

ԱԿԱԴԵՄԻԿՈՍ Ս.ԱՎԴԱԼԲԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ
ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ



2021

ՀԱՅԱՍՏԱՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ԳՈՐԾՈՒՆԵՐՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ

ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՀԱՅԱՍՏԱՆ

Երևան

2021

ՀՏԴ 614.2(042.3)
ԳՄԴ 51.1
Ա. 720

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2021/
Ա. 720 Դ.Անդրեասյան, Ա.Բազարյան, Լ.Բիձյան, Ն.Գալստյան, Ա.Թորոսյան, Ա.
Հարությունյան, Ռ.Մարգարյան, Ս.Փահլևանյան.-Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս.
Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021.- 101
էջ:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2021 թվականի տասներկուերորդ զեկույցում ներկայացված է ՀՀ բնակչության ժողովրդագրական, առողջությունը բնութագրող, ինչպես նաև հիվանդացության և մահացության տվյալների վերլուծությունն՝ ըստ առավել տարածված նոզոլոգիաների, սեռատարիքային խմբերի: Զեկույցում արտացոլված է ՀՀ բնակչության և Եվրոպական տարածաշրջանային երկրների ոչ վարակիչ հիվանդությունների հիվանդացության և մահացության, ինչպես նաև այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածության համեմատականը :

ԱՀԳԳ զեկույցը նախատեսված է առողջապահության համակարգի կազմակերպիչների, ոլորտի փորձագետների, բժիշկների և առողջապահության համակարգի գործունեությամբ հետաքրքրվող այլ մասնագետների համար:

ՀՏԴ 614.2(042.3)
ԳՄԴ 51.1

ISBN 978-9939-879-80-2

© ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	6
ՆԱԽԱԲԱՆ	7
1. Առողջության վիճակ	10
Ժողովրդական բնութագիրը . բնակչության թվաքանակն և կազմը	10
Կյանքի սպասվող տևողություն	12
Բնակչության բնական շարժ	13
Մահացության պատճառներ	13
ՀՀ բնակչության մահացությունը Կովիդ-19-ից	16
Վաղաժամ մահացություն	18
Մանկական և նորածնային մահացություն	25
Մայրական մահացություն	26
Ավելցուկային մահացության վերլուծությունն ըստ երկրների	27
2. Բնակչության առողջության գնահատական	35
Հիվանդությունների տարածվածության միտումներ	43
Ռիսկի գործոններ	56
Ծխախոտի օգտագործում	56
Ալկոհոլի օգտագործում	58
Ճարպակալում	61
Ֆիզիկական ակտիվություն	63
3. Բուժօգնությունների գործունեության սպառում	66
Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումներ	68
Հոսպիտալացման մակարդակ	71
Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի	74
Բուժօգնությունների որակ	76
4. Բուժօգնության որակ և անվտանգություն	76
Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում	76
Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերում	79
Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ	82
Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերում	83
Հիվանդանոցային մահաբերություն	83

Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ	85
Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ	85
Կեսարյան հատումներ	86
Մոր և մանկան առողջություն	87
Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում	87
Կրծքով սնուցման ընդգրկում	88
5. Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժ	89
Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում	89
Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի բաշխում	92
Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխումն ըստ մարզերի	93
Կադրային ներուժի բաշխումն արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում	94
Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների	95
Բարձրագույն բժշկական կրթություն ունեցող կադրերի թափուր հաստիքներ	97

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԲ-ԵՏՇ	«Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարան
ԱԿԼ	Առողջապահության կադրային ներուժ
ԱՀԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՊՀ	Անկախ պետությունների համագործակցություն
ԱՊԲ	Արգանդի պարանոցի քաղցկեղ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱՏՎԱԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոն
Բ.ա.	բացարձակ արժեք
ԵՄ	Եվրոպական Միություն
ԵՊԲՀ	Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում
ԿԲ	Կրծքագեղձի քաղցկեղ
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
Խ.ա.	հարաբերական արժեք
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների 10-րդ վերանայման վիճակագրական դասակարգիչ,
ՇԴ	Շաքարային դիաբետ
ՇՕՀ	Շնչառական օրգանների հիվանդություններ
ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություններ
ՊԱՊ	Արգանդի պարանոցի քսուքի բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկոլաուի
ՌԳ	Ռիսկի գործոն
ՄԻՀ	Մրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՍՍԻ	Մրտամկանի սուր ինֆարկտ
ՎԿ	Վիճակագրական կոմիտե
ՈԻԱՀ	Ուղեղանոթային հիվանդություններ
ՈԻԱԿ	Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն
ՄԶԳ	Մարնի զանգվածի գործակից

ՆԱԽԱԲԱՆ

Բնակչության առողջության պահպանման ու բարելավման նպատակով իրականացվող միջոցառումները բոլոր երկրների առողջապահության համակարգերի առաջնահերթությունն են: Պետության տնտեսական զարգացման երաշխիքը նաև առողջ քաղաքացիներն են: Առողջ հասարակությունը նպաստում է առողջապահության համակարգի ֆինանսական բեռի նվազեցմանն ու երկրի տնտեսության զարգացմանը:

Երկրների տնտեսական համակարգերի վրա Կովիդ-19 համավարակի ազդեցության վերլուծությունը փաստում է, որ անգամ զարգացած երկրների ֆինանսական միջոցները բավարար կամ անսահմանափակ չեն՝ դիմակայելու համավարակի ազդեցությանը: Սակայն, որևէ իրավիճակ չպետք է խոչընդոտի բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված անհրաժեշտ ներդրումների հատկացմանը: Հետևաբար, ՀՀ կառավարությունը, խիստ կարևորելով բնակչության առողջությունը, մշտապես վերահսկում է բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված, ինչպես գործող, այնպես էլ նոր մշակվելիք ծրագրերի և միջոցառումների իրականացումը:

2020-2021 թթ.-ին ՀՀ առողջապահության ոլորտում իրականացվող բարեփոխումներն ուղղված են. համակարգի արդիականացմանն ու բնակչության առողջության բարելավմանը, հատկապես ուշադրություն դարձնելով մոր և մանկան առողջության հիմնախնդիրներին, ծնելիության անկման տեմպերի նվազեցմանը, հատուկ կարիքներով և հաշմանդամ երեխաների համար վերականգնողական բուժօգնության մատչելիության և որակի, երեխաների և դեռահասների հոգեբուժական ծառայությունների հասանելիության բարելավմանը, մարզային բնակչության համար առողջապահական ծառայությունների հավասար հասանելիության ու մատչելիության ապահովմանը, բժշկական օգնության ու սպասարկման որակի բարելավմանն ու ենթակառուցվածքների ստեղծմանը, ինչպես նաև բնակչության առողջապահական կարիքների գնահատմանը:

Ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) դեմ պայքարում առաջացած բեռի նվազեցման նպատակով ուշադրության կենտրոնում են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները/սիրտանոթային հիվանդությունների (ԱՇՀՀ/ՄԻՀ), չարորակ նորագոյացությունների (ԶՆ), շաքարային դիաբետի (ՇԴ) վաղ հայտնաբերման ու վերահսկման միջոցառումների իրականացումը, ՌՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների (ՌԳ) տարածվածության նվազեցմանն ուղղված համապատասխան միջոցառումների իրականացումը, բնակչության ռիսկային խմբերում այդ հիվանդությունների կանխարգելումը:

Ներկայումս Կառավարության գերակա խնդիր է հանդիսանում վարակիչ հիվանդությունների, մասնավորապես՝ Կովիդ-19-ի, դեմ ուղղված համալրված միջոցառումների իրականացումը:

Այլ գերակայություններն են բուժանձնակազմի մասնագիտական կարողությունների և պատրաստվածության շարունակական բարձրացման ու զարգացման ապահովումը, առողջապահության համակարգում մարդկային ներուժի համապարփակ և համալիր զարգացման ապահովումը, էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի ամբողջական ներդրումը:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը հնարավորություն է ընձեռում դիտարկելու և գնահատելու բնակչության առողջության վիճակը, առկա խնդիրները, ծառայությունների հասանելիությունը, որակը և այլն:

Զեկույցում անդրադարձ է կատարվել բնակչության ժողովրդագրական իրավիճակին, բնակչության մահացությանը և հիվանդացությանը, ինչպես նաև ծառայությունների հասանելիությանը և կադրային ներուժով ապահովվածության հիմնախնդիրներին:

ՏՎԱԼՆԵՐԻ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

ԱՀԳԳ զեկույցում վերլուծվել են ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ կողմից հավաքագրված շտեմարանի տվյալները, «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքում ներկայացված՝ ՀՀ բնակչության առողջության և առողջապահության համակարգի գործունեությունը բնութագրող առանցքային ցուցանիշները, ըստ սեռատարիքային խմբերի և հիվանդությունների համաձայն ՀՄԴ-10:

ՀՀ բնակչության ժողովրդագրական իրավիճակի (ծնելիության, մահացության, բնակչության թվաքանակի և այլն) վերլուծությունն իրականացվել է ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (ՎԿ) տվյալների:

Զեկույցում ներկայացված միջազգային տվյալների համեմատությունները կատարվել են Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» (Health for All) տվյալների շտեմարանի (HFA-ՏԾ) հիման վրա, որի արդյունքում ՀՀ տվյալները համեմատվել են մի շարք երկրների ցուցանիշների և Եվրոպական երկրների երեք համախմբությունների բնակչության նկատմամբ կշռված միջինների հետ:

1. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ

Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը և ուղղակիորեն կախված են որոշ գործոններից՝ ժառանգական նախատրամադրվածությունից, սեռից, տարիքից, ապրելակերպից՝ վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններից (անառողջ սննդակարգ, ծխախոտի օգտագործում, ակոհոլի չարաշահում, ֆիզիկական թերակտիվություն, զարկերակային բարձր ճնշում (ԶԲՃ), արյան մեջ գլյուկոզի և քոլեսթերինի բարձր մակարդակ), սոցիալ-տնտեսական վիճակից, աշխատավայրում և ընտանեկան կյանքում մշտական լարվածությունից, կրթական մակարդակից, շրջակա միջավայրից և առողջապահության համակարգի գործունեությունից, մասնավորապես ծառայությունների հասանելիությունից, բուժօգնության որակից, կադրային ներուժի ապահովվածությունից և այլ գործոններից: Վերջինիս ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա ըստ ԱՀԿ գնահատման կազմում է ընդամենը 20%:

Բնակչության առողջության գնահատումը հնարավորություն է ընձեռնում բնութագրել երկրի ժողովրդագրական և սոցիալ-տնտեսական վիճակը, իրականացնել հիվանդությունների բացասական տնտեսական հետևանքների գնահատում, ինչպես նաև հիմնավորված միջոցառումներ բնակչության առողջության առկա հիմնախնդիրները լուծելու ուղղությամբ:

Ժողովրդագրական բնութագիր. բնակչության թվաքանակն և կազմը

2021թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ցուցանիշը կազմել է 2 963.3 հազ. մարդ և 2020թ. տարեսկզբի համեմատ աճել է 3.6 հազ. մարդով: 2021թ.-ի տարեսկզբին քաղաքային բնակչության մասնաբաժինը կազմել է 64.0%, իսկ գյուղականը՝ 36.0%: 2021թ. տարեսկզբին ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 47.2%-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 52.8%-ը՝ կանայք: Բնակչության միջին տարիքը 2021թ.-ի տարեսկզբի դրությամբ կազմել է 37.0 տարի, տղամարդկանց համար՝ 34.9, իսկ կանանց համար՝ 38.9 տարի: 2021թ.-ին ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը կազմել է 21.4%,

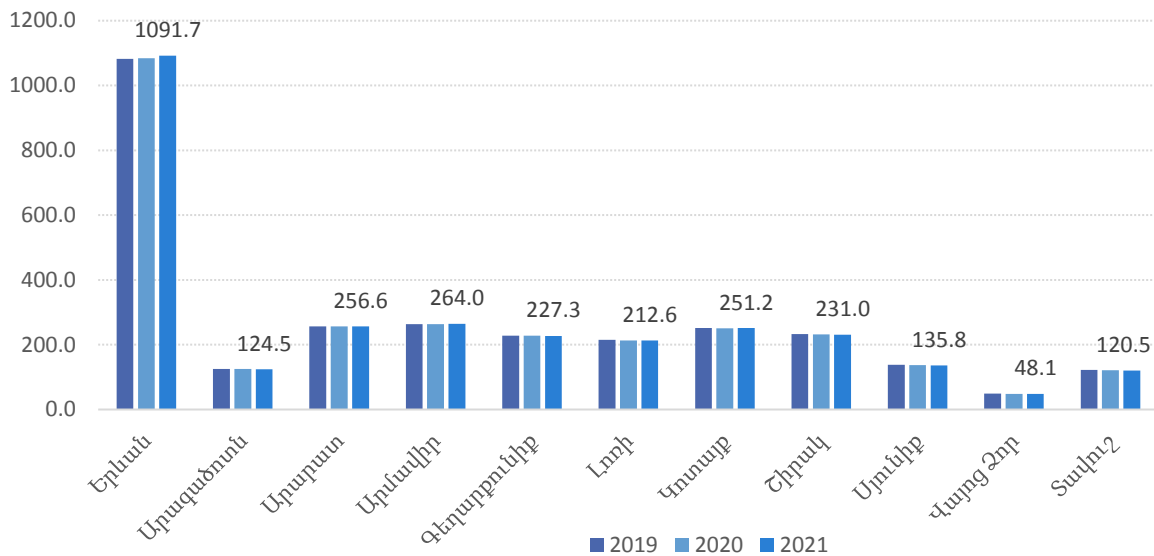
աշխատունակ տարիքինը՝ 63.5%, իսկ աշխատունակ տարիքից բարձր բնակչության տեսակարար կշիռը՝ 15.1% (<https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2446>):

Ժողովրդագրական իրավիճակի առկա հիմնախնդիրներից է բնակչության ժողովրդագրական ծերացումը, որի ընթացքը հանրապետությունում հետխորհրդային տարիներին մեծապես արագացել է: Բնակչության ծերացումը կամ ժողովրդագրական ծերացումը երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության վերարտադրության, ծնելիության, մահացության և դրանց հարաբերակցություններում տեղ գտած տեղաշարժերի, ինչպես նաև, մասամբ, միգրացիայի հետևանք է: Համաձայն ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի՝ եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում է 7%-ից ավել, ապա դա փաստում է տվյալ բնակչության ծերացման մասին: Այդ ցուցանիշը 2021թ. տարեսկզբի դրությամբ Հայաստանում կազմել է 12.6%:

2021թ. ՀՀ-ում արձանագրվել են 36805 ծնունդ, ծնվածների ընդհանուր թվաքանակից՝ 36353-ը կազմել են կենդանի ծնվածները, իսկ 452-ը՝ մեռելածինները: Նախորդ տարվա համեմատ կենդանի ծնվածների բացարձակ թվաքանակն աճել է 0.9%-ով, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, որը բնութագրում է հաշվետու ժամանակաշրջանում կենդանի ծնվածների թվաքանակը 1 000 բնակչի հաշվով, կազմել է 12.3%, որը նախորդ տարվա արձանագրված ցուցանիշի համեմատ աճել է 0.1 պրոմիլային կետով:

2020թ.-ին ՀՀ-ում գրանցվել է 36170 մահվան դեպք, իսկ մահացության ընդհանուր գործակիցը 1 000 բնակչի հաշվով կազմել է 12.2%: 2020թ.-ին գրանցված մահվան ընդհանուր դեպքերից 20031-ը, կամ 55.4 %-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 16 139-ը, կամ 44.6%-ը՝ կանայք: Տղամարդկանց և կանանց մահացության տարբեր ցուցանիշները պայմանավորված են նաև 2020թ.-ի ռազմական իրադարձություններով և Կովիդ-19 համավարակով:

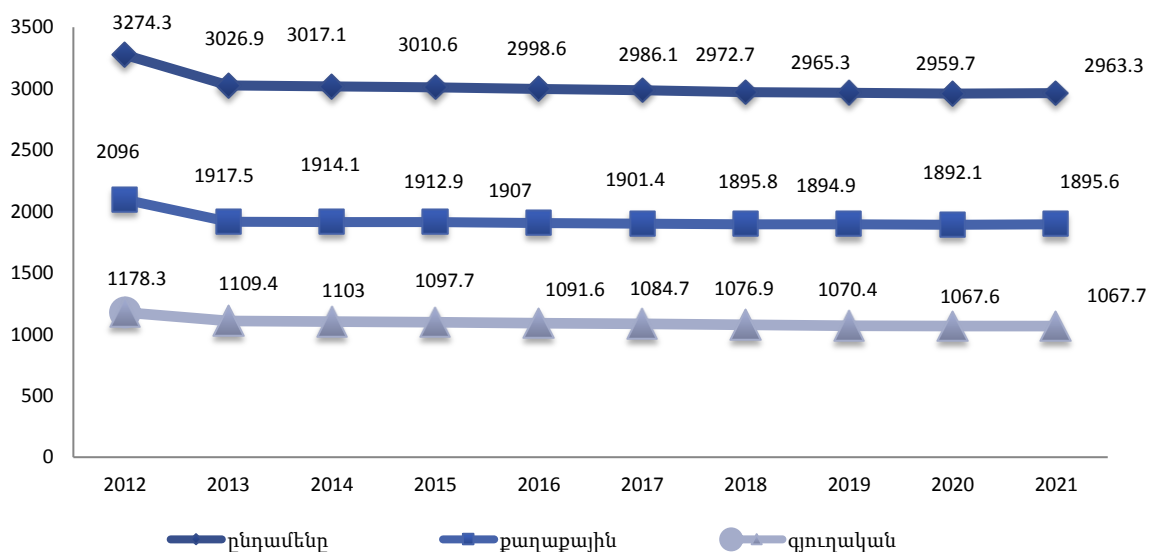
Գծապատկեր 1. ՀՀ մշտական բնակչությունն ըստ մարզերի (հազար մարդ)



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2021

2021թ. տարեկգրի դրությամբ մշտական բնակչության 36.8% կենտրոնացված է եղել Երևան քաղաքում, իսկ Կոտայքի, Արարատի և Արմավիրի մարզերից յուրաքանչյուրում բնակվել է հանրապետության բնակչության 8.5%-8.9%, ՀՀ Լոռու, Գեղարքունիքի և Շիրակի մարզերում, համապատասխանաբար՝ 7.2%-7.8%, ՀՀ Տավուշի Արագածոտնի, և Սյունիքի մարզերից յուրաքանչյուրում՝ 4.1%-4.6%, իսկ 1.6%՝ Վայոց ձորի մարզում (Գծապատկեր 1):

Գծապատկեր 2 . ՀՀ մշտական բնակչությունը (հազար մարդ), 2021



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2021

2021թ.-ին ՀՀ մշտական բնակչության թիվը 2012թ.-ի համեմատ նվազել է 310 հազարով, ընդ որում քաղաքային բնակչության թիվը նվազել է 200 հազարովով, իսկ գյուղական բնակչությանը՝ 110 հազար (Գծապատկեր 2):

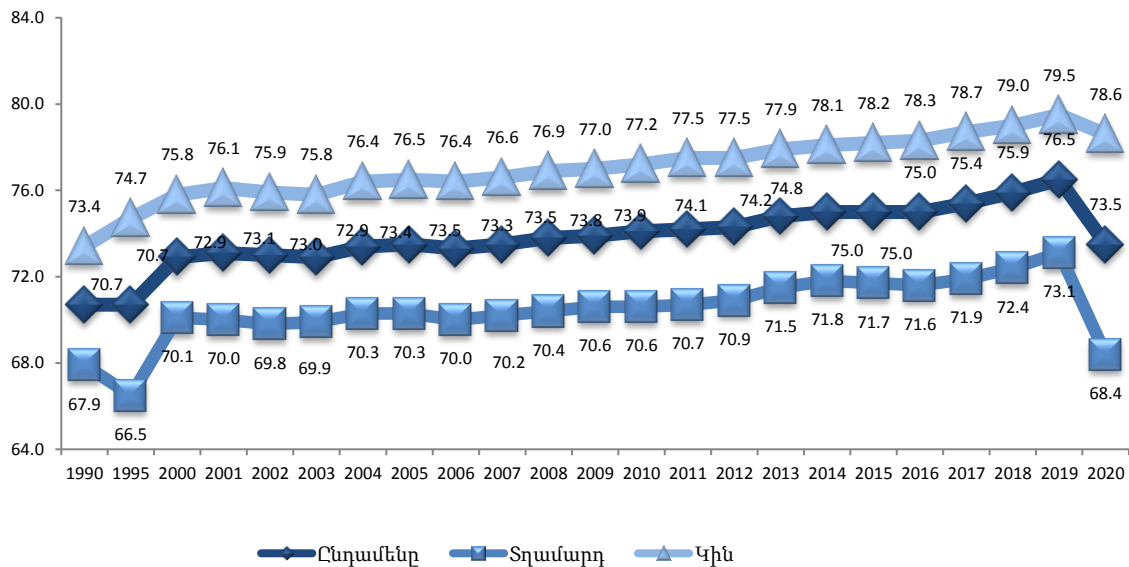
Կյանքի սպասվող տևողություն

Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս համարվում է բնակչության կենսամակարդակի չափման ուղղակի ցուցանիշներից մեկը:

2020թ.-ին կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս կազմել է 73.5 տարի, որը 2019թ.-ի համեմատ նվազել է 3 տարով, տղամարդկանց շրջանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծննդյան պահից կազմել է 68.4. տարի, իսկ կանանցը՝ 78.6 տարի:

Հարկ է նշել, որ 2020 թ.-ին տղամարդկանց շրջանում ցուցանիշը նվազել է 4,7 տարով, իսկ կանանց՝ 0.9: Գծապատկեր 3-ում ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ վերջին երեսուն տարիների ընթացքում ցուցանիշի նման կտրուկ անկում չի արձանագրվել, որը պայմանավորված էր երկրում ստեղծված իրավիճակով:

Գծապատկեր 3. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995, 2000-2020



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2021

Մահացության հիմնախնդիրները

Մահացության գործակցի շարժընթացի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակիցը 1949-1989թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտում, ինչը պայմանավորված է եղել սոցիալ-տնտեսական վիճակի և բարեկեցության ամենամյա բարելավմամբ, առողջապահական համակարգի զարգացմամբ (Գծապատկեր 4): Եթե 1949թ.-ին մահացության ընդհանուր գործակիցը 1000 բնակչի հաշվով կազմել էր 10.9 մարդ, ապա 1989թ.-ին այն նվազել էր մինչև 6.0: Ընդ որում, 1988թ.-ին մահացության գործակցի կտրուկ աճը մինչև 10.3 պայմանավորված է եղել բնական աղետով՝ Սպիտակի երկրաշարժով:

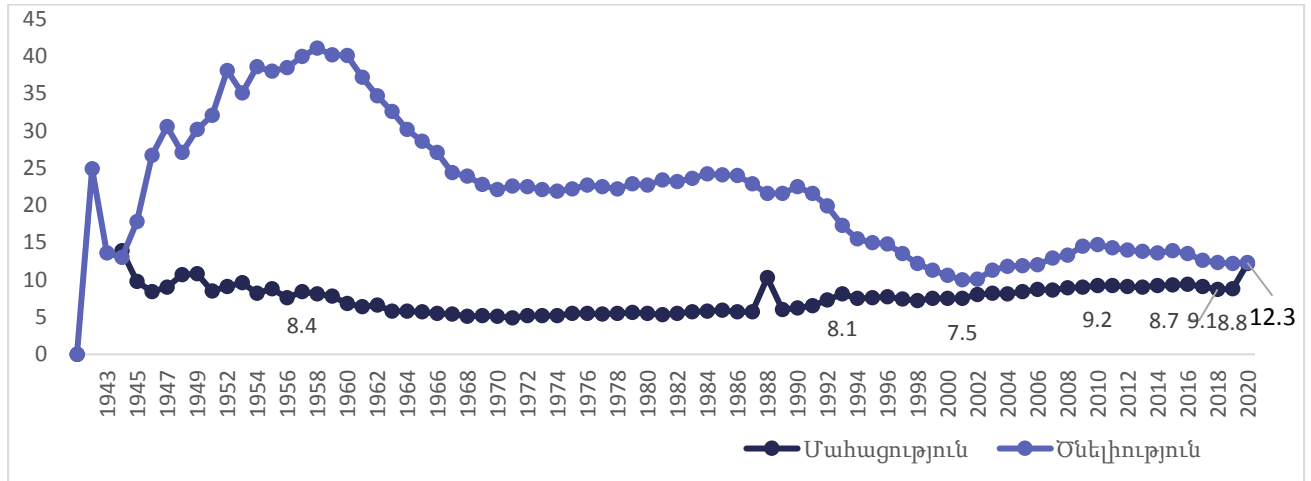
Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն աճել է 1991թ.-ին 6.5-ից՝ 2015թ.-ին հասնելով 9.3-ի:

- 2020թ.-ին տեղի տեղի ունեցած իրադարձությունների հետևանքով մահացության և ծնելիության գործակիցները հավասարվել են մի սանդղակի, կազմելով՝ 12.3 և 12.2:

55 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր մահացության գործակիցը նշանակալիորեն գերազանցում է ավելի ցածր տարիքի բնակչության մահացության ցուցանիշին: Այդ պատճառով բնակչության ծերացումը հանգեցնում է մահացության ընդհանուր գործակցի աճին:

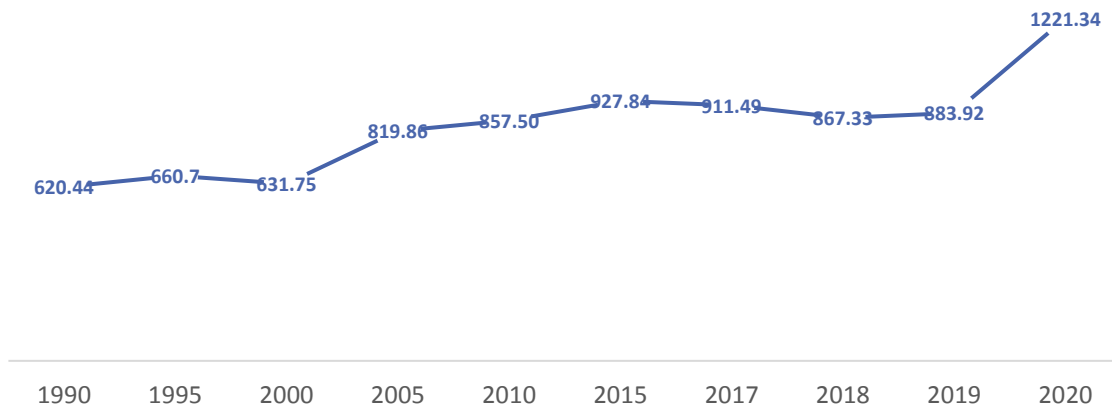
1990թ.-ի բարեփոխումների հետևանքով Հայաստանի տնտեսական կոլապսը հանգեցրեց վերարտադրողական տարիքում գտնվող անձանց լայնածավալ արտագաղթի և բնակչության զանգվածային աղքատացման, որի հետևանքով ծնելիության ընդհանուր գործակիցը սկսեց նվազել՝ նվազագույնին հասնելով 2001թ.-ին, որից հետո գրանցվել է այդ ցուցանիշի շատ դանդաղ և բնական վերարտադրության համար խիստ անբավար աճ է:

Գծապատկեր 4. ՀՀ բնակչության մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները, 1942-2020



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2021

Գծապատկեր 5. ՀՀ բնակչության մահացությունը բոլոր պատճառներից, 100 000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2021

Համաձայն ՀՀ ՎԿ 2020թ.-ի տվյալների՝ մահվան դեպքերը բոլոր պատճառներից կազմել են 36170: Հարկ է նշել, որ 2020թ.-ին՝ 2019թ.-ի համեմատ, մահացությունն աճել է 9984-ով (138%), իսկ 2018թ.-ի համեմատ՝ 10419-ով (140.5%): 2020թ. տվյալների համաձայն՝ տղամարդկանց մահացությունը 3892 դեպքով ավել է կանանց մահացության համեմատ (տղամարդիկ՝ 20031, կանայք՝ 16139):

2020թ.-ին մահացության բարձր ցուցանիշը պայմանավորված է 2020թ.-ի 44 օրյա ռազմական իրադարձություններով և Կովիդ-19 համավարակով (Գծապատկեր 5):

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված է 2020թ.-ին 2019թ.-ի համեմատ մահվան հիմնական պատճառների վերլուծությունն ըստ նոգոլոգիաների:

Աղյուսակ 1. Մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների (համաձայն քաղաքացիական կացության մահվան վերաբերյալ ակտերի գրանցումների և մահվան վկայականների)

Մահվան պատճառներն ըստ ՀՄԴ-10	2019թ. մարդ	Ընդհանուրից %	2020թ. մարդ	Ընդհանուրից %	Բացարձակ ցուցանիշի փոփոխությունը նախորդ տարվա նկատմամբ, %
Մահացածների թվաքանակը	26 186	100	36170	100	138.1
<i>դրանցից՝ ըստ պատճառների.</i>					
արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից (I00-I99)	14 069	53.7	17 114	47.3	121.6
այդ թվում՝ սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկական և այլ ձևեր (I20-25)	6368		8674		136.2
այդ թվում սրտամկանի սուր ինֆարկտ (I21-22)	813		1002		123.2
ուղեղանոթային հիվանդություններ (I60-69)	2010		2236		111.2
Նորագոյացություններից (C00-D48)	5485	21.0	5420	14.8	101.2
այդ թվում՝ չարորակ նորագոյացություններից (C00-C98)	5434		5367		101.2
շնչառական օրգանների հիվանդություններից (J00-J99)	2169	8.3	3015	8.3	139
մարսողական օրգանների հիվանդություններից (K00-K99)	1234	4.7	1350	3.7	109
վարակիչ և մակաբույսային հիվանդություններից (A01-B99)	165	0.6	161	0.4	97.5
այդ թվում տուբերկուլոզ (A15-A19)	29		46		158.6
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների հետևանքով մահացություն (V01-Y98)	1077	4.1	3827	10.6	≈ 3.5 անգամ
COVID-19 (U07.1-U07.2)	-		3545*	9.8	X

Աղբյուր՝ ՀՀ ՔԳԱԳ ստորաբաժանումներում ըստ մահվան վերաբերյալ քաղաքացիական կացության գրանցումների, 2021

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ 2020թ.-ին, 2019թ.-ի համեմատ, կտրուկ աճել են ԱՇՀՀ-ից մահացության դեպքերը՝ 3045-ով, այդ թվում սրտամկանի իշեմիկ հիվանդություններից՝ 2306 դեպքով, շնչառական համակարգի հիվանդություններից, նեոարյալ թոքաբորբերով պայմանավորված մահացությունն աճել է 846 դեպքով: ՉՆ-ից և ՇԴ-ից մահացության դեպքերի աճի փոփոխություններ տեղի չեն ունեցել:

Այսպիսով, 2020թ.-ին ավելցուկային մահվան դեպքերը պայմանավորված են՝

- ✓ Կովիդ-19-ով
- ✓ Ռազմական գործողություններով
- ✓ ԱՇՀՀ-ով
- ✓ Շնչառական համակարգի հիվանդություններով:

Աղյուսակ 2. Գրանցված մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների, հունվար-սեպտեմբեր 2020-2021թթ.

	2020 թ. մարդ	%-ով ընդհանուրից	2021թ. մարդ	%-ով ընդհանուրից	Բացարձակ թվաքանակի փոփոխությունը՝ նախորդ տարվա նկատմամբ, %
Մահացածների թվաքանակը	21284	100	23674	100	111.2
<i>այդ թվում՝ ըստ պատճառների</i>					
վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններից (A01-B99)	134	0.6	115	0.5	85.8
նորագոյացություններից (C00-D48)	4050	19	3991	16.9	98.5
արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից (I00- I99)	11165	52.5	11673	49.3	104.5
շնչառական օրգանների հիվանդություններից (J00- J99)	1927	9.1	1824	7.7	94.7
մարսողական օրգանների հիվանդություններից (K00- K93)	992	4.7	886	3.7	89.3
հիվանդության և մահացության արտաքին պատճառներից (V01-Y98)	718	3.4	1032	4.4	143.7
Կովիդ-19-ից	1070	5	2961	12.3	Աճը՝ 2.8 անգամ
այլ հիվանդություններից	1228	5.8	1192	5	97.1

*ՀՀ ՔԿՍԳ ստորաբաժանումներում ըստ մահվան վերաբերյալ քաղաքացիական կացության
գրանցումների, 2021*

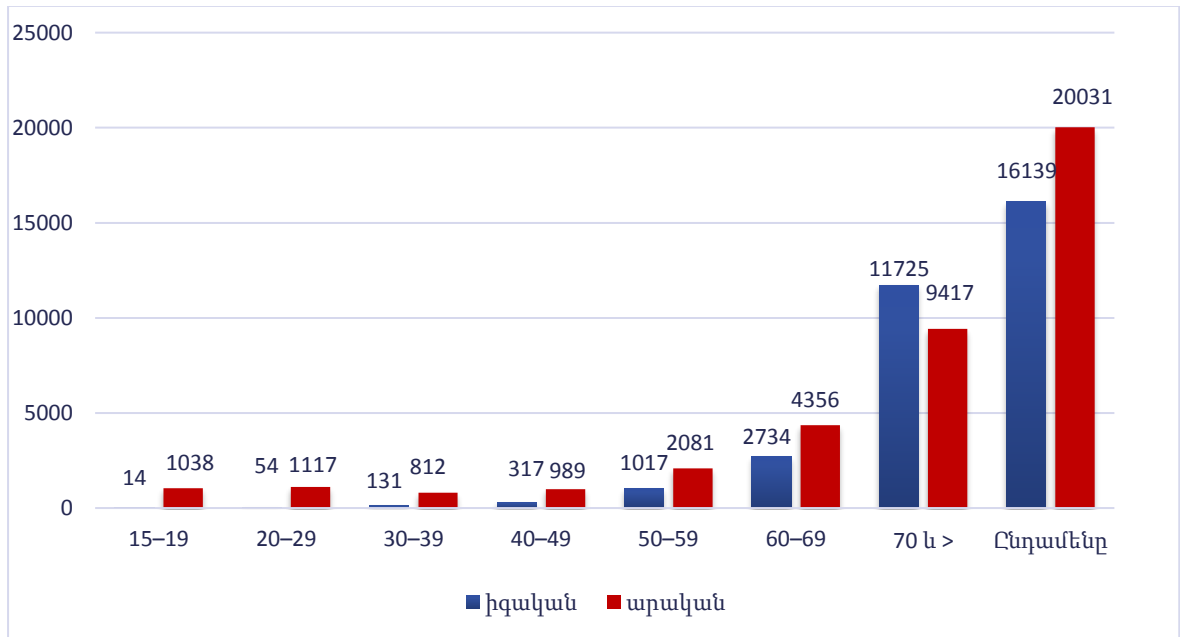
Աղյուսակ 2-ում ներկայացված տվյալները փաստում են, որ 2020թ.-ի հունվար-սեպտեմբերին՝ 2021թ.-ի հունվար-սեպտեմբերի համեմատ, բոլոր պատճառներից մահացությունն աճել է 2390 դեպքով:

ԱՇՀՀ-ից մահացության դեպքերն աճել են 508 դեպքով: Իսկ Կովիդ-19-ից մահացության դեպքերն աճել են 2.8 անգամ, իսկ նորագոյացություններից մահացության դեպքերը գրեթե չեն փոխվել:

Մահացության վերլուծությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի ակնհայտորեն ցույց է տալիս, որ տղամարդկանց շրջանում, կանանց համեմատ, մահացության դեպքերը 3892 դեպքով ավել են (55.4%), ընդ որում մահացության դեպքերի աճը գրանցվում է 50 և բարձր տարիքային խմբերում: Հարկ է նշել, որ տղամարդկանց մինչև 69 տարիքային խմբում մահացության դեպքերը գերակշռում են կանանց համեմատ, սակայն 70 և բարձր տարիքային խմբում պատկերը փոխվում է՝ կանանց շրջանում մահացության դեպքերն ավելի բարձր են:

Այսպիսով, վաղաժամ մահացության տեսակետից տղամարդիկ հանդիսանում են ռիսկային խումբ (Գծապատկեր 6):

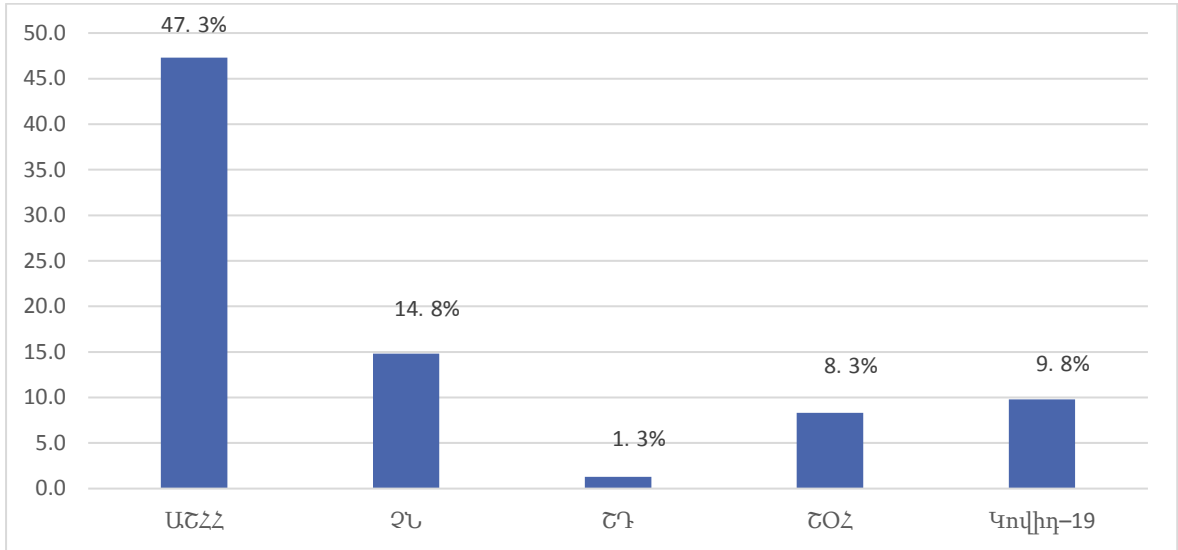
Գծապատկեր 6. ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի, բացարձակ արժեք, 2020



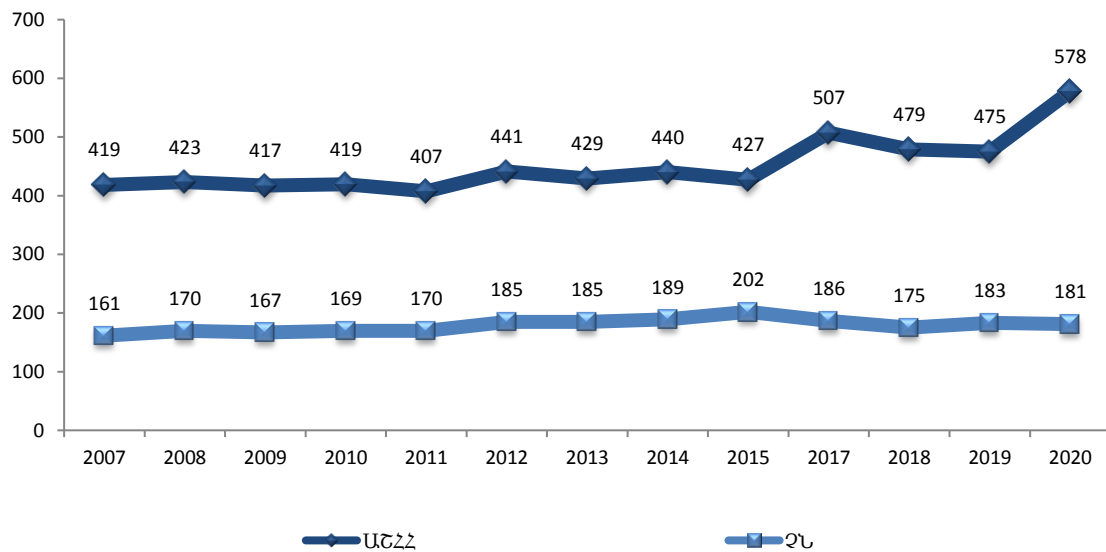
Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, 2020

Առավել տարածված 5 հիվանդություններից մահացության բեռը կազմում է շուրջ 81.5 %, ընդ որում ԱՇՀՀ-ից մահացությունը գրադեցնում է առաջատար դիրք (47.3%), որոնց հաջորդում են ՉՆ-ը՝ 14.8%, ՇԴ-ը՝ 1.3%, ՇՕՀ-ը՝ 8.3%, Կովիդ-19-ը՝ 9.8% (Գծապատկեր 7):

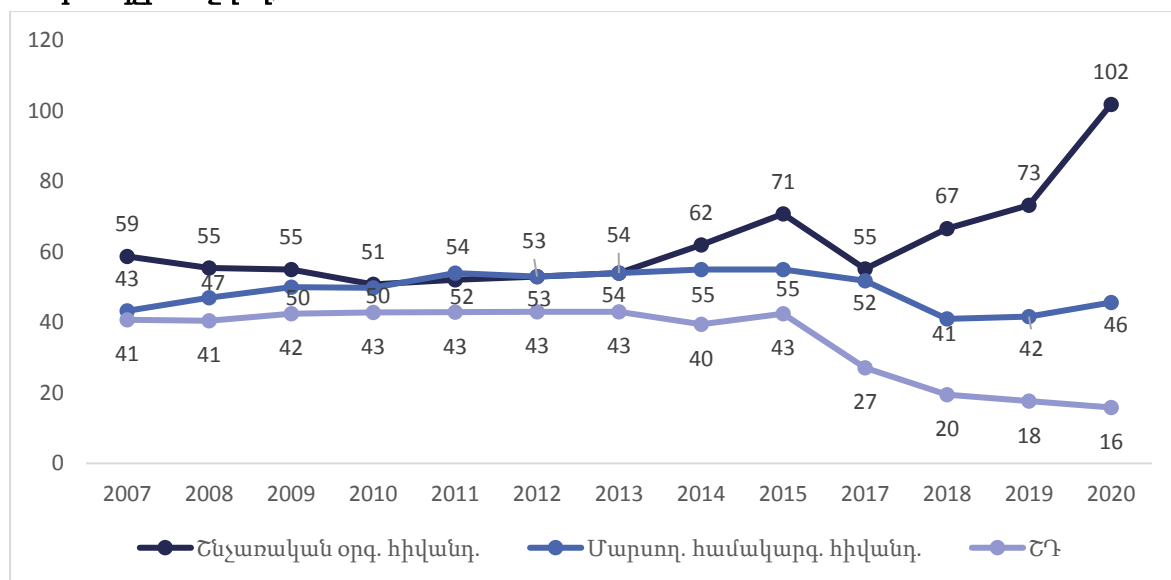
Գծապատկեր 7. ՀՀ բնակչության մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից ընդհանուր մահացության կառուցվածքում(%) ըստ, 2020



Գծապատկեր 8. ՀՀ բնակչության մահացությունն ԱՇՀՀ և ՉԼ, 100 000 բնակչի հաշվով, 2017-2020



Գծապատկեր 9. ՀՀ բնակչության մահացությունն ՇՌ, ՇՕՀ և ՄՀՀ հիվանդություններից, 100 000 բնակչի հաշվով, 2017-2020



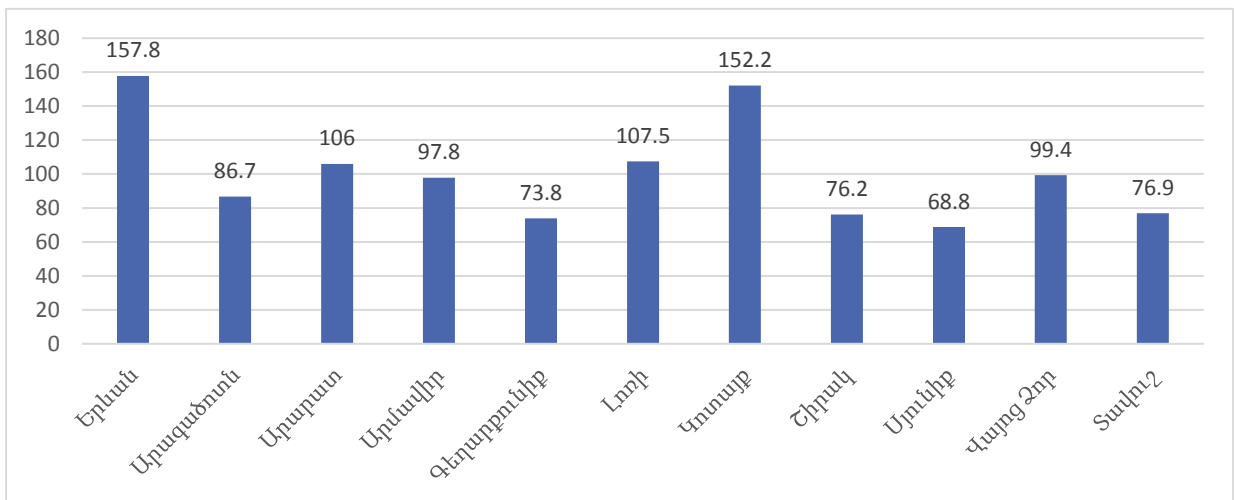
Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Համաձայն գծապատկեր 9-ում ներկայացված տվյալների 2017-2020 թթ.-ին ԱՇՀՀ-ի և ՇՕՀ-ի հետևանքով մահացության ցուցանիշն աճել է, սակայն ՉՆ-ի և ՄՀՀ-ի հետևանքով ցուցանիշը չի փոխվել, իսկ ՇԴ-ը նվազել է: ՇՕՀ-ից մահացության ցուցանիշի կտրուկ աճն է պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով, քանի որ թոքաբորբերի դեպքերը ներառված են ՇՕՀ դասում, իսկ ԱՇՀՀ-ից մահացության աճը կարող է փոխկապակցված լինել այն հանգամանքով, որ սիրտանոթային հիվանդություններով պացիենտների, համաճարակային իրավիճակից ելնելով, սահմանափակում էին այցերը բժշկական հաստատություններ:

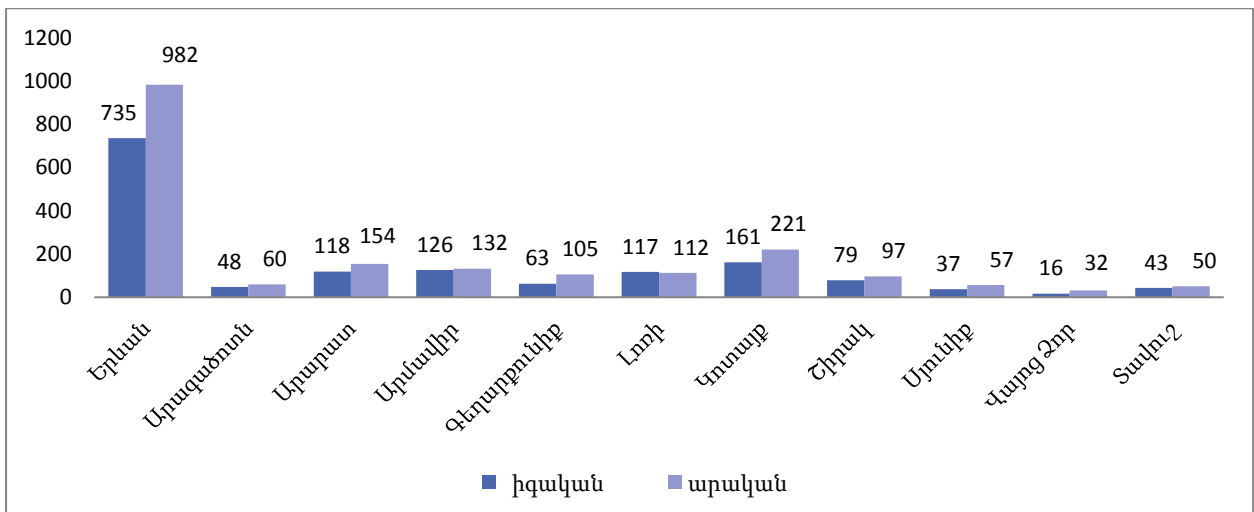
ՀՀ բնակչության մահացությունը Կովիդ-19-ից

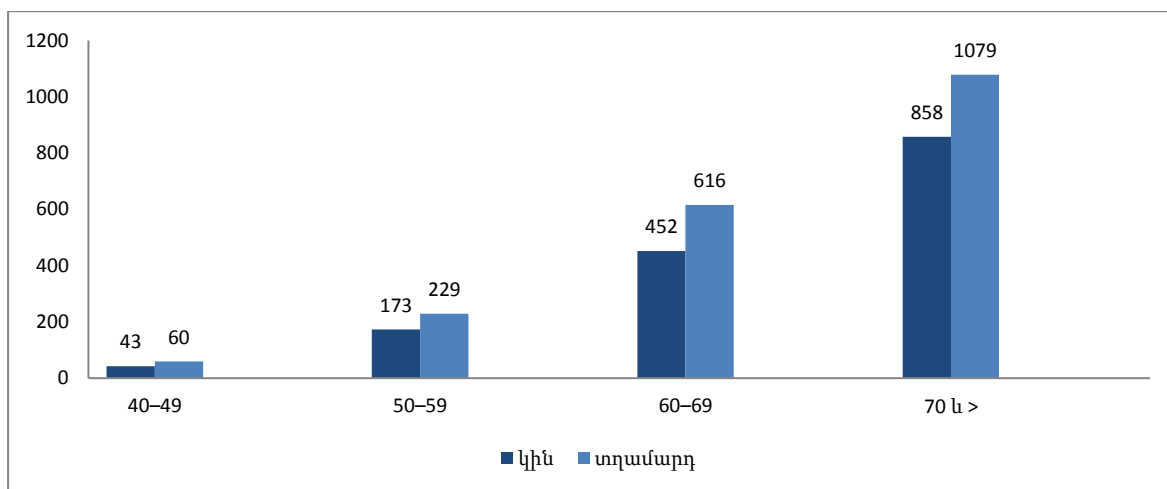
2020թ. դրությամբ Կովիդ-19-ից մահացությունը կազմել է 3545 դեպք: Կովիդ-19-ից մահացության ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է ք. Երևանում, Կոտայքի և Լոռու մարզերում, իսկ ամենացածր ցուցանիշը՝ Սյունիքում: Այս ցուցանիշները հիմնականում պայմանավորված են տվյալ մարզերի բնակչության թվաքանակով (Գծապատկեր 10):

Գծապատկեր 10. ՀՀ բնակչության մահացությունը Կովիդ-19-ից ըստ մարզերի, 100 000 բնակչի հաշվով, 2020



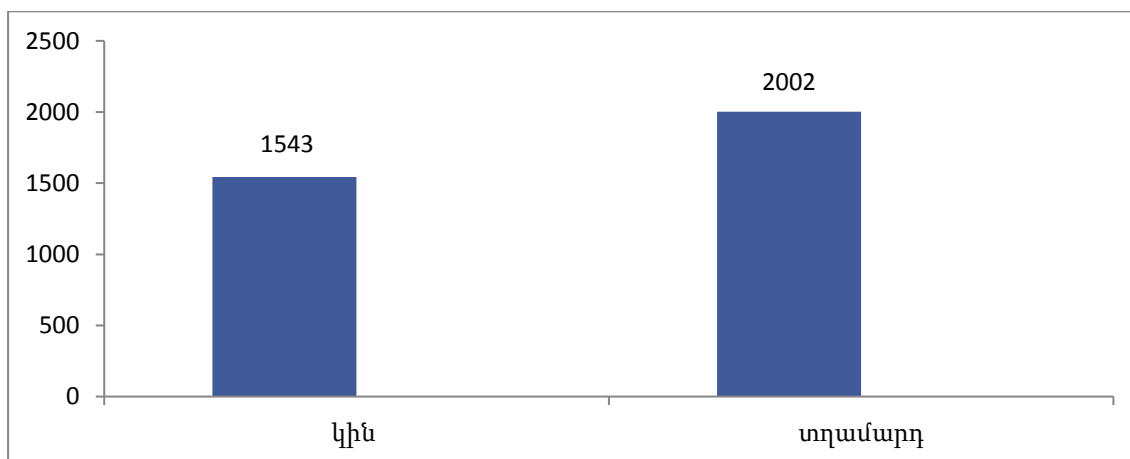
Գծապատկեր 11, 11.1. ՀՀ բնակչության Կովիդ-19-ից մահացությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի, 2020





Կովիդ-19-ից մահացությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի ցույց է տալիս, որ տղամարդկանց շրջանում ցուցանիշը կազմել է 143.2 (100 000 բնակչի հաշվով), իսկ կանանց՝ 98.7, այսինքն մահացության ցուցանիշը տղամարդկանց շրջանում 1.5 անգամ բարձր է կանանց համեմատ: Կովիդ-19-ից վաղաժամ մահացությունը տղամարդկանց շրջանում կրկնօրինակում վերոհիշյալ պատկերը, կազմելով համապատասխանաբար 48.2 և 70.4: Կովիդ-19-ից մահացության դեպքերն աճում են տարիքային խմբերի հետ զուգահեռ, ընդ որում ամենաբարձր ցուցանիշը թե՛ կանանց, թե՛ տղամարդկանց շրջանում գրանցվել է 60-69 և 70 և բարձր տարիքային խմբերում, որը պայմանավորված է առկա ուղեկցող հիվանդություններով (Գծապատկեր 11, 11.1):

Գծապատկեր 12. ՀՀ բնակչության Կովիդ-19-ից մահացությունն ըստ սեռի, 2020



Գծապատկեր 12-ում ներկայացված 2020թ.-ի տվյալների համաձայն, Կովիդ-19-ից մահացության ցուցանիշը տղամարդկանց շրջանում կազմել է՝ 2002, իսկ կանանց շրջանում՝ 1543 դեպք:

Վաղաժամ մահացություն

Վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) մահացության կրճատումը հանդիսանում է ՀՀ մարտահրավերներից մեկը և ամրագրված է ԿԶ 3.4 նպատակում, որով սահմանված է «Մինչև 2030թ.-ը մեկ երրորդով կրճատել վաղաժամ մահացությունը ՈՎՀ-ից՝ կանխարգելման և բուժման միջոցով, և խթանել հոգեկան առողջությունը և բարեկեցությունը»:

Աղյուսակ 3. ՀՀ բնակչության վաղաժամ մահացությունն ըստ մահվան պատճառների և սեռատարիքային խմբերի, 2020

	Ընդհանուր	0-70 տարիքային խումբ	% ընդ. մահացության կառուցվածքում	35-65 տարիքային խումբ	% ընդ. մահացության կառուցվածքում
Ընդամենը	36170	15028	41.5	8139	22.5
Արական	20031	10614	52.9	5532	27.6
Իգական	16139	4414	27.3	2607	16.1
Ներգատական համակարգի հիվանդություններ (E00-E90)	495	202	40.8	122	24.6
Արական	187	98	52.4	63	33.6
Իգական	308	104	33.7	59	19.1
ԶԼ (C00-C99)	5376	2832	52.6	1909	35.5
Արական	2941	1609	54.7	1065	54.5
Իգական	2426	1223	50.4	844	34.7
ԱՇՀՀ (I00-I99)	17114	4558	26.6	2787	16.2
Արական	8283	3090	37.3	2014	24.3
Իգական	8831	1468	16.6	773	8.7
ՇՕՀ (J00-J99)	3015	860	28.5	510	16.9
Արական	1520	531	34.9	315	20.7
Իգական	1495	329	22.0	195	13.0
Կովիդ-19 (U07.1, U07.2)	3545	1608	45.3	1002	28.2
Արական	2002	923	46.1	565	28.2
Իգական	1543	685	44.3	437	28.3

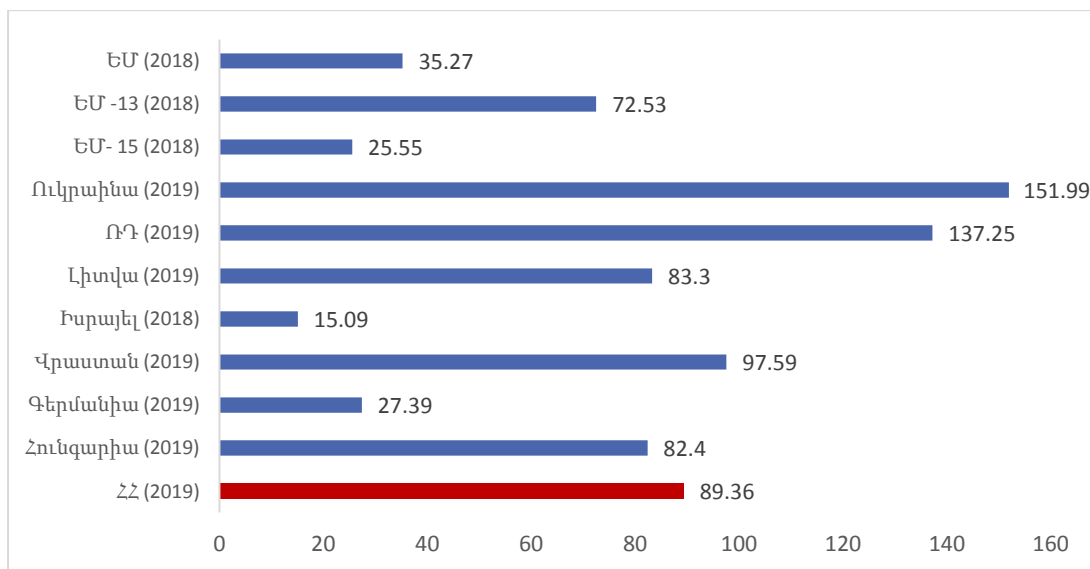
Աղբյուր՝ ԱՏՀԱԿ, 2020

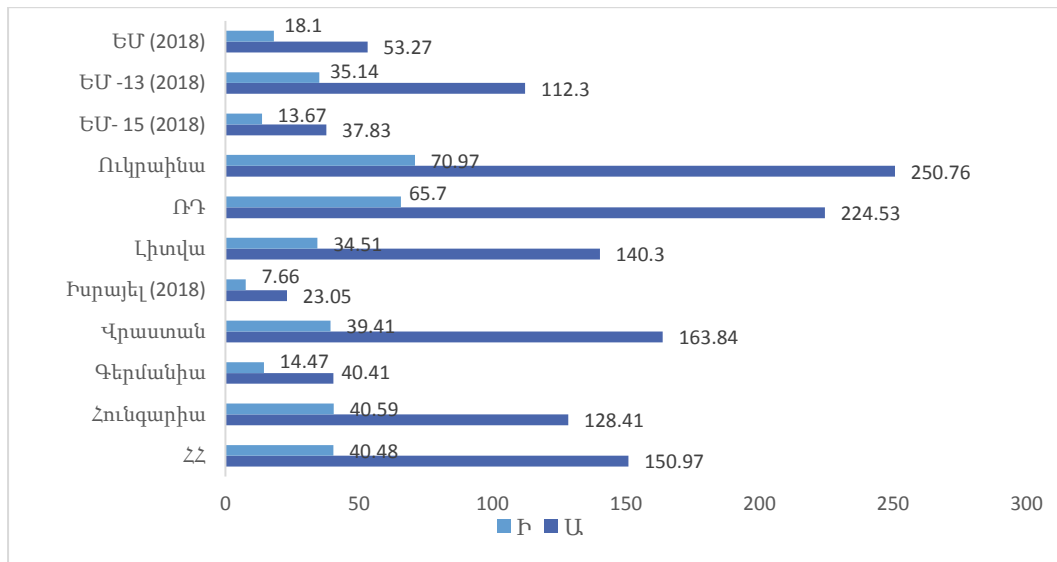
Աղյուսակ 3-ում ներկայացված է ընդհանուր մահացության, վաղաժամ և 35-65 տարիքային խմբերում արձանագրված մահացության դեպքերը: Ներկայացված տվյալները փաստում են, որ բնակչության 41.5% մահանում է վաղաժամ տարիքում, իսկ 35-65 տարեկանների շրջանում մահացության կշիռը կազմում է 22.5%: Վաղաժամ մահացության ցուցանիշը տղամարդկանց շրջանում կանանց համեմատ մոտ 2 անգամ ավելի բարձր է:

Գծապատկեր 13-ում ներկայացված արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից (ԱՇՀՀ) վաղաժամ մահացության տվյալների վերլուծությունն փաստում է, որ ՀՀ արձանագրված ԱՇՀՀ վաղաժամ մահացության ցուցանիշը (89.4) բարձր է Եվրոպական տարածաշրջանի զարգացած երկրների, Իսրայելի ցուցանիշներին համեմատ: Սակայն, այն զիջում է ՌԴ, Ուկրաինայի և Վրաստանի ցուցանիշներին:

Ընդ որում, գծապատկերներ 13 և 13.1 ներկայացված ըստ երկրների տվյալները փաստում, որ ԱՇՀՀ վաղաժամ մահացության ցուցանիշը տղամարդկանց շրջանում կանանց համեմատ 2-3 անգամ բարձր է:

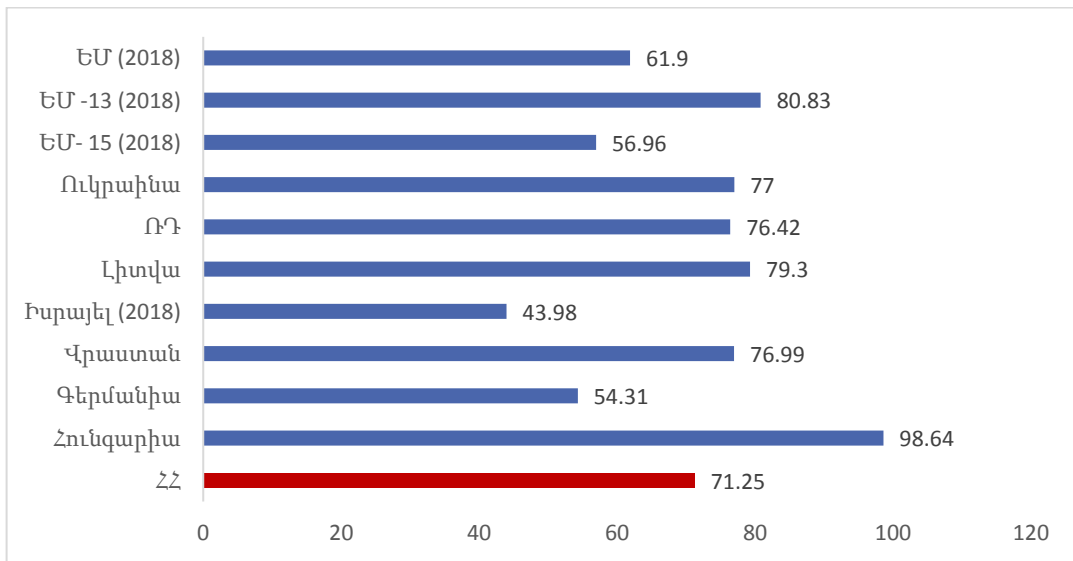
Գծապատկեր 13, 13.1 ԱՇՀՀ-ից վաղաժամ (0-64) մահացությունը, 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019

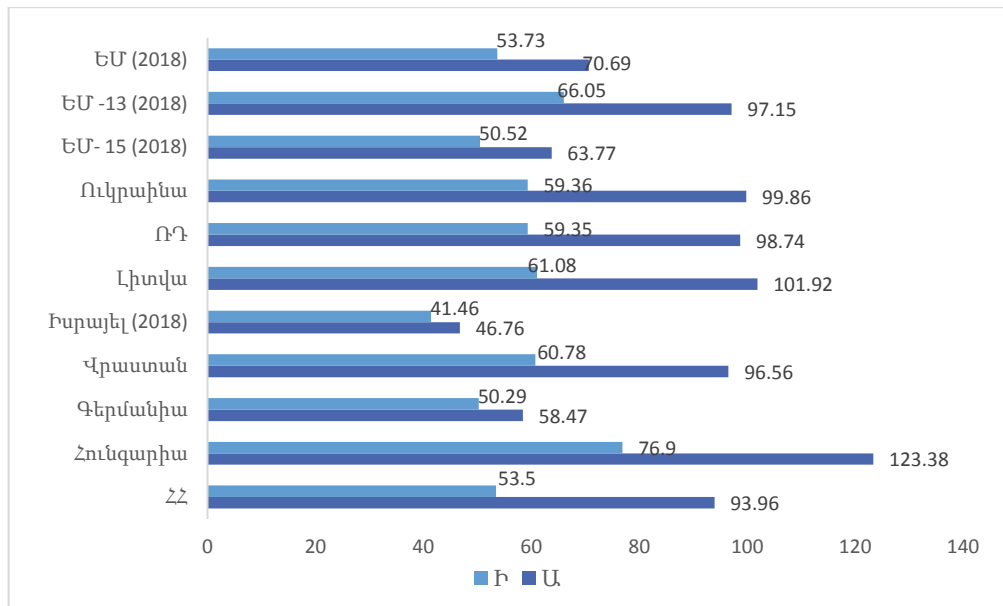




Աղբյուր՝ ՄԲ-ՏՀ, ԱՀԿ 2018, 2019

Գծապատկեր 14, 14.1 ՉՆ-ից մահացությունը 0-64 տարեկանների շրջանում, 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019



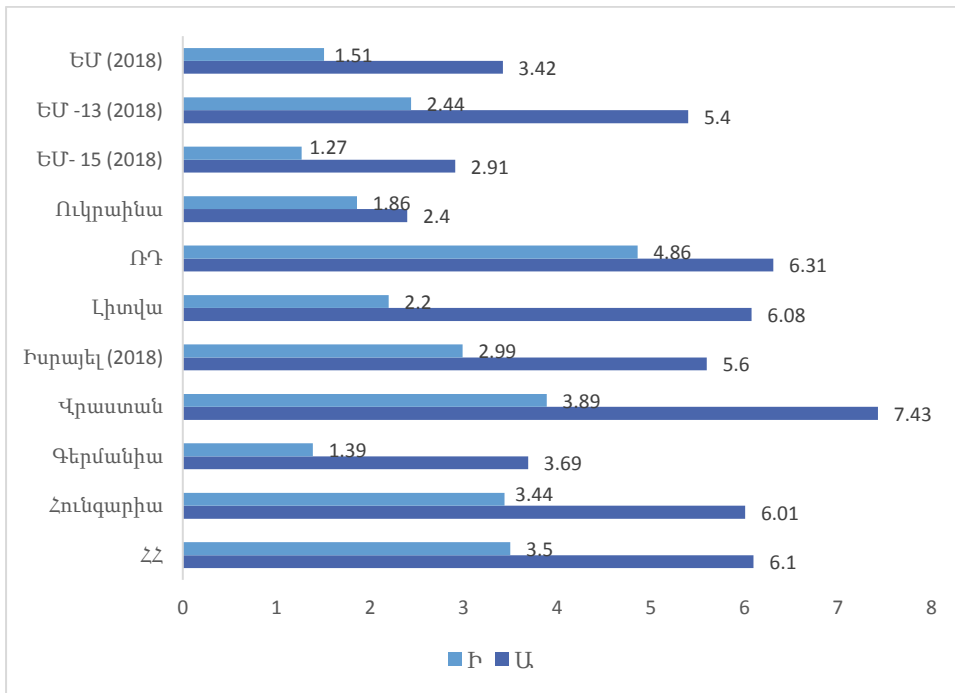
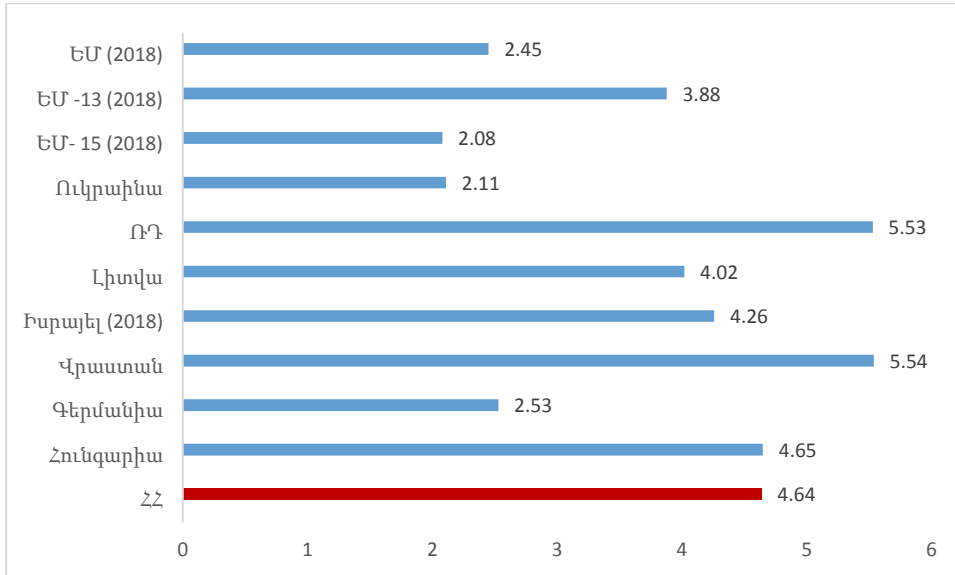


Աղբյուր՝ ՄԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2018, 2019

Հայաստանում ՉՆ-ից վաղաժամ մահացության ցուցանիշը գրեթե հավասարվել է եվրոպական զարգացած երկրների ցուցանիշին և ցածր է Հունգարիայի, Լիտվայի համեմատ: Տվյալ ընտրանքային երկրներում տղամարդկանց ցուցանիշը բարձր է կանանց համեմատ (Գծապատկեր 14, 14.1):

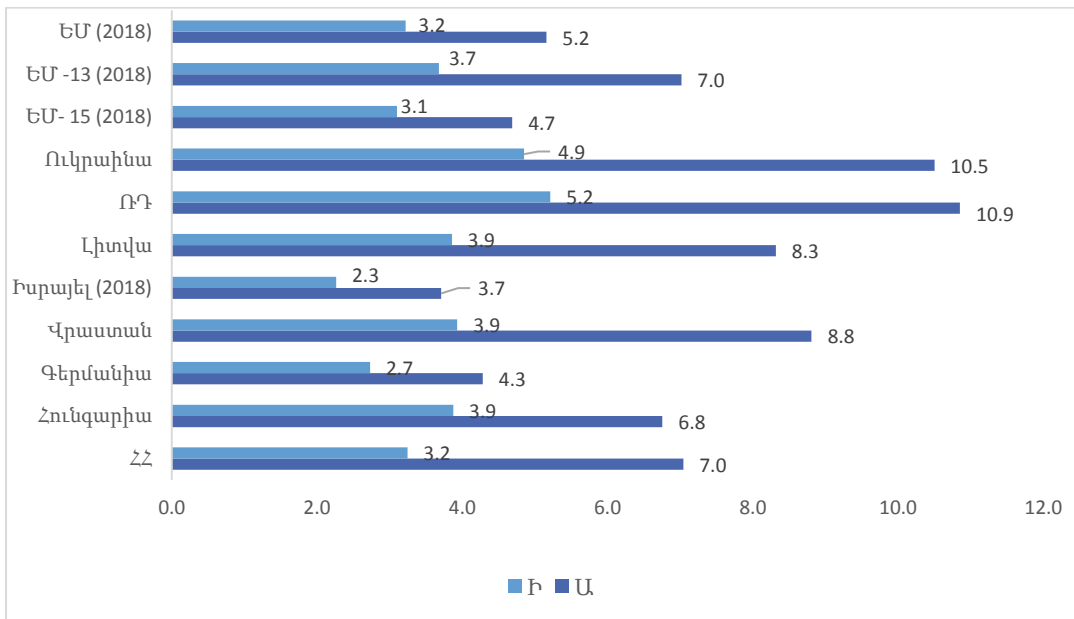
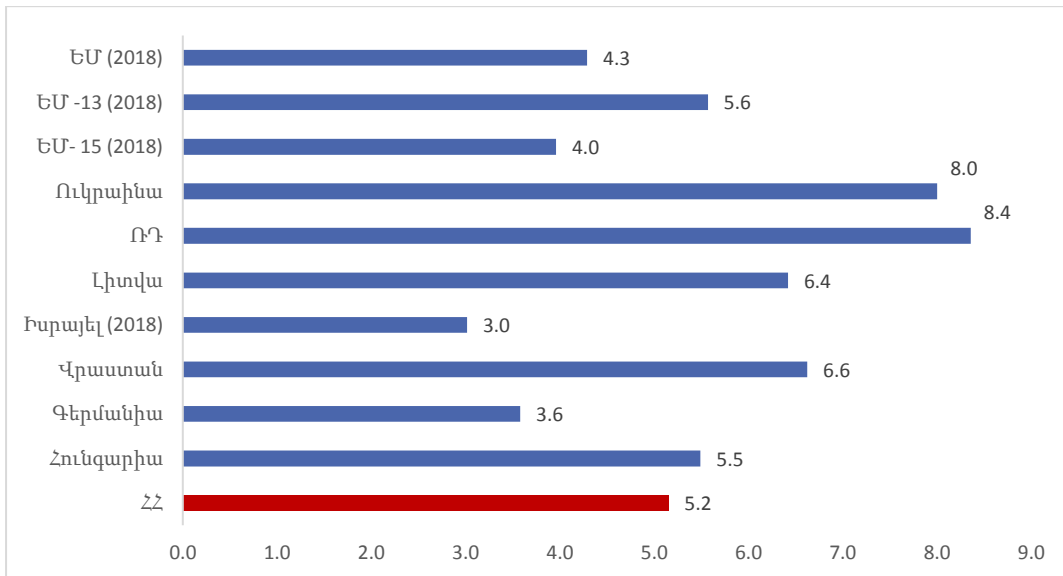
Միջազգային տվյալների հետ համեմատելիս ակնհայտ է, որ ՀՀ-ում ՇԴ-ից մահացության ցուցանիշը գերազանցում է եվրոպական երկրների, սակայն ցածր է Վրաստանի, ՌԴ-ի ցուցանիշներից: ՇԴ-ից մահացությունը նկատելիորեն տղամարդկանց շրջանում բարձր է կանանց համեմատ (Գծապատկեր 15, 15.1):

Գծապատկեր 15, 15.1. ՇՌ-ից մահացությունը 0-64 տարեկանների շրջանում, 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019



Աղբյուր՝ ՄԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2018, 2019

Գծապատկեր 16, 16.1. Կյանքի միջին տևողության նվազում՝ մինչև 65 տարեկան վաղաժամ մահվան պատճառով, 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ սեռի և ընտրանքային երկրների, 2018, 2019



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ 2018, 2019

Հաշվի առնելով ներկայացված միջազգային տվյալները երևում է, որ ՀՀ-ի ցուցանիշը համեմատաբար բարձր է 2018 թ-ի ԵՄ-15, ԵՄ, Իսրայելի և 2019 թ-ի Գերմանիայի միջինների համեմատ, սակայն ցածր է ԵՄ-13 (2018), Ուկրաինայի, ՌԴ-ի, Վրաստանի համեմատ: Այստեղ տղամարդկանց ցուցանիշը գերազանցում է կանանց համեմատ (Գծապատկեր 16, 16.1.):

Ավելցուկային մահացության վերլուծությունն ըստ երկրների

ԱՀԿ-ն շարունակաբար դիտարկում է Կովիդ-19 համավարակի ազդեցությունը համաշխարհային իրավիճակի վրա:

Ներկայումս Կովիդ-19-ով հիվանդացության և մահացության տվյալները հասանելի են ողջ աշխարհում: Այնուամենայնիվ, ԱՀԿ փորձագետների կողմից իրականացված տվյալների վերլուծությունը փաստում է, որ երկրների կողմից հաղորդվող տվյալները միշտ չէ, որ ճշգրիտ արտացոլում են Կովիդ-19-ի հետ կապված մահերի թիվը, ինչը խոչընդոտում է բնակչության առողջության վրա համավարակի ազդեցության համարժեք գնահատմանը:

Վիճակագրական ոչ ստույգ տվյալները կարող են պայմանավորված լինել Կովիդ-19-ի հայտնաբերման թեստային համակարգերի տարբերությամբ, որոշ երկրներում տվյալների գրանցման տարբեր ընթացակարգերով, հաշվետվությունների ուշացմամբ, համաճարակաբանական ծառայությունների տեխնիկական սարքավորումների, ինչպես նաև մարդկային ներուժի պակասով:

2021թ.-ին ԱՀԿ-ն ներկայացրել է Կովիդ-19-ից ավելցուկային մահացության գնահատման մեթոդական ուղեցույցներ: ԱՀԿ սահմանմամբ ավելցուկային մահացությունը դա «մահերի թիվն է, որն աճել է նախաճգնաժամային տարիների համեմատ»:

Կովիդ-19-ից մահվան դեպքերը չեն սահմանափակվում միայն հաստատված Կովիդ-19-ի դեպքերով: Զգալի թվով մարդիկ մահանում են ոչ միայն Կովիդ-19-ի հետ անմիջականորեն կապված, այլ նաև Կովիդ-19-ի հետ անուղղակիորեն կապված պատճառներից:

Տարբեր երկրների տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող շատ մարդիկ համաճարակի պայմաններում սահմանափակել են բուժհաստատություններ դիմելը հերթական զննումների և բուժման նպատակով՝ վախենալով վարակվելուց, ինչը հանգեցնում է հիվանդության ընթացքի վատթարացմանը: Հարկ է նշել, որ որոշ երկրներում համավարակի պայմաններում համակարգի բուժօգնության գերբեռնվածության պատճառով

սահմանափակվել է քրոնիկ հիվանդություններով պացիենտներին պլանային ծառայությունների մատուցումը:

Կովիդ-19-ի վիճակագրությունը պետք է ներառի նաև անուղղակի պատճառներով մահերը, որը հաշվառվում է հատուկ մեթոդաբանությամբ:

Անուղղակի պատճառներից ավելցուկային մահացությունը հաշվարկելու համար անհրաժեշտ է գնահատել բոլոր պատճառներից մահացության տարբերությունը 2020/2021 թթ.-ի համար և այս ժամանակահատվածի համար գնահատված մահացությունը՝ բացառելով Կովիդ-19-ը: Ներկայումս դա դժվար է, քանի որ ընթացիկ տարվա մահացության մասին տեղեկատվությունը շատ երկրներից հասանելի չէ մինչև հաջորդ տարվա վերջ, իսկ որոշ երկրներում բավարար ռեսուրսներ չկան համաճարակի ժամանակ բոլոր պատճառներով մահացությունը գրանցելու համար: Ավելին, զարգացող երկրներում հաճախ մահացության մասին բավարար տեղեկատվություն չկա՝ հաշվարկելու համար գնահատված մահացությունը՝ առանց համաճարակի ազդեցությունը հաշվի առնելու:

Նկարագրված խնդիրները հաղթահարելու համար մշակվել են ավելցուկային մահացության հաշվարկման վիճակագրական մեթոդներ: Մեթոդներից մեկը Պուասոնի ռեգրեսիոն վերլուծությունն է, որը թույլ է տալիս հաշվարկել մահացությունը բոլոր պատճառներից՝ հաշվի առնելով տարբեր երկրների համար նախատեսված հատուկ գործակիցները՝ հիմնվելով դրական PCR թեստերի քանակի, Կովիդ-19-ից մահացածների թվի վրա:

Կովիդ-19-ից ավելցուկային մահացության գնահատումը խնդիր է, որը պահանջում է տարբեր երկրների փորձագետների համագործակցություն և համընդհանուր վիճակագրական մեթոդների մշակում: Ավելցուկային մահացության գնահատման մեթոդաբանության մշտապես կատարելագործվում է՝ մահացության վերաբերյալ առավել ճշգրիտ տեղեկատվություն ստանալու համար, ինչպես ուղղակիորեն Կովիդ-19-ից, այնպես էլ անուղղակի պատճառներից՝ <https://www.who.int/publications/i/item/who-covid-19-excess-mortality-estimation-methodology>:

Եվրոստատի կողմից իրականացվում է ավելցուկային մահացության գնահատում, սակայն ՀՀ տվյալները նեռված չեն, քանի որ կիրառվող մեթոդաբանությունը պետք է համաձայնեցվի երկրի հետ:

Համաձայն Եվրոստատի կողմից կիրառվող մեթոդաբանության՝ ամսական ավելցուկային մահացության ցուցանիշը հիմնված է շաբաթական մահվան դեպքերի վերաբերյալ բացառիկ տվյալների հավաքագրման վրա, որը Եվրոստատը ստեղծել է 2020թ.-ի ապրիլին՝ աջակցելու Կովիդ-19-ի հետ կապված քաղաքականությանը և հետազոտական ջանքերին:

Այդ տվյալների հավաքագրմամբ Եվրոստատի նպատակն էր արագ վիճակագրություն տրամադրել՝ գնահատելով մահացությունների ընդհանուր թվի փոփոխվող իրավիճակը շաբաթական կտրվածքով՝ սկսած 2020թ.-ի սկզբից:

Պետք է փաստել, որ ՀՀ ԱՆ և ՀՀ ՎԿ կողմից այս տարի ներկայացվել են ՀՀ շաբաթական մահացության դեպքերը:

Բոլոր պատճառներից մահացությունների թիվը համեմատվում է անցյալում որոշակի ժամանակահատվածում մահացությունների սպասվող թվի հետ:

Ավելցուկային մահացության պատճառները կարող են տարբեր լինել՝ կախված տարբեր երևույթներից: Ցուցանիշը պարզապես համեմատում է բոլոր պատճառներով մահացությունների ընդհանուր թիվը անցյալի որոշակի ժամանակահատվածում մահացությունների ակնկալվող թվի հետ (բազային):

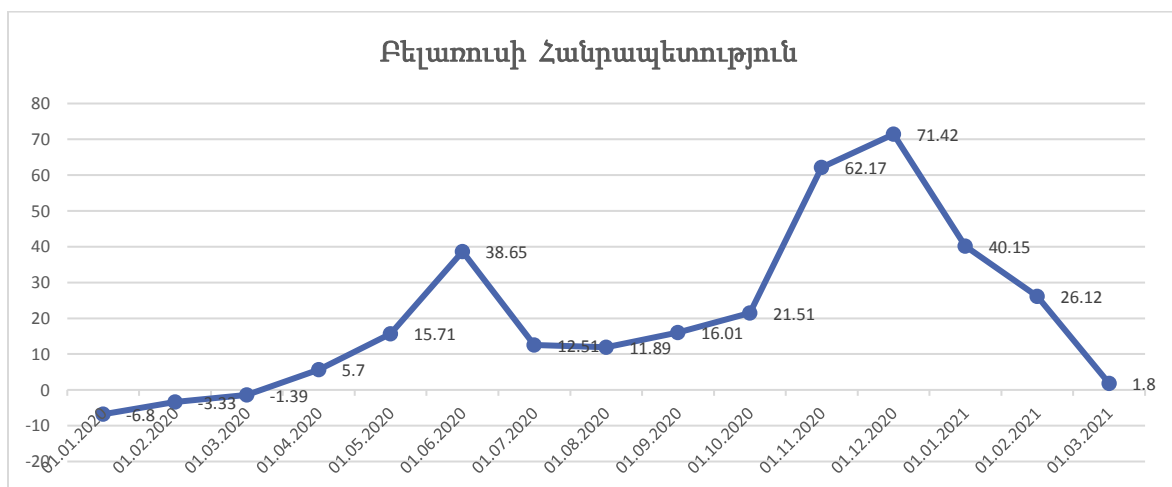
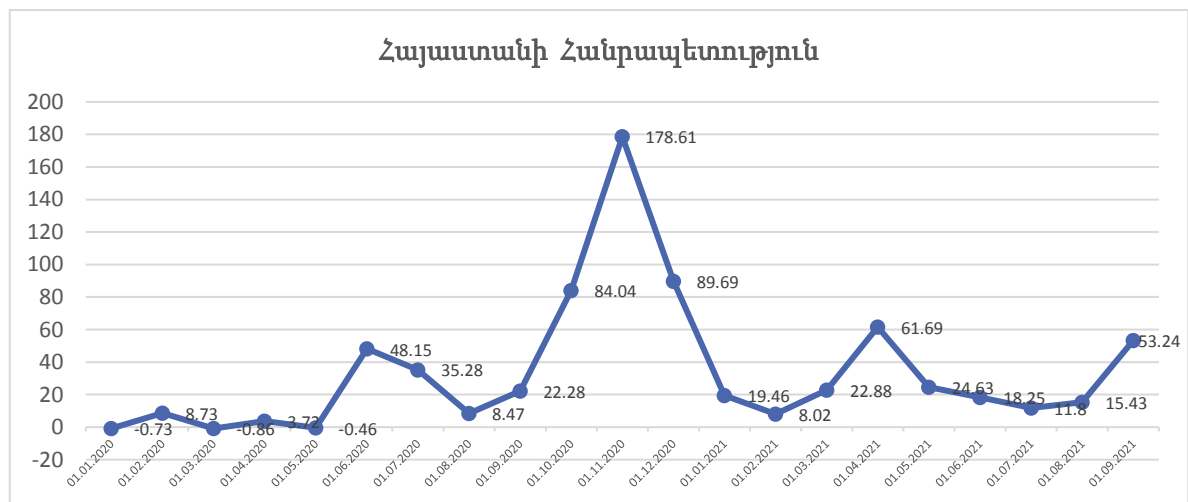
Ավելցուկային մահացության պատկերն ըստ երկրների և ամիսների

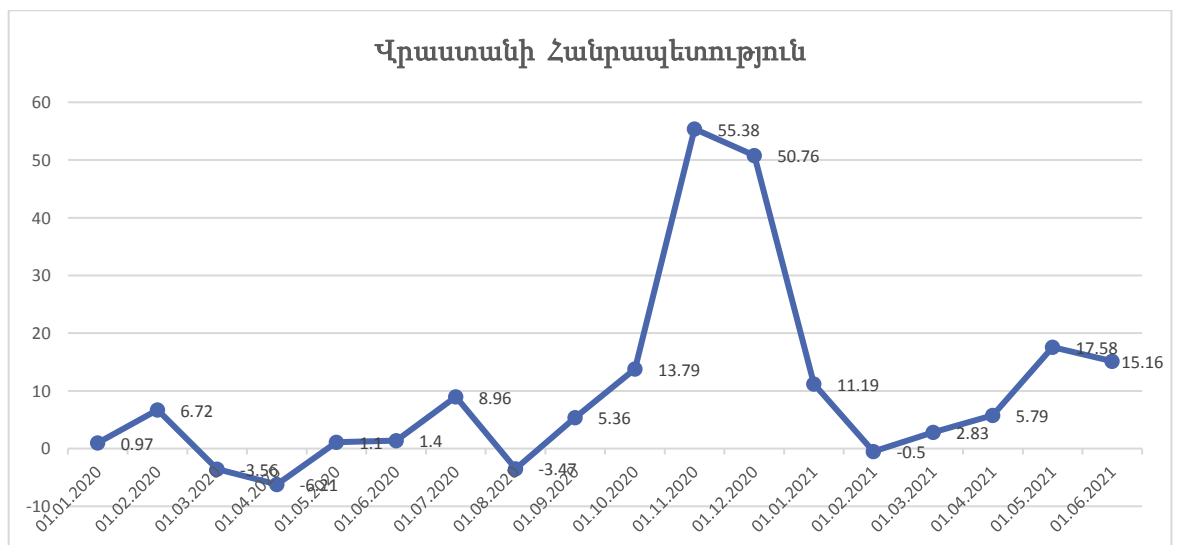
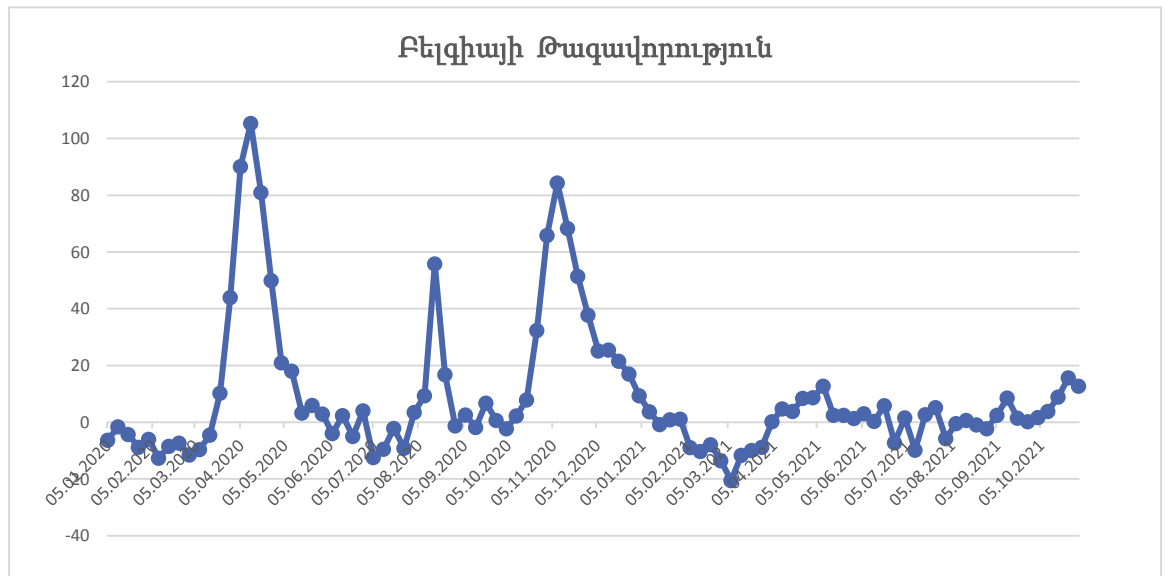
Ավելցուկային մահացությունը գնահատվում է որպես 2020-2021 թթ.-ին տվյալ շաբաթվա կամ ամսվա ընթացքում գրանցված մահվան դեպքերի թվի տարբերությունը (ըստ երկրների) և այդ ժամանակահատվածում մահացությունների ակնկալվող թվի գնահատումը, եթե Կովիդ-19 համաճարակը դեռևս ի հայտ չի եկել:

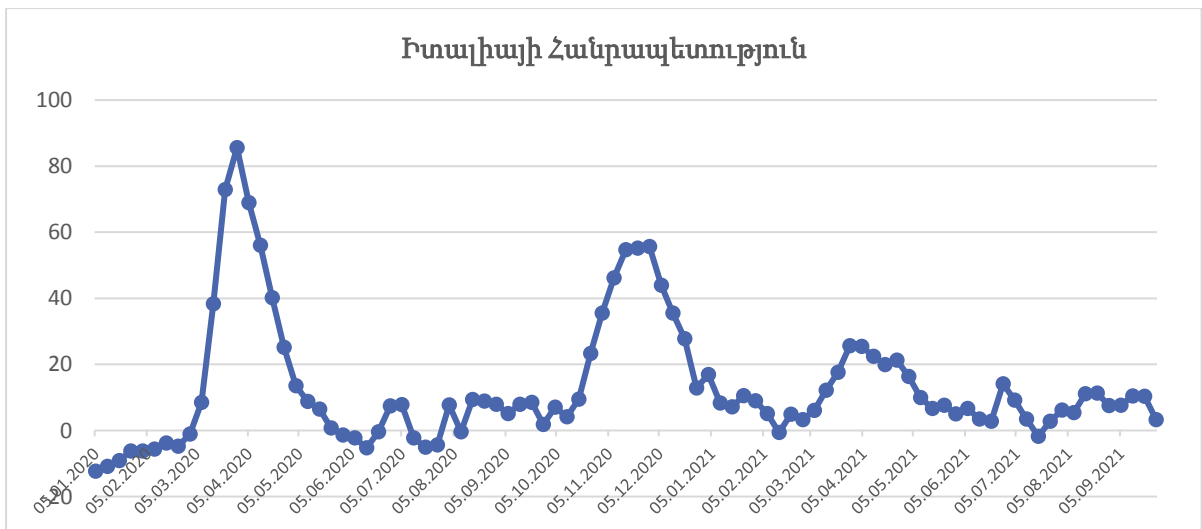
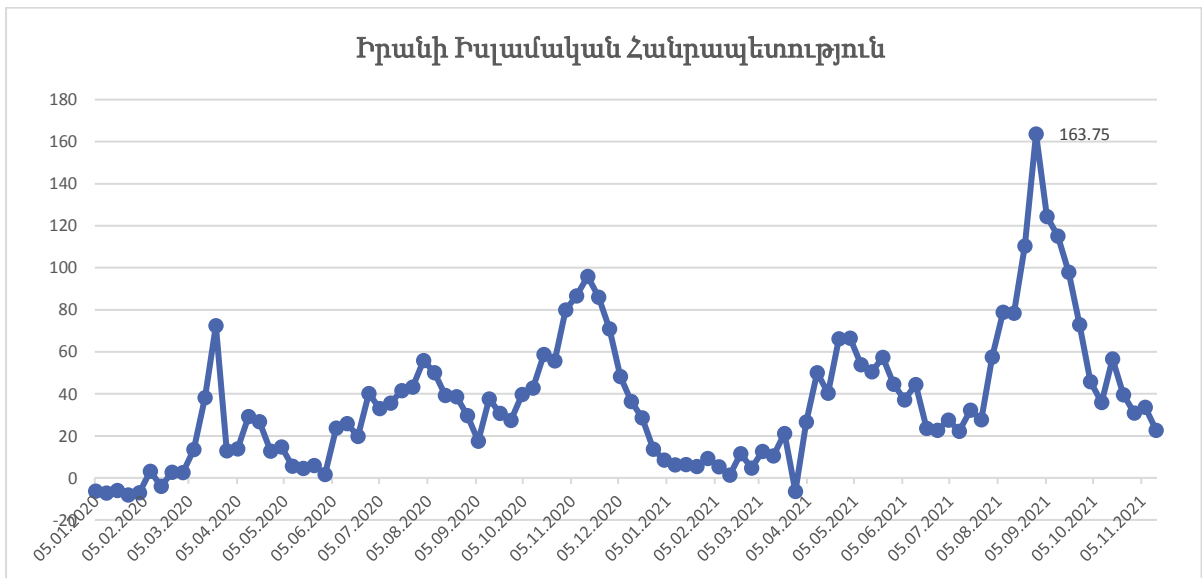
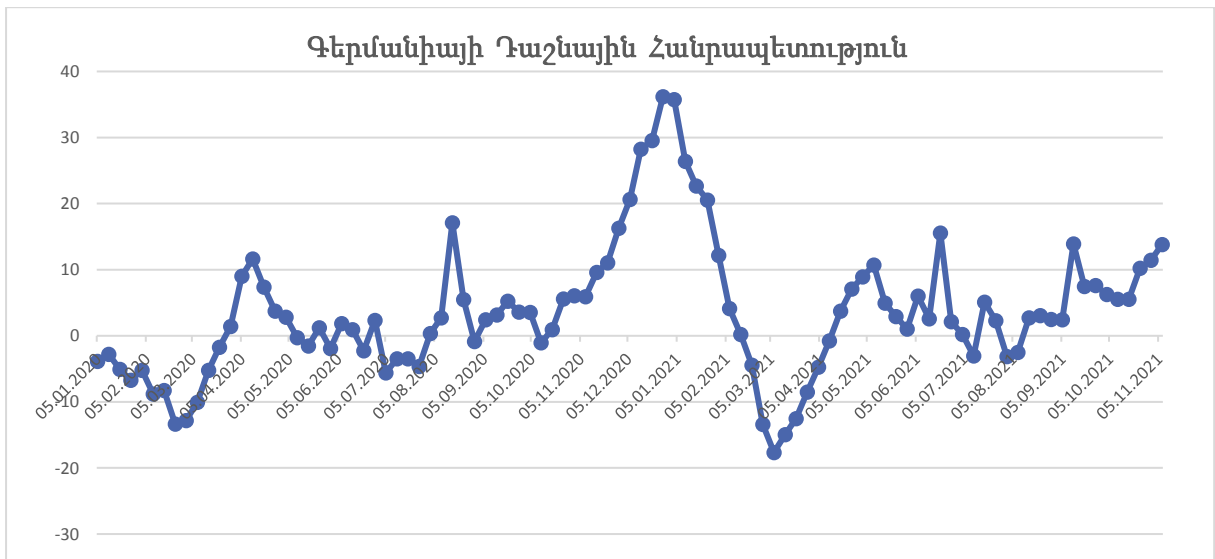
Ավելցուկային մահացությունը = Գրանցված մահեր - Սպասվող մահեր

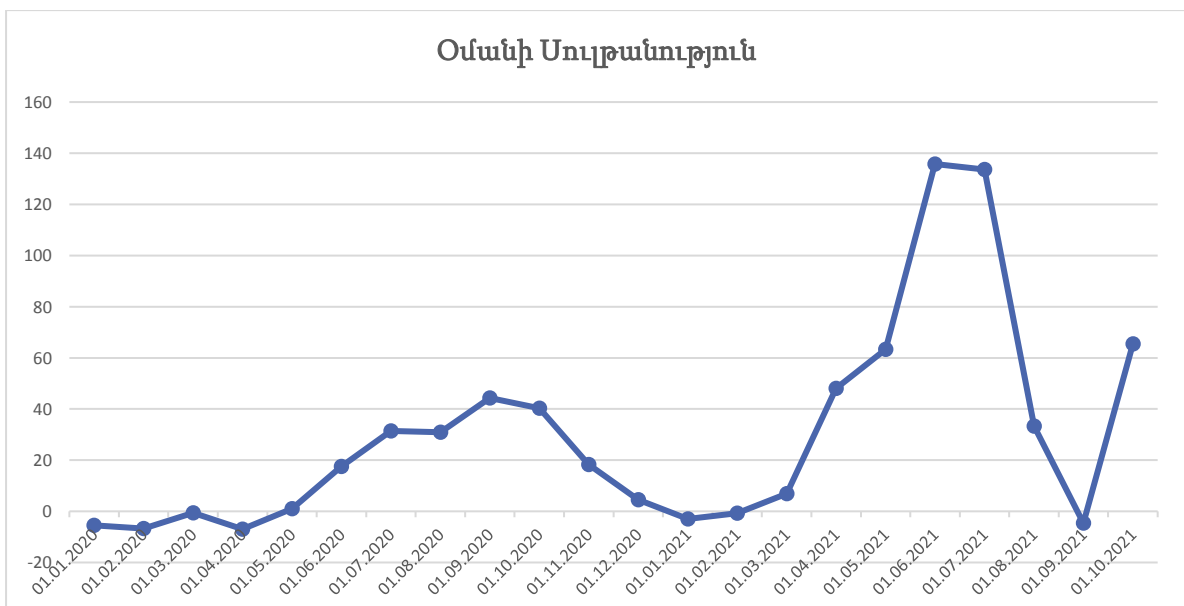
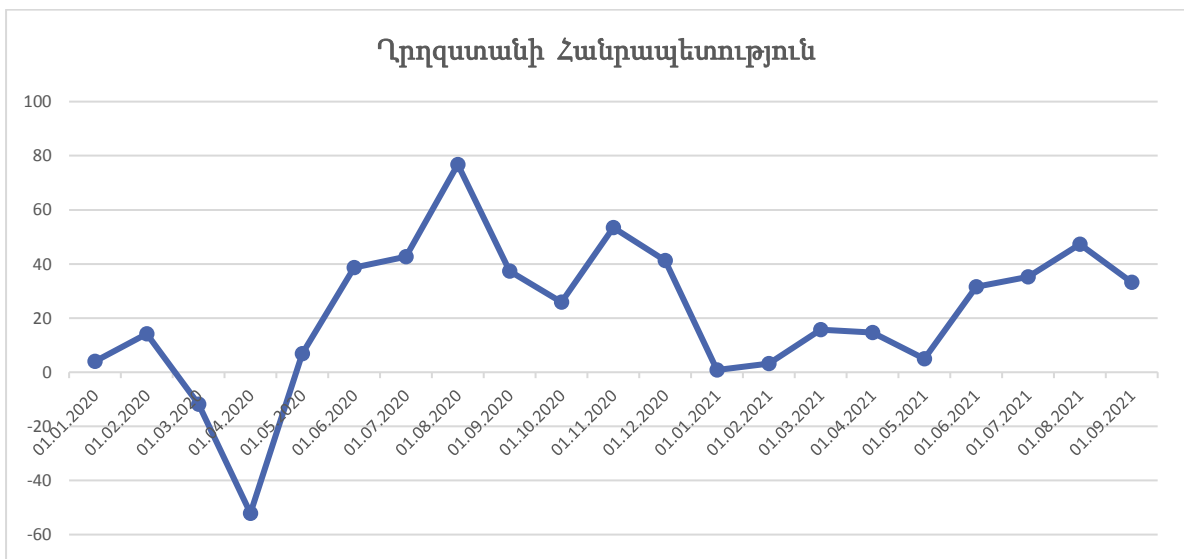
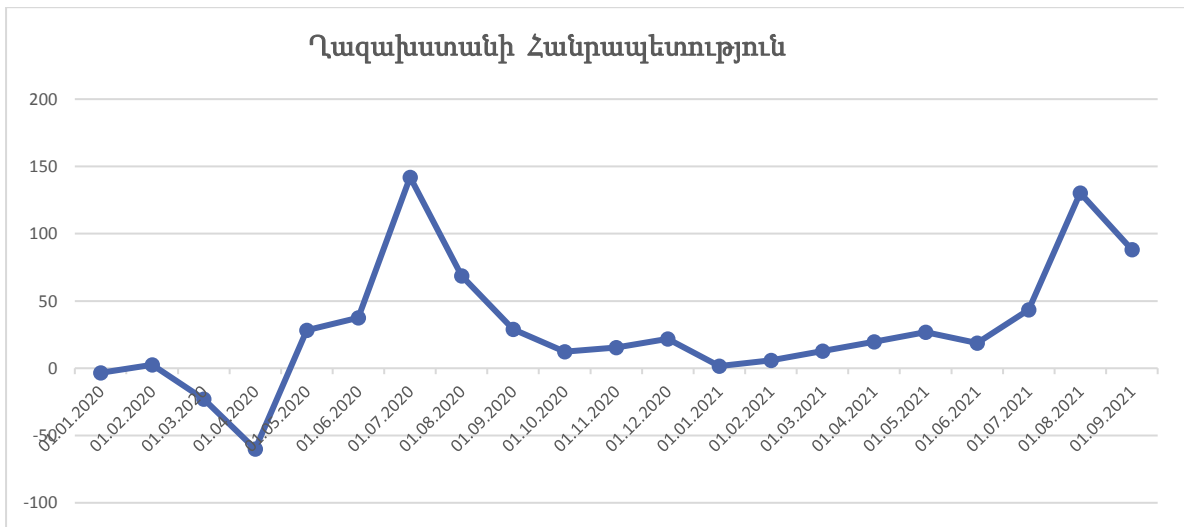
Կից ներկայացված է տարբեր երկրներում շաբաթական մահացության շարժընթացը:

Գծապատկեր 18. Ավելցուկային մահացությունն ըստ երկրների







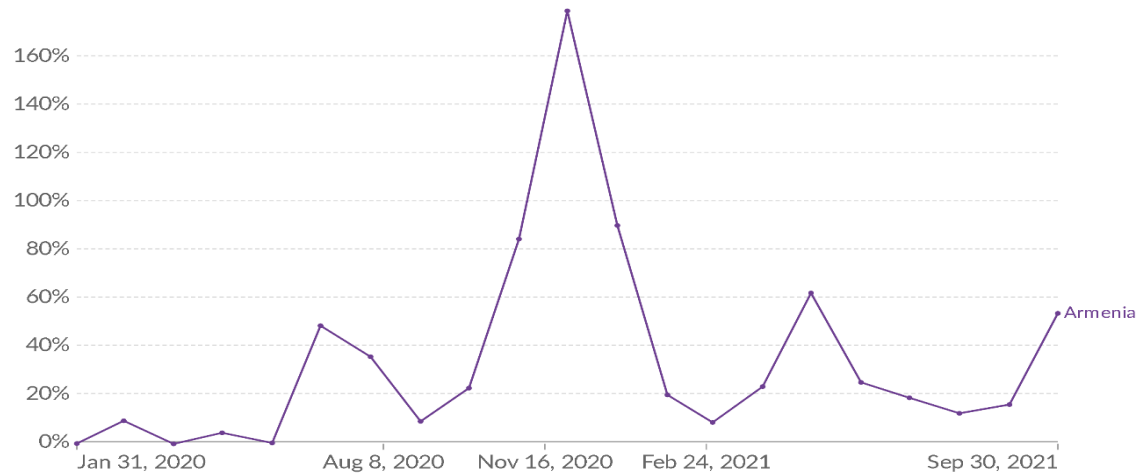




Excess mortality: Deaths from all causes compared to projection based on previous years

Our World in Data

The percentage difference between the reported number of weekly or monthly deaths in 2020–2021 and the projected number of deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.



Source: Human Mortality Database (2021), World Mortality Dataset (2021)

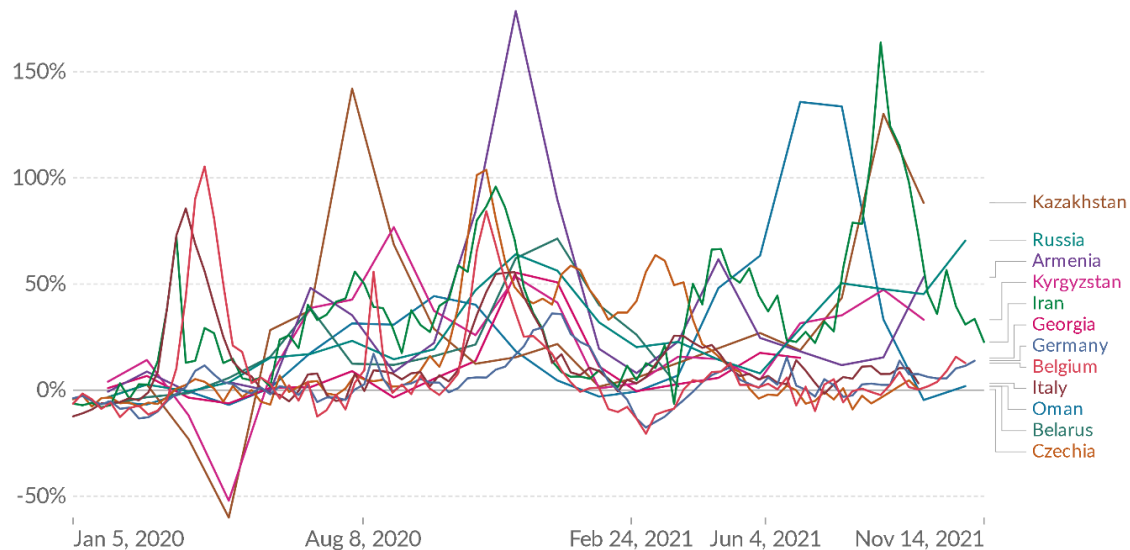
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Note: Comparisons across countries are affected by differences in the completeness of death reporting. Details can be found at our Excess Mortality page.

Excess mortality: Deaths from all causes compared to projection based on previous years

Our World in Data

The percentage difference between the reported number of weekly or monthly deaths in 2020–2021 and the projected number of deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.



Source: Human Mortality Database (2021), World Mortality Dataset (2021)

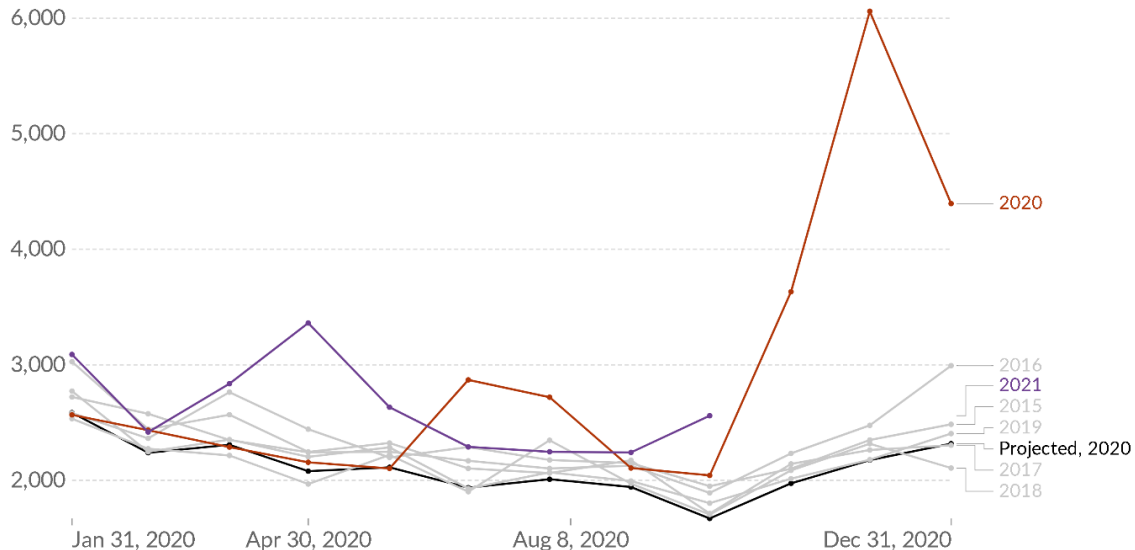
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Note: Comparisons across countries are affected by differences in the completeness of death reporting. Details can be found at our Excess Mortality page.

Excess mortality: Raw number of deaths from all causes compared to projection based on previous years, Armenia

Our World in Data

The reported number of weekly or monthly deaths in 2020–2021 and the projected number of deaths for 2020, which is based on the reported deaths in 2015–2019. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.



Source: Human Mortality Database (2021), World Mortality Dataset (2021)

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Note: Comparisons across countries are affected by differences in the completeness of death reporting. Details can be found at our Excess Mortality page.

<https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid?fbclid=IwAR1eCIPuGH1HZsPeZNmflbbCg8zCloEJOW11gcDQRiuMo7IcMaEejdE8F1s>

Նորածնային, մանկական, երեխաների և մայրական մահացություն

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները բնութագրում են ցանկացած երկրի առողջապահական համակարգի գործունեությունը և սերտորեն փոխկապակցված են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ:

Համաձայն ԱԿՀ և միջազգային տվյալների՝ յուրաքանչյուր տարի աշխարհում 5.9 մլն. երեխա մահանում է վաղ մանկության շրջանում, որից 2.7 մլն.՝ կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում, 303000 կին մահանում է հղիության և ծննդաբերության հետ կապված պատճառներից, 2.6 մլն. նորածին ծնվում է մահացած: Ընդ որում, այդ մահերի շուրջ 70% կանխվող են:

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

Կայուն զարգացման 3.2 նպատակով (ԿՁՆ) ամրագրված է՝ նվազեցնել մանկական մահացությունը. «Մինչև 2030 թ. վերջ դնել նորածինների և մինչև 5 տարեկան երեխաների կանխարգելիչ մահերին. բոլոր երկրները պետք է նպատակ ունենան նվազեցնել վաղ նորածնային մահացությունը առնվազն մինչև 12-ից ցածր՝ 1000 կենդանածնի հաշվով, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը՝ առնվազն մինչև 25-ի՝ 1000 կենդանածնի հաշվով»:

Մոր և մանկան առողջության պահպանման հիմնախնդիրները առաջնահերթություն են ՀՀ կառավարության համար և արտացոլված են ՀՀ ռազմավարական և ծրագրային մի շարք փաստաթղթերում, ռազմավարություններում և իրականացվելիք գործողությունների ծրագրերում:

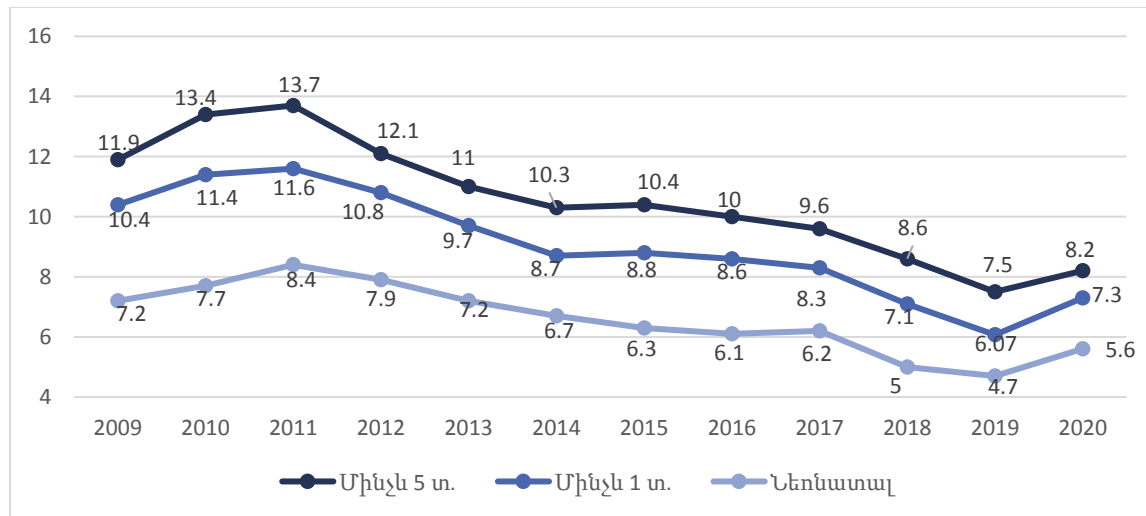
Համաձայն 2020թ.-ի պաշտոնական վիճակագրական տվյալների՝ ՀՀ-ը հասել է ԿՁՆ նախատեսված նպատակներին, մասնավորապես, վաղ նորածնային մահացության ցուցանիշը 1000 կենդանածինների հաշվով կազմել է 5.5՝ ԿՁՆ սահմանված

¹ UNICEF, Every Child Alive, 2017

նպատակային ցուցանիշը՝ 12, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը 8.2, սահմանվածը՝ 25:

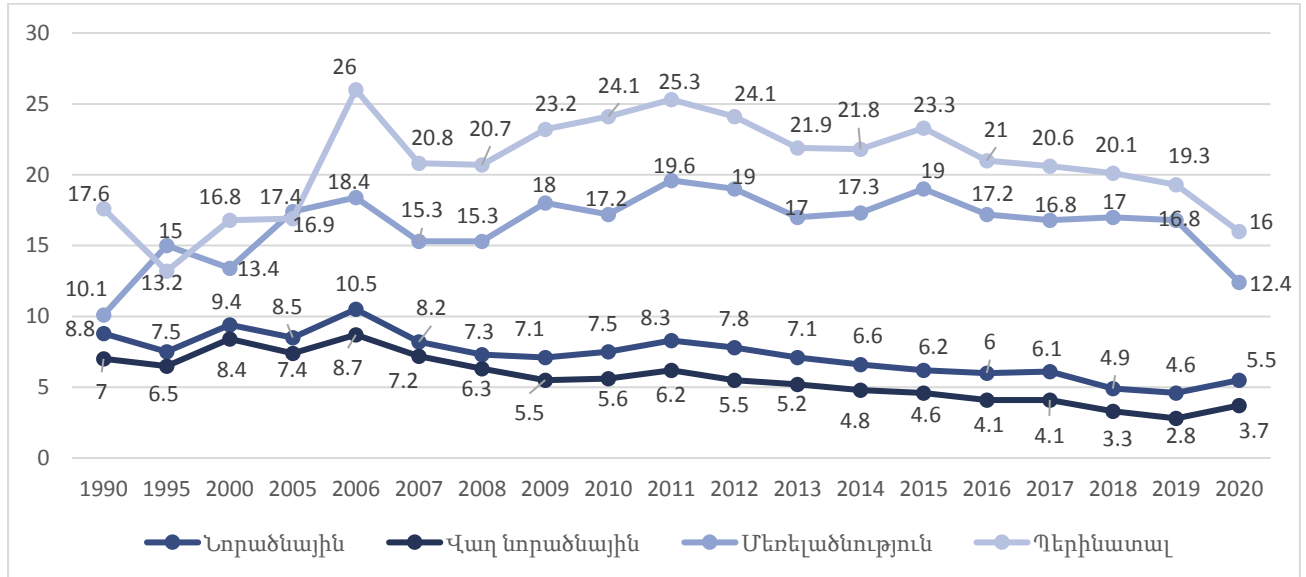
Գծապատկեր 19-ում արտացոլված են 2009-2020թթ. է նեոնատալ, մանկական և երեխաների մահացության միտումները: Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ 2009-2011թթ. ընթացքում արձանագրվել է մահացության ցուցանիշների աճ, իսկ 2012-2019թթ.՝ նվազում, սակայն 2020 թ. սկսել է աճել:

Գծապատկեր 19. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն՝ 1 000 կենդանածինների հաշվով, 2009-2020



Աղբյուր՝ ՎԿ, 2021

Գծապատկեր 20. Նորածնային, վաղ նորածնային, մեռելաճնության և պերինատալ մահացությունն՝ ըստ տարիների, 1990, 1995, 2000-2020



Աղբյուր՝ ՎԿ, 2020

Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ 2000թ.-ից մինչև 2019թ.-ն արձանագրվել է նորածնային և վաղ նորածնային մահացության նվազեցում, սակայն 2020թ.-ին արձանագրվել է ցուցանիշների աճ: Ինչ վերաբերվում է պերինատալ և մեռելաճնության ցուցանիշներին, ապա 2000թ.-ից մինչև 2019թ.-ն արձանագրվել է ցուցանիշների աճ, սակայն 2020թ.-ին այն ունեցել է նվազման միտում (Գծապատկեր 20, Աղյուսակ 4):

Աղյուսակ 4. Նորածնային, վաղ նորածնային, մեռելաճնության և պերինատալ մահացությունն՝ ըստ տարիների, 1990, 1995, 2000-2020

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Դիագրամ
Նորածնային	8.8	7.5	9.4	8.5	10.5	8.2	7.3	7.1	7.5	8.3	7.8	7.1	6.6	6.2	6	6.1	4.9	4.6	5.5	
Վաղ նորածնային	7	6.5	8.4	7.4	8.7	7.2	6.3	5.5	5.6	6.2	5.5	5.2	4.8	4.6	4.1	4.1	3.3	2.8	3.7	
Մեռելաճնություն	10.1	15	13.4	17.4	18.4	15.3	15.3	18	17.2	19.6	19	17	17.3	19	17.2	16.8	17	16.8	12.4	
Պերինատալ	17.6	13.2	16.8	16.9	26	20.8	20.7	23.2	24.1	25.3	24.1	21.9	21.8	23.3	21	20.6	20.1	19.3	16	

Աղյուսակ 5. Մանկական մինչև 1 տարեկան մահացությունն՝ ըստ մահվան հիմնական պատճառների, 10 000 կենդանիների հաշվով, 2012-2020

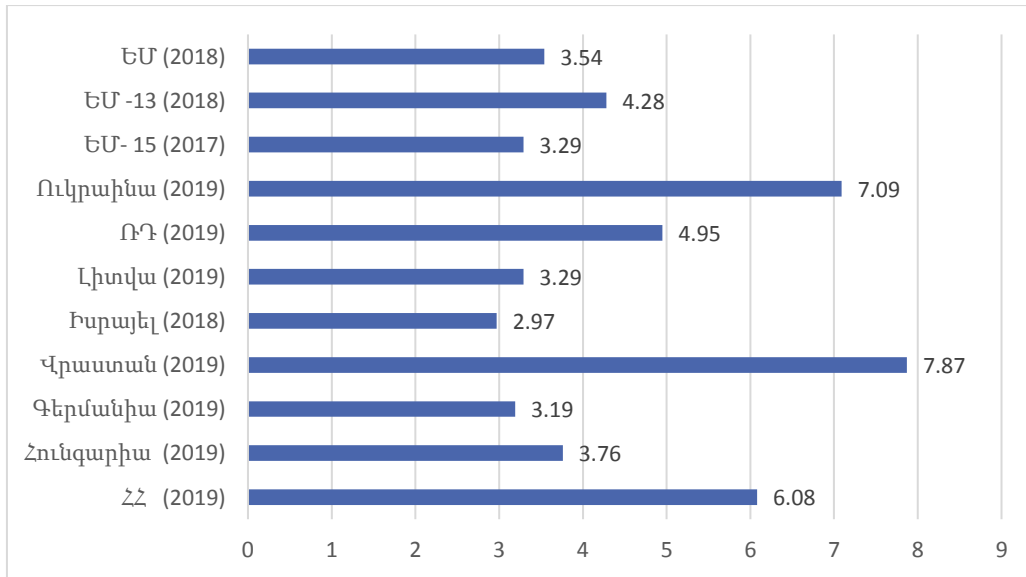
Մահացության պատճառներ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Դիագրամ
Վարակիչ և մանկաբուժական հիվանդություններ	7.5	6	8.4	8.2	5.4	1.3	1.4	0.8	1.6	
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ			0.2	0.7	0.5	0.8	1.6	1.4	0.8	
Շնչառական օրգանների հիվանդություններից	18.4	12.4	8.8	12.9	10.6	11.4	10.4	8.1	7.7	
Մարտկալի օրգանների հիվանդություններ	0.7			0.2	1	1.3	0.5	1.1	1.1	
Բնածին խանգարումներից	23.3	27	20.2	21.8	21.7	13.5	10.7	10.8	13.2	
Շուրջնական շրջանում առաջացացած վիճակներ	47.1	40	40.4	37.1	37.4	50.1	42.1	36.1	47.3	
Կատաղի, թունավորումներ և վնասվածքներ	1.4	2.2	0.7	0.7	1.2	2.4	0.3	1.4	0.3	
Այլ պատճառներից			8.7	7	8.9	1.7	4.4	1.1	1.4	

Աղբյուր՝ ՎԿ, 2021

Աղյուսակ 5-ում ներկայացված են 2012թ.-ից մինչև 2020թ.-ը մանկական մինչև 1 տարեկան մահացությունն՝ ըստ մահվան հիմնական պատճառների: Համաձայն ներկայացված տվյալների վերջին 9 տարիների ընթացքում նվազել է նյարդային համակարգի և շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահացության ցուցանիշները, սակայն աճի միտում է գրանվել շուրջնական շրջանում առաջացացած առանձին վիճակներից, բնածին խանգարումներից և վարակիչ հիվանդություններից:

Համաձայն ԱՀԿ-ի Հայաստանում մանկական մահացության ցուցանիշը համեմատաբար ցածր է Ուկրաինայի և Վրաստանի համեմատ, բարձր է Եվրոպական տարածաշրջանի զարգացած երկրների (ԵՄ-13), (ԵՄ-15), (ԵՄ) մակարդակից (Գծապատկեր 21):

Գծապատկեր 21. Մանկական մահացությունը՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով

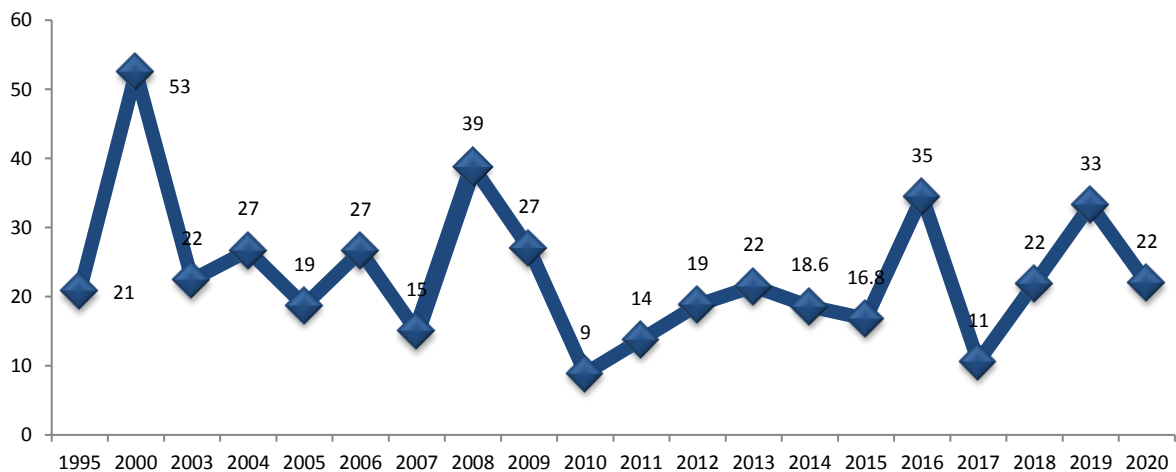


Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՀ, ԱՀԿ, 2019

Մայրական մահացություն

Կայուն զարգացման 3.1 նպատակով ամրագրված է նվազեցնել մայրական մահացությունը. «Մինչև 2030 թ. կրճատել մայրական մահացության համամասնությունը մինչև 70-ից ցածր՝ 100 հազար կենդանածնի հաշվով»:

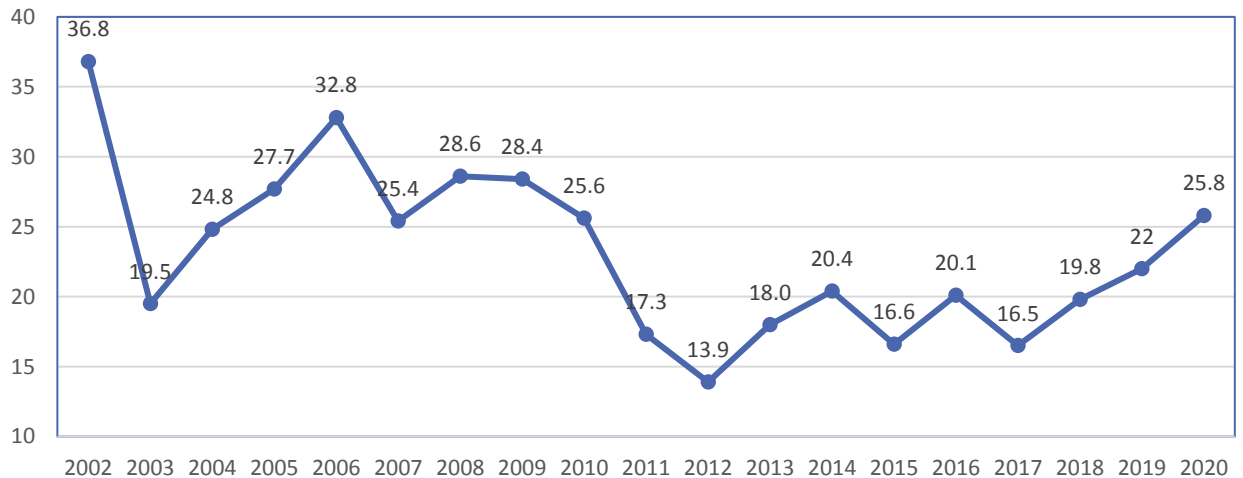
Գծապատկեր 22. Մայրական մահացությունը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, ըստ տարիների, 1995, 2000-2020



Աղբյուր՝ ՎԿ, 2021

2020թ.-ին ՀՀ ծննդոգնությունն իրականացնող հաստատություններում արձանագրվել է մայրական մահացության 8 դեպք (ցուցանիշը՝ 22/100 000 կենդանածինների հաշվով), ընդ որում մահերի 5 դեպքը պայմանավորված էին Կովիդ-19-ով: 2019թ.-ին գրանցվել է մայրական մահացության 12 դեպք: Մայրական մահացության տարեկան և եռամյա միջինների շարժը ներկայացված է Գծապատկեր 22 և 23-ում:

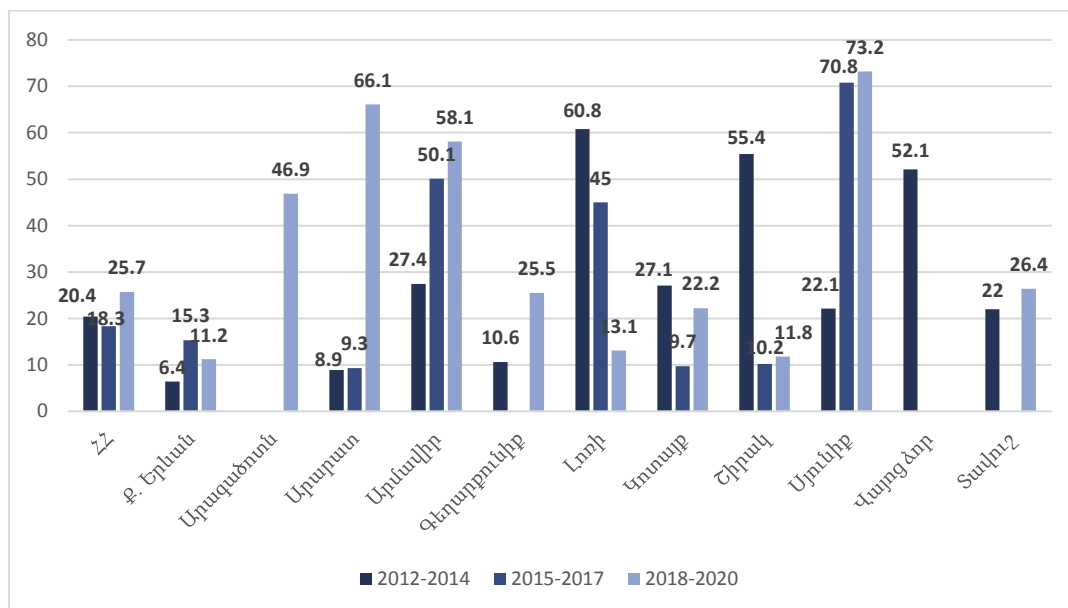
Գծապատկեր 23. Մայրական մահացության գործակիցը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 2002-2020 (եռամյա միջին)



Աղբյուր՝ ՄՏՎԿ, 2021

Գծապատկեր 24-ում ներկայացված է մայրական մահացության եռամյա միջինը մարզային կտրվածքով: Ընդ որում, վերջին երեք տարիների ընթացքում որոշակի աճ է նկատվում մարզային կտրվածքով (Սյունիք և Արարատ):

Գծապատկեր 23. Մայրական մահացության գործակիցն ըստ ՀՀ մարզերի և ք. Երևանի 2012-2020 (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով)

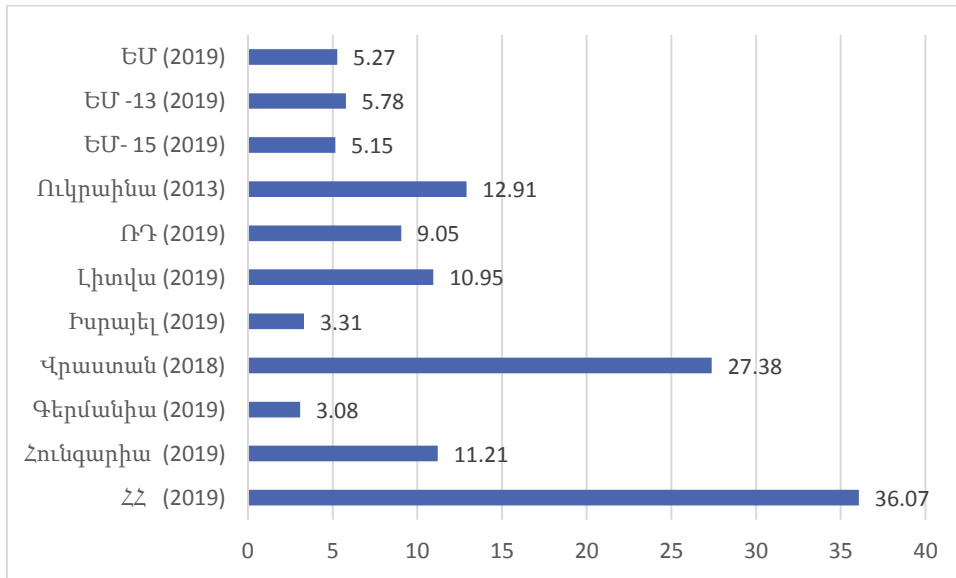


Աղբյուր՝ ՎԿ, 2021

Հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է, ցուցանիշը բավական անկայուն է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը զգալիորեն ավելի ցածր է, քան հարևան երկրների ցուցանիշները, այդ թվում նաև՝ ԵՄ և ԱՊՀ երկրների միջինների համեմատ: Այն գրեթե հավասարվել է եվրոպական զարգացած երկրների ցուցանիշին (Գծապատկեր 25):

Ըստ ԱՀԿ տվյալների՝ մայրական մահացության հաշվարկային ցուցանիշը Հայաստանում կազմում է 25/100 000: Այս ցուցանիշը գրեթե նույնն է, ինչպես Ռուսաստանինը, ավելի ցածր է ԱՊՀ մի շարք երկրների ցուցանիշների (Վրաստան 32, Ուզբեկիստան՝ 36, Ղրղստան՝ 76) համեմատությամբ, սակայն զգալի գերազանցում է Եվրոպական երկրների համանուն ցուցանիշի միջին մակարդակը (Եվրոպա՝ 15, ԵՄ՝ 11): Սակայն միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է վերևում, փոքր պոպուլյացիաներում մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշը բավական անկայուն է:

Գծապատկեր 25. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ

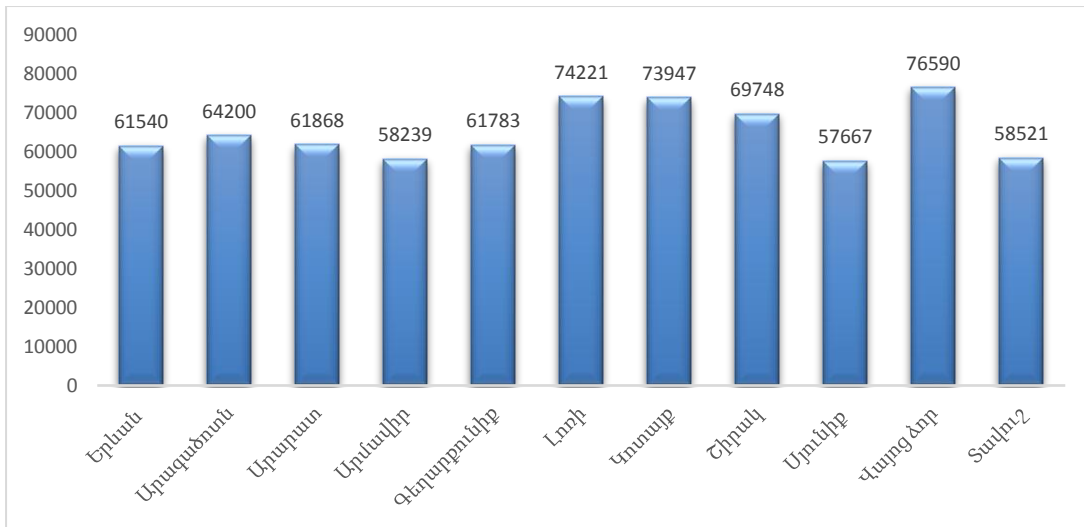


Աղբյուր՝ ՄԲ-ՏՀ, ԱՀԿ, 2019

Հիվանդությունների տարածվածության միտումները

ՀՀ բնակչության բոլոր պատճառներից հիվանդացության միտումներն ըստ մարզերի ներկայացված է Գծապատկեր 26:

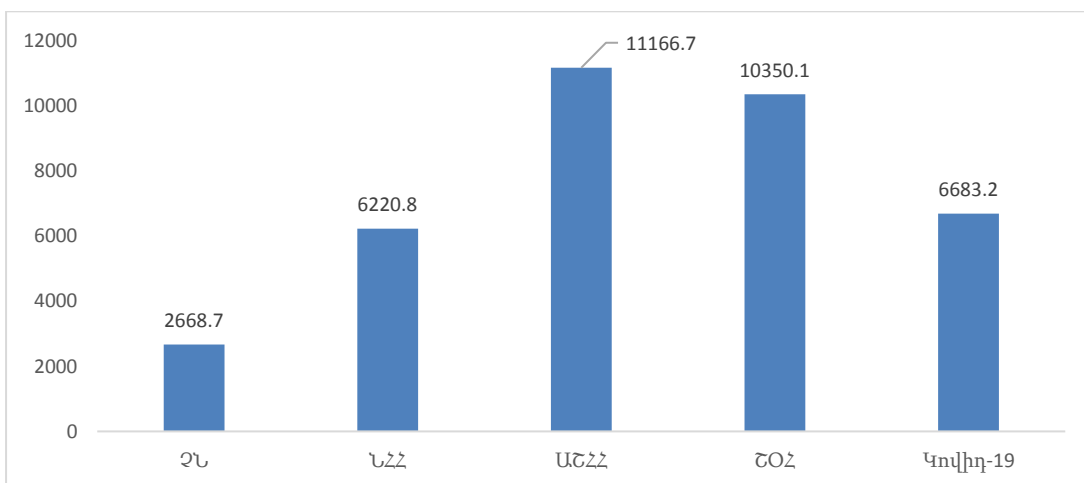
Գծապատկեր 26. ՀՀ 18 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունն բոլոր պատճառներից ըստ մարզերի (100 000 բնակչի), 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2021

Գծապատկեր 26-ում տվյալները ցույց են տալիս, որ 2020թ.-ին մեծահասակ 18 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացության ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Վայոց Ձորի, Լոռու և Կոտայքի մարզերում, իսկ ամենացածրը՝ Սյունիքի մարզում:

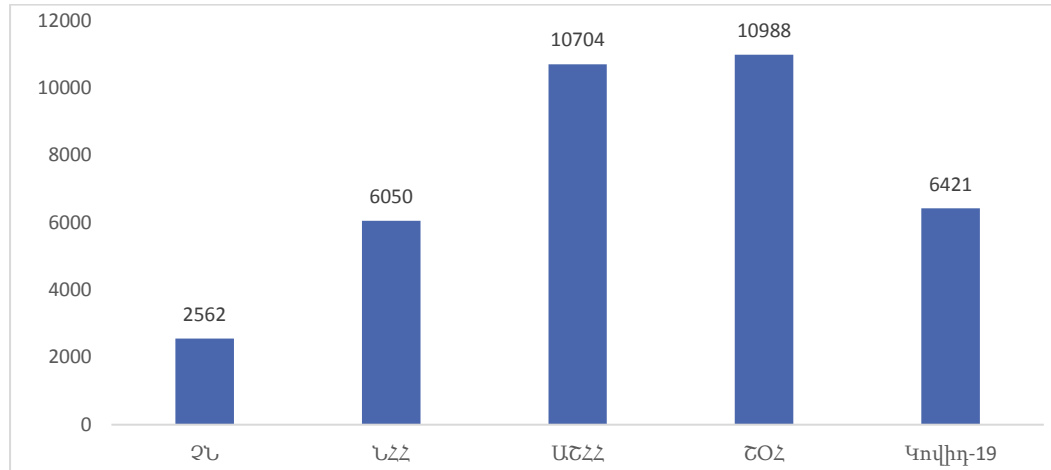
Գծապատկեր 27. ՀՀ 18 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ առավել տարածված հիվանդությունների, (100 000 բնակչի) հաշվով, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2021

18 տարեկան և բարձր բնակչության շրջանում առավել տարածված 5 հիվանդությունների շարքում, առաջատար դիրք է զբաղեցնում ԱՇՀՀ-ը (11166.7), որոնց հաջորդում են ՇՕՀ-ը՝ 10350.1, Կովիդ-19-ը՝ 6683.2, ՆՀՀ-ի՝ 6220.8, և ՉՆ-ը՝ 2668.7 (Գծապատկեր 27):

Գծապատկեր 28. ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ առավել տարածված հիվանդությունների խմբերի, 100 000 բնակչի հաշվով, 2020

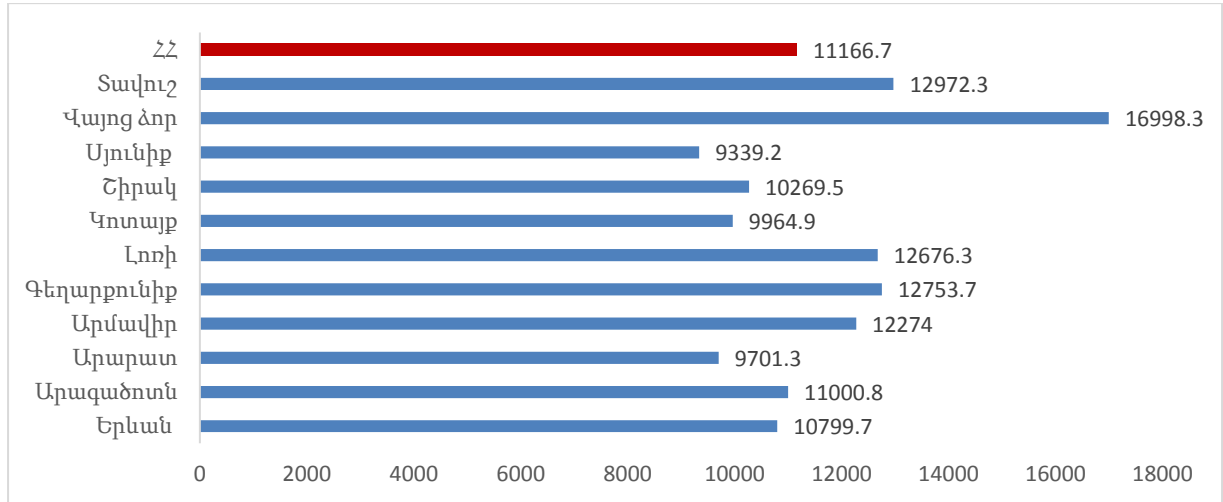


Աղբյուր՝ ԱՏԳԱԿ, 2021

Գծապատկեր 28-ում ներկայացված տվյալները փաստում են, որ 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում հիվանդացության ամենաբարձր ցուցանիշն՝ ըստ տարածված հիվանդությունների, գրանցվել է ԱՇՀՀ-ով և ՇՕՀ-ով: Նաև 2020թ-ին Կովիդ-19 համավարակով պայմանավորված երկրում ստեղծված իրավիճակը հանգեցրեց նրան, որ բնակչության շրջանում Կովիդ-19-ով հիվանդացությունը բավականին աճեց: Ցուցանիշները 100 000 բնակչի հաշվով՝

- ՇՕՀ-ով հիվանդացությունը՝ 10988
- ԱՇՀՀ-ով հիվանդացությունը՝ 10704
- Կովիդ-19-ով հիվանդացությունը՝ 6421
- ՆՀՀ-ով հիվանդացությունը՝ 6050
- ՉՆ-ով հիվանդացությունը՝ 2562

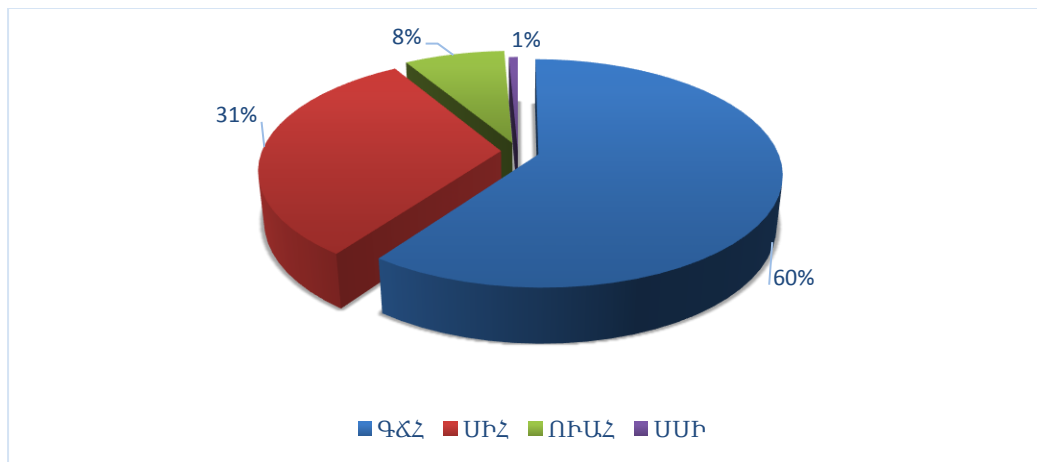
Գծապատկեր 29. ԱՇՀՀ-ի տարածվածությունը մեծահասակների շրջանում, ըստ մարզերի, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Գծապատկեր 29-ում ներկայացված է մեծահասակների շրջանում ԱՇՀՀ-ի տարածվածության ցուցանիշն ըստ մարզերի, որը զգալիորոն բարձր է Վայոց Ձորում, Տավուշում և Լոռիում, ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է Սյունիքում:

Գծապատկեր 30. ԱՇՀՀ-ի տարածվածությունն ըստ նոզոլոգիաների, 2020

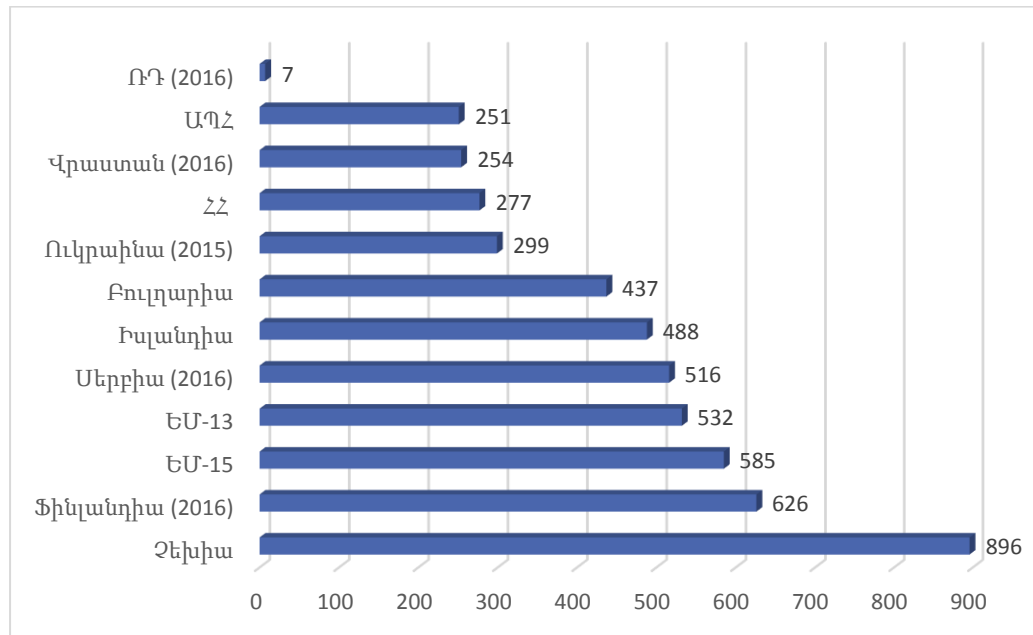


Գծապատկեր 30-ից երևում է, որ ԱՇՀՀ տարածվածության՝ ըստ նոզոլոգիաների, ամենաբարձր ցուցանիշը պայմանավորված է ԳՃՀ-ով՝ 60%, իսկ ամենացածրը՝ ՍՍԻ-ով՝ 1%, 31%-ը՝ ՄԻՀ-ով (մասնավորապես՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտով՝ 1% և կրկնակի ինֆարկտով), 8%-ը՝ ՈԻԱՀ-ով:

Հարկ է նշել, որ 2015թ.-ից մեկնարկել է «Պետության կողմից երաշխավորված սրտի կորոնար անոթների անհետաձգելի վիրահատություններ» (Stent for Life) ծրագիրը: Ծրագիրն ապահովել է «Սրտամկանի սուր ինֆարկտ ST-էլևացիայով» ախտորոշման

Ժամանակ ինֆարկտ-պատասխանատու կորոնար զարկերակի ոչ դեղապատ ստենտի տեղադրման ծառայությունների 26 մատչելիությունն ամբողջ բնակչության համար: 2018թ.-ից սրտի ստենտավորումը կատարվում է արդեն դեղապատ ստենտով: 2019թ.-ին մեկնարկել է նաև գլխուղեղի սուր իշեմիկ կաթվածների բուժման ծրագիրը, ծառայությունների կազմակերպման հիմքում պացիենտի մոտ «գլխուղեղի սուր և/կամ ենթասուր իշեմիկ կաթված» ախտորոշումն է: Այսինքն՝ պետական պատվերը գործում է գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածի կլինիկական նշանների ի հայտ գալու պահից 24 ժամվա ընթացքում՝ ներառյալ տեղափոխման ժամանակահատվածը, ինչպես նաև, եթե պացիենտը չունի թրոմբոլիտիկ բուժման և մեխանիկական թրոմբեկտոմիայի հակացուցումներ:

Գծապատկեր 31. ՉՆ-ով հիվանդացությունն ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության, 100 000 բնակչի հաշվով, 2015



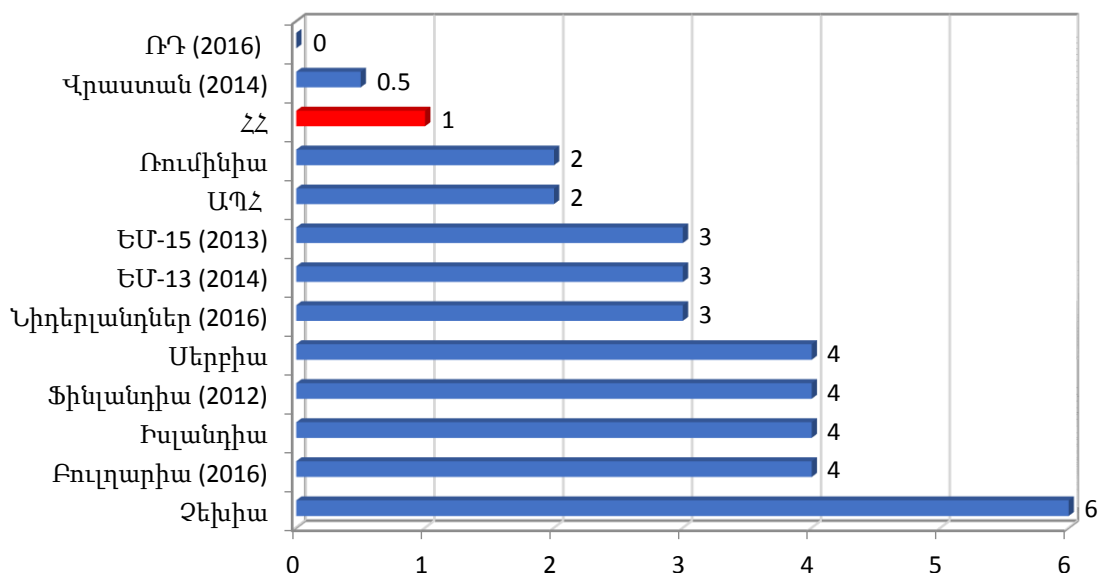
Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015 (տվյալները թարմացվել են 08.09.2021)

2015թ. -ին ԱՀԿ, ԱԲ-ԵՏՇ-ի վերջին հասանելի տվյալների համաձայն, ՀՀ բնակչության շրջանում ՉՆ-ով հիվանդացությունը (կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված/ նոր դեպքեր) ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության համեմատ ցածր է (277 դեպք 100 000 բնակչի հաշվով): ՉՆ հիվանդացության ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է Ռուսաստանի դաշնությունում՝ 7, իսկ ամենաբարձրը Չեխիայի հանրապետությունում՝ 896, սակայն, մահաբերության տվյալները վերլուծելիս տեսնում ենք, որ ՌԴ-ում գրանցվել է ՉՆ-ից մահացության համեմատաբար բարձր

ցուցանիշ, որը կարող է պայմանավորված լինել ՌԴ-ում՝ հիվանդացության ոչ հավաստի տվյալներով (Գծապատկեր 31):

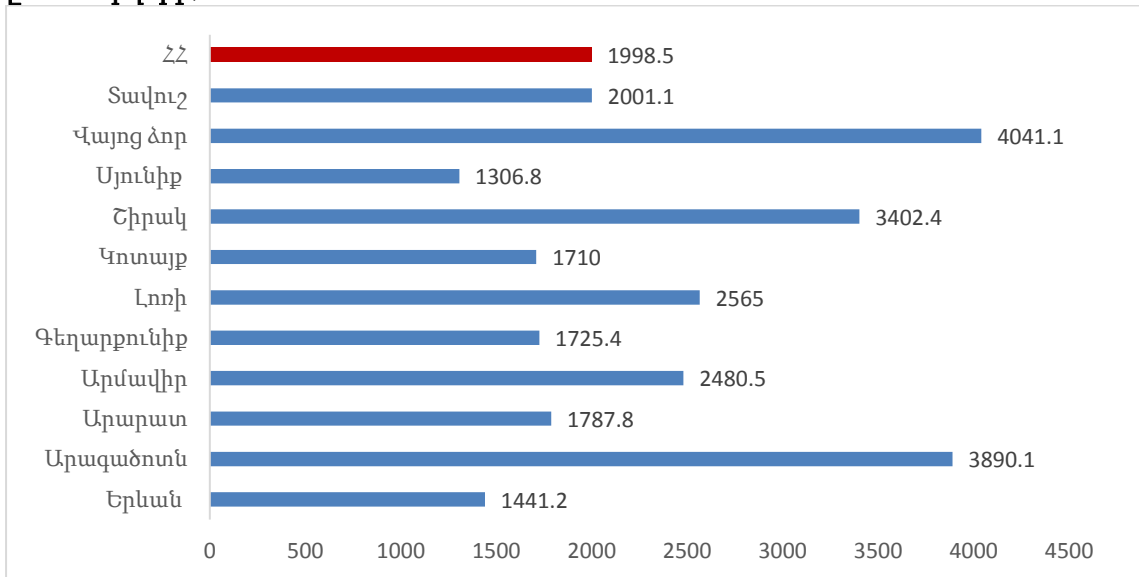
2015թ.-ին միջազգային տվյալների համաձայն, ՉՆ-ի տարածվածության (ինչպես նաև հիվանդացության) ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Չեխիայի հանրապետությունում (6%), իսկ ՀՀ-ում գրանցվել է համեմատաբար ցածր ցուցանիշ (1%):

Գծապատկեր 32. ՉՆ-ի տարածվածությունն ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության (%), 2015



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

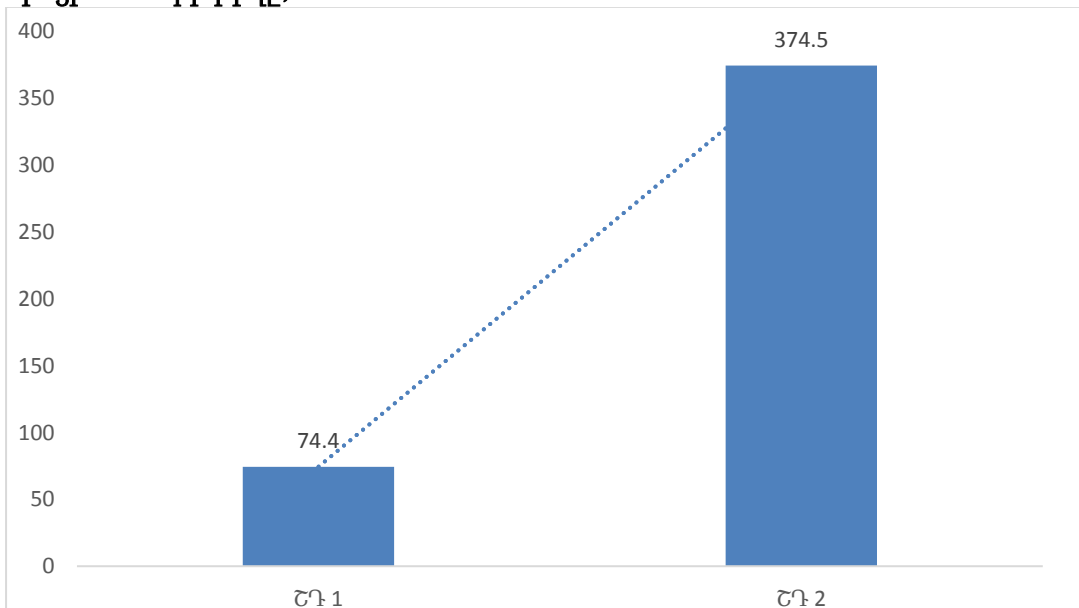
Գծապատկեր 33. Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ԱՇՀՀ-ով պացիենտների թիվը , ըստ մարզերի, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ԱՇՀՀ-ով հիվանդացությունը զգալիորեն բարձր է Վայոց ձորում, Արագածոտնում և Շիրակում, իսկ ամենացածրն է Սյունիքում (Գծապատկեր 33):

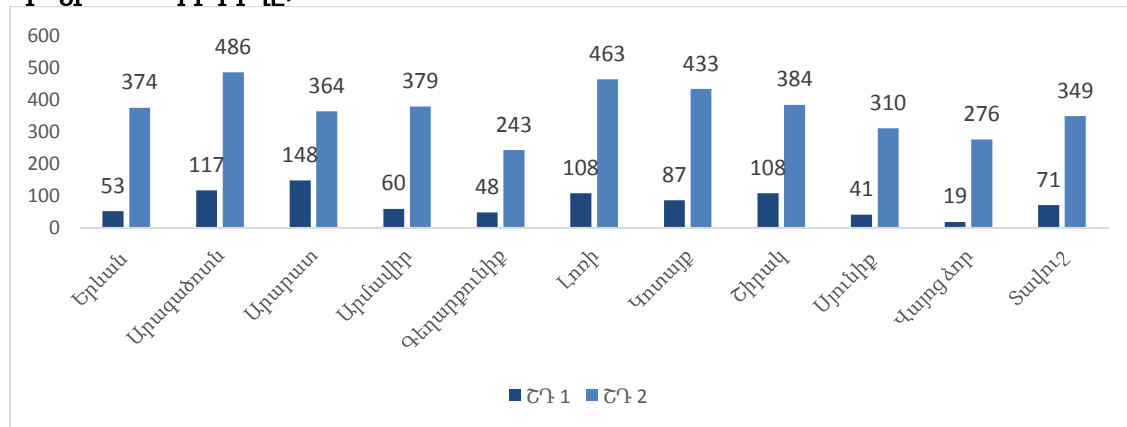
Գծապատկեր 34. ՀՀ բնակչության կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՇԴ-ով պացիենտների թիվը, 2020



Գծապատկեր 34-ում ներկայացված է ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՇԴ-ով (ըստ տիպերի) պացիենտների թիվը:

Ուսումնասիրությունը փաստում է, որ ՇԴ-2-ով հիվանդացությունը (374.5) ավելի բարձր է ՇԴ-1-ից (74,4): ՇԴ-2-ի բարձր ցուցանիշը պայմանավորված է ոչ միայն ժառանգականության գործոնով, այլև դրա ռիսկի գործոններով՝ ավելորդ քաշի և ֆիզիկական աշխատանքի բացակայությամբ, անառողջ սննդակարգով: 2019թ.-ի վիճակագրական տվյալների համաձայն՝ ՀՀ բնակչության շրջանում ՇԴ-ով ընդհանուր հիվանդացության թիվը կազմել է 96580 (3206,1 ըստ 100 000 բնակչի), կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդների թիվը՝ 10098 (340.9), մահվան դեպքերը՝ 524 (17.7):

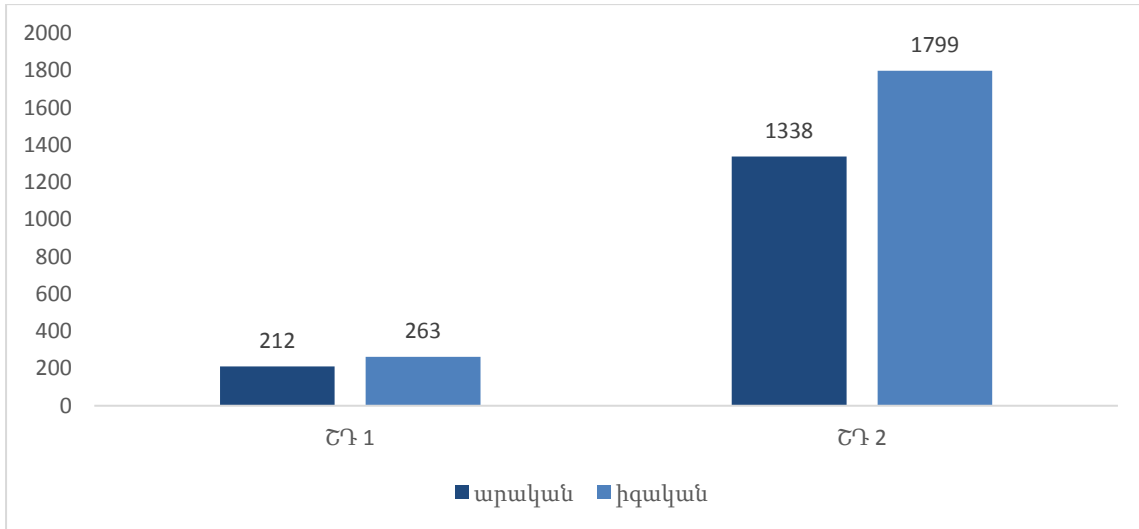
Գծապատկեր 35. ՀՀ մարզերում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՇԴ-ով պացիենտների թիվը, 2020



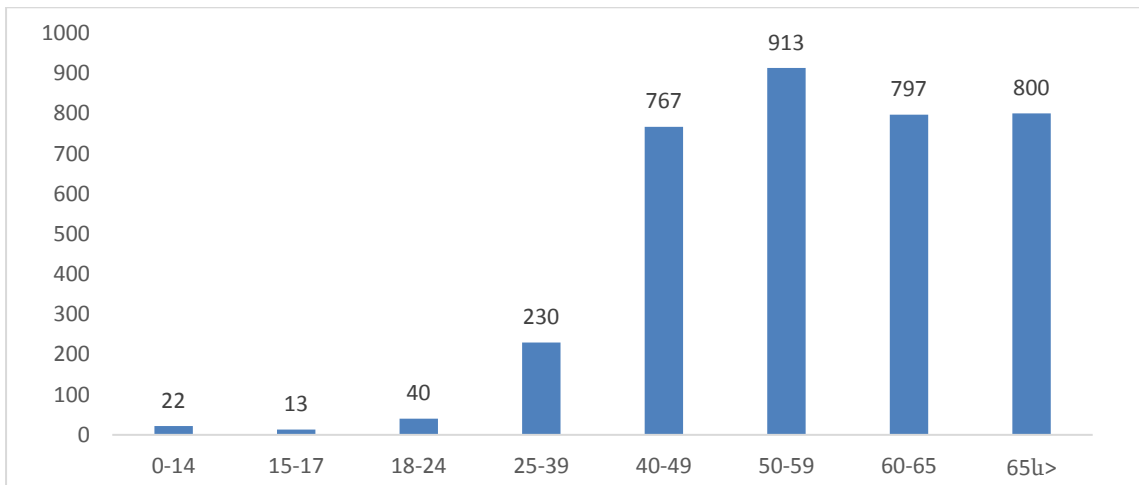
2020թ.-ի տվյալների վերլուծությունից պարզ է դառնում, որ ՇԴ-ով հիվանդացության ամենաբարձր ցուցանիշը (ըստ տեսակների) գրանցվել է Արագածոտնում, Լոռու և Կոտայքի մարզերում, իսկ ամենացածրը՝ Գեղարքունիքում (Գծապատկեր 35):

Ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ ՀՀ բնակչության շրջանում ՇԴ-2-ով հիվանդացության ցուցանիշը (1799՝ կին, 1338՝ տղամարդ) 5 անգամ գերազանցում է ՇԴ-1-ի հիվանդացության ցուցանիշին (263՝ կին, 212՝ տղամարդ), ընդ որում, պացիենտների գերակշռող մասը կազմում են կանայք (Գծապատկեր 36):

Գծապատկեր 36. ՀՀ բնակչության կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՇՆ-1 և ՇՆ-2-ով պացիենտների բաշխվածությունն ըստ սեռի, 2020

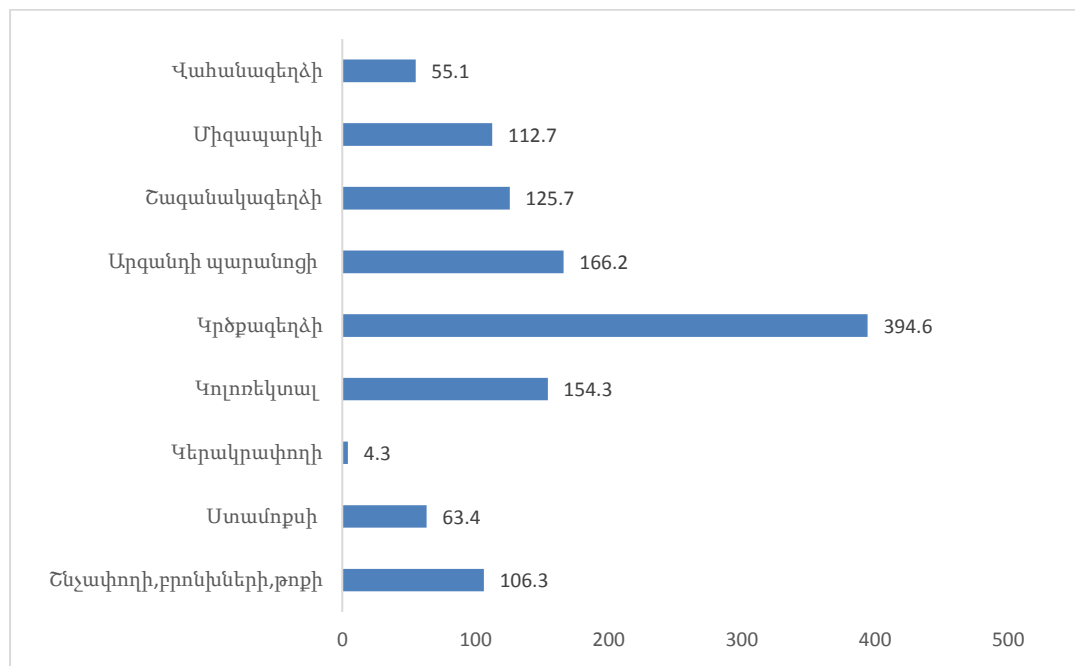


Գծապատկեր 37. ՀՀ բնակչության կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՇՆ-ով պացիենտներն ըստ տարիքային բաշխվածության



Տվյալների վերլուծությունից պարզ է դառնում, որ ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՇՆ-ով պացիենտների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է 50-59 տարիքային խմբում (Գծապատկեր 37):

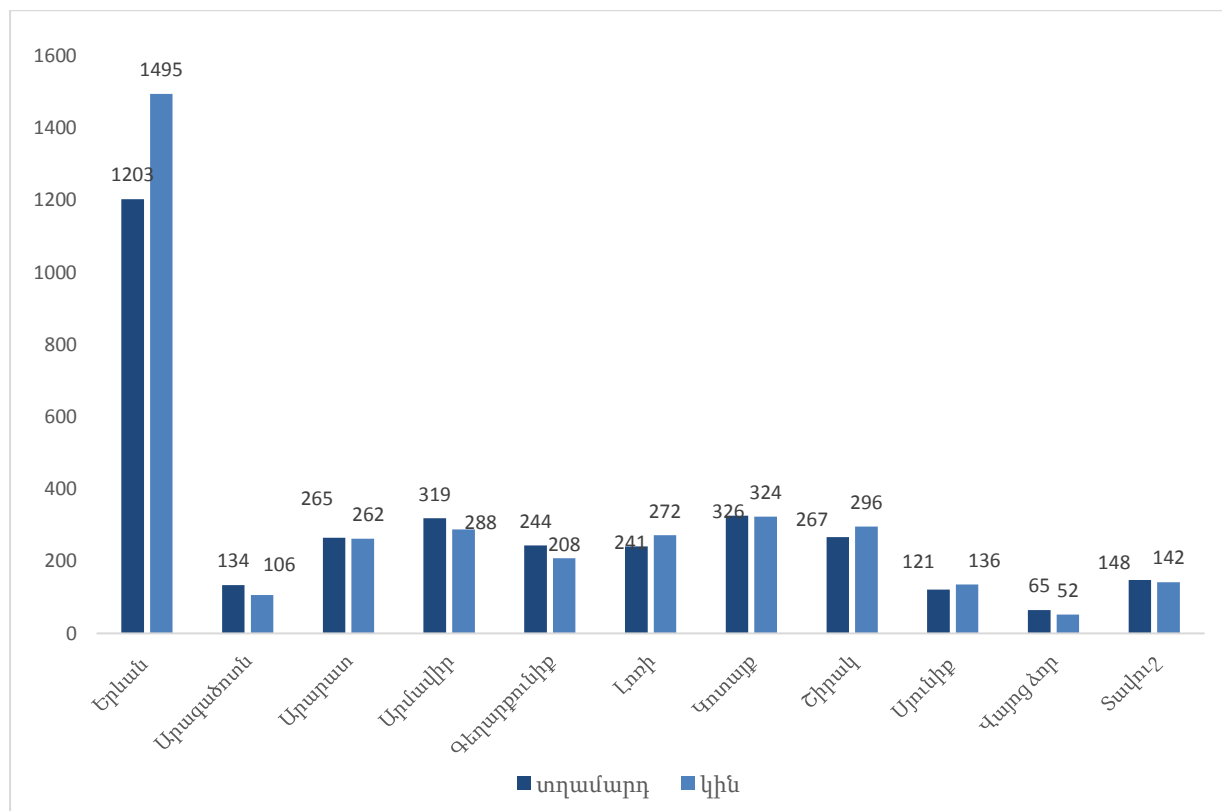
Գծապատկեր 38. ՀՀ բնակչության շրջանում ՉՆ-ով պացիենտների թիվն ըստ առավել տարածված հիվանդությունների, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Վերջին տարիների ընթացքում և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց շրջանում զգալիորեն աճել է ստամոքսի և հաստ աղու քաղցկեղով հիվանդացությունը, որը կարող է պայմանավորված լինել նստակյաց ապրելակերպով և անատոջ սննդակարգով: ՀՀ բնակչության շրջանում, ըստ առավել տարածված ՉՆ-ի (վախանաձև գեղձի, միզապարկի, շագանակագեղձի, արգանդի պարանոցի, կրծքագեղձի, կոլոռեկտալ, կերակրափողի, ստամոքսի, շնչափողի, բրոնխների, թոքերի) ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է կրծքագեղձի քաղցկեղից՝ 394.6, իսկ ամենացածրը՝ կերակրափողի՝ 4.3 (Գծապատկեր 38):

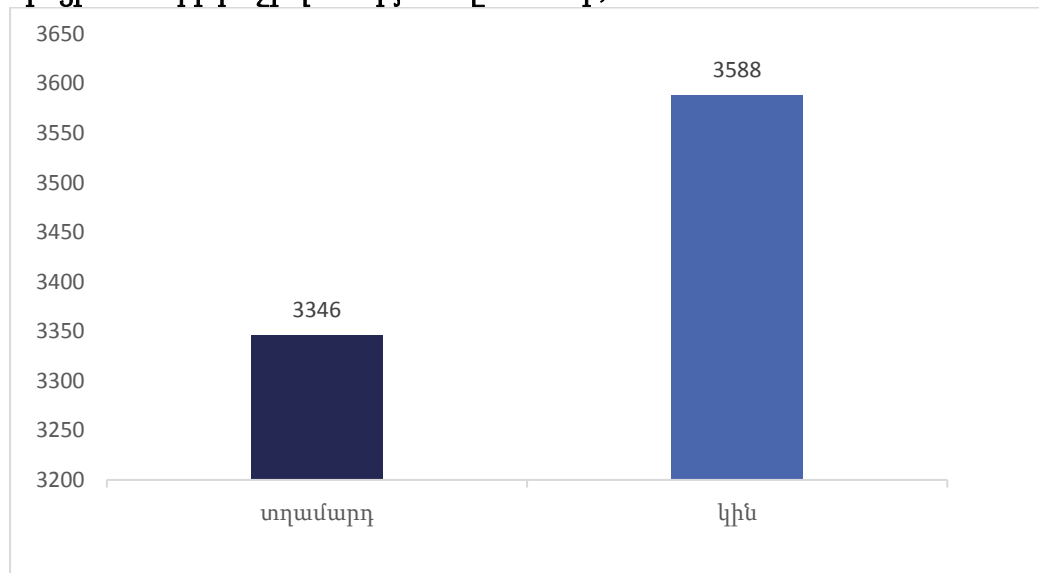
Գծապատկեր 39. ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՉՆ-ով պացիենտների բաշխվածությունն ըստ սեռի, մարզային կտրվածքով, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՉՆ-ով պացիենտների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Երևանում՝ (կանանց շրջանում՝ 1495, տղամարդկանց շրջանում՝ 1203), իսկ ամենացածրը՝ Վայոց Ձորի մարզում (կանայք՝ 52, տղամարդիկ՝ 65) (Գծապատկեր 39):

Գծապատկեր 40. ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված ՉՆ-ով պացիենտների բաշխվածությունն ըստ սեռի, 2020

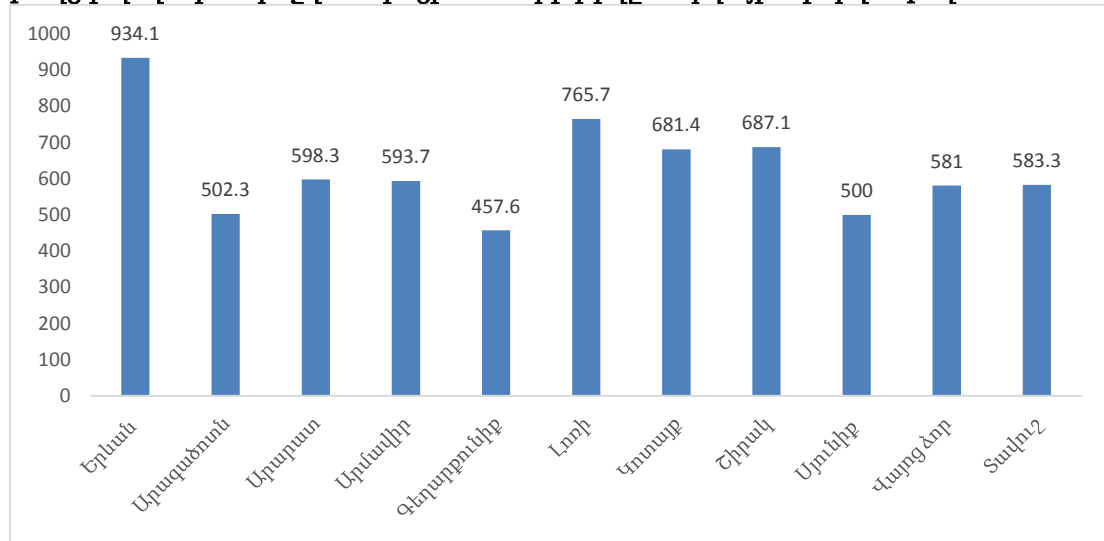


Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Համաձայն ապացուցողական բժշկության տվյալների՝ քաղցկեղների 40%-ը կանխարգելվող և բուժվող հիվանդություններ են, և դրանց շարքին են դասվում կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները (ԿՔ, ԱՊՔ): Այդ հիվանդությունները զարգանում են մոտավորապես 5-10 տարվա ընթացքում: Քաղցկեղների բուժման հավանականությունն աճում է՝ դրանց վաղ հայտնաբերման դեպքում:

Վերջին տասնամյակի ընթացքում ԿՔ և ԱՊՔ վերահսկման համապարփակ ծրագրերի շնորհիվ, աշխարհի մի շարք զարգացող երկրներում քաղցկեղի այս տեսակի նոր դեպքերի թիվն ու մահացությունն իջել են 60-80%:

Գծապատկեր 41 . ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղով ախտորոշված պացիենտների թիվը մարզային կտրվածքով, 2020

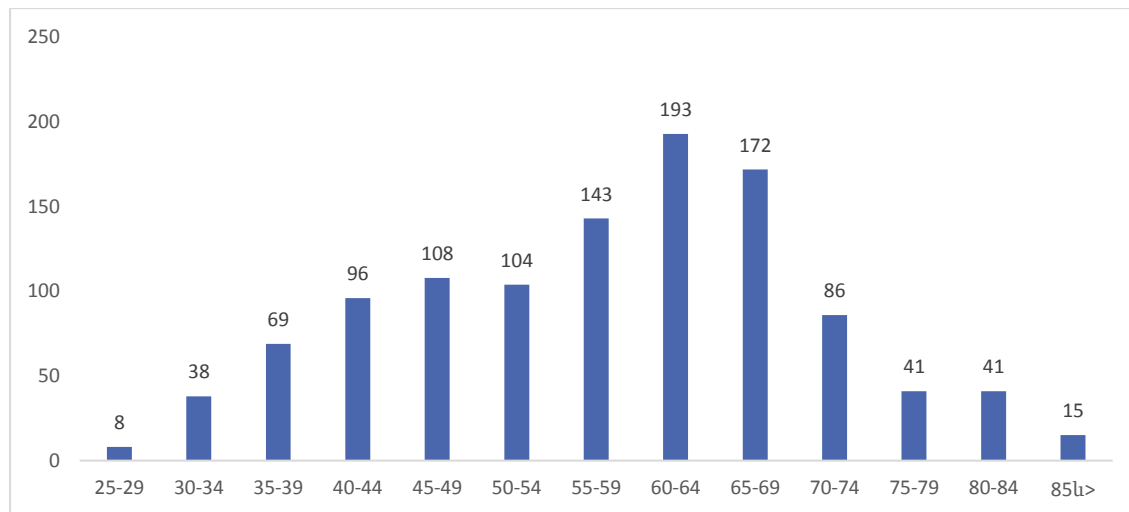


Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Պետք է ենթադրել, որ Հայաստանում առկա է կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման արդյունավետության բարձրացման նշանակալի պոտենցիալ, ինչը կապված է քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետ: Հետևաբար, քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումը կարող է որակապես բարելավել քաղցկեղի բուժման արդյունավետությունը՝ միաժամանակ զգալիորեն կրճատելով անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցները: ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղով ախտորոշված պացիենտների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Երևանում՝ 934.1 (100 000 բնակչի հաշվով), իսկ ամենցածրը՝ Գեղարքունիքի մարզում՝ 457.6:

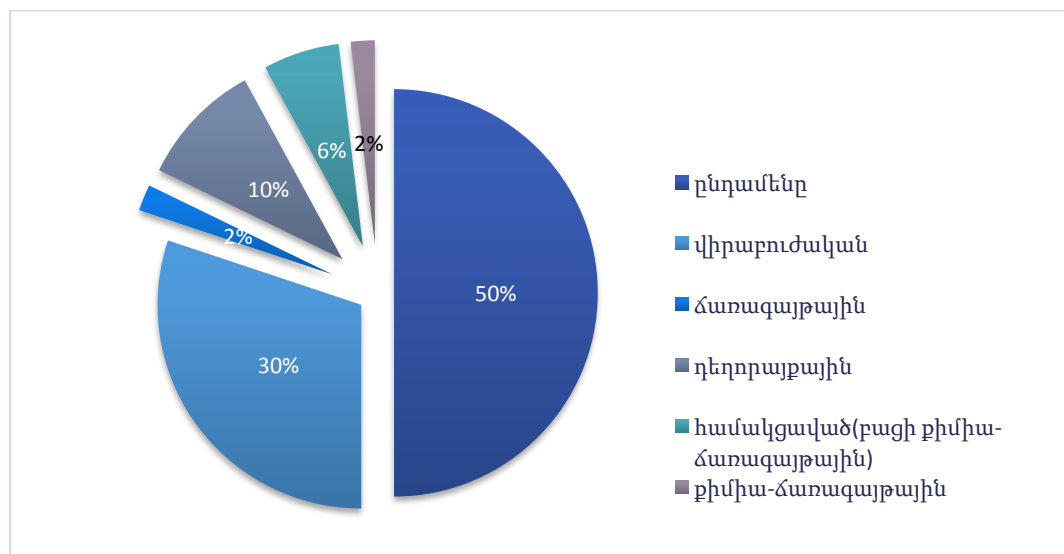
Կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները կանանց ԶՆ-ի շարքում գրավում են առաջին և երկրորդ տեղերը: Այդ հիվանդություններն առավել հաճախ հանդիպում են 35-55 տարեկան կանանց մոտ: 2020թ. տվյալները փաստում են, որ կյանքում առաջին անգամ «կրծքագեղձի քաղցկեղ» ախտորոշմամբ կանանց գերակշռող մասը կազմում են 60-64 տարեկան պացիենտները:

Գծապատկեր 42. ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղ ախտորոշմամբ պացիենտների տարիքային բաշխվածությունը, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Գծապատկեր 43. ՀՀ ՉՆ-ով բուժում ստացող պացիենտների թիվը, 2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

ՉՆ-ով հիվանդացությունը կտրուկ աճում է 35-ից բարձր տարիքային խմբերում և հասնում է գագաթնակետին 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում: ՀՀ ՉՆ-ով բուժում ստացող պացիենտների բնդամենը 50%-ից 30%-ը ստանում է վիրաբուժական միջամտություն, իսկ 2%-ը ճառագայթային և քիմիա-ճառագայթային բուժում:

Ռիսկի գործոնների տարածվածության միտումները

ՌՎՀ-ով պայմանավորված հիվանդությունը, հաշմանդամությունը և վաղաժամ մահացությունը խոչընդոտում են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացումը: Ինչպես աշխարհի այլ երկրներում, Հայաստանում ևս ՌՎՀ-ը ավելացնում են առողջապահական ծախսերը, սոցիալական նպաստների և օգնության կարիքները և նվազեցնում են աշխատունակությունը:

ՌՎՀ-ից մահացության բեռը ՀՀ կազմում է մոտ 80% և ունի ամենամյա աճի միտում. ուստի ՌՎՀ բեռի նվազեցումն առողջապահության նախարարության գերակա խնդիրներից է: ՌՎՀ-ի կանխարգելումը և դրանց դեմ պայքարը պահանջում են համակարգված մոտեցում և կանոնակարգում տարբեր ոլորտներում՝ ներառելով բոլոր մակարդակներում միջգերատեսչական համագործակցություն՝ ուղղված ՌՎՀ-ի զարգացմանը նպաստող ՌԳ-ի տարածվածության նվազեցմանը:

ՀՀ կառավարությունն ընդունել է ՌՎՀ-ի վերաբերյալ մի շարք քաղաքականություններ, ռազմավարություններ և օրենսդրական ակտեր, այդ թվում՝ «Առավել բարձր մահացության բերող երեք հիվանդության՝ արյան շրջանառության համակարգի (սրտանոթային հիվանդություններ), չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի 2012-2018թթ. ազգային ռազմավարական ծրագրերը և միջոցառումների ցանկը», «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) դեմ պայքարի 2016-2020թթ. ռազմավարական ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը», «Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրերը», «Ծխելու դեմ պայքարի ռազմավարությունը և 2017-2020թթ. միջոցառումների ծրագիրը» և ՄԱԿ-ի Զարգացման աջակցության ծրագրով ՌՎՀ-ի կանխարգելումն ու հսկողությունը նույնպես հանդիսանում է գերակա նպատակներից մեկը:

ՌՎՀ-ներից առաջացած տնտեսական բեռի վերլուծությունը փաստում է, որ Հայաստանում առավել տարածված 4 հիվանդությունների բուժմանն ուղղված պետական ծախսերը կազմում են 55,6 մլրդ դրամ: Կորցրած աշխատունակության արդյունքում առաջացած անուղղակի լրացուցիչ ծախսերը ավելի քան չորս անգամ գերազանցում են պետության կողմից նախատեսված ծախսերը՝ կազմելով 294,9 մլրդ դրամ: ՀՀ տնտեսության վնասն այս պահի դրությամբ տարեկան կազմում է 362,7 մլրդ դրամ, որը համարժեք է 2017թ-ին երկրի տարեկան համախառն ներքին արդյունքի 6,5%-ին:

ՈՎՀ-ների ամենամյա աճը ակնհայտորեն պայմանավորված է բնակչության շրջանում այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բարձր տարածվածությամբ:

ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող ՌԳ տարածվածություն

Ծխախոտի օգտագործում

2016-2017 թթ ԱՀԿ STEP մեթոդաբանությամբ իրականացված հետազոտության (STEPS) տվյալները վկայում են, որ ներկայումս ծխում է ՀՀ 18-69 տարեկան բնակչության 28%-ը, որոնցից գրեթե բոլորն էլ ծխախոտ օգտագործում են ամեն օր (ԱՀԿ 2017d): Ներկայումս ծխում են չափահաս տղամարդկանց կեսից մի փոքր ավելին (52%), իսկ կանանց՝ միայն 2%-ը: Ծխելը շարունակում է լուրջ խնդիր հանդիսանալ Հայաստանի համար, թեև 2012թ-ից հետո երկու սեռերի դեպքում էլ ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը որոշակի անկում է ունեցել (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ): Անծուխ ծխախոտի օգտագործման տարածվածության ցուցանիշը ցածր է (անցկացված հետազոտությունը փաստում է, որ Հայաստանում հղի կանանց ավելի քան 70%-ը ամեն օր ենթարկվում է երկրորդային ծխի ազդեցությանը (Ռիիս և ուրիշներ, 2018թ): Հիմք ընդունելով Հայաստանում չափահաս ծխողների թվաքանակը՝ (2017թ-ին կազմել է 591 000) ԱՀԿ-ը գնահատել է, որ ավելի խիստ քաղաքականություն չկիրառելու դեպքում նրանց կեսից ավելին կմահանան վաղաժամ տարիքում:

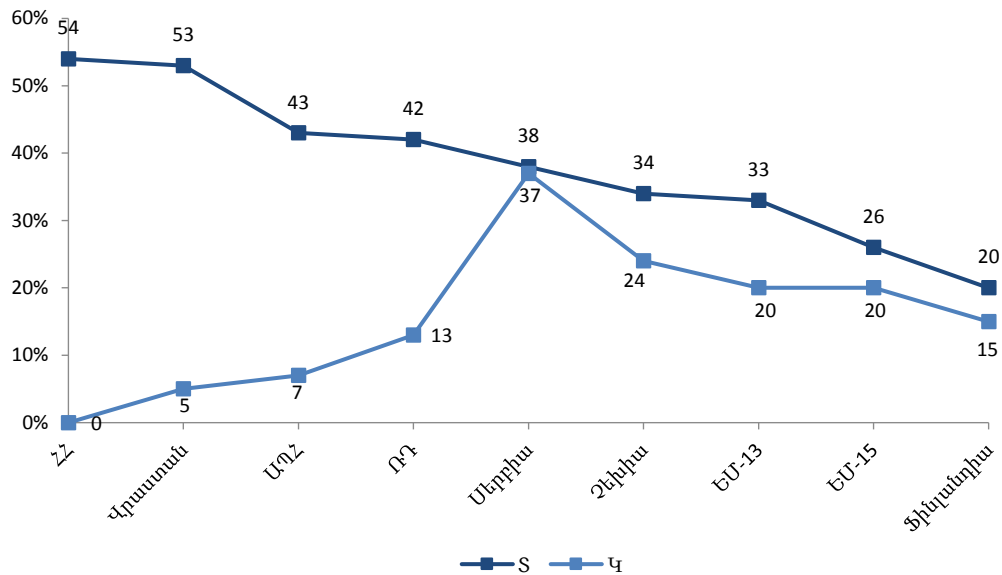
Ըստ 2017/2018 թթ կատարված ԴԵԱՎ հետազոտությանը, երբևիցե կյանքում ծխախոտ են օգտագործել 11 տարեկան աղջիկների 1%, տղաների 5%: 15 տարեկանում այդ թիվը զգալիորեն ավելանում է տղաների շրջանում, հասնելով 21%: Կանեփը երբևիցե օգտագործել է 15 տարեկան աղջիկների 2% և տղաների 12%:

Կանխատեսումների համաձայն՝ ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված վաղաժամ մահվան դեպքերը կկազմեն 295 500 (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017):

Համաձայն ապացուցողական բժշկական տվյալների, ծխախոտի օգտագործումն ակնհայտորեն նպաստում է շնչափողի, բրոնխների և թոքերի չարորակ նորագոյացությունների զարգացմանը: 2020թ.-ին տղամարդկանց մոտ գրանցվել է թոքի ԶՆ 779 նոր դեպք, որոնցից 641-ը տղամարդկանց, իսկ 138-ը կանանց մոտ:

Ընդնահուր հիվանդացությունը կազմել է 3150 դեպք (106.3100 000 բնակչի հաշվով), իսկ մահացությունը՝ 1250 դեպք, որոնցից՝ 971 տղամարդիկ և 279 կանայք:

Գծապատկեր 44. Ծխախոտի օգտագործման տարիքային ստանդարտացված տարածվածություն, 15 և բարձր տարիքի կանանց և տղամարդկանց շրջանում, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության, 2018



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

Ալկոհոլի օգտագործում

Ալկոհոլը հանդիսանում է կախվածություն առաջացնող հոգեակտիվ նյութ, որը հարյուրամյակներ շարունակ լայնորեն կիրառվում է բազմաթիվ մշակույթներում: Ըստ ՀՎԿԱԿ տվյալների, ամբողջ աշխարհում ալկոհոլային խմիչքների չարաշահման հետևանքով տարեկան գրանցվում են 3.3 մլն մահվան դեպքեր, որը կազմում է բոլոր մահերի 5.9%-ը: 20-39 տարիքային խմբի մահվան դեպքերի 25%-ը պայմանավորված է ալկոհոլի օգտագործմամբ: Գոյություն ունի պատճառահետևանքային կապ ալկոհոլի չարաշահման և մի շարք վարքագծային և հոգեկան խանգարումների, ինչպես նաև այլ, ոչ վարակիչ հիվանդությունների և վնասվածքների միջև:

Ալկոհոլի օգտագործման վերաբերյալ նախկինում իրականացված հետազոտությունների տվյալները փաստում են ալկոհոլ օգտագործողների մասնաբաժնի ավելացման մասին: Համաձայն ԱՀԳԳ հետազոտությունների տվյալների, 2012թ-ի համեմատ 2016թ.-ին տղամարդկանց շրջանում օրական 20

գրամից ավել սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործողների մասնաբաժինն աճել է 1.5 անգամ՝ 11.2%-ից հասնելով 16.3%: Ըստ STEPS հետազոտության տվյալների, տարիքի աճմանը զուգընթաց, աճում է նաև ալկոհոլի օգտագործման հաճախականությունը՝ 45-69 տարիքային խմբում ալկոհոլի օգտագործման հաճախականությունն ավելի բարձր է՝ 18-44-ի համեմատ:

Աղյուսակ 6. Ալկոհոլային խմիչքներ օգտագործողների (վերջին 30 օրերում) մասնաբաժինն ըստ մակարդակների

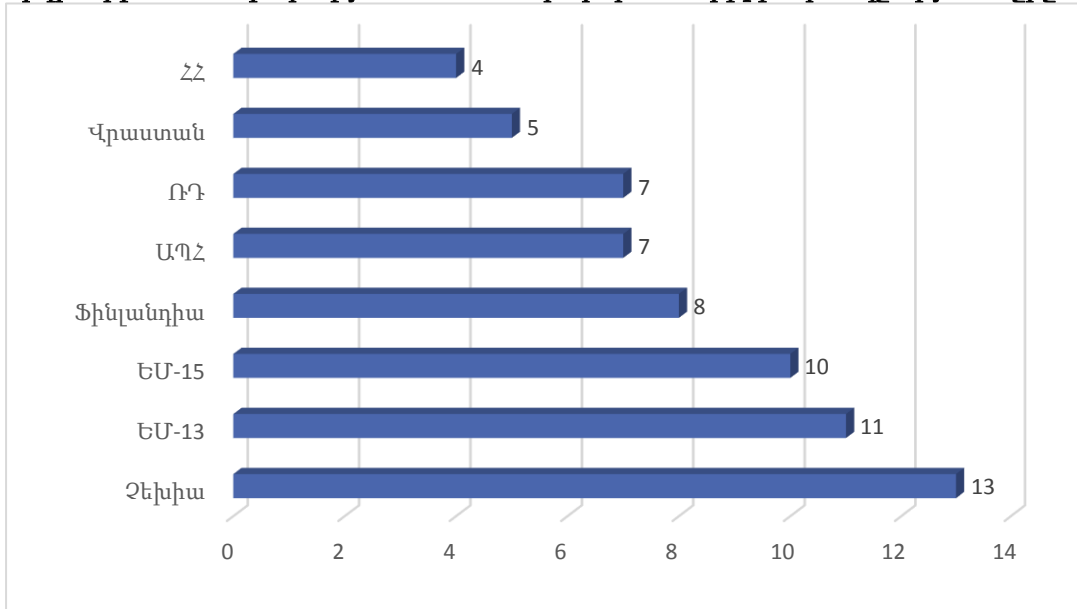
Տարիքային խումբ	բարձր (≥ 60 g) (%)	միջին (40-60g) (%)	ցածր (< 40 g) (%)
18-44	12.2	27.2	60.6
45-69	7.9	19.8	72.3
18-69	10.5	24.3	65.2

Աղբյուր՝ STEPS, 2016

Ալկոհոլային խմիչքների օգտագործման ռիսկը գնահատվել է ըստ վերջին 30 օրերի ընթացքում մեկ առիթով օգտագործած խմիչքների ստանդարտ չափաբաժնի քանակի: Արդյունքները ցույց են տալիս, որ վերջին 30 օրերի ընթացքում ալկոհոլային խմիչք օգտագործածների 65.2%-ը գտնվել է «ցածր» ռիսկային գոտում, այսինքն՝ քիչ է օգտագործել ալկոհոլային խմիչքներ (մեկ առիթի ընթացքում օգտագործում է մինչև 40գր մաքուր սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք), 24.3%-ը գտնվել է «միջին» ռիսկային գոտում (40-60 գր ալկոհոլ), իսկ 10.5%-ը՝ «բարձր» ռիսկային գոտում (≥ 60 գ):

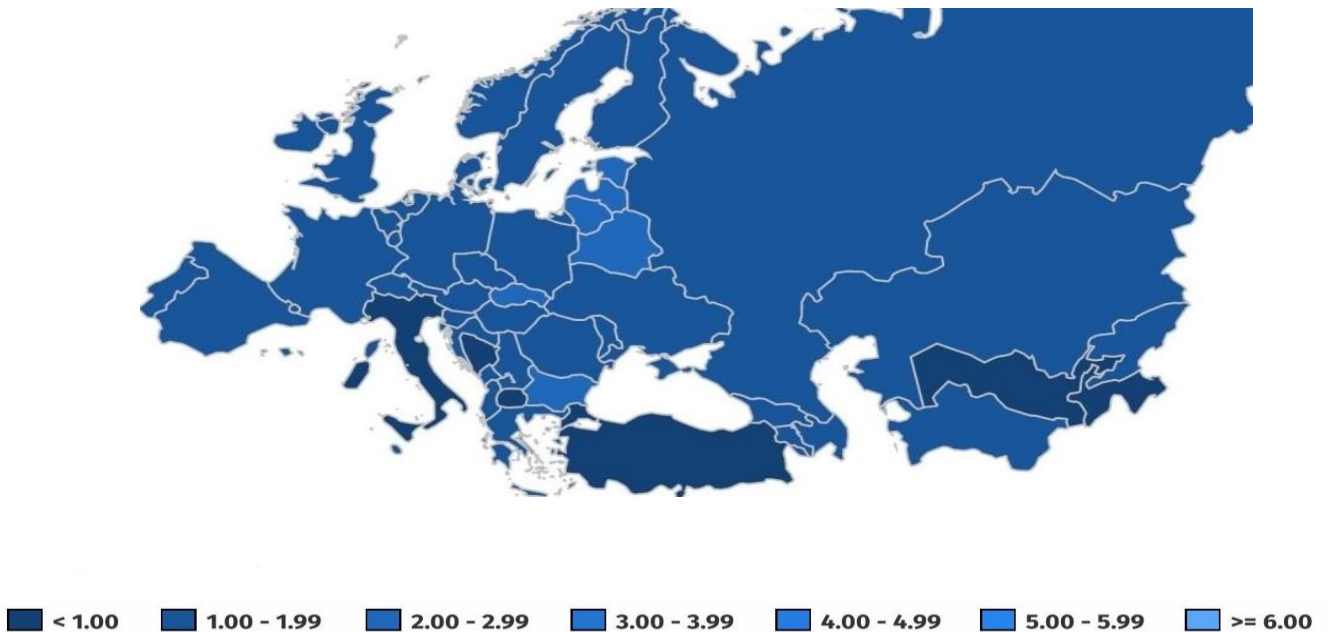
Ըստ ԱԲ-ԵՏՇ վերջին տվյալների, Չեխիայի հանրապետությունում, ԵՄ-13-ում, ՌԴ-ում և ՀՀ-ում, սպիրտային խմիչքների օգտագործման ցուցանիշը առավել բարձր է, քան ալկոհոլային խմիչքների օգտագործման ցուցանիշը: Հարկ է նշել, որ ալկոհոլային փսիխոդի տարածվածությունը կրկնօրինակում է ալկոհոլի օգտագործման կառուցվածքը:

Գծապատկեր 45. Ալկոհոլի օգտագործումն (լիտր/շունչ) ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության՝ 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում, 2018



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

Քարտեզ 46. Սալիդոլի օգտագործումն (լիտր/շունչ) ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության՝ 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում, 2018



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

Ճարպակալում

Ավելցուկային քաշը և ճարպակալումն անոմալ կուտակումներ են, որոնք կարող են վնաս հասցնել մարդու առողջությանը և նպաստել ԱՇՀՀ և ՇԴ զարգացմանը: ԱՀԿ տվյալների համաձայն, 1980թ.-ից ի վեր ճարպակալմամբ տառապող մարդկանց թիվը կրկնապատկվել է: Ավելի քան 1.9 միլիարդ չափահաս բնակչության մոտ առկա է ավելցուկային քաշ, իսկ նրանցից ավելի քան 600 միլիոնի մոտ՝ ճարպակալում: Համաձայն ապացուցողական բժշկության տվյալների, չափահասների մոտ մարմնի զանգվածի գործակիցը (ՄԶԳ) ուղիղ համեմատական է սրտանոթային և ընդհանուր մահացությանը, այսինքն այս երկու ցուցանիշների միջև կա ուղիղ կապ:

Ավելցուկային քաշի առկայության գնահատման համար կիրառվել է **մարմնի զանգվածի գործակիցը (ՄԶԳ)**՝ ամբողջական ինդեքս, որը սահմանվում է Քեթլիի բանաձևով՝ մարմնի քաշի և հասակի քառակուսիի քանորդով (մ²):

$$\text{ՄԶԳ} = \frac{\text{քաշ (կգ)}}{\text{հասակ}^2 (\text{մ}^2)}$$

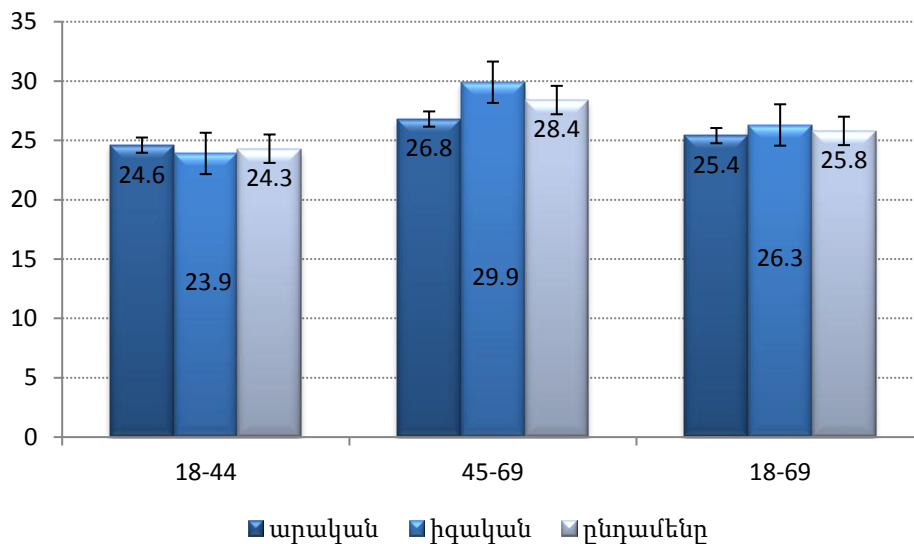
Մարմնի զանգվածի գործակցի դասակարգումը հետևյալն է.

- Թերքաշ՝ $\text{ՄԶԳ} \leq 18.5$
- Նորմալ քաշ՝ $18.5 \leq \text{ՄԶԳ} \leq 25.0$
- Ավելցուկային քաշ՝ $25.0 \leq \text{ՄԶԳ} \leq 30.0$
- Ճարպակալում՝ $30.0 \leq \text{ՄԶԳ}$

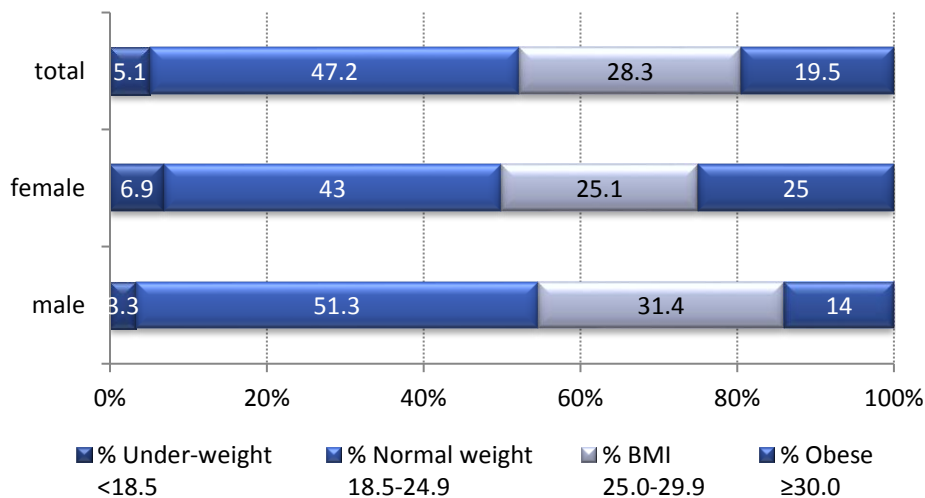
Ըստ STEPS ազգային հետազոտության տվյալների, ՀՀ-ում 2016թ. հարցվածների ՄՁԳ միջինը կազմել է 25.8 (ավելցուկ քաշ), ընդ որում 45-69 տարեկանների շրջանում այն կազմում է 28.4 (ավելցուկ քաշ), իսկ 18-44 տարեկանների մոտ՝ 24.3 (նորմալ քաշ):

Թերսնված է համարվում հարցվածների 5.1% (95% ՎԻ: 3.7-6.5), տղամարդկանց շրջանում այն կազմում է 3.3% (95% ՎԻ: 1.6-5.0), իսկ կանանց շրջանում 6.9% (95% ՎԻ: 4.9-8.9): Նորմալ քաշի դասակարգման տոկոսային հարաբերակցությունը կազմում է 47.2%(95% ՎԻ: 44.2-50.2, գծապատկեր 47)

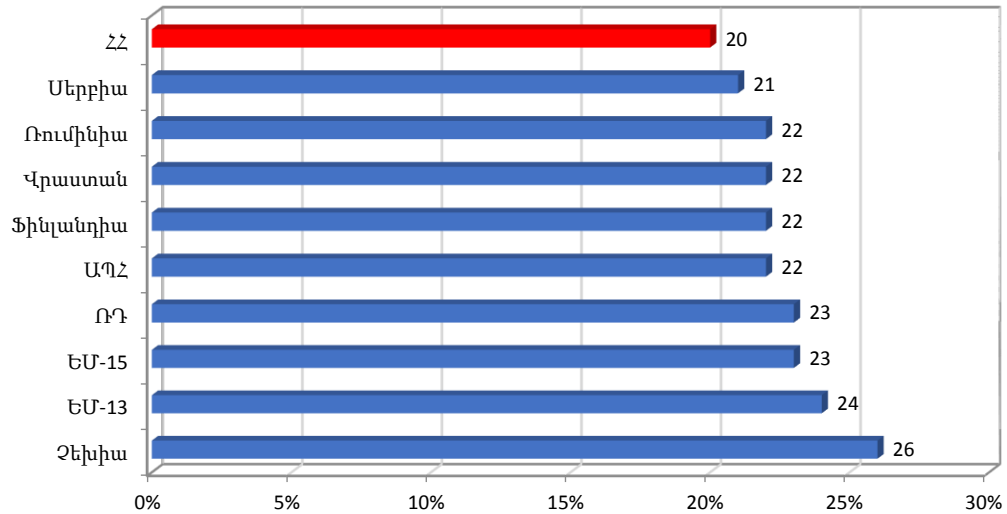
Գծապատկեր 47. ՄՁԳ միջինը ցուցանիշներն ըստ սեռատարիքային խմբերի (բացառությամբ հղիները)



Գծապատկեր 47.1 ՄՁԳ ըստ դասակարգման(բացառությամբ հղի կանայք):



Գծապատկեր 48. Ճարպակալման տարածվածությունն (ՄՁԳ= 30) ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության, 18 և բարձր տարիքային խմբերի շրջանում, 2016



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

ԱԲ-ԵՏՇ վերջին տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Ճարպերի և սպիտակուցների հասանելիության ցուցանիշների միջև մեծ տարբերություն չկա: Արդյունքում, Ճարպակալման տարածվածության ցուցանիշը ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության միջև ևս չի տատանվում: Ճարպակալման ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է ՀՀ-ում՝ 20%, իսկ ամենաբարձրը Չեխիայի հանրապետությունում՝ 26%:

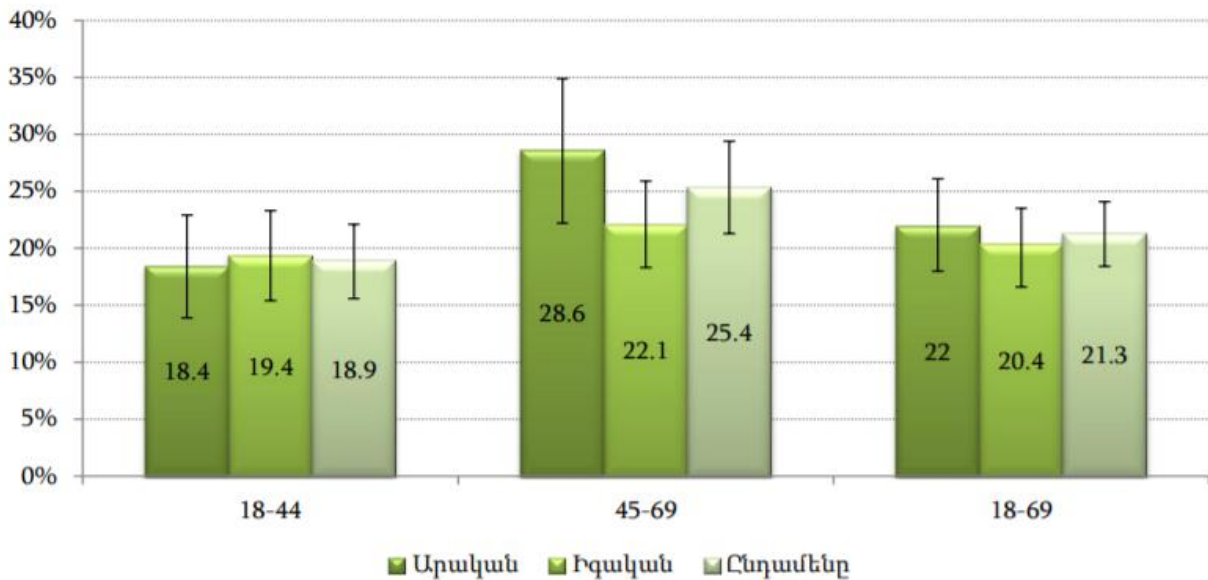
Ֆիզիկական ակտիվություն

Ֆիզիկական ակտիվությունը կարևոր դեր ունի մարդու կյանքում և օգնում է արդյունավետ և մատչելի ձևով խուսափել տարբեր հիվանդություններից: Այդուամենայնիվ, շատ քչերն են կարևորում և կանոնավոր զբաղվում ֆիզիկական ակտիվությամբ: Ներկայումս ֆիզիկական թերակտիվությունը զգալիորեն տարածված է դեռահասների շրջանում և պայմանավորված է նրանց ապրելաոճով:

Ըստ ԱՀԳԳ տվյալների, 2016թ.-ին ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչության ընդհանուր թիվը կազմել է 13.9%, որն աճել է 2012թ.-ի ցուցանիշի համեմատ (11.3%): Ըստ տարիքային խմբերի, ֆիզիկական թերակտիվության ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է 15-19 տարիքային խմբում: Ֆիզիկական թերակտիվության ցուցանիշն

աճում է տարիքի աճին զուգահեռ, տատանվելով 11.5 – 13.5% միջակայքում (20-34, 35-49 և 50-64 տարիքային խմբերում), իսկ 65 և բարձր տարիքային խմբում այն կազմում է 29%: Կանանց շրջանում ֆիզիկական թերակտիվության մակարդակը մի փոքր ավելի բարձր է (15%), քան տղամարդկանց շրջանում (12.6%):

Գծապատկեր 49. Հարցվածների մասնաբաժինը, ովքեր չեն համապատասխանում ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված «Ֆիզիկական ակտիվություն» չափորոշիչներին (հարցվողը շաբաթվա ընթացքում կատարում է 150 րոպե կամ քիչ միջին ծանրության աշխատանք կամ դրան համարժեք ֆիզիկական բարձր ակտիվության աշխատանք), ըստ սեռատարիքային խմբերի (%)

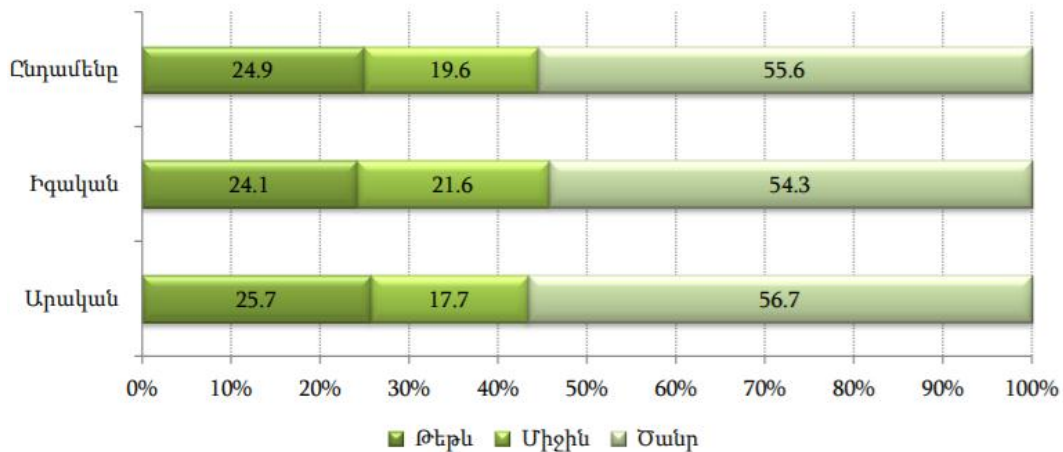


Աղբյուր՝ STEPS ազգային հետազոտություն

Գծապատկեր 49-ում ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ ՀՀ-ում, բնակչության 21.3%-ը շաբաթվա ընթացքում կատարում է 150 րոպե կամ ավելի քիչ միջին ակտիվության աշխատանք, ինչը չի համապատասխանում ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված «Ֆիզիկական ակտիվություն» չափանիշներին: Վերոհիշյալ ցուցանիշի դիտարկումն ըստ սեռատարիքային խմբերի, ակնհայտորեն ցույց է տալիս, որ 45-69 տարիքային խմբում թերակտիվության ցուցանիշն ավելի բարձր է, առանձնապես տղամարդկանց շրջանում:

Հետազոտության շրջանակներում ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ տվյալները գրանցվել և ուսումնասիրվել են հանգստի ժամանակ, տանը կամ աշխատանքի վայրում, ըստ կատարված ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակի՝ օրական կտրվածքով:

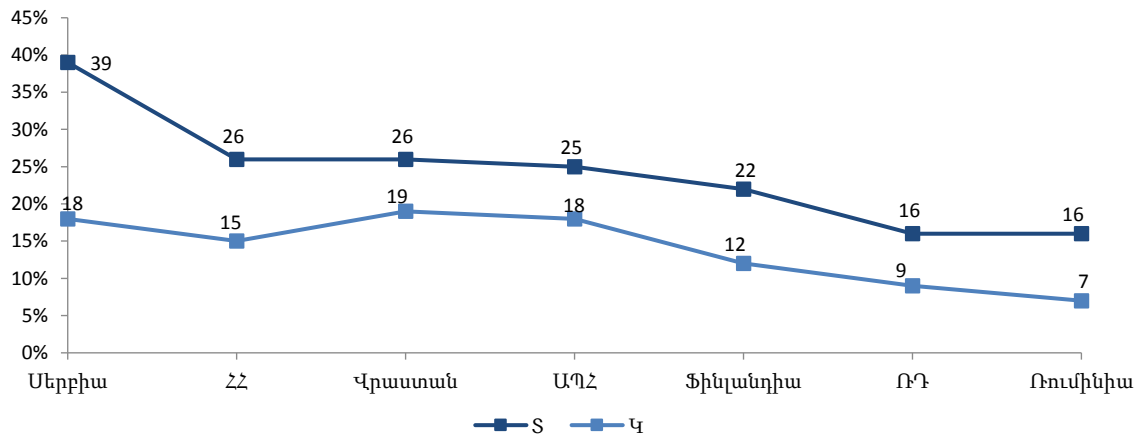
Գծապատկեր 50. Ընդհանուր ֆիզիկական ակտիվությունն ըստ սեռի, (%)



Աղբյուր՝ STEPS ազգային հետազոտություն

ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված ֆիզիկական ակտիվության դիտարկումն ըստ «ընդհանուր ֆիզիկական ակտիվություն» 3 դասակարգիչների (ծանր, միջին և թեթև) ցույց տվեց, որ մասնակիցների 55.6%-ը կատարում է ֆիզիկական ծանր աշխատանք, 19.6%-ը՝ միջին և 24.9%-ը՝ թեթև ֆիզիկական աշխատանք: Ընդ որում, ֆիզիկական ծանր և թեթև աշխատանք կատարող տղամարդկանց և կանանց ցուցանիշներն էականորեն չեն տարբերվում, իսկ միջին ծանրության աշխատանք կատարող կանանց ցուցանիշն ավելի բարձր է:

Գծապատկեր 51. 15 տարեկան երիտասարդների համամասնությունը, ովքեր զեկուցում են օրական առնվազն մեկ ժամ միջին ծանրության ֆիզիկական ակտիվության մասին, 2018



Աղբյուր՝ ՄԲ-ՏՀ, ԱՀԿ, 2015 (տվյալները թարմացվել են 08.09.2021)

Միջազգային տվյալների համաձայն, միջին ծանրության ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշը 15 տարեկան երիտասարդ տղամարդկանց շրջանում գրեթե 2 անգամ բարձր է կանանց համեմատ: Միջին ծանրության ֆիզիկական ակտիվության ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Սերբիայում՝ (39% տղամարդիկ, 18 % կանայք), որին հաջորդում է ՀՀ-ն՝ (26% տղամարդիկ 15% կանայք), իսկ ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է Ռումինիայում (16% տղամարդիկ, 7% կանայք):

3. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՄՊԱՌՈՒՄ

Առողջապահության համակարգն առավել արդյունավետ է, եթե հավասար պայմաններում, ռեսուրսների մակարդակին համապատասխան բնակչությանն է մատուցվում առավել արդյունավետ և որակյալ բուժօգնություն:

Համաձայն ԱՀԿ-ի սահմանումների, տարբերում են բուժօժանայությունների երեք տիպի մատչելիություն.

- **Ֆինանսական**, երբ սահմանափակվում է բուժօժանայությունից օգտվելու հնարավորությունը տնային տնտեսությունում ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով,
- **աշխարհագրական**, երբ սահմանափակվում է բուժօժանայությունից օգտվելու հնարավորությունը բուժօգնության հեռու գտնվելու կամ բացակայության պատճառով,
- **տեղեկատվական**, երբ սահմանափակվում է բուժօժանայությունից օգտվելու հնարավորությունը տեղեկատվության բացակայության, ինչպես նաև քաղաքացիների՝ իրենց իրավունքների մասին տեղեկացված չլինելու պատճառով:

Բնակչության բարեկեցության, կենսամակարդակի գնահատման կարևոր քանակական ցուցանիշ է համարվում տվյալ երկրում աղքատության մակարդակը: Աղքատությունն արտահայտվում է տարբեր ձևերով և շոշափում կյանքի տարբեր կողմերը՝ սպառում, պարենային անվտանգություն, առողջություն, կրթություն, իրավունքներ, ներառյալ ձայնի, անվտանգության, արժանապատվության և արժանապատիվ աշխատանքի իրավունքը: Ոչ նյութական աղքատության բնորոշիչներն են՝ վատ առողջությունը, կրթական ցածր մակարդակը կամ անգրագիտությունը, սոցիալական անտեսվածությունը կամ մերժվածությունը, անպաշտպանվածությունը, իրավունքների և խոսքի ազատության անկիրառելիությունը, այն է՝ գործնականում սեփական խնդիրների մասին հայտնելու

անկարողությունը: Ոչ նյութական աղքատության հաղթահարման հիմնական ուղղությունը կրթական, առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների մատչելիության բարելավումն է, այն է՝ անվճար ծառայությունների հասցեականության առավել հստակությունը և վճարովի ծառայություններից օգտվելու կարողությունների աճը:

2020թ.-ին Հայաստանի տնտեսությունը նախորդ տարվա նկատմամբ գրանցել է անկում 7.4%-ով: Սպառողական գների ինդեքսը 2019թ.-ի նկատմամբ աճել է 1.2 %-ով: 2020թ.-ին աղքատության մակարդակը գնահատվել է 27%, որը 0.6% տոկոսային կետով բարձր է նախորդ տարվա 26.4%-ից (հաշվարկված ըստ աղքատության միջին գծի):

Առողջ բնակչությունը ոչ միայն որոշիչ նախապայման է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման համար, այլև կարևոր նախադրյալ թե՛ տնային տնտեսությունների, թե՛ անհատների բարգավաճման համար: Համաձայն 2020թ.-ի ՏՏԿԱՀ-ի արդյունքների, առողջական վիճակի՝ սուբյեկտիվ գնահատականները բաշխվել են հետևյալ կերպ՝ շատ լավ, լավ, ոչ լավ, ոչ վատ գնահատականը ստացվել է 95.1% բնակչության կողմից, իսկ վատ և շատ վատ գնահատականը՝ 4.9%-ի կողմից: Երբ առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները դիտարկվում են ըստ աղքատության մակարդակի, ապա վատառողջ են ոչ աղքատների 4.6%-ը, աղքատների՝ 3.6%-ը և ծայրահեղ աղքատների՝ 13.2%-ը:

Բնակչության 50.6%-ը հիվանդանալու դեպքում խորհրդատվության համար դիմել է ընտանեկան բժշկի:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության իրավունք ունեցել է բնակչության միայն 19.0%-ը: Ըստ աղքատության մակարդակի՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության իրավունք ունեցել է ծայրահեղ աղքատների 1.3%-ը, աղքատների՝ 30%-ը և ոչ աղքատների՝ 68.7%-ը, իսկ բժշկական ապահովագրություն ունեցել է ծայրահեղ աղքատների 0.0%-ը, աղքատների՝ 13.2%-ը և ոչ աղքատների՝ 86.8%-ը:

Հետազոտված տնային տնտեսությունների ծախսերի մեջ դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ծախսերը կազմել են 5.4%: Դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ամսական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով կազմել են ընդամենը 2 543 դրամ:

2020թ. տարեսկզբի դրությամբ մշտական բնակչության 36.6 տոկոսը կենտրոնացված է եղել Երևան քաղաքում, իսկ ՀՀ Արարատի, ՀՀ Արմավիրի և ՀՀ Կոտայքի մարզերից յուրաքանչյուրում բնակվել է հանրապետության բնակչության 8.5%-8.9%, ՀՀ Լոռու, ՀՀ Գեղարքունիքի և ՀՀ Շիրակի մարզերում, համապատասխանաբար՝ 7.2%-7.8%, ՀՀ Արագածոտնի, ՀՀ Սյունիքի և ՀՀ Տավուշի մարզերից յուրաքանչյուրում՝ 4.1%-4.6%, իսկ 1.7%՝ ՀՀ Վայոց ձորի մարզում: Հանրապետության մշտական բնակչության 47.2 %-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 52.8%-ը՝ կանայք: Բուժհիմնարկների և, հատկապես, մասնագիտացված բուժհիմնարկների գերակշիռ մասը կենտրոնացված են Երևանում: Այդ տեսակետից իրավիճակը համեմատաբար ավելի բարվոք է Գյումրում և Վանաձորում: Հիվանդանոցային հիմնարկների նման տեղաբաշխման հետևանքով Երևանում են գտնվում նաև բժիշկների, այդ թվում նաև որակյալ բժիշկների մեծ մասը: Բուժօգնության ֆիզիկական մատչելիության սահմանափակման գործոն է նաև Հայաստանի բնակչության շրջանում տարածված այն մտայնությունը, որ մարզային հիվանդանոցներում բուժօգնության որակն ավելի ցածր է, քան Երևանում, որի հետևանքով հիվանդանոցային բուժօգնության կարիք ունեցող բնակչության մի մասն այն ստանալու համար դիմում է ք. Երևան, այլ ոչ թե համապատասխան մարզային հիվանդանոց: Բնակչության համար հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության բարձրացման նպատակով, առողջապահության համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի շրջանակում, Հայաստանի բոլոր տասը մարզերում առանձնացվել են մեկական բազմապրոֆիլ հիվանդանոց, որոնցում կատարվել են նշանակալի ներդրումներ՝ սարքավորումներով ապահովելու և բուժօգնության համար այլ անհրաժեշտ պայմանների ստեղծման ուղղությամբ:

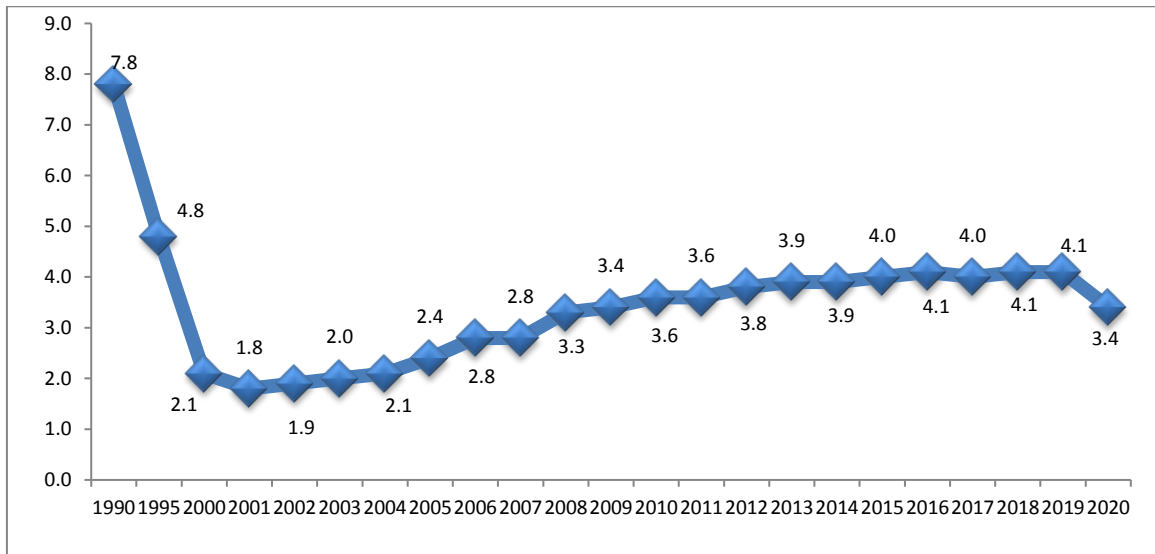
Չնայած բուժօգնություն ստանալու առկա տարբեր արտոնություններին և կանոնակարգերին, բնակչության մի ստվար զանգված կամովի կամ ստիպված կատարում է գրպանից վճարումներ տեղեկացված չլինելու պատճառով, այն դեպքում, երբ կարող էր չկատարել: Հետևաբար, բուժօգնության տեղեկատվական գործոնը չափազանց կարևոր է առողջապահության համակարգի հզորացման գործում:

Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները

Առաջնային օղակի ծառայությունների մատուցման տեսանկյունից արտահիվանդանոցային բժշկական ծառայությունների մատուցումը առանցքային դերակատարում ունի, քանի որ իր նպատակներից մեկն է՝ տրամադրել անհրաժեշտ անվճար բժշկական օգնություն: Դիմելիության տվյալների վերլուծությունը

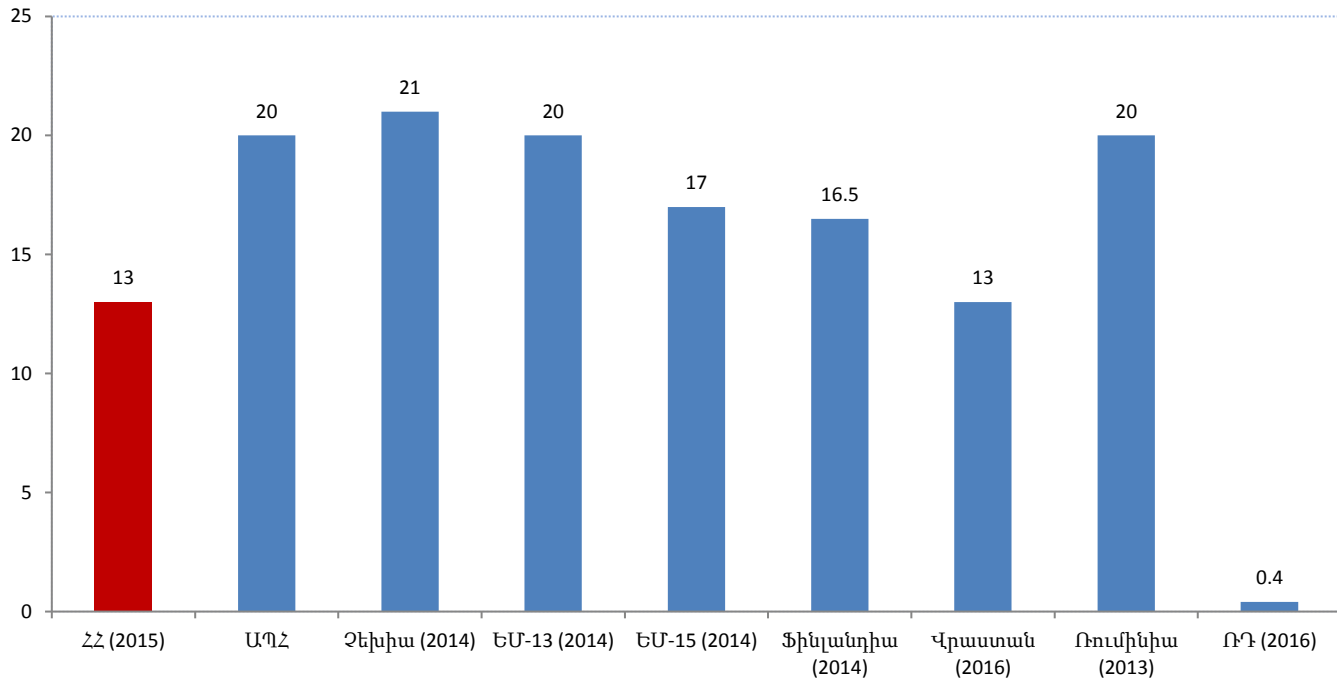
ակնհայտորեն փաստում է, որ 2004թ.-ին իրականացված բարեփոխումների շնորհիվ Հայաստանում մեկ տարվա ընթացքում ամբուլատոր հաճախումների թիվը մեկ անձի հաշվով 2010-2019 թթ.-ին աճել է, 2020թ.-ին նվազել է՝ ի համեմատ 2019թ.-ի (գծապատկեր 52), պայմանավորված Կովիդ-19 համավարակի պայմաններում տեղաշարժման սահմանափակումով և 44 օրյա պատերազմով: Բացի այդ, բնակչության մեծամասնությունը շրջանցում է ԱԱՊ հաստատությունները, և առողջական խնդիրների ի հայտ գալու դեպքում դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժհաստատություն:

Գծապատկեր 52. Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2020

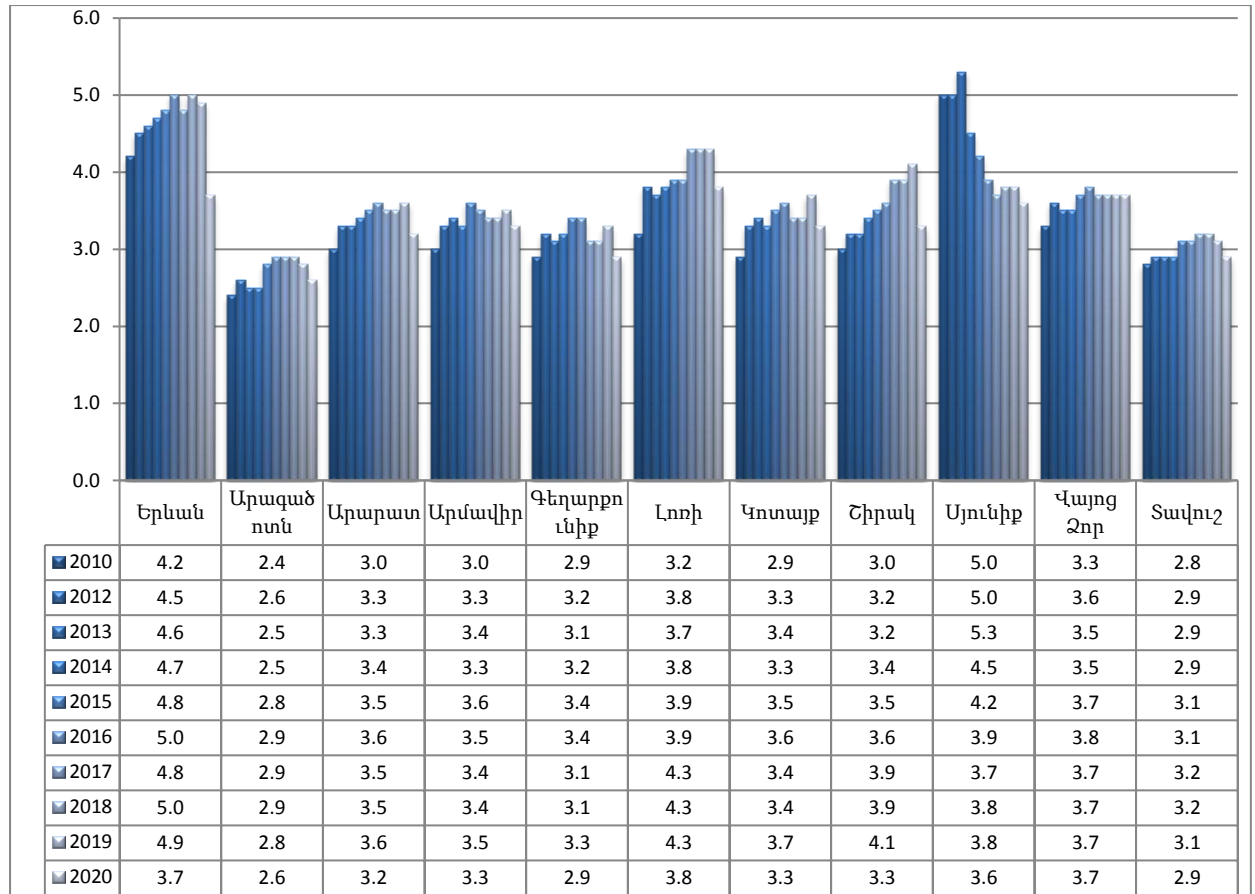
Գծապատկեր 53. Արտահիվադանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2018



Միջազգային տվյալների հետ համեմատելիս, Հայաստանի ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշը գերազանցում է Վրաստանի ցուցանիշին, սակայն հետ է մնում ՌԴ-ից, Չեխիայից, ԱՊՀ, ԵՄ-15 և ԵՄ-13 երկրներից (Գծապատկեր 53):

Բոլոր մարզերում, 2019թ.-ի համեմատությամբ, 2020թ.-ին գրանցվել է ամբուլատոր հաճախումների թվի նվազում, որը նույնպես պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով և երկրում տիրող պատերազմական իրավիճակով (Գծապատկեր 53):

Գծապատկեր 54. Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հաճախումների մակարդակը մեկ անձի հաշվով տարեկան կտրվածքով, ըստ մարզերի, 2010-2020

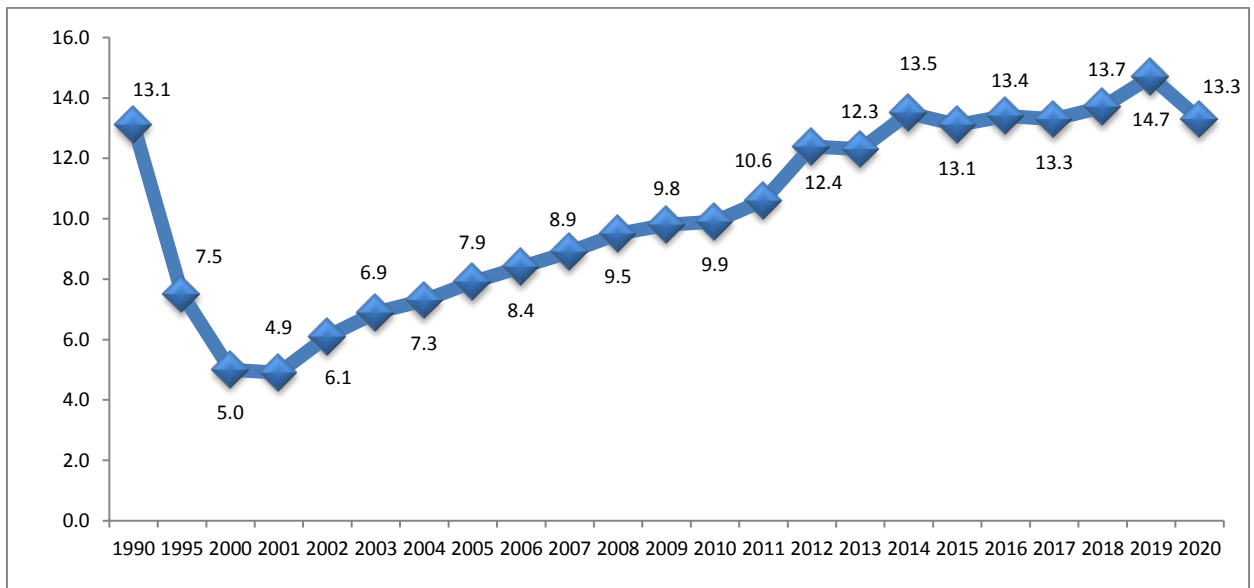


Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Հոսպիտալացման մակարդակ

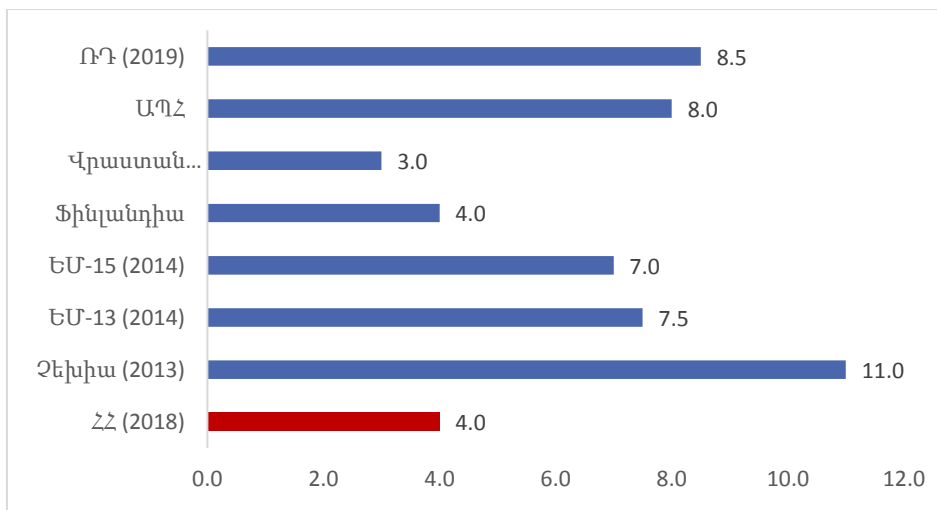
Հոսպիտալացումների մակարդակը 2000-2020թթ. կտրվածքով աճել է (Գծապատկեր 55), սակայն նվազել է 2019թ-ի համեմատ, քանի որ հիվանդանոցային ծառայություններն ուղղվել են Կովիդ-19-ով պացիենտների և պատերազմական իրավիճակից տուժածների բուժմանը:

Գծապատկեր 55. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2020



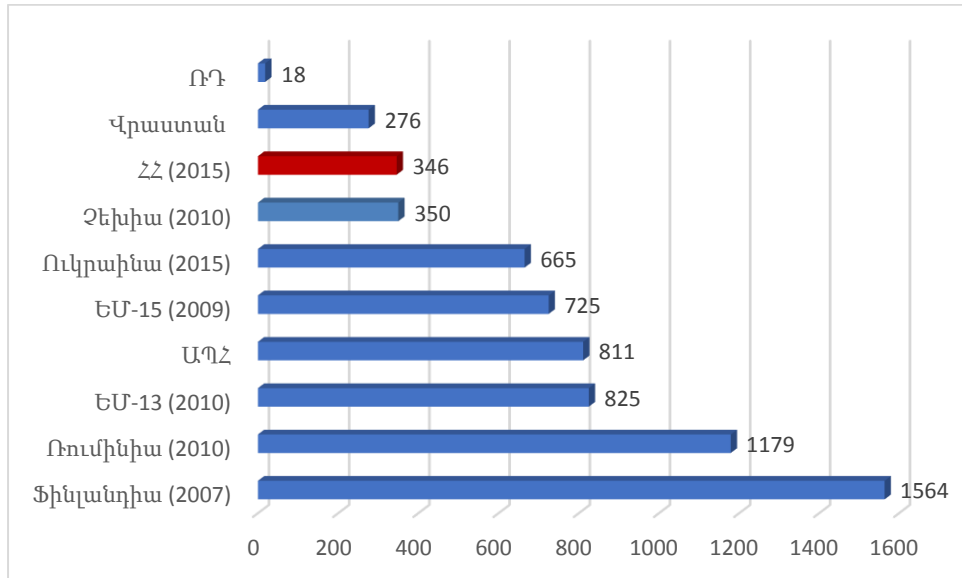
Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Գծապատկեր 56. Հիվանդանոցային դուրսգրումները՝ 100 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՀ, ԱՀԿ, 2016

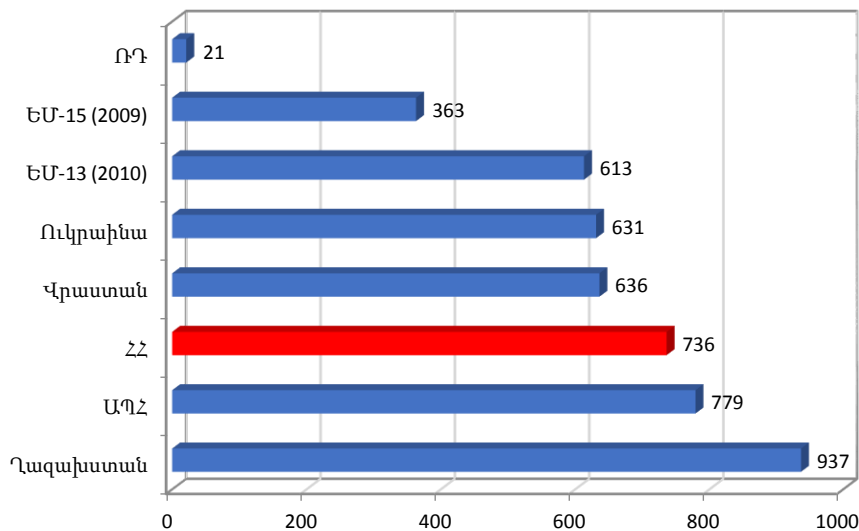
Գծապատկեր 57. Հոգեկան և վարքի խանգարումների հիվանդանոցային դուրսգրումներ, 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների (առկա վերջին տարիներ), 2016



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

2016թ. միջազգային տվյալների համաձայն, հոգեկան խանգարումների հիվանդանոցային դուրսգրումների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է ԵՄ-13-ում (825), Ռումինիայում (1179), և Ֆինլանդիայում (1564), իսկ ՀՀ-ում գրանցվել է համեմատաբար ցածր ցուցանիշ՝ (346, 100 000 բնակչի հաշվով) (Գծապատկեր 57):

Գծապատկեր 58. Վարակիչ հիվանդությունների հիվանդանոցային դուրսգրումներն ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության, 100 000 բնակչի հաշվով, 2015



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

2015թ.-ին վարակիչ հիվանդությունների հիվանդանոցային դուրսգրումների ցուցանիշերը ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբության միջև համեմատելիս, տեսնում ենք, որ ՀՀ-ում (736) այդ ցուցանիշը մոտավոր նույնն է, ինչ ԱՊՀ երկրներում (779), սակայն զիջում է Ղազախստանին (937): Ռուսաստանի դաշնությունում վարակիչ հիվանդությունների հիվանդանոցային դուրսգրումների ցուցանիշը զգալիորեն ցածր է այլ երկրների համեմատ (21` 100 000 բնակչի հաշվով), սակայն մահվան ելքերը փաստում են հակառակը: Իսկ այլ երկրներում` մահվան ցուցանիշը, հիվանդանոցային ելքերի ցուցանիշից զգալիորեն ցածր է (Գծապատկեր 58): Ինչպես երևում է գծապատկերից, Վրաստանի համեմատ, Հայաստանում հիվանդանոցային դուրսգրումները ավելի բարձր են:

Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի

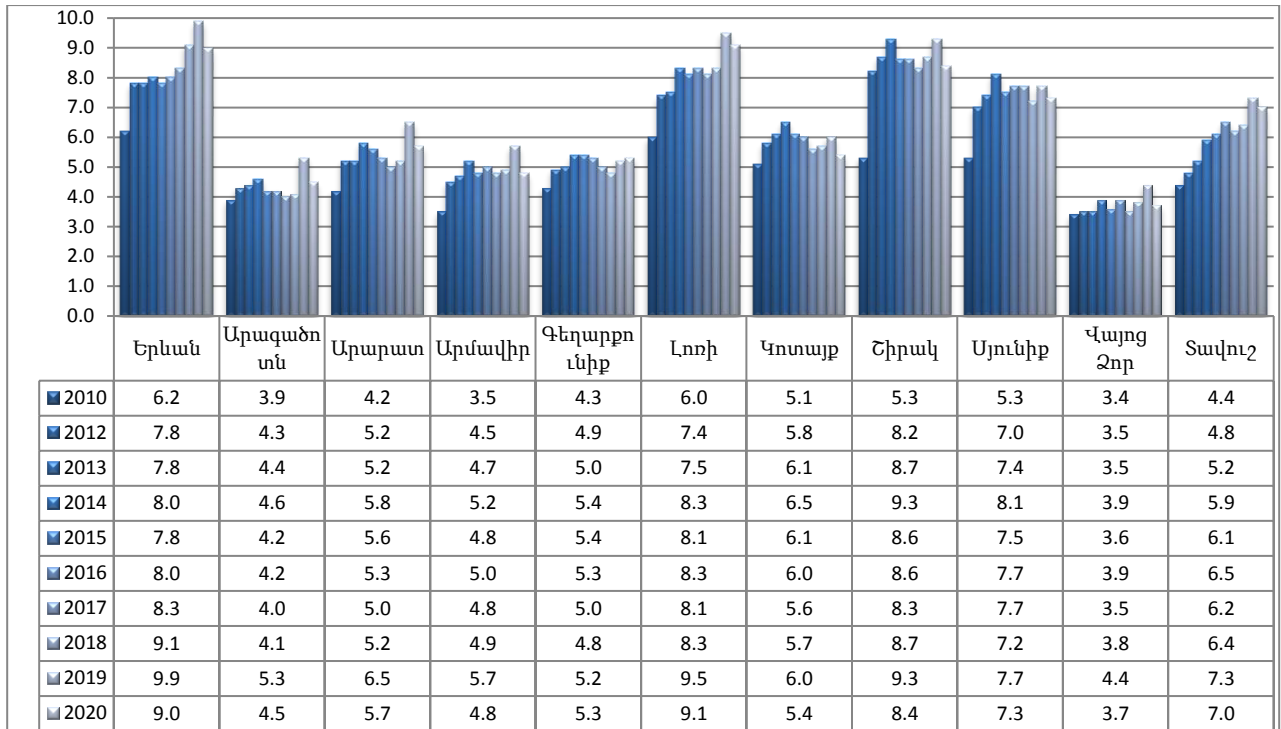
Գծապատկեր 59-ում ներկայացված է 2006-2020թթ.-ի ընթացքում հոսպիտալացման մակարդակը մարզային կտրվածքով (100 բնակչի հաշվով):

Համաձայն ներկայացված տվյալների.

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

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

Գծապատկեր 59. Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2010-2020

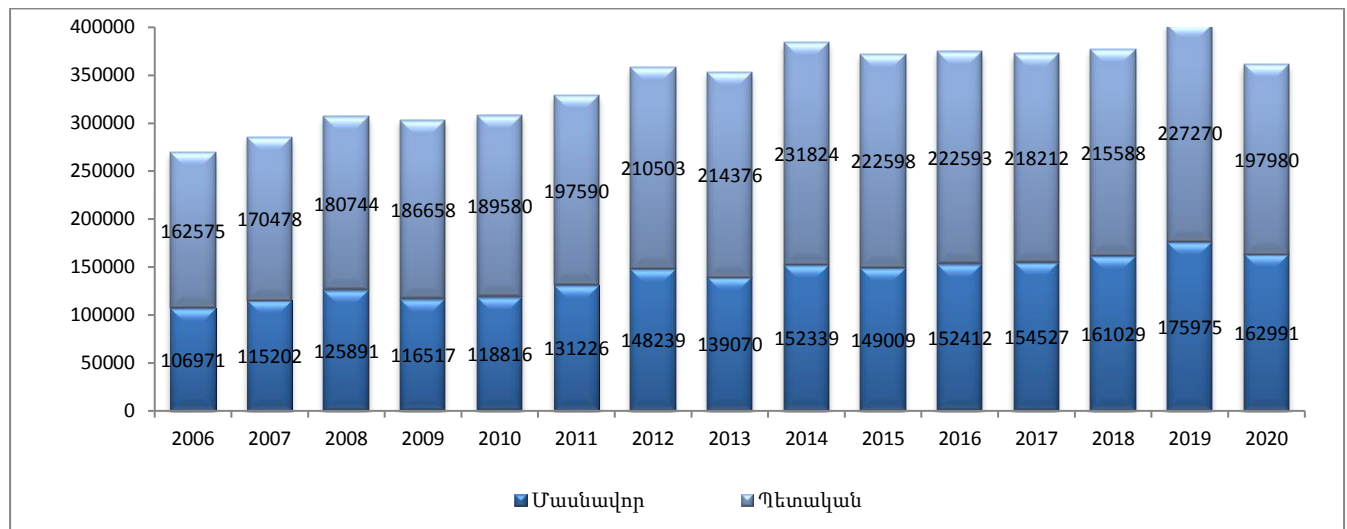


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2020

Նշենք, որ.

- 2006-2020թթ. ընթացքում աճել էր դիմելիությունը թե՛ պետական, թե՛ մասնավոր հիվանդանոցներ: Սակայն այն նվազման միտում է ունեցել 2020թ.-ին, որը պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով, քանի որ հիվանդանոցների կողմից իրականացվում էր անհետաձգելի բժշկական օգնություն Կովիդ-19 համավարակով հիվանդներին (Գծապատկեր 59):

Գծապատկեր 60. Պետական և մասնավոր հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (բացարձակ թիվ), 2006-2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2021

3. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ

Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի

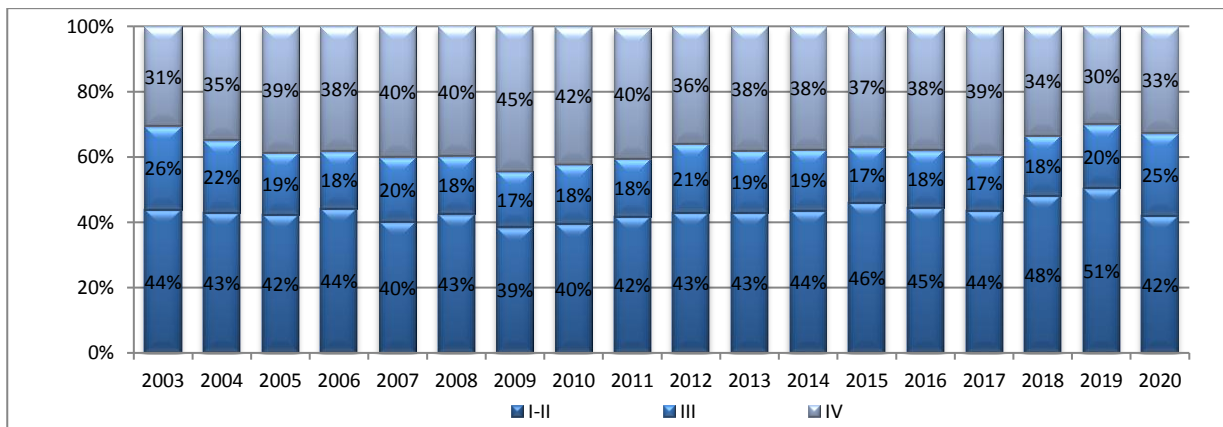
Ախտորոշման փուլ. Չարորակ նորագոյացություններով պացիենտների ապրելիության ցուցանիշը մեծապես կապակցված է հիվանդության վաղ փուլերում հայտնաբերմամբ: Մտահոգիչ է այն փաստը, որ ՉՆ գրեթե ամեն երկրորդ դեպքը հայտնաբերվում է հիվանդության III և IV փուլերում:

2020թ.-ին հիվանդության վաղ շրջանում, այսինքն I-II փուլում հայտնաբերված բոլոր տեսակի ՉՆ մասնաբաժինը կազմել է 42%, իսկ III և IV փուլերում՝ 58%:

Վերոնշյալ պատկերը խոսում է ՉՆ դեմ պայքարում անհրաժեշտ համակարգային փոփոխությունների անհրաժեշտության մասին, որոնց արդյունքում հնարավոր կլինի ստեղծել քաղցկեղի կառավարման միասնական, բժշկական օգնության ծառայությունների մատուցման բոլոր մակարդակների միջև ինտեգրացված համակարգ՝ հիմնված վաղ ախտորոշման, բուժման կազմակերպման ժամանակակից մոտեցումների, հետևողական հսկողության և ադեկվատ պալիատիվ օգնության տրամադրման սկզբունքների վրա:

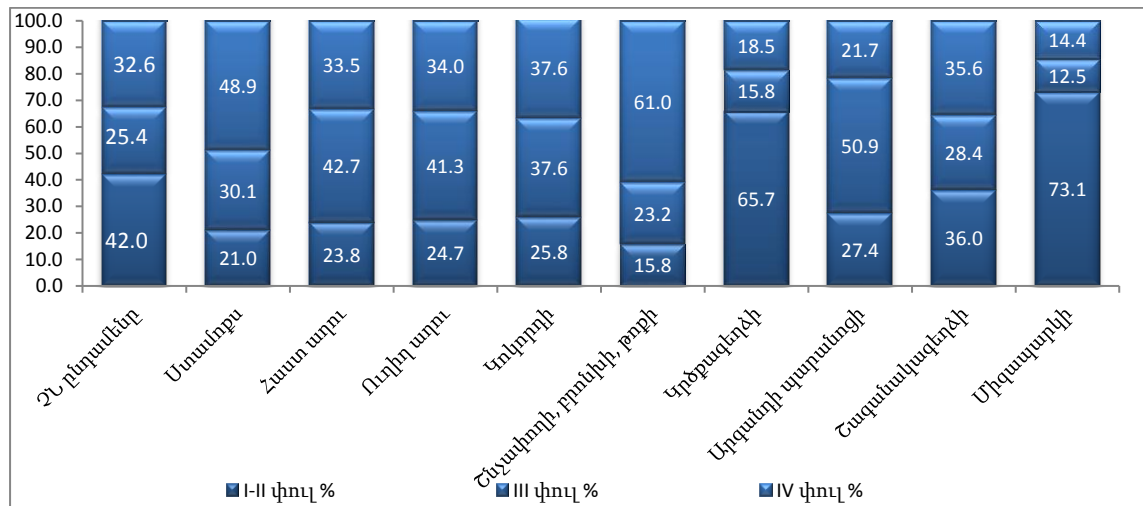
Վաղ փուլերում ՉՆ պացիենտների ախտորոշման համար մեծ դերակատարություն ունեն նաև բժշկական ծառայությունների մատչելիությունն ու հասանելիությունը, ինչպես նաև որակը, բնակչության շարունակական կրթումը և սքրինինգային ծրագրերը և այլ:

Գծապատկեր 61. ՉՆ-ի հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, 2003-2020



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2021

Գծապատկեր 62. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ նոգոլոգիաների և փուլերի, 2020



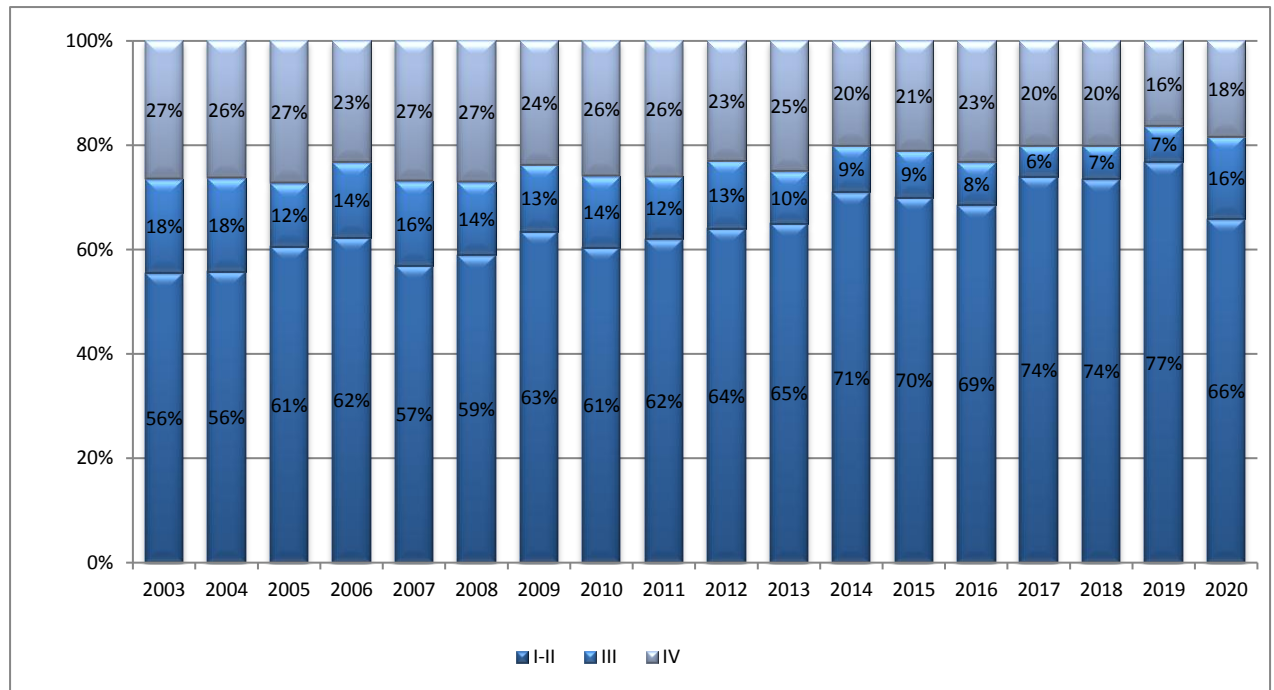
ՉՆ ախտորոշումներից հետո 5 տարվա ապրելիության ցուցանիշներն ըստ նոգոլոգիաների հետևյալն են.

- **Շնչափող, բրոնխներ, թոքեր` 14.5%**
- Կուրորդեկտալ` 24
- Ստամոքսի` 21.0%
- Արգանդի պարանոցի` 59.2
- Արգանդի մարմնի` 50.8%
- Միզապարկի` 73%
- Շագանակագեղձ` 36%

Առավել բարենպաստ են ապրելիության ցուցանիշները կրծքագեղձի քաղցկեղի պարագայում, ինչը հիմնականում պայմանավորված է բուժման և կառավարման բարելավմամբ, ինչպես նաև վաղ ախտորոշված դեպքերի դրական դինամիկայով:

Համաձայն 2020թ.-ի ԿՔ դեպքերի 34.0%-ը գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (302 հիվանդացության դեպք): ԱՊՔ քաղցկեղի դեպքերի 72.5% գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (124 հիվանդացության դեպք): ԿՔ նոր դեպքերը 25 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում կազմել են 1 052, իսկ ԱՊՔ` 254 դեպք:

Գծապատկեր 63. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, 2003-2020



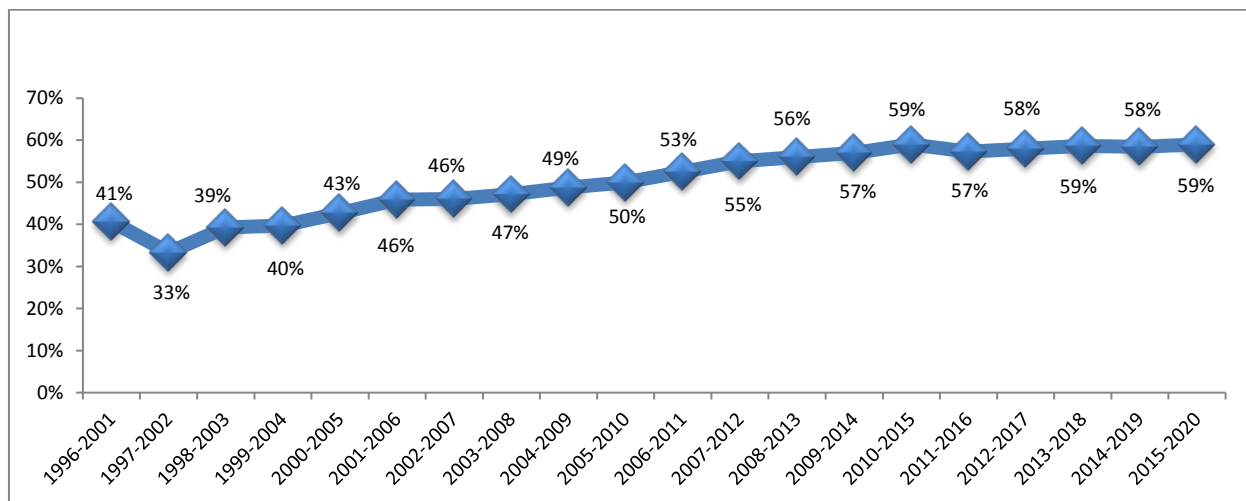
Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2020

Հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ.

- կանանց մոտ կրծքագեղձի քաղցկեղով ապրելիության աճը պայմանավորված է առավելապես վաղ ախտորոշման և բուժման որակի բարելավմամբ:

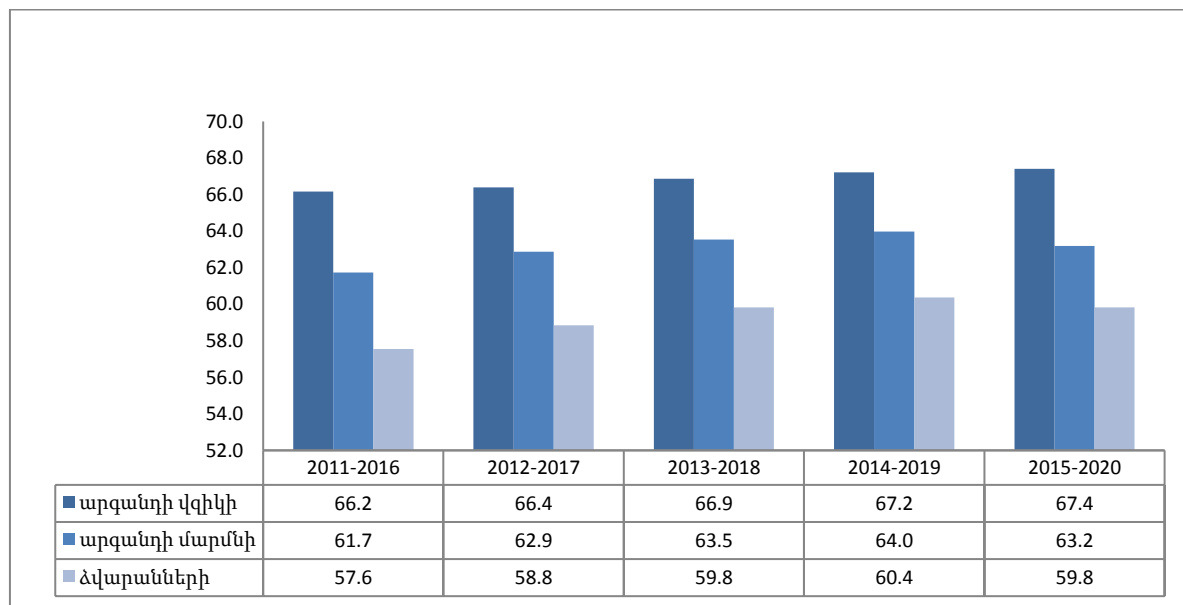
Չարորակ նորագոյացությունների բուժման ինտեգրալ ցուցանիշ է կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը (Գծապատկեր 64): Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2002թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը թեև դանդաղ, սակայն աճում է:

Գծապատկեր 64. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2020

Գծապատկեր 65. Արգանդի պարանոցի, մարմնի և ձվարանների քաղցկեղների հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը



Կանանց մոտ արգանդի պարանոցի, մարմնի և ձվարանների քաղցկեղների հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականության տվյալները ցույց են տալիս, որ 2011թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշներն աճում են:

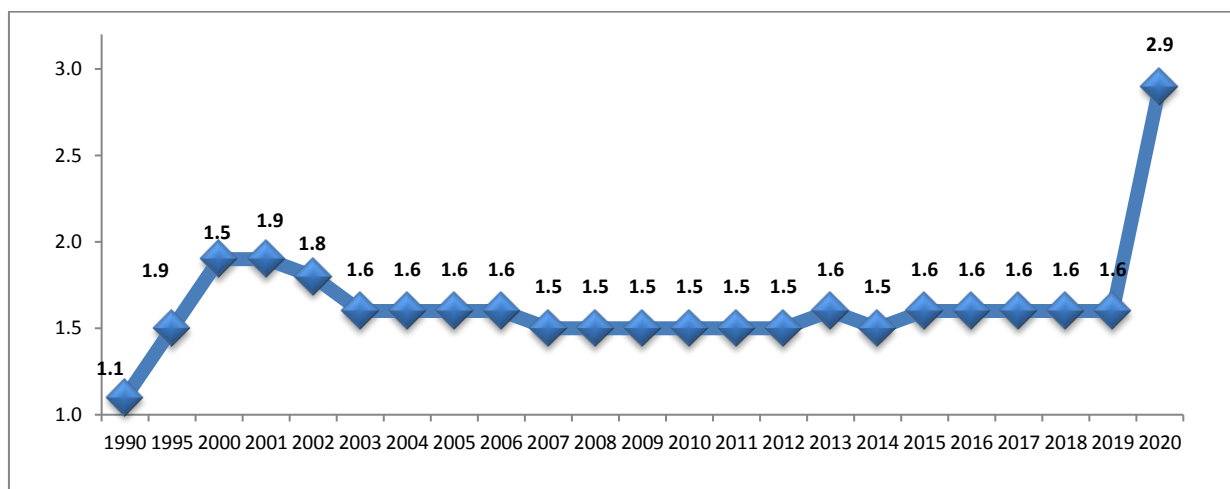
Համաձայն այդ տվյալների՝ կրծքագեղձի քաղցկեղը I-II փուլերում հայտնաբերելու դեպքերի քանակը 2003-2019 թթ.-ի ընթացքում աճել է, սակայն 2020թ.-ին 2019թ.-ի համեմատ նվազել:

Հիվանդանոցային մահաբերություն

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

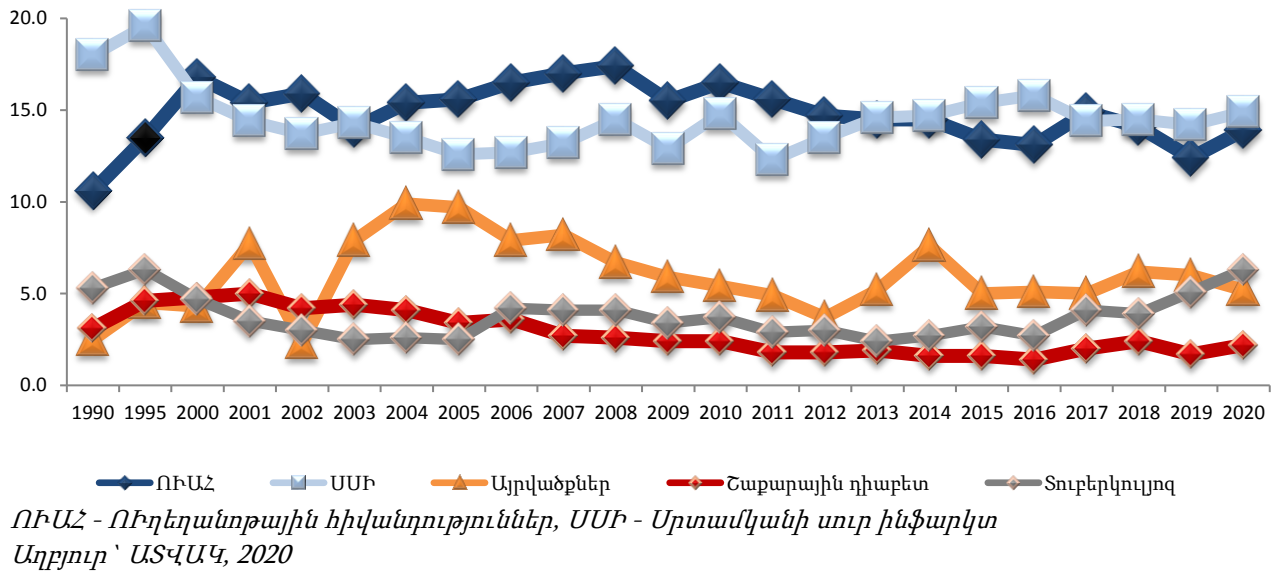
Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշն 1990-2020 թթ.-ի ընթացքում տրված է Գծապատկեր 66-ում: Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2001-2019 թթ.-ի ընթացքում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշի շարունակական նվազում, որը վկայում է հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և որակի բարելավման մասին: Սակայն 2020թ.-ին մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշն աճել է, որը պայմանավորված է Կովիդ-19 համավարակով և ռազմական իրադարձություններով:

Գծապատկեր 66. Հիվանդանոցային մահաբերություն 1990-2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Գծապատկեր 67. Հիվանդանոցային մահաբերություն՝ 100 ընդունվածների հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2015



Եթե դիտարկենք հիվանդանոցային մահաբերությունն ըստ առանձին հիվանդությունների (Գծապատկեր 67), ապա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները՝

- 2008-2015 թթ.-ի ընթացքում նկատվում է ուղեղանոթային հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում, 2019թ.-ից նկատվում է մահաբերության աճ,
- 2012-2019թթ.-ի ընթացքում նկատվում է այրվածքային հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության աճ, որն նվազում է 2020թ.
- 2017 և 2020 թթ.-ի ընթացքում նկատվում է տուբերկուլոզից հիվանդանոցային մահաբերության աճ,
- 2016թ.-ի ընթացքում շաքարային դիաբետից հիվանդանոցային մահաբերությունը նվազում է, 2017-2020 թթ.-ին նկատվում է աճ:

Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ

Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը գնահատված է երկու խումբ ցուցիչներով.

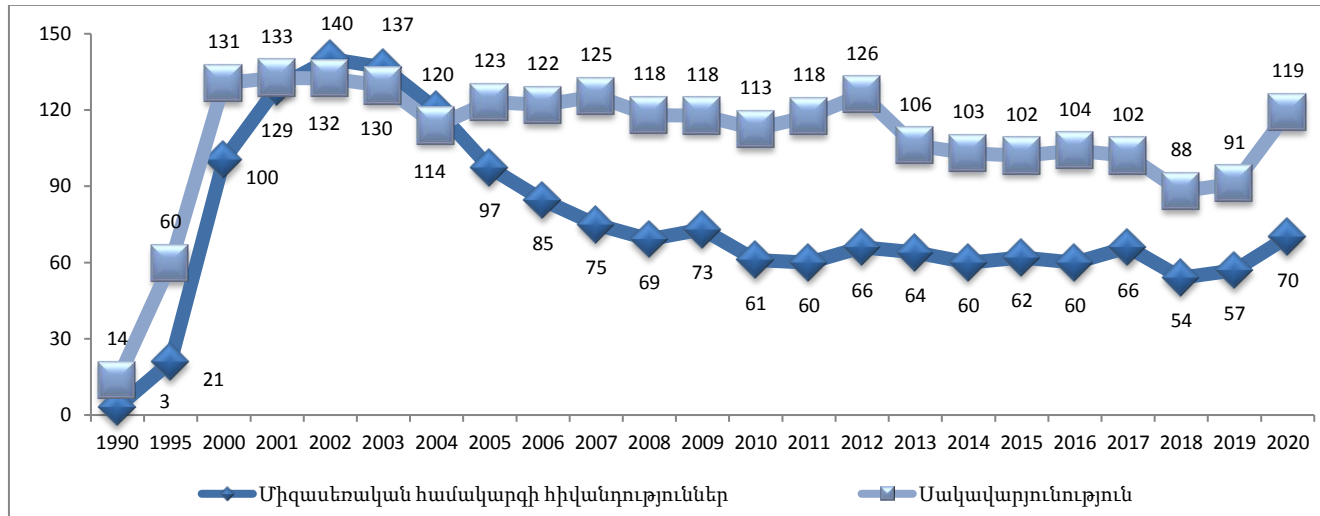
1. ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդությունները նկարագրող ցուցիչներ և կեսարյան հատումներ,

2. հղիների նախածննդյան խնամքի, կրծքով սնուցման և պատվաստումների ցուցիչներ:

Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ

2017-2019 թթ.-ի ընթացքում Հայաստանում ծննդյան և հետծննդյան շրջանի միզասեռական օրգանների և սակավարյունությունների հետ կապված բարդությունները նվազում են, սակայն 2020 թ.-ին նկատվում է աճ (Գծապատկեր 68):

Գծապատկեր 68. Ծննդյան և նախածննդյան շրջանի որոշ բարդությունների ցուցանիշներ՝ 1 000 ծնունդի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

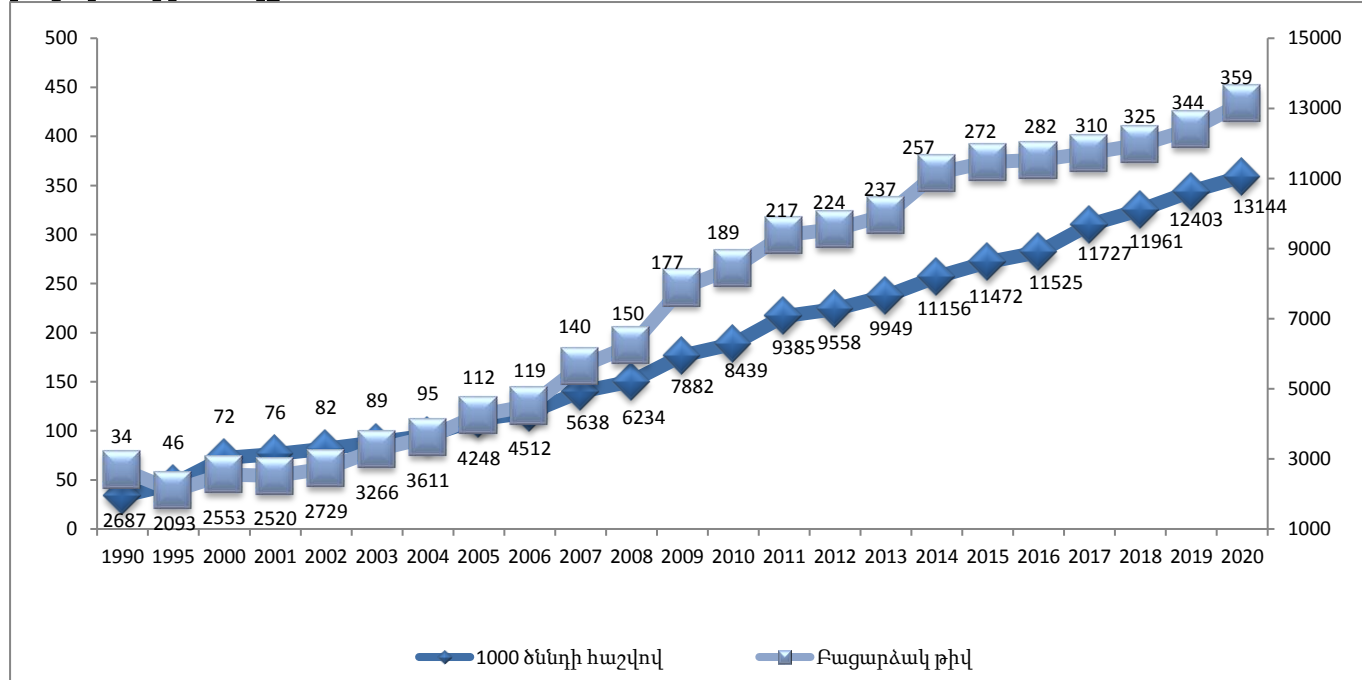
Գծապատկերի տվյալները փաստում են, որ 2002-2020 թթ.-ի ընթացքում նկատվել է այդ ցուցանիշների նվազում, սակայն 1990թ.-ի համեմատ այդ ցուցանիշները մնում են բարձր մակարդակի վրա:

Կեսարյան հատումներ

Ծննդօգնության ոլորտի օրակարգային հարցերից է պրոգրեսիվ աճող կեսարյան հատումների ցուցանիշը, որը վերջին տասնամյակում ավելի քան կրկնապատկվել է (2000թ.՝ 7.2%, 2005թ.՝ 11.2%, 2008թ.՝ 15%, 2010թ.՝ 18.9%, 2015թ.՝ 27.2%, 2018թ.՝ 32.5%, 2019՝ 34.4%, 2020՝ 35.9%): Կեսարյան հատումների ցուցանիշը էականորեն տարբերվում է Երևան (34.4%), մարզ (21.7%) կտրվածքով և ըստ ծննդատների մակարդակների: 3-րդ մակարդակի ծննդատներում այն տատանվում է 30-35% սահմաններում, առանձին ծննդատներում գերազանցելով 40 տոկոսի սահմանագիծը: Կեսարյան հատումների գնալով աճող մակարդակը գլոբալ խնդիր է աշխարհի շատ երկրներում: Այն նաև ԱՀԿ օրակարգային հարցերից է: Հայաստանում

կեսարյան հատումների քանակն անշեղորեն աճում է և 2020թ.-ին հասել է 359-ի՝ 1000 ծնունդի հաշվով: Ընդամենը կատարվել է 13144 կեսարյան հատում (Գծապատկեր 69):

Գծապատկեր 69. Կեսարյան հատումները՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով և դրանց բացարձակ քանակը, 1990, 1995 և 2000-2020

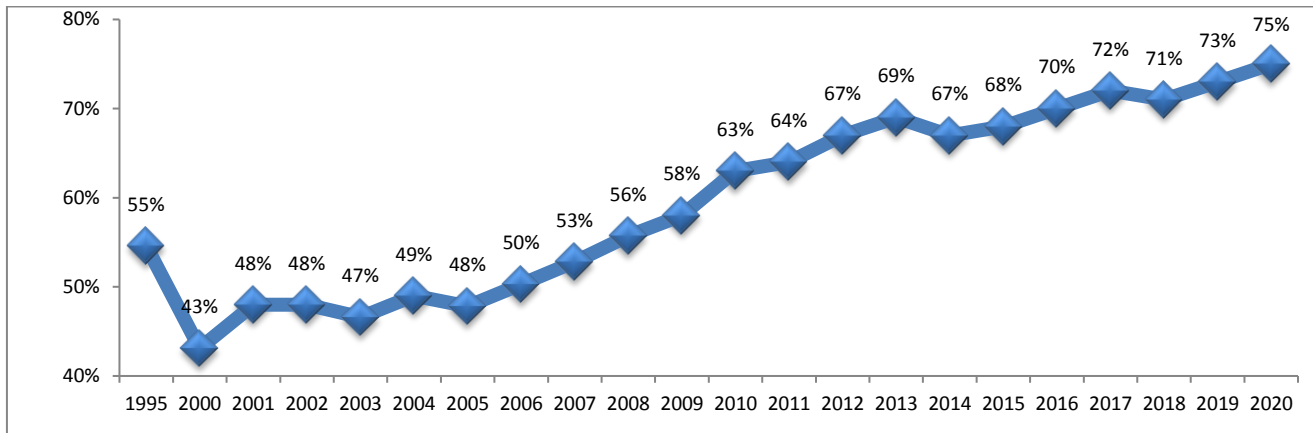


Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում

Հղիների նախածննդյան հսկողության ցուցանիշների բարելավման մասին են վկայում նաև Հայաստանի Ժողովրդագրական և առողջության հարցերի 2015թ.-ի հետազոտության (ՀԺԱՀՀ-2015) արդյունքները: Համաձայն այդ հետազոտության զեկույցում ներկայացված տվյալների, Հայաստանի կանանց շուրջ 96% նախածննդյան շրջանում ստանում է մասնագիտական օգնություն և խնամք: Այդ ծառայությունները քաղաքներում (97,8%) մի փոքր ավելի հասանելի են քան գյուղերում (93,6%): Կանանց 96% կատարել է չորս կամ ավելի նախածննդյան այց: Կանանց 60% նախածննդյան առաջին այցը կատարել է հղիության առաջին եռամսյակում (2005թ.՝ 48,2%), իսկ 80%-ը հղիության առաջին 4 ամիսների ընթացքում: 2015թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը անշեղորեն աճել է մինչև 2020թ.-ը և կազմել 75% (Գծապատկեր 70):

Գծապատկեր 70. Նախաձննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական), հղիների տոկոսը, 1995 և 2000-2020

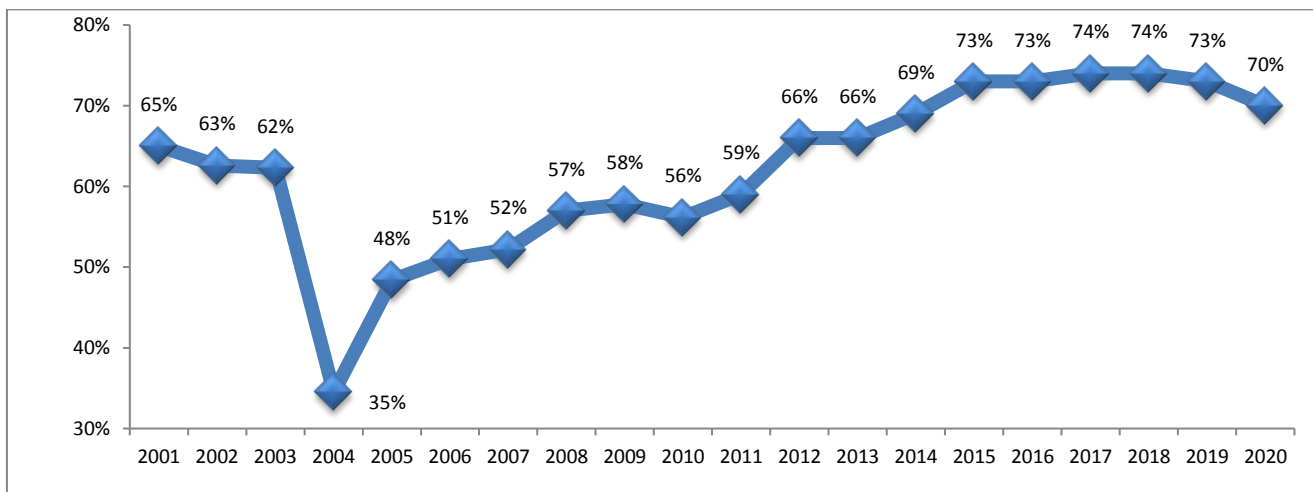


Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

Կրծքով սնուցման ընդգրկում

2015թ.-ին ուժի մեջ է մտել «Երեխաներին կրծքով սնուցման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքը, որով կանոնակարգվել են մանկական սննդի և հարակից ապրանքների շրջանառության, պիտակավորման, վաճառքի, գովազդի հետ կապված հարաբերությունները, ինչպես նաև կրծքով սնուցման խրախուսում: 2020թ.-ին 2011թ.-ի համեմատ (59%) մինչև 6 ամսական երեխաների կրծքով սնուցումն աճել է, հասնելով 70%-ի (Գծապատկեր 71):

Գծապատկեր 71. Հայաստանում կրծքով սնուցվող 0-6 ամսական երեխաների տոկոսը, 2001-2020



Աղբյուր՝ ԱՏՎԱԿ, 2020

5. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱԴՐԱՑԻՆ ՆԵՐՈՒԺ

Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում

Հայաստանի Հանրապետությունում բարձրագույն բժշկական կրթությամբ մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և 5 ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում:

Միջին մասնագիտական բժշկական կրթությամբ մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է 20 միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում, որոնցից 12-ը պետական են, իսկ 8-ը՝ ոչ պետական:

Աղյուսակ 7. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվն ըստ մասնագիտությունների, 2015-2020

Մասնագիտություն	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր	ԵՊԲՀ	Մասնավոր
Ընդհանուր բժշկություն	287	101	565	172	433	152	485	135	515	130	422	117
Ստոմատոլոգիա	115	202	217	497	155	232	138	132	148	227	194	310
Դեղագիտություն	41	30	119	26	61	31	84	34	152	124	121	39
Հանրային առողջություն	10	-	11	-	6	-	-	-	95	99	-	-
Ընդամենը	453	333	912	695	655	415	707	301	910	580	737	466

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

Հարկ է նշել, որ մինչև 2002թ.-ը բժիշկների պատրաստման գործընթացն իրականացվում էր ԵՊԲՀ-ում, որը հանդիսանում էր ՀՀ միակ հավատարմագրված

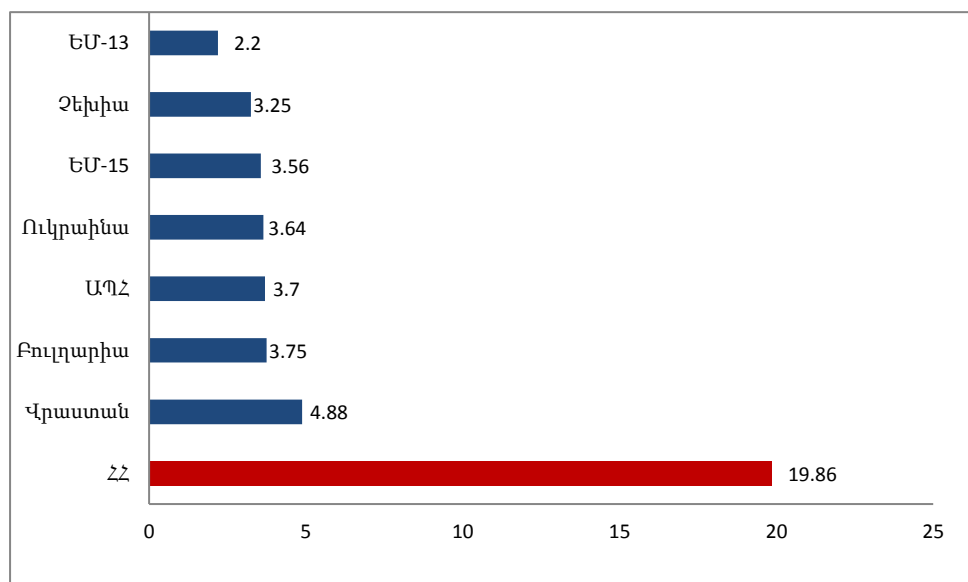
բժշկական կրթություն իրականացնող բարձրագույն ուսումնական հաստատությունը:

1990-1999 թթ.-ին ԵՊԲՀ-ում տարբեր մասնագիտություններով բժիշկ շրջանավարտների տարեկան թիվը տատանվում էր 506-875, իսկ միջին մասնագիտական բժշկական պետական և մասնավոր ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը՝ 2581-3000: 2004թ.-ից բժշկական կադրերի պատրաստման գործընթացը համալրվեց նաև ոչ պետական բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական հաստատությունների կողմից: 2020թ.-ին պետական և ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը կազմել է՝ 1203: Շրջանավարտների 61.2%-ն ավարտել են ԵՊԲՀ-ը, որոնցից 26.3%-ը՝ ստոմատոլոգիա, իսկ 57.3%-ը՝ «բուժական գործ» մասնագիտություններով:

Ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների գերակշռող մասը՝ 66.5%-ը մասնագիտությամբ ստոմատոլոգ են, իսկ 25%՝ ընդհանուր բժշկության մասնագետ:

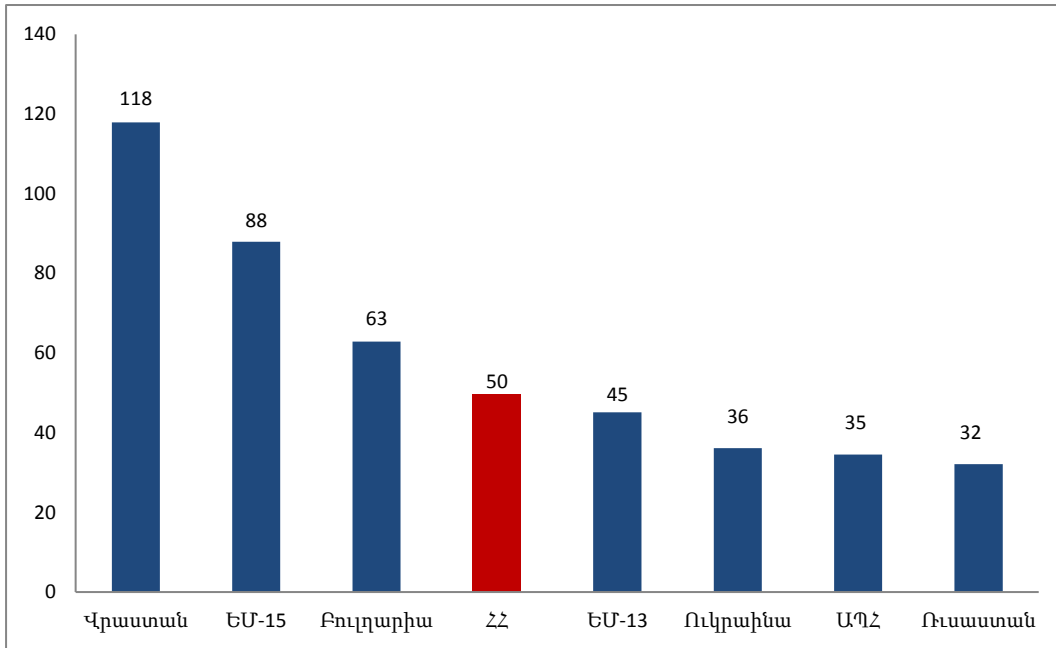
Համադրելով միջազգային տվյալները, ակնհայտ է, որ հարևան և եվրոպական տարածաշրջանի համեմատ 2014թ.-ին Հայաստանում ստոմատոլոգիայի ֆակուլտետի շրջանավարտների թվաքանակը մի քանի անգամ գերազանցում է այդ երկրների ցուցանիշները:

Գծապատկեր 72. Շրջանավարտ ստոմատոլոգների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ըստ ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2014



Համադրելով և վերլուծելով հայաստանյան և միջազգային տվյալները, ակնհայտ է, որ ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների պատրաստման գործընթացում հարևան, ԱՊՀ և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների համեմատ 2014թ.-ին Հայաստանում գրանցվել է միջինից ցածր ցուցանիշ (Գծապատկեր 72):

Գծապատկեր 73. Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների թիվը՝ 100 000 բնակչի հաշվով ըստ վերջին հասանելի տվյալների, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, 2014



Աղյուսակ 8. Միջին մասնագիտական բժշկական պետական և մասնավոր ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2015-2020

Մասնագիտություն	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր	Պետ.	Մասնավոր
Բուժքույրական	1079	80	679	71	572	50	485	86	429	62	504	27
Մանկաբարձական	490	30	266	40	215	21	187	23	118	27	128	20
Ծական	548	74	458	78	420	40	289	114	358	102	356	120
Ատամնատեխնիկական	380	88	372	91	251	72	131	86	214	102	262	103
Բուժական կոսմետոլոգիա	92	61	180	65	131	47	89	50	104	28	115	35
Քույրական գործի կազմակերպում	179	-	155	13	127	8	96	-	38	-	93	11
Բուժական մերսում	19	-	21	-	8	-	11	-	6	-	14	-
Հիվանդի ընդհանուր խնամք	18	-	19	-	20	-	1	-	6	-	-	-
Բժշկական ախտորոշում	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-
Ընդամենը	2805	333	2150	358	1744	238	1289	359	1273	321	1497	316

Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի բաշխում

Համաձայն 2020թ.-տվյալների, ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ներուժի (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ թիվը կազմել է 31140 բուժաշխատող, որոնցից բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների բացարձակ թիվը կազմել է 14396 (48.6/10 000 բնակչի հաշվով), իսկ միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 16744 (56.51/ 10 000 բնակչի հաշվով):

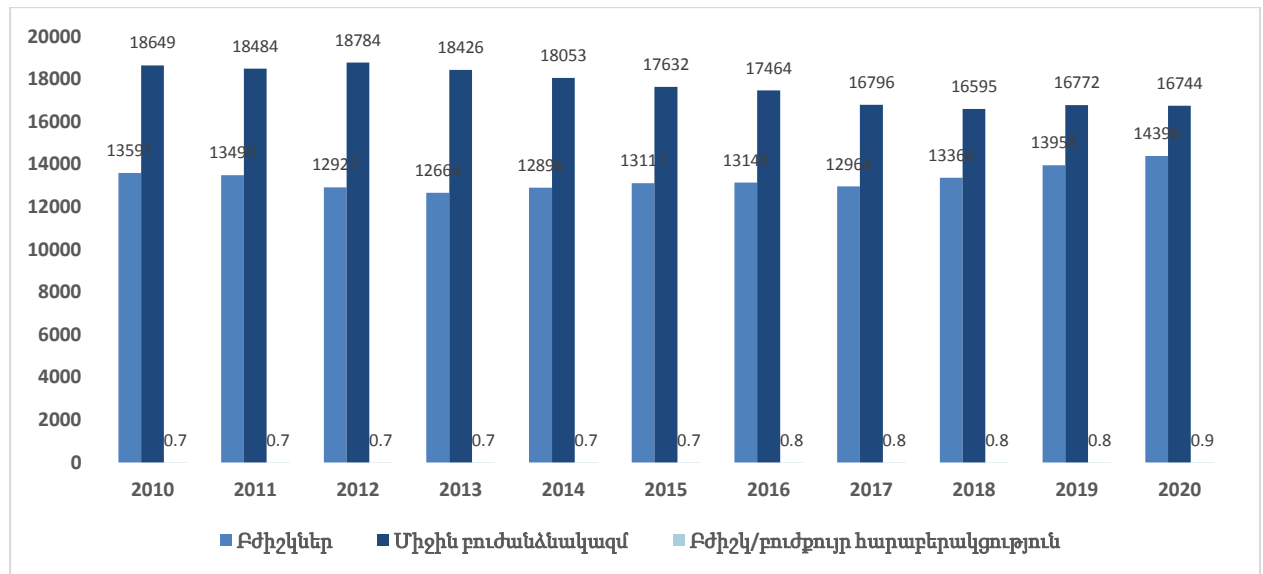
2020թ.-ին 2010թ.-ի համեմատ բժիշկների թիվը աճել է 805-ով, իսկ միջին բուժանձնակազմի թիվը նվազել է 1905-ով:

Աղյուսակ 9. Առողջապահության համակարգի կադրեր և ռեսուրսներ (ներառյալ մասնավոր ստորմատուլոգիական կաբինետները) 2005-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Բժիշկներ՝ բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժներ)	13591	13490	12922	12664	12896	13117	13148	12964	13366	13958	14396
Միջին բուժանձնակազմ	18649	18484	18784	18426	18053	17632	17464	16796	16595	16772	16744
Ընդամենը	32240	31974	31706	31090	30949	30749	30612	29760	29961	30730	31140

2010-2015 թթ.-ին բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը կայունացել է նույն մակարդակի վրա՝ 0.74: Իսկ 2016-2020 թթ.-ին գրանցվել է աճ՝ հասնելով 0.86:

Գծապատկեր 74. ՀՀ բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի թիվը, բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցություն, 2010-2020



Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխումն ըստ մարզերի

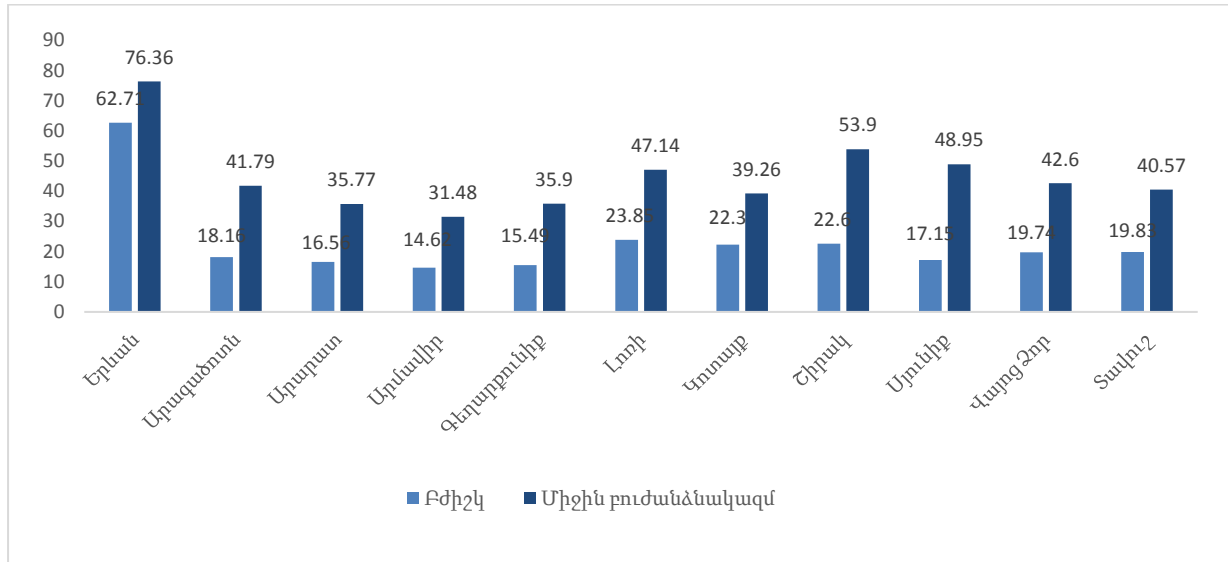
Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թիվը կազմել է 5410 (18.26/ըստ 10 000 բնակչի), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 7517 (25.37/ 10 000 բնակչի), իսկ հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների թիվը կազմել է՝ 4981 (16.81/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 8497 (28.67/10 000 բնակչի հաշվով):

Գծապատկեր 75-ում ներկայացված է արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների ապահովվածությունը բժիշկներով և բուժքույրերով ըստ մարզերի:

Ներկայացված տվյալները փաստում են, որ ք. Երևանի բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող կադրային ներուժով զգալիորեն բարձր է մարզային բնակչության համեմատ, ք.Երևանում բժիշկներով ապահովվածության ցուցանիշը կազմել է 62.71՝ ըստ 10 000 բնակչի, որը 2-3 անգամ բարձր է մարզերի ցուցանիշներից, իսկ միջին բուժանձնակազմով՝ 73.36, որը 1-1.5 անգամ գերազանցում է մարզերի ցուցանիշը:

Մարզային կտրվածքով կադրային ներուժով (բժիշկ և միջին բուժանձնակազմ) ապահովվածության ամենացածր ցուցանիշները գրանցվել են Արմավիրի և Գեղարքունիքի մարզերում, իսկ ամենաբարձրը՝ Լոռու և Շիրակի մարզերում:

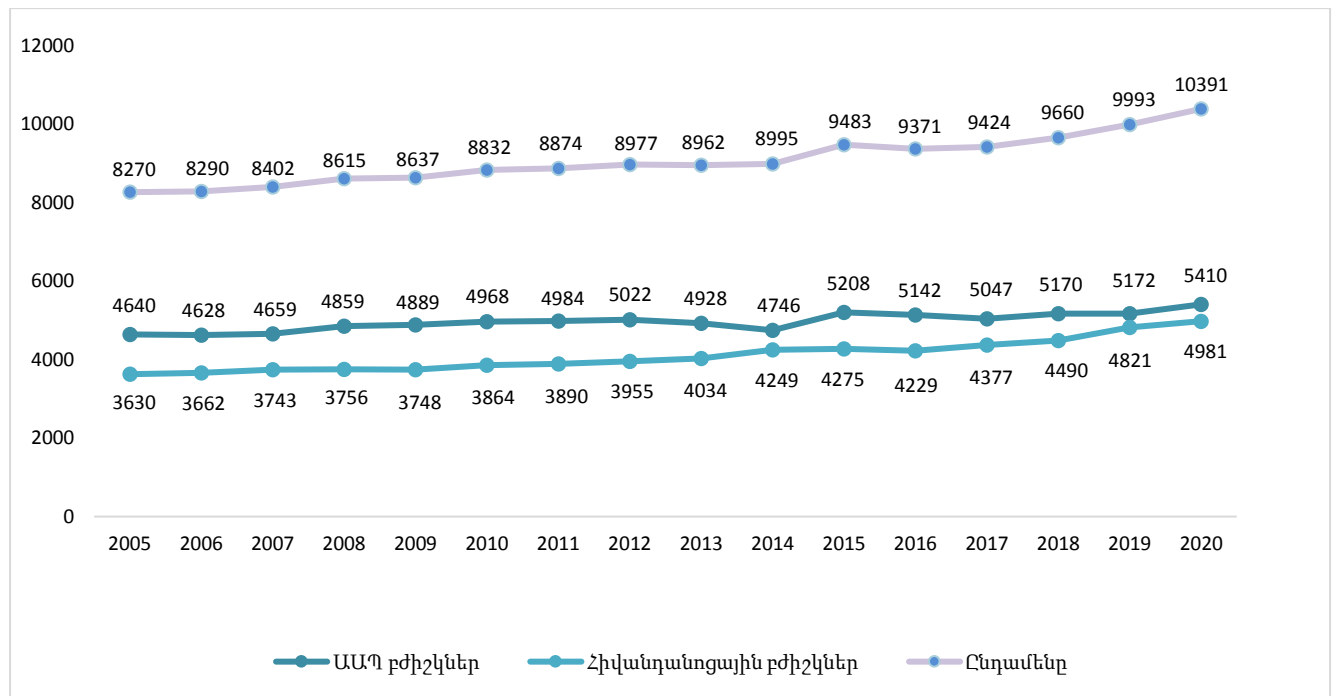
Գծապատկեր 75. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխվածությունն ըստ մարզերի, 10 000 բնակչի հաշվով, 2020



Կադրային ներուժի բաշխումն առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում

2020թ.-ին 2005թ.-ի համեմատ արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների թիվն աճել է 2121-ով, (8270-ից 10391) (Գծապատկեր 76), որոնցից արտահիվանդանոցային կազմակերպությունների բժիշկների թիվն աճել է 770-ով, իսկ հիվանդանոցային կազմակերպությունների թիվը՝ 1351-ով: Այսինքն՝ հիվանդանոցային կազմակերպությունների բժիշկների թիվն արտահիվանդանոցայինի համեմատ աճել է գրեթե 2 անգամ:

Գծապատկեր 76. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թիվը, 2005-2020



Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների

2020թ.-ին բնակչության ապահովվածությունն արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային օղակներում գործող հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով ներկայացված է աղյուսակ 10-ում:

Աղյուսակ 10. ՀՀ բժշկների թիվն ըստ մասնագիտությունների, 2020

	ՀՀ ընդամեն ը	բ.ա.		ՀՀ ընդամենը	հ.ա.	
		Անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող բժիշկներ			Անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող բժիշկներ	
		այդ թվում՝			այդ թվում՝	
		Արտահիվանդ անոցային բժշկական և նեղ մասնագիտակ ան կազմակերպու թյուններ	Հիվանդա նոց		Արտահիվանդան ոցային բժշկական և նեղ մասնագիտական կազմակերպությո ւններ	Հիվանդա նոց
Բժիշկներ – ընդամենը (ներառյալ ատամնաբույժներ)	14396	5410	4981	48.6	18.26	16.81
այդ թվում՝						
Գործադիր մարմնի ղեկավար և տեղակալներ	628	332	223	2.12	1.12	0.75
Թերապևտիկ պրոֆիլ	3903	1980	1094	17.30	8.78	4.85
այդ թվում՝						
• Ընտանեկան բժիշկներ	683	613	8	2.30	2.07	0.03
• Սրտաբաններ	551	117	233	2.44	0.52	1.03
• Ուռուցքաբան	158	49	55	0.70	0.22	0.24
• Նյարդաբաններ	322	113	125	1.43	0.50	0.55
• Ներզատաբան	302	140	72	1.34	0.62	0.32
Ակնաբույժներ	363	127	151	1.61	0.56	0.67
Քիթ-կոկորդ-ականջաբաններ	297	105	123	1.32	0.47	0.55
Հոգեբուժական պրոֆիլ	123	53	43	0.42	0.18	0.15
Ֆթիզիատորներ	101	58	22	0.34	0.20	0.07
Մաշկաբան - վեներոլոգներ	232	136	21	1.03	0.60	0.09
Մանկաբարձ գինեկոլոգ	877	331	400	5.60	2.11	2.56
Մանկական գինեկոլոգ	19	7	11	0.57	0.21	0.33
Մանկաբուժական պրոֆիլ	1162	554	402	16.44	7.84	5.69
Վիրաբուժական պրոֆիլ	2107	192	1326	9.34	0.85	5.88
Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլ	199	23	132	2.81	0.33	1.87
Ստոմատոլոգներ	1480	525	12	6.56	2.33	0.05
Ստոմատոլոգներ մանկական	124	73	4	1.75	1.03	0.06
Հիգ. համաճար. բժիշկներ	308	35	72	1.04	0.12	0.24
Գործիքային և լաբորատոր պրոֆիլ	1376	595	626	4.64	2.01	2.11

Աղյուսակ 11. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների բաշխվածությունն ըստ մասնագիտությունների, մարզային կտրվածքով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2020

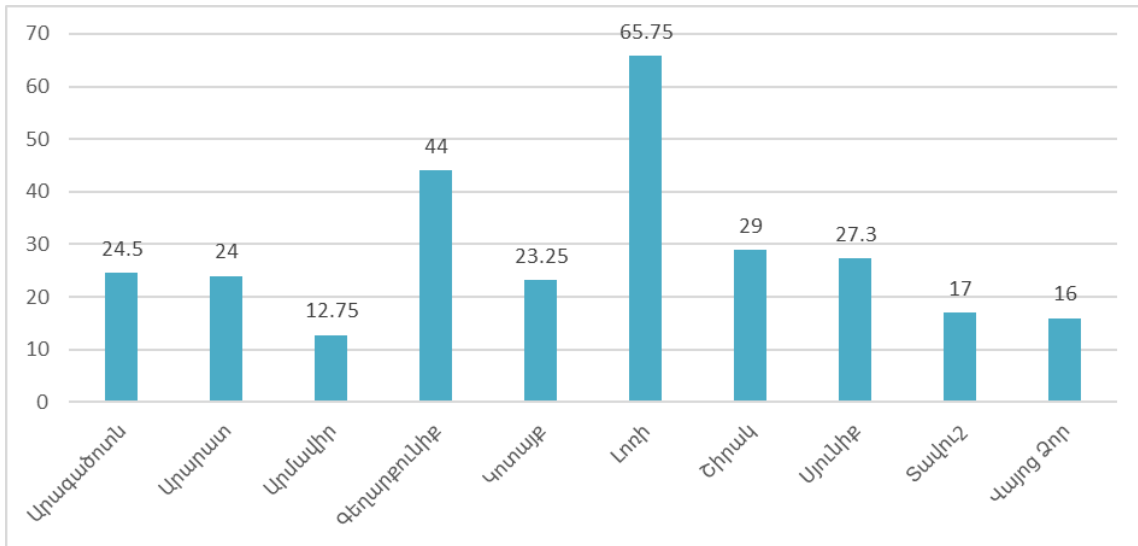
	Արագ ծ ռտն	Արա րատ	Արմավի ր	Գեղարքո ւ նիք	Երևա ն	Լոռ ի	Կոտայ ք	Շիրա կ	Սյունի ք	Վարո ց Ձոր	Տավու շ
Թերապևտ	1.94	1.91	1.74	1.57	5.57	5.15	0.85	1.96	1.03	3.5	1.62
ԸԲ	3.29	3	2.65	2.86	0.53	1.13	4.54	3.2	3.24	1.25	3.98
Մանկաբույժ	2.86	4.42	4.8	3.98	14.92	8.99	1.74	3.47	4.17	8.2	3.58
Վիրաբույժ	1.29	0.88	0.55	0.99	2.15	1.32	1.17	1.27	1.12	1.62	1.51
Ուռուցքաբան	0.11	0.16	0.1	0.17	0.93	0.25	0.21	0.29	0	0	0.43
Անեսթեզիոլո գ	0.48	0.39	0.42	0.62	2.6	0.42	0.88	0.61	0.52	0.42	0.33
Սրտաբան	0.32	0.36	0.55	0.35	3.13	0.88	0.64	0.75	1.03	0.81	0.76
Ներզատաբա ն	0.65	0.21	0.25	0.47	1.7	0.88	0.74	0.58	0.28	0	0.54
Մանկաբարձ -գինեկոլոգ	2.97	1.8	2.13	2.45	8.21	3.02	2.66	2.66	2.56	2.76	3.3
Վարակաբան	0.11	0.26	0.3	0.23	0.88	0.25	0.48	0.58	0.22	0	0.32

Ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ ք. Երևանի կազմակերպությունները գերապահովված են տարբեր բժիշկ-մասնագետներով, այն դեպքում, երբ որոշ մարզերում բացակայում են կարևոր դերակատարում ունեցող մասնագետները, օրինակ՝ Վայոց Ձորի կազմակերպություններում բացակայում են վարակաբանները, ուռուցքաբանները և ներզատաբանները, Սյունիքում՝ ուռուցքաբանները:

Բարձրագույն բժշկական կրթություն ունեցող կադրերի թափուր հաստիքներ

Հայաստանում բժիշկների պատրաստման գործընթացի աճին զուգահեռ ավելանում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի քանակը (Գծապատկեր 77): Տվյալները ցույց են տալիս, որ բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների պահանջարկը մեծ է Լոռիում, Գեղարքունիքում, Շիրակում և Սյունիքում:

Գծապատկեր 77. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մարզերի, 2021թ.-ի սեպտեմբեր ամսվա դրությամբ



Ըստ մասնագիտությունների առավել պահանջված են տեղամասային թերապևտները, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգները, ընտանեկան բժիշկները, վարակաբանները և այլն:

Գծապատկեր 78. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մասնագիտությունների, 2021թ. սեպտեմբեր ամսվա դրությամբ

