

4. Տեր-Ոսկանյան, 4. Սարիբեկյան, Ռ. Ասատյան և Զ. Սալլիվան

9.1. Ներածություն

Այս գլուխը ներկայացնում է տեղեկատվություն մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության վերաբերյալ: Տվյալ տեղեկատվության մեջ ներկայացված ցուցանիշները վերաբերվում են մահացության մակարդակներին և միտումներին, ինչպես նաև մահացության տարբերակմանը բնակչության ենթախմբերի միջև: Մահացության տարբերակումը օգտակար է, որովհետև այն բացահայտում է բնակչության ենթախմբերը՝ ըստ մահացության բարձր ռիսկի:

Այս գլխում ներկայացված մահացության ցուցանիշները հաշվարկված են ըստ 1000 կենդանի ծնված երեխայի, բացի 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշի, որը հաշվարկված է մինչև 1 տարեկանը կենդանի մնացած 1000 երեխայի հաշվով: Ցուցանիշները ներկայացված են ըստ հետևյալ տարիքային խմբերի.

- **Նեոնատալ մահացություն (ՆՄ).** մահանալու հավանականությունը կյանքի առաջին ամսվա ընթացքում,
- **հետնեոնատալ մահացություն (ՀՆՄ).** մանկական և նեոնատալ մահացությունների միջև տարբերությունը,
- **մանկական մահացություն (1Գ₀).** մահանալու հավանականությունը ծնվելուց մինչև 1 տարեկանն ընկած ժամանակահատվածում,
- **1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն (4Գ₁).** մահանալու հավանականությունը 1-ից մինչև 5 տարեկանն ընկած ժամանակահատվածում,
- **մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն (5Գ₀).** մահանալու հավանականությունը ծնվելուց մինչև 5 տարեկանն ընկած ժամանակահատվածում:

Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտության (ՀԺԱՀ) հարցաթերթիկը ներառում էր տեղեկատվություն վերարտադրողական կյանքի վերաբերյալ, որում կանանց տրվում էին հարցեր յուրաքանչյուր հղիության մասին: Հարցվողներին խնդրվում էր ներկայացնել յուրաքանչյուր հղիության ելքը՝ ըստ միջազգայնորեն ընդունված ստանդարտ բնորոշումների: Կենդանի ծնունդը բնորոշվում էր որպես ցանկացած ծնունդ՝ անկախ հղիության տևողությունից, երբ մորից «անջատելուց» հետո երեխան ցուցաբերում է կյանքի որևէ նշան (օրինակ՝ շնչառություն, սրտի աշխատանք կամ կանայական մկանների կծկումներ): Մանկական մահը բնորոշվում էր որպես մինչև 1 տարեկան երեխայի մահ (ԱՀԿ, 1993):

Հղիության պատմության մեջ նշված յուրաքանչյուր կենդանի ծնունդի համար հավաքագրվում էր տեղեկատվություն ծննդյան ամսաթվի (ամիսը և տարին), սեռի, կենդանի մնալու և ներկայիս տարիքի (կենդանի մնացած երեխայի համար) կամ մահվան տարիքի (մահացած երեխայի համար) վերաբերյալ: Այսպիսով, հարցվողներին խնդրվում էր ներկայացնել այն իրադարձությունները, որոնք տեղի են ունեցել նրանց հետ վերարտադրողական կյանքի ընթացքում: Տարիքով հարցվողների համար (40-ն անց կանայք) սա նշանակում էր այն իրադարձությունները, որոնք տեղի են ունեցել 25-30 տարի առաջ: Մահացության ցուցանիշը հետազոտությանը նախորդող որոշակի ժամանակահատվածի համար հաշվարկվում էր հստակ գնահատման միջոցներով:

Հետազոտության ընթացքում հավաքագրված տվյալները և դրանց վրա հիմնված մահացության գնահատականները կիրառելի են հետազոտության ժամանակ Հայաստանում մշտապես բնակվողների համար: Վերջին տարիներին առկա էր զգալի միգրացիոն տեղաշարժ դեպի Հայաստան և Հայաստանից դուրս, որը հիմնականում պայմանավորված էր Հայաստանի և Ադրբեջանի միջև 1990-ականների սկզբներին ծավալված հակամարտության հետ:

Հետազոտության մեջ արտացոլված չեն արտագաղթածների մահացության տվյալները, այնինչ ներգաղթածներինը ընդգրկված են: Չնայած միգրացիայի նետոտ (զուտ) ազդեցությունը մահացության ազգային ցուցանիշների վրա հավանաբար չնչին է, այս գործոնը պետք է դիտարկվի, որպեսզի մահացության ցուցանիշները լուսաբանվեն ինչպես հարկն է:

9.2. Տվյալների որակի գնահատում

ՀԺԱՀ-ից ստացված մահացության ցուցանիշների ճշգրտությունը կախված է 2 գործոնից. ոչ-ընտրանքային սխալներից (այսինքն, լիարժեքությունը և ճշգրտությունը, որով ծնունդները և մահերը նշվել են) և ցուցանիշների ընտրանքային փոփոխականությունից: Ոչ-ընտրանքային սխալները քննարկվում են այս բաժնում, իսկ ցուցանիշների ընտրանքային փոփոխականությունը՝ այս գլխի հաջորդ բաժնում:

Հետազոտության ընթացքում հանդիպող ոչ-ընտրանքային սխալների ամենահավանական աղբյուրը մահացած երեխայի մասին տվյալների, տեղեկությունների թերգրանցումն է: Հաստատված է, որ երեխայի մահվան դեպքերի մասին տվյալների թերգրանցումը հավանական է. երբ դեպքը պատահել է հետազոտությունից շատ առաջ, երբ երեխան մահացել է վաղ կրծքի հասակում (այսինքն, նեոնատալ շրջանում): Հարցվողը տարիներ առաջ պատահած դեպքը չի նշում 2 պատճառով՝ մոռացել է կամ խուսափում է նորից հիշել երեխայի կորստի հետ կապված ողբերգությունը: Այս զեկույցում ուշադրությունը կենտրոնացված է հետազոտությանը նախորդող 15 տարիների մահացության ցուցանիշների վրա: Ավելի վաղ շրջանի ցուցանիշները չեն ներկայացվում: Այդ ժամանակահատվածը բնութագրող մահացության ցուցանիշների բաց թողումը կապված է հարցվողների՝ տվյալ դեպքը մոռանալու բարձր հավանականության հետ: Իհարկե, չի ապահովվում նաև հետազոտությանը նախորդող 15 տարիների ընթացքում տեղի ունեցած դեպքերի ամբողջությամբ նշելը:

Վաղ կրծքի հասակում մահերի թերգրանցման դեպքում հետազոտությանը նախորդող 15 տարիներին վերաբերող տվյալները կարող են ստուգվել, որպեսզի որոշվի վերջնական արդյունքների վրա դրանց ազդեցության կարևորության աստիճանը: Դեպքերի թերգրանցումը կրեթի նեոնատալ և մանկական մահացությունների հարաբերության ցուցանիշի համար անընդունելի ցածր արժեքի (ՄԱԿ, 1982): Թեսթը ներառում է հետազոտությունից ստացված նեոնատալ/մանկական մահացությունների ցուցանիշների համեմատությունը բնակչության այն ցուցանիշի հետ, որը ստացվել է մանկական մահացության վերաբերյալ եղած համեմատաբար լիարժեք տվյալներից: Այն երկրներում, որտեղ մահացության ցուցանիշները հաշվարկվել են մնանատիպ եղանակով, այդ ցուցանիշների արժեքները բարձր են եղել 0,5-ից¹:

ՀԺԱՀ-ից ստացված նեոնատալ և մանկական մահացությունների ցուցանիշները ներկայացված են 9.1 աղյուսակում: Նեոնատալ և մանկական մահացությունների հարաբերությունը 1986-90, 1991-95 և 1996-2000 թվականներն ընկած ժամանակաշրջաններում կազմել է համապատասխանաբար 0,54, 0,63 և 0,54: Այս բոլոր արժեքները գերազանցում են 0,5-ը: Այսպիսով, տվյալների այս թեսթը չի հայտնաբերել նեոնատալ մահերի էական կարևորություն ունեցող չնշված դեպքեր, որոնք տեղի են ունեցել 1986-90, 1991-95 կամ 1996-2000 ժամանակաշրջաններում:

9.3 Վաղ տարիքի երեխաների մահացության մակարդակները և միտումները

Աղյուսակ 9.1-ը ներկայացնում է ՀԺԱՀ-ի տվյալների վրա հիմնված վաղ տարիքի երեխաների մահացության ցուցանիշները: Հետազոտությանը անմիջապես նախորդող 5 տարիների համար (1996-2000թթ.) մանկական մահացության ցուցանիշը կազմել է 36՝ 1000 կենդանածին երեխայի հաշվով²: Նեոնատալ և հետնեոնատալ մահացությունների ցուցանիշները (հաշվված ըստ 1000 ծնունդի) կազմել են համապատասխանաբար 20 և 17: 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների

¹ Օրինակ, 1961թ-ի ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական տարեգրքում (13-րդ աղյուսակ) տես Ավստրիայի (1952), Կանադայի (1952), Բելգիայի (1956) և 1974թ-ի տարեգրքում (22-րդ աղյուսակ)՝ Կուբայի (1968), Պուերտո-Ռիկոյի (1965) նեոնատալ և մանկական մահացությունների ցուցանիշները:

² Հետազոտության արդյունքում ստացված մանկական մահացության ցուցանիշի ստանդարտ սխալը կազմում է 0,54: Ստանդարտ սխալները և մահացության ցուցանիշների համար 95% վստահության ինտերվալները ներկայացված են "B" հավելվածում:

մահացության ցուցանիշը շատ ավելի ցածր էր՝ 3 (տվյալ տարիքի 1000 երեխայի հաշվով):

Ընդհանուր առմամբ, մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը տվյալ ժամանակահատվածում կազմել է 39՝ 1000 երեխայի հաշվով:

Հետազոտությանը նախորդող 15 տարիների ընթացքում մահացության միտումները նույնպես կարող են դուրս բերվել 9.1 աղյուսակից: Առաջին երկու ժամանակահատվածների համար (1986-90 և 1991-95) մահացության ցուցանիշները մատնանշում են նեոնատալ մահացության աճ 25-ից մինչև 32 պրոմիլ (‰): Ելնելով այս տվյալներից, չենք կարող հստակորեն ասել, արդյոք նեոնատալ մահացությունը 1986-90 և 1991-95 ժամանակահատվածների ընթացքում իսկապես աճել է, թե նկատվող միտումը հարցվողների կողմից 1986-90 թվականներին տեղի ունեցած մահերը թերգրանցման արդյունք է: Այնուամենայնիվ, 1990-ականներին տեղի է ունեցել սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի վատթարացում, ինչը կարող էր ազդեցություն ունենալ մահացության մակարդակի վրա: 1990-ականների սկզբին տեղի ունեցավ Խորհրդային Միության փլուզումը և սկսվեց Ադրբեյջանի հետ հակամարտությունը: Առաջինի հետևանքով վերացան Հայաստանի արդյունաբերական արտադրանքի ավանդական շուկաները, սկսվեց գործազրկությունը և տնտեսությունը ծանր ճգնաժամ ապրեց: Ադրբեյջանի հետ հակամարտության պատճառով վերացավ երկրի՝ նավթի ստացման առաջնային աղբյուրը և սկսվեցին էլեկտրականության հովհարային անջատումները:

Աղյուսակ 9.1 Վաղ տարիքի երեխաների մահացություն

Նեոնատալ, հետնեոնատալ, մանկական, 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների և մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները հետազոտությանը նախորդող հինգամյա ժամանակաշրջանների համար, Հայաստան 2000: (%,%)

Հետազոտությանը նախորդող տարիները	Օրացույցային մոտավոր շրջանը 1	Նեոնատալ մահացություն (ՆՍ)	Հետնեոնատալ մահացություն (ՀՆՍ)	Մանկական մահացություն (1q0)	1- 5 տարեկան երեխաների մահացություն (4q1)	Մինչև 5 տար. երեխաների մահացություն (5q0)
0-4	1996-2000	19.5	16.7	36.1	3.0	39.0
5-9	1991-1995	31.6	18.9	50.5	4.8	55.0
10-14	1986-1990	24.6	20.9	45.6	5.8	51.1

Նշում. հետնեոնատալ մահացությունը հաշվարկված է որպես մանկական և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների տարբերություն:

1 Քանի որ հետազոտությունը անց է կացվել 2000թ-ի սեպտեմբերից մինչև նոյեմբեր, նախորդ 5 տարիների համար (1996-2000) ցուցանիշները, փաստորեն, վերաբերում են 1995թ-ի նոյեմբերից մինչև 2000թ-ի նոյեմբերն ընկած ժամանակաշրջանին: Նույնը վերաբերվում է նաև այլ ցուցանիշներին:

1986-90 և 1996-2000 ժամանակահատվածների ցուցանիշները համեմատելիս նկատելի է, որ տեղի է ունեցել մահացության իջեցում: Մանկական մահացությունը նվազել է 46-ից մինչև 36% (21,7%-ով), նեոնատալ և հետնեոնատալ մահացության ցուցանիշների նվազեցման հետ մեկտեղ (այս ցուցանիշները նվազել են համարյա նույն չափով՝ 20%-ով): 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը 6-ից նվազել է մինչև մոտավորապես 3% (47%-ով): Եվ, ընդհանուր առմամբ, մինչև 5 տարեկանների մահացությունը 51%-ից նվազել է մինչև 39% (24%-ով): Նշված ցուցանիշները հանդիսանում են վերջին 15 տարիների ընթացքում մահացության զգալի իջեցման անժխտելի փաստեր:

Անշուշտ, վերջին 15 տարիներին շատ գործոններ նպաստել են մահացության իջեցմանը: Որոշ չափով մահացության իջեցումը հավանաբար արագացվել է առողջապահության նախարարության կողմից նախաձեռնված ծրագրերի շնորհիվ. 1994թ-ից ներդրվեցին սուր շնչառական և փորլուծային հիվանդությունների դեմ պայքարի, ինչպես նաև կրծքով կերակրումը խրախուսող ծրագրերը: Ձանքերը առավել հակված են ազդեցություն ունենալու ուշ հետնեոնատալ (այսինքն՝ 6-11 ամսեկան) և 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության, քան նեոնատալ և վաղ հետնեոնատալ (այսինքն՝ 1-5 ամսեկան) մահացության ցուցանիշների վրա: Մահվան տարիքի վերաբերյալ հետազոտության տվյալները մինչև 2 տարեկան երեխաների համար նշվել են ամիսներով: Այսպիսով, չնայած 9.1 աղյուսակում տվյալները ներկայացված չեն, հետնեոնատալ մահացության վաղ և ուշ բաղադրիչների մահացության ցուցանիշները կարող են հաշվարկվել, ինչը թույլ կտա ավելի մանրամասն ուսումնասիրել մահացության իջեցման կառուցվածքը:

Հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ 1986-90 և 1996-2000 ժամանակահատվածների ընթացքում վաղ հետմեծնատալ մահացության ցուցանիշի նվազեցում, փաստորեն, չի եղել՝ կայուն 15%, բայց մոտ 50%-ով նվազել է ուշ հետմեծնատալ մահացության ցուցանիշը՝ 6-ից մինչև 3%: Որպես լրացում, 9.1 աղյուսակը ցույց է տալիս, որ ամբողջ ժամանակահատվածի համար 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը բավականին իջել է՝ 47%-ով: Այս ցուցանիշները հանդիսանում են մեծ ընտրանքի սխալների արգասիք, այնուամենայնիվ, դրանք ցույց են տալիս, որ մահացության նվազեցման տարիքային կառուցվածքը համապատասխանում է առողջապահության նախարարության կողմից ներդրված ծրագրերի ակնկալվող ազդեցության հետ:

9.4. ՀՀ ԱՎԾ-ից և ՀԺԱՀ-ից ստացված մանկական մահացության ցուցանիշները

Հայաստանն ունի վիճակագրական և առողջապահական տվյալների հավաքագրման հարուստ պատմություն՝ հիմնականում գրանցման ազգային համակարգի օգտագործման միջոցով: Ծնունդների և մանկական մահերի դեպքում ազգային վիճակագրական ծառայությունը (ԱՎԾ) տվյալները հավաքագրում է նշված համակարգի միջոցով, որում առողջապահության տեղային աշխատողների կողմից տրված հաշվետվությունները (որոնք առողջապահական հաստատություններում հանդիպող հիմնական փաստաթղթերն են) կազմում են հիերարխիա՝ մարզի, ԱՎԾ-ի և վերջապես առողջապահության նախարարության մակարդակով: Մանկական մահացության պաշտոնական վիճակագրությունը հրապարակվում է ԱՎԾ-ի կողմից տարեկան վիճակագրական զեկույցներում:

Մինչև 1995թ. կենդանածնությունը և մանկական մահերը Հայաստանում որոշվում էին ըստ նախկինում՝ Խորհրդային Միության տարիներին հաստատված արձանագրությունների: Հղիության ելքի դասակարգման չափանիշը հանդիսանում է նշված արձանագրությունների արդյունքը, որը տարբերվում է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջարկվող տարբերակից: Ամենակարևոր տարբերությունը վերաբերվում է այն հղիություններին, որոնք ավարտվել են մինչև 28 շաբաթ գեստացիոն հասակում: Խորհրդային արձանագրություններով այսպիսի հղիությունները դասակարգվում էին որպես վիժում (անգամ այն դեպքում, երբ ծննդաբերության պահին պտղի մոտ կային կենդանության նշաններ), եթե երեխան չէր ապրում 7 օր³: Մյուս կողմից, ԱՀԿ-ի կողմից կյանքի որևէ նշան (այսինքն՝ շնչառություն, սրտի աշխատանք կամ կամայական մկանների կծկումներ) ցույց տվող պտուղը բնորոշվում է որպես կենդանածին՝ անկախ ծննդաբերելու ժամանակ հղիության գեստացիոն հասակից (ԱՀԿ, 1993): Կա տարբերություն նաև 28 կամ ավելի շաբաթ գեստացիոն հասակում ավարտված հղիությունների միջև: Խորհրդային համակարգը այսպիսի դեպքերում պտուղը դասակարգում էր որպես կենդանածին, եթե նա ծննդաբերության ժամանակ կատարում էր առնվազն մեկ շնչական ակտ և որպես մեռելածին, եթե պտուղը չի կատարում շնչական գոնե մեկ ակտ: ԱՀԿ-ն նմանատիպ դեպքերում պտուղը բնորոշում է որպես կենդանածին, եթե պտղի մոտ առկա է լինում կյանքի որևէ նշան, և մեռելածին, եթե այդպիսի նշաններ չկան:

1995թ. Հայաստանը պաշտոնապես ընդունեց կենդանածնության և մանկական մահի ԱՀԿ-ի բնորոշումները: Այնուամենայնիվ, ենթադրվում է, որ շատ ծննդատներ չեն անցել նոր բնորոշիչների և շարունակում են օգտագործել Խորհրդային ժամանակաշրջանի բնորոշիչները (ՀՀ կառավարություն, Յունիսեֆ և «Փրկեք երեխաներին», 1999):

Աղյուսակ 9.2-ը ցույց է տալիս մանկական մահացության ցուցանիշները՝ ներկայացված ԱՎԾ-ի կողմից, ինչպես նաև այն ցուցանիշները, որոնք հաշվարկվել են վերջին 15 տարիների համար հետազոտության ընթացքում հավաքագրված տվյալներից: Ներկայացված բոլոր 3 ժամանակաշրջանների համար մանկական մահացության՝ հետազոտությունից ստացված ցուցանիշները 2-ից ավելի անգամ գերազանցում են ԱՎԾ-ի կողմից ներկայացված ցուցանիշները (օրինակ՝ 1996-2000 ժամանակահատվածի համար 36% ցուցանիշը հակադրվում է 15%-ին):

³ Այն դեպքում, երբ գեստացիոն տարիքը անհայտ է, պտուղը, որն ունի 1000 գրամից ցածր քաշ կամ 35 սմ-ից պակաս հասակ, համարվում է վաղաժամ ծնված և դասակարգվում որպես վիժում:

Ցուցանիշների ստացման այս երկու աղբյուրների միջև տարբերության ամբողջական վերլուծությունը չի մտնում այս զեկույցի շրջանակների մեջ: Այնուամենայնիվ, հասկանալի է, որ նեոնատալ և հետնեոնատալ ժամանակաշրջաններից սկսած տարբերությունները առաջացել են համարյա հավասար չափով: Այն դեպքում, երբ հղիության ելքի բնորոշումների տարբերությունները կարող են նպաստել նեոնատալ ցուցանիշներում տարբերությունների առաջացմանը, դրանք չեն ազդում հետնեոնատալ շրջանի ցուցանիշների վրա: Ավելի հավանական է, որ հետազոտության ընթացքում հարցվողները հետնեոնատալ մահերի վերաբերյալ չեն ներկայացրել կեղծ տվյալներ, այլ գրանցման համակարգում տեղի է ունեցել դեպքերի ոչ ամբողջական նշում (հավաքագրում):

Գծապատկեր 9.1-ը ցույց է տալիս մանկական մահացության ժամանակի ընթացքում նկատվող միտումները՝ հիմնվելով ԱՎԾ-ի և հետազոտության տվյալների վրա: Հարկ է նշել երկու կետ. առաջին, որ ցուցանիշները վերջին 15 տարիներին ունեն նվազման միտում: Սա հստակ ապացույց է այն բանի, որ նշված ժամանակաշրջանում երեխաների՝ մինչև որոշակի ժամանակը կենդանի մնալու հավանականությունը աճել է: Եվ երկրորդ, ԱՎԾ-ի ցուցանիշները ամեն մի ժամանակաշրջանի համար զգալի ցածր են, քան հետազոտությունից ստացված ցուցանիշները:

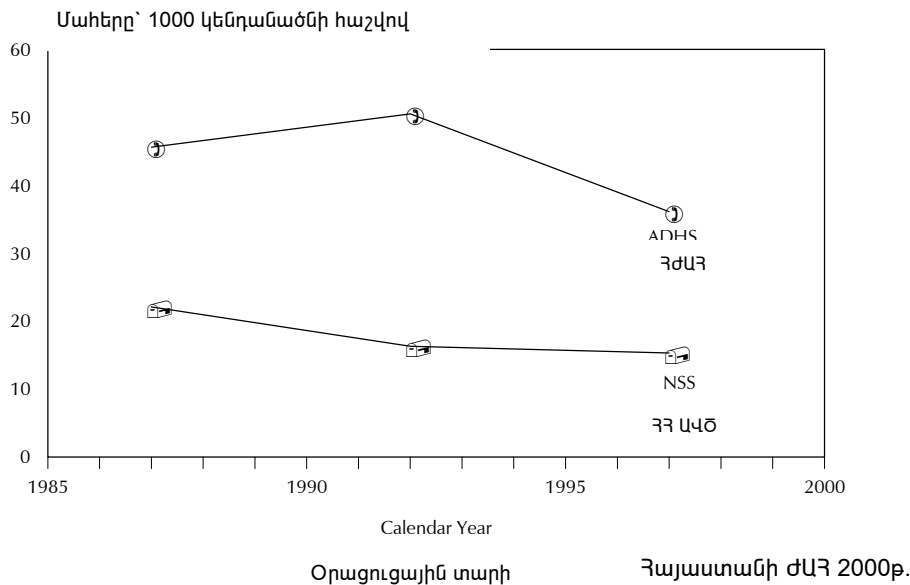
Աղյուսակ 9.2 Մանկական մահացության ցուցանիշների համեմատություն

Նեոնատալ, հետնեոնատալ և մանկական մահացության ցուցանիշները հետազոտությանը նախորդող հինգամյա ժամանակաշրջանների համար, Հայաստան 2000:

Օրացույցային մոտավոր շրջանը ¹	Նեոնատալ մահացություն		Հետնեոնատալ մահացություն		Մանկական մահացություն	
	ԱՎԾ	ՀԺԱՀ	ԱՎԾ	ՀԺԱՀ	ԱՎԾ	ՀԺԱՀ
1996-2000	9.1	19.5	6.2	16.7	15.3	36.1
1991-1995	8.0	31.6	8.5	18.9	16.3	50.5
1986-1990	9.1	24.6	13.0	20.9	22.1	45.6

Աղբյուրը՝ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն:
 Նշում. հետնեոնատալ մահացությունը հաշվարկված է որպես մանկական և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների տարբերություն: Նեոնատալ մահացության ԱՎԾ-ի ցուցանիշը հիմնված է մինչև 27 օրական երեխաների մահվան դեպքերի, իսկ ՀԺԱՀ-ի ցուցանիշը՝ մինչև 1 ամսական:
¹ Քանի որ հետազոտությունն անց է կացվել 2000թ-ի սեպտեմբերից մինչև նոյեմբեր, նախորդ 5 տարիների համար (1996-2000) ցուցանիշները, փաստորեն, վերաբերվում են 1995թ-ի նոյեմբերից մինչև 2000թ-ի նոյեմբերն ընկած ժամանակաշրջանին: Նույնը վերաբերվում է նաև այլ ցուցանիշներին:

Գծապատկեր 9.1 Մանկամահացության մշտուններն ըստ ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության և ՀԺԱՀ-ն գործակիցների



9.5 Վաղ տարիքի երեխաների մահացության սոցիալ-տնտեսական տարբերակումները

Աղյուսակ 9.3-ը ցույց է տալիս հետազոտությունից ստացված վաղ տարիքի երեխաների մահացության ցուցանիշները՝ ըստ սոցիալ-տնտեսական տարբերակման (քաղաքային/գյուղական և կրթությունը): Մահացության գնահատված ցուցանիշները վերաբերվում են հետազոտությանը նախորդող 10 տարիներին: 10-ամյա ժամանակաշրջանը օգտագործվում է բնակչության ենթախմբերի համար ցուցանիշները հաշվարկելիս ընտրանքային փոփոխականությունը կրճատելու համար:

Շատ երկրներում մանկական և 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները գյուղական վայրերում ավելի բարձր են, քան քաղաքայինում: Գյուղական վայրերի համար մանկական մահացության ցուցանիշները (53%) գերազանցում են քաղաքային ցուցանիշներին (36%) մոտ 1,5 անգամ: Այս տարբերության մեծ մասը առաջանում է հետմեծնատալ մահացության ցուցանիշների հաշվին: 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության դեպքում գյուղական ցուցանիշները (6,8%) գերազանցում են քաղաքային ցուցանիշներին (1,4%) մոտ 5 անգամ: Ըստ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության գյուղական վայրերում ապրող երեխաների համար ցուցանիշը (59%) մոտ 1,6 անգամ շատ է, քան քաղաքային վայրերում ապրող երեխաների համար (37%): Կա մահացության ռիսկի փոքր ինչ տարբերություն Երևանում և այլ քաղաքային վայրերում ապրող երեխաների միջև:

Ինչպես ակնկալվում էր, մայրերի կրթական մակարդակի բարձրացմանը զուգընթաց մահացության ցուցանիշները նվազում են: Ըստ կրթական կատեգորիաների՝ տարբերակումները ավելի շատ են հետմեծնատալ և 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունների համար, քան մեծնատալ մահացության համար: Ընդհանուր առմամբ, մինչև 5 տարեկանների մահացությունը այն կանանց երեխաների համար, ովքեր ունեն միջնակարգ կրթություն (55%), մոտ 2,5 անգամ գերազանցում է բարձրագույն կրթություն ունեցող կանանց երեխաների ցուցանիշին (22%):

Աղյուսակ 9.3 Վաղ տարիքի երեխաների մահացությունն ըստ հիմնական բնութագրիչների

Նեոնատալ, հետնեոնատալ, մանկական, 1-ից մինչև 5 տարեկան և մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները հետազոտությանը նախորդող 10 տարիների համար՝ ըստ հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան 2000թ.

Հիմնական բնութագրիչներ	(%,%)				
	Նեոնատալ մահացություն (ՆՄ)	Հետնեոնատալ մահացություն (ՀՆՄ)	Մանկական մահացություն (1q0)	1-5 տարեկան երեխաների մահացություն (4q1)	Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն (5q0)
Բնակավայր					
Քաղաքային	23.1	12.8	35.9	1.4	37.3
Երևան	20.9	13.3	34.2	2.4	36.5
Այլ քաղաքներ	25.7	12.2	37.9	0.3	38.1
Գյուղական	29.5	23.3	52.7	6.8	59.2
Կրթությունը					
Տարրական/միջին (47.5)		(35.2)	(82.6)	(7.1)	(89.1)
Միջնակարգ	28.4	21.9	50.2	4.7	54.7
Միջնակարգ-մասնագիտական	23.9	16.5	40.4	4.2	44.4
Բարձրագույն	17.1	4.2	21.3	0.4	21.7
Ընդամենը	26.2	17.9	44.1	4.0	48.0

Նշում. 250-499 անհատների պատասխանների վրա հիմնված ցուցանիշները նշված են փակագծերում:
Հետնեոնատալ մահացությունը հաշվարկված է որպես մանկական և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների տարբերություն:

9.6 Վաղ տարիքի երեխաների մահացության ժողովրդագրական տարբերակումները

Աղյուսակ 9.4-ը ցույց է տալիս կապը վաղ տարիքի երեխաների մահացության և ժողովրդագրական տարբերակումների միջև: Ինչպես սոցիալ-տնտեսական տարբերակման, այնպես էլ այս դեպքում ցուցանիշները վերաբերվում են հետազոտությանը նախորդող 10 տարիներին:

Ինչպես ակնկալվում էր, տղաների մահացության ցուցանիշները ավելի բարձր են, քան աղջիկներինը: Կան մահացության ռիսկի զգալի տարբերություններ՝ կապված մոր տարիքի և ծննդաբերության թվի հետ: Ամենամեծ տարբերությունը առաջ է գալիս նեոնատալ շրջանում, որտեղ 30-39 տարեկան կանանցից ծնված և 4-րդ և ավել հաջորդական թվով ծնվածների մահացությունը (համապատասխանաբար 44% և 54%) էապես գերազանցում է ծնված բոլոր երեխաների համար հաշվարկված մահացության ցուցանիշը (26%):

Ըստ տվյալ և նախորդ ծնունդի միջև ընկած ժամանակահատվածի՝ մահացության ցուցանիշը անկասկած ավելի փոքր է 3 տարի ընդմիջման դեպքում, քան 3-ից ավելի կամ պակաս տարի ընդմիջումների համար: Ըստ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության՝ 3 տարի ընդմիջումով ծնունդները ենթարկված են 2 անգամ ավելի քիչ մահացության ռիսկի (մահացության ցուցանիշը 32%), քան 3 տարուց պակաս ընդմիջումով ծնունդները (60 կամ 73%):

Աղյուսակ 9.4 Վաղ տարիքի երեխաների մահացությունն ըստ ժողովրդագրական բնութագրիչների

Նեոնատալ, հետնեոնատալ, մանկական, 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների և մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները հետազոտությանը նախորդող 10 տարիների համար՝ ըստ ընտրված ժողովրդագրական բնութագրիչների, Հայաստան 2000թ.

	(%,%)				
Ժողովրդագրական բնութագրիչներ	Նեոնատալ մահացություն (ՆՆՄ)	Հետնեոնատալ մահացություն (ՀՆՆՄ)	Մանկական մահացություն (1q0)	1-5 տարեկան երեխաների մահացություն (4q1)	Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն (5q0)
Երեխայի սեռը					
Արական 29.4	16.7	46.1	4.9	50.7	
Իգական 22.7	19.3	41.9	3.1	44.9	
Մոր տարիքը ծննդաբերելիս					
<20	30.0	19.4	49.5	2.1	51.5
20-29	21.0	15.9	37.0	4.4	41.2
30-39	44.2	24.7	69.0	4.5	73.2
Ծննդի հաջորդականությունը					
1	22.1	10.3	32.3	1.7	34.0
2-3	24.0	22.4	46.4	5.4	51.5
4+	(53.7)	(23.6)	(77.3)	(5.0)	(81.9)
Նախորդ ծնունդի միջև ընկած ժամանակահատվածը					
<2	28.6	27.1	55.6	5.0	60.4
2 տարի	36.6	30.8	67.4	5.8	72.9
3 տարի	(16.1)	(7.4)	(23.5)	(8.7)	(31.9)
4 տարի կամ ավել	26.8	17.6	44.5	3.8	48.1
Պտղի չափսը					
Փոքր կամ շատ փոքր	72.7	20.8	93.4	4.2	4.2
Միջին կամ խոշոր	7.5	18.1	25.6	4.2	4.2
Ընդամենը	26.2	17.9	44.1	4.0	48.0

Նշում. 250-499 անհատների պատասխանների վրա հիմնված ցուցանիշները նշված են փակագծերում:
 Հետնեոնատալ մահացությունը հաշվարկված է որպես մանկական և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների տարբերություն:
 4.2. կիրառելի չէ:

9.7 Մահացության տարբերակումներն ըստ կանանց կարգավիճակի

ՀԺԱՀ-ում ընդգրկված էին մի շարք հարցեր՝ կանանց կարգավիճակի ցուցիչները բացահայտելու համար: Այս տվյալները թույլ են տալիս բացահայտել կանանց՝ իրենց սեփական շահերի պաշտպանության համար արդյունավետ գործելու հնարավորությունները, ինչպես նաև նրանց շահերի, ովքեր անմիջականորեն կախված են իրենցից: Ուստի, եթե կանայք՝ երեխայի մասին առաջնային հոգացողները, ունեն բարձր կարգավիճակ, ապա նրանց կրծքի հասակի երեխաների առողջությունը պետք է որ բարելավվի և կենդանի մնալու հավանականությունը՝ աճի:

Կանանց տրվում էին հարցեր տնային տնտեսության որոշումները կայացնելու մեջ նրանց մասնակցության վերաբերյալ, ինչպես նաև այն հանգամանքների մասին, երբ կինը պետք է ի վիճակի լինի մերժելու ամուսնուն սեռական հարաբերություն ունենալու հարցում, և կա արդյոք որևէ հանգամանք, երբ կնոջը ծեծելը արդարացվում է:

Ցուցիչները, որոնք բացահայտվել են, հետևյալն են՝

1. կնոջ մասնակցությունը տնային տնտեսության որոշումները կայացնելիս,
2. նրա իրավունքը՝ մերժելու սեռական հարաբերությունները,
3. կնոջը ծեծելն իր կողմից ընդունելը:

Ինչքան բարձր են առաջին երկու ցուցիչները, այնքան բարձր է կնոջ կարգավիճակը, և ավելի շատ է նրան հնարավորություն տրվում խնամելու իր երեխաներին: Ինչքան բարձր է երրորդ ցուցիչը, այնքան ցածր է կնոջ կարգավիճակը, և ավելի քիչ է հնարավորություն տրվում նրան խնամելու իր երեխաներին:

Աղյուսակ 9.5-ը ցույց է տալիս մահացության ցուցանիշները՝ ըստ կանանց կարգավիճակը բնորոշող ցուցիչների արժեքների: Բոլոր 3 ցուցիչների համար կա կապ կնոջ կարգավիճակի աճի և մահացության մակարդակի նվազման միջև:

Աղյուսակ 9.5 Վաղ տարիքի երեխաների մահացությունն ըստ կանանց կարգավիճակի ցուցիչների

Նեոնատալ, հետնեոնատալ, մանկական, 1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների և մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները հետազոտությանը նախորդող 10 տարիների համար՝ ըստ կանանց կարգավիճակի ընտրված ցուցիչների, Հայաստան 2000թ.

Կանանց կարգավիճակի ցուցիչներ	Նեոնատալ մահացություն (ՆՄ)	Հետնեոնատալ մահացություն (ՀՆՄ)	Մանկական մահացություն (1q0)	1-5 տարեկան երեխաների մահացություն (4q1)	Մինչև 5 տար. երեխաների մահացություն (5q0)
(%,%)					
Որոշումների քանակը, որոնցում վերջնական խոսքը ասել է մայրը					
0	*	*	*	*	*
1-2	27.1	19.7	46.8	2.7	49.4
3-4	25.2	22.0	47.2	3.6	50.6
5+	23.3	13.2	36.5	5.3	41.6
Սեռական հարաբերությունները մերժելու պատճառների քանակը					
0	*	*	*	*	*
1-2	(51.4)	(30.1)	(81.5)	(5.4)	(86.5)
3-4	22.6	17.0	39.6	3.7	43.1
Կնոջը ծեծելն արդարացնող պատճառների քանակը					
0	22.2	14.4	36.6	3.2	39.7
1-2	32.8	20.0	52.8	2.8	55.5
3-4	34.9	23.9	58.8	9.3	67.5
5+	*	*	*	*	*
Ընդամենը	26.2	17.9	44.1	4.0	48.0

Նշում. 250-499 անհատների պատասխանների վրա հիմնված ցուցանիշները նշված են փակագծերում: 250-ից քիչ անհատների պատասխանների վրա հիմնված ցուցանիշները նշված չեն (*):
 Հետնեոնատալ մահացությունը հաշվարկված է որպես մանկական և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների տարբերություն:

9.8 Պերինատալ մահացություն

Պերինատալ մահացության ցուցանիշը բնութագրում է մահացության մակարդակը՝ սկսած պրենատալ շրջանից (այսինքն՝ ուշ ֆետալ շրջանից, որն սկսվում է հղիության 28-րդ շաբաթից) մինչև ծննդաբերությունը և կյանքի վաղ նեոնատալ շրջանը (այսինքն՝ ծնվելուց հետո կյանքի 0-6 օրը): Եթե 28 շաբաթականից ավել գեստացիոն հասակ ունեցող հղիությունները ավարտվում են առանց պտղի կողմից կենդանության որևէ նշանի ցուցաբերման, դրանք որակվում են որպես մեռելածնություն: Մեռելածնության և վաղ նեոնատալ մահերի հիմնական պատճառները միանման են (օրինակ՝ բնածին արատները), և դրա համար այս դեպքերը համախմբվում են պերինատալ մահացության ցուցանիշի ներքո:

Պերինատալ մահացության ցուցանիշները ներկայացվում են հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների համար: Հարկ է նշել, որ երբ հարցը վերաբերվում է պերինատալ մահացության ցուցանիշին, տվյալների որակը միշտ տարածայնությունների առիթ է հանդիսանում, քանի որ մեռելածնների և վաղ նեոնատալ շրջանում մահերի վերաբերյալ տեղեկատվությունը հաճախ թերգրանցվում է:

Այդուսակ 9.6-ը ցույց է տալիս պերինատալ մահացության ցուցանիշը ամբողջ Հայաստանի համար (որը հաշվարկված է յուրաքանչյուր 1000 հղիության հաշվով), ինչպես նաև ըստ հիմնական բնութագրիչների: Ընդհանուր առմամբ, պերինատալ մահացության ցուցանիշը կազմում է 29%: Մեռելածնները և մինչև 7 օրեկան հասակում մահացածները ընդհանուր պերինատալ մահացության ցուցանիշի մեջ բաշխվում են հավասարապես: Այն ժամանակ, երբ դեռ հետազոտության արդյունքները չէին հաստատել պերինատալ մահացության ցուցանիշը կազմող այդ երկու բաղադրիչների միջև եղած հստակ կապը, մի շարք երկրներ, որտեղ պերինատալ մահացության ցուցանիշը կազմում էր 20-30%, զեկուցեցին, որ մեռելածնության և վաղ նեոնատալ մահացության ցուցանիշները ունեն համարյա նույն մեծությունը (Hoffman H. J. և այլ., 1984թ.):

Ինչպես մանկական, այնպես էլ պերինատալ մահացության դեպքում հետազոտությունից ստացված ցուցանիշները մոտ 2 անգամ գերազանցում են առողջապահության նախարարության պերինատալ մահացության պաշտոնական ցուցանիշին, որը 1993-97թթ. ընկած ժամանակահատվածում տատանվել է 15% շրջանում (ՀՀ կառավարություն, Յունիսեֆ և «Փրկեք երեխաներին», 1999թ.):

Այդուսակ 9.6 Պերինատալ մահացություն

Մեռելածնների ու վաղ նեոնատալ մահերի քանակը, պերինատալ մահացության ցուցանիշը հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների համար՝ ըստ ընտրված հիմնական բնութագրիչների, Հայաստան 2000թ. (%,%)

Հիմնական բնութագրիչներ	Մեռելածնների քանակը1	Վաղ նեոնատալ մահերի քանակը2	Պերինատալ մահացության ցուցանիշը3	7 և ավել ամսական հղիությունների քանակը
Մոր տարիքը ծննդաբերելիս				
<20	3.5	5.7	(29.2)	315
20-29	12.8	13.8	23.9	1113
30-39	6.9	4.6	47.0	243
40-49	1.4	0.0	*	11
Նախորդ հղիության միջև ընկած ժամանակահատվածը				
1-ին հղիություն	6.6	5.9	21.3	588
<15 ամսից	8.1	6.4	(55.2)	262
15-38 ամիս	6.3	9.8	27.5	586
39+ ամիս	3.6	1.9	22.6	245
Բնակավայրը				
Քաղաքային	10.8	5.7	19.5	849
Գյուղական	13.7	18.3	38.5	833
Կրթությունը				
Տարրական/միջին	4.6	4.3	*	159
Միջնակարգ	12.5	13.3	37.9	681
Միջնակարգ/մասնագիտական	6.3	5.9	22.0	557
Բարձրագույն	1.1	0.6	(5.9)	284
Ընդամենը	24.6	24.0	28.9	1681

Նշում. 250-499 անհատների պատասխանների վրա հիմնված ցուցանիշները նշված են փակագծերում: 250-ից քիչ անհատների պատասխանների վրա հիմնված ցուցանիշները նշված չեն (*):
 1 Մեռելածին է համարվում պտղի մահը 7 կամ ավելի ամսական հղիության դեպքում:
 2 Վաղ նեոնատալ մահերը 0-6 օրեկան երեխաների մահերն են:
 3 Պերինատալ մահացության ցուցանիշը դա մեռելածնների և վաղ նեոնատալ մահերի գումարի հարաբերությունն է 7 և ավելի ամսական հղիությունների քանակի վրա:

9.9 Պտղաբերության բարձր ռիսկեր

Նախորդ ուսումնասիրությունը ներկայացրեց կանանց պտղաբերական նկարագրի և նրանց երեխաների մահացության ռիսկի միջև եղած հստակ կապը: Մահացության ռիսկը բարձր է հատկապես այն երեխաների համար, որոնց մայրերը շատ երիտասարդ կամ տարիքով են, որոնք ծնվել են նախորդ ծննդաբերությունից կարճ ընդմիջումից հետո, կամ հանդիսանում են թվով 4-րդ կամ ավելի ծնունդը: Այս վերլուծության մեջ մայրը դասակարգվում է շատ երիտասարդ, եթե նա 18 տարեկանից փոքր է, և տարիքով, եթե մեծ է 34 տարեկանից: Ծնունդների միջև ընկած ժամանակահատվածը համարվում է կարճ, երբ երեխան ծնվում է նախորդից ոչ ուշ, քան 24 ամիս հետո: Եվ երեխայի ծնվելու հաջորդականությունը (թվով որ երեխան է) համարվում է բարձր, եթե նրա մայրը մինչ այդ ունեցել է առնվազն 3 երեխա:

Աղյուսակ 9.7-ը ցույց է տալիս հետազոտությանը նախորդող 5 տարիներին ծնված երեխաների տեսակարար կշիռը՝ ըստ ռիսկի խմբերի: Քանի որ 18-34 տարեկան կանանց առաջին ծնունդը համարվում է անխուսափելի ռիսկ, դրանք վեր են լուծված և ներկայացված որպես ռիսկի առանձին խումբ:

Աղյուսակ 9.7-ի առաջին սյունը ցույց է տալիս, որ հետազոտությանը նախորդող 5 տարիներին ծնունդների 29%-ը պատկանում է միագործոն բարձր ռիսկի խմբին և 5%-ը՝ բազմագործոն բարձր ռիսկի խմբին:

Երկրորդ սյունը ցույց է տալիս ռիսկի գործակիցը տարբեր բարձր ռիսկի խմբերին պատկանող ծնունդների համար: Ընդհանուր առմամբ, որևէ բարձր ռիսկի պատկանող երեխաների համար ռիսկի գործակիցը (1,4) մոտ 40%-ով բարձր էր, քան այն երեխաներինը, որոնք չէին պատկանում ռիսկի որևէ խմբի:

Երրորդ սյան տվյալները նախատեսված են ապագայի համար և ուղղված են պարզելու, թե հարցման պահին ամուսնացած կանանցից որքանը կունենան բարձր ռիսկի հետ կապված ծնունդ: Արդյունքները ստացվել են՝ ռիսկի խմբերին նմանեցնելով այն ծնունդները, որոնք պետք է լինեն հարցման պահին ամուսնացած կանանցից, եթե նրանք հղիանային հետազոտության ժամանակ: Օրինակ, եթե կինը հետազոտության ժամանակ 37 տարեկան էր, նախկինում ունեցել էր 3 ծնունդ, որոնցից վերջինը 3 տարի առաջ, ապա նա կդասակարգվեր որպես բազմագործոնային բարձր ռիսկի խմբին պատկանող կին, քանի որ նա տարիքով էր (34 տարեկան և ավել) և պետք է ունենար բարձր հաջորդականությամբ (3 և ավել) ծնունդ:

Ընդհանուր առմամբ, ամուսնացած կանաց 72%-ի մոտ նկատվում է մահացության բարձր ռիսկով երեխա ունենալու հավանականություն (պոտենցիալ):

Աղյուսակ 9.7 Պտղաբերության բարձր ռիսկեր

Հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ընթացքում ծնված երեխաների տոկոսային բաշխումն ըստ մահանակու բարձր ռիսկի խմբերի, ռիսկի գործակիցը ու հետազոտության պահին ամուսնացած կանանց տոկոսային բաշխումն ըստ ռիսկի խմբերի, եթե նրանք պետք է հղիանային հետազոտության ժամանակ, Հայաստան 2000թ.

	Հետազոտությանը նախորդող 5 տարիների ծնունդները		(%,%) Հարցման պահին ամուսնացած կանանց տոկոսը ¹
	Ծնունդների տոկոսը	Ռիսկի գործակից	
Ռիսկի խմբերը			
Չի պատկանում բարձր ռիսկի որևէ խմբի	31.4	1.00	24.5 a
Անխուսափելի ռիսկի խումբ 18-34 տարեկան կանանց առաջին ծնունդը	34.9	0.56	4.0
Միագործոն բարձր ռիսկի խումբ			
Մոր տարիքը <18	3.3	42	0.2
Մոր տարիքը >34	2.6	1.00	22.2
Ծնունդների միջև ընկած ժամանակահատվածը <24 ամսից	17.5	1.35	6.6
Ծնունդի հաջորդականությունը >3	5.2	3.22	8.5
Ենթագումար	28.5	1.50	37.5
Բազմագործոն բարձր ռիսկի խումբ			
Տարիքը <18 և ծնն. միջև ընկ. ժամ. <24 ամսից	0.4	42	0.1
Տարիքը >34 և ծնն. միջև ընկ. ժամ. <24 ամսից	0.4	42	0.3
Տարիքը >34 ծնունդի հաջորդականությունը >3	2.0	0.40	31.4
Տարիքը >34 և ծնունդների միջև ընկած ժամ <24 ամսից և ծնունդի հաջորդականությունը >3	0.1	42	0.3
Ծնունդների միջև ընկած ժամ <24 ամսից և ծնունդի հաջորդականությունը >3	2.3	2.10	2.0
Ենթագումար	5.2	1.09	34.0
Որևէ խմբում, որտեղ կարելի է խուսափել բարձր ռիսկից	33.7	1.44	71.5
Ընդամենը	100.0	-	100.0
Ծնունդների թվաքանակը (մարդ)	1657	-	4125

Նշում. ռիսկի գործակիցը դա յուրահատուկ բարձր ռիսկի խմբի պատկանող ծնունդների մահերի հարաբերությունն է բարձր ռիսկի որևէ խմբի չպատկանող ծնունդների մահերին:

42. կիրառելի չէ:

1 Կանայք ընդգրկվում են ռիսկի խմբում՝ ըստ այն կարգավիճակի, որ նրանք կունենան երեխայի ծնվելու ժամանակ, եթե նրանք հղիանային հետազոտության ժամանակ. ներկայիս տարիքը 17 տարեկան 3 ամսականից փոքր է կամ 34 տարեկան 2 ամսականից մեծ, վերջին ծնունդը եղել է ավելի քիչ, քան 15 ամիս առաջ կամ վերջին ծնունդը երրորդն է կամ ավելին:

a Ներառյալ ստերիլացված կանայք: