

ԶԵԿՈՒՅՑ



Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները, Հայաստան 2020/

Կարինե Սարիբեկյան, բ.գ.թ., Դիանա Անդրիասյան, բ.գ.թ., Ալեքսանդր Բազարյան, բ.գ.թ. Նաիրա Դավթյան, Աննա Իսահակյան

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2020. Էջ 63:

Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները, առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները՝ թեմատիկ զեկույցը (այսուհետ՝ Ձեկույց) պատրաստվել է մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտի հիմնական ցուցանիշների վերլուծության և վերջին տասնամյակների միտումների գնահատման ճանապարհով: Իրավիճակային վերլուծությունը իրականացվել է ԱՆ Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի(ԱԱԻ) Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոնի (ԱՏՎԱԿ) և ՀՀ Վիճակագրական կոմիտեի (ՎԿ) պաշտոնական հրատարակումներում (Վիճակագրական տարեգրքեր, Ժողովրդագրական ժողովածուներ, թեմատիկ զեկույցներ և տեղեկատուներ), ինչպես նաև տնային տնտեսություններում և/կամ բուժհաստատություններում իրականացված ընտրանքային հետազոտությունների զեկույցներում(Ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություններ՝ 2000, 2005, 2010 և 2015-2016թթ.,այլ) երեխաների և կանանց առողջության և առողջապահական ցուցանիշների վերաբերյալ առկա տվյալների, դրանց միտումների գնահատման և միջազգային համադրելի տվյալների հետ դրանց համեմատությունների հիման վրա:

Ձեկույցը նպատակ ունի գնահատելու երեխաների և դեռահասների, մայրական և վերարտադրողական առողջության ոլորտում ներկայիս իրավիճակը, վերջին տարիների զարգացումները և արձանագրված առաջընթացը, ինչպես նաև վեր հանելու առկա հիմնախնդիրներն ու մարտահրավերները և ուրվագծելու դրանց հաղթահարման ռազմավարական ուղղությունները:

Գնահատականի հիմքում ընկած է ինչպես մոր և մանկան առողջությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների ներկայիս իրավիճակի, այնպես էլ համակարգային բնույթի խնդիրների վերլուծությունը՝ առողջապահական համակարգի հիմնական գործառույթների համատեքստում:

Փաստաթուղթը նախատեսված է երեխաների, կանանց և վերարտադրողական առողջապահության ոլորտում ներգրավված առողջապահության կազմակերպիչների, բուժաշխատողների, մոր և մանկան առողջապահական ծրագրեր իրականացնող միջազգային և տեղական կազմակերպությունների, ինչպես նաև կրթական հաստատություններում հանրային առողջապահական հարցերի դասավանդմամբ զբաղվող մասնագետների համար:

Ձեկույցը պատրաստվել է ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ մասնագիտական թիմի կողմից: Թիմային աշխատանքներում ներգրավվել են Հանրային առողջության և առողջապահության ոլորտի փորձառու և երիտասարդ մասնագետներ:

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության

ազգային ինստիտուտ, 2020թ.

N	ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ	Էջ
1.	Զեկույցի համառոտ նկարագիրը	3-4
2.	Հապավումներ	5
3.	Նախաբան	6
Պլուխ 1. Ժողովրդագրական իրավիճակը, հիմնական բժշկա-դեմոգրաֆիկ ցուցանիշներ		
4.	Բնակչության սեռատարիքային կազմը,	7
5.	Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծննդյան պահին	7-8
6.	Ծնելիության և բնական աճի ցուցանիշների միտումները	8-9
7.	Ծնելիության վրա ազդող առողջապահական գործոնները	9-10
Պլուխ 2. Մայրական առողջություն		
8.	Հղիության նախաձեռնողական հսկողություն, ցուցանիշների միտումները	10-12
9.	Ծննդաբերություն և կեսարյան հատումներ	12-15
10.	Մայրական մահացություն, ցուցանիշի միտումները, հիմնական պատճառները, միջազգային համեմատականը	15-17
11.	Պերինատալ բուժօգնություն, մահացության ցուցանիշի միտումները, կառուցվածքը	18-21
Պլուխ 3. Նորածինների առողջություն և նորածնային մահացություն		
12.	Նորածինների առողջություն	21-22
13.	Անհաս և ցածր քաշով նորածիններ, ցուցանիշների միտումները	22-23
14.	Նորածնային հիվանդացություն և մահաբերություն	23-25
15.	Նորածինների մահացությունը, ցուցանիշի միտումները, հիմնական պատճառները	25-26
Պլուխ 4. Երեխաների և դեռահասների առողջություն		
16.	Երեխաների մահացությունը՝ կառուցվածքը, հիմնական պատճառները, ցուցանիշների միտումները, միջազգային գնահատականները	27-34
17.	Երեխաների հիվանդացության միտումները, մանկական հաշմանդամություն	34-36
18.	Երեխաների հիվանդությունների կանխարգելում, պատվաստումներ, նորածնային սկրինինգներ	36-37
19.	Երեխաների անվտանգությունը, նրանց շրջապատող միջավայրը՝ դժբախտ դեպքեր, վնասվածքներ, ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարներ	38-39
20.	Դեռահասների առողջություն, վարքագծային սովորույթուններ	39-40
21.	Երեխաների և կանանց սնուցման կարգավիճակը	40-42
Պլուխ 5. Վերարտադրողական առողջություն		
22.	Անցանկալի հղիությունների կանխարգելումը, հակաբեղմնավորիչների գործածումը, ցուցանիշների միտումները	43-45
23.	Հղիության արհեստական ընդհատումներ, սելեկտիվ արբորտներ	45-49
24.	Անպտղություն, ցուցանիշների միտումները	49-51
25.	Սեռավարակներ, տարածվածությունը, ցուցանիշների միտումները	51-52
26.	Մարդու իմունային անբավարարության համախտանիշ, մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը	52-53
27.	Կանանց վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղային հիվանդություններ	53-56
Պլուխ 6. Անփոփում և եզրահանգումներ		
28.	Իրավիճակային վերլուծության հիման վրա վեր հանված խնդիրները	56-57
29.	Իրավիճակի բարելավման հիմնական ռազմավարական ուղղությունները	57-59

30.	Օգտագործված գրականություն/հղումներ	60-61
	<p>ՀԱՎԵԼՎԱԾ</p> <p>«Առողջություն և առողջապահություն, 2019» վիճակագրական տարեգիրք վերլուծության ենթարկված վիճակագրական տվյալների աղյուսակների ցանկ)</p>	62-63

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ-Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՊ-Առողջության առաջնային պահպանում
ԱՀԿ-Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ-Առողջապահության նախարարության
ԱՊՀ-Անկախ պետությունների համագործակցություն
ԱՊՔ-արգանդի պարանոցի քաղցկեղի
ԱՏՎԱԿ-Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոն
ԲԿ-Բժշկական կազմակերպություն
ԵՄ-Եվրոպական միություն
ԺԱՀՀ-Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ԿԶՆ-Կայուն զարգացման նպատակներ
ՀԲ- Համաշխարհային բանկ
ՀԶՆ -Հազարամյակի նպատակներ
ՀՀ- Հայաստանի հանրապետություն
ՀՄԴ-10 - Հիվանդությունների և մահվան պատճառների ԱՀԿ 10-րդ վերանայման
դասակարգիչ
ԶԻԱՀ-Զեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ՃՏՊ- Ճանապարհատրանսպորտային պատահարներ
ՄԱԿ-Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ-Մարդու իմունային անբավարարության վարակ
ՄՄ-Մանկական մահացություն
ՄՄՑ մանկական մահացության ցուցանիշ
ՄրՄ- Մայրական մահացություն
ՄրՄՑ-Մայրական մահացության ցուցանիշ
ՆՄ- նորածնային մահացության
ՆՄՑ-նորածնային մահացության ցուցանիշ
ՇԽՀ-շնչառության խանգարման համախտանիշ
ՊՄՑ-պերինատալ մահացության ցուցանիշ
ՎԿ-Վիճակագրական կոմիտե
ՎՆՄ-վաղ նորածնային մահացություն
ՈւՆՄ- ուշ նորածնային մահացություն
ՔԿԱԳ-Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գործակալություն

Նախաբան

Վերջին տասնամյակների ընթացքում երեխաների կեցությանը վերաբերող հարցերը մշտապես եղել են աշխարհի առաջադեմ հանրության ուշադրության կենտրոնում: Եվ սա պատահական չէ: Հասարակության բարեկեցությունը մեծապես պայմանավորված է մայրերի և երեխաների առողջությամբ և բարեկեցությամբ: Ցավոք, իրական աշխարհում շատ մայրեր և երեխաներ են տառապում և մահանում հիվանդություններից և քաղցից: Յուրաքանչյուր տարի աշխարհում 5.9 մլն. երեխա մահանում է վաղ մանկության շրջանում, որից 2.7 մլն.՝ կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում, 303 000 կին մահանում է հղիության և ծննդաբերության հետ կապված պատճառներից, 2.6 մլն. նորածին ծնվում է մահացած: Եվ սա այն դեպքում, երբ այդ մահերի շուրջ 70% համարվում են կանխելի (UNICEF, Every Child Alive, 2017): Հաշվի առնելով վերոհիշյալը, ՄԱԿ-ի անդամ-երկրների և գործակալությունների, միջազգային և դոնոր-կազմակերպությունների կողմից վերանայվել և մշակվել են մի շարք ռազմավարություններ ու ծրագրեր՝ ուղղված մանկական և մայրական մահացության կրճատմանը, կանանց և երեխաների առողջության ու կեցության բարելավմանը:

Այսօր ողջ աշխարհը կոչված է Կայուն զարգացման նպատակների (ԿԶՆ) հաղթահարմանը, այն թվում մայրական և մանկական մահացության իջեցման մարտահրավերին, ինչը ենթադրում է, որ 2030թ. աշխարհում մինչև 5տ. երեխաների մահացությունը չպետք է գերազանցի 25‰, այն թվում նորածինների մահացությունը՝ ոչ ավելի քան 12‰, իսկ մայրական մահացությունը պետք է նվազ լինի 75/100000 ցուցանիշից: Ընդ որում սահմանված է, որ յուրաքանչյուր երկիր ելնելով իր մեկնարկային տվյալներից պիտի սահմանի ԿԶՆ իր ազգային թիրախները:

Հայաստանը, որպես ՄԱԿ-ի անդամ երկիր միացել է միջազգային հանրության այս կոչին, ազգային մակարդակով ամրագրելով երեխաների կեցության և առողջության պահպանման խնդրի գերակայությունը: Մոր և մանկան առողջության պահպանման հիմնախնդիրները որպես առաջնահերթություններ արտացոլված են Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության մեջ, ռազմավարական և ծրագրային մի շարք փաստաթղթերում: Մասնավորապես, Կառավարության կողմից հավանության են արժանացել «Վերարտադրողական առողջության բարելավման» և «Երեխաների ու դեռահասների առողջության բարելավման» 2016-2020թթ. ռազմավարությունները և իրականացման 2016-2020թթ. գործողությունների ծրագրերը:

Կառավարության գործունեության ներկայիս ծրագրում մոր ու մանկան առողջության պահպանումը և վերարտադրողական առողջության բարելավումը ամրագրված է որպես գերակա ոլորտ: Մասնավորապես ծրագրում ասված է՝ «Հատուկ ուշադրության կենտրոնում են լինելու մոր և մանկան առողջության պահպանման, վերարտադրողական առողջության բարելավման, վաղ մանկության շրջանի և դեռահասության առողջապահական խնդիրները»:

ԳԼՈՒԽ 1. ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ, ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱ-ԴԵՍՈՈԳՐԱՑԻԿ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

1. Բնակչության սեռատարիքային կազմը

1) Հայաստանի Հանրապետության Վիճակագրական Կոմիտեի (ՎԿ) պաշտոնական տվյալների համաձայն 2019 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ Հայաստանի մշտական բնակչությունը կազմել է 2 965.300, որից 0-14տ. երեխաները՝ 20.2% (1990թ.՝ 30.5%, 2000թ.՝ 28%, 2010թ.՝ 18.3%), իսկ 15-19 տարեկանները՝ 5.6% (1990թ.՝ 13.5%, 2000թ.՝ 11.3%, 2010թ.՝ 9%): Ըստ էության երեխաների մասնաբաժինը ամբողջ բնակչության քանակակազմում կրճատվել է ավելի քան 1/3-ով:

2) Հայաստանի բնակչության տարիքային կազմը վերջին տասնամյակների ընթացքում դրսևորում է ծերացման շարունակական միտում (ըստ ՄԱԿ-ի կողմից սահմանված ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի, եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչության մասնաբաժինը գերազանցում է 7%-ը, ապա տվյալ բնակչությունը համարվում է ծերացող): Վերջին 3 տասնամյակի ընթացքում մեր բնակչության ծերացման գործակիցը (60 և բարձր տարիքի բնակչության թվաքանակը 15 տարեկաններից ցածրի նկատմամբ՝ 100 բնակչի հաշվով) գրեթե կրկնապատկվել է (1996թ.՝ 41.4, 2000թ.՝ 54, 2010թ.՝ 72, 2015թ.՝ 81.4 2018թ.՝ 87.7):

3) Հայաստանի բնակչության միջին տարիքը 2018թ. կազմել է 36.7՝ (2000թ.՝ 32.1), այն թվում տղամարդկանց համար՝ 34.6 (2000թ.՝ 30.8), իսկ կանանց համար՝ 38.5 (2000թ.՝ 33.4): 2018 թվականին ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 47.3%-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 52.7%-ը՝ կանայք: Վերջին 3 տարիների զնալով նվազում է վերարտադրողական տարիքի (15-49տ.) կանանց թիվը (2016թ.՝ 770.5 հազ., 2017թ.՝ 760.9., 2018թ.՝ 756.6 հազ.), իսկ երեխաների թիվը դեռևս դրսևորում է աճի աննշան միտում՝ տարեկան 500-1000-ով, ընդ որում ամեն տարի 40-50 հազարով տղաների թվի գերազանցությամբ:

Տարեկազմի դրությամբ	մինչև 18տ. երեխաների թիվը (մարդ)		
	Տղա	Աղջիկ	Ընդամենը
01.01.2017 թ.	370 714	325 129	695 843
01.01.2018 թ.	371 883	327 022	698 905
01.01.2019 թ.	372 266	328 101	700 367

2. Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը հաշվարկված ծննդյան պահից

1) 1990թ.-ի համեմատությամբ (70.7տ.) կյանքի սպասվող տևողությունը աճել է 4.7 տարով, 2018թ. կազմելով՝ 75.4 տարի, ընդ որում, եթե կանանց դեպքում ցուցանիշը կազմել է 79.0, աճելով 5.3 տարով (1990թ.՝ 73.4), ապա տղամարդկանց մոտ այն կազմել է 72.4, աճելով 4 տարով (1990թ.՝ 67.9): Ըստ էության միջինում կանայք տղամարդկանցից 6.8 տարով ավելի են ապրում:

2) Միջազգային տվյալների համեմատությունը փաստում է, որ Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս ավելի բարձր է, քան ԱՊՀ երկրներում (71.7), մոտավորապես նույնն է, ինչ հարևան երկրներում, սակայն զիջում է զարգացած

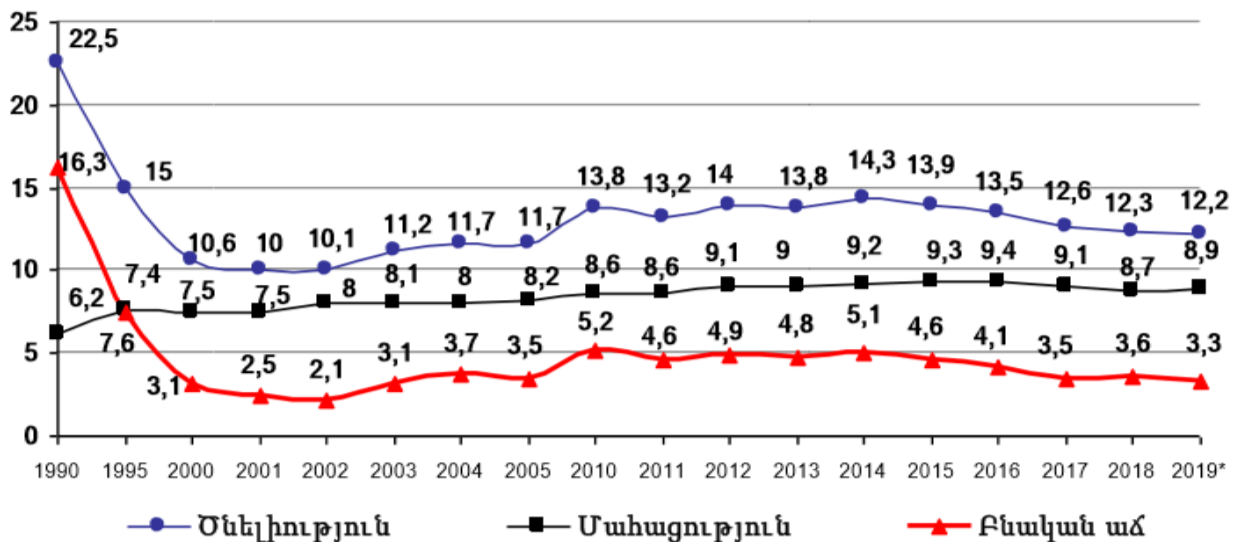
եվրոպական երկրների միջին մակարդակը (81.9): Ըստ ԱՀԿ գնահատման, Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը 5-6 տարով զիջում է պաշտոնապես հրապարակվածին:

3. Ծնելիության և բնական աճի ցուցանիշների միտումները, ծնունդների գրանցումը

1) Ըստ ՎԿ հրապարակումների, ծնելիության գումարային գործակցը 2019թ. կազմել է 1.6, ինչը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրության համար անհրաժեշտ 2.15 մակարդակը (1990թ. այն եղել է 2.6):

1990թ. հաջորդող տարիների ծնելիության ցուցանիշը շարունակաբար նվազել է (1990թ.՝ 22.5‰, 2000թ.՝ 10.6‰, 2010թ.՝ 13.8‰, 2019թ.՝ 12.2‰)՝ կրճատվելով 1.8 անգամ, նույն ժամանակահատվածում բնական աճի ցուցանիշը կրճատվել է 4,9 անգամ (2019թ. այն կազմել է՝ 3.3‰՝ 1990թ. 16.3‰-ի դիմաց):

ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ԾՆԵԼԻՍՏՆԵՐԻ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ /1000 ԲՆԱԿԱՆ ԵԿԱՏՄԱՐ ՀԱՇՎԱՐԿՈՎ/



2) Ըստ ՎԿ պաշտոնական հրապարակումների 1990 թվականի համեմատ կենդանաձինների թիվը նվազել է 2 և ավելի անգամ (2019թ.՝ 36161, 1990թ. 79882-ի դիմաց): Կենդանի ծնվածների նվազագույն թիվն արձանագրվել է 2001-2002 թվականներին՝ շուրջ 32000, ովքեր վերարտադրողական ակտիվ տարիք են մտնելու սկսած 2025 թ-ից: Ծնելիության անկման առկա միտումների պահպանման դեպքում, ըստ ՄԱԿ-ի կանխատեսումների 2024թ. կարձանագրվի ընդամենը 25.000 ծննդաբերություն:

3) Հուսադրող են վերջին 3 տարիների միտումները: Ըստ նույն աղբյուրի, եթե 2016-2017թթ. կտրվածքով ծնվածների տարբերությունը կազմել է՝ -2277, 2017-2018թթ.՝ -1330, ապա 2018-2019թթ. կտրվածքով ընդամենը -443: Ակնհայտ է, որ ծնունդների անկման տեմպը տարեկան կտրվածքով նվազելու միտում ունի:

4) Ժողովրդագրական միտումների վերը ներկայացված զարգացումների պայմաններում ծնելիության խթանման, վերարտադրողական առողջության բարելավման, մոր և մանկան առողջության պահպանման խնդիրները ազգային մակարդակում առավել կարևորվում են:

5) Գրանցված և չգրանցված ծնունդներ

Երեխան ծննդյան պահից ձեռք է բերում իրավունքներ, որոնք պաշտպանված են երեխայի իրավունքների ինչպես միջազգային պայմանագրերով, այնպես էլ ներպետական օրենսդրությամբ: Հանրապետությունում իրականացվել են բազմաթիվ և բազմամակարդակ միջոցառումներ, ուղղված ծնունդների գրանցման գործընթացի բարելավմանը: Արդյունքում չգրանցված ծնունդների թիվը տարեց տարի նվազել է 2010 թվականին հաջորդիվ չի գերազանցել 1%: 2017թ. ներդրվել է ծնունդների գրանցման էլեկտրոնային միասնական համակարգ: Ըստ 2015-16թթ. ԺԱՀՀ հետազոտության տվյալների, ծնունդը չգրանցված երեխաների մասնաբաժինը կազմել է ընդամենը 0.7%:

4. Ծնելիության վրա ազդող առողջապահական գործոնները

1) Ժողովրդագրական իրավիճակի և ծնելիության ցուցանիշների վրա առողջապահական համակարգի ազդեցությունը անուղղակի է, միջնորդավորված: Վերարտադրողական առողջության, այն թվում դեռահասների առողջության բարելավման, պերինատալ պատճառներով պայմանավորված կորուստների նվազեցման, սելեկտիվ աբորտների կրճատման և անպտղության հաղթահարման ծրագրերի իրականացման միջոցով հնարավոր է մասսամբ վերականգնել «չծնված» երեխաների ռեզերվը՝ վերջնական արդյունքում որոշակիորեն դրական ազդելով նաև ծնելիության վրա:

2) Վերջին տարիներին ՀՀ ԱՆ ծննդօգնության ծառայությունների մատչելիության ու որակի բարձրացման, վերարտադրողական, մոր և մանկան առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրային միջոցառումները նպաստել են պերինատալ կորուստների նվազեցմանը, այն է՝ «չծնված երեխաներով» պայմանավորված ռեզերվի որոշակի վերականգնմանը (2016-2018թթ. ընթացքում արձանագրվել է պերինատալ մահացության կրճատում՝ 122 դեպքով, նույն ժամանակահատվածում ինքնաբեր վիժումները կրճատվել են 566, իսկ բժշկական ցուցումներով հղիության ընդհատումները՝ 181 դեպքով: Գումարային առումով պերինատալ կորուստները վերջին 2 տարիներին նվազել են 769 դեպքով:

3) Ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման առումով առողջապահական համակարգի ազդեցությունը և այդ ուղղությամբ առաջիկա զարգացումները պետք է հիմնվեն «Կյանքի ողջ ցիկլի/շրջափուլի» ընթացքում անձի առողջության բարելավման սկզբունքի վրա: Այն սկսվում է դեռահասների վերարտադրողական առողջության բարելավումից, ներառում է՝ երիտասարդների առողջ վերարտադրության ներուժի պահպանումը (ընտանիքի պլանավորում, անցանկալի հղիությունների և աբորտների կանխարգելում, սեռավարակների կրճատում և այլն), այն թվում անպտղության կանխարգելումը և հաղթահարումը, հղիության նախաձեռնողյան հսկողությունը և ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերումն ու արդյունավետ վարումը՝ պերինատալ կորուստների նվազեցմամբ, հաջորդիվ՝ անվտանգ ծննդաբերությունը՝ առողջ մանկան ծնունդը, հիվանդ և անհաս նորածինների դեպքում բուժման արդյունավետ կազմակերպումը՝ մանկական մահերի կրճատմամբ և շարունակվում է երեխայի առողջ աճով ու զարգացմամբ՝ մինչև դեռահասություն:

4) Այսպիսով, ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման առումով, ծնելիության վրա ազդող առողջապահական գործոններն են.

ա. Դեռահասների առողջության, այն թվում վերարտադրողական առողջության բարելավում

բ. Զույգերի մինչամուսնական հետազոտման և նախաբեղմնավորման խնամքի ապահովում

գ. Հղիության արհեստական ընդհատումների, այն թվում սելեկտիվ աբորտների կանխարգելում

դ. Հղիների նախաձննդյան հսկողության և վարման ծառայությունների մատչելիության և որակի բարձրացում, ներառյալ՝ պրենատալ ախտորոշման սկրինինգների ընդլայնումը, հղիության և պտղի ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերումը և արդյունքում պրենատալ կորուստների՝ ինքնաբեր վիժումների ու մեռելաձնության դեպքերի կրճատումը,

ե. Անվտանգ ծննդոգնության ապահովում, ներառյալ՝ անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների բարելավումը

զ. Նեոնատալ ծառայության ուժեղացում, անհաս, ցածր քաշով և հիվանդ նորածինների բուժման և խնամքի բարելավում՝ արդյունքում նորածնային/մանկական մահերի նվազեցում

է. Անպտուղ զույգերի պատճառագիտության հետազոտում և բուժում՝ ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և ծառայությունների մատչելիության ապահովումը

5) Վերը ներկայացված յուրաքանչյուր բաղադրիչի շրջանակներում անհրաժեշտ է իրականացնել մանրամասն իրավիճակային վերլուծություն, վեր հանել հիմնական խնդիրները, առաջարկվել այդ խնդիրների լուծման արդյունավետ միջոցառումներ՝ այն թվում, ինչպես հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված հանրային իրազեկման, այնպես էլ վաղ հայտնաբերման սկրինինգային և բարձր տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բուժման ծրագրային միջոցառումներ: Անհրաժեշտ կլինի տալ նաև ֆինանսական և ծախսարդյունավետության գնահատականներն՝ ըստ առանձին ծրագրային բաղադրիչների: Յուրաքանչյուր բաղադրիչի շրջանակներում հարկ կլինի կանխատեսել ակնկալվող մոտավոր արդյունքները և դրանց ազդեցությունը ժողովրդագրական իրավիճակի վրա:

ԳԼՈՒԽ 2. ՄԱՅՐԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

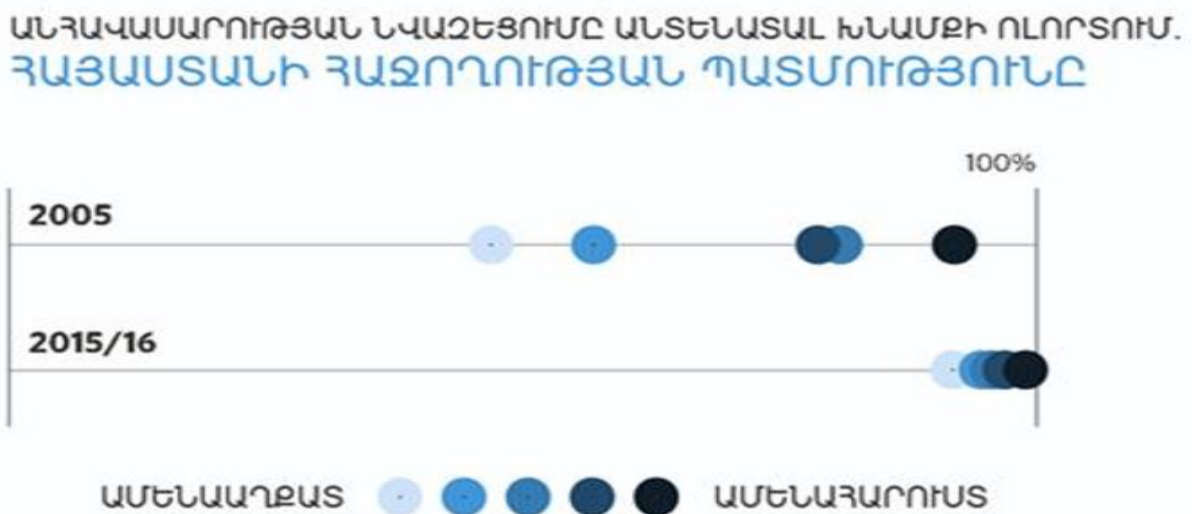
5. Հղիության նախաձննդյան հսկողություն, ցուցանիշների միտումները

1) ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոնի (ԱՏՎԱԿ) բազայում հղիության նախաձննդյան հսկողության վերաբերյալ առկա տվյալները փաստում են վերջին տարիների դրական զարգացումների մասին: Մասնավորապես, եթե 2000-2005թթ. միջակայքում հղիների վաղ հաշվառման (մինչև 12 շաբաթական ժամկետը) ցուցանիշը չի գերազանցել 45% (2000թ.՝ 43.1%, 2005թ.՝ 43.7), ապա 2008թ. Ծննդոգնության պետական հավաստագրի (այսուհետ՝ Հավաստագիր) ներդրումից հետո այս ցուցանիշը շարունակաբար բարձրացել է՝ շնորհիվ այդ ծառայության մատչելիության զգալի բարձրացման և հղիների հաշվառմանը նպաստող մեխանիզմների ներդրման (հղիության

22 շաբաթական ժամկետում Հավաստագիրը ստանալու համար հղին մինչ այդ ժամկետը պետք է անցած լիներ նախաձեռնողի հսկողության համար նախատեսված բոլոր հետազոտությունները և սկրինինգները, ինչի համար անհրաժեշտ նախապայման էր հնարավորինս վաղ հաշվառումը բժշկի մոտ): Այսպես, 2010թ. այս ցուցանիշը գերազանցել է 60%, հաջորդիվ՝ աճելով, 2018թ. կազմել է 68.3%:

2) Հղիների նախաձեռնողի հսկողության ցուցանիշների բարելավման մասին են վկայում նաև Հայաստանի Ժողովրդագրական և առողջության հարցերի 2015թ. հետազոտության (ՀԺԱՀՀ-2015) արդյունքները: Համաձայն այդ հետազոտության զեկույցում ներկայացված տվյալների, Հայաստանի կանանց շուրջ 96% նախաձեռնողի շրջանում ստանում է մասնագիտական օգնություն և խնամք: Այդ ծառայությունները քաղաքներում (97,8%) մի փոքր ավելի հասանելի են քան գյուղերում (93,6%): Կանանց 96% կատարել է չորս կամ ավելի նախաձեռնողի այց: Կանանց 60% նախաձեռնողի առաջին այցը կատարել է հղիության առաջին եռամսյակում (2005թ.՝ 48,2 %), իսկ 80%-ը հղիության առաջին 4 ամիսների ընթացքում:

3) Հղիների նախաձեռնողի հսկողության մատչելիության ու հասանելիության մասին փաստում է նաև ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի կողմից 2017թ. հրատարակված «Աշխարհի բնակչությունը 2017թ.» զեկույցը, որում ներկայացված է Հայաստանի հաջողված փորձը:



Զեկույցի բացահայտումներում ուշագրավ է Հայաստանում արձանագրված դրական փոքրձին կատարված անդրադարձը, որում Հայաստանի պատմությունը ներկայացված է որպես հղիների խնամքի և առողջապահական ծառայությունների մատչելիության առումով անհավասարությունների կրճատման լավագույն օրինակ: Մասնավորապես, զեկույցում ներկայացված գծապատկերը փաստում է, որ եթե 2005թ. հղիների նախաձեռնողի հսկողության ցուցանիշները ըստ ընտանիքի բարեկեցության աստիճանի զգալի տարբերվում էին (ամենաաղքատ և ամենահարուստ տնային տնտեսություններում՝ շուրջ 2 անգամ), ապա 2015-2016թթ. այս տարբերությունը գրեթե վերացել է:

4) Տպավորիչ են հատկապես վերջին տարիների դրական զարգացումները: ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի և նախաձեռնողի խնամքի ծառայությունների, ինչպես նաև մորից երեխային

ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ինտեգրված համակարգի գործունեության արդյունքում հղիների ավելի քան 95%-ը անցնում է ՄԻԱՎ տեսավորում: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից 2016թ. Հայաստանը ճանաչվել է աշխարհի չորս և Եվրոպայի առաջին երկրներից մեկը, որտեղ վավերացվել է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացման փաստը և երկրին շնորհվել է համապատասխան հավաստագիր: ԱՀԿ-ն 2018թ. պաշտոնապես հաստատել է Հայաստանում 2016-17թթ. համար մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացումը հաստատող ցուցանիշների պահպանումը:

5) Չնայած արձանագրված դրական միտումներին, օրակարգում շարունակում են մնալ մի շարք հարցեր: Նախաձննդյան սկրինինգների սահմանափակ ծավալները, մասնավորապես ոչ ինվազիվ սկրինինգների և թանկարժեք ու բարդ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ հետազոտությունների սահմանափակ հնարավորությունները հաճախ հանգեցնում են մոր հիվանդությունների և հղիության բարդությունների կամ պտղի ներարգանդային ախտաբանությունների ու շախտորոշման, իսկ երբեմն էլ բացթողումների՝ անդառնալի հետևանքներով: Հղիության ընթացքում սեռավարակների հետազոտությունն իրականացվում է սահմանափակ ծավալներով (ՄԻԱՎ, սիֆիլիս, գոնորեա և տրիխոմոնիազ), այլ սեռավարակները հետազոտվում են միայն բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում: Հղիության ինքնաբեր և բժշկական ցուցումներով ընդհատման ցուցանիշը շարունակական աճի միտում է դրսևորում (2005թ.՝ 2.8%, 2010թ.՝ 4.7%, 2015թ.՝ 5.6%, 2018թ.՝ 6.2%), որը կարող է վկայել քրոնիկ բնույթի վարակների, բնածին կամ ձեռք բերովի թրոմբոֆիլիաների և/կամ հղիության հետ անհամատեղելի հիվանդությունների մասին: 2018թ. հղիությունն ավարտած կանանց շուրջ 35% ունեցել է հղիության բարդություններ, որոնցից՝ առաջին քառյակում են՝ սակավարյունությունները (12.5%), միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (11.5%), երակային բարդությունները (6.5%) և գերձնշումային հիվանդությունները (3.1%):

6) **Այսպիսով**, հղիության լավագույն ելքերի ապահովման և պրենատալ կորուստների նվազման տեսանկյունից, առաջիկա ռազմավարությունը պետք է ուղղված լինի հղիության նախաձննդյան հսկողության ծառայությունների կարողությունների հզորացմանը և կատարողականի բարձրացմանը, որպես արդյունք՝ մոր և պտղի ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերմանը և բարդությունների կանխարգելմանը: Ավելին, կանխարգելիչ միջոցառումները պիտի սկսվեն մինչև հղիանալը, իսկ վերարտադրողական առողջության կարգավիճակի ճշտումը՝ մինչ ամուսնանալը: Այս ամենը կպահանջեն ուղղորդված ծրագրային միջոցառումներ և անխոս՝ համապատասխան ֆինանսական ռեսուրսներ:

6. Ծննդաբերություն և կեսարյան հատումներ

1) ՀԺԱՀՀ-2015թ. տվյալների համաձայն Հայաստանում գրեթե բոլոր կանայք (99,7%) ծննդաբերում են բուժհաստատություններում, ընդ որում 96%-ը բժշկի հսկողությամբ: Կանանց ընդամենը 0,2% է ծննդաբերում տանը, ինչը 2000թ. համեմատությամբ (9%), նվազ է 45 անգամ: Բարելավվել է նաև բժշկի կամ մանկաբարձուհու/բուժքրոջ կողմից ընդունված

ծնունդների մասնաբաժինը: 2000 թվականին այն համապատասխանաբար կազմել է 83% և 14% ,իսկ 2015թ.` 96.4% և 3.4%:

2) Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ տվյալների, հղիությունն ավարտած կանանց թիվը 2018թ. կազմել է 38839, որից ժամկետային ծննդաբերությամբ` 88.7%, իսկ վաղաժամ ծննդաբերությամբ` 5.1%: Ընդ որում, վերջին 3 տարիների ընթացքում այս երկու ցուցանիշներն էլ պահպանվել են գրեթե նույն մակարդակի վրա, տատանվելով ընդամենը 0.5-1.2 տոկոսային կետի սահմաններում: Ըստ նույն աղբյուրի կանանց շուրջ 31% ունեցել է ծննդաբերության և/կամ հետծննդյան բարդություններ, որոնցից` 3.4% արյունահոսություն, 6.7% ծննդաբերական անոմալիա, 8.8% անեմիա; Պրեէկլամպսիան և էկլամպսիան կազմել են ընդամենը 1.1%: Ընդ որում, վերջին 3 տարիների ընթացքում առաջին երկու ցուցանիշների դեպքում արձանագրվել է որոշակի վատացում, սակայն անեմիաների ցուցանիշը բարելավվել է 2 տոկոսային կետով:

3) Ծննդոգնության ոլորտի օրակարգային հարցերից է պրոգրեսիվ աճող կեսարյան հատումների ցուցանիշը, որը վերջին տասնամյակում ավելի քան կրկնապատկվել է (2000թ.` 7.2%, 2005թ.` 11.2%, 2008թ.` 15%, 2010թ.` 18,9%, 2015թ.` 27.2% 2018թ.` 32.5%): Կեսարյան հատումների ցուցանիշը էականորեն տարբերվում է Երևան(34.4%)-մարզ(21.7%) կտրվածքով և ըստ ծննդատների մակարդակների: 3-րդ մակարդակի ծննդատներում այն տատանվում է 30-35% սահմաններում, առանձին ծննդատներում գերազանցելով 40 տոկոսի սահմանագիծը:

Ծնունդներ և կեսարյան հատումներ

Տարեթիվ	Ընդունվել է ծնունդ	Կեսարյան հատումների թիվը	Կեսարյան հատումների %
1990	80039	2687	3.4%
1995	45445	2097	4.6%
2000	35279	2553	7.2%
2005	37992	4248	11.2%
2008	41462	6234	15,1%
2010	44739	8439	18.9 %
2011	43301	9385	21.7 %
2012	42709	9558	22.4 %
2013	41923	9949	23.7 %
2014	43332	11156	25.8 %
2015	42123	11472	27.2 %
2016	40809	11525	28.2 %
2017	37832	11727	31,0 %
2018	36769	11961	32,5%

4) Ինչպես երևում է աղյուսակից, կեսարյան հատման ցուցանիշի աճի տեմպերը արագանում են ծնունդների թվի նվազմանը զուգահեռ: Ըստ առանձին ծննդատների կեսարյան հատումների ցուցանիշների միտումների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ կեսարյան հատումների առավել մեծ աճ արձանագրվում է այն ծննդատներում որտեղ ծնունդների ընդհանուր թիվը շատ ավելի է նվազում:

5) Կեսարյան հատումների գնալով աճող մակարդակը գլոբալ խնդիր է աշխարհի շատ երկրներում: Այն նաև ԱՀԿ օրակարգային հարցերից է: Հայաստանում, ինչպես շատ այլ երկրներում այս խնդիրը ունի և օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ պատճառներ: Հիմնական օբյեկտիվ պատճառներն են.

ա. Բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը և կիրառումը մանկաբարձական պրակտիկայում, որի շնորհիվ բարձրացել են պտղի և հղիի մոտ ախտաբանությունների ախտորոշման հնարավորությունները, ժամանակին հայտնաբերված կրիտիկական վիճակները հաճախ կեսարյան հատման ուղղակի ցուցումներ են մոր կամ պտղի կյանքի համար (հղիության և ծննդաբերության ընթացքում ներքին և արտաքին արյունահոսություններ, առաջադիր ընկերք, պտղի դիսստրես սինդրոմ, այլ), և հետևաբար պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման ճանապարհով:

բ. Առանձին ախտաբանական վիճակների տարածվածության բարձրացումը, այն թվում էքստրագենիտալ և մանկաբարձական որոշ ծանր ախտաբանությունների, որոնք հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման միջոցով:

գ. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, հեպատիտ Բ և Ց և պերինատալ այլ ինֆեկցիաներով հղիների վարակվածության ցուցանիշների աճը, որոնց դեպքում ևս կատարվում է կեսարյան հատում:

դ. Անպտղության հաղթահարումը վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, որոնց դեպքում սովորաբար լինում են ռիսկի խմբի առաջնաձին կանայք՝ նույնպես կեսարյան հատման ցուցումներով:

ե. 2006թ.-ից պերինատալ շրջանի նոր սահմանման ներդրումը, երբ ծնունդ սկսեց համարվել հղիության ելքը՝ սկսած 22 շաբաթական ժամկետից, ընդ որում վաղաժամ այդ ծննդաբերությունները հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման միջոցով:

զ. Շարունակաբար ավելանում է այն կանանց թիվը, որոնք անամնեզում ունեցել են մեկ կամ ավելի կեսարյան հատում, հաջորդիվ՝ արգանդի սպիի անլիարժեքությամբ, ինչը ևս կեսարյան հատմամբ ծննդալուծման ցուցում է:

6) Կեսարյան հատմամբ ծննդալուծումների աճմանը նպաստում են նաև առանձին սուբյեկտիվ գործոններ՝ հարաբերական ցուցումով, ոչ բավարար հիմնավորմամբ կեսարյան հատումների կատարում՝ լրացուցիչ ռիսկերից խուսափելու համար, կեսարյան հատման կատարում, երբեմն էլ ցուցման բացակայության դեպքում՝ կնոջ ցանկությամբ և/կամ պնդմամբ և այլն;

7) Կեսարյան հատումների աճին զգալի նպաստում է նաև տարբերակված և ավելի բարձր գներով ֆինանսական փոխհատուցման մեխանիզմի առկայությունը, ինչի արդյունքում թե բժշկական հաստատությունը և թե բժիշկը մոտիվացված են լինում կնոջը ծննդալուծել կեսարյան հատման ճանապարհով:

Այս խնդրի լուծումը պահանջում է իրավիճակի ավելի խորքային ուսումնասիրություն և հիմնական պատճառների հաղթահարմանն ուղղված միջոցառումների մշակում: Օրինակ այդպիսին կարող է լինել կեսարյան հատումների դիմաց փոխհատուցման և բուժաշխատողների վարձատրման նոր մեխանիզմի մշակումը կամ մշտադիտարկման և

առանձին դեպքերի վերլուծության համակարգի ներդրումը՝ հիմնավորվածության գնահատմամբ և հաջորդող հետևություններով:

7. Մայրական մահացություն, ցուցանիշի միտումները, հիմնական պատճառները, միջազգային համեմատականը

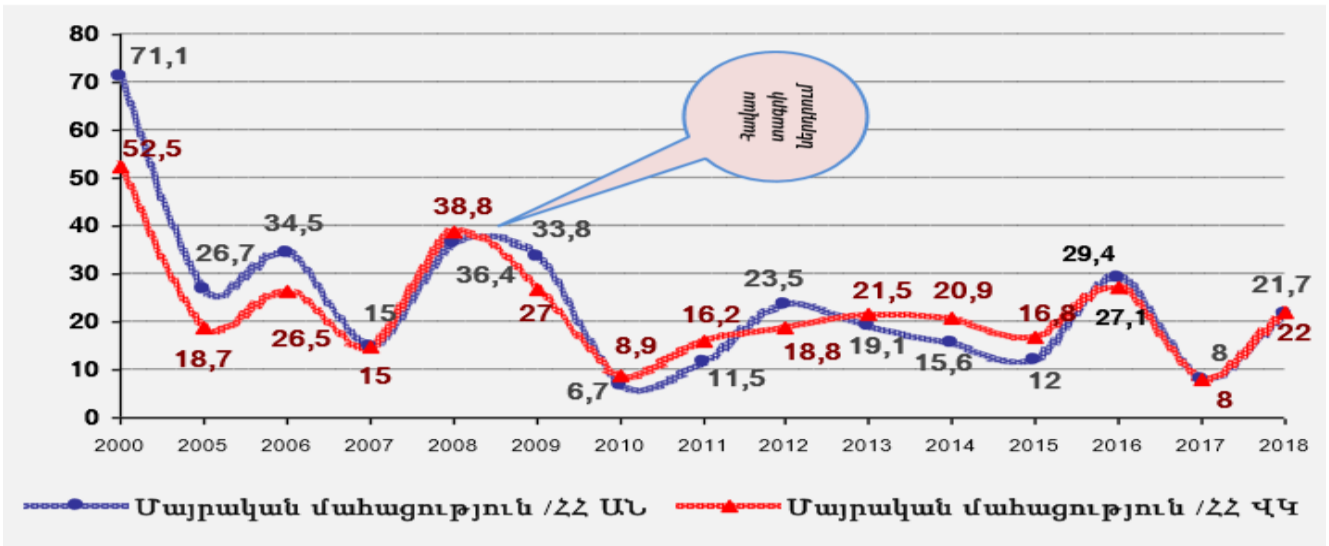
1) Մայրական մահացությունը (ՄՄ) դա կնոջ մահն է հղիության, ծննդաբերության ժամանակ և հետծննդյան 42 օրերի ընթացքում: Ցուցանիշը հաշվարկվում է 100000 կենդանի ծնունդի նկատմամբ: Հայաստանում մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշի (ՄրՄՑ) տատանումները զգալի մեծ են, ինչը պայմանավորված է երկրի փոքր բնակչությամբ: Այն աննախադեպ բարձր է եղել 2000թ-ին, կազմելով 71/100 000, իսկ 2010-2018թթ. ընթացքում ցուցանիշը տատանվել է՝ 6.8-29.5 սահմաններում:

Տարիներ	Կենդանի ծնվածների թիվը	Մայրական մահերի բացարձակ թիվը	Մայրական մահացության ցուցանիշը / 100000 կ.ծ.
1990	80022	43	53.6
1995	45430	13	28.6
2000	35142	25	71
2001	32912	8	24.3
2002	33332	6	18
2003	36538	7	19
2004	37602	14	37
2005	37681	10	26.6
2006	37706	13	34.4
2007	40055	12	29.9
2008	41258	16	38.8
2009	44306	15	33.8
2010	44330	3	6.8
2011	42882	4	9.3
2012	42346	9	21.2
2013	41668	8	19.2
2014	43061	8	18.6
2015	41841	5	11.9
2016	40 613	12	29.5
2017	37709	3	7.96
2018	36577	8	21.9

2) Մայրական մահացության ցուցանիշի միտումները գնահատելիս առաջնորդվում ենք ԱՀԿ հանձնարարականով, համաձայն որի 5 միլիոնից պակաս բնակչության դեպքում, ցուցանիշի վերլուծությունը և միտումների գնահատականը տրվում է միջին եռամյա ցուցանիշի համեմատության կտրվածքով: Ըստ ՎԿ տվյալների ՄՄ 2016-2018թթ. միջին եռամյա ցուցանիշը կազմել է 20,0, ինչը նախորդ եռամյայի համեմատ ավելի է 1 միավորով (2013-2015թթ.՝ 19,0 /100000):

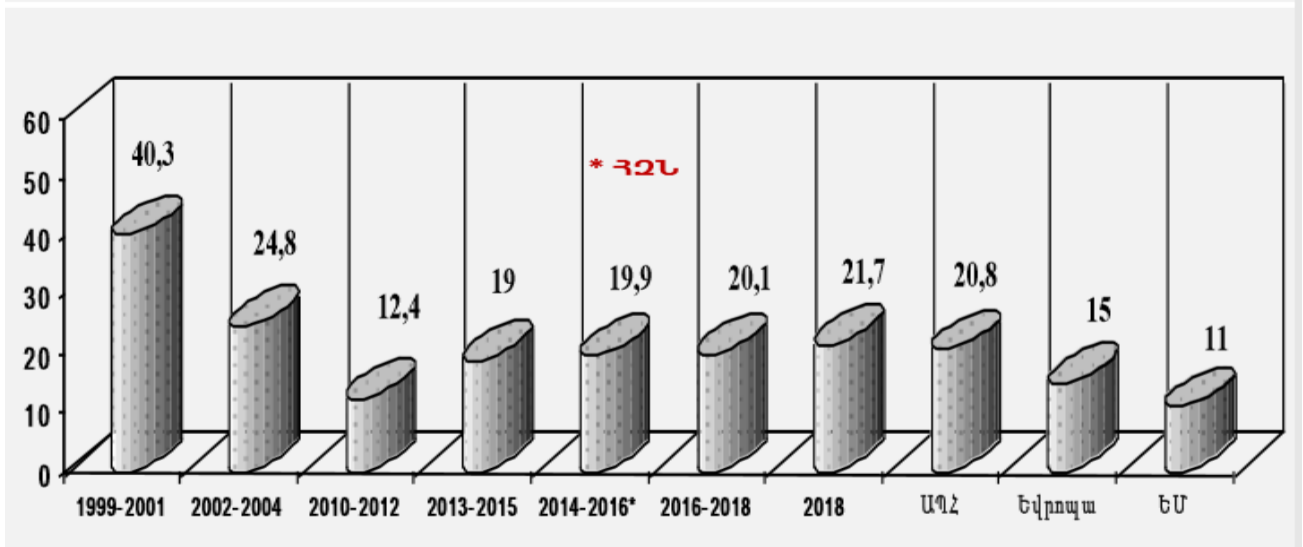
3) 2000թ. հաջորդող տարիներին Հայաստանի ՄՄ միջին եռամյա ցուցանիշի միտումները փաստում են վերջինիս շուրջ 50% նվազման մասին՝ 1999-2001թթ.՝ 40.3/100000 ցուցանիշից 2014-2016թթ.՝ հասնելով 19,9/100000 (վերջինս միջին ցուցանիշն է ՀԶՆ 2015թ. թիրախային տարվա համար), սակայն ցավոք Հայաստանին չհաջողվեց հաղթահարել Հազարամյակի Զարգացման ազգային նպատակը ($\leq 12.5/100000$):

**Մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշ
2000-2018 թթ. միաումները**



4) Ներկայացված գծապատկերը ակնհայտ ցույց է տալիս ծննդողության ծառայությունների մատչելիության բարձրացման բարերար ազդեցությունը ՄՄ ցուցանիշի վրա: Այսպես, Հավաստագրի ներդրմանը հաջորդող տարիներին արձանագրվել է մայրական մահացության դեպքերի շարունակական նվազում (ըստ ՎԿ հրապարակած տվյալների ՄՄ տարեկան ցուցանիշի դինամիկան հետևյալն է՝ 2008թ.՝ 38,8, 2009թ.՝ 27,0 2010թ.՝ 8,9); Ցավոք, 2010թ. հաջորդող ժամանակահատվածում արձանագրվել է ՄՄ միջին եռամյա ցուցանիշի որոշակի բացասական միտում(2010-2012թթ.՝ 12,4, 2013-2015թթ.՝ 19,0, 2016-2018թթ.՝ 20/100000):

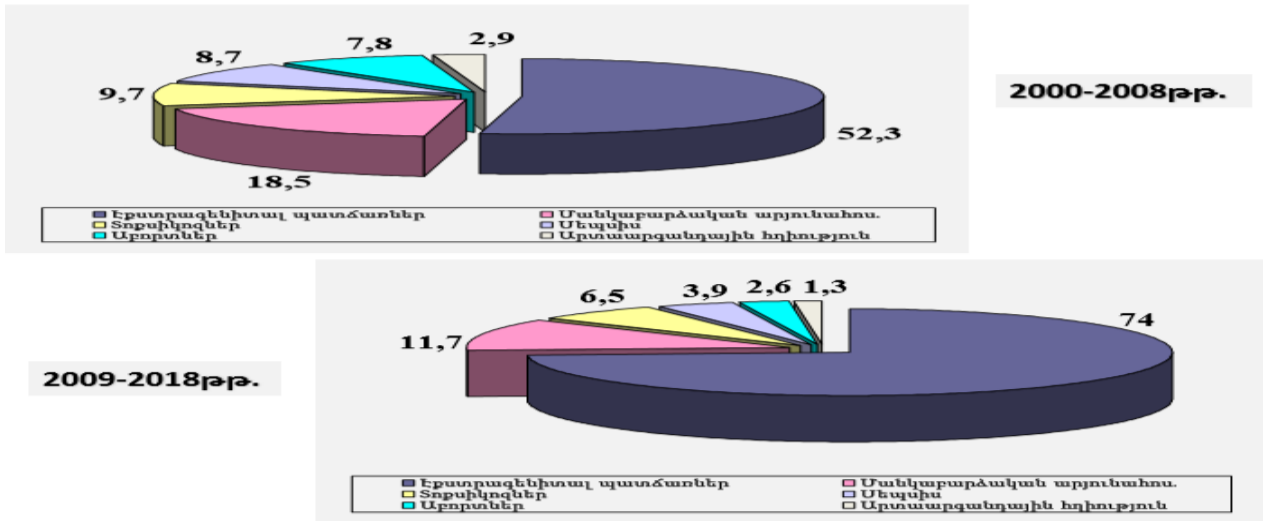
**ՍԱՅՐԱԿԱՆ ՄԱԿԱՑՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇԻ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ, ՀՀ ԱՆ
/100 000 ԿԵՆԴԱՆԻ ՏՆՈՒՆԴԻ ՆԿԱՏԱՄԱՐ ՀԱՇՎԱՐԿՈՎ/**



5) 2000թ. հաջորդող տարիներին մայրական մահացության ցուցանիշի կրճատման ֆոնի վրա վերջինիս կառուցվածքում գնալով նվազում է ուղղակի՝ մանկաբարձական պատճառներից մահերի տեսակարար կշիռը և հակառակը՝ դեպքերի զգալի մասը ներկայումս պայմանավորված է էքստրագենիտալ ախտաբանություններով: Այսպես, եթե 2000-2008թթ. մայրական մահերի ուղղակի և անուղղակի պատճառների

հարաբերակցությունը կազմել է 48%/52%, ապա հաջորդ` 2009-2018 թվականներին` 26%/74%:

Մայրական մահացության պատճառները, %, 2000-2018թթ.



6) 2018թ.հանրապետությունում ծննդոգնության հաստատություններում արձանագրվել է մայրական մահացության 8 դեպք (ցուցանիշը` 21.7/100 000 կենդանածնության նկատմամբ), որից միայն երկուսը` մանկաբարձական պատճառից: Վերջին երեք տարիներին արձանագրված մայրական մահացության 23 դեպքից միայն 7 դեպքի պատճառն եղել է ուղղակի` մանկաբարձական, իսկ 15 դեպքում կնոջ մահվան պատճառը եղել են էքստրագենիտալ/սոմատիկ հիվանդությունները (ավելի քան բոլոր դեպքերի 76%): Ըստ ՎԿ նախնական տվյալների 2019թ. հունվար-դեկտեմբեր ամիսների ընթացքում գրանցվել է մայրական մահացության 12 դեպք, որոնց շուրջ 2/3-ը պայմանավորված է եղել ոչ մանկաբարձական պատճառներով:

7) Վերջին տարիների մայրական մահացության պատճառական կառուցվածքի միտումները վկայում են գնալով մեծացող էքստրագենիտալ ախտաբանությունների տեսակարար կշռի մասին, ինչն էլ հետևանք է բնակչության առողջության ընդհանուր վիճակի վատացման: Խնդրի հաղթահարման ռազմավարությունը պետք է ուղղված լինի վերարտադրողական առողջությունը պայմանավորող գրեթե բոլոր բաղադրիչների հետ կապված իրավիճակի բարելավմանը, այն թվում հղիության հետ անհամատեղելի սոմատիկ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանը ու բարձր ռիսկով ուղեկցվող հղիությունների կանխարգելմանը :

8) Ըստ ԱՀԿ տվյալների, մայրական մահացության հաշվարկային ցուցանիշը Հայաստանում կազմում է 25/100 000: Այս ցուցանիշը գրեթե նույնն է Ռուսաստանի հետ, 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 ՄրՄ տարեկան ցուցանիշը բավական անկայուն է:

8. Պերինատալ շրջան, պերինատալ մահացության ցուցանիշի միտումները, կառուցվածքը

1) Մինչև 1995թ. Հայաստանում գործում էին պերինատալ շրջանի, պերինատալ մահացության և մեռելաձնության/կենդանաձնության ԱՀԿ ՀՄԴ 9-րդ դասակարգման սահմանումները, ըստ որի պերինատալ շրջանը սկսվում էր հղիության 28 շաբաթականից, իսկ նորածինը համարվում էր կենդանածին, եթե շնչում էր: Մինչ այդ ժամկետը հղիության ընդհատման ելքը՝ մեռելաձնությամբ գնահատվում էր որպես վիժում: 1996 թվականից գերատեսչական վիճակագրության մեջ սկսեցին հաշվառվել հղիության 22 շաբաթական ժամկետով, 500 գրամից բարձր քաշով ծնված մեռելածինները և կենդանածինները, սակայն կենդանի ծնված նորածինները ՔԿԱԳ մարմիններում գրանցվում էին, եթե ապրում էին 6 լրիվ օրից ավելի: Վերոհիշյալի պատճառով վարվում էր կրկնակի վիճակագրություն՝ գերատեսչական՝ 500-1000գ. ծնվածների ներառումով և պաշտոնական՝ առանց վերջիններիս ծնունդը և մահը գրանցելու:

2) Այսպես, ըստ գերատեսչական (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ) և պաշտոնական (ՀՀ ՎԿ) վիճակագրության համեմատական տվյալների, 2005 թվականին (մինչ պաշտոնական վիճակագրության մեջ 500-1000գ քաշով ծնունդների գրանցումը) մեռելաձնության ցուցանիշը համապատասխանաբար կազմել է՝ 17.4 ‰ (գերատեսչական տվյալներով շուրջ 660 մեռելածին) և 9.5‰ (պաշտոնական տվյալներով՝ շուրջ 360 մեռելածին՝ **հետևաբար 300 դեպք չի գրանցվել**): Նույն թվականին ծնվել է 105 ծայրահեղ ցածր քաշով նորածին, որոնցից շուրջ 80 երեխա մահացել է (այդ տարիներին 500-1000գ. ծնվածների ապրելիությունը կազմել է ընդամենը 20-25%): Վերջնական արդյունքում 2005թ. պերինատալ մահվան շուրջ 380 դեպք դուրս է մնացել պաշտոնական վիճակագրությունից՝ ինչը նախորդող տարիների կտրվածքով միջին կրկնվող թիվ էր: Ըստ էության, պաշտոնական վիճակագրությունը չէր արտացոլում ԱՀԿ սահմանումներին համապատասխան պերինատալ մահացության իրական պատկերը երկրում, ինչը խնդրահարույց էր նաև ցուցանիշների միջազգային համադրելիության տեսանկյունից:

3) Ելնելով վերոհիշյալից, Հայաստանի կառավարությունը 2005 թվականին (ի դեպ առաջինը ԱՊՀ երկրների շարքում) N949-Ն որոշմամբ հաստատեց մոր և մանկան ծառայության ոլորտի բժշկադեմոգրաֆիկ հիմնական հասկացությունների սահմանումները՝ ԱՀԿ ՀԴՄ-10-րդ վերանայված տարբերակին համապատասխան, համաձայն որի.

Պերինատալ շրջանը սկսվում է պտղի ներարգանդային կյանքի 22 լրացած շաբաթից (154 օրից), երբ ծննդյան քաշը նորմայում 500 գրամ է և ավարտվում է ծննդից 7 լրիվ օր (168 ժամ) հետո:

Շուրջծնական (պերինատալ) մահացությունը դա կենսունակ պտղի մահն է պերինատալ շրջանում՝ սկսած հղիության 22 շաբաթից մինչև մոր ծննդաբերության ընթացքը, ինչպես նաև ծննդաբերության ժամանակ ու մանկան կյանքի մինչև 168 ժամը (0-6 լրիվ օրական):

Պտղի մահ է համարվում բեղմնավորման արգասիքի մահը մինչև մոր օրգանիզմից նրա լրիվ արտամղումը կամ դուրսբերումը, անկախ հղիության ժամկետից: Մահվան մասին են վկայում մոր օրգանիզմից պտղի անջատումից հետո **շնչառության կամ կյանքի որևէ այլ նշանի** (ինչպիսիք են սրտխփոցը, պորտալարի անոթազարկը կամ կամային մկանների ակնհայտ շարժումները) բացակայությունը:

Մեռելաճնություն է համարվում մոր օրգանիզմից բեղմնավորման արգասիքի լրիվ արտամղումը կամ դուրսբերումը, որից հետո պտուղը չի շնչում կամ չի ցուցաբերում կյանքի այլ նշան՝ ինչպիսիք են սրտիսկոցը, պորտալարի անոթազարկը կամ կամային մկանների ակնհայտ շարժումները:

4) Համաձայն ՀՀ կառավարության նույն որոշման, 2006 թվականից ՀՀ արդարադատության նախարարության ՔԿԱԳ-ի մարմիններում գրանցվում և պերինատալ մահացության ցուցանիշում ներառվում են 500գ և ավելի քաշով (22 շաբաթ և ավելի հղիության ժամկետով) մեռելաճնության և վաղ նորածնային մահացության (ՎՆՄ) դեպքերը: Այնուամենայնիվ, գերատեսչական վիճակագրության մեջ շարունակվում է կրկնակի (ծայրահեղ ցածր՝ 500-1000գ. քաշով ծնվածների ներառումով և առանց դրանց) վիճակագրության վարումը, ինչը հնարավորություն է տալիս ցուցանիշների համեմատական գնահատականը տալ ժամանակային ավելի մեծ միջակայքով:

Պերինատալ մահացության ցուցանիշի միտումները, 1990-2018թթ.				
Տարեթիվ	Պերինատալ մահացություն (մեռելաճիններ+0-6օր.մահեր)		Մեռելաճնություն	
	Առանց 500-1000գ ծնվածների	Ներառյալ 500-1000գ ծնվածները	Առանց 500-1000գ ծնվածների	Ներառյալ 500-1000գ ծնվածները
1990	17.6	-	10.1	-
1995	15.6	22.9	8.5	15.0
2000	16.3	23.7	8.3	13.5
2005	11.9	24.0	7.3	17.4
2006	14.4	25.6	8.6	18.4
2007	13.4	20.5	9.2	15.3
2008	12.8	20.0	9.0	15.3
2009	10.9	19.1	7.5	15.0
2010	11.3	23.1	7.9	18.9
2011	10.3	24.4	7.0	20.0
2012	9.5	22.5	7.1	18.8
2013	9.3	20.2	6.5	16.5
2014	8.9	20.5	6.7	17.2
2015	8.9	21.8	7.0	19.2
2016	7.8	20.2	5.8	17.4
2017	7.6	19.0	6.2	16.5
2018	7.2	20.1	6.1	18.3

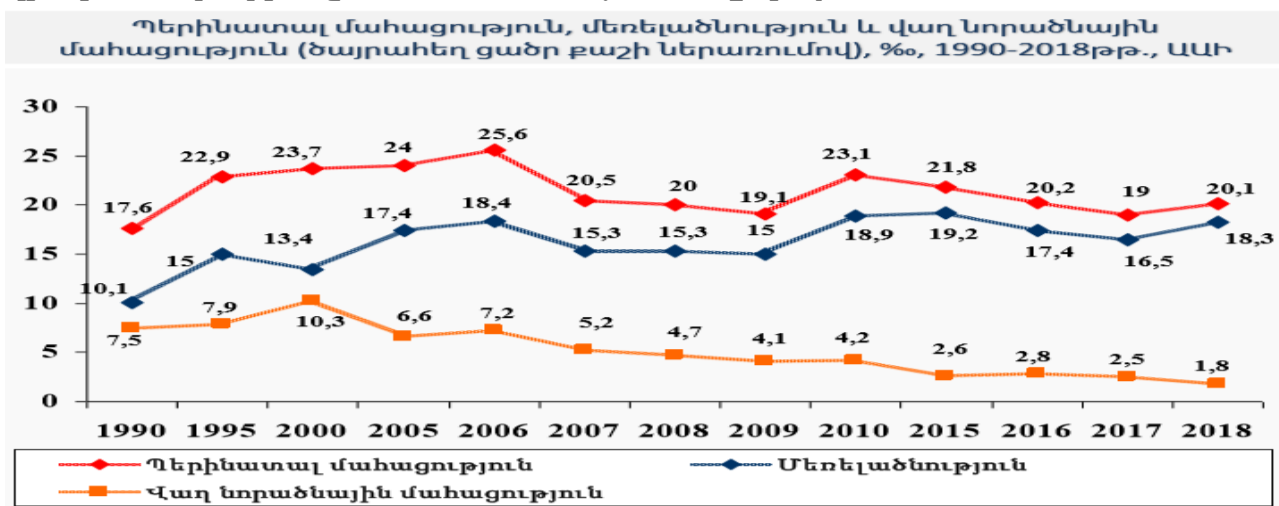
5) Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ-ի 2019թ. վիճակագրական տարեգրքի տվյալների, պերինատալ մահացության ցուցանիշը (ՊՄՑ) հանրապետությունում 2018թ. կազմել է 20.1‰, որից 18.3‰՝ մեռելաճնություն, 1.8‰՝ վաղ նորածնային մահեր: Մարզային միջինի(9.9‰) համեմատ, ՊՄՑ շուրջ 3 անգամ բարձր է Երևանում (27.5‰) և խիստ տարբեր է ըստ մարզերի՝ տատանվելով 7.2‰-ից (Տավուշ) 16.4‰-ի սահմաններում (Շիրակ): Պատկերը մասամբ բացատրելի է այն տրամաբանությամբ, որ Երևանի ծննդատներում են տեղի ունենում բարձր ռիսկի ծնունդները և հիմնականում մայրաքաղաքում են տեղակայված նորածնային վերակենդանացման բաժանմունքները (մարզային միակ ծառայությունը առկա է Գյումրիում):

6) ՊՄՑ-ի 1990-2018թթ. դինամիկան վկայում է, որ ծննդատներում գրանցված պերինատալ մահացության դեպքերը, (առանց ծայրահեղ ցածր քաշով ծնվածների) զգալի նվազել են, կրճատվելով շուրջ 2.5 անգամ (1990թ.՝ 17.6‰, 2018թ.՝ 7.2‰), այն թվում մեռելաճնության ցուցանիշը՝ 1.7 անգամ: Հետաքրքիր է այն փաստը, որ եթե 90-ականների մեռելաճնություն/վաղ նորածնային մահացություն (ՎՆՄ) հարաբերակցությունը կազմել է

2.4:1.0-ի, ապա 2018թ. այս տարբերությունը 2,5 և ավելի անգամ մեծացել է կազմելով 5.5 : 1.0-ի, այն դեպքում, երբ ըստ ԱՀԿ տվյալների պերինատալ մահացության միջին ցուցանիշի դեպքում (ինչպիսին Հայաստանի ցուցանիշն է), այս տարբերությունը չի գերազանցում 2.0:1.0-ին: Ասվածը վկայում է մեռելաճնության և կենդանաճնության դեպքերի սահմանումների ոչ համապատասխան և հնարավոր սխալ գրանցումների մասին:

7) Ըստ նույն աղբյուրի, ծննդոգնության հաստատությունների տարեկան հաշվետվությունների համաձայն, պերինատալ մահացության ցուցանիշի դինամիկան (ըստ ԱՀԿ նոր սահմանումների), ցույց է տալիս, որ այն 1995-2006թթ. միջակայքում տատանվել է 21.1-26.8 պրոմիլլեի սահմաններում, 2006թ. կազմելով՝ 25.6‰: 2006թ. ԱՀԿ նոր սահմանումների ներդրումը բերեց պերինատալ մահացության 2005թ. ցուցանիշի գրեթե կրկնակի աճի (25.6‰՝ 11.9‰-ի դիմաց), ընդ որում, այդ աճը գրանցվել է առավելապես մեռելաճնության հաշվին (18.4‰՝ 7.3‰-ի դիմաց՝ ավելի քան 2.5 անգամ), այն դեպքում, երբ ըստ ԱՀԿ կանխատեսումների, ՀՄԴ 10-րդ դասակարգման սահմանումներին անցնելուց հետո մեռելաճնության ցուցանիշը կարող էր աճել մինչև 40%: Նոր սահմանումների ներդրումը բերեց նաև ծննդատներում գրանցված վաղ նորածնային մահացության դեպքերի աճի՝ բայց ի տարբերություն մեռելաճնության՝ ընդամենը 1.6 անգամ:

8) ԱՀԿ նոր սահմանումների ներդրմանը հաջորդիվ, ըստ ծննդատներում արձանագրված դեպքերի, պերինատալ մահացության ցուցանիշը աստիճանաբար կրճատվել է, 2018թ. հասնելով՝ 20.1‰, որից մեռելաճնությունը՝ 18.3‰, գերազանցելով ՎՆՄ ցուցանիշը գրեթե 10 անգամ (18.3‰՝ 1.8‰-ի դիմաց): ՎՆՄ միջին հանրապետական ցուցանիշը (ներառյալ այլ բուժհաստատությունների նորածնային կամ վերակենդանացման բաժանմունքներում գրանցված 0-7 օրեկան նորածինների մահերը) ևս ցուցաբերել է կրճատման միտում (2006թ.՝ 8.7‰, 2010թ.՝ 5.6‰, 2015թ.՝ 4.6‰, 2016թ.՝ 4,1‰, 2017թ.՝ 4.0‰, 2018թ.՝ 3.3‰), սակայն գրեթե կրկնակի գերազանցել է ծննդատների ցուցանիշը: Համադրելով մեռելաճնության և ՎՆՄ 2018թ. ցուցանիշները, պարզ է դառնում որ, վերջիններիս հարաբերակցության ցուցանիշը կազմում է 5.5 : 1 (18.3‰՝ 3.3‰-ի դիմաց), ինչը ծննդատների համեմատ պակաս է շուրջ 2 անգամ, սակայն գրեթե 5 անգամ գերազանցում է տարածաշրջանային միջին ցուցանիշը (ըստ ԱՀԿ տվյալների բազայի, մեռելաճնության և վաղ նորածնային մահացության հարաբերակցությունը Եվրոպական B ռեգիոնի համար, որի մեջ մտնում է նաև Հայաստանը, կազմում է 1.2 : 1.0):



9) Ներկայացված գծապատկերը փաստում է, որ պերինատալ մահացության կառուցվածքի այս անհամամասնությունը հատկապես աճում է 2008թ.-ին հաջորդող 10 տարիներին՝ որի ընթացքում վաղ նորածնային մահացության դանդաղ նվազման ֆոնի վրա արձանագրվում է մեռելաճնության ցուցանիշի աճ: Ընդ որում, վերջին տարիներին մեռելաճնության դեպքերի ավելացումը զուգակցվում է ծնելիության ցուցանիշի անկման հետ:

10) Միջազգային միջին տվյալների համեմատ պերինատալ մահացության կառուցվածքի այսպիսի անհամամասնությունն անտրամաբանական է և կարող է հետևանք լինել մի շարք գործոնների՝ մեռելաճնության և կենդանաճնության սխալ գրանցում՝ պայմանավորված կամ դրանց սահմանումների/նշանների չիմացությամբ կամ մասնագետների շահերի բախումով և/կամ պերինատալ շրջանի իրական ժամկետների սխալ գրանցում՝ բուժհաստատության ֆինանսական մոտիվացիայով պայմանավորված (ծնունդ, թե՞ վիժում): Ասվածը ենթադրական գնահատականներ են, որոնք լրացուցիչ ուսումնասիրության կարիք ունեն՝ բուժհաստատություններում քանակական և որակական հետազոտությունների իրանացման ճանապարհով: Այս հիմնախնդրի իրական պատճառների ուսումնասիրությունը հնարավորություն կտա մշակել դրա հաղթահարմանն ուղղված գործողություններ:

11) 2018 թվականից Առողջապահության և Արդարադատության նախարարությունների համատեղ ջանքերով հանրապետությունում ներդրվել է ծնունդների և մահերի, այն թվում պերինատալ մահերի, գրանցման միասնական էլեկտրոնային համակարգ, ինչը որոշակիորեն կարող է նպաստել վերը ներկայացված խնդրի լուծմանը, իսկ ամբողջությամբ էլեկտրոնային առողջապահական համակարգին անցումը և բժշկական փաստաթղթերի և առանձին դեպքերի թվայնացված ընթացակարգով վարումը շատ ավելի կարող է բարելավել իրավիճակը:

ԳԼՈՒԽ 3. ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ, ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՄԱՀԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

1. Նորածինների առողջության բարելավումը մանկական մահացության կրճատման հիմնական ռեզերվն է: պահանջում է առանձնահատուկ մոտեցումներ և առավել մեծ ներդրումներ: Վերջին տարիներին, այս խնդիրը նաև միջազգային հանրության ուշադրության կենտրոնում է: 2014 թվականին ԱՀԱ կողմից ընդունվեց “Յուրաքանչյուր կին, յուրաքանչյուր նորածին” գլոբալ ռազմավարությունը, որի շրջանակներում հաստատվեց “Յուրաքանչյուր նորածին, բոլոր կանխելի մահերի վերացում” գործողությունների ծրագիրը, որի թիրախն է մինչև 2035թ աշխարհում իջեցնել նորածնային մահացությունը 10% մակարդակից՝ շեշտադրելով առողջապահական ծառայությունների հզորացմանն ու որակի բարելավման միջոցառումները՝ նախաձեռնողյան խնամքի, ծննդաբերության և կյանքի առաջին շաբաթվա ընթացքում:

1) Նորածինների առողջության գնահատման կարևոր բնութագրիչներն են՝ կենդանաճնների, ըստ գեստացիայի և ըստ ծննդյան քաշի ցուցանիշների մակարդակը ծնվելու պահին, հիվանդացության ցուցանիշները՝ ծնվելուց հետո և մահացության ցուցանիշները ծնվելուն հաջորդող առաջին օրվա, առաջին շաբաթվա և կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում:

2) Ինչպես նշվել է վերևում 2006թ.-ից հանրապետությունում կիրառության մեջ են դրվել «Կենդանաձևության, մեռելաձևության և պերինատալ շրջանի» ԱՀԿ նոր սահմանումները և ՔԿԱԳ տարածքային մարմիններում գրանցվում են 500գ և ավելի քաշով կենդանաձևության բոլոր դեպքերը: (*Կենդանաձևություն է համարվում* մոր օրգանիզմից բեղմնավորման արգասիքի լրիվ արտամղումը կամ դուրսբերումը, անկախ հղիության ժամկետից, որից հետո պտուղը շնչում կամ ցուցաբերում է կյանքի որևէ այլ նշան՝ ինչպիսիք են. սրտիփոցը, պորտալարի անոթազարկը կամ կամային մկանների ակնհայտ շարժումները, անկախ նրանից, թե արդյոք կտրված է պորտալարը, և կամ անջատված է ընկերքը: Այդպիսի ծննդի յուրաքանչյուր արգասիք համարվում է կենդանաձին):

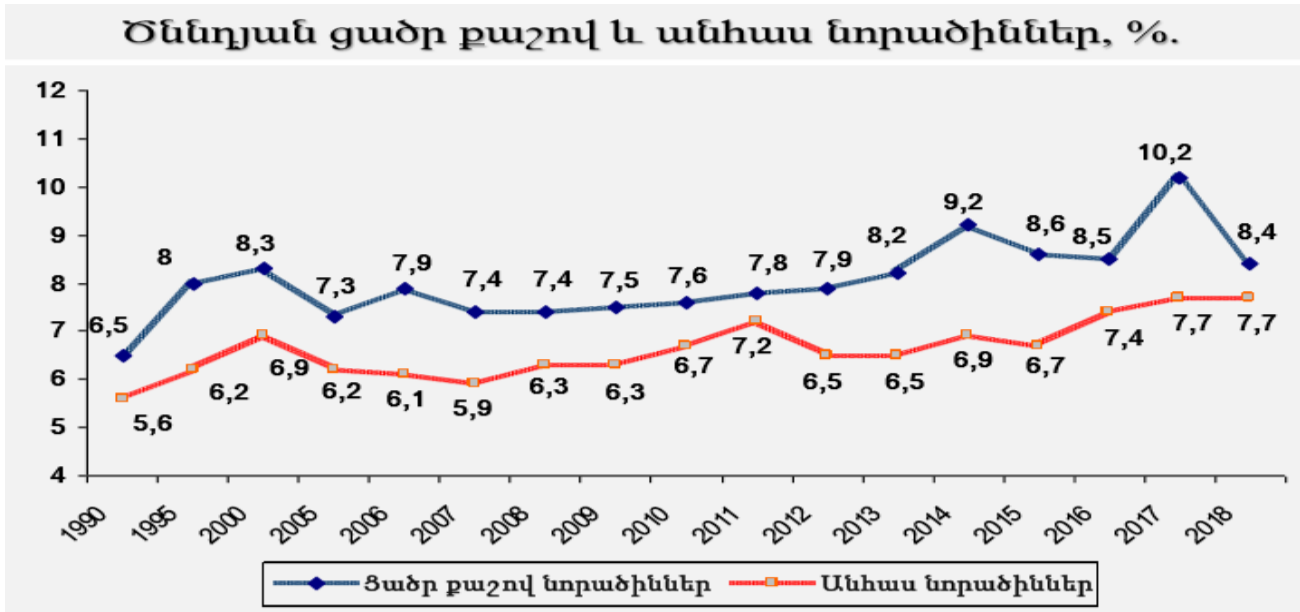
2. Անհաս և ցածր քաշով նորածիններ, ցուցանիշների միտումները

3) Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ-ի 2019թ. վիճակագրական տարեգրքի տվյալների, 2018թ. ընթացքում Հայաստանի ծննդատներում արձանագրվել է 36577 կենդանաձին, որոնցից 7.7% ծնվել են անհաս/վաղաժամկետ(մինչև հղիության 37 շաբաթական ժամկետը), իսկ 8.4%՝ ծննդյան ցածր քաշով (2500գ.-ից պակաս), որից ծայրահեղ ցածր քաշով (1000գրամից) երեխաները կազմել են 0.3%: 2010-ին հաջորդող տարիներին այս ցուցանիշը եղել է զրեթե նույն մակարդակի վրա (0.2%): Վերջին 2 տարիներին արձանագրվել է ցուցանիշի աճ 0.1 տոկոսային կետով:

4) 1990-2000թթ միջակայքում (զերատեսչական վիճակագրության մեջ 500-1000գ քաշով ծնված նորածինները սկսել են հաշվառվել 1995թ.-ից) արձանագրվել է թե անհաս (1990թ.՝ 56.9%, 2000թ.՝ 69.2%), և թե ցածր քաշով նորածինների (1990թ.՝ 6.54%, 2000թ.՝ 8.3%) ցուցանիշների աճ՝ համապատասխանաբար՝ 22 և 27 տոկոսով: Հաջորդող 10 տարիներին ցուցանիշները պահպանվել են զրեթե նույն մակարդակի վրա: Դրանց զգալի աճ է գրանցվել 2010թ.-ից հետո: Առավելագույն ցուցանիշները (համապատասխանաբար՝ 76.6% և 10.2%) արձանագրվել են 2017թ., ինչը մասամբ կարող է բացատրվել վերջին տարիներին վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական ծառայությունների զարգացման և ծավալների ընդլայնման հանգամանքով:

Անհասության և ցածր քաշով ծնունդների ցուցանիշի միտումները ՀՀ ԱՆ, 1990-2018թթ.			
Տարիներ	Կենդանաձիններ, բ.թ.	Անհասություն, %	Ցածր քաշով ծնվածներ, %
1990	80022	56,5	6,5
1995	15430	61,9	8,0
2000	35142	69,2	8,3
2005	37681	61,7	7,3
2006	37706	60,9	7,9
2007	40055	59,3	7,4
2008	41258	62,5	7,4
2009	44306	62,7	7,5
2010	44330	67,2	7,6
2011	42882	71,5	7,8
2012	42346	65,0	7,9
2013	41668	64,6	8,2
2014	43061	68,7	9,2
2015	42118	66,9	8,6
2016	40 592	74,3	8,5
2017	37700	76,6	10,2
2018	36577	76,5	8,4

5) Ծննդյան ցածր քաշի վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրության այս թվերը մոտ են ՀԺԱՀ հետազոտություններով ստացված արդյունքներին, ըստ որի 2015 թվականին, նախորդող 5 տարիների ընթացքում ծնված (կշռված) երեխաների 6.2% ունեցել է ծննդյան 2500 գրամից ցածր քաշ: Ցածր քաշով ծնվածները ունեն ինչպես նորածնային շրջանում մահանալու, այնպես էլ հետագա կյանքի ընթացքում աճի և զարգացման խանգարումների զգալի բարձր ռիսկ: Ծնելիության անկման, անհասության և ցածր քաշով ծնունդների աճող ցուցանիշների հետ զուգորդման պայմաններում հինգ ծննդաբերությունից միայն չորսն է ավարտվում ժամկետային (40 շաբաթականում):

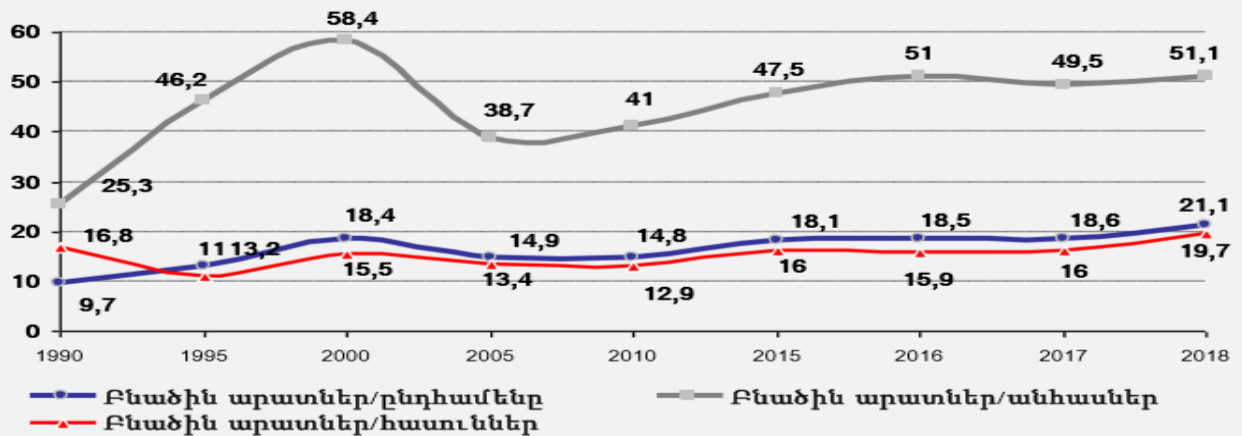


3. Նորածնային հիվանդացություն և մահաբերություն

6) Նորածնային հիվանդացության պատճառագիտության մեջ հիվանդությունների առաջին եռյակը հասուն նորածինների մոտ կազմում են՝ բնածին շեղումները (19.7%), ծննդաբերական տրավմաները (12.7%) և ներարգանդային հիպոքսիաներն ու ասֆիքսիաները (10.5%), իսկ անհասների պարագայում՝ ներարգանդային թոքաբորբերը, հիպոքսիաներն ու ասֆիքսիաները և բնածին շեղումները, համապատասխանաբար՝ 121.1%, 84.3% և 51.1% ցուցանիշներով:

8) Նորածնային ախտաբանությունների մեջ լուրջ հիմնախնդիր է բնածին արատների բարձր տարածվածությունը: Ըստ ՀՀ ԱՆ հաշվետվական տվյալների, զարգացման բնածին արատներով ծնվածների ցուցանիշը (1000 նորածնի նկատմամբ) 1990-2000թթ. ընթացքում բարձրացել է 2,2 անգամ (1990թ.՝ 9.7%, 2000թ.՝ 18.4%), այնուհետև, մինչև 2010թ. արձանագրվել է ցուցանիշի աստիճանական անկում (14.8%), հաջորդիվ, այն նորից բարձրացել է, 2018թ. կազմելով 21.1%, ինչը կրկնակի բարձր է 90-ականների մակարդակի համեմատությամբ: Անհաս նորածինների պարագայում այս ցուցանիշները ավելի բարձր են: Բոլոր թվականներին անհասների մոտ բնածին արատների ցուցանիշը միջինում 3-5 գերազանցում է հասուն նորածինների նույն ցուցանիշը:

Բնածին արատների ցուցանիշը հասաունների և անհասների մոտ, 1990-2018թթ. միտումները, %



9) Բնածին արատների ցուցանիշների այս միտումները կարելի է բացատրել ինչպես ախտորոշման գործընթացի բարելավմամբ և բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացմամբ, այնպես էլ հղիության ընթացքի ախտաբանական վիճակների տարածվածությամբ: Ակնհայտ է, որ այս ոլորտում իրականացվող ծրագրերը ուժեղացման կարիք ունեն, մասնավորապես անտենատալ սկրինինգներին և նախածննդյան խնամքին ուղղված ներդրումների ավելացման առումով:

7) Ըստ ԱԱԻ 2019թ. տարեգրքի տվյալների, հասուն և անհաս ծնված նորածինների հիվանդացության և մահացության ռիսկերը զգալի տարբեր են: Այսպես, 2018թ. հիվանդ ծնված և հիվանդացած նորածինների թիվը 1000 հասուն ծնվածների նկատմամբ կազմել է 91.7% և գերազանցել է անհասների նույն ցուցանիշը գրեթե 8 անգամ (736%): Տարբեր են նաև ծննդատներում մահանալու ռիսկերը նորածնի հասուն կամ անհաս ծնվելու հանազամանքից և ծննդյան քաշից կախված:

8) Ըստ ԱԱԻ 2018թ. տարեկան հաշվետվության տվյալների, ծննդոգնության հաստատություններում 1000 գրամից բարձր քաշով ծնվածների խմբում անհաս նորածինների մահաբերության ցուցանիշը (100 հիվանդացածներից) կազմել է 2%, ինչը 5 անգամ ավելի է հասունների համեմատությամբ (0.4%): Ըստ առանձին քաշային կատեգորիաների նորածինների մահացությունը ևս էականորեն տարբերվում է, ինչպես ցուցանիշների, այնպես էլ դրանց միտումների առումով:

Տարեթիվը	Նորածինների մահացությունն ըստ քաշային կատեգորիաների (ցուցանիշը տվյալ քաշային կատեգորիայի 100 նորածնից/%)			
	500-1000գ	1000-1500գ.	1500-2000գ.	2500գ և ավելի
2008թ.	50% / 36 երեխա	19.9%	2.4%	0.16%
2018թ.	41.5% /44 երեխա	7.6%	0.7%	0.03%

9) Համաձայն 2008/2018թթ. համեմատական տվյալների, վերջին տասնամյակում նորածինների մահացությունը նվազել է բոլոր քաշային կատեգորիաներում, սակայն էական տարբերություններով: Եթե 500-1000գ. նորածինների խմբում այն կրճատվել է ընդամենը 8.5 տոկոսային կետով՝ 1.2 անգամ, ապա 1000-1500գ. քաշային խմբում՝ 2.5 անգամ, 1500-2500գ.

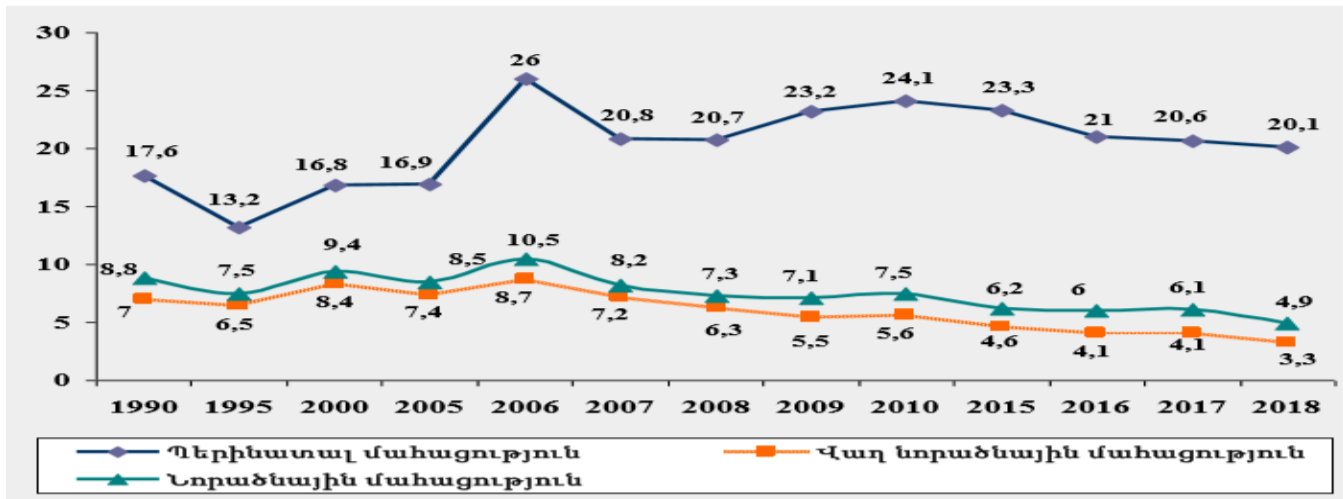
խմբում՝ 3.4 անգամ, իսկ 2500գ և ավելի քաշով նորածինների դեպքում՝ 5.3 անգամ; Ըստ քաշային խմբերի երեխաների մահացության ցուցանիշների համադրումը, ակնհայտորեն վկայում է 1500-2500գ և ավելի քաշով ծնվածների մահացության նվազեցման ավելի մեծ ռեզերվի և ավելի բարենպաստ հեռակա ելքերի մասին:

4. Նորածնային մահացություն, ցուցանիշի կառուցվածքը, միտումները, հիմնական պատճառները

10) **Նորածնային (նեոնատալ) մահացությունը** կենդանի ծնված նորածինների մահացությունն է կյանքի առաջին 28 լրացած օրերի (4 շաբաթվա) ընթացքում: Նորածնային մահացության ցուցանիշը հաշվարկվում է 1000 կենդանածնության նկատմամբ հաշվարկով: Այն բաժանվում է վաղ նորածնային մահացության(ՎՆՄ)՝ մանկան մահը կյանքի 1-ին շաբաթում և ուշ նորածնային մահացության(ՈւՆՄ)՝ 7-րդ օրվանից հետո՝ մինչև 28 լրացած օրը:

11) Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի կողմից հրապարակված պաշտոնական տվյալների, նորածնային մահացության ցուցանիշը (ՆՄՑ) 1990-2018թթ. միջակայքում կրճատվել է շուրջ 1.8 անգամ՝ 8.8%-ից հասնելով 4.9%-ի, կառուցվածքում պահպանելով վաղ և ուշ նորածնային մահերի գրեթե նույն՝ 2:1 հարաբերակցությունը(2018թ. ՎՆՄ՝ 67%): ՆՄՑ միտումների դիտարկումը վկայում է Հայաստանում ծնունդների և նորածնային մահերի հաշվառման և գրանցման գործընթացի բարելավմանն ուղղված օրենսդրական փոփոխությունների ազդեցության մասին: Այսպես, 2005թ. կենդանածնության և պերինատալ շրջանի ԱՀԿ նոր սահմանումների ընդունումից և հղիության 22 շաբաթից (500գրամից) սկսած ծնունդների/մահերի գրանցումից հետո արձանագրվեց ՆՄՑ աճ ավելի քան 23 տոկոսով, որից 18%՝ ի հաշիվ վաղ նորածնային մահացության:

Նորածնային, վաղ նորածնային և պերինատալ մահացություն, %, 1990-2018թթ. միտումները



12) Ցուցանիշի շուրջ 11% բարձրացում գրանցվեց նաև 2010 թվականին հաջորդիվ (2010թ.՝ 7.5%, 2011թ.՝ 8.3%), երբ օրենսդրորեն ամրագրվեց ՔԿԱԳ մարմիններում նորածնային մահացության գրանցման գործընթացի պատասխանատվությունը բժշկական կազմակերպությունների վրա դնելու դրույթը, ինչի արդյունքում բարելավվեց ցուցանիշի պաշտոնական վիճակագրությունը (ըստ ՀՀ ԱՆ և ՅՈՒՆԻՍԵՖ համագործակցությամբ 2001թ.

իրականացված հետազոտության արդյունքների, հիվանդանոցներում արձանագրված, սակայն ՔԿԱԳ մարմիններում չգրանցված մանկական մահերի դեպքերի շուրջ 56% կազմել էին նորածնային մահերը):

13) 2015-2017թթ. միջակայքում ՆՄՑ իջել է, սակայն ավելի նվազ տեմպերով՝ պահպանելով ՎՆՄ ցուցանիշի գրեթե նույն մակարդակը (2015թ՝ 6.3%, 2016թ՝ 6.1%, 2017թ.՝ 6,1%): Ցուցանիշի գրեթե մեկ պրոմիլլային կետով կրճատում է արձանագրվել 2018թ. (5%), սակայն ՎՆՄ ցուցանիշի 0,1% բարձրացման ֆոնի վրա:

14) Նորածնային մահացության պատճառական կառուցվածքում մահերի 80%-ը բաժին են ընկնում կանխարգելելի երեք ախտաբանական վիճակներին՝ անհասություն, ասֆիքսիա, և ինֆեկցիաներ: Նորածնային մահացության կառուցվածքը էականորեն փոխվել է վերջին 15-20 տարիների ընթացքում: Եթե 2000թ. ՆՄ կառուցվածքում առաջին տեղում ասֆիքսիաներն էին, երկրորդ տեղում բնածին արատները և միայն երրորդ տեղում անհասությամբ պայմանավորված շնչառության խանգարման համախտանիշը (ՇԽՇ), ապա 2008-2018թթ. ՆՄ կառուցվածքում անհասությամբ պայմանավորված վիճակները և ախտաբանությունները զբաղեցնում են առաջին տեղը, երկրորդ հորիզոնականում բնածին արատներ են, իսկ ասֆիքսիաները՝ երրորդ տեղում: Այսպիսի կառուցվածքը պարունակում է ինչպես զարգացած (անհասության՝ 39% և զարգացման արատների՝ 23% բարձր տեսակարար կշիռ), այնպես էլ զարգացող (ասֆիքսիաների՝ 18% և ինֆեկցիաների՝ 18%, դեռևս պահպանվող բարձր մակարդակ) երկրների նորածնային մահացության կառուցվածքի բնութագրիչներ:

15) Այսպիսով, կարելի է արձանագրել, որ նորածինների առողջության ցուցանիշների առումով առկա են դրական զարգացումներ, ինչը միջազգային կազմակերպությունների և պրոֆեսիոնալ ասոցիացիաների հետ համագործակցությամբ առողջապահության նախարարության կողմից նեոնատալ ծառայությունների որակի բարելավմանն ուղղված ծրագրերի ազդեցության արդյունք կարող է: Սակայն ոլորտում դեռևս առկա են բազում խնդիրներ, որոնք համակարգային լուծում են պահանջում: Ինչպես նշվել է նաև վերևում, թե պերինատալ, և թե նեոնատալ մահացության կառուցվածքի և ցուցանիշի առանձին բաղադրիչների հարաբերակցության, ինչպես նաև պատճառական կառուցվածքի տրամաբանության տեսանկյունից, պաշտոնական վիճակագրության տվյալները լրացուցիչ խորքային ուսումնասիրության, իսկ ցուցանիշների միտումները լրացուցիչ գնահատման կարիք ունեն:

ԳԼՈՒԽ 4. ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՄԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

Երեխաների առողջության և մահացության ցուցանիշները հանդիսանում է երկրի տնտեսական զարգացման և հասարակության սոցիալական բարեկեցությունն արտահայտող կարևորագույն ցուցիչներ: Երեխաների և դեռահասների զարգացման և առողջության կարգավիճակը զգալի չափով կանխորոշում է հասարակության ապագա բարեկեցությունը, և հետևաբար, երեխաների առողջության պահպանման ոլորտում կատարվող ներդրումները դիտարկվում են որպես ապագային ուղղված ծախսարդյունավետ ներդրումներ:

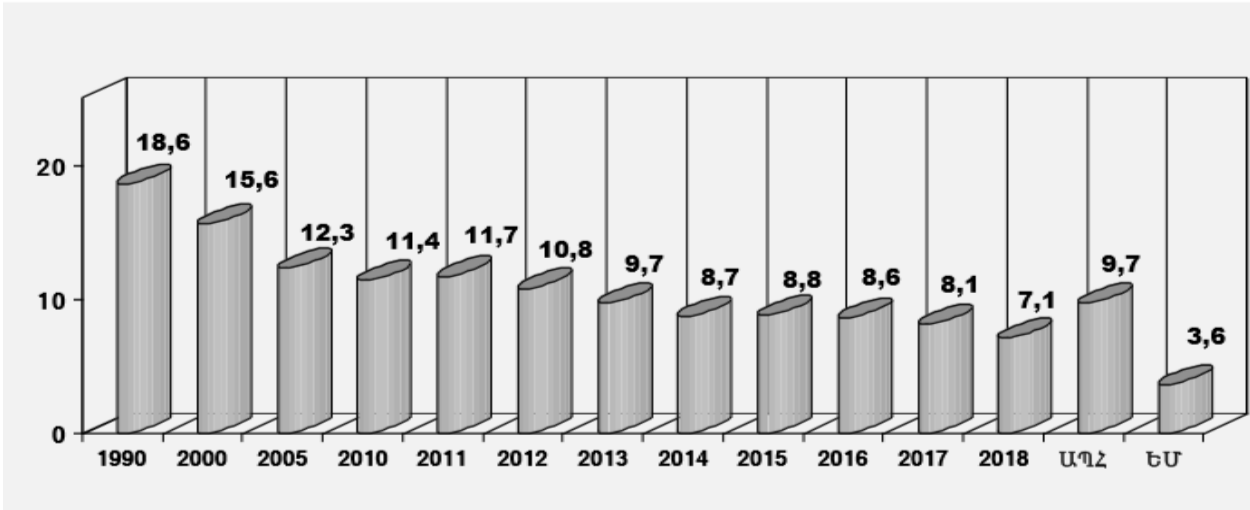
1. Երեխաների մահացությունը՝ կառուցվածքը, հիմնական պատճառները, ցուցանիշների միտումները, միջազգային գնահատականները

Երեխայի կյանքի և գոյատևման հետ կապված իրավիճակը ներկայացնող հիմնական ցուցանիշը մահացության ցուցանիշն է, ընդ որում կյանքի ցիկլի առանձնահատկություններից ելնելով, երեխաների մահացության ցուցանիշները վերլուծվում են ըստ առանձին տարիքային խմբերի՝ նորածնային (0-28 օրական), մանկական (0-1տ.), 0-4 (ներառյալ), դեռահասների մահացություն և այլն:

1) **Մանկական մահացությունը (ՄՄ)** դա երեխայի մահն է մինչև 1 տարեկան դառնալը; Ցուցանիշը հաշվարկվում է 1000 կենդանի ծնվածի հաշվով: Մինչև 5տ. երեխաների մահացության ցուցանիշը դա 0-4 տ. (ներառյալ) մահացած երեխաների թվաքանակի հարաբերությունն է 1 000 կենդանի ծնվածի կամ տվյալ տարիքային խմբի 1000 երեխայի նկատմամբ:

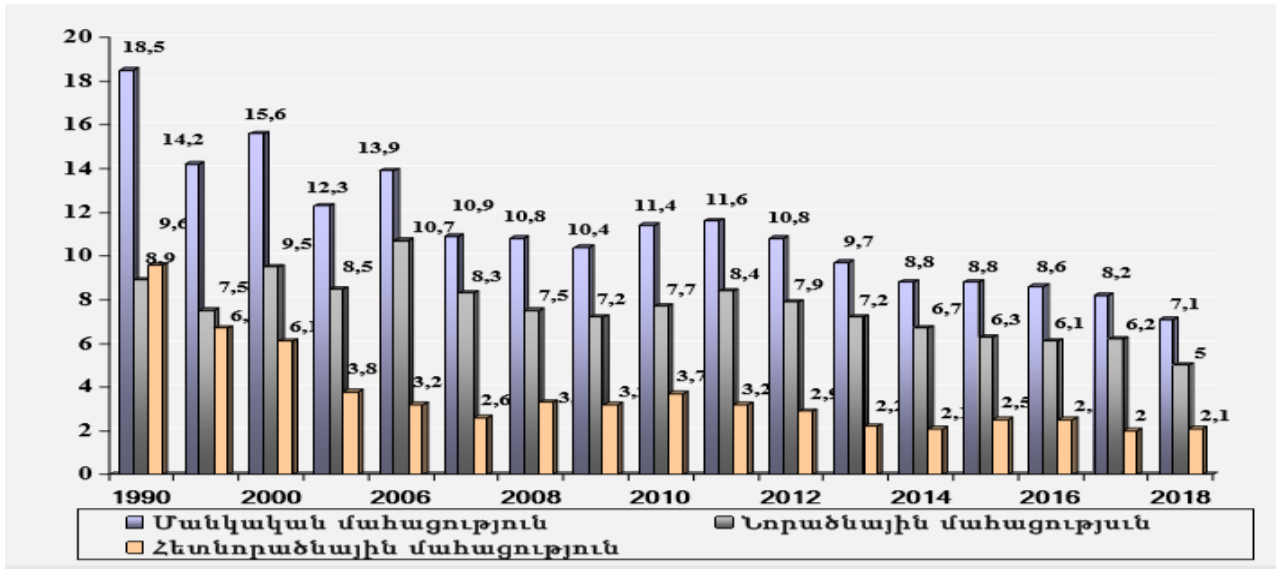
2) 1990-2018 թվականների ընթացքում մանկական մահացությունը բացարձակ թվով նվազել է 5-6 անգամ (1990թ.՝ 1.465, 2018թ.՝ 261), իսկ տարեկան գործակիցը՝ 2-3 անգամ՝ հասնելով 1.000 կենդանաձնի հաշվով 7,1-ի: Համաձայն ԱՀԿ-ի «Առողջություն բոլորին» շտեմարանի՝ այն թեև ավելի ցածր է, քան ԱՊՀ-ում (9,7՝ 2015թ.), Ղազախստանում (9,4՝ 2015թ.), Թուրքիայում (10,7՝ 2014թ.), Ուզբեկստանում (10,7՝ 2014թ.), Ղրղզստանում (18,0՝ 2015թ.), Թուրքմենստանում (22,1՝ 2015թ.), սակայն կրկնակի զիջում է ԵՄ անդամ երկրների մակարդակին (3,6՝ 2015թ.):

Մանկական մահացության ցուցանիշի միտումները, % , ըստ ՀՀ պաշտոնական տվյալների



1) Պաշտոնական տվյալների համաձայն մինչև 2012թ. Հայաստանը բնորոշվել է ՄՄ ցուցանիշի միջին մակարդակով (ըստ ԱՀԿ դասակարգման՝ 10%-20%), իսկ 2013թ.-ից հետո գրանցվել է ցուցանիշի 10% նիշից ցածր մակարդակ (2012թ.՝ 10,8%, 2013թ.՝ 9,7%, 2015թ.՝ 8,8%, 2017թ.՝ 8,1%), ինչը, ըստ նույն դասակարգման Հայաստանին դասում է ՄՄ ցածր մակարդակ ($\leq 10\%$) ունեցող երկրների շարքում: Հաջորդիվ՝ երեխաների բուժօգնության ոլորտում արձանագրված առաջընթացի շնորհիվ, 2010-2018թթ. ժամանակատվածում գրանցվել է մանկական մահացության ցուցանիշի զգալի կրճատում: Ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների 2010թ. այն կազմել է 11,4%, իսկ 2018թ.՝ 7,1%, :

Մանկական, նորածնային և հետնորածնային մահացության ցուցանիշը դինամիկայում, ‰, 1990-2018 թթ., ՀՀ ՎԿ

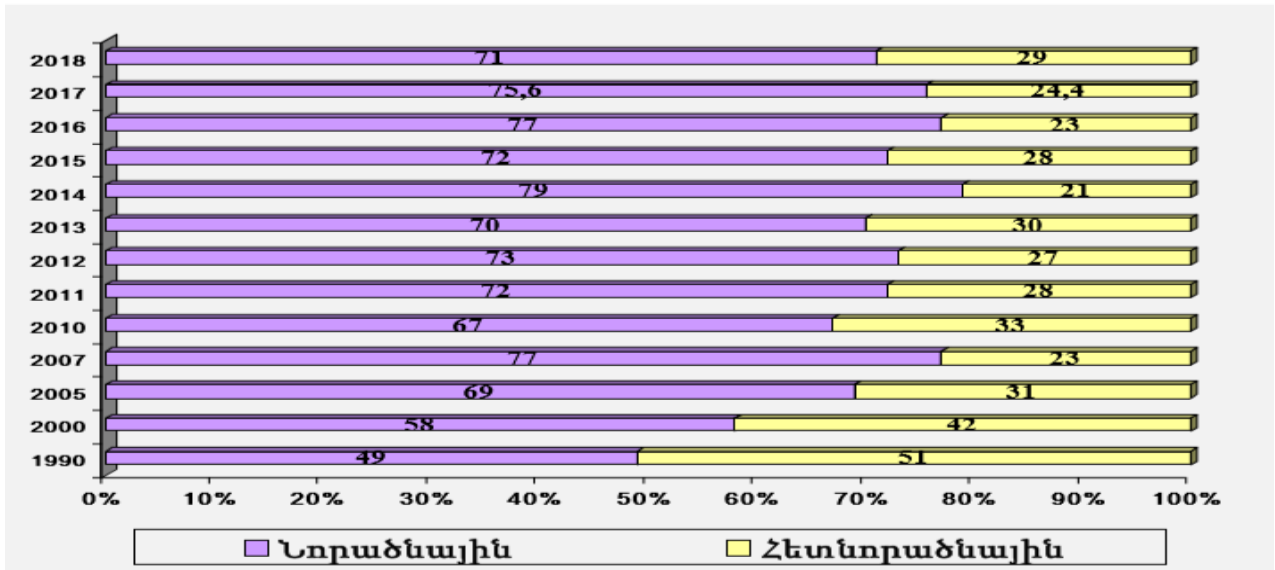


2) Վաղ տարիքի երեխաների առողջական հիմնախնդիրների վերհանման առումով շատ կարևոր է մանկական մահացության պատճառական և տարիքային կառուցվածքի և դրանց միտումների վերլուծությունը՝ ինչպես ինտենսիվ (‰՝ 1000 կենդանի ծնվածից), այնպես էլ էքստենսիվ ցուցանիշների (մասնաբաժինը/տեսակարար կշիռը դեպքերի ընդհանուր թվաքանակում, %) միտումների գնահատմամբ:

3) 2018 թվականին մանկական (0-1 տ.) մահացության դեպքերի շուրջ 71% արձանագրվել է նորածնային (0-28 օր՝ ինտենսիվ ցուցանիշը 5‰), իսկ գրեթե կեսը (47%)՝ վաղ նորածնային (0-7 օր՝ ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 3.3‰) շրջանում: Վերջին տարիներին մանկական մահերի դեպքերի ընդհանուր թվում նորածնային մահերի մասնաբաժինը չի դրսևորել անկման էական միտում (2013թ.՝ 70%, 2015թ.՝ 72%, 2017թ.՝ 76%, 2018թ.՝ 71%)՝ շարունակաբար գերազանցելով 0-1տ. մահերի ընդհանուր դեպքերի 2/3-ից ավելին, այն դեպքում, երբ 90-ականներին նորածնային շրջանի մահերի մասնաբաժինը կազմել է 50%:

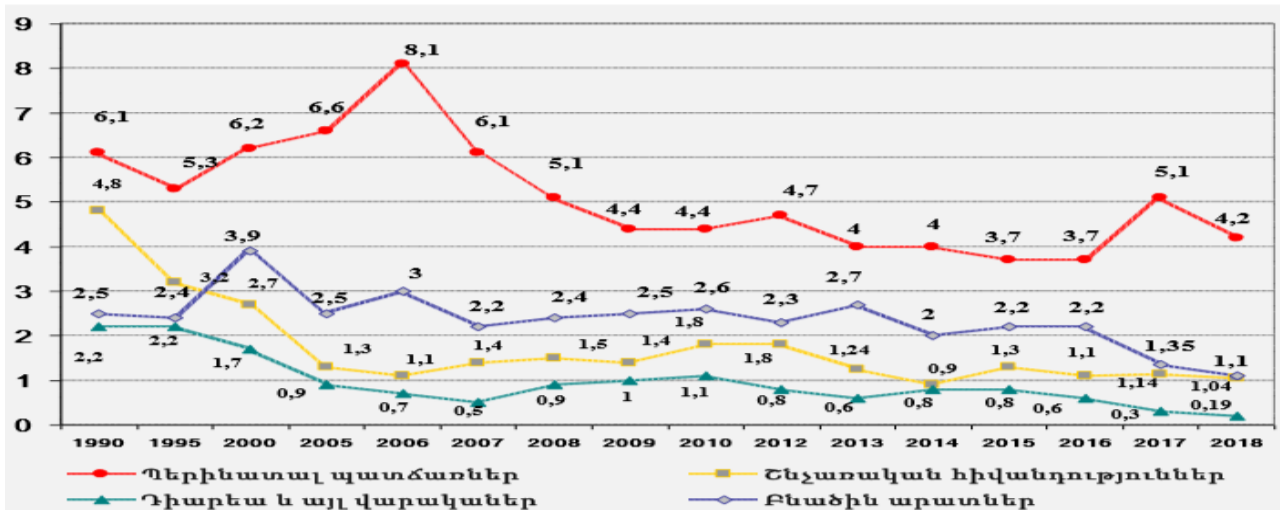
4) Եթե մանկական և նորածնային մահացության հարաբերակցության գործակիցը 1990թ. կազմել է 2.1, ապա 2018թ.՝ 1,4: Չնայած վաղ նորածնային մահերի էքստենսիվ ցուցանիշի որոշակի նվազման, թե մանկական և թե նորածնային մահերի ընդհանուր դեպքերի առյուծի բաժինը շարունակաբար ընկնում է մանկան կյանքի առաջին 6 օրերի վրա, 2018թ. համապատասխանաբար կազմելով՝ 47% և 66% (1990թ.՝ 37% և 79.5%): Ըստ էության, մանկական և նեոնատալ մահացության հարաբերակցության գործակիցի միտումները վկայում են, որ 1990-2018թթ. ընթացքում մանկական մահացության կրճատումը ուղեկցվել է առավելապես հետնորածնային մահերին բաժին ընկնող դեպքերի նվազմամբ (1990թ.՝ 51%, 2018թ.՝ 29%)՝ նորածնային մահացության տեսակարար կշռի հարաբերական աճի ֆոնի վրա (1990թ.՝ 49%, 2018թ.՝ 71%)՝:

Մանկական (0-1տ.) մահացության տարիքային կառուցվածքի միտումները, % 1990-2018թթ.



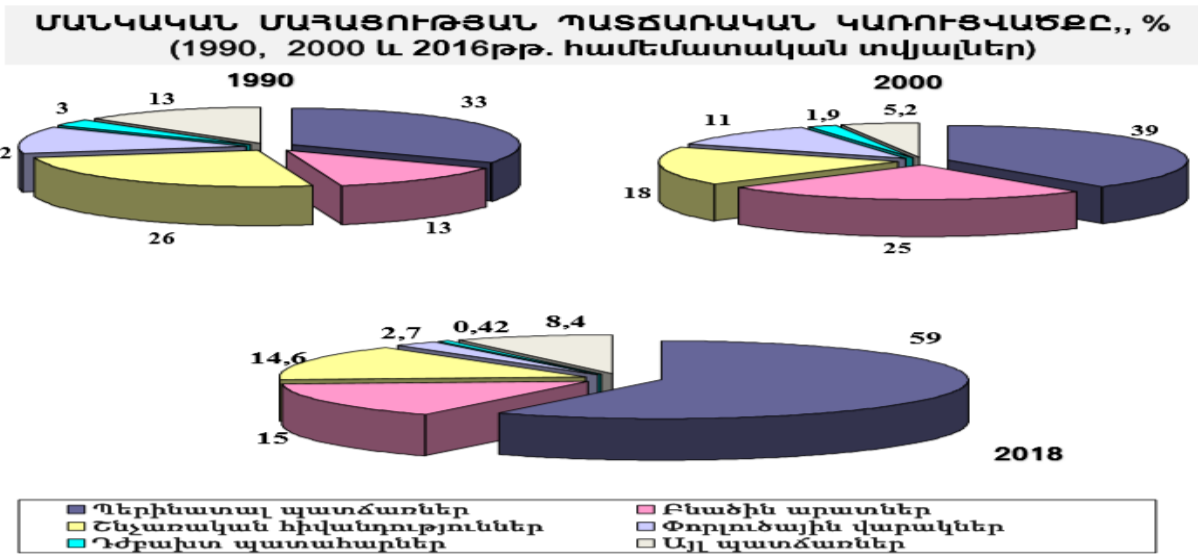
5) Մանկական մահացության կառուցվածքում նորածինների մահացության հիմնական պատճառները շուրջօրնային շրջանում զարգացող առանձին վիճակներն են (բնածին արատներ, ներարգանդային ինֆեկցիաներ, անհասություն, ցածր և ծայրահեղ ցածր քաշով նորածիններ), իսկ հետնորածնային մահացության դեպքերը առավելապես պայմանավորված են շնչառական վարակներով և փորլուծային հիվանդություններով:

Մանկական մահացության պատճառային կառուցվածքի միտումները, %, 1990-2018թթ.



6) Ըստ ՀՀ ՎԿ վերջին հրապարակման, 2018թ. ՄՄ պատճառական կառուցվածքում առաջին տեղում (59%) պերինատալ շրջանին բնորոշ հիվանդություններն են՝ 4.2% ինտենսիվ ցուցանիշով (1000 կենդանի ծնվածից), երկրորդ տեղում (15%)՝ բնածին արատները, 1.07%, իսկ երրորդ (14.6%) և չորրորդ (2.7%) տեղերում շնչառական վարակները և փորլուծային հիվանդությունները՝ համապատասխանաբար՝ 1.04% և 0.19% ինտենսիվ ցուցանիշներով: 0-1 տարիքային խմբում դժբախտ պատահարները կազմում են մահվան բոլոր դեպքերի ընդամենը 0.4%՝ 0.03% ինտենսիվ ցուցանիշով:

7) Մանկական մահացության պատճառների թե՛ ինտենսիվ, թե՛ էքստենսիվ ցուցանիշների միտումները փաստում են, որ մանկական մահացությունը կրճատվել է առավելապես փորլուծային և շնչառական հիվանդություններից, ինչի հաշվին էլ կիսով չափ նվազել են հետևորածնային շրջանին բաժին ընկնող մահացության դեպքերը:



8) Ըստ էության, մանկական մահացության կրճատման առումով միտումները հուսադրող են, սակայն իրավիճակը անհանգստացնող է մանկական և նորածնային մահացության կառուցվածքում պերինատալ պատճառներից ու բնածին արատներից մահվան դեպքերի մեծ տեսակարար կշռի, ինչպես նաև նորածնային մահացության դեռևս պահպանվող բարձր մակարդակի առումով: Նորածնային ծառայության հզորացման ծրագիրը այսօր առողջապահության նախարարության օրակարգային խնդիրներից է:

9) Վաղ մանկության տարիքի երեխաների հիմնախնդիրները բնորոշող առավել ընդգրկուն ցուցանիշ է **մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը**, որը նույնպես, ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների, 2010 թվականից հետո դրսևորել է նվազման կայուն միտում (2010թ.՝ 13.4%, 2018թ.՝ 8.7 ‰): Հայաստանում և՛ 0-1տ. և՛ մինչև 5 տարեկան աղջիկների մահացությունը շարունակաբար եղել է ավելի ցածր, քան տղաներինը, ինչը համապատասխանում է բնականոն անհավասարությանը և փաստում է ըստ սեռի խտրականության բացակայության մասին և, որ Հայաստանում աղջիկները ստանում են նույնպիսի խնամք, ինչպիսին և տղաները:

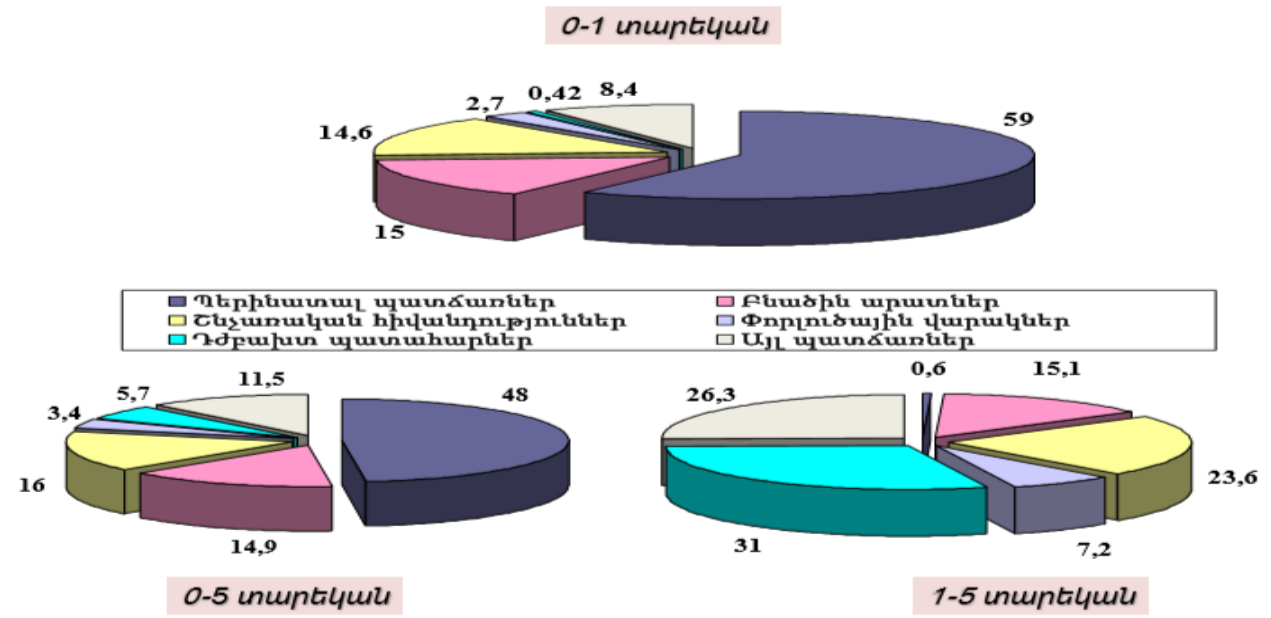
Երեխաների մահացության ցուցանիշն ըստ սեռի, 1000 կենդանի ծնունդից						
Տարի	Մանկական(0-1տ.) մահացություն			Մինչև 5տ. երեխ. մահացություն		
	Ընդամ.	աղջիկ	տղա	Ընդամ.	աղջիկ	տղա
2010	11.4‰	9,6‰	13‰	13.4‰	11,3‰	15,2‰
2016	8.6‰	7.3‰	9.9‰	10.1‰	8.5‰	11.5‰
2017	8.2‰	7,6‰	8,8‰	9.6‰	8,5‰	10,6‰
2018	7.1‰	6.6‰	7.6‰	8.7‰	7.9‰	9.6‰

Երեխաների մահացության պատճառները տարբեր տարիքային խմբերում

10) Ըստ 2018թ. պաշտոնական տվյալների, մինչև 5 տարեկան երեխաների մահվան ընդհանուր դեպքերի մեջ մանկական (0-1տ.) մահացության տեսակարար կշիռը կազմել է 85.9%, իսկ նորածնային (0-28օր) մահացության մասնաբաժինը՝ 65%:

0-5 տարիքային խմբի երեխաների մահացության պատճառների շարքում մեծ դեր ունեն դժբախտ պատահարները և վնասվածքները: Ըստ վերջին պաշտոնական վիճակագրական տվյալների, եթե 0-1 խմբում դրանցով պայմանավորված մահացության մասնաբաժինը կազմում է ընդամենը 04.%, իսկ 0-5 տարեկանների խմբում՝ 5.7%, ապա 1-5 տարիքային խմբում՝ 31% (այս տարիքում մահացածների ընդհանուր թվի գրեթե 1/3): Ըստ էության 1-5 տարեկան հասակում մահացած գրեթե յուրաքանչյուր 3-րդ երեխայի մահվան պատճառը դժբախտ պատահարն է (տրավմատիզմ, ՃՏՊ, թունավորում, այրվածք և այլն), որոնք բոլորն էլ երեխայի անվտանգությանն ուղղված համապատասխան ծրագրային միջոցառումների իրականացման պայմաններում կանխելի են:

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՃԱՌԱԿԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾԵԸ, %, ՎՊԿ, 2018թ.



11) Երեխաների դժբախտ պատահարներով պայմանավորված մահացության ցուցանիշները տարիքային խմբերի աճին զուգահեռ բարձրանում են: Այսպես, եթե 0-5 տարիքային խմբում այն կազմում է մահվան բոլոր պատճառների 5.7%, իսկ 5-14 տարեկանների խմբում՝ բոլոր մահերի 8.8 %, ապա 14-19 տարեկանների մահացության կառուցվածքում դրանք զբաղեցնում են առաջին հորիզոնականը՝ կազմելով 42%: Բոլոր տարիքային խմբերում տղաների շրջանում մահացությունը գրեթե 5 անգամ ավելի բարձր է քան աղջիկների մոտ և շատ ավելի բարձր՝ մարզերում: Երեխաների ավագ տարիքային խմբում դժբախտ պատահարների դեպքերի գերակշիռ մասը բաժին է ընկնում ճանապարհատրանսպորտային պատահարներին: Վերջիններս առաջին տեղում են նաև մինչև 19 տարեկանների մահվան պատճառներում: Այս ցուցանիշը (հաշվարկվում է տվյալ տարիքային խմբի 100 000 բնակչի նկատմամբ) 2016-2017թթ. կտրվածքով աճել է գրեթե կրկնակի (2016թ.՝ 4.6/100000, 2017թ.՝ 8.9/100000): Այս խմբի երեխաների մահվան

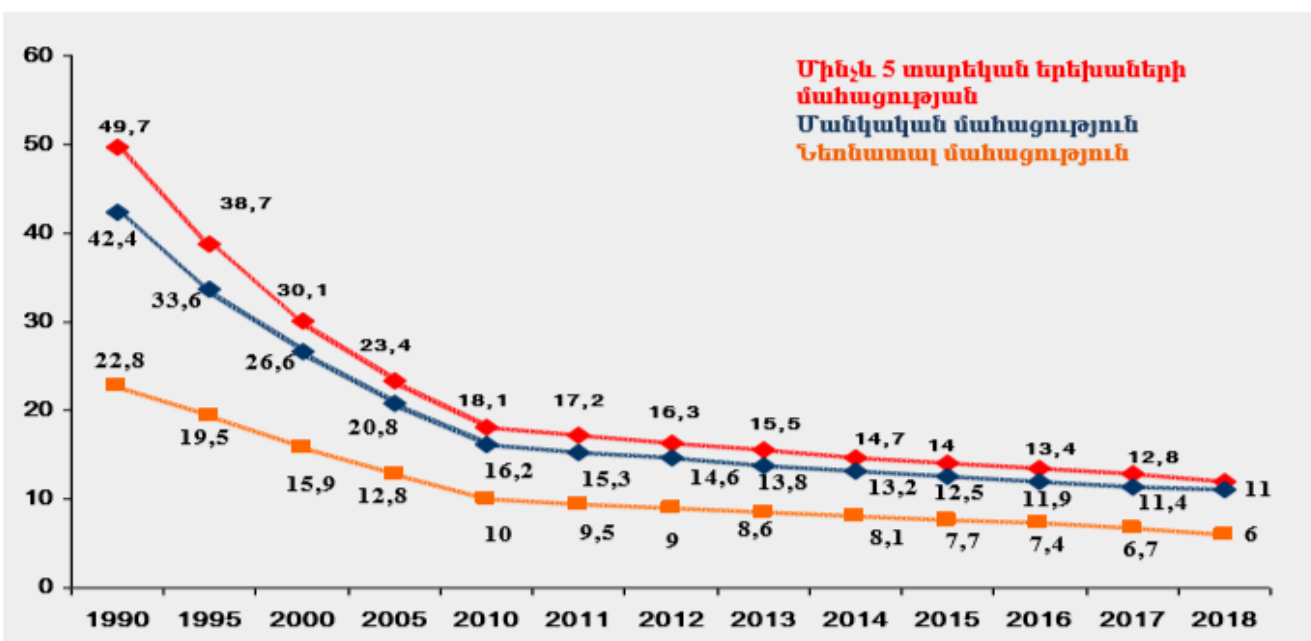
պատճառներում զգալի տեղ են զբաղեցրել հոգեկան առողջության խնդիրներով պայմանավորված կանխամտածված ինքնավնասումները (2017թ.՝ 1,8/100000):

12) Այսպիսով, թեև գլոբալ առումով վաղ տարիքի երեխաների մահացության կրճատման առումով միտումները հուսադրող են, սակայն իրավիճակը անհանգստացնող է մանկական և նորածնային մահացության կառուցվածքում պերինատալ պատճառներից ու բնածին արատներից մահվան դեպքերի դեռևս պահպանվող բարձր մակարդակի տեսանկյունից: Ասվածից ենթադրվում է, որ մանկական մահացության նվազեցման հետագա ռեզերվը նորածնային մահացության կրճատումն է, իսկ 1-5 տ. երեխաների դեպքում՝ խիստ կարևոր է երեխաների անվտանգության ապահովումը և դժբախտ պատահարների կանխարգելումը: Դեռահասների պարագայում մահացության նվազեցման հիմնական ուղին տրավմատիզմի կրճատումը և նրանց հոգեկան առողջության բարելավումն է:

Հայաստանում երեխաների մահացության ցուցանիշների միտումների միջազգային գնահատականները

13) Ըստ ՄԱԿ-ի հաշվարկային ցուցանիշի, վաղ տարիքի երեխաների մահացության ցուցանիշները, բոլոր տարիքային խմբերո, 1990-2010թթ. միջակայքում դրսևորել են անկման ավելի բարձր տեմպեր քան պաշտոնական ցուցանիշները, այն թվում, <5տ.ՄՑ՝ 49,7%-ից իջել է 18,1%, ՄՄՑ՝ 42,4%-ից 16,2%, իսկ ՆՄՑ՝ 22,8-ից 10, %: 2010թ. հաջորդող տարիներին ցուցանիշների նվազումը շարունակվել է ավելի նվազ տեմպերով, սակայն պաշտոնական տվյալների հետ ավելի համահունչ, 2018թ. համապատասխանաբար կազմելով՝ 12%, 11% և 6%:

Մանկական մահացության ցուցանիշի միտումները, 1990-2018թթ.



14) Ըստ ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի 2017թ. տարեկան զեկույցի, համադրելի (միջինից ցածր) եկամուտներ ունեցող 52 երկրների շարքում Հայաստանը նորածնային մահացության ցուցանիշով զբաղեցնում է բարենպաստ 4-րդ հորիզոնականը (*UNICEF, EVERY CHILD ALIVE, 2017*):

Մանկական և նորածնային մահացության հաշվարկային ցուցանիշներն ըստ երկրների եկամուտների						
Երկիրը	Նորածնային (0-28օր) մահացություն 1000 կենդանածնի հաշվով, % Աղբյուր՝ UNICEF, EVERY CHILD ALIVE, 2017	Մանկական (0-1տ.) մահացության	Առողջապահության ոլորտի ընդհանուր ծախսեր (US \$, per capita)	Առողջապահության ոլորտի բյուջետային հատկացումները		Առողջապահության ոլորտի ընդհանուր ծախսեր, %՝ ՀՆԱ-ում
				%՝ ՀՆԱ-ում /ըստ ԱՄՆԸ	%՝ պետական բյուջեում	
Միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներ						
Հայաստան	7,4	12	162	1,9/1,5*	7,0 / 5,7*	4,5
Վրաստան	7,1	10	303	1,6	5,0	7,4
Ուկրաինա	5,4	8	534	3,6	10,8	7,1
Մոլդովա	11,9	14	229	5,3	13,3	10,3
Միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներ						
Ադրբեջան	18,1	27	471	1,2	3,9	6,0
Իրան	9,6	13	351	2,8	17,5	6,9
Մակեդոնիա	8,3	11	354	4,1	12,9	6,5
Թուրքիա	6,5	11	863	4,2	10,5	5,4
Ռուսաստան	3,4	7	893	3,7	9,5	7,1
Բելառուս	1,5	3	450	3,7	13,8	5,7

15) ՀԲ-ի և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի տվյալների բազայի հիման վրա կատարված առողջապահական ծախսերի և նորածնների ու մանկական մահացության ցուցանիշների համեմատական վերլուծությունը ևս մեկ անգամ փաստում է նվազագույն առողջապահական ծախսերի պայմաններում առավելագույն արդյունք ունենալու Հայաստանի հաջողված փորձի մասին (<https://data.worldbank.org>)

16) Հայաստանի արդյունքային դրական ցուցանիշների մասին են վկայում նաև 2016թ. Երևան կատարված այցի շրջանակներում ՀԲ փորձագետների գնահատականները: «Հայաստանում մանկական և մայրական մահացության մասով արդյունքներն ավելի լավ են՝ իր հետ համադրելի եկամուտներ ունեցող և առողջապահության ոլորտում համադրելի ծախսեր կատարող այլ երկրների համեմատ», ասված է զեկույցում:

Հազարամյակի զարգացման նպատակների հասանելիությունը

17) 2015թ. թիրախային տարվա համար Հազարամյակի նպատակների (ՀԶՆ) հասանելիության համատեքստում կատարված վերլուծությունը փաստում է, որ ըստ պաշտոնական տվյալների 1990-2015թթ. ընթացքում ՄՄՑ Հայաստանում կրճատվել է 53%, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը (< 5տ.ՄՑ)՝ 56% հազարամյակի թիրախային տարում (2015թ.) համապատասխանաբար կազմելով՝ 10.4‰ և 8,8‰:

18) Շատ մոտ լինելով ՀԶ ազգային նպատակներին (ՄՄՑ՝ ≤8‰, <5տ.ՄՑ՝ ≤ 10‰), այնուամենայնիվ, ըստ պաշտոնական տվյալների, Հայաստանին չի հաջողվել այն հաղթահարել: Միևնույն ժամանակ, ըստ ՄԱԿ-ի հաշվարկային ցուցանիշի միտումների գնահատականի, Հայաստանը նվաճել է Հազարամյակի զարգացման համար սահմանված ՄՄ նպատակային ցուցանիշը (2015թ. համար՝ ≤ 16,6‰), քանի որ մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը կրճատվել է 3,6 անգամ՝ 49,7‰-ից(1990թ.) նվազելով մինչև 14‰(2015թ.):

19) Այսպիսով, ակնհայտ է, որ նվազագույն բյուջետային հատկացումների պայմաններում, կառավարության կողմից ուղղորդված քաղաքականության և ռազմավարական ծրագրերի իրականացման, ինչպես նաև միջազգային և միջսեկտորալ արդյունավետ համագործակցության շնորհիվ, Հայաստանին հաջողվել է հավաքագրել առավելագույն ռեսուրսներ, իրականացնել երեխաների առողջության բարելավմանն ուղղված թիրախավորված ծրագրային միջոցառումներ, ինչի արդյունքում էլ շարունակաբար նվազեցնել մանկական մահացությունը:

20) Փաստելով Հայաստանում արձանագրվող մանկական և 0-5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշների կայուն նվազումը, այնուամենայնիվ պետք է նշել, որ գնալով ավելի ու ավելի է դժվարանում մանկական մահացության հետագա կրճատումը: Վերջինս վկայում է, որ արձանագրված հաջողությունները պահպանելու ու այդ ոլորտում ՄԱԿ-ի Կայուն զարգացման նպատակների հասանելիությանն ուղղված շարունակական զարգացումներ ապահովելու համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ ֆինանսական և մարդկային ռեսուրսներ:

2. Երեխաների հիվանդացության միտումները, մանկական հաշմանդամություն

1) ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ , մինչև 15 տարեկան երեխաների շրջանում հիվանդացության ընդհանուր կառուցվածքում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդությունները, որոնց տեսակարար կշիռը 2018 թվականին կազմել է 48,0% (այսինքն՝ ամեն երկրորդը), իսկ վարակիչ և մակաբուժական հիվանդությունները՝ 9%:

2) 2010-2018թթ. ընթացքում 0-15տ. Երեխաների մոտ հիվանդացության ցուցանիշների (տվյալ տարիքային խմբի 100000 երեխայի նկատմամբ) աճ է նկարագրվել այնպիսի հիվանդություններից, ինչպիսիք են՝ սակավարյունությունը (517,4՝ 498,2-ի դիմաց), դիաբետը (62,2՝ 35,6-ի դիմաց), բրոնխիալ ասթման (100,7՝ 76,5-ի դիմաց), սիրտ-անոթային համակարգի արատները (269,0՝ 228,2-ի դիմաց) և երիկամային հիվանդությունները(171,8՝ 144,1-ի դիմաց):

3) Այլ է պատկերը հոգեկան և ուռուցքային հիվանդությունների առումով: Նույն ժամանակահատվածում 0-18 տարեկանների շրջանում այս հիվանդությունների առաջնակի դեպքերը զգալի կրճատվել են (համապատասխանաբար՝ 68,8՝ 103,8-ի դիմաց և 13,9՝ 23,4-ի դիմաց), սակայն տարեվերջում հաշվառման մեջ գտնվող նույն ախտաբանություններով տառապող երեխաների դեպքերը/ցուցանիշները աճել են (համապատասխանաբար՝ 263.1՝ 185.1-ի դիմաց և 82,1՝ 70.1-ի դիմաց): Վերջինս կարելի է բացատրել քաղցկեղով հիվանդ երեխաների ապրելիության ցուցանիշի բարելավմամբ: Երեխաների տուբերկուլյոզով հիվանդացության առաջնակի դեպքերը պահպանվել են գրեթե նույն մակարդակի վրա (23,3 և 24,6), սակայն հաշվառված երեխաների տարեվերջի գումարային ցուցանիշը աճել է 1/3-ով:

4) Վերջին տասնամյակում մանկական ազաբնակչության շրջանում նկատվում է քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածության աճի միտում: 2010-2017թթ. դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաների թիվը նվազել է շուրջ 1972-ով (2010թ.՝ 57793, 2017թ.՝ 55821), ինչը մասսամբ կարող է պայմանավորված լինել ինչպես ծնելիության անկմամբ և մանկական բնակչության թվաքանակի կրճատմամբ, այնպես էլ

հիվանդացության դեպերի նվազեցմամբ՝ պայմանավորված հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և վաղ միջամտության ծրագրային աշխատանքներով: 2017թ. երեխաների դիսպանսեր հսկողության ցուցանիշը կազմել է՝ 9339,3/100000 մանկ. բնակչության հաշվով:

5) Ըստ ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ պաշտոնական տվյալների, 2018թ. ընթացում 0-15 երեխաների շրջանում արձանագրվել է առաջնակի հիվանդացության 298613 դեպք (2015թ.՝ 293500դեպք), որից շուրջ 27800՝ նյարդա-հոգեկան, արյան/արյունաստեղծ օրգանների, հենաշարժական համակարգի հիվանդություններ, վնասվածքներ ու թունավորումներ, պերինատալ շրջանով պայմանավորված ախտաբանություններ: Վերջնական արդյունքում, համապատասխան բուժման և դիսպանսեր հսկողության բացակայության պայմաններում, այս հիվանդությունները մեծ մաս դեպքերում բերում են հաշմանդամության:

6) Մանկական հաշմանդամության պաշտոնական ցուցանիշը 1.2% է: Ըստ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության 2018թ. տվյալների, ՀՀ-ում գրանցված է մինչև 18 տարեկան 8233 հաշմանդամ երեխա (2015թ.՝ 8003 երեխա), որից՝ 2569 աղջիկ (31%) և 5664 տղա (69%), քաղաքաբնակ՝ 5102 երեխա (62%), այն թվում 29%՝ Երևանից և գյուղաբնակ՝ 3131 երեխա (38%): Ըստ հաշմանդամության պատճառների, ամենահաճախ հանդիպող հիվանդությունների չորս խմբերն են. նյարդային համակարգի հիվանդություններ՝ 27% (2015թ.՝ 29%), հոգեկան և վարքագծային խանգարումներ՝ 25% (2015թ.՝ 17%), բնածին արատներ և զարգացման ձևախախտումներ՝ 17% (2015թ.՝ 17%), աչքի հիվանդություններ՝ 6% (2015թ.՝ 8%):

7) Հաշմանդամ երեխաների շուրջ 70%-ը ունի հիվանդություններ, որոնք սահմանափակում են երեխայի ֆունկցիոնալ կարողությունները: Արդյունքում երեխան չի կարողանում իրականացնել տվյալ հասակից ակնկալվող գործունեության այս կամ այն տեսակը, որն էլ բացասաբար է անդրադառնում նրա հետագա զարգացման և սոցիալական ներգրավման վրա: Ընդհանուր առմամբ, զարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաների 77% ունի բժշկական, վերականգնողական կամ հոգեբանական օգնության կարիք:

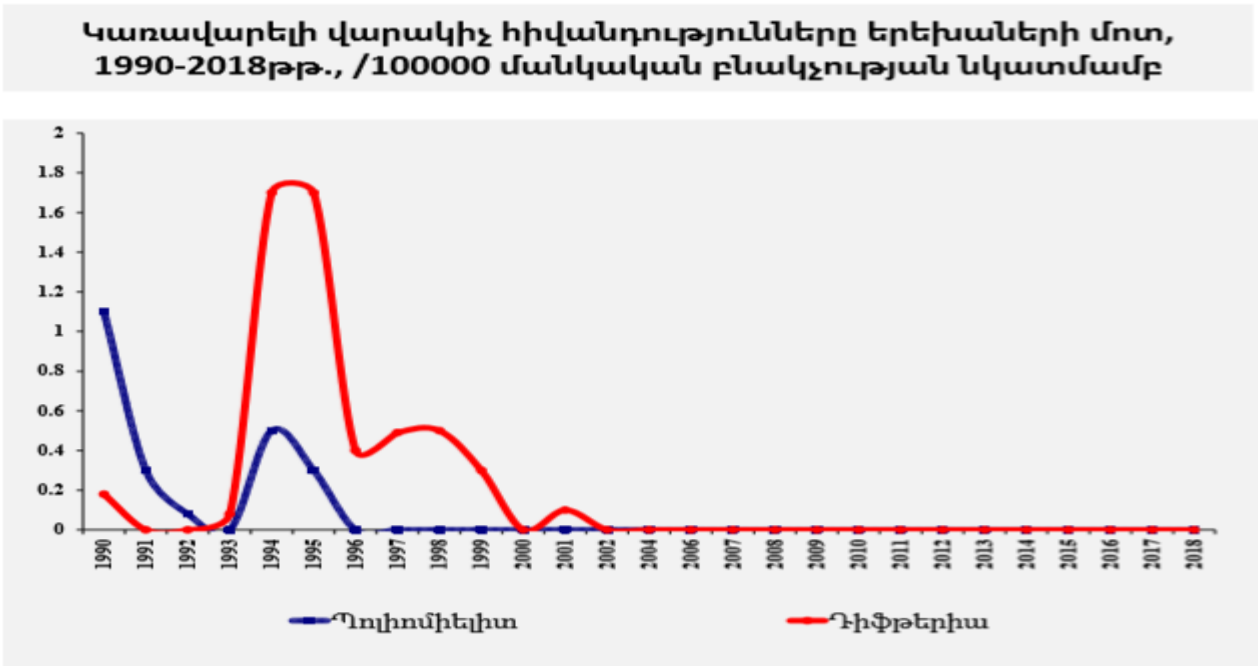
8) Մանկական հաշմանդամության հիմնախնդիրները շարունակաբար եղել են առողջապահության ոլորտի քաղաքականության առանցքային հարցերից և ամրագրված են եղել երեխաների առողջության բարելավման ռազմավարական փաստաթղթերում: Հայաստանում հաշմանդամ երեխաների վերականգնողական բուժօգնության հետ կապված ծառայությունները տրամադրվում են պետական պատվերի շրջանակներում՝ վերականգնողական հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային, ինչպես նաև առողջարանային բուժօգնության կազմակերպման միջոցով և շարունակաբար ընդլայնվում են:

9) Չնայած այս ոլորտում արձանագրված զարգացումներին, հաշմանդամ երեխաների վերականգնողական բուժօգնության անհրաժեշտ ծավալով ապահովման հարցը գնալով բարդացող խնդիր է, քանզի օր-օրի շարունակում է մեծանալ հաշմանդամ երեխաների վերակազմողական բուժօգնության պահանջարկը, որի հնարավորությունը դեռևս սահմանափակ է՝ վերականգնողական ծառայություններ մատուցող կենտրոնների

թողունակության և պետական հատկացումների անբավարարության պատճառով: Մանկական պալիատիվ ինսամբի կազմակերպման հնարավորությունները գրեթե բացակայում են: Մանկական հաշմանդամության կանխարգելման և որակյալ վերականգնողական բուժօգնության և ծառայությունների մատչելիության բարձրացումը ներկայիս ոլորտային առաջնահերթություններից են:

3. Երեխաների հիվանդությունների կանխարգելում, պատվաստումներ, նորածնային սկրինինգներ

1) 2010-2018թթ. ժամանակահատվածում 0-5տ. երեխաների առողջության պահպանման ոլորտում արձանագրված հաջողությունների շարքում առավել հատկանշական են դրական միտումները հիվանդությունների կանխարգելման առումով: Հայաստանը 2002թ. ԱՀԿ-ի կողմից ճանաչվել է որպես ‘Պոլիոմիելիտից ազատ գոտի’: 2007թ. միջազգային փորձագիտական գնահատմամբ Հայաստանը ճանաչվել է որպես աղի ունիվերսալ յոդացման ճանապարհով ‘Յոդ-դեֆիցիտի’ հանրային առողջապահական խնդիրը հաղթահարած երկիր: Զգալի ջանքեր են ներդրվել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ուղղությամբ, որի արդյունքում Հայաստանը 2016թ. սերտիֆիկացվել է, որպես մորից երեխային վարակի փոխանցումը հաղթահարած երկիր:



2) Կառավարելի վարակիչ հիվանդություններով երեխաների հիվանդացությունը, շնորհիվ 1994թ.-ից հանրապետությունում իրականացվող Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի, մնում է բարենպաստ: 2003 թվականից հետո երկրում չի գրանցվել պոլիոմիելիտի և դիֆթերիայի ոչ մի դեպք: Կարմրուկի, կարմրախտի և խոզուկի հիվանդացությունների վերահսկման նպատակով իրականացված ծրագրային միջոցառումները, այն թվում 2007 թվականին 6-27 տարեկանների շրջանում իրականացված լրացուցիչ պատվաստումներում 96 տոկոս ընդգրկվածության, ինչպես նաև կարմրախտի դեմ պատվաստումներում պտղաբեր տարիքի կանանց շրջանում 90 տոկոսից ավելի ընդգրկվածության ապահովումն

երկրին ընձեռնեցին հնարավորություն ոչ միայն վերացնել կարմրուկի և կարմրախտի տեղական դեպքերը՝ այլև արդյունավետորեն կանխել բնածին կարմրախտի համախտանիշի դրսևորումը: Շնորհիվ վերոհիշյալի 2007թ. սկսած հանրապետությունում չեն գրանցվում կարմրուկի և կարմրախտի տեղական դեպքեր, արձանագրվել են միայն բերովի դեպքեր:

3) Հանրապետությունում իմունականիսարգելման ծառայությունները մատչելի ու հասանելի են բնակչության բոլոր խմբերի համար, ինչի մասին վկայում են 2015թ. Ժողովրդագրության և առողջապահական հարցերի հետազոտության (ԺԱՀՀ) տվյալների, ըստ որի հարցման պահին 18-29 ամսական երեխաների 89 տոկոսը ստացել է ԱՀԿ-ի կողմից խորհուրդ տրվող բոլոր հիմնական պատվաստումները, սակայն ՀԺԱՀ 2010-ի համեմատությամբ հիմնական պատվաստումների ընդգրկվածությունը նվազել է 3 տոկոսով: Ընտրանքում ներառված գրեթե բոլոր երեխաները (առնվազն 97 տոկոսը) ստացել են ԲՅԺ, հեպատիտ Բ, պոլիո և հնգավալենտ պատվաստումների առաջին դեղաչափը:

4) Վերջին ժամանակահատվածում, հանրապետությունում ակտիվություն դրսևորած հակապատվաստումային խմբավորումների կողմից իրականացված քարոզչության արդյունքում դիտվում է պատվաստումներից հրաժարվողների թվի բարձրացում, ինչի արդյունքում նկատվում է պատվաստումներում նպատակային խմբերի ժամանակին և ամբողջական ընդգրկվածության մակարդակների իջեցում: Այսպես, ըստ ՀՀ ԱԱԻ 2018թ. հաշվետվության տվյալների, պատվաստումներում երեխաների ընդգրկվածությունը կազմել է. ՎՀԲ՝ 97% (2015թ.՝97.9%), ԲՅԺ՝ 98.7% (2015թ.՝99.3%), ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ-3՝ 92.5% (2015թ.՝94.4%), ՕՊՎ-3՝ 94% (2015թ.՝96.2%), Ռոտա-2՝ 92.5% (2015թ.՝93.3%), ԿԿԽ-1՝ 95.3% (2015թ.՝97%),

1) **Նորածնային սկրինինգներ.** հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանն են ուղղվել նորածինների սրինինգային ծրագրերը: Նորածնային սկրինինգները հանրապետությունում սկսվել են իրականացվել 2005 թվականից, սկզբնական փուլում միջազգային/հասարակական և/կամ դոնոր կազմակերպությունների աջակցությամբ, այնուհետ պետության մասնակցությունը տարեց-տարի ավելացել է, ինչը հնարավորություն է տվել աստիճանաբար ընդլայնել սկրինինգները ինչպես ծավալները/տեսակները, այնպես էլ աշխարհագրական ծածկույթը: Ներկայումս իրականացվում է 6 սկրինինգային ծրագիր՝ ուղղված նորածինների մոտ բնածին հիպոթիրեոզի, ֆենիլկետոնուրիայի, լսողության բնածին ծանր խանգարումների, անհասության ռետինոպաթիայի, կոնքազդրային հոդի դիսպլազիաների և սրտի բնածին կրիտիկական արատների հայտնաբերմանը:

2) 2005-2018թթ. ընթացքում իրականացվել է 1025300 նորածնային սկրինինգ, որի արդյունքում հայտնաբերվել է վերը նշված ախտաբանություններով 3884 նորածին, որոնց ցուցաբերվել է համապատասխան բուժօգնություն, ինչի շնորհիվ կանխվել է հիվանդությունների կամ դրանց բարդությունների հետագա զարգացումը, հետևաբար և հաշմանդամությունը և/կամ մահվան հնարավոր ելքը:

4. Երեխաների անվտանգությունը, նրանց շրջապատող միջավայրը՝ դժբախտ դեպքեր, վնասվածքներ, ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարներ

1) Համաձայն ՀՀ ՎԿ տվյալների, 0-5 տարեկան երեխաների մահացության կառուցվածքում վնասվածքներից, թունավորումներից և այլ արտաքին պատճառներից (ՎԹԱՊ)/դժբախտ պատահարներից մահացությունը 2011թ.-ից ի վեր կրճատվել է 28%-ով, իսկ 0-1 տարիքային խմբում այն կրճատվել է գրեթե 57%-ով: Սակայն, հանրապետությունում ավելի բարձր տարիքային խմբերում շարունակում են գրանցել դժբախտ պատահարների և մանկական տրավմատիզմի բարձր թվեր (վերջին տարիներին երեխաների շրջանում տարեկան գրանցվում է 16-17 հազար նոր դեպք), ցավոք, երբեմն մահվան ելքով:

1) 2017 թվականին Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման (ՔԿԱԳ) մարմիններում ճանապարհատրանսպորտային պատահարների հետևանքով արձանագրվել է 0-14 տարեկան երեխայի մահվան 7 դեպք, 2016 թվականին՝ 11 դեպք (2007թ. արձանագրվել է ՃՏՊ 10 դեպք, որից մահացել է 13 երեխա, այն թվում 3-ը՝ վրաերթից): 2018թ. տրանսպորտային դժբախտ պատահարներից մահացության դեպքերի թիվը 0-14 տարեկանների շրջանում կազմել է 18 դեպք: 2017 թվականի ընթացքում հիվանդանոցային հաստատություններում ընդամենը գրանցվել է գլխուղեղի վնասվածքի 1130 դեպք, 0-17 տարեկանների շրջանում՝ 425 դեպք, որը կազմում է 37,6%: (0-14 տարեկանների շրջանում՝ 373): 2018 թվականին հիվանդանոցային հաստատություններում բոլոր տարիքային խմբերում ընդամենը գլխուղեղի վնասվածքի 1044 դեպք, 0-17 տարեկանների շրջանում՝ 399 դեպք, որը կազմում է 38,2%: (0-14 տարեկանների շրջանում՝ 368):

2) Վերոհիշյալից ելնելով, երեխայի անվտանգությանն ուղղված ծրագրային միջոցառումները պետք է լինեն թիրախավորված, ըստ տարիքային խմբերի առանձնահատկությունների: Եթե 1-5 տարիքային խմբի համար (երբ երեխան սկսում է քայլել) միջավայրի անվտանգությունը կարևորվում է տանը, բակում և մանկապարտեզում, ապա դպրոցահասակ երեխաների համար՝ փողոցում և դպրոցում: Երկու դեպքում էլ շատ կարևոր են ճանապարհատրանսպորտային պատահարների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումները, ներառյալ օրենսդրական փոփոխությունները: Խնդիրն այս կարևորվել նաև միջազգային հանրության կողմից: Աշխարհը մտահոգ է մանկական տրավմատիզմի և դրանցով պայմանավորված մանկական հաշմանդամության և մահացության աճի տեմպերով:

3) Այս շրջանակներում ՅՈՒՆԻՍԵՖԻ աջակցությամբ մշակվել և 2017 թվականից ներդրվել է երեխաների վնասվածքների համաճարակաբանական հսկողության էլեկտրոնային համակարգ՝ երեխայի վնասվածքի յուրաքանչյուր դեպքի առաջացման պատճառների և ծանրության աստիճանի գնահատման հնարավորությամբ: Միաժամանակ, առողջապահության նախարարի 2017 թվականի թիվ 36-Ն հրամանով ներդրվել է «Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններում գրանցված վնասվածքների և արտաքին պատճառների ներգործության այլ հետևանքների մասին» տարեկան վարչական վիճակագրական հաշվետվության Ձև, որը հնարավորություն է տալիս հաշվառել բոլոր, այդ

թվում երեխաների վնասվածքներն՝ ըստ սեռի, պատճառի, աշխարհագրական տարածվածության և իրականացնել վերլուծություն դրանց օրինաչափությունները բացահայտելու համար:

5. Դեռահասների առողջության վարքագիծ, վնասակար սովորություններ

1) Երեխայի իրավունքների մասին ՀՀ օրենքը դեռահասային տարիք է սահմանում 11-18 տարեկանը: Առողջապահական համակարգի ներկայիս գործող պաշտոնական վիճակագրության մեջ երեխաների հիվանդացության ցուցանիշներում առկա են տվյալներ 0-15 և 15-19 տարիքային խմբի համար: Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների տարիքային խմբերը առանձնացված չեն, հետևաբար նրանց առողջության առկա վիճակագրությունը չի կրում ամբողջական բնույթ և հիմնվում է գլխավորապես մի շարք հետազոտությունների վրա, որոնցից առավել համապարփակն է՝ Արաբկիր՝ բժշկական համալիր - Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի կողմից յուրաքանչյուր ԱՀԿ կողմից առաջարկվող մեթոդաբանությամբ 4 տարին մեկ իրականացվող, “Դպրոցահասակ երեխաների առողջական վարքագծի հետազոտությունը” (2005թ., 2009/2010, 2013/2014, 2017/2018), որը տալիս է առանձնացված տվյալներ՝ ըստ տարիքի և սեռի, ինչն օգնում է մշակել տարբեր թիրախային խմբերին ուղղված առավել նպատակային միջոցառումներ:

2) Հետազոտությունը փաստում է, որ դեռահասները ունեն առողջության հարցերի վերաբերյալ տեղեկատվության պակաս: Նրանք բավարար պատկերացում չունեն անցումային տարիքում իրենց օրգանիզմում կատարվող փոփոխությունների մասին, անտեղյակ են հղիանալու, ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի և սեռավարակների ձեռք բերման ռիսկի, կանխարգելման եղանակների և հիվանդությունների ախտանշանների մասին: Նրանք նաև չգիտեն, թե անհրաժեշտության դեպքում ուր դիմեն համապատասխան բուժօգնություն ստանալու համար: Մեծ տարածում ունեն անառողջ սննդային վարքագիծը և վնասակար սովորությունները:

3) Ոչ վարակիչ հիվանդությունների առավել տարածված ռիսկի գործոնների ազդեցության ուսումնասիրության նպատակով Երևան քաղաքի 10-12 տարեկան դպրոցականների 2015-2018թթ. տևական կոհորտային հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ թեև հարցվողների 90%-ը ծխելը համարում է վտանգավոր սովորություն, 6.8% փորձել է ծխել և 6.7%-ը շարունակում է ծխել: 77.2%-ը կարևորում է ֆիզիկական ակտիվությունը, սակայն, միայն 69.6% է զբաղվում կանոնավոր ֆիզիկական վարժություններով և միայն 22.2% է առավոտյան մարմնամարզություն անում: Թե առաջին և թե երկրորդ հետազոտությունը փաստել է վարքագծային ռիսկի գործոնների աճը երեխաների տարիքի ավելացման հետ: Միևնույն ժամանակ նվազել է տաք սնունդ ընդունողների, մսամթերք և կաթնամթերք, բանջարեղեն և միրգ օգտագործողների թիվը: Այդ կապակցությամբ անհրաժեշտ է շարունակել իրականացնել վարքագծային գործոնների տարածվածության և հիվանդությունների կապի բացահայտմանն ուղղված ուսումնասիրություններ: Ռիսկի գործոնների կանխարգելմանն ու առողջ ապրելակերպի

քարոզչությանն ուղղված ծրագրային միջոցառումները պետք է սկսվեն դպրոցական ավելի ցածր տարիքային խմբերից:

4) 2011թ. Հայաստանը միացել է ԱՀԿ գաղափարախոսության վրա հիմնված «Դպրոցներն առողջության համար Եվրոպական ցանց հիմնադրամ» (SHE network) նախաձեռնությանը, որն ընդգրկում է Եվրասիական տարածաշրջանի և Կենտրոնական Ասիայի շուրջ 33 երկիր: Գործընթացի սկիզբը դրվել է ՀՀ առողջապահության և Կրթության և գիտության նախարարների համատեղ հրամանով, որով հաստատվեց Հայաստանում «Առողջ դպրոցներ» ծագիրը: 2012թ. նախաձեռնությանը միացավ «Հայաստանի մանուկներ հիմնադրամը», որի աջակցությամբ ծրագիրը ներդրվեց հիմնադրամի շահատու 17 գյուղական դպրոցում: ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016թ. N3791-Ա հրամանով հաստատվեց «Դպրոցներում երեխաների առողջ սնուցման և ֆիզիկական ակտիվության սկզբունքների ներառմամբ առողջությունը խթանող օրինակելի քաղաքականությունը», որի նպատակն էր խթանել աշակերտների ֆիզիկական ակտիվությունն ու առողջ սնուցումը դպրոցին հասանելի մատչելի միջոցներով: Այն տրամադրվեց ԿԳՆ՝ դպրոցներում ներդնելու նպատակով:

6. Երեխաների և կանանց սնուցման կարգավիճակը

1) Երեխաների առողջության պահպանման խնդիրների շարքում սնուցման հարցերը առաջնահերթ են: Այս առումով հատկապես կարևորվում են մանկան կյանքի 1000 օրերը (հղիություն և հետծննդյան երկու տարիները), որի ընթացքում մոր և երեխայի ճիշտ սնուցումը և ադեքվատ սնունդը երաշխավորում են մանկան կյանքի լավագույն սկիզբը և կանխորոշիչ են հետագա ողջ կյանքի համար:

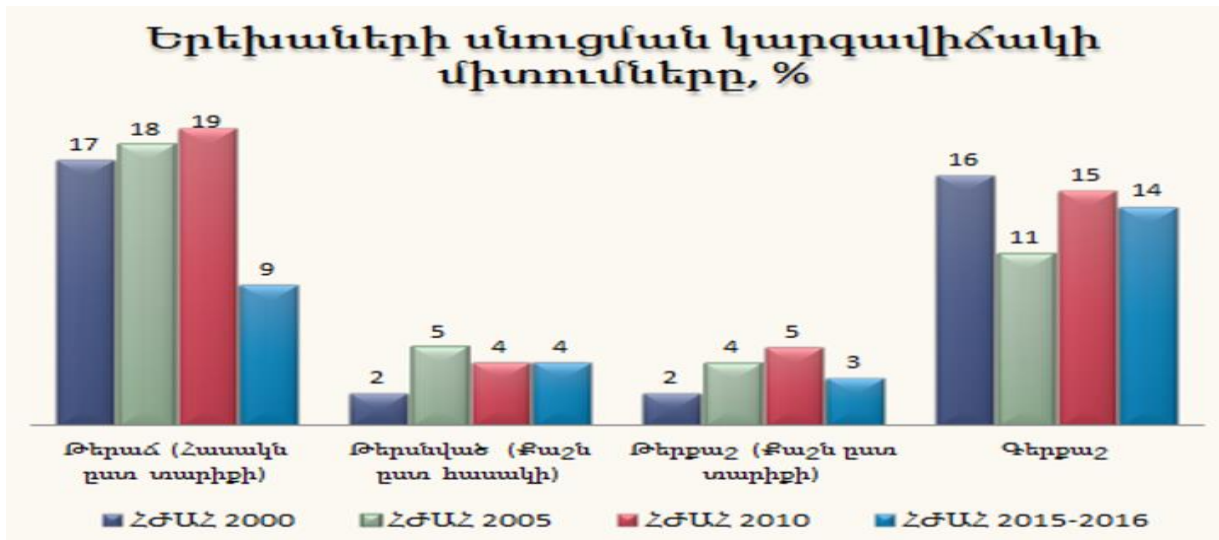
2) ՀՀ ԱՆ ռազմավարական ծրագրային ուղղություններում շարունակաբար կարևորվել են երեխաների սնուցման բարելավմանը և թերսնուցման կրճատմանն ուղղված միջոցառումները: ՀՀ կառավարության 2014թ. սեպտեմբերի 25-ի N40 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգը և հայեցակարգի իրականացման 2015-2020թթ. գործողությունների ծրագիրը», որտեղ սահմանվել են նպատակներ՝ երեխաների սնուցման հետ կապված իրավիճակի բարելավման, այն թվում թերսնուցման կրճատման ուղղությամբ, իրականացվել են դրան ուղղված մի շարք միջոցառումներ և գործողություններ:

3) 2015թ. ուժի մեջ է մտել «Երեխաներին կրծքով սնուցման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքը, որով կանոնակարգվել են մանկական սննդի և հարակից ապրանքների շրջանառության, պիտակավորման, վաճառքի, գովազդի հետ կապված հարաբերությունները, ինչպես նաև կրծքով սնուցման խրախուսման ոլորտում լիազոր մարմնի, առողջապահական կազմակերպությունների և բուժաշխատողների պարտականությունները:

4) Կանանց և երեխաների սնուցման վերաբերյալ պաշտոնական տվյալները բավականին սուղ են և ոչ միշտ են արտացոլում առկա իրավիճակը, քանզի առավելապես հենվում են դիմելիության փաստի վրա և ամփոփվում են միայն տարեվերջին հաշվետվությունների ժամանակ: Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ այս տվյալների 2018թ. հղիությունն

ավարտած կանանց 12.5 տոկոսը ունեցել է սակավարյունություն: Այս ցուցանիշը վերջին տարիներին պահպանվել է գրեթե նույն մակարդակի վրա (2010թ.՝ 12.8%, 2015թ.՝ 12.9%, 2016թ.՝ 12.2%), սակայն ցուցանիշը շուրջ 20% նվազել է 2000թ. համեմատ (15.7%):

5) Երեխաների և կանանց սնուցման կարգավիճակի գնահատման այլընտրանքային տվյալների աղբյուր է ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտությունը (ԺԱՀՀ), որը Հայաստանում իրականացվում է սկսած 2000 թվականից, 5 տարին մեկ անգամ: Հայաստանի վերջին՝ 2015-2016թթ. ԺԱՀՀ տվյալների համաձայն, բարելավվել են վաղ հասակի երեխաների սնուցման կարգավիճակը բնությանգրող գրեթե բոլոր հիմնական ցուցանիշները:



6) 0-5տ. երեխաների թերաճությունը, որը բնորոշում է մանկան քրոնիկ թերսնուցումը, 2015թ. կազմել է 9%, 2010թ. 19%-ի համեմատությամբ: Այնուամենայնիվ, երեխաների չբավարարված և սպիտակուցի դեֆիցիտով պայմանավորված թերաճության խնդիրը շարունակում է մնալ օրակարգում, քանզի ցուցանիշը դեռևս շարունակում է գերազանցել ստանդարտ պոպուլյացիոն ցուցանիշի միջին մակարդակը ($\leq 8\%$): Ըստ նույն աղբյուրի, թերքաշության մակարդակը (սուր թերսնուցումը) երեխաների մոտ մի փոքր նվազել է (2005թ.՝ 4%, 2010թ.՝ 5%, 2015-16թթ.՝ 3%): Սակայն անհանգստացնող է երեխաների գերքաշության ցուցանիշի պահպանվող բարձր մակարդակը (2005թ.՝ 11%, 2010թ.՝ 15%, 2015-16թթ.՝ 14%) և 2005թ. համեմատ աճի միտումը: Թերաճությամբ զուգակցվող գերքաշությունը կրկնվում է գրեթե նույն, առավել աղքատ մարզերում:

7) 2005-2015թթ. Ժամանակահատվածում բարելավվել է բացառապես կրծքով սնուցման ցուցանիշը, 2015թ. հասնելով 45%՝ 2010թ. 35%-ի համեմատ: 0-5տ. երեխաների մոտ կրկնակի անգամ կրճատվել է սակավարյունության տարածվածությունը՝ 2015թ. կազմելով 16%՝ 2005թ. 37%-ի համեմատ և գրեթե նույնչափ նվազել է սակավարյունության տարածվածության ցուցանիշը վերաբարտադրողական տարիքի կանանց մոտ, կազմելով՝ 13%՝ 2005թ. 25%-ի համեմատ:

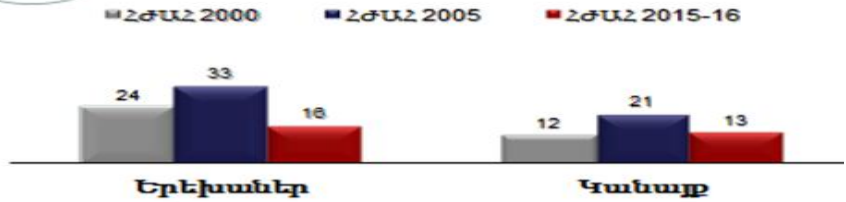
Ժողովրդագրական առողջապահական հարցերի հետազոտություն,
2005-2015թթ., %

Բացառապես կրծքով կերակրում



2005	33%
2010	35%
2015-16	45%

*Մակափայտությունների միտումները
երեխաների և կանանց շրջանում*



8) Հայաստանը 2010 թվականին հաջորդող տարիներին պահպանել է 'Աղի ունիվերսալ յոդացման երկրի' իր միջազգային ճանաչումը (սերտիֆիկացվել է 2006թ.): 2017թ. դպրոցահասակների շրջանում իրականացված կենսաբանական մոնիտորինգի տվյալները փաստեցին երեխաների մոտ յոդուրիայի(մեզով յոդի արտազատման) մեղիան ցուցանիշի բավարար մակարդակի մասին: Մինևույն ժամանակ ըստ 2015-2016թթ. ԺԱՀՀ տվյալների, տնային տնտեսություններում յոդացված աղի օգտագործումը կազմել է 99 տոկոս (2010թ.՝ 97%):

10) Այսպիսով, չնայած երեխաների սնուցման ոլորտում արձանագրված դրական միտումներին, շարունակում է օրակարգում մնալ երեխաների թերսնուցմամբ պայմանավորված թերաճի ու գիրության կրկնակի բեռի և սակավարյունության հարցը: Դպրոցահասակ երեխաների անատոլոջ սննդային վարքագծի հիմնախնդիրը ևս առկա է Հայաստանում: Այս առումով իրավիճակը գնահատման և բարելավման կարիք ունի: Կայուն դպրոցական սնունդ՝ ազգային ծրագիրը ուղղված է այս նպատակին:

ԳԼՈՒԽ 5. ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

1. Վերարտադրողական առողջության կարգավիճակը զգալի չափով կանխորոշում է հասարակության ապագա բարեկեցությունը, հանդիսանում տնտեսական և սոցիալական կայուն զարգացման գրավական, իսկ ներդրումները այդ ոլորտում դիտարկվում են որպես ապագային ուղղված ներդրումներ: Վերարտադրողական առողջության բարելավումը միջազգային հանրության կողմից ճանաչված է որպես հասարակության և մարդկային զարգացման համար անհրաժեշտ և առանցքային բաղադրիչ:

2. ԱՀԿ «Սեռական և վերարտադրողական առողջության բարելավման» Գլոբալ և տարածաշրջանային ռազմավարություններում, որպես վերարտադրողական/սեռական առողջության բարելավման առաջնահերթություններ սահմանված են հետևյալ ոլորտները՝ անվտանգ մայրություն, բեղմնականիտում, անպտղություն, անվտանգ աբորտ, վերարտադրողական համակարգի քաղցկեղ, սեռավարակներ/ՄԻԱՎ, դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջություն, տարեցների սեռական առողջություն,

տղամարդկանց վերարտադրողական և սեռական առողջություն, ընտանեկան բռնություն և սեռական ունեցություն, կանանց թրաֆիքինգ:

3. Վերարտադրողական առողջության բարելավման խնդիրը շարունակաբար եղել է և մնում Հայաստանի կառավարության գերակա ծրագրային ուղղությունների շարքում, քանի որ բնակչության վերարտադրողական առողջության կարգավիճակով են մեծապես պայմանավորված ժողովրդագրական զարգացումները: Ասվածը առավել կարևորվում է ծնելիության անկման և դեմոգրաֆիկ ճգնաժամի ներկայիս իրավիճակի պարագայում: Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարությամբ հիմնական գերակա ծրագրային ուղղություններ են սահմանված՝ Անվտանգ մայրությունը, Անցանկալի հղիությունների կանխարգելումը/Բեղմնականիտումը, Հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատումը, Սեռավարակների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելումը, Քաղցկեղային հիվանդությունների դեմ պայքարը, Անպտղության հաղթահարումը:

4. ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ կողմից հրապարակված Առողջություն և առողջապահություն-2019 վիճակագրական տարեգիրքը անդրադառնում է վերարտադրողական առողջության հետևյալ բաղադրիչներին՝ մայրական առողջություն (ներկայացված է վերևում), հղիության արհեստական ընդհատումներ, ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ, սեռավարակներ, քաղցկեղային հիվանդություններ: Առանձին ոլորտներում Հանրապետությունում արձանագրվել է որոշակի բարելավելում, նվազել են հղիության արհեստական ընդհատումներն ու սեռավարակները, գրեթե կրկնակի կրճատվել է անպտղության ցուցանիշը: Նույնը չենք կարող ասել կանանց վերարտադրողական օրգանների չարորակ նորագոյացությունների ցուցանիշների առումով, որոնք չնայած այդ ոլորտում բժշկագիտության առկա զարգացումներին, շարունակում են մնալ օրակարգում:

5. Անցանկալի հղիությունների կանխարգելումը, հակաբեղմնավորման մեթոդների կիրառումը, ցուցանիշների միտումները

1) Հայաստանի ազգային դեմոգրաֆիկ քաղաքականությունը ուղղված է ծնելիության բարձրացմանը և այս համատեքստում է կանոնավորված է հակաբեղմնավորիչների գործածության նպատակի ամրագրումը օրենսդրության մակարդակով, որով սահմանված է, որ հակաբեղմնավորիչ միջոցները կիրառվում են անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով;

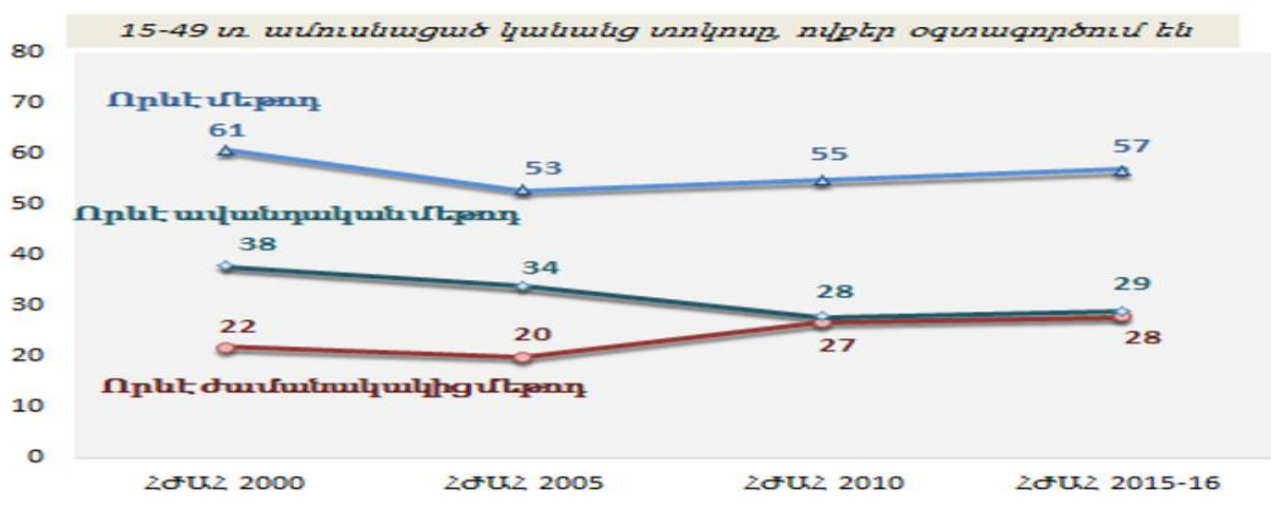
Հակաբեղմնավորիչների օգտագործումը, 1990-2018թ.										
	1990	1995	2000	2005	2010	2014	2015	2016	2017	2018
Տարեվերջին հսկողության տակ գտնվող կանանց թիվը										
Ունեն ներարգանդային պարույրներ										
Բացարձակ թվեր	15474	9541	16790	7677	5844	7556	6570	5903	6404	6607
1000 ֆերտիլ հասակի կանանց հաշվով	16.9	9.4	15.4	8.3	6.5	9.6	8.5	7.7	8.4	8,8
Օօգտագործում են հորմոնալ հակաբեղմնավորիչներ										
բացարձակ թվեր	813	1207	37726	3774	2430	3330	3611	5056	5830	6004
1000 ֆերտիլ հասակի կանանց հաշվով	0.9	1.2	34.7	4.1	2.7	4.2	4.7	6.6	7.7	8,0
Ներդրվել են ներարգանդային պարույրներ										
բացարձակ թվեր	6424	2754	7280	2625	2614	2869	2562	2247	2330	2029
1000 ֆերտիլ հասակի կանանց հաշվով	7.0	2.7	6.7	2.9	2.9	3.6	3.3	2.9	3.1	2,7

ԱՄԻ ԱՏՎԱԿ 2019թ. տարեգրքում առկա է տեղեկատվություն միայն ներարգանդային պարույրների և հորմոնների գործածության վերաբերյալ, որը հավաքագրվում է բուժհաստատություններում գրանված դպքերի հիման վրա, սակայն այն չի արտացոլում իրական վիճակագրությունը, քանզի կանանց որոշակի մաս կարող է գործածել որևէ հակաբեղմնավորիչ միջոց (հաբ, պահպանակ, այլ), առանց գրանցվելու իրեն սպասարկող բժշկական կազմակերպությունում:

2) Աղյուսակում ներկայացված թվերը ամբողջականության տեսանկյունից թեն լիարժեք չեն, սակայն համադրելի են միտումների գնահատման առումով: Առկա տվյալները փաստում են, որ 1990-2018թթ. միջակայքում ներարգանդային պարույրի օգտագործման ցուցանիշը նվազել է շուրջ 2 անգամ (1990թ.՝ 16.9, 2018թ.՝ 8.8/1000 պտղաբեր տարիքի կնոջ հաշվով), մինչդեռ բազմապատիկ անգամներ ավելացել է հորմոնների գործածության նույն ցուցանիշը, 2018թ.կազմելով 8.0, 1990թ.՝ 0.9-ի դիմաց:

3) Իրավիճակի բարելավման մասին են վկայում նաև Հայաստանի Ժողովրդագրական առողջապահական հարցերի հետազոտության տվյալները: Կանանց շրջանում ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման տոկոսը դինամիկայում բարձրացել է (2000թ.՝ 22%, 2015-2016թթ.՝ 28%), իսկ ավանդական մեթոդների կիրառումը նվազել է (2000թ.՝ 38%, 2015-2016թթ.՝ 29%): 2000 թվականի համեմատությամբ հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդներից ներարգանդային պարույրի օգտագործումը մնացել է գրեթե նույն մակարդակի վրա (2000թ.՝ 9%, 2010թ.՝ 10%, 2015թ.՝ 9%), կրկնապատկվել է պահպանակի օգտագործումը (2000թ.՝ 7 %, 2010թ.՝ 15 %) և եռապատկվել է հաբերի օգտագործումը (2000թ.՝ 1%, 2010թ.՝ 3%)

Հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միտումները



4) Ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների կիրառման ոլորտում առկա այս դրական միտումները արդյունք են ոլորտում իրականացվող ծրագրային միջոցառումների: Մինևնույն ժամանակ այն կարող է սերնդափոխությամբ պայմանավորված նոր ձևավորվող վարքագծի և մշակույթի հետևանք լինել: Այնուամենայնիվ, գրանցված առաջընթացը հեռու է բավարար լինելուց, հակաբեղմնավորման ավանդական, հաճախ ոչ արդյունավետ մեթոդների օգտագործման ցուցանիշը չնայած նվազման միտումին, պահպանում է իր

առաջատար դիրքը, և ցավոք, աբորտները դեռևս շարունակում են մնալ ընտանիքի պլանավորման հիմնական միջոցներից մեկը:

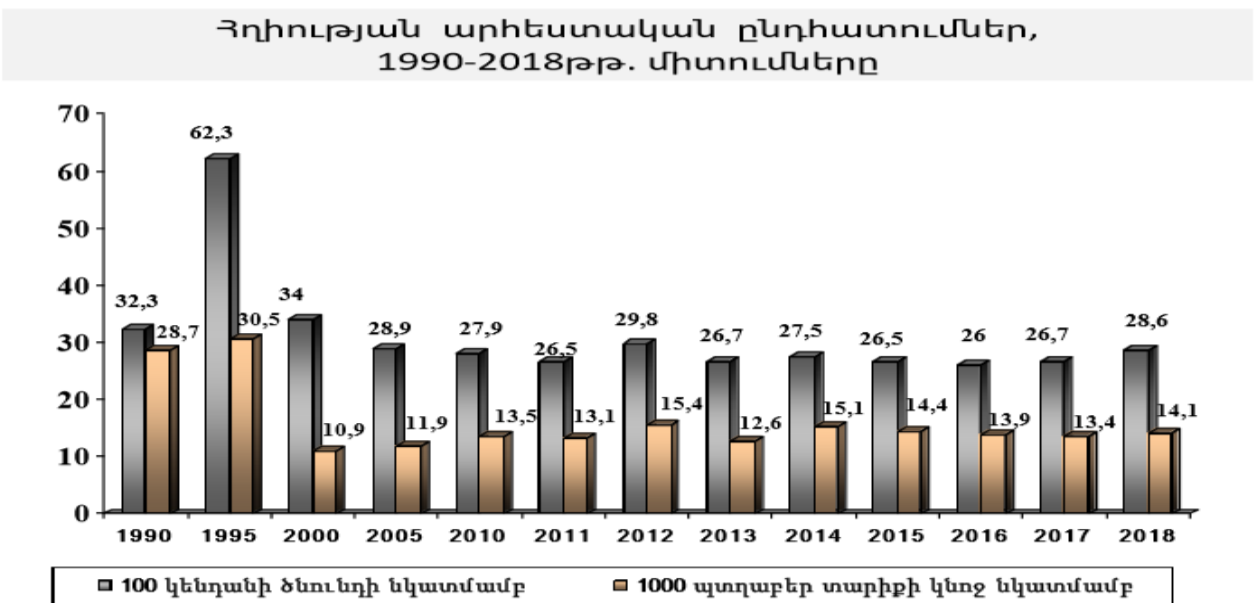
6. Հղիության արհեստական ընդհատումներ

1) Ըստ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ պաշտոնական տվյալների, հանրապետությունում 1990 թվականներից արձանագրվել է հղիության թե արհեստական ընդհատումների (1990թ.՝ 26094, 2000թ.՝ 11769, 2018թ.՝ 10647, թե ինքնաբեր վիժումների նվազում (2000թ.՝ 3687, 2018թ.՝ 1669):

Ծնունդներ, հղիության արհեստական ընդհատումներ և ինքնաբեր վիժումներ, 1990-2018թթ. միտումները

Տարեթիվ	Ծնունդներ	Ընդամենը արորտ	որից արհեստական	որից բժշկական ցուցումներով	Ինքնաբեր վիժումներ
1990	80022	26094	-	-	-
1995	48960	30726	-	-	-
2000	34276	11769	8082	-	3687
2005	37681	10925	7737	-	3188
2010	44825	12295	8577	1181	3718
2011	43340	12130	9334	1322	3796
2012	42480	13730	9453	1789	4277
2013	41790	12871	8711	1875	4160
2014	43031	12019	8379	2212	3640
2015	42123	11259	6607	1744	2752
2016	40809	10736	6721	1492	2235
2017	37346	10228	6540	1368	2098
2018	36412	10647	7424	1311	1669

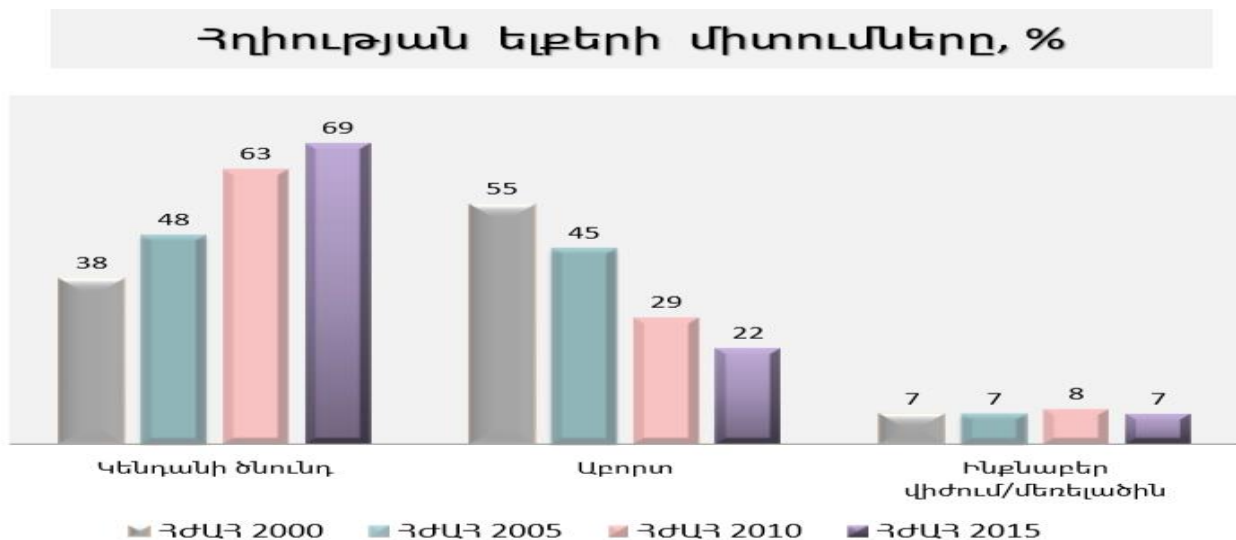
2) Սակայն բացարձակ թվերի վիճակագրությունը չի արտացոլում աբորտների հիմնախնդրի իրական պատկերը, առավել ևս միտումները: Պատկերը ամբողջական է լինում հղիության արհեստական ցուցանիշների (100 ծնունդի և 1000 պտղաբեր տարիքի կնոջ նկատմամբ հաշվարկով) միտումների գնահատման պարագայում: Ըստ պաշտոնական տվյալների, այս ցուցանիշները աննախադեպ բարձր են եղել 1995թ. (համապատասխանաբար՝ 62.3/100 և 30.5/1000), հաջորդիվ դրանք իջել են նվազագույնի հասնելով՝ 2013թ. (26.7/100 և 12.6/1000): 2014-2017թթ. ընթացքում ցուցանիշները պահպանվել են գրեթե նույն մակարդակի վրա, իսկ 2018թ. նույնիսկ արձանագրվել է իրավիճակի որոշակի վատացում (28.6/100 և 14.1/1000):



1) Հղիության արհեստական ընդհատումների վերաբերյալ պաշտոնական տվյալների լիարժեքության խնդիրը, պայմանավորված բուժհաստատություններում դրանց թերգրանցման հետ, միշտ օրակարգային հարց է եղել: Այս առումով վիճակագրորեն համեմատաբար ավելի հավաստի է ցուցանիշների միտումների գնահատականը, ինչը նույնպես փաստում է գլոբալ առումով իրավիճակի կրկնակի բարելավման մասին՝ եթե 1995թ. 1 ծնունդին բաժին էր ընկնում 0.6 աբորտ, ապա 2018թ.-ին՝ 0.3:

2) Ակնհայտ է, որ աբորտների առումով պաշտոնական այս թվերը իրականում շատ ավելի բարձր են եղել: Ասվածի ապացույցը ժողովրդագրական և առողջության հարցերի հետազոտության տվյալներն են: Ըստ 2015-16թթ. իրականացված նշված հետազոտության ամփոփ արդյունքների, հղիության արհեստական ընդհատումների գումարային գործակիցը (պտղաբեր տարիքի մեկ կնոջն ընկնող աբորտների միջին թիվը) կազմել է 0.6, ինչը ցածր է ՀԺԱՀ 2010թ. նույն տվյալից 1,4 անգամ (ցուցանիշը՝ 0,8), ՀԺԱՀ 2005թ.՝ տվյալից՝ 3 անգամ (ցուցանիշը՝ 1.8) և 2000թ. տվյալից՝ 4,3 անգամ (ցուցանիշը՝ 2.6):

3) Հղիության ելքերի վերաբերյալ ստորև ներկայացված տվյալները ևս վկայում են իրավիճակի ոչ թե կրկնակի, այլ քառակի բարելավման մասին: Եթե 2000թ. հղիությունների 38% ավարտվում էր կենդանի ծնունդով, իսկ 55% աբորտով (1 ծնունդի դիմաց գրեթե 1.5 աբորտ, որը պաշտոնական հրապարակված թվից ավելի է 2.5անգամ), ապա 2015թ.՝ կենդանի ծնունդները կազմել են 69%, իսկ աբորտները՝ 22% (1 ծնունդի դիմաց 0.3 աբորտ):



4) Քանի, որ ՀԺԱՀ հետազոտության ցուցանիշները հենվում են հարցման ենթարկված կանանց կողմից ներկայացրած տվյալների վրա, ենթադրվում է, որ աբորտների միտումների վերաբերյալ պաշտոնական և այլընտրանքայի գնահատականների տարբերությունները պայմանավորված են 90-ականներին հղիության ընդհատումների գրանցված և իրական դեպքերի մեծ տարբերությամբ: 2015-ին հաջորդիվ իրավիճակը զգալի շտկվել է՝ ծնունդ/աբորտ հարաբերակցությունը թե պաշտոնական և թե այլընտրանքային աղբյուրներով կազմել է 1:0.3: Այսպիսով, աբորտների կրճատումը և իրավիճակի բարելավումը վիճակագրորեն հավաստի փաստ է, քանզի ՀԺԱՀ ընտրանքային հետազոտությունը ներկայացուցչական է ազգային մակարդակով և ունի վստահելիության 95% սահման:

5) Գրանցված արդյունքները անխոս դեռևս բավարար չեն հետագա դրական զարգացումների համար, իսկ հղիության արհեստական ընդհատումների 2018թ. պատկերը նոր մարտահրավերի ահագանգ է, հետևաբար անհրաժեշտ են լրացուցիչ ջանքեր և ռեսուրսներ ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների մատչելիության և որակի բարձրացման, անցանկալի հղիությունների կանխարգելման ու աբորտների կրճատման համար:

7. Պտղի հատկանիշով հղիության արհեստական ընդհատումներ (սելեկտիվ աբորտներ)

1) Սելեկտիվ աբորտների վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրությունը բացակայում է: Ըստ ՀԺԱՀ-2015թ. ընտրանքային հետազոտության տվյալների, հղիությունը ընդհատելու պատճառների մեջ կանանց 8 տոկոսը նշել է պտղի սեռը (2010թ. նույն հետազոտությամբ՝ 9%); Պաշտոնական տվյալների բացակայությունը տրամաբանված է այն հանգամանքով, որ, հղիության այդ ընդհատումները օրենսդրորեն չեն կարող ձևակերպվել, քանզի դրանք հիմնականում կատարվում են 14-15 շաբաթական ժամկետում (երբ առավել հավաստի է պտղի սեռի որոշելը), հետևաբար այն ձևակերպվում է որպես աբորտ՝ բժշկական ցուցումներով, կամ որպես մինչև 12 շաբաթական հղիություն, որի դեպքում աբորտը կնոջ կամքով է և պատճառը կարող է չնշվել:

2) Ըստ էության թեև օրենսդրությամբ ամրագրված չէր սելեկտիվ աբորտի արգելքը, գործող օրենսդրական կարգավորումների շրջանակներում այն օրինական ճանապարհով կատարել հնարավոր չէր: Այնուամենայնիվ, պաշտոնական վիճակագրությունը պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման երևույթի մշտադիտարկման հնարավորություն տալիս է: Նորածին աղջիկների և տղաների հարաբերակցությունը այդ երևույթի տարածվածության գնահատման անուղղակի ցուցանիշ է: Աղջիկ/տղա նորածինների թվի բնականոն հարաբերակցությունը կազմում է 100/104-106, ինչը վկայում է սելեկցիայի բացակայության մասին: Հայաստանում այս ցուցանիշը 1990թ. հաջորդող տարիներին շարունակաբար աճել է, 2008-2012թթ. միջինում հասնելով 100 աղջկա դիմաց 115 տղա, իսկ 3-րդ երեխայի պարագայում 164 տղա հարաբերակցության:

3) Առաջացած իրավիճակը պայմանավորված էր ոչ միայն բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացմամբ, այլ նաև ծնելիության ցուցանիշի անկման գնալով աճող տեմպերով (2 և պակաս երեխայի դեպքում տարբեր սեռերի մանկիկների ծնվելու հավանականությունը խիստ նվազում է), իսկ պարտադիր տղա երեխա ունենալու մտայնությունը միշտ իր տեղն է ունեցել մեր ավանդական արժեհամակարգում:

4) Այս իրավիճակը 2013 թվականին Եվրոպայի Խորհրդի Մարդու իրավունքների գլխավոր հանձնակատարի կողմից գնահատվեց խնդրահարույց և Հայաստանի ու տարածաշրջանային մի շարք երկրների հանձնարարվեց անհապաղ միջոցներ ձեռնարկել իրավիճակի բարելավման համար:

«ՆՈՐԱՄԻԱՆԵՐԻ ՄԵՌԵՐԻ ԱՆՀԱՄԱՍՏԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆԾԱՍՏԱՆՈՒՄ»



ՆԱՄՈՒՍՑԱԼ 1.
 Հայաստանյան հասարակությունը տղա երեխաներին գերադասում է աղջիկներից.

ՆԱՄՈՒՍՑԱԼ 2.
 Երկրում առկա և հասանելի են համապատասխան տեխնոլոգիաներ, որոնք ապագա ծնողներին թույլ են տալիս նախապես իմանալ երեխայի սեռը և խուսափել անցանկալի աղջիկ երեխաներից.

ՆԱՄՈՒՍՑԱԼ 3.
 Ձույգերը նախընտրում են փոքր թվով երեխաներ ունենալ, ինչը նվազեցնում է բնականոն ընթացքով տղա երեխա ունենալու հավանականությունը



5) Առողջապահության նախարարության օրենսդրական նախաձեռնությամբ 2016թ. փոփոխություններ կատարվեցին «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 10-րդ հոդվածում, որով օրենսդրորեն ամրագրվեց է սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման արգելքը: Օրենքով սելեկտիվ աբորտի արգելքի ամրագումը ենթադրում է, որ պտղի սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման փաստը դիտարկվում է որպես ապօրինի աբորտ, որի համար Քրեական օրենսգրքի 122 հոդվածով նախատեսվում է պատիժ՝ տուգանք կամ կալանք: Օրենքով, միաժամանակ, սահմանվեցին հղիության արհեստական ընդհատումների կրճատմանն ուղղված լրացուցիչ օրենսդրական կարգավորումներ և մեխանիզմներ, որոնց խախտման դեպքում բուժաշխատողը ենթակա է վարչական պատասխանատվության և տուգանքների:

6) Օրենսդրական փոփոխություններից զատ, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի աջակցությամբ մշակվեցին և միջսեկտորալ համագործակցությամբ իրականացվեցին պտղի սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատումների կանխարգելմանն ուղղված ծրագրային միջոցառումներ, այն թվում հանրային իրազեկման լայնածավալ քարոզչական աշխատանքներ՝ պետական կառույցների, միջազգային կազմակերպությունների և տեղական հասարակական կազմակերպությունների ներգրավմամբ:

7) Իրականացված համալիր միջոցառումների արդյունքում սելեկտիվ աբորտների հիմնախնդրի հաղթահարման գործընթացում արձանագրվեցին դրական արդյունքներ: Այսպես. եթե սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումներին նախորդող՝ 2008-2012թթ. ժամանակահատվածում ծնվածների մեջ աղջիկ-տղա հարաբերակցության միջին ցուցանիշը կազմել է 100:115, ապա 2014թ.՝ 100:113,4: 2015թ.՝ 100:112,7; 2016թ.՝ 100:111,9, իսկ 2017թ.՝ 100/109.8:

8) Ըստ էության, այս տարբերությունը 2013 թվականին հաջորդող յուրաքանչյուր տարի կրճատվել է գրեթե 1 միավորով՝ ինչը ենթադրում է, որ յուրաքանչյուր տարի 160-200 աղջիկ երեխա ավելի է ծնվել, իսկ վերջին 5 տարիների ընթացքում՝ 1000-ից ավելի ապագա մայր:

Ցավոք, 2018 թվականից այս ոլորտում իրականացվող միջոցառումները գնալով պակասում են, ինչը վտանգ է ստեղծում ինչպես ձեռք բերված հաջողությունների պահպանման, այնպես էլ ծրագրի շարունակական արդյունքների ապահովման տեսանկյունից: Ասվածի ապացույցը 2018թ. ցուցանիշի բացասական միտումն է՝ 100 աղջկա դիմաց 111 տղա:

9) Ակնհայտ է, այդ դաշտում դեռևս առկա է դրական արդյունքի զգալի ռեզերվ (բնական հարաբերակցությունը կազմում է՝ 100/104-106) և ծրագրային հետագա միջոցառումների անհրաժեշտություն, սակայն հետագա զարգացումների ապահովման համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ ջանքեր և ռեսուրսներ՝ ուղղված թե՛ իրականացված օրենսդրական փոփոխությունների ներդրմանը, և թե՛ շարունակական ծրագրային միջոցառումների, այն թվում հանրային իրազեկման աշխատանքների իրականացմանը՝ միջգերատեսչական և միջսեկտորալ համագործակցության պայմաններում:

8. Անպտղություն

1) Ծնելիության շարունակական անկման և ժողովրդագրական ներկայիս ճգնաժամի պայմաններում առողջապահական համակարգի դերակատարումը և ազդեցությունը իրավիճակի բարելավման առումով կարող է լինել էական: Հայտնի է, որ ծնելիության ցուցանիշների վրա համակարգի ազդեցությունը անուղղակի է և միջնորդավորված: Վերարտադրողական առողջության, այն թվում դեռահասների առողջության բարելավման, պերինատալ պատճառներով պայմանավորված կորուստների նվազեցման, սելեկտիվ արբորտների կրճատման և անպտղության հաղթահարման ծրագրերի իրականացման միջոցով հնարավոր է մասսամբ վերականգնել առողջապահական գործոններով պայմանավորված կորուստները և վերջնական արդյունքում ունենալ դրական ազդեցություն նաև ծնելիության վրա:

2) Ծնելիության վրա ազդող վերը թվարկված առողջապահական գործոններում առաջնահերթ տեղերից մեկը զբաղեցնում է անպտղությունը, որի հաղթահարմանն ուղղված ծրագրային արդյունավետ միջոցառումների մշակման և իրականացման համար անհրաժեշտ է ունենալ անպտղության տարածվածության և պատճառագիտության վերաբերյալ հավաստի կամ առնվազն ներկայացուցչական տվյալներ: Ցավոք, Հայաստանում անպտղության հետ կապված պաշտոնական վիճակագրական տվյալները ի սպառ բացակայում են: Անպտղության տարածվածության և պատճառագիտության վերաբերյալ առկա տվյալները ստացվել են ընտրանքային հետազոտությունների միջոցով:

3) Անպտղության խնդրի ուսումնասիրությանն են ուղղվել հետևյալ հետազոտությունները.

ա. 1989-1990թթ. Երևան քաղաքում /Կ.Բ.Ակունց և համահեղինակների կողմից/ 4349 ամուսնացած կանանց շրջանում իրականացվել է համաճարակաբանական հետազոտություն, համաձայն որի առաջնային անպտղությունը կազմել է 3.2%, իսկ երկրորդայինը՝ 21.4%:

բ. 1997-1998թթ. «Հանուն ընտանիքի առողջության» հասարակական կազմակերպության կողմից /Մ.Ա.Խաչիկյան և համահեղինակներ/ իրականացվել է երկրորդ հետազոտությունը, որում ընդգրկվել են Երևանում և մարզերում բնակվող վերարտադրողական տարիքի 1400

կին և տղամարդ: Համաձայն այս հետազոտության տվյալների անպտղության անպտղության ցուցանիշը կանանց շրջանում աննախադեպ բարձր են եղել (31.9%), որից առաջնային անպտղությունը կազմել է 3.4%, իսկ երկրորդայինը՝ 28.5%: Տղամարդկանց շրջանում առաջնային անպտղությունը եղել է 3.3%, իսկ երկրորդայինը՝ 15.2%:

գ. 2009թ., ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի կողմից իրականացվել է Անպտղության տարածվածության մեկ այլ՝ ընտրանքային հետազոտություն, որը ներկայացուցչական էր ազգային մակարդակով: Այս հետազոտության շրջանակներում հարցման ենթարկված վերարտադրողական տարիքի 856 կանանցից 144-ի մոտ հայտնաբերվել է անպտղություն՝ ցուցանիշը՝ 16.8%, որից 5.4%՝ առաջնային, 11.4%՝ երկրորդային: Ընտրանքում ընդգրկված 941 տղամարդից ամուլ են եղել 110 (11.7%), որոնցից 54 (5.7%) տառապել են առաջնային և 56 (5.9%) երկրորդային ամլությամբ: Սույն հետազոտության արդյունքներով, տասնամյա կտրվածքով, հանրապետությունում արձանագրվեց անպտղության մակարդակի գրեթե կրկնակի կրճատում (1998թ.՝ 31.9%):

դ. Անպտղության տարածվածության և պատճառագիտության վերջին հետազոտությունը իրականացվել է 2014թ., որի տվյալների համաձայն հարցված 2315 կանանցից 344 (14,9%) անամնեզում նշել են անպտղություն, ընդ որում առաջնային անպտղություն, ունեցել է հարցված կանանցից 99 (4.3%), իսկ երկրորդային անպտղություն՝ 245 (10,6%) : Հարցված կանանց ամուսինների/զուգընկերների շրջանում 137 տղամարդ (5,9%), անամնեզում նշել է ամլություն, որոնցից առաջնային ամլություն ունեցել են 52 (2.3%), երկրորդային՝ 85 (3,8%) տղամարդ: 42 % դեպքերում անպտղության պատճառները ամուսինների մոտ եղել են զուգակցված:



4) Այս ուսումնասիրությունների համադրելի արդյունքների միտումների գնահատականը ցույց է տալիս, որ 2014 թվականին հանրապետությունում կանանց անպտղության տարածվածությունը (14.9%), որը 1999թ. համեմատությամբ նվազել է 2.2 անգամ, իսկ 2009թ. համեմատ՝ շուրջ 12%-ով: Գլոբալ առումով, անպտղության ամուսնությունների ընտրանքային հետազոտությունները փաստում են, որ վերջին 20 տարիների ընթացքում անպտղության մակարդակը Հայաստանում կրճատվել է շուրջ 2 անգամ: Այնուամենայնիվ, այն շարունակում է մնալ բարձր և մոտ է ԱՀԿ կողմից սահմանված 15% ճգնաժամային մակարդակին, որի դեպքում անպտղությունը դիտվում է որպես երկրի ժողովրդագրության

վրա ազդող լուրջ գործոնն և սոցիալ-բժշկական խնդրից վեր է ածվում համապետական, անգամ ազգային անվտանգության հիմնախնդրի:

5) Վերոհիշյալը հաշվի առնելով, Կառավարության ծրագրային ուղղություններում վերարտադրողական առողջության բարելավման, մասնավորապես Անպտղության հաղթահարման ռազմավարական ուղղությունը ամրագրված է որպես գերակա ծրագրային ոլորտ: 2019-2020թթ. առողջապահական բյուջեում զգալի հատկացումներ են կատարվել բնակչության որոշակի խմբերի անպտուղ ամուսնական զույգերի մոտ անպտղության պատճառագիտության հետազոտությունների իրականացման և վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական ծառայությունների տրամադրման նպատակով: Այս կապակցությամբ, անպտղության տարածվածության և ծրագրի հնարավոր շահառուների վերաբերյալ պաշտոնական տվյալների բացակայության պայմաններում, վերը ներկայացված ընտրանքային հետազոտությունների զեկույցներում առկա տվյալները, թե վաղեմիության և թե իրավիճակային հնարավոր փոփոխությունների առումով վերանայման և թարմացման կարիք ունեն: Նման հետազոտության իրականացում պլանավորված է 2020 թվականին, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի կողմից: Այն կարող է աջակցել պետության կողմից իրականացվող Անպտղության հաղթահարման ծրագրի արդյունավետ իրականացմանը՝ հնարավոր շահառուների թվաքանակի կանխատեսման և ծախսարդյունավետության գնահատման տեսանկյունից:

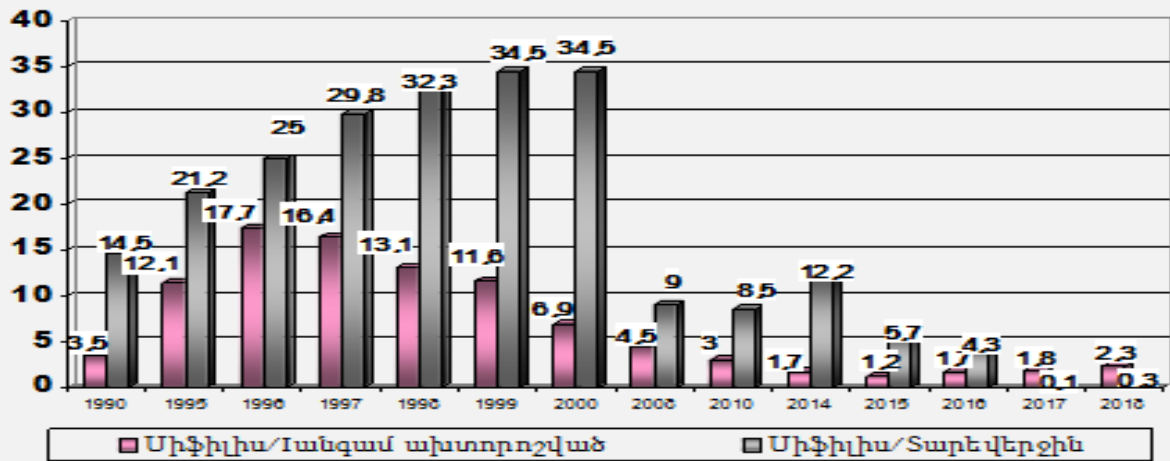
9. Սեռավարակներ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ, տարածվածությունը, միտումները

1) Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունները մեծ դերակատարում ունեն մի շարք գինեկոլոգիական և մանկաբարձական ախտաբանությունների առաջացման պաթոգենեզում՝ բարձրացնելով մոր և պտղի/նորածնի հիվանդացության և մահացության ռիսկերը: Սեռավարակների վերաբերյալ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ հրապարակումներում առկա են վիճակագրական տվյալներ սիֆիլիսի, գոնորեայի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ: Այլ սեռավարակների վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրության հրապարակումներում տեղեկատվություն չկա:

ՄՃՓՎ/ 100000 բնակչի հաշվով		2008	2010	2012	2014	2017	2018
Միֆիլիս (առաջին անգամ ախտորոշված)	կին	4.6	2.4	2.1	1.1	1.7	1.7
	տղամ	4.6	3.6	3.9	2.2	3.3	3.0
Գոնոկոկային վարակ (առաջին անգամ ախտորոշված)	կին	8.9	4.8	6.4	6.9	4.0	4.6
	տղամ.	26.8	25.9	31.3	17.6	17.3	16.4

Առկա տվյալները վկայում են, որ կանանց հիվանդացությունը սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներով, զգալիորեն ցածր է տղամարդկանց համեմատությամբ: Վերջին 10 տարիներին այս տարբերությունը գնալով ավելի է մեծացել, 2018թ. կազմելով՝ սիֆիլիսի պարագայում՝ 1.8 անգամ իսկ գոնորեայի դեպքում՝ 3.5 անգամ:

Սեռավարակներ/Սիֆիլիս, ցուցանիշների միտումները
(100 000 բնակչի հաշվով)



Սեռավարակների, մասնավորապես, սիֆիլիսի տարածվածության ամենաբարձր ցուցանիշները (100000 բնակչի նկատմամբ հաշվարկով՝ առաջին անգամ ախտորոշված) գրանցվել են 90-ականների կեսերին (1995թ.՝ 11.9, 1996թ.՝ 17.4, 1997թ.՝ 16.4), այնուհետ ցուցանիշը աստիճանաբար նվազել է, 2010թ. կազմելով 3.0, այնուհետ պահպանվելով 1.2- 2.3 միջակայքում:

2) Վերջին 10 տարիների ընթացքում սիֆիլիսի տարածվածության ցուցանիշը կրճատվել է գրեթե կրկնակի (2008թ.՝ 4.5, 2018թ.՝ 2.3), սակայն այն ուղեկցվել է դեպքերի երիտասարդացմամբ: Վերջին 15 տարիների ընթացքում չեն գրանցվել մորից երեխային սիֆիլիսի փոխանցման դեպքեր, ինչը վկայում է հղիության ընթացքում սիֆիլիսի լաբորատոր թեստավորման/սկրինինգի բարձր կատարողականի մասին: Հայաստանը պատրաստվում է վալիդացիայի գործընթացին՝ սույն խնդիրը հաղթահարած երկրի կարգավիճակ ստանալու համար:

10. Մարդու իմունային անբավարարության համախտանիշ, մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելումը

1) 1988թ. մինչև 2018թ. դեկտեմբերի 31-ը ՀՀ քաղաքացիների շրջանում գրանցվել է ՄԻԱՎ վարակի 3337 դեպք: ՄԻԱՎ վարակի արձանագրված դեպքերի ընդհանուր կառուցվածքում գերակշռում են արական սեռի ներկայացուցիչները՝ 2313 մարդ (69%), իգական սեռի ներկայացուցիչների մոտ արձանագրվել է վարակի 1024 դեպք (31%): ՄԻԱՎ վարակի 58 դեպք (1,7%) է արձանագրվել երեխաների մոտ: Գրեթե բոլոր երեխաները վարակվել են ՄԻԱՎ վարակ ունեցող իրենց մայրերից: Հայաստանում 2007թ. ի վեր մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելում ստացած մայրերից ծնված երեխաների շրջանում ՄԻԱՎ վարակի որևէ դեպք չի արձանագրվել: Համաճարակի սկզբից գրանցվել է ՄԻԱՎ վարակով պացիենտների մահվան 770 դեպք: Մահացածների թվում կան 145 կին և 11 երեխա:

2) ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի և նախաճննդյան խնամքի արդյունավետ ծառայությունների, ինչպես նաև մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ինտեգրված համակարգի գործունեության արդյունքում հղիների ավելի քան 95%-ը հետազոտվում է ՄԻԱՎ-ի

վերաբերյալ: Մա հնարավորություն է տալիս նրանց իմանալու իրենց ՄԻԱՎ-կարգավիճակը և ժամանակին ստանալու մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելում, այդ թվում հակառետրովիրուսային բուժում, ինչի շնորհիվ հնարավոր է դարձել ՄԻԱՎ վարակով մայրերից վարակից գերծ 263 երեխայի ծնունդը:

3) Կառավարության կողմից 2017թ. հաստատվել է «Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հերթական նպատակային ծրագիրը, որի հիմնական նպատակը 2017-2021թթ. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին արդյունավետ հակազդման ապահովումն ու մինչև 2030թ. ՁԻԱՀ-ի համաճարակի վերացմանը հասնելու համար նախադրյալների ստեղծումն է: Սկսած 2017թ-ից երկրում ներդրվել է ԱՀԿ-ի «բուժել բոլորին» ռազմավարությունը, համաձայն որի ՄԻԱՎ վարակով բոլոր պացիենտներին, ներառյալ երեխաները, առաջարկվում է հակառետրովիրուսային բուժում անկախ CD4+ լիմֆոցիտների քանակից և հիվանդության կլինիկական փուլից»:

4) Վերջին տարիներին ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և նախաձննդյան խնամքի արդյունավետ ծառայությունների, ինչպես նաև մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ինտեգրացված համակարգի ստեղծմանն ուղղված նպատակային ջանքերն ու հետևողական քայլերը տվել են իրենց արդյունքները: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից 2016թ. երկիրը ճանաչվել է աշխարհի չորս և Եվրոպայի առաջին երկրներից մեկը, որտեղ վավերացվել է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացումը: ԱՀԿ-ն 2018թ. պաշտոնապես հաստատել է Հայաստանում 2016-17թթ. համար մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացումը հաստատող ցուցանիշների պահպանումը:

11. Վերարտադրողական օրգանների չարորակ նորագոյացությունները կանանց մոտ

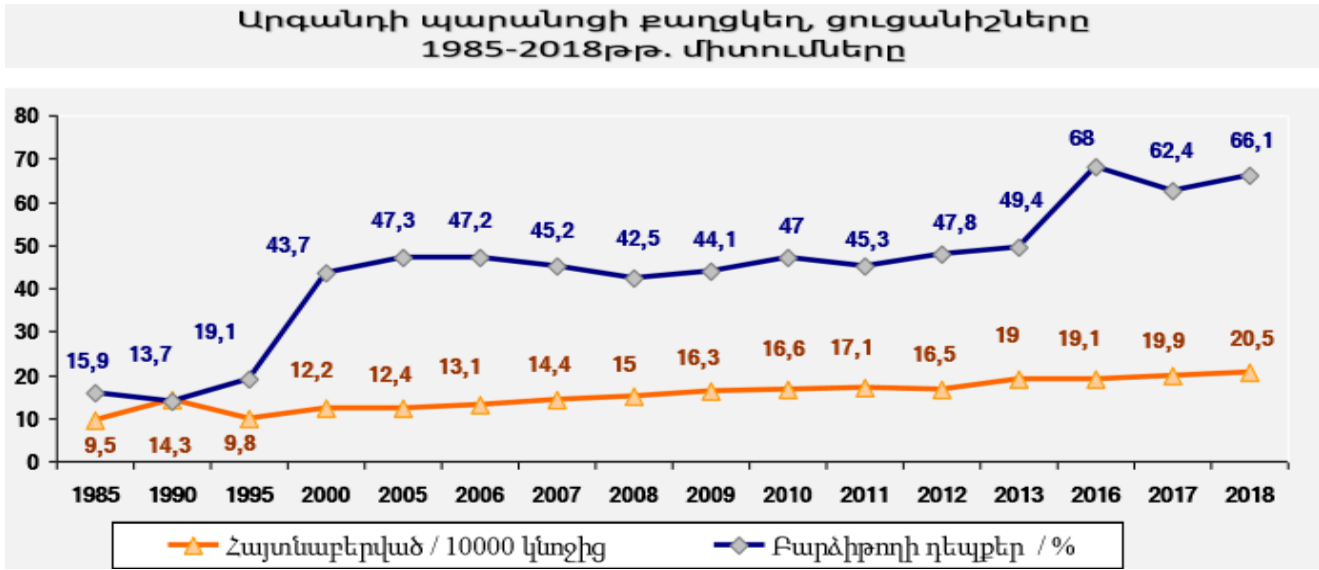
1) Հայաստանում կանանց մահացության պատճառական կառուցվածքում շարունակաբար երկրորդ տեղը զբաղեցնում են չարորակ նորագոյացությունները: ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ տվյալների համաձայն, 2018թ. կանանց մահացությունը կազմել է 8.1‰, որից 56 տոկոս դեպքերում մահացության պատճառը պայմանավորված է եղել արյան շրջանառության հիվանդություններով (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 4.8‰), 19 տոկոսը բաժին է ընկնել չարորակ նորագոյացություններին (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 1.5‰), երրորդ տեղում շնչառական հիվանդություններն են 0.65‰ ինտենսիվ ցուցանիշով: Ըստ էության մահացած կանանցից գրեթե յուրաքանչյուր 5-րդ կնոջ մահվան պատճառը եղել է քաղցկեղը:

2) Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության հաշվառումը իրականացվում է ինչպես տվյալ տարվա ընթացքում առաջին անգամ ախտորոշված, այնպես էլ տարեվերջին հաշվառված դեպքերի թվով: Հիվանդացության ցուցանիշը հաշվարկվում է բնակչության կանանց թվաքանակի յուրաքանչյուր 10000-ի նկատմամբ: Այս հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և ուռուցքաբանական ծառայությունների մատչելիության գնահատման համար կարևոր են երկու ցուցանիշներ՝ հիվանդության ախտորոշման ուշացած դեպքերի տոկոսը և հիվանդի ապրելիության ցուցանիշը:

3) Կանանց վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղներից առավել հաճախ հանդիպում են կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները: Երկու դեպքում էլ վաղ ախտորոշումը պայմանավորում է հիվանդության բարենպաստ ելքը:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ

Կանանց վերարտադրողական համակարգի չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության կառուցվածքում կրծքագեղձի քաղցկեղից հետո արգանդի պարանոցի քաղցկեղը զբաղեցնում է երկրորդ տեղը: Սա գրեթե միակ չարորակ նորագոյացությունն է, որի պատճառագիտությունը հայտնի է, և որի զարգացումը հնարավոր է կանխել մարդու պապիլոմավիրուսի դեմ պատվաստումների ու վաղ հայտնաբերմանն ուղղված գանգվածային սկրինինգների միջոցով:



4) 1995-2005թթ. միջակայքում Հայաստանում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի (ԱՊՔ) դեպքերը 10000 կանանց հաշվով միջինում տատանվել է 9.8-12.4 միջակայքում: Դեպքերի շուրջ կեսը հայտնաբերվում էին հիվանդության 3-4-րդ փուլերում: 2005թ.-ից, պետական պատվերի շրջանակներում, հանրապետությունում 30-60 տարեկան կանանց շրջանում սկսվեց իրականացվել արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սկրինինգ: Ի հաշիվ վաղ հայտնաբերման, որոշակիորեն բարձրացավ հիվանդացության ցուցանիշը, ինչն ուղեկցվեց բարձիթող դեպքերի որոշակի նվազումով (2005թ.՝ 47.3%, 2007թ.՝ 45.2%, 2008թ.՝ 42.5%,):

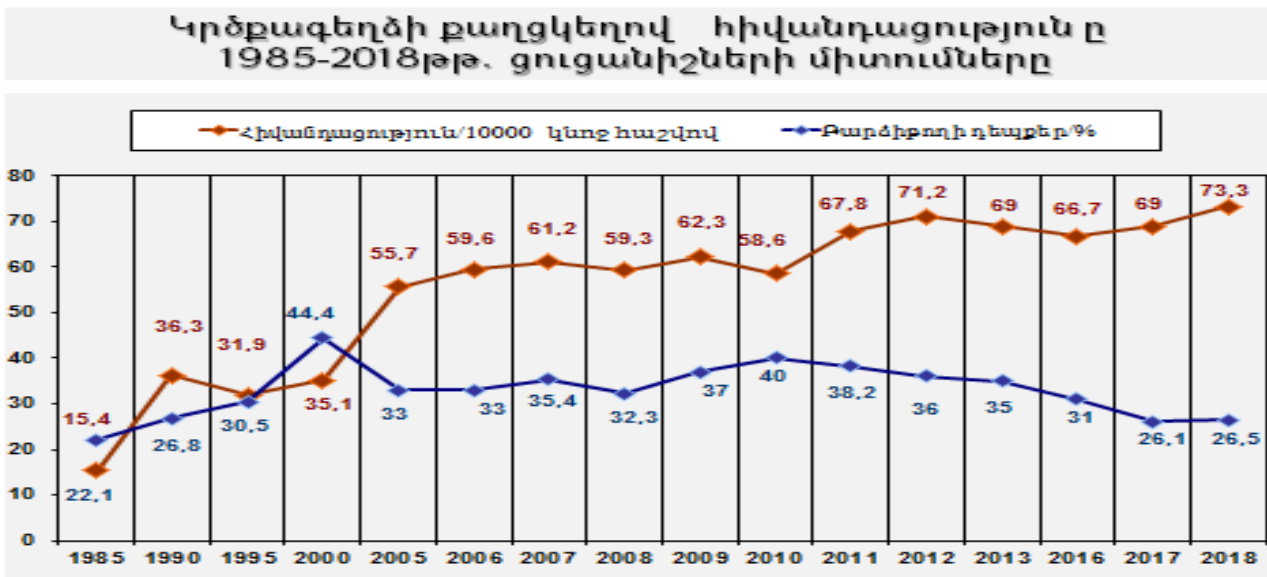
5) Սակայն սկրինինգը օպորտունիստական էր և կանանց ընդգրկվածության ցուցանիշը հաջորդող 10 և ավելի տարիների ընթացքում չգերազանցեց 12-13%: Ըստ էության կանանց մեծամասնությունը չէր օգտվում ընձեռնված այս հնարավորությունից և ակնհայտ էր հանրային իրազեկման և սկրինինգային ծրագրի ընդլայնման անհրաժեշտությունը: Վերջինս իրականացվեց ՀԲ վարկային ծրագրի շրջանակներում: PAP-տեստավորմամբ սկրինինգային ծրագրի ֆինանսական հատկացումների մեծացման և լայնածավալ քարոզչական աշխատանքների շնորհիվ հաջողվեց 2 և ավելի անգամ ավելացնել PAP-սկրինինգի ծածկույթը, ինչն իր արտացոլումը գտավ ցուցանիշների միտումներում: Արձանագրվեց հայտնաբերված դեպքերի և հետևաբար նաև հիվանդացության ցուցանիշի աճ շուրջ 1/4-ով (2008թ.՝ 15/10000, 2018թ.՝ 20.5/10000): Ցավոք, վերջին 5 տարիներին

առաջնակի հայտնաբերվածների մեջ բարձրորդի դեպքերը շարունակում են գերազանցել կեսից ավելին (2016թ.՝ 68%, 2017թ.՝ 62.4% 2018թ.՝ 66,1%): Այս վիճակագրությունը փաստում է ԱՊՔ կանխարգելմանն ուղղված ավելի արմատական և արդյունավետ միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտության մասին:

Կրճբագեղձի քաղցկեղ

6) Կրճբագեղձի քաղցկեղը կանանց շրջանում չարորակ նորագոյացություններից ամենատարածված տեսակն է: Մինևույն ժամանակ, այն քաղցկեղների մեջ՝ ամենաբարին՝ է, քանզի բնորոշվում է ապրելիության ամենաերկար ժամկետով, իսկ վաղ ախտորոշման և ժամանակակից տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բուժման դեպքում, կարելի է հասնել երկարաժամկետ ռեմիսիայի, և ոչ հազվադեպ՝ առողջացման:

7) Ըստ պաշտոնական վիճակագրական տվյալների կրցքագեղձի քաղցկեղով հիվանդացության ցուցանիշը (10000 կնոջ հաշվով), 1990թ. համեմատ, աճել է գրեթե կրկնակի (1990թ.՝ 36.3, 2018թ.՝ 73.3), ինչը մասամբ բացատրելի է այս ոլորտում բժշկական տեխնոլոգիաների և վաղ ախտորոշման հնարավորությունների զարգացմամբ:



8) Ինչպես երևում է աղյուսակից, 2000թ արձանագրվել է բարձրորդի դեպքերի ամենամեծ ցուցանիշը՝ 44.4 տոկոս, այնուհետ, 2005թ. հաջորդող 4-5տարիների ընթացքում հիվանդության ուշ փուլում ախտորոշման ցուցանիշի միտումները գրեթե զուգահեռ են ընթացել հիվանդացության ցուցանիշի հետ, կազմելով դեպքերի շուրջ 1/3-ը: Բարեբախտաբար 2010-2018թթ. ընթացքում, չնայած հիվանդացության ցուցանիշի մոտ 25% աճին (73.3՝ 58.6-ի դիմաց), ուշացած ախտորոշումների ցուցանիշը նվազել է 1/3-ով, որպես արդյունք նպաստելով հիվանդության բարենպաստ ելքերին և կանանց ապրելիության ցուցանիշի բարձրացմանը: Ակնհայտ է, որ այս ուղղությամբ անհրաժեշտ են նոր զարգացումներ: ԱՆ կողմից նախատեսվում է 2020թ. իրականացնել կրճբագեղձի քաղցկեղի գործիքային սկրինինգի պիլոտային ծրագիր հանրապետության երկու մարզերում: Ակնկալվում է, որ հաջողելու դեպքում, ծրագրի հետագա ընդլայնման նոր հնարավորություններ կստեղծվեն:

ԳԼՈՒԽ 6. ԱՄՓՈՓՈՒՄ և ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

Իրավիճակային վերլուծության հիման վրա վեր հանված խնդիրները

Հիմք ընդունելով վերը ներկայացված իրավիճակային վերլուծությունը, ինչպես նաև սույն զեկույցում հիշատակված ռազմավարական փաստաթղթերում վեր հանված խնդիրները, մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում առկա հիմնախնդիրներն են.

- 1) Ծնելիության ցուցանիշների անկում և ժողովրդագրական իրավիճակի վատացում,
- 2) Մայրական մահացության ցուցանիշի դեռևս բարձր մակարդակ՝ աճի միտումով,
- 3) Մանկական մահացության իջեցման տեմպերի դանդաղում, պերինատալ պատճառներից և նորածնային շրջանի մահերի բարձր տեսակարար կշռով,
- 4) Մինչև 5 տարեկան և դեռահաս երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքում դժբախտ պատահարների և մանկական տրավմատիզմի տեսակարար կշռի աճ:

5) Կեսարյան հատումների գնալով աճող ցուցանիշ, մարզային անհետաձգելի մանկաբարձական ծառայության կարողությունների հզորացման անհրաժեշտություն:

6) Պտղի սեռի նախապատվությամբ պայմանավորված սելեկտիվ աբորտների շարունակական խնդիր:

7) Անպտղության ցուցանիշի տարածվածության բարձր մակարդակ, վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների սահմանափակ մատչելիության պայմաններում:

8) Վաղ տարիքի երեխաների թերաճության և մանկական գիրության զուգակցված բարձր ցուցանիշներ, կանանց և երեխաների անեմիաների տարածվածության բարձր մակարդակ:

9) Պատվաստումներով ժամանակին և ամբողջական ընդգրկվածության ցուցանիշների իջեցմամբ պայմանավորված մարտահրավերներ, նոր պատվաստանյութերի ներդրման դժվարություններ:

10) Մանկական տրավմատիզմի և դժբախտ պատահարների գնալով աճող խնդիր, կանխարգելման միջոցառումների երեխաների անվտանգության իրազեկման իրականացման անհրաժեշտություն:

11) Դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների շրջանում առողջ ապրելակերպի՝ ցածր ֆիզիկական ակտիվության և անառողջ սննդային վարքագծի հիմնախնդիր:

12) Վերարտադրողական առողջության հետ կապված ցուցանիշների բարելավման անհրաժեշտություն՝ սեռավարակների տարածվածության դեռևս բարձր մակարդակ, չարորակ նորագոյացությունների աճի միտում, ուշացած դեպքերի մեծ տեսակարար կշռով:

Ներկայացված ոլորտային խնդիրներից զատ, մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում առկա են հետևյալ համակարգային խնդիրները.

13) Մարզային մակարդակում, արդեն նաև Երևանում, մարդկային ռեսուրսների/մանկական մասնագետների պակասի և ծերացման խնդիր: Մասնագետների անհամաչափ բաշխման և մասնագետներով անբավարար ապահովվածության հարցը,

բուժաշխատողների մասնագիտական հմտությունների բարելավմանն ուղղված ապացուցողական հենքով մասնագիտական գործելակարգերի ներդրման անհրաժեշտությունը համակարգի շարունակական մարտահրավերներից է:

14) Մանկական հիվանդանոցային թանկ ծառայությունների բեռի աճի միտում՝ ԱԱՊ համակարգի գնալով նվազող դերակատարման ֆոնի վրա: Մարզերում հիվանդանոցային, հատկապես, մանկական/նորածնային վերակենդանացման և անհետաձգելի ծառայությունների հզորացման կարիք:

15) Հաշմանդամության կանխարգելման և մանկական վերականգնողական ծառայությունների սահմանափակ աշխարհագրական հասանելիություն և մատչելիություն, ծավալների ընդլայնման կարիք: Կանխարգելիչ և սկրինինգային ծրագրերի ընդլայնման անհրաժեշտություն:

16) Երեխաների/դեռահասների հոգեկան առողջության խնդիրներ, հիվանդանոցային հոգեբուժական ծառայության գրեթե բացակայություն, մասնագետների սուր դեֆիցիտ:

17) Դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների բուժօգնության և բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների կազմակերպական խնդիրներ, բուժաշխատողների կատարողականի ցածր մակարդակ:

18) Քրոնիկ հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերի ուժեղացման, երեխաների պալիատիվ խնամքի ծառայությունների ստեղծման անհրաժեշտություն:

19) Երեխայի խնամքի, սնուցման և առողջության հարցերի շուրջ համայնքի ցածր ընդգրկվածություն, ծնողների գիտելիքների և իրազեկվածության բարձրացման անհրաժեշտություն:

Իրավիճակի բարելավման հիմնական ռազմավարական ուղղությունները

Մոբ և մանկան, վերարտադրողական առողջության պահպանման ոլորտում իրավիճակի բարելավման քաղաքականությունը ուղղված է լինելու հետևյալ **հիմնական նպատակների հաղթահարմանը**.

1) մոբ և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում տրամադրվող բուժօգնության որակի, մատչելիության ու հասանելիության բարելավում՝ մատուցվող ծառայությունների փաթեթների ընդլայնման միջոցով,

2) առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշների բարելավում՝ ուղղորդված առողջապահական ծրագրային միջոցառումների իրականացման միջոցով՝ ներառյալ պերինատալ կորուստների նվազեցման, անպտղության հաղթահարման և կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրերը,

3) կանանց և երեխաների սնուցման վիճակի բարելավում, ներառյալ դեռահասների առողջ սննդային վարքագծի ձևավորումը,

4) երեխաների առողջ աճի և զարգացման ապահովումը, նրանց հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների նվազեցումը, հաշմանդամության կանխարգելումը:

Վերջնական արդյունքում նպատակը մայրական/վերարտադրողական և երեխաների/դեռահասների առողջության բարելավումը կնպաստի մայրական և

մանկական մահացության կրճատմանը, Կայուն զարգացման նպատակների հասանելիությանը:



Այս նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են.

- 1) Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և որակի շարունակական բարելավում, ենթակառուցվածքների և մարդկային ռեսուրսների կարողությունների հզորացում:
- 2) Ծննդոգնության ծառայությունների արդիականացում, անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների ուժեղացում, բուժաշխատողների գիտելիքների և հմտությունների բարելավման աշխատանքներ՝ ուղղված անվտանգ և ապահով բուժօգնության ծառայությունների մատուցմանը:
- 3) Ծննդոգնության և մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների ըստ մակարդակների սահմանված չափանիշներին համապատասխանեցման շարունակական աշխատանքներ, սարքավորումներով և կադրային ներուժով հագեցվածության ապահովում,
- 4) Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտի ԱԱՊ ծառայությունների կարողությունների հզորացում և մարդկային ռեսուրսների հետագա զարգացում, շեշտադրելով մարզային բուժհաստատությունների կարիքները:
- 5) Մանկական վերակենդանացման և նորածնային ինտենսիվ թերապիայի ու ինսամքի ծառայությունների ուժեղացում՝ հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ մանկական մահացության կառուցվածքում նեոնատալ մահացությունն ունի գերակշիռ մասնաբաժին :
- 6) Հղիների վարման և հսկողության որակի, հղիության և պտղի պրենատալ ախտորոշման բարելավում, ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման հնարավորությունների ընդլայնում:
- 7) Անպտղության հաղթահարման ծրագրի շարունակական իրականացում, ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը՝ հետագա զարգացումների ապահովմամբ:

8) Մեկեկտիվ արորտների դեմ պայքարի միջգերատեսչական ծրագրի մշակում, սեռով պայմանավորված պտղի կորուստների նվազեցման միջոցառումների իրականացում, օրենսդրության կիրառման ապահովում:

9) Մանկական տրավմատիզմի և դժբախտ պատահարների կանխարգելման ծրագրային միջոցառումների իրականացում:

10) Կանանց վերարտադրողական օրգանների չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելմանը և վաղ հայտնաբերմանն ուղղված նոր զարգացումների ապահովում:

11) Երեխաների/դեռահասների հոգեկան առողջության բարելավում, մանկական հոգեբուժական ծառայության ուժեղացում, ներառյալ հիվանդանոցային ստորաբաժանման ծավալումը:

12) Դպրոցական առողջապահական համակարգի բարելավում, ծառայությունների կանոնակարգում, առողջ ապրելակերպին ուղղված 'Առողջ դպրոցներ' ազգային քաղաքականության խթանում:

13) Գերքաշության կրճատման և սնուցման խանգարումներով պայմանավորված բեռի նվազեցմանն ուղղված քաղաքականության մշակում և համապատասխան միջոցառումների իրականացում:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ ԵՎ ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. Առողջություն և առողջապահություն, 2016. 2017, 2018, 2019» վիճակագրական Տարեգիրք, ՀՀ ԱՆ Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ», Երևան, 2019թ.,
<http://www.nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceab9c650b10fa6e7b83542.pdf>
2. Առողջապահության Համակարգի Գործունեության Գնահատում, 2018, Տարեկան Զեկույց, ՀՀ ԱԱԻ, Երևան 2018 http://www.nih.am/am/national_assessment_reports/101/am
3. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի 2000,2005,2010, 2015թթ. հետազոտություններ (ՀԺԱՀ) <http://www.nih.am/am/publications/dhs>
4. Տնային տնտեսությունների կողմից մոր եվ մանկան առողջության և ընտանիքի պլանավորման համար կատարված ծախսերի վերլուծություն, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, Երևան, 2016, http://www.nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/1?block=AAH_program_report
5. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2018 թվականի հունվար-դեկտեմբերին, ՀՀ Վիճակագրական կոմիտե, Երևան,2019, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2115>
6. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2018, ՀՀ Վիճակագրական կոմիտե, Երևան,2018, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2102>
7. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2019, ՀՀ Վիճակագրական կոմիտե, Երևան,2019, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2225>
8. Հայաստանի Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2000, 2005, 2010, 2015-201616, Հիմնական ցուցանիշների զեկույց, ՀՀ ԱՎԾ, ՀՀ ԱՆ, https://www.armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-arm.pdf
9. ՀՀ Կառավարության 2005թ. Մանկական մահացության ու ծնունդների գրանցման և դասակարգման հիմնախնդիրների հետ կապված իրավիճակը բարելավելու մասին N949 որոշում, Arlis.am
10. Institutional consultancy on Assessing Neonatal Care Services at Maternity and Primary Healthcare Levels in Armenia, AUA/UNICEF, 2016
11. A cross-sectional study assessing the quality of neonatal health care services in the republic of armenia, Assessment of Neonatal Care Services in Armenia, Armenian Association of Neonatal Medicine, USAID, Armenia, 2017,
<file:///C:/Users/User/Desktop/Neonatal%20Strategy/Report%20USAID.pdf>
12. Eurostat. (2019). Infant mortality rate. Brussels, Belgium: Statistical Office of the European Union. Accessed at Sept. 28, 2019 at
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en
<https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2018-2019>
13. Every Child Alive, 2017. UNICEF. Accessed on Sept.17, 2018 at
https://www.unicef.org/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newborn_deaths.pdf
14. Statistical Committee of the Republic of Armenia. Accessed on Sept 9, 2019 at
http://armstat.am/file/article/sv_12_18a_520.pdf
15. Levels & Trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF, WHO, WB and UN. Report 2019.
<file:///C:/Users/User/Downloads/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>
16. The Partnership for Maternal, Neonatal and Child Health Factsheet. Accessed on Dec13, 2018 at
https://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/201106_stillbirths/en/

17. Joy E Lawn, Hannah Blencowe, Robert Pattinson, Simon Cousens, Rajesh Kumar, Ibinabo Ibiebele, Jason Gardosi, Louise T Day, Cynthia Stanton. The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? Accessed on Dec. 13, 2018 at <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2810%2962187-3>
18. Diana Andreyan. Problems related to injuries (trauma) in the world and in Armenia. Ministry of Health. National Institute of Health after Academician Avdalbekyan. Accessed on Sept 9, 2019 at <http://nih.am/assets/pdf/atvk/5469f383e0464e6c50a317d3afa9dd61.pdf>
19. Demirchyan A, Melkom Melkomian D, Abelyan G et al. (2016). Institutional consultancy on assessing livebirth and stillbirth registration and reporting in Armenia. American University of Armenia School of Public Health, Center for Health Services Research and Development: Yerevan, Armenia.
20. Health Behavior of School-age Children 2013/2014 Armenia National Study Results. ARABKIR Medical Centre - Institute of Child and Adolescent Health, HBSC Armenia. 2016. Accessed on Sept 25, 2018 at <http://arabkirjmc.am/wp-content/uploads/2016/05/English-version-of-Armenian-HBSC-2016.pdf>
21. National Center for AIDS Prevention, Ministry of Health of RA. Mother-to-child HIV elimination validation certificate was presented to Armenia. Accessed on Sept. 22, 2019 at http://www.arm aids.am/en/news/view/un aids_congrats.html

«Առողջություն և առողջապահություն, 2019» վիճակագրական տարեգիրք
(Կերպուծության ենթարկված վիճակագրական տվյալների աղյուսակների ցանկ)

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ		
N	Աղյուսակի նիշը	Անվանում
<i>ԳԼՈՒԽ 1 ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ</i>		
1.	Աղյուսակ 1.1	ՀՀ մշտական բնակչություն (տարեսկզբին)
2.	Աղյուսակ 1.3	Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը հաշվարկված ծննդյան պահից
3.	Աղյուսակ 1.9	Բնակչության բնական շարժը և մանկական մահացությունը
4.	Աղյուսակ 1.10	Մայրական մահացություն
5.	Աղյուսակ 1.11	Մայրական մահացություն (եռամյա միջին ցուցանիշ)
<i>ԳԼՈՒԽ 2 ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ</i>		
6.	Աղյուսակ 2.1.2	ՀՀ բնակչության կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդություններ (0-14 տ. երեխաներ)
7.	Աղյուսակ 2.1.4	ՀՀ բնակչության ընդհանուր հիվանդացություն (0-14 տ. երեխաներ)
8.	Աղյուսակ 2.13	0-14 տարեկան երեխաների հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների
9.	Աղյուսակ 2.14	15–17 տարեկան երեխաների հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների
10.	Աղյուսակ 2.15.1	Կանանց շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների (բացարձակ արժեք)
11.	Աղյուսակ 2.15.2	Կանանց շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների
<i>ԳԼՈՒԽ 2. ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՉ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ</i>		
12.	Աղյուսակ 2 չ.ն.2	Բնակչության հիվանդացությունը չարորակ նորագոյացություններով՝ ըստ տարիքային խմբերի, 2018թ
13.	Աղյուսակ 2 չ.ն. 5	Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով հաճախակի հանդիպող չարորակոր նագոյացությունների թվաքանակն ըստ տարիքային խմբերի և սեռի (բացարձակ արժեք) 2018թ.
14.	Աղյուսակ 2 չ.ն. 6	ՀՀ բնակչության շրջանում ՉՆ հիվանդների թիվը 2018թ.
15.	Աղյուսակ 2 չ.ն. 18	ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՉՆ հիվանդների սեռատարիքային բաշխվածությունը 2018թ.
<i>ԳԼՈՒԽ 3. ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ</i>		
16.	Աղյուսակ 3.1	Հղիների թիվը և առողջության որոշ բնութագրեր

17.	Աղյուսակ 3.2	Ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ	
18.	Աղյուսակ 3.3	Վիրաբուժական միջամտություններ	
19.	Աղյուսակ 3.4	Ծննդոգնությունը՝ ՀՀ ծննդոգնության հիմնարկներում	
20.	Աղյուսակ 3.5	Հակաբեղմնավորիչների օգտագործումը	
21.	Աղյուսակ 3.6	Հղիության ընդհատումների թիվը	
22.	Աղյուսակ 3.7	Հղիության ընդհատման թիվն ըստ պատճառների մարզային կտրվածքով 2018թ.	
23.	Աղյուսակ 3.8	Վակուում ասպիրացիայի (մինի) և դեղորայքների միջոցով հղիության ընդհատման թիվը մարզային կտրվածքով, 2018թ.	
24.	Աղյուսակ 3.9	Հղիության ընդհատման թիվն ըստ ժամկետների մարզային կտրվածքով 2018թ.	
25.	Աղյուսակ 3.10	Հղիության ընդհատման թիվը ֆերտիլ հասակի 1000 կանանց հաշվով մարզային կտրվածքով, 2018թ.	
26.	Աղյուսակ 3.11	Կենդանի ծնվածների բաշխումն ըստ մարմնի զանգվածի	
27.	Աղյուսակ 3.12	Անհատություն, պերինատալ մահացություն և մեռելածնություն ծննդոգնության հիմնարկներում	
28.	Աղյուսակ 3.13	Նորածինների հիվանդացություն	
29.	Աղյուսակ 3.14	Նորածինների մահաբերությունը (1000 գրամ և ավելի մարմնի զանգվածով)	
30.	Աղյուսակ 3.15	ՀՀ ծննդոգնություն իրականացնող հաստատություններում գրանցված ծնունդներ, կենդանածիններ, վաղ նեոնատալ և պերինատալ մահացության ցուցանիշներ ըստ մարզերի 2018	
31.	Աղյուսակ 3.16	ՀՀ նորածնային (նեոնատալ) մահացություն (0-27 օր)	
32.	Աղյուսակ 3.17	ՀՀ վաղ նորածնային (վաղ նեոնատալ) մահացություն (0-6 օր) /ծննդաբերական և նորածնային բաժանմունքներ/	
ԳԼՈՒԽ 4. ԻՄՈՒՆԱԿԱՆԽԱԸԳԵԼՈՒՄ			
33.	Աղյուսակ 4.1	Իմունականիսարգելման ծրագրերում ընդգրկված վարակիչ հիվանդությունների թիվը	
34.	Աղյուսակ 4.2	Պատվաստումներում երեխաների ընդգրկվածությունան ցուցանիշներ (%)	