

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ**

ԱՐՄԻՆԵ ՍԱՄՎԵԼԻ ՉՈՓԻԿՅԱՆ

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

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

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2018

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ**

АРМИНЕ САМВЕЛОВНА ЧОПИКЯН

ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ ШИРАКСКОГО МАРЗА)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности

14.00.17 "Общественное здоровье и организация здравоохранения"

ЕРЕВАН – 2018


Ատենախոսության թեման հաստատվել է ԵՊԲՀ գիտակակոորդինացիոն խորհրդի 2012թ., դեկտեմբերի 27-ի թիվ 10 նիստում
Գիտական ղեկավար՝ Բ.գ.դ., պրոֆեսոր Մ.Ա. Մարդիյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.գ.դ. Ա.Մ. Քուշկյան
Բ.գ.թ. Ժ.Յ. Դավթյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ «Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ» ՓԲԸ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2018թ. հուլիսի 3-ին ժամը 14⁰⁰-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՀ-ի 045 «Առողջապահության կազմակերպում» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, Երևան 0025, Կորյունի 2):
Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2018թ. հունիսի 1-ին:

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝  Բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ա.Կ. Հայրապետյան

Тема диссертации утверждена на заседании научно-координационного совета ЕГМУ им. М. Гераци

Научный руководитель: Ժ.մ.ն., профессор Մ.Ա. Մարդյան

Официальные оппоненты: Ժ.մ.ն. Ա.Մ. Կուշկյան
Կ.մ.ն. Ջ.Կ. Դավթյան

Ведущая организация: ЗАО "НИИ курортологии и физической медицины" МЗ РА

Защита диссертации состоится 3 июля 2018г. в 14⁰⁰ часов на заседании специализированного совета ВАК РА 045 "Организация здравоохранения" при Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци (0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци.

Автореферат расослан 1 июня 2018г.

Ученый секретарь
специализированного совета  Ժ.մ.ն., профессор Ա.Կ. Այրապետյան

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Թեմայի արդիականությունը: ՀՀ առողջապահական համակարգն ապրում է զարգացման նոր փուլ, որում առավել կարևորվում են ապահովագրական բժշկության ներդրման հնարավորությունները և բուժօգնության որակի (ԲՕՈ) ապահովմանն ու բարելավմանն ուղղված գործընթացները:

Բուժօգնության որակի հսկողության արդյունավետ համակարգերի ձևավորումը այսօրվա առողջապահական համակարգի գերակա հիմնախնդիրներից է (Стародубов В.И., с совт., 2007; Щепин О.П., Дятлов В.Ю., 2012; Вялков А.И., с совт., 2016): Բնակչությանը բժշկական ծառայությունների մատուցման արդյունավետ համակարգի ստեղծման համատեքստում կարևորվում է տարածաշրջանային մակարդակում բժշկական ծառայությունների մատուցման օպտիմալ համակարգի ստեղծման անհրաժեշտությունը (Костырин Е.В., 2013):

Վերջին տարիներին, ժամանակակից տեխնոլոգիաների զարգացմանը զուգահեռ, ավելի մեծ նշանակություն է տրվում կյանքի որակի (ԿՈ) ուսումնասիրությանը նվիրված հետազոտություններին, քանի որ այն հնարավորություն է տալիս գնահատել պացիենտի առողջական վիճակը և ցուցաբերված բուժօգնության արդյունավետությունը: Այս առումով, ԿՈ-ի գնահատման մեթոդաբանության կիրառումը որպես նոր գործիք ավելի լիարժեք կարող է դարձնել բուժօգնության որակի բաղադրիչների օբյեկտիվ գնահատումը (Page T.E., et al., 2017):

Այս ամենը պայմանավորում է հետազոտության արդիականությունը:

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

Հետազոտության խնդիրները:

1. Ուսումնասիրել և վերլուծել Շիրակի մարզի ազգաբնակչության առողջության և առողջապահության հիմնական ցուցանիշների դինամիկան 2012-2015թթ. ժամանակահատվածում:
2. Ուսումնասիրել և գնահատել Շիրակի մարզում կատարված առողջապահական ծախսերի արդյունավետությունը և ֆինանսական հոսքերը 2012-2015թթ. ժամանակահատվածի համար:
3. Ուսումնասիրել և գնահատել մարզային մակարդակում բժշկական ծառայությունների մատուցման համար անհրաժեշտ պայմանները, ծավալներն ու կառուցվածքը, ֆինանսական մատչելիությունը 2012-2015թթ. ժամանակահատվածի համար:
4. Գնահատել Շիրակի մարզի բնակչության բուժօգնության բավարարվածության մակարդակը:
5. Վերլուծության ենթարկել մարզային մակարդակում բժշկական ծառայությունների որակն ու մատչելիությունը՝ դրանք համեմատության մեջ դնելով ցուցաբերված բժշկական ծառայությունների և բնակչության հիմնական առողջական ցուցանիշների հետ:

6. Գնահատել Շիրակի մարզի բնակչության կյանքի որակը միջազգային SF-12 հարցաթերթի օգնությամբ և հիմնավորել կիրառման հնարավորությունը որպես նոր գործիք ԲՕՌ-ի գնահատման համար:
7. Գնահատել սրտամկանի ինֆարկտով և կրծքահեղձուկով հիվանդների ԿՌ-ը կիրառելով միջազգային Սիեթյան, քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդների ԿՌ-ը՝ Մինեսոթայան, ինչպես նաև բրոնխիալ ասթմայով և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ հիվանդների ԿՌ-ը՝ «Սուրբ Գևորգ» հոսպիտալի շնչառական թեստերի օգնությամբ:
8. Հաշվի առնելով մարզային մակարդակում ԲՕՌ-ի ապահովման և կառավարման առանձնահատկությունները՝ մշակել ԲՕՌ-ի բարելավմանն ուղղված միջոցառումների համալիր մոտեցումներ:

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

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

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

Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները:

1. Շիրակի մարզի բնակչության առողջական վիճակը և առողջապահական ռեսուրսներով ապահովվածությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների առանձնահատկությունները:
2. Մարզային մակարդակում առողջապահական ռեսուրսների օպտիմալացում և տնտեսական արդյունավետություն ապահովող առողջապահական հիմնական չափանիշների ընտրություն:

3. ԿՈ-ի որպես միջազգային նոր գործիքի կիրառման մեթոդաբանությունը որպես ԲՕՈ-ի և մատչելիության գնահատման նոր չափանիշ:

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

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

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

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

Հետազոտության անցկացման համար բազա են հանդիսացել Շիրակի մարզի 11 ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և 5 հիվանդանոցային բուժհաստատություն: Հետազոտության կազմակերպման ժամանակ կիրառված հիմնական նյութերի ընդհանուր նկարագիրը ներկայացված է աղ. 1-ում:

Գնահատվել է մատուցված ծառայություններից պացիենտների բավարարվածությունը՝ որպես բուժօգնության որակի արդյունքային բաղադրիչ:

Օգտագործվել են ԿՈ-ի գնահատման ընդհանուր և սպեցիֆիկ թեստեր: Հետազոտության առաջին փուլում համագործակցել ենք University of Minnesota ինստիտուտի և թեստերի հեղինակների հետ: Ստացվել է թույլտվությունը ՀՀ-ում թեստերը կիրառելու վերաբերյալ (License Agreement #6327-սոո): Հետազոտության երկրորդ փուլում ստեղծվել են թեստերի հայերեն տարբերակները: Հայերեն տարբերակի ստեղծումն ըստ միջազգային պահանջների անցել է փորձաքննության անհրաժեշտ փուլեր:

Հետազոտության մեջ ներառված առաջնային և երկրորդային ուսումնասիրման նյութերը

Ուսումնասիրության նյութը	Հետազոտության ծավալ և ժամանակագրություն
Առողջություն և առողջապահություն վիճակագրական տեղեկագրեր	2012-2015թթ.
ՀՀ Շիրակի մարզի առողջապահական համակարգի գործունեության վիճակագրական քարտեզ	2012-2015թթ
ՀՀ առողջապահության ազգային հաշիվներ	2012-2015թթ.
ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալություն տվյալների բազա	2012-2016թթ.
Բուժօգնության որակից պացիենտների բավարարվածության գնահատում	n= 500
SF-12 միջազգային թեստ	n= 726
Սիեթլյան թեստ	n= 265
Մինեսոթյան թեստ	n= 264
Սուրբ Գևորգ հիվանդանոցի շնչառական թեստ	n= 202
Համալիր սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտության հարցաթերթ	n= 529 (ամբուլատոր քարտ/հիվանդության պատմագիր)

SF-12 -ը (The Short Form-12) ոչ սպեցիֆիկ թեստ է պացիենտների կյանքի որակը գնահատելու համար (Noor N.M., Aziz A.A., 2014): Այն կազմված է 12 հարցից, որոնք խմբավորվելած են 8 սանդղակներում՝ ֆիզիկական գործունեություն (PF), դերային ֆիզիկական գործունեություն (RE), ցավի ինտենսիվություն (BP), ընդհանուր առողջություն (GH), կենսունակություն (VT), սոցիալական գործունեություն (SF), դերային էմոցիոնալ գործունեություն (RE), հոգեկան առողջություն (MH): Այդ սանդղակները ձևավորում են ԿՌ-ի ֆիզիկական և հոգեկան բաղադրիչները: ԿՌ-ի յուրաքանչյուր սանդղակ գնահատվել է 0-100 բալլի սահմաններում: Բարձր գնահատականը ցույց է տալիս ԿՌ-ի ավելի բարձր մակարդակ:

Սիեթլյան թեստը (Seattle Angina Questionnaire - SAQ) կազմված է 19 պնդումից (Spertus J.A. et al., 1995), որոնք բաժանվում են 5 սանդղակի և վերաբերում են սրտամկանի ինֆարկտով ու կրծքախեղձով հիվանդների ԿՌ-ի առավել կարևոր ասպեկտների գնահատմանը՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանափակում (Physical limitation - PL), նոպաների կայունություն (Angina stability - AS), նոպաների հաճախականություն (Angina frequency - AF), բուժումից բավարարվածություն (Treatment satisfaction - TS), հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք (Disease perception - DP): Յուրաքանչյուր սանդղակ գնահատվել է 0-100 %-ի սահմաններում: Ընդ որում, որքան բարձր է ցուցանիշը, այնքան բարձր է գնահատվում ԿՌ-ը: Մինեսոթյան թեստը (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire - MLHFQ) սրտաբանական պրոֆիլի հիվանդների ԿՌ-

ի գնահատման սպեցիֆիկ թեստ է, որն օժված է բավարար փսիխոմետրիկ հատկանիշներով (Mogle J., et al., 2017): Թեստը կազմված է 21 պնդումից, որոնք նկարագրում են վերջին մեկ ամսվա ընթացքում քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով պացիենտների ԿՌ-ի առանձնահատկությունները: ԿՌ-ի ընդհանուր բալլը 21 պնդումներից ստացված բալերի հանրագումարն է: Բացի ընդհանուր բալից հաշվարկվել են նաև ԿՌ-ի ֆիզիկական, հուզական և սոցիալական բաղադրիչները: Յուրաքանչյուր պնդման համար կիրառվում է Լիկերտի 6 բալային սանդղակը, որտեղ 0-ն (ընդհանրապես ոչ) հնարավոր նվազագույն, իսկ 5-ը (չափազանց շատ)՝ առավելագույն արժեքն է: Ընդ որում, որքան ցածր է գումարային միավորը, այնքան բարձր է ԿՌ-ը: «Սուրբ Գևորգ» հիվանդանոցի շնչառական թեստը (ST George’s Respiratory Questionnaire - SGRQ) նախատեսված է բրոնխիալ ասթմայով և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ պացիենտների ԿՌ-ի և առողջական վիճակի գնահատման համար: Թեստը բաղկացած է երկու մասից: Առաջին մասն արտացոլում է «ախտանիշներ», իսկ երկրորդը՝ «գործունեություն» և «ազդեցություն» սանդղակները (Jones Paul W., 2009):

Բուժօգնության գործընթացի կազմակերպման և բարելավման վրա առավել նշանակալի ազդեցություն ունեցող դիսկալիին գործոնների ընտրության համար իրականացվել է կլաստերային վերլուծություն ըստ հիերարխիկ ազլումերատիվ մեթոդի:

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

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ

Շիրակի մարզի բնակչության 58.4%-ը քաղաքաբնակներ են, իսկ 41.6%-ը՝ գյուղաբնակներ: 2016թ-ի հունվարի մեկի դրությամբ բնակչության բացարձակ թիվը կազմել է 238100 մարդ: Մարզի չափահաս բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության կառուցվածքում Շիրակի մարզում առաջին տեղում շնչական օրգանների, երկրորդում՝ միզասեռական համակարգի, երրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են: Կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ բավականին բարձր է շնչական օրգանների և արյան շրջանառության համակարգի դասերի հիվանդացության մակարդակը (100 000 բնակչի հաշվով կազմել է համապատասխանաբար, Շիրակի մարզ՝ 11122 և 2840, միջին հանրապետական՝ 7239 և 2381):

Ընդհանուր հիվանդացության համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Շիրակի մարզում ի համեմատ միջին հանրապետական ցուցանիշի

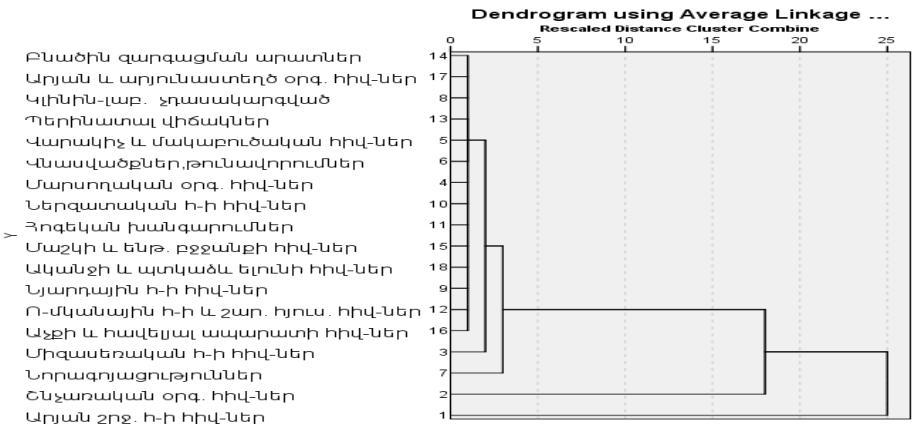
բավականին բարձր է շնչառական օրգանների հիվանդություններ դասի հիվանդացությունը (100 000 բնակչի հաշվով կազմել է Շիրակի մարզ՝ 12326, միջին հանրապետական՝ 10132): Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում, համեմատած միջին հանրապետականի, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունը զգալիորեն բարձր է (100 000 բնակչի հաշվով կազմել է համապատասխանաբար 475.1 և 426.6):

ԲՕՈ-ի բաղադրիչներ



Գծապատկեր 1. Կլաստերներին բնութագրող փոփոխականների դասակարգումը ըստ Դոնաթեյանի եռաբաղադրիչ մոդելի

Կլաստերային վերլուծության համար որպես փոփոխականներ ընտրվել են կյանքում առաջին անգամ արձանագրված, ընդհանուր հիվանդացության, ընդհանուր, մայրական և մանկական մահացության, հաշմանդամության ցուցանիշները, պետական նպատակային ծրագրի (ՊՆԾ) շրջանակներում հատկացված ֆինանսավորման ծավալները և բաշխվածությունը, արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային դեպքերի քանակը և այլն (գծ. 1):



Գծապատկեր 2. Դեմոկրատիայի գրաֆիկական պատկերում՝ օգտագործելով փոփոխականների ստանդարտացում

Մեր կողմից կատարված հետազոտության շրջանակներում օբյեկտիվ կլաստերների քանակ ընտրվել է 3-ը: Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտության արդյունքները, համաձայն կլաստերային վերլուծության մեթոդաբանության, Շիրակի մարզում ԲՕՈ-ի վրա առավել մեծ ազդեցություն են ունեցել արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունների դասերի հիմնական նոզոլոգիական ձևերը (զձ. 2):

Կլաստերային վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ մարզային մակարդակում ԲՕՈ-ի բաղադրիչների վրա էական ազդեցություն են ունեցել արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդություններով պացիենտներին մատուցված ծառայությունների որակը: Ուսումնասիրելով հիվանդացության ցուցանիշը 2007-2016թթ. ժամանակահատվածի համար, հաջորդ քայլով կանխատեսման մաթեմատական մոդելավորման մեթոդի օգնությամբ տրվել է այդ հիմնական հիվանդությունների կանխատեսական գնահատականը (աղ. 2, 3):

Աղյուսակ 2

Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդացության կանխատեսական գնահատում

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

հիվանդացության ցուցանիշն է տվյալ տարեթվի համար (100000 բնակչի հաշվով)

Ըստ կանխատեսական գնահատման տվյալների մարզում ենթադրվում է արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդացության աճ, մասնավորապես, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդացության ցուցանիշը 2020-ին 2012-ի համեմատ կաճի 82.3%-ով ($p < 0.05$), իսկ շնչառական օրգաններինը՝ 55.5%-ով ($p < 0.05$), եթե մարզում ԲՕՈ-ի ապահովմանը և կառավարմանն ուղղված բարեփոխումներ չիրականացվեն:

Աղյուսակ 3

Շիրակի մարզի բնակչության շրջանում շնչատական օրգանների հիվանդությունների հիվանդացության կանխատեսական գնահատում

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

#' հիվանդացության ցուցանիշն է տվյալ տարեթվի համար (100000 բնակչի հաշվով)

Շիրակի մարզի բնակչությանը բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցվում են 38 բուժհաստատության կողմից, որոնցից 18-ը առողջության առաջնային պահպանում և հիվանդանոցային բուժօգնություն իրականացնող բուժհաստատություններ են: Մարզում առողջապահական հիմնական ռեսուրսների մասով 2013-2015թթ. ընթացքում փոփոխություններ գրեթե չեն կատարվել:

Շիրակի մարզում բնակչության շրջանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով հիվանդացությանը բաժին ընկնող հոսպիտալացման դեպքերը էականորեն տարբերվում են միջին հանրապետական ցուցանիշներից (օրինակ, սրտամկանի սուր ինֆակտի դեպքում Շիրակի մարզ՝ 134.1%, << 205.6%), ինչով էլ գնահատվել է հիվանդանոցային բուժօգնության հասանելիությունը: Ընդ որում, առավել հաճախ հանդիպող ախտորոշումների դեպքում հոսպիտալացման ցուցանիշը եղել է ցածր՝ ի համեմատական միջին հանրապետականի, ինչն անուղղակիորեն բերում է մահացության ավելի բարձր ցուցանիշի: Հետևաբար արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դեպքում մատուցվող բուժօգնության համապարփակ վերլուծությունը դառնում է արդիական:

Հետազատության շրջանակներում գնահատվել է Շիրակի մարզի ազգաբնակչության շրջանում բժշկական օգնության հասանելիությունը, բժշկական

օգնության և սպասարկման որակից բավարարվածությունը, ինչպես նաև բժշկական օգնության և սպասարկման հարցերի վերաբերյալ տեղեկացվածությունը:

Հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտների 35%-ը արական, իսկ 65%-ը իգական սեռի են: Իրենց առողջական վիճակը լավ են գնահատել հարցվածների 21.0%-ը, բավարար՝ 10.2%-ը, վատ՝ 58.6% և դժվարացել են պատասխանել 10.0%-ը, ընդ որում իգական սեռի ներկայացուցիչների շրջանում առողջական վիճակի ինքնագնահատումն ավելի բարձր է, մասնավորապես՝ իրենց առողջությունը լավ են գնահատել կանանց 23.8%-ը, այն դեպքում, երբ տղամարդկանց շրջանում ցուցանիշը կազմել է 15.8%:

Քրոնիկ հիվանդություններով տառապում են հարցվածների 22%-ը, որոնցից 36%-ը որպես քրոնիկ հիվանդություն նշել են քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող զարկերակային գերճնշումը:

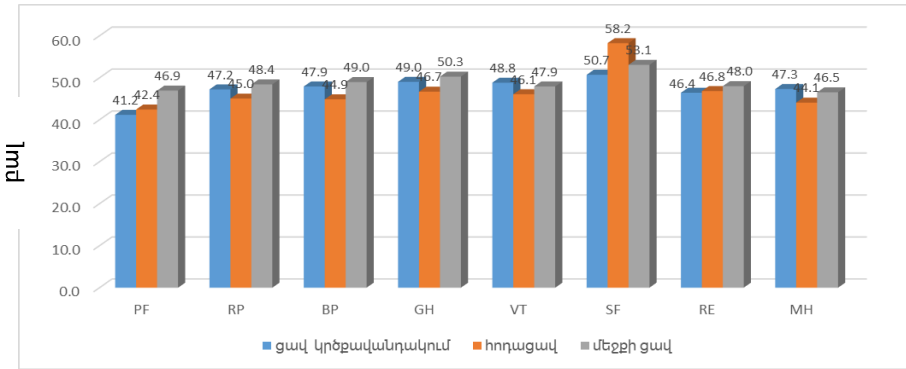
Որպես վճարովի բժշկական ծառայություններից օգտվելու հիմնական պատճառ, հարցվածների 31%-ը նշել է պոլիկլինիկայի ցածր տեխնիկական հագեցվածությունը, 26%-ը անհրաժեշտ նեղ մասնագետների բացակայությունը, իսկ 32%-ը՝ որակյալ բժշկական օգնություն ստանալու ակնկալիքը:

Արտահիվանդանոցային բուժօժանդությունից գոհ են եղել հարցվածների 53.5%-ը, հիվանդանոցայինից՝ 34.3%-ը, մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայությունից՝ 58.1%-ը և շտապ բուժօգնության ծառայությունից՝ 36.5%-ը: Արտահիվանդանոցային բուժաստատությունների բժշկի վերաբերմունքից բավարարված են եղել հարցվածների 72.1%-ը, հիվանդանոցայինից՝ 46.7%-ը, մասնավոր արտահիվանդանոցայինից՝ 63.6%-ը և շտապ բուժօգնության ծառայության բժշկից՝ 46.9%-ը: Միջին բուժանձնակազմի վերաբերմունքից բավարարվածության նկարագիրը համանման է բժշկի վերաբերմունքից բավարարվածության ցուցանիշին: Հարցվածները ցածր են գնահատել բուժաստատության սանիտարա-հիգիենիկ պայմանների պահպանումն ու դեղորայքով ապահովվածության մակարդակը:

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

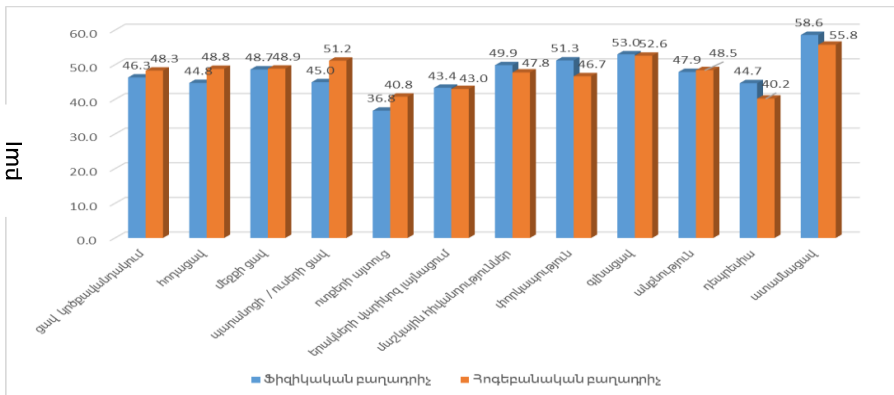
Մեր կողմից կատարված հետազոտության ընթացքում գնահատվել է ազգաբնակչության շրջանում վերջին մեկ ամսում դիտված ախտանշանների հաճախականությունը և, կախված գանգատներից, ԿՌ-ի ցուցանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները ըստ SF-12 թեստի:

Պարզվել է, որ կրծքավանդակում ցավի առկայության դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի ֆիզիկական և դերային էմոցիոնալ գործունեություն, հոդացավի և մեջքի ցավի դեպքում՝ ԿՌ-ի ֆիզիկական գործունեություն և հոգեկան առողջություն, պարանոցի/ուսերի ցավի դեպքում՝ ԿՌ-ի ֆիզիկական և դերային էմոցիոնալ գործունեություն, ոտքերի այտուցի դեպքում՝ ֆիզիկական գործունեություն, ցավային զգացողություն և դերային ֆիզիկական գործունեություն սանդղակները: Երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում առավել տուժել են ֆիզիկական գործունեություն, ցավային զգացողություն սանդղակները (զճ. 3):



Գծապատկեր 3. ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկություններն առավել հաճախ հանդիպող զանգատների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի)

Ըստ հետազոտության արդյունքների ԿՈ-ի ֆիզիկական բաղադրիչն առավել տուժել է ոտքերի այտուցի (36.8 բալ, կորուստը՝ 63.2%), երակների վարիկոզ լայնացման (43.4 բալ, կորուստը՝ 56.6%), հոդացավի (44.8 բալ, կորուստը՝ 55.2%), պարանոցի/ուսերի (45.0 բալ, կորուստը՝ 55.0%) և կրծքավանդակում ցավի (46.3 բալ, կորուստը՝ 53.7%) դեպքում, իսկ հոգեբանական բաղադրիչը՝ դեպրեսիայի (40.2 բալ, կորուստը՝ 59.8%), ոտքերի այտուցի (40.8 բալ, կորուստը՝ 59.2%), երակների վարիկոզ լայնացման (43.0 բալ, կորուստը՝ 57.0%) և փորկապության դեպքում (46.7 բալ, կորուստը՝ 53.3%) (զձ. 4):



Գծապատկեր 4. ԿՈ-ի ֆիզիկական և հոգեբանական բաղադրիչների ընդհանուր նկարագրի առանձնահատկությունները մի շարք ախտանշանների դեպքում (ըստ SF-12 թեստի)

Սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դեպքում ԿՈ-ի ընդհանուր բալը կազմել է 48.1

բալ (կորուստը 45.8%): ԿՌ-ի ընդհանուր բալը կանանց մոտ եղել է ավելի ցածր (46.8 բալ, կորուստը 44.6%)՝ համեմատած տղամարդկանց հետ (49.5 բալ, կորուստը 47.1%) ($p < 0.05$), ինչը վկայում է տղամարդկանց շրջանում ավելի ցածր ԿՌ-ի մասին: Անհրաժեշտ է նշել, որ ԿՌ-ի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչների փոփոխությունն ըստ սեռի վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի արձանագրել ($p > 0.05$):

Քրոնիկ սրտային անբավարարությամբ ուղեկցվող արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով տառապող պացիենտների ԿՌ-ի 3 բաղադրիչի փոփոխությունն ըստ կրթական մակարդակի ունեցել է առանձնահատկություններ: Այսպես, ԿՌ-ի ֆիզիկական բաղադրիչը համեմատաբար քիչ է տուժել բարձրագույն կրթություն ունեցող պացիենտների (18.8 բալ, կորուստը 47.0%), իսկ էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչները՝ միջին մասնագիտական (համապատասխանաբար՝ 9.1 բալ, կորուստը 36.4%, 15.6 բալ, կորուստը 39.0%) և բարձրագույն կրթություն (համապատասխանաբար՝ 9.1 բալ, կորուստը 36.4%, 15.6 բալ, կորուստը 39.0%) ունեցող պացիենտների շրջանում: Մինեսոթյան թեստի ֆիզիկական, էմոցիոնալ և սոցիալական բաղադրիչներն առավել տուժել են ամուսին կամ կին կորցրած պացիենտների շրջանում (համապատասխանաբար՝ 27.9 բալ, կորուստը 69.8%, 13.7 բալ, կորուստը 54.8%, 20.6 բալ, կորուստը 51.5%), իսկ համեմատաբար քիչ են տուժել չամուսնացածների (համապատասխանաբար՝ 9.1 բալ, կորուստը 36.4%, 5.0 բալ, կորուստը 20.0%, 7.3 բալ, կորուստը 18.3%) մոտ:

Ըստ հետազոտության տվյալների սրտամկանի ինֆարկտ և կրծքահեղձուկ ունեցող պացիենտների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշներն էլ ունեցել են նկատելի ցածր մակարդակ: Առավել տուժել են «ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում» (49.0 ± 1.28) և «հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք» (49.4 ± 1.63) սանդղակները (աղ. 4):

Աղյուսակ 4

Սրտամկանի ինֆարկտ և կրծքահեղձուկ ունեցող պացիենտների ԿՌ-ի սանդղակները ըստ SAQ թեստի

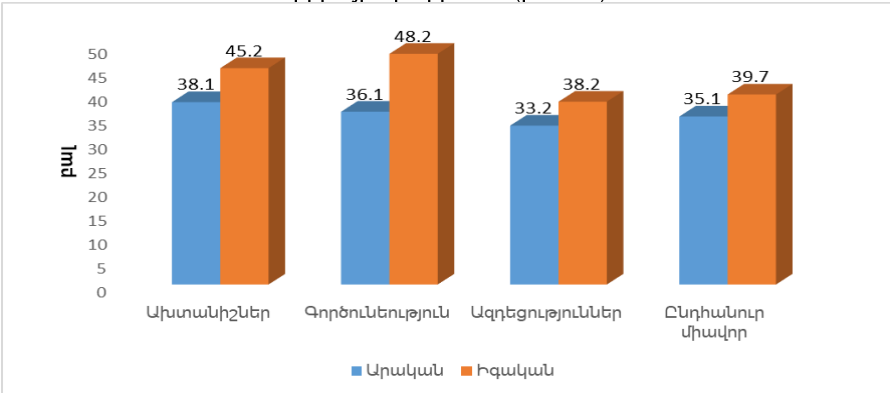
Սեռ	SAQ սանդղակներ (%)				
	PL	AS	AF	TS	DP
Արական (n=140)	48.3±1.21	52.1±1.22	64.5±1.40	68.5±1.58	47.0±1.29
Իգական (n=125)	49.9±1.28	56.3±1.28	67.4±1.41	65.1±1.28	52.1±1.35
Ընդամենը (n=265)	49.0±1.28	54.1±1.23	65.9±1.28	66.9±1.35	49.4±1.63

Սրտամկանի ինֆարկտ և կրծքահեղձուկ ունեցող պացիենտների ԿՌ-ի ուսումնասիրությունն ըստ SAQ-ի ցածր մակարդակ է արձանագրել ԿՌ-ի բոլոր սանդղակների համար: Պարզվում է, որ առավել տուժել են ԿՌ-ի «ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում» (49.0%, կորուստը՝ 51.0%) և «հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունք» (49.4%, կորուստը՝ 50.6%) սանդղակները:

Այսպիսով, սրտամկանի ինֆարկտ և կրծքահեղձուկ ունեցող պացիենտների ԿՌ-ի սանդղակները բարելավելու համար անհրաժեշտ է առողջության առաջնային պահպանման օղակում դիսպանսեր հսկողության վարման ծրագրում ներառել պարբերաբար հոգեբանի խորհրդատվություն:

Ըստ կլաստերային վերլուծության արդյունքների, Շիրակի մարզում ԲՕՌ-ի արդյունավետության վրա էական ազդեցություն են ունեցել նաև շնչառական օրգանների հիվանդությունները: Հատկապես մեծ է չափաբաժինը թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության և բրոնխիալ ասթմայի համար: Ուստի հետազոտության հաջորդ փուլում գնահատել ենք այդ նոզոլոգիաներով պացիենտների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները: Պարզվել է, որ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը և բրոնխիալ ասթման էականորեն ազդում են պացիենտների ԿՌ-ի վրա: Առավել տուժում են ԿՌ-ի «ախտանիշներ» (41.25 բայ) և «գործունեություն» սանդղակները (39.83 բայ):

Ըստ հետազոտության արդյունքների «ախտանիշներ» և «ազդեցություններ» սանդղակների դեպքում ԿՌ-ի ցուցանիշների տարիքային տարբերություններ չեն արձանագարվել ($p > 0.05$): ԿՌ-ի «գործունեություն» և «ընդհանուր միավոր» սանդղակներն տուժել 50-60տ. ու 60 և բարձր տարիքային խմբերում համեմատած 40-50տ. տարիքային խմբի հետ ($p < 0.05$):



Գծապատկեր 5. Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ և բրոնխիալ ասթմայով պացիենտների ԿՌ-ի սանդղակների առանձնահատկությունները ըստ սեռի (ըստ SGRQ թեստի)

Անհրաժեշտ է նշել, որ ըստ SGRQ թեստի արդյունքների 50-60տ. ու 60 և բարձր տարիքային խմբերում վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի արձանագրվել ($p < 0.05$): SGRQ թեստի արդյունքների արձանագրել են ըստ սեռի վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն, մասնավորապես, «ախտանիշներ», «գործունեություն», «ազդեցություններ» և «ընդհանուր միավոր» սանդղակները տղամարդկանց մոտ կազմել են համապատասխանաբար 38.1 բայ, 36.1 բայ, 33.2 բայ, 35.1 բայ, իսկ կանանց՝ 45.2 բայ, 48.2 բայ, 38.2 բայ, 39.7 բայ,

$p > 0.05$): Այսպես, թեստի բոլոր սանդղակները եղել են ավելի բարձր կանանց շրջանում, ինչը վկայում է ավելի ցածր ԿՌ-ի մասին (գծ. 5):

Ըստ հետազոտության արդյունքների SGRQ թեստի բոլոր սանդղակներն էլ առավել տուժել են բրոնխիալ ասթմայի դեպքում ($p < 0.05$): Ընդ որում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեպքում առավել տուժել է «ախտանիշներ» (37.2 բայ), իսկ բրոնխիալ ասթմայի դեպքում՝ «գործունեություն» (50.4 բայ) սանդղակը:

Այսպիսով, բուժաական և առողջացուցիչ միջոցառումների և դիսպանսեր հսկողության արդյունավետության գնահատման համար նպատակահարմար է կիրառել ԿՌ-ի չափանիշները, որպես ԲՕՌ-ի և արդյունավետության գնահատման նոր գործիք:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

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

գործնական առողջների հետ ($p < 0.05$): Այս գանգատների դեպքում միաժամանակ տուժել են ԿՌ-ի և ֆիզիկական (համապատասխանաբար 36.8 բալ, 44.7 բալ և 43.4 բալ), և՛ հոգեբանական բաղադրիչները (համապատասխանաբար 40.8 բալ, 40.2 բալ և 43.0 բալ):

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

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

Շիրակի մարզի մարզպետարանի առողջապահության և սոցիալական հարցերի վարչությանը.

Քանի որ ըստ հետազոտության տվյալների մարզի բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության որակի և մատչելիության վրա էական ազդեցություն են ունենում արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդությունները, անհրաժեշտ է.

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

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

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

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

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

«Առողջապահության նախարարությանը»

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

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

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

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՀՐԱՊԱՐԱԿՎԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

1. Չոփիկյան Ա.Ս. Մանկական հիվանդացության ցուցանիշների տարածաշրջանային առանձնահատկությունները (Շիրակի մարզի օրինակով) // Հայաստանի մանկական բժիշկների կոնֆերանսի նյութերի ժողովածու, Երևան, 2012, էջ 43-45:
2. Մարդիյան Մ.Ա., Չոփիկյան Ա.Ս., Բարսեղյան Ա.Ա. Հիմնական դեմոգրաֆիկ ցուցանիշների առանձնահատկությունները Շիրակի մարզում // ԵՊԲՀ Գիտական հոդվածների ժողովածու, Երևան, 2013, Հատոր II, էջ 364-370:
3. Չոփիկյան Ա.Ս. Մարզային մակարդակում բժշկական օգնության կազմակերպման մի շարք հիմնախնդիրների վերաբերյալ // Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր, Երևան, 2013, հատոր 16, N 7(83), էջ 55-57:
4. Mardiyan M.A., Chopikyan A.S., Barseghyan A.A. Life Quality Assessment of Patient with Myocardial Infarction by Seattle Angina Questionnaire // European Science and Technology. Materials of the VII International Research and Practice Conference. Munich – Germany 2014, Vol. I, p. 578-582.
5. Mardiyan M.A., Chopikyan A.S., Barseghyan A.A. Modification of compensation mechanisms of outpatient services // BMC Health Services Research 2014, doi: 10.1186/1472-6963-14-S2-P16, 14(Suppl 2), P16
6. Մարդիյան Մ.Ա., Չոփիկյան Ա.Ս., Բարսեղյան Ա.Ա. Շիրակի մարզի մանկական բնակչության բուժօգնության կազմակերպման մի շարք հիմնախնդիրներ // Հայաստանի մանկական բժիշկների կոնֆերանսի նյութերի ժողովածու, Երևան, 2014, էջ 18-21:
7. Մարդիյան Մ.Ա., Չոփիկյան Ա.Ս., Դանիելյան Լ.Մ., Դունամալյան Ռ.Ա. Շիրակի մարզում բնակչության կարծիքի ուսումնասիրությունը որպես բուժօգնության որակի գնահատման չափանիշ // Կարապետ Միհրանի Դեղծունյանի ծննդյան 90-ամյակին նվիրված գիտաժողով, Երևան, 2014, էջ 85-90:
8. Chopikyan A.S. Evaluation of quality of life patients with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma in Shirak region // Иркутский научный журнал «Наука в современном мире». Иркутск, 2017, №9, с.17-19.
9. Chopikyan A.S., Mardiyan M.A., Dunamalyan R.A., Mkrtchyan S.A., Barseghyan A.A., Danielyan L.M Health status of population in regional level of Republic of Armenia using SF-12 questionnaire // 15th ISQOLS Annual Conference Quality of Life: Towards a Better Society, Austria, 2017, p.115.
10. Չոփիկյան Ա.Ս. Քրոնիկ սրտային անբավարարություն ունեցվող սիրտանոթային հիվանդությամբ տառապող պացիենտների ԿՈ-ի գնահատումը Շիրակի մարզում // Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր, Երևան, 2018, հատոր 21, N 1(118), էջ 14-17:
11. Mardiyan M.A., Chopikyan A.S., Barseghyan A.A., Dunamalyan R.A. Medical support, applicable funding and analysis of health requirements in Shirak marz // «LINGVO-SCIENCE». Varna, 2018, №9, p.18-20.

РЕЗЮМЕ

Система здравоохранения РА находится в новом этапе развития, в котором подчеркивается важность внедрения страховой медицины и повышения качества предоставляемой медицинской помощи.

Цель исследования - на основе изучения особенностей обеспечения качества медицинской помощи (КМП) населению Ширакского марза разработать модель системы обеспечения КМП.

Научная новизна работы. Впервые на уровне марза был проведен сравнительный анализ государственной бюджетной программы, заболеваемости, доступности и распределения ресурсов здравоохранения. Были оценены основные закономерности качества жизни (КЖ) пациентов с заболеваниями системы кровообращения и органов дыхания. В целях повышения качества и доступности медицинской помощи на марзовом уровне и повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения рекомендуется применять критерии КЖ.

Исследование проводилось в 11 амбулаторно-поликлинических и 5 больничных учреждений марза. В рамках исследования пациенты оценили удовлетворенность от результативного компонента КМП. Для оценки КЖ использовались 1 общий (The Short Form 12 - SF-12) и 3 специфические международные опросники (Seattle Angina Questionnaire – SAQ, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire – MLHFQ, ST George’s Respiratory Questionnaire - SGRQ). На первом этапе исследования мы сотрудничали с Университетом Миннесоты и авторами международных опросников. Было получено разрешение на применение опросников в РА (Лицензионное соглашение № 6327-umh). На втором этапе исследования были созданы армянские варианты этих опросников. Разработка армянских вариантов в соответствии с международными требованиями прошла необходимые этапы.

Показатели заболеваемости и смертности от болезни системы кровообращения и органов дыхания в Ширакском марзе высокие по сравнению со средней республиканской. Существует ряд вопросов, связанных с объемом и доступностью услуг, предоставляемых населению марза. Чтобы обосновать влияние на качество и доступность медицинской помощи в Ширакском марзе был применён метод кластерного анализа. Результаты показали, что наибольшее влияние на всех компонентов качества медицинской помощи оказали болезни системы кровообращения и органов дыхания. По результату метода прогнозирования, к 2020 году уровень заболеваемости от болезни системы кровообращения и органов дыхания вырастет соответственно на 82.3% и 55.5% по сравнению с 2012 годом. Анализ удовлетворенности населения медицинскими услугами показал, что уровень информированности населения о медицинском обслуживании и услугах является низким среди населения.

По результатам SF-12 теста, физический компонент КЖ, наиболее пострадал при отеках ног (36.8 балла, потеря 63.2%), варикозной расширении вен (43.4 балла, потеря 56.6%), боли в суставах (44.8 балла, потеря 55.2%), шеи / плеча (45 балла, потеря 55.0%), а психологический компонент: при депрессии (40.2 балла, потеря 59.8%), отеках (40.8 балла, потеря 59.2%), варикозной расширении вен (43.0 балла, потеря 57.0%) и запоре (46.7 балла, потеря 53.3%).

По результатам MLHFQ теста, пациенты с хронической сердечной недостаточностью имеют низкие показатели КЖ. У женщин больше всего пострадали "внимание и память" (2.6 балла, потеря 52%), "трудности ходби" (2.6 балла, потеря 52%) и "ночные расстройства сна" (2.5 балла, потеря 50 %), а у мужчин - "невозможность заниматься спортом или получать удовольствие" (3.0 балла, потеря 60%), "трудности при ходьбе или при подъеме по лестнице" (2.9 балла, потеря 58%) и "снижение доходов" (2.9 балла, потеря 58%).

По результатам SAQ теста, пациенты с инфарктом миокарда и стенокардией имеют низкие показатели КЖ для всех шкал. Наиболее затронуты шкалы "ограничение физической активности" и "отношение к болезни".

По результатам SGRQ теста при хронической обструктивной болезни легких более пострадал шкала "симптомы" (37.2 балла, потеря 37.2%), а при бронхиальной астме - шкала "активность" (50.4 балла, потеря 50.4%).

Таким образом, у пациентов с заболеваниями системы кровообращения, сопровождающиеся хронической сердечной недостаточностью, для повышения эффективности диспансерного наблюдения в программах необходимы включить консультации психолога, а также мониторинг оценки критерии КЖ. Для оценки эффективности работы первичного звена здравоохранения целесообразно внедрить международные опросники для пациентов с инфарктом миокарда и стенокардией опросник SAQ, с хронической сердечной недостаточностью - MLHFQ, с хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмой - SGRQ.

В механизмах компенсации медицинских услуг необходимо внедрить предложенные нами подходы, которые, согласно результатам исследования, позволят обеспечить эффективность, доступность и качество реализации долгосрочных стратегических планов медицинского обслуживания. Внедрение подходов оценки КЖ следует рассматривать как важный независимый показатель для оценки здоровья населения, а также в медицинской практике позволят повысить эффективность диагностики и лечения заболевания и основные критерии КМП.

ARMINE CHOPIKYAN
THE PECULIARITIES OF MAINTENANCE AND MANAGEMENT OF QUALITY
OF MEDICAL CARE AT THE REGIONAL LEVEL
(ON THE EXAMPLE OF SHIRAK MARZ)

SUMMARY

The healthcare system of Republic of Armenia is in a new stage of development, which emphasizes the importance of introducing insurance medicine and improving the quality of provided medical care.

The aim of investigation was to develop a model of the health care quality system on the basis of studying the characteristics of quality assurance of medical care of Shirak marz's population.

The scientific innovation of the work is first time using of comparative analysis at the regional level for the state budget program, morbidity, accessibility and distribution of funds, as well as were evaluated the main peculiarities of the quality of life (QoL) of patients with cardiovascular system and respiratory organs diseases. In order to improve the quality of medical care at the regional level and to improve the efficiency of used health resources, it is recommended to apply the QoL criteria.

The study was conducted in 11 outpatient polyclinics and 5 hospitals in the Shirak marz.

During the study, patient satisfaction was assessed as a resultative component of the quality of care. The QoL assessment was done by using of 1 general (The Short Form 12 - SF-12) and 3 specific questionnaires (Seattle Angina Questionnaire – SAQ, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire – MLHFQ, ST George's Respiratory Questionnaire - SGRQ).

At the first stage of the study, we collaborated with the University of Minnesota and the authors of the international questionnaires. Permission was granted to apply the questionnaires in the Republic of Armenia (License Agreement No. 6327-umn). At the second stage of the study were created Armenian versions of the questionnaires. The developments of Armenian versions were done in accordance with international requirements passed the necessary stages.

The rates of morbidity and mortality for the cardiovascular system and respiratory diseases in Shirak marz are high compared to the average Republican rates. There are a number of issues related to the volume and availability of services provided to the population of the Shirak marz. To justify the impact of various factors on the quality and availability of medical care in the Shirak marz, the cluster analysis method was used.

The results showed that the greatest impact on all components of the quality of care had classes of cardiovascular system and respiratory organs diseases. According to the method of forecasting the morbidity rate of these diseases at 2020 compared to 2012 will grow by 82.3% and 55.5%, respectively. An analysis of the population's

satisfaction with medical services showed that the level of awareness of the population about health services is low among the population.

The results of study with SF-12 questionnaire showed that the physical component of the QoL was most affected by legs edema (36.8 points, a loss of 63.2%), varicose veins (43.4 points, a loss of 56.6%), joints pain (44.8 points, a loss of 55.2%), neck / shoulder pain (45 points, a loss of 55.0%), and the psychological component: by depression (40.2 points, a loss of 59.8%), legs edema (40.8 points, a loss of 59.2%), varicose veins (43.0 points, a loss of 57.0%) and constipation (46.7 points, a loss of 53.3 %).

According to the results of MLHFQ patients with chronic heart failure have low QoL scores. The most affected subscales among women were "attention and memory" (2.6 points, a loss of 52%), "difficulty walking" (2.6 points, a loss of 52%) and " sleep disorders" (2.5 points, a loss of 50%), and in men - "inability to play sports or have fun" (3.0 points, 60% loss), "difficulty walking or climbing stairs" (2.9 points, 58% loss) and "income decline" (2.9 points, a loss of 58%). According to the results patients with myocardial infarction and angina have low QoL scores for all scales. The most affected scales were the "limitation of physical activity" and "attitude towards the disease."

The results of SGRQ questionnaire study showed that in case of chronic obstructive pulmonary disease more affected were "symptoms" (37.2 points, a loss of 37.2%) and in bronchial asthma - "activity" (50.4 points, a loss of 50.4%) subscales.

Thus, in patients with myocardial infarction and angina, with diseases of the circulatory system accompanied by chronic heart failure, for increasing of effectiveness of dispensary control, it is necessary include psychological counseling and monitoring of QoL assessment in disease management plans. In primary care for evaluating the effectiveness of the therapeutic measures and the resultative component of medical care to use SAQ for patients with myocardial infarction and angina, MLHFQ - for patients with chronic heart failure, SGRQ - for patients with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma.

In the mechanisms of compensation of medical services, it is necessary to implement the approaches we proposed, which, according to the results of the study, will ensure the effectiveness, availability and quality of implementation of long-term strategic plans for medical care. QoL should be considered as an important independent indicator for assessing the health of the population, as well as the management of the disease, treatment and the quality of medical care. The introduction of approaches to assess QoL in medical practice will improve the effectiveness of treatment.