



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**HS-STAR**  
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

# ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ ՇՏԱՊ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ և ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Հուլիս, 2011

Սույն հրապարակումը պատրաստվել է ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության վերանայման համար: Սույն հրապարակումը պատրաստվել է Հայաստանի առողջապահության համակարգի հզորացում ծրագրի կողմից՝ ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության աջակցությամբ:

Համաձայնագիր՝ AID-111-LA-11-0001

Պատրաստվել է Ռոսս Դոնալդսոնի կողմից, MD, MPH, CTropMed, FACEP

Ներկայացված է՝ Բեթանի Գադիսին

Աստղիկ Գրիգորյանին

Առողջապահական և սոցիալական բարեփոխումների գրասենյակ, ԱՄՆ ՄԶԳ/

Հայաստան

Հայաստանում առողջապահության համակարգի հզորացում (HS-STAR) ծրագիր: Հուլիս, 2011. Հայաստանում շտապ օգնության համակարգի կարիքների գնահատում և բարելավման ռազմավարություն. *Բեթեշդա, Մերիլենդ, Էբթ Էստուշիըթս Ինք.* Պատրաստված է Էբթ. Էստուշիըթս Ինք. կազմակերպության համար

Հրապարակման մեջ արտահայտված կարծիքները պատկանում են հեղինակներին և պարտադիր չէ, որ արտացոլեն ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ Կառավարության տեսակետները:



Հայաստանում առողջապահության համակարգի հզորացում (HS-STAR) ծրագիրն իրականացվում է Էբթ. Էստուշիըթսի կողմից:

## **Տվյալներ հեղինակի վերաբերյալ**

Ռոսս Ի. Դոնալդսոն, MD, MPH, CTropMed, FACEP

Հարբոր ՅուՍիԷլԷյ բժշկական կենտրոնի  
Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքի  
Գլխավ առողջության ծրագրի տնօրեն

ՅուՍիԷլԷյ-ի Դեյվիդ Ջեֆֆենի անվան  
Բժշկագիտության ֆակուլտետի դոցենտ

ՅուՍիԷլԷյ-ի Հանրային առողջության  
Ֆակուլտետի դոցենտ

+1 310 500 6064

Ross@RossDonaldson.com

## **Երախտագիտություն**

Հեղինակն իր երախտագիտությունն է հայտնում ՀՀ առողջապահության նախարար պարոն Հարություն Քուշկյանին շտապ օգնության համակարգի բարելավմանն ուղղված իր ջանքերի համար: Հատուկ շնորհակալության են արժանի նաև ԱՄՆ ՄԶԳ-ն, Էբթ. Էստուշիլթսը, ՋիԵյչ Թեքը և հարցազրույցների բոլոր մասնակիցները, ում անունները նշված են Հավելված Ա-ում:

<b>Բովանդակություն</b>	
Ամփոփում.....	4
Ներածություն .....	5
Նախահիվանդանոցային անհետաձգելի բուժօգնության միջազգային մոդելները .....	6
Միասնական ռազմավարություն և համակցված բաղադրիչներ.....	8
<b>Դիսպետչերական ծառայություն</b> .....	9
Հեռախոսակապի ծածկույթը.....	9
Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայություն.....	12
<b>Նախահիվանդանոցային բուժօգնություն</b> .....	19
Համակարգ.....	19
Խմբեր.....	24
<b>Հիվանդանոցային անհետաձգելի բուժօգնություն</b> .....	27
<b>Մարզային մանկական վերակենդանացման կենտրոններ</b> .....	31
<b>Հանրային իրազեկում</b> .....	33
<b>Ազգային աշխատանքային պլան</b> .....	35
<b>Հավելվածներ</b> .....	38
Հավելված Ա. Հանդիպումներին մասնակցած անձանց ցուցակը.....	38
Հավելված Բ. Ուսումնասիրված փոստաթղթերի ցանկը .....	40
Հավելված Գ. Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության վերլուծության քարտ .....	42
Հավելված Դ. Դիսպետչերական սարքավորման համակարգի պահանջները .....	47
Հավելված Ե. Որակի սկզբնական ցուցանիշների առաջարկություն Initial .....	53
Հավելված Զ. Շտապ բուժօգնության մեքենայի հաշվետվության պահանջներ.....	57
Հավելված Է. Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքի պահանջներ.....	59
Հավելված Ը. Անհետաձգելի բուժօգնության վերապատրաստման ծրագրի առաջարկություն.....	60

## Ամփոփում

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը (ԱՆ) նախաձեռնել է Հայաստանի շտապ օգնության ծառայությունը միջազգային չափանիշներին բարձրացնելու աշխատանքները: Նախարարության խնդրանքով և ԱՄՆ ՄԶԳ HS-STAR ծրագրի աջակցությամբ այս փաստաթուղթը ներկայացնում է կարիքների գնահատման արդյունքները և բարելավման ռազմավարությունը, որը կսատարի նախարարությանը նախաձեռնած աշխատանքներում:

Թեև ԱՆ և նրա գործընկերների աշխատանքը վերջին մի քանի տարիների ընթացքում ուղղված է եղել Հայաստանում շտապ օգնության ծառայության բարելավմանը, ոլորտում դեռևս շատ անելիք կա: Միօրինակացված հեռանկարային ռազմավարության անհրաժեշտություն կա՝ շտապ օգնության համակարգը զարգացնելու և ծանր վնասվածքների ու հիվանդությունների հետևանքով մահվան դեպքերը նվազեցնելու նպատակով:

Նպատակին հասնելու համար Հայաստանում անհրաժեշտություն կա բարելավելու դիսպետչերական համակարգը՝ ապահովելով հեռախոսածածկույթը և նորացնելով իր կենտրոնական դիսպետչերական սարքավորումները, անձնակազմը և գործընթացները: Հարկավոր է բարելավել նախահիվանդանոցային բուժօգնության տրամադրումը՝ բարելավելով թե՛ համակարգի ընդհանուր գործառույթը և թե՛ շտապ օգնության ավտոմեքենաներն ու դրանց անձնակազմը: Հարկավոր է բարեփոխել երկրում առկա հիվանդանոցային անհետաձգելի օգնության հնացած համակարգը և զարգացնել անհետաձգելի օգնության հավատարմագրված բաժանմունքների և անհետաձգելի օգնության մասնագետների համակարգը: Հարկավոր է նաև զարգացնել մարզային մանկական վերկենդանացման կենտրոնները, միաժամանակ կրթել համայնքները անհետաձգելի օգնության և շտապ օգնության համակարգի բարեփոխումների վերաբերյալ:

Թեև շատ անելիք կա, Հայաստանի իշխանությունների նվիրվածությունը և վճռականությունը բարեփոխելու շտապ օգնության համակարգը ցույց է տալիս, որ հաջողությունները հասանելի են: Պետական պաշտոնյաների, միջազգային և ազգային գործընկերների, առողջապահության մասնագետների և շտապ օգնության բուժանձնակազմի աջակցությամբ Հայաստանը կշարունակի շտապ օգնության համակարգի և ծառայությունների տրամադրման արագ արդիականացման և բարելավման աշխատանքները:

## Ներածություն

Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում Հայաստանի կառավարությունը և առողջապահության ոլորտի մասնագետները ջանասիրաբար աշխատել են շտապ օգնության առկա համակարգը բարելավելու ուղղությամբ: Ելնելով շտապ օգնության և առողջապահական համակարգի վերաբերյալ հանրային կարծիքից, ինչպես նաև կրիտիկական ծառայությունները բարելավելու ցանկությունից դրդված Առողջապահության նախարարությունը ցուցաբերել է մեծ եռանդ ու ձևավորել տեսլական՝ Հայաստանում շտապ օգնության համակարգը բարելավելու նպատակով:

Բարեփոխումների շնորհիվ մինչ այժմ արձանագրվել են մի քանի հաջողություններ, որոնց թվում.

- Շտապ օգնության հարցերով զբաղվող բարձր մակարդակի հանձնաժողովի ստեղծում, որն ունենում է կանոնավոր հանդիպումներ,
- Շտապ օգնության ծառայության ազգային ռազմավարության նախնական տարբերակի մշակում,
- Չինաստանի կառավարության կողմից նվիրատվություն հանդիսացող անհետաձգելի բուժօգնության համար անհրաժեշտ սարքավորմամբ հագեցած շտապ օգնության 88 նոր ավտոմեքենաների ժամանումը,
- Շտապ օգնության բժիշկների, բուժքույրերի և վարորդների աշխատավարձի զգալի բարձրացում,
- Երկշաբաթյա վերապատրաստման դասընթաց անհետաձգելի բուժօգնության ոլորտում շտապ օգնության բոլոր մեքենաների անձնակազմերի համար,
- Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական կենտրոնի վերանորոգում և օժանդակ աշխատանքներ:

Ինչպես նաև շտապ օգնության համակարգի վրա դրական ազդեցություն են ունեցել ՀՀ առողջապահության ոլորտում ընթացող շարունակական բարեփոխումները: Դրանցից են առողջապահության ֆինանսավորման ընդհանուր համակարգի ձևափոխությունը, լրացուցիչ շարունակական բժշկական կրթության (ՇԲԿ) կազմակերպումը և Պետական առողջապահական գործակալության հզորացումը (ՊԱԳ):

Այդուհանդերձ, չնայած զգալի նվաճումներին դեռ շատ անելիքներ կան Հայաստանում շտապ օգնության ծառայությունը միջազգային չափանիշներին հասցնելու նպատակով: Այս փաստաթուղթն ուրվագծում է Հայաստանում իրականացված շտապ օգնության ոլորտի կարիքների գնահատումը և ներկայացնում

բարելավման առաջարկություններ, Հայաստանում շտապ օգնության համակարգի համակցված պատկերը՝ կարճատև և երկարատև զարգացման կայուն ռազմավարության միջոցով:

Փաստաթուղթը ներառում է բաժիններ հետևյալի վերաբերյալ.

1. Նախահիվանդանոցային անհետաձգելի օգնության միջազգային մոդելներ
2. Միավորող ռազմավարություն և համակցված բաղադրիչներ
3. Դիսպետչերական ծառայություն
4. Նախահիվանդանոցային օգնություն
5. Հիվանդանոցային անհետաձգելի օգնություն
6. Միջմարզային մանկական վերակենդանացում
7. Համայնքի իրազեկում

## Նախահիվանդանոցային անհետաձգելի բուժօգնության միջազգային մոդելները

Գոյություն ունեն նախահիվանդանոցային անհետաձգելի օգնության երկու հիմնական միջազգային մոդելներ՝ անգլո-ամերիկյան և ֆրանս-գերմանական:

Ներկայումս Հայաստանում կիրառվում է ֆրանս-գերմանական մոդելը: Այդուհանդերձ, ներկայումս կառավարությունը քննարկում է, թե որ միջազգային մոդելն առավել կհամապատասխանի համակարգի առաջընթացի համար:

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված են անգլո-ամերիկյան (արագ վերցնել և վազել) և ֆրանս-գերմանական (մնալ և գործել) համակարգերի միջև առկա ակնհայտ

**Աղյուսակ 1: Անգլո-ամերիկյան և ֆրանս-գերմանական մոդելների համեմատություն**

<b>Ցուցանիշ</b>	<b>Անգլո-ամերիկյան</b>	<b>Ֆրանս-գերմանական</b>
<i>Բուժաշխատող</i>	Հարբժշկական կազմ	Բժիշկներ
<i>Բուժանձնակազմի վարձատրության ընդհանուր արժեքը</i>	Ավելի ցածր	Ավելի բարձր
<i>Բուժաշխատողի հարգանքը հավասարակիցների/ գործընկերների շրջանում</i>	Բարձր	Ցածր
<i>Աշխատանքը շտապ օգնության ոլորտում</i>	Մեկ դրույքով, երկարատև աշխատանք	Կես դրույքով, կարճատև աշխատանք
<i>Կանչի վայրում անցկացրած ժամանակը</i>	Կարճ	Երկար
<i>Ոչ անհետաձգելի բուժօգնություն</i>	Ոչ	Այո
<i>Հիվանդանոց տեղափոխման հաճախականություն</i>	Բարձր	Ցածր

տարբերությունները: Անգլո-ամերիկյան համակարգն օգտագործում է հարբժշկական անձնակազմ, ովքեր սովորաբար աշխատում են մեկ դրույքով՝ իրենց ամբողջ աշխատանքային կարիերան անցկացնելով նախահիվանդանոցային օգնության ոլորտում: Քանի որ բժիշկների համեմատ նրանք ավելի քիչ տարիներ են տրամադրում կրթությանը, նրանք բժիշկներից զգալիորեն պակաս են վարձատրվում. ուստի համակարգը շատ ավելի ծախսարդյունավետ է: Նրանք միայն արագ անհետաձգելի օգնություն են տրամադրում կանչի վայրում՝ նախքան պացիենտին արագ հիվանդանոց տեղափոխելը:

Մինչդեռ ֆրանս-գերմանական մոդելով շտապ օգնության անձնակազմում կան բժիշկներ, ովքեր հաճախ զուգահեռաբար ունեն նաև այլ աշխատանքներ և իրենց մասնագիտական գործունեության ընթացքում ունեցել են այլ կարիերա: Քանի որ նրանք ավելի երկար են սովորել, նրանք ավելի բարձր են վարձատրվում քան հարբժշկական անձնակազմը, այսպիսով ավելի թանկացնելով համակարգի արժեքը: Նրանք ավելի երկար ժամանակ են անցկացնում կանչի վայրում, նախքան հիվանդին հիվանդանոց տեղափոխելու վերաբերյալ որոշում կայացնելը:

Թեև երկու համակարգերն էլ ունեն իրենց դրական և բացասական կողմերը, միջազգային ասպարեզում ընդհանուր հակումը ֆրանս-գերմանականից դեպի անգլո-ամերիկյան մոդելի անցումն է: Օրինակ՝ վերջերս այս տարածաշրջանում Համաշխարհային բանկը ֆինանսավորեց ֆրանս-գերմանականից անգլո-ամերիկյան մոդելին անցման ծրագիրը Խորվաթիայում:

Այս ընդհանուր, թեև ոչ համաշխարհային, հակումը դեպի անգլո-ամերիկյան համակարգ ստորև ներկայացվածի հետևանք է.

- Անգլո-ամերիկյան մոդելն ավելի էժան է (քանի որ բժիշկներին զգալի աշխատավարձ են վճարում),
- Ընդունված կարծիք է, որ լավագույն արդյունքներ գրանցվում են, երբ բուժաշխատողներն աշխատում են ամբողջ դրույքով և հիմնականում նախահիվանդանոցային ոլորտում երկարատև աշխատանքային գործունեության են ծավալում (անկախ ուսման տարիների թվից),
- Ապացուցողական բժշկությունը նույնպես սատարում է արագ հոսպիտալացման անգլո-ամերիկյան մոդելին, հատկապես որոշ հիվանդությունների դեպքում, ինչպես օրինակ՝ վնասվածքներ, սրտի կաթված/ինֆարկտ և ինսուլտ,
- Քանի որ բժշկագիտությունն անընդհատ զարգանում է և հիվանդանոցները հիմնականում հազեցած են անհետաձգելի բուժօգնության համար պահանջվող նորագույն սարքավորմամբ (օր.՝ համակարգչային տոմոգրաֆիա, MRI/ՄՌՀ,



կատետերիզացիայի հարմարություններ, վիրահատարան), նախահիվանդանոցային պայմաններում բուժօգնության տրամադրման արդյունավետությունը նվազում է:

Ուստի, փորձագետն առաջարկում է, որպեսզի Հայաստանը պլանավորի անցում անգլո-ամերիկյան մոդելին երկարատև հեռանկարում: Այդուհանդերձ, քանի որ երկրում գործում է ֆրանս-գերմանական մոդելը և կառավարությունը դեռևս քննարկման փուլում է, այս փաստաթղթի հիմնական առաջարկությունները կառնչվեն Հայաստանի շտապ օգնության համակարգի բարելավման հետագա քայլերին՝ անկախ մոդելի ընտրությունից:

Հարկ է նշել, որ անգլո-ամերիկյան մոդելի ամենից կարևոր մասը անձնակազմի կրթական մակարդակը չի: Անկասկած բժիշկները կարող են կատարել նույն ծառայությունն, ինչ որ հարբժշկական անձնակազմը: Հիմնական առավելությունն ամբողջ համակարգի ամրությունն է, որը կենտրոնանում է տվյալ գործունեությանը նվիրված անձնակազմի, արագ տեղափոխության և հիվանդանոցային անհետաձգելի օգնության վրա:

## **Միասնական ռազմավարություն և համակցված բաղադրիչներ**

Այս փաստաթղթում թվարկված առանձին առաջարկություններ հիմնված են Հայաստանում շտապ օգնության ծառայությունների միավորման շրջանակի վրա, որը կապված է Հայաստանում շտապ օգնության համակարգի բարելավման հեռահար/երկարաժամկետ ռազմավարության հետ:

Ռազմավարությունը պարունակում է համակցված բաղադրիչներ, որոնք

- Կենտրոնանում են համակարգային բարելավումների և արդիական վերապատրաստման վրա, միևնույն ժամանակ՝ սարքավորումների և ֆիզիկական ենթակառուցվածքի վրա,
- Սկսում են առկա իրավիճակից, ունենալով հեռահար տեսլական,
- Աջակցում են փուլերով գործընթացային փոփոխությունների իրականացմանը,
- Աշխատում են բարելավել շտապ օգնության համակարգի արդյունավետությունն ու որակը՝ նվազեցնելով տվյալ ծառայության սխալ կիրառությունը ոչ անհետաձգելի օգնության նպատակով,
- Ներմուծում են որակի ապահովման և բարելավման մոտեցումները շտապ օգնության ամբողջ համակարգում,

- Ընդունում են, որ ավելի լավ է ունենալ երկարաժամկետ և ամբողջ դրույքով աշխատող աշխատակազմ:

## **Դիսպետչերական ծառայություն**

### *Հեռախոսակապի ծածկույթը*

#### **Գնահատում**

Շտապ օգնության ծառայության համար Հայաստանի ամբողջ տարածքում օգտագործվում է 1-03 հեռախոսահամարը: Այս համարը կապ չունի ոստիկանության (1-02), հրշեջ կայանի (1-01), կամ բնական գազի ծառայության (1-04) առանձին հեռախոսահամարների հետ: 1-03 հեռախոսահամարին կատարված զանգերն անվճար են ցանկացած հեռախոսից (անձնական բջջային հեռախոսից, անձնական քաղաքային հեռախոսահամարից և հանրային ավտոմատ հեռախոսից): Շտապ օգնության 1-03 հեռախոսահամարին ուղղված զանգերի մի մասնաբաժինը (մոտ 5%) կատարվում է ոչ անհետաձգելի օգնության խորհրդատվության նպատակով (շտապ օգնության կանչ չի գրանցվում), որը կատարվում է շտապ օգնության կենտրոնի բժշկի կողմից:

Շտապ օգնության 1-03 կենտրոնական դիսպետչերական ծառայությունը գտնվում է Երևանի կենտրոնում և ստանում է 1-03 համարին կատարված զանգերը Երևանի քաղաքային հեռախոսահամարներից, մինչդեռ մարզային հիվանդանոցային դիսպետչերական կենտրոնները ստանում են 1-03 համարին կատարված մարզային տեղական զանգերը (կամ հիվանդանոցների ուղիղ համարներով կատարված զանգերը):

Հայ փորձագետների գնահատման համաձայն 1-03 համարին կատարված զանգերի մեծամասնությունը կատարվում է բջջային հեռախոսներից:<sup>1</sup> Բջջային հեռախոսներից կատարված բոլոր զանգերը նախկինում (ներառյալ մարզերը) հասնում էին Երևանի 1-03 կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության կայան: Այս գործառույթը հարմար է Երևանի բնակիչների համար, սակայն խնդրահարույց է մարզերից կատարված զանգերի դեպքում, քանի որ այնուհետև անհրաժեշտ է տեղեկությունը

---

<sup>1</sup> Հստակ տվյալ չկա: Տես “Հավելված Ա. Հարցազրույցին մասնակցած անձանց անվանացանկը” և “Հավելված Բ. Ուսումնասիրված փաստաթղթերի ցանկը” որպես տեղական տեղեկությունների աղբյուր:

փոխանցել մարզային հիվանդանոցի դիսպետչերական ծառայություն՝ ուշացնելով օգնությունը և խնդիրներ առաջացնելով Երևանի դիսպետչերների համար, ովքեր կարող են համապատասխան մարզային դիսպետչերական ծառայությունը բացահայտելու դժվարություն ունենալ:

Աշխատանքներ են տարվում բջջային ծառայություններ տրամադրող ընկերությունների հետ՝ իրավիճակը կարգավորելու և 1-03 համարին կատարված զանգերը համապատասխան մարզային դիսպետչերական ծառայության կենտրոն վերահասցեագրելու նպատակով: Զեկույցը գրելու ընթացքում պարզ չէր, ինչ տեխնոլոգիա կօգտագործվի այդ նպատակով. արդյոք կօգտագործվի *տրիանգուլյացիա*՝ զանգողի գտնվելու վայրը պարզելու համար:

Ներկայումս կառավարությունում քննարկումներ են ընթանում կապված Երևանում մեկ կենտրոնական դիսպետչերական ծառայություն ունենալու (ամբողջ երկրի համար) թե՞ մարզերի զանգերն ըստ համապատասխան մարզերի, շրջանների, հիվանդանոցների դիսպետչերական ծառայությունների վերահասցեագրելու նպատակահարմարության վերաբերյալ: Աղյուսակ 2-ում ներկայացված են մեկ դիսպետչերական կենտրոն ունենալու առավելություններն ու թերություններն առավել տեղաբաշխված համացանց ունենալու համեմատ:

**Աղյուսակ 2. Միավորված դիսպետչերական համակարգի առավելությունները և թերությունները**

<b>Առավելություններ</b>	<b>Թերություններ</b>
Ավելի ցածր ինքնարժեք և օժանդակություն	Դիսպետչերների գիտելիքի պակաս շրջանների աշխարհագրության ոլորտում
Միավորված կենտրոնական հսկողություն	Մարզերից հետադարձ կապի և ամրապնդման սահմանափակում
Տեխնիկապես ավելի դյուրին բջջային օպերատորների համար	Ամբողջ երկրի տարածքով հաղորդակցման համակարգի անհրաժեշտություն

Երկրում միայն մեկ դիսպետչերական ծառայության կենտրոն ունենալու մյուս թերությունը Երևանի դիսպետչերների կողմից տեղանքը ճիշտ որոշելու և շտապ օգնության մեքանան ուղարկելու դժվարությունն է, քանի որ շրջանը կարող է անձանոթ լինել նրանց համար: Տեղական փորձագետների կարծիքով կանչերի մեծամասնության դեպքում մեքենան ուղարկվում է ինչ-որ հայտնի/տեսարժան վայրի մոտ այլ ոչ թե հասցեով: Ինչպես նաև մեկ կենտրոնացված համակարգի դեպքում կպահանջվի կայուն ռադիոհաղորդակցման համակարգի առկայություն, որպեսզի

կենտրոնական դիսպետչերական ծառայությունը կարողանա ուղղակիորեն կապվել շրջաններում գտնվող շտապ օգնության մեքենաների հետ:

## Առաջարկություններ

1. ՀՀ կառավարությունը պետք է պլանավորի հետագայում անհետաձգելի իրավիճակների համար մեկ ընդհանուր հեռախոսահամարի կիրառությունը ոստիկանության, հրշեջ և բժշկական ծառայությունների համար.

ա/ ներկա դիսպետչերական կենտրոնի և հեռախոսաձայնային բարելավումները պետք է կապված լինեն այս ծառայությունների ինտեգրման ապագա պլանների հետ,

բ/ դիսպետչերական ծառայության համար գնվող սարքավորումը պետք է թույլատրի փոխգործակցություն ոստիկանության և հրշեջ ծառայությունների առկա և ապագա համակարգերի հետ հետագայում,

2. ԱՆ պետք է կիրառության մեջ դնի նոր հեռախոսային ծառայություն ոչ անհետաձգելի բուժօգնության համար, որը կղեկավարվի առողջության առաջնային պահպանման մակարդակի կողմից (այլ ոչ թե շտապ օգնության).

ա/ սա կնվազեցնի շտապ օգնության դիսպետչերական ծառայության անհարկի ծանրաբեռնվածությունը և կտարբերակի անհետաձգելի և ոչ անհետաձգելի բուժօգնության տարբերությունը բնակչության շրջանում,

բ/ դա կարող է առանձին հեռախոսահամար լինել կամ դիսպետչերական կայանից փոխանցվող զանգ (օր.՝ 1-03 դիսպետչերական ծառայությունը նախ կպարզի զանգի նպատակը անհետաձգելի թե ոչ անհետաձգելի բուժօգնությունն է և հետո կփոխանցի զանգը ոչ անհետաձգելի օգնության ծառայություն),

գ/ ոչ անհետաձգելի բուժօգնության համարը կարելի է օգտագործել նաև հանրային առողջության վերաբերյալ ընդհանուր տեղեկատվության նպատակներով,

3. ԱՆ պետք է փուլային մոտեցմամբ որոշի հեռախոսահամարը և 1-03 ծառայության դիսպետչերական կենտրոնի ծածկույթը երկրի տարածքում.

ա/ այս մոտեցումը պետք է համապատասխանեցվի ոստիկանության և հրշեջ կայանի դիսպետչերական գործունեության հետ, որպեսզի հետագայում այս ծառայությունները հնարավոր լինի ինտեգրել մեկ ընդհանուր համարի ներքո,

բ/ ԱՆ նախ պետք է ստեղծի աշխատող ժամանակակից դիսպետչերական կենտրոն Երևանում (ներառյալ նավիգացոն համակարգը և ռադիոկապի

համակարգը)՝ կենտրոնական դիսպետչերական համակարգի գործնական կիրառությունը գնահատելու նպատակով.

i. սա հնարավորություն կտա փորձարկելու տեղական փողոցներով համակարգչային ծրագիրը Հայաստանում՝ կիրառության հնարավորությունը որոշելու նպատակով,

գ/ ԱՆ իր գործընկերների հետ միասին պետք է շարունակի քննարկումները բջջային հեռախոսակապի օպերատորների հետ մարզերից կատարված զանգերը վերահասցեագրելու հնարավորության մասին, ներառյալ՝ *տրիանգուլյարության* հնարավորությունը,

դ/ ԱՆ պետք է գնահատի ամբողջ երկրում առկա կայուն հաղորդակցման միջոցները:

## *Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայություն*

### **Գնահատում**

Շտապ օգնության 1-03 կենտրոնական դիսպետչերական կայանը գտնվում է Երևանում և ունի վերոհիշյալ ծածկույթը:<sup>2</sup> Ընդհանուր առմամբ կենտրոնը գործում էր հնացած և սահմանափակ սարքավորմամբ: Այն շարունակում է օգտագործել հնօրյա դիսպետչերական մեթոդներ, որոնք մնացել են խորհրդային ժամանակներից:

Առողջապահության նախարարությունը եռանդուն և հստակ որոշել է բարեփոխել կենտրոնական դիսպետչերական կայանի սարքավորումները և համակարգային գործընթացները՝ տեղադրելով GPS/AVL նավիգացիոն համակարգ (տեղանքի որոշման ավտոնատ համակարգ): Վերանորոգման աշխատանքները շտապ օգնության կենտրոնում ներկայումս գտնվում են ավարտման փուլում և շուտով նորացված դիսպետչերական սենյակը պատրաստ կլինի ծառայության համար: ԱՆ բանակցել է մի քանի գործընկերոջ հետ՝ սարքավորման ձեռքբերման նպատակով: Զեկույցը գրելու ժամանակահատվածում դեռ հստակեցված չէր, ով է լինելու դոնորը, սակայն ենթադրություն կա, որ բջջային կապի օպերատորներից մեկը կգնի ժամանակակից սարքավորում կենտրոնի համար:

Ներկայումս աշխատող դիսպետչերները չեն մասնակցել վերապատրաստման և չեն կարող օգտվել դիսպետչերական համակարգի բժշկական չափորոշիչներից (ԴՀԲԶ): Նրանք միայն սահմանափակ բժշկական աջակցություն են ցուցաբերում շտապ օգնության համար զանգողներին, սակայն կայանում կան վերահսկող բժիշկներ, ովքեր կարող են առաջնային օգնության խորհրդատվություն տրամադրել: Ներկայումս դիսպետչերներն աշխատում են 24-ժամյա հերթափոխով և առավոտյան 9-ին միաժամանակ հանձնում են հերթափոխը, որը մասնակի խաթարում է համակարգը:

Թեև հեռախոսազանգերը ձայնագրվում են, որակի ապահովման և զանգերի ստուգման աշխատանքները նվազագույն մակարդակի վրա են: Արդյունքում տեղի է ունենում միջոցների անտեղի վատնում. շտապ օգնության մեքենաներն ուղարկվում են ոչ անհետաձգելի բուժօգնության նպատակով, ինչպես նաև առկա են որակի այլ խնդիրներ: Ինչպես նաև կենտրոնը չունի որակի բարելավման հստակ ծրագիր և համակարգ որակի ցուցանիշները հսկելու համար:

---

<sup>2</sup> Տես “Հավելված Գ. Դիսպետչերական վերլուծության ձև Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության համար”

Բացի սովորական քաղաքային հեռախոսահամարներից դիսպետչերական կենտրոնը չունի հատուկ կապ անհետաձգելի բուժօգնություն տրամադրող Երևանյան հիվանդանոցների հետ: Գոյություն չունի շտապ օգնության մեքենաները հիվանդանոց ուղարկելու հատուկ պաշտոնական ընթացակարգ և երկրում չի գործում հիվանդանոցի պատրաստակամության և մերժման համակարգ, որը կորոշի հիվանդանոցի իրական հնարավորությունները տվյալ պահին՝ ընդունելու անհետաձգելի և մասնագիտացված օգնության կարիք ունեցող հիվանդին:

Ներկա համակարգով շտապ օգնության մեքենան կանչի տվյալները ստանում է երեք դիսպետչերների փոխանցմամբ, որն անտեղի երկարաձգում է ժամանման ժամանակը:<sup>3</sup> Ներկայումս կա յոթ ենթակայան (6 տեղամասային և 1 կենտրոնական) և պլանավորված է նոր ենթակայանների կառուցում: Ենթակայանները չափազանց մեծ շենքեր են, որոնց միայն մի փոքր մասն է օգտագործվում շտապ օգնության նպատակների համար՝ որպես կայանատեղի տեղամասային մեքենաների համար, հանգստի սենյակներ և ենթակայանի դիսպետչերական ծառայության սենյակ: Մեքենաների վառելիքը կենտրոնական կայանից փոխանցում են ենթակայաններին շտապ օգնության մեքենաների միջոցով:

## Առաջարկություններ

1. Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական կայանի սարքավորումները պետք է նորացվեն միջազգային չափանիշների համաձայն.

ա/ սարքավորումները պետք է համատեղելի լինեն ոստիկանության, հրշեջ և արտակարգ իրավիճակների ծառայությունների դիսպետչերական կենտրոնների ներկա և ապագա սարքավորումների հետ, որը հետագայում թույլ կտա այս դիսպետչերական ծառայությունների ինտեգրումը մեկ հեռախոսահամարի ներքո

բ/ սարքավորումները պետք է ներառեն առնվազն կենտրոնական համակարգիչներ և GPS/AVL սարքավորում շտապ օգնության մեքենաների գտնվելու վայրը որոշելու համար (տես “Հավելված Դ. Դիսպետչերական սարքավորման պահանջներ”)

---

<sup>3</sup> Ստանում են, փոխանցում այնուհետև հաղորդում ենթակայանի դիսպետչերին

- i. Նախքան GPS/AVL սարքավորման օգտագործմանն անցնելը հարկավոր է ապահովել անխափան էլեկտրականության մատակարարում դիսպետչերական կենտրոնում, ներառյալ՝ գեներատորի և UPS համակարգերի տեղադրում,
- ii. Դիսպետչերական կայանը պետք է ունենա տեղեկատվական համակարգի մասնագետներ, ովքեր հերթափոխով կաշխատեն շաբաթական 7 օր 24 ժամով և անմիջապես կվերացնեն համակարգի խափանումը,
- iii. Համակարգը պետք է ունենա տվյալների պահպանման կայուն մեթոդ,
- iv. Համակարգը պետք է ներառի Դիսպետչերական համակարգի բժշկական չափորոշիչներ (համակարգչային ծրագիր կամ քարտերի տեսքով),
- v. Համակարգը պետք է սատարի որակի ապահովման/որակի բարելավման մեթոդների կիրառմանը (համակարգչային հատուկ կամ ընդհանուր ծրագիր),

Տես՝ Հավելված Ե. Առաջարկվող որակի ցուցանիշներ

զ/ Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական կայանը պետք է կապվի շտապ օգնության մեքենաների հետ ժամանակակից ռադիոկապի միջոցով.

- vi. Նրանք պետք է ունենան անձնական (շարժական) ռադիոկապի սարքեր, ցանկալի է երկու հատ յուրաքանչյուր թիմում,
- vii. Ռադիոկապից օգտվելու համար անհրաժեշտ է տրամադրել մեթոդական ցուցումներ և վերապատրաստում, ինչպես օգտագործել սարքերը, նաև ցուցումներ՝ ապահովելու կենտրոնական դիսպետչերական կայանի վերահսկողությունը մեքենաների վրա,

Շտապ օգնության մեքենաները պետք է առնվազն զեկուցեն կամ գրանցեն հետևյալ ժամանակները՝ տվյալների ընդունում, կանչի վայր, կանչի վայրից մեկնում, հիվանդանոց, ծառայության մեջ (տես՝ Հավելված Զ. Շտապ օգնության մեքենայի հաշվետվության պահանջներ)

- viii. Շտապ օգնության մեքենաները և/կամ դիսպետչերական կայանը պետք է հաղորդակցման համակարգ ունենան հիվանդանոցների հետ, որոնք ունեն անհետաձգելի օգնության բաժանմունք,

Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական կայանի անձնակազմը պետք է վերապատրաստվի և նորացնի իր աշխատանքային գործընթացները,

ա/ անձնակազմը պետք է աշխատի ամբողջ դրույքով և չանցնի այլ աշխատանքի,

բ/ մասնակցություն դիսպետչերական կայանի աշխատուժի պլանավորման կանոնավոր գործընթացում՝ անհրաժեշտ թվով դիսպետչերների խումբ ստեղծելու նպատակով.



- i. Այս թիվը կարող է աճել կապված կանչերի թվի և գրառումներ կատարելու պարտականությունների հետ,
- ii. ԱՆ կարող է ցանկանալ կենտրոնական կայան տեղափոխել ենթակայանների դիսպետչերներին, եթե ենթակայանները լուծարվեն,
- iii. Հարկավոր է նաև կրճատել հերթապահության տևողությունը (առավելագույնը = 8-12 ժամ) և ունենալ բավականաչափ անձնակազմ, որպեսզի կարողանան ընդմիջումներ ունենալ,

զ/ դիսպետչերները պետք է սկսեն օգտագործել Դիսպետչերական համակարգի բժշկական չափորոշիչներ (ԴՀԲՉ).

- iv. ԴՀԲՉ-ն կարող է համակարգչային ծրագրի ձևով լինել կամ քարտային տարբերակով,
- v. ԴՀԲՉ-ն կարելի է համապատասխանեցնել այլ երկրների համակարգերից կամ գնել տարբեր վաճառողներից,

դ/ Պարտադիր չէ, որպեսզի դիսպետչերները բժիշկ լինեն, եթե կիրառեն ԴՀԲՉ և ունենան բժշկական խորհրդատվության ծառայություն գուգահեռ հեռախոսագծի վրա.

- ix. Դիսպետչերները պետք է տիրապետեն որոշակի ունակությունների՝ կարողանան օգտվել համակարգչից և հետևել ԴՀԲՉ,
- x. Դիսպետչերները պետք է վերապատրաստվեն.<sup>4</sup>
  - 1. Համակարգչային դասընթաց,
  - 2. Միտ-թոքային վերակենդանացում (CPR),
  - 3. ԴՀԲՉ օգտագործում,  
ա/ այնուհետև ԴՀԲՉ աստիճանական ներմուծում դիսպետչերական համակարգում (սկսելով զանգերի որոշակի տոկոսից՝ մեկ ամսում կիրառել բոլոր զանգերի համար),

2. Կենտրոնական դիսպետչերական կայանը պետք է թարմացնի որակի ապահովման (ՈԱ) և որակի բարելավման (ՈԲ) մեթոդները.

ա/ դիսպետչերական կայանը պետք է ՈԱ/ՈԲ տնօրեն ունենա,

բ/ ՈԱ ծրագրիը պետք է ներառի.

- vi. Բոլոր զանգերի ձայնագրություն,

---

<sup>4</sup> Մոտավորապես 1 շաբաթ յուրաքանչյուր բաղադրիչի համար

- vii. Դիսպետչերական կայանի զանգերի և դրանց առնչվող տեղեկության (թղթագրություն) պատահական աուդիտ/ստուգում,
- զ/ ՈԲ ծրագիրը պետք է ներառի.
- viii. Տնօրենի վերապատրաստում ժամանակակից ՈԲ ոլորտում, գործընթացի բարելավման մեթոդների շուրջ,
- ix. Հիմնական ցուցանիշների հաճախակի ոչ համակարգային հաշվետվություն (օր.՝ կանչի/արձագանքման ժամանակը),
  - 1. Տես՝ Հավելված Ե և Հավելված Զ՝ Դիսպետչերական կայանի և շտապ օգնության մեքենայի անձնակազմի հաշվետվության պահանջները,
- x. Հաճախակի հաշվետվություն և վերլուծություն,
- xi. Գործընթացի շարունակական բարելավման մշակույթ՝ ՈԲ շարունակական ծրագրերի միջոցով,

3. Երևանում պետք է ներդրվի Հիվանդանոցի պատրաստակամության և մերժման համակարգ (ՀՊՄՀ), որը պետք է ինտեգրվի շտապ օգնության կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության հետ.

- ա/ ՀՊՄՀ-ն պետք է ներառի.
- xii. Համակարգչային ծրագիր,
- xiii. Համակարգիչների և ինտերնետի առկայություն արտոնված հիվանդանոցների անհետաձգելի օգնության, բաժանմունքներում՝ իրենց պատրաստության տվյալները ՀՊՄՀ-ում մուտքագրելու նպատակով,
- xiv. Մեկ կամ ավելի համակարգիչ կենտրոնական դիսպետչերական կայանում ՀՊՄՀ համար,

4. Երևանի ենթակայանների գործառույթը պետք է փոփոխվի համակարգի արդիականացմանը զուգահեռ.

- ա/ ենթակայանի դիսպետչերներն աստիճանաբար կկրճատվեն.
- xv. ենթակայանի դիսպետչերների կարիքը չի զգացվի, երբ ներդրվի ռադիոկապի համակարգը և կենտրոնական դիսպետչերական կայանն ուղղակիորեն կկապնվի շտապ օգնության բոլոր մեքենաների հետ,
  - 1. սա կնվազեցնի անհարկի ձգձգումը դիսպետչերական կայանում,
  - 2. կենտրոնական դիսպետչերական կայանը կկարողանա հետևել շտապ օգնության բոլոր մեքենաներին նավիգացիոն համակարգի միջոցով,

- բ/ Պետք է որոշել, ինչպես լավագույնս օգտագործել ենթակայանների շենքերը.
  - i. Ենթակայանների դիսպետչերների կրճատմամբ և ավելի կարճ հերթափոխի կիրառման դեպքում, հետագայում ենթակայանների կարիք չի զգացվի,

- ii. ԱՆ կարող է շարունակել օգտագործել ենթակայանները անձնակազմի հանգստի և մեքենաների կայանման համար. սակայն շենքային հսկայական պայմանները կարող են օգտագործվել այլ նպատակներով ևս,
- iii. Ենթակայանների լուծարման փուլը (եթե նման որոշում կայացվի) պետք է իրագործվի աստիճանաբար, գործնականում համոզվելով, որ դրանց կարիքը չի զգացվում,
- iv. Նոր ենթակայանները (եթե կառուցվեն, ինչպես որ ներկայումս առաջարկվում է) պետք է շատ ավելի փոքր լինեն օպտիմալացման ուղեցույցերի համաձայն,
- v. ԱՆ պետք է ենթակայանների մեքենաներին վառելիք փոխանցելու այլ մեթոդ մշակի (անցնելով կտրոնային համակարգի՝ վառելիքի մասնավոր լցակայաններին վճարելու համար):

# Նախահիվանդանոցային բուժօգնություն

## Համակարգ

### Գնահատում

Հայաստանում նախահիվանդանոցային օգնության համակարգում ներգրավված է շուրջ 625 անհետաձգելի բժշկական օգնություն/շտապ օգնություն տրամադրող անձնակազմ<sup>5</sup> Երևանի 1-03 կայանում և անորոշ թվով անձնակազմեր՝ մարզերում:<sup>6</sup> Ինչպես արդեն նշվել է համակարգը կիրառում է ֆրանս-գերմանական մոդելն՝ ունենալով բժիշկներ շտապ օգնության մեքենաների մեծամասնության մեջ. բացառություն են կազմում մարզերի շտապ օգնության որոշ մեքենաներ, որտեղ բժիշկներ չկան:

Սա հանգեցնում է շտապ օգնության ծառայության այս մոդելի հետ կապված միջազգայնորեն ճանաչված շատ խնդիրների, ներառյալ՝

- Անհետաձգելի բժշկության որպես բժշկական մասնագիտության և բժիշկների հանդեպ հարգանքի պակասի,
- Շտապ օգնության մեքենաներում աշխատել ցանկացող բժիշկներ գտնելու դժվարություն հատկապես գյուղական վայրերում,
- Շտապ օգնության մեքենաների անձնակազմի (բժիշկների) հաճախակի հոսք, որը հանգեցնում է գիտելիքի և հմտությունների պակասի,
- Առավել ժամանակի վատնում կանչի վայրում, հաճախ առանց ապացուցողական բժշկության հիմնավորումների,
- Բուժաշխատողի ցածր ինքնագնահատական և արհեստավարժություն,
- Հիվանդանոց տեղափոխման ցածր տոկոս (մոտավորապես 15%),
- Անհետաձգելի օգնության հմտությունների և վերապատրաստման պակաս,
- Անհետաձգելի օգնության համակարգի օգտագործում ոչ անհետաձգելի օգնության նպատակով, ներառյալ առաջնային օղակի խնամք (և հանգուցյալների տեղափոխման ծառայություններ):

Թեև ֆրանս-գերմանական մոդելը հաճախ ենթադրում է ընդհանուր բարձր արժեք շտապ օգնության մեքենայի անձնակազմում բժշկի առկայության պատճառով, Հայաստանում իրավիճակն այլ է, քանի որ բժիշկները ցածր են վարձատրվում

---

<sup>5</sup> Ներառում է Երևանի կենտրոնական դիսպեչերական կայանի, ենթակայանների դիսպեչերներին և այլ աշխատակիցներ

<sup>6</sup> Շրջանային հիվանդանոցները սովորաբար ունենում են շտապ օգնության 1-2 մեքենա

արևմտյան երկրների համեմատ: Այդուհանդերձ, բժիշկների աշխատավարձի բարձրացմանը զուգընթաց, հետագայում սա նույնպես կարող է խնդիր հանդիսանալ:

Անհետաձգելի օգնության համակարգի անհարկի օգտագործումն անկառավարելի է և հետևանք է մի քանի համընկնող պատճառների: Առաջին, նախահիվանդանոցային անհետաձգելի ծառայությունը ներկայումս տրամադրում է ավանդաբար առողջության առաջնային պահպանման օղակին վերագրվող ծառայություններ: Տեղական փորձագետների գնահատմամբ բոլոր կանչերի մոտ 30-40%-ը քրոնիկ վիճակների համար է: Նաև, կանչերի 8-10%-ը անբուժելի/մահամերձ հիվանդների խնամքի համար է: Ուստի, շտապ օգնության կանչերի շուրջ 50%-ի դեպքում տնային խնամքը բուժքրոջ կողմից և/կամ առողջության առաջնային պահպանման մակարդակի ծառայություններն ավելի տեղին կլինեին: Ավելին, 1-03 ծառայության զանգերի մի փոքր քանակն էլ հանգուցյալի դիակը դիահերձարան տեղափոխելու նպատակով է (շտապ օգնության մեքենայում միայն սանիտարն ու վարորդն են):

Նախահիվանդանոցային ծառայությունը չնորմավորված ժամանակ է անցկացնում կանչի վայրում, տրամադրելով բուժօգնություն, որը կարող է արդյունավետ լինել առողջության առաջնային մակարդակի ծառայությունների դեպքում, մինչդեռ շտապ օգնության ծառայության համար հիմնավորված չէ ապացուցողական բժշկության տեսակետից (օր.՝ սրտի սուր նոպա կամ վնասվածք): Կանչի վայրում անցկացված միջին ժամանակն ըստ տեղական փորձագետների շուրջ 60 րոպե է (Աղյուսակ 1), երբեմն ձգվելով մինչև մի քանի ժամ (հատկապես եթե պացիենտներն ուղղակի «վճարումներ» են կատարում բուժանձնակազմին):

**Աղյուսակ 1. Կանչի ժամանակի հաշվարկը**

<u>Ժամանակի ցուցանիշ</u>	<u>Ժամանակի սկիզբը</u>	<u>Ժամանակի ավարտը</u>	<u>Միջին ժամանակի հաշվարկը<sup>7</sup></u>
<i>Դիսպետչերական ծառայության ժամանակը</i>	Զանգի ընդունում	Կանչի տվյալների փոխանցում (ենթակայան)	< 2 րոպե
<i>Մեկնում դեպի կանչի վայր</i>	Կանչի տվյալների փոխանցում	Ժամանում դեպքի վայր	< 8 րոպե (կանչի ընդունումից մինչև կանչի վայր)

<sup>7</sup> Բոլոր ժամանակները հաշվարկված են, քանի որ ներկայումս համակարգը չունի ցուցանիշները հսկելու հնարավորություն

<i>Ղեպքի վայրում անցկացված ժամանակը</i>	Ժամանում դեպքի վայր	Իրավիճակի վարում (տեսափոխություն կամ օգնություն տեղում)	< 30 րոպե
<i>“Կրկնակի կանչ”-ի ժամանակը (40%)</i>	Իրավիճակի վարում 1	Իրավիճակի վարում 2	Ոչ կիրառելի <sup>8</sup>
<i>Տեղափոխման ժամանակը</i>	Իրավիճակի վարում	Ժամանում հիվանդանոց	10-15 րոպե
<i>Ծառայության ժամանակը</i>	Ժամանում հիվանդանոց	Ազատ է նոր ծառայության համար	< 15 րոպե
<i>Կանչի ընդհանուր ժամանակը</i>	Կանչի ընդունում	Ազատ է նոր ծառայության համար (տեղափոխելուց հետո)	< 68 րոպե

Ինչպես արդեն նշվել է, կանչերի միայն 15%-ի դեպքում է պացիենտը տեղափոխվում հիվանդանոց: Ինչպես նաև կանչերի շուրջ 40%-ի դեպքում կրկնակի կանչի կարիք է զգացվում, երբ մասնագիտացված շտապ օգնության մեքենա (օր.՝ նյարդաբանական, կարդիոլոգիական, հոգեբուժական և այլն) են կանչում դեպքի վայր նեղ մասնագիտական օգնություն տրամադրելու համար՝ երկարաձգելով կանչի վայրում տրամադրվող ծառայությունների ժամանակը: Մասամբ այս պատճառով է, որ կանչի արձագանքման ժամանակը կազմում է միջինը<sup>9</sup> 14 րոպե Երևանում<sup>10</sup>, որը բավական գերազանցում է այդ չափի<sup>11</sup> քաղաքի համար բնորոշ ժամանակը:

Հայաստանում նախահիվանդանոցային օգնության համակարգը հակված է նման բազմաթիվ խնդիրների՝ կենտրոնի կողմից թույլ վերահսկման պատճառով: Ներկայումս չկա որևէ համակարգ հսկելու շտապ օգնության մեքենաների վայրը կանչի ժամանակ, քանի որ մեքենաները գրանցում են ժամանակը կանչն իրենց ենթակայանի դիսպետչերից ստանձնելու պահին և պացիենտին ծառայություն

<sup>8</sup> Խորհուրդ է տրվում վերացնել կրկնակի կանչերի համակարգը

<sup>9</sup> Կանչի արձագանքման ցուցանիշը հեռախոսագանգից մինչև կանչի վայր շտապ օգնության մեքենայի ժամանման ժամանակն է

<sup>10</sup> Հաշվարկված է տեղական փորձագետի կողմից, տվյալների հավաքագրման համակարգ չկա

<sup>11</sup> Քաղաքային պայմաններում կանչի արձագանքման ժամանակի չափորոշիչը մինչև 5-8 րոպե է

տրամադրելուց հետո (կանչի վայրում կամ հիվանդանոց տեղափոխելուց հետո): Շտապ օգնության մեքենաները չեն արձանագրում կանչի հետ կապված մանրամասն տվյալներ կամ այլ տվյալներ, որոնք պահանջվում են նախահիվանդանոցային օգնության ՈԱ/ՈԲ ծրագրերի համաձայն: Ինչպես արդեն նշվել է շտապ օգնության մեքենաներում չի գործում նավիգացիոն համակարգ, որը կլրացներ նման տեղեկությունների պակասը:

Հիվանդանոց տեղափոխելու որոշում կայացնելուց և պացիենտին վերցնելուց հետո, շտապ օգնության մեքենայի անձնակազմի ընտրությունը սահմանափակ է պացիենտին տեղափոխելու հարցում: Նրանք սովորաբար չեն կապնվում հիվանդանոցի հետ՝ բացառությամբ զանգվածային դժբախտ դեպքերի: Նաև նշվել է, որ ծառայությունը չունի Հիվանդանոցի պատրաստակամության և մերժման համակարգ կամ միօրինակացված համակարգ՝ հիվանդանոցների հետ կապի համար: Ներկայումս Հայաստանի բոլոր հիվանդանոցները կարող են ընդունել շտապ օգնության մեքենայով բերված պացիենտին և ներկայումս հիվանդանոցների արտոնագրման որևէ գործընթաց չի ընթանում կապված հիվանդների ընդունման հետ (օր.՝ արտոնագրված անհետաձգելի օգնության բաժանմունք):

## Առաջարկություններ

### 9. Շտապ օգնությա 1-03 ծառայության անհարկի օգտագործման նվազեցում

ա/ հանել հանգուցյալների տեղափոխման ծառայությունները 1-03 հեռախոսահամարի սպասարկման շրջանակներից.

i. Այս ծառայությունը կարելի է թողնել մասնավոր ընկերություններին

բ/ ստեղծել և ամրապնդել տնային խնամքի ծառայությունները առողջության առաջնային պահպանման համակարգում

ii. Ստեղծել տնային խնամքի կայուն ծառայություն

1. Մշակել ցուցումներ և վճարման մեխանիզմ տնային խնամքի համար,

2. Սա կարող է կապված լինել հիվանդանոցից դուրս գրելիս բժշկի ցուցումների և այլ բժիշկների նշանակումների հետ,

3. Սա կարող է նաև կիրառվել անբուժելի/մահամերձ հիվանդների խնամքի դեպքում

iii. Ամրապնդել անբուժելի/մահամերձ հիվանդների խնամքի ծառայությունները առողջության առաջնային պահպանման համակարգում,

1. Կազմակերպել անբուժելի/մահամերձ հիվանդների խնամքի վերապատրաստում բժիշկների և բուժքույրերի համար
  2. Մշակել ցուցումներ և վճարման մեխանիզմ անբուժելի/մահամերձ հիվանդների խնամքի համար,
- iv. Ամրապնդել առողջության առաջնային պահպանման մակարդակի բժիշկների տնային այցերի համակարգը,
1. Մշակել ցուցումներ և վճարման մեխանիզմ առողջության առաջնային պահպանման մակարդակի բժիշկների տնային այցերի համար,

զ/ նկատի ունենալ այլ ձևեր ՇՕԾ համակարգի անհարկի կանչերը նվազեցնելու համար,

- v. Կրթել շտապ օգնության մեքենաների անձնակազմին և բնակչությանը անհետաձգելի/շտապ օգնության և առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների տարբերության շուրջ,
1. Իրականացնել հանրային իրազեկման քարոզարշավ շտապ օգնության համակարգի փոփոխությունների վերաբերյալ,
  2. Փոխել կանոնակարգումները՝ պահանջելով, որպեսզի շտապ օգնության անձնակազմը տրամադրի միայն անհետաձգելի օգնության և հիվանդանոց տեղափոխելու ծառայություններ,
  3. Սահմանափակել շտապ օգնության անձնակազմի կանչի վայրում գտնվելու ժամանակը.
    - ա/ արձանագրել (ըստ մեքենաների) 30 րոպեից ավել կանչի վայրում մնացած մեքենաների տոկոսներով արտահայտված ժամանակը,
    - i. Նկատի ունենալ ըստ կատարողականի վարձատրման մեխանիզմը նման ցուցանիշների դեպքում,
    - բ/ խրախուսել շտապ օգնության անձնակազմին չտրամադրելու ԱԱՊ ծառայություններ,

10. Ընդլայնել մշտադիտարկումն ու վերահսկումը կենտրոնական ՇՕԾ համակարգում.

- ա/ ընդլայնել շտապ օգնության անձնակազմի հաշվետվության պահանջները,
- i. Տես՝ Հավելված Ե և Հավելված Զ՝ Դիսպետչերական կայանի և շտապ օգնության մեքենայի անձնակազմի հաշվետվության պահանջները,
  - ii. Ունենալ ՇՕԾ ՈԱ/ՈԲ կայուն համակարգ (տես՝ Հավելված Ե)

11. Թույլատրել, որպեսզի 1-03 ծառայության մեքենաները պացիենտներին տեղափոխեն միայն արտոնագիր ունեցող Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներ.



ա/ ԱՆ պետք է ունենա Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների արտոնման համակարգ.

i. Տես՝ հիվանդանոցային խնամքի հատվածը Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքի արտոնագրման վերաբերյալ,

բ/ Պահանջել, որպեսզի Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներն ունենան Հիվանդանոցի պատրաստակամության և մերժման գործող համակարգ, ինչպես նաև հիվանդանոցի հետ հաղորդակցման համակարգ:

գ/ Առանձնացնել դիսպետչերական կենտրոնի և շտապ օգնության մեքենաների բյուջեները, որը կթույլատրի մասնավոր շտապ օգնության մեքենաներին արձագանքելու 1-03 կանչերին (սա համընկնում է ԱՆ արտոնագրման չափանիշներին):

## ***Խմբեր***

### **Գնահատում**

Հայաստանում շտապ օգնության մեքենաների անձնակազմը մեծամասամբ բաղկացած է մեկ բժշկից, մեկ բուժքրոջից և մեկ վարորդից: Ներկայումս կան նաև այլ տեսակի շտապ օգնության մեքենաներ, որոնք հազեցած են այլ սարքավորմամբ և տարբեր նեղ մասնագիտության բժիշկներով: Սա վերաբերվում է թե՛ ընդհանուր և թե՛ վերակենդանացման շտապ օգնության մեքենաներին, ինչպես նաև վերոհիշյալ մասնագիտացված շտապ օգնության մեքենաներին (օր.՝ նյարդաբանական, սրտաբանական, հոգեբուժական, մանկական և այլն):

Քանի որ Երևանում ներկայումս գործող համակարգը փորձում է տրամադրել լայնածավալ առաջնային և անհետաձգելի օգնություն կանչի վայրում շտապ օգնության տարբեր մեքենաների և կրկնակի կանչերի միջոցով, դա հանգեցնում է շտապ օգնության մեքենաների անարդյունավետ օգտագործման և վառելիքի ծախսերի՝ շտապ օգնության մեքենաների քաղաքային երթևեկի պատճառով:

Ներկայումս շտապ օգնության ընդհանուր մեքենաները գրեթե հազեցած չեն սարքավորմամբ, իսկ վերակենդանացման մեքենաները հիմնականում հազեցված են հին սարքավորմամբ, որ բժիշկներն իրենց հետ տեղափոխում են պայուսակի մեջ: Շատ մեքենաներում բացակայում են Ambu պարկերը և որոշ մեքենաներում թթվածնի մատակարարումը կատարվում է հնաճ տարրաից, որը միայն ցածր մակարդակի

թթվածին է մատակարարում: Չեն օգտագործվում արհեստական շնչառության սարքեր (ինչպես օրինակ՝ Combitube, King Airway կամ LMA): Գոյություն չունեն միօրինակացված ստուգաթերթիկներ շտապ օգնության մեքենայի սարքավորման կամ այլ տեսակ մշտադիտարկման/մոնիտորինգի համար, որը կերաշխավորի նախահիվանդանոցային խնամքի պարագաների առկայությունն ու պահպանումը: Շտապ օգնության ընդհանուր մեքենաների անձնակազմը չունի դեֆիբրիլատոր:

Շատ մեքենաներ, հատկապես մարզերում, ծայրահեղ վատ վիճակում են և հազիվ են ընթանում. կարելի է հանդիպել նաև 1960-ականների արտադրության ավտոմեքենաներ: Սակայն վերջերս Հայաստան են ժամանել շտապ օգնության 88 մեքենաներ,<sup>12</sup> որոնք հանդիսանում են Չինաստանի կառավարության նվիրատվությունը, և շուտով կմտնեն կիրառության մեջ: Չինական մեքենաները ժամանակակից *Ֆորդ* մոդելի մեքենաներ են՝ մի մասն ընդհանուր, մյուս մասը վերակենդանացման մեքենաներ, որոնք լիովին հագեցած են սարքավորմամբ:<sup>13</sup> ՀՀ կառավարությունը ներկայումս զբաղվում է մեքենաների բաշխման աշխատանքներով: Այս նվիրատվության շնորհիվ Հայաստանը կունենա բավարար քանակի շտապ օգնության ավտոմեքենաներ՝ համաձայն Համաշխարհային բանկի ուղեցույցների բնակչության համեմատ շտապ օգնության մեքենաների մասնաբաժնի չափորոշիչի:<sup>14</sup>

Մեքենաների անձնակազմերն աշխատում են 24-ժամյա հերթափոխով՝ ունենալով ամսական մի քանի հերթապահություն: ՇՕՇ բոլոր հերթափոխերը, ներառյալ դիսպետչերական ծառայությունը, կատարվում են առավոտյան միննույն ժամին, որը գրեթե խաթարում է նախահիվանդանոցային օգնության համակարգի աշխատանքը այդ ժամանակ: Ներկայումս Հայաստանում բացակայում են նախահիվանդանոցային օգնության ստանդարտ գործողությունների ընթացակարգերը: Երկրում նաև չկա նախահիվանդանոցային հարբժշկական վերապատրաստման ծրագիր:

Հարկ է նշել, որ ՀՀ ԱՆ վերջերս հաջողությամբ ձեռնարկել է շտապ օգնության անձնակազմերի վերապատրաստման գործընթացը: Տասնօրյա

<sup>12</sup> 68 հիմնական և 20 վերակենդանացման մեքենաներ

<sup>13</sup> Տես փաստաթուղթը՝ “Չինաստանի կողմից նվիրաբերված շտապ օգնության մեքենաների տեխնիկական չափանիշները,” սարքավորման ամբողջ ցանկի համար, որը համապատասխանում է այսօրվա պահանջներին, սակայն վերակենդանացման մեքենաներում արհեստական շնչառության նոր սարքեր, իսկ ընդհանուր մեքենաներում՝ դեֆիբրիլատորներ, ինչպես նաև չկա մանկական սարքավորում երկու տեսակ մեքենաներում

<sup>14</sup> Հայաստանի բնակչությունը շուրջ 3 միլիոն է, որից 1.1 միլիոնը՝ Երևանում: Համաշխարհային բանկի ուղեցույցների համաձայն առաջարկվում է 1:30,000 (շտապ օգնության մեքենա: մարդիկ) հարաբերությունը քաղաքային վայրերում և 1:20,000՝ գյուղական վայրերում: Այս չափանիշների համաձայն Հայաստանին անհրաժեշտ է շուրջ 130 շտապ օգնության մեքենա

վերապատրաստումը,<sup>15</sup> որը վարում են Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) շտապ օգնության փորձագետները, ներառում է բազմաթիվ թեմաներ՝ հիմնվելով 1995թ-ին Բոստոնի համալսարանում վերապատրաստված դասավանդողների դասընթացի ծրագրի վրա: Թիմային աշխատանքը խրախուսելու նպատակով դասընթացը վերապատրաստում է բժիշկներին, բուժքույրերին և վարորդներին միասին, 70 հոգանոց լսարանում: Այդուհանդերձ, չնայած այս ջանքերին, զգացվում է լրացուցիչ վերապատրաստման կարիք՝ շտապ օգնության անձնակազմերի հմտությունները միջազգային չափորոշիչներին հասցնելու նպատակով:

## Առաջարկություններ

12. Միօրինակացնել Հայաստանի բոլոր շտապ օգնության մեքենաները.

ա/ վերացնել կրկնակի կանչի և մասնագիտացված մեքենաների համակարգը (օր.՝ նյարդաբանական, սրտաբանական, հոգեբուժական, մանկական և այլն).

i. Փոխարենը պացիենտին տեղափոխել անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներ մասնագետի խորհրդատվության համար,

բ/ պահել միայն երկու միօրինակացված տեսակի մեքենաներ ամբողջ երկրում.<sup>16</sup>

ii. Հիմնական/ընդհանուր

1. Ավելացնել կյանքի համար անհրաժեշտ հիմնական սարքավորում երեխա պացիենտների համար շտապ օգնության բոլոր ընդհանուր մեքենաներում,

2. Ավելացնել դեֆիբրիլատորներ ընդհանուր մեքենաներում՝ վերապատրաստելով անձնակազմին,

iii. Վերակենդանացման մեքենաներ

1. Ավելացնել վերակենդանացման սարքավորում երեխա պացիենտների համար շտապ օգնության բոլոր վերակենդանացման մեքենաներում,

---

<sup>15</sup> Տես՝ ԱԱԻ Շտապ օգնության ծառայության դասընթացի օրակարգը. “Անհետաձգելի օգնությունը նախահիվանդանոցային և հիվանդանոցային փուլերում. խմբային վերապատրաստման մեթոդ (բժիշկների, ընտանեկան բժիշկների, բուժքույրերի և ոչ բժշկական անձնակազմի համար)”

<sup>16</sup> Միակ բացառությունը կարող է լինել Նորածնային ինտենսիվ խնամքի բաժանմունքի միջհիվանդանոցային տեղափոխումների համար, որոնք կունենան մասնագիտացված նորածնային մահճակալներ: ցանկալի է, որպեսզի վերակենդանացման մեքենաներն ունենան նման մահճակալներ՝ անհրաժեշտության դեպքում օգտագործելու համար:

2. Ընտրել արհեստական շնչառության սարք, որը կօգտագործվի ամբողջ երկրում.

ա/ King կամ LMA տեսակների

բ/ Տրամադրել վերակենդանացման մեքենաներին նման սարքեր՝ վերապատրաստելով անձնակազմին,

գ/ Միօրինակացնել երկու տեսակի մեքենաների համար անհրաժեշտ բոլոր սարքերն ամբողջ երկրում.

iv. Մշակել սարքավորման միօրինակացված ցուցակ ընդհանուր և վերակենդանացման մեքենաների համար,

v. Գնել սարքավորում ոչ չինական արտադրության մեքենաների համար, որոնք դեռևս կիրառության մեջ են լինելու,

vi. Մշակել մեքենաների սարքավորման մոնիտորինգի/մշտադիտարկման ստուգաթերթիկներ,

vii. Իրականացնել ՈԱ ծրագիր, հավաստիանալու, որ շտապ օգնության մեքենաների ստուգաթերթիկները կանոնավոր կերպով լրացվում են, և որ բոլոր մեքենաներն ունեն օգտագործման համար պիտանի սարքավորում:

### 13. Անձնակազմ

ա/ ձեռնարկել նախահիվանդանոցային օգնության ոլորտի աշխատուժի համակարգային պլանավորման աշխատանքներ.

i. Կրճատել հերթափոխի տևողությունը (առավելագույնը = 8-12 ժամ),

ii. Կիրառել հերթափոխի հանձնման աստիճանական համակարգ՝ ապահովելու ՇՕԾ անխափան աշխատանքը,

բ/ Ստեղծել միօրինակացված գործողությունների ընթացակարգեր/ ստանդարտ օպերացիոն պրոցեդուրաներ (ՍՕՊ) նախահիվանդանոցային շտապ օգնության համակարգի համար.

iii. Ուղեցույցները պետք է մշակվեն կլինիկական փորձագետների ազգային խմբի կոմիտե,

iv. Ուղեցույցները պետք է կիրառվեն երկրի նախահիվանդանոցային շտապ օգնության ամբողջ համակարգում,

v. Անհրաժեշտ է մշակել մեխանիզմներ, որպեսզի ուղեցույցները կանոնավոր թարմացվեն ժամանակի ընթացքում

vi. Պետք է լինեն երկու ուղեցույցներ.

1. Մեկը շտապ օգնության ընդհանուր մեքենաների համար,

2. Մեկը շտապ օգնության վերակենդանացման մեքենաների համար,

vii. Բոլոր մեքենաները պետք է մշտապես ունենան ընթացակարգերի թարմացված տարբերակը,

զ/ ընդլայնել շտապ օգնության անձնակազմի վերապատրաստման շրջանակը.

viii. Կազմակերպել վերապատրաստողների վերապատրաստում, որի ընթացքում միջազգային փորձագետները կներկայացնեն միջազգային չափորոշիչները<sup>17</sup> անհետաձգելի օգնության հայ փորձագետներին,

ix. Վերապատրաստված փորձագետները կվերապատրաստեն շտապ օգնության ծառայության և անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների անձնակազմերին.

1. Դասընթացները պետք է.

ա/ կազմակերպվեն առավելագույնը 20 անձի համար,

բ/ տրամադրեն 1 դասավանդող 8 անձի համար գործնական պարապմունքների ժամանակ,

գ/ ունենան մանեկեններ և այլ սարքավորում վերապատրաստման դասընթացների համար,

դ/ առանձնացնեն բժիշկներին բուժքույրերից և վարորդներից,

ե/ սովորեցնեն անձնակազմերին անհետաձգելի օգնության ժամանակակից հմտություններ,

զ/ բուժաշխատողների ներկայացնեն ՍՕՊ ընթացակարգերը,

x. Կադրերի հետագա համալրումը պետք է հիմնված լինի վերապատրաստման վերաբերյալ վկայակագրերի առկայության վրա՝ շտապ օգնության մեքենաների վրա աշխատելու համար,

xi. Վերապատրաստման/կրթական փաթեթը պետք է նաև ընդգրկի շարունակական բժշկական կրթության (ԲՇԿ) մեխանիզմները՝ շտապ օգնության անձնակազմի կատարողակարը մշտապես նորացնելու նպատակով,

դ/ ԱՆ պետք է սկսի հարբժշկական վերապատրաստման դասընթաց բուժքույրերի համար.

xii. Հարբժշկական անձնակազմը/բուժքույրերը կօգտագործվեն.

1. Գյուղական մեքենաների վրա,

2. Ընդհանուր մեքենաների վրա,

xiii. Հարբժշկական-բուժքույրական վերապատրաստումները պետք է երկու տեսակի լինեն.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Տես՝ “Հավելված Ը. Անհետաձգելի/շտապ օգնության վերապատրաստման դասընթացի առաջարկվող ծրագիր”, որն առաջարկվում է վերապատրաստողների վերապատրաստման համար

1. Առաջին մակարդակ (ընդհանուր)  
ա/ նվազագույնը 350 ժամ<sup>19</sup>
  2. Երկրորդ մակարդակ (վերակենդանացման)  
բ/ նվազագույնը մեկ տարի<sup>20</sup>
- xiv. ԱՆ պետք է կատարի մշտադիտարկում՝ պարզելու ծրագրի հաջողությունը գյուղական վայրերում և որոշի արդյոք հարժեշկական անձնակազմը/բուժքույրերը կարող են աշխատել քաղաքային վայրերում:

---

<sup>18</sup> Վերապատրաստումները պետք է սկսել ընդհանուր մակարդակից

<sup>19</sup> Ներառում է տեսական, գործնական մասերը և վերապատրաստում աշխատավայրում

<sup>20</sup> Ներառում է տեսական, գործնական մասերը և վերապատրաստում աշխատավայրում

## **Հիվանդանոցային անհետաձգելի բուժօգնություն**

### **Գնահատում**

Հիվանդանոցային անհետաձգելի օգնությունն ամենաթույլն օղակն է Հայաստանի անհետաձգելի/շտապ օգնության համակարգում, քանի որ հիվանդանոցներում իրականում չկան անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներ: Փոխարենը հիվանդանոցները գործում են օգնության տրամադրման հնացած մոդելով, երբ բուժքույրը կամ երիտասարդ բժիշկը սկզբնապես զննում է պացիենտին մի փոքր սենյակում:

Այս հին մոդելի համաձայն ոչ փորձառու բժիշկը կամ բուժքույրը տրամադրում է նախնական օգնություն հիվանդին՝ հիվանդանոց տեղափոխվելուց հետո: Սարքավորման և վերապատրաստման պակասի պատճառով հիվանդի օգնությունը լավագույն դեպքում ուշացվում է ինտենսիվ օգնության (վերակենդանացման) բաժանմունք տեղափոխելու դեպքում, և վատագույն դեպքում պացիենտի առողջությանն անդարձելի վնաս է հասցվում զննման սենյակում տրամադրված անբավարար օգնության պատճառով:

Ավելի ուշ հիվանդի վիճակի գնահատման և ընդունման համար ներքև են կանչում մասնագետ բժիշկներին (երբեմն մի քանիսին): Պացիենտի վիճակի ախտորոշումը դժվարություն է ստեղծում, քանի որ հիվանդանոցներում չկան անհետաձգելի օգնության հմուտ մասնագետներ սկզբնական ախտորոշման համար: Երկրում նաև չկա բուժօգնության հերթականության որոշման միօրինակացված կարգ, որով կորոշվեր օգնության առաջնահերթությունը:

Չհանդիսանալով առանձին վարչական և ֆինանսական միավոր՝ անհետաձգելի օգնության տարածքները տուժում են, քանի որ այստեղ լինում են առավել թվով պացիենտներ և շատ բժիշկ մասնագետներ, սակայն չունեն ֆինանսավարչական օժանդակություն: Այդ իսկ պատճառով այդ տարածքներն ամենավատ վիճակում են և հազեցված չեն կյանքի համար անհրաժեշտ սարքավորմամբ:

Երկրում արտոնագրված Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների բացակայության պատճառով շտապ օգնության մեքենաները կարող են տեղափոխել պացիենտին ցանկացած բուժհաստատություն: Սա կարող է հաճախ հանգեցնել վատ հետևանքների, երբ պացիենտը կարող է հայտնվել հիվանդանոցում, որտեղ բացակայում է համապատասխան մասնագետը կամ սարքավորումը՝ պացիենտների հատուկ խմբին օգնություն տրամադրելու համար (օր.՝ նյարդաբան-վիրաբույժի ծառայություն): Ինչպես նաև, անհետաձգելի օգնության շղթան ընդհատվում է, երբ

շտապ օգնության մեքենայի վերապատրաստված բժիշկը պացիենտին հանձնում է անբավարար պայմաններ ունեցող սենյակում աշխատող բուժքրոջը:

Անհետաձգելի բժշկությունը որպես մասնագիտություն թերի է զարգացած Հայաստանում (թե՛ շտապ օգնության մեքենաների և թե՛ հիվանդանոցային օգնության առումով): Շտապ օգնության բժշկի հանդեպ հարգանքի պակաս է զգացվում և չկա անհետաձգելի օգնության մասնագիտական միություն: Թեև կա մեկ տարվա կլինիկական օրդինատուրա/վերապատրաստում անհետաձգելի/շտապ օգնության բժիշկների համար, միայն 1-2 օրդինատոր է լինում տարեկան և ոչ մի շարժառիթ չկա լրացուցիչ վերապատրաստման համար:

Թեև բժշկական քոլեջներն ունեն բուժքույրերի մասնագիտական պատրաստման դասընթացներ (օր.՝ վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր), նման դասընթաց չկա շտապ օգնության բուժքույրերի կամ հիվանդանոցների անհետաձգելի օգնության բուժքույրերի համար: Չկան ՇԲԿ պահանջներ շտապ օգնության բժիշկների, բուժքույրերի կամ այլ անձնակազմի համար:

## Առաջարկություններ

14. Աջակցել հիվանդանոցներում անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքների ստեղծմանը (ԱՕԲ)

ա/ մշակել անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների լիցենզավորման/արտոնագրման և հավատարմագրման ծրագիր, որը կդեկավարվի ԱՆ կողմից՝ օգտագործելով շտապ օգնության մեքենայով տեղափոխությունը որպես խթանիչ դրդապատճառ.

i. Պետք է լինեն տարբեր մակարդակներ հիվանդանոցների ԱՕԲ արտոնագրման համար,

ii. Մակարդակների համար անհրաժեշտ են արտոնագրման հստակ չափորոշիչներ, ներառյալ՝

1. Վարչական կառուցվածքը

2. Ֆինանսական միջոցները

3. Սարքավորումը

4. Որակի բարելավման համակարգը

iii. Հարկավոր է, որպեսզի անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների արտոնագրերը պարբերաբար թարմացվեն ԱՆ կողմից.

1. Սկզբնական շրջանում տարեկան կտրվածքով,



iv. 1-03 ծառայության մեքենաներին պետք է թույլատրել տեղափոխել պացիենտներին միայն արտոնագրված Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներ՝ կախված նրանց մակարդակից.

1. Կարելի է մշակել տարբեր կանոնակարգումներ (մակարդակներ) գյուղական և քաղաքային օգնության համար,

բ/ Արտոնագրված անհետաձգելի բաժանմունքները պետք է ունենան առանձին վարչական կառուցվածք.

v. Յուրաքանչյուր ՍՕԲ պետք է ունենա իր ղեկավարը,

vi. Յուրաքանչյուր ՍՕԲ պետք է ունենա տնօրեն/պատասխանատու ՈԱ/ՈԲ գծով,

vii. Պետք է լինի վերապատրաստման դասընթաց ՍՕԲ վարչական կառավարման համար,

viii. Յուրաքանչյուր ՍՕԲ պետք է ունենա առանձնացված սենյակներ, ներառյալ տուբերկուլյոզով պացիենտների բացահայտման և ուղեգրման սենյակներ,

ix. Յուրաքանչյուր ՍՕԲ պետք է ունենա քաղաքականության և ընթացակարգերի ձեռնարկի իր սեփական օրինակը, որը կթարմացվի տարեկան կտրվածքով,

x. Տես՝ Հավելված Է. Առաջարկվող պահանջներ անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների համար,

գ/ ԱՆ պետք է կատարի ֆինանսավորման մեխանիզմների համապատասխան փոփոխություններ, որպեսզի անհետաձգելի օգնության բաժանմունքը ստանա իր ֆինանսական փոխհատուցումը որպես առանձին միավոր.

xi. ՍՕԲ-ը պետք է բաժանմունքի կարգավիճակ ունենա հիվանդանոցում այլ բաժանմունքների պես.

1. Նրանք պետք է կարողանան առանձին փոխհատուցում ստանալ իրենց ծառայությունների համար.

xii. Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքները պետք է ստանան տարբերակված փոխհատուցում վերակենդանացման դեպքերի համար,

xiii. Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքները պետք է փոխհատուցում ստանան նաև ամբուլատոր ծառայությունների համար (երբ ԱԱՊ/ամբուլատոր կենտրոնները փակ հանգստյան օրերին/ժամերին),

դ/ Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքները պետք է իրականացնեն հիվանդանոցային բուժքույրերի դասակարգում.

xiv. Հարկավոր է որդեգրել միջազգայնորեն ընդունված դասակարգման համակարգ,

- xv. Բուժքույրերը պետք է վերապատրաստվեն համաձայն այդ համակարգի,
- xvi. Դասակարգման համակարգը սկզբում պետք է փորձնականորեն ներդրվի Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներում,

ե/ Նորացնել անհետաձգելի օգնության բաժանմունքի կառուցվածքը և առողջապահական տեղեկատվական համակարգերն ըստ միջազգային չափորոշիչների,

- xvii. ԱՕԲ կառուցվածքը և առողջապահական տեղեկատվական համակարգերը պետք է վերանայվեն և նորացվեն,
- xviii. Պետք է որևէ մեթոդով կապել նախահիվանդանոցային համակարգը անհետաձգելի օգնության բաժանմունքի կառուցվածքի հետ՝ ՈԱ/ՈԲ նպատակներով,

15. Բարելավել անհետաձգելի/շտապ օգնության բժշկությունը որպես մասնագիտացում Հայաստանում,

ա/ շահագրգռել բժիշկներին անցնել մեկ տարվա կլինիկական օրդինատուրա՝ անհետաձգելի բժշկության ոլորտում մասնագիտանալու համար.

- i. Ստեղծել շտապ/անհետաձգելի օգնության բժիշկների մասնագիտական միություն.
  - 1. Ներգրավել միությանը վերապատրաստման ծրագրերի և ՍՕՊ ընթացակարգերի ու ուղեցույցների մշակման գործում,
  - 2. Ձեռնարկել շտապ/անհետաձգելի բժշկության վերաբերյալ ամսագրի տպագրություն,
- ii. Տալ պարգևավճարներ լիցենզավորված անհետաձգելի/շտապ օգնության բժիշկներին (օր.՝ +25-30%)

բ/ շահագրգռել բուժքույրերին անցնել մասնագիտական վերապատրաստում անհետաձգելի բժշկության ոլորտում.

- iii. Ձեռնարկել անհետաձգելի բժշկության մասնագիտական վերապատրաստման դասընթացներ բուժքույրերի համար,
- iv. Տալ պարգևավճարներ լիցենզավորված անհետաձգելի/շտապ օգնության բուժքույրերին (օր.՝ +25-30%)

գ/ ձեռնարկել միջոցներ, որպեսզի բժիշկներն ու բուժքույրերը ձեռք բերեն նոր հմտություններ,

- v. Պահանջել ՇԲԿ վերաբերյալ փաստաթղթեր՝ մասնագիտական լիցենզավորման պահպանման պարգևավճարների համար:

## Մարզային մանկական վերակենդանացման կենտրոններ

### Գնահատում

Միջմարզային մանկական վերակենդանացման կենտրոնների բաշխումը հանրապետությունում վատ է կատարված. մարզերում չկան մանկական վերակենդանացման կենտրոններ: Սա հանգեցնում է երեխաների մահվան դեպքերի գյուղական վայրերում՝ համապատասխան հնարավորություններով բուժհաստատությունների պակասի և Երևան տեղափոխելու հետ կապված դժվարությունների/հեռավորության պատճառով: ՀՀ կառավարությունն աջակցության կարիք ունի մարզերում բուժպարագաների և միջմարզային վերակենդանացման ծառայությունների բարելավման գործում:

Մարզերում առկա անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների, նորածնի ինտենսիվ խնամքի և մանկական ինտենսիվ խնամքի բաժինների բուժանձնակազմի պատրաստվածությունը ներկայումս չի համապատասխանում միջազգային չափորոշիչներին: Ինչպես նաև մարզերում զգացվում է ժամանակակից սարքավորման պակաս: Այդուհանդերձ, Համաշխարհային բանկի կողմից վերջերս վերանորոգված մարզային հիվանդանոցները հատկացրել են տարածք նման բաժանմունքի համար:

Անհետաձգելի օգնության/թերապիայի կարիք ունեցող երեխաների տեղափոխումը մարզային/շրջանային հիվանդանոցից Երևանյան երրորդային մակարդակի հիվանդանոց նույնպես խնդրահարույց է: Պատճառը մասամբ կապված է ներկա համակարգի հետ, քանի որ միայն մասնագիտացված մանկական շտապ օգնության մեքենաները կարող են տեղափոխել նման հիվանդներին: Երևանում տեղակայված փոքրաթիվ մեքենաներով մարզերից միջհիվանդանոցային փոխադրումներն ունեն սահմանափակումներ:

### Առաջարկություններ

16. Ստեղծել միջմարզային մանկական վերակենդանացման երեք կենտրոն.

ա/ կենտրոնները պետք է տեղակայված լինեն ՀԲ կողմից վերանորոգված հիվանդանոցներում,

բ/ Կենտրոնները պետք է ունենան մանկական անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներ, համապատասխանեն անհետաձգելի օգնության

բաժանմունքների արտոնագրման ազգային պահանջներին յուրաքանչյուր բուժհաստատությունում,

գ/ Կենտրոնները նաև պետք է ունենան նորածնի ինտենսիվ խնամքի և մանկան ինտենսիվ խնամքի բաժիններ ըստ անհրաժեշտության

դ/ բուժհաստատությունները պետք է հազեցած լինեն անհետաձգելի և վերակենդանացման համար անհրաժեշտ սարքավորմամբ,

17. Վերապատրաստել կենտրոնների բուժանձնակազմը միջազգային չափորոշիչների համաձայն.

ա/ վերապատրաստումները պետք է սկսել վերապատրաստողների վերապատրաստումից և կարելի է միացնել անհետաձգելի օգնության ոլորտի այլ վերապատրաստումների հետ,

բ/ Տես՝ Հավելված Ը. Առաջարկվող անհետաձգելի օգնության վերապատրաստման ծրագիր

գ/ Վերապատրաստման ծրագիրը պետք է ներառի երկարատև, շարունակական վերապատրաստում հիվանդանոցում, մահճակալի մոտ, և պետք է կապված լինի Երևանի մանկական մասնագիտացված կենտրոնների հետ (օր.՝ Երևանից մասնագետ բժիշկների գործուղում մարզային կենտրոններ կանոնավոր հիմունքներով՝ բուժանձնակազմին տեղում վերապատրաստելու նպատակով),

18. Ապահովել, որպեսզի միօրինակացված շտապ օգնության մեքենաները կարողանան տրամադրել մանկական անհետաձգելի օգնություն.

ա/ բոլոր ընդհանուր մեքենաները պետք է ունենան մանկական անհետաձգելի օգնության հիմնական սարքավորում,

բ/ բոլոր վերակենդանացման մեքենաները պետք է ունենան մանկական վերակենդանացման սարքավորում,

գ/ շտապ օգնության բոլոր անձնակազմերը պետք է վերապատրաստված լինեն մանկական անհետաձգելի օգնության ոլորտում.

i. Ամեն դեպքում կարող է նորածնի ինտենսիվ խնամքի մասնագետի կարիք զգացվի միջհիվանդանոցային փոխադրումների ժամանակ,

դ/ Պետք է գոյություն ունենան գրավոր պլան և ուղեգրման համակարգ մարզերի և Երևանի միջև երեխաների ուղեգրումների համար:

## Հանրային իրազեկում

### Գնահատում

Հայաստանում շտապ օգնության համակարգի վերաբերյալ հանրային կարծիքի խոր ուսումնասիրություն չի կատարվել: Անհայտ է, որ անհետաձգելի և առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների միջև հստակ տարանջատում չկա, երբ շտապ օգնության ծառայությունը հաճախակի օգտագործվում է առաջնային բուժօգնության նպատակով:

Թեև խորհրդային շրջանում ուսումնական հաստատություններն ունեցել են առաջին բուժօգնության դասընթացներ, վերջին տասնամյակներում նման դասընթացներ չկան և իմացության մակարդակն անհայտ է և ակնհայտորեն իջնում է: Նախահիվանդանոցային սիրտ-թոքային վերակենդանացման (CPR) դեպքերն անցորդների կողմից շատ հազվադեպ է, թեև հիմնականում առաջին օգնության մակարդակը կարող է մի քիչ ավելի բարձր լինել: Հայկական կարմիր խաչն իրականացնում է դասընթացներ, սակայն դասընթացների որակն ու հաճախականությունն անհայտ են:

## Առաջարկություններ

19. Գնահատել համայնքի կարծիքը/պատկերացումները շտապ օգնության ծառայության վերաբերյալ.

ա/ կատարել ուսումնասիրություն համայնքի շրջանում կապված շտապ օգնության վերաբերյալ գիտելիքի, վերաբերմունքի և գործելակերպի հետ,

բ/ աջակցել վնասվածքների և/կամ այլ անհետաձգելի գործընթացների վերաբերյալ Հայաստանում կատարվող հետազոտություններին՝ տեղական խնդիրների ըմբռնումն ընդլայնելու նպատակով,

20. Իրականացնել առողջապահական կրթական հանրային քարոզարշավ՝ շտապ օգնության ծառայության վերաբերյալ հասարակությանը կրթելու նպատակով.

ա/ Քարոզարշավը պետք է ընդգրկի.

i. Տեղեկություններ շտապ օգնության նոր մեքենաների և ծառայությունների բարեփոխումների վերաբերյալ,

- ii. Տեղեկություններ հավատարմագրման նոր համակարգի և հիվանդանոցների անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների վերաբերյալ,
  - 1. Արտոնագրված անհետաձգելի օգնության բաժանմունքները պետք է ունենան համապատասխան ցուցանակ, որի վրա հստակ նշված կլինի անհետաձգելի օգնության բաժանմունքի մակարդակը,
  - 2. Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների շրջակայքի ճանապարհային նշանները պետք է ուղղորդեն քաղաքացիներին դեպի ԱՕԲ անհետաձգելի իրավիճակներում,
- iii. Բացատրական աշխատանք շտապ/անհետաձգելի օգնության և առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների տարբերությունների վերաբերյալ,
- iv. Հանրային առողջության ոլորտի կանխարգելման քարոզարշավներ՝ անհետաձգելի իրավիճակները նվազեցնելու նպատակով (օր.՝ վնասվածքներ, սիրտ-անոթային հիվանդություններ)

## Ազգային աշխատանքային պլան

Շտապ/անհետաձգելի օգնության հարցերով ԱՆ աշխատանքային խումբը պետք է ուսումնասիրի այս փաստաթուղթը և ընդունի, հաստատի և/կամ փոփոխի ներկայացված առաջարկությունները: Ստորև ներկայացված ուրվագիծը ծառայում է որպես ուղեցույց աշխատանքային պլանի առաջընթացի համար՝ հիմնվելով փաստաթղթի առաջարկությունների վրա:

### Անմիջապես

- Առաջարկություններ 3-բ և 4. նորացնել Երևանի կենտրոնական դիսպեչերական կենտրոնը ժամանակակից միջազգային չափորոշիչների համաձայն,
- Առաջարկություններ 9-գ-ի-2. փոխել կանոնակարգումները, պահանջելով, որպեսզի շտապ օգնության անձնակազմը տրամադրի միայն անհետաձգելի օգնություն և պացիենտին տեղափոխի հիվանդանոց,
  - Առաջարկություններ 9-գ-ի-3. սահմանափակել կանչի վայրում գտնվելու շտապ օգնության անձնակազմի ժամանակը,
  - Առաջարկություններ 9-ա. հանել հանգուցյալների տեղափոխման ծառայությունը 1-03 ծառայության շրջանակներից,
- Առաջարկություն 15. բարելավել անհետաձգելի օգնությունը որպես մասնագիտություն Հայաստանում,

### Կարճաժամկետ

- Առաջարկություն 12. միօրինակացնել շտապ օգնության բոլոր մեքենաները Հայաստանում,
  - Առաջարկություն 18. ապահովել, որպեսզի միօրնակացված շտապ օգնության մեքենաները կարողանան տրամադրել մանկական անհետաձգելի օգնություն,
- Առաջարկություն 13-ա. ձեռնարկել նախահիվանդանոցային օգնության ոլորտի աշխատուժի համակարգային պլանավորման աշխատանքներ.
  - Առաջարկություն 5. Երևանի կենտրոնական դիսպեչերական կայանի անձնակազմը պետք է վերապատրաստվի և նորացնի իր աշխատանքային գործընթացները,
- Առաջարկություն 13-բ. ստեղծել միօրինակացված գործողությունների ընթացակարգեր նախահիվանդանոցային շտապ օգնության համակարգի համար.

- Առաջարկություն 14-ե. նորացնել անհետաձգելի օգնության բաժանմունքի կառուցվածքը և առողջապահական տեղեկատվական համակարգերն ըստ միջազգային չափորոշիչների,

### Առաջին տարի

- Առաջարկություն 9-բ. ստեղծել և ամրապնդել տնային խնամքի ծառայությունները առողջության առաջնային պահպանման համակարգում
  - Առաջարկություն 1: ներդնել նոր հեռախոսային ծառայություն ոչ անհետաձգելի օգնության համար, որը կղեկավարվի առողջության առաջնային մակարդակի կողմից (այլ ոչ թե շտապ օգնության).
- Առաջարկություն 10. ընդլայնել մշտադիտարկումն ու վերահսկումը կենտրոնական ՇՕԾ համակարգում
  - Առաջարկություն 6.թարմացնել կենտրոնական դիսպեչերական կայանի որակի ապահովման (ՈԱ) և որակի բարելավման (ՈԲ) մեթոդները,
    - Առաջարկություն 8-ա. աստիճանաբար կրճատել ենթակայանի դիսպեչերներին,
- Առաջարկություն 13-գ. ընդլայնել շտապ օգնության անձնակազմի վերապատրաստման շրջանակը,
  - Առաջարկություն 13-դ. սկսել հարբժշկական վերապատրաստման դասընթաց բուժքույրերի համար,
- Առաջարկություն 14-ա. մշակել անհետաձգելի օգնության բաժանմունքների լիցենզավորման/արտոնագրման և հավատարմագրման ծրագիր, որը կղեկավարվի ԱՆ կողմից՝ օգտագործելով շտապ օգնության մեքենայով տեղափոխությունը որպես խթանիչ դրդապատճառ,
  - Առաջարկություն 14-գ. կատարել ֆինանսավորման մեխանիզմների համապատասխան փոփոխություններ, որպեսզի անհետաձգելի օգնության բաժանմունքը ստանա իր ֆինանսական փոխհատուցումը որպես առանձին միավոր,
  - Առաջարկություն 11. թույլատրել, որպեսաի 1-03 ծառայության մեքենաները պացիենտներին տեղափոխեն միայն արտոնագիր ունեցող Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներ,
  - Առաջարկություն 14-բ. արտոնագրված անհետաձգելի բաժանմունքները պետք է ունենան առանձին վարչական կառուցվածք,
- Առաջարկություն 19.գնահատել համայնքի կարծիքը/պատկերացումները շտապ օգնության ծառայության վերաբերյալ

### Երկրորդ տարի

- Առաջարկություն 7. Երևանում ներդնել Հիվանդանոցի պատրաստակամության և մերժման համակարգ (ՀՊՄՀ),



- Առաջարկություն 14-դ. անհետաձգելի օգնության բաժանմունքները պետք է իրականացնեն հիվանդանոցային բուժքույրերի դասակարգում,
- Առաջարկություն 16.ստեղծել միջմարզային մանկական վերակենդանացման երեք կենտրոն,
  - Առաջարկություն 17.վերապատրաստել կենտրոնների բուժանձնակազմը միջազգային չափորոշիչների համաձայն,
- Առաջարկություն 20.իրականացնել առողջապահական կրթական հանրային քարտզարշավ՝ շտապ օգնության ծառայության վերաբերյալ հասարակությանը կրթելու նպատակով,
  - Առաջարկություն 9-գ-ի-1.իրականացնել հանրային իրազեկման քարտզարշավ շտապ օգնության համակարգի փոփոխությունների վերաբերյալ,

### **Երկարաժամկետ**

- Առաջարկություն 2. ունենալ մեկ ընդհանուր անհետաձգելի իրավիճակների հեռախոսագիծ ոստիկանության, հրշեջ ծառայության և բուժօգնության համար (օր.՝ 911կամ 112),
- Առաջարկություն 3. որոշել հեռախոսահամարը և 1-03 ծառայության դիսպեչերական կենտրոնի սպասարկման ծածկույթը երկրի տարածքում,
- Առաջարկություն 8-բ. մտածել Երևանում ենթակայանների անհրաժեշտության և դրանց լավագույն օգտագործման մասին:

## Հավելվածներ

*Հավելված Ա. Հանդիպումներին մասնակցած անձանց ցուցակը*

### **HS-STAR ծրագրի աշխատակիցներ**

Արտյոմ Պետրոսյան, խորհրդատու, տեղական փորձագետ, բժշկական գիտությունների թեկնածու, Սարկ ՄեքՆուէն, Գայանե Ղարազեբակյան, Գոհար Փանաջյան

### **Հարցազրույցներ**

Համաշխարհային բանկի Հայաստանում առողջապահական համակարգի արդիականացման ծրագիր - 10 մայիսի, 2011թ. World Bank Armenia Health System Modernization Project – May 10, 2011

Երվանդ Էլիբեկյան, Ընտանեկան բժշկության զարգացման ծրագրի համակարգող  
**Երևանի շտապ օգնության դիսպետչերական կենտրոն - 11 մայիսի, 2011թ.**

Թագուհի Ստեփանյան, Երևանի շտապ օգնության ծառայության տնօրեն  
ՇՕՇ կենտրոնական կայանի դիսպետչերներ և այլ աշխատակիցներ

**Երևանի շտապ օգնության թիվ 4 դիսպետչերական ենթակայան (Էրեբունի) - 11 մայիսի, 2011թ.**

Ռիտա Վարդանյան, Ենթակայանի տնօրեն

Ենթակայանի շտապ օգնության մեքենայի վարորդ, բուժքույր և բժիշկ  
Ենթակայանի դիսպետչեր

**Էրեբունի բժշկական կենտրոն - 11 մայիսի, 2011թ.**

Տիգրան Խուրադեղյան, Հիվանդանոցի տնօրենի տեղակալ/օգնական, Hospital Assistant Director (Անհետաձգելի օգնության բախանմունքի պետ)

Հարություն Մանգոյան, Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի պետ, ԱԱԻ Վերակենդանացման ամբիոնի վարիչ

Հիվանդանոցի դիսպետչերներ

Հիվանդանոցի շտապ օգնության մեքենաների անձնակազմ

Շտապ օգնության սենյակի անձնակազմ

**Ապարանի հիվանդանոց (Համաշխարհային բանկի վարկային ծրագրով վերանորոգված), Արագածոտն մարզ - 12 մայիսի, 2011թ.**

Հայկ Շմավոնյան, տնօրեն

Շտապ օգնության մեքենայի անձնակազմ

**Աշտարակի հիվանդանոց, Արագածոտն մարզ - 12 մայիսի, 2011թ.**

Արթուր Հովհաննիսյան, տնօրեն

Հիվանդանոցի ՇՕՇ դիսպետչերներ

Շտապ օգնության սենյակի անձնակազմ

**Արագածոտնի մարզի Առողջապահության և սոցիլական ապահովության վարչություն - 12 մայիսի, 2011թ.**

Արթուր Բասենցյան, Արագածոտնի մարզպետարանի Առողջապահության և սոցիլական ապահովության վարչության պետ

**Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ բժշկական կենտրոնի անհետաձգելի օգնության բաժանմունք և վերապատրաստման կենտրոն, 13 մայիսի 2011թ.**

Անուշավան Վիրաբյան, Շտապ օգնության ծառայության թիվ 5 ենթակայանի տնօրեն, ԱԱԻ կարդիոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ

Իրինա Սարգսյան, անհետաձգելի/շտապ օգնության բժիշկ, ԱԱԻ Անհետաձգելի բժշկության ամբիոնի դոցենտ

Գագիկ Մանուկյան, Անհետաձգելի օգնության բաժանմունքի պետ, ԱԱԻ Անհետաձգելի բժշկության ամբիոնի դոցենտ

Անհետաձգելի օգնության բաժանմունք և հիվանդանոցի բուժանձնակազմ

**Երևանի պետական բժշկական համալսարան, 13 մայիսի, 2011թ.**

Գագիկ Սայադյան, աշխատակազմի ղեկավար

**Երևանի պետական հենակետային բժշկական քոլեջ, 16 մայիսի, 2011թ.**

Սերժ Մկրտչյան, տնօրեն

Դ. Հակոբյան, փոխտնօրեն

Արթուր Մարտիրոսյան, անհետաձգելի բուժքույրական օգնության ամբիոնի վարիչ

Դասախոսներ և ուսանողներ

**ԱՆ հումանիտար օգնության պահեստ, 16 մայիսի, 2011թ. Humanitarian Storage of Ministry of Health – May 16, 2011**

Վարդան Դավեյան, տնօրեն Vardan Daveyan, Director

Նվիրաբերված շտապ օգնության մեքենաներ և սարքավորում

**Պետական առողջապահական գործակալություն, 17 մայիսի, 2011թ.**

Արար Տեր-Գրիգորյան, տնօրեն

**Երևանի քաղաքապետարան, 18 մայիսի, 2011թ.**

Արմեն Ուլիխանյան, Առողջապահության վարչության պետ

**ՀՀ առողջապայության նախարարություն, 19 մայիսի, 2011թ.**

Սերգեյ Խաչատրյան, Առողջապահության փոխնախարար

**ՀՀ առողջապայության նախարարություն, 20 մայիսի, 2011թ.**

Հարություն Քուշկյան, Առողջապահության նախարար

Անհետաձգելի բուժօգնության հանձնաժողովի այլ անդամներ

*Հավելված Բ. Ուսումնասիրված փաստաթղթերի ցանկը*

- Aghababian RV, Levy K, Moyer P, *et al*, Integration of United States Emergency Medicine Concepts Into Emergency Services in the New Independent States, *Annals of Emergency Medicine*. September 1995. 26(3):368-375.
- Հայաստանի Հանրապետությունում շտապ օգնության համակարգի արդիականացման ռազմավարություն, ՀՀ առողջապահության նախարարություն
- Հայաստանի Հանրապետությունում դիսպետչերական ավտոմատ համակարգի ներդրման ծրագիր նախահիվանդանոցային շտապ օգնության ծառայության ոլորտում, ՀԲ, 2010թ.
- Շտապ օգնության կանչի քարտ (28.03.2003, հրաման #182), ՀՀ ԱՆ
- Շտապ օգնության հսկման քարտ (դիսպետչերական կենտրոն), ՀՀ ԱՆ
- Hirsch EE, Levy K, Trauma System Development in Armenia, *Journal of Medical Systems*. 1996. 20(2).
- HS-STAR ծրագրի նկարագիրը, Հավելված Բ, ԱՄՆ ՄԶԳ
- Միջոցառումներ/գործողություններ կապված Հայաստանի Հանրապետությունում շտապ օգնության համակարգի արդիականացման ռազմավարության իրականացման հետ, ՀՀ առողջապահության նախարարություն
- Բժշկական քարտ # 114-ա. Անհետաձգելի օգնության ուղեգրման թերթիկ (04.10.80, հրաման # 1030), ՀՀ ԱՆ
- ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման N1640 (13.10. 2010), Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգում շտապ օգնության արդիականացման ծրագրի ներդրման մասին, ՀՀ ԱՆ On the Introduction of

Emergency Medical Care Modernization Program in the Health Care System of the Republic of Armenia,” Armenian Ministry of Health

- ԱԱԻ Շտապ/անհետաձգելի օգնության դասընթացի օրակարգը, Անհետաձգելի օգնությունը նախահիվանդանոցային և հիվանդանոցային փուլերում, խմբային վերապատրաստման մեթոդ (բժիշկների, ընտանեկան բժիշկների, բուժքույրերի և ոչ բժշկական անձնակազմի համար)
- Առողջապահության փոխնախարար Սերգեյ Խաչատրյանի հետ ԱՄՆ ՄԶԳ հանդիպման արձանագրությունները, 02/22/11, ԱՄՆ ՄԶԳ
- Չինաստանի կառավարության կողմից նվիրաբերված շտապ օգնության մեքենաների տեխնիկական պարամետրերը

*Հավելված Գ. Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության վերլուծությունների քարտ*

<b>Սպասարկման տարածք</b>	<b>Կանչեր/արձագանք<sup>21</sup></b>	<b>Միավոր</b>
Սպասարկվող բնակչություն	1.1 միլիոն	
Սպասարկվող տարածք (քառ. մետր)	227 կմ <sup>2</sup>	
Սպասարկվող հաստատությունների թիվը	1 (բժշկական)	
Ներկա բյուջեն (ընդհանուր ՇՕ պետական ծառայությունները, ներառյալ դիսպետչերական ծառայությունը)	Մոտ 1,200,000,000	դրամ
<b>Հաղորդակցում իրականացնող հաստատություն (ՇՕՄ միայն)</b>		
	<b>Կանչեր/արձագանք</b>	
Դիսպետչերական ծառայության ներկա բյուջեն (միայն)	13,985,600	դրամ
Աշխատակիցների թիվը	32	
Հասցե	Երևան, Ջորափի 40,	
Բուժհաստատության շենքի տարիքը	58	տարի
Դիսպետչերական սենյակի տարածքը (քառ. մետր)	100	
Կառուցվածքային/ շրջակա միջավայրի խնդիրներ	Չեն դիտարկվել	
Բուժհաստատության պլանավորված բարեկարգում	Ներկայումս վերանորոգման մեջ	
<b>Տարեկան աշխատաձավալը (ՇՕՄ միայն)</b>		
Շտապ օգնության կանչերի ծավալը (գրանցված, մեքենա ուղարկված)	170,000	
Միայն զանգեր	142,350	
Կանչեր (մի քանի կանց մեկ դեպքի համար)	3,650	
Բժշկական խորհրդատվություն	7,300	
<u>Զանգերի տարեկան ընդհանուր ծավալը</u>	<u>327,300</u>	
Տարեկան զանգերի ուժը տոկոսն է փոխադարձ	7%	

<sup>21</sup> Մեծամասամբ ներկայացված են ազգային փորձագետների հաշվարկած թվերը, տվյալների համակարգի բացակայության պատճառով

օգնության նպատակով:

Դիսպետչերական ծառայության թեժ ժամերը	անհայտ
Դիսպետչերական ծառայության թեժ օրերը	անհայտ
Մեկ ժամվա ընթացքում զանգերի գազաթնակետը	անհայտ
Օրվա ընթացքում զանգերի գազաթնակետը	անհայտ

Շտապ օգնության զանգին պատասխանելու միջին ժամանակը	1-2 զանգ (ըստ հաշվետվության)
---	------------------------------

Ընդունող դիսպետչերից մինչև հաղորդող դիսպետչեր կանչի փոխանցման միջին տևողությունը	1 րոպե
--	--------

Հաղորդող դիսպետչերից մինչև ենթակայանի դիսպետչեր կանչի փոխանցման միջին տևողությունը	1 րոպե
--	--------

Ենթակայանի դիսպետչերից մինչև շտապ օգնության մեքենայի անձնակազմ կանչի փոխանցման միջին տևողությունը	1 րոպե
---	--------

Պատահարին/կանչին արձագանքելու միջին ժամանակը (շտապ օգնության մեքենան ճանապարհին է)	3 րոպե
--	--------

<u>Շտապ օգնության կանչին արձագանքելու միջին ընդհանուր ժամանակը (զանգին պատասխանելուց մինչև ճանապարհվելը)</u>	<u>6 րոպե</u>
--	---------------

Կանչի վայր հասնելու միջին ժամանակը (Երևան)	8 րոպե
--	--------

Առավելագույն ժամանակն ըստ մեթոդական ցուցումների	60 (90 րոպե, եթե փոխադրվում է հիվանդանոց)
---	---

նոր կանոնակարգումներով ժամանակը նվազեցվում է մինչև 30 րոպե

**Կենտրոնական 1-03 ծառայությունը և հեռախոսակապի համակարգը**

Գծեր	8
Զանգերին պատասխանելու համար համապատասխան տեղեր	8
Թվային հեռախոսներ/մոդեմներ	8
Ռադիոկապի սարքեր	4
Սովորական հեռախոսագիծ	3
Ուղիղ գծեր ենթակայանների հետ	7
Բջջային հեռախոսներ	5

Ականջակալներ 0

**Ենթակայանի հեռախոսակապի համակարգը**

Ենթակայանի գծեր (ընդհանուր) 7

Յուրաքանչյուր հաստատության գծերը 1

Զանգերին պատասխանելու համար  
համապատասխան տեղեր 1

Ռադիոկապի սարքեր 1

Սովորական հեռախոսագիծ 1

Ուղիղ գիծ կենտրոնական կայանի հետ 1

Բջջային հեռախոսներ 1

Ականջակալներ 0

Համակարգիչներ 0

**1-03 ծառայության կենտրոնական կայանի հարցերը**

Ում զանգերին էք Դուք պատասխանում:

Ում էք ուղարկում համաձայն կանչի:

Ում էք փոխանցում զանգերը:

Ունեք տվյալների պահպանման համակարգ:

Երևանի բնակչությունը  
+ ամբողջ երկրի  
տարածքից բջջային  
հեռախոսներից  
կատարված զանգերը  
Ոչ մեկին  
Երևանի  
ենթակայաններին+  
շրջանային  
հիվանդանոցներին  
Ոչ

**Զանգերի ընդունման կենտրոն**

Օդափոխիչ

Զանգեր ընդունողների տեղեր

UPS

Գեներատորներ

Լրացուցիչ էլետրաէներգիայի գիծ

Համակարգիչ

Այո (25 տարվա  
վաղեմության)

8

Ոչ

Ոչ

Ոչ

1

Տեղական համացանց/LAN/WAN

Թիվ/քանակ

Տեղական համացանց 1 - PSC-ն ունի իր առանձին  
մասը

Տվյալների հեռահաղորդման գծեր/մի քանի գծեր

Այո



Տվյալների հաղորդման մի քանի գծեր  
 Կետից կետ հաղորդման կոնֆիգուրացիաներ - չկա  
 Բազմակի փոխանցման կոնֆիգուրացիաներ - չկա  
 Բազմագիծ մատակարարում տրամադրված  
 շրջանային SS պատասխանատուից

**Տրամադրել տեղական տարածքային համացանցի վերաբերյալ հետևյալ տեղեկությունները**

Համացանցում օգտագործվող մեթոդական  
 ցուցումներ Անհայտ  
 Համացանցի արագությունը Անհայտ  
 Համացանցի սպասարկումը SS աշխատակից չկա  
 Ինչպես է կատարվում համացանցի սպասարկումը Անհայտ

<b>Դիսպետչերական կայանի աշխատակազմը</b>	<b>Մեկ հերթափոխում</b>	<b>Ընդհանուր (բոլորը մեկ հաստիքով)</b>
Զանգ ընդունողներ	4	20
Դիսպետչերներ, (ելքային) փոխանցումներ	4	20
Դիսպետչերներին վերահսկող անձնակազմ (բժիշկներ)	2	10
Բաժանմունքի պետ	1	1
Տեղակալ օպերատիվ ծառայության գծով	1	1
Տեղեկատվական տեխնոլոգիաների մասնագետներ	0	0
Վարչական աշխատակազմ	1	1
Վերապատրաստող աշխատակազմ	0	0
Վիճակագրության բաժանմունք	4	4
Հաշվապահություն	4	4

**Աշխատակազմ**

09.00 հերթափոխ,  
 24-ժամյա  
 հերթապահություն  
 Հերթափոխի ժամանակացույցը  
 Ամսական հերթափոխերի միջին թիվը 9 Չի գերազանցում

**Վերապատրաստում**

Վերապատրաստողի հաստիք կա՞ : Ոչ  
 Բժշկական դիսպետչերական տեղեկատվական ո՞ր համակարգից է օգտվում ծառայությունը: Ոչ մի  
 Անհետաձգելի բժշկության ինչպիսի՞ վերապատրաստում են անցնում դիսպետչերները: Ոչ մի  
 Ո՞վ է իրականացնում վերապատրաստումը և Ոչ կիրառելի

լիցենզավորումը:

Ի՞նչ տեսակի աշխատանքային կայաններ կան վերապատրաստման կենտրոնում:  
 Քանի՞ աշխատանքային կայան կա վերապատրաստման կենտրոնում:

Ոչ մի

Ոչ մի

**Դիսպետչերական համակարգի սարքավորում**

CAD համակարգ

Ոչ մի

AVL

Ոչ մի

**Ռադիոկապի համակարգ**

Նշումներ

Առկա են ռադիոկապի հին սարքեր, որոնք չեն օգտագործվում

Միայն շտապ օգնության մեքենաներում Բջջային հեռախոսները չեն աշխատում զանգվածային արտակարգ իրավիճակներում

Արտադրանք/տեսակ/տարիք

Անհայտ

PS համակարգի տեսակը T

Անհայտ

Հաղորդակցման հաճախականությունները (VHF,UHF,800MHz)

Անհայտ

Արդյո՞ք VHF համակարգը համատեղելի է նեղ գոտու/զծի պահանջների հետ:

Անհայտ

Մեկ դիրքով, ցանցով, ընտրության

Անհայտ

հնարավորությամբ, հաղորդող սարք

Ռադիո ալիքների թիվը. անալոգային / թվային

4

Ռադիոկայանների թիվը

Անհայտ

Ռադիոհաղորդիչ կենտրոնների թիվը

Անհայտ

Կրկնող/ընդունող կենտրոնների թիվը

Անհայտ

Մեքենաներում ռադիոսարքերի թիվը

36

Շարժական ռադիոսարքերի թիվը

0

MDT/նոսրությունների թիվը

0

Alpha թվային փեյջերների թիվը

0

Դիսպետչերական վահանակների թիվը

0

Միկրոալիքային կենտրոնների թիվը

0

Մալուխային կենտրոնների թիվը

0

## *Հավելված Դ. Դիսպետչերական սարքավորման համակարգի պահանջները*

### **Անդրադարձ**

Այս հատվածում ներկայացվում են Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության համար առաջարկվող CAD/AVL համակարգի նվազագույն պահանջները:

Նոր CAD համակարգը դիսպետչերների և նրանց ղեկավարների համար հասանելի կդարձնի գործիքներ, որոնք թույլատրում են տեղեկությունների փոխանակում շտապ օգնության մեքենաների վերաբերյալ կառավարական այլ գործակալությունների հետ: Սա 1-03 շտապ օգնության ծառայության ինտեգրված, համապարփակ հեռախոսահամարի հիմքը կլինի:

Քանի որ CAD համակարգը հետագայում կարող է ինտեգրվել արտաքին համակարգերի և նախաձեռնությունների հետ (ներառյալ ոստիկանության և հրշեջ ծառայության համակարգերը), անհրաժեշտ է, որպեսզի CAD համակարգը հիմնված լինի լայնատարած տեխնիկական չափորոշիչների վրա, որոնք թույլատրում են ինտեգրում և փոխգործակցելի են արտաքին հաստատությունների հետ:

### **Համակարգի ֆունկցիոնալությունը**

Նոր համակարգից պահանջվող գործառույթները պետք է ընդգրկեն հետևյալը, սակայն սահմանափակված չլինեն դրանցով.

- Ծառայության և պատահարների հետ կապված զանգերի արագ մշակում/փոխանցում,
- Ճշգրիտ բաժնի առաջարկում,
- Շտապ օգնության մեքենայի գտնվելու վայրի արդյունավետ որոշում,
- Տարբեր փոխանցումների իմացություն և կատարում, որոնք դիսպետչերը պետք է գրեթե միաժամանակ կատարի,
- Արագ արձագանքում օգտագործողի հրահանգներին,
- Նվազագույն թվով քայլեր որևէ գործողություն կատարելու համար,
- Տեղեկատու տվյալների ավտոմատ ստուգում միջադեպի տվյալների մուտքագրման ժամանակ
- Էկրանի օգտագործման լավ կազմակերպված, դյուրմբռնելի ձևաչափ,
- Աջակցող Էկրան, որը թույլ կտա մեկ կոճակի կամ մկնիկի սեղմումով կատարել առաջադրանքը,
- Մուտքագրվող տվյալների ավտոմատ վավերականացում/հաստատում կիրառելի արժեքների համակարգում, երբ ոչ կիրառելի արժեք է մուտքագրվում:

### **Կոմպյուտերիզացված դիսպետչերական (CAD) ծառայության անդրադարձ**

Հետևյալ ամփոփ նկարագիրը ներկայացնում է CAD համակարգի ցանկալի գործառույթները.

- Կանչի ընդունում/միջադեպի մուտքագրում
  - Համակարգը պետք է ունենա կանչերի ստուգման, վերլուծության, դասակարգման և գերակայության որոշման ավտոմատ գործընթաց նախքան փոխանցելը և ավտոմատ անցնի նոր զանգի տարածք, երբ նոր զանգ է գալիս:
- Փոխանցում
  - Դիսպետչերը պետք է հնարավորություն ունենա ընտրելու զանգերն ըստ գերակայության, ժամանակի և առանձնահատկության
  - CAD-ը պետք է հնարավորություն ունենա միաժամանակ մշակելու մի քանի առաջնահերթություններ և ծառայություններ և կարողանա հերթագրել զանգերը
  - Համակարգը պետք է տրամադրի տվյալներ շենքի պատմության, վիճակի, վայրի վերաբերյալ և տրամադրի դինամիկ առաջարկություններ, այն պետք է փոխադրամիջոցի փոփոխման հնարավորություն տա (օրինակ՝ առկա մեքենայի փոխարեն ճանապարհին կամ վայրում գտնվող մեքենայի օգտագործում)
- Ավտոմատացված փոխադրամիջոցի (AVL) ֆունկցիոնալություն
  - Պետք է դիսպետչերների տրամադրության տակ լինի շտապ օգնության մեքենաների արդյունավետ շահագործման համար՝ կապված կանչի վայրին ամենամոտը գտնվելու փաստից
  - AVL համակարգը պետք է ամբողջությամբ ինտեգրվի CAD համակարգի հետ, որպեսզի ցուցադրի փոխադրամիջոցների գտնվելու վայրի իրական պատկերը և առաջարկություններ կատարի, որ փոխադրամիջոցն է առավել հարմար ըստ գտնվելու վայրի
- Վերահսկման ֆունկցիոնալություն
  - Վերահսկողները պետ է հնարավորություն ունենան հսկելու CAD-ի գործունեությունը
- Միօրինակ/ստանդարտ հաշվետվություն
  - Պետք է տարբեր պարամետրեր օգտագործելու ճկունություն ունենա
  - Նոր հաշվետվությունները կպատրաստվեն CAD համակարգի կամ մեկ այլ/երրորդ համակարգի հաշվետվության պատրաստման գործիքի միջոցով
  - Պետք է կարողանա փոխանցել տվյալները այլ/երրորդ կողմի օգտագործման համար

- Օգտագործման գրաֆիկական ինտերֆեյս
  - Պետք է ունենա միօրինակ/ստանդարտ ինտերֆեյս՝ մենյու, ստեղնաշարային ընդունված գործառույթներ օպերատորական աշխատանքի և նավիգացիայի համար
  - Բոլոր համակարգիչների տեղեկությունները պետք է շարունակաբար, ավտոմատ թարմացվեն

## Տեխնիկական պահանջներ

- Չափանիշների հետևողականություն
  - Պետք է հետևի ընդունված չափանիշներին՝ առաջին արձագանքողներին և անհետաձգելի իրավիճակների համակարգման կենտրոնի ղեկավարներին տեղեկություններ տրամադրելու նպատակով
  - Համակարգը պետք է ունենա կիրառման ծրագրավորման ինտերֆեյս, որը համատեղելի է արտադրության չափորոշիչների հետ և արդիական է տեղադրման ժամանակ
- NG-911
  - Համակարգչային ծրագիրը պետք է համատեղելի լինի հաջորդ սերնդի 911 նախաձեռնության չափորոշիչների հետ
- Տեղեկությունների փոխանակման ազգային մոդել (NIEM)
  - Պետք է ունենա CAD NIEM- XML-ի հետ համատեղելի սխեմաներ՝ տարբեր գործակալությունների հետ տեղեկությունների փոխանակման համար
- CAD-ի հետ համատեղելի տվյալների բազայի պլատֆորմ
  - Պետք է լինի Oracle on UNIX սերվեր կամ SQL սերվեր Windows սերվերների վրա
  - Պետք է ամբողջովին մատչելի լինի SS ոլորտի Երևանի մասնագետներին
- Համակարգեր
  - Աշխատանքային գործունեության վայր/տեղ
    - Պետք է օգտագործեն ժամանակակից Microsoft Windows փաթեթը որպես օպերացիոն համակարգ
  - Սերվերի օպերացիոն համակարգը

- Պետք է օգտագործեն ժամանակակից Microsoft Windows փաթեթը որպես օպերացիոն համակարգ
- Ցանցային ենթահամակարգ
  - Պետք է կարողանա գործել Երևանի կենտրոնական դիսպետչերական ծառայության լայնություններում, որը բարձր որակի չէ, կամ տրամադրի սարքավորում ցանցի մակարդակը բարձրացնելու համար
  - Համակարգը չպետք է կախված լինի բարձր լայնության հնարավորությունից կամ բարձրորակ ինտերնետ կապից

### Տեխնիկական միջավայրը

- Խափանում և անջատում
  - Պետք է ավտոմատ կարողանա պահպանել համակարգային կարողությունները և վերականգնվել
  - Համակարգը պետք է կատարի պահպանման աշխատանքն՝ չխանգարելով համակարգի աշխատանքին
- CAD համակարգի վստահելիությունը և մատչելիությունը
  - Առօրյա օժանդակությունը կամ համակարգի ադմինիստրատորական գործընթացները պետք է ընթանան առանց համակարգի անջատման կամ վերագործարկման.
- ԵՏՀ/GIS և հասցեներ
  - Պետք է ունենա քարտեզներ՝ համակարգի GIS պահանջներին համապատասխան
    - Գերադասելի են այնպիսի քարտեզներ, որոնք պարունակում են փողոցների անունները, քաղաքի սահմագծերը, տեսարժան վայրերը և/կամ այլ կարևոր տվյալներ Երևանի վերաբերյալ
    - Պետք է ունենա ESRI-բազայի տվյալների փոխակերպման և CAD-ի geo-file համակարգում օգտագործման հնարավորություն
    - Պետք է նաև կարողանա անմիջականորեն կապվել Երևանի GIS տվյալների բազային նվազագույն փոխակերպմամբ կամ առանց փոխակերպման

- CAD-ի geo-file համակարգում կատարված թարմացումները պետք է հեշտությամբ և ճշգրիտ փոխակերպվեն և փոխանցվեն CAD-ի GIS տվյալների բազա և հակառակը
  - Նորացված geo-ֆայլերի ինտեգրումը CAD միջավայր պետք է իրականացվի առանց համակարգի գործունեության խաթարման
  - CAD-ը պետք է կարողանա համակցել AVL ֆունկցիոնալությունը դիսպետչերական գործընթացի հետ
  - CAD GIS համակարգը պետք է կարողանա ընդունել X, Y կոորդինատները և ցույց տա միավորների գտնվելու վայրը GIS քարտեզի վրա
- Ինտերֆեյսի պահանջներ
  - Պետք է կարողանա տրամադրել միօրինակացված տվյալներ, օրինակ՝ Oracle, SQL Server և MS Excel այլ համակարգերում մուտքագրելու համար
  - CAD GIS համակարգը պետք է կարողանա ընդունել X, Y կոորդինատները կամ հասցեները, որը կհամալրի AVL-ի տվյալների, քարտեզների կամ պատմության բազան
- CAD-ի հիմնական ինտերֆեյսը
  - Պետք է ընդգրկի.
    - Մոդուլներ և կիրառություններ
    - GIS/քարտեզներ
    - Մաստեր ժամացույց
    - LCD մոնիտորներ
  - Օգտագործման գրաֆիկական ինտերֆեյսը (GUI)
    - Պետք է ունենա միօրինակ/ստանդարտ ինտերֆեյս՝ մենյու, ստեղնաշարային ընդունված գործառույթներ օպերատորական աշխատանքի և նավիգացիայի համար
    - Բոլոր համակարգիչների տեղեկությունները պետք է շարունակաբար, ավտոմատ թարմացվեն
    - Օգտագործողի մուտքագրման (միջադեպի վերաբերյալ տեղեկություններ, կանչի փոխանցում և այլն) և մշտադիտարկման (միավորի կամ միջադեպի կարգավիճակի մանրամասները) էկրանները պետք է այնպես կոնֆիգուրացված լինեն, որպեսզի զանգերին պատասխանողները և

դիսպետչերները առնչվեն միայն մուտքագրման և մշտադիտարկման ձևերի հետ

- CAD/AVL և տվյալների բազայի ադմինիստրացիա
  - Պետք է ընդգրկի համակարգային ադմինիստրացիայի փաթեթ՝ ապահովելու Երևանի դիսպետչերական ծառայության համակարգի արդյունավետ շարունակական օպերացիոն աշխատանքը

## Անվտանգություն

- Պետք է ունենա անվտանգության կայուն վերահսկում
- Պետք է հնարավորություն տա բացելու տարբեր օգտագործողների պրոֆիլներ՝ անհատական նդասակարգման, ինչպես նաև ենթախմբային հիմունքներով, և տարբեր օգտագործողների տալ մուտքի տարբեր առավելություններ և իրավունքներ
- Պետք է առնվազն պարունակի հակավիրուսային և այլ համակարգչային ծրագրեր, ինչպես օրինակ՝ firewall, encryption, intrusion detection
- Գերադասելի է, որպեսզի համակարգն ունենա գործունեության մանրամասն աուդիտի, հաշվետվության տրամադրման հնարավորություն՝ ամբողջ CAD միջավայրում բոլոր օգտագործողների գործողությունների, առանձնացված վայրերի վերաբերյալ

## Նվազագույն տեխնիկական պահանջներ

- Պետք է ներառի ամբողջ համակարգի դիզայնը՝ սերվերների/աշխատանքի կետերի թիվը (օ.՝ CAD, AVL, GIS սերվերներ) և բոլոր անհրաժեշտ բաղադրիչների անվանացանկը
  - Աշխատանքի կետեր. 8 կետ (ներառյալ LCD էկրաններ, մալուխներ և այլ սարքավորում), որտեղից պատասխանելու են զանգերին և տրամադրեն դիսպետչերական ծառայություն. հետագայում կետերի թիվն ավելացնելու հնարավորություն
  - CAD տպիչներ. Մեկ լազերային տպիչ հաշվետվությունների համար: Տպիչը պետք է NIC ունենա, գունավոր լինի և կարողանա բռնել 20 էջ տպել
  - Համակարգային ադմինիստրատոր, GIS և այլ սերվերներ
  - Համակարգային մաստեր ժամացույց, մեկ



- Մեկ 50”, LCD մոնիտորներ, ներառյալ բոլոր տեխնիկական սարքերը (դիտելու CAD-ի միավորների/միջադեպերի կարգավիճակը, քարտեզները, ուշացող կանչերը)
- Շտապ օգնության մեքենաների համար պահանջվող սարքերի բաղադրիչներ
  - Սկզբում 50 մեքենայի համար, հետագայում 150 մեքենայի համար
  - GPS սարքեր և այլն
  - Կոնֆիգուրացված սարքավորում տեղական հաղորդակցման միջոցներով աշխատելու համար (օր.՝ GSM բջջային հեռախոս կամ այլ համակարգ)

*Հավելված Ե.Որակի սկզբնական ցուցանիշների առաջարկություն*

Ստորև առաջարկվում են որակի սկզբնական ցուցանիշներ Հայաստանում անհետաձգելի բուժօգնության ոլորտի համար: Նաև կից ներկայացված է *Կալիֆոռնիայի Vision Group-ի որակի հիմնական ցուցանիշները* որպես նախահիվանդանոցային հնարավոր ցուցանիշների ամբողջական ցանկ: Որակի բարելավումը պետք է կատարվի քայլ առ քայլ: Հայաստանը սկզբնական շրջանում պետք է ընտրի ՈԲ հիմնական ցուցանիշները և յուրաքանչյուր տարի ավելացնի լրացուցիչ տեղեկություններ և նպատակներ: Անհետաձգելի բուժօգնության կառուցվածքը և առողջապահական տեղեկատվական համակարգը պետք է թարմացվեն նման տեղեկություններ տրամադրելու համար:

<b>Առաջարկվող որակի հիմնական ցուցանիշներ՝ Հայաստանում շտապ բուժօգնության ծառայության համար</b>	
<i><b>Ցուցանիշ</b></i>	<i><b>Խնդիր</b></i>
<b>Դիսպետչերական ծառայություն</b>	
1-03 ՇԲԾ կանչերի ծավալը	Հաշվել 1-03 հեռախոսահամարով ՇԲԾ կանչերի թիվը 24 ժամվա ընթացքում
1-03 Ոչ անհետաձգելի բուժօգնության կանչերի ծավալը	1-03 հեռախոսահամարով կլինիկական խորհրդատվության նպատակով, ոչ անհետաձգելի բուժօգնության զանգերի տոկոսը
1-03 զանգից մինչև շտապ բուժօգնության մեքենային տվյալների փոխանցման տևողությունը	Հաշվել դիսպետչերի կողմից զանգի ընդունումից մինչև շտապ բուժօգնության մեքենայի կողմից կանչի ընդունման պահին ընկած միջին տևողությունը ըստ տարիների և վայրկյանների
Արձագանքման համար պահանջվող ժամանակը > 10 րոպե	Հաշվել դեպքերի տոկոսը, երբ կանչի վայր հասնելու համար ՇԲԾ մեքենայից 10 րոպեից ավել ժամանակ է պահանջվել
<b>Հասանելիություն և կիրառում</b>	
Արձագանքման ժամանակը	Հաշվել դիսպետչերական ծառայությունից մինչև կանչի վայր միջին ժամանակը
Արձագանքման ժամանակը > 8 րոպե	Հաշվել դեպքերի տոկոսը, երբ արձագանքման ժամանակը 8 րոպեից ավել է եղել
Կանչի վայրում անցկացված ժամանակը	Հաշվել կանչի վայրում ՇԲԾ անձնակազմի անցկացրած միջին ժամանակը
Կանչի վայրում ժամանակը > 30 րոպե	Հաշվել դեպքերի տոկոսը, երբ կանչի վայրում անցկացրած ժամանակը 30 րոպեից ավել է եղել

Տեղափոխման ժամանակը	Հաշվել կանչի վայրից հիվանդանոց տեղափոխման միջին ժամանակը
Տեղափոխման դեպքերի տոկոսը	Հաշվել դեպքերի տոկոսը, երբ կանչի արձագանքման արդյունքում հիվանդին տեղափոխել են հիվանդանոց
Ծառայության ժամանակը	Հաշվել հիվանդանոցից ՇԲԾ վերադարձի միջին ժամանակը
Տարածությունը	Հաշվել կանչի վայր հասնելու միջին տարածությունը
<b>Սրտի կանգ</b>	
Արհեստական շնչառություն անցորդների կողմից	Հաշվել հիվանդների տոկոսն, ովքեր ունեցել են սրտի կանգ և ստացել արհեստական շնչառության օգնություն անցորդներից, հետո բուժվել ՇԲԾ բուժանձնակազմի կողմից
Արհեստական շնչառություն բուժաշխատողի կողմից	Հաշվել հիվանդների տոկոսն, ովքեր ունեցել են սրտի կանգ և ստացել արհեստական շնչառության օգնություն ՇԲԾ բուժանձնակազմի կողմից
Դեֆիբրիլյացիա	Հաշվել հիվանդների տոկոսն, ում ՇԲԾ անձնակազմը կատարել է դեֆիբրիլյացիա սրտի կանգի պատճառով
<b>Կրծքավանդակի ցավ</b>	
Ասպիրինով վարում	Հաշվել սրտի հետ կապված կասկածներով կրծքավանդակի ցավից տառապող հիվանդների տոկոսն, ում նախահիվանդանոցային պայմաններում ասպիրին են տվել
Ժամանակը կանչի վայրում	Հաշվել սրտի հետ կապված կասկածներով կրծքավանդակի ցավից տառապող հիվանդների բուժման վրա ծախսած միջին ժամանակը կանչի վայրում
<b>Դժվարաշնչություն</b>	
Թթվածին	Հաշվել դժվարաշնչություն ունեցող հիվանդների տոկոսն, ովքեր թթվածին են ստանում ՇԲԾ անձնակազմի կողմից նախահիվանդանոցային պայմաններում
<b>Շնչառության կանգ</b>	
Առաջին օգնություն անցորդների կողմից	Հաշվել շնչառության կանգ (պուլս առանց շնչառության) ունեցող հիվանդների տոկոսն, ովքեր առաջին օգնություն են ստացել անցորդներից, այնուհետև բուժվել ՇԲԾ անձնակազմի կողմից
BVM-ի կիրառություն ՇԲԾ անձնակազմի կողմից	Հաշվել շնչառության կանգ ունեցող հիվանդների տոկոսն, ում կատարվել է BVM ՇԲԾ անձնակազմի կողմից
<b>Սուր վնասվածք</b>	
Բուժ առարկաներից ստացված վնասվածքների հաճախականությունը	Հաշվել բուժ առարկայից ստացված սուր վնասվածքների տոկոսը
Թափանցող/սուր առարկաներից ստացված վնասվածքների հաճախականությունը	Հաշվել թափանցող/սուր առարկայից ստացված սուր վնասվածքների տոկոսը

Մանկական վնասվածքների հաճախականությունը	Հաշվել երեխաների հետ կապված սուր վնասվածքների տոկոսը
Կանչի վայրում անցկացրած ժամանակը 10 րոպեից ավել է	Հաշվել սուր վնասվածքների տոկոսը, երբ կանչի վայրում անցկացրած ժամանակը 10 րոպեից ավել է
Տեղափոխման ժամանակը 10 րոպեից ավել է	Հաշվել սուր վնասվածքների տոկոսը, երբ տեղափոխման ժամանակը 10 րոպեից ավել է
<b>Հիվանդանոցային անհետաձգելի բուժօգնություն</b>	
Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքում մնալու ընդհանուր ժամանակը	Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքում անցկացրած ժամանակը՝ ընդունման պահից մինչև տեղափոխություն այլ բաժանմունք կամ դուրս գրում
Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքում մնալու ընդհանուր ժամանակն ավել է 6 ժամից	Անհետաձգելի բաժանմունքի հիվանդների տոկոսն, ովքեր բաժանմունքում 6 ժամից ավել ժամանակ են անցկացրել
Հեռացել է հիվանդանոցից առանց զննման	Հաշվել հիվանդների տոկոսն, ովքեր ընդունվելուց հետո հեռացել են առանց բժշկի զննման
Դասակարգված զննում նախքան բժշկի զննատուրը	Հիվանդների թիվն, ովքեր անցել են նախնական զննում մինչև անհետաձգելի բաժանմունքի բժշկի զննումը
Ասպիրինով վարում	Հաշվել սրտի հետ կապված կասկածներով կրծքավանդակի ցավից տառապող հիվանդների տոկոսն, ում հիվանդանոցային պայմաններում ասպիրին են տվել (կամ արդեն ստացել էին նախահիվանդանոցային պայմաններում)
Ասպիրինով վարում 20 րոպեի ընթացքում	Հաշվել սրտի հետ կապված կասկածներով կրծքավանդակի ցավից տառապող հիվանդների տոկոսն, ում ասպիրին են տվել անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունք ընդունվելուց հետո 20 րոպեի ընթացքում (կամ արդեն ստացել էին նախահիվանդանոցային պայմաններում)
<b>Կրթություն և վերապատրաստում</b>	
Անհետաձգելի բժշկության վերապատրաստում - հիմնական/ընդհանուր մեքենաներ	ՇԲԾ ընդհանուր մեքենաների անձնակազմի տոկոսն, ովքեր ընդհանուր վերալիցենզավորման վերապատրաստում են անցել վերջին 2 տարվա ընթացքում
Անհետաձգելի բժշկության վերապատրաստում - վերակենդանացման մեքենաներ	ՇԲԾ վերակենդանացման մեքենաների անձնակազմի տոկոսն, ովքեր վերակենդանացման վերալիցենզավորման վերապատրաստում են անցել վերջին 2 տարվա ընթացքում
Անհետաձգելի բժշկության կլինիկական օրդինատուրա բաժանմունքում	Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքների բժիշկների տոկոսն, ովքեր ընդգրկված են եղել Անհետաձգելի բժշկության կլինիկական օրդինատուրայի առնվազն մեկ տարվա դասընթացում

## *Հավելված 2. Շտապ բուժօգնության մեքենայի հաշվետվության պահանջներ*

### **Շտապ բուժօգնության մեքենայի կարգավիճակի կոդեր**

*Կարգավիճակի կոդերը* պետք է լինեն պարզ հայերենով (թվով 8 կոդ)

• Սա պետք է ներառի.

- *Մասշեղի*, երբ մեքենան կարող է արձագանքել պատահարին
- *Զբաղված անմատչելի*, երբ մեքենան կատարում է այլ պարտականություններ և չի կարող հասնել այլ պատահարի վայր
- *Տվյալները փոխանցված*, երբ մեքենայի հետ կապնվել են և պատահարի վերաբերյալ տվյալները փոխանցել արձագանքելու նպատակով
- *Ճանապարհին*, երբ մեքենան հայտնում է, որ ընթանում է պատահարի վայր համաձայն փոխանցված տվյալների
- *Հերթապահությունից/ծառայությունից դուրս*, երբ մեքենան չի կարող արձագանքել կանչին, սովորաբար, երբ անձնակազմն ավարտել է հերթապահությունը
- *Կանչի վայրում*, երբ մեքենան ժամանել է պատահարի/կանչի վայր
- *Տեղափոխում*, երբ մեքենան հեռանում է պատահարի վայրից և շարժվում դեպի հիվանդանոց: Օր.՝ մեքենան արձագանքում է կանչին, հաղորդում է, որ կանչի վայրում է, հիվանդին մեքենա փոխադրելուց հետո հաղորդում է, որ ճանապարհվում է դեպի հիվանդանոց
- *Հիվանդանոցային ծառայություն*, երբ մեքենան հասել է հիվանդանոց, սակայն չի կարող հեռանալ, քանի որ դեռ չկա հիվանդին ընդունող համապատասխան անձնակազմ կամ կարիք ունի մաքրման կամ այլ տեխնիկական սպասարկման նախքան կմեկնի:

### **Միջադեպերի կոդեր**

Հայաստանում կարիք կզգացվի մշակելու նախահիվանդանոցային դեպքերի/միջադեպերի կոդերի ցանկ, որը կհայտնի շտապ բուժօգնության կանչի տեսակը (օր.՝ *որովայնային*)

Միջադեպերի կողերը պետք է լինեն պարզ հայերենով (թվով 10 կող)

### **Բնույթի կողեր**

Պատահարի վերջում CAD համակարգը պետք է հուշի օգտագործողին մուտքագրել պատահարի բնույթը, ինչ է եղել կանչի վայրում հաշվետվության նպատակով.

- Կ-կեղծ պատահար
- Հ-հիվանդը հրաժարվել է տեղափոխվել հիվանդանոց
- Տ-տեղափոխված հիվանդ
- Ս-սպասարկված

### **Նշանավոր վայրեր**

Քարտեզի վրա պետք է նշված լինեն յուրաքանչյուր տեսարժան վայրի լայնակի և երկայնակի կոորդինատները:

*Հավելված Է. Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքի պահանջներ*

Տես Անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքների պահանջների վերաբերյալ առդիր փաստաթղթերը.

- ACEP Policy Statement (2007): Emergency Department Planning and Resource Guidelines
- Example Checklist for Pediatric Equipment
- Example ED Policy and Procedure Manual: Stony Brook University Hospital
- Example Crash Cart Inventory Checklist: Outpatient Surgery

*Հավելված Ը. Անհետաձգելի/շտապ բուժօգնության վերապատրաստման ծրագրի առաջարկություն*

Հայաստանում պետք է իրականացվեն միջազգային չափորոշիչների վրա հիմնված անհետաձգելի բուժօգնության վերապատրաստման դասընթացներ: Գործընթացը պետք է սկսել վերապատրաստողների վերապատրաստումից՝ կամ 6-10 հայ վերապատրաստողներ պետք է վերապատրաստվեն արտասահմանում կամ միջազգային փորձագետ հրավիրվի Հայաստան վարելու առաջին դասընթացը:

Դասընթացների ժամանակ անհրաժեշտ է ունենալ.

- Առավելագույնը 20 վերապատրաստվող լսարանում
- Առավելագույնը 8 վերապատրաստվող մեկ դասախոսի մոտ գործնական պարապմունքների ընթացքում
- Նոր մանեկեններ և վերապատրաստման սարքավորում
- Բաժանել բժիշկներին բուժքույրերից և վարորդներից
- Անհետաձգելի բուժօգնության տրամադրման ժամանակակից հմտություններ

Դասընթացները պետք է լինեն միջազգային չափանիշներին համապատասխան և ընդգրկեն հայկական ստանդարտ օպերացիոն պրոցեդուրաներ/ընթացակարգեր (ՍՕՊ): Միջազգային չափանիշներին համապատասխան դասընթացը կարող է կազմակերպվել արտասահմանում: ՍՕՊ վերապատրաստումը պետք է տեղի ունենա Հայաստանում:

Առաջարկվող վերապատրաստման դասընթացները ներառում են.

<u>Անհետաձգելի/շտապ բուժօգնության անձնակազմը</u>	<u>Առաջարկվող դասընթացներ</u>	<u>Առաջարկվող տևողությունը</u>
Բժիշկներ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կյանքի համար անհրաժեշտ հիմնական բուժօգնություն (BLS)</li> <li>• Մասնագիտացված կարդիոլոգիական բուժօգնություն (ACLS)</li> <li>• Մասնագիտացված բուժօգնություն երեխաներին (PALS)</li> <li>• Մասնագիտացված բուժօգնություն վնասվածքների ժամանակ (ATLS)</li> <li>• Մասնագիտացված արհեստական շնչառություն (օր. Շնչառական սարքերի</li> </ul>	4 շաբաթ



	<ul style="list-style-type: none"> <li>կիրառում և ինտուրացիա)</li> <li>• Հարբժշկական մակարդակի ՍՕՊ վերապատրաստում</li> </ul>	
Բուժքույրեր	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կյանքի համար անհրաժեշտ հիմնական բուժօգնություն (BLS)</li> <li>• Դասընթաց վնասվածքների վերաբերյալ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Բուժօգնություն վնասվածքների դեպքում բուժքույրերի համար կամ</li> <li>○ Կյանքի համար անհրաժեշտ միջազգային/հիմնական բուժօգնություն վնասվածքների դեպքում կամ</li> <li>○ Բուժօգնություն վնասվածքների դեպքում նախահիվանդանոցային պայմաններում</li> </ul> </li> <li>• EMT-B կամ EMT-I մակարդակի ՍՕՊ վերապատրաստում</li> </ul>	3 շաբաթ
Վարորդներ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կյանքի համար անհրաժեշտ հիմնական բուժօգնություն (BLS)</li> <li>• Վարորդական լրացուցիչ հմտություններ</li> </ul>	1 շաբաթ

Ինչպես նաև երեխաների անհետաձգելի բուժօգնության և կրիտիկական վիճակներում բուժօգնության դասընթացներ մարզերում: Առաջարկությունները ներառում են.

<u>Մանկական բուժանձնակազմ</u>	<u>Առաջարկվող դասընթացներ</u>	<u>Առաջարկվող տևողությունը</u>
Բժիշկներ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կյանքի համար անհրաժեշտ հիմնական բուժօգնություն (BLS)</li> <li>• Նորածնի վերակենդանացման ծրագիր</li> <li>• Մասնագիտացված բուժօգնություն երեխաներին (PALS կամ APLS)</li> <li>• Մասնագիտացված բուժօգնություն վնասվածքների ժամանակ (ATLS)</li> <li>• Մասնագիտացված արհեստական շնչառություն (օր. Շնչառական սարքերի կիրառում և ինտուրացիա)</li> <li>• Արհեստական շնչառության սարքերի</li> </ul>	4 շաբաթ

	Կիրառման դասընթաց	
Բուժքույրեր	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կյանքի համար անհրաժեշտ հիմնական բուժօգնություն (BLS)</li> <li>• Նորածնի վերակենդանացման ծրագիր</li> <li>• Դասընթաց վնասվածքների վերաբերյալ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Բուժօգնություն վնասվածքների դեպքում բուժքույրերի համար կամ</li> <li>○ Կյանքի համար անհրաժեշտ միջազգային/հիմնական բուժօգնություն վնասվածքների դեպքում կամ</li> <li>○ Բուժօգնություն վնասվածքների դեպքում նախահիվանդանոցային պայմաններում</li> </ul> </li> <li>• Ընդհանուր անհետաձգելի բուժօգնության դասընթաց/ Կրիտիկական վիճակներում բուժօգնության դասընթաց բուժքույրերի համար</li> </ul>	3 շաբաթ