

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 ՏԱՐԱԾՔ

Հայաստանի Հանրապետությունը լեռնային երկիր է, որի տարածքի շուրջ 90 տոկոսը տեղաբաշխված է ծովի մակերևույթից 1000 մետրից ավելի բարձրության վրա: Երկիրը գտնվում է Ասիայի հարավ-արևմուտքում, գրավում է Հայկական լեռնաշխարհի հյուսիս-արևելյան հատվածը Կովկասի և առաջավոր Ասիայի միջև (Կուր և Արաքս գետերի միջին հոսանքների միջգետային տարածքը): Հյուսիսից և արևելքից սահմանակից է Վրաստանին և Ադրբեջանին, իսկ արևմուտքից և հարավից Թուրքիային և Իրանին: Երկրի տարածքը կազմում է 29743 քառ.կմ, որի 46.8 տոկոսը կազմում են գյուղատնտեսական հողատեսքերը, 36.4 տոկոսը լեռները, բարձրավանդակներն ու այլ հողատեսքերը, 11.2 տոկոսն անտառները և 5.6 տոկոսը ջրային տարածքը: Հայաստանում ամենամեծը Սևանա լիճն է, որի մակերեսը կազմում է 1253.8 քառ.կմ: Ամենաերկար գետն Արաքսն է:

Երկրի ամենաբարձր կետը Արագած լեռան գագաթն է (4090մ), ամենախոր իջվածքը՝ Դեբեդ գետի կիրճը (390մ): Ամենաերկար ձգվածությունը հյուսիս-արևմուտքից հարավ-արևելք 360 կմ է, իսկ արևմուտքից արևելք՝ 200 կմ:

Երկիրը բաժանված է 11 տարածաշրջանների (մարզերի), ուր ներառված է Հայաստանի մայրաքաղաք Երևանը:

1.2 ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԻՉՆԵՐ

Հայաստանի առաջին ազգային մարդահամարի (2001թ հոկտեմբերի 10-19) տվյալներով, Հայաստանի մշտական բնակչության թվաքանակը կազմել է 3.2 միլիոն մարդ: Ըստ ՀՀ ԱՎԾ-ի տվյալների, 2006թ-ի տարեսկզբին բնակչության 51.7 տոկոսը կազմել են կանայք: Քաղաքային բնակչությունը կազմել է ընդհանուր բնակչության 64.1 տոկոսը:

Հայ ժողովրդի զգալի մասը (2/3-րդը) ճակատագրի բերումով ապրում է հայրենիքից դուրս: Հայերի զանգվածային արտագաղթը սկսվել է առաջին Համաշխարհային պատերազմի տարիներին, երբ Հայաստանի տարածքը բաժանվեց պատերազմող՝ Օսմանյան և Ռուսական կայսրությունների միջև:

1.3 ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳ

Պատմական ակնարկ

Անկախության հռչակումից հետո հանրապետությունում կատարվող արմատական վերափոխումները չէին կարող չազդել Հայաստանի առողջապահության համակարգի վրա: Այս կարևոր սոցիալական ոլորտում արմատական ռեֆորմների անցկացումը, մենաշնորհային պետական ֆինանսավորումից նահանջումը, տարբեր ֆինանսական աղբյուրների օգտագործումը, ինքնուրույն տնտեսավարման մեթոդներին անցումն առողջապահության ոլորտում բացահայտեցին այն թերությունները, որոնք մնացել էին դեռևս խորհրդային տարիներից:

Հայաստանի առողջապահության ներկա համակարգը ժառանգել է խորհրդային առողջապահության դրական և բացասական բնութագրերը՝ դրական առումով այն ունի բավականին լավ զարգացած կառուցվածք ու ցանց, բավարար ապահովված է մասնագետներով, սակայն հակված է առավելապես դեպի հիվանդանոցային

բուժօգնությունը, առողջության առաջնային պահպանման համակարգի թերությունների և բուժապասարկման ոչ բավարար որակի պարագայում:

Խորհրդային Միության առողջապահության համակարգն ըստ Սենաշկոյի մոդելի՝ խիստ կենտրոնացված էր: Բժշկական ծառայություններն հիմնականում հասանելի էին ամբողջ բնակչության համար: Անկախացումից հետո, անբարենպաստ սոցիալ-տնտեսական և քաղաքական խնդիրներն արմատական բարեփոխումների ծրագիր ունենալու նախապայման դարձան:

Առողջապահության ծառայություններն այլևս չէին կարող ողջ բնակչության առողջապահական կարիքներն ապահովել անվճար: Բնակչության մեծամասնությունը, փաստորեն, պետք է ամբողջությամբ վճարեր բուժապասարկման ծախսերի համար: Չնայած կառավարությունը փորձում էր պետության կողմից երաշխավորված ծրագրերի շրջանակներում բնակչության խոցելի խմբերին ապահովել անվճար բուժօգնությամբ, թերֆինանսավորումը ենթադրում էր, որ նույնիսկ այս խմբերում ընդգրկված անձինք երբեմն պետք է մասնավոր վճարումներ կատարեին: Այդ փոփոխությունները խախտել էին առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հավասար մատչելիության սկզբունքը և առաջ էին բերել բնակչության առողջության վատթարացման հետ կապված մտահոգություններ:

Առողջապահական քաղաքականության հիմնարար սկզբունքներ

Հայաստանում անկախության հռչակումից անմիջապես հետո, իրականացվեցին առողջապահական համակարգի վերափոխումներ: Բնորոշելով առողջությունը և առողջապահական համակարգից օգտվելը, որպես մարդու հիմնական իրավունքներից մեկը, վերափոխումների մարտավարությունը մատնանշում էր առողջապահական համակարգի հիմնարար բաղադրիչների ուղղվածության փոփոխում՝ առաջնային և հիվանդանոցային օղակների սերտ համագործակցության միջոցով, առողջության սատարում և հիվանդությունների կանխարգելում՝ առողջության գրավականների ամրապնդման միջոցով, և նեղ կենսաբժշկական մոդելի փոխարինում՝ առողջության և առողջապահական համակարգի նկատմամբ սոցիալական, մասնագիտական և բազմակողմանի մոտեցման միջոցով:

Ծառայությունների կազմակերպման և մատուցման համար ընթացիկ երկարաժամկետ ուղղությունները և նպատակները ներառում են հետևյալ բնութագրիչների համախումբը՝

- Առաջնային բուժօգնության օղակում հասանելիության և մատչելիության բարձրացում,
- Համակարգի կազմակերպական կառուցվածքի և կառավարման բարելավում,
- Կլինիկական հիմնական չափորոշիչների մշակում և որակի բարելավմանն ուղղված շարունակական ծրագրերի իրականացում,
- Առողջապահական հաստատությունների որոշումների կայացման գործընթացում սպառողների մասնակցության և պատասխանատվության բարձրացում,
- Առողջապահական համակարգում հիվանդների ապահովության ծրագրերի և բժշկական սխալների կառավարման ներառում,
- Առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակների միջև արդյունավետ փոխհարաբերությունների ստեղծում:

Բնակչության առողջությունը մարդկային զարգացման հիմնական չափորոշիչն է, որը հիմք է հանդիսանում հասարակության սոցիալ-տնտեսական զարգացման համար: Հայաստանը մուտք է գործել նոր հազարամյակ՝ միջազգայնորեն ընդունված քաղաքականությանն ու ռազմավարությանն ուղղված միտումով՝ կիրառելով այդ սկզբունքները նաև առողջապահության ոլորտում:

Հայաստանն ընդունում է հիմնական առողջապահական արժեքները: Դրանք են՝

- առողջությունը մարդու հիմնական իրավունքն է,
- արդարություն առողջության հետ կապված հարցերում և հավասարություն առողջության չափորոշիչներին ուղղված գործողություններում,
- անհատների և կազմակերպությունների մասնակցություն ու պատասխանատվություն առողջապահության շարունակական զարգացման գործում:

Համաձայն նշված արժեքների, Հայաստանը սահմանում է առողջապահության քաղաքականության միջազգայնորեն ճանաչված հետևյալ նպատակները՝

- բարելավել և պաշտպանել մարդկանց առողջությունն ամբողջ կյանքի ընթացքում,
- նվազեցնել տարածված հիվանդությունների և վնասվածքների առաջացման ռիսկերը և կրճատել դրանց պատճառած վնասները:

ՀՀ առողջապահության ոլորտի զարգացման հիմնական ուղղությունները բխում են ՀՀ կառավարության գործունեության ծրագրի և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից ընդունված «Առողջություն բոլորի համար 21-րդ դարում» փաստաթղթի հիմնադրույթներից:

Առողջապահության համակարգում իրականացվող բարեփոխումների գործընթացում խնդիր է դրվում առկա միջոցների ու ներուժի պայմաններում ապահովել քաղաքացու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքը, բարձրացնել, բնակչության համար երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության մատչելիությունը, սկիզբ դնելով ոլորտում սոցիալական և շուկայական արժեքների նպատակաուղղված հավասարակշռմանը:

Բնակչության հիգիենիկ և հակահամաճարակային անվտանգության ապահովման ուղղությամբ նախատեսվում է ուժեղացնել հիգիենիկ և հակահամաճարակային հսկողությունը, բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված միջոցառումների իրականացումը, վարակային ու զանգվածային ոչ վարակային հիվանդությունների կանխարգելումը, հասարակական առողջապահության ձևավորումը, արմատավորումը և հետագա զարգացումը:

Հայտնի է, որ դեռևս համակարգում գործող բուժփնմարկներն իրենց թվաքանակով, հզորություններով, կադրային ներուժով էականորեն գերազանցում են բուժօգնության, այդ թվում պետության կողմից երաշխավորված ծրագրերով ձևավորված պահանջարկը: Արդյունքում, այդ ծրագրերով պետական բյուջեից հատկացվող միջոցներն ուղղվում են ոչ թե որակյալ բժշկական օգնության ապահովմանը, այլ ողջ համակարգի պահպանմանը, այդ թվում համապատասխան ծանրաբեռնվածությամբ չապահովված կադրերի աշխատավարձերի վճարմանը: Ընդ որում, այդ միջոցները հիմնականում ուղղվում են բուժօգնություն իրականացնողների ընթացիկ ծախսերը մի կերպ ծածկելուն և, բնականաբար, չեն բավարարում անհրաժեշտ դեղորայքային ու տեխնոլոգիական հագեցվածության և բժշկական անձնակազմի աշխատավարձի մակարդակի բարձրացմանը: Համաձայն ՀՀ կառավարության որոշումների, ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի առողջապահության համակարգի օպտիմալացման գործընթացը շարունակվելու է: Երկարաժամկետ շարունակական ծրագրերով նախատեսվում է համակարգի կառուցվածքային վերափոխում և ռացիոնալացում, առողջապահական կարիքների հստակ գնահատում, անհրաժեշտ հզորությունների որոշում ու նորմավորում՝ շենքային տարածքների և ծառայությունների միավորման եղանակով, ոչ արդյունավետ գործող առողջապահական կազմակերպությունների վերակազմավորում և ազատված հզորությունների վերաբաշխում:

Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմների հետագա բարեփոխումներն ուղղված կլինեն ստվերային շրջանառության կրճատմանը, համավճարների, կլինիկո-տնտեսագիտական ստանդարտների և ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման օբյեկտիվ չափանիշների ներդրմանը: Հիվանդանոցային բուժօգնության համակարգի զարգացումն ընթանալու է ֆինանսավորման հստակ մեխանիզմների ներդրման, միջոցների ծախսման արդյունավետության բարձրացման, ավելորդ հզորությունների

կրճատման և բժշկական օգնության որակի ապահովմանն ուղղված կարճաժամկետ ու երկարաժամկետ ծրագրային մոտեցումներով: Բնակչությանը որակյալ, մատչելի և նպատակաուղղված բժշկական օգնություն տրամադրելու, ինչպես նաև ծախսերի արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով նախատեսվում է պետական պատվերի տեղադրումն իրականացնել ընտրանքային եղանակով:

Բժշկական ապահովագրության հիմնահարցը առողջապահության համակարգի բարեփոխումների կարևորագույն տարրերից է, ընդ որում այն անհրաժեշտ է դիտարկել ոչ միայն որպես առողջապահության ոլորտ լրացուցիչ ֆինանսական աղբյուրներ ներգրավելու միջոց, այլև բնակչության համար բժշկական օգնությունն առավել մատչելի դարձնելու, սոցիալական արդարության սկզբունքներ սերմանելու և ռեսուրսների նպատակային օգտագործումն ու բժշկական ծառայությունների արդյունավետությունը բարձրացնելու միջոց: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման և զարգացման օրենսդրական հիմքն ապահովելու նպատակով նախատեսվում է «Բժշկական ապահովագրության մասին» ՀՀ օրենքի ընդունում: Բժշկական ապահովագրության ներդրման գործընթացի հիմքում դրվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից մշակված և ՀՀ կառավարության հավանությանն արժանացած Հայաստանի Հանրապետության բժշկական ապահովագրության ներդրման հայեցակարգը:

Բժշկական օգնության կազմակերպման գործում նախատեսվում է առաջնային օղակի դերի իրական բարձրացում: Առաջնային բուժօգնության կարևորագույն օղակը ներկայացնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական համակարգի զարգացման հիմնական ուղղություններն են վարկային և ուղղակի բյուջետային միջոցների օգտագործմամբ ընտանեկան բժշկության համակարգի ձևավորումը, անվճար ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության բավարար ծավալի ու որակի ապահովումը:

Դեղային և տեխնոլոգիական քաղաքականության հիմնական ուղղվածությունը լինելու է դրանց մատչելիության, անվտանգության ու կիրառման արդյունավետության բարձրացումը: Կիրականացվեն դեղերի որակի ապահովման պետական համակարգի կատարելագործման աշխատանքներ, դեղատոմսերի ներդրմանը, դեղերի գների մատչելիությանն ուղղված միջոցառումներ: Պետական բյուջետային հատկացումների և միջազգային դրամաշնորհների հաշվին ձեռք բերվող բժշկական սարքավորումները ուղղվելու են առաջին հերթին առողջության առաջնային պահպանման ոլորտի տեխնիկական հագեցման բարձրացմանը, ընդ որում՝ գերակայությունը տալով մարզային բուժհիմնարկներին, ինչպես նաև բնակչության սոցիալապես անապահով խմբերի համար իրապես մատչելի բուժօգնություն ապահովող երկրորդային և երրորդային մակարդակի բուժհաստատությունների տեխնիկական հզորացմանը՝ մրցութային հիմունքներով:

Բժշկական կրթական և գիտական համակարգերի հետագա բարելավման ուղղությամբ նախատեսվում է բազային բժշկական կրթության ընդունելության ծավալների կրճատում, հետդիպլոմային կրթության օղակի բարելավում՝ հետդիպլոմային կրթության գործընթացի մի մասը տեղափոխելով մարզային կրթական բազաներ:

Առողջապահության բնագավառում միջազգային համագործակցության շրջանակներում նախատեսվում է միջազգային համագործակցության ծրագրերն ուղղել բնակչության առողջության բարելավմանը, շարունակել նվազող մարդասիրական օգնության հետագա համակարգման աշխատանքները, խթանել ոլորտում արտաքին ներդրումներին՝ այդ թվում նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառման ուղղությամբ:

Առողջապահության ոլորտում ստեղծված իրավիճակի շտկման և համակարգի հետագա զարգացման նախադրյալների ապահովման տեսանկյունից, առաջիկա 10-12 տարիները պետք է դիտարկվեն որպես կարևորագույն ժամանակաշրջան:

Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորում

Պատմականորեն, առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման առաջնային աղբյուր է հանդիսացել պետական բյուջեն: Ներկայումս համակարգը ֆինանսավորվում է, ինչպես տեղական, այնպես էլ միջազգային աղբյուրներից: Տեղական ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրներն են՝ պետական բյուջեն և բնակչության կողմից կատարվող վճարումները: Ֆինանսավորման միջազգային աղբյուրները հիմնականում հանդես են գալիս մարդասիրական օգնությունների և միջազգային ծրագրերի իրականացմանն ուղղված հատուկ դրամաշնորհների տեսքով:

Պետական բյուջեն շարունակում է մնալ, որպես ֆինանսավորման գլխավոր աղբյուր: Պետության դրամական միջոցները ձևավորվում են ընդհանուր հարկային եկամուտներից: Առողջապահական համակարգին ուղղված պետական ծախսերը բավարար չեն առողջապահական համակարգի և բնակչության առողջապահական կարիքները հոգալու համար: 2000թ-ին, առողջապահության համակարգին ուղղված ծախսերը կազմել են պետական բյուջեի միայն 4.4 տոկոսը, իսկ ՀՆԱ-ի՝ 1 տոկոսը: Այնուամենայնիվ, այս ցուցանիշներն աճել են տարեց տարի՝ կազմելով 2005թ-ի պետական բյուջեի 7.4 տոկոսը, իսկ ՀՆԱ-ի՝ 1.4 տոկոսը: Այս աճը պայմանավորված է կառավարության նպատակամղված բյուջետային քաղաքականությամբ, ինչպես նաև աղքատության նվազման և այդ նպատակին ուղղված այլ ծրագրերի իրականացմամբ, որոնք նպատակ են հետապնդում բարելավել բնակչության առողջությունը, այն համարելով ազգային կարևորության խնդիր: 2006թ-ի բյուջեում առողջապահության բնագավառին հատկացվել է բյուջեի 8.2 տոկոսը: 2008թ-ին նախատեսվում է այս ցուցանիշի աճ մինչև 10 և 2015թ-ին՝ 12 տոկոս (ՀՀ Կառավարություն, 2003): Այս միտումը մատնանշում է, որ պետական բյուջեի նախագծի մշակման գործընթացում նախապատվությունը տրվում է առողջապահական բնագավառի ֆինանսավորմանը: Այնուամենայնիվ, պետության ֆինանսավորումը դեռևս բավարար չէ այս ոլորտի ծախսերը հոգալու համար:

Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման պետականորեն ընդունված այլ աղբյուրներն են՝ մարդասիրական օգնությունը (նվիրատվություններ բժշկական սարքավորումների և պարագաների տեսքով) և առողջապահության նախարարության կողմից համակարգվող կամ համատեղ իրականացվող ծրագրերին ուղղված դրամաշնորհները: Արտերկրի և միջազգային կազմակերպությունների կողմից տրամադրվող դրամաշնորհներն ու վարկային ծրագրերը ներկայումս կազմում են ինուննամյակ, մոր և մանկան առողջության, վերարտադրողական առողջության, չափահասների առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրերի, յոդ-դեֆիցիտային խնդրի լուծման, ինչպես նաև մորից երեխային ՁԻԱՀ/ՄԻԱՎ-ի փոխանցման կանխարգելման գերակշիռ մասը:

Ընտանիքի պլանավորման քաղաքականություն

Հայաստանում վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրերի գլխավոր նպատակն է վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ անվտանգ մայրության ապահովումը, հղիության ժամանակ ռիսկի գործոնների նվազեցումը, անցանկալի հղիությունների և դրա բարդությունների կանխարգելումը, պտղաբերության կարգավորման այնպիսի միջոցի, ինչպիսին է հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը), փոխարինումն ավելի ժամանակակից և արդյունավետ մեթոդներով: Հայաստանում անցանկալի հղիությունների կանխման հիմնական միջոցներից մեկը եղել է հղիության արհեստական ընդհատումը, որի սկզբնական օրինականացումից հետո 1920 թվականին այն արգելվեց: 1955 թվականին Խորհրդային կառավարությունը հղիության արհեստական ընդհատումները կրկին օրինականացրեց, քանի որ հղիության անօրինական ընդհատումները պատճառ հանդիսացան մայրական մահացության դեպքերի զգալի աճի: Ներկայումս Հայաստանի օրենսդրական դաշտում հղիության արհեստական ընդհատումը թույլատրվում է հղիության առաջին 12 շաբաթվա ընթացքի համար: Բժշկական կամ

սոցիալական ցուցումների դեպքում այն կարող է կատարվել մինչև 22 շաբաթական ժամկետում: Հղիության արհեստական ընդհատումները կատարվում են հիվանդանոցային պայմաններում, մասնագիտացված բժշկական անձնակազմի կողմից: Չնայած վերջին տարիներին հղիության արհեստական ընդհատումների քանակի նվազմանը, տվյալ խնդիրը Հայաստանի առողջապահության համար շարունակում է մնալ կարևոր՝ կանանց առողջության վրա դեռևս նկատվող ընդհանուր անբարենպաստ ազդեցության և բարդությունների տարածվածության պատճառով:

Թեև «Վերարտադրողական առողջության ծրագրի» շրջանակներում հակաբեղմնավորիչները տրամադրվել են անվճար, սակայն դրանց նշանակման հետ կապված անհրաժեշտ հետազոտությունները կատարվել են վճարովի: Առաջին սերնդի հակաբեղմնավորիչ հորմոնային հաբերի լուրջ բարդությունների բարձր հաճախականության հետ կապված, 1974 թվականին նախկին Խորհրդային Միության առողջապահության նախարարության «Օրալ հակաբեղմնավորիչների կողմնակի ազդեցությունը և դրանց բարդությունների մասին» հրամանով արգելվեց հաբային հակաբեղմնավորիչների կիրառումը և տարածումը: Ներկայումս այս խնդիրը բացակայում է: Համաձայն ՀՀ «Վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների» մասին օրենքի (ՀՀ ԱԺ, 2002) ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների, այդ թվում նաև հաբերի, օգտագործումն օրենսդրությամբ թույլատրվում է: Ավելին, 2005թ-ին ՀՀ Կառավարության կողմից հաստատվել են հղիության արհեստական ընդհատումների իրականացման կարգը և պայմանները, որում ներառվել է նաև հղիության դեղորայքային ընդհատումը:

1.4 ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐ ԵՎ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ

Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի 2005թ-ի հետազոտությունը (ՀԺԱՀ-2005) թվով երկրորդ ազգային ներկայացուցչականությունն ապահովող ընտրանքի հիման վրա իրականացված հետազոտություն է, որը կոչված է Հայաստանի բնակչության և առողջապահական համակարգի վերաբերյալ տեղեկատվության ապահովմանը: Ինչպես 2000թ-ին, այնպես էլ 2005թ-ի սույն հետազոտության առաջնային նպատակն է հանրությանը տրամադրել Հայաստանի բնակչության ժողովրդագրության և առողջության վերաբերյալ տվյալներ: Ի լրումն, ժողովրդագրության և առողջության հարցերի, հետազոտությունը տվյալներ է մատուցում նաև վերարտադրողական, երեխաների և չափահասների առողջության վերաբերյալ: Տվյալների հիմնական մասը ներկայացվել է մարզային կտրվածքով:

2005թ-ի Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտությունն իրականացվել է ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության (ՀՀ ԱՎԾ) և ՀՀ առողջապահության նախարարության (ՀՀ ԱՆ) կողմից 2005թ-ի սեպտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսների ընթացքում: ԱՄՆ-ի ORC Macro կազմակերպությունը տրամադրել է տեխնիկական աջակցություն MEASURE DHS ծրագրի շրջանակներում: MEASURE DHS-ն Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Միջազգային զարգացման գործակալության (USAID) կողմից ֆինանսավորվող աշխարհասփյուռ նախագիծ է, որի նպատակն է երկրներին աջակցել բնակչության և առողջության վերաբերյալ հիմնական տվյալների ձեռքբերման գործընթացում: Տեխնիկական և կազմակերպական աջակցություն է ցուցաբերվել նաև Հայաստանում ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի (UNICEF) և ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի Հայաստանյան գրասենյակի (UNFPA) կողմից:

ՀԺԱՀ-2005-ն ազգային և տարածաշրջանային մակարդակով տվյալներ է հավաքագրել պտղաբերության, հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման, չափահասների, մոր և մանկան առողջության, ինչպես նաև ՁԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների վերաբերյալ: Վերոնշյալ հարցերի վերաբերյալ, հետազոտության միջոցով, մանրամասն տեղեկատվությունը հավաքագրվել է վերարտադրողական տարիքում գտնվող կանանցից, որոշ հարցերի վերաբերյալ՝ նաև տղամարդկանցից:

ՀԺԱՅ-2005-ի արդյունքները հնարավորություն են ընձեռում գնահատել Հայաստանում գործող սոցիալական ծրագրերը, ինչպես նաև մշակել նոր ռազմավարություններ՝ ուղղված Հայաստանի բնակչության առողջության և առողջապահական համակարգի բարելավմանը: ՀԺԱՅ-2005-ն աջակցում է նաև ժողովրդագրության և առողջության հարցերի ուղղությամբ միջազգային տվյալների բազաների զարգացմանը:

Ընտրանքի կառուցում և իրականացում

Ընտրանքը մշակվել է հնարավորինս մանրամասնված կտրվածքներով վերլուծություն ապահովելու համար, մասնավորապես, պտղաբերության, մանկական ու երեխաների մահացության և աբորտների (հղիության արհեստական ընդհատում) տեսակարար կշիռների գնահատման, ինչպես ազգային և երևան քաղաքի մակարդակներով, այնպես էլ առանձին քաղաքային և գյուղական բնակչության համար:

2005թ-ի Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության (ՀԺԱՅ-2005) ընտրանքի համար ընտրվել է 7565 տնային տնտեսություն՝ ներկայացուցչական հավանականությամբ: Կիրառվել է երկփուլ ընտրանքի մեթոդ: Համապատասխան Հայաստանի տեղակայվածության գծագրի, առաջին փուլում 2001թ-ի Մարդահամարի մաստեր ընտրանքի հաշվային տեղամասերի ցուցակից ընտրվել է 308 քլաստեր: Երկրորդ փուլում՝ իրականացվել է ընտրված յուրաքանչյուր քլաստերի տնային տնտեսությունների ամբողջական ցուցակագրում: Ապա, հետազոտության մասնակից տնային տնտեսություններն ընտրվել են կանոնակարգված կերպով:

Հարցման ենթակա են եղել 15-49 տարեկան բոլոր կանայք, ովքեր հանդիսացել են ՀԺԱՅ-2005-ի ընտրված տնային տնտեսության մշտական բնակիչ կամ այցելու, ովքեր ներկա են եղել հետազոտության անցկացման պահին և նախորդ օրը զիջերել են այդ տնային տնտեսությունում: Արդյունքում, 6566 կանանց հետ անցկացվել է ամբողջական հարցազրույց: Բացի այդ հետազոտության համար ընտրված տնային տնտեսությունների մեկ երրորդում հարցազրույցներ են անցկացվել այդ տնային տնտեսություններում 15-49 տարեկան բոլոր տղամարդկանց հետ, ովքեր համարվել են տնային տնտեսության մշտական բնակիչ կամ այցելու, ներկա են եղել հետազոտության անցկացման պահին և նախորդ օրը զիջերել են այդ տնային տնտեսությունում: Արդյունքում, 1447 տղամարդկանց հետ անցկացվել է ամբողջական հարցազրույց: Այլ կերպ, հարցման ենթակա կանանց հետազոտությունն իրականացվել է ընտրված բոլոր տնային տնտեսություններում, իսկ տղամարդկանց հետազոտությունը՝ ընտրված տնային տնտեսությունների միայն մեկ երրորդում:

Հարցաթերթեր

Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության իրականացման նպատակով օգտագործվել են երեք տեսակի հարցաթերթեր՝ «Տնային տնտեսությունների հարցաթերթ», «Կանանց հարցաթերթ», «Տղամարդկանց հարցաթերթ»: Տնային տնտեսության և անհատական հարցաթերթերի կառուցվածքը հիմնված է հետազոտության մոդելային գործիքների վրա, որոնք մշակվել են MEASURE DHS ծրագրով, ինչպես նաև ՀԺԱՅ-2000-ին օգտագործված հարցաթերթերի վրա: Մոդելային հարցաթերթերը հարմարեցվել են օգտագործման ՀՀ ԱՎԾ-ի և ՀՀ ԱՆ-ի մասնագետների կողմից: Հաշվի են առնվել վերամշակված հարցաթերթերի վերաբերյալ մի քանի հասարակական կազմակերպությունների կարծիքները: Հարցաթերթերը մշակվել են անգլերեն լեզվով, ապա թարգմանվել հայերեն: Տնային տնտեսության և անհատական հարցաթերթերը փորձարկվել են դաշտային պայմաններում 2005թ-ի հունիսին:

Տնային տնտեսության հարցաթերթը նախատեսված է ընտրված տնային տնտեսությունների մշտական անդամների և այցելուների ցուցակագրման, ինչպես նաև տնային տնտեսությունների սոցիալ-տնտեսական վիճակի վերաբերյալ տեղեկատվության

հավաքագրման համար: Տնային տնտեսության հարցաթերթի առաջին մասով տեղեկատվություն է հավաքագրվում յուրաքանչյուր անդամի կամ այցելուի տարիքի, սեռի, կրթական մակարդակի և տնային տնտեսության գլխավորի հետ կապի վերաբերյալ: Վերոհիշյալ տեղեկատվությունն ապահովվում է Հայաստանի տնային տնտեսությունների վերաբերյալ հիմնական ժողովրդագրական բնույթի տվյալներ: Այն օգտագործվում է նաև հարցման ենթակա (15-49 տարեկան) կանանց և տղամարդկանց անհատական հարցազրույցին մասնակցությունը որոշելու նպատակով: Տնային տնտեսության հարցաթերթի երկրորդ մասում հարցերը վերաբերվում են կացարանի բնութագրիչներին (օրինակ՝ հատակի ծածկույթը, ջրի աղբյուրը, զուգարանի տեսակը և այլն), տնային տնտեսությունում երկարաժամկետ սպառողական ապրանքների սեփականության, ինչպես նաև տնային տնտեսության սոցիալ-տնտեսական վիճակն արտահայտող բնութագրիչներին: Տնային տնտեսության հարցաթերթն օգտագործվել է նաև կանանց, տղամարդկանց, մինչև 5 տարեկան երեխաների հասակի և քաշի, կանանց և մինչև 5 տարեկան երեխաների հեմոգլոբինի, կանանց և տղամարդկանց արյան ճնշման չափումների գրանցման նպատակով:

Կանանց հարցաթերթը նախատեսվել է 15-49 տարեկան կանանցից հետևյալ տեղեկությունները հավաքագրելու համար:

- Ընդհանուր բնութագրիչներ
- Հղիության պատմություն
- Նախածննդյան, ծննդաբերության և հետծննդյան խնամք
- Հակաբեղմնավորման մեթոդների մասին գիտելիքներ, կիրառում և վերաբերմունք
- Վերարտադրողական և չափահասների առողջություն
- Առողջապահական ծառայությունների մատուցում
- Պատվաստումներ, ծնունդների գրանցում և մինչև հինգ տարեկան երեխաների առողջություն
- Մինչև հինգ տարեկան երեխաների մոտ փորլուծության դեպքեր և շնչուղիների հիվանդություններ
- Կրծքով կերակրում և կրծքից կտրում
- Ամուսնություն և վերջին սեռական հարաբերություն
- Վերարտադրողական նախապատվություն
- ՉԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների նկատմամբ վերաբերմունք ու գիտելիքներ:

Տղամարդկանց հարցաթերթը նախատեսված է 15-49 տարեկան տղամարդկանցից հետևյալ տեղեկությունները հավաքագրելու համար:

- Ընդհանուր բնութագրիչներ
- Առողջություն և առողջապահական ծառայությունների մատուցում
- Ամուսնություն և վերջին սեռական հարաբերություն
- Պահպանակի օգտագործում և վերաբերմունքը դրա նկատմամբ
- ՉԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների նկատմամբ վերաբերմունք ու գիտելիքներ
- Վերաբերմունքը կնոջ դեմին տնային տնտեսությունում:

Դաշտային աշխատակազմի հրահանգավորում

2005թ-ի օգոստոս ամսին ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունը կազմակերպել էր 3 շաբաթ տևողությամբ հիմնական հետազոտության հրահանգավորում, որին մասնակցում էին բոլոր խմբավարները, խմբագիրները, հարցազրուցավարները և որակի վերահսկման խումբը: Հրահանգավորումը ներառում էր դասախոսություններ, ցուցադրումներ, փոքր խմբերով գործնական հարցազրույցներ և քննություններ: ՀՀ

առողջապահության նախարարության կողմից ընտրված բուժաշխատողները նույն ժամանակահատվածում անցել են հատուկ ուսուցման առանձին դասընթաց: Նրանք ուսուցանվել են անտրոպոմետրիկ չափումներ, հենոգլոբինի ստուգում և արյան ճնշման չափում կատարելու համար: Հետազոտության մեջ ընդգրկված ողջ անձնակազմը մասնակցել է չորսօրյա դաշտային գործնական աշխատանքներին:

Դաշտային աշխատանքներ և տվյալների մշակում

Հետազոտության տվյալները հավաքագրվել են 13 թիմերի կողմից: Յուրաքանչյուր թիմ բաղկացած էր չորս կին և մեկ տղամարդ հարցազրուցավարներից, դաշտային խմբագրից և թիմի խմբավարից: Յուրաքանչյուր թիմին կցված էր մեկ բուժաշխատող: Դաշտային աշխատանքները սկսվել են 2005թ-ի սեպտեմբերի սկզբին և ավարտվել դեկտեմբերի սկզբին: ՀԺԱՀ տեխնիկական անձնակազմը պարբերաբար այցելել է թիմերին՝ նրանց կատարած աշխատանքների ստուգման և հավաքագրված տվյալների որակի վերահսկման նպատակով:

ՀԺԱՀ տվյալների մուտքագրումը սկսվել է հիմնական հետազոտության հետ գրեթե միաժամանակ: Վերջնական հարցաթերթերը պարբերաբար վերադարձվել են Երևանում գտնվող ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության գրասենյակ, ուր տվյալները մշակվում և մուտքագրվում էին հատուկ հրահանգավորում անցած անձնակազմի կողմից: Տվյալների մուտքագրման անձնակազմը բաղկացած էր՝ խմբավարից, հսկիչից (կլերկից), ով ստուգում էր խմբերից ստացված անհրաժեշտ քանակի հարցաթերթերի առկայությունը, մի քանի գրասենյակային խմբագիրներից, 10 մուտքագրողներից և երկրորդային խմբագրից: Տվյալների միաժամանակյա մուտքագրումը հնարավորություն ընձեռեց, որպեսզի ՀԺԱՀ անձնակազմը թիմերին վերահսկի և հնարավորինս արագ արձագանքի դաշտային աշխատանքների ընթացքում տեղ գտած որևէ խնդիր: Տվյալների որակի վերահսկումը կատարվել է հատուկ ելքային աղյուսակների միջոցով: Մասնավորապես, այդ աղյուսակներում ընդհանրացված էին որակի վերահսկման տարբեր տվյալներ: Արդյունքում, որոշ թիմեր կատարել են կրկնակի այցելություններ՝ տվյալների որակի բարձրացման և ճշգրտումներ կատարելու նպատակով: Տվյալների մուտքագրման և խմբագրման փուլը ավարտվել է 2006թ-ի փետրվարին:

1.5 ԸՆՏՐԱՆՔԻ ԸՆԴԳՐԿՈՒՄ

Աղյուսակ 1.1-ն արտացոլում է հետազոտության ընթացքում լրացված, տնային տնտեսության և անհատական հարցաթերթերի քանակները և դրանցում պատասխանների տեսակարար կշիռը: Ընտրանքում ընդգրկված 7565 տնային տնտեսություններից, հետազոտության պահին բնակեցված են եղել 7003-ը: Այս տարբերության հիմնական պատճառն այն է, որ որոշ տնային տնտեսություններ, որոնք բնակեցված են եղել ցուցակագրման աշխատանքի փուլում, հետազոտության անցկացման պահին՝ տարբեր պատճառներով և ժամկետներով բոլոր անդամներով բացակայել են: Այնուամենայնիվ, 7003 բնակեցված տնային տնտեսություններից 96 տոկոս դեպքերում, հաջողությամբ անցկացվել է հարցազրույց:

Այս տնային տնտեսություններում հարցման ենթակա (15-49 տարեկան) կանանց թվաքանակը կազմել է 6773, որոնցից 97 տոկոսի հետ անցկացվել է հարցազրույց: Հարցման ենթակա (15-49 տարեկան) տղամարդկանց թվաքանակը կազմել է 1630, որոնցից 89 տոկոսի հետ անցկացվել է հարցազրույց: Ընտրանքի ընդգրկումը քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում գրեթե միևնույնն են:

Աղյուսակ 1. Տնային տնտեսության և անհատական հարցազրույցների արդյունքներ

Տնային տնտեսությունների (SS), իրականացված հարցազրույցների քանակները և պատասխանների տեսակարար կշիռներն ըստ բնակավայրի, Հայաստան 2005

Արդյունք	Բնակավայր		
	Քաղաքային	Գյուղական	Ընդամենը
SS հարցազրույցներ			
Ընտրված SS	5,446	2,119	7,565
Բնակեցված SS	5,032	1,971	7,003
Հարցված SS	4,806	1,901	6,707
SS պատասխանների տեսակարար կշիռ ¹	95.5	96.4	95.8
Անհատական հարցազրույց, կանայք			
Իրավասու կանանց թվաքանակ	4,732	2,041	6,773
Հարցված իրավասու կանանց թվաքանակ	4,592	1,974	6,566
Իրավասու կանանց պատասխանների տեսակարար կշիռ ²	97.0	96.7	96.9
Անհատական հարցազրույց, տղամարդիկ			
Իրավասու տղամարդկանց թվաքանակ	1,126	504	1,630
Հարցված իրավասու տղամարդկանց թվաքանակ	999	448	1,447
Իրավասու տղամարդկանց պատասխանների տեսակարար կշիռ ²	88.7	88.9	88.8
¹ Հարցված/բնակեցված տնային տնտեսություններ			
² Հարցված/իրավասու հարցվողներ			