատական խորհրդատվություն
- 16.2. խմբային
- 16.3. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել
17. Ըստ Ձեզ՝ հիվանդների համար որ՞ք անով է հասանելի՝ մատչելի կամ ընկալելի, հիվանդություններին կանխարգելման ինչպե՞ս նաև վաղ ախտորոշման վերաբերյալ ինֆորմացիան՝
- 17.1. հասանելի է
- 17.2. հասանելի է
- 17.3. դժվար անուշիկ ամբ պատասխանել

18. Հիվանդությունների կանխարգելման կազմակերպման արդյունավետության բարձրացման համար ինչ է պետք պր. ի կլ. ինիկական ծառայությունը`
- 18.1. ինչ
 18.2. ավելացնել մեթոդական գրականությունը
 18.3. ավելացնել ժամանակը կանխարգելիչ աշխատանքների համար
 18.4. ավելացնել գիտելիքները
 19. Կանխարգելիչ միջոցառումներից որն է, ըստ Ձեզ, ավելի արդյունավետ`
- 19.1. անհատական կանխարգելիչ միջոցառումներ (գրույց).....
 19.2. խմբային (գրույց).....
 19.3. 2ԼՄ-ով ելույթներ.....
 19.4. այլ
 20. Ձեր տարիքը`..... սեռը`.....
 21. Ձեր մասնագիտությունը..... ստաժը ամսաթիվ
-

ՀԱՊԱԿՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

ԱԱՊ Առողջությունն առաջնային պահպանում

ԱՅԿ Առողջապահություն համաշխարհային
կազմակերպություն

ԱԾՅՅ Արյան շրջանառություն համակարգի
հիվանդություններ

ԲԽԼ Բարձր խոռություն և իպոպրոտեիդներ

ԶԳ Զարկերակային գերճնշում

ԶԼՄ Զանգվածային և բատվական միջոց

ԷՍԳ Էլեկտրասրտագրություն

ԸԽ Ընդհանուր խոլեսթերին

ՅՄԴ Յիվանդություններին միջազգային դասակարգում

ՄԶՑ Մարմնի միջին զանգվածի ցուցիչ

ԾԴ Ծաքարային դիաբետ

ԾԴ-2 Ծաքարային դիաբետ 2-րդ տեսակի

ՈՎՅ Ոչ վարակիչ հիվանդություններ

ՊՆԾ Պետական նպատակային ծրագրեր

ՍԱՅ Սիրտ-անոթային հիվանդություններ

ՍԶԾ Սիստոլիկ զարկերակային ճնշում

ՍԻՅ Սրտի իշեմիկ հիվանդություն

ՎՅ Վարակիչ հիվանդություններ

ՑԽԼ Ցածր խոռություն և իպոպրոտեիդներ

ՔՈՎՅ Քրոնիկ ոչ վարակիչ հիվանդություն

ՖԱ Ֆիզիկական ակտիվություն

ՖԱԳ Ֆիզիկական ակտիվության գործակից