



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ

ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
ԱԶԳԱՅԻՆ ՏԱՐԵԿԱՆ ԶԵԿՈՒՅՑ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ4

ՄԱՍ 1. ԱԶԳԱՅԻՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ. ԻՆՍՏԻՏՈՒՑԻՈՆԱԼ ԵՎ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐ.....8

1.1. Քաղաքականության զարգացումներ և արձագանքներ 8

1.2. Հասարակության մոտեցման ընդհանուր զարգացումներ 11

1.3. Բյուջե և ֆինանսավորում 11

ՄԱՍ 2. ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ..... 12

2.1. Թմրամիջոցների օգտագործման տարածվածությունը, ձևերն ու զարգացումները 12

2.2. Հիմնախնդրային թմրամոլություն 17

2.3. Առողջապահական հետևանքներ. Բուժման պահանջարկ 17

2.4. Թմրամիջոցների հետ կապված մահացություն 20

2.5. Թմրամիջոցների հետ կապված վարակիչ հիվանդություններ 20

2.6. Սոցիալական և իրավական հետևանքներ. Սոցիալական խնդիրներ 26

2.7. Թմրամիջոցների հետ կապված իրավախախտումներ և հանցագործություններ 28

2.8. Թմրամիջոցների օգտագործման սոցիալական և տնտեսական հետևանքները 33

2.9. Թմրամիջոցների առգրավումները 34

2.10. Թմրամիջոցների գինը եւ մաքրության աստիճանը 35

2.11. Քննարկումներ 37

2.12. Մեթոդաբանական սահմանափակումներ և տվյալների որակը 38

ՄԱՍ 3. ՊԱՀԱՆՋԱՐԿԻ ՆՎԱԶԵՑՄԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ..... 39

3.1. Պահանջարկի նվազեցման ազգային ռազմավարությունը. Մոտեցումներ և նոր զարգացումներ 39

3.2. Միջամտության ոլորտները. Առաջնային կանխարգելում 40

3.3. Թմրամիջոցների հետ կապված վնասի նվազեցում 41

3.4. Բուժում. Ազգային մակարդակով անվճար բուժում և առողջապահություն 42

3.5. Փոխարինող բուժում 45

3.6. Քրեակատարողական համակարգը 45

3.7. Որակի ապահովում 46

ՄԱՍ 4. ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ 48

4.1. Սոցիալական բացառում և վերաինտեգրացիա 48

4.2. Վերաինտեգրացում 49

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Սույն հաշվետվությունը առաջին ազգային հաշվետվությունն է, որը ներկայացնում է թմրամիջոցների հետ կապված Հայաստանում առկա իրավիճակը:

Ազգային առաջին հաշվետվությունը թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային մոնիտորինգի կենտրոնի և թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային համակարգի/ցանցի համատեղ աշխատանքի արդյունքն է: Տեղեկատվական համակարգը բաղկացած է տեղի մասնագետներից, որոնք ներկայացնում են թմրամիջոցների հիմնախնդիրների հետ առնչվող ոլորտում ներգրավված համապատասխան պետական և ոչ պետական հաստատությունները: Սույն ազգային զեկույցը մշակվել է թմրամոլության և թմրամիջոցների մոնիտորինգի եվրոպական կենտրոնի (ԹԹՄԵԿ) ուղեցույցի համաձայն, որը նույնն է ԵՄ անդամ և թեկնածու երկրների համար: Ձեկույցում օգտագործվել են պաշտոնական տեղեկություններ, որոնք տրամադրվել են Մոնիտորինգի կենտրոնի գործընկերների կողմից: Այս առաջին ազգային հաշվետվությանը փորձ է կատարվում ներկայացնելու թմրամիջոցների ոլորտում Հայաստանի Հանրապետությունում առկա քաղաքական և իրավական դաշտը, համաճարակաբանական վիճակը և պահանջարկի նվազեցման ոլորտում իրականացվող միջոցառումները:

2001 թվականին Եվրոպական Միությունը և Միավորված ազգերի կազմակերպության Ջարգացման ծրագիրը Հարավային Կովկասում սկսեցին համատեղ իրականացնել «Անդրկովկասում թմրամիջոցների դեմ պայքարի ծրագիրը» (ԱԹՊԾ): Ծրագրի նպատակն է օժանդակել Ադրբեջանի, Վրաստանի և Հայաստանի կառավարությունների ջանքերին, որոնք ուղղված են տարածաշրջանում թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության, ինչպես նաև Հարավային Կովկասի տարածքով դեպի Եվրոպական Միության անդամ երկրներ տարանցիկ փոխադրումների դեմ պայքարին: Ծրագիրը նաև նպատակ ունի կանխարգելել թմրամիջոցների օգտագործումը վաղ փուլերում:

Հայաստանում ԱԹՊԾ-ն կոչված է լուծելու հետևյալ խնդիրները՝ կապված

- իրավական օժանդակության,

- նավահանգիստների վերահսկման,
- ցամաքային սահմանների վերահսկման,
- ուստիկանական-հետախուզական համակարգի ամրապնդման,
- թմրամիջոցներին առնչվող տեղեկատվական համակարգի ստեղծման,
- թմրամիջոցների տարածման և թմրամոլության կանխարգելման հարցերի հետ:

ԱԹՊԾ-ն 2003թ. մարտի 21-ից թևակոխեց իրականացման 3-րդ փուլ, երբ համապատասխան ԱԹՊԾ-III փաստաթուղթը ստորագրվեց Հայաստանի Հանրապետության կառավարության և ՄԱՁԾ-ի կողմից:

ԱԹՊԾ-II ծրագրի շրջանակներում 2002թ. հոկտեմբերին Հայաստանի Հանրապետության Թմրաբիզնեսի և թմրամոլության դեմ պայքարի պետական միջգերատեսչական հանձնաժողովի որոշմամբ ստեղծվեց Թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային մոնիտորինգի կենտրոնը: 2003թ. հունվար ամսից Կենտրոնը սկսեց ծավալել իր լիարժեք գործունեությունը: Ազգային մոնիտորինգի կենտրոնի համընդհանուր նպատակն է ստեղծել թմրամիջոցներին առնչվող տեղեկատվական ազգային համակարգ: Այս նպատակին հասնելու համար ազգային մոնիտորինգի կենտրոնի կողմից ազգային տարբեր հաստատություններում ճշտվեցին թմրամիջոցներին առնչվող տեղեկատվության աղբյուր հանդիսացող անձինք, հիմնվեց «տեղեկատվության հոսքերի աշխատանքային խումբ», որում ընդգրկված են կառավարական և հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչներ՝ նպատակ ունենալով աջակցել տեղեկատվության փոխանակման մեխանիզմների զարգացմանը: Այսօր ազգային մոնիտորինգի կենտրոնը ունի իր ինտերնետային էջը, որտեղ այցելուները կգտնեն թմրամիջոցներին առնչվող տեղեկատվություն, այդ թվում ազգային տարեկան զեկույցները, թմրամիջոցներին վերաբերող տեղեկատվական քարտեզներ, օգտակար վիճակագրական տեղեկություններ և այլ տվյալներ:

Թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային մոնիտորինգի կենտրոնի գործընկերներն են.

1. ՀՀ ոստիկանությունը,

2. ՀՀ առողջապահության նախարարությունը,
3. Հանրապետական նարկոլոգիական կենտրոնը,
4. ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնը,
5. ՀՀ արդարադատության նախարարությունը,
6. ՀՀ կրթության և գիտության նախարարությունը,
7. ՀՀ գլխավոր դատախազությունը,
8. ՀՀ կառավարությանն առընթեր մաքսային պետական կոմիտեն,
9. ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունը,
10. ՀՀ գիտագործնական դատաբժշկական կենտրոնը,
11. Հասարակական կազմակերպությունների կենտրոնը,
12. «ՁԻԱՀ-ի կանխարգելում, կրթություն և խնամք» ՀԿ-ն,
13. «Հակաթմրամոլային քաղաքացիական դաշինք» ՀԿ-ն:

Եվ այսպես, առաջին անգամ Հայաստանում ձևավորվեց և իր գործունեությունն սկսեց Թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային մոնիտորինգի կենտրոնը, որը միակ հաստատությունն է, ուր թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկություններ են ներկայացվում բոլոր շահագրգիռ գերատեսչություններից:

Ազգային մոնիտորինգի կենտրոնը պատասխանատու է թմրամիջոցներին առնչվող տեղեկատվության հավաքագրման, դրա վերլուծության և ազգային տարեկան հաշվետվության պատրաստման համար:

Հայաստանում թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվական ցանցի զարգացման, տեղեկատվության մշակման և վերլուծության, ինչպես նաև սույն զեկույցի նախապատրաստման աշխատանքներին ակտիվ մասնակցություն ունենալու համար մեր շնորհակալությունն ենք հղում տիկին Աիդա Գաբրիելյանին (ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն), տիկին Անահիտ Մուրադյանին (ՀՀ կրթության և գիտության նախարարություն), տիկին Կարինե Պետրոսյանին և պարոն Հովհաննես Հովհաննիսյանին (ՀՀ արդարադատության նախարարություն), տիկին Սեդա Ջամալյանին և պարոն Ալեքսանդր Դուկասյանին (Հանրապետական նարկոլոգիական կենտրոն), պարոն Աշոտ Սկրտչյանին (ՀՀ

ոստիկանություն), պարոն Ռաֆայել Գյուլնազարյանին (ՀՀ գլխավոր դատախազություն), պարոն Վլադիմիր Դավիդյանցին և պարոն Ալեքսանդր Բազարյանին (ՀՀ առողջապահության նախարարություն), պարոն Իգոր Խաչատուրովին (ՀՀ կառավարությանն առընթեր մաքսային պետական կոմիտե), պարոն Արտակ Մուշեղյանին («ՁԻԱՀ-ի կանխարգելում, կրթություն և խնամք» ՀԿ), պարոն Շոթա Վարդանյանին (ՀՀ գիտագործնական դատաբժշկական կենտրոն), պարոն Պետրոս Սեմերջյանին (ՀՀ առողջապահության նախարարություն), պարոն Արշակ Պապոյանին (ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն):

Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում պարոն Գրիգոր Մալինցյանին (ԱԹՊԾ-ի ղեկավար Հայաստանում)՝ սույն զեկույցի պատրաստման և հրատարակման գործընթացին մեծ աջակցություն ցուցաբերելու համար:

Հայաստանի Հանրապետության թմրամիջոցների վերաբերյալ տարեկան զեկույցի բովանդակության առնչությամբ առաջարկություններով եւ դիտողություններով յուրաքանչյուր ոք կարող է դիմել Թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային մոնիտորինգի կենտրոն:

ՄԱՍ 1. ԱԶԳԱՅԻՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ. ԻՆՍՏԻՏՈՒՑԻՈՆԱԼ ԵՎ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐ

1.1. Քաղաքականության զարգացումներ և ար ձագանքներ

Վերջին տասնամյակների ընթացքում թմրամիջոցների աղետալի չափերի հասնող աճը, դրանց լայն տարածումը և ապօրինի շրջանառությունը անհանգստացնում են աշխարհի բոլոր ժողովուրդներին: Աշխարհի յուրաքանչյուր ազգություն հաշվի է նստում այս սպառնալիքի հետ, և մեր տարածաշրջանը բացառություն չէ:

Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը մշտապես իր ուշադրության կենտրոնում է պահում թմրամոլության և թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարը՝ ցանկանալով հանրապետության բնակչությանը զերծ պահել թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառությունից և թմրամիջոցներից կախվածությունից, ղեկավարվելով «Հայաստանի Հանրապետությունը առանց թմրամիջոցների» սկզբունքով:

Թմրամոլության դեմ պայքարի ոլորտում ազգային ռազմավարության մշակումը բոլոր շահագրգիռ նախարարությունների կողմից դիտարկվում է որպես առաջնահերթ խնդիր:

1993 թվականին Հայաստանի Հանրապետությունը միացել է ՄԱԿ-ի 1961թ. «Թմրամիջոցների մասին» համընդհանուր, 1971թ. «Հոգեներգործուն նյութերի մասին» և 1988թ. «Թմրամիջոցների, հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի մասին» կոնվենցիաներին:

Վերոհիշյալ կոնվենցիաներով ստանձնած միջազգային պարտավորությունների կատարման առաջին քայլը եղավ Հայաստանի Հանրապետության նախագահի կողմից «Թմրաբիզնեսի և թմրամոլության դեմ պայքարն ուժեղացնելու միջոցառումների մասին» հրամանագրի ստորագրումը 1993թ. դեկտեմբերի 21-ին: Հրամանագրի առաջին կետի համաձայն ստեղծվեց Թմրաբիզնեսի և թմրամոլության դեմ պայքարի պետական միջգերատեսչական հանձնաժողով, որի

կազմում ընդգրկվեցին Հայաստանի Հանրապետության բոլոր շահագրգիռ նախարարությունների և գերատեսչությունների ներկայացուցիչներ:

1994թ. փետրվարի 14` Հայաստանի Հանրապետության կառավարության թիվ 76 որոշմամբ ընդունվում է «Թմրաբիզնեսի և թմրամոլության դեմ պայքարի պետական միջգերատեսչական հանձնաժողովի կանոնադրությունը»:

1995թ. նոյեմբերի 27` Հայաստանի Հանրապետության նախագահի հրամանագրով փոփոխություններ են կատարվում ՀՀ նախագահի 1993թ. դեկտեմբերի 21-ի «Թմրաբիզնեսի և թմրամոլության դեմ պայքարն ուժեղացնելու միջոցառումների մասին» հրամանագրում, հանձնաժողովի գործառույթների ոլորտում ընդգրկվում են նաև անչափահասների հետ տարվող աշխատանքները: Հանձնաժողովի կողմից մշակվել է «Հայաստանի Հանրապետության թմրամոլության և թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի ազգային ծրագիր»: Թմրամիջոցների վերահսկման և թմրամիջոցների կանխարգելման ծրագիրը հանդիսանում է միջգերատեսչական ռազմավարական ծրագիր: Ազգային ծրագրի համակարգումը պետք է իրականացնի Հանձնաժողովը, սակայն պետք է փաստել, որ հիշյալ ծրագիրը թեև արժանացավ ինչպես շահագրգիռ գերատեսչությունների, այնպես էլ կառավարության հավանությանը, բայց չընդունվեց ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով:

2000թ. օգոստոսի 17` Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի թիվ 496 որոշմամբ հանրապետությունում ստեղծվեց թմրամիջոցների հսկման մշտական հանձնաժողով, որի գործառույթների մեջ է մտնում` հաստատել հանրապետության տարածքում հսկողության տակ գտնվող թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց բաղադրիչների ցուցակները, ինչպես նաև սահմանել ապօրինի շրջանառությունից հանված թմրամիջոցների չափաբաժինները, որոնք էական նշանակություն ունեն այդ կարգի հանցագործությունների քրեաիրավական գնահատման տեսանկյունից:

2001թ. դեկտեմբերի 14` «Անդրկովկասում թմրամիջոցների դեմ պայքարի ծրագրի» շրջանակներում ստեղծվեց Թմրամիջոցներին առնչվող օրենսդրության բարեփոխման աշխատանքային խումբ, որի կազմի մեջ են մտնում համապատասխան նախարարությունների և գերատեսչությունների, ներառյալ Ազ-

գային ժողովի, Արտաքին գործերի, Արդարադատության և Առողջապահության նախարարությունների, Ոստիկանության, Դատախազության, Նախագահի աշխատակազմի և Վերաքննիչ պալատի ներկայացուցիչներ: Աշխատանքային խմբի կողմից մշակվեց «Թմրամիջոցներին վերաբերող ազգային օրենսդրության ներդաշնակեցման և բարելավման գործունեության ծրագիր», որն ընդունվեց 2001թ. դեկտեմբերին Թբիլիսիում տեղի ունեցած տարածաշրջանային սեմինարի ժամանակ:

2002թ. ապրիլի 1՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության թիվ 316 որոշմամբ ընդունվեց «ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի կանխարգելման հանրապետական ծրագիրը», որի ռազմավարական ուղղություններից է նաև ուսումնական հաստատություններում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի և թմրամոլության կանխարգելման նպատակով համապատասխան կրթական ծրագրերի իրականացումը, ներերակային ճանապարհով թմրամիջոցներ օգտագործողների շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի կանխարգելումը, թմրամիջոցների ոչ բժշկական օգտագործումից առաջացած վնասի նվազեցումը և այլն:

2002թ. հոկտեմբերի 18՝ «Թմրամոլության և թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրում» սեմինարի ժամանակ թմրամիջոցների խնդիրներով զբաղվող հայաստանյան փորձագետների կողմից մշակվեց «Թմրամիջոցների տեղեկատվական համակարգի ազգային գործունեության ծրագրի» նախագիծը:

2003թ. փետրվարի 10՝ Հայաստանի Հանրապետության նախագահի կողմից վավերացվեց Ազգային ժողովի կողմից 2002թ. դեկտեմբերին ընդունված «Թմրամիջոցների և հոգեմերգործուն նյութերի մասին» օրենքը: Օրենքը կարգավորում է թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի շրջանառության հետ կապված հարաբերությունները, ինչպես նաև քաղաքացիների առողջության, պետության և հասարակության անվտանգության ապահովման նպատակով սահմանում է դրանց ապօրինի շրջանառությունը կանխարգելելու պետական քաղաքականության իրավական հիմքերը և թմրամոլության դեմ պայքարի հիմնական միջոցները:

2003թ. ապրիլի 18՝ ընդունվեց Հայաստանի Հանրապետության նոր քրեական օրենսգիրքը: Օրենսգիրքը ամրագրում է քրեական պատասխանատվության ենթարկելու հիմքերն ու քրեական օրենսդրության սկզբունքները, որոշում, թե հանրության համար վտանգավոր որ արարքներն են համարվում հանցագործություն, և սահմանում է պատժի տեսակներ ու քրեաիրավական ներգործության այլ միջոցներ՝ դրանք կատարելու համար:

2003թ. օգոստոսի 12՝ հիմք ընդունելով ՀՀ քր. օր-ի 266-րդ հոդվածի 4-րդ մասը, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի թիվ 691 հրամանով հաստատվեց թմրամիջոցների կամ հոգեմեդրոստիկ նյութերի խոշոր և առանձնապես խոշոր չափերի ցանկը:

2003թ.՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից մշակվեց «Ալկոհոլամոլության և թմրամոլության դեմ պայքարի ազգային ծրագրի» նախագիծ:

1.2. Հասարակության մոտեցման ընդհանուր զարգացումներ

Տվյալներ չկան

1.3. Բյուջե և ֆինանսավորում

Տվյալներ չկան

ՄԱՍ 2. ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ _____

2.1. Թմրամիջոցների օգտագործման տարածվածությունը, ձևերն և զարգացումները

Հայաստանի Հանրապետությունում հասարակության կողմից թմրամիջոցների տարածվածության ոլորտում և ոչ մի հետազոտություն չի իրականացվել: Այնուամենայնիվ հարկ է նշել, որ ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնն անցկացրել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տարածվածության հետևյալ երկու ուսումնասիրությունները.

1. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի իրավիճակային վերլուծության շրջանակներում թմրամիջոցների ներարկային օգտագործողների շրջանում թմրամիջոցների տարածվածության արագ գնահատում (2000թ.):
2. ՀՀ-ում ՄԻԱՎ վարակի նկատմամբ երկրորդ սերնդի համաճարակաբանական հսկում (2002թ.):

Վերջին տարիներին թմրանյութերի ներերակային օգտագործման ճանապարհով վարակման դեպքերի զգալի աճ է նկատվում: Այսպես, մինչև 1999թ. վարակման հետերոսեքսուալ հարաբերությունների ուղին գերազանցում էր թմրանյութերի ներերակային օգտագործման միջոցով վարակմանը, իսկ դեպքերի հարաբերակցությունը համապատասխանաբար 41/22 էր: 1999-ից մինչև 2000թ. մայիս այդ հարաբերակցությունը կտրուկ փոխվում է՝ 18/27: Փաստորեն, 1999թ. ընթացքում գրանցված 20 ՄԻԱՎ վարակակիր և 2 շճադրական (որոնց մոտ ՄԻԱՎ-ը հաստատվել է ավելի ուշ) դեպքերը հայտնաբերվել էին ընդամենը 46 թմրամիջոցների ներերակային օգտագործողների հետազոտման ընթացքում, ինչն ահազանգ էր ռիսկի տվյալ խումբը լիարժեք հետազոտելու համար: Թմրանյութերի ներերակային օգտագործման միջոցով բոլոր վարակվածները եղել են տղամարդիկ, ընդ որում նրանց զգալի մասը ժամանակավոր բնակվել և, հավանաբար, ՄԻԱՎ-ով վարակվել է ՌԴ-ում: Բացի այդ, բոլոր ՄԻԱՎ վարակակիր տղամարդկանց մեծամասնությունը (52%) նույնպես թմրանյութերի ներերակային օգտագործող է, իսկ կանանց վարակման ուղին հիմնականում հե-

տերուսեքսուալ հարաբերությունն է: Հարկ է նշել, որ հոմոսեքսուալ ճանապարհով փոխանցման առաջին դեպքն արձանագրվել է միայն 2000թ., այն էլ՝ ազատազրկման վայրում, որտեղ, որպես փակ միասեռական համակարգ, հոմոսեքսուալ հարաբերությունները որոշակիորեն տարածված են, ինչը մեծացնում է ՄԻԱՎ-ի տարածման վտանգը:

Արյան միջոցով ՄԻԱՎ-ի փոխանցման միակ դեպքը նույնպես արձանագրվել է 2000թ.: ՄԻԱՎ վարակակիրների առավելագույն թվաքանակն արձանագրվել է Երևան քաղաքում՝ 59 դեպք, որը կազմում է բոլոր ՄԻԱՎ վարակակիրների մոտ 48%-ը: Ընդ որում, 1999թ. նոր դեպքերի 46%-ը նույնպես բաժին է ընկնում Երևան քաղաքին, որտեղ գրանցվել են 16 ՄԻԱՎ վարակակիրներ, այսինքն՝ գրեթե 4 անգամ ավելի, քան 1998թ.:

Թմրանոլության և ՄԻԱՎ-ի տարածվածության արագ գնահատման տվյալներով՝

- թմրանյութերի ներերակային օգտագործողների մեծամասնությունը՝ 56%-ը, 19-30 տարեկան երիտասարդներ են,
- տղամարդիկ թմրանյութեր օգտագործողների բացարձակ մեծամասնությունն են կազմում,
- ներարկիչները հիմնականում գնվում են դեղատնից,
- 84%-ը օգտվում է միանվագ ներարկիչներից, իսկ 10,4%-ը փոխում է միայն ասեղը,
- 10,8%-ը կյանքի ընթացքում հիվանդացել է պարենտերալ վիրուսային հեպատիտներով,
- 84,1%-ը սեռական հարաբերություններ է ունենում ոչ թմրանոլ կանանց հետ:

2002թ. ՄԻԱՎ վարակի նկատմամբ երկրորդ սերնդի համաճարակաբանական հսկման արդյունքները.

Ընդհանուր առմամբ, ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ լաբորատոր հետազոտություն է անցել 201 մարդ, որոնցից 30-ը եղել են շճադրական: Հետևաբար, 90% վստահության միջակայքում կատարված հաշվարկը վկայում է, որ թմրամիջոցների ներերակային օգտագործողների շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը

գտնվում է 11-20%-ի սահմաններում և միջինացված թվերով կազմում է 15%: Վարքագծային հետազոտության արդյունքներով պարզվել է, որ թմրամիջոցների ներերակային օգտագործողների գրեթե 2/3-ը մինչև 34 տարեկան երիտասարդներ են: Կատարված հետազոտությունը վկայում է, որ վերջին տարիներին նկատվում է թմրամիջոցների ներերակային օգտագործումը սկսողների տարիքային նվազում:

ԱԹՊ ծրագրի շրջանակներում 2003թ. նոյեմբեր ամսին «ՁԻԱՅ-ի կանխարգելման միավորում» հասարակական կազմակերպության կողմից իրականացվել է Հայաստանի Հանրապետության տարբեր բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների ուսանողների շրջանում ծխախոտի, ալկոհոլի, թմրամիջոցների օգտագործման տարածվածության վերաբերյալ ուսումնասիրություն:

Հարցումը իրականացվել է Երևան քաղաքի բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների 500 ուսանողների շրջանում:

Ընտրանքը կատարվել է երկաստիճան կլաստերային մեթոդով:

Հարցումն անցկացվել է հետևյալ բուհերի ուսանողների շրջանում՝ Երևանի պետական համալսարան, Հայաստանի պետական ճարտարագիտական համալսարան, Հայաստանի գյուղատնտեսական ակադեմիա, Երևանի պետական բժշկական համալսարան, Երևանի պետական տնտեսագիտական ինստիտուտ:

Աղյուսակ 1

Հետազոտության մեջ ներառված ուսանողներն ըստ բուհերի

N	Բուհի անվանումը	Քանակը
1.	Երևանի պետական համալսարան	100
2.	Հայաստանի պետական ճարտարագիտական համալսարան	100
3.	Հայաստանի գյուղատնտեսական ակադեմիա	100
4.	Երևանի պետական բժշկական համալսարան	100
5.	Երևանի պետական տնտեսագիտական ինստիտուտ	100
Ընդամենը		500

Մշակվել, տպագրվել և ուսանողներին է բաժանվել «Թմրամիջոցների օգտագործման ազդեցությունն առողջության վրա» բուկլետը:

Տվյալ հետազոտության նպատակն է եղել համեմատելի և հուսալի տեղեկատվություն ստանալ՝

- ուսանողների շրջանում ծխախոտի, ալկոհոլի, տարբեր թմրամիջոցների գործածման ծավալի և ձևերի վերաբերյալ,
- օգտագործողների բնութագրի և վարքի վերաբերյալ:

Հարցումն իրականացվել է նախօրոք պատրաստված հարցաթերթիկներով, որոնց մշակման ժամանակ հաշվի են առնվել ԹԹՄԵԿ-ի առաջարկները: Հարցաթերթիկները պարունակել են հարցեր ինչպես հարցման մասնակցի սեռի, տարիքի, բնակության վայրի, այնպես էլ ծխախոտի, ալկոհոլի, արգելված թմրամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ: Հարցումն իրականացվել է կամավորության և անվան գաղտնիության ապահովման սկզբունքով:

Հավաքագրված տվյալները մշակվել են քանակական վիճակագրության մեթոդով՝ հաշվի առնելով համապատասխանության ցուցիչը: Տվյալների մշակման և խմբավորման համար օգտագործվել է Epi info 2000 համակարգչային ծրագիրը:

Հարցման արդյունքները ցույց են տալիս, որ դրան մասնակցած ուսանողների 37,4%-ը ներկայումս ծխախոտ է օգտագործում, իսկ 64,1%-ը երբևիցե օգտագործել է: Հարցման մասնակիցների 87,6%-ը ալկոհոլ օգտագործել է վերջին տասներկու ամիսների ընթացքում, իսկ 70,8%-ը՝ վերջին երեսուներկու օրվա ընթացքում:

Հարցման մասնակիցների 19,4%-ը հաշիշ կամ մարիխուանա օգտագործել են կյանքի ընթացքում, նրանցից 71,9%-ը օգտագործել են վերջին 12 ամիսների ընթացքում և 45,8%-ը վերջին անսվա ընթացքում: Հերոին տեսակի թմրամիջոցի օգտագործման տարածվածությունը հետևյալն էր. 1,4%-ը օգտագործել են

կյանքի ընթացքում, նրանցից 85,7%-ը օգտագործել են վերջին տարվա ընթացքում և 57,1%-ը՝ վերջին ամսվա ընթացքում (կյանքի ընթացքում տարածվածության ցուցանիշը իրենից ներկայացնում է ակունուլյատիվ չափորոշիչ և հետևաբար կարող է միայն աճել, այլ ոչ նվազել, անգամ եթե մարդիկ թմրամիջոցներ չօգտագործեն: Այն չի կարող օգտագործվել ընդհանուր բնակչության շրջանում թմրամիջոցների տարածվածության չափորոշման համար: Վերջին տարվա ընթացքում կամ վերջին 30 օրվա ընթացքում տարածվածության չափորոշիչը օգտագործվում է միայն ժամանակի ընթացքում միտումները ուսումնասիրելու համար):

Հարցված ուսանողների 61,3%-ը անձամբ չեն ճանաչում հաշիշ կամ մարիխուանա օգտագործող անձանց, իսկ 89,6%-ը չունեն հերոին տեսակի թմրամիջոց օգտագործող ծանոթ:

Հարցման մասնակիցների 5,6%-ը թմրամիջոցներից կախվածությունը դիտում են ավելի շատ որպես հանցանք, իսկ 49,2%-ն՝ ավելի շատ որպես հիվանդություն: 8,2%-ը լիովին համաձայն են այն կարծիքին, որ «Մարդկանց պետք է թույլատրել օգտագործել հաշիշ կամ մարիխուանա», 48,5%-ն՝ ամենևին համաձայն չեն: 3,8%-ը լիովին համաձայն են այն կարծիքին, որ «Մարդկանց պետք է թույլատրել օգտագործել հերոին», իսկ 65,7%-ն՝ ամենևին համաձայն չեն: 30,7%-ը քննադատում են այն մարդկանց, ովքեր մեկ կամ երկու անգամ փորձում են հերոին, իսկ 46,6%-ը՝ չեն քննադատում: 31,9%-ը քննադատում են այն մարդկանց, ովքեր ժամանակ առ ժամանակ օգտագործում են մարիխուանա կամ հաշիշ, 43,9%-ը՝ չեն քննադատում: 2,6%-ը կարծում են, որ վտանգ չկա կանոնավոր կերպով մարիխուանա կամ հաշիշ օգտագործելուց, իսկ 74,5%-ը կարծում են, որ կա մեծ վտանգ:

Հարցման մասնակիցների 47,4%-ը մինչև 19 տարեկան էին, 49,1%-ը՝ 20-24 տարեկան: 70,9%-ը բնակվում էին Երևանում, 22%-ը՝ այլ քաղաքներում և 5,9%-ը՝ գյուղերում:

Աղյուսակ 2

Հարցման ենթարկվածների բաշխումն ըստ տարիքային խմբի,
բնակության վայրի և սեռի

Բնութագրիչներ	Բացարձակ թիվը	%
Տարիքային խումբ		
15-19	235	47.4
20-24	244	49.1
25-29	15	3
30-34	2	0.4
Բնակության վայր		
Երևան	351	70.9
Այլ քաղաքներ	109	22
Գյուղեր	29	5.9
Սեռ		
Արական	353	71
Իգական	144	29
Ընդամենը	500	100

2.2. Հիմնախնդրային թմրամոլություն

Տվյալներ չկան

2.3. Առողջապահական հետևանքներ

Բուժման պահանջարկ

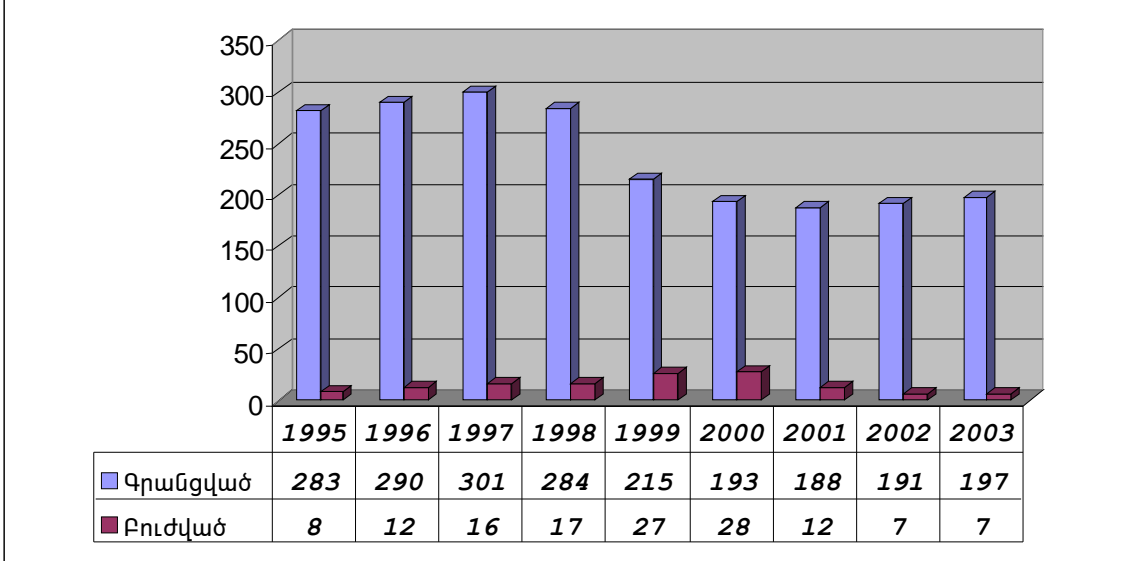
Հայաստանի Հանրապետությունում թմրաբանական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու իրավունք ունեն միայն ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից լիցենզավորված հիմնարկները՝ անկախ դրանց սեփականության ձևից: Դրանք են՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության Հանրապետական թմրաբանական կենտրոնը, Առողջության առաջնային պահպանման կենտրոնի կախյալ վիճակների կանխարգելման և անանուն բուժման

Կենտրոնը, Գյուլնրիի հոգեկան առողջության կենտրոնը, Վանաձորի նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը, Կապանի նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը, մարզային պոլիկլինիկաների թմրաբանական կաբինետները: Հանրապետությունում աշխատում են 18 բժիշկ թմրաբան, որոնցից 9-ը՝ Երևանում, 9-ը՝ մարզերում: Հանրապետության մարզերում նարկոլոգիական օգնությունը իրականացվում է պոլիկլինիկաներում բժիշկ թմրաբանների կողմից: Այն մարզերում, ուր չկան բժիշկ թմրաբաններ, նրանց պարտականությունները դրված են թերապևտների և ներոպաթոլոգների վրա:

Վերջին տարիների ընթացքում թմրամոլությունից բուժման համար դիմելու փաստերը եզակի բնույթ ունեն: Հայաստանում թմրամոլությունից բուժվելու ակտիվ պահանջարկ չի նկատվում, և 2000 թ. սկսած բուժվողների թիվը նվազել է: Հայաստանի նարկոլոգիական կենտրոնի մասնագետների կարծիքով բուժվող անձանց սակավաթվությունը կարող է բացատրվել նրանով, որ թմրամոլները չեն վստահում առողջապահական համակարգին, հիմնականում անտեղյակ են օրենքից և իրենց իրավունքներից:

Գրաֆիկ 1

Նարկոլոգիական կենտրոնում գրանցված և բուժում ստացած թմրամոլների ընդհանուր թիվը ըստ տարիների



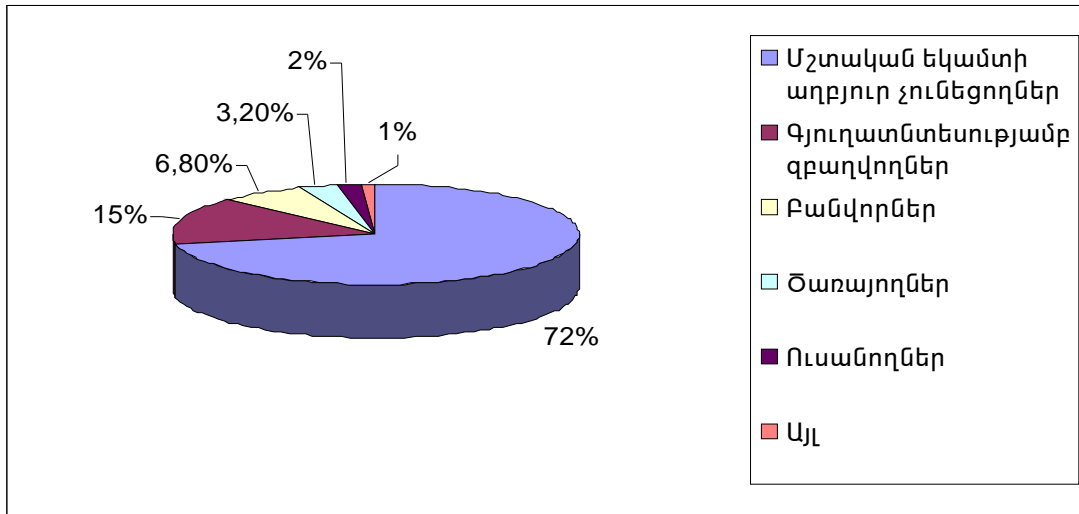
Հիվանդների սոցիալ-տնտեսական բնութագրերը ցույց են տալիս, որ բուժվող թմրանյութ օգտագործողների մեծամասնությունը պատկանում են 20-39 տարի-քային խմբին:

Թմրանոլների և թմրամիջոցները չարաչափողների շրջանում օգտագործվող թմրամիջոցների տեսակները վերջին տարիների ընթացքում գրեթե փոփոխությամբ չեն ենթարկվել: Թմրանոլների գերակշռող մեծամասնությունը շարունակում է օգտագործել «կանաբիս» (մարիխուանա, հաշիշ, հաշիշայուղ) խմբին պատկանող թմրամիջոցներ, որոնք պատրաստվում են տեղական հումքից:

Ապօրինի թմրամիջոցներ օգտագործողների սոցիալական կազմն է՝ մշտական եկամուտի աղբյուր չունեցողներ՝ 66,2%, գյուղատնտեսությամբ զբաղվողներ՝ 23,5%, բանվորներ՝ 7,0%, ուսանողներ, սովորողներ՝ 1,2%, ծառայողներ՝ 1,1%, այլ՝ 1,0%:

Գրաֆիկ 2

Թմրամիջոցներ օգտագործողների սոցիալական կազմը



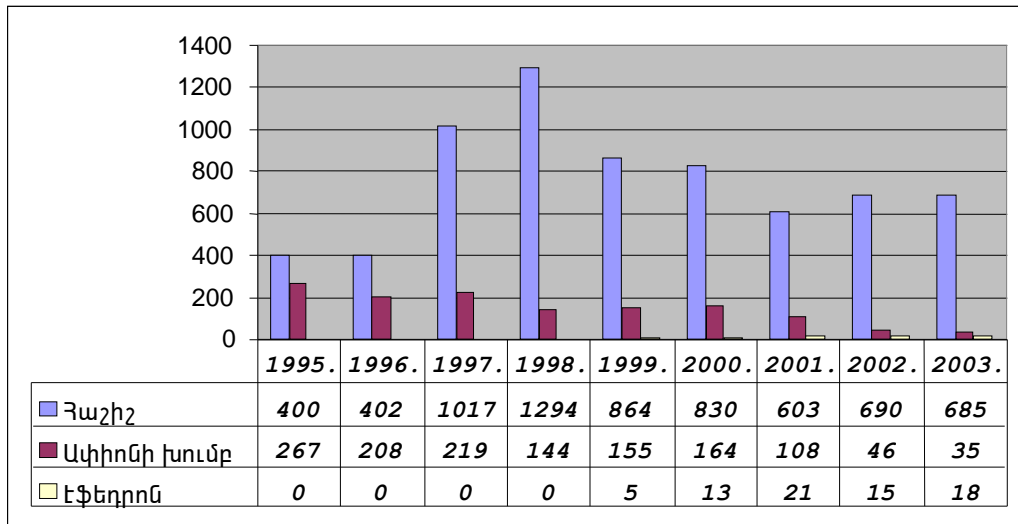
Համաձայն տվյալների, թմրամիջոց օգտագործողների ընդհանուր կազմում գերակշռում են անորոշ զբաղմունքի տեր անձինք: Թմրանյութ օգտագործողների

գերակշիռ մասը միջնակարգ և միջնակարգ մասնագիտական կրթություն ունի: Այս խումբը հիմնականում աշխատանք չունի և գոյությունը պահպանում է պատահական աշխատանքով:

Պաշտոնապես գրանցված թմրամիջոց օգտագործող անձանց մեծամասնությունն օգտագործում է հաշիշ տեսակի թմրամիջոց, որին հաջորդում է ափիոնը, այնուհետև՝ էֆեդրոնը:

Գրաֆիկ 3

Կանխարգելիչ դիտարկման տակ գտնվող անձանց թիվը ըստ թմրամիջոցների տեսակների



2.4. Թմրամիջոցների հետ կապված մահացություն

Թմրամիջոցների հետ կապված մահացության մակարդակը ցույց է տալիս ծանր թմրամիջոցների օգտագործման ազդեցությունը/հետևանքները առողջության վրա, այն արտացոլում է խնդրահարույց թմրամիջոցների օգտագործման միտումները:

Հայաստանում չկա թմրամիջոցների հետ կապված մահացության վիճակագրություն, իսկ ներկայացվող որոշ թվեր չեն կարող լիարժեք պատկերացում

տալ թմրամիջոցներից առաջացած մահվան դեպքերի մասին: Այստեղ, իհարկե, մեծ դեր են խաղում ազգային առանձնահատկությունները: Շատ դեպքերում թմրամոլի ընտանիքի անդամները չեն ցանկանում բացահայտել իրենց մտերիմի թմրամիջոց օգտագործելու փաստը, ինչպես նաև խուսափում են ապագայում ինչ-որ խնդիրներ ունենալ օրենքի ներկայացուցիչների հետ: Գերդրավորման հետ կապված մահացությունների գրանցումը սովորաբար ուժեղ դիմադրության է հանդիպում զոհի ընտանիքի կողմից: Հանրապետությունում 2003թ. ընդունվել է ICD-10 քառանիշ կոդը:

2.5. Թմրամիջոցների հետ կապված վարակիչ հիվանդություններ

ՄԻԱՎ/ՁԻԱՂ-ի իրավիճակը Հայաստանի Հանրապետությունում

Հայաստանի Հանրապետությունում մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով վարակվածության դեպքերի արձանագրումը սկսվել է 1988 թվականից: 1988թ. մինչև 2004թ. հունվարի 1-ը Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցվել են 251 ՄԻԱՎ վարակակիրներ, որոնցից 239-ը ՀՀ քաղաքացիներ են: Հատկանշական է, որ 2002թ. ընթացքում արձանագրվել է ՄԻԱՎ վարակի 41 դեպք, որն ամենաբարձրն է նախորդ բոլոր տարիների համեմատ: ՄԻԱՎ վարակակիրների ընդհանուր կազմում գերակշռում են տղամարդիկ՝ 188 դեպք (78,7%), կանանց մոտ արձանագրվել է 51 դեպք (21,3%): ՄԻԱՎ վարակի 3 դեպք (1,3%) է արձանագրվել երեխաների մոտ: ՄԻԱՎ վարակակիրների զգալի մեծամասնությունը (79,6%) 20-39 տարեկանների տարիքային խմբում է: Առաջին դեպքը երեխայի մոտ արձանագրվել է 2001թ. հունվարին: Հայտնի են նաև ՄԻԱՎ վարակակիր ծնողներից երեխաների ծննդյան այլ դեպքեր:

Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ վարակի փոխանցման հիմնական ուղիներն են՝ թմրամիջոցների ներարկային օգտագործումը (50,3%) և հետերոսեքսուալ հարաբերությունները (40,2%): Հատկանշական է այն, որ վերջին տարիներին թմրամիջոցների ներարկային օգտագործման ճանապարհով վարակման դեպքերի զգալի աճ է նկատվում: Այսպես, մինչև 1999թ. հետերոսեքսուալ հարաբերությունների միջոցով վարակման դեպքերը գերազանցում էին թմրա-

միջոցների ներարկային օգտագործման ճանապարհով վարակման դեպքերին. հարաբերակցությունը՝ համապատասխանաբար 41/22:

1999-ից մինչև 2004թ. հունվարի 1-ը այդ հարաբերակցությունը կտրուկ փոխվել է՝ 54/99: Այդ նույն ժամանակամիջոցում Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցված 163 դեպքից 98-ը թմրամիջոցների ներարկային օգտագործման հետևանք է (60,1%):

1990թ.՝ ՄԻԱՎ վարակվածության առաջին գրանցված դեպքը՝ թմրամիջոցների ներարկային օգտագործողի մոտ, 1996թ.՝ 8 դեպք,

1997թ.՝ 11,

1998թ.՝ 2,

1999թ.՝ 20,

2000թ.՝ 18,

2001թ.՝ 19,

2002թ.՝ 27,

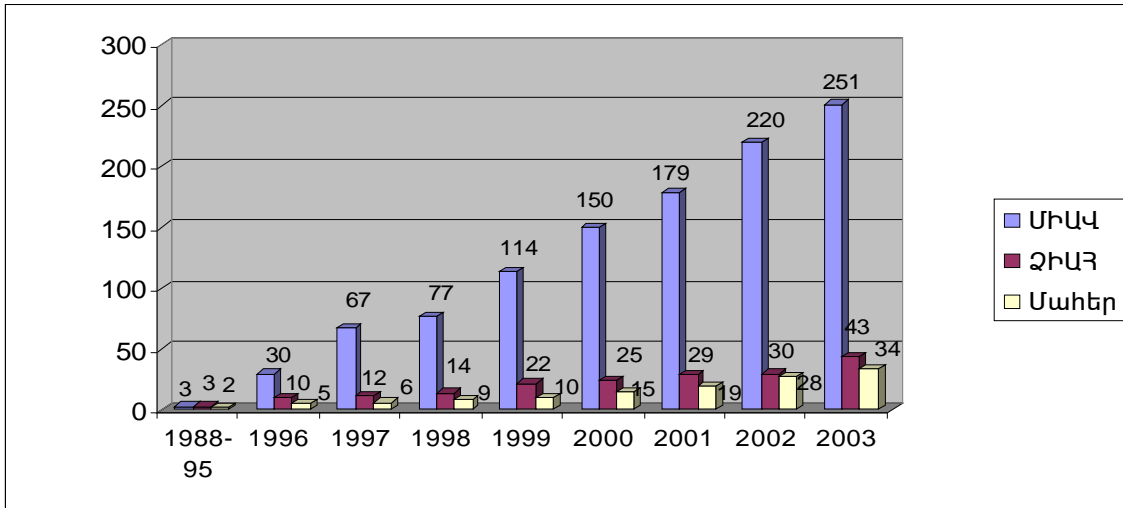
2003թ.՝ 14:

Աղյուսակ 3

Գրանցման տարին	ՄԻԱՎ			ԶԻԱՀ			Գրանցված մահվան դեպքերը		
	ընդամ.	արակ.	իգակ.	ընդամ.	արակ.	իգակ.	ընդամ.	արակ.	իգակ.
<1995	3	3	-	3	3	-	2	2	-
1996	27	19	8	7	7	-	3	3	-
1997	37	30	7	2	2	-	1	1	-
1998	9	5	4	2	1	1	3	3	-
1999	35	26	9	8	6	2	1	1	-
2000	29	23	6	3	2	1	5	4	1
2001	29	26	3	4	4	-	4	3	1
2002	41	33	8	1	1	-	9	8	1
2003	29	23	6	13	12	1	6	5	1
Ընդամենը	239	188	51	43	38	5	34	30	4

Գրաֆիկ 4

ՄԻԱՎ վարակի, ՁԻԱՐ-ի եվ մահվան դեպքերի բաշխումը ըստ տարիների



Վարակակիրներից 43-ի մոտ ախտորոշվել է ՁԻԱՐ: Համաճարակի սկզբից գրանցվել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՐ-ով հիվանդների մահվան 34 դեպք, որոնցից 9-ը՝ 2002թ., 6-ը՝ 2003թ. ընթացքում: Նախորդ բոլոր տարիների համեմատ 2002թ. գրանցված մահվան դեպքերի թիվն ամենաբարձրն է:

Վերջին 4 տարվա ընթացքում գրանցված ՄԻԱՎ վարակի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՐ-ով հիվանդների մահվան դեպքերի թիվը գերազանցում է բոլոր նախորդ տարիների ընթացքում գրանցված դեպքերի թիվը:

Թմրամիջոցների ներարկային օգտագործման միջոցով բոլոր վարակվածները եղել են տղամարդիկ, ընդ որում՝ նրանց մի մասը ժամանակավոր բնակվել և, հավանաբար, ՄԻԱՎ-ով վարակվել է ՌԴ-ում (Մոսկվա, Սանկտ Պետերբուրգ, Իրկուտսկ, Ռոստով, Սուրգուտ և այլն) և Ուկրաինայում (Օդեսա, Կիև, Մարիուպոլ և այլն): Բացի այդ, բոլոր ՄԻԱՎ վարակակիր տղամարդկանց մեծամասնությունը (63,8%) նույնպես թմրամիջոցների ներարկային օգտագործող է, իսկ

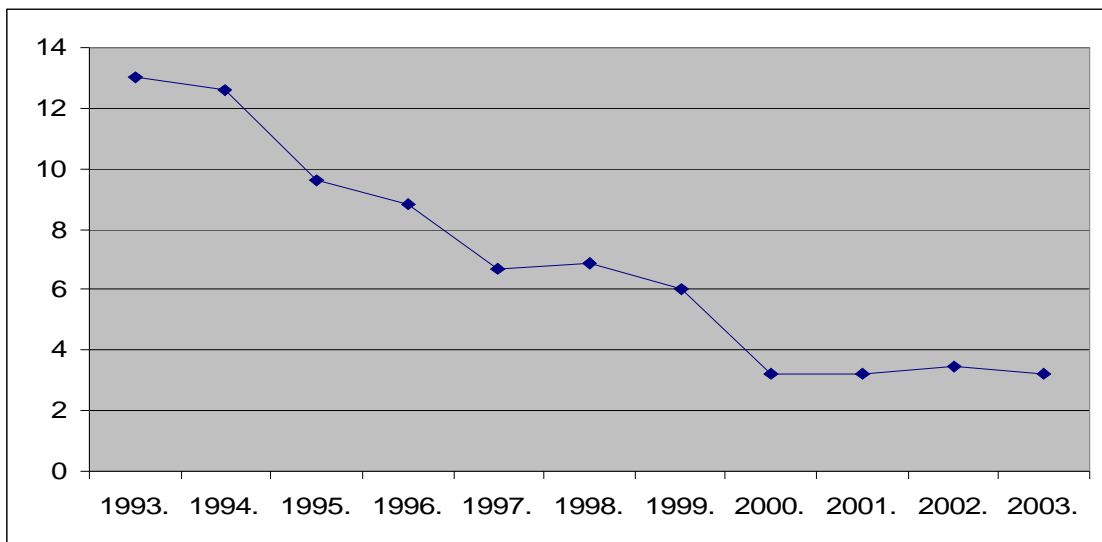
կանանց վարակման ուղին հիմնականում հետերոսեքսուալ հարաբերությունն է (94,1%): Սակայն ՄԻԱՎ/ՉԻԱՅ-ի տվյալ վիճակագրությունը չի արտացոլում համաճարակի տարածվածության իրական պատկերը ՀՀ-ում: ՄԻԱՎ/ՉԻԱՅ-ի իրավիճակի գնահատումը ցույց է տալիս, որ հանրապետությունում ՄԻԱՎ/ՉԻԱՅ-ի տարածվածության իրական չափերն ավելի քան 10 անգամ գերազանցում են գրանցման տվյալները, այսինքն ՀՀ-ում հաշվվում է մոտ 2500 - 2600 ՄԻԱՎ վարակակիր:

Այլ վարակիչ հիվանդություններ

Վերջին տարիների ընթացքում թմրամիջոցների հետ կապված վարակիչ հիվանդությունները շատ արագ են փոխանցվում Հայաստանում: Հեպատիտ B-ի - ցուցանիշը մեծահասակ բնակչության շրջանում մնացել է կայուն, 100.000 բնակչի հաշվով՝ 3,2 (2003թ.) - 3,5 (2002թ.) սահմաններում: 2003թ. գրանցվել է հեպատիտ B -ի 103 (2002թ.՝ 111) դեպք: 2003 թ. երեխաների մոտ հեպատիտ B -ի վարակվածությունը կազմեց 16 դեպք: Հեպատիտ C-ով հիվանդացության ցուցանիշները պաշտոնական տեղեկատվության մեջ արտացոլված չեն:

Գրաֆիկ 5

Հեպատիտ B-ով հիվանդացությունը, 100.000 բնակչի հաշվով, 1993-2002թթ.



Տուբերկուլյոզի առումով իրավիճակը հետևյալն է. ըստ պաշտոնական տեղեկատվության, 1993թ. ի վեր նկատվում է հիվանդացության շարունակական աճ: Այսպես, 1993թ. նոր գրանցված հիվանդների թիվը եղել է 590, հիվանդացության ցուցանիշը 100.000 բնակչի հաշվով կազմել է 15,8: 2002թ. նոր գրանցված հիվանդների թիվը եղել է 1393, հիվանդացության ցուցանիշը 100.000 բնակչի հաշվով՝ 3,4: Համապատասխանաբար, 1993թ. այն հիվանդների թիվը, որոնք արդեն իսկ գտնվել են դիսպանսերային հսկողության տակ, եղել է 3082, ինչը 100.000 բնակչի հաշվով կազմել է 82,4: 2002թ. այն հիվանդների թիվը, որոնք գտնվել են դիսպանսերային հսկողության տակ, եղել է 6050 հոգի, ինչը 100.000 բնակչի հաշվով կազմել է 188,5:

Ոչ բարենպաստ միտում է նկատվում նաև 0-14 տարիքային խմբի երեխաների շրջանում: Այսպես, վերը նշված տարիքային խմբի հիվանդացությունը 2002թ. կազմել է 39,0: Համեմատության համար նշենք, որ 1994թ. այն 100.000 բնակչի հաշվով կազմում էր 25,8: Նույնը 15-17 տարիքային խմբի համար. 2002թ. այն 100.000 բնակչի հաշվով կազմել է 66,9, իսկ 1994թ.՝ 18,4:

Համաճարակաբանական իրավիճակը կախված է մի շարք գործոններից: Դրանք քաղաքական, սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի այն փոփոխություններն են, որոնք առաջ եկան Խորհրդային Միության փլուզումից հետո: 2003թ. դեկտեմբերին ՀՀ կառավարությունն ընդունեց տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի պետական ծրագիր:

Տուբերկուլյոզով հիվանդների որոշ խմբերի (թմրամիջոցների ներերակային օգտագործողներ, միգրանտներ, հոմոսեքսուալ տղամարդիկ, այսինքն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ բարձր ռիսկային վարքագիծ ունեցողները, ինչպես նաև տուբերկուլյոզ և այլ հիվանդություններ ունեցողներ) խորհուրդ է տրվում հետազոտվել ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ: Այնուամենայնիվ ՄԻԱՎ վարակակիրների մոտ տուբերկուլյոզի հայտնաբերման ճշգրիտ մեթոդներ չկան: Մինչև 2004թ. հունվարի 1-ը Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցված 251 ՄԻԱՎ վարակակիրներից 15-ը տուբերկուլյոզով հիվանդներ են:

Ծխախոտամոլության հետ կապված իրավիճակը երկրում

Կարևորելով ծխախոտամոլության գործոնը իբրև ծխախոտ-ալկոհոլ-թմրամիջոցների համաճարակաբանական շղթայի մի օղակ, ներկայացնում ենք նաև ծխախոտամոլության իրավիճակը երկրում: Այսպես, Հայաստանում, ըստ պաշտոնական տվյալների, ծխախոտամոլությունը առավելապես տարածված է տղամարդկանց շրջանում՝ ավելի քան 65%, կանանց շրջանում՝ մոտ 3%: Սակայն, կանանց շրջանում վերջին տարիներին նկատվում է ծխախոտամոլության շարունակական աճի միտում: Մի շարք փոքր պիլոտային հետազոտությունների հիման վրա, որոնք կատարվել են տարբեր բնակավայրերում, տարբեր տարիքային խմբերի և տարբեր կրթական մակարդակ ունեցող կանանց շրջանում, կարելի է եզրակացնել, որ ծխող կանաց իրական թիվը ավելի բարձր է, քան 3%:

Անչափահասների շրջանում որևիցե հետազոտություն հետխորհրդային շրջանում չի կատարվել: Ներկայումս Հայաստանը, մասնակցելով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Երիտասարդության ծխախոտամոլության գլոբալ հետազոտության ծրագրին, ուսումնասիրություն է կատարում 13-15 տարեկան անչափահասների շրջանում:

2.6. Սոցիալական և իրավական հետևանքներ

Սոցիալական խնդիրներ

Հայաստանի Հանրապետությունում առկա սոցիալական խնդիրները նման են անցումային շրջանում գտնվող բոլոր երկրների սոցիալական խնդիրներին: Վերջին տասը տարիների ընթացքում զգալի փոփոխություններ են տեղի ունեցել քաղաքական և տնտեսական ոլորտներում: Խորհրդային Միության փլուզումից հետո, 1991թ. Հայաստանը հռչակեց իր անկախությունը և դարձավ ինքնիշխան հանրապետություն: Հայաստանի Հանրապետությունը զբաղեցնում է 29.8 հազար քառ. կմ տարածք: Հայաստանի Հանրապետության պետական կրոնը քրիստոնեությունն է, որի կրողը և մարմնավորողը Հայ Առաքելական եկեղեցին է: Հայաստանը գտնվում է Հարավ-արևմտյան Ասիայում, Թուրքիայի արևելքում: Հայաստանը ցամաքային սահմաններ ունի Ադրբեջանի՝ 566 կմ,

Ադրբեջան-Նախիջևանի՝ 221 կմ, Վրաստանի՝ 164 կմ, Պարսկաստանի՝ 35 կմ, Թուրքիայի՝ 268 կմ, հետ:

ՀՀ բնակչության թվաքանակը 2003թ. հունվարի 1-ի դրությամբ կազմում է 3.210.307 մարդ, որից մոտ 1,7 միլիոնը կին և 1,5 միլիոնը՝ տղամարդ: Ընդհանուր բնակչության մեջ 0-14 տարեկանները կազմում են 752.446 մարդ: ՀՀ 2001թ. մարդահամարի նախնական տվյալներով հայերը կազմել են մշտական բնակչության 97%-ը: Հայաստանի քաղաքային և գյուղական բնակչությունը համապատասխանաբար կազմում են 2.062.5 և 1.148.3 մարդ: Մայրաքաղաքի բնակչությունը՝ 1.102.0 մարդ:

Աղյուսակ 4

	2001	2002
Զբաղվածների թվաքանակը, հազ. մարդ	1264.9	1106.4 գնահատական
Պաշտոնապես գրանցված գործազուրկների թվաքանակը, հազ. մարդ (միջին տարեկան)	146.8	133.7
Պաշտոնապես գրանցված գործազուրկների թվաքանակը, հազ. մարդ (տարեվերջին)	138.4	127.3

Հանրապետության պետական և ոչ պետական բարձրագույն ուսումնական հաստատություններում և տեխնիկումներում սովորողների թվաքանակը 2001-2002թթ. կազմում էր 98.807 ուսանող:

2002թ. ընթացքում Հայաստանում գրանցվել է 3,2 ամուսնություն և 0,5 ամուսնալուծություն (1.000 բնակչի հաշվով):

Հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանի բարդությունները 100 հազ. ֆերտիլային տարիքի կանանց հաշվով կազմել են 1189.1 դեպք: 2001թ. համեմատ ծնելիությունն ավելացել է 1,3%-ով և կազմել 33,3 հազ. երեխա:

Պաշտոնական տեղեկատվության համաձայն, 2002թ. ապօրինաբար թմրամիջոցների պատրաստման, ձեռք բերման, գործածման, փոխադրելու, առաքման կամ իրացման հետ կապված հանցագործությունների քանակը հանրապետութ-

յան 100 հազար բնակչի հաշվով կազմել է 131 դեպք (2001թ. նկատմամբ աճը կազմել է 2,2%):

ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից 1996թ. դեկտեմբերին հանրակրթական դպրոցների ընտրանքային հետազոտության ամփոփ արդյունքներով պարզվել է, որ ծխում են հարցված 8-րդ դասարանցիների 2,7%-ը, 10-րդ դասարանցիների 7,1%-ը, ոգելից խմիչք օգտագործում են համապատասխանաբար՝ 2,5%-ը և 5,7%-ը:

Առողջությունը քայքայող սովորույթների դեմ պայքարելու անհրաժեշտության նկատմամբ դպրոցականների վերաբերմունքը եղել է հետևյալը.

Աղյուսակ 5

	Անհրաժեշտ է պայքարել							
	ծխելու դեմ		թմրանյութեր օգտագործելու դեմ		ոգելից խմիչքներ օգտագործելու դեմ		սեռական այլասերվածության դեմ	
	8-րդ դաս.	10-րդ դաս.	8-րդ դաս.	10-րդ դաս.	8-րդ դաս.	10-րդ դաս.	8-րդ դաս.	10-րդ դաս.
Այո	83.9	82.1	96.5	93.7	82.3	78.1	95.9	91.8
Երևի այո	10.8	9.1	2.4	4.1	10.0	12.9	2.2	4.0
Ոչ	5.0	8.6	1.1	2.1	7.6	8.9	1.7	4.1
Չեն պատասխանել	0.3	0.2	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0

2.7. Թմրամիջոցների հետ կապված իրավախախտումներ և հանցագործություններ

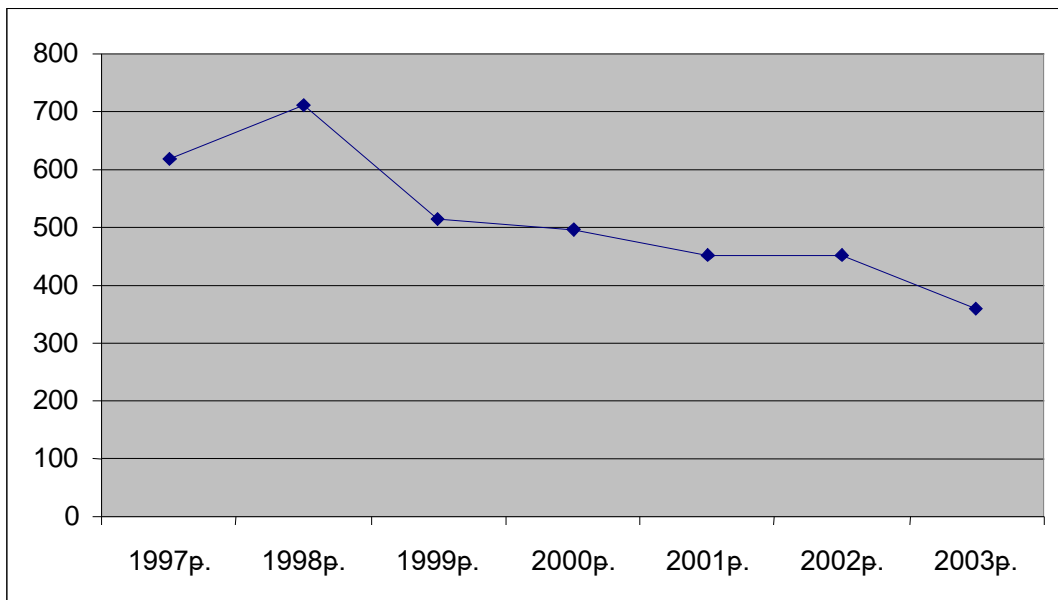
2002թ. հանրապետությունում հանցագործությունների բացահայտման մակարդակը 2001թ. համեմատ նվազել է 0,4%-ով և կազմել 82,3%, քրեական հետախուզության գծով՝ 1,0%-ով և կազմել 79,9%, տնտեսական հանցագործությունների գծով՝ 1,3%-ով և կազմել 80,0%, այլ ծառայությունների գծով ավելացել է 1,3%-ով և կազմել 91,3%: Եթե որոշ հանցագործությունների գծով 2002թ. բացահայտման մակարդակը բարձր է եղել միջին հանրապետականից. օրինակ,

թմրամոլության բացահայտման մակարդակը կազմել է 98,5%, խուլիգանության՝ 97,8%, առանց համապատասխան թույլտվության հրազեն (բացի ողորկափող որսորդականից), ռազմամթերք կամ պայթուցիկ նյութեր կրելու, պահելու, ձեռք բերելու, պատրաստելու կամ վաճառելու՝ 96,7%, ապա մի խումբ այլ հանցագործությունների բացահայտման մակարդակը միջին հանրապետականից զգալի ցածր է եղել, մասնավորապես, անձնական ունեցվածքի դիտավորյալ ոչնչացում՝ 44,1% և այլն: Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում թմրամիջոցների հետ կապված գրանցված օրինախախտումների քանակը (քրեական և վարչական իրավախախտումներ) հիմնականում նվազել է: Թմրամիջոցների հետ կապված օրինախախտումների դեպքերը հիմնականում գրանցվել են մայրաքաղաքում, Շիրակի մարզում, Սյունիքի և Լոռվա մարզերում:

Հայաստանի Հանրապետության ոստիկանության համապատասխան ծառայությունների կողմից 2003թ. ընթացքում թմրամիջոցների, հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի ուղղությամբ ձեռնարկված միջոցառումների արդյունքում բացահայտվել են 368 հանցագործության և 419 իրավախախտումների դեպքեր (2002թ. համապատասխանաբար 453-ի և 497-ի դիմաց):

Գրաֆիկ 6

Թմրամիջոցներին առնչվող հանցագործություններ



Կատարված հանցագործությունների մեծ մասը բաժին է ընկնում թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութեր ապօրինաբար պատրաստելու, ձեռք բերելու, վերամշակելու, պահելու, գործածելու, փոխադրելու, առաքելու կամ դրանք ապօրինի իրացնելու հետ կապված հանցագործություններին (2003թ.՝ 346, 2002թ.՝ 420): Այնուհետև հաջորդում են թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի՝ առանց դրանք իրացնելու նպատակի ապօրինի շրջանառության հետ կապված հանցագործությունները (2003թ.՝ 219, 2002թ.՝ 247): Հաշվետու տարվա ընթացքում թմրամոլության, թմրամիջոցների, հոգեներգործուն նյութերի և բաղադրիչների ապօրինի շրջանառության համար քրեական պատասխանատվության են ենթարկվել 326 անձինք (2002թ.՝ 418), որոնցից 9-ը՝ կին (2002թ.՝ 8), անչափահաս՝ 0 (2002թ.՝ 4): ՀՀ քր. օր.-ի 266-րդ հոդվածի 1-ին, 2-րդ, 3-րդ մասերի հատկանիշներով (թմրամիջոցների ապօրինի իրացում) քրեական պատասխանատվության են ենթարկվել 42 անձինք (2002թ.՝ 57), որոնցից 3-ը՝ կին (2002թ.՝ 4), 14-ը (2002թ.՝ 19)՝ նախկինում հանցագործություն կատարած անձինք: Հանրապետությունում 2003թ. առանց բժշկի նշանակման մեկ տարվա ընթացքում թմրամիջոցներ օգտագործելու համար (ՀՀ քր. օր.-ի 271-րդ հոդ. 1-ին մաս) քրեական պատասխանատվության են ենթարկվել 89 մարդ, իսկ վարչական պատասխանատվության՝ 356, նախորդ տարվա 112-ի և 426-ի դիմաց:

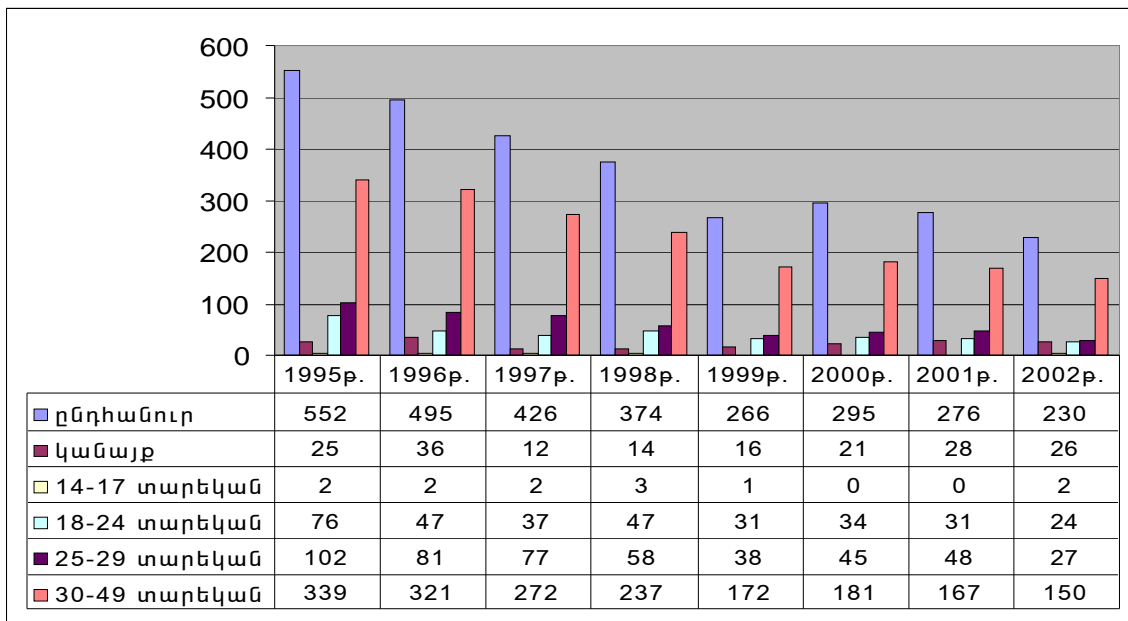
Աղյուսակ 6

ՀՀ ԶՐ. ՕՐ.-Ի ՀՈԴՎԱԾՆԵՐ		2002 թ.	ՀՀ ՆՈՐ ԶՐ. ՕՐ.-Ի ՀՈԴՎԱԾՆԵՐ		2003 թ.
229 հ.		420	266, 268, 271, 267		346
Այր թվում	229 հ. 1-ին մաս	37	266 հ. 1-ին մաս	29	
	229 հ. 2-րդ մաս	19	266 հ. 2-րդ և 3-րդ մասե	16	
	229 հ. 3-րդ և 4-րդ մասեր	247	268 հ. 1-ին և 2-րդ մասե	219	
	229 հ. 5-րդ մաս	117	271 հ.	82	
	229 հ. 6-րդ մաս	0	267 հ.	0	
	226 հ. պրիմ 1	1	274 հ.	4	
226 հ. պրիմ 2	6	275 հ.	3		
229 հ. պրիմ 1	0	269 հ.	0		
229 հ. պրիմ 2	0	272 հ.	0		
230 հ.	20	273 հ. 1-ին մաս	2		
230 հ. պրիմ 1	6	273 հ. 2-րդ մաս	1		
231 հ. պրիմ 2	0	166 հ.	2		
ԸՆԴԱՄԵՆԸ		453	ԸՆԴԱՄԵՆԸ		358

Ուրախալի է, որ տարիներ շարունակ հանրապետությունում թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության մեջ անչափահասների ընդգրկվածությունը բավականին ցածր է: Այդ են վկայում հետևյալ թվերը՝ 1998թ. թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության մեջ ընդգրկված են եղել 4 անչափահասներ (մինչև 18 տարեկան), 1999թ.՝ 3, 2000թ.՝ 2, 2001թ.՝ 3, 2002թ.՝ 4, 2003թ.՝ 0: Դա այն դեպքում, երբ աշխարհում այդ ցուցանիշը ունի աճի միտում և մեծ անհանգստության տեղիք է տալիս: Անչափահասների ներգրավվածության այդքան ցածր ցուցանիշը այս հանցատեսակի մեջ կարող է բացատրվել ազգային առանձնահատկություններով կամ մոտեցումներով (ծնող-երեխա-բարեկամ-ընկեր սերտ կապը շատ ուժեղ է արտահայտված):

Գրաֆիկ 7

Թմրամիջոցների հետ կապված հանցագործությունների համար դատապարտվածների քանակը



Թմրամիջոցների, հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի շրջանառությամբ և թմրամոլությամբ զբաղվող անձանց տարիքային կազմը

	2002թ.		2003թ.	
	անձինք	տոկոսը	անձինք	տոկոսը
Ընդամենը	418	x	326	x
Այդ թվում կին	24	5,7	9	2,7
Անչափահաս	4	0,9	0	0
18-ից 24 տարեկան	38	9,1	19	5,8
25-ից 29 տարեկան	63	15,1	41	12,6
30-ից 49 տարեկան	260	62,2	216	66,2
50-ից բարձր	53	12,7	50	15,4
Օտարերկրացի	0	0	7	2,1

Աղյուսակ 8

Հայաստանի Հանրապետության նոր քրեական օրենսգրքի հոդվածները թմրամոլության, թմրամիջոցների, հոգեներգործուն նյութերի և դրանց բաղադրիչների ապօրինի շրջանառության վերաբերյալ

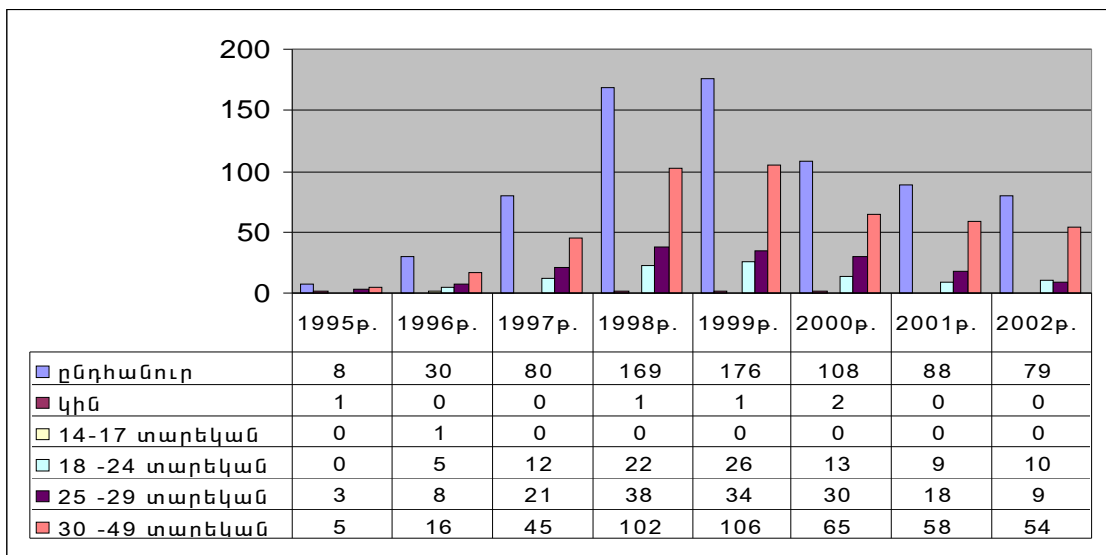
ՀՀ քր. օր.-ի հոդված	Վերնագիր
166 հ.	Երեխային հակահասարակական գործողություններ կատարելուն ներգրավելը
266 հ.	Թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի շրջանառությունը դրանք իրացնելու նպատակով
267 հ.	Թմրամիջոցներ կամ հոգեներգործուն նյութեր արտադրելու, ձեռք բերելու, պահելու, հաշվառելու, բաց թողնելու, փոխադրելու կամ առաքելու կանոնները խախտելը
268 հ.	Թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի շրջանառությունն առանց դրանք իրացնելու նպատակի
269 հ.	Թմրամիջոցներ կամ հոգեներգործուն նյութեր հափշտակելը կամ շորթելը
270 հ.	Թմրամիջոցներ կամ հոգեներգործուն նյութեր ապօրինի հանձնելը կամ դրանք ստանալու իրավունք տվող դեղատոմսեր կամ այլ փաստաթղթեր կեղծելը
271 հ.	Առանց բժշկի թույլտվության թմրամիջոցներ գործածելը
272 հ.	Թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի գործածմանը հակելը կամ ներգրավելը
273 հ.	Մշակումն արգելված թմրանյութեր, հոգեներգործուն, խիստ ներգործող կամ թունավոր նյութեր պարունակող բույսեր ապօրինի ցանելը կամ աճեցնելը
274 հ.	Թմրամիջոցներ կամ հոգեներգործուն նյութեր գործածելու համար որջեր կազմակերպելը կամ պահելը

275 հ.	Խիստ ներգործող կամ թունավոր նյութերի ապօրինի շրջանառությունը դրանք իրացնելու նպատակով
276 հ.	Խիստ ներգործող կամ թունավոր նյութեր արտադրելու, ձեռք բերելու, պահելու, հաշվառելու, բաց թողնելու, փոխադրելու կամ առաքելու կանոնները խախտելը

Վերջին տարիների ընթացքում թմրամիջոցների ապօրինի օգտագործման համար դատապարտված անձանց քանակը նվազել է: Հանցագործության այս տեսակի մեջ կանանց ներգրավվածությունը հավասարվել է 0-ի, իսկ թիրախային հիմնական խումբը կազմում են 30-49 տարեկան անձինք:

Գրաֆիկ 8

Թմրամիջոցներ օգտագործելու համար դատապարտված անձինք



2.8. Թմրամիջոցների օգտագործման սոցիալական և տնտեսական հետևանքները

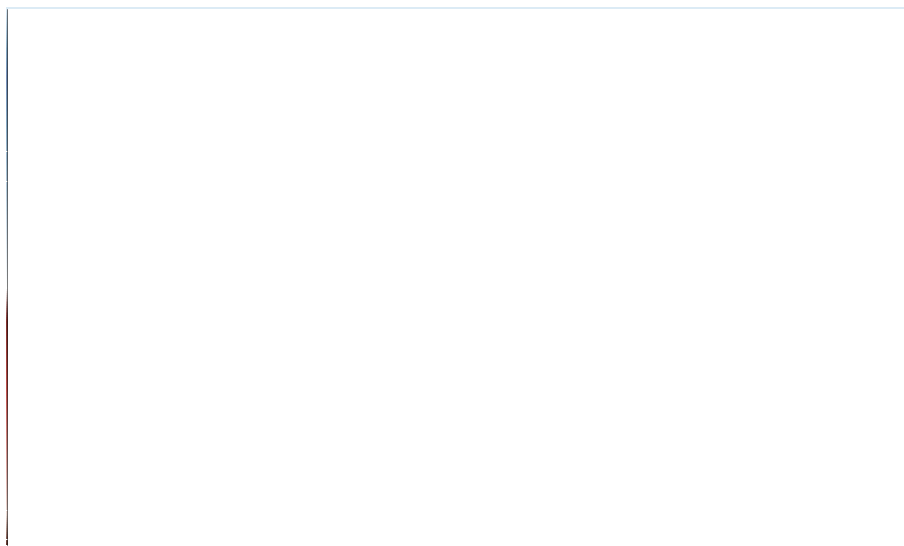
Հայաստանի Հանրապետությունում չի իրականացվել թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված սոցիալական և տնտեսական հետևանքների ուսումնասիրություն:

2.9. Թմրամիջոցների առգրավումները

Կատարված հետազոտությունների վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ Հայաստանում շարունակում են լայն տարածում ունենալ տնայնագործական եղանակով պատրաստված բուսական ծագման թմրամիջոցները: Սրա հետ մեկտեղ՝ կան դեպքեր, երբ թմրամիջոցը ներկրվել է այլ երկրներից: Կլիմայական պայմանները նպաստում են թմրանյութ պարունակող բույսերի աճին՝ կանեփ, կակաչ: Ամեն տարի իրավապահ մարմինների ներկայացուցիչների կողմից միջոցառումներ են իրականացվում ապօրինի ցանքատարածքների հայտնաբերման և ոչնչացման ուղղությամբ: Բացի ոստիկանության համակարգի աշխատակիցներից, այդ միջոցառումներին մասնակցում են նաև պաշտպանության նախարարության ստորաբաժանումների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, զանգվածային լրատվական միջոցների ներկայացուցիչները: Թմրամիջոց պարունակող բույսերի և կանաչ զանգվածների քանակը զգալիորեն կրճատվել է:

Գրաֆիկ 9

ՀՀ տարածքում հայտնաբերված և ոչնչացված կանեփի և կակաչի կանաչ զանգվածների քանակը կգ-ով



Հայաստանի Հանրապետությունում վերջին տարիների ընթացքում չի հայտնաբերվել ոչ մի ընդհատակյա լաբորատորիա: Հանրապետությունում չի արձանագրվել սինթետիկ թմրամիջոցների առգրավման որևէ դեպք: Երիտասարդների ժամանցի վայրերը, գիշերային ակումբները, դիսկոտեկները մշտապես գտնվում են ոստիկանության աշխատողների հսկողության տակ:

Աղյուսակ 9

ՀՀ տարածքում առգրավված թմրամիջոցների ընդհանուր քանակը

ԹՄՐԱՄԻՋՈՑԻ ՏԵՍԱԿԸ	2002 թ. (գր.)	2003 թ. (գր.)
ՄԱՐԻԽՈՒԱՆԱ	76083.695	7932.1
ՀԱՇԻՇ	84.75	106.57
ՀԱՇԻՇԱՅՈՒՂ	-	0.6
ԿԱԿԱԶԻ ԾՂՈՏ	1485	42.9
ԱՓԻՈՆ	77.55	149.52
ԱՅԵՏԻԼԱՑՎԱԾ ԱՓԻՈՆ	-	1.33
ՀԵՐՈԻՆ	175.293	310.108
ՄՈՐՖԻՆ	0.02	0.01
ՕՍՆՈՊՈՆ	0.134	0.162
ԷՖԵՂՐՈՆ	1.9341	1.4656
ՀՈԳԵՆԵՐԳՈՐԾՈՒՆ		
ՆՅՈՒԹԵՐ	2249 հաբ	316 հաբ

2.10. Թմրամիջոցների գինը եւ մաքրության աստիճանը

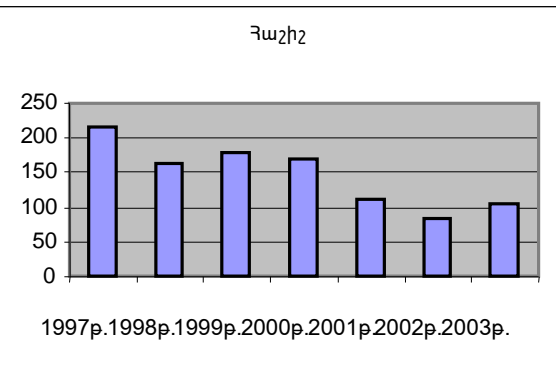
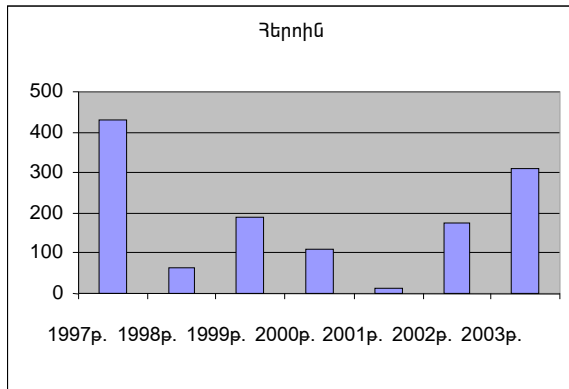
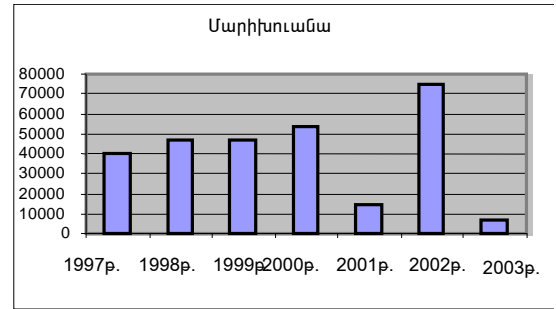
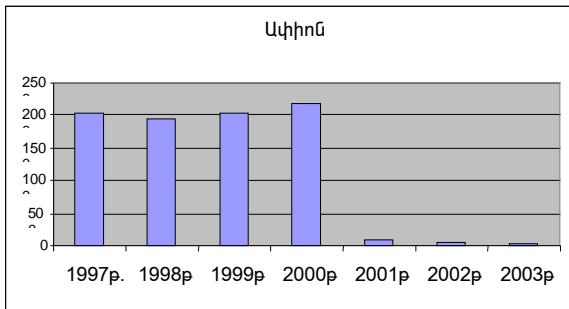
Սև շուկան հիմնականում առաջարկում է մարիխուանա, հաշիշ, ափիոն, հերոին թմրամիջոցները: Կոկաին գործնականորեն չկա: Վերջին տարիների ընթացքում թմրամիջոցների արժեքը մնացել է նույնը, միակ տարբերությունը կարելի է դիտարկել հերոին և ափիոն տեսակի թմրամիջոցների առումով, որոնց արժեքը որոշ չափով բարձրացել է:

Ծանր թմրամիջոցների առգրավված քանակները մեծ ծավալների չեն եղել, հետևաբար չէին կարող ազդել սև շուկայում ձևավորված գների վրա: Վերջին տարիների ընթացքում նկատվում է գնի կայունություն. հավանաբար այն պատճառով, որ ներերակային թմրամիջոց օգտագործողների թիվը չի մեծացել, ինչը կապված է սոցիալ-տնտեսական պայմանների հետ (օրինակ՝ ՀՀ-ում 2002թ. միջին աշխատավարձը կազմում էր 27.304 դրամ, մոտ 48 ԱՄՆ դոլար): Այսպես, 2002– 2003թթ. հանրապետության «սև շուկայում» 1 գ հերոինի արժեքը 120-150 ԱՄՆ դոլար էր, 1 գ ափիոնի արժեքը՝ 25-35 ԱՄՆ դոլար, 1 գ մարիխուանայի՝ 1,5-2 ԱՄՆ դոլար, 1 գ հաշիշի՝ 5 ԱՄՆ դոլար:

Առգրավված նյութերի մաքրությունը տարբեր է, սակայն Հայաստանի ոստիկանության և արդարադատության նախարարության դատափորձագիտական կենտրոնների վիճակագրական տվյալները չեն արտացոլում առգրավված նյութերի մաքրությունը:

Գրաֆիկ 10

Ոստիկանության կողմից առգրավված հիմնական թմրամիջոցները
(քանակը գր-ով)



2.11. Քննարկումներ

Ցուցանիշների համապատասխանությունը

Հանրապետության բնակչության կողմից թմրամիջոցների որոշակի տեսակների տարածվածության մասին հետազոտություններ չեն իրականացվել, ուստի հասարակության մեջ թմրամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ կարելի է վերլուծություններ կատարել ելնելով առգրավված թմրամիջոցների քանակից, որոշ որակական ուսումնասիրություններից և բուժման պահանջարկի նկատմամբ առկա տվյալներից:

Թմրամիջոցների առաջարկի, դրանց պահանջարկի, թմրամիջոցների հետ

կապված հիվանդությունների ցուցանիշների միջև առկա է ակնհայտ փոխկապակցվածություն: Թմրամոլության բուժման պահանջարկի ցածր ցուցանիշը հուշում է, որ անհապաղ անհրաժեշտ է ստեղծել թմրամոլության բուժման և վերականգնողական համակարգ: Բուժման համար չդիմելու հիմնական պատճառն անվստահությունն է բուժման համակարգի նկատմամբ:

Այսպիսով, բոլոր ցուցանիշների միջև փոխկապակցվածությունը ակնհայտ է, սակայն անհրաժեշտ են բնակչության շրջանում համապատասխան ուսումնասիրությունների հիման վրա ձեռք բերված նոր տվյալներ և թմրամիջոցների տարածվածության մասին նոր ուսումնասիրություններ: Թմրամիջոցների հետ կապված մահերի և մահացությունների վերաբերյալ տվյալների որակը անհրաժեշտ է բարելավել: ՀՀ ԱՆ դատափորձագիտական կենտրոնը անցել է ICD-10 քառանիշ կոդի օգտագործմանը, որը թույլ է տալիս մահացությունների և մահվան պատճառների վերաբերյալ հաշվետվություն ներկայացնել ըստ ԹԹՄԵԿ-ի ուղեցույցների պահանջների:

2.12. Մեթոդաբանական սահմանափակումներ և տվյալների որակը

Հարկ է նշել, որ մեթոդաբանության հետ կապված հիմնական սահմանափակումները այսօր կապված են տվյալների աղբյուրների բացակայության, տվյալների գրանցման տարբեր մեթոդների, հայերեն հստակ սահմանումների և բարձրորակ տվյալների բացակայության հետ:

Թմրամիջոցների հետ կապված մահացությունների վերաբերյալ տվյալներ այսօր չկան, որի լուծումը սակայն ժամանակի խնդիր է: Հայաստանում կաղում է թմրամոլների վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրման համակարգը, չկա թմրամոլության տարածվածության մասին հուսալի տեղեկատվություն:

ՄԱՍ 3. ՊԱՅԱՆՁԱՐԿԻ ՆՎԱԶԵՑՄԱՆ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ

3.1. Պահանջարկի նվազեցման ազգային ռազմավարությունը Մոտեցումներ և նոր զարգացումներ

2001թ. ի վեր հասարակական կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրերը հիմնականում ուղղված են թմրամիջոցների և թմրամոլության կանխարգելման աշխատանքների որակի բարելավմանը, լայն հասարակության իրազեկվածության բարձրացմանը, ծնողների, ուսուցիչների, ոստիկանների միջև սերտ համագործակցության զարգացմանը: Սույն ծրագրերի շրջանակներում աշխատանքներ են իրականացվել մարզերի դպրոցներում, ուսումնական կենտրոններում, կազմակերպվել են սեմինարներ:

2001-2003թթ. «ՁԻԱՅ-ի կանխարգելում, կրթություն և խնամք» ՀԿ-ն հանրապետության Սյունիքի (Կապան, Գորիս, Քաջարան) և Գեղարքունիքի (Գավառ) մարզերում իրականացրել է ուսումնական վարժանքներ՝ ուղղված ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի, սեռավարակների և թմրամոլության կանխարգելմանը: Դասընթացների նպատակն է եղել դեռահասների շրջանում ամրապնդել առողջ ապրելակերպի գաղափարը, բարձրացնել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի, սեռավարակների և թմրամոլության կանխարգելման մասին գիտելիքների մակարդակը և նվազեցնել ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկը: Դասընթացներին մասնակցած դեռահասները սկսում են իրենք գիտելիքներ և հմտություններ փոխանցել իրենց հասակակիցներին:

Դասընթացների արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով դպրոցականների շրջանում իրականացվել է անանուն հարցում: Ըստ հարցման արդյունքների՝ Սյունիքի մարզի Կապան և Քաջարան քաղաքների 8-10-րդ դասարանների դպրոցականների 9%-ը դեմ չի եղել թմրամոլության օգտագործմանը: Դասընթացներից հետո այդ թիվը նվազել է՝ հասնելով 1,8%-ի:

3.2. Միջամտության ոլորտները

Առաջնային կանխարգելում. Դպրոցական ծրագրեր

Առաջնային կանխարգելման վերաբերյալ տեղեկատվություն (դպրոցական ծրագրեր, «հավասարը հավասարին» մեթոդով իրականացվող ծրագրեր, վաղ միջամտություն, ընդհանուր հասարակական ծրագրեր): Թմրամիջոցների կանխարգելման ծրագրերը Հայաստանում գտնվում են սաղմնային վիճակում, սակայն որոշակի աշխատանքներ արդեն իրականացվում են այս ուղղությամբ: Մասնավորապես, ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության «Հատուկ առողջապահության կրթության բաժինը» ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամի հետ համատեղ 200 դպրոցների առաջինից յոթերորդ դասարաններում փորձնականորեն իրականացնում է «Կյանքի հնտություններ» նախագիծը: ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամը նաև օժանդակում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի «Հավասարը կրթում է հավասարին» ծրագրին, որտեղ առկա են թմրամիջոցների կանխարգելմանն ուղղված կրթության տարրեր և որը, մասնավորապես, ուղղված է թմրամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ տեղեկատվությանը:

Ինտերնետ

Մինչև 2003թ. վերջերը Հայաստանում գոյություն չուներ թմրամիջոցների և դրանց հետ կապված մի շարք այլ հարցերի վերաբերյալ հատուկ ինտերնետային էջ: Ակնհայտ է, որ ինչպես ամբողջ աշխարհում, Հայաստանում նույնպես ինտերնետային ծառայությունից օգտվողների թիվը մեծապես աճել է, հատկապես ուսանողության շրջանում: Ուստի անհրաժեշտություն առաջացավ ստեղծելու մի ինտերնետային էջ, որը թմրամիջոցների հետ կապված բավարար տեղեկատվություն կտրամադրեր լայն հասարակությանը: Եվ, ազգային մոնիտորինգի կենտրոնի կողմից մշակվեց և սկսեց գործել ինտերնետային էջ՝ www.drugnfp.am, որը պարունակում է նաև թմրամիջոցների նկատմամբ վերաբերմունքի հարցաշար և լրացվում է այցելուների կողմից կամավոր կերպով: Սույն հարցարանի տվյալները ամփոփվելու են և տեղադրվելու համապատաս-

խան ինտերնետային էջում: Սոնիտորինգի կենտրոնի ինտերնետային էջը ներառում է մի շարք կարևոր թեմաներ, ինչպիսին են, օրինակ, երկրում թմրամիջոցների հետ կապված իրավիճակի մոնիտորինգը, իրավական դաշտը, թմրամիջոցների ուղղությամբ տարվող քաղաքականությունը, պահանջարկի նվազեցման, կանխարգելման ծրագրերը և այլն:

Հայաստանի Հանրապետության ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային կենտրոնի ինտերնետային էջը՝ www.armajds.am, հնարավորություն է տալիս ծանոթանալ կենտրոնի հրապարակումներին, տեղեկություններ է տրամադրում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի իրավիճակային վերլուծությունների, ՄԻԱՎ վարակի տարածվածության իրավիճակի մասին և այլն:

3.3. Թմրամիջոցների հետ կապված վնասի նվազեցում

Հայաստանում հնարավոր չէ թմրամիջոցների հետ կապված վնասի նվազեցման մասին տալ համապարփակ քանակական նկարագիր: Հայաստանում թմրամիջոցների հետ կապված վնասի նվազեցման պատմությունը նոր է, քանզի այդ ուղղությամբ միջոցառումներ են սկսել իրականացվել միայն 2003թ.-ից: Վնասի նվազեցմանն ուղղված միջոցառումները ֆինանսավորվում են հիմնականում միջազգային կազմակերպություններից: ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային ծրագրում հատուկ տեղ են զբաղեցնում թմրամիջոցների հետ կապված վնասի նվազեցմանը նպատակաուղղված միջոցառումները: Վնասի նվազեցման կարևորությունը մեծացավ 2000թ. ի վեր, երբ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի իրավիճակային վերլուծության արդյունքները ցույց տվեցին, որ վարակի փոխանցման հիմնական ճանապարհ է հանդիսանում թմրանյութերի ներերակային օգտագործումը: Ակնհայտ է, որ ավելի մեծ ուշադրություն է պետք դարձնել վնասի նվազեցման միջոցառումների իրականացմանը և ավելի շատ միջոցներ հատկացնել ասեղների փոխանակման, ՄԻԱՎ-ի ախտորոշման և պահպանակների տրամադրման համար:

Հայաստանում առաջին անգամ վնասի նվազեցման ծրագիր իրականացվեց ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի կողմից Սյունիքի մարզի

Կապան քաղաքում 2003թ. օգոստոսին: Ծրագրի տևողությունը երեք ամիս էր, որի շրջանակներում իրականացվեց ասեղների փոխանակում, բաժանվեցին պահպանակներ, հականեխիչներ և տեղեկատվական նյութեր՝ աուրիչ (դրսում տարվող) աշխատանքների միջոցով: Սա Հայաստանում իրականացված անախադեպ նախագիծ էր՝ ուղղված ներերակային թմրամիջոցներ օգտագործողների շրջանում վնասի նվազեցմանը, և կարծում ենք, որ սա արդեն իսկ մեծ առաջընթաց էր երրորդական կանխարգելման ծրագրերին տեղ տալու առումով: Թիրախային խմբի իդենտիֆիկացումը տևեց շուրջ երկու ամիս: Տրամադրված ասեղների 30%-ը վերադարձվեց, իսկ մեկ ամսվա ընթացքում բաժանվեց մոտ 600 պահպանակ:

3.4. Բուժում

Ազգային մակարդակով անվճար բուժում և առողջապահություն

1988 թվականի երկրաշարժը, դրան հաջորդած տարածաշրջանային քաղաքական իրադարձությունները, Խորհրդային Միության փլուզման հետևանքով սոցիալ-տնտեսական հորիզոնական և ուղղահայաց կապերի վերացումը, մինչև օրս շարունակվող շրջափակումը, սոցիալ-տնտեսական ողջ համակարգի փլուզումը, շուկայական հարաբերությունների անցումը, օրենսդրական դաշտի անկատարությունը հանգեցրեցին խոր սոցիալ-տնտեսական ճգնաժամի, ինչն էլ անդրադարձավ հիմնականում սոցիալական ոլորտի, այդ թվում առողջապահական համակարգի վրա:

Առողջապահության համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգը (հավանության է արժանացել ՀՀ կառավարության 2001թ. փետրվարի 5-ի թիվ 80 որոշմամբ և իրականացվելու է 2004թ. ընթացքում) նախատեսում է առողջապահական մի շարք շինությունների ազատման, մնացածի պահպանման ու շահագործման ծախսերի նվազեցման, հաստիքների կրճատման հաշվին կատարվելիք խնայողությունները հիմնականում ուղղել առողջապահության համակարգի արդիականացմանը, անապահով բնակչության առողջության վերականգնմանը և պահպանմանը:

Համաձայն հաշվարկների, ՀՀ առողջապահական համակարգի պահպանման,

բուժօգնության տրամադրման և հանրային առողջության պրոֆիլակտիկայի համար անհրաժեշտ է 855 միլիարդ դրամ: 2003թ. պետական բյուջեից հիվանդանոցներին տրամադրվել է 9.819.919.000 դրամ, իսկ պոլիկլինիկական հիմնարկներին՝ 4.106.191.000 դրամ:

Հայաստանում թմրամոլների բուժումը հիմնականում տեղի է ունենում հանրապետական նարկոլոգիական կենտրոնում, ստացիոնար հոգեբուժական հաստատություններում: Հանրապետությունում գոյություն ունի միայն մեկ մասնագիտացված նարկոլոգիական կենտրոն, սույն ոլորտում մասնագիտացված այլ հիվանդանոցներ կան ծառայություններ չկան: Թմրամոլների բուժումը կատարվում է պետական բյուջեի միջոցներով: Հանրապետական նարկոլոգիական կենտրոնի կողմից թմրամոլների բուժման համար առաջարկվող ծառայությունները բաժանվում են երկու հիմնական մասերի՝ հիվանդանոցային և ոչ հիվանդանոցային բուժման ծառայություններ: Հանրապետությունում այլընտրանքային բուժում չկա: Մետադոնը ընդգրկված է արգելված դեղամիջոցների ցանկում:

Հայաստանի Հանրապետությունում թմրաբանական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու իրավունք ունեն միայն ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից լիցենզավորված հիմնարկները՝ անկախ դրանց սեփականության ձևից: Թմրաբանական անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ամբողջ ծավալը երաշխավորված է պետության կողմից և իրականացվում է պետական պատվերի տեղադրման միջոցով: 2003 թվականին պետական պատվերը մեկ մարդու բուժման համար նախատեսում էր 120.000 դրամ (2002թ.՝ 96.000 դրամ) և հաշվի չէր առնում ոչ հիվանդության տեսակը, ոչ հիվանդության ծանրությունը:

Թմրամոլության բուժումը իրականացվում է կամ հիվանդանոցային պայմաններում, կամ ամբուլատոր այցելությունների միջոցով: Բուժման իրականացման տեղը ընտրվում է բուժող բժշկի կողմից՝ հաշվի առնելով հիվանդության ծանրությունը և հիվանդի ցանկությունը: ՀՀ-ում իրականացվում է թմրամոլության առաջին (թունավորում), երկրորդ (աբստինենցիա) և երրորդ (հետաբստինեն-

ցիա) փուլերի բուժում, և չի իրականացվում չորրորդ (ռեմիսիա) փուլի բուժում:
Բուժումը տարբերվում է ըստ թմրամիջոցի և հիվանդության ծանրության:

Ափիոնային թմրամոլություն

1-ին փուլ՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար, տևողությունը 1-3 օր, սպասվելիք արդյունքը՝ սուր ափիոնային թունավորման նշանների վերացում, հիմնական դեղամիջոցներ՝ սպեցիֆիկ անտոգոնիստներ, անալեպտիկներ, հոգեխթանիչներ, դետոկսիկացիա, վիտամիններ, նոոտրոպներ, ամինաթթուներ:

2-րդ փուլ՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար, տևողությունը 3-7 օր, սպասվելիք արդյունքը՝ արստինենցիայի սուր արտահայտությունների վերացում, հեմոդինամիկ խանգարումների թուլացում, հիմնական դեղամիջոցներ՝ սպեցիֆիկ ֆարմակոթերապիա, տրանկվիլիզատորներ, քնաբերներ, հորմոններ, ոչ սպեցիֆիկ հակաբորբոքային միջոցներ, վիտամիններ, նոոտրոպներ, հեպատոպրոտեկտորներ, հակացնցումային միջոցներ:

3-րդ փուլ՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար, տևողությունը 21 օր, սպասվելիք արդյունքը՝ նյարդահոգեկան աֆֆեկտիվ խանգարումների վերացում, վարքագծի շտկում, խանգարված ֆունկցիաների վերականգնում, հիմնական դեղամիջոցներ՝ հակադեպրեսանտներ, նեյրոլեպտիկներ, նոոտրոպներ, վիտամիններ, ամինաթթուներ, հակացնցումային միջոցներ, ֆիզիոթերապիա:

Կաննաբիոիդային թմրամոլություն

1-ին փուլ՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար, տևողությունը 1-2 օր, սպասվելիք արդյունքը՝ սուր կաննաբիոիդային թունավորման նշանների վերացում, հիմնական դեղամիջոցներ՝ դետոկսիկացիա, վիտամիններ, նոոտրոպներ, հեպատոպրոտեկտորներ, հակացնցումային միջոցներ:

2-րդ փուլ՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար, տևողությունը 3-5 օր, սպասվելիք արդյունքը՝ արստինենցիայի սուր արտահայտությունների վերացում, հիմնական դեղամիջոցներ՝ տրանկվիլիզատորներ, քնաբերներ, նեյրոլեպտիկներ, նոոտրոպներ, վիտամիններ, ամինաթթուներ, հեպատոպրոտեկտորներ, ոչ սպեցիֆիկ բիոխթանիչներ, ֆիզիոթերապիա:

3-րդ փուլ՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար, տևողությունը 14 օր, սպասվելիք արդյունքը՝ նյարդահոգեկան աֆֆեկտիվ խանգարումների վերացում, վարքագ-

ծի շտկում, խանգարված ֆունկցիաների վերականգնում, հիմնական դեղամիջոցներ՝ հակադեպրեսանտներ, ներյուլեպտիկներ, նոոտրոպներ, վիտամիններ, ամինաթթուներ, հակացնցունային միջոցներ, ֆիզիոթերապիա:

3.5. Փոխարինող բուժում

Հայաստանի Հանրապետությունում այլընտրանքային բուժում չի իրականացվում:

3.6. Քրեակատարողական համակարգը

Հայաստանի Հանրապետությունում կան թվով 12 ազատազրկման վայրեր՝ մոտավորապես 2.500 կալանավորներով: ՀՀ ՁԻԱՀ-ի մասին օրենքի համաձայն, ազատազրկման վայրերում գտնվողները ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ պարտադիր հետազոտման ենթակա խմբի մեջ են մտնում, սակայն ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով վերջին տարիներին աննշան թվով հետազոտություններ են կատարվում: Հայաստանում ազատազրկման վայրերում գտնվող անձանց հետազոտությունները սկսվել են 1989թ., իսկ ՄԻԱՎ վարակի առաջին դեպքը գրանցվել է 1996թ.: Այդ տարի արձանագրվել են առաջին 6 ՄԻԱՎ վարակակիրները և 22 շճադրական անձինք, որոնք հայտնաբերվել են ընդամենը 1100 անձի հետազոտության ընթացքում: 1997թ. կատարված 319 անձանց հետազոտությունների արդյունքում հայտնաբերվել են 5 ՄԻԱՎ դրական և 17 շճադրական դեպքեր:

1996 թվականից մինչև 2000թ. մայիս ամիսը հետազոտվել են ազատազրկման մեջ գտնվող մոտ 1800 անձինք, որոնցից 15–ը եղել են ՄԻԱՎ վարակակիր (երկուսը ՀՀ քաղաքացիներ չեն), իսկ շճադրականների ընդհանուր թիվը կազմել է 58 հոգի:

2000թ. մարտ-մայիս ամիսներին անցկացված ընտրանքային համաճարակաբանական վերահսկողության շրջանակներում հետազոտվել են ազատազրկման վայրերում գտնվող բարձր ռիսկային խմբերին պատկանող 182 անձինք (արվամուլներ, թմրանյութերի ներերակային օգտագործողներ, սեռավարակ-

վածներ և կլինիկական ախտանշաններ ունեցող հիվանդներ): Հետազոտությունների արդյունքում ՄԻԱՎ վարակ է արձանագրվել 8,8% -ի սահմաններում, ընդ որում ամենաբարձր ցուցանիշը եղել է արվամոլների մոտ՝ 10,1%, իսկ ամենացածրը թմրանյութերի ներարկային օգտագործողների մոտ՝ 5,8%:

Այսօր Հայաստանի Հանրապետության արդարադատության նախարարության քրեակատարողական հիմնարկի նարկոլոգիական բաժանմունքում գտնվում է 39 հիվանդ, որոնցից 29-ը՝ թմրամոլ են և 7-ը կրկնակի բուժում ստացող ազատազրկվածներ:

3.7. Որակի ապահովում

Հայաստանում թմրամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվության ազգային մոնիտորինգի կենտրոնը ստեղծվել է Եվրոպական Միության և Միավորված ազգերի կազմակերպության Ջարգացման ծրագրի կողմից համաֆինանսավորվող ծրագրի շրջանակներում՝ հանրապետության թմրամոլության և թմրաբիզնեսի դեմ պայքարի պետական միջգերատեսչական հանձնաժողովի նախագահի հրամանով: Ազգային մոնիտորինգի կենտրոնը պատասխանատու է թմրամիջոցների վերաբերյալ համադրելի և ճշգրիտ տեղեկատվության հավաքագրման և այն տեղական քաղաքականություն ստեղծողներին, պետական կազմակերպություններին և ԹԹՄԵԿ-ին ներկայացնելու համար: Հանրապետության համապատասխան մասնագետները վերապատրաստվել են և աշխատանքներ են իրականացնում ցուցանիշները, համաձայն ԹԹՄԵԿ-ի ուղեցույցների, եվրոպական ցուցանիշների հետ ներդաշնակեցնելու համար: Մոնիտորինգի կենտրոնի ստեղծումը և գործունեությունը մի նոր փորձություն է երկրի համար, քանզի մինչև դրա ստեղծումը գոյություն չուներ ազգային մի մարմին, որը երկրում առկա թմրավիճակի մասին տեղեկատվություն կներկայացներ: Անշուշտ, ԹԹՄԵԿ-ի հիմն հիմնական ցուցանիշներին համապատասխան այսօր հնարավոր չէ ներկայացնել ամփոփ և լիարժեք տեղեկատվություն, քանզի համապատասխան փոփոխություններ պետք է կատարվեն և մշակվեն տվյալների հավաքագրման նոր մեթոդներ համապատասխան ինստիտուտներում: Որոշ դեպքերում տեղեկատվության համապատասխան աղբյուրներ դեռ չկան և պետական

մակարդակով անհրաժեշտ տվյալների մուտքը չափազանց սահմանափակ է: Համապատասխան տվյալների աղբյուրների սահմանման, հանրապետական մակարդակով հիմնական հարցերի մասին անհրաժեշտ տվյալների հավաքագրման բարելավումը ամենակարևոր խնդիրն է, որ պետք է լուծվի: ԹԹՄԵԿ-ի կողմից մշակված յուրաքանչյուր ցուցանիշով աշխատելու, դրան համապատասխան տեղեկությունների հավաքագրման և վերլուծության համար երկրի կառավարության կողմից պետք է մշանակվեն առանձին փորձագետներ:

ՄԱՍ 4. ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ

4.1 Սոցիալական բացառում և վերափնտեգրացիա

Սոցիալական բացառումը բնութագրվում է սուբյեկտիվ և օբյեկտիվ գործոններով:

Օբյեկտիվ պատճառները կարող են ներառել հասարակության արագ և համակողմանի փոփոխություններ, ինչպես նաև փոփոխություններ սոցիալական ապահովության համակարգում: Սուբյեկտիվ պատճառները կապված են այդ փոփոխություններին մարդու հարմարվողականության դժվարությունների հետ: Հայաստանի Հանրապետությունում սոցիալական բացառմանը առնչվող հարցերը կապված չեն եղել թմրամիջոցների օգտագործման հարցի հետ: Անշուշտ, աղքատությունը առաջինն է այն ցուցակում, որոնք ստեղծում են սոցիալական բացառում, որը նաև նպաստավոր հիմքեր կարող է ստեղծել թմրամոլության ձևավորման և զարգացման համար: Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում գոյություն ունեն թմրամիջոցների ժամանցային/էպիզոդիկ օգտագործողներ, որոնք կազմում են մեծամասնությունը, և թմրամոլներ: Թմրամոլների և ժամանցային կամ էպիզոդիկ օգտագործողների միջև գոյություն ունեցող տարբերություններից մեկն էլ համայնքի բացասական վերաբերմունքն է առաջինների հանդեպ: Եթե թմրամիջոցների ժամանցային օգտագործողները ժամանակի մեծ մասն անցկացնում են իրենց շրջապատում, և վերջիններիս սովորաբար անհայտ է մնում նրա ժամանակ առ ժամանակ թմրամիջոցներ օգտագործելու մասին, ապա թմրամոլները իրենց հիմնական ժամանակն անց են կացնում այն մարդկանց շրջապատում, որոնց հիմնական զբաղմունքը թմրամիջոցների օգտագործումն է: Հայաստանում չեն իրականացվել հետազոտություններ, որոնք անմիջականորեն կապված լինեին սոցիալական բացառման և թմրամիջոցների օգտագործման հարցերի հետ, սակայն մենք կարող ենք նշել մի քանի գործոններ, որոնք որոշ հանգամանքներում կարող են սոցիալական բացառության հասցնել. դրանք են՝ աղքատությունը, կրթությունը և գործազրկությունը: Խնդիր է հանդիսանում քրեական օրինախախտումների քանակը:

Շատ ընտանիքներ ապրում են աղքատության մեջ, նրանց կյանքի ստանդարտները աղքատության սահմանից ցածր են և հաճախ նրանք որոշում են իրենց խնդիրները լուծել քրեական հանցանքներով:

4.2. Վերաինտեգրացում

Հայաստանում սոցիալական բացառման կանխարգելման համար թմրամիջոցների հետ կապված վերաինտեգրացման ծրագրեր չեն մշակվել:



ԱՆԴՐԿՈՎԿԱՍՈՒՄ ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԾՐԱԳԻՐԸ
Ֆինանսավորվում է Եվրոպական Միության եւ իրականացվում է ՄԱԿ-ի
Զարգացման Ծրագրի կողմից



Սույն զեկույցը տպագրվել է ԱԹՊ Ծրագրի շրջանակներում



ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ

ԱԶԳԱՅԻՆ ՄՈՆԻՏՈՐԻՆԳԻ ԿԵՆՏՐՈՆ

ք. Երևան, Նալբանդյան փող. 130, 375025

Հեռ./ Ֆաքս՝ (+ 374 1) 527 681

Էլ. փոստ՝ armnfp@xter.net

URL՝ www.drugnfp.am