

*Ս. Մնացականյան և Ա. Ջեյնայան*

**1.1 Տարածքը**

Հայաստանի Հանրապետությունը լեռնային փոքր երկիր է, որի տարածքի շուրջ 90%-ը տեղաբաշխված է ծովի մակերևույթից 1000 մետրից ավելի բարձրության վրա: Երկիրը գտնվում է Ասիայի հարավ-արևմուտքում, գրավում է Հայկական լեռնաշխարհի հյուսիս-արևելյան հատվածը՝ Կովկասի և Առաջավոր Ասիայի միջև (Կուր և Արաքս գետերի միջին հոսանքների միջգետային տարածքը): Հյուսիսից և արևելքից սահմանակից է Վրաստանին և Ադրբեջանին, իսկ արևմուտքից և հարավից՝ Թուրքիային և Իրանին:

Երկրի տարածքը կազմում է 29743 քառ.կմ, որի 46,8%-ը կազմում են գյուղատնտեսական հողատեսքերը, 34,9%-ը՝ լեռները, բարձրավանդակներն ու այլ հողատեսքերը, 12,7%-ը՝ անտառները և 5,6%-ը՝ ջրային տարածքը:

Հայաստանի տարածքում ամենամեծ լիճը Սևանա լիճն է (մակերեսը 1260 քառ. կմ), ամենաերկար գետը Արաքսն է՝ 158 կմ (ընդհանուր երկարությունը՝ 1072 կմ):

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

Եկկիրը բաժանված է 11 տարածաշրջանների (մարզերի), որոնք ներառում են Երևանի տարածաշրջանը՝ Հայաստանի մայրաքաղաքը:

**1.2 Ժողովրդագրական բնութագրիչներ**

2001թ. հունվարի 1-ի դրությամբ Հայաստանի Հանրապետության պաշտոնական բնակչությունը 3.8 միլիոն էր: Հայաստանի Հանրապետության բնակչությունը գրեթե միատարր է (96 տոկոսը հայեր են, 4 տոկոսը՝ եզդիներ, քրդեր, ռուսներ, ուկրաինացիներ, ասորիներ, հույներ և այլ ազգային փոքրամասնություններ):

Հայերն այն ժողովուրդներից են, որոնց զգալի մասը ճակատագրի բերումով ապրում է հայրենիքից դուրս (շուրջ 5 մլն. հայեր այսօր ապրում են 66 երկրներում): Հայկական Սփյուռքի ձևավորումը սկսվեց Առաջին համաշխարհային պատերազմի տարիներին (1914-1918թթ.), երբ Հայաստանի տարածքը բաժանված էր իրար դեմ պատերազմող կայսրությունների միջև: Օսմանյան կայսրությունը տիրում էր նրա հիմնական և ամենահայաշատ մասին՝ Արևմտյան Հայաստանին, իսկ Ռուսական կայսրությունը՝ Արևելյան Հայաստանին: Հայկական Սփյուռքի տարածքային և քանակական կառուցվածքը պայմանավորված է այս կամ այն երկրում նրա անվտանգության ու կենսագործունեության համար անհրաժեշտ պայմանների առկայությամբ:

**1.3 Պատմությունը**

Հայկական լեռնաշխարհը քաղաքակրթության բնօրրաններից է, ուր քարի դարից սկսած հարատևել է մարդը: Հայ ժողովուրդը աշխարհի հնագույն ժողովուրդներից է: Դարերի խորքից եկող նրա պատմությունը հաշվվում է շուրջ 5000 տարի:

Հայ ժողովուրդը դեռ հին ժամանակներից աչքի է ընկել իր նյութական և հոգևոր մշակույթով: Հին աշխարհի առևտրական ու ռազմական կարևորագույն երկու մայրուղիներն անցել են Հայաստանի տարածքով, որոնք Արևելքը կապել են Արևմուտքի հետ՝ մշտապես պատերազմական բեմ դարձնելով այն:

Ն.ք. IX-VI դարերում Հայկական լեռնաշխարհի տարածքում գոյատևել է Ուրարտական (Արարատյան) թագավորությունը՝ իր ինքնատիպ և հնագույն բարձր քաղաքակրթությամբ: Դրավկայությունն են Հայաստանի Հանրապետության մայրաքաղաք Երևանի տարածքում հայտնաբերված Ուրարտուի Արգիշտի թագավորի կողմից հիմնադրված (Ն.ք. 782թ.) էրեբունի քաղաքի ավերակները: Արարատյան թագավորությունում զարգացած էին բերդ-քաղաքների շինարարությունը, արհեստները, մետաղագործությունը, ոսկերչությունը, քարի և փայտի գեղարվեստական մշակումը և այլ արհեստներ: Ջարգացման բարձր մակարդակի էր հասել մշակույթը, ճարտարապետությունը, թատրոնը, գրականությունը և այլն:

Ուրարտուի անկումից հետո, Տիգրան Մեծ թագավորի (Ն.ք. 95-55թթ.) միասնական թագավորության ընթացքում շենացել և հզորացել է Հայաստանը: Կառուցվել են բազմաթիվ քաղաքներ ու գյուղեր:

Քրիստոնեությունը որպես պետական կրոն աշխարհում առաջինն (301թ.) ընդունվել է հայերի կողմից: Հայաստանյազ եկեղեցու կաթողիկոսարանն առ այսօր գտնվում է հենց 301թ. Գրիգոր Լուսավորչի կողմից հիմնադրված Էջմիածնի Մայր տաճարում: 2001թ. լրանում է Հայաստանում քրիստոնեության պետականորեն ընդունման 1700-ամյակը:

1375թ. Կիլիկյան թագավորության անկումը հայոց անկախ պետականության վերջն էր: Ազգային հիշողության մեջ օտար կայսրություններում գոյատևումը մնացել է որպես նսեմացնող զիջումների, նահանջների, ճնշումների դարավոր պատմություն: Բնագրային այդ ընկալումը ժողովրդի մոտ գաղափարախոսական ձևավորում ստացավ 19-րդ դարում:

1827թ. Արևելյան Հայաստանն ազատագրվելով պարսկական լծից, ներառվեց Ռուսական կայսրության մեջ:

Առաջին համաշխարհային պատերազմը (1914-1918թթ.) խիստ ծանր անդրադարձավ հայ ժողովրդի ճակատագրի վրա: Օգտվելով պատերազմական իրավիճակից՝ 1915թ. Օսմանյան կայսրության իշխանությունները դիմեցին երկրի հայ բնակչության ցեղասպանության, դրա զոհը դարձավ շուրջ 1.5 մլն. հայ, մնացած մասը բռնագաղթվեց: Վերապրողները ցրվեցին տարբեր երկրներ: Փաստորեն թուրքական կառավարիչները բռնագաղթի և եղեռնի միջոցով հայաթափեցին ողջ Արևմտյան Հայաստանը:

Ռուսական կայսրության փլուզման արդյունքում հայերը, ի թիվս այլ ազգային փոքրամասնությունների, 1918թ. ստացան պետական անկախության հնարավորություն: Ցեղասպանությունից, պատերազմից, հեղափոխությունից հետո Հայաստանը հայտնվեց քաղաքական դատարկության մեջ, փլուզված տնտեսությամբ, փախստականներով ու գործազուրկներով հանդերձ, առանց դաշնակիցների, առանց մշակված գաղափարախոսության: Այդ Հանրապետությունը գոյատևեց ընդամենը երկու և կես տարի (ազգային ժողովրդավարության արժեքները չդիմացան համայնավարական գաղափարի և Կարմիր բանակի գրոհին): Այնուհանդերձ, 20-րդ դարասկզբում, Հայաստանի Առաջին Հանրապետությունը, իր բոլոր թուլություններով և թերություններով հանդերձ, կատարեց պատմական նախադեպի կարևոր դերը, ստեղծելով ժողովրդավարության և անկախ պետականության համակարգ՝ խորհրդարանից ու համալսարանից մինչև բանկ ու բանակ:

1920թ. նոյեմբերի 29-ին Հայաստանում հռչակվեցին խորհրդային կարգեր: Այդ վարչակարգը գոյատևեց 70 տարի, որի ընթացքում հայերն իրենց պատմական երկրից մնացած տարածքում ճաշակեցին զարգացման աննախադեպ հնարավորություններ մշակույթի, գիտության, արվեստի և տնտեսության բնագավառներում: 1921-1991թթ. Հայաստանի Երկրորդ Հանրապետությունում կուտակվեց հասարակական ինքնագիտակցության և ինքնակառավարման եզակի փորձ, առանց որի անհնար կլիներ Երրորդ Հանրապետության կայացումը:

#### **1.4 Խորհրդայինից անկախ հանրապետության անցումային ժամանակաշրջանը**

1990թ. սեպտեմբերի 21-ին Հայաստանի Հանրապետության Գերագույն խորհուրդն ընդունեց անկախության հռչակագիր: Երեք ամսս անց Հայաստանը դարձավ Անկախ Պետությունների Համագործակցության մասը և 1992թ. մարտի 2-ին դարձավ Միացյալ Ազգերի անդամ: 2001թ. փետրվարի 18-ին Հայաստանը դարձավ Եվրոպական խորհրդի անդամ: Պետական լեզուն հայերենն է, որը պատկանում է Հնդ-Եվրոպական լեզուների խմբին, Ազգային տարադրամը դրամն է, որը դրվել է շրջանառության մեջ 1993թ. նոյեմբերից:

Հայաստանի Հանրապետությունն ինքնակառավարվող, ժողովրդավարական, սոցիալական և իրավական երկիր է (ՀՀ Սահմանադրություն, Գլուխ 1, Հոդված 1): Հայաստանի Հանրապետությունում իշխանությունը պատկանում է ժողովրդին: Երկրի նախագահը պատասխանատու է երկրի անկախության, տարածքային ամբողջականության և ապահովության համար: Հայաստանի Հանրապետությունում Ազգային ժողովը իրավական իշխանություն է: Ժողովուրդն օգտվում է իրենց իրավունքներից աղատ ընտրությունների միջոցով, ինչպես նաև պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների միջոցով՝ ըստ Սահմանադրության (ՀՀ Սահմանադրություն, Գլուխ 1, Հոդված 2): Պետական իշխանությունն իրականացվում է համաձայն Սահմանադրության և օրենքների՝ հիմնված իրավական, վարչական և դատական իշխանությունների տարբերակելու սկզբունքի վրա (ՀՀ Սահմանադրություն, Գլուխ 1, Հոդված 5):

## 1.5 Բնակչության միգրացիան 1988 և 2000թթ.-ի ընթացքում

1980-ական թվականներից սկսած Հայաստանում սկսեց տեղի ունենալ մեծամասշտաբ միգրացիա: Բնակչության տեղաշարժերն այնպիսի գործոնների արդյունք էին, ինչպիսիք են միջէթնիկական հակամարտությունները, Ղարաբաղյան ճգնաժամը, սպիտակյան երկրաշարժը (1988թ.), քաղաքական, սոցիալական և տնտեսական հեղափոխական բնույթի կտրուկ անցումները (ԽՍՀՄ-ի փլուզում, տնտեսական շրջափակում, արտադրության անկում, անցում շուկայական հարաբերությունների, տնտեսության կառուցվածքային տեղաշարժեր):

Բոլոր այս գործոնների արդյունքում ճգնաժամային ժամանակաշրջանում Հայաստանում տեղի ունեցավ զուտ արտագաղթ, հատկապես, 1992-1994թթ. ընթացքում: Սակայն, բնակչության վարչական գրանցման համակարգը չի տրամադրում միգրացիայի անհրաժեշտ տվյալներ, որոնք տեղի են ունեցել վերջին 10 տարիների ընթացքում: Պատճառն այն է, որ գաղթողների մի մասը լքել է հանրապետությունը և բնակվել է արտասահմանում երկար ժամանակ՝ առանց գրանցելու նրանց գաղթը:

Հայաստանի և ԱՊՀ այլ երկրների միջև թափանցիկ սահմանները, ինչպես նաև դրանց հատման կետերում գործնականում հաշվառման բացակայությունը հանգեցնում են նրան, որ որ բնակչության միգրացիայի վերաբերյալ վիճակագրության տեսադաշտից դուրս է մնում բնակչության մի ստվար զանգված:

Վերը նշված գործոնները վկայում են այն փաստի մասին, որ համաձայն պաշտոնական վիճակագրական տվյալների 1992-2000թթ. ընթացքում հանրապետությունում գրանցվել է 94200 մարդու արտագաղթ: Այնուամենայնիվ, այլ տվյալները ցույց են տալիս, որ արտագաղթի իրական մակարդակները ավելի բարձր են: Օրինակ, Քաղաքային ավիացիայի գլխավոր վարչության կողմից իրականացված ուղևորափոխադրումների հաշվառման տվյալների 1992-2000թթ.-ի ընթացքում բնակչության գումարային զուտ արտագաղթը հանրապետությունից կազմել է մոտավորապես 644000 մարդ: Ավելին, 2000թ. մայիս-հունիս ամիսների ընթացքում երկաթուղային կայարաններում հավաքագրված տվյալները և սահմաններում հավաքագրված ավտոտրանսպորտային միջոցներով ուղևորափոխադրումների տվյալները վկայում են, որ հանրապետությունում ներկա (առկա) բնակչությունը զգալիորեն ցածր է արտագաղթի պատճառով: Այսպիսով, պարզ է, որ միգրացիայի թերգրանցումը բերում է առկա մշտական բնակչության տվյալների անհավաստիության: Ավելին, չնայած օդային ճանապարհով, երկաթուղով և ավտոտրանսպորտային միջոցներով բնակչության տեղաշարժի որոշ քանակական տվյալներ առկա են, սակայն բացակայում է հիմնականը՝ միգրանտների սեռա-տարիքային կազմը:

Ինչպես արդեն նշվել է, հանրապետության մշտական բնակչության հաշվարկը իրականացվել է պաշտոնական վիճակագրական տվյալների հիման վրա: Իր հերթին ժողովրդագրական բոլոր ցուցանիշները հաշվարկվել են՝ հայտարարում ունենալով Հայաստանի մշտական բնակչությունը: 2001թ. հոկտեմբերին անցկացված բնակչության մարդահամարի տվյալները կօգտագործվեն ժողովրդագրական ցուցանիշների վերահաշվարկի համար:

## 1.6 Հայաստանի առողջապահական համակարգը և համաճարակաբանական վիճակը

Ոչ հեռու անցյալում Հայաստանի առողջապահության համակարգը, որպես Խորհրդային Միության առողջապահության համակարգի մաս, կարող էր որակվել որպես պլանավորված՝ գերկենտրոնացված կառավարմամբ, համակարգ՝ բժշկական հաստատությունների ցանցի և բժշկական անձնակազմի ուռճացված թվաքանակով: Բժշկական ողջ անձնակազմը, ըստ էության, հանդիսանում էր պետական ծառայող:

Հիվանդներին բժշկական ծառայությունները տրամադրվում էին անվճար, պետության սեփականություն հանդիսացող հաստատություններում և ֆինանսավորվում բացառապես պետական բյուջեից: Հիմնական շեշտը դրվում էր մեծ թվով բժիշկների պատրաստման և մեծ քանակությամբ հիվանդանոցային մահճակալներով ապահովելու վրա: Համակարգը ուղղված էր ազգաբնակչության համար համապարփակ առողջապահական ծառայություններ ապահովելուն և դրանցից օգտվելու լայն հնարավորությունների ընձեռնմանը՝ հիմնական ուշադրություն դարձնելով հիվանդությունների կանխարգելման վրա:

Բժշկական ծառայությունները ապահովվում էին առաջնային բժշկական օգնության ցանցի միջոցով, որը ներառում էր ամբուլատոր-պոլիկլինիկ հաստատությունները: Կառավարման և առաջնային բժշկական օգնության ցուցաբերման նպատակով երկիրը բաժանված էր տարածքների (տեղամասերի), որոնցից յուրաքանչյուրը ներառում էր 2000-3000 մարդ: Մասնագիտացված բուժօգնությունը ցուցաբերվում էր համակարգի երկրորդային և երրորդային օղակներում (հիվանդանոցային մակարդակ):

Խորհրդային առողջապահական համակարգը բնակչության մեծամասնության համար ամենահաջողվածն էր բժշկական ծառայություններից աղեկվատ օգտվելու առումով, ներառյալ գյուղական և հեռավոր շրջանների բնակչությունը:

Սակայն այս համակարգի գործելակերպը պահանջում էր էական և անընդմեջ բյուջետային ֆինանսավորում, հսկայական աշխատանքային ռեսուրսների առկայություն և ճշգրիտ կառավարման հնտություններ: Թեև Խորհրդային առողջապահական համակարգը լուծում էր իր առջև դրված խնդիրների մեծ մասը, ինքը՝ համակարգը և բնակչության առողջական վիճակը ընդհանուր առմամբ վատթարանում էր՝ առավելապես քաղաքական և տնտեսական անկայուն իրավիճակի պատճառով, որն ուղեկցել է Հայաստանին նախկին Խորհրդային Միության փլուզումանը նախորդող տարիներին: Արդյունքում երկիրը ժառանգեց առողջապահության մի համակարգ, որն ուներ բավականին չլուծված խնդիրներ:

Նույնիսկ փլուզմանը նախորդող տարիներին առողջապահությանը հատկացվող Ներքին համախառն արդյունքի (ՆՀԱ) բաժինը հզոր համարվող Խորհրդային Միությունում նվազում էր՝ տատանվելով 3-4 տոկոսի սահմաններում: Այդ տոկոսը համեմատելի էր զարգացած երկրներում ՆՀԱ-ից առողջապահության ոլորտին տրամադրվող 6-10% միջին ծախսերի հետ: Խորհրդային Միության փլուզումից հետո ՆՀԱ-ի 50% անկման պայմաններում առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորումը Հայաստանում նվազեց մինչև ՆՀԱ-ի 1-3%: Արդյունքը եղավ կյանքի սպասվելիք միջին տևողության նվազումը, հիվանդացության աճը, հիվանդանոցների և բժշկական այլ հաստատությունների վիճակի վատթարացումը, ինչպես նաև բժշկական ծառայություններից օգտվելու հասարակական համընդհանուր անբավարարվածությունը:

Տվյալ իրավիճակը, ինչպես նաև 1995 թվականին Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ ամրագրված երաշխավորված բժշկական օգնության ցուցաբերումը, դրդեց պետությանը առողջապահության ֆինանսավորման համար փնտրել այլընտրանքային ուղիներ:

Վճարունակ բնակչությանն իր առողջության համար օրինական վճարելու հնարավորություն ընձեռնելու նպատակով շահույթ չհետապնդող պետական առողջապահական հիմնարկները 1997 թվականին վերածնակերպվեցին պետական ձեռնարկությունների, այնուհետև պետական փակ բաժնետիրական ընկերությունների (որոնց բաժնետոմսերը տնօրինում է պետությունը և որոնք արդեն համարվում են շահույթ հետապնդող կազմակերպություններ): Դեղատնային ցանցն մասնավորեցվեց ամբողջությամբ, իսկ ստոմատոլոգիական ծառայություններ իրականացնող հաստատությունները՝ գրեթե ամբողջությամբ:

Ֆինանսավորման արդյունավետ մեխանիզմների կիրառման նպատակով պետությունը

ծեռնարկեց քայլեր առողջապահական համակարգի վերակառուցման ուղղությամբ՝ նպատակ ունենալով վերահասցեագրել ռեսուրսները հատկապես բուժօգնության առաջնային օղակին: Առաջնային օղակում առաջարկվող կառուցվածքային փոփոխություններն ուղղված են ընտանեկան բժիշկի ինստիտուտի զարգացմանը:

Մյուս կողմից, առողջապահության համակարգի թերֆինանսավորումը, դեղորայքի շուկայական գների կտրուկ բարձրացման հետ միասին, հասարակության լայն խավերի համար բուժսպասարկումը դարձրել են դժվարամատչելի: Զգալի նվազել են հիվանդների դիմումները ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ ստացիոնար բուժօգնություններ: հիվանդանոցային մահճակալների զբաղվածությունը չի գերազանցում 35-40%, տնային կանչերը կրճատվել են ավելի քան 30%-ով: Այս ամենը, իհարկե, չի բացատրվում մարդկանց առողջական վիճակի բարելավմամբ: Ընդհակառակը, հիվանդագության ցուցանիշների «իջեցման» ֆոնի վրա նկատվում է մահացության աճ այնպիսի հիվանդություններից, ինչպիսիք են սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները, ուռուցքները, տուբերկուլյոզը և այլն:

Համաճարակաբանական տեսանկյունից Հայաստանը ունի առանձնա-հատկություններ, որոնք բնորոշ են ինչպես զարգացած, այնպես էլ զարգացող երկրներին: Զարգացած արդյունաբերական երկրների նման մահացության գլխավոր պատճառներն են սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները, ուռուցքները և դժբախտ պատահարները: Կյանքի սպասվելիք միջին տևողության նվազումը պայմանավորված է ոչ թե տարափոխիկ հիվանդություններով, այլ սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների, չարորակ նորագոյացությունների և դժբախտ պատահարների պատճառով մահացության աճով: Տարափոխիկ հիվանդություններով պայմանավորված մահացությունը ընդհանուր մահացության կառուցվածքում համեմատաբար ցածր է՝ ընդհանուր առմամբ 20 տոկոսից ոչ ավելի: Սակայն աճում է տուբերկուլյոզով հիվանդացության դեպքերի թիվը, հատկապես դեղորայքակայուն տիպի: Տուբերկուլյոզի կանխարգելումը պահանջում է առողջապահությանը տրամադրվող սահմանափակ ռեսուրսներից մեծ բաժնի հատկացում՝ այդ տեսանկյունից մեծ խնդիր հանդիսանալով Հայաստանի առողջապահության համար:

Վերջին 2-3 տարիներին նկատվում է մանկական մահացության աճ: Երեխաների մոտ մահացության հիմնական պատճառ են հանդիսանում պերիմատալ, սուր շնչառական և փորլուծային հիվանդությունները:

Նկարագրված իրավիճակը պայմանավորված է ոչ միայն առողջապահական միջոցառումների անբավարար մակարդակով, այլ նաև ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական վիճակով (ազգաբնակչությունը նույնպես վճարունակ չէ): Ըստ էության այլընտրանքային ֆինանսական միջոցների բացակայությունը առողջապահական համակարգի պահպանումը, առավել ևս զարգացումը, դարձնում են դժվար իրականացվելիք խնդիր, ինչը առողջապահական բարեփոխումների իրականացումը դարձրել է առաջնահերթ խնդիր:

Վերջին տարիներին մի շարք միջազգային կազմակերպությունների աջակցությամբ իրականացվում են տարբեր նպատակային ծրագրեր՝ ուղղված մոր և մանկան առողջության պահպանմանը, հղիությունների արհեստական ընդհատումների կանխարգելմանը, իմունոկանխարգելման միջոցառումների ուժեղացմանը, սուր շնչառական և դիարեային հիվանդություններից մահացության իջեցմանը, կրծքով սնուցման խրախուսմանը, բուժօգնության առաջնային օղակի բարեփոխումներին, տուբերկուլյոզի դեմ պայքարին, կանանց համար կանխարգելիչ ծառայությունների զարգացմանը և այլն:

### **1.7 Առողջապահական քաղաքականությունը վերարտադրողական առողջության (ընտանիքի պլանավորման) ծրագրերում**

Հանրապետությունում կանանց և երեխաների առողջության պահպանության խնդիրները գտնվում են պետության հովանավորության ներքո, ինչը ամրագրված է ՀՀ Սահմանադրությամբ և օրենքներով: Մոր և մանկան առողջապահության զարգացման ռազմավարությունը առավելապես հենվում է բուժօգնության կազմակերպման պետական համակարգի վրա:

Հայաստանի Հանրապետությունում մանկական, ինչպես և ողջ բնակչության առողջապահության կազմակերպման օրենսդրական հիմք են հանդիսանում ՀՀ Սահմանադրությունը, “Երեխայի իրավունքների մասին” և “Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին” ՀՀ օրենքները, որոնցում ամրագրված է վերարտադրողական, այդ թվում նաև ընտանիքի պլանավորման ծառայություններից օգտվելու մարդու իրավունքը:

Հայաստանում վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրերի գլխավոր նպատակն է հանդիսանում վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ անվտանգ մայրության ապահովումը, հղիության ժամանակ ռիսկի գործոնների նվազեցումը, անցանկալի հղիությունների և դրա բարդությունների կանխարգելումը, պտղաբերության կարգավորման այնպիսի միջոցի, ինչպիսին է հղիության արհեստական ընդհատումը (աբորտը), փոխարինումը ավելի ժամանակակից և արդյունավետ մեթոդներով:

Այս առումով “Հղիության արհեստական ընդհատման կարգը” հաստատված է ՀՀ առողջապահության նախարարության հրամանով և գրանցած ՀՀ արդարադատության նախարարության կողմից, “Բժշկական անվազման իրականացման կարգը” հաստատված է ՀՀ կառավարության կողմից, “Մարդու վերարտադրողականության արհեստական մեթոդների մասին” ՀՀ օրենքի նախագիծը մշակված է և գտնվում է քննարկման փուլում: Սակայն կանանց վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող շատ այլ հարցեր կարիք ունեն կանոնակարգման ինչպես օրենսդրական, այնպես էլ բժշկական գործելակերպի առումով:

Ըստ վերարտադրողական առողջության վերլուծական վիճակագրության՝ Հայաստանում առկա է պտղաբերության կարգավորման մեծ պահանջարկ:

Մինչև 1996թ. ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների ցանցը, որպես այդպիսին Հայաստանում շատ թույլ էր զարգացած: 1997թ. ՀՀ առողջապահության նախարարության, ԱՀԿ-ի և ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի (UNFPA) համագործակցությամբ մշակվել և իրականացվում է վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագիրը, որի շրջանակներում հանրապետության բոլոր մարզերում ստեղծվել են ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ՝ բացվել է ընտանիքի պլանավորման 77 կաբինետ: ԱՄՆ-ի Միջազգային զարգացման գործակալության (USAID) աջակցությամբ 2000թ. սեպտեմբեր-հոկտեմբեր ամիսներին ԱՄՆ “Ջոն Դոփկինս” համալսարանի Բնակչության հետ հաղորդակցության բաժնի կողմից զանգվածային լրատվության միջոցներով իրականացվեց քարոզարշավ “Կանաչ ճանապարհ” խորագրով, որը ուղղված էր ընտանիքի պլանավորման խնդրի շուրջ բնակչության գիտելիքների բարձրացմանը:

Հայաստանում անցանկալի հղիությունների կանխման հիմնական միջոցներից մեկը հղիության արհեստական ընդհատումն է, որի սկզբնական օրինականացումից հետո 1920 թվականին այն արգելվեց: 1955 թվականին Խորհրդային կառավարությունը հղիության արհեստական ընդհատումները նորից լեգալիզացրեց, քանի որ հղիության անօրինական ընդհատումները պատճառ հանդիսացան մայրական մահացության դեպքերի զգալի աճի:

Ներկայումս Հայաստանի օրենսդրական դաշտում հղիության արհեստական ընդհատումը թույլատրվում է հղիության առաջին 12 շաբաթվա ընթացքի համար: Բժշկական կամ սոցիալական ցուցումներ դեպքում այն կարող է կատարվել մինչև 22 շաբաթական ժամկետը: Հղիության արհեստական ընդհատումները պահանջում են հիվանդանոցային պայմաններ, մասնագիտացված բժշկական անձնակազմ: Չնայած վերջին տարիներին հղիության արհեստական ընդհատումների քանակի նվազեցմանը, տվյալ խնդիրը Հայաստանի առողջապահության համար շարունակում է մնալ կարևոր կանանց առողջության վրա ընդհանուր անբարենպաստ ազդեցության և բարդությունների տարածվածության պատճառով:

Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների, հակաբեղմնավորիչ միջոցների լայն օգտագործման հիմնական խոչընդոտ է հանդիսանում ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների և ընտանիքի պլանավորման մեթոդների վերաբերյալ ազգաբնակչության գիտելիքների ոչ բավարար մակարդակը: Տեղ ունի նաև ժամանակակից արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ միջոցների ոչ բավարար մատչելիությունը՝ կապված հանրապետությունում վճարովի ծառայությունների պաշտոնական ներդրման հետ (թեև «Վերարտադրողական առողջության ծրագրի» շրջանակներում հակաբեղմնավորիչները և այդ կապակցությամբ խորհրդատվությունը տրամադրվում են անվճար, սակայն դրանց նշանակման հետ կապված անհրաժեշտ հետազոտությունները կատարվում են վճարովի):

Երկար տարիներ Չայաստանում հաբային հակաբեղմնավորիչները մատչելի չէին. 1974 թվականին նախկին Խորհրդային Միության առողջապահության նախարարության «Օրալ հակաբեղմնավորիչների կողմնակի ազդեցությունը և դրանց բարդությունների մասին» հրամանով, փաստորեն, արգելվեց հաբային հակաբեղմնավորիչների կիրառումը և տարածումը:

## 1.8 Ֆինանսավորումը

Մոր և մանկան բուժսպասարկման առողջապահական համակարգի կառուցվածքը շնորհիվ տարածքային սպասարկման սկզբունքի, բուժօգնության էտապայնության գաղափարի (որը նախատեսում է բուժօգնության կազմակերպման երեք մակարդակ), ազգաբնակչության համար տեսականորեն մատչելի է դարձնում բուժօգնությունը:

Մասնագիտացված մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունը կենտրոնացված է խոշոր քաղաքներում և իրականացվում է մասնագիտացված ծննդատների, բժշկա-գենետիկ կոնսուլտացիաների, ընտանիքի պլանավորման կաբինետների և պրենատալ ախտորոշման լաբորատորիաների միջոցով:

Մանկական ազգաբնակչության բուժսպասարկումն իրականացվում է մանկական ստացիոնար, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և առողջարանային բուժօգնության ծառայությունների միջոցով:

Մոր և մանկան բուժսպասարկման առողջապահական համակարգում բուժսպասարկման որակի վրա բացասաբար է անդրադարձել նաև սոցիալիստական հասարակարգի փլուզումը: Առաջացել են սոցիալ-տնտեսական ճգնաժամով պայմանավորված պրոբլեմներ.

- կոմունիկացիաների վատացումը խաթարել է բուժսպասարկման մատչելիությունը, չի գործում բուժօգնության էտապային սկզբունքը, հանրապետությունից դուրս բարձրորակ մասնագիտացված բուժման կազմակերպումը դարձել է գրեթե անհնար, շտապ բուժօգնության կազմակերպումը կապված է մեծ դժվարությունների հետ.

- առաջացել են բուժախտորոշիչ միջոցների, դեղորայքի, պատվաստանյութերի, մանկական սննդի ձեռք բերման դժվարություններ: Վերջիններս ներմուծվում են հիմնականում հումանիտար ճանապարհով:

Բուժօգնության ցուցաբերման համար անհրաժեշտ ծախսերի հատուկ հաշվառում, ըստ առանձին ծառայությունների, նախկինում չի կատարվել: Ներկայումս առողջապահության նախարարության համակարգում անց են կացվում ֆինանսատնտեսական բարեփոխումներ, որոնց հիմքում ընկած է ֆինանսավորման նոր մեխանիզմ բժշկական հաստատություններին հատկացվող ֆինանսների չափը պայմանավորված է նրանց կողմից սպասարկված հիվանդների թվով:

Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման բյուջետային հատկացումները կատարվում են ամենամյա պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Սակայն բյուջեից առողջապահական հատկացումները գնալով նվազում են. 1990թ-ին դրանք կազմել են ՆՉԱ-ի 2,7 տոկոսը, իսկ 1999թ-ին՝ 1,4 տոկոսը: Առողջապահության բյուջետային հատկացումների 30-40 տոկոսը պարբերաբար տրամադրվում է երեխաների և կանանց բուժօգնության կազմակերպմանը, այնուամենայնիվ, թերֆինանսավորման պատճառով այն մնում է պրոբլեմային (2000թ. առողջապահական համակարգը ֆինանսավորվել է նախատեսվածի շուրջ 50 տոկոսի չափով): Արդյունքում առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունն ու որակը ավելի են ընկնում, իսկ հիվանդացությունը և մահացությունը՝ բարձրանում:

## 1.9 Հետազոտության նպատակները և կազմակերպումը

Չայաստանի ժողովրդագրական և առողջության հարցերի հետազոտությունը (ՀԺԱՀ) հանրապետության մակարդակով ներկայացուցչականությունն ապահովող ընտրանքային հետազոտություն է: Հետազոտության առաջնային նպատակն է հանրությանը տրամադրել տեղեկատվություն Չայաստանում բնակչության և առողջության հարցերի վերաբերյալ: ՀԺԱՀ-ն անց

է կացվել 2000թ. հոկտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության և ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից: ԱՄՆ-ի ORC Macro կազմակերպությունը տրամադրել է տեխնիկական աջակցություն MEASURE DHS+ ծրագրի շրջանակում: MEASURE DHS + նախագիծը ֆինանսավորվում է Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Միջազգային զարգացման գործակալության (USAID) կողմից՝ աջակցելու աշխարհի երկրներին հիմնական բնակչության և առողջության ցուցանիշների վերաբերյալ տեղեկատվություն ձեռք բերելու նպատակով: UNICEF/Հայաստանը տրամադրել է սարքավորումներ:

ՀԺԱՀ-ի նպատակն է հավաքագրել ազգային և տարածաշրջանային մակարդակով ծնելիության և հակաբեղմնավորման մեթոդների իմացության և օգտագործման, մոր և մանկան, չափահասների առողջության, ՁԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների վերաբերյալ տեղեկատվություն: Վերոնշյալ հարցերի վերաբերյալ հետազոտության միջոցով ձեռք է բերվել մանրամասն տեղեկատվություն վերարտադրողական տարիքում գտնվող կանանց և տղամարդկանց շրջանում: Հետազոտության ընտրանքը թույլ է տալիս որոշ տվյալներ ներկայացնել նաև մարզային կտրվածքով:

Հետազոտության արդյունքները հնարավորություն են տալիս ստանալ ժողովրդագրական տարբեր ցուցանիշների գնահատականներ: ՀԺԱՀ-ի արդյունքները հնարավորություն են ընձեռնում գոյություն ունեցող սոցիալական ծրագրերի գնահատման, Հայաստանի բնակչության առողջության, ինչպես նաև առողջապահական ծառայությունների աշխատանքների բարելավմանն ուղղված նոր ռազմավարություններ մշակելու համար: ՀԺԱՀ-ն աջակցում է նաև ժողովրդագրական և առողջության հարցերի գծով միջազգային տվյալների բազաների զարգացմանը:

### ***Ընտրանքի մշակումը և իրականացումը***

Ընտրանքը մշակվել է հնարավորինս մանրամասնված կտրվածքներով վերլուծության ապահովելու նկատառումով տեղեկատվություն հավաքագրելու նպատակով: Մասնավորապես ապահովելու համար ծնելիության, մանկամահացության և աբորտների մակարդակների գնահատումը, ինչպես հանրապետության և երևան քաղաքի, այնպես էլ քաղաքային և գյուղական բնակչության կտրվածքներով: Ընտրանքի կառուցման հիմքում դրվել է նաև ըստ մարզերի կտրվածքի հակաբեղմնավորման միջոցների (մեթոդների) մասին գիտելիքների և այդ միջոցների օգտագործման մակարդակների որոշումն ապահովող տեղեկությունների հավաքագրման հնարավորության ապահովման նպատակը:

Ընտրանքի չափը կազմել է 6500 15-49 տարեկան հարցված կին հետևյալ բաշխվածությամբ՝ երևան՝ 1500, յուրաքանչյուր մարզում՝ 500: Յուրաքանչյուր մարզի քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում ընտրանքը բաշխվել է ըստ համապատասխան բնակչության թվաքանակի: Հետևաբար, քաղաքային բնակավայրերում, բացառությամբ մայրաքաղաքի, ընտրանքը կազմել է մոտ 2300 և գյուղական բնակավայրերում՝ մոտ 2700 լրացված հարցազրույց: 15-54 տարեկան տղամարդկանց հետ հարցազրույց է անց կացվել յուրաքանչյուր երրորդ տնային տնտեսությունում, որը կազմել է 1719 լրացված հարցազրույց:

Կիրառվել է երկաստիճան ընտրանքի մեթոդ: Առաջին աստիճանում ընտրվել են 260 նախնական ընտրանքային տարածքային բնույթի միավորներ (ԼԸՄ): Յուրաքանչյուր նախնական ընտրանքային տարածքային բնույթի միավոր ընտրվել է բնակչության թվաքանակին համամասնությանը հավասարազոր (ԲԹՀ) բնակավայրերի ցանկից “սիստեմատիկ” ընտրման միջոցով: Որպես բնակավայրերի ցանկ է ծառայել 1996թ. հասցեների և տնային տնտեսությունների տվյալների բազան, որը ստեղծվել է ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից: Քանի որ ընտրանքում ընդգրկված բնակավայրերից շատերը բավականին մեծ էին ուղղակի ցուցակագրման համար, նախընտրելի տնային տնտեսությունների ընտրման նպատակով օգտագործվել է հատուկ սեզմենտացիոն գործընթաց: Ընտրված մեծ բնակավայրերը բաժանվել են սեզմենտների, որոնցից երկուական սեզմենտ ընդգրկվել է ընտրանքում: Տնային տնտեսությունների ամբողջական ցուցակագրումն անցկացվել է ընտրված սեզմենտներում և այն բնակավայրերում, որոնք սեզմենտավորման չեն ենթարկվել:



Ցուցակագրված տնային տնտեսությունների ցանկերը ծառայել են որպես ընտրանքային շրջանակ ընտրանքի երկրորդ աստիճանում տնային տնտեսությունների ընտրության համար: Յուրաքանչյուր բնակավայրում տնային տնտեսություններն ընտրվել են համակարգված կերպով, որպեսզի յուրաքանչյուր բնակավայրում ստացվի միջին հաշվով 25 լրացված հարցազրույց հետազոտության նպատակներին համապատասխանող կանանց հետ: 15-49 տարեկան բոլոր այն կանայք, ովքեր հարցազրույցին նախորդող գիշերը ներկա են եղել ընտրանքով որոշված տնային տնտեսությունում, համարվել են հետազոտության նպատակին համապատասխանող ռեսպոնդենտներ: Յուրաքանչյուր սեզմենտում բոլոր տնային տնտեսությունների ենթաընտրանք կազմող մեկ երրորդը ընտրվել է հետազոտության տղամարդկանց բաղադրիչի համար: Այդ տնային տնտեսություններում հարցվել են 15-54 տարեկան բոլոր տղամարդիկ, ովքեր նախորդող գիշերն այնտեղ են եղել:

### **Հարցաթերթերը**

Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջության հարցերի հետազոտության իրականացման նպատակով օգտագործվել են երեք հարցաթերթեր՝ “Տնային տնտեսությունների հարցաթերթ”, “Կանանց հարցաթերթ” և “Տղամարդկանց հարցաթերթ”: Տնային տնտեսության և անհատական հարցաթերթերը հիմնված էին հետազոտության մոդելային գործիքների վրա, որոնք մշակվել են MEASURE DHS+ ծրագրով: Մոդելային հարցաթերթերը տեղայնացվել են մի շարք փորձագետների կողմից աշխատանքային հանդիպումների ժամանակ, որոնք կազմակերպվել են ՀՀ Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի գիտահետազոտական կենտրոնում: Հարցաթերթերը կազմվել են անգլերեն լեզվով և թարգմանվել հայերեն և ռուսերեն : Տնային տնտեսության և անհատական հարցաթերթերը փորձարկվել են «դաշտային» պայմաններում 2000թ. հուլիսին:

Տնային տնտեսության հարցաթերթն ուղղված է ընտրված տնային տնտեսությունների մշտական անդամների և այցելուների ցուցակագրմանը, ինչպես նաև տնային տնտեսությունների սոցիալ-տնտեսական վիճակի վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրմանը: Տնային տնտեսության հարցաթերթի առաջին մասով տեղեկատվություն է հավաքագրվում տնային տնտեսության յուրաքանչյուր անդամի կամ այցելուի տարիքի, սեռի, կրթական մակարդակի և տնային տնտեսության գլխավորի հետ կապի մասին: Վերոհիշյալը պարունակում է տնային տնտեսությունների վերաբերյալ հիմնական ժողովրդագրական բնույթի տվյալներ: Այն օգտագործվում է նաև հարցման ենթակա կանանց և տղամարդկանց անհատական հարցազրույցին մասնակցելու (այսինքն, 15-49 տարեկան կանայք և 15-54 տարեկան տղամարդիկ) որոշման նպատակով: Տնային տնտեսության հարցաթերթի երկրորդ մասում հարցերը վերաբերում են կացարանի բնութագրիչներին (օրինակ, հատակի շինանյութը, ջրի աղբյուրը և զուգարանի տեսակը) և տնային տնտեսությունում երկարաժամկետ սպառողական ապրանքների առկայությանը:

Կանանց հարցաթերթը նախատեսված է 15-49 տարեկան կանանցից հետևյալ տեղեկությունները հավաքագրելու համար.

- ընդհանուր բնութագրիչներ,
- հղիության պատմություն,
- նախածննդյան, ծննդաբերության և հետծննդյան խնամք,
- հակաբեղմնավորման մեթոդների (միջոցների) մասին գիտելիքներն ու կշռառումը,
- հակաբեղմնավորման միջոցների և աբորտների նկատմամբ վերաբերմունքը,
- վերարտադրողական առողջությունը և չափահասների առողջությունը,
- պատվաստումները, ծնունդների զրանցումը և մինչև 5 տարեկան երեխաների առողջությունը,
- մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ փորլուծության դեպքերը և շնչուղիների հջվանդությունները,
- կրծքով կերակրումը և կրծքից կտրումը,
- կանանց և մինչև 5 տարեկան երեխաների հասակի և քաշի չափումները,
- կանանց և մինչև 5 տարեկան երեխաների արյան հեմոգլոբինի չափումը,
- ամուսնությունը և սեռական հարաբերությունները,
- վերարտադրողական վարքագիծը,

- ՁԻԱՅ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների նկատմամբ վերաբերմունքն ու գիտելիքները:

Տղամարդկանց հարցաթերթը թույլ է տալիս հավաքագրել հետևյալ տեղեկությունները.

- ընդհանուր բնութագրիչները,
- առողջությունը,
- ամուսնությունը և սեռական հարաբերությունները,
- պահպանակի օգտագործումն ու վերաբերմունքը դրա նկատմամբ,
- ՁԻԱՅ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների նկատմամբ վերաբերմունքն ու գիտելիքները:

### ***Դաշտային աշխատակազմ***

Հետազոտության տվյալները հավաքագրվել են 13 թիմերի կողմից: Յուրաքանչյուր թիմ բաղկացած էր 4 կին և մեկ տղամարդ հարցազրուցավարներից, դաշտային խմբագրից և թիմի վերահսկողից (խմբավարից): Յուրաքանչյուր թիմին կցված էր անտրոպոմետրիկ չափումների և սակավարյունության ստուգման համար անհրաժեշտ ուսուցում ստացած բուժաշխատող, որը պետք է տվյալներ հավաքագրեր հասակի, քաշի և սակավարյունության մակարդակի վերաբերյալ:

Հետազոտության համար անհրաժեշտ սեմինար-ուսուցումը իրականացվել է ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից 2000թ. սեպտեմբերին երկու շաբաթվա ընթացքում և նախատեսված էր բոլոր խմբավարների, դաշտային խմբագիրների, հարցազրուցավարների և որակի վերահսկման անձնակազմի համար: ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից նշանակված բուժաշխատողները նույն ժամանակահատվածում անցել են հատուկ ուսուցում: Դաշտային անձնակազմը մասնակցել է երկօրյա դաշտային գործնական պարապմունքներին:

### ***Դաշտային աշխատանքներ և տվյալների մշակում***

Հիմնական դաշտային աշխատանքները սկսվել են 2000թ. հոկտեմբերի սկզբին և ավարտվել դեկտեմբերի սկզբին: Բոլոր վերաայցելություններն ու վերահարցազրույցներն ավարտվել են 2001թ. հունվարի սկզբին: Երկու հատուկ որակի վերահսկման թիմեր, որոնք բաղկացած էին կին և տղամարդ հարցազրուցավարներից և մեկ բուժաշխատողից այցելել են դաշտում գտնվող թիմերին, որպեսզի ստուգեն դաշտային աշխատանքների որակը:

Յուրաքանչյուր ընտրանքային միավորում (քլաստերում) հարցազրույցի ավարտից հետո, հարցաթերթերն անմիջապես վերադարձվել են Երևանում գտնվող ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության գրասենյակ՝ տվյալների մշակման նպատակով: Գրասենյակում գտնվող խմբագիրները առաջին հերթին ստուգել են ընտրված և դաշտից վերադարձված բոլոր տնային տնտեսություններից և իրավասու հարցվողներից հարցաթերթերի առկայությունը: Բացի այդ, հարցաթերթերում չկողմնավորված մի քանի հարցեր (օրինակ, զբաղմունքը) այդ ժամանակ կողմնավորվել են: Օգտագործելով ISSA (հետազոտության վերլուծության համար անհրաժեշտ ամբողջական համակարգ) ծրագրային փաթեթը, նախապատրաստված տվյալների մուտքագրման թիմը մուտքագրել է հարցաթերթերում զետեղված տվյալները և խմբագրել դրանք համակարգչում: Գրասենյակային խմբագրման և տվյալների մշակման գործընթացը սկսվել է գրեթե դաշտային աշխատանքների հետ զուգահեռ և ավարտվել 2001թ. հունվարի սկզբին:

### ***Պատասխանների գործակիցները***

Աղյուսակ 1.1-ը ներկայացնում է տնային տնտեսության և անհատական պատասխանների գործակիցները հետազոտության համար: Ընդամենն ընտրվել է 6524 տնային տնտեսություն,

որից 6150-ը զբաղեցված էին դաշտային աշխատանքների ժամանակ: Տարբերության հիմնական պատճառներ հարցման պահին տնային տնտեսության բոլոր անդամների բացակայությունն է (տարբեր շարժառիթներով և ժամկետներով): Ջբաղեցված տնային տնտեսությունների 97 տոկոսի հետ բարեհաջող անց է կացվել հարցազրույց:

| <u>Աղյուսակ 1.1 Տնային տնտեսության և անհատական հարցազրույցների արդյունքները</u>                                    |            |       |          |
|--|------------|-------|----------|
| Տնային տնտեսությունների քանակը, հարցազրույցների քանակը և պատասխանների ցուցանիշներն ըստ բնակավայրի, Հայաստան 2000թ. |            |       |          |
| Արդյունքները   | Բնակավայրը |       |          |
|  | Քաղաք      | Գյուղ | Ընդամենը |
| <b>Տնային տնտեսությունների հետ հարցազրույցներ</b>  |            |       |          |
| Ընտրված տնային տնտեսություններ   | 3629       | 2895  | 6524     |
| Ջբաղեցված տնային տնտեսություններ   | 3386       | 2764  | 6150     |
| Հարցված տնային տնտեսություններ   | 3260       | 2720  | 5980     |
| Տնային տնտեսության պատասխանների ցուցանիշը  | 96.3       | 98.4  | 97.2     |
| <b>Անհատական հարցազրույցներ. կանայք</b>  |            |       |          |
| Իրավասու կանանց թվաքանակը  | 3699       | 2986  | 6685     |
| Իրավասու հարցված կանանց թվաքանակը  | 3545       | 2885  | 6430     |
| Իրավասու կանանց պատասխանների ցուցանիշները  | 95.8       | 96.6  | 96.2     |
| <b>Անհատական հարցազրույցներ. կղամարդիկ</b>   |            |       |          |
| Իրավասու տղամարդկանց թվաքանակը   | 1045       | 868   | 1913     |
| Իրավասու հարցված տղամարդկանց թվաքանակը   | 943        | 776   | 1719     |
| Իրավասու տղամարդկանց պատասխանների ցուցանիշները   | 90.2       | 89.4  | 89.9     |

Այդ տնային տնտեսություններում 6685 կանայք որոշվեցին որպես հարցման նպատակներին համապատասխանող հարցվողներ անհատական հարցազրույցների համար (այսինքն, 15-49 տարեկան): Նրանցից 96 տոկոսի հետ անց է կացվել հարցազրույց: 1913 հարցման նպատակներին համապատասխանող տղամարդկանցից 90 տոկոսի հետ անց է կացվել հարցազրույց: Հարցման նպատակներին համապատասխանող կանանց և տղամարդկանց չպատասխանելու հիմնական պատճառը նրանց տանը չլինելն էր, չնայած այն հանգամանքին, որ այդ տնային տնտեսություններ կատարվել են վերաայցելություններ: Մերժման մակարդակը շատ ցածր էր: