ՀԱՅԱՍՏԱՆ 2019

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Երևան

2019

ՀՏԴ 614
ԳՄԴ 51.1
Ա 720

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2019/
Ա 720 Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարչյան, Լ. Բիձյան, Ա. Թորոսյան, Մ. Միրզոյան, Շ.Սարգսյան,.-Երևան:
ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2020.- էջ 70:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2019 թվականի տասներորդ զեկույցում ներկայացված է ՀՀ բնակչության ժողովրդագրական, առողջությունը բնութագրող ինչպես նաև հիվանդացության և մահացության տվյալների վերլուծությունն՝ ըստ առավել տարածված նոզոլոգիաների, սեռատարիքային խմբերի: Զեկույցում արտացոլված են Առողջության չափորոշիչների և գնահատման միջազգային ինստիտուտի Հիվանդությունների համաշխարհային բեռի գործիքի միջոցով վերլուծված առողջապահական վիճակագրական տվյալները՝ ըստ երկրների և ժամանակաշրջանների:

ԱՀԳԳ զեկույցը նախատեսված է առողջապահական համակարգի կազմակերպիչների, առողջապահության ոլորտի փորձագետների, բժիշկների և առողջապահական համակարգի հարցերով զբաղվող և հետաքրքրվող այլ մասնագետների համար:

ՀՏԴ 614
ԳՄԴ 51.1

ISBN 978-9939-879-52-9

© ՀՀ ԱՆ «Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2020

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	**5**
Զեկույցի աղբյուրները	7
Առողջության վիճակ	8
Ժողովրդագրական բնութագիր. բնակչության թվաքանակը և կազմը	9
Բնակչության բնական շարժը	12
Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս	15
Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս	16
ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆ	17
Մահացության պատճառները	18
Վաղաժամ մահացություն	28
Նորածնային, մանկական, երեխաների մահացություն	33
Մայրական մահացություն	38
ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ	41
Հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիները	47
ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ	51
Ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ ընտրանքային հետազոտության արդյունքների	56

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱՉԳՄԻ	Առողջության չափորոշիչների և գնահատման միջազգային ինստիտուտ
ԱՀԳԳ	Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում
ԱԲ-ԵՏՇ	«Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարան
ԱԿՆ	Առողջապահության կադրային ներուժ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՊՀ	Անկախ Պետությունների Համագործակցություն
ԱՊՔ	Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ
ՎԿ	Վիճակագրական կոմիտե
ԱՏՎԱԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոն
բ.թ	բացարձակ արժեք
ԵՊԲՀ	Մ. Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարան
ԶԳ	Զարկերակային գերճնշում (ԶԲՃ զարկերակային բարձր ճնշում)
ԶՃ	Զարկերակային ճնշում
ԹՔՕՀ	Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն
ԿԿՏ	Կորցրած կյանքի տարիներ
ԿՔ	Կրծքագեղձի քաղցկեղ
ՀԱՏ	Հաշմանդամությամբ ապրած տարիներ
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՀԲ	Հիվանդությունների համաշխարհային բեռ
հ.թ.	Հարաբերական թիվ
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների 10-րդ վերանայման վիճակագրական դասակարգիչ
ՄԱԲՀ	Միավորված ազգերի կազմակերպության բնակչության հիմնադրամ
ՄԶԳ	Մարմնի զանգվածի գործակից
ՇԴ	Շաքարային դիաբետ
ՇՄԶ	Շարունակական մասնագիտական զարգացում

ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություններ
ՌԳ	Ռիսկի գործոն
ՍԻՀ	Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՍՍԻ	Սրտամկանի սուր ինֆարկտ
ՎԻ	Վստահության ինտերվալ
ՌԻԱՀ	Ուղեղանոթային հիվանդություններ

ԱՀԳԳ զեկույցում ներկայացված տվյալների օգտագործման դեպքում հղում տալ՝ «Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, 2019», Երևան, 2019թ.:

Զեկույցի աղբյուրները

ԱՀԳԳ զեկույցում վերլուծվել են ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ շտեմարանի տվյալները, «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքում[1] ներկայացված ՀՀ բնակչության առողջության և առողջապահության համակարգի գործունեությունը բնութագրող առանցքային ցուցանիշները, ինչպես նաև Առողջության չափորոշիչների և գնահատման միջազգային ինստիտուտի (ԱՉԳՄԻ) Հիվանդությունների համաշխարհային բեռի (ՀՀԲ) գործիքի միջոցով վերլուծվել են առողջապահական վիճակագրական տվյալները[2]՝ հավաքագրված 1990-2017 թվականներին, ըստ երկրների, սեռատարիքային խմբերի և տարածվածության:

ՀՀ բնակչության ժողովրդագրական իրավիճակի (ծնելիության, մահացության, բնակչության թվաքանակի և այլն) վերլուծությունն իրականացվել է՝ ըստ ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտեի (ՎԿ) տվյալների:

«Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարանի (ԱԲ-ԵՏՇ) հիման վրա վերլուծվել են բնակչության կյանքի միջին տևողությունը, մահացությունը, հիվանդացությունը և կադրային ներուժի առկայությունն՝ ըստ երկրների/երկրների խմբերի:

ԱՀԳԳ 2019 զեկույցը նաև ներառում է հիվանդությունների ռիսկի գործոնների (ՌԳ) տարածվածության վերլուծությունը: ՈՎՀ ՌԳ վերլուծությունն, ըստ երկրների, իրականացվել է ԱՉԳՄԻ ՀՀԲ գործիքի միջոցով, որը հիմնված է ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտությունների և ՈՎՀ ռիսկի գործոնների STEPS ազգային հետազոտության տվյալների վրա:

ՈՎՀ տնտեսական բեռի ներկայացման նպատակով օգտագործվել է «ՈՎՀ կանխարգելումը և հսկողությունը Հայաստանում. ներդրումները հիմնավորող փաստարկներ» 2019թ. զեկույցը:

Վերլուծություն կատարելիս օգտագործվել են նաև միջազգային այլ զեկույցներ:

[1] http://nih.am/am/subdivisions/health_analytical_center?block=statistical_yearbooks
[2] http://www.healthdata.org/

Առողջության վիճակ

Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը և ուղղակիորեն կախված են որոշ գործոններից՝ ժառանգական նախատրամադրվածությունից, սեռից, տարիքից, ապրելակերպից՝ վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններից (անառողջ սննդակարգ, ծխախոտի օգտագործում, ալկոհոլի չարաշահում, ֆիզիկական թերակտիվություն, զարկերակային բարձր ճնշում (ԶԲՃ), արյան մեջ գլուկոզի և քոլեսթերինի պարունակության բարձր մակարդակ), ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակից. սոցիալական աջակցության բացակայությունից, աշխատավայրում և ընտանեկան կյանքում մշտական լարվածությունից, կրթական մակարդակից, շրջակա միջավայրից և առողջապահական համակարգի գործունեությունից, վերջինիս դերակատարումը բնակչության առողջության պահպանման գործընթացում կազմում է ընդամենը 20%[3] (ԱՀԿ):

Բնակչության առողջության գնահատումը հնարավորություն է ընձեռնում բնութագրել երկրի ժողովրդագրական և սոցիալ-տնտեսական վիճակը, իրականացնել հիվանդությունների բացասական տնտեսական հետևանքների գնահատում, ինչպես նաև հիմնավորված միջոցառումներ բնակչության առողջության առկա հիմնախնդիրները լուծելու ուղղությամբ:

[3] https://www.who.int/healthpromotion/social-mobilization/en/

Ժողովրդագրական բնութագիր. բնակչության թվաքանակը և կազմը

2019թ.-ի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թիվը կազմել է 2965300 մարդ, 2017թ.-ի համեմատությամբ այն նվազել է 20800-ով[4] (Գծապատկեր 1), որը բացատրվում է հաշվետու ժամանակաշրջանում արձանագրված բնակչության բնական հավելաճի և միգրացիայի մնացորդի (գնահատված[5]) ցուցանիշների ազդեցությամբ (ՀՀ ՎԿ, 2018):

2019թ.-ին քաղաքային մշտական բնակչության մասնաբաժինը կազմել է 63.9%, իսկ գյուղական բնակչությանը՝ 36.1%: Տղամարդիկ կազմել են բնակչության 47.3%-ը, կանայք՝ 52.7%-ը:

Համաձայն ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի՝ եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում է 7%-ից ավել, ապա դա փաստում է տվյալ բնակչության ծերացման մասին:

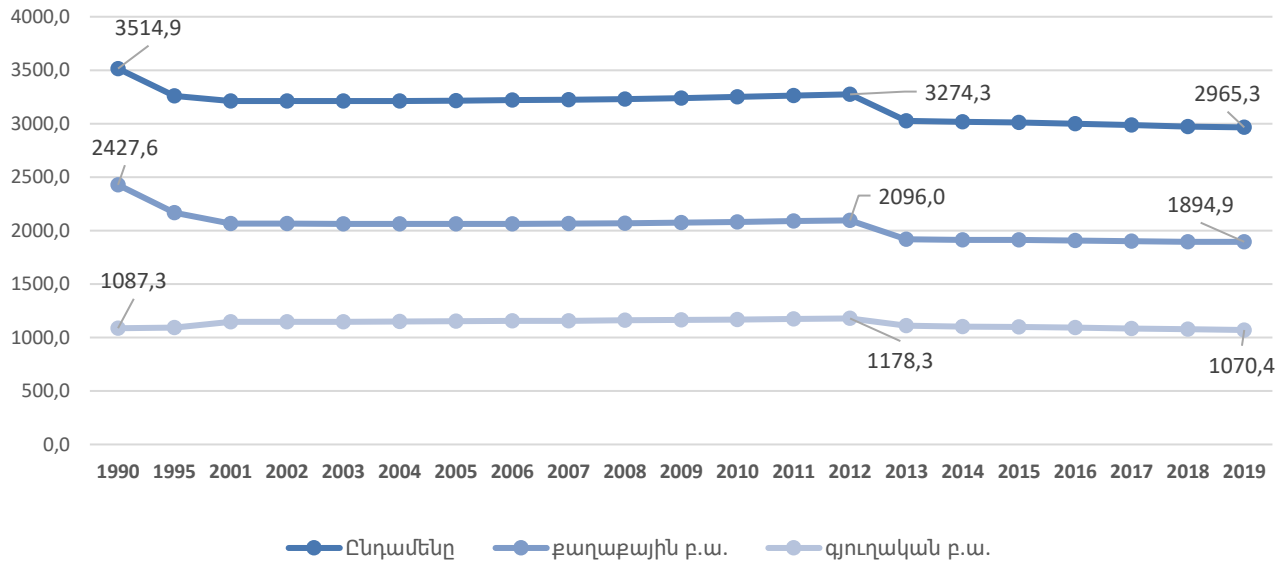
Բնակչության ծերացումը երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության վերարտադրության, ծնելիության, մահացության և դրանց հարաբերակցություններում տեղ գտած տեղաշարժերի և մասամբ արտագաղթի հետևանք է:

Բնակչության ծերացման հետևանքների հաղթահարումը, ինչպես նաև տարեցների սոցիալական պաշտպանության խնդիրները ՀՀ-ի սոցիալական քաղաքականության գերակա ուղղություններից են: Երկու տասնամյակ առաջ ՀՀ-ն որդեգրել էր տարեցների սոցիալական կարիքների, մասնավորապես՝ նյութական ապահովմանն ուղղված քաղաքականություն: Ներկայումս տարեց բնակչության պահանջմունքները, բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիությունը, սոցիալական պաշտպանությունը և խնամքը հանդիսանում են առաջնահերթություն[6] (ՀՀ կառավարության նիստի արձանագրություն, 2017): 1990-2018թթ. ժամանակահատվածում հանրապետության մշտական բնակչության կառուցվածքում 0-14 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը նվազել է 1.5 անգամ (1990թ.-ին կազմում էր 30.5%, 2018թ.-ին՝ 20.2%):

[4] https://www.nih.am/am/subdivisions/health_analytical_center?block=statistical_yearbooks
Ցուցանիշները վերագնահատվել (ճշգրտվել) են հաշվետու ժամանակաշրջանին նախորդող տարվա՝ Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության արդյունքներով ձևավորված, միգրացիոն գործընթացներն արտացոլող ամփոփ ցուցանիշների հիման վրա, մանրամասն մեթոդաբանական պարզաբանումները տես՝ http://www.armstat.am/am/?nid=82&id=1547:

[6] http://www.mtad.am/u_files/file/Hayecakarger/20-2ardz_voroshum.pdf

Գծապատկեր 1. ՀՀ մշտական բնակչությունը (հազար մարդ), 2018



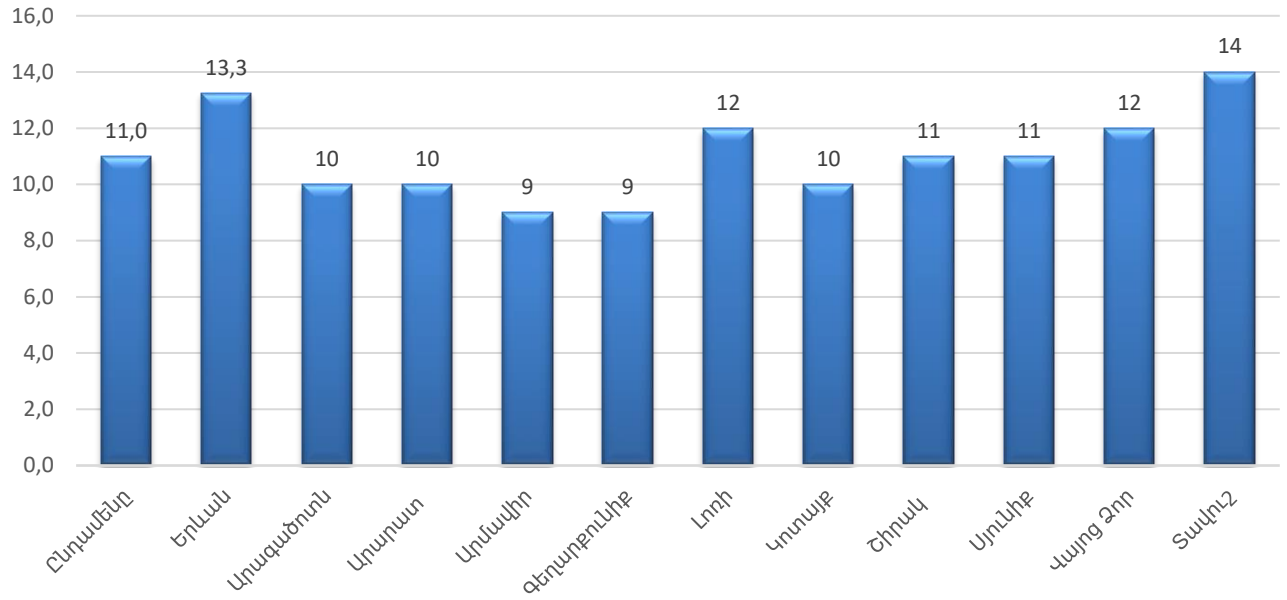
Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2019

ՄԱԿ-ի գնահատմամբ՝ Հայաստանը հայտնվել է ծերացող հասարակությունների վերին շեմին, 2019թ.-ի հունվարի 1-ի դրությամբ Հայաստանում 65 և բարձր տարիքի բնակչության քանակը կազմել է 12.8%, ինչը 5.8%-ով բարձր է ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի սահմանած շեմից:

Համաձայն ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի (ՄԱԲՀ) կանխատեսումների՝ ծերացմանն ուղղված համապատասխան միջոցառումների ոչ լիարժեք իրականացման կամ բացակայության դեպքում 2050թ.-ին այդ ցուցանիշը կկազմի 22-23%:

Գծապատկեր 2-ում ներկայացված է ՀՀ բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչության մասնաբաժինն՝ ըստ մարզերի: Տվյալները փաստում են, որ ծերացման ցուցանիշները համեմատաբար բարձր են Տավուշի, Լոռու, Վայոց Ձորի մարզերում և Երևան քաղաքում:

Գծապատկեր 2. ՀՀ 65 և բարձր տարիքի բնակչության % ըստ մարզերի, 2019



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2019

ՀՀ բնակչության ծերացման հետևանքների հաղթահարման և տարեցների սոցիալական պաշտպանության նպատակով մշակվել և ՀՀ Կառավարության 2017 թ.-ի մայիսի 8-ի նիստի թիվ 20 արձանագրությամբ հաստատվել է «Ծերացման հետևանքների հաղթահարման և տարեցների սոցիալական պաշտպանության 2017-2021 թվականների ռազմավարություն»-ը և իրականացվելիք միջոցառումների ծրագիրը: Ռազմավարության հիմնական նպատակն է ստեղծել բարենպաստ և առողջ միջավայր տարեց մարդկանց համար՝ ապահովելով նրանց արժանապատիվ կյանք:

Սույն ռազմավարությունը մշակելիս հաշվի են առնվել միջազգային քաղաքական հետևյալ երեք փաստաթղթերը.

1) ՄԱԿ-ի «Ծերության խնդիրների վերաբերյալ Մադրիդի միջազգային գործողությունների պլանի ռեգիոնալ իրականացման ռազմավարություն»-ը (2002թ.)
2) ԱՀԿ-ի «Ծերացման և առողջության զեկույց»-ը (2015թ.)
3) Վիեննայի նախարարների հռչակագրի չորս հիմնական նպատակները (2012թ.):

Բնակչության բնական շարժը

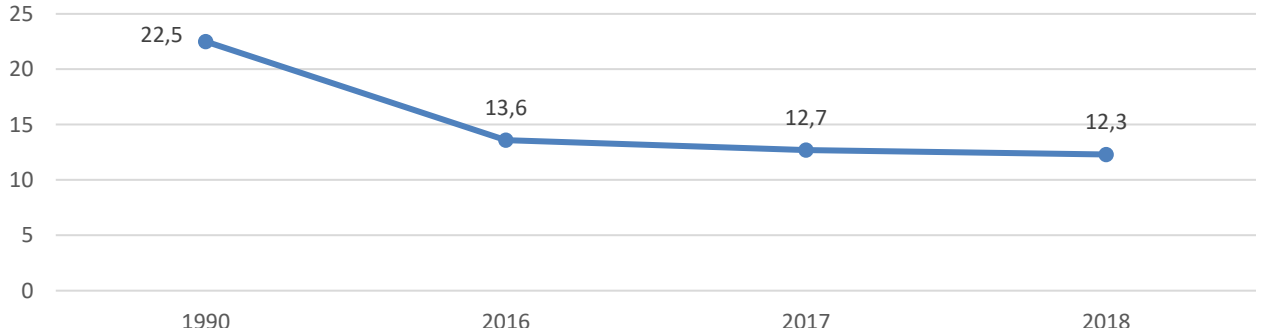
Հայաստանում արձանագրված տնտեսական, սոցիալական և քաղաքական անկայուն իրավիճակն իր ազդեցությունն է ունեցել նաև ժողովրդագրական իրավիճակի վրա:

ՀՀ բնակչության ավելացմանը նպաստում է բնական աճը՝ ծնելիության բարձր մակարդակն ու մահացության աստիճանային նվազումը:

Ըստ ՀՀ ՎԿ հրապարակումների, ծնելիության գումարային գործակիցը 2019թ.-ին կազմել է 1.6, ինչը բավականին ցածր է անգամ պարզ վերարտադրության համար անհրաժեշտ՝ 2.15 մակարդակից (1990թ.-ի ցուցանիշը եղել է 2.6):

1990թ.-ից ի վեր ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, որը բնութագրում է հաշվետու ժամանակաշրջանում կենդանի ծնվածների թվաքանակը 1 000 բնակչի հաշվով, շարունակաբար նվազել է (1990թ.-ին՝ 22.5‰, 2000թ.-ին՝ 10.6‰, 2010թ.-ին՝ 13.8‰, 2019թ.-ին՝ 12.2‰)՝ կրճատվելով 1.8 անգամ, նույն ժամանակահատվածում բնական աճի ցուցանիշը կրճատվել է 4.9 անգամ (2019թ.-ին այն կազմել է՝ 3.3‰՝ 1990թ.-ի 16.3‰-ի դիմաց):

Գծապատկեր 3. ՀՀ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը (1000 բնակչի հաշվով)



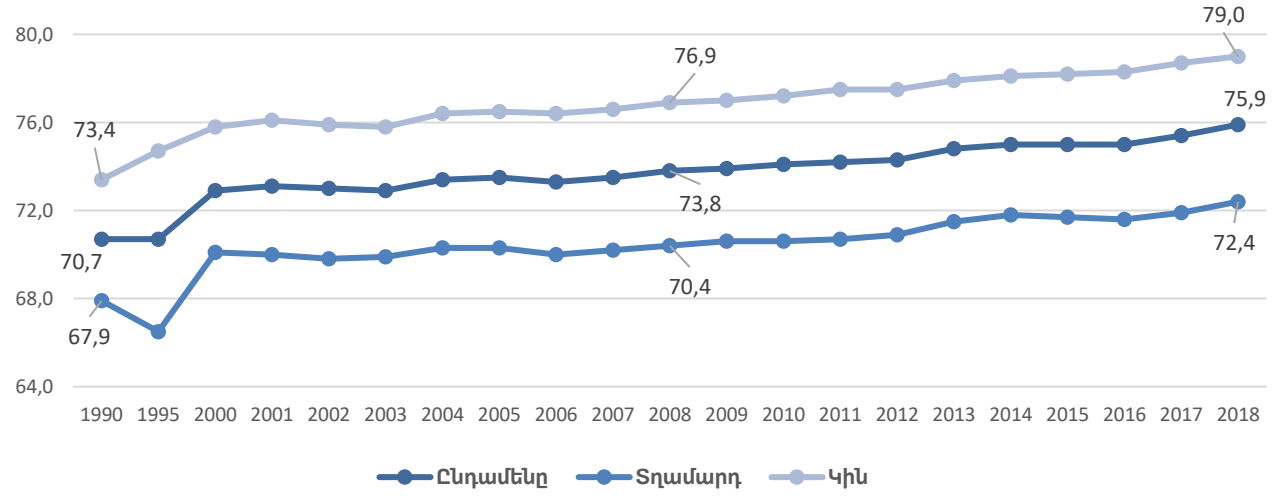
Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2019

2018թ.-ի ընթացքում, ըստ քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցումների, ՀՀ-ում արձանագրվել է 37 197 ծնունդ: Ծնվածների ընդհանուր թվաքանակից՝ 36 574-ը կազմել են կենդանի ծնվածները, իսկ 623-ը՝ մեռելածինները: Նախորդ տարվա համեմատ կենդանի ծնվածների բացարձակ թվաքանակը նվազել է 3%-ով, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը կազմել է 12.3‰, որը նախորդ տարվա արձանագրված ցուցանիշի համեմատ նվազել է 0.3 պրոմիլային կետով (Գծապատկեր 3):

Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս

Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս համարվում է բնակչության կենսամակարդակի չափման ուղղակի ցուցանիշներից մեկը: Դա տարիների քանակն է, որոնք նորածինը կարող է ապրել՝ ենթարկվելով ծնվելու պահին բնակչության մահացության ռիսկերին: Գծապատկեր 4-ում ներկայացված՝ ծնվելիս կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշները վերլուծելիս տեսնում ենք, որ ՀՀ բնակչության շրջանում 2018թ.-ին այն կազմել է 75.9 տարի, ընդ որում կանանց (78.7) դեպքում ցուցանիշը 6.8 տարով ավելի մեծ է, քան տղամարդկանց դեպքում (71.9): 2004թ.-ից ի վեր կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի ամենամյա կայուն աճ է նկատվում:

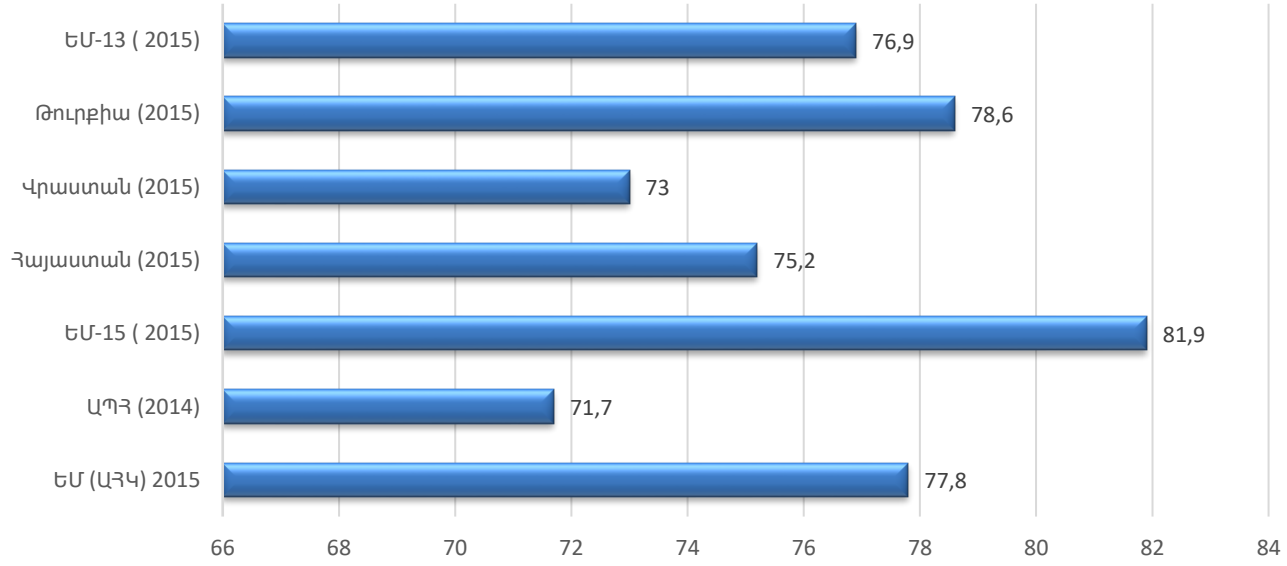
Գծապատկեր 4. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995, 2000-2018



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2019

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) «Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարանի (ԱԲ-ԵՏՇ) վերջին հասանելի տվյալների համեմատությունն, ըստ երկրների և տարածաշրջանների, փաստում է, որ Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս ավելի բարձր է, քան ԱՊՀ երկրների միջին ցուցանիշը, ինչպես նաև հարևան Վրաստանի ցուցանիշը, սակայն զիջում է Թուրքիային, եվրոպական տարածաշրջանի զարգացած երկրների միջին ցուցանիշին (Գծապատկեր 5):

Գծապատկեր 5. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս ըստ երկրների և Եվրոպական տարածաշրջանների, 2014-2015

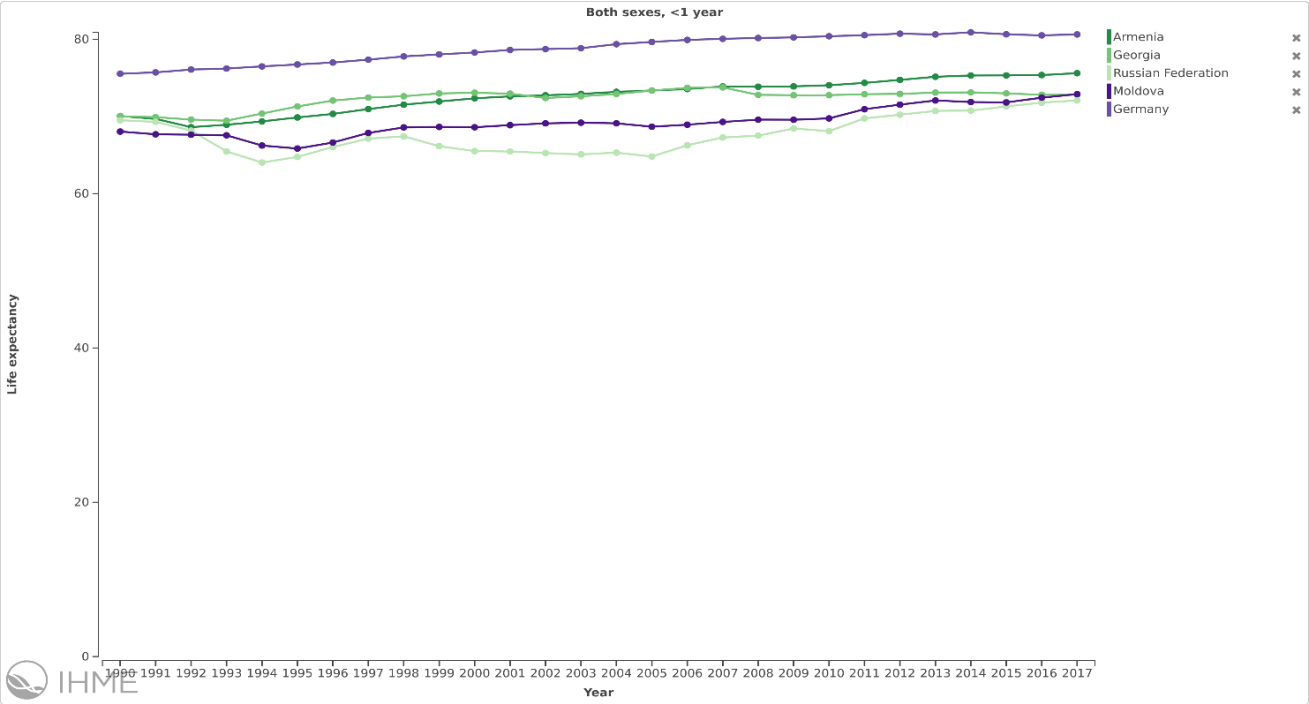


Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կարծիքով Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը նշվածից մոտ 5 տարով ավելի ցածր է. դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ Հայաստանի ՔԿԱԳ մարմնի կողմից ամբողջությամբ չեն տրամադրվում Հայաստանից դուրս բնակվող քաղաքացիների մահացության տվյալները:

Գծապատկեր 6-ում ԱՉԳՄԻ գործիքով ՀՀ բնակչության կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս (փաստացի) համեմատված է որոշ երկրների ցուցանիշների հետ: Տվյալները փաստում են, որ 2017թ.-ին ևս Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշը համեմատաբար բարձր է եղել Վրաստանի, Ռուսաստանի և Մոլդովայի ցուցանիշներից, սակայն այն նշանակալիորեն զիջում է Եվրոպական երկրների ցուցանիշներին (Գծապատկերում ներկայացված է Գերմանիայի ցուցանիշը):

Գծապատկեր 6. Կյանքի սպասվող տևողությունն (փաստացի) ըստ տարիների և երկրների, 2017



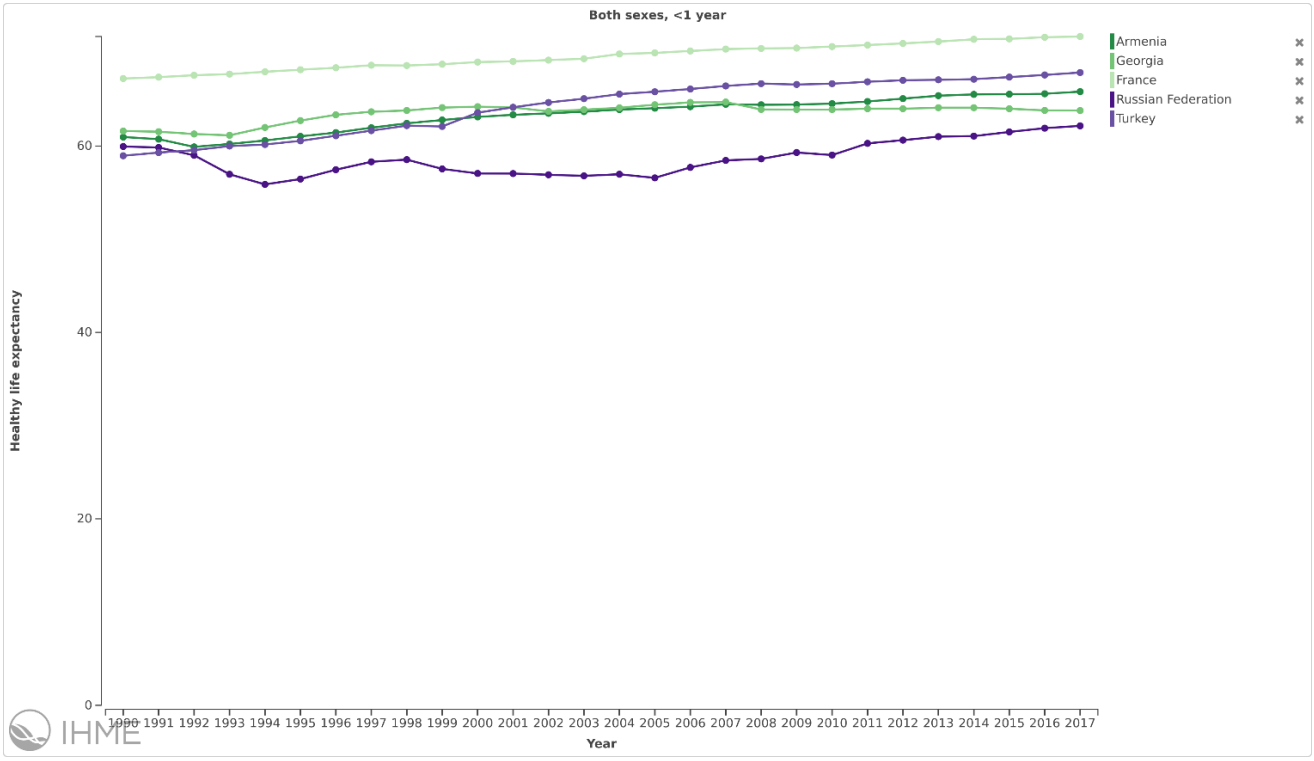
Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս

Կյանքի սպասվող տևողության ենթատեսակ է առողջական վիճակի հիմքով կյանքի սպասվող տևողությունը (լիովին առողջ լինելու դեպքում): Ըստ ԱՀԳՄԻ գնահատումների՝ ՀՀ բնակիչը՝ ծնված 2017թ.-ին, կարող է ակնկալել ապրել առողջ կյանքով 65.83 տարի (95% ՎԻ: 62.91; 68.25), իսկ 1990թ.-ին ծնված լինելու դեպքում նա կապրեր 60.96 տարի (95% ՎԻ: 58.37; 63.26): Այսպիսով ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս առողջ վիճակում 1990-2017 թթ.-ի ընթացքում աճել է 4.87 տարով, որն ուղղակիորեն կապված է նաև կյանքի սպասվող միջին տևողության ցուցանիշի հետ:

Ծնվելիս առողջ կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշն այլ երկրների հետ համեմատելիս տեսնում ենք (Գծապատկեր 7), որ այն Հայաստանում ավելի բարձր է, քան հարևան Վրաստանում (63.8) և Ռուսաստանի Դաշնությունում (62.16), և զիջում է Թուրքիայի (67.88) և Եվրոպական երկրների ցուցանիշներին: Գծապատկերում ներկայացված է Ֆրանսիայի ցուցանիշը (71.75):

Գծապատկեր 7. Առողջ կյանքի սպասվող տևողություն ըստ տարիների և երկրների, 2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

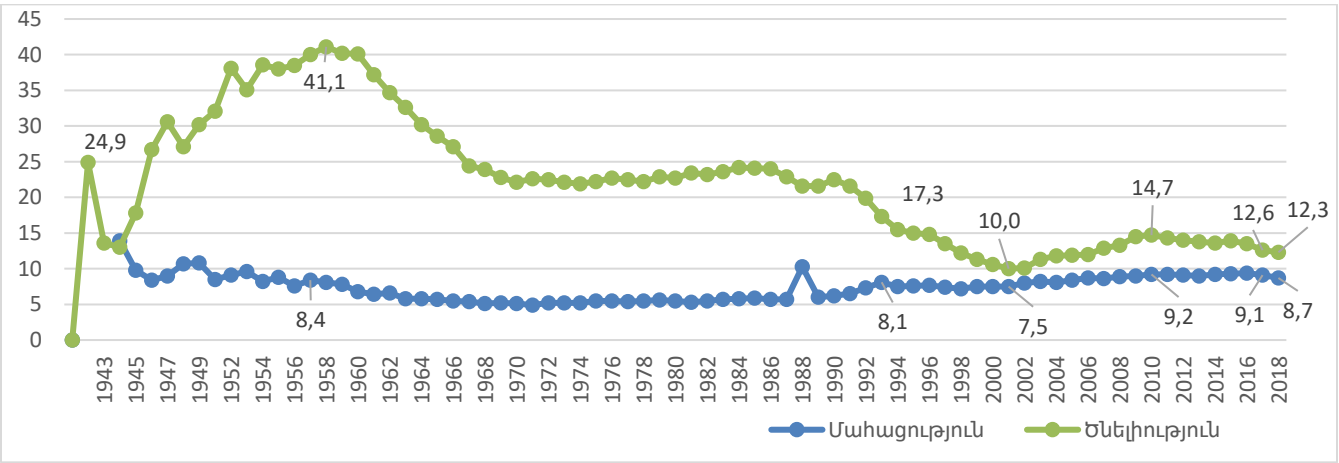
Մահացության գործակցի շարժընթացի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակիցը 1949-1989 թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտում, ինչը պայմանավորված է եղել սոցիալ-տնտեսական վիճակի և բարեկեցության ամենամյա բարելավմամբ, առողջապահական համակարգի զարգացմամբ (Գծապատկեր 8): Եթե 1949թ.-ին մահացության ընդհանուր գործակիցը 1000 բնակչի հաշվով կազմել է 10.9 մարդ, ապա 1989թ.-ին այն նվազել է մինչև 6.0: Ընդ որում, 1988թ.-ին մահացության գործակցի կտրուկ աճը մինչև 10.3 պայմանավորված է եղել բնական աղետով՝ Սպիտակի երկրաշարժով:

Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն աճել է՝ 1991թ.-ին 6.5-ից 2018թ.-ին հասնելով 9.3-ի:

Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակցի աճի հիմնական բաղադրիչներից է բնակչության տարիքային կառուցվածքի փոփոխությունը՝ բնակչության ծերացումը:

1990թ.-ի ստեղծված իրավիճակի հետևանքով Հայաստանի տնտեսական կոլապսը հանգեցրեց վերարտադրողական տարիքում գտնվող անձանց լայնածավալ արտագաղթի և բնակչության զանգվածային աղքատացման, որի հետևանքով ծնելիության ընդհանուր գործակիցը սկսեց նվազել՝ նվազագույնին հասնելով 2001թ.-ին, որից հետո այդ ցուցանիշի շատ դանդաղ և բնական վերարտադրության համար խիստ անբավարար աճ է գրանցվել:

Գծապատկեր 8. ՀՀ բնակչության մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները,1942-2018



Աղբյուր՝ ՎԿ, 2019

Մահացության պատճառները

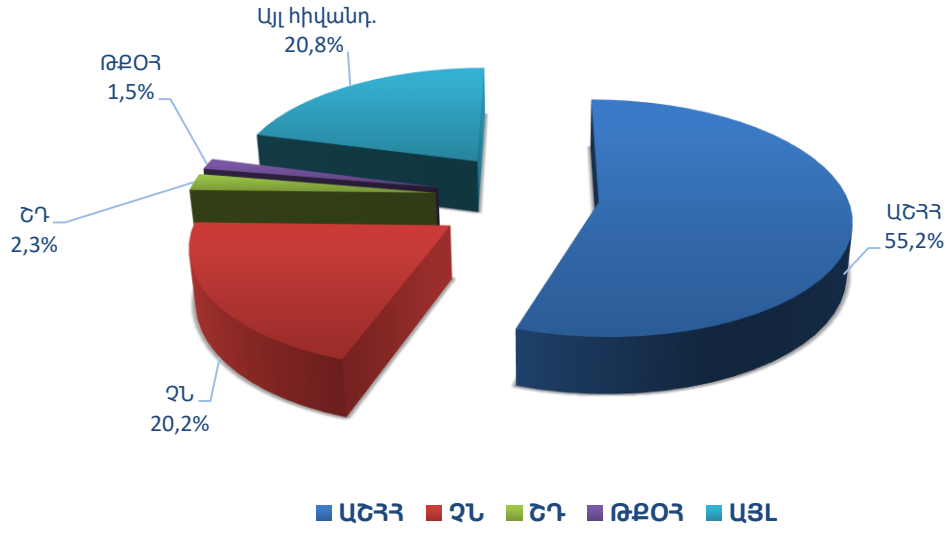
2018թ.-ի դրությամբ Հայաստանում գրանցվել է 25 751 մահ (867.33՝ 100 000 բնակչի հաշվով): 2017թ.-ին 2018թ.-ի համեմատությամբ մահացությունը նվազել է 1406 դեպքով, իսկ մահացության գործակիցը նվազել է 0.4-ով՝ 9.1-ից՝ 8.7:

1950թ.-ին ամբողջ աշխարհում տեղի ունեցավ համաճարակաբանական հեղափոխություն, որի արդյունքում վարակիչ հիվանդություններից առաջացած մահացությունն իր տեղը զիջեց ՈՎՀ-ից մահացությանը:

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում, բնակչության մահացության հիմնական պատճառ են հանդիսանում ՈՎՀ-ը, որոնք կրում են համաճարակի բնույթ:

2018թ.-ի ՈՎՀ-ից մահացության բեռը կազմում է շուրջ 93%, իսկ վարակիչ հիվանդություններից՝ 0.6%, ընդ որում վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություններից առաջացած մահերի 18%-ը պայմանավորված է տուբերկուլոզով:

Գծապատկեր 9. ՀՀ բնակչության մահացության կշիռն (%) ըստ առավել տարածված հիվանդությունների, 2018



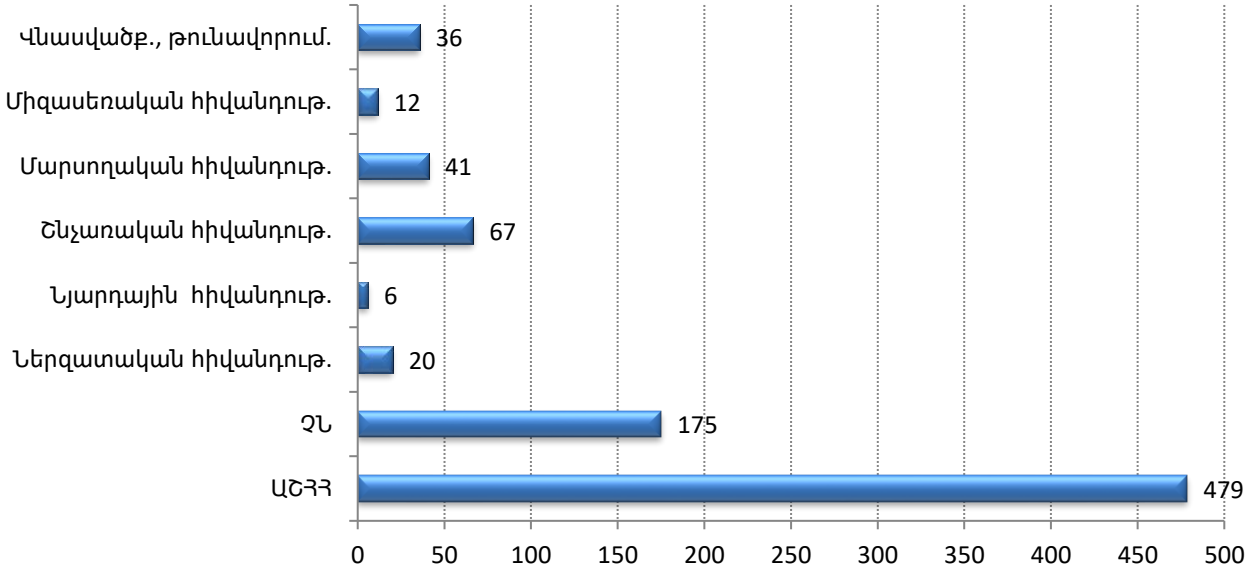
Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2019

Առավել տարածված 4 ՈՎՀ-ից մահացության բեռը կազմում է շուրջ 80% (Գծապատկեր 9), ընդ որում ԱՇՀՀ-ից մահացությունը զբաղեցնում է առաջատար դիրք (55.2%), որոնց հաջորդում են չարորակ նորագոյացությունները (ՉՆ)՝ 20.2%, շաքարային դիաբետը (ՇԴ)՝

2.3%, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹՔՕՀ) (բրոնխիտ, ասթմա, քրոնիկական այլ թոքային և բրոնխոէկտատիկ հիվանդություններ)՝ 1.5%:

Գծապատկեր 10-ում ներկայացված են Հայաստանի բնակչության մահացության հիմնական պատճառների հարաբերական ցուցանիշները:

Գծապատկեր 10. ՀՀ բնակչության մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից, 2018, 100 000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2019

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված է 2009-2018 թթ.-ին ՀՀ բնակչության առավել տարածված հիվանդություններից մահացության շարժընթացը:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ԱՇՀՀ-ից մահացության կշիռը 2009-2016թթ.-ին նվազել է, իսկ 2017-2018թթ.-ին՝աճել:

ՉՆ-ից մահացության կշիռը գրեթե չի փոխվել և տատանվում է 19-20 միջակայքում: Ներզատական համակարգի հիվանդություններից, մասնավորապես՝ ՇԴ-ից մահացությունը նվազել է շուրջ 2 անգամ:

Շնչառական համակարգի հիվանդություններից մահացությունը աճել է 6.5-ից 7.7%: Միզասեռական, մարսողական համակարգի հիվանդություններից, վնասվաքներից և թունավորումներից առաջաջացած մահացության կշիռը բնութագրվում է ամենամյա նվազմամբ:

Ներկայացված տվյալները մատնանշում են նաև, որ զարգացման բնածին արատներից մահացությունը նվազել է 27%-ով:

Աղյուսակ 1. ՀՀ բնակչության առավել տարածված մահացության պատճառները, 2009-2018, %-ն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում

Մահվան պատճառ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018
Արյան շրջ. համակարգի հիվանդություններ	49.1%	48.9%	47.6%	48.3%	47.7%	47.9%	46%	55.6%	55.2%
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	5.2%	5.2%	5.0%	4.8%	4.9%	4.5%	4.7%	3.1%	2.3%
Չարորակ նորագոյացություններ	19.6%	19.8%	19.9%	20.4%	20.6%	20.6%	21.8%	20.4%	20.2%
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	6.5%	5.9%	6.1%	5.8%	6%	6.7%	7.6%	6.1%	7.7%
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	5.9%	5.8%	6.3%	5.8%	6%	5.9%	5.9%	5.7%	4.7%
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգ որոշ այլ հետևանքներ	4.4%	4.5%	4.9%	4.9%	4.7%	4.5%	4.9%	3.8%	4.1%
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	2.6%	2.9%	2.8%	2.9%	3.4%	3.2%	3.0%	1.1%	1.3%
Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	2.9%	2.9%	3.2%	2.8%	2.6%	2.6%	2.0%	0.8%	1.6%
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	1.1%	1.5%	1.7%	1.6%	1.7%	1.6%	1.4%	0.7%	0.3%
Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	1.0%	1.1%	0.9%	1%	0.9%	1.01%	1.1%	0.7%	0.6%
Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.6%	0.62%	0.56%	0.70%	0.60%
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%	0.41%	0.42%	0.62%	0.68%
Հոգեկանն վարքի խանգարումներ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.05%	0.04%	0.05%
Մարսողական օրգանների հիվամդություններ	5,8%	05,8%	5,8%	5,8%	5,8%	5,9%	5,9%	5,7%	4,7%
Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	0.1%	0.1%	0.1%	0.08%	0.07%	0.07%	0.05%	0.10%	0.10%
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.02%	0.03%	0.01%	0.03%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2019

Անդրադառնալով մահացության հիմնախնդիրներին՝ անհրաժեշտ է նաև դիտարկել մահացությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի, և վեր հանել ռիսկային խմբերը: Աղյուսակ 2-ում ներկայացված տվյալները փաստում են, որ մահացությունն աճում է տարիքային խմբերին զուգահեռ, այսինքն՝ աճի միտում է գրանցվում 35 և բարձր տարիքային խմբերում: Բոլոր հիվանդություններից առաջացած վաղաժամ մահացության (մինչև 65 տարեկանների շրջանում) կշիռը կազմում է 27.5%

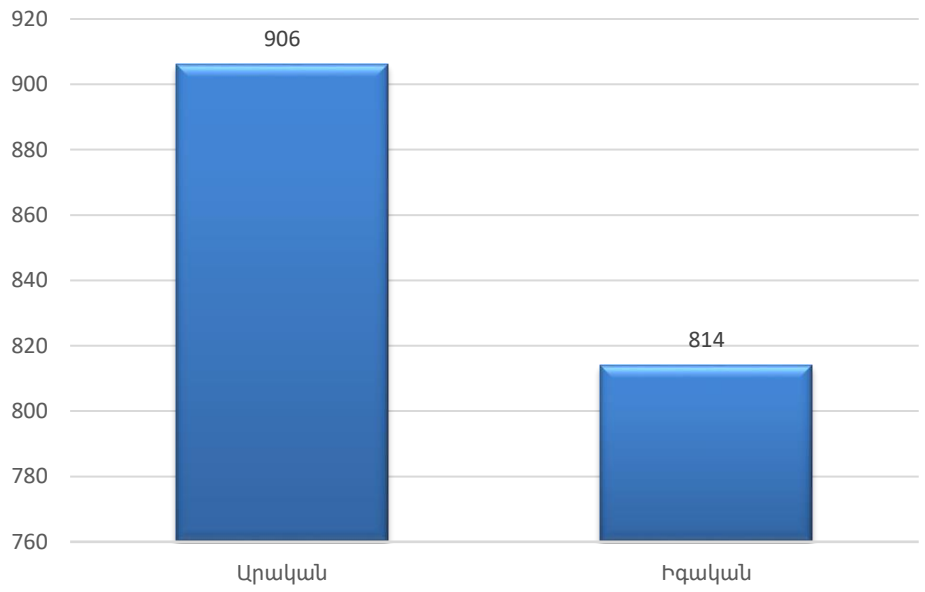
Աղյուսակ 2. ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի

Սեռ	0-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 և >	Ընդամենը
Իգական	141	27	16	64	135	276	875	1848	9348	12730
Արական	176	41	53	198	314	605	1903	2976	6755	13021

Աղբյուր՝ ԱՏԿԱԿ, 2019

Գծապատկեր 11-ում ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ տղամարդկանց մահացության ցուցանիշը՝ կանանց ցուցանիշի համեմատ զգալիորեն բարձր է:

Գծապատկեր 11. ՀՀ մահացությունն ըստ սեռի, 100 000 բնակչության հաշվով



Աղյուսակ 3-ում ներկայացված տվյալների համաձայն՝ կանանց շրջանում զգալիորեն բարձր է զարկերակային գերճնշումով պայմանավորված մահացությունը, ընդ որում 70 և բարձր տարիքային խմբում այն կազմում է 84%, իսկ տղամարդկանց մոտ՝ 67% (Աղյուսակ 4):

Ինչ վերաբերվում է սրտի իշեմիկ հիվանդություններով պայմանավորված մահացությանը, ապա կանանց 70 և բարձր տարիքային խմբում մահացությունը կազմում է 81%, իսկ տղամարդկանց դեպքում՝ 54%:

Այսպիսով, ԱՇՀՀ դեպքում արական սեռի ներկայացուցիչները համարվում են ռիսկային խումբ վաղաժամ մահացության տեսանկյունից:

Նույն միտումը տեսնում ենք մարսողական օրգանների հիվանդությունների հետևանքով մահացության ցուցանիշները դիտարկելիս. կանանց 70 և բարձր տարիքային խմբում գրանցվում է մահերի 72%-ը, իսկ նույն տարիքիային խմբի տղամարդկանց շրջանում՝ 47%:

Աղյուսակ 3. ՀՀ տղամարդկանց մահացությունն՝ ըստ պատճառների և տարիքային խմբերի, 2018

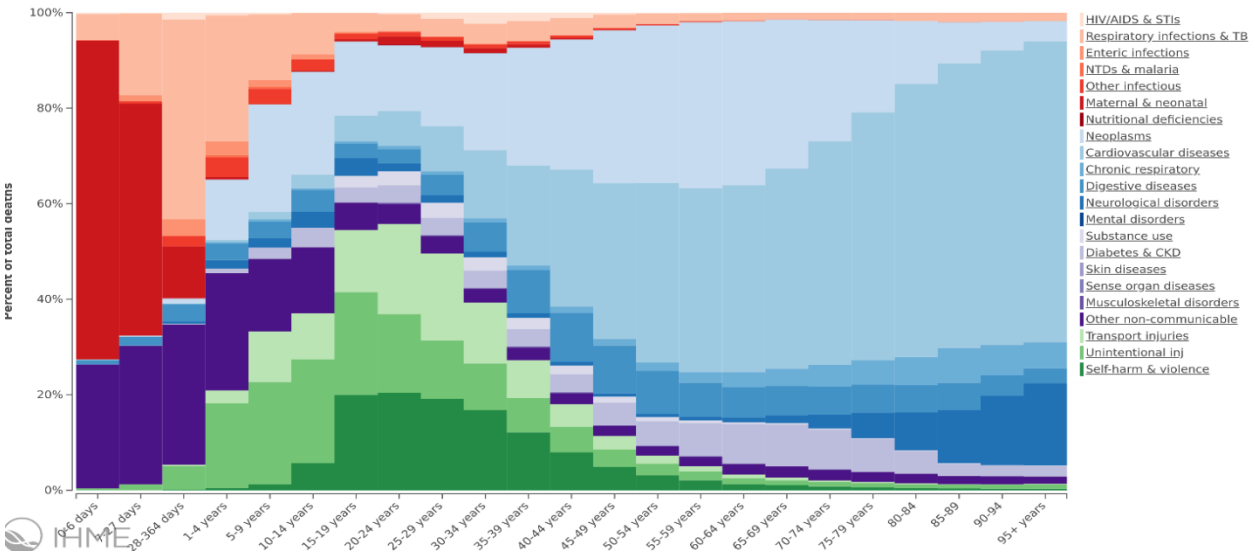
Հիվանդություն	Ընդամենը	0-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 և>
Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություն	104	5	2	2		6	26	36	21	6
այդ թվում՝ տուբերկուլյոզի բոլոր ձևերը	18					1	6	5	4	2
Նորագոյացություններ	2860	2	3	3	25	54	99	515	856	1303
այդ թվում՝ չարորակ նորագոյացություններ	2831	2	3	3	25	52	96	513	848	1289
Ներզատական համակարգի հիվանդություն, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	216		1			5	12	30	67	101
այդ թվում՝ շաքարային դիաբետ	207					3	10	30	66	98
Նյարդային համակարգի հիվանդություն	83	5	3	5	4	7	5	10	10	34
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություն	6764	2			24	76	228	892	1534	4008
այդ թվում՝ ԳՃՀ	416					3	5	51	78	279
սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկական և այլ ձևեր	3327				10	41	122	523	843	1788
այդ թվում՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտ	384				1		9	57	117	200
ուղեղի անոթային հիվանդություն	826				3	7	30	119	193	474
Շնչառական օրգանների հիվանդություն	983	29	4		5	13	37	87	143	665
Մարսողական օրգանների հիվանդություն	640	1	3		3	12	58	115	146	302
Միզասեռական համակարգի հիվանդություն	174					3	9	20	40	102
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	38	26			1		2	5	2	2
Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ	88	88								
Վնասվածքներ,թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	794	11	20	40	120	119	97	145	110	132
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	**13021**	**176**	**41**	**53**	**198**	**314**	**605**	**1903**	**2976**	**6755**

Աղյուսակ 4. ՀՀ կանանց մահացությունն՝ ըստ պատճառների և տարիքային խմբերի, 2018

Հիվանդություն	Ընդամենը	0-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 և >
Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություն	59	4	2		4	4	11	9	9	16
այդ թվում՝ տուբերկուլյոզ - բոլոր ձևերը	11				1		2	3	3	2
Նորագոյացություններ	2398	1	4	2	6	51	126	390	635	1183
այդ թվում՝ չարորակ	2368	1	4	1	6	50	124	389	627	1166
Ներզատական համակարգի հիվանդություն, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	382	1	1			2	5	42	91	240
այդ թվում՝ շաքարային դիաբետ	372		1			2	5	40	87	237
Նյարդային համակարգի հիվանդություն	92	4	2		1	2	1	6	11	65
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություն	7445	1	1		9	21	64	275	801	6273
այդ թվում՝ այդ թվում՝ ԳՃՀ	612						1	25	73	513
սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկական և այլ ձևեր	3007				4	8	31	135	378	2451
այդ թվում՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտ	318						3	17	64	234
ուղեղի անոթային հիվանդություն	1022		1			5	11	43	121	841
Շնչառական օրգանների հիվանդություն	995	22	3	2	5	6	10	35	89	823
Մարսողական օրգանների հիվանդություն	577	1	1	1	5	4	7	35	109	414
Միզասեռական համակարգի հիվանդություն	172	1			3	4	4	16	37	107
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդաբերական շրջան	8			1	3	3	1			
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	37	23	1		3			3	5	2
Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ	66	66								
Կլինիկական և լաբորատոր հետազոտության ընթացքում բացահայտված և այլ խորագրերում չդասակարգված ախտանիշեր, նշաններ և շեղումներ նորմայից	170	9	6	3	11	7	10	10	16	98
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	264	7	6	7	13	25	33	45	31	97
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	**12730**	**141**	**27**	**16**	**64**	**135**	**276**	**875**	**1848**	**9348**

Համաձայն ԱՀԳՍԻ տվյալների (Գծապատկեր 12), առավել տարածված ՈՎՀ-ից (ԱՇՀՀ, ՉՆ և ՇԴ և հոգեկան խանգարումներ) մահացության ցուցանիշը հաստատուն կերպով աճում է 24 տարեկան և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում՝ հասնելով իր գագանթնակետին 40 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում: Ճանապարհատրանսպորտային պատահարներից, բռնությունից, ինքնավնասումից և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներից մահացությունն ավելի տարածված է 4-ից 40 տարեկանների շրջանում:

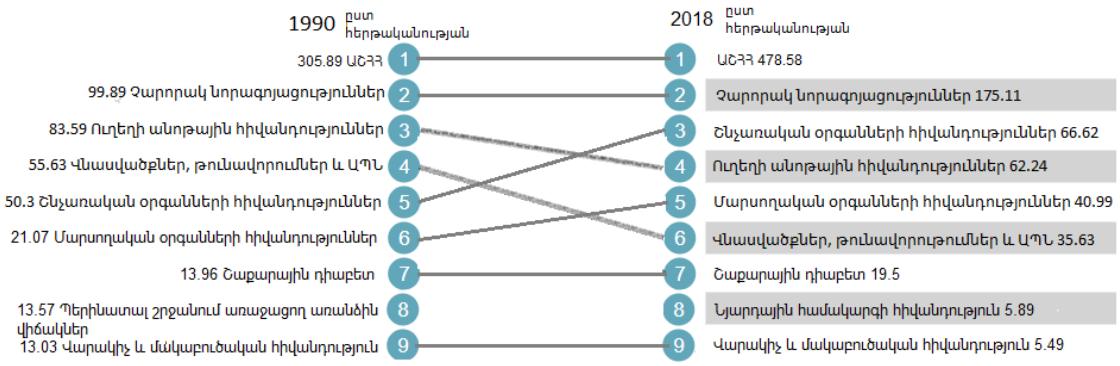
Գծապատկեր 12. ՀՀ մահացության պատճառներն ըստ տարիքային խմբերի, 2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Ինչ վերաբերվում է երեխաների մահացությանն, ապա հարկ է նշել, որ մինչև 4 տարեկան երեխաների շրջանում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդություններով, սնուցման հետևանքներով, պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներով և հիվանդություններով պայմանավորված մահացությունը:

Գծապատկեր 13. ՀՀ բնակչության մահացության պատճառները (ըստ 100 000 բնակչի), 1990-2018



Աղբյուր: ԱՏՎԱԿ, 2019

Գծապատկեր 13-ում ներկայացված տվյալներից երևում է, որ թե՛ 1990թ.-ին, թե՛ 2018թ.-ին մահացության սանդղակում առաջին և երկրորդ հորիզոնականները զբաղեցնում են ԱՇՀՀ-ը և ՉՆ-ը, միևնույն ժամանակ ԱՇՀՀ-ն աճել են շուրջ 1.6 անգամ, իսկ ՉՆ-ը՝ 1.8: Հատկանշական է այն, որ նվազեցման միտում են ունեցել ՈՒԱՀ, վնասվածքներից և թունավորումներից, պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներից

մահացությունը: Ինչ վերաբերվում է մարսողական օրգանների հիվանդություններից առաջացած մահացությանը, ապա վերոնշյալ տարիների ընթացքում ցուցանիշը գրեթե կրկնապատկվել է:

Ինչպես արդեն նշվել էր, ՀՀ-ում յուրաքանչյուր երկրորդը մահանում է ԱՇՀՀ-ի հետևանքով՝ 2018 թվականին այն կազմել է 14209 դեպք (478.58/100 000 բնակչի հաշվով), այդ իսկ պատճառով Աղյուսակ 5-ում ավելի մանրամասն կերպով ներկայացված է այն՝ ըստ նոզոլոգիաների: ԱՇՀՀ-ից մահերի 24.6% պայմանավորված են սրտի իշեմիկ հիվանդություններով (ՍԻՀ), (մասնավորապես սրտամկանի սուր ինֆարկտով (2.7%) և կրկնակի ինֆարկտով), ՈՒԱՀ-ով (7.2%), գերճնշումային հիվանդություններով (4.0%):

Աղյուսակ 5. ԱՇՀՀ մահացության կշիռն ըստ նոզոլոգիաների, 2009-2018

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկ և այլ ձևեր	29.1%	29.4%	29.5%	30.5%	31.2%	30.9%	29.1%	30.5%	29.0%	24.6%
այդ թվում. սրտամկանի սուր ինֆարկտ	9.7%	10.0%	9.1%	9.4%	8.8%	8.6%	8.4%	9.4%	5.7%	2.7%
Գերճնշումային հիվանդություններ	3.6%	3.9%	3.2%	2.8%	2.4%	2.2%	2.5%	2.2%	4.8%	4.0%
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ	11.5%	10.6%	10.4%	10.2%	9.4%	9.5%	8.7%	8.7%	9.1%	7.2%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2019

2018թ.-ին՝ 2017թ.-ի համեմատությամբ դիտվում է մահերի նվազում ԱՇՀՀ-ի բոլոր նոզոլոգիաներում. այն պայմանավորված է մի շարք ռազմավարական ծրագրերով և միջգերատեսչական միջոցառումներով, մասնավորապես՝ ՈՎՀ սքրինինգային ծրագիրը, որի շրջանակում 35-68 տարեկան Հայաստանի բոլոր քաղաքացիներն առողջության առաջնային պահպանման օղակում կարող են անվճար հետազոտվել՝ զարկերակային գերճնշման և շաքարային դիաբետի վաղ հայտնաբերման նպատակով: 2015թ.-ից մեկնարկել է «Պետության կողմից երաշխավորված սրտի կորոնար անոթների անհետաձգելի վիրահատություններ» (Stent for Life) ծրագիրը: Ծրագիրն ապահովել է «Սրտամկանի սուր ինֆարկտ ST-էլևացիայով» ախտորոշման ժամանակ ինֆարկտ-պատասխանատու կորոնար զարկերակի ոչ դեղապատ ստենտի տեղադրման ծառայությունների

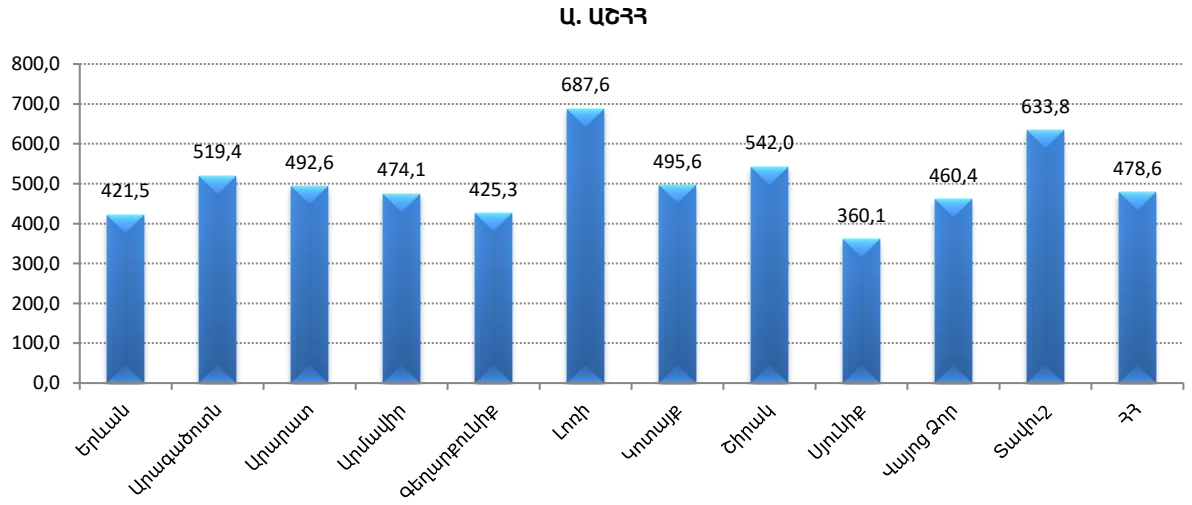
մատչելիությունն ամբողջ բնակչության համար, 2018թ.-ից սրտի ստենտավորումը կատարվում է արդեն դեղապատ ստենտով:

2019թ.-ին մեկնարկել է նաև գլխուղեղի սուր իշեմիկ կաթվածների բուժման ծրագիրը, ծառայությունների կազմակերպման հիմքում պացիենտի մոտ «գլխուղեղի սուր և/կամ ենթասուր իշեմիկ կաթված» ախտորոշումն է: Այսինքն՝ պետական պատվերը գործում է գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածի կլինիկական նշանների ի հայտ գալու պահից 24 ժամվա ընթացքում՝ ներառյալ տեղափոխման ժամանակահատվածը, ինչպես նաև, եթե պացիենտը չունի թրոմբոլիտիկ բուժման և մեխանիկական թրոմբէկտոմիայի հակացուցումներ:

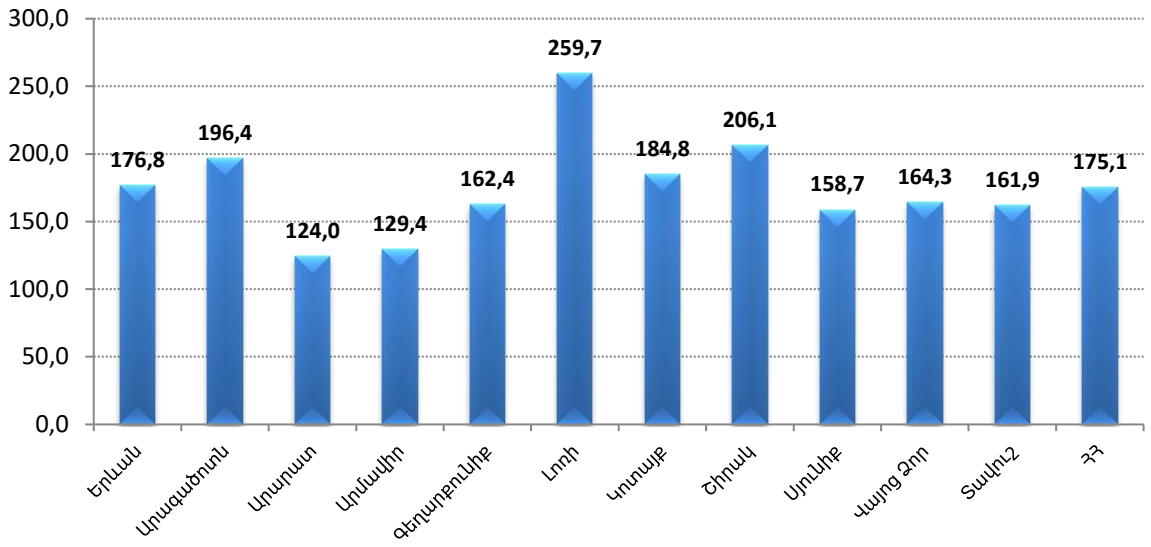
Մահվան առավել տարածված պատճառները Հայաստանի մարզերում ներկայացված են Գծապատկեր 14 Ա, Բ, Գ-ում: Այսպիսով.

- ԱՇՀՀ-ից մահացությունը զգալիորեն բարձր է Տավուշում, Լոռիում և Արագածոտնում,
- ՉՆ-ից մահացությունը՝ Լոռիում, Շիրակում, Արագածոտնում և Կոտայքում,
- ՇԴ-ից մահացությունը՝ Արագածոտնում, Երևանում, Տավուշում և Գեղարքունիքում:

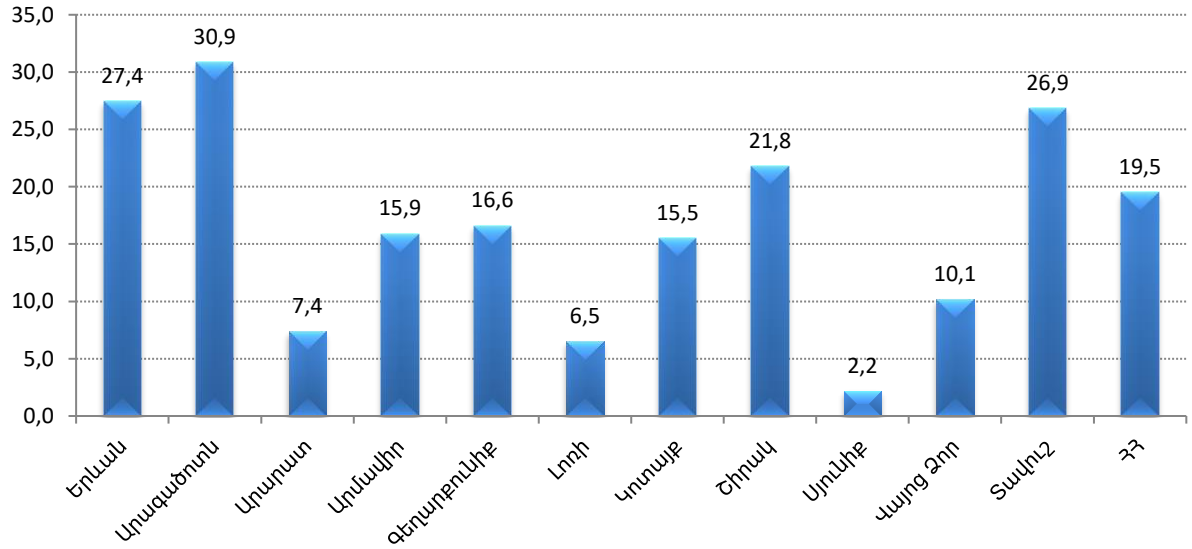
Գծապատկեր 12. Մահվան առավել տարածված պատճառներն՝ ըստ մարզերի, 100 000 բնակչի հաշվով, 2018



Բ. Չարորակ նորագոյացություններ



Գ. Շաքարային դիաբետ



Վաղաժամ մահացություն

Վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) մահացության կրճատումը հանդիսանում է ՀՀ մարտահրավեներից մեկը և ամրագրված է ԿԶ 3.4 նպատակում, որով սահմանված է «Մինչև 2030թ.-ը մեկ երրորդով կրճատել վաղաժամ մահացությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններից՝ կանխարգելման և բուժման միջոցով, և խթանել հոգեկան առողջությունը և բարեկեցությունը»:

Վաղաժամ մահացությունն, ըստ պատճառների, կրկնօրինակում է ՈՎՀ-ից մահացության կառուցվածքը (Աղյուսակ 3): Ընդհանուր մահացության կառուցվածքում վաղաժամ մահացության կշիռը կազմում է 27.5%: Այսինքն՝ կարելի է ասել, որ բնակչության յուրաքանչյուր երրորդը մահանում է մինչև 65 տարեկան հասակում, ընդ որում, մահերի 24% գրանցվում է 35-65 տարիքային խմբում, որը կարող է պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ 18-44 տարիքային խմբի 23.7%-ի մոտ առկա է 3-5 ՌԳ (ծխախոտի օգտագործում, ավելցուքային քաշ, ալկոհոլի չարաշահում, զարկերակային գերճնշում, ֆիզիկական թերակտիվություն), իսկ 45-69 տարիքային խմբում ցուցանիշը կրկնակի բարձր է՝ յուրաքանչուր երկրորդի մոտ առկա են 3-5 ՌԳ (55.5%):

Աղյուսակ 6-ում ներկայացված է վաղաժամ մահացության ցուցանիշի բացարձակ և հարաբերական արժեքներն, ըստ սեռի և հիմնական պատճառների: Տվյալներն ակնհայտորեն փաստում են, որ տղամարդկանց շրջանում վաղաժամ մահացության ցուցանիշը անհամեմատբարձ է (արական 375.7, իգական 172.3):

Աղյուսակ 6. ՀՀ բնակչության վաղաժամ մահացությունն՝ ըստ պատճառների և սեռի, 2018

Հիվանդություններ ըստ ՀՄԴ 10	Սեռ	Բացարձակ արժեք	Հարաբերական արժեք
Չարորակ նորագոյացություններ (C00-C99)	արական	1108	87.4
	իգական	873	64.5
	ընդամենը	1981	75.6
Շաքարային դիաբետ (E10-E14)	արական	78	6.2
	իգական	83	6.1
	ընդամենը	161	6.1
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (I00-I99)	արական	1942	153.2
	իգական	702	51.9
	ընդամենը	2644	100.9
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ (J00-J99)	արական	239	18.9
	իգական	110	8.1
	ընդամենը	349	13.3
Տրանսպորտային դժբախտ պատահարներ (V01-V99)	արական	344	27.1
	իգական	77	5.7
	ընդամենը	421	16.1
Վնասվածքների այլ արտաքին պատճառներ՝ դժբախտ պատահարների ժամանակ (W00-W99)	արական	93	7.3
	իգական	26	1.9
	ընդամենը	119	4.5
Վնասում՝ անորոշ և կանխամտածված (Y00-Y98)	արական	103	8.1
	իգական	24	1.8
	ընդամենը	127	4.8
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	արական	4762	375.7
	իգական	2330	172.3
	ընդամենը	7092	270.7

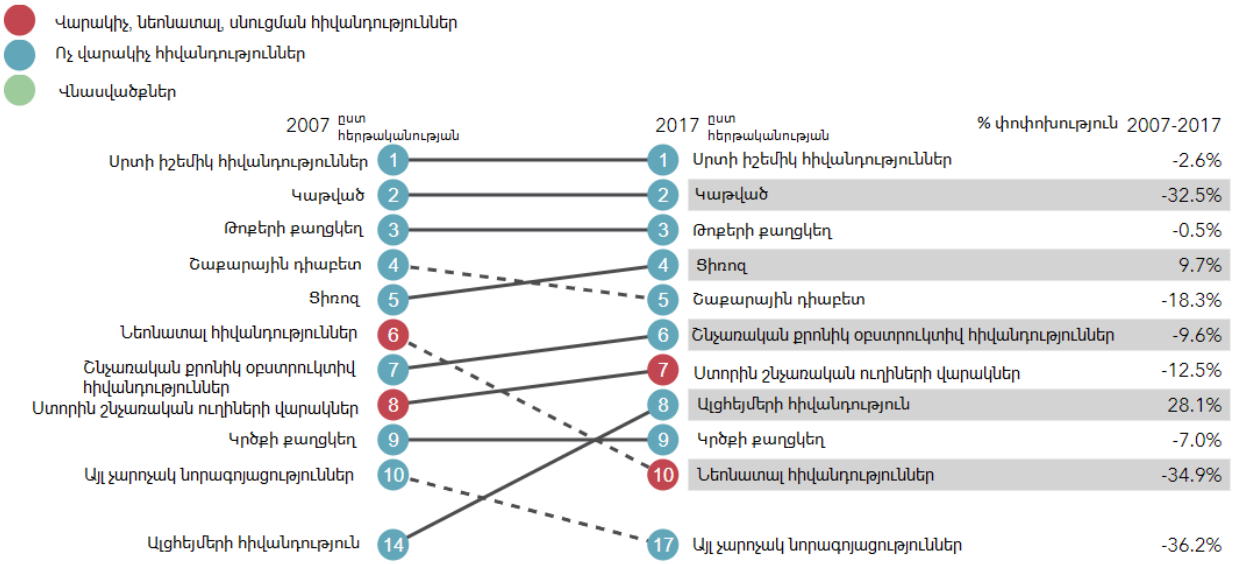
Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2019

Գծապատկեր 13-ում ներկայացված է 2007թ.-ին և 2017թ.-ին ՀՀ բնակչության շրջանում վաղաժամ մահացության պատճառներն՝ ըստ նոզոլոգիաների և տարածվածության: Ըստ ԱՉԳՄԻ մեթոդաբանության, ներկայացված հիվանդությունները և առողջության հետ կապված խնդիրներից մահացությունը դասակարգված է 3 հիմնական խմբերի.

- վարակիչ, նեոնատալ, սնուցման հետ կապված հիվանդություններ,
- ոչ վարակիչ հիվանդություններ,
- վնասվածքներ:

Գծապատկերում ներկայացված են մահացության ցուցանիշների փոփոխությունները տաս տարվա կտրվածքով:

Գծապատկեր 13. ՀՀ բնակչության շրջանում վաղաժամ մահացության պատճառները, 2007-2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Այսպիսով կարող ենք եզրակացնել, որ սրտի իշեմիկ հիվանդութունների հետևանքով մահացության տարածվածությունը 10 տարվա ընթացքում մեծ փոփոխություն չի կրել: Կաթվածի պարագայում պատկերն այլ է՝ ցուցանիշը նվազել է 32.5%-ով, սակայն այն իր տարածվածությամբ շարունակել է զբաղեցնել երկրորդ տեղը:

Նեոնատալ հիվանդություններից մահացության ցուցանիշը 2017թ.-ին 2007թ.-ի համեմատությամբ նվազել է 34.9%-ով: Ինչ վերաբերվում է նյարդային համակարգի հիվանդություններից առաջացած մահացությանը, մասնավորապես՝ այցհեյմերից, ապա այն աճել է 28.1%-ով: Ի դեպ, այցհեյմերի պարագայում ամբողջ աշխարհում արձանագրվում է աճի միտում:

2018թ.-ին ՀՀ բնակչության շրջանում գրանցված վաղաժամ մահացության մասնաբաժինն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում՝ ըստ 0-65, 35-65 տարիքային խմբերի և պատճառների ներկայացված է աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսակ 6. ՀՀ բնակչության վաղաժամ մահացությունն՝ ըստ մահվան պատճառների և սեռատարիքային խմբերի, 2018թ.

	Ընդհանուր	0-65 տարիքային խումբ	% ընդ. մահացության կառուցվածքում	35-65 տարիքային խումբ	% ընդ. մահացության կառուցվածքում
Ընդամենը	25751	7092	27.5	6184	24
Արական	13021	4762	36.6	4152	31.9
Իգական	12730	2330	18.3	2032	16
Շաքարային դիաբետ (E10-E14)	579	161	27.8	157	27.1
Արական	207	78	37.7	76	36.7
Իգական	372	83	22.3	81	21.8
ՉՆ (C00-C99)	5199	1981	38.1	1895	36.4
Արական	2831	1108	39.1	1054	37.2
Իգական	2368	873	36.9	841	35.5
ԱՇՀՀ (I00-I99)	14209	2644	18.6	2566	18.1
Արական	6764	1942	28.7	1884	27.9
Իգական	7445	702	9.4	682	9.2

Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2019

Վաղաժամ մահացության ցուցանիշը, ըստ սեռի, կրկնակի բարձր է տղամարդկանց շրջանում (375.7՝ 100000 բնակչի հաշվով, կանայք՝ 172.3):

Ըստ սեռի՝ վաղաժամ մահացության հիմնական տարբերությունը պայմանավորված է.

- ԱՇՀՀ-ից մահացությամբ, որը տղամարդկանց (153.2, կանայք՝ 51.9) մոտ 3 անգամ բարձր է, իսկ տրանսպորտային դժբախտ պատահարներից, կանխամտածված և անորոշ վնասումից, ինքնավնասումներից, վնասվածքների այլ արտաքին պատճառների հետևանքներով առաջացած մահացությամբ՝ 5 անգամ:
- Շնչառական օրգանների հիվանդությունների հետևանքով մահացության ցուցանիշը կրկնակի բարձր է տղամարդկանց շրջանում (18.9, կանայք՝ 8.1):

Աղյուսակ 7-ում ներկայացված է վաղաժամ մահացության հետևանքով կյանքի կորցրած տարիների ցուցանիշներն՝ ըստ առաջին 10 պատճառներների և երկրների: Կարմիր գույնով նշված են այն պատճառները, որոնք վիճակագրորեն հավաստի կեպով ավելի բարձր են միջին արժեքից, իսկ կապույտ գույնով նշված են նրանք, որոնք ցածր են: Երկրներն ընտրված են՝ հիմք ընդունելով հիվանդությունների համաշխարհային բեռի տարածաշրջանային դասակարգումը, տարածված առևտրական կապերը և սոցիալ-ժողովրդագրական ցուցանիշները:

Աղյուսակ 7. Վաղաժամ մահացության հետևանքով կյանքի կորցրած տարիների ցուցանիշներն, ըստ պատճառների և երկրների, 2017

	Ischemic heart disease	Stroke	Neonatal disorders	Lung cancer	Cirrhosis	Lower respiratory infect	Diabetes	Congenital defects	COPD	Breast cancer
Armenia	3,608.0	998.5	682.1	673.3	591.5	562.1	560.4	507.2	386.5	327.9
Comparison group mean (High-middle SDI)	2,373.8	1,666.9	756.8	648.3	353.8	465.1	222.2	496.5	425.5	176.5
American Samoa	2,731.4	1,693.1	765.5	541.9	385.5	954.9	1,800.5	298.3	681.8	379.4
Antigua and Barbuda	1,227.4	1,022.8	884.6	170.7	279.7	806.5	912.5	410.0	122.3	309.3
Argentina	1,583.9	773.0	901.1	479.3	365.4	1,000.4	332.4	524.8	440.9	295.2
Azerbaijan	6,089.6	2,176.8	2,572.4	503.1	849.5	2,516.0	465.6	960.2	438.2	204.6
Bahrain	1,686.1	453.5	497.6	238.3	207.0	285.9	1,435.0	419.5	219.3	150.8
Bosnia and Herzegovina	2,359.4	1,720.7	571.4	855.6	268.7	150.8	650.0	397.4	299.9	249.1
China	1,573.1	1,967.8	552.2	747.2	208.0	363.6	157.1	412.2	753.0	118.3
Georgia	3,982.8	2,624.8	1,259.5	662.6	778.7	439.4	429.9	342.3	417.1	371.3
Iran	2,476.0	923.1	1,381.5	235.0	186.1	396.5	470.3	908.7	285.2	159.7
Uruguay	1,123.1	851.1	641.7	701.9	230.7	467.6	250.9	544.9	476.5	353.5

Significantly lower than mean | Statistically indistinguishable from mean | Significantly higher than mean

Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Նորածնային, մանկական, երեխաների և մայրական մահացություն

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները բնութագրում են ցանկացած երկրի առողջապահական համակարգի գործունեությունը և սերտորեն փոխկապակցված են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ:

Համաձայն ԱԿՀ և միջազգային տվյալների՝ յուրաքանչյուր տարի աշխարհում 5.9 մլն. երեխա մահանում է վաղ մանկության շրջանում, որից 2.7 մլն.՝ կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում, 303000 կին մահանում է հղիության և ծննդաբերության հետ կապված պատճառներից, 2.6 մլն. նորածին ծնվում է մահացած: Ընդ որում, այդ մահերի շուրջ 70% կանխվող են[7]:

ՄԱԿ-ի անդամ երկրների, միջազգային կազմակերպությունների և գործակալությունների կողմից մշակվել են մի շարք ռազմավարություններ ու ծրագրեր՝ ուղղված մանկական և մայրական մահացության կրճատմանը, կանանց և երեխաների առողջության ու կեցության բարելավմանը:

Կայուն զարգացման 3.2 նպատակով (ԿԶՆ) ամրագրված է՝ նվազեցնել մանկական մահացությունը. «Մինչև 2030 թ. վերջ դնել նորածինների և մինչև 5 տարեկան երեխաների կանխարգելելի մահերին. բոլոր երկրները պետք է նպատակ ունենան նվազեցնել վաղ նորածնային մահացությունը առնվազն մինչև 12-ից ցածր՝ 1000 կենդանածնի հաշվով, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը՝ առնվազն մինչև 25-ի՝ 1000 կենդանածնի հաշվով»:

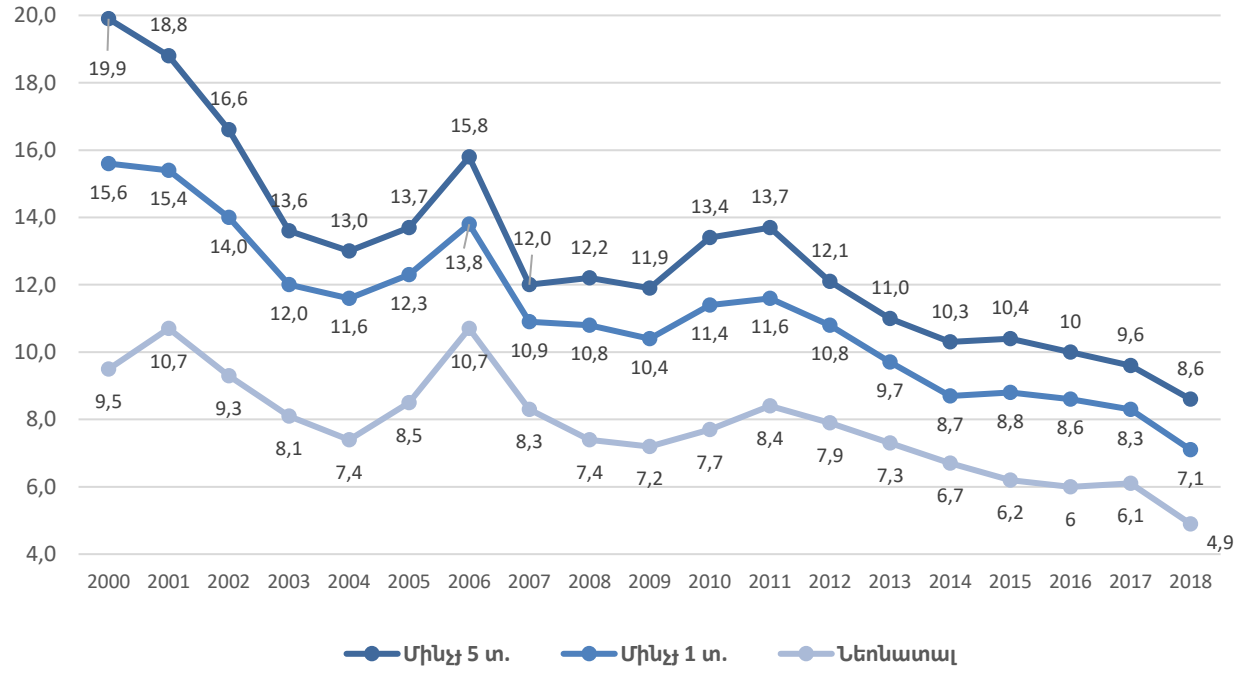
Մոր և մանկան առողջության պահպանման հիմնախնդիրները առաջնահերթություն են ՀՀ կառավարության համար և արտացոլված են ՀՀ ռազմավարական և ծրագրային մի շարք փաստաթղթերում, մասնավորապես, «Վերարտադրողական առողջության բարելավման» և «Երեխաների ու դեռահասների առողջության բարելավման» 2016-2020թթ. ռազմավարություններում և իրականացվելիք գործողությունների ծրագրերում:

Համաձայն 2018թ.-ի պաշտոնական վիճակագրական տվյալների՝ ՀՀ-ը հասել է ԿԶՆ նախատեսված նպատակներին, մասնավորապես, վաղ նորածնային մահացության

[7] UNICEF, Every Child Alive, 2017

ցուցանիշը 1000 կենդանածինների հաշվով կազմել է 3.3՝ ԿԶՆ սահմանված նպատակային ցուցանիշը՝ 12, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը 8.6, սահմանվածը՝ 25: Գծապատկեր 14-ում ներկայացված է մեռելածնության, վաղ և ուշ նեոնատալ և պերինատալ մահացության շարժընթացը 2000-2018թթ. ընթացքում:

Գծապատկեր 14. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն՝ 1 000 կենդանածինների հաշվով, 2000-2015

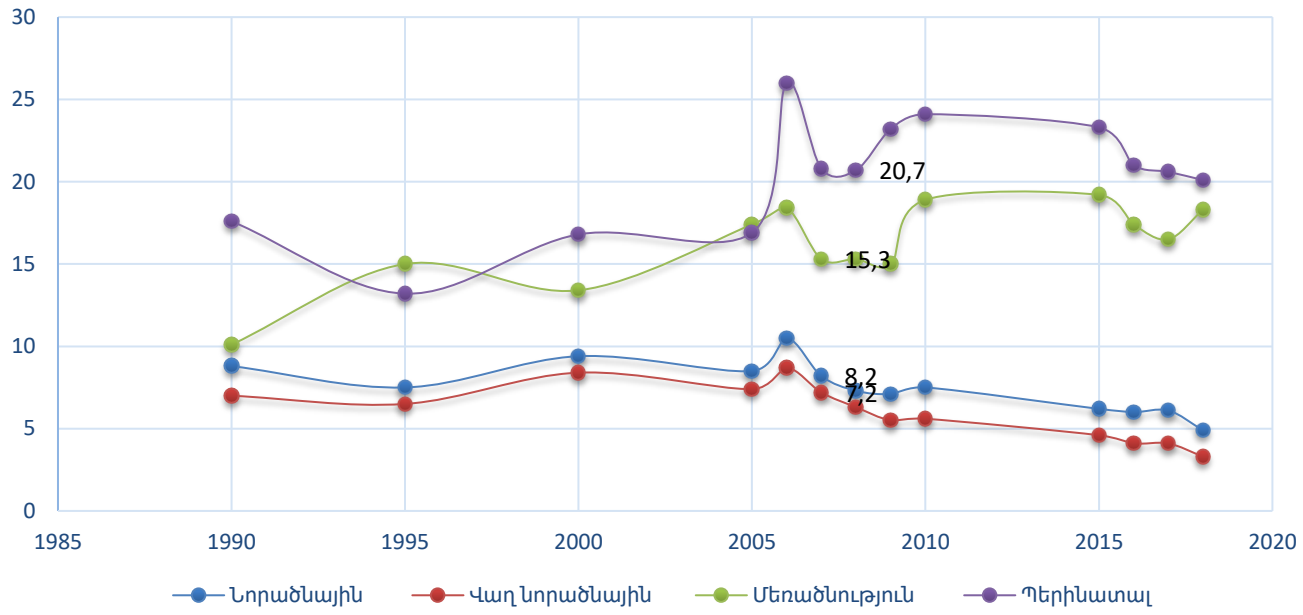


Աղբյուր՝ ՎԿ, 2019

Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ 2000-2004թթ. ընթացքում արձանագրվել է մահացության ցուցանիշների նվազում, իսկ 2004-2006թթ.՝աճ:

Նվազեցումը պայմանավորված է 2005 թ.-ին ՀՀ կառավարության (ի դեպ առաջինը ԱՊՀ երկրների շարքում) N949-Ն որոշմամբ մոր և մանկան ծառայության ոլորտի բժշկա-ժողովրդագրական հիմնական հասկացությունների սահմանման փոփոխությամբ՝ ԱՀԿ ՀՄԴ-10-րդ վերանայված տարբերակին համապատասխան: Արդյունքում 2005-2006թթ. ցոըցանիշը 1.5 անգամ աճեց (16.9‰-ից՝ 26‰), որը տեղի է ունեցել մեռելածնության հաշվին: 2006թ.-ից արձանագրվել է նեոնատալ մահացության նվազեցում: Սակայն, պերինատալ և մեռելածնության ցուցանիշները աճի մուտում են ունեցել (Գծապատկեր 15, Աղյուսակ 8):

Գծապատկեր 15. Նորածնային, վաղ նորածնային, մեռելածնության և պերինատալ մահացությունն՝ ըստ տարիների



Աղբյուր՝ ՎԿ, 2019

Աղյուսակ 8. Նորածնային, վաղ նորածնային, մեռելածնության և պերինատալ մահացությունն՝ ըստ տարիների

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2015	2016	2017	2018	Դիագրամ
Նորածնային	8.8	7.5	9.4	8.5	10.5	8.2	7.3	7.1	7.5	6.2	6	6.1	4.9	
Վաղ նորածնային	7	6.5	8.4	7.4	8.7	7.2	6.3	5.5	5.6	4.6	4.1	4.1	3.3	
Մեռելածնություն	10.1	15	13.4	17.4	18.4	15.3	15.3	15	18.9	19.2	17.4	16.5	18.3	
Պերինատալ	17.6	13.2	16.8	16.9	26	20.8	20.7	23.2	24.1	23.3	21	20.6	20.1	

Աղբյուր՝ ՎԿ, 2019

Մարզային միջինի (9.9‰) համեմատ, պերինատալ մահացության ցուցանիշը շուրջ 3 անգամ բարձր է Երևանում (27.5‰), ընդ որում տարբերությունը մեծ է մարզերի միջև, այն տատանվում է 7.2‰-ից (Տավուշ) 16.4‰-ի սահմաններում (Շիրակ): Խնդիրը կայանում է նրանում, որ Երևանի և Շիրակի ծննդատներում են տեղի ունենում բարձր ռիսկի ծնունդները և հիմնականում մայրաքաղաքում են տեղակայված նորածնային վերակենդանացման բաժանմունքները (մարզային միակ ծառայությունը առկա է Գյումրիում):

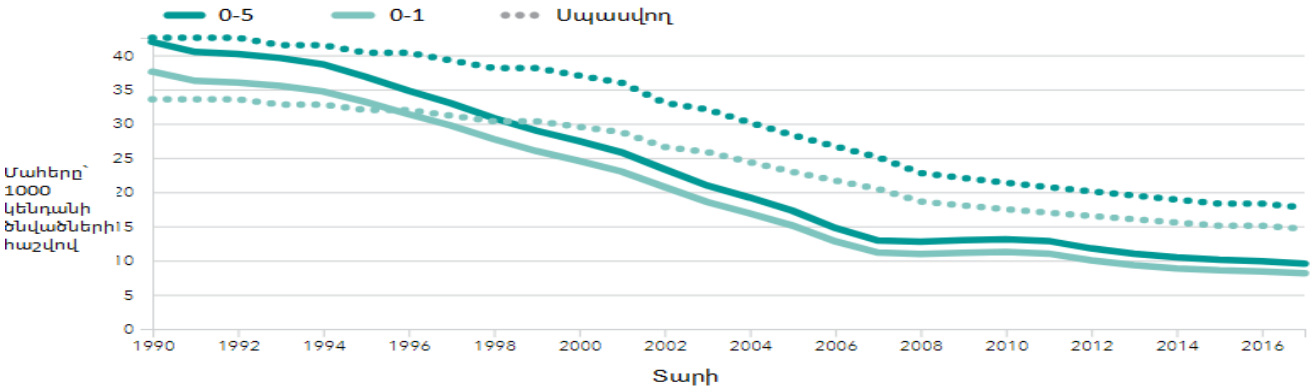
Աղյուսակ 9. Մանկական (0-1 տարեկան) մահացությունն՝ ըստ մահվան հիմնական պատճառների, 10 000 կենդանիծների հաշվով, 2012-2018

Մահացության պատճառները	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Դիագրամ
Վարակիչ և մակաբուծային հիվանդություններից	7,5	6	8,4	8,1	5,4	1,3	1,4	
Շնչառական օրգանների հիվանդություններից	18,4	12,4	8,8	12,9	10,6	11,4	10,4	
Մարսողական օրգանների հիվանդություններից	0,7				1	1,3	0,5	
Բնածին անկանոնություններից և ձևախախտումային խանգարումներից	23,3	27	20,2	21,8	21,7	13,5	10,7	
Շուրջծնական շրջանում առաջացած առանձին վիճակներից	47,1	40	40,4	37,1	37	50,1	42,1	
Դժբախտ պատահարներից, թունավորումներից և վնասվածքներից	1,4	2,2	0,7	0,7	1,2	2,4	0,3	
Այլ պատճառներից	9,4	9,8	8,9	8	9,4	2,5	6	

Աղբյուր՝ ՎԿ, 2019

Աղյուսակ 9–ում ներկայացված տվյալների համաձայն, վերջին 7 տարվա ընթացքում կտրուկ նվազել են վարակիչ, շնչառական օրգանների հիվանդություններից, բնածին անկանոնություններից և դժբախտ պատահարներից մահացության ցուցանիշները:

Գծապատկեր 16. ՀՀ մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում մահացության գործակիցը



	Սպասվող		Գրանցված	
	1990	2017	1990	2017
0 - 5	42.6	17.7	41.9	9.6
0 - 1	33.6	14.6	37.6	8.1

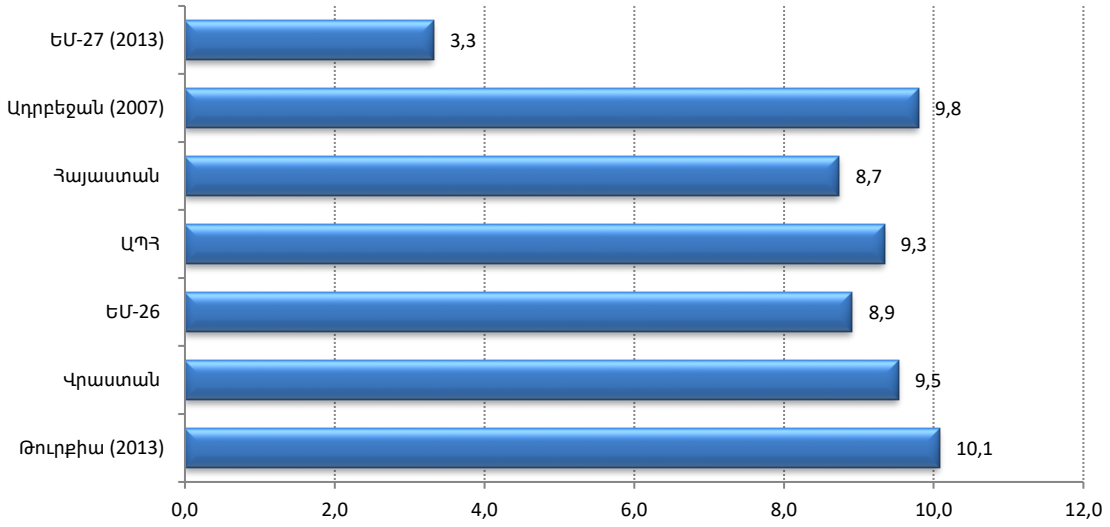
Աղբյուր՝ ԱՀԳՄԻ, 2019

1990թ.-ից ի վեր նվազել է երեխաների մահացության ցուցանիշը թե՛ 0-1, թե՛ 0-5 տարեկանների շրջանում (Գծապատկեր 16): Գծապատկերը վկայում է դրական արդյունքի մասին, քանզի մահացության գրանցված ցուցանիշը սպասվելիք ցուցանիշից ցածր է:

1990-2018 թթ. ընթացքում մանկական (մինչև մեկ տարեկան երեխաների) մահացությունը բացարձակ թվով նվազել է 5-6 անգամ (1990թ.՝ 1.465, 2018թ.՝ 261), իսկ տարեկան գործակիցը՝ 2-3 անգամ՝ հասնելով 1.000 կենդանածնի հաշվով 7.1-ի: Համաձայն ԱՀԿ-ի «Առողջություն բոլորին» շտեմարանի՝ այն թեև ավելի ցածր է, քան ԱՊՀ-ում (9.73՝ 2015թ.), Ղազախստանում (9.4՝ 2015թ.), Թուրքիայում (10.7՝ 2014թ.), Ուզբեկստանում (10.7՝ 2014թ.), Ղրղզստանում (18.0՝ 2015թ.), Թուրքմենստանում (22.1՝ 2015թ.), սակայն զիջում է ԵՄ անդամ երկրների միջին ցուցանիշին(3.6՝ 2015թ.):

Հայաստանում մանկական մահացության ցուցանիշն ավելի բարվոք է, քան ԱՊՀ-ում, , Վրաստանում և Թուրքիայում: Սակայն, այն զիջում է Եվրոպական տարածաշրջանի զարգացած երկրների (ԵՄ-27) մակարդակին (Գծապատկեր 17):

Գծապատկեր 17. Մանկական մահացությունը՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2016

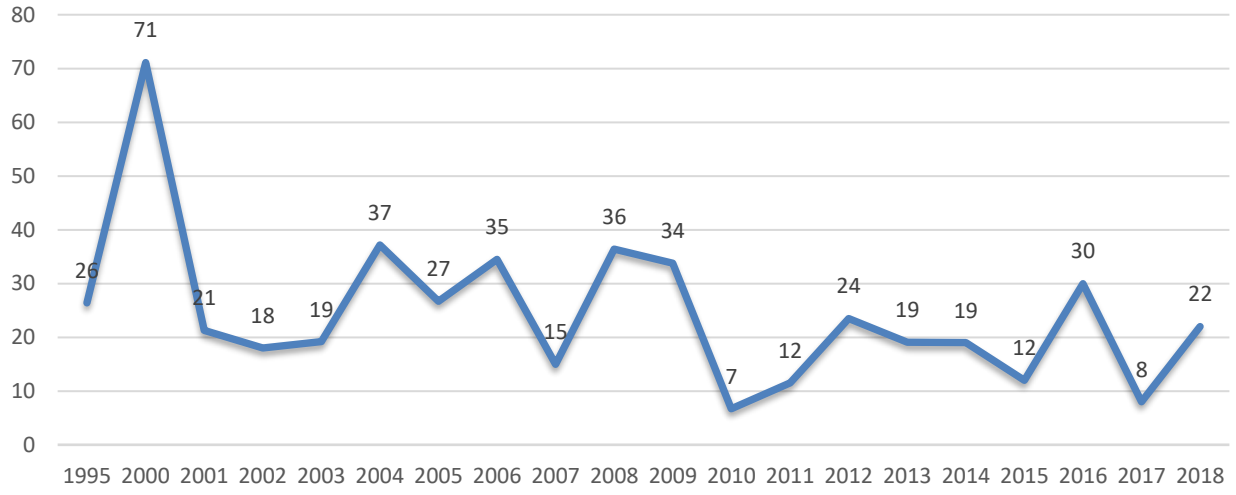
Մայրական մահացություն

Կայուն զարգացման 3.1 նպատակով ամրագրված է նվազեցնել մայրական մահացությունը. «Մինչև 2030 թ. կրճատել մայրական մահացության համամասնությունը մինչև 70-ից ցածր՝ 100 հազար կենդանածնի հաշվով»:

2018թ.-ին ՀՀ ծննդօգնություն իրականացնող հաստատություններում արձանագրվել է մայրական մահացության 8 դեպք (ցուցանիշը՝ 21.7/100 000 կենդանածնության նկատմամբ), 2019թ.-ին՝ 13 դեպք:

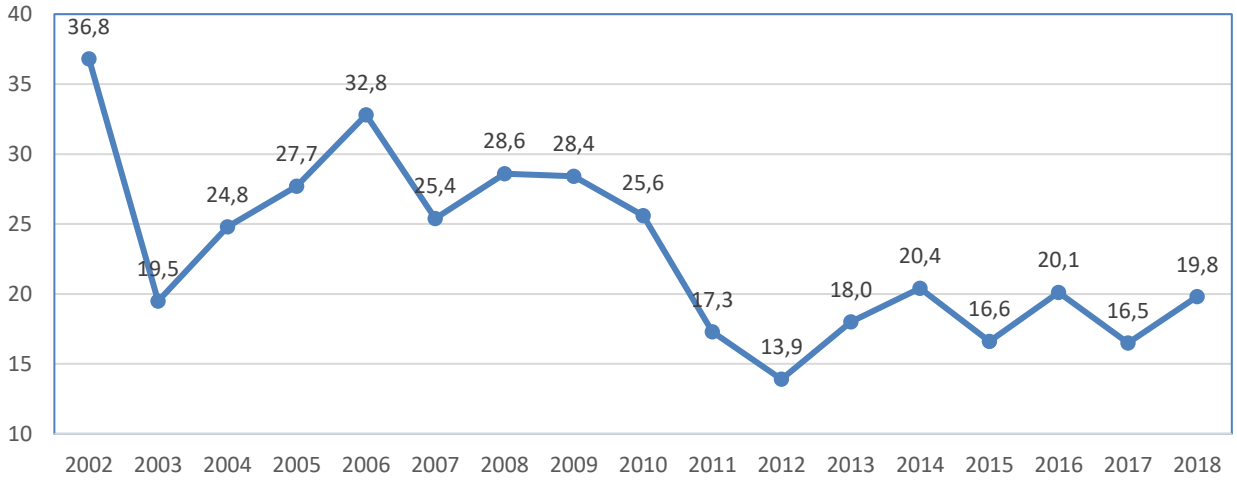
Մայրական մահացության տարեկան և եռամյա միջինների շարժը Հայաստանում ներկայացված է Գծապատկեր 18 և 19-ում:

Գծապատկեր 18. Մայրական մահացությունը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, ըստ տարիների



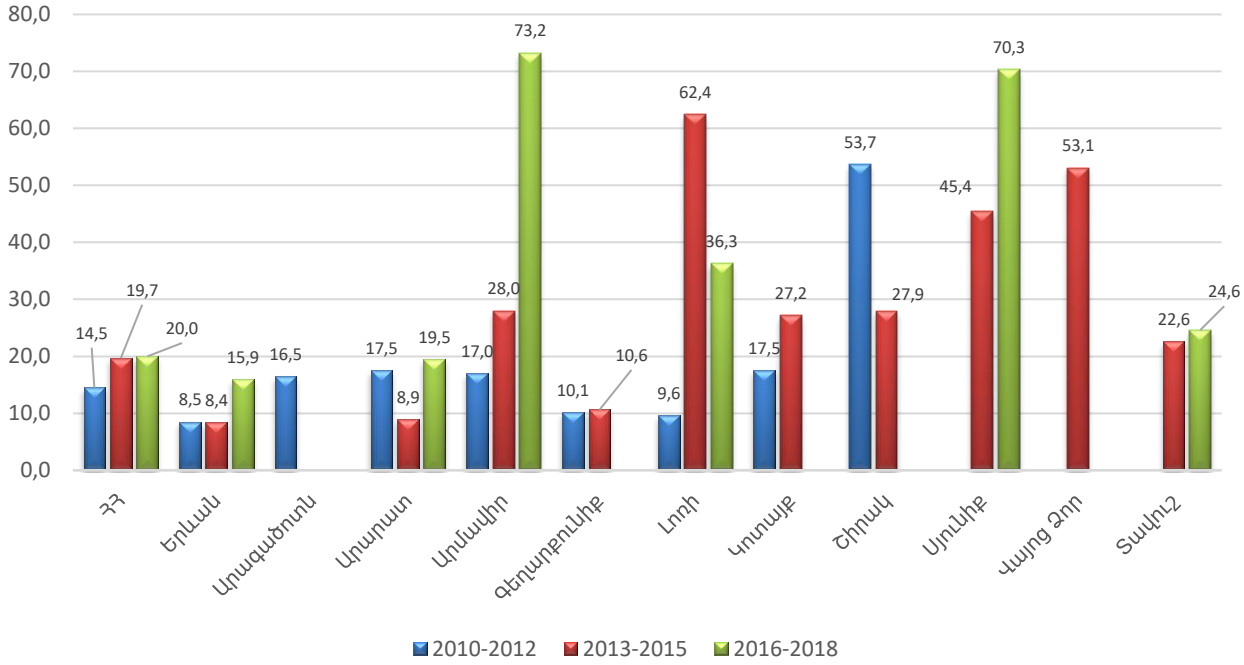
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2019

Գծապատկեր 19. Մայրական մահացության գործակիցը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995, 2000-2018 (եռամյա միջին)



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2019

Գծապատկեր 20. Մայրական մահացության գործակիցն ըստ ՀՀ մարզերի և ք. Երևանի 2010-2018 (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով)



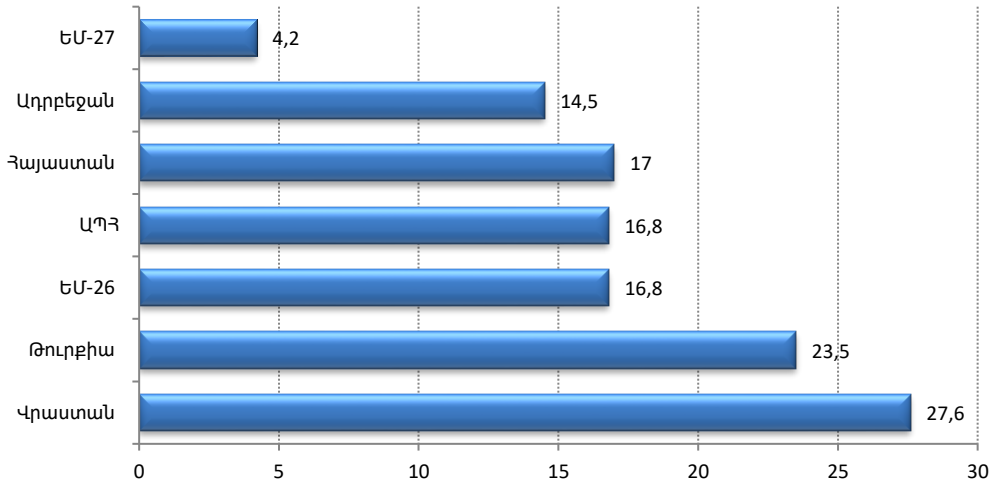
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2019

Գծապատկեր 20-ում ներկայացված է մայրական մահացության եռամյա միջինը մարզային կտրվածքով: Ընդ որում, վերջին երեք տարիների ընթացքում որոշակի աճ է նկատվում մարզային կտրվածքով (Արմավիրի և Սյունիք մարզեր):

Հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է, ցուցանիշը բավական անկայուն է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը զգալիորեն ավելի ցածր է, քան հարևան երկրների ցուցանիշները, այդ թվում նաև՝ ԵՄ-26 և ԱՊՀ երկրների միջինների համեմատ: Այն գրեթե հավասարվել է եվրոպական զարգացած երկրների ցուցանիշին (Գծապատկեր 21):

Ըստ ԱՀԿ տվյալների՝ մայրական մահացության հաշվարկային ցուցանիշը Հայաստանում կազմում է 25/100 000: Այս ցուցանիշը գրեթե նույնն է, ինչպես Ռուսաստանինը, ավելի ցածր է ԱՊՀ մի շարք երկրների ցուցանիշների (Վրաստան 32, Ուզբեկիստան՝ 36, Ղրղստան՝ 76) համեմատությամբ, սակայն զգալի գերազանցում է Եվրոպական երկրների համանուն ցուցանիշի միջին մակարդակը (Եվրոպա՝ 15, ԵՄ՝ 11): Սակայն միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է վերևում, փոքր պոպուլյացիաներում մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշը բավական անկայուն է:

Գծապատկեր 21. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2013-2014

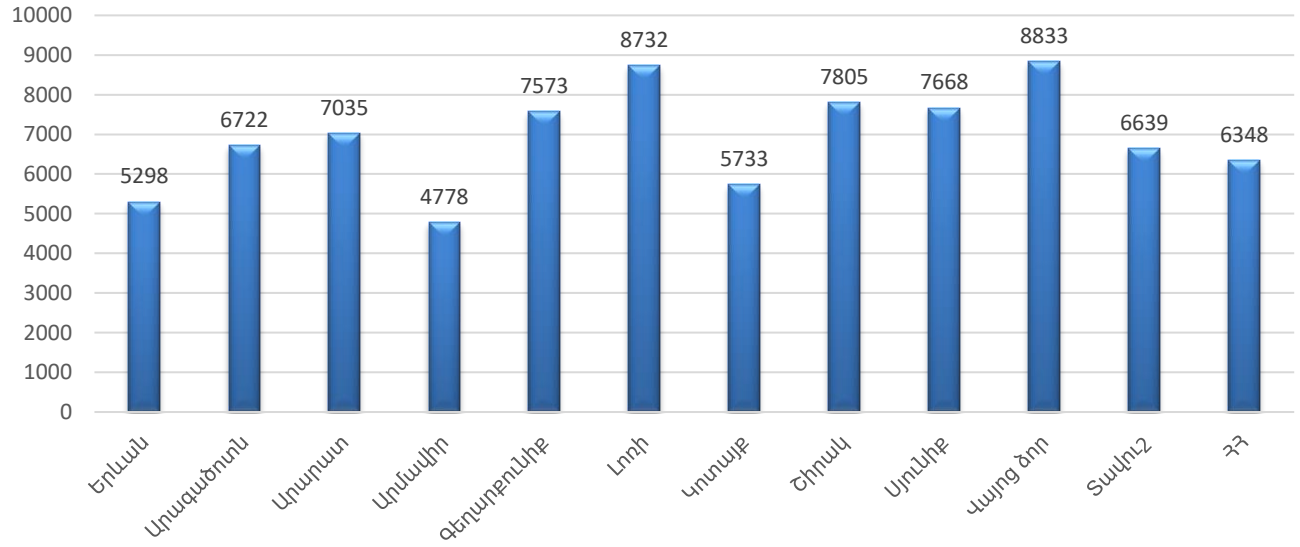


Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2019

ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ

ՀՀ բնակչության շրջանում 2018թ.-ի դրությամբ հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակը կազմել է 188.460, իսկ 100000 բնակչության հաշվով ցուցանիշը՝6348 (Գծապատկեր 22): Ըստ մարզերի դիտարկելիս տեսնում ենք, որ ցուցանիշը համեմատաբար բարձր է Լոռիում, Վայոց Ձորում, Շիրակում, իսկ ավելի ցածր՝ Արմավիրում:

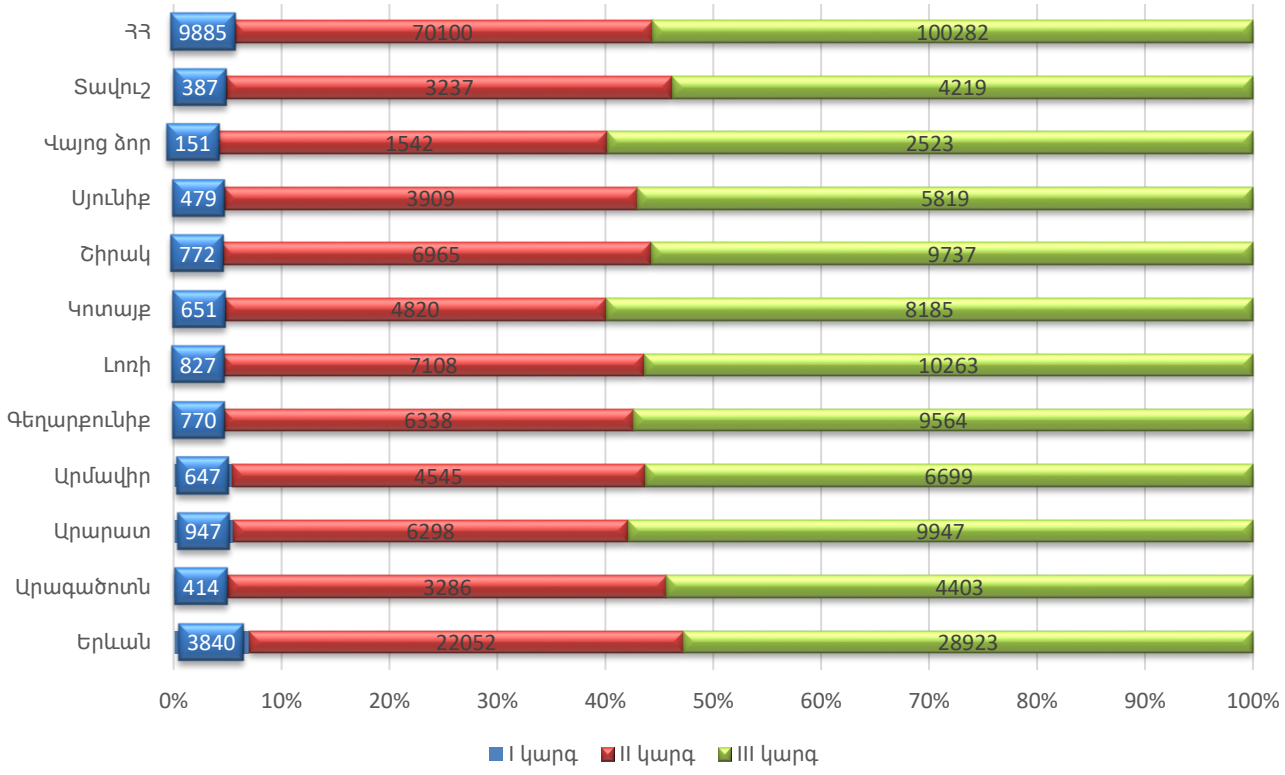
Գծապատկեր 22. Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն՝ ըստ ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2019

Գծապատկեր 23-ում ներկայացված է հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց քանակն՝ ըստ մարզերի, Երևան քաղաքի և ըստ հաշմանդամության խմբերի: Ընդհանուր առմամբ կարելի է ասել, որ յուրաքանչյուր երկրորդն ունի հաշմանդամության երրորդ կարգ, ընդ որում Կոտայքում, Վայոց Ձորում և Արարատում նրանց մասնաբաժիններն ամենաբարձրն են: Հետաքրքրական է նաև այն փաստը, որ ըստ մասնաբաժնի, Երևան քաղաքում հաշվառված առաջին կարգի հաշմանդամություն ունեցող անձինք ամենամեծ մասնաբաժինն են կազմում՝ ի համեմատ այլ մարզերի:

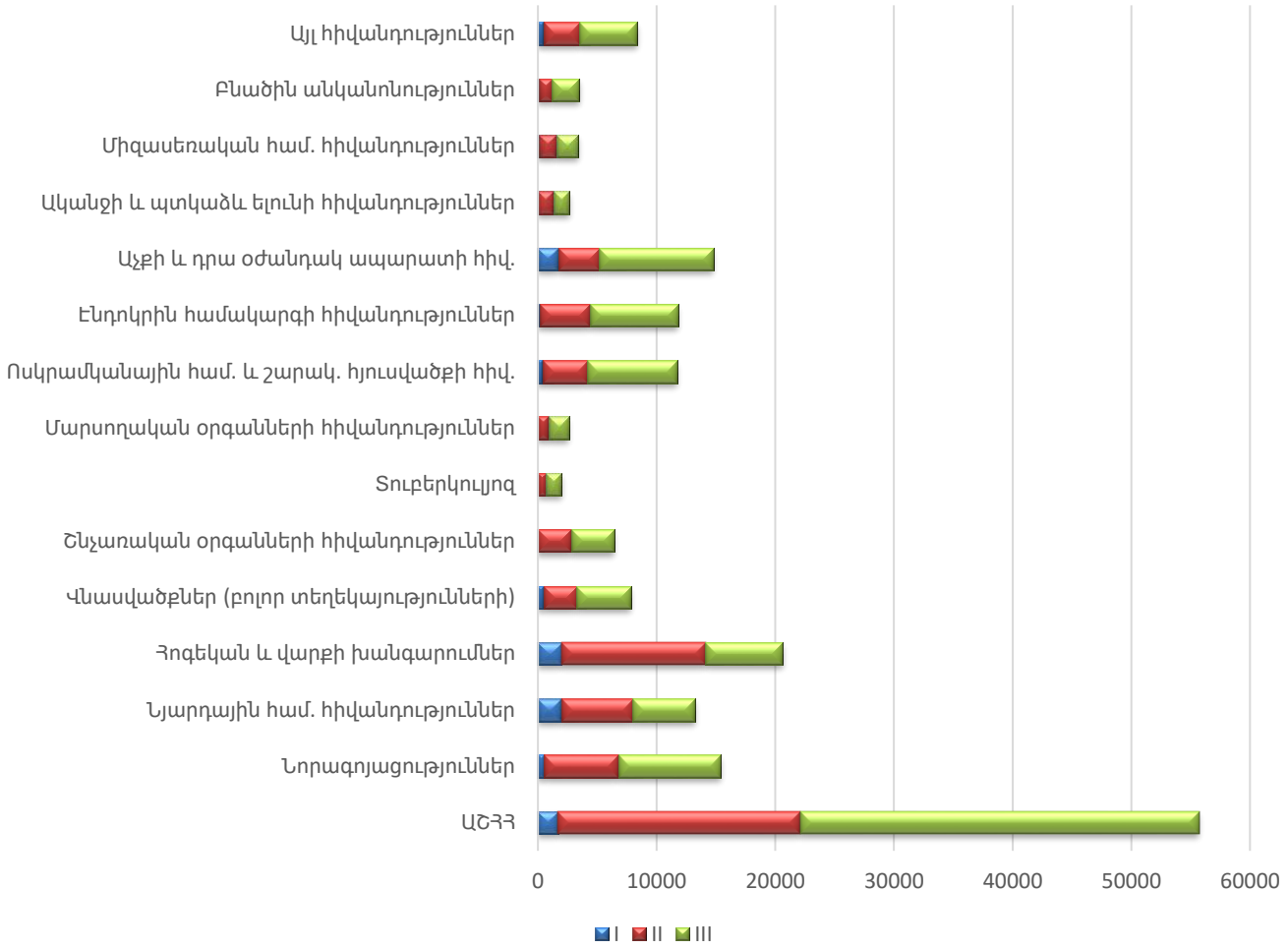
Գծապատկեր 23.- Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձինք՝ ըստ ՀՀ մարզերի, Երևան քաղաքի և ըստ հաշմանդամության խմբերի



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2019

Գծապատկեր 24-ում ներկայացված է հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն՝ ըստ հաշմանդամության պատճառների և հաշմանդամության խմբերի: Ինչպես երևում է վիճակագրական ցուցանիշներից, ինչպես մահացության դեպքում, հաշմանդամության առաջին պատճառն ԱՇՀՀ-ն են, ընդ որում այս հիմքով հաշմանդամություն ունեցող անձանց կեսից ավելիի մոտ առկա է երրորդ կարգի հաշմանդամություն: ԱՇՀՀ- ին հաջորդում է հոգեկան և վարքի խանգարման պատճառով հաշմանդամությունը, ապա՝ աչքի և դրա օժանդակ ապարատի հիվանդությունները: Հոգեկան և վարքի խանգարման պատճառով հաշմանդամության դեպքում գերակշռում են հաշմանդամության երկրորդ խումբ ունեցող անձինք: Հաշմանդամության պատճառների սանդղակում չորրորդ տեղում են գտնվում նորագոյացությունները: Առաջին խմբի հաշմանդամության հիմնական պատճառներն են ԱՇՀՀ-ը, նյարդային համակարգի հիվանդությունները, հոգեկան և վարքի խանգարումները, աչքի և օժանդակ ապարատի հիվանդությունները և նորագոյացությունները:

Գծապատկեր 24 Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն՝ ըստ հիվանդությունների և ըստ հաշմանդամության խմբերի, 2018թ. տարեվերջ



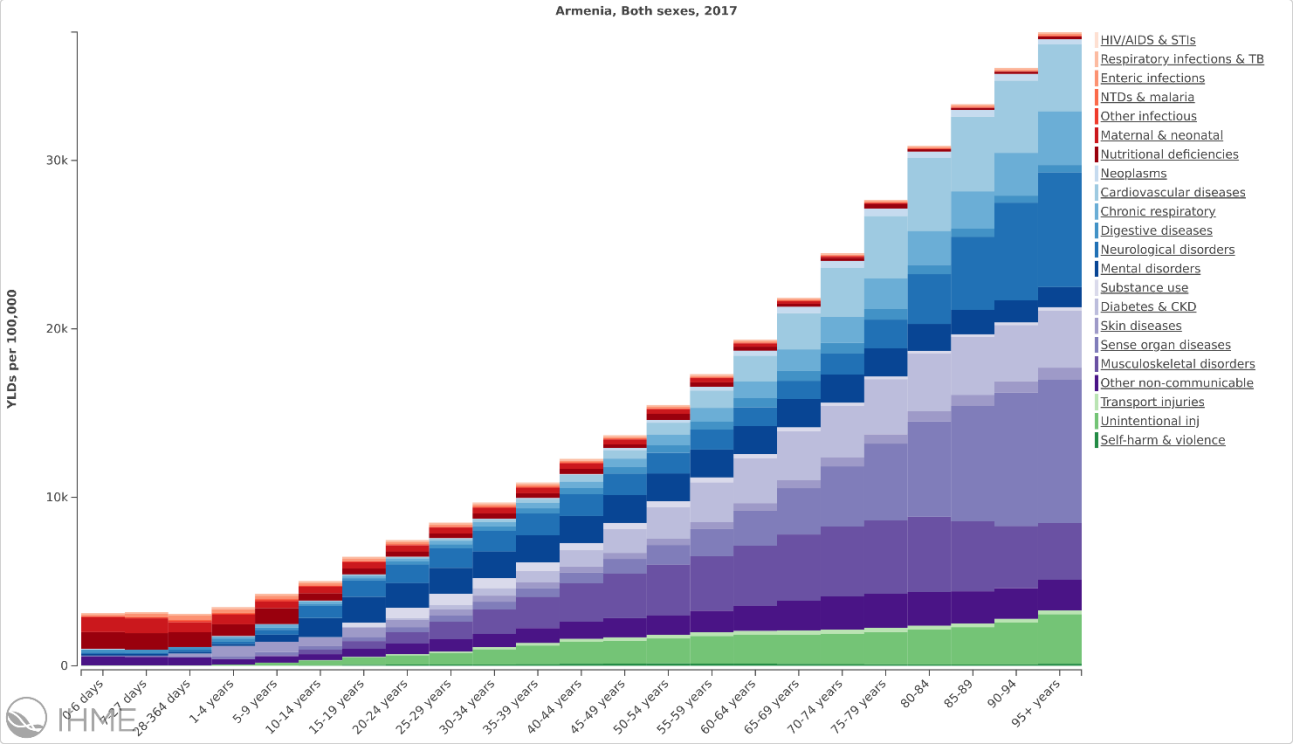
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2019

Հիվանդությունների բեռի գնահատման մեկ այլ ցուցանիշ է հաշմանդամությամբ ապրած տարիները (ՀԱՏ/YLDs)։ Այն հաշվարկվում է՝ հիվանդության տարածվածությունը բազմապատկելով առողջության կարճաժամկետ կամ երկարաժամկետ կորստի տարիների հետ և հաշվի է առնվում նաև հիվանդության ծանրության աստիճանը։

Գծապատկեր 25-ում ներկայացված է ՀՀ բնակչության շրջանում ՀԱՏ ցուցանիշն՝ ըստ տարիքային խմբերի՝ 100000 բնակչի հաշվով։ Ինչպես երևում է, մինչև 9 տարեկան երեխաների շրջանում հաշմանդամության հիմնական պատճառ են հանդիսանում վարակները, սնուցման խանգարումները և նեոնատալ հիվանդությունները, իսկ ավելի բարձր տարիքային խմբում՝ նյարդային համակարգի հետ կապված հիվանդությունները։

Երկաթի, վիտամին Ա-ի և այլ միկրոտարրերի անվբավարարությամբ պայմանավորված՝ հաշմանդամության պատճառների ցուցանիշը կտրուկ նվազել է: Այս ցուցանիշի նվազումը կարող է պայմանավորված լինել մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թվականների ռազմավարության միջոցառումների իրականացմամբ:

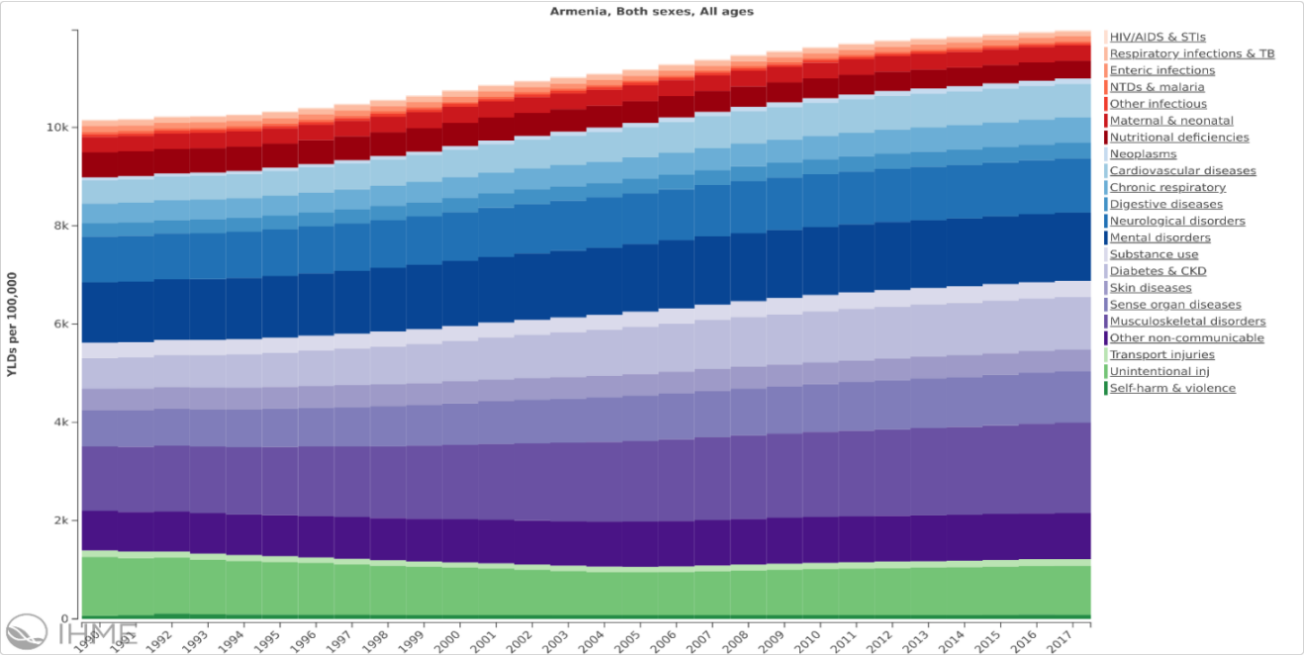
Գծապատկեր 25. ՀՀ բնակչության շրջանում հաշմանդամությամբ ապրած տարիներն՝ ըստ տարիքային խմբերի, 2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

ՀԱՏ-ն ըստ տարիների դիտարկելիս տեսնում ենք (Գծապատկեր 26), որ 1990 թվականից ի վեր ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդությունների, շաքարային դիաբետի և այլ ոչ վարակիչ հիվանդությունների հետևանքով մահացության ցուցանիշը բարձրացել է, իսկ տրանսպորտային պատահարների, բռնության, ինքնավնասման և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներով պայմանավորված ՀԱՏ ցուցանիշը՝ նվազել:

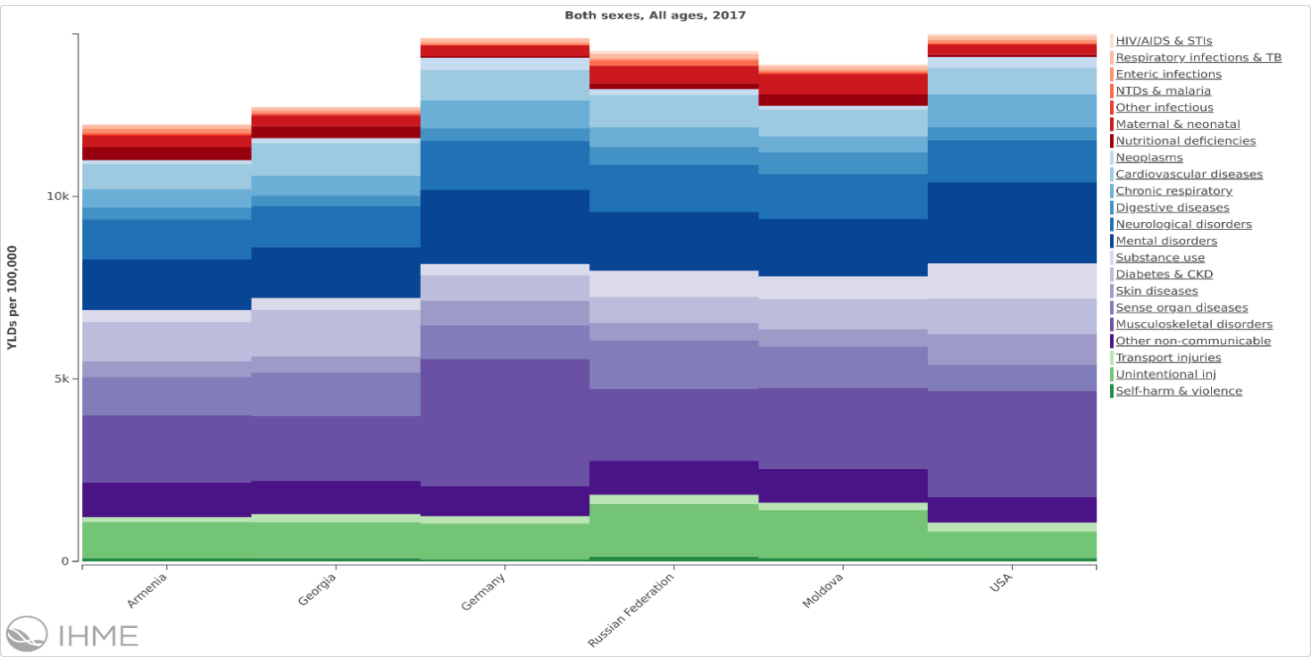
Գծապատկեր 26. ՀՀ բնակչության շրջանում ՀԱՏ-ն՝ ըստ տարիների, 2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

ՀԱՏ ցուցանիշը երկրների միջև համեմատելիս ցածր է լինում երկու պատճառով՝ հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ կա՛մ բուժվում են, կա՛մ ավելի վաղ են մահանում: Վերջինս ավելի հատուկ է միջին և ցածր եկամուտ ունեցող երկրներին: Հայաստանում ցուցանիշն ավելի ցածր է Գծապատկեր 27-ում ներկայացված երկրների ցուցանիշներից:

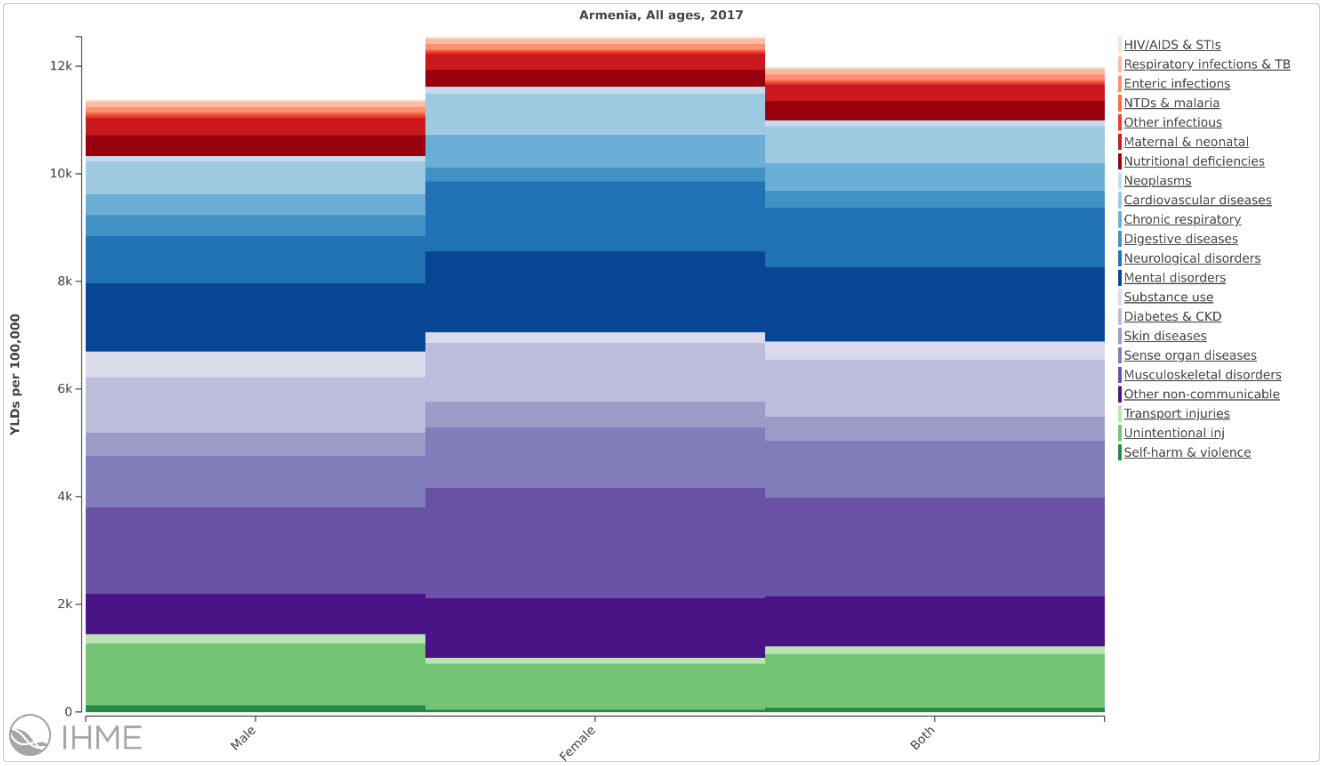
Գծապատկեր 27. ՀԱՏ ցուցանիշն՝ ըստ երկրների, 2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Ինչպես երևում է գծապատկեր 28-ում, ըստ սեռի, ՀԱՏ ցուցանիշն ավելի բարձր է կանանց շրջանում: Ըստ սեռի դիտարկելիս ՀԱՏ ցուցանիշն ուղիղ համեմատական է կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշին:

Գծապատկեր 28. ՀՀ բնակչության շրջանում ՀԱՏ ցուցանիշն՝ ըստ սեռի, 2017թ.



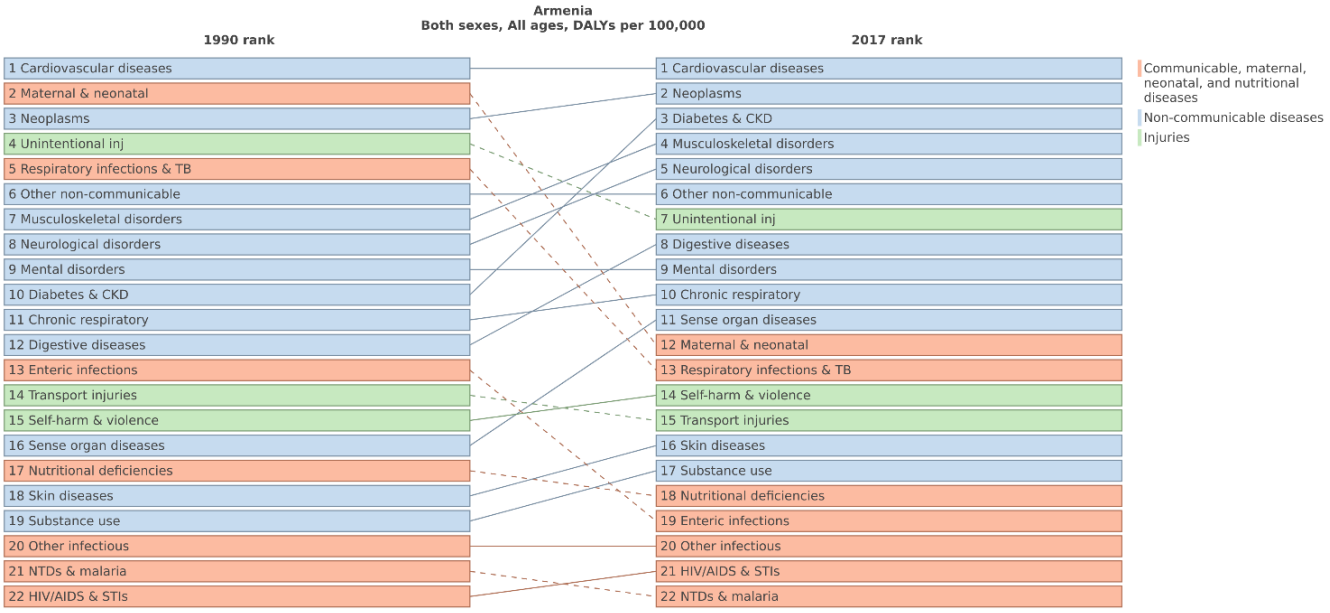
Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիները (DALYs-Դեիլի)

Վաղաժամ մահացության և հաշմանդամության գնահատման մեկ այլ ցուցանիշ է Դեիլին՝ (DALYs) հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիները: Ինչպես պարզ է դառնում անվանումից, այն հաշվարկվում է՝ վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած կյանքի տարիներին գումարելով այն տարիները, որոնք մարդիկ ապրել են հաշմանդամությամբ: Եթե իդեալական իրավիճակում նշված ցուցանիշը 0 լիներ, ապա բնակչությունը կապրեր մինչև ակնկալվող տարիքը և առանց հաշմանդամության:

$$\text{Դեիլին} = \text{ԿԿՏ} + \text{ՀԱՏ}$$

Գծապատկեր 29. Հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիները՝ Դեիլին, ըստ պատճառների. 1990-2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

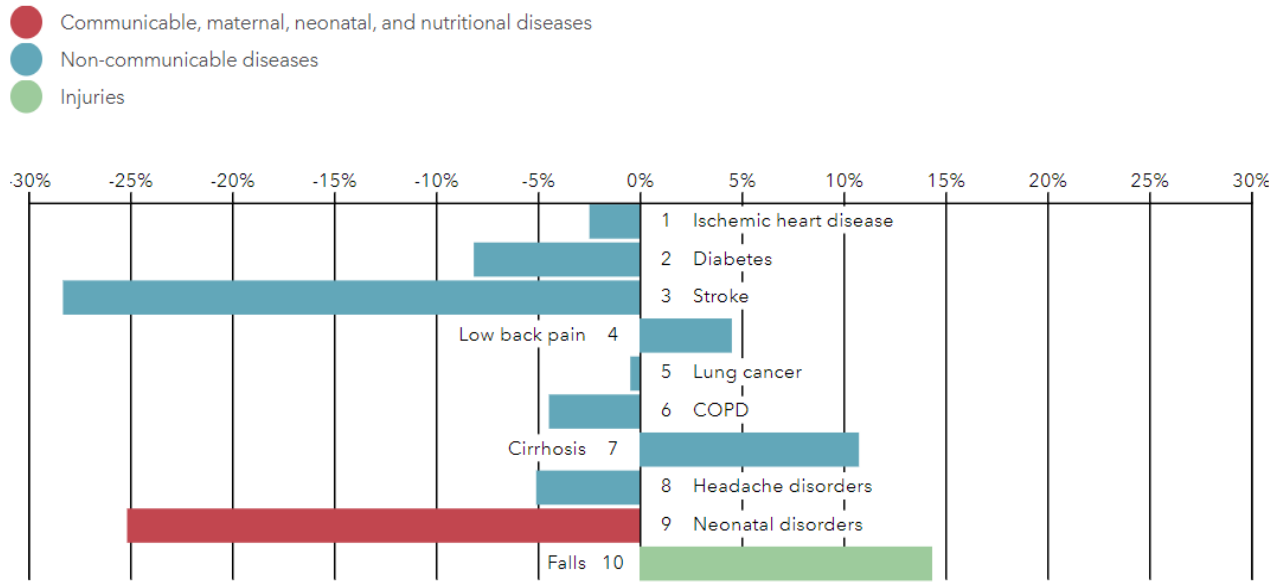
Հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիների առաջին պատճառը ՀՀ բնակչության շրջանում, ինչպես ԿԿՏ-ի և ՀԱՏ-ի դեպքում, սրտանոթային հիվանդություններն են և՛ 1990թ.-ի և՛ 2017թ.-ի դրությամբ: Կտրուկ նվազել է մայրական և

նեոնատալ խնդիրների պատճառով առաջացած ԿԿՏ-ի և ՀԱՏ-ի գումարը՝ սանդղակում 2-րդ հորիզոնականից իջնելով 12-րդ (Գծապատկեր 29):

Կտրուկ աճել է ՇԴ-ի և երիկամային հիվանդությունների հետևանքով առաջացած Դեիլի ցուցանիշը՝ 10-րդ հորիզոնականից բարձրանալով 3-րդ հորիզոնական: Շնչառական վարակների և տուբեկուլոզի պատճառով առաջացած Դեիլին իջել է 8 հորիզոնականով: Ընդհանուր առմամբ կարող ենք ասել, որ 2017թ.-ի դրությամբ ՈՎՀ-ն ավելի շատ են պատճառ հանդիսացել Դեիլի ցուցանիշի համար, քան այն եղել է 1990թ.-ին:

ՀՀ բնակչության շրջանում հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիների հիմնական պատճառների 2007 և 2017 թթ.-ի ցուցանիշների համեմատականը՝ փոփոխված մասնաբաժինը ներկայացված է գծապատկեր 30-ում:

Գծապատկեր 30. Դեիլիի ամենատարածված 10 պատճառները. 2007-2017, փոփոխված %



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Ինչպես երևում է գծապատկերից, հաշմանդամությամբ ապրած տարիների հիմնական պատճառն են հանդիսանում սրտի իշեմիկ հիվանդությունները, ՇԴ-ն, ապա կաթվածը: 2007-2017թթ. ժամանակահատվածում մոտ 28%-ով նվազել է կաթվածի հետևանքով առաջացած Դեիլին: Հաջորդ մեծ փոփոխությունը գրանցվել է նեոնատալ հիվանդությունների հետևանքով առաջացած Դեիլի-ի ցուցանիշի դեպքում, այն նվազել է 25%-ով:

Աղյուսակ 10. Դելին ըստ առաջին 10 պատճառների և երկրների

	Ischemic heart disease	Diabetes	Stroke	Low back pain	Neonatal disorders	Headache disorders	Congenital defects	Lung cancer	COPD	Cirrhosis
Armenia	3,723.3	1,279.9	1,230.9	1,035.7	1,019.0	719.6	688.9	679.6	631.8	623.0
Comparison group mean (High-middle SDI)	2,449.0	673.9	1,998.4	768.2	1,193.4	644.5	635.9	656.8	747.2	381.3
American Samoa	2,809.7	3,436.5	1,976.5	739.7	999.8	564.8	435.9	547.1	1,099.9	398.5
Antigua and Barbuda	1,292.6	1,659.0	1,129.8	628.5	1,222.5	731.4	527.2	172.4	247.8	298.0
Argentina	1,622.5	813.0	929.9	1,314.0	1,238.4	525.1	649.6	483.9	648.4	393.8
Azerbaijan	6,201.9	1,170.4	2,436.2	986.5	2,885.5	716.2	1,136.3	507.5	679.6	881.6
Bahrain	1,784.5	2,264.4	654.6	985.3	864.0	835.3	559.6	241.0	556.1	235.6
Bosnia and Herzegovina	2,472.3	1,293.2	2,041.5	1,142.8	1,062.9	729.4	602.6	863.3	606.9	307.0
China	1,627.5	523.6	2,342.3	410.9	1,045.7	401.2	528.6	757.6	1,128.3	233.9
Georgia	4,098.2	1,217.4	2,926.6	875.3	1,590.3	716.8	526.5	668.4	662.9	810.7
Iran	2,556.7	1,075.0	1,140.9	1,064.5	1,806.9	1,232.8	1,077.0	237.5	496.7	209.9
Uruguay	1,164.4	800.7	1,028.6	1,093.8	1,000.9	554.1	662.2	708.5	693.1	258.4

Significantly lower than mean | Statistically indistinguishable from mean | Significantly higher than mean

Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

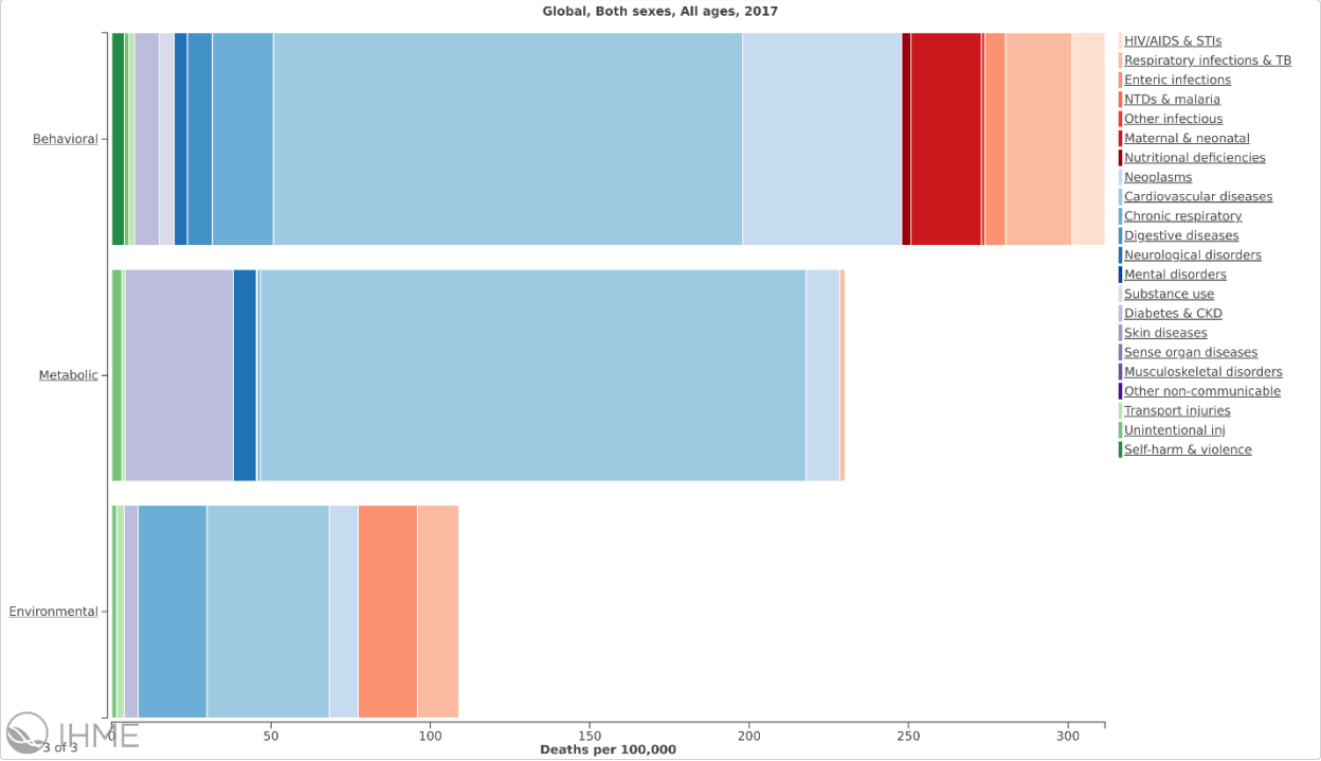
Աղյուսակ 10-ում ներկայացված է հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության հետևանքով կորցրած տարիների ցուցանիշներն՝ ըստ առաջին 10 պատճառների և ըստ երկրների: Կարմիր գույնով նշված են այն պատճառները, որոնք վիճակագրորեն հավաստի

կեպով ավելի բարձր են միջին արժեքից, իսկ կապույտ գույնով նշված են նրանք, որոնք ցածր են: Երկրներն ընտրված են՝ հիմք ընդունելով հիվանդությունների համաշխարհային բեռի տարածաշրջանային դասակարգումը, առևտրական կապերը և սոցիոդեմոգրաֆիական ինդիկատորները: Օրինակ՝ կաթվածի դեպքում Դեիլի ցուցանիշը ՀՀ բնակչության շրջանում վիճակագրորեն հավաստի կերպով ավելի ցածր է, քան միջին արժեքը, իսկ սրտանոթային հիվանդությունների, շաքարային դիաբետի, ցիրոզի դեպքում այն ավելի բարձր է: Կարելի է ասել, որ Վրաստանում պատկերը նույնն է, սակայն նրա բնակչության շրջանում կաթվածի և նեոնատալ հիվանդությունների հետևանքով առաջացած Դեիլի ցուցանիշն ավելի բարձր է միջինից:

ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

Ըստ ԱՀԳՄԻ մեթոդաբանության, հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոնները բաժանվում են 3 հիմնական խմբի՝ շրջակա միջավայրի, մետաբոլիկ և վարքագծային: Գծապատկեր 31-ում ներկայացված են 2017թ.-ի դրությամբ մահացության պատճառներն ամբողջ աշխարհում՝ ըստ տարածվածության և ՌԳ տեսակի: Ինչպես երևում է գծապատկերից, ՈՎՀ-ը հանդիսանում են մահացության հիմնական պատճառները, մասնավորապես՝ ԱՇՀՀ-ը, ՉՆ-ը, ՇԴ-ը, ԹՔՕՀ-ը և հոգեկան հիվանդությունները: Իսկ ՈՎՀ-ի համար հիմնական ռիսկի գործոն է հանդիսանում վարքագծայինը:

Գծապատկեր 31. Ամբողջ աշխարհում մահացության պատճառներն՝ ըստ ՌԳ խմբերի

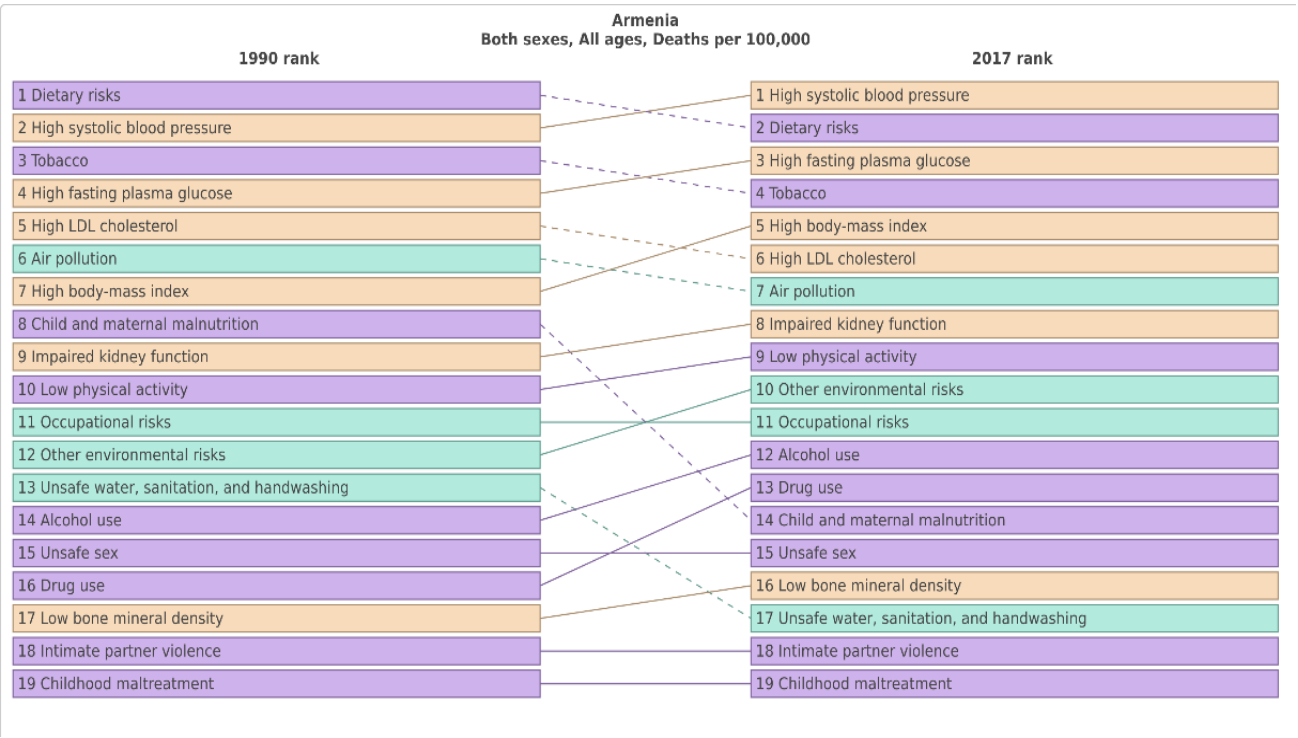


Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Գծապատկեր 32-ում պատկերված է 1990 և 2017 թթ.-ին գրանցված ՈՎՀ-ից մահացության ռիսկի գործոնները՝ բաժանված ըստ վերոնշյալ տեսակների: Դեղին գույնով պատկերված են մետաբոլիկ, մանուշակագույնով՝ վարքագծային, իսկ կապույտով՝ շրջակա միջավայրի հետ կապված ռիսկի գործոնները: Զարկերակային գերճնշումն ամենատարածված պատճառն է

ՈՎՀ-ից մահացության համար, ապա, դրան հետևում է սննդակարգը, գլյուկոզի բարձր մակարդակը և ծխախոտի օգտագործումը: Կան որոշ ռիսկի գործոններ, որոնք 27 տարվա ընթացքում կտրուկ փոխել են իրենց դիրքը մահացության կառուցվածքում: Դրանցից են մոր և մանկան թերսնուցումը՝ 8-րդ հորիզոնականից իջնելով 14-րդ հորիզոնական, ճարպակալումը և գերքաշությունը՝ 7-րդ հորիզոնականից բարձրանալով 5-րդ հորիզոնական:

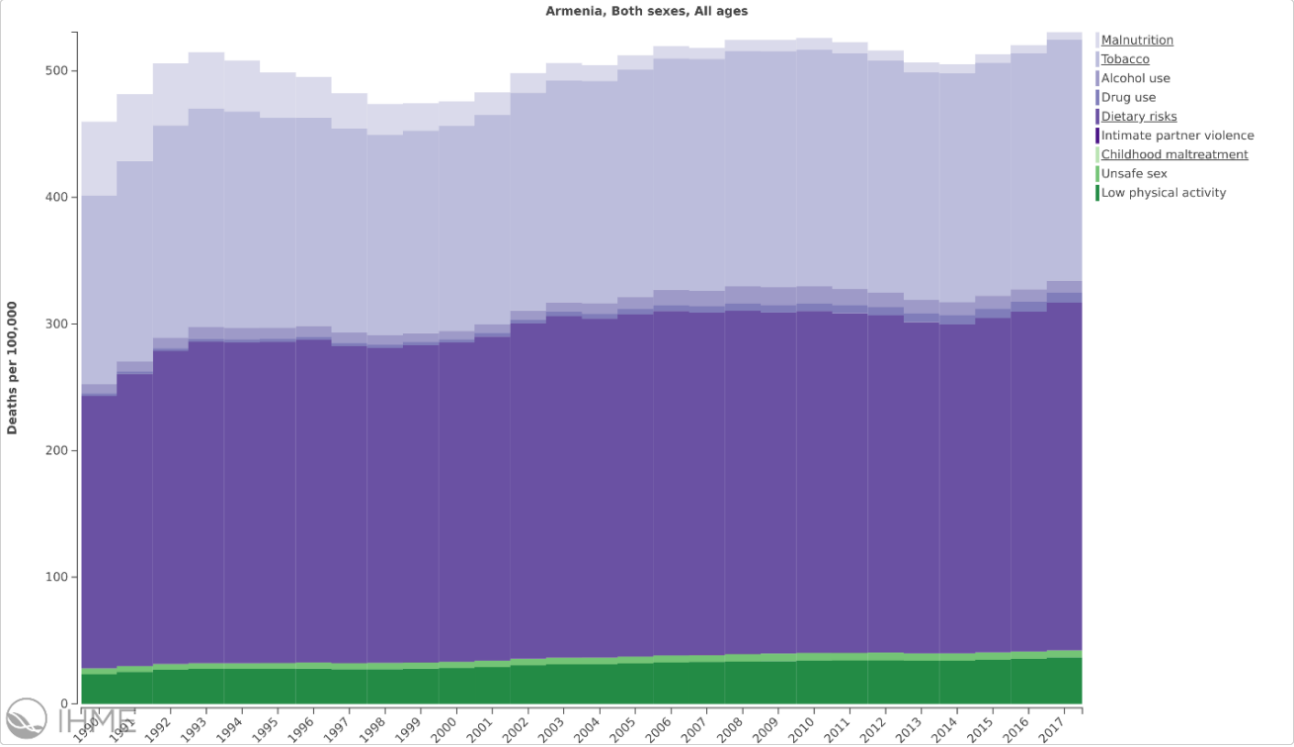
Գծապատկեր 32. Մահացությունն՝ ըստ ռիսկի գործոնների, 1990-2017



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Գծապատկեր 33-ում ներկայացված է ՈՎՀ-ի վարքագծային ռիսկի գործոնների հետևանքով մահացությունն՝ ըստ տարիների: Ինչպես նախորդ գծապատկերում, այստեղ էլ տեսնում ենք, որ անառողջ սննդակարգը՝ աղի չարաշահումը, միրգ և բանջարեղենի ոչ բավարար օգտագործումը, տրանսճարպերի օգտագործումը և այլն, առաջին պատճառն է ՈՎՀ մահացության համար, երկրորդը՝ ծխախոտի օգտագործումն է: Ինչպես երևում է գծապատկերում, 1990թ.-ից սկսած՝ ցածր ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշը հաստատուն կերպով աճել է:

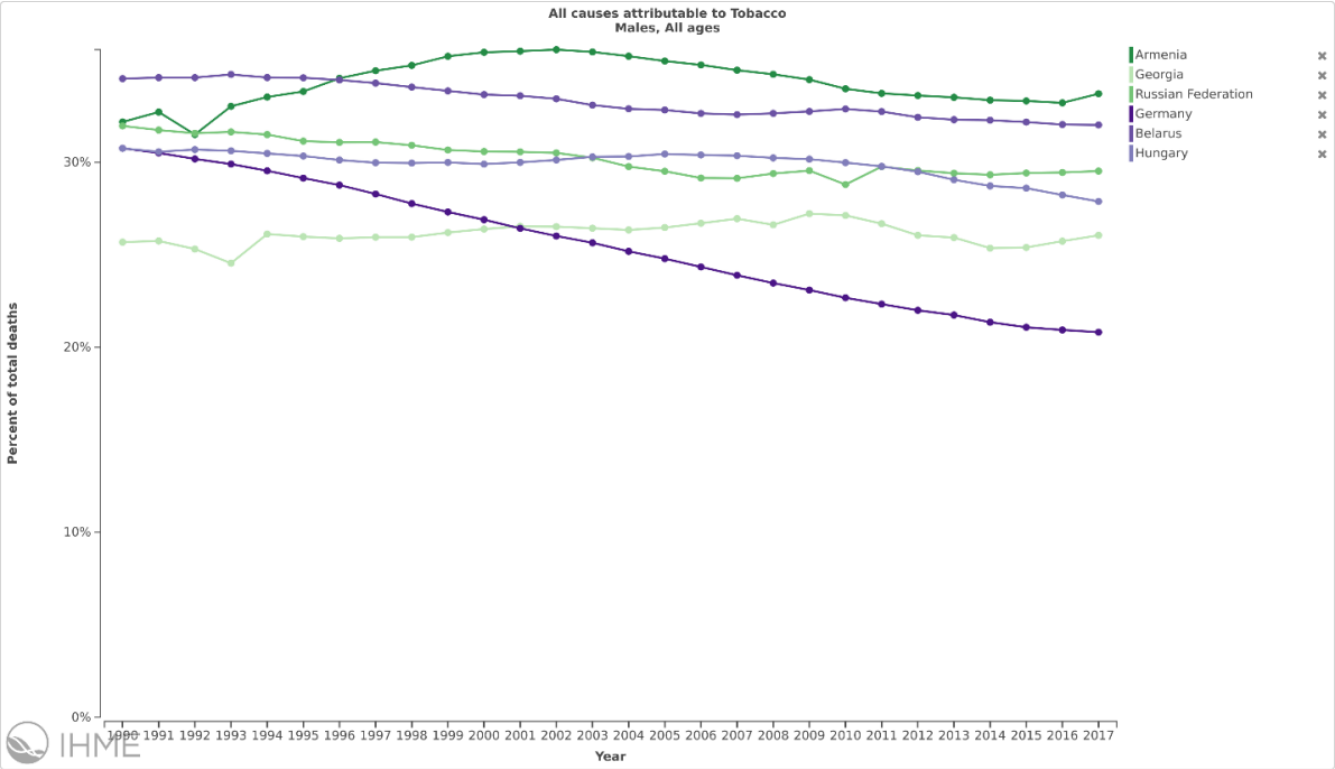
Գծապատկեր 33. ՈՎՀ վարքագծային ռիսկի գործոնների հետևանքով մահացությունն՝ ըստ տարիների



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Տղամարդկանց շրջանում ծխախոտի օգտագործման հետևանքով մահացության ցուցանիշների համեմատությունը այլ երկրների հետ ներկայացված է գծապատկեր 34-ում: Հայաստանում ցուցանիշն ավելի բարձր է Վրաստանի, Ռուսաստանի Դաշնության, Հունգարիայի, Գերմանիայի ցուցանիշներից: Սա հետևանք է ՀՀ-ում տղամարդկանց շրջանում ծխախոտի օգտագործման տարածվածության բարձր մակարդակի:

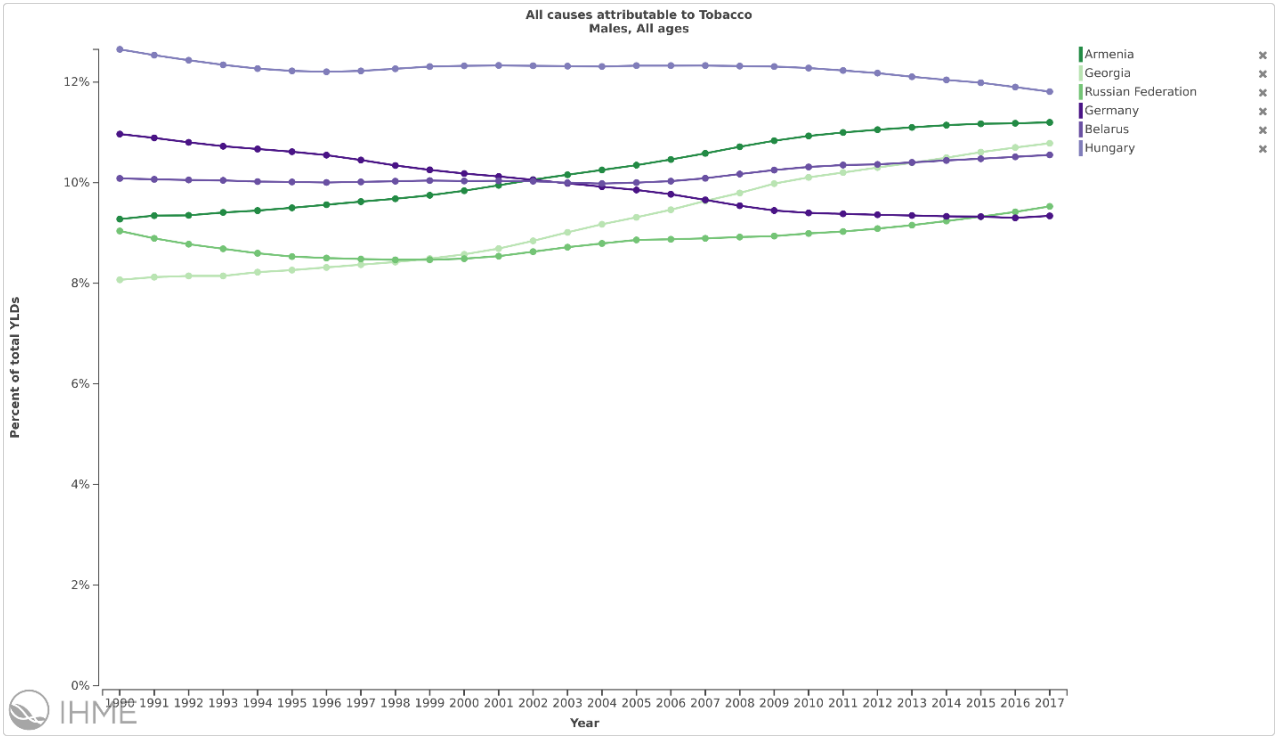
Գծապատկեր 34. Ծխախոտի օգտագործման հետևանքով մահացությունն՝ ըստ երկրների և տարիների (% ընդհանուր մահերից)



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Ծխախոտի օգտագործման հետևանքով հաշմանդամությամբ ապրած տարիների (ՀԱՏ/YLDs) ցուցանիշի համեմատականն այլ երկրների հետ ներկայացված է գծապատկեր 35-ում: ՀԱՏ ցուցանիշի բարձր կամ ցածր լինելու պատճառների մասին արդեն խոսվել է «Հաշմանդամություն» բաժնում: Ինչպես երևում է, Հայաստանը երկրորդ տեղում (1271 ՀԱՏ՝ 100000-ի հաշվով; ՎԻ 914.64-1656) է Հունգարիայից հետո (1690 ՀԱՏ՝ 100000-ի հաշվով; ՎԻ 1267-2158): Մյուս երկրների հետ համեմատելիս տեսնում ենք, որ Հայաստանում ցուցանիշն ամենաբաձրն է, սակայն վստահության ինտերվալի մեծ լինելու պատճառով, այն վիճակագրորեն հավաստի կերպով չի տարբերվում նշված երկրների ցուցանիշներից: Հետաքրքիր է այն փաստը, որ միջին եկամուտ ունեցող երկրներում ՀԱՏ ցուցանիշը կայուն կերպով բարձրացել է՝ 1990 թ.-ից սկսած, իսկ զարգացած երկրներում (գծապատկերում ներկայացված է Գերմանիայի օրինակը) այն մնացել է հաստատուն՝ գլոբալ փոփոխություններ չի կրել:

Գծապատկեր 35. Ծխախոտի օգտագործման հետևանքով ՀԱՏ՝ ըստ երկրների և տարիների (% ընդհանուր ՀԱՏ-ից)



Աղբյուր: ԱՀԳՄԻ, 2019

Ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ ընտրանքային հետազոտության արդյունքների

Ստորև ներկայացված է Հայաստանում ՈՎՀ-ի ՌԳ-ի տարածվածության վերլուծությունը, ըստ 2015թ.-ին իրականացված ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտության տվյալների:

Հաջորդ աղյուսակներում ներկայացված են ՌԳ-ի տարածվածությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի: Դիտարկվել են հետևյալ ռիսկի գործոնները.

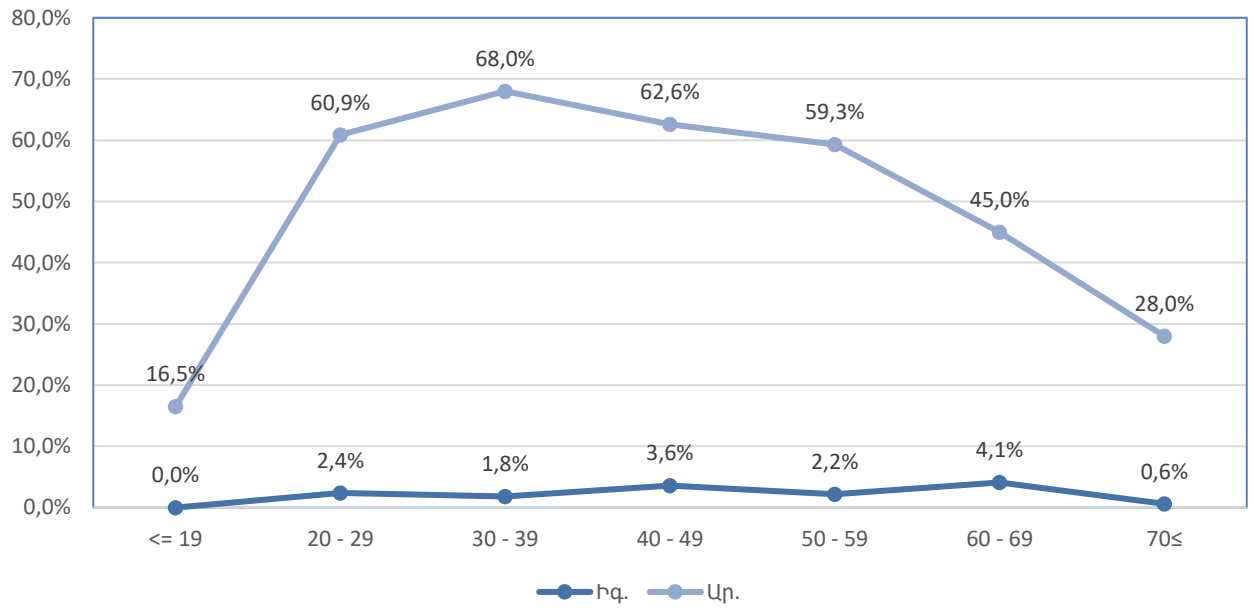
- Զարկերակային գերճնշում
- Ամեն օր ծխախոտի օգտագործում
- Տանը կամ աշխատավայրում երկրորդային ծխի ազդեցության ենթարկվելը
- Ալկոհոլի չարաշահում՝ օրական 20 գրամից ավել սպիրտի օգտագործում
- Ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում
- Ֆիզիկական թերակտիվություն (շաբաթական մինչև 30 րոպե թեթև ֆիզիկական աշխատանքի կատարում)
- Գլյուկոզայի բարձր մակարդակ (>6.1),
- Քոլեստերինի բարձր մակարդակ (>6.2):

Ամեն օր ծխախոտ օգտագործողների տարածվածությունն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 11-ում և Գծապատկեր 36-ում:

Աղյուսակ 11. Ամեն օր ծխախոտ օգտագործողների մասնաբաժիններն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Ծխում են ամեն օր								
		Տարիք						
Սեռը		≤19	20 -29	30 -39	40 -49	50 -59	60 -69	70≥
Իգ.	N %	0.0%	2.4%	1.8%	3.6%	2.2%	4.1%	0.6%
	Քանակ	0	6	5	7	5	6	1
Ար.	N %	16.5%	60.9%	68.0%	62.6%	59.3%	45.0%	28.0%
	Քանակ	20	165	146	115	108	52	24
Ընդ.	N %	8.4%	32.4%	30.9%	32.0%	28.6%	21.4%	11.8%
	Քանակ	20	171	151	122	113	59	24

Գծապատկեր 36. Ամեն օր ծխախոտ օգտագործողների մասնաբաժիններն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



Ամեն օր ծխող տղամարդկանց մասնաբաժինը կտրուկ մեծանում է 20-29 տարեկանների շրջանում:

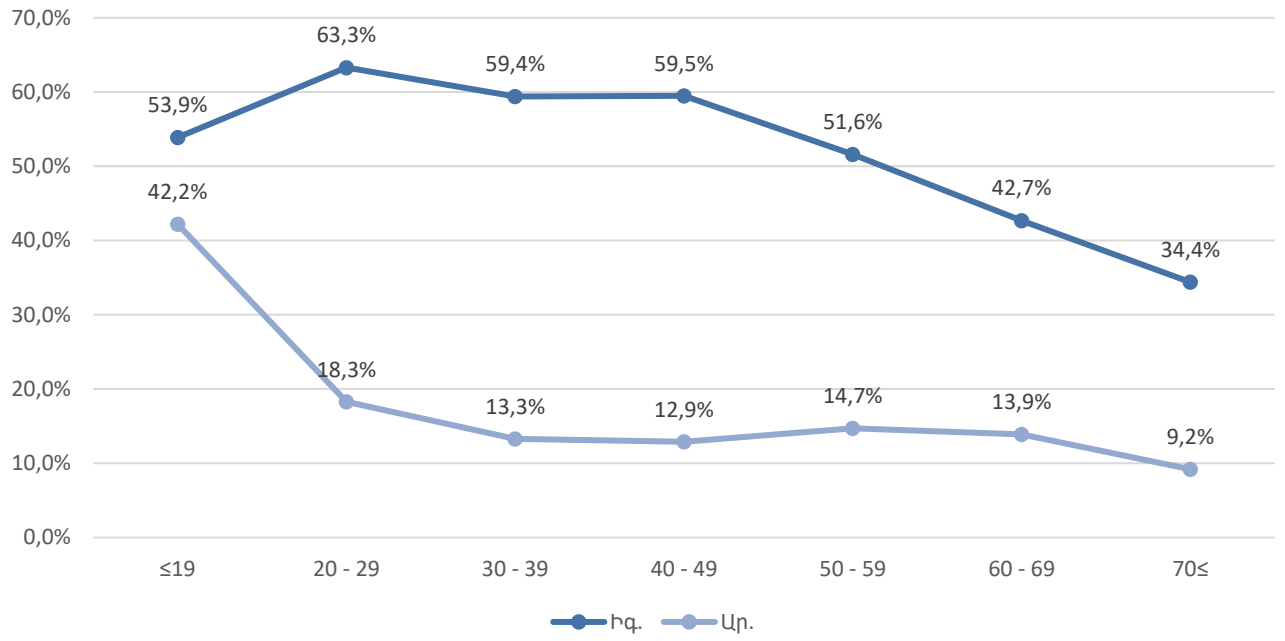
40-49 տարիքային խմբից սկսած՝ ամեն օր ծխող տղամարդկանց մասնաբաժինը փոքրանում է, ինչը կարող է պայմանավորված լինել առողջության տարիքին զուգահեռ վատացման հետ, երբ ծխողների շրջանում ակնհայտ է դառնում ծխելու վնասակար ազդեցության հետևանքները:

Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվող անձանց մասնաբաժինն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 12-ում և Գծապատկեր 37-ում:

Աղյուսակ 12. Երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվողների մասնաբաժիններն՝ ըստ սեռատաիքային խմբերի

Ենթարկվում են երկրորդային ծխի տանը կամ աշխատավայրում (վերջին 30 օրվա ընթացքում)									
		Տարիք							
Սեռը		≤19	20 -29	30 -39	40 -49	50 -59	60 - 69	70≥	Ընդ.
Իգ.	N %	53.9%	63.3%	59.4%	59.5%	51.6%	42.7%	34.4%	54.2%
	Քանակ	64	163	163	118	109	68	42	727
Ար.	N %	42.2%	18.3%	13.3%	12.9%	14.7%	13.9%	9.2%	17.4%
	Քանակ	51	50	29	24	27	16	8	204
Ընդ.	N %	48.0%	40.3%	39.2%	37.1%	34.6%	30.5%	24.0%	37.0%
	Քանակ	115	212	192	142	136	84	50	931

Գծապատկեր 37. Երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվողների մասնաբաժիններն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



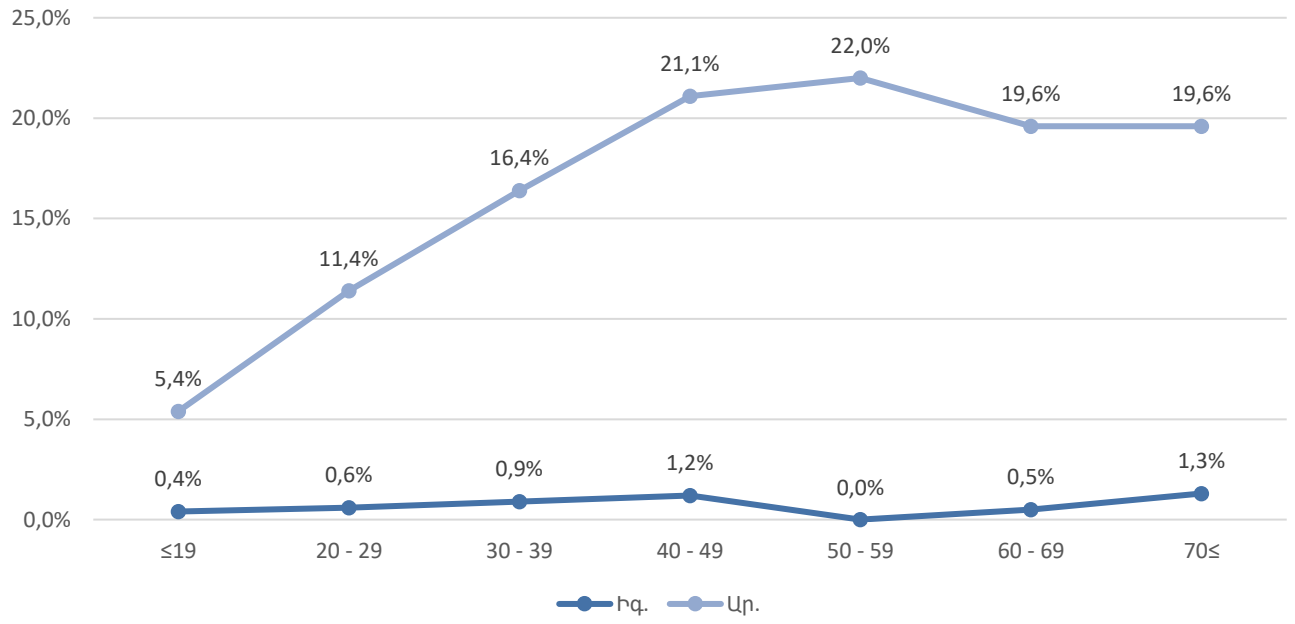
Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվածների մասնաբաժինները համեմատաբար ավելի մեծ են ավելի ցածր տարիքի տղամարդկանց շրջանում, ինչը կարող է բացատրվել նրանով, որ տղամարդկանց մոտ շատ բարձր է ամեն օր ծխողների քանակն ավելի մեծ տարիքային խմբերում, իսկ կանանց շրջանում, հիմնականում, երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվում են ընտանիքում ծխող անդամի առկայության հետևանքով: Ինչպես երևում է նախորդ գծապատկերից, տարիքի աճին ցուգահեռ նվազում է ծխախոտի ամեն օր օգտագործումը, այստեղ էլ պատկերը նույնն է՝ տարիքի աճին զուգահեռ նվազում է երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվողների մասնաբաժինը:

Օրական 20 գրամից ավել սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործողների մասնաբաժինն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 13-ում և Գծապատկեր 38-ում:

Աղյուսակ 13. Օրական 20 գրամից ավել սպիրտին համարժեք ալկոհոլի օգատագործումն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Օրական 20 գրամից ավել սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգատգործողներ										
Տարիքը			≤19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70≥	Ընդ.
Սեռը	Իգ.	N %	0.4%	0.6%	0.9%	1.2%	0.0%	0.5%	1.3%	0.7%
		Քանակ	0	2	2	2	0	1	2	9
	Ար.	N %	5.4%	11.4%	16.4%	21.1%	22.0%	19.6%	19.6%	16.3%
		Քանակ	7	30	35	38	40	22	16	189
	Ընդ.	N %	2.9%	6.1%	7.7%	10.8%	10.2%	8.5%	8.8%	7.9%
		Քանակ	7	32	37	41	40	23	18	198

Գծապատկեր 38. Օրական 20 գրամից ավել սպիրտին համարժեք ալկոհոլի օգտագործումն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



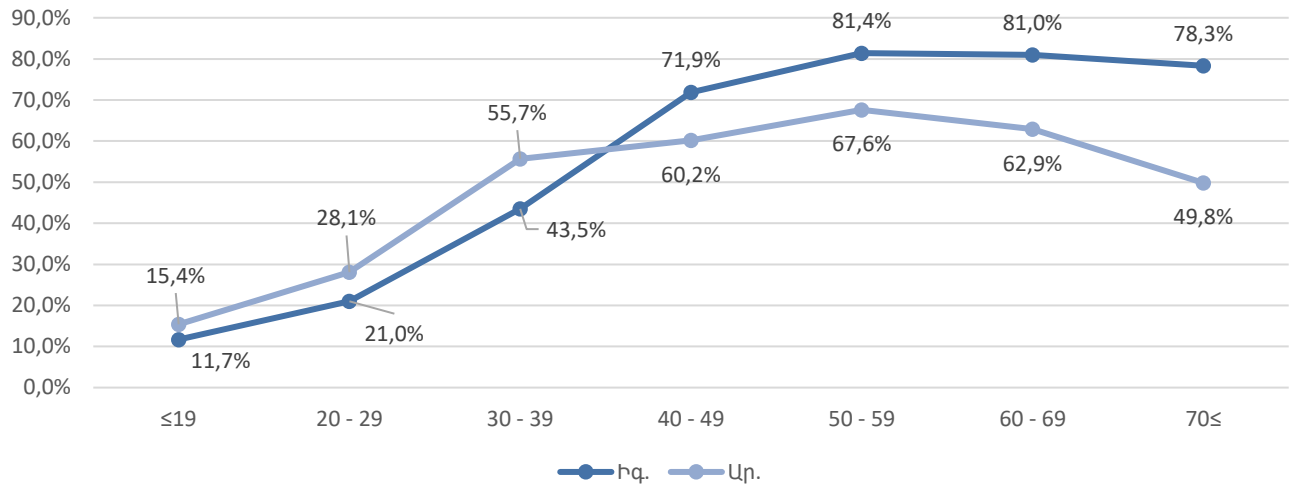
Տղամարդկանց շրջանում ալկոհոլը չարաշահողների մասնաբաժինն անհամեմատ մեծ է: Այն հաստատուն մեծանում է տարիքին զուգահեռ և հասնում իր առավելագույնին 40-49 տարեկան տղամարդկանց շրջանում, որից հետո մնում է նույն մակարդակի վրա (ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց շրջանում ցուցանիշի նվազումը աննշան է և վիճակագրորեն հավաստի չէ):

Ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում ունեցող անձանց մասնաբաժինն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 14-ում և Գծապատկեր 39-ում:

Աղյուսակ 14. Ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում ունեցողների մասնաբաժինն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում ունեցող անձինք										
Տարիքը			≤19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70≥	Ընդ.
Սեռը	Իգ.	N %	11.7%	21.0%	43.5%	71.9%	81.4%	81.0%	78.3%	54.1%
		Քանակ	14	53	116	142	170	127	89	711
	Ար.	N %	15.4%	28.1%	55.7%	60.2%	67.6%	62.9%	49.8%	48.0%
		Քանակ	19	75	119	110	121	73	40	555
	Ընդ.	N %	13.5%	24.6%	48.9%	66.3%	75.1%	73.3%	66.6%	51.2%
		Քանակ	32	128	235	251	290	200	129	1266

Գծապատկեր 39. Ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում ունեցողների մասնաբաժինն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



Ավելորդ քաշի կամ ճարպակալման տարածվածությունը ցածր տարիքային խմբերում համեմատաբար ավելի բարձր է տղամարդկանց շրջանում, իսկ 40-49 տարիքային խմբից սկսած՝ կանանց շրջանում համեմատաբար ավելի բարձր է:

30-49 տարիքային խմբում կանանց շրջանում ավելորդ քաշի և ճարպակալման ցուցանիշը կտրուկ աճում է՝ հասնելով 71.9%-ի:

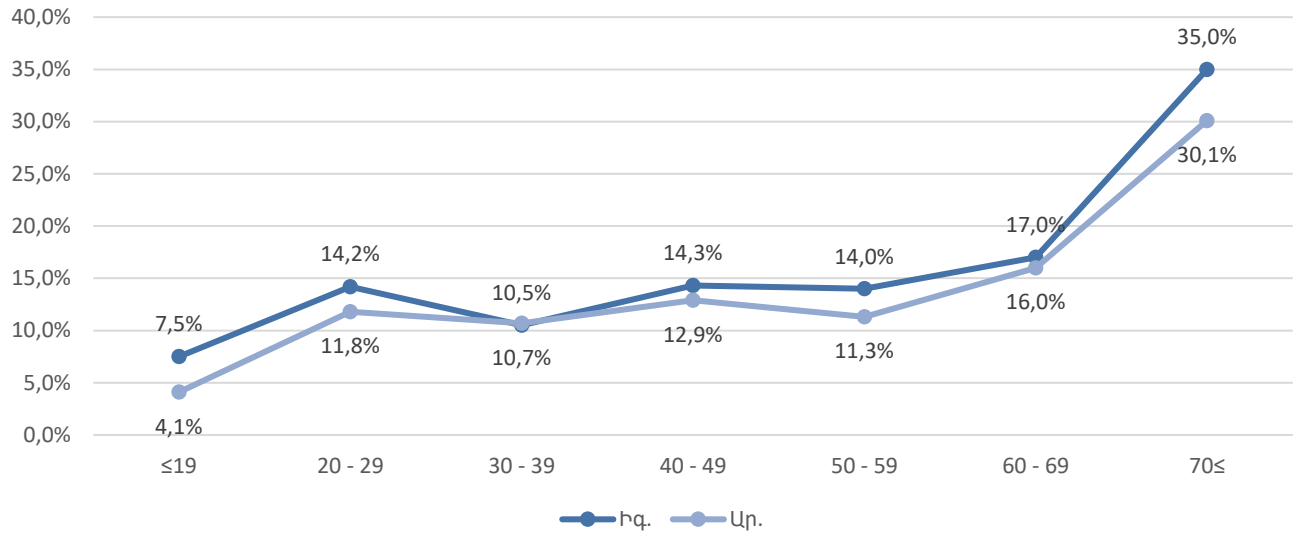
Հետաքրքրական է այն փաստը, որ տղամարդկանց շրջանում 70 և ավել տարիքային խմբում ավելորդ քաշի կամ ճարպակալման տարածվածությունը վիճակագրորեն հավաստի կերպով նվազում է, իսկ կանանց շրջանում գործակիցը մնում է նույնը:

Ֆիզիկական թերակտիվության (շաբաթական 30 րոպեից պակաս թեթև աշխատանքի կատարում) տարածվածությունն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 15-ում և Գծապատկեր 40-ում:

Աղյուսակ 15. Ֆիզիկապես թերակտիվների մասնաբաժինն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Ֆիզիկապես թերակտիվ են										
Տարիքը			≤19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70≥	Ընդ.
Սեռը	Իգ.	N %	7.5%	14.2%	10.5%	14.3%	14.0%	17.0%	35.0%	15.0%
		Քանակ	9	36	29	28	30	27	43	202
	Ար.	N %	4.1%	11.8%	10.7%	12.9%	11.3%	16.0%	30.1%	12.6%
		Քանակ	5	32	23	24	21	19	26	149
	Ընդ.	N %	5.8%	13.0%	10.6%	13.6%	12.7%	16.6%	33.0%	13.9%
		Քանակ	14	68	52	52	50	46	68	351

Գծապատկեր 40. Ֆիզիկապես թերակտիվների մասնաբաժինն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



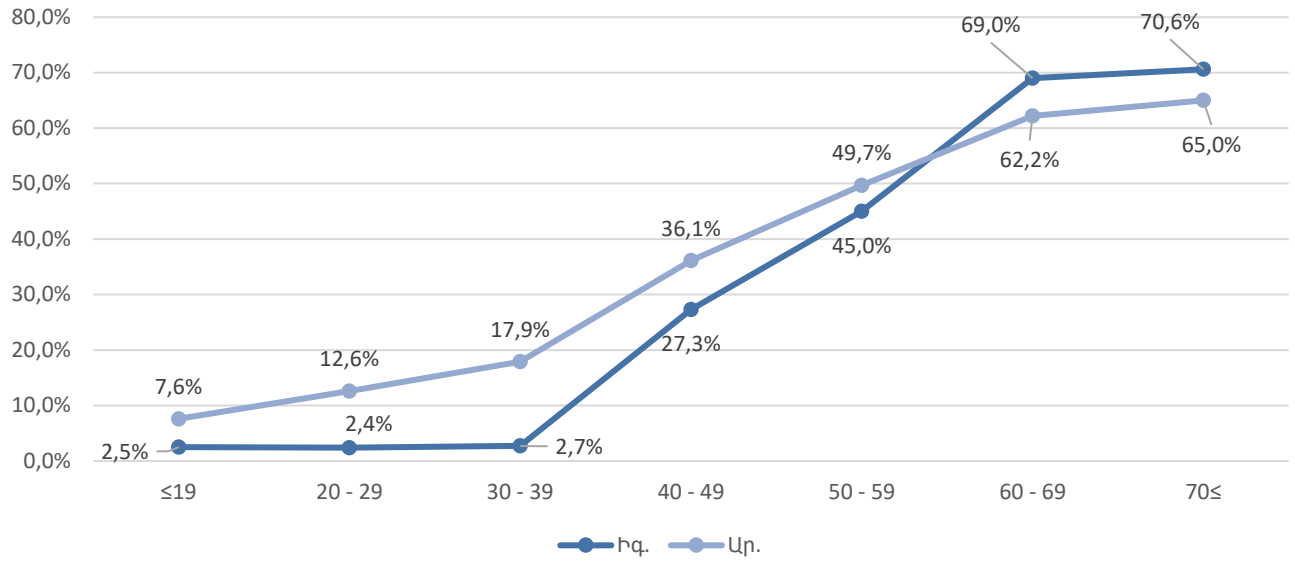
Ֆիզիկական թերակտիվությունը բոլոր տարիքային խմբերում փոքր-ինչ ավելի տարածված է կանանց շրջանում: Այդ տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի է դառնում ամբողջ ընտրանքը դիտարկելու դեպքում:

Զարկերակային գերճնշման տարածվածությունն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 16-ում, իսկ ընդհանուր պատկերն ընկալելի դարձնելու համար նաև՝ Գծապատկեր 41-ում:

Աղյուսակ 16. Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Զարկերակային բարձր ճնշման առկայությունը										
Տարիք			≤19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70≥	Ընդ.
Սեռը	Իգ.	N %	2.5%	2.4%	2.7%	27.3%	45.0%	69.0%	70.6%	26.6%
		Քանակ	3	6	7	53	92	108	81	351
	Ար.	N %	7.6%	12.6%	17.9%	36.1%	49.7%	62.2%	65.0%	30.9%
		Քանակ	9	34	37	64	87	71	50	352
	Ընդ.	N %	5.1%	7.6%	9.3%	31.5%	47.2%	66.1%	68.3%	28.6%
		Քանակ	12	40	45	118	179	178	131	702

Գծապատկեր 41. Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



Ավելի երիտասարդ տարիքային խմբերում զարկերակային գերճնշումն ավելի տարածված է տղամարդկանց շրջանում, իսկ բարձր տարիքային խմբերում՝ 60 տարեկանից սկսված, կանանց շրջանում ցուցանիշն ավելի բարձր է:

Զարկերակային գերճնշման տարածվածությունը կտրուկ աճում է 40-49 տարիքային խմբում և տարիքի աճին զուգահեռ նշանակալիորեն աճում է: Աճն ավելի փոքր է 60-ից 70 և բարձր տարիքային խմբում, սա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ինչպես նշվել է նախորդիվ, զարկերակային գերճնշումը համարվում է ՈՎՀ-ից մահացության համար առաջին պատճառը:

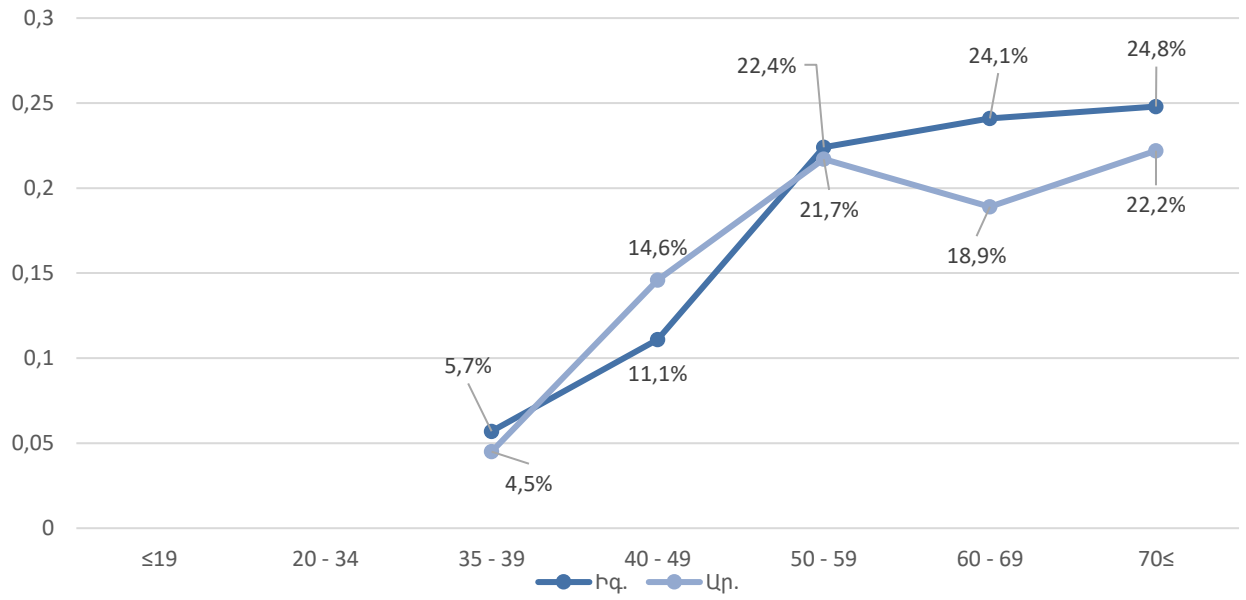
Գլյուկոզայի բարձր մակարդակի (6.1-ից բարձր) տարածվածությունն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, տրված է Աղյուսակ 17-ում և Գծապատկեր 42-ում: Գլյուկոզայի մակարդակը չափվել է 35 և բարձր տարիքային խմբերում:

Աղյուսակ 17. Գլյուկոզայի բարձր մակարդակի (6.1-ից բարձր) տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Գլյուկոզայի բարձր մակարդակ ունեցողներ										
Տարիք			≤19	20-29	35-39*	40-49	50-59	60-69	70≤	Ընդ.
Սեռը	Իգ.	N %	-	-	5.7%	11.1%	22.4%	24.1%	24.8%	19.8%
		Քանակ	-	-	2	14	46	35	29	125
	Ար.	N %	-	-	4.5%	14.6%	21.7%	18.9%	22.2%	18.9%
		Քանակ	-	-	1	14	37	21	17	91
	Ընդ.	N %	-	-	5.3%	12.6%	22.1%	21.8%	23.8%	19.4%
		Քանակ	-	-	3	28	83	56	46	216

*30-34 տարեկանների շրջանում գլյուկոզայի մակարդակը չի չափվել այդ պատճառով տարիքային խումբը նշված է ոչ թե 30-39, այլ՝ 35-39

Գծապատկեր 42. Գլյուկոզայի բարձր մակարդակի (6.1-ից բարձր) տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



Գլյուկոզայի բարձր մակարդակ ունեցող անձանց մասնաբաժինն աճում է տարիքին զուգահեռ և հասնում իր առավելագույնին 50-59 տարեկանների շրջանում:

Կարելի է ենթադրել, որ 60 և բարձ տարիքից հետո գլյուկոզայի բարձր մակարդակը մի փոքր ավելի տարածված է կանանց շրջանում:

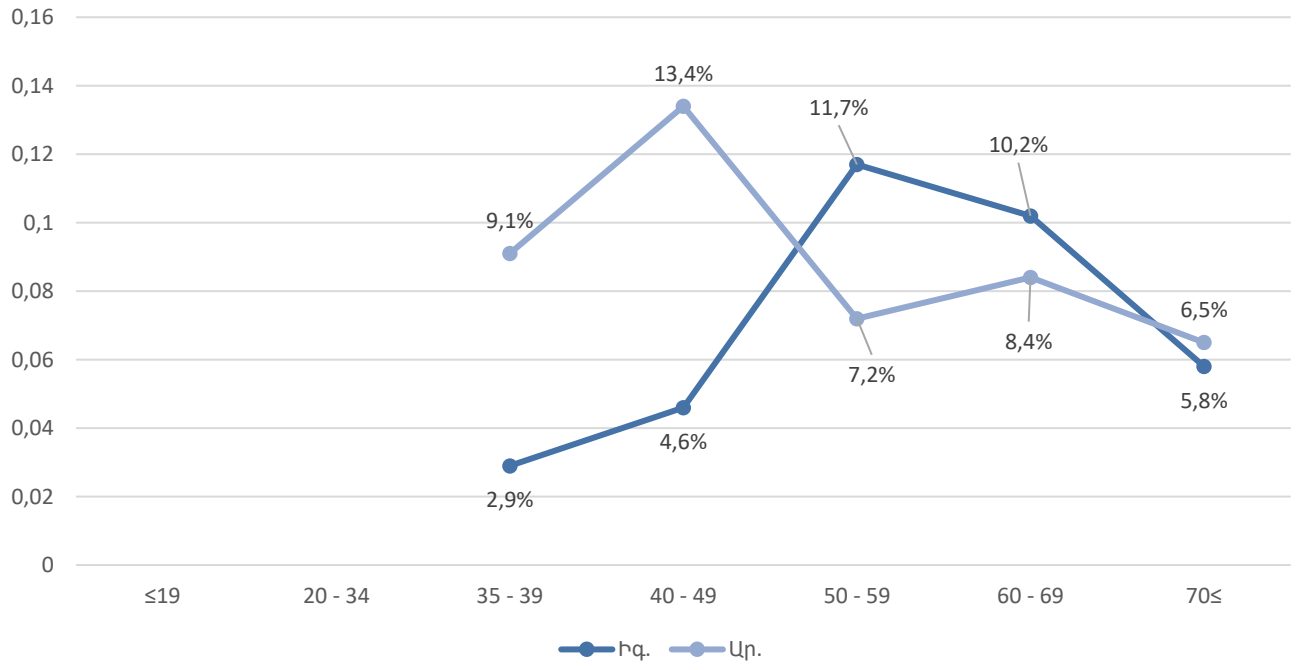
Քոլեստերինի բարձր մակարդակի տարածվածությունն, ըստ սեռատարիքային խմբերի, ներկայացված է Աղյուսակ 18- ում և Գծապատկեր 43-ում:

Աղյուսակ 18. Քոլեստերինի բարձր մակարդակի տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի

Քոլեստերինի մակարդակը > 6.2										
Տարիք			≤19	20-29	35– 39*	40-49	50-59	60-69	70≤	Ընդ.
Սեռը	Իգ.	N %	0.0%	0.0%	2.9%	4.6%	11.7%	10.2%	5.8%	8.3%
		Քանակ	0	0	1	6	24	15	7	52
	Ար.	N %	0.0%	0.0%	9.1%	13.4%	7.2%	8.4%	6.5%	8.6%
		Քանակ	0	0	2	12	12	10	5	42
	Ընդ.	N %	0.0%	0.0%	5.2%	8.3%	9.7%	9.4%	6.1%	8.4%
		Քանակ	0	0	3	18	36	24	12	94

*30-34 տարեկանների շրջանում քոլեստերինի մակարդակը չի չափվել, այդ պատճառով տարիքային խումբը նշված է ոչ թե 30-39, այլ՝ 35-39

Գծապատկեր 43. Քոլեստերինի բարձր մակարդակի տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի



35-49 տարիքային խմբում քոլեստերինի բարձր մակարդակն ավելի տարածված է տղամարդկանց շրջանում, իսկ 50-69 տարիքային խմբում՝ կանանց շրջանում, ապա նվազում է:

Աղյուսակում 19-ում ներկայացված է ռիսկի գործոնների միջև կորելյացիաների մատրիցան, իսկ աղյուսակ 20-ում՝ վիճակագրական հավաստիության α մակարդակները: Համարվում է, որ կորելյացիան վիճակագրորեն հավաստի է, եթե α ≤ 0.05:

Հաշվարկված են երկու տիպի կորելյացիաներ.

- Պիրսոնի կորելյացիաները յուրաքանչյուր զույգ ռիսկի գործոնների համար

- Պիրսոնի մասնակի կորելյացիաները յուրաքանչյուր զույգ ռիսկի գործոնների միջև՝ «տարիք» գործոնի հաստատուն լինելու դեպքում:

Մասնակի կորելյացիաները հաշվարկվել են, քանի որ տվյալները ցույց են տվել, որ ռիսկի գործոնների տարածվածությունը նշանակալիորեն կախված է տարիքից: Այսպիսով, մասնակի կորելյացիաներն ավելի ճշգրիտ են արտահայտում ռիսկի գործոնների փոխկապվածությունները:Այդ պատճառով հնարավոր է, որ երկու ռիսկի գործոնների միջև 0-ական կարգի (Պիրսոնի) և 1-ին կարգի մասնակի կորելյացիաները ոչ միայն տարբերակվեն, այլ նաև վիճակագրորեն նշանակալի կորելյացիաները վերածվեն ոչ նշանակալի կորելյացիաների, և հակառակը:

Աղյուսակ 19. Ռիսկի գործոնների միջև կորելյացիաները (0-ական կարգի կորելյացիան Պիրսոնի կորելյացիան է, «Տարիք» տողում տրած են մասնակի կորելյացիաները, երբ հեռացված է «Տարիք» փոփոխականի ազդեցությունը)

	Փոփոխականը	ԶԲՃ	Ծխ.	Երկ. ծուխ	Ալկ.	ՄԶԻ	Ճարպ.	Ֆիզ. թերակ	Գլյուկ.	Քոլ.	Տարիք
ԶԲՃ առկայությունը	0-կարգի	1	0.011	-0.110	0.056	0.306	0.273	0.051	0.100	0.063	0.510
	Տարիք	1	0.042	-0.061	0.030	0.111	0.094	-0.032	0.057	0.074	
Ծխում են ամեն օր	0-կարգի	0.011	1	-0.457	0.325	-0.060	-0.064	-0.029	0.000	0.014	-0.049
	Տարիք	0.042	1	-0.467	0.329	-0.043	-0.048	-0.022	0.005	0.014	
Կրում են երկրորդային ծխի ազդեցություն տանը կամ աշխ.	0-կարգի	-0.110	-0.457	1	-0.174	-0.009	-0.004	-0.014	-0.035	0.018	-0.114
	Տարիք	-0.061	-0.467	1	-0.168	0.045	0.044	0.003	-0.024	0.018	
Ալկոհոլի չարաշահում	0-կարգի	0.056	0.325	-0.174	1	-0.058	-0.050	-0.010	-0.012	-0.051	0.061
	Տարիք	0.030	0.329	-0.168	1	-0.094	-0.081	-0.019	-0.018	-0.051	
ՄԶԳ	0-կարգի	0.306	-0.060	-0.009	-0.058	1	0.879	0.085	0.170	0.124	0.432
	Տարիք	0.111	-0.043	0.045	-0.094	1	0.855	0.021	0.140	0.138	
Ունեն ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում	0-կարգի	0.273	-0.064	-0.004	-0.050	0.879	1	0.065	0.121	0.112	0.390
	Տարիք	0.094	-0.048	0.044	-0.081	0.855	1	0.005	0.089	0.122	
Թերակտիվ են՝ չեն կատարում շաբաթական մինչև 30 րոպե թեթև ֆիզ. աշխ.	0-կարգի	0.051	-0.029	-0.014	-0.010	0.085	0.065	1	0.037	0.002	0.154
	Տարիք	-0.032	-0.022	0.003	-0.019	0.021	0.005	1	0.022	0.002	
Գլյուկոզայի բարձր մակարդակը	0-կարգի	0.100	0.000	-0.035	-0.012	0.170	0.121	0.037	1	0.110	0.101
	Տարիք	0.057	0.005	-0.024	-0.018	0.140	0.089	0.022	1	0.110	
Քոլեստերինի բարձր մակարդակ	0-կարգի	0.063	0.014	0.018	-0.051	0.124	0.112	0.002	0.110	1	-0.001
	Տարիք	0.074	0.014	0.018	-0.051	0.138	0.122	0.002	0.110	1	
Հարցվողի տարիքը	0-կարգի	0.510	-0.049	-0.114	0.061	0.432	0.390	0.154	0.101	-0.001	1

Աղյուսակ 20. Ռիսկի գործոնների միջև կորելյացիաների վիճակագրական հավաստիության մակարդակները (կարմիր գույնով են նշված α ≤ 0.05 երկկողմանի հավաստիության մակարդակով արժեքները), ԱՀԳԳ 2015

	Փոփոխական-ր	ԶԲՃ	Ծխ.	Երկ. ծուխ	Ալկ.	ՄԶԻ	Ճարպ.	Ֆիզ. թերակ	Գլյուկ.	Քոլ.	Տարիք
ԶԲՃ առկայությունը	0-կարգի	.	0.598	0.000	0.005	0.000	0.000	0.011	0.001	0.038	0.000
	Տարիք	.	0.039	0.003	0.144	0.000	0.000	0.112	0.063	0.015	
Ծխում են ամեն օր	0-կարգի	0.598	.	0.000	0.000	0.003	0.002	0.140	0.994	0.629	0.013
	Տարիք	0.039	.	0.000	0.000	0.033	0.016	0.268	0.861	0.630	
Կրում են երկրորդային ծխի ազդեցություն տանը կամ աշխ.	0-կարգի	0.000	0.000	.	0.000	0.652	0.843	0.478	0.238	0.554	0.000
	Տարիք	0.003	0.000	.	0.000	0.026	0.028	0.861	0.422	0.554	
Ալկոհոլի չարաշահում	0-կարգի	0.005	0.000	0.000	.	0.004	0.013	0.631	0.689	0.090	0.002
	Տարիք	0.144	0.000	0.000	.	0.000	0.000	0.336	0.543	0.089	
ՄԶԳ	0-կարգի	0.000	0.003	0.652	0.004	.	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	Տարիք	0.000	0.033	0.026	0.000	.	0.000	0.299	0.000	0.000	
Ունեն ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում	0-կարգի	0.000	0.002	0.843	0.013	0.000	.	0.001	0.000	0.000	0.000
	Տարիք	0.000	0.016	0.028	0.000	0.000	.	0.796	0.003	0.000	
Թերակտիվ են՝ չեն կատարում շաբաթական մինչև 30 րոպե թեթև ֆիզ. աշխ.	0-կարգի	0.011	0.140	0.478	0.631	0.000	0.001	.	0.213	0.943	0.000
	Տարիք	0.112	0.268	0.861	0.336	0.299	0.796	.	0.462	0.939	
Գլյուկոզայի բարձր մակարդակը	0-կարգի	0.001	0.994	0.238	0.689	0.000	0.000	0.213	.	0.000	0.001
	Տարիք	0.063	0.861	0.422	0.543	0.000	0.003	0.462	.	0.000	
Քոլեստերինի բարձր մակարդակը	0-կարգի	0.038	0.629	0.554	0.090	0.000	0.000	0.943	0.000	.	0.975
	Տարիք	0.015	0.630	0.554	0.089	0.000	0.000	0.939	0.000	.	
Հարցվողի տարիքը	0-կարգի	0.000	0.013	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.001	0.975	.

Այսպիսով՝ հասկանալու համար երկու ռիսկի գործոնների միջև առկա կապը՝ պետք է երկրորդ աղյուսակից գտնել կարմիրով նշված վանդակները, որոնք ցույց են տալիս նշանակալիության մակարդակը, ապա առաջին աղյուսակից հասկանալ կապի ուժգնությունը: Օրինակ՝ վիճակագրական հավաստի կապ կա ՄԶԳ-ի և ԶԲՃ-ի միջև, քանի որ երկրորդ աղյուսակում նշանակալիության մակարդակը նշված է կարմիրով, ընդ որում կապն առկա է նաև «տարիք» փոփոխականի ազդեցությունը հեռացնելու դեպքում:

Համակցված ռիսկի գործոններ

ՈՎՀ-ի ՌԳ-ը համակցված լինելու դեպքում կարող են ավելի մեծ ազդեցություն ունենալ, այս պատճառով STEPS ազգային հետազոտության շրջանակում վերլուծվել են համակցված ռիսկի գործոնների ցուցանիշները:

Վերլուծության արդյունքներն ամփոփված են՝ ըստ հետևյալ ՌԳ տվյալների.

- Ծխելը և դրա հաճախականությունը:
- Օրվա ընթացքում 5 կամ պակաս չափաբաժին մրգի կամ բանջարեղենի օգտագործումը:
- ԱՀԿ-ի կողմից «ֆիզիկական ակտիվություն» սահմանման չափանիշներին անհամապատասխանությունը (շաբաթվա ընթացքում <150 րոպե կամ համարժեք միջին ակտիվության աշխատանք):
- Ավելցուկային քաշը կամ ճարպակալումը (ՄԶԳ ≥ 25 կգ/մ^2):
- Գերճնշումը (ՍԱՃ ≥ 140 և/ կամ ԴԱՃ ≥ 90 մմ.ս.ս. կամ ներկայումս օգտագործում է ԳՃ համար դեղեր/դեղորայք):

Հարցվողները դասակարգվել են երեք խմբերի՝

- անձինք, ովքեր չունեն նշված ռիսկի գործոններից ոչ մեկը
- անձինք, ովքեր ունեն 1-2 ռիսկի գործոններ
- անձինք, ովքեր ունեն 3-5 ռիսկի գործոններ:

Աղյուսակ 21. Հակամցված ռիսկի գործոններն՝ ըստ սեռատարիքային համամասնության

Համակցված ռիսկի գործոնների ամփոփում							
Տարիքային խումբ	Արական						
	n	0 ռիսկի գործոն (%)	95% ՎԻ	1-2 ռիսկի գործոններ (%)	95% ՎԻ	3-5 ռիսկի գործոններ (%)	95% ՎԻ
18-44	274	6.4	2.6-10.1	60.0	53.7-66.2	33.7	27.6-39.7
45-69	270	1.8	0.0-4.2	37.9	31.3-44.6	60.3	53.3-67.3
18-69	544	4.7	2.2-7.3	52.1	47.3-56.8	43.2	38.3-48.1
Տարիքային խումբ	Իգական						
	n	0 ռիսկի գործոն (%)	95% ՎԻ	1-2 ռիսկի գործոններ (%)	95% ՎԻ	3-5 ռիսկի գործոններ (%)	95% ՎԻ
18-44	641	13.2	10.1-16.3	73.2	69.6-76.9	13.5	10.7-16.4
45-69	718	3.1	1.4-4.7	45.7	41.1-50.3	51.3	46.6-55.9
18-69	1359	9.2	7.2-11.3	62.4	59.2-65.6	28.4	25.3-31.4
Տարիքային խումբ	Ընդամենը						
	n	0 ռիսկի գործոն (%)	95% ՎԻ	1-2 ռիսկի գործոններ (%)	95% ՎԻ	3-5 ռիսկի գործոններ (%)	95% ՎԻ
18-44	915	9.8	7.2-12.3	66.5	62.9-70.1	23.7	20.3-27.2
45-69	988	2.5	1.0-3.9	42.0	38.0-46.1	55.5	51.2-59.7
18-69	1903	7.0	5.3-8.7	57.3	54.3-60.3	35.7	32.6-38.7

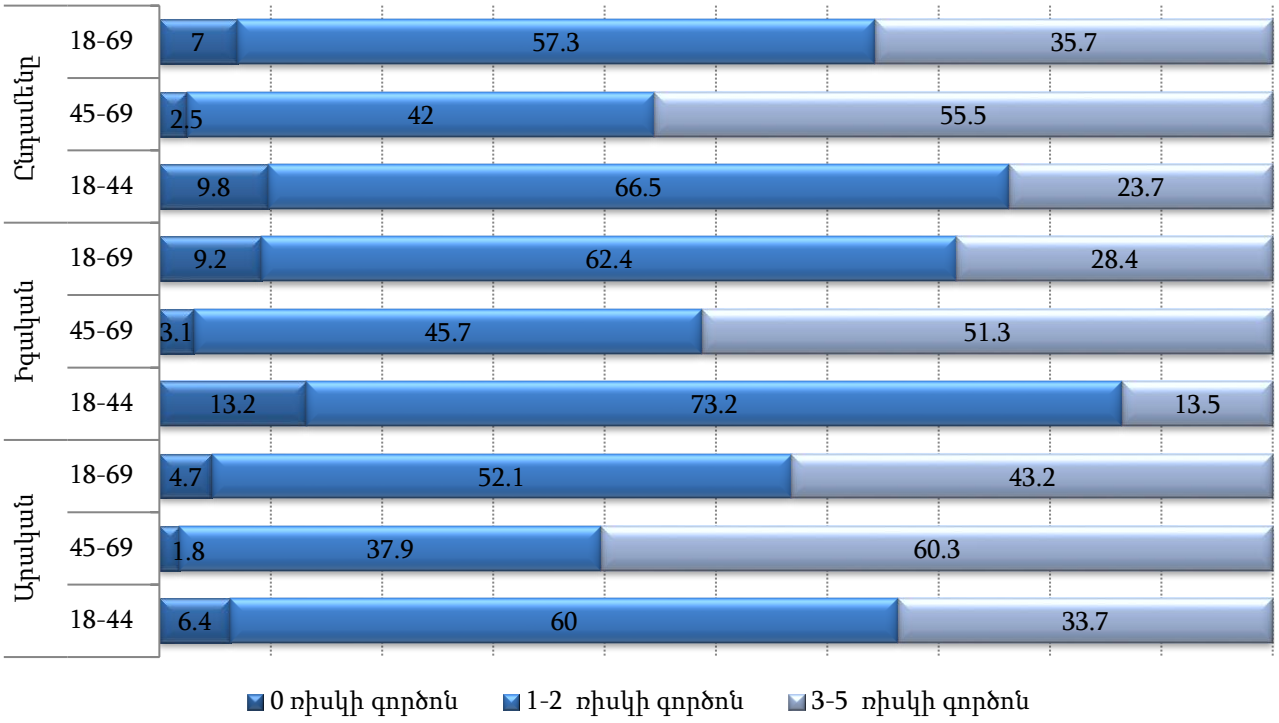
Այսպիսով՝

- Հարցվածների 7%-ի (95% ՎԻ: 5.3-8.7) մոտ վերոնշյալ ռիսկի գործոնները բացակայում են, այսինքն՝ նրանք հետևում են առողջ ապրելակերպի կանոններին:
  - ✓ 18-44 տարեկանների շրջանում ՌԳ բացակայության ցուցանիշը կազմել է 9.8%: Ընդ որում կանանց մոտ՝ 13.2%, տղամարդկանց՝ 6.4%:
  - ✓ Տարիքին զուգահեռ ՌԳ բացակայության ցուցանիշը նվազում է: Այն 45-69 տարեկանների շրջանում կազմում է 2.5%, կանանց մոտ՝ 3.1%, տղամարդկանց մոտ՝ 1.8%:
- Հարցվածների 57.3%-ի մոտ առկա է 1 կամ 2 ՌԳ (95% ՎԻ: 54.3-60.3):
  - ✓ 18-44 տարեկանների շրջանում ՌԳ ցուցանիշը կազմելէ 66.5%, կանանց մոտ՝ 73.2%, տղամարդկանց մոտ՝ 60%:
  - ✓ 45-69 տարիքային խմբում ՌԳ ցուցանիշը կազմել է 42%, կանանց դեպքում ցուցանիշը կազմելէ 45.7%, տղամարդկանց դեպքում՝ 37.9%:
- Հարցվածների 35.7%-ի մոտ առկա են 3-5 ՌԳ (95% ՎԻ: 54.3-60.3), տղամարդկանց մոտ ցուցանիշը կազմել է 43.2%, կանանց մոտ՝ 28.4%:

- ✓ 18-44 տարիքային խմբի 23.7%-ի մոտ առկա է եղել 3-5 ՌԳ, կանանց դեպքում՝ 13.5%, տղամարդկանց դեպքում՝ 33.7%:
- ✓ 45-69 տարեկանների շրջանում 3-5 ՌԳ տարածվածության ցուցանիշը կազմել է 55.5%, կանանց դեպքում 51.3%, տղամարդկանց դեպքում՝ 60.3%:

Գծապատկեր 44-ում ներկայացված է համակցված ռիսկի գործոնների տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի:

Գծապատկեր 44. Համակցված ՌԳ տարածվածությունն՝ ըստ սեռատարիքային խմբերի (%)



ՌԳ-ի առկայության գործակցի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ 45-69 տարեկանները գտնվում են ամենաբարձր ռիսկային գոտում, քանի որ նրանցից յուրաքանչյուր երկրորդի մոտ առկա է 3-5 ՌԳ, ինչն էլ մեծացնում է ՈՎՀ-ի զարգացման հավանականությունը: Ընդ որում, ԱՇՀՀ-ի առկայության դեպքում բարդությունների զարգացումը և մահացության ռիսկը կրկնապատկվում են: