

## ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

4.15 Առողջապահական վիճակը համայնքներում.....	4.15.2
4.15.1 Առողջապահական ենթակառուցվածք .....	4.15.4
4.15.2 Առողջության համառոտ նկարագիրը.....	4.15.12

## ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ

Աղյուսակ 4.15.1 Ուսումնասիրվող տարածքի առողջապահական հաստատությունների հատկորոշիչներ .....	4.15.7
Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի ելակետային տվյալներ .....	4.15.13

## ՆԿԱՐՆԵՐ

Նկ. 4.15.1 Հաշվարկված ՀՏԿ-ներ ('000) ըստ պատճառի, 2004թ.-ի համար <sup>1</sup> .....	4.15.3
Նկար 4.15.2: Մահացության համեմատական ցուցանիշը (% ընդհանուր մահացության դեպքերի տոկոսային մասնաբաժինը, բոլոր տարիքային խմբերում) ըստ Պատճառի, հաշվարկները կատարված են 2008թ. արդյունքներով.....	4.15.4

## ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 4.15.1 Առողջության վրա ազդեցության գնահատում (2012թ. հունիս)

#### 4.15 Առողջապահական վիճակը համայնքներում

Հայաստանյան առողջապահական համակարգը անցում է կատարում առողջապահության խորհրդային կենտրոնացված մոդելից, որտեղ հիմնական շեշտը դրվում էր հոսպիտալացման վրա, դեպի տնտեսապես անկախ ձեռնարկությունների պետական ցանցի ստեղծումը:

Հայաստանում տղամարդկանց ու կանանց կյանքի միջին տևողությունը 67/75<sup>1</sup> տարի է, համապատասխանաբար, կանանց և տղամարդկանց համար (2012թ. տվյալներով) - կանայք ավելի երկարակյաց են: Հանրապետության ազգային ավանդական առողջապահական ցուցանիշները Կենտրոնական Ասիայի մյուս երկրների համեմատ լավ են, և այդ առումով Հայաստանը առաջընթաց է գրանցել 2015թ. Հազարամյակի զարգացման նպատակներին հասնելու հարցում: 2010թ.-ին մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը կազմում էր 16 դեպք ամեն 1000 կենդանի ծնունդի դիմաց, իսկ նորածինների մահացության դեպքերը՝ 13-ն էին ամեն 1000 ծնվածի հաշվարկով: 1990թ. համեմատ, մահացության դեպքերի ցուցանիշները ամեն 1000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով կազմում էին համապատասխանաբար 49 և 42<sup>2,3</sup>:

Հայաստանում հիմնական առողջապահական մտահոգությունները կապված են ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՈՎՀ) հետ: Հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների (ՀՇՏԿ) միջազգային համեմատության դեպքում հնարավորություն է տալիս ստանալ Հայաստանի ընդհանուր հիվանդությունների բեռի պատկերը: Հայաստանում ՀՇՏԿ-ները (ներկայացված է Նկ. 4.15.1-ում) ցույց են տալիս, որ առողջապահական բեռն ընկնում է սիրտ - անոթային հիվանդությունների, քաղցկեղի և թոքերի խրոնիկ հիվանդությունների վրա:

2008 թ. հաշվարկները ցույց տվեցին, որ մահացությունը ՈՎՀ-ից կազմել է երկրում ընդհանուր մահացությունների մոտ 90% - ը, իսկ սրտանոթային հիվանդություններից

<sup>1</sup> ԱՀԿ, (2004թ), Հայաստանի ՀՇՏԿ ցուցանիշները հասանելի են այստեղ՝ [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/national/countryprofile/armenia.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/armenia.pdf)

<sup>2</sup> ԱՀԿ, (2004թ), Հայաստանի ՀՇՏԿ ցուցանիշները հասանելի են այստեղ՝ [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/national/countryprofile/armenia.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/armenia.pdf)

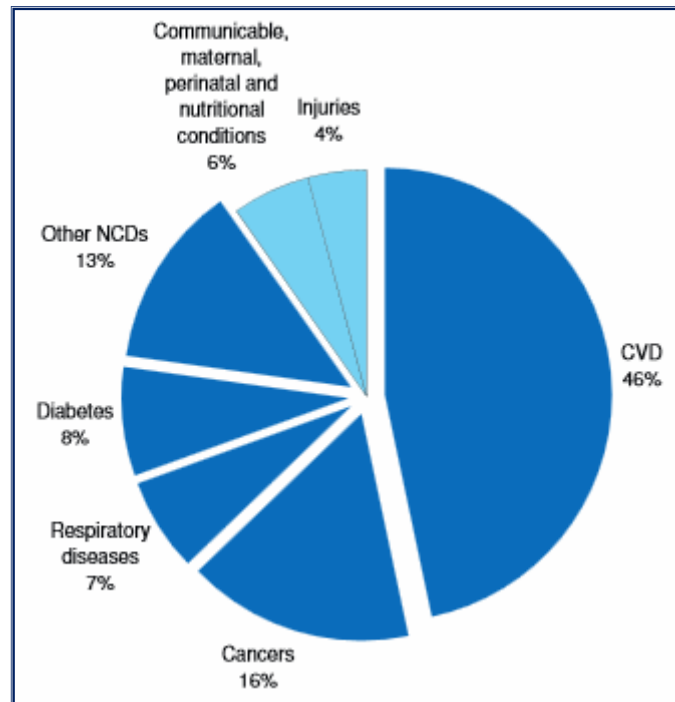
<sup>3</sup> ԱՀԿ, Երկրի հիմնական բնութագրերը կապված ոչ-վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների հետ: Հայաստան. 2011.

(ՍԱՀ ) մահացությունը կազմել է 46%<sup>4</sup>, տես Նկ. 4.15.2: Ընհանուր առմամբ, հիվանդությունների բեռը ուսումնասիրության տարածքում նմանատիպ բնույթ ունի. այստեղ ևս ՍԱՀ, քաղցկեղն ու շաքարախտը նշված են որպես ամենատարածված առողջական խնդիրներ:

ԷԿՈԼՈԳԻԱՅԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎՐԱ, ՏԱՐԵԿԱՆ ԳԼԱՐԱՏՈՒՄԸ ԳԻՄՆԱԿԱՆ ԵՎ ՀԱՄԵՆԱՏԱԿԱՆ ՌԻՍԿԻ ԳԼԱՐԱՏՄԱՆ՝ ՍԻՆԹԵԶԻ ՓՈՐՑԱԳԵՏԻ ՏԱՐԱԾՍԵՐՁՄԻ ԳԼԱՐԱՏՄԱՆ ԵՎ ԱՐԿԻ ԿՈՂՄԻՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑԿԱԾ 2004Թ. ՎԻՃԱԿԱԳՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ			
ՕՐ/1000 ՍԱՐԴ	(ԱՇԽԱՐՀ-ԱՄԵՆԱՑԱԾՐ:13» ԱՄԵՆԱԲԱՐՉՐ:289)		32
ՍԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆ			7 500
% ԸՆԴՀԱՄԵՆԸ			17%
ԷԿՈԼՈԳԻԱՅԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԸՍՏ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ (ՕՐ/1000 ՍԱՐԴ ՏԱՐԵԿԱՆ)			
ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅԱՆ ԽՈՒՄԲ	ԱՄԵՆԱՑԱԾՐ ՀԱՄԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ՏՈԿՈՍ	ԵՐԿՐԻ ՏՈԿՈՍ	ԱՄԵՆԱԲԱՐՉՐ ՀԱՄԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ՏՈԿՈՍ
ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	0.2	2.2	107
ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՌԻԴԻՆԵՐԻ	0.1	1.1	71
ՄԱՆԱՐԻԱ	0.0	0.0	34
ՏՐԱՆՍԻՄԻԿ ԱՅԼ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	0.0	-	4.9
ԹՈՔԻ ՔԱՊՑԿԵՂ	0.0	1.4	2.6
ԱՅԼ ՔԱՊՑԿԵՂՆԵՐ	0.3	3.1	4.1
ՆՅԱՐԴԱՐՈՂԵԿԱՆ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	1.4	2.0	3.0
ՍՐՏԱՆՈՑԱՅԻՆ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	1.4	8.9	14
ԹՈՔԵՐԻ ԽՐՈՆԻԿ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	0.0	1.4	4.6
ԱՍՏՍԱ	0.3	0.8	2.8
ՇԱՐՔԱՐԵՆԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	0.5	0.9	1.5
ՃԱՄՊԱՐԳԱՏՐԱՄԱՊՈՐՏԱՅԻՆ ՏՐԱԿՍԱ	0.3	1.2	15
ԱՅԼ ԱՆԶԳՈՒՅՇՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱԿՍԱՆԵՐ	0.6	4.1	30
ԴԻՏԱԿՈՐՅԱԼ ՏՐԱԿՍԱՆԵՐ	0.0	0.3	7.5

Նկ. 4.15.1 Հաշվարկված ՀՏԿ-ներ ('000) ըստ պատճառի, 2004թ.-ի համար<sup>1</sup>

<sup>4</sup> ԱՀԿ, Երկրի հիմնական բնութագրերը կապված ոչ-վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների հետ: Հայաստան. 2011



**Նկար 4.15.2:** Մահացության համեմատական ցուցանիշը (% ընդհանուր մահացության դեպքերի տոկոսային մասնաբաժինը, բոլոր տարիքային խմբերում) ըստ Պատճառի, հաշվարկները կատարված են 2008թ. արդյունքներով

(ստորև ներկայացված է գծապատկերի բովանդակության հայերեն թարգմանությունը)

Վարակիչ, մայրական, շուրջծննդյան (պերինատալ) և սննդային բնույթի

հիվանդություններ 6%

Վնասվածքներ 4%

ՍԱՀ 46%

Այլ ՈՎՀներ 13%

Շաքարախտ 8%

Վարակիչ հիվանդություններ 7%

#### 4.15.1 Առողջապահական ենթակառուցվածք

Ազգային առողջապահությունը և ընդհանուր առողջապահության ենթակառուցվածքը նախկին Խորհրդային Միության փլուզումից հետո բախվեցին բազում խնդիրների: Առողջապահական համակարգում ստիպված կատարվեցին բարեփոխումներ՝ կենտրոնացված կառավարվող ծառայությունից, որն անվճար էր և, որտեղ շեշտը դրված էր երկրորդական խնամքի վրա, դեպի պետության կողմից կառավարվող, բայց

Ֆինանսապես անկախ հաստատությունների ցանցի ստեղծում: Այնուամենայնիվ, առողջապահության որակը մնում է վիճելի՝ պայմանավորված հետևյալ գործոններով.

- i) Առողջապահական բյուջեների կառավարում և տեղաբաշխում,
- ii) Գյուղական համայնքներում սահմանափակ առողջապահական ծառայություններ և ծածկույթ, և
- iii) Հասարակության աղքատ խավի համար առողջապահական ծառայությունների անմատչելիություն (հիմնականում գյուղական համայնքներում):

Առողջապահության ֆինանսավորումը և աղքատ կամ խոցելի խմբերի համար վճարման ներկա համակարգից օգտվելու հնարավորությունը սահմանափակում են առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը հասարակության որոշ սեկտորներում: Այս խնդիրն առկա է՝ չնայած խոցելի խմբերի համար հասարակական ֆինանսավորմամբ սուբսիդիային՝ որպես հիմնական նպաստների փաթեթի մաս, դեղամիջոցների, հատկապես խրոնիկ հիվանդությունների համար պահանջվող դեղերի մատչելիության սահմանափակմամբ, որն, ինչպես նշված է, զգալիորեն ավելացնում է հիվանդության ազգային ընդհանուր բեռը: 2011 թ. Առողջության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) զեկույցում նշված է, որ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 50%-ը ֆինանսավորվում է մասնավոր հատվածի կողմից, որից 84%-ը վճարվում է անմիջապես սպառողների գրպանից:

Հայաստանի առողջապահական ներկայիս համակարգն ունի երեք մակարդակ՝

- **Առողջության առաջնային պահպանություն:** Պոլիկլինիկաներից և բուժկետերից կամ փոքր գյուղերում գտնվող բժիշկի և/ կամ բուժքույրի կողմից վերահսկվող այսպես կոչված, ամբուլատոր ծառայություններից դուրս մատուցվող ծառայությունների միջոցով,
- **Առողջության երկրորդային պահպանություն:** Բուժկետեր և տարածաշրջանային/քաղաքային հիվանդանոցներ, որոնք տրամադրում են երկրորդային խնամք՝ համավճարների համակարգի հիման վրա (առողջության ծախսերը վճարվում են պետության և քաղաքացու կողմից), և
- **Առողջության երրորդային պահպանություն:** Մասնագիտացված հիվանդանոցներ, որոնք ևս գործում են համավճարային համակարգի օգնությամբ

Ուսումնասիրվող տարածքը ռեսուրսաշատ է առողջապահական կենտրոնների և հիվանդանոցների առկայության առումով: Կա գործող ուղղորդման և շտապօգնության համակարգ: Գոյություն ունեցող հաստատությունների մանրամասները ներկայացված են Աղյուսակ 4.15.1-ում, որը կարևորում է մի շարք հաստատությունների առջև ծառայած կառուցվածքային և գործառնական մարտահրավերները:

Ուսումնասիրվող տարածքում առողջապահական հաստատությունների ֆունկցիոնալությունը սահմանափակող առանցքային խնդիրներից մեկը գյուղերում դեղատների պակասն է:

Աղյուսակ 4.15.1 Ուսումնասիրվող տարածքի առողջապահական հաստատությունների հասկոբոշիչներ						
Վայրը	Հաստատության տեսակը	Ընդգրկման տարածքը	Ծառայություններ /հաստատություններ	Հիվանդների համար ստացիոնար պայմաններ	Անձնակազմ	Խնդիրներ
Վայք	Պետական Տարածաշրջանային Բժշկական-ախտորոշիչ կենտրոն	Սարավան, Գնդեվազ, Ջերմուկ, Վայք	Շտապ օգնության ծառայություն, վիրաբուժություն, ստացիոնար բժշկական օգնություն, ամբուլատոր բժշկական օգնություն, հոսպիտալացման կարողություններ, մայրություն, օրթոպեդիա, շտապ օգնություն, լաբորատորիա	180 մահճակալ	բժշկական անձնակազմ 40 մարդ	<input type="checkbox"/> Մահմանափակ ֆինանսական միջոցներ համավճարի համակարգի կիրառմամբ (պետական սուբսիդիաներ նախատեսված որոշակի տոկոսով ֆինանսավորելու յուրաքանչյուր բժշկական վիճակ) սոցիալապես անապահով խավերի (հաշմանդամներ, հատուկ խմբերում ընդգրկված անձիք՝

Աղյուսակ 4.15.1 Ուսումնասիրվող տարածքի առողջապահական հաստատությունների հասկոբոշիչներ						
Վայրը	Հաստատության տեսակը	Ընդգրկման տարածքը	Ծառայություններ /հաստատություններ	Հիվանդների համար ստացիոնար պայմաններ	Անձնակազմ	Խնդիրներ
						<p>օրինակ վետերաններ, թոշակառուներ և այլն) համար</p> <p><input type="checkbox"/> Բարձր տեխնոլոգիական դիագնոստիկական սարքավորումների բացակայություն</p> <p><input type="checkbox"/> բնակչության մեծ թվաքանակի համար մասնագիտացված հիվանդանոցներ (40 000 մարդ)</p>
Ջերմուկ	Պետական ստացիոնար ընդհանուր հիվանդանոց	Ջերմուկ, Կեչուտ	Շտապ օգնության ծառայություն, վիրաբուժություն, որը չի գործում լուրջ դեպքերի	25 բուժբույր	բժշկական անձնակազմ 24 մարդ	- Ժամանակակից սարքավորումները կիրառելու համար վերապատրաստված անձնակազմի



Աղյուսակ 4.15.1 Ուսումնասիրվող տարածքի առողջապահական հաստատությունների հասկոբոշիչներ						
Վայրը	Հաստատության տեսակը	Ընդգրկման տարածքը	Ծառայություններ /հաստատություններ	Հիվանդների համար ստացիոնար պայմաններ	Անձնակազմ	Խնդիրներ
			Ժամանակ, ստացիոնար բժշկական օգնություն, ամբուլատոր բժկական օգնություն, մայրություն, օրթոպեդիա, շտապ օգնություն, և լաբորատորիա: Ծանր վիճակի դեպքում հիվանդներին տեղափոխում են Վայք կամ Երևան:			բացակայություն՝ վերից – ներքև մոտեցման օգտագործում Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) կողմից որոշված առողջապահական քաղաքականության իրականացման հարցում
Գորայք	Առողջապահական կենտրոն	1 գյուղ	Առաջնային/հիմնական առողջապահություն, առաջին օգնություն, Առողջապահական կրթություն, հղիությունների և քրոնիկ հիվանդությունների մոնիթորնգ, ընտանիքի պլանավորում պատվաստումներ, տնային այցելություններ	0 մահճակալներ	բժշկական անձնակազմ 11 մարդ (մշտապես առողջապահական կենտրոնում գտնող 2 բուժքույր), մեկ հերթապահ բժիշկ	<input type="checkbox"/> կառուցվածքային հարցեր (խոնավ և վնասված պատեր) և ջեռուցման ու տաք ջրի բացակայություն (ներկայումս վերանորոգվում է Լիդիան ընկերության կողմից) <input type="checkbox"/> հիմնական ախտորոշիչ բժշկական սարքավորումների բացակայություն

Աղյուսակ 4.15.1 Ուսումնասիրվող տարածքի առողջապահական հաստատությունների հասկոբոշիչներ						
Վայրը	Հաստատության տեսակը	Ընդգրկման տարածքը	Ծառայություններ /հաստատություններ	Հիվանդների համար ստացիոնար պայմաններ	Անձնակազմ	Խնդիրներ
						<input type="checkbox"/> ստացիոնար բժշկական օգնության բացակայություն <input type="checkbox"/> քիչ քանակով սարքավորումներ, որոնք տրամադրվել են Լիդիան ընկերության կողմից (ցենտրիֆուգ և այլն.)
Սարավան	Բժշկական կետ	1 գյուղ	Առաջնային/հիմնական առողջապահություն, առաջին օգնություն, Առողջապահական կրթություն, հղիությունների և քրոնիկ հիվանդությունների մոնիթորնգ, ընտանիքի պլանավորում պատվաստումներ, տնային այցելություններ	0 մահճակալներ	1 բուժբույր	<input type="checkbox"/> դեղերի և սպառվող նյութերի անկանոն մատակարարում <input type="checkbox"/> ջեռուցման և հոսող ջրի բացակայություն <input type="checkbox"/> սանիտարական հաստատությունների բացակայություն <input type="checkbox"/> պետության կողմից տրամադրվող սահմանափակ պարագաներ

Աղյուսակ 4.15.1 Ուսումնասիրվող տարածքի առողջապահական հաստատությունների հասկորոշիչներ						
Վայրը	Հաստատության տեսակը	Ընդգրկման տարածքը	Ծառայություններ /հաստատություններ	Հիվանդների համար ստացիոնար պայմաններ	Անձնակազմ	Խնդիրներ
Գնդեվազ	Բժշկական կետ	1 գյուղ	Առաջնային/հիմնական առողջապահություն, առաջին օգնություն, Առողջապահական կրթություն, հղիությունների և քրոնիկ հիվանդությունների մոնիթորնգ, ընտանիքի պլանավորում պատվաստումներ, տնային այցելություններ	0 մահճակալներ	1 բուժբույր	<input type="checkbox"/> Կառուցվածքային խնդիրներ (հատակ) <input type="checkbox"/> սանիտարական հաստատությունների, և ջեռուցման բացակայություն <input type="checkbox"/> պետության կողմից տրամադրվող սահմանափակ պարագաներ

#### **4.15.2 Առողջության համառոտ նկարագիրը**

Ամուլսարի ծրագրի առողջություն ելակետային տվյալների մանրամասն ուսումնասիրությունը կատարվել է SHAPE Consulting ընկերության կողմից և ներառված է Հավելված 15.1-ում: Առողջության ելակետային տվյալները գնահատվել են ՄՖԿ-ի Առողջության վրա ազդեցության գնահատման համապատասխան որպես լավագույն արդյունաբերական փորձ և հերթականությամբ նկարագրում են 12 բնապահպանական առողջապահական ոլորտները (ԲԱՈներ), որոնք ներկայացված են Աղյուսակ 4.15.2-ում:

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
<p><b>ԲԱՈ 1 –</b> <b>Կենսագործունեության պայմանների հետ կապված վարակիչ հիվանդություններ</b></p>	<p><u>Գերբնակեցվածություն:</u> Միջին ՍՏ-ն կազմված է 4 անդամներից: <u>Գերբնակեցվածությունը</u> ազգային խնդիր չէ</p>	<p>Թեպետ միջինում հինգից-յոթ մարդ է ապրում յուրաքանչյուր ՍՏ-ում, սակայն գերբնակեցվածությունը չի համարվում գերխնդիր: Այնուամենայնիվ, արձանագրվել է, որ շատ ՍՏ-ներ առանձին ապրելու հնարավորություն չունեն. երեխաներն ամուսնանում են ու ապրում իրենց ծնողների հետ՝ հետագայում առաջացնելով գերբնակեցվածության ռիսկ: Ջերմուկում ՍՏ-ների 68%-ում բնակվում էին մեկից ավելի ընտանիքներ:</p> <p>Որոշ համայնքներում տաքանալու համար օգտագործում էին փայտ կամ չորացած գոմաղբ, որը բարձրացնում է սուր շնչառական ինֆեկցիաների ռիսկը, որի համար ամենախոցելի խումբը երեխաներն են:</p>
	<p><u>Տուբերկուլյոզ ՏԲ:</u> Կենտրոնական Ասիան և ԱՊՀ-ն գլոբալ առումով ՏԲ դեպքերի երկրորդ ամենակարևոր տարածքն է</p> <p>Հայաստանը չի դասակարգվում է որպես ՏԲ բարձր բեռ ունեցող երկիր, 2012 թ.-ին տարածվածությունը եղել է 79/100 000 (Նույն տարվա ընթացքում գրանցված դեպքերը կազմել են 52/100 000): 2010թ.-ին տարածվածությունը եղել է 114/100 000, իսկ գրանցված դեպքերը կազմել են 79/100 000. գրանցվել էր ՏԲ ցուցանիշների բարելավում</p> <p>Հայաստանում բազմադեղորայքակայուն և դեղորայքակայուն (ԴԿ) ՏԲ մակարդակը բարձր է: 2012թ.-</p>	<p>Վայքի հիվանդանոցում ՏԲ դեպքեր չեն գրանցվել 2011-ին, սակայն կասկածելի դեպքեր են գրանցվել Արովյանի ՏԲ կենտրոնում (Երևանի հյուսիսում), որտեղ առկա են ախտորոշման և բուժ հաստատություններ:</p> <p>Ոչ մի ՏԲ դեպք չի գրանցվել ուսումնասիրվող տարածքի գյուղերի բուժկետերում, բացառությամբ Ջերմուկի հիվանդանոցի, որտեղ 2010 - ից մինչև 2011թթ գրանցվել է 20 դեպք: Կասկածներ կային, որ Ջերմուկի բոլոր դեպքերը ներկրվել էին այլ վայրերից՝ տարածվելով վերջերս զինծառայությունից կամ ժամանակավոր աշխատանքային միգրացիայից վերադարձած անձանցից: Այս ամենը կարող է արտացոլել տեղի դիագնոստիկ ծառայությունների ոչ ադեկվատ</p>

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>ին, 9.4% տուբերկուլոզի նոր դեպքերը ցույց են տվել բազմադեղորայքակայուն – ՏԲ-ի առկայություն<sup>5,6</sup>: Նույն ցուցանիշը գրանցվել 2008թ.-ի ուսումնասիրության ժամանակ, հավանաբար հիվանդության դեպքերի անբավարար հայտնաբերման պատճառով: Սակայն, ըստ շրջանառվող տեղեկությունների, կային աճի միտումներ:</p> <p><u>Սուր շնչառական ինֆեկցիաներ (ՍՇԻ)</u> 2010թ. հինգ տարեկանից ցածր երեխաների մահացության 11%-ը թոքերի բորբոքումից<sup>7</sup> է եղել, 2010թ.-ի Հայաստանի Ժողովրդագրության և Առողջության հարցերի Հետազոտությանը (ՀԺԱՀ) մասնակցածների 5%-ը նշել է, որ ունեցել են ՍՇԻ նախանշաններ հարցումից<sup>8</sup> երկու շաբաթ առաջ: 2008թ.-ի հաշվետվության համաձայն՝ հինգ տարեկանից ցածր երեխաների մահացության դեպքերի 17%-ի պատճառը եղել է թոքաբորբը:</p>	<p>վիճակը: Կարևոր է նշել, որ հայտնաբերված 20 դեպքերից ինը գրանցված են որպես բազմադեղորայքակայուն ՏԲ:</p> <p>2010թ.-ի ՀԺԱՀ-ից երկու շաբաթ առաջ <i>Վայոց ձորի մարզում</i> հինգ տարեկանից ցածր երեխաների միայն 1.2%-ն է ունեցել ՍՇԻ նախանշաններ, իսկ <i>Սյունիքի մարզում</i>՝ ոչ մեկը (0.0%):</p> <p>Այս վիճակագրությունը հիմնված է տեղական առողջապահական հաստատությունների հիմնական իրազեկիչներից ստացված տեղեկությունների վրա. Այդ հաստատությունները շնչառական վարակները ուսումնասիրության ոլորտում լուրջ առողջապահական խնդիր չեն համարում:</p>

<sup>5</sup> ԱՀԿ *Տուբերկուլոզի վերաբերյալ համաշխարհային զեկուլյոց 2013*. 2013.

<sup>6</sup> ԱՀԿ. Հայաստան Տուբերկուլոզի վերաբերյալ նկարագիրը 2012 [cited 2014/ 05/07]; Տես այստեղ: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO\\_HQ\\_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=AM&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=AM&outtype=html).

<sup>7</sup> ԱՀԿ. Հայաստան Տուբերկուլոզի վերաբերյալ ամփոփագիրը 2013թ. [cited 2014/ 05/08]; Տես այստեղ: <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>.

<sup>8</sup> Ազգային վիճակագրական ծառայություն [Հայաստանի Հանրապետություն], Առողջապահության նախարարություն [Հայաստանի Հանրապետություն], և ICF International Հայաստանի Ժողովրդագրության և Առողջապահության Հետազոտությունը (ՀԺԱՀ) 2010 2012.

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
		<p>Շնչառական վարակները հաշվառվում են ընթացիկ առողջապահական կառավարման տեղեկատվական համակարգում 2011 թ.-ի հունիս – նոյեմբեր ամիսներին: Գորայքի առողջության պահպանման կենտրոնում ՄՇԻները կազմել են դեպքերի մոտ 15% - ը, իսկ հիվանդների ախտորոշման ժամանակ Գնդեվագում և Սարավանում համապատասխանաբար 4.6% -ը և 3% - ը: Այնուամենայնիվ հասարակությունը գերադասում է զբաղվել ինքնաբուժությամբ և անտեսել ՄՇԻ-ները որպես լիարժեք բուժում պահանջող երևույթ. տեղական առողջապահական ծառայությունները հազվադեպ են տրամադրել լրիվ բուժման կուրս: Դեպքերի ավելացում է գրանցվում ձմռանը:</p>
	<p><u>Կարմրուկ:</u> Հայաստանում կարմրուկի դեմ պատվաստումը բավական լայն տարածում ունի. 1 տարեկանից ցածր բոլոր երեխաների 97%-ը պատվաստվել է 2012 թ<sup>9</sup>: 2010 թ.-ին այդ ցուցանիշը երկրի մակարդակով կազմում էր 94%:</p> <p>2013թ. երկրում գրանցվել է կարմրուկի երեք դեպք: Սակայն ներկայումս կարմրուկի համաճարակ է գրանցվել Արևելյան Եվրոպայում, ներառյալ՝ Ուկրաինայում, Վրաստանում,</p>	<p>Դեպք չի գրանցվել տեղական մակարդակով:</p>

<sup>9</sup> Յունիսեֆ, Հայաստան. Վիճակագրություն 2013 [cited 2014/ 05/07]; Տես այստեղ: [http://www.unicef.org/infobycountry/armenia\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/armenia_statistics.html).

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	Մեծ Բրիտանիայում և Ֆրանսիայում, և վերջերս կարմրուկի գրանցման դեպքերի մասին հայտարարվել է նաև Հայաստանում:	
	<p><u>Մինինգիտ.</u> Մինինգիտի դեմ պատվաստումները ազգային իմունիզացիայի ընդլայնված ծրագրի մի մասն են կազմում (ԸՕԻ).</p> <p>Երկիրը հաղորդել է մինինգիտի 5 դեպք 2010թ. -ին:</p>	Տեղերում դեպքեր չեն գրանցվել՝ հաշվի առնելով տեղի դիագնոստիկ ծառայությունների սահմանափակումները:
<p><b>ԲԱՈ# 2 –</b> Տրանսմիսիվ/փոխացվող հիվանդություններ</p>	<p><u>Մալարիա.</u> մինչև 1950-ականները, մալարիան ենդեմիկ էր Հայաստանում: Մալարիան վերացվեց մինչև 1963 թ., սակայն կրկին հայտնվեց 1990-ականներին և Հայաստանը մալարիայից ազատ կարգավիճակ ստացավ միայն 2011թ. Հոկտեմբերին:</p>	Ուսումնասիրվող տարածքում այժմ մալարիա չկա, իսկ տեղանքի բարձրությունը և կլիման քիչ հավանական են դարձնում այդ հիվանդության առկայությունը:
	<p><u>Տզային Էնցեֆալիտ:</u> Քիչ հավանական է Հայաստանում</p>	Ուսումնասիրվող տարածքի բարձրությունը և անտառածածկ տարածքների պակասը քիչ հավանական են դարձնում այդ հիվանդության գոյությունը
	<p><u>Բորելիոզ/ Լայմի հիվանդություն:</u> Տվյալներ չկան:</p>	Տեղական մակարդակով այս հիվանդության առաջացման պայմանների վերաբերյալ տվյալներ չկան, սակայն ուսումնասիրվող տարածքում անտառների բացակայության պատճառով դրանք էական չեն համարվում
<p><b>ԲԱՈ# 3 –</b> Հոդի, ջրի և աղբի հետ կապված հիվանդություններ</p>	<p><u>Խմելու ջուրը և սանիտարական վիճակը:</u> ՀԺԱՀ 2010 հետազոտության համաձայն՝ ջրի մաքրված աղբյուրների հասանելիությունը կազմում է 95%: Ամեն</p>	Բոլոր գյուղական համայնքներն օգտագործում են ծորակի խմելու ջուր, սակայն Գորայքի և Մարավանի ջրի որակը չի համապատասխանում խմելու ջրի ստանդարտներին (Մաս 4.8):





**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>տասը տնային տնտեսություններից ինն ունեն խմելու ջրի խողովակ անմիջապես իրենց տանը, բակում կամ հողամասում<sup>10</sup>: 2011թ.-ին խմելու ջուր մատակարարվում էր գրեթե ամբողջ բնակչությանը (100% քաղաքային բնակավայրերում և 98% գյուղական համայնքներում)<sup>11</sup>. Սա զգալի բարելավում է՝ համեմատած 2005 թ.-ի հետ, երբ ջրի մաքրված աղբյուրները հասանելի էին բնակչության 93% -ին:</p> <p>Հայաստանում տնային տնտեսություններ մեծ մասը օգտվում է բարելավված սանիտարական հարմարություններից, որոնք համատեղ չեն օգտագործվում մեկ այլ տնային տնտեսության հետ:</p> <p>2010թ.-ին երկրի բնակչության 79%-ը (97%-ը քաղաքային բնակավայրերում և 49% գյուղական համայնքներում) օգտվում էին բարելավված (ոչ համատեղ) սանիտարական հարմարություններից<sup>12</sup>: 2011թ.-ին բարելավված սանիտարական հարմարությունների հասանելիությունը</p>	<p>Հետազոտության տարածքում ամենատարածվածը օդափոխվող բարեկարգ փոսային գուգարանների (ԲՕՓ) օգտագործումն է:</p> <p>Ջերմուկի թափոնների ջրամաքրման գործարանը արդիականացվել և բացվել է 2014 թ. դեկտեմբերին: Ծրագիրը, որի շահագործումը տևելու է մինչև 2032թ, հնարավորություն ունի ներգրավելու 22000 մարդ, ինչը գերազանցում է Ջերմուկի ներկա բնակչությունը:</p> <p>Կոյուղու համակարգեր գյուղերում գոյություն չունեն:</p> <p>Նախքան Ծրագիրը կենցաղային աղբի հավաքը սահմանափակ էր: Այժմ Լիդիանը մատուցում է աղբի հավաքագրման ծառայությունը՝ այդ բնապահպանական առողջապահական ոլորտի կառավարմանը նպաստելու նպատակով:</p> <p>Գյուղական համայնքներում անորակ շինարարության, խոնավության և ստորգետնյա ջրերի բարձր մակարդակի</p>

<sup>10</sup> 2013. ԱՀԿ, Հայաստանի առողջապահական ընդհանուր բնութագիրը : Տես այստեղ. <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>

<sup>11</sup> 2013. ԱՀԿ/Յունիսեֆ, Առաջընթաց սանիտարական պայմանների և խմելու ջրի ոլորտում: 2013 Թարմացված տվյալներ

<sup>12</sup> 2013. ԱՀԿ, Հայաստանի առողջապահական ընդհանուր բնութագիրը: Տես այստեղ. <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>գնահատվում էր 90% (96%-ը քաղաքային բնակավայրերում և 81%-ը գյուղական համայնքներում)<sup>13</sup>: Սա զգալի բարելավում է՝ համեմատած 2005 թ.-ի հետ, երբ բարելավված սանիտարական հարմարությունների հասանելիությունը կազմում էր 47%:</p>	<p>պատճառով տները խոնավ են: Գորայքի տների ներսում առկա է Ռադոնի զգալի կոնցենտրացիա, սակայն այս ամենն ավելի մանրամասն ուսումնասիրվում է ռադիացիայի բաժնում՝ որպես ուսումնասիրվող տարածքում առկա բնական ռադիոակտիվ նյութ:</p> <p>Բնապահպանական հիգիենիկ վիճակը Ջերմուկում ավելի լավ է, քան գյուղական համայնքներում. բնակչության 99%-ն ունի խմելու ջրի բարելավված մատակարարում և օգտվում է կենցաղային աղբահանությունից: Սակայն, խմելու ջրի որակը Ջերմուկում և Կեչուտում անհանգստության պատճառ է հանդիսացել (վերջինում ավելի քիչ չափով):</p>
	<p><u>Աղետամոքսային հիվանդություններ:</u> Հայաստանում այս հիվանդության մասնաբաժինը ՀՏԿ-ների կտրվածքով կազմում է 2.2%: 2010 թ.-ին ՀԺԱՀ-ի շրջանակներում հետազոտված երեխաների 9% - ը հետազոտությունից<sup>14</sup> 2 շաբաթ առաջ ունեցել է դիարեայի նշաններ:</p>	<p>Մինչև 5 տարեկան երեխաների 7.5%-ը <i>Վայոց ձորի մարզում</i> և 0.0%-ը <i>Սյունիքի մարզում</i> ՀԺԱՀ 2010 հետազոտությունից<sup>15</sup> 2 շաբաթ առաջ ունեցել է դիարեայի նշաններ:</p> <p>Տեղեկատվական հարցազրույցները ցույց են տվել, որ ուսումնասիրվող տարածքում աղետամոքսային հիվանդությունները չեն հանդիսանում լուրջ խնդիր: Սակայն,</p>

<sup>13</sup> 2013. ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵՖ, Առաջընթաց սանիտարական պայմանների և խմելու ջրի ոլորտում: 2013 Թարմացված տվյալներ

<sup>14</sup> 2013. ԱՀԿ, Հայաստանի առողջապահական ընդհանուր բնութագիրը: Տես այստեղ. <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>

<sup>15</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p><u>Խոլերա:</u> 1998 թ-ից սկսած ազգային մակարդակով համաճարակ չի արձանագրվել:</p> <p><u>Հողից փոխանցվող հելմինտոզներ (ՀՓՀ):</u> Հայաստանի բնակչության 4% տառապում է <i>ascaris</i> վարակով, 1%-ը <i>trichuria</i> և 26%-ը այս կամ այն տեսակի <i>enterobacter</i> վարակներով:</p> <p><u>Հեպատիտ A:</u> Ընդգրկված չէ ԻԱԾ –ում: Ազգային մակարդակով վիճակագրություն չկա:</p>	<p>նման հիվանդությունների դեպքեր ավելի հաճախակի արձանագրվում են ամռան և գարնան ամիսներին:</p> <p>Ուսումնասիրվող տարածքում ՀՓՀ դեպքերը հազվադեպ են, և մինչև 12 տարեկան երեխաների համար տարին 2 անգամ անվճար կատարվում է ճիճվաթափություն:</p> <p>Ուսումնասիրվող տարածքում այս հիվանդության վերաբերյալ տվյալներ հասանելի չեն, այդուհանդերձ, ակնկալվում է, որ առկա գերակշռող սանիտարական վիճակի պայմաններում համայնքներն ամենայն հավանականությամբ տառապել են այս հիվանդությամբ մանուկ հասակում և համայնքի մի մասը այժմ օրգանիզմում հակամարմիններ ունեն և արդյունքում՝ իմունիտետ են ձեռք բերել:</p>
<p>ԲԱՈ# 4 – սեռական ճանապարհով փոխանցվող ինֆեկցիաներ, ներառյալ ՁԻԱՀ/ՄԻԱՎ</p>	<p><u>ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ:</u> ՄԻԱՎ - ի մակարդակը Հայաստանում շարունակում է ցածր մնալ (15-49 տարեկան մեծահասակների 0.12%-ը), սակայն միտումը սկսել է մեծանալ անցյալ տասնամյակից: Ըստ 2008թ. կատարված ուսումնասիրությունների Հայաստանում միայն 2200 մարդու մոտ է հայտնաբերվել ՄԻԱՎ –ի նկատմամբ դրական ցուցանիշ:</p> <p>2010թ. ՄԻԱՎ –ի 248 նոր դեպք է գրանցվել:</p>	<p>2005թ. - ին, Սյունիքի մարզի տղամարդկանց ընդամենը 70%-ն է ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ - ի մասին գիտելիքներ ունեցել, սակայն 2010 թ.- ին այս ցուցանիշը աճել է մինչև 91%:</p> <p>ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ - ի վերաբերյալ Վայոց Ձորի մարզում իրագեկվածության մակարդակը նվազել է վերջին տարիներին, իսկ 2010թ. հայտնաբերվել է, որ այն ավելի ցածր է, քան ազգային միջինը (տղամարդկանց 86% - ը, և կանանց 88%-ը):</p>

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Վարակակիրների մոտ 2/3-ը տղամարդիկ են, իսկ տարիքային ամենախոցելի խումբը 25-39 է<sup>16</sup>:</p> <p>Համաձայն 2010 թ.-ի ՀԺԱՀ-ի՝ ՄԻԱՎ / ՉԻԱՀ -ի վերաբերյալ իրազեկվածության մակարդակը բարձր է. բնակչության 96% -ը (93%-ը քաղաքային և 98%-ը գյուղական համայնքներում) լսել են ՄԻԱՎ / ՉԻԱՀ-ի մասին: Սակայն, ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման միջոցների մասին իրազեկվածության մակարդակը հիմնականում անփոփոխ է մնացել 2005թ.-ի համեմատ: Կանանց մոտ 69%-ը և տղամարկանց 80%-ը տեղյակ են, որ ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկը կարելի է նվազեցնել՝ օգտագործելով պահպանակներ կամ սեռական հարաբերություններ ունենալով միայն մեկ վստահելի և վարակ չկրող գուզնկերոջ հետ<sup>17</sup>: ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ իրազեկվածությունը բարձր ռիսկային գոտում գտնվող խմբերի շրջանում (IV թմրամուլներ, կոմերցիոն սեքսի բնագավառում աշխատողներ, և տղամարդիկ, որոնք սեռական հարաբերություններ են ունենում այլ տղամարդկանց հետ) մնում է սահմանափակ. կոմերցիոն սեքսի բնագավառում աշխատողների միայն 54%-ն է</p>	<p>ՄԻԱՎ ստուգումներ իրականացվում են Վայքի հիվանդանոցում, իսկ հղի կանանց ստուգումը պարտադիր է: Վերջին տարվա ընթացքում դեպքեր չեն գրանցվել:</p> <p>Ուսումնասիրվող տարածքում, ներառյալ Ջերմուկում, հիվանդանոցներում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտման ծառայություններ չեն մատուցվում:</p> <p>Ջերմուկի հիվանդանոց այցելող 5 ՄԻԱՎ –դրական հիվանդներն ըստ երևույթին, վարակվել են Ռուսաստանում արտագնա աշխատանքի ընթացքում:</p> <p>ՄԻԱՎ-ն ու սեռական հարաբերությունները քննարկվել են ուսումնասիրվող տարածքի կանանց ֆոկուս-խմբերի հետ: Պարզվել է հետևյալը.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Տեղացիների գիտելիքները բավարար են, և կանայք գիտեն ինչպես պաշտպանվեն:</li> <li><input type="checkbox"/> Ստիգմայի/անբարյացակամության մակարդակը ցածր է, քանի որ տեղի բնակչությունը լավատեղյակ է այդ խնդրի վերաբերյալ:</li> </ul>

<sup>16</sup> Տես նույն հղումը

<sup>17</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>տեղյակ ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման միջոցներին:</p> <p>Շատ հայեր դեռևս ունեն սխալ պատկերացումներ ՄԻԱՎ-ՁԻԱՀ-ի մասին<sup>18</sup>: ՄԻԱՎ-դրական անձանց նկատմամբ անբարյացակամ վերաբերմունքը, բարձր է տարածաշրջանում, և Հայաստանի՝ Ռուսաստանին և Ուկրաինային մոտ գտնվելը լրացուցիչ ռիսկ է առաջացնում, քանի որ այդ երկրներն ունեն ՄԻԱՎ-ի ամենաբարձր առկայությունը տարածաշրջանում:</p> <p>Համաձայն 2010 թ.-ի ՀԺԱՀ-ի՝ 15-49 տարեկան տղամարդկանց 15%-ը պատասխանել է, որ սեռական հարբերություն է ունեցել երկու կամ ավելի գուզրնկերոջ հետ հետազոտությունից առաջ<sup>12</sup> ամսվա ընթացքում: Այդ տղամարդկանց երեք/չորրորդը պատասխանել է, որ իր վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ օգտագործել է պահպանակ: Հարցված տղամարդիկ հայտնել են, որ իրենց ողջ կյանքի ընթացքում ունեցել են միջինը վեց գուզրնկեր:</p> <p>ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ ինքնակամ հետազոտման մակարդակը երկրի կտրվածքով հիմնականում ցածր է:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Վարակի դեպքերը չունեն տեղական բնույթ և հիմնականում սահմանափակվում են վերադարձող միգրանտ-աշխատողներով:</li> <li><input type="checkbox"/> Կոմերցիոն և գործարքային սեքսը նկարագրվել է որպես «շատ հազվադեպ» երևույթ ուսումնասիրվող տարածքում(այդ թվում, Ջերմուկում):</li> </ul>

<sup>18</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>2010թ. կանանց միայն 9%-ը, իսկ տղամարդկանց 2%-ն է պատասխանել, որ երբևէ հետազոտվել է ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ և ստացել պատասխանը:</p> <p>Բուժման կարիք ունեցող անձանց համար հակառետրովիրուսային թերապիան (ART) հասանելի է միայն Երևանում:</p>	
	<p><u>Սեռավարակիչ հիվանդություններ (ՄՎՀներ):</u> Համաձայն 2010 թ.-ի ՀԺԱՀ-ի՝ գյուղական վայրերում կանանց միայն 3.8% և տղամարդկանց 0.6%-ն է տեղեկացրել ՄՎՀ-ների նշանների կամ սիմպտոմների մասին հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում [1]: 2015թ.-ի ՀԺԱՀ-ի համաձայն՝ գյուղական վայրերում կանանց միայն 0.5%-ն է տեղեկացրել ՄՎՀ-ների նշանների կամ սիմպտոմների մասին: Սակայն, ՄՎՀ-ները ասոցացվում են նախապաշարումների բարձր մակարդակի հետ. Հետևաբար, ակնկալվում է, որ շատերը չեն դիմում հանրային բժշկական ծառայություններին ՄՎՀ-ների նշանների դեպքում:</p>	<p>Վայոց ձորի մարզում կանանց 4%-ը (բայց ոչ մի տղամարդ) տեղեկացրել է ՄՎՀ-ների ախտանիշների մասին 2010թ. ՀԺԱՀ-ին նախորդող 12 ամիսների ընթացքում: Սյունիքի մարզում ոչ մի տղամարդ կամ կին չի հայտնել ՄՎՀ-ների ախտանիշների մասին տվյալ ժամանակահատվածում:</p> <p>Վայքի հիվանդանոց հազվադեպ են դիմում ՄՎՀ-ներով անձիք: Բժիշկների կարծիքով, դրա պատճառը նման հիվանդների հանդեպ նախապաշարումներն են: Հիվանդները նախընտրում են դիմել մասնավոր բժիշկների:</p> <p>Գորայքի առողջության պահպանման կենտրոնում գրանցվել են մի քանի կասկածելի դեպքեր, որոնք ուղղորդվել են հատուկ մասնագիտացված հիվանդանոցներ: Մնացած գյուղերը չեն հայտնել նմանատիպ դեպքերի մասին, սակայն խոստովանում են, որ նախապաշարումների մակարդակը բարձր է:</p>

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p><u>Հեպատիտ B</u>: Հեպատիտ B -ի դեմ պատվաստումը եղել է Հայաստանի ԻԱԾ-ի ստանդարտ պատվաստման ռեժիմի բաղկացուցիչը սկսած 1999թվականից, որն ընդգրկում է 1 տարեկանից ցածր տարիքային խումբը( 3րդ չափաբաժինը) և որի շրջանակներում գրանցվել է 95% 2012թ.<sup>19</sup> :</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում Հեպատիտ B-ի պատվաստումները բավականին լայնատարած բնույթ են կրում: Յուրաքանչյուր կասկածելի դեպքի վերաբերյալ տեղեկատվությունը հաղորդվում է մասնագիտացված հիվանդանոցներին, քանի որ տեղական մակարդակով ախտորոշման հմտությունները համեմատաբար ցածր են:</p>
<p>ԲԱՈ# 5 – Մննդի և սնուցմանը վերաբերող խնդիրներ</p>	<p><u>Պարենային ապահովություն և թերսնուցում</u>:                  Հայաստանում թերսնուցման դեպքեր գրանցվել են: 2005-2009թթ միջակայքում նորածին երեխաների 7%-ւ թերքաշ է ծնվել: 2003-2009թթ. տվյալները ցույց են տալիս , որ երեխաների 4% -ը եղել են միջին կամ խիստ թերքաշ, 5%-ը թերսնուցված (չափազանց նիհար՝ հասակի համեմատ, սուր թերսնուցման նշաններով), և 18%-ը թերաճ (տարիքի համեմատ կարճահասակ, քրոնիկ թերսնուցման նշաններով).</p> <p>Համաձայն ՀԺԱՀ 2010-ի, (մինչև 5 տարեկան) երեխաների 19%-ը թերաճ է , որից 8%-ը՝ խիստ թերաճ, 4 %-ը հյուսված</p>	<p>Վայոց Ձորում թերսնուցման ցուցանիշները տվյալները համապատասխանում են ազգային միջինին: Համեմատության համար ասենք, որ Սյունիքի մարզում թերսնուցման գործակիցը 2010. ազգային միջինից բարձր էր և շատ ավելի բարձր, քան 2005թ ցուցանիշը (7%)<sup>21</sup>:</p> <p>Ըստ 2010թ. ՀԺԱՀ-ի տվյալների՝ Վայոց ձորի մարզում մինչև 5 տարեկան երեխաների 18%-ը, իսկ Սյունիքի մարզում 22%-ը ավելաքաշ էին<sup>22</sup>:</p> <p>Գնդեվազի և Սարավանի բուժկետերը պարբերաբար կշռում են մինչև 12 տարեկան երեխաներին, և անձնակազմը թերսնվածությունը չի համարում գերակա խնդիր</p>

<sup>19</sup> ԱՀԿ, Երկրի հիմնական բնութագրերը կապված ոչ-վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների հետ: Հայաստան. 2011  
 ZT520088  
 Նունիս 2016թ.

Տարբերակ 10  
 Էջ 4.15.23

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Էն, իսկ 5%-ը՝ թերքաշ: Մինչդեռ միևնույն ժամանակ երեխաների 15% - ը ավելքաշ է<sup>20</sup>:</p> <p>Պարենային ապրանքների գնաճը, հատկապես այնպիսի կարևոր սննդամթերքներինը, ինչպիսիք են կարտոֆիլը ազգային մակարդակով մեծացրել են պարենի մատչելիության վրա ճնշումը:</p> <p>Սննդի հիմնական ապրանքների ինֆլյացիայի սուր աճ է գրանցել սկսած 2010թ.-ից:</p>	<p>ուսումնասիրվող տարածքում: Կանանց ֆոկուս-խմբերի քննարկումներում հաստատվել է, որ սննդի ապահովությունն ու թերսնուցումը գերխնդիր չեն համարվում, և տարատեսակ սնունդը ապահովում է բավանսավորված դիետա:</p> <p>Տեղի կենսակերպի համար կարևոր գործոն է հողի առկայությունը գյուղատնտեսության կամ անասնապահության համար: Ընդհանուր առմամբ համայնքի համար մատչելի են համայնքային հողերը՝ անասուններին արածեցնելու համար:</p> <p>Սննդի արտադրությունն այս տարածքում հիմնականում սեփական օգտագործման կամ տեղում վաճառքի համար է: Ուսումնասիրվող տարածքից դուրս վաճառքն հիմնականում իրականացվում է միջնորդների կողմից, ովքեր այցելում են գյուղերը, քանի որ տեղացիները հնարավորություն չունեն իրենց ապրանքը տեղափոխել ավելի մեծ շուկա, օրինակ՝ Երևանում:</p>
	<p><u>Սակավարյունություն/Անեմիա:</u> Անեմիան Հայաստանում</p>	<p>Սուր անեմիայի մակարդակը Վայոց Ձորի մարզում ազգային</p>

<sup>21</sup> 2013. ԱՀԿ, Հայաստանի առողջապահական ընդհանուր բնութագիրը: Տես այստեղ. <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>

<sup>22</sup> 2013. ԱՀԿ, Հայաստանի առողջապահական ընդհանուր բնութագիրը: Տես այստեղ. <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>

<sup>20</sup> 2013. ԱՀԿ, Հայաստանի առողջապահական ընդհանուր բնութագիրը: Տես այստեղ. <http://www.who.int/gho/countries/arm.pdf?ua=1>



**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՌ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>համեմատաբար հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, որը լավ ցուցանիշ է համայնքների առողջության կարգավիճակի կտրվածքով: 2007 թվականին, գյուղաբնակ կանանց 0.5% - ը, (վերարտադրողական տարիքը 15-49 տարեկան) և գյուղաբնակ երեխաների 0.6% - ն է ծանր սակավարյունություն ունեցել:</p>	<p>միջին ցուցանիշից (2%) բարձր է, իսկ Սյունիքի մարզի ցուցանիշը համընկնում է գյուղական միջին ցուցանիշի հետ (0.6%): Ջերմուկի հիվանդանոցը տեղեկացնում է, որ անեմիայի դեպքերը շատ հազվադեպ են:</p>
<p>ԲԱՌ#6 – Ոչ վարակիչ հիվանդություններ (ՈՎՀներ)</p>	<p><u>ՈՎՀ ընդհանուր նկարագիր:</u> 2008թ.-ին հաշվարկվել է, որ մահերի 90%-ը ազգային մակարդակով վերագրվում է ՈՎՀ-ներին: Վաղաժամ մահերի հիմնական պատճառներն ըստ ծավալի արյունատար համակարգի հիվանդությունները, քաղցկեղը, շաքարախտը, արտաքին վնասվածքները և թունավորումներն են:</p> <p>2008թ.-ին հաշվարկվել է, որ Հաստատանի բնակչության 55%-ը տառապում է գերքաշությամբ, որից 24%-ը տառապում են ճարպակալմամբ (ցուցանիշն ավելի բարձր է կանանց շրջանում):</p> <p>Ծխախոտի օգտագործման տեմպերը թե' կանանց և թե' տղամարդկանց շրջանում աճում են: Ծխում են 24-65 տարեկան տղամարդկանց մոտ 69.4%-ը:</p> <p>Ալկոհոլի օգտագործումը ներկայումս գերակա խնդիր չի համարվում, սակայն աճի միտումներ կան, հատկապես</p>	

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	Երիտասարդների շրջանում:	
ԲԱՈ#6 – Ոչ վարակիչ հիվանդություններ (ՈՎՀներ)	<p><u>ՈՎՀ ընդհանուր նկարագիր:</u> 2008թ.-ին հաշվարկվել է, որ մահերի 90%-ը ազգային մակարդակով վերագրվում է ՈՎՀ-ներին<sup>23</sup>: Վաղաժամ մահերի հիմնական պատճառներն ըստ ծավալի արյունատար համակարգի հիվանդությունները, քաղցկեղը, շաքարախտը, արտաքին վնասվածքները և թունավորումներն են:</p> <p>2008թ.-ին հաշվարկվել է, որ Հասատանի բնակչության 55%-ը տառապում է գերքաշության, որից 24%-ը տառապում են ճարպակալմամբ (ցուցանիշն ավելի բարձր է կանանց շրջանում):</p> <p>Ծխախոտի օգտագործման տեմպերը թե' կանանց և թե' տղամարդկանց շրջանում աճում են: Ծխում են 24-65 տարեկան տղամարդկանց մոտ 69.4%-ը:</p> <p>Ալկոհոլի օգտագործումը ներկայումս գերակա խնդիր չի</p>	

<sup>23</sup> ԱՀԿ, Երկրի հիմնական բնութագրերը կապված ոչ-վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների հետ: Հայաստան. 2011.

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	համարվում, սակայն աճի միտումներ կան, հատկապես երիտասարդների շրջանում:	

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p><u>Սրտանոթային հիվանդություններ(ՍԱՀ):</u>                      _Սրտանոթային հիվանդություններից մահացության ազգային ցուցանիշը 46% է և հանդիսանում է ՀՀՏԿ-ների<sup>24</sup> ամենատարածված պատճառներից մեկը: Այս ցուցանիշը 2002թ.-ին կազմում էր 8.9% :</p> <p>Հիպերտոնիկ հիվանդության ցուցանիշը 2008-ին եղել է 50.7%, և համարվում է, որ այս ցուցանիշը իջեցված է, քանի որ շատ մարդիկ չեն դիմում բժիշկի կամ նախընտրությունը տալիս են ինքնաբուժությանը:</p>	<p>Գորայքի առողջության պահպանման կենտրոնում 2011 թ Հունիս- Նոյեմբեր ամիսներին բուժում ստացած հիվանդների 16%-ը ախտորոշվել են որպես հիպերտոնիկ հիվանդներ: Քանի որ այս ամբուլատոր վիճակագրությունը ներառում է երեխաների և դեռահասների, հետևաբար հիպերտոնիկ հիվանդությունը հատկանիշական է և ավելի տարածված է չափահասների շրջանում:</p> <p>Նույն ժամանակահատվածում Գնդեվազի/Գորայքի և Սարավանի բժշկական կենտրոններում համապատասխանաբար գրանցված դեպքերի 15% և 24%-ը գնահատվել են որպես են ՍԱՀներ:</p> <p>Հիմնվելով ՕԲՍՖԱՄ-ի վիճակագրության ուսումնասիրության վրա, որն աջակցում է բժշկական օգնության ծրագրին, Սարավանի բնակչության մոտ 16.5%-ը ստանում է բուժում հիպերտոնիայի դեմ:</p> <p>Բոլոր հիմնական հարցազրույցներում բուժկետերի անձնակազմը հաստատեց, որ ուսումնասիրվող տարածքում սրտանոթային հիվանդությունները գերակա խնդիր են հանդիսանում: Ֆոկուս-խմբերում քննարկումների ժամանակ, մարդիկ գիտակցում էին այս խնդրի առկայությունը, սակայն ունեին սահմանափակ հնարավորություններ այդ հիվանդությունը և դրա հետ կապված բեռը նվազեցնելու համար:</p>

<sup>24</sup> Տես նույն հոդուրը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Շաքարախտ: 2008թ. –ին շաքարախտից մահվան դեպքերի համամասնությունը կազմել է 709 / 100,000 տղամարդկանց շրջանում, և 388/100,000 կանանց շրջանում: Նկատվում է գլյուկոզայի միջին սանդղակի աստիճանաբար աճի միտում:</p>	<p>Տեղական մակարդակով հիվանդության բեռի վերաբերյալ տեղեկատվությունը բացակայում է, սակայն այս հիվանդությունը քանիցս նշվել է համարյա բոլոր առողջության պահպանման կենտրոնների անձնակազմի կողմից: Գորայքի առողջության պահպանման կենտրոն են այցելում 19 հիվանդներ:</p> <p>Այնուամենայնիվ տեղացի կանանց հետ ֆոկուս-խմբերի քննարկումների ժամանակ շաքարախտը չի դիտարկվել որպես գերիներդր: Մա կարող է կապված լինել համապատասխան գիտելիքների և կրթության պակասի հետ:</p>
	<p><u>Քաղցկեղ:</u> Հայաստանում մահերի մոտ 20%-ը պայմանավորված է քաղցկեղով, իսկ վերջին տասնամյակում մահացության ցուցանիշը բարձրացել է 70%-ով: Կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղը ամենաշատ կանացի կյանքեր խլողներն են: Քաղցկեղի դեպքերի աճի միտումներ են նկատվում դեռահասների և երեխաների շրջանում:</p> <p>Հանրային առողջության քաղաքականությունները և առողջության առաջնային պահպանման համակարգերը չեն աջակցում քաղցկեղի վաղ հայտնաբերմանը: Քաղցկեղի հետազոտման արդյունավետ ծրագրերը և համայնքում առողջությանը չհետևելու վատ սովորույթները և սահմանափակում են քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումը:</p>	<p>Առկա են տվյալներ միայն Գորայքի բժշկական կենտրոնից , որտեղ 2011թ. հունիս-նոյեմբեր ամիսներին նախնական ախտորոշմամբ հայտնաբերվել է քաղցկեղի 36 նոր դեպք: 2011թ. 12 ամիսների ընթացքում Գորայքում քաղցկեղից մահացության հինգ դեպք է գրանցվել:</p> <p>Ֆոկուս-խմբերի քննարկումներում մասնակիցները քաղցկեղը նշել են որպես խնդիր. տղամարդկանց մոտ ավելի հաճախ հանդիպում է թոքերի քաղցկեղ, իսկ կանանց մոտ կրծքի և արգանդի վզիկի:</p>

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՌ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ: 2008թ.-ին քրոնիկ շնչառական հիվանդություններից մահացությունը կազմել է 7% ազգային մակարդակով<sup>25</sup>: Այդ ցուցանիշը 2002թ.-ին կազմել է 4% :</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ և դրա հետ կապված մահացության դեպքեր չեն գրանցվել:</p>
<p>ԲԱՌ# 7 – պատահարներ/վնասվածքներ</p>	<p><u>Վնասվածքներ</u>: Հայաստանում վնասվածքները համարվում են մահվան 5-րդ առաջատար պատճառներից մեկը (մահերի 4%): Չկանխամտածված վնասվածքների հիմնական պատճառները ճանապարհային վթարներն են (6.4%), թունավորումը (1.4%), ջրում խեղդվելը (0.9%) և հրդեհները (0.8%)։ Այս թվերը, սակայն, ավելի ցածր են քան ԵՄ-ի միջին թվերը:</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում ճանապարհատրանսպորտային վթարները հազվադեպ են: Ուսումնասիրվող տարածքում ընտանեկան բռնությունը ևս հազվադեպ է: Առողջապահական կենտրոններն առաջին օգնությունից հետո միջին և ծանր վնասվածքները բուժելու նվազագույն կարողություն ունեն. նման դեպքերն ուղղորդում են Մխիանի և Վայքի հիվանդանոցներ:</p>
<p>ԲԱՌ# 8 – Անասնաբուժական զոոնոզ հիվանդություններ</p>	<p>Ջրվախություն: ԱՀԿ-ը 2007-ին հաստատել է ջրվախության առկայությունը Հայաստանում</p> <p><u>Կոնգո-Ղրիմի հեմոռագիկ տենդ</u>: Հայաստանում միակ գրանցված դեպքը տեղի է ունեցել 1974թ., սակայն մինչև 2006թ. չհաստատված դեպքեր ևս գրանցվել են:</p> <p>Բրուցելյոզ: Բրուցելյոզի վերահսկողության ազգային ցուցանիշները վկայում են հանրապետությունում</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում ջրվախության դեպքեր չեն գրանցվել և բնակչությունը հիվանդության մասին տեղյակ չէ:</p> <p>Ուսումնասիրվող տարածքում դեպքեր չեն գրանցվել և բնակչությունը հիվանդության մասին տեղյակ չէ:</p> <p>Բրուցելյոզը հայտնի է և տեղական և տարածաշրջանային մակարդակներում, և ուսումնասիրվող տարածքում մշակվել է</p>

<sup>25</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>հիվանդության լայն և անհավասար տարածման մասին թե՛ եղջերավոր անասունների և թե՛ այլ որոճող կենդանիների<sup>26</sup> շրջանում: Առկա է վարակի մարդկանց փոխանցման պոտենցիալ ռիսկ, և ակտիվ հսկողությունը հանդիսանում է հիվանդության վերահսկման հիմնական մեխանիզմը:</p>	<p>հիվանդության վերահսկման ռազմավարություն: Գորայքի եղջերավոր անասունները պարբերաբար ստուգում են անցնում, իսկ 2011թ. Հայտնաբերված վարակված կենդանիները ոչնչացվել են՝ մարդուն անցնելու ռիսկը նվազեցնելու նպատակով</p>
<p>ԲԱՈ# 9 – Պոտենցիալ վտանգավոր նյութեր, աղմուկ, զարշահոտություն</p>	<p><u>Ճանազայթման հետ կապված հիվանդություններ:</u> Ազգային կամ տեղական մակարդակով առողջական այս վիճակի վերաբերյալ տվյալները բացակայում են:</p> <p><u>Բնապահպանական առողջության որոշիչներ/դետերմինանտներ.</u> Օդի որակի, աղմուկի, վիբրացիաների և ջրի որակի էլակետային նկարագրերը տրամադրված են ԲՄԱԳ-ի համապատասխան մասնագիտացված առանձին զեկույցներում:</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքի գյուղական համայնքներում գրանցվել է ռադոնի բարձր մակարդակ (մասնավորապես Գորայքում): Այս արդեն գոյություն ունեցող մակարդակները կապված չեն ծրագրի որևէ գործունեության հետ: Այս և այլ մանրամասների վերաբերյալ տեղեկատվությունը ներառված բաժին 6-ում:</p> <p>Տես բաժին 4.4, 4.5, 4.8 և 4.9:</p>
<p>ԲԱՈ# 10 – Առողջապահության</p>	<p><u>Հոգեկան առողջություն:</u> Հոգեկան առողջության ծառայությունները ներկայումս Հայաստանում</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում հարցազրույցների ընթացքում հոգեկան հիվանդությունը չի նշվել որպես լուրջ խնդիր:</p>

<sup>26</sup> Porphyre, T., et al., Բուուցելյոզի ռիսկային գոտիների քարտեզագրում ՀՀ-ում: Գեոտարածքային առողջապահություն, 2010. 5(1): էջ. 103-118.

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
սոցիալական որոշիչներ	<p>բնութագրվում են որպես շատ սահմանափակ և առողջապահական ընդհանուր համակարգում վատ ինտեգրված, խնամքի և մարդու իրավունքների շատ ցածր ստանդարտներով: Հոգեկան հիվանդությունների հետ կապված նախապաշարումները սահմանափակող հանգամանք են հանդիսանում ընտանիքների կողմից հոգեկան հիվանդ անդամներին խնամելու և բուժելու հարցում:</p> <p>Համայնքներում տեղակայված հոգեկան հիվանդների աջակցության կենտրոններ չկան:</p> <p>Ըստ 2004թ. ազգային մակարդակով անցկացված ուսումնասիրության, հոգեկան առողջությունը մեծ անհանգստություն է առաջացնում երիտասարդների շրջանում. նշվում է, որ նախորդ տարվա ընթացքում տղաների 9%, իսկ աղջիկների 10%-ը կատարել է ինքնասպանության փորձ ուսումնասիրությանը նախորդող տարում:</p>	<p>Հնարավոր է, որ դա կապված լինի այս հիվանդության հետ կապված նախապաշարումների հետ:</p>
	<p><u>Կենսակերպ:</u> Հայերը շատ են ծխում, գյուղաբնակ տղամարդկանց 60.7%-ը օգտագործում է ծխախոտ. այս խմբից 90%-ը օրական 10 ծխախոտից ավել են ծխում :</p> <p>Ալկոհոլիզմը երբևէ չի կրել լայնածավալ բնույթ Հայաստանում, սակայն այս իրավիճակը աստիճանաբար</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում ալկոհոլի օգտագործումը չի համարվել լուրջ խնդիր, թեպետ այս համայնքների տղամարդկանցից ու կանանցից շատերը ծխում են:</p>



**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

<b>Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)</b>	<b>Ազգային մակարդակով արդյունքներ</b>	<b>Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները</b>
	վատթարանում է, հատկապես երիտասարդների շրջանում:	

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
<p>ԲԱՈ# 11 – մշակութային առողջապահական պրակտիկա և առողջության պահպանման նկատմամբ վերաբերմունքը</p>	<p><u>Առողջության պահպանման նկատմամբ վերաբերմունքը</u> Խորհրդային Միության շրջանում հայերը ազատ օգտվում էին առաջնային, երկրորդային և երրորդային առողջապահությունից (այսուհետ՝ Սեմաշկոյի մոդել): Հայաստանն անցավ այլ առողջապահական համակարգի, որի ֆինանսավորումը հիմա հենվում է հիվանդների երկրորդային և երրորդային առողջության պահպանման վճարումների ավելի քան 65% վրա: Առողջության առաջնային պահպանումը դեռևս տրամադրվում է անվճար՝ «բազային նպաստների փաթեթի» (ԲՆՓ) շրջանակներում: 2001թ. հարցումներում առողջապահության անմատչելիությունը նշվում է որպես հանրային բուժհաստատություններ չդիմելու հիմնական պատճառ (դեպքերի 78%): Հարցվածների 42% - ը նշել է, որ չի փնտրում առողջապահական խնամք նույնիսկ ախտանիշների առկայության պայմաններում: 2005թ. ՀԺԱՀ-ում առողջական խնդիր ունեցող կանանց միայն կեսն էր դիմել բժշկի՝ հարցմանը նախորդող երկու շաբաթների ընթացքում: Այս ցուցանիշը աճել է մինչև 58% 2010թ.-ի ՀԺԱՀ-ում <sup>27</sup>:</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում առողջապահական անձնակազմը և ֆոկուս - խմբերի քննարկումներին մասնակցող կանայք մտահոգված էին, որ տեղական համայնքները ի վիճակի չեն օգտվել առողջապահական ծառայություններից: Սրա արդյունքում ուշացրած ախտորոշում է կատարվում, որն ավելի է բարդացնում նախնական թեթև վիճակը:  Վայքի հիվանդանոցում նշեցին, որ ծառայության դիմաց վճարները բարձր են և անհասանելի կամ անմատչելի տեղական համայնքի համար:</p>

<sup>27</sup> ԱՀԿ, Երկրի հիմնական բնութագրերը կապված ոչ-վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների հետ: Հայաստան. 2011.

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՌ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p><u>Ավանդական բժշկության:</u> Հայաստանն ունի ավանդական բժշկության երկար պատմություն և բույսերի ու դեղաբույսերի ավանդական օգտագործումը որպես դեղամիջոց անցել է սերնդից սերունդ և Հայաստանի ներկայիս ժողովրդական ավանդույթների էական մասն է կազմում: Այն լայնորեն կիրառվում է և ունի մշակութային նշանակություն:</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում ավանդական բժշկության նշանակությունը փոքր է:</p>
<p>EHA 12 – Health System Issues</p>	<p><u>Առողջապահության ենթակառուցվածքը:</u> Անկախացումից հետո Հայաստանում անցում կատարվեց պետական հիվանդանոցներից դեպի մասնավոր առողջապահական հաստատություններ (ներկայումս հիվանդանոցային մահճակալների ընդհանուր թվի 9.2%-ը կազմում են մասնավոր առողջապահական հաստատություններից օգտվողները):</p> <p>2005թ-ին Հայաստանի կառավարությունը առողջապահության վրա ծախսել է մեկ շնչի հաշվով 29 ԱՄՆ, իսկ 10.000 մարդու հաշվով հիվանդանոցային մահճակալների քանակը եղել է 44 (Այս ցուցանիշը ԱՄՆ-ից բարձր է): 2012թ. պետական ծախսերի 8% առողջապահության ոլորտում են եղել:</p>	<p>Առողջապահական ծառայությունների մատակարարման դիմաց վճարների առկայության հետևանքով, ուսումնասիրվող տարածքում հաստատություններից շատերը ստանում են աջակցություն ՀԿ-ներից, օրինակ՝ ԱՄՔՈՐ և ՕՔՄՖԱՄ կազմակերպություններից: Այդ աջակցությունը կայանում է դեղերի անվճար կամ սուբսիդացված մատակարարման մեջ, ինչի համար հիվանդներին հաճախ անհրաժեշտ է լինում անվճար ստուգումներ և բուժում ստանալու նպատակով անդամակցել այդ ՀԿներին:</p> <p>Լիդիան ընկերությունը աջակցում է ուսումնասիրվող տարածքում Օքսֆամ-ի առողջապահական ծրագրերին որպես իր համայնքային զարգացման ծրագրի մի մաս: Սարավանի բնակչության միայն 40% է բավարարված իրենց</p>

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Առողջության վերաբերյալ տեղեկատվության ամենօրյա համակարգը թույլ է ազգային մակարդակով և մասնավորապես սահմանափակ գյուղական համայնքներում հետևյալ պատճառներով.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Անձնակազմի մոտիվացման ցածր մակարդակ</li> <li><input type="checkbox"/> Մանուալ/ձեռքով արձանագրվող համակարգ</li> <li><input type="checkbox"/> Սահմանափակ ախտորոշիչ հնարավորություններ</li> <li><input type="checkbox"/> Ուղղորդման կենտրոնացված համակարգը, որը հասանելի չէ տեղական մակարդակով, և</li> <li><input type="checkbox"/> Առողջության պահպանման նկատմամբ վատ կամ անբավարար վերաբերմունք կամ սովորույթ:</li> </ul>	<p>մատուցված առողջապահական ծառայություններից, այնինչ Գնդեվագում և Գորայքում այդ ցուցանիշները համապատասխանաբար կազմում են 77% և 83%: Հիմնական մտահոգիչ գործոնը բժշկական ծառայությունների մատչելիությունն է: Ըստ հարցումների Գնդեվագ, Գորայք և Սարավան համայնքների բակչության համապատասխանաբար 50%, 56% և 39%-ը այդ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն ունի:</p> <p>Ուսումնասիրվող տարածքի համայնքներում բժկական միջամտությունից օգտվելու մակարդամը ցածր է, և այդ պատճառով տեղական վիճակագրությունը լիարժեք չի կարող արտահայտել Ուսումնասիրվող տարածքի հիվանդությունների իրական բեռը և առողջապահության մակարդակի ճիշտ նկարագիրը:</p>
	<p><u>Վերարտադրողական առողջություն:</u> 2010 թ-ին ծնելիության ցուցանիշը 1.7 երեխա է, այս ցուցանիշը ցածր է բնական վերարտադրողականության մակարդակից երկու երեխայով:</p>	<p>Համաձայն 2010թ. ՀԺԱՀ-ի, Վայոց ձորի և Սյունիքի մարզերում ծնելիության ընդհանուր մակարդակը կազմում էր համապատասխանաբար 1.8 և 2.0<sup>28</sup>:</p>

<sup>28</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Հաղորդվում է, որ գյուղական համայնքներում գրանցվել է ծնելիության ցուցանիշի անկում. 2000-ին 2,1-ից և 2010-ին 1,8-ից: Հղիության ընդհատումը Հայաստանում օրենքով չի արգելվում և ըստ 2000 թ. տվյալների Հայաստանում կանանց 46.8% - ը առնվազն 1 անգամ կատարել է արբոր: 2010թ. ՀԺԱՀ-ում զեկուցվել է, որ արբորի ցուցանիշը կազմել է 0.8 մեկ կնոջ համար:</p>	<p>2005-ին ՀԺԱՀ-ը տեղեկացրել է, որ Վայոց Ձորի հղի կանանց 51%-ը ընդհատել է հղիությունը արհեստական վիժեցման միջոցով ուսումնասիրությանը նախորդող 3 տարիների ընթացքում: Այս տոկոսը ցածր էր Սունիքի մարզում և կազմում էր 32,7%: Սակայն, այս ցուցանիշը Վայոց ձորի և Սյունիքի մարզերում բարելավվեց 2010թ., երբ արհեստական վիժման միջոցով հղիության ընդհատման մակարդակը կազմեց համապատասխանաբար 30.8% և 15.7%: Դա բացատրվում է հակաբեղմնավորիչների օգտագործման աճի հետ<sup>29</sup>:</p>
	<p><u>Կրծքով կերակրում:</u> 2005-ին ՀԺԱՀ-ը տեղեկացրել է, որ մինչև 6 ամսեկան երեխա ունեցող մայրերի միայն 33%-ն է կերակրում բացարձակապես կրծքով: 2010թ այս ցուցանիշը աննշան աճ գրանցեց – մինչև 35%<sup>30</sup>:</p>	<p>Ուսումնասիրվող տարածքում երեխաները կրծքով կերակրվում են ազգային մակարդակով ընդունված միջին ժամանակահատվածում:</p>
	<p><u>Մոր առողջություն:</u> Գրեթե բոլոր հղի կանայք (99%) Հայաստանում ստանում են նախաձննդյան խնամք փորձառու բժշկի կամ բուժհաստատության կողմից, և նրանց մեծ մասը (&gt;90%) ստանում է նախաձննդյան առնվազը 4 խորհրդատվություն հղիության ընթացքում: Գրեթե բոլոր ծնունդները տեղի են ունենում</p>	<p>Համաձայն 2010թ. ՀԺԱՀ-ի ` Վայոց ձորի և Սյունիքի մարզերում բոլոր կանայք ստացել են նախաձննդյան խնամք իրենց վերջին հղիության ընթացքում. և գրեթե բոլորը իրենց երեխաներին լույս աշխարհ են բերել բուժհաստատությունում փորձառու մասնագետների միջամտությամբ.<sup>32</sup> Ուսումնասիրվող տարածքում վերջին տարիներին մայրական</p>

<sup>29</sup> Տես նույն հղումը

<sup>30</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՌ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>բուժհաստատությունում փորձառու մասնագետի միջամտությամբ<sup>31</sup>:</p> <p>Մայրական մահացության գործակիցը Հայաստանում 2011թ. 100,000 կենդանի ծնունդի հաշվով կազմել է 30: Համեմատ 2005թ.-ի գործակցի, սա բարելավված ցուցանիշ է (100,000 կենդանի ծնունդի հաշվով 67 դեպք):</p>	<p>մահացության դեպքեր չեն արձանագրվել:</p>
	<p><u>Երեխայի առողջություն:</u> Նորածինների մահացության ցուցանիշը Հայաստանում շարունակում է իջնել՝ 1990թ. էլակետային տվյալների համեմատ (մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը 1000 կենդանաձին երեխայի հաշվով կազմել է 49):</p> <p>2010թ.-ին մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը 1000 կենդանաձին երեխայի հաշվով կազմել է 16 մահ (միջինում երկու սեռերի հաշվով), իսկ նորածինների մահացության ցուցանիշը՝ 1000</p>	<p>Վայքի հիվանդանոցում կամ ուսումնասիրվող տարածքում ոչ մի երեխայի մահվան դեպք չի արձանագրվել վերջին տարիների ընթացքում</p>

<sup>32</sup> Տես նույն հղումը

<sup>31</sup> Տես նույն հղումը

**Աղյուսակ 4.15.2. Բնապահպանական առողջապահական ոլորտի էլակետային տվյալներ**

Բնապահպանական առողջապահական ոլորտ (ԲԱՈ)	Ազգային մակարդակով արդյունքներ	Ուսումնասիրվող տարածքում հետազոտությունների արդյունքները
	<p>Կենդանաձին երեխայի հաշվով կազմել է 13<sup>33</sup>: Երեխաների մահացության դեպքերի երկու երրորդը գրանցվել է նեոնատալ փուլում:</p> <p><u>Իմունիզացիա:</u> Իմունիզացիան Հայաստանում ընդհանուր առմամբ շատ բարձր է՝ 18-29 ամսական երեխաների 92% - ը արդեն ստացած է լինում ԱՀԿ-ի 2010թ. առաջադրած պատվաստումների ամբողջ շարքը<sup>34</sup>:</p>	<p>Վիճակագրական տվյալները ցույց են տալիս, որ մինչև հինգ տարեկան բոլոր երեխաներն ավարտել են պատվաստումների ժամանակացույցը:</p>

<sup>33</sup> Տես նույն հղումը

<sup>34</sup> Տես նույն հղումը