



ԱԶԳԱՅԻՆ
ԶԵԿՈՒՅՑ

2023

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ԳՈՐԾՈՒՆԵՌՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ
ՀԱՅԱՍՏԱՆ**

Երևան

2023

ՀՏԴ 614.2(042.3)

ԳՄԴ 51.1

Ա 720

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2023 /
Ա 720 Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Կ.Սարիբեկյան, Ա.Աղազարյան, Ա. Արզումանյան, Ի.Թորգոմյան,
Շ.Իսահակյան, Ա.Սիմոնյան, Ս.Փահլևանյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան
Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2023.- 187 էջ:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2023 թվականի զեկույցում ներկայացված է.

- ՀՀ բնակչության ժողովրդագրական, առողջությունը բնութագրող ինչպես նաև հիվանդացության և մահացության տվյալների վերլուծությունն՝ ըստ առավել տարածված նոզոլոգիաների, սեռատարիքային խմբերի:
- Մոր և մանկան առողջություն հիմնախնդիրները:
- Կլիմայի ազդեցությունն ոչ վարակիչ հիվանդությունների վրա:
- Կադրային ներուժի առկայությունն և բաշխվածությունը:
- Հիվանդացության և մահացության, ինչպես նաև կադրային ներուժի վերաբերյալ տվյալների համեմատական վերլուծությունն՝ ըստ ԱՀԿ-ի Առողջություն բոլորին (Health for all) Եվրոպական տվյալների շտեմարանի տվյալների ըստ երկրների և ժամանակաշրջանների:

Զեկույցը նախատեսված է առողջապահության համակարգի կազմակերպիչների, բժիշկների, առողջապահության ոլորտի փորձագետների և այլ մասնագետների համար:

ՀՏԴ 614.2(042.3)

ԳՄԴ 51.1

ISBN 978-9939-879-89-5

© ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2023

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

	Հապավումներ	6
ԳԼՈՒԽ 1.	Ժողովրդական բնութագիր	8
	Բնակչության թվաքանակն և կազմը	8
	Կյանքի սպասվող տևողություն	10
ԳԼՈՒԽ 2.	Բնակչության մահացություն, հիվանդանոցային մահաբերություն	11
	Մահացության հիմնախնդիրները	11
	Վաղաժամ մահացություն	16
	Հիվանդանոցային մահաբերություն	21
ԳԼՈՒԽ 3.	Մոր և մանկան առողջության և առողջապահական ցուցանիշների միտումները	23
	Բնակչության սեռատարիքային կազմը	26
	Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից	27
	Ծնելիության և բնական աճի ցուցանիշների միտումները	28
	Ծնելիության վրա ազդող առողջապահական գործոնները	33
	Երեխաների սեռերի անհամամասնությունը ծննդյան պահին	34
	Մայրական առողջություն	37
	Հղիության նախաձննդյան հսկողություն, ցուցանիշների միտումները	37
	Ծննդաբերություն և կեսարյան հատումներ	40
	Մայրական մահացություն	43
	Մայրական մահացության ցուցանիշի միտումները	43
	Մայրական մահացության պատճառական կառուցվածքը	45
	Պերինատալ շրջան, պերինատալ մահացության ցուցանիշների միտումները, կառուցվածքը	47
	Երեխաների առողջությունը	52
	Նորածինների առողջություն, նորածնային մահացություն	53
	Նորածնային մահացության պատճառական կառուցվածքը	54
	Նորածնային հիվանդացությունը և մահաբերությունը	54
	Անհաս և ցածր քաշով նորածիններ , ցուցանիշների միտումները	55
	Զարգացման բնածին արատներ	56
	Մանկական մահացություն, կառուցվածքը, ցուցանիշների միտումները	57
	Մինչև 5 տարեկան երեխաների առողջությունը և մահացությունը	63
	Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունն ըստ սեռի	66
	Երեխաների հիվանդացության ցուցանիշների միտումները	71
	Մանկական հաշմանդամություն	73
	Երեխաների հիվանդությունների կանխարգելում, պատվաստումներ, նորածնային սկրինինգներ	75
	Դեռահասների առողջություն և վարքագիծ	81
	Վնասակար սովորություններ, ռիսկի գործոններ	82
	Սննդային վարքագիծ և ֆիզիկական ակտիվություն	82

Դեռահասների հոգեկան առողջությունը	83
Մեռական դաստիարակություն և վարքագիծ	84
Քրոնիկ հիվանդություններ	84
Դեռահասներին բարյացակամ առողջապահական ծառայություններ	85
Երեխաների և կանանց սնուցում	86
Երեխաների սնուցման վիճակն աշխարհում	86
Երեխաների և կանանց սնուցման վիճակը Հայաստանում	87
Կրծքով սնուցում	88
Կրծքով կերակրումը և մանկական մահացությունը	89
Հավելյալ սնուցում	91
Մոր և մանկան սնուցման կարգավիճակը	91
Մոր և մանկանն ուղղված առողջապահական ծառայությունները, մարդկային ռեսուրսները	95
Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ոլորտի օրենսդրական կարգավորումները	96
Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների կազմակերպումը, ենթակառուցվածքները, ռեսուրսները	98
Մանկաբուժական ծառայության կազմակերպումը ԱԱՊ օղակում	99
Մանկաբուժական ծառայության մարդկային ռեսուրսները, մասնագետների պատրաստումը, նախապատմություն և հետագա զարգացումներ	101
ԱԱՊ համակարգի կադրային դեֆիցիտով պայմանավորված մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների բեռի շարունակական աճը	108
Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը՝ ուղղված կանանց և երեխաների բուժսպասարկմանը:	109
Իրավիճակային վերլուծության հիման բացահայտված խնդիրները և առաջարկվող լուծումները	111
Մոր և մանկան առողջության հետ կապված հիմնախնդիրները	111
Մոր և մանկան առողջապահակ/ համակարգային խնդիրները	113
Մոր և մանկան առողջության և առողջապահական ծառայությունների բարելավման հիմնական առաջարկությունները	117
ԳԼՈՒԽ 4. Կլիմայի փոփոխությունը և առողջությունը	121
Կլիմայի փոփոխության դրսևորումները ըստ ազդեցության գործոնների	121
Կլիմայի փոփոխության ազդեցությունը առողջության վրա	127
Հայաստանում առողջության վրա կլիմայի փոփոխության շարժիչ ուժերի կլիմայագգայուն հիվանդությունների ընտրություն	131
Կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատում	135
Ջերմաստիճանի փոփոխությունը և ազդեցությունն	135

	առողջության վրա	
	Հայաստանի բնակչության առողջության վրա ջերմաստիճանի փոփոխության ազդեցության գնահատման հետազոտություններ	138
	Ջերմաստիճանի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատումը	140
	Օդի որակի փոփոխության ազդեցությունն առողջության վրա	159
ԳԼՈՒԽ 5.	Բուժճառայությունների գործունեության սպառում	164
	Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները	164
	Հոսպիտալացման մակարդակ	166
	Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի	169
ԳԼՈՒԽ 6.	Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժ 2022	172
	Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում	172
	Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի բաշխում Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխումն ըստ մարզերի	177
	Կադրային ներուժի բաշխումն առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում	179
	Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների	180
	Բարձրագույն բժշկական կրթություն ունեցող կադրերի թափուր հաստիքներ	181
	Գրականություն և հղումներ	182
		184

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանման
ԱԲ-ԵՏՇ	Առողջություն բոլորին (Health for all) Եվրոպական տվյալների շտեմարան, ԱՀԿ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարության
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություն
ԱՎՀԱԿ	Առողջապահական վիճակագրական և հետազոտությունների իրականացման ազգային կենտրոն
բ.ա.	բացարձակ արժեք
ԲԱԿ	Բուժականակաբարձական կետ
ԲԿ	Բժշկական կազմակերպություն
ԲԿԿ	Բացառապես կրծքով կերակրում
ԲՈՒՀ	Բարձրագույն ուսումնական հաստատություն
ԴԲԱՕ	Դեռահասների բարյացկամ առողջապահական ծառայություն
ԴԵԱՎՀ	Դպրոցական երեխաների առողջական վարքագծի հետազոտություն
ԵՄ	Եվրոպական Միություն
ԵՊԲՀ	Երևանի պետական բժշկական համալսարան
ԹՔՕՀ	Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն
ԺԱՀՀ	Ժողովրդագրության և առողջապահական հարցերի հետազոտություն
ԿԶՆ	Կայուն զարգացման նպատակ
ԿԿ	Կրծքով կերակրում
հ.ա.	հարաբերական արժեք
ՀԲ	Համաշխարհային Բանկ

ՀԴ10	Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների 10-րդ վերանայման վիճակագրական դասակարգիչ
ՀԺԱՀՀ	Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՀՀ	Հայաստանի հանրապետություն
ՀՄԴ	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ
ՀՎԿԱԿ	Հիվանդությունների վերահսկման կանխարգելման ազգային կենտրոն
ՀՕԿ	Համաշխարհային օդերևութաբանական կազմակերպություն
ՁԻԱՀ	Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ՃՏՊ	Ճանապարհային տրանսպորտի պատահար
ՄԱԿ	Միացյալ ազգերի կազմակերպություն
ՄՁՑ	Մարմնի զանգվածի ցուցիչ
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վարակ
ՄՄ	Մանկանակն մահացություն
ՄՕՀ	Մարտդական օրգաների հիվանդություն
ՆՄՑ	Նորածնային մահացության ցուցանիշ
ՆՄԲՀ	Նորածինների սեռի բնականոն հարաբերակցություն
ՆՄՀ	Նորածինների սեռի հարաբերակցություն
ՇԴ	Շաքարային դիաբեդ
ՇԽՆ	Շնչառական խանգարման համախտանիշ
ՇՕՀ	Շնչառական օրգաների հիվանդություն
ՈՎՀ	Ոչ վարակիչ հիվանդություն
ՈԻԱՀ	Ուղեղանոթային հիվանդություններ
ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություն
ՊԳԳ	Պտղաբերության գումարային գործակից
ՊՄՑ	Պերինատալ մահացության ցուցանիշ
ՊՄԽԸ	Պտղի սեռի խտրական ընտրություն
ՌԴ	Ռուսաստանի Դաշնություն
ՍՄԻ	Սրտամկանի սուր ինֆակտ
ՎԹԱՊ	Վնասվածքներից, թունավորումներից, արտաքին պատճառներից
ՎԿ	Վիճակագրական կոմիտե
ՎՆՄ	Վաղ նորածնային
ՏԲ	Տուբերկուլոզ
ՔԿԱԳ	Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գործակալություն

ԳԼՈՒԽ 1

ԺՈՂՈՎՐԴԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐ

Բնակչության թվաքանակն և կազմը

2023թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ցուցանիշը կազմել է 2977.1 հազ. մարդ և 2022թ. տարեկազմի համեմատ աճել է 15.7 հազ. մարդով:

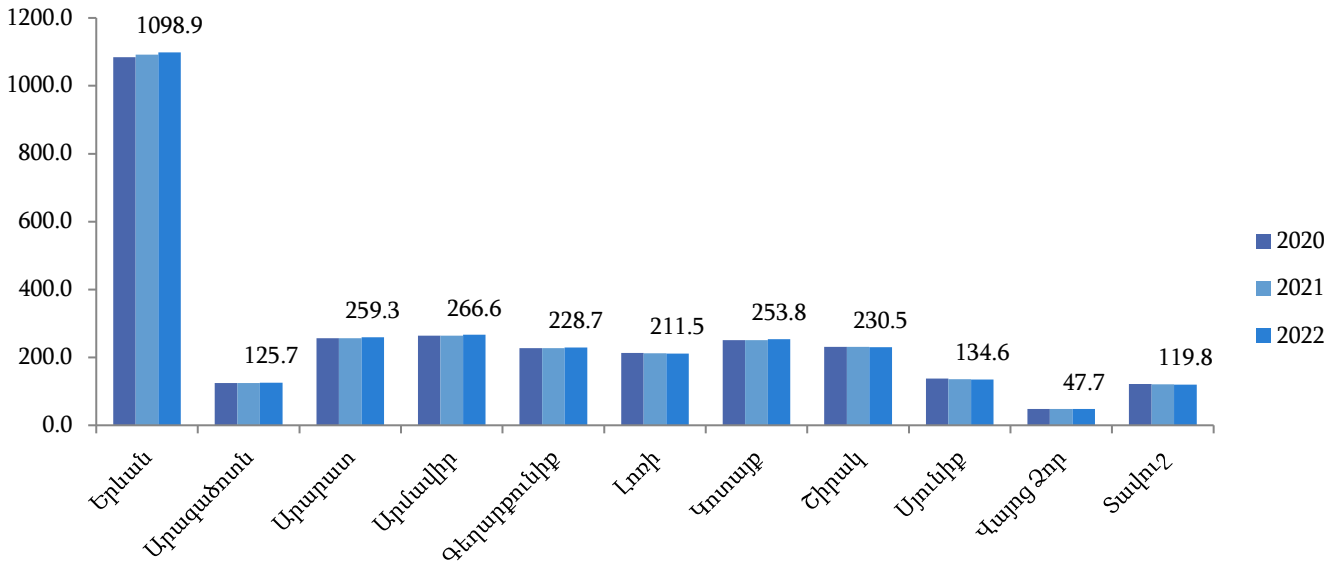
2023թ.-ի տարեկազմին քաղաքային բնակչության մասնաբաժինը կազմել է 63.8 %, իսկ գյուղականը՝ 36.2%: 2022թ. ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 47.2%-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 52.8%-ը՝ կանայք: Բնակչության միջին տարիքը 2022թ.-ին կազմել է 37.2 տարի, տղամարդկանց համար՝ 35, իսկ կանանց՝ 39.1 տարի: 2022թ.-ին ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը կազմել է 21.4%, աշխատունակ տարիքինը՝ 63.5%, իսկ աշխատունակ տարիքից բարձր բնակչության տեսակարար կշիռը՝ 15.1% (<https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2446>):

Ժողովրդագրական իրավիճակի առկա հիմնախնդիրներից է բնակչության ժողովրդագրական ծերացումը, որի ընթացքը հանրապետությունում հետխորհրդային տարիներին մեծապես արագացել է: Բնակչության ծերացումը կամ ժողովրդագրական ծերացումը երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության վերարտադրության, ծնելիության, մահացության և դրանց հարաբերակցություններում տեղ գտած տեղաշարժերի, ինչպես նաև, մասամբ, միգրացիայի հետևանք է: Համաձայն ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի՝ եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում է 7%-ից ավել, ապա դա փաստում է տվյալ բնակչության ծերացման մասին: Այդ ցուցանիշը 2022թ. տարեկազմի դրությամբ Հայաստանում կազմել է 12.6%:

2022թ. ՀՀ-ում արձանագրվել են 36802 ծնունդ, ծնվածների ընդհանուր թվաքանակից 36375-ը կազմել են կենդանի ծնվածները, իսկ 427-ը՝ մեռելածինները: Նախորդ տարվա համեմատ կենդանի ծնվածների բացարձակ թվաքանակը նվազել է 1%-ով, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, որը բնութագրում է հաշվետու ժամանակաշրջանում կենդանի ծնվածների թվաքանակը 1000 բնակչի հաշվով, կազմել է 12.2%, որը նախորդ տարվա արձանագրված ցուցանիշի համեմատ նվազել է 0.2 պրոմիլային կետով:

2022թ.-ին ՀՀ-ում գրանցվել է 26692 մահվան դեպք, մահացության դեպքերը 2021թ. համեմատ նվազել է 7696-ով, իսկ մահացության ընդհանուր գործակիցը 1000 բնակչի հաշվով կազմել է 8.9%: 2022թ.-ին գրանցված մահվան ընդհանուր դեպքերից 13783 -ը (51.6%) կազմել են տղամարդիկ, իսկ 12909 -ը (48.4%)՝ կանայք:

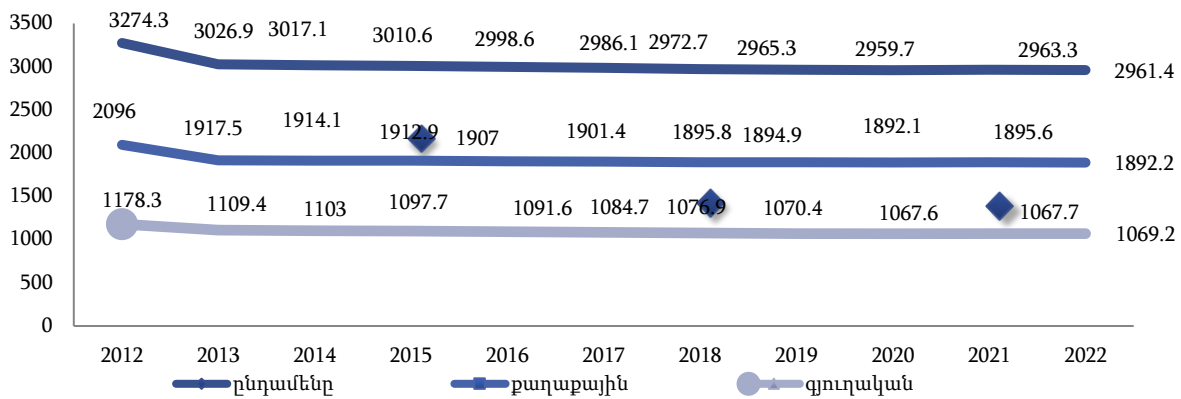
Գծապատկեր 1. ՀՀ մշտական բնակչությունն ըստ մարզերի (1000 մարդ) 2023 թ. տարեակգրի դրությամբ



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2022

2023թ. տարեակգրի դրությամբ մշտական բնակչության 36.9% կենտրոնացված է եղել Երևան քաղաքում, իսկ Կոտայքի, Արարատի և Արմավիրի մարզերից յուրաքանչյուրում բնակվել է հանրապետության բնակչության 8.5%-9%, Լոռու, Գեղարքունիքի և Շիրակի մարզերում, համապատասխանաբար՝ 7.1%-7.7%, Տավուշի, Արագածոտնի և Սյունիքի մարզերից յուրաքանչյուրում՝ 4%-4.5%, իսկ 1.6%՝ Վայոց ձորի մարզում (Գծապատկեր 1):

Գծապատկեր 2. ՀՀ մշտական բնակչությունը (1000 մարդ), 2023 թ.տարեակգրի դրությամբ



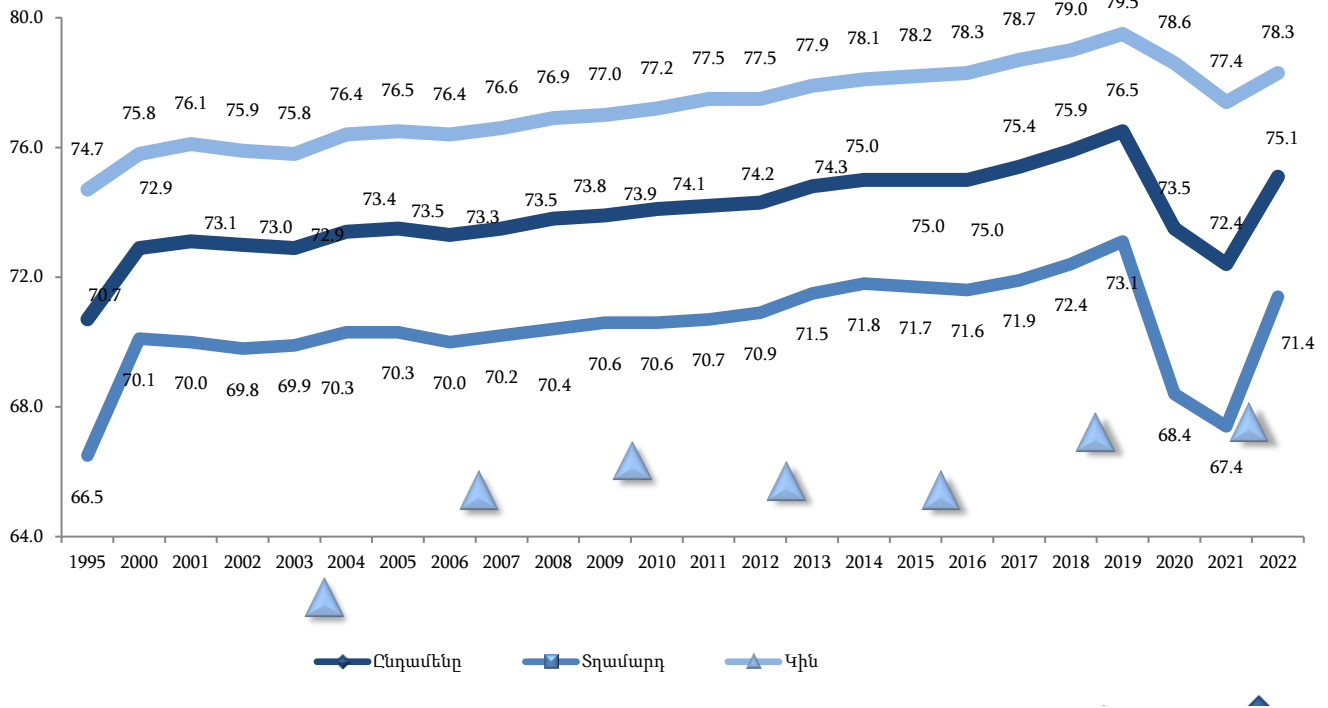
Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2022

Ըստ 2023թ.-ի տարեակգրի տվյալների, ՀՀ մշտական բնակչության թիվը 2012թ.-ի համեմատ նվազել է 297.2 հազարով, ընդ որում քաղաքային բնակչության թիվը նվազել է 197.9 հազարով, իսկ գյուղական բնակչության թիվը՝ 99.3 հազար մարդով (Գծապատկեր 2):

Կյանքի սպասվող տևողություն

Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս համարվում է բնակչության կենսամակարդակի չափման ուղղակի ցուցանիշներից մեկը: Դա տարիների այն թիվն է, որը, միջին հաշվով, կապրի ծնվող սերունդը, պայմանով, որ այդ սերնդի ողջ կյանքի ընթացքում մի տարիքից հաջորդին անցնելիս մահացությունը յուրաքանչյուր տարիքում հավասար կլինի բնակչության մահացության տվյալ ժամանակահատվածի մակարդակին: 2022թ-ին կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս կազմել է 75.1 տարի, որը 2021թ-ի համեմատ ավելացել է 3 տարով: Տղամարդկանց շրջանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծննդյան պահից կազմել 71.4 տարի, իսկ կանանցը՝ 78.3 տարի: Հարկ է նշել, որ 2021 թ-ի համեմատ տղամարդկանց շրջանում ցուցանիշը ավելացել է 4 տարով, իսկ կանանց շրջանում՝ 0.9 տարով (Գծապատկեր 3):

Գծապատկեր 3. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995, 2000-2022



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԳ, 2022

ԳԼՈՒԽ 2

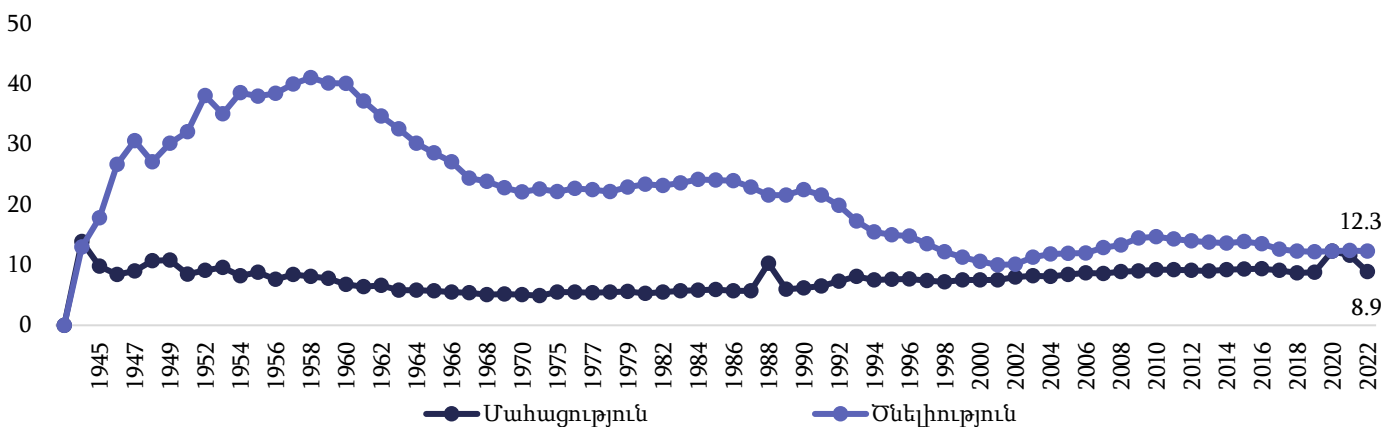
ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՄԱՀԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Մահացության հիմնախնդիրները

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 4): 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:

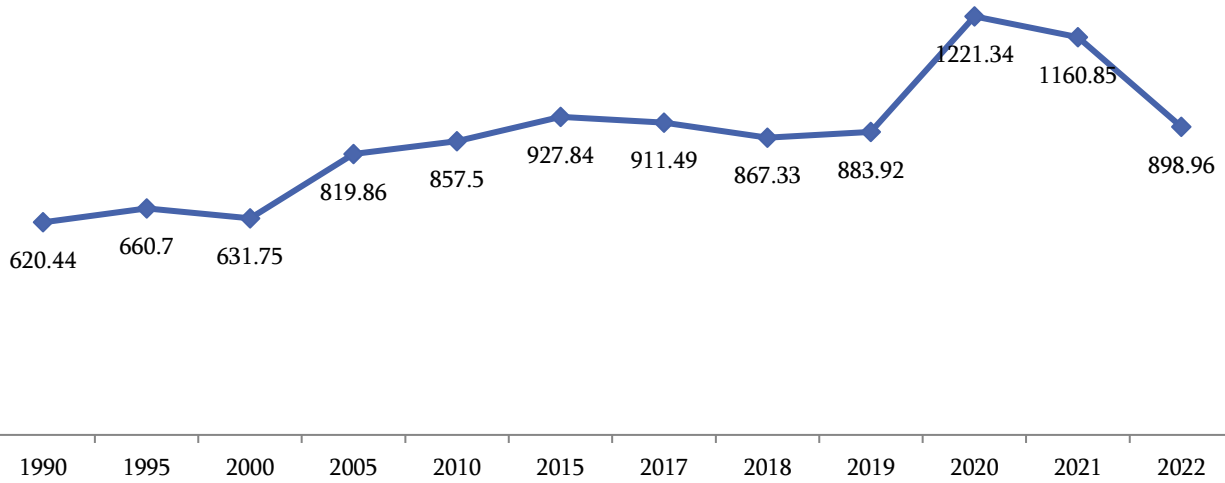
Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն աճել է 1991թ.-ին 6.5-ից՝ 2015թ.-ին հասնելով 9.3-ի: 55 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր մահացության գործակիցը նշանակալիորեն գերազանցում է ավելի ցածր տարիքի բնակչության մահացության ցուցանիշին: Այդ պատճառով բնակչության ծերացումը հանգեցնում է մահացության 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՝ հասնելով նվազագույնին 2001թ.-ին, որից հետո գրանցվել է այդ ցուցանիշի շատ դանդաղ և բնական վերարտադրության համար խիստ անբավար աճ:

Գծապատկեր 4. ՀՀ բնակչության մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները, 1942-2022



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2022

Գծապատկեր 5. ՀՀ բնակչության մահացությունը բոլոր պատճառներից (100000 բնակչի հաշվով)



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2022

2022թ.-ի տվյալների համաձայն՝ մահվան դեպքերը բոլոր պատճառներից կազմել են 26692: Հարկ է նշել, որ 2022թ.-ին՝ 2021թ.-ի համեմատ, մահացությունը նվազել է 7696 դեպքով, իսկ 2020թ.-ի համեմատ՝ 9741:

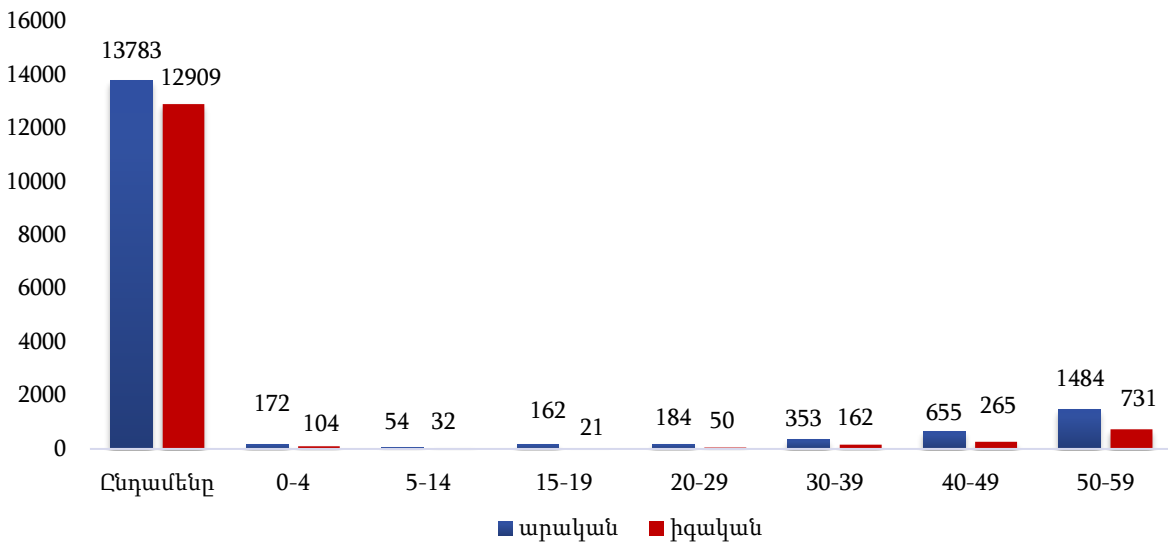
Աղյուսակ 1. ՀՀ բնակչության մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների, 2021-2022

	2021թ. բացարձակ արժեք	100000 բնակչի հաշվով	2022թ. բացարձակ արժեք	100000 բնակչի հաշվով
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	34388	1160.8	26692	898.9
Վարակիչ և մակաբուժական հիվանդություն	158	5.33	148	4.98
Նորագոյացություններ	5332	180.0	5141	173.14
այդ թվում՝ չարորակ	5266	177.77	5087	171.33
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություն	16589	560.00	14244	479.73
Շնչառական օրգանների հիվանդություն	2895	97.73	2363	79.58
Մարսողական օրգանների հիվանդություն	1250	42.20	1138	38.33
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	1087	36.69	1258	42.37
Կովիդ-19-ից	5442	183.71	812	27.35

ԱՇՀՀ-ից մահացության դեպքերն նվազել են 2345-ով, իսկ նորագոյացություններից՝ նվազել է 191 դեպքով:

Մահացության վերլուծությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի ակնհայտորեն ցույց է տալիս, որ տղամարդկանց շրջանում, կանանց համեմատ, մահացության դեպքերը 874 դեպքով ավել են: Մահացության դեպքերի աճը գրանցվում է 50 և բարձր տարիքային խմբերում: Հարկ է նշել, որ տղամարդկանց մինչև 69 տարիքային խմբում մահացության դեպքերը գերակշռում են կանանց համեմատ: Այսպիսով, վաղաժամ մահացության տեսակետից տղամարդիկ հանդիսանում են ռիսկային խումբ: Մահացության դեպքերի աճը գրանցվում է 50 և բարձր տարիքային խմբերում (Գծապատկեր 6):

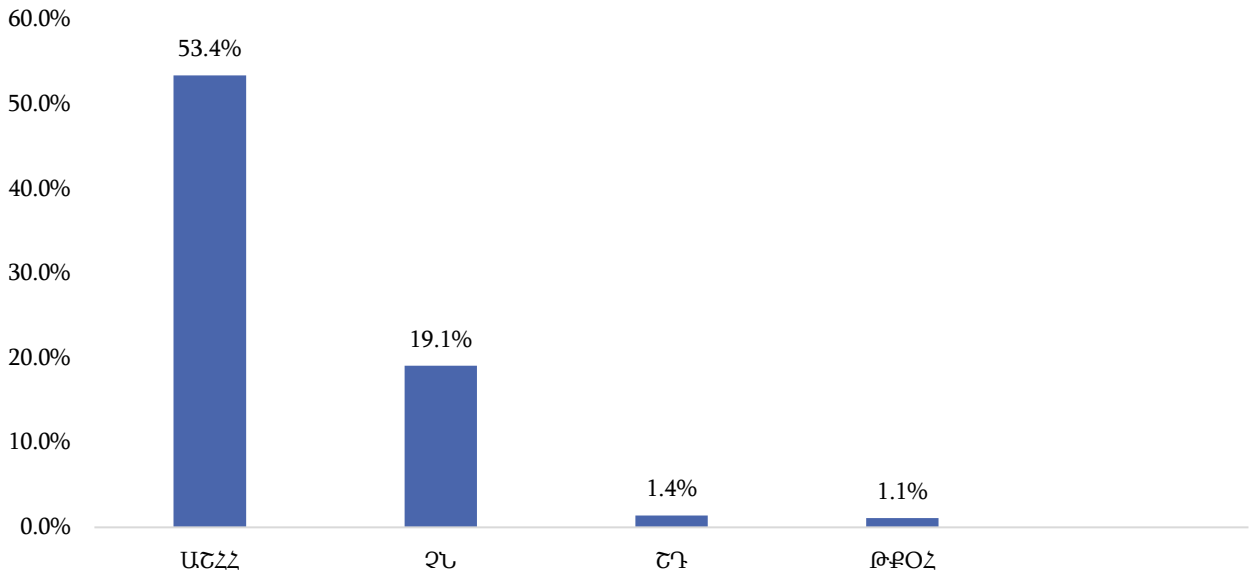
Գծապատկեր 6. ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի, բ. ա. 2022



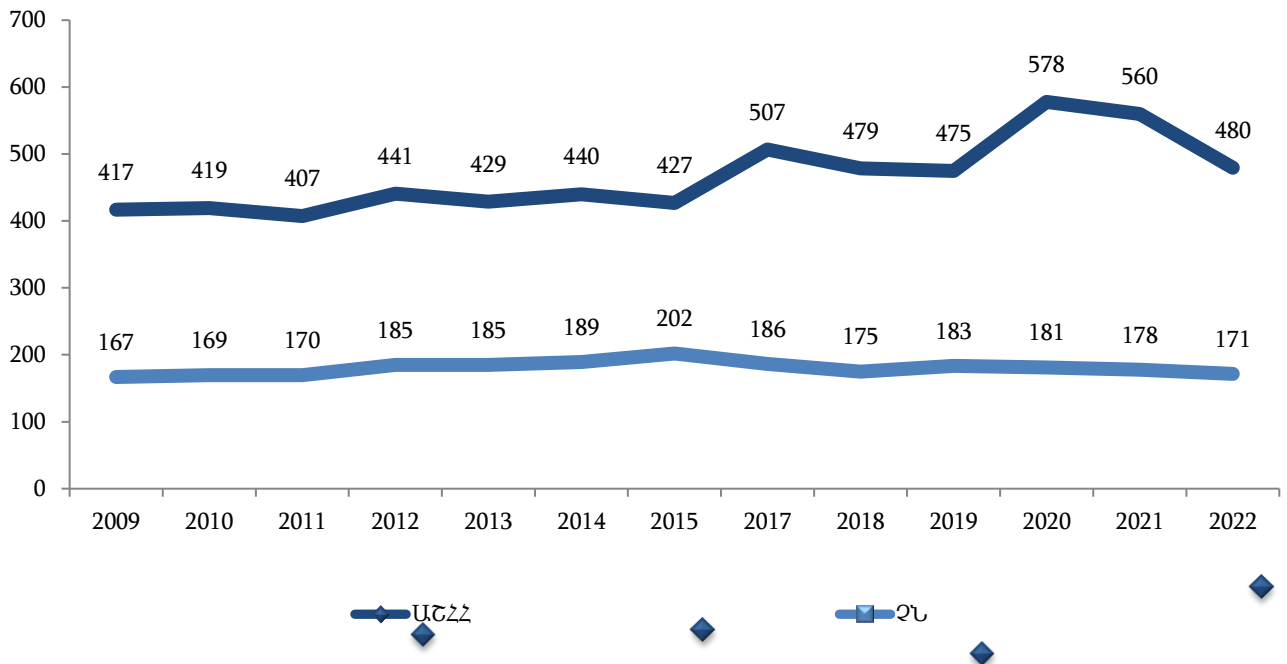
Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2022

Առավել տարածված 4 ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության բեռը կազմում է շուրջ 75%, ընդ որում ԱՇՀՀ-ից մահացությունը զբաղեցնում է առաջատար դիրք (53.4%), որոնց հաջորդում են ՉՆ-ը՝ 19.1%, ՇԴ-ը՝ 1.4%, ԹՔՕՀ-ը՝ 1.1%, (Գծապատկեր 6):

Գծապատկեր 7. ՀՀ բնակչության մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից ընդհանուր մահացության կառուցվածքում (%) ըստ 2022

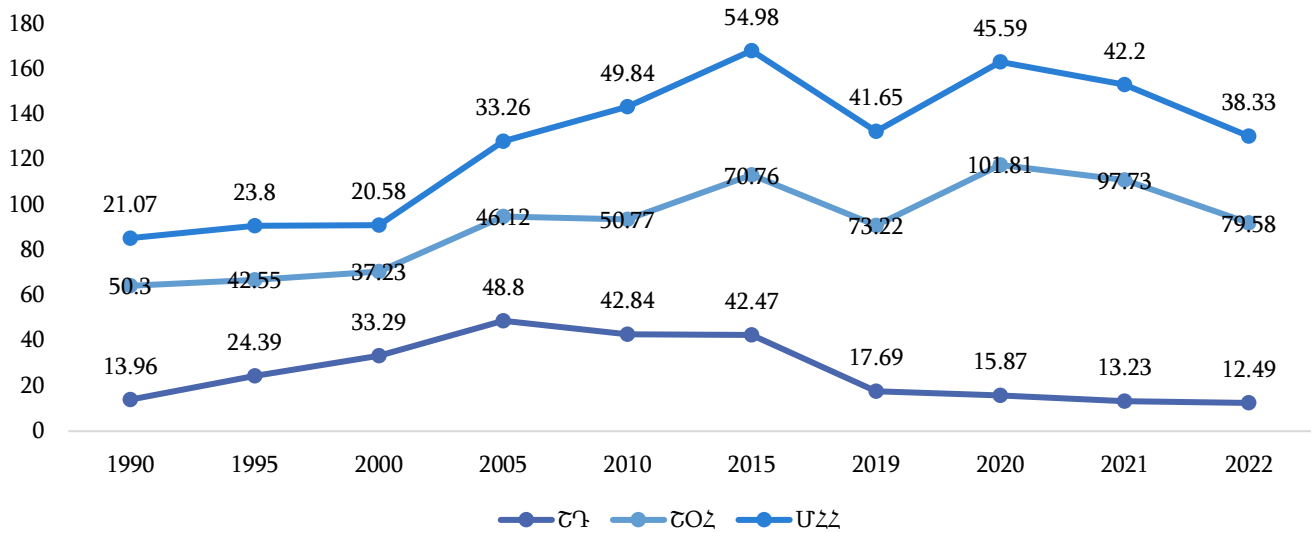


Գծապատկեր 8. ՀՀ բնակչության մահացությունն ԱՇՀՀ և ՉՆ, (100000 բնակչի հաշվով) 2009-2022



Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Գծապատկեր 9. ՀՀ բնակչության մահացությունն ՇՌ, ՇՕՀ և ՄՈՀ հիվանդություններից(100 000 բնակչի հաշվով), 1990-2022



Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Համաձայն գծապատկեր 7 և 8-ում ներկայացված տվյալների 2020-2022 թթ.-ին ԱՇՀՀ-ից մահացության ցուցանիշը կտրուկ նվազել է, նույն միտում է արձանագրվել է ՄՈՀ-ից և ՇՕՀ-ից մահացության տեսակետից (Գծապատկեր 9):

Վաղաժամ մահացություն

Վաղաժամ մահացության կրճատումը հանդիսանում է ՀՀ մարտահրավերներից մեկը և ամրագրված է ԿԶ 3.4 նպատակում, որով սահմանված է «Մինչև 2030թ.-ը մեկ երրորդով կրճատել վաղաժամ մահացությունը ՌՎՀ-ից՝ կանխարգելման և բուժման միջոցով, և խթանել հոգեկան առողջությունը և բարեկեցությունը»:

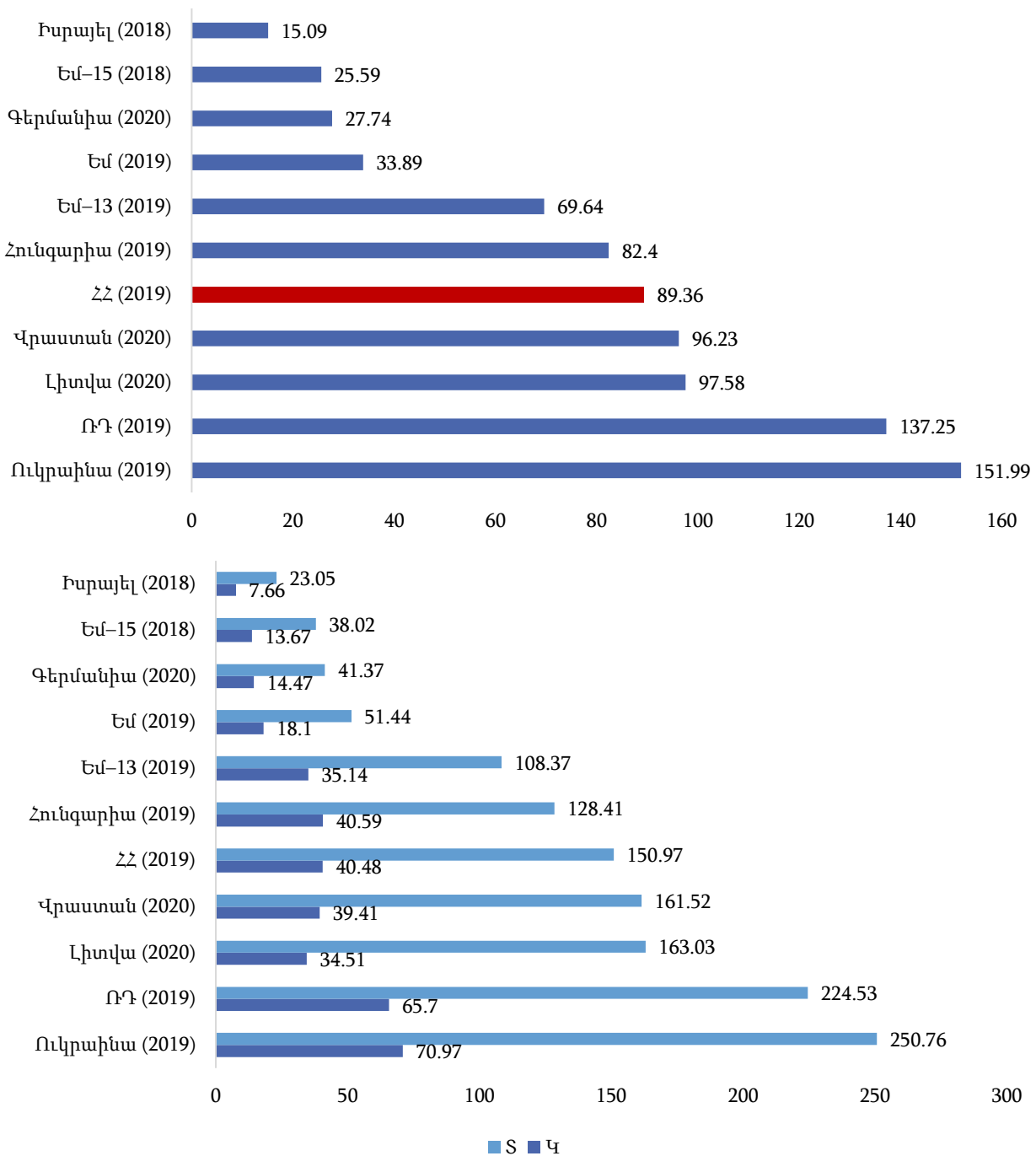
Աղյուսակ 2. ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ մահվան պատճառների և սեռատարիքային խմբերի, 2022

Հիվանդություններ	Կանայք						Տղամարդիկ						Ընդամենը					
	Ընդամենը՝ բոլոր տարիքային խմբերում		Վաղաժամ մահացություն				Ընդամենը՝ բոլոր տարիքային խմբերում		Վաղաժամ մահացություն				Ընդամենը՝ բոլոր տարիքային խմբերում		Վաղաժամ մահացություն			
			0-70 տարիք		35-65 տարիք				0-70 տարիք		35-65 տարիք				0-70 տարիք		35-65 տարիք	
	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.	բ.ա.	հ.ա.		
ԶԼ	2374	151.4	1208	84.3	824	123.2	2713	193.6	1525	115.3	964	175.4	5087	171.3	2733	99.1	1788	146.7
ՆՀՀ	245	15.6	94	6.6	56	8.4	153	10.9	87	6.6	57	10.4	398	13.4	181	6.6	113	9.3
ԱՇՀՀ	7345	468.4	1118	78	629	94	6899	492.4	2790	210.9	1865	339.3	14244	479.7	3908	141.8	2494	204.6
ՇՕՀ	1162	74.1	222	15.5	113	16.9	1201	85.7	361	27.3	200	36.4	2363	79.6	583	21.1	313	25.7
ՄՀ	517	33	125	8.7	64	9.6	621	44.3	342	25.9	238	43.3	1138	38.3	467	16.9	302	24.8
Վնասվածքներ թունավորումներ	278	17.7	175	12.2	97	14.5	980	69.9	870	65.8	411	74.8	1258	42.4	1045	37.9	508	41.7
Կովիդ -19	321	20.5	117	8.2	64	9.6	491	35	154	11.6	81	14.7	812	27.3	271	9.8	145	11.9
Ընդամենը	12242	780.7	3059	213.3	1847	276.1	13058	931.9	6129	463.3	3816	694.2	25300	852.1	9188	333.3	5663	464.7

Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Աղյուսակ 2-ում ներկայացված է ընդհանուր մահացության, վաղաժամ և 35-65 տարիքային խմբերում արձանագրված մահացության դեպքերը: ԱՇՀՀ վաղաժամ մահացության ցուցանիշը տղամարդկանց շրջանում կանանց համեմատ մոտ 2 անգամ ավելի բարձր է

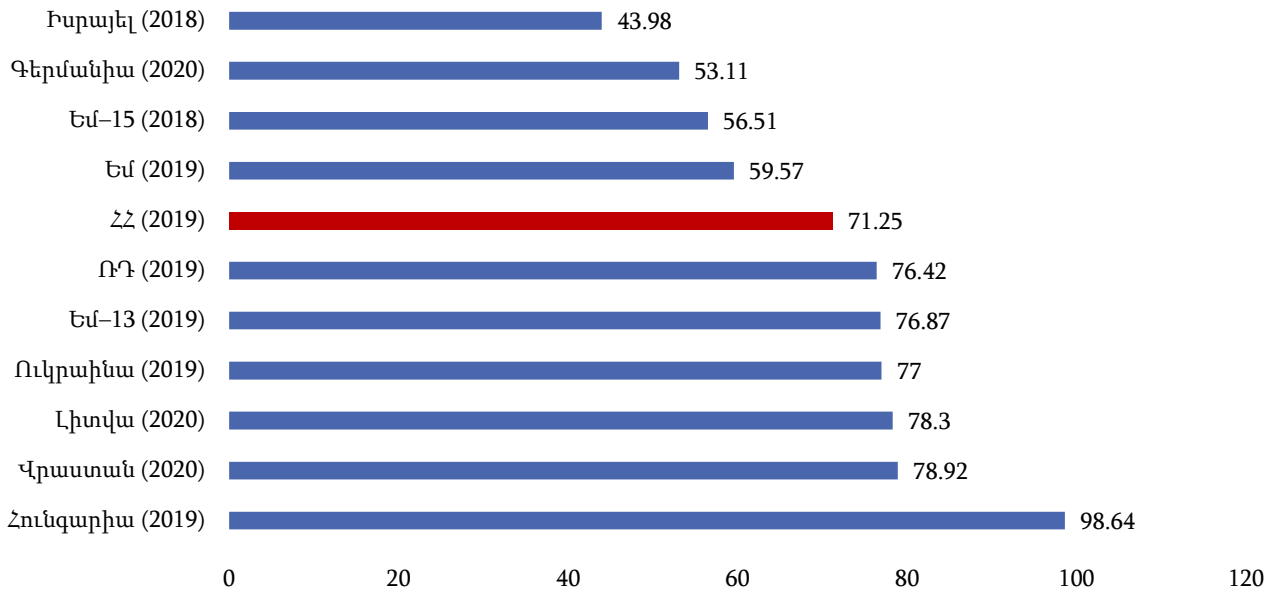
Գծապատկեր 10. ԱՇՀՀ-ից վաղաժամ (0-64) մահացության ստանդարտիզացված ցուցանիշը, (100 000 բնակչի հաշվով), ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ 2018-2019

Գծապատկեր 10-ում ներկայացված ԱՇՀՀ-ից վաղաժամ մահացության տվյալների վերլուծությունն փաստում է, որ ՀՀ արձանագրված ԱՇՀՀ վաղաժամ մահացության ցուցանիշը (89.4) գրեթե 3-4 անգամ բարձր է Եվրոպական տարածաշրջանի զարգացած երկրների համեմատ, իսկ Իսրայելի համեմատ 6 անգամ: Սակայն այն զիջում է ՌԴ, Ուկրաինայի և Վրաստանի ցուցանիշներին:

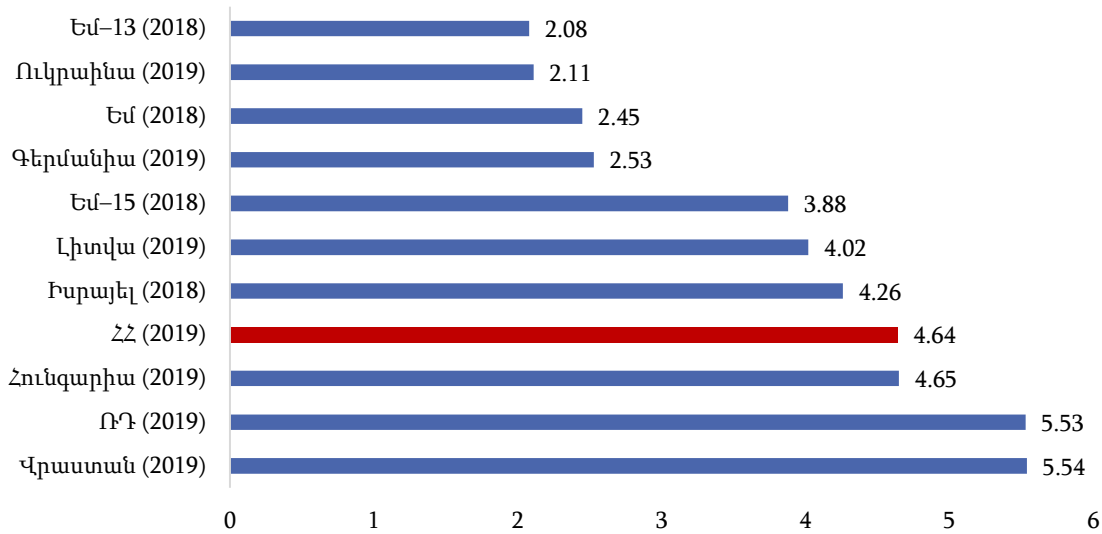
Գծապատկեր 11. ՉՆ-ից վաղաժամ (0-64 տարեկանների շրջանում), մահացության ստանդարտիզացված ցուցանիշը (100 000 բնակչի հաշվով), ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018-2020



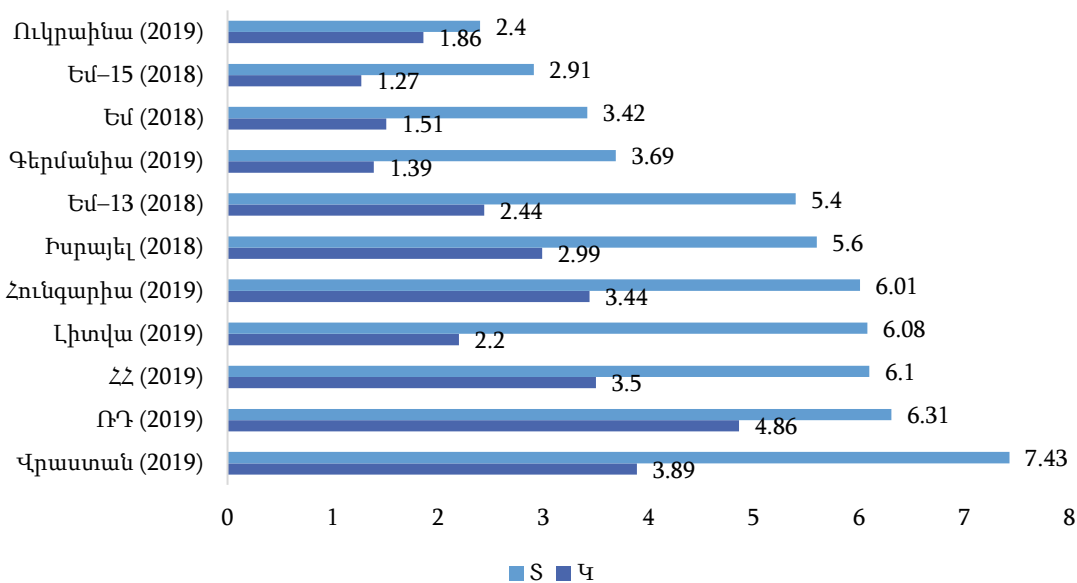
Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ, 2018-2020

Հայաստանում ՉՆ-ից վաղաժամ մահացության ցուցանիշը գերազանցում է Իսրայելի, Գերմանիայի և ԵՄ զարգացած երկրների ցուցանիշներին, սակայն զիջում է Հունգարիայի, Լիտվայի ցուցանիշներին: Տվյալ ընտրանքային երկրներում տղամարդկանց ցուցանիշը բարձր է կանանց համեմատ:

Գծապատկեր 12. ՇՂ-ից վաղաժամ (0-64) մահացության ստանդարտիզացված ցուցանիշը, (100 000 բնակչի հաշվով), ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019

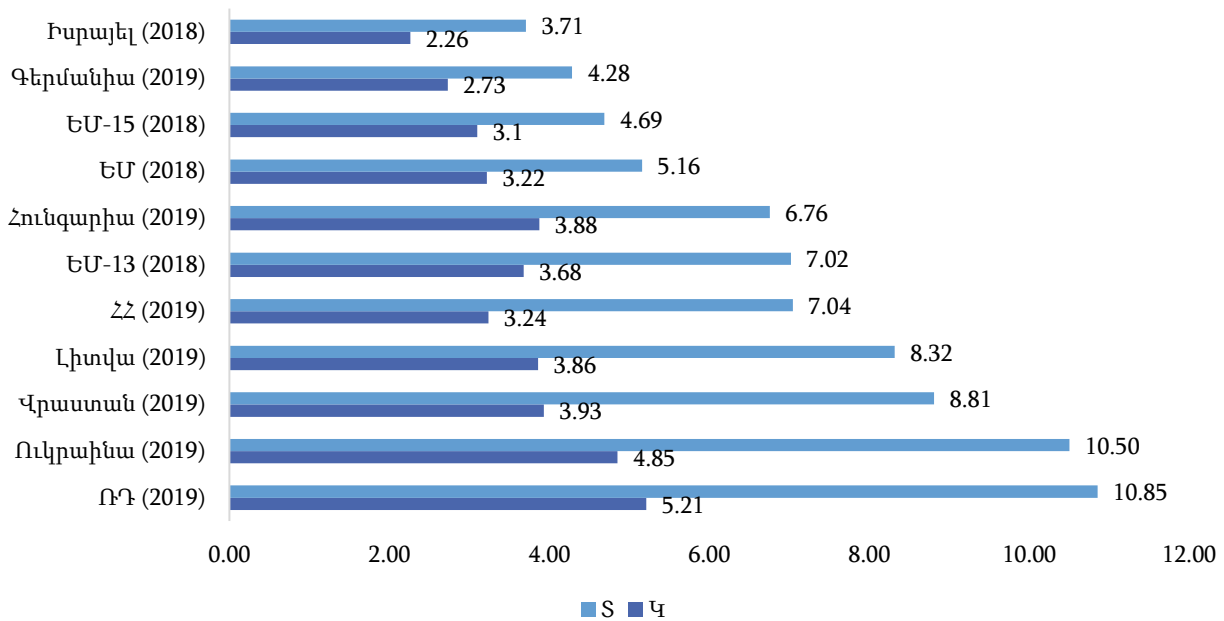
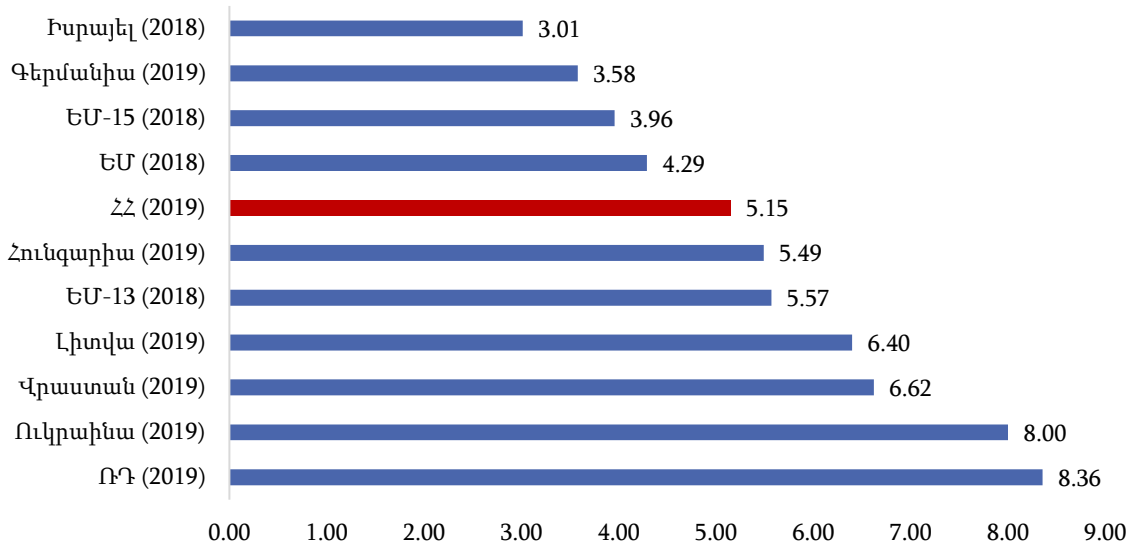


Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ, 2018, 2019



Միջազգային տվյալների հետ համեմատելիս ակնհայտ է, որ ՀՀ-ում ՇՂ-ից մահացության ցուցանիշը գերազանցում է եվրոպական երկրների ցուցանիշներին, սակայն ցածր է Վրաստանի, ՌԴ-ի ցուցանիշներից: Հարկ է նշել, որ գրեթե բոլոր երկրներում ՇՂ-ից մահացությունը տղամարդկանց շրջանում բարձր է (Գծապատկեր 12.):

Գծապատկեր 13. Կյանքի միջին տևողության նվազում՝ մինչև 65 տարեկան վաղաժամ մահվան պատճառով, (100 000 բնակչի հաշվով), ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ 2018, 2019

Հաշվի առնելով ներկայացված միջազգային տվյալները երևում է, որ ՀՀ-ի ցուցանիշը համեմատաբար բարձր է 2018 թ-ի ԵՄ-15, ԵՄ, Իսրայելի և 2019 թ-ի Գերմանիայի միջին ցուցանիշների համեմատ, սակայն ցածր է ԵՄ-13 (2018), Ուկրաինայի, ՌԴ-ի, Վրաստանի համեմատ: Այստեղ ևս տղամարդկանց ցուցանիշը գերազանցում է կանանց (Գծապատկեր 13.):

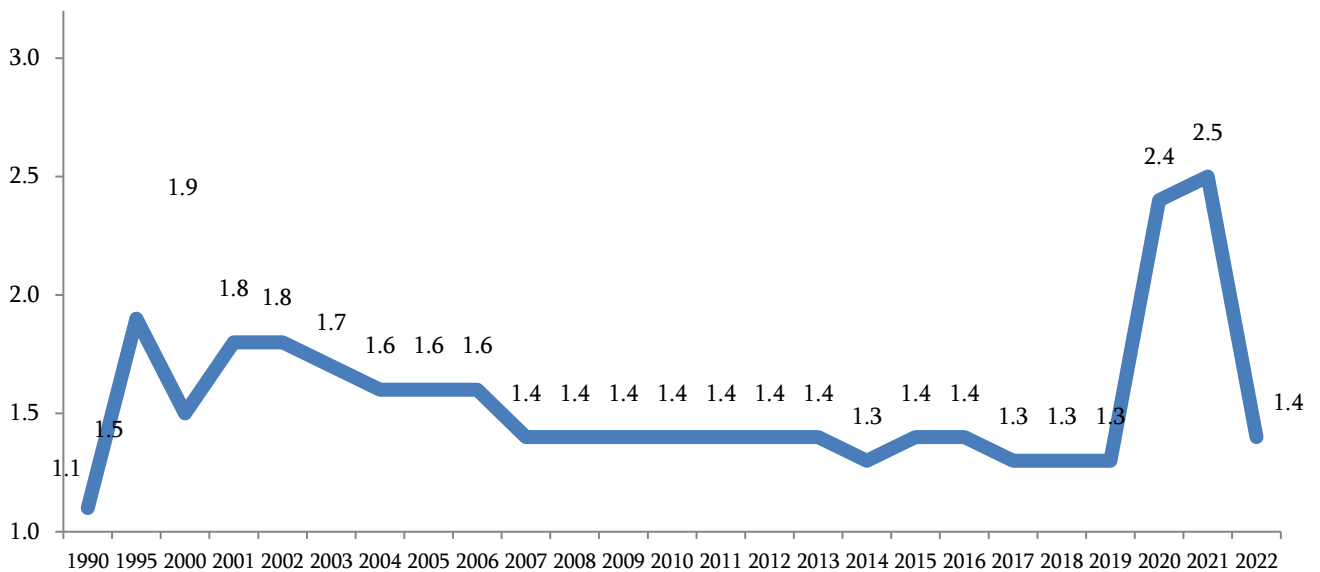
Հիվանդանոցային մահաբերություն

Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը և յուրաքանչյուր հիվանդության մահաբերության ցուցանիշերը նկարագրում են հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և իրականացման որակը:

Բոլոր հիվանդություններից և պատճառներից հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշն 1990-2022 թթ.-ի ընթացքում տրված է Գծապատկեր 14-ում, որը ցույց է տալիս, որ 2001-2019 թթ.-ի ընթացքում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշի շարունակական նվազում, որը վկայում է հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և որակի բարելավման մասին: 2020 և 2021թթ. ժամանակահատվածում արձանագրվել է ցուցանիշների աճ, որը պայմանավորված էր Կովիդ-19 համավարակով և պատերազմային իրադարձություններով:

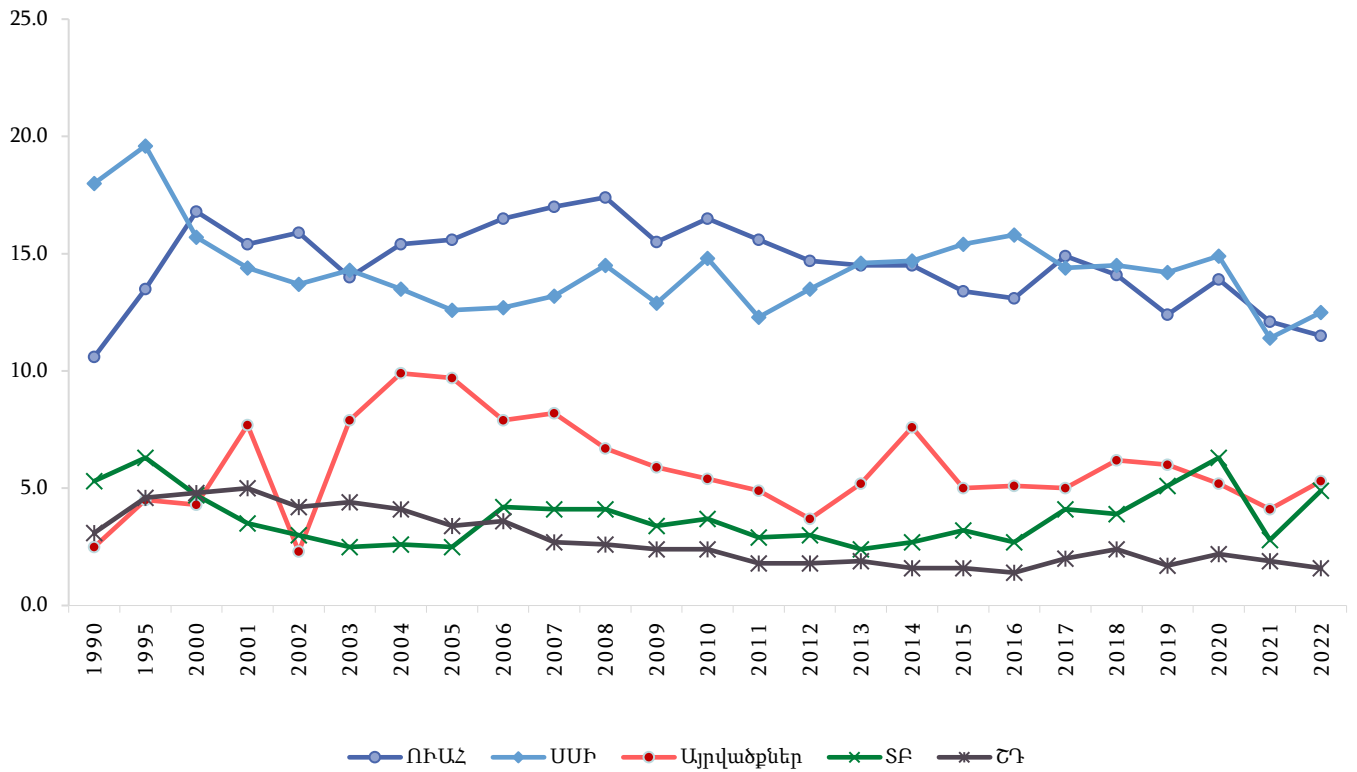
2022թ.-ին մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշն նվազել է կազմելով 1.4:

Գծապատկեր 14. Հիվանդանոցային մահաբերություն (100 ընդունվածների հաշվով), 1990-2022



Աղբյուր՝ ԱՎՀՍԿ, 2022

Գծապատկեր 15. Հիվանդանոցային մահաբերությունն ՈՒԱՀ, ՍՍԻ, ՇԴ, ՏԲ և այրվածքներից՝ (100 ընդունվածների հաշվով), 1990, 1995 և 2000-2022



Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Եթե դիտարկենք հիվանդանոցային մահաբերությունն ըստ առանձին հիվանդությունների (Գծապատկեր 15.), ապա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները՝

2008-2015թթ.-ի ընթացքում նկատվում է ՈՒԱՀ մահաբերության նվազման միտում, 2017թ.-ին նկատվում է մահաբերության աճ, այնուհետև նկատվում է նվազման միտում

2014թ. նկատվում է այրվածքներից հիվանդանոցային մահաբերության կտրուկ աճ, որն նվազում է մինչև 2021թ., իսկ 2022թ. կրկին աճ է գրանցվել:

2017 և 2020 թթ.-ի ընթացքում նկատվում է տուբերկուլոզից հիվանդանոցային մահաբերության աճ, 2021թ.-ին՝ նվազել է, սակայն 2022թ. գրանցվել է աճ:

2016թ.-ի ընթացքում շաքարային դիաբետից հիվանդանոցային մահաբերությունը նվազում է, 2018թ. գրանցվել է թեթևակի աճ, հետագա տարիներին գրանցվել է նվազման միտում:

ԳԼՈՒԽ 3

ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ

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

Ներկայացված գլխում գնահատվել են երեխաների/դեռահասների և մայրերի առողջապահության ոլորտում ներկայիս իրավիճակը, վերջին տարիների զարգացումները և արձանագրված առաջընթացը, ինչպես նաև վեր հանելու առկա հիմնախնդիրներն ու մարտահրավերները և ուրվագծելու դրանց հաղթահարման ռազմավարական ուղղությունները:

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

Մոր և մանկան առողջության պահպանումը կարևոր է յուրաքանչյուր ընտանիքի, և ողջ հասարակության համար, քանի որ նրանց առողջության կարգավիճակը զգալի չափով կանխորոշում է հասարակության ապագա բարեկեցությունը, հանդիսանում տնտեսական և սոցիալական կայուն զարգացման գրավական, իսկ երեխայի և մայրական առողջության ոլորտում կատարվող ներդրումները դիտարկվում են որպես բարեկեցիկ ապագային ուղղված արդյունավետ ներդրումներ:

Վերջին տասնամյակների ընթացքում մայրերի և երեխաների կեցությամբ վերաբերող հարցերը մշտապես եղել են աշխարհի առաջադեմ հանրության ուշադրության կենտրոնում: Եվ սա պատահական չէ: Հասարակության բարեկեցությունը մեծապես պայմանավորված է մայրերի

և երեխաների առողջությամբ և բարեկեցությամբ: Իրական աշխարհում, ցավոք, շատ մայրեր և երեխաներ են տառապում և մահանում կանխարգելիչ հիվանդություններից և քաղցից: Յուրաքանչյուր տարի աշխարհում 7մլն երեխա մահանում է մինչև 18 տարին բոլորելը, որից 1մլն՝ դեռահասության շրջանում: 5 մլն. երեխա մահանում է մինչև 5տ. դառնալը, որից 3.8 մլն.՝ կյանքի առաջին տարվա, իսկ 2.4 մլն՝ կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում, 295000 կին մահանում է հղիության և ծննդաբերության հետ կապված պատճառներից, 2մլն. նորածին ծնվում է մահացած: Եվ սա այն դեպքում, երբ այդ մահերի շուրջ 70% համարվում են կանխելի (Աղբյուր՝ UNICEF, Every Child Alive, 2017, Levels and trends in child mortality, United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2022, December):

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

2015թ. սեպտեմբերին ՄԱԿ-ի գազաթնաժողովի ժամանակ աշխարհի 150 երկրների առաջնորդների կողմից ընդունվեց «Կայուն զարգացման օրակարգ՝ 2030» հռչակագիրը, որը ենթադրում է 17 զլոբալ նպատակների հաղթահարում՝ ուղղված աղքատության վերացմանը և բնակչության բարեկեցության բարձրացմանն աշխարհում: Կայուն զարգացման 3-րդ նպատակը վերաբերում է բնակչության առողջության բարելավմանը և բարեկեցությանը:

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

Հայաստանը, որպես ՄԱԿ-ի անդամ երկիր միացել է միջազգային հանրության այս կոչին, և ազգային մակարդակով ամրագրել երեխաների կեցության ու առողջության պահպանման խնդրի գերակայությունը: Մոր և մանկան առողջության պահպանման հիմնախնդիրները որպես առաջնահերթություններ արտացոլված են Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության մեջ, ռազմավարական և ծրագրային մի շարք փաստաթղթերում: Մասնավորապես, ՀՀ կառավարության վերջին տասնամյակի գործունեության ծրագրերում հատուկ շեշտադրված են եղել վերարտադրողական առողջության բարելավման, մոր և մանկան առողջության պահպանման և վաղ մանկության շրջանի խնդիրները:

2023 թվականի փետրվարի 9-ի ՀՀ կառավարության N174-L որոշմամբ հաստատված Հայաստանի հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարության մեջ մոր և մանկան առողջության պահպանումը դիտարկված է որպես գերակա ոլորտ, իսկ ռազմավարության իրականացման գործողությունների ծրագրում նախատեսված են մայրական և վերարտադրողական առողջության պահպանման, երեխաներին և դեռահասներին ուղղված առողջապահական ծառայությունների որակի և մատչելիության բարելավման նպատակային միջոցառումներ, սահմանված են ակնկալվող արդյունքներ և թիրախային ցուցանիշներ:

ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալները փաստում են, որ Հայաստանը գտնվում ժողովրդագրական ճգնաժամի իրավիճակում: Մասնավորապես, առկա է՝ ծնելիության աննախադեպ ցածր մակարդակ, պտղաբերության գումարային գործակցի անգամ պարզ վերարտադրություն չապահովող ցուցանիշ, երեխաների թվաքանակի շարունակական կրճատում, բնակչություն ծերացման ահագնացող միտում:

Բնակչության սեռատարիքային կազմը

Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալների¹, Հայաստանի մշտական բնակչության թիվը 2023թ. հունվարի 1-ի դրությամբ կազմել է 2 977.1 հազ. (1990թ.՝ 3 514.9 հազ), որից 47%-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 53%-ը՝ կանայք:

2022 թվականին ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում շուրջ 596. 600 մինչև 15տ. երեխաներն են՝ 20.0%, (1990թ.՝ 30.5%), այն թվում 0-5տ. 182.500 երեխա՝ 6.1% և 15-17տ.՝ 126 900 երեխա՝ 4.3%: Մինչև 15տ. երեխաների թիվը 2000թ. համեմատությամբ (824 500 երեխա), կրճատվել է շուրջ 1/3-ով: Երեխաների 27% բնակվում է մայրաքաղաքում, իսկ 22% գյուղական բնակության վայրերում:

Վերջին տարիներին գնալով նվազում է վերարտադրողական տարիքի (15-49տ.) կանանց թիվը (2016թ.՝ 770.5 հազ., 2017թ.՝ 760.9., 2018թ.՝ 756.6 հազ. 2020թ.՝ 745.1 հազ., 2023թ.՝ 744.1 հազ.), իսկ 0-18 տ. երեխաների թիվը դեռևս դրսևորում է աճի միտում, ընդ որում յուրաքանչյուր տարի՝ տղաների թվի 40-60 հազարով գերազանցությամբ:

Աղյուսակ 3. Մինչև 18 տարեկան երեխաների թիվը, 2018-2023

Տարեկազմի դրությամբ	Մինչև 18 տ. երեխաների թիվը (մարդ)		
	Տղա	Աղջիկ	Ընդամենը
01.01.2018	371883	327022	698905
01.01.2020	378030	329787	707817
01.01.2021	379781	342290	722071
01.01.2022	386912	335880	722792
01.01.2023	377200	346800	723500

Հայաստանի բնակչության տարիքային կազմը վերջին տասնամյակների ընթացքում դրսևորում է ծերացման² շարունակական միտում: 2022 թվականին Հայաստանում 65+

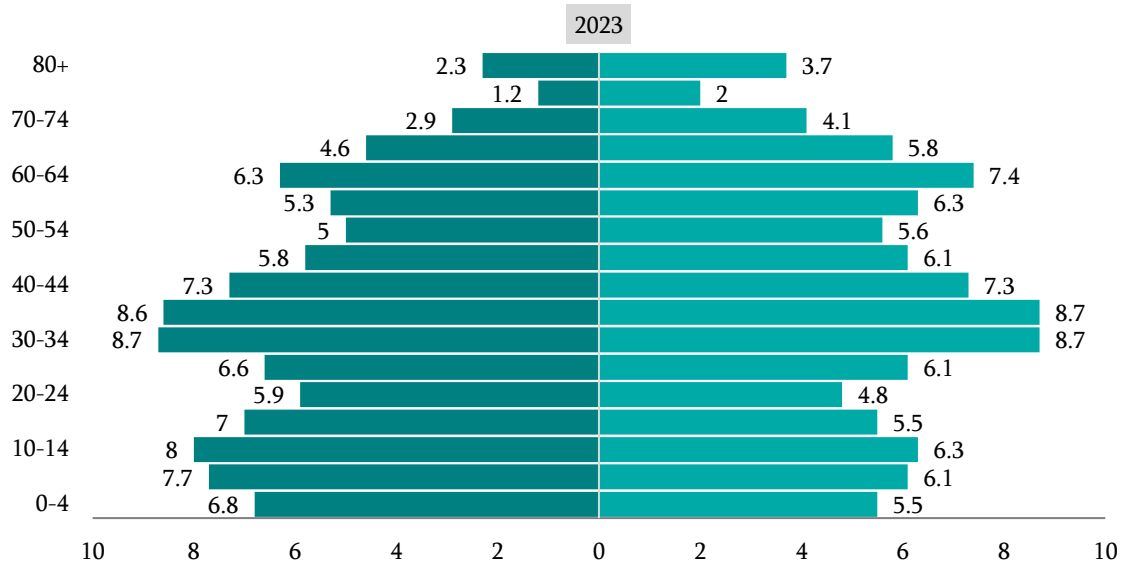
¹ Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ.2023, ՀՀ ՎԿ <https://www.armstat.am/file/article/gender-2023.pdf>

² Ըստ ՄԱԿ-ի կողմից սահմանված ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի, եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչության մասնաբաժինը գերազանցում է 7%-ը, ապա տվյալ բնակչությունը համարվում է ծերացող:

տարիքային խմբի մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր թվաքանակում կազմել է 13%, իսկ ծերացման գործակիցը³ 98.2: Վերջինս 1996թ.41.4) համեմատ աճել է 2.4 անգամ:

Ծերացման գործակիցը ներկայացնում է 60 և բարձր տարիքի բնակչության թվաքանակը՝ 15 տարեկանից ցածր 100 բնակչի հաշվարկով. https://www.armstat.am/file/article/demog_2022_2.pdf

Գծապատկեր 16. Հայաստանի ժողովրդագրական բուրգը*, 1990 և 2023



* 1950թ բնակչության ընդհանուր թվում մինչև 15 տարեկան երեխաները կազմել են 33.3%, իսկ 60 և բարձր տարիքային խումբը՝ 16.1%: Ըստ դեմոգրաֆների կանխատեսումների, 2050թ պատկերը շեշտակի կփոխվի՝ ունենալու ենք 30% մեծահասակ և ընդամենը 12%՝ մանկական բնակչություն: Այսինքն՝ այս բուրգի հիմքն ավելի է նեղանալու, այն շրջվելու է գլխիվայր:

2. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից

1990 թվականի (70.7տ.) համեմատությամբ կյանքի սպասվող միջին տևողությունը⁴ աճել է շուրջ 4 տարով, 2022թ. կազմելով 75.1 տարի, ընդ որում, եթե կանանց դեպքում ցուցանիշը կազմել է 78.3 (1990թ.՝ 73.4-ի համեմատ՝ աճ 4.9 տարով), ապա տղամարդկանց մոտ այն կազմել է 71.4 (1990թ.՝ 67.9-ի համեմատ՝ աճ 3.5 տարով):

³ Ծերացման գործակիցը ներկայացնում է 60 և բարձր տարիքի բնակչության թվաքանակը՝ 15 տարեկանից ցածր 100 բնակչի հաշվարկով. https://www.armstat.am/file/article/demog_2022_2.pdf

⁴ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2023թ. <https://www.armstat.am/file/doc/99541178.pdf>

Աղյուսակ 4. Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը հաշվարկված ծննդյան պահից

Տարիներ	Ամբողջ բնակչությունը			Քաղաքային			Գյուղական		
	տղամարդիկ և կանայք	տղամարդիկ	կանայք	տղամարդիկ և կանայք	տղամարդիկ	կանայք	տղամարդիկ և կանայք	տղամարդիկ	կանայք
2018	75.9	72.4	79	76.1	72.5	79.2	75.4	72	78.6
2019	76.5	73.1	79.5	76.7	73.2	79.7	76	72.7	79.1
2020	73.5	68.4	78.6	72.9	67.2	78.7	74.3	70.0	78.5
2021	72.4	67.4	77.4	71.6	66.1	73.1	73.7	69.5	78.0
2022	75.1	71.4	78.3	74.9	71.2	78.1	75.3	71.7	78.7

Ըստ էության միջինում կանայք տղամարդկանցից շուրջ 7տ. ավելի երկար են ապրում: Գյուղական բնակչության վայրում ծննդյան պահից սպասվող կյանքի միջին տևողությունը թե՛ տղամարդկանց, և թե՛ կանանց մոտ 0,5 տարով ավելի է քաղաքաբնակների համեմատ:

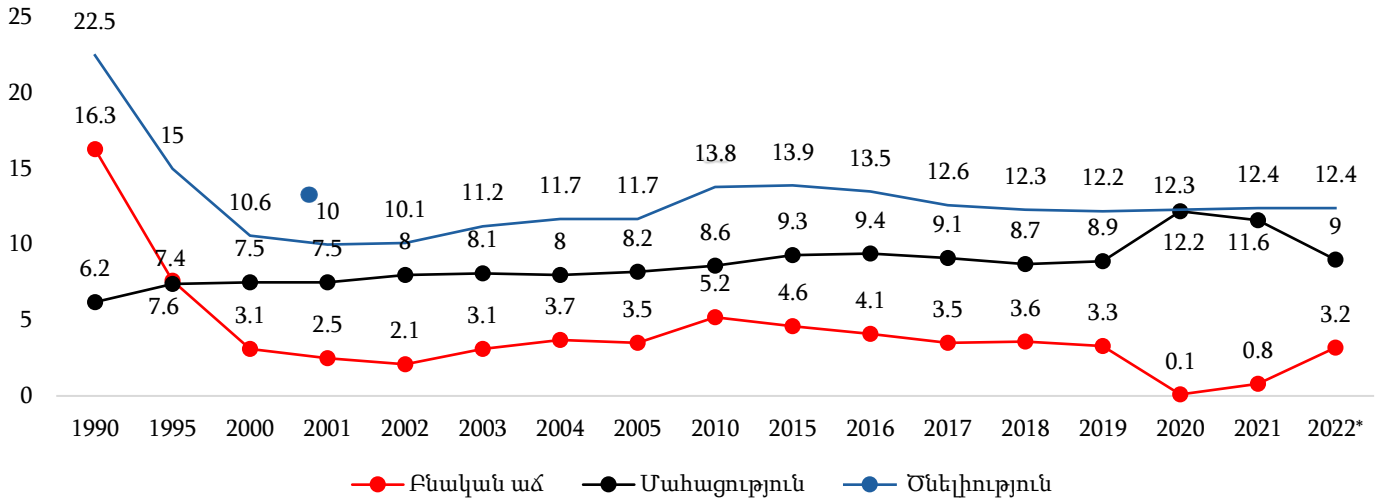
3. Ծնելիության և բնական աճի ցուցանիշների միտումները

Ծնելիության ընդհանուր գործակից (Grude birth rate)՝ կենդանի ծնվածների և մշտական բնակչության թվաքանակի միջին տարեկան ցուցանիշների հարաբերությունն է 1000 բնակչի հաշվով: Ըստ ԱՀԿ դասակարգման, ծնելիության ընդհանուր մակարդակը գնահատվում է հետևյալ սանդղակով՝

< 15%օ ցածր մակարդակ, 15- 25%օ միջին մակարդակ, > 25 %օ -բարձր մակարդակ:

Ըստ այս դասակարգման, Հայաստանը 1990-2020թթ. ընթացքում, ծնելիության միջին մակարդակ ունեցող երկրների ցանկից տեղափոխվել է ծնելիության ցածր մակարդակ ունեցողների շարք (1990թ.՝ 22.5%օ, 2000թ.՝ 10.6%օ, 2010թ.՝ 13.8%օ, 2015թ.՝ 13.9%օ 2020թ.՝ 12.3%օ, 2022թ.՝ 12.4%օ): Այս միջակայքում ծնելիության ամենացածր մակարդակը արձանագրվել է 2001թ.՝ 10%օ ցուցանիշով: Հաջորդող տարիներին ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է 2015թ.(13.9%օ), այնուհետ այն նվազել է 2019թ. հասնելով 12.2 %օ: 2020 թվականից արձանագրվել է այս ցուցանիշի փոքր աճ: 2022թ. այն կազմել է 12.4%օ

Գծապատկեր 17. Ժողովրդագրական ցուցանիշների* միտումները,



*1000 բնակչի նկատմամբ հաշվարկով

Ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների⁵, 1990թ. համեմատ կենդանածինների թիվը նվազել է 2 և ավելի անգամ (2022թ.՝ 36 375, 1990թ. 79 882-ի դիմաց): Կենդանի ծնվածների նվազագույն թիվն արձանագրվել է 2001-2002 թվականներին՝ տարեկան շուրջ 32000 նորածին, որոնք ակտիվ վերարտադրողական տարիք են մտնելու սկսած 2025-26թթ-ից: Ցավոք, պատերազմով պայմանավորված կորուստների հիմնական բաժինը ընկավ այս տարիներին ծնված տղաներին:

Ըստ նույն աղբյուրի, եթե 2016-2017թթ. կտրվածքով ծնվածների թվի անկումը կազմել է՝ - 2277, իսկ 2017-2018թթ.՝ -1126, ապա 2018-2019թթ. կտրվածքով ընդամենը -533:

Հուսադրող են վերջին տարիների միտումները: Ըստ ՎԿ տվյալների⁶, 2020թ. առաջին անգամ արձանագրվել է ծնունդների թվի աճ՝ ծնվել է 36448 երեխա, ինչը նախորդ տարվա նույն ժամանակահատվածի համեմատ ավելի է 407-ով: 2021թ. ծնունդները ավելացել են ևս 270-ով: Ուրախացնող է հատկապես այն փաստը, որ կենդանածինների ընդհանուր թվում ըստ ծննդյան կարգի 3-րդ և ավելի երեխաների թվի տեսակարար կշիռը 2015-2021թթ. միջակայքում կրկնակի ավելացել է (2015թ.՝ 16.6%, 2021թ.՝ 33%)⁷

⁵ Բնակչության վիճակագրություն, Տարեգրքեր, ՀՀ ՎԿ, <https://www.armstat.am/file/doc/99541178.pdf>

⁶ «ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼ-ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԸ 2022թ. ՀՈՒՆՎԱՐ-ԴԵԿՏԵՄԲԵՐԻՆ», https://www.armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf

⁷ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, դեկտեմբեր, 2022թ., <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2535>

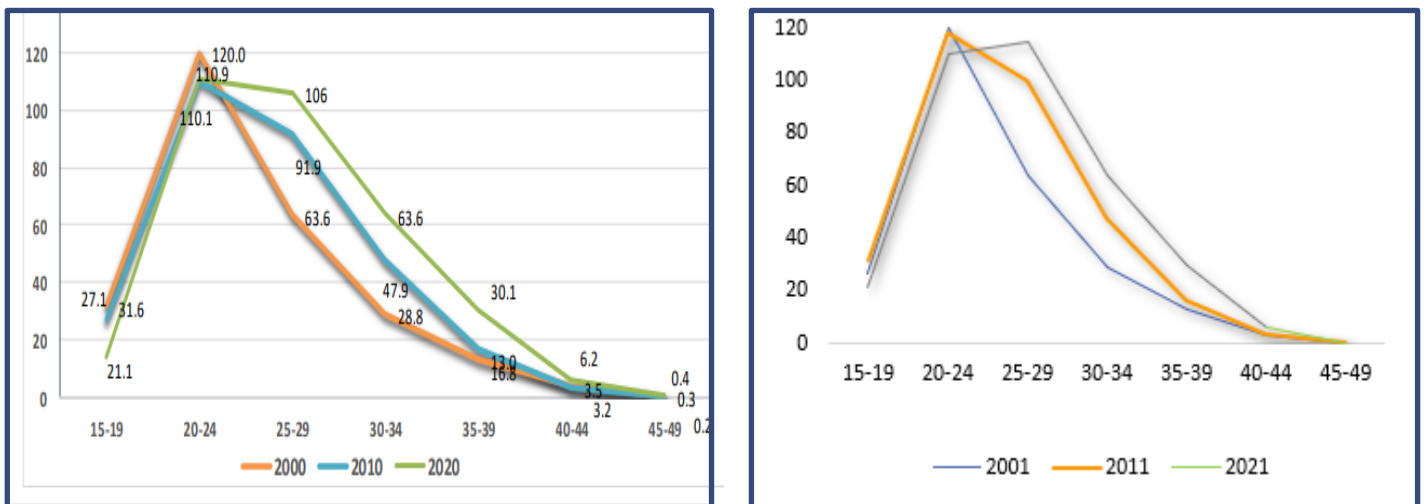
1) Բնական աճի ցուցանիշի միտումները

Ըստ ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտեի հրապարակումների⁸, 1990թ. հաջորդող տարիներին ծնելիության ցուցանիշը շարունակաբար նվազել է, 2022 թվականի դրությամբ կրճատվելով գրեթե կիսով չափ: Նույն ժամանակահատվածում բնական աճի ցուցանիշը (ծնունդների և մահերի տարբերությունը՝ 1000 բնակչի հաշվով) կրճատվել է շուրջ 5 անգամ (2022թ. այն կազմել է 3.2‰՝ 1990թ. 16.3‰-ի դիմաց): 2020 և 2021 թվականներին բնական աճի ցուցանիշները կտրուկ անկում են ապրել (համապատասխանաբար 0.1‰ և 0.8‰)՝ Կովիդով և պատերազմով պայմանավորված կորուստների և մահացության ցուցանիշների աննախադեպ աճի հետևանքով: 2022 թվականին ցուցանիշը որոշակիորեն բարելավվել է, կազմելով՝ 3.2‰:

Ծնելիության և բնական աճի անկման առկա միտումների պահպանման դեպքում, ըստ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի փորձագետների մինչպատերազմյան կանխատեսումների, 2050թ. կարձանագրվի ընդամենը 31000 ծննդաբերություն: Այս կանխատեսումն անգամ անիրական է թվում ներկայիս ժողովրդագրական իրավիճակի տեսանկյունից:

Ծնելիության տարիքային գործակիցները (Age-specific fertility rate)՝ բնութագրում են յուրաքանչյուր տարիքային խմբի կանանց ծնելիության միջին մակարդակը: Ծնելիության տարիքային գործակիցը տվյալ տարիքային խմբի կանանց շրջանում կենդանի ծնված երեխաների թիվն է՝ նույն տարիքի 1000 կնոջ հաշվարկով:

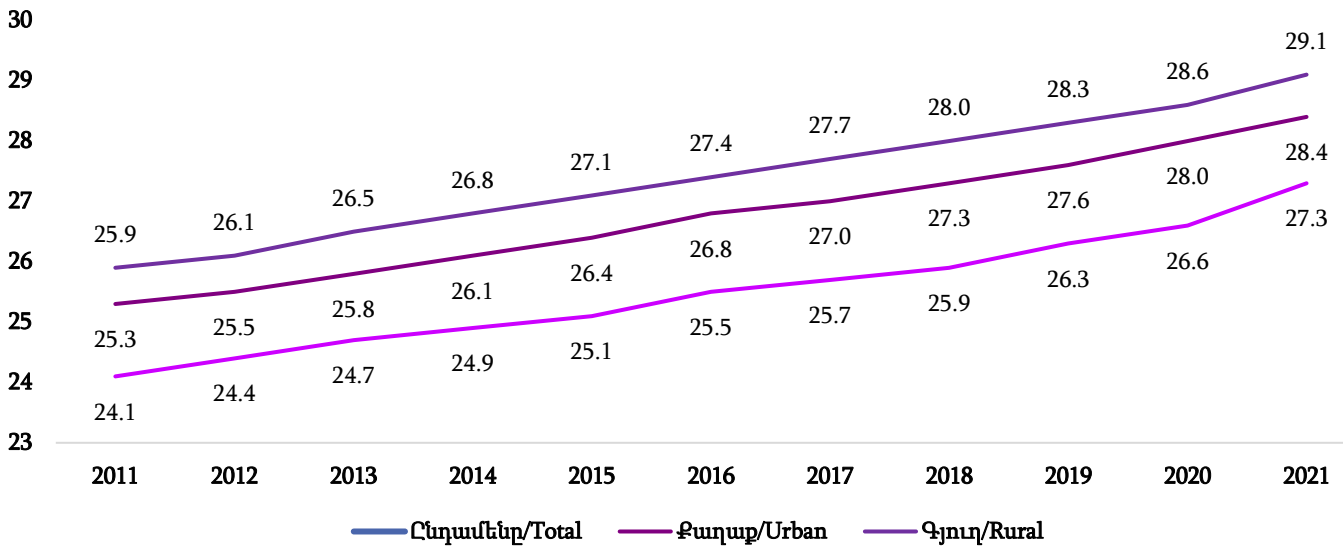
Գծապատկեր 18. Ծնելիության տարիքային գործակիցները, 2000-2021



⁸ ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտեի, Հրապարակումներ՝ ըստ տարիների <https://www.armstat.am/am/?nid=82>

Ըստ ՀՀ ՎԿ-ի վերջին հասանելի տվյալների⁹, 2000-2021թթ. ընթացում Ծնելիության ամենաբարձր մակարդակը 20-24 տարիքային խմբից տեղափոխվել է 25-29 տարիքային խումբ, ինչը փաստում է, որ երիտասարդները հետաձգում են ամուսնության, հետևաբար նաև առաջին բալիկին ունենալու ժամանակը: (Գծապատկեր 18.)

Գծապատկեր 19. Մայրանալու միջին տարիքը, 2011-2021

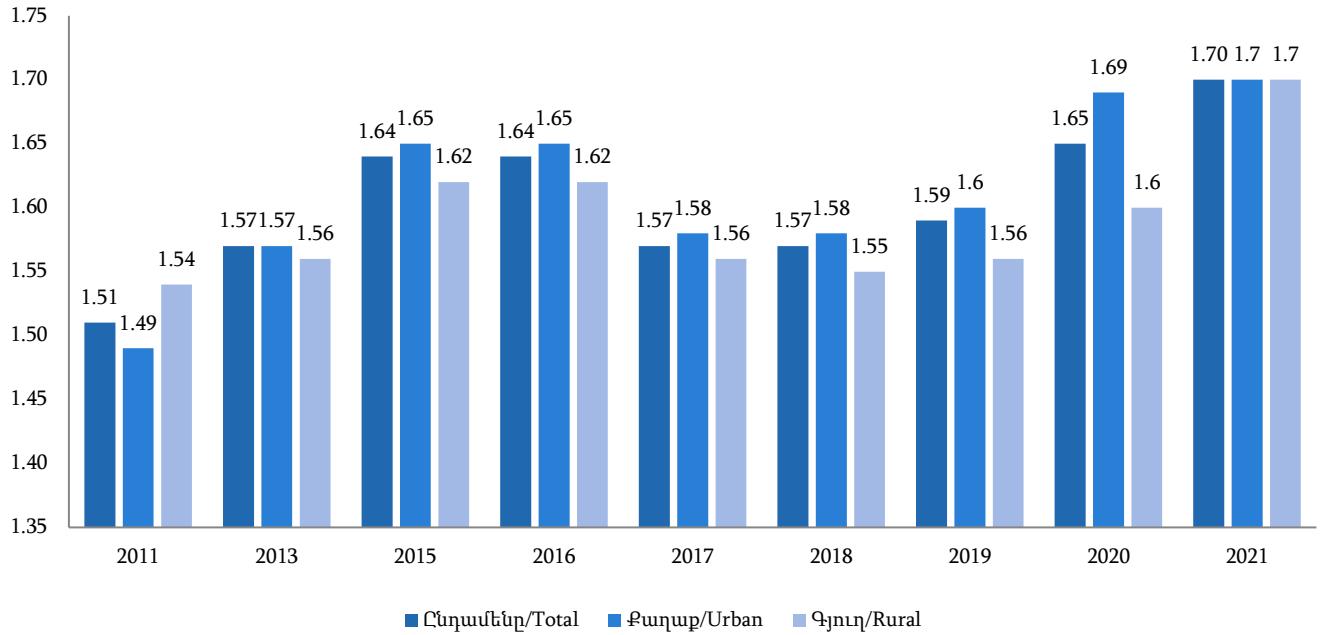


Այս միտումը արտացոլված է ն՝ ամուսնության (տղաներ՝ 2000թ.-28տ., 2021տ.-32.4տ., աղջիկներ՝ 2000թ.23.6տ. 2020տ.28.5տ.) և՝ մայրանալու (2000թ.՝ 24.4տ., 2020թ.՝ 28.4տ.) միջին տարիքային ցուցանիշներում: Ըստ էության 2000-2021թթ. միջակայքում այս ցուցանիշները միջինում աճել են 4-5 տարով: Ցուցանիշների առումով առկա է տարբերություն գյուղ-քաղաք կտրվածքով՝ գյուղի երիտասարդները, քաղաքաբնակների համեմատ 1-2 տարի շուտ են ամուսնանում և մայրանում:

Պտղաբերության գումարային գործակից (Total fertility rate). Պտղաբերության գումարային գործակիցը (ՊԳԳ) բնութագրում է երեխաների միջին թվաքանակը, որ կունենա մեկ կինը իր պտղաբեր տարիքում, եթե պահպանվի ծնելիության տվյալ տարվա մակարդակը: Այն ցույց է տալիս 1 կնոջն ընկնող երեխաների միջին թիվը:

⁹ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու – 2022, Մաս 6, https://www.armstat.am/file/article/demog_2022_6.pdf

Գծապատկեր 20. Պտղաբերության գումարային գործակիցը, 2011-2021



ՀՀ ՎԿ հրապարակումների ¹⁰, 1990 թվականին հաջորդող տարիներին ՊԳԳ սրընթաց անկում է ապրել, ընդ որում գյուղ-քաղաք կտրվածքով այդ անկումը ավելի բարձր է եղել գյուղական բնակության վայրերում; Վերջին 10 տարիներին ՊԳԳ պահպանվել է գրեթե նույն՝ 1.6-1.7 սահմաններում, ինչը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրության համար անհրաժեշտ 2.1 մակարդակը (1990թ. այն եղել է 2.6): 2022թ. արձանագրվել է իրավիճակի մի փոքր բարելավում(ՊԳԳ՝ 1.74), ընդ որում գյուղաբնակների պարագայում ցուցանիշի աճը ավելի է քաղաքաբնակների համեմատ (քաղաք՝ 1.71, գյուղ՝ 2.12): Ներկայացվածը վկայում է, որ Հայաստանում վերարտադրության գործընթացը գնալով նեղանում է, ինչը վկայում է գնալով խորացող դեմոգրաֆիկ ճգնաժամի մասին:

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

¹⁰ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու – 2022, Մաս 3, https://www.armstat.am/file/article/demog_2022_3.pdf

4. Ծնելիության վրա ազդող առողջապահական գործոնները

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

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

Այսպիսով, ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման առումով, ծնելիության վրա դրական կարող են ազդել առողջապահական հետևյալ ծրագրային միջոցառումները.

1. Դեռահասների առողջության, այն թվում վերարտադրողական առողջության բարելավում
2. Զույգերի մինչամուսնական հետազոտման և նախաբեղմնավորման խնամքի ապահովում
3. Հղիության արհեստական ընդհատումների, այն թվում սելեկտիվ աբորտների կանխարգելում
4. Հղիների նախաձեռնողյան հսկողության և վարման ծառայությունների մատչելիության և որակի բարձրացում, ներառյալ՝ պրենատալ ախտորոշման սկրինինգների ընդլայնումը,

հղիության և պտղի ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերումը և պրենատալ կորուստների (ինքնաբեր վիժումներ, մեռելածնություն,այլ) կրճատումը

5. Անվտանգ ծննդոգնության ապահովում, ներառյալ՝ անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների հզորացում

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

7. Անպտուղ գույգերի պատճառագիտության հետազոտում և բուժում՝ ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և ծառայությունների մատչելիության ապահովումը և ծավալների ընդլայնումը:

5. Երեխաների սեռերի անհամամասնությունը ծննդյան պահին

Նորածինների սեռերի անհամամասնության և սելեկտիվ աբորտների խնդիրը գլոբալ մարտահրավեր է աշխարհի շատ երկրների համար: Հայաստանում նորածինների սեռերի հարաբերակցության գործակիցը համարվում է աշխարհում արական սեռի նորածինների գերակշռության ամենաբարձր մակարդակներից մեկը:Երկրում առկա են սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատման բոլոր 3 նախապայմանները .

- Նախապայման 1. Հայաստանյան հասարակությունը տղա երեխաներին գերադասում է աղջիկներից,
- Նախապայման 2. Երկրում առկա և հասանելի են ինվազիվ և ոչ ինվազիվ տեխնոլոգիաներ, որոնք ապագա ծնողներին թույլ են տալիս նախապես իմանալ երեխայի սեռը և խուսափել անցանկալի աղջիկ երեխաների ծնունդից,
- Նախապայման 3. Արձանագրվում է ծնելիության շարունակական անկում, գույգերը նախընտրում են քիչ երեխաներ ունենալ:

Ըստ սեռի նորածինների բնականոն հարաբերակցությունը (ՆՄԲՀ) կազմում է՝ 100 աղջկա դիմաց 104-106 տղա: ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (ՀՀ ՎԿ) տվյալներով, նորածինների սեռերի բնականոն համամասնության ցուցանիշը սկսել է շեղվել 1990թ.-իցի վեր, վաղ 2000-ականներին կազմելով 120 նորածին տղա՝ 100 աղջկա հաշվով: Յուցանիշը կայունացել է 2010-ականների սկզբին՝ 100:114 աղջիկ/տղա մակարդակում: Պտղի սեռի խտրական ընտրության (ՊՄԽԸ) դեմ պայքարի ազգային ծրագրին նախորդող 2012 թվականին նորածինների սեռերի հարաբերակցության ցուցանիշը կազմել է 100:115:

Ըստ ՎԿ վերջին հրապարակման¹¹, 2012 թվականից հետո ՆՍՀ ցուցանիշը արձանագրել է նվազման զգալի միտում (2013թ.՝ 100:113, 2014թ.՝ 100:113.4, 2015թ.՝ 100:112.7, 2016թ.՝ 100:111.9, 2017թ.՝ 100/109.8)

Աղյուսակ 5. Ծնվածներն ըստ սեռի, ՆՍՀ գործակիցը, 2012-2022

Տարի	Աղջիկ	Տղա	Սեռերի հարաբերակցությունը ծննդյան պահից
2012	19737	22743	1.15
2013	19638	22152	1.13
2014	20162	22869	1.13
2015	19630	22133	1.13
2016	19147	21445	1.12
2017	17969	19731	1.10
2018	17322	19252	1.11
2019	17128	18913	1.10
2020	17299	19054	1.10
2021	17566	19057	1.08
2022	17139	19236	1.12

2018 թվականին, ՊՄԽԸ դեմ պայքարի ծրագրային միջազատումների նվազման ֆոնի վրա գրանցվել է ցուցանիշի աճ (100:111.9): Հաջորդ 3 տարիներին ՆՍԱ ցուցանիշը շարունակել է նվազել, համապատասխանաբար կազմելով 2019թ.՝ 100:110.4; 2020թ.՝ 100:110.0; 2021թ.-100:108.8՝ մոտենալով բնականոն հարաբերակցության: Ցավոք, 2022թ. ՆՍԱ ցուցանիշը վերադարձել է 2018թ. մակարդակին, կազմելով՝ 100:111.9:

Ըստ նույն աղբյուրի, նորածինների սեռերի անհամամասնությունը Հայաստանում տարբերվում է ըստ երեխայի ծննդյան կարգի: Այսպես, եթե 2010թ. ծնվածների պարագայում ՆՍ համամասնության գործակիցը առաջին երեխայի դեպքում կազմել է 100:106, 2-րդ-ի դեպքում՝ 100:110, ապա 3-րդ և 4-րդ երեխաների պարագայում 100/169 և 100:165: Սա աշխարհում երբևէ արձանագրված ամենաբարձր ցուցանիշն էր:

¹¹ Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ- 2023, Արմստատ (ՀՀ վիճակագրական կոմիտե) <https://www.armstat.am/file/article/gender-2023.pdf>

Աղյուսակ 6. Նորածինների սեռերի հարաբերակցության գործակիցն՝ ըստ ծննդյան կարգի, 2010-2022

Տարի	1-ին	2-րդ	3-րդ	4-րդ
2010	1.06	1.10	1.69	1.65
2011	1.07	1.10	1.58	1.68
2012	1.07	1.11	1.60	1.53
2013	1.06	1.09	1.50	1.57
2014	1.07	1.08	1.46	1.57
2015	1.06	1.08	1.43	1.41
2016	1.09	1.07	1.31	1.36
2017	1.07	1.03	1.30	1.27
2018	1.04	1.05	1.40	1.32
2019	1.04	1.07	1.27	1.26
2020	1.07	1.03	1.25	1.33
2021	1.03	1.03	1.21	1.29
2022	1.06	1.08	1.23	1.27

2022թ. տվյալներով, ՆՍՀ ցուցանիշը, ըստ երեխաների ծննդի հաջորդականության, կազմել է՝ առաջին երեխայի պարագայում՝ 100:106, 2-րդի դեպքում՝ 100:108, իսկ 3-րդ և 4-րդ երեխաների դեպքում այն համապատասխանաբար կազմել է՝ 100:123 և 100:127:

Ներկայացված տվյալները փաստում են, որ վերջին տասնամյակում ՆՍՍ ցուցանիշի բարելավում է արձանագրվել նորածինների, ըստ ծննդյան կարգի, գրեթե բոլոր խմբերում, ընդ որում 1-ին և 2-րդ երեխաների դեպքում այն գրեթե տեղավորվում է կենսաբանորեն սահմանված միջին վիճակագրական ցուցանիշների միջակայքում, և վկայում է այն մասին, որ սեռի կանխորոշում և ընտրովի աբորտ առաջին և երկրորդ երեխայի դեպքում Հայաստանում չկա, ինչը մեծ խնդիր է շատ այլ երկրներում: Մեր երկրում պտղի սեռով պայմանավորված խտրական ընտրությունը սկսվում է 3-րդ երեխայից: Այնուամենայնիվ, այս պարագայում ևս առկա է ՆՍՍ ցուցանիշի զգալի դրական դինամիկա (2010թ.՝ 100:169, իսկ 2022թ.՝ 100:123): Եվ չնայած, նորածինների սեռերի անհամամասնության կրճատմանը կրճատմանը 46 միավորով, այն Հայաստանի համար դեռևս շարունակում է մնալ օրակարգային խնդիր:

Հայաստանում նորածինների սեռերի անհամամասնությունը տարբեր է նաև ըստ մարզերի: Համաձայն ՀՀ ՎԿ 2019-2021թթ. միջինացված տվյալների¹², մարզերի ՆՍՀ գործակիցը տատանվել է 100:107-ից 100:117-ի սահմաններում: Այն ամենացածրը և բնականոն հարաբերակցությանը

¹² Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու- 2022 , ՀՀ Վիճակագրական կոմիտե, 2023թ. https://www.armstat.am/file/article/demog_2022_3.pdf

ամենամտուն է Սյունիքում և Լոռիում: Արական սեռի նորածինների գերակշռությունը ամենաբարձրն է Գեղարքունիքի (100:117), Արագածոտնի և Արմավիրի մարզերում (100:113):

Աղյուսակ 7. Նորածինների սեռերի հարաբերակցության գործակիցը՝ Երևան և ՀՀ մարզեր կտրվածքով, 2019-2021

	2019	2020	2021	2019-2021
ՀՀ	1.10	1.10	1.08	1.10
Երևան	1.09	1.09	1.07	1.08
Արագածոտն	1.24	1.09	1.08	1.13
Արարատ	1.13	1.18	1.08	1.13
Արմավիր	1.07	1.12	1.13	1.10
Գեղարքունիք	1.29	1.15	1.06	1.17
Լոռի	1.03	1.04	1.13	1.07
Կոտայք	1.07	1.09	1.08	1.08
Շիրակ	1.06	1.11	1.12	1.09
Սյունիք	1.02	1.08	1.10	1.07
Վայոց Ձոր	1.16	1.04	1.06	1.09
Տավուշ	1.15	1.09	1.09	1.11

Այսպիսով, թեև 2010 թվականի համեմատ ՆՍԱ գործակիցը 2021թ. կրճատվել է ավելի քան 1/3-ով (2010թ.՝ 100:115, 2021թ.՝ 100:108.8), այն շարունակում է զգալիորեն գերազանցել ցուցանիշի բնական համամասնությունը, ինչը պոտենցիալ վտանգ է հետագայում ժողովրդագրական հավասարակշռության խախտման տեսանկյունից: Ավելին, 2022թ. ՆՍԱ ցուցանիշի զգալի վատացում է արձանագրվել (100:111.8):

ՄԱՅՐԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

1. Հղիության նախաձեռնության հսկողություն, ցուցանիշների միտումները

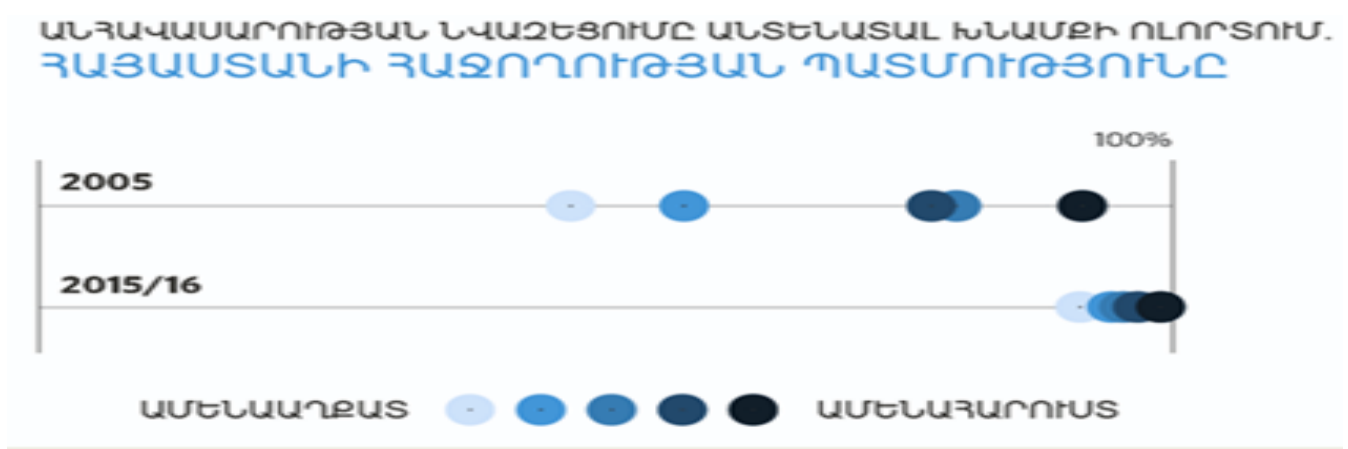
- 1) ՀՀ ԱԱԻ առողջապահական վիճակագրության և հետազոտությունների ազգային կենտրոնի (ԱՎՀԱԿ) բազայում հղիության նախաձեռնության հսկողության վերաբերյալ առկա տվյալները¹³ փաստում են վերջին տարիների դրական զարգացումների մասին: Մասնավորապես, եթե 2000-2005թթ. միջակայքում հղիների վաղ հաշվառման (մինչև 12 շաբաթական ժամկետը) ցուցանիշը չի գերազանցել 45% (2000թ.՝ 43.1%, 2005թ.՝ 43.7), ապա 2008թ. Ծննդոգնության պետական հավաստագրի (այսուհետ՝ Հավաստագիր) ներդրումից հետո այս ցուցանիշը շարունակաբար բարձրացել է՝ շնորհիվ այդ ծառայության մատչելիության զգալի բարելավման և հղիների հաշվառմանը նպաստող մեխանիզմների ներդրման (հղիության 22 շաբաթական ժամկետում Հավաստագիրը

¹³ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ. Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2023 <https://nih.am/assets/pdf/atvk/2d5537b6227666a32f97571d7dd15420.pdf>

ստանալու համար հղին մինչ այդ ժամկետը պետք է անցած լիներ նախաձեռնողական հսկողության համար նախատեսված բոլոր հետազոտությունները և սկրինինգները, ինչի համար անհրաժեշտ նախապայման էր հնարավորինս վաղ հաշվառումը բժշկի մոտ):

- 2) Այսպես, 2010թ. այս ցուցանիշը գերազանցել է 60%, հաջորդիվ աճել է՝ 2015թ.՝ 66.5, 2020թ.՝ 75.8, 2022թ. հասնելով 76.8% մակարդակի:
- 3) Հղիների նախաձեռնողական հսկողության ցուցանիշների բարելավման մասին են վկայում նաև Հայաստանի Ժողովրդագրական և առողջության հարցերի 2015թ. հետազոտության (ՀԺԱՀՀ-2015) արդյունքները: Համաձայն այդ հետազոտության զեկույցում ներկայացված տվյալների, Հայաստանի կանանց շուրջ 100%-ը նախաձեռնողական շրջանում ստանում է մասնագիտական օգնություն և խնամք: Այդ ծառայությունները քաղաքներում (97.8%) մի փոքր ավելի հասանելի են քան գյուղերում (93.6%): Կանանց 96% կատարել է չորս կամ ավելի նախաձեռնողական այց: Կանանց 60% նախաձեռնողական առաջին այցը կատարել է հղիության առաջին եռամսյակում (2005թ.՝ 48.2 %), իսկ 80%-ը հղիության առաջին 4 ամիսների ընթացքում:

Գծապատկեր 21. Հղիների նախաձեռնողական հսկողությունն ըստ բարեկեցության



- 4) Հղիների նախաձեռնողական հսկողության մատչելիության ու հասանելիության մասին փաստում է նաև ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի կողմից 2017թ. հրապարակված «Աշխարհի բնակչությունը 2017թ.» տարեկան զեկույցը¹⁴, որում ներկայացված է Հայաստանի հաջողված փորձը: Մասնավորապես, զեկույցում ներկայացված գծապատկերը փաստում է, որ եթե 2005թ. հղիների նախաձեռնողական հսկողության ցուցանիշները ըստ ընտանիքի բարեկեցության աստիճանի զգալի տարբերվում էին

¹⁴ The State of World Population 2017, Report, UNFPA
https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/population2017_en.pdf

(ամենաաղքատ և ամենահարուստ տնային տնտեսություններում՝ շուրջ 2 անգամ), ապա 2015-2016թթ. այս տարբերությունը գրեթե վերացել է:

- 5) Տպավորիչ են հատկապես վերջին տարիների դրական զարգացումները: ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և նախաձննդյան խնամքի ծառայությունների, ինչպես նաև մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման ինտեգրված համակարգի գործունեության արդյունքում հղիների ավելի քան 95%-ը անցնում է ՄԻԱՎ տեստավորում: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից 2016թ. Հայաստանը ճանաչվել է աշխարհի չորս և Եվրոպայի առաջին երկրներից մեկը, որտեղ վավերացվել է մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացման փաստը և երկրին շնորհվել է համապատասխան հավաստագիր: ԱՀԿ-ն 2018թ. պաշտոնապես հաստատել է Հայաստանում 2016-17թթ. համար մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցման վերացումը հաստատող ցուցանիշների պահպանումը:
- 6) Չնայած արձանագրված դրական միտումներին, օրակարգում շարունակում են մնալ մի շարք հարցեր: Նախաձննդյան սկրինինգների սահմանափակ ծավալները, մասնավորապես ոչ ինվազիվ սկրինինգների և թանկարժեք ու բարդ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ հետազոտությունների սահմանափակ հնարավորությունները հաճախ հանգեցնում են մոր հիվանդությունների և հղիության բարդությունների կամ պտղի ներարգանդային ախտաբանությունների ուշ ախտորոշման, իսկ երբեմն էլ բացթողումների՝ անդառնալի հետևանքներով: Հղիության ընթացքում սեռավարակների հետազոտությունն իրականացվում է սահմանափակ ծավալներով (ՄԻԱՎ, սիֆիլիս, գոնորեա և տրիխոմոնիազ), այլ սեռավարակները հետազոտվում են միայն բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում: Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի տվյալների¹⁵, վիժումներով, ինքնաբեր և բժշկական ցուցումներով հղիության ընդհատումների ցուցանիշը շարունակական աճի միտում է դրսևորում (2005թ.՝ 2.8%, 2010թ.՝ 4.7%, 2015թ.՝ 5.6%, 2018թ.՝ 6.2%, 2022թ.՝ 7%), ինչը կարող է վկայել կնոջ մոտ քրոնիկ բնույթի վարակների, բնածին կամ ձեռք բերովի թրոմբոֆիլիաների և/կամ հղիության հետ անհամատեղելի հիվանդությունների մասին: 2022թ. հղիությունն ավարտած կանանց 59.2% ունեցել է հղիությանը նախորդող կամ հղիության ընթացքում առաջացած հիվանդություններ որոնցից՝ առաջին եռյակում են՝ սակավարյունությունները (17.1%), միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (12.2%), և երակային բարդությունները (9.4%):

¹⁵ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023թթ. ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ.

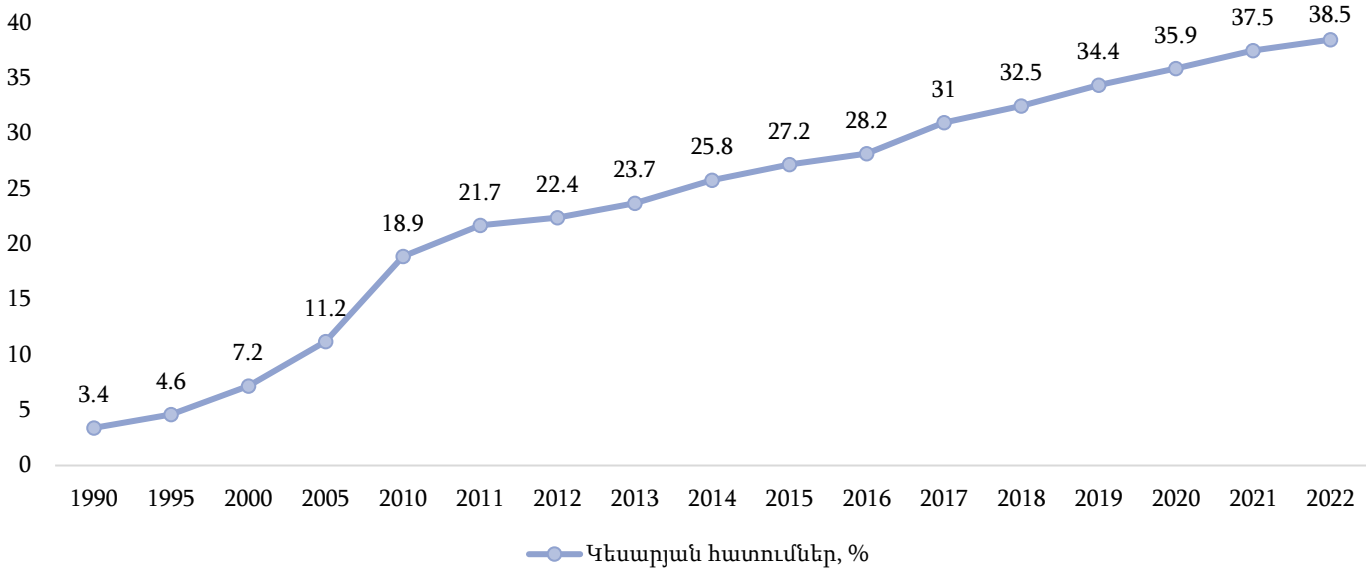
- 7) Այսպիսով, հղիության լավագույն ելքերի ապահովման և պրենատալ կորուստների նվազման տեսանկյունից, առաջիկա գործողությունները պետք է ուղղված լինեն հղիների նախաձննդյան հսկողության ծառայությունների կարողությունների հզորացմանը և կատարողականի բարձրացմանը, որպես արդյունք՝ մոր և պտղի ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերմանն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

Ծննդաբերություն և կեսարյան հատումներ

- 1) ՀԺԱՀՀ-2015թ. տվյալների համաձայն Հայաստանում գրեթե բոլոր կանայք (99.7%) ծննդաբերում են բուժհաստատություններում, ընդ որում 96%-ը բժշկի հսկողությամբ: Կանանց ընդամենը 0.2% է ծննդաբերում տանը, ինչը 2000թ. համեմատությամբ (9%), նվազ է 45 անգամ: Բարելավվել է նաև բժշկի կամ մանկաբարձուհու/բուժքրոջ կողմից ընդունված ծնունդների մասնաբաժինը: 2000 թվականին այն համապատասխանաբար կազմել է 83% և 14%, իսկ 2015թ.՝ 96.4% և 3.4%:
- 2) Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ Առողջապահական վիճակագրության և հետազոտությունների ազգային կենտրոնի (ԱՎՀԱԿ) տվյալների, հղիությունն ավարտած կանանց թիվը 2022թ. կազմել է 37436, որից ժամկետային ծննդաբերությամբ՝ 87%, իսկ վաղաժամ ծննդաբերությամբ՝ 6%: Ընդ որում, վերջին 3 տարիների ընթացքում այս երկու ցուցանիշներն էլ պահպանվել են գրեթե նույն մակարդակի վրա, տատանվելով ընդամենը 0.9-1.2 տոկոսային կետի սահմաններում: Ըստ նույն աղբյուրի, կանանց շուրջ 52% ունեցել է ծննդաբերության և/կամ հետձննդյան բարդություններ, որոնցից՝ 1.7% արյունահոսություն, 10.2% ծննդաբերական գործունեության շեղումներ, 15% սակավարյունություն, 4.5% երակային բարդություններ, 4.4% միզասեռական համակարգի հիվանդություններ: Հարկ է նշել, որ նախորդ տարվա համեմատ արձանագրվել է բոլոր այս ցուցանիշների որոշակի վատացում: Իրավիճակի աննշան բարելավում գրանցվել է նախաեկլամպսիայի և էկլամպսիայի ցուցանիշի առումով, որը 2022թ. կազմել է 1.38%՝ 2021թ.՝ 1.51% -ի դիմաց:
- 3) Ծննդօգնության ոլորտի օրակարգային հարցերից է պրոգրեսիվ աճող կեսարյան հատումների ցուցանիշը, որը 1990թ. համեմատ ավելի քան տասնապատկվել է (2000թ.՝ 7.2%, 2005թ.՝ 11.2%, 2008թ.՝ 15%, 2010թ.՝ 18.9%, 2015թ.՝ 27.2%, 2020թ.՝ 35.9%, 2022թ.՝ 38,5%): Կեսարյան հատումների ցուցանիշը էականորեն տարբերվում է Երևան (34.4%)-

մարզ (21.7%) կտրվածքով և ըստ ծննդատների մակարդակների: 3-րդ մակարդակի ծննդատներում այն գերազանցում է 40% սահմանը, առանձին ծննդատներում հատելով 50% սահմանագիծը:

Գծապատկեր 22. Կեսարյան հատումների ցուցանիշի միտումները, %, 1990-2022



- 4) Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տարեկան հաշվետվական տվյալների¹⁶, կեսարյան հատման ցուցանիշի աճի տեմպերը արագանում են ծնունդների թվի նվազմանը զուգահեռ: Ըստ առանձին ծննդատների կեսարյան հատումների ցուցանիշների միտումների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Կեսարյան հատումների առավել մեծ աճ արձանագրվում է այն ծննդատներում որտեղ ծնունդների ընդհանուր թիվը շատ ավելի է նվազում:
- 5) Կեսարյան հատումների գնալով աճող մակարդակը գլոբալ խնդիր է աշխարհի շատ երկրներում: Այն նաև ԱՀԿ օրակարգային հարցերից է: Հայաստանում, ինչպես շատ այլ երկրներում այս խնդիրը ունի և օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ պատճառներ: Հիմնական օբյեկտիվ պատճառներն են.
 - Բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը և կիրառումը մանկաբարձական պրակտիկայում, որի շնորհիվ բարձրացել են պտղի և հղիի մոտ ախտաբանությունների ախտորոշման հնարավորությունները, ժամանակին հայտնաբերված կրիտիկական վիճակները հաճախ կեսարյան հատման ուղղակի ցուցումներ են մոր կամ պտղի կյանքի համար (հղիության և ծննդաբերության ընթացքում ներքին և արտաքին արյունահոսություններ, առաջադիր ընկերք, պտղի

¹⁶ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ. Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգրքեր, Հայաստան 2023 <https://nih.am/assets/pdf/atvk/2d5537b6227666a32f97571d7dd15420.pdf>

դիսաստրես սինդրոմ, այլ), և հետևաբար պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման ճանապարհով:

- Առանձին ախտաբանական վիճակների տարածվածության բարձրացումը, այն թվում էքստրագենիտալ և մանկաբարձական որոշ ծանր ախտաբանությունների, որոնք հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման միջոցով:
 - ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, հեպատիտ Բ և Ց և պերինատալ այլ ինֆեկցիաներով հղիների վարակվածության ցուցանիշների աճը, որոնց դեպքում ևս կատարվում է կեսարյան հատում:
 - Անպտղության հաղթահարումը վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, որոնց դեպքում սովորաբար լինում են ռիսկի խմբի առաջնածին կանայք՝ նույնպես կեսարյան հատման ցուցումներով:
 - 2006թ.-ից պերինատալ շրջանի նոր սահմանման ներդրումը, երբ ծնունդ սկսեց համարվել հղիության ելքը՝ սկսած 22 շաբաթական ժամկետից, ընդ որում վաղաժամ այդ ծննդաբերությունները հաճախ պահանջում են ծննդալուծում կեսարյան հատման միջոցով:
 - Շարունակաբար ավելանում է այն կանանց թիվը, որոնք անամնեզում ունեցել են մեկ կամ ավելի կեսարյան հատում, հաջորդիվ՝ արգանդի սպիի անլիարժեքությամբ, ինչը ևս կեսարյան հատմամբ ծննդալուծման ցուցում է:
- 6) Կեսարյան հատմամբ ծննդալուծումների աճմանը նպաստում են նաև առանձին սուբյեկտիվ գործոններ՝ հարաբերական ցուցումով, ոչ բավարար հիմնավորմամբ կեսարյան հատումների կատարում՝ լրացուցիչ ռիսկերից խուսափելու համար, կեսարյան հատման կատարում, երբեմն էլ ցուցման բացակայության դեպքում՝ կնոջ ցանկությամբ և/կամ պնդմամբ և այլն;
- 7) Կեսարյան հատումների աճին զգալի նպաստում է նաև տարբերակված և ավելի բարձր գներով ֆինանսական փոխհատուցման մեխանիզմի առկայությունը, ինչի արդյունքում թե բժշկական հաստատությունը և թե բժիշկը մոտիվացված են լինում կնոջը ծննդալուծել կեսարյան հատման ճանապարհով:
- 8) Այս խնդրի լուծումը պահանջում է իրավիճակի ավելի խորքային ուսումնասիրություն և հիմնական պատճառների հաղթահարմանն ուղղված միջոցառումների մշակում: Օրինակ այդպիսին կարող է լինել Կեսարյան հատումների դիմաց փոխհատուցման և բուժաշխատողների վարձատրման նոր մեխանիզմի մշակումը կամ մշտադիտարկման և առանձին դեպքերի վերլուծության համակարգի ներդրումը՝ հիմնավորվածության գնահատմամբ և հաջորդող հետևություններով:

3. Մայրական մահացություն

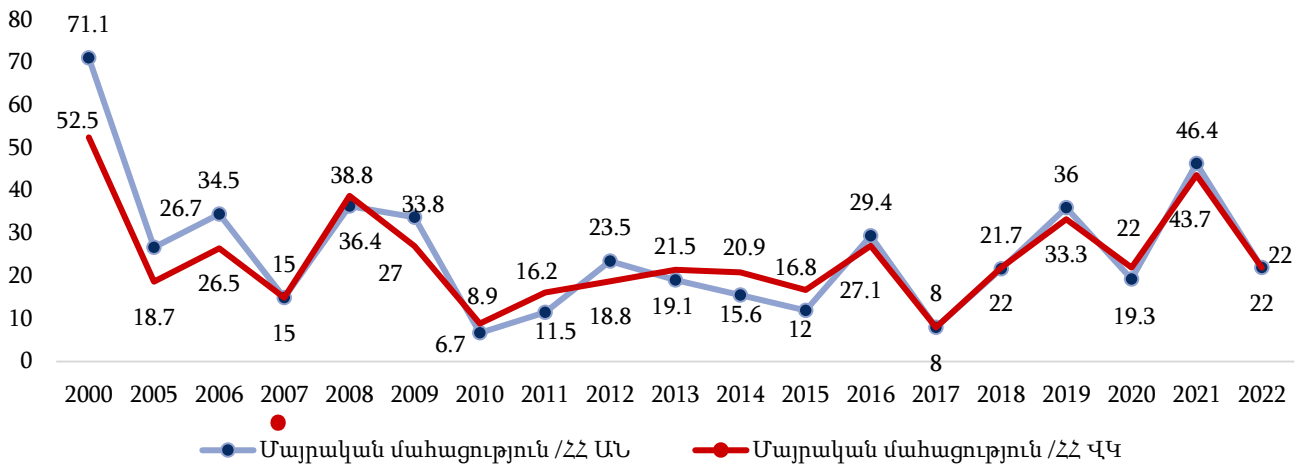
Մայրական մահացությունը բնորոշվում է որպես հղիությամբ պայմանավորված կնոջ մահ, անկախ հղիության ժամկետից, որը վրա է հասել հղիության ընթացքում կամ նրա ավարտից հետո 42 օրերի ընթացքում՝ հղիության հետ կապված որևէ պատճառից, բարդացած վերջինիս առկայությամբ կամ վարման գործընթացով, բացառությամբ դժբախտ պատահարի կամ հանկարծակի առաջացած պատճառի:

3.1 Մայրական մահացության ցուցանիշի միտումները

Մայրական մահացության ցուցանիշը տվյալ տարում հղիության, ծննդաբերության կամ հետծննդյան 42 օրերի ընթացքում արձանագրված կանանց մահվան դեպքերի թիվն է՝ 100000 կենդանի ծնունդի նկատմամբ հաշվարկով:

Հայաստանում մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշի (ՄրՄՑ) տատանումները զգալի մեծ են, ինչը պայմանավորված է երկրի փոքր բնակչությամբ: Ըստ ՀՀ ԱԱԻ ԱՎևՀԱ կենտրոնի տվյալների, այն ամենաբարձրն է եղել 2000թ-ին, կազմելով 52.5/100 000, իսկ 2010-2020թթ. ընթացքում ցուցանիշը տատանվել է՝ 6.8-33.3/100000-ի սահմաններում: Ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների, 2021թ. արձանագրվել է մայրական մահացության դեպքերի աննախադեպ բարձր թիվ՝ 16 դեպք, որից 9-ը՝ ասոցացված Կովիդի-19 հետ, իսկ 2022թ. արձանագրվել է մայրական մահացության 8 դեպք՝ 22/100000 ցուցանիշով:

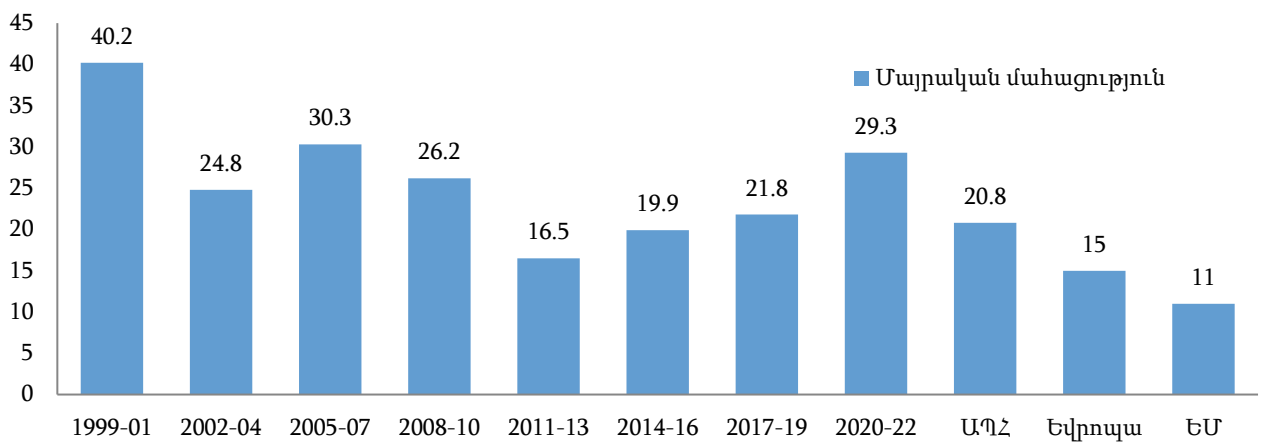
Գծապատկեր 23. Մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշի միտումները, %, 2000-2022թթ.(100000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով)



Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշի միտումները գնահատելիս առաջնորդվում ենք ԱՀԿ հանձնարարականով, համաձայն որի 5 միլիոնից պակաս բնակչության դեպքում, ցուցանիշի վերլուծությունը և գնահատականը տրվում է միջին եռամյա ցուցանիշների համեմատության կտրվածքով:

Ըստ ՀՀ ԱՆ օպերատիվ ընթացակարգով հավաքագրված տվյալների ՄԻՄ 2000թ. համար միջին եռամյա ցուցանիշը կազմել է 40.3: Մինչև 2014 թվականը ցուցանիշը զգալի անկում է ապրել (2011-2013թթ.՝ 16.5/100000), սակայն հաջորդ 6 տարիների ընթացքում այն բարձրացել է 5.3 միավորով (2017-2019թթ.՝ 21.8/100000): Վերջին՝ 2020-2022թթ. միջին եռամյա ցուցանիշը աննախադեպ բարձր է եղել և կազմել է 29.3/100000: Այս տարիներին գրանցված մայրական մահացության 32 դեպքից 15-ը պայմանավորված է եղել Կովիդով:

Գծապատկեր 24. Մայրական մահացության միջին եռամյա ցուցանիշի միտումները, 2000-22 (100 000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով)



Այսպիսով, ներկայացված տվյալները փաստում են, որ Հայաստանում 2000թ. հաջորդող 15 տարիների ընթացքում ՄԻՄ միջին եռամյա ցուցանիշը կրճատվել է շուրջ 50% Հաջորդիվ՝ 2014-2022թթ. միջին եռամյա ցուցանիշը արձանագրել է 43 տոկոս աճ: Մայրական մահացության ցուցանիշի այս բացասական միտումը և 2020-2022թթ. աննախադեպ բարձր ցուցանիշն անհանգստացնող է և շտապ միջոցառումների անհրաժեշտություն է ենթադրում:

Ըստ ԱՀԿ տվյալների¹⁷, 2020թ. մայրական մահացության հաշվարկային ցուցանիշը Հայաստանում կազմել է 27.2/100 000: Այս ցուցանիշը գրեթե նույնն է Վրաստանի հետ՝ 27.6, զգալի զիջում է Մերձբալթյան և ԱՊՀ մի շարք երկրների ցուցանիշներին¹⁸ (Լատվիա՝ 18.3, Ուկրաինա՝ 16.5, Ռուսաստան՝ 13.7, Ղազախստան՝ 13.6, Մոլդովա՝ 12.3, Լիտվա՝ 8.7), սակայն ավելի բարենպաստ է Միջին Ասիական մի քանի երկրների համեմատ (Ուզբեկիստան՝ 30.2, Ղրղստան՝ 50.4): Միջազգային համեմատության կտրվածքով Հայաստանի մայրական մահացության մակարդակը գրեթե կրկնակի գերազանցում է Եվրոպական երկրների միջին ցուցանիշը (Եվրոպա՝ 15, ԵՄ՝ 11): Հարկ է նշել, որ միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է վերևում, փոքր պոպուլյացիաներում ՄԻՄ տարեկան ցուցանիշը տատանողական է:

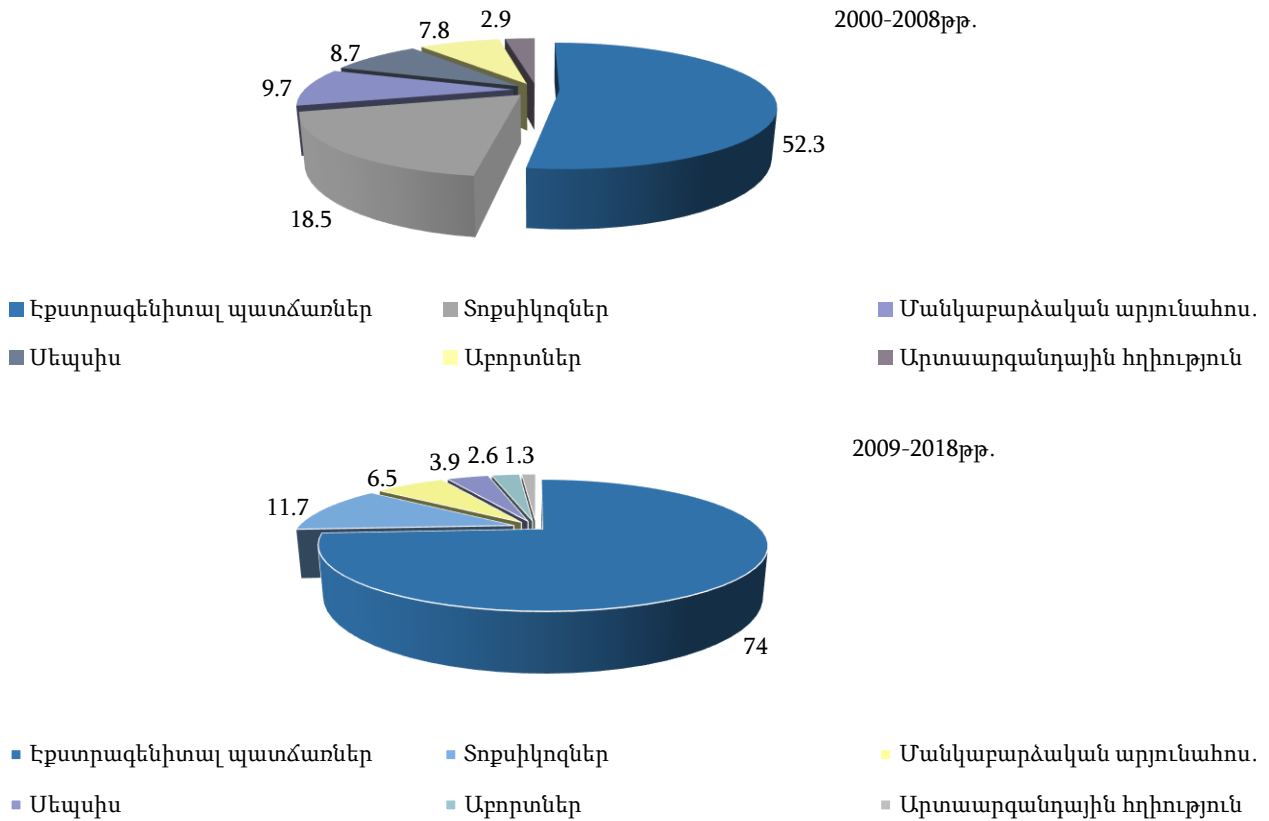
3.2. Մայրական մահացության պատճառական կառուցվածքը

Մայրական մահացության պատճառները բաժանվում են 2 հիմնական խմբի. ուղղակի/մանկաբարձական (արյունահոսություն, արտաարգանդային հղիություն, տոքսիկոզ աբորտ, սեպսիս) և անուղղակի/էքստրագենիտալ պաթոլոգիաներ (եմբոլիաներ, վիրուսային վարակներ, տարբեր օրգան-համակարգերի ախտաբանություններ և այլն): 2000թ. հաջորդող տարիներին մայրական մահացության ցուցանիշի կրճատման ֆոնի վրա վերջինիս կառուցվածքում գնալով նվազել է ուղղակի՝ մանկաբարձական պատճառներից մահերի տեսակարար կշիռը և հակառակը՝ դեպքերի զգալի մասը ներկայումս պայմանավորված է էքստրագենիտալ ախտաբանություններով: Այսպես, եթե 2000-2008թթ. մայրական մահերի ուղղակի և անուղղակի պատճառների համամասնությունը կազմել է 48% և 52%, ապա հաջորդ՝ 2009-2018 թվականներին՝ 26% և 74%:

¹⁷ Countdown to 2030. Women's, Children's & Adolescents' Health, Country Profile and Dashboards <https://data.unicef.org/countdown-2030/country/Armenia/1>

¹⁸ MATERNAL, NEWBORN, CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND AGEING, Data portal [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births))

Փճապատկեր 25. Մայրական մահացության պատճառական կառուցվածքը, 2008-2018



Ըստ ՀՀ ԱՆ տվյալների, 2019-2022թթ. ընթացքում գրանցվել է ՄԲՄ 45 դեպք, որոնցից միայն 6 դեպքում է մահը պայմանավորված եղել մանկաբարձական պատճառով, մնացած 39 դեպքերի պատճառը եղել են էքստրագենիտալ պաթոլոգիաները, այն թվում 15 դեպք՝ ասոցացված Կովիդի հետ:

Վերջին տարիների մայրական մահացության պատճառական կառուցվածքում ուղղակի՝ մանկաբարձական դեպքերի կրճատումը պայմանավորված է ծննդոգնության ծառայությունների որակի և մատչելիության բարելավմամբ, մինչդեռ էքստրագենիտալ ախտաբանությունների տեսակարար կշռի աճի միտումը վկայում է բնակչության վերարտադրողական և սոմատիկ առողջության ընդհանուր վիճակի շարունակական վատացման մասին:

Այս խնդրի հաղթահարման ռազմավարությունը պետք է ուղղված լինի վերարտադրողական առողջությունը պայմանավորող գրեթե բոլոր բաղադրիչների հետ կապված իրավիճակի բարելավմանը, այն թվում հղիության հետ անհամատեղելի սոմատիկ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանը ու բարձր ռիսկով ուղեկցվող հղիությունների կանխարգելմանը: 2020-2021թթ. Կովիդով պայմանավորված մայրական մահերի աննախադեպ

աճը վկայում է նոր գլոբալ մարտահրավերի՝ վարակային հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված ջանքերի բազմապատկման անհրաժեշտության մասին:

ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ՇՐՋԱՆ, ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ, ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ

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

Այսպես, ըստ գերատեսչական (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ) և պաշտոնական (ՀՀ ՎԿ) վիճակագրության համեմատական տվյալների, 2005 թվականին (մինչ պաշտոնական վիճակագրության մեջ 500-1000գ քաշով ծնունդների գրանցումը) մեռելաձնության ցուցանիշը համապատասխանաբար կազմել է՝ 17.4 ‰ (գերատեսչական տվյալներով շուրջ 660 մեռելածին) և 9.5‰ (պաշտոնական տվյալներով՝ շուրջ 360 մեռելածին), հետևաբար մեռելաձնության 300 դեպք չի գրանցվել ՔԿԱԳ մարմիններում:

Նույն թվականին ծնվել է 105 ծայրահեղ ցածր՝ 500-1000 քաշով նորածին, որոնցից շուրջ 80 երեխա մահացել է (այդ տարիներին այս քաշով ծնվածների ապրելիությունը կազմել է ընդամենը 20-25%) և այս դպքերը ևս ենթակա չեն եղել գրանցման: Վերջնական արդյունքում 2005թ. պերինատալ մահվան շուրջ 380 դեպք դուրս է մնացել պաշտոնական վիճակագրությունից՝ ինչը նախորդող տարիների կտրվածքով միջինում այդ դեպքերի կրկնվող թիվ էր: Ըստ էության, պաշտոնական վիճակագրությունը չէր արտացոլում ԱՀԿ ՀՄԴ-10-ի սահմանումներին համապատասխան պերինատալ մահացության իրական պատկերը երկրում, ինչը խնդրահարույց էր նաև ցուցանիշների միջազգային համադրելիության տեսանկյունից:

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

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

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

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

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

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

Աղյուսակ 8. Պերինատալ մահացության և մեռելաճնության ցուցանիշները, 1990-2022

Տարի	Պերինատալ մահացություն (մեռելաճիններ 0-6 օր մահեր)		Մեռելաճնություն	
	Առանց 500-1000գ ծնվածների	Ներառյալ 500-1000գ ծնվածների	Առանց 500-1000գ ծնվածների	Ներառյալ 500-1000գ ծնվածների
1990	17.6		10.1	
1995	15.6	22.9	8.5	15
2000	16.3	23.7	8.3	13.5
2005	11.9	24.0	7.3	17.4
2006	14.4	25.6	8.6	18.4
2007	13.4	20.5	9.2	15.3
2008	12.8	20.0	9.0	15.3
2009	10.9	19.1	7.5	15
2010	11.3	23.1	7.9	18.9
2011	10.3	24.4	7.0	20
2012	9.5	22.5	7.1	18.8
2013	9.3	20.2	6.5	16.5
2014	8.9	20.5	6.7	17.2
2015	8.9	21.8	7.0	19.2
2016	7.8	20.2	5.8	17.4
2017	7.6	19.0	6.2	16.5
2018	7.2	20.1	6.1	18.3
2019	6.8	18.0	5.7	16
2020	6.7	15.2	5.5	12.8
2021	7.4	16.3	6.4	14.3
2022	6.1	14.9	5.1	12.7

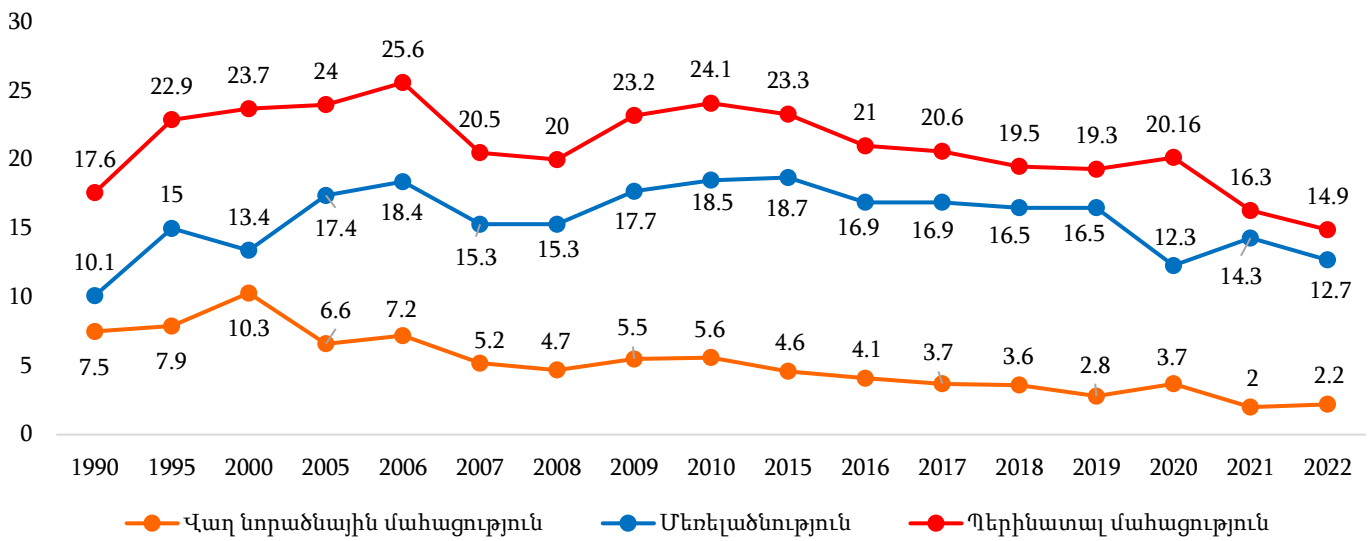
2) Ըստ ՀՀ ԱԱԻ ԱՎՀԱԿ 2023թ. վիճակագրական տարեգրքի տվյալների, պերինատալ մահացության ցուցանիշը(ՊՄՑ) հանրապետությունում 2022թ. կազմել է 14.9‰, որից 12.7‰՝ մեռելաճնություն, 2.2‰՝ վաղ նորածնային մահեր: Մարզային միջինի համեմատ, ՊՄՑ շուրջ 3 անգամ բարձր է Երևանում: Պատկերը մասամբ բացատրելի է այն տրամաբանությամբ, որ Երևանի ծննդատներում են տեղի ունենում բարձր ռիսկի ծնունդները և հիմնականում մայրաքաղաքում են տեղակայված նորածնային վերակենդանացման բաժանմունքները (մարզային միակ նորածնային բաժանմունքը առկա է Գյումրիում):

3) ՊՄՑ-ի 1990-2022թթ. դինամիկան վկայում է, որ ծննդատներում գրանցված պերինատալ մահացության դեպքերը, (առանց ծայրահեղ ցածր քաշով ծնվածների) զգալի նվազել են, կրճատվելով գրեթե 3 անգամ (1990թ.՝ 17.6‰, 2022թ.՝ 6.1‰), այն թվում մեռելաճնության ցուցանիշը՝ շուրջ 2 անգամ: Հետաքրքիր է այն փաստը, որ եթե 90-ականներին մեռելաճնություն/վաղ նորածնային մահացություն(ՎՆՄ) հարաբերակցությունը կազմել է 2.1:1.0 (1995թ.՝ մեռելաճնություն՝ 15.6‰, վաղ նորածնային մահացություն՝ 7.3‰),

ապա 2022թ. այս ցուցանիշը գրեթե 3 անգամ մեծացել է կազմելով 5.9:1.0, այն դեպքում, երբ ըստ ԱՀԿ տվյալների պերինատալ մահացության միջին ցուցանիշի դեպքում (ինչպիսին Հայաստանի ցուցանիշն է), այս տարբերությունը չի գերազանցում 2.0:1.0-ին: Ասվածը վկայում է մեռելաձնության և կենդանաձնության դեպքերի սահմանումներին ոչ համապատասխան և «սխալ» գրանցումների մասին:

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

Գծապատկեր 26. Պերինատալ մահացություն, կառուցվածքը, միտումները, 1990-2022



- 5) ԱՀԿ նոր սահմանումների ներդրմանը հաջորդիվ, ըստ ծննդատներում արձանագրված դեպքերի, պերինատալ մահացության ցուցանիշը աստիճանաբար կրճատվել է, 2022թ. հասնելով՝ 14.99‰, որից մեռելաձնությունը՝ 12.7‰, վաղ նորածնային մահացությունը՝ 2.2: ՎՆՄ միջին հանրապետական ցուցանիշը (ներառյալ այլ բուժհաստատությունների նորածնային կամ վերակենդանացման բաժանմունքներում գրանցված 0-7 օրեկան նորածինների մահերը) և ցուցաբերել է կրճատման միտում (2006թ.՝ 8.7‰, 2010թ.՝ 5.6‰, 2015թ.՝ 4.6‰, 2016թ.՝ 4.1‰, 2017թ.՝ 4.0‰, 2022թ.՝ 2.6‰): Համադրելով մեռելաձնության և ՎՆՄ 2022թ. ցուցանիշները, պարզ է դառնում որ, վերջիններիս հարաբերակցության ցուցանիշը կազմում է 5.9 : 1 (12.7‰՝ 2.2‰-ի դիմաց), ինչը գրեթե 5 անգամ գերազանցում է տարածաշրջանային միջին ցուցանիշը (ըստ ԱՀԿ տվյալների բազայի, մեռելաձնության և վաղ նորածնային մահացության հարաբերակցությունը Եվրոպական B ռեգիոնի համար, որի մեջ մտնում է նաև Հայաստանը, կազմում է 1.2:1.0):
- 6) Վերը ներկայացված գծապատկերը փաստում է, որ պերինատալ մահացության կառուցվածքի այս անհամամասնությունը հատկապես աճում է 2008թ.-ին հաջորդող 10 տարիներին՝ որի ընթացքում վաղ նորածնային մահացության դանդաղ նվազման ֆոնի վրա արձանագրվում է մեռելաձնության ցուցանիշի աճ: Ընդ որում, վերջին տարիներին մեռելաձնության դեպքերի ավելացումը զուգակցվում է ծնելիության ցուցանիշի անկման հետ:
- 7) Միջազգային միջին տվյալների համեմատ պերինատալ մահացության կառուցվածքի այսպիսի անհամամասնությունն անտրամաբանական է և կարող է հետևանք լինել մի շարք գործոնների՝ մեռելաձնության և կենդանածնության սխալ գրանցում՝

պայմանավորված կամ դրանց սահմանումների/նշանների չիմացությամբ կամ մասնագետների շահերի բախումով և/կամ պերինատալ շրջանի իրական ժամկետների սխալ գրանցում՝ բուժիաստատության ֆինանսական մոտիվացիայով պայմանավորված: Ասվածը ենթադրական գնահատականներ են, որոնք լրացուցիչ ուսումնասիրության կարիք ունեն՝ բուժիաստատություններում քանակական և որակական հետազոտությունների իրանացման ճանապարհով: Այս հիմնախնդրի իրական պատճառների ուսումնասիրությունը հնարավորություն կտա մշակել դրա հաղթահարմանն ուղղված գործողություններ:

- 8) 2018 թվականից Առողջապահության և Արդարադատության նախարարությունների համատեղ ջանքերով հանրապետությունում ներդրվել է ծնունդների և մահերի, այն թվում պերինատալ մահերի, գրանցման միասնական էլեկտրոնային համակարգ, ինչը որոշակիորեն կարող է նպաստել վերը ներկայացված խնդրի լուծմանը, իսկ ամբողջությամբ էլեկտրոնային առողջապահական միասնական համակարգին անցումը և բժշկական փաստաթղթերի և առանձին դեպքերի թվայնացված ընթացակարգով վարումը շատ ավելի կարող է բարելավել իրավիճակը:

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆԸ

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

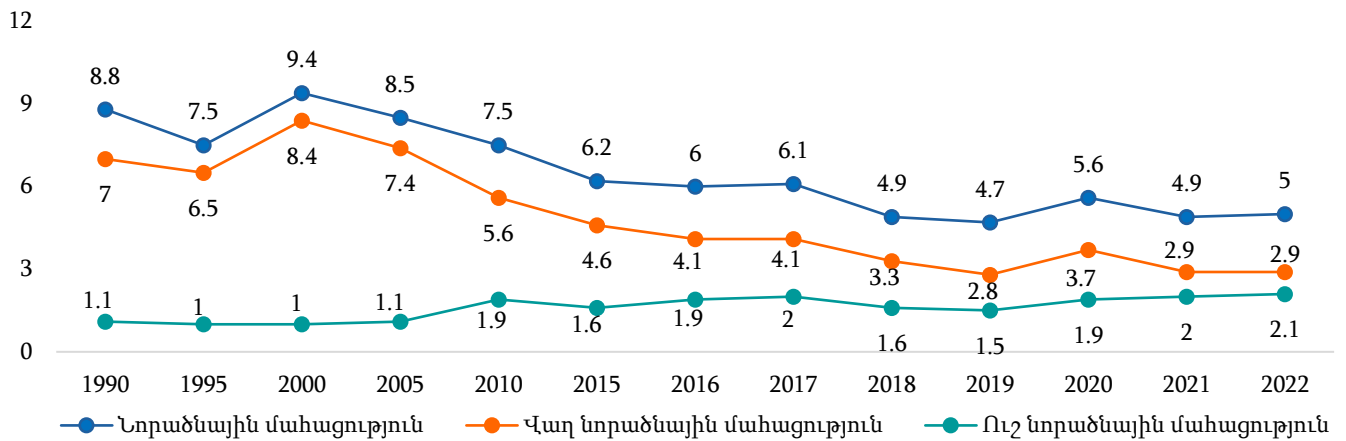
Երեխաների մահացության ցուցանիշը նրանց կյանքի և գոյատևման հետ կապված իրավիճակը ներկայացնող հիմնական ցուցիչն է, ընդ որում կյանքի ցիկլի առանձնահատկություններից ելնելով, երեխաների մահացության ցուցանիշները վերլուծվում են ըստ առանձին տարիքային խմբերի՝ նորածնային (0-28 օրական), մանկական (0-1տ.), մինչև 5տ. (0-4տ. ներառյալ) և դեռահասների մահացություն:

1. Նորածինների առողջություն, նորածնային մահացություն¹⁹

Նորածինների առողջության բարելավումը մանկական մահացության կրճատման հիմնական ռեզերվն է: Այն պահանջում է առանձնահատուկ մոտեցում և առավել մեծ ներդրումներ: Այս մարտահրավերը ներկայումս միջազգային հանրության ուշադրության կենտրոնում է և, որպես Կայուն զարգացման թիրախային ցուցիչ, ընդգրկված է ՄԱԿ-ի մասնագիտացված կառույցների օրակարգում:

- 1) Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի կողմից հրապարակված պաշտոնական տվյալների²⁰, նորածնային մահացության ցուցանիշը (ՆՄՑ) 2000-2022թթ. միջակայքում կրճատվել է գրեթե 2 անգամ՝ 9.4%-ից հասնելով 5%-ի:

Գծապատկեր 27. Նորածնային մահացության կառուցվածքը, միտումները, 1990-2022



Ցուցանիշի կառուցվածքի միտումները վկայում են, որ 2000թ.-ին հաջորդիվ, վաղ նորածնային և ուշ նորածնային մահերի հարաբերակցությունը կրճատվել է շուրջ 6 անգամ, 2022թ. հասնելով նվազագույնի՝ 1.4:1.0 (2000թ.՝ 8.4:1.0):

Չնայած վաղ նորածնային մահացության ինտենսիվ ցուցանիշի զգալի կրճատման, թե՛ մանկական, և թե՛ նորածնային մահացության կառուցվածքում մահվան դեպքերի զգալի մասը շարունակաբար բաժին է ընկնում մանկան կյանքի առաջին 6 օրերին, 2022թ. համապատասխանաբար կազմելով՝ 43% և 58% (2000թ.՝ 54% և 89%):

¹⁹ ՀՀ Կառավարության 2005թ. N 949-Ն որոշմամբ, 2006թ.-ից կիրառության մեջ են դրվել «Կենդանածնության, մեռելածնության և պերինատալ շրջանի» ԱՀԿ ՀՄԴ-10 սահմանումները, որի հիման վրա ծննդատներում և ՔԿԱԳ մարմիններում գրանցվում են 500գ և ավելի քաշով կենդանածնության և մեռելածնության բոլոր դեպքերը:

²⁰ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թվականի հունվար-դեկտեմբերին, ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, https://www.armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf

2) Նորածնային մահացության պատճառական կառուցվածքը.

Նորածնային մահացության (ՆՄ) պատճառական կառուցվածքում մահերի 80%-ը բաժին են ընկնում կանխարգելելի երեք ախտաբանական վիճակներին՝ անհասություն, ասֆիքսիա և ինֆեկցիաներ: Ըստ ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵֆ վերջին հրապարակումների²¹ Հայաստանում նորածնային մահացության հիմնական 3 պատճառներն են՝ անհասության բարդություններով պայմանավորված վիճակները (39%), զարգացման բնածին արատները (26%), ասֆիքսիաները(15%)²² :

ՆՄ կառուցվածքը վերջին 20 տարիների ընթացքում էականորեն փոխվել է: Եթե 2000թ. առաջին տեղում ասֆիքսիաներն էին, երկրորդ տեղում բնածին արատները և միայն երրորդ տեղում անհասությամբ պայմանավորված շնչառության խանգարման համախտանիշը (ՇԽՀ), ապա 2020թթ. ՆՄ կառուցվածքում անհասությամբ պայմանավորված վիճակները և ախտաբանությունները զբաղեցնում են առաջին տեղը, երկրորդ հորիզոնականում բնածին արատներ են, իսկ ասֆիքսիաները՝ երրորդ տեղում: Այսպիսի կառուցվածքը պարունակում է ինչպես զարգացած այնպես էլ զարգացող երկրների նորածնային մահացության կառուցվածքի բնութագրիչները:

3) Նորածնային հիվանդացությունը և մահաբերությունը

Ըստ ԱՎՀԱԿ 2022 թվականին²³ նորածինների հիվանդացության ցուցանիշը (ծնվելու պահին և ձեռքբերովի) անհասների մոտ 6.7 անգամ ավելի է հասունների համեմատությամբ (համապատասխանաբար՝ 674.7‰ և 101.7‰): Նորածնային հիվանդացության պատճառագիտության մեջ հասուն նորածինների մոտ հիվանդությունների առաջին եռյակը կազմում են՝ զարգացման բնածին շեղումները (18.2‰), ծննդաբերական տրավմաները (12.6‰) և ներարգանդային հիպոքսիաներն ու ասֆիքսիաները (10.8‰):

Այս ցանկում բնածին թոքաբորբերը զբաղեցնում են գրեթե նույն՝ 3-րդ հորիզոնականը՝ 10‰ ցուցանիշով: Անհաս նորածինների պատկերը այլ է՝ ներարգանդային թոքաբորբեր(100‰), հիպոքսիաներն ու ասֆիքսիաները(73.6‰) և բնածին շեղումները(40.3‰): Շուրջ 6 անգամ

²¹ World Health Organization, Maternal and Child Epidemiology Estimation 2021,

²² Countdown to 2030. Women's, Children's & Adolescents' Health, Country Profile and Dashboards <https://data.unicef.org/countdown-2030/country/Armenia/1>

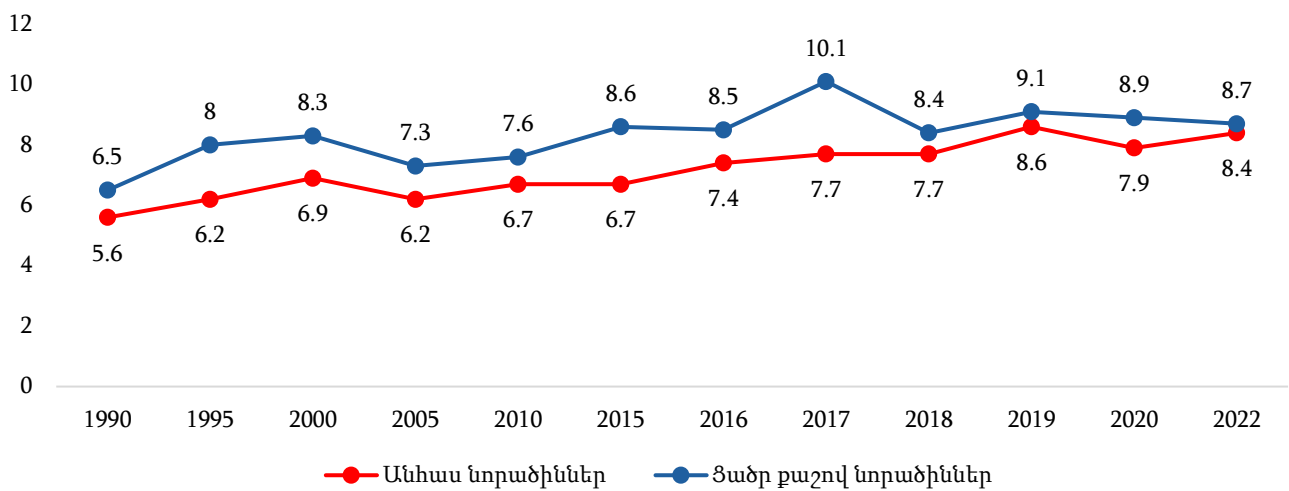
²³ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023թ., ՀՀ ԱՆ ԱՍԻ. https://nih.am/am/statistical_yearbooks/165/am

տարբերվում է նաև հասունների և անհասների մահաբերությունը, համապատասխանաբար՝ 0,3% և 1.9% ցուցանիշներով:

4) Անհաս և ցածր քաշով նորածիններ, ցուցանիշների միտումները

Ըստ ՀՀ ԱԱԻ «Առողջություն և առողջապահություն» 2023թ. վիճակագրական տարեգրքի տվյալների, 2022թ. ընթացքում Հայաստանի ծննդատներում արձանագրվել է 35667 կենդանածին, որոնցից 8.8% ծնվել են անհաս/վաղաժամկետ երեխա (2021թ.՝ 8.4%), իսկ 9.2%՝ ծննդյան ցածր քաշով (2500գ.-ից պակաս), որից ծայրահեղ ցածր քաշով (1000 գրամից) երեխաները կազմել են 0.4%: Վերջինս նախորդ տարվա համեմատ ավելի է 0.1 տոկոսային կետով:

Պատկեր 28. Ծննդյան ցածր քաշով և անհաս նորածինների ցուցանիշները, 1990-2022



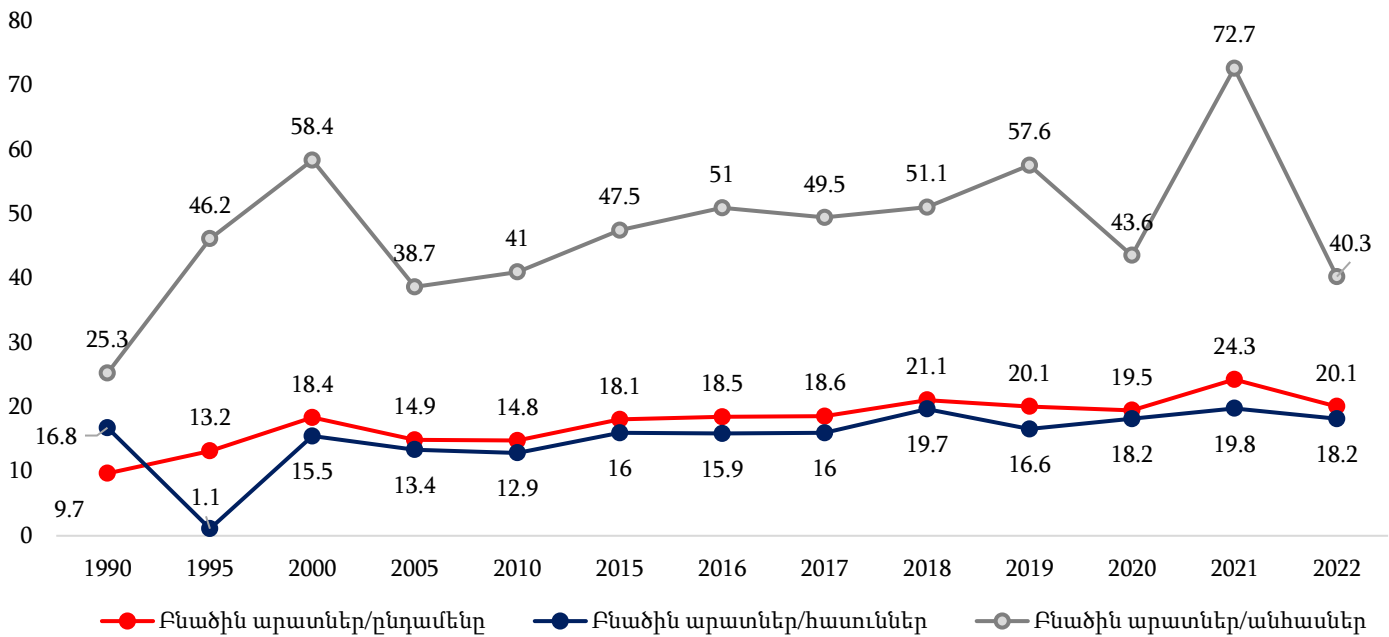
2000-2022թթ միջակայքում արձանագրվել է թե անհաս (2000թ.՝ 6.9%), և թե ցածր քաշով նորածինների (2000թ.՝ 8.3%) ցուցանիշների աճ՝ համապատասխանաբար՝ 27 և 13 տոկոսով: Անհասության առավելագույն ցուցանիշը արձանագրվել է 2017թ. (10.2%), ինչը կարող է մասամբ բացատրվել վերջին տարիներին վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական ծառայությունների զարգացման և ծավալների ընդլայնման հանգամանքով²⁴ :

²⁴ «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգրք, Հայաստան 2022.- Եր. ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2022թ. http://nih.am/am/statistical_yearbooks/159/am

Զարգացման բնածին արատներ

Նորածնային ախտաբանությունների մեջ լուրջ հիմնախնդիր է բնածին արատների բարձր տարածվածությունը: Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տարեկան հաշվետվական տվյալների²⁵, զարգացման բնածին արատներով ծնվածների ցուցանիշը (1000 նորածնի նկատմամբ) 1990-2020թթ. ընթացքում շարունակաբար բարձրացել է (1990թ.՝ 9.7‰, 2020թ.՝ 19.5‰):

Գծապատկեր 29. Նորածինների զարգացման բնածին արատներ, 1990-2022



2000-2010թ. միջակայքում արձանագրվել է ցուցանիշի աստիճանական անկում (14.8‰), հաջորդիվ, այն նորից բարձրացել է, 2022թ. կազմելով 20.1‰, ինչը կրկնակի բարձր է 90-ականների մակարդակի համեմատությամբ: Անհաս նորածինների պարագայում այս ցուցանիշները շատ ավելի բարձր են:

Բոլոր թվականներին անհասների մոտ բնածին արատների ցուցանիշը միջինում 3-5 գերազանցում է հասուն նորածինների նույն ցուցանիշը²⁶:

Բնածին արատների ցուցանիշների այս միտումները կարելի է բացատրել ինչպես ախտորոշման գործընթացի բարելավմամբ և բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացմամբ,

²⁵ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքեր, 2014- 2022թթ., ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ,

https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/1

²⁶ «Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները և ոլորտի առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», Զեկույց, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2020թ.

<http://nih.am/am/reports/115/am>

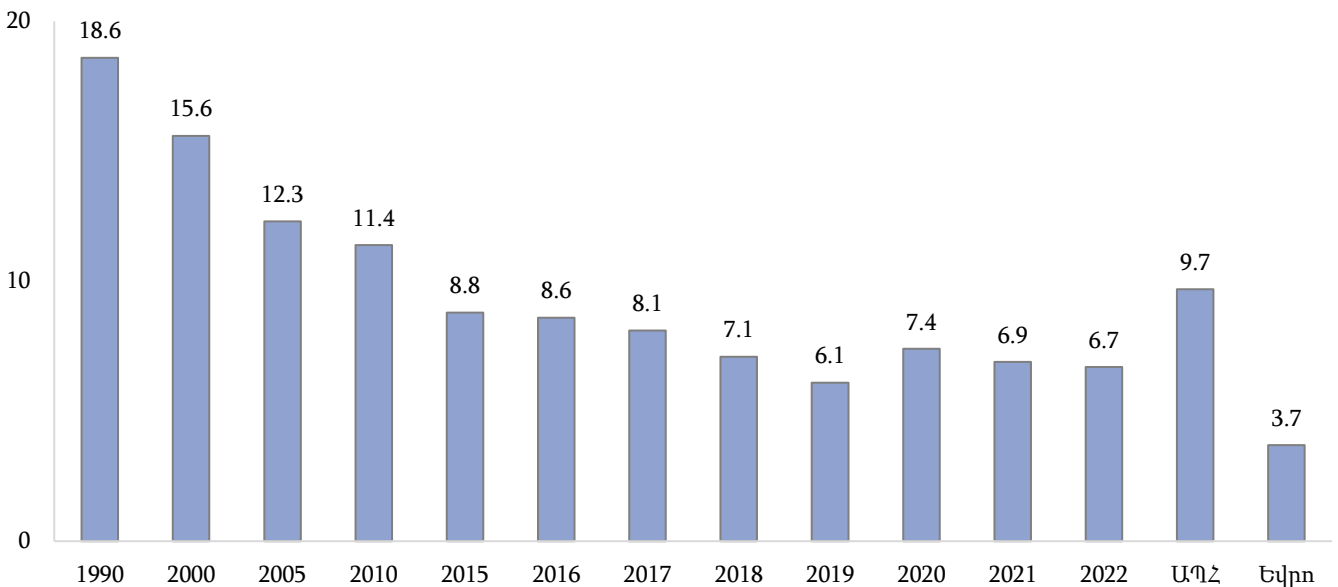
այնպես էլ հղիության ընթացքի ախտաբանական վիճակների տարածվածությամբ: Ակնհայտ է, որ այս ոլորտում իրականացվող ծրագրերը ուժեղացման կարիք ունեն, մասնավորապես անտենատալ սկրինինգներին և նախածննդյան խնամքին ուղղված ներդրումների ավելացման առումով:

2. Մանկական մահացություն, կառուցվածքը, ցուցանիշների միտումները

Մանկական մահացությունը (ՄՄ) դա երեխայի մահն է մինչև 1 տարեկան դառնալը; Ցուցանիշը հաշվարկվում է 1000 կենդանի ծնվածի հաշվով: ՄՄ ցուցանիշները վերլուծվում են ըստ տարիքային (նորածնային և հետնորածնային մահացություն) և պատճառական կառուցվածքի:

1) **Մանկական մահացության ցուցանիշի միտումները.** ՀՀ ՎԿ պաշտոնական տվյալների համաձայն 1990-2020 թվականների ընթացքում մանկական մահացությունը(ՄՄ) բացարձակ թվով նվազել է շուրջ 5.5 անգամ (1990թ.` 1.465 դեպք, 2020թ.` 267 դեպք), իսկ ցուցանիշը` ավելի քան 2 անգամ (1990թ.` 18.6‰, 2020թ.` 7.4‰): Նախորդ տարվա համեմատ, 2020թ. արձանագրվել է ՄՄ ցուցանիշի բարձրացում 1.3 տոկոսային կետով: 2021-2022թթ. այն մի փոքր իջել է, պահպանվելով գրեթե նույն մակարդակի վրա` 6.9‰ և 6.7‰ համապատասխանաբար:

Գծապատկեր 30. Մանկական մահացության ցուցանիշի միտումները, ‰, 1990-2022



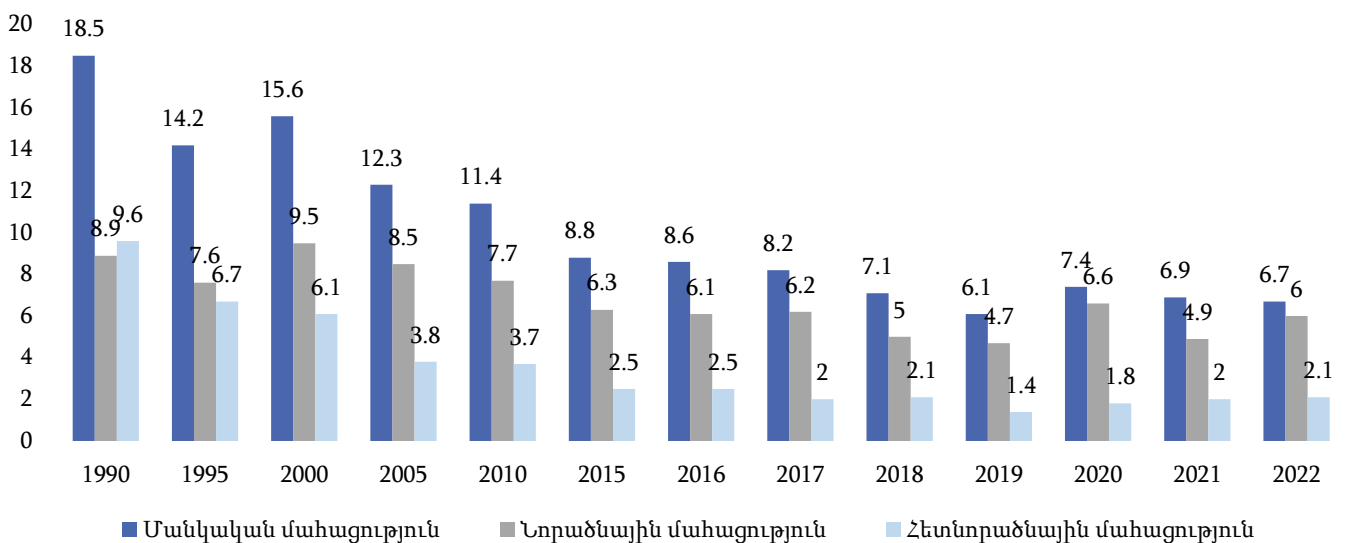
Ըստ ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵՖ տվյալների²⁷, 2021 թվականին մանկական մահացության հաշվարկային ցուցանիշը Հայաստանում կազմել է 9.5‰, ինչը 1990թ. մակարդակի (41.9‰) համեմատ նվազ է 4.4 անգամ: Հայաստանի ՄՄՑ զգալի ցածր է ԱՊՀ երկրների միջին ցուցանիշից, սակայն շուրջ 2.5 անգամ գերազանցում միջին Եվրոպական մակարդակը²⁸:

2) Մանկական մահացության տարիքային և պատճառական կառուցվածքը

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

Ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների, 2022թ. մանկական մահացության ընդհանուր դեպքերի 74% բաժին է ընկել նորածիններին, որի կեսից ավելին գրանցվել է վաղ նորածնային շրջանում (2.9‰):

Գծապատկեր 31. Մանկական և նորածնային մահացության հարաբերակցությունը դինամիկայում, ‰, 1990-2022



Մանկական և նորածնային մահացության հարաբերակցության միտումների վերլուծությունը վկայում է, որ 1990-2000թթ. ընթացքում նորածնային մահերը կազմել են 0-1տ մահերի գրեթե կեսը՝ (8.9‰՝ 18.6‰-ից): 2015 թվականից ի վեր մանկական մահացության դեպքերի 70%-ից ավելին արձանագրվել է նորածնային շրջանում: Հաջորդիվ, այս ցուցանիշը չի

²⁷ Levels & Trends in Child Mortality. Report-2022; Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation / WHO, Unicef The WB, UN DESA, 2022 data sources are the latest UN IGME estimates , <https://childmortality.org/profile>

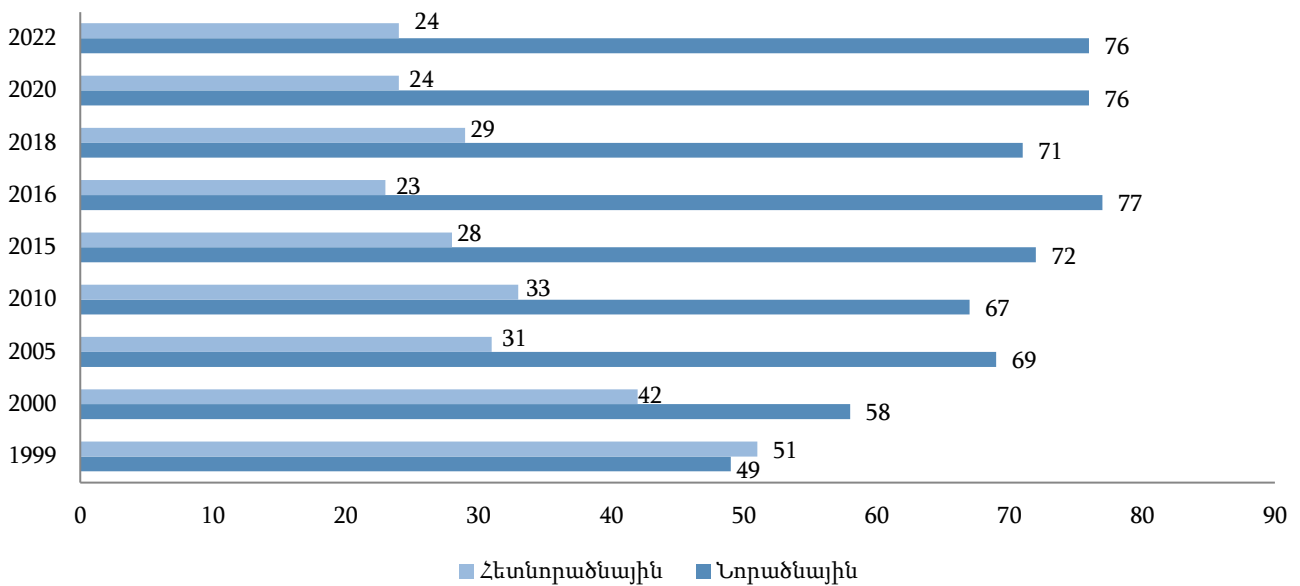
²⁸ Under-five mortality data.Unicef. Last update: January 2023, <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>

դրստրել անկման էական միտում (2016թ.՝ 77%, 2018թ.՝ 71%, 2020թ.՝ 76%, 2022թ.՝ 76%), շարունակաբար գերազանցելով 0-1տ. մահերի ընդհանուր դեպքերի 2/3-ը:

Մանկական և նեոնատալ մահացության հարաբերակցության գործակիցների միտումները վկայում են, որ 1990-2022թթ. ընթացքում մանկական մահացության կրճատումը ուղեկցվել է առավելապես հետնորածնային շրջանի մահերի մասնաբաժնի նվազմամբ (1990թ.՝ 51%, 2022թ.՝ 24%)՝ նորածնային մահացության տեսակաբար կշռի հարաբերական աճի ֆոնի վրա (1990թ.՝ 49%, 2022թ.՝ 76%):

Մանկական մահացության կառուցվածքում նորածնային մահացության հիմնական պատճառները շուրջճննդյան շրջանում զարգացող առանձին վիճակներն են, իսկ հետնորածնային մահացության դեպքերը առավելապես պայմանավորված են շնչառական վարակներով և փորլուծային հիվանդություններով:

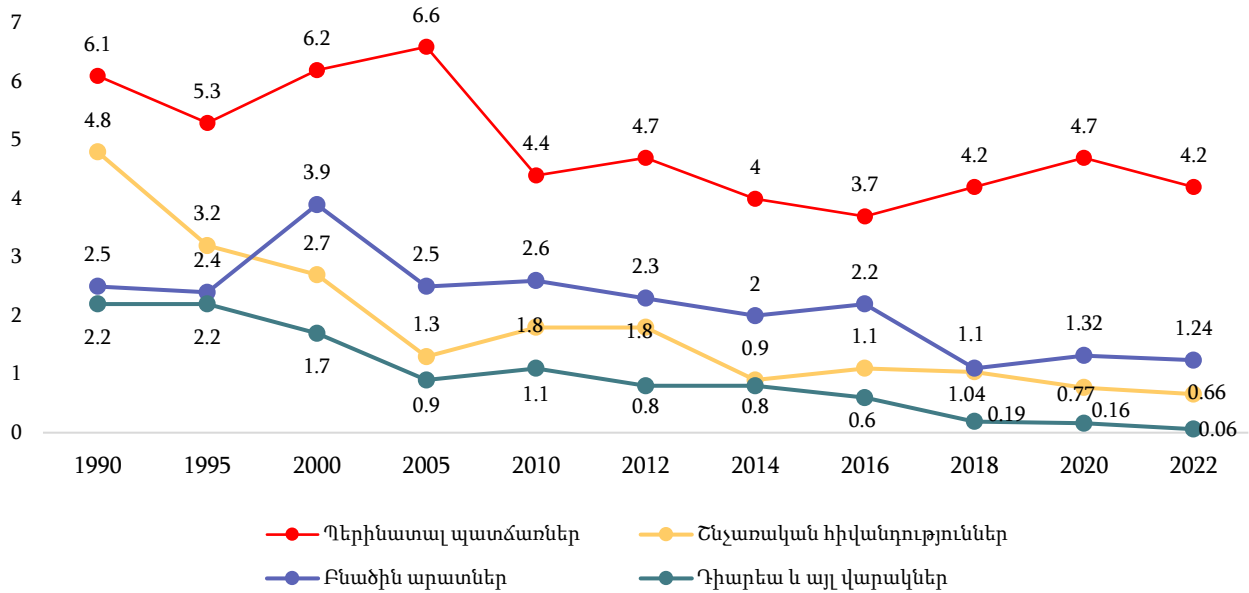
Գծապատկեր 32. Մանկական մահացության տարիքային կառուցվածքի միտումները, %, 1999-2022



Ըստ ՀՀ ՎԿ պաշտոնական տվյալների, 2022թ. ՄՄ պատճառական կառուցվածքում առաջին տեղում պերինատալ շրջանին բնորոշ հիվանդություններն են՝ 4.2‰ ինտենսիվ ցուցանիշով (1000 կենդանի ծնվածից), երկրորդ տեղում՝ բնածին արատները՝ 1.24‰, իսկ երրորդ և չորրորդ տեղերում շնչառական վարակները և փորլուծային հիվանդությունները՝ համապատասխանաբար՝ 0.55‰ և 0.06‰ ինտենսիվ ցուցանիշներով²⁹:

²⁹ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թվականի հունվար-դեկտեմբեր, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, https://www.armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf

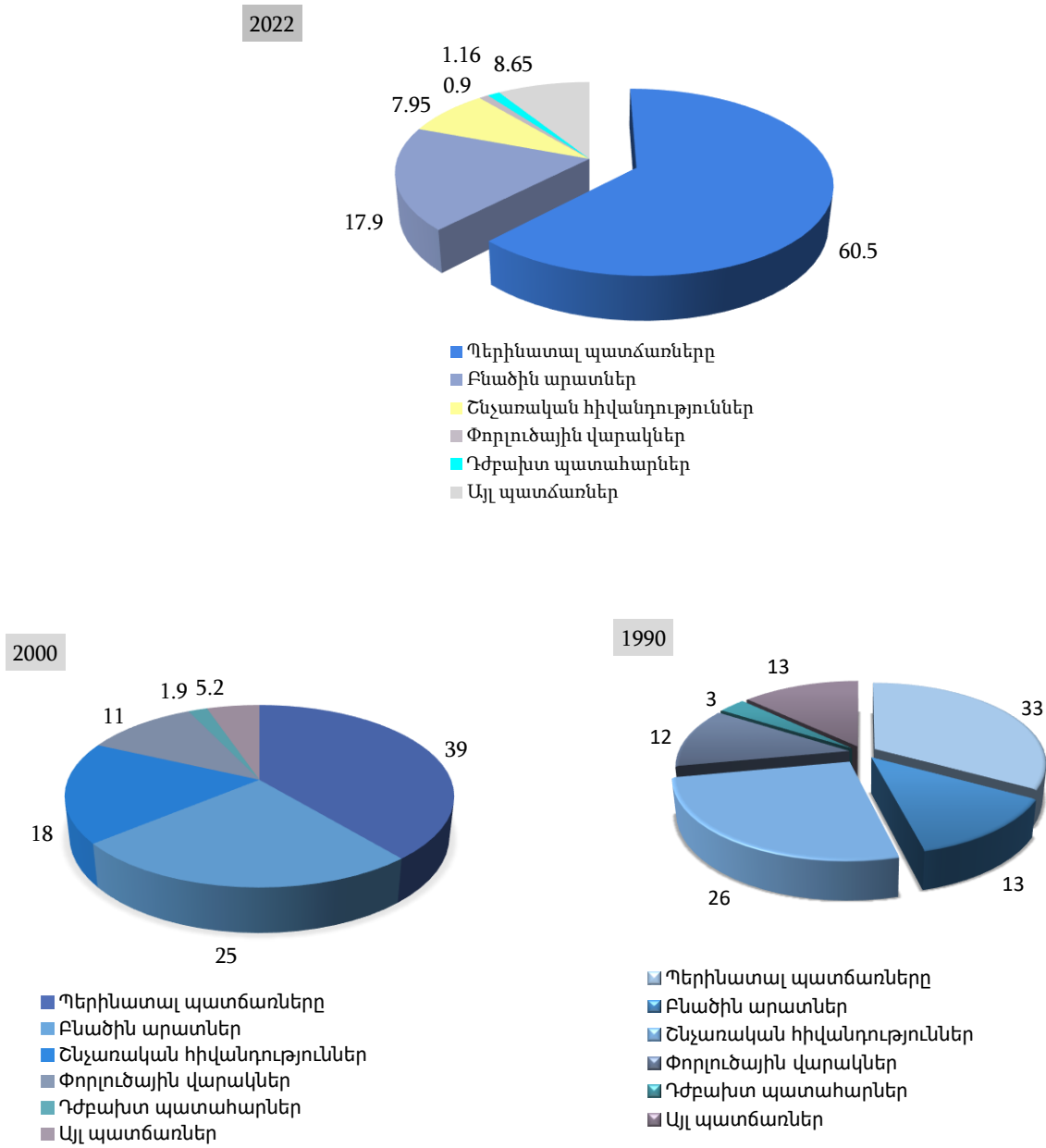
Գծապատկեր 33. Մանկական մահացության պատճառական կառուցվածքը, %, 1990-2022



Մանկական մահացության պատճառների թե՛ ինտենսիվ, թե՛ էքստենսիվ ցուցանիշների միտումները փաստում են, որ մանկական մահացությունը կրճատվել է առավելապես շնչառական (1990թ.՝ 4.8%, 2022թ.՝ 0.55%) և փորլուծային(1990թ.՝ 2.2%, 2020թ.՝ 0.06%) հիվանդություններից, ինչի հաշվին էլ կիսից ավելի չափով նվազել են հետնորածնային շրջանին բաժին ընկնող մահացության դեպքերը, և հակառակը՝ այս ֆոնի վրա պերինատալ պատճառներից և բնածին արատներից մահվան դեպքերի տեսակարար կշիռը ավելացել է 2 և ավելի անգամ: Վերջին տասնամյակում նորածինների մահացության հիմնական պատճառներով է պայմանավորված մանկական մահացության դեպքերի 2/3-ից ավելին, ընդ որում 2022թ դեպքերի ընդհանուր թվում պերինատալ պատճառների տեսակարար կշիռը կազմում է 60.5%, իսկ բնածին արատներինը՝ 17.9%:

Այս ցուցանիշների տարբերությունները և միտումը ակնհայտ երևում է նաև ժամանակային կտրվածքով: 1990, 2000 և 2020 թվականների մանկամահացության պատճառների վերաբերյալ ստորև ներկայացված համեմատական տվյալները ասվածի վկայությունն են:

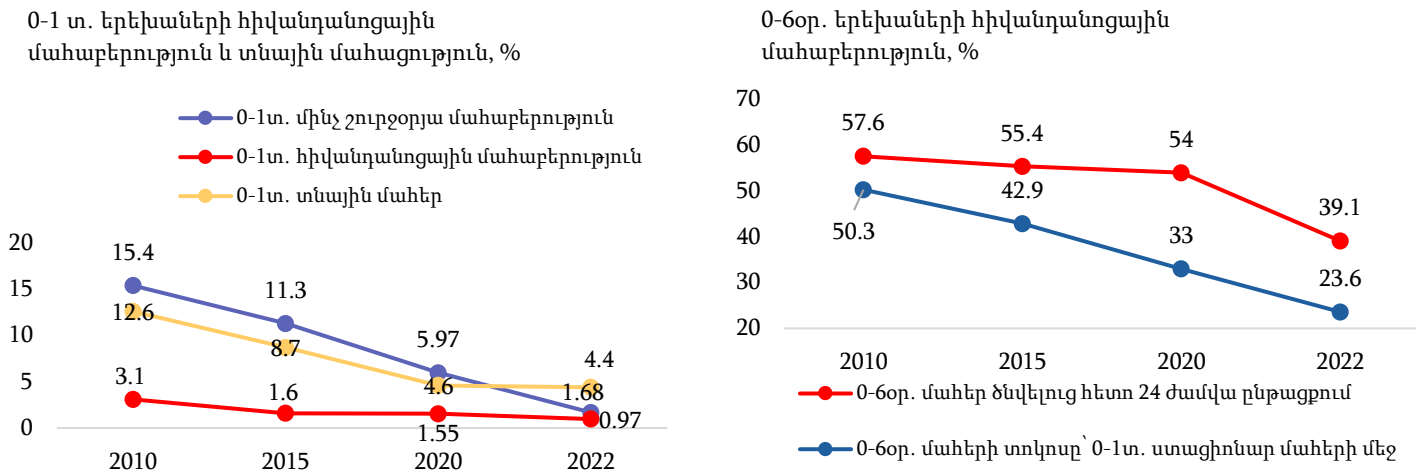
Գծապատկեր 34. Մանկական մահացության պատճառական կառուցվածքն ըստ տարիների



3) 0-1 տ երեխաների հիվանդանոցային մահաբերությունը

Մանկական մահացության ցուցանիշների 2010 թվականին հաջորդող տարիների միտումների վերլուծությունը փաստում է, որ ՄՄ ցուցանիշի շարունակական իջեցմանը զուգահեռ, շուրջ 3 անգամ կրճատվել են մինչև 1տ. երեխաների տնային մահացության (2010թ.՝ 12.6%, 2015թ.՝ 8.7%, 2020թ.՝ 4.6%, 2022թ.՝ 4.4), և 0-1 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշները³⁰ (2010թ.՝ 3.1%, 2015թ.՝ 1.6%, 2020թ.՝ 1.55%, 2022թ.՝ 0.97%), սակայն վերջին տարիներին արձանագրվել են այդ ցուցանիշի անկման ավելի նվազ տեմպեր: Նույն ժամանակահատվածում հարաճուն կրճատվել է նաև 0-1 տարիքային խմբի երեխաների մինչև շուրջօրյա մահաբերության ցուցանիշը³¹ (2010թ.՝ 15.4%, 2015թ.՝ 11.3%, 2020թ.՝ 5.97%, 2022թ.՝ 1.68%):

Գծապատկեր 35. 0-1 տ. երեխաների հիվանդանոցային մահաբերությունը, 2010-2022



³⁰ Մինչև 1 տարեկան երեխաների մահվան դեպքերի մասնաբաժինը (%)՝ նույն տարիքային խմբի ընդհանուր հոսպիտալացվածների թվում

³¹ Հոսպիտալացմանը հաջորդող 24 ժամերի ընթացքում գրանցված մահերի մասնաբաժինը (%)՝ 0-1 տ. երեխաների հիվանդանոցային մահերի ընդհանուր թվում

Նորածնային շրջանում երեխաների հիվանդանոցային մահացության 2010-2022թթ. ցուցանիշների վերլուծությունը վկայում է, որ եթե 2010թ. մինչև մեկ տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահվան դեպքերի կեսից ավելին էր (57.6%) բաժին ընկնում վաղ նորածնային շրջանին, ապա 2022թ. շուրջ 1/3-ը (39.1%): Ընդ որում, 2010 թվականին այս մահերի գրեթե կեսը (50.3%) արձանագրվել է ծնունդին հաջորդող 24 ժամերի ընթացքում, իսկ 2022թ. նույն ցուցանիշը չի գերազանցել 1/4-ը (23.6%):

Հատկանշական է, որ մարզային մակարդակում 0-6 օրեկան գրեթե բոլոր մահերը տեղի են ունենում հետծննդյան 24 ժամերի ընթացքում: Ցուցանիշի բարելավումը արձանագրվել է հիմնականում Երևանի և Գյումրիի բուժհաստատությունների նորածնային ծառայությունների կարողությունների: Ակնհայտ է մարզային ծննդատներում նեոնատալ ծառայության հզորացման անհրաժեշտությունը:

Այսպիսով, մանկական մահացության ցուցանիշի և կառուցվածքի բաղադրիչների միտումների վերլուծությունից հետևում է, որ ներկայիս իրավիճակը անհանգստացնող է նորածնային մահացության ցուցանիշի անկման ցածր տեմպերի, պերինատալ պատճառներից ու բնածին արատներից երեխաների մահվան դեպքերի մեծ տեսակարար կշռի, ինչպես նաև երեխաների և նորածինների մինչշուրջօրյա մահաբերության ցուցանիշների դեռևս բարձր մակարդակի առումով: Հետևաբար, մանկական/նորածնային անհետաձգելի և վերակենդանացման ծառայությունների հզորացման և անտենատալ խնամքի ու սկրինինգների կատարողականի բարձրացումը և նեոնատալ խնամքի բարելավումը առողջապահական համակարգի գերակա խնդիրներից պիտի լինի:

2. Մինչև 5 տարեկան երեխաների առողջությունը և մահացությունը

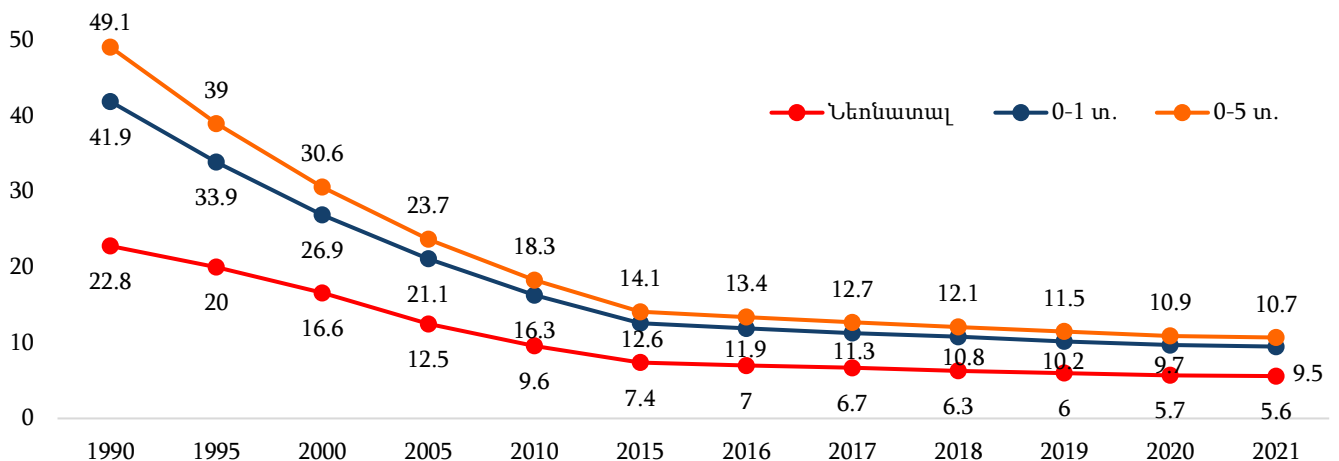
Վաղ մանկության շրջանի հիմնախնդիրները բնորոշող առավել ընդգրկուն ցուցիչ է 0-5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը: Այս ժամանակահատվածը մանկան կյանքի կարևորագույն հատվածն է նրա կենսապահովման և զոյատևման տեսանկյունից: Պատահական չէ, որ մինչև 5 տարեկան երեխաների առողջության բարելավումը և մահացության ցուցանիշի իջեցումը հանդիսանում է Կայուն զարգացման նպատակների թիրախային ցուցիչներից մեկը:

1) Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշի միտումները

Ըստ ՎԿ տվյալների³², մինչև 5 տարեկան (<5տ.) երեխաների մահացության ցուցանիշը 1990-2022թթ. միջակայքում նվազել է շուրջ 3 անգամ (1990թ.՝ 23.4‰, 2000թ.՝ 19.9‰, 2010թ.՝ 13.4‰, 2020թ.՝ 8.2‰ 2022թ.՝ 7.5‰): 2023թ. 6 ամիսների կտրվածքով <5տ. երեխաների մահացության ցուցանիշը նախորդ տարվա նույն ժամանակահատվածի համեմատ մի փոքր բարձրացել է, կազմելով 8.7‰ (2022թ. 6 ամիս՝ 8.2‰)³³:

ՄԱԿ-ի ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՄԵՖ/ՀԲ միջգերատեսչական փորձագիտական խմբի կողմից հրապարակված հաշվարկային տվյալները փաստում են մինչև 5տ. երեխաների մահացության ցուցանիշի ավելի մեծ՝ շուրջ 4 անգամ կրճատման մասին (1990թ.՝ 41.9‰, 2022թ.՝ 10.7‰)³⁴:

Գծապատկեր 36. Մինչև 5տարեկան երեխաների մահացության հաշվարկային ցուցանիշները³⁵



³² ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, Հրապարակումներ ըստ տարիների

<https://www.armstat.am/am/?nid=82>

³³ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023 թվականի հունվար-հունիս, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2583>

³⁴ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) Member agencies: UNICEF, the WHO, the UN Population Division and the World Bank Group August 2022, data sources are the latest UN IGME estimates, <https://childmortality.org/profile>

³⁵ Women's, children's and adolescents' health country profiles and dashboards, UNICEF, September 6, 2022 <https://data.unicef.org/resources/health-country-profiles-and-dashboards/>

Ըստ ԱՀԿ տվյալների բազայի վերջին հասանելի տվյալների ³⁶, 2021թ. Հայաստանի նորածնային, մանկական և մինչև 5տ. երեխաների մահացության հաշվարկային ցուցանիշները համապատասխանաբար կազմել են՝ 5.64‰, 9.54‰ և 10.72‰: Այս ցուցանիշները որոշակիորեն գերազանցում են պաշտոնապես հրապարակված տվյալները, միննույն ժամանակ, դրանց համեմատականը վկայում է, որ 1990-2021թթ. ժամանակահատվածում պաշտոնական և հաշվարկային ցուցանիշների տարբերությունը էականորեն կրճատվել է: Մասնավորապես, եթե 1990թ. ցուցանիշները տարբերվել են 2,3 անգամ (41,9‰՝ 18,6‰-ի դիմաց), ապա 2021թ.՝ 1.3 անգամ (9.5‰՝ 6.9‰-ի դիմաց), ինչը երկրում ծնունդների և մանկական մահացության միջազգային սահմանումների ներդրման և դրանց գրանցման օրենսդրական բարեփոխումների ու այդ գործընթացի բարելավման արդյունք է (Հայաստանում ներկայումս ծնունդների 99 տոկոսը գրանցվում է ՔԿԱԳ մարմիններում): Հաշվարկային այս ցուցանիշները ավելի հավաստի են դարձնում դրանց միտումների գնահատականը՝ միջազգային տվյալների հետ համադրելիության տեսանկյունից:

³⁶ WHO, The Global Health Observatory, latest data, Armenia-Profile, 2022.
<https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/armenia?countryProfileId=b36fc47a-744e-4e14-82de-85b7a3a1bdde>

Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունն ըստ սեռի

Հայաստանում և՛ 0-1տ. և՛ մինչև 5տ. աղջիկների մահացությունը շարունակաբար եղել է ավելի ցածր, քան տղաներինը, ինչը բնականոն անհավասարության դրսևորում է և փաստում է ըստ սեռի երեխաների խտրականության բացակայության մասին և, որ աղջիկները ստանում են նույնպիսի խնամք, ինչպիսին և տղաները³⁷:

Աղյուսակ 9. Երեխաների մահացության ցուցանիշը ըստ սեռի, %

Տարի	Մանկական (0-1 տ.) մահացություն			Մինչև 5 տ. երեխաների մահացություն		
	ընդամենը	աղջիկ	տղա	ընդամենը	աղջիկ	տղա
2010	11.4	9.6	13	13.4	11.3	15.2
2015	8.8	8.2	9.4	10.4	9.5	11.2
2020	7.4	6.4	8.2	8.2	7.1	9.2
2021	6.9	5.9	7.8	8.1	7.1	9

2) Երեխաների մահացության պատճառները տարբեր տարիքային խմբերում

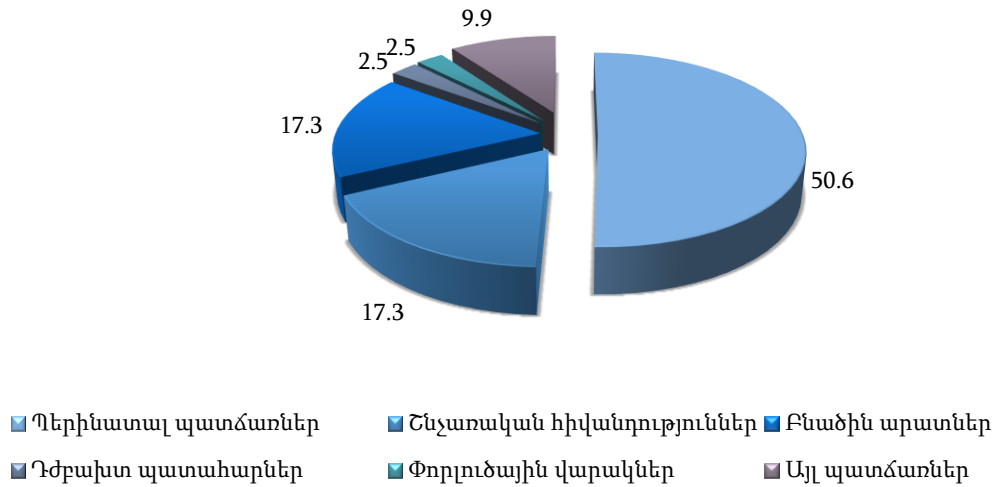
Ըստ 2022թ. պաշտոնական տվյալների, մինչև 5տ. երեխաների մահվան ընդհանուր դեպքերի մեջ մանկական (0-1տ.) մահացության տեսակարար կշիռը կազմել է 89%, իսկ նորածնային (0-28օր) մահացության մասնաբաժինը՝ 67%: Ըստ էության, <5տ. մահերի ընդհանուր դեպքերի 2/3-ը բաժին է ընկնում նորածնային շրջանին:

Ըստ ՀՀ ՎԿ վերջին հրապարակված տվյալների³⁸, 2021 թվականին մինչև 5տ. երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքը համահունչ է մանկական մահացության կառուցվածքին: Առաջին տեղում պերինատալ պատճառներն են, 2-րդ տեղում՝ բնածին արատները, 3-րդ տեղում՝ շնչառական վարակները և հաջորդիվ՝ փորլուծային հիվանդությունները և դժբախտ պատահարները:

³⁷ ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022 <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2535>

³⁸ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թվականի հունվար-դեկտեմբեր, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, 2023թ. https://www.armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf

Գծապատկեր 37. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքը, %, 2022



Եթե 0-5 տարիքային խմբի երեխաների մահացության պատճառները դիտարկենք առանձին՝ 0-1 և 1-5 տարիքային խմբերում, ապա պատկերը կտրուկ փոխվում է՝ մահացության պերինատալ պատճառները կազմում են ընդամենը 2%՝ 64.4%-ի դիմաց, առաջին տեղը զիջելով շնչառական հիվանդություններին (41%), կտրուկ բարձրանում է դժբախտ պատահարների տեսակարար կշիռը (11%՝ 0.4%-ի դիմաց)³⁹: Այս խմբում գրեթե յուրաքանչյուր 10-րդ երեխայի մահվան պատճառը դժբախտ պատահարն է, որը երեխայի անվտանգության ապահովման դեպքում կանխելի է:

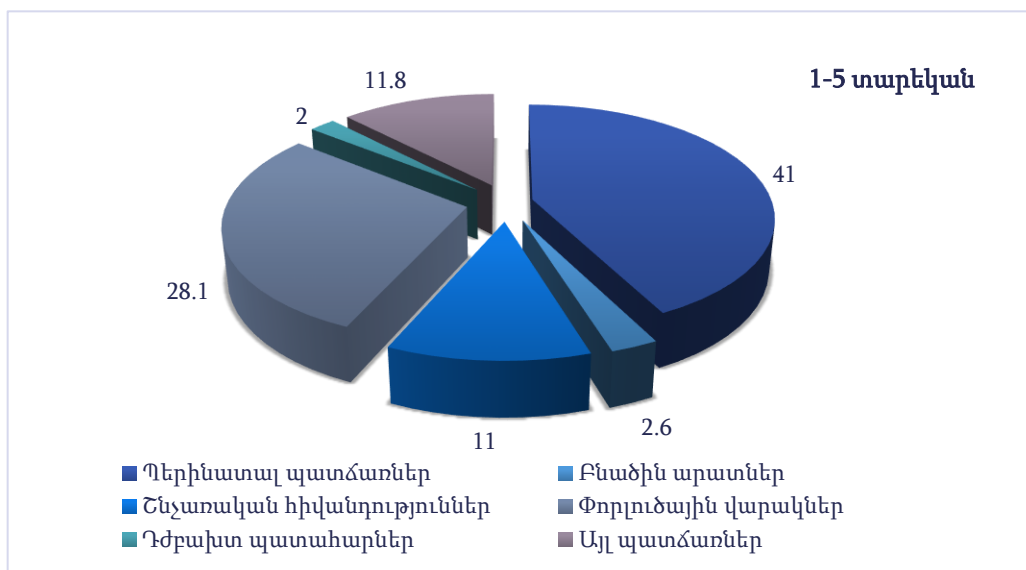
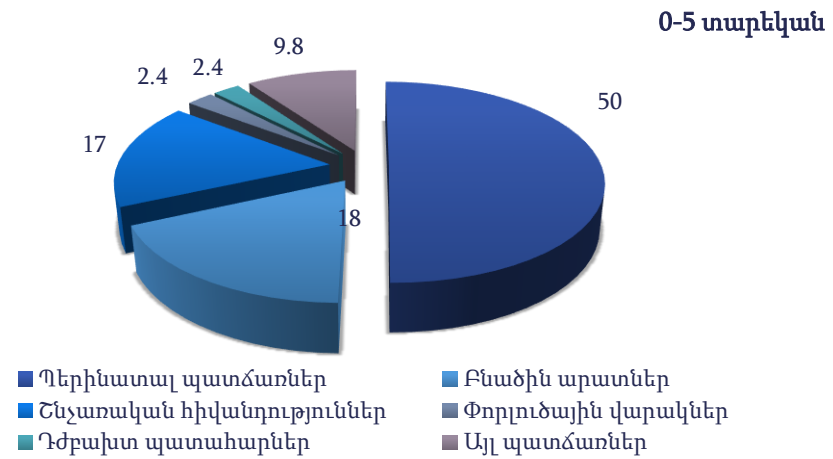
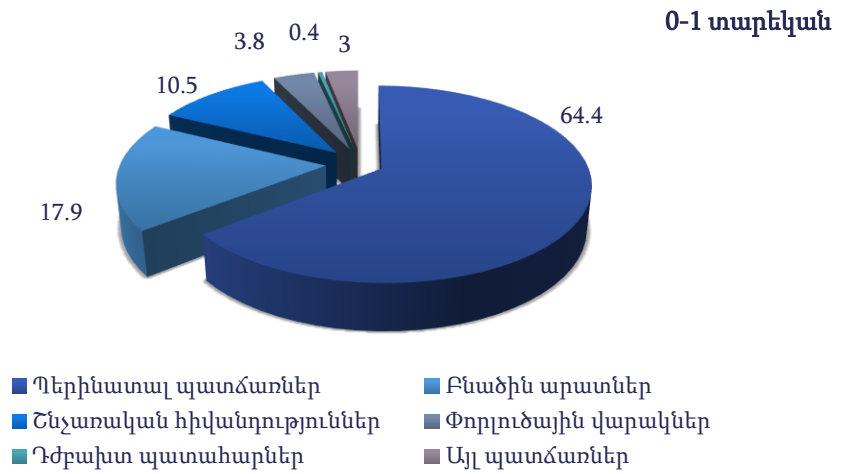
Դժբախտ պատահարներով պայմանավորված երեխաների մահացության ցուցանիշները տարիքային խմբերի աճին զուգահեռ բարձրանում են: Ըստ ԱԱԻ տվյալների⁴⁰, 2021թ. մինչև 5տ. երեխաների տարիքային խմբում դժբախտ պատահարները և վնասվածքները կազմել են մահվան բոլոր պատճառների 2.7%, 5-14 տարեկանների խմբում՝ բոլոր մահերի 26.7%, իսկ 15-19 տարիքային խմբում՝ 59.7% (յուրաքանչյուր երկրորդ երեխան)՝ այս խմբի մահացության կառուցվածքում զբաղեցնելով առաջին հորիզոնականը:

³⁹ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2021թ., ՀՀ ՎԿ, դեկտեմբեր, 2021թ.,

<https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2446>

⁴⁰ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, Առողջապահության Տեղեկատվական Վերլուծական Ազգային Կենտրոնի տվյալների բազա, http://nih.am/am/subdivisions/health_analytical_center

Գծապատկեր 38. Մինչև 5 տ. երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքն, առանձնացված՝ ըստ տարիքային խմբերի, %, 2020



5-14 տարիքային խմբերում դժբախտ պատահարներից տղաների մահացությունը 2.5 անգամ, իսկ 15-19 տարեկանների մոտ 6 անգամ բարձր է քան աղջիկներինը: Երեխաների ավագ տարիքային խմբերում դժբախտ պատահարների գերակշիռ մասը բաժին է ընկնում ճանապարհատրանսպորտային պատահարներին:

Ակնհայտ է, որ վաղ հասակում դժբախտ պատահարների բոլոր պատճառներն էլ (տրավմատիզմ, թունավորում, այրվածք, ՃՏՊ և այլն) երեխայի անվտանգությանն ուղղված համապատասխան ծրագրային միջոցառումների իրականացման և ծնողների կողմից բավարար իրագեկվածության ու ճիշտ խնամքի պայմաններում կանխելի են:

3) Դեռահասների մահացությունը

Ըստ ՄԱԿ-ի ԱՀԿ/Յունիսեֆ հաշվարկային տվյալների, Հայաստանում ավագ տարիքի երեխաների մահվան պատճառները էականորեն տարբերվում են ըստ տարբեր տարիքային խմբերի⁴¹, իսկ դեռահասների դեպքում՝ նաև ըստ սեռի: Այս երեխաների բոլոր տարիքային խմբերում (5-9տ., 10-14տ. և 15-19տ.) մահացության հիմնական պատճառներն են՝ օնկոլոգիական հիվանդությունները (17-20% բաժնեմասով), դժբախտ պատահարները, այն թվում՝ տրավմաները (11-12%) և ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարները՝ (14-29%), իսկ ավագ խմբի տղաների պարագայում նաև բռնությունը, որը նրանց մահվան պատճառների ցանկում զբաղեցնում է առաջին հորիզոնականը 42%):

Դեռահասների մահացության պատճառների շարքում հատուկ դիտարկման հարց է հոգեկան առողջության խանգարումներով պայմանավորված ինքնավնասման դեպքերի գնալով մեծացող խնդիրը (2020թ.՝ 5, 2021թ.՝ 7, 2022թ.՝ 10 դեպք):

Ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների⁴², 2020-2022թթ. ընթացքում ինքնասպանություն կատարած մինչև 18 տարեկան 22 երեխաներից, 16 եղել են տղաներ և միայն 6՝ աղջիկներ: Ինքնասպանության փորձի առումով, ըստ սեռի վիճակագրությունը հակառակն է: Ինքնասպանության փորձ կատարած⁴² երեխաներից 34 եղել են աղջիկներ և միայն 8՝ տղաներ: Ըստ էության տղաներն ավելի վճռական են իրենց որոշումներում, բայց ակնհայտ է, որ աղջիկների դեպքում էլ հոգեկան առողջության հարցերը խնդրահարույց են: Երկու դեպքում էլ հոգեկան առողջության խնդիրը լուրջ մարտահրավեր է հատկապես դեռահասության շրջանում:

Փաստ է, որ երեխաների մահվան այս բոլոր պատճառները կանխարգելելի են, հետևաբար՝ անվտանգության տարրական կանոնների ապահովումը ծնողների կողմից և վերջիններիս իմացությունը երեխաների կողմից, խիստ կարևոր նշանակություն ունի դրանցից խուսափելու համար: Բուժաշխատողները այս գործընթացում մեծ դերակատարում կարող են ունենալ: Ասվածից հետևում է, որ երեխաների անվտանգության ապահովմանն ու տրավմատիզմի կանխարգելմանը և դեռահասների հոգեկան առողջության բարելավմանն ուղղված

⁴¹ Countdown to 2030. Women's, Children's & Adolescents' Health, Country Profile and Dashboards, 2020 <https://data.unicef.org/countdown-2030/country/Armenia/1/>

⁴² Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թվականի հունվար-դեկտեմբեր, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, 2023թ. https://www.armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf

ռազմավարությունը պետք է լինի առողջապահության նախարարության առաջնահերթությունների շարքում:

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

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

Երեխաների հիվանդացության ցուցանիշների միտումները

ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ առողջապահական վիճակագրության և հետազոտությունների ազգային կենտրոնի 2022թ. տարեկան հաշվետվական տվյալների⁴³, 2022 թվականին մինչև 18 տարեկան երեխաների հիվանդությունների առաջնակի ախտորոշման 331 811 դեպք է արձանագրվել, որի շուրջ 1/5-ը բաժին է ընկնում դեռահասային՝ 15-18 տարիքային խմբին (17.4%): Նախորդ տարվա համեմատ հիվանդացության առաջնակի դեպքերը ավելացել են շուրջ 15530-ով:

Երեխաների առաջնակի հիվանդացության կառուցվածքում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդությունները, որոնց տեսակարար կշիռը 2022 թվականին կազմել է 52.5%: Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդությունները կազմել են ընդհանուր դեպքերի 11%: 2020-2022թթ. ընթացքում երեխաների մոտ արձանագրվել է Կովիդի 10599 դեպք, որոնց առավելագույն քանակը՝ 41% տեղի է ունեցել 2021 թվականին (4302 դեպք):

⁴³ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023թ., ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, https://nih.am/am/statistical_yearbooks/165/am

2022թ., նախորդ տարվա համեմատ, գրանցվել է առաջնակի հիվանդացության ցուցանիշի (տվյալ տարիքային խմբի 100000 երեխայի նկատմամբ) աճ՝ շուրջ 1/3-ով, այնպիսի հիվանդություններից, ինչպիսիք են՝ նյութափոխանակության և ներզատական համակարգի խանգարումները (34,5%), նորագոյացությունները (34%), վնասվածքները և դժբախտ պատահարները (27.8%): Արձանագրվել է նաև ընդհանուր հիվանդացության հարաբերական ցուցանիշների աճ հետևյալ հիվանդություններից՝ շաքարային դիաբետ (92.3՝ 89.2-ի դիմաց), նորագոյացություններ (213.7՝ 187.9-ի դիմաց), հոգեկան խանգարումներ (507.1՝ 475-ի դիմաց), ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ (825.5՝ 756.4-ի դիմաց), բնածին շեղումներ և քրոմոսոմային հիվանդություններ (775.1՝ 713.2-ի դիմաց): Աննախադեպ է վնասվածքներից և թունավորումներից ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշի աճը (2030.8՝ 1666.7-ի դիմաց):

2015-2022թթ. միջակայքում դրական արդյունքներ են արձանագրվել երեխաների ակտիվ տուբերկուլյոզով առաջնակի հիվանդացության ցուցանիշի առումով՝ այն 0-15 տարիքային խմբում կրճատվել է 3 անգամ(1.5՝ 4.6-ի դիմաց) իսկ 15-17 տարեկանների խմբում 1.3 (20.7 և 16.1-ի դիմաց): Կրճատվել է նաև դիսպանսեր հաշվառման մեջ գտնվող երեխաների թիվը, ինչպես 0-15 տարեկանների (ցուցանիշը 14.4՝ 24.3-ի դիմաց), այնպես էլ 15-17տ. երեխաների խմբում (ցուցանիշը 49.0՝ 136.5-ի դիմաց): Վերջինս, անխոս արդյունք է «Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի» ազգային ծրագրի շրջանակներում մանկաբուժության ոլորտում իրականացված միջոցառումների:

2015թ. հաջորդիվ, մանկական ազաբնակչության շրջանում արձանագրվել է ոչ ինֆեկցիոն ծագման քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածության աճ: Անհանգստացնող է հատկապես երեխաների հոգեկան առողջության հետ կապված իրավիճակը: Այսպես՝ 2015-2022թթ. ընթացում դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող 0-15տ. այս երեխաների և՛ բացարձակ թիվը, և՛ հարաբերական ցուցանիշը աճել է շուրջ 3 անգամ (2015թ.՝ 85.8, 2022թ.՝ 223.3): Պատկերն ավելի խնդրահարույց է դեռահասների պարագայում: Եթե 2015թ. հոգեկան խանգարումներ առաջնային ախտորոշմամբ 15-17տ. 76 երեխա է վերցրվել հաշվառման (ցուցանիշը՝ 72.0), ապա 2022թ.՝ 225(ցուցանիշը՝ 200.0): Աճել է նաև տարեվերջին, այդ ախտորոշմամբ, դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող դեռահաս երեխաների թիվը (ցուցանիշը՝ 2015թ.՝ 225.1, 2022թ.՝ 361.3):

Չարորակ նորագոյացությունների պարագայում պատկերը այլ է: 2015-2022թթ. միջակայքում առաջնակի ախտորոշմամբ հաշվառման վերցրված երեխաների հարաբերական կայուն ցուցանիշների պարագայում, տարեվերջին դիսպանսեր հաշվառման մեջ գտնվող երեխաների թիվը զգալի ավելացել է, ընդ որում՝ 0-15տ. երեխաների դեպքում 1.7 անգամ (ցուցանիշը 56.5՝ 32.8-ի դիմաց), իսկ 15-17 տարեկանների դեպքում 2.5 անգամ (ցուցանիշը 126.9՝

50.3-ի դիմաց): Այս վիճակագրությունը փաստում է երեխաների մոտ քաղցկեղի դեմ պայքարի հաջողությունների և նրանց ապրելիության ցուցանիշների բարելավման մասին:

Այսպիսով, չնայած առանձին ոլորտներում արձանագրված ծրագրային հաջողություններին, երեխաների մոտ ոչ ինֆեկցիոն ծագման մի շարք հիվանդությունների աճը խնդահարույց է: Վերջնական արդյունքում, համապատասխան բուժման և դիսպանսեր հսկողության բացակայության պայմաններում, այս հիվանդությունները մեծ մաս դեպքերում բերում են հաշմանդամության: Հետևաբար, ծնելիության անկման և մանկական բնակչության թվաքանակի կրճատման պայմաններում հիվանդությունների բեռի ավելացումը թելադրում է երեխաների հիվանդությունների կանխարգելմանը, վաղ հայտնաբերմանն ու վաղ միջամտությանն ուղղված ծրագրային աշխատանքների ուժեղացում և լրացուցիչ ռեսուրսների ներգրավում:

3. Մանկական հաշմանդամություն

Հայաստանի 0-18տ երեխաների 1.3% ունի հաշմանդամ երեխայի կարգավիճակ: Այս ցուցանիշը տասնամյաներ շարունակ տատանվել է 1.1-1.3% սահմաններում: Մինչդեռ 2005թ. ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի կողմից իրականացված երեխաների հաշմանդամության ազգային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ մինչև 8 տարեկան երեխաների մոտ զարգացման խանգարումների և հապաղումների տարածվածությունը կազմում է 11.6%, ինչը համապատասխանում է տարբեր երկրների նմանատիպ ուսումնասիրությունների տվյալներին: Ասվածը փաստում է, որ սահմանափակ կարողություններով երեխաների իրական թիվը առնվազն 1 տասնյակ անգամ գերազանցում է պաշտոնական ցուցանիշին:

Ըստ ՀՀ ՎԿ պաշտոնական տվյալների⁴⁴, 2023թ. հուլիսի 1-ի դրությամբ գրանցված է մինչև 18 տարեկան 9012 հաշմանդամ երեխա (2018թ.՝ 8233 երեխա), որից 2/3 տղաներ: Հաշմանդամ երեխաների շուրջ 40% ապրում է գյուղական բնակավայրերում: Ըստ նույն աղբյուրի, հաշմանդամության պատճառների ամենահաճախ հանդիպող հիվանդությունների 3 խմբերն են. հոգեկան և վարքագծային խանգարումները՝ 33.4% (2018թ.՝ 25%), նյարդային համակարգի հիվանդությունները՝ 22% (2018թ.՝ 27%), բնածին արատները և զարգացման ձևախախտումները՝ 15% (2018թ.՝ 17%):

Սույն վիճակագրությունը փաստում է, որ մանկական հաշմանդամության դեպքերը վերջին 5 տարում ավելացել են շուրջ 10%-ով: Փոխվել է նաև վերջինիս պատճառական կառուցվածքը՝ ի

⁴⁴ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023 թվականի հունվար-հունիս, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2583>

հաշիվ հոգեկան և վարքագծային խանգարումների գերիշխող դերի (հաշմանդամություն ունեցող երեխաներից յուրաքանչյուր 3-րդ երեխան):

Հաշմանդամ երեխաների 70%-ից ավելին ունեն հիվանդություններ, որոնք սահմանափակում են երեխայի ֆունկցիոնալ կարողությունները: Արդյունքում երեխան չի կարողանում իրականացնել տվյալ հասակից ակնկալվող գործունեության այս կամ այն տեսակը, որն էլ բացասաբար է անդրադառնում նրա հետագա զարգացման և սոցիալական ներգրավման վրա:

Ըստ փորձագիտական գնահատականների, շարունակական վերականգնողական բուժօգնության կարիք ունի մինչև 7500 երեխա: Պաշտոնապես հաշվառված հաշմանդամ երեխաների 2/3-ից ավելին ունի հենաշարժական կամ մենտալ խնդիրներ, որոնք գրեթե բոլորն ունեն վերականգնողական բուժման կարիք: Ընդհանուր առմամբ, զարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաների 77% ունի բժշկական, վերականգնողական կամ հոգեբանական օգնության կարիք⁴⁵:

Մանկական վերականգնողական ծառայությունների իրական պահանջարկը 3-4 անգամ գերազանցում է առկա հնարավորությունները: Եվ թեև այս երեխաների վերականգնողական բուժօգնության հետ կապված ծառայությունները տրամադրվում են պետական պատվերի շրջանակներում և շարունակաբար ընդլայնվում, այնուամենայնիվ այդ ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության խնդիրը շարունակում է մնալ օրակարգային՝ մանկական վերականգնողական բուժօգնություն տրամադրող կենտրոնների սակավության, եղածների ցածր թողունակության և պետական հատկացումների սահմանափակության պատճառով: Արդյունքում, այդ մասնագիտացված բուժօգնության շարունակականության ապահովման անհրաժեշտությունից ելնելով, ծնողները ստիպված են լինում այն ձեռք բերել վճարովի հիմունքներով, ինչը հասու չէ աղքատ ընտանիքների երեխաների համար:

Խնդիրն այս, հատկապես ակտուալ է գյուղաբնակ և սոցիալապես անապահով մանկական բնակչության համար: Ըստ ՀՀ ՎԿ տվյալների⁴⁶, 2022թ. բնակչության աղքատության տարածվածության ցուցանիշը եղել է 26.5%, որի ամենաբարձր մակարդակը գրանցվել է Շիրակի մարզում՝ 42.9%: Մանկական ազգաբնակչության պարագայում այս ցուցանիշն ավելի բարձր է: Այն կազմում է՝ 0-5 տարիքային խմբում՝ 36.7%, 6-9 տարեկանների մոտ՝ 36.9% և 15-

⁴⁵ «Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները և ոլորտի առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», Զեկույց, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2020թ. <http://nih.am/am/reports/115/am>

⁴⁶ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը-2022, ՀՀ ՎԿ, 2023 https://www.armstat.am/file/article/poverty_2022_a_2..pdf

17 տարեկանների դեպքում՝ 35.8%: Ըստ էության հանրապետության յուրաքանչյուր 3-րդ երեխան ապրում է աղքատ ընտանիքում:

Այսպիսով, մանկական հաշմանդամության և վերականգնողական ծառայությունների մատչելիության խնդիրը շարունակում է մնալ առողջապահության ոլորտի քաղաքականության առանցքային հարցերից, իսկ այդ ծառայությունների ծավալների շարունակական ընդլայնման և հետագա զարգացումների ապահովման անհրաժեշտությունը պիտի ամրագրված լինի երեխաների առողջության բարելավման ռազմավարական փաստաթղթերում:

7. Երեխաների հիվանդությունների կանխարգելում, պատվաստումներ, նորածնային սկրինինգներ

Կանխարգելիչ մանկաբուժության դերակատարումը հսկայական է երեխաների առողջության պահպանման և հիվանդությունների կանխարգելման գործընթացում: Մանկան աճի ու զարգացման նկատմամբ պատշաճ հսկողության, պատվաստումների բարձր ընդգրկվածության ապահովումը, հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված սկրինինգների և վաղ միջամտության ծրագրերի իրականացումը երաշխիք են երեխայի առողջ մեծանալու և զարգանալու, հիվանդությունների ու հաշմանդամության կանխարգելման, ինչպես նաև և մանկական մահացության դեպքերի կրճատման համար:

1) Իմունականիսարգելում

Հանրապետությունում երեխաների առողջության պահպանման ոլորտում արձանագրված հաջողությունների շարքում առավել հատկանշական են դրական միտումները՝ կառավարելի վարակային հիվանդությունների կանխարգելման առումով: Այս հիվանդություններով երեխաների հիվանդացությունը, շնորհիվ 1994 թվականից հանրապետությունում իրականացվող Իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի, մնում է բարենպաստ: Ներկայիս պատվաստումների գործող ազգային օրացույցը Կառավարության կողմից հաստատվել է 2020թ.՝ Իմունականիսարգելման 2021-2025թթ. ազգային ծրագրի շրջանակներում⁴⁷:

ԱՀԿ-ի «Իմունականիսարգելման օրակարգը՝ մինչև 2030»⁴⁸ ռազմավարությունը նախատեսում է մի շարք նախաձեռնություններ, ինչպիսիք են «Մենինգիտների հաղթահարումը

⁴⁷ Իմունականիսարգելման 2021-2025թթ. ազգային ծրագիրը հաստատելու մասին ՀՀ կառավարության 2020 թվականի դեկտեմբերի 17-ի N 2129 - Ն որոշում: <https://www.arlis.am/>

⁴⁸ Европейская повестка дня в области иммунизации на период до 2030 г. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/infekzionnye-bolezni-i-borba-s-nimi/vakcziny-i-immunizacziya/3810.html>

մինչև 2030 թվականը, «Պոլիմիլիտի արմատական վերացումը» «Արգանդի վզիկի քաղցկեղի կանխարգելումը և հսկողությունը», «Մեզոնային գրիպի պատրաստվածությունը» և այլն: Պատվաստումների կարևորությունը վերահաստատվել է ԱՀԿ/Յունիսեֆ «Կանանց, երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման 2016-2030թթ. գլոբալ ռազմավարությունում», ըստ որի նախատեսվում է ամբողջ աշխարհում մինչև 2030թ. ներդնել կառավարելի հիվանդությունների դեմ 10 պատվաստանյութ, որոնց կիրառումն ամբողջ աշխարհում կարող է կանխարգելել մահացության շուրջ 25 մլն դեպք:

Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի դրույթները և 2021-2025թթ. համար նախատեսված նպատակներն ու թիրախները համահունչ են ԱՀԿ հանձնառություններին և համապատասխանում են երկրում առկա իրավիճակին ու մարտահրավերներին: Ներկայում Հայաստանում պլանային պատվաստումներ են կատարվում 18 կառավարելի վարակային հիվանդությունների դեմ:

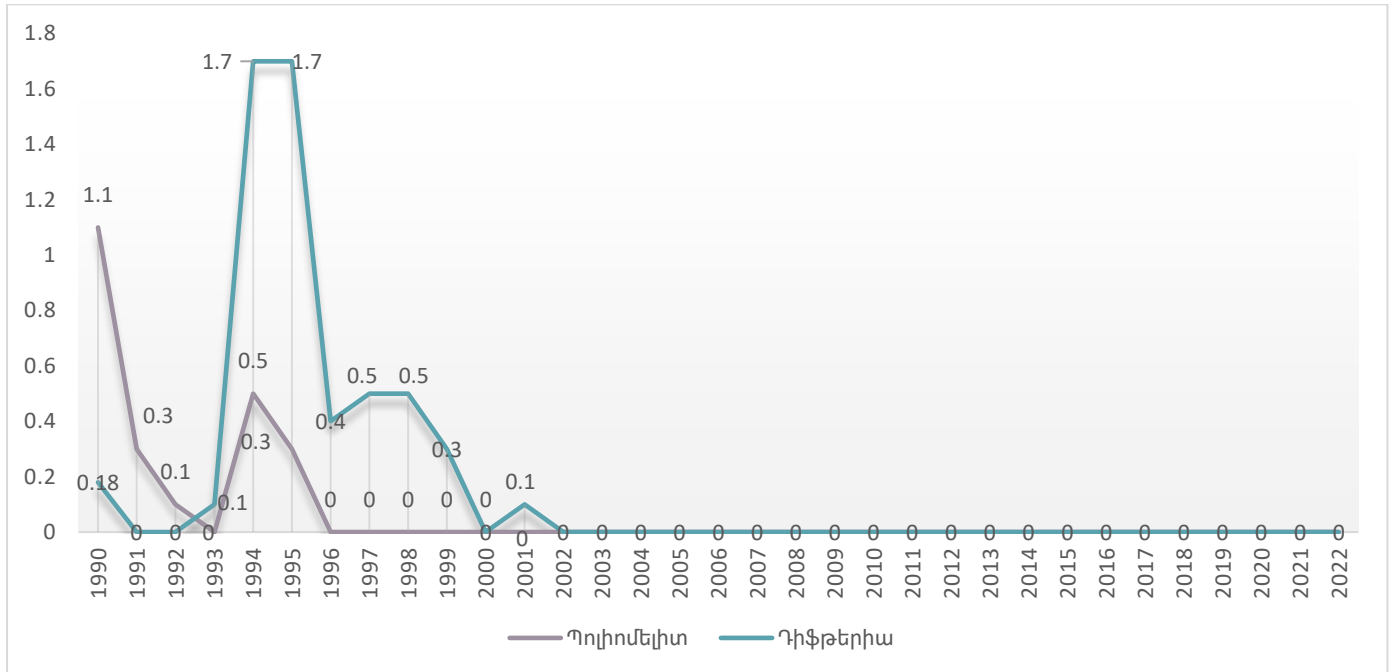
Հանրապետությունում իմունականխարգելման ծառայությունները մատչելի ու հասանելի են բնակչության բոլոր խմբերի համար, ինչի մասին վկայում են 2015-16թթ. Ժողովրդագրության և առողջապահական հարցերի հետազոտության (ԺԱՀՀ) տվյալները, ըստ որի հարցման պահին 18-29 ամսական երեխաների 89 տոկոսը ստացել է ԱՀԿ-ի կողմից խորհուրդ տրվող բոլոր հիմնական պատվաստումները: Ընտրանքում ներառված գրեթե բոլոր երեխաները (առնվազն 97 տոկոսը) ստացել են ԲՅԺ, հեպատիտ Բ, պոլիո և հնգավալենտ պատվաստումների առաջին դեղաչափը:

Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի հաջող իրականացման արդյունքում 1995 թվականից հետո երկրում չի գրանցվել պոլիոմիլիտի և դիֆթերիայի ոչ մի դեպք: Փայտացման դեպքերը գրանցվում են շատ հազվադեպ, իսկ կապույտ հազը արձանագրվում է եզակի դեպքերում: Համաճարակային պարոտիտի (խոզուկ) դեպքերը 2010 թվականից հետո խիստ նվազել են: Մինչև 14 տարեկան երեխաների շրջանում չեն գրանցվում վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեպքեր: Հեմոֆիլուսային Բ բաղադրիչով հնգավալենտ և պնևմակոկային պատվաստումների իրականացման շնորհիվ հանրապետությունում մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում շուրջ 2.4 անգամ նվազել է մենինգիտներով հիվանդացությունը:

Կարմրուկի, կարմրախտի և խոզուկի հիվանդացությունների վերահսկման նպատակով իրականացված ծրագրային միջոցառումները, այն թվում, 2007 թվականին 6-ից 27 տարեկանների շրջանում իրականացված լրացուցիչ պատվաստումներում 96 տոկոս ընդգրկվածության, ինչպես նաև կարմրախտի դեմ պատվաստումներում պտղաբեր տարիքի կանանց շրջանում 90 տոկոսից ավելի ընդգրկվածության ապահովումն երկրին ընձեռնեցին հնարավորություն ոչ միայն

վերացնել կարմրուկի և կարմրախտի՝ այլև նաև կանխել բնածին կարմրախտի համախտանիշի դեպքերը:

Գծապատկեր 39. Կառավարելի վարակիչ հիվանդությունները երեխաների մոտ, ցուցանիշը՝ 100000 մանկական բնակչության նկատմամբ, 1990-2022



Շնորհիվ վերոհիշյալի 2007 թվականից սկսած հանրապետությունում չէին գրանցվում կարմրուկի և կարմրախտի տեղական դեպքեր, արձանագրվում էին միայն բերովի դեպքեր՝ կարմրուկի առումով անբարենպաստ երկրներից: Սակայն, 2023թ. մարտից արդեն իսկ հանրապետությունում ստեղծվել էր լարված համաճարաբանական իրավիճակ, որը նպաստեց կարմրուկի տեղական դեպքերի տարածմանը: 2023թ. հոկտեմբերի 5-ի դրությամբ հանրապետությունում գրանցվել է մեծերի և մանուկների կարմրուկով հիվանդացության 452 դեպք:

Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանի Հանրապետությունում առանձին պատվաստումներում ընդգրկվածության մակարդակները համապատասխանում են ԱՀԿ առաջարկվող թիրախներին, նպատակային խմբերի շուրջ 90%-ը ստանում է իրենց անհրաժեշտ պատվաստումների ամբողջական փաթեթը: Սակայն, դեռևս ցածր են պատվաստումներում ժամանակին ընդգրկվածության (ըստ ազգային օրացույցի) մակարդակները:

Ներկայում առողջապահության համակարգի առջև ծառայել են նոր խնդիրներ, պայմանավորված, ինչպես հակապատվաստումային ակտիվությամբ, այնպես էլ կորոնավիրուսային հիվանդության համավարակի հետևանքներով: Արդյունքում, կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների առումով մեծ դժվարությամբ ձեռք բերված արդյունքները

պահպանելու նոր մարտահրավերի առջև ենք կանգնած: Նման իրավիճակի շարունակականության դեպքում կանխատեսվում է արդեն իսկ էլիմինացված (տեղական դեպքերի բացակայություն) ու արմատական վերացված (պոլիոմիելիտ, դիֆթերիա) հիվանդությունների վերադարձ և կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների առումով անբարենպաստ համաճարակային իրավիճակի առաջացում:

Հաշվի առնելով պատվաստումների կարևորությունը և արդյունավետությունը վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման գործում՝ առողջապահության նախարարությունն որդեգրել է ԱՀԿ Պատվաստումների ազգային օրացույցում նոր պատվաստանյութեր ներդնելու ռազմավարական մոտեցումը: Իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի հեռանկարային տեսլականը և վերջնական արդյունքը Հայաստանում կառավարելի վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության արմատական նվազեցումն է և դրանցով պայմանավորված մահերի կրճատումը:

Այսպիսով, կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների դեմ արդյունավետ պայքարը, այդ թվում՝ իմունականիսարգելման աշխատանքների կազմակերպումն ու իրականացումը շարունակում են մնալ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի օրակարգային հիմնախնդիրներից մեկը, և պահանջում են ռեսուրսների և ջանքերի առավելագույն ներդրում:

2) Նորածնային սկրինինգներ

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

2005-2021թթ. ընթացքում իրականացվել է շուրջ 1 372 000 նորածնային սկրինինգ, որի արդյունքում հայտնաբերվել է վերը նշված ախտաբանություններով շուրջ 5000 նորածին: Վերջին 3 տարիների ընթացքում սկրինինգների ծավալները մեծացել են, իրականացված 346 733 սկրինինգի պայմաններում հայտնաբերվել է 1216 հիվանդ նորածին, որից 49՝ հիպոթիրեոզով, 12՝

Ֆենիլկետոնուրիայով, 62՝ լսողության բնածին պանգարումներով, 126՝ անհասության ռետինոնոպաթիայով, և 967՝ կոնքազդրային հոդի դիսպլազիայով:

Ընդհանուր առմամբ, 2005-2022թթ. ընթացքում իրականացված սկրինինգների արդյունքում վաղ հայտնաբերված ախտաբանություններով գրեթե բոլոր երեխաներին պետական պատվերի շրջանակներում ցուցաբերվել է համապատասխան բուժօգնություն՝ շարունակաբար տրամադրվել է անհրաժեշտ դեղորայք, հատուկ սնունդ, կազմակերպվել է նրանց կոնսերվատիվ և/կամ վիրահատական բուժումը և դիսպանսեր հսկողությունը, ինչի շնորհիվ կանխվել է հիվանդությունների կամ դրանց բարդությունների հետագա զարգացումը, հետևաբար և հաշմանդամությունը և/կամ մահվան հնարավոր ելքը:

Նորածնային սկրինինգների ծախսարդյունավետությունն ապացուցված է աշխարհի բազում երկրների փորձով և որպես կարևոր կանխարգելիչ ծրագրային ուղղություն ամրագրված է ԱՀԿ/Յունիսեֆ ռազմավարական փաստաթղթերում: Այն փաստված է նաև Հայաստանի օրինակով: Այսպես, ըստ փորձագիտական գնահատականների, բնածին հիպոթիրեոզի դեպքում սկրինինգի ծախսարդյունավետությունը կազմում է 1:8, ֆենիլկետոնուրիայի դեպքում՝ 1:6 իսկ լսողության սկրինինգի դեպքում՝ 1:10: Կոնք-ազդրային հոդի սկրինինգի պարագայում ծախսարդյունավետությունը կազմում է 1:8.5 (մեկ դեպքի համար սկրինինգի և բուժման ծախսերի միջև տարբերությունը կազմում է մոտ 925.000 ՀՀ դրամ):

Անհասության ռետինոպաթիայի սկրինինգի դեպքում սքրինինգի և հայտնաբերված նորածինների բուժման ծրագրի ընդհանուր տարեկան արժեքը 22.7 միլիոն դրամ է: Պետության ծախսելիք գումարը, այն դեպքում, եթե այդ երեխաները կուրությունից չփրկվեն, հավասար կլինի 49.7 մլն դրամի: Հետևաբար, իրականացնելով ծրագիրը, պետությունը խնայում է շուրջ 27 մլն դրամ:

Այսպիսով, ՀՀ ԱՆ առաջիկա ռազմավարության համատեքստում ավելի քան արդարացված է նորածնային սկրինինգների շարունակականության, ավելին, դրանց ընդլայնման ուղղությամբ հետագա զարգացումների ապահովումը, ուղղորդված ծրագրային միջոցառումների իրականացումը:

3) Երեխաների անվտանգությունը, նրանց շրջապատող միջավայրը՝ դժբախտ դեպքեր, վնասվածքներ, ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարներ

Երեխաների, նրանց շրջապատող միջավայրի անվտանգության խնդիրը բազմիցս կարևորվել է միջազգային հանրության կողմից: Աշխարհը մտահոգ է մանկական տրավմատիզմի և դրանցով պայմանավորված մանկական հաշմանդամության և մահացության աճի տեմպերով:

Ճանապարհատրանսպորտային պատահարները երեխաների և դեռահասների շրջանում մահերի առաջատար պատճառն են ամբողջ աշխարհում: Տարեկան աշխարհում 0-19տ. մոտ 220,000 երեխա և դեռահաս է մահանում ճանապարհատրանսպորտային պատահարների ժամանակ ստացված վնասվածքների հետևանքով: Մա նշանակում է՝ օրական ավելի քան 600 կանխարգելելի մահ երեխաների և երիտասարդների շրջանում կամ մեկ մահ գրեթե յուրաքանչյուր երկու րոպեն մեկ⁴⁹:

Երեխաների միջավայրի անվտանգության խնդիրը արդիական է նաև Հայաստանի համար: Առողջապահության նախարարի 2017 թվականի թիվ 36-Ն հրամանով ներդրվել է «Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններում գրանցված վնասվածքների և արտաքին պատճառների ներգործության այլ հետևանքների մասին» տարեկան վարչական վիճակագրական հաշվետվության Ձև, որը հնարավորություն է տալիս հաշվառել բոլոր, այդ թվում երեխաների վնասվածքներն՝ ըստ սեռի, պատճառի, աշխարհագրական տարածվածության և իրականացնել վերլուծություն դրանց օրինաչափությունները բացահայտելու համար:

0-5տ. երեխաների մահացության կտրուցվածքում վնասվածքներից, թունավորումներից և այլ արտաքին պատճառներից (ՎԹԱՊ) մահացությունը վերջին տարիներին շուրջ 1/3-ով կրճատվել է, սակայն, ավելի բարձր տարիքային խմբերում շարունակում են գրանցվել դժբախտ պատահարների և մանկական տրավմատիզմի բարձր թվեր (վերջին տարիներին երեխաների շրջանում տարեկան գրանցվում է մինչև 18 000 հազար նոր դեպք), ցավոք, երբեմն մահվան ելքով:

Հայաստանում միայն 2022 թվականին 31 երեխա մահացել է, իսկ 804-ը վիրավորվել՝ ճանապարհատրանսպորտային պատահարների հետևանքով: Ըստ տարբեր տարիքային

⁴⁹ Ճանապարհային անվտանգության կանոնները փոքրիկների համար, <https://www.unicef.org/armenia>

խմբերի, ՎԹԱՊ-ից երեխաների մահացության վիճակագրությունը տարբեր է /ներկայացված է վերևում:

Գլոբալ առումով, ՎԹԱՊ-ների և ՃՏՊ-ների կանխարգելումը պետության հոգածության միջգերատեսչական խնդիր է: Համաշխարհային բանկի գնահատականներով՝ այն երկրները, որոնք ներդրումներ չեն կատարում ճանապարհային անվտանգության ոլորտում, կորցնում են մեկ շնչին բաժին ընկնող ՀՆԱ-ի իրենց պոտենցիալ աճի 7 տոկոսից մինչև 22 տոկոսը:

Երեխայի անվտանգությանն ուղղված ծրագրային միջոցառումները պետք է լինեն թիրախավորված, ըստ տարիքային խմբերի առանձնահատկությունների: Եթե 1-5 տարիքային խմբի համար (երբ երեխան սկսում է քայլել) միջավայրի անվտանգությունը կարևորվում է տանը, բակում և մանկապարտեզում, ապա դպրոցահասակ երեխաների համար՝ փողոցում և դպրոցում: Երկու դեպքում էլ շատ կարևոր են դժբախտ պատահարների և ճանապարհատրանսպորտային պատահարների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումները, ներառյալ օրենսդրական փոփոխությունները և գրանց կիրարկման ապահովումը:

ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՎԱՐՔԱԳԻԾ

ՀՀ օրենսդրությամբ դեռահասային տարիք է սահմանված 11-18 տարեկանը: Դեռահասության շրջանը բնութագրվում է ֆիզիկական, հոգեբանական, հուզական և սոցիալական շրջադարձային փոփոխություններով: Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենքով, 2020 թվականի մայիսից, 16տ. լրացած դեռահասը իրավունք ունի⁵⁰ ինքնուրույն որոշում կայացնել բժշկական միջամտության համաձայնության վերաբերյալ: Դեռահասների առողջությունը բնութագրող հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների միտումների վերլուծությունը ներկայացված է վերևում: ՀՀ ներկայիս գործող պաշտոնական վիճակագրության մեջ երեխաների հիվանդացության ցուցանիշներում առկա են տվյալներ միայն 0-14 (ներառյալ) և 14-17 (ներառյալ) տարիքային խմբերի կտրվածքով: Դեռահասային տարիքի՝ 11-18 տարեկան երեխաների համար վիճակագրական ամփոփ տվյալները բացակայում են: Պաշտոնական տվյալներում առանձնացված չեն նաև կրտսեր, միջին և ավագ դպրոցական տարիքի երեխաների խմբերը, հետևաբար նրանց առողջության վերաբերյալ առկա վիճակագրությունը չի կրում ամբողջական բնույթ:

Դեռահասների առողջության, վարքագծային և սննդային սովորությունների վերաբերյալ հասանելի տվյալները առավելապես հիմնվում են ընտրանքային հետազոտությունների վրա,

⁵⁰ Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենք, լրամշակված 2020թ. հոդված 16, <https://www.arlis.am/>

որոնցից առավել համապարփակը «Արաբկիր» բժշկական համալիր - Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի կողմից, ԱՀԿ մեթոդաբանությամբ, յուրաքանչյուր 4 տարին մեկ իրականացվող, «Դպրոցահասակ երեխաների առողջական վարքագծի» հետազոտությունն է (ԴԵԱՎՀ վերջինը անց է կացվել 2017/2018թթ.)⁵¹, որը տալիս է առանձնացված տվյալներ՝ ըստ տարիքի և սեռի, ինչն օգնում է մշակել տարբեր թիրախային խմբերին ուղղված առավել նպատակային միջոցառումներ:

1. Վնասակար սովորություններ, ռիսկի գործոններ

Դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի (ԴԵԱՎՀ) 2017/18թթ. հետազոտությունը փաստել է վարքագծային ռիսկի գործոնների աճը երեխաների տարիքի ավելացման հետ: Այս հետազոտության ժամանակ 15 տարեկան տղաների գրեթե 16%-ը ծխել է, ընդ որում ծխողների թիվն ավելի մեծ է եղել, քան 2013/14 թվականներին:

Ոչ վարակիչ հիվանդությունների առավել տարածված ռիսկի գործոնների ազդեցության ուսումնասիրության նպատակով Երևան քաղաքի 10-12 տարեկան դպրոցականների շրջանում 2015-2018թթ. ընթացքում իրականացված տևական կոգորտային հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ թեև հարցվողների 90%-ը ծխելը համարում է վնասակար սովորություն, այնուամենայնիվ նրանց 6.8փորձել է ծխել և 6.7 շարունակում է ծխել:

2017/18թթ. ԴԵԱՎ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 15 տարեկան տղաների 12% և նույն տարիքի աղջիկների 2% կյանքում առնվազն 1 անգամ օգտագործել են կանեփ: Ըստ նույն աղբյուրի վերջին տարիներին տարածվել է նարգիլեի օգտագործումը՝ 17 տարեկան տղաների 19%-ը և աղջիկների 12%-ը առնվազն 1 անգամ օգտագործել է այն:

2. Սննդային վարքագիծ և ֆիզիկական ակտիվություն

Դեռահասների առողջական խնդիրները պայմանավորող հիմնական գործոններից են անառողջ սննդային վարքագիծը և ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը: Ըստ ԴԵԱՎՀ վերջին հետազոտության տվյալների, 15 տարեկան աղջիկների միայն 42% և նույն տարիքի տղաների 53% են նախաճաշում ամեն օր դպրոց գնալիս: Մեծ է քաղցրավենիքի ամենօրյա օգտագործման չափաբաժինը՝ 13 տարեկան աղջիկների 70%, իսկ տղաների 61% քաղցրավենիք են ուտում օրական մի քանի անգամ: 15 տարեկան աղջիկների միայն 56%-ը և նույն տարիքի տղաների 33%-ն են պատշաճ հետևում աստամների հիգենային:

⁵¹ Դպրոցահասակ երեխաների առողջական վարքագծի հետազոտությունը, Արաբկիր ԲՀ-ԵԴԱԻ, Երևան, 2019 <https://arabkirmc.am/files/6228897996212.pdf>

Ավելորդ քաշ և գիրություն հայտնաբերվել է 15 տարեկան աղջիկների 9%-ի և նույն տարիքի տղաների 23%-ի մոտ: Մինչդեռ հայտնի է, որ երեխաների գերքաշությունը, իր մոտակա և հեռակա դրսևորումներով նպաստում է ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների տարածվածության աճին՝ ավելի մեծ տարիքում:

Թեև երեխաների 77.2-ը կարևորում է ֆիզիկական ակտիվությունը, սակայն, միայն 69.6 է կանոնավոր զբաղվում ֆիզիկական վարժություններով և միայն 22.2 է առավոտյան մարմնամարզություն անում:

Գազավորված ըմպելիքների օգտագործման մակարդակը հայ դեռահասների շրջանում գերազանցում է Եվրոպական միջինը, 15 տարեկան աղջիկների մոտ հասնելով 24%, իսկ տղաների մոտ՝ 33%:

3. Դեռահասների հոգեկան առողջությունը

Երեխաների հոգեկան առողջության խնդիրներն իրականում ավելի տարածված են, քան կարծում են մարդիկ: Բարեբախտաբար, նրանցից շատերը բուժելի են՝ պատշաճ և ժամանակին մասնագիտական օգնության ցուցաբերելու դեպքում: Ամբողջ աշխարհում դեռահասների մոտ 10–20% հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ են ունենում, սակայն դրանցից շատերը մնում են թերգնահատված և չբուժված⁵² : Դեռահասների հոգեկան առողջության խանգարումների աճող խնդիրը, մարտահրավեր է նաև Հայաստանի համար:

Ըստ ԴԵԱՎՀ հետազոտության, թեև դեռահասների շուրջ 90% գոհ է իր կյանքից, այնուամենայնիվ, 15 տարեկան աղջիկների 50% և նույն տարիքի տղաների 36% նշում են, որ շաբաթական ավելի քան 1 անգամ ունենում են բազմաթիվ գանգատներ կապված իրենց հոգեկան առողջության հետ: Շաբաթական ավելի քան մեկ անգամ հուսահատության զգացողություն ունենալու մասին նշել են 15 տարեկան աղջիկների 41% և 15 տարեկան տղաների 22%: Ընկճախտի նշաններ հայտնաբերվել են դեռահասների 20% մոտ, իսկ մինչև 8% հայտնել է ինքնասպանության մտքեր ունենալու մասին:

Երեխաների հոգեկան խանգարումներով պայմանավորված հիվանդացության և մահացության պաշտոնական տվյալների միտումները և գնահատականը ներկայացված են վերևում: Իրավիճակը, մասնավորապես անհանգստացնող է դեռահասների ցուցանիշների աճի միտումների և համապատասխան մասնագիտական օգնության սահմանափակ մատչելիության ու մանկական հոգեբույժների սուր պակասի առումով:

⁵² ԱՀԿ – դեռահասների հոգեկան առողջություն
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

4. Սեռական դաստիարակություն և վարքագիծ

Ըստ ԴԵԱՎ հետազոտության, 15 տարեկան դեռահասների խմբում 27% տղաներ և 1% աղջիկներ հաղորդել են սեռական հարաբերությունների մասին, իսկ 17 տարեկանների խմբում այդ մասին հայտնել են տղաների 43% և աղջիկների 1%: Ակնհայտ է, որ տղաներ սեռական կյանքի ավելի շատ փորձառություն ունեն: Մեկ այլ տեսանկյունից, սա արտացոլում է ավանդական հայկական հասարակության մեջ տղաների և աղջիկների սեռական վարքագծի նկատմամբ հավատալիքների և վերաբերմունքի տարբերությունը: Սեռական կյանքի փորձառությունը տղաների համար կարևոր է, մինչդեռ աղջիկների մեծ մասն առնվազն «պետք է» տեղեկացնի նման փորձառություն չունենալու մասին՝ ցույց տալու համար, որ պահպանում է կուսությունը:

Ըստ նույն աղբյուրի, անբավարար է սեռավարակների մասին դեռահասների իմացության մակարդակը՝ 15 տարեկանների միայն 17%-ը և 17 տարեկանների 13%-ն են ճիշտ պատասխանել ՄԻԱՎ-ի փոխանցման եղանակներին և կանխարգելմանը վերաբերող հարցերին:

5. Քրոնիկ հիվանդություններ

Հայաստանում դեռահասների շրջանում քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածության վերաբերյալ որոշ տվյալներ մեկնաբանված են վերևում: Այն արտացոլված է նաև ԴԵԱՎՀ արդյունքներում: Հարցված դպրոցականների 8%-ը դրական պատասխան է տվել բժիշկների շարունակական հսկողություն պահանջող որևէ քրոնիկ առողջական խնդրի առկայության վերաբերյալ հարցին: Հարցվածների 7% պնդել է, որ առողջական խնդիրների պատճառով ամեն օր դեղորայք է ընդունում:

Երեխաների շրջանում քրոնիկ հիվանդությունների վարման ներկայիս համակարգը հետևյալն է՝ քրոնիկ հիվանդության ախտորոշումից հետո երեխաներն ուղեգրվում են հատուկ մասնագիտացված բժշկական կենտրոններ, որտեղ մինչև երեխայի 18 տարին լրանալը իրականացվում է բժշկական շարունակական(դիսպանսերային) հսկողություն: Այս կենտրոններում սպասարկվում են շուրջ 12000 երեխա, որոնց շուրջ կեսը դեռահասներ են: Ընդհանուր առմամբ, քրոնիկ հիվանդություններ և հաշմանդամություն ունեցող դեռահասները հատուկ մոտեցման և խնամքի կարիք ունեն, հատկապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրների և սեռավարակների դեպքերում:

ԴԵԱՎՀ բոլոր 4 հարցումների արդյունքների համեմատությունը վկայում է հայ դեռահասների ընդհանուր առողջական վարքագծի բացասական միտումների մասին: Մասնավորապես, նրանք ունեն տեղեկատվության պակաս հոգեկան առողջության, սննդային

վարքագծի, բերանի խոռոչի հիգիենայի, սեռավարակների և ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, ֆիզիկական բռնության մասին գիտելիքների առումով:

Դեռահասները բավարար պատկերացում չունեն անցումային տարիքում իրենց օրգանիզմում կատարվող փոփոխությունների մասին, անտեղյակ են հղիանալու, սեռավարակների ռիսկերի, դրանց կանխարգելման եղանակների և հիվանդությունների կլինիկական նշանների մասին: Նրանք նաև չգիտեն, թե անհրաժեշտության դեպքում, ուր կարող են դիմել մեկուսի պայմաններում բարեհամբյուր ծառայություններից օգտվելու համար:

6. Դեռահասներին բարյացակամ առողջապահական ծառայություններ

2000-ականների սկզբներին միջազգային կազմակերպությունների աջակցությամբ հանրապետությունում լայնածավալ ծրագրային միջոցառումներ կազմակերպվեցին՝ ուղղված դեռահասներին մատուցվող բժշկական ծառայությունների մատչելիության բարելավմանը, փորձարկվեցին «Դեռահասներին բարյացակամ» առողջապահական ծառայությունների (ԴԲԱԾ) մի քանի մոդելներ, որոնք սակայն հետագայում համակարգային ներդրում չունեցան:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2022թ. դեկտեմբերի 9-ի N5688-Լ հրամանով հաստատվել է «Դպրոցահասակ երեխաներին, դեռահասներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների փաստահեն և ծախսարդյունավետ մոդելը», որը ենթադրում է մարզային, տարածաշրջանային և Երևանի խոշոր պոլիկլինիկաներում ԴԲԱԾ վերապատրաստումներ անցած դեռահասային բժիշկ-դպրոցական համակարգողի (մանկաբույժ, ընտանեկան բժիշկ) հաստիքի առկայություն, որը կընդունի կցված դպրոցներից և ԱԱՊ այլ բժշկական կազմակերպություններից ուղղորդված թեթև և միջին ծանրության դեպքերը, ինչպես նաև կհամակարգի կցված դպրոցական բուժքույրերի աշխատանքը:

Համակարգային մակարդակով այս ծախսարդյունավետ մոդելը ներդնելու համար, ինչպես նաև հաշվի առնելով նախկինում քաղված դասերը, անհրաժեշտ կլինի՝ բավարար քաղաքական կամք, ԱԱՊ օղակում իրավական կարգավորումների ապահովման և լրացուցիչ ֆինանսական ռեսուրսների հավաքագրման պայմաններում: Կարևորն է նաև մեկուսի և բարեհամբյուր պայմաններում բարյացակամ բժշկական ծառայությունների մատուցման համար այդ մասնագետներին անհրաժեշտ գիտելիքների և հմտությունների ուսուցանումը: Այս գործընթացում դպրոցական բուժքույրերի ավելի լայն ընգրկումը հաջողության հասնելու լրացուցիչ գրավական կարող է լինել:

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԵՎ ԿԱՆԱՆՑ ՄՆՈՒՑՈՒՄ

Երեխաների առողջության պահպանման խնդիրների շարքում սնուցման հարցերը առաջնահերթ են: Այս առումով հատկապես կարևորվում են մանկան կյանքի 1000 օրերը (հղիություն և հետծննդյան երկու տարիները), որի ընթացքում մոր և երեխայի ճիշտ սնուցումը և ադեքվատ սնունդը երաշխավորում են մանկան կյանքի լավագույն սկիզբը և կանխորոշիչ են հետագա ողջ կյանքի համար: Մինևույն ժամանակ, սնուցման հարցերը կարևոր են մանկան կյանքի գրեթե բոլոր շրջաններում: Դպրոցահասակ տարիքում սնուցման լավ կարգավիճակը նպաստում է երեխայի մտավոր ունակությունների լիարժեք դրսևորմանը, կրթական և ճանաչողական կարողությունների զարգացմանը:

Պատահական չէ, որ միջազգային հանրությունը առանձնահատուկ կարևորելով սնուցման հիմնախնդիրները, գլոբալ մակարդակում բազմիցս անդրադարձել է դրանց: Մասնավորապես, ՄԱԿ-ի Գլխավոր Ասամբլեայի և Առողջապահության Համաշխարհային Ասամբլեայի կողմից ընդունվել են մի շարք հռչակագրեր, որոնցում անդրադարձ է կատարվում սնուցման հարցերի բարելավմանը, կոչ անելով ՄԱԿ-ի անդամ երկրներին համախմբել ռեսուրսները և իրականացնել ծրագրեր՝ ուղղված սնուցման ոլորտի գլոբալ խնդիրների հաղթահարմանը՝ շեշտադրելով մայրերի և երեխաների սնուցման հիմնախնդիրները:

1. Երեխաների սնուցման վիճակն աշխարհում

Ըստ The Lancet հանդեսում 2019թ. ապրիլին հրապարակված Հիվանդությունների գլոբալ բեռի երկարաժամկետ հետազոտության տվյալների⁵³, «2017թ. արձանագրված մահերի 11 մլն-ը և հիվանդացության դեպքերի 255 մլն-ը փոխկապակցված են եղել սնուցման խանգարումների ռիսկերի հետ: Ամեն տարի սովը աշխարհում խլում է ավելի շատ մարդու կյանք, քան մալարիան, տուբերկուլյոզը և ՁԻԱՀ-ը միասին վերցրած»:

Չնայած միջազգային հանրության կողմից ձեռնարկված ջանքերին և թերսնուցման հաղթահարման ուղղությամբ աշխարհում արձանագրված որոշակի առաջընթացին, դեռևս մնում են բազմաթիվ չլուծված խնդիրներ: Ըստ ՄԱԿ-ի մասնագիտացված կառույցների հրապարակումների⁵⁴, վերջին տասնամյակում մինչև 5տ. երեխաների թերաճությունը (2012թ.՝

⁵³ Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Published April 3, 2019, [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext)

⁵⁴ The global health observatory, UNICEF-WHO-The World Bank: Joint Child Malnutrition Estimates (JME) — Levels and Trends – 2023 edition, <https://data.unicef.org/resources/jme-report-2023/>

33%, 2022թ.՝ 22.3%) և թերքաշությունը (2012թ.՝ 8.7%, 2022թ.՝ 6.8%) աշխարհում կրճատվել է շուրջ 1/3-ով, գերքաշ երեխաների թիվը հակառակն՝ ավելացել է շուրջ 4 մլն-ով (2012թ.՝ 33 մլն, 2022թ.՝ 37 մլն երեխա): 2022թ. աշխարհում դեռևս 148.1 մլն երեխա թերաճ է, 45 մլն երեխա թերքաշ է (6.8%), որից 13.6 մլն-ը տառապում է ծանր թերսնուցմամբ (2.1%), Եվրոպական տարածաշրջանում գերքաշ երեխաները 1.5 անգամ գերակշռում են թերաճ երեխաներին (թերաճ է 1.4 մլն, իսկ գերքաշ՝ 2.1 մլն երեխա):

Ըստ ԱՀԿ տվյալների, մինչև 6 ամիս բացառապես կրծքով կերակրման ցուցանիշը չի գերազանցել աշխարհում՝ 38%, իսկ Եվրոպական տարածաշրջանում 13%⁵⁵, մինչդեռ հայտնի է, որ վաղ մանկության շրջանում կրծքի կաթով սնվող երեխաների հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները տաս և ավելի անգամներ ցածր են արհեստական սնվողների համեմատ:

2. Երեխաների և կանանց սնուցման վիճակը Հայաստանում

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

2015թ. ուժի մեջ է մտել «Երեխաներին կրծքով սնուցման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքը, որով կանոնակարգվել են մանկական սննդի և հարակից ապրանքների շրջանառության, պիտակավորման, վաճառքի, գովազդի հետ կապված հարաբերությունները:

Կանանց և երեխաների սնուցման կարգավիճակի վերաբերյալ պաշտոնական տվյալները բավականին սուղ են և ոչ միշտ են արտացոլում առկա իրավիճակը, քանզի առավելապես հենվում են դիմելիության փաստի վրա և ամփոփվում են միայն տարեվերջին հաշվետվությունների ժամանակ: Երեխաների և կանանց սնուցման կարգավիճակի գնահատման այլընտրանքային տվյալների աղբյուր է ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտությունը (ԺԱՀՀ), որը Հայաստանում իրականացվում է սկսած 2000 թվականից, 5

⁵⁵ Promoting breastfeeding and complementary foods, WHO Euro, 2023

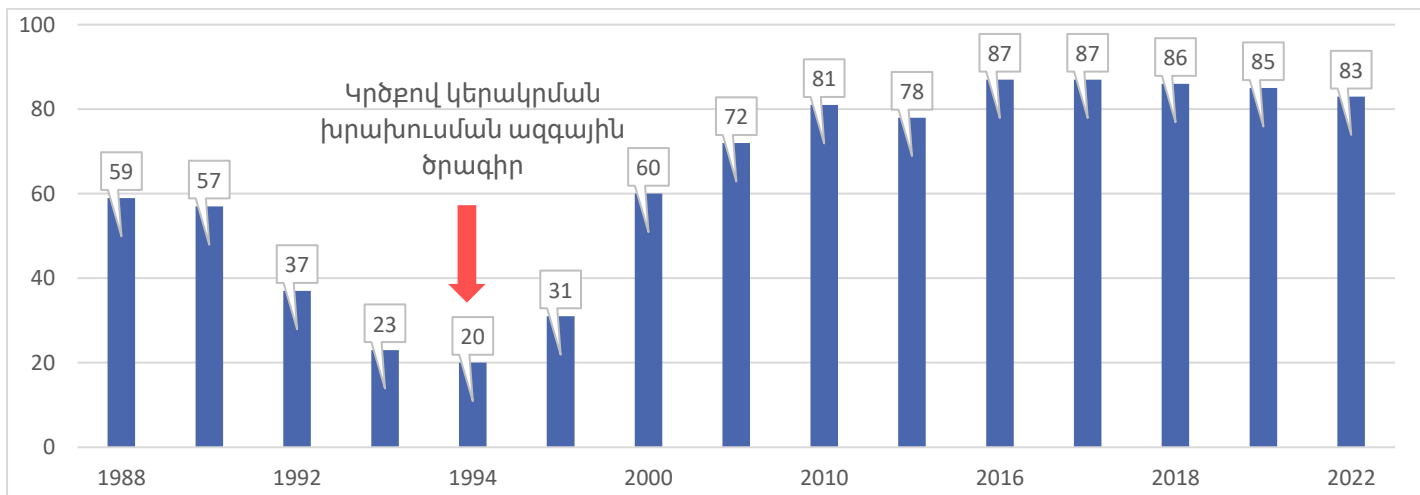
<https://www.who.int/europe/activities/promoting-breastfeeding-and-complementary-foods>

տարին մեկ անգամ: Ստորև ներկայացվող վերլուծությունը կատարվում է ՀԺԱՀ 2000-2015թթ. միջակայքում իրականացված 4 հետազոտությունների արդյունքների և համեմատական վերլուծության հիման վրա: Հայաստանի վերջին՝ 2015-2016թթ. ԺԱՀՀ տվյալների համաձայն, բարելավվել են վաղ հասակի երեխաների սնուցման կարգավիճակը բնությագրող գրեթե բոլոր հիմնական ցուցանիշները:

1) Կրծքով սնուցում

ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տվյալների բազայում երեխաների կրծով կերակրման(ԿԿ) վերաբերյալ տեղեկատվությունը առկա է մի քանի ցուցանիշներով՝ 6 ամիս բացառապես կրծքով կերակրում(ԲԿԿ), 4 ամիս միայն ԿԿ և 1տ. ու ավելի՝ նաև ԿԿ: Ըստ 2022թ. տարեկան հաշվետվական տվյալների⁵⁶, ԲԿԿ ցուցանիշը կազմել է 69%, իսկ մեկ տարի և ավելի ԿԿ-ը՝ 51.6%: Ըստ նույն աղբյուրի միայն կրծքով կերակրվածների ցուցանիշը (մեկ տարին լրացածների մեջ 4 ամիս միայն կուրծ կերած երեխաների տոկոսը) այս տարի կազմել է 83%:

Գծապատկեր 40. Կրծքով կերակրման ցուցանիշի միտումները, %, 1988-2022



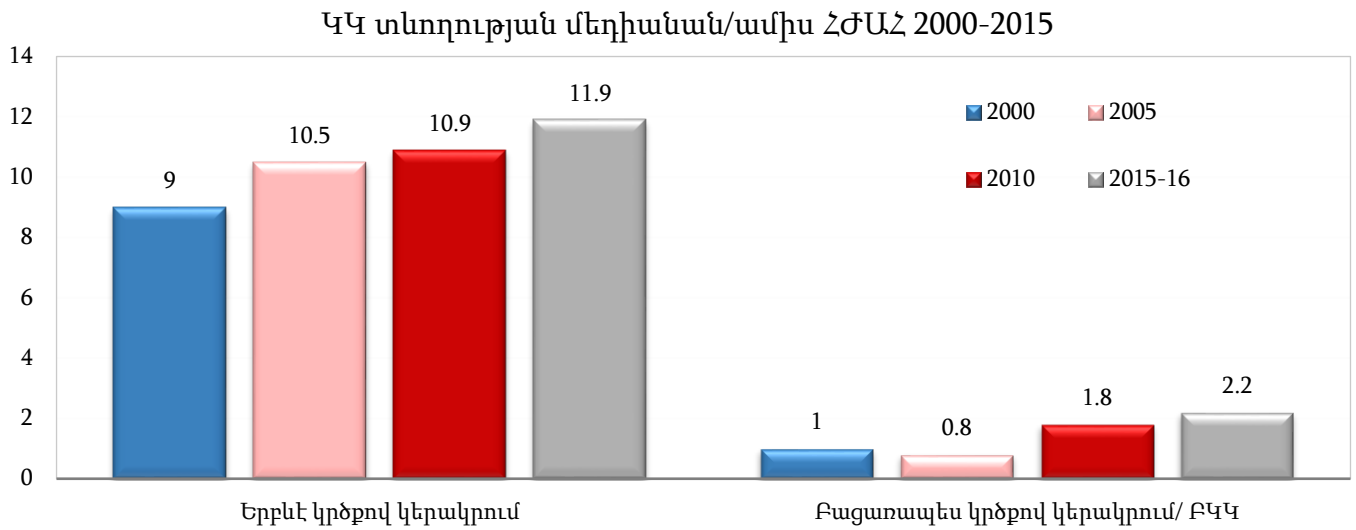
Առաջին հայացքից բարենպաստ այս ցուցանիշները, չեն արտացոլում իրական պատկերը, ինչը հասկանալի է դառնում ԿԿ միտումների գնահատման ժամանակ: Վերը ներկայացված գրաֆիկը փաստում է կրծքով կերակրման խրախուսմանն ուղղված ծրագրային միջոցառումների արդյունավետությունը, սակայն վերջին 5 տարիներին այդ ցուցանիշի աստիճանական անկումը անհանգստության տեղիք է տալիս:

Բացասական այս դինամիկան բացատրվում է ինչպես Կովիդի համավարակի հետևանքներով, այնպես էլ պայմանավորված է ծննդոգնության հաստատություններում ԿԿ

⁵⁶ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, Առողջապահական վիճակագրության և հետազոտությունների ազգային կենտրոնի տվյալների բազա, http://nih.am/am/subdivisions/health_analytical_center

աջակցության ոչ պատշաճ գործելակերպով: Եվ թեև, ՀՀ օրենսդրությամբ արգելված է արհեստական կաթնախառնուրդների գովազդը և խրախուսումը, օրենքի մոնիտորինգի բացակայության պայմաններում, ինչպես նաև բուժաշխատողների մոտիվացված լինելու և/կամ ԿԿ խորհրդատվության գիտելիքների և հմտությունների բացակայության պատճառով, շարունակվում է, իսկ վերջին տարիներին շատ ավելի ակտիվացել են պրելակտալ հեղուկների կամ կաթնախառնուրդների անհարկի նշանակումները բուժաշխատողների կողմից: Վերջինս հետևանք է նաև մանկական կաթնախառնուրդներ ներկրող և բաշխող կազմակերպությունների հետ նրանց համագործակցության, որի արդյունքում նորածինների զգալի մասը ծննդատներից դուրս են գրվում խառը կամ արհեստական սնուցման վրա:

Գծապատկեր 41. Բացառապես կրծքով կերակրման ցուցանիշի միտումներն ըստ ՀԺԱՀՀ



Ըստ ներկայացված գծապատկերի, 2005թ. 33%-ի համեմատ բացառապես կրծքով կերակրման ցուցանիշը զգալի բարելավվել է, 2015թ. հասնելով 45%: Բացառապես կրծքով կերակրման տևողության «մեղիանա» ցուցանիշի առումով ևս նախորդ հետազոտության համեմատությամբ արձանագրվել է որոշակի առաջընթաց (2010թ.՝ 1.8; 2015թ.՝ 2.2), սակայն, իրավիճակը դեռևս հեռու է բավարար լինելուց, քանզի բացառապես կրծքով կերակրումը առաջարկվում է շարունակել մանկան կյանքի 6 ամիսների ընթացքում: Մեկ ամսով ավելացել է նաև երբևէ կրծքով կերակրման «մեղիանա» ցուցանիշի տևողությունը (2010թ. 10.9, 2015թ.՝ 11.9 ամիս):

2000-2015թթ. ընթացքում իրավիճակը մի փոքր բարելավվել է նաև ծնվելուց հետո նորածնին կրծքին վաղ (մեկ ժամվա ընթացքում) մոտեցման ցուցանիշի տեսանկյունից, եթե 2010-ին այն կազմել է 36%, ապա 2015-ին՝ 41%: Այնուհետ՝ մեկ տարի և ավելի կրծքով են կերակրվել երեխաների 35%, իսկ 2 տարի և ավելի՝ 22%: Որոշակի նվազել է 2-3 ամսական երեխաների ծծակով շաքարավազով, 2015թ.՝ 25%, 2010թ.՝ 37% դիմաց: Այնուամենայնիվ, նորածինների

11% կյանքի առաջին 3 օրերի ընթացքում ստացել է պրելակտալ սնունդ, իսկ մինչև 6 ամսական կրծքով կերակրվող երեխաների 13 տոկոսին տրվել է ջուր:

2) Կրծքով կերակրումը և մանկական մահացությունը

Կրծքով կերակրման բարերար ազդեցությունը մանկական մահացության մակարդակի վրա ապացուցված է բազմաթիվ հետազոտություններով: Ըստ այդ տվյալների, կրծքով կերակրման գործընթացի պատշաճ կազմակերպման միջոցով, աշխարհում հնարավոր է կանխել մանկական մահացության դեպքերի 12%: Հայաստանի ՀԺԱՀՀ արդյունքների շրջանակներում այս համատեքստում նույնպես ուսումնասիրվել է խնդիրը:

Աղյուսակ 10. Կրծքով սնուցումը և մանկական մահացությունը⁵⁷

Մինչև 1տ. երեխաներ	Կրծքով սնուցում %	Կրծքով սնուցման միջին տևողություն
Բոլոր երեխաները N=372	80.6	4.5 ամիս
Կենդանի երեխաներ N=305	90.8	53 ամիս
Մահացած երեխաներ N=67	34.3	1.1 ամիս
Հավաստիության P-գործակիցը	<0.001	<0.001
Կորելացիայի գործակիցը	-3.313	0

Աղբյուր ՀԺԱՀՀ, 2010 թ

Վերլուծվել է մանկական մահացության և կրծքով կերակրման կապը, ըստ որի մահացած երեխաների համեմատությամբ, կենդանի մնացած երեխաների խմբում կրծքով կերակրված երեխաների տեսակարար կշիռը գրեթե 3 անգամ, իսկ կրծքով կերակրման միջին տևողությունը շուրջ 5 անգամ ավելի է եղել:

Ներկայացված տվյալները փաստում են, որ կրծքով կերակրման իրավիճակի բարելավումը, մասնավորապես, բացառապես կրծքով կերակրման ցուցանիշի բարձրացումը կարող է մանկական մահացության իջեցման լավագույն ռեզերվ լինել:

⁵⁷ «Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները և ոլորտի առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», Ջեկույց, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2020թ. <http://nih.am/am/reports/115/am>

Այսպիսով, Չնայած կրճքով կերակրման ցուցանիշների որոշակի առաջընթացին, ծննդոգնության հաստատություններում շարունակում է խնդիր մնալ նորածինների խնամքի և սնուցման գործելակերպի բարելավման անհրաժեշտությունը: 2010թ. հետո գրեթե դադարել է Մանկանը բարեկամ ծննդատուն՝ նախախաձեռնության ներդրումը, ոչ բոլոր ծննդատներում է առկա կրճքով կերակրման խորհրդատվության հստություններին տիրապետող անձնակազմ:

3) Հավելյալ սնուցում

ՀԺԱՀՀ շրջանակներում հավելյալ սնուցման գործելակարգի վերաբերյալ տվյալները ցույց են տալիս, որ նախորդ հետազոտության համեմատ իրավիճակը չի բարելավվել, ընդհակառակը, եթե 2010թ.-ին 6-23 ամսական յուրաքանչյուր 3-րդ երեխան էր ստացել (32%) համարժեք հավելյալ սնունդ (տարիքին համապատասխան տեսականի, ծավալ և հաճախականություն), ապա 2015թ.՝ յուրաքանչյուր 4-րդը (24.5%), ընդ որում կրճքով կերակրվողների դեպքում այս ցուցանիշը մի փոքր ավելի բարվոք է (29%) կրճքով չկերակրվողների համեմատ(21%): Հավելյալ սնուցման ճիշտ կազմակերպման տեսանկյունից շատ կարևոր է նաև այն ժամանակին (6 ամսականից) սկսելը:

ՀԺԱՀՀ-2015թ. տվյալները ցույց են տալիս, որ այս առումով նույնպես իրավիճակը խնդրահարույց է, և որ 2-3 ամսական երեխաների 15% արդեն իսկ ստանում է կոշտ կամ կիսակոշտ սնունդ, իսկ 6-8 ամսականների 11% դեռևս չի ստանում անհրաժեշտ հավելյալ սնունդը: Ակնհայտ է, որ վաղ տարիքի երեխաների սնուցման, մասնավորապես, հավելյալ սնուցման գործելակարգը զգալի բարելավման կարիք ունի՝ ինչպես մասնագետների ուսուցման, այնպես էլ հանրային իրազեկման աշխատանքների իրականացման միջոցով:

2. Մոր և մանկան սնուցման կարգավիճակը

Մոր և մանկան սնուցման վիճակը բնութագրող ցուցանիշներից պաշտոնական վիճակագրության մեջ առկա են միայն սակավարյունության վերաբերյալ տվյալներ: Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տվյալների⁵⁸ 2000թ. հղիությունն ավարտած կանանց սակավարյունության ցուցանիշը կազմել է 15.7%, 2005թ. այն կրճատվել է 1/3-ով (10.7%), այնուհետ մինչև 2020թ. այն պահպանվել է գրեթե նույն մակարդակի վրա (2010թ.՝ 12.8%, 2015թ.՝ 12.9%, 2016թ.՝ 12.2%, 2018թ.՝ 12.5%, 2019թ.՝ 12.6%)՝ 2000թ. համեմատ նվազելով շուրջ 20%: Վերջին 3 տարիների ընթացքում հղիությունն ավարտած կանանց սակավարյունության ցուցանիշը բարձրացել է, 2022թ. կազմելով 17.1%՝

⁵⁸ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2023, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/2d5537b6227666a32f97571d7dd15420.pdf>

ամենաբարձր ցուցանիշը վերջին տասնամյակների ընթացքում, ինչը մասսամբ կարելի է բացատրել Կովիդով և պատերազմով պայմանավորված երկրի իրավիճակով:

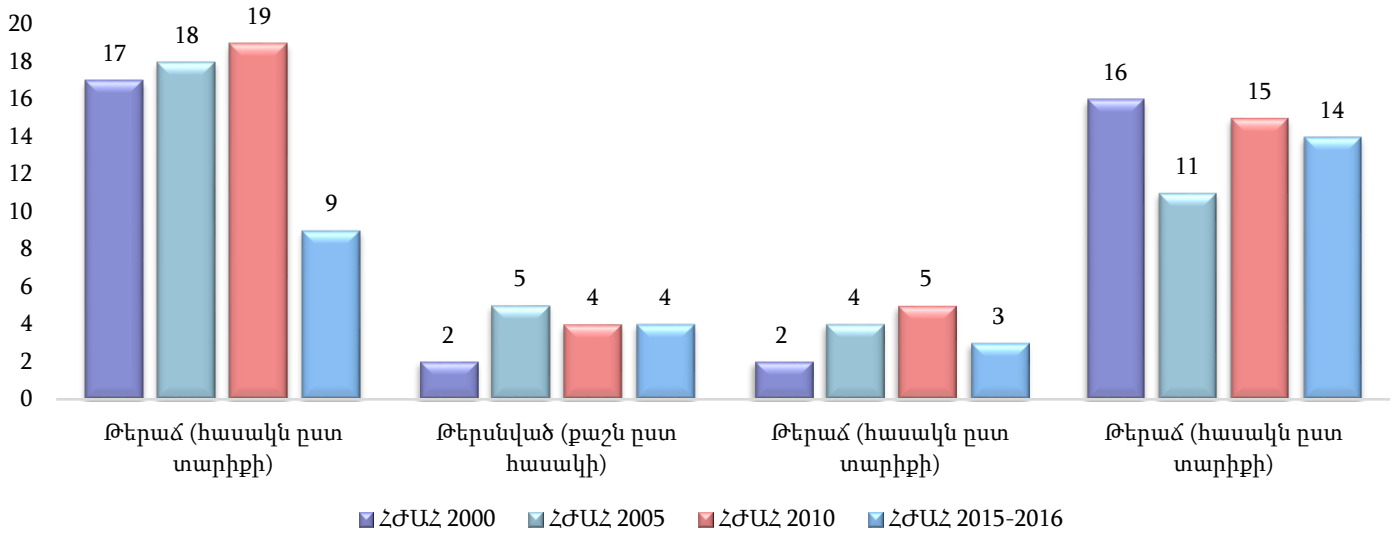
Ըստ նույն աղբյուրի, 2000թ. մինչև 15տ. երեխաների սակավարյունության ցուցանիշը (10000 բնակչի հաշվով) կազմել է 32.7 միավոր, հաջորդող 2000-2015թթ. միջակայքում այն դրսևորել է աճի դանդաղ, բայց կայուն միտում (2005թ.՝ 39.7, 2010թ.՝ 49.8, 2015թ.՝ 52.2): 2020-2022թթ. ցուցանիշը պահպանվել է գրեթե նույն մակարդակի վրա (2020թ.՝ 45.4, 2021թ.՝ 45.6, 2022թ.՝ 46.6): 0-1 տարիքային խմբում սակավարյունության ցուցանիշը 2022թ. ավելի բարձր է եղել՝ 0-1տ՝ 53.2: Վերջինս կարող է բացատրվել կրծքի հասակի երեխաների սնուցման կազմակերպման սխալ գործելակերպով՝ ոչ բավարար կրծքով կերակրում, վաղ կամ ուշացած հավելյալ սնուցում և այլն:

Երեխաների և կանանց անեմիաների տարածվածության վերաբերյալ տվյալներ են առկա նաև ՀԺԱՀ 2005-2015թթ. հետազոտությունների արդյունքներում, ըստ որի 0-5տ. երեխաների մոտ կրկնակի անգամ կրճատվել է սակավարյունության տարածվածությունը՝ 2015թ. կազմելով 16%՝ 2005թ. 37%-ի համեմատ և գրեթե նույնչափ նվազել է սակավարյունության տարածվածության ցուցանիշը վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ, կազմելով՝ 13%՝ 2005թ. 25%-ի համեմատ:

Երեխաների ֆիզիկական աճի և սնուցման վիճակի վերաբերյալ պաշտոնական տվյալներ չկան: Երեխաների և կանանց սնուցման կարգավիճակի գնահատման այլընտրանքային տվյալների աղբյուր են Հայաստանի Ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտությունները :

Ըստ ՀԺԱՀ հետազոտության տվյալների, 0-5տ. երեխաների թերաճությունը, որը բնորոշում է մանկան քրոնիկ թերսնուցումը, 2015թ. կազմել է 9%, 2010թ. 19%-ի համեմատությամբ: Այնուամենայնիվ, երեխաների չբավանսավորված և սպիտակուցի դեֆիցիտով պայմանավորված թերաճության խնդիրը շարունակում է մնալ օրակարգում, քանզի ցուցանիշը դեռևս շարունակում է գերազանցել ստանդարտ պոպուլյացիոն ցուցանիշի միջին մակարդակը ($\leq 8\%$):

Գծապատկեր 42. Երեխաների սնուցման կարգավիճակի միտումներն ըստ ՀԺԱՀՀ, %



Ըստ նույն աբյուրի, թերքաշության մակարդակը (սուր թերսնուցումը) երեխաների մոտ մի փոքր նվազել է (2005թ.՝ 4%, 2010թ.՝ 5%, 2015-16թթ.՝ 3%): Անհանգստացնող է երեխաների գերքաշության ցուցանիշի պահպանվող բարձր մակարդակը (2005թ.՝ 11%, 2010թ.՝ 15%, 2015-16թթ.՝ 14%) և 2005թ. համեմատ աճի միտումը: Թերաճությամբ զուգակցվող գերքաշությունը կրկնվում է գրեթե նույն, առավել աղքատ մարզերում:

Սույն հետազոտության շրջանակներում որոշվել է նաև վերարտադրողական տարիքի սնուցման կարգավիճակը անտրոպոմետրիկ չափումների միջոցով: Ըստ 2015թ. ԺԱՀՀ տվյալների կանանց 51% ունեցել է նորմալ քաշ, 4% եղել է թերքաշ($UՁՑ \leq 18.5$), իսկ 45 տոկոսի մոտ արձանագրվել է գերքաշություն ($UՁՑ > 25$):

2019թ. Հայաստանում առաջին անգամ իրականացված Դպրոցականների ճարպակալման հսկողության միջազգային հետազոտության տվյալները փաստել են, որ 7-8 տարեկան երեխաների 27.7% ունի ավելցուկային քաշ, իսկ 12.6%՝ ճարպակալում⁵⁹:

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

⁵⁹ «Մանկական ճարպակալման համաճարաբանական հետազոտություն» (COSI), Հայաստան, 2019թ. Ազգային հետազոտության արդյունքները, Ջեկույց, Երևան, 2021
<https://arabkirmc.am/files/630739a4c87bc.pdf>

Այսպիսով, չնայած երեխաների սնուցման ոլորտում արձանագրված դրական միտումներին, շարունակում է օրակարգում մնալ երեխաների թերսնուցմամբ պայմանավորված թերաճի ու գիրության կրկնակի բեռի հարցը: Ավելին, վերջին տարիներին արձանագրվում է ԿԿ ցուցանիշի վատացում, ինչը կասկածի տակ դնում կրծքով կերակրման խրախուսման ազգային ծրագրի ձեռքբերումները: Դպրոցահասակ երեխաների անառողջ սննդային վարքագծի հիմնախնդիրը ևս առկա է Հայաստանում:

Ի դեպ 2015թ.-ին հաջորդիվ Հայաստանում չի իրականացվել Ժողովրդագրական-առողջապահական հարցերի հետազոտություն, երեխաների սնուցման խանգարումների վերաբերյալ պաշտոնական տվյալները բացակայում են: Ըստ էության, վաղ տարիքի երեխաների սնուցման ներկայիս կարգավիճակի վերաբերյալ ազգային մակարդակով ներկայացուցչական տվյալներ չկան, հետևաբար այս առումով իրավիճակը գնահատման կարիք ունի:

Այսպիսով, երեխաների սնուցման առավել հրատապ խնդիրների վերհանումը և իրականացվող ծրագրերի արդյունավետության գնահատումը, իրավիճակի բարելավմանն ուղղված նոր ռազմավարական ծրագրերի մշակումը, երկրի առողջապահական գերակա խնդիրներից մեկը պիտի լինի և ամրագրվի ազգային ծրագրի մակարդակով:

Ակնհայտ է, որ երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված ռազմավարությունների և ծրագրերի արդյունավետ իրականացումը ներկայումս պահանջում է պետական մարմինների և միջազգային գործընկեր կազմակերպությունների ջանքերի համախմբում և այդ ջանքերի կրկնապատկում:

ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՄԱՐԴԿԱՅԻՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԸ

Անկախացումից ի վեր, ՀՀ կառավարությունը մշտապես իր ուշադրության կենտրոնում է պահել երեխաների և մայրերի առողջության և առողջապահական խնդիրները և ազգային մակարդակով աջակցել դրանց լուծմանը՝ ամրագրելով դրանք իր քաղաքականության առաջնահերթությունների ցանկում: 2020թ.-ից հետո, Կովիդով և պատերազմով պայմանավորված, առողջապահական համակարգի քաղաքականության ոլորտում շեշտադրումները տեղափոխվել են ավելի անհետաձգելի և արտակարգ իրավիճակների կառավարմանն ուղղված ծրագրային միջոցառումների իրականացմանը, որոնց շարքում կանանց և երեխաների առողջապահական խնդիրները ևս ներառվել են:

1. Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ոլորտի օրենսդրական կարգավորումները

Անկախացմանը հաջորդիվ, շարունակաբար բարելավվել է երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ոլորտը կարգավորող օրենսդրական դաշտը, ընդունվել են մի շարք օրենքներ և ռազմավարական փաստաթղթեր, ինչպես նաև բազմաթիվ նորմատիվ իրավական ակտեր, որի շնորհիվ այս ոլորտը առավելագույնս չափազրվել է: Երեխաների առողջության պահպանմանն առնչվող հիմնական օրենքներն են.

«Երեխայի իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը (1994թ.), որով «երեխա» եզրույթի տարիքային սահմանումը փոխվել է «Երեխայի իրավունքների մասին» միջազգային կոնվենցիային համապատասխան՝ 15-ից դառնալով 18 տարեկան, և որին համապատասխան մանկական բժշկական հաստատություններում երեխաների սպասարկում ընդլայնվել է մինչև 18 տարեկան:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մաս» ՀՀ օրենքը (1996թ.), որով կարգավորվել են պացիենտների և ծառայություն մատուցողների իրավահարաբերությունները, ընդ որում, այս օրենքի համաձայն, երեխայի բուժօգնության վերաբերյալ որոշում կայացնելու և այդ կապակցությամբ տեղեկատվություն ստանալու իրավունքը վերապահված է նրա ծնողին կամ օրինական ներկայացուցչին: 2020թ. մայիսին, սույն օրենքն ԱԺ կողմից ընդունվել է նոր խմբագրմամբ, ըստ որի, 16 տարեկանը լրանալուց հետո, երեխաները իրավասու են ինքնուրույն իրացնել իրենց բուժօգնություն ստանալու իրավունքը:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքը (2002թ.), որում ամրագրվել են դեռահասների վերարտադրողական և սեռական առողջության իրավունքները և դրանց իրացման հետ կապված

իրավահարաբերությունները: Օրենքը սահմանում է «դեռահաս» հասկացությունը՝ որպես բժշկականասաբանական (ֆիզիոլոգիական) հասկացություն, որը ներառում է 11-18 տարեկան անձանց տարիքային խումբը և բնորոշում է մանկությունից լրիվ չափահասության անցումային շրջանը: Ըստ սույն օրենքի դեռահասներն իրավունք ունեն իրազեկ լինել սեռական և վերարտադրողական առողջության հարցերի վերաբերյալ, մեկուսի ու գաղտնի պայմաններում ստանալ մատչելի ու լիարժեք բժշկական խորհրդատվություն և բուժօգնություն:

«Կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքը (2014թ.), որով արգելվում է արհեստական կաթնախառնուրդների և հարակից ապրանքների գովազդն ու նվիրատվությունը, ինչպես նաև արգելվում է մոր ու մանկան առողջապահական ոլորտի բուժաշխատողների և կաթնախառնուրդ արտադրող և/կամ ներկրող կազմակերպությունների համագործակցությունը: Այս դրույթների խախտման համար սահմանված են վարչական տույժեր:

2. Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների կազմակերպումը, ենթակառուցվածքները, ռեսուրսները

Անկախացումից հետո, չնայած երկրի ծանր սոցիալ-տնտեսական պայմաններին և առողջապահական համակարգի գործունեության ճգնաժամային վիճակին, մանկաբարձագինեկոլոգիական և մանկաբուժական ծառայությունների ենթակառուցվածքներով և կադրերով բավարար հագեցվածության հանգամանքը մեծ դեր խաղաց երկրում մանկական և մայրական մահացության շարունակական իջեցման գործընթացում:

1990-ականների երկրորդ կեսից, մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտը, առողջապահական ընդհանուր համակարգին համահունչ, վերապրել է մի շարք փոփոխություններ: Այն է՝ բարեփոխումներ ԱԱՊ ոլորտում, այդ թվում՝ ընտանեկան բժշկության համակարգի ներդրում, մանկական և մեծահասակների պոլիկլինիկաների ինտեգրում, փոփոխություններ մանկական հիվանդանոցային ծառայության ոլորտում, դրանց մի մասի ներառումը բուժմիավորումների մեջ, մարզային հիվանդանոցներում մանկական բաժանմունքների և/կամ մահճակալների կրճատումները:

Ներկայումս կանանց և երեխաներին ուղղված առողջապահական ծառայությունները կազմակերպվում են առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ), այն թվում կանանց կոնսուլտացիաների և հիվանդանոցային, այն թվում ծննդօգնության հաստատությունների միջոցով: Առկա է այս ոլորտի նեղ մասնագիտական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիության և մատչելիության խնդիր: Թե՛ ամբուլատոր և թե՛ ստացիոնար մասնագիտացված բուժօգնության կառույցները հիմնականում կենտրոնացված են Երևանում և

ոչ լրիվ ծավալով՝ մի քանի տարածաշրջաններում: Մարզային մակարդակում մոր և մանկան մասնագիտացված ծառայությունները խիստ սահմանափակ են և ոչ հասանելի:

Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ առողջապահական վիճակագրական և հետազոտությունների իրականացման ազգային կենտրոնի հրապարակած վերջին տվյալների⁶⁰, կանանց և երեխաների բուժաստարկումը ԱԱՊ օղակում իրականացվում է 625 բուժակ-մանկաբարձական կետերի և 278 ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատությունների կողմից, որոնցից՝ 53-ը հիվանդանոցների կազմում: Հանրապետությունում գործում են 239 գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներ և 30 ինքնուրույն պոլիկլինիկաներ, որոնցից 1-ը՝ մանկական:

ԱԱՊ օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբույժը (գյուղերում՝ ընտանեկան բժիշկը) իրականացնում է առողջ երեխայի հսկողությունը՝ երեխայի աճի և զարգացման գնահատմամբ, նախագորակոչային տարիքի երեխաների զննում, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների կազմակերպում և անհրաժեշտության դեպքում՝ բուժում, 15-18 տարեկան երեխաների ֆիզիկական զարգացման և սեռական հասունացման գնահատում, ըստ անհրաժեշտության կազմակերպում է երեխայի ուղեգրումը այլ մասնագիտացված կառույցներ: Դեռահասների բժշկական օգնությունը և սպասարկումը նույնպես իրականացվում է երեխային սպասարկող մանկաբույժի կամ ընտանեկան բժշկի միջոցով: Արտահիվանդանոցային նեղ մասնագիտական ծառայությունները իրականացնում են գործող պոլիկլինիկաների համապատասխան մասնագետները կամ բժշկական միավորումների նեղ մասնագետները:

Երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնությունը Երևանում իրականացվում է մայրաքաղաքի 4 խոշոր մանկական հիվանդանոցների և բազմապրոֆիլ կամ մասնագիտացված շուրջ 10 բժշկական կենտրոնների մանկական ծառայությունների կողմից: Մարզային մակարդակում գործում է մոր ու մանկան 3 կենտրոն (Շիրակի մարզում) և բաժանմունքներ կամ մահճակալներ մարզային 53 բժշկական կազմակերպություններում: Հանրապետությունում մանկական մահճակալային ֆոնդը 2022թ. կազմել է 1397, ինչը նախորդ տարվա համեմատ ավելի է 48 մահճակալով: Երեխաների բժշկական օգնությունը հանրապետությունում իրականացվում է 1175 մանկաբույժների և մանկական պրոֆիլի նեղ մասնագետների 229 մանկական վիրաբույժների կողմից:

Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական ծառայությունները տրամադրվում են՝ մարզային 56 ԲԿ-ների մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բաժանմունքների և մոր ու մանկան 3 կենտրոնների, ինչպես նաև 3 ինքնուրույն մարզային ծննդատների միջոցով: Երևանում գործում են 10 ծննդատներ: Ծննդօգնության ծառայությունները տեղակայված են 7 բազմապրոֆիլ

⁶⁰ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2023թ.

հիվանդանոցների և 3 ինքնուրույն ծննդատների կազմում: 2022թ. մանկաբարձագինեկոլոգիական մահճակալների ընդհանուր թիվը հանրապետությունում կազմել է 1552, այն թվում՝ 1108 մանկաբարձական և 444 գինեկոլոգիական մահճակալ:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգիական մահճակալները նախորդ տարվա համեմատ կրճատվել են 87-ով: Կանանց կոնսուլտացիաները գործում են մարզային 53 ԲԿ-ների, Երևանի 10 ծննդատների և 26 պոլիկլինիկաների կազմում: Կանանց բուժսպասարկումը ապահովվում է 922/792 ? մանկաբարձ-գինեկոլոգների կողմից, որոնցից 349 աշխատում են ստացիոնարներում, իսկ 421-ը՝ կանանց կոնսուլտացիաներում: Երեխաների և դեռահասների մասնագիտացված բուժօգնությունը կազմակերպվում է 22 մանկական գինեկոլոգների միջոցով:

3. Ծառայությունների որակը և մատչելիությունը

1994-95 թվականներից սկսած, մոր և մանկան առողջապահական ոլորտում ներդրվեց ծրագրային կառավարման մոդելը: Այն է. իրավիճակային վերլուծության հիման վրա հիմնախնդիրների վերհանում՝ կարիքների գնահատմամբ, դրանց հաղթահարման ռազմավարությունների ուրվագծում և նպատակների ու թիրախների սահմանում և դրանց հասանելիությանն ուղղված գործողությունների պլանի մշակում՝ հստակ ժամանակացույցի և սպասվող արդյունքների ամրագրմամբ:

Միջազգային և միջգերատեսչական արդյունավետ համագործության շնորհիվ, հաջողվեց կյանքի կոչել ծննդօգնության և երեխաների բուժօգնության որակի և մատչելիության բարելավմանն ուղղված շուրջ երկու տասնյակ նպատակային ծրագրեր: Իրականացվեցին հանրային իրազեկման և մասնագետների բազմամակարդակ կրթական ծրագրեր, ներդրվեցին պացիենտների վարման ապացուցահեն ուղեցույցներ և գործելակարգեր, որոնք զգալի նպաստեցին կանանց և երեխաների առողջության ցուցանիշների բարելավմանը:

Մոր և մանկան առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների բարելավմանը զգալի նպաստեց նաև պետական նպատակային ծրագրի շրջանակներում երեխաներին և մայրերին անվճար տրամադրվող բուժօգնության և սպասարկման ծավալների շարունակական աճը: Այսպես, Մոր և մանկան առողջության պահպանման պետական նպատակային ծրագրի շրջանակներում բյուջետային հատկացումների շուրջ 2-3 անգամ աճը, հնարավորություն տվեց մշակել և 2008թ. հուլիսից ներդնել Ծննդօգնության Պետական Հավաստագրի, իսկ հաջորդիվ, 2011թ. հունվարից՝ Երեխաների Առողջության Պետական Հավաստագրի ծրագիրը, որոնց մշակման և ներդրման հիմքում հաշվի էին առնվել առողջապահական համակարգի բոլոր 4 գործառույթները: Արդյունքում ապահովվեցին իրապես մատչելի և որակյալ ծառայություններ ծննդօգնության և

մանկական հիվանդանոցային ծառայության ոլորտներում, որոնց արդյունքները արտացոլվեցին այդ ոլորտների ինչպես քանական, այպես էլ որակական ցուցանիշներում:

Մասնավորապես, ծննդատներում կատարվող ոչ պաշտոնական վճարումները կրճատվեցին 8-10, իսկ մանկական հիվանդանոցներում՝ 3-4 անգամ, 0-1 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերությունը նվազեց 30%-ով, իսկ մինչըրջօրյա մահաբերությունը կրճատվեց գրեթե 5 անգամ, զգալի նվազեցին մայրական մահացության դեպքերը:

2019 թվականից պետական պատվերի շրջանակներում հիվանդանոցային բուժօգնություն ստանալու համար երեխաների տարիքային շեմը բարձրացավ մինչև 18 տարեկան: Ստացիոնար ծառայությունները դարձան անվճար բոլոր երեխաների համար՝ անկախ նրանց սոցիալական կարգավիճակից և տարիքից:

4. Մանկաբուժական ծառայության կազմակերպումը ԱԱՊ օղակում

Առողջապահական համակարգում, մասնավորապես, առողջության առաջնային պահպանման օղակում (ԱԱՊ), մասնագետների դեֆիցիտի խնդիրը գլոբալ մարտահրավեր է աշխարհի բազում երկրներում: ԱԱՊ օղակի ուժեղացումը, մասնագետների համար այն ավելի գրավիչ դարձնելու և մարդկային ռեսուրսներով ապահովման քաղաքականության մշակումը և իրականացումը հրամայական է Եվրոպական շատ երկրների համար:

Հայաստանի համար ևս առաջնային օղակի մարդկային ռեսուրսների դեֆիցիտի հարցը արդիական է ներկայիս իրավիճակում, իսկ երեխաներին բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող մասնագետների պակասի գնալով խորացող խնդիրը արդեն իսկ օրակարգային է:

Եվրոպական երկրների փորձը վկայում է, որ առողջության առաջնային պահպանման օղակում երեխաների բուժսպասարկման կազմակերպման մոդելները տարբեր են⁶¹: Եվրոպական երկրների 41%-ում գործում է ընդհանուր պրակտիկայի մոդելը, 35%-ում՝ առաջնային օղակում գործում է խառը մոդելը՝ ընդհանուր պրակտիկա և մանկաբուժություն, իսկ երկրների 24%-ում երեխաների բժշկական սպասարկումը առաջնային օղակում իրականացնում են մանկաբույժները: Շվեդիայում գործում է խառը մոդելը, գյուղական բնակավայրերում

⁶¹ Strategic Pediatric Alliance. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Diego van Esso,¹ Stefano del Torso,² Adamos Hadjipanayis,³ Armand Biver,⁴ Elke Jaeger-Roman,⁵ Bjorn Wettergren,⁶ Alf Nicholson⁷; Published online, last accessed 20.06.2023,

<http://www.strategic-pediatric-alliance.org/content/page/13/paediatric-primary-care-europe-variation-between-countries>

երեխաների հետ աշխատում են ընտանեկան բժիշկները, իսկ երկրի խիտ բնակեցված վայրերում՝ մանկաբույժները:

1997 թվականից Հայաստանում մեկնարկել է ԱԱՊ օղակի բարեփոխումների և ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրման գործընթացը: Աշխատանքները հիմնականում ուղղվել են մարզերի գյուղական բուժհաստատությունների շենքային պայմանների բարելավմանը, ինչպես նաև ընտանեկան բժշկության ներդրման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծմանը՝ որպես կառուցվածքային առավել մատչելի ու նպատակահարմար մոդելի: Բարեփոխումների սկզբից շուրջ 25 տարի անց, արձանագրվում է, որ ընտանեկան բժշկության համակարգը կայացել է միայն գյուղական բնակավայրերում:

Ներկայումս Հայաստանում երեխաների բուժսպասարկումը գյուղական բնակության վայրերում իրականացվում է ընտանեկան բժիշկների կողմից, որոնց գերակշիռ մասը նախկին մանկաբույժներ են: Մարզային պոլիկլինիկաների հիմնական մասում, իսկ Երևան քաղաքի ԱԱՊ գրեթե բոլոր հաստատություններում երեխաների բուժսպասարկումը իրականացվում է մանկաբույժների կողմից: Գործում են նաև ընտանեկան բժշկի շուրջ մեկ տասնյակ մասնավոր գրասենյակներ, որոնք հիմնականում սպասարկում են մեծահասակ բնակչությանը:

Մանկաբուժական ծառայության մարդկային ռեսուրսները, մասնագետների պատրաստումը, նախապատմություն և հետագա զարգացումներ

Խորհրդային տարիներին առողջության առաջնային պահպանման օղակում երեխաների բժշկական սպասարկումը իրականացվում էր մանկաբույժների կողմից, որոնք ԲՈՒՀ-ական կրթությունը ստանում էին Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտի մանկաբուժական ֆակուլտետում, որտեղ 1980-ականներին ընդունելությունը հասել էր տարեկան 150 ուսանողի: 1990-ականների սկզբին երկրի առողջապահական համակարգում աշխատում էր շուրջ 2000 մանկաբույժ:

Բարձրագույն կրթության համակարգում միջազգային ստանդարտների, մասնավորապես Բոլոնյան կրթական համակարգի ներդրման հետ կապված, բժշկական ինստիտուտի մանկաբուժական ֆակուլտետը փակվեց (Երևանի բժշկական ինստիտուտի կազմում մանկաբուժական ֆակուլտետը բացվել էր 1958թ.⁶²): Ընդունելությունը դադարեցվեց 1999 թվականից, մանկաբույժների վերջին, թվով 250 շրջանավարտները, ԲՈՒՀ-ն ավարտեցին 2004 թվականին:

Մանկաբուժական ֆակուլտետները փակվեցին նաև նախկին ԽՍՀՄ մի շարք երկրներում՝ Մերձբալթյան երկրների, Վրաստանի, Մոլդովայի, Ղազախստանի բժշկական ինստիտուտներում: Ռուսաստանում, Բելառուսում, Կենտրոնական Ասիայի երկրներում մանկաբուժական ֆակուլտետները պահպանվեցին, Սանկտ-Պետերբուրգում և Տաշքենդում շարունակեցին գործել ինքնուրույն Մանկաբուժության ինստիտուտները: Ուկրաինայի 10 բժշկական ԲՈՒՀ-երից 8-ում պահպանվել են մանկաբուժական ֆակուլտետները: Ղազախստանում 2011թ. փակված մանկաբուժական ֆակուլտետը 2017 թվականին վերաբացվեց՝ «Մանկաբուժության դպրոց» վերանվանմամբ: Մոլդովայում պետական բժշկական համալսարանում 5-րդ կուրսից առանձնացվում է Մանկաբուժություն ուղղությունը՝ խորացված ծրագրով⁶³:

⁶² Ռաֆայել Ս. Փարսադանյան. Բժշկական կադրերը, բժշկական բարձրագույն և միջնակարգ կրթությունը, բժիշկների կատարելագործումը Հայաստանում, Հայոց բժշկության դարան, Առողջապահության և բժշկագիտության հայկական հանդես, #2/հատոր II /2022թ, էջ 60

⁶³ Бизнес России. Высшее медицинское образование в Республике Молдова. April 2019. <https://glavportal.com/materials/vysshee-medicinskoe-obrazovanie-v-respublike-moldova/>

2023թ. մարտի 1-ից Սոլովակի առողջապահության նախարարի հայտարարությամբ⁶⁴ «Մանկաբույժները հիվանդանոցների կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկաներից կտեղափոխվեն առաջնային օդակ/ընտանեկան բժշկության կենտրոններ, որտեղ կիրականացնեն 0-5տ. բոլոր երեխաների և 0-18տ. քրոնիկ հիվանդ երեխաների հսկողությունը և վարումը»:

Բժշկական մասնագիտությունների Եվրոպական միությունը (UEMS) մանկաբույժների պատրաստման համար առաջարկում է հնգամյա հետբուհական ուսուցում, որը բաժանվում է եռամյա հիմնական և երկամյա մասնագիտացված կրթության: Մասնագիտացված կրթությունը ծավալվում է հետևյալ երեք ուղղություններով՝ առաջնային բուժօգնություն (ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբուժություն), ընդհանուր հիվանդանոցային մանկաբուժություն և մանկաբուժական պրոֆիլի նեղ մասնագիտություններ:

Եվրոպական երկրների մեծ մասում, բացառությամբ ԱՊՀ այն երկրների, որտեղ գործում են մանկաբուժական ֆակուլտետներ, մանկաբույժները և մանկական նեղ մասնագետները պատրաստվում են հետդիպլոմային կրթության միջոցով: Գրեթե բոլոր երկրներում բարձրագույն բուհական կամ հետբուհական կրթական ծրագրերը լիցենզավորվում են կամ առողջապահության նախարարության, կամ այլ իրավասու մարմնի կողմից: Տարբեր երկրներում մանկաբուժության հետդիպլոմային կրթության սևողությունը տատանվում է 3-5 տարիների միջակայքում: Կրթական ծրագրերում արտահիվանդանոցային բաղադրիչը պարտադիր է:

ԱՊՀ երկրների մեծ մասում գործում են ամբուլատոր պոլիկլինիկական կամ կանխարգելիչ մանկաբուժության առանձին ամբիոններ: Եվրոպական մի շարք երկրներում արտահիվանդանոցային մանկաբուժության կուրսին հատկացվում է բավական շատ ժամանակ:

Օրինակ Սլովենիայում, մանկաբուժության հետդիպլոմային ուսուցման 5 տարիներից երեքը տրամադրվում է ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբուժությանը, ևս 2 տարի շարունակվում է կրթությունը հիվանդանոցային մանկաբուժության ուսուցման համար: Իսրայելում մանկաբուժության հետդիպլոմային կրթության 4-ամյա ծրագրում պարտադիր է 6-ամյա ցիկլը՝ առաջնային օդակում: Շվեդիայում ևս ռեզիդենտուրայի կրթական ծրագրում ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբույժի պատրաստման համար առանձնացված հոսք է նախատեսված:

Էստոնիայում ընտանեկան բժիշկների մասնագիտական որակավորման սևողությունը 3 տարի է, որում մանկաբուժությանը բավարար ժամեր են հատկացված: 2014 թվականից

⁶⁴ Зоя Дубаева, В Молдове с 1 марта педиатры будут работать в центрах семейных врачей, а не в больницах. February 2023. <https://nokta.md/v-moldove-s-1-marta-pediatrics-budut-rabotat-v-tsentrah-semejnyh-vrachej/>

Էստոնիայում ԱԱՊ օղակի կատարողականը բարելավելու համար 1 ընտանեկան բժշկին կցվում է 2 բուժքույր, որից մեկը՝ պատրոնած աշխատանքի համար⁶⁵ : 2017 թվականից Էստոնիայի Կառավարությունը խրախուսում է ԸԲ խմբային պրակտիկան՝ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի համար տարբերակված մոդելներով⁶⁶:

Հայաստանում 2005 թվականից մանկաբուժական կադրերը պատրաստվում են երեք տարի տևողությամբ կլինիկական օրդինատուրայի միջոցով: Մանկաբուժական ֆակուլտետի փակումից հետո նախադիպլոմային կրթության համակարգում մանկաբուժությունն առարկան սկսեց դասավանդվել բուժական ֆակուլտետի համար նախկինում նախատեսված ժամաքանակով: Ներդրված բարձրագույն բժշկական կրթության եռաստիճան համակարգում մանկաբուժությանն առնչվող հարցերի համար նախատեսված էր 4 շաբաթ՝ բակալավրիատում և 6 շաբաթ՝ մագիստրատուրայում:

Չնայած մանկաբուժական ֆակուլտետի փակումը և ուսումնական ծրագրերի փոփոխությունները բացատրվում էին կրթության եվրոպական ստանդարտների ներդրմամբ, ԵՊԲՀ ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետի համար նախատեսված մանկաբուժության ուսումնական ծրագիրը իր ժամաքանակներով և բովանդակությամբ չէր համապատասխանում Եվրոպական ԲՈՒՀ-երի մեծ մասում հաստատված և դասավանդվող կրթական ծրագրերի նորմերին⁶⁷:

Ներկայումս՝ ընդհանուր բուժական գործ ֆակուլտետում մանկաբուժության ուսումնական ծրագրի ընդհանուր տևողությունը կազմում է ընդամենը 6 շաբաթ: Ընտանեկան բժիշկների կլինիկական օրդինատուրայի 2-ամյա կրթական ծրագրում մանկաբուժություն համար նախատեսվում է ևս 6 շաբաթ:

Ակնհայտ է, որ ընդամենը 12 շաբաթ տևողությամբ կրթական ծրագրով ուսուցում ստացած ընտանեկան բժիշկները ի գործու չեն լինի երեխաներին վարելու մասնագիտական բավարար վստահություն ունենալ և տիրապետել արտահիվանդանոցային մանկաբուժության հիմնարար թեմաներին:

⁶⁵ World Health Organization, Technical assistance to the reform of primary health care organisation in Estonia. Report with main findings and recommendations. 2016, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

⁶⁶ The development of family practice to support universal health coverage, WHO, 2018, Country case studies on Primary health care Estonia, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326088/WHO-HIS-SDS-2018.23-eng.pdf>

⁶⁷ Ձեկույց. Հայաստանում մայրերի, նորածինների և երեխաների առողջության պահպանման ոլորտի ենթա-կառուցվածքների և մարդկային ռեսուրսների վերլուծության վերաբերյալ, ՀՀ ԱՆ, ՎՎ Հայաստան, 2011թ.

Հարկ է նաև նշել, որ մանկաբուժության կլինիկական օրդինատորայի ներկայիս եռամյա կրթական ծրագրում կանխարգելիչ մանկաբուժության և առողջ երեխայի վարման հարցերը գրեթե բացակայում են կամ ներկայացված են նվազագույն ժամաքանակով: Եվ սա այն դեպքում, երբ չափահաս տարիքում ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բեռի գրեթե 70 տոկոսը պայմանավորված է մանկությունից և դեռահասությունից եկող առողջական խնդիրներով և վնասակար վարքագծային սովորություններով: Մյուս կողմից, մանկաբուժական ֆակուլտետը փակելուց հետո, շարունակաբար մանկաբուժություն մասնագիտության կլինիկական օրդինատորա տարեկան ընդունվում էին ընդամենը մի քանի շրջանավարտ: Բժշկական համալսարանի շրջանավարտները ոգևորված չեն մանկաբույժ դառնալու հեռանկարով, նրանք մոտիվացված չեն ակնկալվող եկամուտների առումով, խուսափում են երեխաներին վարելու պատասխանատվությունից, վստահ չեն իրենց գիտելիքներում, «վախենում են» երեխաներից:

Անգամ նպատակային կլինիկական օրդինատորան չի մեղմել այս խնդիրը: Տարիներ շարունակ թափուր են մնում անգամ նպատակային օրդինատորայի համար հատկացվող անվճար տեղերը մանկաբուժության և մանկական մասնագիտությունների գծով: Ի պատասխան մանկաբուժությունը չընտրելու պատճառների վերաբերյալ բանավոր հարցադրման⁶⁸, առաջին կուրսի կլինիկական օրդինատորները հիմնականում նշել են ցածր վարձատրվող և շատ պատասխանատու աշխատանքը:

Թեև վերջին տարիներին որոշակիորեն ավելացել է մանկաբուժություն կամ մանկական նեղ մասնագիտություն ընտրած կլինական օրդինատորների թիվը, սակայն վերջիններս գերազանցապես իրենց ապագա աշխատանքը տեսնում են հիվանդանոցային ծառայության ոլորտում և գերադասում են վճարել ընտրության այս հնարավորության համար: Ամբուլատոր պոլիկլինիկական համակարգում աշխատանքն ընտրող մանկաբույժները եզակի են: Եվ սա այն պարագայում, երբ ԱԱՊ համակարգի գործունեության ակնկալվող արդյունքը հիվանդությունների կանխարգելման և առողջ երեխաների աճի ու զարգացման շարունակական հսկողության ու սկրինինգների իրականացման միջոցով նրանց առողջական խնդիրների վաղ հայտնաբերումն ու վաղ միջամտությունն է, մինչդեռ հիվանդանոցայի մանկաբուժությունը միտված է բացառապես հիվանդ երեխաների վարմանը:

Հարկ է նշել, որ բարձրագույն բժշկական կրթության հետբուհական համակարգը Հայաստանում բավարար իրավական կարգավորումներ չունի: Գործող մասնագիտությունների ցանկը վերանայման գործընթացում է, մասնագիտությունների որակական բնութագրերը գրեթե

⁶⁸ Հարցումներ առաջին կուրսի կլինիկական օրդինատորների շրջանում՝ դասախոսության ընթացքում /Կ.Ս. .:

բացակայում են: Հետբուհական բժշկական կրթության հարցերին անդրադարձ է արված ՀՀ ԱԺ կողմից «ընդունված» Բարձրագույն կրթության և գիտության մասին ՀՀ օրենքի նախագծում, որը սակայն չի հաստատվել Սահմանադրական դատարանի կողմից և վերադարձվել է ԱԺ՝ լրամշակման:

Բժշկական մասնագիտական կրթության համակարգային խնդիրներից է կրթական ծրագրերի նվազագույն պահանջների և որակի գնահատման հարցը: Երկրում իրականացվող հետբուհական կրթական ծրագրերը չունեն որակի ապահովման և որակի վերահսկողության մեխանիզմներ⁶⁹: Կլինիկական օրդինատուրայի ծրագրերը մշակվում են համապատասխան ամբիոնների և հաստատվում նույն կառույցների Գիտական խորհուրդների կողմից: Բժշկական կրթական ծրագրերի և վերապատրաստման դասընթացների բովանդակության արտաքին գնահատումն ու մոնիտորինգը, դրանց բովանդակության նույնականացման, մատուցվող նյութի ապացուցողական հենքի ապահովման խնդիրը, ինչպես նաև դասավանդման որակի ու արդյունավետության հարցերը ազգային մակարդակում չունեն համընդհանուր կանոնակարգումներ, ինչը ևս խիստ արդիական է Հայաստանի համար:

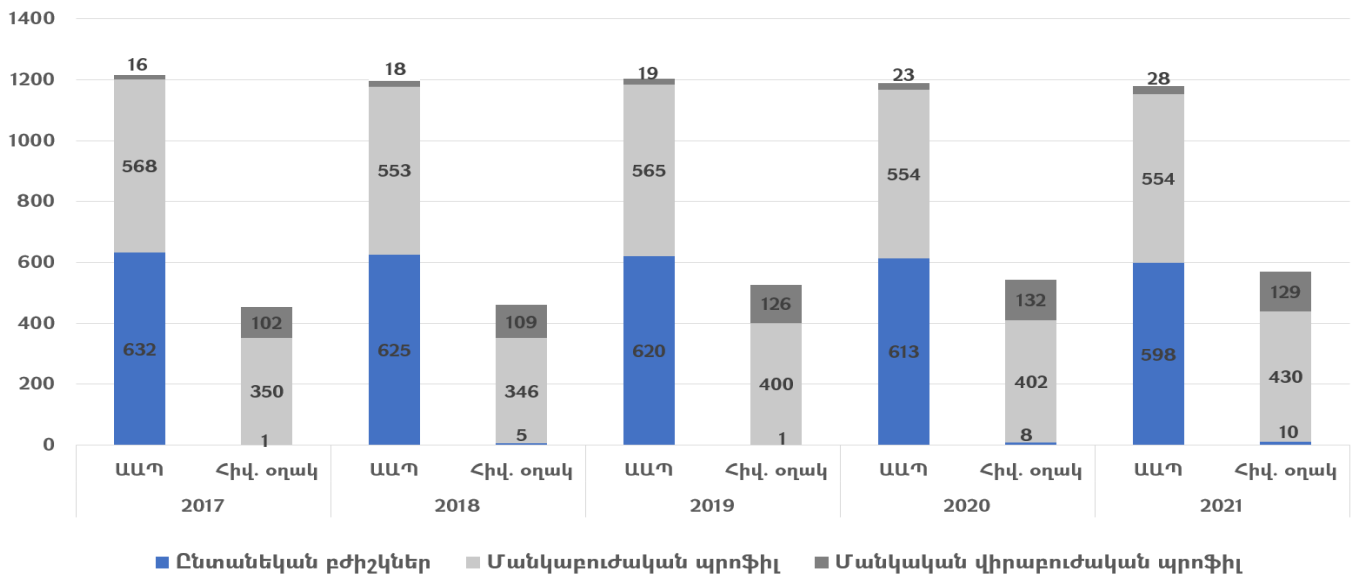
2000-2020թթ. ընթացքում իրականացված համակարգային փոփոխությունների արդյունքում (մանկական և մեծահասակների պոլիկլինիկաների ինտեգրում, մարզային հիվանդանոցների մանկական մահճակալների զգալի կրճատում, ընտանեկան բժշկության համակարգի ներդրման արդյունքում մանկաբույժների մի մասի վերապրոֆիլավորում ընտանեկան բժիշկների և այլն), ինչպես նաև մանկաբուժական ֆակուլտետի փակմամբ պայմանավորված, հանրապետությունում մանկաբույժների թիվը շարունակաբար նվազել է, 90-ականների համեմատ կրճատվելով 2 և ավելի անգամ (1990թ.՝ 2000, 2020թ.՝ 946):

Ընդ որում, վերջին տասնամյակում մանկաբույժներով ապահովվածությունը հիվանդանոց-պոլիկլինիկա կտրվածքով, հակադարձ միտումն է դրսևորում: Այսպես, եթե հիվանդանոցային մանկաբույժների թիվը աստիճանաբար ավելացել է (2013թ.՝ 118, 2016թ.՝ 129 2017թ.՝ 138, 2018թ.՝ 141, 2019թ.՝ 149, 2020թ.՝ 151, 2021թ.՝ 176 մանկաբույժ), ապա ԱԱՊ օղակում աշխատող մանկաբույժների թիվը շարունակաբար նվազել է (2013թ.՝ 505, 2016թ.՝ 468, 2017թ.՝ 449, 2018թ.՝ 445, 2019թ.՝ 439, 2020թ.՝ 425, 2021թ.՝ 414 մանկաբույժ): Այս շեղումը գնալով խորանում է հատկապես վերջին տարիներին:

⁶⁹ «Հայաստանի հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2023 թվականի փետրվարի 9-ի N174-L որոշում, <https://www.arlis.am/>

Խնդիրն այս, օրակարգային է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակում, որտեղ վերջին տարիներին գործող մասնագետների թվի նվազման ֆոնի վրա երիտասարդ մասնագետներով համալրման եզակի դեպքեր են գրանցվում: Ըստ վերը ներկայացված տվյալների, առաջնային օղակում մանկաբույժների թիվը տարեկան միջինում կրճատվում է 8-10 մասնագետով: Արդյունքում պոլիկլինիկաներում արձանագրվում է երիտասարդ կադրերի գնալով խորացող դեֆիցիտ՝ գործող մանկաբուժական անձնակազմի շարունակական ծերացման ֆոնի վրա: Այսպես, եթե 2017 թվականին մանկաբույժների ընդհանուր թվում 55 և բարձր տարիքի անձիք կազմել են 49%, ապա 2021 թվականին արդեն 61%:

Գծապատկեր 43. Մարդկային ներուժը մանկաբուժական ծառայությունում, արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային կազմակերպություններ, 2017-2021



Մանկաբուժական ծառայության մարդկային ռեսուրսների խնդիրը առավել ակտուալ դարձավ վերջին տասնամյակում, որի արդյունքում մանկական մասնագետների դեֆիցիտը խորացել է ոչ միայն մարզերում, այլ նաև Երևան քաղաքում:

Մարզային մակարդակում, մասնավորապես գյուղական վայրերում, երեխաների հետ հիմնականում աշխատում են ընտանեկան բժիշկները, որոնց «ծերացումը» և երիտասարդ բժիշկներով ոչ բավարար համալրումը նույնպես դարձել է խնդրահարույց, ընդ որում ոչ միայն երեխաների, այլ նաև ամբողջ բնակչության առողջապահական ծառայությունների ապահովման տեսանկյունից:

Առանձնահատուկ խնդիր է նաև երեխաներին սպասարկող մանկական նեղ մասնագետների պակասը և/կամ բացակայությունը: Մարզային բժշկական կազմակերպություններում երեխաներին սպասարկող «մեծահասակների» նեղ մասնագետների գիտելիքները և փորձառությունը մանկական պաթոլոգիաների վերաբերյալ հաճախ բավարար չի

լինում երեխաներին պատշաճ բուժօգնություն ցուցաբերելու համար: Ասվածի ապացույցը մարզերից Երևանի նեղ մասնագիտական կլինիկաներ անհարկի ուղեգրումների մեծ հոսքն է, որոնց 50 և ավելի տոկոս դեպքերում երեխաների մոտ ախտաբանական խնդիրներ չեն հայտնաբերվում (Արաբկիր ԲՀ-ի վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների կարծիքով՝ շուրջ 70 տոկոս դեպքերում):

2022թ. հունվարի 1-ի դրությամբ Հանրապետությունում 0-18 տարեկան երեխաների թիվը կազմել է շուրջ 635 000, որից քաղաքային բնակավայրերում ապրում է 367 000, իսկ գյուղական բնակավայրում՝ 268 000 երեխա⁷⁰: Ըստ Էլեկտրոնային առողջապահական ԱԲՄԵԴ համակարգի տվյալների 2023թ. հունվարի մեկի դրությամբ հանրապետության մանկական բնակչության թիվը կազմել է 718 072 երեխա⁷¹:

Հանրապետությունում մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների կողմից սպասարկվող մանկական ազգաբնակչության թվաքանակը միջինում կազմում է 700-ից 1000՝ մանկաբույժի կողմից և 350-500 երեխա՝ ընտանեկան բժշկի կողմից: Եթե ԱԱՊ օղակում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ներկայիս գործող խառը մոդելը դիտարկվի կիրառելի, այն է. քաղաքներում՝ մանկաբույժի, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ ընտանեկան բժիշկի կողմից երեխաների բուժապասարկում, ապա հանրապետությունում ԱԱՊ բժիշկների պահանջարկը միջինում կկազմի՝ 524 մանկաբույժ և 766 ընտանեկան բժիշկ:

Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի պաշտոնական տվյալների⁷², 2021 թվականին առաջնային օղակի մանկաբույժների թիվը կազմել է 414, որից Երևան քաղաքում՝ 284 (մանկական բնակչությունը՝ 262 000 երեխա), իսկ մարզերում 130 (մարզային քաղաքներում մանկական բնակչության թիվը՝ 104 700): Ընտանեկան բժիշկների ընդհանուր թիվը 598 է (մարզերի գյուղերում՝ մանկական բնակչության թիվը՝ 268 000), որից Երևանում՝ 54:

Ասվածից ենթադրվում է, որ Հայաստանում առկա է ինչպես մանկաբույժների, այնպես էլ ընտանեկան բժիշկների դեֆիցիտ՝ շուրջ 110 մանկաբույժի և 166 ընտանեկան բժշկի: Եթե հաշվի առնենք նաև մանկաբույժների «ծերացման» գործոնը (նվազում՝ տարեկան 8-10 մանկաբուժով), ապա երեխաների բուժապասարկման համար անհրաժեշտ մանկաբույժների լրացուցիչ պահանջարկը միջինում կկազմի մոտ 120:

⁷⁰ ՀՀ ՎԿ, Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու 2022,

https://www.armstat.am/file/article/demog_2022_2.pdf

⁷¹ Էլեկտրոնային առողջապահական ԱԲՄԵԴ համակարգ, <https://armed.am>

⁷² Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022/ Դ. Անդրեասյան, Ս. Բազարյան և այլք – Երևան, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.– 299 էջ:

Հանրապետության կտրվածքով, առողջապահական համակարգում ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ամբողջությամբ ներդրման դեպքում, երեխաների սպասարկման համար նրանց պահանջարկը կկազմի մոտ 1270 բժիշկ, իսկ դեֆիցիտը՝ շուրջ 670, որից 500 ընտանեկան բժշկի կարիք կլինի քաղաքային բնակավայրերի մանկական բնակչության համար:

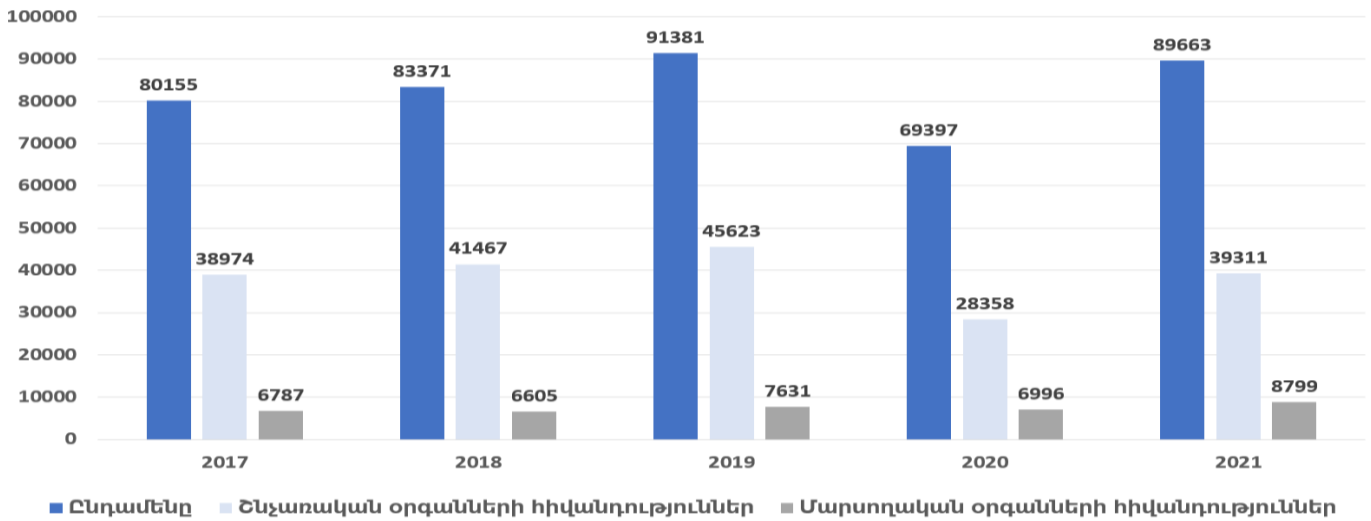
Ակնհայտ է, որ ԱԱՊ օղակի համար 670 ընտանեկան բժշկի փոխարեն, մանկաբուժության հետդիպլոմային կրթության երկամյա ծրագրերի միջոցով (ընտանեկան բժիշկների կլինօրդինատուրան նույն տևողությամբ է, որի ընթացքում մանկաբուժությունը դասավանդվում է 6-20 շաբաթ), 120 մանկաբույժի պատրաստելը շատ ավելի ծախսարդյունավետ կլինի, երեխաների հսկողությունը և բուժօգնությունը ավելի համապարփակ և որակյալ կլինի, իսկ բնակչության վստահությունը ԱԱՊ օղակի նկատմամբ ավելի կբարձրանա:

6. ԱԱՊ համակարգի կադրային դեֆիցիտով պայմանավորված մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների բեռի շարունակական աճը

ԱԱՊ օղակում մանկական մասնագետների գնալով խորացող դեֆիցիտը և արտահիվանդանոցային մանկաբուժության հետ կապված այս ճգնաժամը օրակարգային է ոչ միայն մարզերում, այլ նաև մայրաքաղաքում, ինչն անխոս բերում է շատ ավելի թանկարժեք մանկական հիվանդանոցային բեռի գնալով ահագնացող աճի՝ ԱԱՊ համակարգի նկատմամբ վստահության նվազեցման և բուժաշխատողների մոտ մոտիվացիոն մեխանիզմների բացակայության ֆոնի վրա: Ասվածի ապացույցը մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների սպառման ցուցանիշների, մասնավորապես հոսպիտալացումների թվի վերջին տարիների շարունակական աճն է:

Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ և ԱԲՄԵԴ էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի բազային տվյալների, պետական պատվերով իրականացվող «Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում երեխաների հոսպիտալացման դեպքերը պրոգրեսսիվ աճել են 2010թ.՝ 51820, 2015թ.՝ 70787, 2018թ.՝ 72000, 2019թ.՝ 72814, 2020 թ.՝ 75452, 2021թ.՝ 89890, և սա, ծնելիության անկման և դրանով պայմանավորված մանկական բնակչության կրճատման և համեմատաբար կայուն մանկական հիվանդացության ցուցանիշների պայմաններում:

Գծապատկեր 43.1. Մանկական հիվանդանոցային բեռի աճը, 2017-2021



Մարդկային ռեսուրսների պակասի, անհամաչափ բաշխվածության և ԱԱՊ օղակի բժիշկների «ծերացման» խնդիրը, առկա է ոչ միայն մոր և մանկան ոլորտում, այլ հանդիսանում է Հայաստանի առողջապահության համակարգի գլոբալ մարտահրավերներից մեկը: Մինչդեռ, ապացուցված է, որ առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունն և արդյունավետությունը, ինչպես նաև առողջապահական համակարգի զարգացումն անմիջականորեն պայմանավորված են մարդկային ռեսուրսների առկայությամբ և արդյունավետ աշխատանքով:

7. Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը՝ ուղղված կանանց և երեխաների բուժապասարկմանը

Անկախացումից ի վեր, Մոր և մանկան առողջության պահպանումը, որպես գերակա ոլորտ, շարունակաբար առանցքային է եղել պետության ծախսային քաղաքականության մեջ: Տարիներ շարունակ Առողջապահական համակարգի տարեկան բյուջեի ընդհանուր ծավալում այդ ոլորտին հատկացվող բաժինը կազմել է 25-30%:

Մոր և մանկան առողջության առողջապահական ծառայություններին ուղղված բյուջետային հատկացումները արտացոլվում են ՀՀ Տարեկան բյուջեի և ՀՀ պետական Միջնաժամկետ/եռամյա ծախսերի ծրագրերում: Հաշվարկների հիմքում դրվում է Մոր և մանկան առողջության պահպանման պետական նպատակային ծրագիրը, որում ամրագրվում են այդ ոլորտի համար նախատեսված այն գերակա ծրագրային ուղղությունները, որոնց շրջանակներում պետությունը երաշխավորվում է անվճար բուժօգնություն և սպասարկում: Դրանք են.

- Ծննդոգնությունն, ամբողջ ծավալով
- Հղիների նախաձննդյան հսկողությունը
- 0-18 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնությունը
- 0-18 երեխաների ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնություն
- Կանանց և երեխաների անհետաձգելի բուժօգնությունը
- Կանխարգելիչ և սկրինինգային ծրագրերը
- Իմունոկանխարգելման ազգային ծրագիրը

Թեև, գլոբալ առումով Հայաստանի բյուջեից առողջապահական հատկացումները տարիներ շարունակ անբավարար են եղել, ՀՆԱ-ից հատկացումների շատ ցածր չափաբաժիններով (2000թ.՝ 0.8%, 2005թ.՝ 1.52%, 2010թ.՝ 1.56%, 2015թ.՝ 1.61%, 2020թ.՝ 1.46%, 2021թ.՝ 1.47%, 2022թ.՝ 1.5%), այնուամենայնիվ, մայրերին և երեխաներին ուղղված ծրագրային ուղղությունները մշտապես կարևորվել են:

Չնայած միջազգային տնտեսական ճգնաժամին և Առողջապահության ընդհանուր բյուջեի սուղ միջոցներին, 2008թ.-ից մոր և մանկան նպատակային ծրագրի բյուջետային հատկացումները կտրուկ բարձրացան, որի շնորհիվ հաջողվեց մենարկել և շարունակաբար իրականացնել, ինչպես Ծննդոգնության պետական հավաստագրի ծրագիրը՝ (բյուջեն. 2007թ.՝ 2.33; 2008թ.՝ 4.09; 2010թ.՝ 6.05; 2015թ.՝ 6.88, 2019թ.՝ 6.95 մլրդ. դրամ), այնպես էլ՝ Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ծրագիրը (2007թ.՝ 1.64; 2010թ.՝ 3.13; 2011թ.՝ 6.38; 2015թ.՝ 7.88; 2019թ.՝ 8.2 մլրդ դրամ):

2019թ.-ին մոր և մանկան առողջության պահպանման պետական ծրագրի հատկացումները ավելացել են շուրջ 1 մլրդ դրամով (այդ թվում, ծննդոգնությունում բյուջեի ավելացում՝ 700 մլն դրամ, անպտղության հաղթահարում՝ 210 մլն դրամ), իսկ երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության գծով՝ ևս 1.75 մլրդ դրամով, ինչը հնարավորություն տվեց ծրագրում ընդգրկել 0-18 տարիքային խումբը ամբողջությամբ: 2019 թվականին հաջորդիվ՝ բյուջետային հատկացումների դրական զարգացումները եղան շարունակական (2020թ.՝ 19.7; 2021թ.՝ 20.1; և 2022թ.՝ 20.2 մլրդ. դրամ), ինչի շնորհիվ ապահովվեցին ոլորտի ծրագրային արդյունքների դրական զարգացումները:

Հարկ է նշել, որ առողջապահության ոլորտի բյուջետային միջոցները, փոքր բացառություններով, ուղղվում են պետական պատվերի շրջանակներում մատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց ֆինանսական փոխհատուցմանը: Զարգացման ծրագրերին ուղղվող բյուջետային հատկացումները (մարդկային ռեսուրսների կարողությունների հզորացում, ծառայությունների որակի բարելավում, հանրային իրազեկում և այլն) գրեթե բացակայել են համակարգի ֆինանսական փաստաթղթերում:

Այդ ուղղություններով զարգացումները ապահովվել են հիմնականում ի հաշիվ միջազգային կազմակերպությունների ֆինանսական ներդրումների, որն ի դեպ, վերջին տարիներին շարունակաբար նվազել են, իսկ 2019 թվականին հաջորդիվ դոնորական միջոցները հիմնականում ուղղվել են համավարակի դեմ պայքարի և արտակարգ իրավիճակների հաղթահարման ծրագրային միջոցառումներին:

Այսպիսով, վերջին տասնամյակների ընթացքում, շնորհիվ ոլորտային գերակա քաղաքականության և իրականացված նպատակային ծրագրերի, հաջողվել է լուծել համակարգային մի շարք խնդիրներ և գրանցել երեխաների առողջությունը բնութագրող առանձին ցուցանիշների դրական միտումներ: Չնայած այդ փաստին և արձանագրված դրական զարգացումներին, երեխաների և դեռահասների առողջապահության ոլորտում համակարգային խնդիրների որոշակի մաս շարունակում են մնալ չլուծված:

ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄԱՆ ՎՐԱ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԱԾ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ ԵՎ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ներկայացված վերլուծության հիման վրա վեր են հանվել մոր և մանկան առողջության և առողջապահական հետևյալ հիմնախնդիրները.

I. Մոր և մանկան առողջության հետ կապված հիմնախնդիրները

1. Երկրի ժողովրդագրական իրավիճակի գնալով խորացող ճգնաժամ՝ ծնելիության աննախադեպ ցածր մակարդակով, պտղաբերության գումարային գործակցի անգամ պարզ վերարտադրություն չապահովող՝ 1.6 ցուցանիշով, երեխաների թվաքանակի շարունակական կրճատմամբ, բնակչություն ծերացման ահագնացող միտումով:

2. Մայրական մահացության ցուցանիշի բարձր մակարդակ՝ աճի միտումով,

3. Մայրական մահացության կառուցվածքում էքստրազենիտալ ախտաբանությունների ինտենսիվ և էքստենսիվ ցուցանիշների բարձր մակարդակ,

4. Կեսարյան հատումների պրոգրեսիվվող աճող ցուցանիշ,

5. Պտղի սեռի նախապատվությամբ պայմանավորված սելեկտիվ աբորտների շարունակական խնդիր:

6. Անպտղության ցուցանիշի տարածվածության բարձր մակարդակ, վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների սահմանափակ մատչելիության պայմաններում:

7. Նախածննդյան սկրինինգների սահմանափակ ծավալներ, մասնավորապես ոչ ինվազիվ սկրինինգների և թանկարժեք ու բարդ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ հետազոտությունների սահմանափակ հնարավորություններ

8. Նորածնային մահացության ցուցանիշի անկման ցածր տեմպեր, պերինատալ պատճառներից ու բնածին արատներից երեխաների մահվան դեպքերի մեծ տեսակարար կշռով:

9. Մանկական և նորածնային մահացության տարիքային կառուցվածքում վաղ նորածնային շրջանին ընկնող մահացության մեծ չափաբաժին, ինչպես նաև 0-1տ. երեխաների մինչշուրջօրյա մահաբերության ցուցանիշի դեռևս բարձր մակարդակ:

10. Երեխաների հիվանդանոցային, մասնավորապես մինչշուրջօրյա մահաբերության բարձր ցուցանիշներ մարզային մակարդակում:

11. Մինչև 5տ. երեխաների մահացության ցուցանիշի աճի որոշակի միտում վերջին 3 տարիներին, դժբախտ պատահարներից և թունավորումներից 1-5 տարեկանների մահացության բարձր տեսակարար կշռով:

12. Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների մահացության բարձր ցուցանիշներ ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարներով և բռնության դեպքերով պայմանավորված: Այս պատճառներից երեխաների մահացության ցուցանիշները տարիքային խմբերի աճին զուգահեռ բարձրանում են:

13. Ցածր քաշով և անհաս ծնված նորածինների ցուցանիշների զգալի աճ:

14. Զարգացման բնածին արատներով ծնված նորածինների թվի ավելացում:

15. Զարգացման խանգարումների, խրոնիկ հիվանդությունների և դրանցով պայմանավորված հաշմանդամության ցուցանիշների ակնհայտ աճ՝ վերականգնողական ծառայությունների սահմանափակ մատչելիության պայմաններում:

16. Մանկական ազգաբնակչության շրջանում ոչ ինֆեկցիոն ծագման առանձին քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածության աճ՝ դիսպանսեր հսկողության սահմանափակ հնարավորություններով:

17. Երեխաների պատվաստումներով ժամանակին և ամբողջական ընդգրկվածության ցուցանիշների իջեցմամբ պայմանավորված մարտահրավերներ և հակաքարոզչության պատճառով նոր պատվաստանյութերի ներդրման դժվարություններ: Կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների առումով մեծ դժվարությամբ ձեռք բերված արդյունքները պահպանելու գնալով ավելի խորացող խնդիր:

18. Երեխաների հոգեկան առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների աննախադեպ աճ՝ համապատասխան մասնագիտական օգնության սահմանափակ մատչելիության ու մանկական հոգեբույժների սուր պակասի պայմաններում: Հոգեկան առողջության խնդիրը լուրջ մարտահրավեր է հասկապես դեռահասության շրջանում:

19. Կրճրով կերակրման ցուցանիշի անկման միտում, ինչը կասկածի տակ է դնում կրճրով կերակրման խրախուսման ազգային ծրագրի ձեռքբերումները: Երեխաների կրճրով կերակրման

և հավելյալ սնուցման կազմակերպման տարածված սխալ գործելակարգեր, կաթնախառնուրդների գովազդի արգելքի անկատար համակարգ:

20. Շարունակում են օրակարգում մնալ կանանց և երեխաների սնուցման խանգարումների հարցերը, մասնավորապես, կանանց գերքաշության և երեխաների թերսնուցմամբ պայմանավորված թերաճի ու գիրության կրկնակի բեռի հարցը: Գերքաշությունը բարձր է հատկապես կրտսեր դպրոցական տարիքի երեխաների մոտ:

21. Կանանց և երեխաների սակավարյունության մակարդակը շարունակում է մնալ բարձր:

22. Բավարար չէ դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների առողջական կարգավիճակը, պայմանավորված անառողջ կենսակերպով, ներառյալ սննդային վատ սովորույթները, ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը, վնասակար վարքագծային սովորությունները:

II. Մոր և մանկան առողջապահական/համակարգային խնդիրները

Սույն վերլուծության շրջանակներում բացահայտված համակարգային խնդիրները ստորև ներկայացվում են ըստ առողջապահության ոլորտի հիմնական գործառույթների: Այն է.

1. Կառավարում և կազմակերպում

- 1) Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում մատուցվող ծառայությունների մատչելիության և որակի ոչ բավարար մակարդակ և հասանելիության սահմանափակ հնարավորություններ, հատկապես մարզերում:
- 2) Երեխաներին և կանանց ծառայություններ մատուցող մարզային բժշկական կազմակերպությունների մարդկային ռեսուրսներով և սարքավորումներով ու պարագաներով հագեցվածության ոչ բավարար մակարդակ:
- 3) Մանկան զարգացման գնահատման, շեղումների վաղ հայտնաբերման ու վաղ միջամտության, հիվանդությունների և հաշմանդամության կանխարգելման անհրաժեշտ ենթակառուցվածքների ու պայմանների, մարդկային ռեսուրսների և մասնագիտական կարողությունների անբավարար մակարդակ:
- 4) Մանկական հիվանդանոցային բեռի՝ երեխաների հոսպիտալացումների թվի շարունակական աճ: Մայրաքաղաքի ոչ բոլոր մանկական ստացիոնարն ունեն համապատասխան հագեցվածությամբ ու պայմաններով արտահիվանդանոցային անհետաձգելի բուժօգնության ստորաբաժանումներ, ինչը մասսամբ կարող է նպաստել շուրջօրյա բուժօգնության մահճակալների անհարկի բեռնվածության նվազմանը:
- 5) Բուժօգնության մատչելիության խնդիրը ակտուալ է հատկապես մարզային հիվանդանոցային բուժհաստատությունների վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայությունների առումով: Բացառությամբ Գյումրի քաղաքի, մարզերում

գործնականում բացակայում են երեխաների և/կամ նորածինների վերակենդանացման և անհետաձգելի բուժօգնության հնարավորությունները:

6) Մանկաբուժական մասնագիտացված բուժօգնության ոլորտում ըստ մակարդակների բուժօգնության կազմակերպման, ենթակառուցվածքների, գործառույթների և ծավալների տարանջատման հարցերում հստակություն բացակայություն: Անկատար է հիվանդ երեխաների մասնագիտական խորհրդատվության և ուղեգրման համակարգը

7) Երեխաների և դեռահասների առողջապահական ոլորտում աճի և զարգացման գնահատման և շարունակական հսկողության գործընթացի անկատարություն: Հանրապետությունում բացակայում է երեխաների սնուցման, գնահատման ռուտին մոնիտորինգային գործուն համակարգը՝ տվյալների պարբերական հավաքագրմամբ և վերլուծությամբ:

8) Կրծով կերակրման խրախուսման, արհեստական կաթնախառնուրդների մարկետինգի վերաբերյալ ազգային օրենսդրության կիրարկման մեխանիզմների անկատարություն, մոնիտորինգի բացակայություն:

9) Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում ցուցաբերվող բուժօգնության որակի ապահովման լուրջ խնդիրներ, որակի կառավարման թույլ համակարգ, վերահսկման մեխանիզմների և գնահատման չափորոշիչների բացակայություն:

10) Վարման ժամանակակից, ապացուցողական բժշկության դրույթների հիմքի վրա մշակված կլինիկական ուղեցույցների և գործելակարգերի վերանայման անհրաժեշտություն, առկաների սահմանափակ կիրառում:

2. Ծառայությունների մատուցում

1) Առկա է ծննդօգնության ծառայությունների որակի բարելավման, գործելակարգերի և ուղեցույցների վերանայման և լրամշակման անհրաժեշտություն՝ պացիենտին բարյացակամ առողջապահական գործելակերպի, մասնավորապես բնականամետ և ծննդաբերին աջակից անձի մասնակցությամբ ծննդաբերության վարման գործընթացի ներդրման տեսանկյունից;

2) Առկա է երեխաներին և կանանց միտված առողջապահական մասնագիտացված ծառայությունների հասանելիության խնդիր: Թե՛ ամբուլատոր և թե՛ ստացիոնար մասնագիտացված բուժօգնության կառույցները հիմնականում կենտրոնացված են Երևանում և ոչ լրիվ ծավալով՝ մի քանի տարածաշրջաններում (Գյումրի, Վանաձոր):

3) Թեև որոշակիորեն կանոնակարգվել են հիվանդ նորածինների ուղեգրման և տեղափոխման համակարգի հետ կապված ընթացակարգերը, այնուամենայնիվ, առկա

ռեսուրսների սահմանափակ լինելու պատճառով հաճախ այդ գործընթացի իրականացումը դառնում է խնդրահարույց:

4) Ծննդօգնության հաստատություններում շարունակում է խնդիր մնալ նորածինների խնամքի և կրծքով սնուցման գործելակերպի բարելավման անհրաժեշտությունը: 2010թ. հետո գրեթե դադարել է Մանկանը բարեկամ ծննդատուն՝ նախախաձեռնության ներդրումը, ծննդատներում է առկա չեն կրծքով կերակրման խրախուսմանը աջակցող պայմաններ և ԿԿ խորհրդատվության հմտություններին տիրապետող անձնակազմ:

5) Վերականգնողական անվճար բուժօգնության պահանջարկին 3-4 անգամ զիջող սահմանափակ հնարավորություններ, վերականգնողական մարզային և համայնքային ծառայությունների խիստ պակաս ինչպես ծավալների, այնպես էլ տեղակայման առումով: Երեխայի զարգացման գնահատման և վերականգնողական մարզային և համայնքային ծառայությունների ոչ բավարար մատչելիություն:

6) Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում կանխարգելիչ ծրագրային ուղղությունների, սկրինինգային ծրագրերի ընդլայնման հնարավորությունները սահմանափակ են: Առկա է զարգացման խնդիրների և հաշմանդամության հանգեցնող հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման, համապարփակ ախտորոշման և վաղ միջամտության դեռևս ոչ բավարար մակարդակ:

7) Մանկական պալիատիվ խնամքի կազմակերպման հնարավորությունները սահմանափակ են, գրեթե բացակայում են, բացառությամբ օնկոլոգիական հիվանդություններով տառապող երեխաների համար նախատեսված պալիատիվ խնամքի բաժանմունքի պիլոտային ծրագրի:

8) Չնայած հանրապետությունում «Ղեռահասներին բարյացակամ» առողջապահական ծառայությունների տարբեր մոդելների ներդրման փորձերին և պոլիկլինիկաներում ղեռահասների կաբինետների առկայությանը, դրանք հիմնականում զբաղվում են տղաների նախազորակոչային խնդիրներով և չունեն «բարյացակամ» ծառայությունների մատուցման հմտություններ և կարողություններ:

3. Մարդկային ռեսուրսներ և մասնագիտական հմտություններ

1) Ընդհանուր առմամբ կադրային ապահովվածության, և մասնավորապես, մանկաբուժական ծառայության ոլորտի մասնագետներով հագեցվածության հարցը առողջապահական ներկայիս ամենալուրջ հիմնախնդիրներից է: Մարզային առանձին բուժհաստատություններում վիրահատող մանկաբարձ-գինեկոլոգների, նեոնատոլոգների, մանկական նեղ մասնագետների, մասնավորապես

ռեանիմատոլոգների և անեսթեզիոլոգների բացակայությունը դարձել է օրակարգային հարց :

2) Մանկաբուժական կադրերի/բուժանձնակազմի «ծերացման» և երիտասարդ մասնագետների պակասի խնդիրն առկա է ոչ միայն մարզերում, այլև է դրսևորվել նույնիսկ մայրաքաղաքում:

3) Առանձնահատուկ խնդիր է մարզերում նեղ մասնագետների պակասը: Երեխաներին սպասարկող «մեծահասակների» նեղ մասնագետների՝ մանկան աճի ու զարգացման, մանկական հիվանդությունների վերաբերյալ գիտելիքները բավարար չեն՝ պատշաճ որակի բուժօգնություն ցուցաբերելու համար:

4) Առկա է բուժաշխատողների մասնագիտական հմտությունների շարունակական զարգացման և ապացուցողական գործելակարգերի ներդրման անհրաժեշտություն:

5) Լուրջ հիմնախնդիր է մասնագիտական գործունեության որակի գնահատման հարցը, բացակայում են ամբուլատոր և ստացիոնար բուժօժանոթություն մատուցողների աշխատանքային նկարագրերը՝ պարտականությունների և իրավունքների սահմանմամբ:

6) Բարձրագույն բժշկական կրթության հետբուհական համակարգը Հայաստանում բավարար իրավական կարգավորումներ չունի: Երկրում իրականացվող հետբուհական կրթական ծրագրերը չունեն որակի ապահովման և որակի վերահսկողության մեխանիզմներ: Գործող մասնագիտությունների ցանկը վերանայման գործընթացում է, մասնագիտությունների որակական բնութագրերը գրեթե բացակայում են:

4. Ֆինանսավորում

1) Մոր և մանկան նպատակային ծրագրի շրջանակներում բուժօգնության և սպասարկման համար հատկացվող բյուջետային հատկացումները դեռևս բավարար չեն անհրաժեշտ ծառայությունները պատշաճ կազմակերպելու համար, հատկապես ԱԱՊ օղակում:

2) Իրատեսական ծախսերից էականորեն տարբերվող պետության կողմից փոխհատուցվող գները անբավարար են բժշկական ծառայությունների իրական ծախսերը փակելու, բուժաշխատողներին ինքնաբավ աշխատավարձ տալու համար, ինչը համակարգում սովերային շրջանառության և բուժօգնության սահմանափակ մատչելիության հիմնական պատճառ է դառնում:

3) Անհանգստացնող է ոլորտի հիվանդանոցային թանկ ծառայությունների բեռի աճի միտումը՝ ԱԱՊ համակարգի գնալով նվազող դերակատարման ֆոնի վրա

4) Առկա է առաջնային օղակում երեխաներին ծառայություններ տրամադրող բուժաշխատողների աշխատավարձի բարձրացման և վարձատրման մեխանիզմների կատարելագործման անհրաժեշտություն՝ ուղղված մոտիվացված աշխատանքի և որակի բարելավմանը:

III. Մոր և մանկան առողջության և առողջապահական ծառայությունների բարելավման հիմնական առաջարկությունները

1. Առողջապահական ծառայությունների բարելավում

- 1) Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների որակի և մատչելիության շարունակական բարելավում, ենթակառուցվածքների և մարդկային ռեսուրսների կարողությունների հզորացում:
- 2) Պետական պատվերի շրջանակներում մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում տրամադրվող ծառայությունների համար անհրաժեշտ ֆինանսական հատկացումների շարունակական աճի ապահովում, մատուցվող ծառայությունների փաթեթների ընդլայնում:
- 3) Ծննդօգնության և մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների ըստ մակարդակների սահմանված չափանիշներին համապատասխանեցման շարունակական աշխատանքներ, սարքավորումներով և կադրային ներուժով հագեցվածության ապահովում:
- 4) Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտի ԱԱՊ ծառայությունների կարողությունների հզորացում շեշտադրելով մարզային բուժհաստատությունների կարիքները:
- 5) Մարդկային ռեսուրսների անընդմեջ աճող հիմնախնդրի հաղթահարում, հատկապես մարզերում մոր և մանկան ոլորտի մասնագետներով ապահովվածության բարելավում:
- 6) Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտի բուժաշխատողների շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերի իրականացում՝ միջազգային կազմակերպությունների, մասնագիտական ասոցիացիաների հետ համագործակցության պայմաններում:

2. Մայրություն

- 1) Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշների բարելավում՝ ուղղորդված առողջապահական ծրագրային միջոցառումների

- իրականացման միջոցով՝ ներառյալ պերինատալ կորուստների նվազեցման և կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրերը:
- 2) Ծննդոգնության ծառայությունների արդիականացում, անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների ուժեղացում:
 - 3) Բուժաշխատողների գիտելիքների և հմտությունների բարելավման աշխատանքներ, ապացուցահեն գործելակարգերի ներդրմամբ՝ ուղղված ծննդոգնության անվտանգ և ապահով ծառայությունների մատուցմանը:
 - 4) Հղիների նախաձննդյան հսկողության ծառայությունների կարողությունների հզորացմանը և կատարողականի բարձրացմանը, որպես արդյունք՝ պրենատալ ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերմանն ու բարդությունների կանխարգելմանն ուղղված գործողությունների շարունակական ընդլայնում՝ պետական հատկացումների շրջանակներում:
 - 5) Հղիների վարման/հսկողության որակի բարելավում, հղիության և պտղի ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման հնարավորությունների ընդլայնում, անտենատալ սկրինինգների կատարողականի բարձրացում, պտղի և մոր հիվանդությունների վաղ ախտորոշմանն ու բուժման գործելակարգերի վերանայում, լրամշակում:
 - 6) Ծննդոգնության հաստատություններում «պացիենտին բարեկամ» առողջապահական ծառայությունների ներդրում՝ միջազգային փորձին և ստանդարտներին համապատասխան: Մասնավորապես, բարեհամբյուր և բարյացակա միջավայրի ստեղծում, բնականամետ և ծննդաբերին աջակից անձի մասնակցությամբ ծննդաբերության վարման գործընթացի ապահովում:
 - 7) «Դուլաների ինստիտուտի» ներդրման իրավական կարգավորումների մշակում և իրականացում՝ ծննդոգնության բոլոր հաստատություններում՝ պետական միջոցների հաշվին դուլայի ծառայությունների փոխհատուցում:
 - 8) Կեսարյան հատումների նվազեցմանն ուղղված ծրագրային համալիր միջոցառումների մշակում և իրականացում, հիմք ընդունելով ԱՀԿ հանձնառությունները,
 - 9) Անպտղության հաղթահարման ծրագրի շարունակական իրականացում, ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը՝ հետագա զարգացումների ապահովմամբ:
 - 10) Սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարի ծրագրի շարունակական իրագործում՝ միջսեկտորալ համագործակցության պայմաններում, սեռով պայմանավորված պտղի

կորուստների նվազեցման միջոցառումների իրականացում, օրենսդրության կիրառման ապահովում:

3. Մանկություն

- 1) Մանկական վերակենդանացման և նորածնային ինտենսիվ թերապիայի ու խնամքի ծառայությունների ուժեղացում՝ հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ մանկական մահացության կառուցվածքում նեոնատալ մահացությունն ունի գերակշիռ մասնաբաժին,
- 2) Առողջ և հիվանդ երեխաների վարմանն առնչվող ապացուցահեն գործելակարգերի և մասնագիտական ուղեցույցների ստեղծման, վերանայման և ներդրման ապահովում,
- 3) Առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում բուժաշխատողների մոտիվացված աշխատանքի խթանում, պատրոնաժ աշխատանքների ուժեղացում,
- 4) Նորածնային մահացության և հիվանդացության ցուցանիշների նվազեցմանն ուղղված արդյունավետ միջոցառումների իրականացում, հատկապես՝ անհաս և ցածր քաշով ծնված երեխաների շրջանում,
- 5) Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության կրճատում, այն թվում փորլուծային և շնչառական հիվանդություններով, ինչպես նաև դժբախտ պատահարներով պայմանավորված:
- 6) Կրծքով կերակրման աջակցության ծրագրային միջոցառումների մշակում և իրականացում: Ծննդատներում և հաջորդիվ՝ տնային պայմաններում երեխաների սնուցման և խնամքի գործելակարգերի բարելավում:
- 7) Հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և ախտորոշման բարելավում, նեոնատալ սկրինինգների ընդլայնում:
- 8) Իմունոկանխարգելման ազգային ծրագրի իրականացում, կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի արդյունավետության բարձրացում
- 9) Երեխայի զարգացման խանգարումների և մանկական հաշմանդամության կանխարգելման և վերականգնողական բուժօգնության մատչելիության և հասանելիության բարելավում,
- 10) Դեռահասների առողջական վիճակի և այդ ուղղությամբ նրանց գիտելիքների բարելավում, ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարների և բռնության դեպքերի նվազեցման միջոցառումների իրականացում:
- 11) Դպրոցահասակ երեխաների շրջանում առողջ ապրելակերպին, ֆիզիկական ակտիվությանը, սնուցմանը, ռիսկային վարքագծին, սեռական և վերարտադրողական

առողջությանը, ֆիզիկական և հոգեկան առողջությանը վերաբերվող գիտելիքների և վարքագծի բարելավում

- 12) Երեխաների հոգեկան առողջության բարելավմանն ուղղված մասնագիտական բուժօգնության հասանելիության և որակի բարձրացում, մանկական հոգեբույժների պատրաստման, ծառայությունների մատուցման ենթակառուցվածքների ընդլայնում:
- 13) Մանկական տրավմատիզմի և դժբախտ պատահարների կանխարգելման ծրագրային միջոցառումների շարունակական իրականացում,
- 14) Մանկական պալիատիվ խնամքի ծավալների հստակեցում, մանկական պալիատիվ խնամքի ծառայությունների ընդլայնում:

ԳԼՈՒԽ 4

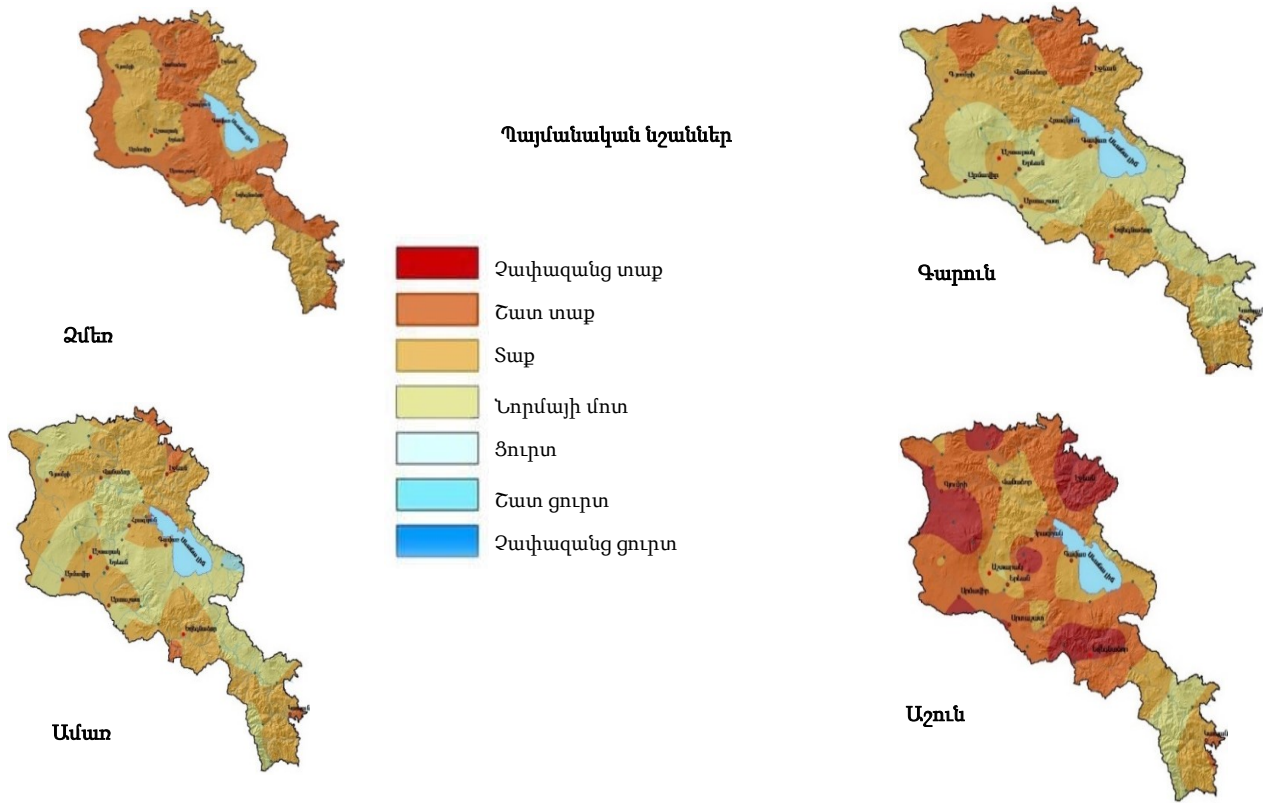
ԿԼԻՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կլիմայի փոփոխության դրսևորումները ըստ ազդեցության գործոնների

Հայաստանի տարածքը գտնվում է Հայկական լեռնաշխարհի հյուսիս-արևելյան հատվածում, Կովկասի և Առաջավոր Ասիայի սահմանագծում: Հայաստանը հյուսիսից սահմանակից է Վրաստանին, արևելքից՝ Ադրբեջանին, արևմուտքից և հարավ-արևմուտքից՝ Թուրքիային, հարավից՝ Իրանին: ՀՀ տարածքը 29,743 կմ² է: Հայաստանը լեռնային երկիր է. տարածքի 76.5% գտնվում է ծովի մակերևույթից 1000-2,500 մ բարձրության վրա: Հայաստանը կլիմայական հակադրությունների երկիր է. ամենավոքր տարածությունների վրա անգամ նկատվում են բարդ ռելիեֆով պայմանավորված կլիմայի զգալի տարբերություններ: Հանրապետության տարածքում առկա են կլիմայի գրեթե բոլոր տարատեսակները՝ չոր մերձարևադարձայինից մինչև ցուրտ բարձրլեռնային:

Ջերմաստիճան. Օդի միջին տարեկան ջերմաստիճանը 5.50 C է: Միջին տարեկան ամենաբարձր ջերմաստիճանը 12-140 C է: 2.500 մ և ավելի բարձրությունների վրա դիտվում են միջին տարեկան բացասական ջերմաստիճաններ: Ամառը բարեխառն է, հուլիս ամսվա միջին ջերմաստիճանը 16.70C է, իսկ Արարատյան դաշտում այն տատանվում է 24-260C-ի սահմաններում: Գրանցված բացարձակ առավելագույն ջերմաստիճանը 43.70C է: Ձմեռը ցուրտ է: Հունվարը ձմռան ամենացուրտ ամիսն է, որի միջին ջերմաստիճանը կազմում է -6.70C: Բացարձակ նվազագույն ջերմաստիճանը դիտվել է -420C: Հանրապետության հյուսիս-արևելյան և հարավ-արևելյան շրջաններում ձմեռը բարեխառն է:

Գծապատկեր 44. Օդի ջերմաստիճանի բնութագիր, 2020թ.

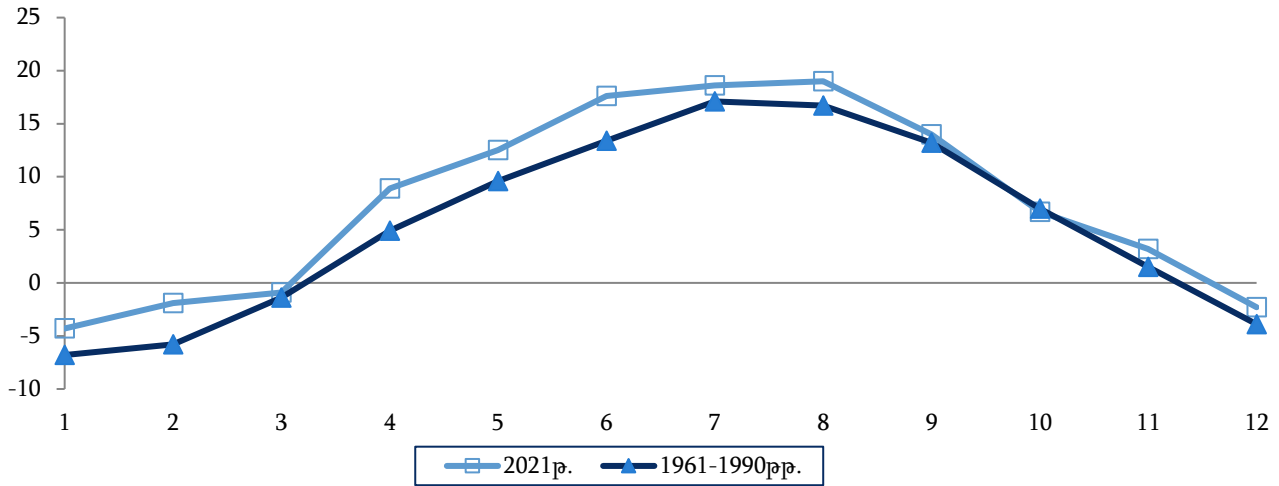


2020 և 2021 թվականներն պահպանվել են նախորդ տարիների միտումները:

Օդի միջին տարեկան ջերմաստիճանը կազմել է համապատասխանաբար՝ 6.9 և 7.60C, իսկ շեղումը 1961-1990 թվականների նորմայից⁷³՝ 1.4 և 2.1 (Միջին ջերմաստիճանի 1961-1990թթ. նորման, 5.50C): 2021 թվականը դասվել է տաք տարիների շարքին, այն երրորդ տաք տարին է 2010 և 2018 թվականներից հետո (շեղումները նորմայից համապատասխանաբար կազմել են 2.7 և 2.50C):

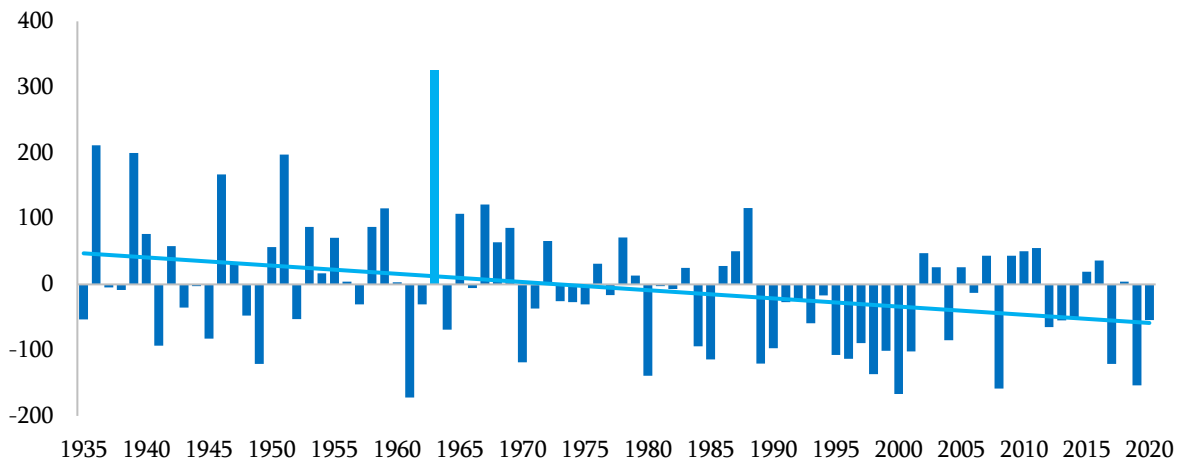
⁷³ 1961-1990թթ. Համաշխարհային օդերևութաբանական կազմակերպության (ՀՕԿ) կողմից ընդունված ստանդարտ ժամանակահատվածն է, որի միջին արժեքն ընդունվել է որպես նորմա:.

Գծապատկեր 45. Օդի միջին ամսական ջերմաստիճանը և նորմաները, 2021



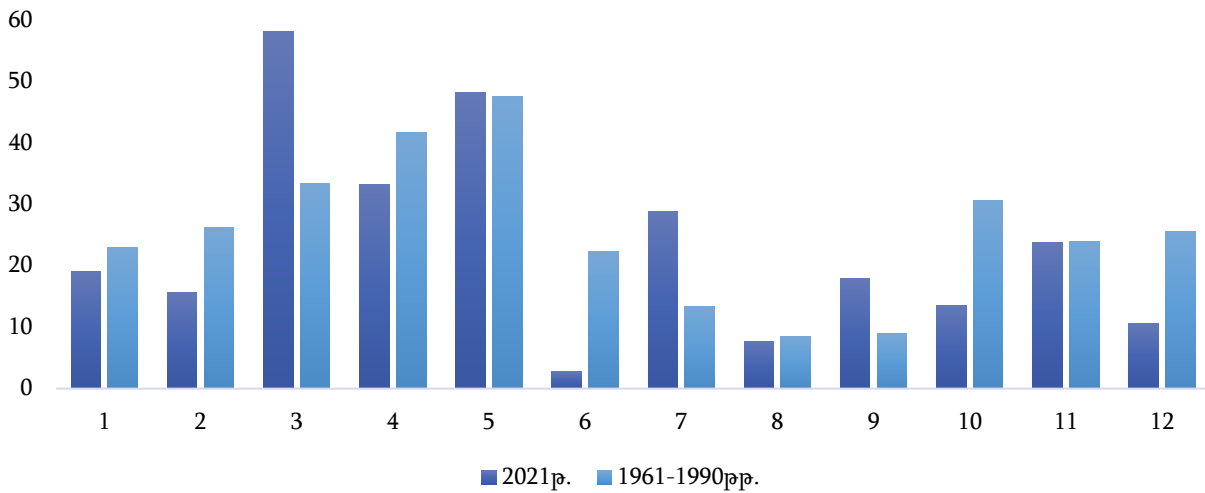
Տեղումներ. 1935թ. սկսած տարբեր ժամանակահատվածների համար գումարային տեղումների քանակի փոփոխության գնահատականների համեմատությունը ցույց է տալիս, որ տեղումների նվազման միտումը պահպանվել է նաև 2020 թվականին:

Գծապատկեր 46. Տեղումների տարեկան քանակը և շեղումները 1961-1990թթ. Նորմայի նկատմամբ, 1935-2020թթ. մմ



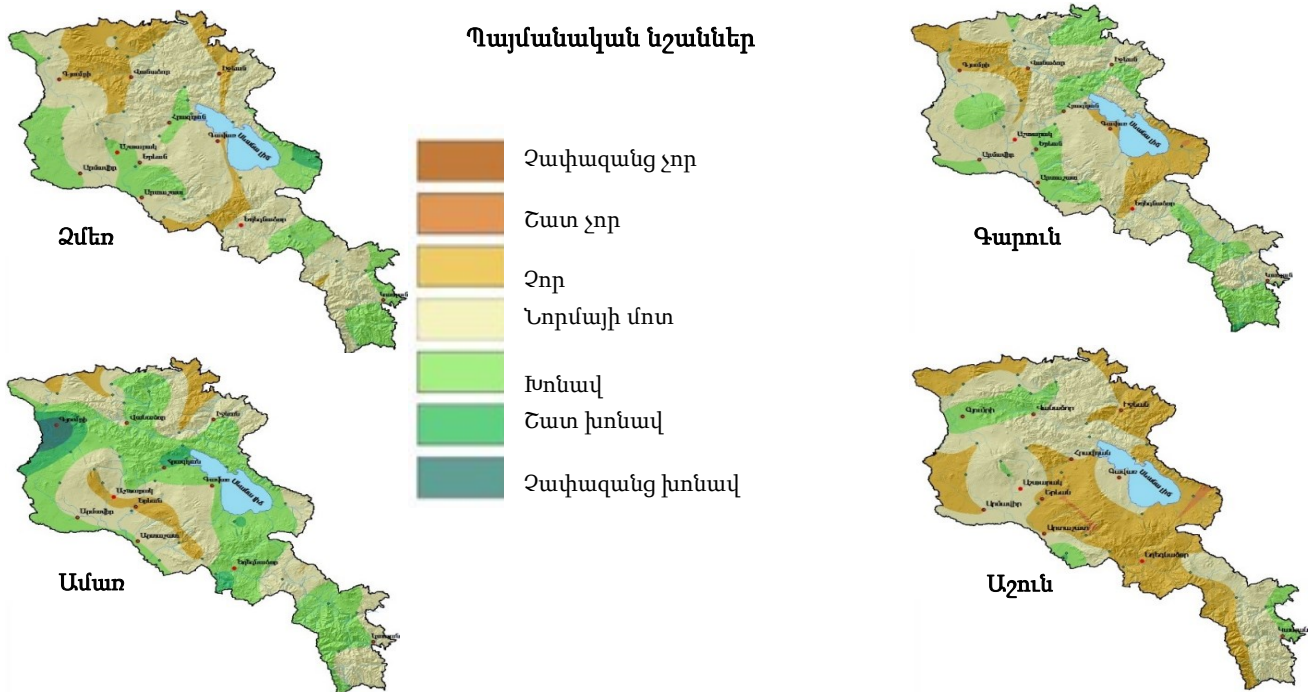
Տեղումների քանակը կազմել է 538.0 մմ, ինչը պակաս է եղել տեղումների 1961-1990 թվականների նորմայից -54.0 մմ-ով: Տարվա բոլոր ամիսներին (բացառությամբ ապրիլ ամիսը) տեղումների քանակը պակաս է եղել նորմայից, ինչը էական խնդիրներ է ստեղծում ձմռան ամիսներին ջրահավաք ավազանի համար, իսկ գարնանից-աշուն երաշտի պատճառ է դառնում:

Գծապատկեր 47. Տեղումների ամսական քանակը և նորմաները, 2021թ. մմ.



Տեղումների փոփոխության տարածական բաշխվածությունը բավականին անկանոն է: 1935-2021 թվականների ընթացքում երկրի հյուսիսային (Վանաձոր, Ստեփանավան), հարավային (Մեղրի) և կենտրոնական (Արարատյան դաշտ) շրջաններում կլիման դարձել է ավելի չորային, իսկ Շիրակի դաշտում, Սևանա լճի ավազանում, Ապարան-Հրազդան շրջաններում տեղումների քանակն ավելացել է:

Գծապատկեր 48. Տեղումների բնութագիր, 2020թ.



«Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ:

Հիդրոոդերևութաբանական երևույթներ. Առողջության համար սպառնալիք հանդիսացող կլիմայական գործոններից են հիդրոոդերևութաբանական վտանգավոր երևույթները: Ինչպես

ներկայացված է ստորև բերված աղյուսակում վերջին տարիներին արձանագրվել է հիդրոօդերևութաբանական վտանգավոր երևույթների ցիկլային հաճախականություն:

Աղյուսակ 11. Վտանգավոր օդերևութաբանական երևույթների դեպքերի քանակը, 2016-2021., միավոր

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ուժեղ քամի (արագությունը 25 մ/վրկ և ավելի)	23	14	11	35	8	8
Ուժեղ մառախուղ (տեսանելիությունը 50 մ-ից ոչ ավել)	16	43	29	21	24	29
Ուժեղ անձրև (30 մմ և ավելի մինչև 12 ժամվա ընթացքում)	8	7	9	4	16	5
Ուժեղ ձյուն (20 սմ և ավելի մինչև 12 ժամվա ընթացքում)	10	3	2	1	1	3
Խոշոր կարկուտ (տրամագիծը 20 մմ և ավել)	7	5	1	5	-	-
Սաստիկ շոգ (հովտային շրջաններում՝ $\geq +40^{\circ}\text{C}$, նախալեռնային շրջաններում՝ $\geq +35^{\circ}\text{C}$, լեռնային շրջաններում՝ $\geq +32^{\circ}\text{C}$)	1	14	17	10	1	2
Ուժեղ բուք (≥ 10 մ/վրկ, 12 ժամ տևողությամբ, ≤ 50 մ տեսանելիությամբ)	...	2	-	-	-	-
Ընդամենը	65	88	69	76	50	47

Տարերային վտանգավոր երևույթներ. Վերը նշված գործոնների համատեքստում, առողջության վրա անմիջական ազդեցության ներուժի տեսանկյունից բնական երևույթների հաջորդ խումբը Տարերային վտանգավոր երևույթներ են, որոնց 2020 թվականին բաժին է ընկել գրանցված արտակարգ դեպքերի 3.3%-ը (տուժել է 6 մարդ՝ 5 զոհ, 1 վիրավոր, 1932 մարդ տարհանվել է):

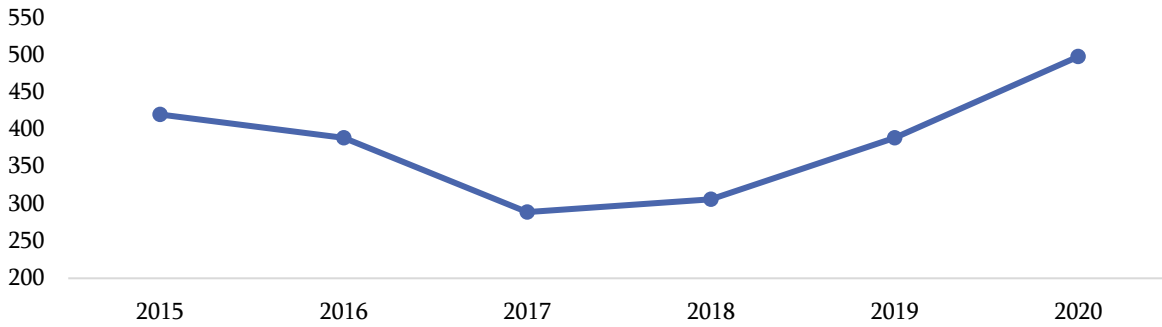
Աղյուսակ 12. Գրանցված տարերային վտանգավոր երևույթների քանակն ու տուժածների թվաքանակն ըստ տեսակի, 2020թ.

	Արտակարգ դեպքերի քանակը, միավոր	Տուժած մարդկանց թվաքանակը, մարդ ընդամենը	այդ թվում՝		Տարահանվել են, մարդ
			գոհվել են	վիրավորվել են	
Ուժեղ քամի, փոթորիկ, սրբիկ, պտտահողմ, փոշեփոթորիկ	70	-	-	-	-
Ամպրոպ, կայծակ	5	1	1	-	-
Կարկուտ	53	-	-	-	-
Տեղատարափ անձրև	18	-	-	-	37
Ձյան առատ տեղումներ	1	-	-	-	-
Սողանք, հողասահք	8	-	-	-	-
Բուք, ձյունահողմ	9	-	-	-	1665
Մերկասառույց	32	-	-	-	210
Ձնահյուս	2	4	3	1	-
Ցրտահարություն վեգետացիոն շրջանում	8	-	-	-	-
Մելավ	4	-	-	-	-
Հեղեղում, գետերի վարարումներ	9	-	-	-	1
Դարավիուլ (փլվածք, նստվածք)	6	1	1	-	-
Քարաթափվածք	47	-	-	-	19
Անտառային հրդեհ	30	-	-	-	-
Երկրաշարժ	33	-	-	-	-
Վայրի կենդանիների հարձակում	163	-	-	-	-
Ընդամենը	498	6	5	1	1932

Աղբյուրը՝ ՀՀ ՎԿ Շրջակա միջավայրը և բնական պաշարները ՀՀ-ում 2020թ Տեղեկագիր <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2420>

ՀՀ տարածքում 1975-2016 թվականների ընթացքում դիտված վտանգավոր երևույթների գումարային դեպքերի միջին քանակը 1961-1990թթ. միջինի (168 դեպք) նկատմամբ աճել էր շուրջ 40 դեպքով, ինչը կազմում էր բազմամյա միջին արժեքի 23.5%-ը: Ուշադրության է արժանի այն իրողությունը, որ 2016 և 2017 թվականներին դեպքերի քանակի շարունակական կրճատումից հետո, հետագա տարիներին արձանագրվել է գրանցված տարերային վտանգավոր երևույթների գումարային դեպքերի շեշտակի աճ: 2020 թվականին գրանցված դեպքերի քանակը գերազանցել է 2017 թվականի ցուցանիշը 209 դեպքով կամ 72.3%-ով:

Գծապատկեր 49. Գրանցված տարերային վտանգավոր երևույթների գումարային քանակը, 2015-2020թթ., միավոր



Աղբյուր՝ Շրջակա միջավայրի նախարարություն, «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ: Հայաստանի բնապահպանական վիճակագրությունը 2020 թվականին և ցուցանիշների 2016-2020թթ. շարժընթացը <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2422>

Կլիմայի փոփոխության ազդեցությունը առողջության վրա

Կախված երկրի աշխարհագրական, բնակլիմայական և կենսամիջավայրի այլ առանձնահատկություններից, ինչպես նաև բնակչության սոցիալ-տնտեսական և ժողովրդագրական բնութագրիչներից, կլիմայի և եղանակային պայմանների փոփոխության ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա կարող է լինել նշանակալից և բազմազան: Ազդեցության գործոնների շրջանակը խիստ ընդգրկուն է՝ ներառելով եղանակային ու ջերմաստիճանային պայմաններից մինչև հիդրոոդերևութաբանական և տարերային վտանգավոր երևույթների ազդեցությունը:

Կլիմայի փոփոխության սպառնալիքները տարբեր են նաև ըստ իրենց թիրախի ընդգրկման շրջանակի (անհատական, խմբային, ազգային, տարածաշրջանային), ազդեցության ժամանակի (կարճաժամկետ, թե երկարաժամկետ), հետևանքների չափի և դրսևորման ձևի (հիվանդացություն, մահացություն, կյանքի որակի նվազում և այլն) և ազդեցության ձևաչափի (առանձին, զուգակցված, խմբային և այլն):

Հանրագումարում, կլիմայի փոփոխության ազդեցությունը առողջության վրա դրսևորվում է երկու եղանակով. Առաջինը առողջական այն խնդիրների ծանրության կամ հաճախականության (տարածվածության) փոփոխությունն է, որոնք արդեն իսկ ենթակա են կլիմայական և եղանակային գործոնների փոփոխության ազդեցությանը: Եվ երկրորդ՝ առաջանում են աննախադեպ կամ անկանխատեսելի առողջական խնդիրներ կամ առողջության

սպառնալիքներ այն վայրերում և բնակչության այն խմբերի մոտ, որտեղ դրանք նախկինում չեն եղել:⁷⁴

Անկախ այն իրողություններից, թե յուրաքանչյուր կոնկրետ իրավիճակում և ժամանակի պահին, որքանով է ակնհայտ և չափելի առողջության վրա կլիմայի փոփոխության ռիսկերի ազդեցությունը, ընդհանրության մեջ այն հանգում է կլիմայի փոփոխության նկատմամբ բնակչության և առանձին անհատների խոցելիությանը: Ըստ այդմ, որոշ սահմանումներ և հասկացություններ կարող են օգտակար լինել ինչպես խոցելիության, այնպես էլ՝ կլիմայի փոփոխություններին հարմարվելու և արձագանքելու գործողությունների մշակման կամ անհատական վարք ձևավորելու համար:

Մտորև ներկայացվող հասկացությունները մշակված են Կլիմայի փոփոխության միջկառավարական խմբի (IPCCC) կողմից և ներկայացված են կլիմայի փոփոխության մեղմմանը և հարմարվողականությանը վերաբերող մեթոդաբանական երաշխավորություններում:⁷⁵

Խոցելիությունը կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության ազդակիր լինելն է բացասական ներգործության ենթարկվելու իմաստով: Այն ներառում է երեք տարր՝ ազդեցություն, զգայունություն և փոփոխությանը հարմարվելու կամ դրան դիմակայելու կարողություն:

Ազդեցությունը մարդու և/կամ մարդկանց խմբի վրա կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված մեկ կամ մի քանի կենսաբանական, քիմիական կամ ֆիզիկական սթրեսային գործոնների ներգործությունն է: Այդ ներգործությունը կարող է տեղի ունենալ մեկ անգամ կամ ժամանակի ընթացքում բազմիցս և կարող է առաջանալ մեկ վայրում կամ ավելի լայն աշխարհագրական տարածքում:

Զգայունությունը կլիմայի փոփոխականության և փոփոխության դրական կամ բացասական ազդեցության աստիճան է մարդու կամ հանրության վրա:

Հարմարվողական կարողությունները համայնքների, հաստատությունների կամ մարդկանց կարողությունն է՝ հարմարվելու կլիմայի փոփոխության հնարավոր վտանգներին,

⁷⁴ USGCRP, 2016: The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. Crimmins, A., J. Balbus, J.L. Gamble, C.B. Beard, J.E. Bell, D. Dodgen, R.J. Eisen, N. Fann, M.D. Hawkins, S.C. Herring, L. Jantarasami, D.M. Mills, S. Saha, M.C. Sarofim, J. Trtanj, and L. Ziska, Eds. U.S. Global Change Research Program, Washington, DC, 312 pp. <http://dx.doi.org/10.7930/J0R49NQX>

⁷⁵ IPCC, 2014: Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Field, C.B., V.R. Barros, D.J. Dokken, K.J. Mach, M.D. Mastrandrea, T.E. Bilir, M. Chatterjee, K.L. Ebi, Y.O. Estrada, R.C. Genova, B. Girma, E.S. Kissel, A.N. Levy, S. MacCracken, P.R. Mastrandrea, and L.L. White (Eds.), 1132 pp. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, NY. <http://www.ipcc.ch/report/ar5/wg2/>.

Планы действий по защите здоровья населения от воздействия аномальной жары, Руководство, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2011, ст. 6.

օգտվելու այդ վտանգներից պաշտպանվելու հնարավորություններից կամ արձագանքելու դրանց հետևանքներին: Հարմարվելու ունակությանը զուգահեռ դիտարկվում է նաև արտաքին միջավայրի փոփոխություններին արձագանքելու ճկունությունը, ինչը մարդկանց կողմից անբարենպաստ իրադարձություններին նախապատրաստվելու, կանխարգելելու, վերականգնվելու և ավելի հաջող հարմարվելու տեմպն է:

Ռիսկը կլիմայի փոփոխության հետևանքների զարգացման ներուժն է, մարդու առողջության համար վտանգի կամ վնասի հավանականությունը: Ռիսկը հաճախ ներկայացվում է որպես վտանգավոր իրադարձության առաջացման հավանականություն՝ բազմապատկված այդ իրադարձության ազդեցությունների ակնկալվող ծանրությամբ:

Մթերես գործոնները իրադարձություններ կամ միտումներ են՝ կապված կլիմայի փոփոխության կամ այլ գործոնների հետ, որոնք մեծացնում են առողջության խոցելիությունը: Առողջության վրա կլիմայի փոփոխության ազդեցության ենթաստեքստով, կարևորվում է նաև բնակչության խոցելի խմբերի նույնականացումը: Օրինակ, ջերմաստիճանի փոփոխության նկատմամբ առավել խոցելի են բնակչության այն տարիքային խմբերը, որոնց օրգանիզմը ֆիզիոլոգիապես ունակ չէ արագ արձագանքելու արտաքին ջերմային ճնշումներին և կարգավորելու մարմնի ներքին ջերմաստիճանը: Այդ խմբերն են մեծահասակները, մանուկներն ու երեխաները, քրոնիկ հիվանդություններ ունեցողներն ու բարձր ջերմաստիճանի պայմաններում ներքին ջերմության կարգավորմանն ու կենսական օրգանների գործառնությանը խոչընդոտող դեղամիջոցներ ընդունող հիվանդները:

Առողջության վրա կլիմայի փոփոխության ուղղակի ազդեցությունից զատ, էական նշանակություն ունեն նաև հարակից նպաստող կամ զսպող գործոնները կամ հանրային բնութագրիչները: Մարդիկ կամ համայնքները կարող են ավել կամ պակաս խոցելի լինել առողջական ռիսկերի նկատմամբ՝ կախված սոցիալական, քաղաքական և տնտեսական գործոններից, որոնք միասին հայտնի են որպես առողջության սոցիալական որոշիչ գործոններ:

Որոշ խմբեր անհամաչափ անբարենպաստ վիճակում են հայտնվում առողջության և սոցիալական որոշիչ գործոնների պատճառով, որոնք սահմանափակում են առողջապահական վարքագծի և առօրյա կյանքի պայմանների ռեսուրսներն ու հնարավորությունները: Այդպիսի գործոններից են կենցաղային և աշխատանքային պայմանները, տարածաշրջանի սոցիալական, տրանսպորտային և այլ ենթակառուցվածքները, առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունն ու մատչելիությունը և այլն:

Խոցելության գնահատման ժամանակ հարկ է ուշադրություն դարձնել նաև այն գործոններին, որոնք նպաստում են Կլիմայի փոփոխության ազդեցության ուժգնացմանը: Այս գործոնները ներառում են.

ա/ Զբաղմունքի տեսակը. որոշ զբաղմունքներ կլիմայական ազդեցության ավելի մեծ ռիսկ ունեն: Մարդիկ, ովքեր աշխատում են դրսում կամ կատարում են աշխատանքներ ծայրահեղ եղանակային պայմաններում, ինչպես օրինակ՝ արտակարգ իրավիճակների արձագանքման աշխատակիցները, կոմունալ վերանորոգման բրիգադները, ֆերմերային տնտեսությունների աշխատողները, շինարարության ոլորտի աշխատողները և այլն:

բ/ Ռիսկի հակված վայրերը, որտեղ մարդիկ անց են կացնում ժամանակի զգալի մասը, ինչպես օրինակ քաղաքային տարածքները (օրինակ՝ «ջերմային կղզու» էֆեկտի կամ օդի որակի հետ կապված ռիսկերի պատճառով), տարածքներ, որտեղ օդափոխվող ալերգեններ և օդի այլ աղտոտիչներ են առաջանում, համայնքներ, որտեղ առկա է ջրի պաշարների խնդիր և այլն:

գ/ Էներգետիկ և տրանսպորտային ենթակառուցվածքների վիճակը բնական աղետների (սողանք, ջրհեղեղ, անտառային հրդեհներ, երաշտ) նկատմամբ ազդակիր տարածքներում:

Սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը կարևորվում է, քանզի աղքատության մեջ ապրող մարդիկ ավելի հավանական է, որ ենթարկվեն ծայրահեղ շոգի և օդի աղտոտվածության ազդեցությանը: Միաժամանակ չափազանց ցածր է կլիմայական ռիսկերին արձագանքելու և հարմարվելու վերջիններիս կարողությունը:

Կլիմայի փոփոխության հետ զուգակցված մթնոլորտային աղտոտվածության պատճառով սրտանոթային և շնչառական համակարգերի հիվանդությունների նկատմամբ խոցելի են հատկապես քաղաքային բնակչությունը և քրոնիկ հիվանդները:

Բնական օջախային, այդ թվում՝ հատուկ վտանգավոր վարակների դեպքում խոցելի են գյուղական վայրերի բնակիչները, բնական լանդշաֆտների կամ բնական արտադրանքի հետ անմիջականորեն կապ ունեցող բնակչության խմբերը, իսկ աղիքային վարակների առումով՝ այն մարդիկ, որոնց բնակության վայրում բավարար չէ ջրի որակի, սանիտարական և անձնական հիգիենայի մակարդակը:

Եղանակային պայմանների, օդի աղտոտվածության և փոխանցողով տարածվող վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի հանդեպ խոցելի են երեխաները և մեծահասակ բնակչությունը:

Միգրացիոն գործընթացների հետևանքով երկրի գյուղական բնակավայրերից բացակայում են աշխատունակ տարիքի տղամարդիկ, որոնց գյուղատնտեսական աշխատանքներում

փոխարինում են մեծահասակներն ու կանայք, որոնք առավել խոցելի են ջերմաստիճանի փոփոխության ռիսկի հանդեպ:

Հայաստանում առողջության վրա կլիմայի փոփոխության շարժիչ ուժերի կլիմայազգայուն հիվանդությունների ընտրություն

Հայաստանը, իր աշխարհագրական դիրքով, կլիմայական պայմաններով և էկոհամակարգերի զգայունության աստիճանով կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առավել խոցելի երկիր է: Վերջին 100 տարիների հիդրոոդերևութաբանական դիտարկումները արձանագրել են օդի ջերմաստիճանի աճ և մթնոլորտային տեղումների նվազում, հիդրոոդերևութաբանական վտանգավոր երևույթների (երաշտ, ջերմային ալիքներ, ցրտահարություն, կարկտահարություն, ուժեղ քամիներ և տեղումներ) և դրանց հետևանքով առաջ եկող բնական աղետների (սելավներ, հեղեղումներ, անտառային հրդեհներ և այլն) հաճախականության և ինտենսիվության աճ: Համաձայն կլիմայի փոփոխության մասին Հայաստանի 4-րդ ազգային հաղորդագրության⁷⁶, ջերմաստիճանի աճը, տեղումների քանակի փոփոխությունները և հիդրոոդերևութաբանական վտանգավոր երևույթների դեպքերի ավելացումը կարող են լուրջ բացասական հետևանքներ ունենալ բնակչության առողջության վրա: Կլիմայի փոփոխության անբարենպաստ ազդեցությունը, երբ զուգակցվում է մթնոլորտային օդի բարձր աղտոտվածության հետ, հատկապես քաղաքներում, նպաստում է արյան շրջանառության և շնչառական համակարգի հիվանդությունների և մահացության դեպքերի թվի աճին⁷⁷: Հատկապես վտանգավոր է անոմալ բարձր ջերմաստիճանի զուգակցումը օդի երկու աղտոտիչների՝ օզոնի և PN10 -ի (մինչև 10 մկմ տրամագծով պինդ մասնիկներ), հետ, որոնք սիներգիկ ազդեցություն են ունենում մահացության մակարդակի վրա (հետազոտությունների համաձայն բարձր ջերմաստիճանի և օդի մյուս աղտոտիչների զուգակցված ազդեցության նմանատիպ էֆեկտ չի նկատվել):

Հայաստանի պայմաններում ջերմաստիճանի փոփոխության և եղանակային պայմանների տեսակետից առավել խոցելի է երկրի ցածրադիր վայրերի (ՀՀ Արարատի և Արմավիրի մարզեր, ք. Երևան և ՀՀ Սյունիքի մարզի Մեղրու տարածաշրջան), և հատկապես բացօդյա դաշտային, շինարարական և այլ աշխատանքներում ներգրավված բնակչությունը:

⁷⁶ Կլիմայի փոփոխության չորրորդ ազգային հաղորդագրություն: Երևան, ՄԱԶԾ Հայաստան, 2020թ., էջ xxx

⁷⁷ Նույն տեղում, էջ xxxix

Ինչպես նշվեց, բարձր ջերմաստիճանի հետ զուգակցված մթնոլորտային աղտոտվածության պատճառով սրտանոթային և շնչառական համակարգերի հիվանդությունների նկատմամբ խոցելի են այն բնակավայրերի բնակչությունը, որտեղ արձանագրվում է օդի աղտոտվածության Սահմանային թույլատրելի կոնցենտրացիայի (ՄԹԿ) չափաքանակները գերազանցող իրավիճակ:

Հանրապետությունում առկա է կլիմայի փոփոխության հետ կապված մի շարք վարակիչ հիվանդությունների տարածման վտանգ: Մասնավորապես, կանխատեսվում է, որ կփոխվի վարակիչ հիվանդությունների կառուցվածքը, կավելանան ջրային գործոնով պայմանավորված հիվանդությունները այն շրջաններում, որտեղ արդեն իսկ բավարար չէ ջրի որակի, սանիտարական և անձնական հիգիենայի մակարդակը:

Միաժամանակ, ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ Հայաստանում դեռևս առկա են վարակիչ հիվանդություններ, որոնց, կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված, ներհատուկ է տարածվելու պոտենցիալը: Այդ հիվանդությունների թվում են լեյշմանիոզը, բրուցելլոզը, աղիքային և օդակաթիլային վարակները:

Բնական օջախային, այդ թվում՝ հատուկ վտանգավոր վարակների դեպքում խոցելի են գյուղական բնակավայրերի բնակիչները, բնական լանդշաֆտների, գյուղատնտեսական կենդանիների, թափառող և վայրի կենդանիների կամ բնական արտադրանքի հետ անմիջականորեն կապ ունեցող բնակչության խմբերը, իսկ աղիքային վարակների առումով՝ այն մարդիկ, որոնց բնակության վայրում բավարար չէ ջրի որակը, սանիտարական և անձնական հիգիենայի մակարդակը: Բացի դա, հանրապետության հյուսիսային մարզերում անգամ արդեն նկատելի է «հարավային» հողվածոտանիների ու կրծողների շարժը դեպի հյուսիս, որոնք վտանգավոր հիվանդություններ կարող են տարածել մարդկանց և կենդանիների համար:

Միաժամանակ, համաձայն կլիմայի փոփոխության մասին Հայաստանի 4-րդ ազգային հաղորդագրության, հանրապետական և մարզային առողջապահական կազմակերպությունները, իրենց գործառնությունների շրջանակում իրականացնում են բնակչության առողջության վրա կլիմայի փոփոխության ազդեցությունների կանխարգելման և մեղմման համար անհրաժեշտ միջոցառումներ, մասնավորապես՝ վարակիչ հիվանդությունների տարածման գնահատում և ռիսկերի կառավարում, բնակչությանը վաղ տեղեկացում հնարավոր անբարենպաստ եղանակային պայմանների մասին, բնական աղետներին, համաճարակային իրավիճակների փոփոխություններին նախապատրաստում և այլն: Իրականացվում է նաև պայքար վարակիչ հիվանդությունների կրողների, փոխանցողների և ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ: Կլիմայի

փոփոխության ազգային ծրագրի շրջանակում պարբերաբար գնահատվում են նաև առողջության համար կլիմայի փոփոխության հնարավոր ռիսկերը:

Հիմք ընդունելով երկրում բնակչության հիվանդացության և մահացության պատճառների վերաբերյալ տվյալները, առողջապահության զարգացման ռազմավարության նպատակներն ու կլիմայի փոփոխության մասին ազգային հաղորդագրություններում առողջության ռիսկերի և խոցելիության վերաբերյալ եզրակացությունները, ինչպես նաև քաղաքական որոշումներ կայացնողների (ՀՀ ԱՆ) և ՀՎԿԱԿ պատասխանատուների հետ քննարկումների արդյունքները, որոշակիացվել են կլիմայի փոփոխությունից ազդակիր հիվանդությունները և համապատասխան կլիմայական ռիսկերը:

Առողջության վրա կլիմայի փոփոխության ազդեցության հիմնական ռիսկերից դիտարկվել են ջերմաստիճանի և եղանակային պայմանների փոփոխությունը, օդի աղտոտվածությունը և տարատեսակ վարակիչ հիվանդությունների տարածմանը նպաստող գործոնները: Վերլուծության համար ընտրվել են հիվանդությունների հետևյալ տեսակները.

- Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (I00 – I99) և այդ խմբից
- Գերձնշումային հիվանդություններ (I10 – I13)
- Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20 – I25)
- Ուղեղի անոթային հիվանդություններ (I60 – I69)
- Մթնոլորտային օդի աղտոտումից ազդակիր հիվանդություններ
- Մելանոմա և մաշկի այլ չարորակ նորագոյացություններ (C43 և C44)
- Վարակիչ հիվանդություններ:
- Թվարկված բոլոր հիվանդությունների համար որպես կլիմայի փոփոխության ազդող գործոններ են դիտարկվել՝
- Ջերմաստիճանի փոփոխությունը և անոմալ ջերմաստիճանը,
- Տեղումների քանակի փոփոխությունը,
- Սեզոնային եղանակային պայմանների փոփոխությունը,
- Մթնոլորտային օդի աղտոտվածության մակարդակը:
- Իսկ որպես կլիմայի փոփոխության ազդեցության ուղիներ դիտարկվել են
- Ջերմաստիճանի աճը, ջերմային ալիքների սեզոնային քանակն ու տևողությունը,
- Օդի որակի վատթարացումը,
- Ջրի և սննդի որակի վատթարացումը,
- Էկոհամակարգերի փոփոխությունը և դրանով պայմանավորված՝

- Կրծողների և վարակիչ հիվանդություններ փոխանցողների պոպուլյացիայի, տարածվածության ու վարակվածության մակարդակի փոփոխությունը:
- Կլիմայի փոփոխության դիտարկված շարժիչ ուժերի ազդեցության առողջության համար հետևանքներն են՝
- Մահացությունը
- Հիվանդացությունը
- Հոսպիտալացումը
- Շտապ բժշկական օգնության կանչերի թվի փոփոխությունը⁷⁸:

Հետագա վերլուծությունների համար, հարկ է հաշվի առնել, որ առկա են մի շարք այլ հիվանդություններ, որոնք ևս ենթակա են ջերմաստիճանի փոփոխության ռիսկին: Ներքոթվարկյալ հիվանդություններից մահվան ելքերի հավանակությունը մեծանում է ջերմաստիճանի առավելագույն արժեքների դեպքում կամ ջերմային ալիքների օրերին՝

- Շաքարային դիաբետոս ու էնդոկրին համակարգի այլ հիվանդություններ՝ E10–E14,
- Օրգանական, ներառյալ սիմպտոմատիկ, հոգեկան խանգարումներ, Դեմենցիա, Ալցհեյմերի հիվանդություն՝ F00–F09,
- Հոգեկան և վարքի խանգարումներ՝ կապված հոգեներգործուն նյութերի օգտագործման հետ՝ F10–F19,
- Շիզոֆրենիա, շիզոտիպային և զառանցանքային խանգարումներ՝ F20–F29,
- Արտաբրգային և շարժողական համակարգի խանգարումներ՝ G20–G26,
- Միզասեռական համակարգի որոշ հիվանդություններ, երիկամային անբավարարություն, միզաքարային հիվանդություններ՝ N00–N39:⁷⁹

⁷⁸ *The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. pp. 44, 133.*

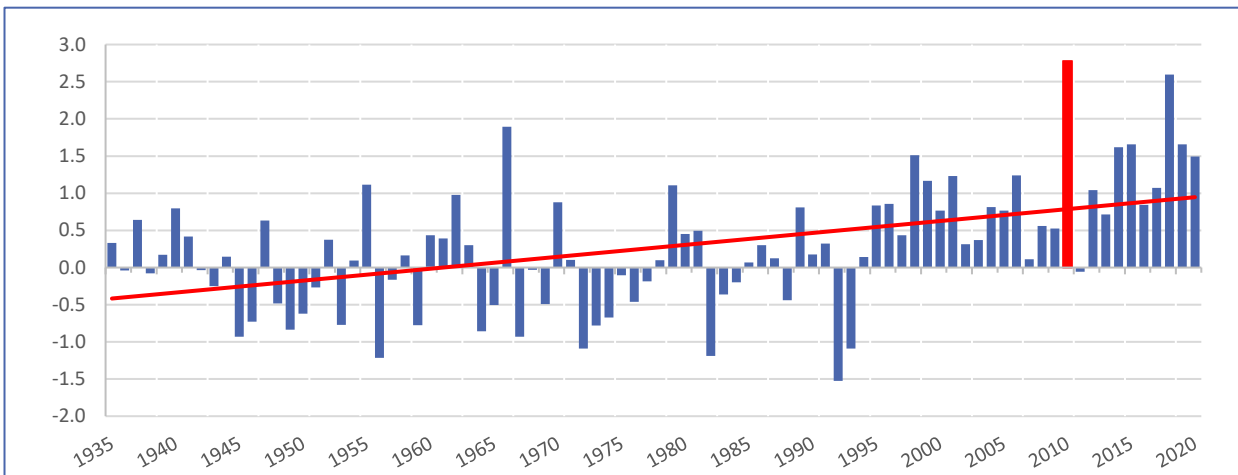
⁷⁹ Планы действий по защите здоровья населения от воздействия аномальной жары, Руководство, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2011, ст. 6.

4.1 ԿԼԻՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՏԱՄԱԲ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՈՑԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ջերմաստիճանի փոփոխությունը և ազդեցությունն առողջության վրա

Վերջին տասնամյակների ընթացքում ինչպես ողջ մոլորակում, այնպես էլ Հայաստանում նկատվել է ջերմաստիճանի զգալի աճ: Մասնավորապես, 1929-1996 թվականների ընթացքում միջին տարեկան ջերմաստիճանն աճել է 0.4°C-ով, 1929-2007 թվականներին՝ 0.85°C-ով, 1929-2012 թվականներին՝ 1.03°C-ով, իսկ 1929-2016 թվականներին՝ 1.23°C: Տարվա տարբեր սեզոններին օդի ջերմաստիճանի փոփոխություններն ունեն տարբեր միտումներ: 1966-2016 թվականներին ամառային միջին ջերմաստիճանը բարձրացել է շուրջ 1.3°C-ով, ընդ որում՝ Հայաստանում վերջին հարյուրամյակում շոգ ամառներ դիտվել են վերջին 20 տարիների ընթացքում: Հայաստանի տարածքի համար 1961-1990 թվականների միջինի (5.5°C) նկատմամբ կանխատեսվում է տարեկան միջին ջերմաստիճանի աճ մինչև 1.6°C-ով՝ 2040 թվականին, 3.3°C-ով՝ 2070 թվականին և 4.7°C-ով՝ 2100 թվականին:⁸⁰

Գծապատկեր 50. ՀՀ 1935-2020 թվականներին օդի տարեկան միջին ջերմաստիճանը և շեղումները 1961-1990 թվականի նորմայի նկատմամբ



Աղբյուր՝ Շրջակա միջավայրի նախարարություն, «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ

Գծապատկեր 50 ներկայացված տվյալների համաձայն՝ վերջին 28 տարիների ժամանահատվածում, բացառությամբ 2011 թվականից, ջերմաստիճանի միջին տարեկան շեղումները նորմայից աճի միտում ունեն: Ինչպես արդեն նշվել է, 2021 թվականն ևս համարվում է տաք տարի, դիտարկվող ժամանակահատվածում այն երրորդն է 2010 և 2018 թվականներից հետո (շեղումները նորմայից համապատասխանաբար կազմել են 2.7, 2.5 և 2.1°C):

Ջերմաստիճանի փոփոխության ազդեցությունը տեսականորեն և աշխարհի տարածաշրջաններում նկատված միտումների համաձայն, երկակի է՝ բացասական ամռան ամիսներին և դրական՝ ձմռան ամիսներին: Ընդհանուր եզրակացությունը հանգում է նրան, որ մինչև հարյուրամյակի ավարտը ջերմաստիճանի միջին տարեկան և սեզոնային բարձրացումից՝ սաստիկ շոգերի պատճառով կաճեն մահվան դեպքերի թիվը և սաստիկ ցրտերի կամ

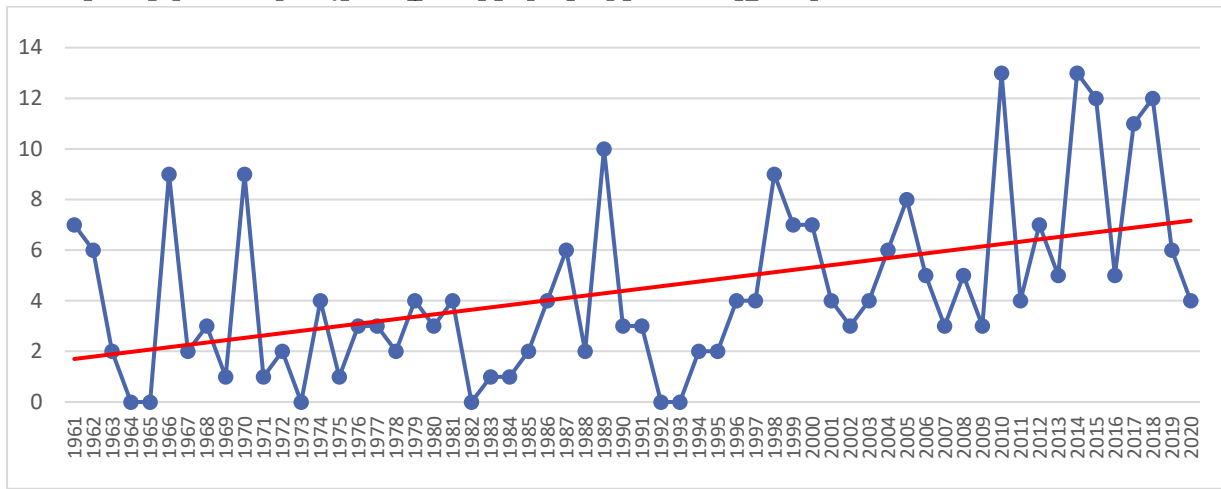
⁸⁰ Կլիմայի փոփոխության մասին 4-րդ Ազգային հաղորդագրություն, Ըստ կլիմայի փոփոխության մասին ՄԱԿ-ի շրջանակային կոնվենցիայի, ՄԱԶԾ, ՀՀ ՇՄՆ, ԳԷՀ, Ե 2020, էջ xxx:

ցրտահարության պատճառով կկրճատվեն մահացության դեպքերը:⁸¹

Ջերմաստիճանի աստիճանական փոփոխությունից զատ, մարդու օրգանիզմի վրա զգալի է նաև ջերմաստիճանի կտրուկ տատանումների ազդեցությունը, ինչը կարող է դրսևորվել ոչ միայն սաստիկ շոգ կամ ցուրտ ջերմաստիճանի, այլ նաև բարձր և ցածր ջերմային ալիքների տեսքով: Ջերմային ալիքների դեպքում կարևորվում է ինչպես դեպքերի քանակը տարվա կամ սեզոնի ընթացքում, այնպես էլ յուրաքանչյուր դեպքի տևողությունը (օրերի քանակը):⁸²

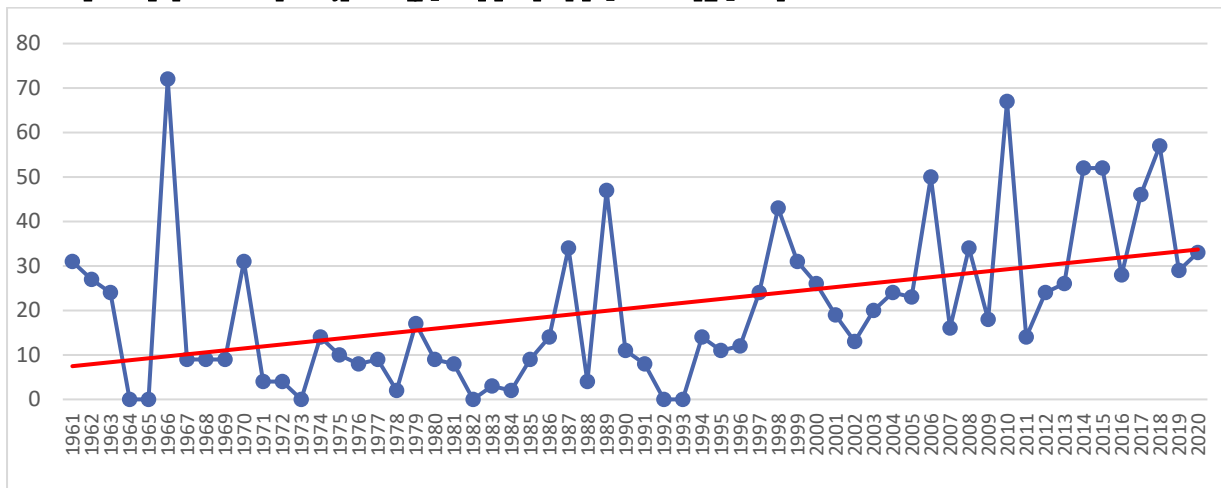
Երևան քաղաքում ջերմային ալիքների քանակի և տևողության 1961-2020 թվականների միտումները ներկայացված են գծապատկերներ 51-ում և 52-ում:

Գծապատկեր 51. Ջերմային ալիքների դեպքերի քանակը ք. Երևանում, 1961-2020



Աղբյուր՝ Շրջակա միջավայրի նախարարություն, «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ

Գծապատկեր 52. Ջերմային ալիքների օրերի քանակը ք. Երևանում, 1961-2020



Աղբյուր՝ Շրջակա միջավայրի նախարարություն, «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ

Միջին ամսական կամ տարեկան ցուցանիշներից ջերմաստիճանի կտրուկ տատանումները (սաստիկ շոգ և ցուրտ օրեր, ջերմային ալիքներ) անմիջական ազդեցություն ունեն առողջության վրա, քանզի վտանգում են օրգանիզմի մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի կտրուկ

⁸¹ The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. p. 57.

⁸² Планы действий по защите здоровья населения от воздействия аномальной жары, Руководство, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2011, ст. 3-6.

փոփոխություններին արագ հարմարվելու և մարմնի ներքին ջերմաստիճանը կարգավորելու ունակությունը: Որպես նման իրավիճակների հետևանք, կարող են առաջանալ ջերմային սպազմ, ջերմային հյուծում և հարված, հիպերթերմիա՝ ծայրահեղ շոգի և հիպոթերմ՝ ցրտահարության կամ ծայրահեղ ցրտիառկայության դեպքում: Հարկ է նշել, ջերմաստիճանի ծայրահեղ արժեքները լրացուցիչ սպառնալիք են ներկայացնում մի շարք քրոնիկ հիվանդությունների առկայության դեպքում (արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների, մասնավորապես՝ գերճնշումային հիվանդությունների, սրտի իշեմիկ և ուղեղանոթային հիվանդությունների, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունների՝ քրոնիկ բրոնխիտներ, ասթմա շնչառական հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ և հոգեկան և վարքի խանգարումներով հիվանդություններ):⁸³

Ջերմաստիճանի առավելագույն արժեքների տատանումները հոսպիտալացման և մահացության դեպքերի աճի պատճառ կարող են լինել, միաժամանակ ավելացնելով առողջապահական համակարգի բեռը:

Համաձայն «Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների 10-րդ վերանայմամբ վիճակագրական դասակարգչի (ՀԴ-10), բարձր և ցածր ջերմության ներգործության հետևանքով առաջացած հիվանդությունները և մահվան դեպքերը ծածկագրված են XX գլխի «Հիվանդությունների և մահացության արտաքին պատճառներ» «Բնության ուժերի ներգործության» (X30-X31) ենթաբաժնում՝ «X30 Չափից ավելի բարձր բնական ջերմության ներգործություն» և «X31 Չափից ցածր բնական ջերմության ներգործություն»:⁸⁴

Համաձայն պաշտոնական վիճակագրության տվյալների, վերջին տարիների ընթացքում Հայաստանում նշված երկու ծածկագրերով մահվան դեպքեր չեն արձանագրվել, հիմք չէ ենթադրելու դրանց բացակայության մասին: Սույն հարցի վերաբերյալ ավելի ճշգրիտ տեղեկություն հավաքագրելու նպատակով անհրաժեշտ է իրականացնել լրացուցիչ ուսումնասիրություններ:

Միջազգային տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ շոգից և ցրտից մահերի ախտորոշման թերհաշվառման պատճառները կարող են պայմանավորված լինել ախտորոշման դժվարություններից, մասնավորապես մահվան դեպքի ախտորոշիչ չափանիշների սահմանումը և դեպքերի նույնականացման դժվարությունը: Շոգից մահացության դեպքերը, հաճախ որպես այդպիսին, չեն հաղորդվում, եթե առկա է մահվան այլ պատճառ և չկա լրացուցիչ տեղեկություն ջերմային ալիքի մասին: Նման դեպքերում հարկ է որպես մահվան պատճառ դիտարկել ջերմության փոփոխությունը, քանսզի վերջինս վատթարացրել է մահացածի մոտ նախկինում առկա հիվանդությունը, ինչը դիտարկվել է որպես մահվան ուղղակի պատճառ: Այս իմաստով կարևոր է դառնում կոնկրետ տարածքում (բնակավայր, աշխարհագրական տարածք) ջերմաստիճանի փոփոխության, հիվանդությունների և մահվան դեպքերի վերաբերյալ օրական կտրվածքով տվյալների հավաքագրումը, կախվածությունների դիտարկումը և վերլուծությունը՝ հաշվի առնելով նաև թիրախային տարածքի բնակչության սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրիչները:

⁸³ Protecting health from climate change: vulnerability and adaptation assessment, WHO, 2013, p. 19.

The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. p. 46.

⁸⁴ Հիվանդության և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգիչ, 10-րդ վերանայում, ՀՀ ԱՆ, Երևան 2013:

Ի տարբերություն մահվան ախտորոշման մեթոդների, տվյալների վիճակագրական վերլուծությամբ հնարավոր է բացահայտել ինչպես արտաքին նկատելի կախվածությունները ջերմաստիճանի և հիվանդությունների ու վաղաժամ մահացության միջև, այնպես էլ բացահայտել ջերմաստիճանի փոփոխության ազդեցության չափը: Երկու գործոնների միջև առկա վիճակագրական կախվածության առկայությունը հնարավորություն է տալիս գնահատել, թե հիվանդացության և մահացության մակարդակների փոխկապակցվածությունը ջերմաստիճանի տատանումներից, ինչպես նաև արդյոք այդ փոխկապակցվածությունը բավարար է հետագա կանխատեսումների համար: Վիճակագրական տվյալների օգնությամբ մշակված մոդելները կարող են հիմք հանդիսանալ նաև կլիմայի փոփոխության միտումներին համարժեք հիվանդությունների աճի և վաղաժամ մահերի դեպքերի կանխատեսումների համար: Վիճակագրական տվյալների առկայությունը և հասանելիությունը, և դրանց հիման վրա կատարված վիճակագրական հետազոտությունները կարող են ներառել դիտարկվող ժամանակահատվածի բոլոր օրերին վերաբերող ջերմաստիճանային տատանումների և մահերի ու հիվանդացության դեպքերի տվյալները և համեմատել բազային ժամանակաշրջանի սեզոնային միջին ցուցանիշների հետ:

Հետազոտության այլ մեթոդները սահմանափակվում են միայն այն օրերի վերաբերյալ տվյալների հավաքագրումով և վերլուծությամբ, որոնց ժամանակ փաստացի ջերմաստիճանը գերազանցում է ծայրահեղ շոգ կամ ցուրտ պայմանների շեմային ցուցանիշները: Մեկ այլ մոտեցում է հիդրոօդերևութաբանական վտանգավոր երևույթների համակցված ազդեցությունը առողջության վրա, մասնավորապես, երբ ծայրահեղ ջերմաստիճանը զուգակցվում է օդի աղտոտվածության հետ:⁸⁵

Հայաստանի բնակչության առողջության վրա ջերմաստիճանի փոփոխության ազդեցության գնահատման հետազոտություններ

Հայաստանում բնակչության առողջության վրա ջերմաստիճանի փոփոխության (աճի) ազդեցության գնահատման հետազոտություններ նախկինում ևս իրականացվել են: Մասնավորապես, 2012 թվականին իրականացվել է կլիմայի փոփոխության հիգիենիկ առանձնահատկությունների և բնակչության առողջության վրա դրանց ազդեցության ուսումնասիրությունը:⁸⁶ Հետազոտության շրջանակներում ուսումնասիրվել են 2004-2007 թվականներին ք. Երևանում օդի միջին օրական ջերմաստիճանը, և ծայրահեղ եղանակային իրադարձություններն ու տաք ալիքների համադրումը մահացության մակարդակի և մահվան պատճառների հետ՝ առանձնահատուկ անդրադառնալով սրտանոթային հիվանդություններին: Ուսումնասիրության արդյունքում արձանագրվել է, որ առավել հաճախ միջին ջերմաստիճանի ամենօրյա տատանումներ են դիտարկվել ձմռան և գարնան ամիսներին, ինչը թույլ է տվել ենթադրել, որ այս ժամանակահատվածը բնակչության համար ամենաանբարենպաստն է սրտանոթային հիվանդությունների առաջացման տեսանկյունից: Արդյունքները ցույց են տվել, որ սրտի իշեմիկ հիվանդություններից մահացությունների 31.4% -ը և 25.9%-ը և սրտամկանի սուր

⁸⁵ *The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. pp. 45-51.*

⁸⁶ Ավետիսյան Լ. Ռ, Քոթայան Ա. Հ, Մկրտչյան Ս. Հ, Մելքոնյան Հ. Ա. Կլիմայական փոփոխությունների հիգիենիկ առանձնահատկությունները և նրանց ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա. 2012; <http://medsci.asj-oa.am/572/1/130.pdf>. Առողջապահության հարմարվողականության պլանավորման համար առկա ռեսուրսների գնահատում/գույքագրում և բացերի վերլուծության հաշվետվություն, ՀԱՀ, Կանաչ կլիմայի հիմնադրամ, ՄԱԶԾ, Ե. 2020, էջ 49:

ինֆարկտից մահացությունների 30.4%-ը և 27.6% -ը՝ համապատասխանաբար, բաժին են ընկնում ձմեռային և գարնանային ամիսներին: Այս հիվանդություններից մահացության ամենացածր թիվը դիտարկվել է ամռանը և աշնանը: Համանման պատկեր է նկատվել շնչառական համակարգի և միզասեռական համակարգի հիվանդություններից մահացությունների վիճակագրության մեջ: Էնդոկրին (ներգատական) համակարգի հիվանդություններից մահացության առավել բարձր մակարդակ է գրանցվել ձմռանը, իսկ մարտոդական համակարգի հիվանդություններից՝ ձմռանը և ամռանը: Ուսումնասիրելով այդ ժամանակահատվածի ամենաշոգ ամսին (2006թ. օգոստոսին) դիտված մահացության ցուցանիշը և պատճառները, պարզվել է, որ առավել զգալի աճ է գրանցվել հետևյալ դեպքերում՝ սրտի իշեմիկ հիվանդություն՝ 25%, աղեստամոքսային հիվանդություններ՝ 88%, շնչառական հիվանդություններ՝ 70%, պատահարներ, վնասվածքներ և թունավորումներ՝ 54%: Իրականացված ուսումնասիրության արդյունքներով եզրակացվել է, որ 2006թ. օգոստոսի ծայրաստիճան շոգը 143 լրացուցիչ մահվան պատճառ է դարձել:

Բնակչության հիվանդացության ցուցանիշների հիման վրա մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի ազդեցության ուսումնասիրման և այդ գործոնից կախված հիվանդացության կանխատեսման նպատակով իրականացված գիտական ուսումնասիրության շրջանակում կատարված ռեգրեսիոն վերլուծությունը բացահայտել է առանձին տարածաշրջաններում օդի միջին տարեկան ջերմաստիճանային արժեքների և հիվանդացության համապատասխան ցուցանիշների միջև հավաստի կապեր: Մասնավորապես, նման կապ բացահայտվել է միջավայրի ջերմաստիճանային գործոնի և բնակչության ընդհանուր ($R^2=0.945$, $P<0.05$), մարտոդական համակարգի ($R^2 = 0.966$, $P<0.01$), նյարդային համակարգի ($R^2=0.78$, $P<0.05$), էնդոկրին համակարգի ($R^2=0.742$, $P<0.05$) և միզասեռական համակարգի հիվանդացության ($R^2=0.87$, $P<0.05$) ցուցանիշների միջև: Բացի դրանից, հետազոտության արդյունքում դուրս բերված ռեգրեսիոն հավասարումները ($Y_{ընդհ.} = 32114 - 4445x + 402x^2$, $Y_{մարմ.} = 4622 - 992x + 72x^2$, $Y_{միզասեռ.} = 4474 - 1245x + 93x^2$, $Y_{նյարդ.} = 547 + 114.6x$, $Y_{էնդ.} = 242 + 212x$) հնարավորություն են ընձեռում կախված ջերմաստիճանային գործոնից (x) վերը նշված պատճառներից բնակչության հիվանդացության դինամիկան (y) կանխատեսելու համար:⁸⁷

Այդ հետազոտությամբ, միաժամանակ, բացահայտվել է, որ բնակչության շրջանում նյարդային և էնդոկրին համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունն ունի հստակ գծային կախվածություն օդի ջերմաստիճանից: Բնակչության ընդհանուր հիվանդացության, ինչպես նաև մարտոդական և միզասեռական համակարգի հիվանդացության և միջին տարեկան ջերմաստիճանային ցուցանիշների միջև արձանագրվել են ոչ գծային կախվածություններ, ինչը ցույց է տալիս, որ նշված հիվանդությունների հաճախականությունն ավելանում է ինչպես բարձր, այնպես էլ օդի միջին տարեկան ցածր ջերմաստիճան ունեցող տարածաշրջաններում:

Դիտարկվել է նաև ջերմաստիճանի բարձրացման և ՈՒՄ-ճառագայթների ինտեսիվության կապը մաշկային նորագոյացությունների, մասնավորապես՝ մելանոմայի և մաշի այլ չարորակ նորագոյացությունների հետ: Կորելիացիոն վերլուծության արդյունքում հավաստի կապ է արձանագրվել միայն հուլիս ամսվա միջին ջերմաստիճանային արժեքների և մաշկի այլ չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության ցուցանիշների միջև ($r_s=0.714$, $P<0.05$), որի

⁸⁷ Քոթանյան Ա., ՀՀ տարածքում միջավայրային բնական գործոնների բժշկակելոլոգիական հիմնահարցերը, ԺԴ. 00.05 «Հիգիենա, մասնագիտական ախտաբանություն և թունաբանություն» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների դոկտորի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության Սեղմագիր, Երևան – 2015, էջ 14:

հիման վրա փաստվել է ամառային բարձր ջերմաստիճանները կորելացվում են մաշկի այլ (ոչ մեղանոմային) չարորակ նորագոյացությունների բարձր տարածվածության հետ:

Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ, ինչպես պարզվել է Երևան քաղաքի բնակչության հիվանդացության և մահացության սեզոնային առանձնահատկությունների բացահայտման նպատակով կատարված վերլուծություններից, հատկապես սիրտանոթային համակարգի հիվանդություններով հիվանդացության հաճախականության ու մահացության ամենաբարձր ցուցանիշներն արձանագրվում են ձմեռ-գարնանային ամիսներին: Ամառային շրջանում ջերմային ալիքների օրերի ավելացմանը զուգընթաց հավաստիորեն ավելանում են բոլոր պատճառներից, այդ թվում դժբախտ պատահարներից, վնասվածքներից ու թունավորումներից բնակչության մահվան դեպքերի քանակը: Ընդ որում, ջերմային ալիքի յուրաքանչյուր հավելյալ մեկ օրը պատճառ կարող է դառնալ բոլոր պատճառներից մահվան հինգ ավելցուկային դեպքի: Հետազոտության արդյունքներով եզրակացվել է, որ բնակչության առողջության վրա նման կլիմայական երևույթների ազդեցության առումով առավել կարևոր են օդի ջերմաստիճանի առավելագույն շեմային մակարդակները, որոնք կարող են դիտվել միայն տարվա առավել շոգ ժամանակահատվածում: Ռեգրեսիոն վերլուծությամբ հավաստի կապեր են արձանագրվել միջավայրի ջերմաստիճանային գործոնի և մահվան բոլոր պատճառների ($R^2=0.822$, $P<0.01$), ինչպես նաև սիրտանոթային հիվանդությունների ($R^2=0.777$, $P<0.01$), այդ թվում սրտի իշեմիկ հիվանդության ($R^2=0.732$, $P<0.01$), շնչառական օրգանների հիվանդությունների ($R^2=0.742$, $P<0.01$), մարսողական օրգանների հիվանդությունների ($R^2= 0.602$, $P<0.05$) պատճառով մահացության ցուցանիշների միջև:⁸⁸

Ջերմաստիճանի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատում

Կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատման համատեքստում, մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի աճի և ջերմաստիճանային անոմալիաների (ջերմաստիճանի ծայրահեղ արժեքներ, ջերմային ալիքներ և այլն) ազդեցությունը հիվանդությունների և մահերի վրա գնահատվել է ըստ ներքոհիշյալ հիվանդությունների խմբերի (ՀԴ-10)¹

ա/ I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, և այդ խմբից՝

I10 – I13 Գերճնշումային հիվանդություններ,

I20 – I25 Սրտի իշեմիկ հիվանդություններ,

I60 – I69 Ուղեղանոթային հիվանդություններ:

Ինչպես նաև՝

բ/ C43 Մաշկի չարորակ մեղանոմա

C 44 Մաշկի այլ չարորակ նորագոյացություններ

Հայաստանում առողջության վրա ջերմաստիճանի ազդեցությունը գնահատվել է վիճակագրական վերլուծության նկարագրական, կորելացիայի և ռեգրեսիոն վերլուծության մեթոդներով՝ օգտագործելով հանրապետության կտրվածքով 2010-2021 թվականների միջին տարեկան և ամսական ջերմաստիճանների արժեքները, սաստիկ շոգ օրերի թիվը, Երևան քաղաքում ջերմային ալիքների դեպքերի ու օրերի, ինչպես նաև հիվանդությունների և մահերի վերաբերյալ տարեկան, ամսական և օրական տվյալները:

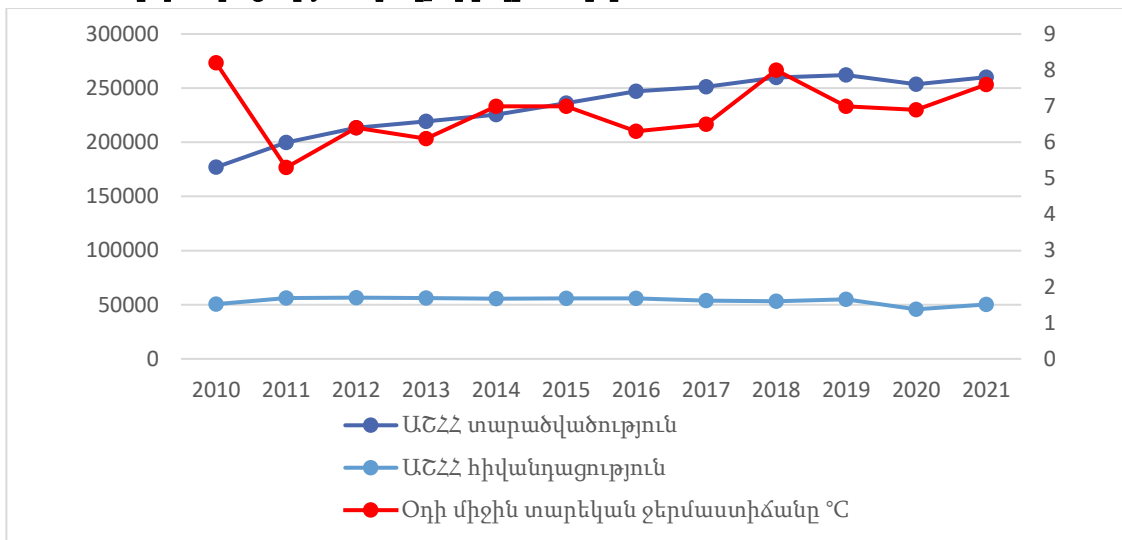
⁸⁸ Քոթանյան Արմենուհի, ՀՀ տարածքում միջավայրային բնական գործոնների բժշկակալոգիական իմնահարցերը, էջ 20:

Ընդ որում, նոր դեպքերի և նախկինում եղած առողջական վիճակների տարբերությունները գնահատելու համար դիտարկվել են ինչպես նշված հիվանդությունների ընդհանուր հիվանդացության, այնպես էլ կյանքում առաջին անգամ արձանագրված դեպքերը:

Ջերմային ալիքների դեպքերի և տևողության ազդեցությունը արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահերի դինամիկայի վրա դիտարկվել է Երևան քաղաքի տվյալներով:

Ազդեցությունը հիվանդությունների վրա. Նկարագրական վիճակագրության արդյունքների առաջնային դիտարկմամբ, մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխության և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների (I00-I99) ու մահերի դինամիկան ընդհանուր միտումներ ունեն: Գծապատկեր 53 և 54-ից նկատելի է 2010-2021 թվականների ընթացքում ջերմաստիճանի և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների, հատկապես՝ ընդհանուր հիվանդացության, դեպքերի միջին տարեկան ցուցանիշների աճի միտումը:

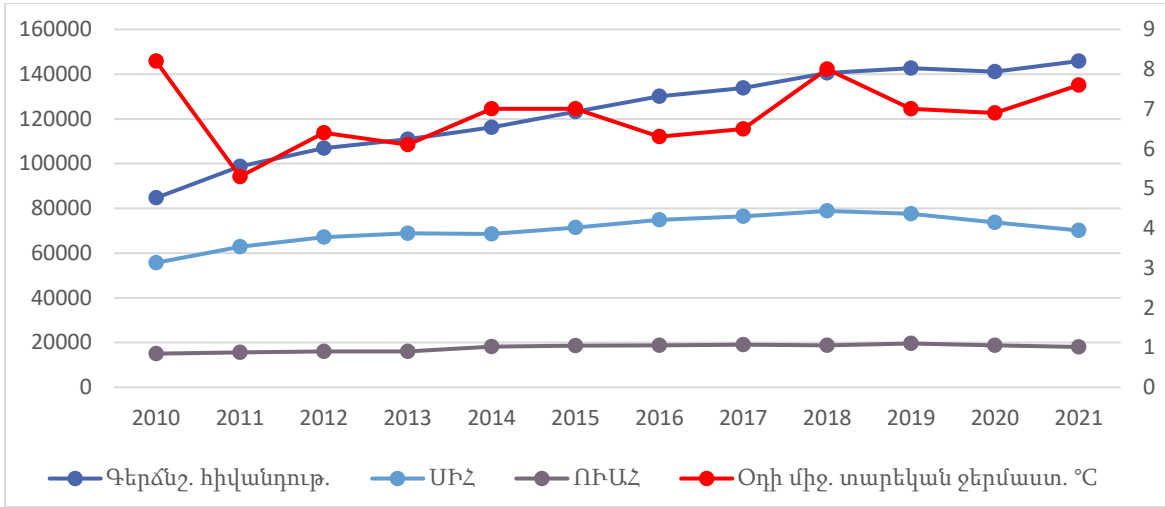
Գծապատկեր 53. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ տարածվածության և հիվանդացության դեպքերի դինամիկան, 2010-2021



Հատկանշական է, որ ԱՇՀՀ տարեկան դեպքերի անշեղ աճի դինամիկան նկատելի է անցած 30 տարիներին արձանագրված ամենաշոգ տարուց (2010) սկսած, թեև յուրաքանչյուր կոնկրետ տարում նկատելի են միտումների տարբերություններ: Այս հանգամանքը կարող է բացատրվել ջերմաստիճանի ազդեցության և հիվանդության առաջացման և/կամ ախտորոշման ժամանակահատվածների միջև եղած ժամանակային տարբերությամբ: ԱՇՀՀ դեպքերի 2010-2021 թվականների դինամիկայում ընդհանուր միտումներից շեղում նկատելի է միայն 2020 թվականին, ինչ պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով և ռազմական իրադարձություններով:

Նույն ժամանակահատվածի հիվանդացության դինամիկայի նույն պատկերն առկա է միայն գերձնշումային հիվանդությունների դեպքում:

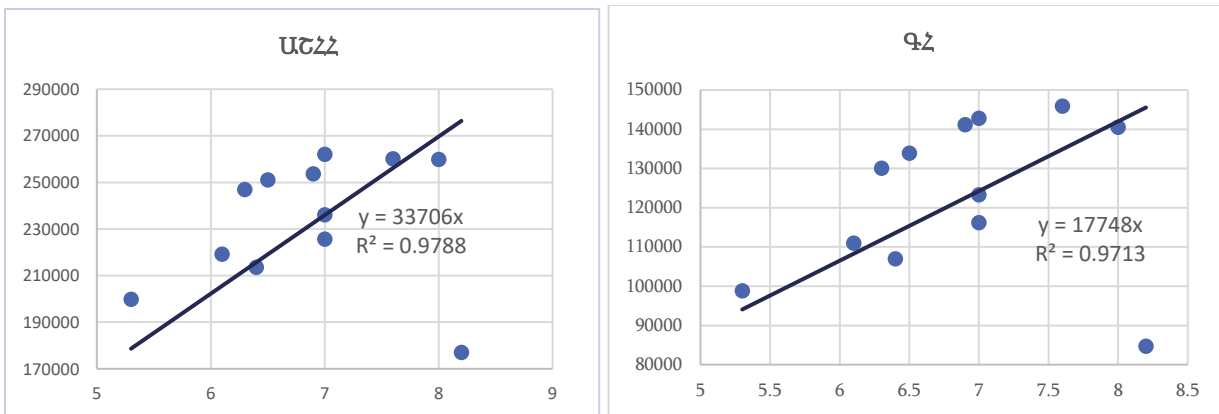
Գծապատկեր 54. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ խմբի հիվանդությունների ըստ նոզոլոգիաների ընդհանուր հիվանդացության դինամիկան, 2010-2021, միավոր

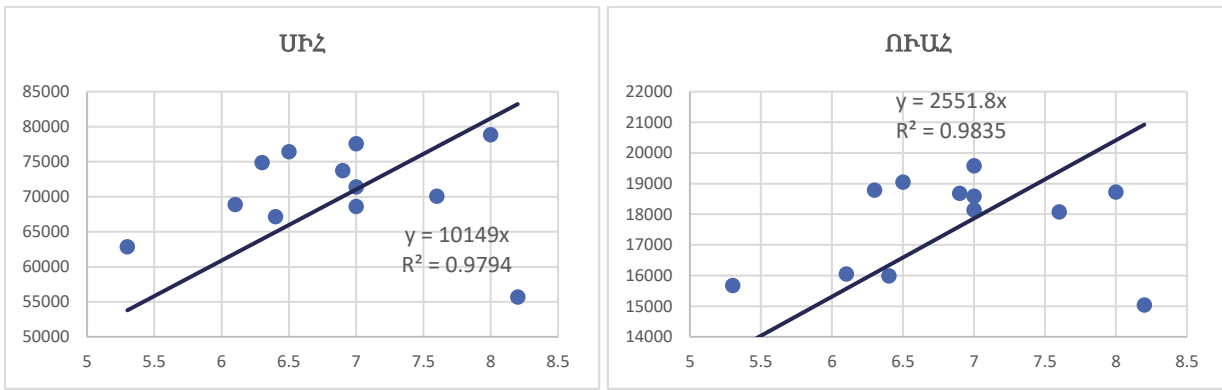


Ջերմաստիճանի տարեկան փոփոխություններն ավելի շատ ասոցացվում են ԱՇՀՀ խմբի գերձնշումային հիվանդություններով (I10-I13) հիվանդացության դեպքերի հետ (Գծապատկեր 54): Ի տարբերություն գերձնշումային հիվանդությունների, որոնց աճի տեմպը շարունակվում է դիտարկվող ողջ ժամանակահատվածի ընթացքում, ՄԻՀ և ՈԻԱՀ հիվանդությունների տեսակետից նկատելի է դեպքերի նվազում, համապատասխանաբար՝ 2018 և 2019 թվականներից: Հարկ է նշել, որ 2018 թվականի ցուցանիշների համեմատ 2000-2017 թվականներին արձանագրվել է բոլոր պատճառներից մահացության ցուցանիշների նվազում: Այնուհանդերձ 2020 և 2021 թվականներինի համեմատ 2010 թվականի արձանագրվել է ԱՇՀՀ մահացության դեպքերի աճ 1.4 անգամ:

Վիճակագրական տվյալների վերլուծությամբ ջերմաստիճանի փոփոխության և ԱՇՀՀ խմբի հիվանդությունների ցուցանիշների միջև հնարավոր կորելացիոն կապը գնահատելիս (մնացած այլ գործոնների ազդեցության բացառման դեպքում), երկու փոփոխականների միջև նկատելի է նշանակալի կախվածություն:

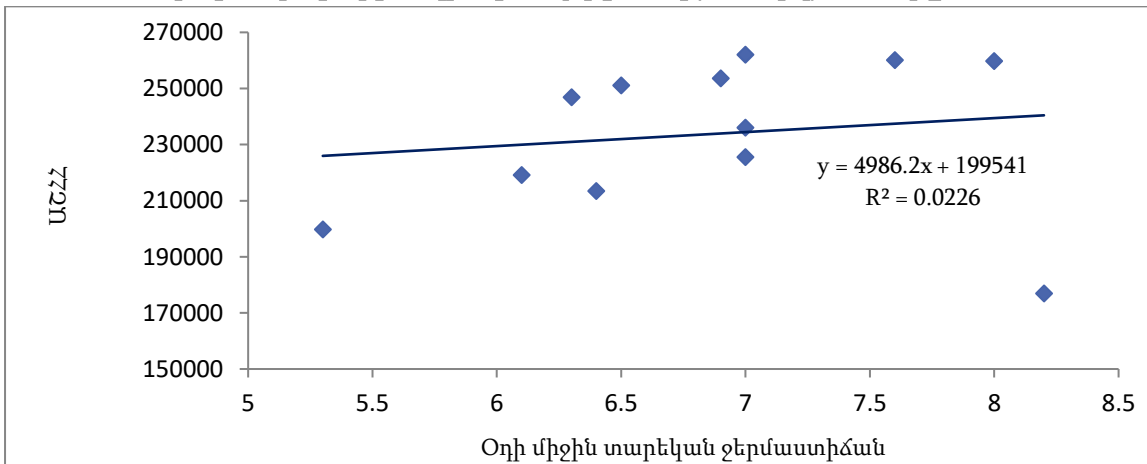
Գծապատկեր 55. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ, ԳՀ, ՄԻՀ և ՈԻԱՀ տարածվածության տարեկան դեպքերի կորելացիոն կապերը, 2010-2021





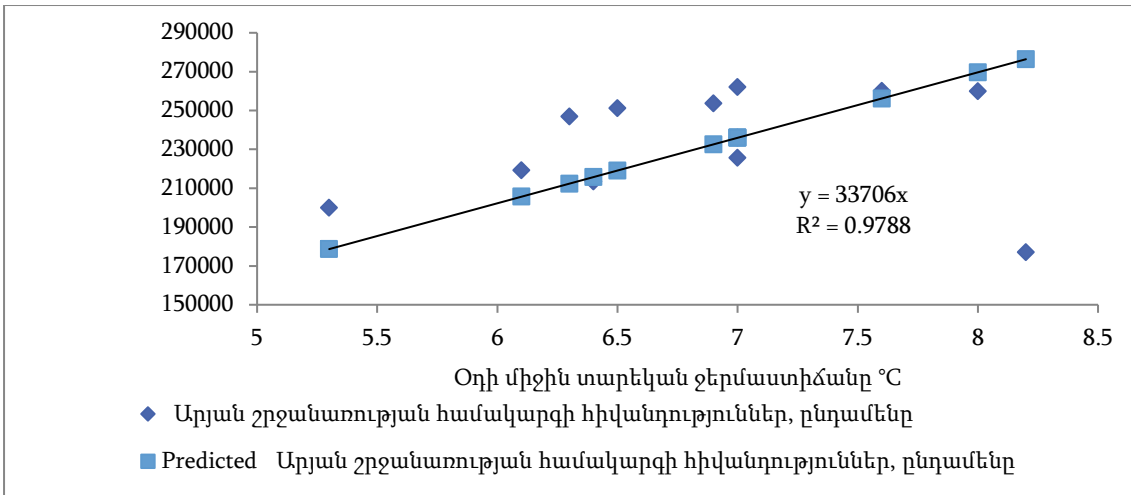
Սակայն, նույն ժամանակահատվածն ընդգրկող մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և բնակչության ԱՇՀՀ հիվանդացության տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծությունը ցույց տվեց ոչ գծային և ոչ նշանակալի կախվածություն ($R^2=0.023$, $P>0.05$): Ստացված արդյունքները հուշում են, որ նախ, ԱՇՀՀ վարիացիայի ընդամենը 2.3%-ը կարող է բացատրվել մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխությամբ, երկրորդը՝ հիվանդությունների այս խմբի վրա բոլոր գործոնների համալիր ազդեցության պայմաններում, թեև ստացված ռեգրեսիոն հավասարումը (Գծապատկեր 56) կանխատեսման համար պիտանի չէ, այնուհանդերձ ջերմաստիճանի յուրաքանչյուր 1 միավոր աճը 4,986 հիվանդության նոր դեպքի պատճառ կարող է հանդիսանալ: Ռեգրեսիոն վերլուծության երկու փոփոխականների միջև վիճակագրական կապի բնութագրման F և t արժեքները հայտնվել են 95% հավաստիության միջակայքի չմերժվող հատվածում, դրանով իսկ հաստատելով ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ դեպքերի փոփոխությունների միջև վիճակագրորեն նշանակալի գծային կախվածության բացակայության մասին:

Գծապատկեր 56. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ տարածվածության տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները, 2010-2021



Մյուս կողմից, երկու փոփոխականների միջև ռեգրեսիոն կախվածության միանգամայն այլ պատկեր ենք ստանում ոչ կլիմայական գործոնների ազդեցությունը բացառելու ենթադրության դեպքում: Ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքներով ($R^2=0.979$, $P<0.05$), ԱՇՀՀ դեպքերի վարիացիայի 97.9%-ը կարող է բացատրվել ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների փոփոխությամբ: Իսկ ըստ ռեգրեսիայի բանաձևի, միջին տարեկան ջերմաստիճանի 1 միավոր աճը կավելացնի հիվանդությունների դեպքերի թիվը 33,706 միավորով:

Գծապատկեր 57. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքների գնահատումը ոչ կլիմայական գործոնների ազդեցության բացառման դեպքում



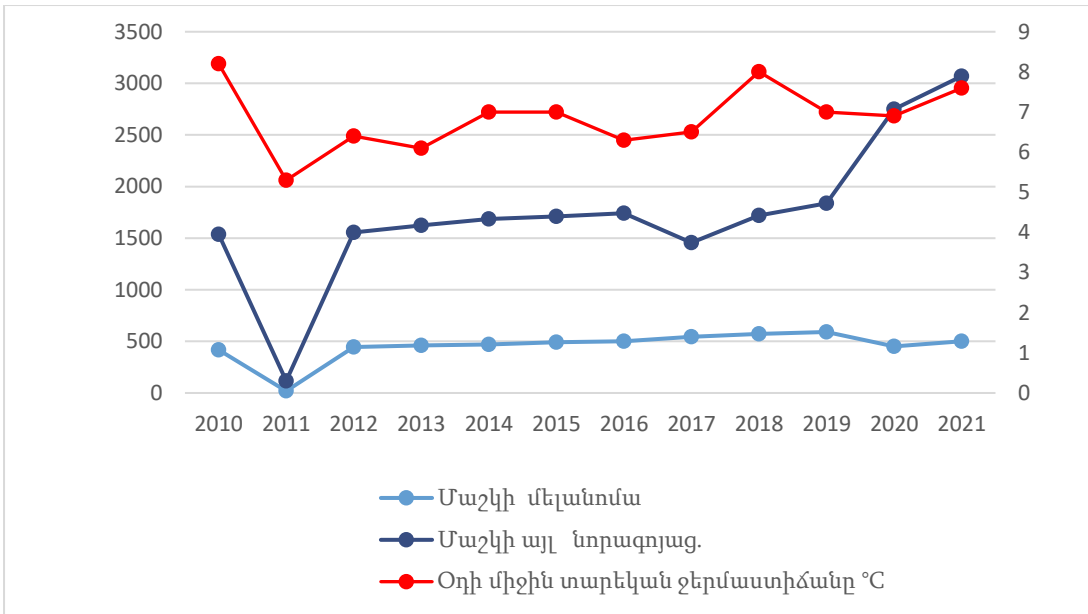
ԱՇՀՀ ընդհանուր և ըստ նոզոլոգիաների՝ ԳՀ ($R^2=0.039$, $P>0.05$), ՄԻՀ ($R^2=0.000$, $P>0.05$), ՌԻԱՀ ($R^2=0.032$, $P>0.05$) հիվանդությունների ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները համանման են:

Իրականացված հետազոտության շրջանակում դիտարկվել է նաև մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխության և ջերմաստիճանի առավելագույն արժեքների ազդեցությունը մաշկի մելանոմայի (C43) և մաշկի այլ չարորակ նորագոյացությունների վրա (C44):

Մաշկի մելանոման մաշկի քաղցկեղից մահացության հիմնական պատճառն է: Այս հիվանդության առաջացման հիմնական պատճառն արևի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներն են (ՈՒՄ) և արևահարվելը (հատկապես վաղ տարիքում): Հայաստանի բնակչության համար հիվանդությունը ռիսկային է հաշվի առնելով ինչպես ջերմաստիճանի փոփոխությունը, ջերմային ալիքների դեպքերի հաճախականությունն ու օրերը, այնպես էլ մաշկի գույնը, բացօդյա միջավայրում հաճախ և երկար ժամանակով լինելը և այլն: Հիվանդության տեսանելի աճը սկսվել է դեռևս անցյալ դարի 70-ական թվականներին և շարունակում է առ այսօր: Մելանոման արևի ուղիղ ճառագայթների և ջերմաստիճանի ծայրահեղ դրսևորումների ազդեցությունից առավել խոցելի հիվանդությունների խմբին է դասվում:

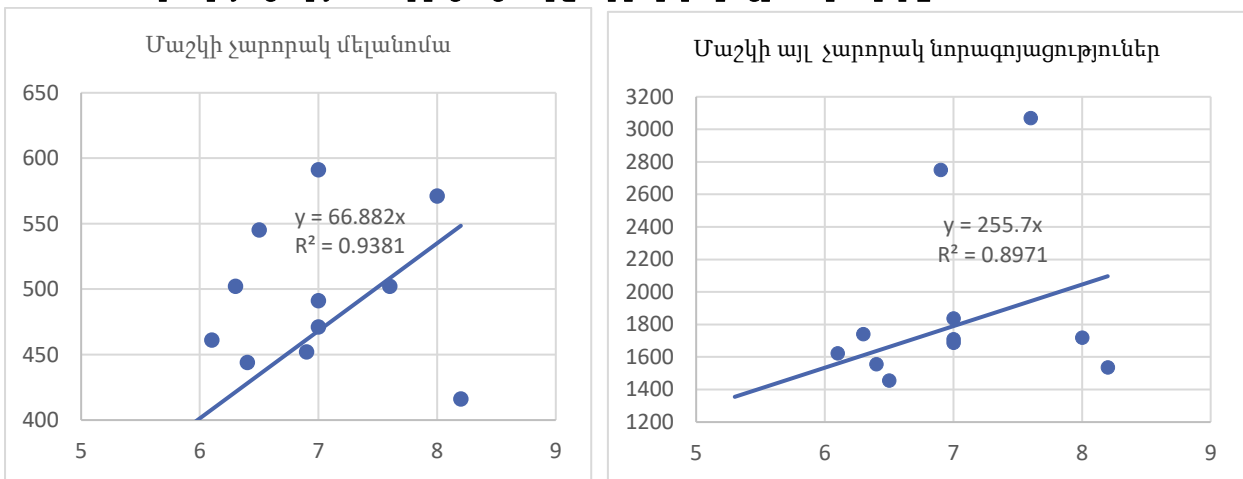
2010-2020 թվականների մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխության և մաշկի չարորակ մելանոմայի դեպքերի դինամիկաների համադրությունն ԱՇՀՀ հետ, ի տարբերություն արյան ցույց է տալիս միտումների ընդհանրությունները և համընկնումները (Գծապատկեր 58):

Գծապատկեր 58. Ջերմաստիճանի փոփոխության և մաշկի չարորակ մելանոմայի և մաշկի այլ չարորակ նորագոյացությունների տարածվածության դեպքերի դինամիկան ՀՀ-ում, 2010-2021



Վիճակագրական վերլուծությամբ ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների փոփոխության և մաշկի մելանոմայի ու մաշկի այլ չարորակ նորագոյացությունների միջև (մնացած այլ գործոնների ազդեցության բացառման դեպքում) արձանագրվել է հստակ կորելացիոն կապ:

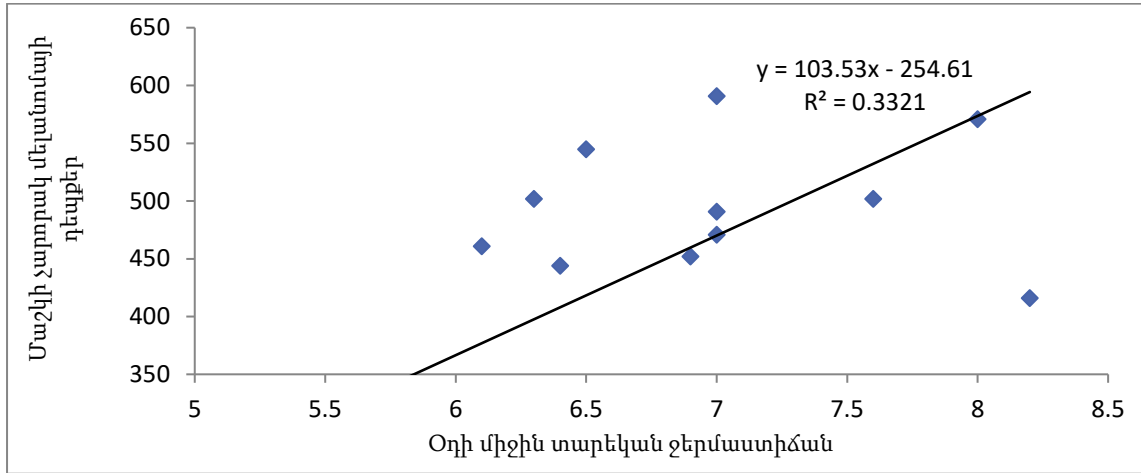
Գծապատկեր 59. Ջերմաստիճանի փոփոխության և մաշկի մելանոմայի ու մաշկի այլ չարորակ նորագոյացությունների ցուցանիշների կորելացիոն կապերը



2010-2021 թվականների մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և մաշկի մելանոմայի դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծությունը ցույց տվեց հավաստի կախվածություն ($R^2=0.332$, $P<0.05$): Քանի որ երկու փոփոխականների միջև գծային կախվածությունն արտացոլող t չափորոշիչը գտնվում է մոդելի 95% հավաստիության միջակայքի մերժվող հատվածում ($t_{critical\ value} = 2.228$, $t_{statistics} = 2.230$), հաստատվում է վիճակագրորեն նշանակալի գծային կապը երկու փոփոխականների միջև և ստացված ռեգրեսիոն հավասարումը (մոդելը) կարող է օգտագործվել ապագա ազդեցությունների կանխատեսումների համար: Ստացված արդյունքները հուշում են, որ նախ, մաշկի մելանոմայի հիվանդությունների վարիացիայի 33.2%-ը կարող է բացատրվել մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխությամբ, երկրորդ, այս հիվանդության վրա բոլոր

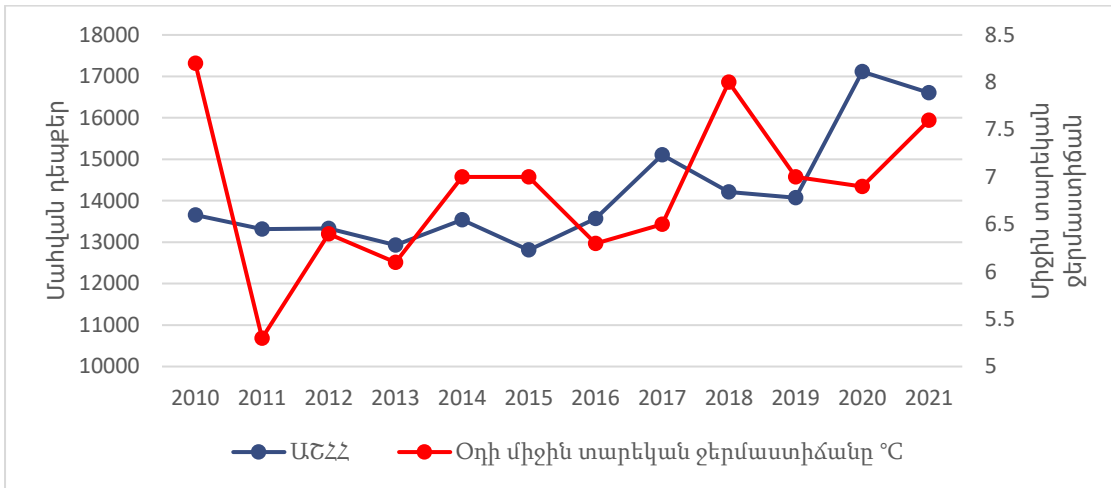
գործոնների համալիր ազդեցության պայմաններում տարեկան ջերմաստիճանի յուրաքանչյուր 1 միավորի աճը կարող է պատճառ հանդիսանալ մաշկի չարորակ մեղանոմայի հիվանդության 103 նոր դեպքի առաջացման (Գծապատկեր 60): Ընդ որում, ջերմաստիճանի փոփոխությամբ պայմանավորված մաշկի չարորակ մեղանոմայի առաջացման վրա ազդող գործոնների (ջերմային հարված, ՈՒՄ ճառագայթում և այլն) բացակայության դեպքում հիվանդության դեպքերի թիվը կկրճատվի 254-ով:

Գծապատկեր 60. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և մաշկի չարորակ մեղանոմայի տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները



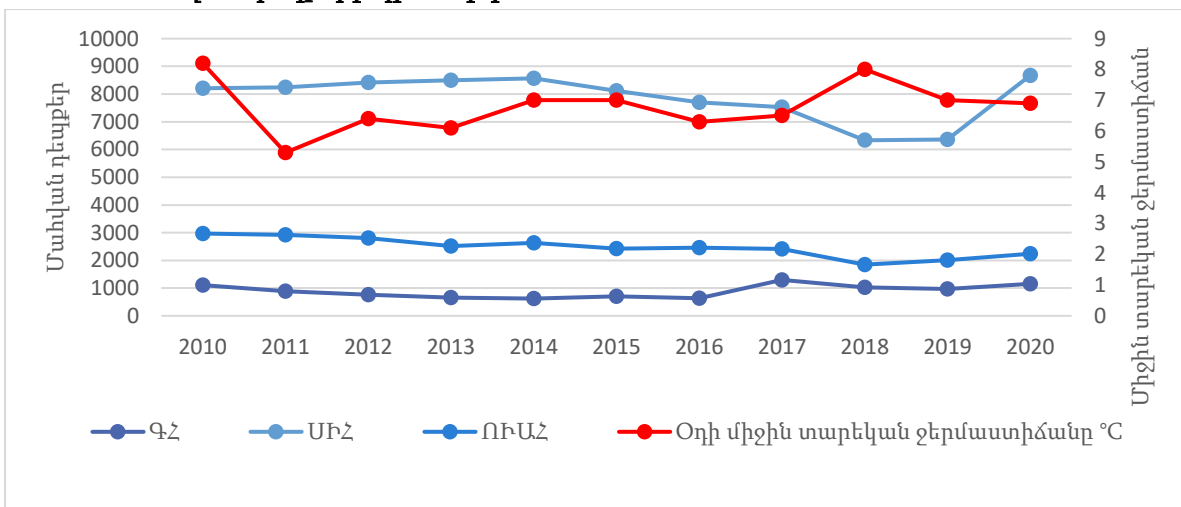
Ազդեցությունը մահացության վրա. Համաձայն ԱՀԿ ուղեցույցների, այլ երկրների փորձի և Հայաստանում նախկինում իրականացված հետազոտությունների արդյունքների, կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի բարձրացումն ու ջերմաստիճանային անոմալիաները որոշակիորեն չափելի ազդեցություն ունեն հատկապես կլիմայազգայուն հիվանդություններից մահացության դինամիկայի վրա: 2010-2020 թվականներին ջերմաստիճանի տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ մահացության տարեկան դեպքերի դիտարկումը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշների դինամիկան ունեն ընդգծված ցիկլային աճի միտում:

Գծապատկեր 61. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ մահվան դեպքերի դինամիկան, 2010-2021



2010-2020 թվականներին ի տարբերություն ԱՇՀՀ ընդհանուր և ըստ դիտարկված հիվանդությունների, մահվան դեպքերի դինամիկայում միայն ԳՀմահերի դեպքում է նկատելի աճի միտում (Գծապատկեր 62):

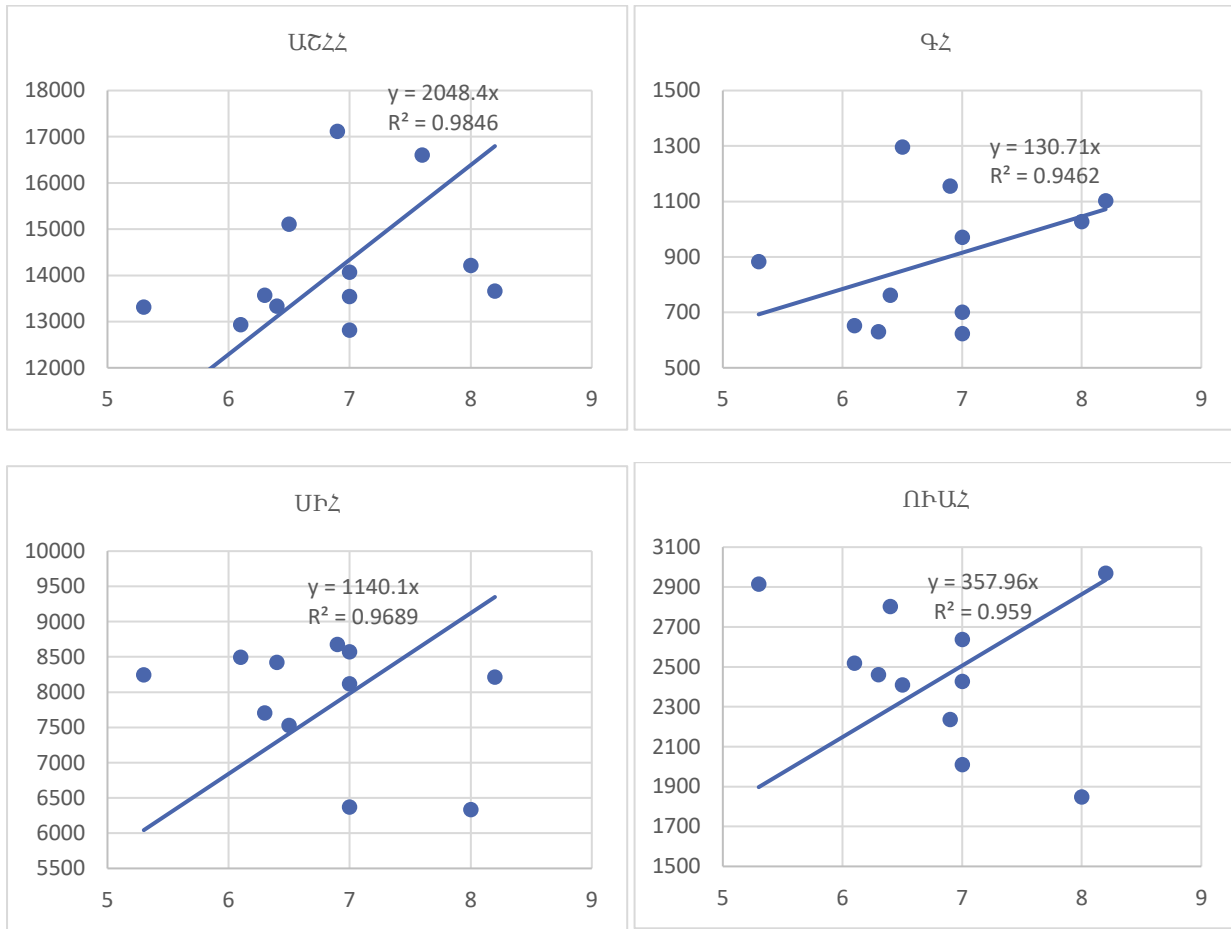
Գծապատկեր 62. Գերձնշումային, սրտի իշեմիկ և ուղեղի անոթային հիվանդություններից մահվան դեպքերի դինամիկան 2010-2020



2010-2018թթ. ընթացքում արձանագրվել է ԱՇՀՀ ըստ նոզոլոգիաների մահվան դեպքերի նվազում, սակայն 2019 թվականից արձանագրվում է ՄԻՀ և ՈՒԱՀ մահվան դեպքերի աճ: Դա հատկապես նկատելի է սրտի իշեմիկ հիվանդություններից մահերի դեպքում՝ 2020 թվականի մահվան դեպքերը 2010 թվականի ցուցանիշի համեմատ աճել են 5.6%-ով, ինչն ամենաբարձրն է դիտարկվող ժամանակահատվածում:

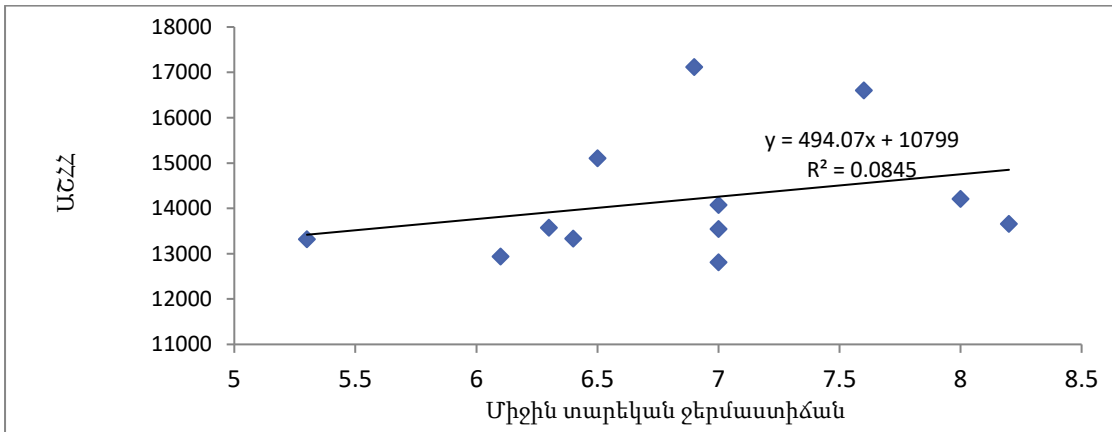
Վիճակագրական վերլուծությամբ ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների փոփոխության և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահերի տարեկան դեպքերի միջև (մնացած այլ գործոնների ազդեցության բացառման դեպքում) արձանագրվել է հստակ կորելացիոն կապ:

Գծապատկեր 63. Ջերմաստիճանի փոփոխության և մաշկի մեխանիկայի ու մաշկի այլ չարորակ նորագոյացությունների ցուցանիշների կորելացիոն կապերը



2010-2021 թվականների մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահվան տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծությունը ցույց տվեց, որ երկու փոփոխականների միջև գոյություն չունի վիճակագրորեն նշանակալի գծային կախվածություն, ($R^2=0.0845$, $P>0.05$): Եզրակացությունը հաստատվում է նաև երկու փոփոխականների միջև գծային կախվածությունն արտացոլող t չափորոշիչի արժեքով, որը գտնվում է 95% հավաստիության միջակայքի չմերժվող հատվածում ($t_{critical\ value} = 2.228$, $t_{statistics} = 0.9604$), դրանով իսկ հաստատվելով ռեգրեսիոն վերլուծության գրոյական վարկածը՝ գոյություն չունի գծային կախվածություն ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահերի փոփոխության միջև:

Գծապատկեր 64. Ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ մահվան տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծություն



Համանման պատկեր է ստացվում է նաև ԱՇՀՀ մասով. գերճշումային հիվանդություններ ($R^2=0.1125$, $P>0.05$), ՄԻՀ ($R^2=0.1257$, $P>0.05$), ՈԻԱՀ ($R^2=0.1070$, $P>0.05$): Բոլոր երեք հիվանդություններից մահերի և ջերմաստիճանի միջին տարեկան արժեքների միջև կախվածության ռեգրեսիոն վերլուծության վիճակագրորեն նշանակալի գծային կախվածության F և t չափորոշիչների արժեքները հայտնվել են 95% հավաստիության միջակայքի չմերժվող հատվածում, դրանով իսկ արձանագրելով երկու փոփոխականների միջև հավաստի գծային կապի բացակայությունը:

Միջին տարեկան ցուցանիշներից գատ, կլիմայի (ջերմաստիճանի) փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատման նպատակով դիտարկվել են նաև մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի միջին ամսական արժեքները և ԱՇՀՀ մահացության ամսական դեպքերը:

Նախկինում քաղաք Երևանի բնակչության հիվանդացության և մահացության սեզոնային առանձնահատկությունների պարզաբանման նպատակով կատարված վերլուծությունները ցույց են տվել, որ հատկապես սրտանոթային համակարգի հիվանդությունների հաճախականության ու մահացության ամենաբարձր ցուցանիշներն արձանագրվում են ձմեռ-գարնանային ամիսներին, ինչը հիմք էր հանդիսացել ուսումնասիրելու ջերմաստիճանի փոփոխությունից առանձին հիվանդությունների խոցելիությունն ամառային շոգ օրերին: Հետազոտության նպատակն է պարզել ջերմային ալիքների հնարավոր ազդեցությունը բնակչության մահացության և հիվանդացության ցուցանիշների վրա: Արդյունքում եզրակացվել էր, որ ամառային շրջանում ջերմային ալիքների օրերի ավելացմանը զուգընթաց հավաստիորեն ավելանում են բոլոր պատճառներից բնակչության մահվան դեպքերի քանակը:⁸⁹

Մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխության ազդեցությունն ԱՇՀՀ մահերի դինամիկայի վրա գնահատելու նպատակով օգտագործվել են 2010–2021 թվականներն ընդգրկող ժամանակահատվածի ոչ տաք (2020 թվական) և տաք (2021 թվական) գնահատված տարիների միջին ամսական տվյալները:

⁸⁹ Քոթանյան Ա., ՀՀ տարածքում միջավայրային բնական գործոնների բժշկակերպական հիմնահարցերը, էջ 19-20:

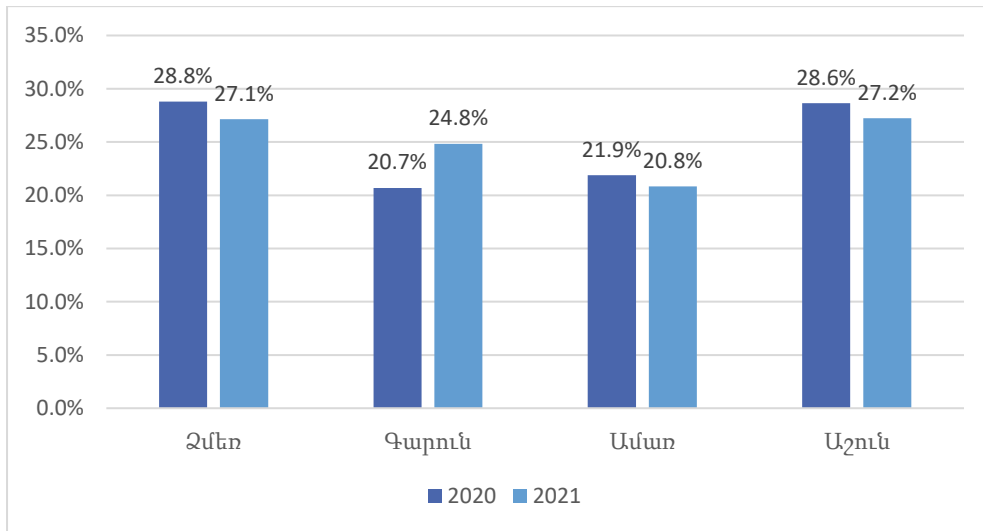
Աղյուսակ 13. Մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի միջին ամսական արժեքները և ԱՇՀՀ մահվան ամսական դեպքերը, 2020-2021

Ամիսներ	Միջին ամսական ջերմաստիճանը, 2021	Մահվան դեպքերի ըստ ամիսների, 2021	Միջին ամսական ջերմաստիճանը, 2020	Մահվան դեպքերի ըստ ամիսների 2020
Հունվար	-4.3	1644	-5.4	1461
Փետրվար	-1.9	1329	-4	1393
Մարտ	-0.9	1410	3.1	1269
Ապրիլ	8.9	1452	3.9	1157
Մայիս	12.5	1258	10.9	1114
Հունիս	17.6	1200	15.6	1425
Հուլիս	18.6	1161	18.1	1293
Օգոստոս	19	1095	15.9	1026
Սեպտեմբեր	14	1124	15.7	1027
Հոկտեմբեր	6.7	1528	9.8	1422
Նոյեմբեր	3.2	1867	2	2451
Դեկտեմբեր	-2.3	1534	-3	2076
Տարեկան	7.6	16602	6.9	17114

Աղբյուրը՝ ՀՀ ՎԳ

Հանրապետության մասշտաբով ջերմաստիճանի միջին ամսական արժեքների և ԱՇՀՀ մահվան գրանցված դեպքերի համեմատությունը ցույց տվեց, որ ի տարբերություն նախորդ հետազոտության, ավելի շատ մահվան դեպքեր արձանագրվում են ձմռան և աշնան ամիսներին և առավել քիչ՝ ամռան ամիսներին: Ընդ որում, տաք համարվող 2021 թվականի ամռանն արձանագրված մահերի մասնաբաժինը մեկ տոկոսային կետով պակաս է եղել 2020 թվականի համապատասխան ցուցանիշից:

Պատկեր 65. ԱՇՀՀ հիվանդացության կշիռը (%) ըստ տարվա եղանակների,



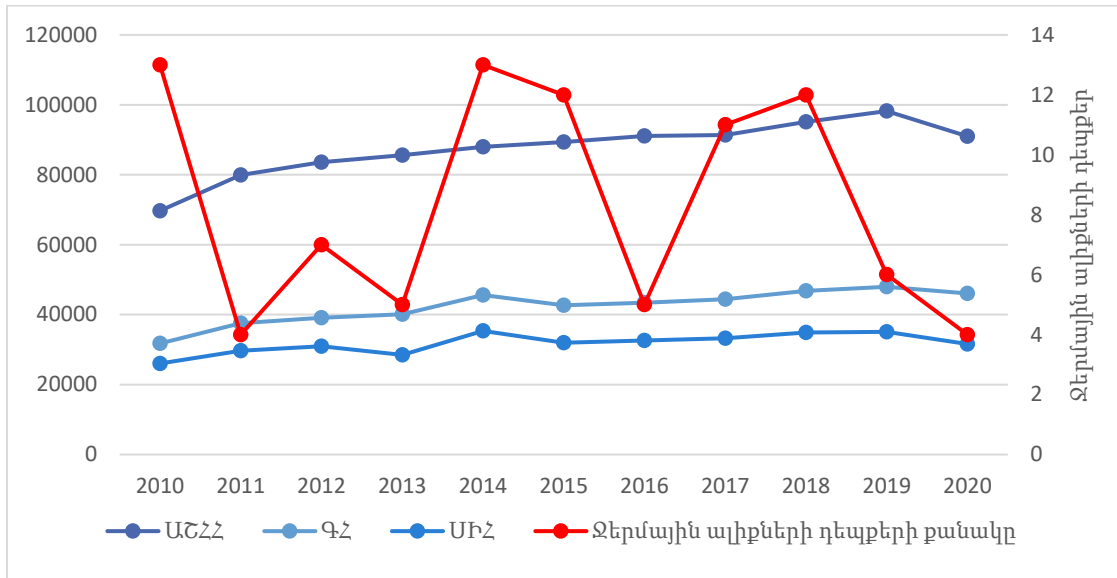
Մահվան պատճառների որոշման տարբեր մոտեցումները, որպես կանոն, հանգեցնում են սաստիկ շոգի և ցրտի հետ կապված մահերի հարաբերական քանակների տարբերությունների: Վիճակագրական մոտեցումների վրա հիմնված ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ, չնայած, ախտորոշված մահերի մեծ մասի համար պատճառ է հանդիսանում ոչ թե սաստիկ շոգը, այլ ցուրտը և մահացության ավելի բարձր մակարդակ արձանագրվում է ձմռան ամիսներին, այնուհանդերձ մահացության և լրացուցիչ ծայրահեղ (անուժալ) շոգ օրվա միջև կապն ավելի նշանակալի է, քան մահացության և լրացուցիչ ծայրահեղ ցուրտ օրվա միջև եղած կապը:⁹⁰

Այս իրողությունը հաշվի առնելով, առավել կարևորվում է մթնոլորտային օդի ջերմաստիճանի փոփոխության և անուժալ ծայրահեղ արժեքների ազդեցությունն առանձին հիվանդություններից մահացության դինամիկայի վրա:

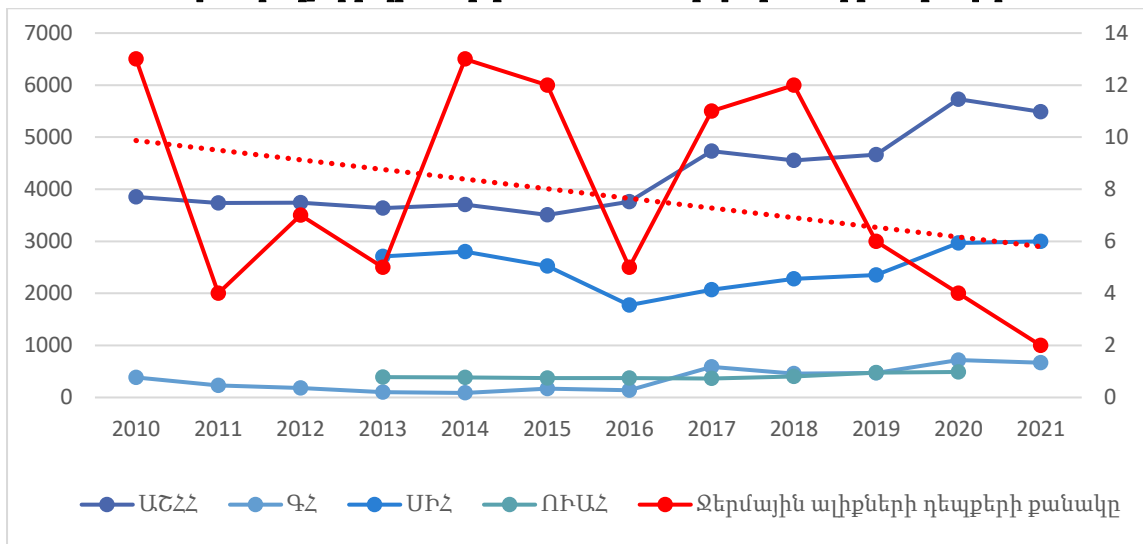
Նման ազդեցությունը գնահատելու համար օգտագործվել են Երևան քաղաքում ջերմային ալիքների դեպքերի, դրանց տևողության և ԱՇՀՀ հիվանդացության ու մահերի դեպքերի վերաբերյալ տվյալները, ինչպես նաև 2021 թվականի օրական ջերմաստիճանի և ԱՇՀՀ մահերի օրական դեպքերի դինամիկան: ք.Երևանում ըստ տարիների ԱՇՀՀ դեպքերի փոփոխության դինամիկան ասոցացվում է ջերմային ալիքների դեպքերի նույն ցուցանիշների հետ:

⁹⁰ The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. p. 48-49.
 Medina-Ramón, M. and J. Schwartz, 2007: Temperature, temperature extremes, and mortality: A study of acclimatisation and effect modification in 50 US cities. *Occupational and Environmental Medicine*, **64**, 827-833.
<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.033175>

Գծապատկեր 66. ք. Երևանում ջերմային ալիքների դեպքերի և ԱՇՀՀ ըստ նոգոլոգիաների հիվանդացության դեպքերի դինամիկան, 2010-2020

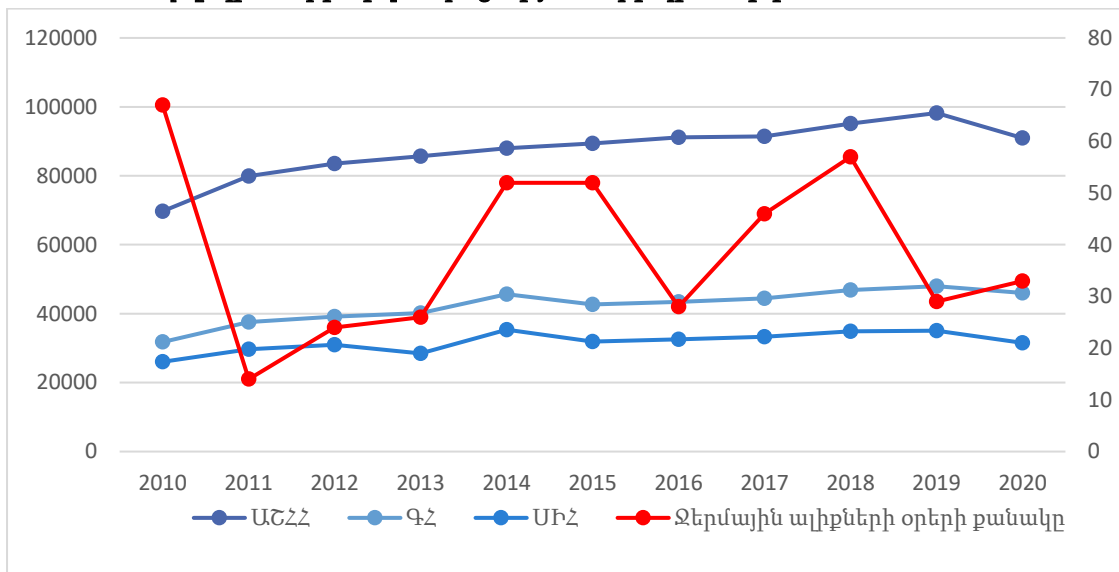


Գծապատկեր 67. ք. Երևանում ջերմային ալիքների դեպքերի և ԱՇՀՀ և ըստ նոգոլոգիաների մահվան դեպքերի դինամիկան, 2010-2020 թվականներին, միավոր

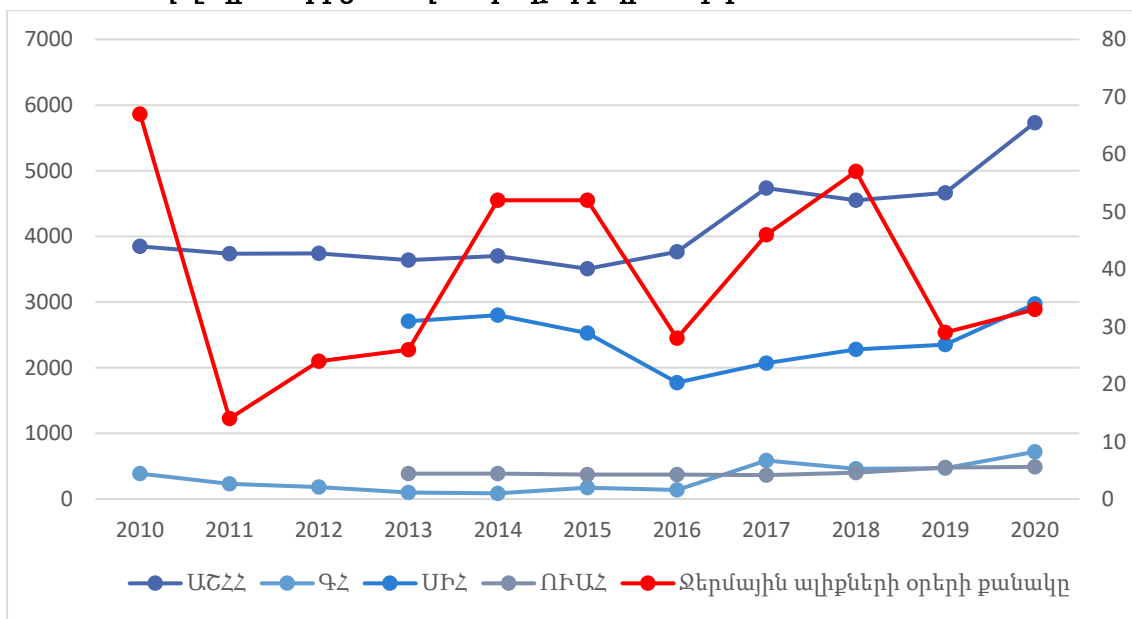


2010-2021 թվականներին նկատելի է ջերմային ալիքների դեպքերի ընդհանուր նվազման միտում (Գծապատկեր 67-ում կետային կոր): Սակայն նախորդ տարիների համեմատ, 2020 և 2021թթ. արձանագրվել է ԱՇՀՀ մահվան դեպքերի աճ համապատասխանաբար՝ 3045-ով և 2025-ով:

Գծապատկեր 68. ք. Երևանում ջերմային ալիքների օրերի քանակի և ԱՇՀՀ և ըստ նոզոլոգիաների հիվանդացությանների դինամիկան, 2010-2020

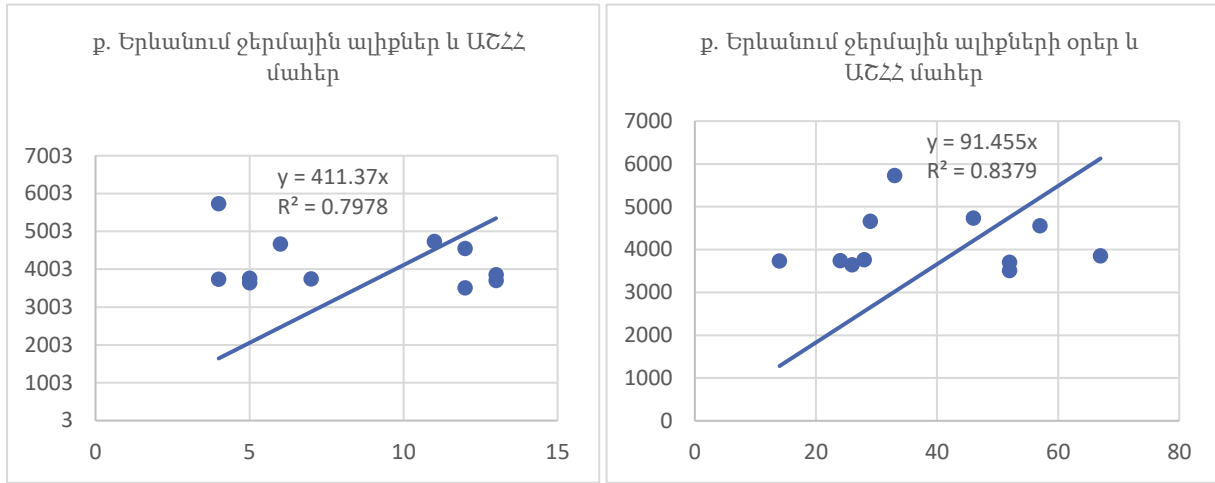


Գծապատկեր 69. ք. Երևանում ջերմային ալիքների օրերի քանակի և ԱՇՀՀ և ըստ նոզոլոգիաներից մահվան դեպքերի դինամիկան, 2010-2020



Երևան քաղաքում ջերմային ալիքների դեպքերի և օրերի միջին տարեկան արժեքների փոփոխության և ԱՇՀՀ մահերի տարեկան դեպքերի միջին (մնացած այլ գործոնների ազդեցության բացառման դեպքում) վիճակագրական վերլուծությամբ արձանագրվել է հստակ կորելացիոն կապ:

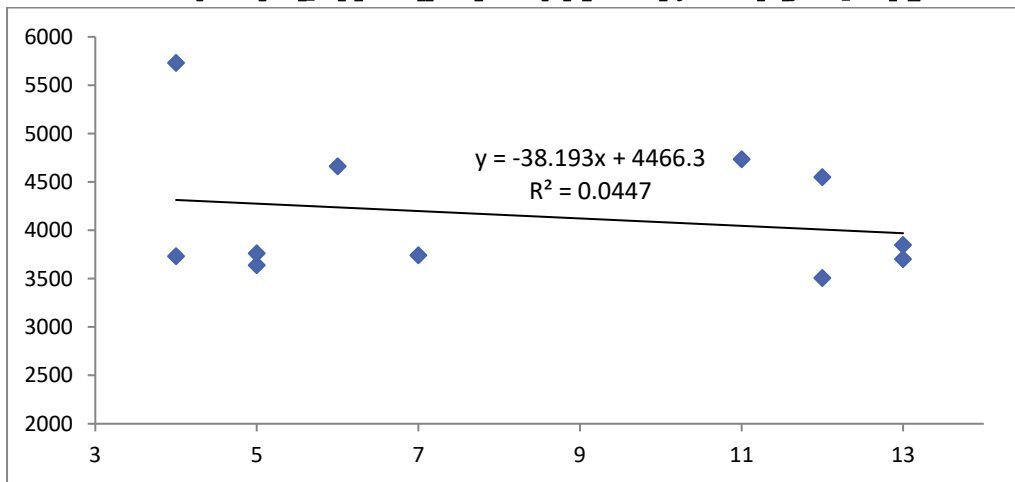
Գծապատկեր 70. ք. Երևանում ջերմային ալիքների դեպքերի, օրերի և ԱՇՀՀ ահվան դեպքերի կորելացիոն կապերը



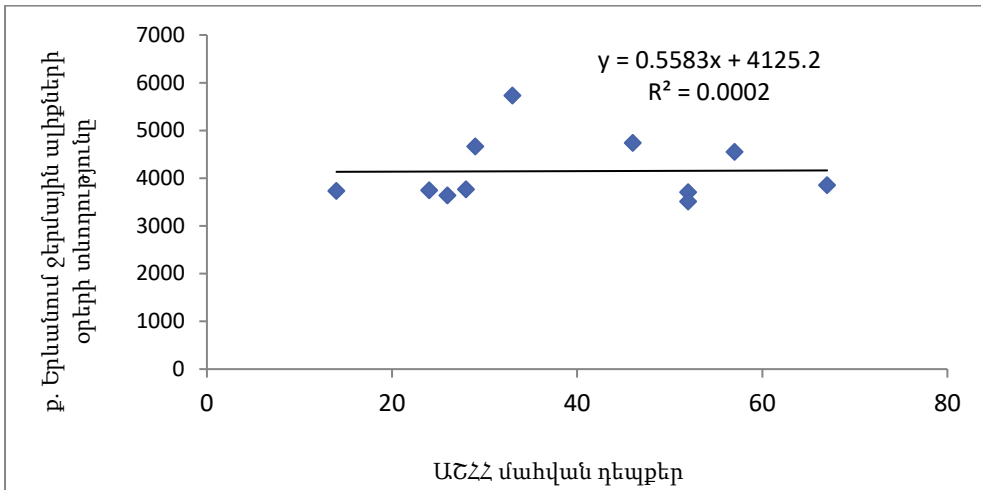
Առաջնային դիտարկմամբ կորելացիոն կախվածության գործակիցը բավականին նշանակալի է՝ մոտ 80% ջերմային ալիքների դեպքերի և 84% ջերմային ալիքների տևողության (օրերի) դեպքում:

2010-2020 թվականների Երևան քաղաքում ջերմային ալիքների դեպքերի ու օրերի տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀմահվան տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծությունը փաստում է երկու փոփոխականների միջև վիճակագրորեն նշանակալի գծային կախվածության բացակայությունը (ջերմային ալիքների դեպքեր՝ $R^2=0.0447$, $P>0.05$, ջերմային ալիքների օրեր՝ $R^2=0.0002$, $P>0.05$): Եզրակացությունը հաստատվում է նաև երկու փոփոխականների միջև ռեգրեսիոն վերլուծության վիճակագրորեն նշանակալի գծային կախվածության F և t չափորոշիչների արժեքների 95% հավաստիության միջակայքի չներժվող հատվածում հայտնվելու փաստով, դրանով իսկ արձանագրելով երկու փոփոխականների միջև հավաստի գծային կապի բացակայությունը:

Գծապատկեր 71. ք. Երևանում ջերմային ալիքների դեպքերի տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ մահվան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները, 2010-2020



Գծապատկեր 72. ք. Երևանում ջերմային ալիքների օրերի տարեկան արժեքների և ԱՇՀՀ մահվան տարեկան դեպքերի ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները, 2010-2020



Ջերաստիճանի ազդեցությունն ԱՇՀՀ մահերի վրա գնահատելու համար դիտարկվել են նաև 2021 թվականի մահերի օրական դեպքերը, ինչը որոշակիորեն պետք է արտացոլի ծայրահեղ բարձր ջերմաստիճանային օրերի և մահվան դեպքերի հնարավոր կապը:

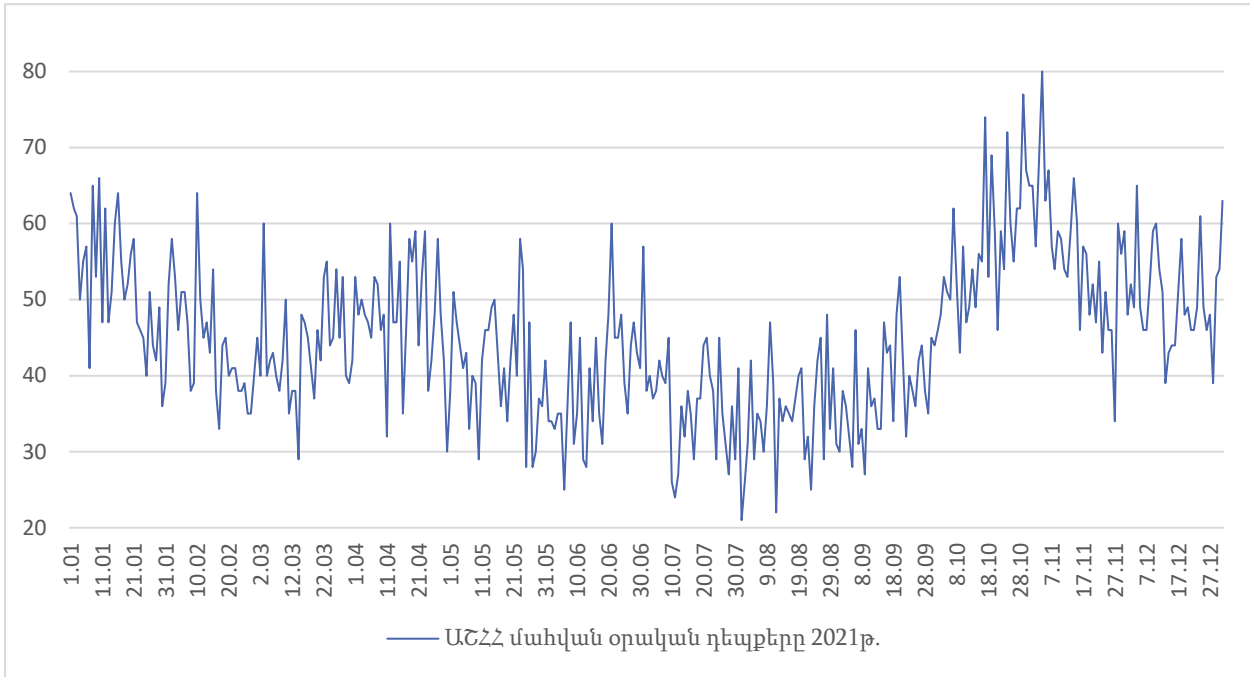
Համաձայն ՀՀ ՇՄՆ Հիդրոոդեկտորատի և մոնիտորինգի կենտրոնի տվյալների, 2020-2021 թվականների ձմեռը եղել է տաք, միջին սեզոնային ջերմաստիճանը կազմել է -3.1°C և բարձր է եղել նորմայից (-5.5°C) 2.4 աստիճանով: Հատկապես տաք են եղել հունվար և փետրվար ամիսները (միջին ամսական ջերմաստիճանները 1961-1990 թվականների նորմայից բարձր են եղել, համապատասխանաբար՝ 2.5 և 3.9 աստիճանով): Սկսած 1935 թվականից 2021 թվականի գարունը հինգերորդ տաք գարունն է (2018, 2014, 2008, 1989): Միջին սեզոնային ջերմաստիճանը կազմել է 6.8°C , ինչը բարձր է եղել նորմայից (4.3°C) 2.5°C աստիճանով: Խիստ բարձր ջերմաստիճան է գրանցվել ապրիլ և մայիս ամիսներին, երբ ջերմաստիճանի դրական անոմալիան կազմել է, համապատասխանաբար՝ 4.0°C և 2.9°C : 2021 թվականի ապրիլն ու մայիսը դարձան ամենատաք ամիսները դիտարկումների ողջ պատմության մեջ:

2021 թվականի ամռան սեզոնն եղել է նորմայից տաք, միջին ջերմաստիճանը կազմել է 18.2°C , ինչը բարձր է եղել նորմայից (15.7°C) 2.5 աստիճանով: Ամռան երեք ամիսներին էլ գրանցվել են բարձր ջերմաստիճաններ, ամսական միջին ջերմաստիճանների շեղումները նորմայից համապատասխանաբար կազմել է 4.2°C ՝ հունիսին, 1.3°C ՝ հուլիսին և 2.0°C ՝ օգոստոսին: Նորմայից տաք է եղել նաև աշունը՝ բարձր ջերմաստիճան է գրանցվել սեպտեմբեր և նոյեմբեր ամիսներին, երբ ջերմաստիճանի դրական անոմալիան կազմեց համապատասխանաբար 0.8°C և 1.7°C , իսկ հոկտեմբերին դիտվեց նորմայից ցածր ջերմաստիճան՝ -0.3°C :⁹¹

2021 թվականի ընթացքում ԱՇՀՀ մահերի օրական դինամիկան ներկայացված է ստորև:

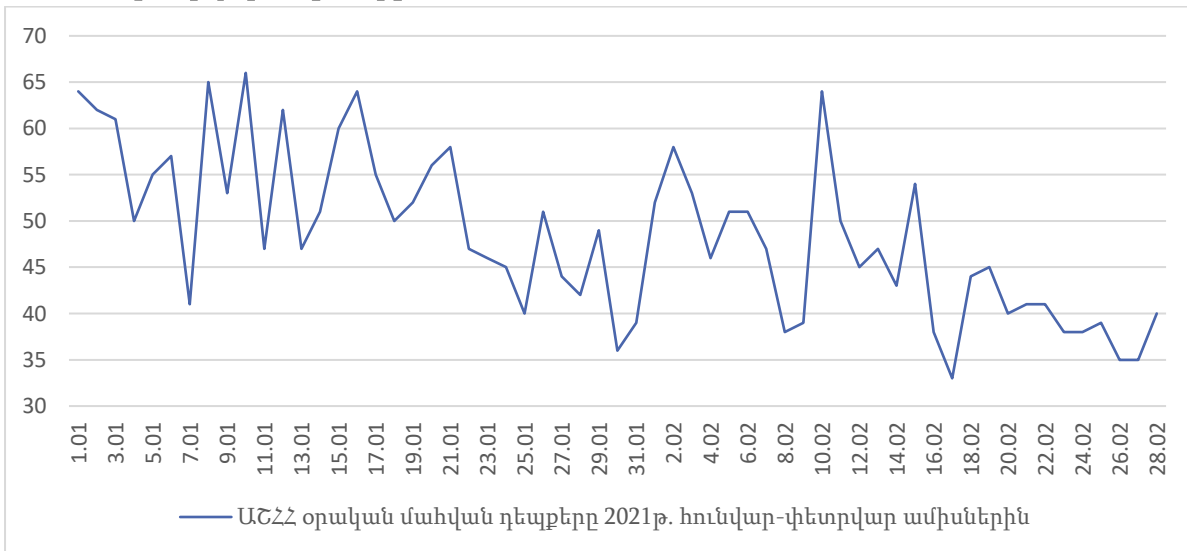
⁹¹ ՀՀ շրջակա միջավայրի վիճակի մասին, Տեղեկագիր 2021, ՀՀ ՇՄՆ Հիդրոոդեկտորատի և մոնիտորինգի կենտրոնի ՊՈԱԿ, <http://meteomonitoring.am/publications/cat/16?type=monthly>

Գծապատկեր 73. ԱՇՀՀ օրական մահվան դեպքերի դինամիկան, 2021



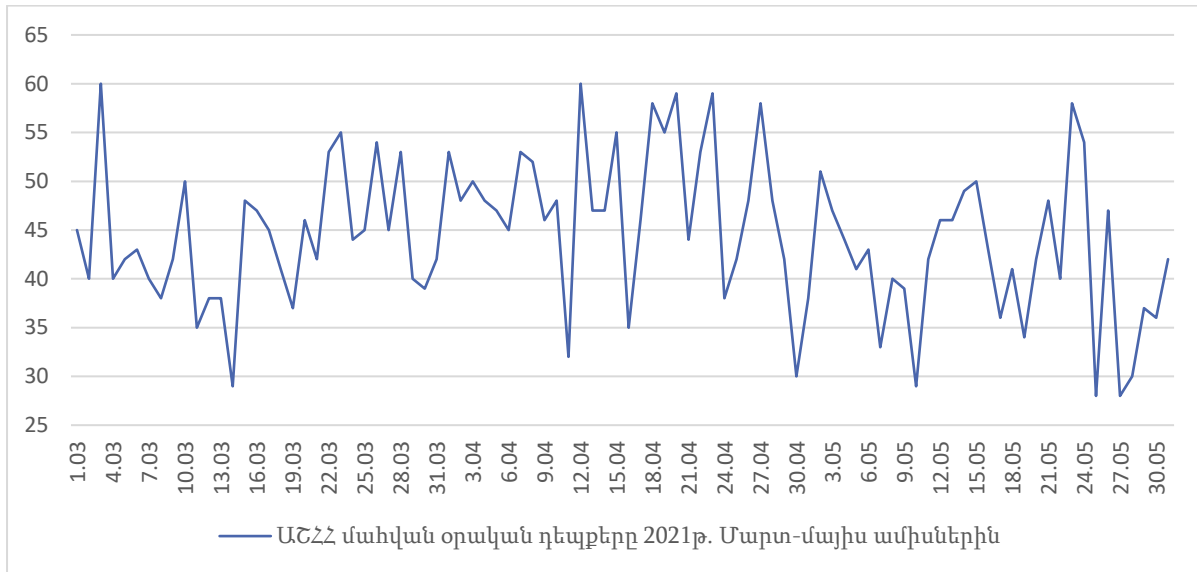
2021 թվականը ձմռանը տաք ալիք դիտվել է **հունվարի 9-17-ը** և **փետրվարի 1-17-ը**: Առավելագույն ջերմաստիճանի առավելագույն շեղումը նորմայից կազմել է 13.2°C, միջին շեղումը նորմայից՝ 8.3°C: Միջին ջերմաստիճանի առավելագույն շեղումը նորմայից կազմել է 13.7°C: 2021թ. ձմռանը ցուրտ ալիք դիտվել է հունվարի երկրորդ տասնօրյակում: Ցուրտ ալիքով օրերի թիվը գգալիորեն պակաս է եղել նորմայից:

Գծապատկեր 74. ԱՇՀՀ օրական մահվան դեպքերի դինամիկան, 2021 թվականի հունվար-փետրվար ամիսներին



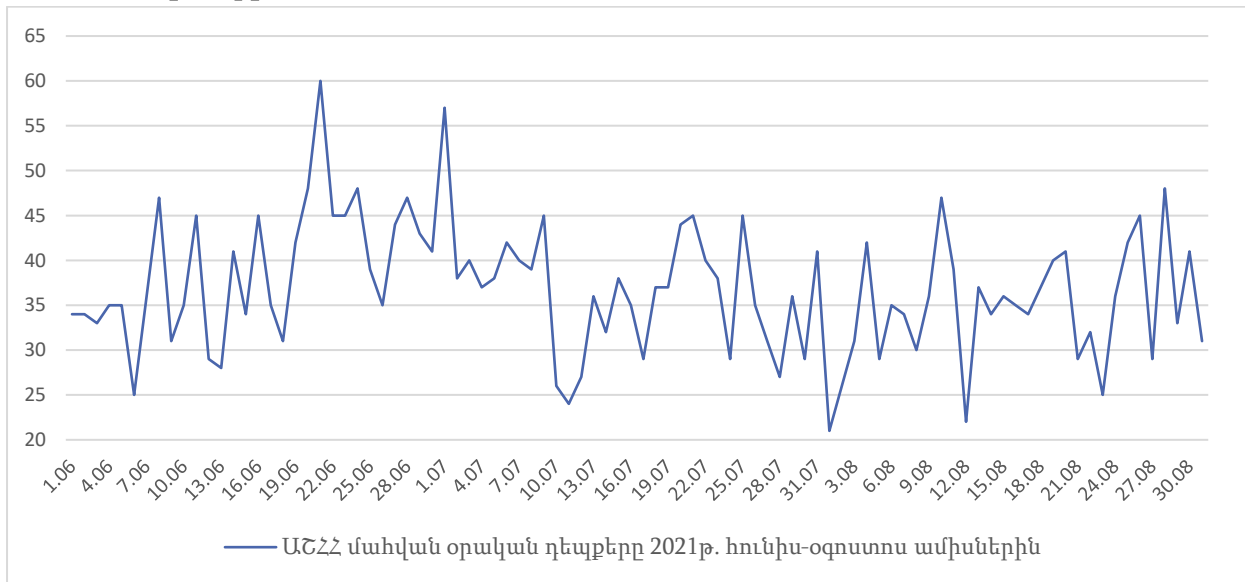
2021 թվականը գարնանը տաք ալիք դիտվել է **ապրիլի 9-10-ը**, **ապրիլի 17-30-ը**, **մայիսի 13-24-ը** և **28-31-ը**: Առավելագույն ջերմաստիճանի առավելագույն շեղումը նորմայից կազմել է 15.4°C: Միջին ջերմաստիճանի առավելագույն շեղումը նորմայից կազմել է 13.2°C: Տաք ալիքով օրերի թվի միջին շեղումը նորմայի նկատմամբ կազմել է 20 օր, իսկ ամենամեծ շեղումը եղել է Հրազդանում և կազմել է 32 օր:

Գծապատկեր 75. ԱՇՀՀ օրական մահվան դեպքերի դինամիկան, 2021 թվականի մարտ-մայիս ամիսներին

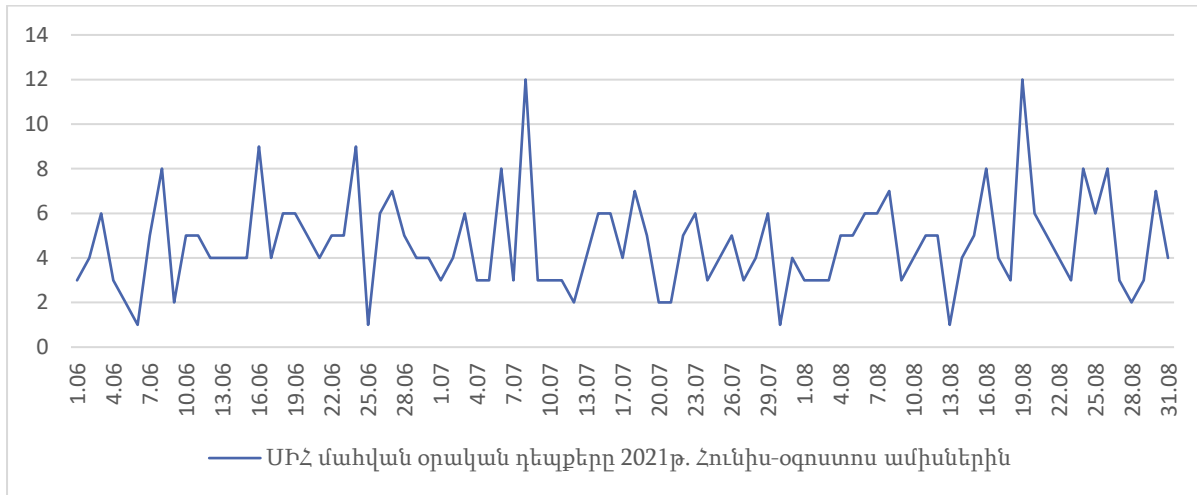


2021թ. ամռանը տաք ալիք դիտվել է **հունիսի 15-30-ը, հուլիսի 1-6-ը, հուլիսի 19-21-ը, օգոստոսի 5-10-ը, 27-31-ը**: Հունիսին դիտված ալիքի տևողությունը եղել է բավական երկար՝ 15 օր: Առավելագույն ջերմաստիճանի առավելագույն շեղումը նորմայից կազմել է 14.9°C, միջին ջերմաստիճանի առավելագույն շեղումը նորմայից՝ 19.1°C: Գծապատկեր 76-ում արտացոլված ԱՇՀՀ մահվան օրական դեպքերի դինամիկայից տեսանելի է մահացության դեպքերի աճը տաք ալիքի օրերին, հատկապես՝ հունիսի 15-30-ը և հուլիսի սկզբին:

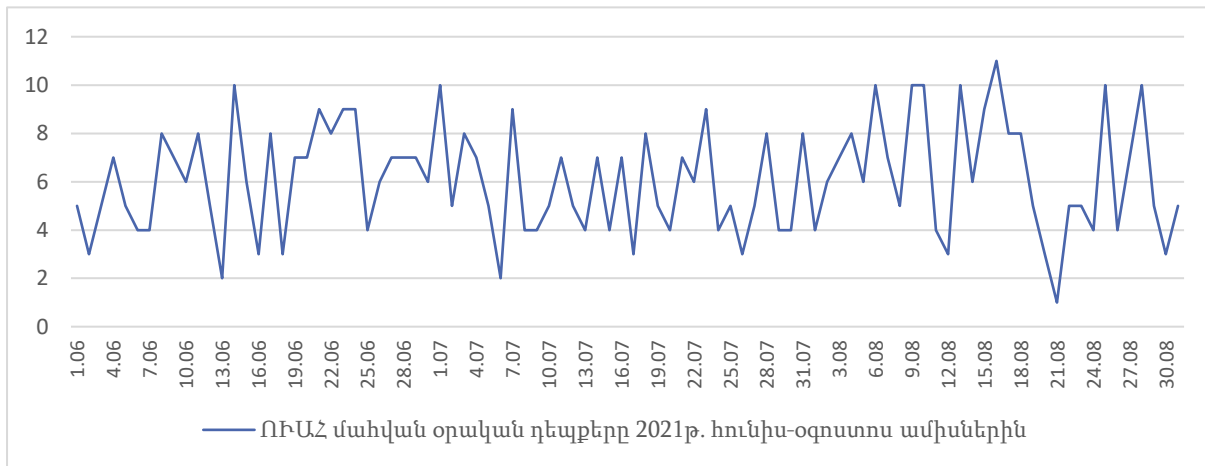
Գծապատկեր 76. ԱՇՀՀ օրական մահվան դեպքերի դինամիկան 2021 թվականի հունիս-օգոստոս ամիսներին



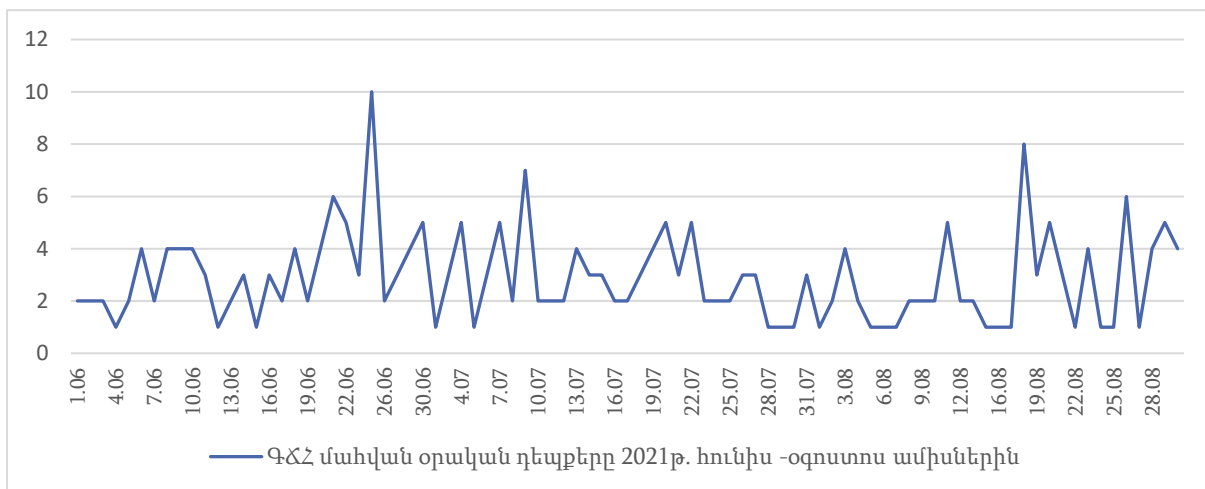
Գծապատկեր 77. ՄԻՀ մահվան դեպքերի օրական մահվան դեպքերի դինամիկան, 2021 թվականի հունիս-օգոստոս ամիսներին



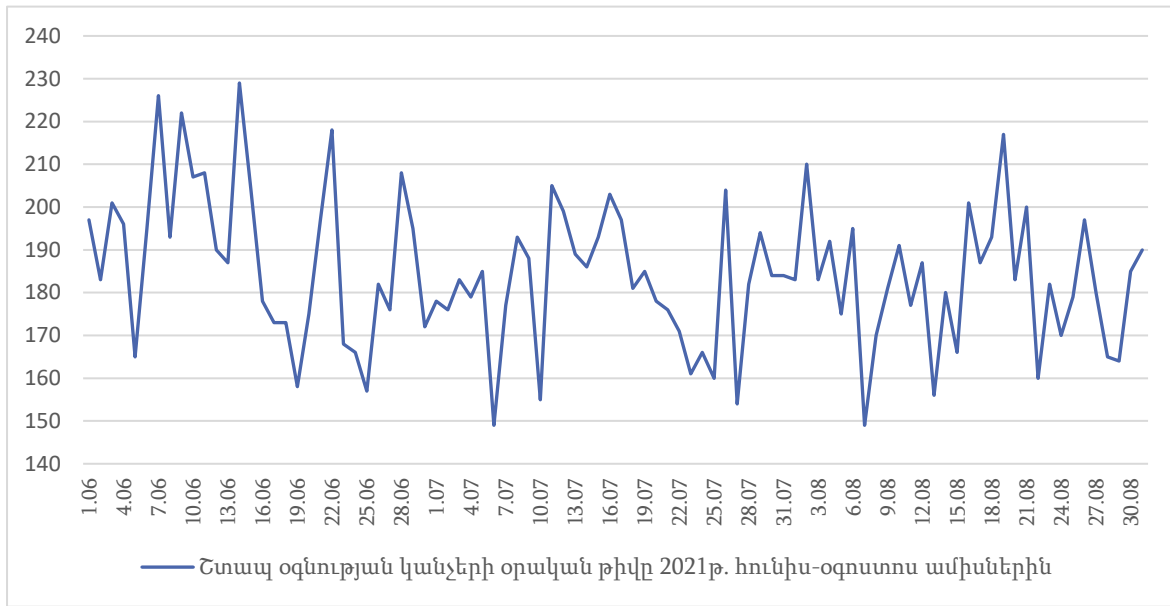
Գծապատկեր 78. ՈւԱՀ օրական մահվան դեպքերի դինամիկան, 2021 թվականի հունիս-օգոստոս ամիսներին



Գծապատկեր 79. ԳՀ օրական մահվան դեպքերի դինամիկան, 2021 թվականի հունիս-օգոստոս ամիսներին

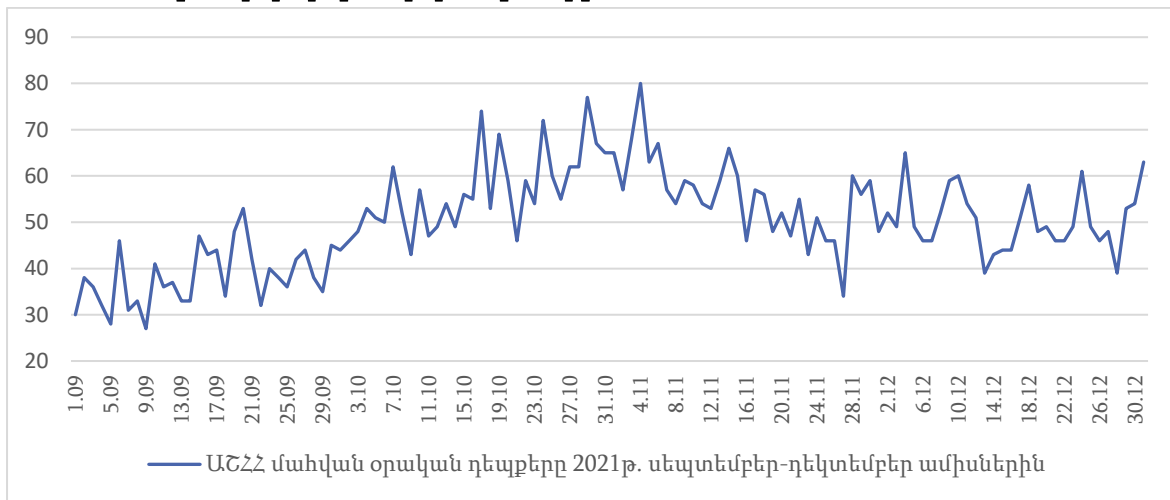


Գծապատկեր 80. ԱՇՀՀ պայմանավորված շտապ օգնության կանչերի դեպքերի դինամիկան, 2021 թվականի հունիս-օգոստոս ամիսներին



2021թ. աշնանը տաք ալիք դիտվել է նոյեմբերի 1-5-ը և դեկտեմբերի 13-20-ը :

Գծապատկեր 81. ԱՇՀՀ օրական օրական մահվան դեպքերի դինամիկան 2021 թվականի սեպտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին



Ինչպես և սպասվում էր, տարվա բոլոր սեզոններին առկա է մահվան դեպքերի օրական դինամիկայի աճի համընկնումներ ամսվա ջերմային ալիքների կամ ջերմաստիճանի առավելագույն արժեքների օրերի դինամիկայի հետ:

Օդի որակի փոփոխության ազդեցությունն առողջության վրա

Ինչպես վերը նշվեց, հատկապես վտանգավոր է անոմալ բարձր ջերմաստիճանի գուգակցումն օդի երկու աղտոտիչների՝ օզոնի և PM_{10} -ի (մինչև 10 մկմ տրամագծով պինդ մասնիկներ) հետ, որոնք սիներգիկ ազդեցություն են ունենում մահացության մակարդակի վրա (հետազոտությունների համաձայն բարձր ջերմաստիճանի և օդի մյուս աղտոտիչների

գուժակցված ազդեցության նմանատիպ էֆեկտ չի նկատվել):⁹² Համաձայն Կլիմայի փոփոխության մասին 4-րդ ազգային հաղորդագրության, փոշու մեջ գտնվող չափազանց փոքր չափերի՝ 2.5 կամ պակաս միկրոն (PM 2.5) կոշտ մասնիկների ազդեցությամբ, որն առաջ է բերում է սիրտ-անոթային, շնչառական և օնկոլոգիական հիվանդություններ:⁹³

Աղտոտման հիմնական պատճառներ կարող են հանդիսանալ՝

- վառելիքի այրումն (էլեկտրակենտրոնային արտադրություն, տրանսպորտ, արդյունաբերություն և տնային տնտեսություններ),
- արդյունաբերական արտանետումները, լուծիչների օգտագործումը, օրինակ՝ քիմիական և հանքարդյունաբերության ոլորտում.
- գյուղատնտեսությունը,
- թափոնների բաց այրումը,
- բնական աղբյուրների, ներառյալ հրաբխային ժայթքումների, լեռնային փոշու տարածումը, բույսերից ցնդող օրգանական միացությունների արտանետումները և այլն:

Մարդու գործունեության հետևանքով մթնոլորտային օդ կարող են արտանետվել տարատեսակ գազեր և տարբեր չափերի մասնիկներ: Արտանետումները կարող են վնաս հասցնել, ինչպես մարդու առողջությանը և շրջակա միջավայրին, այնպես էլ տնտեսությանը: Մթնոլորտային օդի արտանետումների և օդի որակի միջև գոյություն ունի բարդ փոխկապակցվածություն, որը ներառում է արտանետման աղբյուրների բարձրությունները, քիմիական կազմի վերափոխումները, արևի ճառագայթների, եղանակային և տոպոգրաֆիկ ազդեցությունները: Մթնոլորտային օդի առաջնային աղտոտիչներ հիմնականում համարվում են՝ ծծմբի երկօքսիդը, ազոտի օքսիդները, ածխածնի մոնօքսիդը, փոշին, ինչպես նաև գետնամերձ օդոնը՝ որպես երկրորդային աղտոտիչ:

ՀՀ ՇՄՆ Հիդրոոլներութաբանության և մոնիտորինգի ազգային կենտրոնի հաղորդագրության համաձայն, 2020 թվականի ընթացքում մթնոլորտային օդի որակի դիտարկումներ կատարվել են Երևան, Գյումրի, Վանաձոր, Ալավերդի, Հրազդան, Արարատ, Ծաղկաձոր, Կապան, Քաջարան և Չարենցավան քաղաքներում: Որոշվել են մթնոլորտային օդում փոշու, փոշու մեջ մետաղների (մոտ 21 մետաղ), ծծմբի երկօքսիդի, ազոտի օքսիդների, ածխածնի մոնօքսիդի և գետնամերձ օդոնի պարունակությունները: Ընդհանուր առմամբ 2020 թվականին կատարվել է մթնոլորտային օդի 33,216 նմուշառում, իրականացվել է 36,012 դիտարկում: Համաձայն դիտարկումների արդյունքների, 2020 թվականին 2019 թվականի համեմատությամբ բարձրացել են Վանաձոր, Ալավերդի և Հրազդան քաղաքների փոշու, Երևան, Գյումրի, Վանաձոր, Քաջարան և Չարենցավան քաղաքների ազոտի երկօքսիդների և Երևան քաղաքի ծծմբի երկօքսիդի պարունակությունները:⁹⁴

Օդի որակի վրա բոլոր այս գործոնների առանձին-առանձին, իսկ ավելի հաճախ միաժամանակյա ազդեցությունը որոշակիորեն բարդացնում է կլիմայի փոփոխության ազդեցության գնահատումը: Հնարավոր փոխկախվածության բացահայտման դեպքում հարկ է նկատի ունենալ ստացված տվյալների անորոշության բարձր մակարդակը:

Կլիմայի փոփոխություններն ազդում են օդի որակի վրա երեք ուղիներով՝ արտաքին օդի աղտոտվածության, աներալերզենների տարածվածության աճի և շինությունների ներսի օդի

⁹² Планы действий по защите здоровья населения от воздействия аномальной жары, Руководство, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2011, ст. 7.

⁹³ Կլիմայի փոփոխության մասին չորրորդ ազգային հաղորդագրություն: Երևան, ՄԱԶՕ Հայաստան, 2020թ., էջ 151:

⁹⁴ Ամփոփագիր ՀՀ տարածքում 2020թ. մթնոլորտային օդի աղտոտվածության մասին, ՀՄԿ ՊՈԱԿ, Ե. 2021, <http://www.armmonitoring.am/public/admin/ckfinder/userfiles/files/ampopag/Odi%20Obzor%202020.pdf>

աղտոտման միջոցով: Օդի որակի փոփոխությամբ պայմանավորված, մարդու առողջության վրա ազդող գործոններն են գետնամերձ օդոնը (O₃), մանր պինդ մասնիկները և ածխածնի երկօքսիդը (CO₂): Կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված որոշ երևույթներ ունեն երկակի ազդեցություն: Ածխածնի երկօքսիդի մակարդակի բարձրացումը նպաստում է բույսերի աճին, ինչը դրական ազդեցություն է գյուղատնտեսությունում բուսաբուծության զարգացման համար: Բայց մյուս կողմից, այն նպաստում է նաև այնպիսի բույսերի աճին, որոնք արտազատում են օդային ալերգեններ (աերոալերգեններ) և դրանով իսկ բացասաբար ազդում մարդկանց առողջության վրա: Օդի որակի վատթարացումը կարևորվում է այն առումով, որ Հայաստանի տարածքի մեծ մասում բնակչությունը բոլորովին հարմարված չէ նման փոփոխություններին և երկրորդ, և՛ օդի աղտոտիչները, և՛ աերոալերգենները ներթափանցում են տներ, դպրոցներ և այլ շենքեր՝ մեծացնելով համապատասխան հիվանդությունների ռիսկը:⁹⁵

Կլիմայի փոփոխությունը օդի որակի վրա ազդում է երկու ճանապարհով. ա/ ուղղակիորեն ազդում է օդում թունավոր նյութերի կոնցենտրացիաների վրա, բ/ փոխվում է ջերմաստիճանը, ամպամածությունը, խոնավությունը, տեղումների հաճախականությունը, քամու ուժգնությունն ու բնույթը, որոնցից յուրաքանչյուրն, իր հերթին, կարող է ազդել օդի որակի վրա: Օդի որակի վրա կլիմայի փոփոխության անուղղակի ազդեցության երրորդ ճանապարհը հրդեհներ են, փոշին և բույսերից արտանետումները: Հայաստանում և հատկապես երկրի առանձին տարածքներում օդի աղտոտման լրջագույն աղբյուրներ են տնտեսական գործունեության տարբեր տեսակներ (օրինակ՝ հանքագործական արդյունաբերությունը, տրանսպորտը և այլն), որոնք, սակայն, սույն հետազոտության շրջանակում ներառված չեն: Հայաստանում օդի որակի ազդեցությունը տարբերվում է ըստ ազդեցության ուժերի և տարածաշրջանների: Հիմնական ազդեցության ուժերն են փոշին և ազոտի ենթօքսիդը: 2012-2018 թվականների համար առկա է տեղեկատվություն քաղաքային բնակավայրերում օդի որակի չափանիշների գերազանցման և ազդակիր բնակչության համամասնությունների վերաբերյալ ըստ մթնոլորտային օդի աղտոտիչների, մարզերի և տարիների: Համաձայն պաշտոնական վիճակագրության օդի որակի վատթարացումից ազդակիր տարածքներ են հիմնականում Երևան քաղաքը և Արարատի, Լոռու, Կոտայքի ու Շիրակի մարզերը:

Աղյուսակ 14. Բնակչության համամասնությունը, որը ենթարկվում է քաղաքային բնակավայրերում օդի որակի չափանիշների գերազանցմանը, ըստ մթնոլորտային օդի աղտոտիչների և մարզերի, 2012-2018թթ., տոկոս

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Փոշի	Երևան	0.48	0.48	0.12	0.12	0	0.12	0.12
	Արարատ	0.08	0.08	0.08	0	0	0.08	0
	Լոռի	0	0.42	0.06	0	0	0.42	0.42
	Կոտայք	0.16	0.17	0	0	0	0.16	0.16
	Շիրակ	0.48	0.48	0.48	0.48	0.48	0.48	0
Օծումբի երկօքսիդ	Երևան	0	0	0	0	0	0	0
	Արարատ	0	0	0	0	0	0	0
	Լոռի	0	0.06	0	0	0	0	0
	Կոտայք	0	0	0	0	0	0	0
	Շիրակ	0	0	0	0	0	0	0
Ազոտի երկօքսիդ	Երևան	0.35	0.12	0	0.12	0	0.12	0
	Արարատ	0	0	0	0	0	0	0
	Լոռի	0.37	0	0	0	0	0	0
	Կոտայք	0	0	0	0	0	0	0

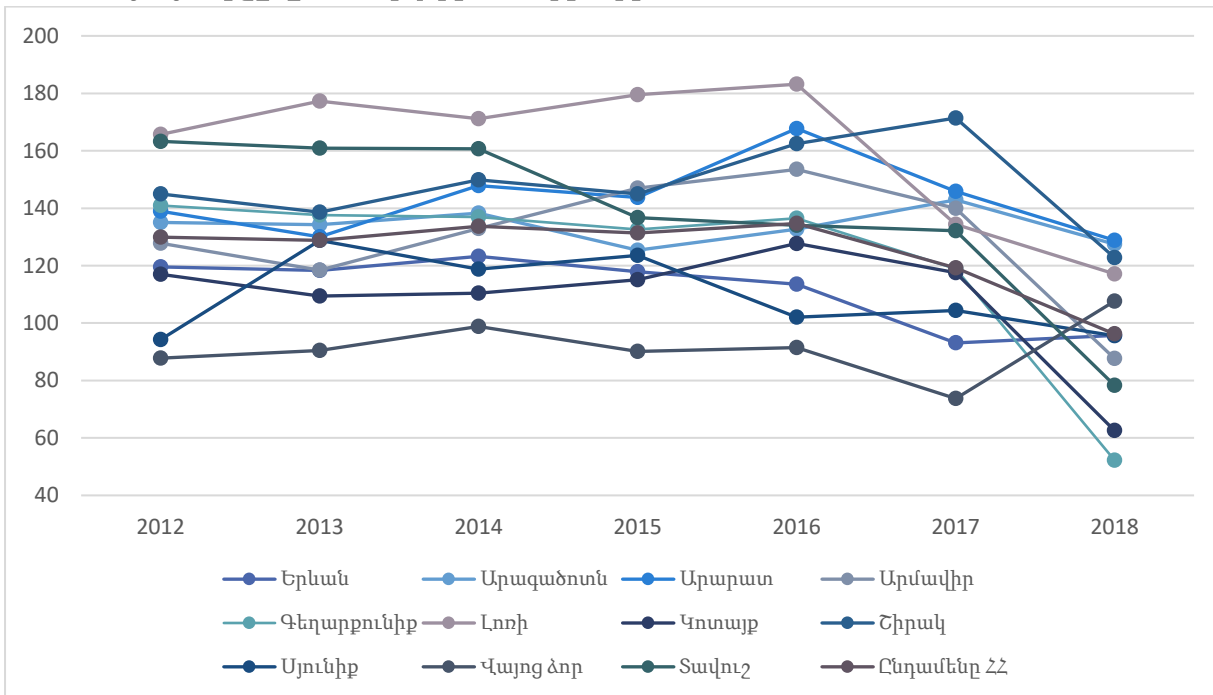
⁹⁵ Կլիմայի փոփոխության մասին չորրորդ ազգային հաղորդագրություն: Երևան, ՄԱԶՕ Հայաստան, 2020թ., էջ 147:

	Շիրակ	0	0	0	0	0	0	0
Գեոնամերձ օզոն	Երևան	0	0	0	0	0	0	0
	Արարատ	0	0	0	0	0	0	0
	Լոռի	0	0	0	0	0	0	0
	Կոտայք	0	0	0	0	0	0	0
	Շիրակ	0	0	0	0	0	0	0

Աղբյուրը՝ ՇՄՆ Հիդրոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն ՊՈԱԿ

ՄԱԿ-ի Կայուն զարգացման նպատակների համատեքստում ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի կողմից հաշվարկվել են Նպատակ 3.9.1 -ի «Շենքերի ներսում և դրսում օդի աղտոտմանը վերագրվող մահացության ցուցանիշները», ըստ մարզերի և ըստ տարիների

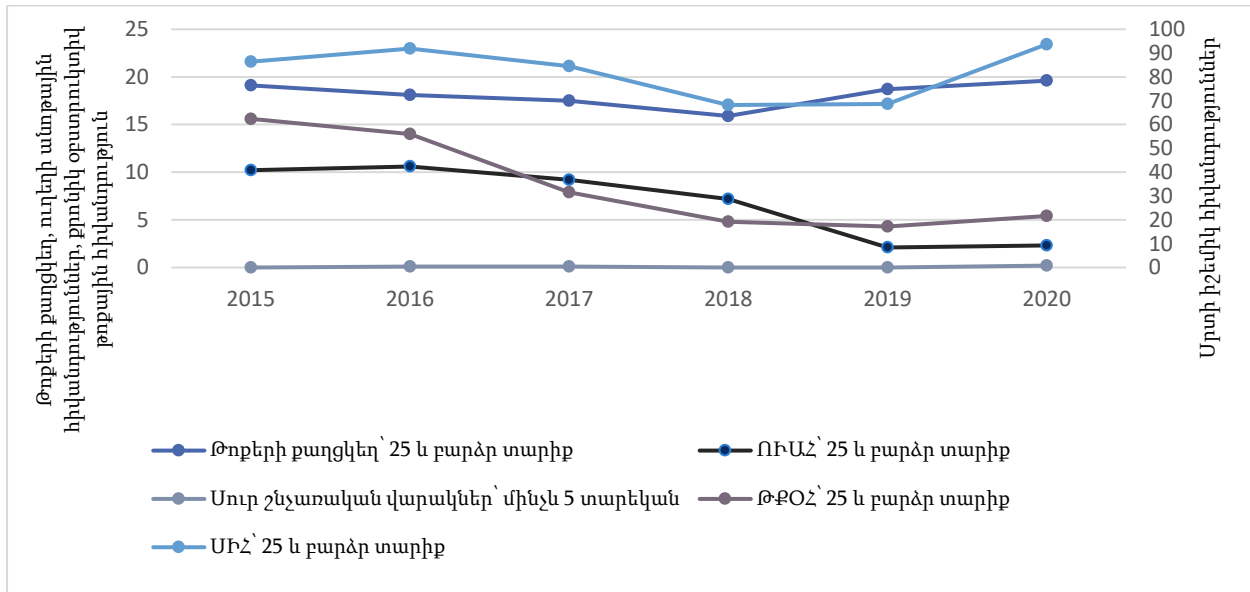
Գծապատկեր 82. Շենքերի ներսում և դրսում օդի աղտոտմանը վերագրվող մահացության ցուցանիշը, ըստ մարզերի և տարիների, մահացության մակարդակը 100 000 բնակչի հաշվով



Աղբյուրը՝ ՀՀ ՎԿ, https://statbank.armstat.am/pxweb/hy/ArmStatBank/ArmStatBank_8%20Environment_Life%20quality/EE-lq-1.px/?rxid=9ba7b0d1-2ff8-40fa-a309-fae01ea885bb

Կլիմայի փոփոխության ազդեցությամբ օդի որակի վատթարացման պատճառով առողջության պատճառված վնասի հստակ գնահատումը բարդ է բոլոր գործոնների համալիր ազդեցության պատճառով: Որոշակի պատկերացում կարող է տալ Կայուն զարգացման նպատակների 3.9.1 ցուցանիշի մասով վարվող վիճակագրությունը, որը վերաբերում է շենքերի ներսում և դրսում օդի աղտոտմանը վերագրվող առանձին հիվանդություններից մահացության ցուցանիշի դինամիկային:

Գծապատկեր 83. Շենքերի ներսում և դրսում օդի աղտոտմանը վերագրվող մահացության ցուցանիշը ըստ հիվանդության պատճառների, 2015-2020. 100000 բնակչի հաշվով



Աղբյուրը՝ ՀՀ ՎԿ, <http://sdg.armstat.am/am/3-9-1/>

Օդի աղտոտումից մահացության ցուցանիշների շարքում նկատելի է դեպքերի աճ 2018 թվականից սկսած և հատկապես երկու հիվանդությունների մասով՝ սրտի իշեմիկ հիվանդություններ և թոքերի քաղցկեղ մեծահասակների մոտ: Այս հիվանդությունների 2020 թվականի ցուցանիշները գերազանցել են անգամ 2015 թվականի մակարդակը:

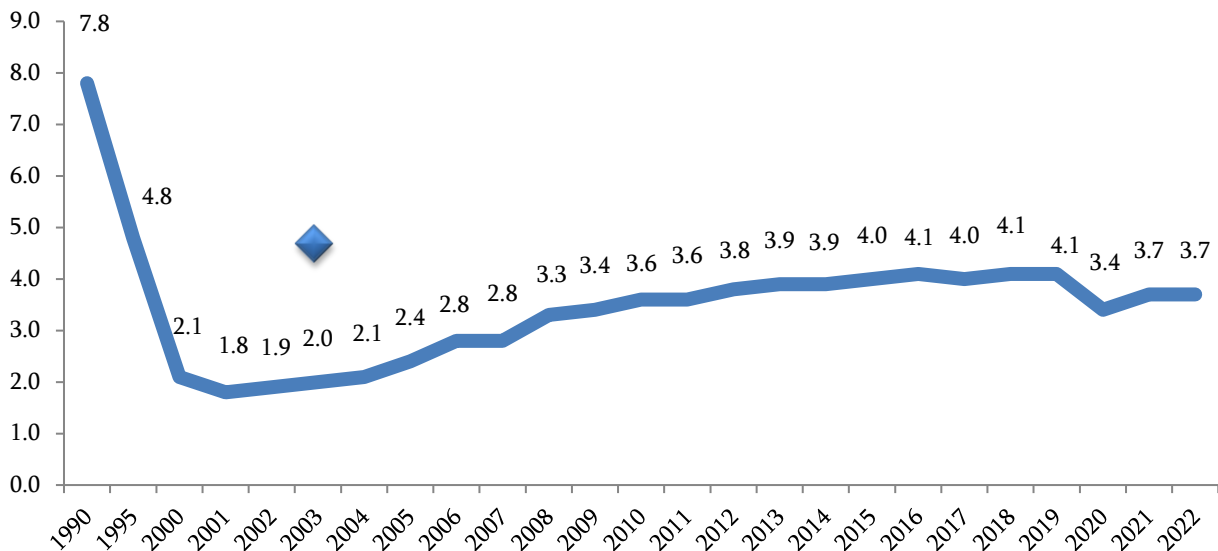
ԳԼՈՒԽ 5

ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՍՊԱՌՈՒՄ

Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները

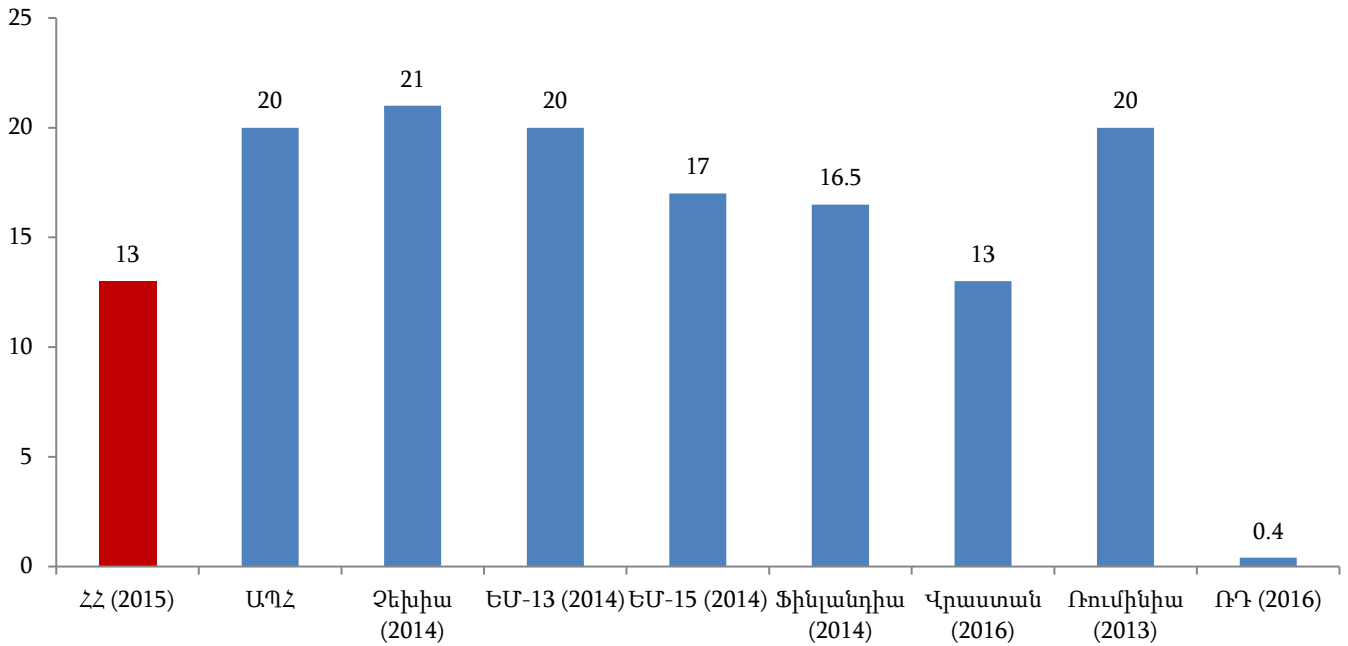
Առաջնային օդակի ծառայությունների մատուցման տեսանկյունից արտահիվանդանոցային բժշկական ծառայությունների մատուցումը առանցքային դերակատարում ունի, քանի որ իր նպատակներից մեկն է՝ տրամադրել անհրաժեշտ անվճար բժշկական օգնություն: Դիմելիության տվյալների վերլուծությունը ակնհայտորեն փաստում է, որ 2004թ.-ին իրականացված բարեփոխումների շնորհիվ Հայաստանում մեկ տարվա ընթացքում ամբուլատոր հաճախումների թիվը մեկ անձի հաշվով 2010-2019 թթ.-ին աճել է, 2020թ.-ին նվազել է՝ ի համեմատ 2019թ.-ի (Գծապատկեր 84) պայմանավորված Կովիդ-19 համավարակի պայմաններում տեղաշարժման սահմանափակումով և 44 օրյա պատերազմով: Բացի այդ, բնակչության մեծամասնությունը շրջանցում է ԱԱՊ հաստատությունները, և առողջական խնդիրների ի հայտ գալու դեպքում դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժհաստատություն: 2021-2022թթ.-ին ամբուլատոր հաճախումների թիվը մեկ անձի հաշվով աճել է ի համեմատ 2020թ.:

Գծապատկեր 84. Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2022



Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Գծապատկեր 85. Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների

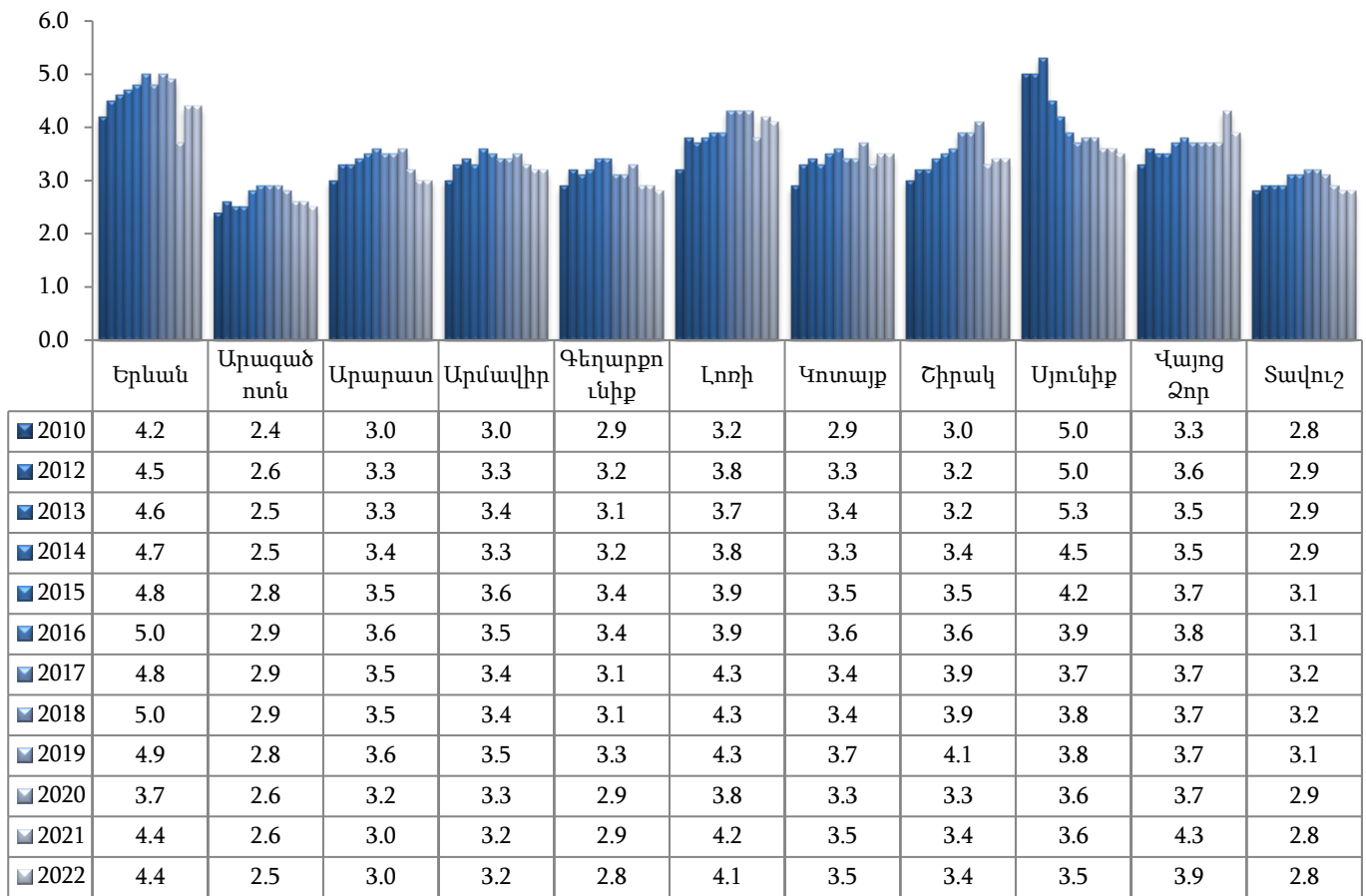


Միջազգային տվյալների հետ համեմատելիս, Հայաստանի ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշը գրեթե հավասար է Վրաստանի ցուցանիշին, սակայն հետ է մնում Չեխիայից, ԱՊՀ, ԵՄ-15 և ԵՄ-13 երկրներից (Գծապատկեր 85):

2020թ.-ին՝ 2019թ.-ի համեմատությամբ, բոլոր մարզերում գրանցվել է ամբուլատոր հաճախումների թվի նվազում, որը նույնպես պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով և երկրում տիրող պատերազմական իրավիճակով (Գծապատկեր 86):

2021-2022 թթ-ին արձանագրվել է ամբուլատոր հաճախումների թվի աճ:

Գծապատկեր 86. Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումների մակարդակը մեկ անձի հաշվով տարեկան կտրվածքով, ըստ մարզերի, 2010-2022



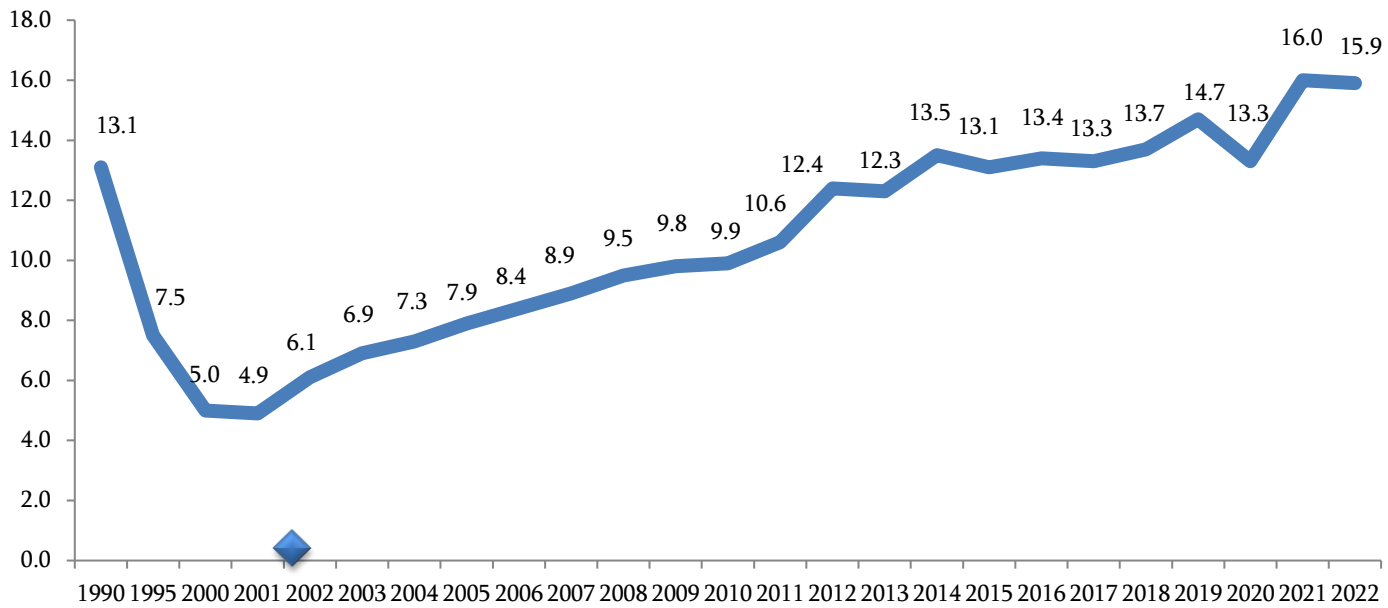
Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Հոսպիտալացման մակարդակ

Հոսպիտալացումների մակարդակը 2000-2020թթ. կտրվածքով աճել է (Գծապատկեր 87), սակայն նվազել է 2019թ-ի համեմատ, քանի որ հիվանդանոցային ծառայություններն ուղղվել են Կովիդ-19-ով պացիենտների և պատերազմական իրավիճակից տուժածների բուժմանը:

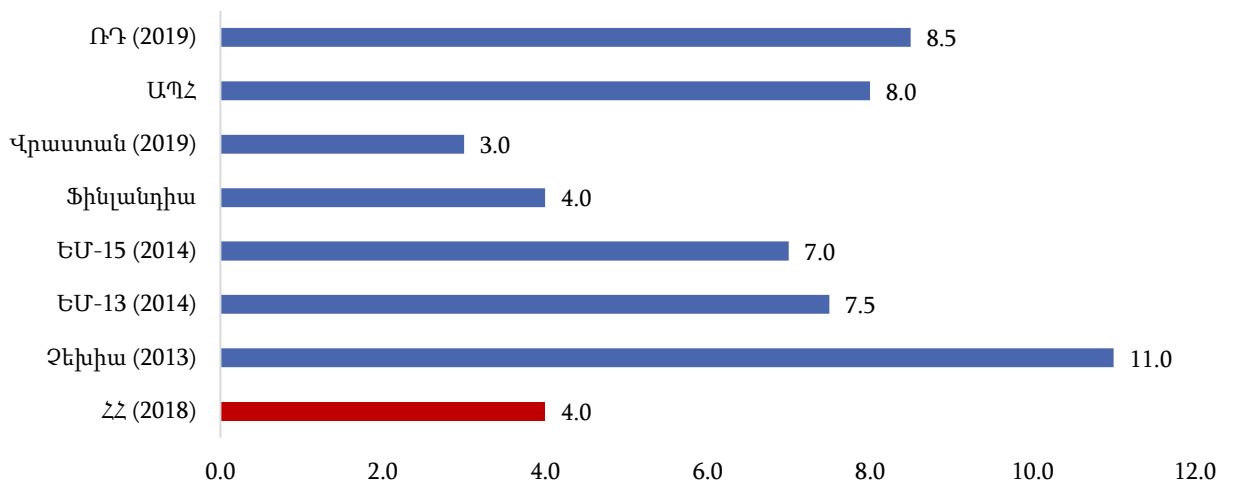
2021-2022թթ.-ին նկատվում է հոսպիտալացման մակարդակի աճ :

Գծապատկեր 87. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2022



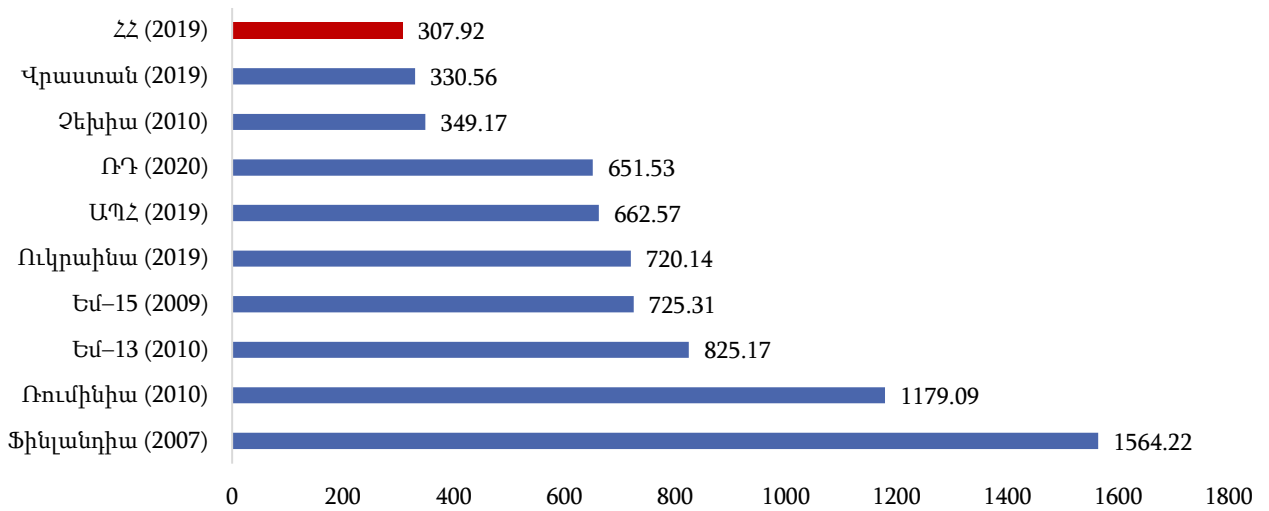
Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

Գծապատկեր 88. Հիվանդանոցային դուրս գրումները՝ 100 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ, 2016

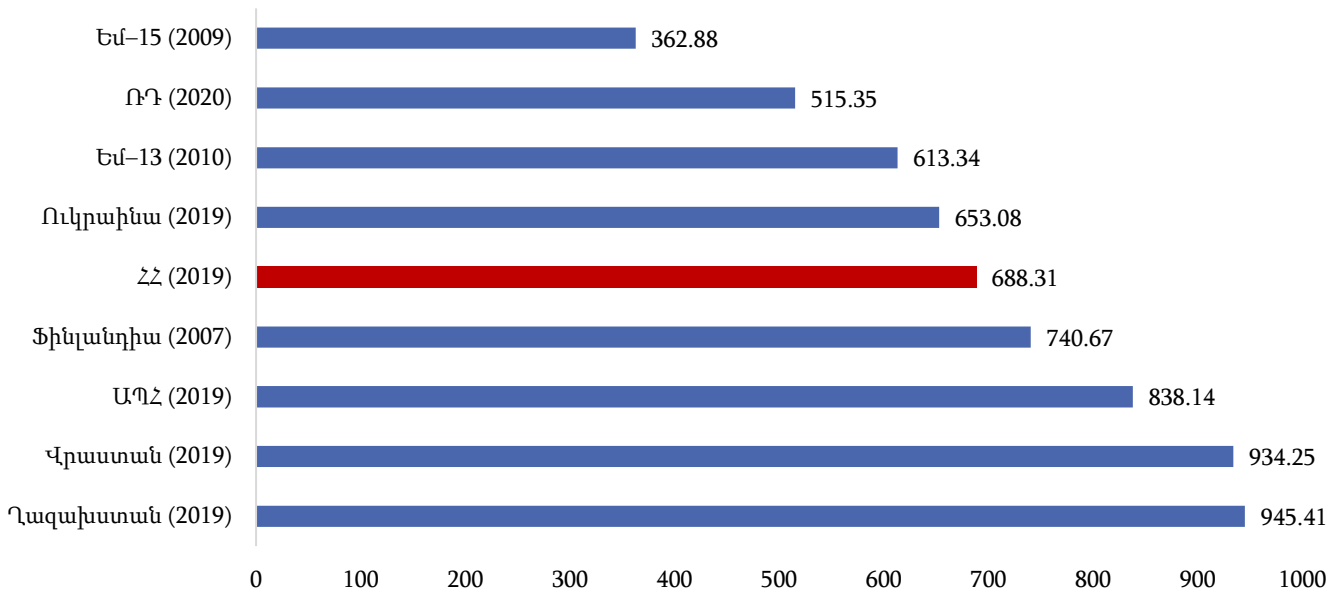
Գծապատկեր 89. Հոգեկան և վարքի խանգարումների հիվանդանոցային դուրս գրումներ, 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ, 2016 (տվյալները թարմացվել են 08.09.2021)

2016թ. միջազգային տվյալների համաձայն, հոգեկան խանգարումների հիվանդանոցային դուրս գրումների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Ֆինլանդիայում (1564.22), Ռուսիայում (1179.09), ԵՄ-13-ում (825.17), իսկ ՀՀ-ում գրանցվել է ամենացածր ցուցանիշը՝ (307.92) (Գծապատկեր 89):

Գծապատկեր 90. Վարակիչ հիվանդությունների հիվանդանոցային դուրս գրումներն ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության, 100 000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՇ, ԱՀԿ, 2015 (տվյալները թարմացվել են 08.09.2021)

Ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության վարակիչ հիվանդությունների հիվանդանոցային դուրս գրումների ցուցանիշները համեմատելիս (Գծապատկեր 90) տեսնում ենք, որ ՀՀ-ում (688.31) ցուցանիշը գերազանցում է Ուկրաինայի (653.08) ցուցանիշին, սակայն զիջում է Ֆինլանդիայի (740.67) և ԱՊՀ երկրների ցուցանիշներին (838.14) : Ռուսաստանի դաշնությունում վարակիչ հիվանդությունների հիվանդանոցային դուրս գրումների ցուցանիշը զգալիորեն ցածր է այլ երկրների համեմատ (515.35):

Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի

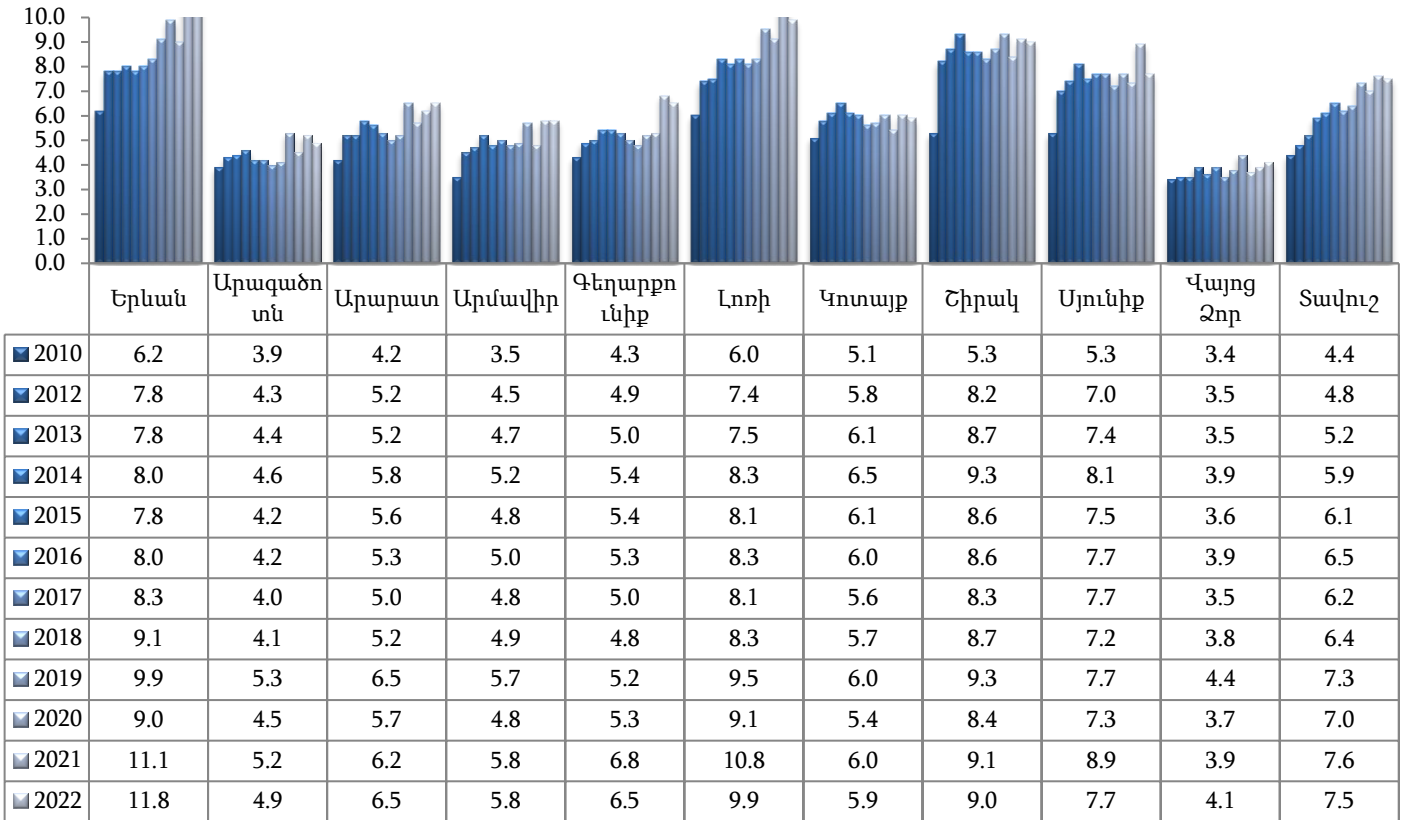
Գծապատկեր 91-ում ներկայացված է 2010-2022թթ.-ի ընթացքում հոսպիտալացման մակարդակը մարզային կտրվածքով (100 բնակչի հաշվով):

Համաձայն ներկայացված տվյալների. 2010-2020թթ.-ի ընթացքում գրանցվել է հոսպիտալացման աճի միտում բոլոր մարզերում, սակայն 2020թ.-ին նախորդ տարվա համեմատությամբ նկատվել է նվազման միտում: Հատկապես կտրուկ նվազել է հոսպիտալացման մակարդակը Արարատի և Կոտայքի մարզերում:

Այդ երևույթը հավանաբար պայմանավորված է մարզային բնակչության արտագաղթով, մարզային բուժհաստատություններում համապատասխան մասնագետների բացակայությամբ, ինչպես նաև Կովիդ-19 համավարակով:

2021-2022թթ.-ին բոլոր մարզերում նկատվում է հոսպիտալացման մակարդակի աճ:

Գծապատկեր 91. Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2010-2022

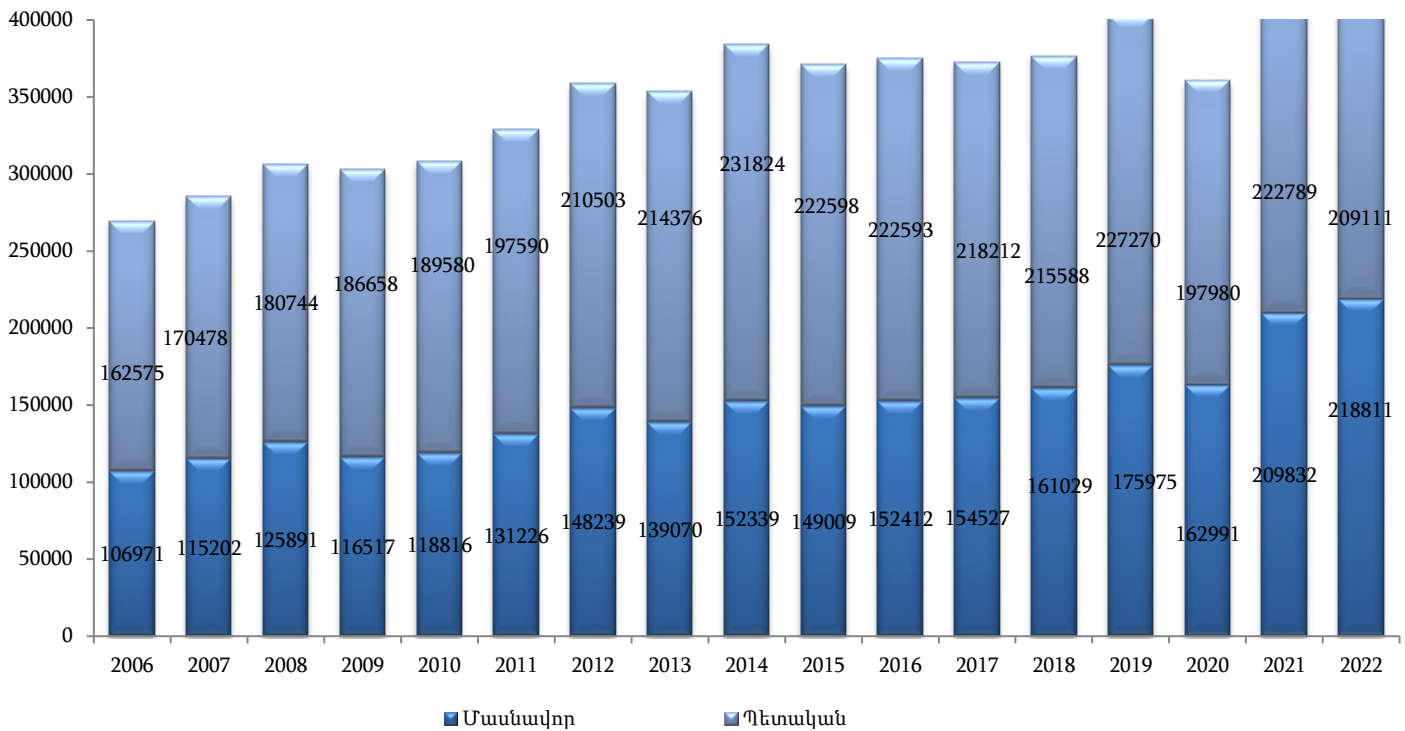


Աղբյուր՝ ԱՎՀՍԿ, 2022

Նշենք, որ, 2006-2020թթ. ընթացքում աճել էր դիմելիությունը թե՛ պետական, թե՛ մասնավոր հիվանդանոցներ: Սակայն այն նվազման միտում է ունեցել 2020թ.-ին, որը պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով, քանի որ հիվանդանոցների կողմից իրականացվում էր անհետաձգելի բժշկական օգնություն Կովիդ-19 համավարակով հիվանդներին (Գծապատկեր 92):

2021-2022թթ.-ին նկատվում է դիմելիության աճ նպետական, և՛ մասնավոր հիվանդանոցներ:

Գծապատկեր 92. Պետական և մասնավոր հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (բացարձակ թիվ), 2006-2022



Աղբյուր՝ ԱՎՀԱԿ, 2022

ԳԼՈՒԽ 6

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՂՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ 2022

Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում

Հայաստանի Հանրապետությունում բարձրագույն բժշկական կրթությամբ մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է Երևանի Ս. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և 4 ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում:

Միջին մասնագիտական բժշկական կրթությամբ մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է 17 միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում, որոնցից 11-ը պետական են, իսկ 6-ը՝ ոչ պետական:

Աղյուսակ 15. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվն ըստ մասնագիտությունների, 2017-2022

Մասնագիտություն	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	Պետ. բարձրագույն բժշկական և ոչ բժշկական	Մասն. բարձրագույն բժշկական և ոչ բժշկական	Պետ. բարձրագույն բժշկական և ոչ բժշկական	Մասն. բարձրագույն բժշկական և ոչ բժշկական
Բուժական գործ	433	152	485	135	515	130	422	117	553	413	458	168
Բուժական գործ զինված ուժերում	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Մտումատուրգիա	155	232	138	132	148	227	194	310	174	242	179	175
Դեղագիտություն	61	31	84	34	152	124	121	39	286	54	200	7
Հանր. առողջություն	6	-	-	-	95	99	-	-	30	11	26	25
Ընդամենը	655	415	707	301	910	580	737	466	1043	720	863	375

Առողջապահության և կրթության ոլորտների փորձագետների կողմից իրականացված վերլուծությունները ցույց են տվել, որ 1990-ական թթ.-ի կեսերին առողջապահության համակարգն ուներ բավականին հագեցված կադրային ներուժ, 10 000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվը կազմել է 41.3 (14519), իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 99.4 (34953):

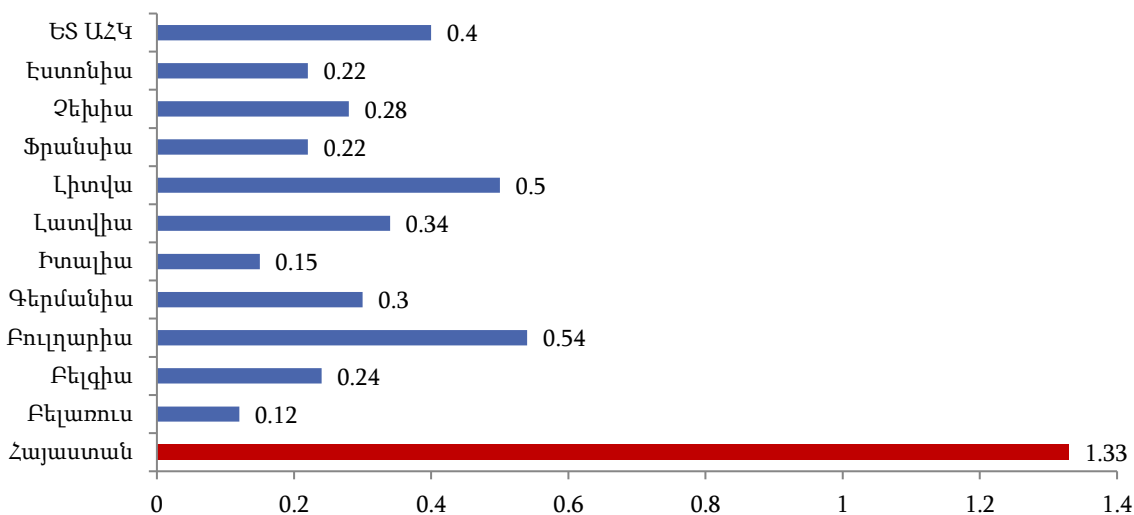
Մինչև 2002թ.-ը բժիշկների պատրաստման գործընթացն իրականացվում էր ԵՊԲՀ-ում, որը հանդիսանում էր ՀՀ միակ հավասարմագրված բժշկական կրթություն իրականացնող բարձրագույն ուսումնական հաստատությունը:

2004թ.-ից բժշկական կադրերի պատրաստման գործընթացը համալրվեց նաև ոչ պետական բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական հաստատությունների կողմից:

2021 թվականից նշված տվյալները իրենց մեջ ներառում են նաև առաջին և երկրորդ աստիճանի կրթական ծրագրեր իրականացնող բարձրագույն հաստատությունների շրջանավարտների թիվը: 2022թ.-ին պետական և ոչ պետական բարձրագույն բժշկական և ոչ բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը կազմել է՝ 1238: Շրջանավարտների մոտ 70% ավարտել են ԵՊԲՀ-ը, որոնցից 21%-ը՝ ստոմատոլոգիա, իսկ 53%-ը՝ «բուժական գործ» մասնագիտություններով:

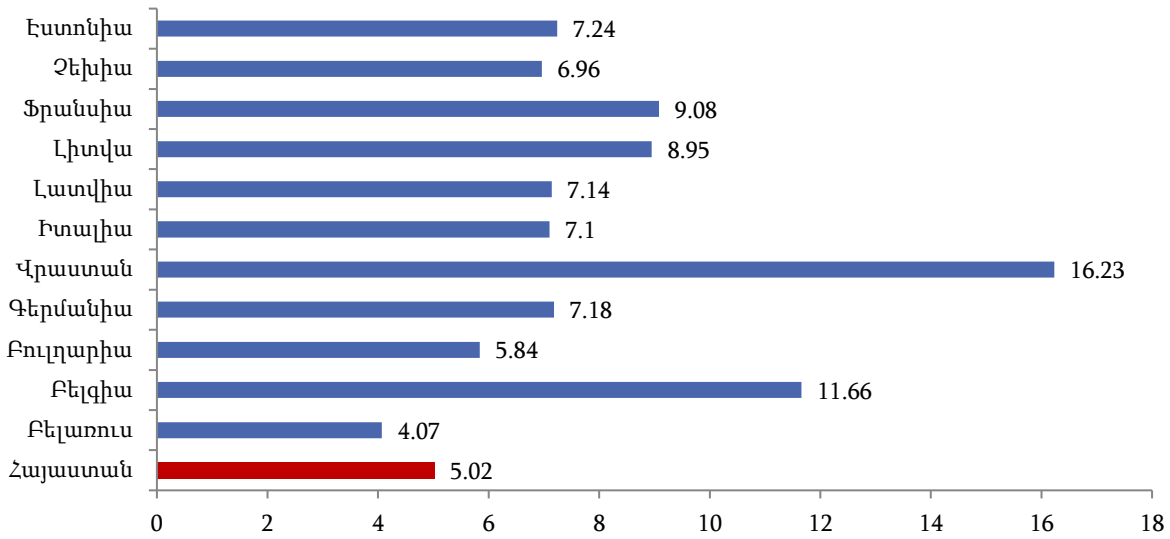
Ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների 46.7%-ը մասնագիտությամբ ստոմատոլոգ են, իսկ 45%՝ ընդհանուր բժշկության մասնագետ:

Գծապատկեր 93. Շրջանավարտ ստոմատոլոգների թվաքանակը՝ 10000 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2019



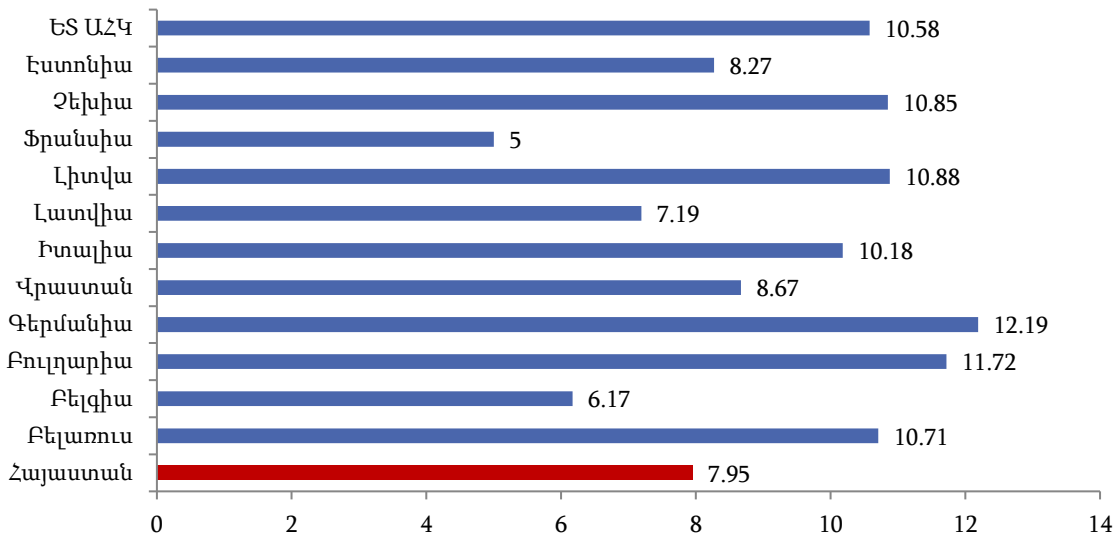
Գծապատկեր 93-ում ներկայացված է ստոմատոլոգ շրջանավարտների բաշխվածությունն ըստ երկրների: Ներկայացված տվյալները փաստում են, ՀՀ չունի մրցակից ստոմատոլոգ շրջանավարտների պատրաստման գործընթացում, այն 4-5 անգամ բարձր է ներկայացված երկրների համեմատ:

Գծապատկեր 94. Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների թվաքանակը՝ 10000 բնակչի հաշվով ըստ վերջին հասանելի տվյալների, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2019

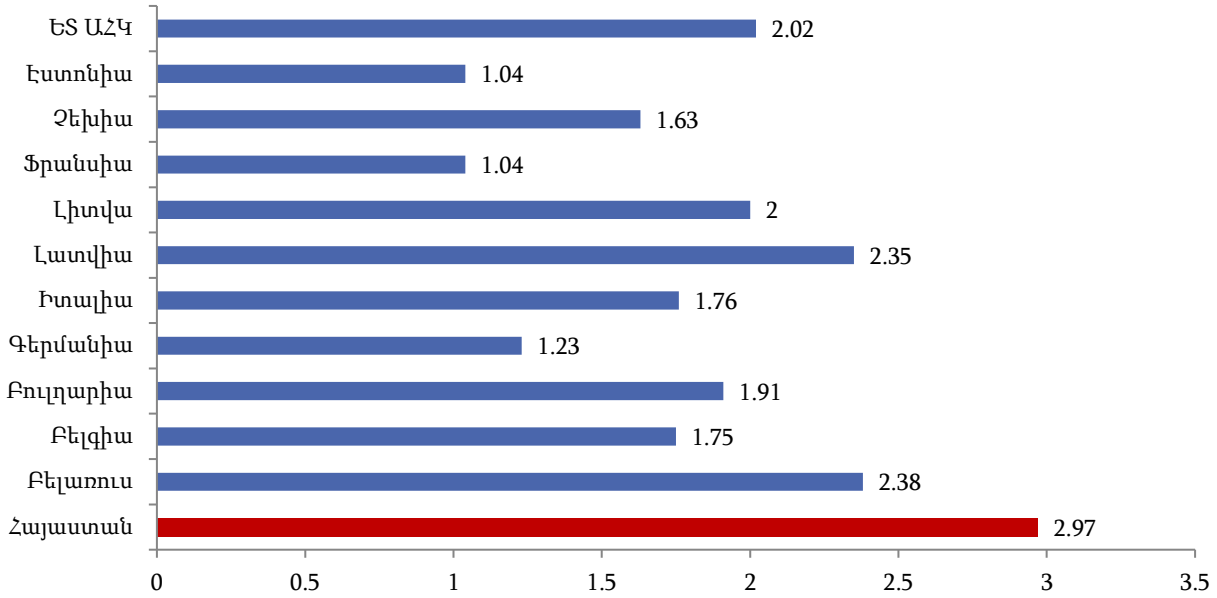


Համադրելով Հայաստանյան և միջազգային տվյալները, ակնհայտ է, որ ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների պատրաստման գործընթացում հարևան և Երոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների համեմատ 2019թ.-ին Հայաստանում գրանցվել է միջինից ցածր ցուցանիշ (Գծապատկեր 94):

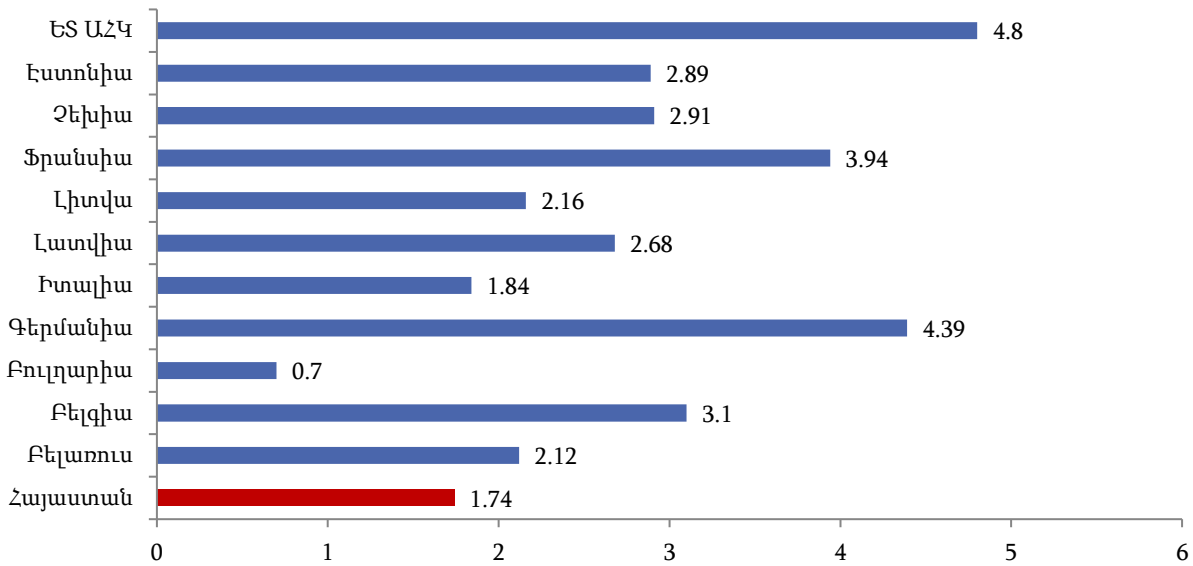
Գծապատկեր 95. Վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների թվաքանակը՝ 10000 բնակչի հաշվով ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2019



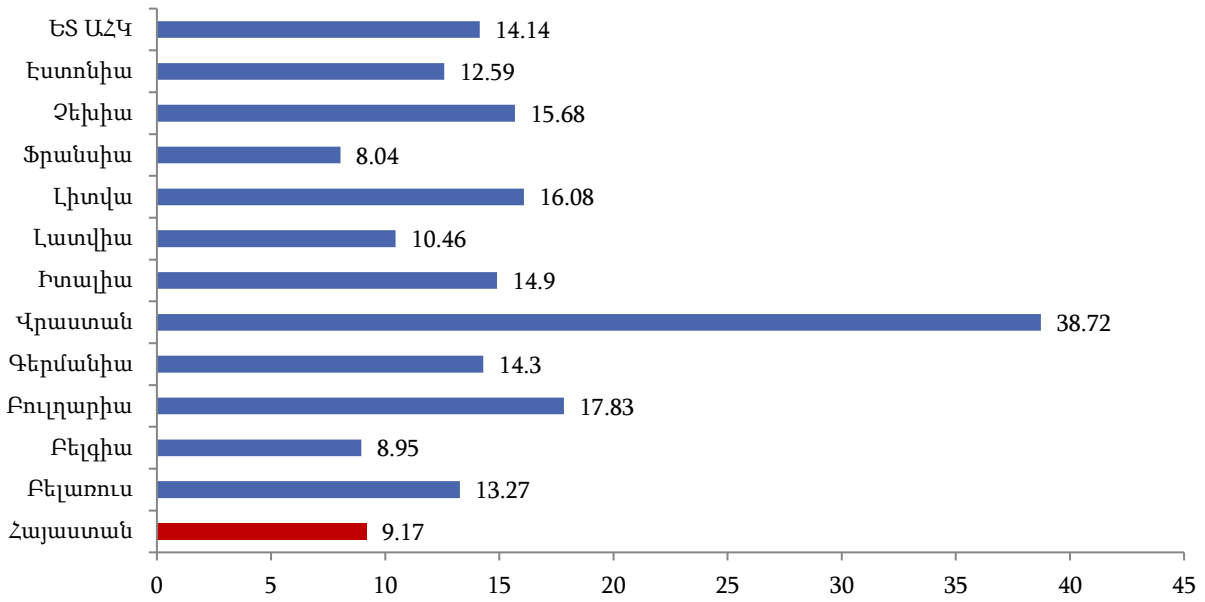
Գծապատկեր 96. Շրջանավարտ բժիշկների թվաքանակը՝ 10000 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2019



Գծապատկեր 97. Շրջանավարտ բուժքույրերի թվաքանակը՝ 10000 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2019



Գծապատկեր 98. Թերապևտիկ պրոֆիլի մասնագետների թվաքանակը՝ 10000 բնակչի հաշվով ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2019



Աղյուսակ 16. Միջին մասնագիտական բժշկական պետական և մասնավոր ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2017-2022

Մասնագիտություն	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր
Բուժքույրական	572	50	485	86	429	62	504	27	378	75	384	143
Մանկաբարձա կան	215	21	187	23	118	27	128	20	92	16	98	14
Դեղագործական	420	40	289	114	358	102	356	120	414	111	371	88
Ատամատեխնիկական	251	72	131	86	214	102	262	103	256	131	193	130
Բուժական կոսմետոլոգիա	131	47	89	50	104	28	115	35	127	22	98	21
Քույրական գործի կազմակերպում	127	8	96	-	38	-	93	11	38	29	20	-
Բուժական մեքսում	8	-	11	-	6	-	14	-	1	-	2	-
Հիվանդի ընդհանուր ինամբ	20	-	1	-	6	-	-	-	-	-	-	-
Բժշկական ախտորոշում	-	-	-	-	-	-	25	-	23	-	8	-
Ընդամենը	1744	238	1289	359	1273	321	1497	316	1329	384	1174	396

Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի բաշխում

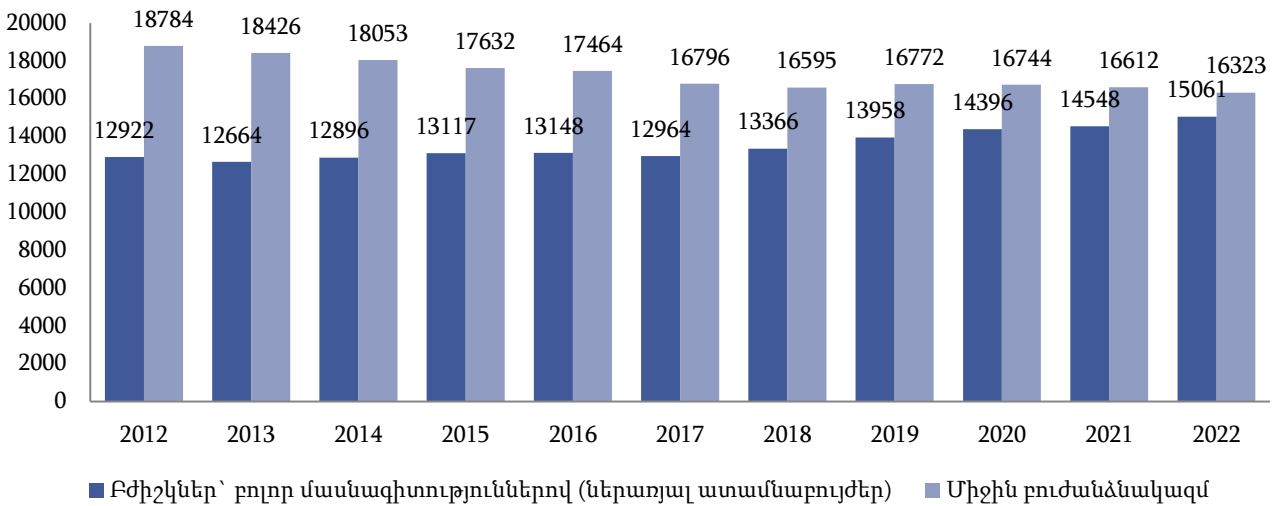
Համաձայն 2022թ.տվյալների, ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ներուժի (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ թիվը կազմել է 31384 բուժաշխատող, որոնցից բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների բացարձակ թիվը կազմել է 15061 (50.59/10 000 բնակչի հաշվով), իսկ միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 16323 (54.8/ 10 000 բնակչի հաշվով):

2022թ.-ին 2012թ.-ի համեմատ,վերջին 10 տարիների ընթացքում, բժիշկների թիվը աճել է 2139-ով, իսկ միջին բուժանձնակազմի թիվը նվազել է 2461-ով:

Աղյուսակ 17. Առողջապահության համակարգի կադրեր և ռեսուրսներ (ներառյալ մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետները), 2012-2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Բժիշկներ՝ բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժներ)	12922	12664	12896	13117	13148	12964	13366	13958	14396	14548	15061
Միջին բուժանձնակազմ	18784	18426	18053	17632	17464	16796	16595	16772	16744	16612	16323
Ընդամենը	31706	31090	30949	30749	30612	29760	29961	30730	31140	31160	31384

Գծապատկեր 99. ՀՀ բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի թիվը, բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցություն, 2012-2022



2012-2015 թթ.-ին բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը կայունացել է նույն մակարդակի վրա՝ 0.74: Իսկ 2016-2022 թթ.-ին գրանցվել է աճ՝ հասնելով 0.92:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջարկվող բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվի հարաբերակցությունը 1:4 է, ինչը ձեռք է բերվում բուժօգնության տրամադրման գործընթացում միջին բուժանձնակազմի դերի բարձրացմամբ՝ կախված նրանց որակավորումից: Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի հարաբերակցության ավելացումը, անշուշտ, կհանգեցնի բնակչությանը մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացմանը:

Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխումն ըստ մարզերի

2022թ.-ին ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում բժիշկների թիվը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժները) կազմել է 15061 (50.59/10 000 բնակչի հաշվով), իսկ միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 16323 (54.8/10 000 բնակչի հաշվով):

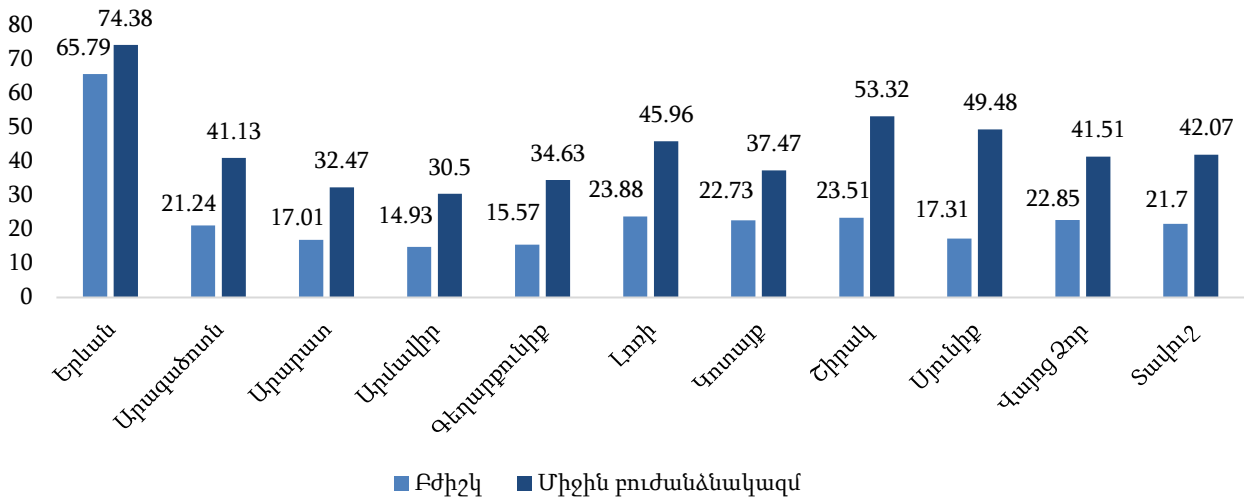
Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թիվը կազմել է 5546 (18.63/ըստ 10 000 բնակչի), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 7141 (23.99/ 10 000 բնակչի), իսկ հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների թիվը կազմել է՝ 5372 (18.04/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 8517 (28.61/10 000 բնակչի հաշվով):

Գծապատկեր 100-ում ներկայացված է արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների ապահովվածությունը բժիշկներով և բուժքույրերով ըստ մարզերի:

Ներկայացված տվյալները փաստում են, որ Երևանի բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող կադրային ներուժով շարունակում է մնալ բարձր մարզային բնակչության համեմատ: Երևանում բժիշկներով ապահովվածության ցուցանիշը կազմել է 65.79՝ ըստ 10 000 բնակչի, որը մոտ 3-4 անգամ բարձր է մարզերի ցուցանիշներից, իսկ միջին բուժանձնակազմով՝ 74.38, որը 1.5-2անգամ գերազանցում է մարզերի ցուցանիշը:

Մարզային կտրվածքով կադրային ներուժով (բժիշկ և միջին բուժանձնակազմ) ապահովվածության ամենացածր ցուցանիշները գրանցվել են Արմավիրի և Գեղարքունիքի մարզերում, իսկ ամենաբարձրը՝ Լոռու և Շիրակի մարզերում:

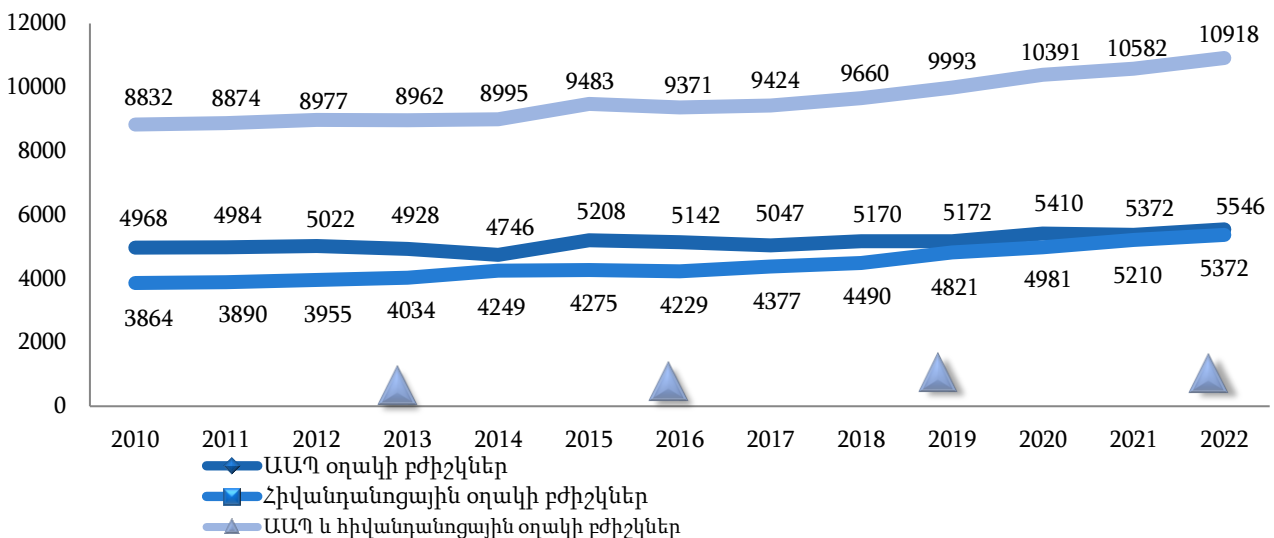
Գծապատկեր 100. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխվածությունն ըստ մարզերի, 10 000 բնակչի հաշվով, 2022



Կադրային ներուժի բաշխումն առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում

2022թ.-ին 2010թ.-ի համեմատ արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների թիվն աճել է 2086-ով, (8832-ից 10918) (Գծապատկեր 101), որոնցից արտահիվանդանոցային կազմակերպությունների բժիշկների թիվն աճել է 578-ով, իսկ հիվանդանոցային կազմակերպությունների բժիշկների թիվը՝ 1508-ով:

Գծապատկեր 101. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թիվը, 2010-2022



Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների

2022թ.-ին բնակչության ապահովվածությունն արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային օղակներում գործող հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով ներկայացված է աղյուսակ 18-ում:

Աղյուսակ 18. ՀՀ բժիշկների թիվն ըստ մասնագիտությունների, 2022

Անվանումը	2022					
	բ.ա.			10 000 բն. հաշվով		
	ՀՀ ընդամենը	Անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող բժիշկներ		ՀՀ ընդամենը	Անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող բժիշկներ	
		այդ թվում՝	ԱԱՊ օղակ		Հիվանդանոցային օղակ	այդ թվում՝
Բժիշկներ – ընդամենը (ներառյալ ատամնաբույժներ)	15061	5546	5372	50.59	18.63	18.04
<i>այդ թվում՝</i>						
Գործադիր մարմնի ղեկավար և տեղակալներ	671	350	239	2.25	1.18	0.8
Թերապևտիկ պրոֆիլ	4004	2024	1154	17.67	8.93	5.09
<i>այդ թվում՝</i>						
Թերապևտներ	928	630	157	4.09	2.78	0.69
Ընտանեկան բժիշկներ	667	582	4	2.24	1.95	0.01
Սրտաբաններ	595	145	293	2.63	0.64	1.29
Ուռուցքաբան	163	45	50	0.72	0.2	0.22
Նյարդաբաններ	352	130	145	1.55	0.57	0.64
Ներզատաբան	297	167	62	1.31	0.74	0.27
Ակնաբույժներ	410	146	172	1.81	0.64	0.76
Քիթ-կոկորդ-ականջաբաններ	344	114	142	1.52	0.5	0.63
Հոգեբուժական պրոֆիլ	188	71	69	0.83	0.31	0.3
Ֆթիզիատորներ	102	58	21	0.34	0.19	0.07
Մաշկաբան - վեներոլոգներ	250	158	20	1.1	0.7	0.09
Մանկաբարձ գինեկոլոգներ	922	349	421	5.87	2.22	2.68
Մանկական գինեկոլոգներ	22	9	6	0.66	0.27	0.18
Վիրաբուժական պրոֆիլ	2430	197	1589	10.72	0.87	7.01
Ստոմատոլոգիական պրոֆիլ	1458	488	14	6.43	2.15	0.06
Մանկաբուժական պրոֆիլ	1175	544	417	16.53	7.65	5.87
Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլ	229	28	153	3.22	0.39	2.15
Մանկական ստոմատոլոգիական պրոֆիլ	115	64	0	1.62	0.9	0
Հիգիենիկ համաճարակային պրոֆիլ	288	41	62	0.97	0.14	0.21
Գործիքային և լաբորատոր պրոֆիլ	1490	587	626	5	1.97	2.1

Աղյուսակ 19. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների բաշխվածությունն ըստ մասնագիտությունների, մարզային կտրվածքով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2022

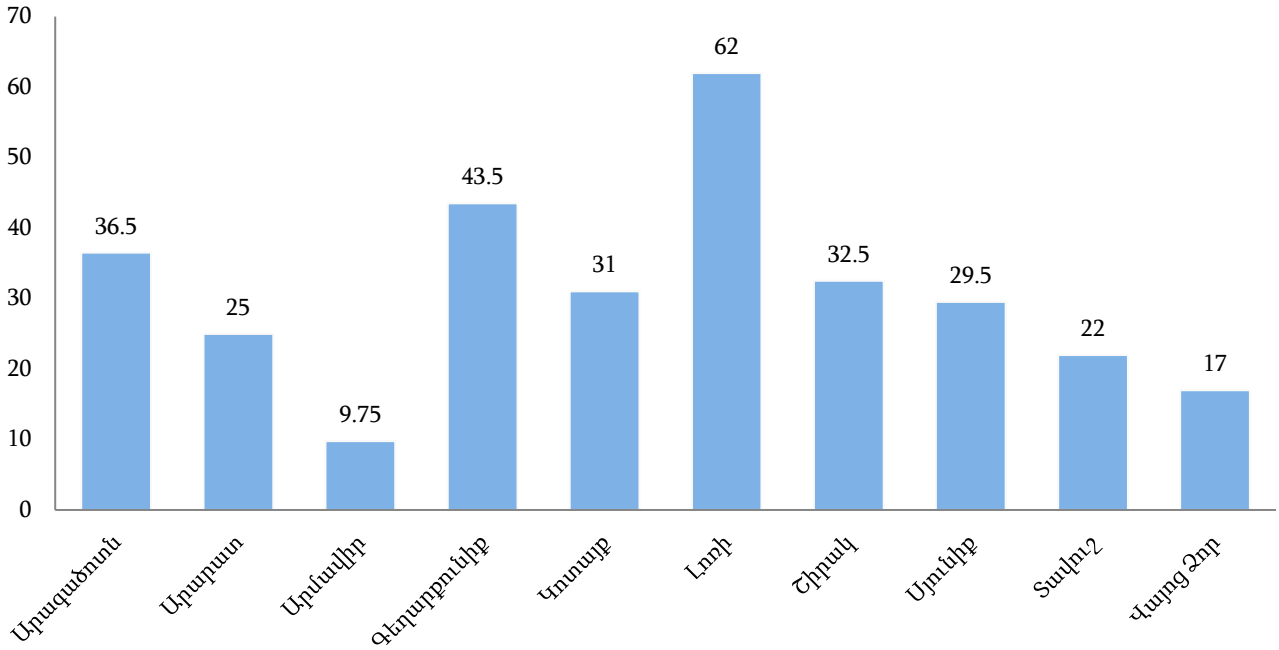
	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Երևան	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց Ձոր	Տավուշ
Թերապևտ	3.51	2.00	1.92	1.78	5.7	4.54	0.90	2.02	1.03	3.81	1.73
ԸԲ	3.18	2.82	2.51	2.01	0.53	0.90	4.73	3.21	3.19	1.47	3.26
Մանկաբույժ	2.83	4.80	4.29	3.47	14.36	8.71	2.18	3.68	5.34	6.36	5.13
Վիրաբույժ	1.60	1.28	0.54	1.09	2.18	1.39	1.16	1.44	1.13	1.91	1.41
Ուռուցքաբան	0.11	0.15	0.10	0.11	0.85	0.19	0.26	0.23	0.09	0.27	0.11
Անեսթեզիոլոգ	0.95	0.50	0.38	0.48	2.54	0.61	1.26	0.87	0.37	0.42	0.50
Մրտաբան	0.32	0.51	0.59	0.46	3.86	1.07	1.00	0.98	1.31	1.09	0.97
Ներզատաբան	0.53	0.26	0.29	0.46	1.8	0.69	0.79	0.81	0.38	0.54	0.76
Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	1.86	2.08	2.18	2.52	8.39	3.21	3.98	3.32	2.73	2.79	3.00
Վարակաբան	0.11	0.31	0.25	0.23	0.78	0.24	0.47	0.46	0.19	0.82	0.22

Ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ Երևանի կազմակերպությունները գերապահովված են տարբեր բժիշկ-մասնագետներով:

Բարձրագույն բժշկական կրթություն ունեցող կադրերի թափուր հաստիքներ

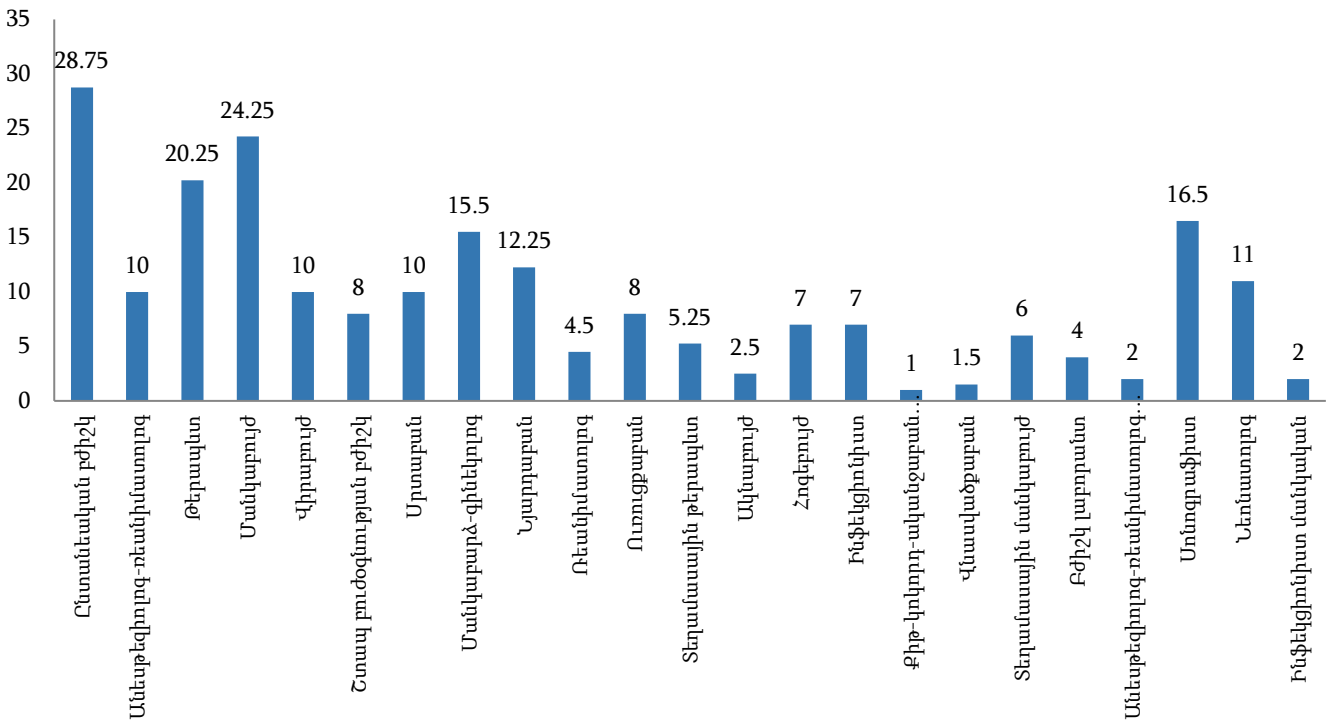
Հայաստանում բժիշկների պատրաստման գործընթացի աճին զուգահեռ ավելանում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի քանակը (Գծապատկեր 102): Տվյալները ցույց են տալիս, որ բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների պահանջարկը առավել մեծ է Լոռիում, Գեղարքունիքում, Արագածոտնում և Շիրակում:

Գծապատկեր 102. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մարզերի, 2023թ.-ի սեպտեմբեր ամսվա դրությամբ



Ըստ մասնագիտությունների առավել պահանջված են տեղամասային թերապևտները, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգները, ընտանեկան բժիշկները, վարակաբանները և այլն:

Գծապատկեր 103. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մասնագիտությունների, 2023թ. սեպտեմբեր ամսվա դրությամբ



ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. Հայաստանի հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը հաստատելու մասին ՀՀ կառավարության 2023 թվականի փետրվարի 9-ի N174-L որոշում, <https://www.arlis.am/>
2. «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2023թ., ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ. https://nih.am/am/statistical_yearbooks/165/am
3. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աքստությունը-2022, ՀՀ ՎԿ, 2023 https://www.armstat.am/file/article/poverty_2022_a_2..pdf
4. «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2020, 2021 և 2022.- Երևան, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2022թ. http://nih.am/am/statistical_yearbooks/159/am
5. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, դեկտեմբեր, 2022թ., <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2535>
6. «Առողջություն բոլորի համար» ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների բազա, <http://gateway.euro.who.int/ru/datasets>
7. ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, Հրապարակումներ ըստ տարիների. <https://www.armstat.am/am/?nid=82>
8. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թվականի հունվար-դեկտեմբերին, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, https://www.armstat.am/file/article/sv_12_22a_510.pdf
9. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023 թվականի հունվար-հունիս, ՀՀ Վիճակագրական Կոմիտե, https://www.armstat.am/file/article/sv_06_23a_510.pdf
10. Հայաստանի Հանրապետության 2023-2025թթ. միջնաժամկետ ծախսային ծրագիր, ՀՀ Կառավարություն, 2022թ., www.gov.am
11. Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենք, լրամշակված 2020թ. հոդված 16, <https://www.arlis.am/>
12. «Մոր և մանկան առողջության ցուցանիշների միտումները, հիմնախնդիրները և ոլորտի առաջիկա ռազմավարական ուղղությունները», Զեկույց, ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2020թ. <http://nih.am/am/reports/115/am>
13. Դպրոցահասակ երեխաների առողջական վարքագծի հետազոտությունը, Արաբկիր ԲՀ-ԵԴԱԻ, Երևան, 2019 <https://arabkirmc.am/files/6228897996212.pdf>
14. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածությունը Հայաստանում, STEPS Ազգային հետազոտություն, Երևան, 2018թ. <http://nih.am/assets/pdf/researches/bd245170c5400ec4d06bb104eae075e9.pdf>
15. Երեխաների եվ դեռահասների առողջության բարելավման ռազմավարությանը և 2016-2020 թվականների գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին ՀՀ կառավարության 23 հունիսի 2016 թվականի N 24 արձանագրային որոշում, www.gov.am
16. ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, Առողջապահության Տեղեկատվական Վերլուծական Ազգային Կենտրոնի տվյալների բազա, http://nih.am/am/subdivisions/health_analytical_center
17. Առողջապահության Համակարգի Գործունեության Գնահատում, Տարեկան Զեկույցներ, ՀՀ ԱԱԻ, http://www.nih.am/am/national_assessment_reports/101/am
18. Իմունականիսարգելման 2021-2025թթ. ազգային ծրագիրը հաստատելու մասին ՀՀ կառավարության 2020 թվականի դեկտեմբերի 17-ի N 2129 - Ն որոշում: <https://www.arlis.am/>

19. Ճանապարհային անվտանգության կանոնները փոքրիկների համար, UNICEF ARMENIA <https://www.unicef.org/armenia>
20. Ջեկույց. Հայաստանում մայրերի, նորածինների և երեխաների առողջության պահպանման ոլորտի ենթա-կառուցվածքների և մարդկային ռեսուրսների վերլուծության վերաբերյալ, ՀՀ ԱՆ, ՎՎ Հայաստան, 2011թ.
21. ԱՀԿ – դեռահասների հոգեկան առողջություն <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
22. Էլեկտրոնային առողջապահական ԱԴՄԵԴ համակարգ, <https://armed.am>
23. Европейская повестка дня в области иммунизации на период до 2030 г. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/infekczionnye-bolezni-i-borba-s-nimi/vakcziny-i-immunizaciya/3810.html>
24. Зоя Дубаева, В Молдове с 1 марта педиатры будут работать в центрах семейных врачей, а не в больницах. February 2023. <https://nokta.md/v-moldove-s-1-marta-pediatry-budut-rabotat-v-tsentrah-semejnyh-vrachej/>
25. Ожирение и избыточный вес, ВОЗ, 9 июня, 2021 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
26. Бизнес России. Высшее медицинское образование в Республике Молдова. April 2019. <https://glavportal.com/materials/vysshee-medicinsкое-obrazovanie-v-respublike-moldova/>
27. COSI; Инициатива по эпиднадзору за детским ожирением, ВОЗ, Евробюро, Информационный бюллетень, 2019г
28. «Цели и действия в области питания на 2016–2025 гг.», 2017, WHO/NMH/NHD/17.8 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259006/WHO-NMH-NHD-17.8-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Ликвидации детского ожирения, Доклад Комиссии, ВОЗ, 27 марта, 2017, Женева. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_31-ru.pdf
30. Десятикратный рост числа детей и подростков с ожирением за последние сорок лет: новое исследование Имперского колледжа в Лондоне и ВОЗ, 2017, <https://www.who.int/ru/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
31. Adolescent health dashboards, Country dashboard, Armenia, June 2023 <https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboards-country-profiles/>
32. CROSS-SECTIONAL STUDY ASSESSING THE QUALITY OF NEONATAL HEALTH CARE SERVICES IN THE REPUBLIC OF ARMENIA, Assessment of Neonatal Care Services in Armenia, Armenian Association of Neonatal Medicine, USAID, Armenia, 2017, <file:///C:/Users/User/Desktop/Neonatal%20Strategy/Report%20USAID.pdf>
33. Under-five mortality data.Unicef. Last update: January 2023 <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>
34. Promoting breastfeeding and complementary foods, WHO Euro, 2023 <https://www.who.int/europe/activities/promoting-breastfeeding-and-complementary-foods>
35. Levels and trends in child mortality. United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2022, <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality>
36. World Population Prospects, Summary of Results. 2022 Unaited nations. DESA. Department of Economic and Social Affairs, Population Division,

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

37. Core health indicators in the WHO European Region: special focus: 2030 Sustainable Development Agenda, 2 May 2022, <https://www.who.int/europe/activities/monitoring-the-achievement-of-the-health-related-sdgs--the-gpw-13-and-the-epw-core-health-indicators-in-the-who-european-region>
38. Women's, children's and adolescents' health country profiles and dashboards, UNICEF, September 6, 2022, <https://data.unicef.org/resources/health-country-profiles-and-dashboards/>
39. WHO, The Global Health Observatory, latest data, Armenia-Profile, 2022. <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/armenia?countryProfileId=b36fc47a-744e-4e14-82de-85b7a3a1bdde>
40. World Bank Open Data, WB, 2022; <https://data.worldbank.org>
41. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) Member agencies: UNICEF, the WHO, the UN Population Division and the World Bank Group August 2022, data sources are the latest UN IGME estimates, <https://childmortality.org/profile>
42. UNICEF, The State of the World's Children 2021, Interactive dashboard and statistical tables, October 2021, <https://data.unicef.org/resources/sowc-2021-dashboard-and-tables>
43. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030. Moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020–2025, WHO/UNICEF, September 2020 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/nbh/enap-coverage-targets-and-milestones-2025.pdf?sfvrsn=2add2482_2
44. Countdown to 2030. Women's, Children's & Adolescents' Health, Country Profile and Dashboards, 2020 <https://data.unicef.org/countdown-2030/country/Armenia/1/>
45. Assessment of nutrition practices of primary school-aged children in schools of Armenia, AUA Yerevan, 2018 https://chsr.aua.am/files/2019/01/Report_School-Food-Project_UNICEF_-2018.pdf
46. E Lawn, Hannah Blencowe, Robert Pattinson, Simon Cousens, Rajesh Kumar, Ibinabo Ibiebele, Jason Gardosi, Louise T Day, Cynthia Stanton. The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? Accessed on Dec. 13, 2018 at <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2810%2962187-3>
47. UNICEF, Every Child Alive, 2017, The urgent need to end newborn deaths <https://www.unicef.org/eca/media/2781/file/every%20child%20alive.pdf>
48. Institutional consultancy on Assessing Neonatal Care Services at Maternity and Primary Healthcare Levels in Armenia, AUA/UNICEF, 2016
49. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Published April 3, 2019 [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext)
50. Bundy, D. A. P., N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, and G. C. Patton, editors. 2017. Child and Adolescent Health and Development. Disease Control Priorities (third edition), Volume 8. Washington, DC: World Bank, 2017, doi:10.1596/978-1-4648-0423-6 License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0423-6>

