

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՕՂԱԿԻ ԴԵՐԻ ՈՒԺԵՂԱՅՈՒՄԸ COVID-19 ԱՐՁԱԳԱՆՔՄԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔՍՏՈՒՄ

ՏՎՅԱԼՆԵՐ ԵՐԵՎԱՆԻՑ. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ
ԴԱՎԻԹ ՄԵԼԻՔ-ՆՈՒԲԱՐՅԱՆ, ք.գ.թ.
ԳԱՆՆԱ ՍԱԿԱՆՅԱՆ ք.գ.թ., դոցենտ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Գործադիր ամփոփում	3
Ներածություն.....	7
Մեթոդաբանություն	10
Քննարկում	12
Եզրակացություն	22
Առաջարկություններ	25
Գրականության ցանկ	26

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

Հապավում	Բացատրություն
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանման օղակ
ԱՀԿ	Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՊՄ	Անձնական պաշտպանության միջոցներ
ԹՔՕՀ	Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն
ԻԹԾ	Ինտենսիվ թերապիայի ծառայություն
ՀՎԿԱԿ	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոններ
ՈԴՄ	Ոչ դեղորայքային միջամտություններ
ՈՎՀ	Ոչ վարակիչ հիվանդություններ
COVID-19	Նոր կորոնավիրուսային հիվանդություն

Գործադիր ամփոփում

Նման աննախադեպ իրադարձությունը, ինչպիսին է նոր կորոնավիրուսային հիվանդությամբ պայմանավորված համավարակը (այսուհետ՝ COVID-19), պահանջում է ամբողջ կառավարության և հասարակության համակարգված, լավ կազմակերպված պատասխան գործողություններ՝ անհատների, հասարակության և ընդհանուր առմամբ պետության կյանքի վրա բացասական ազդեցությունը նվազեցնելու և հնարավորինս մեղմելու նպատակով: Վերոնշյալ նպատակի իրագործման համար հատկապես կարևոր է առողջապահության համակարգի և վերջինի կարևորագույն բաղկացուցիչ մասերից մեկի՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակի (այսուհետ ԱԱՊ) աշխատանքի պատշաճ կազմակերպումը, որն ինչպես հայտնի է, համարվում է անհատի դարպասը դեպի առողջապահության համակարգ և ապահովում է տարաբնույթ սանիտարալուսավորչական, հակահամաճարակային, կանխարգելիչ, ախտորոշիչ, բուժման ու շարունակական հսկողություն ծառայությունների մատուցումը բնակչությանը:

Ըստ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության, COVID-19 արձագանքման համատեքստում ԱԱՊ օղակի հիմնական սկզբունքներն են՝ ա) շարունակել հիմնական առողջապահության ծառայությունների մատուցումը. բ) հնարավորինս վաղ հայտնաբերել և կառավարել COVID-19 պոտենցիալ դեպքերը. գ) կանխել վարակի փոխանցման ռիսկը կոնտակտավորների և բուժաշխատողների շրջանում. դ) հզորացնել գոյություն ունեցող հսկողությունը, օրինակ՝ գրիպանման հիվանդությունների և ծանր սուր շնչառական վարակների դեպքում. ե) ուժեղացնել հաղորդակցությունը և համայնքի ներգրավվածությունը, և զ) աջակցել COVID-19 դեմ իրականացվող պատվաստումների գործընթացին:

Աշխատանքի նպատակներին հասնելու համար ընտրվել է որակական հետազոտությունը: Կիրառվել է 4 բաղադրիչից բաղկացած գնահատման ամբողջական մեթոդաբանություն. (1) ՀՀ իրավական փաստաթղթերի և պաշտոնական հաղորդագրությունների ուսումնասիրություն. (2) COVID-19 համավարակի ընթացքում ԱԱՊ գործունեության ցուցանիշների ուսումնասիրություն. (3) հատուկ մշակված հարցաթերթիկի միջոցով ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների ղեկավարների հետ իրականացված հարցման տվյալների ամփոփում. (4) ձեռքբերված տվյալների մշակում և վերլուծություն:

Հետազոտությունն իրականացվել է ԱԱՊ օղակի վեց բուժհաստատություններում, ինչը կազմում է Երևանում տեղակայված ԱԱՊ հաստատությունների 16.7% և սպասարկում է շուրջ 214.586 բնակչությանը, կամ մայրաքաղաքի ընդհանուր բնակչության 19.6%:

Ուսումնասիրությունը պարզել է COVID-19 կառավարման գործընթացում ԱԱՊ ներգրավվածության կազմակերպման մի շարք համակարգային բացեր, որոնք կարող էին բացասական հետևանքներ ունենալ ձեռնարկած միջոցառումների ընդհանուր արդյունավետության վրա: Առողջապահության համակարգի վրա ճնշման ավելացման և համայնքում վարակի անվերահսկելի տարածմանը զուգահեռ, որոշում է կայացվել COVID-19 թեթև և չբարդացած դեպքերի վարումը կազմակերպել ԱԱՊ օղակում, սակայն դա արվել է առանց շահագրգիռ կողմերի հետ արդյունավետ հաղորդակցման և պատշաճ քննարկման, կարողությունների գնահատման, լուրջ պլանավորման և նախապատրաստական աշխատանքների, ինչպես նաև լրացուցիչ ֆինանսական և տեխնիկական միջոցների հատկացման: Միևնույն ժամանակ, արդեն որոշման իրագործման փուլում, պատասխանատուների կողմից կազմակերպվել և իրագործվել է ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների իրազեկումը, անհրաժեշտ իրավական փաստաթղթերի ընդունումը, այդ թվում հիվանդության բուժման և վարակի կառավարման, ինչպես նաև իրականացվել են բուժաշխատողների իրազեկմանն ու վերապատրաստմանն ուղղված աշխատանքներ:

Ինչպես Եվրոպական տարածաշրջանի մի շարք երկրներում, այնպես էլ Հայաստանում հակահամաճարակային գործողությունների ղեկավարումն ու համակարգումը ևս հաճախ համաչափ չեն եղել մարտահրավերների արտակարգ բնույթին, ինչը հանգեցրել է տեղական ինքնակառավարման և տարածքային կառավարման մարմինների անբավարար ներգրավմանը հակահամաճարակին ու կարանտինային միջոցառումներում, որոնք հիմնականում սահմանափակվել են անձնական պաշտպանիչ միջոցների տրամադրմամբ ԱԱՊ հաստատություններին:

Հարկ է նշել, որ Տեղական ինքնակառավարման և Տարածքային կառավարման մասին ՀՀ օրենքներով վերոնշյալ մարմիններն ունեն սահմանափակ հակահամաճարակային միջոցառումներ իրականացնելու սահմանված գործառույթներ:

Հայտնաբերված համակարգային խնդիրներից է նաև բնակչության հետ վտանգների վերաբերյալ կազմակերպված, կանոնավոր հաղորդակցության ռազմավարության բացակայությունը, որի առկայությունը կարող էր բարձրացնել իրազեկվածությունն

անվտանգության կանոնների վերաբերյալ և ընդհանուր առմամբ նպաստել բնակչության շրջանում հակահամաճարակային վարքագծի ձևավորմանը: Ընդհանուր առմամբ, ազգային, ենթազգային և տեղական մակարդակներում հաղորդակցության համապարփակ ռազմավարության բացակայությունը կարող էր հանգեցնել վիրուսով պայմանավորված սպառնալիքների թերագնահատմանը բնակչության կողմից՝ իր բոլոր հետևանքներով, սակայն տվյալ հանգամանքը կարիք ունի հետագա գիտական հետազոտման:

COVID-19 պացիենտների վարման ընթացքում ԱԱՊ հաստատությունների աշխատակիցների առաջ ծառայած հիմնական խնդիրներն էին՝ COVID-19 թեստավորման արդյունքների ուշացումները, բժշկական անձնակազմի գերժանրաբեռնվածությունը՝ կապված սպասարկվող պացիենտների թվի ավելացման հետ, ժամանակի սղությունը՝ պայմանավորված վարակված անձանց և կոնտակտավորների շրջանակին հետևելու անհրաժեշտությամբ, կապի և տրանսպորտային միջոցների սակավությունը, ինչը դժվարացրել է իրավական ակտերով նախատեսված գործողությունների կատարումը:

COVID-19 կառավարման համակարգման գործընթացում ևս հայտնաբերվել են բացեր, որոնք բնութագրվում են շտապօգնության ծառայությունների դժվար հասանելիությամբ, COVID-19 պացիենտներին սպասարկող հիվանդանոցներում մահճակալների բացակայությամբ, ինչը լրջորեն խոչընդոտել է ԱԱՊ օղակի կողմից COVID-19 պացիենտների հոսպիտալացման գործընթացի իրականացմանը:

Հետազոտության արդյունքների համաձայն, խաթարվել է նաև հիմնական բժշկական ծառայությունների մատուցումը: Մասնավորապես, 2020թ.-ին ԱԱՊ այցելությունների քանակը միջին հաշվով նվազել է 21.2%-ով՝ 2019թ.-ի հետ համեմատած: Նեղ մասնագետների այցելությունների թիվը 2020թ.-ին նախորդ տարվա համեմատությամբ նվազել է 26.7%-ով: Առավելապես տուժել են այնպիսի կենսական նշանակություն ունեցող ոչ վարակիչ հիվանդությունների (այսուհետ՝ ՈՀՎ) կառավարումը, ինչպիսին են զարկերակային գերճնշումը, շաքարային դիաբետը, քաղցկեղը, բրոնխիալ ասթման, շնչառական օրգանների և երիկամների հիվանդությունները: Պատճառների ամբողջության հետևանքով, 2020թ.-ին արձանագրվել է արյան շրջանառության համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահացության աննախադեպ բարձր ցուցանիշներ նախորդող չորս տարիների միջին թվի համեմատությամբ:

Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է նշել, որ չնայած համավարակի պատճառով առաջացած օբյեկտիվ դժվարություններին, ԱԱՊ օղակի ղեկավարությունը և բուժաշխատողները ջանքեր չեն խնայել իրենց առջև դրված խնդիրների կատարման համար, չնայած այն հանգամանքի, որ բժիշկների և բուժքույրերի համապատասխանաբար 22.5% և 24.0% վարակվել են նոր կորոնավիրուսային հիվանդությամբ:

Ներկայում ևս ԱԱՊ օղակը շարունակում է բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցել բնակչությանը և կարևոր դեր է խաղում մարդկանց առողջության ամրապնդման, պահպանման և վերականգնման գործում: Առավել մեծ է վերջինի նշանակությունը ներկայում ընթացող զանգվածային պատվաստման գործընթացում, որը համարվում է COVID-19 համավարակի հաղթահարման ռազմավարական ճանապարհը:

Հաշվի առնելով հետազոտությամբ վեր հանված խնդիրները, ակնհայտ առաջնահերթություն է ԱԱՊ օղակի հետագա հզորացմանն ուղղված աշխատանքների իրականացումը միասնական, համալիր և համապարփակ ռազմավարության ներքո: Ռազմավարության հիմնական ուղղությունները պետք է լինեն. 1) ԱԱՊ օղակի մարդկային կապիտալի հզորացումը՝ գիտելիքների և գործնական հմտությունների շարունակական սիսթեմատիկ կատարելագործման միջոցով. 2) ԱԱՊ հաստատությունների հետագա վերազինումը COVID-19 ախտորոշման և վարման համար անհրաժեշտ բժշկական սարքավորումներով, պարագաներով, կապի և տրանսպորտային միջոցներով. 3) COVID-19 կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ընթացակազմերի մշակում, պարբերական վերանայում համաձայն ապացուցողական բժշկության արդի տվյալների. 4) COVID-19 կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ընթացակազմերի գործնական ներդրում և դրա նկատմամբ շարունակական վերայսկողության ապահովում. 5) COVID-19 բացասական թեստով, սակայն նոր կորոնավիրուսային հիվանդությանը բնորոշ կլինիկական ընթացքով դեպքերի վարման կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ընթացակազմերի մշակում և դրանց ներդրում՝ կիրառման նկատմամբ վերահսկողության սահմանում. 6) ԱԱՊ օղակում COVID-19 կառավարման տեղկատվական-վերլուծական համակարգի ձևավորում և գործարկում՝ E-Health բազայի վրա, արդյունքների հրապարակում. 7) ԱԱՊ օղակի ֆինանսավորման մոտեցումների վերանայում, սահմանելով COVID-19 սպասարկող բուժաշխատողների

խրախուսական վարձատրության պարզ և թափանցիկ սանդղակ. 8) Հանրային հաղորդակցության ռազմավարության մշակում և ներդրում, իրագործման նկատմամբ հսկողության սահմանում. 9) ԱԱՊ օղակին աջակցություն ցուցաբերելու նպատակով՝ Տեղական ինքնակառավարման և Տարածքային կառավարման մասին օրենքների շրջանակներում համայնքների լիազորությունների և պարտականությունների սահմանում և դրանց իրագործման նկատմամբ հսկողության իրականացում:

Ներածություն

Չինաստանի Հուբեյ նահանգում ի հայտ եկած Coronaviridae ընտանիքին պատկանող (SARS-CoV-2) վիրուսը, որն առաջացնում է նոր կորոնավիրուսային հիվանդություն՝ COVID-19, սրընթաց տարածվեց բոլոր մայրցամաքներով: Ի հայտ գալուց ընդամենը 2 ամիս անց՝ 2020թ. մարտի 11-ին, երբ աշխարհի 114 երկրներում հաստատված դեպքերի թիվը կազմում էր 118.000, ԱՀԿ-ը COVID-19 պայմանավորված իրավիճակը բնութագրեց որպես համավարակ [*WHO SR (Table 1, 2), 2020*]: Սույն թվականի հուլիսի 18-ի դրությամբ ամբողջ աշխարհում հաստատված դեպքերի թիվը գերազանցել է 190 միլիոնը, իսկ մահերինը՝ 4 միլիոնը [*WHO WEU, 2021*]:

Գերբնակեցվածությունը, աղքատությունը, հիգիենայի անբավարար պայմանները, տեղեկատվության կառավարման թույլ համակարգերը, ինչպես նաև սոցիալական գործոնները հանդիսանում են COVID-19 տարածման հիմնական ու որոշիչ խթանները [*Abrams E.M., Szeffler S.J., 2020*]: Համաճարակի ծանրությունը դրդել է բազմաթիվ կառավարություններին ընդունել այնպիսի խիստ ոչ դեղորայքային միջամտություններ, ինչպիսիք են սահմանափակումների ռազմավարությունները՝ նպատակ ունենալով հարթեցնել վարակի տարածման կորը, խուսափել առողջապահության համակարգի ծանրաբեռնվածությունից և նվազեցնելով մահացության մակարդակը:

Ընդհանուր առմամբ, վարակի գլոբալ տարածումը ճնշել է առողջապահության համակարգերն ամբողջ աշխարհում՝ փորձարկելով դրանց ուժն ու առաձգականությունը: Նույնիսկ զարգացած երկրներում՝ մինչպատվաստումային շրջանում, առողջապահության համակարգերը դժվարանում էին արձագանքել COVID-19: Իրավիճակը շատ ավելի անբարենպաստ է ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, պայմանավորված սահմանափակ միջոցներով և առողջապահության համակարգերի խոցելիությամբ: Ֆինանսական միջոցները հաճախ ակնհայտորեն չեն բավարարում այնպիսի առանցքային բացերը փակելու համար, ինչպիսիք են ԱՊՄ

գնումը: Խնդրահարույց է նաև մեծ թվով պատրաստված բուժաշխատողների առկայությունը, որն անհրաժեշտ է COVID-19 արդյունավետ արձագանքման համար:

Այնուամենայնիվ, աստիճանաբար ամբողջ աշխարհում առողջապահության համակարգերը հարմարվեցին COVID-19 համաճարակին: Քաղաքականության հիմնական ուղղվածությունը COVID-19 տարածման կանխարգելումն է՝ զանգվածային թեստավորումների, կոնտակտավորների հայտնաբերման և հսկողության, ԱՊՄ կիրառման, ֆիզիկական հեռավորության պահպանման, ինչպես նաև հիվանդանոցային ու ԻԹԾ կարողությունների ընդլայնման միջոցով: Համավարակը նաև ազդեցություն ունեցավ այն մարդկանց վրա, ովքեր չէին հիվանդացել նոր կորոնավիրուսով: Բացի նրանից, որ քրոնիկական հիվանդություններ ունեցող մարդիկ հանդիսանում են COVID-19 ռիսկի խումբ, նրանք տառապում են նաև հիմնական բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների խաթարումից: COVID-19 առաջին ալիքի ընթացքում բազմաթիվ պացիենտներ չեն կարողացել ստանալ անհրաժեշտ բուժօգնությունը, ներառյալ ախտորոշման ուշացումը և բուժման չեղարկումը [*OECD SF, 2021*]:

Վարակի առաջին ալիքի առավել լարված պահին, մի շարք երկրներ կասեցրեցին պլանային՝ COVID-19 հետ կապ չունեցող, ծառայությունների տրամադրումը, հիվանդանոցային համակարգի կարողություններն ընդլայնելու նպատակով: Օրինակ, ԱՄՆ, Պորտուգալիան և Չիլին դադարեցրել էին բոլոր պլանային վիրահատությունները՝ մահճակալային ֆոնդն ազատելու համար [*OECD CPT, 2020*]: Ֆրանսիայում սահմանափակումների կիրառման ընթացքում՝ 2020թ. մարտի 15-ից մայիսի 11-ը ընկած ժամանակահատվածում, արտահիվանդանոցային ձևով իրականացվող վիրահատությունների թիվը նվազել էր 80%-ով 2019թ. նկատմամբ [*Finkel S., et al., 2020*]:

Բացի հիվանդանոցային բուժօգնությունից, մի շարք պետություններ 2020թ. առաջին կիսամյակում հետաձգել էին նաև այլ՝ կենսական նշանակություն չունեցող, բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների տրամադրումը, ներառյալ արտահիվանդանոցային բուժօգնությունը, պատվաստումները, լաբորատոր ախտորոշումը, չարորակ նորագոյացությունների սքրինինգային ծրագրերը և այլն: Վերջերս 20 երկրներում իրականացված հետազոտության տվյալները վկայում են, որ առողջապահության ծառայությունների սպառման նվազման միջնաթիվը կազմում է 37%, այդ թվում 42% պացիենտների հաճախումների, 31% ախտորոշիչ ծառայությունների, 30% թերապևտների և 28% հոսպիտալացումների մասով [*Moynihan R., et al., 2020*]:

Մեծ Բրիտանիայում իրականացված մեկ այլ հետազոտություն հայտնաբերել է, որ նախահամավարակային շրջանի համեմատությամբ ԱԱՊ օղակից քաղցկեղի կասկածի կապակցությամբ անհետաձգելի ուղեգրումները նվազել են 76%-ով, քիմիաթերապիայի պայմանավորվածությունները՝ 60% [*Lai A., et al., 2020*]: Եվս մեկ

գրականության տեսություն հայտնաբերել է, որ քաղցկեղի սքրինինգային ծրագրերն ամբողջությամբ խաթարվել են COVID-19 համաճարակից ի վեր: Վերոնշյալի կանխատեսվող արդյունքներն են ուշացված ախտորոշումների և կանխարգելիչ մահերի թվի ավելացումը [Ibrahim A., et al., 2021]: Ֆրանսիայում ևս, 2020թ. ապրիլին նախորդ տարվա ապրիլի նկատմամբ չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշումները նվազել են 35%-ից մինչև 50%-ով [Santi, P., Pineau E., 2020]:

Բազմաթիվ երկրներում արձանագրվել է ԱԱՊ հիմնական ծառայությունների նշանակալի նվազում համավարակի կրիտիկական պահերին: Ծառայությունների դադարեցման առավել հաճախ հանդիպող պատճառն է նախապես պայմանավորված այցերի չեղարկումը, հանրային տրանսպորտի նվազած հասանելիությունը, բժշկական հաստատություններ այցելելու վախը, բուժանձնակազմի պակասը, որը վերաբաշխվել էր COVID-19-ին արձագանքն ապահովելու համար: Բացի այդ, որոշ երկրներ խափանումներ ունեցան մատակարարման շղթաներում և հանդիպեցին մարտահրավերների դեղերի և առողջապահության արտադրանքի բաշխման հարցում [Mehrotra A., et al., 2020]:

Դեռ ավելին, ԱՀԿ-ի կողմից անցկացված հետազոտությունը վկայում է, որ համաճարակի մեկնարկից ավելի քան մեկ տարի անց, դեռևս առկա են հիմնական առողջապահության ծառայությունների մատուցման լուրջ խափանումներ: Մասնավորապես, երկրների մոտ 90%-ը, այդ թվում՝ Հայաստանը, շարունակում են հաղորդել մեկ կամ մի քանի ծառայությունների խափանումների մասին: ԱՀԿ կողմից 2020թ. ամռանն անցկացված առաջին հետազոտությունից հետո, որևէ էական գլոբալ փոփոխության չի արձանագրվել: Ըստ զեկույցի, ԱԱՊ, վերականգնողական, պալիատիվ և երկարաժամկետ խնամքն ամենից շատ են տուժել, և երկրների ավելի քան 40%-ը հայտնում է խափանումների մասին, որոնք ազդում են որակյալ ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության վրա, ներառյալ առավել խոցելի անձանց համար [WHO CS, 2021]:

ԱԱՊ օղակը հանդիսանում է COVID-19 արձագանքման հիմքը: Այն առանցքային դեր ունի COVID-19 հայտնաբերման, դասակարգման, վաղ ախտորոշման գործընթացներում, օգնում է խոցելի խմբերին հաղթահարել իրենց անհանգստությունը վարակի կապակցությամբ և նվազեցնում է հիվանդանոցային ծառայությունների պահանջարկը [Rust G., at all, 2009, Lee A., Chuh A. A., 2010, Kearon J., Risdon C., 2020]: Ըստ ԱՀԿ COVID-19 արձագանքման համատեքստում ԱԱՊ օղակի հիմնական սկզբունքներն են՝ ա) շարունակել հիմնական առողջապահության ծառայությունների մատուցումը. բ) հնարավորինս վաղ հայտնաբերել և կառավարել պոտենցիալ դեպքերը. գ) կանխել վարակի փոխանցման ռիսկը կոնտակտավորների և բուժաշխատողների շրջանում. դ) հզորացնել գոյություն ունեցող հսկողությունը, օրինակ՝ գրիպանման հիվանդությունների և ծանր սուր

շնչատական վարակների դեպքում. ե) ուժեղացնել հաղորդակցությունը և համայնքի ներգրավվածությունը, և գ) աջակցել COVID-19 դեմ իրականացվող պատվաստումների գործընթացին [WHO PHC, 2020]:

Մեթոդաբանություն

Առաջադրված նպատակներին հասնելու համար ընտրվել է որակական հետազոտությունը: Կիրառվել է 4 բաղադրիչից բաղկացած գնահատման ամբողջական մեթոդաբանություն. (1) ՀՀ իրավական փաստաթղթերի և պաշտոնական հաղորդագրությունների ուսումնասիրություն, որոնք կարգավորում են ԱԱՊ օղակի գործունեությունը COVID-19 համավարակի ընթացքում, ներառյալ ընթացիկ (հիմնական) ծառայությունների մատուցումը և արձագանքը. (2) COVID-19 համավարակի ընթացքում ԱԱՊ գործունեության ցուցանիշների ուսումնասիրություն. (3) 34 հարցից բաղկացած հատուկ մշակված հարցաթերթիկի միջոցով ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների ղեկավարների հետ իրականացված հարցման տվյալների ամփոփում. (4) ձեռքբերված տվյալների մշակում և վերլուծություն:

Հետազոտության նպատակների իրագործման համար առաջադրված խնդիրներն են.

Որքանով էր նախապատրաստված հայաստանյան ԱԱՊ օղակը COVID-19 համավարակին, ինչպես է ԱԱՊ օղակը շարունակել հիմնական ծառայությունների մատուցումը բնակչությանը և որոնք են համավարակին արձագանքման տեսանկյունից ԱԱՊ օղակի հզորացման հիմնական ուղղությունները:

Ենթահարցեր՝

1. Արդյոք ԱԱՊ հաստատությունները ստացել են անհրաժեշտ օժանդակություն՝ անձնական անվտանգությունն ապահովելու և քաղաքացիներին բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելու համար:
2. Արդյոք ԱԱՊ բուժաշխատողներին տրամադրվել են արդի ուղեցույցներ անվտանգության ապահովման և դեպքերի վարման վերաբերյալ:
3. Արդյոք ԱԱՊ օղակը հագեցվել է անհրաժեշտ քանակության ԱՊՄ և այլ ապրանքներով:
4. Որոնք են ԱԱՊ բուժհաստատությունների հիմնական կարիքները նոր կորոնավիրուսային հիվանդությանն արդյունավետ արձագանքելու համար:
5. Որոնք են բուժաշխատողների վերապատրաստման առաջնահերթ կարիքները և դրանց իրականացման արդյունավետ ուղիները:
6. Ի՞նչ քաղաքականություն և խթաններ կարող են կիրառվել հետագայում ԱԱՊ դիմադրողականությունը բարձրացնելու և կարողությունները մեծացնելու նպատակով:

Հետազոտության անցկացման վայր

Հետազոտությունն իրականացվել է ԱԱՊ օղակի վեց բուժհաստատություններում, ինչը կազմում է Երևանում տեղակայված ԱԱՊ հաստատությունների (առանձին և միավորված) 16.7% [NIH Yearbook, 2020]: Մասնակիցներն ունեցել են տարբեր կազմակերպահրավական կարգավիճակ, մասնավորապես՝ երեքը պատկանում են Երևանի քաղաքապետարանին, երկուսը հանդիսանում են համալսարանական հաստատություններ և մեկը՝ մասնավոր հիմնարկ է: Ընդհանուր առմամբ մասնակից ԱԱՊ հաստատությունները ծառայություններ են մատուցում մայրաքաղաքի շուրջ 214.586 բնակչությանը, որը կազմում է Երևանի ընդհանուր բնակչության 19.6% [Armstat NPP, 2021]: Ընտրված ԱԱՊ հաստատությունների գործունեության ցուցանիշները ստացվել են անմիջապես վերջինների վիճակագրական ծառայություններից:

Հետազոտության մասնակիցներ

Հետազոտության մեջ ներգրավված են եղել Երևանի ԱԱՊ հաստատությունների 6 ղեկավարներ: Բոլորին առաջարկվել է մասնակցել 40-60 բուժական տևողությամբ հարցազրույցի՝ COVID-19 արձագանքի սեփական փորձը և մարտահրավերները ներկայացնելու նպատակով: Ներառման նախապայմաններ են հանդիսացել, առնվազն 5 տարվա մասնագիտական փորձի առկայությունը տվյալ պաշտոնին, նույնականացումն արվել է նմուշառման նպատակային մեթոդների միջոցով, որոնք ներառել են ներկայացուցչականության կամ համեմատելիության և հաջորդական մոտեցումներ՝ գնահատման համար համապատասխան տեղեկատվություն տրամադրելու նպատակով՝ հիմնվելով մասնակիցների փորձի և փորձառության վրա [Curry L.A., et al., 2009]: Մասնակիցներից 5 կանայք են, մեկը՝ տղամարդ՝ 36-65 տարեկան:

Տվյալների հավաքագրում

Տվյալները ներառել են COVID-19 դեմ պայքարում 2020թ.-ի առաջին եռամսյակից սկսած, ՀՀ կառավարության, ՀՀ ԱՆ և ԱՀԿ կայքերում պաշտոնական թաստաթղթերի, հաղորդագրությունների և հրապարակումների ուսումնասիրություն:

Հետազոտող խմբի կողմից հարցազրույցներն իրականացվել են 2021թ.-ի մարտի 1-ից 10-ը ընկած ժամանակահատվածում: Տվյալների հավաքագրման համար մշակվել է հարցազրույցի ուղեցույց:

Տվյալների մշակում

Աշխատանքն իրագործվել է երեք փուլով՝ կազմակերպում, նախնական ուսումնասիրություն և տվյալների վերլուծություն: Նախապատրաստական փուլը

պահանջում էր փաստաթղթերի ընթերցում և դասակարգում ըստ չափերի և տեսական/վերլուծական կատեգորիաների: Ընտրված փաստաթղթերի վերլուծության համար կիրառվել է բովանդակային վերլուծության մեթոդը: Բովանդակության վերլուծության տեխնիկան օգտագործվել է նաև հարցազրույցի խորագրերը վերծանելու համար: Դաշտային աշխատանքի ընթացքում բացահայտված հիմնական թեմաները (հիմնականում կրկնելով դաշտային ուղեցույցներում ընդգրկված թեմաների հաջորդականությունը) օգտագործվել են արդյունքների բաժինը կազմելու համար:

Քննարկում

Իրավիճակի վերլուծություն

Հայաստանը շուրջ 2.96 միլիոն բնակչություն ունեցող պետություն է, որի շուրջ 1/3-ը բնակվում է մայրաքաղաք Երևանում [Armstat NPP, 2021]: COVID-19 առաջին դեպքն արձանագրվել է 2020թ.-ի մարտի 1-ին: 2021թ.-ի հունիսի 28-ի դրությամբ առկա էր COVID-19 224.851 արձանագրված դեպք և 4510 մահվան դեպք, մահաբերության ցուցանիշը՝ 2.0%: Համաձայն պաշտոնական վիճակագրական տվյալների ևս 1099 COVID-19 դրական պացիենտներ մահացել են այլ պատճառներից [NCDC, 2021]: COVID-19 մահացության պատճառների նման դասակարգումը որոշակի տարբերվում է ԱՀԿ կողմից խորհուրդ տրվող մոտեցումից, որտեղ նշված է, որ «դիտարկման նպատակով, COVID-19-ի հետևանքով առաջացած մահը սահմանվում է, որպես կլինիկապես համադրելի հիվանդության հետևանքով մահ, հավանական կամ հաստատված COVID-19 դեպքում, եթե չկա մահվան հստակ այլընտրանքային պատճառ, որը չի կարող կապված լինել COVID հիվանդության հետ (օր. վնասվածք):» [WHO MC, 2020]:

2020թ.-ի արդյունքներով, Հայաստանում արձանագրվել է ավելացած մահացության չափազանց բարձր ցուցանիշներ 2016-2019թթ. միջինի համեմատությամբ: Մասնավորապես, ընդհանուր ավելացած մահացությունը կազմել է 32%, իսկ առանց ռազմական գործողությունների հետևանքով մահացած անձանց (Y 36) ներառման՝ 24%, ինչը շուրջ 2 անգամ ավելին է քան ԵՄ երկրների համանուն ցուցանիշը [Eurostat, 2021, Armstat SES, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020]: Չհաշված բուն COVID-19 հետևանքով մահերը, արձանագրվել է նաև շնչառական համակարգի՝ 52%, և սիրտանոթային համակարգի հիվանդություններից մահացության աճ՝ 20%-ով 2016-2019թթ. միջին ցուցանիշների նկատմամբ:

Նախորդ տարի արձանագրվել է COVID-19 հարուցիչով պայմանավորված 28.177 թոքաբորկ, ինչպես նաև 24.321 չճշտված ախտորոշմամբ թոքաբորբ, վերջին ցուցանիշը շուրջ 3.62 անգամ ավելին է 2016-2019թթ. նույն ցուցանիշից [Armstat SES, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020]: Չճշտված ախտորոշմամբ թոքաբորբերի նման բարձր թվերը վկայում են նրա մասին, որ տվյալ դեպքերի մեծամասնությունը ևս

պայմանավորված է COVID-19-ով, սակայն որոշ պատճառներով առողջապահության համակարգը չի կարողացել փոխադրել դրանք և համապատասխանաբար կառավարել ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում: Չթեստավորված և բացասական թեստ ունեցող անձինք գործնականում զրկված են եղել ստանալ նույն բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, ինչ COVID-19 դրական պացիենտները, ներառյալ այցելությունները ԱԱՊ բժկին, շարունակական հսկողությունը, հոսպիտալացումը COVID-19 սպասարկող կլինիկաներում, անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում և այլն: Նման անբարենպաստ երևույթի հիմնապատճառները և դրա հնարավոր ազդեցությունը համաճարակային գործընթացների վրա կարիք ունի հետագա՝ առավել մանրամասն ուսումնասիրության և վերլուծության:

Իրավական կարգավորումների վերլուծություն

Հայաստանի Հանրապետությունում կորոնավիրուսի տարածումը կանխարգելող աշխատանքների համակարգման նպատակով՝ ՀՀ Վարչապետի 2020թ. հունվարի 30-ի թիվ 93-Ա որոշմամբ ստեղծվել է միջգերատեսչական հանձնաժողով՝ փոխվարչապետի գլխավորությամբ: Հանձնաժողովի կազմում ընդգրկվել են նաև ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակի ղեկավարը և ՄԱԿ-ի պարենի և գյուղատնտեսության կազմակերպության ծրագրերի համակարգողը:

Հետագայում, հաշվի առնելով նոր կորոնավիրուսային հիվանդության տարածման տեմպերը Հայաստանում, 2020թ. մարտի 16-ին՝ ԱՀԿ կողմից COVID-19-ով պայմանավորված իրավիճակը որպես համավարակ գնահատելուց 5 օր անց, Կառավարությունն երկրի ամբողջ տարածքում հայտարարեց արտակարգ դրություն [The Government of Armenia, 2020]: Պետության տնտեսական ակտիվությունը մարտի 21-ից ի վեր աստիճանաբար սկսեց դադարեցվել՝ հասնելով նվազագույնի մարտի 24-ին՝ Պարետի 2020թ.-ի թիվ 15 որոշման համաձայն: Սոցիալ-տնտեսական գործունեության սահմանափակումներն աստիճանաբար սկսեցին մեղմացվել 2020թ.-ի ապրիլի 23-ից (Պարետի թիվ 54 որոշում): Հուլիսի երկրորդ տասնօրյակից գործնականում բոլոր սահմանափակումները հանվեցին, երկրի տնտեսական ակտիվությունը վերականգնվեց:

Համաճարակաբանական հսկողությունը, ներառյալ դեպքերի վաղ հայտնաբերումը, բուժումը, մեկուսացումը, կոնտակտավորների հայտնաբերումը և դեպքերի վերաբերյալ տեղեկատվության հաղորդումը կարգավորվում են «ՀՀ-ում գրիպի և սուր շնչառական վարակների համաճարակաբանական հսկողություն» ՍԿ 3.1.1-021-10 սանիտարահամաճարակային կանոնները և նորմերը հաստատելու մասին ՀՀ ԱՆ 2010թ.-ի դեկտեմբերի 17-ի թիվ 34-Ն հրամանով: Համաձայն վերոնշյալ կանոնների և նորմերի, համաճարակ հայտարարելուց հետո ԱԱՊ հաստատություններն անցնում են 7 օրյա աշխատանքային ռեժիմի, իրականացնում են համայնքում դեպքերի ակտիվ հայտնաբերում և միջոցներ են ձեռնարկում շնչառական հիվանդությունների

կանխարգելման նպատակով, բնակչության իրազեկվածության բարձրացման ուղղությամբ: Համավարակի կառավարման ռազմավարության առանցքային միջոցառումներից կոնտակտավորների հայտնաբերումը և հսկողության իրականացումը ևս հանդիսանում է ԱԱՊ հաստատությունների գործառույթներից մեկը:

COVID-19 համաճարակի մեկնարկից շաբաթներ անց, ԱՆ կողմից մշակվել և նախարարի 2020թ.-ի հունվարի 31-ի թիվ 336-Ա հրամանով հաստատվել է «ՀՀ-ում նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019թ.N-COV) պայմանավորված դեպքերի համաճարակաբանական դիտարկումը, դեպքերի համաճարակաբանական բնորոշումը, լաբորատոր հետազոտությունը և նմուշառումը, «մեղմ» արտահայտված ախտանշաններով հիվանդների տնային խնամքը և կոնտակտների բժշկական հսկողությունը, հիվանդի կլինիկական վարումը, ներհիվանդանոցային վարակի տարածման կանխարգելումը մեթոդական ուղեցույցը և նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019թ.N-COV) զսպման/վարման միջոցների հավաքածուն (ժամանակավոր) հաստատելու մասին» ուղեցույցը: Համաձայն փաստաթղթի COVID-19 պացիենտներին գերադասելի է մեկուսացնել հիվանդանոցային պայմաններում կամ դրա համար նախատեսված հատուկ վայրերում, բայց սահմանափակ կարողությունների դեպքում ԱԱՊ բուժաշխատողները կարող են վարել հիվանդության չբարդացած և թեթև դեպքերը տան պայմաններում ևս:

Այնուամենայնիվ, չնայած իրավական փաստաթղթերի առկայությանը, գործնականում չկա որևէ ապացույց, որ ԱԱՊ հաստատությունները հետևել են վերը նշված սանիտարահամաճարակաբանական կանոններին և նորմերին և ներգրավված են եղել COVID-19-ի կառավարմանը համաճարակի վաղ փուլերում, հավանաբար այն պատճառով, որ Կառավարությունը որդեգրել էր բոլոր հիվանդների, կասկածելի դեպքերի և շփումների մեկուսացման ռազմավարությունը հատուկ նշանակված կարանտինային վայրերում (հյուրանոցներ, բժշկական կենտրոններ կամ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններ):

Հետագայում, հիվանդացության ավելացման, ինչպես նաև ամբողջ երկրում դրա տարածման փաստի գիտակցման արդյունքում, Պարետի 2020թ.-ի մայիսի 5-ի թիվ 65 որոշմամբ որոշ գործողություններ պատվիրակվեցին ԱԱՊ հաստատություններին: Մտնավորապես, այդ փուլում ԱԱՊ օղակի պատասխանատվության շրջանակը նախատեսում էր, որ բուժաշխատողի կողմից ինքնամեկուսացված անձանց նկատմամբ սահմանվում է բժշկական հսկողություն՝ ամենօրյա հեռախոսազանգերի և 1-ին, 7-րդ, 14-րդ օրը՝ տնային այցերի միջոցով գնահատելով անձի առողջական վիճակը, ինչպես նաև ինքնամեկուսացված անձանց մոտ կորոնավիրուսային

հիվանդությանը բնորոշ կլինիկական ախտանշաններ հայտնաբերելիս վերջիններին անհապաղ հոսպիտալացման իրականացումը:

Հետազոտության ընթացքում հայտնաբերվել է, որ վերոնշյալ որոշման գործնական իրականացման ընթացքում առաջացել են տեխնիկական խոչընդոտներ, օրինակ՝ կապի միջոցների անբավարար քանակություն, ինքնամեկուսացված անձանց և բուժաշխատողների թվի միջև անհամապատասխանություն, տրանսպորտային միջոցների բացակայություն և վերոնշյալի հետևանքով առաջացած ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների ծանրաբեռնվածության ավելացում:

COVID-19 պացիենտների վարման գործընթացում ԱԱՊ օղակի ամբողջական ներգրավման մասին հայտարարվեց առողջապահության նախարարի ֆեյսբուքյան գրառման միջոցով՝ 2020թ.-ի մայիսի 19-ին: Ընդամենը երկու օր անց՝ 2020թ.-ի մայիսի 21-ին ստորագրվեց «Արտահիվանդանոցային պայմաններում կորոնավիրուսային հիվանդությամբ պացիենտների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 1606-Ա հրամանը: Հարամը ընդհանրական նկարագրում է ծառայությունների մատուցման, նմուշառման, հսկողության, հոսպիտալացման, ինչպես նաև ՀՀ ԱՆ Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ բժշկական կենտրոնում տեղակայված տեսակավորման (տրիաժ) կենտրոնի հետ համագործակցության սկզբունքները:

ՀՀ ԱՆ մեկ այլ՝ 2020թ.-ի հունիսի 30-ի թիվ 2051-Ա հրամանով, կարգավորում է ԱԱՊ բուժաշխատողների կողմից COVID-19 թեթև և չբարդացված դեպքերի կլինիկական վարման գործընթացը, այդ թվում նաև հեռահար:

Ընդհանուր առմամբ, պետական կառավարման մարմինների կողմից ընդունվել են մի շարք իրավական փաստաթղթեր, որոնք կարգավորում են ծառայությունների մատուցումը ԱԱՊ օղակում, սակայն դա որպես կանոն արվել է առանց մանրակրկիտ պլանավորման, քննրկումների, կարողությունների գնահատման և իրագործման նկատմամբ վերահսկողության ու հետադարձ կապի ապահովման:

Արդյունքներ

Ընտրված բոլոր ԱԱՊ հաստատությունները, բացառությամբ մեկի, սպասարկում են ինչպես մեծահասակներին, այնպես էլ երեխաներին: Նշված հինգ պոլիկլինիկաներում սպասարկվող բնակչության 73.6%-ը միջինում եղել են մեծահասակներ, 26.4%-ը՝ երեխաներ: 60-ից բարձր տարիքի մարդկանց տեսակարար կշիռը կազմել է 25.5%: Քրոնիկ հիվանդություններով պացիենտներինը՝ 10,3%, որոնցից 54.1%-ը ունեցել են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, 14.7% գիրություն, 14.5% շաքարային դիաբետ, 9.9%-ը՝ չարորակ նորագոյացություններ, 3.8%-ը՝ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն և 3.0%-ը՝ այլ քրոնիկ հիվանդություններ:

Ուսումնասիրված պոլիկլինիկաներում բուժքույր-բժիշկ փոխհարաբերակցությունը կազմել է 1.15, ինչը փոքր-ինչ ցածր է Հայաստանի միջին ցուցանիշից՝ 1.45 [NIH Տարեգիրք, 2020]: Անձնակազմի մեջ տարեցների տեսակարար կշիռը կազմել է 21.4%, որոնցից բժիշկների շրջանում՝ 26.1%, իսկ բուժքույրերի՝ 23.9%: COVID-19 վարակված անձինք կազմել են անձնակազմի 20.2%-ը: Վարակված բժիշկների և բուժքույրերի տեսակարար կշիռը գրեթե եղել է նույնը, համապատասխանաբար 22.5% և 24.0%: Տարեցների շրջանում վարակվածների տեսակարար կշիռը որոշ չափով ավելի բարձր էր՝ 26.6%-ից, որից տարեց բժիշկներինը՝ 22.2%, տարեց բուժքույրերինը՝ 32.9%:

Նման արտակարգ իրավիճակներին, ինչպիսինն է COVID-19, որակյալ արձագանք ապահովման նպատակով՝ ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող կենտրոնների հզոր համակարգի ձևավորումը բավականին բարդ գործընթաց է: Նրանց արդյունավետ նախապատրաստման և գրանցման համար շատ կարևոր է բոլոր շահագրգիռ կողմերի հետ լայնորեն քննարկել կորոնավիրուսային հիվանդության թեթև և չբարդացած դեպքերի վարումը ԱԱՊ օղակ տեղափոխելու մասին որոշումը և հաշվի առնել նրանց կարծիքը: Մինչդեռ, նշված որոշման շահագրգիռ կողմերի հետ քննարկման վերաբերյալ հարցին տրված պատասխանները վկայում են, որ դա նախապես և պատշաճ կերպով չի արվել: Պոլիկլինիկայի ղեկավար բուժաշխատողներից մեկը նշել է, որ որոշումն ընդհանրապես չի քննարկվել, մյուսի կարծիքով, այն կրել է ձևական բնույթ, իսկ մեկնաբանություններն ու առաջարկությունները չեն դիտարկվել: Հարցվածներից մնացած չորսը դժվարացել են պատասխանել հարցին:

Մինևույն ժամանակ, հարցվածների ճնշող մեծամասնությունը նշել է, որ ԱԱՊ օղակում COVID-19 թեթև ձևերի բուժումը կազմակերպելու որոշման նպատակներն ու խնդիրները ներկայացվել են ԱՆ կողմից, և նրանք քաջատեղյակ են եղել դրանց մասին: Բոլորը միակարծիք են, որ ԱԱՊ օղակում COVID-19 պացիենտների կառավարումը համապատասխանում է նախապես պլանավորված նպատակներին և խնդիրներին: Պոլիկլինիկայի միայն մեկ ղեկավար խոստովանել է, որ ԱՆ-ի բացատրությունները մշուշոտ էին և անհասկանալի, և ԱԱՊ-ում COVID-19 հիվանդների ներկայիս կառավարումը հիմնականում անհամապատասխան է սահմանված նպատակներին:

Հարցվածներից բոլորը, բացառությամբ մեկի համարում են, որ նախապատրաստական աշխատանքներն, օրինակ՝ COVID-19 կլինիկական վարման և վարակի կառավարման վերաբերյալ, ինչպես նաև ԱԱՊ բուժաշխատողների վերապատրաստումները հիմնականում իրականացվել են պատշաճ և ժամանակին, և բուժաշխատողները ստացել են համապատասխան գիտելիքները և հմտությունները COVID-19 պացիենտների հետ աշխատելու համար: Հետազոտության բոլոր

մասնակիցները գրեթե համակարծիք էին, որ ԱԱՊ աշխատակիցներին հասանելի են COVID-19 կլինիկական վարման և վարակի կառավարման վերաբերյալ ունումնակրթական նյութերը:

Ըստ բոլոր ղեկավար բուժաշխատողների գնահատման, բացառությամբ մեկի, ծառայությունների մատուցման տարբեր մակարդակներում, COVID-19 պացիենտներին մատուցվող օգնությունը հիմնականում տրամադրվում է ըստ հաստատված իրավական փաստաթղթերի, մեծամասամբ ինտեգրված և համակարգված է տեսակավորման կենտրոնի կողմից: Միևնույն ժամանակ, հարցվածների կեսը չեն կարողացել գնահատել Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ բժշկական կենտրոնի ԱԱՊ աջակցության կենտրոնի արդյունավետությունը: Հարցվածներից երկուսի կողմից այն գնահատվել է որպես անարդյունավետ և հիմնականում արդյունավետ՝ մեկ ղեկավարի կողմից:

Հիմնական խոչընդոտների թվում, որոնց հանդիպել են բժիշկները COVID-19 պացիենտների ուղեգրման ընթացքում, բոլորը, բացառությամբ մեկի, առաջին հերթին նշել են COVID-19 հիվանդներին սպասարկող հաստատություններում մահճակալների բացակայությունը, հաջորդը՝ շտապ բուժօգնության անհասանելիությունը և պացիենտների կողմից հրաժարվելը հոսպիտալացումից և բուժօգնությունից:

Խնդիրներ են արձանագրվել նաև COVID-19 պացիենտների թեստավորման գործընթացում: Մասնավորապես, թեստավորման կազմակերպման ընթացքում ԱԱՊ բժիշկների կողմից հանդիպած հիմնական խոչընդոտների շարքում հարցվածներից երկուսը նշել են թեստերի արդյունքների ուշացումը, ևս երկուսը հայտնել են, որ որոշ պացիենտներ հրաժարվել են թեստավորումից:

Ղեկավարների մեծամասնության կարծիքով, ժամանակի սղությունը հիմնական մարտահրավերն էր, որին ԱԱՊ բժիշկները հանդիպել են COVID-19 պացիենտների բուժման և հսկողության ընթացքում: Վեց հարցվածից հինգը բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածությունը գնահատել են սովորականից բարձր՝ մեկ բժշկի կողմից սպասարկվող հիվանդների թվի, հեռակա խորհրդատվությունների և տնային կանչերի ավելացման հաշվին: Չնայած համավարակի սկզբից անցել է մեկ տարուց ավելին, դեռևս առկա են մտավախություններ բուժաշխատողների ԱՊՄ պակասի և գիտելիքների ու հմտությունների շարունակական բարելավման վերաբերյալ:

Չնայած բժիշկների ծանրաբեռնվածության բարձրացմանը, բժշկական անձնակազմի աշխատանքը, ըստ հարցված բոլոր գլխավոր բուժաշխատողների կարծիքով, եղել է պլանավորված և համապատասխանել է նրանց մասնագիտական

պարտականություններին, չնայած նրանցից ոմանք նշել են ժամանակի կորուստը տեսակավորման կենտրոն զանգելու պատճառով:

Հետազոտության բոլոր մասնակիցների կարծիքով, համաճարակի ընթացքում բուժաշխատողների մեծ ծանրաբեռնվածությունը չի ազդել ԱԱՊ օղակի հիմնական ծառայությունների մատուցման, օրինակ՝ ՈՎՀ-ով պացիենտների սպասարկման, դեղերի տրամադրման, պատվաստումների իրականացման և այլնի վրա: Այնուամենայնիվ, ղեկավարների կարծիքով արդյունավետությունն եղել է համեմատաբար ավելի ցածր: Բացի այդ, հարկ է նշել, որ ստացված տվյալները հստակ վկայում են հետազոտությանը մասնակցած պոլիկլինիկաներում ԱԱՊ այցելությունների լուրջ նվազման մասին, ինչը հիմնական բժշկական ծառայությունների տրամադրման որոշակի խափանումների ցուցիչ է: Մասնավորապես, 2020 և 2019 թվականների ընթացքում պոլիկլինիկաներ այցելությունների թվի համեմատությունը վկայում է, որ բոլոր բուժհիմնարկներում, բացառությամբ մեկի, ընդհանուր առմամբ թերապևտների այցելությունների թվի նվազել է միջինում 21.2%-ով: Ակնհայտ է, որ այցելությունների թվի նվազման առավել հավանական պատճառն եղել է վախը՝ հատկապես COVID-19-ի բարձր ռիսկի խմբում գտնվող ՈՎՀ (շաքարային դիաբետ, զարկերակային գերճնշում, քաղցկեղ և այլն) ունեցող պացիենտների շրջանում: Անհրաժեշտ է նշել, որ մասնավոր ԱԱՊ հաստատությունը միակն էր, որն արձանագրել էր այցելությունների աճ նախորդ տարվա նկատմամբ՝ 81.9%:

Հեռախոսային խորհրդատվությունների քանակությունը 2020թ.-ին զգալիորեն տարբերվել է մասնակից ԱԱՊ հաստատություններում, լինելով 1143,7-34772,2 միջակայքում 10,000 գրանցված բնակչի հաշվով:

Վեց պոլիկլինիկաներից չորսում գրանցվել է տնային այցելությունների թվի աճ միջինում 25.3%-ով: Մնացած երկու պոլիկլինիկաներում նկատվել է տնային այցելությունների թվի որոշակի նվազում (միջինում՝ 9.7%-ով), ինչը կարող է կապված լինել հեռախոսային խորհրդատվությունների թվի ավելացման հետ: Բոլոր հարցվածները, բացառությամբ մեկի, արձանագրել են, որ ԱԱՊ բժիշկները Պարետի վերոհիշյալ որոշման համաձայն այցելել են նաև ինքնամեկուսացված անձանց բնակության վայրեր:

Նեղ մասնագետների այցելությունների թվի կրճատում 2020թ.-ին՝ 2019-ի նկատմամբ գրանցվել է վեց պոլիկլինիկաներից հինգում, միջինում 26,7%-ով: Նեղ մասնագետների այցելությունների թիվն ավելացել է միայն մեկ ԱԱՊ հաստատությունում (23,3%-ով): Նեղ մասնագետների այցելությունների վերլուծությունն ըստ հիվանդությունների տարբեր խմբերի պարզել է, որ

պոլիկլինիկաների կեսում շաքարային դիաբետով հիվանդների թիվն ավելացել է միջինում 2,4 անգամ, իսկ մնացածների մոտ նվազել է միջինը 25,0%-ով: Զարկերակային գերճնշում ունեցող պացիենտների շրջանում միջինում գրանցվել է 2,7 անգամ նվազում, քաղցկեղով պացիենտների մոտ՝ 17,9%, Թ-ԲՕՀ-ի թիվը նվազել է 1,8 անգամ, ասթմայով՝ 1,9 անգամ, երիկամների հիվանդություններով՝ 1,4 անգամ: Ոչ էական փոփոխություն է եղել նաև տրամադրվող դեղերի ծավալի մեջ, որը 2020թ.-ին՝ եղել է միջինում 12,3%-ով ավելին 2019 թվականի համեմատ:

Չնայած ԱԱՊ անձնակազմի ավելացած ծանրաբեռնվածությանը, նրանց վարձատրությունը, ըստ հարցվածների մեծամասնության (վեցից չորսը) COVID-19-ի ժամանակ մնացել է նույնը, էսպես չի փոխվել նաև բուժհաստատությունների ֆինանսավորման ծավալը:

Մասնակից բուժհաստատությունների ղեկավարները, որպես ԱԱՊ օղակի դերը COVID-19 համաճարակի դեմ պայքարում նշել են բնակչության իրազեկվածության բարձրացումը, հիվանդության կանխարգելումը և բուժումը, պացիենտների հոսպիտալացումը, ինչպես նաև բժշկական օգնության և սպասարկման համակարգումը ծառայությունների մատուցման բոլոր մակարդակներում:

Համայնքի և համայնքային կազմակերպությունների ներգրավվածությունը կարևոր է համարվում առողջապահության բազմաթիվ նախաձեռնություններում՝ վարակիչ հիվանդությունների, մոր և մանկան առողջության պահպանման և այլն, վերջերս այն դիտարկվում է նաև որպես հիմնական բաղադրիչ բռնկումների ժամանակ, օրինակ՝ Արևմտյան Աֆրիկայում 2014–2015թթ. բռնկված էբոլա համաճարակի ժամանակ [Questa K., at all, 2020]: Ըստ ԱՀԿ համայնքի ներգրավվածությունը ծառայում է առավելագույնի հասցնելու COVID-19-ի պատրաստվածության և արձագանքման ռազմավարությունների արդյունավետությունը և կանխում վարակի փոխանցումը համայնքի մակարդակում: Համայնքային կազմակերպությունների ներգրավումը որպես ոչ ավանդական առողջապահության աշխատուժի մաս՝ ԱԱՊ համակարգման ներքո, կարող է ձևավորել կայուն մոդել՝ հանրային առողջությանն ուղղված միջամտությունները ժամանակին, հավասարաչափ և պատշաճ իրականացնելու համար: [Valdiserri R.O., Holtgrave D.R., 2020, WHO CSU, 2020]: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում COVID-19-ի վերահսկման գործում համայնքների ներգրավվածությունը բավար մակարդակով չի եղել, չնայած այն հանգամանքին, որ օրենսդրության համաձայն տեղական ինքնակառավարման մարմինները լուրջ դերակատարություն ունեն համաճարակների վերահսկման գործում, մասնավորապես նրանք պետք է կատարեն կենտրոնական կառավարության հանձնարարությունները, սակայն առկա իրավական փաստաթղթերի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ նման հանձնարարություններ գործնականում չեն եղել [National

Assembly of the Republic of Armenia, 2002]. Ինչպես նշել են հարցված վեց ավագ բուժաշխատողներից երեքը, տեղական ինքնակառավարման մարմինների մասնակցությունը COVID-19-ի դեմ պայքարին սահմանափակվել է միայն ԱՊՄ-ների տրամադրմամբ և հիվանդության դեմ բնակչության իրազեկվածության բարձրացմանն ուղղված որոշ գործողություններով: Հարցման մնացած մասնակիցները տեղյակ չէին համայնքի մասնակցության մասին: Դեռ ավելին ոչ մեկը տեղյակ չէր նաև որևէ վերապատրաստման ծրագրի մասին, որը կազմակերպված կլիներ համայնքային և տեղական ինքնակառավարման մարմինների համար՝ COVID-19-ի կանխարգելման և վերահսկման գործում ներգրավվելու համար: Վեց ղեկավարներից չորսը նույնիսկ տեղյակ չէին, թե ինչ կարևոր դեր կարող է ունենալ համայնքը և, մասնավորապես, տեղական ինքնակառավարման մարմինները՝ COVID-19 պացիենտների կառավարմանն աջակցելու գործում և չկարողացան գնահատել նշված գործունեությանը նրանց ընդգրկվելու անհրաժեշտությունը: Նրանցից միայն երկուսն էին մատնանշել նման անհրաժեշտությունը, բայց միևնույն ժամանակ նրանք կասկածում էին, որ դա շատ արդյունավետ կլինի, քանի որ հիվանդ քաղաքացիները հաճախ փորձում են թաքցնել իրենց հիվանդությունը:

Կառավարության և առողջապահության ոլորտի մասնագետների՝ COVID-19 համաճարակի դեմ ուղղված անմիջական ջանքերի հետ մեկտեղ, հաղորդակցման ուղիներով արդյունավետ ռիսկերի մասին իրազեկումը կարևորագույն շարժիչ ուժ է՝ բնակչությանը անհրաժեշտ գիտելիքներով զինելու համար, որոնք օգտակար կլինեն COVID-19-ի արագ տարածումը մեղմելու համար: ԱԱՊ հաստատությունները պետք է առանցքային դեր ունենան հաղորդակցության գործընթացում: Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ ԱԱՊ հաստատությունները համաճարակի վաղ փուլերում ներգրավված չեն եղել հաղորդակցման գործընթացում: Մասնավորապես, վեց ղեկավարներից միայն երկուսն են նշել ԱԱՊ օղակի ակտիվ ներգրավվածությունը համաճարակի սկզբից: Մնացած չորսի խոսքով՝ ԱԱՊ հաստատությունների ներգրավումը հաղորդակցության գործընթացում նույնիսկ համաճարակից մեկ տարի անց ակտիվ չէ:

Այնուամենայնիվ, հարցվածների մեծամասնությունը նշել են, որ ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների համար կազմակերպվել են հաղորդակցման վերաբերյալ վերապատրաստման ծրագրեր, ինչպես նաև առկա են համապատասխան ուղեցույցներ:

Հարկ է նշել, որ առողջապահության համակարգի բոլոր մակարդակները պետք է ներգրավված լինեն COVID-19 համաճարակին արձագանքման գործընթացում: Ծառայությունների համակարգումը բոլոր մակարդակներում էական նշանակություն ունի COVID-19-ի արդյունավետ արձագանքման համար: Հանրային առողջության

ծառայությունների հետ համագործակցությունը օգնում է ապահովել, որ բժշկական ծառայություններ մատուցողները տեղեկացված լինեն վերահսկողության տեղեկատվության և հանրային առողջության համապատասխան ուղեցույցների և նախաձեռնությունների մասին: Հարցվածների մեծամասնության կարծիքով, ԱԱՊ օղակի և հանրային առողջապահության ծառայությունների միջև արդյունավետ համագործակցությունը ներդրված է: Հարցվածներից միայն մեկն է նշել, որ համագործակցությունը հիմնականում արդյունավետ չէ:

Էլեկտրոնային առողջության համակարգը վերջերս է ներդրվել Հայաստանում դյուրացնելով կլինիկական և ոչ կլինիկական տեղեկատվության փոխանակումը, բարձրացնելով բժշկական ծառայությունների մատուցման թափանցիկությունն ու հաշվետվողականությունը, ինչպես նաև մշտադիտարկման և գնահատման հնարավորությունները: Հարցված բոլոր ղեկավարները ընդգծել են դրա արդյունավետությունը COVID-19 համաճարակի ժամանակ: E-Health համակարգի հետ կապված հիմնական խնդիրների շարքում բոլորը նշել են ցածր արագությունը և տվյալների վերլուծության անհնարինությունը, մուտքագրված տվյալների ոչ լիարժեքությունը, մուտքագրված տվյալների պարբերական կորստի և մուտքագրման տողերի որոշակի անհարմարությունը:

Բոլոր հարցվածները նշել են, որ իրենց կարծիքով COVID-19 պացիենտների մեծ մասը հիմնականում գոհ են եղել ԱԱՊ օղակում հիվանդության կառավարումից: Մատուցվող ԱԱՊ ծառայությունների որակից հիվանդների դժգոհության հիմնական պատճառների թվում՝ մասնակիցներից հինգը նշել են երկար սպասելաժամանակը, չորսը՝ դեղեր գնելու անհրաժեշտությունը և լաբորատոր-ախտորոշիչ ծառայությունների ցածր մատչելիությունը: Մասնակիցներից մեկը խորհուրդ է տվել հարցումների միջոցով գնահատել հիվանդների բավարարվածությունը, քանի որ ղեկավարների գնահատումը հիմնված է միայն բողոքների առկայության վրա:

COVID-19 համաճարակը ընդգծեց թվային լուծումների ընդլայնման հրատապ անհրաժեշտությունը՝ պացիենտների հեռահար խորհրդատվությունների իրականացման միջոցով: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում և նույնիսկ Երևանում ոչ բոլոր մարդկանց է հասանելի ժամանակակից թվային սարքավորումները: COVID-19 համաճարակի ժամանակ Երևանում հիվանդների մեծամասնությունը կարողացել է հեռակա բժշկական խորհրդատվություն ստանալ հիմնականում հեռախոսազանգերի միջոցով: Հետազոտության վեց մասնակիցներից հինգը նշել են, որ հիվանդների հետ հեռախոսային խորհրդատվությունների հետ կապված հիմնական խնդիրներն եղել են հաղորդակցական տեխնոլոգիաների ցածր մատչելիությունը և կապի ծառայությունների դիմաց բուժանձնակազմի կողմից ինքնուրույն վճարելու անհրաժեշտությունը, աշխատանքային ժամերից դուրս հեռավար

խորհրդատվություններ անցկացնելու անհրաժեշտությունը: Երկու ղեկավարների կարծիքով, դժվարություններ կան տարեց մարդկանց համար հեռակա խորհրդատվություններ անելու հետ, իսկ մեկը նշել է բժշկական անձնակազմի միջև ծանրաբեռնվածության անհավասար բաշխումը:

Որպես համաճարակի ավելի արդյունավետ վերահսկման հիմնական խոչընդոտներ մասնակիցներից երկուսը նշել են անբավարար ֆինանսավորումը, ևս երկուսը՝ տարբեր մակարդակներում ավելի արդյունավետ համակարգման անհրաժեշտությունը: Հարցվածներից մեկը նշել է ԱՆ ղեկավարության անբավարար կարողությունները, մյուսը՝ բնակչության ցածր իրազեկվածությունը:

Բոլոր հարցվածները միակարծիք են, որ COVID-19 համաճարակը նոր մարտահրավերներ բերեց ԱԱՊ օղակի համար: ԱԱՊ օղակում COVID-19-ի կառավարման արդյունավետության բարելավման առաջարկների թվում մասնակիցները նշեցին հետևյալը. ա) բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կազմակերպել բացառապես միջազգայնորեն ճանաչված ուղեցույցների և գործելակարգերի հիման վրա. բ) անցկացնել գործնական ուսուցման ծրագրեր ինչպես ընտանեկան բժիշկների, այնպես էլ մասնագետների համար. գ) իրականացնել թոքերի ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ որպես COVID-19 ախտորոշման հիմք. դ) կարգավորել COVID-19-ի ախտորոշման ծածկագրումը. ե) ավելի մանրամասն տեղեկատվություն տրամադրել COVID-19-ով դրական անձանց և հոսպիտալացվածների թվի վերաբերյալ:

Եզրակացություն

Ակնհայտ է, որ ԱԱՊ օղակն էական դեր ունի COVID-19-ի արձագանքման գործում, ինչպես հիմնական առողջապահության ծառայությունների պահպանման, այնպես էլ հիվանդության չբարդացած և թեթև ձևերի վաղ հայտնաբերման, թեստավորման, կոնտակտավորների հայտնաբերման, բուժման և շարունակական հսկողության գործընթացում: Ներկայում ԱԱՊ օղակի դերը դառնում է էլ ավելի կարևոր՝ հաշվի առնելով COVID-19-ի դեմ զանգվածային պատվաստումների մեկնարկը, որը համարվում է համաճարակի դեմ պայքարի ամենաարդյունավետ ռազմավարությունը: Այդ տեսանկյունից ԱԱՊ օղակի ղեկավարների էական ներգրավվածությունը և մասնակցությունը որոշումների կայացմանը, ձեռնարկված միջոցառումների նպատակների հստակ ըմբռնումը կարող են էապես բարելավել համաճարակի կառավարման որակը, արդյունավետությունը՝ պաշտպանելով հազարավոր մարդկանց կյանքն և առողջությունը:

Սպասարկող բնակչության հետ ԱԱՊ օղակի հաղորդակցման ռազմավարության հրատապ ներդրումը, համայնքի անդամների և ղեկավարների ողջամիտ ներգրավվածությունը հատկապես զանգվածային պատվաստումների խթանման գործում, կարող են մեծապես փոխել Հայաստանում գրանցված ներկայիս անբարենպաստ համաճարակաբանական միտումները:

Այսպիսով, հիմք ընդունելով հետազոտության տվյալներն արվել են հետևյալ եզրակացությունները.

1. Հաղորդակցումն առանցքային նշանակություն ունի COVID-19 համավարակին արձագանք ապահովելու համար ԱԱՊ օղակի արդյունավետ ներգրավման նպատակով: COVID-19 թեթև և չբարդացած ձևերի վարումը ԱԱՊ օղակում իրականացնելու որոշման նախապես և լայն քննարկումը բոլոր շահագրգիռ կողմերի հետ և վերջինների կարծիքների հաշվի առնումը կարող էր էապես բարձրացնել ԱԱՊ օղակի արձագանքման արգասաբերությունը:
2. Հայաստանի ԱԱՊ հաստատությունների մի մասը տեղեկացված չի եղել սպասվող որոշման մասին, համապատասխանաբար այն պատշաճ ձևով չի քննարկվել իրենց հետ: Այնուամենայնիվ, որոշման կայացումից հետո ԱՆ տեղեկացրել է վերջիններին դրա մասին, այդ թվում նաև նպատակների ու խնդիրների, իսկ COVID-19 պացիենտների կառավարումը հիմնականում համապատասխանել է դրանց:
3. ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները հիմնականում ունեցել են բավարար հասանելիություն COVID-19 վարման կլինիկական ուղեցույցներին և վարակի կառավարման անհրաժեշտ փաստաթղթերին: Միևնույն ժամանակ, առաջարկվել է կազմակերպել լրացուցիչ գործնական դասընթացներ ընտանեկան բժիշկների և նեղ մասնագետների համար՝ COVID-19 կառավարման վերաբերյալ:
4. Տարբեր մակարդակներում պացիենտներին տրամադրված բժշկական օգնությունը հիմնականում եղել է ինտեգրացված և համակարգվել է Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ ԲԿ տեսակարվորման կենտրոնի կողմից: ԱԱՊ և հանրային առողջության ծառայությունների միջև եղել է արդյունավետ համագործակցություն:
5. COVID-19 համավարակի ընթացքում ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կողմից հանդիպած հիմնական խնդիրներն եղել են՝ COVID-19 թեստերի արդյունքների ուշացում, ավելացված աշխատանքային ծանրաբեռնվածություն, պացիենտների բուժման և շարունակական վերահսկողության համար ժամանակի սղություն, շտապօգնության ծառայության անհասանելիություն, հիվանդանոցային մահճակալների բացակայություն, ԱՊՄ և գիտելիքների սակավություն:

6. Փաստացի հայտնաբերվել է հիմնական բժշկական ծառայությունների մատուցման խափանում: Այսպես, 2020 և 2019 թվականների ընթացքում պոլիկլինիկաներ այցելությունների թվի համեմատությունը վկայում է, որ ընդհանուր առմամբ թերապևտների այցելությունները նվազել են միջինում 21.2%-ով: Նեղ մասնագետներինը 2020թ.-ին՝ 2019-ի նկատմամբ միջինում նվազել են 26,7%-ով, ի հաշիվ զարկերակային գերճնշում, քաղցկեղ, ԹՔՕՀ, երիկամների հիվանդություններ ունեցող պացիենտների:
7. Չնայած ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների ավելացված աշխատանքային ծանրաբեռնվածության, վերջինների վարձատրությունը, ինչպես նաև բուժհաստատությունների ֆինանսավորումը մնացել է գործնականում նույնը:
8. Պացիենտների մեծամասնությունը բավարարված են ԱԱՊ օղակում մատուցվող ծառայությունների որակից: Դժգոհությունները հիմնականում պայմանավորված են եղել երկար սպասելաժամանակով, նշանակված դեղերը գնելու անհրաժեշտությամբ, լաբորատոր-ախտորոշիչ ծառայությունների ցածր մատչելիությամբ:
9. Համավարակի մեկնարկից մեկ տարի անց ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունները դեռևս չունեն ակտիվ դերակատարում դիսկերի վերաբերյալ հաղորդակցման գործընթացում, չնայած այն հանգամանքի, որ համապատասխան դասընթացները կազմակերպվել են և համապատասխան կրթական նյութերը հասանելի են:
10. Առկա է համայնքի և տարածքային կառավարման մարմինների անբավարար ներգրավվածություն COVID-19 կառավարման գործընթացում: Մասնակիցների մեծամասնությունն տեղեկացված չէ համայնքների դերի մասին COVID-19 դեմ պայքարում և չի գնահատել վերջինների ներգրավման անհրաժեշտությունը:
11. Առավել արդյունավետ համաճարակաբանական վերահսկողության հիմնական խոչընդոտներն են անբավարար ֆինանսավորումը, ծառայությունների մատուցման տարբեր մակարդակներում արդյունավետ համակարգումը, ԱՆ առաջնորդության սահմանափակ կարողությունները և բնակչության ցածր իրազեկվածությունը վարակի և վերջինի վտանգների վերաբերյալ:

Ներկայում արտահիվանդանոցային բուժհաստատությունները ակտիվ ներգրավված են COVID-19 պացիենտներին բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման գործընթացում և վերջինների դերը հետզհետե ավելանում է: Միննույն ժամանակ, նոր կորոնավիրուսային հիվանդության բուժումը նոր գործառույթ է ԱԱՊ օղակի համար, ինչը ավելացնում է վերջինի բեռը: Այդ պատճառով, ԱԱՊ օղակը պետք է հզորացվի, որպես COVID-19 պայքարի առողջապահության համակարգի կարևորագույն մաս:

Առաջարկություններ

Հաշվի առնելով հետազոտությամբ վեր հանված խնդիրները, ակնհայտ առաջնահերթություն է ԱԱՊ օղակի հետագա հզորացմանն ուղղված աշխատանքների իրականացումը միասնական, համալիր և համապարփակ ռազմավարության ներքո: Ռազմավարության հիմնական ուղղությունները պետք է լինեն. 1) ԱԱՊ օղակի մարդկային կապիտալի հզորացումը՝ գիտելիքների և գործնական հմտությունների շարունակական սիսթեմատիկ կատարելագործման միջոցով. 2) ԱԱՊ հաստատությունների հետագա վերազինումը COVID-19 ախտորոշման և վարման համար անհրաժեշտ բժշկական սարքավորումներով, պարագաներով, կապի և տրանսպորտային միջոցներով. 3) COVID-19 կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ընթացակագերի մշակում, պարբերական վերանայում համաձայն ապացուցողական բժշկության արդի տվյալների. 4) COVID-19 կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ընթացակագերի գործնական ներդրում և դրա նկատմամբ շարունակական վերայսկողության ապահովում. 5) COVID-19 բացասական թեստով, սակայն նոր կորոնավիրուսային հիվանդությանը բնորոշ կլինիկական ընթացքով դեպքերի վարման կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ընթացակագերի մշակում և դրանց ներդրում՝ կիրառման նկատմամբ վերահսկողության սահմանում. 6) ԱԱՊ օղակում COVID-19 կառավարման տեղկատվական-վերլուծական համակարգի ձևավորում և գործարկում՝ E-Health բազայի վրա, արդյունքների հրապարակում. 7) ԱԱՊ օղակի ֆինանսավորման մոտեցումների վերանայում, սահմանելով COVID-19 սպասարկող բուժաշխատողների խրախուսական վարձատրության պարզ և թափանցիկ սանդղակ. 8) Հանրային հաղորդակցության ռազմավարության մշակում և ներդրում, իրագործման նկատմամբ հսկողության սահմանում. 9) ԱԱՊ օղակին աջակցություն ցուցաբերելու նպատակով՝ Տեղական ինքնակառավարման և Տարածքային կառավարման մասին օրենքների շրջանակներում համայնքների լիազորությունների և պարտականությունների սահմանում և դրանց իրագործման նկատմամբ հսկողության իրականացում:

Գրականության ցանկ

1. *Abrams E.M., Szeffler S.J.* COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med* 2020;18(5):30234-4. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30234-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30234-4).
2. *Armstat NPP.* Number of permanent population of the RA as of April 1-st, 2020. National Statistical Committee. Available from: https://armstat.am/file/article/nasel_01.04.2021.pdf.
3. *Armstat SES.* Socio-Economic Situation of RA, January-December 2020, 2019, 2018, 2017, 2016. Reports, the Statistical Committee of the RA. Available from: https://armstat.am/file/article/sv_12_20a_520.pdf, https://armstat.am/file/article/sv_12_19a_520.pdf, https://armstat.am/file/article/sv_12_18a_520.pdf, https://armstat.am/file/article/sv_12_17a_520.pdf, https://armstat.am/file/article/sv_12_16a_520.pdf.
4. *Curry L.A., Nembhard I.M., Bradley E.H.* Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 2009. **119**, 1442-1452.
5. *Eurostat.* Excess mortality-statistics. Eurostat, online publication. Data extracted on 14 July 2021. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics#Excess_mortality_in_the_European_Union_between_January_2020_and_April_2021.
6. *Finkel S., Séguret F. and Meunier C.* Estimation de l'impact à M7 de l'épidémie de COVID-19 sur l'activité Hors Covid en France. 2020. Available from: <https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/FHF-Data>.
7. *Ibrahim A., Matthias B., Zohre M., Edward G., Fatemeh H., Hamid S., Leila A.* Has COVID-19 Affected Cancer Screening Programs? A Systematic Review. *Frontiers in Oncology*, Volume 11, 2021. Pages 1540. ISSN=2234-943X. DOI=10.3389/fonc.2021.675038
8. *Kearon J., Risdon C.* The role of primary care in a pandemic: Reflections during the COVID-19 pandemic in Canada. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720962871. DOI: 10.1177/2150132720962871.
9. *Lai A. G., Pasea L., Banerjee A., Denaxas S., Katsoulis M., Chang W. H., et al.* Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *SAIL Databank View project biological data mining View project Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency*. 2020. Vol. 15/11, p. 16. DOI: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34254.82242>.

10. Lee A., Chuh A. A. Facing the threat of influenza pandemic - roles of and implications to general practitioners. *BMC Public Health*. 2010;10:661. DOI: 10.1186/1471-2458-10-661.
11. Mehrotra A., et al. "The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Visits: A Rebound Emerges," To the Point (blog), Commonwealth Fund, updated May 19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26099/ds9e-jm36>
12. Moynihan R., Sanders S., Michaleff Z. A., Scott A., Clark J., To E. J., Jones M., at all. *MedRxiv* 2020.10.26.20219352; DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.10.26.20219352>
13. *National Assembly of the Republic of Armenia*. The Law of Republic of Armenia On Local governance, Article 35. Available at <https://pdf.arlis.am/153407>.
14. *NCDC*. National center for disease control and prevention state non-commercial organization. The Ministry of Health of the Republic of Armenia. <https://ncdc.am/%d5%af%d5%b8%d6%80%d5%b8%d5%b6%d5%a1%d5%be%d5%ab%d6%80%d5%b8%d6%82%d5%bd%d5%a1%d5%b5%d5%ab%d5%b6-%d5%b0%d5%ab%d5%be%d5%a1%d5%b6%d5%a4%d5%b8%d6%82%d5%a9%d5%b5%d5%a1%d5%b6-%d5%ab%d6%80%d5%a1%d5%be-487/>.
15. *NIH Yearbook*. "Health and Health Care" Yearbook Republic of Armenia 2020/National Institute of Health after named after academician S. Avdalbekyan, MoH 2020.– 265 pages: Available from: <http://nih.am/assets/pdf/atvk/7a49393c82714fa62d26b4ed804ca36b.pdf>
16. *OECD CPT*. Country Policy Tracker. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020. Database. Available from: <https://www.oecd.org/health/COVID19-OECD-Health-System-Response-Tracker.xlsx>.
17. *OECD SF*. "Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>.
18. Questa K., Das M., King R., et al. Community engagement interventions for communicable disease control in low- and lower middle-income countries: evidence from a review of systematic reviews. *Int J Equity Health* 2020;19:1–20.
19. Rust G., Melbourne M., Truman B.I., Daniels E., Fry-Johnson Y., Curtin T. Role of the primary care safety net in pandemic influenza. *Am J Public Health*. 2009;99 Suppl 2:S316-23. DOI: 10.2105/AJPH.2009.161125.
20. Santi, P. and Pineau E. Les inquiétants effets sanitaires collatéraux du coronavirus, *Le Monde*. 2020. Available from: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/07/13/diagnostics-prise-en-charge-traitements-le-coronavirus-a-des-effets-sanitaires-collateraux-tres-larges_6046098_1650684.html.

21. *The Government of Armenia*. The Government of the Republic of Armenia Decision # 298-N from 16 march 2020, on Declaring a state of emergency in the Republic of Armenia. Available from: https://www.moj.am/storage/uploads/298voroshum_ENG.pdf.
22. *Valdiserri, R.O., Holtgrave, D.R.* Responding to Pandemics: What We've Learned from HIV/AIDS. *AIDS Behav* 24, 1980–1982 (2020). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02859-5>.
23. *WHO CS*. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. World Health Organization 2021. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/EHS_continuity/survey/2021.1.
24. *WHO CSU*. COVID-19 strategy update. World Health Organization, Geneva 2020. Some rights reserved. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19&download=true
25. *WHO MC*. Medical certification, ICD mortality coding, and reporting mortality associated with COVID-19. World Health Organization 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-mortality-reporting-2020-1>.
26. *WHO PHC*. Role of primary care in the COVID-19 response. Interim guidance Revised and republished as of 9 April 2021 (Originally published on 26 March 2020). World Health Organisation, WPR/DSE/2020/004. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
27. *WHO SR*. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 51. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf>.
28. *WHO WEU*. World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 49, published 20 July 2021. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20210720_weekly_epi_update_49.pdf?sfvrsn=e036283e_4&download=true.

Սահմանափակումներ

Հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել են պաշտոնական վիճակագրական տվյալներ, իրավական փաստաթղթեր, պաշտոնական հայտարարություններ, միջազգային կազմակերպությունների և հեղինակավոր գիտական հանդեսների հրապարակումներ: Աշխատանքի ավարտին 2021 թվականի պաշտոնական վիճակագրական զեկույցը դեռևս տպագրված չէր, ինչը դժվարեցրել է ստացված

տվյալների համեմատությունը: Հետազոտությունն իրականացվել է Հայաստանի մայրաքաղաքի ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների շրջանում, իրավիճակը մարզային քաղաքներում և գյուղական բնակավայրերում չի ուսումնասիրվել և կարող է տարբերվել հետազոտության արդյունքներից: COVID-19 համավարակը դեռևս զարգացման փուլում է, վիրուսը ենթարկվում է մուտացիաների, ընթանում է զանգվածային պատվաստումների գործընթացը, այս և մի շարք այլ գործոններ կարող են էապես ազդել համաճարակային իրավիճակի, առողջապահության համակարգի և ԱԱՊ օղակի վրա:

Ֆինանսավորում

Սույն հետազոտությունը ֆինանսավորվել է Բաց հասարակության հիմնադրամներ Հայաստանի Հանրային քաղաքականության հետազոտությունների # 20213 կրթաթոշակի շրջանակներում:

Շահերի բախում

Սույն հետազոտության համատեքստում մենք շահերի բախում առկա չէ:

Կոնտակտային տվյալներ

Դավիթ Մելիք-Նուբարյան, բ.գ.թ, ավագ դասախոս

Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի Հանրային առողջության և առողջապահության կազմակերպման ամբիոն, Կորյուն փ. 2, Երևան, Հայաստանի Հանրապետություն

Էլ.փոստ՝ davit.melik-nubaryan@meduni.am

Հեռ.՝ +374 60 621 345