

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱԴԱՆՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱԿԱՎԱԾՈՒՄ 2016



Կառավարում

Արդարացի ֆինանսական

ներդրումներ

Արձագանքում

Ռեսուրսների կազմավորում

Օառայությունների սպասարկում

Ֆինանսավորում

Առողջության խնամք

Մատչելիություն

Որակ եվ անվտանգություն

Ֆինանսական պաշտպանվածություն



24681 5 379 1

0257 9 6 7 3 6 3

3 5 7 6 9 5 9 5 8 2

9 5 6 4 8 7 4 2 0 8 4

3 5 7 9 2 7 9 6 1 7 5

1 6 9 5 2 5 7 8 4 2

8 3 5 9 6 7 4 2 3

7 5 5 8 2 9 4 7 1 6 5

5 6 8 3 9 3 7 1 6 4 1

154813207 3

2367109412

353626459 1

413865082 2

90 97172564

154813207 3

2367109412

353626459

**ՀԱՅԱՍՏԱՆ**

**ԱՌՈՂՋԱԴԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ**

**ԳՆԱԿԱՎԱԾՈՒՄ 2016**



**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ  
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ  
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆ**

**2016**

ՀՏԴ614.2

ԳՄԴ 51.1

Ա. 720

Ա. 720 Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2016/

Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Ս. Մանուկյան, Գ. Մուրադյան, Ա. Թորոսյան, Ա. Չամանյան, Լ. Բիձյան, Պ. Զելվեյան

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2016. էջ 204:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2016թ.-ի յոթերորդ զեկույցը ներկայացնում է ՀՀ առողջապահության համակարգի գերակա հիմնախնդիրները՝ բնակչության առողջության վիճակը, մահացության և հիվանդացության առավել տարածված պատճառները, ոչ վարակիչ հիվանդությունների և այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, բուժօժանոթությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության գնահատականները, համակարգի արձագանքումը բնակչության պահանջներին, առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի առկայության, բաշխվածության, մասնագետներով ապահովվածության հիմնախնդիրները:

ԱՀԳԳ զեկույցում արտացոլված վերլուծությունը հիմնված է ՀՀ առողջապահության պաշտոնական վիճակագրական և 2015-2016թ.-ին իրականացված ընտրանքային հետազոտության տվյալների հիման վրա: Զեկույցն ամփոփում է Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության նվաճումներն և բացերը, որոնք ուղղված են համակարգի կարողությունների զարգացմանը և հզորացմանը:

Զեկույցի յուրաքանչյուր բաժնում ներկայացված են Հայաստանի առողջապահական համակարգի խնդիրները և գործունեության արդյունավետության բարելավման առաջարկներ:

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

ՀՏԴ 614.2

ԳՄԴ 51.1

ISBN 978-9939-9156-4-7

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության  
ազգային ինստիտուտ, 2016թ.



**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	6
ՆԱԽԱԲԱՆ	9
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳ.....	11
ՀԱՄԱՌՈՏ ԱՍՓՈՓՈՒՄ.....	14
ԱՀԳԳ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔ.....	22
ԱՀԳԳ ԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ.....	23
Մեթոդաբանություն.....	23
Ընտրանքային հետազոտության հարցաթերթ.....	24
Հիմնական հետազոտության ժամանակ ի հայտ եկած խնդիրները.....	26
Առաջարկություններ.....	27
Հետազոտության վերաստուգում.....	28
<b>1. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ.....</b>	<b>29</b>
Բնակչության թվաքանակն և կազմը.....	29
Բնակչության բնական շարժը.....	30
Կյանքի սպասվող տևողություն.....	30
Բնակչության բնական վերարտադրություն.....	32
Մահացության պատճառներ.....	33
Վաղաժամ մահացություն.....	36
Մահացությունն արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից .....	37
Մահվան առավել տարածված պատճառները մարզերում.....	39
Մահվան առավել տարածված պատճառների միջազգային համեմատություն.....	40
Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացություն.....	40
Երեխաների սնուցման հիմնախնդիրները.....	43
Հիվանդությունների տարածվածության միտումները.....	46
<b>2. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ.....</b>	<b>50</b>
Առողջության ընդհանուր վիճակի գնահատականը.....	50
Հիվանդագին վիճակների տարածվածություն.....	51
Հոգեկան առողջություն.....	54
Ծանր դեպրեսիվ խանգարումների ախտորոշման չափանիշներ.....	55
Քրոնիկական հիվանդություններ.....	58
<b>3. ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ.....</b>	<b>61</b>
Ռիսկի գործոնների տարածվածություն.....	62
Զարկերակային ճնշում.....	64
Թաքնված զարկերակային բարձր ճնշում.....	67
Գերճնշման վերահսկում.....	69
Զարկերակային ճնշման չափումների իրականացումը կանխարգելիչ և սրբինինգային ծրագրի շրջանակներում.....	70
Բնակչության տեղեկացվածությունը զարկերակային բարձր ճնշման վնասակար ազդեցության վերաբերյալ.....	72

Քոլեաթերինի մակարդակի չափման արդյունքներ.....	74
Քոլեաթերինի մակարդակի ուսումնասիրության արդյունքները.....	76
Գլուկոզի մակարդակի չափման արդյունքներ .....	81
Գլուկոզի մակարդակի ուսումնասիրության արդյունքները.....	83
Ավելցուկային քաշ.....	88
Ծխախոտի օգտագործում.....	91
Ալկոհոլի օգտագործում.....	98
Ֆիզիկական թերակտիվություն.....	102
Կերակրի աղի օգտագործում.....	106
Ճարպերի օգտագործում.....	111
Համակարգչից օգտվելու հաճախականությունը.....	112
Բերանի խոռոչի հիգիենա.....	116
Շրջակա միջավայրի և կենցաղային ռիսկի գործոններ տարածվածություն.....	118
Սանիտարահիգիենիկ պայմաններ .....	120
Բնակարանի ջեռուցում.....	122
<b>4. ԲՈՒԺՄԱՍՆԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄՊԱՌՈՒՄ.....</b>	<b>124</b>
Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի.....	127
Ամբուլատոր հաճախումներն ըստ մարզերի.....	129
<b>5. ԲՈՒԺՄԱՍՆԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ.....</b>	<b>130</b>
Բուժհիմնարկների ֆիզիկական մատչելիություն.....	133
Առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բուժհաստատությունների գործունեություն ....	135
ԱԱՊ բուժօգնության օղակի դիմելիության հակվածություն.....	135
ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններ դիմելիության պատճառները.....	137
ԱԱՊ օղակի բժշկի կողմից կատարած կանխարգելիչ գործողությունները.....	138
ԱԱՊ բուժհաստատություններ դիմելիությունը բուժման նպատակով.....	139
ԱԱՊ օղակի դիմելիության բնութագրերը հիվանդության դեպքում.....	140
Դեղորայքի մատչելիությունը՝ առաջնային օղակում բուժվելիս.....	142
ԱԱՊ ուղեգրումները հիվանդանոցային հաստատություն.....	143
Հիվանդանոցային բուժօգնություն.....	144
Հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններից օգտվելը.....	144
Հոսպիտալացման ուղիները.....	146
Հիվանդանոցային բուժօգնության համար վճարումներ.....	147
ԱԱՊ հաստատությունների կողմից իրականացվող կանխարգելիչ հետազոտություններ.....	149
Կանխարգելիչ հետազոտությունների իրականացման ընդհանուր պատկերը.....	152
Կանանց կանխարգելիչ հետազոտություններ.....	154
Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություններ.....	154
Կրծքագեղձի մամոգրաֆիական հետազոտություն.....	158
ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն.....	160
Կանխարգելիչ հետազոտություններ.....	163
Ֆյուրոզրաֆիական հետազոտություններ.....	163
Շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն.....	166

<b>6. ԲՈՒԺՄԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ.....</b>	<b>169</b>
Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում.....	169
Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերում.....	171
Չարորակ նորագոյացությունների հիմնախնդիրներ.....	173
Հիվանդանոցային մահաբերություն.....	175
Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ	177
Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ.....	177
Կեսարյան հատումներ.....	178
Մոր և մանկան առողջության պահպանում.....	178
<b>7. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՐՁԱԳԱՆՔՈՒՄ.....</b>	<b>180</b>
<b>8. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՂՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ.....</b>	<b>185</b>
Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում.....	186
Առողջապահական համակարգի կադրայիններուժի բաշխում.....	190
Բժիշկների և բուժքույրերի կազմը և բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցություն.....	191
Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխման մարզային համամասնություն.....	193
Կադրային ներուժի բաշխումն առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող հաստատություններում.....	194
Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների.....	195
Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ.....	199
Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր.....	199

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՀ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱԲ-ԵՏՇ	«Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարան
ԱԾԻԳ	Առողջապահության ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ԱԿՆ	Առողջապահության կադրային ներուժ
ԱՀԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱՀԶ	Առողջապահության համաշխարհային զեկույց
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՊՀ	Անկախ պետությունների համագործակցություն
ԱՊՔ	Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՏՎԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն
Բ.թ	Բացարձակ թիվ
ԴՊ	Դժվարանում է պատասխանել
ԵՄ-26	Արևելյան Եվրոպայի 26 երկրների համախմբություն
ԵՄ-27	Արևմտյան և Կենտրոնական Եվրոպայի 27 երկրների համախմբություն
ԵՊԲՀ	Երևանի Ս. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ԶԳ	Զարկերակային գերճնշում
ԶԳՀ	Զարկերակային գերճնշմամբ բնութագրվող հիվանդություններ
ԶՃ	Զարկերակային ճնշում
ԿՔ	Կրծքագեղձի քաղցկեղ
ՀԶՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
Հ.թ.	Հարաբերական թիվ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ, 10-րդ վերանայում
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ՄԶԳ	Մարմնի զանգվածի գործակից
ՄԺԾԾ	Միջնաժամկետ ծախսային ծրագիր
ՇԴ	Շաքարային դիաբետ

ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություններ
ՊԱԳ	Պետական առողջապահական գործակալություն
ՊԱՊ	Արգանդի պարանոցի քուրքի բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկոլաուի (ՊԱՊ թեսթ)
ՊՍԱ	Պրոստատիկ սպեցիֆիկ անտիգենը
ՌԳ	Ռիսկի գործոն
ՄԻՀ	Մրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՍՄԻ	Սրտամկանիսուրինֆարկտ
ՎԹԱՊ	Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ
S/S	Տնային տնտեսություններ
ՈԻԱՀ	Ուղեղանոթային հիվանդություններ
ՈԻԱԿ	Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

ԱՀԳԳ հրատարակությունում ներկայացված տվյալների օգտագործման դեպքում խնդրում ենք փաստաթղթին կատարել հետևյալ հղումը. «Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, 2016», Երևան, 2016թ.:

Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) զեկույցը մշակվել է ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի» առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի ղեկավար՝ Բ.Գ.Թ., Դիանա Անդրեասյանի, սոց.գ.թ. Սամվել Մանուկյանի (մոնիթորինգի և գնահատման փորձագետ), Գայանե Մուրադյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎԿ-ի էլեկտրոնային առողջապահության բաժնի ղեկավար), Արևիկ Թորոսյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՀԳԳ մասնագետ), Աննա Չամանյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՀԳԳ մասնագետ), Լիլիթ Բիճյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՀԳԳ մասնագետ) կողմից:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցը պատրաստվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության տեխնիկական և ֆինանսական աջակցությամբ:

2016թ. ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտությունն իրականացվել է Համաշխարհային բանկի ֆինանսական աջակցությամբ:

## **ԵՐԱԽՏԻՔԻՆՈՍՔ**

ՀՀ առողջապահության նախարարությունն ԱՀԳԳ զեկույցների պատրաստման համար իր երախտագիտությունն է հայտնում Համաշխարհային բանկի գրասենյակի առողջապահության ավագ մասնագետ Մուսաննա Հայրապետյանին:

ՀՀ ԱՀԳԳ աշխատանքային խումբը շնորհակալություն է հայտնում ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի և ԱՕԻԳ-ի մասնագետներին աշխատանքների իրականացման ընթացքում ցուցաբերած աջակցության համար:

## ՆԱԽԱԲԱՆ

Բնակչության առողջության պահպանման ու բարելավման նպատակով իրականացվող կանխարգելիչ միջոցառումներն աշխարհի ցանկացած երկրի առողջապահական համակարգի առաջնահերթ ու կարևորագույն խնդիրներից են: Առողջ և բարեկեցիկ կյանքով ապրող բնակչությունը լուրջ երաշխիք է տվյալ երկրի տնտեսության զարգացման գործընթացում:

ՀՀ կառավարությունը խիստ կարևորելով այս հանգամանքը, մշտապես իր ուշադրության կենտրոնում է պահում բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված, ինչպես արդեն գործող, այնպես էլ՝ նոր մշակվելիք ծրագրերի իրականացումը, առողջ հասարակության առկայությամբ է պայմանավորված առողջապահական համակարգի ֆինանսական բեռի նվազումն ու երկրի տնտեսության զարգացումը:

Գաղտնիք չէ, որ ցանկացած երկրի առկա ֆինանսական միջոցներն անսահմանափակ չեն, և չի բացառվում բյուջեում հնարավոր ճեղքերի առաջացումը, որը սակայն, չպետք է խոչընդոտի բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված անհրաժեշտ ներդրումների հատկացմանը:

Առողջապահական համակարգի ամենամյա բյուջեից հատկացումների հայտերը պետք է ներկայացվեն հիմնավորված և խիստ անհրաժեշտությամբ պատճառաբանված: Դրա համար պետք է կարևորել համակարգում առկա բացերի հաղթահարմանն ուղղված հիմնական գործառույթները:

2015-2016թթ. ՀՀ առողջապահության ոլորտում իրականացվող բարեփոխումներն ուղղված են համակարգի արդիականացմանն ու բնակչության առողջության բարելավմանը, ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարում առաջացած բեռի նվազեցման նպատակով սիրտանոթային հիվանդությունների, չարորակ նորագոյացությունների, շաքարային դիաբետի վաղ հայտնաբերմանն ու վերահսկման միջոցառումների իրականացմանը, արյունաբանությանն ու ռուտին քառաբանության ասպարեզում բժշկական օգնության ու սպասարկման որակի բարելավմանն ու ենթակառուցվածքների ստեղծմանը, ինչպես նաև բնակչության առողջապահական կարիքների գնահատմանը: Առողջապահության համակարգի գերակա խնդիրներից է նաև միջգերատեսչական համագործակցությունը, որը հնարավորություն կընձեռի կենտրոնական և մարզային մակարդակներում կյանքի կոչելու բնակչությանն առնչվող ռազմավարական ծրագրերի իրականացումը:

Առողջապահական համակարգի գործունեության բարելավման և արդյունավետ կառավարման համար խիստ անհրաժեշտ է էլեկտրոնային միասնական առողջապահական տեղեկատվական համակարգի ներդրումը՝ թափանցիկ և ճշգրիտ տվյալների հավաքագրման և գնահատման համար, որն առանցքային կարևորություն կունենա հետագա բարեփոխումների, հստակ միջոցառումների ռազմավարության և քաղաքականության մշակման համար:



ՀՀ Առողջապահության նախարարությունը, հավատարիմ մնալով Կառավարության ստանձնած պարտավորություններին, պատասխանատվություն է կրում բժշկական սպասարկման մատչելիության, ֆինանսական ռիսկերի նվազեցման, բնակչության գոհունակության բարձրացման և այլ ոլորտների հետ միջգերատեսչական համագործակցության արդյունքում բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման համար՝ հենվելով ԱՀԿ-ի «Առողջություն 2020» համաեվրոպական նոր քաղաքականության վրա:

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը (ԱՀԳԳ) գործիք է, որը հնարավորություն է ընձեռում դիտարկելու և գնահատելու առողջապահական համակարգի կառավարման արդյունավետությունը, բարեփոխումների առաջընթացն ու ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա: Համակարգի ճիշտ գնահատումը բարեփոխման բանալի է և փաստարկ հետագա ներդրումների համար:

## **ՀՀ առողջապահության նախարարություն**

## ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ

### ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԱՅՅՑԱԿԱՐԳ

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը համակարգի բարելավման և հետագա ներդրումները հիմնավորող փաստարկ է, բարեփոխումների իրականացման, բնակչության ակնկալիքներն արդարացնելու միջոցով սոցիալական բարեկեցության ապահովման գրավական:

ԱՀԳԳ-ն արտացոլում է առողջապահական համակարգում իրականացվող գործառնությունները, բնակչության առողջության վիճակը, հիվանդությունների բեռը և դրանց զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, բարեփոխումների իրականացման նպատակով՝ միջգերատեսչական համագործակցության արդյունավետությունը:

Շնորհիվ ԱՀԳԳ-ի, հնարավոր է դառնում իրատեսորեն գնահատել առողջապահական համակարգի դերն ու նշանակությունն առհասարակ, և պատասխանել հասարակությանն հետաքրքրող երեք հիմնական հարցերի.

- Ինչպե՞ս կարելի է բարելավել բնակչության առողջությունը, տնտեսական և սոցիալական բարեկեցությունն առողջապահական համակարգում կատարվող ներդրումների միջոցով:
- Ի՞նչը կարող է երաշխավորել առողջապահական համակարգերի արդյունավետ գործունեությունն ապագայում:
- Ինչպե՞ս կարելի է ճիշտ կառավարել և բարելավել առողջապահական համակարգի գործունեությունն առավելագույն արդյունավետությունն ապահովելու ակնկալիքով:

Առողջապահական համակարգի գործունեության տիրույթը բազմաշերտ է, ուստի խիստ կարևոր գործառնությո է կառավարման օղակների (կենտրոնական, տարածաշրջանային) և հանրային ու մասնավոր հատվածների ինտեգրումը: Համակարգում իրականացվող բարեփոխումներն ենթադրում են պարտականությունների հստակ սահմանում, կարգավորման արդյունավետ և ճկուն միջոցների կիրառում՝ գիտակցելով, որ առողջության առանցքային շատ գործոններ գտնվում են առողջապահության ոլորտից դուրս, հետևաբար անհրաժեշտ է ճիշտ համակարգված միջգերատեսչական համագործակցություն:

Վերջին տարիներին Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում, ինչպես և Հայաստանում, մեծացել է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման անհրաժեշտությունն և կարևորությունը:

Առողջապահական համակարգի գործունեությունը կախված է տեղեկատվության հավաստիությունից, որը հնարավորություն է ընձեռում գնահատելու համակարգի աշխատանքի

արդյունքը: Տեղեկատվական տեխնոլոգիաների կիրառումը հեշտացնում է տվյալների հավաքագրումն և վերլուծությունը, թույլ է տալիս առավել ճիշտ գնահատել ծախսերը, եկամուտներն ու առկա իրավիճակը թիրախային որոշումներ կայացնելու համար:

Վերլուծության տվյալներն անհրաժեշտ է այնպես ներկայացնել, որ թե՛ հիվանդները, թե՛ մասնագետները, թե՛ առողջապահության կազմակերպիչները կարողանան ստանալ իրենց հետաքրքրող և օգտակար տեղեկատվությունը:

Ինչ խոսք, այս խնդրի լուծումը հեշտ չէ, քանի որ պահանջվում է դիտարկել մեծաթիվ գործառույթներ և դրանք կապակցել ելքային տվյալների արդյունքների հետ: Ճիշտ ընտրված հստակ ցուցանիշերն իրենց առանձնահատկությամբ և մասնավոր ազդեցության առկայությամբ, կարող են հասկանալի դարձնել վերջնական նպատակի իրականացման ճանապարհին ինչ առաջընթաց է արձանագրել գործառույթը, ինչպես նաև մատնացույց անել այն քայլերը, որոնք հարկավոր է ձեռնարկել արդյունավետության բարձրացման համար:

Գործունեության գնահատման արդյունավետությունը կախված է առողջապահական համակարգի նպատակների իրագործման օգտակարությունից, ուստի այն չի կարող լինել մեկուսի՝ իրական բարելավում ապահովող քաղաքական լծակներից: Մեծ զգուշություն է պահանջվում գործունեության բարելավմանն ուղղված միջոցառումների մշակման և կիրառման գործընթացում, ինչպես նաև կարճաժամկետ նպատակների իրականացմամբ չսահմանափակվել և նորարարությունները չանտեսել:

Առողջապահության նախարարության կառավարման գործառույթի մաս են կազմում արժեքավոր և վստահելի տվյալների հավաքագրումը, դրանց վերլուծության թափանցիկությունը, ստացված արդյունքների համակարգված կիրառման խթանումը պլանավորման և գնահատման ժամանակ, ինչպես նաև իրազեկված հանրային քննարկումների օժանդակումը: Այս բոլոր գործոնների միասնությունը լավագույնս կարող է նպաստել առողջապահական համակարգի նպատակների իրականացմանը և դրանց միջև բոլոր փոխզիջումների կառավարմանը:

Առողջապահական համակարգի կազմակերպիչները պատասխանատու են ոչ միայն համակարգի արդյունավետության գնահատման, այլև վերջինիս արդյունքում համակարգի գործունեության հետագա բարելավման համար:

Յուրաքանչյուր առողջապահության համակարգ ինքն է որոշում, թե ինչպես և ինչ միջոցառումներ իրականացնել բնակչության առողջության բարելավման ուսցիալական բարեկեցության ապահովման համար:

2008թ. հունիսին ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 պետության ներկայացուցիչներ Էստոնիայում ընդունեցին «Առողջապահական համակարգերն առողջության և բարեկեցության

համար» փաստաթուղթը (Տալլինի Խարտիա), որում որպես ամրագրված առաջին քայլ էր համարվում անդամ պետությունների կողմից պարբերաբար իրենց երկրների առողջապահական համակարգերի գործունեության գնահատման գործընթացի մշակումն ու կազմակերպումը:

Հայաստանում առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումն իրականացվում է 2007թ.-ից և այս գործընթացն ինստիտուցիոնալացվել է, որի արդյունքում ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎԿ-ում ստեղծվեց առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման բաժին: ԱՀԳԳ 2016թ. գնահատման զեկույցը թվով յոթերորդն է: Հայաստանը Եվրոպական տարածաշրջանի եզակի երկրներից է, որ իրականացնում է առողջապահական համակարգի գործունեության կանոնավոր գնահատում:

*Հայաստանում ԱՀԳԳ իրականացվել է հետևյալ նպատակներով.*

- Գնահատել առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակների իրագործման մակարդակն և կատարել համակարգում տեղի ունեցող փոփոխությունների մոնիթորինգ:
- Ապահովել առողջապահական համակարգի գործունեության ամփոփիչ գնահատում:
- Առողջապահության ոլորտի ազգային քաղաքականության ուշադրության կենտրոնում պահել առողջապահական համակարգի գործունեություն:
- Նպաստել առողջապահական համակարգի կառավարման արդյունավետության բարձրացմանը:
- Հնարավոր դարձնել առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատումը:
- Կարևորել առողջապահական համակարգի գործունեության բարելավմանն ուղղված գործառույթների և աշխատանքների գերակա բնագավառները:
- Խթանել առողջապահական համակարգում տվյալների առավել լիարժեք որոնումն ու հավաքագրումը և դրանց ճիշտ վերլուծությունը:

Որևէ համակարգի գործունեությունը գնահատելու խիստ կարևոր պայման է ճիշտ ինդիկատորների ընտրությունը, որը կատարվում է ԱՀԳԳ ռազմավարության շրջանակում:

ԱՀԳԳ ինդիկատորների ընտրության և դրանց փաթեթի մշակման նախապայմաններն են.

- Ինդիկատորների կապն առողջապահական համակարգի բարեփոխման նպատակների և ռազմավարության հետ:
- Տվյալների առկայությունը և հավաստիությունը:

Համակարգի գործունեությունը գնահատելիս դիտարկվել են ինդիկատորների արդյունքներն ըստ տարիների և ուսումնասիրվել վերջիններիս միտումները: Ստացված արդյունքները համեմատվել են նաև ՀՀ կառավարության ռազմավարական ծրագրերում կամ ՀԶՆ-ում սահմանված նպատակային ցուցանիշերի հետ:

### **Հայաստանի ԱԳԳ-ն գործընթացում.**

- Դիտարկվել են ՀՀ առողջապահական համակարգում գրանցված փոփոխությունները՝ համեմատություն կատարելով ուսումնասիրության սկզբի՝ 1990թ.-ի, և երկրում արագ տնտեսական աճի սկզբնաշրջանի՝ 2000թ.-ի պատկերի հետ:
- Փորձ է կատարվել բացահայտելու առողջապահական համակարգի գործունեության իրականացված բարեփոխումների առնչությունները՝ օգտագործելով բարեփոխումների հատուկ ծրագրեր (օրինակ՝ առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխման կամ հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման): Վերլուծվել է բնակչության առողջության վիճակն ըստ բարեկեցության և ժողովրդագրական խմբերի առողջապահական ծառայությունների մատչելիության աստիճանը որոշելու համար:
- Գնահատվել է բնակչության գոհունակությունը բուժաստատությունների ծառայություններից:
- Վերլուծվել են քրոնիկական հիվանդությունների հիմնախնդիրները և այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածությունը:
- Վերլուծվել են կադրային ներուժի պատրաստման, բաշխվածության և ապահովվածության հիմնախնդիրները:

### **ՀԱՄԱՌՈՏ ԱՍՓՈՓՈՒՄ**

ԱՀԳԳ զեկույցը կազմված է 8 բաժիններից:

#### **Առողջության վիճակ**

Այս բաժնում ներկայացված են բնակչության ժողովրդագրական և առողջությունը բնութագրող ցուցանիշերը, առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդություններն (ՌՎՀ), և այդ հիվանդություններից առաջացած մահվան պատճառները, մանկական և մայրական առողջության ցուցանիշերը, բնակչության ընդհանուր ու հոգեկան առողջության գնահատականները և այլ հիմնախնդիրներ:

Հայաստանում վերջին 10 տարիների ընթացքում կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս մնացել է անփոփոխ՝ 75 տարի: Կանանց շրջանում ցուցանիշը 6.5 տարով գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշը: Այնուամենայնիվ, ծնվելիս կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը գերազանահատված է, ինչը թույլ չի տալիս առողջության վիճակի վերլուծություններում վստահորեն հիմնվել այդ կարևորագույն ինտեգրալ ցուցանիշի և դրա փոփոխության միտումների վրա:

65 և բարձր տարիքի բնակչության թիվը 2016թ. տարեսկզբին կազմել է 10.9%: Հայաստանում բնակչության ծերացումը ժողովրդագրական կարևորագույն հիմնախնդիրներից մեկն է, որն

հանդիսանում է երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության վերարտադրության, ծնելիության, մահացության, դրանց հարաբերակցություններում տեղաշարժերի և արտարագաղթի հետևանք:

Երկրում ծնելիության ցածր մակարդակի մեկ այլ կարևոր գործոն է ինդիվիդուալիստական արժեքների և սոցիալ-տնտեսական պայմանների պատճառով երիտասարդների նախապատվությունը՝ ունենալ ընդամենը 1-2 երեխա:

Համաձայն պաշտոնական վիճակագրության, Հայաստանում բնակչության մահացության հիմնական պատճառներ են հանդիսանում ՌՎՀ, մասնավորապես, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (այսուհետև՝ ԱՇՀՀ՝ 46%), չարորակ նորագոյացությունները (ՉՆ՝ 21.9%), շաքարային դիաբետը (ՇԴ՝ 4.6%), թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹՔՕՀ՝ 4.2%): Այսպիսով, ՌՎՀ-ից մահացության բեռը ՀՀ կազմում է մոտ 75%:

ՌՎՀ տարածվածության և դրանց մահացության բեռի նվազեցման համար անհրաժեշտ է ԱԱՊ օղակում իրականացնել այդ հիվանդությունների հայտնաբերմանն ուղղված սքրինինգային հետազոտություններ, որոնք կնպաստեն հիվանդ անձանց դիսպանսերացմանն և առողջության վիճակի հետագա շարունակական վերահսկմանն ու բուժման որակի բարելավմանը: Հարկ է նշել, որ առողջապահության համակարգի գերակա խնդիրներից մեկն է այդ հիվանդություններից առաջացած վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) մահացությունը, որն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում կազմում է 28.5%: Այսինքն, բնակչության յուրաքանչյուր երրորդը մահանում է մինչև 65 տարեկան հասակը:

ՌՎՀ մահացության ցուցանիշերը զգալիորեն բարձր են մարզային բնակչության շրջանում, մասնավորապես, Տավուշի և Լոռու մարզերում:

Բնակչության շրջանում առավել տարածված են հետևյալ հիվանդությունները՝ շնչառական օրգանների, ԱՇՀՀ, նորագոյացությունները, մարսողական օրգանների, միզասեռական համակարգի, աչքի և նրա հավելյալ ապարատի, ներզատական համակարգի հիվանդությունները, որոնց տեսակարար կշիռը կազմում է ընդհանուր հիվանդացության 67.1%:

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշը սերտորեն փոխկապակցված է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ: Մինչև 5 տարեկանների մահացության գործակիցը (1 000 կենդանածնի հաշվով) 2015թ.-ին կազմել է 10.4 պրոմիլ, 1994թ.-ին՝ 21.4 և 2004թ.-ին՝ 13.0 պրոմիլ: Այս ցուցանիշի կրճատումը գլխավորապես պայմանավորված է 0-1 տարեկան երեխաների մահացության դեպքերի կրճատումով: 2011-2015թթ. ընթացքում նկատվում է մանկական մահացության ցուցանիշի նվազում, որը մոտ է Մոլդովիայի և մանկական առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ռազմավարությամբ սահմանված թիրախային արժեքներին: Հայաստանում մանկական

մահացության ցուցանիշն ավելի բարվոք է, քան ԱՊՀ-ում, Արևելյան Եվրոպայի երկրներում (ԵՄ-26), Վրաստանում և Թուրքիայում: Սակայն, այն զիջում է ԵՄ-27 (Եվրոպայի զարգացած երկրների) մակարդակին: Երեխաների կենսապահովման խնդիրների շարքում առողջության պահպանման և սնուցման հարցերն առաջնահերթ են: Ըստ ՀՄԱՀՀ 2015թ. տվյալների, Հայաստանում մինչև 5 տարեկան երեխաների 9 %-ը թերաճ է, 4%-ը՝ թերսնված, 3%-ը՝ թերքաշ: Առկա է նաև հակադիր խնդիրը՝ գերքաշությունը, որը կազմում է 14%:

Համաձայն ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտության տվյալների 2016թ.-ին 2012թ. համեմատությամբ աճել են ընդհանուր առողջության, մարմնական ցավի, մտավոր առողջության և կենսունակության բաղադրիչների ցուցանիշերը, սակայն նվազել են ֆիզիկական, դերային ֆիզիկական, դերային հուզական և սոցիալական կենսունակության բաղադրիչների արժեքները:

ԱՀԳԳ հետազոտության տվյալները փաստում են, որ 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ վերջին մեկ ամսվա ընթացքում առավել տարածված են հետևյալ 12 հիվանդագին վիճակները, ախտանիշերը և գանգատները՝ գլխացավ, մեջքի ցավ, հոդացավ, անքնություն, պարանոցի/ուսերի ցավ, ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս, ատամնացավ, հոգեկան խիստ ընկճվածություն՝ դեպրեսիա, ոտքերի այտուցվածություն, երակների վարիկոզ լայնացում, փորկապություն, մաշկային հիվանդություններ:

ՀՀ բնակչության շրջանում առավել տարածված հիվանդագին ախտանիշ է *գլխացավը, անքնությունը, քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս՝ ցավերը կրծքավանդակում:*

Հոգեկան առողջության ուսումնասիրությունն ըստ ընտրանքային հետազոտության տվյալների, փաստում է, որ Հայաստանի բնակչության 40%-ը գտնվում է թեթև դեպրեսիվ, 2.9%-ը՝ միջին, իսկ 0.1%-ը ծանր դեպրեսիվ վիճակում: Դեպրեսիվ վիճակն ամուր շաղկապված է բարեկեցության, տարիքի, սեռի և կրթամակարդակի հետ:

Համաձայն 2016թ. հետազոտության տվյալների, 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ առավել տարածված քրոնիկական հիվանդությունների շարքում են զարկերակային գերճնշումը (ԶԳ)/ հիպերթենզիան, սրտի, տեսողության և նյարդային համակարգի հիվանդությունները:

## **Ռիսկի գործոններ**

Հայաստանի բնակչության շրջանում, 2007-2016թթ. ժամանակահատվածում, վարքագծային և կենսաբանական (ամեն օր ծխող և օրական 20գ սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործող տղամարդիկ, նորմայից ավելի կերակրի աղի օգտագործում, ֆիզիկական թերակտիվություն, ավելցուկային քաշ, գլուկոզի և քոլեստերինի բարձր մակարդակ) գործոնների տարածվածությունն ընդհանուր առմամբ աճել է: Սակայն, 2016թ.-ին՝ 2012թ.-ի համեմատությամբ, նվազել է զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը:



2016թ. ընտրանքային հետազոտության արդյունքում արձանագրված լաբորատոր տվյալները փաստում են, որ 35 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ հայտնաբերվել է քրլեսթերինի 8.4% և գլուկոզի 18% բարձր մակարդակներ:

Ծխախոտի օգտագործումն և ալկոհոլային խմիչքների օգտագործումը տղամարդկանց շրջանում աճել է 20-29 տարիքային խմբում:

Հայաստանի բնակչության գերակշիռ մասը տեղյակ է ծխելու և երկրորդային ծխի վնասակարության մասին: Սակայն, տղամարդկանց շրջանում դեռևս բարձր է մնում ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշը, իսկ ծխողները, հիմնականում, անտեսում են իրենց վարքագծի վնասակար ազդեցությունը շրջապատի վրա: Հետևաբար, անհրաժեշտ է խստացնել հանրային վայրերում ծխելու սահմանափակումները:

### **Առողջապահական համակարգի արձագանքում**

Հայաստանի բուժօգնությունում շատ բարձր են արձագանքման դոմենների գնահատականները: Սակայն, հիվանդանոցային օդակում 2016թ.-ին՝ 2012թ.-ի համեմատությամբ, բարելավվել են ԱԱՊ օդակի արձագանքման բոլոր դոմենների գնահատականները: Հիվանդանոցային օդակում ցուցանիշերը մնացել են գրեթե անփոփոխ, բացառությամբ հիմնական պայմանների դոմենի գնահատականի, որը զգալիորեն աճել է հիվանդանոցային հաստատություններում:

Առողջապահական համակարգի արձագանքման ընդհանուր գնահատման համար օգտագործվում են այնպիսի ցուցանիշեր, ինչպիսիք են առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը, վստահությունը բուժանձկագրի նկատմամբ, ընդհանուր բավարարվածությունն առողջապահական համակարգի սպասարկումից:

### **Բուժծառայությունների մատչելիություն**

Այս բաժնում ներկայացվել են ԱՀԳԳ հետազոտությունների շրջանակում ուսումնասիրված բուժծառայությունների մատչելիության հիմնախնդիրները, մասնավորապես՝ բժշկական օգնության անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնություն չդիմելու պատճառները: Պարզվում է՝ բժշկական օգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմելու հիմնական պատճառներ են հանդիսանում ֆինանսական անմատչելիությունը, ժամանակ չունենալը և ինքնաբուժումը:

Ֆինանսական անմատչելիությամբ պայմանավորված՝ բուժօգնության չդիմելու ցուցանիշը 2016թ.-ին կազմել է 17.2%, որն ավելի բարձր է 2009թ.-ի (15.0%) և ավելի ցածր՝ 2012թ.-ի (22.6%) համեմատությամբ:

Ժամանակ չունենալու պատճառով բուժօգնության չդիմելու ցուցանիշը 2016թ.-ին կազմել է 7.3%, որը 2009թ.-ի համեմատությամբ աճել է 6 անգամ (1.2%):

Ինքնաբուժման պատճառով բժշկի չդիմած անձանց թիվը 2016թ.-ին կազմել է 4.6%, 2012թ.-ի (5.1%) և 2009թ.-ի (2.1%) համեմատությամբ այն աճել է երկու անգամ:

Ընդհանուր առմամբ, 2009-2016թթ հետազոտությունների ընթացքում Հայաստանում 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում բժշկական օգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմած անձանց քանակն աճել է գրեթե երկու անգամ: Եթե 2009թ.-ին չդիմելիության ցուցանիշը կազմել է 19.2%, ապա 2012թ.-ին՝ 35.2%, իսկ 2016թ.-ին՝ 36.8%:

Բուժհիմնարկների աշխարհագրական (ֆիզիկական) մատչելիության գնահատման համար ուսումնասիրվել են բնակչության տարբեր տիպի բուժհաստատություններ՝ ԱԱՊ (պոլիկլինիկա/ամբուլատորիա), հիվանդանոց, դեղատուն և ծննդատուն, հասնելու միջոցները և ժամանակը:

ՀՀ բնակչության համար մինչև 20 րոպե ժամանակահատվածում ԱԱՊ հաստատությունների (92.5%) և դեղատների (90.1%) աշխարհագրական հասանելիության ցուցանիշը բավականին բարձր է մասնագիտացված բուժհաստատությունների հասանելիությունից՝ հիվանդանոց (61.3%) և ծննդատուն (58.2%):

Բուժօժանդությունների մատչելիությունը գնահատելու նպատակով, ուսումնասիրվել է դեղորայքի մատչելիությունը, հատկապես, առաջնային օղակում բուժվելիս: Հետազոտությունների արդյունքները փաստում են, որ դեղորայքը մասամբ կամ ամբողջությամբ ձեռք չբերելու առավել տարածված պատճառ է հանդիսանում ֆինանսական անմատչելիությունը (79.2%):

Զեկույցում առանձին կտրվածքով դիտարկվել են նաև ԱԱՊ բուժհաստատությունների օգտագործման վերաբերյալ այնպիսի հիմնախնդիրներ, ինչպիսիք են՝ դիմելիության հակվածությունը, ծառայությունների փաստացի օգտագործումը բոլոր նպատակներով, բուժհաստատություններ դիմելու պատճառները, բժշկի կողմից կատարած կանխարգելիչ գործողություններն և հետազոտությունները, ԱԱՊ օղակի դիմելիության նպատակը, ուղեգրումները հիվանդանոց, ինչպես նաև բուժվելիս ԱԱՊ կողմից տրամադրվող դեղորայքի մատչելիությունը:

Հոսպիտալացման մակարդակը 2015թ.-ին կազմել է 13.1 (100 բնակչի հաշվով) և հավասարվել է 1990թ.-ի ցուցանիշին, իսկ մեկ բնակչի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշը կազմել է 4, և գրեթե երկու անգամ ցածր է 1990թ.-ի և 2 անգամ բարձր՝ 2000թ.-ի ցուցանիշից:

Ամբուլատոր հաճախումների թիվը 2006-2015թթ. ընթացքում աճել է բոլոր մարզերում, այնուամենայնիվ, դրանց հարաբերական քանակն Երևանում մնում է զգալիորեն ավելի բարձր, քան

մարզերում, բացառությամբ Սյունիքի մարզի, որտեղ ամբուլատոր հաճախումների քանակը մեկ բնակչի հաշվով ավելի բարձր է, քան Երևանում: Ամբուլատոր հաճախումների աճի տեսակետից, լավագույն տեմպը դրսևորվել է Լոռու մարզում:

### **Բուժօժանությունների որակ**

Բուժօժանությունների որակի գնահատման նպատակով զեկույցում դիտարկվել են Հայաստանում առավել տարածված և մահվան պատճառ հանդիսացող հիվանդությունների՝ չարորակ նորագոյացությունների և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների, վաղ հայտնաբերման և բուժման հետ կապված խնդիրները:

Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը կտրուկ աճել է 35-ից բարձր տարիքային խմբերում, իսկ 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում այն հասել է իր գագաթնակետին:

Բոլոր տիպի քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման ցուցանիշերի դիտարկումն ըստ փուլերի, ակնհայտորեն մատնանշում է, որ Հայաստանում քաղցկեղների վաղ հայտնաբերումը վերջին տասնամյակում չի բարելավվել և շարունակում է մնալ համակարգային խնդիր: 2007-2015թթ. ընթացքում այդ ցուցանիշը տատանվում է 40%-46%-ի միջակայքում:

Հարկ է նշել, որ կանանց շրջանում զգալիորեն բարձր է կրծքագեղձի, արգանդի պարանոցի և մարմնի, ձվարանի քաղցկեղներով հիվանդացությունը: 2010-2015թթ. ընթացքում կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման (I-II փուլերում) և հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելիության ցուցանիշերն, այլ տիպի քաղցկեղների համեմատությամբ, աճել են: Տղամարդկանց շրջանում աճել է շնչափողի, բրոնխների, թոքի, միզապարկի, շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդացությունը:

Վերջին տարիների ընթացքում թե՛ կանանց և թե՛ տղամարդկանց շրջանում, զգալիորեն աճել է ստամոքսի և հաստ աղու քաղցկեղով հիվանդացությունը, որը կարող է պայմանավորված լինել նստակյաց ապրելակերպով և անառողջ սննդակարգով:

Հիվանդանոցային մահաբերության հիմնական հիվանդություններն են՝ ուղեղի անոթային հիվանդությունները, սրտամկանի սուր ինֆարկտնու շաքարային դիաբետը:

2007-2015թթ. ընթացքում նվազելու միտում են ունեցել ծննդյան և հետծննդյան շրջանում սակավարյունության և միզասեռական բարդությունների ցուցանիշերը:

ԱՀԳԳ 2016թ. ընտրանքային հետազոտության շրջանակում իրականացված զարկերակային ճնշման, քոլեսթերինի և գլուկոզի մակարդակի չափման արդյունքները փաստում են, որ ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության յուրաքանչյուր երրորդն ունի զարկերակային բարձր ճնշում, որը կրում է թաքնված բնույթ, և չի արձանագրվում բուժաշխատողների կողմից: Զարկերակային գերճնշմամբ հիվանդները, սովորաբար, անկանոն են հետևում բժշկի կողմից տրված

նշանակումներին և խորհուրդներին, որի մասին փաստում են հետազոտության տվյալները՝ արյան ճնշման կարգավորման նպատակով վերջին 24 ժամվա ընթացքում դեղորայք ընդունածների 80.4%-ի մոտ, այնուամենայնիվ, հայտնաբերվել է արյան բարձր ճնշում:

35 և բարձր տարիքի բնակչության 8.4%-ի մոտ հայտնաբերվել է քոլեստերինի բարձր մակարդակ, իսկ 9.5%-ի մոտ՝ առավելագույն թույլատրելի մակարդակ, որն հետագայում կարող է վերածվել բարձր մակարդակի: Արյան մեջքոլեստերինի պարունակության բարձր մակարդակն աճում է բարեկեցության նվազմանը զուգընթաց: Եթե բարեկեցության բարձր խմբերում արյան մեջքոլեստերինի մակարդակը բարձր է 6.4%-ի մոտ, ապա միջին բարեկեցության խմբերում՝ 7.8%-ի, իսկ ցածր բարեկեցության խմբում՝ 10.0%-ի մոտ:

ՀՀ բնակչության 35 և բարձր տարիքի անձանց 19%-ի մոտ գրանցվել է արյան մեջ գլուկոզի բարձր մակարդակ:

### **Բուժառայությունների սպառում**

Զեկույցի այս բաժնում անդրադարձ է կատարվել առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական մատչելիության (հասանելիության) խնդրին, մասնավորապես՝ խնդրի առաջացման պատճառներին, բուժառայությունների մատչելիության տեսակներին՝ ֆինանսական, աշխարհագրական, տեղեկատվական, որոնք չափազանց կարևոր են առողջապահության համակարգի աշխատանքի ճիշտ համակարգման հարցում:

Որպես առողջապահական ծառայությունների մատչելիությանը խոչընդոտող հիմնական գործոն, դիտարկվել է ՀՀ-ում աղքատության բարձր ցուցանիշը: ՀՀ ԱՎԾ կողմից 2008-2014թթ.-ին կատարվել է Հայաստանում աղքատության ցուցանիշի վերլուծություն: Համաձայն 2014թ.-ի տվյալների, ծայրահեղ աղքատության մակարդակը դեռ գերազանցում է 2008թ.-ի մակարդակին՝ 0.7 տոկոսային կետով, ինչպես հանրապետության կտրվածքով, այնպես էլ Երևանում և բոլոր մարզերում, բացի Արագածոտնի, Արարատի, Կոտայքի և Վայոց Ձորի մարզերից: Այդուհանդերձ, ավելի արագ տեմպերով ցուցանիշի աճ գրանցվել է Տավուշում և Երևանում՝ 1.3 անգամ, Արմավիրում և Սյունիքում՝ 1.2 անգամ, իսկ ընդհանուր աղքատության մակարդակը՝ 2.4 տոկոսային կետով (կամ 8.7 %-ով):

Հիվանդանոցային հաճախումների թիվը զգալիորեն աճել է, քան ամբուլատոր այցերի թիվը, հավանաբար դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ բնակչության մեծամասնությունը սոցիալապես շրջանակում կարող է անվճար մասնագիտացված բժշկական օգնություն ու բուժում ստանալ, ինչպես նաև ախտորոշիչ լաբորատոր ու գործիքային հետազոտություններ անցնել հիվանդանոցային բուժհաստատություններում:

Ավելին, Երևանի հիվանդանոցային բուժհաստատությունների դիմելիության աճը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ մասնագիտացված բուժհիմնարկների և համապատասխան բժիշկների մեծ մասը կենտրոնացված է Երևանում:

Այնուամենայնիվ, բնակչության համար հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության բարձրացման նպատակով, Հայաստանի բոլոր տաս մարզերում առանձնացվել են մեկական բազմապրոֆիլ հիվանդանոցներ, որտեղ կատարվել են ներդրումներ և համալրվել են ժամանակակից սարքավորումներով:

### **Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժ**

Այս բաժինը վերաբերում է Հայաստանի առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստմանը, մասնագետների առկայության, բաշխվածության և պահանջարկի առանցքային հիմնախնդիրներին: «Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժ» գլուխը ներառում է համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ 2009թ.) և հաջորդ տարիների զեկույցների տվյալներն ու միտումները:

ՀՀ-ում բժշկական կադրերի մասնագիտական կրթական պատրաստումն իրականացվում է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և ոչ պետական բարձրագույն 5 բժշկական ուսումնական հաստատություններում: Միջին բուժանձնակազմի մասնագիտական պատրաստումն իրականացվում է միջին մասնագիտական 20 բժշկական հաստատություններում, որոնցից 12-ը պետական են, իսկ 8-ը՝ ոչ պետական:

2015թ.-ին պետական և ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը կազմել է 786: Վերջին երեք տարիների ընթացքում, բոլոր մասնագիտություններով շրջանավարտների թիվը նվազել է շուրջ 1.6 անգամ:

Համադրելով և վերլուծելով հայաստանյան և միջազգային տվյալները, ակնհայտ է, որ բժիշկների պատրաստման գործընթացում՝ հարևան և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների համեմատ, Հայաստանը վեր է մրցակցությունից, իսկ ստոմատոլոգ մասնագիտությամբ շրջանավարտների թվաքանակը 10 անգամ գերազանցում է այդ երկրների ցուցանիշին:

Համաձայն 2015թ. տվյալների, ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում մասնագետների (բժիշկներ, բուժքույրեր և դեղագետներ) թիվը կազմել է 30 974: Բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թիվը (ներառյալ ատամնաբույժներ) կազմել է 13 117 (43.7/10 000 բնակչի հաշվով), իսկ միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 17 632 (58.8/ 10 000 բնակչի հաշվով): Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի 67%-ը կազմում են կանայք:

Բնակչության ապահովվածությունը հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով (բացառությամբ ստոմատոլոգների և դեղագետների) վերջին տարիների ընթացքում գրեթե չի փոխվել:

Թեպետ Հայաստանում բժիշկների ընդհանուր հարաբերական թիվը մոտ է մյուս երկրների ցուցանիշերին, այնուամենայնիվ մարզերում բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով բավականին ցածր է: 2015թ.-ին բժիշկներով ապահովվածության ամենցածր ցուցանիշը գրանցվել է Գեղարքունիքում (12.2), իսկ ամենաբարձրը՝ Շիրակում (21.3) (բացառությամբ Երևանի):

Հայաստանում բժիշկների պատրաստման գործընթացի աճին զուգահեռ աճում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի պահանջարկը:

Բավականին մեծ է կադրային ներուժի արտագաղթը Ռուսաստանի Դաշնություն և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներ: Հայաստանը հանդիսանում է այլ երկրների համար կադրային ներուժի պատրաստող:

## **ԱՀԳԳ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔ**

ԱՀԳԳ համար օգտագործվել են ՀՀ բուժհաստատությունների կողմից ներկայացվող վիճակագրական և ընտրանքային հետազոտության տվյալները:

Հայաստանում գրանցված բնակչության առողջության և առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունքները համեմատվել են մի շարք երկրների ցուցանիշերի և Եվրոպական երկրների երեք համախմբությունների բնակչության նկատմամբ կշռված միջինների հետ: Համեմատության համար օգտագործված երկրներն են Վրաստանը, Ադրբեջանը և Թուրքիան՝ որպես Հայաստանի տարածաշրջանային անմիջական հարևաններ: Երկրների օգտագործված խմբերն ընդգրկում են Անկախ Պետությունների Համագործակցության (ԱՊՀ) 12 պետությունների համախմբությունը, Արևելյան Եվրոպայի համեմատաբար բարձր մահացությամբ 26 երկրների համախմբությունը, այդ թվում, նախկին ԽՍՀՄ 15 հանրապետությունները, պայմանականորեն՝ ԵՄ-26, և Արևմտյան ու Կենտրոնական Եվրոպայի երկրների 27 առավել զարգացած և մահացության ավելի ցածր ցուցանիշեր ունեցող երկրները, պայմանականորեն՝ ԵՄ-27-ը: Միջազգային համեմատությունները, որպես կանոն, կատարվել են Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» (Health for All) տվյալների շտեմարանի (HFA-SC) հիման վրա, որտեղ մատչելի ամենավերջին արդյունքները վերաբերում են 2013 կամ 2014թթ.-ին:

## **ԱՀԳԳ ԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ**

ԱՀԳԳ հետազոտության հիմնական նպատակն է համակարգի գերակա հիմնախնդիրների, մասնավորապես՝ ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության առողջության և հոգեկան վիճակի, ոչ վարակիչ հիվանդությունների բեռի և այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածության, բուժհաստատությունների ֆինանսական և աշխարհագրական մատչելիության, բնակչության պահանջներին համակարգի արձագանքման և տրամադրվող բժշկական օգնությունից բնակչության գոհունակության, գնահատման նպատակով հավաքագրել տվյալներ, որոնք հասանելի են միայն բնակչության հարցման միջոցով:

Հետազոտությունների արդյունքներն օգտագործվում են ՀՀ Առողջապահության նախարարության, Համաշխարհային Բանկի, ՀՀ Առողջապահական ԾԻԳ-ի, միջազգային դոնոր կազմակերպությունների և այլ համապատասխան գերատեսչությունների կողմից:

### **Մեթոդաբանություն**

Տնային տնտեսությունների ընտրանքը կազմակերպվել է բազմաստիճան համաչափ մեթոդի հիման վրա (PPS Probability Proportional to Size sample): Ելնելով ընտրանքի սահմանված չափից՝ 2500 տնային տնտեսություն, ամբողջ բնակչությունը բաժանվել է 25 քլասթերի (յուրաքանչյուրում 100 տնային տնտեսություն):

Ընտրանքի առաջին քայլում իրականացվել է քլասթերների (ընտրատեղամասերի) բաշխում ըստ մարզերի՝ կոմուլյատիվ մեթոդով բնակչության թվին համամասնությամբ:

Երկրորդ քայլում պատահական կերպով ընտրվել է քլասթերի աշխարհագրական դիրքը (տվյալ դեպքում ամեն մարզում/Երևանի համայնքներում պատահական կերպով ընտրվել են քլասթերների թվին համապատասխան ընտրատեղամասեր) և տվյալ ընտրատեղամասի տնային տնտեսությունների (S/S) ամբողջական ցուցակից սիստեմատիկ պատահական քայլով (Systematic Random Sampling Step) ընտրվել է 100-ական տնային տնտեսություն:

Տնային տնտեսության ներսում հարցման մասնակիցներն ընտրվել են ըստ սեռատարիքային խմբերին հատկացված 10 քվոթաների:

Հետազոտության տարիքային խմբերը հետևյալն են՝ 15-19, 20-34, 35-49, 50-64, 65 և բարձր տարիքի: Յուրաքանչյուր սեռատարիքային խմբում ընտրանքի ծավալը կազմել է 250 հավասար թվով կին և տղամարդ:

Արյան մեջ գլուկոզի և քուլեսթերինի պարունակության մակարդակն որոշվել է ռիսկային խմբերում՝ 35-49, 50-64, 65 և բարձր տարիքի անձանց մոտ:

Այն դեպքում, երբ S/S հնարավոր չի հարցազրույց իրականացնել (հարցազրույցից հրաժարվելու



կամ տան անդամների բացակայության պատճառով, ինչպես նաև, եթե կրկնայցերի միջոցով արյան մեջ գլուկոզի և քոլեստերինի պարունակության ստուգման ենթակա անձինք նախօրոք հրաժարվում են այդ ստուգումներից, կամ դրանց համար անհրաժեշտ պայմանները պահելու պարտավորությունից), ապա հարցազրույցի համար ընտրվել է անմիջապես հաջորդ տունը զիզզագ մեթոդով:

Ընտրանքային հետազոտության մեջ ընդգրկվել են հանրապետության 10 մարզերի և Երևան քաղաքի 2500 տնային տնտեսություն: Յուրաքանչյուր տնային տնտեսությունում հարցվել է պատահականության սկզբունքով ընտրված մեկ անձ:

Առաջին օրն իրականացվել է.

- երես առ երես հարցազրույց ըստ հաստատված հարցաթերթի, հարցվողի զարկերակային ճնշման և անոթազարկի չափում՝ չորս անգամ, երկուական աջ և ձախ ձեռքի համար,
- հարցվողի հասակի և մարմնի զանգվածի չափում,
- հարցվողի գոտկատեղի և կոնքերի շրջագծի չափում:

Կրկնայցերի ենթակա տնային տնտեսություններում չափվել են նաև հարցվողների մազանոթային արյան մեջ գլուկոզի և քոլեստերինի պարունակությունը:

### **Ընտրանքային հետազոտության հարցաթերթ**

Հարցաթերթը կազմված է երկու մասից՝

*Առաջին մասն* իր մեջ պարունակում էրնդհանուր տեղեկություններ S/S, հարցվողի առողջական և հոգեկան վիճակի, առողջության վերաբերյալ գանգատների, քրոնիկական հիվանդությունների, այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների առկայության մասին, ԱԱՊ և հիվանդանոցային բուժհաստատությունների ֆինանսական ու աշխարհագրական մատչելիության, առողջապահական համակարգից բնակչության գոհունակության և այլ հարցերի վերաբերյալ: Իրականացվել է գործիքային (զարկերակային ճնշման չափում) և անթրոպոմետրիկ չափումներ (զարկերակային ճնշման, հասակի, մարմնի զանգվածի, գոտկատեղի և կոնքի շրջագծի չափում):

*Երկրորդ մասը՝* լաբորատոր հետազոտություններ (մազանոթային արյան մեջ գլուկոզի և քոլեստերինի մակարդակի որոշում):

Լաբորատոր չափումներն իրականացվել են.

- Քոլեստերինի ընդհանուր մակարդակն որոշելու համար՝ Accutrend Plus – քոլեստերոմետր համապատասխան մեկանգամյա երիզների կիրառմամբ

- Գլուկոզի ընդհանուր մակարդակն որոշելու համար՝ ACCU-CHECKPerforma –գլյուկոմետր համապատասխան մեկանգամյա երիզների կիրառմամբ
- Զարկերակային ճնշման չափման համար՝ OMRON S1 տոնոմետր
- Մարմնի զանգվածի որոշման համար՝ SONASHISSC-2211 կշեռք
- Հասակի որոշման համար՝ հասակաչափ
- Գոտկատեղի և կոնքի շրջագծի չափման համար՝ սմ ժապավեն:

Ընտրանքային հետազոտության դաշտային աշխատանքներն իրականացվել են 2015թ.-ի նոյեմբերի 1-ից մինչև 2016թ.-ի փետրվարի 16-ն ընկած ժամանակահատվածում:

Յուրաքանչյուր համայնքի համար նախապես ընտրվել են համապատասխան քանակով S/S-եր պարունակող քլասթերներ, խմբերին տրամադրվել են քլասթերներում ներառված S/S-ների հասցեները և սեռատարիքային քվոթաները: Որևէ հասցեում անհրաժեշտ չափանիշներին համապատասխանող հարցվողի բացակայության դեպքում, ըստ նախապես մշակված մեթոդաբանության, ընտրվել է հաջորդական հասցեով այլ S/S, որը նույնպես համապատասխանում է հարցման պահանջներին:

Հետազոտությունն իրականացվել է Հայաստանի 128 համայնքներում և Երևանի 12 վարչական շրջաններում:

**Աղյուսակ 1. ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտության ընտրանքի քլասթերներ**

ՀԱՄԱՅՆՔ	ՔԼԱՍԹԵՐ	S/S ԹԻՎԸ ՔԼԱՍԹԵՐՈՒՄ
Աջափնյակ	1	100
Ավան	0	0
Դավիթաշեն	1	100
Էրեբունի	1	100
Կենտրոն	1	100
Մալաթիա-Սեբաստիա	1	100
Նոր Նորք	1	100
Նորք-Մարաշ	1	100
Նուբարաշեն	0	0
Շենգավիթ	1	100
Քանաքեռ-Զեյթուն	0	0
Սյունիք	1	100
Վայոց Ձոր	1	100
Շիրակ	1	100
Լոռի	3	300
Կոտայք	2	200
Արարատ	3	300
Արմավիր	2	200
Արագածոտն	1	100
Տավուշ	1	100
Գեղարքունիք	1	100
Ընդամենը	25	2500

Իրականացված արդյունավետ հարցազրույցների, ինչպես նաև արյան մեջ քուլեսթերինի և գլուկոզի պարունակության չափումների, վերոնշյալ քանակը թույլ է տալիս լիովին ապահովել հետազոտության անհրաժեշտ ներկայացուցչականությունը՝ ըստ հետազոտության պահանջների և պարամետրերի:

Ընդհանուր առմամբ, կատարվել են այցելություններ 5627 հասցեով, որոնցից 2075-ը չի գտնվել, 1037-ում ստացվել է մերժում, կամ S/S-ում սեռատարիքային քվոթային համապատասխանող անդամ չի եղել, իսկ մնացած 2515-ում հարցազրույցը կայացել և լրացվել է հարցաթերթիկ:

Նշված 2515 S/S-երից 1519-ում հարցվողները համապատասխանել են արյան չափումներ իրականացնելու քվոթային: Նրանցից յուրաքանչյուրի հետ ձեռք է բերվել պայմանավորվածություն հարցազրույցի հաջորդ օրը 10-12 ժամյա քաղցի պայմաններում արյան մեջ քուլեսթերինի և գլուկոզի չափումներ իրականացնելու վերաբերյալ: Նշված հարցվողներից 1198-ն է պահել պայմանավորվածությունը, չի հրաժարվել չափումներից և վերջիններից արյան չափումները գրանցվել են հարցաթերթիկներում:

### **Հիմնական հետազոտության ժամանակ ի հայտ եկած խնդիրները**

Հետազոտության ընթացքում, միջին հաշվով, յուրաքանչյուր 5-րդ հարցվողը հրաժարվել է մասնակցել հարցմանը, իսկ համապատասխան սեռատարիքային քվոտայով հարցվող գտնվելու համար անհրաժեշտ է եղել լրացուցիչ այցելել առնվազն 6-7 S/S:

Հրաժարումների ցուցանիշը շատ ավելի բարձր է եղել Երևանում՝ մարզերի համեմատությամբ:

Հարցումների իրականացման ընթացքում Երևանի Կենտրոն և Արաբկիր վարչական շրջաններում, հատկապես խնդրահարույց են եղել բազմաբնակարան շենքերի մուտքերի դռներին տեղադրված ներքին հեռակապով փականները (intercom/домофон): Բնակիչները չեն ցանկացել բացել շենքի մուտքի դուռը, ներս թողնել և ծանոթանալ իրականացվող հարցման նպատակների հետ:

Չնայած հարցազրույցներն իրականացվել են միայն այն S/S-ներում, որտեղ հարցվողից նախնական համաձայնություն է ձեռք բերվել հաջորդ օրը քաղցի պայմաններում արյան մեջ քուլեսթերինի և գլուկոզի չափումներ իրականացնելու վերաբերյալ, գրանցվել են նշված պայմանավորվածության բազմակի խախտումներ, ինչի արդյունքում գրանցվել են արյան հետազոտությունից հրաժարվելու հավելյալ դեպքեր: Այս հրաժարումների հիմնական պատճառները եղել են քաղցած լինելու համաձայնության խախտումը կամ S/S մյուս անդամների ազդեցության կամ ճնշման ներքո արյան հետազոտությունից հրաժարվելը: Նման դեպքերում հարցազրուցավարները փորձել են բացատրել հարցվողին, և խնդրել պահպանել նախօրոք ձեռք բերված համաձայնությունը: Չհաջողելու դեպքում սովյալ հասցեն փոխարինվել է մեկ այլ հասցեով, ինչի շնորհիվ և ապահովվել է արյան չափումների բավական բարձր ցուցանիշ:

Որոշակի խնդիրներ են գրանցվել մարդաբանական չափումների փուլում: Մասնավորապես՝ տղամարդիկ հիմնականում հրաժարվել են գոտկատեղի չափումներից, իսկ քաշի ավելցուկ ունեցող կանանց մոտ շատ է եղել քաշի չափումներից հրաժարումը: Խնդիրներ են գրանցվել նաև հարցաթերթում առկա որոշ նուրբ հարցերին պատասխանելիս, մի շարք հարցվողների վրդովվեցրել են նման հարցերը, գրանցվել են հարցումներից կտրուկ և կոպիտ հրաժարման մի քանի դեպքեր: Վերոնշյալ երկու խնդիրների դեպքում էլ, նախապես իրականացված ցուցումների համաձայն, հարցազրուցավարները փորձել են հարցվողներին բացատրել հարցման մեջ նշված հարցերի առկայության և չափումների անհրաժեշտությունը:

Բացասական ելքերի դեպքում՝ կոնկրետ հարցերը չեն լրացվել և նշվել են դրանց պատճառները: Հունվարին տեղացած առատ ձյունը մեծ խնդիրներ է առաջացրել հարցազրուցավարների տրանսպորտային փոխադրման կազմակերպման հարցում, որոշ համայնքներ, հիմնականում Շիրակի և Լոռու մարզերում, ընդհանրապես անհասանելի են եղել, ինչի արդյունքում արձանագրվել է ժամանակի կորուստ:

### **Առաջարկություններ**

Հաշվի առնելով վերոնշյալ խնդիրներն ու հետազոտության իրականացման ընթացքում կուտակված փորձը, նմանատիպ հետազոտություններ նախագծելիս և իրականացնելիս առաջարկում ենք.

- ընտրանքի հաշվարկման ժամանակ հաշվի առնել հարցումներից հրաժարումների բարձր թիվը, ինչը հատկապես ընդգծվում է մարդաբանական չափումներ և արյան հետազոտություններ պարունակող հետազոտությունների դեպքում,
- հնարավորության դեպքում խուսափել ձմեռվա ամիսների ընթացքում հետազոտությունների իրականացումից,
- հարցաշարերում անձնական հիգիենային, խմիչքի օգտագործման և նմանատիպ այլ հարցերի շարադրումը կատարել հնարավորինս նուրբ, ընդգրկելով պատասխանի բացակայության հնարավորություն,
- արյան չափումների դեպքում կիրառել արյան չափման սարքերի պահպանման և տեղափոխման հատուկ ջերմամեկուսիչ արկղեր,
- արյան չափումներ պարունակող հետազոտությունների դեպքում ապահովել չափման երիզների՝ մինչև 20% լրացուցիչ քանակություն,
- սերտորեն համագործակցել գյուղական համայնքների ՏԻՄ ղեկավարների հետ, վերջիններիս տրամադրել հետազոտության նպատակների մասին մանրակրկիտ տեղեկատվություն:

## Հետազոտության վերաստուգում

Հարցազրույցների ընթացքն և որակի վերահսկումն իրականացվել է հետևյալ մեթոդներով.

- հարցմանը մասնակցած S/S-ների 20%, պատահական ընտրությամբ, ներառվել են հեռախոսագանգերի միջոցով ստուգումների ցուցակում,
- հարցումներն ու մարդաբանական չափումները և դրանց հաջորդող արյան մեջ քոլեստերինի և գլուկոզի չափումներն իրականացվել են, որպես պարտադիր պայման, տարբեր հարցազրուցավարների կողմից, ինչի արդյունքում հնարավոր է եղել ապահովել աշխատանքների խաչաձև ստուգում,
- դաշտային աշխատանքների համակարգող/վերահսկողների կողմից ստուգվել են լրացված հարցաթերթիկները: Արդյունքում դուրս են բերվել որոշ լրացված հարցաթերթեր, որոնցում անհրաժեշտ տեղեկատվությունը եղել է ոչ լիարժեք, արձանագրվել են բացթողումները, որոնք, այնուհետև շտկվել են համակարգողի և վերահսկողների կողմից՝ անձամբ զրուցելով և առաջացած հարցերի պարզաբանումները գտնելով հենց հարցվողներից:

Հարցմանը համընթաց իրականացվել են հեռախոսային և առերես քննարկումներ հարցազրուցավարների հետ և նրանց հրահանգավորում՝ կուտակված փորձով կիսվելու, ընթացիկ գործընթացները շտկելու և կատարելագործելու նպատակով:

## 1. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ

Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշերն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը, և ուղղակիորեն կախված են տարբեր գործոններից՝ ժառանգական նախատրամադրվածությունից, սեռից, տարիքից՝ 30%, ապրելակերպ՝ վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններ (անառողջ սննդակարգ, ծխախոտի օգտագործում, ակոհոլի չարաշահում, ֆիզիկական թերակտիվություն, զարկերակային բարձր ճնշում /ՋԲՃ/, արյան մեջ գլուկոզի և քուլեսթերինի պարունակության բարձր մակարդակ)՝ 40%, սոցիալ-տնտեսական, այսինքն՝ ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ, սոցիալական օգնության բացակայություն, լարվածությունն աշխատավայրում և ընտանեկան կյանքում, ընկճվածություն, անհանգստություն, թշնամություն, կրթություն՝ 15%, շրջակա միջավայր՝ 5% և առողջապահական համակարգի գործունեություն՝ 10%:

Բնակչության առողջության գնահատումը հնարավորություն է ընձեռնում բնութագրել երկրի ժողովրդագրական և սոցիալ-տնտեսական վիճակը, ինչպես նաև բնակչության առողջության առկա հիմնախնդիրները:

Բնակչության առողջության գնահատման համար օգտագործվել են ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԿ ցուցանիշերը և 2009-2016թթ. իրականացված ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտությունների տվյալները:

### Ժողովրդագրական բնութագիր

#### *Բնակչության թվաքանակն և կազմը*

2016թ.-ի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թիվը կազմել է 2998600 մարդ, և 2015թ. տարեկան տեմպի համեմատությամբ այն նվազել է 12 000 մարդով, որը բացատրվում է հաշվետու ժամանակաշրջանում արձանագրված բնակչության բնական հավելաճի և միգրացիայի մնացորդի (գնահատված<sup>1</sup>) ցուցանիշերի ազդեցությամբ (ՀՀ ԱՎԾ, 2016):

2015թ.-ին քաղաքային բնակչության մասնաբաժինը կազմել է 63.6%, իսկ գյուղական բնակչությանը՝ 36.4%: Տղամարդիկ կազմել են բնակչության 47.6%-ը, իսկ կանայք՝ 52.4%-ը:

Ըստ ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի, եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում է 7%-ից ավելի, ապա, տվյալ բնակչությունը համարվում է ծերացած: 1990-2015թթ. ժամանակահատվածում հանրապետության մշտական բնակչության կառուցվածքում կտրուկ նվազել է 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը, որը 1990թ.-ին կազմում էր 32.2%:

<sup>1</sup>Ցուցանիշերը վերագնահատվել (ճշգրտվել) են հաշվետու ժամանակաշրջանին նախորդող տարվա՝ Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության արդյունքներով ձևավորված, միգրացիոն գործընթացներն արտացոլող ամփոփ ցուցանիշերի հիման վրա, մանրամասն մեթոդաբանական պարզաբանումները տես՝ <http://www.armstat.am/am/?nid=82&id=1547>:

- 2016թ.-ի տարեկան 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը կազմել է 20.8%:
- Հայաստանում 65 և բարձր տարիքի բնակչության քանակը կազմել է 11%: Այն հանդիսանում է Հայաստանում բնակչության ծերացման կարևորագույն գործոններից մեկը: Բնակչության ծերացումն երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության վերարտադրության, ծնելիության, մահացության, դրանց հարաբերակցություններում տեղ գտած տեղաշարժերի և արտրագաղթի հետևանք է:
- Բնակչության բնական վերարտադրության ցածր մակարդակը մնում է Հայաստանի ժողովրդագրական կարևորագույն խնդիրների շարքում:

### Բնակչության բնական շարժը

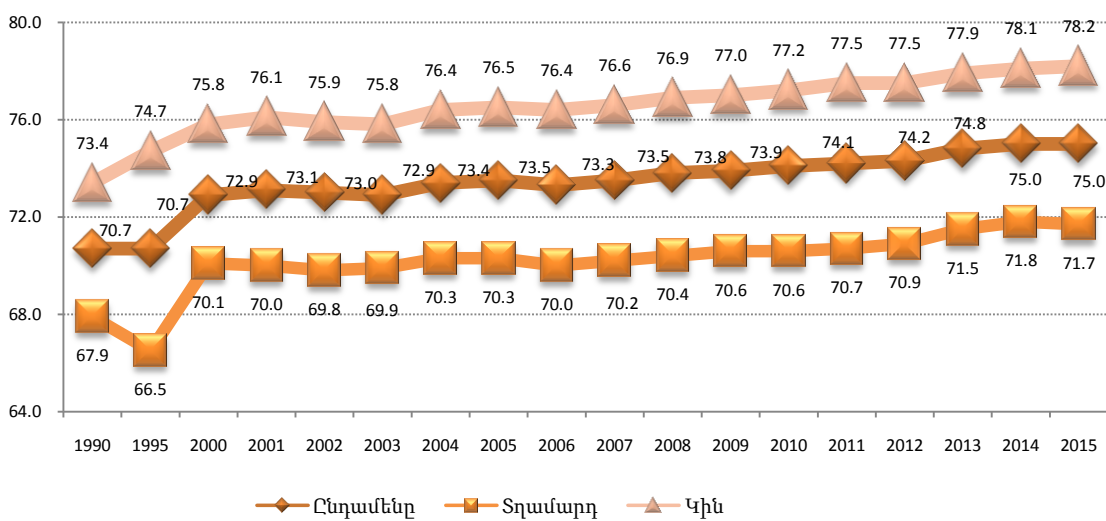
Հայաստանում արձանագրված անկայուն տնտեսական, սոցիալական և քաղաքական իրավիճակն իր ազդեցությունն է ունեցել նաև բնակչության վերարտադրողական վարքագծի վրա: Այսպես, ծնելիության ընդհանուր գործակիցը 2015թ.-ին 1000 բնակչի հաշվով կազմել է 13.9 պրոմիլ, 2014թ.-ին՝ 14.3 պրոմիլի և 1990թ.-ին՝ 22.5 պրոմիլ:

**Պտղաբերության** (ծնելիության գումարային) գործակիցը՝ ֆերտիլ տարիքի (15-49 տարեկան) 1 կնոջ հաշվով 2015թ.-ին կազմել է 1.645 միավոր, 2014թ.-ին՝ 1.651, ինչը զգալիորեն ցածր է բնակչության պարզ վերարտադրության<sup>2</sup> համար անհրաժեշտ 2.150 ցուցանիշից:

### Կյանքի սպասվող տևողություն

2015թ.-ի դրությամբ Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը կազմում է 75 տարի, ընդ որում, կանայք 6.5 տարով ավելի երկար են ապրում տղամարդկանցից (Գծապատկեր 1):

Գծապատկեր 1. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995, 2000-2015



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

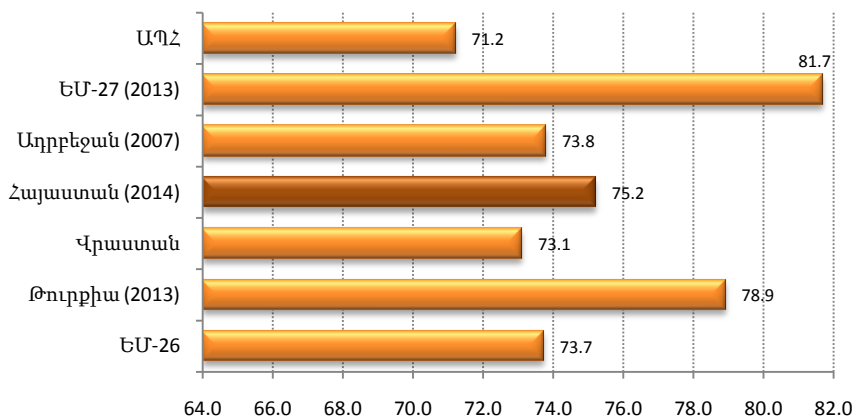
<sup>1</sup> Պարզ վերարտադրության դեպքում ծնողներին փոխարինող երեխաների սերունդը և ծնողների սերունդը հավասար են իրենց բացարձակ թվաքանակներով:



1990թ.-ի համեմատությամբ կյանքի սպասվող տևողությունը աճել է 2.8 տարով, որը պայմանավորված է մանկական (0-1 տարեկան) մահացության նվազմամբ՝ 18.5%-ից մինչև՝ 8.8% 2015թ.-ին:

Միջազգային տվյալների համեմատությունը փաստում է, որ Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս ավելի բարձր է, քան ԱՊՀ և ԵՄ-26 երկրներում, մոտավորապես նույնն է, ինչ Ադրբեջանում և Վրաստանում, սակայն զիջում է զարգացած եվրոպական երկրների՝ ԵՄ-27, միջին մակարդակին (Գծապատկեր 2):

**Գծապատկեր 2. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություն, 2007, 2013-2014**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՀ, ԱՀԿ, 2016 (տվյալները թարմացվել են 01.07. 2016)

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կարծիքով, Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը նշվածից մոտ 5-6.5 տարով ավելի ցածր է, որը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ Հայաստանի պետական մարմինները հնարավորություն չունեն ճշգրիտ հաշվառելու Հայաստանից դուրս բնակվող, Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիների մահերը:

Ներկա դրությամբ Հայաստանի Հանրապետության տարածքում չգրանցված ծնունդների և մահերի հնարավոր ցուցանիշը՝ սկսած 1991 թվականից, հայտնի չէ՝ լայնածավալ և ամբողջական մասնագիտական ուսումնասիրության բացակայության պատճառով, որի հետևանքով առկա չէ նաև ստույգ բնակչության բնական շարժի վիճակագրություն:

**Բնակչության բնական վերարտադրություն**

Մահացության գործակցի շարժընթացի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակիցը 1949-1989թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտում, ինչը պայմանավորված է եղել սոցիալ-տնտեսական վիճակի և բարեկեցության ամենամյա բարելավմամբ, առողջապահական համակարգի զարգացմամբ (Գծապատկեր 3): Եթե 1949թ.-ին

մահացության ընդհանուր գործակիցը 1000 բնակչի հաշվով կազմել էր 10.9 մարդ, ապա 1989թ.-ին այն նվազել էր մինչև 6.0: Ընդ որում, 1988թ.-ին մահացության գործակցի կտրուկ աճը մինչև 10.3 պայմանավորված է եղել բնական աղետով՝ Սպիտակի երկրաշարժով:

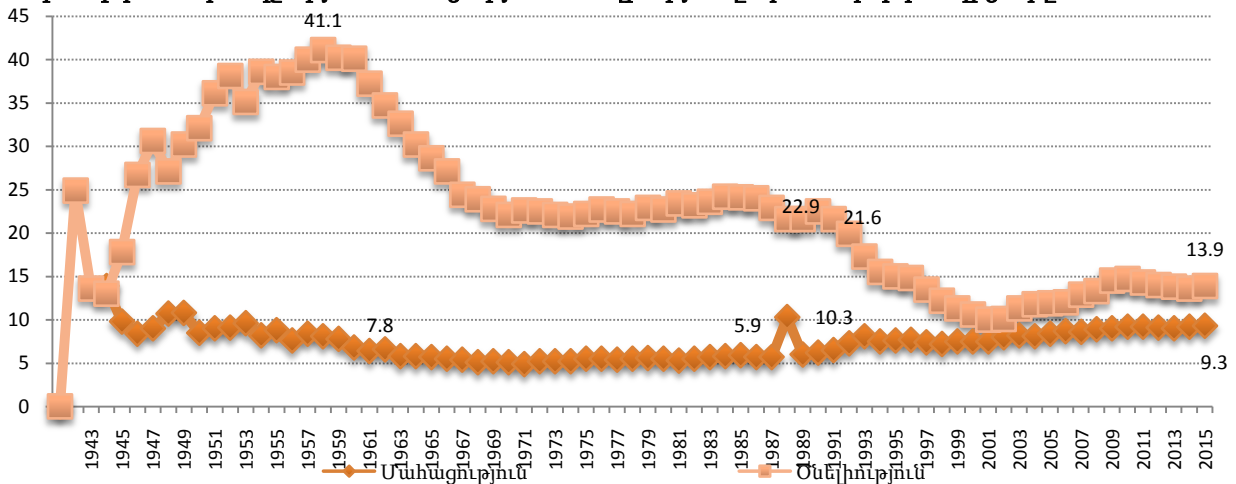
Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն աճել է 1991թ.-ին 6.5-ից՝ 2015թ.-ին հասնելով 9.3-ի.:

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

55 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր մահացության գործակիցը նշանակալիորեն գերազանցում է ավելի ցածր տարիքի բնակչության մահացության ցուցանիշին: Այդ պատճառով բնակչության ծերացումը հանգեցնում է մահացության ընդհանուր գործակցի աճին:

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

Պատկեր 3. ՀՀ բնակչության մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները, 1942-2015



Աղբյուր՝ ԱՎՄ, 2015

- Հայաստանում ծնելիության ցածր մակարդակի մեկ այլ կարևոր գործոն է այն, որ ինդիվիդուալիստական արժեքների և սպառողական մշակույթի տարածման պատճառով երիտասարդները գերադասում են ունենալ ընդամենը 1-2 երեխա:

### Մահացության պատճառներ

2015թ.-ի դրությամբ Հայաստանում գրանցվել է 27 878 մահ (927.84՝ 100 000 բնակչի հաշվով): Առավել տարածված մահացության պատճառների դիտարկումը փաստում է, որ 2009-2015թթ. ժամանակահատվածում մահացության կառուցվածքում մահվան պատճառներն էական փոփոխություններ չեն կրել (Աղյուսակ 2):

Ներկայացված տվյալները փաստում են, որ բնակչության շրջանում առավել տարածված է ՌՎՀ-ից մահացությունը, որի բեռը կազմում է մոտ 75%, վարակիչ հիվանդություններից՝ 1%: Ընդ որում, ՌՎՀ-ից մահացության բուրգում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (ԱՇՀՀ) զբաղեցնում են առաջին տեղը՝ 46%, որոնց հաջորդում են չարորակ նորագոյացությունները՝ 21.9%, շաքարային դիաբետը՝ 4.6%, վնասվածքները, թունավորումները և արտաքին պատճառները՝ 4.9%, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹՔՕՀ՝ բրոնխիտ, ասթմա, քրոնիկական այլ թոքային և բրոնխոէկտատիկ հիվանդություններ)՝ 4.5%:

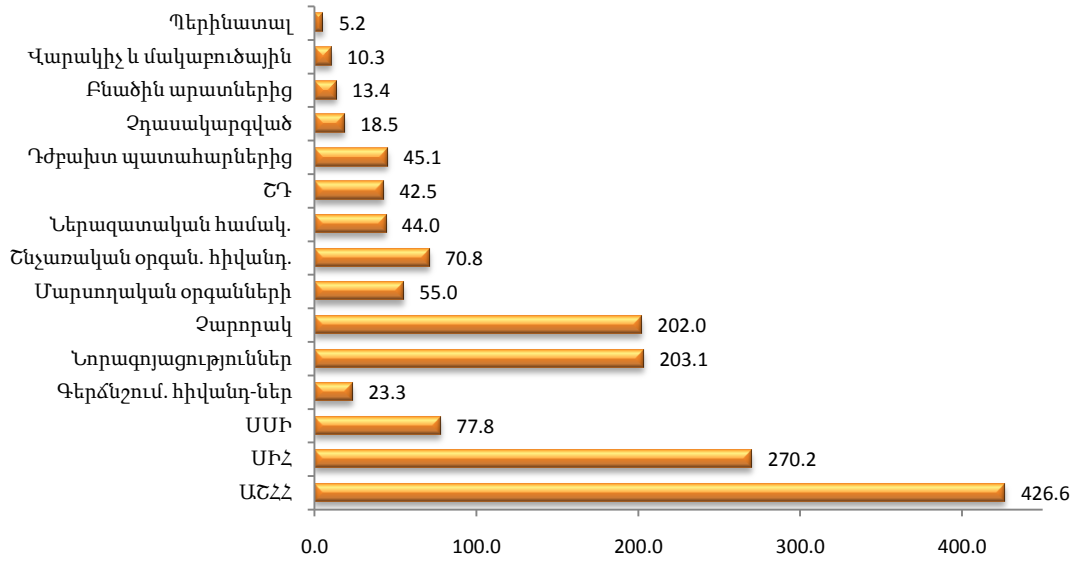
**Աղյուսակ 2. ՀՀ բնակչության առավել տարածված մահվան պատճառները, 2009-2015, %-ն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում**

Մահվան պատճառ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	49.1%	48.9%	47.6%	48.3%	47.7%	47.9%	46%
Չարորակ նորագոյացություններ	19.6%	19.8%	19.9%	20.4%	20.6%	20.6%	21.9%
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	6.5%	5.9%	6.1%	5.8%	6%	6.7%	7.6%
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	5.9%	5.8%	6.3%	5.8%	6%	5.9%	5.9%
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4.4%	4.5%	4.9%	4.9%	4.7%	4.5%	4.9%
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	5.2%	5.2%	5.0%	4.8%	4.9%	4.5%	4.7%
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	2.6%	2.9%	2.8%	2.9%	3.4%	3.2%	3.0%
Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	2.9%	2.9%	3.2%	2.8%	2.6%	2.6%	2.0%
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	1.1%	1.5%	1.7%	1.6%	1.7%	1.6%	1.4%
Վարակիչ և մակարոնդային որոշ հիվանդություններ	1.0%	1.1%	0.9%	1%	0.9%	1.01%	1.1%
Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.6%	0.62%	0.56%
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%	0.41%	0.42%
12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.39%	0.44%
Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.15%	0.23%
Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	0.1%	0.1%	0.1%	0.08%	0.07%	0.07%	0.05%
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%	0.09%	0.06%
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.02%	0.03%
Հոգեկան վարքի խանգարումներ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.05%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

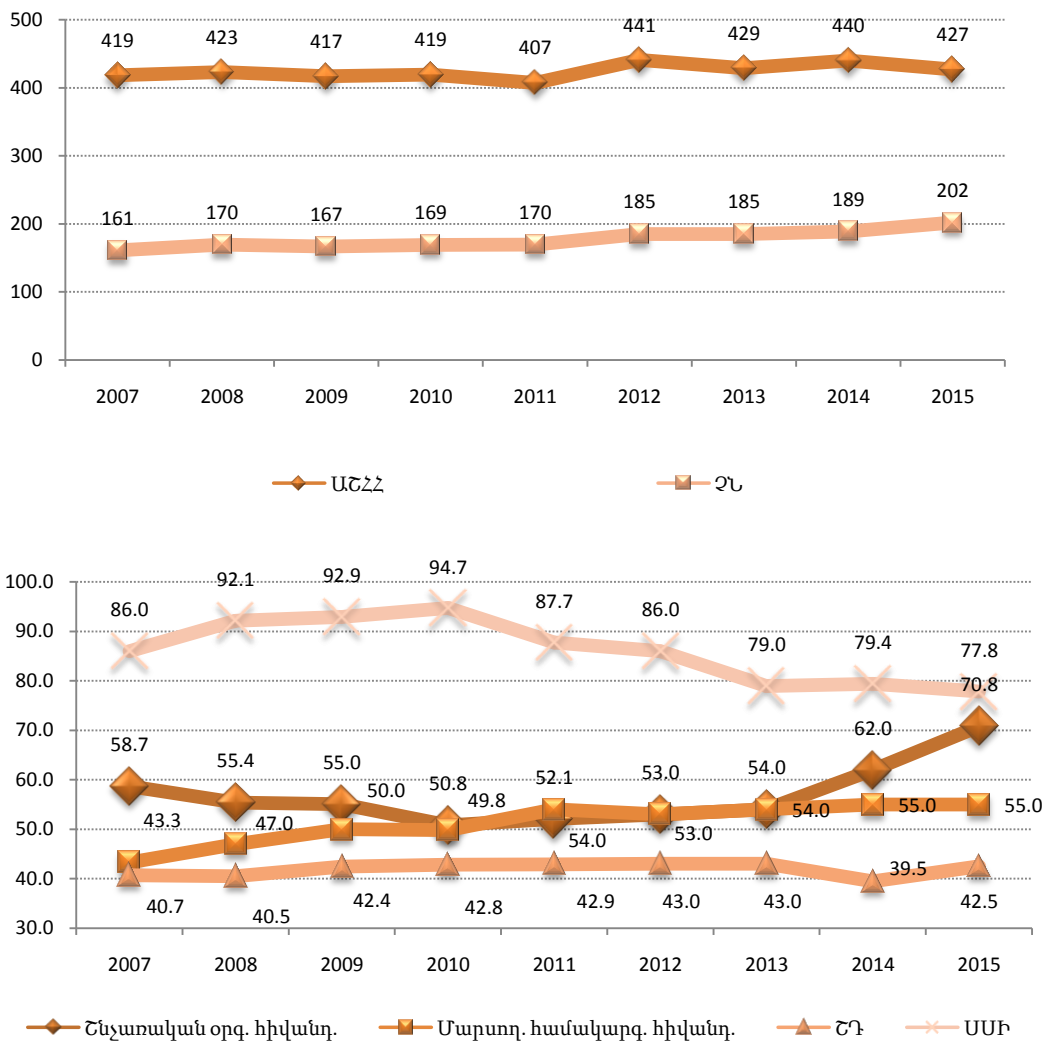
Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառներից առաջացած մահերի հարաբերական ցուցանիշը ներկայացված է Գծապատկեր4-ում, իսկ դինամիկան՝ Գծապատկեր 5-ի Ա և Բ-ում:

**Գծապատկեր 4. Մահացությունն ըստ պատճառների, 2015, 100 000 բնակչի հաշվով**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 5. Ա-Բ. Մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

### Վաղաժամ մահացություն

Հարկ է նշել, որ վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) մահացությունն ըստ պատճառների կրկնօրինակում է ՌՎՀ մահացության կառուցվածքը (Աղյուսակ 3):

Ընդհանուր մահացության կառուցվածքում վաղաժամ մահացության կշիռը կազմում է 28.5%:

**Այսինքն, բնակչության յուրաքանչյուր երրորդը մահանում է մինչև 65 տարեկան հասակը:**

Աղյուսակ 3. ՀՀ բնակչության վաղաժամ մահացությունն ըստ պատճառների և սեռի, 2015

Հիվանդություններ ըստ ՀՄԴ 10	Սեռ	Վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան)	100 000 բնակչի հաշվով
Զարոդակ նորագոյացություններ (C00-C99)	արական	1326	101.6
	իգական	1047	76.2
	ընդամենը	2373	88.6
Շաքարային դիաբետ (E10-E14)	արական	172	13.2
	իգական	175	12.7
	ընդամենը	347	13.0
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (I00-I99)	արական	1814	139.0
	իգական	586	42.7
	ընդամենը	2400	89.6
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ (J00-J99)	արական	230	17.6
	իգական	113	8.2
	ընդամենը	343	12.8
Տրանսպորտային դժբախտ պատահարներ (V01-V99)	արական	226	17.3
	իգական	40	2.9
	ընդամենը	266	9.9
Վնասվածքների այլ արտաքին պատճառներ՝ դժբախտ պատահարների ժամանակ (W00-W99)	արական	54	4.1
	իգական	5	0.4
	ընդամենը	59	2.2
Շփում թունավոր կեղանիների և բույսերի հետ (X20-X29)	արական	7	0.5
	իգական	3	0.2
	ընդամենը	10	0.4
Կանխամտածված ինքնավնասում X60-X84	արական	33	2.5
	իգական	12	0.9
	ընդամենը	45	1.7
Վնասում՝ անորոշ և կանխամտածված (Y00-Y98)	արական	374	28.7
	իգական	62	4.5
	ընդամենը	436	16.3
<b>ԸՆԴԱՄԵՆԸ</b>	արական	5360	410.7
	իգական	2562	186.5
	ընդամենը	7922	295.7

Աղբյուր՝ ԱՏՎԳ, 2015

Ընդ որում, եթե ընդհանուր մահացության կառուցվածքում վաղաժամ մահացության կշիռը կազմում է 28.5%, ապա 35-65 աշխատունակ տարիքային խմբում՝ 24.4%, որը բացասական ազդեցություն է թողնում երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման վրա:

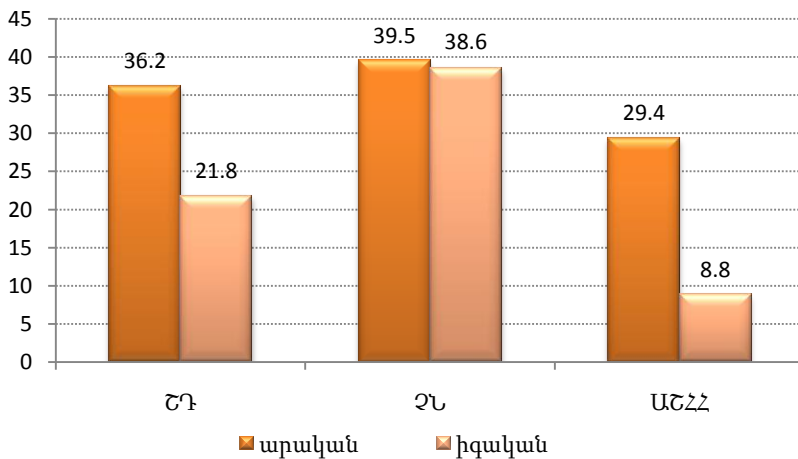
**Աղյուսակ 4. ՀՀ բնակչության վաղաժամ մահացությունն ըստ մահվան պատճառների և սեռատարիքային խմբերի, 2015**

	Ընդհանուր	0-65 տարեկան	ընդհանուր ըստ դասերի, %	35-65 տարեկան	ընդհանուր ըստ դասերի, %
<b>Ընդամենը</b>	<b>27878</b>	<b>7918</b>	<b>28.4</b>	<b>6790</b>	<b>24.4</b>
Իգական	13576	2562	18.9	2209	16.3
Արական	14302	5356	37.4	4581	32.0
<b>Շաքարային դիաբետ (E10-E14)</b>	<b>1276</b>	<b>347</b>	<b>27.2</b>	<b>340</b>	<b>26.6</b>
Իգական	801	175	21.8	172	21.5
Արական	475	172	36.2	168	35.4
<b>ՉԼ (C00-C99)</b>	<b>6069</b>	<b>2373</b>	<b>39.1</b>	<b>2269</b>	<b>37.4</b>
Իգական	2709	1047	38.6	1002	37.0
Արական	3360	1326	39.5	1267	37.7
<b>ԱՇՀՀ (I00-I99)</b>	<b>12817</b>	<b>2400</b>	<b>18.7</b>	<b>2335</b>	<b>18.2</b>
Իգական	6653	586	8.8	570	8.6
Արական	6164	1814	29.4	1765	28.6

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Վաղաժամ մահացության դիտարկումն ըստ պատճառների և սեռի փաստում է, որ տղամարդկանց շրջանում ցուցանիշը գրեթե 4 անգամ բարձր է կանանց ցուցանիշի համեմատությամբ, բացառությամբ մահացությունը չարորակ նորագոյացություններից (Գծապատկեր 6):

**Գծապատկեր 6. ՀՀ բնակչության վաղաժամ մահացությունն ըստ պատճառների և սեռի, % ընդհանուր մահերից, 2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Մահացությունն արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից (ԱՇՀՀ)**

ԱՇՀՀ առանձին նոզոլոգիաներից առաջացած մահերի մասնաբաժիններն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում ներկայացված են Աղյուսակ 5-ում, որոնք 2009-2015թթ. ընթացքում էականորեն չեն փոխվել: Առավել մեծ տոկոս են կազմում մահերը սրտի իշեմիկ հիվանդություններից (ՄԻՀ)՝ 29.1%, ուղեղի անոթային հիվանդություններից՝ 8.7% և սրտամկանի սուր ինֆարկտից (ՍՄԻ)՝ 8.4%:

**Աղյուսակ 5. Մահացությունն ԱՇՀՀ ըստ նոզոլոգիաների, 2009-2015**

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկ և այլ ձևեր	29.1%	29.4%	29.5%	30.5%	31.2%	30.9%	29.1%
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ	11.5%	10.6%	10.4%	10.2%	9.4%	9.5%	8.7%
Սրտամկանի սուր ինֆարկտ	9.7%	10.0%	9.1%	9.4%	8.8%	8.6%	8.4%
Գերճնշումային հիվանդություններ	3.6%	3.9%	3.2%	2.8%	2.4%	2.2%	2.5%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Աղյուսակ 6. ԱՇՀՀ ընդհանուր և վաղաժամ մահացությունն ըստ նոզոլոգիաների, 2015**

Մահվան պատճառներ	2015			
	Բոլոր տարիքային խմբեր	%	Վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան)	%
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	8118	63.3	1689	70.4
այդ թվում՝ ստենոկարդիա (I20)	44	0.3	6	0.3
սրտամկանի սուր ինֆարկտ (I21)	2337	18.2	455	19.0
սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ (I22)	426	3.3	99	4.1
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ (I60-I69)	2428	18.9	395	16.5
Գերճնշումային հիվանդություններ (I10-I15)	700	5.5	49	2.0

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Համաձայն 2015թ.-ի վիճակագրական տվյալների՝ Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում գրանցվել է ԱՇՀՀ հիվանդացության 55 468 դեպք (2293.1/ 100 000 բնակչի հաշվով), ընդ որում, հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է 235210 (9723.8/ 100 000 բնակչի հաշվով), իսկ մահացությունը՝ 12817 դեպք (426.58/100 000 բնակչի հաշվով):

**Աղյուսակ 7. 18 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ԱՇՀՀ տարածվածությունը (ընդհանուր հիվանդացություն) և հիվանդացությունը (կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված), 2015**

	Տարածվածություն		Հիվանդացություն	
	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.
Ընդամենը	234401	10132.3	55074	2380.7
Զարկերակային ճնշման բարձրացմամբ պայմանավորված հիվանդություններ	122960	5315.1	24936	1077.9
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն	71390	3085.9	15989	691.1
այդ թվում՝ կրծքահեղձուկ (ստենոկարդիա)	24306	1050.7	5344	231.0
Սրտամկանի սուր ինֆարկտ	2438	105.4	2149	92.9
Սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ	775	33.5	561	24.3
Ուղեղանոթային հիվանդություններ	18587	803.4	6419	277.5
այդ թվում՝ ուղեղի արյունազեղում	2267	98.0	1075	46.5
Ուղեղի ինֆարկտ	2634	113.9	1072	46.3
ինսուլտ՝ չճշտված, որպես արյունազեղում	2034	87.9	869	37.6
Ուղեղի ինֆարկտ չառաջացնող՝ նախաուղեղային և ուղեղային զարկերակների խցանում և նեղացում	4426	191.3	1723	74.5

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

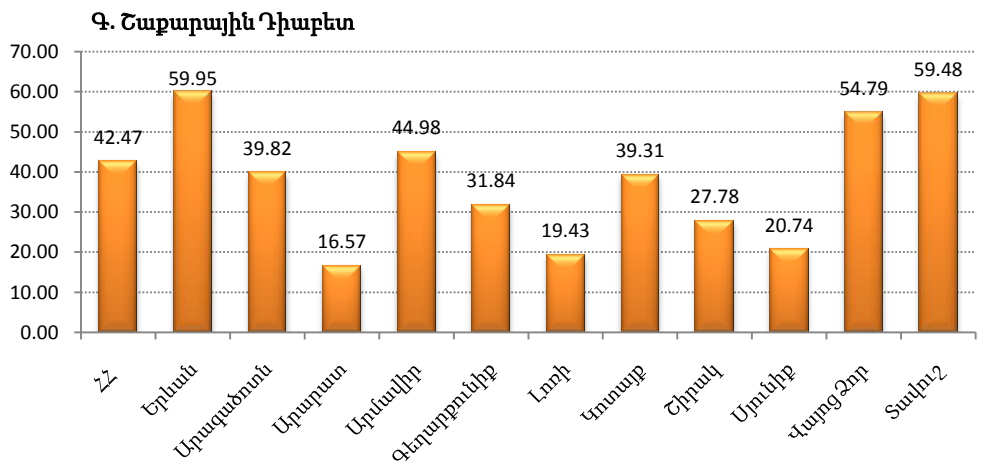
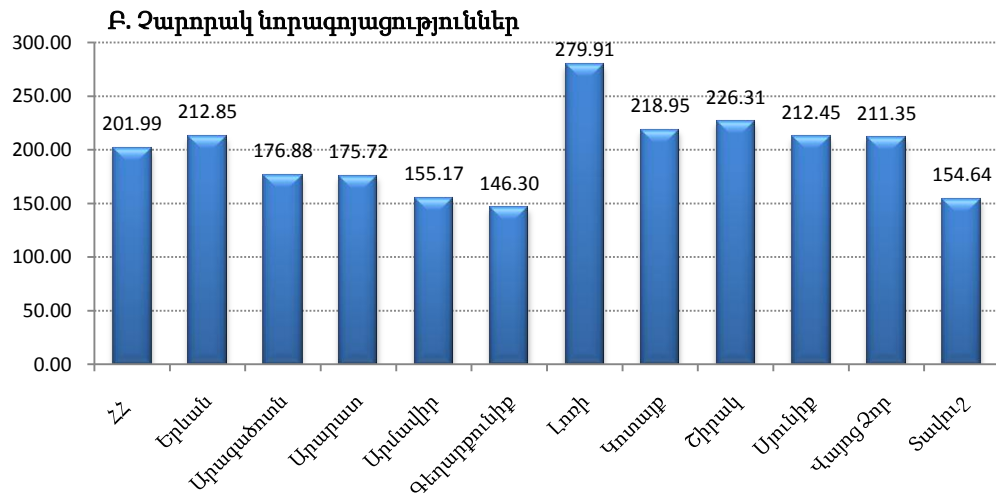
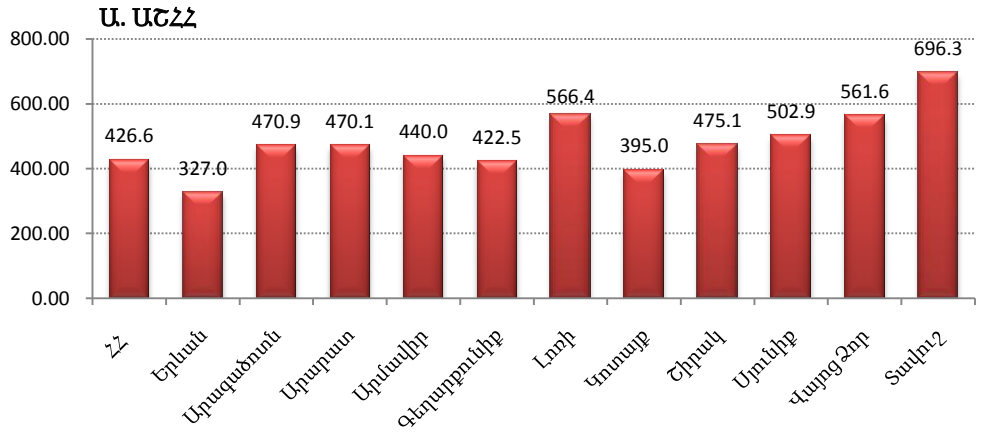


**Մահվան առավել տարածված պատճառները մարզերում**

Գծապատկեր 7-Ա, Բ, Գ-ում ներկայացված են մահվան առավել տարածված պատճառները Հայաստանի մարզերում: Գծապատկերները ցույց են տալիս, որ.

- ԱՇՀՀ մահացությունը զգալիորեն բարձր է Տավուշում և Լոռիում
- Չարորակ նորագոյացություններից մահացությունը՝ Լոռիում
- Շաքարային դիաբետից՝ Տավուշում:

**Գծապատկեր 7. Մահվան առավել տարածված պատճառներն ըստ մարզերի, 100 000 բնակչի հաշվով, 2015**

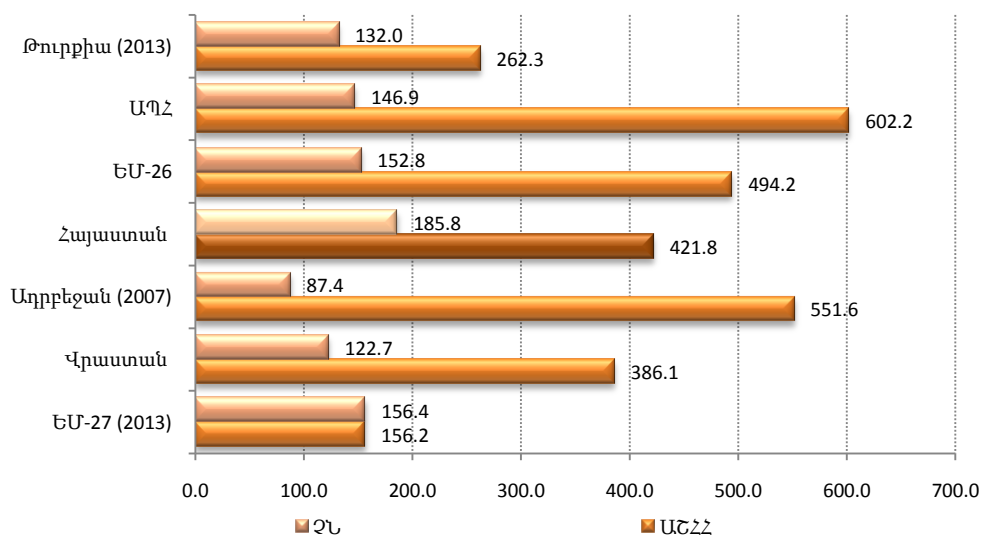


### Մահվան առավել տարածված պատճառների միջազգային համեմատություն

Հիմնելով Եվրոպական «Առողջություն բոլորի համար» շտեմարանի տվյալների վրա Գծապատկեր 8-ում ներկայացված է եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում և Հայաստանում ԱՇՀՀ և ՉՆ պատճառով մահացության համեմատական վերլուծությունը:

Հայաստանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունն ավելի ցածր է, քան ԱՊՀ-ում և Արևելյան Եվրոպայի երկրներում, մոտավորապես նույնն է, ինչ Ադրբեջանում, սակայն ավելի բարձր է, քան Վրաստանում: Միևնույն ժամանակ, չարորակ նորագոյացությունների պատճառով մահացությունը Հայաստանում նույն այդ երկրների և խմբերի համեմատ զգալիորեն բարձր է:

**Գծապատկեր 8. ԱՇՀՀ և ՉՆ մահացության ստանդարտացված ցուցանիշեր, 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով, 2007, 2013-2014**



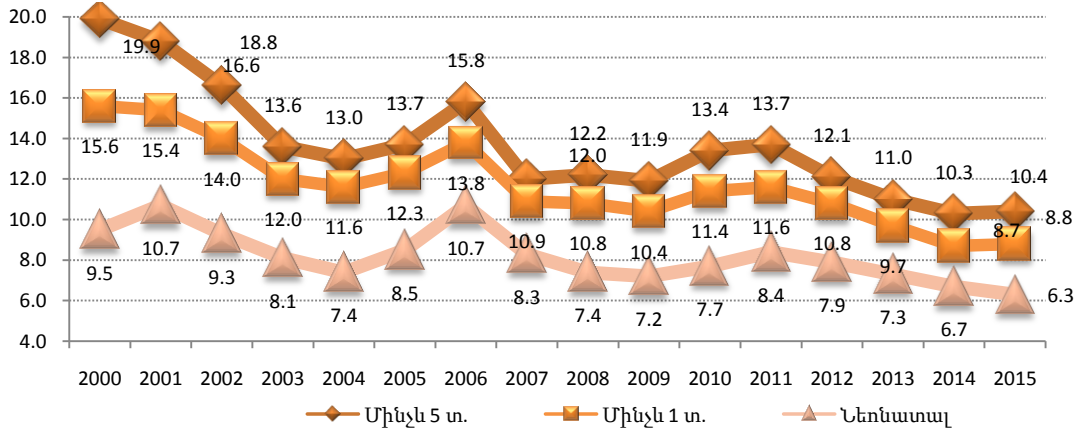
Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2016 (տվյալները թարմացվել են 01.07. 2016)

### Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացություն

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշերը սերտորեն փոխկապակցված են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ:

2005թ.-ին Հայաստանն ընդունել է կենդանածնության ԱՀԿ ստանդարտ սահմանումը, ինչն էլ կարող է մասամբ բացատրել 2006թ.-ին արձանագրված արտասովոր աճը: Հետևաբար, էքստրապոլյացիայի դեպքում, որպես բազային արժեքներ ընդունվել են 2006թ.-ի ցուցանիշերը: Գծապատկեր 9-ում ներկայացված են մանկական, երեխաների և նեոնատալ մահացության ցուցանիշերի միտումները՝ սկսած 2000թ.-ից:

**Գծապատկեր 9. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն՝ 1 000 կենդանածինների հաշվով, 2000-2015**

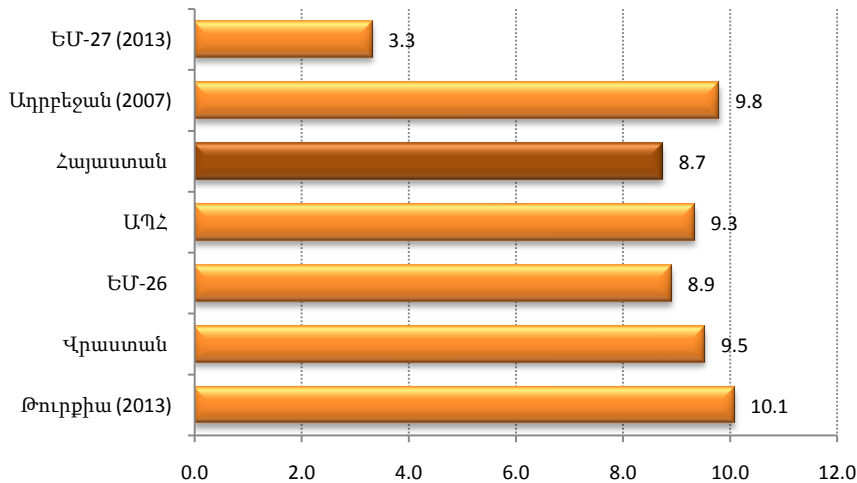


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Տվյալներից երևում է, որ 2011-2015թթ. Ընթացքում նկատվում է մանկական մահացության բոլոր երեք ցուցանիշերի նվազում: Ընդորում, ցուցանիշերն արդեն մոտ են Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարությամբ սահմանված թիրախային արժեքներին:

Հայաստանում մանկական մահացության ցուցանիշն ավելի բարվոք է, քան ԱՊՀ-ում, Արևելյան Եվրոպայի երկրներում (ԵՄ-26), Վրաստանում և Թուրքիայում: Սակայն, այն զիջում է ԵՄ-27 (Եվրոպայի զարգացած երկրների) մակարդակին (Գծապատկեր10):

**Գծապատկեր 10. Մանկական մահացությունը՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով, 2007, 2013-2015**

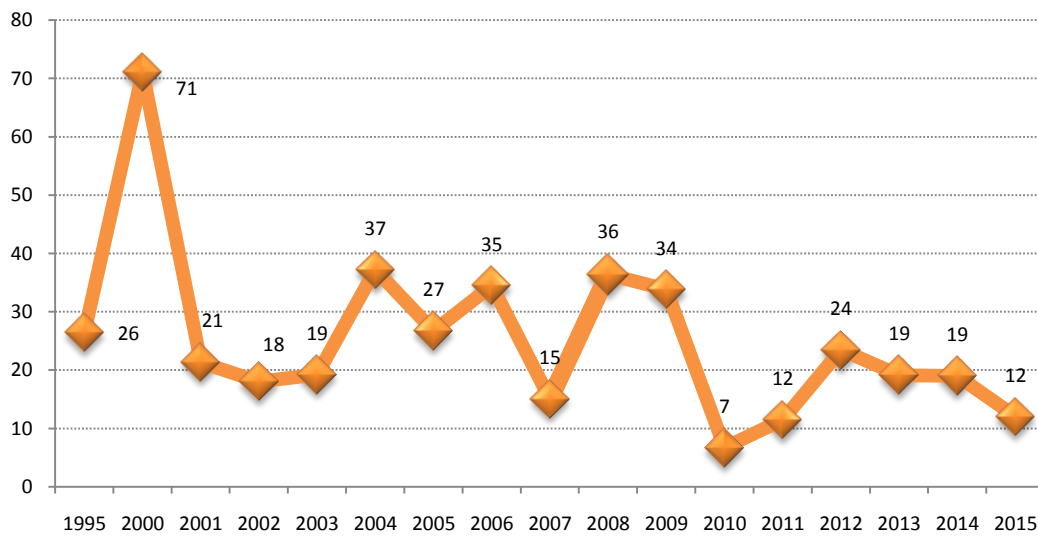


Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏԵ, ԱՀԿ, 2016 (տվյալները թարմացվել են 01.07. 2016)

Մայրական մահացության տարեկան և եռամյա միջինների շարժը Հայաստանում ներկայացված է Գծապատկեր 11 և 12-ում:

**Գծապատկեր 11. Մայրական մահացության գործակիցը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2015**

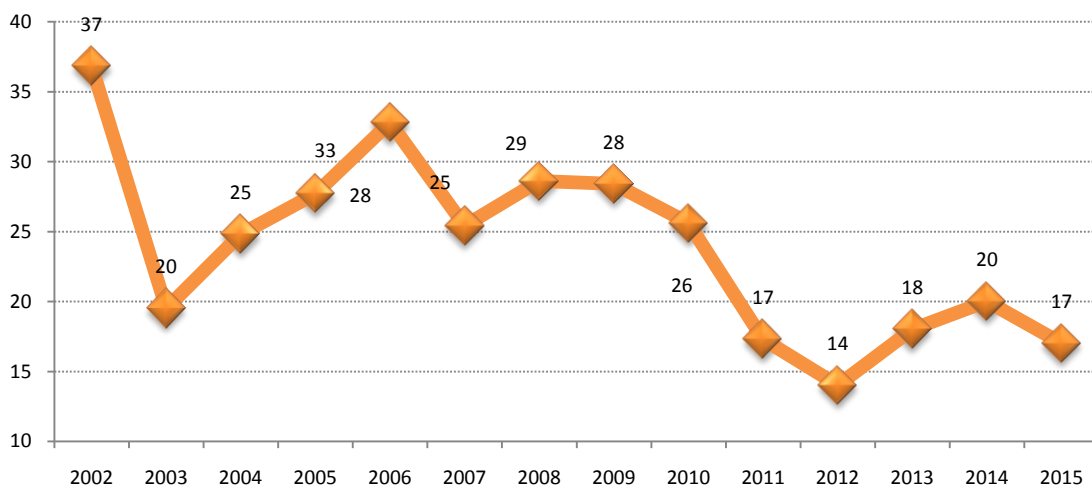
Տարեկան ցուցանիշ



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 12. Մայրական մահացության գործակիցը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995, 2000-2015 (եռամյա միջին)**

Եռամյա միջին ցուցանիշ



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

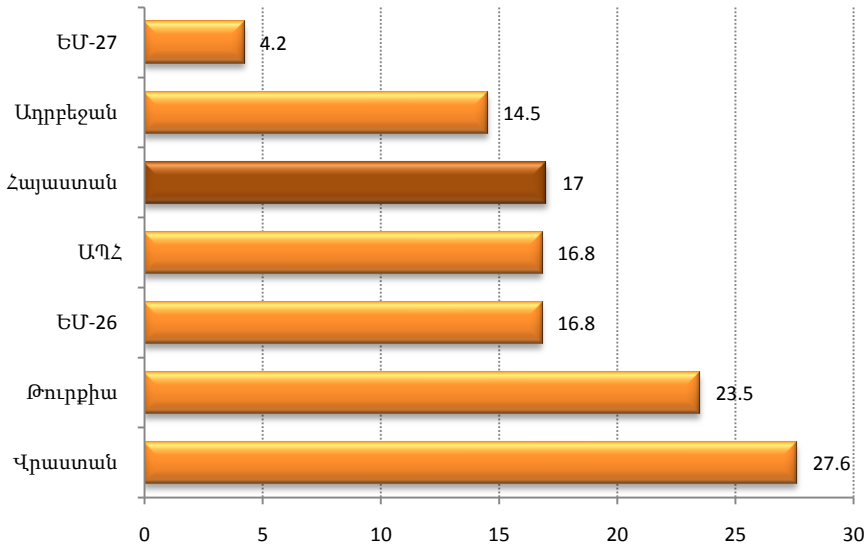
Մայրական մահացության ցուցանիշը (եռամյա միջինը) 2011-2015թթ. ընթացքում եղել է այնքան, որքան սահմանվել է ռազմավարությունում: Հետևաբար՝

- նպատակահարմար է՝ որպես մայրական մահացության մակարդակի նոր թիրախ, սահմանել **ՀԶՆ-ով սահմանված արժեքը՝ 10 մահ 100 000 ծնունդների հաշվով:**

Հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշերի տատանումները՝ միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է, ցուցանիշը բավական անկայուն է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը զգալիորեն

ավելի ցածր է, քան հարևան երկրների ցուցանիշերը, այդ թվում նաև՝ ԵՄ-26 և ԱՊՀ երկրների միջինների համեմատ: Այն գրեթե հավասարվել է եվրոպական զարգացած երկրների ցուցանիշին (Գծապատկեր 13):

**Գծապատկեր 13. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2013-2014**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏԾ, ԱՀԿ, 2016 (տվյալները թարմացվել են 01.07. 2016)

### **Երեխաների սնուցման հիմնախնդիրները**

Երեխաների կենսապահովման խնդիրների շարքում առողջության պահպանման և սնուցման հարցերն առաջնահերթ են: Վաղ տարիներին մանկան օրգանիզմի կառուցողական պահանջների, ինչպես նաև աճի ու զարգացման տեսանկյունից կորցրածը հնարավոր չէ հետագայում վերականգնել, անգամ, լավագույն սնուցման և խնամքի կազմակերպման պարագայում:

Երեխայի զարգացման համար ճիշտ սնուցում ստանալը չափազանց էական է: Ծննդից մինչև երկու տարեկան հասակը երեխայի զարգացման, առողջության և ձևավորման կարևոր ժամանակահատվածն է: Ցավոք, այս շրջանում մանուկների մոտ հաճախ նկատվում է միկրոսննդարար նյութերի անբավարարություն, աճի դանդաղում, այնպիսի մանկական հիվանդությունների առաջացում, ինչպիսիք են փորլուծությունը և սուր շնչառական վարակները:

Չնայած միջազգային հանրության ջանքերին և երեխաների կենսապահովման ոլորտում աշխարհում արձանագրված որոշակի առաջընթացին, դեռևս առկա են բազմաթիվ չլուծված խնդիրներ:

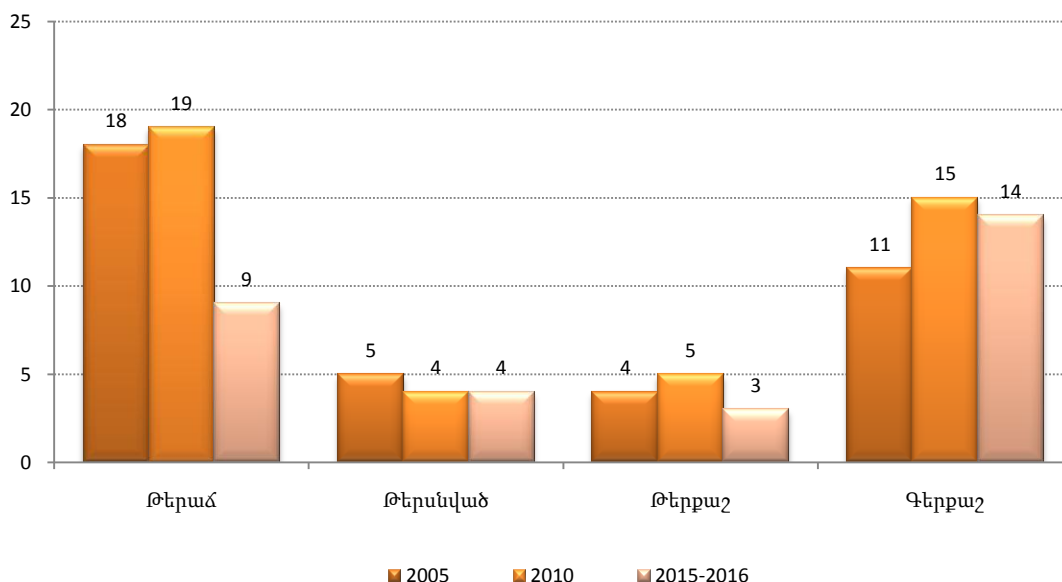
Համաձայն 2012թ.-ի ԱՀԿ տվյալների, աշխարհում մահացել է շուրջ 8 մլն երեխա, 48% դեպքերում մահվան պատճառները զուգակցվել են թերսնուցման խնդիրներով: 2013թ.-ին աշխարհի մինչև 5

տարեկան 165 մլն երեխաներ թերաճ էին: 51 միլիոն երեխաներ տառապում էին սուր թերսնվածությամբ, իսկ 41.7 մլն երեխաներ ունեին քաշի ավելցուկ կամ ճարպակալում: Թերսնուցման արդյունքում աշխարհի զարգացող երկրներում յուրաքանչյուր օր մինչև 5 տարեկան հասակում մահանում է 7500 երեխա:

Համաձայն 2015-2016թթ.-ի ՀԺԱՀՀ-ի տվյալների 2000, 2005 և 2010թթ. համեմատությամբ, կյանքի առաջին 6-7 ամիսների ընթացքում՝ մոտ թերաճության 15-16 տոկոսը նվազում է սկսած 8 ամսականից մինչև 2 տարեկանը, որից հետո կյանքի 3-րդ և 4-րդ տարիների ընթացքում ցուցանիշը կրկին աճում է: Թերսնվածության և թերքաշության ամենաբարձր մակարդակները գրանցվում են 6-10 ամսականում, երբ կրծքի կաթից բացի տրվում է նաև լրացուցիչ սնունդ: 12 ամսականից հետո և՛ թերսնվածության, և՛ թերքաշության մակարդակները մնում են ցածր, սակայն 2-րդ տարեկանից հետո քիչ տարբերություններով կրկին բարձրանում է:

Մինչև 6 ամսական երեխաներին բացառապես կրծքով կերակրելու ցուցանիշը (ինչպես խորհուրդ է տալիս ՀՀ ԱՆ) նկատելիորեն բարելավվել է՝ 2010թ.-ի 35 տոկոսից աճելով մինչ ներկայիս 45%: Նույն տարիքային խմբի այն երեխաների մասնաբաժինը, ում, ի լրումն կրծքի կաթի, տրվում է հավելյալ սնունդ, տատանվել է՝ 2005թ.-ին կազմելով 20%, 2010թ.-ին՝ 17%, և ներկայիս հետազոտության արդյունքներով այս ցուցանիշը կազմում է 21%:

**Գծապատկեր 14. Մինչև 5 տարեկան երեխաների սնուցման առանձնահատկություններ, %**



Համեմատություն անցկացնելու նպատակով՝ Գծապատկեր 6-ում ՀԺԱՀ 2005թ.-ի արդյունքում ստացված երեխայի կարգավիճակի մասին տվյալները վերահաշվարկվել են ըստ ԱՀԿ-ի կողմից 2006 թ.-ին ընդունված Երեխայի զարգացման ստանդարտների, և դրանք տարբերվում են ՀԺԱՀ

2005թ.-ի վերջնական զեկույցում հրապարակված տվյալներից, որոնք հաշվարկվել էին՝ ըստ 1997թ.-ին ԲՎԱԿ/ՀՎԿԿ/ԱՀԿ կողմից սահմանված Միջազգային բազային բնակչության:

Գծապատկեր 14-ում ներկայացված են երեխաների սնուցման կարգավիճակի միտումները ՀԺԱՀ 2005թ.-ի և ՀԺԱՀ 2015-2016թթ.-ի միջև՝ ըստ թերաճության, թերսնվածության, թերքաշության և գերքաշության: Հայաստանի երեխաներն ավելի հակված են թերաճության և գերքաշության, քան թերքաշության կամ թերսնվածության: Թերաճությունը կտրուկ նվազել է 2005 և 2010թթ.-ի 18-19%-ից հասնելով 9%՝ 2015-2016թթ.-ին: Թերսնվածության մակարդակները էապես չեն փոխվել 2005թ.-ից սկսած: Թերքաշ երեխաների մասնաբաժինը նվազել է՝ 2010թ.-ի 5% հասնելով 3%՝ 2015-2016թթ.-ին: Գերքաշ երեխաների մասնաբաժինը 2005թ.-ի 11% բարձրացել էր 15%՝ 2010թ.-ին, սակայն վերջին 5 տարիների ընթացքում առանձնապես չի փոխվել (14% 2015-16թթ.): ՀԺԱՀ տվյալները ներկայումս ԱՆ և միջազգային փորձագետների մասնագիտական քննարկման փուլում են ([http://armstat.am/file/article/dhs\\_kir\\_2015-16-arm.pdf](http://armstat.am/file/article/dhs_kir_2015-16-arm.pdf)):

Ինչպես արդեն նշվեց, չափահաս բնակչության շրջանում ՌՎՀ-ից մահվան բեռի և հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի տարիների (DALYs) նվազեցման տեսակետից, առավել կարևոր նշանակություն ունի ՌՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների կանխարգելումը դեռևս դեռահասային տարիքում:

Համաձայն ԱՏՎԿ տվյալների, վերջին քսանամյակների ընթացքում երեխաների և դեռահասների շրջանում գրանցվում է այդ հիվանդություններով հիվանդացության ամենամյա աճ: Դա առաջին հերթին վերաբերում է այնպիսի խանգարումներին և հիվանդություններին, ինչպիսիք են մեթաբոլիկ համախտանիշը, ճարպակալումը, շաքարային դիաբետը, բրոնխիալ ասթման և այլ ալերգիկ հիվանդություններ:

Համաձայն պաշտոնական տվյալների, աճում են տարբեր քրոնիկ հիվանդություններով տառապող երեխաների հիվանդացության ցուցանիշերը՝ շաքարային դիաբետով ընդհանուր հիվանդացությունը 0-14 տարեկանների շրջանում 1990թ.-ին կազմել է 197 (18.2/100 000), 2014թ.-ին՝ 248 (48.2/100 000):

Ինչ վերաբերում է Հայաստանի համար գերակայություն հանդիսացող ՌՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոններին, ապա դրանց ազդեցությունը և ռիսկային վարքագիծը ձևավորվում է դեռևս մանկական և դեռահասության տարիքում, իր ազդեցությունը թողնելով անհատի հետագա ամբողջ կյանքի վրա: Համաձայն 2005թ.-ի Հայաստանի դպրոցահասակ դեռահասների առողջական վարքագծի հետազոտության արդյունքների, դեռահասների շրջանում առկա են անատող սննդային սովորույթներ, այն է չնախաճաշելը՝ 10 դեռահասներից 8-ը հայտնել են, որ առավոտյան չեն նախաճաշում: Տանը չնախաճաշող երեխաների մի մասը նախաճաշում է դպրոցում՝ մոտ 20%:

Չնախաճաշած երեխաները օրվա ընթացքում ավելի հաճախ են դրսում «արագ սնունդ» ընդունում, որը սովորաբար իրենից ներկայացնում է ճարպերի և շաքարի բարձր պարունակությամբ և բջջանյութի առումով աղքատ սնունդ, ինչպես նաև գազավորված ըմպելիքներ և քաղցրավենիք: Վատորակ ճարպերի և շաքարի բարձր պարունակությամբ սնունդը շատ երիտասարդների սննդակարգում մրգերի և բանջարեղենի տեղն է զբաղեցնում:

ՈՎՀ զարգացման ռիսկի այլ կարևոր գործոն է ֆիզիկական ակտիվության պակասը: Երեխաների շուրջ մեկ քառորդը չափից ավելի շատ ժամանակ է նվիրում հեռուստացույցին կամ համակարգչին՝ օրական 5 ժամ և ավել: Ֆիզիկական ակտիվությունը խոչընդոտող գործոններից է բարձր դասարանցիների ծանրաբեռնվածությունը լրացուցիչ պարապմունքներով: Քաղաքաբնակ երեխաների մեկ երրորդն առնվազն 5 ժամ հատկացնում է լրացուցիչ պարապմունքներին՝ հիմնականում ԲՈՒՀ ընդունվելու նպատակով: Բոլոր բնակավայրերում երեխաների մոտ մեկ երրորդը տնային աշխատանքներին տրամադրում է օրական 3-4 ժամ: Հարցվողների մոտ 10%-ը դպրոցում ֆիզկուլտուրայի դասերին չի մասնակցում: Տղաների 41.3%-ը և աղջիկների 46%-ը շաբաթական 2 օր մասնակցել են ֆիզկուլտուրայի պարապմունքներին: Գյուղական վայրերում դպրոցում ֆիզկուլտուրայի դասերն ավելի կանոնավոր են անցկացվում: Երևանի և մարզային քաղաքների երեխաների 30%-ը՝ հարցմանը նախորդող վերջին շաբաթվա ընթացքում, մարզանք չեն կատարել: Տղաների մոտ 31%-ը և աղջիկների 44%-ը, (քաղաքաբնակ և գյուղաբնակ երեխաների միջև չնչին տարբերությամբ) վերջին 12 ամիսներին սպորտի որևէ տեսակով չեն զբաղվել: Թերևս, հաշվի առնելով վերը նշվածը, զարմանալի չէ, որ Հայաստանում վերջին 10 տարիներին նկատվում է հեռուստացույցի և համակարգչի առջև անցկացվող ժամանակի աճի միտում, ինչը, բնականաբար, դուրս է մղում ֆիզիկական ակտիվ ժամանցը: Տղաների 29.5% և աղջիկների 20.4% օրական ավելի քան 5 ժամ անց են կացնում էկրանների դիմաց: Ընդհանուր առմամբ՝ դեռահասների 58.7%-ը օրական 3 և ավելի ժամ գտնվում են հեռուստացույցի կամ համակարգչի առջև: Համակարգչի օրական օգտագործումը խիստ տարբեր է՝ կախված սեռից և բնակավայրից: Գյուղական վայրերում դպրոցահասակ երեխաների մինչև 70%-ը երբեք համակարգիչ չի օգտագործել: Սակայն երևանաբնակ երեխաների 51.9% օրական կես ժամ և ավելի (նրանցից 5.5% օրական 5 և ավել ժամ) զբաղվում են համակարգչով:

### ***Հիվանդությունների տարածվածության միտումները***

Հայաստանում բնակչության ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում առավել տարածված հիվանդությունների տեսակարար կշիռը կազմում է 67.1%: Այդ հիվանդություններն են՝ շնչառական օրգանների, արյան շրջանառության համակարգի, մարսողական օրգանների, միզասեռական

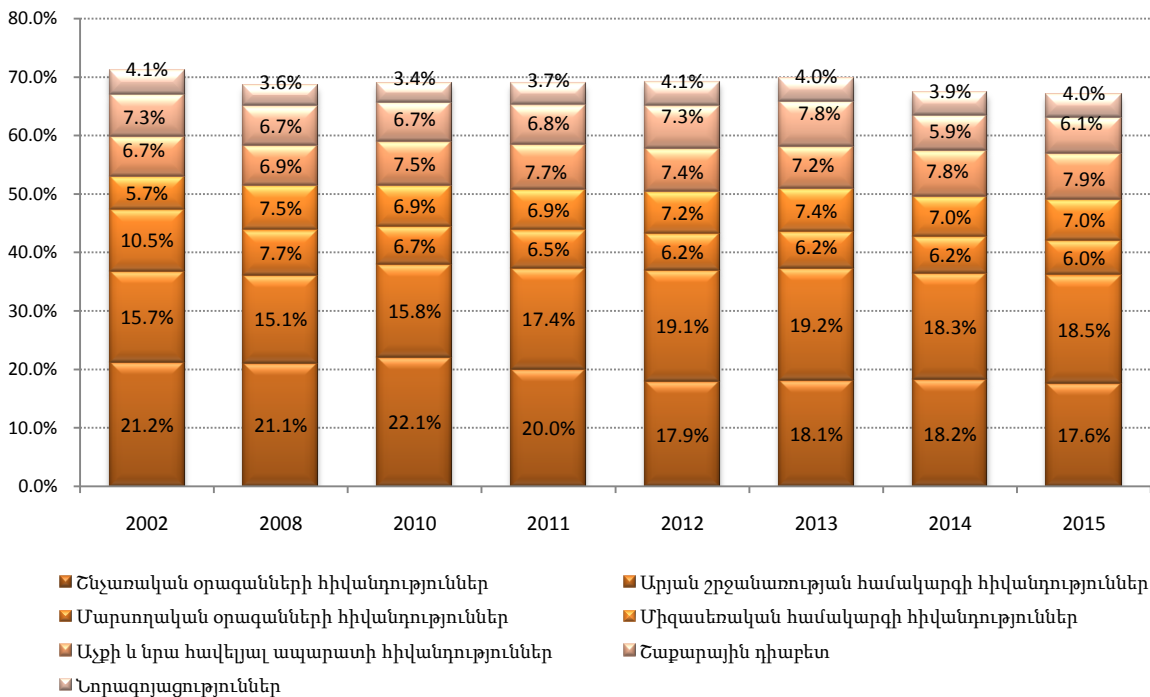


համակարգի, աչքի և նրա հավելյալ ապարատի, ներգատական համակարգի հիվանդությունները և նորագոյացությունները:

Գծապատկեր 15-ում ներկայացված է վերը թվարկված հիվանդությունների տարածվածությունը 2002, 2008 և 2010-2015թթ. ընթացքում:

Հարկ է նշել, որ վերջին 12 տարիների ընթացքում աճել է արձանագրված ԱՇՀՀ-ով հիվանդների թիվը, որը փաստում է այդ հիվանդությունների բուժման կապակցությամբ ԱԱՊ հաստատություններ դիմելիության աճի մասին:

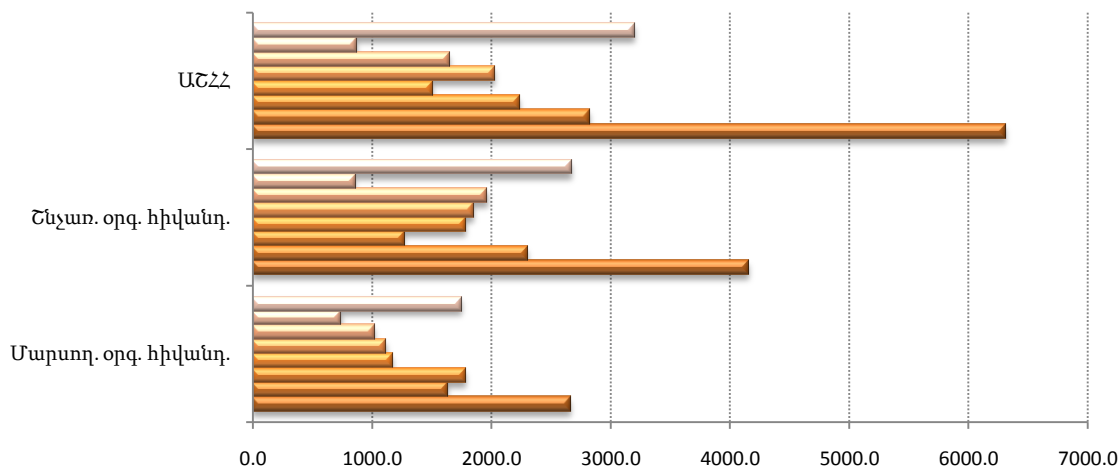
**Գծապատկեր 15. ՀՀ բնակչության շրջանում առավել տարածված հիվանդություններ, 2002, 2008, 2010-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Գծապատկեր 16-ում ներկայացված են հոսպիտալացման ցուցանիշերի միջազգային համեմատություններն ըստ հիվանդությունների պատճառների:

**Գծապատկեր 16. Հիվանդանոցից դուրս գրվածները՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, ընտրանքային միջազգային համեմատություններ, 2016**



	Մարտող. օրգ. հիվանդ.	Շնչառ. օրգ. հիվանդ.	ԱՇՀՀ
■ ԱՊՀ (2015)	1747.3	2670.9	3198.0
■ Ադրբեջան (2015)	738.8	855.2	866.1
■ Վրաստան (2014)	1015.3	1963.3	1647.0
■ Հայաստան (2014)	1117.6	1844.5	2028.2
■ Թուրքիա (2010)	1172.1	1781.6	1502.0
■ ԵՄ-27 (2009)	1782.0	1265.9	2235.9
■ ԵՄ-26 (2013)	1630.6	2301.1	2825.2

Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2016 (տվյալները թարմացվել են 01.07. 2016)

Գծապատկերից երևում է, որ Հայաստանում դիտարկվող ցուցանիշերը մոտ են Վրաստանի և Ադրբեջանի ցուցանիշերին, սակայն, զգալիորեն ցածր են ԱՊՀ, ԵՄ-26 և ԵՄ-27 երկրների համապատասխան ցուցանիշերից:

- 1995թ.-ին Հայաստանի տնտեսությունը կազմալուծված էր, բնակչությունն աղքատացած, ենթակառուցվածքների աշխատանքը կազմալուծված, առաջնային օղակում բուժօգնությունը դարձել էր վճարովի, որը նպաստել էր բուժօգնության անմատչելիությանը: Արդյունքում աղքատացած բնակչությունը հիվանդության դեպքում Հոսպիտալացման մակարդակի վրա էապես ազդում է տվյալ երկրում հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը:
- 1995թ.-ին բոլոր հիվանդությունների մակարդակը կտրուկ նվազել էր: Բացատրությունը պարզ է. հաճախ չէր դիմում բուժօգնության:

Հետևաբար, 2005թ.-ից բնակչության ընդհանուր հիվանդացության աճը, որն արձանագրվել է բոլոր հիվանդությունների գծով առողջության առաջնային պահպանման օղակում, առավելապես բնութագրում է առաջնային բուժօժանոցայությունների մատչելիության աճը, այլ ոչ թե բնակչության առողջության վիճակը: Դիմելիության աճը պայմանավորված է համակարգում իրականացված բարեփոխումներով: Տվյալները պարզապես հուշում են, որ եթե բնակչության դիմելիությունն առաջնային բուժօգնության օղակ բարձրացել է, ապա առողջության վիճակի բարելավումն

անխուսափելի է: Առավելապես այդ պատճառով անհրաժեշտություն կա իրականացնելու ընտրանքային հետազոտություններ, որոնք կարտացոլեն բնակչության առողջության ընդհանուր վիճակը, այդ թվում՝ բուժառայություններից չօգտվելու պատճառները, ինչպես նաև տարբեր հիվանդությունների առկայությունը բնութագրող հիվանդագին վիճակների և ախտանիշների տարածվածության արժանահավաստ պատկերը:

**Աղյուսակ 8. 15 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի և տարիների, 1990, 1995, 2005, 2010-2015**

Հիվանդություններ	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	62665	35944	25537	31964	41969	48263	49352	50439.0	52604.8
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	16420	8145	5825	7535	9292	9135	9419	9200.4	9253.8
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	8709	5588	4047	4430	6599	8645	8903	9226.4	9723.8
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	-	-	-	1626	3117	3756	3790	3911.3	4161.3
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	2003	1766	1703	2237	2777	3398	3706	3930.9	4402.7
Միզանեռական համակարգի հիվանդություններ	3450	1948	1383	1948	2870	3372	3536	3532.7	3702.0
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	11813	4992	2751	2751	2824	3059	3084	3116.2	3163.3
Շաքարային դիաբետ	1434	1350	1331	1576	2056	2515	2771	2955.4	3186.9
Հոգեկան խանգարումներ	2978	2126	1796	1897	2296	2456	2445	2522.0	2437.1
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդաբերական շրջան (բարդություններ)	2521	1274	1530	2043	1948	2335	2353	2169.2	2753.7
Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություններ	1600	1333	1488	1899	2241	2499	2274	2274.5	2326.1
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	1965	962	724	941	1462	1915	1961	2022.2	2082.9
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	4600	2719	1785	1265	1588	1834	1875	1957.0	2077.2
Նորագոյացություններ	1152	1085	931	1219	1433	1849	1855	1962.6	2114.0
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4945	3065	1689	1495	1678	1851	1852	1945.0	1950.8
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1965	1504	659	1037	1541	1798	1807	1967.4	2010.0
Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	-	-	-	584	1020	1233	1318	1410.9	1515.0
Կլինիկական և լաբորատոր հետազոտությունների ընթացքում բացահայտված և այլ խորագրերում չդասակարգված ախտանիշներ, նշաններ և շեղումներ նորմայից	41801	79	41779	43	146	157	202	214.9	227.0
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	58	47	43	77	95	100	111	100.5	96.7

Աղբյուր՝ ՀՀՄԸՍՏԿԿ, 2015

## 2. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ

### Առողջության ընդհանուր վիճակի գնահատականը

Առողջության ընդհանուր վիճակի գնահատումն իրականացված է ԱՀԿ կողմից մշակված Առողջության և կյանքի որակի գնահատման SF-12 հարցաթերթի կիրառմամբ, որը բաղկացած է ութ բաղադրիչներից (դոմեններից), որոնք նկարագրում են բնակչության ֆիզիկական հոգեկան առողջության ուղղությունները (ասպեկտները): Այն իրենից ներկայացնում է հարցվողի կողմից անձնական առողջության վիճակի գնահատում:

### *SF12 բաղադրիչներ*

#### *Ֆիզիկական առողջության վիճակի բաղադրիչներ.*

1. Ընդհանուր առողջություն (gh)
2. Ֆիզիկական կենսունակություն (ֆունկցիոնալություն)(pf)
3. Դերային կենսունակություն՝ պայմանավորված ֆիզիկական վիճակով (rp)
4. Մարմնական ցավ (bp)

#### *Հոգեկան առողջության վիճակի բաղադրիչներ.*

5. Մտավոր առողջություն (mh)
6. Հուզական (էմոցիոնալ) վիճակով պայմանավորված կենսունակություն(re)
7. Սոցիալական կենսունակություն (sf)
8. Կենսունակություն (vt)

Ներկայացված բոլոր բաղադրիչների արժեքները կարող են փոփոխվել(0-100) միջակայքում, որտեղ 0-ն բաղադրիչի տեսակետից ամենավատ վիճակն է, իսկ 100-ը՝ ամենաբարենպաստը:

Բնակչության առողջության վիճակի 2012, 2016թթ. գնահատականները տրված են Գծապատկեր 17-ում: Տվյալների ընդհանրացված մեկնաբանության նպատակով արժեքների միջակայքը բաժանվել է 5 տիրույթի.

1. Շատ ցածր արժեքների տիրույթ (0-20)
2. Ցածր արժեքների տիրույթ (20-40)
3. Միջին արժեքների տիրույթ (40-60)
4. Բարձր արժեքների տիրույթ (60-80)
5. Շատ բարձր արժեքների տիրույթ (80-100):

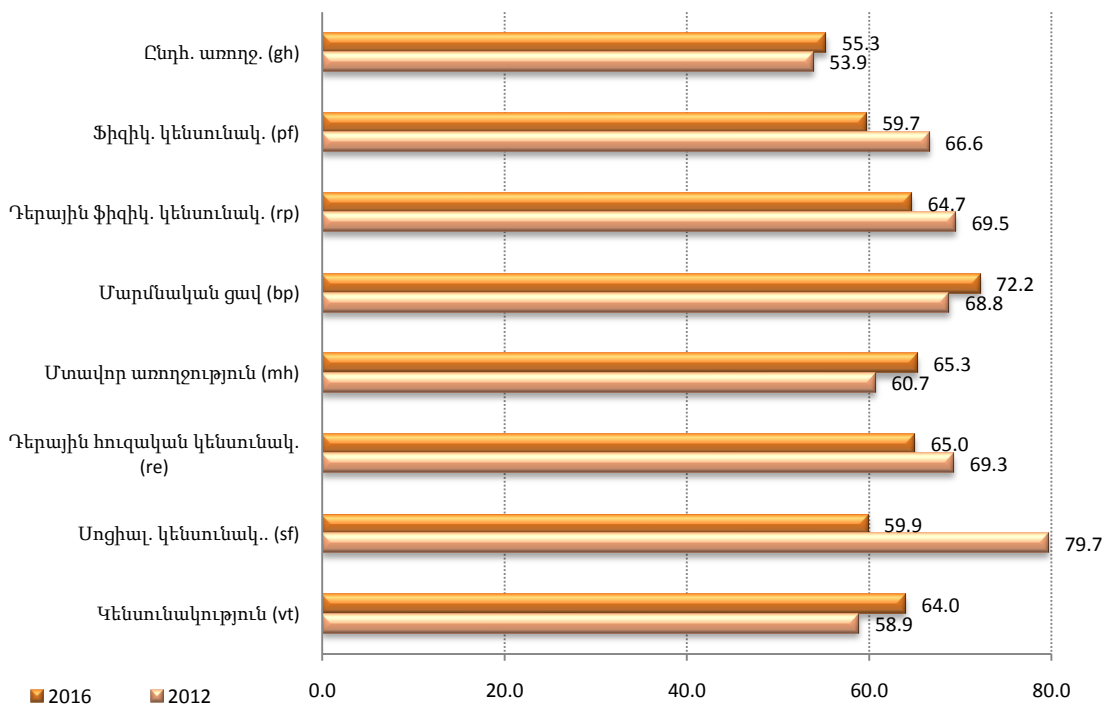
Համաձայն Գծապատկեր17-ում ներկայացված տվյալների, Հայաստանի բնակչության ընդհանուր առողջության ութ բաղադրիչներից հինգը՝ դերային ֆիզիկական կենսունակությունը (rp), դերային հուզական կենսունակությունը (re), մարմնական ցավի (bp), մտավոր առողջության (mh) և

կենսունակության բաղադրիչները (vt) գտնվում են **բարձր** արժեքների տիրույթում, իսկ երեքը՝ ընդհանուր առողջության (gh), ֆիզիկական կենսունակություն (pf) և սոցիալական կենսունակության (sf) բաղադրիչները՝ **միջին** արժեքների տիրույթում: Այնուամենայնիվ, հարկ է նշել, որ այդ երեք բաղադրիչները գտնվում են միջին արժեքների տիրույթի վերին հատվածում, այսինքն՝ շատ մոտ են բարձր արժեքների տիրույթին:

2012թ. համեմատ 2016թ.-ին աճել են ընդհանուր առողջության, մարմնական ցավի, մտավոր առողջության և կենսունակության բաղադրիչների արժեքները, սակայն նվազել են ֆիզիկական կենսունակության, դերային ֆիզիկական կենսունակության, դերային հուզական կենսունակության և սոցիալական կենսունակության բաղադրիչների արժեքները:

Նշենք, որ հատկապես մեծ է սոցիալական կենսունակության բաղադրիչի արժեքի անկումը, որը 2012թ.-ի տվյալների համաձայն կազմել է 79.7%, իսկ 2016թ.՝ 59.9%:

**Գծապատկեր 17. Առողջության վիճակի գնահատում (SF-12) 2012, 2016**

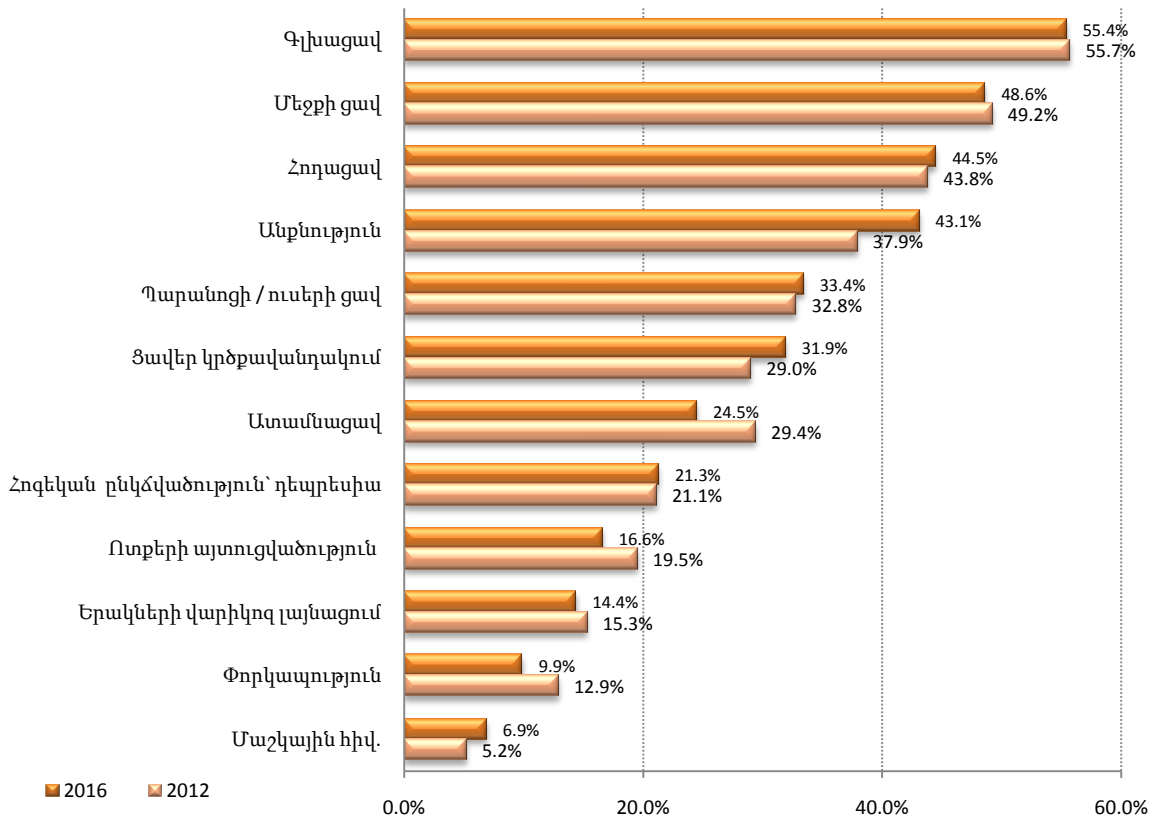


### **Հիվանդագին վիճակների տարածվածություն**

Հետազոտության շրջանակում ուսումնասիրվել են ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ վերջին մեկ ամսվա ընթացքում առավել հաճախ հանդիպող 12 հիվանդագին վիճակները, ախտանիշները և գանգատները (զլխացավ, մեջքի ցավ, հոդացավ, անքնություն, պարանոցի/ուսերի ցավ, ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս, ատամնացավ, հոգեկան խիստ ընկճվածություն՝ դեպրեսիա, ոտքերի այտուցվածություն, երակների վարիկոզ լայնացում, փորկապություն, մաշկային հիվանդություններ):

2012, 2016թթ. բնակչության մոտ առավել տարածված հիվանդագին վիճակների, ախտանիշների և գանգատների տվյալները ներկայացված են Գծապատկեր 18-ում:

**Գծապատկեր 18. Հիվանդագին վիճակների տարածվածություն, 2012, 2016**



**Հարկ է նշել, որ հարցված բնակչության 40-60%-ը** ունեցել է գլխացավ, մեջքի ցավ, հոդացավ և անքնություն:

2016թ. ընտրանքային հետազոտության տվյալները փաստում են, որ ինչպես նախորդ հետազոտության ժամանակ, որպես առավել տարածված հիվանդագին ախտանիշ շարունակում է մնալ գլխացավը:

*Այսպիսով, հարցվածներից յուրաքանչյուր երկրորդը նշում է գլխացավի առկայության մասին:*

**Հարցվածների 20-40%-ը** նշել է հետևյալ գանգատները՝ պարանոցի/ուսերի ցավ, ցավ կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս, ատամնացավ և հոգեկան խիստ ընկճվածություն:

**5-20%-ը** նշել է՝ ոտքերի այտուցվածություն, երակների վարիկոզ լայնացում, փորկապություն և մաշկային հիվանդություններ:

*Այսպիսով, 2016թ.-ին աճել են գանգատներն անքնությունից (37.9%՝ 43.1%) և քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս ցավերը կրծքավանդակում (29%՝ 31.9%)*

Մյուս կողմից, նվազել են գանգատներն ատամնացավից (29.4%՝ 24.5%), ոտքերի այտուցվածությունից (19.5%՝ 16.6%) և փորկապությունից (12.9%՝ 9.9%):

Հիվանդագին վիճակների և ախտանիշների տարածվածությունը 2016թ.-ին ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի ներկայացված է Աղյուսակ 9, 10-ում:

**Աղյուսակ 9. Հիվանդագին վիճակների տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի, %, 2016**

Հիվանդագին վիճակ	Բնակավայր			Սեռ			Տարիք			
	Եր	Քաղ	Գյ	Իգ.	Ար.	15-19	20-34	35-49	50-64	65 +
Ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս	28.4	33.7	34	32.8	30.9	12.2	20.3	36.5	44.5	45.2
Հոդացավ	40.3	44.0	48.7	50.5	37.7	14.5	27.3	49.0	63.0	69.9
Մեջքիցավ	44.3	47.5	53.1	54.3	42.0	26.6	38.5	52.3	61.3	61.1
Պարանոցիցավ	29.8	33.5	36.6	40.8	25.0	10.2	21.7	36.9	47.7	48.7
Ոտքերի այտուցվածություն	13.4	16.6	19.5	20.6	12.1	1.9	7.3	16.7	26.6	33.1
Երակների վարիկոզ լայնացում	11.8	14.8	16.4	19.6	8.4	1.0	7.8	15.8	20.6	27.1
Մաշկային հիվանդություններ	6.9	7.9	6.2	6.8	7.0	4.8	6.0	7.8	6.9	8.8
Փորկապություն	9.8	11.0	9.3	13.5	5.8	8.1	6.3	9.7	10.5	19.7
Գլխացավ	49.5	59.0	58.6	63.1	46.7	43.1	52.9	59.4	61.2	53.8
Անքնություն	39.8	44.6	45.2	48	37.5	16.8	30.4	45.3	61.0	59.5
Հոգեկան խիստ ընկճվածություն, դեպրեսիա	18.2	23.8	22.5	25.6	16.3	8.7	14.6	26.4	28.3	25.8
Ատամնացավ	17.0	26.1	30.4	27.1	21.5	23.2	29.4	26.2	23.5	11.9

**Աղյուսակ 10. Հիվանդագին վիճակների տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի, %, 2016**

Հիվանդագին վիճակ	Կրթություն				Բարեկեցություն				Ընդամենը
	ՄՑ	Միջ	ՄՄ	ԹԲ	Բար	Ցածր	Միջին	Բարձր	
Ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս	34.6	35.3	38.4	19.2	23.3	36.2	29.8	28.6	31.9
Հոդացավ	51.7	46.2	56.7	24.0	36.3	48.1	45.1	39.9	44.5
Մեջքիցավ	55.0	51.2	59.8	25.8	40.4	50.6	49.5	45.4	48.6
Պարանոցիցավ	34.9	35.5	39.6	13.0	31.1	34.2	34.4	31.6	33.4
Ոտքերի այտուցվածություն	21.0	19.1	21.1	7.5	10.0	18.3	16.5	14.8	16.6
Երակների վարիկոզ լայնացում	18.5	16.2	18.2	5.7	9.5	14.4	14.4	14.2	14.4
Մաշկային հիվանդություններ	4.7	6.7	9.6	5.8	6.2	6.9	6.9	6.9	6.9
Փորկապություն	20.3	10.1	9.8	7.0	7.8	10.2	10.4	9.2	9.9
Գլխացավ	51.5	56.9	62.4	49.7	50.0	53.8	58.2	54.9	55.4
Անքնություն	44.0	45.8	50.9	26.6	37.0	45.8	41.7	41.2	43.1
Հոգեկան խիստ ընկճվածություն, դեպրեսիա	30.4	20.5	28.2	15.6	16.5	24.3	22.4	16.8	21.3
Ատամնացավ	25.5	26.5	26.6	21.8	19.8	23.0	24.9	25.9	24.5

Ըստ հետազոտության տվյալների, հիվանդագին վիճակների և գանգատների տարածվածությունը զգալիորեն բարձր է.

- մարզային քաղաքներում և գյուղերում,
- կանանց շրջանում,
- 50 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում,

- ցածր կրթամակարդակով խմբերում<sup>3</sup>,
- ցածր բարեկեցության խմբում համեմատաբար ավելի տարածված են՝ ցավերը կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս, հոդացավը, մեջքի ցավը և դեպրեսիան:

### **Հոգեկան առողջություն**

2016թ. ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտության շրջանակում կիրառվող հարցաթերթում ընդգրկվել է բնակչության հոգեկան առողջության գնահատման հարցաշարը, որն իրենից ներկայացնում է Ջունգի (Zung) դեպրեսիայի չափման սանդղակի կառուցման գործիք, և թույլ է տալիս գիտահետազոտական ուսումնասիրությունների շրջանակներում վերահսկել ժամանակի ընթացքում դեպրեսիայի ծանրության աստիճանի փոփոխությունները: Դեպրեսիայի գնահատման Ջանգի սանդղակը մշակվել է Դյուկի համալսարանի հոգեբույժ Վիլյամ Ջունգի կողմից (1929-1992թթ.)՝ դեպրեսիվ խանգարումներ ախտորոշմամբ հիվանդների շրջանում դեպրեսիայի աստիճանը գնահատելու նպատակով:

Հարկ է նշել, որ Հայաստանում այս հարցաթերթի թարգմանված և ադապտացված տարբերակը կիրառվել է առաջին անգամ:

Դեպրեսիայի գնահատման Ջանգի սանդղակը քսան հարցից բաղկացած հարցաշար է, որը լայնորեն կիրառվում է որպես սքրինինգային գործիք և անդրադառնում է դեպրեսիայի հուզական, հոգեբանական և սոմատիկ ախտանշաններին: Հարցերից տասը պարունակում է դրական պնդում, տասը՝ բացասական: Յուրաքանչյուր հարց գնահատվում է 1-ից 4 միավոր (ըստ պատասխանների՝ «հազվադեպ», «երբեմն», «հաճախ», «շատ հաճախ/միշտ»):

Թեստի միավորները տատանվում են 20-80 միջակայքում, որոնց կարելի է բաժանել ծանրության չորս աստիճանի.

- 20-44 նորմալ միջակայք,
- 45-59 թեթև աստիճանի դեպրեսիա,
- 60-69 միջին աստիճանի դեպրեսիա,
- 70 և բարձր ծանր աստիճանի դեպրեսիա:

<sup>3</sup>Սույն և հետագա բաժիններում հարկ է հաշվի առնել, որ թերի բարձրագույն կրթությամբ անձանց մեծ մասն ուսանողներ են, այսինքն՝ երիտասարդներ: Այդ պատճառով, թերի բարձրագույն կրթությամբ խմբում տվյալներն շատ մոտ են 15-19 և 20-29 տարեկանների միջինացված տվյալներին:



**Ծանր դեպրեսիվ խանգարումների ախտորոշման չափանիշեր**

Միննույն երկշաբաթյա ժամանակահատվածում առկա են եղել ստորև բերված ախտանշաններից առնվազն հինգը: Արձանագրվել է փոփոխություն նախկին վիճակի համեմատությամբ, առկա է դեպրեսիվ տրամադրություն կամ հետաքրքրության հաճույքի կորուստ.

- Դեպրեսիվ տրամադրություն,
- Նվազող հետաքրքրություններ կամ հաճույք,
- Քաշի զգալի կորուստ կամ ավելացում,
- Անքնություն կամ գերանքնություն ,
- Հոգեշարժական գրգռվածություն կամ արգելակում,
- Հոգնածություն կամ էներգիայի կորուստ,
- Անարժան /անպետք լինելու զգացողություն կամ մեղքի զգացում,
- Կենտրոնանալու կարողության անկում,
- Մահվան կամ ինքնասպանության մասին հաճախակի մտքեր:

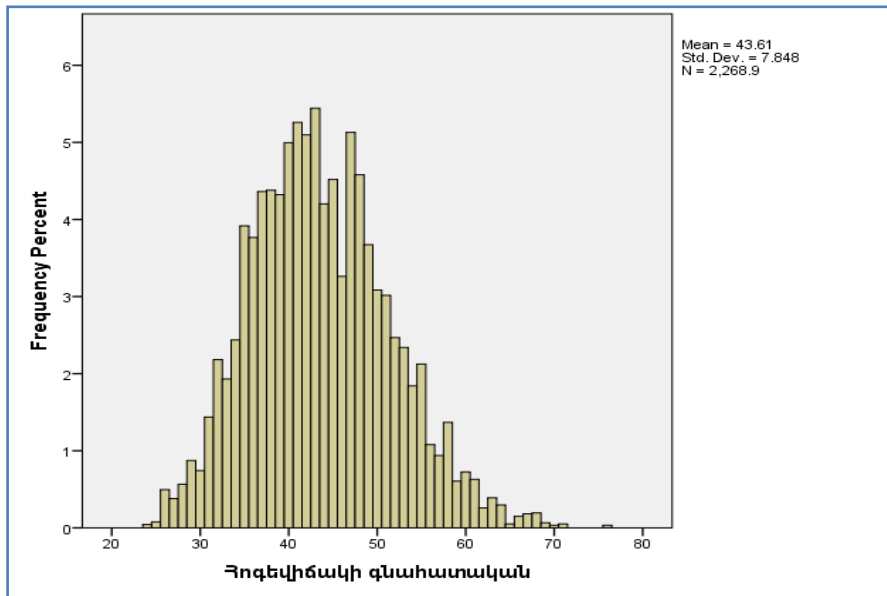
2002թ. հրատարակված գրականության ուսումնասիրությունը վկայում է, որ ծանր դեպրեսիայի գնահատման 16 գործիքների (այդ թվում BDI, CES-D, SDS և GDS) միջին զգայունությունը կազմել է 85%՝ տատանվելով 50-97% միջակայքում, իսկ միջին սպեցիֆիկությունը եղել է 74%՝ 51-98% միջակայքում: Այս թեմայի շրջանակներում անդրադարձ է կատարվելու առավել հաճախ կիրառվող սքրինինգային գործիքներին, այդ թվում.

- Համիլթոնի դեպրեսիայի գնահատման սանդղակ (HDRS)
- Բեքի դեպրեսիայի ստուգում (BDI)
- Հիվանդի առողջության հարցաթերթիկ (PHQ)
- Ծանր դեպրեսիայի ստուգում (MDI)
- Համաճարակաբանական հետազոտությունների կենտրոնի դեպրեսիայի սանդղակ (CES-D)
- Դեպրեսիայի ինքնագնահատման Զանգի սանդղակ (SDS)
- Ծերունական դեպրեսիայի սանդղակ (GDS)
- Թուլամտությամբ տառապողների շրջանում դեպրեսիայի գնահատման Կորոնելի սանդղակ (CSDD):

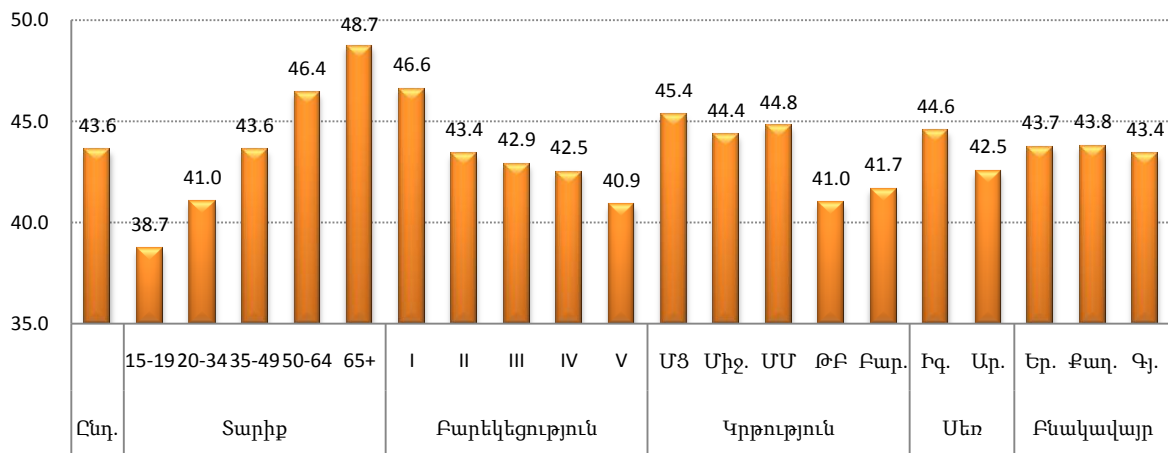
Ամբողջ ընտրանքում հոգեկան վիճակի գնահատականների բաշխումը ներկայացված է Գծապատկեր 19-ում: Ըստ վիճակագրական տվյալների հոգեկան վիճակի գնահատականը Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ունի նորմալ բաշխում (Կոլմոգորով-Սմիրնովի նորմալության թեստի արժեքը՝ 0.06 է, իսկ Լիլլի ֆորսի թեստի արժեքը՝ 0.000): Բաշխման միջին արժեքը 43.6 է, ստանդարտ շեղումը՝ 7.848:

Վիճակագրական տվյալների համաձայն, հոգեկան վիճակի գնահատականները բոլոր սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում (սեռ, տարիք, կրթություն, բարեկեցություն, բնակավայրի) նույնպես նորմալ են բաշխված: Հոգեկան վիճակի գնահատականների միջին արժեքները սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում ներկայացված են Գծապատկեր 20-ում:

**Գծապատկեր 19. 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ դեպրեսիայի գնահատականների բաշխումը (սանդղակը փոփոխվում է 20-100 միջակայքում), 2016**

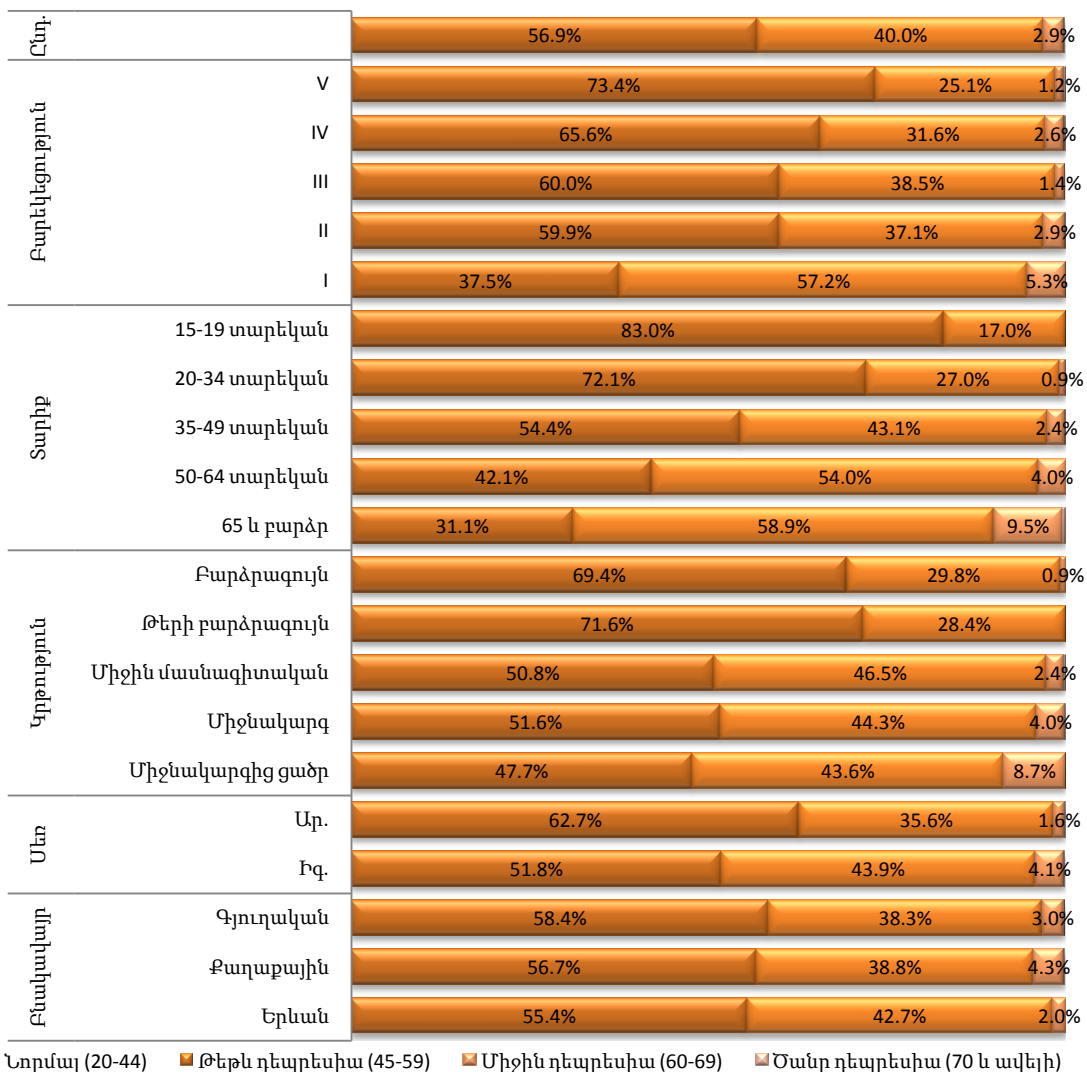


**Գծապատկեր 20. Հոգեկան վիճակի գնահատականների միջին արժեքներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, փոփոխության միջակայքը՝ 20-100, 2016**



Առանձին սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում բնակչության հոգեկան վիճակի բաշխումն ըստ ծանրության, ներկայացված է Գծապատկեր 21-ում:

**Գծապատկեր 21. Դեպրեսիվ վիճակների տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



**Այսպիսով, Հայաստանի բնակչության 40%-ը գտնվում է թեթև դեպրեսիվ վիճակում, 2.9%-ը՝ միջին, իսկ 0.1%-ը ծանր:**

Թեթև դեպրեսիայի տարածվածությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում հետևյալն է.

- թեթև դեպրեսիայի մակարդակը ուժեղ շաղկապված է **բարեկեցության** մակարդակի հետ: Եթե ցածր բարեկեցության I քվինթիլում թեթև դեպրեսիա ունի բնակչության 57.2%, ապա միջին՝ III քվինթիլում 38.5%, ամենաբարձր բարեկեցության քվինթիլում՝ 25.1%-ը,
- թեթև դեպրեսիայի մակարդակն ուժեղ շաղկապված է նաև **տարիքի** հետ: 15-19 տարեկանների խմբում թեթև դեպրեսիա առկա է 17.0%-ի, իսկ 65 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ՝ 58.9%-ը,
- դեպրեսիվ վիճակը կախված է նաև **կրթամակարդակից**: Բարձրագույն կրթությամբ անձանց շրջանում թեթև դեպրեսիա առկա է 29.8%-ի մոտ, իսկ միջնակարգից ցածր, միջնակարգ և

միջնակարգ մասնագիտական կրթությամբ անձանց՝ 43-47%-ի մոտ: Նշենք, որ թերի բարձրագույն կրթությամբ անձինք ընտրանքում մեծամասամբ ուսանողներ են, այսինքն՝ երիտասարդներ, և այդ խմբում թեթև դեպրեսիայի ցածր մակարդակը պայմանավորված է նրանց տարիքով,

- թեթև դեպրեսիան ավելի տարածված է կանանց (43.9%), քան տղամարդկանց (35.6%) շրջանում,
- թեթև դեպրեսիայի մակարդակը մի փոքր ավելի բարձր է Երևանում (42.7%), քան մարզային քաղաքներում (38.8%) և գյուղերում (38.3%):

Միջին դեպրեսիայի տարածվածության պատկերն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի նման է թեթև աստիճանի դեպրեսիայի տարածվածության պատկերին: Սակայն, ըստ բնակավայրերի, դրանց տարածվածությունը տարբեր է լինում: Միջին դեպրեսիայի տարածվածությունն աճում է բարեկեցության նվազմանը, տարիքի աճին, կրթամակարդակի նվազմանը զուգահեռ, ավելի ցածր է տղամարդկանց շրջանում: Գյուղերում և քաղաքներում միջին դեպրեսիայի տարածվածությունն ավելի բարձր է, քան Երևանում:

Միջին դեպրեսիան զգալիորեն բարձր է ցածր **բարեկեցության** և քվինթիլում բնակչության 4.5%-ի, 65 և բարձր տարիքի բնակչության՝ 9.5%-ի, 50-64 տարիքային խմբի՝ 4.0%-ի, միջնակարգից ցածր կրթությամբ բնակչության՝ 8.7%-ի, կանանց՝ 4.1%-ի և քաղաքային բնակչության՝ 4.3%-ի շրջանում:

Ինչ վերաբերվում է ծանր դեպրեսիայի տարածվածությանը, ապա հարկ է նշել, որ սոցիոլոգիական գանգվածային հետազոտությունների մեթոդիկական պահանջում է հարցազրույցներ չանցկացնել հիվանդ, ոչ ադեքվատ և դեպրեսիվ վիճակներում գտնվող անձանց հետ: Մյուս կողմից, այդ անձինք, որպես կանոն խուսափում են հարցազրույցներից: Հետևաբար, պետք է ենթադրել, որ ծանր դեպրեսիայի տարածվածությունն ավելի բարձր է, քան արձանագրվել է:

Այնուամենայնիվ, ծանր աստիճանի դեպրեսիվ վիճակ է արձանագրվել 65 և բարձր տարիքի բնակչության 0.5%-ի, բարձր բարեկեցությամբ անձանց՝ 0.3%-ի, միջին մասնագիտական կրթությամբ անձանց՝ 0.3%-ի, գյուղական բնակչության՝ 0.2%-ի մոտ:

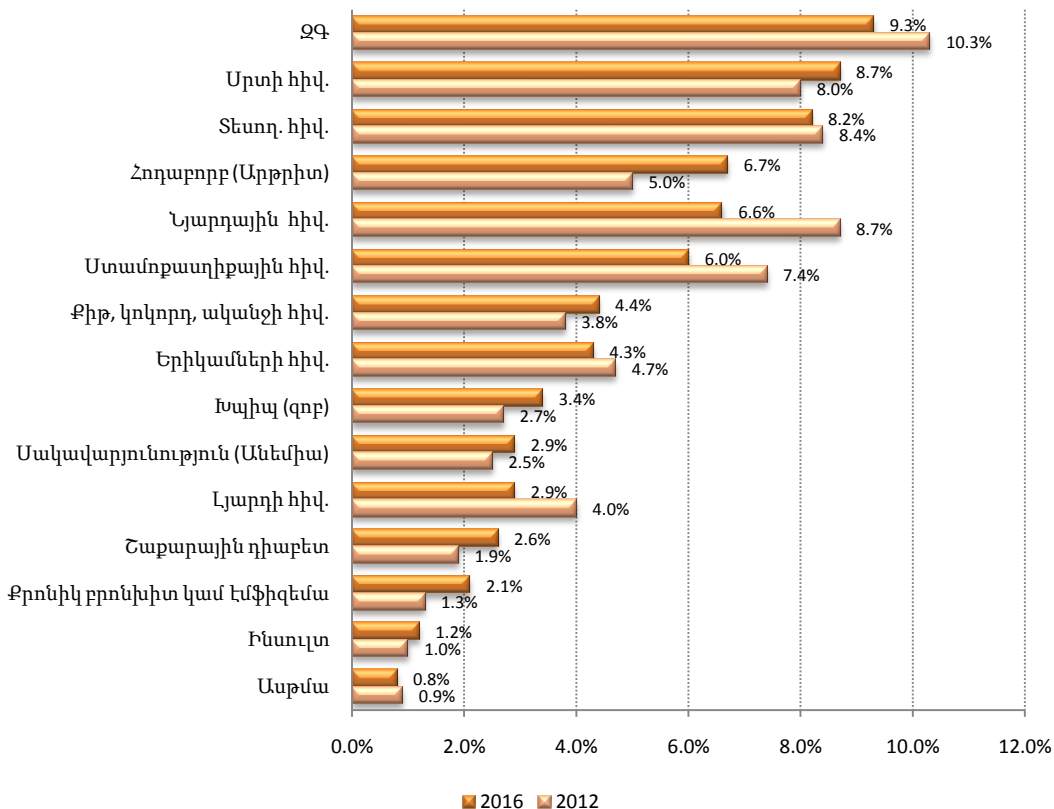
***Այսպիսով, ծանր աստիճանի դեպրեսիայի տարածվածությունը կազմել է 0.1%:***

### ***Քրոնիկական հիվանդություններ***

Հետազոտության շրջանակում ուսումնասիրվել է 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ բժշկի կողմից ախտորոշված քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածությունը վերջին մեկ տարվա (2016թ.) ընթացքում: 2012, 2016թթ. քրոնիկական հիվանդությունների վերաբերյալ տվյալները ներկայացված են Գծապատկեր 22-ում:

Համաձայն ներկայացված տվյալների, 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ բժշկի կողմից ախտորոշված առավել տարածված հիվանդությունների շարքում մեծ տոկոս են կազմում զարկերակային գերճնշումը (ԶԳ)/հիպերթենզիան՝ 9.3%-ի շրջանում, սրտի՝ 8.7%, տեսողության հիվանդությունները՝ 8.2%, հոդաբորբը՝ 6.7% և նյարդային համակարգի հիվանդությունները՝ 6.6%:

**Գծապատկեր 22. 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ բժշկի կողմից ախտորոշված առավել տարածված հիվանդությունները, 2012, 2016**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012, 2016

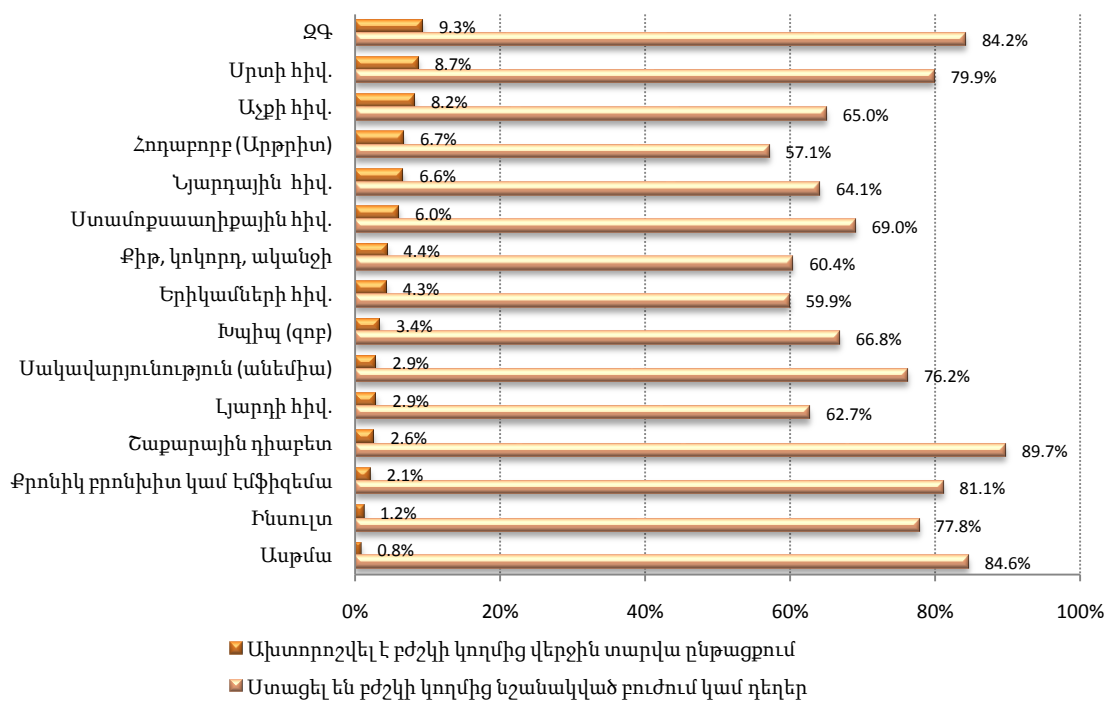
2016թ.-ին 2012թ.-ի համեմատ.

- Նվազել է բժշկի կողմից հայտնաբերված ԶԳ ունեցող անձանց թիվը՝ 10.3%-ից 9.3%, սակայն աճել է սրտի հիվանդությունների տարածվածությունը՝ 8.0%-ից 8.7%:
- Նվազել են ախտորոշված նյարդային համակարգի, ստամոքս-աղիքային հիվանդությունները համապատասխանաբար 8.7%-ից՝ 6.6% և 7.4%-ից՝ 6.0%:
- Աճել է հոդաբորբով հիվանդ անձանց թիվը՝ 5.0%-ից 6.7%:

Հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել է վերջին 12 ամիսներին ախտորոշված քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածությունը, ինչպես նաև ճշգրտվել է այն հիվանդների թիվը (տոկոսային հարաբերությամբ), որոնց հիշյալ հիվանդությունների բուժման նպատակով բժշկի կողմից դեղորայքային բուժում է նշանակված (Գծապատկեր 23):

Գծապատկերի տվյալներից ակնհայտ է, որ ախտորոշված շաքարային դիաբետով, ասթմայով, բրոնխիտով, ԶԳ-ով, սրտի հիվանդություններով, ինսուլտով և սակավարյունությամբ հիվանդների 75 և ավելի տոկոսին նշանակվել է դեղորայքային բուժում: Բժշկի կողմից ախտորոշված շաքարային դիաբետով բուժում ստացող հիվանդների բարձր ցուցանիշը պայմանավորված է պետպատկերի շրջանակում դեղորայքի տրամադրմամբ: Միևնույն ժամանակ տեսողության, նյարդային համակարգի, լյարդի, քիթ-կոկորդ-ականջի, երիկամների հիվանդությունների և հոդաբորբի դեպքում բուժում ստացող հիվանդների ցուցանիշը ցածր է:

**Գծապատկեր 23. Բժշկի կողմից ախտորոշված առավել տարածված հիվանդություններով հիվանդների բուժման կամ դեղորայքային նշանակումների տոկոսը (տոկոս՝ տվյալ հիվանդության ախտորոշումների ընդհանուր քանակից) վերջին մեկ տարվա ընթացքում, 2016**



### 3. ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

Համաձայն ապացուցողական բժշկության տվյալների, ՈՎՀ զարգացումը կախված է ապրելակերպից և առկա ՌԳ-ների առանձնահատկություններից, որոնք կարող են նպաստել այդ հիվանդությունների զարգացմանը: Ըստ ԱՀԿ տվյալների ՈՎՀ զարգացման գերակշռող մասը պայմանավորված է ծխախոտի օգտագործման, ակոհոլի չարաշահման, անառողջ սննդակարգի, ֆիզիկական թերակտիվության, զարկերակային բարձր ճնշման և այլ գործոնների վնասակար ազդեցությամբ:

Բնակչության ֆիզիկական և մտավոր զարգացումը, նյութափոխանակության հավասարակշռությունը, իմունային, հորմոնալ, ֆերմենտային և կենսական նշանակություն ունեցող այլ համակարգերի բնականոն գործունեությունը հնարավոր է միայն առողջ ապրելակերպի կանոններին հետևելու պայմաններում:

Հետազոտությունում ուսումնասիրվել են ՈՎՀ զարգացման և բնակչության առողջության վրավնասակար ազդեցություն թողնող հետևյալ ռիսկի գործոնները.

1. Կենսաբանական, այդ թվում.

- ա. Զարկերակային բարձր ճնշում
- բ. Քոլեստերինի մակարդակ
- գ. Գլյուկոզի մակարդակ
- դ. Ավելցուկային քաշ

2. Վարքագծային, այդ թվում.

- ա. Ծխախոտի օգտագործում
- բ. Ալկոհոլի օգտագործում
- գ. Ֆիզիկական թերակտիվություն
- դ. Աղի օգտագործում
- ե. Յուղերի օգտագործում
- զ. Ինտերնետային կախվածություն
- է. Բերանի խոռոչի հիգիենա

1. Կենցաղային ռիսկի գործոններ, այդ թվում.

- ա. Բնակարանի շրջակայքում՝ օդի, ջրի, հողի աղտոտվածություն և ռադիացիա
- բ. Բնակարանում՝ զուգարանի տեղադրությունը, կոյուղու առկայությունը, ձմռանը տան ջեռուցումը:

Ռիսկի գործոնների առկայությունը սահմանվել է ստորև թվարկված չափանիշերով և մեթոդաբանությամբ:

- **ՋԲՃ.** առկա այն դեպքերը, երբ հարցվողների մոտ երկուական անգամ աջ և ձախ ձեռքերի ՋՃ չափումներով ստացվել է սիստոլիկ ճնշման 140 մմ ս.ս. բարձր, և (կամ) դիաստոլիկ ճնշման 90 մմ ս.ս. բարձր ցուցանիշեր: Ձարկերակային ճնշման չափումը կատարվել է միջազգային ուղեցույցերի համաձայն (4 չափում, յուրաքանչյուր ձեռքին ՋՃ չափվել է 2 անգամ, 2-5 րոպե ընդմիջմամբ, 30 րոպե ընդմիջմամբ աջ և ձախ ձեռքերի միջև): ՋՃ չափումն իրականացվել է օսցիլոլոմետրիկ մեթոդով, OMRON S1 տոնոմետրի կիրառմամբ:
- **Ամեն օր ծխողներ.** գնահատվել է ԱԿՀ միջազգային հարցաթերթի միջոցով:
- **Ավելցուկային քաշ** հետազոտությունների շրջանակում կատարվել են հարցվողների ֆիզիկալ (անթրոպոմետրիկ) տվյալների՝ հասակի և քաշի չափումներ, որոնց հիման վրա հաշվարկվել է մարմնի քաշի գործակիցը ( $ՄՔԳ$ ) հետևյալ բանաձևով՝  $ՄՔԳ = \frac{P}{Z^2}$  [կգ/մ<sup>2</sup>]: ԱՀԿ-ն սահմանել է  $ՄՔԳ$  հետևյալ դասերը՝ թերքաշ՝  $ՄՔԳ \leq 18.5$  կգ/մ<sup>2</sup>, նորմալ քաշ՝  $18.5 \leq ՄՔԳ \leq 25.0$  կգ/մ<sup>2</sup>, ավելցուկային քաշ՝  $25.0 \leq ՄՔԳ \leq 30.0$  կգ/մ<sup>2</sup> և ճարպակալում՝  $ՄՔԳ \geq 30.0$  կգ/մ<sup>2</sup>: «Թերքաշ» և «նորմալ քաշ» ունեցող անձինք միավորվել են «չունեն ավելցուկային քաշ» խմբում, իսկ «ավելցուկային քաշ» և «ճարպակալում» անձինք՝ «ունեն ավել քաշ» խմբում:
- **Ֆիզիկական թերակտիվություն.** սահմանվել է այնպիսի ապրելակերպը, երբ անձը շաբաթական կատարել է 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք: Ուսունասիրվել է նաև շաբաթական 150 րոպե և ավելի միջին և ծանր ֆիզիկական աշխատանքների կատարումը:
- **Ալկոհոլի չարաշահում.** ըստ ԱՀԿ մեթոդաբանության անձը համարվում է ալկոհոլ չարաշահող, եթե նա օրական օգտագործում է 20 գր կամ ավելի մաքուր սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչքներ:
- **Գլուկոզի մակարդակ.** Գլուկոզի մակարդակը մազանոթային արյան մեջ որոշվել է 10-12 ժամվա քաղցի վիճակում, ACCU-CHECKPerforma-գլյուկոմետրով, համապատասխան մեկանգամյա երիզների կիրառմամբ:
- **Քոլեստերինի մակարդակ.** Քոլեստերինի ընդհանուր մակարդակը մազանոթային արյան մեջ որոշվել է 10-12 ժամվա քաղցի վիճակում, Accutrend Plus-քոլեստերոմետրով, համապատասխան մեկանգամյա երիզների կիրառմամբ:

### **Ռիսկի գործոնների տարածվածություն, 2012, 2016**

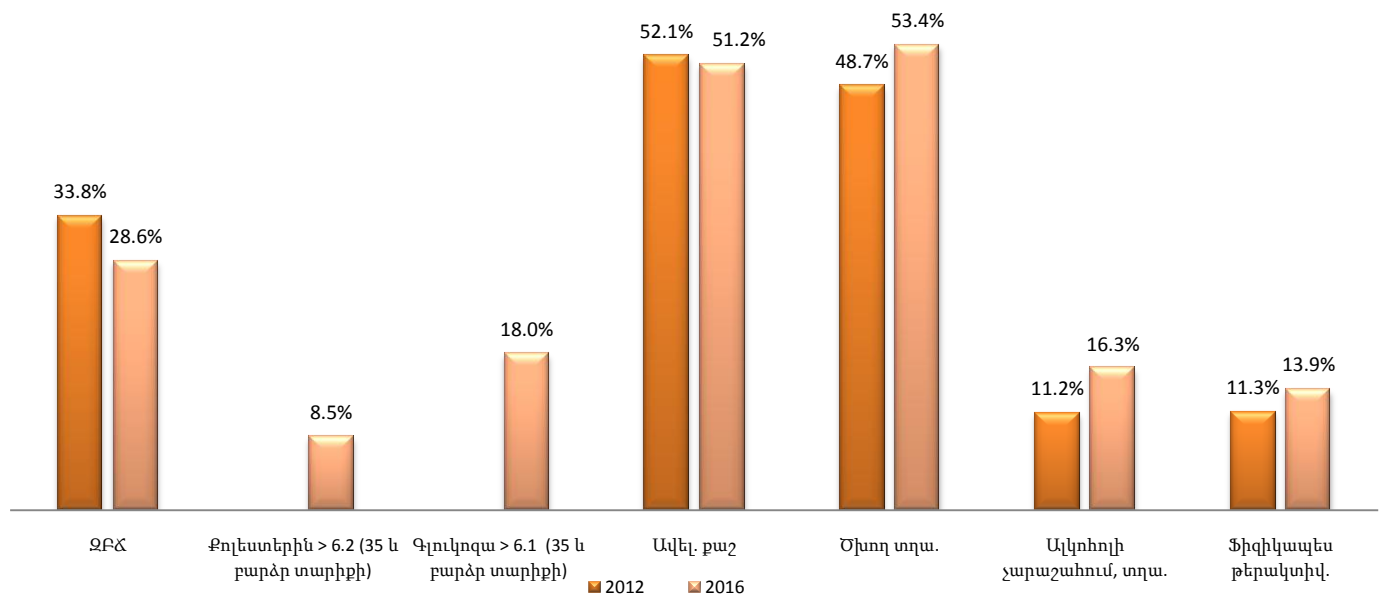
Գծապատկեր 24-ում ներկայացված է ռիսկի գործոնների տարածվածությունը Հայաստանում 2012 և 2016թթ. ըստ հետազոտությունների արդյունքների: 2012թ. ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտության ընթացքում քոլեստերինի և գլուկոզի մակարդակների չափումներ չեն իրականացվել:



Տվյալները ցույց են տալիս, որ 2016թ.-ին 2012թ.-ի համեմատությամբ Հայաստանում.

- նվազել է զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը՝ 33.8%-ից մինչև 28.6%,
- ավելցուկային քաշի տարածվածությունը մնացել է վիճակագրորեն նույն մակարդակում՝ 2016թ.-ին կազմելով 51.2%,
- ավելացել է ամեն օր ծխող տղամարդկանց հարաբերական թիվը՝ 48.7%-ից մինչև 53.4%,
- ավելացել է օրական 20գ. սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործող տղամարդկանց թիվը՝ 11.2%-ից մինչև 16.3%,
- ավելացել է ֆիզիկապես թերակտիվ մարդկանց հարաբերական թիվը՝ 11.3%-ից<sup>4</sup> մինչև 13.9%,
- 2016թ.-ին արյան մեջ քուլեսթերինի բարձր պարունակություն է ունեցել 35 և բարձր տարիքի բնակչության 8.5 %-ը,
- 2016թ.-ին արյան մեջ գլուկոզի բարձր պարունակություն է ունեցել 35 և բարձր տարիքի բնակչության 18%-ը:

**Գծապատկեր 24. ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, 2012, 2016**



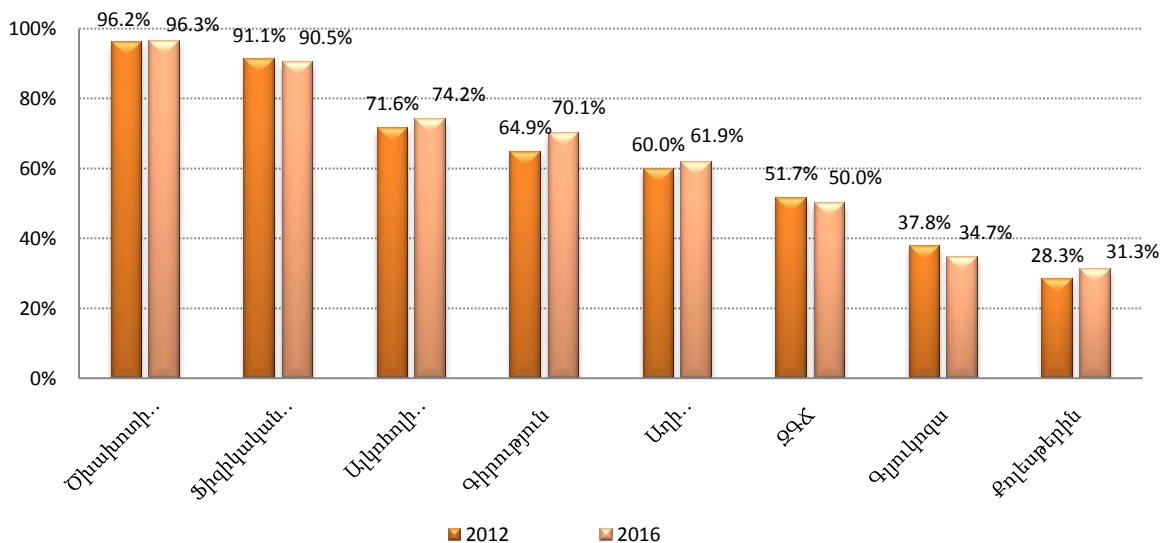
Գծապատկեր 25-ում ներկայացված է 2012, 2016թթ. ընթացքում ռիսկի գործոնների վնասակարության վերաբերյալ մարդկանց տեղեկացվածության մակարդակը: Տեղեկացվածության մակարդակը որոշվել է հետևյալ հարցի կիրառմամբ՝ «Ձեր կարծիքով նշված ռիսկի գործոնը վնասում է մարդու առողջությանը»: Գծապատկերում տրված են «Այո» պատասխանների տոկոսը՝ բոլոր հարցվածների թվից:

<sup>4</sup> 2012 թ. հետազոտությունում ֆիզիկապես թերակտիվ մարդկանց թիվը նշվել է 50.6%-ից, որը տեխնիկական վրիպակ է:

Հայաստանի բնակչության տեղեկացվածությունը ռիսկի գործոնների վնասակարության վերաբերյալ փոփոխվում է բավական մեծ միջակայքում: Այսպես.

- շատ բարձր է ծխախոտի (96.3% բոլոր հարցվածների թվից) և ֆիզիկական թերակտիվության (90.5%) վնասակարության մասին տեղեկացվածությունը,
- բարձր գնահատականների տիրույթում է տեղեկացվածությունը ալկոհոլի օգտագործման (74.2%), գիրության (70.1%), աղի չարաշահման վերաբերյալ (61.9%),
- միջին գնահատականների տիրույթում է տեղեկացվածությունը զարկերակային բարձր ճնշման վնասակարության վերաբերյալ (50.0%),
- ցածր գնահատականների տիրույթում է տեղեկացվածությունը գլուկոզի (34.7%) և քոլեստերինի բարձր մակարդակի վնասակարության (31.3%) վերաբերյալ,
- 2012-2016թթ. ընթացքում ռիսկի գործոնների վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակն էական փոփոխություններ չի կրել: Մի փոքր բարձրացել է ալկոհոլի չարաշահման վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը:

**Գծապատկեր 25. ՀՀ բնակչության տեղեկացվածությունը ռիսկի գործոնների վնասակարության վերաբերյալ, 2012, 2016թթ.**



Ստորև ավելի մանրամասն ներկայացված է Հայաստանի բնակչության սոցիալ-ժողովրդագրական տարբեր խմբերում ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և հարակից բնութագրերը:

### Զարկերակային ճնշում

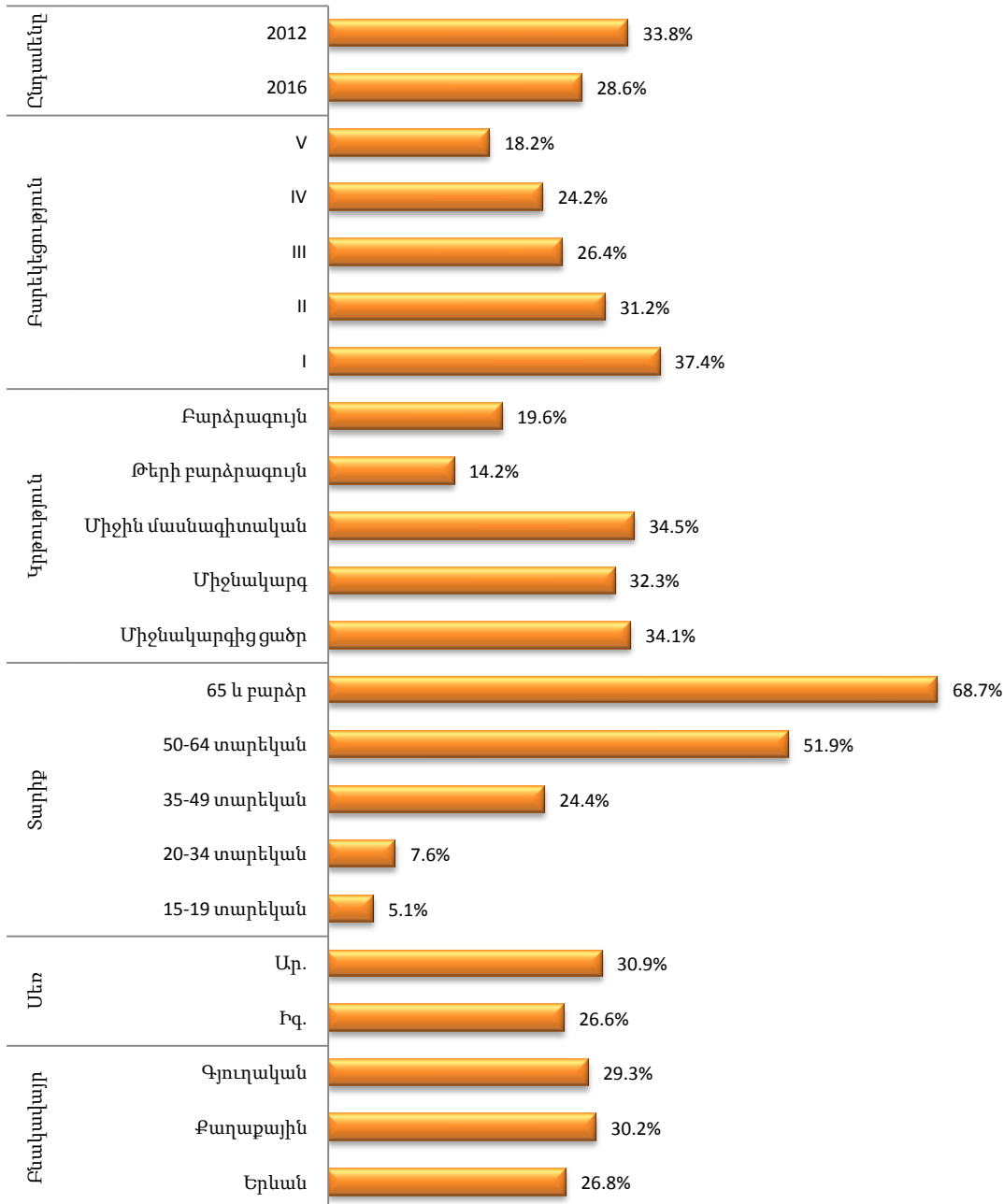
#### *Զարկերակային բարձր ճնշման հայտնաբերումը*

2016թ. հետազոտության դաշտային փուլի ընթացքում չափվել է հարցվողների զարկերակային ճնշումը՝ OMRON S1 սարքով: Հարցվողի մոտ զարկերակային ճնշումը չափվել է չորս անգամ՝ երկուական անգամ աջ և ձախ ձեռքերի:

Հարցվողի մոտ բարձր զարկերակային ճնշման առկայությունը նույնականացվել է հետևյալ կերպ.

- միջինացվել են չորս չափումների սիստոլիկ ճնշման արդյունքները,
- միջինացվել են չորս չափումների դիաստոլիկ ճնշման արդյունքները,
- եթե սիստոլիկ ճնշման միջին արժեքը մեծ է 140-ից, ապա առկա է բարձր ճնշում՝ անկախ դիաստոլիկ ճնշման չափումների միջին արժեքից,
- եթե դիաստոլիկ ճնշման միջին արժեքը մեծ է 90-ից, ապա առկա է բարձր ճնշում՝ անկախ սիստոլիկ ճնշման միջին արժեքից:

**Գծապատկեր 26. Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունն ըստ չափումների, 2016**



Հետազոտության ընթացքում կատարված չափումներով հայտնաբերված զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի ներկայացված է Գծապատկեր 26-ում:

Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս հետևյալը.

- Ամենացածր **բարեկեցության** խմբում զարկերակային բարձր ճնշում ունեցողների թիվը (37.4%) նշանակալիորեն գերազանցում է նույն ցուցանիշը բարեկեցության III (26.4%) և ամենաբարձր՝ V քվինթիլում (18.2%),
- բարձրագույն **կրթությամբ** անձանց շրջանում զարկերակային բարձր ճնշումը (19.6%) զգալիորեն ավելի քիչ է տարածված քան ավելի ցածր կրթամակարդակով անձանց շրջանում (32-35%): Բացառություն է կազմում միայն թերի բարձրագույն կրթությամբ խումբը, որը կազմված է հիմնականում ուսանող երիտասարդներից,
- զարկերակային բարձր ճնշումը խիստ շաղկապված է **տարիքի** հետ, ընդ որում, զարկերակային բարձր ճնշում ունի 35-49 տարեկաններից յուրաքանչյուր չորրորդը (24.4%), 50-64 տարեկաններից՝ յուրաքանչյուր երկրորդը (51.9%), 65 և բարձր տարեկաններից՝ երկու երրորդը (68.7%),
- **տղամարդկանց** շրջանում զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը (30.9%) ավելի բարձր է, քան կանանց շրջանում (26.6%),
- **Երևանում** զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը համեմատաբար ավելի ցածր է (26.8%), քան մարզային քաղաքներում (30.2%) և գյուղերում (29.3%):

Հետազոտության ընթացքում կատարված չափումների արդյունքներով զարկերակային բարձր ճնշման առկայությունը սեռա-տարիքային 10 խմբերում ներկայացված է Աղյուսակ 11-ում:

**Աղյուսակ 11. Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունն համաձայն չափումների ըստ սեռա-տարիքային խմբերի, 2016**

Տարիք	Սեռ		Ընդամենը
	Իգական	Արական	
15-19 տարեկան	2.5%	7.7%	5.1%
20-34 տարեկան	1.9%	13.6%	7.6%
35-49 տարեկան	18.8%	30.9%	24.4%
50-64 տարեկան	52.2%	51.5%	51.9%
65 և բարձր տարիքի	69.6%	67.4%	68.7%
Ընդամենը	26.6%	30.9%	28.6%

**Թաքնված զարկերակային բարձր ճնշում**

Հետազոտության արդյունքները թույլ են տվել գնահատել բնակչության շրջանում թաքնված զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը, այսինքն, երբ հարցվողն ունի զարկերակային բարձր ճնշում, սակայն տեղյակ չէ դրա մասին:

Հետազոտության ընթացքում թաքնված ՁԲՃ տարածվածության հիմնախնդիրը ուսումնասիրելու նպատակով, հարցվողին հարց է տրվել՝ «Դուք ունե՞ք՝ զարկերակային բարձր ճնշում՝ հիպերտոնիա»: Չափման արդյունքների հետ համադրելով այդ հարցին տրված պատասխանները հնարավոր է գնահատել զարկերակային բարձր ճնշման թաքնված տարածվածությունը: Այդ համադրման արդյունքները տրված են Աղյուսակ 12-ում:

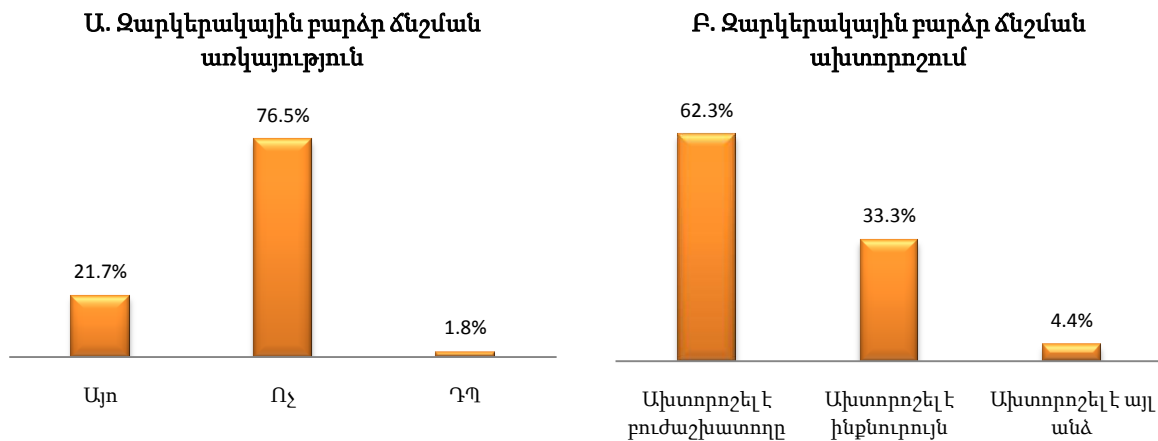
**Աղյուսակ 12. Թաքնված զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը, % (անձինք, ովքեր տեղյակ չեն, որ իրենց ՁԲ բարձր է 140/90 մմ. ս.ս.), 2016**

ՁԲՃ/ հիպերտոնիայի տակայությունը	ՁԲՃ տակայությունն ըստ կատարված չափումների		Ընդամենը
	ՁԲ ≤140/90 մմ ս.ս.	ՁԲ ≥140/90 մմ ս.ս.	
Ոչ	61.1%	15.4%	76.5%
Այո	9.2%	12.4%	21.7%
ԴՊ	1.0%	0.7%	1.8%
Ընդամենը	71.4%	28.6%	100.0%

- Աղյուսակի տվյալներից երևում է, որ հարցվածների 15.4%-ը համարում է, որ չունի զարկերակային բարձր ճնշում, սակայն չափումները ցույց են տվել, որ իրականում ունի,
- Հարցվածների 1.8%-ն դժվարացել են պատասխանել, թե արդյո՞ք ունեն զարկերակային բարձր ճնշում, չափման արդյունքներով պարզվել է, որ 0.7%-ի մոտ առկա է զարկերակային բարձր ճնշում,
- Մյուս կողմից, հարցվածների 9.2%-ը նշել է, որ ունի զարկերակային բարձր ճնշում, սակայն չափումների արդյունքներով այն չի հայտնաբերվել: Հարկ է նշել, որ 3.9% դեպքերում, երբ հարցվողը պատասխանել է, որ ունի զարկերակային բարձր ճնշում, այն հայտնաբերվել է ոչ բուժաշխատողի կողմից կատարված չափումների արդյունքում:

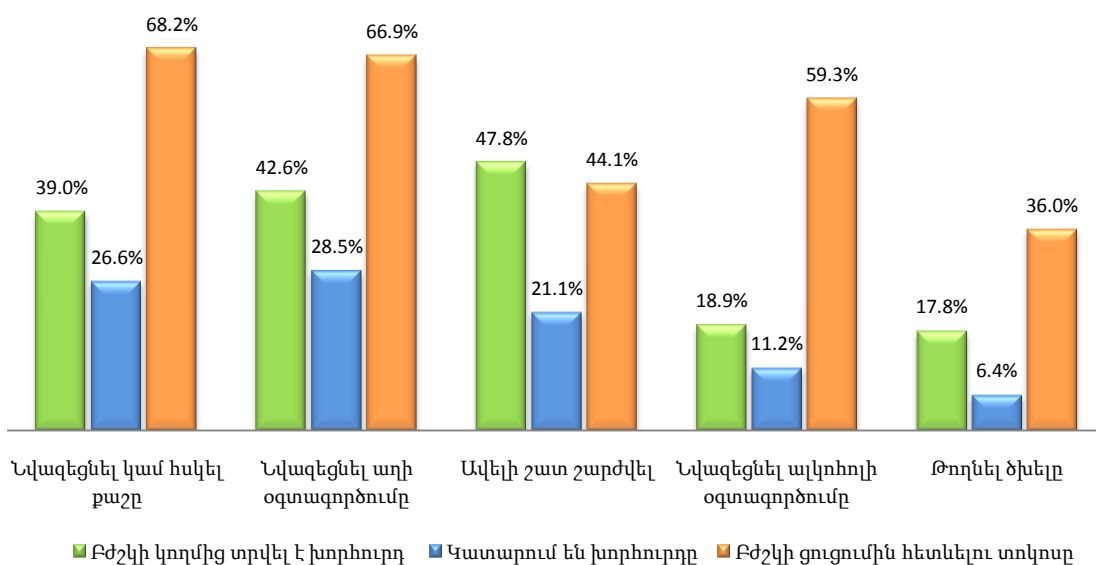
Հարցվածների տոկոսը, ովքեր համարել են, որ ունեն զարկերակային բարձր ճնշում ներկայացված է Գծապատկեր 27-Ա-ում, իսկ, թե ով՞ է ախտորոշել բարձր ճնշման առկայությունը՝ ներկայացված է Գծապատկեր 27-Բ-ում:

**Գծապատկեր 27. Չարկերակային բարձր ճնշման առկայությունը, հարցվածների տոկոսը, ովքեր համարել են, որ ունեն ՋԲՃ (Ա.), ՋԲՃ ախտորոշումը (Բ.) հարցվածների % այն անձանց թվաքանակից, ովքեր հայտնել են որ ունեն բարձր ճնշում**



Հետազոտության ընթացքում, այն անձանց, ովքեր նշել են, որ իրենց մոտ բուժաշխատողն է հայտնաբերել զարկերակային բարձր ճնշումը, հարց է տրվել, թե արդյոք բուժաշխատողի կողմից ՋԲՃ կարգավորման նպատակով նրանց տրվել է առողջ ապրելակերպի խորհուրդներ, մասնավորապես, նվազեցնել քաշը, աղի չարաշահումը, ակտիվի օգտագործումը, լինել ֆիզիկապես ակտիվ, և թողնել ծխելը: Այնուհետև, գնահատելու համար, թե որքանով են մարդիկ հետևում բժշկի կողմից նշանակված վարքագծի փոփոխմանն և առողջ ապրելակերպի պահպանման վերաբերյալ տրված խորհուրդներին, հարց է տրվել, թե արդյոք նրանք հետևում են բժշկի տված խորհուրդներին:

**Գծապատկեր 28. ՋԲՃ կարգավորման նպատակով բժշկի խորհրդատվությունների իրականացում, % (տոկոսն այն անձանցից ում մոտ ՋԲՃ հայտնաբերել է բժիշկը), 2016**



Գծապատկեր 28-ում ներկայացված է զարկերակային զերճնշումով հիվանդների տոկոսը (հարցվածների ընդհանուր թվաքանակից) ում բժիշկը կամ այլ բուժաշխատող տվել են

համապատասխան խորհրդատվություններ ՁԲՃ մակարդակի կարգավորման համար: Նույն գծապատկերում տրված է նաև հարցվածների տոկոսը, ում մոտ բժիշկը հայտնաբերել է զարկերակային բարձր ճնշում և տվել է այդ խորհուրդը (կապույտ գույնի) սյունակներ: Գծապատկերի երրորդ (կանաչ) սյունը ներկայացնում է, թե տվյալ խորհուրդը ստացածներից, որ տոկոսն է հետևում խորհրդին (այն հավասար է կապույտ սյան տվյալի հարաբերությանը նարնջագույն սյան տվյալին):

- Գծապատկերի տվյալներում հատկանշական է այն, որ մարդիկ զարկերակային բարձր ճնշման դեպքում անպատասխանատու են և չեն հետևում բժշկի խորհուրդներին: Զարկերակային գերճնշումով հիվանդների մեկ երրորդից (36%) մինչև երկու երրորդն է (68.2%) հետևում այդ խորհուրդներին:

## Գերճնշման վերահսկում

### *Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքի օգտագործման արդյունավետությունը*

Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը նկարագրող տվյալները ներկայացված են Աղյուսակ 13-ում, որոնք հաշվարկված են այն անձանց թվից, ում բժիշկը դեղորայքային նշանակում է կատարել ՁԲՃ կարգավորման համար: Տվյալները ներկայացնում են այն անձանց տոկոսը, ովքեր հարցման ընթացքում իրականացված չափման արդյունքում ունեցել են զարկերակային բարձր ճնշում:

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- այն հարցվողների շրջանում, որոնց բժիշկը դեղորայքային բուժում է նշանակել, սակայն նրանք վերջին 24 ժամերի (վերջին 7 օրերի) ընթացքում դեղորայք չեն օգտագործել, հարցման ընթացքում կատարված չափումների արդյունքում բացահայտվել է, որ 80.4%-ը ունեցել են զարկերակային բարձր ճնշում,
- այն անձանց շրջանում, ովքեր վերջին 7 օրերի ընթացքում դեղորայք օգտագործել են, սակայն վերջին 24 ժամերի ընթացքում չեն օգտագործել՝ չափման արդյունքում բարձր ճնշում են ունեցել 58.5%-ը,
- իսկ նրանք, ովքեր վերջին 24 ժամերի ընթացքում (հետևաբար նաև վերջին 7 օրերի) դեղորայք օգտագործել են, չափման արդյունքում զարկերակային բարձր ճնշում են ունեցել 70.3%-ը:

Այս տվյալները փաստում են այն հանգամանքի մասին, որ գերճնշումով հիվանդների գերակշռող մասը կանոնավոր չի ընդունում դեղորայքային բուժումը, որը մեծամասնությամբ

պայմանավորված է հիվանդի առողջական վիճակի ժամանակավոր խափուսիկ լավացմամբ, որի արդյունքում հիվանդը դադարում է դեղորայքային բուժումը:

**Աղյուսակ 13. Ձարկերակային բարձր ճնշումով հիվանդներին բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը, 2016**

«ԶԲՃ կարգավորման համար բժիշկը երբևէ նշանակել է Ձեզ դեղորայքային բուժում»՝ «Այո» պատասխաններից			
Վերջին 7 օրվա ընթացքում ճնշման համար դեղեր օգտագործել էք	Վերջին 24 ժամվա ընթացքում ճնշման համար դեղեր օգտագործել էք		Ընդամենը
	Ոչ	Այո	
Ոչ	80.4%(20)	-	80.4% (20)
Այո	58.5% (19)	70.3% (103)	68.4% (122)
Ընդամենը	70.0% (39)	70.3% (103)	70.2% (142)

Աղյուսակում արտացոլված է բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը: Տվյալները ներկայացնում են զարկերակային գերճնշումով հիվանդների տոկոսը, ովքեր հարցման ընթացքում ՁՃ չափման արդյունքում ունեցել են զարկերակային բարձր ճնշում: Տվյալները հաշվարկված են զարկերակային գերճնշումով հիվանդների թվաքանակից ում բժիշկը դեղորայքային նշանակում է կատարել: Փակագծերում ներկայացված են դեպքերի քանակները:

**Ձարկերակային ճնշման չափումների իրականացումը կանխարգելիչ և սքրինինգային ծրագրի շրջանակներում**

2013թ.-ին ՀՀ-ում մեկնարկել է Համաշխարհային բանկի կողմից ֆինանսավորվող «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» վարկային ծրագիրը, որի նպատակն է բարելավել մոր և մանկան առողջության պահպանման ծառայությունները և առողջության առաջնային պահպանման օղակում ընտրված ոչ վարակիչ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը և վերահսկումը, ինչպես նաև ծրագրում ընդգրկված հիվանդանոցներում բարելավել առողջապահական ծառայությունների որակը և արդյունավետությունը:

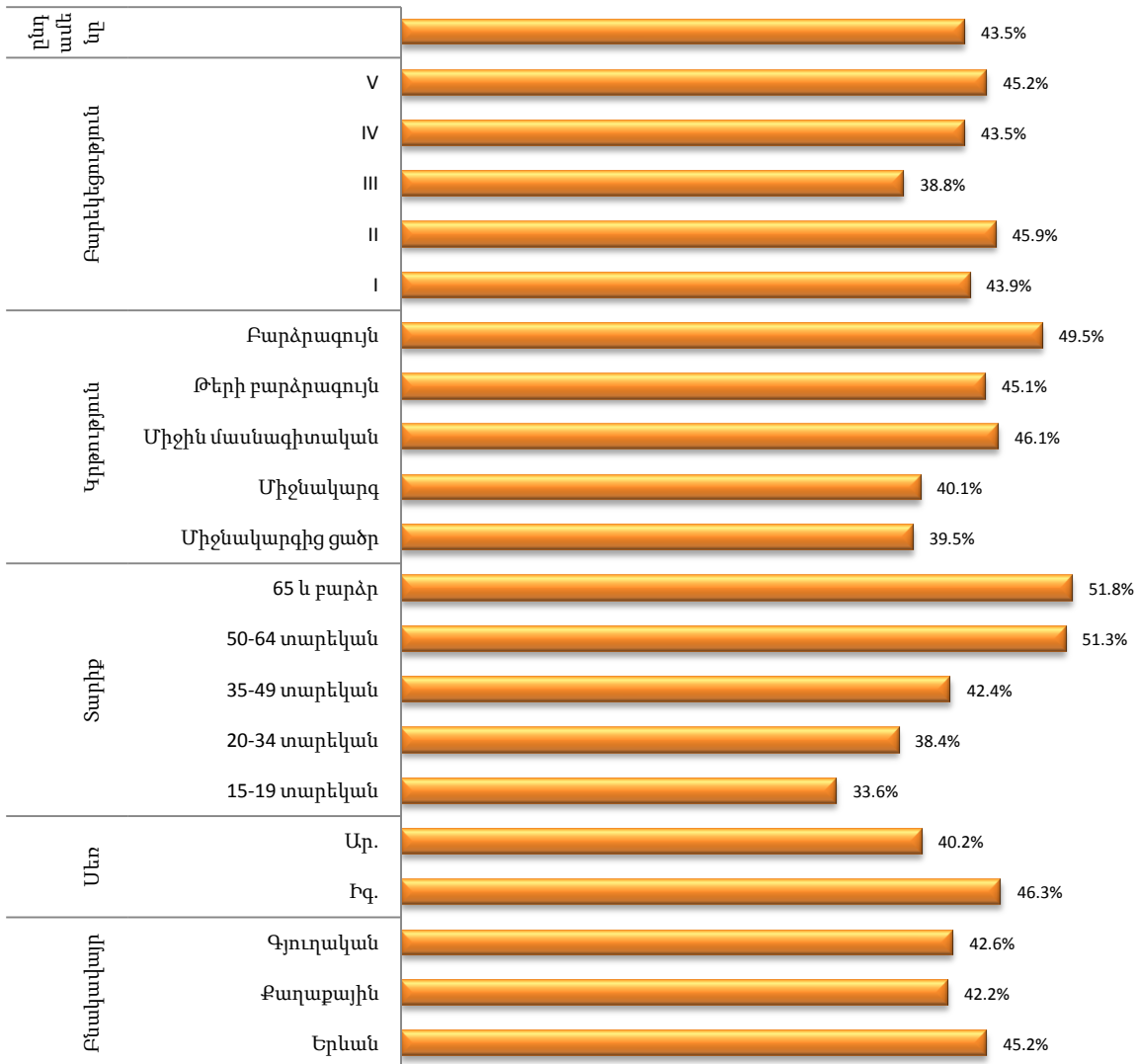
2015թ.-ի հունվարի 1-ից մեկնարկվել է «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» ծրագրի շրջանակում իրականացվող ՈՎՀ սքրինինգային ծրագիրը, որի շրջանակում 35-ից 68 տարեկան ՀՀ բոլոր քաղաքացիները հնարավորություն ունեն անվճար հետազոտվելու սպասարկող առողջության առաջնային պահպանման բժշկական հաստատություններում՝ զարկերակային գերճնշման և շաքարային դիաբետի վաղ հայտնաբերման ու ախտորոշման, 30-ից 60 տարեկան բոլոր կանայք՝ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղի վաղ ախտորոշման և քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով:

Կանխարգելիչ հետազոտությունների իրականացման նպատակով ուսումնասիրվել և գնահատվել է բուժանձակագրի կողմից վերջին 12 ամիսների ընթացքում ՁՃ չափումների իրականացման մակարդակն և բնակչության ընդգրկվածությունն այդ հետազոտություններում:



Գծապատկեր 29-ում ներկայացված է վերջին 12 ամիսների ընթացքում 15 և բարձր տարիքի բնակչության որ տոկոսի մոտ է զարկերակային ճնշումն չափվել բուժաշխատողների կողմից՝ ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի:

**Գծապատկեր 29. ԶՃ չափումների իրականացումը բուժանձնակազմի կողմից (բժշկի կամ բուժքրոջ) վերջին 12 ամիսների ընթացքում, 2016**



Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ.

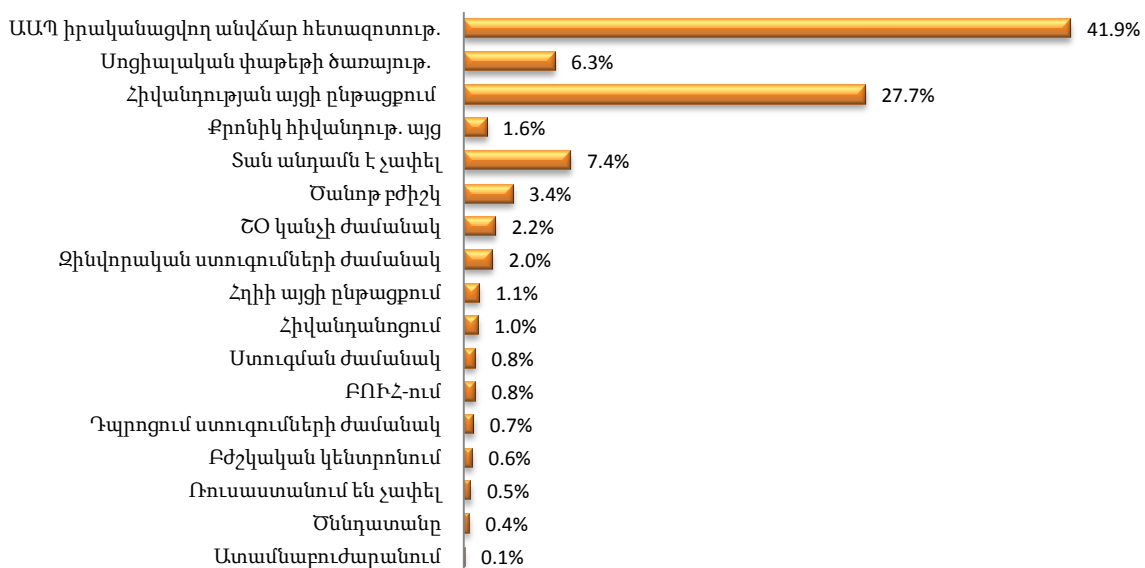
- 2016թ. ընթացքում բուժաշխատողների կողմից իրականացվել է Հայաստանի 15 և բարձր տարեկան բնակչության 43.5%-ի զարկերակային ճնշման չափում,
- հատկանշական է, որ չափումների մակարդակը մոտավորապես նույնն է բարձր (45.2%) և ցածր (43.9%) բարեկեցության քվինթիլում,
- ըստ կրթամակարդակի զարկերակային ճնշումը չափվել է բարձրագույն կրթությամբ անձանց 50%-ի, միջնակարգ և միջնակարգից ցածր կրթությամբ անձանց՝ 40%-ի մոտ,

- չափվել է 50 և բարձր տարիքի բնակչության յուրաքանչյուր երկրորդի զարկերակային ճնշումը,
- կանանց մոտ զարկերակային ճնշման չափման մակարդակը (46.3%) ավելի բարձր է, քան տղամարդկանց՝ (40.2%),
- Երևանում չափումների մակարդակն եղել է ավելի բարձր (45.2%), քան մարզային քաղաքներում և գյուղերում (մոտավորապես 42%):

Գծապատկեր 30-ում ներկայացված է թե, ինչ ծրագրի շրջանակում և ինչ պատճառներով է իրականացվել անձի զարկերակային ճնշման չափումը:

Տվյալները ցույց են տալիս որ, վերջին տարում բուժաշխատողների կողմից բնակչության 41.9%-ի զարկերակային ճնշման չափումներն իրականացվել է ՀՀ Առողջապահության նախարարության կանխարգելիչ զննումների ծրագրի շրջանակում: Այսինքն, այդ ծրագրի շրջանակում չափվել է Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 18.2%-ի զարկերակային ճնշումը:

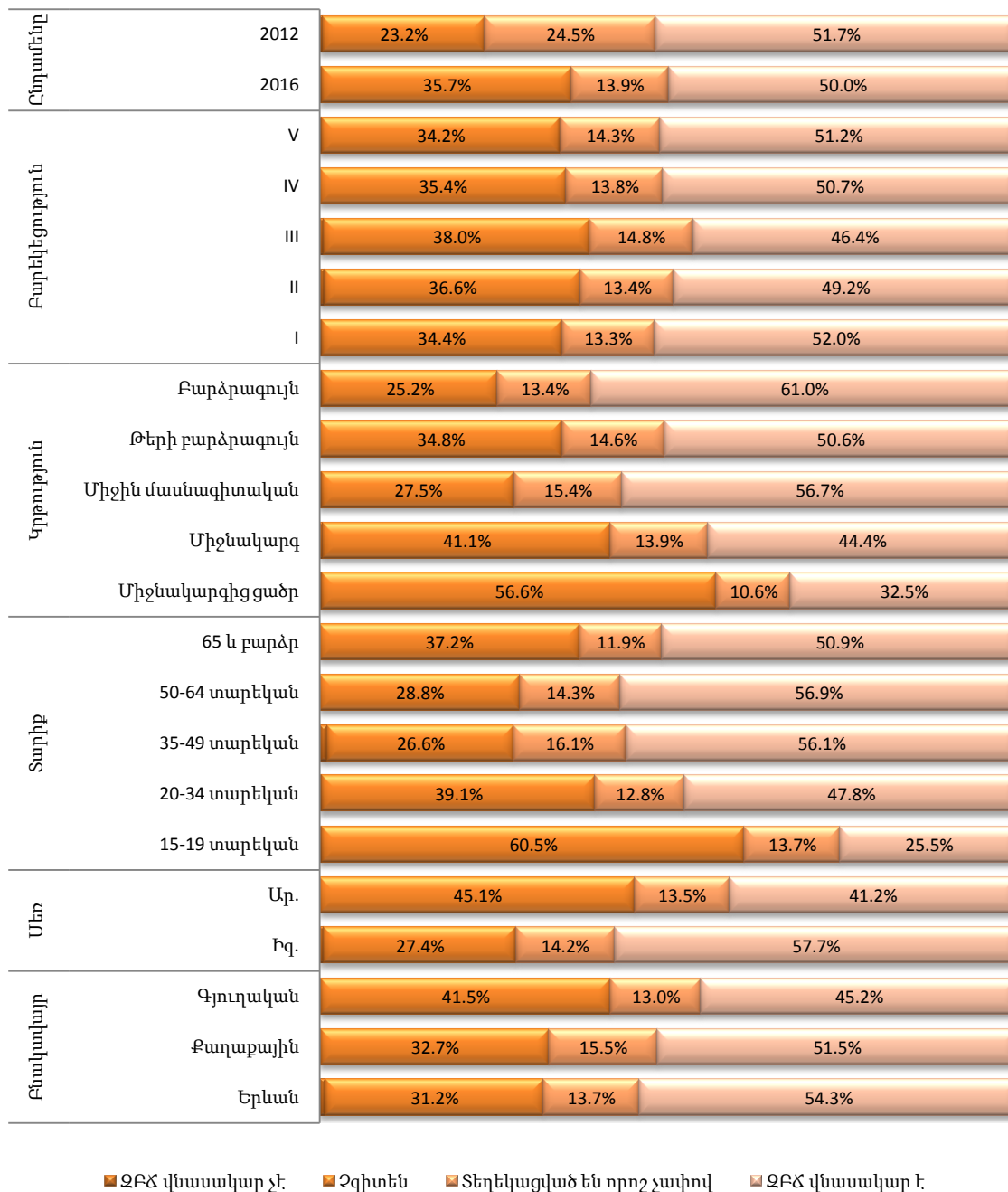
**Գծապատկեր 30. ԶԺ չափումների իրականացումը վերջին մեկ տարվա ընթացքում բուժանձնակազմի կողմից (բժշկի կամ բուժքրոջ), 2016**



***Բնակչության տեղեկացվածությունը զարկերակային բարձր ճնշման վնասակար ազդեցության վերաբերյալ***

Հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել է բնակչության տեղեկացվածության մակարդակը զարկերակային բարձր ճնշման վնասակար հետևանքների մասին (Գծապատկեր 31), ինչպես նաև, թե որ քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում կարող է առաջանալ զարկերակային բարձր ճնշում (Գծապատկեր 32):

**Գծապատկեր 31. Բնակչության տեղեկացվածությունը ՁԲՃ վնասակար ազդեցության մասին, 2016**



Գծապատկեր 31-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- 2016թ.-ին բնակչության տեղեկացվածության մակարդակը զարկերակային բարձր ճնշման վնասակարության մասին (50.0%) փոքր-ինչ զիջում է 2012թ.-ի մակարդակին (51.7%): Համաձայն ներկայացված տվյալների բնակչության յուրաքանչյուր երկրորդ անձն իրազեկված է առողջության վրա ՁԲՃ վնասակար ազդեցության մասին:
- Տեղեկացվածության մակարդակը կախված է անձի սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերից, մասնավորապես.
  - ✓ առավել բարձր կրթամակարդակով անձանց տեղեկացվածությունը համեմատաբար ավելի բարձր է,

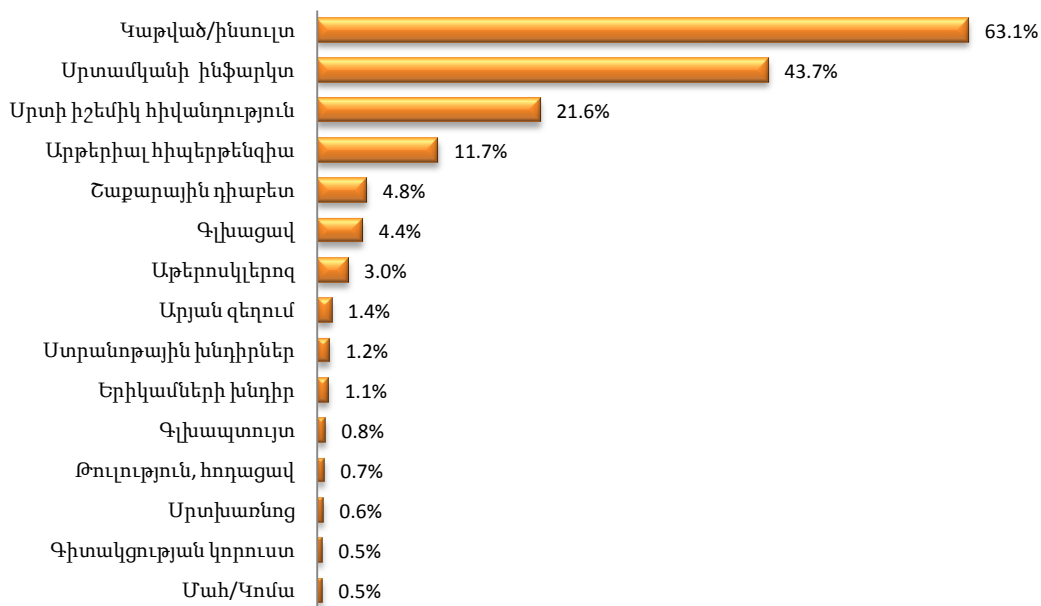
- ✓ համեմատաբար ավելի բարձր է 35-65 տարեկանների տեղեկացվածության մակարդակը՝ համեմատած ավելի երիտասարդ և ավելի բարձր տարիքային խմբերի հետ,
- ✓ կանանց տեղեկացվածության մակարդակն ավելի բարձր է, քան տղամարդկանցը,
- ✓ Երևանում ավելի բարձր է, քան քաղաքներում, իսկ քաղաքներում ավելի բարձր՝ քան գյուղերում:

Բնակչության պատկերացումներում զարկերակային բարձր ճնշման հետևանքով առաջացող հիվանդություններն են.

- կաթված՝ նշել է հարցվածանձանց 63.1%-ը,
- ինֆարկտ՝ 43.7%,
- սրտի իշեմիկ հիվանդություններ՝ 21.6%,
- զարկերակային զերճնշում՝ 11.7% ,
- շաքարային դիաբետ՝ 4.8%:

Նշվել են նաև այլ հիվանդություններ (Գծապատկեր 32):

**Գծապատկեր 32. ԶԲՃ ազդեցությամբ առաջացած հիվանդություններ (Ինչ հիվանդություններ կարող է առաջացնել ԶԲՃ, % այն անձանցից, ովքեր համարում են, որ գիտեն կամ որոշ չափով գիտեն, թե ինչ վնասներ կարող է հասցնել ԶԲՃ), 2016**



### **Քուլեսթերինի մակարդակի չափման արդյունքներ**

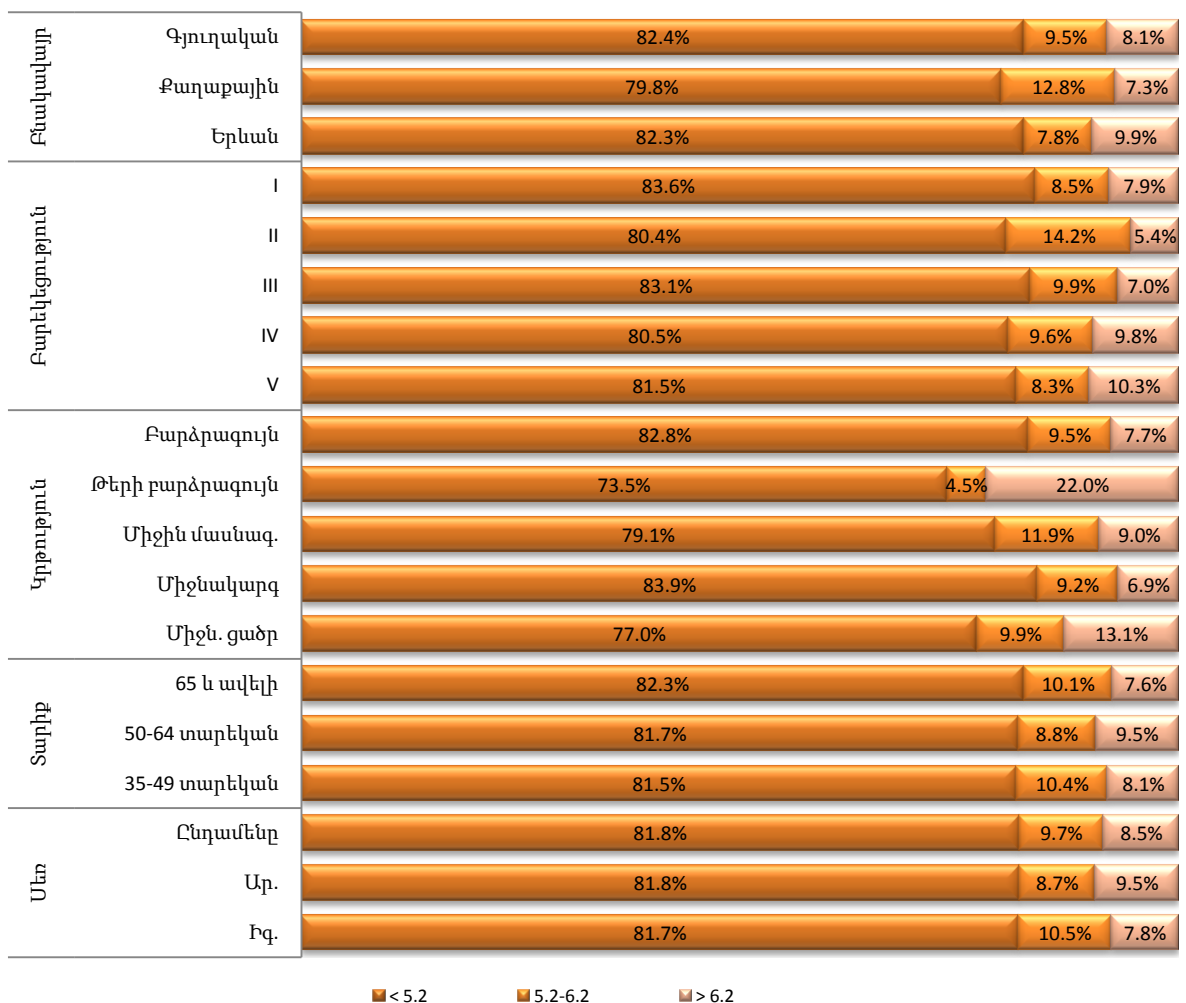
2016թ. հետազոտության ընթացքում 35 և բարձր տարիքի անձանց շրջանում (1191 հետազոտված) Accutrend Plus քուլեսթերինումետրով չափվել է հարցվածների մագանոթային արյան մեջ քուլեսթերինի պարունակությունը:

Քուլեսթերինի բարձր մակարդակի նույնականացման համար կիրառվել են միջազգային սահմանումներ.

- < 5.2 մմոլ/լ՝ օպտիմալ
- 5.2 – 6.2 մմոլ/լ՝ առավելագույն թույլատրելի
- 6.2 ≤ մմոլ/լ՝ բարձր:

Գծապատկեր 33-ում ներկայացված են քուլեսթերինի չափման արդյունքներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի:

**Գծապատկեր 33. Մազանոթային արյան մեջ քուլեսթերինի մակարդակի չափումների արդյունքներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ.

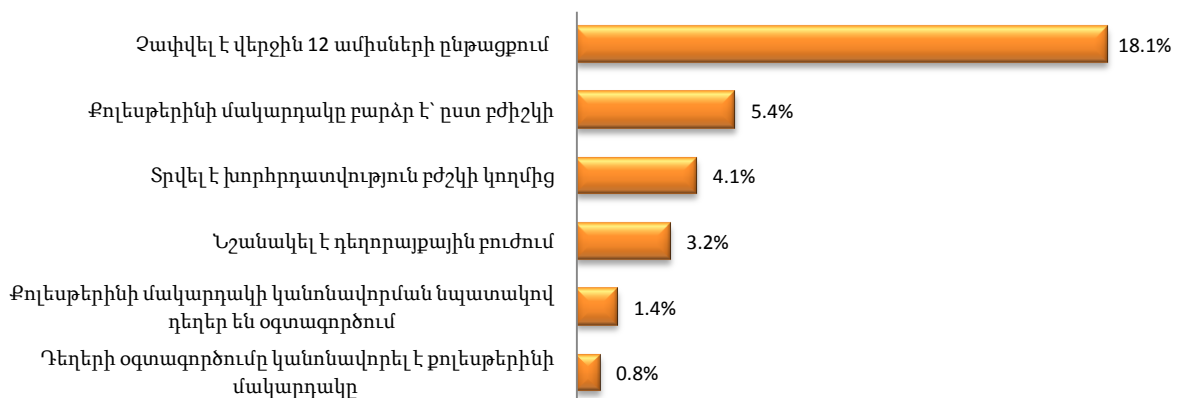
- Հայաստանի բնակչության 8.5%-ի մոտ առկա է քուլեսթերինի բարձր մակարդակ, իսկ 9.7%-ի մոտ՝ առավելագույն թույլատրելի մակարդակ, որը կարող է վերածվել է բարձր մակարդակի

- արյան մեջ քոլեստերինի պարունակության բարձր մակարդակն աճում է **բարեկեցության** նվազմանը զուգընթաց: Եթե բարեկեցության V քվինթիլում արյան մեջ քոլեստերինի մակարդակը բարձր է 10.3%-ի մոտ, ապա III քվինթիլում՝ 7%-ի, իսկ I քվինթիլում՝ 7.9%-ի մոտ,
- արյան մեջ քոլեստերինի բարձր մակարդակի տվյալներն ըստ **կրթամակարդակի** հիմքեր են տալիս ենթադրելու, որ այն համեմատաբար ավելի բարձր է միջնակարգից ցածր կրթությամբ խմբում: Թերի բարձրագույն կրթությամբ խմբում շատ բարձր ցուցանիշը հավանաբար պայմանավորված է այդ խմբում անդամների փոքր թվով՝ 35 և բարձր տարիքային խմբում թերի բարձրագույն կրթությամբ անձանց թիվը կազմել է 36 (տվյալների կշռման դեպքում՝ 37),
- ըստ **տարիքային** խմբերի քոլեստերինի մակարդակի ցուցանիշը համեմատաբար ավելի բարձր է 50-64 տարիքային խմբում,
- **կանանց** քոլեստերինի մակարդակի ցուցանիշը համեմատաբար ավելի բարձր քան **տղամարդկանց** շրջանում,
- ըստ **բնակավայրի** արյան մեջ քոլեստերինի բարձր մակարդակ ունեցողների քանակն ավելի բարձր է Երևանում, քան մարզային քաղաքներում և գյուղերում:

### **Քոլեստերինի մակարդակի ուսումնասիրության արդյունքները**

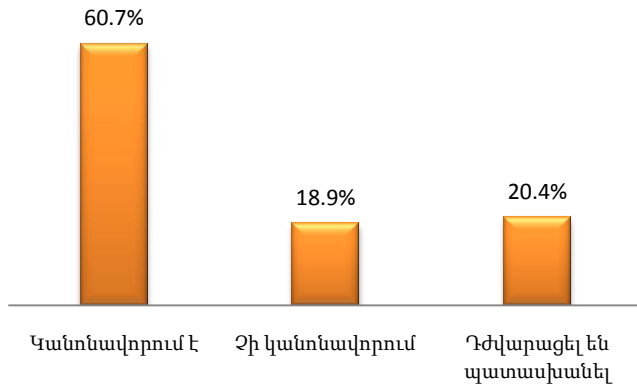
Քոլեստերինի մակարդակի չափումների ուսումնասիրության հիմնական արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 34-ում, որի տվյալները փաստում են, որ վերջին 12 ամիսների ընթացքում (2016թ.) Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 18.1%-ի մոտ է չափվել քոլեստերինի մակարդակը: Այդ տարիքի բնակչության 5.4%-ի մոտ գրանցվել է քոլեստերինի բարձր մակարդակ, 4.1%-ին բժիշկը խորհուրդներ է տվել, 3.2%-ին նշանակվել է դեղորայքային բուժում, քոլեստերինի մակարդակի կարգավորման նպատակով դեղորայք է օգտագործում 1.4%-ը, որոնցից 0.8%-ը նշել են, որ նշանակված դեղորայքի օգտագործումը կանոնավորում է քոլեստերինի մակարդակը:

**Գծապատկեր 34. Քոլեստերինի մակարդակի չափումների և բժշկի համապատասխան նշանակումների իրականացման ուսումնասիրության արդյունքներ, 2016**



Քուլեսթերինի մակարդակի կանոնավորման նպատակով դեղորայք օգտագործող անձանց 60.7%-ի մոտ այդ մակարդակը կանոնավորվում է, 18.9%-ի մոտ՝ չի կանոնավորվում, իսկ 20.4%-ը դժվարացել է պատասխանել այդ հարցին (Գծապատկեր 35):

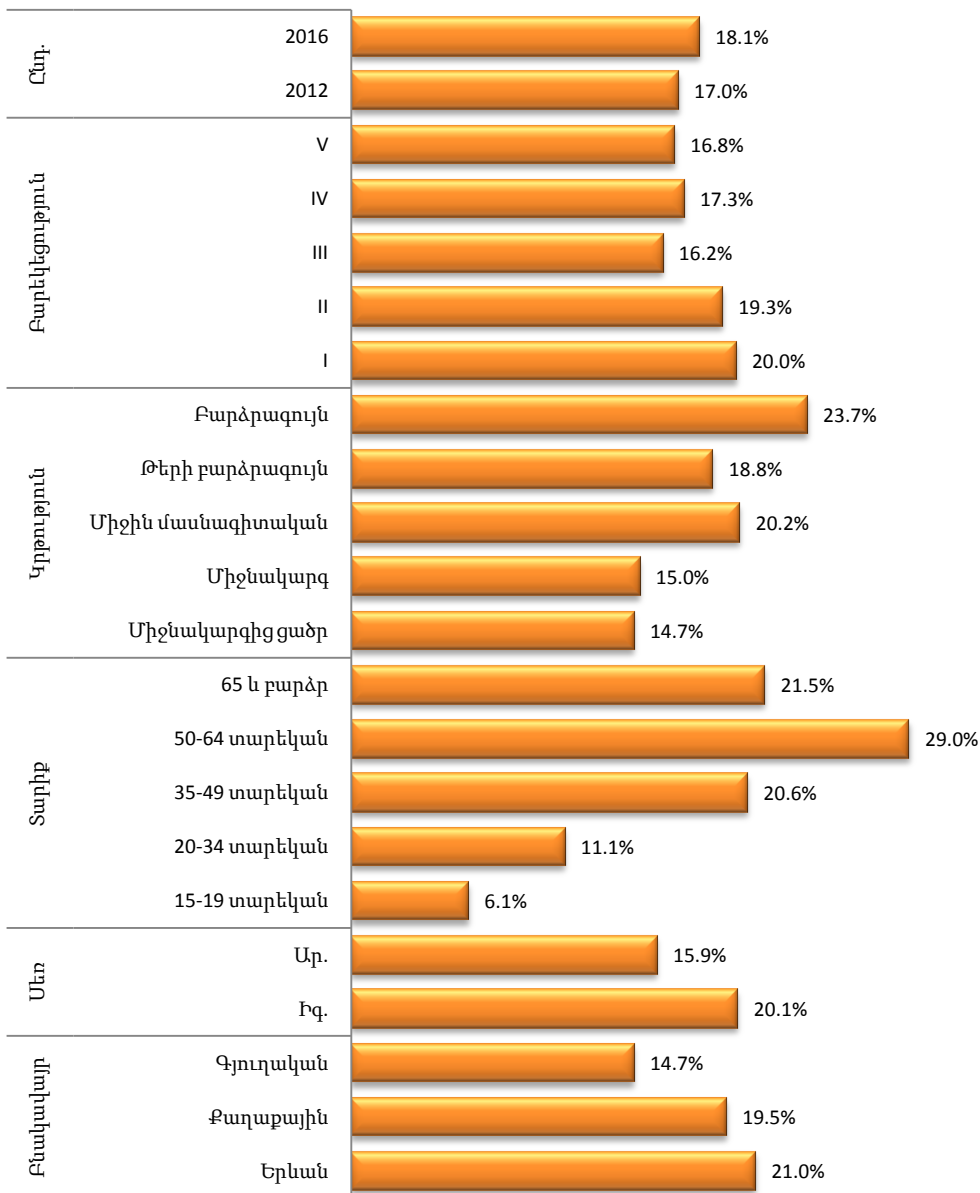
**Գծապատկեր 35. Քուլեսթերինի մակարդակի կանոնավորման նպատակով օգտագործվող դեղորայքի արդյունավետությունը, 2016**



Գծապատկեր 36-ում ներկայացված քուլեսթերինի մակարդակի չափումների վերաբերյալ տվյալները փաստում են, որ.

- 2016թ.-ին հարցմանը նախորդած 12 ամիսների ընթացքում արյան մեջ քուլեսթերինի մակարդակը չափվել է Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 18.1%-ի շրջանում: 2012թ.-ին այդ ցուցանիշը կազմել էր 17.0%,
- ըստ **բարեկեցության** խմբերի քուլեսթերինի մակարդակի չափումները համեմատաբար ավելի շատ են բարեկեցության ցածր՝ I և II քվինթիլներում՝ 20.0% և 19.3%,
- ըստ **կրթամակարդակի** քուլեսթերինի չափումների քանակը համեմատաբար ամենաբարձրն է բարձրագույն կրթությամբ անձանց շրջանում՝ 23.7%: Կրթամակարդակի նվազմանը զուգընթաց այդ ցուցանիշի արժեքը նվազում է, միջնակարգից ցածր կրթամակարդակով խմբում կազմում է 14.7%,
- քուլեսթերինի մակարդակի չափումները աճում են տարիքի հետ զուգահեռ, եթե 15-19 տարեկանների խմբում վերջին տարվա ընթացքում 6.1%-ի մոտ է չափվել, ապա 50-64 տարեկանների խմբում՝ 29.0%-ի մոտ, 65 և բարձր տարեկանների շրջանում այդ ցուցանիշը նվազում է՝ 2016թ.-ին կազմելով 21.5%,
- կանանց շրջանում քուլեսթերինի մակարդակի չափումների ցուցանիշը (20.1%) ավելի բարձր է, քան տղամարդկանց շրջանում (15.9%),
- ըստ բնակավայրի ցուցանիշը ամենից բարձրն է Երևանում՝ 21.0%, քաղաքներում (9.5%) և գյուղերում այն նվազում է (14.7%):

**Գծապատկեր 36. Մագանոթային արյան քուլեսթերինի մակարդակի չափումներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի վերջին 12 ամիսների ընթացքում, 2016**

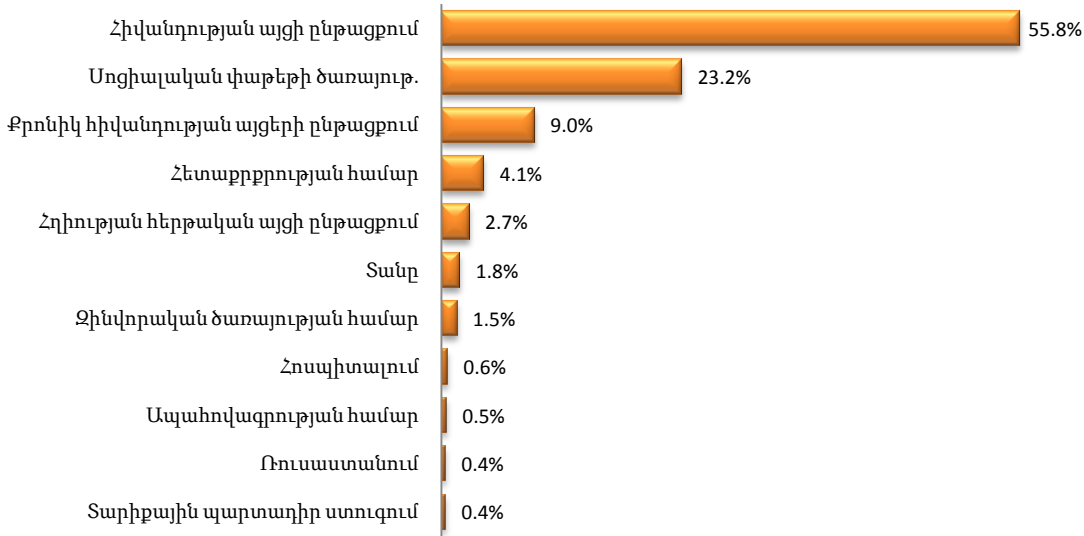


Դիտարկվել է, թե ինչ ծրագրերի շրջանակում է չափվել քուլեսթերինի մակարդակը (Գծապատկեր 37).

- քուլեսթերինի մակարդակի չափումների մեծ մասը՝ 55.8%-ը, կատարվել է հիվանդության պատճառով բուժհիմնարկ այցելությունների ընթացքում
- չափումների 23.2%-ը կատարվել է սոցիալական փաթեթի հատկացման ծրագրի շրջանակում,
- 9%-ը՝ քրոնիկական հիվանդության հետ կապված այցի ընթացքում
- 4.1%-ը՝ հետաքրքրության համար
- 2.7%-ը՝ հղիության հետ կապված այցի ընթացքում:



**Գծապատկեր 37. Քուլեսթերինի մակարդակի չափումների իրականացումը վերջին 12 ամիսների ընթացքում, 2016**

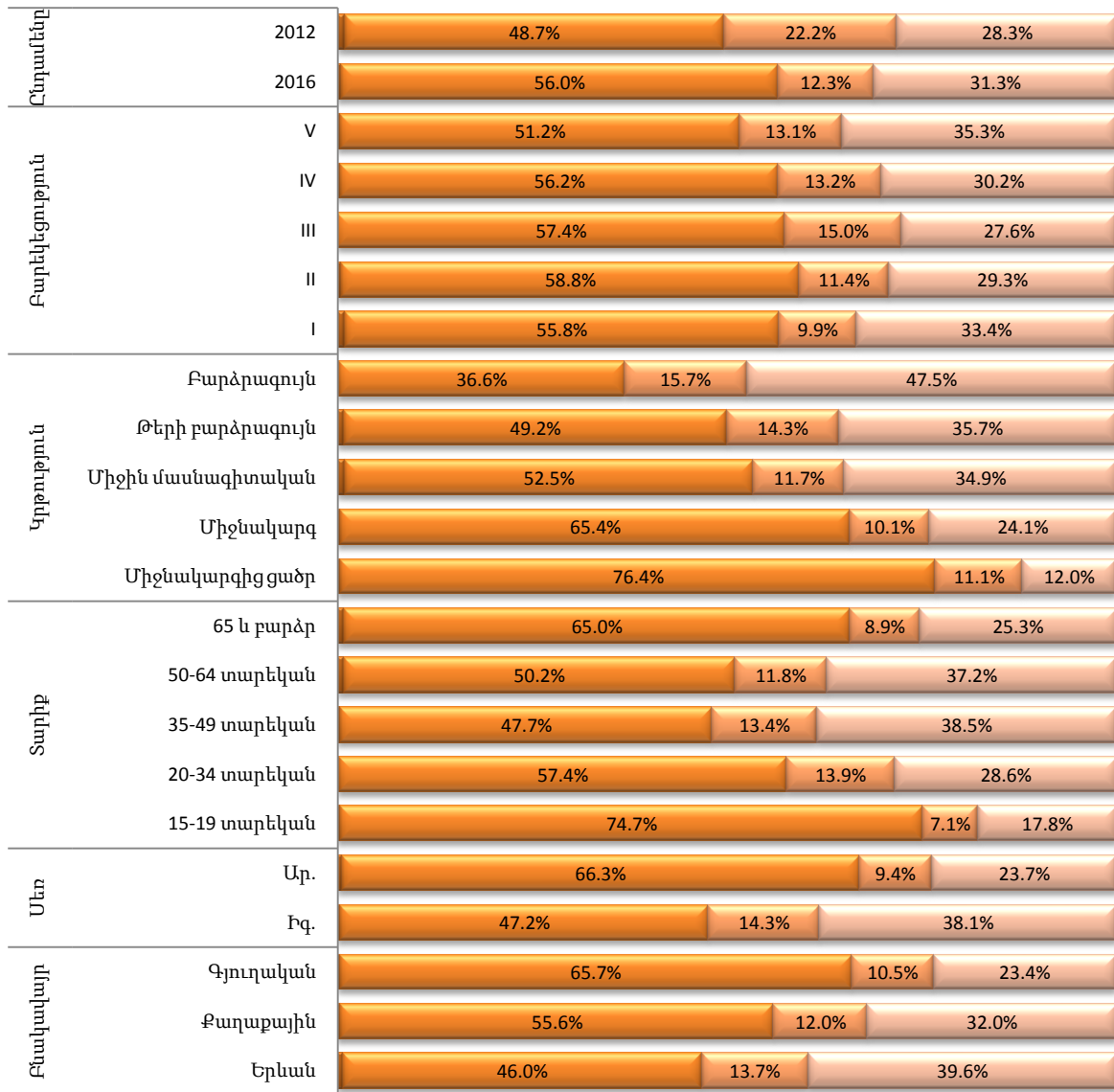


Արյան մեջ քուլեսթերինի բարձր մակարդակի վերաբերյալ բնակչության տեղեկացվածությունը ներկայացված է Գծապատկեր 38-ում.

- քուլեսթերինի բարձր մակարդակի վնասների մասին տեղյակ է հարցվածների 31.3%-ը, այն դեպքում, երբ 2012թ. հետազոտության տվյալներով այդ ցուցանիշը կազմել է 28.3%,
- արյան մեջ քուլեսթերինի բարձր մակարդակի վնասների մասին տեղեկացվածությունն աճում է **կրթամակարդակին** զուգահեռ: Եթե միջնակարգից ցածր կրթությամբ անձանց մոտ այդ մասին տեղյակ է 12.0%-ը, ապա բարձրագույն կրթությամբ անձանց շրջանում՝ 47.5%-ը,
- քուլեսթերինի բարձր մակարդակի մասին տեղեկացվածությունն ամենից բարձրն է 35-49 և 50-64 տարիքային խմբերում, համապատասխանաբար՝ 38.5% և 37.2%: 20-34, 65 և բարձր տարիքային խմբերում այն նվազում է, իսկ 15-19 տարեկանների մոտ ունի նվազագույն արժեքը՝ 17.8%,
- կանանց տեղեկացվածությունը (38.1%) քուլեսթերինի բարձր մակարդակի վնասների վերաբերյալ ավելի բարձր է, քան տղամարդկանց՝ (23.7%),
- տեղեկացվածությունը Երևանում (39.6%) ավելի բարձր է, քան մարզային քաղաքներում (32.0%), իսկ քաղաքներում ավելի բարձր՝ քան գյուղերում (23.4%):

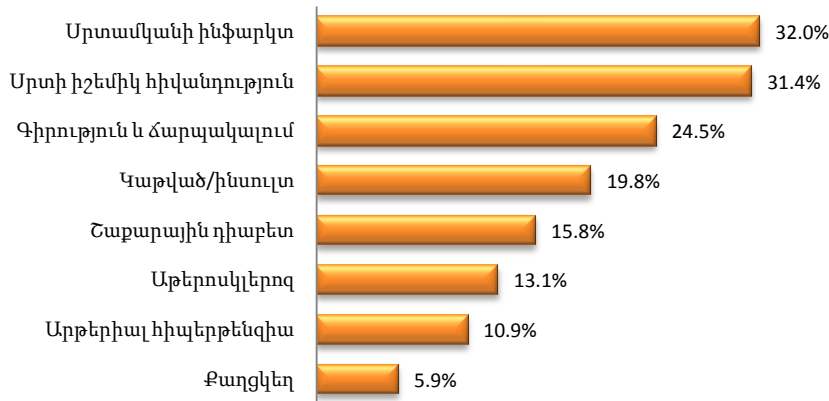
Թե ինչ հիվանդություններ կարող են առաջանալ արյան մեջ քուլեսթերինի բարձր պարունակության մակարդակի հետևանքով ներկայացված է Գծապատկեր 39-ում: Բնակչության կարծիքով, քուլեսթերինի բարձր մակարդակը կարող է առաջացնել՝ սրտամկանի ինֆարկտ (32.0%), սրտի իշեմիկ հիվանդություն (31.4%), գիրություն և ճարպակալում (24.5%), կաթված/ինսուլտ (19.8%), շաքարային դիաբետ (15.8%), աթերոսկլերոզ (13.1), արթերիալ հիպերտենզիա (10.9%), քաղցկեղ (5.9%):

**Գծապատկեր 38. Բնակչության տեղեկացվածությունը բարձր քոլեստերինի մակարդակի վնասակար ազդեցության մասին, 2016**



■ Քոլեստերինի բարձր մակարդակը վնասակար չէ    ■ Ոչ    ■ Որոշ չափով    ■ Այո

**Գծապատկեր 39. ԲՔՄ ազդեցությամբ առաջացած հիվանդություններ (ինչ հիվանդություններ կարող է առաջացնել ԲՔՄ, % այն անձանցից, ովքեր համարում են, որ գիտեն կամ որոշ չափով գիտեն, թե ինչ վնասներ կարող է հասցնել ԲՔՄ), 2016**



**Գլուկոզի մակարդակի չափման արդյունքներ**

Գլուկոզի մակարդակի չափումներն իրականացվել են ACCU-CHECK Performa սարքի միջոցով համապատասխան միանգամյա երիզների կիրառմամբ: Արյան մեջ գլուկոզի պարունակության բարձր մակարդակի որպես շեմային արժեք ընդունվել է ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված մակարդակը՝ 6.1 մմոլ/լ:

Հետազոտության ընթացքում արյան մեջ գլուկոզի պարունակության չափումները կատարվել են 35-ից բարձր տարիքի 1181 անձանց մոտ:

Չափման արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 40-ում:

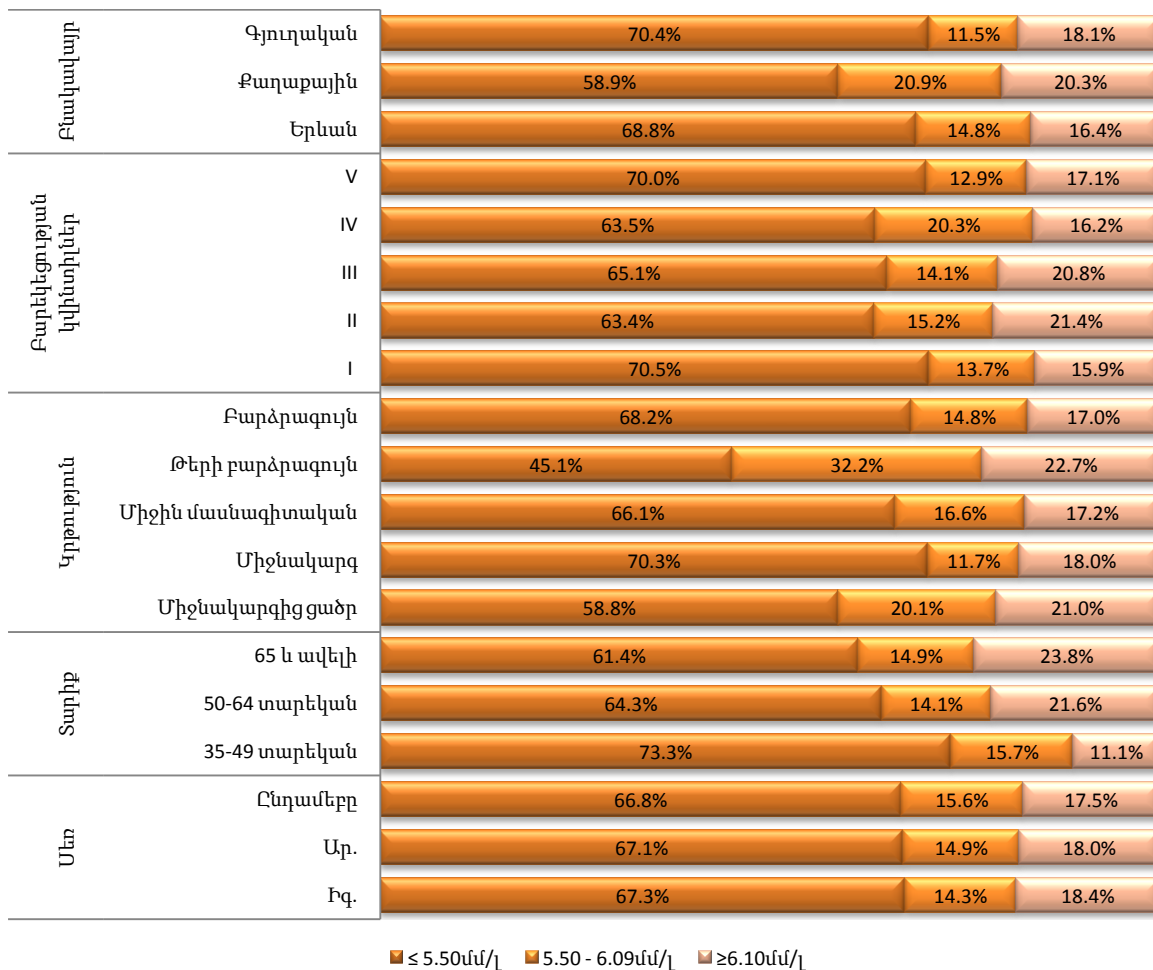
Չափման արդյունքները ցույց են տալիս.

- ՀՀ բնակչության 35 և բարձր տարիքի անձանց 18%-ի մոտ գրանցվել է արյան մեջ գլուկոզի 6.1 մմոլ/լ բարձր մակարդակ, իսկ 11.5% գլուկոզի նկատմամբ հանդուժողականության խանգարում՝ նախադիաբետ
- ըստ **բարեկեցության** խմբերի գլուկոզի պարունակության համեմատաբար ավելի բարձր մակարդակ գրանցվել է բարեկեցության II և III քվինթիլներում (21.4% և 20.8% համապատասխանաբար),
- արյան մեջ գլուկոզի բարձր մակարդակ ունեցող անձանց հարաբերական թիվն աճում է **կրթամակարդակի** նվազմանը զուգընթաց: Եթե բարձրագույն կրթությամբ անձանց շրջանում այն կազմել է 17%, ապա միջնակարգից ցածր կրթությամբ անձանց շրջանում՝ 21%:

Բացառություն է կազմում թերի բարձրագույն կրթությամբ անձանց խումբը, որտեղ գրանցվել է 24.4% ցուցանիշ<sup>5</sup>,

- գլուկոզի բարձր մակարդակը 35-49 տարիքային խմբում (10.9%) զգալիորեն ավելի ցածր է, քան 50-64 (21.1%) ու 65 և բարձր (23.1%) տարիքային խմբերում,
- կանանց մոտ գլուկոզի բարձր մակարդակ ունեցող անձանց քանակը (19.4%) մի փոքր ավելի բարձր է, քան տղամարդկանց մոտ (18.5%),
- ըստ բնակավայրի արյան մեջ գլուկոզի բարձր մակարդակ ունեցող անձանց հարաբերական քանակը մի փոքր ավելի բարձր է քաղաքներում (21.1%), քան Երևանում (17.8%) և գյուղերում (18.9%):

**Գծապատկեր 40. Մագանթային արյան գլուկոզի մակարդակի չափման արդյունքները վերջին 12 ամիսների ընթացքում ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**

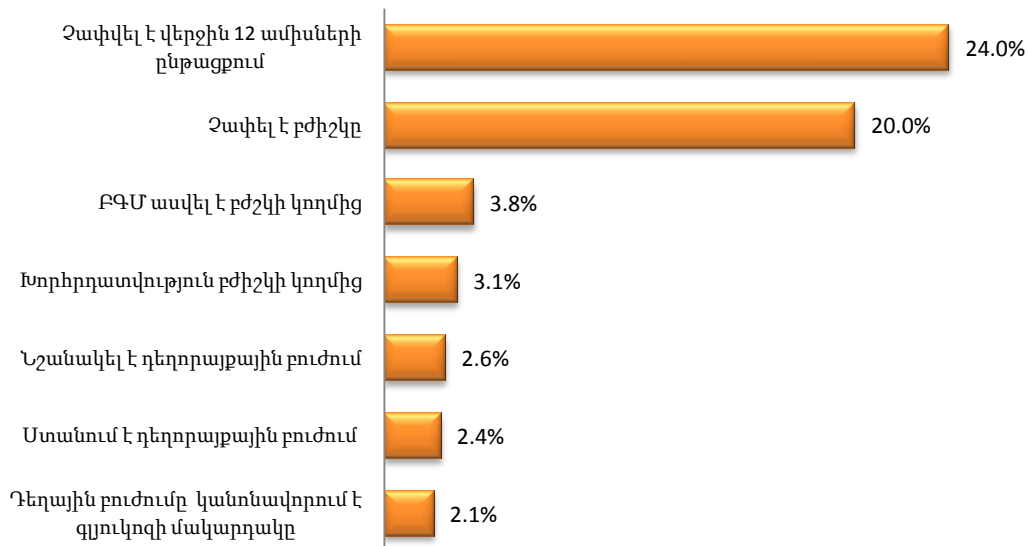


<sup>5</sup> Նշենք, որ թերի բարձրագույն կրթությամբ անձանց խմբում նույնպիսի անոմալիա էր նկատվել նաև քուլեսթերինի մակարդակի չափումներում: Չի բացառվում, որ դա արդյունք է ոչ միայն ընտրանքում այդ խմբի ներկայացուցիչների փոքր թվաքանակի, այլև կապված է բուն չափումների ընթացքի հետ, մասնավորապես քաղցի վիճակի պահպանումից:

**Գլուկոզի մակարդակի ուսումնասիրության արդյունքները**

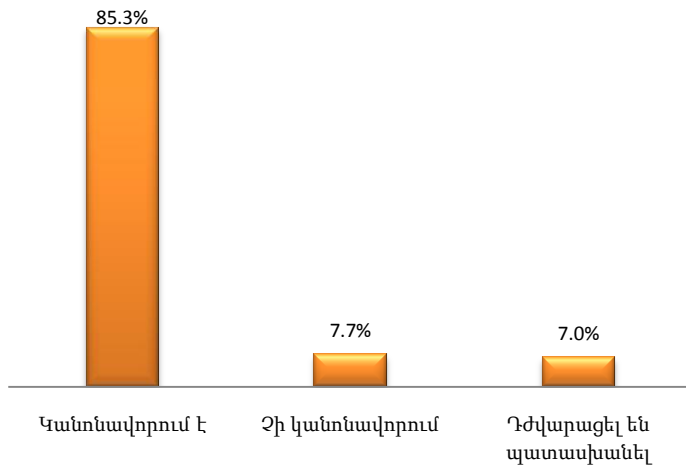
Գլուկոզի մակարդակի ուսումնասիրության հիմնական արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 41-ում: Գծապատկերից երևում է, որ Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 24%-ի մոտ է վերջին 12 ամիսների ընթացքում (2016թ.) չափվել գլուկոզի մակարդակը, 20%-ի մոտ այն չափել է բժիշկը, 15 և բարձր տարիքի բնակչության 3.8%-ի մոտ բժիշկը գրանցել է գլուկոզի բարձր մակարդակ, 3.1%-ին բժիշկը խորհուրդներ է տվել, 2.6%-ին նշանակվել է դեղորայքային բուժում, 2.4%-ը գլուկոզի մակարդակի կարգավորման նպատակով դեղորայք է օգտագործում և 2.1%-ի մոտ դեղորայքի օգտագործումը կանոնավորում էր գլուկոզի մակարդակը:

**Գծապատկեր 41. Գլուկոզի մակարդակի չափումների և բժշկի համապատասխան նշանակումների իրականացման ուսումնասիրության արդյունքներ, 2016**



Գլուկոզի մակարդակի կանոնավորման նպատակով դեղորայք օգտագործող անձանց 85.3%-ի մոտ այդ մակարդակը կանոնավորվում է, 7.7%-ի մոտ՝ չի կանոնավորվում, իսկ 7.0%-ը դժվարացել է պատասխանել այդ հարցին (Գծապատկեր 42):

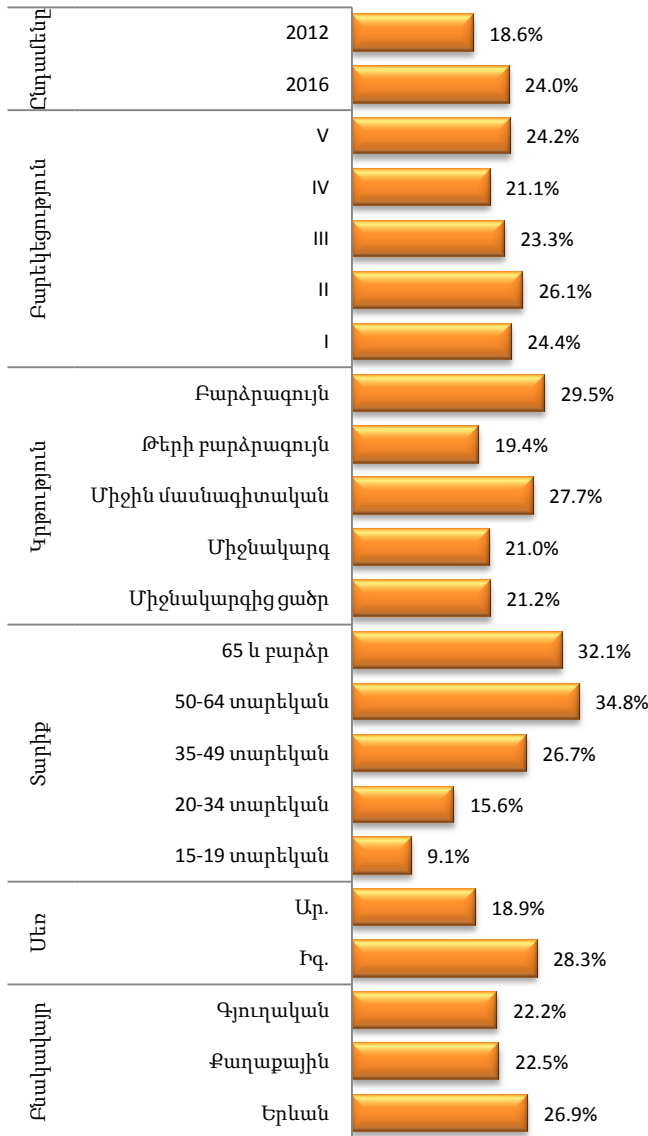
**Գծապատկեր 42. Գլուկոզի մակարդակի կանոնավորման նպատակով օգտագործվող դեղորայքի արդյունավետությունը, 2016**



Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի անձանց շրջանում հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների (2016թ.) ընթացքում արյան մեջ գլուկոզի պարունակության չափումն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի ներկայացված է Գծապատկեր 43-ում, որոնք ցույց են տալիս, որ.

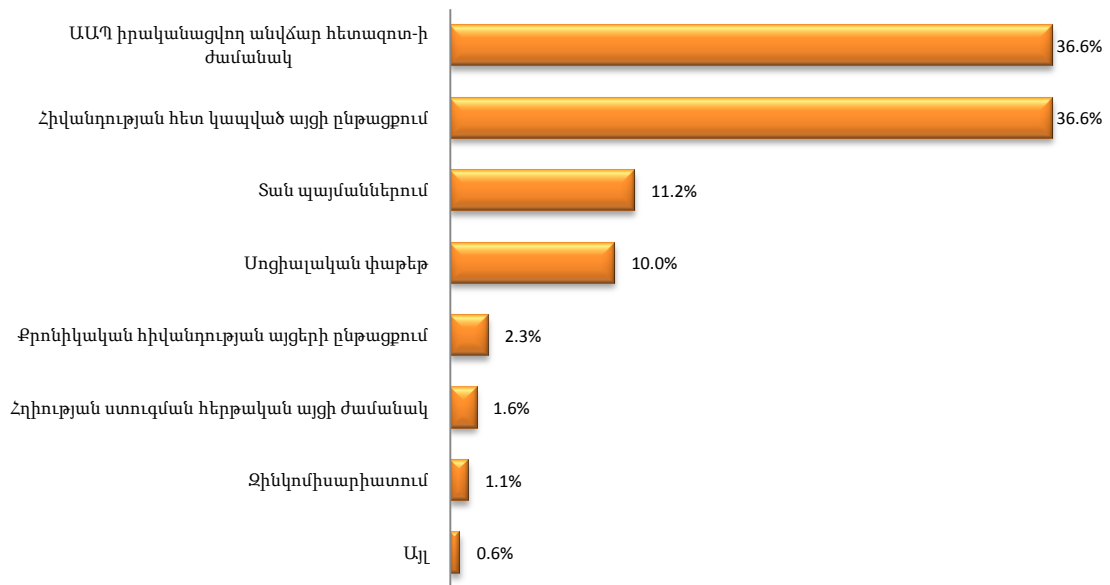
- 2016թ.-ին արյան մեջ գլուկոզի մակարդակի չափումներ են իրականացվել ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության 24.0%-ի մոտ, որը գերազանցում է 2012թ. ցուցանիշը՝ 18.6%,
- համեմատաբար ավելի շատ են կատարվել գլուկոզի մակարդակի չափումներ **բարեկեցության II քվինթիլում**՝ 26.1%,
- ըստ **կրթամակարդակի** գլուկոզի պարունակության չափումներ համեմատաբար ավելի շատ են կատարվել բարձրագույն (29.5%) և միջին մասնագիտական կրթությամբ անձանց մոտ (27.7%),
- գլուկոզի պարունակության չափումների քանակն աճում է բնակչության **տարիքին** զուգահեռ: Եթե 15-19 տարեկանների շրջանում կատարվել է 9.1%-ի մոտ, ապա 50-64 տարիքային բնակչության շրջանում՝ 34.8%-ի: Այնուամենայնիվ, այդ ցուցանիշը մի փոքր նվազում է 65 և բարձր տարեկանների դեպքում՝ 32.1%,
- **կանանց** մոտ չափումների քանակը (28.3%) գերազանցում է տղամարդկանց մոտ իրականացված չափումներին (18.9%),
- **Երևանի** բնակչության շրջանում գլուկոզի պարունակության չափումների արդյունքը (26.9%) փոքր ինչ գերազանցում է մարզային քաղաքների (22.5%) և գյուղերի (22.2%) արդյունքներին:

**Գծապատկեր 43. Գլուկոզի մակարդակի չափումների արդյունքները վերջին 12 ամիսների ընթացքում ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



Գծապատկեր 44-ում ներկայացված է, թե ինչ ծրագրերի շրջանակում է իրականացվել գլուկոզի մակարդակի չափումները: Այդ չափումները առավելապես կատարվել են՝ պոլիկլինիկաներում և ամբուլատորիաներում իրականացվող անվճար հետազոտությունների շրջանակներում՝ 36.6%, հիվանդության հետ կապված այցի ընթացքում՝ 36.6%, տան պայմաններում՝ 11.2%, աշխատավայրից ստացած սոցիալական փաթեթի ծառայությունների շրջանակում՝ 10%, քրոնիկական հիվանդության հետ կապված այցի ընթացքում՝ 2.3%, հղիության հետ կապված հերթական ստուգման ընթացքում՝ 1.6%, զինկոմիսարիատում՝ 1.1%:

**Գծապատկեր 44. Գլուկոզի մակարդակի չափումների իրականացումը վերջին 12 ամիսների ընթացքում , 2016**

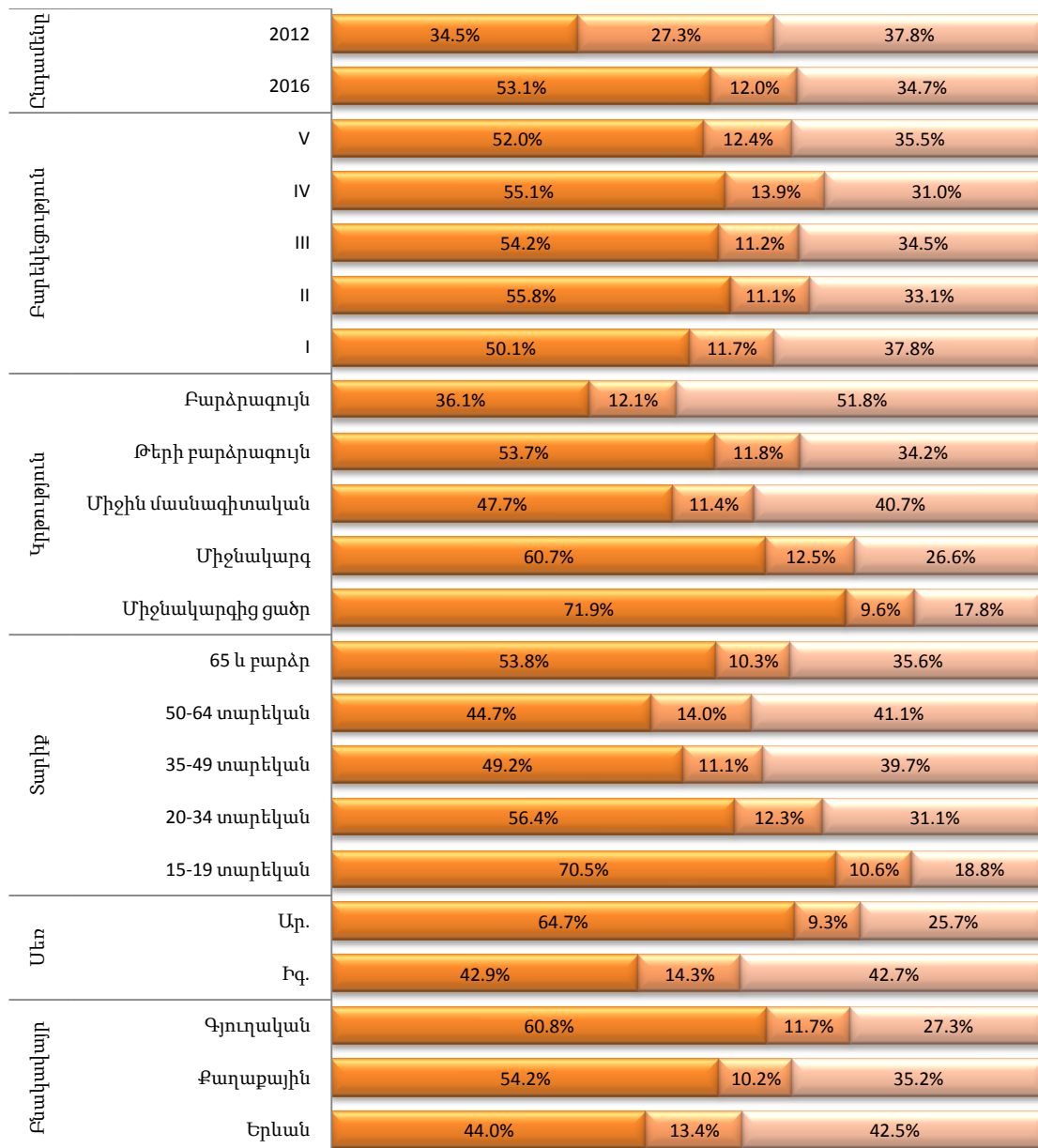


Բնակչության տեղեկացվածությունը գլուկոզի պարունակության բարձր մակարդակի վնասների վերաբերյալ ներկայացված է Գծապատկեր 45-ում.

- Հայաստանի բնակչության 34.7%-ը 2016թ.-ի հետազոտության տվյալներով տեղյակ է եղել, թե առողջությանն ինչ վնասներ կարող է հասցնել գլուկոզի բարձր մակարդակը: 2012թ.-ին դրա մասին տեղեկացված էր բնակչության 37.8%-ը:



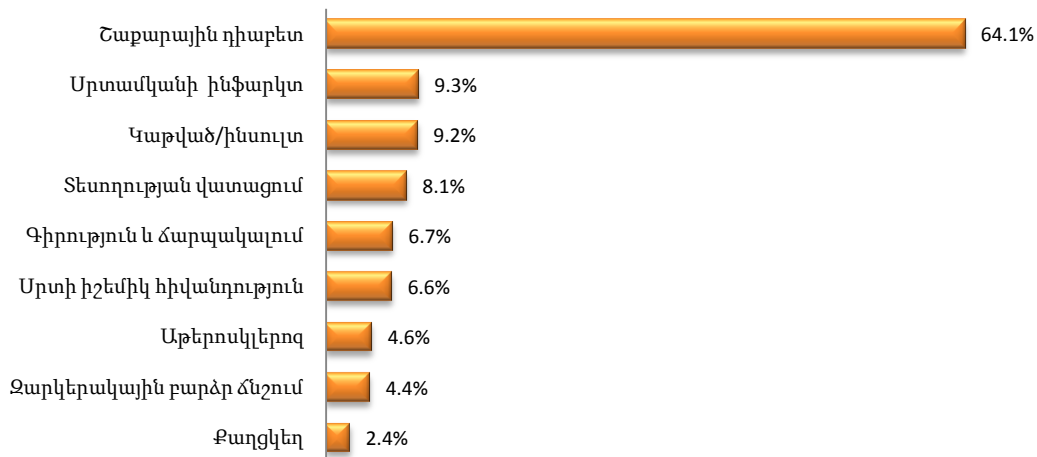
**Գծապատկեր 45. Բնակչության տեղեկացվածությունն զլուկոզի բարձր մակարդակի վնասակար ազդեցության մասին, 2016**



■ Վնասակար չէ
 ■ Վնասակար է որոշ չափով
 ■ Վնասակար է

Բնակչության շրջանում առավելապես տարածված է այն կարծիքը, որ զլուկոզի բարձր մակարդակը կարող է առաջացնել շաքարային դիաբետ (64.1%), սրտամկանի ինֆարկտ` 9.3%, կաթված` 9.2%, տեսողության վատացում` 8.1%, գիրություն` 6.7%, սրտի իշեմիկ հիվանդություն` 6.6%, աթերոսկլերոզ` 4.6%, զարկերակային բարձր ճնշում` (4.4%), քաղցկեղ` 2.4%:

**Գծապատկեր 46. ԳԲՄ ազդեցությամբ առաջացած հիվանդություններ (ինչ հիվանդություններ կարող է առաջացնել ԳԲՄ՝ % այն անձանցից, ովքեր համարում են, որ գիտեն կամ որոշ չափով գիտեն, թե ինչ վնասներ կարող է հասցնել ԳԲՄ), 2016**



### Ավելցուկային քաշ

Ավելցուկային քաշի առկայության գնահատման համար կիրառվել է **մարմնի զանգվածի գործակիցը (ՄԶԳ)**՝ ամբողջովնետրիկ ինդեքս, որը սահմանվում է Քեթլիի բանաձևով՝ մարմնի քաշի (կգ) և հասակի քառակուսիի քանորդով (մ<sup>2</sup>):

**ՄԶԳ=քաշ (կգ)/հասակ<sup>2</sup>(մ<sup>2</sup>)**

Մարմնի զանգվածի գործակցի դասակարգումը հետևյալն է.

- Թերքաշ՝  $ՄԶԳ \leq 18.5$
- Նորմալ քաշ՝  $18.5 \leq ՄԶԳ \leq 25.0$
- Ավելցուկային քաշ՝  $25.0 \leq ՄԶԳ \leq 30.0$
- Ճարպակալում՝  $30.0 \leq ՄԶԳ:$

**Այն պարագայում, երբ ՄԶԳ բարձր է 25.0-ից, դա ահագանգ է ավելցուկային քաշի մասին:**

ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի ներկայացված է Գծապատկեր 47-ում, իսկ ՄԶԳ բաշխումն ըստ վերոհիշյալ դասակարգման՝ Գծապատկեր 48-ում:

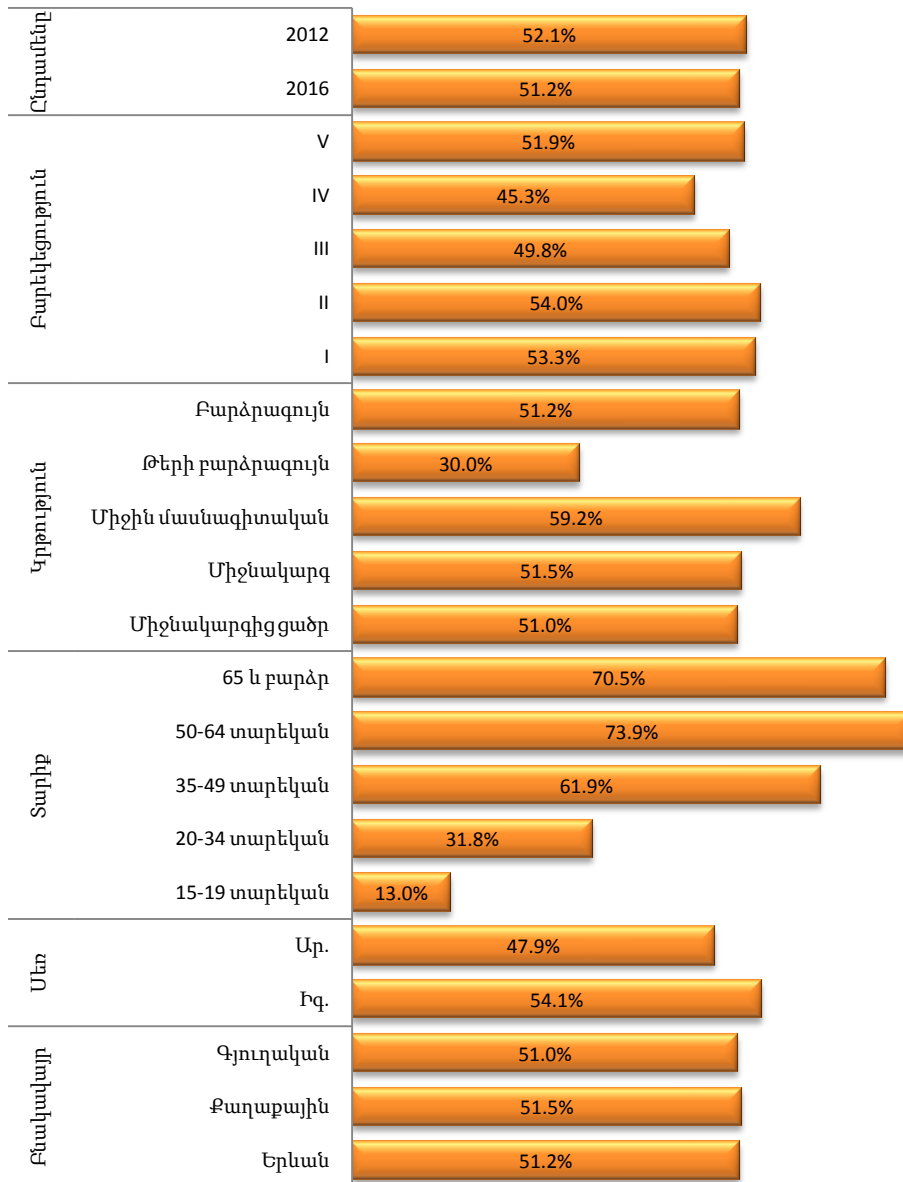
Գծապատկեր 47-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2016թ.-ին.

- Հայաստանում ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը կազմել է 51.2%, 2012թ.-ի համեմատությամբ այն գրեթե չի փոխվել (52.1%):
- Ըստ **բարեկեցության** խմբերի ավելորդ քաշն ավելի տարածված է բարեկեցության II (54.0%) և I (53.3%) քվինթիլներում, իսկ բարեկեցության բարձր քվինթիլում ցուցանիշի արժեքը կազմել է 51.9%:
- Ըստ **կրթամակարդակի** ավելցուկային քաշը համեմատաբար ավելի տարածված է միջին մասնագիտական կրթությամբ խմբում՝ 59.2%, քան մնացած խմբերում: Թերի բարձրագույն

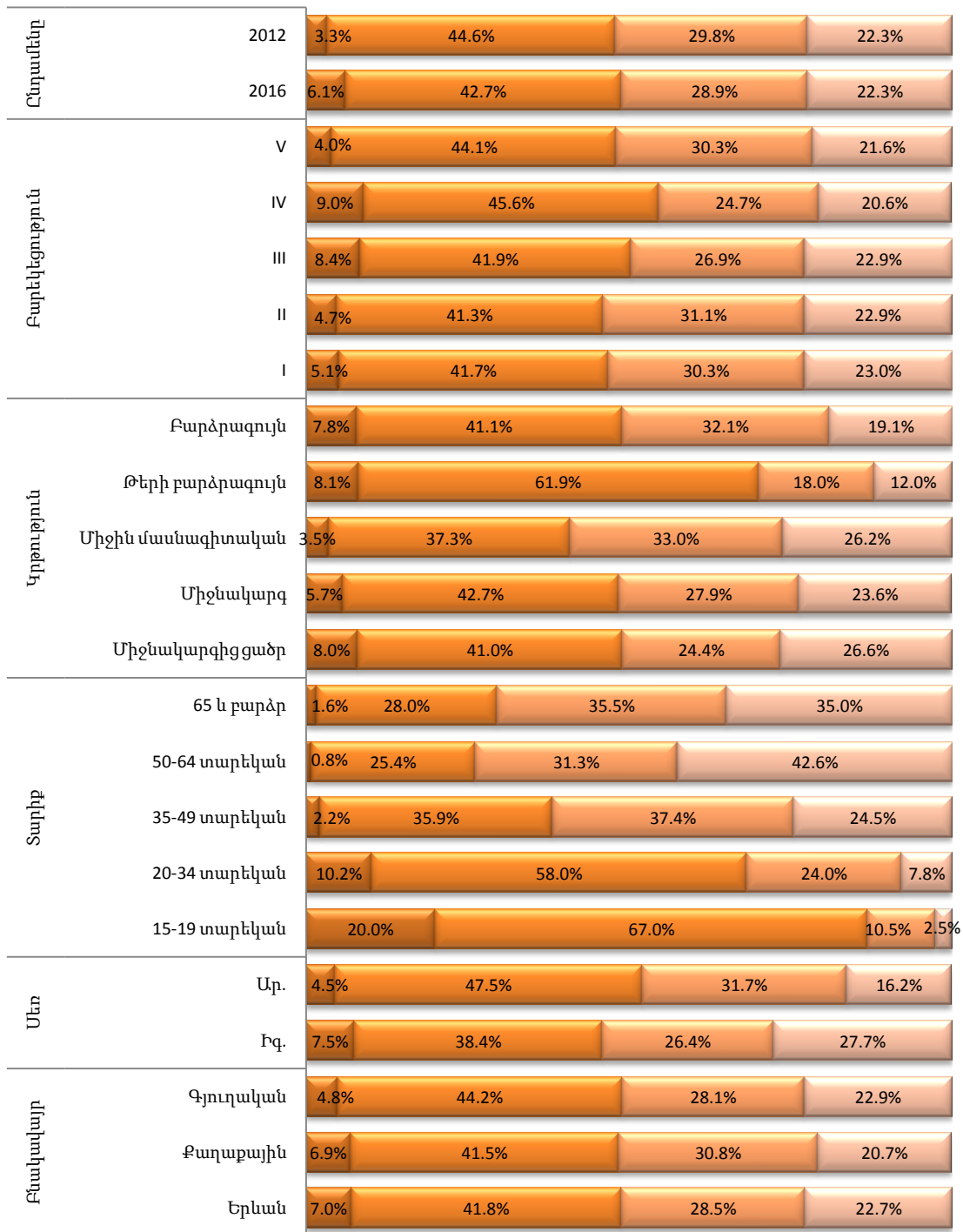
կրթությամբ անձանց մոտ ցուցանիշի շատ ցածր արժեքը՝ 30.0% պայմանավորված է նրանով, որ այս խմբի մեծամասնությունն ուսանող երիտասարդներն են:

- Ավելցուկային քաշի տարածվածությունն աճում է **տարիքին** զուգահեռ: Եթե 15-19 տարեկանների շրջանում ավելցուկային քաշ ունի խմբի 13.0%-ը, ապա 50-64 տարիքային խմբում՝ 73.9%-ը: 65 և բարձր տարիքային խմբում ավելցուկային քաշ ունեցողների հարաբերական թիվը մի փոքր նվազում է, այնուամենայնիվ մնալով շատ բարձր՝ 70.5%:
- **Կանանց** մոտ ավելցուկային քաշի առկայությունը՝ 54.1%, նշանակալիորեն գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշի արժեքին՝ 47.9%:
- Ավելցուկային քաշ ունեցողների թիվը **Երևանում**, մարզային քաղաքներում և գյուղերում միմյանցից գրեթե չեն տարբերվում:

**Գծապատկեր 47. Ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2012, 2016**

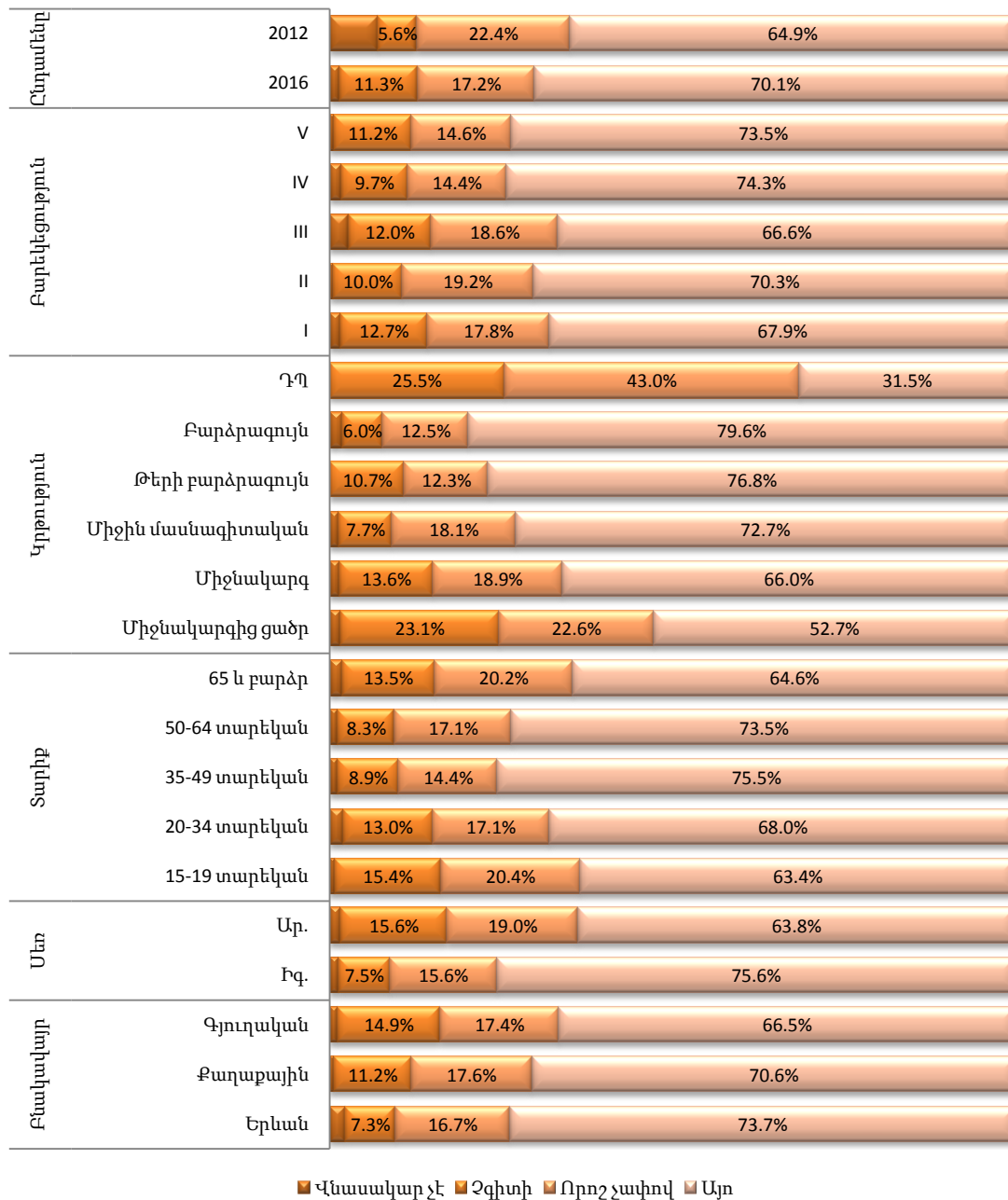


**Գծապատկեր 48. Մարմնի զանգվածի գործակցի դասակարգումն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2012, 2016**



■ Թերքաշ՝  $18.5 < \text{ՄՔԳ} < 25.0$ 
■ Նորմալ քաշ՝  $18.5 < \text{ՄՔԳ} < 25.0$   
■ Ավել. քաշ  $25.0 < \text{ՄՔԳ} < 30.0$ 
■ Ճարպակալում՝  $\text{ՄՔԳ} < 30.0$

**Գծապատկեր 49. Բնակչության տեղեկացվածությունն առողջության վրա ավելցուկային քաշի վնասակար ազդեցության մասին, 2012, 2016**



**Ծխախոտի օգտագործում**

ՀՀ տղամարդկանց շրջանում ծխախոտի օգտագործումն ամենատարածված և ամենավնասակար վարքագծային ռիսկի գործոններից մեկն է:

Որպես այդ ռիսկի գործոնի տարածվածության ցուցանիշ կիրառվում է ամեն օր ծխողների տոկոսը:

Հայաստանում ծխող տղամարդկանց թիվն ավելի մեծ է, քան կանանց<sup>6</sup> թիվը: Այդ պատճառով ծխախոտի օգտագործման տարածվածության տվյալները հիմնականում ուղղված են տղամարդկանց:

Հետազոտության տվյալներից ակնհայտ է, որ.

- 2016թ.-ին 2012թ.-ի համեմատությամբ Հայաստանում ավելացել է ամեն օր ծխող անձանց քանակը, ընդ որում, և՛ տղամարդկանց, և՛ կանանց շրջանում (Աղյուսակ 14):
- Եթե 2012թ.-ին Հայաստանում ամեն օր ծխախոտ էր օգտագործում 15 և բարձր տարիքի բնակչության 26.2%-ը, ապա 2016թ.-ն՝ 26.2%-ը, ամեն օր ծխող տղամարդկանց թիվն ավելացել է 48.7%-ից մինչև 53.4%, իսկ կանանց թիվը՝ 1.3%-ից մինչև 2.3%:
- Աճել է նաև ոչ ամեն օր ծխողների թիվը:

**Աղյուսակ 14. Ծխախոտի օգտագործման հաճախականությունն ըստ սեռի, 2012, 2016**

Սեռ	Տարի	Մյուս և ամենօր	Մյուս և ոչ ամենօր	Զենծխում
Արական	2012	48.7%	2.3%	49.0%
	2016	53.4%	2.4%	44.2%
Իգական	2012	1.3%	0.2%	98.5%
	2016	2.3%	0.7%	97.0%
Ընդամենը	2012	23.0%	1.2%	75.8%
	2016	26.2%	1.5%	72.3%

Ամեն օր ծխողների թիվն ըստ **տարիքի** ներկայացված է Աղյուսակ 15-ում, որի համաձայն ծխող տղամարդկանց թիվը 15-19 տարիքային խմբում 15.1% է, ցուցանիշը կտրուկ աճում է 20-34 և 35-49 տարիքային խմբերում, համապատասխանաբար՝ 64.4% և 62.1%: Այն շատ բարձր է մնում 50-64 տարիքային խմբում՝ 56.6% 7 և կտրուկ նվազում է 65 և բարձր տարեկանների խմբում՝ 30.3%:

**Կանանց** շրջանում ամեն օր ծխողների թիվը 15-19 տարեկանների խմբում կազմել է 0.4%, և տարիքին զուգահեռ այն սկսում է աճել: 20-34 տարեկանների մոտ ցուցանիշն աճում է մինչև 1.9%, 35-49 տարեկանների՝ մինչև 3.0%, իսկ 50-64 տարեկանների մոտ հասնում է 3.8%-ի:

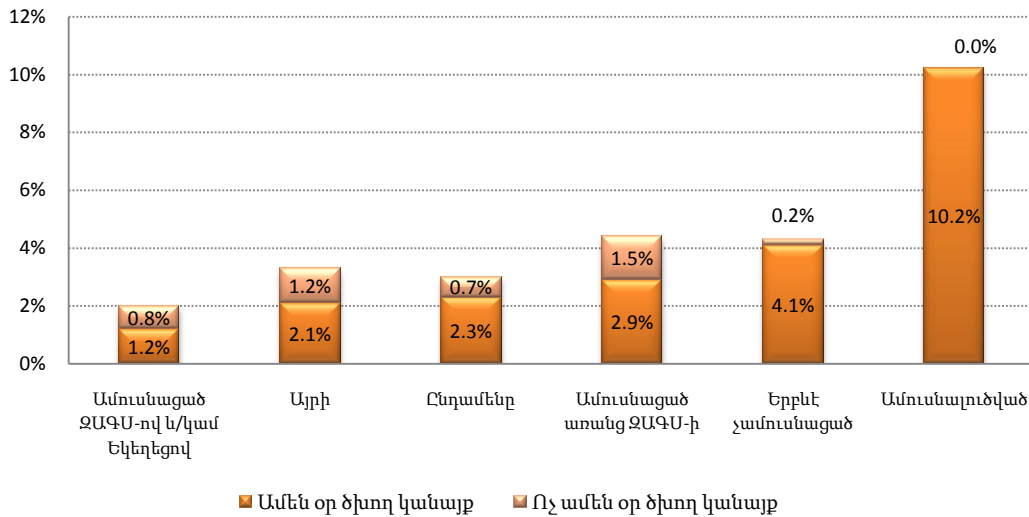
**Աղյուսակ 15. Ամեն օր ծխողների տոկոսն ըստ սեռատարիքային խմբերի, 2016**

	Տարիք	Սեռը		
		Իգ.	Ար.	Ընդ.
Տարիք	15-19	0.4%	15.1%	7.8%
	20-34	1.9%	64.4%	32.5%
	35-49	3.0%	62.1%	30.8%
	50-64	3.8%	56.6%	27.9%
	65 և բարձր	1.2%	30.3%	12.8%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>2.3%</b>	<b>53.4%</b>	<b>26.2%</b>

<sup>6</sup>Որոշ հետազոտողներ համարում են, որ կանանց շրջանում ծխախոտի օգտագործումը, Հայաստանի հասարակության մշակութային առանձնահատկությունների հետևանքով, ունի թաքնված բնույթ և լիովին չի ներկայացվում սոցիոլոգիական հետազոտություններում:

- Կանանց մոտ ամեն օր ծխողների թիվը պայմանավորված է նաև նրանց ամուսնական կարգավիճակով (Գծապատկեր 50):
- Եթե քաղաքացիական կացության գրանցման գործակալության և/կամ եկեղեցու հաստատմամբ ամուսնացած կանանց 1.2%-ն է ամեն օր ծխում, ապա առանց գրանցման ամուսնացածների՝ 2.9%-ը, չամուսնացածների՝ 4.1%-ը, իսկ ամուսնալուծվածների՝ 10.2%-ը:

**Գծապատկեր 50. Ծխող կանանց տոկոսն ըստ ամուսնական կարգավիճակի, 2016**



Հայաստանում ծխելու դեմ պայքարի միջոցառումների շարքում է ծխախոտի տուփի վրա ծխելու վնասակարության մասին տպված հաղորդագրությունը: Այդ հաղորդագրության բացակայությունը վկայում է ծխախոտի ծագման ոչ օրինականության մասին: Հետազոտության ընթացքում գրուցավարները ծխողներին խնդրել են ցույց տալ հարցման պահին իրենց ունեցած ծխախոտի տուփը և նշել դրանց վրա ծխելու վնասակարության մասին հաղորդագրության առկայությունը: Պարզվել է, որ.

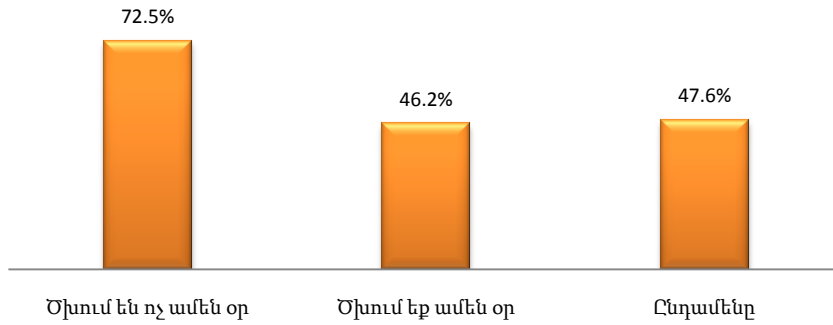
- Դիտարկված ծխախոտի տուփերի 98.5%-ն ունեցել է հայերեն առողջապահական տեքստ, 1.4%-ը ծխում են չիբուխ և ցույց չեն տվել ծխախոտի տուփը, իսկ 0.1%-ի ծխախոտի տուփի վրա առողջապահական տեքստը եղել է օտար լեզվով (Աղյուսակ 16):

**Աղյուսակ 16. Օգտագործվող ծխախոտի տեսակը, 2016**

		Տոկոս
Օգտագործվող ծխախոտի տեսակ	Հայերեն առողջապահական տեքստով	98.5%
	Չիբուխ	1.4%
	Արտասահմանյան	0.1%
	Ընդամենը	100.0%

Ծխողների շրջանում ուսումնասիրվել է նաև, թե 12 ամիսների ընթացքում արդյոք ծխողները փորձել են թողնել ծխելը:

**Գծապատկեր 51. Ծխախոտից հրաժարվելու փորձը վերջին 12 ամիսների ընթացքում (%-ն այդ պատասխաններից), 2016**



Գծապատկեր 51-ի տվյալները փաստում են, որ.

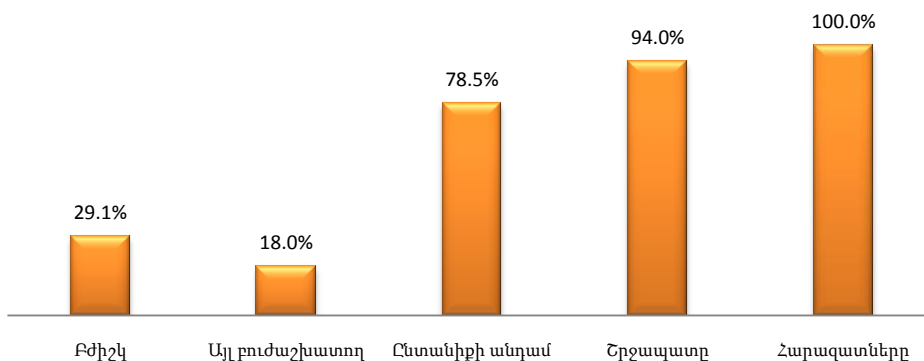
- Ծխողների մոտ կեսը՝ 47.6%-ը վերջին 12 ամիսների ընթացքում փորձել է թողնել ծխելը:

Ամեն օր ծխողներին տարբեր անձինք հաճախակի խորհուրդ են տալիս դադարեցնել ծխելու վատ վարքագիծը (Գծապատկեր 52), մասնավորապես.

- Ծխողների հարազատների 100%-ը վերջին 12 ամիսների ընթացքում նրանց խորհուրդ է տվել թողնել ծխելը,
- «Շրջապատն» այդ խորհուրդը տվել է ամեն օր ծխողների 94%-ին,
- Ընտանիքի անդամները՝ 78.5%-ին,
- Բժիշկը՝ 29.1%-ին:

*Այնուամենայնիվ, այդ խորհուրդների ազդեցության արդյունավետությունը ցածր է, քանի որ ամեն օր ծխողների թիվը՝ 2016թ.-ին 2012թ.-ի համեմատությամբ աճել է:*

**Գծապատկեր 52. Ամեն օր ծխողների շրջանում վերջին 12 ամիսների ընթացքում ծխելը թողնելու վերաբերյալ խորհուրդ տված անձանց տոկոսը, 2016**





Հետազոտությանը պարզվել է, թե հարցվածների որ տոկոսն է նախկինում ծխել.

- Ներկայումս չծխող տղամարդկանց 37.9%-ն անցյալում ծխել է:

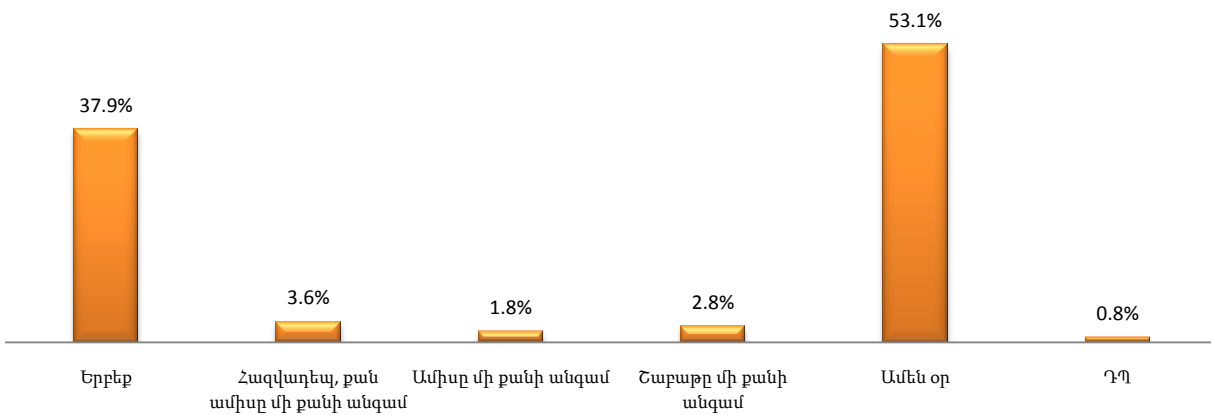
«Հետազոտության շրջանակում ուսումնասիրվել է նաև պասիվ ծխողների քանակը տանն և աշխատավայրում: Տանը պասիվ ծխողների քանակը գնահատելու համար կիրառվել է հետևյալ հարցը.

«Որքա՞ն հաճախ է որևէ մեկը՝ ներառյալ Ձեզ, ծխախոտ օգտագործում Ձեր տանը»

«Պասիվ ծխող» ընտանիքների քանակը տրված է Գծապատկեր 53-ում: Պարզվել է, որ.

- ՀՀ ընտանիքների 53.1%-ը նշել են, որ տան պայմաններում նրանք գտվում են ամենօրյա երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցության տակ և համարվում են ամենօրյա պասիվ ծխողներ, իսկ 2.8%-ը պասիվ ծխողներ՝ շաբաթական մի քանի անգամ,
- 37.9% նշել են, որ իրենց տանը բացարձակապես չեն ծխում:

**Գծապատկեր 53. Ծխախոտի օգտագործման հաճախականությունը տանը, 2016**



Աշխատավայրում պասիվ ծխողների քանակը ներկայացված է Աղյուսակ 17-ում:

Հետազոտությանը պարզվել է, որ.

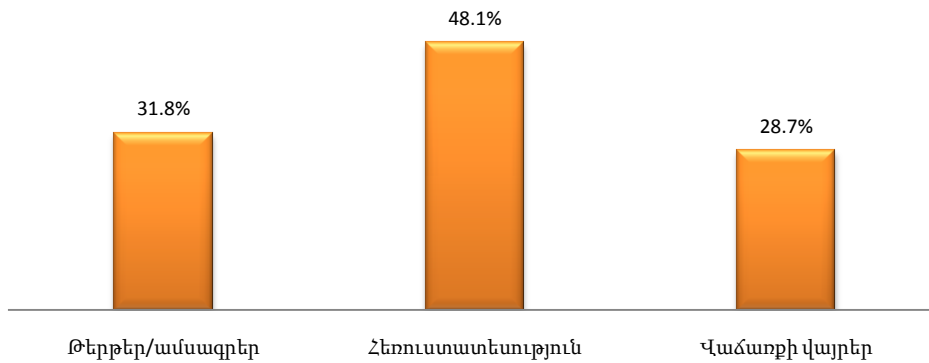
- Հայաստանում փակ աշխատանքային տարածքում պասիվ ծխողներ են աշխատող անձանց 39.7%-ը, իսկ ն՝ բաց, ն՝ փակ տարածքում աշխատողների շրջանում պասիվ ծխողներ են 73.5%:

**Աղյուսակ 17. Վերջին 30 օրվա ընթացքում ծխախոտի օգտագործումը աշխատավայրի փակ տարածքում, 2016**

		Աշխատավայրի տարածք			
		Փակ	Փակ և բաց	Բաց	Ընդամենը
Վերջին 30 օրվա ընթացքում որևէ մեկը օգտագործե՞լ է ծխախոտ Ձեր աշխատավայրի փակ տարածքում	Ոչ	58.2%	26.5%	38.3%	50.8%
	Այո	39.7%	73.5%	54.4%	47.3%
	ԴՊ	2.1%	0.0%	7.3%	1.9%

Հայաստանում հակածխախոտային գովազդի «տեսանելիությունը» ներկայացված է Գծապատկեր 54-ում:

**Գծապատկեր 54. Հայաստանում հակաձխախտային գովազդի տեսանելիությունը (վերջին 30 օրվա ընթացքում թերթերում/ամսագրերում, հեռուստատեսությամբ և վաճառքի վայրերում ձխախտի վնասակարության վերաբերյալ գովազդ), 2016**



Ծխախտի վնասակարության մասին տեղեկացվածությունը ներկայացված է Աղյուսակ 18-ում:

**Աղյուսակ 18. Բնակչության տեղեկացվածությունը ծխելու հետևանքով առաջացող հիվանդությունների մասին, 2016**

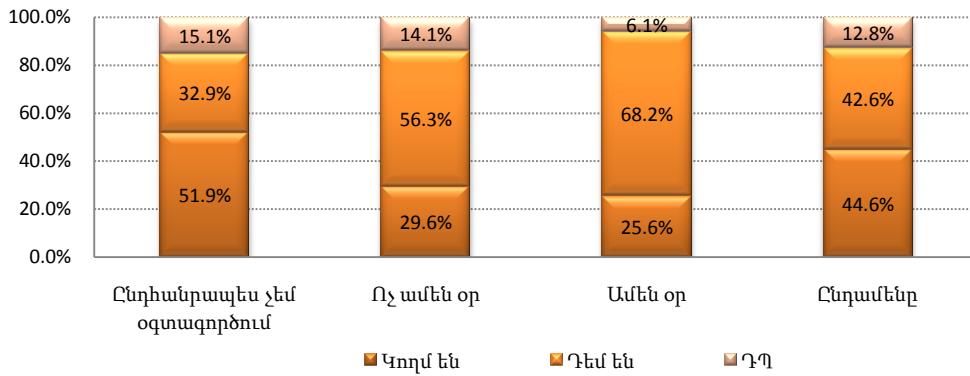
Ինչ հիվանդություններ կարող է առաջացնել ծխելը	Հաճախականություն			
	Չեն ծխում	Ոչ ամեն օր	Ամեն օր	Ընդ.
Թոքերի քաղցկեղ	88.1%	86.6%	77.1%	85.2%
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (ինֆարկտ)	21.6%	19.9%	22.2%	21.8%
Քրոնիկական բրոնխիտ	12.9%	7.1%	12.3%	12.6%
Կաթված/ինսուլտ	10.9%	15.5%	13.9%	11.8%
Կոկորդի քաղցկեղ	12.0%	11.3%	11.1%	11.8%
Բրոնխիալ ասթմա	10.1%	6.9%	10.3%	10.1%
Հղիության ընդհատում	4.9%	4.2%	4.9%	4.9%
Վնաս ապագա երեխային	5.3%	4.2%	3.5%	4.8%
Անպտդություն	4.6%	4.2%	3.5%	4.3%
Սեռական թուլություն ծխող տղամարդկանց մոտ	4.0%	4.2%	4.5%	4.1%

- Հարցվածների բացարձակ գերակշիռ մասը՝ 85.2%-ը համարում է, որ ծխելն առաջացնում է թոքերի քաղցկեղ: Ընդ որում, ամեն օր ծխողների մոտ տեղեկացվածությունը նշանակալիորեն ավելի ցածր է (77.1%), քան չծխողների շրջանում (88.1%)
- Հարցվածների (21.8%-) ընդհանուրը նշել է սրտի իշեմիկ հիվանդություն
- Դրան հետևում է տեղեկացվածությունն այն մասին, թե ծխելն առաջացնում է արդյոք (ըստ նշումների նվազման) քրոնիկական բրոնխիտ (12.6%), ինսուլտ (11.8%), քաղցկեղ (11.8%), բրոնխիալ ասթմա (10.1%), հղիության ընդհատում (4.9%), վնաս ապագա երեխային (4.8%), անպտդություն (4.3%) և սեռական թուլություն (4.1%):

Տրվել է հարց, թե արդյոք բնակչությունը կողմ է, թե դեմ է ծխախտի հարկերի բարձրացմանը:

- Ծխախտի հարկերի բարձրացման կողմ է Հայաստանի բնակչության 44.6%-ը: Ընդ որում՝ չծխողների 51.9% և ամեն օր ծխողների 25.6%-ը (Գծապատկեր 55):

Գծապատկեր 55. Ծխախոտի հարկերի բարձրացման վերաբերյալ բնակչության դիրքորոշումը, 2016



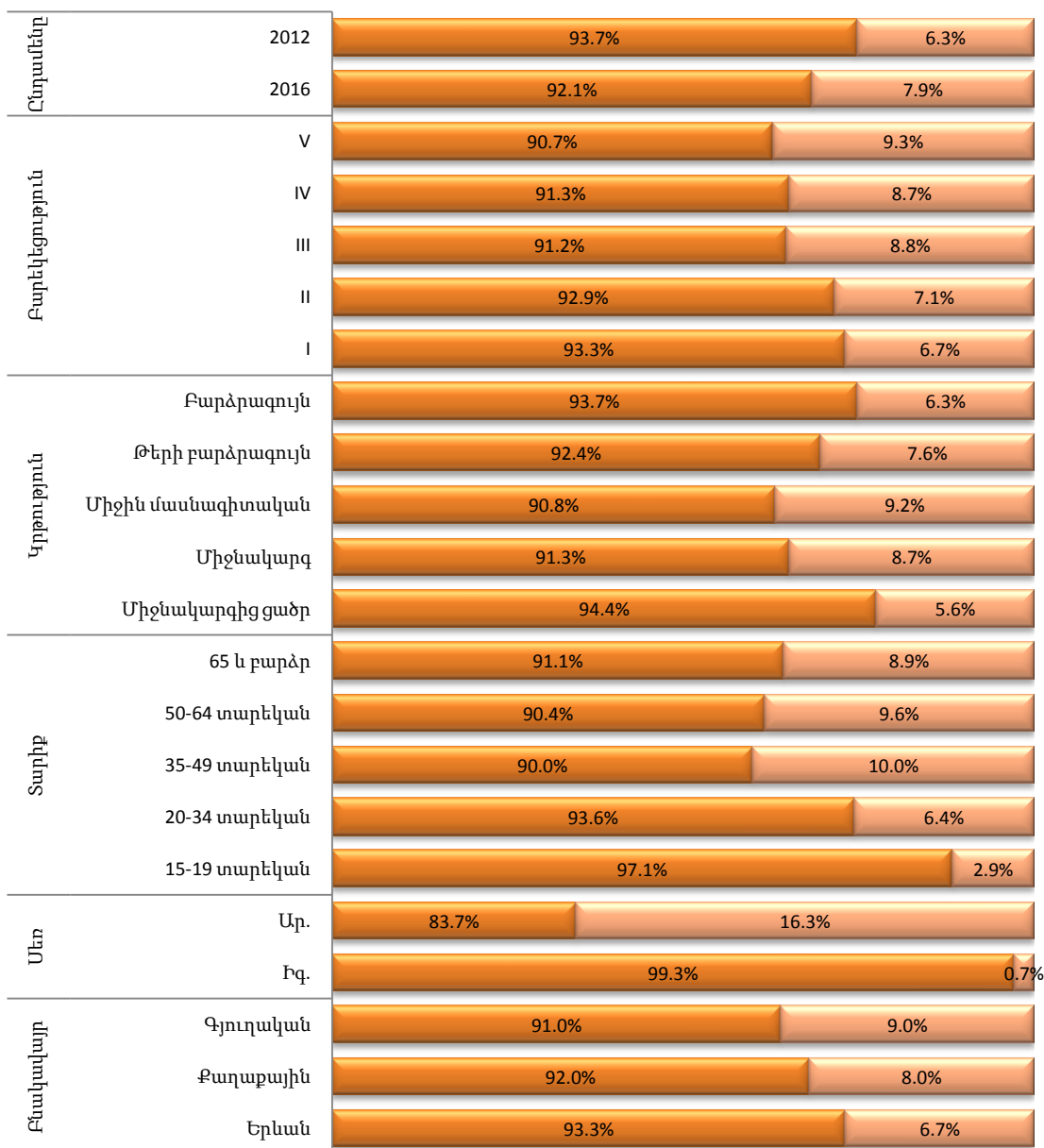
Գծապատկեր 56. Տեղեկացվածությունը ծխախոտի երկրորդային ծխի վնասակարության վերաբերյալ, 2016



### Ալկոհոլի օգտագործում

ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ալկոհոլի օգտագործման և չարաշահման, որպես ռիսկի գործոն, տարածվածությունը գնահատվել է **օրական 20 գրամից ավելի սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք օգտագործող անձանց թիվը** համաձայն ԱՀԿ սահմանման և մեթոդաբանության: ԱՀԳԳ հարցաշարով պարզվում է հարցվողի կողմից օգտագործվող ալկոհոլային խմիչքի տեսակը, և այն վերածվում է համարժեք սպիրտի քանակին՝ օրական կտրվածքով:

**Գծապատկեր 57. Ալկոհոլի օգտագործման տարածվածությունը 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ըստ սոցիալ-ժողովրդական խմբերի, 2012, 2016**



- Օրական օգտագործում են 20 գրամ սպիրտին համարժեքից ավելի ալկոհոլ
- Օրական օգտագործում են 20 գրամ սպիրտին համարժեքից պակաս ալկոհոլ

Այդ հաշվառման համար կիրառվում են տարբեր տեսակի ակոհոլային խմիչքներում պարունակվող ակոհոլի հետևյալ հարաբերակցությունները.

- Գարեջուր - 0.04 գ/մլ,
- Գինի - 0.0927 գ/մլ,
- Լիկյոր - 0.1227 գ/մլ,
- Օղի - 0.3227 գ/մլ:

Օրական 20 գրամից ավելի սպիրտին համարժեք ակոհոլային խմիչք օգտագործողների թիվը ներկայացված է Գծապատկեր 57-ում:

Ելնելով այն հանգամանքից, որ տղամարդիկ ավելի շատ են օգտագործում ակոհոլ, քան կանայք, 20 գրամ սպիրտին համարժեք ակոհոլի օգտագործումը հանդիսանում է որպես ռիսկի գործոն տղամարդկանց մոտ:

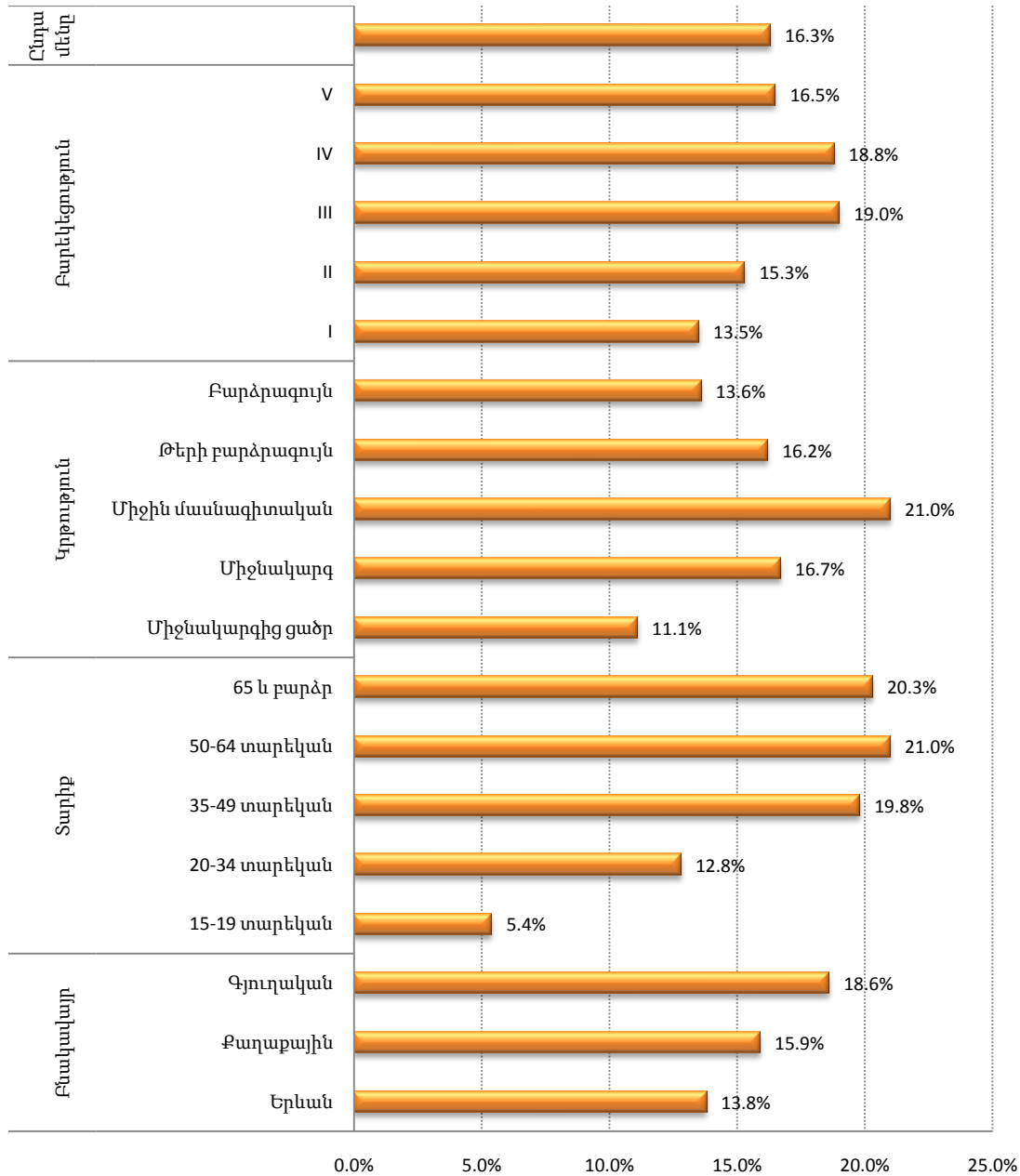
- **2016թ.-ին տղամարդկանց շրջանում օրական 20 գրամից ավելի սպիրտին համարժեք ակոհոլ օգտագործողների թիվը (16.3%) աճել է 2012թ.-ի համեմատությամբ (11.2%):**

Գծապատկեր 58-ում ներկայացված է 15 և բարձր տարիքի տղամարդկանց մոտ ակոհոլի օգտագործումն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- ըստ **բարեկեցության** խմբերի IV (18.8%) և III (19.0%) քվինթիլներում ցուցանիշի արժեքն ավելի բարձր է, քան ցածր բարեկեցությամբ խմբում (13.5%),
- ըստ **կրթամակարդակի**, ակոհոլի օգտագործման դիտարկվող ցուցանիշն ավելի բարձր է միջին մասնագիտական կրթությամբ անձանց մոտ (21.0%), որին հետևում են միջնակարգ (16.7%) և թերի բարձրագույն (16.2%) կրթությամբ անձինք: Այն ամենացածրն է բարձրագույն (13.6%) և միջնակարգից ցածր (11.1%) կրթամակարդակ ունեցող խմբերում,
- ըստ **տարիքային** խմբերի, դիտարկվող ցուցանիշն ամենաբարձրն է 50-64 (21.0%), 65 և բարձր (20.3%) և 35-49 (19.8%) տարիքային խմբերում: 20-34 տարիքային խմբում ցուցանիշի արժեքը 12.8% է, իսկ 15-19 տարիքային խմբում՝ 5.4%:

**Գծապատկեր 58. Ալկոհոլի օգտագործման տարածվածությունը 15 և բարձր տարիքի տղամարդկանց շրջանում, 2016**

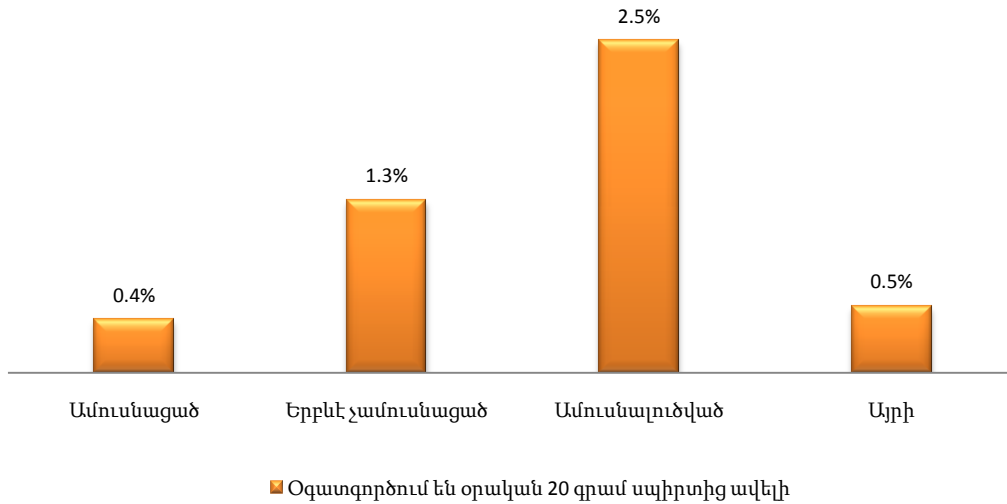


■ Օգտագործում են 20 գրամ սպիրտին համարժեքից ավելի ալկոհոլ

**Կանանց** մոտ ալկոհոլի օգտագործման ցուցանիշն ըստ տարիքի և կարգավիճակի.

- 20 գրամից ավելի սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք օգտագործող կանանց տոկոսը կազմում է 0.7%-ը: Ըստ տարիքային խմբերի ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է 35-49 տարիքային խմբում՝ 1.5%-ը,
- Չամուսնացած կանանց մոտ ցուցանիշի արժեքը 1.3% է, ամուսնացած կանանց մոտ այն նվազում է մինչև 0.4%, այրիների մոտ այն 0.5% է, իսկ ամուսնալուծվածների մոտ՝ 2.5% (Գծապատկեր 59):

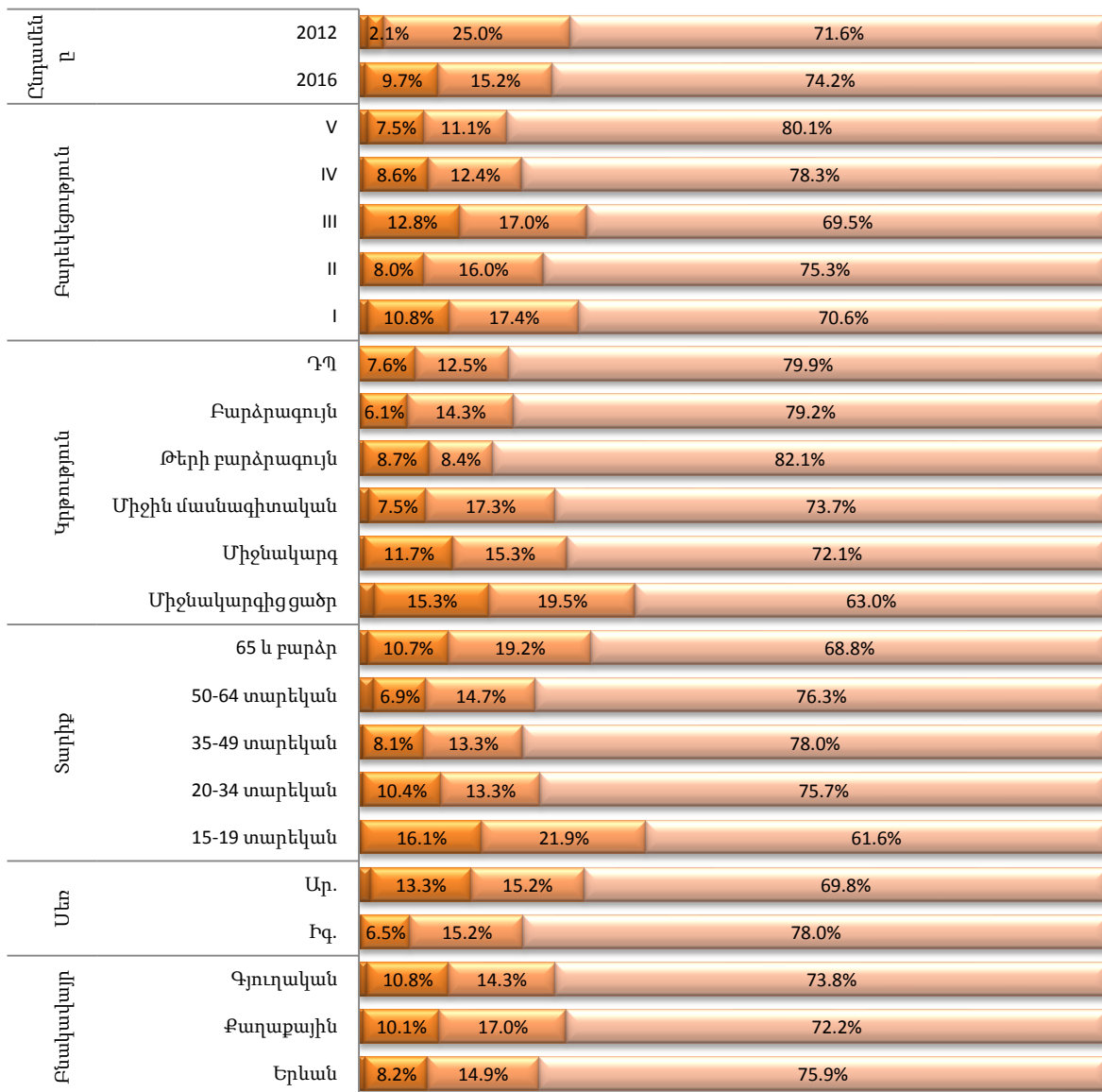
**Գծապատկեր 59. Ալկոհոլի օգտագործումը կանանց շրջանում ըստ ամուսնական կարգավիճակի, 2016**



Համաձայն իրականացված հարցումների, ակնհայտ է, որ բնակչության տեղեկացվածությունն ալկոհոլի չարաչափման վնասակար ազդեցության մասին բարձր է:

- 2016թ.-ին ալկոհոլի վնասակարության մասին տեղյակ է եղել բնակչության 74.2%-ը, իսկ 2012թ.-ին՝ 71.6%:
- Այդ ցուցանիշը համեմատաբար ավելի մեծ է բարձր բարեկեցությամբ, բարձր կրթամակարդակով, 20-64 տարիքային խմբերում, կանանց և երևանաբնակների շրջանում:

**Գծապատկեր 60. 15 և բարձր տարիքի բնակչության իրազեկվածությունն առողջության վրա ալկոհոլի վնասակար ազդեցության մասին, 2012, 2016**



■ Ալկոհոլի չարաշահումը վնասակար չէ ■ Ոչ ■ Որոշ չափով ■ Այո

Աղբյուր, ԱՀԳԳ 2012, 2016

**Ֆիզիկական թերակտիվություն**

ՀՀ 15 և բարձր բնակչության շրջանում ֆիզիկական ակտիվության գնահատման համար հաշվարկվել է ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչության տոկոսը:

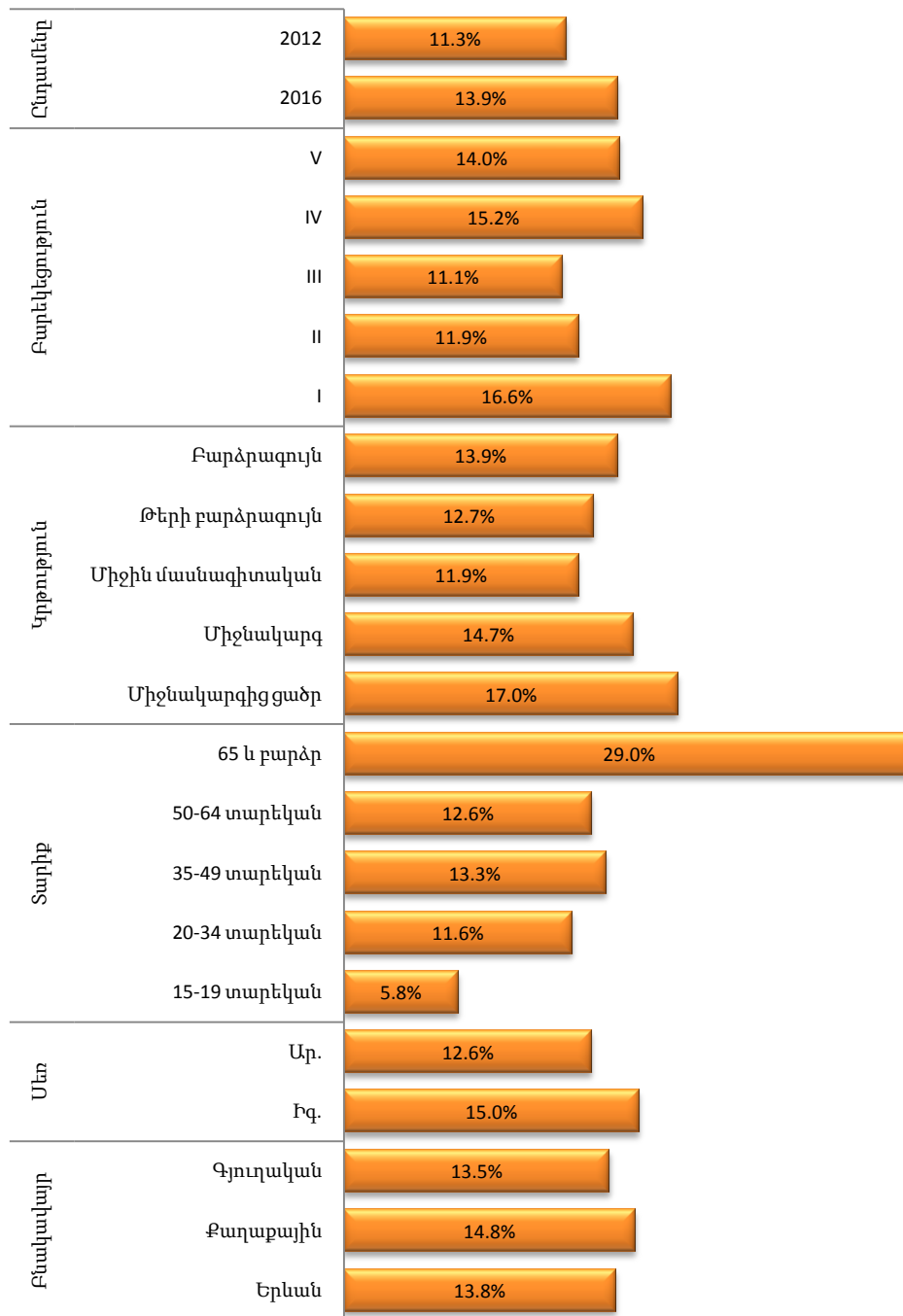
- **Ֆիզիկապես թերակտիվ** են համարվում այն անձինք, ովքեր շաբաթական կատարում են 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք:



Ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչության բաշխումն ըստ սոցիալ-ժողովրդական խմբերի ներկայացված է Գծապատկեր 61-ում.

- 2016թ.-ին ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչության ընդհանուր թիվը կազմել է 13.9%, որն աճել է 2012թ. ցուցանիշի համեմատությամբ (11.3%),
- ֆիզիկական թերակտիվությունը համեմատաբար ավելի բարձր է I քվինթիլում (16.6%), ինչպես նաև **բարեկեցության** բարձր քվինթիլներում՝ IV(15.2%) և V (14.0%),
- ըստ **կրթամակարդակի**, ֆիզիկական թերակտիվությունը համեմատաբար ավելի բարձր է միջնակարգից ցածր (17.0%), միջնակարգ (14.7%) և բարձրագույն (13.9%) կրթությամբ խմբերում, իսկ ամենացածրն է միջնակարգ մասնագիտական կրթությամբ խմբում (11.9%),
- ըստ **տարիքային** խմբերի, ֆիզիկական թերակտիվությունն ամենացածրն է ամենաերիտասարդ 15-19 տարիքային խմբում՝ 5.8%: Ֆիզիկական թերակտիվության ցուցանիշն աճում է տարիքի աճին զուգահեռ, տատանվելով 11.5-13.5% միջակայքում (20-34, 35-49 և 50-64 տարիքային խմբերում), իսկ 65 և բարձր տարիքային խմբում այն կազմում է 29.0%,
- **կանանց** շրջանում ֆիզիկական թերակտիվության մակարդակը մի փոքր ավելի բարձր է (15.0%), քան տղամարդկանց շրջանում (12.6%),
- ըստ **բնակավայրի** ֆիզիկական թերակտիվության ցուցանիշերը գրեթե միմյանցից չեն տարբերվում:

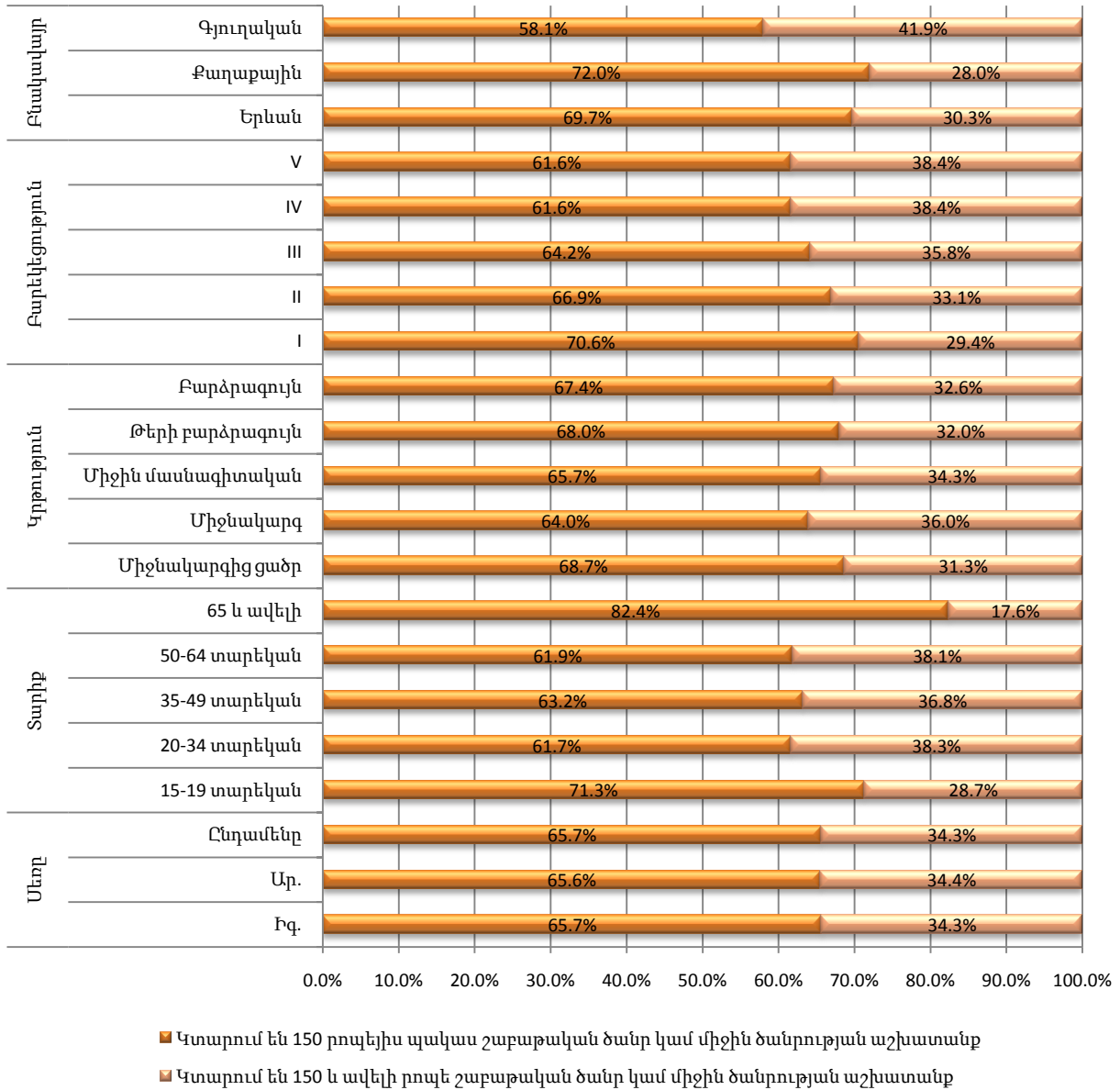
**Գծապատկեր 61. 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ֆիզիկական թերակտիվության (շաբաթական 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք կատարում) տարածվածությունը ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2012, 2016**



Ֆիզիկական թերակտիվությունը դիտարկելիս ուսումնասիրվել է նաև բնակչության կողմից միջին և ծանր ֆիզիկական աշխատանքի կատարումը շաբաթական 150 րոպե և ավելի (Գծապատկեր 61Ա):

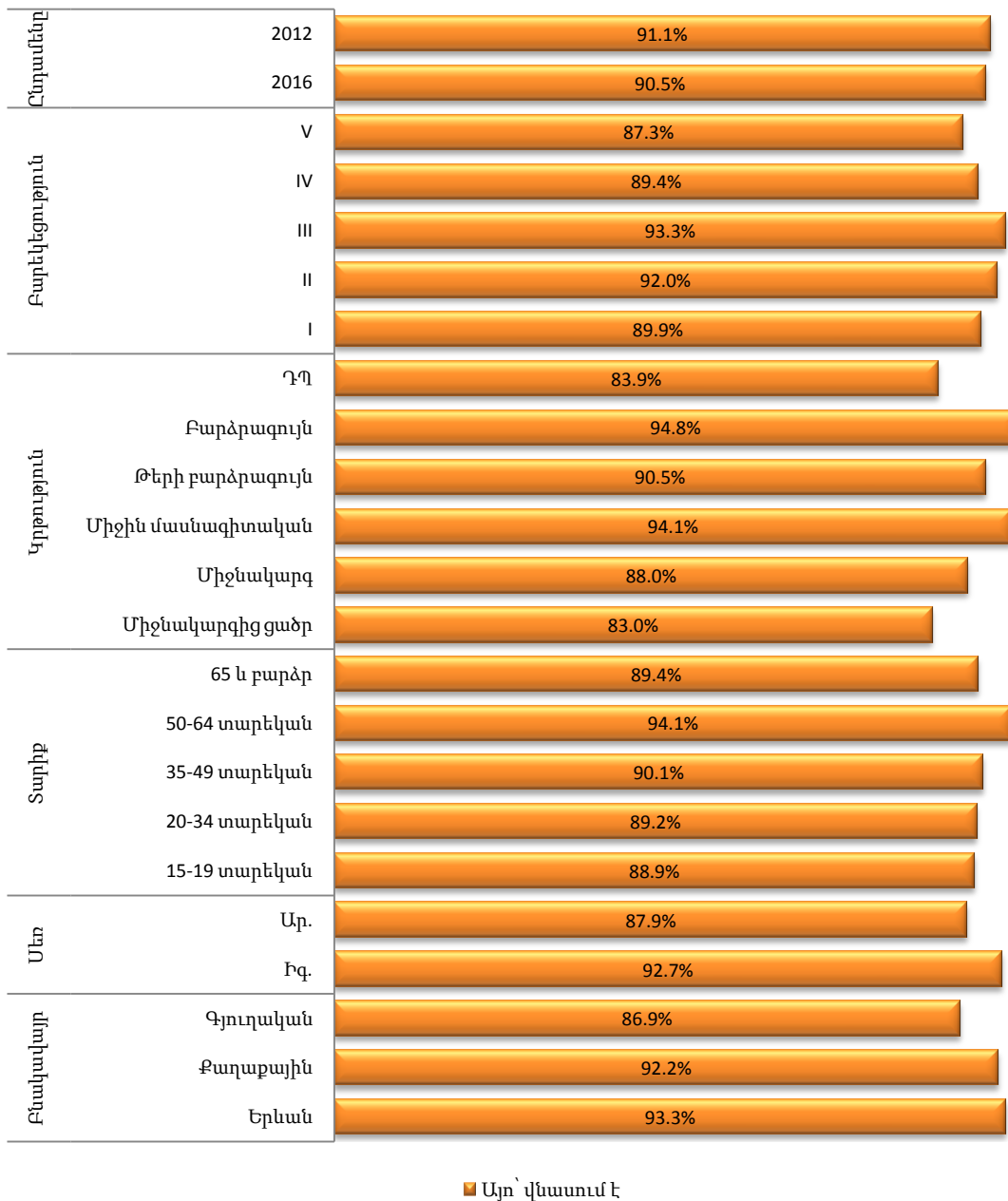
- բնակչության 65.7% նշել է, որ շաբաթական 150 րոպեից պակաս է կատարում միջին և ծանր ֆիզիկական աշխատանք, իսկ 34.3% 150 րոպեից ավել, այսինքն ֆիզիկապես ավելի ակտիվ են,

**Գծապատկեր 61 Ա. Ֆիզիկական թերակտիվության (շաբաթական 150 րոպե միջին և ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարում) տարածվածությունը 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



Հայաստանի բնակչության ավելի քան 91% իրազեկված է ֆիզիկական թերակտիվության վնասակարության մասին:

**Գծապատկեր 62. 15 և բարձր տարիքի բնակչության իրազեկվածությունը ֆիզիկական թերակտիվության վնասակար ազդեցություն մասին, 2012, 2016**



**Կերակրի աղի օգտագործում**

Հայաստանի չափահաս բնակչության զգալի մասն ավանդական սննդատեսակների օգտագործման հաշվին սննդի միջոցով ստանում է ավել չափաբաժնով կերակրի աղ (պանրի տեսականի, երշիկեղեն, թթու դրած ու մարինացված բանջարեղեն, տարբեր պահածոներ՝ այդ թվում պահածոյացված միս, ձկնեղեն և այլն):

Պատրաստի սննդամթերքը և պահածոները մեծ քանակությամբ կերակրի աղ են պարունակում, նույնիսկ, եթե աղի համ չունեն:

Կերակրի աղի օգտագործման սահմանափակումը զարկերակային գերճնշման ոչ դեղորայքային կարգավորման գործոն է: Այդ հիմնավորմամբ, ԶԳ հիվանդների խորհրդատվություններում բժիշկը պետք է առաջարկի պացիենտին կամ հարազատներին սահմանափակել կերակրի աղի օգտագործումը, որի կանոնավոր կատարումը նպաստում է.

- ԶՃ իջեցմանը, ինչը կնվազեցնի ինսուլտի, ՄԻ, երիկամային հիվանդությունների վտանգը,
- օրգանիզմից ավելցուկային հեղուկի հեռացմանը, որը կնվազեցնի սրտի ծանրաբեռնվածությունը,
- երիկամների բնականոն աշխատանքին և նորմալ ջրա-աղային փոխանակությանը,
- որովայնի և ոտնաթաթերի այտուցվածության իջեցմանը,
- երիկամներում քարերի գոյացման ռիսկի նվազեցմանը,
- ոսկրամկանային համակարգի ամրապնդմանն ու պահպանմանը,
- կենսաքիմիական գործոնների որոշման նպատակով:

Կերակրի աղի օգտագործման և չարաշահման գնահատման նպատակով անհրաժեշտ է իրականացնել կենսաքիմիական լաբորատոր հետազոտություն՝ մեզում նատրիումի և կրեատինինի քանակությունը որոշելու համար:

2016թ. ԱՀԳԳ հետազոտության շրջանակում աղի օգտագործումն և չարաշահումը գնահատվել է հարցման միջոցով:

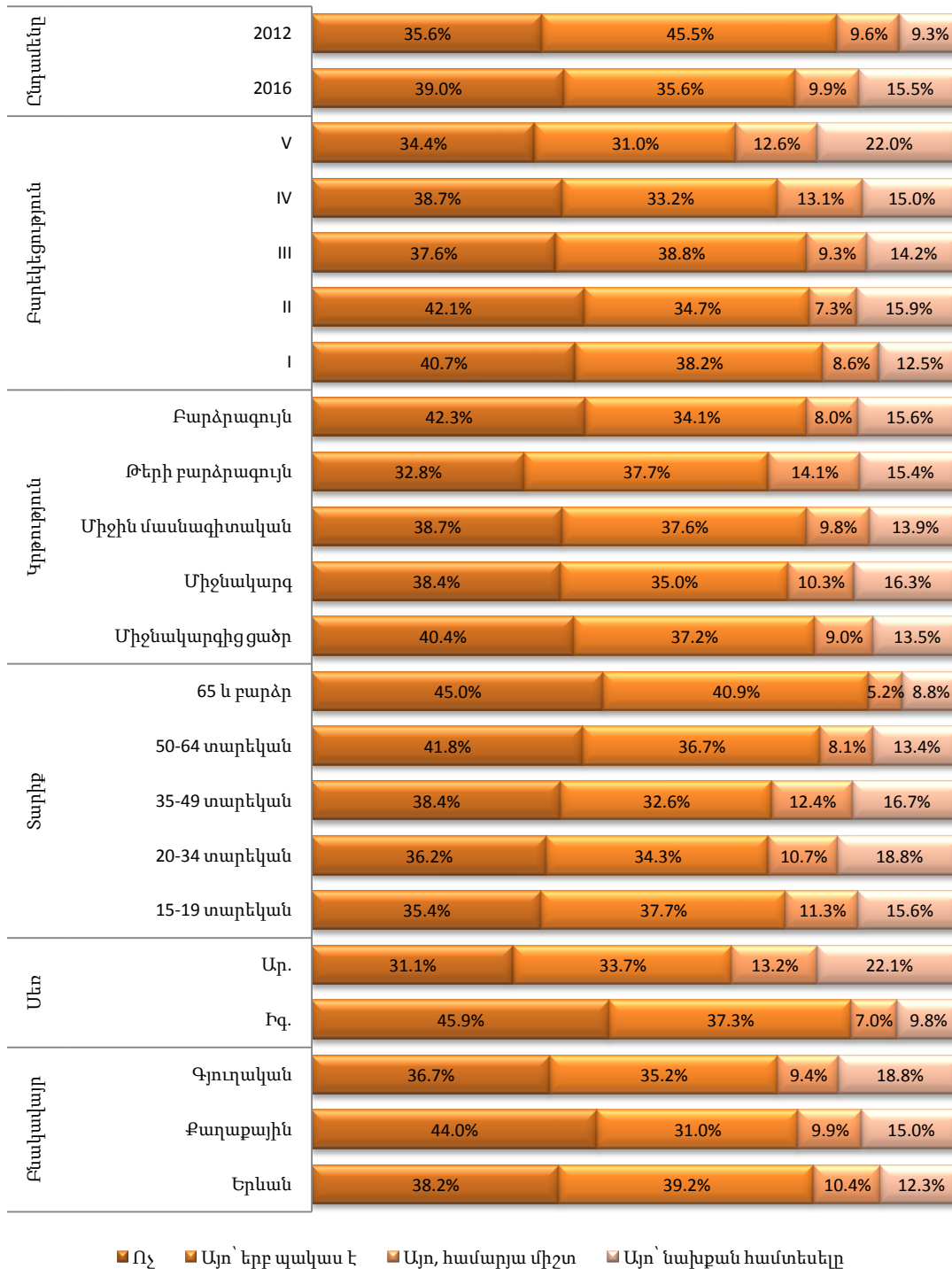
Հետազոտության հարցաշարում ներառվել են հարցեր, որոնք արտացոլում են արդեն իսկ պատրաստի ճաշատեսակներին աղի լրացուցիչ ավելացումն առանց համտեսելու:

Ամփոփված տվյալները փաստում են.

- 2016թ.-ին կերակրի աղը պարբերաբար ավելորդ քանակով են օգտագործել բնակչության 15.5%-ը, որը գերազանցում է 2012թ.-ի ցուցանիշը՝ 9.3% (Գծապատկեր 63):
- Կերակրի աղի օգտագործման չարաշահմանն ավելի հակված են բարձր **բարեկեցության** խմբի անձինք:
- Ըստ **տարիքային** խմբերի կերակրի աղի չարաշահմանն առավել հակված են երիտասարդները: 15-19 տարիքային խմբում աղի չարաշահումը, այսինքն առանց համտեսելու ճաշին աղ են ավելացնում 15.6%-ը, 20-34 տարիքային խմբում՝ 18.8%-ը: Հարկ է նշել, որ տարիքի աճին զուգընթաց այդ սովորությունը նվազում է, որը կարող է պայմանավորված լինել քրոնիկ հիվանդությունների առկայությամբ և բժշկի կողմից տրված խորհուրդներին հետևողական լինելով, 65 և բարձր տարիքային խմբում այն կազմում է 8.8%,
- Աղի ավելորդ քանակի օգտագործումը հատկապես տարածված է **տղամարդկանց** շրջանում՝ 22.1%, որը գրեթե 2 անգամ բարձր է կանանց ցուցանիշից՝ 9.8%,

- Աղի ավելորդ քանակի օգտագործումը համեմատաբար ավելի տարածված է գյուղերում, որտեղ այն չարաշահում է բնակչության 18.8%-ը, քաղաքներում այդ ցուցանիշը կազմել է 15.0%, իսկ Երևանում՝ 12.3%:

**Գծապատկեր 63. Աղի օգտագործման չարաշահումն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի (տոկոսը հարցվածներից), 2012, 2016**

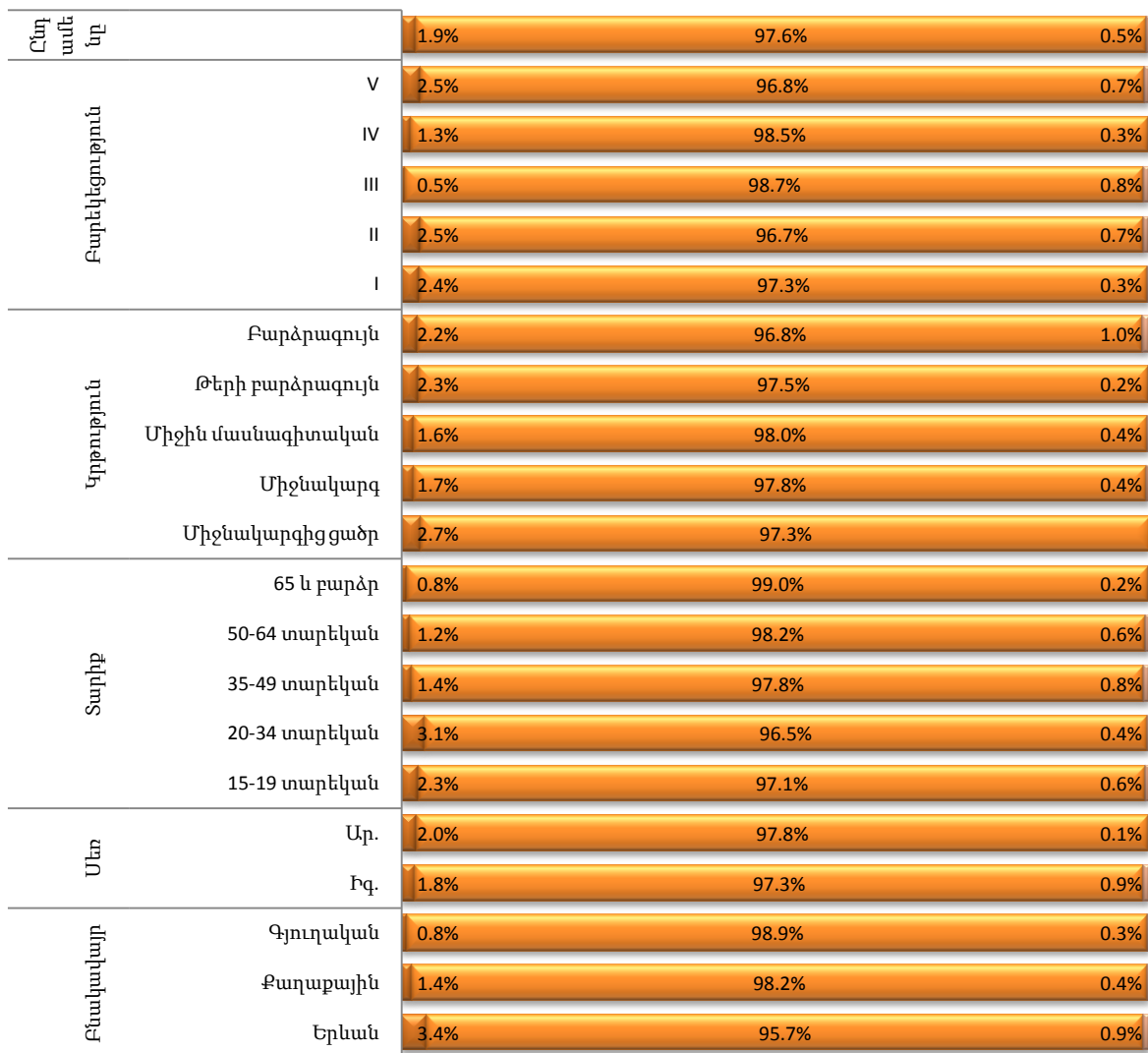


Հայաստանի Հանրապետությունը, որպես լեռնային և նախալեռնային երկիր, յոդի անբավարարության տեսակետից դասվում է էնդեմիկ տարածաշրջանների թվին, այդ իսկ պատճառով յոդի անբավարարության հետևանքով առաջացող խանգարումները հանրային առողջության լուրջ հիմնախնդիր են: ՀՀ առողջապահության նախարարությունը՝ ի կատարումն «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի, սնուցման հարցերին նվիրված միջազգային համաժողովում (1992թ., Հռոմ) ընդունված հռչակագրի, «Անկախ պետությունների համագործակցության մասնակից պետությունների բնակչության շրջանում յոդի աղության վիճակների կանխարգելման վերաբերյալ» Անկախ պետությունների համագործակցության մասնակից պետությունների կողմից 31.05.2001թ. ստորագրված և ՀՀ Նախագահի կողմից 13.03.2002թ. վավերացված միջպետական համաձայնագրի:

Յոդի անբավարարությունը հանգեցնում է նաև հաշմանդամության (խուլ-համրություն, մտավոր թերգարգացում և այլն): ՀՀ կառավարությունը, կարևորելով յոդի անբավարարության հիմնախնդիրը, 2004թ.-ին հաստատել է «ՀՀ բնակչության սննդում յոդի անբավարարության հետևանքների դեմ պայքարի և կանխարգելման ազգային ծրագիր»-ը, ինչով ապահովվել է հանրապետությունում կերակրի աղի համընդհանուր յոդացման և սննդում յոդացված աղի օգտագործման միջոցով յոդի անբավարարության հետևանքների կանխարգելման իրավական հիմքը:

**Ելնելով այն հանգամանքից, որ հանրապետությունում իրականացվում է աղի յոդացում, ընտրանքային հետազոտության տվյալները փաստում են.**

**Գծապատկեր 64. Կերակրի աղի տեսակների օգտագործումն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2012, 2016**

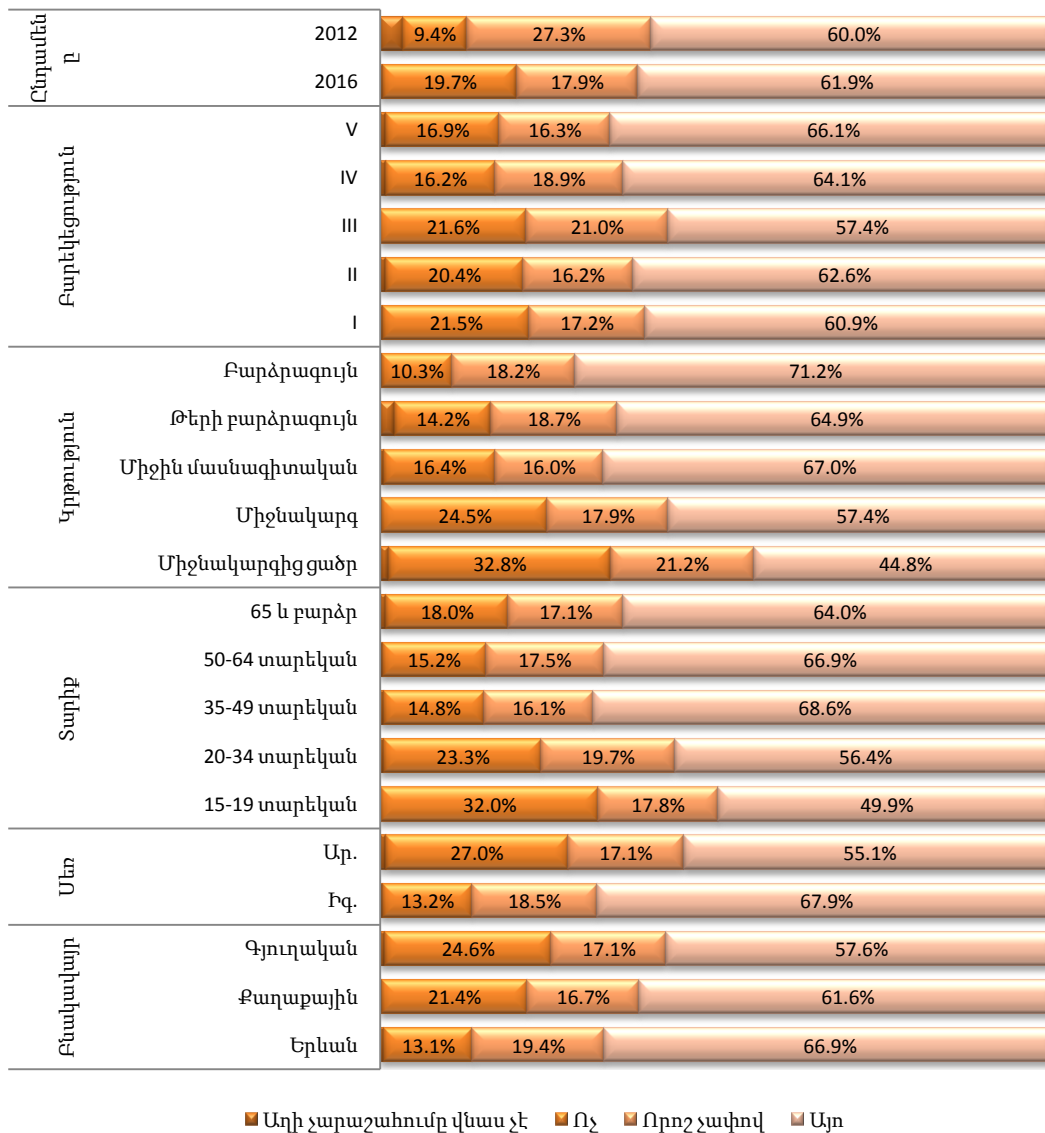


■ Ոչ յոդացված աղ   ■ Ֆոդացված աղ   ■ Ծովային աղ

- բնակչության 97.6%-ը, օգտագործում է յոդացված աղ, 1.9%-ը՝ չյոդացված աղ, 0.5%-ը՝ ծովային աղ,
- բնակչություն 60%-ը իրազեկ են առողջության վրա կերակրի աղի չարաշահման վնասակար ազդեցության մասին:



**Գծապատկեր 65. Բնակչության իրազեկվածությունը կերակրի աղի չարաշահման վնասակար ազդեցության մասին ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2012, 2016**



**Ճարպերի օգտագործում**

Հայաստանի բնակչության կողմից ճարպերի օգտագործումը ներկայացված է Աղյուսակ 19-ում: 2016թ. հետազոտության տվյալները փաստում են.

- ՀՀ բնակչության 87.0%-ը հիմնականում օգտագործում է բուսական յուղ, 59.7%-ը՝ կարագ,
- 40.7%-ն օգտագործում է հալած յուղ,
- խոզի կամ այլ տեսակի ճարպեր օգտագործում է 8.2%-ը,
- մարգարին՝ 4.6%-ը:

Ըստ բնակավայրի ճարպերի օգտագործման պատկերը հետևյալն է.

- Երևանում և մարզային քաղաքներում զգալիորեն գերադասում են օգտագործել բուսական յուղ: Գյուղերում ավելի տարածված է հալած յուղի օգտագործումը՝ 60.2%, ի համեմատ մարզային քաղաքների (35.4%) և Երևանի (22.5%),

- Խոզի կամ այլ տեսակի ճարպերի օգտագործումը գյուղերում (12.6%) և քաղաքներում (10.0%) գերազանցում է դրա օգտագործմանը Երևանում (2.1%),
- Կարագի օգտագործումն Երևանում, քաղաքներում և գյուղերում մոտավորապես նույն մակարդակի վրա է:

**Աղյուսակ 19. Ուտեստներ պատրաստելիս յուղերի օգտագործումն ըստ տեսակների, 2016**

Տեսակ	Երևան	Քաղաքային	Գյուղական	Ընդամենը
Բուսական ձեթ	92.4%	90.3%	80.2%	87.0%
Կարագ	61.8%	60%	57.7%	59.7%
Հալած յուղ	22.5%	35.4%	60.2%	40.7%
Խոզի կամ այլ տեսակի ճարպեր (սալ)	2.1%	10.0%	12.6%	8.2%
Մարգարին	2.8%	5.4%	5.7%	4.6%
Չեն օգտագործում ճարպեր	0.1%	0.2%	0.7%	0.4%

**Համակարգչից օգտվելու հաճախականությունը**

XXI դարի հիվանդություններից մեկն է համակարգչի դիմաց օրվա մեծ մասն անցկացնելը, թե՛ աշխատավայրում, թե՛ տանը՝ վարելով նստակյաց ապրելակերպ: Եվ այստեղ ծառանում է առողջության վրա համակարգչի վնասակար ազդեցության հարցը:

Բանն այն է, որ համակարգիչն ունի էլեկտրամագնիսական ճառագայթման միանգամից երկու աղբյուր՝ մոնիտորը և CPU unit-ը: Համակարգչից օգտվողը զուրկ է անվտանգ հեռավորության վրա աշխատելու հնարավորությունից: Բացի դրանից, համակարգչի ազդեցությունը երկարաժամկետ է, ժամանակակից օգտվողների համար՝ 12 ժամից էլ շատ: Միջազգային նորմերը թույլ չեն տալիս համակարգչի մոտ աշխատել 6 ժամից ավելի, իհարկե, քննարկումից դուրս են մնում IBM-ի դիմաց անցկացվող երեկոյան ժամերը:

Էլեկտրամագնիսական ճառագայթումն ամենից շատ ազդում է իմունային, նյարդային, էնդոկրին և սեռական համակարգի վրա: Իմունային համակարգը պակասեցնում է արյան մեջ պաշտպանական ֆունկցիա կատարող հատուկ ֆերմենտների քանակը, թուլացնում է բջջային դիմադրողականության համակարգը:

Ներգատական համակարգն արյան մեջ ավելցուկային ադրենալին է ներմուծում և որպես հետևանք՝ ճնշվում է սիրտ-անոթային համակարգը: Տեղի է ունենում արյան խտացում, ինչի հետևանքով բջիջները անբավարար թթվածին են ստանում, նյարդային համակարգի փոփոխություններն էլ անզեն աչքով են երևում:

Համակարգչով աշխատելն առաջացնում է մի շարք «մասնագիտական» հիվանդություններ՝ օստեոխոնդրոզ, ձեռքերի մանր հոդերի և ջլային պարկերի հիվանդացում, աստիգմատիզմ, լուսաֆոբիա, կարճատեսություն, փոքր տազի օրգանների հիվանդություններ, թուրք և այլն:

Իրականում, ժամանակակից համակարգիչը վնասակար է դառնում նրանից օգտվելու չարաշահման պատճառով:

2016թ.-ի ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտությամբ առաջին անգամ ուսումնասիրվել է համակարգչից և համացանցից օգտվելու տևողությունը, որի համար կիրառվել են հետևյալ հարցերը.

*«Աշխատանքային օրերին ազատ ժամանակ օրական քանի՞ ժամ եք օգտվում համակարգչից»,*

*«Հանգստյան օրերին ազատ ժամանակ օրական քանի՞ ժամ եք օգտվում համակարգչից»:*

Պատասխանների տարբերակներն էին.

- Երբեք
- Օրական մինչև 1 ժամ
- Օրական 1-2 ժամ
- Օրական 3-4 ժամ
- Օրական 5 ժամից ավելի:

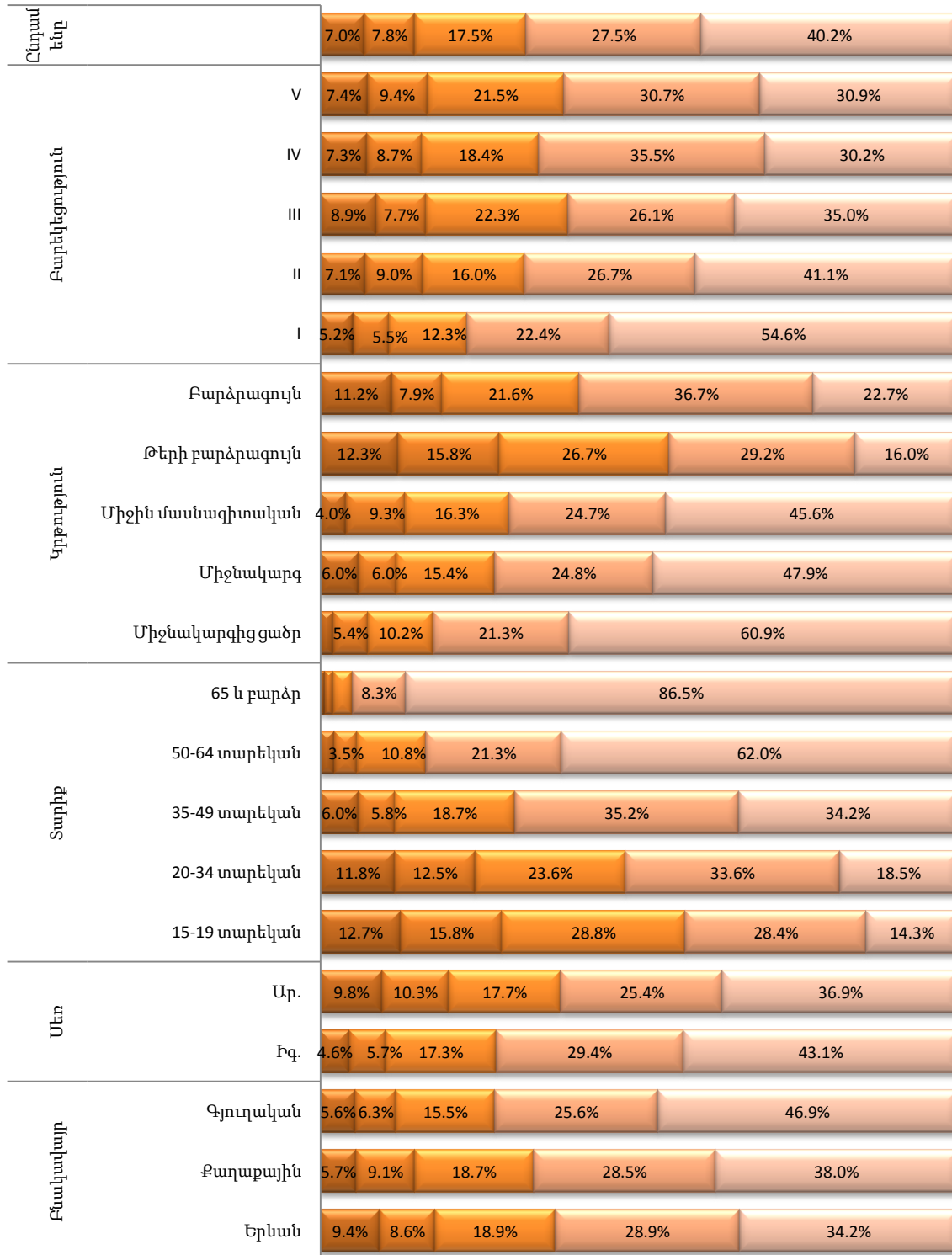
Գծապատկեր 66 և Գծապատկեր 67-ում տրված է համակարգչից օգտվելու տևողության բաշխումը ժամերով աշխատանքային և հանգստյան օրերի ազատ ժամերին: Իսկ Գծապատկեր 68-ում ներկայացված է համակարգչի ինտենսիվ օգտագործումն աշխատանքային և հանգստյան օրերին ազատ ժամերին: Նույն գծապատկերներում ներկայացված է նաև համակարգչից 3-4 ժամ և 3-ից ավելի ժամ օգտվողների թիվը:

- Որպես համակարգչի ինտենսիվ **օգտվող է համարվել օրական 5 և ավելի ժամ օգտվելը:**

Գծապատկեր 66 և Գծապատկեր 67-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ աշխատանքային և հանգստյան օրերին համակարգչից օգտվելու ժամերի բաշխումները միմյանցից գրեթե չեն տարբերվում: Գծապատկեր 68-ի տվյալներից երևում է, որ.

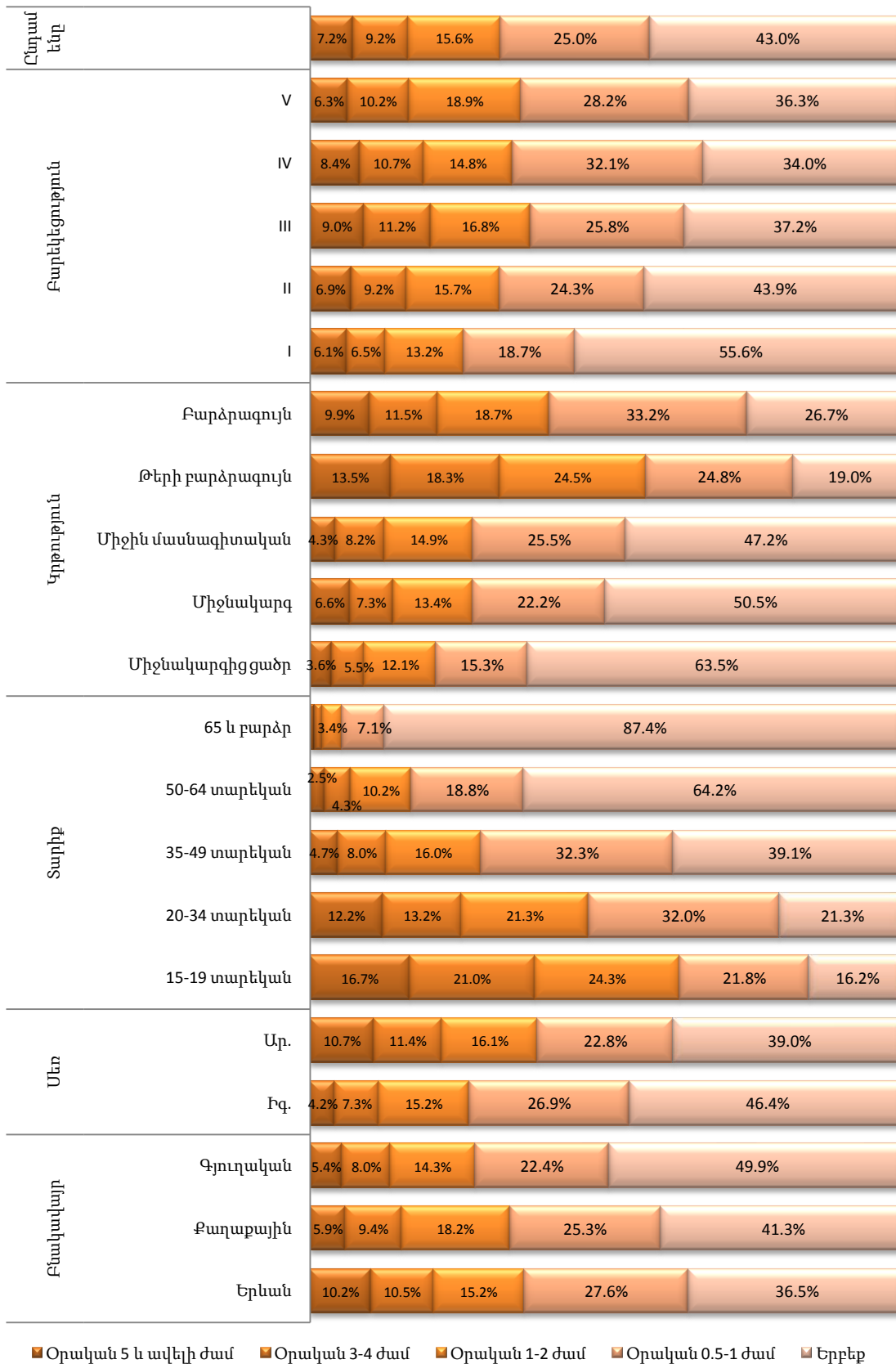
- **աշխատանքային օրերին** օրական 5 և ավելի ժամ համակարգչից օգտվում է բնակչության 7%-ը, իսկ 3 և ավելի ժամ՝ 14.8%-ը,
- համակարգչից 5 և ավելի ժամ օգտվողների թիվն ամենաբարձրն է **Երևանում**՝ 9.4%, մարզային քաղաքներում և գյուղերում այն կազմում է համապատասխանաբար՝ 5.7% և 5.6%,
- ըստ **տարիքային** խմբերի, համակարգչի մոտ 5 և ավելի ժամ առավելապես անցկացնում են 15-19 տարեկանները (12.7%) և 20-34 տարեկանները (11.8%),
- ըստ **կրթամակարդակի**, առավել մեծ թիվ են կազմում թերի բարձրագույն (12.3%) և բարձրագույն (11.2%) կրթությամբ անձինք,
- ըստ **բարեկեցության** աշխատանքային օրերին համակարգչից 5 կամ ավելի ժամ օգտվողների քանակը համեմատաբար ավելի ցածր է I քվինթիլում՝ 5.2%:

**Գծապատկեր 66. Համակարգչից օգտվելու տևողությունն աշխատանքային օրերին ըստ սոցիալ-  
ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



■ Օրական 5 և ավելի ժամ ■ Օրական 3-4 ժամ ■ Օրական 1-2 ժամ ■ Օրական 0.5-1 ժամ ■ Երբեք

Գծապատկեր 67. Համակարգչից օգտվելու տևողությունն հանգստյան օրերին ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016



**Գծապատկեր/Աղյուսակ 68. Համակարգչից օգտվելու տևողությունն հանգստյան օրերին ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**

Բնութագիր	Կատեգորիա	Ազատ ժամանակ օրական քանի՞ ժամ եք օգտվում համակարգչից:		
		5 և ավելի ժամ	3-4 ժամ	3 և ավելի ժամ
Բնակավայր	Երևան	9.4%	8.6%	18.1%
	Քաղաքային	5.7%	9.1%	14.8%
	Գյուղական	5.6%	6.3%	11.9%
Սեռը	Իգ.	4.6%	5.7%	10.2%
	Ար.	9.8%	10.3%	20.1%
Տարիք	15-19 տարեկան	12.7%	15.8%	28.5%
	20-34 տարեկան	11.8%	12.5%	24.2%
	35-49 տարեկան	6.0%	5.8%	11.9%
	50-64 տարեկան	2.3%	3.5%	5.9%
	65 և ավելի	0.7%	1.3%	2.0%
Կրթություն	Միջնակարգից ցածր	2.1%	5.4%	7.6%
	Միջնակարգ	6.0%	6.0%	12.0%
	Միջին մասնագիտական	4.0%	9.3%	13.3%
	Թերի բարձրագույն	12.3%	15.8%	28.1%
	Բարձրագույն	11.2%	7.9%	19.1%
	ԴՊ	0.0%	16.1%	16.1%
Բարեկեցություն	I	5.2%	5.5%	10.7%
	II	7.1%	9.0%	16.1%
	III	8.9%	7.7%	16.6%
	IV	7.3%	8.7%	16.0%
	V	7.4%	9.4%	16.9%
Ընդամենը		7.0%	7.8%	14.8%

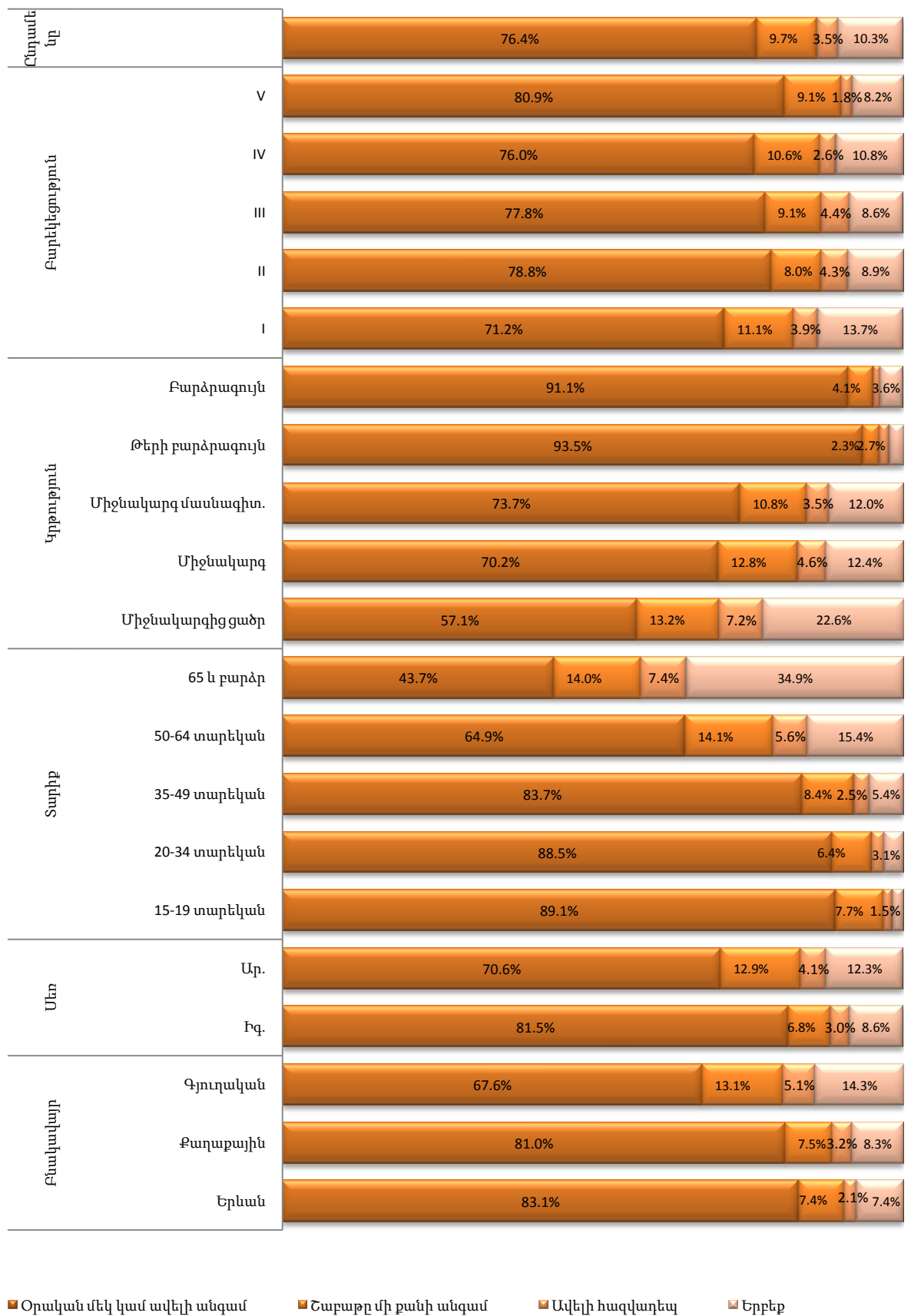
**Բերանի խոռոչի հիգիենա**

Հետազոտության շրջանակում ուսումնասիրվել է նաև 15 և բարձր տարիքի բնակչության կողմից բերանի խոռոչի հիգիենայի կանոնների պահպանման սովորությունը:

Հետազոտության արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 69-ում:

- Բնակչության 76.4%-ը պահպանում է բերանի խոռոչի հիգիենայի կանոնները, այսինքն մաքրում է ատամներն օրական մեկ և ավելի անգամ, իսկ 10.3%-ը երբեք չի մաքրում ատամները:
- Բերանի խոռոչի հիգիենայի կանոնները պահպանում են բարձրագույն և թերի բարձրագույն կրթություն ունեցողների համապատասխանաբար՝ 91.1% և 93.5%-ը, իսկ միջնակարգից ցածր կրթություն ունեցողների միայն 57.1%-ը:
- 65 և բարձր տարիքի բնակչության միայն 43.7%-ն է ամեն օր մաքրում ատամները, իսկ 15-19 տարիքային խմբի՝ 89.1%-ը:
- Գյուղաբնակ բնակչության միայն 67.7%-ն է ամեն օր մաքրում ատամները, իսկ Երևանում՝ 83.1%-ը:
- Տղամարդկանց 70.6%-ն է հետևում հիգիենայի կանոններին, իսկ կանանց՝ 81.5%-ը:
- Ըստ բարեկեցության մակարդակի համեմատաբար ավելի քիչ են բերանի խոռոչի հիգիենայի կանոններին հետևում ցածր բարեկեցության խմբերում (I քվինթիլում՝ 71.2%):

**Գծապատկեր 69. Բերանի խոռոչի հիգիենայի կանոնների պահպանման սովորությունն ըստ սոցիալ-  
ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



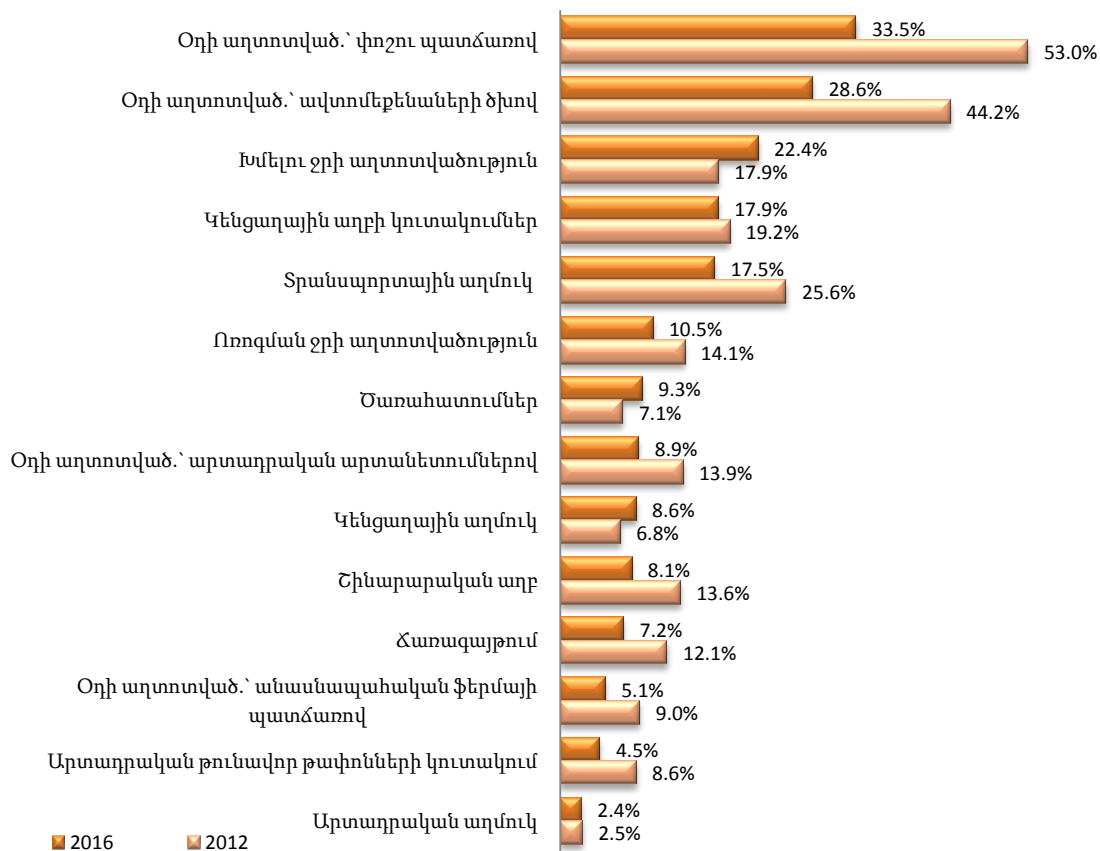
### Շրջակա միջավայրի և կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածություն

Կենցաղային ռիսկի գործոններն կապակցված են շրջակա միջավայրի գործոնների հետ, որոնք ազդում են բնակչության առողջության վրա և ընդգրկում են մաքուր ջրի մատչելիությունը, կոյուղու և աղբահեռացման հարմարությունները, օդի, հողի աղտոտվածությունը, աղմուկը: ԱՀԳԳ 2009, 2012 թթ. հետազոտությունները ընդգրկել են հարցեր խմելու ջրի աղբյուրի տեղադրության, զուգարանի տեղադրության, աղբահեռացման, կոյուղու առկայության, բնակարանի ջեռուցման, աղբահանության և շրջապատի օդի մաքրության վերաբերյալ: Քննարկված են նաև կենցաղային ռիսկի այլ գործոնների տարածվածության որոշ արդյունքներ:

ԱՀԳԳ 2012, 2016թթ. հետազոտությունների ընթացքում գնահատված շրջակա միջավայրի և կենցաղային ռիսկի գործոններն ըստ տարածվածության և բնակավայրի տրված են Գծապատկեր 70-ում:

Տվյալները հուշում են, որ շրջակա միջավայրի աղտոտվածության առավել տարածված գործոնները պայմանավորված են ոչ թե բնակչության վարքագծով, այլ տնտեսության և կառավարման բնույթով:

**Գծապատկեր 70. Կենցաղային գործոնների տարածվածությունը, 2012, 2016**



<sup>7</sup> Կարելի է ենթադրել, որ կենցաղային աղբի կուտակումները առաջանում են բնակչության համապատասխան վարքից: Մակայն իրականում, եթե որևէ կոնկրետ վայրում առաջանում է կենցաղային աղբի կուտակում, ապա դա նշանակում է, որ գոյություն ունի բնակչության որոշակի խումբ, որոնք չունեն աղբաթափության որոշակի տեղ, իսկ աղբաթափության այդ տեղը կազմավորվել է սպոնտան՝ այդ բնակչության համար առավել հարմար վայրում: Հետևաբար, մնացել է կատարել վերջին կառավարչական քայլը՝ այդ վայրում աղբարկղներ տեղադրելու և այդ աղբարկղներից աղբը որոշակի պարբերականությամբ տարահանելու վերաբերյալ:



Գծապատկերից երևում է, որ.

- 2016թ.-ի հետազոտության տվյալների համաձայն առավել տարածված կենցաղային գործոններն եղել են օդի աղտոտվածությունը փոշուց և ավտոմեքենաների ծխից,
- ընդհանուր առմամբ, ըստ հարցվածների կարծիքի, 2016թ.-ին 2012թ.-ի համեմատությամբ կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը նվազել է, մասնավորապես՝ օդի աղտոտվածությունը փոշուց, ավտոմեքիլային ծխից, նվազել են կենցաղային աղբի կուտակումները, տրանսպորտային աղմուկը, արտադրական արտանետումները, շինարարական աղբի կուտակումները, օդի աղտոտվածությունն անասնապահական ֆերմաների ճառագայթային ֆոնից, արտադրական թունավոր թափոնների կուտակումները:

Կենցաղային գործոնների տարածվածության դրսևորումներն ըստ բնակավայրի ներկայացված են Աղյուսակ 20-ում:

Աղյուսակում տվյալները դասավորված են ըստ ռիսկի գործոնների տարածվածության նվազման: «Դիագրամ» սյունում ներկայացված է ռիսկի գործոնի տարածվածության սյունյակային գծապատկերը՝ բնակավայրերի տիպերում: Գծապատկերների սյունների բարձրությունները համադրելի են միայն տվյալ ռիսկի գործոնի համար, որոնք թույլ են տալիս արագորեն նույնականացնել ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ բնակավայրի:

**Աղյուսակ 20. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ բնակավայրի, 2016**

Կենցաղային ռիսկի գործոն	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Դիագրամ	ՀՀ
C. Օդի աղտոտվածություն՝ փոշու պատճառով	36.1%	37.8%	28.6%		33.5%
D. Օդի աղտոտվածություն՝ ավտոմեքիլային ծխով	37.7%	33.0%	17.6%		28.6%
A. Խմելու ջրի աղտոտվածություն	11.4%	27.3%	29.3%		22.4%
K. Կենցաղային աղբի կուտակումներ	19.0%	20.8%	15.1%		17.9%
N. Տրանսպորտային աղմուկ՝ ավտոմեքիլ, երկաթուղի, ինքնաթիռ	25.1%	21.0%	8.5%		17.5%
B. Կեղտոտ ոռոգման ջուր	1.8%	7.4%	20.3%		10.5%
L. Ծառահատումներ	8.3%	11.9%	8.7%		9.3%
E. Օդի աղտոտվածություն՝ արտադրական արտանետումներով	9.3%	12.6%	6.4%		8.9%
Գ. Կենցաղային աղմուկ՝ ռեստորան, բար, հարևաններ, փողոց	12.8%	11.5%	3.1%		8.6%
H. Շինարարական աղբ	10.8%	9.6%	4.7%		8.1%
M. Ռադիացիա	3.1%	10.7%	8.7%		7.2%
F. Օդի աղտոտվածություն՝ անասնապահական ֆերմայի պատճառով	1.6%	6.5%	7.3%		5.1%
G. Արտադրական թունավոր թափոնների կուտակումներ	4.4%	5.7%	3.9%		4.5%
P. Արտադրական աղմուկ	3.1%	3.8%	0.9%		2.4%

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ ըստ բնակավայրի.

- Երևանում առավելապես տարածված են օդի աղտոտվածությունն ավտոմեքիլային ծխից և տրանսպորտային աղմուկը,

- Երևանում և այլ քաղաքներում օդի աղտոտվածությունը պայմանավորված է նաև փոշու առկայությամբ, կենցաղային և շինարարական աղբի կուտակումներով: Զգալիորեն բարձր է կենցաղային և արտադրական աղմուկը,
- Մարզային քաղաքներում խնդիր են հանդիսանում ծառահատումները, օդի աղտոտվածությունն արտադրական արտանետումներով և արտադրական թունավոր թափոնների կուտակումները,
- Մարզային քաղաքներում և գյուղերում խնդիր են հանդիսանում խմելու ջրի աղտոտվածությունը, ճառագայթային բարձր ֆոնը, օդի աղտոտվածությունը անասնապահական ֆերմաների պատճառով,
- Գյուղական բնակավայրերում նաև առկա է ոռոգման ջրի կեղտոտվածության խնդիրը:

### ***Սանիտարահիգիենիկ պայմաններ***

Սանիտարահիգիենիկ պայմանների ուսումնասիրության նպատակով դիտարկվել են.

#### ***Կոյուղու առկայություն***

- Կոյուղու առկայությունը
- Սանհանգույցի (զուգարան) տեղադրությունը
- Բնակարանի ջեռուցումը:

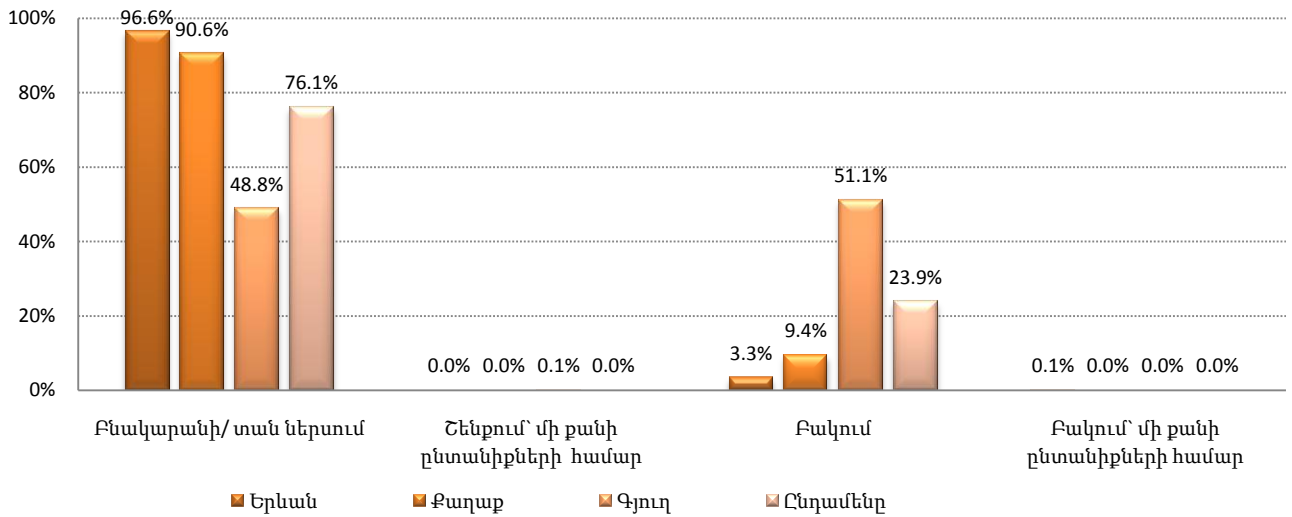
#### ***Սանհանգույցի (զուգարան) տեղադրությունը***

Բնակարանում սանհանգույցի տեղադրությունն ըստ բնակավայրի ներկայացված է Գծապատկեր 71-ում:

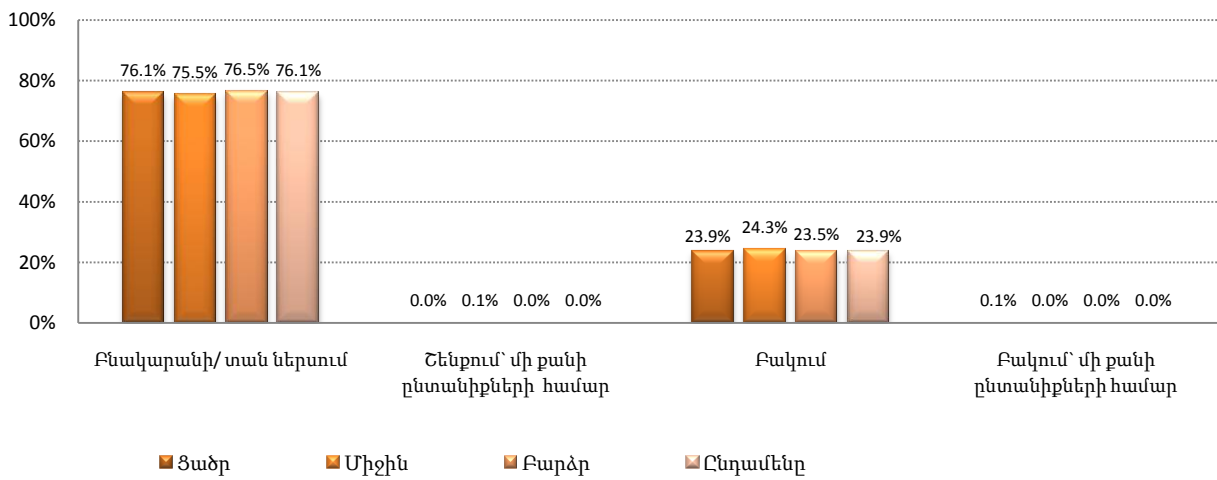
Համաձայն ներկայացված տվյալների.

- **Երևանի** բնակարաններում 96.6%-ի մոտ սանհանգույցը տեղադրված է բնակարանի ներսում, քաղաքներում՝ 90.6%, իսկ գյուղերում միայն 48.8%-ի մոտ: Ընդհանուր առմամբ Հայաստանի ընտանիքների 76.1%-ի զուգարանները գտնվում են բնակարանի/տան ներսում:
- Գյուղաբնակ հարցվածների 51.1%-ը նշել են, որ սանհանգույցը գտնվում է բակում:
- Սանհանգույցի տեղադրությունն ըստ **բարեկեցության** խմբերի միմյանցից գրեթե չեն տարբերվում (Գծապատկեր 72):

**Գծապատկեր 71. Սանհանգույցի տեղադրությունն ըստ բնակավայրի, 2016**



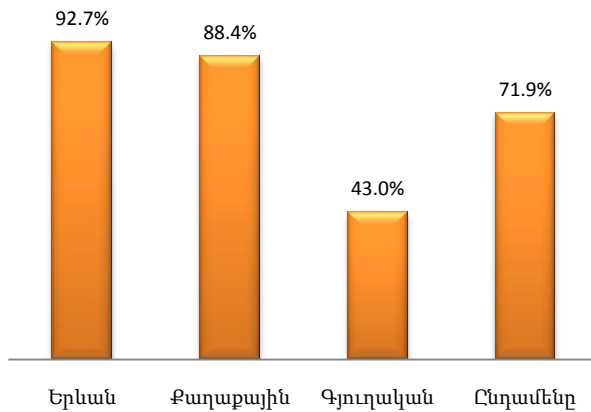
**Գծապատկեր 72. Սանհանգույցի տեղադրությունն ըստ բարեկեցության խմբերի, 2016**



Շենքում կամ տանը կոյուղու առկայությունն ըստ բնակավայրի ներկայացված է Գծապատկեր 73-ում:

- Երևանում կոյուղուն են միացված բնակարանների/տների 92.7%-ը, քաղաքներում՝ 88.4%-ը, իսկ գյուղերում՝ 43.0%-ը:

**Գծապատկեր 73. Կոյուղու առկայությունն ըստ բնակավայրի, 2016**



**Բնակարանի ջեռուցում**

ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտության հարցման միջոցով պարզվել է նաև թե ինչն՞վ են ջեռուցում իրենց բնակարանները:

**ձմռանը բնակարանի/տան ջեռուցման** հիմնական միջոցները ներկայացված են Գծապատկեր 74-ում: Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

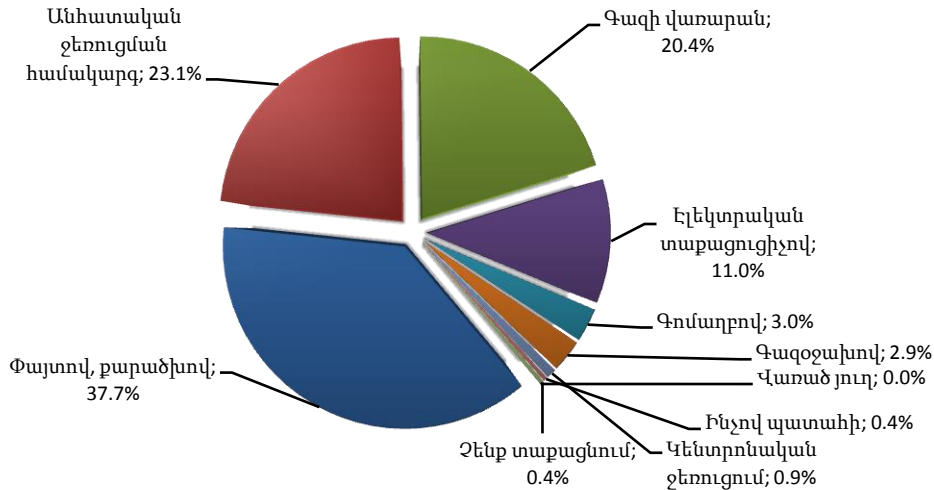
- Հայաստանի S/S-ում ձմռանը բնակարանը/տունը ջեռուցելու առավել տարածված միջոցը փայտն է և քարածուխը, որն օգտագործում են ընտանիքների 37.8%-ը,
- Երկրորդ առավել տարածված միջոցն է անհատական ջեռուցման համակարգը՝ 23.1%,
- Երրորդը՝ գազի վառարանը՝ 20.4%,
- Չորրորդը՝ էլեկտրական տաքացուցիչը՝ 11.0%,
- Այդ չորս ձևերով իրենց բնակարանը/տունը տաքացնում է Հայաստանի ընտանիքների 92.2%:

Բնակարանների ջեռուցման հիմնական միջոցների կիրառումն ըստ բնակավայրի և ընտանիքի բարեկեցության ներկայացված է Աղյուսակ 21-ում:

Աղյուսակի տվյալներից երևում է, որ.

- Երևանում ձմռանը բնակարանը ջեռուցելու ամենատարածված միջոցը անհատական ջեռուցման համակարգն է (38.9%), գազի վառարանը (27.1%) և էլեկտրական տաքացուցիչը (19.9%),
- Քաղաքներում՝ գազի վառարանի (29.7%) և փայտի/քարածուխի (28.4%) կիրառությունն ունեն նույն տարածվածությունը, իսկ էլեկտրական տաքացուցիչով բնակարանը ջեռուցում է 14.5%-ը,
- Գյուղերում իր տարածվածությամբ գերակշռում է փայտի/քարածուխի վառարանի կիրառումը, որն օգտագործում է գյուղաբնակների 71.2%-ը: Դրան նշանակալի զիջում է անհատական ջեռուցման համակարգը (9.8%) և գազի տաքացուցիչը (8.7%): Գյուղերում էլեկտրական տաքացուցիչի կիրառությունը խիստ սահմանափակ է (0.8%):

**Գծապատկեր 74. Բնակարանի ջեռուցման միջոցները, 2016**



**Աղյուսակ 21. Բնակարանի ջեռուցման միջոցներն ըստ բնակավայրի և բարեկեցության, 2016**

Բնակարանի տաքացման միջոց	Բարեկեցություն					Բնակավայր			Ընդ.
	I	II	III	IV	V	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	
Փայտով, քարածխով	30.0%	37.1%	36.2%	46.4%	44.7%	7.3%	28.4%	71.2%	37.7%
Անհատական ջեռուցման համակարգ	12.9%	20.9%	27.8%	28.3%	32.5%	38.9%	21.4%	9.8%	23.1%
Գազի վառարան	28.5%	25.1%	18.6%	12.0%	11.8%	27.1%	29.7%	8.7%	20.4%
Էլեկտրական տաքացուցիչով	20.4%	10.9%	9.3%	5.6%	2.8%	19.9%	14.5%	0.8%	11.0%
Գոմաղբով	2.6%	2.5%	2.6%	3.9%	3.9%	0.0%	1.2%	6.8%	3.0%
Գազօջախով	3.7%	2.9%	2.3%	2.6%	2.8%	4.0%	3.4%	1.6%	2.9%
Կենտրոնական ջեռուցում	0.3%	0.0%	2.4%	1.1%	1.4%	1.4%	0.7%	0.7%	0.9%
Ինչով պատահի	0.4%	0.5%	0.5%	0.3%	0.1%	0.2%	0.5%	0.4%	0.4%
Չենք տաքացնում	1.3%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	1.1%	0.1%	0.0%	0.4%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Ըստ բարեկեցության խմբերի բնակարանների ջեռուցման առավել տարածված եղանակներն են.

- V քվինթիլում փայտ/քարածուխի վառարան օգտագործում է բնակչության 44.7%-ը, անհատական ջեռուցման համակարգը՝ 32.5%-ը և գազի վառարանը՝ 11.8%-ը,
- I քվինթիլում փայտ/քարածուխի վառարան օգտագործում է 30.0%ը, անհատական ջեռուցման համակարգ՝ 12.9%-ը, գազի վառարան՝ 28.5%-ը, էլեկտրական տաքացուցիչ՝ 20.4%-ը:

Այն փաստը, որ բարձր բարեկեցության խմբում տունը տաքացնելու համար ամենից շատ օգտագործվում է փայտը/քարածուխը, բացատրվում է նրանով, որ բարձր բարեկեցության խմբում ավելի մեծ տոկոս են կազմում գյուղի բնակիչները (Աղյուսակ 22):

**Աղյուսակ 22. S/S և բնակարանների ջեռուցումն ըստ բարեկեցության խմբերն, 2016**

Բնակավայր	Բարեկեցության քվինթիլ				
	I	II	III	IV	V
Երևան	36.6%	21.1%	20.9%	12.3%	9.2%
Քաղաքային	34.1%	24.8%	17.6%	14.7%	8.9%
Գյուղական	15.8%	16.4%	18.5%	21.1%	28.1%
Ընդամենը	27.8%	20.1%	19.2%	16.4%	16.6%

#### 4. ԲՈՒԺՄԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆ ՍՊԱՌՈՒՄ

Առողջապահության համակարգն առավել արդյունավետ է, եթե մնացած հավասար պայմաններում, ռեսուրսների մակարդակին համապատասխան բնակչությանն է մատուցվում առավել արդյունավետ և որակյալ բուժօգնություն:

Համաձայն ԱՀԿ-ի սահմանումների, տարբերում են բուժօժանոթությունների երեք տիպի մատչելիություն.

- **Ֆինանսական,** երբ սահմանափակվում է բուժօժանոթությունից օգտվելու հնարավորությունը տնային տնտեսությունում ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով,
- **աշխարհագրական,** երբ սահմանափակվում է բուժօժանոթությունից օգտվելու հնարավորությունը բուժօժանոթության հեռու գտնվելու կամ բացակայության պատճառով,
- **տեղեկատվական,** երբ սահմանափակվում է բուժօժանոթությունից օգտվելու հնարավորությունը տեղեկատվության բացակայության, ինչպես նաև քաղաքացիների՝ իրենց իրավունքների մասին տեղեկացված չլինելու պատճառով:

ՀՀ ԱՎԾ 2014թ.-ի տվյալների համաձայն, Հայաստանում աղքատության ցուցանիշը կազմել է 30%, այսինքն երկրի 10 բնակչից 3-ը վերին աղքատության գծից ցածր են գտնվել (ամսական 40 264 ՀՀ դրամ): 2013թ.-ի համեմատ արձանագրվել է աղքատության մակարդակի զիջում 2 տոկոսային կետով ինչը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության խնդիրը Հայաստանի համար հույժ կարևոր է: 2014թ.-ին ծայրահեղ աղքատության մակարդակը դեռ գերազանցում է 2008թ.-ի մակարդակին՝ 0.7 տոկոսային կետով, իսկ ընդհանուր աղքատության մակարդակը՝ 2.4 տոկոսային կետով (կամ 8.7%-ով):

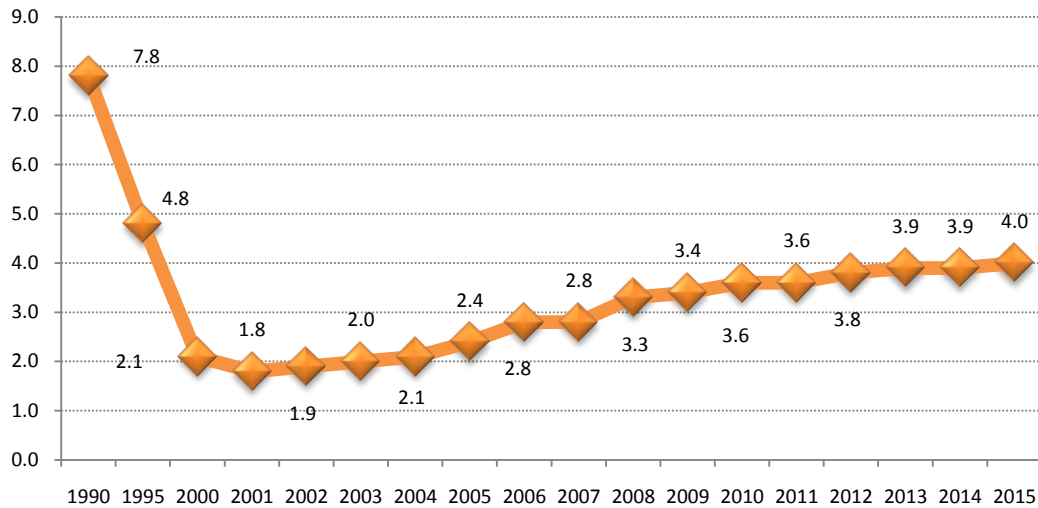
Առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական մատչելիության (հասանելիության) խնդիր առաջացումն և ներկա վիճակը սերտորեն կապված է ՀՀ բնակչության խիստ անհավասարաչափ տեղաբաշխման հետ: 2014թ.-ին աղքատության մակարդակի տարբերությունն ըստ մարզերի և Երևանի՝ միջին հանրապետական մակարդակի համեմատ տատանվում է: Միջին հանրապետական մակարդակից բարձր են Շիրակի, Կոտայքի, Լոռու, Գեղարքունիքի և Տավուշի մարզերի ցուցանիշերը: Շիրակի մարզում գրանցվել է ՀՀ ամենաբարձր աղքատության մակարդակ, որտեղ աղքատության գծից ցածր է բնակչության 44%-ը: 2014թ.-ին աղքատության մակարդակի ցուցանիշը գերազանցել են 2008թ.-ի ցուցանիշը, ինչպես երկրի մակարդակով, այնպես էլ բոլոր մարզերում և Երևանում, բացի Արագածոտնի, Արարատի, Կոտայքի և Վայոց Ձորի մարզերից: Այդուհանդերձ, ավելի արագ տեմպերով այդ ցուցանիշի աճ գրանցվել է Տավուշում և Երևանում՝ 1.3 անգամ, Արմավիրում և Սյունիքում՝ 1.2 անգամ:

Երևանում բնակվում է ՀՀ բնակչության 34.4%-ը, մարզային քաղաքներում՝ 29.6%-ը, գյուղերում՝ 36%: Ընդ որում, մարզային քաղաքներից երկուսի՝ Գյումրու և Վանաձորի բնակչության թիվը նշանակալիորեն գերազանցում է մնացած մարզային քաղաքների բնակչության թվին: Այդ պատճառով բուժօգնությունների և, հատկապես, մասնագիտացված բուժօգնությունների գերակշիռ մասը կենտրոնացված են Երևանում: Այդ տեսակետից իրավիճակը համեմատաբար ավելի բարվոք է Գյումրու և Վանաձորում: Հիվանդանոցային հիմնարկների նման տեղաբաշխման հետևանքով Երևանում են գտնվում նաև բժիշկների, այդ թվում նաև որակյալ բժիշկների մեծ մասը: Բուժօգնության ֆիզիկական մատչելիության սահմանափակման գործոն է նաև Հայաստանի բնակչության շրջանում տարածված այն մտայնությունը, որ մարզային հիվանդանոցներում բուժօգնության որակն ավելի ցածր է, քան Երևանում, որի հետևանքով հիվանդանոցային բուժօգնության կարիք ունեցող բնակչության մի մասն այն ստանալու համար դիմում է Երևան, այլ ոչ թե համապատասխան մարզային հիվանդանոց: Բնակչության համար հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության բարձրացման նպատակով, առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի շրջանակում, Հայաստանի բոլոր տասը մարզերում առանձնացվել են մեկական բազմապրոֆիլ հիվանդանոց, որոնցում կատարվել են նշանակալի ներդրումներ՝ սարքավորումներով ապահովելու և բուժօգնության համար այլ անհրաժեշտ պայմանների ստեղծման ուղղությամբ:

Չնայած բուժօգնություն ստանալու առկա տարբեր արտոնություններին և կանոնակարգերին, բնակչության մի ստվար զանգված կամովի կամ ստիպված կատարում է գրպանից վճարումներ տեղեկացված չլինելու պատճառով, այն դեպքում, երբ կարող էր չկատարել: Հետևաբար, բուժօգնության տեղեկատվական գործոնը չափազանց կարևոր է առողջապահության համակարգի հզորացման գործում:

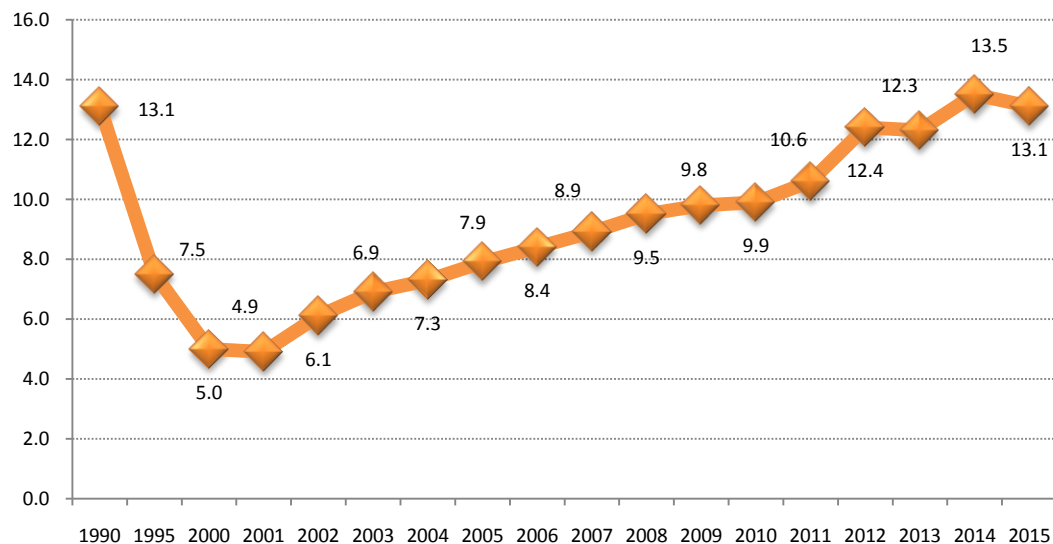
Հայաստանում մեկ տարվա ընթացքում ամբուլատոր հաճախումների թիվը մեկ անձի հաշվով, ինչպես նաև տարեկան կտրվածքով հոսպիտալացումների մակարդակը 2015թ.-ին կտրուկ նվազել է՝ ի համեմատ 1990թ.-ի (Գծապատկեր 75 և Գծապատկեր 76): Սակայն, 2000թ.-ից սկսած, երբ Հայաստանում սկսվել է նշանակալի տնտեսական աճ, այդ ցուցանիշերը սկսել են աճել ի շնորհիվ իրականացվող բարեփոխումների, մասնավորապես, ԱԱՊ օղակում: Այնուամենայնիվ հիվանդանոցային հաճախումների թիվն աճել է զգալիորեն, քան ամբուլատոր հաճախումների թիվը, որը կարող է նաև պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ բնակչության մեծամասնությունը շրջանցում է ԱԱՊ հաստատությունները, և առողջական խնդիրների ի հայտ գալու դեպքում դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժօգնություն:

**Գծապատկեր 75. ԱԱՊ հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 76. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2015**



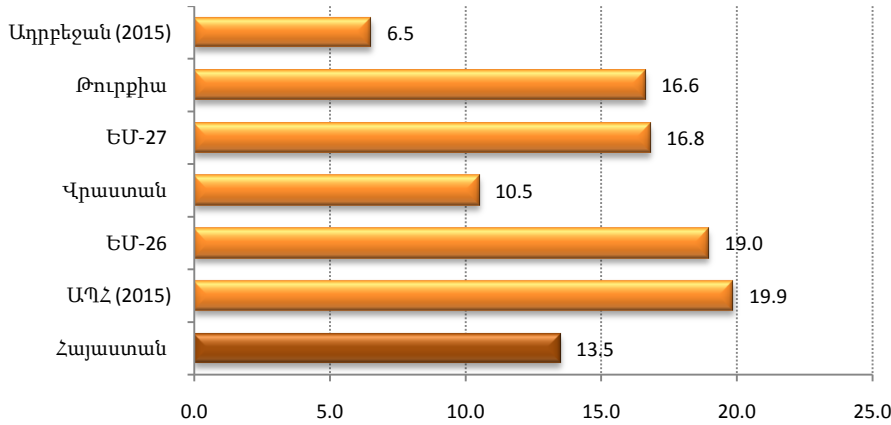
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Ներկայացված տվյալները կարելի է մեկնաբանել որպես բնակչության համար առաջնային օգակի մատչելիության և հիվանդանոցային բուժօգնության դիմելիության աճ:

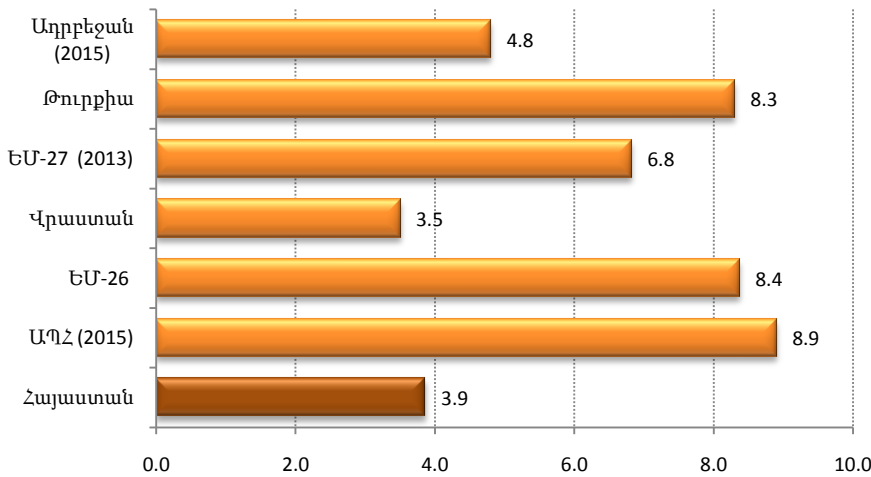
Միջազգային տվյալների հետ համեմատելիս ակնհայտ է, որ Հայաստանի հոսպիտալացումների ցուցանիշը գերազանցում է Ադրբեջանի և Վրաստանի ցուցանիշերին, սակայն հետ է մնում Թուրքիայից, ԱՊՀ, ԵՄ-26 և ԵՄ-27 երկրներից: Նույնպիսի պատկեր է նաև ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշի տեսակետից (Գծապատկեր 77 և Գծապատկեր 78):



**Գծապատկեր 77. Հոսպիտալացման մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2014**



**Գծապատկեր 78. Ամբուլատոր հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2014**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ, 2016

**Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի**

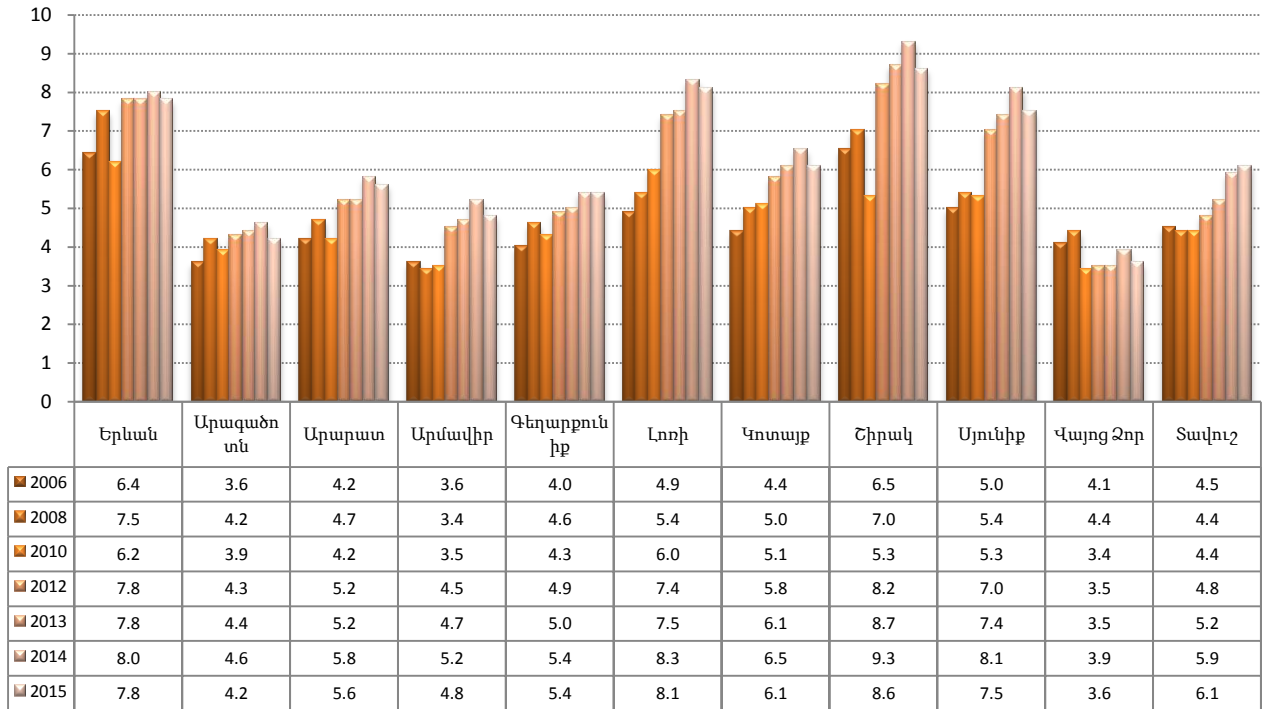
Գծապատկեր 79-ում ներկայացված է 2006-2015թթ.-ի ընթացքում հոսպիտալացման մակարդակը մարզային կտրվածքով (100 բնակչի հաշվով):

Համաձայն ներկայացված տվյալների.

- 2010-2014թթ.-ի ընթացքում գրանցվել է հոսպիտալացման աճի միտում բոլոր մարզերում, սակայն 2015թ.-ին նախորդ տարվա համեմատությամբ նկատվել է նվազման միտում, բացառությամբ Գեղարքունիքի մարզի: Հատկապես կտրուկ նվազել է հոսպիտալացման մակարդակը Շիրակի և Սյունիքի մարզերում:

Այդ երևույթը հավանաբար պայմանավորված է մարզային բնակչության արտագաղթով կամ մարզային բուժհաստատություններում համապատասխան մասնագետների բացակայությամբ:

**Գծապատկեր 79. Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2006-2015**

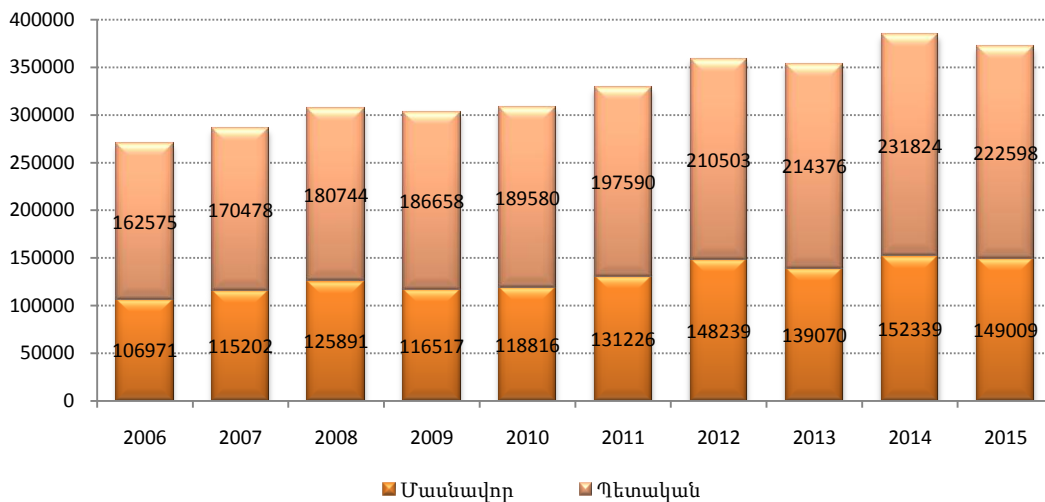


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Նշենք, որ.

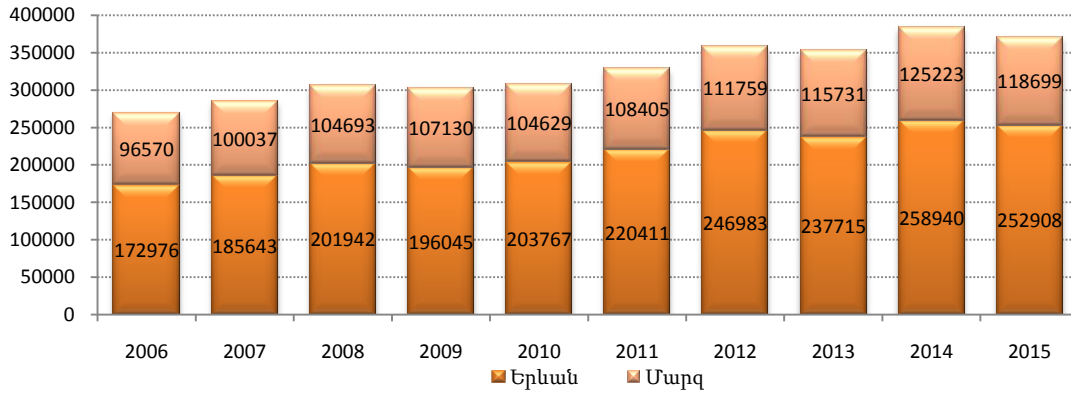
- 2012-2014թթ. ընթացքում աճել էր դիմելիությունը թե՛ պետական, թե՛ մասնավոր հիվանդանոցներ, որը նվազեցման միտում է ունեցել 2015թ.-ին (Գծապատկեր 80):
- Գծապատկեր 81-ի տվյալները փաստում են, որ 2012-2014թթ. ընթացքում էապես աճել է մարզային հիվանդանոց դիմած անձանց թիվը:

**Գծապատկեր 80. Պետական և մասնավոր հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (բացարձակ թիվ), 2006-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 81. Երևանի և մարզերի հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (բացարձակ թիվ), 2006-2015**

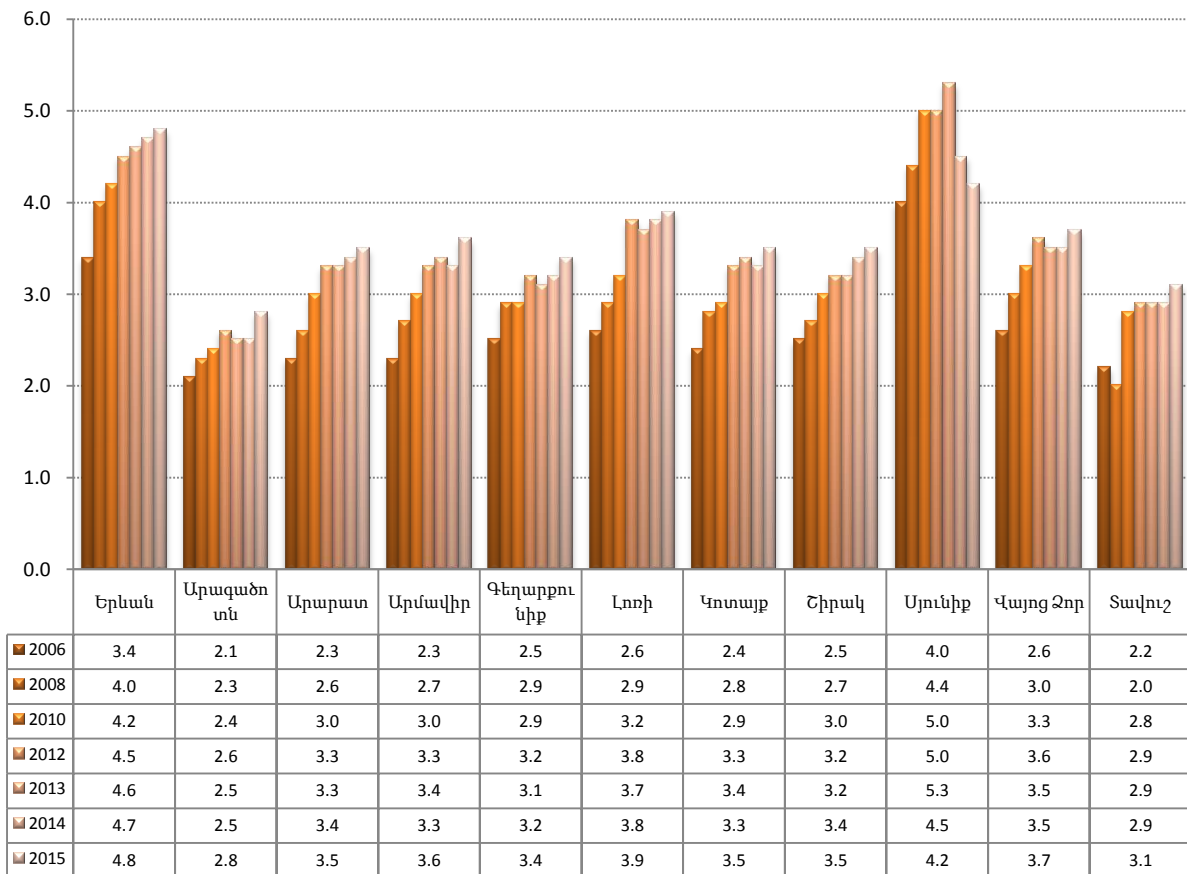


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Ամբուլատոր հաճախումներն ըստ մարզերի**

Մարզերում, ի տարբերություն հիվանդանոցային հոսպիտալացմանն, ամբուլատոր հաճախումների շարժընթացը կրում է այլ պատկեր: Բոլոր մարզերում 2015թ.-ին 2006թ.-ի համեմատությամբ գրանցվել է ամբուլատոր հաճախումների թվի աճ մեկ անձի հաշվով, ինչը նշանակում է, որ Հայաստանի բնակչության համարի շնորհիվ իրականացված բարեփոխումների ամբուլատոր բուժօգնության մատչելիությունն աճել է:

**Գծապատկեր 82. Ամբուլատոր պոլիկլինիկական հաճախումների մակարդակը մեկ անձի հաշվով տարեկան կտրվածքով, ըստ մարզերի, 2006-2015**



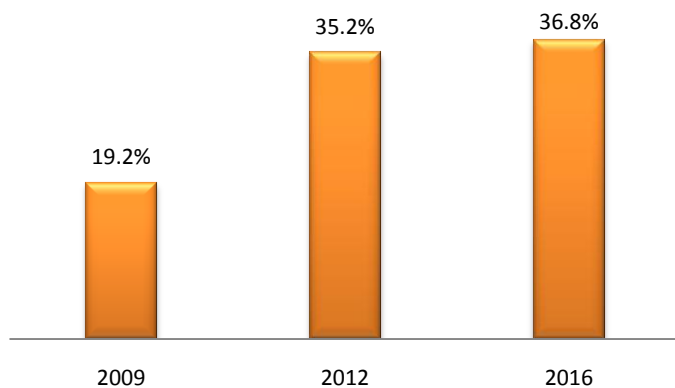
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

## 5. ԲՈՒԺՄԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՀԳԳ շրջանակում ուսումնասիրվել են բուժառայությունների մատչելիության հիմնախնդիրները, մասնավորապես, բժշկական օգնության (ԲՕ) անհրաժեշտության դեպքում բուժհաստատություն չդիմելու պատճառները<sup>8</sup>:

- 2009-2016թթ.-ի հետազոտությունների ընթացքում, Հայաստանում 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ԲՕ դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմած անձանց թիվն աճել է գրեթե երկու անգամ: Եթե 2009թ.-ին չդիմելիության ցուցանիշը կազմել է 19.2%, ապա 2012թ.-ին՝ 35.2%, իսկ 2016թ.-ին՝ 36.8% (Գծապատկեր 83):

**Գծապատկեր 83. Բուժօգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմած 15 և բարձր տարիքի բնակչության տոկոսը, 2009, 2012, 2016**



Գծապատկեր 84-ում ներկայացված են ԲՕ անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմելու հիմնական պատճառները՝ որպես տոկոս 15 և բարձր տարիքի **ամբողջ բնակչությունից**:

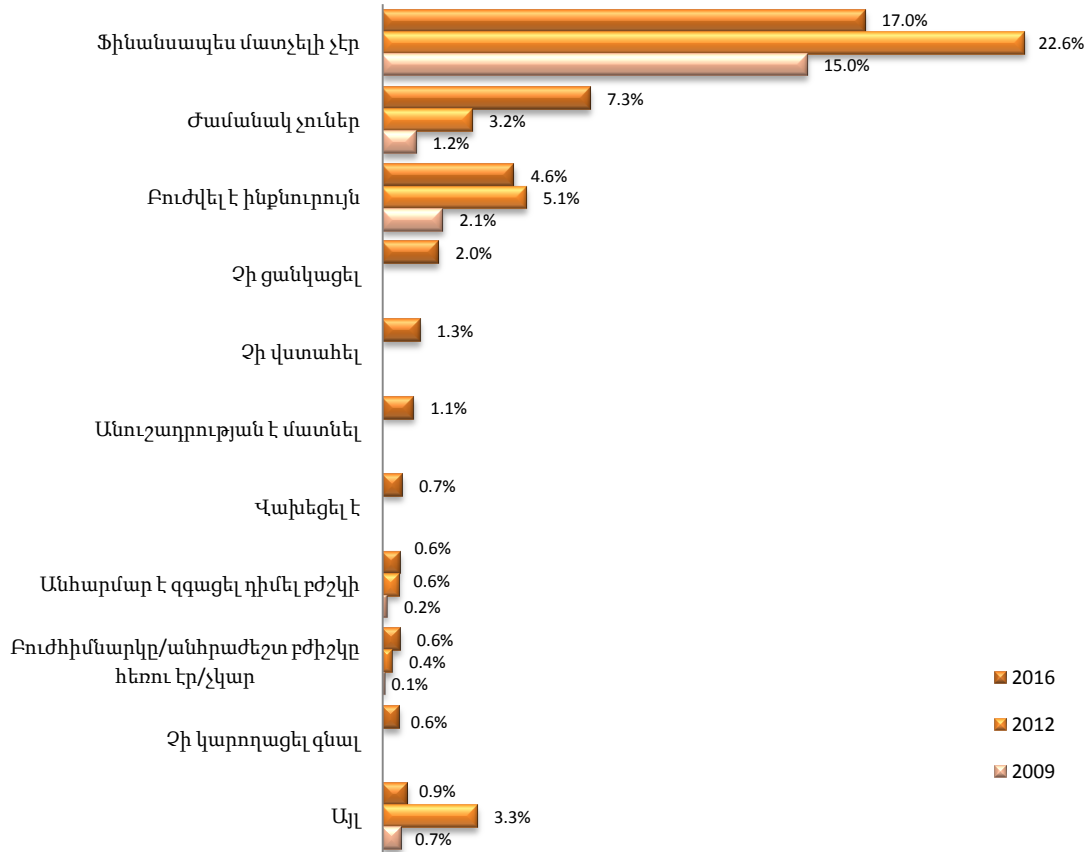
Տվյալները փաստում են, որ ԲՕ չդիմելու հիմնական պատճառ է հանդիսանում ֆինանսական անմատչելիությունը: 2016թ.-ին այդ ցուցանիշն (17.2%) ավելի բարձր է 2009թ.-ի (15.0%) և ավելի ցածր՝ 2012թ.-ի (22.6%) ցուցանիշներից:

ԲՕ չդիմելու երկրորդ պատճառը ժամանակի բացակայությունն է, 2016թ.-ին այն կազմել է 7.3%, որը 2009թ.-ի համեմատությամբ աճել է 6 անգամ (1.2%):

Ինքնաբուժման պատճառով բժշկի չդիմած անձանց թիվը 2016թ.-ին կազմել է 4.6%, որը 2009թ.-ի համեմատությամբ աճել է երկու անգամ:

<sup>8</sup>ԱՀԳԳ 2012թ. զեկույցում ներկայացված են տվյալներ բուժօգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմած անձանց քանակը, որոնք ստացվել են բազմակի պատասխանների թույլատրության դեպքում: Այս զեկույցում տրված են բուժօգնության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմելու հիմնական պատճառը ամենակարևոր պատճառը՝ 2009, 2012 և 2015թթ. հետազոտություններում:

**Գծապատկեր 84. Բուժօգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չղիմելու հիմնական պատճառը, %-ը 15 և բարձր տարիքի բնակչության թվից, 2009, 2012 2016**



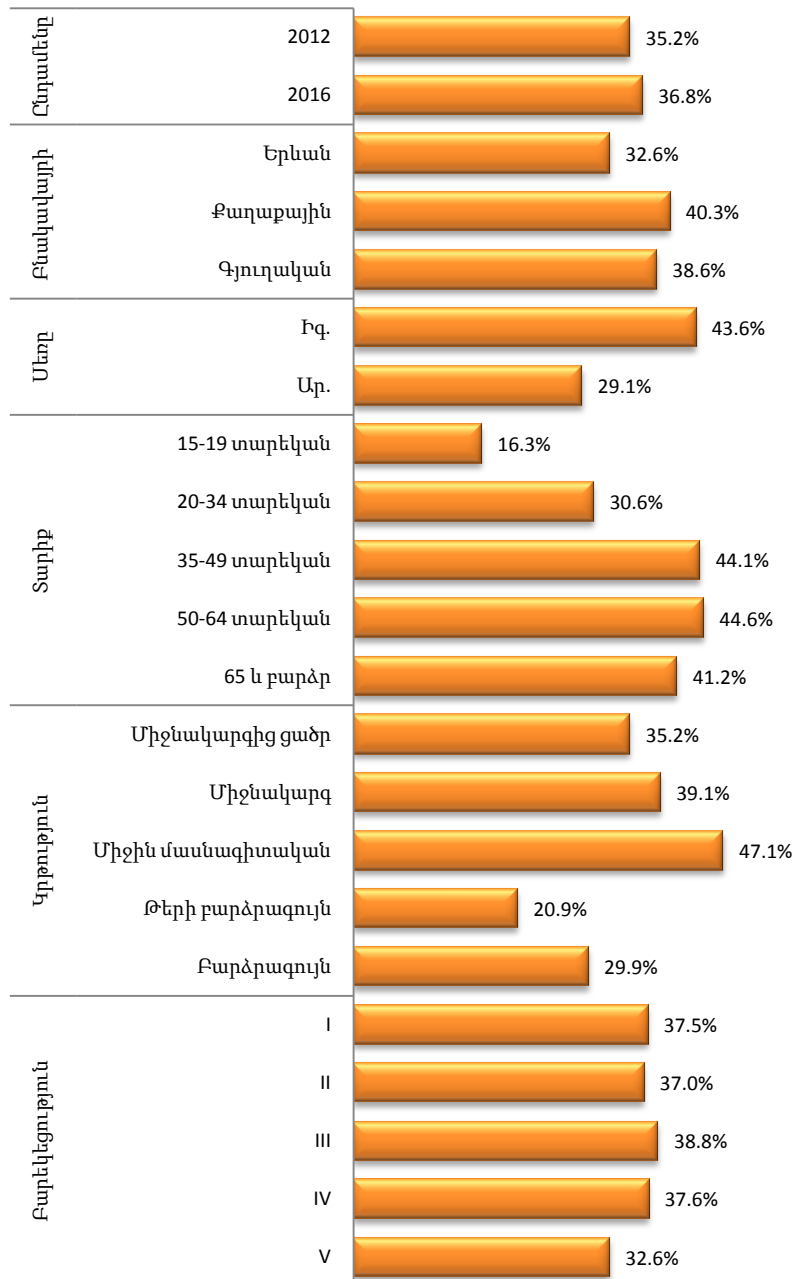
ԲՕ անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բուժօգնության չղիմելու հիմնական պատճառներն են ֆինանսական անմատչելիությունը, ժամանակ չունենալն և ինքնաբուժությունը:

Եթե անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չղիմելու պատճառների տարածվածությունը, դիտարկում ենք տոկոսային արտահայտությամբ՝ դրա անհրաժեշտությունը գիտակցած, սակայն բժշկի չղիմած անձանց շրջանում (Գծապատկեր 84), ապա 2009-2016թթ.-ի ընթացքում նշանակալիորեն նվազել է:

Մյուս կողմից, նշանակալիորեն աճել է ժամանակի բացակայության պատճառով բժշկի չղիմելու ցուցանիշը, 2009թ.-ին այն կազմել է 6.2%, իսկ 2016թ.-ին՝ 19.9%:

Գծապատկեր 86-ում ներկայացված է 2016թ.-ին բուժօգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չլինած անձանց թիվն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի.

**Գծապատկեր 86. Վերջին 1 տարվա ընթացքում բուժօգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չլինող 15 և բարձր տարիքի բնակչության տոկոսն ըստ սոցիալ-ժողովրդական խմբերի, 2016**



- ԲՕ անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չլինելու խնդիրն ավելի տարածված է մարզային քաղաքներում (40.3%) և գյուղերում (38.6%): Երևանում այդ խնդրի մասին տեղեկացրել են հարցվածների 32.6%-ը:
- ԲՕ անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չլինելու խնդիրը զգալիորեն բարձր է կանանց մոտ (43.6%), քան տղամարդկանց՝ (29.1%):

- ԲՕ անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չդիմելն առավել տարածված է 35 և բարձր տարիքի անձանց մոտ, որը տատանվում է 41-45% միջակայքում: 15-19 տարեկանների խմբում այդ ցուցանիշը կազմել է 16.3%:
- Ըստ կրթության մակարդակի, ԲՕ անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմելն առավել տարածված է միջին մասնագիտական կրթությամբ անձանց մոտ (47.1%), ցուցանիշի նվազագույն արժեքը՝ 20.9%-ը գրանցվել է թերի բարձրագույն կրթությամբ, այսինքն 18-25 տարիքային խմբում:
- Ըստ բարեկեցության խմբերի՝ I-IV քվինթիլներում բժշկի չդիմելու ցուցանիշը տատանվում է 37.0-38.8% միջակայքում, իսկ ամենաբարձր բարեկեցության քվինթիլում՝ 32.6%:

### ***Բուժհիմնարկների ֆիզիկական մատչելիություն***

Բուժհիմնարկների ֆիզիկական մատչելիության գնահատման համար ուսումնասիրվել է, թե ինչ միջոցներով և որքան ժամանակում է բնակչությունը հասնում տարբեր տիպի բուժհաստատություններ՝ ԱԱՊ օդակ (պոլիկլինիկա/ամբուլատորիա), հիվանդանոց, դեղատուն և ծննդատուն:

Որպես բուժհաստատությունների ֆիզիկական մատչելիության հիմնական ցուցանիշ ընդունվել է ԱՀԿ կողմից առաջարկվող բնակչության թիվը, ովքեր բուժհաստատություն են հասնում մինչև 20 րոպե ժամանակահատվածում իրենց համար սովորական միջոցով:

Աղյուսակ 23-ում ներկայացված են տվյալներ, թե ինչպես է բնակչությունը հասնում տարբեր տիպի բուժհաստատություններ՝ ըստ բնակավայրի.

- Երևանի բնակչության 43%-ը նշել է, որ պոլիկլինիկա հիմնականում հասնում են քայլելով և 33%-ը՝ ավտոմեքենայով/տաքսիով: Հիվանդանոց հասնելու առավել տարածված միջոցն է ավտոմեքենան/տաքսին (50%), քայլելով՝ 22%-ը, իսկ երթուղային տաքսիով՝ 23%-ը: Դեղատուն քայլելով հասնում է՝ 92%-ը: Ծննդատուն հասնելու առավել տարածված միջոցն է ավտոմեքենան/տաքսին,
- մարզային քաղաքներում պոլիկլինիկա հասնում են հիմնականում քայլելով (55%) կամ ավտոմեքենայով (38%), հիվանդանոց՝ մեքենայով (54%) կամ քայլելով (34%), դեղատուն՝ քայլելով (80%), իսկ ծննդատուն՝ ավտոմեքենայով (61%) կամ քայլելով (29%),
- գյուղերում ամբուլատորիա կամ պոլիկլինիկա հիմնականում հասնում են քայլելով (47%) կամ ավտոմեքենայով (46%), հիվանդանոց՝ ավտոմեքենայով (80%), դեղատուն՝ ավտոմեքենայով (56%) կամ քայլելով (34%), իսկ ծննդատուն՝ ավտոմեքենայով (85%):

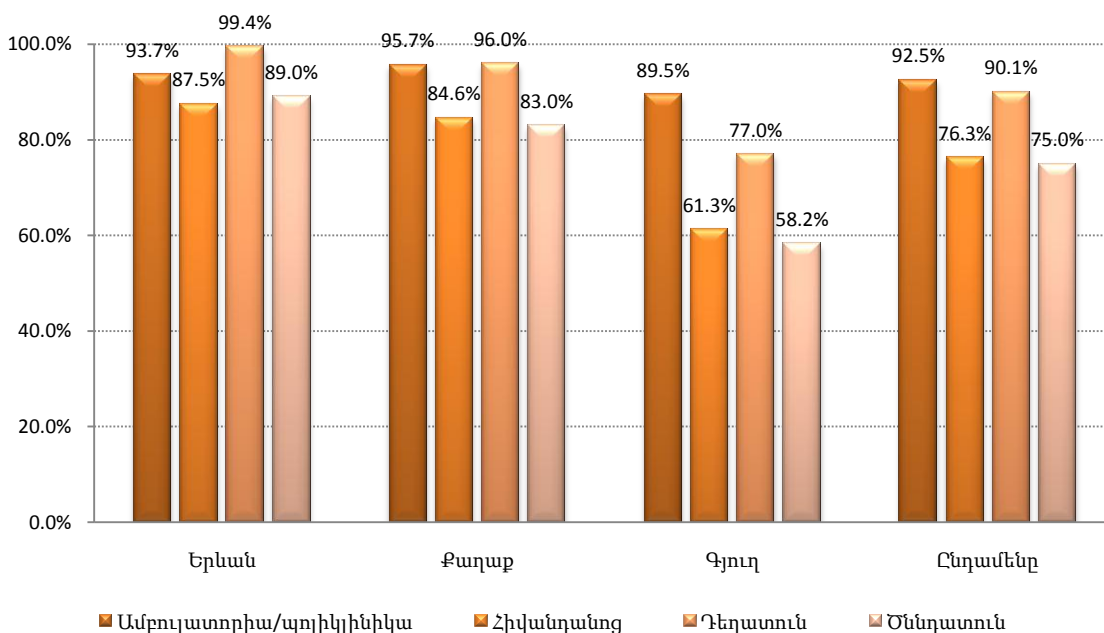
**Աղյուսակ 23. Բուժհաստատություն հասնելու միջոցներն ըստ բուժհաստատությունների պրոֆիլների և բնակավայրի, 2016**

Բնակավայր	Բուժօգնություն	Քայլերով	Մեքենայով / Տաքսիով	Երթուղային տաքսիով	Ավտոբուսով	Ընդամենը
<b>Երևան</b>	ԱԱՊ/պոլիկլինիկա, ամբուլատորիա	43%	33%	20%	5%	100%
	Հիվանդանոց	22%	50%	23%	6%	100%
	Դեղատուն	92%	6%	1%	1%	100%
	Ծննդատուն	18%	65%	14%	3%	100%
<b>Քաղաքային</b>	ԱԱՊ/պոլիկլինիկա, ամբուլատորիա	55%	38%	6%	2%	100%
	Հիվանդանոց	34%	54%	9%	3%	100%
	Դեղատուն	80%	18%	2%	1%	100%
	Ծննդատուն	29%	61%	8%	3%	100%
<b>Գյուղական</b>	ԱԱՊ/պոլիկլինիկա, ամբուլատորիա	47%	46%	5%	3%	100%
	Հիվանդանոց	4%	80%	10%	6%	100%
	Դեղատուն	34%	56%	5%	5%	100%
	Ծննդատուն	2%	85%	8%	5%	100%
<b>Ընդամենը</b>	ԱԱՊ/պոլիկլինիկա, ամբուլատորիա	47%	39%	10%	4%	100%
	Հիվանդանոց	18%	63%	14%	5%	100%
	Դեղատուն	66%	29%	3%	2%	100%
	Ծննդատուն	14%	72%	10%	4%	100%

Բուժհաստատությունների հասանելիությունը մինչև 20 րոպե ժամանակահատվածում ներկայացված է Գծապատկեր 87-ում, որը փաստում է.

- ՀՀ բնակչության համար ԱԱՊ հաստատությունների (92.5%) և դեղատների (90.1%) աշխարհագրական հասանելիությունը բավականին բարձր է,
- բուժհաստատությունների հասանելիության հիմնական խնդիրը առկա է գյուղերում, որտեղ համեմատաբար ցածր են հիվանդանոց (61.3%) և ծննդատուն (58.2%) մինչև 20 րոպե ժամանակահատվածում հասնող բնակիչների տոկոսը:

**Գծապատկեր 87. Բուժհաստատությունների աշխարհագրական հասանելիությունը մինչև 20 րոպե ժամանակահատվածում ըստ բուժհաստատությունների պրոֆիլների և բնակավայրի, 2016**





**Առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատությունների գործունեություն**

Սույն բաժնում դիտարկվում են ԱԱՊ բուժօգնության օղակի հետևյալ հիմնախնդիրները.

- դիմելիության հակվածությունը,
- փաստացի օգտագործումը բոլոր նպատակներով,
- բուժհաստատություններ դիմելիության պատճառները,
- բժշկի կողմից կատարած կանխարգելիչ միջոցառումներն և հետազոտությունները,
- բուժհաստատություն դիմելիությունը բուժման նպատակով,
- ԱԱՊ օղակի օգտագործման բնութագրերը հիվանդության դեպքում դիմելիս,
- դեղորայքի մատչելիությունը բուժվելիս,
- ուղեգրումները հիվանդանոց:

**ԱԱՊ բուժօգնության օղակի դիմելիության հակվածություն**

Առողջապահական համակարգը համարվում է ավելի արդյունավետ, եթե բնակչությունն առողջապահական ծառայության անհրաժեշտության դեպքում առաջին հերթին դիմում է ԱԱՊ բուժհաստատություններ:

**Աղյուսակ 24. Բուժհաստատությունների դիմելիությունը հիվանդանալիս, 2016**

	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
Պետական ԱԱՊ հաստատություն	51.3%	60.1%	69.3%	60.7%
Մասնավոր ԱԱՊ հաստատություն	2.1%	1.5%	0.4%	1.2%
Ընդամենը	53.4%	61.6%	69.7%	61.9%
Հիվանդանոց	9.7%	10.5%	12.1%	10.8%
Չի դիմել	9.7%	11.0%	8.1%	9.4%
Բժիշկ՝ բարեկամ կամ ծանոթ	12.1%	8.1%	4.1%	7.9%
Ինքնաբուժում	9.3%	5.5%	2.7%	5.7%
Այլ	5.1%	3.2%	3.0%	3.8%
Ախտորոշիչկենտրոն	0.3%	0.2%	0.3%	0.3%
Ավանդական/բժիշկներ	0.3%	0.0%	0.1%	0.1%

**ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության ԱԱՊ հաստատությունների դիմելիության գնահատման արդյունքները փաստում են (Աղյուսակ 24).**

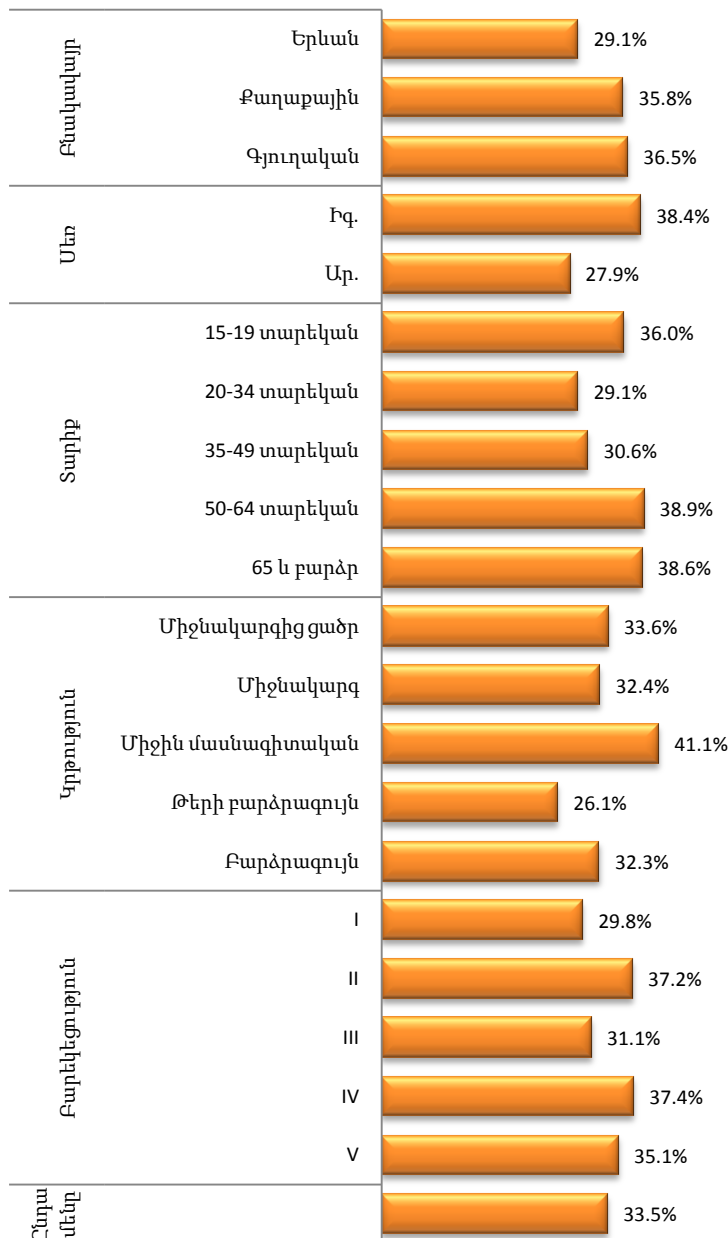
- հարցվածների 61.9% նշել են, որ հիվանդանալիս առաջին հերթին դիմում են ԱԱՊ հաստատություններ, որոնցից 60.7%-ը պետական հաստատության առաջնային առողջապահական օղակ, իսկ 1.2%-ը՝ մասնավոր,

- պետական ԱԱՊ օղակ համեմատաբար ավելի շատ են դիմում գյուղաբնակ բնակչությունը (69.3%), քաղաքներում այդ ցուցանիշը կազմել է 60.1% և Երևանում՝ 51.3%,
- հարցվածների 10.8% հիվանդանալիս անմիջապես դիմում է հիվանդանոց,
- 9.4%-ը՝ որևէ տեղ չի դիմում, իսկ 5.7%-ը հիվանդանալիս զբաղվում է ինքնաբուժությամբ,
- բնակչության 7.9%-ը դիմում է բարեկամ կամ ծանոթ բժշկի, այդ ցուցանիշը զգալիորեն բարձր է Երևանում (12.1%):

### **ԱԱՊ օղակի հաճախումներ**

- Հարցվածների 33.5%-ը նշեցին, որ վերջին 12 ամիսների ընթացքում առողջության հետ կապված և այլ խնդիրների պատճառով դիմել են ԱԱՊ հաստատություն՝ ամբուլատորիայի կամ պոլիկլինիկայի ընտանեկան/տեղամասային բժշկին:
- Գյուղաբնակ բնակչության դիմելիությունն ընտանեկան/տեղամասային բժշկին կազմում է 36.5%, քաղաքաբնակ բնակիչների՝ 35.8%:
- Կանանց (38.4%) դիմելիությունն ԱԱՊ հաստատության բժշկին 1.4 անգամ բարձր է տղամարդկանց համեմատությամբ (27.9%):
- Դիմելիության ցուցանիշն ավելի բարձր է ամենաերիտասարդ տարիքային խմբում՝ 15-19 (36.0%), այնուհետև 50-64 (38.9%), 65 և բարձր (38.6%) տարիքային խմբերում:
- Ըստ կրթության մակարդակի դիմելիությունն ավելի բարձր է միջին մասնագիտական (41.1%) կրթությամբ անձանց խմբում և զգալիորեն ցածր է թերի բարձրագույն կրթությամբ անձանց մոտ (26.1%):

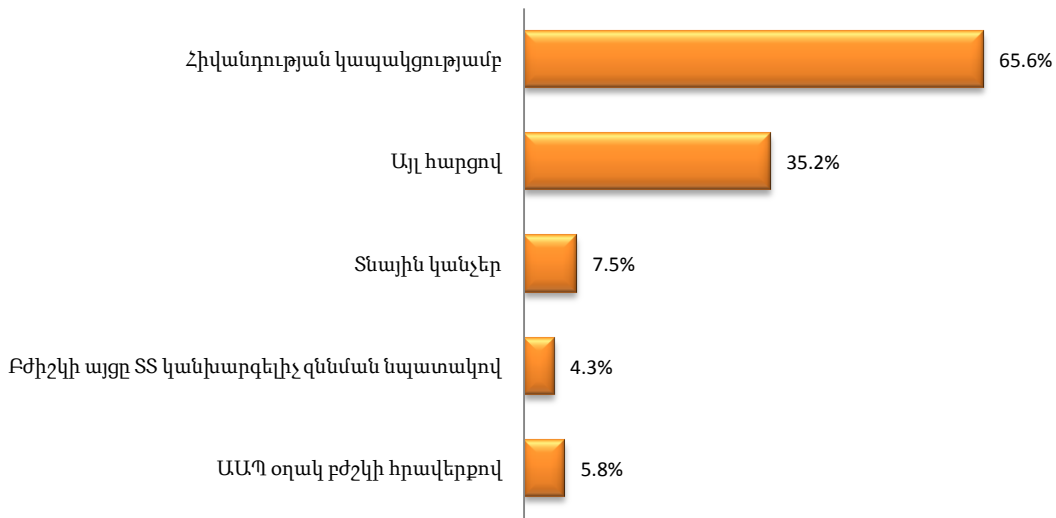
**Գծապատկեր 88. ԱԱՊ հաստատությունների ընտանեկան/տեղամասային բժշկին դիմելիությունը վերջին 12 ամիսների ընթացքում ըստ սոցիալ-ժողովրդական խմբերի, 2016**



**ԱԱՊ օդակի բուժհաստատություններ դիմելիության պատճառները**

- Բնակչության երկու երրորդն (65.6%) առաջնային օդակի բժշկի հետ հանդիպել է հիվանդության կապակցությամբ (Գծապատկեր 89), իսկ մեկ երրորդն՝ (35.2%) այլ հարցերով:
- Առաջնային օդակի բժիշկը հիվանդության հետ կապված տնային կանչով, այցելել է բնակչության 7.5%-ին, իսկ 4.3%-ին այցելել է առանց կանչի՝ պլանային զննման նպատակով:
- Բնակչության 5.8%-ին բժիշկը զանգահարել է և հրավիրել իր մոտ կանխարգելիչ հետազոտությունների:

**Գծապատկեր 89. ԱԱՊ օղակի այցելության պատճառները (հարցվողը կարող էր նշել մի քանի պատասխան), 2016**



**Առաջնային օղակի բժշկի կողմից կատարած կանխարգելիչ գործողությունները**

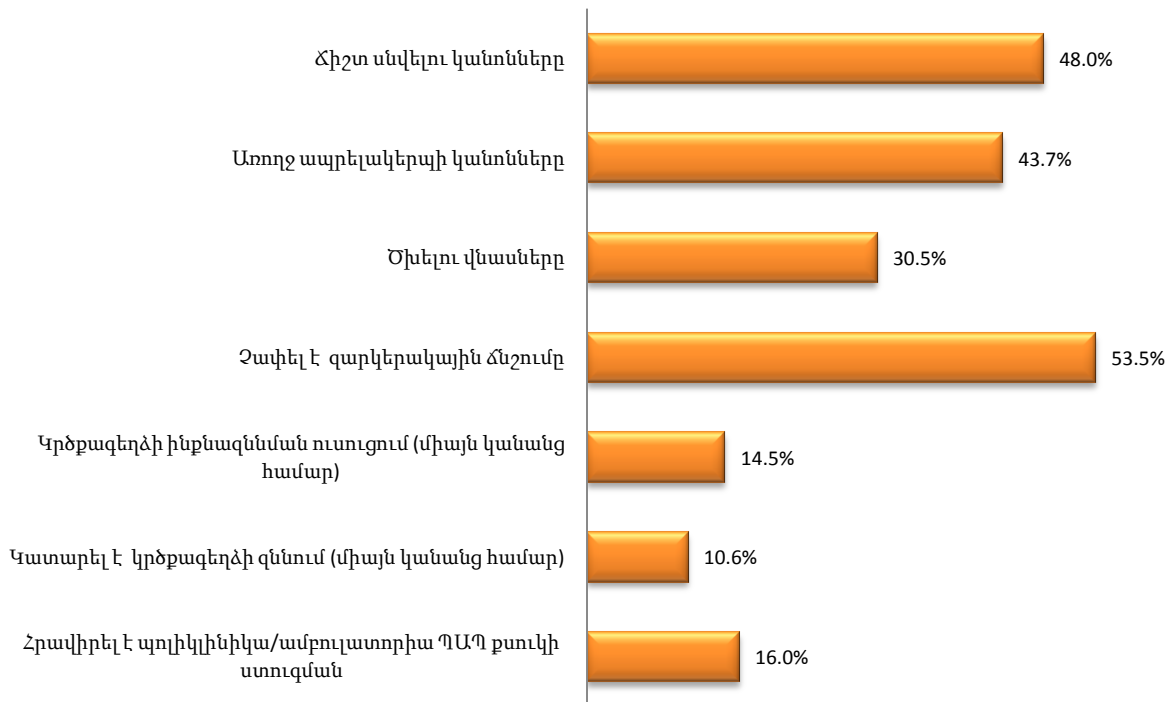
Տվյալները ցույց են տալիս, որ առաջնային օղակի բժիշկները վերջին մեկ տարվա ընթացքում բնակչության հետ որևէ հանգամանքում (բուժօգնություն կամ բնակչի տանը) հանդիպման ընթացքում իրականացրել են առողջ ապրելակերպի խորհրդատվություններ և ախտորոշիչ հետազոտություններ (Գծապատկեր 90)։

- բացատրել են ճիշտ սնման կանոնները բնակչության 48.0%-ին,
- բացատրել են առողջ ապրելակերպի կանոնները 43.7%-ին,
- բացատրել են ծխելու վնասակարությունը 30.5%-ին,
- չափել են զարկերակային ճնշումը 53.5%-ին:

Կանանց շրջանում.

- բացատրել են կրծքագեղձի ինքնազննման տեխնիկան 14.5%-ին,
- կատարել են կրծքագեղձի զննում 10.6%-ին,
- հրավիրել են պոլիկլինիկա կամ ամբուլատորիա ՊԱՊ քսուկի հետազոտության նպատակով 16.0%-ին:

**Գծապատկեր 90. ԱԱՊ օղակի բժշկի կողմից նշանակված առողջ ապրելակերպի խորհրդատվություններն և իրականացված կանխարգելիչ միջոցառումները վերջին 12 ամիսների ընթացքում, 2016**

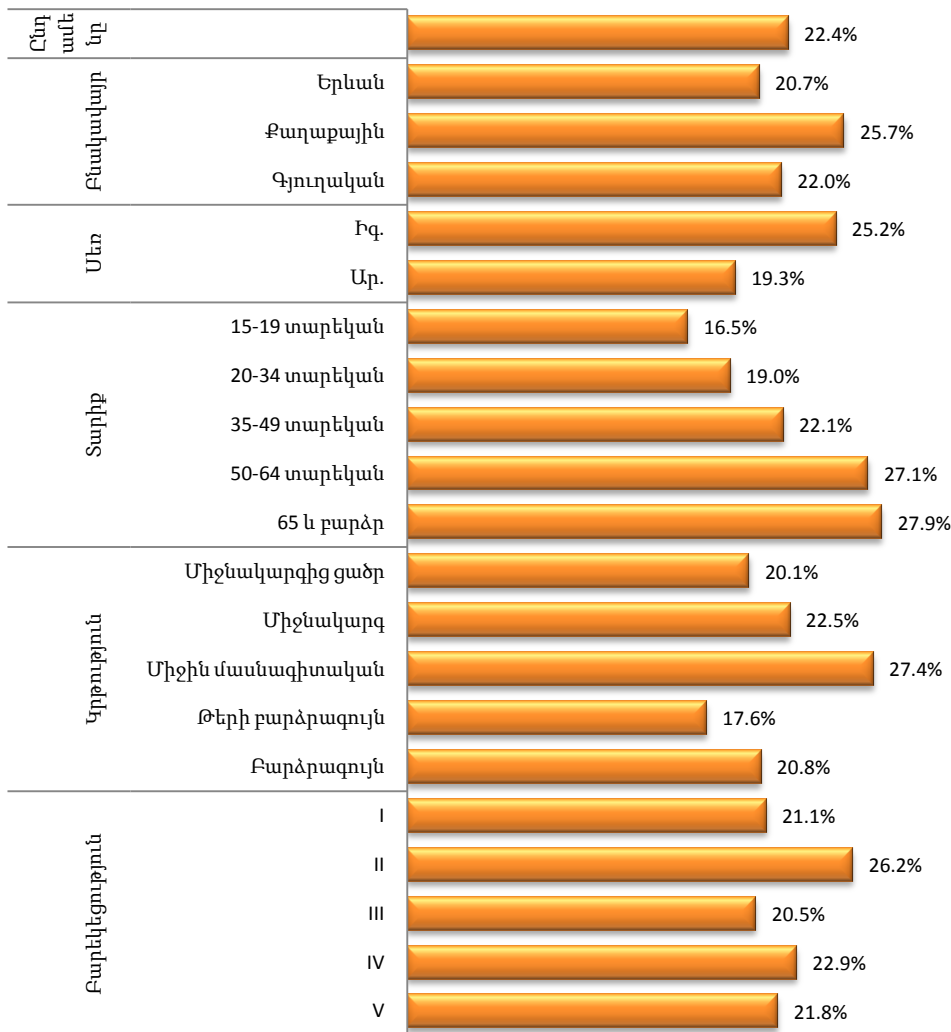


**ԱԱՊ բուժհաստատություններ ղիմելիությունը բուժման նպատակով**

Հետազոտության շրջանակում ուսումնասիրվել է, թե վերջին 12 ամիսների ընթացքում հիվանդության բուժման համար բնակչության քանի տոկոսն է ղիմել պետական բուժհաստատություններ՝ բուժկետ, ամբուլատորիա, պոլիկլինիկա, պետական առողջության կենտրոն կամ ընտանեկան բժշկի գրասենյակ՝ բացառությամբ ատամնաբուժական բուժօգնության դեպքերի:

- 2016թ.-ի ընթացքում հիվանդության բուժման նպատակով առաջնային բուժօգնության որևէ օղակ է ղիմել Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 22.5%-ը:
- Համեմատաբար ավելի շատ է ղիմել առաջնային բուժօգնության հաստատություններ քաղաքային **բնակչության 25.7%**, գյուղերում՝ 22.0% է, իսկ Երևանում՝ 20.7%:
- Բուժման նպատակով առաջնային օղակ համեմատաբար ավելի շատ են ղիմել **կանայք (25.2%)**, քան տղամարդիկ (19.3%):
- Ըստ **տարիքի** ավելի շատ են ղիմել առաջնային օղակ բուժման նպատակով 65 և բարձր տարիքի՝ 27.9% , և 50-64 տարեկանների՝ 27.1%, իսկ ամենից քիչ՝ 15-19 տարեկանների 16.5%:
- Ըստ **կրթամակարդակի** ավելի շատ են ղիմել բուժօգնության առաջնային օղակ միջնակարգ մասնագիտական կրթությամբ անձինք՝ 27.4%, իսկ ամենից քիչ՝ թերի բարձրագույն կրթությամբ անձինք՝ 17.6%:

**Գծապատկեր 91. Բնակչության դիմելիությունն ԱԱՊ հաստատություններ հիվանդության բուժման համար վերջին 12 ամիսների ընթացքում ըստ սոցիալ-ժողովրդական խմբերի, 2016**



**ԱԱՊ օղակի դիմելիության բնութագրերը հիվանդության դեպքում**

Այս ենթաբաժնում ներկայացված տվյալները ստացվել են հիվանդության կապակցությամբ առաջնային օղակի դիմելու դեպքերի հիման վրա: Եթե հարցվողը վերջին 12 ամիսների ընթացքում առաջնային օղակի դիմել է մի քանի հիվանդությունների կապակցությամբ, ապա դիտարկվել է վերջին հիվանդության դեպքը:

Համաձայն ընթացակարգերի, առաջնային բուժօգնության դիմելիս, հիվանդը նախ պետք է դիմի տեղամասային թերապևտին կամ ընտանեկան բժշկին, իսկ հետո, անհրաժեշտության դեպքում բժշկը հիվանդին ուղեգրում է համապատասխան նեղ մասնագետի մոտ:

Աղյուսակ 25-ում ներկայացված են տվյալներ, որոնք նկարագրում են բնակչության վարքն առաջնային բուժօգնության օղակ դիմելիս, այն տեսանկյունից, թե ում են առաջին հերթին նրանք դիմում:

- բնակչության առողջապահական վարքի առանձնահատկություններից է այն, որ առաջնային բուժօգնության օղակ դիմելիս նրանցից միայն 61%-ն է առաջին հերթին դիմում տեղամասային թերապևտին կամ ընտանեկան բժշկին, իսկ 35.9%-ն անմիջապես դիմում է նեղ մասնագետին,
- անմիջապես նեղ մասնագետին դիմելու սովորությունն առավելապես արտահայտվում է պետական առողջության կենտրոններում, որտեղ անմիջապես նեղ մասնագետին է դիմել այցելուների 72.9%-ը: Պոլիկլինիկաներում այդ ցուցանիշը կազմում է 77.3%:

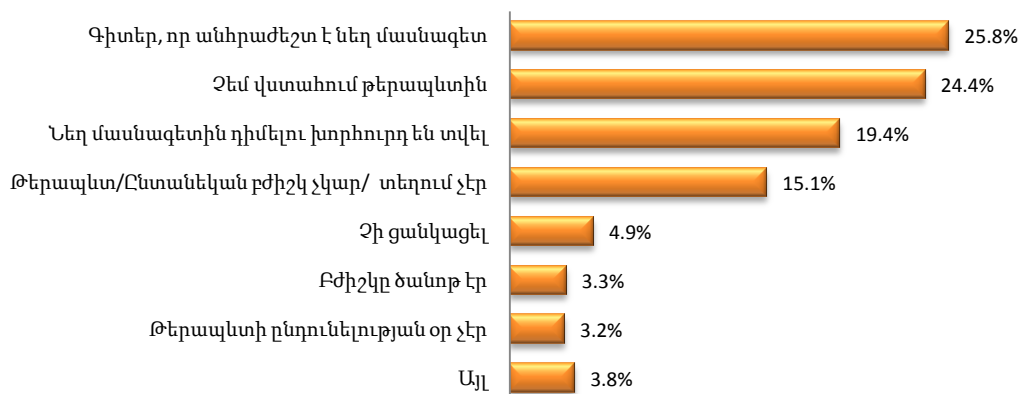
Աղյուսակ 25. Բնակչության դիմելիությունը ԱԱՊ մասնագետներին, 2016

Բուժօգնության տեսակ	ԱԱՊ այցելության ժամանակ հույս առաջինը դիմեցիք թերապևտի ն/ընտանեկան բժշկի ն, թե՛ անմիջապես դիմեցիք նեղ մասնագետին			
	Թերապևտին/Ընտանեկան բժշկին	Նեղ մասնագետին	Բուժքրոջը	Ընդամենը
Բուժկետ	86.6%	0.0%	13.5%	100.0%
Ամբուլատորիա	82.8%	5.4%	11.8%	100.0%
Պետական առողջության կենտրոն	25.5%	72.9%	1.6%	100.0%
Պոլիկլինիկա	77.3%	22.2%	0.5%	100.0%
<b>Ընդամենը</b>	<b>61.0%</b>	<b>35.9%</b>	<b>3.2%</b>	<b>100.0%</b>

Առաջնային օղակում առաջին հերթին տեղամասային թերապևտին կամ ընտանեկան բժշկին չդիմելու պատճառները ներկայացված են Գծապատկեր 92-ում: Առավել տարածված պատճառներն են.

- այցելուն համարել է, որ իրեն անհրաժեշտ է նեղ մասնագետ՝ 25.8%,
- այցելուն չէր վստահում թերապևտին՝ 24.4%,
- այլ անձինք խորհուրդ են տվել դիմել նեղ մասնագետին՝ 19.4%,
- տեղամասային թերապևտը կամ ընտանեկան բժիշկը տեղում չէր՝ 15.1%:

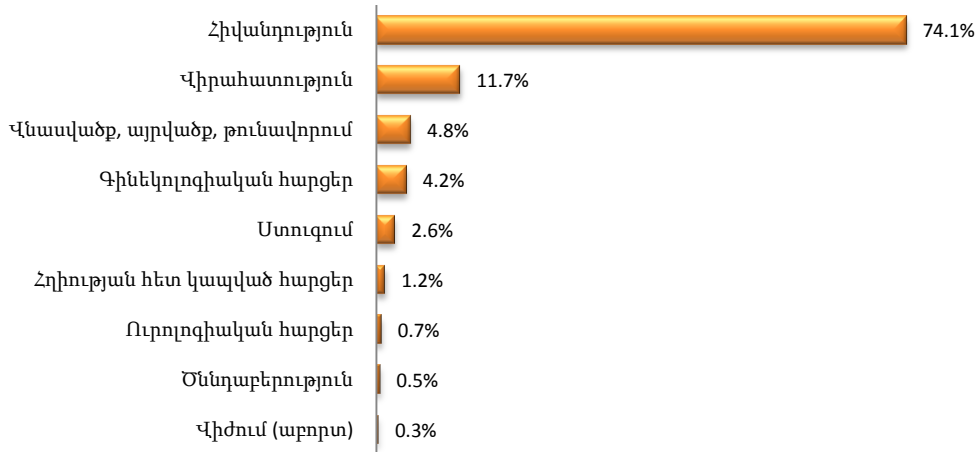
Գծապատկեր 92. ԱԱՊ բուժօգնության նեղ մասնագետին դիմելիության պատճառները, 2016



Բուժօգնության առաջնային օղակ դիմելու պատճառները ներկայացված են Գծապատկեր 93-ում:

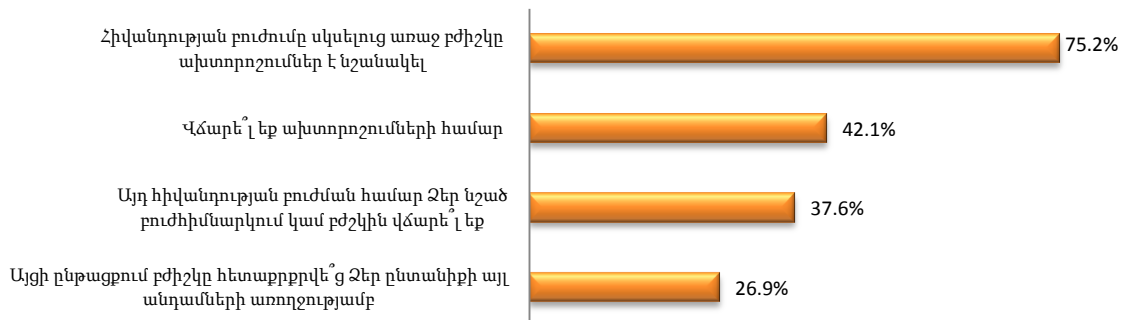
- **Հարկ է նշել, որ այս հետազոտության ընթացքում ուռուլոգիական և գինեկոլոգիական հարցերով դիմումները դիտարկվել են որպես առանձին կատեգորիաներ:**

**Գծապատկեր 93. ԱԱՊ բուժհաստատության այցելության պատճառները, 2016**



- Հիվանդության նպատակով կատարված այցելության ընթացքում առաջնային օղակի բուժհաստատության բժիշկը ախտորոշումներ է նշանակել հիվանդության, գինեկոլոգիական և ուռուլոգիական հարցերով դեպքերի 75.2%-ում (Գծապատկեր 94):
- Բոլոր ախտորոշումներից 42.1% դեպքում հիվանդը վճարել է ախտորոշումների համար:

**Գծապատկեր 94. ԱԱՊ բուժհաստատությունում կատարված ախտորոշումներն և վճարումները, 2016**



**Դեղորայքի մատչելիությունը՝ առաջնային օղակում բուժվելիս**

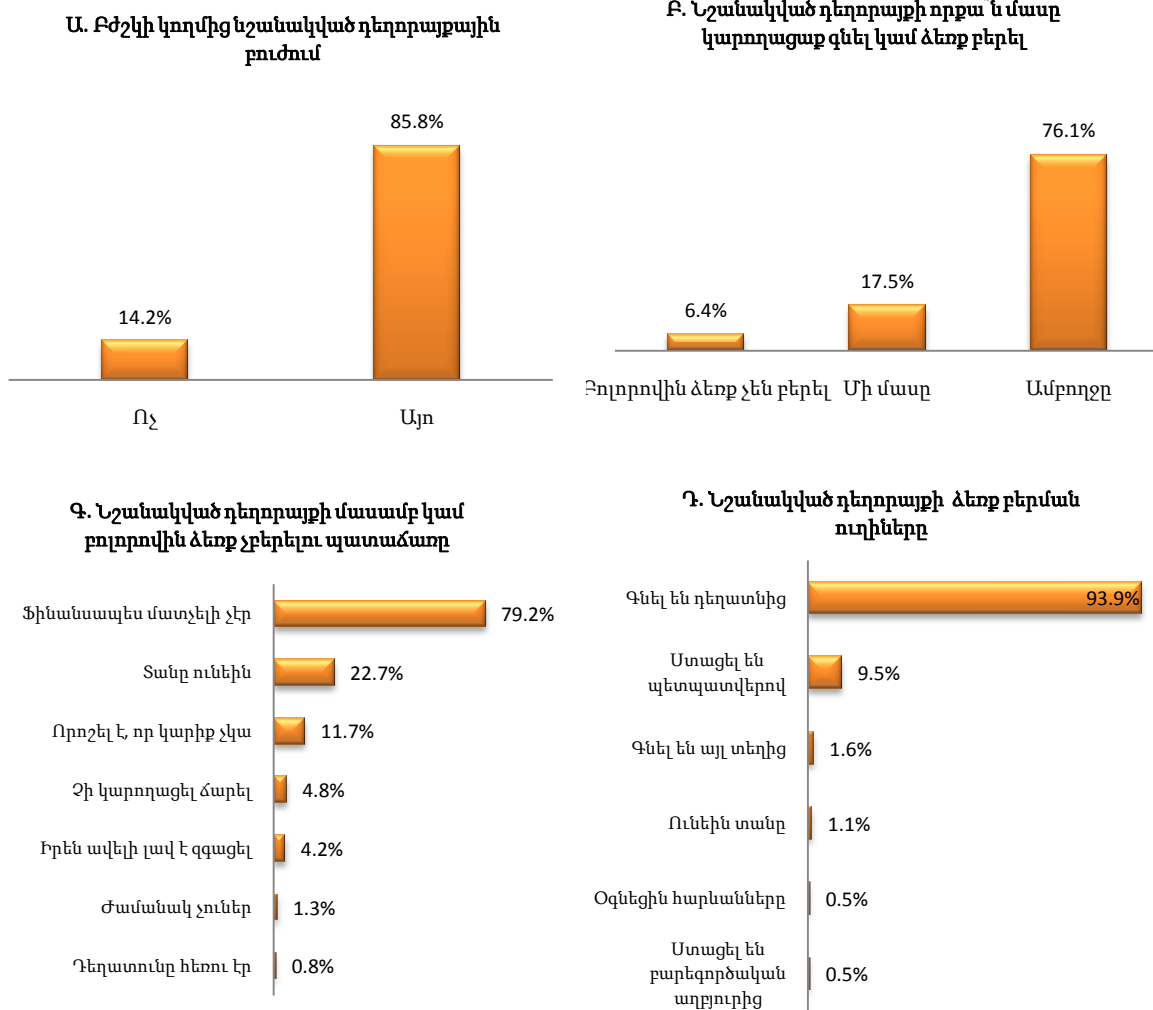
- Առաջնային օղակ հիվանդության համար դիմած անձանց 85.8%-ին նշանակվել է դեղորայք (Գծապատկեր 95-Ա):
- Այդ անձանցից 76.1%-ը կարողացել է ամբողջությամբ ձեռք բերել դեղորայք, 17.5%-ը ձեռք է բերել դեղորայքի մի մասը, իսկ 6.4%-ն քաղաքացիական ձեռք չի բերել (Գծապատկեր 95-Բ):
- Դեղորայքը մասամբ կամ ամբողջությամբ ձեռք չբերելու առավել տարածված պատճառ է հանդիսացել ֆինանսական անմատչելիությունը (79.2%), իսկ երկրորդ առավել տարածված



պատճառն այն է, որ դեղորայքն ունեին տանը (Գծապատկեր 95-Գ): Դեղորայքը մասամբ կամ ամբողջությամբ ձեռք չբերելու երրորդ առավել տարածված պատճառն է հիվանդի որոշումը, որ դրա կարիքը չկա՝ 11.7%:

- Հիվանդների 93.9%-ը ձեռք է բերել դեղորայք դեղատներից, 9.5%-ը ստացել է պետպատվերով (Գծապատկեր 95-Դ):

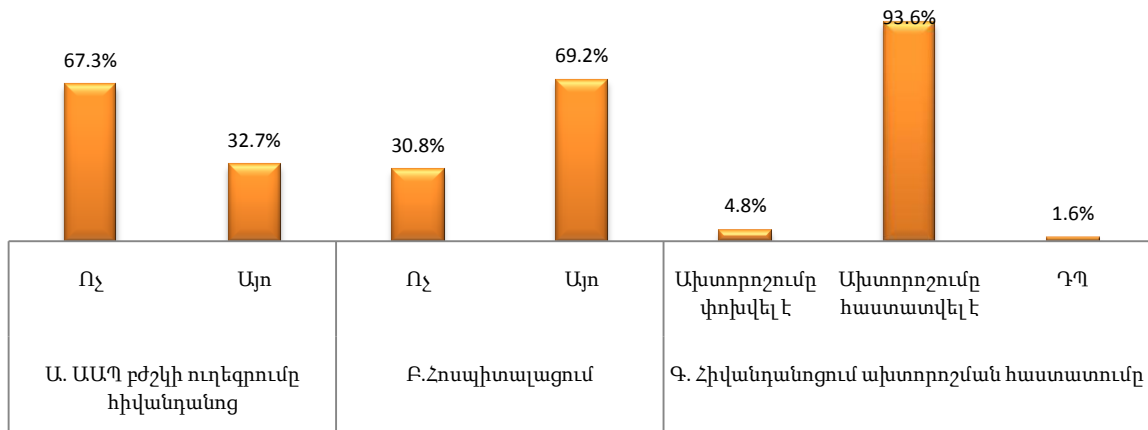
**Գծապատկեր 95. ԱԱՊ օղակի բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքի ձեռքբերումը, 2016**



**ԱԱՊ ուղեգրումները հիվանդանոցային հաստատություն**

ԱԱՊ օղակ բուժօգնության դիմած հիվանդների 32.7%-ին բժիշկն ուղեգրել է հիվանդանոց (Գծապատկեր 96-Ա): Ուղեգրվածների 69.2%-ը, կամ բոլոր առաջնային օղակ դիմածների 22.6%-ը հոսպիտալացվել են: Հիվանդանոցում ուղեգրվածների 93.6%-ի մոտ առաջնային օղակի բժշկի կողմից ախտորոշված հիվանդությունը հաստատվել է, 4.8%-ի մոտ ԱԱՊ ուղեգրումով հիվանդության ախտորոշումը չի հաստատվել, հարցվողների 1.6%-ը դժվարացել են պատասխանել հարցին:

**Գծապատկեր 96-Ա. ԱԱՊ ուղեգրումները հիվանդանոց: Բ. Հոսպիտալացում՝ ԱԱՊ ուղեգրով: Գ. ԱԱՊ օղակի բժշկի ախտորոշման հաստատումը հիվանդանոցում**



**Հիվանդանոցային բուժօգնություն**

Հիվանդանոցային բուժօգնության գնահատման նպատակով դիտարկվել են հետևյալ հարցերը.

- հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններից օգտվելը,
- հիվանդանոց ընդունվելու ուղիները,
- պետպատվերով, համավճարով և ընդհանուր հիմունքներով հիվանդանոցային ծառայությունները,
- հիվանդանոցային ծառայությունները:

**Հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններից օգտվելը**

Հարցվածների 8.5%-ը նշել են, որ հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում բուժման (այդ թվում՝ ծննդօգնության) նպատակով հոսպիտալացվել են (Գծապատկեր 97):

Ընդ որում, հոսպիտալացվածների 77.5%-ը վերջին 12 ամիսների ընթացքում հոսպիտալացվել են մեկ անգամ, 16.2%-ը՝ երկու անգամ, 6.3%-ը՝ երեք անգամ (Գծապատկեր 98):

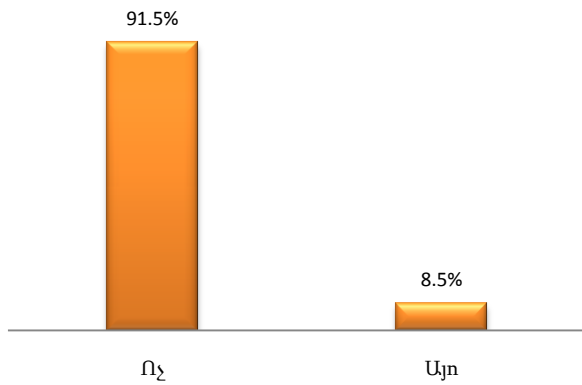
Հոսպիտալացման ընթացքում (հաշվի առնելով հիվանդանոց պատկերված բոլոր դեպքերը) մահճակալ օրերի քանակի բաշխումը ներկայացված է Գծապատկեր 99-ում:

Միջին հաշվով հիվանդանոցում անցկացրած մահճակալ օրերի միջին թիվը<sup>9</sup> եղել է 9.0, իսկ մեդիանն՝ 7.0 (Գծապատկեր 100):

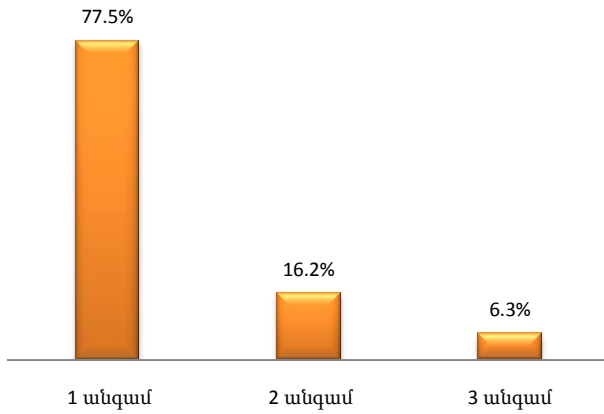
Հոսպիտալացման դեպքերի 45.7%-ը պայմանավորված է հիվանդության ստացիոնար բուժման նպատակով, 29.8%-ը՝ վիրահատության, 15.4%-ը ծննդաբերության (Գծապատկեր 101):

<sup>9</sup>Ներկայացված է 5% հատված միջինը, որպեսզի հնարավորինս չեզոքացվի բաշխման ասիմետրիան:

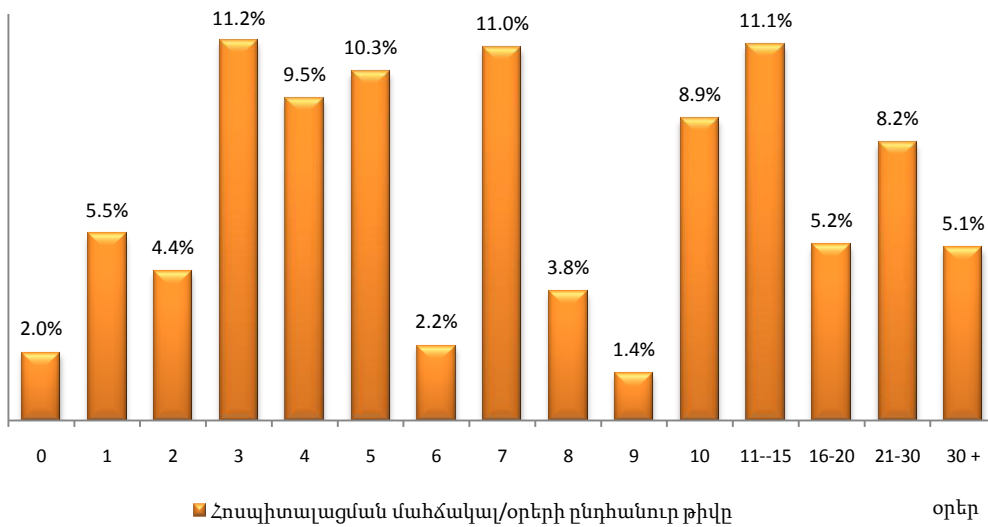
**Գծապատկեր 97. Հոսպիտալացման մակարդակը վերջին 12 ամիսների ընթացքում (նաև՝ ծննդաբերության կապակցությամբ), 2016**



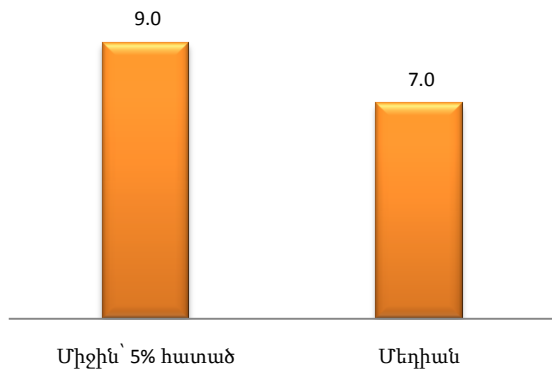
**Գծապատկեր 98. Հոսպիտալացման հաճախականությունը, 2016**



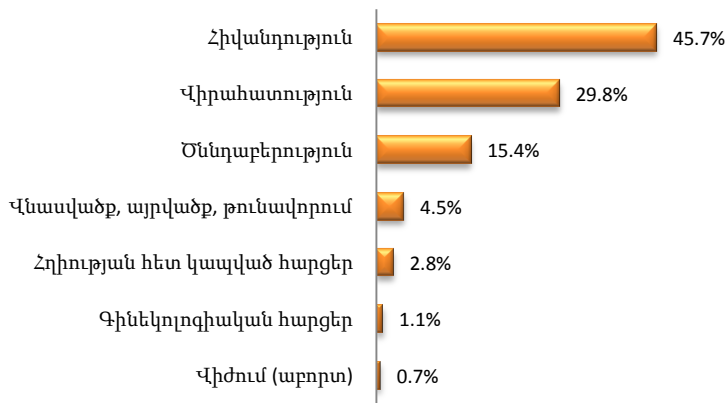
**Գծապատկեր 99. Հոսպիտալացման մահճակալ/օրերի թիվը, 2016**



**Գծապատկեր 100. Հոսպիտալացման օրերի միջին թիվը (հիվանդանոցում անցկացրած օրերի միջին քանակը և մեղիանան), 2016**



**Գծապատկեր 101. Հոսպիտալացման պատճառը, 2016**

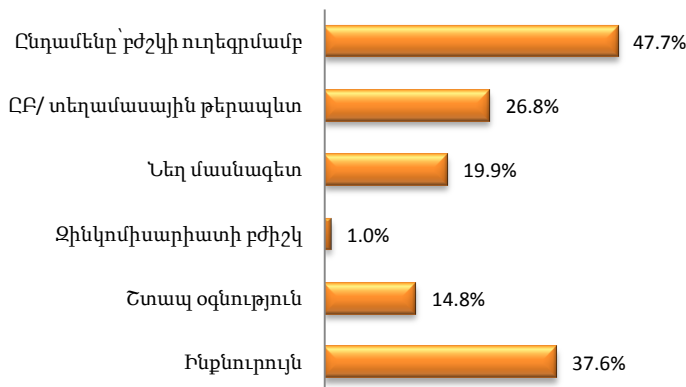


**Հոսպիտալացման ուղիները**

Համաձայն 2016թ.-ի տվյալների, հիվանդների 47.7%-ը հոսպիտալացվել է ԱԱՊ օղակի բժիշկների ուղեգրմամբ (Գծապատկեր 102), որոնցից 26.8%-ը ուղեգրվել է տեղամասային թերապևտի/ԸԲ կողմից, իսկ 19.9%-ը՝ նեղ մասնագետի:

Հիվանդների 37.6%-ը ԲՕ ստանալու նպատակով հիվանդանոց է դիմել ինքնուրույն, իսկ 14.8%-ը տեղափոխվել է շտապ օգնության մեքենայով:

**Գծապատկեր 102. Հոսպիտալացման ուղիները, 2016**



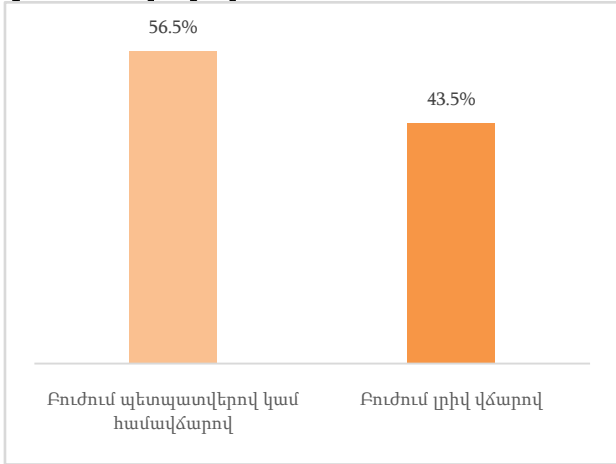
### **Հիվանդանոցային բուժօգնության համար վճարումներ**

Հիվանդանոցային բուժհաստատություններում հիվանդների կողմից կատարած վճարումները ներկայացված են Գծապատկեր 103-112-ում:

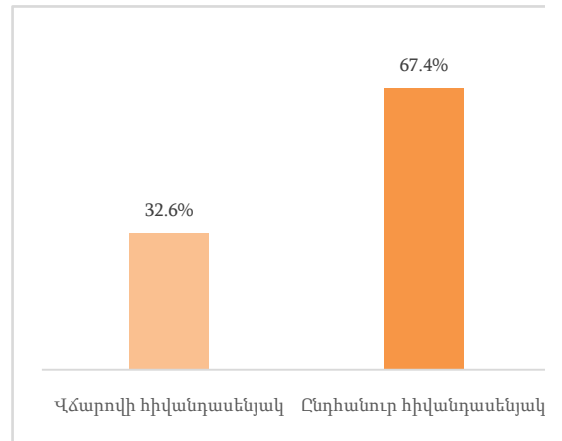
Հոսսայիտալացված հիվանդների թվից.

- բուժվել է պետպատվերով կամ համավճարով 56.5%-ը (Գծապատկեր 103),
- վճարովի հիվանդասենյակներում բուժվել է 32.6%-ը (Գծապատկեր 104),
- բուժող բժշկին հավելյալ վճարել է 22.1%-ը (Գծապատկեր 105),
- այլ բժշկի վճարել է հիվանդների 7.5%-ը (Գծապատկեր 106),
- 28.0%-ը բուժման համար ամբողջ դեղորայքը գնել է ինքնուրույն, 10.9%-ը նշել է, որ դեղորայքը հիմնականում ձեռք է բերվել իր կողմից, 8.5%-ը՝ հիմնականում դեղորայքը տրամադրել է հիվանդանոցը: 52.6% նշել է, որ դեղորայքն ամբողջությամբ տրամադրվել է հիվանդանոցի կողմից (Գծապատկեր 107),
- հիվանդանոցի կողմից տրամադրված դեղորայքային բուժման համար որևէ փաստաթղթի վրա ստորագրել է՝ 20.8%-ը (Գծապատկեր 108),
- բժշկական միջամտությունների (ներարկումների, սիստեմայի միացման, հոգնաների, արյան անալիզի կամ այլ գործողությունների) համար բուժքույրերին վճարել է՝ 13.1%-ը (Գծապատկեր 109),
- հիվանդասենյակը մաքրվել է (Գծապատկեր 111).
  - ✓ ամեն օր՝ 90.3%
  - ✓ 2-3 օրը մեկ անգամ՝ 7%
  - ✓ ավելի հազվադեպ, քան 3 օրը մեկ անգամ՝ 1%-ը
  - ✓ ընդհանրապես չի մաքրվել 1.8%-ն
- հիվանդասենյակը մաքրելու, աղբը դուրս տանելու, գիշերանոթ տեղադրելու համար սանիտարին վճարել է՝ 10.4%-ը (Գծապատկեր 112):

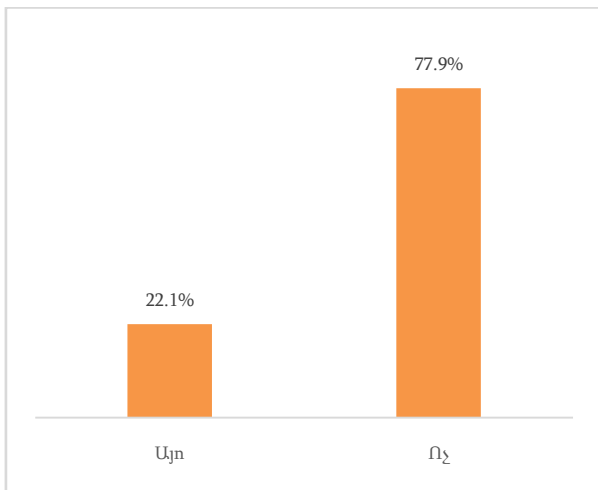
**Գծապատկեր 103. Բուժում պետպատվերի շրջանակում կամ համավճարով**



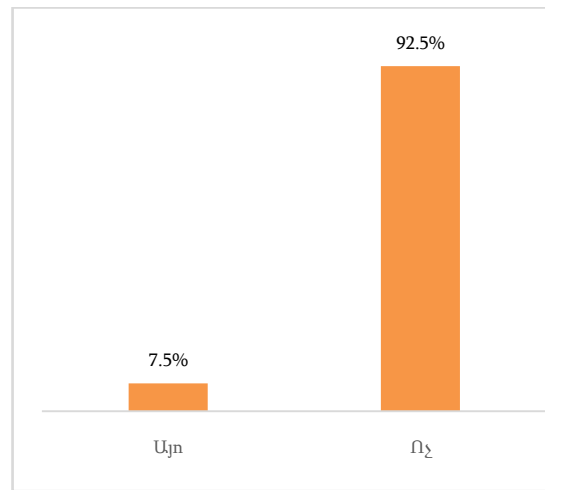
**Գծապատկեր 104. Վճարովի և ընդհանուր հիվանդասենյակների օգտագործում**



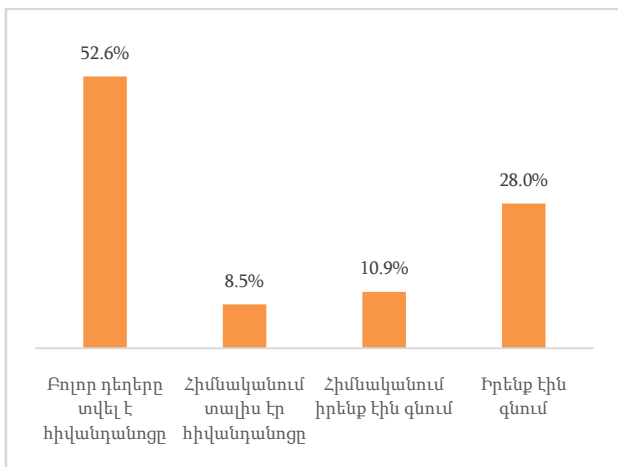
**Գծապատկեր 105. Հավելյալ վճարում բուժող բժշկին**



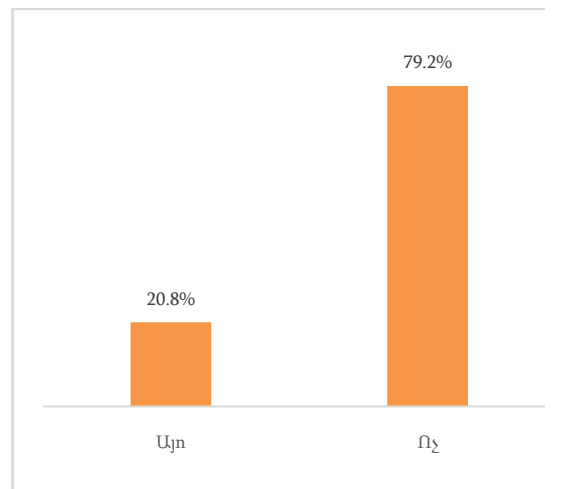
**Գծապատկեր 106. Հավելյալ վճարում այլ նեղ մասնագետին**



**Գծապատկեր 107. Բուժման համար դեղորայքի ձեռքբերում**



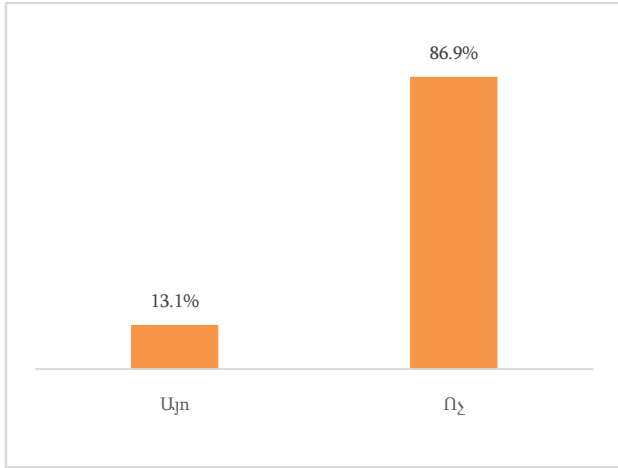
**Գծապատկեր 108. Հիվանդանոցի տրամադրված դեղերի համար հիվանդի կողմից որևէ փաստաթղթի ստորագրություն**



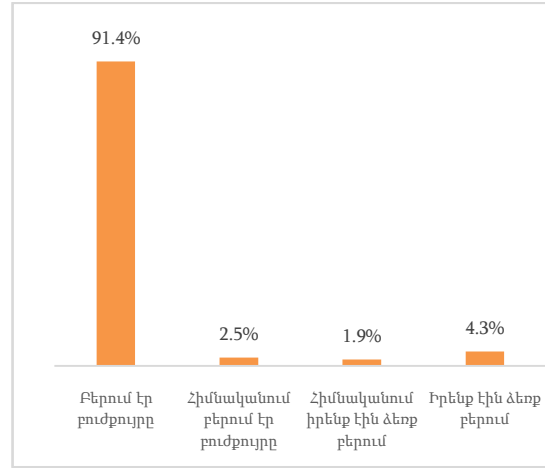
**Գծապատկեր 109. Բժշկական միջամտությունների**

**Գծապատկեր 110. Ներարկումների համար բժշկական պարագաների ձեռք**

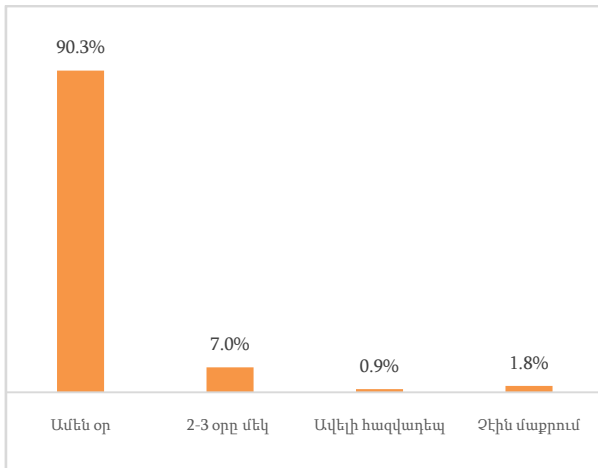
**համար վճարումներ**



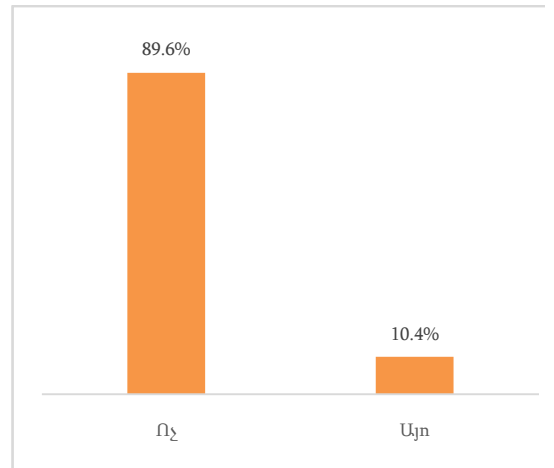
**բերում**



**Գծապատկեր 111. Հիվանդասենյակի մաքրման հաճախականություն**



**Գծապատկեր 112. Հիվանդասենյակի մաքրման և այլ միջամտությունների համար վճարումներ**



**ԱԱՊ հաստատությունների կողմից իրականացվող կանխարգելիչ հետազոտություններ**

Սույն բաժնում դիտարկվում է հետևյալ հարցը՝ արդյո՞ք առողջապահական ծառայությունները մատչելի են յուրաքանչյուր անձի համար, ով ունի դրանց կարիքը, հատկապես՝ առավել խոցելի խմբին պատկանող անձանց:

ՀՀ կառավարության 2014թ.-ի մարտի 27-ի N375-Ն որոշմամբ հաստատվել են սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգը, սոցիալական փաթեթի շահառուների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը, սոցիալական փաթեթի շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական

օգնության ու սպասարկման հավաստագրի տրամադրման և առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման կարգերը:

ՀՀ կառավարության 2014թ.-ի դեկտեմբերի 25-ի N1483-Ն որոշմամբ փոփոխություններ և լրացումներ կատարվեցին ՀՀ կառավարության 2012թ.-ի դեկտեմբերի 27-ի N691-Ն և 2014թ.-ի մարտի 27-ի N375-Ն որոշումներում, որոնց արդյունքում 2015թ.-ի հունվարի 1-ից վերոհիշյալ փաթեթում կատարվեց հետևյալ փոփոխությունը. հաստատվեց սոցիալական փաթեթի շահառուների տարեկան պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթը:

Սոցիալական փաթեթից օգտվելու նպատակով շահառուների համար պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության կազմակերպման կարգը և պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության իրականացումից հետո շահառուին տրամադրվող տեղեկանքի ձևը հաստատվել են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2015թ.-ի փետրվարի 10-ի N05-Ն հրամանով:

Սոցիալական փաթեթի շահառուի տարեկան պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության բաղադրիչից օգտվելը շահառուների համար պարտադիր նախապայման է ՀՀ կառավարության 2012թ.-ի դեկտեմբերի 27-ի N1691-Ն որոշման N2 հավելվածով նախատեսված սոցիալական փաթեթում ընդգրկված ծառայություններից օգտվելու համար, ընդ որում, 2015թ.-ն անցումային ժամանակաշրջան է, որի ընթացքում շահառուն այդ ծառայություններից կարող է օգտվել առանց նշված նախապայմանի, իսկ 2015թ.-ի ընթացքում պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելն ակտիվացնում է սոցիալական փաթեթի ծառայությունները 2016թ.-ի համար:

2016թ.-ից ի վեր՝ պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելն ակտիվացնում է սոցիալական փաթեթի ծառայությունները տվյալ և հաջորդ տարվա համար, ընդ որում, պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելը շահառուի համար հանդիսանում է ՀՀ կառավարության 2014թ.-ի մարտի 27-ի N375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկում ստանալու նախապայման:

Սոցիալական փաթեթի շահառուի տարեկան պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթը ներառում է արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող հետևյալ բժշկական ծառայությունները.

1) ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվություն՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված կանխարգելիչ այցի ծավալներով, այդ թվում՝

ա. զարկերակային ճնշման չափում՝ հիպերտոնիայի վաղ հայտնաբերման նպատակով,

բ. կանանց կրծքագեղձերի գնում՝ քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով,



- գ. ժառանգական անամենեզում գլաուկոմա ունեցող՝ 40 և բարձր տարիքի անձանց տեսողության սրության և ակնահատակի գնում՝ գլաուկոմայի վաղ հայտնաբերման նպատակով,
- դ. քաշի խանգարումների վաղ հայտնաբերման, ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման նպատակով մարմնի զանգվածի ցուցանիշի որոշումը,
- 2) գինեկոլոգի խորհրդատվություն՝ կանանց բոլոր տարիքային խմբերի համար,
- 3) ուռուլոգի (բացակայության դեպքում՝ վիրաբույժի) խորհրդատվություն՝ տղամարդկանց բոլոր տարիքային խմբերի համար,
- 4) ըստ բժշկական ցուցումների՝ այլ նեղ մասնագետների խորհրդատվություն, ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի նշանակմամբ,
- 5) արյան ընդհանուր հետազոտություն (լեյկոֆորմուլայով),
- 6) մեզի ընդհանուր հետազոտություն,
- 7) գլուկոզի որոշում արյան մեջ,
- 8) քոլեսթերինի որոշում արյան մեջ,
- 9) էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ),
- 10) որովայնի խոռոչի, փոքր կոնքի օրգանների և վահանաձև գեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն, կանանց համար՝ նաև կրծքագեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն,
- 11) ֆլյուորոգրաֆիա,
- 12) ՊՍԱ (PSA) թեստ (45 տարեկանից բարձր տղամարդկանց համար)՝ ըստ բժշկական ցուցումների, համապատասխան բժիշկ-մասնագետի նշանակմամբ,
- 13) քսուկի ՊԱՊ (PAP) թեստ (30-60 տարեկան կանանց համար)՝ ըստ բժշկական ցուցումների, համապատասխան բժիշկ-մասնագետի նշանակմամբ:

2016թ.-ի ընտրանքային հետազոտությամբ ուսումնասիրվել է կանխարգելիչ հետազոտությունների իրականացման մակարդակն և բնակչության կողմից առողջապահական ծառայությունների մատչելիության երկու հիմնական բաղադրիչ.

- **Կանխարգելիչ հետազոտությունների իրականացման տեսանկյունից դիտարկվել են.**

Ընդհանուր կանխարգելիչ հետազոտություններ, մասնավորապես.

- ✓ ֆլյուորոգրաֆիական հետազոտություն,
- ✓ շագանակագեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն, կանանց կրծքագեղձի ուլտրաձայնային և մամոգրաֆիական հետազոտություն,

- ✓ ՊԱՊ քսուկի բջջաբանական հետազոտություն:
- **Առողջապահական ծառայությունների մատչելիություն**, այդ թվում.
  - ✓ բուժհաստատությունների առկայություն,
  - ✓ բուժծառայությունների մատչելիություն,
  - ✓ ԱԱՊ օղակի ծառայությունների օգտագործում և սպառում,
  - ✓ դեղորայքային մատչելիություն,
  - ✓ ուղեգրումներ հիվանդանոցային բուժհաստատություններ,
  - ✓ հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիություն,
  - ✓ բուժհաստատության աշխարհագրական ֆիզիկական մատչելիություն:

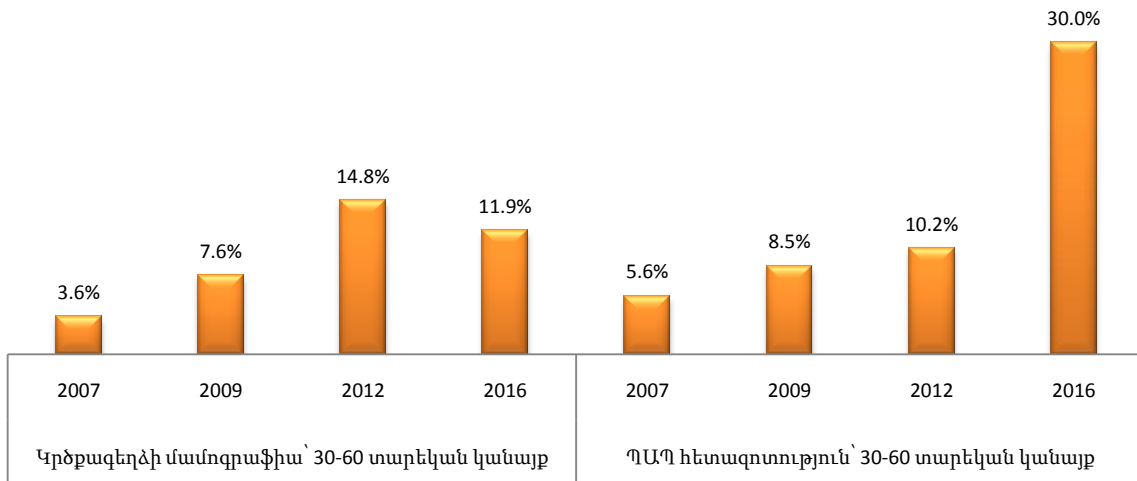
### **Կանխարգելիչ հետազոտությունների իրականացման ընդհանուր պատկեր**

ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012 և 2016թթ.-ին անցկացված ընտրանքային հետազոտությունների ընթացքում գնահատվել են 30-60 տարեկան կանանց ընդգրկվածությունը ՊԱՊ քսուկի բջջաբանական և կրծքագեղձի հետազոտություններում վերջին 3 տարիների ընթացքում (Գծապատկեր 113):

2016թ.-ի տվյալների համաձայն, վերջին երեք տարիների ընթացքում.

- Մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց կշիռը 2016թ.-ին (11.9%), 2012թ. համեմատությամբ նվազել է (14.8%) 3 միավորով: Սա պայմանավորված է, այն հանգամանքով, որ այս հետազոտությունն ընդգրկված չէ պետպատկերի շրջանակում և նրա արժեքը կազմում է 10000-15000 դրամ: Գծապատկեր 113-ում ներկայացված տվյալները նաև փաստում են, որ 2007թ. համեմատությամբ մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց տոկոսն աճել է 4 անգամ:
- Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց թիվը կազմել է 23%, որը զգալիորեն բարձր է սոցիալապես ապահովված խմբերում:
- ՊԱՊ քսուկի հետազոտություններ անցած 30-60 տարեկան կանանց կշիռը 2016թ.-ին (30%), 2012թ.-ի համեմատությամբ (10.2%) աճել է 3 անգամ, իսկ 2007թ.-ի համեմատությամբ՝ 5 անգամ:

**Գծապատկեր 113. Կրծքագեղձի մամոգրաֆիական և ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց %, ըստ հարցման պահին վերջին 3 տարվա ընթացքում, 2007, 2009, 2012 և 2016**

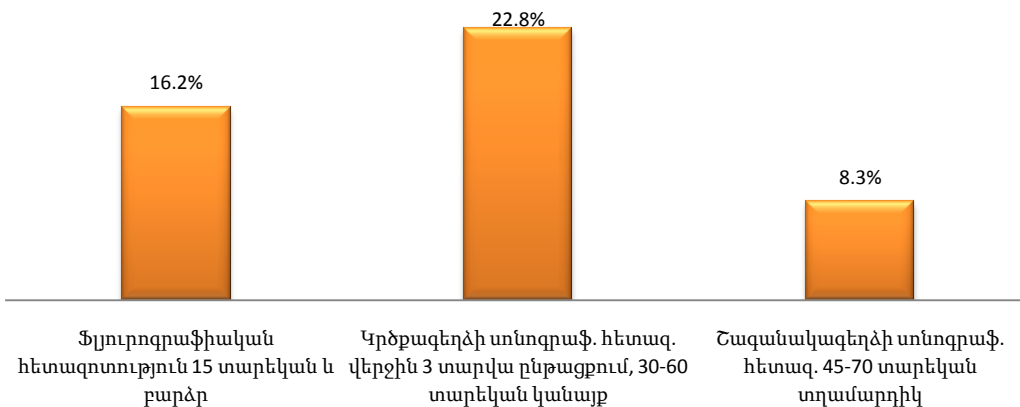


2016թ.-ի հետազոտության տվյալների հիման վրա գնահատվել է նաև ուլտրաձայնային հետազոտություններ անցած բնակչության տոկոսը (Գծապատկեր 114):

Համաձայն ներկայացված տվյալների.

- վերջին մեկ տարվա ընթացքում Հայաստանի 15 և Բարձր տարիքի բնակչության 16.2%-ն անցել է թոքերի ֆլյուրոգրաֆիական հետազոտություն,
- վերջին երեք տարվա ընթացքում կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն է անցել 30-60 տարեկան կանանց 22.8%-ը,
- վերջին մեկ տարվա ընթացքում 45-70 տարեկան տղամարդկանց 8.3%-ը անցել է շագանակագեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն:

**Գծապատկեր 114. Ուլտրաձայնային հետազոտությունների իրականացում, 2016**



## Կանանց կանխարգելիչ հետազոտություններ

### Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություններ

Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունն անցած կանանց թիվը ներկայացված է Գծապատկերներ 115 և 116-ում:

Գծապատկեր 115-ում ներկայացված է կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունն անցած 30-60 տարիքի կանանց տոկոսը վերջին 3 տարիների ընթացքում, որի համաձայն.

- Երևանի բնակչության կանաց տոկոսը, ովքեր անցել են կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն, զգալիորեն բարձր է գյուղաբնակ կանանց համեմատաբար, որը կարող է կապված լինել մայրաքաղաքի բուժհաստատություններում համապատասխան սարքավորումների և մասնագետների առկայությամբ:
- Ըստ տարիքային խմբերի ցուցանիշն անհամեմատ բարձր է 30-34 և 35-39 տարիքային խմբերում, որը նաև պայմանավորված է այն հանքամանքով, որ այդ տարիքի կանայք հանդիսանում են որպես ռիսկային խումբ կրծքագեղձի քաղցկեղի զարգացման տեսակետից և, բնականաբար, ավելի հաճախ են հետազոտվում:
- հետազոտության տվյալները փաստում են, որ որքան բարձր է կնոջ կրթամակարդակը, այնքան ավելի բարձր է կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունն անցածների հարաբերական թիվը: Զարմանալի է այն փաստը, որ այդ ցուցանիշը բավականին բարձր է թերի բարձրագույն կրթությամբ, այսինքն մինչև 25 տարեկան կանանց մոտ:

Գծապատկեր 116-ում ներկայացված են.

- վերջին 12 ամիսներին կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունն անցել են 15 և բարձր տարիքի կանանց և աղջիկների 9.8%-ը,
- հետազոտությունն անցած կանանց թիվն Երևանում (11.0%) և քաղաքներում (11.2%) ավելի բարձր է, քան գյուղերում (7.7%),
- ըստ **տարիքային խմբերի** հետազոտությունն անցած կանանց տոկոսը ավելի մեծ է 20-34 տարիքային խմբում՝ 13.7%, 35-49 տարիքային խմբում այն կազմել է 9.6%-ը, իսկ 50-64 տարիքային խմբում՝ 10.3%: Այսինքն, տարիքային խմբի աճի հետ զուգահեռ նվազում է հետազոտությունն անցած կանանց տոկոսը,
- հետազոտության տվյալները փաստում են՝ որքան բարձր է կնոջ **կրթամակարդակը**, այնքան ավելի բարձր է կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունն անցածների հարաբերական թիվը: Եթե միջնակարգից ցածր կրթությամբ կանանց շրջանում այն կազմել է 3.8%, ապա բարձրագույն կրթությամբ կանանց շրջանում՝ 17.2%,

- **բարեկեցության** I-III քվինթիլներում կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն են անցել կանանց 7.7-7.9%-ը, իսկ V քվինթիլում՝ 15.0%-ը:

Հետազոտության ընթացքում տրվել է նաև այն հարցը, թե **վերջին մեկ տարվա ընթացքում**, որ ծրագրի շրջանակում և ինչ պայմաններում է իրականացվել կանանց կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունը (Գծապատկեր 117).

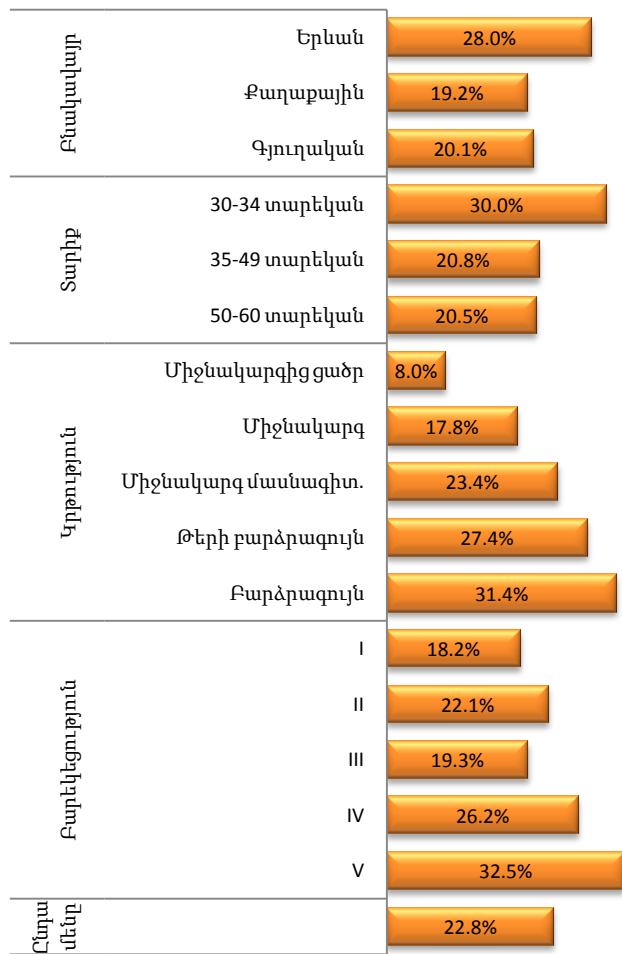
- ԱԱՊ հաստատությունում անվճար հետազոտությունների շրջանակում կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն իրականացվել է 23.9% կանանց մոտ,
- սոցիալական փաթեթի ծառայությունների շրջանակում հետազոտվել է 27.0%-ը,
- հիվանդության հետ կապված այցերի ընթացքում՝ 30.0%-ը:

Սոնոգրաֆիական հետազոտությունների արդյունավետությունը.

- վերջին 12 ամիսների ընթացքում իրականացված սոնոգրաֆիական հետազոտությունների 32.5%-ի դեպքում ախտորոշվել է հիվանդություն (Աղյուսակ 26),
- մեկից երեք տարի առաջ կատարված հետազոտությունների 38.6% դեպքում գրանցվել է հիվանդություն:

Այսպիսով, հետազոտության տվյալները փաստում են, որ ուլտրաձայնային հետազոտության արդյունքում յուրաքանչյուր 4 կնոջ մոտ հաստատվում է նախնական կասկածելի ախտորոշումով հիվանդությունը:

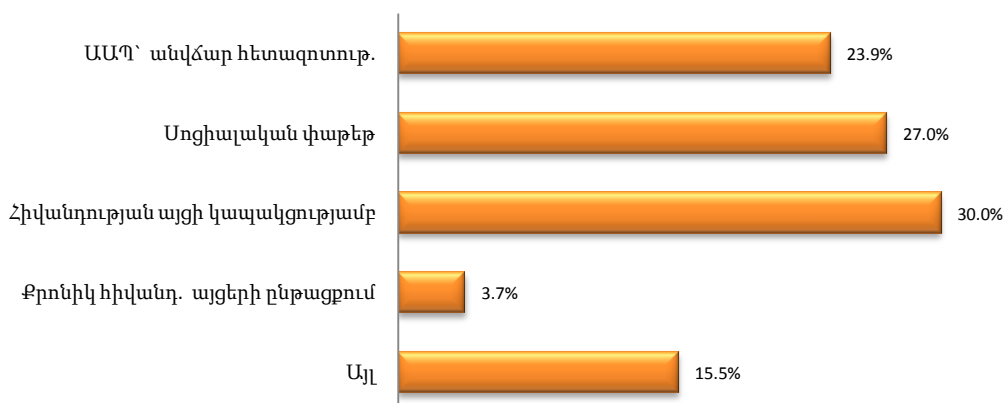
**Գծապատկեր 115. Կրճքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն անցած 30-60 տարիքի կանանց տոկոսը վերջին 3 տարիների ընթացքում, 2016**



**Գծապատկեր 116. Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունների իրականացում 15 և բարձր տարիքի կանանց մոտ, 2016**



**Գծապատկեր 117. Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտության իրականացման շրջանակներ, 2016**



**Աղյուսակ 26. Սոնոգրաֆիական հետազոտությունների արդյունքներ, 2016**

Կրծքագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտության իրականացումն ըստ ժամկետի	Հետազոտման արդյունք		
	Պատասխանը բացակայում է	Առողջ	Ախտորոշվել է հիվանդություն
Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	1.9	65.6	32.5
1-3 տարի առաջ	0.0	61.4	38.6
Ավելի վաղ	0.0	100.0	0.0
<b>Ընդամենը</b>	<b>1.7</b>	<b>67.1</b>	<b>31.3</b>

**Կրծքագեղձի մամոգրաֆիական հետազոտություն**

Կրծքագեղձի մամոգրաֆիական հետազոտությունը կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ավելի արդյունավետ եղանակ է, քան սոնոգրաֆիական հետազոտությունը: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը խորհուրդ է տալիս, որպեսզի 30-60 տարեկան կանայք անցնեն կրծքագեղձի մամոգրաֆիական հետազոտություն գոնե երեք տարին մեկ անգամ:

Գծապատկեր 118-ում ներկայացված է 2016թ.-ին կրծքագեղձի մամոգրաֆիական հետազոտության անցած կանանց թիվը:

Ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ.

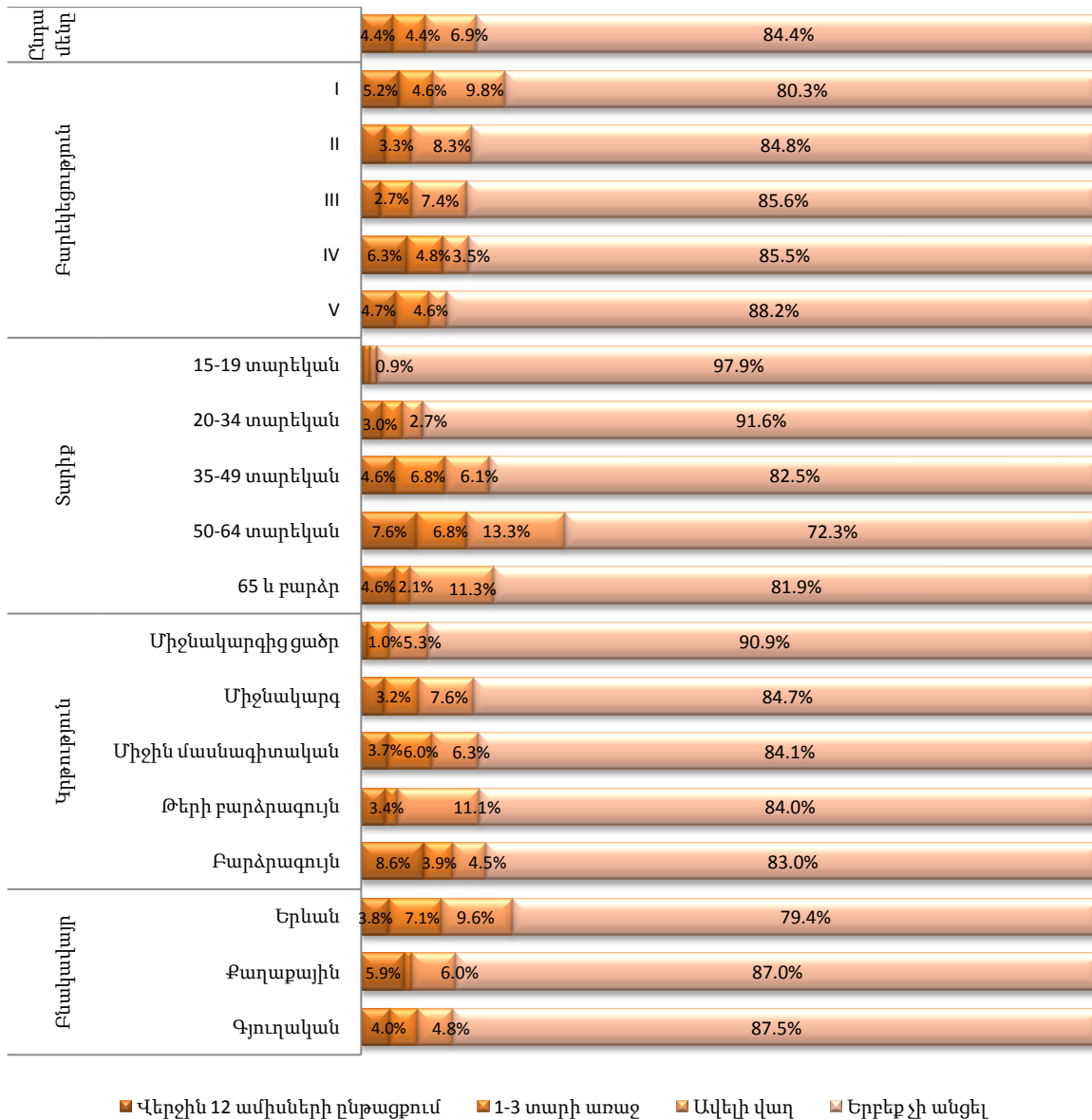
- վերջին 12 ամիսների ընթացքում մամոգրաֆիական հետազոտություն են անցել 15-49 տարեկան դեռահասների ու կանանց 4.4%-ը, իսկ վերջին երեք տարիների ընթացքում՝ 8.8%-ը,
- **20-34 տարեկանների** խմբում վերջին մեկ տարվա ընթացքում հետազոտվել է 3%-ը, իսկ վերջին երեք տարիների ընթացքում՝ 5.7%-ը: 35-49 տարեկանների շրջանում, համապատասխանաբար՝ 4.6% և 11.4%-ը, 50-64 տարեկանների շրջանում՝ 7.6% և 14.4%-ը,
- այսպիսով, վերջին երեք տարիների ընթացքում մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց թիվը կազմել է 11.9% (Գծապատկեր 113),
- մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց շրջանում զգալիորեն բարձր է բարձրագույն կրթությամբ կանանց մոտ ցուցանիշը՝ պայմանավորված իրազեկվածության և կրթության մակարդակով: Եթե միջնակարգից ցածր կրթություն ունեցող կանանց 1%-ն է վերջին 12 ամիսների ընթացքում անցել մամոգրաֆիական հետազոտություն, իսկ վերջին երեք տարիների ընթացքում՝ 3.9%-ը, ապա բարձրագույն կրթությամբ կանանց շրջանում այդ ցուցանիշերը համապատասխանաբար հավասար են՝ 8.6% և 12.5%-ի,
- ըստ **բարեկեցության** խմբերի այս ցուցանիշն զգալիորեն բարձր է IV և V քվինթիլների կանանց խմբում՝ վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտվել է այդ խմբի կանանց 4.7-6.3%, իսկ վերջին երեք տարիների ընթացքում՝ 9.3-11.1%-ը,
- վերջին 12 ամիսների ընթացքում մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց թիվը մի փոքր ավելի է մարզային քաղաքներում (5.9%), քան Երևանում (3.8%) և գյուղերում (4.0%):



Սակայն վերջին երեք տարիների ընթացքում մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց հարաբերական թիվն ավելի բարձր է Երևանում՝ 10.9%, քան քաղաքներում (6.9%) և գյուղերում (7.7%):

Քանի որ մամոգրաֆիական հետազոտությունը վճարովի ծառայություն է, ապա ուսումնասիրվել է նաև հետազոտության վճարման աղբյուրները (Աղյուսակ 27):

**Գծապատկեր 118. Կրծքագեղձի մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած 15 տարեկան և բարձր կանայք, ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



■ Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ■ 1-3 տարի առաջ ■ Ավելի վաղ ■ Երբեք չի անցել

**Աղյուսակ 27. Մամոգրաֆիական հետազոտության ֆինանսավորման ուղիներ, 2016**

Մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց սոցիոստատիստիկական ժամկետների	Վճարման աղբյուր					Ընդ.
	Սեփական միջոցներով	Ապահովագրություն	Սոցիալական փաթեթ	Այլաղբյուրից	Անվճար սուղում	
Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	41.6%	8.2%	38.8%	4.7%	6.8%	100.0%
1-3 տարի առաջ	75.4%	0.0%	0.0%	0.0%	24.6%	100.0%
Ավելի վաղ	80.4%	13.8%	0.0%	0.0%	5.8%	100.0%
<b>Ընդամենը</b>	<b>48.6%</b>	<b>8.3%</b>	<b>31.4%</b>	<b>3.8%</b>	<b>7.9%</b>	<b>100.0%</b>

Աղյուսակի տվյալներից երևում է, որ.

- Եթե երեք տարուց ավելի վաղ մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց 80.4%-ը վճարել է սեփական միջոցների հաշվին, ապա 1-3 տարի առաջ հետազոտություն անցած կանանց՝ 75.4%-ը, իսկ վերջին 12 ամիսների ընթացքում սեփական միջոցներով է վճարել 41.6%-ը,
- 1-3 տարի առաջ սեփական միջոցներից վճարումների նվազումը պայմանավորված է անվճար հետազոտությունների թվի աճով (24.6%), իսկ վերջին 12 ամիսներին սեփական միջոցներից վճարումների նվազումը՝ սոցիալական փաթեթի շրջանակում կատարված վճարումներով (38.8%), ինչպես նաև ապահովագրական վճարներով (8.2%):

Հարցման արդյունքում պարզվել է, որ.

- Վերջին 12 ամիսների ընթացքում մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց 21.8%-ի մոտ ախտորոշվել է կրծքագեղձի հիվանդություն, իսկ 1-3 տարի առաջ կատարված հետազոտությունների արդյունքում՝ 25.4%-ի մոտ:

**Աղյուսակ 28. Մամոգրաֆիական հետազոտության արդյունքներ, 2016**

Մամոգրաֆիական հետազոտություն անցած կանանց տոկոսնը ստ ժամկետների	Հետազոտության արդյունք		
	Պատասխան բացակայում է	Հիվանդությունը չի ախտորոշվել	Հիվանդությունը ախտորոշվել է
Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	0.0	78.2	21.8
1-3 տարի առաջ	0.0	74.6	25.4
Ավելի վաղ	0.0	100.0	0.0
<b>Ընդամենը</b>	<b>0.0</b>	<b>80.6</b>	<b>19.4</b>

**ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն**

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղը կանանց չարորակ հիվանդությունների կառուցվածքում գրավում է երկրորդ տեղը: Այն առավել հաճախ հանդիպում է միջին տարիքի կանանց մոտ, որոնց շուրջ կեսի մոտ քաղցկեղը ախտորոշվում է 35-55 տարիքում: 20 տարեկանից ցածր տարիքի կանանց մոտ արգանդի պարանոցի քաղցկեղը հազվադեպ է հանդիպում, դեպքերի մոտավորապես 20%-ը արձանագրվում է 65-ից բարձր տարիքի կանանց մոտ:

Քանի որ արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղի և քաղցկեղի վաղ փուլերը որևէ կլինիկական դրսևորում և զանգասներ չունեն, ախտորոշումն իրականացվում է մորֆոլոգիապես (ՊԱՊ թեստ և բիոպսիա) և էնդոսկոպիկ ախտորոշիչ միջոցներով (կոլպոսկոպիա):

2015թ.-ից 30-59 տարիքի կանանց շրջանում մեկնարկվել է ՊԱՊ քսուկի անվճար բջջաբանական հետազոտությունների իրականացումն ԱԱՊ հաստատություններում, որի նպատակն է արգանդի

պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերումը, որն էլ իր հերթին կնպաստի քաղցկեղի զարգացման կանխարգելմանը:

Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով ԱՀԿ հորդորում է 30-60 տարեկան կանանց անցնել ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն առնվազն երեք տարին մեկ անգամ:

Գծապատկեր 119-ում ներկայացված է 2016թ. ԱՀԳԳ տվյալները՝ 30-60 տարիքի կանանց ընդգրկվածությունը ՊԱՊ հետազոտություններում.

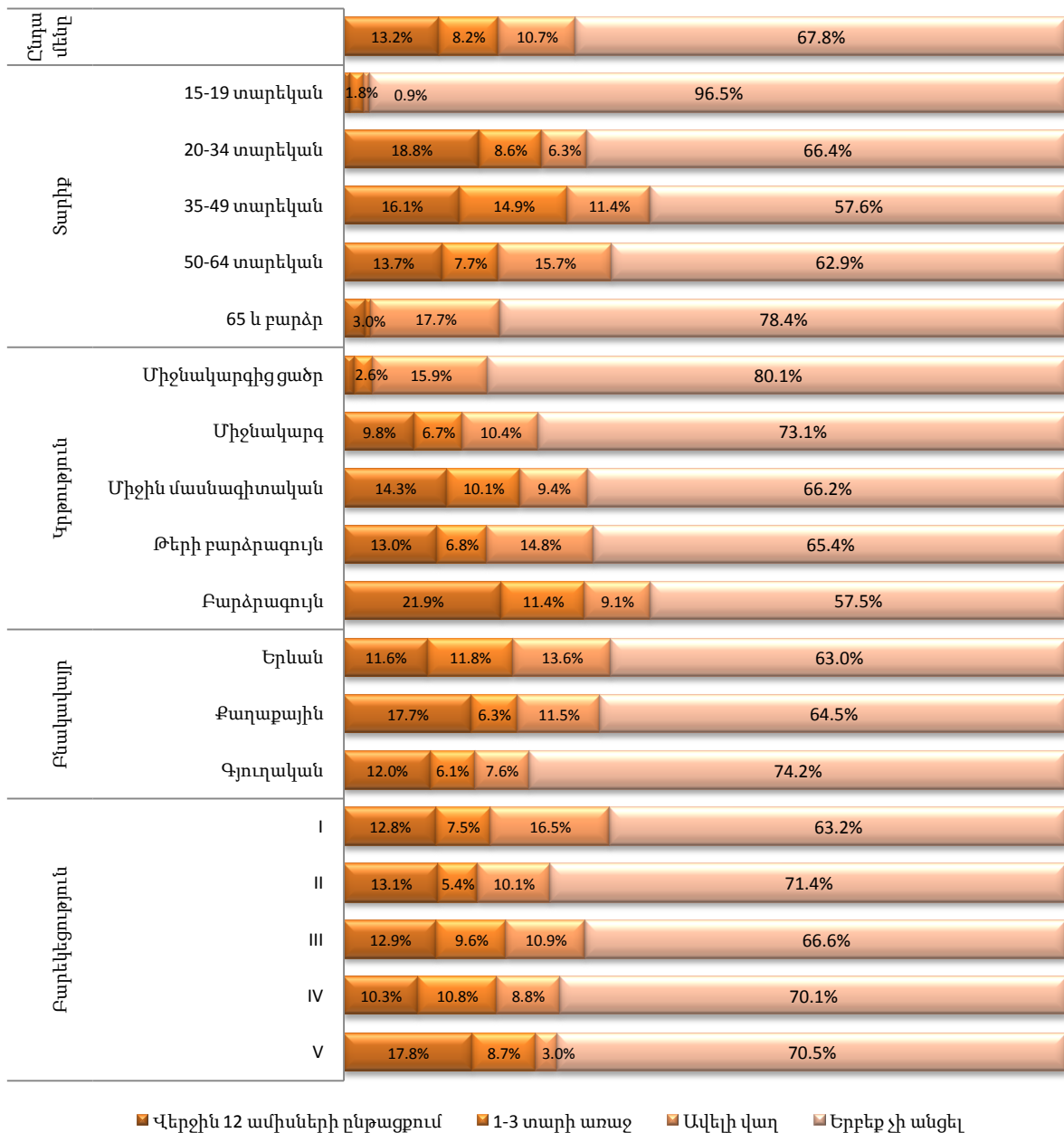
- վերջին 12 ամիսներին ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն է անցել 15 և բարձր տարիքի դեռահասների և կանանց 13.2%-ը, իսկ վերջին երեք տարիների ընթացքում՝ 21.4%-ը,
- 2016թ. ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն են անցել 30-60 տարիքի կանանց 30%-ը, որը 3 անգամ գերազանցում է 2012թ.-ի ցուցանիշին (10.2%),
- ըստ տարիքային խմբերի վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտված կանանց հարաբերական թիվը զգալիորեն բարձր է 20-34 (18.8%) և 35-49 (16.1%) տարիքային խմբերում,
- վերջին երեք տարիների ընթացքում հետազոտություն են անցել 20-34 տարիքի կանանց 27.4%-ը, 35-49 տարիքի՝ 31.0%-ը և 50-64 տարիքի՝ 21.4%-ը,
- հետազոտված կանանց հարաբերական թիվը կրթամակարդակի աճին զուգահեռ աճում է: Վերջին 12 ամիսների ընթացքում միջնակարգից ցածր կրթությամբ կանանց ընդգրկվածությունը կազմում է 1.5%, իսկ վերջին երեք տարիների ընթացքում՝ 2.6%: Բարձրագույն կրթությամբ կանանց շրջանում այդ ցուցանիշերը համապատասխանաբար կազմում են 21.9% և 33.3%,
- հետազոտված կանանց հարաբերական թիվը կախված է նաև բնակավայրից: Երևանում և մարզային քաղաքներում վերջին տարիների ընթացքում հետազոտություն են անցել համապատասխանաբար 23.4% և 24%-ը, իսկ գյուղերում՝ 18.1%-ը,
- հարկ է նշել, որ վերջին 12 ամիսների ընթացքում մարզային քաղաքներում հետազոտություն անցած կանանց տոկոսը (17.7%) գերազանցում է Երևանի ցուցանիշին (11.6%), որը մոտ է գյուղերում հետազոտված կանանց ցուցանիշին (12%),
- ըստ բարեկեցության խմբերի վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտված կանանց թիվն ավելի բարձր է V բարեկեցիկ քվինթիլում (17.8%), մնացած բարեկեցության խմբերում ցուցանիշը տատանվում է 10.3-13.1% միջակայքում:

Հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել է նաև հետազոտության իրականացման ֆինանսավորման աղբյուրները (Գծապատկեր 120): Տվյալներից երևում է, որ.

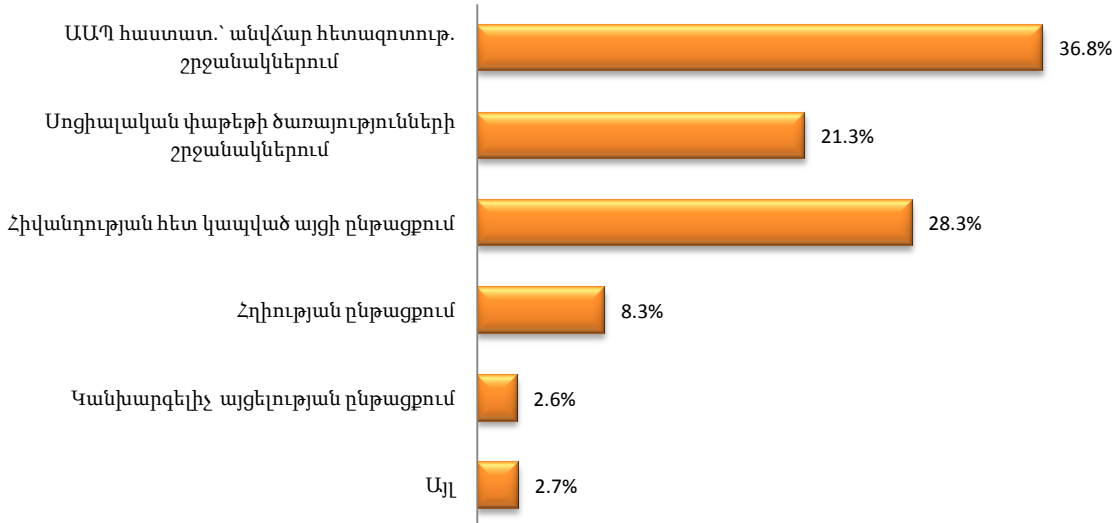
- Հետազոտությունների 36.8%-ը կատարվել է ԱԱՊ հաստատություններում՝ անվճար սքրինինգային հետազոտությունների շրջանակում, 21.3%-ը՝ սոցիալական փաթեթի ծառայությունների շրջանակում: Հետազոտությունների 28.3%-ն իրականացվել է հիվանդության հետ կապված այցի ընթացքում, իսկ 8.3%-ը՝ հղիության ընթացքում:

Վերջին 12 ամիսներին իրականացված հետազոտությունների 20.9%-ի դեպքերում ախտորոշվել է արգանդի պարանոցի նորագոյացություն, իսկ մեկից երեք տարի առաջ իրականացված հետազոտություններում հիվանդությունն ախտորոշվել է հետազոտվածների 14.6%-ի մոտ:

**Գծապատկեր 119. ՊԱՊ քսուկի հետազոտություններ անցած 15 և բարձր տարիքի կանայք ըստ սոցիալ ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



**Գծապատկեր 120. ՊԱՊ քսուկի հետազոտության ֆինանսավորման ուղիներ, 2016**



**Աղյուսակ 29. ՊԱՊ քսուկի հետազոտությունների արդյունքներ, 2016**

ՊԱՊ քսուկի հետազոտություն ըստ ժամկետի	Հետազոտման արդյունք		
	Պատասխանը բացակայում է	Հիվանդությունը չի ակտորոշվել	Հիվանդությունը ակտորոշվել է
Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	4.7%	74.4%	20.9%
1-3 տարի առաջ	0.0%	85.4%	14.6%
Ավելի վաղ	0.0%	87.9%	12.1%
<b>Ընդամենը</b>	<b>4.2%</b>	<b>75.5%</b>	<b>20.3%</b>

**Կանխարգելիչ հետազոտություններ**

**Ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություններ**

Թոքերի ֆյուրոգրաֆիական հետազոտությունների իրականացման մասին տվյալները ներկայացված են Գծապատկեր 121-ում:

- Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություն է անցել **հարցվածների 16.2%-ը**:
- Ըստ **տարիքային** խմբերի հետազոտվածների հարաբերակցությունը միմյանցից քիչ է տարբերվում: Այնուամենայնիվ, հարաբերականորեն ավելի մեծ թվով ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություն են անցել 50-64 տարիքային խմբում: Վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտվել է այդ տարիքային խմբի 18.3%-ը:
- Ըստ տարիքային խմբերի նկատվում է հետազոտություն անցած անձանց հարաբերական թվի աճ՝ **կրթամակարդակի** աճին զուգահեռ: Եթե միջնակարգից ցածր կրթությամբ խմբում վերջին

12 ամիսների ընթացքում ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություն է անցել 11.6%-ը, ապա բարձրագույն կրթությամբ անձանց խմբում՝ 20.6%-ը:

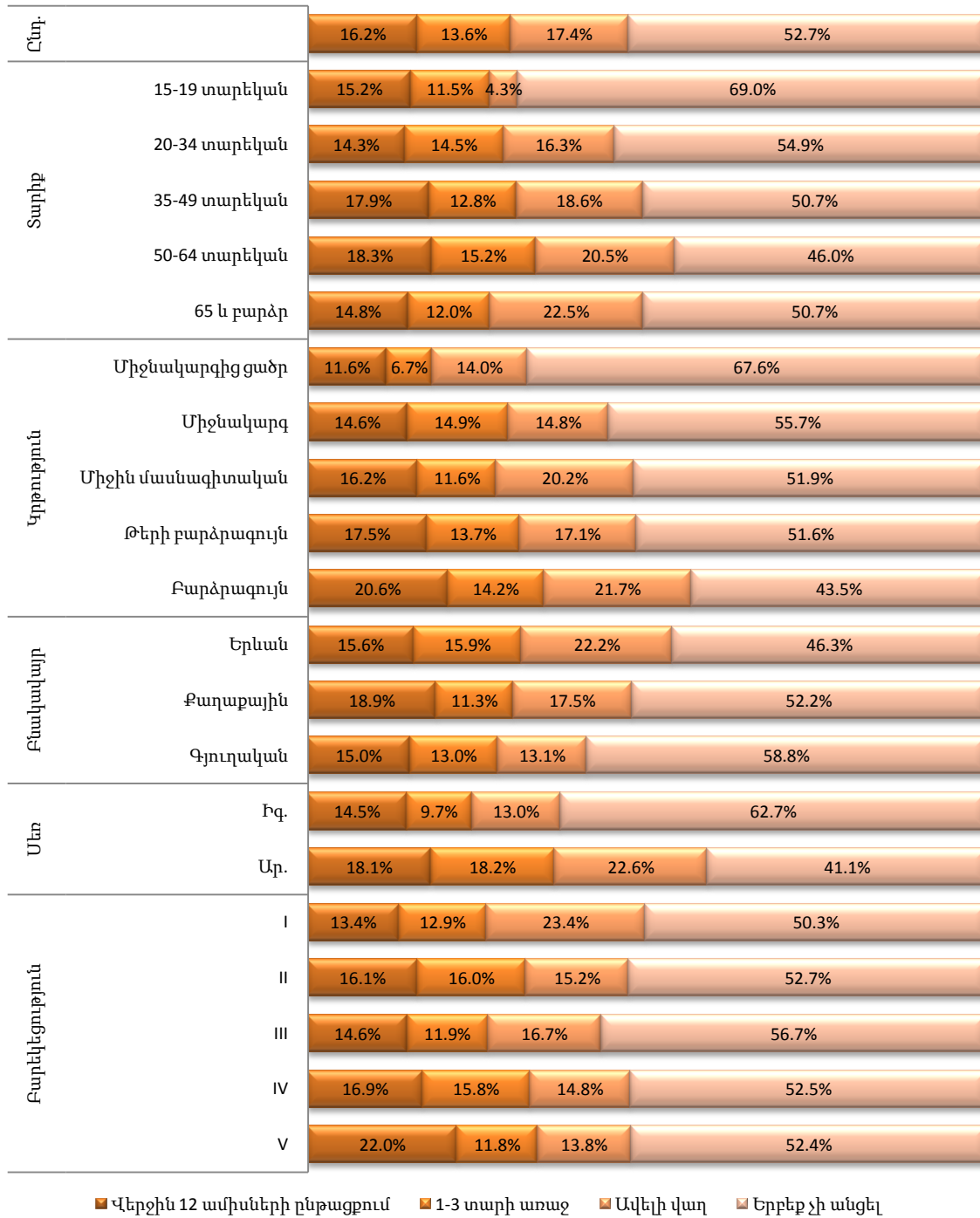
- Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություն անցած անձանց տոկոսը **քաղաքներում**՝ 18.9% է, որը մի փոքր գերազանցում է Երևանի՝ 15.6% և գյուղերի՝ 15.0% ցուցանիշերին:
- Վերջին 12 ամիսներին ֆյուրոգրաֆիա անցած **տղամարդկանց** տոկոսը՝ 18.1% է, որը գերազանցում է կանանց համապատասխան ցուցանիշին՝ 14.5%:
- Վերջին 12 ամիսների ընթացքում **բարեկեցության V քվինթիլում** 22%-ն է անցել հետազոտություն, այդ ցուցանիշը նվազում է բարեկեցության նվազմանը զուգահեռ, որը I քվինթիլում կազմել է 13.4%:

Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություններ իրականացվել են.

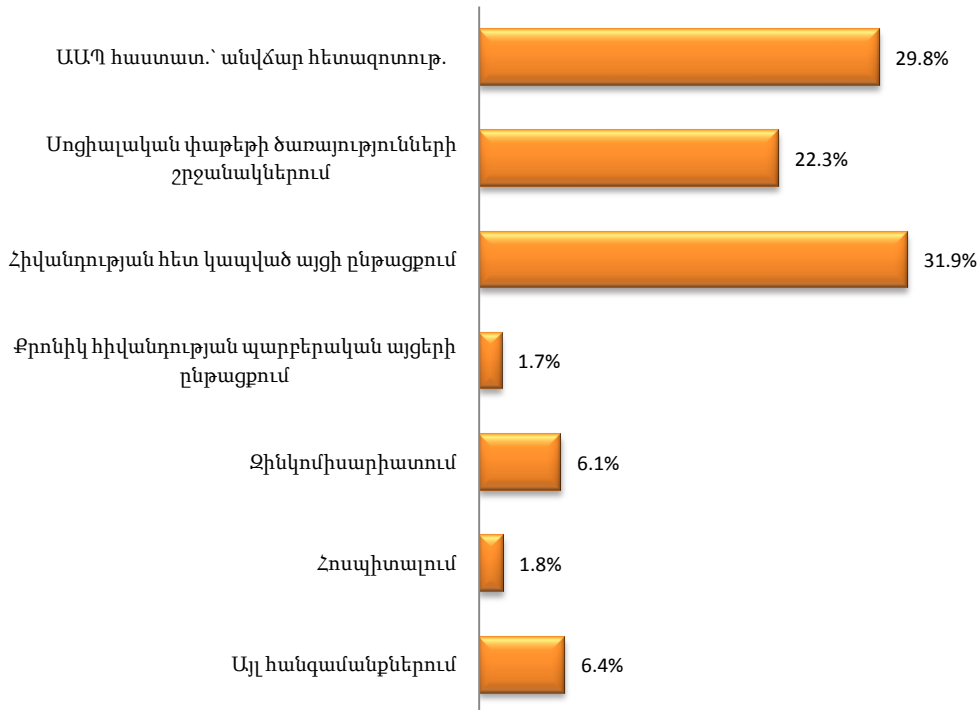
- 29.8%-ը՝ պոլիկլինիկաներում և ամբուլատորիաներում անվճար հետազոտությունների շրջանակներում,
- 22.3%-ը՝ սոցիալական փաթեթի ծառայությունների շրջանակում,
- 31.9%-ը՝ հիվանդության հետ կապված այցի ընթացքում,
- 6.1%-ը՝ զինկոմիսարիատում:

Վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտվածների 11.5%-ի մոտ ախտորոշվել է հիվանդություն: Մեկից երեք տարի առաջ իրականացված հետազոտությունների արդյունքում հիվանդություն էր ախտորոշվել 18.4%-ի մոտ:

**Գծապատկեր 121. Ֆյուրոգրաֆիական հետազոտություններ անցած 15 և բարձր տարիքի անձինք ըստ սոցիալ ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



**Գծապատկեր 122. Ֆյուրոգրաֆիական հետազոտության ֆինանսավորման ուղիները վերջին 12 ամիսների ընթացքում, 2016**



**Աղյուսակ 30. Ֆյուրոգրաֆիական հետազոտության արդյունքներ, 2016**

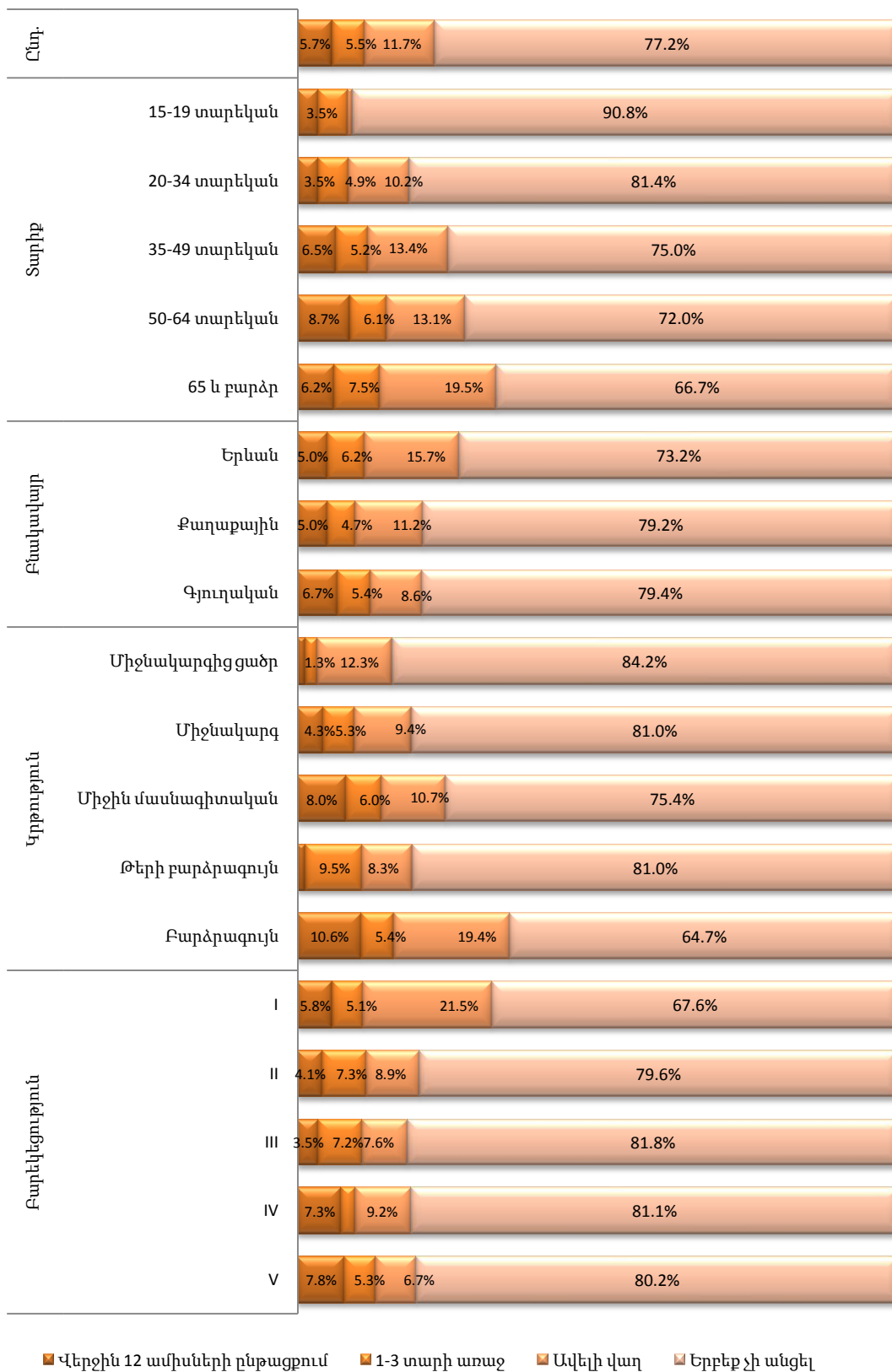
Ժամանակահատված	Հետազոտման արդյունք		
	Պատասխանը բացակայում է	Հիվանդությունը չի ախտորոշվել	Հիվանդությունը ախտորոշվել է
Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	2.9	85.6	11.5
1-3 տարի առաջ	2.7	78.9	18.4
Ավելի վաղ	0.0	89.2	10.8
<b>Ընդամենը</b>	2.9	85.6	<b>11.5</b>

**Շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն**

Հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտություն են անցել 15 և բարձր տարիքի տղամարդկանց 5.7%-ը (Գծապատկեր 123):



**Գծապատկեր 123. Շագանակագեղձի սննդքաֆիական հետազոտություն անցած 15 և բարձր տարիքի տղամարդիկ ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2016**



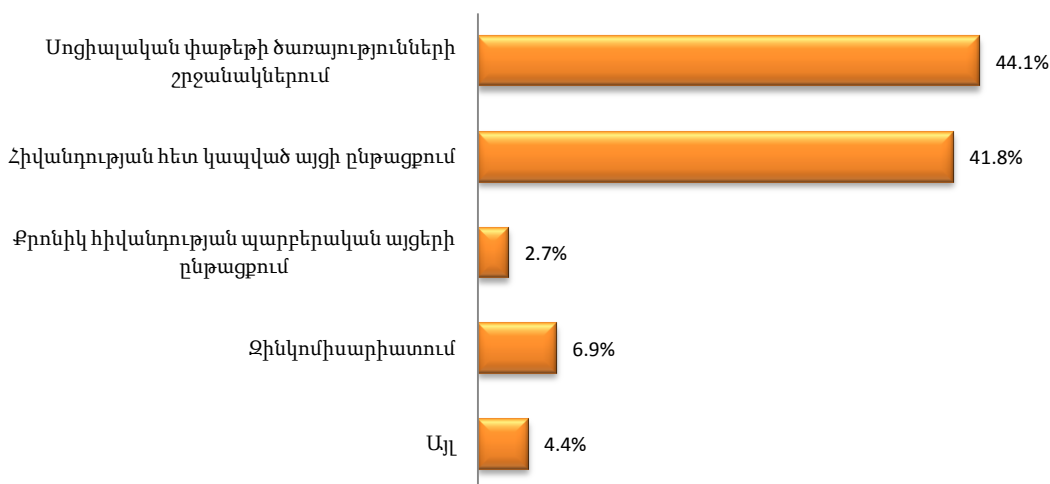
Համաձայն ներկայացված տվյալների վերջին 12 ամիսների ընթացքում շագանակագեղձի հետազոտություն անցած տղամարդկանց ամենաբարձր թիվը գրանցվել է 50-64 տարիքային խմբում (8.7%):

- Ըստ **բնակավայրի** հետազոտվածների % էապես չի տարբերվում, սակայն այն մի փոքր ավելի բարձր է գյուղերում (6.7%):
- Ըստ **կրթության** մակարդակի ավելի մեծ է միջին մասնագիտական (8.0%) և բարձրագույն (10.6%) կրթությամբ անձանց շրջանում:
- Ըստ **բարեկեցության** խմբերի՝ հետազոտություն անցածների թիվն ավելի է մեծ է բարեկեցության IV և V քվինթիլներում (7.3% և 7.8%):

Վերջին 12 ամիսների ընթացքում շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունների 44.1% իրականացված է սոցիալական փաթեթի ծառայությունների շրջանակում, իսկ 41.8%-ը՝ հիվանդության հետ կապված այցի ընթացքում:

Վերջին 12 ամիսների ընթացքում իրականացված շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունների 39.5%-ի արդյունքում ախտորոշվել է կասկածելի հիվանդությունը:

**Գծապատկեր 124. Շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտության ֆինանսավորման ուղիներ, 2016**



**Աղյուսակ 31. Շագանակագեղձի սոնոգրաֆիական հետազոտությունների արդյունքներ, 2016**

Ժամանակահատված	Ինչպատասխանենտվել Ձեզայդվերջին հետազոտության վերաբերյալ:		
	Պատասխանը բացակայում է	Հիվանդությունը չի ախտորոշվել	Հիվանդությունը ախտորոշվել է
Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	3.5%	57.0%	39.5%
1-3 տարի առաջ	0.0%	67.7%	32.3%
Ավելի վաղ	0.0%	77.2%	22.8%
<b>Ընդամենը</b>	2.7%	60.9%	36.4%

## 6. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ

### *Բուժօգնության որակն ու անվտանգությունը*

Առողջապահական ծառայությունների որակի գնահատման նպատակով, մասնավորապես, դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները՝

- Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման և բուժման արդյունավետությունը, այդքովում՝
  - ✓ կրծքագեղձի քաղցկեղի
  - ✓ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի
- հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակը:

### *Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում*

Համաձայն ապացուցողական բժշկության տվյալների՝ քաղցկեղների 40%-ը կանխարգելվող և բուժվող հիվանդություններ են, և դրանց շարքին են դասվում կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները (ԿՔ, ԱՊՔ): Այդ հիվանդությունները զարգանում են մոտավորապես 5-10 տարվա ընթացքում:

Քաղցկեղների բուժման հավանականությունն աճում է՝ դրանց վաղ հայտնաբերման դեպքում:

Վերջին տասնամյակի ընթացքում ԿՔ և ԱՊՔ վերահսկման համապարփակ ծրագրերի շնորհիվ, աշխարհի մի շարք զարգացող երկրներում քաղցկեղի այս տեսակի նոր դեպքերի թիվն ու մահացությունն իջել է 60-80%:

Կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները կանանց չարորակ նորագոյացությունների կառուցվածքում գրավում են առաջին և երկրորդ տեղերը: Այդ հիվանդություններն առավել հաճախ հանդիպում են 35-55 տարեկան կանանց մոտ: 20 տարեկանից ցածր տարիքի կանանց մոտ ԿՔ և ԱՊՔ հազվադեպ են հանդիպում, իսկ դեպքերի մոտավորապես 30.2% արձանագրվում է 65-ից բարձր տարիքի կանանց շրջանում:

Համաշխարհային ցուցանիշերի առումով ԿՔ և ԱՊՔ համաճարակաբանական պատկերը հետևյալն է. տարեկան գրանցվում է ԿՔ հիվանդացության 1 250 000 դեպք, որոնցից մահացությունը կազմում է շուրջ 550 000, իսկ ԱՊՔ՝ 464 000 հիվանդացության և մահացության 234 000 դեպքեր: Հարկ է նշել, որ այդ հիվանդությունների 8-10% բաժին են ընկնում տնտեսապես զարգացած երկրներին (ԱՀԿ, 2010):

Համաձայն 2015թ.-ի ՀՀ ԱՆ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի և ԱՏՎԿ տվյալների ԿՔ դեպքերի 30.0%-ը գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (274 հիվանդացության դեպք): ԱՊՔ քաղցկեղի դեպքերի 60.2% գրանցվել են հիվանդության զարգացման

III և IV փուլերում (153 հիվանդացության դեպք): ԿՔ նոր դեպքերը 25 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում կազմել են 1 091, իսկ ԱՊՔ՝ 257 դեպք:

Համաձայն Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զանգվածային հետազոտության տվյալների, Հայաստանում 2012թ.-ին արգանդի պարանոցի հետազոտություն է անցել 30-60 տարեկան կանանց 10.2%-ը, որը դեռևս լրջորեն զիջում է բջջաբանական սրբինինգի միջազգային ցուցանիշերին:

Այդ պատճառով քաղցկեղների բուժման տեսակետից շատ կարևոր է այն հանգամանքը, թե ո՞ր փուլում են դրանք հայտնաբերվում: Քաղցկեղների հայտնաբերման տվյալներն ըստ քաղցկեղի փուլերի 2003-2015թթ. ընթացքում ներկայացված են Գծապատկեր125-ում:

Տվյալները հուշում են, որ.

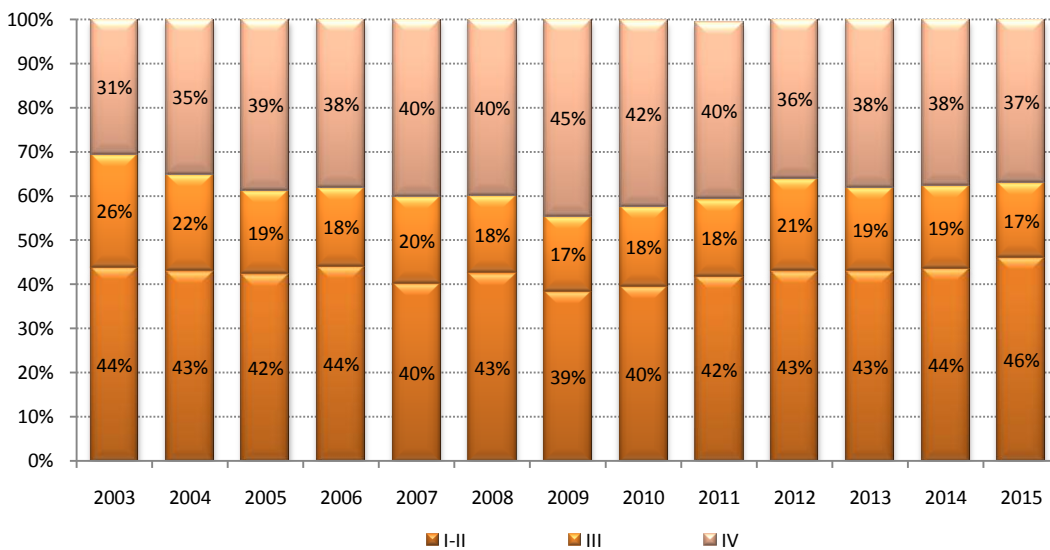
- Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման հարցում առաջընթաց չկա

Այսպիսով, I-II փուլում հայտնաբերված բոլոր տեսակի քաղցկեղների մասնաբաժինը 2015թ.-ին կազմել է 46%, իսկ III և IV փուլերում՝ 54%:

Հետևաբար՝

- քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման խնդիրն արդեն 10 տարի մնում է խնդրահարույց, և անհրաժեշտ են լուրջ միջոցառումների իրականացում այդ ցուցանիշը բարելավելու նպատակով:

**Գծապատկեր 125. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն՝ ըստ հիվանդության փուլերի, բոլոր տեսակի քաղցկեղներ, 2003-2015**

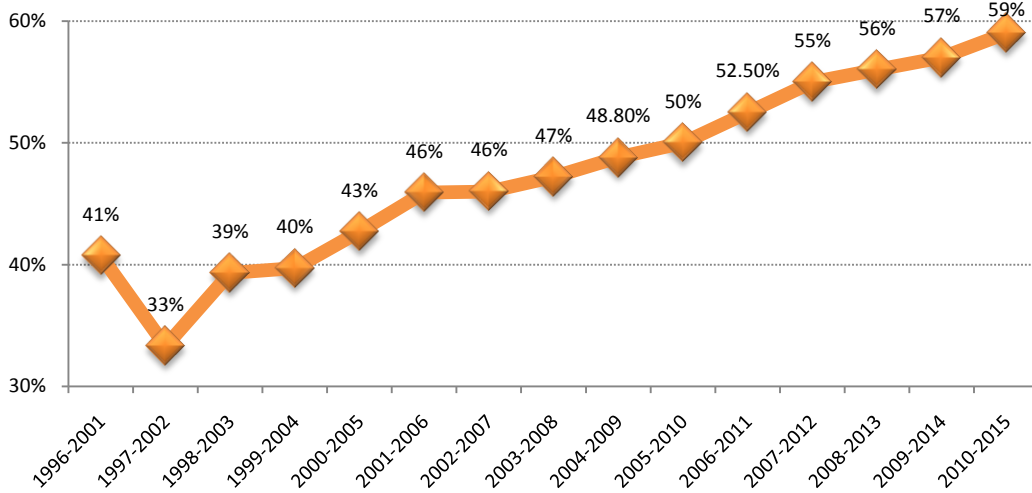


Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2015

**Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերում**

Կրծքագեղձի քաղցկեղը չարորակ նորագոյացությունների տարատեսակ է, որի վիճակագրությունը վարում է ՀՀ ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնը: Չարորակ նորագոյացությունների բուժման ինտեգրալ ցուցանիշ է կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը (Գծապատկեր126): Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2002թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը թեև դանդաղ, սակայն անշեղորեն աճում է: Արդյո՞ք այդ աճը կարելի՞ է համարել բավարար՝ հարցի պատասխանը վերապահվում է համապատասխան մասնագետներին:

**Գծապատկեր 126. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը**



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն, 2015

Փորձենք պարզել թե, ո՞ր գործոնով է պայմանավորված ապրելիության ցուցանիշի աճը՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումի՞ց, թե՞ բուժման արդյունավետությունից: Այս ցուցանիշը խիստկախված է կրծքագեղձի քաղցկեղի և՛ վաղ հայտնաբերումից, և՛ բուժման արդյունավետությունից: Այդ մասին պատկերացում են տալիս Գծապատկեր 127-ի տվյալները: Գծապատկերից երևում է, թե հիվանդության ո՞ր փուլում են հայտնաբերվել կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքերը 2003-2015թթ. ընթացքում:

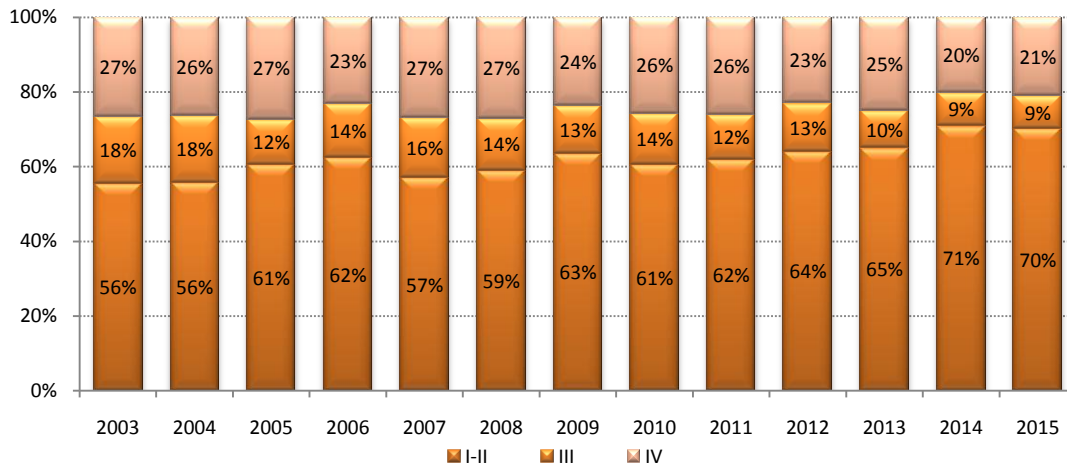
Համաձայն այդ տվյալների՝ կրծքագեղձի քաղցկեղը I-II փուլերում հայտնաբերելու դեպքերի քանակը 2010-2015թթ. ընթացքում աճել է, հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ՝

- կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականության աճը որոշ չափով պայմանավորված է դրա վաղ փուլերում հայտնաբերման հնարավորության աճով:

Մյուս կողմից, տվյալներում քաղցկեղի I-II փուլում հայտնաբերումն ունի 3-4 տարվա աճ, որից հետո դրա վաղ հայտնաբերման հավանականությունը նվազում է: Մասնավորապես, կրծքագեղձի

քաղցկեղի I-II փուլում հայտնաբերման ցուցանիշի աճ է գրանցվել 2004-2006, 2007-2009 և 2010-2014թթ. ժամանակահատվածներում և նվազում՝ 2006-2007, 2009-2010թթ. և 2014-2015թթ. ընթացքում: Նման պատճառների մասին որևէ բացատրություն դեռևս չի տրվել:

**Գծապատկեր 127. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, 2003-2015**



Աղբյուր՝ Ուսուցչաբանական ազգային կենտրոն, 2015

Գծապատկեր 127-ի տվյալները հուշում են, որ՝

- **հիմքեր չկան ենթադրելու, որ կրծքագեղձի քաղցկեղն ուշ՝ IV փուլում, հայտնաբերելու հավանականությունը նվազում է:**

Այսպիսով, 2015թ.-ին IV փուլում հայտնաբերվել է կրծքագեղձի քաղցկեղների 21%-ը, այն դեպքում, երբ, օրինակ, 2007թ.-ին՝ 27%-ը: Այսինքն 2007թ.-ի համեմատ ցուցանիշը բարելավվել է:

Հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ.

- **կանանց մոտ կրծքագեղձի քաղցկեղով ապրելիության աճը պայմանավորված է առավելապես բուժման որակի աճով:**

Անշուշտ, ողջունելի է քաղցկեղի բուժման ոլորտում ցանկացած առաջընթացը: Պետք է ենթադրել, որ Հայաստանում առկա է կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման արդյունավետության բարձրացման նշանակալի պոտենցիալ, ինչը կապված է քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետ: Հարկ է նշել, որ ցանկացած նոր տեխնոլոգիա՝ ներդրման փուլում, նախորդից ավելի թանկ է: Ուստի, պետք է ենթադրել, որ քաղցկեղի բուժման որակի բարելավումը Հայաստանում զուգորդված է դրա գնի բարձրացմամբ:

Հետևաբար, քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ոլորտում առաջընթացը կարող է որակապես բարելավել քաղցկեղի բուժման արդյունավետությունը՝ միաժամանակ զգալիորեն կրճատելով անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցները:

Այսինքն՝

- քաղցկեղի վաղ հայտնաբերմանն ուղղված ֆինանսական միջոցները կարող են կրճատել կոնկրետ հիվանդի բուժման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների օգտագործումը և կիրառվել՝ ավելի մեծաքանակ հիվանդների բուժման համար: Վերջին հաշվով, վաղ հայտնաբերման բուժումն ավելի արդյունավետ է և շահավետ, քան բուժման նոր տեխնոլոգիաների ներդրումը:

**Չարորակ նորագոյացությունների հիմնախնդիրներ**

Համաձայն 1985-2015թթ. վիճակագրական տվյալների ՀՀ բնակչության շրջանում ՉՆ հիվանդացությունը (կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված/նոր դեպքեր) աճել են գրեթե 1.8 անգամ (Աղյուսակ 32):

**Աղյուսակ 32. ՀՀ հիվանդացությունը չարորակ նորագոյացություններով**

Տարիներ	Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և ուռուցքաբանական հիմնարկներում գրանցված չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների թիվը		Տարեվերջին ուռուցքաբանական հիմնարկներում դիսպաներային հսկողության տակ գտնվող հիվանդների թիվը	
	բ.թ.	հ.թ.	բ.թ.	հ.թ.
1985	4710	140.6	17584	522.0
1987	5119	148.8	20045	578.7
1988	5227	151.0	21228	613.4
1989	5270	150.9	22067	632.0
1990	5162	145.1	20929	588.2
1991	4905	135.7	21787	602.6
1992	4462	121.1	21584	585.6
1993	4586	122.9	21670	580.7
1994	4515	120.5	21709	578.4
1995	4705	125.2	21290	565.3
1996	4757	126.1	20721	548.1
1997	4709	124.4	20602	543.4
1998	5145	135.6	21605	568.8
1999	5415	142.5	22589	593.9
2000	5413	142.3	21972	577.8
2001	5666	149.1	23451	617.1
2002	5737	178.6	24384	759.6
2003	5951	185.3	25580	796.3
2004	6174	192.1	26522	824.7
2005	6396	198.8	26512	823.6
2006	7163	222.4	27963	867.6
2007	7294	226.1	28439	880.4
2008	7336	226.8	28692	886.1
2009	7657	236.1	30117	926.8
2010	7593	233.2	31550	967.0
2011	7858	240.4	32580	995.0
2012	7877	260.5	34400	1136.5
2013	7911	261.8	36660	1215.1
2014	8365	277.6	38918	1292.7
2015	8372	278.6	40862	1362.7

հ.թ. -100000 բնակչի հաշվով

Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը կտրուկ աճում է 35-ից բարձր տարիքային խմբերում և հասնում է զագաթնակետին 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում (Աղյուսակ 33):

**Աղյուսակ 33. ՀՀ բնակչության հիվանդացությունը չարորակ նորագոյացություններով ըստ սեռատարիքային խմբերի**

Տարիք	2014 թ.						2015 թ.					
	Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և ուռուցքաբանական հիմնարկներում գրանցված չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների թիվը											
	Ընդամենը		Տղամարդ		Կին		Ընդամենը		Տղամարդ		Կին	
	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.
0-14	37	6.4	28	9.1	9	3.3	57	9.7	32	10.2	25	9.1
15-17	16	14.4	9	15.3	7	13.3	15	14.2	10	17.8	5	10.1
18-24	56	16.1	33	19.2	23	13.1	48	14.8	22	13.7	26	16.0
25-34	176	33.6	74	29.2	102	37.8	163	30.8	60	23.5	103	37.6
35-44	402	107.5	123	69.7	279	141.1	369	96.8	106	59.0	263	130.7
45-54	1197	294.0	468	250.4	729	331.1	1166	300.5	472	266.7	694	328.9
55-59	1103	543.6	543	589.6	560	505.4	1131	535.8	603	630.8	528	457.1
60-64	1192	812.5	663	1024.7	529	645.1	1154	746.9	632	929.4	522	603.5
65 և բարձր	4186	1300.4	2277	1783.1	1909	983.0	4269	1310.3	2354	1824.8	1915	973.1
Ընդամենը	8365	277.6	4218	292.7	4147	263.7	8372	278.6	4291	299.2	4081	259.9

հ.թ. -100000 բնակչի հաշվով

- Կանանց շրջանում զգալիորեն բարձր է կրծքագեղձի, արգանդի պարանոցի և մարմնի, ձվարանի քաղցկեղով հիվանդացությունը (Աղյուսակ 34):
- Տղամարդկանց շրջանում՝ շնչափողի, բրոնխների, թոքի, միզապարկի, շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդացությունը (Աղյուսակ 34):
- Ավելին, վերջին տարիների ընթացքում և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց շրջանում, զգալիորեն աճել է ստամոքսի և հաստ աղու քաղցկեղով հիվանդացությունը, որը կարող է պայմանավորված լինել նստակյաց ապրելակերպով և անառողջ սննդակարգով (Աղյուսակ 34):

**Աղյուսակ 34. Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով հաճախակի հանդիպող չարորակ նորագոյացությունների թվաքանակն ըստ սեռատարիքային խմբերի (բացարձակ թիվ), 2015**

Հիվանդություններ	ՀՄԴ10	0-14	15-17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-59	60-64	65 և >	Ընդամենը
<b>Բզական սեռ</b>											
Կրծքագեղձի	C50			2	37	107	254	172	158	363	1093
Արգանդի պարանոցի	C53					7	43	92	39	30	257
Արգանդի մարմնի	C54						8	29	60	48	260
Չվարանի	C56			2	5	14	49	26	29	76	201
Շնչափողի,բրոնխների,թոքի	C33- C34					3	5	21	19	26	209
Ստամոքսի	C16			1	1	4	32	23	29	153	243
Հաստ աղիքի	C18					1	2	24	28	35	270
<b>Արական սեռ</b>											
Շնչափողի,բրոնխների,թոքի	C33- C34					2	13	116	173	214	626
Կոկորդի	C32						3	18	22	27	125
Ստամոքսի	C16					1	7	49	49	53	380
Հաստ աղիքի	C18					2	4	25	35	38	264
Լյարդի և ներլյարդային լեղուղիների	C22						4	30	32	19	205
Շագանակագեղձի	C61							9	26	36	334
Միզապարկի	C67			2	3	6	34	55	49	245	394

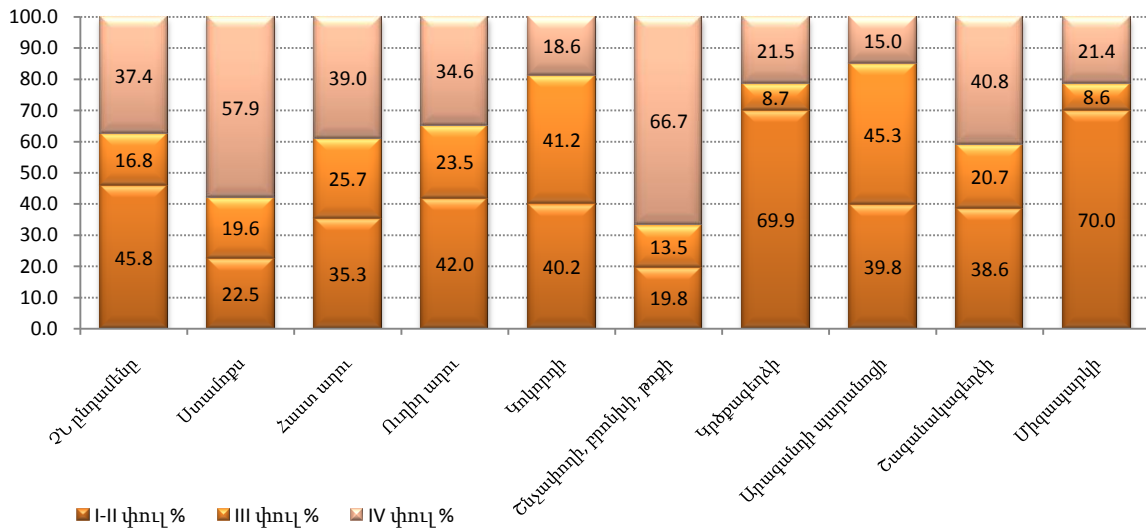


**Աղյուսակ 35. Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը (ընդհանուր հիվանդացություն), 2015**

ՀՄՂ 10		Բ.թ.
<b>Իգական սեռ</b>		
Կրծքագեղձի	C50	10032
Արգանդի պարանոցի	C53	3030
Արգանդի մարմնի	C54	1740
Ձվարանի	C56	1145
Շնչափողի,բրոնխների,թոքի	C33- C34	269
Ստամոքսի	C16	574
Հաստ աղիքի	C18	1307
Չարորակ լիմֆոմաներ	C81-90, C96	907
<b>Արական սեռ</b>		
Շնչափողի,բրոնխների,թոքի	C33- C34	1564
Կոկորդի	C32	1129
Ստամոքսի	C16	1403
Հաստ աղիքի	C18	1090
Շագանակագեղձի	C61	1160
Միզապարկի	C67	2131
Չարորակ լիմֆոմաներ	C81-90, C96	1154

- Թոքի և ստամոքսի քաղցկեղի դեպքերի ավելի քան 63.4%-ը հայտնաբերվում են IV փուլում, իսկ III փուլում հայտնաբերված դեպքերի տեսակարար կշիռը կազմում է 15-17%: Այսինքն, դեպքերի մոտ 80%-ը հայտնաբերվում են հիվանդության ուշ փուլերում, որով պայմանավորված է բուժման արդյունավետության և ապրելիության ցուցանիշը:

**Գծապատկեր 128. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ նոզոլոգիաների և փուլերի, 2015**

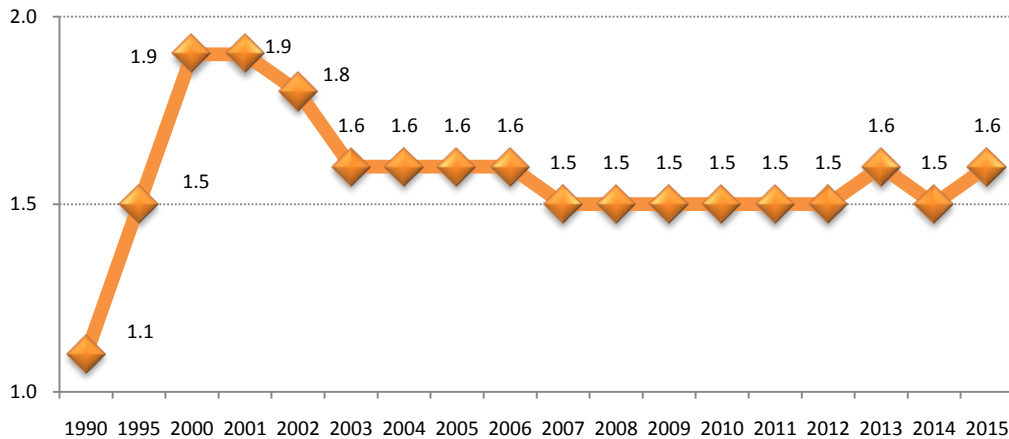


**Հիվանդանոցային մահաբերություն**

Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը և յուրաքանչյուր հիվանդության մահաբերության ցուցանիշերը նկարագրում են հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և իրականացման որակը:

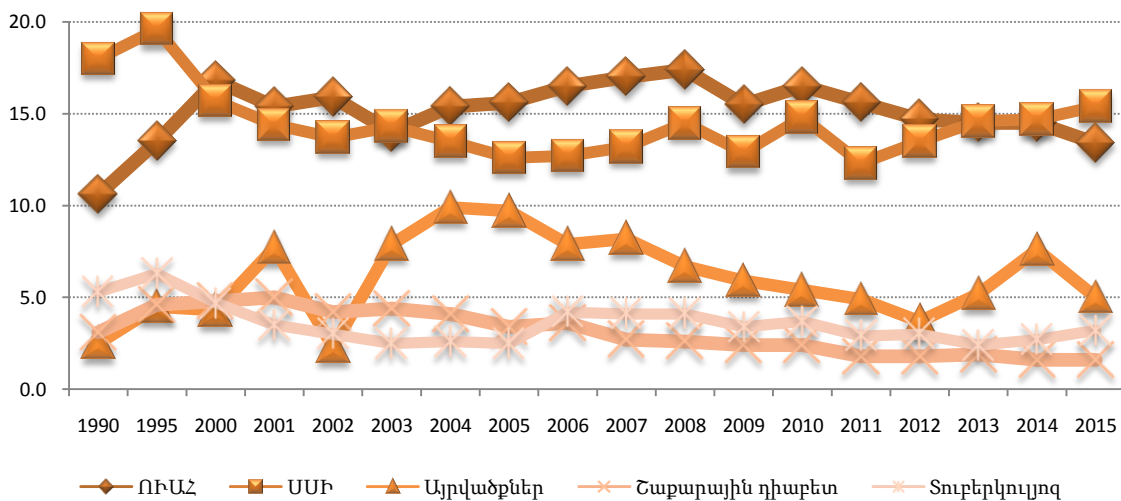
Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշն 1990-2015թթ. ընթացքում տրված է Գծապատկեր 129-ում: Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2001-2015թթ. ընթացքում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշի շարունակական նվազում, որը վկայում է հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և որակի բարելավման մասին:

**Գծապատկեր 129. Հիվանդանոցային մահաբերություն՝ 100 ընդունվածների հաշվով, բոլոր դեպքերը, 1990, 1995 և 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԳ, 2015

**Գծապատկեր 130. Հիվանդանոցային մահաբերություն՝ 100 ընդունվածների հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2015**



ՈՒԱՀ - Ուղեղանոցային հիվանդություններ, ՍՄԻ - Սրտամկանի սուր ինֆարկտ  
 Աղբյուր՝ ԱՏՎԳ, 2015

Եթե դիտարկենք հիվանդանոցային մահաբերությունն ըստ առանձին հիվանդությունների (Գծապատկեր 130), ապա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները՝

- 2008-2015թթ. ընթացքում նկատվում է ուղեղանոցային հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում,

- 2012-2015թթ. ընթացքում նկատվում է այրվածքներից հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության աճ,
- 2014-2015թթ. ընթացքում նկատվում է տուբերկուլոզից հիվանդանոցային մահաբերության աճ,
- 2014-2015թթ. ընթացքում շաքարային դիաբետից հիվանդանոցային մահաբերության փոփոխություն չի նկատվում:

**Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ**

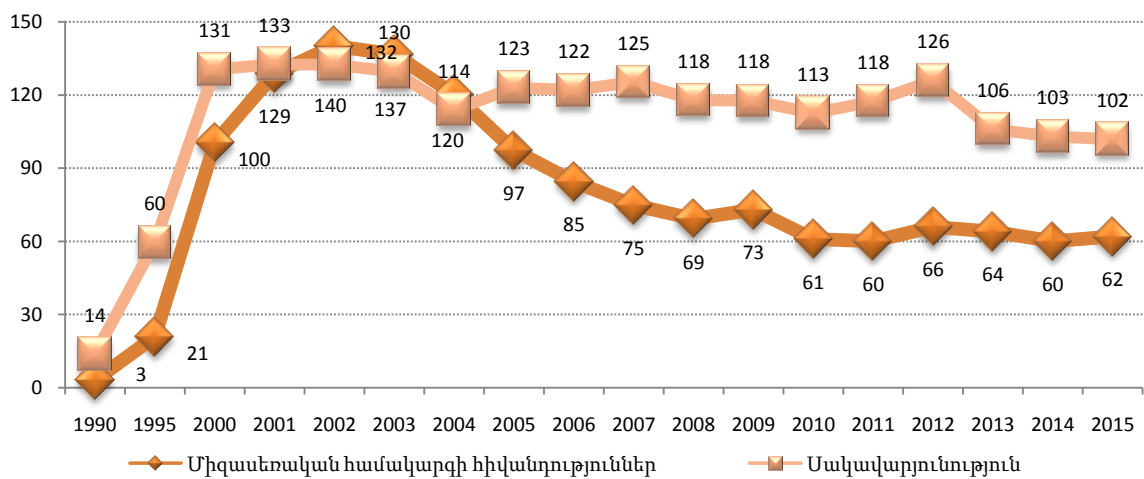
Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը գնահատված է երկու խումբ ինդիկատորներով.

1. ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդությունները նկարագրող ինդիկատորներ և կեսարյան հատումներ,
2. հղիների նախածննդյան խնամքի, կրծքով սնուցման և պատվաստումների ինդիկատորներ:

**Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ**

2010-2015թթ. ընթացքում Հայաստանում ծննդյան և հետծննդյան շրջանի միզասեռական օրգանների և սակավարյունությունների հետ կապված նշանակալի բարդությունները գրեթե անփոփոխ են (Գծապատկեր 131):

**Գծապատկեր 131. Ծննդյան և նախածննդյան շրջանի որոշ բարդությունների ցուցանիշեր՝ 1 000 ծնունդի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Գծապատկերի տվյալները փաստում են, որ 2002-2010թթ. ընթացքում նկատվել է այդ ցուցանիշերի նվազում, սակայն 1990թ.-ի համեմատ նույն ցուցանիշերը մնում են շատ բարձր մակարդակի վրա:

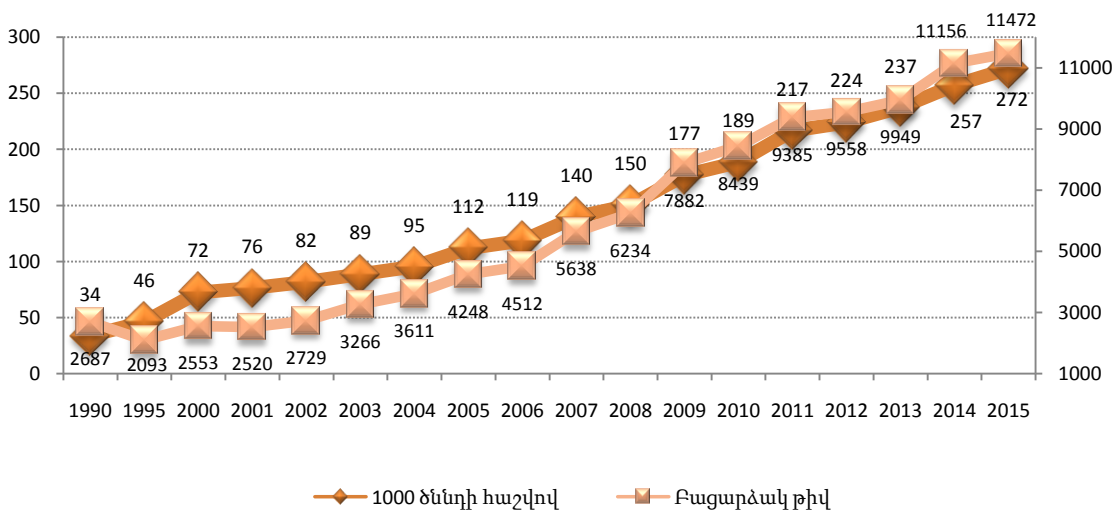
Մասնավորապես, 1990թ.-ին սակավարյունությունների մակարդակը կազմել է ծնունդների քանակի 14%-ը, իսկ միզասեռական համակարգի հիվանդությունները՝ ընդամենը 3%-ը:

Հարկ է նշել, որ համաձայն «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.» ռազմավարության, նախատեսվում է մինչև 2015թ.-ը 50%-ով կրճատել սակավարյունությունների հետևանքով առաջացած բարդությունները, սակայն նպատակային ցուցանիշը հստակ սահմանված չէ: Նշված չէ նաև բազային ցուցանիշը:

### Կեսարյան հատումներ

Հայաստանում կեսարյան հատումների քանակն անշեղորեն աճում է և 2015թ.-ին հասել է 272-ի՝ 1000 ծնունդի հաշվով: Ընդամենը կատարվել է 11 472 կեսարյան հատում (Գծապատկեր 132):

**Գծապատկեր 132. Կեսարյան հատումները՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով և դրանց բացարձակ քանակը, 1990, 1995 և 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Հայտնի է, որ կեսարյան հատումներով ծննդաբերությունների ընթացքում ավելի հաճախ են զարգանում հետծննդյան բարդություններ: Բացի դրանից, բժիշկները խորհուրդ են տալիս կեսարյան հատումով ծննդաբերած կանանց՝ ծննդաբերել 2-3 տարի անց:

Հետևաբար.

- Հայաստանում կեսարյան հատումների նվազեցումը, ծննունդների թվի ավելացման գործոն է:

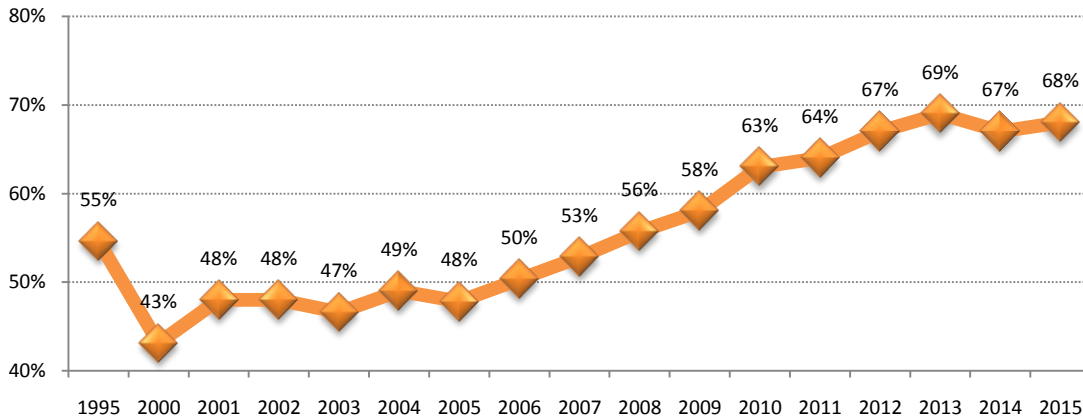
### Մոր և մանկան առողջության պահպանում

Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները.

- Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում,
- կրծքով սնուցման ընդգրկում,
- պատվաստումներ:

**Հղիների նախաձննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում:** 2005թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը անշեղորեն աճել է մինչև 2013թ.-ը, սակայն այն դեռևս փոքր է «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.» ազգային ռազմավարությամբ նախատեսված ցուցանիշի արժեքից՝ 90%: Ցուցանիշը դեռևս ցածր է նաև Հայաստանում 1995թ.-ի ցուցանիշից, որը կազմել է 55% (Գծապատկեր 133):

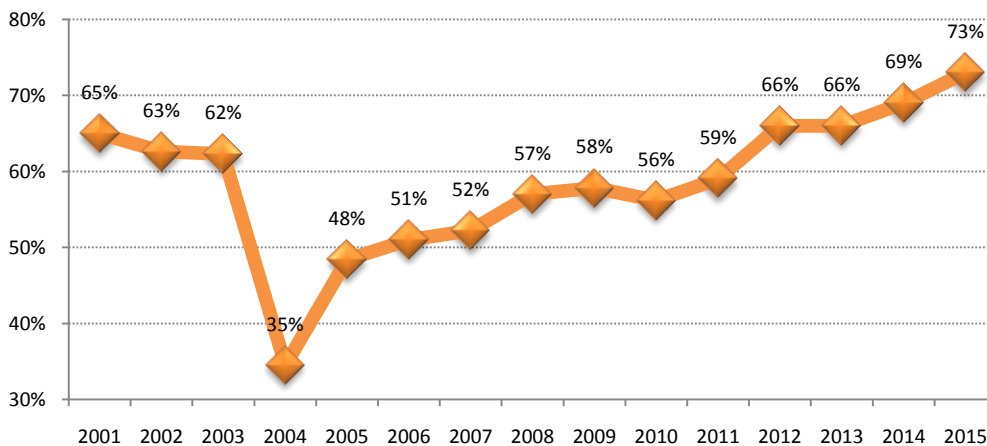
**Գծապատկեր 133. Նախաձննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական), հղիների տոկոսը, 1995 և 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Կրծքով սնուցման ընդգրկում:** «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.» ռազմավարությունը նախատեսում էր մինչև 2009թ.-ը ապահովել մինչև 4 ամսական երեխաների 65%-ի և մինչև 6 ամսական երեխաների 40%-ի բացառապես կրծքով սնուցումը և պահպանել դրա շարունակականությունը երեխայի կյանքի երկրորդ տարվա ընթացքում: 2015թ.-ին այդ ցուցանիշը 2010թ. համեմատ բավական աճել է՝ 56%-ից հասնելով 73%-ի (Գծապատկեր 134):

**Գծապատկեր 134. Հայաստանում կրծքով սնուցվող 0-6 ամսական երեխաների տոկոսը, 2001-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

## 7. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՐՃԱԳԱՆՔՈՒՄ

Յուրաքանչյուր առողջապահական համակարգ բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման նպատակից բացի պետք է ձգտի նաև երկու այլ կենսական, սոցիալապես ցանկալի նպատակների: Դրանցից առաջինը «արձագանքումը» կամ «բարյացակամությունն» է (ինչը նշանակում է, որ առողջապահության համակարգը պետք է պատշաճ արձագանքի մարդկանց ակնկալիքներին), իսկ երկրորդը՝ «արդարացիությունը», ինչը ենթադրում է, որ համակարգի արձագանքը պետք է հավասար լինի բոլորի հանդեպ՝ արձագանքման հզորացում, որն ունի երկու բաղադրիչ՝ (ա) անհատների հանդեպ հարգանքի դրսևորում և (բ) ուղղվածություն՝ դեպի սպառող:

Երկու առողջապահական համակարգերից ավելի արձագանքող է համարվում այն համակարգը, որը.

1. ավելի շատ տեղեկություններ է հաղորդում հիվանդին,
2. բժշկական անձնակազմը հիվանդի համար հասկանալի կերպով է բացատրում հիվանդության հետ կապված հարցերը,
3. բավարար ժամանակ է տրամադրում հիվանդին, որպեսզի նա բժշկին տա իրեն հետաքրքրող հարցերը,
4. հիվանդին ընդգրկում է նրա բուժման վերաբերյալ որոշումների կայացման գործընթացում,
5. ապահովում է հիվանդության վերաբերյալ հիվանդի մեկուսի քննարկումները,
6. ապահովում է անձի մեկուսի բժշկական գնումները,
7. գաղտնի է պահում անձի մասին ստացած տեղեկությունները,
8. հնարավորություն է տալիս մարդուն ազատորեն ընտրել իր բուժող բժշկին,
9. ունի մաքուր և ընդարձակ տարածքներ,
10. ֆիզիկապես ավելի հասանելի է իր ծառայություններից օգտվողների համար,
11. ծառայություն մատուցելու համար չի սպասեցնում հիվանդին,
12. ունի բարեկիրթ և հարգալից անձնակազմ:

Առողջապահական համակարգի արձագանքման բնութագրերը տարբերվում են ըստ հասարակության մշակութային առանձնահատկությունների:

Առողջապահական համակարգի արձագանքումը գնահատվում է 8 դոմեններում /տիրույթներում/, որոնք ընդգրկում են վերը նշված բնութագրերը: Այդ դոմենները բաժանված են երկու խմբի, որոնցից առաջինում ընդգրկված են **անձի նկատմամբ վերաբերմունքն** արտահայտող դոմենները, իսկ երկրորդում՝ առողջապահական **համակարգից օգտվողներին կողմնորոշող** դոմենները:

Առաջին խմբի դոմեններ.

1. **Հարգանքի դոմեն.** հիվանդի նկատմամբ հարգանքի արտահայտությունը. արդյո՞ք բուժաշխատողները հարգալից են եղել հիվանդների հանդեպ: Արդյո՞ք բժշկական գնումները կատարվել են առանձնացված պայմաններում:
2. **Հաղորդակցության դոմեն.** հիվանդի հետ հաղորդակցության բնույթը արդյո՞ք բժիշկները բացատրել են հիվանդին նրա վիճակը, ախտորոշումների նշանակությունը և բուժման ընթացքը: Արդյո՞ք հիվանդը հնարավորություն է ունեցել տալ իրեն հետաքրքրող հարցերը:
3. **Ավտոնոմության/Ինքնավարության դոմեն.** Արդյո՞ք բժիշկը հասկանալի կերպով բացատրել է հիվանդին բուժման հնարավոր տարբերակները: Արդյո՞ք հաշվի է առնվել հիվանդի կարծիքը բուժման տարբերակներն ընտրելիս:
4. **Գաղտնիության դոմեն.** Արդյո՞ք բուժհաստատությունն ու բժշիկն ապահովում են հիվանդի և հիվանդության մասին տեղեկությունների գաղտնիությունը:

Երկրորդ խմբի դոմեններ.

5. **Հիմնական հարմարությունների դոմեն.** Բուժհիմնարկում արդյո՞ք առկա են կենցաղային հիմնական պայմաններ:
6. **Արձագանքման արագության դոմեն.** Բուժանձնակազմն արդյո՞ք բավարար արագ է արձագանքում հիվանդի պահանջներին:
7. **Ընտրության հնարավորության դոմեն.** Արդյո՞ք անձը կամ հիվանդը հնարավորություն ունի ընտրելու բուժհիմնարկը կամ բուժող բժշկին:
8. **Սոցիալական աջակցության դոմեն.** Արդյո՞ք հիվանդը հնարավորություն ունի բուժման ընթացքում սոցիալական աջակցություն ստանալու:

Առողջապահական համակարգի արձագանքման բնութագրերի գնահատման համար Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունում մշակվել յուրաքանչյուր դոմենի գնահատման հարցաշար:

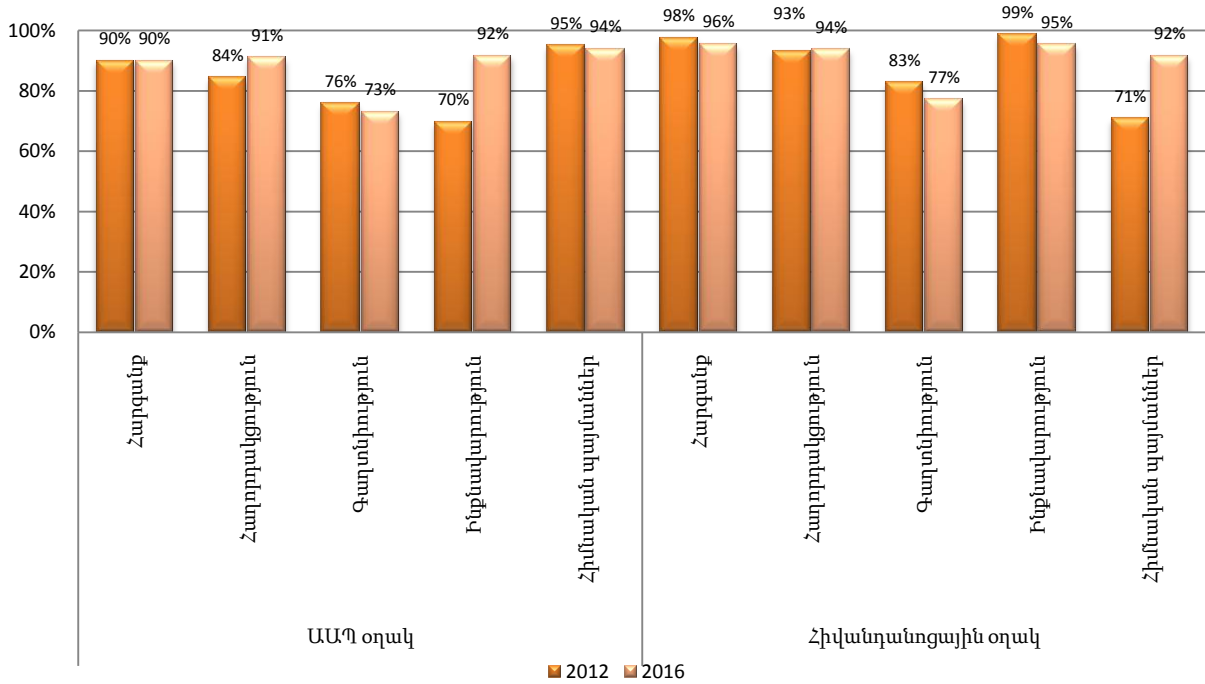
Առողջապահական համակարգի արձագանքման այս գնահատականները վերաբերում են միայն առողջապահական ծառայություններից օգտվողներին, այսինքն՝ բուժօգնության դիմողներին: Այդ պատճառով առողջապահական համակարգի արձագանքման ընդհանուր գնահատման համար օգտագործվում են նաև հետևյալ ցուցանիշերը.

- առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը,
- վստահությունն առողջապահական համակարգի նկատմամբ,
- ընդհանուր բավարարվածությունն առողջապահական համակարգի ծառայություններից:

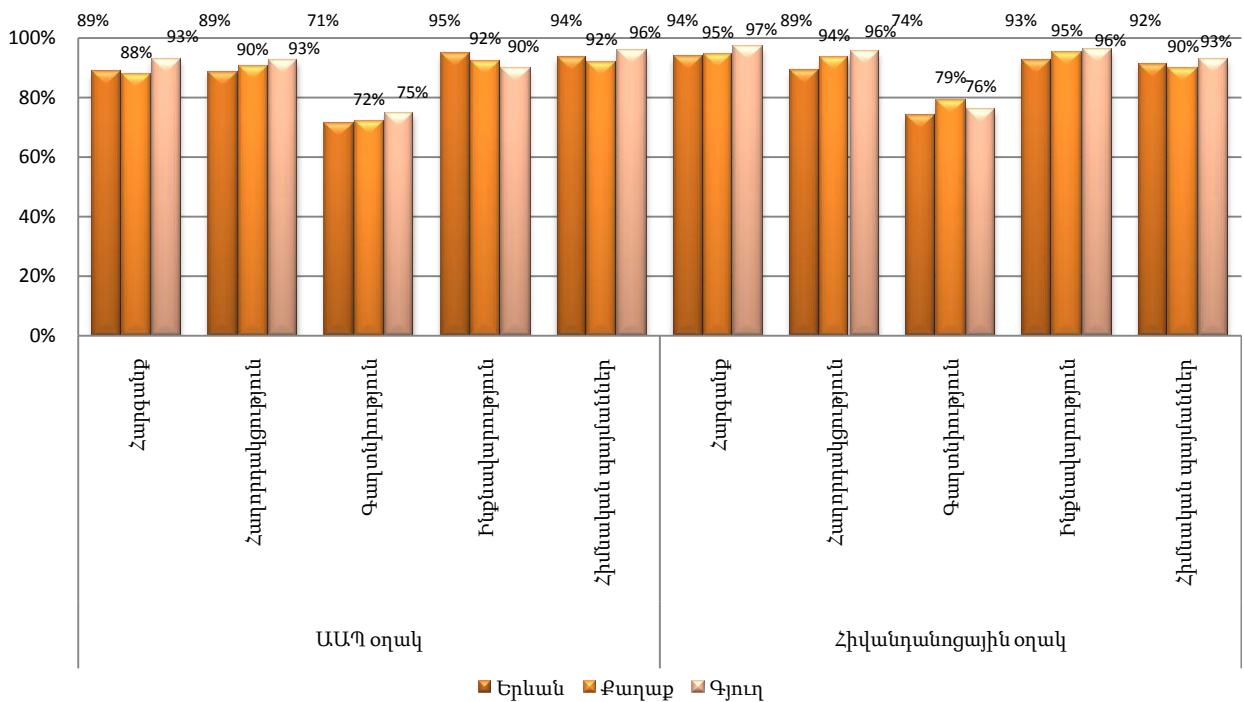
Հայաստանի ԱՀԳԳ 2016թ.-ի ընտրանքային հետազոտության շրջանակում գնահատվել են հետևյալ դոմենները.

1. Հարգանք
2. Հաղորդակցություն
3. Գաղտնիություն
4. Ավտոնոմություն (ինքնավարություն)
5. Հիմնական պայմաններ

Գծապատկեր 135. Առողջապահական համակարգի արձագանքման դոմենները ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում, 2012, 2016

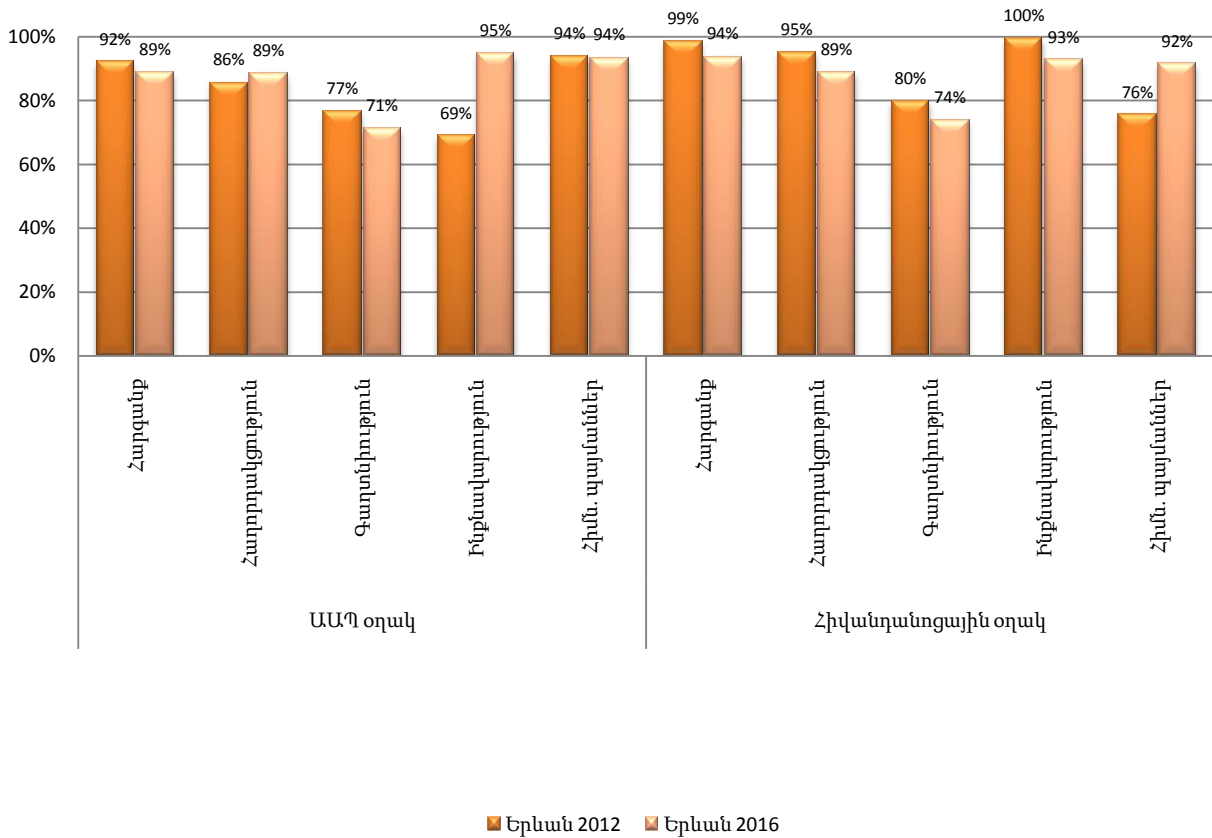


Գծապատկեր 136. Առողջապահական համակարգի արձագանքման դոմենները, ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում ըստ բնակավայրի, 2012, 2016

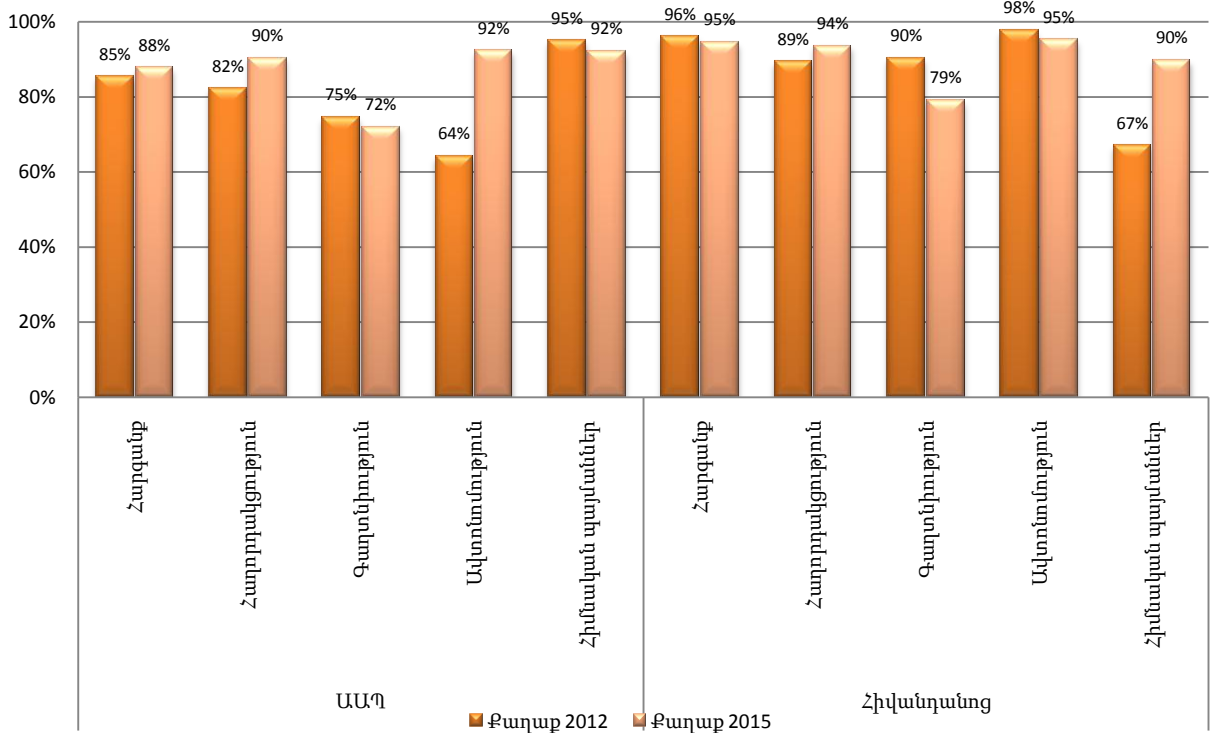




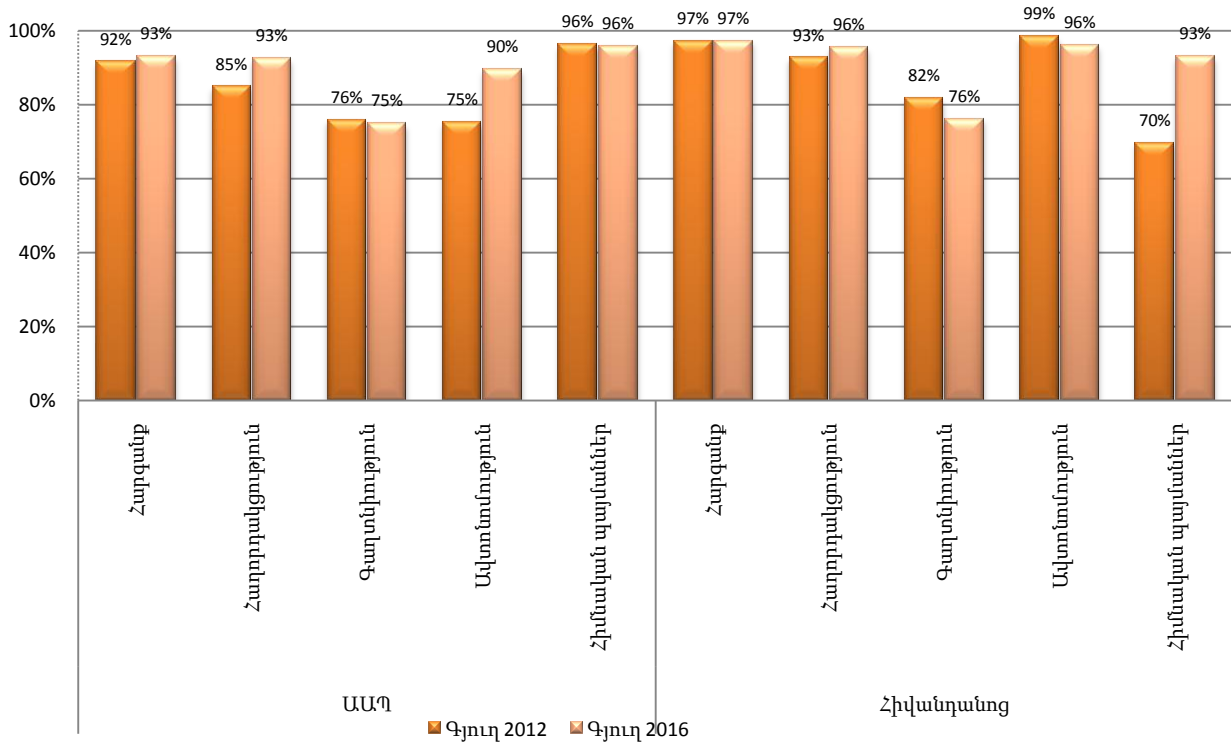
**Գծապատկեր 137. Առողջապահական համակարգի արձագանքման դոմենները, Երևանի ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում 2012, 2016**



**Գծապատկեր 138. Առողջապահական համակարգի արձագանքման դոմենները ՀՀ մարզային քաղաքների ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում, 2012, 2016**



**Գծապատկեր 139. Առողջապահական համակարգի արձագանքման դոմենները մարզային գյուղերում ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում, գյուղեր, 2012, 2016**



## 8. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱԴՐԱՑԻՆ ՆԵՐՈՒԺ

Առողջապահության կադրային ներուժն (ԱԿՆ) ընկած է առողջապահական ծառայությունների մատուցման, բուժօգնության որակի և կառավարման հիմքում:

ԱԿՆ գնահատումն անհրաժեշտ է տարբեր նպատակներով, մասնավորապես, պլանավորման, վերահսկման և առողջապահական ոլորտի ռազմավարության, ծրագրերի և միջնորդությունների գնահատման համար: ԱԿՆ զարգացման և կառավարման հարցում հույժ կարևոր է վստահելի տեղեկատվության առկայությունը:

Առողջապահական համակարգի «Ռեսուրսների կազմավորում» գործառույթը ներառում է համակարգի մարդկային ռեսուրսների պատշաճ պատրաստումը, շարունակական մասնագիտական կրթության զարգացումը, մասնագետների առկայությունը, ինչպես նաև առողջապահական հաստատություններում կադրերի համամասնորեն բաշխումը:

Վերջին տարիներին Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության եվրոպական գրասենյակն ընդունել է մի շարք որոշումներ (EUR/RC57/R1, EUR/RC59/R4)՝ ուղղված տարածաշրջանում առողջապահական կադրային ներուժի հիմնախնդիրների լուծմանը, որոնք անդամ երկրներին առաջարկում են բարելավել առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի վերաբերյալ տեղեկատվությունը, մշակել և հաստատել ռազմավարական փաստաթղթեր՝ կադրային ներուժի զարգացման վերաբերյալ:

ՀՀ կառավարության 2014թ.-ի փետրվարի 6-ի նիստի N5 արձանագրային որոշմամբ հաստատվեց Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի զարգացման ռազմավարության և միջոցառումների ծրագիր, որտեղ համապարփակ ներկայացված են առողջապահության համակարգում մարդկային ներուժի զարգացման քաղաքականությանն ուղղված քայլերը:

Առողջապահական համակարգերի զարգացման և բնակչությանն որակյալ բժշկական ծառայությունների տրամադրման համար անհրաժեշտ է բուժաշխատողների մասնագիտական կրթության և շարունակական զարգացման գործընթացների ապահովում:

Միջազգային փորձը փաստում է, որ շարունակական մասնագիտական զարգացումը նպաստում է բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացմանը, հիվանդացության, մահացության նվազեցմանը և այլ առողջապահական ցուցանիշերի բարելավմանը:

Հաշվի առնելով հիշյալ խնդիրները և այն հանգամանքը, որ շարունակական մասնագիտական զարգացումը համարվում է որակյալ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման, հիվանդին չվնասելու և նրա առողջական խնդիրներն անհրաժեշտ մակարդակով լուծելու համար պարտադիր պայման, Հայաստանում ևս ներդրվեց վերոնշյալ համակարգը, ինչի կապակցությամբ

կատարվեցին մի շարք օրենսդրական փոփոխություններ և լրացումներ, մասնավորապես՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՕ-113-Ն, «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգրքում լրացումներ կատարելու մասին» և «Պետական տուրքի մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություն և լրացում կատարելու մասին» ՀՀ օրենքների ընդունումը: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՕ-113-Ն օրենքի առանձին գլխում (գլուխ 3.2) սահմանվեցին շարունակական մասնագիտական զարգացման կազմակերպման գործընթացի իրականացման սկզբունքները, շնորհիվ ՇՄՁ կրեդիտների լրացման կարգը, շարունակական մասնագիտական զարգացման տեսակներն իրականացնող կազմակերպությունները, հավատարմագրմանը ներկայացվող հիմնական պահանջները, հստակ տարանջատվեցին բուժաշխատողները՝ կրթության մակարդակի և առողջապահության բնագավառում իրականացվող գործունեությանը համապատասխան:

Ձեկույցի այս բաժինը վերաբերվում է Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստման, մասնագետների առկայության, բաշխվածության և պահանջարկի առանցքային հիմնախնդիրներին: «Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժ» գլուխը ներառում է Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2009թ.-ի զեկույցի և դրանից հետո տեղ գտած միտումները:

### **Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում**

Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական կադրերի մասնագիտական կրթական պատրաստումն իրականացվում է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և 5 ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում: Միջին բուժանձնակազմի մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է 20 միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում, որոնցից 12-ը պետական են, իսկ 8-ը՝ ոչ պետական:

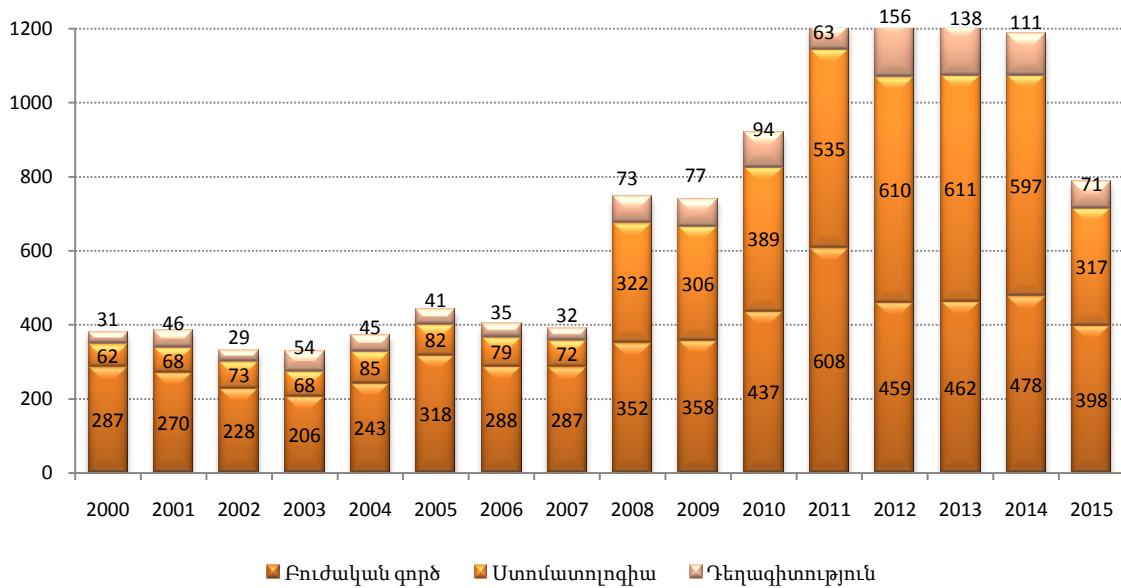
**Աղյուսակ 36. ՀՀ բարձրագույն և միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական հաստատությունների թիվը, 2010-2015**

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>ԲՈՒՀ</b>	Պետական	1	1	1	1	1	1
	Ոչ պետական	6	6	6	6	5	5
	Ընդամենը	7	7	7	7	6	6
<b>Միջին մասնագիտական</b>	Պետական	12	11	11	11	11	12
	Ոչ պետական	10	10	11	12	13	8
	Ընդամենը	22	21	22	23	24	20

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2015

Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը պետական և ոչ պետական բուհերում ներկայացված են Գծապատկեր 140, Աղյուսակ 37 և Աղյուսակ 38-ում: Համաձայն այդ տվյալների, վերջին տարիների ընթացքում զգալիորեն աճում է ստոմատոլոգ մասնագիտությամբ շրջանավարտների թիվը: Սակայն, մյուս կողմից, 2010թ.-ից զուգահեռաբար նվազում է գործող ստոմատոլոգների թիվը, ինչը կարող է պայմանավորված լինել մասնագետների արտագաղթով դեպի Անկախ Պետությունների Համագործակցության (ԱՊՀ) երկրներ, մասնավորապես՝ Ռուսաստանի Դաշնություն, որտեղ առկա է այդ մասնագետների մեծ պահանջարկ, բարձր վարձատրություն և մասնագիտական զարգացման հնարավորություն:

**Գծապատկեր 140. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվն ըստ մասնագիտությունների (ոչ պետական հաստատությունների տվյալները ներկայացված են միայն 2008-2015թթ.)**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

**Աղյուսակ 37. Բարձրագույն բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2015**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը						նրանցից՝ կանայք					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Բուժական գործ	284	344	295	294	305	277	153	197	124	165	246	188
Բուժական գործ զինված ուժերում	33	33	39	31	23	10	-	-	-	-	-	-
Ստոմատոլոգիա	132	-	250	265	219	115	55	-	74	87	115	83
Դեղագիտություն	58	-	99	96	63	41	39	-	28	37	52	33
Հանրային առողջություն						10						3
Ընդամենը	507	377	683	686	610	453	247	197	226	289	413	307

**Աղյուսակ 38. Բարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2015**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը						նրանցից՝ կանայք					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Բուժական գործ	120	231	125	137	150	101	53	142	100	35	93	54
Ստոմատոլոգիա	257	535	360	346	378	202	160	279	185	68	145	99
Դեղագիտություն	36	63	57	42	48	30	34	34	24	15	40	25
Առողջապահություն	90	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-
Ընդամենը	503	829	542	525	576	333	320	455	309	118	278	178

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

1990-ական թվականների կեսերին առողջապահական համակարգն ուներ մեծ կադրային ներուժ (39 բժիշկ 10 000 բնակչի հաշվով), որոնց պատրաստման գործընթացը մինչև 2002թ. իրականացվում էր ԵՊԲՀ-ում, որը միակ հավատարմագրված բժշկական կրթություն իրականացնող բարձրագույն հաստատությունն էր: 1990-1999թթ. տարբեր մասնագիտություններով բժիշկ շրջանավարտների տարեկան թիվը կազմում էր 600-700 շրջանավարտ, իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 1 200-2 500:

Սկսած 2004թ.-ից բժշկական կադրերի պատրաստումը կտրուկ աճեց բժշկական կրթություն իրականացնող հավատարմագրված պետական, ինչպես նաև ոչ պետական բարձրագույն հաստատությունների շնորհիվ: Եթե 2006-2014թթ. ժամանակաշրջանում ԵՊԲՀ-ը պատրաստել է 5 090 շրջանավարտ, ապա 2015թ.-ին բոլոր պետական և ոչ պետական, բարձրագույն բժշկական հաստատություններն ավարտել են ընդհանուր թվով 786 շրջանավարտ:

2012թ.-ին ԵՊԲՀ շրջանավարտների թիվը կազմել է 683, ապա 2015թ.-ին՝ 453, այսինքն՝ վերջին երեք տարիների ընթացքում, բոլոր մասնագիտություններով շրջանավարտների թիվն նվազել է շուրջ 1.5 անգամ:

Նույն ժամանակահատվածում ոչ պետական բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը կրճատվել է 1.6 անգամ:

2015թ.-ին բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների 57.6%-ն ավարտել է ԵՊԲՀ-ը, որոնցից 25.4%-ը՝ ստոմատոլոգիա, իսկ 61.1%-ը՝ բուժական գործ մասնագիտությամբ: Ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների գերակշռող մասը՝ 60.7%-ը, մասնագիտությամբ նույնպես ստոմատոլոգ են:

**Աղյուսակ 39. Միջին մասնագիտական բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2015**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը						նրանցից՝ կանայք					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Բուժքույրական	1480	1282	890	895	796	1079	1469	1211	882	888	782	1058
Մանկաբարձական	831	698	553	433	417	490	819	696	553	432	390	489
Դեղագործական	579	483	480	478	503	548	506	436	434	413	428	494
Ատամատեխնիկական	370	328	309	402	418	380	115	3	27	5	35	18
Բուժական կոսմետոլոգիա	83	21	42	57	96	92	83	21	42	56	94	92
Քույրական գործի կազմակերպում	36	150	185	104	204	179	34	146	184	91	195	171
Բուժական մերսում	34	14	14	16	28	19	14	8	5	5	10	5
Հիվանդի ընդհանուր խնամք						18						18
Ընդամենը	3413	2976	2473	2385	2462	2805	3040	2521	2127	1890	1934	2345

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

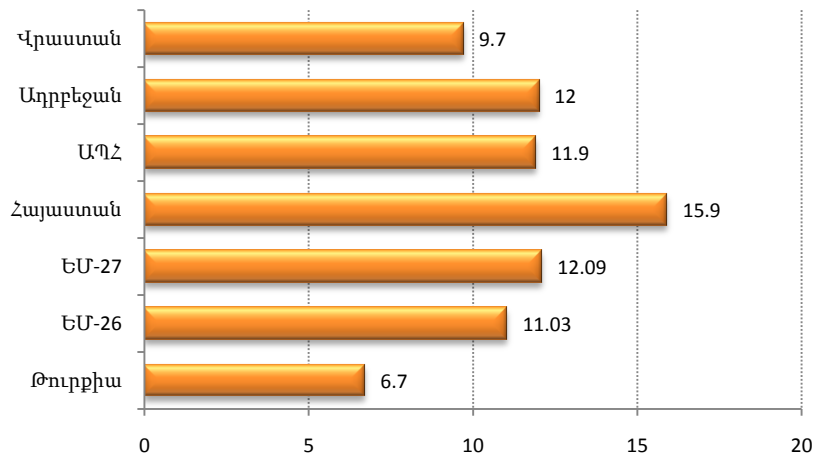
**Աղյուսակ 40. Միջին մասնագիտական բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2015**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը						նրանցից՝ կանայք					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Բուժքույրական	59	86	50	91	59	80	58	86	50	88	59	79
Մանկաբարձական	74	70	35	70	68	30	74	64	35	70	68	30
Դեղագործական	25	60	75	152	148	74	14	53	64	130	130	70
Ատամատեխնիկական	22	37	57	162	83	88	-	1	2	10	6	1
Բուժական կոսմետոլոգիա	-	21	27	34	47	61	-	21	27	34	47	61
Քույրական գործի կազմակերպում	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Բուժական մերսում	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ընդամենը	180	274	244	509	405	333	146	225	178	332	310	241

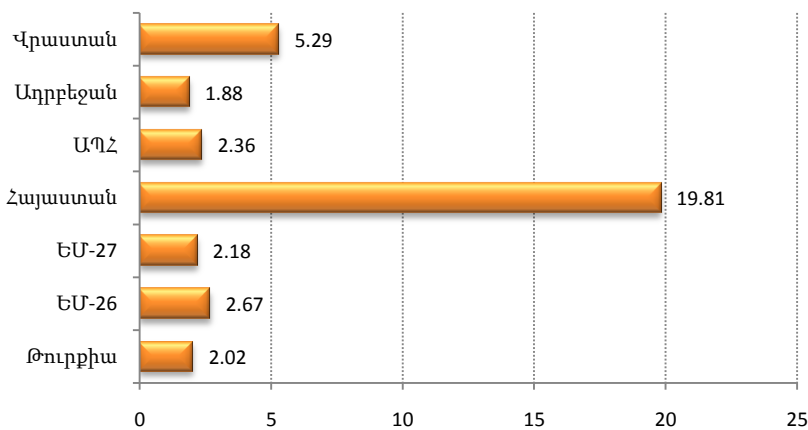
Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

Համադրելով և վերլուծելով հայաստանյան և միջազգային տվյալները, ակնհայտ է, որ բժիշկների պատրաստման գործընթացում հարևան և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների համեմատ 2014թ.-ին Հայաստանը վեր է մրցակցությունից (Գծապատկեր 141): Իսկ Հայաստանում ստոմատոլոգիա մասնագիտությամբ շրջանավարտների թվաքանակը 10 անգամ գերազանցում է այդ երկրների ցուցանիշերը (Գծապատկեր 142):

**Գծապատկեր 141. Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտ բժիշկների թիվը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2014**



**Գծապատկեր 142. Շրջանավարտ ստոմատոլոգների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2014**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015

## Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի բաշխում

### Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի

Հայաստանի առողջապահության համակարգն, ինչպես և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների առողջապահական համակարգերը (որտեղ առողջապահության աշխատուժի 60-70%-ը կազմում են կանայք), իր բնույթով գենդերացված է: Ընդ որում, 2015թ.-ին 2014թ.-ի համեմատ բժիշկ տղամարդկանց թիվն աճել է 80-ով, իսկ կանանց թիվը՝ 135-ով (Գծապատկեր 143):

- ՀՀ առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի 67%-ը կազմում են կանայք:

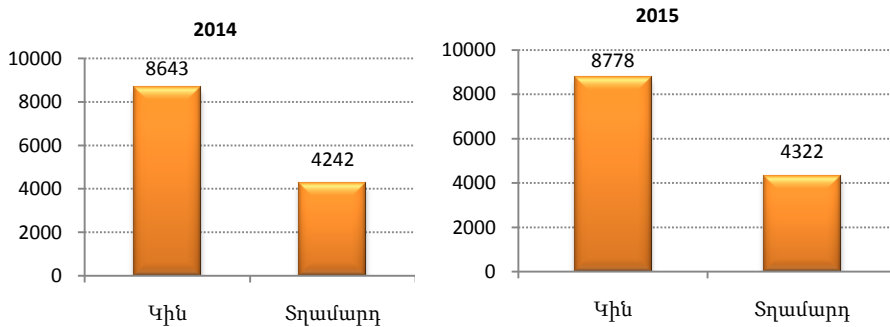
Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի և մասնագիտական պրոֆիլների (Աղյուսակ 41) ցույց է տալիս, որ կանայք կազմում են թերապևտիկ պրոֆիլի մասնագետների գերակշռող մասը՝ 90-95%-ը, իսկ վիրաբուժական պրոֆիլի 10-38%-ը: Վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների



կառուցվածքում կին պրոկտոլոգների տեսակարար կշիռը կազմում է 8.1%, վիրաբույժներինը՝ 11.7%, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներինը՝ 38.9%: Սեռային բաշխվածության տեսակետից հավասարաչափ են բաշխված ստոմատոլոգ (թերապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի) մասնագետները: Ավելին, 2015թ.-ին 2013թ.-ի համեմատ ստոմատոլոգ մասնագետների թիվը նվազել է 41-ով:

- **ՀՀ առողջապահության համակարգի միջին բուժանձնակազմի 95-97%-ը կանայք են:**

**Գծապատկեր 143. Կադրային ներուժի բաշխվածությունն ըստ սեռի, 2014, 2015 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Աղյուսակ 41. Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի և մասնագիտությունների, 2013-2015**

Մասնագիտություն	2013			2014			2015		
	Ընդ.	Կին	%	Ընդ.	Կին	%	Ընդ.	Կին	%
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ), որոնցից	2414	2216	91.8	2365	2163	91.5	2365	2161	91.4
- ընտանեկան բժիշկ	703	616	87.6	682	602	88.3	680	609	89.6
- տեղամասային թերապևտ	959	884	92.2	960	872	90.8	966	862	89.2
- մանկաբույժ	752	716	95.2	723	689	95.3	719	690	96.0
Մանկաբարձ-գինեկոլոգներ	947	749	79.1	934	754	80.7	914	750	82.1
Վիրաբույժներ	590	61	10.3	573	69	12.0	512	60	11.7
Անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ	496	187	37.7	508	208	40.9	440*	171	38.9
Պրոկտոլոգներ	31	4	13.0	31	5	16.1	37	3	8.1
Ստոմատոլոգներ	1319	706	53.5	1292	690	53.4	1278	522	40.8
- դեղագետներ	228	80	35.1	232	180	77.6	225	176	78.2
Միջին բուժանձնակազմ									
<b>Բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով, որոնցից</b>	<b>13768</b>	<b>13711</b>	<b>99.6</b>	<b>13712</b>	<b>13650</b>	<b>99.5</b>	<b>13249</b>	<b>13151</b>	<b>99.3</b>
- մանկաբարձներ	1300	1300	100.0	1307	1307	100.0	1245	1238	99.4
- բուժակներ	105	52	49.5	95	55	57.9	96	42	43.8
- ատամնատեխնիկներ	188	8	4.3	176	10	5.7	136	6	4.4
Դեղագործներ	124	118	95.2	133	130	97.7	116	111	95.7
- սանիտարական բժիշկների և համաճարակաբանների օգնականներ	476	455	95.6	362	352	97.2	337	326	96.7

\*Բացառությամբ ինտենսիվ թերապևտների  
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Բժիշկների և բուժքույրերի կազմը և բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը**

Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի առկայության, աշխարհագրական, ըստ մասնագիտությունների բաշխվածության և ապահովվածության

վերաբերյալ վերլուծությունն իրականացնելու համար դիտարկվել են 2001-2015թթ. Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի (ԱՏՎԿ) տվյալների օրինաչափությունները և միտումները:

Ըստ 2015թ.-ի տվյալների, ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ներուժի (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ թիվը կազմել է 30 749 բուժաշխատող, իսկ բժիշկների բացարձակ թիվը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժերը)՝ 13 117 (44/10 000 բնակչի հաշվով), որը 2011թ.-ի տվյալների համեմատ կրճատվել է 373-ով 13 490, (41/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմինը՝ 852-ով, 2015թ.-ին կազմելով 17 632 (58.8/ 10 000 բնակչի հաշվով):

**Աղյուսակ 42. Առողջապահության համակարգի կադրեր և ռեսուրսներ, 2005-2015 (ներառյալ մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետները)**

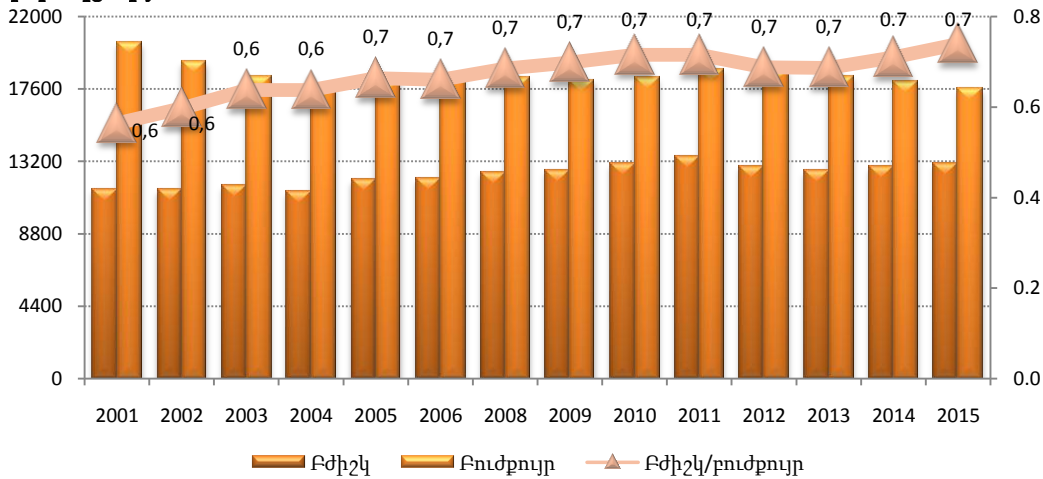
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Բժիշկներ՝ բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժերը)	12307	12388	12251	12964	13177	13591	13490	12922	12664	12896	13117
Միջին բուժանձնակազմ	18364	18574	18595	18594	18516	18649	18484	18784	18426	18053	17632
Ընդամենը	30671	30962	30846	18594	31693	32240	31974	31706	31090	30949	30749
Հիվանդանոցների թիվը	145	140	135	130	127	130	130	129	129	130	132
Հիվանդանոցային մահճակալների թիվը (հազար)	14.4	14.3	13.1	12.4	12.1	12.1	12.2	12.2	12.3	12.5	12.5
ԱԱՊ բժշկական օգնություն իրականացնող հաստատություններ	458	460	467	474	487	504	506	513	514	509	504
Դեղագեներ	143	157	163	176	204	214	199	176	228	232	225
Դեղագործներ	113	118	121	124	125	129	137	130	124	133	116

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

2009թ.-ից մինչև 2011թ. բուժքույրերի թիվը տատանվել է 18 181-18 820 սահմաններում: Ընդ որում, 2012թ.-ից նրանց թիվը դրսևորում է նվազման միտում (Գծապատկեր 144): 2011թ.-ից ի վեր գրանցվել է բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թվաքանակի նվազում, իսկ 2015թ.-ին դիտվում է աճ՝ 221-ով:

Համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի տրամաբանության, ակնկալվում էր բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ: 2010-2015թթ. բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը կայունացել է նույն մակարդակի վրա՝ 0.74:

**Գծապատկեր 144. Հայաստանում առկա բժիշկների, բուժքույրերի քանակ, բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցություն, 2001-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխման մարզային համամասնություն**

Ինչպես արդեն նշեցինք 2015թ. դրությամբ բժիշկների թիվը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժերը) կազմել է 13 117 (44/10 000 բնակչի հաշվով), իսկ միջին բուժանձնակազմի՝ 17 632 (58.8/10 000 բնակչի հաշվով):

Համաձայն 2015թ. տվյալների, ԱԱՊ օղակում բժիշկների թիվը կազմել է՝ 5208 (17.37/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 7777 (26/10 000), իսկ հիվանդանոցային օգնություն իրականացնող բուժհաստատություններում բժիշկների թիվը կազմել է՝ 4275 (14.26/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 8616 (28.73/10 000): Այսինքն, 2015թ. 10 000 բնակչի հաշվով բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով կազմել է 31.62, միջին բուժանձնակազմով՝ 56.7:

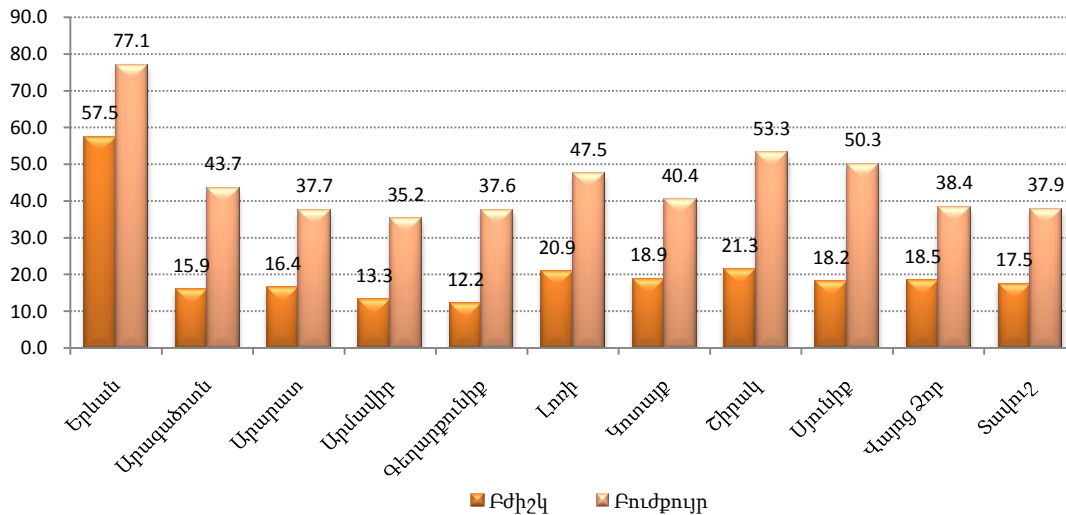
Ընդ որում, բնակչության ապահովվածությունը բժշկական կադրերով անհրաժեշտ է գնահատել ըստ առկա անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող բժիշկների և բուժքույրերի թվի:

Երևանի և մարզերի բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող բժիշկներով անհավասարաչափ է բաշխված:

Երևանում 2015թ.-ին ցուցանիշը կազմել է 57.5/10 000 բնակչի հաշվով (Գծապատկեր 145), իսկ մարզերում այդ ցուցանիշը չի գերազանցել 21.3/10 000 (Շիրակի մարզ), ընդ որում ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է Գեղարքունիքում (12.2՝ 10 000 բնակչի հաշվով) և Արմավիրում (13.3):

ԱԱՊ և հիվանդանոցային հաստատություններում գործող բուժքույրերով ապահովվածությունը նույնպես անհավասարաչափ է՝ Երևանում (77.1՝ 10 000 բնակչի հաշվով), իսկ մարզերում ցուցանիշն անհամեմատ ավելի ցածր է (Գծապատկեր 145):

**Գծապատկեր 145. Բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող (ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակ) կադրային ներուժով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2015**

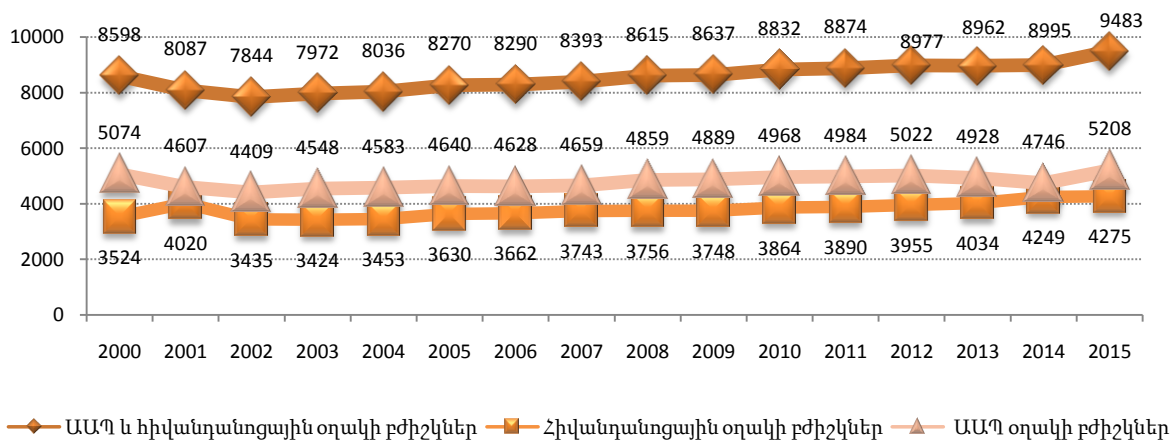


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Կադրային ներուժի բաշխումն առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող հաստատություններում**

Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման գործընթացի համաձայն 2000-2001թթ. ժամանակահատվածում ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակում գործող բժիշկների թիվը կրճատվել է 511 բժիշկով և 685 բուժքույրով: Ընդ որում, բժիշկների 90%-ը կրճատվել է ԱԱՊ օղակից (2000թ.-ին՝ 5 074-ից մինչև 2001թ.-ին՝ 4 607 բժիշկ, այսինքն՝ 467-ով):

**Գծապատկեր 146. Բժիշկների թիվն ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում, 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Այնուամենայնիվ, սկսած 2002թ.-ից և՛ ԱԱՊ, և՛ հիվանդանոցային օղակներում բժիշկների թիվն աճել է, բացառությամբ 2014թ.-ի, 2015թ.-ին այն կազմել է 5208 (Գծապատկեր 146):

**Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների**

Վերջին տարիներին բնակչության ապահովվածությունն ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով ներկայացված է Աղյուսակ 43-ում:

2015թ.-ին 2011թ.-ի համեմատ բնակչության ապահովվածությունը մանկաբույժներով և ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներով նվազել է 201-ով, ընտանեկան բժիշկների թիվը՝ 81-ով, իսկ դեղագետների թիվը աճել է 26-ով: 2011-2015թթ. ընթացքում ստոմատոլոգ մասնագետների թիվը նվազել է 510-ով:

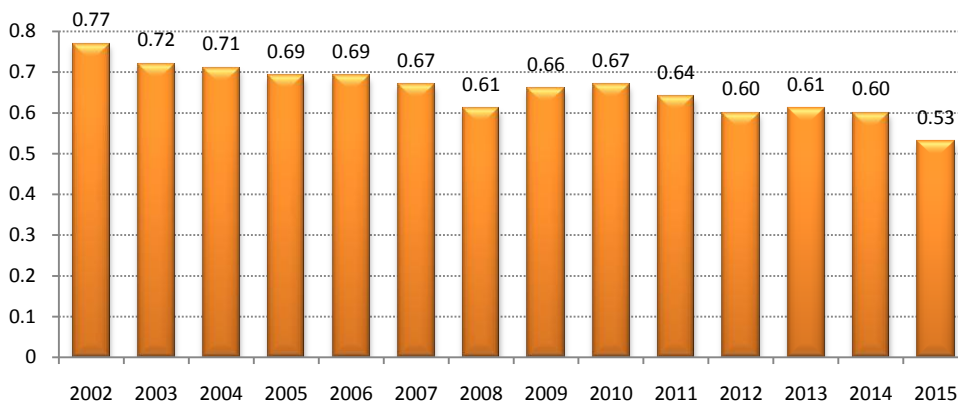
**Աղյուսակ 43. Բնակչության ապահովվածությունը հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով, 2011- 2015**

Մասնագիտություններ /մասնագիտական պրոֆիլներ	2011		2013		2014		2015	
	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ)	2566	7.9	2414	8.0	2365	7.8	2365	7.9
- ընտանեկան բժիշկներ	761	2.34	703	2.33	682	2.26	680	2.3
- տեղամասային թերապևտներ	1026	0.32	959	4.12	960	4.13	966	4.2
- մանկաբույժներ	779	2.4	752	10.89	723	10.47	719	10.4
Ստոմատոլոգներ	1788	5.5	1319	4.37	1292	5.56	1278	4.3
Դեղագետներ	199	0.6	228	0.8	232	1.0	225	0.8
<b>Միջին բուժանձնակազմ</b>								
-բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով	11388	35.0	13768	45.6	13712	59.0	13249	44.2
-մանկաբարձներ	1335	2	1300	16.2	1307	16.5	1245	16.0
-բուժակներ	128	0.6	105	0.3	95	0.4	96	0.3
-դեղագործներ	137	0.4	124	0.4	133	0.6	116	0.4

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

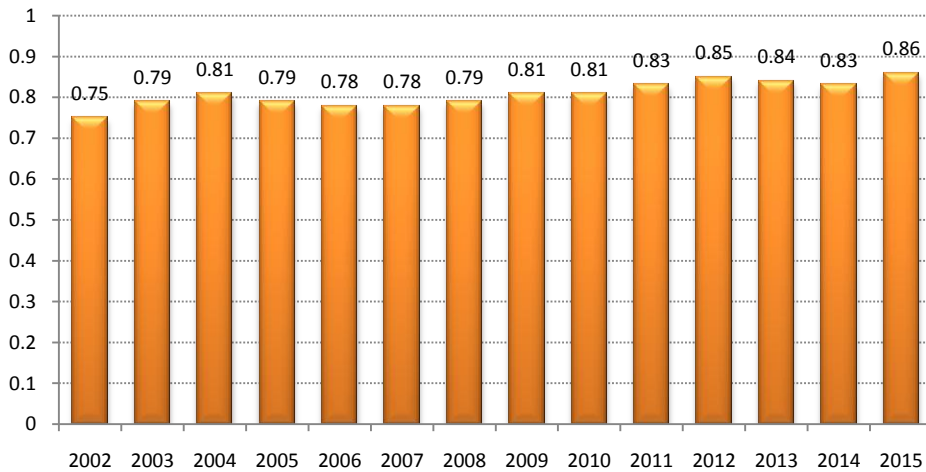
2002-2015թթ. ԱԱՊ օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերական թիվը նեղ մասնագետների համեմատությամբ նվազել է 0.77-ից մինչև 0.53 (Գծապատկեր 147):

**Գծապատկեր 147. ԱԱՊ օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների (տեղամասային բժիշկներ, մանկաբույժներ, ընտանեկան բժիշկներ) թվի հարաբերակցությունը նեղ մասնագետների թվին, 2002-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 148. ԱԱՊ օղակում ընդհանուր բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի հարաբերակցություն, 2002-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Աղյուսակ 44. ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների թվաքանակն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների և առանձին մասնագիտությունների 2004-2015 (2015 թ.-ի փոփոխությունը 2004 թ.-ի նկատմամբ)**

Մասնագիտություններ	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2004
Բժիշկներ	4583	4640	4650	4859	4889	4868	4984	5022	4928	4746	5208	1.13
Նեղ մասնագետներ	2679	2746	2777	3023	2953	2916	3058	3123	3070	2952	3405	1.27
Ընդհ. պրակտիկայի բժիշկներ՝ ՏԹ, ԸԲ	1904	1894	1873	1836	1936	1952	1926	1899	1858	1794	1803	0.95
Տեղ. թերապևտ	938	917	872	821	768	754	723	730	700	684	681	0.73
Տեղ. մանկաբույժ	824	813	700	651	589	550	518	511	505	473	473	0.57
Ընտ.բժիշկներ	115	127	282	354	573	648	685	658	653	637	649	5.64
Բուժքույրեր	5667	5889	5988	6122	6006	6023	5984	5908	5811	5687	6075	1.07
Մանկաբարձուհի	531	535	547	552	543	536	525	533	517	496	502	0.95

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

2015թ.-ին 2004թ.-ի համեմատությամբ ԱԱՊ օղակում գործող բժիշկների թիվն աճել է 1.13 անգամ(Աղյուսակ 44):

Ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների թիվը տարեց-տարի աճում է: Վերջին տասնամյակում ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի շրջանավարտների թիվն աճել է 3.9 անգամ, իսկ դեղագիտականինը՝ 1.7 անգամ (Աղյուսակ 45):

**Աղյուսակ 45. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների թիվը, 2000-2015**

Տարի	Ստոմատոլոգիական ֆակուլտետ	Դեղագիտական ֆակուլտետ
2000	62	31
2001	68	46
2002	73	29
2003	68	54
2004	85	45
2005	82	41
2006	79	35
2007	72	32
2008 <sup>10</sup>	322	73
2009	306	77
2010	389	94
2011	535	63
2012	610	156
2013	611	138
2014	597	111
2015	317	71

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

2000-2015թթ. ընթացքում առողջապահության համակարգում գործող ստոմատոլոգների թիվն ընդհանուր առմամբ աճել է 2.6 անգամ՝ 834-ից մինչև 2 180 (Աղյուսակ 46): Այնուհետև 2011թ.-ից մինչև 2015թ. այն նվազել է 1.4 անգամ: Նույն ժամանակահատվածում դեղագետների թիվն աճել է 2.8 անգամ (80-ից մինչև 225) (Աղյուսակ 47):

**Աղյուսակ 46. ՀՀ ստոմատոլոգների թիվն ըստ պրոֆիլների, 2000-2015**

Տարի	Ստոմատոլոգներ թերապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի Շնդամենը	Ստոմատոլոգներ թերապևտիկ պրոֆիլի	Ստոմատոլոգներ վիրաբուժական պրոֆիլի
2000	834	659	175
2001	614	498	116
2002	594	474	120
2003	780	610	170
2004	884	682	202
2005	1171	969	202
2006	1254	1066	188
2007	1177	954	223
2008	1755	1508	247
2009	1987	1711	276
2010	2180	1843	337
2011	2097	1788	309
2012	1782	1460	322
2013	1606	1319	287
2014	1629	1292	337
2015	1606	1278	328

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

<sup>10</sup>2000-2007 թվականների ժամանակահատվածում ներկայացված են Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների տվյալները, 2008 թվականից ընդգրկվել են նաև 6 փարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների տվյալները:

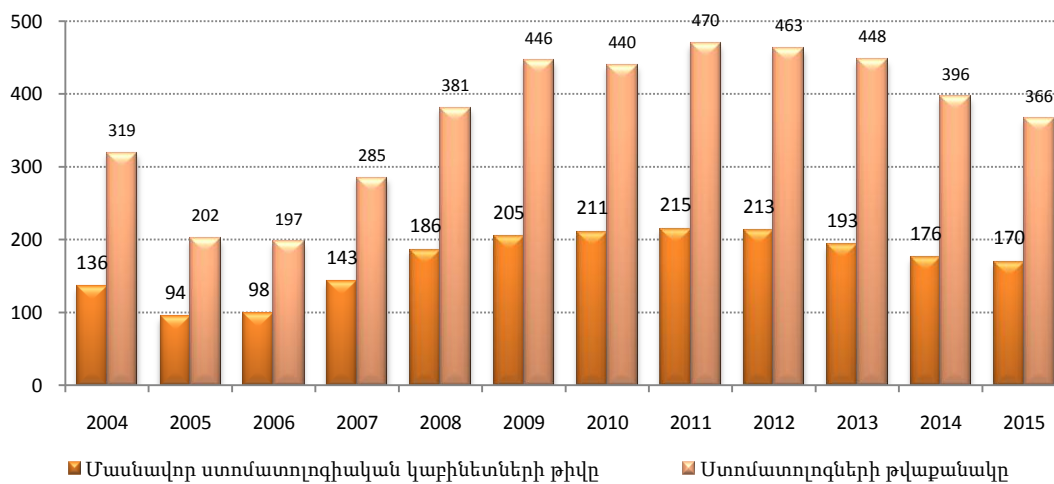
**Աղյուսակ 47. ՀՀ ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող դեղագետների թիվը, 2000-2015**

Տարի	ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող դեղագետներ <sup>11</sup>
2000	80
2001	121
2002	142
2003	125
2004	133
2005	143
2006	157
2007	163
2008	176
2009	204
2010	214
2011	199
2012	176
2013	228
2014	232
2015	225

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Ստոմատոլոգ մասնագետների թիվը կապակցված է ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թվի հետ (Գծապատկեր 149): 2004-2012թթ. ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թիվն աճել է, որից հետո արձանագրվել է նվազման միտում (Գծապատկեր 150):

**Գծապատկեր 149. Մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետների և ստոմատոլոգների թիվը, 2004-2015**

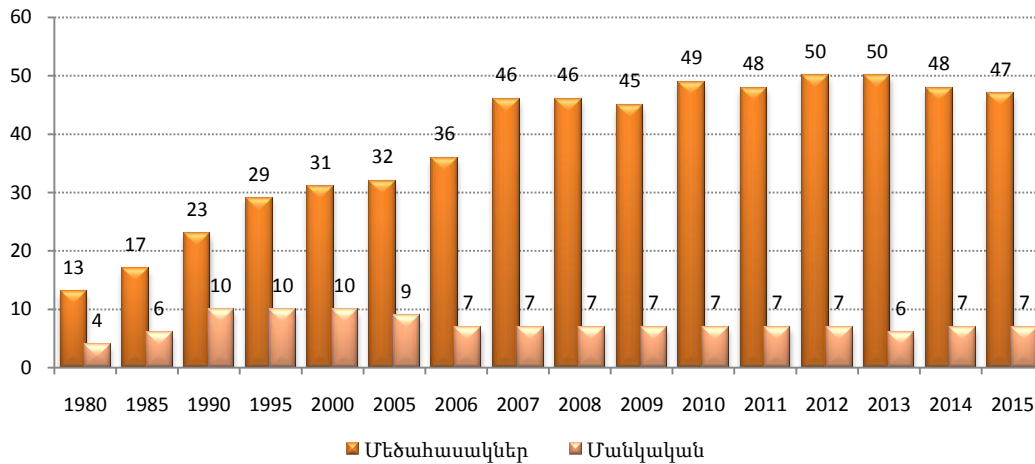


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

<sup>11</sup> Դեղատներում գործող դեղագետների վերաբերյալ տվյալները բացակայում են:



**Գծապատկեր 150. Մեծահասակների և մանկական ինքնուրույն ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թիվը, 1980-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ**

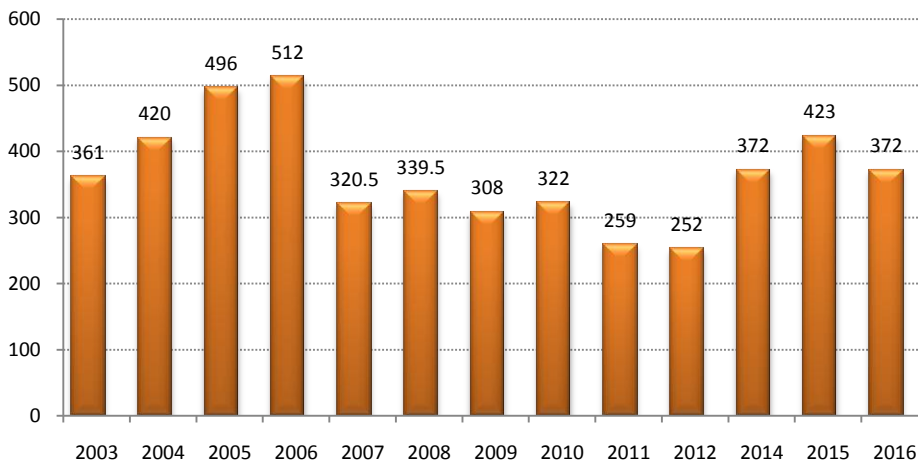
**Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր**

Հայաստանում բժիշկների պատրաստման գործընթացի աճին զուգահեռ ավելանում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի քանակը:

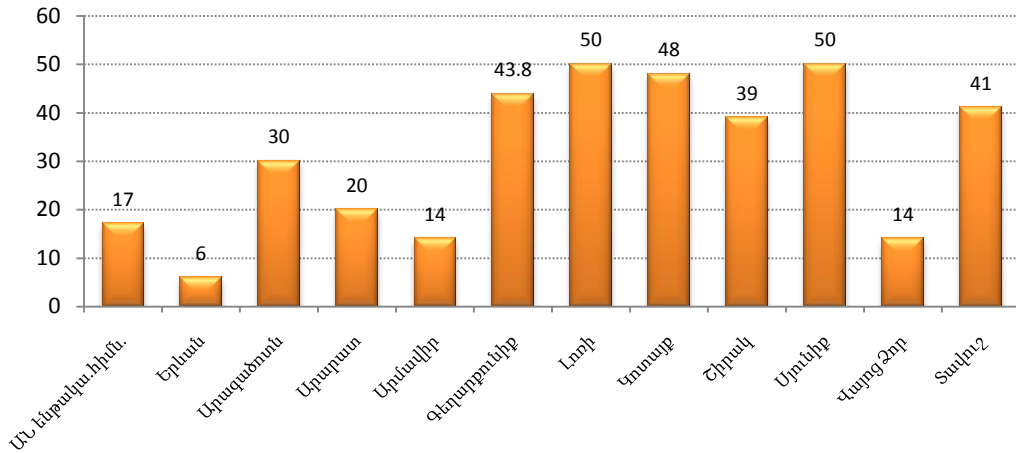
2003-2016թթ.-ին բժիշկների թափուր աշխատատեղերի շարժընթացը կարելի է բաժանել երեք փուլի (Գծապատկեր 151).

- 2003-2006թթ. տարբեր մասնագիտություններով բժիշկների պահանջարկն աճել է 1.4 անգամ (361-ից 512-ը),
- 2007-2012թթ. թափուր աշխատատեղերի քանակը նվազել է 1.3 անգամ,
- 2014-2016թթ. մասնագետների պահանջարկն աճել է 1.5 անգամ:

**Գծապատկեր 151. Բժիշկների թափուր աշխատատեղեր, 2003-2016**



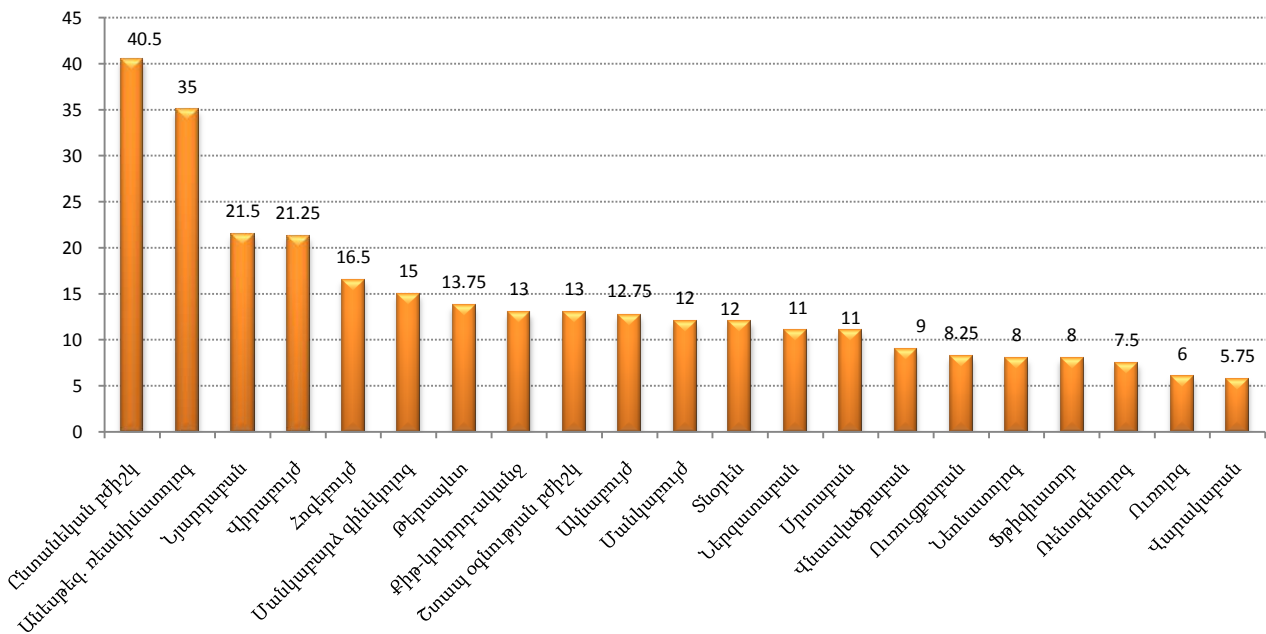
**Գծապատկեր 152. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մարզերի, 2016թ. հուլիս ամսվա դրությամբ**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ, 2016

Հատկապես բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների պահանջարկը մեծ է հեռավոր մարզերում՝ Լոռիում (50), Սյունիքում (50), Գեղարքունիքում (43.8), Շիրակում (39), Կոտայքում (48) (Գծապատկեր 152): Ըստ մասնագիտությունների առավել պահանջված են ընտանեկան բժիշկները, անեսթեզիոլոգները, նյարդաբանները, հոգեբույժները, վիրաբույժները և այլն (Գծապատկեր 153):

**Գծապատկեր 153. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մասնագիտությունների, 2016թ. հուլիս ամսվա դրությամբ**



Աղբյուր. ՀՀ ԱՆ, 2016

Ներկայում բավականին մեծ է կադրային ներուժի արտագաղթը Ռուսաստանի Դաշնություն և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներ: Հայաստանը հանդիսանում է այլ երկրների համար կադրային ներուժի պատրաստող:

Մարզերի կադրային պահանջարկի համալրման հիմնական մեխանիզմներից մեկն է պետական պատվերի շրջանակում կլինիկական օրդինատուրան ավարտած մասնագետների պարտադիր նշանակման պրակտիկան: Համաշխարհային փորձը ցույց է տալիս, որ աշխարհի ավելի քան 70 երկրներում կիրառվում է պարտադիր աշխատանքի նշանակելու փորձը:

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ՀՀ Երևան 010, Կառավարական տուն N3

Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ  
ՀՀ Երևան 010, Կոմիտաս 49/4  
Հեռ. (+374 10) 236 911

