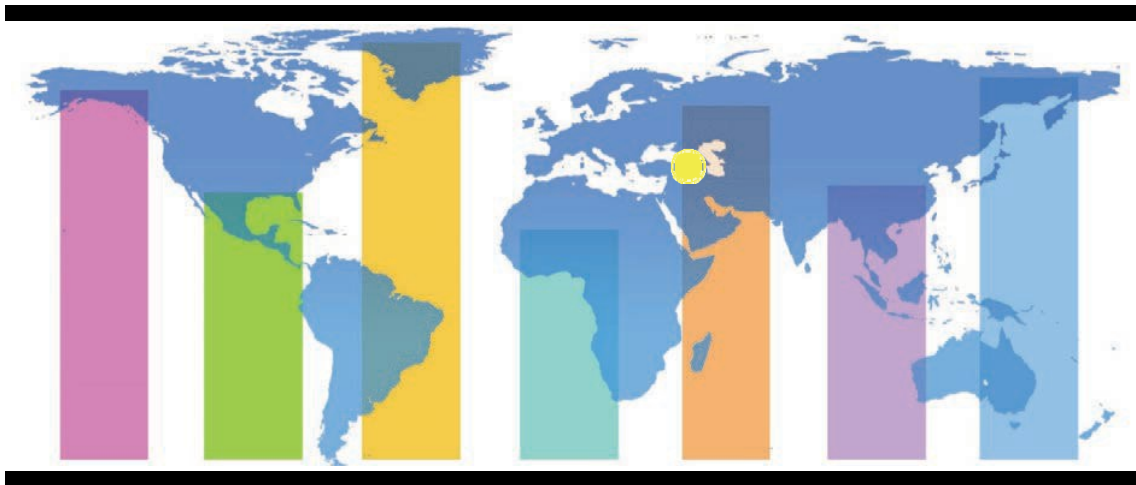


Հայաստանի



Ժողովրդագրության և
առողջության
հարցերի հետազոտություն

2015-16

Հիմնական ցուցանիշների
զեկույց

Հայաստանի

Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015-16

Հիմնական ցուցանիշների զեկույց

Ազգային վիճակագրական ծառայություն
Երևան, Հայաստան

Առողջապահության նախարարություն
Երևան, Հայաստան

ԺԱՀ ծրագիր
ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալ
Ռոքվիլ, Մերիլենդ, ԱՄՆ

Մեպտեմբեր 2016



Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015-16-ը (ՀԺԱՀ 2015-16) իրականացվել է ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության (ԱՎԾ) և ՀՀ առողջապահության նախարարության (ԱՆ) կողմից 2015 թ-ի դեկտեմբերի 8-ից մինչև 2016 թ-ի ապրիլի 5-ը: ՀԺԱՀ ֆինանսավորումը տրամադրվել է Ամերիկայի միացյալ նահանգների միջազգային զարգացման գործակալության (USAID), Միավորված ազգերի կազմակերպության բնակչության հիմնադրամի (UNFPA), Միավորված ազգերի կազմակերպության ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի (UNAIDS) և Միավորված ազգերի կազմակերպության երեխաների հիմնադրամի (UNICEF) կողմից: ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալը (ICF International) տրամադրել է տեխնիկական օժանդակություն՝ ԺԱՀ ծրագրի միջոցով, որն աջակցում է երկրներին տվյալների հավաքագրման գործընթացում՝ բնակչության, առողջության և սնուցման ծրագրերը վերահսկելու և գնահատելու համար:

ՀԺԱՀ 2015-16-ի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ կարելի է ձեռք բերել ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունից. հասցե՝ Հանրապետության պողոտա, Կառավարական տուն 3, 0010, Երևան, Հայաստանի Հանրապետություն, հեռախոս՝ +374 11 524 213, ֆաքս՝ +374 11 521 921, էլ. հասցե՝ info@armstat.am, ինտերնետային կայք՝ <http://www.armstat.am>

ԺԱՀ ծրագրի վերաբերյալ տեղեկություններ կարելի է ձեռք բերել ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալից. հասցե՝ 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA, հեռախոս՝ +1-301-407-6500, ֆաքս՝ +1-301-407-6501, էլ. հասցե՝ info@dhsprogram.com, ինտերնետային կայք՝ <http://www.dhsprogram.com>

Առաջարկվող մեջբերում.

Ազգային վիճակագրական ծառայություն [Հայաստան], Առողջապահության նախարարություն [Հայաստան], ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալ. 2016. *Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015-16: Հիմնական ցուցանիշներ*. Ռոքվիլ, Մերիլենդ, ԱՄՆ. Ազգային վիճակագրական ծառայություն (ԱՎԾ), Առողջապահության նախարարություն (ԱՆ) և ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ.....	iii
ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ ԵՎ ԳԾԱՊԱՏԿԵՐՆԵՐ.....	v
ՆԱԽԱԲԱՆ	vii
1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	1
1.1 Հետազոտության նպատակները.....	1
2 ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄ	3
2.1 Ընտրանքի մշակում.....	3
2.2 Հարցաթերթեր	4
2.3 Անտրոպոմետրիկ չափումներ և սակավարյունության թեստ.....	5
2.4 Նախաթեստավորում	6
2.5 Դաշտային աշխատակազմի հրահանգավորում	7
2.6 Դաշտային աշխատանքներ	8
2.7 Տվյալների մուտքագրում	9
3 ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ.....	11
3.1 Պատասխանների տեսակարար կշիռը.....	11
3.2 Հարցվողների հիմնական բնութագրիչներ.....	12
3.3 Ծնելիություն	13
3.4 Դեռահասների հղիություն և մայրություն.....	16
3.5 Ծնելիության հետ կապված նախապատվություններ	17
3.6 Հակաբեղմնավորման մեթոդներ (ընտանիքի պլանավորում).....	18
3.7 Ընտանիքի պլանավորման կարիքը և պահանջը.....	21
3.8 Վաղ մանկական մահացություն	25
3.9 Մայրական խնամք	28
3.10 Երեխայի առողջություն և սնուցում.....	32
3.11 Սակավարյունության (անեմիա) տարածվածությունը երեխաների և կանանց շրջանում.....	45
3.12 ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ իրազեկվածություն, գիտելիքներ և վարքագիծ.....	48
3.13 Երիտասարդների իրազեկվածությունը ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ ..	51
3.14 ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտությունների ծառայությունների տարածվածությունը	54
3.15 Ընտանեկան բռնություն	58
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	61

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ ԵՎ ԳԾԱՊԱՏԿԵՐՆԵՐ

Աղյուսակ 1	Տնային տնտեսությունների և անհատական հարցազրույցների արդյունքները.....	11
Աղյուսակ 2	Հարցվողների հիմնական բնութագրիչներ	13
Աղյուսակ 3	Ընթացիկ ծնելիություն.....	14
Աղյուսակ 4	Աբորտների ընթացիկ ցուցանիշ	15
Աղյուսակ 5	Դեռահասների հղիություն և մայրություն.....	17
Աղյուսակ 6	Ծնելիության հետ կապված նախապատվությունները՝ ըստ կենդանի երեխաների թվի.....	18
Աղյուսակ 7	Հակաբեղմնավորման մեթոդների ընթացիկ օգտագործումը, ըստ հիմնական բնութագրիչների	21
Աղյուսակ 8	Ընտանիքի պլանավորման կարիքը և պահանջը ներկայումս ամուսնացած կանանց շրջանում.....	24
Աղյուսակ 9	Մանկական մահացության ցուցանիշները.....	27
Աղյուսակ 10	Մայրական խնամքի ցուցանիշներ.....	31
Աղյուսակ 11	Պատվաստումները՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների	35
Աղյուսակ 12	Սուր շնչառական վարակի, տենդի և փորլուծության բուժում.....	37
Աղյուսակ 13	Երեխաների սնուցման կարգավիճակը	40
Աղյուսակ 14	Կրծքով կերակրման կարգավիճակն ըստ երեխայի տարիքի.....	43
Աղյուսակ 15	Սակավարյունությունը (անեմիա) երեխաների և կանանց շրջանում	47
Աղյուսակ 16	Գիտելիքները ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ.....	50
Աղյուսակ 17	Գիտելիքները ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ երիտասարդների շրջանում	52
Աղյուսակ 18	Մի քանի սեռական զուգրնկերուհիներ վերջին 12 ամիսների ընթացքում. Տղամարդիկ.....	53
Աղյուսակ 19.1	ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելը. Կանայք.....	56
Աղյուսակ 19.2	ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելը. Տղամարդիկ	57
Աղյուսակ 20	Ընտանեկան բռնություն	59
Գծապատկեր 1	Ծնելիության գումարային գործակցի միտումները, 2000-2016.....	15
Գծապատկեր 2	Չբավարարված կարիքի և ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միտումները, ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միջոցով բավարարված պահանջի տոկոսը, 2000-2016.....	25
Գծապատկեր 3	Մանկական մահացության միտումները, 2000-2016	28
Գծապատկեր 4	Մայրական խնամքի միտումները, 2000-2016.....	32
Գծապատկեր 5	Երեխաների սնուցման կարգավիճակը, ըստ տարիքի	41
Գծապատկեր 6	Երեխաների սնուցման կարգավիճակի միտումները, Հայաստան 2005-2016	42
Գծապատկեր 7	Նվազագույն ընդունելի սննդակարգը, ըստ տարիքի, ամիսներով	45

ՆԱԽԱԲԱՆ

Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015-16-ը իրականացվել է ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության (ԱՎԾ) և ՀՀ Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) կողմից: ՀԺԱՀ 2015-16-ը Հայաստանում անցկացվող նմանատիպ չորրորդ հետազոտությունն է՝ միջազգային ԺԱՀ ծրագրի հետ համատեղ: Այս զեկույցը, որը ներկայացնում է ՀԺԱՀ 2015-16-ի հիմնական արդյունքները, նախատեսված է քաղաքականություն մշակողներին և ծրագրերի ղեկավարներին ծանոթացնելու հետազոտության արդյունքների հետ: Առավել մանրամասն զեկույց կներկայացվի 2017 թ-ին:

ՀՀ ԱՎԾ-ն և ՀՀ ԱՆ-ն ցանկանում են երախտագիտություն հայտնել մի շարք կազմակերպությունների և անձանց, ովքեր էական ներդրում են ունեցել հետազոտության հաջողության հարցում: Նախ, մենք կցանկանայինք երախտագիտություն հայտնել Ամերիկայի միացյալ նահանգների միջազգային զարգացման գործակալությանը (USAID)՝ ֆինանսական աջակցության համար, ԱյՍիԷՖ Ինտերնեյշնալին (ICF International)՝ հետազոտության ամբողջ ընթացքում տրամադրված տեխնիկական աջակցության համար: Հետազոտությունը հաջողությամբ չէր կայանա՝ առանց ՀՀ ԱՎԾ և ՀՀ ԱՆ աշխատակիցների նվիրվածության, ովքեր պլանավորել, մասնակցել և վերահսկել են ՀԺԱՀ ամբողջ ընթացքը:

Ի վերջո, մենք երախտապարտ ենք հետազոտության մասնակիցներին, ովքեր մեծահոգաբար տրամադրել են իրենց ժամանակը և ներկայացրել են անհրաժեշտ տեղեկությունները, որոնց հիման վրա կազմվել է այս զեկույցը:

ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն

ՀՀ առողջապահության նախարարություն

1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2015-16-ը Հայաստանում անցկացվող նմանատիպ չորրորդ հետազոտությունն է: Այն իրականացվել է ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության (ԱՎԾ) և ՀՀ Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) կողմից: Տվյալների հավաքագրումն անցկացվել է 2015 թ-ի դեկտեմբերի 8-ից մինչև 2016 թ-ի ապրիլի 5-ը: Հետազոտությունը ֆինանսավորվել է ՀՀ կառավարության, Ամերիկայի միացյալ նահանգների միջազգային զարգացման գործակալության (USAID), Միավորված ազգերի կազմակերպության բնակչության հիմնադրամի (UNFPA), Միավորված ազգերի կազմակերպության ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի (UNAIDS) և Միավորված ազգերի կազմակերպության երեխաների հիմնադրամի (UNICEF) կողմից: ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալը (ICF International) տրամադրել է տեխնիկական օժանդակություն՝ ԺԱՀ ծրագրի միջոցով, որն աջակցում է երկրներին տվյալների հավաքագրման գործընթացում՝ բնակչության, առողջության և սնուցման ծրագրերը վերահսկելու և գնահատելու համար:

Հիմնական ցուցանիշների այս զեկույցում ներկայացված են ՀԺԱՀ 2015-16-ի նախնական արդյունքները՝ որոշ հիմնական թեմաների վերաբերյալ: Տվյալների առավել մանրամասն վերլուծությունը կներկայացվի վերջնական զեկույցում 2017 թ-ին:

1.1 Հետազոտության նպատակները

ՀԺԱՀ 2015-16-ի առաջնային նպատակն է ապահովել ժողովրդագրական և առողջապահական հիմնական ցուցանիշների թարմացված գնահատականներ: Մասնավորապես, ՀԺԱՀ-ի շրջանակներում հավաքագրվել են տեղեկություններ ծնելիության և աբորտների մակարդակների, ամուսնության, ծնելիության հետ կապված նախապատվությունների, հակաբեղմնավորման մեթոդների մասին գիտելիքների, դրանց կիրառման, կրծքով կերակրման, սնուցման, մոր և մանկան առողջության, երեխաների հիվանդությունների, կանանց նկատմամբ ընտանեկան բռնության, երեխայի դաստիարակության, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ վարակների (ՍՃՓՎ) մասին գիտելիքների և վարքագծի, և առողջությանն առնչվող այլ հարցերի (օր.՝ տուբերկուլոզ, սակավարյունություն, ծխախոտի օգտագործում) վերաբերյալ: ՀԺԱՀ 2015-16-ը նմանատիպ չորրորդ հետազոտությունն է ՀԺԱՀ 2000-ից, ՀԺԱՀ 2005-ից և ՀԺԱՀ 2010-ից հետո:

ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում հավաքագրված տեղեկությունները կօժանդակեն քաղաքականություն մշակողներին և ծրագրերի ղեկավարներին՝ մշակելու երկրի բնակչության առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրեր և ռազմավարություն:

2 ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄ

2.1 Ընտրանքի մշակում

ՀԺԱՀ 2015-16-ի համար օգտագործված ընտրանքային շրջանակը Հայաստանի Հանրապետության 2011 թ-ի մարդահամարն է, որն իրականացվել է ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից: ՀՀ ԱՎԾ-ն ունի տեղեկություններ 11,571 հաշվային տեղամասերի (ՀՏ) վերաբերյալ, որոնք ծառայել են որպես հաշվային միավորներ մարդահամարի ժամանակ: Հաշվային տեղամասերի այս շրջանակը ստեղծվել էր մարդահամարի տվյալների բազայի հիման վրա՝ գումարելով տնային տնտեսությունները ՀՏ մակարդակում: Գյուղական բնակավայրերում հաշվային տեսամասը մեկ գյուղ է կամ մեծ գյուղի մեկ հատված կամ մի քանի փոքր գյուղերի խումբ, քաղաքային բնակավայրերում՝ փողոց է կամ թաղամաս: Յուրաքանչյուր ՀՏ ունի իր նույնականացման տեղեկատվությունը՝ վարչական տեղակայվածություն և չափս, որը տվյալ ՀՏ-ում գտնվող բնակելի տնային տնտեսությունների քանակն է: Ըստ բնակության վայրի՝ տարբերակում են հաշվային տեղամասերի երկու տեսակ՝ քաղաքային և գյուղական: Յուրաքանչյուր ՀՏ ունի իր քարտեզագրման նյութերը, որոնք առանձնացնում են աշխարհագրական տեղանքները, սահմանները, ՀՏ ներսում կամ ՀՏ-ից դուրս գտնվող ուղենիշերը, որոնց օգնությամբ կարելի է նույնականացնել տվյալ ՀՏ-ն: Ընտրանքում չեն ներառվել ինստիտուցիոնալ կառույցներում՝ հյուրանոցներում, զորամասերում, բանտերում գտնվող անձինք:

Հայաստանը բաժանված է մարզերի, որոնք իրենց հերթին բաժանված են համայնքների, վերջիններս էլ՝ բնակավայրերի: Հայաստանը բաղկացած է 10 մարզից և 915 համայնքից: Համայնքներից 49-ը քաղաքային են (ներառյալ մի քանի համայնք, որոնք, ըստ բնակության վայրի, համարվում են խառը տիպի), 866-ը՝ գյուղական: Մայրաքաղաք Երևանն իր հերթին բաժանված է 12 վարչական շրջանների (2015թ. դրությամբ):

ՀԺԱՀ 2015-16-ի համար կիրառվել է երկփուլ ընտրանքի մեթոդը: Այն նախատեսում էր հիմնական ցուցանիշների հաշվարկում ազգային մակարդակում, քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում, 10 մարզերում և մայրաքաղաք Երևանում: Առաջին փուլում ընտրվել են քրաստերները, որոնք բաղկացած են հաշվային տեղամասերից: Ընդհանուր առմամբ, ընտրվել է 313 քրաստեր, այդ թվում՝ 192-ը քաղաքային բնակավայրերից, 121-ը՝ գյուղական:

Երկրորդ փուլում իրականացվել է տնային տնտեսությունների (ՏՏ) համակարգված ընտրանք: Ընտրված բոլոր քրաստերներում անցկացվել է տնային տնտեսությունների ցուցակագրում, և յուրաքանչյուր քրաստերում ընտրվել է 28 տնային տնտեսություն՝ համակարգված ընտրության միջոցով, որն ապահովում է ընտրվելու հավասար հավանականություն քրաստերի բոլոր տնային տնտեսությունների համար: Այսպիսով, ընտրանքում ներառվել են 8,749 ՏՏ-ներ: ՏՏ-ների ցուցակագրման ժամանակ ընտրված քրաստերներից 7-ը ճանաչվել են հակամարտության գոտում գտնվող և փոխարինվել են 7 այլ քրաստերներով: Քանի որ յուրաքանչյուր մարզում ընտրանքի չափը գրեթե նույնն է եղել, ընտրանքն ազգային մակարդակում ինքնակշռված չէ, և կշռի գործոնները հաշվարկվել են, ավելացվել են տվյալների ֆայլին և կիրառվել են այնպես, որ ազգային մակարդակում արդյունքները լինեն ներկայացուցչական:

15-49 տարեկան բոլոր կանայք, ովքեր եղել են ընտրված տնային տնտեսության մշտական բնակիչ կամ գիշերել են ընտրված տնային տնտեսությունում հարցմանը նախորդող

գիշերը, համարվել են հարցմանը համապատասխանող հարցվողներ: Ընտրված SS-ների կետում 15-49 տարեկան բոլոր տղամարդիկ, ովքեր եղել են ընտրված տնային տնտեսության մշտական բնակիչ կամ գիշերել են ընտրված տնային տնտեսությունում հարցմանը նախորդող գիշերը, համարվել են հարցմանը համապատասխանող հարցվողներ: Յուրաքանչյուր SS-ում հարցմանը համապատասխանող 15-49 տարեկան կանանց շրջանում անցկացվել է սակավարյունության (անեմիայի) թեստ՝ նրանց համաձայնությունը ստանալու պարագայում: Ստանալով ծնողի կամ խնամակալի համաձայնությունը՝ սակավարյունության թեստ է անցկացվել նաև 6-59 ամսական երեխաների շրջանում: Բոլոր SS-ներում չափվել է համապատասխանող կանանց և 0-59 ամսական երեխաների հասակը և քաշը: Յուրաքանչյուր SS-ի համապատասխանող կանանցից միայն մեկին, ով ընտրվել էր պատահականության սկզբունքով, տրվել են հարցեր ընտանեկան բնության վերաբերյալ:

2.2 Հարցաթերթեր

ՀԺԱՀ 2015-16-ի համար օգտագործվել են հինգ հարցաթերթեր՝ տնային տնտեսության հարցաթերթ, կանանց անհատական հարցաթերթ, տղամարդկանց անհատական հարցաթերթ, կենսաբանական չափումների հարցաթերթ և դաշտային աշխատողի հարցաթերթ: Այս հարցաթերթերի հիմքը ԺԱՀ ծրագրի Ժողովրդագրության և առողջության հարցերով հետազոտության ստանդարտ հարցաթերթերն են, որոնք համապատասխանեցվել են՝ Հայաստանում բնակչության և առողջապահության հիմնահարցերը արտացոլելու նպատակով: Տարբեր կառույցներ, այդ թվում՝ նախարարություններ, պետական մարմիններ, հասարակական կազմակերպություններ և միջազգային դոնորներ, դիմել են հարցաթերթերում ավելացումներ կատարելու համար: Այս ամենից հետո հարցաթերթերը վերջնական տեսքի են բերվել անգլերեն տարբերակում, այնուհետև դրանք թարգմանվել են հայերեն:

Տնային տնտեսության հարցաթերթն օգտագործվել է ընտրված տնային տնտեսությունների մշտական անդամներին և այցելուներին ցուցակագրելու համար: Ժողովրդագրական հիմնական տվյալներ են հավաքագրվել յուրաքանչյուր անդամի կամ այցելուի մասին, ներառյալ՝ տարիքը, սեռը, ամուսնական կարգավիճակը, կրթական մակարդակը և ազգակցական կապը տնային տնտեսության գլխավորի հետ: 18 տարեկանից փոքր երեխաների դեպքում ճշտվել է նրանց ծնողների կենդանության կարգավիճակը: Տարիքի և սեռի վերաբերյալ տվյալներն օգտագործվել են անհատական հարցազրույցի համար համապատասխանող կանանց և տղամարդկանց որոշելու համար: Տնային տնտեսության հարցաթերթում տեղեկություններ են հավաքագրվել նաև երեխաների դաստիարակության մասին (այս բաժնի հարցերը տրվել են յուրաքանչյուր տնային տնտեսությունում պատահականորեն ընտրված 1-14 տարեկան միայն մեկ երեխայի վերաբերյալ) և տնային տնտեսության կացարանի բնութագրիչների մասին, այդ թվում՝ ջրի աղբյուրի, զուգարանի տեսակի, կացարանի հատակի նյութի, տարբեր երկարաժամկետ ապրանքների սեփականության:

Կանանց անհատական հարցաթերթն օգտագործվել է 15-49 տարեկան բոլոր կանանցից տեղեկատվություն հավաքագրելու նպատակով: Այս կանանց տրվել են հարցեր՝ հետևյալ թեմաներով.

- Հիմնական բնութագրիչներ (ներառյալ տարիքը, կրթությունը և ԶԼՄ-ների ազդեցությունը)

- Հղիության պատմություն, աբորտներ կատարելու պատճառները, մանկական մահացություն
- Հակաբեղմնավորման մեթոդների մասին գիտելիքներ, մեթոդների կիրառում
- Ծնելիության հետ կապված նախապատվություններ
- Նախածննդյան հսկողություն և խնամք, ծննդօգնություն և հետծննդյան խնամք
- Կրծքով կերակրում և վաղ տարիքի երեխաների սնուցում
- Պատվաստումներ և մանկական հիվանդություններ
- Կնոջ աշխատանք և ամուսնու բնութագրիչներ
- ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ վարակների (ՍՃՓՎ) վերաբերյալ գիտելիքներ, տեղեկացվածություն և վարքագիծ
- Ընտանեկան բռնություն
- Առողջությանն առնչվող այլ հարցերի (օր.՝ տուբերկուլոզ, սակավարյունություն, ծխախոտի օգտագործում) վերաբերյալ գիտելիքներ, վերաբերմունք և վարքագիծ

Տղամարդկանց անհատական հարցաթերթն օգտագործվել է տնային տնտեսությունների ենթաընտրանքում ներառված (յուրաքանչյուր երկրորդ տնային տնտեսությունը, որ ընտրված էր տղամարդկանց հետազոտության համար) 15-49 տարեկան տղամարդկանցից տեղեկատվություն հավաքագրելու նպատակով: Տղամարդկանց հարցաթերթի միջոցով հավաքագրվել է նմանատիպ տեղեկատվություն, ինչ և կանանց հարցաթերթի միջոցով, բայց ավելի քիչ թեմաների վերաբերյալ, քանի որ դրանցում ներառված չեն եղել մանրամասն հարցեր վերարտադրողական պատմության մասին, չեն եղել հարցեր երեխաների առողջության կամ ընտանեկան բռնության մասին:

Կենսաբանական չափումների հարցաթերթն օգտագործվել է՝ գրանցելու համար համաձայնության ստացման արդյունքները, ինչպես նաև անտրոպոմետրիկ չափումների և սակավարյունության թեստի արդյունքները (ովքեր համաձայնվել էին անցնել այն):

ՀԺԱՀ-ի շրջանակներում առաջին անգամ օգտագործվել է դաշտային աշխատողի հարցաթերթը: Հարցաթերթը մշակվել էր՝ ծառայելու որպես տվյալների որակի վերլուծության գործիք: Հարցազրուցավարների վերջնական ընտրությունից հետո և աշխատողների դաշտ դուրս գալուց առաջ ԱՎԾ աշխատակազմը բաժանել, այնուհետև հավաքել էր հարցաթերթերը: Դաշտային աշխատողները լրացրել են 2 էջից բաղկացած այս հարցաթերթը՝ իրենց հիմնական բնութագրիչների վերաբերյալ: Ոչ մի անհատական, եզակի տվյալ չի կցվելու ՀԺԱՀ դաշտային աշխատողների տվյալների ֆայլին:

2.3 Անտրոպոմետրիկ չափումներ և սակավարյունության թեստ

ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում կատարվել են երկու կենսաբանական չափումներ՝ անտրոպոմետրիկ չափումներ և սակավարյունության թեստ: Անտրոպոմետրիկ չափումների և սակավարյունության թեստի արդյունքներն անմիջապես գրանցվել են կենսաբանական չափումների հարցաթերթում: Սակավարյունության թեստի վերաբերյալ արձանագրությունը վերանայվել և հաստատվել է ՀՀ ԱՆ ՉԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային կենտրոնի և ԱյՍԻԷՖ Ինտերնեյշնալի էթիկայի կոմիտեի կողմից:

Անտրոպոմետրիկ չափումներ

Բոլոր տնային տնտեսություններում իրականացվել են 0-59 ամսական երեխաների և 15-49 տարեկան կանանց հասակի և քաշի չափումներ: Քաշը չափվել է Seca կշեռքների միջոցով,

որոնք ունեն թվային էկրան և մայր/երեխա գործառույթը: Հասակը չափվել է Shorr ապրանքանիշի հասակաչափերի միջոցով: Մինչ 24 ամսական երեխաների հասակը չափվել է պատկած դիրքում, իսկ ավելի մեծ երեխաներինը՝ կանգնած:

Սակավարյունության թեստ

6-59 ամսական երեխաներից և 15-49 տարեկան կանանցից վերցվել է արյան նմուշ սակավարյունության թեստի համար՝ նրանց համաձայնությունը ստանալու պարագայում: Արյան նմուշի համար վերցվել է մեկ կաթիլ արյուն մատից (կամ փոքր երեխաների դեպքում՝ կրունկից, քանի որ նրանց մատները փոքր են) միկրոբյուվեթի միջոցով: Հեմոգլոբինի թեստն անցկացվել է հենց տեղում՝ մատկոցներով աշխատող HemoCue® վերլուծիչի միջոցով, որը ցույց է տալիս արդյունքը 1 րոպեից էլ քիչ ժամանակում: Արդյունքները տրվել են և՛ բանավոր, և՛ գրավոր ձևով: Ծնողներին, ում երեխաների մոտ հեմոգլոբինի մակարդակը եղել է 7 գ/դլ-ից ցածր, խորհուրդ է տրվել հետագա ստուգումների համար երեխաներին բուժաստատություն տանել: Նույն ուղղորդումն է տրվել նաև ոչ հղի կանանց և հղի կանանց, ում մոտ հեմոգլոբինի մակարդակը եղել է համապատասխանաբար 7 գ/դլ-ից և 9 գ/դլ-ից ցածր: Բոլոր տնային տնտեսություններին, որտեղ անցկացվել են անտրոպոմետրիկ չափումներ և/կամ սակավարյունության թեստ, տրվել է բրոշյուր, որտեղ ներկայացված են սակավարյունության առաջացման պատճառները և կանխարգելման ուղիները:

2.4 Նախաթեստավորում

2015 թ-ի սեպտեմբերի 16-ից մինչև հոկտեմբերի 7-ը տասնմեկ կին և չորս տղամարդ մասնակցել են ՀԺԱՀ հետազոտության երեքշաբաթյա նախաթեստավորմանը: Այս ընթացքում 12 օր անցկացվել են լսարանային սեմինարներ: Սեմինարներն անցկացվել են հայերեն լեզվով ՀԺԱՀ հիմնական թիմի անդամների կողմից, իսկ ԺԱՀ ծրագրի աշխատակազմն աջակցել է նրանց: ՀՀ Առողջապահության նախարարության մասնագետներ հրավիրվել են ներկայացնելու դասախոսություններ հետևյալ թեմաների շուրջ՝ պատվաստումներ, հակաբեղմնավորման մեթոդներ, վերարտադրողական առողջություն, երեխայի առողջություն, ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ: Մասնագետ է հրավիրվել նաև ՀՀ Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունից, ով ներկայացրել է դասախոսություն Հայաստանում սեռով պայմանավորված բռնության վերաբերյալ:

Նախաթեստավորման համար ներգրավվել էին նաև յոթ կին բուժաշխատողներ: Այս կանանց համար լսարանային սեմինարներն անցկացվել են ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտում (ԱԱԻ) 2015 թ-ի սեպտեմբերի 22-30-ը: Կենսաբանական չափումների վերապատրաստումը, որ անցկացվել էր ԺԱՀ ծրագրի աշխատակազմի և Առողջապահության ազգային ինստիտուտի աշխատակազմի կողմից, ներառել է հրահանգներ անտրոպոմետրիկ չափումներ և սակավարյունության թեստ կատարելու և դրանց արդյունքները կենսաբանական չափումների հարցաթերթում գրանցելու վերաբերյալ: Համաձայն կենսաբանական չափումների վերապատրաստման ԺԱՀ պլանի՝ վերապատրաստումը բաժանված է եղել երեք հատվածի՝ անտրոպոմետրիկ չափումների և սակավարյունության վերաբերյալ լսարանային սեմինարներ, ստանդարտացման վարժություններ լսարանում և գործնական աշխատանք պոլիկլինիկայում, և դաշտային աշխատանք հարցազրուցավարների հետ:

Նախաթեստավորման դաշտային աշխատանքներն անցկացվել են 2015 թ-ի հոկտեմբերի 1-7-ը: Հարցազրուցավարները և բուժաշխատողները բաժանվել էին չորս խմբերի:

2015 թ-ի հոկտեմբերի 1-6 խմբերն աշխատել են Այնթապում (գյուղական բնակավայր), Մասիսում (քաղաքային բնակավայր), Աբովյանում (քաղաքային բնակավայր) և Կոտայքում (գյուղական բնակավայր): Ընդհանուր առմամբ, անցկացվել էր 87 հարցազրույց տնային տնտեսությունների հետ, 81 հարցազրույց՝ կանանց հետ և 24 հարցազրույց՝ տղամարդկանց հետ: Բոլոր հարցազրույցներն անցկացվել էին հայերեն լեզվով: Մոտ 77 կին և 55 երեխա մասնակցել էին անտրոպոմետրիկ չափումներին և սակավարյունության թեստին (իրենց համաձայնությունը տալուց հետո): Նախաթեստավորման դաշտային աշխատանքներից հետո անցկացվել է քննարկում նախաթեստավորման մասնակիցների հետ, և հետագայում հիմնվելով այս փորձի վրա, կատարվել են որոշ փոփոխություններ հարցաթերթերում:

2.5 Դաշտային աշխատակազմի հրահանգավորում

Հիմնական հետազոտության համար 104 անձ (85 կին և 19 տղամարդ) մասնակցել են երեքշաբաթյա վերապատրաստման, որը բաղկացած էր դասախոսություններից, ցուցադրական հարցազրույցներից և գործնական հարցազրույցներից: 15 բուժաշխատողներ էլ (13 կին և 2 տղամարդ) մասնակցել են ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտում կազմակերպված առանձին վերապատրաստմանը:

Հարցազրուցավարների տեղի համար թեկնածուների վերապատրաստումն անցկացվել է 2015 թ-ի նոյեմբերի 16-ից մինչև դեկտեմբերի 6-ը ՀՀ ԱՎԾ և ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տեխնիկական անձնակազմի կողմից՝ ԺԱՀ ծրագրի հրահանգիչների օժանդակությամբ: Վերապատրաստումն անցկացվել է հայերեն լեզվով և ներառել է քննարկումներ հետազոտության անցկացման մեթոդաբանության, գործընթացների և հասկացությունների վերաբերյալ: Բոլոր հարցաթերթերը մանրամասն ներկայացվել և քննարկվել են: Մասնագետներ ՀՀ առողջապահության նախարարությունից և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամից հրավիրվել են ներկայացնելու դասախոսություններ հետևյալ թեմաներով՝ վերարտադրողականություն, հակաբեղմնավորման մեթոդներ, հղիություն, հետծննդյան խնամք, պատվաստումներ, երեխայի առողջություն, ընտանեկան բռնություն, երեխայի դաստիարակություն, ՄԻԱՎ/2ԻԱՀ և առողջությանն առընչվող այլ հարցեր: Վերապատրաստումը ներառում էր շնորհանդեսներ, դասախոսություններ, վարժություններ, ցուցադրական հարցազրույցներ, խմբային աշխատանքներ և քննություններ: Վարժությունները վերաբերում էին հարցվողների տարիքը ճշտելուն, տարիքի համապատասխանությունները ստուգելուն, պատվաստումների ամսաթվերը լրացնելուն, օրացույցը լրացնելուն, իրար հետ հարցազրույցներ անցկացնելուն և այլն:

Կենսաբանական չափումների վերապատրաստումը անցկացվել է 2015 թ-ի նոյեմբերի 26-ից դեկտեմբերի 5-ը: Այն ներառում էր հրահանգներ անտրոպոմետրիկ չափումներ և սակավարյունության թեստ կատարելու և դրանց արդյունքները կենսաբանական չափումների հարցաթերթում գրանցելու վերաբերյալ: Համաձայն կենսաբանական չափումների վերապատրաստման ԺԱՀ պլանի՝ վերապատրաստումը բաժանված է եղել երեք հատվածի՝ անտրոպոմետրիկ չափումների և սակավարյունության վերաբերյալ լսարանային սեմինարներ, ստանդարտացման վարժություններ լսարանում և գործնական աշխատանքներ, և դաշտային աշխատանք հարցազրուցավարների հետ: Մասնակիցներին սովորեցրել են, թե ինչպես է պետք ստուգել կենսաբանական չափումներին մասնակցելու համապատասխանությունը, օգտագործել տնային տնտեսության և կենսաբանական չափումների հարցաթերթերը արդյունքները գրանցելու համար, ստանալ հարցվողների համաձայնությունը, դասավորել և տեղափոխել նյութերն ու սարքերը: Վերապատրաստման ողջ ընթացքում շեշտվել է

բարձրորակ տվյալներ հավաքագրելու կարևորությունը: Նախքան դաշտային աշխատանքները սկսելը՝ բուժաշխատողները մեկը մյուսի հետ կատարել են կենսաբանական չափումներ իրականացնելու վարժություններ, կենսաբանական չափումներ իրականացվել են նաև ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի այլ աշխատակիցների և հետազոտության հարցազրուցավարների հետ՝ միայն նրանց համաձայնությունը ստանալուց հետո: Դեկտեմբերի 2-ին մասնակիցներն այցելել են «Արաբկիր» մանկական պոլիկլինիկա, իսկ դեկտեմբերի 3-ին՝ Հերացի պոլիկլինիկա և իրականացրել են անտրոպոմետրիկ չափումներ և սակավարյունության թեստ՝ հատկապես 2 տարեկանից փոքր երեխաների հետ: Նախքան դաշտային աշխատանքները սկսելը՝ լսարանում նաև անցկացվել են հասակի և քաշի ստանդարտացման վարժություններ, որի ժամանակ մասնակիցները չափել են միևնույն երեխաների հասակն ու քաշը: Արձանագրված տարբերությունները քննարկվել են և բացատրվել մասնակիցներին: Ստանդարտացման վարժությունների ժամանակ քննարկվել են նաև չափումների ճշտությունն ու ճշգրտությունը:

Մասնակիցները դաշտային աշխատանքի պրակտիկան անցկացրել են Կոտայքի մարզի՝ հետազոտության ընտրանքում չներառված բնակավայրերում: Մասնավորապես, դեկտեմբերի 3-ին Քանաքեռավան գյուղում նախ միայն հարցազրուցավարներն իրականացրել են դաշտային աշխատանք: Նախատեսված էր, որ հարցազրուցավարներից յուրաքանչյուրը պետք է անցկացներ հարցազրույց առնվազն երկուական տնային տնտեսությունների հետ, չնայած ծանր ձնաբուքը դժվարացրեց հարցազրուցավարների աշխատանքը: Դեկտեմբերի 4-ին հարցազրուցավարները և բուժաշխատողները միասին՝ խմբերով աշխատել են Ջովունի գյուղում: Ընդհանուր առմամբ, խմբերն անցկացրել են 105 հարցազրույց տնային տնտեսությունների հետ, 110 հարցազրույց՝ կանանց հետ և 29 հարցազրույց՝ տղամարդկանց հետ: Մոտ 40 կին և 26 երեխա մասնակցել էին անտրոպոմետրիկ չափումներին և սակավարյունության թեստին (իրենց համաձայնությունը տալուց հետո):

Մասնակիցները գնահատվել էին՝ ըստ լսարանային վարժությունների և քննությունների և ըստ դաշտային աշխատանքների ժամանակ իրականացված դիտարկումների: Վերապատրաստման վերջում ընտրվեցին խմբավարները, խմբագիրները և հարցազրուցավարները, և կազմավորվեցին խմբերը: Խմբավարները և խմբագիրները մասնակցեցին նաև լրացուցիչ վերապատրաստման՝ տվյալների որակի վերահսկման, դաշտային աշխատանքների կազմակերպման և կոորդինացման վերաբերյալ: Բացի այդ, խմբավարները և խմբագիրները կես օրով մասնակցեցին պրակտիկ աշխատանքների Երևանի պոլիկլինիկաներից մեկում, որտեղ ԱՆ ձև 63-ից և երեխաների բուժհսկողության քարտերից հարցաթերթերի մեջ արտագրեցին երեխաների պատվաստումների մասին գրառումները:

2.6 Դաշտային աշխատանքներ

Հետազոտության տվյալները հավաքագրվել են դաշտային 13 խմբերի կողմից, որոնցից յուրաքանչյուրը բաղկացած էր մեկ խմբավարից, մեկ կին խմբագրից, չորս կին և մեկ տղամարդ հարցազրուցավարներից և մեկ բուժաշխատողից: Դաշտային աշխատանքները սկսվել են 2015 թ-ի դեկտեմբերի 8-ից մարզերի մեծ մասում, որից հետո 2015 թ-ի դեկտեմբերի 31-ից մինչ 2016 թ-ի հունվարի 7 եղել է դադար՝ կապված Նոր տարվա և Մուրբ ծննդյան արձակուրդների հետ: Դաշտային աշխատանքները վերսկսվել են 2016 թ-ի հունվարի 8-ից և ավարտվել՝ ապրիլի 5-ին: 2015-16 թթ-ի ձմեռը հատկապես ձյունառատ էր: Հետազոտության գրեթե բոլոր խմբերը գանգատվում էին նման ձմռան պայմաններում, ինչպես նաև H1N1 (խոզի գրիպ) վարակի շրջանում տվյալների հավաքագրման հետ կապված դժվարություններից:

Խոզի գրիպի համաճարակի պատճառով որոշակի մտավախության կար թե՛ բնակչության, թե՛ հետազոտության մասնակիցների շրջանում, քանի որ համաճարակի պատճառով Հայաստանում գրանցվել էր մահվան մոտ 18 դեպք: Չնայած ձմռան պայմաններում այս լուրջ մարտահրավերներին՝ ՀԺԱՀ դաշտային խմբերը հաջողությամբ ավարտեցին դաշտային աշխատանքները¹:

Դաշտային աշխատանքների վերահսկումը (մոնիտորինգը) ՀԺԱՀ-ի անբաժանելի մասն է եղել: ՀԺԱՀ տեխնիկական անձնակազմը ԱՎԾ-ից և ԱԱԻ-ից պարբերաբար այցելել են խմբերին՝ նրանց կատարած աշխատանքը և տվյալների որակը վերահսկելու նպատակով: ԺԱՀ ծրագրի և Ամերիկայի միացյալ նահանգների միջազգային զարգացման գործակալության (USAID)/Հայաստանի ներկայացուցիչները ևս այցելել են խմբերին՝ տվյալների հավաքագրումը վերահսկելու և կանանց ու մինչև 5 տարեկան երեխաների սակավարյունության թեստի և հասակի ու քաշի չափումների ընթացքին հետևելու համար: ՀԺԱՀ տեխնիկական անձնակազմը ԱՎԾ-ից և ԱԱԻ-ից ներկայացրել է իր նկատողությունները յուրաքանչյուր խմբին, որպեսզի խմբերը բարելավեն իրենց աշխատանքը: Նրանք նաև յուրաքանչյուր խմբին ներկայացրել են արդեն իսկ ավարտված քլաստերների տվյալների հիման վրա կազմված աղյուսակները՝ առանձնացնելով յուրաքանչյուր խմբի ունեցած խնդիրները, եթե այդպիսիք եղել են:

2.7 Տվյալների մուտքագրում

ՀԺԱՀ 2015-16-ի տվյալների մուտքագրումը սկսվել է դաշտային աշխատանքներին զուգահեռ: Բոլոր լրացված հարցաթերթերն անմիջապես դաշտում խմբագրվել են դաշտային խմբագիրների կողմից և ստուգվել են խմբավարների կողմից՝ նախքան Երևանում գտնվող ԱՎԾ-ի տվյալների մուտքագրման գրասենյակ ուղարկվելը: Այս լրացված հարցաթերթերը ևս մեկ անգամ խմբագրվել են, իսկ այնուհետև մուտքագրվել՝ հատուկ վերապատրաստված 15 մուտքագրողների կողմից: Բոլոր հարցաթերթերը մուտքագրվել են կրկնակի անգամ՝ 100 տոկոս համընկնում ապահովելու համար: Տվյալների մուտքագրումն իրականացվել է CPro համակարգչային փաթեթի միջոցով: Դաշտային աշխատանքների և տվյալների մուտքագրման զուգահեռ ընթացքն առավելություն էր, քանի որ ՀԺԱՀ տեխնիկական անձնակազմը հնարավորություն էր ստանում խմբերին խորհուրդներ տալ այն խնդիրների վերաբերյալ, որ ի հայտ էին եկել տվյալների մուտքագրման ժամանակ: Մասնավորապես, կազմվել էին աղյուսակներ տվյալների որակի տարբեր պարամետրերը ստուգելու համար: Տվյալների կրկնակի մուտքագրումը հեշտ համեմատության և սխալների ու անհամապատասխանությունների նույնականացման հնարավորություն էր տվել: Տվյալների մուտքագրումը և երկրորդային խմբագրման փուլն ավարտել են 2016 թ-ի հունիսին:

¹ ԱՎԾ-ն առաջարկում էր հետաձգել ՀԺԱՀ հիմնական վերապատրաստումը և դաշտային աշխատանքները մինչ 2016 թ-ի փետրվար ամիս՝ ձմռան շրջանում տվյալների հավաքագրումից խուսափելու համար: Մակայն, ՀԺԱՀ տվյալների հավաքագրումը սկսվեց 2015 թ-ի դեկտեմբերին՝ ՀՀ ԱՆ-ին սակավարյունության արդյունքներն արագ տրամադրելու նպատակով: ՀՀ ԱՆ-ն պատրաստվում է օգտագործել սակավարյունության տարածվածության վերաբերյալ տվյալները՝ ՀՀ Ազգային ժողովին ներկայացված ցորենի այլուրի հարստացման ծրագիրը պաշտպանելու համար, որն ուղղված է լինելու Հայաստանում սակավարյունության կանխարգելմանն ու վերահսկմանը:

3 ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

3.1 Պատասխանների տեսակարար կշիռը

Արդյուսակ 1-ում ներկայացված են ՀԺԱՀ 2015-16-ի պատասխանների տեսակարար կշիռը: Ընդհանուր առմամբ, 8,749 տնային տնտեսություններ ընտրվել էին ընտրանքում ներգրավվելու համար, որից 8,205 եղել են բնակեցված: Բնակեցված տնային տնտեսություններից 7,893-ում հաջողությամբ անցկացվել է հարցազրույց, այդպիսով պատասխանների տեսակարար կշիռը կազմել է 96 տոկոս:

Այս տնային տնտեսություններում 15-49 տարեկան 6,251 կին ճանաչվել է հարցմանը համապատասխանող հարցվող, նրանցից 6,116 կնոջ հետ անցկացվել է անհատական հարցազրույց, և պատասխանների տեսակարար կշիռն այս դեպքում կազմել է 98 տոկոս: Տղամարդկանց հետազոտության համար ընտրված տնային տնտեսությունների ենթաընտրանքում 15-49 տարեկան 2,856 տղամարդ ճանաչվել է հարցմանը համապատասխանող հարցվող, նրանցից 2,755 տղամարդու հետ անցկացվել է անհատական հարցազրույց՝ պատասխանների տեսակարար կշիռը կազմելով 97 տոկոս:

<u>Արդյուսակ 1 Տնային տնտեսությունների և անհատական հարցազրույցների արդյունքները</u>			
Տնային տնտեսությունների (SS) թիվը, հարցազրույցների թիվը և պատասխանների տեսակարար կշիռը, ըստ բնակավայրի (չկշռված), Հայաստան, 2015-16 թթ.			
Արդյունք	Բնակավայր		
	Քաղաքային	Գյուղական	Ընդամենը
SS հարցազրույցներ			
Ընտրված SS	5,369	3,380	8,749
Բնակեցված SS	5,017	3,188	8,205
Հարցազրույցի մասնակցած SS	4,806	3,087	7,893
SS պատասխանների տեսակարար կշիռ ¹	95.8	96.8	96.2
15-49 տարեկան կանանց հետ հարցազրույցներ			
Համապատասխանող կանանց թվաքանակ	3,631	2,620	6,251
Հարցազրույցի մասնակցած համապատասխանող կանանց թվաքանակ	3,545	2,571	6,116
Համապատասխանող կանանց պատասխանների տեսակարար կշիռ ²	97.6	98.1	97.8
15-49 տարեկան տղամարդկանց հետ հարցազրույցներ			
Համապատասխանող տղամարդկանց թվաքանակ	1,587	1,269	2,856
Հարցազրույցի մասնակցած համապատասխանող տղամարդկանց թվաքանակ	1,522	1,233	2,755
Համապատասխանող տղամարդկանց պատասխանների տեսակարար կշիռ ²	95.9	97.2	96.5

¹ Հարցազրույցի մասնակցած SS-ներ/ բնակեցված SS-ներ

² Հարցազրույցի մասնակցած հարցվողներ/ համապատասխանող հարցվողներ

ՀԺԱՀ 2015-16-ի արդյունքներով պատասխանների տեսակարար կշիռը մի փոքր ավելի բարձր է, քան ՀԺԱՀ 2010-ի դեպքում (ՀՀ ԱՎԾ, 2012 թ.): Աճը միայն նկատելի է քաղաքային բնակավայրերի տնային տնտեսությունների համար (2015-16 թթ-ին 96 տոկոս, 2010 թ-ին 94):

Մյուս բոլոր կատեգորիաների համար պատասխանների տեսակարար կշիռը շատ մոտ է 2010 թ-ի տվյալներին:

3.2 Հարցվողների հիմնական բնութագրիչներ

Աղյուսակ 2-ը ներկայացնում է ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում 15-49 տարեկան հարցազրույցի մասնակցած կանանց և տղամարդկանց տոկոսային բաշխումը՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների: Հիմնականում, ընտրանքում ներկայացված կանանց և տղամարդկանց բնակչությունը հավասարապես բաշխված է՝ ըստ տարիքի, սակայն կան որոշ ակնառու բացառություններ: Օրինակ, տղամարդկանց և կանանց մասնաբաժինն ավելի մեծ է 20-29 և 30-34 տարեկանների շրջանում, իսկ ավելի ցածր՝ 35-39 և 40-49 տարեկանների շրջանում՝ ի տարբերություն ավելի երիտասարդ և ավելի բարձր տարիքային խմբերի: 2000 թ-ից սկսած գրացվել են տարիքային բաշխման նկատելի փոփոխություններ: Չնայած 30 տարեկանից ցածր տարիք ունեցող կանանց մասնաբաժինը չի փոխվել 2000-ից ի վեր (2000 թ-ին 46 տոկոս, 2015-16 թթ-ին՝ 45), 15-19 տարեկան կանանց թվաքանակը վերջին 15 տարիների ընթացքում հաստատուն կերպով նվազել է՝ 2000 թ-ի 18 (ՀՀ ԱՎԾ, 2001 թ.) և 2005 թ-ի 17 տոկոսից (ՀՀ ԱՎԾ, 2006 թ.) հասնելով 15 տոկոսի 2010 թ-ին (ՀՀ ԱՎԾ, 2012 թ.) և 12 տոկոսի 2015-16 թթ-ին:

Կանանց գրեթե երկու երրորդը (64 տոկոս) և տղամարդկանց կեսից ավելին (55 տոկոս) ամուսնացած են կամ բնակվում են համատեղ: Քանի որ տղամարդիկ սովորաբար ավելի մեծ տարիքում են ամուսնանում, քան կանայք, 15-49 տարեկան հարցված տղամարդկանց 43 տոկոսը երբևէ ամուսնացած չի եղել՝ համեմատած 15-49 տարեկան հարցված կանանց 30 տոկոսի հետ: Կանանց 6 տոկոսն ամուսնալուծված է, բաժանված կամ այրի, տղամարդկանց շրջանում այս ցուցանիշը կազմել է ընդամենը 2 տոկոս: Համեմատած ՀԺԱՀ 2000-ի տվյալների հետ՝ վերջին 15 տարիների ընթացքում ամուսնացած կամ համատեղ բնակվող կանանց մասնաբաժինը շատ չի փոխվել (64-ական տոկոս 2000թ-ին և 2015-16 թթ-ին), մինչդեռ 15-49 տարեկան ամուսնացած կամ համատեղ բնակվող տղամարդկանց մասնաբաժինը զգալիորեն տատանվել է (2000 թ-ին 65 տոկոս, 2005 թ-ին՝ 56, 2010 թ-ին՝ 54 և 2015-16 թթ-ին 55 տոկոս): Վերջին հինգ տարիների կտրվածքով այս ցուցանիշները գրեթե չեն փոփոխվել: Մի քանի տարբերություններ են գրանցվել վերջին 5 տարիների ընթացքում, մասնավորապես, ամուսնացած կամ համատեղ բնակվող կանանց մասնաբաժինը աճել է (2010 թ-ին 61 տոկոս, 2015-16 թթ-ին՝ 64), իսկ ահա տղամարդկանց շրջանում մնացել է կայուն (2010 թ-ին 54 տոկոս, 2015-16 թթ-ին՝ 55):

Հարցվողների երեք հինգերորդն ապրում է քաղաքային բնակավայրերում, ընդ որում, քաղաքային բնակչության մեծամասնությունն ապրում է Երևանում: Հարցվողների բաշխումը մեծապես տարբերվում է ըստ մարզերի: Այսպես, 15-49 տարեկան կանանց գրեթե մեկ երրորդն ապրում է Երևանում՝ համեմատած Վայոց Ձորում ապրող կանանց 2 տոկոսի հետ:

Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ մեծամասամբ բարձր կրթական մակարդակ ունեն: Կանանց 93 տոկոսը և տղամարդկանց 87 տոկոսն առնվազն հաճախել է որևէ միջնակարգ ուսումնական հաստատություն: Կանանց 31 տոկոսը և տղամարդկանց 27 տոկոսն ունեն բարձրագույն կրթություն:

Աղյուսակ 2 Հարցվողների հիմնական բնութագրիչներ

15-49 տարեկան կանանց և տղամարդկանց տոկոսային բաշխումը, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Կանայք			Տղամարդիկ		
	Կշռված տոկոս	Կշռված թվաքանակ	Չկշռված թվաքանակ	Կշռված տոկոս	Կշռված թվաքանակ	Չկշռված թվաքանակ
Տարիք						
15-19	11.9	725	743	12.5	345	346
20-24	15.2	928	922	17.0	467	450
25-29	18.0	1,099	1,076	16.9	464	477
30-34	16.5	1,007	1,005	15.5	427	434
35-39	14.2	867	874	13.6	376	373
40-44	12.8	784	782	12.6	346	341
45-49	11.5	706	714	12.0	330	334
Ամուսնական կարգավիճակ						
Երբևէ չամուսնացած	29.9	1,830	1,747	43.2	1,190	1,179
Ամուսնացած	63.3	3,870	3,973	49.4	1,361	1,368
Համատեղ բնակվող	0.4	25	25	5.3	145	159
Ամուսնալուծված/ բաժանված	4.3	262	244	2.0	56	46
Այրի	2.1	128	127	0.1	3	3
Քնակավայր						
Քաղաքային	59.8	3,657	3,545	56.5	1,558	1,522
Գյուղական	40.2	2,459	2,571	43.5	1,197	1,233
Մարզ						
Երևան	32.7	2,001	1,055	30.2	833	440
Արագածոտն	5.2	315	453	5.8	159	228
Արարատ	9.0	552	597	10.5	290	313
Արմավիր	9.6	586	642	9.7	268	284
Գեղարքունիք	7.8	478	551	8.5	235	268
Լոռի	5.8	355	337	6.7	184	164
Կոտայք	11.1	678	659	10.8	299	288
Շիրակ	8.3	510	536	7.3	201	191
Սյունիք	3.9	238	383	3.8	104	174
Վայոց Ձոր	1.9	119	405	2.0	56	186
Տավուշ	4.6	283	498	4.6	126	219
Կրթություն						
Չունի կրթություն	0.1	8	8	0.2	5	6
Հիմնական	6.5	396	406	13.1	360	379
Միջնակարգ	40.0	2,444	2,579	45.4	1,250	1,293
Միջին մասնագիտական	22.2	1,359	1,443	14.6	403	422
Բարձրագույն	31.2	1,909	1,680	26.7	736	655
Բարեկեցության քվինտիլ						
Ամենացածր	17.7	1,081	1,137	19.0	523	536
Երկրորդ	20.3	1,242	1,358	21.2	583	626
Միջին	18.7	1,142	1,324	18.9	521	608
Չորրորդ	21.0	1,287	1,293	20.5	566	565
Ամենաբարձր	22.3	1,365	1,004	20.4	562	420
Ընդամենը 15-49	100.0	6,116	6,116	100.0	2,755	2,755

Նշում: Կրթական մակարդակի կատեգորիաները վերաբերում են հաճախած ամենաբարձր կրթական մակարդակին՝ անկախ այն ավարտելու փաստից:

3.3 Ծնելիություն

ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակում հարցազրույցի մասնակցած բոլոր կանայք պատասխանել են իրենց վերարտադրողական պատմության վերաբերյալ հարցերին: Յուրաքանչյուր կին նախ հարցվել է իր ունեցած բոլոր հղիությունների էլքերի մասին՝ ավարտված կենդանի ծնունդով, մեռելածնությամբ, աբորտով (հղիության արհեստական ընդհատում) կամ վիժումով: Այս ընդհանուր տվյալները հավաքագրելուց հետո տեղեկություններ են հավաքագրվել դեպք առ

դեպք՝ յուրաքանչյուր հղիության մասին առանձին: Յուրաքանչյուր հղիության համար գրանցվել է հղիության ավարտի ամսաթիվը, ամիսը և տարին և հղիության արդյունքը: Բոլոր հղիությունների մասին տեղեկությունները հավաքագրվել են ըստ ժամանակագրական հաջորդականության՝ սկսած առաջին հղիությունից մինչ ամենավերջինը: Յուրաքանչյուր կենդանի ծնունդի համար տեղեկատվություն է հավաքագրվել երեխայի սեռի, զոյատնման կարգավիճակի և տարիքի մասին (կենդանի երեխաների համար), և մահվան ժամանակ տարիքի մասին (մահացած երեխաների համար):

Աղյուսակ 3-ում ներկայացված են հետազոտությանը նախորդող երեք տարիների ընթացքում կանանց ծնելիության տարիքային գործակիցները (ՄՏԳ)՝ ըստ հնգամյա տարիքային խմբերի: Ծնելիության տարիքային և գումարային գործակիցները հաշվարկվել են ուղղակիորեն հղիության պատմության մեջ հավաքագրված տվյալներից: Ծնելիության տարիքային գործակիցների գումարը (հայտնի է որպես ծնելիության գումարային գործակից կամ ՄԳԳ) ծնելիության մակարդակի ընդհանուր ցուցանիշն է: Այն բնութագրվում է որպես երեխաների թվաքանակ, որ կինը կունենա մինչ իր մանկածնման տարիքի ավարտը՝ ծնելիության տարիքային ընթացիկ գործակիցների պահպանման դեպքում: Եթե ծնելիությունը մնար հաստատուն ընթացիկ մակարդակներում, ապա Հայաստանում մեկ կինն իր ամբողջ կյանքի ընթացքում պետք է ունենար 1.7 երեխա: Այս ցուցանիշը ցածր է բնակչության պարզ վերարտադրությունն ապահովող ծնելիության գործակիցից (2.0-ից մի փոքր ավելի բարձր): Ծնելիությունը գրեթե նույնն է քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի կանանց շրջանում (համապատասխանաբար 1.7 և 1.8): Ըստ տարիքային խմբերի՝ 15-24 տարեկան տարիքային խմբում ծնելիությունն ավելի բարձր է գյուղական բնակավայրերի կանանց շրջանում, քան քաղաքային բնակավայրերի, իսկ 30-34 և հատկապես 35-39 տարեկան տարիքային խմբերում ծնելիությունն ավելի բարձր է քաղաքային բնակավայրերի կանանց շրջանում, քան գյուղական բնակավայրերի:

Գծապատկեր 1-ում ներկայացված են ՄԳԳ միտումները՝ սկսած ՀՏԱՀ 2000-ից: ՀՏԱՀ 2015-16-ի արդյունքներով գործակիցը 1.7 է, այսինքն՝ նույնը, ինչ արձանագրվել էր ՀՏԱՀ 2000-ի, ՀՏԱՀ 2005-ի և ՀՏԱՀ 2010-ի արդյունքներով: Այսպիսով, Հայաստանում ծնելիության ընդհանուր մակարդակի փոփոխություններ վերջին 15 տարիների ընթացքում չեն գրանցվել:

Աղյուսակ 3 Ընթացիկ ծնելիություն

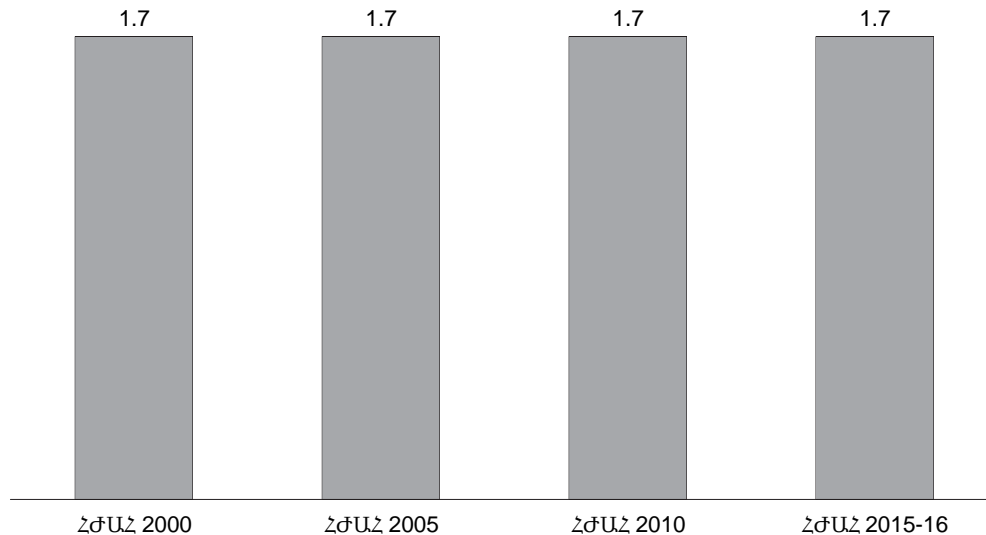
Ծնելիության տարիքային և գումարային գործակիցները, ծնելիության հատուկ գործակիցը և ծնելիության ընդհանուր գործակիցը հետազոտությանը նախորդող երեք տարիների կտրվածքով, ըստ բնակավայրերի, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Տարիքային խումբ	Բնակավայր		
	Քաղաքային	Գյուղական	Ընդամենը
15-19	11	39	24
20-24	108	148	124
25-29	119	112	116
30-34	58	49	55
35-39	31	15	25
40-44	3	4	4
45-49	2	0	1
ՄԳԳ(15-49)	1.7	1.8	1.7
ՄՀԳ	62	67	64
ՄԸԳ	12.7	13.2	12.9

Նշում: Ծնելիության տարիքային գործակիցներն արտահայտված են 1000 կնոջ հաշվով: 45-49 տարեկան տարիքային խմբի ցուցանիշը հնարավոր է ունենա շեղումներ կլորացման պատճառով: Ցուցանիշները ներկայացված են հարցագրույցին նախորդող 1-36 ամիսների կտրվածքով: ՄԳԳ - Ծնելիության գումարային գործակից՝ արտահայտված մեկ կնոջ հաշվով
ՄՀԳ - Ծնելիության հատուկ գործակից՝ արտահայտված 15-44 տարեկան 1000 կնոջ հաշվով
ՄԸԳ - Ծնելիության ընդհանուր գործակից՝ արտահայտված 1000 մարդու հաշվով

Գծապատկեր 1 Ծնելիության գումարային գործակցի միտումները, 2000-2016

Ծնունդները՝ մեկ կնոջ հաշվով



Աղյուսակ 4-ում ներկայացված են ՀԺԱՀ 2015-16-ի արդյունքներով ստացված աբորտների տարիքային գործակիցները և աբորտների գումարային գործակիցները (ԱԳԳ): Այս գործակիցները հաշվարկվում են նույն եղանակով, ինչ ծնելիության գործակիցները: Ներկայացված գործակիցները վերաբերվում են հետազոտությանը նախորդող երեք տարիներին: ԱԳԳ-ն բնութագրվում է որպես աբորտների թվաքանակ, որ կինը կունենա իր կյանքի ընթացքում՝ իր մանկածնման տարիներին աբորտների տարիքային ընթացիկ գործակիցների պահպանման դեպքում:

Հայաստանում աբորտների գումարային գործակիցը 0.6 է՝ մեկ կնոջ հաշվով: Սա նշանակում է, որ Հայաստանում աբորտների միջին թվաքանակը, որ մեկ կինը կունենա՝ ըստ աբորտների ընթացիկ գործակցի, հավասար է մոտավորապես այն ծնունդների թվաքանակի մեկ երրորդին, որ նա կունենա (1.7):

Աբորտների տարիքային գործակիցն առավելագույն մակարդակի է հասնում 25-29 տարեկան տարիքային խմբում, և նվազում՝ ավելի մեծ տարիքի կանանց շրջանում:

Վերջին 15 տարիների ընթացքում ԱԳԳ-ն եապես նվազել է՝ 2000 թ-ի 2.6-ից և 2005 թ-ի 1.8-ից հասնելով 0.8-ի 2010 թ-ին և 0.6-ի 2015-16 թթ-ին:

Աղյուսակ 4 Աբորտների ընթացիկ ցուցանիշ

Աբորտների տարիքային գործակիցը, աբորտների գումարային գործակիցը և աբորտների հատուկ գործակիցը հետազոտությանը նախորդող 3 տարիների կտրվածքով, ըստ բնակավայրի, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Տարիքային խումբ	Բնակավայր		
	Քաղաքային	Գյուղական	Ընդամենը
15-19	2	2	2
20-24	17	24	19
25-29	30	63	42
30-34	20	45	29
35-39	15	19	16
40-44	8	10	9
45-49	0	0	0
ԱԳԳ	0.4	0.8	0.6
ԱՀԳ	16	28	21

ԱԳԳ - Աբորտների գումարային գործակից 15-49 տարեկանների համար՝ արտահայտված մեկ կնոջ հաշվով

ԱՀԳ - Աբորտների հատուկ գործակից (աբորտների թվաքանակը բաժանած 15-44 տարեկան կանանց թվաքանակի վրա՝ արտահայտված 1000 կնոջ հաշվով)

3.4 Դեռահասների հղիություն և մայրություն

Դեռահասների հղիությունը և մայրությունը կարևոր հիմնահարց է՝ թե՛ առողջական, թե՛ սոցիալական տեսանկյունից: Շատ երիտասարդ մայրերի երեխաների մոտ հիվանդությունների և մահվան ավելի մեծ վտանգ կա: Դեռահաս մայրերի համար հղիությունը կարող է բացասական հետևանքներ ունենալ, ինչպես նաև խոչընդոտել կրթություն ստանալուն և կրթական հնարավորություններից օգտվելուն՝ համեմատած այն երիտասարդ կանանց հետ, ովքեր որոշում են հետաձգել հղիությունը:

Աղյուսակ 5-ում ներկայացված է 15-19 տարեկան այն կանանց տոկոսը, ովքեր արդեն ծննդաբերել են կամ հղի են եղել իրենց առաջին երեխայով հետազոտության անցկացման ժամանակ՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների: Ընդհանուր առմամբ, 15-19 տարեկան կանանց 4 տոկոսն արդեն սկսել է մանկածնման գործընթացը, նրանցից 3 տոկոսն արդեն ծննդաբերել է, 1 տոկոսը եղել է հղի հարցազրույցի ժամանակ: Երիտասարդ կանանց շրջանում մանկածնման գործընթացը չի սկսվել նախքան 16 տարեկանը, այնուհետև, տարիքին զուգընթաց, այս կանանց մասնաբաժինը սկսում է կտրուկ աճել՝ հասնելով 19 տարեկանների մոտ 12 տոկոսի: Գյուղական բնակավայրերի դեռահասները և Արմավիրում բնակվող դեռահասներն ավելի շուտ են սկսում մանկածնման գործընթացը, քան մյուս դեռահասները: Բարեկեցության ամենաբարձր քվինտիլում գտնվող դեռահասներն ավելի քիչ են հակված մանկածնման գործընթացը սկսելուն, քան մյուս քվինտիլներում գտնվողները:

Ազգային մակարդակով դեռահասների հղիության և մայրության միտումների միջև տարբերությունները ՀԺԱՀ 2000-ի, ՀԺԱՀ 2005-ի, ՀԺԱՀ 2010-ի և ՀԺԱՀ 2015-16-ի միջև շատ քիչ են (2000 թ-ին 6 տոկոս, 2005 թ-ին և 2010 թ-ին՝ 5-ական, 2015-16 թթ-ին՝ 4 տոկոս):

Աղյուսակ 5 Դեռահասների հղիություն և մայրություն

15-19 տարեկան կանանց տոկոսը, որ ունեցել է կենդանի ծնունդ, հղի է առաջին երեխայով, և տոկոսը, որ սկսել է մանկածնման գործընթացը, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	15-19 տարեկան կանանց			
	տոկոսը, որ		Տոկոսը, որ սկսել է մանկածնման գործընթացը	Կանանց թվաքանակ
	Ունեցել է կենդանի ծնունդ	Հղի է առաջին երեխայով		
Տարիք				
15	0.0	0.0	0.0	137
16	0.0	0.4	0.4	156
17	0.4	0.7	1.1	156
18	4.8	0.8	5.5	135
19	8.0	3.5	11.6	140
Բնակավայր				
Քաղաքային	0.9	0.3	1.2	386
Գյուղական	4.4	2.0	6.3	339
Մարզ				
Երևան	1.0	0.5	1.5	216
Արագածոտն	(3.2)	(0.0)	(3.2)	31
Արարատ	1.0	0.0	1.0	63
Արմավիր	8.1	3.8	11.8	72
Գեղարքունիք	4.0	0.0	4.0	78
Լոռի	(0.0)	(0.0)	(0.0)	37
Կոտայք	1.1	1.1	2.2	82
Շիրակ	5.4	3.9	9.3	56
Սյունիք	0.0	0.0	0.0	35
Վայոց Ձոր	1.5	1.8	3.4	17
Տավուշ	4.0	1.5	5.6	39
Կրթություն				
Հիմնական	2.3	1.8	4.1	133
Միջնակարգ	3.4	1.2	4.6	354
Միջին մասնագիտական	2.5	1.0	3.5	122
Բարձրագույն	0.2	0.0	0.2	116
Բարեկեցության քվինտիլ				
Ամենացածր	4.5	1.6	6.1	150
Երկրորդ	3.1	1.8	4.9	154
Միջին	3.2	0.7	3.9	138
Չորրորդ	1.8	0.8	2.6	130
Ամենաբարձր	0.0	0.4	0.4	153
Ընդամենը	2.5	1.1	3.6	725

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշները հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա:

3.5 Ծնելիության հետ կապված նախապատվություններ

Ծնելիության հետ կապված նախապատվությունների վերաբերյալ տեղեկություններն օգտագործվում են գնահատելու համար ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների նկատմամբ գոյություն ունեցող պոտենցիալ պահանջը, որն ուղղված է հետագայում հղիությունից խուսափելուն կամ այն հետաձգելուն: Ծնելիության հետ կապված նախապատվությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար ներկայումս ամուսնացած կանանց (հղի և ոչ) տրվել են մի շարք հարցեր, այդ թվում՝ արդյոք նրանք ցանկանում են ունենալ երեխա/ևս մեկ երեխա, թե՛ ոչ, եթե ցանկանում են, ապա ինչքան ժամանակից:

Աղյուսակ 6-ը ցույց է տալիս, որ Հայաստանում ամուսնացած կանանց մեծամասնությունը ցանկանում է վերահսկել իրենց հետագա հղիությունները: Հարցվողների

կեսից ավելին (54 տոկոս) այլևս չեն ցանկանում երեխաներ ունենալ կամ ստերիլացված են: Այլևս երեխաներ չունենալու ցանկությունն աճում է կենդանի երեխաների թվի աճին զուգընթաց: Օրինակ, երեխաներ չունեցող ամուսնացած կանանց մեծամասնությունը ցանկանում է ունենալ երեխա, նրանց 70 տոկոսը ցանկանում է շուտով երեխա ունենալ: Մյուս կողմից, 2 երեխա ունեցող 10 կնոջից 6-ը, և 3 երեխա ունեցող 10 կնոջից 8-ը չեն ցանկանում այլևս երեխաներ ունենալ:

Աղյուսակ 6 Ծնելիության հետ կապված նախապատվությունները՝ ըստ կենդանի երեխաների թվի

Ներկայումս ամուսնացած 15-49 տարեկան կանանց տոկոսային բաշխումը՝ ըստ երեխա ունենալու ցանկության և կենդանի երեխաների թվի, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Երեխաներ ունենալու ցանկություն	Կենդանի երեխաների թվաքանակ ¹					Ընդամենը
	0	1	2	3	4+	
Ունենալ շուտով ²	69.7	26.3	5.3	0.9	0.0	11.2
Ունենալ ավելի ուշ ³	0.0	38.7	8.7	1.4	1.7	12.0
Ունենալ, չի որոշել, թե երբ	2.5	7.2	2.4	1.4	0.6	3.0
Չի որոշել/չգիտի	2.9	6.9	15.8	7.9	4.5	11.4
Այլևս չունենալ	3.0	8.8	60.4	80.1	77.9	52.8
Ստերիլացված է ⁴	0.0	0.7	0.4	1.2	2.8	0.7
Անպտուղ է	21.9	11.2	7.1	7.2	12.5	8.8
Պատասխան չկա	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1
Ընդամենը	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Կանանց թվաքանակ	195	719	2,009	811	161	3,895

¹ Ընթացիկ հղիությունը ևս ներառված է կենդանի երեխաների թվում

² Ցանկանում է հղիանալ հաջորդ 2 տարիների ընթացքում

³ Ցանկանում է հետաձգել հղիությունը 2 կամ ավելի տարով

⁴ Ներառում է և՛ կնոջ, և՛ տղամարդու ստերիլացումը

Վերջին 15 տարիների ընթացքում ամուսնացած կանանց այն մասնաբաժինը, ովքեր այլևս չեն ցանկանում հղիանալ, նվազել է, ընդ որում՝ առավել կտրուկ անկում նկատվել է վերջին 10 տարիների ընթացքում, այն մասնաբաժինը, ովքեր չեն ցանկանում ևս մեկ երեխա ունենալ կամ ստերիլացված են, նվազել է՝ 2000 թ-ի 74 տոկոսից հասնելով 71 տոկոսի 2005 թ-ին, 58 տոկոսի 2010 թ-ին և 54 տոկոսի 2015-16 թթ-ին: Աճ է գրացվել ամուսնացած այն կանանց շրջանում, ովքեր ասում են, որ չեն կարող հղիանալ (2000 թ-ին 3 տոկոս, 2005 թ-ին՝ 4, 2010 թ-ին 8 և 2015-16 թթ-ին՝ 9 տոկոս), և նրանց շրջանում, ովքեր ասում են, որ չեն որոշել՝ արդյոք ցանկանում են ևս մեկ երեխա, թե՛ ոչ (2000 թ-ին 4 տոկոս, 2005 թ-ին՝ 3, 2010 թ-ին՝ 9 և 2015-16 թթ-ին՝ 11 տոկոս): Ամուսնացած կանանց այն մասնաբաժինը, ովքեր ցանկանում են շուտով երեխա/ևս մեկ երեխա ունենալ մի փոքր մեծացել է (2000 թ-ին 8 տոկոս, 2005 թ-ին՝ 9, 2010 թ-ին 10 և 2015-16 թթ-ին՝ 11 տոկոս)՝ չնայած տարբերությունը շատ փոքր է:

3.6 Հակաբեղմնավորման մեթոդներ (ընտանիքի պլանավորում)

Ընտանիքի պլանավորում ասելով՝ նկատի ունենք անձի կամ զույգի՝ հղիությունը հետաձգելու կամ այլևս երեխաներ չունենալու գիտակցված ջանքերը՝ հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միջոցով: Հակաբեղմնավորման մեթոդների մեջ դասակարգում են ժամանակակից և ավարդական մեթոդները: Ժամանակից մեթոդներն են կնոջ ստերիլացում, տղամարդու ստերիլացում, ներարգանդային միջոցներ, իմպլանտներ, ներարկումներ, հաբեր, պահպանակ, շտապ բեղմնականխում, լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ (ԼԱՄ): Ռիթմիկ մեթոդը, ընդհատված սեռական հարաբերությունը և այլ ժողովրդական միջոցները համարվում են ավանդական մեթոդներ:

Աղյուսակ 7-ում ներկայացված է ներկայումս ամուսնացած կանանց տոկոսային բաշխումը՝ ըստ հակաբեղմնավորման մեթոդի օգտագործման և ըստ հիմնական բնութագրիչների: Վերարտադրողական տարիքի հինգ ամուսնացած կանանցից գրեթե երեքն օգտագործում է հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդ: Ամուսնացած կանայք ավելի շատ ավանդական մեթոդներ են օգտագործում (29 տոկոս), քան ժամանակակից (28 տոկոս): Ամենաշատն օգտագործվող մեթոդը ընդհատված սեռական հարաբերությունն է (25 տոկոս), որին հաջորդում են տղամարդու պահպանակը (15 տոկոս) և ներարգանդային միջոցները (9 տոկոս):

Հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման ցուցանիշը տարիքին զուգահեռ աճում է և հասնում իր գագաթնակետին՝ 66 տոկոս, ներկայումս ամուսնացած 30-39 տարեկան կանանց շրջանում, ապա նվազում է մինչև 42 տոկոս՝ 45-49 տարեկան կանանց շրջանում:

Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանի կանայք, նախքան առնվազն մեկ երեխա ունենալը, հակված չեն հակաբեղմնավորման մեթոդներ օգտագործելուն: Հակաբեղմնավորման մեթոդների ընդհանուր օգտագործման ցուցանիշն ամուսնացած կանանց շրջանում էապես չի տարբերվում ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի (համապատասխանաբար 57 և 58 տոկոս): Սակայն, քաղաքային բնակավայրերի կանայք առավել հակված են հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդների օգտագործմանը, քան գյուղական բնակավայրերի կանայք (համապատասխանաբար 32 և 23 տոկոս):

Ըստ մարզերի՝ հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման ցուցանիշն էապես տարբերվում է: Ժամանակակից մեթոդների օգտագործման ամենաբարձր ցուցանիշը Երևանում է (40 տոկոս), որին հաջորդում են Արագածոտնը և Արարատը (35-ական տոկոս), իսկ մյուս մարզերում այս ցուցանիշը կազմում է ամուսնացած կանանց 13-27 տոկոսը: Կնոջ ստերիլացումը տարածված մեթոդ չէ: Այս մեթոդի օգտագործման ամենաբարձր ցուցանիշները գրանցվել են Տավուշում (3 տոկոս) և Արարատում (2 տոկոս)՝ համեմատած մյուս մարզերի հետ, որտեղ ցուցանիշը 1 տոկոսից էլ ցածր է: Ընդհատված սեռական հարաբերությունը (ամենաշատն օգտագործվող մեթոդը) ամենատարածվածն է Վայոց Ձորում և Գեղարքունիքում, որտեղ ամուսնացած կանանց գրեթե կեսն օգտագործում է այն (համապատասխանաբար 54 և 48 տոկոս), մինչդեռ Սյունիքում այս մեթոդն օգտագործում է կանանց ընդհամենը 6 տոկոսը: Ամուսնացած կանանց 13 տոկոսը Արարատում և 11 տոկոսը Երևանում օգտագործում են ներարգանդային միջոցներ՝ համեմատած Սյունիքի 1 տոկոսի հետ: Ներկայումս ամուսնացած կանանց 22 տոկոսը Երևանում, 18-ական տոկոսը Արագածոտնում և Արարատում և 15 տոկոսը Արմավիրում նշել են պահպանակի օգտագործման մասին՝ համեմատած այս մեթոդի օգտագործման 3-5 տոկոսին Լոռիում և Գեղարքունիքում: Ամուսնացած 10 կնոջից 8-ը Սյունիքում (79 տոկոս), 10-ից 6-ը Շիրակում (60 տոկոս), և 10-ից մոտ 4-ը Արմավիրում, Լոռիում, Տավուշում, Երևանում և Կոտայքում (40-44 տոկոս) չի օգտագործում հակաբեղմնավորման ոչ մի մեթոդ:

Ինչպես և ակնկալվում էր, հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդների օգտագործման մակարդակն աճում է կնոջ կրթական մակարդակին զուգահեռ: Բարձրագույն կրթություն ունեցող կանայք ավելի են հակված հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդների օգտագործմանը, քան հիմնական կրթական մակարդակ ունեցող կանայք (համապատասխանաբար 35 և 21 տոկոս): Տարբերությունը հիմնականում ներարգանդային միջոցների, տղամարդու պահպանակի և հաբերի օգտագործման աճի շնորհիվ է: Բարեկեցության մակարդակի աճը ևս դրականորեն է անդրադառնում հակաբեղմնավորման

մեթոդների օգտագործման վրա, մասնավորապես ժամանակակից մեթոդների: Այսպես, բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում գտնվող կանանց 21 տոկոսն է օգտագործում որևէ ժամանակակից մեթոդ՝ բարեկեցության ամենաբարձր քվինտիլում գտնվող կանանց 37 տոկոսի համեմատությամբ:

Ներկայումս ամուսնացած կանանց շրջանում հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդի օգտագործման ցուցանիշը 2000 թ-ի 61 տոկոսից նվազել էր 53 տոկոսի 2005 թ-ին, հետո՝ 2010 թ-ին աճել էր մինչ 55 տոկոս, իսկ 2015-16 թթ-ին այն կազմում է 57 տոկոս: Վերջին 15 տարիների ընթացքում նվազում է արձանագրվել ավանդական մեթոդների օգտագործման առումով (2000 թ-ի 38 տոկոսից² նվազելով մինչև 29 տոկոսի 2015-16 թթ-ին), մասնավորապես ընդհատված սեռական հարաբերության ցուցանիշը 2000 թ-ի 32 տոկոսից նվազել է մինչև 25 տոկոսի 2015-16 թթ-ին: Սյուս կողմից, ներկայումս ամուսնացած կանանց մասնաբաժինը, ովքեր օգտագործում են ժամանակակից մեթոդներ, 2000 թ-ի 22 տոկոսից աճել է մինչև 28 տոկոս 2015-16 թթ-ին (Գծապատկեր 2): Մասնավորապես, տղամարդու պահպանակի օգտագործման աճ է գրանցվել (2000 թ-ի 7 տոկոսից մինչև 15 տոկոս 2015-16 թթ-ին (տվյալները ցուցադրված չեն):

² Այս ցուցանիշը տարբերվում է ՀԺԱՀ 2000-ի հիմնական զեկույցում հրապարակված ցուցանիշից (36.7 տոկոս): Տարբերությունը կայանում է հետևյալում. 2000 թ-ի զեկույցի աղյուսակում «Որևէ ավարդական մեթոդ» կարեգործիչում չէր ներառվել «ժողովրդական մեթոդը», ինչն արվել է 2005, 2010 և 2015-16 թթ. զեկույցների աղյուսակների դեպքում:

Աղյուսակ 7 Հակաբեղմնավորման մեթոդների ընթացիկ օգտագործումը, ըստ հիմնական բնութագրիչների

Ներկայումս ամուսնացած 15-49 տարեկան կանանց տոկոսային բաշխումը, ըստ հակաբեղմնավորման մեթոդի օգտագործման և ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Ժամանակակից մեթոդ										Ավանդական մեթոդ					Կանանց թվաքանակ
	Որևէ մեթոդ	Որևէ ժամանակակից մեթոդ	Ներարգանդային		Ներարգանդային		Տղամարդու պահպանակ		Որևէ ավանդական մեթոդ	Ընդհատ ված սեռ. ռաբարբե ռություն		Ներկայումս չի օգտագործում	Ընդամենը			
			Կոնդոմ	Միջոց	Ներարգանդային	Ներարգանդային	ԼԱՍՄ	Այլ		Ուղիղ	Այլ					
Տարիք																
15-19	(32.4)	(21.9)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(14.0)	(7.8)	(0.0)	(10.5)	(3.1)	(7.4)	(0.0)	(67.6)	100.0	33
20-24	42.5	22.4	0.0	3.9	0.0	2.1	13.2	3.2	0.0	20.1	1.6	18.2	0.4	57.5	100.0	365
25-29	55.0	28.8	0.1	7.7	0.0	2.1	17.3	1.1	0.4	26.1	4.2	21.8	0.1	45.0	100.0	761
30-34	66.4	36.0	0.6	11.8	0.6	2.9	19.5	0.6	0.1	30.4	3.6	26.3	0.6	33.6	100.0	826
35-39	66.2	32.2	1.0	11.8	0.0	3.7	15.5	0.0	0.1	34.0	4.2	29.3	0.6	33.8	100.0	709
40-44	60.9	26.6	0.8	10.3	0.4	2.9	12.1	0.1	0.0	34.4	6.3	27.7	0.4	39.1	100.0	639
45-49	41.7	15.4	1.7	4.6	0.0	1.9	7.2	0.0	0.0	26.4	2.1	24.3	0.0	58.3	100.0	562
Բնակավայր																
Քաղաքային	56.5	31.9	0.7	9.5	0.3	3.0	17.4	0.8	0.2	24.5	4.9	19.3	0.4	43.5	100.0	2,221
Գյուղական	58.1	22.7	0.7	8.1	0.0	2.2	11.2	0.6	0.0	35.3	2.5	32.5	0.3	41.9	100.0	1,674
Սարգ																
Երևան	58.4	40.1	0.9	11.0	0.6	4.1	22.3	1.0	0.2	18.3	6.3	11.6	0.4	41.6	100.0	1,140
Արագածոտն	63.0	35.3	0.0	8.7	0.0	7.8	17.8	1.0	0.0	27.7	0.9	26.8	0.0	37.0	100.0	187
Արարատ	66.1	34.7	1.8	13.4	0.0	0.8	18.1	0.5	0.0	31.4	4.4	26.9	0.1	33.9	100.0	360
Արմավիր	59.7	22.4	0.5	5.0	0.0	2.3	14.6	0.0	0.0	37.3	0.8	35.6	0.9	40.3	100.0	405
Գեղարքունիք	69.7	19.3	0.0	9.7	0.0	2.1	5.4	1.9	0.2	50.5	2.4	47.7	0.4	30.3	100.0	298
Լոռի	60.0	13.4	0.0	8.0	0.0	2.4	3.0	0.0	0.0	46.6	1.5	44.2	0.9	40.0	100.0	214
Կոտայք	55.6	23.2	0.5	8.8	0.0	0.8	12.1	1.0	0.0	32.4	3.9	28.5	0.0	44.4	100.0	476
Շիրակ	40.6	18.7	0.0	7.1	0.0	2.6	8.7	0.3	0.0	22.0	6.5	15.5	0.0	59.4	100.0	349
Սյունիք	20.8	13.1	0.3	1.2	0.0	0.3	10.8	0.4	0.0	7.7	1.3	6.4	0.0	79.2	100.0	172
Վայոց Ձոր	68.5	13.4	0.3	4.8	0.0	0.3	7.6	0.4	0.0	55.1	0.7	54.4	0.0	31.5	100.0	87
Տավուշ	60.3	26.8	2.5	8.8	0.0	1.9	12.1	0.3	1.2	33.6	1.1	31.4	1.0	39.7	100.0	208
Կրթություն																
Հիմնական	59.0	20.5	0.0	4.9	0.0	0.8	13.6	1.1	0.0	38.5	1.9	35.7	0.9	41.0	100.0	205
Միջնակարգ	58.1	24.0	1.0	7.5	0.1	2.3	12.4	0.8	0.1	34.1	2.7	31.1	0.3	41.9	100.0	1,669
Միջին մասնագիտական	56.4	28.5	0.6	11.1	0.2	2.0	13.9	0.2	0.3	27.9	3.8	23.6	0.5	43.6	100.0	952
Բարձրագույն	55.8	35.2	0.5	9.8	0.2	4.1	19.3	1.1	0.2	20.6	6.0	14.4	0.2	44.2	100.0	1,063
Բարեկեցության քվինտիլ																
Ամենացածր	58.6	21.1	0.7	7.5	0.0	2.2	10.2	0.5	0.0	37.6	2.5	34.7	0.4	41.4	100.0	695
Երկրորդ	56.8	24.6	0.6	8.2	0.0	2.1	12.7	0.6	0.3	32.2	2.3	29.6	0.3	43.2	100.0	834
Միջին	54.4	25.2	0.5	7.5	0.3	2.1	13.2	1.3	0.2	29.2	2.4	26.6	0.3	45.6	100.0	721
Չորրորդ	55.2	30.3	0.6	9.0	0.0	2.5	17.3	0.8	0.1	24.9	4.9	19.6	0.4	44.8	100.0	790
Ամենաբարձր	60.4	37.2	1.0	11.8	0.5	4.2	19.2	0.5	0.0	23.2	6.7	16.2	0.4	39.6	100.0	855
Կենդանի երեխաների թվաքանակը																
0	2.3	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.5	1.6	0.0	97.7	100.0	261
1-2	60.3	31.4	0.5	10.0	0.3	3.0	16.7	0.8	0.2	28.9	4.3	24.1	0.4	39.7	100.0	2,690
3-4	64.1	26.1	1.2	8.4	0.0	2.5	13.5	0.4	0.0	38.1	3.6	34.3	0.2	35.9	100.0	908
5+	(46.7)	(23.9)	(7.2)	(5.0)	(0.0)	(0.0)	(5.4)	(6.3)	(0.0)	(22.7)	(0.0)	(22.7)	(0.0)	(53.3)	100.0	36
Ընդամենը		28.0	0.7	8.9	0.2	2.6	14.7	0.7	0.1	29.2	3.8	25.0	0.3	42.9	100.0	3,895

Նշում: Եթե օգտագործվում է մեկից ավելի մեթոդ, այս աղյուսակում հաշվարկվում է միայն ամենաարդյունավետ մեթոդը: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկողմնորոշված զույգերի վրա: Ընդամենը ներառում է նաև առանց որևէ կրթության յոթ դեպք, որոնք առանձին ցույց տրված չեն: ԼԱՍՄ = Լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ

3.7 Ընտանիքի պլանավորման կարիքը և պահանջը

Ընտանիքի պլանավորման չբավարարված կարիքը վերաբերում է վերարտադրողական տարիքի այն կանանց, ովքեր չեն օգտագործում հակաբեղմնավորման մեթոդներ, բայց ցանկանում են հետաձգել իրենց հաջորդ հղիությունը կամ այլևս երեխաներ չունենալ: Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների չբավարարված կարիք ունեցող կանանց

բնակչության չափի և կառուցվածքի գնահատումը կարող է օգտակար լինել վերարտադրողական առողջության ծրագրերի պլանավորման համար:

ԺԱՀ ծրագրի շրջանակներում ընտանիքի պլանավորման չբավարարված կարիք ունեցող կանանց որոշելու չափանիշները վերջերս վերանայվել են (Bradley et al. 2012): շենց այս վերանայված սահմանումն է օգտագործվել որոշելու համար ընտանիքի պլանավորման չբավարարված կարիք ունեցող կանանց (Աղյուսակ 8): Մասնավորապես, համարվում է, որ կանայք ունեն չբավարարված կարիք՝ իրենց հաջորդ հղիությունը հետաձգելու հետ կապված, եթե նրանք.

- Ունեն հղիանալու հավանականություն, չեն օգտագործում հակաբեղմնավորման մեթոդներ, ցանկանում են հղիանալ հաջորդ 2 տարիների ընթացքում կամ համոզված չեն, թե երբ են ցանկանում հղիանալ, կամ արդյոք ցանկանում են հղիանալ, թե՛ ոչ:
- Ունեն անժամանակ հղիություն
- Անժամանակ հղիությունից հետո մինչև 2 տարի գտնվում են հետձննդաբերական ամենորեայի փուլում և չեն օգտագործում հակաբեղմնավորման մեթոդներ

Համարվում է, որ կանայք ունեն չբավարարված կարիք՝ այլևս երեխաներ չունենալու հետ կապված, եթե նրանք.

- Ունեն հղիանալու հավանականություն, չեն օգտագործում հակաբեղմնավորման մեթոդներ և այլևս չեն ցանկանում երեխաներ ունենալ
- Ունեն անցանկալի հղիություն
- Անցանկալի հղիությունից հետո մինչև 2 տարի գտնվում են հետձննդաբերական ամենորեայի փուլում և չեն օգտագործում հակաբեղմնավորման մեթոդներ

Կանայք, ովքեր անպտուղ են, չունեն ընտանիքի պլանավորման չբավարարված կարիք, քանի որ չունեն հղիանալու հավանականություն:

Հակաբեղմնավորման մեթոդներ օգտագործող կանանց դեպքում համարվում է, որ ընտանիքի պլանավորման կարիքը բավարարված է: Կանայք, ովքեր օգտագործում են հակաբեղմնավորման մեթոդներ և ասում են, որ այլևս չեն ցանկանում ունենալ երեխաներ, համարվում է, որ ունեն բավարարված կարիք՝ այլևս երեխաներ չունենալու հետ կապված, և կանայք, ովքեր օգտագործում են հակաբեղմնավորման մեթոդներ և ասում են, որ ցանկանում են հետաձգել իրենց հաջորդ հղիությունը կամ համոզված չեն, թե երբ են ցանկանում հղիանալ, կամ արդյոք ցանկանում են հղիանալ, թե՛ ոչ, համարվում է, որ ունեն բավարարված կարիք՝ իրենց հաջորդ հղիությունը հետաձգելու հետ կապված:

Ի վերջո, ընտանիքի պլանավորման ընդհանուր պահանջը, բավարարված պահանջի տոկոսը, և ժամանակակից մեթոդներով բավարարված պահանջի տոկոսը սահմանվում են հետևյալ կերպ.

- **Ընտանիքի պլանավորման ընդհանուր պահանջ.** չբավարարված կարիքի (հղիությունը հետաձգելու և այլևս չհղիանալու) և ընդհանուր հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման գումարը

- **Բավարարված պահանջի տոկոս.** ընդհանուր հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործումը բաժանած չբավարարված կարիքի և ընդհանուր հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման գումարի վրա
- **Ժամանակակից մեթոդներով բավարարված պահանջի տոկոս.** ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործումը բաժանած չբավարարված կարիքի և ընդհանուր հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման գումարի վրա

Աղյուսակ 8-ում ներկայացված է ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների չբավարարված կարիքը, բավարարված կարիքը և ընդհանուր պահանջը ներկայումս ամուսնացած կանանց համար: Ընդհանուր առմամբ, ներկայումս ամուսնացած կանանց 13 տոկոսն ունի ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների չբավարարված կարիք: Ամուսնացած կանանց 57 տոկոսն ունի ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների բավարարված կարիք, այսինքն՝ նրանք ներկայումս օգտագործում են որևէ հակաբեղմնավորման մեթոդ: Ներկայումս ամուսնացած կանանց 70 տոկոսն ունի ընտանիքի պլանավորման ընդհանուր պոտենցիալ պահանջ, և ընդհանուր պահանջի 82 տոկոսը բավարարված է: Այսպիսով, եթե բոլոր ամուսնացած կանայք, ովքեր նշել են, որ ցանկանում են հետաձգել հղիությունը կամ այլևս երեխաներ չունենալ, օգտագործեին հակաբեղմնավորման որևէ մեթոդ, ապա հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման տոկոսը 57-ից կաճեր մինչ 70 տոկոս:

Ըստ հիմնական բնութագրիչների՝ չբավարարված կարիքի մակարդակները տարբերվում են: Չբավարարված կարիքն ամենաբարձրն է 20-24 տարեկան ամուսնացած կանանց շրջանում (20 տոկոս): Ընդհանուր չբավարարված կարիքը մի փոքր ավելի բարձր է գյուղական բնակավայրերում՝ համեմատած քաղաքային բնակավայրերի հետ (համապատասխանաբար 14 տոկոս և 11 տոկոս): Ամենաբարձր տոկոսը գրանցվել է Շիրակում (22 տոկոս), իսկ ամենացածրը՝ Արագածոտնում և Վայոց Ձորում (5-6 տոկոս): Հիմնական և բարձրագույն կրթություն ունեցող կանայք (14-ական տոկոս) և բարեկեցության միջին քվինտիլում գտնվող կանայք (14 տոկոս) ունեն մի փոքր ավելի բարձր չբավարարված կարիք, քան մյուս կանայք (12-13 տոկոս), սակայն, ըստ կրթական մակարդակի և ըստ բարեկեցության քվինտիլի՝ չբավարարված կարիքը հաստատուն է:

Աղյուսակ 8 Ընտանիքի պլանավորման կարիքը և պահանջը ներկայումս ամուսնացած կանանց շրջանում

Ներկայումս ամուսնացած 15-49 տարեկան այն կանանց տոկոսը, որն ունի ընտանիքի պլանավորման չբավարարված կարիք, տոկոսը, որն ունի ընտանիքի պլանավորման բավարարված կարիք, տոկոսը, որն ունի ընտանիքի պլանավորման բավարարված կարիք և օգտագործում է որևէ ժամանակակից մեթոդ, տոկոսը, որն ունի ընտանիքի պլանավորման պահանջ, տոկոսը, ում մոտ ընտանիքի պլանավորման պահանջը բավարարված է, տոկոսը, ում մոտ ընտանիքի պլանավորման պահանջը բավարարված է ժամանակակից մեթոդներ օգտագործելու միջոցով, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Ընտանիքի պլանավորման բավարարված կարիք (ներկայումս օգտագործող)				Ընտանիքի պլանավորման ընդհանուր պահանջ ³	Բավարարված պահանջի տոկոսը ¹		Կանանց թվաքանակ
	Չբավարարված կարիք	Բոլոր մեթոդները	Ժամանակակից մեթոդները ²	Ժամանակակից մեթոդները ²		Ժամանակակից մեթոդները ²		
						Բոլոր մեթոդները	Ժամանակակից մեթոդները ²	
Տարիք								
15-19	(9.3)	(32.4)	(21.9)	(41.7)	(77.7)	(52.5)		33
20-24	20.4	42.5	22.4	63.0	67.6	35.6		365
25-29	15.6	55.0	28.8	70.6	77.9	40.9		761
30-34	10.1	66.4	36.0	76.5	86.8	47.1		826
35-39	11.2	66.2	32.2	77.5	85.5	41.6		709
40-44	8.5	60.9	26.6	69.5	87.7	38.2		639
45-49	13.1	41.7	15.4	54.8	76.2	28.0		562
Քնակավայր								
Քաղաքային	13.6	56.5	31.9	70.1	80.5	45.6		2,221
Գյուղական	11.0	58.1	22.7	69.0	84.1	32.9		1,674
Մարզ								
Երևան	13.1	58.4	40.1	71.5	81.6	56.1		1,140
Արագածոտն	4.5	63.0	35.3	67.4	93.4	52.4		187
Արարատ	7.7	66.1	34.7	73.8	89.6	47.1		360
Արմավիր	11.2	59.7	22.4	70.8	84.2	31.6		405
Գեղարքունիք	7.5	69.7	19.3	77.3	90.3	24.9		298
Լոռի	12.0	60.0	13.4	72.1	83.3	18.6		214
Կոտայք	15.0	55.6	23.2	70.6	78.7	32.9		476
Շիրակ	22.2	40.6	18.7	62.9	64.6	29.7		349
Սյունիք	17.3	20.8	13.1	38.1	54.6	34.3		172
Վայոց Ձոր	5.5	68.5	13.4	74.0	92.6	18.1		87
Տավուշ	11.8	60.3	26.8	72.2	83.6	37.1		208
Կրթություն								
Հիմնական	13.5	59.0	20.5	72.5	81.4	28.3		205
Միջնակարգ	12.0	58.1	24.0	70.1	82.8	34.3		1,669
Միջին մասնագիտական	11.9	56.4	28.5	68.3	82.5	41.7		952
Բարձրագույն	13.6	55.8	35.2	69.5	80.4	50.7		1,063
Բարեկեցության քվինտիլ								
Ամենացածր	12.7	58.6	21.1	71.3	82.2	29.5		695
Երկրորդ	11.7	56.8	24.6	68.5	82.9	35.9		834
Միջին	13.6	54.4	25.2	68.0	80.0	37.0		721
Չորրորդ	11.7	55.2	30.3	66.9	82.5	45.3		790
Ամենաբարձր	13.0	60.4	37.2	73.4	82.3	50.6		855
Ընդամենը	12.5	57.1	28.0	69.6	82.1	40.2		3,895

Նշում: Այս աղյուսակում ներկայացված թվերը համապատասխանում են չբավարարված կարիքի նոր, վերանայված սահմանմանը (Bradley et al. 2012): Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա: Ընդամենը ներառում է նաև առանց որևէ կրթության յոթ դեպք, որոնք առանձին ցույց տրված չեն:

¹ Բավարարված պահանջի տոկոսը հավասար է բավարարված կարիքը բաժանած ընդհանուր պահանջի վրա:

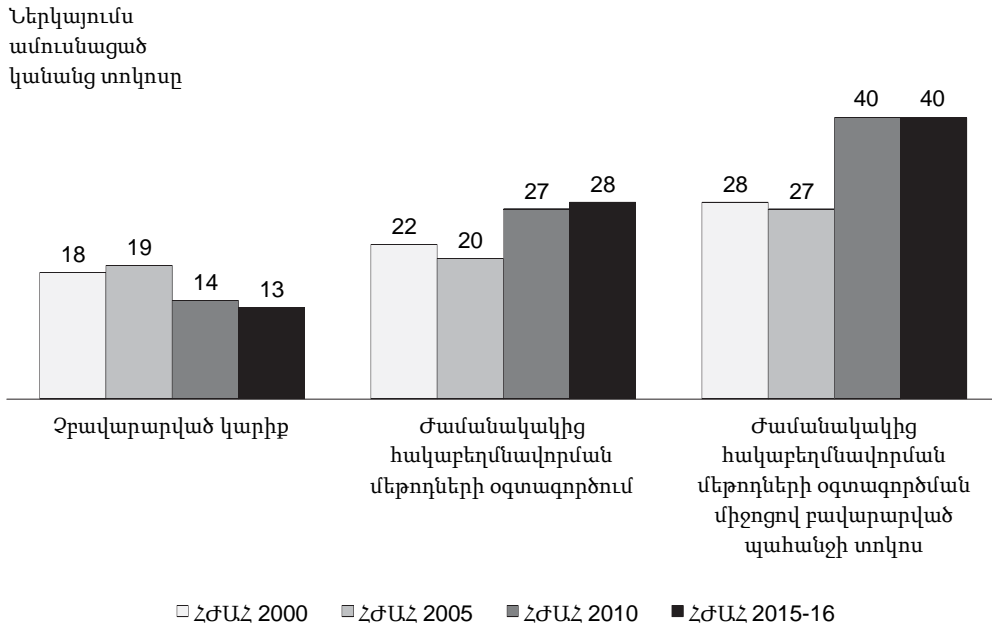
² Ժամանակակից մեթոդներն են կնոջ ստերիլացում, ներարգանդային միջոցներ, իմպլանտներ, ներարկումներ, հաբեր, տղամարդու պահպանակ, շտապ բեղմնականխում, լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ (ԼԱՄ):

³ Ընդհանուր պահանջը չբավարարված և բավարարված կարիքի գումարն է (բոլոր մեթոդներով):

Գծապատկեր 2-ում ցույց է տրվում չբավարարված կարիքի, ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միտումները և ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միջոցով բավարարված պահանջի տոկոսը: Չբավարարված կարիքը 2000 թ-ի և 2005 թ-ի 18-19 տոկոսից նվազել է մինչ 13 տոկոս 2015-16 թթ-

ին: Ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործումն աճել է մինչ 28 տոկոս 2015-16 թթ-ին, այն բանից հետո, երբ 2000 թ-ին կազմել է 22 տոկոս, իսկ 2005 թ-ին՝ 20 տոկոս: Ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միջոցով բավարարված պահանջի տոկոսն աճել է 2000 թ-ի 28 տոկոսից մինչ 2015-16 թթ-ի 40 տոկոսը:³

Գծապատկեր 2 Չբավարարված կարիքի և ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միտումները, ժամանակակից հակաբեղմնավորման մեթոդների օգտագործման միջոցով բավարարված պահանջի տոկոսը, 2000-2016



3.8 Վաղ մանկական մահացություն

Մանկական և երեխաների մահացության ցուցանիշները համարվում են ցանկացած երկրի սոցիալ-տնտեսական վիճակի և կյանքի որակի մասին վկայող հիմնական ցուցանիշներ (ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագիր, 2007 թ.): Մանկական և երեխաների մահացության մասին տվյալներն օգտակար են բնակչության առավել ռիսկային հատվածները նույնականացնելու համար, այնպես որ ծրագրերն ուղղվեն հենց այս թիրախային խմբերին:

ՉԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում մանկական և երեխաների մահացության մասին տվյալները ստացվում են Կանանց հարցաթերթի վերարտադրողականություն բաժնից: Բաժնի սկզբում տրվում են հարցեր կնոջ ունեցած հղիությունների և ծննդաբերությունների ելքերի մասին՝ ներառյալ այն որդիների և դուստրերի քանակը, որ ապրում են այդ տնային տնտեսությունում, նրանց քանակը, որ ապրում են մեկ այլ վայրում, և նրանց քանակը, որ մահացել են: Հղիության պատմությունը լրացնելիս՝ կանանց խնդրում են ներկայացնել իրենց յուրաքանչյուր հղիության ելքը, այսինքն՝ արդյոք հղիությունն ավարտվել է կենդանի ծնունդով,

³ Աղյուսակ 8-ում և Գծապատկեր 2-ում ներկայացված կարիքի ցուցանիշները ուղիղ համեմատականի մեջ չեն չԺԱՀ 2010, չԺԱՀ 2005 և չԺԱՀ 2000-ի հիմնական զեկույցի արդյունքների հետ, քանի որ տարբեր են չբավարարված կարիքի համար օգտագործված սահմանումները: Նախորդ հետազոտությունների տվյալները չբավարարված կարիքի վերաբերյալ վերահաշվարկվել են՝ ըստ նոր առաջարկված սահմանման (Bradley et al. 2012) և հասանելի են հետևյալ հղումով՝ <http://beta.statcompiler.com>

մեռելաճնությամբ, վիժումով, թե արորտով (հղիության արհեստական ընդհատում): Ըստ միջազգային ստանդարտ սահմանման՝ կենդանի ծնունդը բնորոշվում է որպես ցանկացած ծնունդ՝ անկախ հղիության տևողությունից, որը, մոր օրգանիզմից արտամղվելուց կամ դուրսբերվելուց հետո, ցույց է տվել կենդանության որևէ նշան (օրինակ՝ շնչառություն, արտիսիոց կամ մկանների կծկումներ) (ԱՀԿ 1993թ.):

Հղիության պատմության մեջ նշված յուրաքանչյուր կենդանի ծնունդի համար հավաքագրվել է տեղեկատվություն անվան, ծննդյան տարեթվի (ամիսը և տարին), սեռի, կենդանության կարգավիճակի մասին, ինչպես նաև այն մասին, թե արդյոք ծնվել է մեկ, թե մեկից ավելի երեխա: Կենդանի երեխաների համար հավաքագրվել է տեղեկատվություն նաև տարիքի մասին (վերջին ծննդյան օրը) և այն մասին, թե արդյոք երեխան բնակվում է առանձին, թե՝ մոր հետ: Մահացած երեխաների դեպքում հարցվողին խնդրել են ասել տարիքը՝ մահվան պահին: Հետազոտության նախորդող առանձին ժամանակահատվածների համար մահացության տոկոսները հաշվարկվել են՝ օգտագործելով ուղիղ գնահատման ընթացակարգերը:⁴

Այս տեղեկատվությունն օգտագործվում է գնահատելու համար մահացության հետևյալ հինգ ցուցանիշները.

Նորածնային (նեոնատալ) մահացություն	Մահվան հավանականությունը կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում
Հետնորածնային (հետնեոնատալ) մահացություն	Տարբերությունը մանկական և նորածնային մահացությունների միջև
Մանկական մահացություն	Մահվան հավանականությունը մինչև մեկ տարեկան դառնալը
1-5 տարեկան երեխաների մահացություն	Մահվան հավանականությունը 1-ից մինչև 5 տարեկան դառնալը
Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն	Մահվան հավանականությունը ծննդից մինչև 5 տարեկան դառնալը

⁴ Ցուցանիշները հաշվարկվել են ըստ սինթետիկ կոհորտայի մոտեցման, որի դեպքում մահվան հավանականությունները նախ հաշվարկվում են տարիքային փոքր հատվածների համար, իսկ դրանից հետո այդ բաղադրիչ հավանականությունները միացվում են՝ մեզ հետաքրքրող տարիքային ամբողջական ավելի մեծ հատվածի համար ցուցանիշը ստանալու նպատակով: Այս մոտեցման առավելությունն այն է, որ մահացության ցուցանիշները կարող են հաշվարկվել հետազոտության ամսաթվին մոտ ժամանակահատվածների համար՝ մինևույն ժամանակ պահպանելով համապատասխանության սկզբունքը, այսինքն՝ եթե երեխան ներառված է հայտարարի վտանգի ենթարկվողների մասում, և նա մահանում է տվյալ որոշակի ժամանակահատվածում, ապա նրա մահը պետք է ներառվի այն համարիչում, որը համապատասխանում է վտանգի ժամանակահատվածին: Այս մոտեցման վերաբերյալ առավել մանրամասն բացատրություն կարելի է գտնել «ՄԱՀ վիճակագրության ուղեցույց» գրքում (Rutstein and Rojas 2006):

Բոլոր ցուցանիշները արտահայտված են 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով՝ բացի 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշի, որն արտահայտված է մինչև 12 ամսականը կենդանի մնացած 1000 երեխայի հաշվով:

Ինչպես ցույց է տրված Աղյուսակ 9-ում, հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում մանկական մահացությունը կազմել է 4 մահ՝ 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով՝ ընդ որում մահերի մեծ մասը եղել է նորածնային (նեոնատալ): 1-5 տարեկան երեխաների մահացությունը կազմել է 2 մահ՝ մինչև 12 ամսականը կենդանի մնացած 1000 երեխայի հաշվով, մինչդեռ ընդհանուր մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը կազմել է 6 մահ՝ 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով: Հայաստանում մինչև 5 տարեկան երեխաների բոլոր մահերի 67 տոկոսը տեղի է ունենում մինչև մեկ տարեկան դառնալը, որից էլ 50 տոկոս մահերը գրանցվում են կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում:

Աղյուսակ 9. Մանկական մահացության ցուցանիշները

Նորածնային, հետնորածնային, մանկական, 1-5 տարեկան երեխաների և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները հետազոտությունը նախորդող 5-ամյա ժամանակահատվածներով, Հայաստան, 2015-16 թթ.

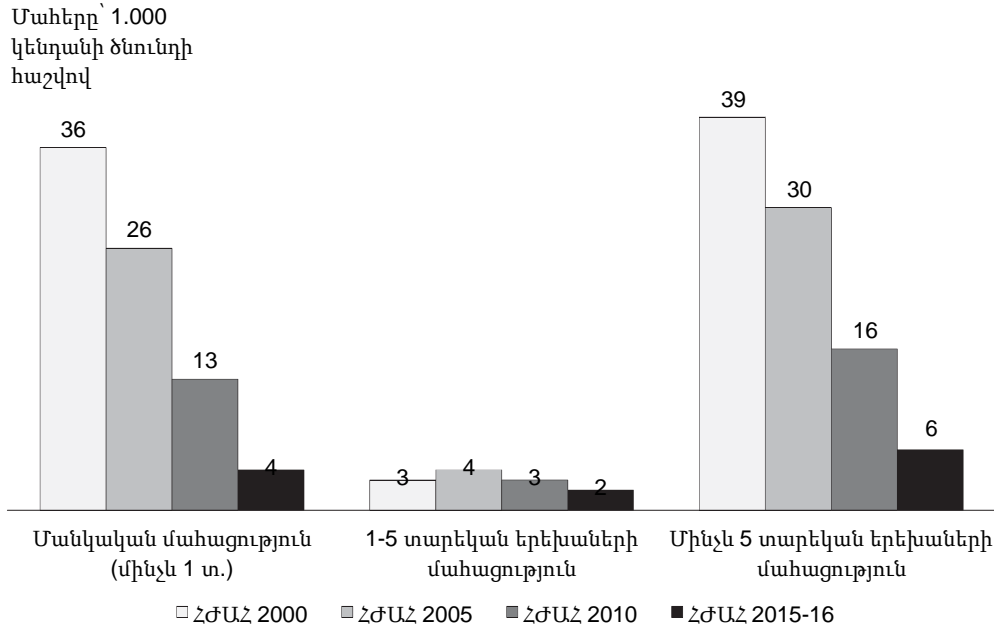
Հետազոտությանը նախորդող ժամանակահատվածը	Հաշվարկված ցուցանիշների մտավոր ժամանակահատվածը	Մահացության ցուցանիշներ				
		Նորածնային մահացություն	Հետնորածնային մահացություն ¹	Մանկական մահացություն (1q0)	1-5 տարեկան երեխաների մահացություն (4q1)	Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն (5q0)
0-4	2011-2015	3	1	4	2	6
5-9	2006-2010	8	5	12	2	15
10-14	2001-2005	10	7	17	2	19

¹ Հաշվարկված է որպես տարբերություն՝ մանկական և նորածնային մահացությունների ցուցանիշների միջև:

ՀԺԱՀ 2015-16-ն արձանագրում է մինչև 5 տարեկան երեխաների և մանկական մահացությունների կայուն և հետևողական անկում հետազոտությանը նախորդող 15 տարիների ընթացքում (Գծապատկեր 3): Համեմատելով ՀԺԱՀ 2015-16-ի արդյունքները ՀԺԱՀ 2010-ի, ՀԺԱՀ 2005-ի և ՀԺԱՀ 2000-ի հետ՝ տեսնում ենք երեխաների մահացության բոլոր ցուցանիշների էական անկում: Օրինակ՝ հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում մանկական մահացության ցուցանիշը նվազել է՝ ՀԺԱՀ 2000-ի 36 մահերից (1000 կենդանի ծնունդների հաշվով) մինչև ՀԺԱՀ 2005-ի 26, ՀԺԱՀ 2010-ի 13 և ՀԺԱՀ 2015-16-ի 4 մահերը: ՀԺԱՀ 2015-16-ի արդյունքում 2006-2010 թթ. ժամանակահատվածի համար հաշվարկված մանկական մահացության դեպքերը (12 մահ՝ 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով) գրեթե նույնն է, ինչ ՀԺԱՀ 2010-ի արդյունքում միևնույն ժամանակահատվածի համար հաշվարկված ցուցանիշը (13 մահ): Սակայն, պետք է նշել, որ ՀԺԱՀ 2015-16-ի արդյունքում 2001-2005 թթ. ժամանակահատվածի համար հաշվարկված մանկական մահացության դեպքերը (17 մահ՝ 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով) ավելի քիչ են, քան ՀԺԱՀ 2010-ի և ՀԺԱՀ 2005-ի արդյունքներում միևնույն ժամանակահատվածի համար հաշվարկված ցուցանիշները (համապատասխանաբար 24 և 26 մահ; ԱՎԾ 2001, ԱՎԾ 2006, ԱՎԾ 2012): Սա կանխատեսելի երևույթ էր, քանի որ հարցվողները սովորաբար ավելի քիչ են հայտնում այն երեխաների մասին, ովքեր մահացել են հետազոտությունից շատ ավելի վաղ: Վաղ մանկական մահացությունների այս նշանակալի անկումը շատ ավելի մանրամասն կներկայացվի հիմնական զեկույցում, երբ առկա կլինեն վստահության միջակայքերը և տվյալների որակի աղյուսակները: Հայաստանի նման ցածր ծնելիություն ունեցող երկրներում դժվար է գնահատել մանկական մահացությունը, քանի որ ճշգրիտ գնահատման համար անհրաժեշտ է ծնունդների մեծ թիվ: Չնայած երեխաների

մահվան դեպքերը չհայտնելու (պակաս հայտնելու) հավանականությունը չի կարելի բացառել՝ մի քանի գործոններ, ինչպիսիք են ՀՀ ԱՆ միջամտությունները սկսած 1994 թ-ից՝ ներառյալ փորլուծության և սուր շնչառական վարակների դեպքերի վարման ծրագիրը, կրծքով կերակրման վերաբերյալ խորհրդատվության ծրագիրը, ևս կարող են նպաստած լինել Հայաստանում մահացությունների նվազմանը:

Գծապատկեր 3 Մանկական մահացության միտումները, 2000-2016



3.9 Մայրական խնամք

Հղիության և ծննդաբերության ընթացքում համապատասխան խնամքը շատ կարևոր է մոր և մանկան առողջության համար: ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում կանանց, ովքեր հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում ծննդաբերել են, տրվել են հարցեր մայրական խնամքի վերաբերյալ: Մայրերը հարցվել են, թե արդյոք ստացել են նախածննդյան հսկողություն և խնամք հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում իրենց վերջին հղիության համար, որն ավարտվել է կենդանի ծնունդով: Նույն ժամանակահատվածի յուրաքանչյուր կենդանի ծնունդի համար մայրերը նաև հարցվել են, թե ինչ տեսակի օգնություն են նրանք ստացել ծննդաբերության ժամանակ: Գնահատելու համար հետծննդյան խնամքի տրամադրման աստիճանը՝ կանանց տրվել են հարցեր վերջին 5 տարիների ընթացքում իրենց վերջին ծննդաբերության մասին, թե արդյոք նրանք անցել են ստուգում ծննդաբերությունից հետո, և երբ է տեղի ունեցել առաջին ստուգումը: Աղյուսակ 10-ում ամփոփված են մայրական խնամքի վերաբերյալ տվյալները:

Նախածննդյան հսկողություն և խնամք

Որակավորված բուժաշխատողի կողմից իրականացված նախածննդյան հսկողությունը և խնամքը շատ կարևոր է հղիությունը վերահսկելու, հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում (ծննդաբերությունից հետո 42 օրերը) մոր և մանկան համար հիվանդացության և մահացության վտանգը նվազեցնելու տեսանկյունից: Հայաստանում

որակավորված մասնագետները՝ ներառյալ բժիշկները, բուժքույրերը, մանկաբարձները և բուժակները⁵, ուսուցանված են ծննդաբերության ժամանակ օգնություն ցուցաբերելու համար:

Աղյուսակ 10-ը ցույց է տալիս, որ մայրերի գրեթե 100 տոկոսն առնվազն մեկ անգամ ստացել է նախաձեռնողյան հսկողություն և խնամք որակավորված մասնագետի կողմից հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում ունեցած ամենավերջին կենդանի ծնունդի համար: Անկախ հիմնական բնութագրիչներից՝ այս ցուցանիշը բոլոր մայրերի համար նմանապես բարձր է: Կանանց 96 տոկոսը ստացել է նախաձեռնողյան հսկողություն և խնամք չորս կամ ավելի անգամ, որը մի փոքր բարձր է՝ ՀՄԱՀ 2010-ի 93 տոկոսի համեմատությամբ: Քաղաքային բնակավայրերի կանանց ավելի մեծ մասն է ստացել չորս կամ ավելի նախաձեռնողյան հսկողություն և խնամք, քան գյուղական բնակավայրերի կանայք (98 տոկոս և 94 տոկոս, համապատասխանաբար): Կանայք Գեղարքունիքում ամենաքիչն են հակված ստանալ չորս կամ ավելի նախաձեռնողյան հսկողություն և խնամք (71 տոկոս):

Որակավորված մասնագետի կողմից առնվազն մեկ անգամ նախաձեռնողյան հսկողություն և խնամք ստացած կանանց մասնաբաժինը վերջին 15 տարիների ընթացքում աճել է՝ 2000 թ-ի 92 տոկոսից հասնելով 100 տոկոսի 2015-16 թթ-ին: Որոշ մարզերում առաջխաղացումը ավելի մեծ է: Օրինակ՝ Գեղարքունիքում, Արագածոտնում և Վայոց Ձորում ՀՄԱՀ 2000-ի արդյունքներով այս ցուցանիշը համապատասխանաբար կազմել է 70, 80 և 86 տոկոս, իսկ ՀՄԱՀ 2015-16-ի արդյունքներով՝ համապատասխանաբար 97, 100 և 100 տոկոս:

Ծննդօգնություն

Պատշաճ բժշկական հսկողությունը և հիգիենիկ պայմանները ծննդաբերության ժամանակ կարող են նվազեցնել բարդությունների և վարակների վտանգը, որը կարող է հանգեցնել մոր և/կամ նորածնի մահվան կամ լուրջ հիվանդությունների (De Brouwere and Van Lerberghe 2001; WHO 2006): Ինչպես արտացոլված է Աղյուսակ 10-ում, Հայաստանում ծննդօգնության ցուցաբերումը բուժաշխատողի կողմից համընդհանուր բնույթ է կրում. հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում ծնունդների 100 տոկոսն ընդունվել է բուժաշխատողի կողմից, ծննդաբերությունների 99 տոկոսը տեղի է ունեցել բուժհաստատություններում: Էական տարբերություններ կանանց տարբեր խմբերի միջև չկան:

Հետծննդյան խնամք մոր համար

Մայրական և նորածնային (նեոնատալ) մահացությունների մեծ մասը տեղի է ունենում ծննդաբերությունից հետո առաջին 48 ժամվա ընթացքում: Այդ իսկ պատճառով, արագ հետծննդյան խնամքը մոր համար կարևոր է ծննդաբերության արդյունքում առաջացած ցանկացած բարդություն վերացնելու համար, և սովորեցնելու համար, թե ինչպես է պետք հոգ տանել իր և իր երեխայի համար: Անվտանգ մայրության ապահովման ծրագրերի շրջանակներում առաջարկվում է, որ բոլոր կանայք անցնեն առողջական վիճակի ստուգում ծննդաբերությունից հետո 2 օրվա ընթացքում:

⁵ *Բուժակը* քույրական և մանկաբարձական, ինչպես նաև հիվանդանոցային ախտորոշման և դեղագործական ուսուցում անցած մասնագետ է: Բուժակներն իրավունք ունեն իրականացնել հիմնական բուժումներ և նշանակումներ (սահմանափակ դեղերի) բուժակ-մանկաբարձական կետի (ԲՄԿ) շրջանակում, որտեղ չկան բժիշկներ:

Աղյուսակ 10-ում ներկայացված է առաջին հետձննդյան ստուգման իրականացման ժամանակը կանանց ամենավերջին կենդանի ծնունդի համար, որը տեղի է ունեցել հետազոտությանը նախորդող 2 տարիների ընթացքում: Տվյալները ցույց են տալիս, որ այս կանանց 92 տոկոսը նշել է, որ անցել է հետձննդյան ստուգում ծննդաբերությունից հետո 2 օրվա ընթացքում: Ընդհանուր առմամբ, կանանց 8 տոկոսը չի անցել հետձննդյան ստուգում խորհուրդ տրված ժամանակահատվածի ընթացքում (ծննդաբերությունից հետո 2 օր): Էական տարբերություններ կանանց տարբեր խմբերի մոտ չկան, բացի այն, որ ըստ մարզերի տարբերվում է առաջին ստուգման անցկացման ժամանակը (Աղյուսակ 10): Այնուամենայնիվ, վերլուծությունն ըստ մարզերի պետք է շատ ուշադիր իրականացնել՝ կապված որոշ մարզերում վերջերս ծննդաբերած կանանց փոքր թվի հետ:

Աղյուսակ 10 Մայրական խնամքի ցուցանիշներ

Հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում կենդանի ծնունդ ունեցած 15-49 տարեկան այն կանանց տոկոսը, ովքեր վերջին կենդանի ծնունդով հղիության ժամանակ ստացել են նախածննդյան հսկողություն և խնամք որակավորված բուժաշխատողի կողմից, տոկոսը, ովքեր ստացել են չորս կամ ավելի նախածննդյան հսկողություն և խնամք վերջին կենդանի ծնունդի համար, հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում կենդանի այն ծնունդների տոկոսը, որ ընդունվել են բուժաշխատողի կողմից, տոկոսը, որ տեղի են ունեցել բուժաստատությունում, հետազոտությանը նախորդող 2 տարիների ընթացքում կենդանի ծնունդ ունեցած 15-49 տարեկան այն կանանց տոկոսը, ովքեր անցել են հետծննդյան ստուգում վերջին կենդանի ծնունդի ծննդաբերությունից հետո՝ առաջին 2 օրվա ընթացքում, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

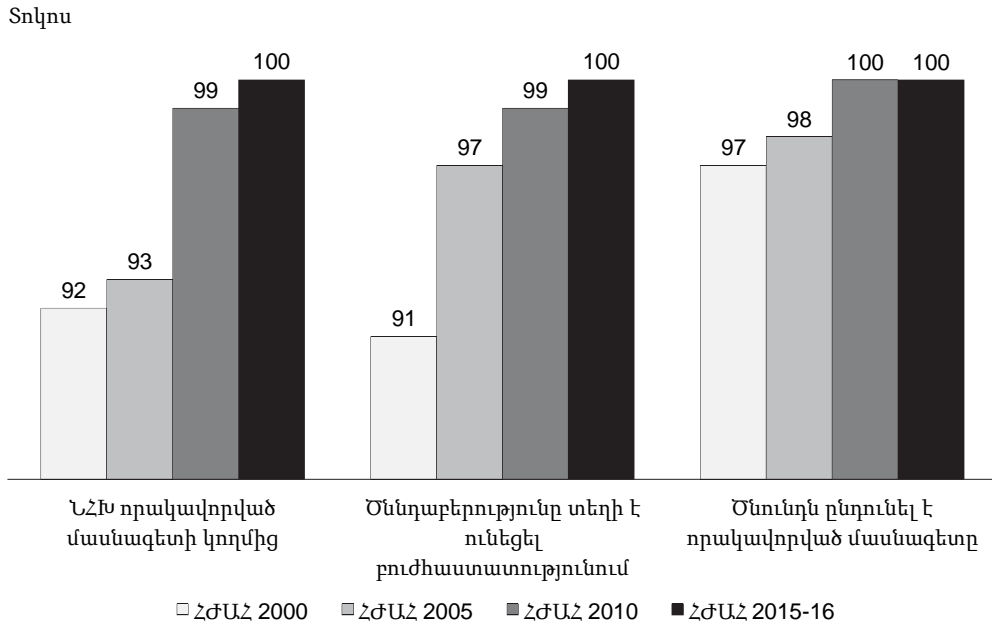
	Կանայք, ովքեր ունեցել են կենդանի ծնունդ հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում			Կենդանի ծնունդները հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում			Կանայք, ովքեր ունեցել են կենդանի ծնունդ հետազոտությանը նախորդող 2 տարիների ընթացքում	
	Տոկոսը, որ ստացել է նախածննդյան հսկողություն և խնամք որակավորված մասնագետի կողմից ¹	Տոկոսը, որ ստացել է 4+ նախածննդյան հսկողություն և խնամք	Կանանց թվաքանակ	Տոկոսը, որ ծննդաբերել է որակավորված մասնագետի օգնությամբ ¹	Տոկոսը, որ ծննդաբերել է բուժաստատությունում	Ծնունդների թվաքանակ	Տոկոսը, որ անցել է հետծննդյան ստուգում ծննդաբերությունից հետո առաջին 2 օրվա ընթացքում	Կանանց թվաքանակ
Մոր տարիքը ծննդաբերելիս								
<20	100.0	94.8	63	100.0	98.8	99	(85.7)	40
20-34	99.6	96.2	1,207	99.8	99.3	1,475	92.6	603
35-49	100.0	94.3	92	100.0	100.0	98	(94.3)	55
Բնակավայր								
Քաղաքային	99.9	97.8	794	99.7	99.0	962	92.4	411
Գյուղական	99.3	93.6	568	99.9	99.8	710	92.3	288
Մարզ								
Երևան	100.0	99.0	398	99.5	99.6	475	92.4	203
Արագածոտն	100.0	91.2	51	100.0	98.9	61	(88.9)	24
Արարատ	98.5	87.3	140	100.0	100.0	168	94.0	69
Արմավիր	99.0	97.2	147	100.0	99.0	190	92.4	83
Գեղարքունիք	97.2	71.2	65	99.2	99.2	77	(91.6)	29
Լոռի	100.0	98.8	76	100.0	100.0	99	(88.7)	38
Կոտայք	100.0	99.5	200	100.0	99.3	239	94.5	105
Շիրակ	100.0	98.3	130	100.0	97.6	168	87.1	67
Սյունիք	100.0	100.0	46	100.0	100.0	61	(97.1)	25
Վայոց Ձոր	100.0	98.3	30	99.0	99.0	37	(87.4)	13
Տավուշ	100.0	99.5	78	100.0	100.0	99	96.8	44
Մոր կրթությունը								
Հիմնական	98.0	91.5	70	100.0	100.0	95	(84.0)	46
Միջնակարգ	99.3	93.9	533	99.9	99.7	670	92.8	277
Միջին մասնագիտական	100.0	98.3	286	99.9	99.5	346	93.8	137
Բարձրագույն	100.0	97.8	471	99.6	98.6	561	92.6	237
Բարեկեցության քվինտիլ								
Ամենացածր	98.9	92.4	252	99.7	99.7	324	89.7	124
Երկրորդ	100.0	94.7	275	100.0	99.6	338	94.8	146
Միջին	99.2	96.0	253	100.0	98.6	305	94.3	129
Չորրորդ	99.8	97.4	250	99.2	99.3	299	89.3	128
Ամենաբարձր	100.0	98.9	331	100.0	99.4	406	93.0	172
Ընդամենը	99.6	96.0	1,361	99.8	99.3	1,672	92.4	699

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա: Ընդամենը ներառում է նաև առանց որևէ կրթության մեկ դեպք, որն առանձին ցույց տրված չէ:

¹ Որակավորված մասնագետ ասելով՝ նկատի ունենք բժիշկ, բուժքույր/մասնկաբարձուհի, բուժակ

Գծապատկեր 4-ում արտացոլված են մայրական խնամքի միտումները: Չնայած 2010 և 2015-16 թթ-ի միջև այս ցուցանիշները մի փոքր են փոխվել՝ ի համեմատություն 2000 թ-ի գրանցվել են որոշ բարելավումներ:

Գծապատկեր 4 Մայրական խնամքի միտումները, 2000-2016



3.10 Երեխայի առողջություն և սնուցում

ՉԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում հավաքագրվել են տեղեկություններ երեխայի առողջության մի շարք հիմնական ցուցանիշների վերաբերյալ, ներառյալ՝ երեխաների պատվաստումները, վաղ տարիքի երեխաների կերակրումը, և բուժումը, երբ երեխան հիվանդ է:

Երեխայի պատվաստումներ

ՀՀ առողջապահության նախարարությունն ընդունել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ)՝ երեխաների պատվաստումների մասին ուղեցույցը, համաձայն որի՝ երեխան իր կյանքի առաջին մեկ տարվա ընթացքում պետք է ստանա հետևյալ պատվաստումները. ԲՅԾ՝ տուբերկուլոզի դեմ, ԱԿԴՓ 3 դեղաչափ՝ դիֆթերիայի, կապույտ հազի և փայտացման դեմ, 3 դեղաչափ պոլիոմիելիտի դեմ և պատվաստում կարմրուկի դեմ: Հայաստանում կարմրուկի կանխարգելումը կատարվում է ԿԿԽ պատվաստման միջոցով երեխայի կյանքի 12-րդ ամսվա ընթացքում, և այն կանխում է ոչ միայն կարմրուկը, այլ նաև կարմրախտը և խոզուկը: Ի հավելումն նշված պատվաստումների՝ 1999 թ-ից սկսած ՀՀ առողջապահության նախարարությունն առաջարկում է, որ երեխաները ստանան 3 դեղաչափի Հեպատիտ Բ պատվաստանյութ, որի առաջին դեղաչափը պետք է կատարվի նորածնի կյանքի առաջին 24 ժամվա ընթացքում կամ բուժհաստատություն առաջին իսկ այցի ժամանակ (ՀՀ ԱՆ, 2005 թ.): Հնգավալենտ պատվաստումը «ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ», որը Հայաստանում ներդրվել է 2009 թ-ի սեպտեմբերից, փոխարինել է ԱԿԴՓ պատվաստմանը և կատարվում է ԱԿԴՓ-ի ճիշտ նույն ժամանակացույցով: Ի լրումն ԱԿԴՓ-ի՝ հնգավալենտ պատվաստանյութը ներառում է նաև հեպատիտ Բ-ի (ՎՀԲ) և հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի

(ՀԻԲ) դեմ պատվաստանյութերը (ՀՀ ԱՆ, 2008 թ.): ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում հավաքագրվել են տեղեկություններ նաև պնևմոկոկային վարակի դեմ տրվող 3 դեղաչափ պատվաստման մասին, որը Հայաստանում ընդգրկվել է պատվաստումների ազգային օրացույցի մեջ 2014 թ-ի սեպտեմբերից, և ռոտավիրուսային վարակի դեմ տրվող 2 դեղաչափ պատվաստման մասին, որն էլ ընդգրկվել է 2012թ-ից:

ՀԺԱՀ 2015-16-ի ընթացքում պատվաստումների ընդգրկվածության վերաբերյալ տեղեկատվությունը հավաքագրվել է մինչև 3 տարեկան բոլոր երեխաների համար: Հայաստանում երեխայի առողջության քարտերը (ՀՀ ԱՆ, ձև 112) և պատվաստումների քարտերը (ՀՀ ԱՆ, ձև 63) պահվում են տարածքային բուժհաստատություններում: «Կանխարգելիչ պատվաստումների վկայականը» (քարտեր, որոնք պահվում են խնամակալի մոտ) ներդրվել է 1995 թ-ից (ՀՀ ԱՆ և Հայաստանում ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, 1999 թ.): Այս հետազոտության ընթացքում տվյալները հավաքագրել են նշված երկու աղբյուրներից այն դեպքում, երբ երկուսն էլ հասանալի են եղել: Իսկ այն դեպքում, երբ մայրը չուներ «Կանխարգելիչ պատվաստումների վկայականը», նրան խնդրում էին վերհիշել իր երեխայի ստացած բոլոր պատվաստումները: Նրան նաև խնդրում էին տալ իր համաձայնությունը, որպեսզի հետազոտության անձնակազմը կարողանար այցելել այն բուժհաստատություն, որտեղ պահվում էին երեխայի պատվաստումների մասին գրառումները, և գրանցել դրանք: Յուրաքանչյուր քլաստերում բոլոր հարցազրույցներն ավարտելուց հետո խմբավարն այցելում էր տեղի բուժհաստատություն՝ ընտրանքում ներառված երեխաների բուժհսկողության քարտերից պատվաստումների մասին տվյալները գրանցելու համար: 18-29 ամսական երեխաների 93 տոկոսի պարագայում առկա է եղել բուժհսկողության քարտը կամ պատվաստումների վկայականը: Այսպես, Ադյուսակ 11-ի տվյալները մեծամասամբ հիմնված են բուժհաստատություններում պահվող քարտերի կամ տանը պահվող պատվաստումների վկայականների վրա, իսկ այն դեպքում, երբ երեխայի համար չեն գտնվել ո՛չ բուժհաստատությունում պահվող քարտը, ո՛չ պատվաստումների վկայականը, տվյալները հիմնված են մոր կողմից տրված տեղեկությունների, նրա հիշողության վրա:

Ադյուսակ 11-ում արտացոլված են 18-29 ամսական երեխաների (տարիք, երբ բոլոր պատվաստումները պետք է կատարված լինեն) պատվաստումների ընդգրկվածությունը: Ընդհանուր առմամբ, ըստ հետազոտության արդյունքների՝ հարցման պահին 18-29 ամսական երեխաների 89 տոկոսը ստացել է ԱՀԿ-ի կողմից խորհուրդ տրվող բոլոր հիմնական պատվաստումները: ՀԺԱՀ 2010-ի համեմատությամբ հիմնական պատվաստումների ընդգրկվածությունը նվազել է 3 տոկոսով:

Ընտրանքում ներառված գրեթե բոլոր երեխաները (առնվազն 97 տոկոսը) ստացել են հետևյալ պատվաստումները՝ ԲՅԺ, հեպատիտ Բ ծնվելիս, պոլիո և հնգավալենտ պատվաստումների առաջին դեղաչափը: Պոլիո և հնգավալենտ պատվաստումների երկրորդ և երրորդ դեղաչափերը և կարմրուկի դեմ պատվաստումը (ԿԿԽ) ստացած երեխաների մասնաբաժինը մի փոքր ցածր է (94 տոկոս): Երեխաների 93 տոկոսը ստացել է հնգավալենտ պատվաստման բոլոր 3 դեղաչափերը, իսկ նրանց 95 տոկոսը՝ պոլիո պատվաստման բոլոր 3 դեղաչափերը: Երեխաների 94 տոկոսը ստացել է ռոտավիրուսային պատվաստման առաջին դեղաչափը, իսկ 28 տոկոսը՝ պնևմոկոկային պատվաստման առաջին դեղաչափը: վերջինս ակնկալվում էր՝ կապված այն հանգամանքի հետ, որ այս պատվաստումը ընդգրկվել է 2014 թ-ի սեպտեմբերից: Ըստ սեռի՝ պատվաստումների ընդգրկվածության տարբերությունը նվազագույնն է. աղջիկների 90 տոկոսը և տղաների 89 տոկոսը ստացել են ԱՀԿ-ի կողմից

խորհուրդ տրվող բոլոր հիմնական պատվաստումները: Ըստ բնակչության վայրի՝ քաղաքային բնակավայրերի երեխաների 88 տոկոսը ստացել է բոլոր հիմնական պատվաստումները՝ համեմատած գյուղական բնակավայրերի երեխաների 92 տոկոսի հետ: Մակայն, ոչ մի հստակ կապ մոր կրթության կամ տնային տնտեսության բարեկեցության քվինտիլի և պատվաստումների կարգավիճակի միջև չկա:

Աղյուսակ 11 Պատվաստումները՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների

18-29 ամսական երեխաների տոկոսը, ովքեր ստացել են կոնկրետ պատվաստումներ ցանկացած ժամանակ հետազոտությունից առաջ (ըստ պատվաստումների քարտի կամ մոր հաղորդած տվյալների), և տոկոսը, երբ պատվաստումների քարտն առկա է եղել, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	ԲՑԺ	Հեպատիտ Բ ծնվելիս	ԱԿԴՓ-ՎՀԲ-ՀԻԲ ¹			Պոլիո			Կարմրուկ (ԿԿԽ)	Բոլոր հիմնականները ²	Ոչ մի	Պնևմոկոկային			Ռոտավիրուսային		Պատվաստումների քարտ ունեցողների Երեխաների տոկոսը ³		Երեխաների թվաքանակ
			1	2	3	1	2	3				1	2	3	1	2			
Սեռ																			
Արական	99.7	99.3	97.0	96.0	91.3	98.2	98.2	93.2	94.7	88.6	0.3	34.2	30.1	22.2	93.5	87.4	89.3	193	
Իգական	98.9	97.3	97.9	95.9	94.8	99.6	98.0	97.5	92.6	90.4	0.0	20.3	19.7	16.5	94.3	92.7	96.9	169	
Բնակավայր																			
Քաղաքային	99.5	97.9	96.3	94.3	90.7	98.9	98.1	93.9	93.1	87.7	0.2	28.4	26.2	20.6	92.9	88.0	92.4	210	
Գյուղական	99.2	99.0	98.9	98.2	96.0	98.8	98.1	96.9	94.6	91.8	0.0	26.8	23.9	18.2	95.2	92.5	93.5	151	
Մոր կրթությունը																			
Հիմնական	(100.0)	(95.4)	(96.3)	(94.1)	(87.7)	(97.8)	(97.8)	(95.5)	(93.3)	(87.7)	(0.0)	(35.0)	(35.0)	(24.5)	(93.7)	(93.7)	(98.5)	28	
Միջնակարգ	100.0	99.4	97.7	96.3	94.7	97.9	97.1	95.3	92.3	90.3	0.0	28.4	25.3	18.5	94.4	89.7	91.5	144	
Միջին մասնագիտական	98.1	96.7	95.6	95.6	91.5	99.2	99.2	93.0	94.2	87.3	0.8	20.8	16.6	16.6	92.2	90.7	93.7	65	
Բարձրագույն	99.1	98.6	98.3	96.1	92.6	100.0	98.7	96.0	95.1	89.9	0.0	28.2	26.7	20.4	94.2	88.6	92.7	124	
Բարեկեցության քվինտիլ																			
Ամենացածր	100.0	98.1	97.1	97.1	95.6	100.0	100.0	100.0	93.9	91.7	0.0	32.4	29.1	23.0	96.5	94.9	95.9	68	
Երկրորդ	98.9	98.4	99.0	99.0	96.3	100.0	100.0	96.3	97.2	95.2	0.0	29.2	24.4	17.5	99.5	97.3	93.3	66	
Միջին	99.2	96.1	96.4	95.4	88.7	96.3	95.3	90.0	92.4	86.3	0.8	18.9	15.9	15.3	87.9	84.3	94.6	65	
Չորրորդ	100.0	100.0	94.7	90.2	90.2	99.1	95.5	94.3	89.8	86.3	0.0	19.7	19.0	14.7	91.9	91.9	89.9	59	
Ամենաբարձր	98.9	98.9	98.8	96.9	93.1	98.8	98.8	95.1	94.4	88.0	0.0	33.8	32.6	24.1	93.4	84.1	91.1	104	
Ընդամենը	99.3	98.3	97.4	96.0	92.9	98.8	98.1	95.2	93.7	89.4	0.1	27.7	25.2	19.6	93.9	89.8	92.9	362	

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշները հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա: Ընդամենը ներառում է նաև առանց որևէ կրթության մեկ դեպք, որն առանձին ցույց տրված չէ:

¹ ԱԿԴՓ-ՎՀԲ-ՀԻԲ երբեմն կոչվում է հնգավալենտ

² ԲՑԺ, 3 դեղաչափի ԱԿԴՓ-ՎՀԲ-ՀԻԲ, 3 դեղաչափի պոլիո (ՕՊՎ), մեկ դեղաչափի ԿԿԽ

³ Ներառում է պատվաստումների քարտը, որը պահվում է ծնողի/սնամակալի մոտ կամ բուժհաստատությունում

Մանկական հիվանդությունների բուժում

Թոքաբորբը և սուր շնչառական այլ վարակները (ՄՇՎ), տենդը և փորլուծությամբ պայմանավորված ջրազրկումը հանդիսանում են երեխաների հիվանդացությունը և մահացությունը խթանող կարևոր պատճառներ զարգացող երկրներում (ԱՀԿ, 2003 թ.): Հետևաբար, այս հիվանդությունների ախտանիշեր ունեցող երեխաների՝ ճիշտ ժամանակին ախտորոշումը և բուժումը խիստ կարևոր են երեխաների մահացությունը նվազեցնելու առումով: Որպեսզի տեղեկություններ հավաքագրվեն նման հաճախ հանդիպող մանկական հիվանդությունների ժամանակ բժշկական օգնության դիմելու-չդիմելու վերաբերյալ, մայրերը հարցվել են, թե արդյոք հետազոտությանը նախորդող 2 շաբաթների ընթացքում նրանց 5 տարեկան և փոքր երեխաներից որևէ մեկն ունեցել է հետևյալ ախտանիշերը՝ հազ և հաճախացած շնչառություն (սուր շնչառական վարակի ախտանիշեր, որ համարվում են թոքաբորբի նշաններ), ջերմություն կամ փորլուծություն: Մայրերը, ովքեր նշել են, որ իրենց երեխան ունեցել է նման ախտանիշեր, հետո հարցվել են, թե արդյոք դիմել են որևէ բուժհաստատություն կամ բուժաշխատողի՝ բուժում կամ խորհրդատվություն ստանալու նպատակով: Փորլուծություն ունեցած երեխաների դեպքում, մայրերին տրվել են լրացուցիչ հարցեր այն մասին, թե ինչ միջոցներով է բուժվել հիվանդությունը: Ընդհանուր առմամբ, հետազոտությանը նախորդող 2 շաբաթների ընթացքում 5 տարեկան և ցածր երեխաների 1 տոկոսի մոտ առկա են եղել ՄՇՎ ախտանիշեր, 9 տոկոսն ունեցել է ջերմություն, և 4 տոկոսը՝ փորլուծություն (տվյալները ներկայացված չեն): Պետք է նկատի ունենալ, որ հիվանդացության վերաբերյալ հավաքագրված տվյալները սուբյեկտիվ բնույթ են կրում, քանի որ դրանք հիմնված են հիվանդությունների վերաբերյալ մայրերի ունեցած ընկալման վրա՝ առանց բժշկական անձնակազմի հաստատման:

Աղյուսակ 12-ը ցույց է տալիս, որ ՄՇՎ ախտանիշեր ունեցած երեխաների 92 տոկոսը, տենդի ախտանիշեր ունեցածների 71 տոկոսը և փորլուծության ախտանիշեր ունեցածների 41 տոկոսը բուժման նպատակով դիմել է որևէ բուժհաստատություն կամ որևէ բուժաշխատողի: Փորլուծություն ունեցած երեխաների 37 տոկոսին տրվել է օտալ ռեհիդրատացիոն աղերի լուծույթ (ՕՌԱ), 4 տոկոսին՝ ցինկ, 2 տոկոսին՝ և՛ ցինկ, և՛ ՕՌԱ լուծույթ:

Աղյուսակ 12 Սուր շնչառական վարակի, ջերմության և փորլուծության բուժում

Մինչև հինգ տարեկան երեխաների շրջանում հետազոտությանը նախորդող 2 շաբաթների ընթացքում ՄՇՎ ախտանիշներ կամ ջերմություն ունեցած երեխաների տոկոսը, երբ խորհրդատվության կամ բուժման նպատակով դիմել են որևէ բուժհաստատություն կամ բուժաշխատողի, և մինչև հինգ տարեկան երեխաների շրջանում հետազոտությանը նախորդող 2 շաբաթների ընթացքում փորլուծություն ունեցած երեխաների տոկոսը, երբ խորհրդատվության կամ բուժման նպատակով դիմել են որևէ բուժհաստատություն կամ բուժաշխատողի, և այն երեխաների տոկոսը, ում տրվել է ՕՌԱ լուծույթ, ցինկ, կամ միաժամանակ և՛ ՕՌԱ լուծույթ, և՛ ցինկ, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

	Երեխաներ, ովքեր ունեցել են ՄՇՎ ախտանիշներ ¹		Երեխաներ, ովքեր ունեցել են ջերմություն		Երեխաներ, ովքեր ունեցել են փորլուծություն				
	Բուժման համար բուժհաստատություն կամ մասնագետի	Երեխաների թվաքանակ	Բուժման համար բուժհաստատություն կամ մասնագետի	Երեխաների թվաքանակ	Բուժման համար բուժհաստատություն կամ մասնագետի	ՕՌԱ լուծույթ ստացածների տոկոս	Ցինկ ստացածների տոկոս	Ե՛վ ՕՌԱ լուծույթ, և՛ ցինկ ստացածների տոկոս	Երեխաների թվաքանակ
Նյութ									
Արական	*	12	70.9	76	(40.1)	(33.3)	(2.6)	(0.0)	40
Իգական	*	11	70.8	77	(41.6)	(43.2)	(5.5)	(5.5)	23
Բնակավայր									
Քաղաքային	*	7	72.7	79	(34.3)	(54.2)	(9.1)	(5.0)	25
Գյուղական	*	17	68.9	74	(44.9)	(25.3)	(0.0)	(0.0)	38
Ընդամենը	(91.7)	23	70.9	153	40.6	36.9	3.7	2.0	63

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշները հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա: Աստղանիշը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշը հիմնված է 25-ից քիչ չկշռված դեպքերի վրա և այն չի ներառվել:

¹ ՄՇՎ ախտանիշները (հազ՝ զուգորդված արագ և հաճախացած շնչառությամբ, որը կապված է եղել կրծքավանդակի հետ, և/կամ դժվարացած շնչառությամբ՝ ևս կապված կրծքավանդակի հետ)

² Չի ներառում դեղատոն, խանութ և ավանդական բուժակ

Տարբերությունները՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների, չեն կարող վերլուծվել, քանի որ հաշվարկները հիմնված են ՄՇՎ, ջերմության կամ փորլուծության ախտանիշներ ունեցած շատ փոքր թվով երեխաների վրա:

Երեխաների սնուցման կարգավիճակ

Թերսնումը մեծացնում է երեխաների հիվանդացության և մահացության վտանգը, ինչպես նաև ազդում է մտավոր զարգացման վրա: Անտրոպոմետրիան ապահովում է երեխայի սնուցման կարգավիճակի գնահատման ամենակարևոր ցուցանիշներից մեկն է: ՀԺԱՀ 2015-16-ի ընթացքում մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում կատարվել են հասակի և քաշի չափումները: Ինչպես առաջարկվում է ԱՀԿ-ի կողմից, այս զեկույցում սնուցման կարգավիճակի գնահատումը հիմնված է այս հետազոտության մեջ ընդգրկված երեխաների համար ստացված երեք ցուցանիշների և լավ սնված երեխաների բազային բնակչության ցուցանիշների համեմատության վրա (WHO Multicentre Growth Reference Study Group 2006): Հասակի և քաշի վերաբերյալ տվյալներն օգտագործվել են սնուցման կարգավիճակի երեք գումարային ցուցանիշների հաշվարկման համար՝ հասակն ըստ տարիքի, քաշն ըստ հասակի և քաշն ըստ տարիքի: Այս երեք ցուցանիշներն արտահայտվել են որպես ստանդարտացված միավորներ (Z-scores) կամ ստանդարտ շեղման միավորներ (SD) երեխայի զարգացման ստանդարտների մեդիանայից, որն առաջարկվում է ԱՀԿ-ի կողմից: Այն երեխաները, ովքեր բազային մեդիանայից երկուսից ավելի ստանդարտ շեղումով ցածր են, համարվում են թերսնված, իսկ նրանք, ովքեր երեքից ավելի ստանդարտ շեղումով են ցածր՝ խիստ թերսնված: Քաշի ավելցուկը և ճարպակալումը դարձել են խնդիր երեխաների համար տարբեր երկրներում: Երեխաների այն տոկոսը, ովքեր քաշն ըստ հասակի մեդիանայից երկուսից ավելի ստանդարտ շեղում բարձր են, ցույց է տալիս այս պոտենցիալ խնդրի մակարդակը: Երեխաների այն տոկոսը, ովքեր քաշն ըստ

տարիքի մեղիանայից երկուսից ավելի ստանդարտ շեղում բարձր են, նույնպես ներառված է այստեղ՝ համեմատելու համար տվյալների այլ աղբյուրների հետ, որոնք չեն չափում հասակը:

Ընդհանուր առմամբ մինչև 5 տարեկան 1,739 երեխա (չկշռված) համապատասխանել է քաշի և հասակի չափումների համար: Մակայն, համապատասխանող երեխաների մի մասի համար ստանալ ամբողջական և հավաստի տվյալներ հասակի, քաշի և/կամ տարիքի վերաբերյալ չի հաջողվել: Ջեկույցում հասակն ըստ տարիքի ցուցանիշը հիմնված է համապատասխանող երեխաների 92 տոկոսի վրա, քաշն ըստ հասակի ցուցանիշը՝ համապատասխանող երեխաների 90 տոկոսի և քաշն ըստ տարիքի՝ համապատասխանող երեխաների 93 տոկոսի վրա: Աղյուսակ 13-ն արտացոլում է մինչև 5 տարեկան երեխաների սնուցման կարգավիճակը՝ ըստ ընտրված հիմնական բնութագրիչների:

Երեխաները, ում հասակն ըստ տարիքի 2 ստանդարտ շեղումով ցածր է (-2 SD) բազային բնակչության մեղիանայից, համարվում են թերաճ կամ կարճահասակ իրենց տարիքի համար: Թերաճությունը տևական ժամանակահատվածում բավարար սնուցման բացակայության հետևանք է, որի վրա կարող են նաև ազդել կրկնվող և քրոնիկ հիվանդությունները: Ինչպես ցույց է տրված Աղյուսակ 13-ում՝ Հայաստանում տասը երեխաներից մեկը (9 տոկոս) թերաճ է, իսկ երեխաների 4 տոկոսը՝ խիստ թերաճ: Ըստ տարիքային խմբերի թերաճության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ թերաճության ամենամեծ մասնաբաժինը (17 տոկոս) 6-8 ամսական երեխաների շրջանում է, իսկ ամենափոքր (5 տոկոս)՝ 24-35 ամսականների շրջանում: 6-8 ամսական երեխաներն ունեն ամենամեծ մասնաբաժինը (15 տոկոս) նաև խիստ թերաճության ցուցանիշում: Թերաճության մակարդակը տղաների մոտ ավելի բարձր է (11 տոկոս), քան աղջիկների մոտ (8 տոկոս), գյուղական բնակավայրերում (13 տոկոս) այն ևս ավելի բարձր է, քան քաղաքային բնակավայրերում (6 տոկոս): Ըստ մարզերի՝ թերաճությունը տատանվում է՝ սկսած Երևանի երեխաների 4 տոկոսից մինչև Արագածոտնի երեխաների 18 և Շիրակի երեխաների 20 տոկոսը: Միջնակարգ կրթություն և ավելի բարձր կրթական մակարդակ ունեցող մայրերի երեխաներն ավելի քիչ են հակված թերաճության (7-8 տոկոս)՝ համեմատած հիմնական կրթություն ունեցող մայրերի երեխաների (17 տոկոս): Թերաճության մակարդակը նվազում է բարեկեցության աճին զուգընթաց. այսպես բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում թերաճությունը 12 տոկոս է, մինչդեռ ամենաբարձր քվինտիլում այն կազմում է 6 տոկոս:

Երեխաները, ում քաշն ըստ հասակի 2 ստանդարտ շեղումով ցածր է (-2 SD) բազային բնակչության մեղիանայից, համարվում են թերսնված (կամ նիհար): Թերսնվածությունն անմիջապես հետազոտությանը նախորդող ժամանակահատվածում բավարար սնուցման բացակայության հետևանք է, և հաճախ հանդիսանում է ներկա հիվանդության, մասնավորապես՝ փորլուծության, կամ սնուցման կտրուկ նվազման արդյունք: Հայաստանի երեխաների 4 տոկոսը թերսնված է, իսկ 2 տոկոսը՝ խիստ թերսնված: Թերսնվածության ամենաբարձր մակարդակը մինչև 6 ամսական և 36-47 ամսական երեխաների մոտ է (յուրաքանչյուրը 6-ական տոկոս): Ըստ մարզերի՝ թերսնվածությունը տատանվում է՝ սկսած Տավուշի 0 տոկոսից մինչև Արագածոտնի 23 տոկոսը: Թերսնվածությունն էապես չի տատանվում՝ ըստ բնակչության վայրի կամ ըստ մոր կրթության՝ չնայած միջին մասնագիտական կրթություն ունեցող մայրերի երեխաները ամենաքիչն են հակված թերսնվածության՝ համեմատած կրթական այլ մակարդակներ ունեցող մայրերի երեխաների հետ: Թերսնվածության մակարդակը նվազում է բարեկեցության աճին զուգընթաց՝ կազմելով 6 տոկոս բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում և 2-3 տոկոս՝ ամենաբարձր երկու քվինտիլներում:

Երեխաները, ում քաշն ըստ տարիքի 2 ստանդարտ շեղումով ցածր է (-2 SD) բազային բնակչության մեդիանայից, համարվում են թերքաշ: Այս չափանիշն արտացոլում է ն՝ խիստ, և՛ քրոնիկ թերքաշությունը: Ինչպես երևում է Աղյուսակ 13-ում, Հայաստանի երեխաների 3 տոկոսը թերքաշ են, որից 1 տոկոսը՝ խիստ թերքաշ: Թերքաշության ամենաբարձր մակարդակները մինչ 9 ամսական երեխաների շրջանում են: Ըստ մարզերի՝ թերքաշությունը տատանվում է՝ սկսած Գեղարքունիքի և Լոռիի 0-ական տոկոսներից մինչ Արագածոտնի 14 տոկոսը: Քաշն ըստ տարիքի էապես չի տատանվում՝ ըստ սեռի, բնակչության վայրի կամ մոր կրթական մակարդակի: Բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում արձանագրվել է թերքաշության ամենաբարձր մակարդակը (5 տոկոս)՝ համեմատած ավելի հարուստ տնային տնտեսությունների երեխաների 2-3 տոկոսի հետ՝ չնայած տարբերությունը շատ փոքր է:

Մինչ 5 տարեկան երեխաների 14 տոկոսը գերքաշ են (քաշն ըստ հասակի 2 ստանդարտ շեղումով բարձր է): Սա նշանակում է, որ գերքաշությունը շատ ավելի մեծ խնդիր է Հայաստանի երեխաների շրջանում, քան թերքաշությունը: Չնայած տարբերությունները մեծ չեն՝ գերքաշության մակարդակը տղաների շրջանում ավելի բարձր է (15 տոկոս), քան աղջիկների շրջանում (13 տոկոս), այն բարձր է նաև գյուղական բնակավայրերում (16 տոկոս)՝ քաղաքայինի հետ համեմատած (12 տոկոս): Արարատում բնակվող երեխաները ավելի են հակված գերքաշության (36 տոկոս), քան մյուս մարզերի երեխաները (5-19 տոկոս): Հիմնական կրթական մակարդակ ունեցող մայրերի երեխաները (24 տոկոս)՝ համեմատած միջնակարգ, միջին մասնագիտական և բարձրագույն կրթություն ունեցող մայրերի երեխաների հետ (համապատասխանաբար 14, 14 և 11 տոկոս), նույնպես ավելի են հակված գերքաշության: Գերքաշ ունեցող երեխաների համամասնությունը հաստատուն կերպով նվազում է բարեկեցության աճին զուգընթաց:

Աղյուսակ 13 Երեխաների սնուցման կարգավիճակը

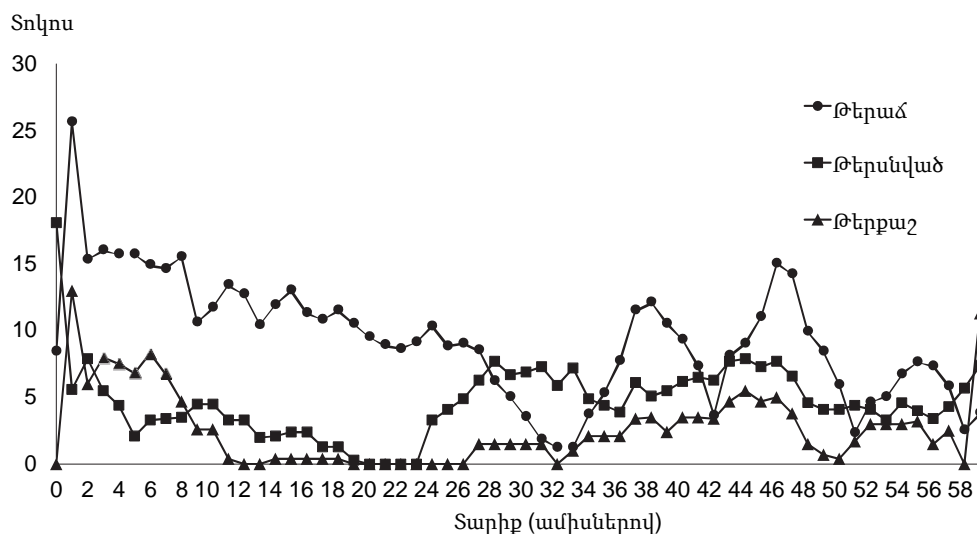
Մինչև 5 տարեկան երեխաների տոկոսը, ովքեր համարվում են թերսնված ըստ սնուցման կարգավիճակի երեք անտրոպոմետրիկ ցուցանիշերի՝ հասակն ըստ տարիքի, քաշն ըստ հասակի և քաշն ըստ տարիքի, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

	Հասակն ըստ տարիքի ¹				Քաշն ըստ հասակի				Քաշն ըստ տարիքի					
	Տոկոսը ցածր -3 SD	Տոկոսը ցածր -2 SD ²	Միջին Z-score (SD)	Երեխա ների թվաքա նակ	Տոկոսը ցածր -3 SD	Տոկոսը ցածր -2 SD ²	Տոկոսը բարձր +2 SD	Միջին Z-score (SD)	Երեխա ների թվաքա նակ	Տոկոսը ցածր -3 SD	Տոկոսը ցածր -2 SD ²	Տոկոսը բարձր +2 SD	Միջին Z-score (SD)	Երեխա ների թվաքա նակ
Տարիքն ամիսներով														
<6	4.2	15.4	-0.3	150	1.7	6.3	11.2	0.3	153	1.9	7.5	4.3	-0.1	163
6-8	14.6	16.9	-0.0	75	0.0	1.6	12.2	0.7	75	2.4	7.8	8.1	0.4	80
9-11	7.5	11.8	-0.3	85	2.7	5.4	12.6	0.8	85	0.0	0.8	3.8	0.4	86
12-17	4.7	12.8	-0.1	161	0.0	2.1	16.7	0.9	159	0.0	0.4	12.2	0.7	167
18-23	4.2	9.5	-0.4	157	0.0	0.0	18.6	1.1	157	0.0	0.0	10.6	0.7	166
24-35	1.4	5.4	0.2	330	2.2	5.1	11.9	0.6	326	0.0	1.0	7.1	0.5	330
36-47	3.2	9.7	-0.3	304	2.1	6.1	14.8	0.6	299	0.8	4.0	4.5	0.3	305
48-59	2.0	6.2	-0.2	311	1.8	4.2	12.2	0.4	301	1.1	2.3	7.4	0.2	314
Սեռ														
Արական	4.4	10.9	-0.2	833	1.2	3.6	14.5	0.7	822	1.0	3.2	7.7	0.3	854
Իգական	2.9	7.8	-0.0	740	1.9	5.0	12.7	0.6	733	0.4	2.0	6.5	0.4	755
Բնակավայր														
Քաղաքային	2.4	6.2	-0.1	876	1.5	3.3	11.5	0.6	877	0.5	2.3	5.4	0.4	907
Գյուղական	5.3	13.4	-0.2	697	1.5	5.5	16.4	0.7	679	0.9	3.1	9.4	0.4	702
Մարզ														
Երևան	1.5	3.5	0.0	419	1.4	1.4	11.4	0.6	420	0.0	1.9	4.7	0.5	441
Արագածոտն	11.0	18.1	0.2	65	10.1	22.9	10.3	-0.4	61	4.4	14.3	6.5	-0.2	65
Արարատ	7.9	13.7	0.8	161	2.7	13.4	35.9	1.0	147	1.1	2.8	34.8	1.2	164
Արմավիր	1.5	9.7	-0.4	185	0.7	2.2	13.1	0.7	187	1.0	4.8	1.7	0.2	191
Գեղարքունիք	6.7	9.9	0.6	75	3.5	10.6	12.3	0.2	73	0.0	0.0	11.7	0.6	74
Լոռի	0.0	5.6	-0.2	69	0.0	1.2	10.8	0.7	69	0.0	0.0	6.1	0.3	69
Կոտայք	1.8	7.7	-0.5	245	0.0	1.1	4.9	0.6	244	0.0	1.2	0.8	0.1	246
Շիրակ	8.6	19.5	-0.7	169	1.7	5.1	18.4	0.7	170	1.1	2.4	4.3	0.1	172
Սյունիք	3.9	12.3	-0.5	62	1.1	2.6	12.2	0.4	62	2.0	4.4	1.5	-0.1	63
Վայոց Ձոր	3.8	11.5	-0.5	37	0.0	2.2	18.9	0.9	36	0.7	1.5	6.8	0.4	37
Տավուշ	1.8	7.4	-0.5	86	0.0	0.0	7.8	0.8	86	1.0	1.0	4.5	0.3	87
Մոր կրթությունը³														
Հիմնական	5.5	17.3	-0.3	91	1.2	5.7	24.4	0.8	89	0.0	3.1	7.7	0.2	91
Միջնակարգ	4.0	10.6	-0.2	640	1.3	5.9	14.2	0.6	632	0.7	2.7	7.9	0.3	650
Միջին մասնագիտական	3.8	8.2	-0.2	327	0.6	1.6	13.6	0.7	321	1.2	1.6	6.3	0.4	332
Բարձրագույն	3.0	7.3	-0.1	510	2.4	3.7	11.0	0.6	509	0.4	3.1	6.5	0.4	531
Բարեկեցության քվինտիլ														
Ամենացածր	3.2	12.0	-0.2	315	1.1	6.1	16.8	0.6	309	1.4	4.9	9.5	0.2	315
Երկրորդ	3.9	11.5	-0.1	325	2.7	5.6	16.1	0.6	319	0.5	1.6	12.0	0.5	333
Միջին	7.1	11.5	-0.3	300	1.0	4.3	15.1	0.7	293	0.3	1.8	6.3	0.4	302
Չորրորդ	2.7	6.2	-0.2	264	0.6	2.3	12.5	0.7	266	0.8	2.0	3.7	0.4	274
Ամենաբարձր	1.9	5.9	-0.0	369	1.8	2.8	8.5	0.5	368	0.5	2.8	4.1	0.3	384
Ընդամենը	3.7	9.4	-0.1	1,573	1.5	4.2	13.6	0.6	1,555	0.7	2.6	7.2	0.4	1,609

Նշում: Ցուցանիշներից յուրաքանչյուրն արտահայտված է ստանդարտ շեղման միավորներով՝ ԱՀԿ-ի կողմից 2006 թ-ին ընդունված Երեխայի զարգացման ստանդարտների մեդիանայից: Այս աղյուսակի ցուցանիշները համեմատելի ՉԵՆ այն ցուցանիշների հետ, որոնք հիմնված են նախկինում օգտագործվող 1997թ. ԲՎԱԿ/ՀՎԿԿ/ԱՀԿ ստանդարտների վրա: Աղյուսակը հիմնված է ճշգրիտ ծննդյան տարեթիվ (ամիս և տարի) և հասակի ու քաշի ճշգրիտ չափումներ ունեցած երեխաների տվյալների վրա: Աստղանիշով արտահայտված ցուցանիշները հիմնված են 25-ից քիչ դեպքերի վրա և համախմբվել են:

¹Մինչև 2 տարեկան և 85սմ-ից պակաս երեխաների դեպքում (երբ տարիքը հայտնի չէր) հասակը չափվել է պառկած, մյուս բոլոր երեխաների հասակը չափվել է կանգնած:
²Ներառում է երեխաներին, ովքեր -3 ստանդարտ շեղում (SD) ցածր են ԱՀԿ-ի 2006թ-ի երեխայի զարգացման ստանդարտների մեդիանայից
³ Այն կանանց համար, ում հետ հարցազրույց չի անցկացվել, տվյալները վերցվել են տնային տնտեսության հարցաթերթից: Չի ներառում այն երեխաներին, ում մայրերն առկա չեն եղել տնային տնտեսության ցուցակում:

Գծապատկեր 5 Երեխաների սնուցման կարգավիճակը, ըստ տարիքի



Նշում: Թերաճությունն արտացոլում է քրոնիկ թերսնումը, թերսնվածությունը՝ խիստ թերսնումը, թերքաշությունը՝ կամ քրոնիկ, կամ խիստ թերսնումը, կամ երկուսը միասին:

ՀԺԱՀ 2015-16

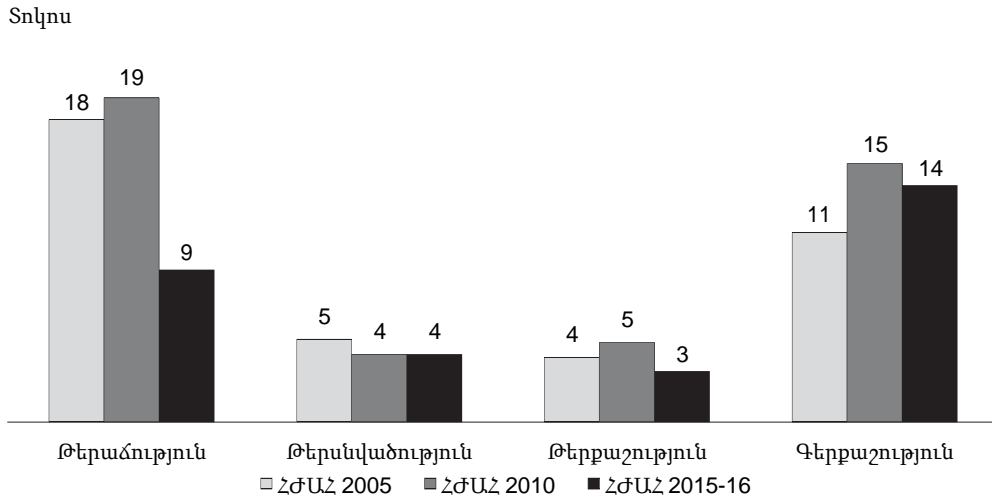
Ինչպես ցույց է տրված Գծապատկեր 5-ում, ըստ տարիքի՝ երեխաների սնուցման կարգավիճակը փոխվում է: Լինելով բավական կայուն կյանքի առաջին 6-7 ամիսների ընթացքում՝ մոտ 15-16 տոկոս՝ թերաճությունը հաստատուն կերպով նվազում է սկսած 8 ամսականից մինչև 2 տարեկանը, որից հետո կյանքի 3-րդ և 4-րդ տարիների ընթացքում ցուցանիշը կրկին աճում է: Թերսնվածության և թերքաշության ամենաբարձր մակարդակները գրանցվում են 6-10 ամսականում, երբ կրծքի կաթից բացի տրվում է նաև լրացուցիչ սնունդ: 12 ամսականից հետո և՛ թերսնվածության, և՛ թերքաշության մակարդակները մնում են ցածր՝ մինչև կյանքի 2-րդ տարվանից հետո քիչ տարբերություններով կրկին բարձրանալը:

Գծապատկեր 6-ում ներկայացված են երեխաների սնուցման կարգավիճակի միտումները ՀԺԱՀ 2005-ի և ՀԺԱՀ 2015-16-ի միջև՝ ըստ թերաճության, թերսնվածության, թերքաշության և գերքաշության:⁶ Հայաստանի երեխաներն ավելի հակված են թերաճության և գերքաշության, քան թերքաշության կամ թերսնվածության:

⁶ Երեխաների սնուցման կարգավիճակի վերաբերյալ ՀԺԱՀ 2000-ի տվյալները միտումների այս վերլուծության մեջ չեն օգտագործվել: ՀԺԱՀ 2000-ի շրջանակներում անտրոպոմետրիկ չափումներ կատարվել են միայն այն կանանց երեխաներին, ովքեր մասնակցել են հարցազրույցի: Սակայն, այս տվյալները ներկայացուցչական չեն բոլոր երեխաների համար, քանի որ դրանք չեն ներառում այն երեխաներին, ում մայրերն առկա չեն եղել տնային տնտեսության ցուցակում (որովհետև այդտեղ չէին բնակվում կամ մահացել էին): Բացի այդ, նախորդ հետազոտությունների ժամանակ չեն ներառվել այն երեխաների տվյալները, ում մայրերը չեն համապատասխանել անհատական հարցվազրույցի համար (15 տարեկանից փոքր կամ 50 և ավելի տարեկան են եղել), ինչպես նաև այն երեխաների, ում մայրերը համապատասխանել են անհատական հարցազրույցի համար, բայց նրանց համար հարցաթերթ չի լրացվել: Այս շեղումները հաղթահարելու համար՝ ՀԺԱՀ 2005, ՀԺԱՀ 2010 և ՀԺԱՀ 2015-16-ում ներառվեցին հասակի և քաշի չափումներ բոլոր երեխաների համար, ովքեր ծնվել էին հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում և առկա էին տնային տնտեսության ցուցակում՝ անկախ նրանց մայրերի՝ անհատական հարցազրույցի մասնակցած լինել կամ չլինելուց:

Թերաճությունը կտրուկ նվազել է 2005 և 2010 թթ-ի 18-19 տոկոսից՝ հասնելով 9 տոկոսի 2015-16 թթ-ին: Թերսնվածության մակարդակները էապես չեն փոխվել 2005 թ-ից սկսած: Թերքաշ երեխաների մասնաբաժինը նվազել է՝ 2010 թ-ի 5 տոկոսից հասնելով 3 տոկոսի 2015-16 թթ-ին: Գերքաշ երեխաների մասնաբաժինը 2005 թ-ի 11 տոկոսից բարձրացել էր 15 տոկոսի 2010 թ-ին, սակայն վերջին 5 տարիների ընթացքում առանձնապես չի փոխվել (14 տոկոս 2015-16 թթ.):

Գծապատկեր 6 Երեխաների սնուցման կարգավիճակի միտումները, Հայաստան 2005-2016



Նշում: Համեմատություն անցկացնելու նպատակով՝ Գծապատկեր 6-ում ՀԺԱՀ 2005-ի արդյունքում ստացված երեխայի կարգավիճակի մասին տվյալները վերահաշվարկվել են ըստ ԱՀԿ-ի կողմից 2006 թ-ին ընդունված Երեխայի զարգացման ստանդարտների, և դրանք տարբերվում են ՀԺԱՀ 2005-ի վերջնական գեկույցում հրատարակված տվյալներից, որոնք հաշվարկվել էին ըստ 1997 -ին ԲՎԱԿ/ՀՎԿԿ/ԱՀԿ կողմից սահմանված Միջազգային բազային բնակչության:

Նորածինների և վաղ տարիքի երեխաների սնուցում

Կրճքով կերակրումը բավարար և օգտակար է նորածնի սնուցման համար կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում: Կրճքով կերակրումն անմիջապես ծննդաբերությունից հետո օգնում է արզանդի կրճատմանը՝ հետևաբար նվազեցնելով մոր հետծննդաբերական արյան կորուստը: Մինչ 6 ամսականը երեխային որևէ այլ սնունդ կամ ջուր տալը, ի լրումն կրճքի կաթի, խորհուրդ չի տրվում, քանի որ դա կարող է խոչընդոտել կրճքով կերակրմանը և պատճառ դառնալ որևէ հիվանդության առաջացման: 6 ամսականից մեծ երեխաները նաև այլ սննդատեսակների և հեղուկների կարիք ունեն՝ կրճքի կաթի հետ համատեղ, վերջինս պետք է տրվի մինչ 2 տարեկանը (կամ մի փոքր ավելի երկար): Կրճքի կաթը էներգիայի, սպիտակուցների և սննուցիչների (վիտամին A, երկաթ) կարևոր աղբյուր է: Բավարար սնուցում ապահովելու համար՝ սնունդը պետք է բազմազան լինի՝ հում, եփված, տրորված բարձրարեղեն, ձավարեղեն, բուսայուղ, միս, ձու, հավ, կաթնամթերք (Առողջապահության համաամերիկյան կազմակերպություն, 2002 թ.):

ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում հավաքագրվել են տեղեկություններ նորածինների և վաղ տարիքի երեխաների սնուցման վերաբերյալ: Տեղեկությունները հավաքագրվել են բոլոր այն երեխաների համար, ովքեր ծնվել են հետազոտությանը նախորդող 2 տարիների ընթացքում:

Աղյուսակ 14-ում արտացոլված է կրճքով կերակրումն՝ ըստ երեխայի տարիքի: Ի հակադրություն նրա, որ 6 ամսականից ցածր երեխաներին խորհուրդ է տրվում կերակրել

բացառապես կրծքի կաթով՝ մինչև 6 ամսական երեխաների միայն կեսին (45 տոկոս) է բացառապես կրծքի կաթ տրվել: Ի լրումն կրծքի կաթի՝ մինչև 6 ամսական երեխաների 12 տոկոսին տրվել է սովորական ջուր, 4 տոկոսին՝ ոչ կաթնային հեղուկներ, 5 տոկոսին՝ այլ կաթ, և 21 տոկոսին՝ հավելյալ սնունդ: Մինչև 6 ամսական երեխաների մեկ երրորդը (33 տոկոս) կերակրվում է ծծակով շշից, որն իրականում խորհուրդ չի տրվում, քանի որ կա հիվանդության վտանգ երեխայի համար:

6-8 ամսական երեխաների 63 տոկոսին տրվել է հավելյալ սնունդ, 18-23 ամսական երեխաների 74 տոկոսին կրծքի կաթ չի արդեն տրվել:

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

Աղյուսակ 14 Կրծքով կերակրման կարգավիճակը, ըստ երեխայի տարիքի

Մոր հետ բնակվող մինչև 2 տարեկան երեխաների տոկոսային բաշխումը՝ ըստ կրծքով կերակրման կարգավիճակի, դեռևս կրծքով կերակրվող երեխաների տոկոսը, ինչպես նաև ծծակով շշից կերակրվող մինչև 2 տարեկան երեխաների տոկոսը, ըստ տարիքի (ամիսներով), Հայաստան, 2015-16 թթ.

Տարիքն ամիսներով	Չի կերակրվում կրծքով	Բացառապես կերակրում	Կրծքով կերակրման կարգավիճակ					Հարցման պահին կրծքով կերակրվող երեխաների տոկոս	Մինչև 2 տարեկան մոր հետ բնակվող ամենափոքր երեխաների թվաքանակ	Ծծակով վող երեխաների տոկոս	Մինչև 2 տարեկան բոլոր երեխաների թվաքանակ
			Կրծքով կերակրում և միայն սովորաբար ջուր	Կրծքով կերակրում և ոչ կաթնային հեղուկներ ¹	Կրծքով կերակրում այլ կաթ	Կրծքով կերակրում և հավելյալ սնունդ	Ընդամենը				
0-1	(6.9)	(79.7)	(4.7)	(2.9)	(1.0)	(4.8)	(100.0)	(93.1)	41	(8.6)	42
2-3	11.4	57.2	8.9	1.4	8.0	13.1	100.0	88.6	57	24.9	60
4-5	22.3	14.8	17.8	5.6	4.0	35.5	100.0	77.7	73	53.6	75
6-8	29.1	6.7	1.3	0.0	0.0	62.9	100.0	70.9	86	53.5	87
9-11	29.1	0.7	0.0	0.7	0.0	69.5	100.0	70.9	91	66.6	94
12-17	69.2	0.4	0.0	0.0	0.0	30.4	100.0	30.8	165	56.3	170
18-23	73.6	0.0	0.0	0.0	0.0	26.4	100.0	26.4	148	50.1	169
0-3	9.5	66.6	7.1	2.0	5.1	9.6	100.0	90.5	99	18.2	101
0-5	15.0	44.5	11.7	3.5	4.6	20.7	100.0	85.0	172	33.3	177
6-9	28.0	5.1	0.9	0.0	0.0	66.0	100.0	72.0	124	56.1	126
12-15	64.0	0.6	0.0	0.0	0.0	35.4	100.0	36.0	109	56.9	113
12-23	71.3	0.2	0.0	0.0	0.0	28.5	100.0	28.7	313	53.2	338
20-23	78.4	0.0	0.0	0.0	0.0	21.6	100.0	21.6	82	44.7	97

¹ Նշում: Կրծքով կերակրման կարգավիճակը վերաբերվում է 24 ժամյա ժամանակահատվածին (հարցմանը նախորդող օր և գիշեր): Երեխաները, ովքեր դասակարգվում են որպես բացառապես կրծքով և միայն ջրով կերակրվողներ, չեն ստացել ոչ մի հեղուկ կամ կոշտ հավելյալ սնունդ: Կրծքով չկերակրվող, բացառապես կրծքով կերակրվող, կրծքով և ջրով կերակրվող, ոչ կաթնային հեղուկներով, այլ կաթով և հավելյալ սնունդով (կոշտ և կիսակոշտ) կերակրվող կատեգորիաները հիերարխիկ են, միմյանց բացառող, և միասին կազմում են 100 տոկոս: Այսպես, այն երեխան, ում տրվում է կրծքի կաթ և ոչ կաթնային հեղուկներ, և ում չի տրվում հավելյալ սնունդ, դասակարգվում է ոչ կաթնային հեղուկներով կերակրվող կատեգորիայիում՝ նույնիսկ եթե նրան տրվել է նաև սովորական ջուր: Եթե երեխային տրվել է հավելյալ սնունդ, նա դասակարգվում է հենց այդ կատեգորիայում՝ չնայած նրան, որ երեխան կերակրվել է նաև կրծքի կաթով: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա:

¹ Ոչ կաթնային հեղուկների մեջ ներառվում են հյութեր, թեյը, սուրճը, մսաջուրը/արգանակը և այլ հեղուկներ:

Նվազագույն ընդունելի սննդակարգի ցուցանիշն օգտագործվում է գնահատելու համար 6-23 ամսական այն երեխաների մասնաբաժինը, ովքեր համապատասխանում են նորածինների և վաղ տարիքի երեխաների սնուցման նվազագույն ստանդարտներին: Մասնավորապես, 6-23

ամսական երեխաները, ովքեր ունեն նվազագույն ընդունելի սննդակարգ, պետք է համապատասխանեն նորածինների և վաղ տարիքի երեխաների սնուցման հետևյալ երեք չափանիշներին:

1. Կերակրվի կրծքի կաթով կամ ոչ, երկու կամ ավելի անգամ տրվի կաթնախառնուրդ, թարմ, տնական, գործարանային արտադրության կամ փոշի կաթ, կամ յոգուրտ:
2. Կերակրվի հետևյալ խմբերից չորսի կամ ավելիի մեջ ներառված սննդատեսակներով՝ ա. կաթնախառնուրդ, կաթ (ոչ կրծքի), պանիր, յոգուրտ կամ այլ կաթնամթերք; բ. ձավարեղենից, արմատներից, պալարներից պատրաստված սնունդ՝ ներառյալ շիլա, և ձավարեղենից մանկական հավելյալ սնունդ; գ. վիտամին A-ով հարուստ մրգեր և բանջարեղեն; դ. այլ մրգեր և բանջարեղեն; ե. ձու, գ. միս, թռչնամիս, ձուկ, խեցգետին (և ներքին օրգանների մսամթերք), է. ընդեղեն և ընկուզեղեն:
3. Կերակրվի օրվա ընթացքում խորհուրդ տրվող նվազագույն անգամներ՝ համաձայն տարիքի և կրծքով կերակրման կարգավիճակի.

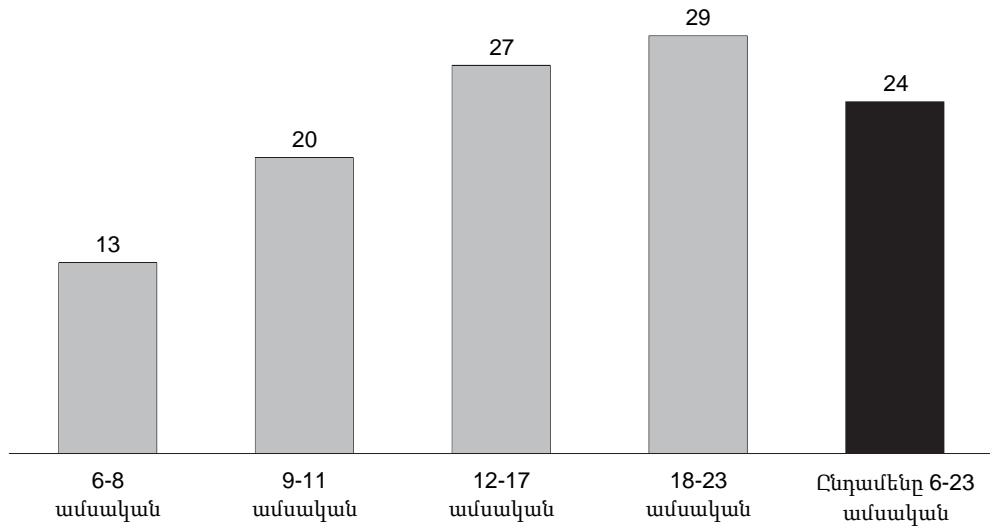
ա. Կրծքով կերակրվող երեխաներ. 6-8 ամսական երեխաներին օրվա ընթացքում նվազագույնը երկու անգամ պետք է տրվի կոշտ և կիսակոշտ սնունդ, իսկ 9-23 ամսական երեխաներին՝ օրական նվազագույնը երեք անգամ:

բ. Կրծքով չկերակրվող երեխաներ. 6-23 ամսական երեխաներին օրվա ընթացքում նվազագույնը 4 անգամ պետք է տրվի կոշտ և կիսակոշտ սնունդ կամ կաթ (ոչ կրծքի):

Գծապատկեր 7-ում ներկայացված է այն երեխաների տոկոսը, ում տրվում է նվազագույն ընդունելի սննդակարգ՝ ըստ տարիքի: Ընդհանուր առմամբ, 6-23 ամսական երեխաների միայն 24 տոկոսն է համապատասխանում նվազագույն ընդունելի սննդակարգի չափանիշներին: Այս առումով 6-8 ամսական երեխաների տոկոսն ավելի ցածր է (13 տոկոս)՝ համեմատած մյուս տարիքային խմբերի հետ (20-29 տոկոս):

Գծապատկեր 7Նվազագույն ընդունելի սննդակարգը, ըստ տարիքի, ամիսներով

Տոկոս



ՀԺԱՀ 2015-16

3.11 Սակավարյունության (անեմիա) տարածվածությունը երեխաների և կանանց շրջանում

Սակավարյունությունը (անեմիա) ախտաբանական վիճակ է, որի դեպքում արյան մեջ նվազում է արյան կարմիր գնդիկների կամ հեմոգլոբինի քանակը: Երկաթը հեմոգլոբինի հիմնական բաղադրիչն է, և դրա պակասը համարվում է սակավարյունության դեպքերի կեսի պատճառը ողջ աշխարհում: Սակավարյունության առաջացման պատճառների թվում կարելի է նշել նաև հետևյալները՝ մալարիա, մակաբույծներ, ճիճուներ, սննդային անբավարարություն, քրոնիկ վարակներ, ժառանգականություն: Սակավարյունությունը լուրջ խնդիր է հատկապես երեխաների համար, քանի որ այն կարող է պատճառ հանդիսանալ երեխաների ճանաչողական զարգացման խանգարման, դանդաղ աճի, ինչպես նաև վարակիչ հիվանդություններով պայմանավորված մահացության դեպքերի աճի:

ՀԺԱՀ 2015-16-ը ներառել է հեմոգլոբինի մակարդակի չափումներ, որոնք կատարվել են ՀեմոԳյու (HemoCue) համակարգի միջոցով: Այս համակարգը բաղկացած է մարտկոցներով աշխատող ֆոտոմետրից և միանգամյա օգտագործման միկրոբյուվեթից (որի ծայրին չոր ռեակտիվ է), որը ծառայում է որպես արյան նմուշ վերցնելու հարմարանք: Թեստի համար երեխայի մատի ծայրից կամ կրունկից վերցվում է արյան մեկ կաթիլ միկրոբյուվեթի միջոցով: Վերջինս տեղադրվում է ֆոտոմետրի մեջ, որտեղ արյան նմուշը վերլուծության է ենթարկվում, և հեմոգլոբինի մակարդակն անմիջապես ցուցադրվում է ֆոտոմետրի էկրանին:

Հեմոգլոբինի թեստ անցկացվել է 6-59 ամսական երեխաների և 15-49 տարեկան կանանց շրջանում: Դաշտային աշխատանքների ընթացքում ծնողներին կամ խնամակալներին անմիջապես տրվել են իրենց երեխայի թեստի արդյունքները: Այն դեպքերում, երբ հեմոգլոբինի մակարդակը եղել է 7.0 գ/դլ-ից ցածր, ծնողին կամ խնամակալին տրվել է ուղեգիր՝ բուժհաստատությունում հետագա ստուգման համար: Համապատասխանող երեխաների 88 տոկոսը և համապատասխանող կանանց 95 տոկոսն անցել են հեմոգլոբինի թեստ (տվյալները ցուցադրված չեն):

Աղյուսակ 15-ում ներկայացված են 6-59 ամսական երեխաների և 15-49 տարեկան կանանց սակավարյունության մակարդակները՝ ըստ ընտրված հիմնական բնութագրիչների: 11.0 գ/դլ-ից ցածր մակարդակ ունեցող երեխաները համարվում է, որ ունեն սակավարյունություն: Ընդհանուր առմամբ, երեխաների 16 տոկոսն ունի սակավարյունության որոշակի աստիճան: 11 տոկոս երեխաների մոտ թեթև սակավարյունություն է, 4 տոկոսի մոտ՝ միջին, իսկ 1 տոկոսից էլ պակաս երեխաների մոտ՝ ծանր: Մինչև 24 ամսական երեխաների մոտ սակավարյունությունն ավելի տարածված է՝ համեմատած ավելի մեծ երեխաների հետ: Ըստ մարզերի՝ սակավարյունության տարածվածությունը տատանվում է՝ սկսած Արմավիրի 7 տոկոսից մինչ Գեղարքունիքի 49 տոկոսը:

Աղյուսակ 15-ի երկրորդ հատվածում ներկայացված են 15-49 տարեկան կանանց սակավարյունության մակարդակները՝ ըստ ընտրված հիմնական բնութագրիչների: 11.0 գ/դլ-ից ցածր մակարդակ ունեցող հղի կանայք և 12.0 գ/դլ-ից ցածր մակարդակ ունեցող ոչ հղի կանայք համարվում է, որ ունեն սակավարյունություն: Ընդհանուր առմամբ, կանանց 13 տոկոսն ունի սակավարյունություն: 12 տոկոս կանանց մոտ թեթև սակավարյունություն է, 1 տոկոսի մոտ՝ միջին, իսկ 0.2 տոկոսի մոտ՝ ծանր: Ըստ մարզերի՝ սակավարյունության տարածվածությունը տատանվում է՝ սկսած Արմավիրի 7 տոկոսից մինչ Գեղարքունիքի 39 տոկոսը: Պարզորոշ որևէ կապ բարեկեցության և սակավարյունության միջև չկա:

2015 թ-ին և՛ երեխաների, և՛ կանանց շրջանում սակավարյունությունն ամենից տարածվածն է եղել Գեղարքունիքում: Քանի որ սակավարյունության թեստի արդյունքները համապատասխանեցվում են բարձրության հետ, և քանի որ մարզերի մեծ մասը գտնվում է ծովի մակարդակից մոտ 2000 մետր բարձրության վրա, անհրաժեշտ է վերլուծել ըստ բարձրության համապատասխանեցնելու արդյունքները: Լոռու մարզում սակավարյունություն ունեցող երեխաների հարաբերականորեն բարձր մակարդակը թեստին մասնակցած երեխաների փոքր թվի հետևանքով է (56 չկշռված երեխաներ), ինչպես նաև հարաբերականորեն ցածր պատասխանների տոկոսի (65 տոկոս):

ՀԺԱՀ 2000-ի, ՀԺԱՀ 2005-ի և ՀԺԱՀ 2015-16-ի տվյալների համեմատությունը ցույց է տալիս, որ վերջին 15 տարիների ընթացքում սակավարյունությունը երեխաների շրջանում նվազել է (մասնավորապես վերջին 5 տարիների ընթացքում միջին սակավարյունության նվազման արդյունքում): Ըստ ՀԺԱՀ 2000-ի 6-59 ամսական երեխաների 24 տոկոսն ունեցել է սակավարյունություն, ՀԺԱՀ 2005-ի տվյալներով այն կազմել է 37 տոկոս, իսկ ՀԺԱՀ 2015-16-ի տվյալներով՝ 16 տոկոս: Վերջին 5 տարիների ընթացքում սակավարյունության տարածվածությունը կանանց շրջանում նվազել է՝ 2005 թ-ի 25 տոկոսից նվազելով մինչ 13 տոկոս 2015-16 թթ-ին, որը գրեթե նույնն է, ինչ ՀԺԱՀ 2000-ի արդյունքը՝ 12 տոկոս: Սա հիմնականում պայմանավորված է միջին սակավարյունության մակարդակի նվազումով:

Աղյուսակ 15 Սակավարյունությունը (անեմիա) երեխաների և կանանց շրջանում

6-59 ամսական երեխաների և 15-49 տարեկան կանանց տոկոսը, ովքեր ունեն թեթև, միջին կամ ծանր սակավարյունություն (անեմիա), կամ այս տեսակներից ցանկացած մեկը՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Սակավարյունության ցանկացած տեսակ	Սակավարյունություն ունեցողների տոկոսը			Թվաքանակ
		Թեթև սակավարյունություն	Միջին սակավարյունություն	Ծանր սակավարյունություն	
ԵՐԵՆԱԼՆԵՐ					
Մեռ					
Արական	15.8	11.7	3.5	0.6	718
Բզական	15.4	10.2	4.9	0.3	631
Տարիքն ամիսներով					
6-11	30.0	18.4	11.6	0.0	143
12-23	26.3	17.9	7.3	1.1	296
24-35	13.0	10.4	2.3	0.3	309
36-47	10.4	8.6	1.8	0.0	299
48-59	6.3	3.8	1.8	0.7	301
Բնակավայր					
Քաղաքային	13.6	9.9	3.0	0.7	721
Գյուղական	18.0	12.3	5.5	0.1	628
Մարզ					
Երևան	10.4	6.9	1.9	1.6	331
Արագածոտն	11.5	9.7	1.8	0.0	58
Արարատ	10.3	9.7	0.0	0.5	159
Արմավիր	7.4	5.3	2.1	0.0	172
Գեղարքունիք	48.8	41.7	7.1	0.0	64
Լոռի	33.6	19.5	14.1	0.0	52
Կոտայք	20.2	11.9	8.3	0.0	207
Շիրակ	21.4	13.5	7.9	0.0	153
Սյունիք	9.8	6.6	3.2	0.0	53
Վայոց Ձոր	15.1	10.6	4.5	0.0	34
Տավուշ	11.2	9.8	1.4	0.0	66
Բարեկեցության քվինտիլ					
Ամենացածր	18.8	14.7	3.9	0.3	285
Երկրորդ	14.4	8.6	5.8	0.0	292
Միջին	19.9	12.8	6.2	0.8	250
Չորրորդ	13.8	9.2	3.6	0.9	219
Ամենաբարձր	11.6	9.7	1.6	0.4	302
Ընդամենը	15.6	11.0	4.2	0.4	1,349

Շարունակելի...

Աղյուսակ 15— Շարունակություն

Հիմնական բնութագրիչներ	Սակավարյունության ցանկացած տեսակ	Սակավարյունություն ունեցողների տոկոսը			Թվաքանակ
		Թեթև սակավարյունություն	Միջին սակավարյունություն	Ծանր սակավարյունություն	
ԿԱՆԱՅՔ					
Քնակավայր					
Քաղաքային	12.9	11.4	1.4	0.2	3,381
Գյուղական	14.2	12.9	1.1	0.1	2,388
Մարզ					
Երևան	11.9	10.4	1.4	0.1	1,812
Արագածոտն	14.2	14.1	0.1	0.0	308
Արարատ	9.0	8.9	0.1	0.0	539
Արմավիր	7.4	6.3	0.9	0.2	580
Գեղարքունիք	39.2	37.8	1.1	0.4	468
Լոռի	13.8	10.2	2.9	0.7	299
Կոտայք	12.6	10.9	1.7	0.0	662
Շիրակ	11.3	9.8	1.4	0.2	504
Սյունիք	10.4	8.9	1.5	0.0	232
Վայոց Ձոր	9.6	7.5	1.1	1.1	113
Տավուշ	9.5	7.2	2.4	0.0	253
Բարեկեցության քվինտիլ					
Ամենացածր	13.9	12.0	1.6	0.3	1,047
Երկրորդ	14.4	13.1	1.2	0.1	1,196
Միջին	14.1	12.4	1.6	0.2	1,092
Չորրորդ	13.6	11.9	1.5	0.2	1,175
Ամենաբարձր	11.4	10.8	0.6	0.0	1,260
Ընդամենը	13.4	12.0	1.3	0.2	5,769

Նշում: Աղյուսակը հիմնված է այն երեխաների և կանանց տվյալների վրա, ովքեր հետազոտությանը նախորդող գիշերը գիշերել են տնային տնտեսությունում: Սակավարյունության տարածվածությունը, որի հիմքում հեմոգլոբինի մակարդակներն են, համապատասխանեցվել է բարձրության հետ (երեխաների և կանաց համար) և ծխելու փաստի հետ (կանանց համար)՝ օգտագործելով Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի բանաձևերը (ՀՎԿԿ, 1998թ.): <7.0 գ/դլ հեմոգլոբինի մակարդակ ունեցող կանանց և երեխաների մոտ ծանր սակավարյունություն է, 7.0-9.9 գ/դլ-ի դեպքում՝ միջին, 10.0-11.9 գ/դլ ունեցող ոչ հղի կանանց և 10.0-10.9 գ/դլ ունեցող երեխաների և հղի կանանց մոտ՝ թեթև սակավարյունություն:

3.12 ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի վերաբերյալ իրազեկվածություն, գիտելիքներ և վարքագիծ

ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի դեմ պայքարում շատ կարևոր են ՄԻԱՎ փոխանցումը նվազեցնելու ուղիների մասին գիտելիքները: ՄԻԱՎ կանխարգելման ծրագրերն իրենց հաղորդագրությունը և ջանքերը կենտրոնացնում են վարքագծի մի շարք կարևոր ասպեկտների վրա՝ ուղղված ՄԻԱՎ տարածումից խուսափելուն, որոնք ներառում են պահպանակի օգտագործումը և միայն մեկ չվարակված սեռական զուգրնկեր ունենալը: Պարզելու համար ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ ունեցած գիտելիքների խորությունը՝ ՀԺԱՀ 2015-16-ի շրջանակներում հարցվողներին ուղղվել են մի շարք հարցեր՝ վարքագծի որոշակի դրսևորումների վերաբերյալ:

ՄԻԱՎ կանխարգելման ուղիների վերաբերյալ 15-49 տարեկան կանանց և տղամարդկանց ունեցած գիտելիքները ներկայացված են Աղյուսակ 16-ում: Համաձայն արդյունքների՝ գիտելիքները բավական տարածված են Հայաստանում. կանանց 76 տոկոսը և տղամարդկանց 78 տոկոսը գիտեն, որ ՄԻԱՎ տարածումը կարելի է կանխել՝ օգտագործելով պահպանակ յուրաքանչյուր սեռական հարաբերության ժամանակ: Կանանց 79 տոկոսը և տղամարդկանց 77 տոկոսը, որպես ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը նվազեցնելու ուղի, նշել են միայն մեկ չվարակված սեռական զուգրնկեր ունենալը: Ընդհանուր առմամբ, կանանց 72 տոկոսը և տղամարդկանց 73 տոկոսն ասել են, որ տեղեկացված են վերոնշյալ երկու մեթոդների մասին էլ: ՀԺԱՀ 2010-ի համեմատությամբ՝ ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ ունեցած գիտելիքները մի փոքր աճել են կանանց շրջանում և մի փոքր նվազել տղամարդկանց շրջանում՝ 2010 թ-ին կազմելով 69 տոկոս կանանց շրջանում և 80 տոկոս տղամարդկանց:

15-19 տարեկան կանայք և տղամարդիկ ավելի քիչ են տեղեկացված ՄԻԱՎ կանխարգելման այս մեթոդների մասին, քան 20 և ավելի մեծ տարիք ունեցողները: Նույն կերպ, այն կանայք և տղամարդիկ, ովքեր երբևէ սեռական հարաբերություն չեն ունեցել, ավելի քիչ են տեղեկացված ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդների մասին, քան նրանք, ովքեր ամուսնացած են կամ բնակվում են գուզրնկերոջ հետ, նրանք, ովքեր ամուսնալուծված են, բաժանված կամ այրի, կամ նրանք, ովքեր երբևէ ամուսնացած չեն եղել, բայց ունեցել են սեռական հարաբերություն: Քաղաքային բնակավայրերի կանայք ավելի իրազեկված են ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդներից յուրաքանչյուրի մասին, քան գյուղական բնակավայրերի կանայք: Քաղաքային բնակավայրերի տղամարդիկ ավելի տեղեկացված են պահպանակ օգտագործելու միջոցով ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ, քան գյուղական բնակավայրերի տղամարդիկ (81 և 75 տոկոս, համապատասխանաբար), իսկ միայն մեկ չվարակված սեռական գուզրնկեր ունենալու և վերոնշյալ երկու մեթոդների (միասին վերցրած) վերաբերյալ իրազեկվածությունը քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի տղամարդկանց միջև հավասար է: Կանայք Կոտայքում և Երևանում և տղամարդիկ Կոտայքում և Արմավիրում ամենաշատն են տեղեկացված այս երկու մեթոդների վերաբերյալ, մինչդեռ Սյունիքում՝ ամենաքիչը: Ինչպես և սպասվում էր՝ կրթական ավելի բարձր մակարդակ ունեցող կանայք և տղամարդիկ ավելի իրազեկված են ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդների մասին, քան կրթական ավելի ցածր մակարդակ ունեցողները: Բարեկեցության ավելի բարձր քվինտիլներում գտնվող տնային տնտեսությունների կանայք ավելի շատ գիտելիքներ ունեն ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդների մասին՝ ավելի ցածր քվինտիլում գտնվող կանանց համեմատությամբ: Բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում գտնվող տղամարդիկ ավելի քիչ են տեղեկացված պահպանակի օգտագործման մասին՝ որպես ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդ, քան ամենաբարձր քվինտիլում գտնվողները, իսկ ահա միայն մեկ չվարակված սեռական գուզրնկեր ունենալու մասին տեղեկացվածությունը գրեթե նույնն է: Ընդհանուր առմամբ, բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում գտնվող տղամարդիկ ավելի քիչ են տեղյակ այս երկու մեթոդների մասին (միասին վերցրած)՝ քան ամենաբարձր քվինտիլում գտնվողները (70 և 74 տոկոս, համապատասխանաբար):

Որոշ թյուրըմբռնումներ ՄԻԱՎ փոխանցման ուղիների վերաբերյալ դեռևս տարածված են Հայաստանում: 15-49 տարեկան կանանց և տղամարդկանց 23 տոկոսը կարծում է, որ ՄԻԱՎ կարող է տարածվել թքի միջոցով՝ համբուրվելով ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մարդու հետ, 18 տոկոսը, որ այն կարող է տարածվել մոծակի կծելու միջոցով, 8 տոկոսը նշել է, որ ՄԻԱՎ կարող է տարածվել՝ կիսելով կերակուրը ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մարդու հետ, և 6 տոկոսը, որ տարածման պատճառ կարող է լինել ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մարդուն ձեռքով բարևելը (տվյալները ցուցադրված չեն):

Աղյուսակ 16 Գիտելիքները ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդների վերաբերյալ

15-49 տարեկան կանանց և տղամարդկանց տոկոսը, ովքեր, ի պատասխան հնչած հարցերի, ասել են, որ հնարավոր է նվազեցնել ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը՝ օգտագործելով պահպանակ յուրաքանչյուր սեռական հարաբերության ժամանակ, և ունենալով միայն մեկ սեռական գուգրններ, ով վարակված չէ և չունի այլ սեռական գուգրններ, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Կանանց տոկոսը, ովքեր ասել են, որ ՄԻԱՎ հնարավոր է կանխարգելել				Տղամարդկանց տոկոսը, ովքեր ասել են, որ ՄԻԱՎ հնարավոր է կանխարգելել			
	Օգտագործելով պահպանակ ¹	Ունենալով միայն մեկ չվարակված սեռական գուգրններ ²	Օգտագործելով պահպանակ և ունենալով միայն մեկ չվարակված սեռական գուգրններ ²	Կանանց թվաքանակ	Օգտագործելով պահպանակ ¹	Ունենալով միայն մեկ չվարակված սեռական գուգրններ ²	Օգտագործելով պահպանակ և ունենալով միայն մեկ չվարակված սեռական գուգրններ ²	Տղամարդկանց թվաքանակ
Տարիք								
15-24	65.4	69.0	61.1	1,653	62.3	58.4	55.3	813
15-19	52.6	56.5	47.5	725	55.4	49.2	46.9	345
20-24	75.4	78.8	71.6	928	67.3	65.2	61.5	467
25-29	80.8	84.4	78.0	1,099	84.2	85.1	82.1	464
30-39	79.8	82.6	75.8	1,874	85.6	84.2	79.6	802
40-49	78.9	81.6	75.1	1,490	84.8	84.3	78.8	676
Ամուսնական կարգավիճակ								
Երբեք չամուսնացած	67.7	70.5	63.3	1,830	67.2	65.4	61.7	1,190
Ունեցել է սեռ. հարաբերություն	*	*	*	12	81.0	79.5	76.0	632
Երբեք չի ունեցել սեռ. հարաբերություն	67.5	70.5	63.3	1,818	51.5	49.5	45.4	558
Ամուսնացած/համատեղ բնակվող	79.1	82.9	75.7	3,895	86.8	86.0	81.6	1,506
Ամուսնալուծված/բաժանված/ այրի	82.4	80.2	76.8	390	(85.3)	(68.3)	(65.4)	59
Քնակավայր								
Քաղաքային	81.9	84.4	77.8	3,657	80.9	76.1	72.5	1,558
Գյուղական	66.9	71.0	63.5	2,459	74.9	77.6	72.9	1,197
Մարզ								
Երևան	87.5	89.3	83.5	2,001	83.3	73.1	70.2	833
Արագածոտն	53.0	50.5	49.1	315	74.1	75.9	72.9	159
Արարատ	84.1	81.5	77.6	552	72.1	79.8	68.9	290
Արմավիր	68.9	81.3	68.4	586	89.7	92.8	88.3	268
Գեղարքունիք	42.7	46.8	41.3	478	63.4	67.5	62.2	235
Լոռի	79.6	80.6	75.4	355	45.9	45.0	39.9	184
Կոտայք	87.4	89.2	84.5	678	99.0	100.0	99.0	299
Շիրակ	70.3	75.8	66.1	510	86.0	85.9	84.4	201
Սյունիք	45.2	59.2	39.3	238	31.7	33.4	28.0	104
Վայոց Ձոր	78.9	82.1	74.2	119	78.5	80.9	76.7	56
Տավուշ	75.5	77.7	68.5	283	92.9	89.0	85.8	126
Կրթություն								
Հիմնական	46.4	45.8	39.7	396	68.5	68.8	64.3	360
Միջնակարգ	67.5	71.3	62.9	2,444	75.4	73.7	69.7	1,250
Միջին մասնագիտական	80.9	84.2	77.7	1,359	81.8	76.7	73.2	403
Բարձրագույն	89.2	92.2	86.5	1,909	86.3	86.2	81.7	736
Բարեկեցության քվինտիլ								
Ամենացածր	62.8	66.7	58.1	1,081	72.1	76.8	70.0	523
Երկրորդ	71.3	74.3	67.4	1,242	77.8	78.0	74.3	583
Միջին	70.1	74.9	66.4	1,142	75.0	72.1	68.8	521
Չորրորդ	84.5	86.4	80.9	1,287	82.7	78.8	75.4	566
Ամենաբարձր	87.0	89.5	83.7	1,365	83.2	77.7	74.4	562
Ընդամենը 15-49	75.9	79.0	72.0	6,116	78.3	76.8	72.7	2,755

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկշռված ղեպերի վրա: Աստղանիշը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշը հիմնված է 25-ից քիչ չկշռված ղեպերի վրա և այն չի ներառվել: Ընդամենը ներառում է կանանց 8 ղեպը և տղամարդկանց 5 ղեպը առանց որևէ կրթական մակարդակի, որոնք առանձին ցույց տրված չեն:

¹ Օգտագործելով պահպանակ յուրաքանչյուր սեռական հարաբերության ժամանակ:

² Չուգրններ, ով չունի այլ սեռական գուգրններ:

3.13 Երիտասարդների իրազեկվածությունը ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ

Աղյուսակ 17-ում ներկայացված է 15-24 տարեկան երիտասարդների գիտելիքները ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ: ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիք ասելով՝ նկատի ունենք հետևյալը. իմանալ, որ պահպանակի օգտագործումը և միայն մեկ չվարակված սեռական զուգընկեր ունենալը ՄԻԱՎ կանխարգելման մեթոդներ են, իմանալ, որ արտաքնապես առողջ մարդը կարող է լինել ՄԻԱՎ-ով վարակված, մերժել երկու շատ տարածված թյուրմեթոդները ՄԻԱՎ փախանցման մասին, այն է՝ ՄԻԱՎ կարող է տարածվել մոծակի կծելու միջոցով և թքի միջոցով՝ համբուրվելով ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մարդու հետ: ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքները չափազանց կարևոր են, քանի որ հնարավորություն են ընձեռնում մարդկանց խուսափելու ՄԻԱՎ-ով վարակվելուց: Սա հատկապես ճիշտ է երիտասարդների համար, քանի որ նրանք առավել մեծ վտանգի են ենթարկվում՝ կապված այն հանգամանքի հետ, որ ունենում են կարճ հարաբերություններ մի քանի զուգընկերների հետ և վտանգավոր այլ վարքագիծ են դրսևորում:

Աղյուսակ 17-ը ցույց է տալիս, որ երիտասարդ կանանց 20 տոկոսը և երիտասարդ տղամարդկանց 13 տոկոսն ունեն ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքներ: Բազմակողմանի գիտելիքներ ունեցող երիտասարդների մասնաբաժինն ավելանում է տարիքի, կրթական մակարդակի և բարեկեցության ավելացման հետ համընթաց: Քաղաքային բնակավայրերի երիտասարդներն ավելի շատ գիտելիքներ ունեն ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ, քան գյուղական բնակավայրերի երիտասարդները: Երիտասարդ կանայք Երևանից և Վայոց Ձորից (31 տոկոս և 24 տոկոս, համապատասխանաբար), և երիտասարդ տղամարդիկ Տավուշից և Երևանից (26 տոկոս և 23 տոկոս, համապատասխանաբար) ամենաշատ գիտելիքներն ունեն ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ, քան մյուս մարզերի երիտասարդները:

Աղյուսակ 17 Գիտելիքները ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ երիտասարդների շրջանում

15-24 տարեկան երիտասարդ կանանց և տղամարդկանց տոկոսը, ովքեր ունեն գիտելիքները ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	15-24 տարեկան կանայք		15-24 տարեկան տղամարդիկ	
	ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքների ունեցողների տոկոսը ¹	Կանանց թվաքանակ	ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքների ունեցողների տոկոսը ¹	Տղամարդկանց թվաքանակ
Տարիք				
15-19	14.7	725	8.9	345
15-17	11.9	450	7.2	261
18-19	19.3	275	14.1	85
20-24	24.5	928	15.2	467
20-22	23.0	506	13.1	247
23-24	26.4	422	17.5	221
Ամուսնական կարգավիճակ				
Երբևէ չամուսնացած	20.5	1,249	12.5	756
Ունեցել է սեռ. հարաբերություն	*	2	16.0	267
Երբեք չի ունեցել սեռ. հարաբերություն	20.5	1,247	10.5	489
Երբևէ ամուսնացած	19.4	405	13.3	56
Բնակավայր				
Քաղաքային	24.9	928	15.6	438
Գյուղական	14.3	725	8.9	374
Մարզ				
Երևան	30.6	503	23.4	247
Արագածոտն	6.3	88	0.0	48
Արարատ	16.3	146	8.7	73
Արմավիր	19.8	168	11.7	80
Գեղարքունիք	10.5	154	7.2	83
Լոռի	14.6	111	0.0	56
Կոտայք	19.7	171	12.0	83
Շիրակ	14.9	145	2.1	57
Մյուսիք	12.0	57	5.9	34
Վայոց Ձոր	23.5	35	0.0	18
Տավուշ	19.9	75	26.1	35
Կրթություն				
Հիմնական	6.7	163	4.5	139
Միջնակարգ	10.7	651	8.9	354
Միջին մասնագիտական	26.1	272	9.1	109
Բարձրագույն	32.2	567	25.8	209
Բարեկեցության քվինտիլ				
Ամենացածր	12.9	309	4.2	153
Երկրորդ	16.2	358	10.6	191
Միջին	14.6	307	11.0	156
Չորրորդ	26.8	341	13.8	154
Ամենաբարձր	29.6	340	23.2	158
Ընդամենը 15-24	20.2	1,653	12.5	813

Նշում: Աստղանիշը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշը հիմնված է 25-ից քիչ ձևավորված դեպքերի վրա և այն չի ներառվել: Ընդամենը ներառում է տղամարդկանց մեկ դեպք առանց որևէ կրթական մակարդակի, որն առանձին ցույց տրված չէ:

¹ ՄԻԱՎ կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիք ասելով՝ նկատի ունենք հետևյալը. իմանալ, որ պահպանակի օգտագործումը և միայն մեկ չվարակված սեռական զուգընկեր ունենալը կարող են նվազեցնել ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը, իմանալ, որ արտաքննապես առողջ մարդը կարող է լինել ՄԻԱՎ-ով վարակված, մերժել երկու շատ տարածված թյուրըմբռնումները ՄԻԱՎ փոխանցման մասին, այն է՝ ՄԻԱՎ կարող է տարածվել մոծակի կծելու միջոցով և թթի միջոցով՝ համբուրվելով ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մարդու հետ:

Աղյուսակ 18 Մի քանի սեռական զուգընկերուհիներ վերջին 12 ամիսների ընթացքում. Տղամարդիկ

15-49 տարեկան բոլոր տղամարդկանց շրջանում այն տղամարդկանց տոկոսը, ովքեր ունեցել են 2 կամ ավելի սեռական զուգընկերուհի վերջին 12 ամիսների ընթացքում, վերջին 12 ամիսների ընթացքում 2 կամ ավելի սեռական զուգընկերուհի ունեցած տղամարդկանց շրջանում այն տղամարդկանց տոկոսը, ովքեր նշել են, որ օգտագործել են պահպանակ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ, և կյանքի ընթացքում ունեցած սեռական զուգընկերուհիների միջին թիվը երբևէ սեռական հարաբերություն ունեցած տղամարդկանց շրջանում, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Բոլոր տղամարդիկ		Տղամարդիկ, ովքեր ունեցել են 2+ զուգընկերուհի վերջին 12 ամիսների ընթացքում		Տղամարդիկ, ովքեր երբևէ ունեցել են սեռական հարաբերություն ¹	
	Տոկոսը, ովքեր ունեցել են 2+ զուգընկերուհի վերջին 12 ամիսների ընթացքում	Տղամարդկանց թվաքանակ	Տոկոսը, ովքեր նշել են, որ օգտագործել են պահպանակ վերջին սեռ. հարաբերության ժամանակ	Տղամարդկանց թվաքանակ	Կյանքի ընթացքում ունեցած սեռական զուգընկերուհիների միջին թիվը	Տղամարդկանց թվաքանակ
Տարիք						
15-24	2.8	813	*	22	2.8	310
15-19	1.3	345	*	4	(2.6)	43
20-24	3.9	467	*	18	2.9	267
25-29	7.9	464	(77.9)	37	4.0	392
30-39	6.8	802	(52.6)	54	4.0	691
40-49	5.4	676	(43.6)	36	4.8	601
Ամուսնական կարգավիճակ						
Երբևէ չամուսնացած	5.9	1,190	93.8	71	3.9	563
Ամուսնացած/ համատեղ բնակվող	5.1	1,506	33.9	77	4.1	1,375
Ամուսնալուծված/ բաժանված/ այրի	(3.7)	59	*	2	(3.8)	56
Բնակավայր						
Քաղաքային	5.1	1,558	67.2	80	4.3	1,167
Գյուղական	5.8	1,197	56.9	70	3.7	827
Մարզ						
Երևան	4.5	833	*	38	4.6	678
Արագածոտն	0.0	159	*	0	1.3	89
Արարատ	3.9	290	*	11	3.9	226
Արմավիր	17.6	268	(52.3)	47	7.5	163
Գեղարքունիք	0.8	235	*	2	2.6	164
Լոռի	1.1	184	*	2	1.3	70
Կոտայք	11.8	299	(42.2)	35	3.8	249
Շիրակ	5.4	201	*	11	5.7	177
Մյունիք	3.1	104	*	3	1.3	60
Վայոց Ձոր	0.0	56	*	0	1.6	36
Տավուշ	0.5	126	*	1	1.4	83
Կրթություն						
Հիմնական	5.0	360	*	18	4.7	215
Միջնակարգ	4.8	1,250	50.2	60	3.8	868
Միջին մասնագիտական	5.9	403	*	24	4.3	310
Բարձրագույն	6.5	736	(75.6)	48	4.0	599
Բարեկեցության քվինտիլ						
Ամենացածր	6.4	523	(69.2)	33	4.0	358
Երկրորդ	5.0	583	(46.8)	29	3.7	401
Միջին	7.0	521	(65.1)	36	3.7	363
Չորրորդ	4.0	566	*	22	4.3	414
Ամենաբարձր	5.0	562	*	28	4.4	457
Ընդամենը 15-49	5.4	2,755	62.4	150	4.0	1,994

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկոչված ղեկավարի վրա: Աստղանիշը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշը հիմնված է 25-ից քիչ չկոչված ղեկավարի վրա և այն չի ներառվել: Ընդամենը ներառում է տղամարդկանց 5 ղեկավար տղամարդկանց շրջանում առանց որևէ կրթական մակարդակի, և 3 ղեկավար երբևէ սեռական հարաբերություն ունեցած տղամարդկանց շրջանում առանց որևէ կրթական մակարդակի, որոնք առանձին ցույց տրված չեն:

¹ Միջին թվերը հաշվարկվել են՝ բացառելով այն հարցվողներին, ովքեր չեն տվել թվային պատասխան

Սեռական վարքագծի մասին տեղեկությունները կարևոր են ՄԻԱՎ տարածումը վերահսկող ծրագրերը մշակելու և կարգավորելու առումով: ՀժԱՀ 2015-16-ը ներառում էր հարցեր վերջին 12 ամիսների և ողջ կյանքի ընթացքում հարցվողների ունեցած սեռական զուգընկերների վերաբերյալ: Տեղեկություններ են հավաքագրվել նաև վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման մասին: Սրանք խիստ նուրբ հարցեր են, և պարզ է, որ որոշ հարցվողներ չէին ցանկանա տրամադրել տեղեկություններ իրենց սեռական վարքագծի վերաբերյալ: Տղամարդկանց համար ստացված արդյունքները ցուցադրված են Աղյուսակ 18-ում: Կանանց համար տվյալները ներկայացված չեն, քանի որ 15-49 տարեկան շատ քիչ կանայք են պատասխանել, որ ունեցել են մեկից ավելի սեռական զուգընկեր վերջին 12 ամիսների ընթացքում: Ողջ կյանքի ընթացքում ունեցած սեռական զուգընկերների միջին թիվը 1.1 է այն բոլոր կանանց շրջանում, ովքեր երբևէ ունեցել են սեռական հարաբերություն:

15-49 տարեկան տղամարդկանց ընդամենը 5 տոկոսն է նշել, որ վերջին 12 ամիսների ընթացքում ունեցել է երկու կամ ավելի սեռական զուգընկերուհի, իսկ նրանցից ընդամենը երկու երրորդն է նշել (62 տոկոս), որ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ օգտագործել է պահպանակ: Ողջ կյանքի ընթացքում ունեցած սեռական զուգընկերուհիների միջին թիվը 4.0 է այն բոլոր տղամարդկանց շրջանում, ովքեր երբևէ ունեցել են սեռական հարաբերություն: Ողջ կյանքի ընթացքում ունեցած սեռական զուգընկերուհիների միջին թիվը ավելի բարձր է Արմավիրում (7.5), Շիրակում (5.7) և Երևանում (4.6)՝ համեմատած Արագածոտնի, Լոռիի, Սյունիքի և Տավուշի հետ, որտեղ միջին թիվը կազմել է 1.3-1.4:

3.14 ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտությունների ծառայությունների տարածվածությունը

ՄԻԱՎ կարգավիճակի իմացությունն օգնում է չվարակված մարդկանց կայացնել որոշումներ՝ վարակվելու վտանգը նվազեցնելու և ապահով սեռական հարաբերություններ ունենալու համար: Արդեն իսկ ՄԻԱՎ վարակ ունեցող մարդկանց համար իրենց կարգավիճակի իմացությունը հնարավորություն է՝ պաշտպանելու իրենց սեռական զուգընկերներին վարակվելուց, բուժում ստանալու, և ապագայի ծրագրեր կազմելու համար:

Գնահատելու համար ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտությունների ծառայությունների մասին տեղեկացվածությունը և դրանցից օգտվելու ընդգրկվածությունը՝ ՀժԱՀ հարցվողներին տրվել է հարց, թե արդյոք նրանք երբևէ անցել են ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն: Եթե պատասխանը եղել է ԱՅՈ, նրանք հետո հարցվել են, թե արդյոք ստացել են վերջին հետազոտության արդյունքները, և թե որտեղ են անցել հետազոտությունը: Եթե նրանք երբևէ ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն չեն անցել, ապա հարցվել են, թե արդյոք գիտեն որևէ վայր, որտեղ կարելի է անցնել ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն:

Աղյուսակ 19.1-ը և 19.2-ը ցույց են տալիս, որ կանանց և տղամարդկանց գրեթե կեսը (48 տոկոս կանայք և 45 տոկոս տղամարդիկ) գիտի որևէ վայր, որտեղ կարելի է անցնել ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն: 25 տարեկան և ավելի մեծ հարցվողների համեմատությամբ՝ ավելի երիտասարդ հարցվողները պակաս տեղեկացված են նման վայրերից: Երբևէ չամուսնացած հարցվողները, ովքեր երբևէ չեն ունեցել սեռական հարաբերություն, ավելի քիչ են տեղյակ ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու վայրերից, քան մյուսները: ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու վայրերի մասին իմացությունն աճում է կրթական մակարդակի և բարեկեցության քվիտիլի աճի հետ համընթաց:

Աղյուսակ 19.1-ում և 19.2-ում արտացոլվում է նաև ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտության ծառայությունների ընդգրկվածությունը: 15-49 տարեկան հարցվողների շրջանում կանանց մեծ մասը (86 տոկոս) և տղամարդկանց մեծամասնությունը (98 տոկոս) երբեք չի անցել ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն: ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցածների մեծամասնությունը նշել է, որ ստացել է վերջին հետազոտության արդյունքները: Ընդհանուր առմամբ, կանանց 12 տոկոսը և տղամարդկանց 1 տոկոսն անցել է նման հետազոտություն և ստացել է վերջին հետազոտության արդյունքները: Երբևէ ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու և այդ հետազոտության արդյունքները ստանալու հավանականությունն ամենաբարձրն է 25-29 տարեկան տարիքային խմբում (կանանց 22 տոկոսը և տղամարդկանց 2 տոկոսը), ներկայումս ամուսնացած հարցվողների շրջանում (կանանց 17 տոկոսը և տղամարդկանց 2 տոկոսը), և քաղաքային բնակավայրերի կանանց շրջանում (14 տոկոս): Կանայք Երևանից, Արմավիրից, Կոտայքից և Շիրակից (յուրաքանչյուրը 15-ական տոկոս) և տղամարդիկ Շիրակից (6 տոկոս), Արմավիրից (4 տոկոս) և Կոտայքից (4 տոկոս) ավելի հավանական է, որ անցել են ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն և ստացել են այդ հետազոտության արդյունքները, քան մյուս մարզերի կանայք և տղամարդիկ: Կանանց շրջանում հետազոտության ընդգրկվածությունն աճում է կրթական մակարդակի և բարեկեցության քվիտիլի աճի հետ համընթաց:

15-49 տարեկան կանանց 4 տոկոսը և տղամարդկանց 1 տոկոսից քիչն է անցել ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն և ստացել դրա արդյունքը ՀԺԱՀ 2015-16-ին նախորդող 12 ամիսների ընթացքում: Կանանց շրջանում վերջին 12 ամիսների ընթացքում ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն ամենաշատն անցել են Կոտայքում (10 տոկոս) և Սյունիքում (7 տոկոս):

ՀԺԱՀ 2010-ի համեմատությամբ՝ ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտության ընդգրկվածությունը չի փոխվել: Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցած և հետազոտության արդյունքները վերցրած կանանց տոկոսը մի փոքր ավելացել է՝ 2010-ին կազմելով 2 տոկոս, իսկ 2015-16-ին՝ 4 տոկոս: Իսկ տղամարդկանց շրջանում տվյալները չեն փոխվել և մնացել են նույնը՝ 1 տոկոսից էլ պակաս:

Աղյուսակ 19.1 ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելը. Կանայք

15-49 տարեկան կանանց տոկոսը, ովքեր գիտեն ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու վայր, 15-49 տարեկան կանանց տոկոսային բաշխումն ըստ հետազոտություն անցնելու-չանցնելու կարգավիճակի և ըստ այն հանգամանքի, թե արդյոք ստացել են վերջին հետազոտության արդյունքները, թե՛ ոչ, երբևէ հետազոտություն անցածների տոկոսը, և վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտություն անցածների և վերջին հետազոտության արդյունքները ստացածների տոկոսը, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Տոկոսը, ովքեր գիտեն ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու վայր	Կանանց տոկոսային բաշխումն ըստ հետազոտություն անցնելու-չանցնելու կարգավիճակի և ըստ այն հանգամանքի, թե արդյոք ստացել են վերջին հետազոտության արդյունքները, թե՛ ոչ			Ընդամենը	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտություն անցածների և վերջին հետազոտության արդյունքները ստացածների տոկոսը	Կանանց թվաքանակ
		Երբևէ անցել են հետազոտություն և ստացել են արդյունքները	Երբևէ անցել են հետազոտություն, բայց չեն ստացել արդյունքները	Երբևէ չեն անցել հետազոտություն ¹			
Տարիք							
15-24	35.6	7.0	2.3	90.7	100.0	9.5	1,653
15-19	25.9	1.5	0.2	98.3	100.0	2.0	725
20-24	43.2	11.3	4.0	84.7	100.0	15.3	928
25-29	57.2	21.9	4.7	73.3	100.0	27.5	1,099
30-39	53.6	14.5	3.0	82.4	100.0	18.1	1,874
40-49	48.5	6.0	1.0	93.0	100.0	7.0	1,490
Ամուսնական կարգավիճակ							
Երբևէ չամուսնացած Ունեցել է սեռ. հարաբերություն	36.5	1.5	0.0	98.5	100.0	1.6	1,830
Երբևէ չի ունեցել սեռ. հարաբերություն	*	*	*	*	100.0	*	12
Ամուսնացած/համատեղ բնակվող	36.2	1.4	0.0	98.6	100.0	1.5	1,818
Ամուսնալուծված/բաժանված/այրի	52.8	16.8	3.9	79.3	100.0	21.2	3,895
	55.7	9.3	2.1	88.7	100.0	11.9	390
Բնակավայր							
Քաղաքային	53.4	13.6	2.2	84.2	100.0	16.3	3,657
Գյուղական	40.3	9.0	3.3	87.7	100.0	12.4	2,459
Մարզ							
Երևան	58.2	15.0	1.0	84.0	100.0	16.7	2,001
Արագածոտն	22.5	0.4	0.0	99.6	100.0	0.4	315
Արարատ	59.6	12.5	7.1	80.4	100.0	19.7	552
Արմավիր	47.8	14.6	3.3	82.0	100.0	18.0	586
Գեղարքունիք	11.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	478
Լոռի	19.7	7.8	1.0	91.3	100.0	8.7	355
Կոտայք	67.5	15.3	5.1	79.6	100.0	21.4	678
Շիրակ	46.0	14.8	0.8	84.5	100.0	15.5	510
Սյունիք	45.9	10.6	16.0	73.4	100.0	26.6	238
Վայոց Ձոր	27.9	4.5	0.3	95.2	100.0	4.8	119
Տավուշ	50.4	9.0	0.5	90.5	100.0	9.5	283
Կրթություն							
Հիմնական	29.2	8.6	2.9	88.5	100.0	12.1	396
Միջնակարգ	37.7	8.2	3.0	88.7	100.0	11.5	2,444
Միջին մասնագիտական	50.9	12.8	2.1	85.0	100.0	15.4	1,359
Բարձրագույն	63.6	16.2	2.5	81.4	100.0	19.0	1,909
Բարեկեցության քվինտիլ							
Ամենացածր	32.8	8.7	3.0	88.3	100.0	11.7	1,081
Երկրորդ	45.8	9.0	3.3	87.7	100.0	12.4	1,242
Միջին	43.8	11.8	2.4	85.8	100.0	14.6	1,142
Չորրորդ	52.6	12.6	2.2	85.2	100.0	15.4	1,287
Ամենաբարձր	61.8	15.8	2.4	81.8	100.0	18.8	1,365
Ընդամենը	48.1	11.7	2.6	85.6	100.0	14.7	6,116

Նշում: Աստղանիշը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշը հիմնված է 25-ից քիչ չկշռված դեպքերի վրա և այն չի ներառվել: Ընդամենը ներառում է 8 դեպք առանց որևէ կրթական մակարդակի, որոնք առանձին ցույց տրված չեն:

¹ Ներառում է չգիտի/բացակայող պատասխանները

Աղյուսակ 19.2 ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելը. Տղամարդիկ

15-49 տարեկան տղամարդկանց տոկոսը, ովքեր գիտեն ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու վայր, 15-49 տարեկան տղամարդկանց տոկոսային բաշխումն ըստ հետազոտություն անցնելու-չանցնելու կարգավիճակի և ըստ այն հանգամանքի, թե արդյոք ստացել են վերջին հետազոտության արդյունքները, թե՛ ոչ, երբևէ հետազոտություն անցածների տոկոսը, և վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտություն անցածների և վերջին հետազոտության արդյունքները ստացածների տոկոսը, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Տոկոսը, ովքեր գիտեն ՄԻԱՎ վերաբերյալ հետազոտություն անցնելու վայր	Տղամարդկանց տոկոսային բաշխումն ըստ հետազոտություն անցնելու-չանցնելու կարգավիճակի և ըստ այն հանգամանքի, թե արդյոք ստացել են վերջին հետազոտության արդյունքները, թե՛ ոչ			Ընդամենը	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետազոտություն անցածների և վերջին հետազոտության արդյունքները ստացածների տոկոսը	Տղամարդկանց թվաքանակ
		Երբևէ անցել են հետազոտություն և ստացել արդյունքները	Երբևէ անցել են հետազոտություն, բայց չեն ստացել արդյունքները	Երբևէ չեն անցել հետազոտություն ¹			
Տարիք							
15-24	31.9	0.7	0.4	98.9	100.0	1.2	813
15-19	25.9	0.2	0.0	99.8	100.0	0.2	345
20-24	36.3	1.1	0.6	98.3	100.0	2.0	467
25-29	51.2	2.2	0.3	97.5	100.0	2.7	464
30-39	49.5	1.7	0.1	98.2	100.0	1.8	802
40-49	52.4	1.3	0.1	98.6	100.0	1.4	676
Ամուսնական կարգավիճակ							
Երբևէ չամուսնացած Ունեցել է սեռ. հարաբերություն	37.1	0.9	0.1	99.0	100.0	1.0	1,190
Երբևէ չի ունեցել սեռ. հարաբերություն	47.6	1.7	0.2	98.1	100.0	1.9	632
Ամուսնացած/համատեղ բնակվող	25.2	0.1	0.0	99.9	100.0	0.1	558
Ամուսնալուծված/բաժանված/ այրի	51.7	1.8	0.3	97.9	100.0	2.3	1,506
	(48.8)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	100.0	(0.0)	59
Բնակավայր							
Քաղաքային	53.5	0.8	0.4	98.8	100.0	1.2	1,558
Գյուղական	34.6	2.1	0.0	97.9	100.0	2.3	1,197
Մարզ							
Երևան	69.7	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	833
Արագածոտն	8.2	0.6	0.0	99.4	100.0	0.6	159
Արարատ	58.1	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	290
Արմավիր	8.2	4.1	0.0	95.9	100.0	4.1	268
Գեղարքունիք	9.9	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	235
Լոռի	12.3	0.5	1.0	98.5	100.0	1.5	184
Կոտայք	60.0	3.5	0.0	96.5	100.0	4.2	299
Շիրակ	46.1	6.4	1.1	92.5	100.0	7.5	201
Մյունիք	19.8	0.0	2.1	97.9	100.0	2.1	104
Վայոց Ձոր	24.3	1.7	0.0	98.3	100.0	1.7	56
Տավուշ	89.9	0.7	0.0	99.3	100.0	0.7	126
Կրթություն							
Հիմնական	28.0	2.2	0.3	97.6	100.0	2.7	360
Միջնակարգ	35.6	1.2	0.3	98.5	100.0	1.6	1,250
Միջին մասնագիտական	51.1	1.8	0.2	97.9	100.0	2.1	403
Բարձրագույն	67.4	1.1	0.1	98.8	100.0	1.2	736
Բարեկեցության քվինտիլ							
Ամենացածր	27.5	1.1	0.0	98.9	100.0	1.1	523
Երկրորդ	37.5	2.7	0.1	97.2	100.0	2.8	583
Միջին	40.2	1.9	0.7	97.4	100.0	3.0	521
Չորրորդ	54.6	0.6	0.3	99.0	100.0	1.0	566
Ամենաբարձր	65.4	0.6	0.0	99.4	100.0	0.6	562
Ընդամենը 15-49	45.3	1.4	0.2	98.4	100.0	1.7	2,755

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա: Ընդամենը ներառում է 5 դեպք առանց որևէ կրթական մակարդակի, որոնք առանձին ցույց տրված չեն:

¹Ներառում է չգիտի/բացակայող պատասխանները

3.15 Ընտանեկան բռնություն

Որպես ՀԺԱՀ 2015-16-ի մի մաս՝ ընտրված կանանց տրվել են ընտանեկան բռնության հետ կապված մի շարք հարցեր: Մասնավորապես, երբևէ ամուսնացած կանայք հարցվել են, թե արդյոք իրենց ներկայիս կամ վերջին ամուսինը/գուգընկերը երբևէ ֆիզիկապես վնասել է իրենց, այսինքն՝ հրել է, ապտակել, հարվածել բռունցքով, հարվածել ոտքով, փորձել է խեղդել կամ վառել կամ սպառնացել է զենքով: Նրանք նաև հարցվել են, թե արդյոք իրենց ամուսինը/գուգընկերը երբևէ ուժով ստիպել է սեռական հարաբերություն ունենալ իր հետ կամ որևէ այլ տեսակի սեռական գործողություն կատարել իրենց կամքին հակառակ: Քանի որ այս հարցերը բավական նուրբ են, եթե մեկ տնային տնտեսությունում եղել են մի քանի համապատասխանող հարցվողներ, ընտանեկան բռնություն բաժնի համար պատահականորեն ընտրվել է նրանցից միայն մեկը: Հարցազրուցավարները հրահանգավորված են եղել ասելու ընտրված կնոջը, որ այս բաժնի հարցերն իրենց տնային տնտեսությունում ուղղվելու են միայն իրեն: Հարցազրուցավարներին մանրակրկիտ կերպով բացատրվել էր այս հարցերի գաղտնիության կարևորությունը, և նրանց տրվել էր հրահանգ՝ չշարունակել այս բաժնի հարցերը, եթե հնարավոր չէր ապահովել հարցվողի հետ միայնություն: Աղյուսակ 20-ում ներկայացված են 15-49 տարեկան երբևէ ամուսնացած կանանց շրջանում ընտանեկան բռնության տարածվածության վերաբերյալ տվյալները:

Աղյուսակ 20 Ընտանեկան բռնություն

15-49 տարեկան երբևէ ամուսնացած կանանց տոկոսը, ովքեր երբևէ և վերջին տարվա ընթացքում ենթարկվել են ֆիզիկական կամ սեռական բռնության իրենց ամուսնու/գուզընկերոջ կողմից, ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան, 2015-16 թթ.

Հիմնական բնութագրիչներ	Երբևէ բռնության ենթարկվածների տոկոսը						Կանանց թվաքանակ
	Ֆիզիկական բռնություն		Սեռական բռնություն		Ֆիզիկական կամ սեռական բռնություն		
	Երբևէ ¹	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	Երբևէ ¹	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	Երբևէ ¹	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	
Տարիք							
15-19	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	27
20-24	2.7	2.4	0.3	0.3	2.7	2.4	278
25-29	5.2	2.3	0.4	0.2	5.2	2.3	610
30-34	6.3	3.1	0.8	0.3	6.5	3.3	656
35-39	12.7	4.7	1.4	0.2	12.7	4.7	592
40-44	8.4	2.8	1.7	0.5	8.4	2.8	566
45-49	12.1	5.6	1.9	0.4	12.1	5.6	479
Ամուսնական կարգավիճակ							
Ամուսնացած	5.4	2.5	0.5	0.2	5.4	2.5	2,902
Համատեղ բնակվող Ամուսնալուծված/բաժանված Այրի	*	*	*	*	*	*	21
46.0	17.4	8.3	1.6	46.5	17.9	179	
14.7	5.2	1.5	0.0	14.7	5.2	106	
Բնակավայր							
Քաղաքային	7.4	3.0	1.0	0.3	7.4	3.1	1,872
Գյուղական	9.3	4.1	1.2	0.3	9.3	4.1	1,337
Մարզ							
Երևան	6.8	3.0	0.7	0.3	6.9	3.1	995
Արագածոտն	28.2	21.9	5.6	0.9	28.2	21.9	146
Արարատ	17.9	4.8	2.2	1.1	17.9	4.8	306
Արմավիր	2.9	0.9	0.3	0.0	2.9	0.9	336
Գեղարքունիք	6.7	1.7	0.5	0.2	6.7	1.7	236
Լոռի	15.8	8.1	3.0	0.5	15.8	8.1	132
Կոտայք	7.8	1.5	1.5	0.2	7.8	1.5	393
Շիրակ	4.2	3.1	0.0	0.0	4.2	3.1	288
Սյունիք	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	141
Վայոց Ձոր	10.7	1.8	1.3	0.0	10.7	1.8	68
Տավուշ	1.3	0.9	0.1	0.1	1.3	0.9	168
Կրթություն							
Հիմնական	14.7	3.5	3.1	0.6	14.7	3.5	175
Միջնակարգ	10.0	4.2	1.1	0.3	10.0	4.2	1,360
Միջին մասնագիտական	8.0	4.1	1.8	0.6	8.2	4.3	787
Բարձրագույն	4.3	1.8	0.1	0.0	4.3	1.8	881
Բարեկեցության քվինտիլ							
Ամենացածր	12.4	6.2	1.6	0.4	12.4	6.2	586
Երկրորդ	7.9	2.6	1.3	0.5	7.9	2.6	664
Միջին	11.2	4.5	1.5	0.2	11.3	4.6	608
Չորրորդ	4.9	1.8	0.6	0.1	4.9	1.8	633
Ամենաբարձր	5.3	2.8	0.6	0.3	5.3	2.8	717
Ընդամենը	8.2	3.5	1.1	0.3	8.2	3.5	3,208

Նշում: Փակագծերում տրված ցուցանիշերը հիմնված են 25-49 չկշռված դեպքերի վրա: Աստղանիշը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշը հիմնված է 25-ից քիչ չկշռված դեպքերի վրա և այն չի ներառվել: Ընդամենը ներառում է 5 դեպք առանց որևէ կրթական մակարդակի, որոնք առանձին ցույց տրված չեն:

¹ Ներառում է բռնությունը վերջին 12 ամիսների ընթացքում:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ կանայք իրենց ամուսնու/գուզընկերոջ կողմից ավելի շատ ենթարկվում են ֆիզիկական բռնության, քան սեռական: Ինչպես ներկայացված է Աղյուսակ 20-ում, 15-49 տարեկան երբևէ ամուսնացած կանանց 8 տոկոսը երբևէ ենթարկվել է ֆիզիկական բռնության իրենց ամուսնու/գուզընկերոջ կողմից, իսկ 4 տոկոսը ենթարկվել է բռնության

հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում: Կանանց ընդամենը 1 տոկոսն է երբևէ ենթարկվել սեռական բռնության իրենց ամուսնու/զուգընկերոջ կողմից, մինչդեռ հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում իրենց ամուսնու/զուգընկերոջ կողմից սեռական բռնության ենթարկվել են մեկ տոկոսից էլ պակաս կանայք:

Ըստ աղյուսակի տվյալների՝ ամուսնալուծված, բաժանված և այրի կանայք ավելի շատ են ենթարկվել ֆիզիկական կամ սեռական բռնության երբևէ և վերջին 12 ամիսների ընթացքում, քան ներկայումս ամուսնացած կանայք:

Հիմնական կրթական մակարդակ ունեցող կանայք ավելի շատ են ենթարկվել ֆիզիկական բռնության, քան ավելի բարձր կրթական մակարդակ ունեցողները: Տվյալները ցույց են տալիս, որ հիմնական կրթական մակարդակ ունեցող կանանց 15 տոկոսը ենթարկվել է ֆիզիկական բռնության, այդ թվում 4 տոկոսը՝ վերջին 12 ամիսների ընթացքում, համեմատության համար նշենք, որ բարձրագույն կրթություն ունեցող կանանց շրջանում այս ցուցանիշները կազմել են 4 տոկոս և 2 տոկոս, համապատասխանաբար: Բարեկեցության ամենաբարձր քվինտիլում գտնվող կանայք ամենաքիչն են ենթարկվել բռնության՝ չնայած տնային տնտեսության հարստության և բռնության ենթարկվելու միջև կապն այդքան էլ պարզորոշ չէ:

Արագածոտնի, Արարատի և Լոռու մարզերի կանանց շրջանում ամուսնու/զուգընկերոջ կողմից ֆիզիկական և սեռական բռնության ենթարկվելու մակարդակն ավելի մեծ է, քան մյուս մարզերում: Արագածոտնում երբևէ ամուսնացած կանանց մեկ քառորդը (28 տոկոս) երբևէ ենթարկվել է ֆիզիկական բռնության՝ համեմատած Սյունիքի և Տավուշի կանանց հետ, որտեղ այս ցուցանիշը կազմել է 0 տոկոս և 1 տոկոս, համապատասխանաբար:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

- Bradley, S. E. K., T. N. Croft, J. D. Fishel, and C. F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1998. "Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States." *Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3): 1-29*.
- De Brouwere, V. and W. Van Lerberghe, ed. 2001. "Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence." *Studies in Health Services Organisation & Policy, 17*. ITG Press: Antwerp, Belgium.
- Ministry of Health (MOH) [Armenia] and United Nations Children's Fund (UNICEF) [Armenia]. 1999. *Evaluation of the National Immunization Program of the Republic of Armenia*. Yerevan, Armenia: MOH and UNICEF/Armenia.
- Ministry of Health (MOH) [Armenia]. 2005. *The National Immunization Program of the Republic of Armenia 2006-2010*. Appendix #1 according to decision #2119 dated by 2005 Nov 9 of RA. Yerevan, Armenia: MOH.
- National Statistical Service (NSS) [Armenia], Ministry of Health (MOH), and ORC Macro. 2001. *Armenia Demographic and Health Survey 2000*. Calverton, Maryland: NSS, MOH, and ORC Macro.
- National Statistical Service (NSS) [Armenia], Ministry of Health (MOH), and ORC Macro. 2006. *Armenia Demographic and Health Survey 2005*. Calverton, Maryland: NSS, MOH, and ORC Macro.
- National Statistical Service [Armenia], Ministry of Health [Armenia], and ICF International. 2012. *Armenia Demographic and Health Survey 2010*. Calverton, Maryland: National Statistical Service, Ministry of Health, and ICF International.
- Pan American Health Organization (PAHO). 2002. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Washington, DC: PAHO.
- Rutstein, S. O., and G. Rojas. 2006. *Guide to DHS Statistics*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- United Nations Development Programme (UNDP). 2007. *Measuring Human Development: A Primer*. New York: UNDP.
- World Health Organization (WHO). 1993. *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, tenth revision. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. *WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Height and Body Mass Index-for Age: Methods and Development*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2006. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva, Switzerland: WHO.